



都道府県の医療計画ならびに市町村 の地域包括ケアシステムの策定にお ける緩和ケア専門家の関与について

令和3年度
第9回都道府県がん診療連携協議会
緩和ケア部会

ユニバーサル・ヘルス ・カバレッジとしての緩和ケア

Integrating palliative care and symptom relief into primary health care

A WHO guide for planners, implementers and managers



World Health Organization

1 What is palliative care?

WHO defines palliative care as the prevention and relief of suffering of adult and paediatric patients and their families facing the problems associated with life-threatening illness (4). These problems include physical, psychological, social and spiritual suffering of patients and psychological, social and spiritual suffering of family members. Palliative care (5):

- entails early identification and impeccable assessment and treatment of these problems;
- enhances quality of life, promotes dignity and comfort, and may also positively influence the course of illness;
- provides accompaniment for the patient and family throughout the course of illness;
- should be integrated with and complement prevention, early diagnosis and treatment of serious or life-limiting health problems;
- is applicable early in the course of illness in conjunction with other therapies that are intended to prolong life;
- provides an alternative to disease-modifying and life-sustaining treatment of questionable value near the end of life and assists with decision-making about optimum use of life-sustaining treatment;
- is applicable to those living with long-term physical, psychological, social or spiritual sequelae of serious or life-threatening illnesses or of their treatment;
- accompanies and supports bereaved family members after the patient's death, if needed;
- seeks to mitigate the pathogenic effects of poverty on patients and families and to protect them from suffering financial hardship due to illness or disability;
- does not intentionally hasten death, but provides whatever treatment is necessary to achieve an adequate level of comfort for the patient in the context of the patient's values;
- should be applied by health care workers at all levels of health care systems, including primary care providers, generalists and specialists in many disciplines and with various levels of palliative care training and skill, from basic to intermediate to specialist;
- encourages active involvement by communities and community members;
- should be accessible at all levels of health care systems and in patients' homes; and
- improves continuity of care and thus strengthens health systems.

Medical News & Perspectives

New Guidelines Aim to Expand Palliative Care Beyond Specialists

Jennifer Abbasi

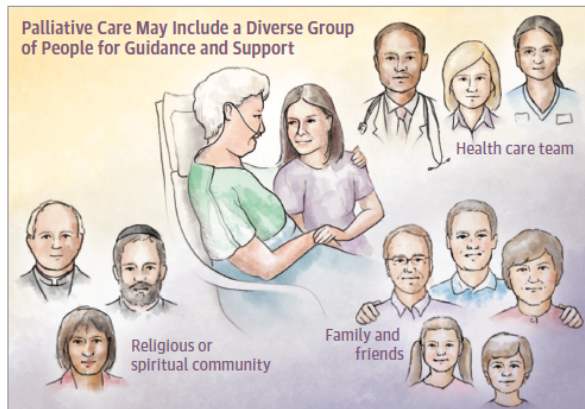
Years ago, Martha L. Twaddle, MD, cared for a patient with pulmonary fibrosis. In the years between diagnosis and death, as the patient transitioned from office-based visits to home care to hospice, Twaddle, an internist and palliative care specialist, oversaw this person's supportive care. During the entire duration of the illness, there were no hospitalizations or emergency department visits, she recalls. Her team's coordination and communication—some of the basic tenets of caring for people with serious illness—helped keep those all-too-common occurrences at bay.

The patient's story "beautifully demonstrates" how palliative care can prevent suffering and improve quality of life, says Twaddle, who today is medical director for palliative medicine and supportive care at Northwestern Medicine Lake Forest Hospital in Illinois. And it's why she wants more seriously ill patients and their caregivers to have access to the kind of person-centric, team-based approach she's used for more than 3 decades. Too few patients get the day-to-day support they need to live as well as possible through serious or terminal illness, especially outside of hospitals and hospice care, Twaddle said in a recent interview with *JAMA*.

+
Audio

For that to change, more health care organizations and clinicians must embrace palliative care principles and practices, according to the newest guidelines developed by the National Consensus Project for Quality Palliative Care, which is comprised of 16 national organizations. Published by the National Coalition for Hospice and Palliative Care and endorsed by more than 80 groups, the practice guidelines have been around since 2004, but the newest iteration—which Twaddle co-chaired—broadens the focus from palliative care specialists to all clinicians who see seriously ill patients.

The following is an edited version of the interview with Twaddle, who explained



how more physicians can implement supportive care.

JAMA: How is palliative care different from the traditional concept of medical treatment that many physicians may be more familiar with?

DR TWADDLE: Palliative care is team-based care that focuses on supporting those with serious illness and their families from the time of diagnosis through the trajectory of that serious illness, addressing the holistic needs of that person and family. It looks at them in the context of all they are and what matters most to them to figure out a treatment plan.

It's an integrated specialty. It's not another swim lane, so to speak. Medical care is often swim lanes. We're each in our role, we're each in our lane, we do our job. Whereas palliative care is synchronized swimming. The person and family are in the center, and the care helps to enhance communication, collaboration, and coordination. Palliative care specialists are particularly expert in symptom management, communication skills, and facilitating complex transitions of care across settings.

It's a more holistic way of looking at the person and family in the context of serious illness vs a disease-based model.

JAMA: How can physicians know if a patient needs palliative support?

DR TWADDLE: Any person who has serious illness should be screened for unmet needs, symptom issues, practical aspects of care, social issues, psychological issues. Whether that then leads to the building of an interdisciplinary team is not always clear. Some people with serious illness are getting their needs met, and their primary care physician or treating specialists may be able to coordinate that very easily. They are, in essence, providing these competencies of palliative care and they don't realize it. Other [physicians] need more formal structure around capturing these different aspects.

JAMA: Could you define "seriously ill"?

DR TWADDLE: A serious illness is one with a high risk of mortality and morbidity, with functional impact and also caregiving impact. That doesn't say anything about prognosis. I think that's very important to

THE 4TH EDITION of the *National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care* (NCP) Guidelines expands upon the content in the previous edition, specifically focusing on the two key concepts. First, palliative care is inclusive of all people with serious illness, regardless of setting, diagnosis, prognosis, or age. Second, timely consideration of palliative care is the responsibility of all clinicians and disciplines caring for the seriously ill, including primary care practices, specialist care practices (e.g., oncology or neurology), hospitalists, nursing home staff, as well as palliative care specialist teams such as hospice, hospital, and community-based palliative care teams.

JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE
Volume 17, Number 9, 2014
© Mary Ann Liebert, Inc.
DOI: 10.1089/jpm.2014.0164

Defining "Serious Illness"

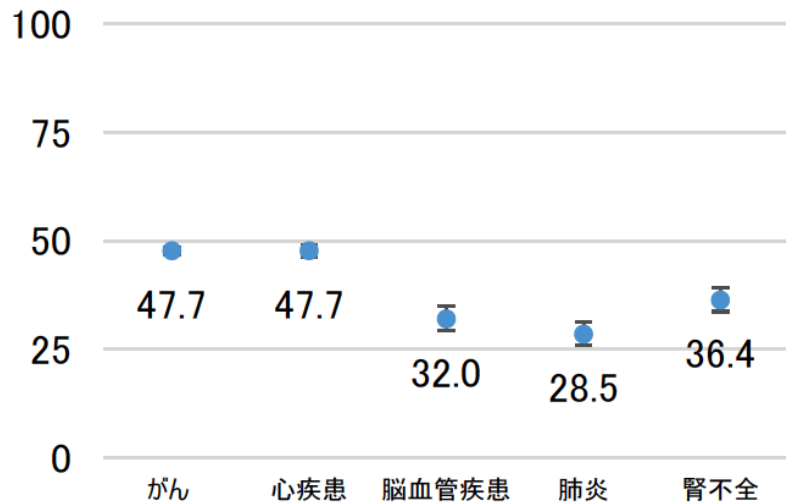
Based upon these comments, the following conceptual definition has emerged: "Serious illness" is a condition that carries a high risk of mortality, negatively impacts quality of life and daily function, and/or is burdensome in symptoms, treatments, or caregiver stress. Further research is needed to

全体的な目標（ユニバーサル）

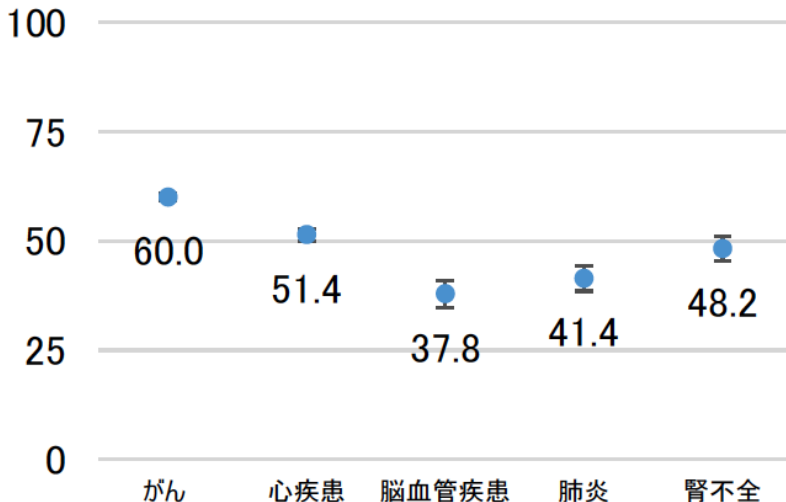
- 重い病を持つ患者とその家族が、
- どこに住んでいても、誰でも、必要に応じて、
- 適切に緩和ケアを受けられるようにすること。

- 具体的には
 - 症状緩和
 - 治療とケアの目標の話し合いに基づいた療養の場の調整
 - エンド・オブ・ライフケア

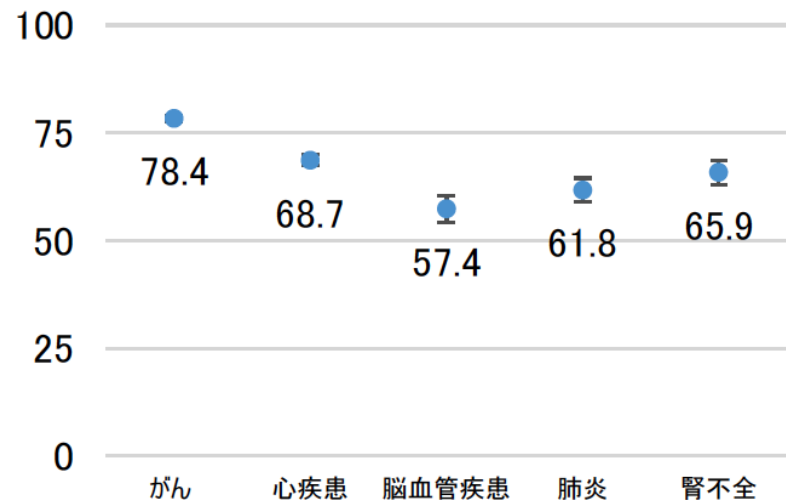
望んだ場所で過ごせた



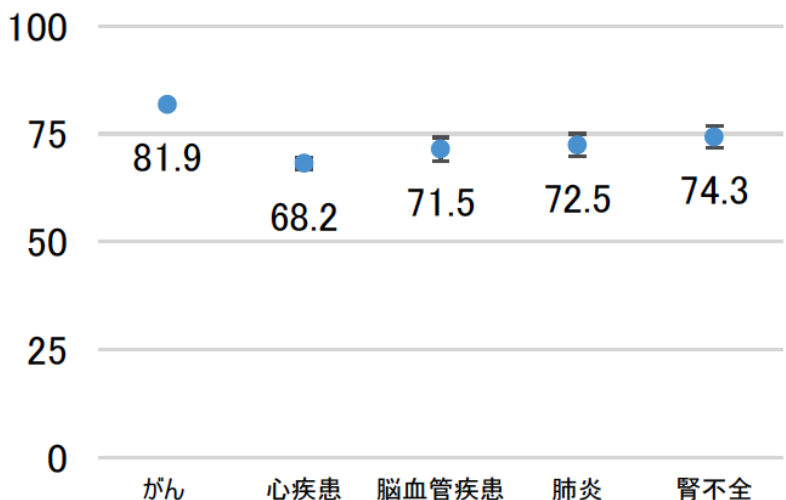
ご家族やご友人と十分に時間を過ごせた



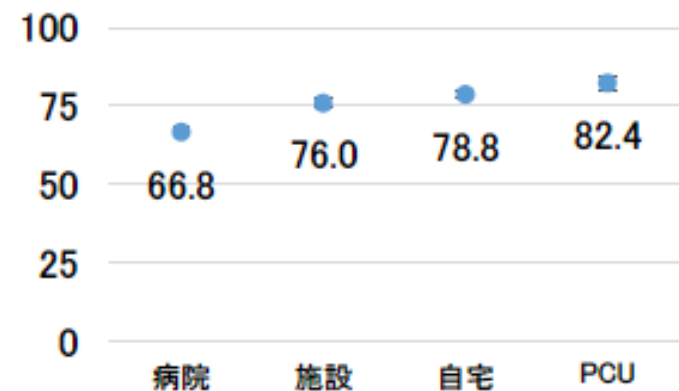
ひととして大切にされていた



医療者は患者さまのつらい症状にすみやかに対応していた



死亡場所で受けた医療の満足度



第3期推進基本計画における緩和ケアの要点

- がんと診断されたときからの緩和ケアの推進
 - 腫瘍学と緩和ケアの統合（スクリーニング、外来緩和ケア機能）
 - 専門的緩和ケアの質の向上（特にPCTとPCU）
 - 拠点病院以外での緩和ケアの質の向上
- 基本的緩和ケアの普及と質の向上
 - 緩和ケア研修会のさらなる実施と改善
- 緩和ケアのさらなる啓発と普及

第3期推進基本計画における緩和ケアの要点

- がんと診断されたときからの緩和ケアの推進
 - 腫瘍学と緩和ケアの統合（スクリーニング、外来緩和ケア機能）
 - 専門的緩和ケアの質の向上（特にPCTとPCU）
 - 拠点病院以外での緩和ケアの質の向上
- 基本的緩和ケアの普及と質の向上
 - 緩和ケア研修会のさらなる実施と改善
- 緩和ケアのさらなる啓発と普及

わが国のこれまでの緩和ケアの方向性

ホスピス・緩和ケア病棟



一般病棟における緩和ケアチーム



様々な場面において切れ目のない
適切な緩和ケア



患者の生活・人生を踏まえた緩和ケア

がん医療の新たな方向性

- がん医療の外来化
- ゲノム医療をはじめとした専門的がん医療の進展とがん薬物療法の長期化・終了判断の困難化
- 医療機関の役割分担の明確化と地域連携の更なる重要化

地域でがん患者を支えていくための課題

- 地域包括ケアは、今後増加していく認知症高齢者の生活を支えていくことを中心に想定されたシステムであり、**終末期にあるがん患者を地域の中で支えていく体制は別途検討することが必要**
- がんに関して、医療と介護の連携を進めていくためには、広範囲から患者が集まるがん拠点病院と、患者の生活の場である地域の在宅医療と介護サービスとの連携を促進していく必要があるが、地域にある既存のネットワークでは対応できないこともある
- そのため、**がん診療と地域の間で連携の断絶が生じる**
- 地域でがん患者を支えていくための体制を、それぞれの地域が、**地域の特性に応じて作り上げていくことが必要**

平成30年7月31日 厚生労働省健康局長通知 がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針

Ⅱ 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

1 診療体制

(1) 診療機能

⑥ 地域連携の推進体制

ク 当該医療圏において、**地域の医療機関や在宅診療所等の医療・介護従事者**とがんに関する医療提供体制や社会的支援のあり方について情報を共有し、役割分担や支援等について**議論する場を年1回以上設ける**こと。なお、その際には既存の会議体を利用する等の工夫を行うことが望ましい。

平成30年7月31日 厚生労働省健康局長通知 がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針

IV 都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について

都道府県拠点病院は、当該都道府県におけるがん診療の質の向上（中略）地域拠点病院の指定要件に加え、次の要件を満たすこと

3 都道府県拠点病院の診療機能強化に向けた要件

（3）緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合する緩和ケアセンターを整備し、（中略）専門的緩和ケアを提供する院内拠点組織とする。

④ 地域の病院や在宅療養支援診療所、ホスピス・緩和ケア病棟等の診療従事者と協働して、緩和ケアにおける連携協力に関するカンファレンスを月1回程度定期的に開催すること。

⑤ 連携協力している在宅療養支援診療所等を対象にした患者の診療情報に係る相談等、いつでも連絡を取れる体制を整備すること。

全体的な目標（再掲）

- 重い病を持つ患者とその家族が、
 - どこに住んでいても、誰でも、必要に応じて、
 - 適切に緩和ケアを受けられるようにすること。
-
- これを達成するためには、都道府県全体での取り組みが必要になる→資源の最適化を考えた上で医療をデザインする必要性→ **医療計画・地域包括ケアへのアプローチが必要になる**

次回の都道府県における 医療計画の策定は

第8次医療計画に向けた取組（全体イメージ）【案】

		医療計画	新興感染症	地域医療構想	医師確保計画	外来医療計画
国	R3 [2021]	4～6月	医療部会（6/3） 第8次医療計画等に関する検討会開催			外来機能報告等に関するWG開催
		7～9月		地域医療構想及び医師確保計画に関するWG開催		
		10～12月				外来機能報告等に関する取りまとめ
		1～3月	・総論（医療圏、基準病床数等） ・各論（5疾病、6事業、在宅等） について各検討会等での議論の報告	感染症対策に関する検討の場と連携しつつ議論	地域医療構想の推進	ガイドライン改正に向けた検討
	R4 [2022]	4～6月				
7～9月						
10～12月		報告書取りまとめ（基本方針改正、医療計画作成指針等の改正等）			報告書取りまとめ（ガイドライン改正等）	報告書取りまとめ（ガイドライン改正等）
1～3月		基本方針改正（告示） 医療計画作成指針等の改正（通知）			ガイドライン改正（通知）	ガイドライン改正（通知）
都道府県	R5 [2023]	第8次医療計画策定			次期医師確保計画策定	次期外来医療計画策定
	R6 [2024]	第8次医療計画開始			次期医師確保計画開始	次期外来医療計画開始
	R7 [2025]					

具体的な対応（例）

- 都道府県の担当者に、次期の医療計画の策定のとときに、高齢多死社会を踏まえて、全ての重い病を持つ患者に対する緩和ケアの計画を立ててもらえないかと提案する
- 令和3～4年度に、各都道府県における専門的緩和ケア、在宅緩和ケアの提供状況を把握する
 - 何名の患者が、どのような病気で、どこでなくなるか把握
- 都道府県ごとの統計データと後掲するデータ等を参考に、各都道府県の緩和ケア部会において、どのように専門的緩和ケアを令和6年（2024年）からの5年間どのような体制で行うかを提案してほしい
 - がん拠点病院、緩和ケアチーム、緩和ケア病棟が地域包括ケアとどのように連携するかを具体的にデザインする

以下の資料はNHSからの引用

緩和ケア病棟

- 人口30万人あたりに20床の緩和ケア病棟の病床が必要
- 緩和ケア病棟の病床20床ごとに医師が3名以上、緩和ケアを専門とする看護師が3名以上いることが望ましい
- 緩和ケア病棟やホスピスでは、看護ケアを提供するための看護スタッフの比率は、1床につき少なくとも1名、できれば1.2名が推奨される（20床あたり20-24名）。

地域緩和ケアチーム

- 人口25万人に対し、地域密着型緩和医療コンサルタントが2名以上いる。
- 人口25万人に対し、少なくとも5人の緩和ケアを専門とする看護師がいる。
- 人口25万人に対し、10～12人のフルタイムの専門家（医師、看護師、MSWなど）が24時間週7日体制でサポートを提供する。

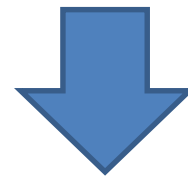
院内型緩和ケアチーム

- 病院のベッド数850床につき緩和ケアを専門とする医師が1名以上いる
- 病院のベッド数300床につき緩和ケアを専門とする看護師が1名以上いる
- 病床数250床の以上の病院には、少なくとも1つの病院緩和ケア支援チーム（医師1名、SPC研修を受けた看護師1名以上）を配置すべきである。
- 大規模な二次医療病院や、三次医療機関からの紹介や管理を受けている病院では、サブスペシャリティの役割や追加の支援・教育の提供など、緩和ケアの専門家を増やす必要がある

地域緩和ケア連携調整員 とは



地域の課題を解決することを目的に
がん診療連携拠点病院は
「地域緩和ケア連携会議」を定期的を開催することが定められた



がん診療連携拠点病院が、これまで地域との連携関係が乏しかった場合、地域の職能団体の代表者等を突然集めて、会議を開催したとしても必ずしも有意義な話し合いができず、課題解決に至らないことも多い



第一段階
顔の見える関係づくり

第二段階
体制づくり

第三段階
地域づくり



第二段階である「地域緩和ケア連携会議」は、顔の見える関係があって初めて機能する

すべてのがん患者・家族が、自身の意向に沿った療養が可能な限りできる、適切な緩和ケアが提供される地域

地域緩和ケア連携調整員とは

- 「がん治療病院」と「在宅医療等の地域医療を担う関係者」を含めた**地域のネットワークの構築を促す**人材である
- 地域の課題を抽出し解決に向けた取り組みを行っていくための**事務局的な役割を担っていく者**である。

がん拠点病院の地域連携業務を担っている者を主に想定しつつ、その他、**地域内の医療機関等の地域連携担当者**、医療介護総合確保推進法に基づく**医療介護連携支援センターの連携担当者**等も候補者になりえる。

「**地域緩和ケア連携調整員**」を、「**オプティマイザー (optimizer)**」と呼んでいます
「optimize」は、「最大限活用する」「できるだけ効率的に利用する」「最適化する」という意味。
地域リソースを効果的に最大限活用できる地域連携体制を目指すOPTIM プロジェクト(Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model)にも、ちなむものです

1)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」：<http://gankanwa.umin.jp/>

2)Morita T, et al. Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer: a mixed-methods study. Lancet Oncol. Jun;14(7):638-46,2013

地域緩和ケア連携調整員の役割

●顔の見える関係づくり

地域内の既存のネットワーク等を活用しながら、地域内の関係者が顔を合わせて意見交換を行える場を作り、基盤となる顔の見える関係づくりを進める

●体制づくり

拠点病院の院長や郡市医師会などの地域内のキーパーソンのバックアップのもとで、緩和ケア関係者が集まり地域の緩和ケア連携の課題等について話し合う場の設定を行う

●地域づくり

地域の緩和ケア連携の課題解決に向け、その地域に沿った取り組みを行う事務局的な活動を担い、がん患者の方々が地域内で適切な緩和ケアを受けることができるよう、地域連携の課題の解決を目指す

地域全体で、がんにおける緩和ケアを提供できる基盤を作っていくため、地域のがん医療と緩和ケアに関する医療福祉機関、職能団体等が円滑に連携できるように、関係者間のネットワーク構築を促す活動を行う現場の担い手

おわりに

- 緩和ケアは、診断、予後、年齢、場所を問わず、重い病（serious illness）とともに生きるすべての人とその家族を対象とするものである。緩和ケアを必要な人に等しく提供することは、すべての医療・介護・福祉従事者とその部門・施設の責務である
- 都道府県拠点病院の皆様方には、ぜひ都道府県全体の緩和ケアの提供体制を考えるために医療計画の策定時に緩和ケア専門家からの意見を提案してほしい
- 専門的緩和ケアと地域包括ケアの連携を図り統合するために地域緩和ケア連携調整員の育成と活動に助力いただきたい