

## 4. 緩和ケアと腫瘍学のインテグレーション

大坂 巖

(静岡県立静岡がんセンター 緩和医療科)

### はじめに

緩和ケアは、大きなパラダイムシフトを迎えている。歴史の変遷については他稿に譲るが、少なくとも緩和ケアが提供される時期や場所はこの10年で大きく変化してきた。緩和ケアという考え方も多様性を帯びてきているが、わが国の緩和ケアもホスピス・緩和ケア病棟で培われたマインドを根底に、がん治療のメインストリームに加えられたことは意義がある。インテグレーション(integration)とは「統合」「融合」を意味する言葉であり、従来の医療システムへの緩和ケアの導入を示す場合もあるが、本稿では緩和ケアとがん治療のインテグレーションについて紹介する。従来の緩和ケアに一石を投じた概念であり、今後の緩和ケアと腫瘍学を考える上で重要である。

### インテグレーションの台頭

2002年にWHOが緩和ケアの定義を刷新し、「緩和ケアは、病気の早い段階から適応され、化学療法や放射線療法などの延命を意図する他の治療と組み合わせで行われる」ことを提唱した<sup>1)</sup>。この定義の中では、「in conjunction with (～とともに、～と同時に)」という言葉が用いられている。

米国では1997年頃より、包括的ながん治療のためには緩和ケアが重要であるとの見地から、緩和ケアを積極的にがん治療と組み合わせる方策としてインテグレーションという考え方が台頭してきた<sup>2)</sup>。これにより患者・家族が抱える多くの問題が解決され、彼らのQOL向上が期待された。緩和ケアの提供には多職種(学際的)チーム(interdisciplinary team)が必須であり、インテグ

レーションのためには当時のがん対策を見直すこと、オピオイド鎮痛薬を含めた薬剤を利用しやすくすること、フェローへの教育に緩和ケアを組み込むことが必要であると考えられた<sup>2)</sup>。

### インテグレーションの内容とモデル

インテグレーションに関するシステムティックレビューでは、臨床、教育、研究、運営に関する38の指標が抽出され、実施に関する指標として「多職種チーム」「同時のケア」「所定の症状スクリーニング」「ガイドライン・パス」「キャンサーボード」などが挙げられていた<sup>3)</sup>。早期からの緩和ケアについて言及している文献は多かったが、提供する時期や紹介基準はあまり触れられておらず、インテグレーションの概念は定まっていなかったことが明らかになった。専門家によるデルファイ法を用いた合意も得られている<sup>4)</sup>。主要な13の指標を表1に示すが、緩和ケアへのアクセス、多職種チーム医療、終末期のケアが重視されていた。米国臨床腫瘍学会においては、インテグレーションに関するガイドラインがすでに作成されている<sup>5)</sup>。

では、どの程度実践されているのであろうか。2009年に実施された米国の緩和ケアに関する調査によると、国立がん研究所指定がんセンターのうち緩和ケア外来を設置していたのは59%であり、非指定のがんセンターではわずか22%であった<sup>6)</sup>。米国でさえも、数年前まではインテグレーションの黎明期であったと推測される。当時提唱されていたインテグレーションのモデルを図1に示す<sup>7)</sup>。図1Aでは、がん専門医がすべてを担うが、必ずしもすべての症状や問題に十分な対応はできない。図1Bでは、がん専門医は治療に専念

表 1 インテグレーションの指標<sup>1)</sup>

- ・入院患者への緩和ケアチームがあること
- ・緩和ケア外来があること
- ・学際的な緩和ケアチームがあること
- ・外来患者における所定の症状スクリーニング
- ・進行がん患者におけるアドバンスケアプランニングの文書
- ・緩和ケアへの早期からの紹介
- ・死亡前に最後の 2 回の外来で痛みを評価された外来患者の割合
- ・死亡の 30 日前に 2 回以上救急受診を行った患者の割合
- ・患者が希望した場所で最期を迎えること
- ・緩和ケアチームによる腫瘍学フェローに対する緩和ケアの教育を行っていること
- ・がん専門医に対する継続教育があること
- ・腫瘍学フェローや研修医に対する緩和ケアとがん治療を統合した教育を行っていること
- ・腫瘍学フェローが緩和ケアをローテートすること

し、その他の問題を多くの専門家に相談をする。図 1C では、がん専門医と緩和ケアチームが密に連携し合う理想的なモデルである。

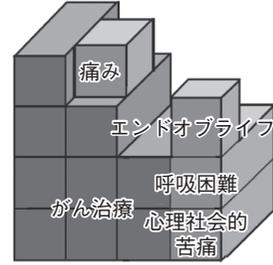
### インテグレーションのエビデンス

インテグレーションの効果を初めて世に示したのが、Temel らである<sup>8)</sup>。患者の状態や苦痛の有無などに関わらず、がんと診断された時から緩和ケアをがん治療と同時に開始するという画期的な試みであった。その後も同様な臨床試験が積極的に行われ、最近のメタアナリシスにおいて QOL 向上と症状緩和は明かにされたが、生存期間の延長は認められなかった<sup>9)</sup>。早期から緩和ケアを受けると亡くなるまでの 30 日間において、救急受診、入院、病院での死亡が減少し、エンドオブライフケアの質が向上することが示されている<sup>10)</sup>。文献的レビューでは、インテグレーションにより QOL、症状緩和、患者とケアを提供する側の満足度、疾病の理解、エンドオブライフケアの質などが改善し、医療費削減にもつながることが示されている<sup>11)</sup>。

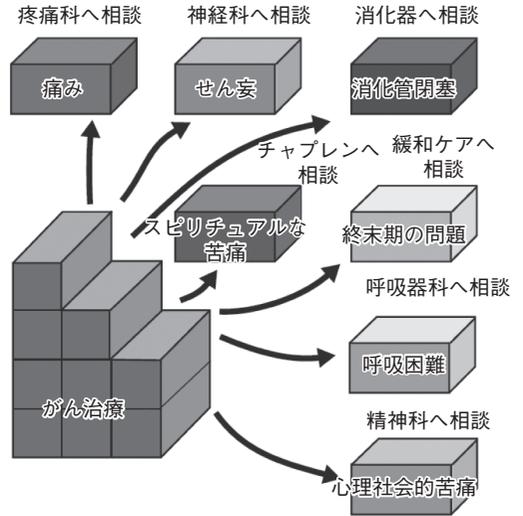
### インテグレーションを広めるための課題

米国において、インテグレーションには 3 つのバリアが指摘されている<sup>12)</sup>。教育に関するバリア

#### A 単独モデル (solo practice model)



#### B 合同モデル (congress practice model)



#### C 統合モデル (integrated care model)

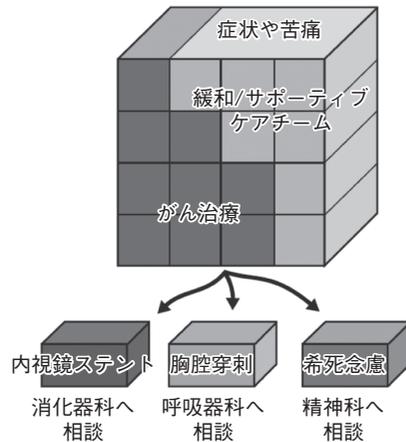


図 1 インテグレーションのモデル<sup>7)</sup>

として、レジデント教育が不十分なことや医療従事者や市民の緩和ケアに対する認識の問題がある。実施する上でのバリアとして、緩和ケア従事者の不足、紹介が適している患者を同定することの困難さなどがある。さらに、方策に関するバリ

アとして、米国の保健医療制度の問題、緩和ケア研究の費用、償還や規制などの問題が挙げられている。財政面の問題は、欧州での調査においても取り上げられている<sup>13)</sup>。

専門的な緩和ケアへのアクセスが難しい点も指摘されているが、その要因として、がん治療側の問題、緩和ケア側の問題、患者の問題、さらに医療システムの問題などがある<sup>11)</sup>。一方、インテグレーションの格差も課題である。欧州での調査では、がんセンター指定病院と非指定病院の緩和ケアチームでは充実度が異なり、格差が生じていた<sup>13)</sup>。大規模な医療機関ではケアが分断化されやすいことも指摘されている<sup>11)</sup>。

さらに根源的な問題として、緩和ケアと腫瘍学の文化的背景の違いが指摘されている<sup>14)</sup>。緩和ケアはホスピス運動から生まれ、疾患そのものよりも患者・家族の身体的や情緒的なニーズに配慮する。一方、腫瘍学は生物医学モデルから派生し、患者の治癒や延命という視点で疾患の過程に対処することを強調している。両者の integrationこそが、最も重要であるのかも知れない。

---

## インテグレーションを促進するために

インテグレーションを促進するためのヒントをまとめてみる。

### 1) 緩和ケア外来

緩和ケア外来の重要性は、多くの報告で指摘されている<sup>3,4,10,11)</sup>。近年、多くのがん治療は外来へシフトしたため、患者は通院中から緩和ケアへアクセスすることが可能となり、緩和ケアの医療従事者は病気の流れに沿って長期的に患者を診ることができ<sup>11)</sup>。

### 2) 緩和ケアのレベル

緩和ケアは、がん専門医が提供する1次緩和ケア、緩和ケアの専門家へ相談する2次緩和ケア、専門家がチームで複雑な問題に対応する3次緩和ケアに大別され、後2者は専門的緩和ケアに相当する<sup>11)</sup>。レベルを分けて考えることでおのおのの役割分担が可能になるが、実際の診療では明確な線引きは難しい。欧州腫瘍学会は、緩和ケアにおける腫瘍内科医の役割を提示している<sup>14)</sup>。病気の

すべての段階のケアを支持療法 (supportive care)、治療が望めなくなった段階のケアを緩和ケア (palliative care) と区別しているが、内容はほぼ同じである。米国のがん専門医に求められている役割<sup>11)</sup>と比較すると、欧州ではより包括的な緩和ケアを提供することが求められている<sup>14)</sup>。

### 3) 専門的緩和ケアへの紹介基準

システマティックレビューによると、紹介基準としてがんの診断、予後、身体症状、Performance status、心理社会的苦痛、end-of-life planningなどが抽出された<sup>15)</sup>。また、専門家によるデルファイ法を用いた合意では、「重度の身体的あるいは精神的症状」「死を早めたい希望」「スピリチュアルあるいは実存的な危機」「意思決定やケアプランの支援」「患者の希望」「せん妄」「脳転移」「脊髄圧迫」「予後1年以内の進行あるいは治癒不能ながんと診断されてから3カ月以内」「2次治療でも進行と判定されたとき」が挙げられている<sup>16)</sup>。さらに、全米総合がんセンターネットワークのガイドラインにおいては、前述の基準以外に「患者・家族が治療計画に満足できない場合」「神経障害性疼痛などの難治性の痛みがある場合」「救急受診や入院を繰り返す場合」「コミュニケーションが難しい場合」などが含まれている<sup>17)</sup>。

紹介基準を設けることでがん専門医から緩和ケアの専門家への円滑な紹介が期待できるが、一方で互いの縄張り意識などが生じることも懸念されている<sup>14)</sup>。

### 4) 教育

教育の重要性は、かねてから多くの報告で指摘されている<sup>2~6,11,12)</sup>。表1に示した以外に、緩和ケアフェローによる腫瘍学ローテートの義務化、緩和ケア医への継続的な腫瘍学教育なども挙げられている。

---

## 日本におけるインテグレーションの課題と展望

第3期がん対策推進基本計画(2017年)において、主治医から緩和ケアチームへつなぐ体制が機能していないことが指摘されており、がん診療に緩和ケアを組み入れた体制をさらに整備するこ

とが明記されている<sup>18)</sup>。

前述してきたように、インテグレーションを実践するためには緩和ケア外来の充実が必要不可欠である。がん専門医との役割分担、紹介方法などを明確にした上で、臨機応変な対応ができなければ有名無実化してしまう。しかし、現実には緩和ケアの専門家の数はまだ不十分である。今後、国・関連学会は日本におけるインテグレーションの在り方とモデルを示し、緩和ケア医は施設や地域のリソースに見合ったインテグレーションについてがん専門医と対話を続けていくことが重要であろう。また、インテグレーションに携わる緩和ケア医には、さらに専門性を深めることとがん治療に関する情報のアップデートが求められる。がん治療において緩和ケアが重要であることは明白となったが、それは従来の医療が蔑ろにしてきたことが改めて見直されたという見方もできる。がん専門医や治療チームが、緩和ケア的な視点や態度で臨むこと（緩和ケア・アプローチ）は狭義のインテグレーションとも言える。

## まとめ

緩和ケアとがん治療のインテグレーションについて、欧米で議論されていることを中心に述べてきた。鍵となるのは、緩和ケア外来、役割分担、紹介基準である。インテグレーションという考え方をそのまま輸入するのではなく、わが国の実情に即した緩和ケアの在り方をがん治療の専門家とともに考えるべき時代であることは論を待たない。

## 文献

- 1) World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. 2002 [<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>] (2017年11月4日最終アクセス)
- 2) Ferris FD, Bruera E, Cherny N, et al : Palliative cancer care a decade later: accomplishments, the need, next steps--from the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol* 27(18) : 3052-3058, 2009
- 3) Hui D, Kim YJ, Park JC, et al : Integration of oncology and palliative care: a systematic review. *Oncologist* 20(1) : 77-83, 2015
- 4) Hui D, Bansal S, Strasser F, et al : Indicators of integration of oncology and palliative care programs: an international consensus. *Ann Oncol* 26(9) : 1953-1959, 2015
- 5) Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al : Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol* 35(1) : 96-112, 2017
- 6) Hui D, Elsayem A, De la Cruz M, et al : Availability and integration of palliative care at US cancer centers. *JAMA* 303(11) : 1054-1061, 2010
- 7) Bruera E, Hui D : Integrating supportive and palliative care in the trajectory of cancer: establishing goals and models of care. *J Clin Oncol* 28(25) : 4013-4017, 2010
- 8) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al : Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 363(8) : 733-742, 2010
- 9) Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D, et al : Association between palliative care and patient and caregiver outcomes : a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 316(20) : 2104-2114, 2016
- 10) Hui D, Kim SH, Roquemore J, et al : Impact of timing and setting of palliative care referral on quality of end-of-life care in cancer patients. *Cancer* 120(11) : 1743-1749, 2014
- 11) Hui D, Bruera E : Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nat Rev Clin Oncol* 13(3) : 159-171, 2016
- 12) Aldridge MD, Hasselaar J, Garralda E, et al : Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: a literature review. *Palliat Med* 30(3) : 224-239, 2015
- 13) Davis MP, Strasser F, Cherny N : How well is palliative care integrated into cancer care? A MASCC, ESMO, and EAPC Project. *Support Care Cancer* 23(9) : 2677-2685, 2015
- 14) Cherny N : The oncologist's role in delivering palliative care. *Cancer J* 16(5) : 411-422, 2010
- 15) Hui D, Meng YC, Bruera S, et al : Referral criteria for outpatient palliative cancer care : a systematic review. *Oncologist* 21(7) : 895-901, 2016
- 16) Hui D, Mori M, Watanabe SM, et al : Referral criteria for outpatient specialty palliative cancer care: an international consensus. *Lancet Oncol* 17(12) : e552-e559, 2016
- 17) NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Palliative Care Version 2.2017 [[https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/PDF/palliative.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/palliative.pdf)] (2017年11月4日最終アクセス)
- 18) 第3期がん対策推進基本計画（案） [<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzhushinka/0000166752.pdf>] (2017年11月4日最終アクセス)