

資料 1

緩和ケアグラウンドデザイン 【最終版】

わが国のがん緩和ケアの現状とこれからの行動計画

Ver.1

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）

「緩和ケアのガイドライン作成に関するシステム構築に関する研究」

主任研究者； 下山直人

「緩和ケアのグランドデザイン作成に関する研究」

分担研究者； 森田達也

2007年2月4日 ver 0.1作成

2007年2月20日 ver 0.7をワーキンググループにて検討した草稿として各団体に提出

2007年3月2日 各団体からの意見をもとにver.1.0に修正

2007年3月25日 資料を整えて修正し最終稿とした

序文

1986年にWHOがん疼痛治療指針が発表され、それが日本に導入されてからすでに20余年が過ぎようとしている。当時は、がん患者さんの痛みを取ることに精一杯で、それに影響を与えている他の因子を考える余裕がなかった時代である。経口モルヒネを中心としたがん性疼痛治療法が広まった結果、多くの患者が痛みから解放され、余生を人間らしく、心残りがないように生きることが次第に可能となってきた。そして、この20年の間にモルヒネの徐放化は進み、新たに使用可能となった鎮痛薬も出てきている。痛みに対しては、痛みの専門家しか対応できなかった時代から、モルヒネをうまく使用すれば痛みの専門家でなくてもがんの痛みが取れる時代になったと言っても過言ではない。そしてその結果、痛みに影響する精神的、社会的、スピリチュアルな因子に対しての取り組みも行われるようになってきている。これは緩和ケアに関連する多くの団体がそれぞれの領域を越えて連携し、正しい知識を伝えてきた結果であると言える。

平成18年6月にがん対策基本法案が国会を通過し平成19年4月から施行されることになったことを受けて、その骨子である早期からの緩和ケアの実施、在宅医療との緩和ケアに関してのシームレスな連携の実施が要件として盛り込まれ、科学的な知見に基づく緩和ケアの推進が求められている。そしてその実施にあたっては、全国に均てん化すべきガイドラインの必要性が強く認識されるようになった。本研究班は、それをうけ厚生省が公募し採択された班である。本研究は、上記の目標を達成すべく2つの小班がある。1つは、本来の緩和ケアのガイドラインを作成すべく、がんの痛みの鎮痛法に関するものを中心とした身体症状の緩和のガイドライン作成に関する研究、精神症状の緩和ガイドライン作成に関する研究、がん患者へのリハビリテーションのガイドライン作成に関する研究である。もう1つは緩和ケアのニーズを抽出し、それを緩和ケアのグランドデザインとして今後の活動目標としていくグランドデザイン作成班からなっている。緩和ケアにおいては残念ながら、エビデンスレベルの高い領域、不十分な領域があり、エビデンスレベルが低い領域においてであっても、臨床上で一定のコンセンサスを示す必要があるところも多い。本研究の目的には、緩和ケアにおいてエビデンスレベルの高い領域、不十分な領域を明確にし、それを目標に研究計画を立てていくこと、緩和ケアの現場でのニーズを緩和ケア関係団体の意見からまとめ、研究に反映させるとともに行政側への提言として示してことが包括されている。

本研究班の最終目標は、緩和ケアに関する現状のニーズをふまえた **up-to-date** なガイドライン作成である。そして、グランドデザイン作成は、日本の緩和ケアの発展のために緩和ケア関係諸団体の意見を取り入れ、現場のニーズを把握し、現状でのエビデンスレベルを知ることにより、緊急で対応すべき問題の把握、全体での高いエビデンスレベルを高めるための設計図を作っていくことが目的である。本稿がそれに向かっていく礎となることを願っている。

最後に研究協力者一覧表を示しているが、多くの方々から緩和ケアの将来の発展を願って協力いただいている。その皆様のご苦勞に感謝いたします。

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
「緩和ケアのガイドライン作成に関するシステム構築に関する研究」

主任研究者； 下山直人

目次

■はじめに	83
1 背景・目的	
2 作成過程	
3 協力を得た関連団体	
4 執筆担当者	
■要約	85
■本文	
I 緩和ケアに関する正しい知識の普及－患者・家族が緩和ケアや医療用麻薬について、事実と異なる心配や不安をもたずに緩和ケアを受けられることができるために－	87
1. 目標	
2. 現状	
3. 行動計画	
II 基本的な緩和ケアの普及－患者・家族がどの地域においても、鎮痛のみならず QOL を向上させるための標準的な緩和ケアを受けられることができるために－	89
1. 目標	
2. 現状	
3. 行動計画	
III 専門的な緩和ケアの整備－患者・家族が必要と感じたときに、質の高い専門緩和ケアサービスを待たずに受けられることができるために－	93
1. 目標	
2. 現状	
3. 行動計画	
IV 患者と家族が希望する場所で療養できる地域環境の整備－患者・家族が希望するどの環境で療養しても、切れ目のない緩和ケアが提供され、患者や家族が過度の負担を感じることなく安心して療養することができるために－	96
1. 目標	
2. 現状	
3. 行動計画	

V 緩和ケアの研究の推進

—現在緩和手段のない苦痛が1日でも早く緩和できるようになるために— 98

1. 目標
2. 現状
3. 行動計画

■文献 100

■資料

1 関連団体との意見交換会の議事録要約 104

2 関連資料

1) Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer Executive Summary
Published by the National Institute for Clinical Excellence March 2004 (日本語訳)
. 111

2) Supportive and Palliative Care services for Adults with Cancer Understanding NICE
guidance— information for adults with cancer, their families and carers, and the public.
Published by the NICE 2004 (日本語訳) 120

3) WHO Europe : Palliative Care The Solid Facts (日本語訳) 124

4) WHO Europe : Better Palliative Care for Old people (日本語訳) 140

1 背景・目的

わが国のがん緩和ケアは、大きな転換期を迎えている。

2007年4月、がん対策基本法（2006年6月成立）が施行となる。この法律の基本的施策の柱の一つは「がん医療の均てん化の促進」である。がん患者の療養生活の質の維持と向上を目的として、緩和ケアを推進していくことがこの法律で定められた。今後、緩和ケアをより一層推進していくためには、わが国の緩和ケアの現状を明らかにすることが重要である。そのうえで、緩和ケアの関係団体が協力して、行動計画を示すことが当面する重要な課題である。

本研究では、今後、わが国に緩和ケアを向上させる行動計画を策定するにあたって、その基礎資料に資するために、緩和ケアの現状を要約して記載し、選択肢になりうる行動計画を提案することを目的とした。

また、検討の資料として、イギリスの National Institute for Clinical Excellence と WHO Europe の緩和ケアに関連したグランドデザインの日本語の粗訳を付した。

2 作成過程

1) 作成過程

厚生労働科学研究補助金「緩和ケアのガイドライン作成に関するシステム構築に関する研究」班（主任研究者：下山直人）に設けられた「緩和医療のグランドデザイン策定ワーキンググループ」（分担研究者：森田達也）が暫定案を作成した。暫定案は緩和ケアの関係団体に提示され、関係団体での意見交換を行い、意見を集約したうえで研究報告としてまとめた。関係団体からの意見は議事録要約として資料に掲載した。

2) 検討対象

本報告では、わが国の緩和ケアの網羅的な分析ではなく、今後数年間に実施が可能であると考えられる重要な課題に限定して検討した。したがって、一般国民の死生観、医学教育、健康保険および介護保険制度、がん生存者や診断・治療の時期のサポート、ボランティアなど公的制度に依存しないサービス、がん以外の疾患や福祉施設における緩和ケアなどについては広範な領域におよぶため、実施可能性の観点から本報告では取り上げなかったが、これらの課題の重要性を否定するものではない。

3) ことばの定義

わが国においては、緩和医療、緩和ケア、ホスピスケア、終末期ケア、ターミナルケア、支持療法、サポータティブケアなどの用語の定義が十分ではない。本報告書では、検討のため暫定的に「緩和ケア」と表現し、WHOの定義にしたがって、緩和ケアとは、「生命を脅かす疾患に起因した諸問題に直面している患者と家族のQOLを改善する方策（アプローチ）で、痛み、その他の身体的、心理的、スピリチュアルな諸問題の早期かつ確実な診断、早期治療によって苦しみを予防し、苦しみからの解放を実現すること」であるとした（WHO, 2002）。それぞれのことばの定義は今後十分な論議のもとで検討され、見直されるべきである（Ⅲ章参照）

3 協力を得た関係団体

- 日本緩和医療学会（理事長：江口研二）
- 日本サイコオンコロジー学会（代表世話人：内富庸介）
- 日本がん看護学会（理事長：小島操子）
- 日本ホスピス緩和ケア協会（会長：山崎章郎）
- ホスピスケア研究会（代表世話人：丸口ミサエ）
- 在宅ホスピス協会（顧問：川越 厚）
- 日本死の臨床研究会（代表世話人：渡辺 正）
- ジャパンウェルネス（理事長：竹中文良）

4 ワーキンググループ参加者及び執筆担当者（五十音順）

- 梅田 恵（オフィス梅田）
- 江口研二（東海大学）
- 菊地信孝（東北大学医学部附属病院）
- 木澤義之（筑波大学大学院人間総合科学研究科）
- 志真泰夫（筑波メディカルセンター病院）
- 下山直人（国立がんセンター中央病院）
- 田村恵子（淀川キリスト教病院）
- 的場元弘（国立がんセンター がん対策情報センター）
- 宮下光令（東京大学大学院医学系研究科）
- 森田達也（聖隷三方原病院）

5 資料作成者

- 笹原朋代（東京大学大学院医学系研究科）
- 澤田美雪（サウスカロライナ大学）
- 樽見葉子（アルバータ州立大学）
- 的場和子（亀田総合病院緩和ケア支援室）
- 山岸暁美（国際医療福祉大学）

要約

I 緩和ケアに関する正しい知識の普及

－患者・家族が緩和ケアや医療用麻薬について、事実と異なる心配や不安をもたずに緩和ケアを受けられることができるために－

要約 1

適切な時期に患者・家族が緩和ケアを受けるとのできない要因のひとつに、緩和ケアや医療用麻薬に関する誤解があると考えられる。一般国民・患者・家族に対する現実に即した知識の普及と経年的評価が必要である。

II 基本的な緩和ケアの普及

－患者・家族がどの地域においても、鎮痛のみならず Quality of Life (QOL) を向上させるための標準的な緩和ケアを受けられることができるために－

要約 2

患者によって望ましい QOL は多様である。患者がどの QOL の要素を重要としているかを把握する手段を確立することが必要である。

要約 3

現在、患者・家族から見た望ましい QOL が達成されているか、全国での実態が明らかにされていない。そのため、患者・家族・遺族などを対象とした実態調査が必要である。これには、鎮痛のみならず包括的な QOL の要素、療養場所に関する希望の充足、医療の断片化についての評価、家族の負担、標準的な緩和ケアでは効果が不十分な苦痛の同定などが含まれる必要がある。

要約 4

鎮痛を中心とした緩和ケアが十分に行われていないことが示唆される。その要因のひとつに一般医師・看護師が緩和ケアを行うための教育・支援体制が十分でないことがあげられる。診療ガイドラインを作成するだけでなく、実践にあたって臨床現場で生じる問題を継続して支援する体制を構築することが必要である。具体的には、がん治療にあたる医師・看護師が知っておくべき緩和ケアの要点をまとめた小冊子などの普及に加えて、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの医療従事者を養成することにより一般医師・看護師の支援を行うことが必要である。

III 専門的な緩和ケアの整備

－患者・家族が必要と感じたときに、質の高い専門緩和ケアサービスを待たずに受けられるために－

要約 5

専門緩和ケアサービスの量的・質的不足が示唆される。わが国の医療提供体制を踏まえたうえで、専門緩和ケアサービスのあるべき形態を明確にする必要がある。

要約 6

専門緩和ケアサービスの質を維持するための方策、すなわち、1) 緩和ケアに関する質評価のため

のサーベイランスとフィードバックを行う継続的なシステム、2) 専門緩和ケアサービスをにう専門職の質を維持するシステム、および、3) 地域の専門緩和ケアサービスにおいて解決困難な問題が生じた場合、全国レベルで対応できるシステムが必要である。

IV 患者と家族が希望する場所で療養できる地域環境の整備

一患者・家族が希望するどの場所で療養しても、切れ目のない緩和ケアが提供され、患者や家族が過度の負担を感じることなく安心して療養することができるために一

要約7

患者の療養場所に対する希望は達成されていないことが示唆される。患者が希望する場所で療養でき、場所の移動があっても切れ目のない緩和ケアが提供され、患者や家族の負担感が軽減されるシステムを地域ごとに構築する必要がある。そのために、1) 地域ごとに患者の希望する療養場所を把握する、2) 患者の療養場所に関する意向を把握する方法を確立する、3) 地域のリソースを系統的に把握し、患者の意向と状態に見合った場所を選択する手段を確立する、4) 地域において患者を早期から連携して診療する手段を確立することが必要である。これは、がん診療連携拠点病院の相談支援センターの育成を通じて達成する。

V 緩和ケアの研究の推進

一現在緩和手段のない苦痛が1日でも早く緩和できるようになるために一

要約8

現在十分には緩和されていない患者の苦痛がある。十分に緩和されていない苦痛を同定し、緩和ケアの研究基盤を整備しつつ、有効な緩和治療を開発する研究をすすめる必要がある。

I 緩和ケアに関する正しい知識の普及

1 目標

患者・家族は、緩和ケアや医療用麻薬について、事実と異なる心配や不安をもたずに緩和ケアを受けることができる。

2 現状

- 1) 一般国民の30%以上がモルヒネをがん疼痛の治療に使うと麻薬中毒になり、寿命が縮まると信じている

日本・フランスの国民の医療用麻薬に対する認識を表1に示す(Larue F, 1999; Morita T, 2006)。日本では、一般国民の30%以上がモルヒネをがん疼

痛の治療に使うと麻薬中毒になり、寿命が縮まると考えている(Morita T, 2006)。しかしながら、医学的知見では、がん患者に医療用麻薬を使用した場合、中毒になることはまれであり、寿命が縮まるという根拠はない(Bercovitch M, 1999; Hojsted J, 2006; Portenoy RK, 2006)。フランスでは1990年から96年の間にテレビなどのメディアを通じて医療用麻薬に対する誤解についての知識を提供するなど複数の対応策がとられ、「モルヒネを使うと中毒になる」と考える国民は50%から15%に減少した(Larue F, 1999)。

がん患者・家族の医療用麻薬に対する誤解が医療用麻薬使用の障害となり、十分な疼痛緩和が達成されない一つの要因となっていることが示唆されているため(Ward SE, 1993; 近藤, 2002)、一般国民・がん患者・家族に対する、医療用麻薬に対する正しい知識を普及することは、十分な疼痛緩和を実現することに寄与すると考えられる。

- 2) 緩和ケアに関する否定的な認識は、適切な時期に緩和ケアを受ける障害になりうるが、実際に利用したあとでは肯定的な認識が増える

わが国の一般国民や患者を対象として「緩和ケア」についての認識をあきらかにした大規模調査は存在しない。「緩和ケア病棟」については、「知っている」一般国民は34%にすぎず、32%が「死を待つだけのところ」、8%が「寿命が縮まる」と認識している(Sanjo M, submitted)。

わが国の緩和ケア病棟19施設の入院患者の遺族318名を対象とした調査では、緩和ケア病棟に関する否定的な認識は、ふりかえてみると緩和ケアを受ける時期を遅らせた要因であり、「緩和ケア病棟にもっと早く受診したほうがよかった」とことに関連している。実際の利用後には、「痛みを和らげる」、「尊厳ある生活を送ることができる」という肯定的な認識が増加し、「死を待つだけの場所だ」、「寿命が短くなる」という否定的な認識は減少した(図1; Morita T, 2005)。

表1 国民の医療用麻薬に対する誤解

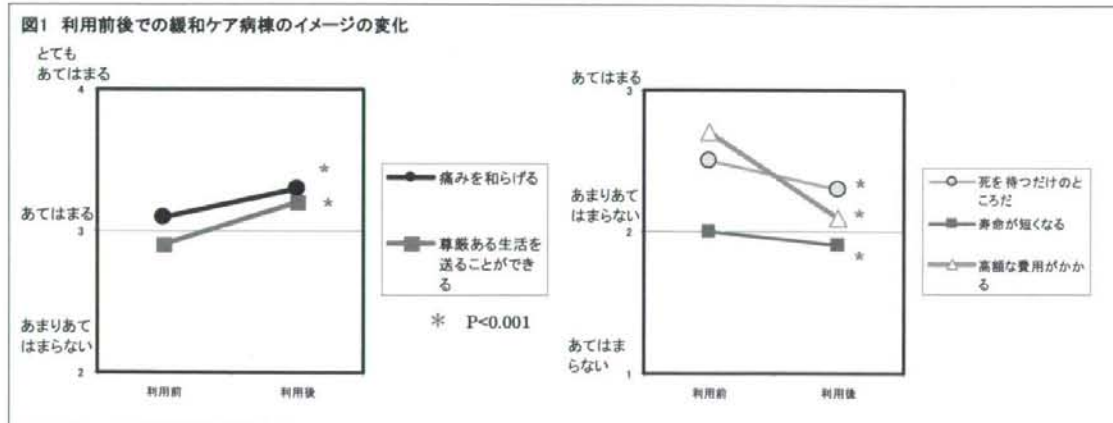
	フランス ^a		日本 ^b
	1990年	1996年	2003年
麻薬中毒になる	52%	15%	31%
命を縮める			38%

a: n=1001 (1990), n=1006 (1996)

二段階化無作為抽出により選定された18歳以上のフランス国民対象の電話調査。「がん疼痛の治療においてモルヒネによる麻薬中毒が心配か」という質問に、「とても心配」「モルヒネ服用を拒否」と回答した者の割合

b: n=525

層化無作為抽出により選定された日本の4地域における一般国民(病院において近親者をがんで失った経験のある者)対象の郵送質問紙調査。「痛みをやわらげるために薬を使うと中毒になる」、「命を縮める」という問いに、「とてもそう思う」「そう思う」と回答した人の割合。



日本の19の緩和ケア病棟の入院患者の遺族(n=318)対象の質問紙調査「緩和ケア病棟のイメージ」についての、利用前後の回答の変化

以上より、適切な時期に患者・家族が緩和ケアを受けることのできない要因として緩和ケアに関する誤解があると考えられ、一般国民・患者・家族に対する、緩和ケアに対する現実に即した知識の普及が必要であると考えられる。

3 行動計画

- 一般国民・患者・家族への緩和ケア・医療用麻薬・がんに関する正しい知識の普及・啓発を行う。
 - ・ 内容は、「がん疼痛のために医療用麻薬を使用しても麻薬中毒にならないこと」、「寿命が縮まることはないこと」、「緩和ケアは『何もしない、死を待つだけのこと』ではなく、尊厳ある生活を送るために積極的に行うものであること」、「緩和ケアは終末期だから受けるものではなく、苦痛に対する治療であり、がんに対する治療と一緒に受ける医療である（例えば、緩和治療は手術、放射線、化学療法に加わる 4 つめの治療である）こと」、および、「がんの一般的な治療経過の全体像や苦痛に対応する手段があること」、「再発した場合治癒は困難であり、治療目的は QOL を高めることであること」などを含み、「がんになっても安心して治療を受けられる」ための医学的知見に基づいた根拠を明示する。
 - ・ 方法は、複数の媒体（講演会、新聞・テレビ・インターネット、雑誌・書籍、パンフレット・ポスターなど）、複数の手段（インターネットコンテンツ、パンフレット、ドラマ、Narrative database、世界ホスピス緩和ケアデーなど）のうち、これまでの研究から効果のあると考えられるものをわが国の現状をふまえて選択する。
 - ・ 対象は一般国民・患者・家族とする。
 - ・ 一般国民・患者・家族の緩和ケア・医療用麻薬・がんに関する知識を経年的に調査する。

II 基本的な緩和ケアの普及

1 目標

患者・家族がどの地域においても、鎮痛のみならず QOL を向上させるための標準的な緩和ケアを受けることができる。

2 現状

1) 医療用麻薬の使用量が少ない

わが国の医療用麻薬の消費量は、アメリカ、カナダ、ドイツ、オーストラリア、フランス、イギリスと比較して少なく、最も消費量の多い米国と比較すると約 1/60、2 番目に消費量の少ないイギリスと比較しても 1/7 である (図 2; The International Narcotics Control Board, 2004)。

保険適応、人種差などの影響があり、単純に比較できないが、十分な鎮痛が行われていない可能性がある。

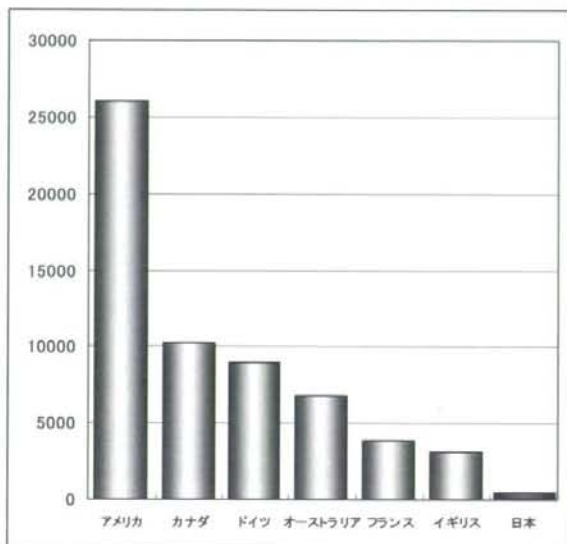
2) 患者が希望する望ましい QOL は多様で、医療者が一般的に望ましいと考えることとは相違を認めるものがある

一般国民・患者にとっての望ましい QOL は広範囲

な要素を含んでいる (Steinhauser KE, 2000; Hirai K, 2006; Miyashita M, in press)。それは、「苦痛がない」、「望んだ場所で過ごす」、「家族とよい関係でいる」、「医療者とよい関係でいる」、「自分のことが自分でできる」、「負担にならない」、「明るさや希望を失わず過ごす」、「人として尊重される」、「人生を全うしたと思える」、「落ち着いた環境で過ごす」、「残された時間を知って準備ができる」、「信仰やなにかに守られていると感じられる」、「死に対するこころの準備ができる」、「できる限りの治療を受け病気とたたかうことができる」、「死や病気を意識しないで過ごせる」、「役割を果たし、価値があると感じられる」、「自然に近いかたちでいる」、「他人に弱った姿を見せない」などである。

日本や欧米での研究では、「痛み・苦痛がないこと」、「不安がなく穏やかに過ごせること」、「信頼できる医師がいること」、「家族と一緒にいること」については、一般国民・患者も医療者も同じように重要であると認識しているが、一般国民・患者が非常に重要であると考えている項目の中には (「意識がしっかりしていること」、「家族の負担にならないこと」など)、医療者はあまり重要とは考えていないものがある (表 2; 出羽, 2006; Steinhauser KE, 2000; Miyashita M, in press)。

図 2 医療用麻薬使用量



医療用麻薬使用量: 100万人あたりの医療用麻薬の使用量をしめす

以上より、個人により望ましいQOLは多様であり、医療者が一般的に望ましいと考えることとは相違がありうる事が示唆される。したがって、QOLの維持と向上を目標とする緩和ケアを行うためには、まず、患者がどのQOLの要素を重要と考えているかを把握することが重要である。しかし、その方法は確立しておらず、実際ががん患者からみて、どの程度望ましいQOLを達成できているのかについての大規模調査はない。

したがって、患者にとっての望ましいQOLの評価手段を確立し、QOLが達成できているかを評価することは、患者のQOLの向上に貢献すると考えられる。

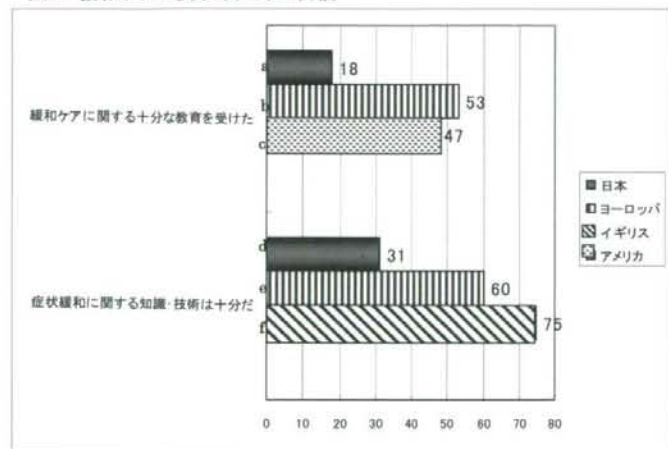
3) 一般医師が緩和ケアを行うための教育・支援体制が十分でない

(1) 疼痛の場合：ガイドラインはあるが教育・支援体制が十分でない

WHO方式がん疼痛治療法は、がん疼痛の国際的な治療ガイドラインであり、ガイドラインに沿った治療を行うことで多くの患者において疼痛の緩和を行うことができる (WHO, 1986; Jadad AR, 1995; Azevedo Sao Leao Ferreira K, 2006)。わが国においても、WHO方式鎮痛法のマニュアルが配布されるなど普及の努力が行われてきたが、2003年の全国調査において、WHO方式がん疼痛治療法の「内容をよく知っている」「ある程度知っている」と回答した医師は約40%にとどまっておらず、約26%の医師は「知らない」と解答している (厚生労働省, 2004)。

また、「緩和ケアに関して十分な教育を受けた」と回答した医師はわが国では約20%、「症状緩和に関する知識・技術が十分だ」と回答した医師も約30%にすぎない (図3; Furstenberg CT, 1998; Morita T, 2002; Cherny NI, 2003; Low J, 2006)。

図3 緩和ケアに関する医師の自信



- a 「症状緩和に関する十分な教育を受けた」に「とてもそう思う」「そう思う」と回答した医師の割合 (日本のがん専門病院 27 病院の医師 560 名を対象とした質問紙調査)
- b 「緩和ケアに関する十分な教育を受けた」に「とてもそう思う」「そう思う」と回答した医師の割合 (イギリスの 6 地区から抽出した一般医師 492 名を対象とした質問紙調査)
- c 「疼痛緩和に関して適切な教育を受けた」に「非常に適切」「適切」と回答した医師の割合 (アメリカ New Hampshire の無作為抽出で選定された医師 63 名を対象とした質問紙調査)
- d 「症状緩和に関する知識・技術が十分である」に「とてもそう思う」「そう思う」と回答した医師の割合 (a と同じ調査対象)
- e 「症状緩和に自信がある」と回答した医師の割合 (b と同じ調査対象)
- f 「症状緩和の専門家としての知識がある」に「とてもそう思う」「そう思う」と回答した医師の割合 (European Society of Medical Oncology に所属する医師 895 名を対象とした質問紙調査)

表2 終末期の望ましいQOL

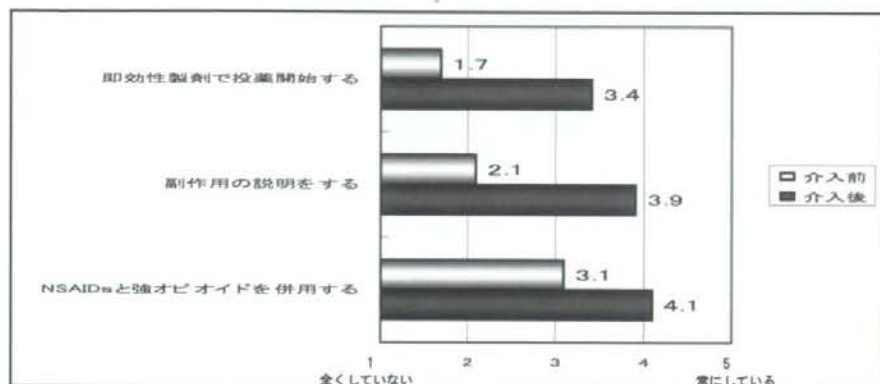
	一般国民 (%)		医師 ^b (%)
	全国4地域 ^a	福島 ^b	
一般国民も医師も同様に重要視していた項目			
痛み・苦痛がないこと	90	98	100
不安がなく穏やかに過ごせること	97	94	98
信頼できる医師がいること	96	96	95
家族と一緒にいること	84	88	91
一般国民と医師とで重要視する程度に差があった項目			
意識がしっかりしていること	90	84	63
家族の負担にならないこと	89	94	76

a 層化無作為抽出によって選定された4地域の一般国民2548名と12の緩和ケア病棟のがん患者遺族518名を対象とした質問紙調査

b 無作為抽出した40歳以上の福島市在住の一般国民786名、医師247名を対象とした質問紙調査

しかし、いくつかの介入研究によれば、十分な支援を行うことで、オピオイドの処方など医師の行動を変化させることは可能であることが示唆されている（図 4: Schuit KW, 1999）。

図 4 医師に対する教育的介入によるオピオイド処方の変化



家庭医 120 名を対象として疼痛緩和のワークショップをおこなった前後での質問紙調査
医師のオピオイド処方に関する行動を比較

(2) 疼痛以外の症状などの場合：ガイドラインがない

疼痛以外に患者にとって重要な QOL の要素、身体症状（食欲不振、嘔気嘔吐、呼吸困難、気道分泌、倦怠感など）、精神症状（不安、抑うつ、せん妄）、コミュニケーション・意思決定、心理社会的要素（負担感、希望など）については、国際的にはいくつかのガイドラインやクリニカルパスが使用されているが、わが国ではほとんどない（Bozzetti F, 1996; Ripamonti C, 2001; Bennett M, 2002; Bachmann P, 2003; Ellershaw J, 2003）。

以上より、一般医師が緩和ケアを行うためには、ガイドラインの作成のみでは十分ではなく、ガイドラインを実践する現場での教育・支援が重要であることが示唆される。すなわち、診療の参考となるガイドラインの存在しない領域においてはガイドラインを作成した上で、実践にあたって臨床現場で生じる問題を継続して支援する体制を構築することが、患者の QOL を向上させるための標準的な緩和ケアをすすめるために必要であると考えられる。

3 行動計画

【実態の把握】

- 患者・家族・遺族などの調査を行い、利用者から見て望ましい QOL が達成されているかの実態を把握する。

【一般医師・看護師が使用することができる緩和ケアに関する評価方法や診療ガイドラインなどの作成】

- 医療従事者が使用することができる緩和ケアに関する評価方法や診療ガイドラインなどを開発する
 - ・ 内容は、QOL の評価方法、身体症状（疼痛、呼吸困難、嘔気・嘔吐、経口摂取の低下、倦怠感、泌尿器症状など）、精神症状（不安、抑うつ、せん妄）、コミュニケーション・意思決定、心理社会的要素（負担感、希望など）、死亡直前の包括的ケアの診療ガイドラインを含む。
 - ・ 病院、在宅、施設など患者が療養するすべての環境で使用できる必要がある

【普及】

- 作成されたガイドラインなどを普及させる。
 - ・ ホームページを利用し、教育用のプレゼンテーションとあわせて掲載しダウンロードできるようにする。また、ガイドラインに準拠した臨床や教育を行うほか、定期的にセミナーを開催する。
 - ・ がん治療にあたる医師・看護師が知っておくべき緩和ケアの要点をまとめた小冊子を作成・配布する。内容は、1) 患者の望んでいる QOL や療養場所・インフォームドコンセントに関する基礎的な情報、2) 評価方法・ガイドライン、3) 緩和ケアの概念（苦痛に応じて治療とともに行うものであるなど）、および、4) 専門緩和ケアサービスの役割・実際の治療内容など具体的な情報・紹介のコミュニケーションの具体例などを含む。
 - ・ 一般医師・看護師にとって有用な診療・看護ツール（患者の望んでいる QOL や療養場所・インフォームドコンセントに関する基礎的な情報、評価方法・ガイドライン、患者・家族用のパンフレットなど）を系統的に収集するシステムを構築する。

- がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームは、一般医師・看護師を支援する中心的役割を果たす。そのため、がん診療拠点病院の緩和ケアチームの育成を集中的に行うことを通じて、一般医師・看護師への緩和ケアの普及を行う。
 - ・ 内容は、臨床能力に加えて、一般医師・看護師に基本的な緩和ケアを普及させるために必要なスキル（コミュニケーション技術、マネージメント能力など）を含む。
 - ・ 方法は、講習会、実際の症例についてのカンファレンス、地域にすでに確立している専門緩和ケアサービスからのアウトリーチなどから有効な方法を選択する。

Ⅲ 専門的な緩和ケアの整備

1 目標

患者・家族は自分が必要と感じたときに、質の高い専門緩和ケアサービスを待たずに受けることができる。

【専門緩和ケアサービスの役割（暫定）】

本稿では、以下の記載のために、暫定的に専門緩和ケアサービスを以下のように分類する（これは今後見直されることを前提としている）。

専門緩和ケアサービスは、コンサルテーション機能、施設機能、および、モニタリング・サポート機能を持つ。

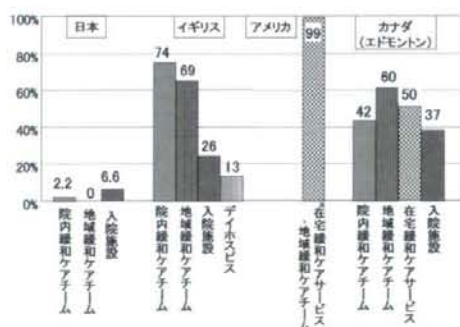
- ・ コンサルテーション機能とは、1) 入院・通院患者に対するコンサルテーション（院内緩和ケアチーム）、2) 在宅療養中の地域の患者に対するコンサルテーション（地域緩和ケアチーム）をいう。
- ・ 施設機能とは、1) 一般病棟や在宅では緩和困難な症状緩和を集中して行う入院機能、2) 終末期ケアのための入院機能、3) 在宅支援のための施設機能（療養通所介護、ナイトケアなどの通所サービス）をいう。
- ・ モニタリング・サポート機能とは、地域における緩和ケアの水準をモニタリングし、必要な診療ツール（評価方法や診療ガイドラインなど）を整備する機能をいう。

2 現状

1) 現在専門緩和ケアサービスの利益を得られているのはごく一部の患者に過ぎない

各国のがん死亡患者数における専門緩和ケアサービスを利用した患者割合を図5に示す（National Center for Health Statistics, 2005; National Hospice and Palliative Care Organization, 2005; National Statistics, 2005; The National Council for Palliative Care, 2005; Capital Health, 2006; 厚生統計協会, 2006; 日本ホスピス緩和ケア協会, 2006; 日本緩和医療学会）。

図5 がん死亡患者における専門緩和ケアサービス利用割合



算出方法：年間利用者数/年間がん死亡者数

院内緩和ケアチーム：病院内でコンサルテーション活動を行う緩和ケアチーム

地域緩和ケアチーム：地域を対象としてコンサルテーション活動を行う緩和ケアチーム

在宅緩和ケアサービス：一定のトレーニングを受けた専門職種が、在宅療養患者に対し直接的に緩和医療を提供するサービス

a:「ホスピスケアプログラム」として報告されているサービスの利用者数から算出した

わが国の在宅療養支援診療所については、専門緩和ケアサービスとして位置づけるか明確にされていないので本調査では含めなかった。

専門緩和ケアサービスは患者・家族のQOLの向上に貢献することが示されており（Hearn J, 1998; Jordhoy MS, 2001; Davies E, 2005）、イギリス、アメリカ、カナダ（エドモントン）においてはがん患者の半数以上がなんらかの専門緩和ケアサービスの診療を受けている。一方、わが国において専門

緩和ケアサービスを受けている患者は 10%以下に過ぎないと見積られる。わが国において最もはやく要件が明文化された専門緩和ケアサービスである緩和ケア病棟では、申し込みをしてから 2 週間以上の待機期間があり、49%の遺族が「もっと早く利用したかった」と評価していることから (Morita T, 2005)、緩和ケア病棟の機能からみて「必要としたときにすぐに利用できる状態」とはいえない。

以上より、専門緩和ケアサービスの量的・機能的不足があることが示唆される。

2) 専門緩和ケアサービスの量的不足

各国の専門緩和ケアサービス数を表 3 に示す (Palliative Care Australia, 1998; Australian Bureau of Statistics, 2004; hospice information, 2005; National Center for Health Statistics, 2005; Morrison RS, 2005; National Hospice and Palliative Care Organization, 2005; National Statistics, 2005; Capital Health, 2006; 厚生統計協会, 2006; 日本ホスピス緩和ケア協会, 2006; 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2006; 日本緩和医療学会)。

表3 各国のがん死亡患者数および専門緩和ケアサービス数

	日本	イギリス	アメリカ	カナダ (エドモントン)	オーストラリア
がん死亡患者数	32.6万人	13.8万人	55.7万人	0.2万人	3.8万人
コンサルテーション機能					
院内緩和ケアチーム	134 (59 ^a)	361	1027 ^b	2	85
地域緩和ケアチーム	0	358	-	1	-
施設機能					
入院施設	157	220	-	5	91
病床数	3012	3156	-	71	661
デイホスピス(療養通所介護)	3	263	-	-	18
在宅緩和ケアサービス	-	-	4160 ^c	1	146

-: データソースなし

院内緩和ケアチーム: 病院内でコンサルテーション活動を行う緩和ケアチーム

地域緩和ケアサービス: 地域を対象としてコンサルテーション活動を行う緩和ケアチーム

在宅緩和ケアサービス: 一定のトレーニングを受けた専門職が、在宅療養患者に対し直接的に緩和ケアを提供するサービス

a: 緩和ケア診療加算算定施設数

b: 「院内緩和ケアプログラム」としての報告を用いた

c: 「ホスピスケアプログラム」としての報告を用いた

面積や人口分布、保険制度にくわえて、各専門緩和ケアサービスの構成要件や役割が異なるため単純な比較はできないが、多様な専門緩和ケアサービスが量的に不足している可能性がある。

この理由として、以下があげられている (Miyashita M, in press; 厚生労働省対がん 10 年戦略「QOL 向上のための各種患者支援プログラムの開発」研究班)。

- ・ 専門緩和ケアサービスを担う医師・看護師が不足している。
- ・ 経済的基盤に乏しい。
- ・ 制度化・定義されていない (地域緩和ケアサービス、専門緩和ケアサービスとしての在宅緩和ケアサービス)。
- ・ 患者のニーズに一致していない可能性がある。
 - － 介護ではなく医療ニーズが高い (療養通所介護)。
 - － がん治療を受けている苦痛の強い患者が利用しにくい (緩和ケア病棟)。

3) 専門緩和ケアサービスの施設機能の機能的不足

専門緩和ケアサービスの施設機能は、1) 一般病棟や在宅では緩和困難な難しい症状緩和、2) 終末期ケア、および、3) 在宅支援の 3 つの機能をバランスよく持つことが期待される。

イギリスのホスピスの平均死亡率は 52%、平均在院日数が 13 日であるが、わが国ではそれぞれ 81%、43 日である (図 6、7; The National Council for Palliative Care, 2006; 日本ホスピス緩和ケア協会, 2005;)。

図6 専門緩和ケア入院施設の入院死亡率

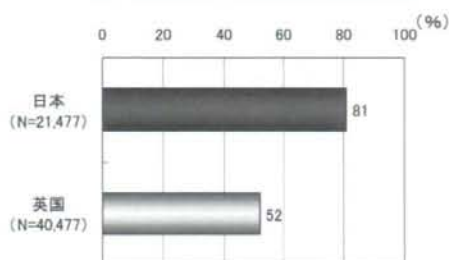
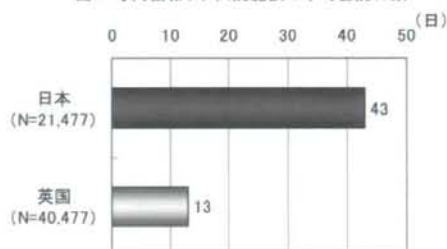


図7 専門緩和ケア入院施設の平均在院日数



これは、イギリスの入院施設が症状緩和・在宅支援・終末期ケアをバランスよく行う施設であるのに比して、わが国の緩和ケア病棟の機能は終末期ケア以外の機能を十分に果たすことができていないことを示唆していると考えられる。

この理由として、以下があげられている (Miyashita M, in press; 厚生労働省対がん 10 年戦略「QOL 向上のための各種患者支援プログラムの開発」研究班)。

- ・ 緩和ケア病棟の数が少なく、緩和ケア病棟以外の在宅・施設など療養場所が不足している。
- ・ 緩和ケア病棟の役割として症状緩和や在宅支援が明確にされていない。
- ・ 緩和ケア病棟で症状緩和の困難な患者を集中して診療しようとする病院の経済的・人的負担が大きい。

3 行動計画

【スタンダードの明確化】

○ 専門緩和ケアサービスの機能のスタンダード・望ましい診療形態を明確にする。

- ・ 緩和ケアの定義を明記するべきである。「緩和医療」、「緩和ケア」、「ホスピスケア」、「終末期ケア」、「ターミナルケア」、「支持療法」、「サポートティブケア」などの用語を整理して定義する。
- ・ 必要な専門緩和ケアサービスの種類 (院内緩和ケアチーム、地域緩和ケアチーム、施設機能など)、望ましい診療形態 (コンサルテーション・直接の診療などの診療形態)、必要とされる職種や能力 (緩和ケアチーム、専門在宅緩和ケアサービスの要件、たとえば夜間・休日の対応、ペインクリニック・サイコオンコロジーなど関連専門領域との関係など) を含むべきである。
- ・ スタンダードは定期的に見直される必要がある。

【質の評価】

○ 専門緩和ケアサービスの質の確保をする方策を確立する。

- ・ 専門緩和ケアサービスに関する情報を系統的に収集し、質評価のためのサーベイランスを行い、各サービスの質の向上につながるようフィードバックする継続的なシステムを構築する。
- ・ 専門・認定制度や研修・教育システムなど、専門緩和ケアサービスをにう専門職の質を維持するシステムを構築する。
- ・ 地域の専門緩和ケアサービスにおいて解決困難な問題が生じた場合に全国レベルで対応できるネットワークを作るとともに、実施可能な施設が限定される緩和ケアについて適応と紹介方法が周知される仕組みを作る。

IV 患者と家族が希望する場所で療養できる地域環境の整備

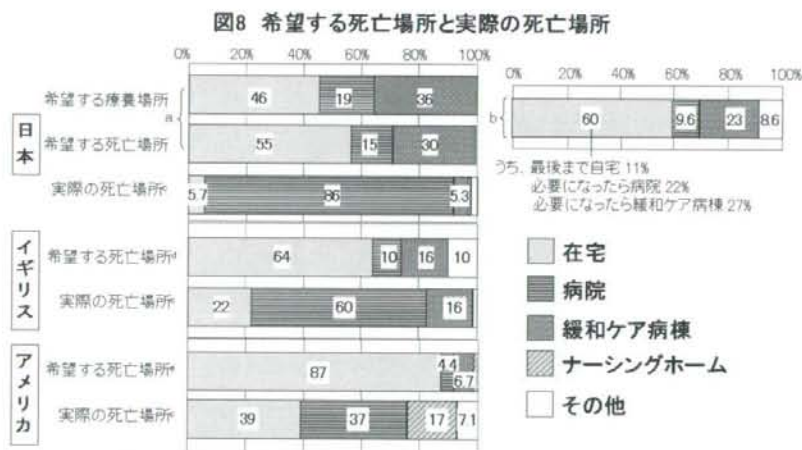
1 目標

患者が希望するどの環境で療養しても、切れ目のない緩和ケアが提供され、患者や家族が過度の負担を感じることなく安心して療養することができる。

2 現状

1) 希望する療養場所は達成されていない

一般国民や患者を対象とした調査によると、進行がんとなった場合、希望する療養場所や死亡場所は自宅や緩和ケア病棟が多くなっている（図 8; Charlton R, 1991; National Center for Health Statistics, 2003; Tang ST, 2003; National Statistics, 2004; Sanjo M, in submission; 終末期医療に関する調査等検討委員会, 2004; 厚生労働省, 2005）。一方、実際の死亡場所は、イギリスやアメリカと比較して、わが国では急性期病院が多い。これらは現在の患者を対象とした調査でないため結論付けることはできないが、患者の希望は達成されていないことが示唆される。



- a: N=2,548 4地域の市区町村の40歳以上の男女から層化2段階無作為抽出により選定された者を対象とした質問紙調査「身体的苦痛はないが、身の回りのことがです。余命1〜2ヶ月の場合」についての回答
 b: N=2,581 全国の市区町村の20歳以上の男女から層化2段階無作為抽出により選定された者を対象とした質問紙調査「痛みを伴う末期状態(余命半年以下)の場合」についての回答
 c: 悪性腫瘍患者の死亡場所 (regional data)
 d: N=4,177 1地域9ヶ所の一般診療外来において、通院患者を対象にした質問紙調査
 e: N=180 1地域9ヶ所において、入院あるいは在宅療養中の終末期がん患者を対象とした半構造化面接調査

2) 医療が断片化される

- わが国のがん患者における在宅ケアの開始から死亡までの平均期間は60日(任意の2施設から得た参考数値, n=464)であり、イギリスやカナダの在宅サービス開始から死亡までの期間に比べて短い(表4;

Capital Health, 2006; The National Council for Palliative Care, 2006)。

- 病状が悪化してから在宅療養のために治療機関が変わるため「見捨てられ感」が強まることが示唆される。
- より早い時期から地域の在宅ケアサービスに関わるシステムを構築することは、継ぎ目のない緩和ケアを提供することにより患者のQOLの向上に寄与すると考えられる。

3) 負担感を感じずに療養できることはQOLの重要な要素である

- わが国の一般国民を対象とした調査において、患者から見た望ましいQOLにおいて「家族の負担にならないこと」は重要な要素である(Miyashita M, in press)。
- わが国ではがん患者を自宅で介護した家族の負担感に関わる大規模調査はないが、欧米では介護をする家族の負担も大きく、負担が家族の健康状態に影響することが報告されている(Schulz R, 1999; Beach SR, 2005)。
- 家族の介護負担の実態を把握したうえで、患者・家族が負担感を感じない療養環境の整備が必要であることが示唆される。

3 行動計画

【実態の把握】

- IIの実態調査の一環として、患者の療養場所に関する希望の充足、医療の断片化についての評価、家族の負担の実態を把握する必要がある。

【患者が希望する場所で療養でき、場所の移動があっても切れ目のない緩和ケアが提供され、患者や家族の負担感が軽減される地域システムの構築】

- 患者が希望する場所で療養でき、場所の移動があっても切れ目のない緩和ケアが提供され、患者や家族の負担感が軽減される地域システムを構築する。そのためには、
 - ・ 必要な療養場所を設定するため、地域ごとに、患者の希望する療養場所を把握する
 - ・ 患者の療養場所に関する意向やニーズを把握する方法を確立する
 - ・ 地域のリソースを系統的に把握し、患者の意向と状態に見合った場所を選択する手段を確立する。例えば、困難な苦痛のある患者の専門緩和ケアサービスへの紹介、在宅療養患者のレスパイト(家族の休養のために一時利用する)施設への紹介など。
 - ・ 地域において患者を早期から連携して診療する手段を確立する(術後からの病院診療所連携バス、退院時の情報共有フォーマットなど)
- がん診療連携拠点病院の相談支援センターは、地域における緩和ケアシステムの中心をになう。そのため、相談支援センターの専門相談員や看護師の育成を集中的に行うことを通じて、地域システムの構築を行う。

表4 在宅ケアサービス開始から死亡までの日数

	平均値	中央値
日本 ^a	60	-
イギリス	101	100
カナダ (エドモントン)	98	61

a: 任意の2施設から得た参考数値, n=464