

福井次矢：がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会座長

門田守人：がん対策推進協議会会長

福島靖正：健康局長

宛

平成 28 年 10 月 21 日

日本緩和医療学会からの次期がん対策推進基本計画への意見書

日本緩和医療学会 理事長 細川豊史（提出責任者）

日本緩和医療学会 各種委員会委員長

医療の各領域における質の評価は、何はともあれ、まず構造（structure）の評価に始まるとされている。しかるに、緩和ケア領域においては、この構造（structure）において、すでに大きな問題が提起されている。

つまり緩和ケアの啓蒙・普及に関するインフラの整備の不備である。

例えば、明治以降の本邦の識字率、一般国民の教育程度が世界に冠たるものであったのは、一重に義務教育制度が完備していたことにある。学校が整備されたことである。江戸時代においても、同じく識字率は当時の諸外国に比し、驚くほど高かった。それは、制度はなくとも、“構造”＝インフラの一つである巷の町村に数多ある“寺小屋”の存在があったからである。

しかるに緩和ケアにおいては如何か。その教育の要となるべき緩和医療学講座は、国立・公立・私立大学の 79 の医学部に大小合わせて、僅か 21 あるのみである。

次期がん対策推進基本計画緩和ケア領域の作成においては、まず、この根本的な構造的欠陥の改善から進めなければ、緩和ケア推進の構造の評価の後に来る、その過程や結果の評価に至る事すら出来ないことを理解すべきである。

本意見書は、日本緩和医療学会に設置された 19 の各種委員会の意見を委員長がまとめ、「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」の委員である細川が集約・編纂したものである。記載内容の最終的責任は提出責任者である細川が負うものであることを明記しておく。

（1） 緩和医療学講座（教室）の設置

序文では、“構造＝インフラ”整備の必要性を“識字率”に例えたが、本項では、眼科に例えてみよう。視力（見えること）を維持し、目の病気を治し、国民の目の健康を守るにはまず何をなすべきか。内科や外科医に目、視力の重要性を理解させることはもちろん重要である。しかし、点眼や眼帯の巻き方を彼らに教えるより前に、根本的には、専門家たる眼科医師養成の役を担う眼科学講座（教室）をすべての大学医学部に設置することから始めるのが、まず当然の順序ではなからうか。

ならば国家の施策として、緩和ケアを推進するのであれば、すべての大学医学部に緩和医療学講座をまず設置すべきである。然るに緩和ケアの国民への普及、医療者への啓蒙、専門育成にあたっては、内閣は基より、厚生労働省、文部省、数多の学会や患者会、マスコミ、各党の政治家に熱心に参画して頂いているにもかかわらず、この構造的欠陥、つまりすべての大学医学部に緩和医療学講座を設置するという基本的なインフラ整備がなされてこなかったのである。

周知のように、各医学系大学では医学教育の国際標準化が急ピッチで進められている。そしてこの「臨床医学」分野には、内科や外科等の科目と並列されて緩和医療学が含まれている（日本医学教育学会 HP：医学教育分野別評価基準日本版 ver 2.1 P:17 参照）。具体的には「緩和医療学：緩和ケア」を卒前教育に組み込み、その内容を標準化する必要性が謳われている。にもかかわらず、当然それを請け負うべき緩和医療学講座がほとんどの医学部に設置されていないのである。

当然、講座がないため、学位（博士号）の取得が極めて困難となる。よって緩和医療に従事している医師は学位の取得が難しく、取得していないものが多い。このため、医学部の教員候補者となれないため、長期・安定的に緩和ケアの教育、実践に従事でき得ない状況が現実となっている。

がん診療病院にとって、緩和ケアに従事するケアチーム医、緩和ケア病棟医が必須の人材としているにもかかわらず、大学に講座もない制度の中では、ライフワークとする意欲も失せ、がん診療病院から緩和ケアに従事する医師を求めても、その獲得は殆ど不可能な現状である。

現第二期がん対策推進基本計画には、「大学等の医療機関では、実習などを組み込んだ緩和ケアの実践的な教育プログラムを策定する他、医師の卒前教育を担う教育指導者を育成するため、医学部に緩和医療学講座を設置するよう努める」と明記されている。

しかし、この第二期がん対策推進基本計画策定後、まもなく5年が経過するが、先述の如く、本邦の国立、公立、私立大学にある79の医学部の僅か20大学にしか緩和医療学講座が設置されていない。

これらの講座の一部は、文部科学省管轄のがんプロフェッショナル養成講座であり正規講座でない。早急に文部科学省との密な協議を行い、国家の施策として、すべての大学医学部に緩和医療学講座を早急に設置する国家的アクションを起こすことが喫緊の課題である。

次期がん対策推進基本計画の緩和ケア領域では、第一にこの「緩和医療学講座をすべての大学医学部に設置する」を“啓示”として掲げて頂きたい。

<参考資料：全国の緩和医療学講座>

緩和医療学講座を設置している大学：京都府立医科大学疼痛・緩和医療学教室調査

（平成28年7月現在）

- ・国立大学医学部（42）：10 講座
- ・公立大学医学部（8）：2 講座
- ・私立大学医学部（29）：9 講座
- 計（79）：21 講座

<その内訳>

- ・国立大学医学部（10 講座）正規講座：3、寄付講座：2、がんプロ講座：5
- * 東北大学大学院医学系研究科 緩和医療学分野（正規講座）
- * 筑波大学 生命システム医学専攻・疾患制御医学 専攻 緩和医療・精神腫瘍学 臨床緩和医療学・精神腫瘍学（正規講座）
- * 東京大学 外科学専攻 緩和医療学講座 緩和医療科（がんプロ講座）
- * 東京医科歯科大学 医歯学系専攻全人的医療開発学講座
心療・緩和医療学分野（正規講座）
- * 新潟大学 緩和内科学講座 緩和医療学（がんプロ講座）
- * 福井大学 腫瘍病態治療学講座（がんプロ講座）
- * 京都大学医学部 臨床腫瘍薬理学・緩和医療学講座（寄付講座）
- * 神戸大学大学院医学研究科内科系先端緩和医療学分野（がんプロ講座）
- * 島根大学医学部 緩和ケア講座（がんプロ講座）
- * 信州大学 医学部附属病院がんセンター緩和ケア部門（寄附講座）

- ・公立大学医学部（2 講座）：正規講座 1、寄付講座 1、
- * 札幌医科大学医学部 アイン・ニトリ緩和医療学推進講座（寄付講座）
- * 京都府立医科大学 統合医科学専攻 包括的緩和医療学 疼痛・緩和医療学教室
（正規講座）

- ・私立大学医学部（9 講座）：正規講座 4、寄付講座：1、がんプロ講座 4
- * 岩手医科大学 緩和医療学科（がんプロ講座）
- * 埼玉医科大学 臨床腫瘍学 緩和医療科（正規講座）
- * 順天堂大学 緩和医療学研究室（がんプロ講座）
- * 帝京大学医学部 緩和医療学講座（がんプロ講座）
- * 昭和大学医学部内科学講座 緩和医療科学部門（正規講座）
- * 聖マリアンナ医科大学 緩和医療学（愛和病院）（寄附講座）
- * 東海大学 緩和医療学講座（正規講座）
- * 藤田保健衛生大学医学部外科・緩和医療学講座（正規講座）
- * 近畿大学 緩和医療学講座（がんプロ講座）

(2) 緩和ケア教育

- ① 毎年約 8,000 人が新研修医となっている。この研修医の内、少し臨床経験を積んだ 2 年次の医師に、基本的緩和ケア習得のため緩和ケア研修会 (PEACE) 受講を必須とする (医政局との調整を必要とする)。これにより、4 年後には、下記②が必要でなくなる。
- ② 引き続き卒後 2~5 年目における“がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会 (PEACE)”受講を必須とする。
- ③ がん診療拠点病院に奉職するがん診療に携わる医師には PEACE 受講修了書の提示を必須とする。
- ④ がん診療に携わる医師には、各疾患や各症状単位のさらに専門的な内容の研修を受けられる PEACE の上級プログラムを受講できる 2 段階体制を整備する (現フォローアップ研修会のモジュール化)。
- ⑤ がん診療各科の専門医および「がん治療認定医」の取得時の必須要件とする。
- ⑥ 規模の小さいがん診療拠点病院の多くではがん診療に携わる医師のほぼすべてが、PEACE をすでに受講している。このため、全てのがん診療拠点病院、単独での毎年の開催を義務とするのではなく、複数のがん診療拠点病院と共同開催することや都道府県がん診療拠点病院などと共催することも可として都道府県単位で検討する。
- ⑦ 新専門医機構による 19 の基本学会 (一階) が指定された。案では、通称二階以降と言われる他の専門医取得には、指定された基本学会の専門医取得が必要と風評されている。このため、初期臨床研修の修了を控えた多くの若い医師が、この 19 の基本学会のどこかの研修プログラムに入らなければ将来がないとまで考えている。このため、横断的な分野として他の学会とオーバーラップする救急医学会が 19 の基本学会の一つに組み込まれている。全く同じ理由で、国民に対して要務を果たすなら、他のがん関連の基本学会とオーバーラップする緩和医療学会も横断的な分野として専門医機構の基本学会の一つに指定するべきである。
- ⑧ 緩和ケアを卒前教育に組み込み、その内容を標準化する。このためにも、すべての医学部に緩和医療学講座を設置することは必須である。

(3) 看護師の教育

- ① 緩和ケアはチーム医療といわれて久しいが、施策となると常にその中心は医師であり、看護師をはじめとするメディカルスタッフへの教育などはかなり遅れている。
- ② 看護基礎教育において卒前教育の中で緩和ケアや EOL (end of life) ケアを独立科目として設定している看護大学は極僅かである。また、緩和ケアはがん看護の中で教授されることが多く、非がんに対する教育は十分なされていない。

- ③ また、EOL 教育の基盤となる Self-awareness、コミュニケーション、倫理といった内容は看護大学における看護基礎教育の中で、ほぼ実施されていない。これらの教育の充実を早急にはかる必要がある。
- ④ 卒後教育において、がん・がん以外の疾患に関わらず、緩和ケアや EOL (end of life) ケアに関して全体的に知識修得の研修に偏っている。意思決定支援、アドバンス・ケア・プランニングが必要という知識はあっても、死に関する話題や、今後のことを話し合うコミュニケーションスキルに自信がない看護師は多い。座学でよい部分は e-learning などを使い、スキルと態度修得を重視した演習型の研修の組み立てが必要である。
- ⑤ 看護師の緩和ケアや EOL ケアの初期研修については、日本緩和医療学会が中心となって普及を進めてきた ELNEC-J をコアとする。
- ⑥ “がん” 以外の疾患に対する緩和ケアについても、ELNEC-J をコアとし、ここから、さらに ELNEC の老年、救急、小児の EOL と緩和ケア教育を進める。

(4) “がん” 以外の疾患に対する緩和ケア

- 1) “がん” 以外の疾患に対する緩和ケアの現状と問題点
 - ① 「緩和ケア＝がん」のイメージがあり、疾患を問わず、苦痛緩和は、どの患者さんにでも共通して必要なことであるという認識がなく、治療が優先されている。
 - ② 循環器疾患患者、呼吸器疾患患者、透析患者、認知症患者などそれぞれの領域で症状緩和、倫理的な問題、家族ケアなど問題となる点がある。それらに対して、個々に専門性の高い緩和ケアを推進していく必要がある。
 - ③ 現場看護師から見て、“がん” 以外の疾患に対する緩和ケア、特に循環器疾患・呼吸器疾患の患者の症状の緩和が不十分である。
 - ④ わが国において非がん疾患に対する緩和ケアのニーズがどれくらいあるのか、臨床家がどれほど困っているのかなど実態調査を行うべきである。
 - ⑤ 実際に、がん患者への緩和ケアがしっかり実施されている施設では、“がん” 以外の疾患に対する緩和ケアもすでに依頼されており、症例数はまだすくないものの、対応が始まっている。
 - ⑥ 基本的には症状緩和を行いながら看取りという形での対応が多い。
 - ⑦ 循環器系の主治医からは、心不全末期の呼吸困難に対しては、今まで緩和ケアチームに依頼したことは少なかったが、対応してもらえるのであれば、有難く、我々から見たニーズはかなり高い、という意見が出ている。
 - ⑧ “がん” 以外の疾患に対する緩和ケアが緩和ケアチームとして対応できるということを認識している主治医は少ない。

- ⑨ しかし全体として“がん”以外の疾患に対する緩和ケアを多くの緩和ケアチームが経験しているとはまだ言い難い状況である。
 - ⑩ オピオイドの使用に関して、腎機能障害がある呼吸困難患者に対してモルヒネの持続静注ができず、“がん”以外の疾患なのでオキファストが使用できないとか、呼吸困難患者でも経口ができる患者に対してMS コンチンが使用できないなど、“がん”以外の疾患だからとして必要な医療用麻薬が使用できない。
 - ⑪ 循環器領域には、末期の心不全に対応するガイドライン（循環器疾患における末期医療に関する提言）がある。この中の延命治療の中止などを見ても、循環器の専門家だけでなく、緩和ケアの専門医、倫理の専門家、スピリチュアルケアワーカーなどがチームとして専門的に対応すべき項目がたくさん網羅されている。よって“がん”以外の疾患に対する緩和ケアも“がん”の緩和ケアと同様にチームとして対応すべきである。
 - ⑫ がん性疼痛看護認定看護師、がん看護専門看護師、サイコオンコロジー（精神腫瘍学）など“がん”の緩和ケア・医療に特化した名称がついている。“がん”以外の疾患に対する緩和ケアの拡充には、こうした名称や職務の内容などの見直しも必要となる。
 - ⑬ “がん”以外の疾患の苦痛緩和の特徴として、疾患そのものの治療が症状緩和に繋がっていることが多く、がんの緩和ケアのように治療と緩和ケアの区別が歴然とはしていない。
 - ⑭ “がん”以外の疾患に対する緩和ケアには病院と在宅を担う診療所や施設との連携が“がん”の緩和ケア以上に重要と考えられます。施設で暮らす非がん末期の方々が住み慣れた場所で最期まで過ごすためには看取りを中心に介護施設への緩和ケアの啓発が重要である。
- 2) “がん”以外の疾患に対する緩和ケアの教育について
- ① 心不全は呼吸困難、腎不全は倦怠感があり後に呼吸困難など、“がん”以外の疾患では苦痛症状の出現がさまざまである。
 - ② 患者に対する姿勢（苦痛・つらさへの対処は人の基本的権利）、コミュニケーション、ACP、EOL スキル、地域連携、看取りなどについての教育は、“がん”緩和ケアも“がん”以外の疾患に対する緩和ケアも総論的には共通している。このため、第1段階として、「総論」+「症状マネジメント」など共通する概念や知識に関する講義を行い、第2段階として、「がん緩和」「循環器」「呼吸器」「神経難病」「AIDS」などに焦点を当てた研修プログラムを、緩和医療・緩和ケアの関連学会、団体と協働して作成した教材、研修体制を作る必要がある。
 - ③ 具体的には、第1段階の緩和ケア総論のみをPEACEで扱い、第2段階は、「がん緩和」「循環器」「呼吸器」「神経難病」「AIDS」などに分けた研修を行う。

- ④ これらに必要なテキストや研修内容については、「がん緩和」「循環器」「呼吸器」「神経難病」「AIDS」に関連する学会での協働が必要である。

3) 看護師への“がん”以外の疾患に対する緩和ケア教育

“がん”および“がん”以外の疾患に対する緩和ケアの提供には、看護師も医療チームの一員として重要な役割を果たしている。しかし、現状では、そのための教育が十分とはいえない。「がん」以外の疾患に対する緩和ケア」普及・実践のためには看護師への教育システムの構築が不可欠である。

(5) 健康保険改正について

- ① できるだけ多くの緩和ケアチームや在宅緩和ケアスタッフが、できるだけ多くの“がん”以外の疾患に対する緩和ケアに携われる機会を構築できるような診療報酬制度の変更が必要である。
- ② そのための具体案
- ・ 「緩和ケア診療加算」・「緩和ケア病棟入院料」を算定できる疾患をがん・エイズ以外の“がん”以外の疾患でも算定できるようにする。
 - ・ できるだけ多くの緩和ケアチームが専従チームとして関わられるように「緩和ケア診療加算」を診療体制に応じて2段階で算定できるようにする。
 - ・ 精神科医の常勤がいなくても「緩和ケア診療加算」が算定できるようにする。
 - ・ 「外来緩和ケア管理料」を“がん疼痛に対するオピオイド使用患者”に制限せず、オピオイド使用患者に適応拡充する。
 - ・ “がん”以外の疾患でも「緩和ケア診療加算」が算定できるようにする。
 - ・ がん疼痛以外の“がん”以外の疾患を含めた症状緩和における医療用麻薬使用が適切に行われるように「がん性疼痛緩和指導管理料」を「医療用麻薬適正使用管理料」に変更する。
 - ・ 「がん患者指導管理料」を“がん”以外の緩和ケアを必要とする疾患の患者指導管理料」とし、“がん”以外の疾患にも適応を拡げる。
 - ・ 「がん患者指導管理料」加算が看護師に対して認められているが、医師に対しても同様の加算を認める。
 - ・ 「緩和ケアチーム加算」に精神科常勤医が必要とあることが、多くの緩和ケアチームで「緩和ケアチーム加算」が取れない最大の理由である。緩和医療専門医や緩和医療認定医がいる場合には、精神科常勤医がいなくても「緩和ケアチーム加算」を認めるなど、質が担保できていれば身体医のみでも加算を認める。
 - ・ 緩和ケアチームに医師の専従がいれば、精神科常勤医がいなくても通常の50%程度の「緩和ケアチーム加算」が算定できるようにする。これはがん拠点病院以外にも緩和ケアチームを普及していくために重要である。

(6) 緩和ケア提供体制

- ・ 本邦のどこの、どの施設に何時行けば、どのようなスタッフがいて、どのような緩和ケアが受けられるか、またはそれらについて相談できるかのすべての情報について、把握している PCIC(Palliative Care Information Center)の設立が喫緊に必要である。
- ・ 緩和ケアは拠点病院以外でもかなりの部分で提供されているが、拠点病院以外の緩和ケア病棟や、在宅緩和ケア提供施設等に対する緩和ケアの提供体制の充実・支援も図っていかなければ、切れ目のない緩和ケアの提供は難しい。
- ・ 現在、積極的治療を終了した患者は、多くのがん診療拠点病院で最期を迎えられず、近隣の緩和ケア病棟もしくは在宅もしくは、慢性期の病院や施設などで迎えている。拠点病院と緩和ケア病棟や在宅施設の間に挟まる慢性期の病院では、どの程度緩和ケアが提供されているのか誰も明らかにしていない。こういった病院には医療者の数も少なく十分な緩和ケアを提供されているかどうか判明していない。これらのがん診療拠点病院以外のがん診療施設おいての緩和ケアの提供体制の把握も緩和ケアの均てん化には必要である。
- ・ がん治療の中心は、入院から外来に移ってきており、がん緩和ケアにおいても外来緩和ケアの充実が喫緊の課題である。このためには、がん治療を受ける患者に対して、基本的な緩和ケアをがん治療医が提供するのと並行して、緩和ケア医師、緩和ケアを専門とする看護師、MSW などが連携して、外来緩和ケアで重視される、1) 治療目標の共有、2) がんを持って生きることへの支援、3) 体と心のつらさへの対応、4) 意思決定支援、5) アドバンス・ケア・プランニングを、継続して行える緩和ケア提供体制の構築が必要である。
- ・ 詳記のような体制を以下の体制を、緩和ケア外来を整備し、平日は9時～17時までなら、いつでもコンサルテーションを受けられるような体制づくりを行う。
- ・ 緩和ケアチームの評価手段を確立する。
- ・ 拠点病院以外の中小病院や地域のかかりつけ医からのコンサルテーションにあたるため、緩和ケアチームの活動を地域に開く。また必要に応じて、専門緩和ケアチームを地域全体で雇用するや、複数の病院を掛け持ちできる体制を構築する。
- ・ 全国を対象とした緩和ケアコンサルテーション（バーチャルホスピスなど）の仕組みを作ることを考える。

(7) 緩和ケアセンター

1) 「緩和ケアセンター」の現状

- ・ 上意下達で色々な提案（要求）が簡単になされているが、都道府県の規模、医療施設の広がり、地域や病院ごとの差異などを考慮すれば、その実効性はどのような

かという当たり前の疑問をほぼすべての緩和ケアセンターが抱いている。努力に努力を重ね、現場は疲弊し、果たしてこれで患者、家族の幸せにつながっていることをなかなか実感できないでいるのが現状である。

- ・ がん診療連携拠点病院といえども、地域性や施設毎の格差がある。少なくとも、その地域や施設の実情に即した緩和ケアセンターの設置が望まれる。
- ・ 一律に緩和ケアセンター、スクリーニング、緩和ケア外来などと義務を次々に課せられたとしても、人員配置の工夫もされずでは対応できるものではない。地域性を全く考慮せずに均てん化を図ろうとすること自体、すでに失策と考えている医療者が多いことを理解していただきたい。
- ・ 緩和ケアセンターが十分機能しているところは少ない。設置基準で決めるより内容で決めたほうが現実的であり、もっと言えば制度を廃止する方が現実的である。
- ・ 緩和ケアセンターに関しては、GM が管理職経験のある認定看護師という必要性を現場の誰もが理解できない。

2) 緩和ケアセンターの見直し

- ・ 都道府県がん診療連携拠点病院のみに緩和ケアセンターを作ることが実行された経緯・理由が不明である。負担は増えても、まだがん診療拠点病院すべてに作るというなら多少はその意図が理解できたかもしれない。
- ・ 緩和ケアセンターが機能しないのは人員配置の最適化とくにその機能の根幹を守る事務職員の必須化を同時に行わなかったからである。
- ・ これ以上、少数で現場を担っている緩和ケア診療に携わる医療者の負担を増やし続けることは得策ではない。緩和ケアセンターを都道府県がん診療連携拠点病院にのみ設置を義務付けたのがテストケースであったとするのなら、即刻、廃止を前提に再考すべきである。
- ・ 緩和ケアセンターを継続するなら、すべてのがん診療拠点病院に設置しなければ意味がない。

(8) スクリーニング

- ・ 苦痛のスクリーニングに関しても検証が必要である。
- ・ エビデンスやアウトカムが重要とされるなら、その両方がないスクリーニングを本当に実施する意義があるのか設定や評価時期も含めて、再検討していただきたい。
- ・ 負担が増えるだけで、形骸化するだけであると多くの現場の医療者が憂慮している。
- ・ スクリーニングをもし拠点病院全体の責務であると考えれば、緩和ケアのみではない。次期基本計画には病院全体が取り組むべきことを記すべきである。そ

して、緩和ケアチームはそのうちの専門的緩和ケアの提供のために力を注ぐべきである。

(9) 小児緩和ケア

- ・ 日本緩和医療学会では、小児がんの緩和ケアに関して、将来構想委員会の中に「小児緩和ケアに関する WPG」を立ち上げた。現在、関連学会、団体との協働を働きかけながら小児緩和ケア研修を含め、具体的な進め方を検討している。厚生労働省の積極的なサポートを期待している。
- ・ 小児がん拠点病院の多くは積極的治療に重きを置くため、一部を除き小児緩和ケアについての知識や技術がまだまだ不足している。
- ・ 成人“がん”患者を対象としてきた緩和ケア従事経験者が小児緩和ケアに協力できる体制を作ることが必要である。

(10) 医療用麻薬

がん対策基本法も法律であり、麻薬取締法も法律である。ならば、医療用麻薬の取り扱い方も、麻薬取締法の中でもきちんとして規定されるような働きかけをするべきである。麻薬に対する国民の抵抗感、誤解は根強いものである。

医療用麻薬の使用は、麻薬の持つオピオイドまたはオピオイド鎮痛薬としての作用を目的としている。ならば医療用麻薬は、法律上「オピオイド」もしくは「オピオイド鎮痛薬」と呼称することとし、麻薬取締法の中でもきちんと規定して、それ以外の目的で使用される麻薬と明確に区別をするべきである。

(11) The WHO three-step analgesic ladder」は、「WHO 三段階“除痛”ラダー」と「WHO 三段階“鎮痛”ラダー」もしくは「WHO 三段階“鎮痛薬”ラダー」のどれが正しい、もしくは適切な日本語訳か？

がん疼痛ケアの基本ともいうべき、有名な WHO (世界保健機構) の「The WHO three-step analgesic ladder」は、1986 年に、WHO が、がん疼痛治療の成績向上を目指して作成した「WHO 方式がん疼痛治療法」を普及するために、上梓した「がんの痛みからの解放」に記載されている。本邦に紹介された当初に、この「The WHO three-step analgesic ladder」は「WHO 三段階“除痛”ラダー」と翻訳された。この「除痛」という用語は、通常「痛みがあるかないか」を連想し、本来のがん疼痛も含めたさまざまな“痛みの治療”や“痛みのケア”に用いられる「鎮痛」と一線を画していると考えられている。「除痛を目指す」は「痛みをひたすら“ゼロ”にする」ことを連想させ、一般臨床においては“ゼロ”よりも QOL の維持を目的とする「鎮痛」の考え方に逆行し、僅かな痛みを“ゼロ”にするために、不適切にオピオイド鎮痛薬を初めとした多くの薬剤が投与され、逆に眠気や意識障害、呼吸抑制など、がん患者の QOL を下げる原因にもな

っている。

さて、「除痛」という用語であるが、局所麻酔下の手術や歯科手術では、痛みが少しでもあれば患者は恐れおののくため、痛みはすべて除かれるべきものである。よってこの領域では“除痛”は“鎮痛”と必ず区別して用いられていた。

しかし、WHO の原文にある英単語の“analgesic”については、英和辞典の邦訳の殆どは「鎮痛薬」、「鎮痛の」、「鎮痛性の」であり「除痛」の記載は全くない。調べた範囲では、唯一“カシオ”の「ジーニアス大和英インデックス」にのみ記載があるが、その基になるジーニアス大英和辞典には、やはり“analgesic”は「鎮痛薬」、「鎮痛の」と訳されている。また本邦で上梓されている広辞苑、国語辞典、医学辞書などのいずれにも「除痛」という熟語の記載はステッドマン医学大辞典の除痛パスタ以外には見当たらない。1986 年当時の日本では、がん疼痛患者の痛みのケアは現在に比し、残酷と言えるほど不十分であった。この“がん”患者さんの痛みを何とか取り“除”きたいという熱い思い、つまり局所麻酔での手術では痛みを取り“除”いてあげたいというのと麻酔科医の思いと同じように、日本語訳に関わった方が「除痛」と訳されたのではないかと推測する。しかし、臨床現場ですでにマイナス面を醸し出している誤訳の用語をこれ以上、公的に使用する意味も意義もない。適切な邦訳、「WHO 三段階“鎮痛”ラダー」もしくは「WHO 三段階“鎮痛薬”ラダー」に改めることを提案する。蛇足ではあるが、医学領域を担当する同時通訳の方々も学会などで話される“analgesic”を「除痛」と訳したことは一度もないと言い、常に「鎮痛薬」か「鎮痛の」であり「除痛」という日本語があることも知らなかったとのことである。

(12) 地域医療

- ・ 一部を除き、がん相談支援センターではコミュニティで生活するがんサバイバーへの支援は充分に行なわれていない状況にある。患者が自らの力を身につけていくと視点からもコミュニティにおけるがんサバイバーの支援に対しての取り組みが必要である。
- ・ 地域へのコンサルテーションの提供のあり方については、悪性腫瘍の患者に対して専門性の高い看護師との同行訪問する「在宅患者訪問看護・指導料 3」が診療報酬として設定されているが、残念ながら、殆ど利用されていない実態がある。時間的な制約や患者負担が多いことなどがその理由である。地域医療における緩和ケアを“がん”以外の疾患の患者にも対象を拡大するなら、広域な地域なども想定し、ICT (Information & Communication Technology) の利用や電話コンサルテーションを使った現実的なアウトリーチ方法を検討する必要がある。
- ・ 地域連携パスは導入後 10 年経ってもうまく機能しているものはほとんどない。その必要性和効果についての検証を行う必要がある。