

# 地域緩和ケア連携調整員 に期待される役割

筑波大学医学医療系 緩和医療学

木澤 義之

# COI 開示

発表者名： 木澤義之

演題発表内容に関連し、筆頭および共同発表者が開示すべきCOIはございません。

# 緩和ケアの定義（WHO 2002年）

- 緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである。

# 緩和ケアは…

- 痛みやその他のつらい症状を和らげる
- 生命を肯定し、死にゆくことを自然な過程と捉える
- 死を早めようとしたり遅らせようとしたりするものではない
- 心理的およびスピリチュアルなケアを含む
- 患者が最期までできる限り能動的に生きられるように支援する体制を提供する

## …緩和ケアは

- 患者の病の間も死別後も、家族が対処していけるように支援する体制を提供する
- 患者と家族のニーズに応えるためにチームアプローチを活用し、必要に応じて死別後のカウンセリングも行う
- QOLを高める。さらに、病の経過にも良い影響を及ぼす可能性がある
- 病の早い時期から化学療法や放射線療法などの生存期間の延長を意図して行われる治療と組み合わせで適応でき、つらい合併症をよりよく理解し対処するための精査も含む

# わが国のホスピス緩和ケアの歴史 1

## 揺籃期

1972年：淀川キリスト教病院におけるOCDP (Organized Care of Dying Patients)の活動開始

1977年：「日本死の臨床研究会」設立

英国のセントクリストファー・ホスピスが紹介

## 創成期

1981年：わが国初の施設、聖隷ホスピス設立

1987年：WHO 編集『がんの痛みからの解放』出版

1989年：「末期医療に関するケアのあり方検討会」報告書

# わが国のホスピス緩和ケアの歴史 2

## 成長期

- 1990年：診療報酬制度に緩和ケア病棟入院料新設
- 1991年：全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会設立
- 1996年：日本緩和医療学会設立
- 1997年：シシリー・ソンドース博士が来日
- 1998年：ホスピスケア認定看護師制度\*が発足
- 2002年：緩和ケアチームの診療報酬「緩和ケア診療加算」

## 発展期

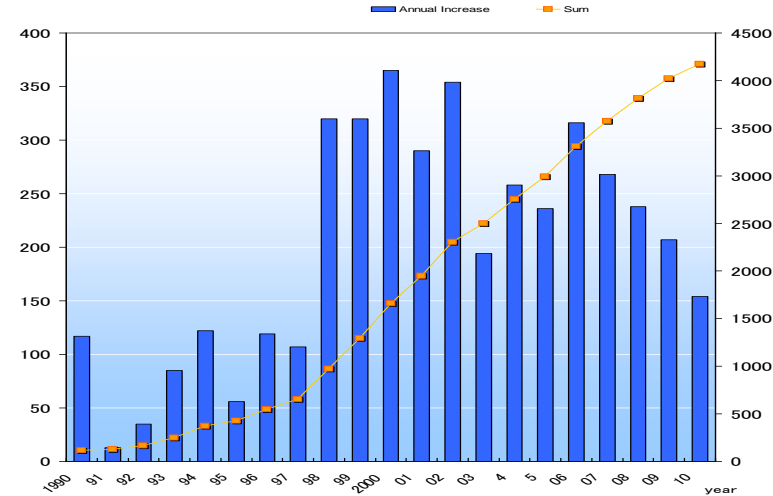
- 2006年：がん対策基本法成立⇒2007年4月施行
- 2007年：がん対策推進基本計画 公表
- 2018年：緩和ケア研修会修了医師が10万人を突破

# わが国の専門緩和ケアサービスの概況

## 緩和ケア病棟

- 施設数：455施設,9316床 (Feb.2021)
- 入院数：76,912 /y (2019)
- 死亡数：58,659 /y (全がん死の約16%)
- 平均在院日数：28.5日

実際には約20%のがん死亡は緩和ケア病棟で



## 在宅ケア

- 10,000か所以上の在宅療養支援診療所
- がん在宅死数34,849/y (全がん死の9.6%,2013)

## 緩和ケアチーム

- 施設数: 1086 (2017)
- すべてのがん診療拠点病院に設置
- 新規コンサルテーション数約108,000件/y (全がん死の約28%)



## Medical News &amp; Perspectives

## New Guidelines Aim to Expand Palliative Care Beyond Specialists

Jennifer Abbasi

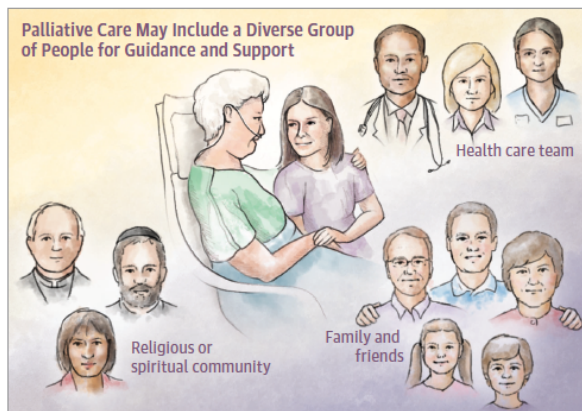
Years ago, Martha L. Twaddle, MD, cared for a patient with pulmonary fibrosis. In the years between diagnosis and death, as the patient transitioned from office-based visits to home care to hospice, Twaddle, an internist and palliative care specialist, oversaw this person's supportive care. During the 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

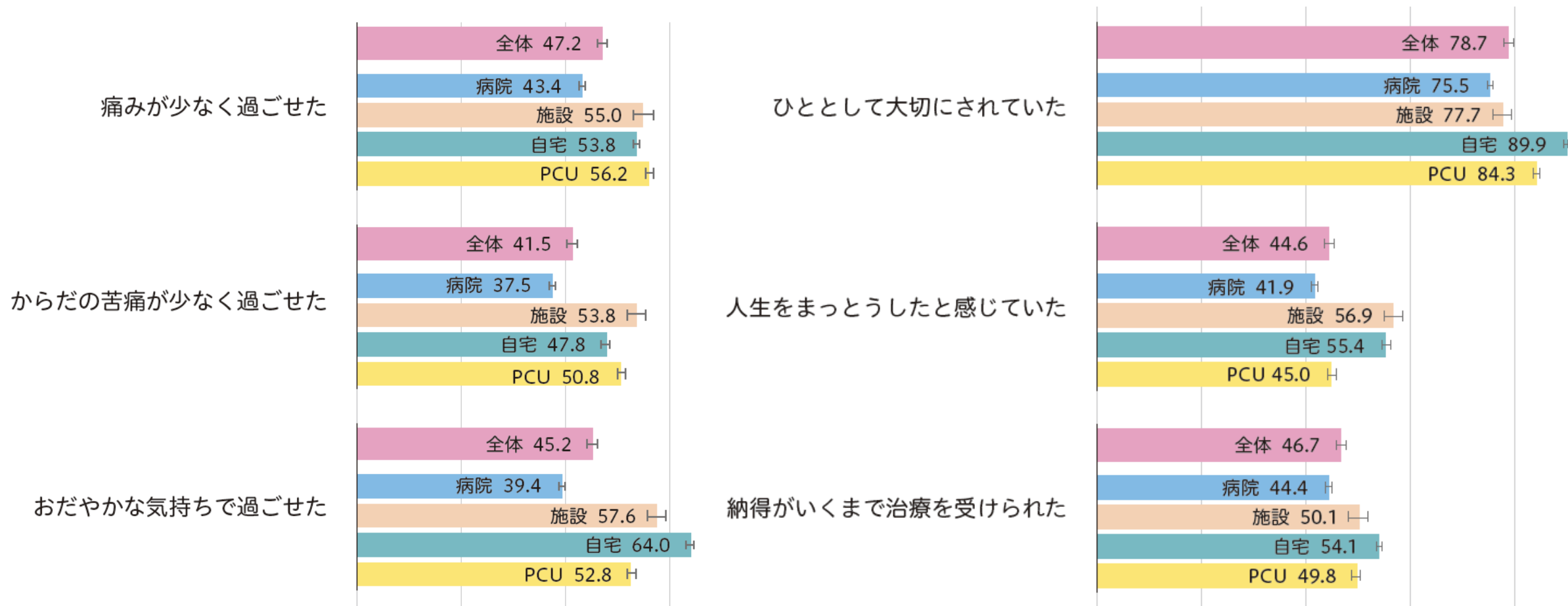
# 本日の内容

- 現状
- 遺族調査・患者体験調査の結果
- 緩和ケアの考え方を見直す
- がん以外の疾患に対する緩和ケア
- 緩和ケアの専門性とは？
- これからの課題：臨床と体制整備
- これからの課題：研究

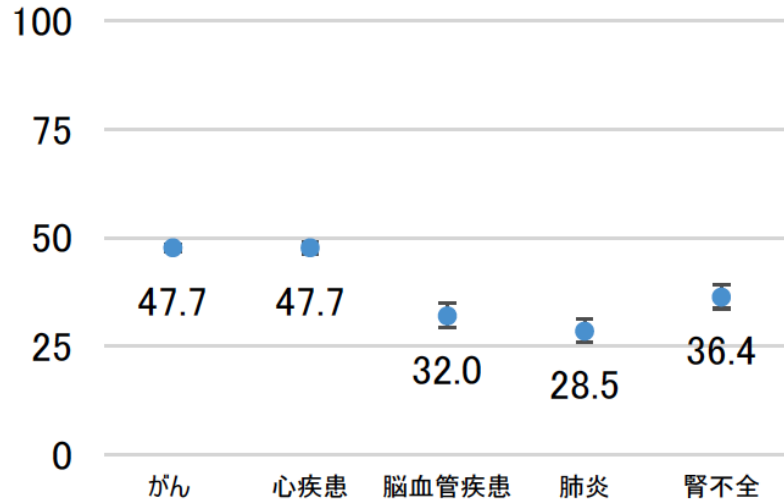
# 遺族調査（2018-2019）

- 調査主体：国立がん研究センター
- 調査対象：人口動態調査死亡票情報を用いて、20歳以上で悪性新生物が死因となった者を主に介護していた成人の遺族110,990名（無作為抽出）
- 調査方法：郵送法。1ヶ月後に督促
- 有効回答率：56.2%
- 患者の背景：死亡時年齢は80歳以上が50.2。がん種は、肺がん19.0%、胃がん12.5%、膵臓がん10.2%

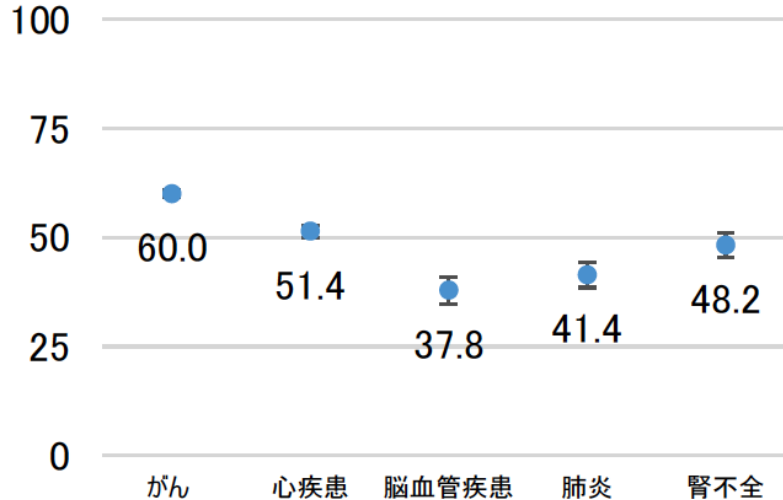
# 死亡前1ヶ月間の患者の療養生活の質



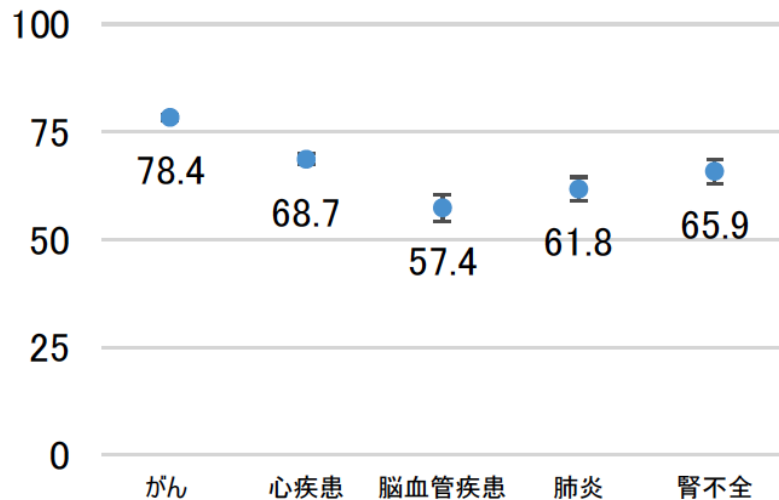
## 望んだ場所で過ごせた



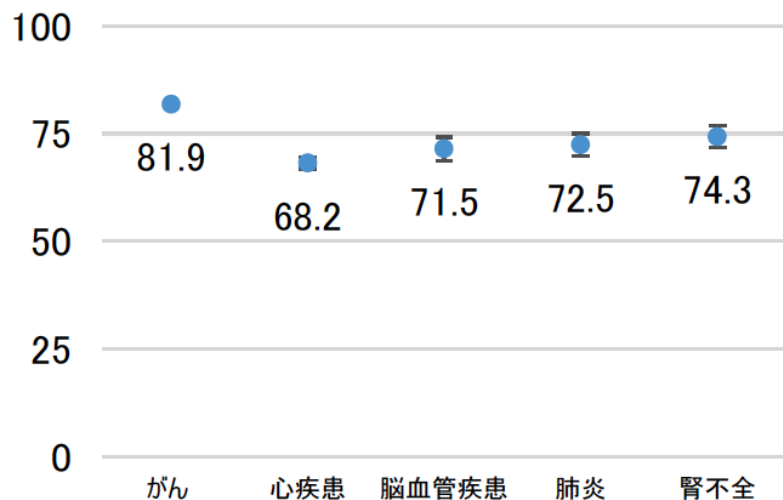
## ご家族やご友人と十分に時間を過ごせた



## 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



# 患者体験調査（2018）

- 調査主体：国立がん研究センター
- 調査対象：院内がん登録データを使用。2016年に初回治療を開始された患者を母集団として、病院・患者の無作為2段階抽出を実施
- 166施設7,080名を対象に集計。診断時の平均年齢68.3（標準偏差12.7）歳



# 患者体験調査（2018）

20-3	医療スタッフと十分な対話ができただ人	67.5%
20-4	医療スタッフが耳を傾け理解しようとしてくれていたと思う人	71.9%
20-5	治療における希望が尊重されたと思う人	73.9%
20-6	つらい症状にはすみやかに対応してくれたと思う人	75.0%
20-7	治療に関係する医療スタッフ間で十分に患者に関する情報共有がなされていたと思う人	69.1%
20-8	専門的な医療を受けられたと思う人	78.7%
20-9	主治医以外にも相談しやすい医療スタッフがいたと思う人	48.8%
20-10	これまで受けた治療に納得している人	77.3%

# 患者体験調査（2018）

35-5	身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談できると思う人（本人回答のみ）	46.5%
35-6	心のつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談できると思う人（本人回答のみ）	32.8%
35-7	現在自分らしい日常生活を送れていると感じる人（本人回答のみ）	70.5%
36-1	身体の苦痛や気持ちのつらさを和らげる支援は十分であると感じる人（本人回答のみ）	43.0%
36-2	がんやがん治療に伴う身体の苦痛がないと感じる人（本人回答のみ）	55.4%
36-3	がんや治療に伴う痛みがないと感じる人（本人回答のみ）	71.5%
36-4	がんやがん治療に伴い気持ちがつらくないと感じる人（本人回答のみ）	62.0%
36-5	がんやがん治療に伴う身体の苦痛や気持ちのつらさにより、日常生活を送る上で困っていることがない人（本人回答のみ）	69.2%



# 解釈・考察

- 身体の苦痛や気持ちのつらさを和らげる支援は十分であると感じる人（本人回答のみ）は約40%
- 辛いことがあったときにすぐ相談できると回答した割合は30-50%

改善の余地がある

# ここまでのまとめ

- 遺族調査、患者体験調査から考えると、苦痛緩和にはまだまだ改善の余地がある
- つらい症状や相談したいことがあったときに、気軽に相談できる体制があること、それに気づくことが大切
- 診断時の対応が重要（看護師の同席とフォローアップ）
- 患者の価値観や考え方に合わせた治療・ケアが大切

# 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

# 第3期がん対策推進基本計画と その中間評価から考えるこれからの緩和ケア

- 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
  - 終末期医療の質の向上
- 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4期がん対策推進基本計画での変更点

- 「がんとの共生」から「がん医療の充実」に
  - がん治療と緩和ケアの統合をさらに進める
- がん拠点病院以外での緩和ケアの充実
  - 4割が拠点病院以外で診療を受けている
- 終末期にも焦点をあてて
  - がん治療終了後の患者家族のQOLにも焦点をあてる

# 緩和ケアの専門家にアクセスできているのか？

- がん診療拠点病院であっても専門家配置は不十分
  - がん診療連携拠点病院に専門医が在籍：29%
  - 専門医・認定医どちらかが在籍：74%
- がん診療連携拠点病院等以外の医療機関においては、さらに緩和ケアの専門的な人材が不足
  - 診断されたがん患者の4割はが拠点病院以外で診療
- 拠点病院・拠点病院以外で人材が十分に配置されていない施設の医療従事者が、がん患者の苦痛の緩和について緩和ケアの専門家に相談できる体制の整備が必要

# いつでも緩和ケアの専門家にアクセスできるようにするための課題

- どれくらい、どのようなニーズがあるのか？
- そもそも緩和医療専門医がいない・少ない
  - 専門家育成を促進
  - 今あるリソースの地域での最適化
  - 緩和ケアに興味を持った一般医の特定、育成
- 専門家がいても相談できない
  - 地域コンサルテーションの仕組みづくり
  - バーチャルホスピス
  - 都道府県ごと？地域ごと？

# 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**

# 令和4年8月1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 ④ 地域連携の推進体制

キ 当該がん医療圏において、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討する場を年1回以上設けること。また、緩和ケアチームが地域の医療機関や在宅療養支援診療所等から定期的に連絡・相談を受ける体制を確保し、必要に応じて助言等を行っていること。

# 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 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。

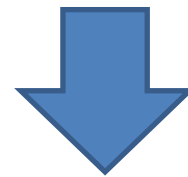
④ 地域の病院や在宅療養支援診療所、ホスピス・緩和ケア病棟等の診療従事者と協働して、緩和ケアにおける連携協力に関するカンファレンスを月1回程度定期的に開催すること。

⑥ 緩和ケアセンターは、都道府県と協力する等により、都道府県内の各拠点病院等が、緩和ケア提供体制の質的な向上や、地域単位の緩和ケアに関する取組について検討できるように、支援を行っていること。

# 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
- 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**

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
- 地域の緩和ケアのリソースの最適化が必要
  - 地域コンサルテーション体制の確立が重要かもしれない
- 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役割が重要である