

# I. 緩和ケアにおける専門性とは何か

## 2. 臨床腫瘍学と緩和医療学

江口 研二

(東海大学医学部腫瘍内科・オンコロジーセンター)

### はじめに

現在のがん緩和医療とは、単に終末期患者を対象にするものではなく、がんを疑われた、あるいはがんという診断がついた時点から、すでに患者やその家族に対する緩和・支持療法を担当する医療分野と認識されている。すなわち、緩和医療の大きな領域を占める疼痛対策、栄養摂取、うつ・せん妄などサイコオンコロジー（精神腫瘍学）をはじめとする、がんに伴う身体症状・精神症状の緩和医療を専門とするが、早期がん治療後にも生じうる身体的・精神的な問題や、抗がん剤・放射線・手術療法などの治療に伴う副作用対策（狭義の支持療法）に関しても積極的に介入する診療分野に広がっている。

本稿では、がん緩和医療の専門性がなぜ求められるのか、およびわが国でのがん緩和医療専門医の資格認定に関する動向について総論的に触れてみたい。

### がん緩和医療の専門性と“エビデンス”

がん緩和医療の専門性というと、狭義には、がん患者の身体的・精神的な症状に関する緩和医療に関する最新の知識を駆使して診療にあたることのできる技量ということになる。すなわち、患者・家族とのコミュニケーション、具体的な症状緩和のための治療方針・治療方法などに関する知識・技術を修得し、使いこなせることが必要である。

実際には、緩和医療の分野では、チーム医療が前提となるので、外科・内科・放射線科・麻酔科などの出身の緩和医療医師と精神科医師（サイコ

オンコロジスト）のほかに、看護師、薬剤師、栄養士、ソーシャルワーカーなども含めて、相互の知識を一定水準持ちつつ、協力して診療にあたっている。この場合に緩和医療医は、チーム医療のコンダクターとしての技量も必要とされる。臨床腫瘍医、腫瘍外科医などのいわゆる主科の医師や病棟スタッフ、そして地域の緩和医療を担っているホスピス・在宅医療支援診療所・介護センターなどのスタッフとの連携も円滑に行う能力が要求されることになる。そのような人材の育成が急務となっている。

がん緩和医療専門家は、臨床腫瘍学の知識にどこまで習熟する必要があるのか？ 緩和医療スタッフの間でも意見はさまざまであるが、以下に列記するような臨床現場での事項が現実的なヒントとなる。すなわち、①がん腫によって、よくみられる症状や患者の日常生活上の制約などが異なることである。乳がん患者の *generalized bone metastasis*、消化器がんでの腹水貯留、栄養障害、肺がん患者の呼吸困難、頭頸部がん患者の顔貌変化や頸部機能障害性腫瘍などである。これらは日常がん治療に従事する各臓器がん専門家は、しばしば経験しているものである。しかし、多彩ながん種の進行がん患者の診療に際し、その診断や対策の目標に関して、ときに見当違いな視点にもなりうる可能性がある。

②最近のゲフィチニブなどの経口分子標的薬の中には、従来の抗がん剤とは副作用のスペクトラムが異なるものがある。また治療効果の面からも、従来、終末期症例と考えられていたような多発脳転移、びまん性肺転移症例でも、年余にわたって *performance status* (PS) の改善や日常生活への復帰が可能な場合がでてきている。

患者・家族との対話にあたって、最新の治療法の進歩については、常に注意を払う必要がある。もちろん、がんに対する先進的な治療の専門は、臨床腫瘍医であるから、知識の限界はある程度許容される。しかし、緩和医療専門といえども、臨床腫瘍医と対等の立場で情報交換できるように、標準的ながん治療の動向には、常に関心を持っておく必要があるといえる。がんの進行とともに、治療方針の主体は臨床腫瘍医から緩和医療医に比重が移ってくるのであって、その円滑な移行を進めるためには主科との緊密な情報交換がポイントである。

さらに、がん緩和医療の分野も従来からの経験的な医療のみならず、科学性と情報化の間われる時代になってきた。すなわち、診断法、治療法に関する日進月歩の新しい知見を消化し、がん緩和医療の日常臨床の質をどのように担保するかは、すべての緩和医療に携わる医療関係者にとって重要な問題となっている。未承認薬の臨床導入や適応拡大のための治験は、企業の決断にかかっている。しかし、迅速に治験を進めることや治験以外の臨床試験から質の高い治療法のエビデンスをつくることは、緩和医療に携わる医師の責務といえる。10%プロカインの製造中止、ケタミンの麻薬指定などの最近の事例は、日常頻用されている緩和医療の治療法にもエビデンスの存在が必須であることを明確に示している。自施設で頻用している“治療法”は、必ずしも全国で頻用されている治療法ではなく、むしろまったく使用されていないということもある。そのような治療法では標準的に推奨できる治療法といえない。

従来の緩和医療では、治療法の評価は個々の事例に対しての有用性が決め手であり、したがって多数例での一律的な臨床試験でのエビデンスはすぐわないというような意見も多かった。しかし、現在の薬物相互作用、有害事象などの問題や、保険適応のない使用方法などの問題は、ケースバイケースというような論理で押し通せるものではない。有効性を期待できる治療法であれば、なんらかの科学的な方法論で、有効性と安全性に関するデータを示すことが必要である。これが prospective design による臨床試験であり、倫理性も担保

しつつ、多くの患者に還元する道筋である。日本におけるがん緩和医療の臨床試験をもっと効率よく進める体制（試験計画の立案、審査体制、研究資金調達、臨床試験支援スタッフ確保など）を関連学会などで整え育てる必要がある。さらに重要なことは、緩和医療に携わる医師が、自分が良いと思う治療法を全国どこでも享受できるように、一般化するためのプロセスを積極的に自覚することである。

## 緩和医療専門医資格に関する学会の動向

日本緩和医療学会 (<http://www.jspm.ne.jp>) は、「がん患者の全経過を対象として、palliative medicine の専門的発展のための学際的、学問的研究を促進し、結果を医学教育と臨床医学とに反映させること」を目的として、1996年に第1回日本緩和医療学会学術集会を開催して発足した。現在、会員数は5,000名を超えており、半数が医師、約4割強が看護師、その他、薬剤師、ソーシャルワーカーなど多職種の会員により構成されている。緩和医療学会は設立後10年を経て、当初の緩和医療に対する教育・交流の場というような学会から、社会的にもがん緩和医療を全国的に整備するための司令塔としての役割を担うことが必要となってきた。社会的な責任を明らかにする意味もあり、2006年にNPO法人となった。

ASCO（米国臨床腫瘍学会）の緩和医療テキストのようにがん緩和医療の対象となる基本的な個々の症状について、体系的な文献レビューを行い、現時点での診療ガイドラインを厚生労働省研究班との合同作業班で peer review を行い、作成しつつある。現在までに、「がん疼痛」「鎮静」「終末期補液」が作成されており、現在「呼吸困難」などについて作業が進んでいる。完成された各ガイドラインは、冊子発行やホームページ掲載などの後、3～4年ごとに改訂される予定である。学会活動として、がん緩和医療の質の向上と統一化は重要である。すなわち、どこでもだれでも良質の緩和医療を受けられるようにすることが学会の大きな使命のひとつであると考えている。

このために教育研修委員会を設置して、欧米の

教育カリキュラムを参考に、2003年がん緩和医療の教育研修カリキュラムを作成した。そのカリキュラムに基づいて2004年から、複数年度にわたる体系的な医療者向けの教育研修企画を実施している。

具体的には2種類の課程からなり、①米国での緩和医療教育プログラムであるEPEC-Oを参考に、全国各地域での教育担当者を養成するトレーナーズセミナー（対象者を絞り定員数十名の合宿形式セミナー）と、②全会員を対象とした教育研修カリキュラム修得目的のセミナー（年2回開催）を開始している。これらのコースは、医師以外の、看護師やその他の職種における教育研修プログラムなどにも共通部分を持たせている。また、医学部卒前教育の教育研修カリキュラムも検討中である。現在、厚生労働省が進めている全国のがん診療連携拠点病院や在宅ホスピスなど地域ネットワークの整備には、その前提として、緩和医療専門家の人材確保が必須である。

日本緩和医療学会では、体系的な教育研修体制の実施に伴い、2007年に緩和医療医の資格認定制度の設置準備委員会を立ち上げ、がん緩和医療の専門性の質を担保する方策を進めている。医師専門資格の必要性は、医科大学教育の中では、専門資格を考慮できるような体系的な教育が行われていないこと、また今後、良質のがん緩和医療を全国に展開する上で、コアとなるべき人材を配置することが要求されているからである。専門資格取得の条件として、認定試験、教育セミナーの受講歴、学会発表・論文業績のほか、指定専門機関での研修経験なども、設置準備委員会での今後の検討事項に含まれると考えられる。

カナダなどでは人口10万人あたりに1~2名の地域ネットワークの核となる緩和医療専門医を配置している州がある。役割分担によって適正な配置人数は変わるが、わが国で全国のがん診療連携拠点病院に複数医師を配置とすると、数年のうち

に約400~800名を目標にする必要がある。地域内での緩和医療連携には役割分担が必要であり、これらの専門家を核として、地域内での緩和医療教育体制をつくり、在宅医療関係者、関連スタッフの技量の向上や、地域社会での一般市民への啓発活動の仕組みもつくる必要がある。

もちろん、がん緩和医療関連の国内諸団体との交流や横断的な課題、すなわち教育カリキュラムなどに関する連携、そして、韓国や東南アジア、さらに国際的ながん緩和医療の学術団体との交流も、今後の人材の育成に欠かせない重要な事項と考えられる。

---

## おわりに

がん緩和医療は本来連続した医療の一環であり、その意味からも患者・家族と医療者の信頼関係や臨床腫瘍医と緩和医療医との連携などは、その前提になるものである。臨床の現場では、緩和ケアチームのチームワークと力量・度量、緩和ケアチームと病棟スタッフ間の信頼関係、そして臨床腫瘍医、腫瘍外科医などの主科スタッフとの相補的な協力関係、外部の医療機関や地域の介護センターなどとの協力関係などが一つでもうまくいかない、患者・家族の緩和医療に対する信頼は得られない状況に陥る。

現実には、かならずしも円滑に診療が進むわけではなく、逆に関与する誰もが消耗する事態に立ち至ることもまれでない。10年以上前であれば、気のあった有志間の個人プレーで行うような緩和医療でもやむをえなかった。しかし、がん緩和医療に使用する新規薬剤も増え、インターネットによるさまざまな質の情報が飛び交い、社会のニーズとして良質のがん緩和医療が要求される時代になった。患者・家族や他の医療従事者に頼りにされる専門職としての緩和医療スタッフが必要とされている。