

## Ⅱ. がん対策基本法後にホスピス緩和ケアはどう変わったか—成果と残された課題—

加藤 雅志

(国立がん研究センター がん対策情報センターがん医療情報コンテンツ室, 同 中央病院精神腫瘍科)

### はじめに

がん対策に大きな転換期をもたらした「がん対策基本法」が2006年6月に成立し、早くも5年が経過しようとしている。「がん対策基本法」に基づき策定されたわが国のがん対策の方向性を定める「がん対策推進基本計画」も政府により中間報告書が作成され、現在、2012年から始まる次期の「がん対策推進基本計画」の内容についての議論を深めていくことが求められている。

本稿において、「がん対策基本法」の成立後にみられたわが国のホスピス緩和ケアにおける変化を概説し、その成果と残された課題について述べたい。

### 政府における緩和ケアの位置づけ

2006年6月、「がん対策基本法」の成立をきっかけにして、わが国のがん対策は大きく動き始めた。その大きな変化の1つが緩和ケアである。本法律において、がん患者の療養生活の質の維持・向上のために緩和ケアを推進していくことが定められた意義は大きい。

2007年6月、政府は「がん対策推進基本計画」を策定した。この基本計画は、「がんによる死亡者の減少」および「すべてのがん患者およびその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」という全体目標を掲げ、がん対策の基本的方向について定めたものである。この基本計画で重要なことは、全体目標として、従来のがん対策で掲げられていた「がんによる死亡者の減少」という目標に加えて、「すべてのがん患者およびそ

の家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」というQOLの向上に着目した新たな目標が定められたことである。

基本計画において、この全体目標を達成していくために、緩和ケアは重点的に取り組むべき課題の1つに位置づけられた。がん患者が可能なかぎり質の高い療養生活を送れるようにするため、身体症状の緩和や精神心理的な問題への援助などが、終末期だけでなく、治療の初期段階から積極的な治療と並行して行われることが求められている。つまり、治療時期や療養場所を問わず患者の状態に応じて、緩和ケアがさまざまな場面において切れ目なく、適切に提供される体制の整備を進めていくこと、またがん患者と同様にその家族もさまざまな苦痛を抱えていることから、がん患者のみならず、その家族に対しても心のケアなどの適切な援助を行うことができる体制を整備していくことが求められるようになった。これを背景に、さまざまな施策や取り組みが開始されることとなった。

### 緩和ケアに関する取り組み

「がん対策基本法」が成立した後、政府は、がん対策の一環として緩和ケアについては大きく分けて以下の5つの軸に沿って進められてきた(図1)。

①がん診療に携わるすべての医療従事者が、基本的な緩和ケアを実践できるように、必要な知識や技術を普及する。

②より質の高い緩和ケアを実施できるように、緩和ケアに関する専門的な医療従事者を育成する。

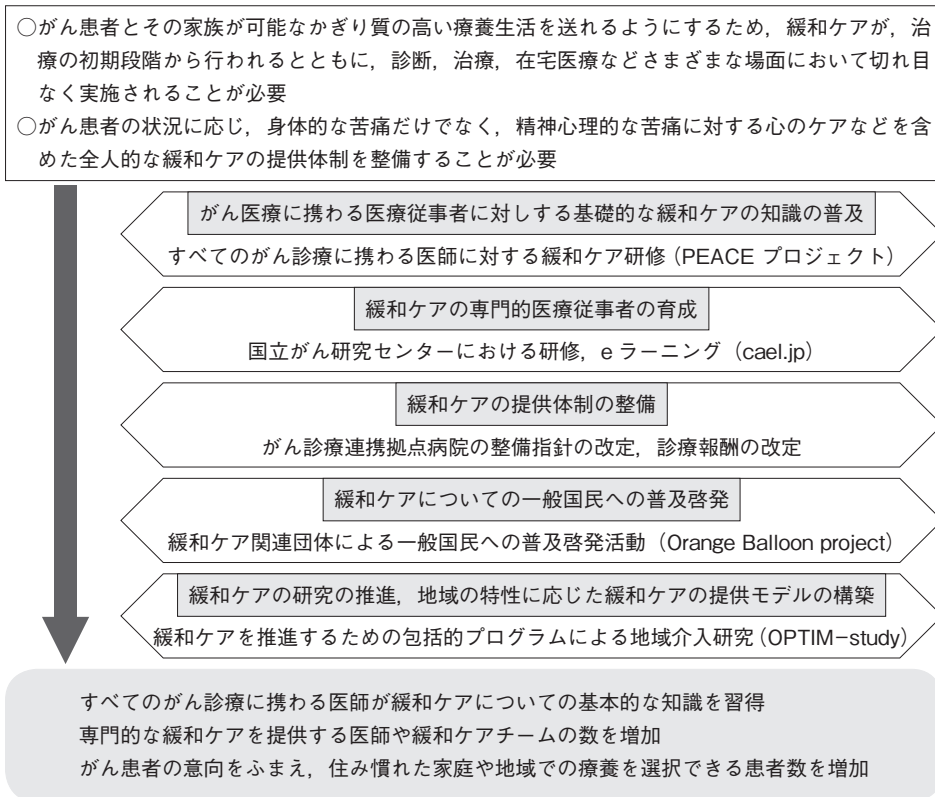


図1 政府における緩和ケアの取り組み

③全国において、適切に緩和ケアが提供されるように、地域連携を含めた緩和ケアの提供体制を整備する。

④がん患者が必要な緩和ケアを選択できるように、一般の方々に対する緩和ケアの普及啓発を行う。

⑤まだ解決されていない緩和ケアに関する課題を解決するために、緩和ケア領域における研究を推進する。

このような軸で進められてきた緩和ケアについて、これまでに達成した成果と、残された今後の課題について整理をしていく。

## 医療従事者に対する基本的な緩和ケアの知識の普及

緩和ケアを推進していくためには、がん診療に携わるすべての医療従事者が、がん患者の生命の延長にだけ関心をもつのではなく、がん患者やそ

の家族の QOL の重要性を認識する必要がある。さらに、がん診療に携わるすべての医療従事者は、多様ながん患者の意向を十分に尊重した医療を実施していかなければならない。そのために、がん診療に携わる医療従事者は緩和ケアの重要性を認識するとともに、緩和ケアの基本的な知識を習得する必要がある。

しかしながら、がん診療に携わる医師の緩和ケアの重要性に対する認識が不十分であることがしばしば指摘されていることをふまえ、「がん対策推進基本計画」において、緩和ケアに関する目標の1つとして、「すべてのがん診療に携わる医師が研修などにより、緩和ケアについての基本的な知識を習得することとする」ということが掲げられた。

「がん対策基本法」後、厚生労働省は、がん診療に携わるすべての医師が緩和ケアの基本的な知識を普及していくための研修を進めていくために「緩和ケア研修会標準プログラム」を定め、「がん

診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」(2008年4月1日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知)を示した。この開催指針に準拠した緩和ケア研修会が全国で適切に開催されていくよう、日本緩和医療学会は、日本サイコオンコロジー学会の協力を得ながら、新たに「症状の評価とマネジメントを中心とした緩和ケアのための医師の継続教育プログラム」(Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education ; PEACE)を開発した<sup>1,2)</sup>。この教育プログラムは、疼痛などの身体症状のマネジメントのみならず、精神症状やがん医療におけるコミュニケーションについても含まれており、全人的な緩和ケアの基本を習得できるように配慮されているものとなっている。詳細については、別稿を参照していただきたい。

本研修会を修了した医師の数は、2010年12月末時点では20,124人に上っている。また、本研修会を全国で開催していくための指導者の育成についても行っている。その指導者として、国立がん研究センターおよび日本緩和医療学会が開催する「緩和ケア指導者研修会」と「精神腫瘍学指導者研修会」の修了者数は、2011年1月末時点においてはそれぞれ1,034人、482人であった<sup>3)</sup>。このように、医師が緩和ケアの基本的な知識を習得していくための体制は着実に整備が進んでおり、今後もその研修の修了者数が増加していくことが予想される。

今後の課題について述べたい。がん医療に携わる医療従事者の中で、緩和ケアの基本的な知識を習得すべき者は医師だけではない。看護師や薬剤師、その他のコメディカルスタッフも、緩和ケアについて学ぶ機会を持つ必要がある。緩和ケア研修会を全国で実施していく目的は、医療従事者に緩和ケアの基本的な知識を広げていくだけではない。全国で緩和ケアの標準化を図るという目的もあるからである。医師以外において、同様の研修会を実施していくためには、それぞれの職種に応じた標準的な緩和ケア研修会のプログラムを作成する必要がある。看護師については、既に ELNEC-Japan (End-of-Life Nursing Education

Consortium)<sup>4)</sup> というプログラムがあり、日本緩和医療学会にて、その指導者を育成するための研修会を開催している。

また、医師の緩和ケア研修に関する課題については、参加した医師が研修会を修了した後、さらなるステップアップの研修会の参加を希望する者もいる。それは、緩和ケアに関するより幅広い知識を求めている場合もあれば、臨床での技術である場合もある。それらの課題に対して、新たなプログラムの開発などが進められている。

## 緩和ケアに関する専門的な医療従事者の育成

専門的な医療従事者の育成に関しては、学会などの取り組みによるものが大きいですが、政府もさまざまな施策に取り組んでいる。

厚生労働省では、2007年から国立がん研究センターにおいて、全国のがん診療連携拠点病院などの緩和ケアチームに対する研修会を開催している。本研修会は、同じ施設の身体症状の緩和を担当する医師、精神症状の緩和を担当する医師、看護師、薬剤師という緩和ケアチームを構成する多職種が同時に参加するもので、チームでの活動を見直し、今後の活動の方向性について検討する内容となっている。

また、臨床等で多忙な医師が、インターネットを利用して効率良く専門的な知識を学習する環境を整備することを目的に、2008年からはeラーニングを用いた学習システムの開発が進められた<sup>5)</sup>。このeラーニングのシステムは、4つの分野からなる専門コンテンツ(緩和医療分野、精神腫瘍学分野、化学療法分野、放射線療法分野)と、がん医療に携わる医師が共通で有すべき基盤的な知識としての共通コンテンツからなる。専門コンテンツの全講義数は66講義あり、緩和医療分野が12講義、精神腫瘍学講義が13講義となっている(表1)。共通コンテンツの内容は、基礎腫瘍学、臨床腫瘍学から始まり、生命倫理やチーム医療、患者教育にまで至り、合計62講義からなっている。このeラーニングは、主たる対象は医師となっているが、それ以外のコメディカルの者が利用してもたいへん有用である。充実した内容と

表1 がん医療を専門とする医師の学習プログラムeラーニングに収録されているおもな講義 (http://www.cael.jp/)

	緩和医療分野 (12 講義)	精神腫瘍学分野 (13 講義)
専門分野 (66 講義)	1 死が近づいた時のケア	1 がんの経過における正常反応と精神症状
	2 在宅医療と地域連携 (退院支援)	2 不安, 不眠, 抑うつ
	3 疼痛	3 自殺・希死念慮
	4 消化器症状	4 せん妄
	5 呼吸器症状	5 終末期
	6 腎・尿路系症状	6 薬物療法
	7 神経系	7 精神療法
	8 体腔液のマネジメント	8 家族・遺族ケア
	9 スピリチュアルペイン	9 精神腫瘍学における研究
	10 終末期をめぐる倫理的諸問題	10 精神腫瘍学における教育
	11 チームワークとマネジメント	11 がん医療におけるコミュニケーションスキル
	12 緩和ケアにおけるコンサルテーション	12 心理社会的要因とがんの罹患/生存
		13 高齢者 / 認知症
共通分野 (62 講義)	1 臨床研究と生物統計学 (6 講義)	
	2 生命倫理と法的規則 (7 講義)	
	3 基礎腫瘍学 (11 講義)	
	4 臨床腫瘍学概論 (17 講義)	
	5 緩和医療学 (8 講義)	
	6 精神腫瘍学 (5 講義)	
	7 医療ケアとチーム医療, 腫瘍社会学, 患者教育 (8 講義)	

なっているので、できるだけ多くの方々に、関心のある講義を選択して利用していただきたい。

さらに、文部科学省では、2007年から「がんプロフェッショナル養成プラン」を実施している。このプランは、がん医療の担い手となる高度な知識・技術を持つがん専門の医師、看護師、薬剤師など、がんに特化した医療人の養成を行う大学の取組に対して支援を行うものであり、2011年度までの施策である。18プログラム94大学が参画しており、2010年度までの受け入れ数は、医師が1,254人、看護師330人、薬剤師202人となっている<sup>6)</sup>。

今後の課題について述べたい。緩和ケアの推進にともない、緩和ケアを専門とする医療従事者も増加しつつある。一方で、地域による偏在や専門職が不在の施設があり、専門職が不在の時の対応について今後、検討を行っていく必要がある。い

わゆる「地域格差」という問題の解決は容易ではないが、専門職が不在の施設での対応については、他の医療機関の専門職が当該施設へ出向いていたり、診療に同席などをしたりする「アウトリーチ」といった手法の可能性が検討されている。これは後述し、他稿に詳しい「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model study; OPTIM-study)での取り組みとなるが、今後はわが国の状況に合わせた方法の開発が望まれている。

### 緩和ケアの提供体制の整備

緩和ケアの提供体制については、「がん対策基本法」が成立した2006年に新たな局面を迎えた。2001年に定められた「地域がん診療拠点病院制



度」は、2006年に「がん診療連携拠点病院制度」に見直しが行われ、拠点病院の新たな指定要件として、緩和ケアの提供体制の整備を目的に緩和ケアチームを配置することが必須とされた。

それまでは診療報酬というインセンティブにより緩和ケアチームの設置が図られていたが、がん診療連携拠点病院の指定要件として定められたことにより緩和ケアチームの設置は大きく進んだ。2008年4月には、すべてのがん診療連携拠点病院に緩和ケアチームが設置された。緩和ケアチームを設置している医療機関数は、2007年5月時点において326施設であったが、2008年10月時点では612施設に増加しており、その後も増加していることが見込まれている<sup>3)</sup>。

さらに、2008年にがん診療連携拠点病院の指定要件の見直しが行われ、緩和ケアについては、専任の身体症状の緩和に携わる医師、精神症状の緩和に携わる医師、専従の看護師を構成員とする緩和ケアチームを整備すること、外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備すること、緩和ケアに関する要請および相談に関する受付窓口を設けること、がん医療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修を毎年定期的を実施することなどが定められた<sup>7)</sup>。2010年4月には、377カ所あるすべてのがん診療連携拠点病院がこれらの要件を満たすに至った。

2006年に大きな見直しが行われたがん診療連携拠点病院は、その指定要件の見直しにより、緩和ケアの提供体制は着実に充実しつつある。がん診療連携拠点病院の緩和ケアの提供体制については、2007年から2009年にかけて実施された厚生労働省委託事業「がん医療水準の均てん化を目的とした医療水準等調査事業」の結果を経年的にみていくことで変化を把握することができる<sup>8~10)</sup>。

また、診療報酬については、2008年、2010年の診療報酬改定においては、がん対策を推進するための視点からの検討が行われ、特に緩和ケアの領域において、よりいっそう推進していくための評価が行われた。2008年の改定では、さまざまな場面において切れ目なく緩和ケアが適切に提供されるよう、緩和ケアの提供体制のよりいっそうの拡充を求め、がん性疼痛緩和指導管理料が設定

された。

また、緩和ケア病棟については、緩和ケア病棟のあり方を大きく転換する改定となった。対象となる患者について、「末期」という条件を外し、苦痛の緩和を必要とする患者であれば、病気の時期に関係なく入院することが可能となった。

緩和ケアチームの活動についての評価である緩和ケア診療加算に関しては、緩和ケアの質の向上を図るために、専任の薬剤師の配置を要件に追加するとともに、がん患者の地域での療養生活の質の向上を図るため、入院医療に専従とされている医師の勤務条件を緩和し、連携する他の医療機関からの紹介に応じて外来診療に当たることも可能となった。

そのほかにも、がん患者の疼痛緩和の普及を図るため、医療用麻薬について、介護老人保健施設入所者について医療保険において給付を行うこと、在宅がん患者の疼痛緩和などを進めるため、保険薬局での必要な注射薬および携帯型ディスプレイ注入ポンプ器の交付を行うこと、がん性疼痛の緩和などに用いられる塩酸モルヒネなどについて、14日分に制限されていた処方日数を見直し、30日処方を行うこと、などを新たに認められるようになった。

2010年の診療報酬改定では、がん患者に対する丁寧な説明を行うことを評価するがん患者カウンセリング料が新設された。このがん患者カウンセリング料に加え、がん性疼痛緩和指導管理料、緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料について、緩和ケア研修会を修了することが要件に位置づけられ、すべてのがん診療に携わる医師に対する研修が進む1つのきっかけとなった。

今後については、がん診療連携拠点病院のあり方ががん対策推進協議会などにおいて議論されているが、提供されている緩和ケアの質をどのように評価していくかが課題として挙げられる。また、都道府県がん診療連携拠点病院と地域がん診療連携拠点病院の役割を整理していき、地域レベルの緩和ケアを含めた医療の連携体制の整備、都道府県レベルでの医療連携や診療支援のあり方の検討、そして全国レベルでのがん対策にも資するネットワークの構築をどのように行っていくのか

ということも重要な課題である。そして、医療の現場が患者の視点で緩和ケアを実施していくことを推進する効果的な診療報酬の評価が、今後、期待される。

## 一般の方々に対する緩和ケアの普及啓発

一般の方々においては緩和ケアの概念が適切に理解されておらず、「緩和ケアは死を待つだけのあきらめの医療」「医療用麻薬を使ったら最期」といった誤った考え方を持っている者もいまだ少なくない現状がある。

2007年9月に実施した「がん対策に関する世論調査」においては、「(緩和ケアを)知らなかった」者が27.8%、「よく知らないが、聞いたことはある」者が25.8%であり、「“緩和ケア”の意味を十分知っていた」者は9.8%にとどまった<sup>11)</sup>。同様に、2009年9月に実施した世論調査では、「(緩和ケアを)知らなかった」者が20.7%、「よく知らないが、聞いたことはある」者が23.6%であり、「“緩和ケア”の意味を十分知っていた」者は15.0%という結果<sup>12)</sup>であり、一見すると緩和ケアの認識が高まっているようにも見える。

しかし、理解の内容について前回の調査結果と比較してみると、「終末期の患者だけを対象とすると思っていた」(25.1%→28.9%)、「病院、緩和ケア病棟などの限られた場所でしか行われなと思っていた」(19.7%→23.0%)、「痛みなどの身体症状のみを対象とすると思っていた」(13.2%→19.6%)という結果(複数回答)となっており、緩和ケアを適切に理解している者の割合はむしろ下がっていた。

2007年より、一般の方々を対象に、緩和ケアについての正しい知識を持つことを目的とし、厚生労働省は緩和ケアの普及啓発を目的とした委託事業を実施している。日本緩和医療学会は関係団体の協力のもと、「オレンジバレーンプロジェクト」として緩和ケアの普及啓発に取り組んでいる<sup>13)</sup>。

一般の方々を対象に緩和ケアの知識を広く普及させていくことは容易ではない。メディアなどが継続的に緩和ケアの正しい情報が発信していくよう、医療従事者が適切な情報を分かりやすく伝え

ていくことが重要である。また、医療従事者自身が緩和ケアについて正しい知識を持ち、目の前の患者や家族の方々に正しい情報を伝えていくことが何よりも大切であろう。

## 緩和ケア領域における研究の推進

「がん対策基本法」成立後で、わが国の緩和ケアの領域で最も注目すべき研究は、厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業 がん対策のための戦略研究「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」(研究リーダー：帝京大学 江口研二)による「OPTIM-study」である<sup>14~17)</sup>。

各地域で緩和ケアを進めていくに当たっては、それぞれの地域ごとに特有の状況があり、全国で画一的に緩和ケアを進めていくことは困難である。本プロジェクトは、この課題を解決することを目的に、地域の特性をふまえ、地域における緩和ケアを推進していくための方法を明らかにしていくものである。

OPTIMプロジェクトでは、地域の包括的な緩和ケアプログラムを開発し、そのプログラムが、がん患者のQOLを向上するかについて検証を行っている。また、プロジェクトのアウトカム、プロセスの分析により、わが国の緩和ケアの均てん化のために有用なデータが蓄積し、全国の各地域において活用できる科学的根拠に基づいた緩和ケアを推進するための方策をまとめていくことを目指している。本プロジェクトについては他稿に詳しく記述されているため、ぜひご参照願いたい。

## 残された課題

これまでに述べてきたように、「がん対策基本法」が成立した後、緩和ケアについては強力な追い風のもと、多次元にわたって新たな取り組みが開始され、緩和ケアも大きく推進された。この数年間で、今まで解決ができなかった課題のいくつか、その解決の方向性が示された。しかし、その一方で未解決の課題や新たな課題も生まれつつある。

たとえば、「がん対策推進基本計画」で定められた「すべてのがん患者およびその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」の達成状況の評価の方法の確立、拠点病院などの医療機関における緩和ケアの質の評価、さまざまなレベルでのネットワークの構築と連携の促進、在宅医療の推進、がん患者や家族の精神心理的なケアの充実、施設や地域の格差の是正、患者や家族の意向をよりいっそう尊重した医療の提供とそれを実現させるコミュニケーションの促進、そして何よりも重要な課題は、緩和ケアの専門性を有する人材について適切な人数を育成していくことであろう。また、緩和ケアのあるべき姿を検討するに当たっては、原点に戻り、終末期医療における未解決の課題についても改めて整理することも緩和ケアの課題を検討するうえで有効であろう。

がん対策は、「がん対策推進基本計画」が2011年度で終わることにともない、2012年から始まる次期の「がん対策推進基本計画」が目指すべきものについて、すでに議論が始まっている。緩和ケアについては、「がん対策推進基本計画」に重点的に取り組むべき課題の1つとして掲げられ、大きく進められてきた。今後ともまだ多くの課題が残っていることをふまえると、これからも緩和ケアに関する取り組みは、まだ手綱を緩めてはいけなからう。

現在、すでに始まっている次期のがん対策や緩和ケアの方向性に関する議論について、ぜひ多くの方々にご注目いただくとともに、次期の5年間もがん対策と緩和ケアが大きく進む期間になるよう関係者一同、力を合わせ協力していく必要があるだろう。

## 文 献

- 1) 木澤義之, 山本 亮: がん診療に携わるすべての医師が緩和ケアの基本的な知識を習得していくための研修—PEACEプログラムを用いた研修会について. 緩和医療学 11: 303-309, 2009
- 2) 日本緩和医療学会: 医師に対する緩和ケア教育プログラム (PEACE) [http://www.jspm-peace.jp/]

- 3) 厚生労働省: 第2回緩和ケア専門委員会資料. 参考資料3 緩和ケア対策の現状 [http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000013gjs.html]
- 4) 日本緩和医療学会: ELNEC-J 指導者養成プログラム [http://www.jspm.ne.jp/gmeeting/elne.html]
- 5) 財団法人がん集学的治療研究財団: がん医療を専門とする医師の学習プログラム eラーニング [http://www.cael.jp/]
- 6) 新木一弘: がんプロフェッショナル養成プランの進捗状況. 腫瘍内科 7: 1-9, 2011
- 7) 厚生労働省: がん診療連携拠点病院の整備について [http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan\_byoin02.pdf]
- 8) 国立がん研究センターがん情報サービス: がん診療連携拠点病院の緩和ケアおよび相談支援センターに関する調査—2007年度調査結果報告書 [http://ganjoho.jp/professional/cancer\_control/2007report.html]
- 9) 国立がん研究センターがん情報サービス: がん診療連携拠点病院の緩和ケアおよび相談支援センターに関する調査—2008年度調査結果報告書 [http://ganjoho.jp/professional/cancer\_control/2008report.html]
- 10) 国立がん研究センターがん情報サービス: がん診療連携拠点病院の緩和ケアおよび相談支援センターに関する調査—2009年度調査結果報告書・調査結果資料 [http://ganjoho.jp/professional/cancer\_control/2009report.html]
- 11) 内閣府大臣官房政府広報室: がん対策に関する世論調査 (平成19年9月調査) [http://www8.cao.go.jp/survey/h19/h19-gantaisaku/index.html]
- 12) 内閣府大臣官房政府広報室: がん対策に関する世論調査 (平成21年9月調査) [http://www8.cao.go.jp/survey/h21/h21-gantaisaku/index.html]
- 13) 日本緩和医療学会: オレンジバレーンプロジェクト [http://www.kanwacare.net/]
- 14) がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」 [http://gankanwa.jp/]
- 15) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al: Palliative care in Japan: current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model (OPTIM) study. Am J Hosp Palliat Med 25: 412-418, 2008
- 16) 山岸暁美, 森田達也, 江口研二: 地域介入研究 (戦略研究). 緩和医療学 10: 215-222, 2008
- 17) 江口研二: がん緩和医療—地域で支える体制構築と地域包括的プログラムの開発. 緩和医療学 11: 351-355, 2009