

各委員からの意見書

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書

委員名：(前川 育)

【問題点】

①がんと診断されたときについて

- 「治療の初期段階から緩和ケア」と基本計画にはあるが、現状を以下に述べる。
- ・がんと診断したときに、患者への対応や説明、治療方針が医師によって大きく違い、その後の治療・医療者と患者の関係性にも影響が出る。
 - ・患者は、診断直後の説明を充分には理解していないケースもある。(現状では、患者は医師への遠慮と共に気持ちが動転していることが多い)
 - ・医療者はインフォームドコンセントを充分したつもりでいても、現状では患者は理解しているとは限らない。
 - ・例として、がんと分かった時は肺がんの末期。患者は自分の病状の厳しさを理解することもなく、輸血を2本するような状態でも「明日は外泊」と楽しみにし、結局、それも叶わず数日後に死去。
亡くなる前日の言葉は、「昨夜は、死んだ方がましと思うほど、苦しかった」
その苦しい思いは、医療者には届いていないと思われる。

【対応案】

①がんと診断されたときについての対応案

- ・初期段階で、主治医・担当看護師・がん看護専門ナース・緩和ケアチームで情報を共有し、今後の治療方針を患者家族と共に話し合う(共通理解)場を作るべきである。
- ・がんと診断された時に、患者に。一律の「初期からの緩和ケア」のパンフレットを作成しておき、それを渡す。
- ・治療開始後、手術や抗がん剤などで生じる心身の苦痛に対して、患者が即緩和ケアチームへたどり着ける道筋をつけ、拠点病院内の垣根のない信頼関係の構築を実施すべきである。
- ・がんに関わるすべての医師の「緩和ケアへの理解」が、必須条件であり、それを実施すべきである。
- ・患者と医師のコミュニケーションが大切なので、医師も患者もコミュニケーション技術を学ぶべきである。

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書

委員名：(前川 育)

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>②緩和ケア研修会について</p> <p>「緩和ケア研修会」を各病院で実施しているが、現状では、本当に必要と感じて開催しているのか、疑問である。</p> <p>現状では、拠点病院だからという制度的な理由で義務的に開催しているケースもあるのではないかな。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院長・施設長の「がんになった時から緩和ケア」の理解が低いケースもある。 ・ がん診療に関わる医師の多忙さも、受講数が増えない一因。 ・ 「参加して、とても良かった」と思える医師が増えれば参加促進につながる。 ・ 現状ではがん診療に関わっている医師がどのくらい受講しているかは、修了者数だけでは不明。 ・ 研修会に参加したある開業医の1年後の言葉、「何を習ったかを忘れてしまったよ」という、現状もある。 	<p>②緩和ケア研修会について、対応案</p> <p>左記の問題を解決するために、下記のことを提案する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 次期基本計画においては、研修会プログラムを、初心者用と緩和医療学で学ぶ高度なもの2種類に分ける。 ・ 患者参加型のロールプレイにするか、患者がいなくても、それに匹敵するロールプレイの内容にする。 ・ がん診療拠点病院の院長（施設長）の研修会受講を義務付ける（緩和ケアへの理解と、トップの意識改革） ・ 研修会受講医師が1名いれば「がん疼痛緩和指導管理料」が加算されるが、研修会修了者のみに限定する。（実数把握にもなる）

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書

委員名：(前川 育)

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>③緩和ケアチームの充実についての現状</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全ての拠点病院に緩和ケアチームはあるが、現状では、実際に稼働しているチームは少ない。 ・主治医や看護師が、緩和ケアチームに依頼しない。 ・患者は、院内に緩和ケアチームの存在を知らないこともある。 ・専任の医師や看護師、精神科医不足のため、緩和ケアチームの質の向上が困難。 	<p>③緩和ケアチームの充実についての対応策</p> <p>左記の問題を解決するためには下記のことを提案する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ある程度長期計画で、専任の緩和ケアチームを育てる。(研修及び、人員確保) ・緩和ケアチームが、院内のがん患者に接触可能な体制を作る。 ・精神科医がいなくても、緩和ケア診療加算を可能とする。 <p>*****</p> <p>この5年間で、計画通りに施策が進んでいないので以下のことを提案する。</p> <p>次期「がん対策推進基本計画」に盛り込むべき事項</p> <p>①「がんになった時から緩和ケア」の実施のためには、医学部での緩和ケアの必修化と研修医の間に、緩和ケア科も必修にする。</p> <p>②「がん疼痛緩和指導管理料」の見直し。</p> <p>③厚労省内に、がん患者のための強力な「がん対策室」の設置。</p>

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書

委員名：秋山 美紀 p.1

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>【問題点】</p> <p>①緩和医療提供状況の把握</p> <p>がん治療のどのステージで緩和医療が提供されているのか、各病院の実施状況がそもそも把握できていない。がん診療連携拠点病院ですら、その実態を把握できていないのが問題である。</p> <p>②医療者（医師）の理解不足</p> <p>がん治療に関わっている医師の間にも、緩和ケアは早期から受けられるという認識が必ずしも浸透していない。</p>	<p>【対応案】</p> <p>①緩和ケア提供状況の見える化</p> <p>まず拠点病院は、がん種・ステージ別の緩和ケアサービスの提供数（PCT への依頼数、緩和ケア外来受診件数等）を報告することを義務とする。そこからがん治療を行う病院に広げていく。</p> <p>②効果的な教育・研修の実施</p> <p>A：専門医レベル 各がん専門医取得のカリキュラムの中に、早期からの緩和ケアの意義を十分理解させる項目を入れる。</p> <p>B：研修医（卒後研修）レベル 初期臨床研修プログラムの中に緩和医療を必修化し、さらにその中に早期からの緩和ケアの意義を入れ込む。</p> <p>C：卒前教育レベル コアカリキュラムの中に、緩和医療を入れて、さらにその中に早期からの緩和ケアの意義を入れ込む。</p>

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書

委員名：秋山 美紀 p. 2

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>③患者の情報不足 治療中のがん患者に、緩和ケアは早期から受けられるものだという情報提供がされていない。緩和ケアは末期のものだという誤解もある。</p> <p>④早期のがん患者が抱える社会的苦痛への対応不足 緩和ケアの4つの要素のうち、特に治療の早期段階でニーズが高いのは、精神的、社会的な苦痛であるが、社会的苦痛についての対応が十分でない。ゆえに治療の早期段階におけるニーズがあっても、それが顕在化していない現状がある。</p>	<p>③患者への十分な情報提供 がん相談支援センターの役割の中に、緩和ケアは早期から受けられるという情報を提供することを明記する。また、地域住民へ十分その旨を啓発する役割も明記する。</p> <p>④社会的苦痛への対応を強化しトータルペインに対応する 特に早期のがん患者の多くが抱えている社会的苦痛への対応を強化するために、早期から院内のソーシャルワーカーががん患者に関われる体制作りを求める。拠点病院では、緩和ケアチームの一員にソーシャルワーカーを加え、トータルペインに対応する体制を整えることを推奨する。</p> <p>以上より、以下の点を提案する。 【次期がん計画に盛り込むべき事項】 ①緩和ケアサービス提供数報告の義務化 緩和ケア提供に関する病院のアウトプット評価の一環として、がん拠点病院は、がん種・ステージ別の緩和ケアサービスの提供数を報告することを義務とする。(PGT への依頼数、緩和ケア外来受診件数等)</p>

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書

委員名：秋山美紀 p. 3

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
	<p>②教育・研修のカリキュラム改訂</p> <p>A：専門医レベル 各がん専門医取得のカリキュラムの中に、早期からの緩和ケアの意義を十分理解させる項目を入れる。</p> <p>B：研修医（卒後研修）レベル 初期臨床研修プログラムの中に緩和医療を必修化し、さらにその中に早期からの緩和ケアの意義を入れ込む。</p> <p>C：卒前教育レベル コアカリキュラムの中に、緩和医療を入れて、さらにその中に早期からの緩和ケアの意義を入れ込む。</p> <p>③がん相談支援センターの役割 がん相談支援センターの役割の中に、緩和ケアは早期から受けられるという情報を提供することを明記する。また、地域住民へ十分その旨を啓発する役割も明記する。</p> <p>④社会的苦痛とトータルペインに対応する体制づくり 特に早期のがん患者の多くが抱えている社会的苦痛への対</p>

	<p>応を強化するために、早期から院内のソーシャルワーカーががん患者に関われる体制作りを求める。拠点病院では、緩和ケアチームの一員にソーシャルワーカーを加え、トータルペインに対応する体制を整えることを推奨する。</p> <p>(以上)</p>
--	---

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書

委員名：大西 秀樹

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>【問題点】</p> <p>① 外来における精神心理的苦痛に対する支援体制が整っていない</p> <p>抗がん治療の中心は、入院から外来に移行している。抗がん治療中の患者家族は、4人に1人が抑うつ・不安症状を抱えながら治療を受けている。</p> <p>特に、外来治療では家族に介護の問題、経済的問題など複雑な身体的精神的負担を強いる。そのため、家族は「第2の患者」とも言われており、患者とは別の配慮が必要である。家族は患者に遠慮をして相談を避ける傾向があるため、家族を対象とした独自の支援が必要である。</p> <p>② 相談支援センターでの精神心理的支援体制が整備されていない。</p> <p>拠点病院では、外来において患者家族の精神心理的苦痛に対応する相談支援センター、緩和ケアチームの設置が義務づけられている。しかし相談支援センターは相談員の配置が不足していることと、相談員の研修に精神症状緩和に関する研修がほとんどないため、対応ができていない。</p>	<p>【対応案】</p> <p>★拠点病院の整備</p> <p>① すべてののがん診療連携拠点病院に常勤の精神腫瘍医またはコンサルテーション精神科医を配置する。</p> <p>うつ病の見落とし、がん患者の自殺を予防するために、全体的のがん診療連携拠点病院に常勤の精神腫瘍医・精神科医を配置し、精神心理的ケアの提供と教育体制を整えることが均てん化の要である。</p> <p>② 患者家族を対象とした患者家族の意向に沿ったサポートプログラムを開発し、各拠点病院相談支援センターで実施する</p> <p>相談支援センターが機能していない原因に、個別相談以外に提供すべき患者家族向けの教育プログラムなどのソフトの整備がなされていないことがある。早期からの緩和ケアとは、「患者が納得して治療を受ける」ことであり、疾患や治療、臨床試験、支持療法に関する理解を進める教育的介入と信頼できる情報提供が重要である。全国の拠点病院で実施できる標準的なサポートプログラムを整備し、各拠点病院で実施することを通して、質の高い支</p>

社会的問題を抱えた患者家族の 60%以上が精神心理的な問題も抱えているが、問題が見落とされたままである。

- ③ 緩和ケアチームによる外来での支援が進んでいない
がん患者では 10-25%にうつ病・適応障害が合併する。抗がん治療とともにうつ病への治療が必要であるが、身体治療場面でのうつ病の見落としが非常に多く（たとえば、一般外来において内科医がうつ病を診断できたのは 1 割に留まっている）、うつ病の診断・治療がおこなえていない。うつ病が見落とされ、十分な治療が提供されないことは、療養生活の質の低下に直結するとともに患者の自殺、治療拒否を通しての治療成績の低下にも関連する（表 1、別紙）。
抗がん治療中のうつ病の治療を改善するためには緩和ケアチームの活動、特に精神腫瘍医の診療が重要である。しかし、緩和ケアチームで外来での精神症状緩和はほとんど実施されていない。
- ④ 医療者のコミュニケーション技術の向上が必要
がん医療においては告知等の際に患者家族に対する特段の配慮が必要である。心理的苦痛を緩和するためにも医療者のコミュニケーション技術の向上に努めることが必要である。医師のコミュニケーション技術訓練は徐々に実施

援が可能となる。

★教育

- ① 精神腫瘍医の育成
拠点病院に勤務する精神科医を対象に、精神腫瘍に関する実践的な教育研修をおこなう育成コースを設ける。
- ② 緩和ケアチームに対する実践的な精神症状緩和に関する教育の実施
- ③ 相談支援センター相談員に対する精神心理的苦痛に対する基本教育の実施
全国のがん診療連携拠点病院において相談員が、精神心理的問題を同定し、適切に対応できることを目的に、標準的なアセスメント方法や自殺念慮に対する危機介入の徹底など実践的な教育研修を実施する。（現在は 60 分の講義しかなく不十分である）
相談支援センターが、患者・家族を対象にサポートプログラムを提供できるように教育研修を実施する。
- ④ がん医療に携わる医師への実践的な精神症状緩和に関する教育の実施
現在 PEACE 研修会がおこなわれているが、うつ病やせん妄に関する教育は 2 時間程度の座学に留まる。特にせん妄は入院患者の 30%以上に出現する代表的な合併症である。せん妄への初期対応はプライマリ・チームの必須の

されているが、十分に行き渡っているとはいえない。また、看護師や薬剤師、検査技師など他の職種にも基本的なコミュニケーション技術は必要であるが、いまだ十分ではない。

技能であるが、実践には結びついていない。

⑤ がん医療に携わる看護師への精神心理的苦痛に対する基本教育の実施

早期からの緩和ケアを実現するためには、抗がん治療中の患者・家族の問題となるうつ病や不安を対象とした臨床プログラムを実施する必要がある。がん診療連携拠点病院が、施設内の看護師や地域の病院看護師、訪問看護師を対象に年1回以上精神心理的苦痛に対する教育研修会を開催する。上記目標を達成するための教育プログラムを開発する。(ELNECは終末期のエンドオブライフケアに焦点を当てている)

⑥ がん医療に携わる薬剤師への精神心理的苦痛に対する基本教育の実施

患者家族を苦しめるせん妄の原因に、不適切な薬剤使用があげられる。誤った向精神薬・オピオイドの使用を防止するためには、薬剤師に向けた精神症状緩和の研修が必要である。

⑦ がん医療に携わる医師を対象としたコミュニケーション技術研修会を都道府県がん診療連携拠点病院で年1回以上開催する

現在日本サイコオンコロジー学会が厚生労働省の委託を受けて年4回研修会を開催している。今後はより広く普

及を図るために、都道府県がん診療連携拠点病院において各地域の医師を対象に、コミュニケーション技術研修会を開催し、コミュニケーション技術の向上を図る。

⑧ がん医療に携わる看護師・薬剤師・心理士を対象としたコミュニケーション技術研修会を開催する

告知等がん患者家族への配慮を実現するために、医師のみならず看護師・薬剤師・心理士などメディカルスタッフに対する基本的なコミュニケーション技術の啓発・普及を目指して研修会を開催する。

大西委員提出資料

精神症状へ対応する必要性

がん医療において、精神症状は日常生活のみならず、がん治療に対しても負の影響を与えることが判明している。以下に精神症状ががん治療に与える負の影響について述べる。

i) 精神疾患そのものによる苦痛

不安および抑うつは、感情面の症状のみではなく、苦痛を伴う症状である(大西秀樹, 2008; Cherny et al., 1994)。せん妄も同様に苦痛な体験であることが知られている (Breitbart et al., 2002)。

ii) QOL の低下

うつ病をはじめとした精神的苦痛を有する場合、がんに対する適応の悪い場合に低下することが知られている (Grassi et al., 1996)。

iii) 適切な意思決定障害

意思決定も影響を受ける。乳がん患者における調査では、術後化学療法を受ける割合を対象群と抑うつ群とで比較すると、対象群では 92%が術後化学療法を受けたのに対して、抑うつ群ではその半数の 50%である (Colleoni et al., 2000)。すなわち、抑うつを合併することで、患者が治療を受ける機会を逃している問題がある。

iv) 自殺

自殺患者の調査では、約 80%が抑うつを呈していた (Henriksson et al., 1995)。がん患者の自殺率は一般に比して約 2 倍と高く、身体的な痛み、絶望感、予後

の悪さ、抑うつが危険因子である (Breitbart, 1987; Breitbart et al., 2000; Akechi et al., 2009)。特に、難治がんであること、再発、告知後に高く、コミュニケーション技術訓練をはじめとした精神的苦痛への配慮が重要である。

v) 家族の精神的苦痛

家族も精神的に苦悩し、抑うつ程度は患者と同等であることが知られている (Lederberg, 1998; 大西秀樹, 2008)。患者と家族の精神的苦痛のレベルは関連するため、患者と同等に家族への対応が必要である。

(参考文献)

- Akechi, T., Okamura, H., Nakano, T., Akizuki, N., Okamura, M., Shimizu, K., Okuyama, T., Furukawa, T. A. & Uchitomi, Y. (2009). Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. *Psychooncology*.
- Breitbart, W. (1987). Suicide in cancer patients. *Oncology (Williston Park)*, 1(2), 49-55.
- Breitbart, W., Gibson, C. & Tremblay, A. (2002). The delirium experience: delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. *Psychosomatics*, 43(3), 183-194.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti-Esch, J., Gaietta, M., Nelson, C. J. & Brescia, R. (2000). Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*, 284(22), 2907-2911.
- Cherny, N. I., Coyle, N. & Foley, K. M. (1994). Suffering in the advanced cancer patient: a definition and taxonomy. *J Palliat Care*, 10(2), 57-70.
- Colleoni, M., Mandala, M., Peruzzotti, G., Robertson, C., Bredart, A. & Goldhirsch, A. (2000). Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet*, 356(9238), 1326-1327.
- Grassi, L., Indelli, M., Marzola, M., Maestri, A., Santini, A., Piva, E. & Boccalon, M. (1996). Depressive symptoms and quality of life in home-care-assisted cancer patients. *J Pain Symptom Manage*, 12(5), 300-307.
- Henriksson, M. M., Isometsa, E. T., Hietanen, P. S., Aro, H. M. & Lonnqvist, J. K. (1995). Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord*, 36(1-2), 11-20.
- Lederberg, M. (1998). The family of the cancer patient. In *Psycho-Oncology*, Holland, J. (ed.),

pp. 237-282

Oxford University Press.

大西秀樹 (2008). *がん患者の心を救う 精神腫瘍医の現場から*, 東京: 河出書房新社.

表1 精神症状による負の影響

(患者に対して)

1. 精神症状自体が患者に苦痛を与える
2. 療養生活の質の低下
3. 治療のアドヒアランスの低下
4. 治療方針の混乱
5. 自殺率の上昇

(家族に対して)

1. 家族の精神的苦痛の増大
-

がん患者の心理学的評価とサポートの4段階

第四段階：精神保健専門家(精神科医)

評価：精神疾患の診断(重症のうつ病、薬物乱用などを含む、複雑な問題)

介入：薬物療法と心理療法(認知行動療法)

第三段階：訓練と認定を受けた専門家(日本では緩和ケアチーム)

評価：心理的苦痛の評価と精神疾患の診断(重症度を評価し精神科医に紹介)

介入：カウンセリングと心理療法(不安マネジメント、解決志向的アプローチ)

第二段階：心理的知識を有する医療者(専門看護師など)

評価：心理的苦痛のスクリーニング(診断、再発、治療中止時などストレス時)

介入：簡便な心理技法(問題解決療法など)

第一段階：全ての医療者

評価：心理的ニードの認識(疑わしいとき精神保健の専門家に相談・紹介)

介入：基本的なコミュニケーション技術(適切な情報提供、理解の確認、共感)

-英国がん患者の支持・緩和ケアマニュアル NHS-NICE 2004

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書

委員名：志真 泰夫

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>治療の早期段階からの基本的な緩和ケアを実施するためのキーワードは次の三つと考える。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 早期段階での苦痛のスクリーニング 2. 緩和ケアの外来機能 3. 医療従事者からの情報提供 <p>【問題点】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 治療の早期段階での苦痛のスクリーニングについて がん診療連携拠点病院では、平成22年4月現在、377施設すべてで外来化学療法室が整備され、リニアック等の放射線治療設備も整備された（「中間報告書」）。しかし、抗がん剤等のがん治療に伴う患者の苦痛（食欲不振などの身体的苦痛、気持ちの辛さなど精神的苦痛、医療費の負担など社会的苦痛を包括する）の把握やそれに対する対策はほとんど取り組まれていない。国内でもこの苦痛の把握のために外来化学療法の段階で「苦痛のスクリーニング」に取り組んでいる施設はきわめて少数にとどまっている（参考文献：「つらさの寒暖計を用いた外来化学療法を受けている患者の経時的観察」 Yamaguchi T et al.; Longitudinal Follow Up of the Distress and Impact 	<p>【対応案】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 外来化学療法および外来放射線治療における「苦痛のスクリーニング」の実施 左記の問題を解決するためには、外来段階での「苦痛のスクリーニング」を実施する必要がある。そのための測定方法は開発が進んでおり、Akizuki らが作成した「つらさの寒暖計」のほか、森田らが開発した「生活のしやすさの質問表」、また「STAS-J」「EORTC QLQ-PAL」など海外の評価法をわが国に導入したものも既にある。それらを研究的に用いた報告では1) 気持ちのつらさ、2) 意思決定の支援の不足、3) 不眠4) 食欲不振・倦怠感5) 口腔のトラブルの5つの苦痛の頻度が高いことが明らかになっている。（参考文献：「がん化学療法を受けている外来患者の症状の発言頻度と経過観察」 Yamagishi A et al.; Symptom prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy. JPS M. 2009 ） <p>しかし、苦痛の評価やスクリーニング法が開発されていても、それを実施する診療体制がなければ、治療の早期段階における苦痛のスクリーニングは「絵に描いた餅」となってしまう。とくに、がん化学療法や放射線治療を担当する</p>

Thermometer in Outpatient Chemotherapy Setting.JPSM,2011)。

2. 緩和ケアの外来機能

がん診療連携拠点病院に限らず、多くの病院で外来の看護部門が縮小されているおり、外来では事務員のみという病院も少なくない。現状でがん患者だけを特別扱いにすることが可能かどうか、多くの問題がある。しかし、「治療の早期段階から緩和ケア」を行うためには、外来で治療を受けている患者に対して、外来での緩和ケアが実施されない限りは無理であろう。

「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」(健発第0301001号 平成20年3月1日厚生労働省健康局長通知)には、「③緩和ケアの提供体制」において、「イ 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。」と定められているが、それを推進する具体的な施策は、緩和ケア診療加算の施設基準において「なお、1)に掲げる緩和ケアチームに係る業務に関し専従である医師であっても、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行うことを目的に、連携している他の保険医療機関からの専門的な緩和ケアを要する紹介患者を外来で診察することについては、差し支えのないものとする。(ただし、所定労働時間の2分の1以下であること。)」としているのみである。

医師や看護師が患者の苦痛に配慮することはもちろんであるが、それを支える外来診療の体制が必要となる。

2. 緩和ケアの外来機能の充実

治療の早期段階で患者の苦痛に対応するために、現在、想定されているような緩和ケアチームの専従医師が行う外来での薬物療法や治療の効果は限定的であり、むしろ看護師によるケア・コーディネーション(たとえば、患者や家族が必要としている生活上のアドバイスや情報提供など)やカウンセリング的対応、歯科衛生士等による介入が望まれる。

「緩和ケア外来」や「緩和ケアチームの外来診療」も施設によっては当然必要だが、多くの病院でもっとも効率的であるのは、「外来で看護師が単独で動けるような診療態勢」であろう。現在、病院の外来での看護に多くの看護師を充てられる状況ではないが、外来看護師と専門・認定看護師が分業し、効率的に患者をみることが出来る外来看護に人をあてるような設定が望ましい。

「緩和ケア普及のための地域介入研究」の患者調査の結果として、こころのケア、お金の負担の軽減、待ち時間や診療時間の軽減が解決してほしい優先度の高い事項として求められていた。お金の負担の軽減、待ち時間や診療時間の軽減が、緩和ケアの範囲に入るかどうか、という異見もあるが、治療の早期段階における患者の負担感、苦痛として理解すれば、がん患者に対する外来機能の充実のひとつとして、緩和ケアの外来機能

3. 医療従事者からの情報提供

緩和ケア普及啓発事業（オレンジバレープロジェクト）で行われた「一般市民を対象とした緩和ケアに関する調査」（2008年・2010年実施）によれば、緩和ケアについて情報を得る方法として最も利用しやすいものは、「身近な医療従事者（医師、看護師）」が52%・52%、「インターネット」40%・40%「テレビ」41%・39%「新聞」33%・29%であった。一方、同事業の「がん治療医の緩和ケアの認識に関する聞き取り調査」では、緩和ケアに関するパンフレットについては「たくさんあることは知っているが、内容については詳しく知らない」という答えがあり、また、外来診療中に緩和ケアのパンフレットを用いて説明することなどは困難という答えが多かった。

を確立する必要がある。

3. 医療従事者からの情報提供

患者や家族は、医療従事者、特に医師や看護師から信頼できる情報が提供されることを望んでおり、一方、医師や看護師には外来や入院の診療の合間に的確な「情報提供」を行うことに困難を感じている。特に、緩和ケアについては「治療をしないこと」「末期であり、死が近いということを意識させること」といった従来からのイメージや一般市民の認識も根深くあり、情報の提供をためらったり、説明に困難を感じたりすることも多い。

外来診療においては、第1に医師に研修等を通じて短時間に情報を提供するやり方のノウハウを提供すること、第2に看護師を通じて情報提供できるような診療の体制や設備（看護師のためのブースなど）を整備すること、第3に相談支援センターに緩和ケアの専門の相談員を配置すること、が考えられる。

入院診療においては、第1に病棟看護師と専門・認定看護師が分担して情報提供できる態勢を作ること、第2に緩和ケアチームに相談機能をもたせるため、医療福祉相談員（ソーシャルワーカー）を配置すること、などが考えられる。

志真委員提出資料

原著

生活のしやすさ質問票 第3版を用いた外来化学療法患者の症状頻度・ニーズ
および専門サービス相談希望の調査

Symptom prevalence and palliative care needs in cancer outpatients
receiving chemotherapy:

鈴木 留美 1)

Rumi Suzuki, M.D.

山口 崇 2) 6)

Takashi Yamaguchi, M.D.

藤本 亘史 3)

Koji Fujimoto, R.N., M.N.

安藤 江美 3)

Emi Ando, R.N.

加藤 亜沙代 4)

Asayo Katoh, R.N., M.N.

森田 達也 5)

Tatsuya Morita, M.D.

1) JA 静岡厚生連 遠州病院

静岡県浜松市中区中央 1-1-1

Palliative Care Team, JA Shizuoka Koseiren Enshu Hospital, Shizuoka

2) 筑波メディカルセンター病院 緩和医療科

茨城県つくば市天久保 1-3-1

Department of Palliative Medicine, Tsukuba Medical Center Hospital,
Ibaraki

3) 聖隷三方原病院 緩和ケアチーム

静岡県浜松市北区三方原町 3453

Palliative Care Team, Seirei Mikatahara General Hospital, Shizuoka

4) 聖隷三方原病院 腫瘍センター

静岡県浜松市北区三方原町 3453

Oncology center, Seirei Mikatahara General Hospital, Shizuoka

5) 聖隷三方原病院 緩和支援治療科

静岡県浜松市北区三方原町 3453

Department of Palliative and Supportive Care, Seirei Mikatahara
General Hospital, Shizuoka

6) 筑波大学大学院 人間総合科学研究科

茨城県つくば市天王台 1-1-1

University of Tsukuba Graduate School of Comprehensive Human
Sciences, Ibaraki

※ 校正者連絡先

聖隷三方原病院ホスピス科 山口 崇

〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町 3453

e-mail: ikagoro@pop06.odn.ne.jp

key word : 外来化学療法、ニード調査、自己記入式質問票

【目的】

近年、外来化学療法を受ける患者が増加し、¹ 外来化学療法患者では、身体・精神症状だけではなく、病状説明や生活に関する幅広いニードを有していることが報告されている。²⁻⁶ これらのニードを治療段階からの確に認識することは外来化学療法を継続していくための適切なサポート体制を築いていくために重要である。われわれは外来化学療法を行っている患者に対して自己記入式質問票「生活のしやすさ質問票」（第1版、第2版）を用いた症状・ニードのスクリーニングを通常診療の一貫として行うことが実施可能であることを示し、外来化学療法患者の症状やニードの頻度を明らかにした。^{7,8} 自己記入式質問票はスクリーニングツールとして有用であったが、1) 評価ツールの一部の項目（嘔吐、口腔の問題）が独自に作成されたものであり、妥当性が十分に確認されたものでない、2) 症状の強さは必ずしも症状緩和のニードと一致しないため簡便な身体症状緩和ニードのスクリーニング質問が必要である、3) 緩和ケア・医療相談・在宅支援などの医療・福祉リソースのニードに関する質問が不十分である、といった改善必要点が明らかにされた。このことから、自己記入式質問票の改定を行い、1) 嘔吐・口腔内の問題の評価を妥当性が確認されたものに変更、2) 身体症状緩和のニードのスクリーニング質問を追加、3) 専門サービス（緩和・医療相談・在宅支援）への相談希望を追加し、追加した質問があっても合計の質問数が増えないように、4) 先行研究の結果より評価対象の症状を頻度の多い11項目に削減、するという変更を行い、「生活のしやすさ質問票 第3版」を作成した。

本研究の目的は、外来化学療法を受けるがん患者の症状頻度およびニードに関して改定した自己記入式質問票（生活のしやすさ質問票 第3版）を用いて、1) 身体症状・気持ちのつらさ・心理社会的ニードを明らかにすること、2) 身体症状緩和ニードのスクリーニング質問の感度・特異度を明らかにすること、3) 緩和ケアチーム・医療相談・在宅支援の専門サービスへの相談希望頻度を明らかにすることである。

【方法】

本研究は、通常診療の一環として収集された質問票の解析であり、参加者の匿名性に配慮して行われた。また、参加に関しては参加者の自由意思に基づいて行われた。

対象

平成21年6月から平成22年3月までの期間に、聖隷三方原病院において外来化学療法を新規に開始された全てのがん患者を連続的に対象とした。

方法

対象者に対し通常診療の一環として、受診毎に外来看護師により質問票が配布され、記入を求めた。

調査項目

調査項目は、自己記入式質問票により、1) 身体症状・気持ちのつらさ・心理社会的ニード、2) 身体症状緩和ニードのスクリーニング質問、3) 緩和ケアチーム・医療相談・在宅支援の専門サービスの受診希望を網羅した。あわせて、「現在、気がかり・心配に思っていること」の自由記載を含めた。

身体症状は、8つの身体症状（最も強い痛み、最も弱い痛み、しびれ、眠気、倦怠感、呼吸困難、食欲不振、嘔気）の強さを M.D. Anderson Symptom Inventory 日本語版 (MDASI-J)⁹ に準拠した 0-10 の 11 段階評価によって評価した。嘔吐・口腔内の問題は、Common Terminology Criteria for Adverse Event (CTCAE) v3.0 日本語訳¹⁰ を基にして独自に開発した 0-3 の 4 段階評価によって評価した。気持ちのつらさは、気持ちのつらさ寒暖計を用いた、0-10 の 11 段階評価によって評価した。気持ちのつらさの寒暖計は、がん患者における適応障害および大うつ病に対する診断補助ツールとして信頼性・妥当性が示されている。¹¹⁻¹³ 睡眠障害に関しては、よく眠れる・時々起きるがだいたい眠れる・眠

れないの3段階評価で評価した。心理社会的ニードは、病状・経済面・日常生活・通院に関する問題の有無を「あり」「なし」で質問した。また、開かれた質問による、現在の気がかり・心配に関する自由記載を調査した。身体症状緩和ニードのスクリーニング質問は、Support Team Assessment Schedule 日本語版 (STAS-J) を基にした0-4の5段階評価 (0:「症状なし」、1:「現在の治療に満足している」、2:「それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい」、3:「我慢できないことがしばしばあり対応してほしい」、4:「我慢できない症状がずっと続いている」) によって評価した。緩和ケアチーム・医療相談・在宅支援の専門サービスへの相談希望の有無を「あり」「なし」で質問した。生活のしやすさ質問票は、http://gankanwa.jp/region/hamamatsu/pdf/life_a4.pdf より閲覧可能である (図1)。対象者背景として、診療録の記載より対象の年齢・性別・原発巣を収集した。

統計学的解析

各症状の強さに関しては、先行研究^{7,8}から以下のように分類した。MDASI-Jに準拠した各身体症状 (疼痛に関してはもっとも強い痛みを解析対象とした) に関しては、4-6、7-10をそれぞれ中等度、重度の症状とし、CTCAE v3.0 日本語訳を基にした各症状に関しては、2を中等度、3を重度とした。気持ちのつらさに関しては、先行研究^{11,12}から5以上を「あり」と判断した。睡眠に関しては、「眠れない」を「あり」と判断した。また、心理社会的ニードおよび専門サービスへの相談希望に関しては各項目チェックがあれば「あり」と判断した。

症状、心理社会的ニード、専門サービスへの相談希望の頻度に関しては度数分布を計算した。また、中等度以上の症状頻度が7%以上の症状に関して、各背景の違いによる中程度以上の症状の頻度を比較した。各背景に関して、年齢・性別は2つの群 (年齢:75歳以下・76歳以上、性別:男性・女性) に、原発巣に関しては頻度の多い、肺・乳腺・消化器 (胃・大腸・小腸・肝臓・膵臓・胆道) の3群に分類した。単変量解析に関しては χ^2 乗検定を行い、P値が0.05以下であった場合、統計学的に有意とした。各評価項目に対する交絡因子の影響を検定するためにロジスティック回帰モデルを用いた多変量解析を行った。また、いずれかの身体症状 (疼痛、しびれ、眠気、倦怠感、呼吸困難、食欲、嘔気、嘔吐、口腔内症状) の強さが中程度以上、または、重度以上を基準とし、「身体症状緩和ニードのスクリーニング質問」の感度・特異度を求めた。解析は、SPSS for Windows ver 19 を用いて行った。

【結果】

研究実施期間中に464例の新規外来化学療法開始があり、そのうち455例 (98%) の患者から質問票が回収された。のべ2854件の質問票が回収された。回答回数の中央値は5回 (範囲:1-28回) 対象者の平均年齢は66歳、原疾患としては、肺・乳腺・大腸・胃が多かった (表1)。欠損値は、6.6% (気持ちのつらさ) から15.6% (しびれ) であった。

身体症状・気持ちのつらさ

中等度以上の頻度が高い症状としては、疼痛 (17.4%)、倦怠感 (15.5%) であった。気持ちのつらさが「あり」と判断されたのは15.6%であった (表2)。

表3に対象者背景と中等度以上の症状頻度の高い主要症状の関連を示す。疼痛は若年者、男性、消化器がん有意に多く、呼吸困難は肺がん有意に多かった。また、しびれは消化器がん・乳がん有意に多かった。

心理社会的ニード

病状・経済面・日常生活・通院についてのニードは、それぞれ、7.2%、0.7%、1.6%、0.9%であった (表2)。また、自由記載欄には47.5%で記載があった。いずれの心理社会的ニードの項目にも記載がないもののうち45%では自由記載欄に記載があった。

身体症状緩和ニードと身体症状の強さの関連

身体症状緩和ニードは、16.6%が2 (それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい)、5.6%が3 (我慢できないことがしばしばあり対応してほしい)、0.8%が4 (我慢できない症状がずっとつづいている) であった (表2)。

いずれかの身体症状の強さが中等度もしくは重度であることに対して、身体症状緩和ニードの強さの異なるcut-off値で感度および特異度を検討した (表4)。Cut-offを3以上と

した場合、中等度以上の症状の有無に対する感度・特異度は、それぞれ、0.21、1.00、重度以上の症状の有無に対する感度・特異度は、0.43・0.98であった。一方、cut-offを2以上とした場合、中等度以上の症状の有無に対する感度・特異度は、0.53、0.90であった。重度以上の症状の有無に対する感度は、0.68、0.82であった。

専門サービスへの相談希望の頻度

緩和ケア・医療相談・在宅支援の各サービスへの相談希望は、それぞれ 3.5%、0.2%、0.4%であった（表 2）。このうち、緩和ケアサービスへの相談を希望する人では、すべての症状、心理社会的ニーズの項目で中程度以上の症状またはニーズがある比率が高かった（表 5）。

【考察】

本研究は、生活のしやすさ質問票 第3版を用いて外来化学療法患者の症状およびニーズを調査した初めての研究である。本研究で示された重要な結果は3つある。

まず1つ目の重要な結果は、外来化学療法患者の頻度の高い症状が確認された。今回、頻度が多かった症状は、疼痛・倦怠感・気持ちのつらさであった。この3つの症状は同様の患者群を対象とした先行研究においても頻度が高いと報告されており、^{4,7,8} 外来化学療法患者を担当する医療チームはこの3つの症状に対する評価と対応を行っていくことが特に重要な役割であると考えられる。

2つ目の重要な結果は、身体症状緩和のニーズをスクリーニングするための1項目の質問の有用性が示唆された。今回の調査では、身体症状緩和ニーズの cut-off を2（それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい）以上とした場合、重度以上の症状強度の有無に対する感度は0.68、特異度は0.82であった。これまでの先行研究の結果より、症状の強さと、治療のニーズはそれぞれ異なる概念であり、症状の強さと治療への満足度が必ずしも一致しないことが報告されており、¹⁴⁻¹⁷ この結果はそれらの報告と合致している。すなわち、身体症状緩和のニーズがある患者ではいずれかの身体症状が重度である一方で、症状の強さが重度であっても身体症状緩和を希望しない患者が少なくないことが今回の研究でも示された。これは、1) 治療薬による副作用や薬物依存に対する誤解に起因する恐れや「訴えの少ない方が良い患者」という考えが症状緩和へのバリアとなること、^{18,2)} 症状の強さが強くても症状が時間経過で改善することがわかっており一過性であるため症状緩和の希望が強くない場合もあることが考えられる。このような症状の強さは強いが、症状への対応のニーズは高くない患者では注意深くフォローアップをしていく必要があるため、症状の強さだけでなく、症状緩和のニーズに関する質問を用いることで、より臨床的に重要な情報が得られると考えられる。

3つ目の重要な結果は、外来化学療法患者では医療相談や在宅療養支援サービスへの相談希望はほとんど見られなかった一方で、一定の割合で緩和ケアサービスへの相談希望があることがわかった。これは、外来化学療法に通院できている患者群では比較的ADLが保たれており、今回の調査でも、経済面、日常生活、通院に関する心理社会的ニーズは、それぞれ0.7～1.6%と少なかったことと合致している。一方、今回の対象での緩和ケアサービスへの患者からの相談希望は3.5%であったがこれは年間99件に相当し、多くはないが無視できない割合であった。さらに、緩和ケアサービスへ相談を希望する例では希望しない例と比較して、特定の症状のみならず、すべての症状および心理社会的ニーズの頻度が有意に高いことが示された。このことから、緩和ケアサービスを希望する患者は複雑な身体・心理・社会的ニーズを持っていることが指摘できる。また、緩和ケアサービスへの紹介は遅れる傾向にあることから考えて、¹⁹ 複雑なニーズを持った患者をより早期にスクリーニングできることは有用であると考えられる。相談希望があるが、希望が伝わらないため緩和ケアサービスの介入が遅れてしまうことを避けるためにも、外来化学療法中から緩和ケアサービスへの相談希望をスクリーニングすることは有用であると考えられる。

本研究ではいくつかの限界がある。まず、一施設での調査であり、他施設の外来化学療法患者に対して今回の結果があてはめられない可能性がある。次に、すべての外来化学療法患者が調査されているわけではないため、結果は完全には代表性がない可能性がある。

しかし、回答していない患者は全体の 2%と非常に少なく、結論に影響はしないと考えられる。また、癌種・病期など背景因子が様々である患者群を含んでおり、同一患者による複数の回答を含んでいるため、がん種割合の異なる治療環境では今回の結果を一般化できない可能性がある。しかしながら、外来化学療法の適応はさまざまで、今後も適応が広がっていく可能性がある。また、外来化学療法は比較的長期間にわたることが多いため、同一患者でも時期によって症状やニーズが変化することが予測される。したがって、外来化学療法の場面では、そのような不均一な患者群におけるニーズを認識することが、質の高い支持治療にとって不可欠であるため、重大な限界にはならないと考えられる。4つ目として、一部の調査項目が独自に開発したものである点がある。しかしながら、これらの項目は既存の標準性が検討されたものを基に開発され、かつ嘔吐回数など客観的な指標に関する評価であり、今回の研究結果に大きな影響は与えないと考えられる。

【結論】

本研究では、外来化学療法患者が抱える主要な症状は疼痛・倦怠感・気持ちのつらさであること、身体症状緩和ニーズのスクリーニング方法として 1 項目の質問が有用であること、複雑なニーズを抱えている患者は多くはないが緩和ケアサービスを希望することがわかった。生活のしやすさ質問票 第 3 版は外来化学療法患者の症状・ニーズのスクリーニングツールとして有用であることが示された。今後は、今回の結果および生活のしやすさ質問票 第 3 版の有用性が一般化できるかを多施設研究で検討する必要がある。

【謝辞】

本研究は、平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業「がん患者の QOL を向上させることを目的とした支持療法のあり方に関する研究」の助成を受け実施された。

【引用文献】

1. Earle CC, Neville BA, Landrum MB, et al: Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life. *J Clin Oncol* 22:315-21, 2004
2. Bang SM, Park SH, Kang HG, et al: Changes in quality of life during palliative chemotherapy for solid cancer. *Support Care Cancer* 13:515-21, 2005
3. Matsuyama R, Reddy S, Smith TJ: Why do patients choose chemotherapy near the end of life? A review of the perspective of those facing death from cancer. *J Clin Oncol* 24:3490-6, 2006
4. Newell S, Sanson-Fisher RW, Girgis A, et al: The physical and psycho-social experiences of patients attending an outpatient medical oncology department: a cross-sectional study. *Eur J Cancer Care (Engl)* 8:73-82, 1999
5. Schonwetter RS, Roscoe LA, Nwosu M, et al: Quality of life and symptom control in hospice patients with cancer receiving chemotherapy. *J Palliat Med* 9:638-45, 2006
6. Whitmer KM, Pruemer JM, Nahleh ZA, et al: Symptom management needs of oncology outpatients. *J Palliat Med* 9:628-30, 2006
7. Morita T, Fujimoto K, Namba M, et al: Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy: an audit of a clinical screening project. *Support Care Cancer* 16:101-107, 2007
8. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al: Symptom Prevalence and Longitudinal Follow-Up in Cancer Outpatients Receiving Chemotherapy. *J Pain Symptom Manage* 37:823-830, 2009
9. Okuyama T, Wang XS, Akechi T, et al: Japanese version of the MD Anderson Symptom Inventory: a validation study. *J Pain Symptom Manage* 26:1093-104, 2003
10. Japanese translation of common terminology criteria for adverse events (CTCAE), and instructions and guidelines. *Int J Clin Oncol* 9 Suppl 3:1-82, 2004
11. Akizuki N, Akechi T, Nakanishi T, et al: Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer* 97:2605-2613, 2003

12. Akizuki N, Yamawaki S, Akechi T, et al: Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 29:91-99, 2005
13. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, et al: Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer* 82:1904-8, 1998
14. Beauregard L, Pomp A, Choiniere M: Severity and impact of pain after day-surgery. *Can J Anaesth* 45:304-11, 1998
15. Beck SL, Towsley GL, Berry PH, et al: Core aspects of satisfaction with pain management: cancer patients' perspectives. *J Pain Symptom Manage* 39:100-15, 2010
16. Carlson J, Youngblood R, Dalton JA, et al: Is patient satisfaction a legitimate outcome of pain management? *J Pain Symptom Manage* 25:264-75, 2003
17. Ward SE, Gordon DB: Patient satisfaction and pain severity as outcomes in pain management: a longitudinal view of one setting's experience. *J Pain Symptom Manage* 11:242-51, 1996
18. Jacobsen R, Møldrup C, Christrup L, et al: Patient-related barriers to cancer pain management: a systematic exploratory review. *Scand J Caring Sci* 23:190-208, 2009
19. Morita T, Miyashita M, Tsuneto S, et al: Late Referrals to Palliative Care Units in Japan: Nationwide Follow-Up Survey and Effects of Palliative Care Team Involvement After the Cancer Control Act. *J Pain Symptom Manage* 38:191-196, 2009

表題 (40 字以内)

終末期がん患者と遺族のがん治療と緩和ケアに対する要望：自由記述から得られた示唆

短縮表題 (25 字以内)

がん患者と遺族のがん治療と緩和ケアに対する要望

著者

古村 和恵 大阪大学大学院人間科学研究科 臨床死生学・老年行動学研究分野
宮下 光令 東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻緩和ケア看護学分野
木澤 義之 筑波大学大学院 人間総合科学研究科
川越 正平 あおぞら診療所
秋月 伸哉 千葉県がんセンター 精神腫瘍科
山岸 暁美 東京大学大学院医学系研究科 成人看護学／緩和ケア看護学講座
的場 元弘 国立がん研究センター中央病院 緩和医療科・精神腫瘍科
鈴木 聡 鶴岡市立荘内病院 外科
木下 寛也 国立がん研究センター東病院 緩和ケア
白髭 豊 白髭内科医院
森田 達也 聖隷三方原病院 緩和支援診療科
江口 研二 帝京大学医学部 内科学講座

Title

Requests for cancer treatment and palliative care: Suggestions from the free description of terminal cancer patients and their bereaved families

Authors

Kazue Komura

Department of Clinical Thanatology and Geriatric Behavioral Science,
Graduate School of Human Sciences, Osaka University

Mitsunori Miyashita

Palliative Nursing, School of Medicine, Tohoku University

Yoshiyuki Kizawa

Graduate School of Comprehensive Human Science, University of Tsukuba

Shohei Kawagoe

Aozora Clinic

Nobuya Akizuki

Department of Psycho-Oncology, Chiba Cancer Center

Akemi Yamagishi

Department of Adult Nursing/Palliative Care Nursing, School of Health
Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

Motohiro Matoba

Department of Palliative Medicine, Palliative Care Team, National Cancer
Center Hospital

Satoshi Suzuki

Department of Surgery, Tsuruoka city Shonai Hospital

Hiroya Kinoshita

Department of Palliative Medicine, National Cancer Center Hospital

Yutaka Shirahige

Shirahige Clinic

Tatsuya Morita

Department of Palliative and Supportive Care, Seirei Mikatahara General
Hospital

Kenji Eguchi

Department of Internal Medicine and Medical Oncology, Teikyo University
School of Medicine

要旨

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」(OPTIM)では、緩和ケア普及のためのモデル作りを目的として、4地域(鶴岡地域、柏地域、浜松地域、長崎地域)を対象に介入研究を行った。本研究では、介入前に行われたがん患者と遺族を対象とした質問紙調査で得られた自由記述欄の内容を分析し、がん治療と緩和ケアに対する要望とよかった点を分類した。結果、がん患者と遺族は、医療の経済的負担や、医療者とのコミュニケーション、より個別性のある治療等に対して、多くの要望を持っていることが明らかとなった。また、患者の希望する場所で緩和ケアを受けることができる環境作りが、今後の課題となることが示唆された。

キーワード

緩和ケア、内容分析、自由記述

Abstracts

The Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study was an intervention study launched to demonstrate suitable models for the dissemination of palliative care in four areas (Tsuruoka, Kashiwa, Hamamatsu and Nagasaki). In this study, we analyzed the contents of free description provided by the survey for cancer patients and their bereaved families, which was performed before intervention. Requests for and good points of cancer treatment and palliative care were classified. Cancer patient and their bereaved families had demands for the financial support of medicine, improved communication with medical staff, and more individualized treatment. The establishment of environments, which enable patients to receive palliative care in the preferred place, was suggested to be a future subject.

Key Words

Palliative care, content analysis, free description

緒言

平成 18 年に「がん対策基本法」が成立して以降、緩和ケアの向上は我が国の喫緊の課題である¹⁾。しかし、日本人がん患者のうち専門的緩和ケアを受けたことがある患者は 10%を下回り^{2,3)}、これは欧米に比して低い割合である^{4,6)}。また、緩和ケア病棟のケアの改善も求められている²⁾。これらの背景から、質量ともに、我が国の緩和ケアに対する早急な対策が必要であるといえる。

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」(OPTIM) は、緩和ケア普及のためのモデル作りを目的として、鶴岡地域(山形県鶴岡市・三川町)、柏地域(千葉県柏市・我孫子市・流山市)、浜松地域(静岡県浜松市)、長崎地域(長崎県長崎市)の 4 地域に、平成 20 年度～22 年度にわたり介入研究を行い⁷⁾、介入前にがん患者と遺族を対象とした質問紙調査を行った。本研究では、その調査の自由記述欄で得られた内容に着目した。自由記述欄にはさまざまな意見が書かれるため、臨床や研究の質の向上のための貴重な情報源といえるが、これまであまり分析の対象になることはなかった。本研究ではその内容分析を行い、患者と遺族から寄せられた要望を分類し、今後必要とされる改善点を検討した。

方法

対象

1 患者調査

平成 19 年 12 月～20 年 3 月までに、本調査に参加同意が得られた 23 病院で外来受診をした患者のうち、以下の適格基準を満たした者とした。

適格基準は、1) がんに対する診療が主たる目的で、当該施設の外来（呼吸器科、呼吸器内科、呼吸器外科、消化器科、消化器内科、消化器外科、外科、乳腺科、泌尿器科、婦人科、緩和ケア科など）に受診している、2) 居住地が調査対象地域である、3) がん原発部位が肺、胃・食道、肝臓・胆嚢・膵臓、結腸・直腸、乳腺、泌尿器（腎臓、前立腺、膀胱）、子宮・卵巣である、4) 再発または遠隔転移を有する、もしくは治癒不能と考えられる、5) 20 歳以上である、6) がん告知がなされている、患者とした。

除外基準は、1) 視覚障害、日本語の理解が困難なためアンケートに回答できないと考えられる者、2) 認知症、認知障害、精神疾患、高齢、意識障害などによりアンケートを理解する能力がない者、3) 身体的苦痛が大きい（アンケートに回答することが負担になる）と考えられる者、4) 精神的苦痛が大きい（アンケートが精神的な負担になる）と考えられる者とした。

2 遺族調査

平成 19 年 4 月～20 年 3 月までに、本調査に参加同意が得られた 28 病院と 11 診療所で死亡した患者の遺族（診療記録類に記載されたキーパーソンもしくは身元引受人）のうち、以下の適格基準を満たした者とした。

対象者の適格基準は、1) 患者が調査施設の一般病棟・緩和ケア病棟、診療所及び病院に属する在宅診療部門では在宅にて死亡した、2) 患者の居住地が調査対象地域である、3) 患者のがん原発部位が肺、胃・食道、肝臓・胆嚢・膵臓、結腸・直腸、乳腺、泌尿器（腎臓、前立腺、膀胱）、子宮・卵巣である、4) 患者の入院または訪問診療開始から死亡までの期間が 3 日以上である、5) 患者が 20 歳以上である、6) 遺族が 20 歳以上である、7) がん告知がなされている、遺族とした。

除外基準は、患者調査のものと同じである。

調査内容

調査は郵送法による自記式質問紙調査によって行った。自由回答の質問とし

て「あなたのご経験から、がん治療や苦痛をやわらげる治療に関する地域での改善点や課題につきまして、お考えがございましたらご記入いただければ幸いです。」と尋ねた。調査期間は、患者調査は平成 20 年 4 月～7 月、遺族調査は同年 10 月～12 月であった。

分析

調査で得られた回答の内容分析を行った。まず、全ての回答を意味のある文節に区切り、地域におけるがん治療・緩和ケアに関する内容を抽出した。同様の内容のものを一般化してサブカテゴリーを作り、類似した内容をさらに抽象度の高いカテゴリーとしてまとめ、がん治療・緩和ケアに関する 1) 改善点・要望、2) よかった点に分類した。患者調査と遺族調査の内容を比較するために、カテゴリー・サブカテゴリーを統一した（よって、回答数が 0 の項目がある）。次に、2 名の看護系学生が独立して、カテゴリー、サブカテゴリーの回答数を全回答から数えた。2 名の結果が異なった場合、最終的な決定は話し合いにより行った。κ 計数は、患者調査で 0.64、遺族調査で 0.58 であった。

結果

患者調査では、1493 名に調査票が配布され、859 名（57.7%）から回収された。そのうち、自由回答欄に記載があったのは 271 名（18.2%）であった。遺族調査では、1658 名に調査票が配布され、1110 名（66.9%）から回収された。そのうち、自由回答欄に記載があったのは 550 名（33.2%）であった。患者と遺族の背景を表 1、表 2 に示す。

分析の結果、地域におけるがん治療・緩和ケアに関する改善点・要望については 40 のサブカテゴリーが抽出され、さらにこれらは 9 のカテゴリーにまとめられた（表 3、4）。また、地域におけるがん治療・緩和ケアに関するよかった点については 27 のサブカテゴリーが抽出され、8 のカテゴリーにまとめられた（表 5、6）。

改善点・要望については、患者調査では「医療システムに関すること」が最も回答数が多く（50.2%）、中でも「経済的負担を軽減してほしい」（10.3%）、「院内システムを改善してほしい」（8.1%）の割合が高かった。遺族調査では、「医療スタッフに関すること」が最も多く（48.2%）、中でも「患者とのコミュニケーションを充実させてほしい」（16.0%）、「病状・治療・予後に関して十分な説明をしてほしい」（14.2%）の割合が高かった。

よかった点については、患者・遺族調査ともに、「医療スタッフに関すること」が最も多く（患者 22.1%、遺族 84.7%）、中でも「医療スタッフを信頼・感謝している」（患者 15.1%、遺族 43.6%）の割合が高かった。

考察

がん治療・緩和ケアに対する要望について、患者調査では「医療システムに関すること」のカテゴリーの頻度が最も多く、これは遺族調査でも二番目に多いものであった。中でも「経済的負担を軽減してほしい」という意見が多く、約1000人の市民を対象に行った先行の意識調査でも8割が治療費の負担が大きいと回答していることから⁸、高額療養費制度等の援助制度を用いても尚、治療費が生活に大きく影響している現状が示唆されている。また、同カテゴリーで次に多かった回答は「院内システムを改善してほしい」と「病院間・地域における連携を改善・強化してほしい」であり、診察の待ち時間等の病院内の運営や、セカンドオピニオン等の病院間の連携について、患者が不満を抱えていることが窺える。また、遺族調査では、「医療スタッフの人材不足・多忙を改善してほしい」や、「がん専門医療機関・ホスピス・緩和ケア施設を増設してほしい」といった意見も上位であった。先行研究においても、緩和ケア病棟における人材や物資の不足は、緩和ケアに対する不満の要因とされており⁹、現状の診療の慌ただしさや緩和ケア施設の選択肢の少なさが、今後改善されるべき点であるといえる。

遺族の要望として最も頻度の多いカテゴリーは「医療スタッフに関すること」であり、これは患者調査でも二番目に多いものであった。中でも「患者とのコミュニケーションを充実させてほしい」、「病状・治療・予後に関して十分な説明をしてほしい」は、患者と遺族の両方から意見が多く寄せられた。がん患者遺族を対象とした先行研究においても、医療者との関係は患者の good death のために重要であるという結果が得られており¹⁰、今回の結果も医療者と患者の関係性を重視する結果となった。

また、患者・遺族ともに意見の多かった「治療に関すること」では、「新しい治療法を開発してほしい」や「個別性を考慮した治療を行ってほしい」など、現行の治療以上に治療効果の高い治療や、より個人のニーズに合った治療が期待されていることが示唆された。

がん治療・緩和ケアに関するよかった点として、患者・遺族ともに医療スタッフへの信頼や感謝の記述が多く見られた。また、苦痛緩和に対する十分な治療が行われた、希望の療養場所で過ごすことができた、といった記述も見られ、緩和ケア病棟や自宅など、患者の望む場所で十分な緩和ケアを行うことが求められていることが示唆された。

本調査の限界として、質問紙調査の自由記述欄に回答があった対象者のみを分析の対象としているため、身体的苦痛等により自由記述までの回答に至らなかった対象者の意見が反映されていないというバイアスが指摘される。

結語

本研究の結果から、がん患者とその遺族は、医療の経済的負担、医療者とのコミュニケーション、病院内や病院間の連携システム、より患者に合った治療等に対する要望を持っていることが明らかとなった。また、患者の希望する場所で緩和ケアを受けることができる環境作りが求められていることが示唆された。これらを踏まえた介入を地域に行い、緩和ケア普及のためのモデル作りを行うことが今後の課題である。

謝辞

本研究は、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「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」により行われました。調査実施にご協力いただいた五十嵐歩様、分析にご協力いただいた長澤めぐみ様、笠水上かなえ様、松下田侑里様に心よりお礼申し上げます。

引用文献

- 1 厚生労働省. がん対策基本法 (平成十八年六月二十三日法律第九十八号)
<http://law.e-gov.go.jp/announce/H18HO098.html>
- 2 Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al. Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 2005; 23: 2637-44.
- 3 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団. ホスピス・緩和ケア白書 第3版. 青海社, 東京, 2006
- 4 National Hospice and Palliative Care Organization. NHPCO Facts and Figures: Hospice Care in America. 2010
http://www.nhpco.org/files/public/Statistics_Research/Hospice_Facts_Figures_Oct-2010.pdf
- 5 Canadian Institute for Health Information. Health Care Use at the End of Life in Western Canada. 2007
http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/end_of_life_report_aug07_e.pdf
- 6 The Office for National Statistics. Mortality statistics: Deaths registered in 2009. 2009
http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/dr2009/dr-09.pdf
- 7 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 Care* 2008; 25: 412-8.
- 8 日本医療政策機構. 日本の医療に関する2010年世論調査(概要). 2010
http://www.hgpi.org/handout/2010-02-08_06_973999.pdf
- 9 Shiozaki M, Morita T, Hirai K, et al. Why are bereaved family members dissatisfied with specialised inpatient palliative care service? A nationwide qualitative study. *Palliat Med* 2005; 19: 319-27.
- 10 Miyashita M, Morita T, Sato K, et al. Good death inventory: a measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain Symptom Manage* 2008; 35: 486-98.

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書

委員名：東口高志

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>【問題点】</p> <p>1. 臨床の現場から（患者さんの立場から）</p> <p>1) 現状：全く治療早期からの緩和ケアは実践されていない印象が強い。精神（こころ）にも身体（からだ）に優しいがん治療とはほど遠い感が否めない。患者さんや家族は治療や診断に関する十分な説明がないまま不安にかられ、心のケアどころか疼痛ケアも実施に関する知識不足や施行医本人の学習不足から間違った投与法や投与に関する自信欠如による医療用麻薬の投与回避・遅延がまだまだ根強く残されている。</p> <p>2) がん診断に際して：外来初診に足を運ぶ患者心理を理解していない。診察の際の言葉づかいや態度に優しさや愛情が感じられない。</p> <p>3) 告知に際して：患者さんの状況や社会的立場、家族との関係など、医師として基本的に把握すべきことがなされておらず、単純に告知することが多い。それによる患者さんの心のダメージやそれに対する対応策などは無視されていることがほとんどである。</p> <p>4) 治療の選択に際して：①外科治療、化学療法、放射線治</p>	<p>【対応案】</p> <p>1. 臨床の現場から（患者さんの立場から）</p> <p>1) 最も重要な事</p> <p>がん治療のエンドポイント（アウトカム）の設定を根本的に見直すべきである。すなわち、単純に“生命を維持”することから、“患者・家族のハピネス（幸せ）”を目指した医療に置き換える。</p> <p>2) 医師教育の徹底</p> <p>①医の倫理 ②全人的疼痛の理解と対策の立て方 ③疼痛ケアの原則と実際 ④臨床現場での実地訓練 ⑤グリーフケア</p> <p>3) コミュニケーションスキルの教育</p> <p>①診断時 ②治療に際して ③治療法の変更に際して ④症状の増悪とケアに際して ⑤死に際して</p>

療や緩和医療などの治療のメリットとデメリットを正確に説明されていないケースが多い。②特に外科治療と化学療法治療の場合には他の選択肢が無視されていることすらある。③患者さんやご家族、特に患者さん自身の話を十分に聞いてあげることが極めて少ない。④患者さんの希望を第一番として考慮していない。⑤ご家族へのバイアスが強く（故意に強めている）、患者さん自身による選択を回避している。

5) 外科領域治療中：相変わらず切除主体の選択肢を示しており、患者さんの希望や年齢、全身状態（特に栄養状態）などはほとんど考慮されていない。合併症などによってADLが損なわれた場合でも治療方針の変更や見直しが行なれないまま、漫然と治療されており、がん疾患特有の命の時間制限があることすら配慮されていない。

6) 化学療法治療中：レジメが決まったら淡々と化学療法の実施が進められていくのみである。治療中の副作用の予防対策や発症後の治療力が極めて乏しい。にもかかわらずなぜ化学療法を勧めるのか疑問である。また、実際に直接的な診察もほとんどなされておらず、食事摂取の減少も無視されているケースが少なくなく、患者さんや家族にも栄養管理など不要などと良く知りもしないことを患者さんに刷り込んでしまう。「がん化学療法は生きるために必要なことであり、たとえ副作用を発症しても、ま

4) 傾聴の徹底

5) インフォームド コンセントの見直し

6) がん治療に関する正しい知識と説明能力の増進

①治療効果（メリット）

②治療リスク（デメリット）

③効果判定

④合併症・副作用の発現と治療

⑤緩和ケアの必要性和有用性

7) がん治療（外科・化学療法・放射線治療など）の実施とともに緩和ケア併施

①がん治療の立案（化学療法のレジメを含む）に際する緩和ケアのルーチン化

②がん治療パスへの緩和ケア導入

③代謝栄養学的治療法の導入

8) 在宅医療の推進

①診療医の増加

②急性期病院での初期治療時から在宅医療への方向性を提案

③在宅医療からの緊急時・臨死時の受け入れ体制整備

④地域ネットワークづくり（face to face）

⑤患者家族会・地域ボランティア組織との連携

2. がん専門診療の立場から

たとえ食事が食べられなくとも我慢して治療を完遂することが大切である」という考えや患者さんや家族への説明（これも刷り込み）が蔓延している。副作用を予防するあるいは副作用の対策を練る、また栄養補給を同時に行うなどの総合的な見地からのがん治療ができていないのか。化学療法を行って数日後にお亡くなりになる患者さんが結構おられることは、がん診療の社会的医療レベルの未熟性を示している。

7) 早期からの緩和ケア：現状ではがん治療早期からの緩和ケアを実践できている施設はほんのわずかと考えられる。また、このままではいつになっても実践できない。

2. がん診療の領域から

1) がん専門病院(がんセンターなど)：基本的に組織横断的取組が困難な状況のことが多い。診療科間の連携や情報の共有化が遅滞している。チーム医療の実践も行われている例が少ない。早期からの緩和ケアの実践は現状では困難。但し、専門的な診療を望む患者さんは多く、本当に緩和ケアの実践を望んでいるのか不明なところもある。臨床治験も多く実施されており、がん診療のリーダー的存在なのか、あるいは研究の最先端を狙うのか不明確である。

1) がん専門病院

最も重要な拠点であるならば、診療科縦割り構造を改変して組織横断的取組を全面的に押し出した全く新しい機構が必要である。すべての体制をもう一度見直して欲しい。先の述べたがん治療のエンドポイント（アウトカム）の設定を根本的に見直し、“生命の維持”から“患者・家族のハピネス（幸せ）”へ変換する。

2) がん診療連携拠点病院

診療報酬の取得のみにとらわれず、真の地域連携の拠点として中核病院や診療所および医師会などと結びつきを強化して、地域がん治療連携のシステム化を進める。その中で患者・家族のニーズを集約する情報収集機構と患者・家族へのフィードバックシステムを開発すべきである。患者を診ない医療は徹底的に撲滅すべきである。がん患者でありながら社会生活を楽しめる精神と身体の維持を求め、それを有機的に全うするための社会環境の確立が必要である。

3) 地域中核病院

緩和ケア病棟や緩和ケアチームを設立している施設が多いこともあり、がん治療早期からの緩和ケアをまず実践し、先に述べたがん治療のエンドポイント（アウト

2) がん診療連携拠点病院(大学病院を含む)：急性期病院としての機能と地域連携の強化が叫ばれているが、実態はまだまだがん治療の地域拠点にはなり切れずにいる。診療報酬の取得がメインのような気がする。がん治療を患者さん側で考えると、術後十分な自立ができる前の退院や、患者さんを見ないレジメ重視の外来化学療法などは全く意味を持たない。合併症や副作用の徹底的な予防と退院後あるいは外来通院での生活力の維持、がん患者でありながら社会生活の楽しめる精神と身体を持つことをエンドポイントとおくことが抜けている。したがって早期からの緩和ケアの実践は根本的ながん治療の在り方を施設全体で考え直さないと無理。地域連携など不可能。

3) 地域中核病院(急性期病院)：お手本が先の1) 2) であるために、中小型のがん診療連携拠点病院化が進んでいる。地域連携としては医療圏が狭いことから東京などの大都市を除くとまだやり易い。緩和ケア病棟や緩和ケアチームを設立している施設が多いこともあり、先の1) 2) よりは緩和ケアに力を入れている施設が多い。緩和ケア自体の受け入れや浸透が診療科スタッフや患者さん・家族に十分ではなく、したがってがん治療早期からの緩和ケアの実践は診療科の主治医の方向性に握られている。主治医によって緩和ケアの導入の是非が異なる。

カム)の設定を根本的に見直し、“生命の維持”から“患者・家族のハピネス(幸せ)”への変換を具体的に実施する。

4) 診療所(在宅医療を含む)

がん治療のエンドポイント(アウトカム)を根本的に見直し、“生命の維持”から“患者・家族のハピネス(幸せ)”へ変換し、自宅での社会人らしい生活、楽しみ、さらに在宅での医療、人生の満足感を診療連携の中で創設する。さらに評価に応じた対価を改変して将来的に診療報酬の在り方を変換する。

5) ホスピス・緩和ケア施設

看取り中心のいわゆるホスピスと、それに加えがん治療早期からの緩和ケアを実践する緩和ケア病棟の立ち位置を明確にする。たとえば看護師配備体制に応じた診療報酬評価を複数段階として、緩和ケア病棟において専門的に早期からの緩和ケアの実践を可能とする(診療報酬点数のアップ)。

6) 緩和ケアチーム

緩和ケアチーム本来の目的である早期からの緩和ケアを実践する。そのためには医療施設内の横断的組織と

良い医師に当たれば幸せである。

4) 診療所（在宅医療を含む）：ほぼ 90%の診療所ではがん患者さんを診ていない。地域連携としてがん患者さんの化学療法や経過観察を積極的にあるいは体制的に行っている医師はさらに少なく、さらに緩和ケアの実践に意欲をもっておられる医師はもっと少ない。がん診療に従事する在宅医にメリットがなかったこともあり、在宅における看取りなどは診療報酬や厚労省の指導によるよりも医師個々の考え方やポリシーなどが主体となって普及しているに過ぎない。緩和ケア地域較差も大きく、地域内でも個人的な医師の存在とその能力に依存している。看取りおよび疼痛ケア、さらに一歩踏み込んでがん患者さんの生活や人生を生き活きとさせるような取り組みを行っている診療医は少ない。また、民間療法も時には医学的な根拠のないまま、本当のがん治療や緩和ケアの実践の障壁となっている。

5) ホスピス・緩和ケア施設：看取り中心のいわゆるホスピス・緩和ケア病棟は、がん終末期患者さんのケアとして、あるいは家族の援助として重要であるが、その数はまだまだ少ない。しかも早期からの緩和ケアを実践するためには現行の保険診療体制（37,800 円／日；急性期病

して真に確立されたものでなければならない。診療報酬や拠点病院の規定の上で、それを推進しやすいように国策を練ることが必要。

3. 教育施設として

1) 卒前教育の重視

医師のみならず医療従事者全体において緩和ケアの卒前教育を明確にカリキュラム化することが必要である。手前味噌ではあるが藤田保健衛生大学では本講座が設立された 2003 年以来、年々講義単位数が増加しており、当然がん治療早期からの緩和ケアの意義が浸透している。既に 5 学年×95 名＝475 名の若手医師に、緩和ケアの啓発ができています。全国に医学部および医学系専門大学・専門学校での大規模かつ着実な教育体制が必要である。

2) 卒後研修・教育の必須化

研修 1 あるいは 2 年目に“緩和ケア研修会”修了の必須化、あるいは／加えて緩和ケア病棟あるいはチームでの研修を必須とする。

3) 大学講座の充実

緩和ケア医あるいは緩和ケアを基盤とするがん治療

床の平均が 50,000～60,000 円／日) では全く不可能であり、緩和ケア病床は減少する可能性すらある。加えて社会のニーズや医療政策で早期からの緩和ケアはますます求められるようになると、このままでは入院制限する施設が増え、あるいは閉鎖もやむなしの施設も増える。結果的に終末期のがん患者さんの緩和ケアすら実施困難となる。緩和ケアチームに期待が寄せられているが、緩和ケア病棟や病床を有しない環境では全く指名を全うすることは困難である。また、診療報酬を中心に医療を見た場合、たとえ DPC 体制であっても緩和ケア病棟よりも一般病床で緩和ケアを実施した方が収益性も高く、かつ高額薬剤の使用も可能であるため、緩和ケア病棟の意義が薄められている。しかし、一般病床での緩和ケアでは当然専門性も低く、特に患者・家族の満足度は著しく落ちることになる。

6) 緩和ケアチーム：本来、緩和ケアチームは早期からの緩和ケアを実践するために設立され、医療施設内の横断的組織として期待された。しかし、診療報酬上の規定により正規に活動できるチームを有する施設数は未だ少ない。一方、診療報酬上は規定に満たないが施設内で緩和ケアチームを組織し対応しているものは多い。いずれにしても疼痛のみを主体としたチームが多く、症状制御や

医を育成するには緩和医療学の大学講座数を着実に増加させ、しかも診療・教育・研究を確実に実施させる体制が必要である。

精神的緩和を同時に行えるものは少ない。ましてや緩和ケア病棟を有せずチームのみで活動する場合には、高度の疼痛や症状緩和、心のケアへの対応、家族ケアなどはどうしても片手落ちになることが多い。また、臨死の際の対応やグリーフケアはさらに困難である。チーム運営を行う側から見ると、各診療科での緩和ケアに対する認識がまだまだ低く、チームの提言を受け入れる医師もまだまだ少なく、患者さんや家族の希望はかなえられていない。

3. 大学講座として

1) 大学病院の現場から

全国で緩和ケア病棟を有する大学病院はわずかに 6 施設（内 2 施設は同一大学が有する）のみである。ほとんどが急性期病院であり、地域の拠点病院でもあることから、早期からの緩和ケアを率先して実施すべきであるが、緩和ケアチームの設立で精いっぱいが現状である。がん治療の上で患者さん家族のニーズは極めて高く、期待も大きいですが、診療体系が相変わらず縦割りであり、早期からの緩和ケアを望む声が大きいのにもかかわらず実践されていない。不満が大きい。

2) 教育施設として

医師のみならず医療従事者の教育の場であり、卒前卒後教育の充実は極めて大切であるが、医学部での緩和医療学講座が少なく、文科省主体のがんプロフェッショナルプロジェクトが行われているが、緩和ケアを主にしている大学院コースやインテンシブコースの設定がほとんど行われていない。医学部教育は、早期からの緩和ケアを実践する素養づくりにはもっとも効率よく、確実であるが、この点が疎かになっている。

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書

委員名：丸口ミサエ

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>問題点</p> <p>1. がん治療病院の医師・看護師に緩和ケア病棟が後方病棟として認識されているようで、患者・家族へ適切な情報提供がなされていない。</p> <p>次のような現状がある</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今回化学療法が最後になると思うから、今のうちからホスピスの予約を、 ・もしもの時のためにホスピスの申し込みをしておくように ・緊急入院はできないからって、何かあったとき入院させてもらいたい ・早くから紹介してくれたつもりでも、すでに病状が日単位で厳しい ・「もっと、早くからホスピスで見てくれてもいいのに」 ・「とにかく、入院申し込みをしておけば、在宅の先生も安心して見てくれるのに」 ・「時代は変わったのだから」（“治療の早期からの緩和ケア”ということ） <p>2. 治療病院でのがん治療からホスピス緩和ケア病棟への間をつなぐ仕組みがない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアチームは、主治医からの依頼された症状緩和の必要な（特に疼痛緩和）の患者のみが対象である。 	<p>対応案</p> <p>問題点 1. 2. 3 に対して</p> <p>1. 緩和ケアチーム、相談支援センター以外の、患者・家族の潜在的なニーズ（問題）に対応できる相談体制を作る必要がある。</p> <p>がんと診断された時から、看護師が患者・家族のニーズ・問題に相談支援できる体制を作り、支援していく必要がある。</p> <p>その為に、「がん患者カウンセリング料」の算定条件をもっと現実的に活用できる内容にして、コスト算定ができるようにする。</p> <p>2. 緩和ケア病棟を増やすことが必要</p> <p>絶対数が少ない。従って、緩和ケア病棟を希望しても外来に通うことにできない、入院もできない現状がある。</p> <p>地域の医療機関との連携をとって緩和ケア病棟の設置の検討も行う必要がある。</p>

- ・外来をもたない緩和ケア病棟も多く、がん治療中の患者が相談できにくい。
 - ・相談支援センターでも、依頼された患者、相談に来た患者が対象となっており、患者・家族の潜在的ニーズは見い出せない。
 - ・相談・援助が必要な患者への専門的な相談の体制がない。
3. がん患者カウンセリング料が算定できるようになったが、研修を受けた医師とがん看護専門看護師、がん看護領域の認定看護師（必要条件を満たすと想定されている看護師）が同席することは現実的には調整が困難な場合が多く算定できていない施設も多いと想定される。

【次期がん対策推進計画に盛り込むべき事項】

- 患者・家族の潜在的なニーズ（問題）に対応できる相談支援体制を作る。

1. がん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が、外来・入院を問わず、がんに関連したことから生じる患者・家族の身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな問題、治療法の選択、療養についての相談を行なう体制をつくる。

- 緩和ケアチームに専従の看護師と専任の看護師を配置し病棟・外来看護師からの緩和ケアチームへの依頼により、看護師が相談を受ける体制を作る。

2. 「がん患者カウンセリング料」の要件を拡大し、上記の看護師が患者・家族の相談を受けた場合には、入院・外来共に月1回500点を算定できるようにする。

要件の拡大

- 担当の医師から紹介された場合、がん看護領域の認定看護師（必要条件を満たすと想定されている看護師）が面接し相談を受けることができる。（医師の同席はなくても良い）

3. 緩和ケア病棟の増床

施設基準の見直し、

地域の医療機関との連携のもとに運用できるような基準
を設ける。

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書

委員名 余宮きのみ

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>【問題点】</p> <p>① 早期からの患者の苦痛の把握と緩和ケア実施計画について</p> <p>●がん診療拠点病院において緩和ケアチームが整備され、早期から苦痛を緩和ケアしながら治療がすすめられるよう取り組んできている。しかし、現状では、すべてのがん診療拠点病院で早期から患者の苦痛が緩和されているとは思えない。</p> <p>その理由として、緩和ケアを行うには、医療者が患者の苦痛や希望について把握している必要があるが、それが十分なされていないことがあげられる。そのため、緩和ケアチームによる診療が必要な場合でも、緩和ケアチームへのコンサルテーションが行われていない実態につながっている。特に治療初期は、診断、手術、化学療法、放射線治療などを中心に医療が進められるので、患者の苦痛の評価が適切に行われにくく、早期からの緩和ケアを阻んでいる。</p> <p>●患者は、遠慮や緩和ケアや痛みの治療に対する知識不足から、医療者に苦痛を十分表現できていない。</p>	<p>【対応案】</p> <p>① ●左記の問題を解決するために、患者の苦痛を早期から捉える必要があるため、看護師などによる苦痛の評価を定期的におこなうべきである。入院時と入院中一定期間ごとに、看護師などが痛みなどの苦痛を評価し、がん治療医または緩和ケアチームと連携し、医師（がん治療医または緩和ケアチーム医師）が「緩和ケア実施計画」を立てる。（がん治療医、緩和ケアチームを含めたカンファレンスを実施することが望ましい）。</p> <p>これらのことを行うことで、緩和ケアチームへの依頼の時期もより適切になることが期待される。加えて、がん治療医と緩和ケア医の連携が促進されることや、患者自らが苦痛を医療者に表現しやすい環境になることが期待される。</p>

② がん、緩和ケアについての初等教育について

がん疼痛や緩和ケアについての患者向けのパンフレットが作成、配布されている。しかし、現場では、患者が「治療中なので痛みの治療はまだ早い」「緩和ケアはまだ早い」と思うことが依然多いため、効果的に使用されるに至っていない。

その要因として、患者のがんについての知識が不十分であることが挙げられる。

がんは今や国民病であるが、がんについての教育が義務教育でなされていない。また、社会的背景から核家族化や病院療養の多さも知識の不十分さにつながりやすい。このようなことから、「鎮痛薬や緩和ケアに世話になるようになったら、終わりだ」といった考えや、「痛みを医師に伝えることは、病状悪化を認めることになる、医師はがん治療を止めてしまうかもしれない」という恐れを抱きやすく、医療者に痛みを訴えないことにつながっている。

③ がん治療医への教育

早期からの緩和ケアを実現するためには、がん治療医や看護師などが早期から基本的な緩和ケアを実践し、さらに専門的な緩和ケアについては緩和ケアチームへコンサルテーションを行うことが大切である。そのためには、がん治療医や看護師などへの緩和ケアに対するより一層の理解が必要である。

② 左記の問題を解決するためには、小学校高学年ごろから、がん緩和ケアについての教育を導入すべきである。具体的には、冊子（教科書）、教材ビデオと教師用引き書を作成し、活用する。学習内容は、がんについて、痛みの治療、緩和ケア、死のプロセスについてなど。

「がんになって痛みがでたら、早期から痛みの治療をしながら治療をすすめる」「苦痛がでても早期から緩和ケアを受けることで自分らしい生活を送ることができる」「がんで死ぬことがあるが、緩和ケアをうけることで苦痛が和らいで過ごせる」などのことを、がんになる前から、国民が常識として知るべきである。このことが、がんになった時の心の準備となり、自らが希望する医療を選択することへつながる。さらに、将来の来るべき医療者への教育にもなる。

③左記の問題を解決するために、「医師のための研修会」の受講をさらに促す必要性について、次期がん計画に盛り込む。個別には、以下を提案する。

●各拠点病院による「がんを診療する常勤医師」数に対する研修会修了者数の割合の報告を実施し、公開すべきである。

これに対して、すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについて基本的な知識を習得することを目標とし、平成 20 年より取り組んできているが、現状では医師の研修会修了数は未だ不十分である。(埼玉県のがん診療連携拠点病院 11 施設の調査では 25% : 平成 23 年 1 月時点)

受講を妨げている要因のひとつに、現場では研修会の期間中にも患者への対応をしなければならない多忙な医師の勤務実態がある。

病院ごとに修了者割合の増加を目標とすることで、代診など、院内で受講者を支援する体制をとることを促進する効果も期待できる。

●がん診療拠点病院の施設長の研修会の必修化

(院内の医師の受講促進と、病院レベルでの緩和ケアの促進につながることを期待される)

●がん診療連携拠点病院のレジデントの研修会の必修化

以上より、以下の点を提案する。

【次期がん計画に盛り込むべき事項】

- ① 入院時、看護師による痛みなどの苦痛の評価と医師による「緩和ケア実施計画」の事業化
- ② がん緩和ケアの初等教育(国民に対するがん緩和ケア教育)の実施
- ③ 緩和ケア研修会修了者数の割合の報告と公開の実施
- ④ がん診療連携拠点病院の施設長およびレジデントの緩和ケア研修会の必修化

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書

委員名：川越 厚

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>問題点</p> <p>① 「治療の早期段階からの緩和ケア」という言葉の意味について。 治療段階における緩和ケアは、治療を受ける患者の主に肉体的苦痛を緩和し、治療成績を向上する目的があると考えている。 このような視点に立った時、緩和ケアという言葉の定義、意味する内容、目的などが必ずしも明確でなく、ややもすれば“絵に描いた牡丹餅”となっている現状がある</p> <p>② 治療段階における全人的な苦悩（いわゆる Physical, Social, Psychological, Spiritual Suffering）に対する緩和・対応が十分なされていない問題について</p> <p>1) 治療段階においても「全人的ケア」の主たる担い手は看護師であるが、その力が十分発揮されていない現状がある</p> <p>2) 治療経過における、その時々¹の不安解消が十分行われていない現状がある</p> <p>3) がん治療は患者と家族に医療以外の大きなストレスを与えるが、そのケアが十分なされていない</p>	<p>対応案</p> <p>① 関連する学会（がん治療学会、臨床腫瘍学会、緩和医療学会など）間で、<u>治療段階における緩和ケアの在り方</u>を議論し、共通の Guide line を作成する。 班研究、委員会その他の形を組織し、Guide line 作成を支援する 特に治療側の医師の考えが反映するものとする</p> <p>② 治療段階においても、看護師の力が十分発揮できるような仕組みを作る</p> <p>6) リエゾンナース、オンコロジーナースなどの育成強化をはかり、その働きに対して診療報酬上のインセンティブをつける</p> <p>7) 患者の悩みにこたえる看護師の働きを評価する（上記1）と関連して</p> <p>8) その他、患者や家族が安心して治療を受けられるような環境（相談業務の強化、経済的支援の強化など）を作る</p>

③ 外来化学療法における治療病院と地域医療機関（一般病院や診療所）の連携（いわゆる病病連携、病診連携などの併診）に関して

- 1) これまで組織的に行われていない診療形態であるので、患者の視点に立った検討がなされていない
- 2) 一人の患者に二つの医療機関が同時に関わることは、実際問題として大変難しい（現場の偽らざる声である）。責任分担、問題が生じた時の対応、その他の指針がないため、混乱をきたす恐れがある
- 3) 外来化学療法の実態が示されていない（推測で記しているのでは、どなたか教えてほしい）
- 4) 診療所は併診を嫌い、避ける傾向にある？（ただしこれも伝聞である）
- 5) 病病連携の実態が見えてこない（うまくいっているのか？）

③ 外来化学療法における併診に関する指針（ガイドライン）を作成する

- 1) 病診（あるいは病病）連携の形で外来化学療法を受けた患者・家族から直接意見を聴取する必要がある
- 2) 医療機関の主従、守備範囲、問題が生じた時の対応など、具体的な内容を指針に盛り込む
- 3) 外来化学療法の実態、光と影（成功事例と問題事例、医療事故、副作用死亡例など）を調査し、あるべき形を作り上げる。
- 4) 実態を調査し、治療サイドからの問題点など、計画的にHearingを行い、対策を立てる。
- 5) 上記4)に準ずる。

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書

委員名：中川恵一

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>【問題点】</p> <p>① 患者は痛みを含めた苦痛な症状を医療者に伝える機会および短時間で伝えるすべを持っておらず、医療者も患者の症状を認識できていない状況がある。</p> <p>② 緩和ケア研修会でがん診療に携わる医師に研修が実施されているが、症状緩和の全てを医師が実施することは不可能である。また、患者教育には多職種の間与が重要である。最近では、外来で医療用麻薬などのがん疼痛治療薬が処方開始される</p>	<p>【対応案】</p> <p>① がん患者が簡単に記載できる痛みを含む症状チェックシートの運用を進め、患者の苦痛が医療者に伝わるシステムの構築を期間を定めて各医療機関に早期実施を促す。入院患者においても同様。</p> <p>入院患者については、「5 つ目のバイタルサイン」として、看護師が痛みについて評価することを励行すること。</p> <p>がん患者が入院したときに、緩和ケアの啓発パンフレットを患者本人と家族に手渡すこと。</p> <p>看護師や相談支援センターでがん患者と向き合うソーシャルワーカーを緩和ケア研修に参加させる。</p> <p>② ①によって認識された、特に痛み治療が必要ながん患者に対しては、WHO 方式に順じて医療用麻薬の導入に至る初期治療をクリニカルパス化すること。初期の服薬指導および痛みや鎮痛薬の副作用の評価に関しては、医師、薬剤師、看護師の役</p>

<p>場合が少なくないが、処方内容（副作用対策、レスキュー・ドーズ）や患者への服薬指導が不十分であるため、十分痛みが取れないまま投与中止に陥っている場合が散見される。</p>	<p>割をパスの中で明確にし、チームで対応する。</p> <p>緩和ケアチームの質的評価の尺度を作成し、プラス加算のシステムを作る。</p> <p>【次期がん計画に盛り込むべき事項】</p> <p>① 外来・入院を問わず、がん患者が抱えている痛みやその他の苦痛な症状をチェックシートなどで「見える化」するシステムを構築する。</p> <p>② 「見える化」された症状、特にがんの痛みに対して WHO 方式に則ったクリニカルパスの運用を必須にし、早期の痛みに対して確実な治療を施行できる体制を早急に整える。</p>
<p><医学教育関係></p> <p>③ 大学医学部に放射線治療や緩和ケア講座が設置されていないところが多い。「大学の自治」と言われるが、国民のための医学教育という観点にたてば、がん医療は最優先課題である。</p> <p>④ がんプロフェSSIONAL養成プランの役割は大きい、その継続・発展を目指すべき。</p> <p>⑤ 臨床研修段階での「緩和ケア」の充実が必要。緩和ケアは、がん医療だけにとどまらないのに、十分な教育</p>	<p>③ 大学の医学部に「放射線治療」「緩和ケア」両講座を設置する。</p> <p>④ 「がんプロ」は、がん医療の各分野の人材輩出に大きく貢献するものである。そこで、「がんプロ」のこれまでを検証して、さらに充実・発展させた内容の「第2期がんプロ」をスタートさせる。</p> <p>⑤ 臨床研修段階での「緩和ケア教育」が不十分であるので、この研修プログラムを検討し直し、緩和ケア教育</p>

<p>がなされていない。</p> <p>⑥義務教育段階からの「がん教育」を。</p>	<p>が十分なされるようなプログラムに改める。全ての医療に「緩和ケアの心」が必要との意識を医療従事者に植え付ける。</p> <p>⑥ 国民が「がんを知らない」ところに、今日の「がん医療」の課題がある。そこで、義務教育段階から「がん教育」を行うよう、副読本やDVDなどを全ての児童（特定学年に絞る）に配布する。</p> <p>【次期計画に盛り込むべき課題】 上記の③④⑤⑥を、次期計画に盛り込む</p>
--	--

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書（１）

委員名：日本看護協会 松月みどり

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>① がん告知を受けた時点からはじまる、早期段階からの緩和ケアの概念は患者・家族への認知率は低く、また専門家による情報提供支援も充分に行われていない</p> <p>がん患者に対するがん対策に関するアンケート調査（n=2273）によると（平成 22 年度 がん対策評価・分析事業（厚労省委託事業））、がん医療に関する相談支援及び情報提供については、誰に（どこに）相談すればよいのかわからなかったと回答したのは 516 人（22.7%）、治療以外の費用や療養生活のことを話しづらかったと回答したのは 419 人（18.4%）であった。がん相談支援センター設置により情報提供体制が整備され、組織横断的にがん患者を支援する緩和ケアチームを病院に配置する病院が増加したが、治療の初期段階から身体的、精神的な痛みを緩和するという考え方の普及は十分であるとは言えない実態が明らかとなった。</p> <p>「空白の時間」と呼ばれている手術・治療が終了した直後から再発するまでの時間は患者・家族にとっては病の学習を深め、家族との絆や関係性の再構築など重要な時間であるが、再発への不安のみに始終している人は多い。</p>	<p>【対応案】</p> <p>① 早期段階からの緩和ケアは、検診で疑いがあり、検査を始めるところからはじまる。そこでは、万一の場合のさまざまな選択肢や、病院情報検索などの情報提供は、パンフレットや web 上で行い、告知の段階から、すべての患者が医師とともに看護職が立ち会って、介入を開始するような仕組みとするべき。</p> <p>② がん告知の時点から専門家が介入するシステムや専門教育システムなどを構築する為に、専門家（がん看護専門看護師、認定看護師など）の配置促進が必要である。専門家によるケアは QOL の向上につながる。</p> <p>【次期がん計画に盛り込むべき事項】</p> <p>① 専門家（がん看護専門看護師、認定看護師）によるがん告知時からの介入システムを多くの人々が受益できる。</p> <p>③ 緩和ケアの概念の普及</p>

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書（２）

委員名：日本看護協会 松月みどり

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>① がん治療に必要なサービスを受けられる場所が少ない 特定入院料「緩和ケア病棟入院料」を算定している病院における、緩和ケア病床数は、回答病院 128 病院で、合計値は 2,137 床のうち、緩和ケア病棟の入院待機患者数は 1,903 床だった。（2011 年日本看護協会調査研究報告） ホスピスやの緩和ケア病棟の待機者が多く、ターミナル期の緩和ケアを受けられない現状といえる。</p> <p>地域でのがん患者が受けられるサービスが不足している。そのため病院は、家事援助が不足して在宅療養が継続できないケースや家族レスパイトなど医療サービス以外の受け皿を余議なくされる。</p>	<p>① 住み慣れた生活環境を維持できるように支援するため、がん治療中に受けられる生活支援、（病院以外の）医療サービス、家族のレスパイトのための施設（訪問看護ステーション、訪問介護ステーション、小規模多機能型居宅介護事業所等）の事業者数を増やす措置を講じるべき。</p> <p>② 地域のサービスが高齢者やターミナル期以外にも利用でを国民に周知すべき</p> <p>③ 緩和デイケア・訪問看護ステーション、小規模多機能事業所に、がん専門看護師や認定看護師の配置を促進し専門的なケアを受けられる体制を評価すべき。</p> <p>【次期がん計画に盛り込むべき事項】</p> <p>① がん療養者対応の「小規模多機能型事業所」の推進</p> <p>② 24 時間 365 日対応可能となるよう訪問看護ステーション規模拡大の支援策</p> <p>③ 緩和デイケア</p>

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書（３）

委員名：日本看護協会 松月みどり

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>④ 在宅療養をささえるための相談窓口がない</p> <p>長期にがん治療を行う利用者と家族は、身体的な苦痛以外に精神的、社会的な悩みを抱える。治療を継続していくためには、生活面の下支えが必要であるが、そのためには気軽に話ができ、解決する場所が必要である。がんの診断から病状の変化に応じて、長く広く気軽になんでも話せる場所が不足している。</p>	<p>① 地域の訪問看護ステーション、地域包括支援センターに相談窓口を置き、本人や家族の不安や問題を解消する機能を付加する。医療機関と密接な連携を図り、長期間にわたる医療と療養生活を支援する体制作りをめざす。</p> <p>【次期がん計画に盛り込むべき事項】</p> <p>① 訪問看護ステーション、地域包括支援センターのがん相談窓口設置推進事業</p>