

「がん対策推進基本計画(案)」に係るご意見の募集について

2017年10月11日厚労省に提出 さくさべ坂通り診療所 大岩孝司

第2 2 (4) がんのリハビリテーション P. 28

“終末期緩和リハビリの概念整理をして、最後まで緩和ケアを提供する必要があることを明示したい”

がん患者の最大の苦しみは、死期が近づいた時の急激なADLの縮小である。病院ではベッド上生活、在宅では介護職に委ねられ、最も辛い時に緩和ケアが提供されないため、痛み等の症状が強くなり、せん妄発症の誘因となる。千葉県では本年度、「介護スタッフのための緩和ケアマニュアル」を作成した。終末期緩和リハビリの概念を背景にしたケアの実践マニュアルである。介護職だけでなく、家族および医師・看護師など多職種をも念頭においた。リハビリを回復という視点だけでなく、最後まで生きる、を支える視点へと幅を広げたい。

第2 3. (1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進 P. 43

“緩和ケアのあり方の是正が必要。
拠点病院には、年間の症状緩和の実績報告を義務づける”

現状のままの緩和ケアでは、「緩和が十分に行われていないがん患者が30～40%」は解決できない。緩和ケアのあり方の是正は、医療的な問題なので施策の直接的な課題ではないが、誘導は可能。緩和ケアが医療として未熟であることを認識して、成熟への道筋をたどる必要がある。未熟な理由は、・緩和ケアと一般医療（緩和ケア以外）との違いの認識がない ・緩和ケア診療実践のプロセスが共有されていない ・緩和ケアの質（成果）を評価する指標・基準がない、である。内科診断学のような診療のプロセスの共有がないことが問題である。緩和ケアの基本であるトータルペインをどう受け止め、全人的ケアをどう実践するのかの具体的なプロセスの明示がないことは決定的である。実際のケア提供の手法がチーム毎にバラバラであり、質の評価ができない、質の向上の対策が成り立たない、という現状を招いている。座学から抜け出せない最大の理由がここにある。こうした問題を認識しながら基本計画にある「評価の指標や基準の確立」の議論を始めると同時に、すぐにできることがある。年間の症状緩和の実績報告である。緩和ケアの質は症状緩和の実績に表現される。これまでの調査は、医師・看護師の資格・員数などの診療の枠組みについてである。インフラ整備としては必要だが、症状緩和に結びつかなければ意味をなさない。千葉県では平成27、28年度に拠点病院に対して「緩和ケアの提供体制に関する調査」を

行い、症状緩和の実体の一部を明らかにした。病院側の評価なので、厚労省の調査より高い評価になっているが、それでも10～30%で身体および精神的な緩和ができなかった。症状緩和の実体を数字として拠点病院毎に経年的に積み重ねていくことは、現場からケアの質の改善に向けて大きな力になる。シシリー・ソンドースを思い起こして欲しい。1960年代に、「対処できないような身体的苦痛は殆どない」と述べて、その通りの実績を残している。にもかかわらず、今なおがんの痛みの問題が解決できないだけでなく、緩和ケア＝痛みの緩和、に通ずる論調が多いのは何故か。この問題の答えを出さない限り、幾ら研修を重ねても「緩和が十分に行われていないがん患者が30～40%」は解決されない。

(1) 普及啓発について P. 48

“文言の整合性を図りたい”

緩和ケアについては、未だに終末期のケアという誤解や医療用麻薬に対する誤解があるとあるが、(取り組むべき施策)として医療用麻薬に関する適切な啓発・・・と、終末期を象徴する文言が続くのは論理矛盾である。

「診断がついたときから」に関わる文言は、緩和ケアの本質が浮き出る言葉を明示すべきである。痛みの緩和は、重要なテーマではあるが、緩和ケア＝痛みの緩和、という思い込みがとれないと、こうした論理矛盾が起こる。

(3) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援 P. 55

“「拠点病院等は・・・検討する場を設け」は、在宅緩和ケアを主導的に担う診療所が拠点病院と対等に検討する場でなければならない”

医師会の協力のもと、中核となる在宅緩和ケア診療所を制度上位置づけるということである。WHOも理念的には在宅緩和ケアを中核としているように、バックベッド以上に重要なことは在宅緩和ケアの司令塔となる医療機関の育成と質の向上である。在宅療養の準備をするための入院も最近の傾向であるが、がん患者にとっては時間の浪費である。緩和ケア認定看護師との面接や退院前カンファなど、切れ目なく質の高い医療提供のための行程が診療報酬のためにだけ行われている現実がある。施策の負の部分の補う仕掛けが必要である。在宅緩和ケアの医療機関を病院の補完機能と位置づけている限り、がん終末期の悲惨な状況は解決されない。在宅緩和ケアの質の向上のためには、緩和ケアの理念を共有し、緩和ケアに関しては病院との違い、在宅ケアに関しては非がんとの違い、を認識した制度設計が必要である。