

2021・6

緩和ケアの現状・課題について

1. 診断時の緩和ケアのあり方

【背景】

- 「緩和ケア」の用語のなかに3つの異なる意味が含まれている
 - 基本的な緩和ケア：主治医や担当看護師など医療者がみな習得し対応すべき内容
 - 専門的緩和ケア：緩和ケア医や緩和ケアチームなどの専門家が対応する内容
 - 「診断時からの緩和ケア」：日本独自の用語、明確な定義がない
- 第2期までの基本計画の記載、拠点病院をめぐる議論でしばしば混乱していた
- 具体的には、
 - 誰がするのか？
(緩和ケアは専門家がするものだ、という意見と、がん患者全員にと書いてあるので主治医や担当看護師だ、という意見)
 - 何をするのか？
(緩和ケアだから痛みへの対応だろう、という意見と、診断時には痛みは多くはないのですることはない、などの意見)
 - 当時海外で専門的緩和ケアの取り組みで出た「早期からの緩和ケア(early palliative care)」との混同
(早期からの緩和ケアとは、緩和ケアの専門家が、進行がんなどの複雑な問題を抱えた患者家族に対して、今まで(終末期)よりも早くから関わる(診断時ではない)ことでQOLや予後が改善する報告)
- 「診断時からの緩和ケア」は、全ての患者・家族に対して、告知等の苦痛から対応すること(診断から治療導入までの患者の苦痛や懸念を拾い上げて対応する事)の趣旨に照らせば、海外では「がんへの適応(coping with cancer)」として検討される事項

	診断時からの緩和ケア	早期緩和ケア
出典	がん対策推進基本計画(改定)	Temelらの臨床試験
	このため、がん医療に携わる医療従事者への研修や緩和ケアチームなどの機能強化等により、 <u>がんと診断された時から患者とその家族が、精神心理的苦痛に対する心のケアを含めた全人的な緩和ケアを受けられるよう、緩和ケアの提供体制をより充実させ、緩和ケアへのアクセスを改善し、こうした苦痛を緩和することが必要である。</u>	目的 進行がん患者に対して(従来より早く)緩和ケアを提供して、QOLの向上をめざす
提供者	担当医・担当看護師	専門的緩和ケア
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・がんり患に伴う苦痛への情緒的サポート ・治療に関する情報提供 ・今後起こりうる苦痛に対し自ら対処できるようにセルフマネジメント教育 	専門的緩和ケアをできるだけ早期から提供し、QOLの向上を目指す
構成要素	<p>特に診断時においては、不安への対応とセルフケアの強化(例:リラクゼーション)</p> <p>原因の同定・対応(例:問題解決アプローチ)</p> <p>情緒的</p> <p>社会的問題(就労、復職、社会的役割の回復)</p> <p>身体症状</p> <p>健康行動(治療に向けたダイエット、禁煙、運動)</p> <p>情報提供、教育</p> <p>グループサポート</p> <p>・(継続的支援が必要かアセスメントを行い、必要な場合には)確実な継続支援への引継ぎ</p>	<p>・方法</p> <p>専門的緩和ケアサービスの提供(緩和ケア専門医による定期的な診療、緩和ケア専門看護師の定期的なフォローアップ)</p> <p>疾病の理解と教育</p> <p>症状マネジメント</p> <p>意思決定</p> <p>疾患に対するコーピング</p> <p>専門家の紹介・対応</p> <p>アドバンス・ケア・プランニング</p>
該当する概念	Coping with cancer Adjusting to cancer	Early palliative care

- 診断時(検査の時期から)の緩和ケアについては、誰が、何をすべきかが拠点病院(特に担当医や担当看護師)で認識されにくいことから、
 - ①内容を明確に伝えること
 - ②実行するための具体的な方法を明示すること
 が混乱を解消するために重要
 (緩和ケアが重要と強調しても内容が異なるために、求められる行動が伝わらなかった)
- 同様の指摘は、厚生労働科学研究費「がんと診断された時からの緩和ケアの推進に関する研究」班の提言にもある
 (日本がんサポーターズケア学会 IOP-ワーキンググループ)

【検討が求められる事項】

- 「早期からの緩和ケア」と「診断時からの緩和ケア」は意味する内容が異なることを確認する
- 診断時の介入方法(診断時の緩和ケアの実施内容)を具体的に示す
 - 誰が何をするのかを明確にした苦痛や支援のニーズの把握の方法
 - 苦痛や支援への介入内容(パンフレット、面談(がん患者指導管理料をとる面接(医師と看護師の協働)の質の向上、相談支援センターの活用)
 - 現場が疲弊しないための方法論(実行可能性の検討)
 - 普及・実施のために必要な対応(医療従事者の研修の実施等)
- 対応の例
 - 入院準備センター等の流れに組み入れる
 (拠点病院の多くは、在院日数の短縮のために入院前に退院支援や事前の説明を行う体制を作っている(Patient Flow Management(PFM))。ここは、特に外科治療ではほぼ全例通る)
 - がん患者指導管理料をとる面接の質について担保する(内容の評価、質の向上を目指した標準化、研修など)

2. 治療の時期の苦痛への対応(苦痛のスクリーニング)

【背景】

- 今までの第 2 期までの基本計画の記載、拠点病院をめぐる議論で混乱、基本計画には記載されつつも、拠点病院で実施に至っているのは少数
- 「痛みや患者さんが確認したいけれども診察の場面では聞きにくいような懸念事項を拾い上げるようたずねる、話し合う」ことと、スクリーニングのシステムの話が混同され議論が混乱していた経緯があった。(スクリーニングというと、ツールや実施の費用対効果のシステムの話に終始をしてしまい、そもそも「苦痛を確認する」ことについて話し合われなかった)(スクリーニングは人手が足りなくてできない、インセンティブが、など)
- 第 3 期基本計画を策定する際、緩和ケア検討会等で上の課題を整理し、
 - スクリーニングに関する補足を入れた
「苦痛のスクリーニング」とは、診断や治療方針の変更の時に、身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛など、患者とその家族にとって重要な問題でありながらも取り上げられにくい問題について、医療従事者が診療の場面で定期的に確認し、話し合う機会を確保すること。
(まず担当医や看護師が患者の痛みや懸念をたずねることを強調)
 - 拠点病院を主語として(緩和ケアチームだけが苦痛に取り組むのではないことを示すために)
拠点病院等は、引き続き、がん診療に緩和ケアを組み入れた体制を整備・充実していくこととし、がん疼痛等の苦痛のスクリーニングを診断時から行い、苦痛を定期的に確認し、迅速に対処することとする。
拠点病院等を中心としたがん診療に携わる医療機関は、院内の全ての医療従事者間の連携を診断時から確保する。また、緩和ケアチーム等の症状緩和の専門家に迅速につなぐ過程を明確にすること、患者とその家族に相談窓口を案内すること、医療従事者から積極的な働きかけを行うこと等の実効性のある取組を進める。
- スクリーニングについては
 - ① 担当医や担当看護師が痛みや患者の懸念を積極的に話し合う・対応することについて
 - ② 担当医が苦痛に対応しても取り切れない、難治の痛みや苦痛を専門家(緩和ケアチーム)につなげることができるか(アクセス)の問題
 - ③ 専門的な緩和ケア(緩和ケアチーム)の技術の問題

の3つの論点がある

【検討が求められる事項】

① がん診療連携拠点病院の現状について

- 都道府県による実地調査の結果
- ピアレビューの取組みとその結果
- ケアの質・効率を高めるための対策、現場を疲弊させない取組み

② 拠点病院以外(都道府県指定のがん診療病院等)の現状について

- 2-3割のがん治療は、がん診療連携拠点病院以外の医療施設にて実施
- 苦痛への対応、緩和ケアの提供について実態の把握、検討がなされていない

③ 担当医や担当看護師が担う痛み・苦痛への対応について

- 診療・ケアの質の問題として、痛みに対する対応が十分ではないとの意見がある
- 緩和ケア研修会受講により、以前よりは関心は高まっているものの一律は困難
- 外来では看護師の配置が少ないとの意見
- 支持療法として、痛み等への対応を指針化する動きがある
- 対応の案
マネジメント方法を検討する必要性
(主治医の依頼で動くコンサルテーションスタイルのみでは対応が難しい)
医療用麻薬の適切な使用の推進(一部の拠点病院、拠点病院以外でのがん診療のケースへの対応)

④ 医療用麻薬に関する教育・啓発

- 医療者側への疼痛対応の必要性の啓発とともに、患者側の理解を進めるための取組みも重要
- 特に、使用する段階よりも以前の段階からの情報提供
- 使用時の病院薬剤師によるフォロー、保険薬局の関わり
(がん患者指導管理の質など)
- 薬薬連携、普段からの情報の共有等
- がん教育

⑤ 担当医が苦痛に対応しても取り切れない、難治の痛みや苦痛を専門家(緩和ケアチーム)につなげることができるかの問題

- アクセスの問題
- スクリーニングの問題について
スクリーニング・システムについては、世界的にはメリット・デメリットが拮抗しているというのが見解である。問題となるのは、擬陽性が多いこと(必要のない患者にも負担を強いる)、マンパワーの問題である
- 最近ではスクリーニングの議論から患者の自己評価(Patient Reported Outcome: PRO)の応用に関心が向いている

⑥ 専門的な緩和ケア(緩和ケアチーム)の技術の問題

- 緩和ケアチームに専門的なトレーニングを受けた医師が少ないという問題がある
- がん対策加速化プランの中で2日間の実地研修が行われた
- 促進プランをしても1日見学なので技量はあがらないとの意見
- 対応の例
 - ・都道府県内でチームが相談できる窓口を作る(ピアレビューを通じた連携)
 - ・ペインクリニック、放射線治療との連携

⑦ 難治の痛みへの対応(対応が難しい痛みとは)

- 今までの議論でも対応可能なのに見逃されている痛みの問題と、対応方法自体が難しい痛みの問題が整理されないまま議論されてきて、すれ違いが起きていた
- がん疼痛とがん患者の(がん以外の)慢性疼痛の問題
- 厚生科研の検討状況
- 緩和ケア医、ペインクリニックとの意見のすりあわせ

3. 終末期の痛み等の苦痛の軽減・緩和

【背景】

- 遺族調査の結果は、地域の後方連携病院での緩和ケアの実状を反映している可能性がある
- 分子標的薬等がん治療の進展に伴いがん治療は外来中心になった。入院治療は行わずに地域の病院に戻ることも行われている。
(分子標的薬では、内服できなくなるまで治療が続けられることもしばしばある。そのまま地域の病院に紹介・入院となることも稀ではない)
- 在院日数の短縮もあり、拠点病院で終末期を診ることは減り、従来よりも早い段階で地域の病院へ移行する傾向がある
(拠点病院の外来から地域の病院の外来、在宅医への転医。その後病状の悪化があれば、地域の病院に入院する)
- 終末期の緩和ケアの担い手は地域の中小規模病院(地域包括ケア病棟、療養型病棟)と在宅となり、終末期のケアは地域の病院での入院⇔在宅医療のなかで提供されることが増えた(逆に言えば、拠点病院で終末期のケアが行われる機会は減ってきている)
(2014年のがん死亡者 368,103人 拠点 24・1% 拠点以外病院 60・9、診療所・老健等 5・1、自宅 9・9)
(2017年のがん死亡者 373,365人 拠点・拠点以外病院 82・4% 診療所・老健・老健等 5・1、自宅 11・7(推定))
現在は COVID-19 の影響もあり、さらに地域・在宅への流れが進んでいる可能性がある
- 一方で地域の後方連携病院での緩和ケアに関する提供体制について把握と検討がなされる機会が少なかった
(拠点病院を核とする施策、地域の緩和ケア＝在宅医の看取りというイメージ)
- 緩和ケア研修会が進められてきたが、拠点病院の受講は進んだ一方、拠点病院以外の病院では途上
- 進まない理由：
 - 拠点病院と異なりインセンティブが働かない
 - 地域の中小規模病院は看取りの中心的な役割を担っているが、その中でがんは一部(がんは約3割、心不全や脳血管障害、肺炎等が約6割を占める。)
 - 緩和ケアに関わる人材も非常に少ない。緩和ケアチームは持っていない施設が大半。また認定・専門看護師も少ない(教育を担う核がない)
- 結果として、拠点病院の緩和ケアチームが動いていたとしても、その後の引き継ぐ先がない

- 参考：
がん以外の看取りは、地域包括ケアの枠組みで行われている。地域包括ケアは市町村単位で連携が組まれる一方、がんの終末期・看取りは二次医療圏単位であり、ずれがある。件数は多いにもかかわらず、地域包括ケアの枠組みで検討されていないところもある。
- 参考：
地域で療養する際に介護保険の利用も行われる。がんでは、申請時に身体の状態が急激に変化することを踏まえた対応を求める通達が出されるなどしてきたが、介護保険の利用実態の把握・検討がない

【検討が求められる事項】

- ① 現に生じている拠点病院から後方連携病院に移行した際のケアの断絶をどうするか
 - 現状の把握
 - 対応策、好事例の共有
 - 対応の例、拠点病院緩和ケアチームのテレフォンフォローアップ、相談窓口、病院薬剤師間の連携
- ② 拠点病院の後方連携病院での緩和ケアの提供をどのように強化するか(教育、実践)
 - 在宅医療への流れはあるものの、今後を含め終末期の療養・看取りの中心的役割を担うのは地域の病院である。終末期のケアの質の向上を図るためにどのようにすればよいか
 - 緩和ケアチームのない病院での痛みや苦痛への対応
 - 緩和ケア研修会の今後の展開
 - 現状の把握
- ③ がんの緩和ケアの提供と地域包括ケアの枠組みとのすりあわせはどのようにすれば進むのか(地域連携)
 - 地域包括ケアの枠組みと拠点病院の連携、がんの緩和ケアの連続性を保つためにどのようにすればよいか
 - 現状の把握
 - 地域で緩和ケアについて課題を検討する機会の設置
 - 地域緩和ケア調整員等の活用について

④ 在宅医療における緩和ケアの提供体制、質の担保

- 在宅医療の中でもがんに関しては、特化した診療所がある程度まとめて受ける傾向がある
- 在宅医療における緩和ケアの内容、質について検討がほとんどない。施設間のばらつきがある

⑤ 介護施設における緩和ケアの提供

- 地域包括ケアの枠組みの中で、介護施設での看取りについても推進されているが、がん患者の看取りについてはその実態は把握されていない。介護施設は連携する在宅医による教育・研修が重要になり、在宅医の努力に依る
- 痛みや苦痛のケアについて介護職への教育がどの程度行われているかは不明
- 介護職の教育、施設の運営の方針による幅がある。
(たとえば、入所時に緊急時の搬送をしないと決め、本来医療的な処置が必要な場面でもつながないなど、目的と手段が逆になっている場合があるとの意見)

4. 緩和ケア病棟

【背景】

- 診療報酬の誘導により緩和ケア病棟の設置が進められてきた
- 一方で緩和ケア医がいない緩和ケア病棟も増えている
- 質について、日本ホスピス緩和ケア協会が基準を出している一方、加盟していない緩和ケア病棟もある
- 診療報酬の誘導により、急性期化と慢性・療養型に二極化してきている
- 緩和ケア病棟の運営では地域との連携が要請されているが、連携が進まない、受け入れを限定している施設もある。
- 逆に地域包括ケア病棟はがん患者を含め受入れており、緩和ケア病棟と役割が重なる面が出てきた。
- 海外では、緩和ケア病棟はがんに限らず、がん以外も受入れている。わが国では、専門的緩和ケアへのアクセスががんに限られているとすれば、他の疾患をもつ人に不利益が生じているのではないかとの意見もある
(緩和ケア病棟ががんと AIDS しか受入れていないのはいびつ)
- また、COVID-19 感染拡大により、緩和ケア病棟がコロナ対応病棟に転換された大学病院・地域の病院がある

【検討がもとめられる事項】

- 現状の把握
- 緩和ケア病棟の役割について
- 在宅医や地域の病院と緩和ケア病棟との連携について
- COVID-19 感染下でのケアの質について(病棟型の緩和ケア病棟では、終末期であっても面会が困難な施設もある)

緩和ケアをめぐる課題（前提となる状況の変化、特に拠点病院が終末期を診なくなった）



- 拠点病院
- 体系的なスクリーニングはほとんど実施されていない
 - 経営上病院が利益にならない活動に消極的
 - 診断時からの緩和ケアの内容が明確でないため具体的な活動に至っていない

- 外来での緩和ケアの提供が積極的に行われていない
- 入院で依頼が出ない
- 緩和ケアチームが専門的な教育を受けていない

地域の病院
（地域包括ケア病棟、療養病棟）

- 地域の病院
- 緩和ケアの資源がない
 - 緩和ケアの教育が行き届いていない（遺族調査の結果は、主に地域の病院の状況を反映している可能性）

- 在宅医
- 施設による技術差が非常に大きい

対応策

- 入院準備センター等PFMの流れの中にスクリーニング実施を義務化させる

- 緩和ケアチームの動き方を主治医からの依頼で動くコンサルテーションスタイルから、自動的にフォローするマネジメントチームスタイルに変える

- 地域移行時に緩和ケア外来での調整、緩和ケアチームでのテレホンフォローアップなど、後方連携病院への助言、支援体制