3. がん治療と緩和ケアの統合

多田羅竜平　北田なみ紀
（大阪市立総合医療センター 緩和ケアセンター）

がん治療と緩和ケアの統合への潮流

1967年，Saundersらはセント・クリストファー・ホスピスにおいてがん終末期の患者たちを主たる対象とした多職種的な緩和ケアの実践，研究，教育を始めた。当ホスピスでの取り組みは世界に大きな影響を与え，各国においてさまざまな形でホスピス・緩和ケアの実践が広がっていった。緩和ケアの普及に伴い，がん治療を終了した終末期の患者だけでなく，がん治療と並行して緩和ケアを提供する取り組みにも関心が高まり，多職種的な緩和ケアチームの活動が発展してきた。こうして緩和ケアのフィールドでは，WHOの緩和ケアの定義[1]（2002年）に病気の早い段階からもがんの治療と並行して適用しうることが明記されるなど，「早期からの緩和ケア」の提供に向けて国際的に促進が図られてきた。

さらに21世紀に入り，がん治療のフィールドにおいても包括的ながん医療の一環として緩和ケアをがん治療と統合するという考え方への関心が高まってきた。なかでも，2010年に腫瘍内科医のTemelらによって発表された，転移のある非小細胞肺癌患者を対象にした無作為化比較試験の報告[2]は，診断後早期から自動的に専門的な緩和ケアが導入されることによって，従来の主治医からの紹介に基づいて導入されるのと比べて，QOLや抑うつの改善だけではなく，生存期間も延長を示したということで国際的に大きな注目を集め，がん治療と緩和ケアの統合に向けての方向性を決定づけた。以降も数多くの追試が行われ，がん治療と緩和ケアの統合により，QOL，症状緩和，患者の満足度，エンド・オブ・ライフの質の向上などにつながることが示された。

こうした経過を経て，米国臨床腫瘍学会（ASCO）によってがん治療と緩和ケアの統合に向けたガイドライン[3]が作成され，早期からがん患者に適切なタイミングで専門的な緩和ケアを提供することが提唱されると共に，多職種的緩和ケアチームの役割として，苦痛な症状の緩和と全人的ケア，患者・家族の心理・情緒的なサポート，がん治療担当者と患者との橋渡し役となることなどが示された。また，実際にがん治療と緩和ケアを統合するにあたって，誰にいつから緩和ケアを導入するのかが課題となるなか，治療を担当する医療者や患者自身のニーズに基づく緩和ケアの導入に加えて，緩和ケアに紹介するタイミングについての国際的なコンセンサス[4]として「予後12カ月未満で診断後3カ月以内」「化学療法のセカンド・ライン導入後もがんが進行しているとき」など具体的な推奨が示されるなど，がん治療と緩和ケアの統合における標準化の試みも進められつつある。

わが国のがん対策としての「診断時からの緩和ケア」

2007年に制定された「がん対策推進基本計画」[5]では，重点的に取り組むべき課題として「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が掲げられ，がん診療連携拠点病院を中心に緩和ケアチームを整備し，がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催，緩和ケアの地域連携など，がん医療における緩和ケアの実施が政策として取り上げられることとなった。しかし，その後もがん疼痛の緩和が不十分なことや精神心理的苦痛への対応が不十分なことなどの指摘もあり，2012年に改訂

された「第２期がん対策推進基本計画」[6]において，「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が重点課題に位置づけられた。具体的には，患者とその家族が抱える苦痛を適切に汲み上げるために，さまざまな苦痛のスクリーニングを診断時から実施することや，患者や家族らの心情に十分に配慮した病状説明や意思決定の体制づくり，緩和ケア外来の整備など，診断時からがん診療に緩和ケアを組み入れた診療体制を整備することが明記された。さらに「第３期がん対策推進基本計画」[7]においては，都道府県および高度型のがん診療拠点病院における緩和ケアセンターの整備が提唱され，緩和ケアチームや緩和ケア外来の運営，緊急緩和ケア病床における症状緩和，がん看護カウンセリング（がん看護外来）などの院内緩和ケアの機能強化に加え，地域緩和ケア連携の拠点機能などの体制整備も求められることとなった。

こうしてわが国では政策主導によって，全国のがん診療連携拠点病院を中心に「診断時からの緩和ケア」の実践が進められている。一方，それをどのように臨床現場の実践に落とし込み，拡大させていくかは，各施設の大きな課題となっている。当院もがん診療連携拠点病院（高度型）として緩和ケアセンターの整備を行いながら，いつ・だれが・どこで・どのように「診断時からの緩和ケア」を提供するのか，ひいては「がん治療と緩和ケアの統合」のシステム構築に向けて模索を続けている。

当院における「がん治療と緩和ケアの統合」の取り組み

1．緩和ケアチームの人員体制

当院に緩和ケアチームが発足した当初は専従の医師１名，看護師１名の体制で，入院患者の病棟ラウンドおよび半日の緩和ケア外来を週２回行っていた。

2012 年に専従看護師が３名に増員となったことにより，「がんを患うことによって全人的に及ぼされる影響を患者・家族と共有し，病気・治療への対処能力や家族機能を高める役割」や「身体症状への専門的緩和ケアが必要と考えられる場合，迅速に緩和ケアチームの医師につなげる役割」が緩和ケアチームに生まれた。

2014 年，緩和ケア外来が全日診療体制となるのに合わせて，診断期から意思決定支援に関わり，入院・外来・在宅，いずれの場においても支援を継続するという現在の形が定着した。2015 年，緩和ケアセンターが設置されることによって人員を拡充し，当院の緩和ケアシステムはさらにがん治療医をはじめとした多職種・地域と有機的につながるチーム医療をもたらした。2021 年現在，緩和ケアセンターには，がん看護専門看護師２名，緩和ケア認定看護師１名，がん疼痛看護認定看護師１名，乳がん看護認定看護師１名，放射線看護認定看護師１名，がん専門相談員１名，リンパ浮腫セラピスト１名の合計８名の専従看護師が配置されている。これらの看護師がおのおのの専門性を生かして早期から各領域でがん患者のサポートに関わることにより，あえて「緩和ケア」という看板を掲げることなく，自然な流れのなかで専門的な緩和ケアへとつながるシステムが実現しつつある。その結果，依頼件数は 1,000 件前後に安定し（**表 1，2**），「診断から初期治療前」の時期にある患者についての依頼が全体の半数を占めるようになった。現在，緩和ケアチームへの依頼は，全体の８割が診断から治療期の患者である（**図 1**）。

2．当院の緩和ケア提供システムの特徴

1）アクセスのしやすさ

緩和ケアチーム専用の窓口電話（PHS）と電子カルテ上のオーダーツールを用意しており，医療者はいずれからでも相談や依頼ができる。また，入院患者，外来患者とも日中の当日対応が可能であり，外来患者からの電話での相談にも対応している。緩和ケアチーム介入中の患者にはそれぞれチーム看護師が担当として関わるため，患者にとっていつでも相談できる利便性があり，患者と医療スタッフとの間のハブ的な役割を果たすことも重要な役割となっている。

2）診断期からの意思決定と家族の支援

「診断から治療前」の時期にある患者に対する

表 1　緩和ケアチーム総依頼件数

	2013 年度	2014 年度	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
がん	451	708	1029	1105	1096	1157	1032	884
非がん	15	34	61	72	84	100	123	111
総依頼件数合計	466	742	1090	1177	1180	1257	1155	995

表 2　総依頼件数の入院・外来別内訳

	2013 年度	2014 年度	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
入院	378	551	569	570	538	521	542	399
外来	88	191	521	607	642	736	613	596
合計	466	742	1090	1177	1180	1257	1155	995

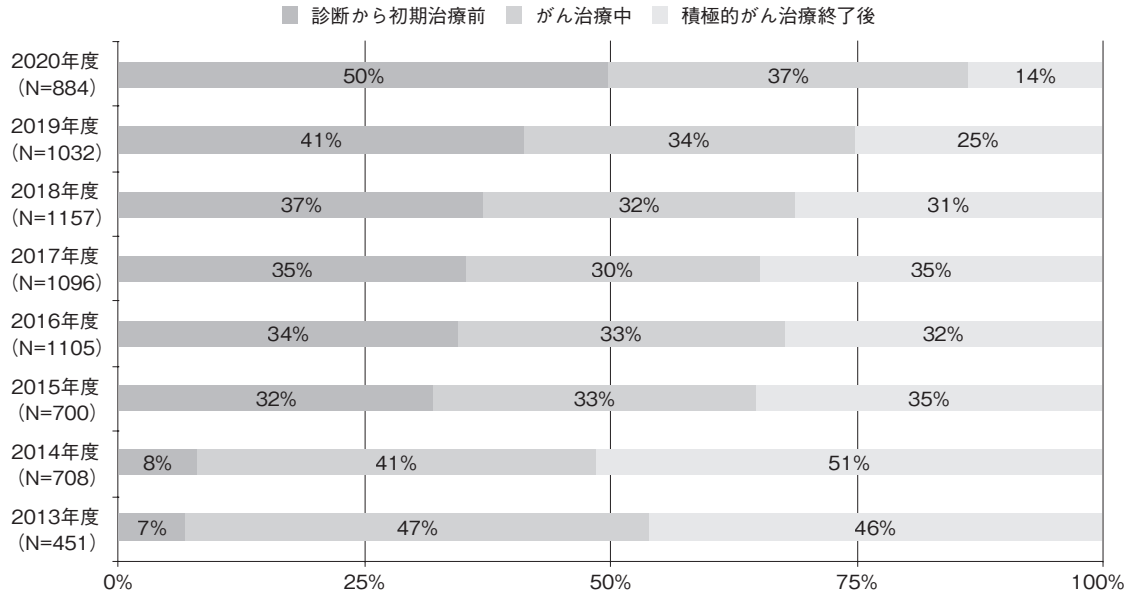

図 1　がん患者の時期別にみた依頼割合

依頼の多くは，緩和ケアチーム看護師への意思決定支援が目的である。緩和ケアチーム看護師は，患者の担当として心理サポートを行いながら意思決定や療養の調整などを中心に，患者と家族が今後の治療上のプロセスを進んでいけるよう支援する。担当は基本的に患者や家族の状況に応じて終末期に至るまで主治医と連携しながら長期的に支援する。緩和ケアチーム看護師は，看護外来として年間延べ 2,500 件前後のカウンセリングを行っている。

3）切れ目のない緩和ケアの提供

緩和ケアチームが関わっている患者は原則，入院・外来と切れ目なく継続して緩和ケアを提供する。入院患者については，病棟との定期カンファレンスにおいて入院中の情報の共有だけでなく，外来での様子や家族の情報なども共有することを心がけている。外来患者については，緩和ケアチーム内の定期カンファレンスに加えて，外来スタッフとの月 1 回の定期カンファレンスも始めている。

4）有機的な地域連携

a. 地域の医療機関との顔の見える関係

緩和ケアセンターでは年に 1 度，地域の在宅医療・ケア従事者，福祉関係者らと集まり，事例検討などのカンファレンスを行っている。約 15 年間続くこの取り組みによって，顔の見える関係性

が構築できている。その結果，街のがんサロン作りや在宅医・訪問看護師らとの合同カンファレンスなどが実現している。2015 年からは退院支援計画を立てるカンファレンスに地域の訪問看護師にも参加してもらうことで，患者支援の関係性強化につながり，退院前に患者と地域の医療者との顔合わせの機会にもなっている。また，2020 年から地域の病院の緩和ケア病棟のカンファレンスに参加するアウトリーチの取り組みも始めている。

b. 医療用ソーシャルネットワークを介した連携

2015 年より医療専用の非公開型無料 SNS「メディカルケアステーション（以下，MCS）」を導入し，患者の許可のもと，患者ごとにグループをつくり，在宅ケアチームやソーシャルワーカー，外来・病棟の看護師，主治医など招待されたメンバーしか閲覧できない環境で情報を共有・アップデートしている。患者自身や家族が加わるグループを作ることも多い。こうして「顔」だけではなく「言葉」が見える関係づくりを可能にしている。

5）がん治療期の患者へのサバイバーシップ支援

緩和ケアセンターとがん相談支援センターが協働してがんサロンを運営している。がんサロンは，サバイバーシップ力を高めると共に，どこに行っても緩和ケアセンターの看護師がいる環境をつくることで，自然と「緩和ケア」とつながる機会にもなっている。

a. がんサロン“キャンサーケアヨガ”

2014 年から乳がん患者を対象に不定期でヨガレッスンを開始し，2018 年から全がん種の患者に対象を広げ，月 2 回開催するようになった（**図 2**）。参加者の身体・精神的症状について経時的に調査（ヨガ参加から 2 週後，4 週後，6 週後，10 週後に参加者 28 名を調査したもの）したところ，不安・抑うつ（STAI 尺度）や身体症状（参加者自身がもっともつらいと感じている症状を指す）は，有意な差をもって改善がみられた。参加の意義には「心身のリフレッシュやリラックス，身体がすっきりする」といった具体的な心身の変化と，「仲間と共に安心できる環境が得られた」や「積極性，前向きな気持ち，張り合いの出現」を見出すなど，参加者から好評を得ている（新型コロナウイルス感染症拡大のために 2020 年 9 月から休止中）。

図 2　がんサロン（2018 年当時
（参加者に許可を得て撮影，掲載）

b. がんサロン“アロマセラピー”

アロマセラピーは，おもにがん治療中の患者たちがピアサポートできるように，がんサロンに参加しやすい工夫を意図して企画したものである。外来患者だけでなく入院患者のもとにもセラピストが訪問し，「退院しても参加したい」と思えるような関わりをもってきた。

サロンの場ではセラピストや緩和ケアセンターの看護師も加わり，団らんの場をもつようにし，3 時間で 15 人前後が参加していた（新型コロナウイルス感染症拡大のために 2020 年から休止中）。

6）定期的な苦痛のスクリーニング

当院の「苦痛のスクリーニング」の対象者は，緩和ケアチームが介入していないがん患者である。がん患者には入院を契機に，自記式の問診を実施している。退院後は外来で継続され，4 カ月ごとに定期的に行われる。問診の内容は身体・精神・心理・社会的な苦痛・困難について問うものを緩和ケアチームが独自に作成した。病棟と外来の看護師によって問診用紙が手渡され，記載された患者のつらさに応じた多職種に連携する仕組みである。

実施件数は年間約 9,000 件以上に増えており（**図 3**），つらさへの対応結果は緩和ケアセンターでデータ化して病棟と外来のリンクナースに配信

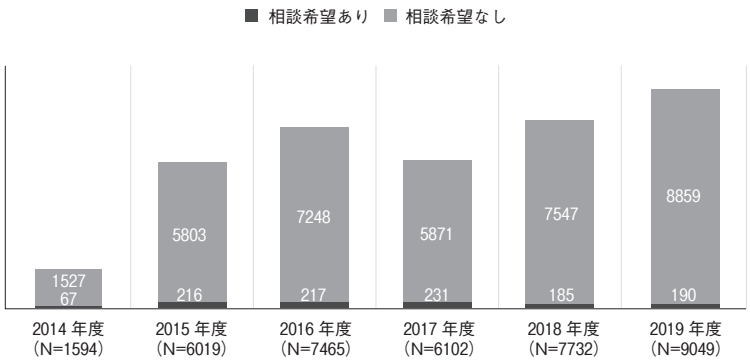

図 3　苦痛のスクリーニング実施件数

している。この問診によって，およそ 30％の患者が何らかの苦痛・困難を抱えていることが明らかになっており，看護師と患者が対話する機会をもてるようにしていつでも相談に対応できるようにしている。

一方，このスクリーニングを実施しても緩和ケアチームなどの専門家への相談を希望するのは全体の 2％程度であり，膨大な作業のわりに緩和ケアへつなげる手法としてはきわめて効率が悪いのが現状である。緩和ケアチームなどへの相談の希望がない圧倒的多数の苦痛の存在が見過ごされず，適切に対処できる体制を維持することが重要である。

3. さらなるがん治療と緩和ケアの統合に向けての課題

当院では，病状が進行するがん患者についてはがん疼痛への介入が緩和ケアの入り口になることも多いが，診断時などの早期からの介入については必ずしも「緩和ケア」という看板を掲げず，がん告知の同席・フォロー，放射線治療のケア，乳がん患者のサポート，リンパ浮腫のセラピー，がんサロンでの関わり，苦痛スクリーニングを通じた相談，ソーシャルワーカーとの連携など，各看護師の専門性や組織横断的な活動を通じて，医療者，患者のニーズに迅速かつ手広く応じる形で緩和ケアの導入を展開してきた。このように，緩和ケアを必要とする患者のニーズを病院全体で敏感にキャッチして適切なタイミングで緩和ケアへとつないでいく，緩和ケアセンターの組織横断的かつ包括的ながん患者のサポートシステムは，がん治療と緩和ケアの融合の進展に貢献する有力な方策の 1 つと考えられる。

一方，国際的に進められているような紹介時期を設定してオートマティック（主治医や患者側のニーズの有無にかかわらず）に介入を開始するというシステムの導入には抑制的にならざるをえない現状がある。オートマティックに緩和ケアが導入されることでメリットを得られる患者が少なからず存在するのは確かであろうが，ニーズが顕在化していない患者への介入は，患者やスタッフがその必要性を実感しづらく，時間や労力，費用面でのコストに負担感が生じやすいため，介入の在り方に工夫が必要となる。そして何より介入対象者が何倍にも増えることはマンパワーの面で困難が生じやすい。ニーズの乏しい多数の患者との関係作りに業務が忙殺されることによって，本来の緩和ケアのニーズが高い患者へのケアの濃度が薄くなるようでは本末転倒にもなりかねない。

その解決策としてマンパワーを手厚くしようとすれば，それに見合うだけの財源，診療報酬を確保することが少なからず求められる。逆に，診療報酬の得られない業務を増やすことや，施設要件で義務づけられていないスタッフを配置することには限界がある。しかしながら，外来がん患者への継続的な介入については，現在の診療報酬の枠組みでは体制を維持するのに十分な報酬を得るのは難しい。緩和ケアの外来は一般的に主治医の受診に合わせての対応になるため，診察料の上乗せはできず，外来緩和ケア管理料が加算できるのはオピオイドを処方している患者のみである。がん患者指導管理料を加算できるのは初回告知後 6 回

までであり，進行がん患者への看護師の継続的な関わりには報酬を得られない。

このような事情を踏まえると，がん治療と緩和ケアの統合を，決められたタイミングで自動的に緩和ケアに紹介するシステムの導入にまで広げようとするならば，看護師の専門性や組織横断的な活動を中心とした，緩和ケアの実践に対する適切な評価とりわけ保険診療上の財源確保に裏打ちされた制度的な仕組みづくりが求められるといえよう。

文　献

1） World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care, 2002〔http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/〕（2021.10.4 最終アクセス）
2） Temel JS, et al.：Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med　**363**：733-742, 2010
3） Ferrell, 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
4） Hui D, et al.：Referral criteria for outpatient specialty palliative cancer care: an international consensus. Lancet Oncol　**17**（12）：e552-e559, 2016
5） がん対策推進基本計画（第 1 期）平成 19 年 6 月
6） がん対策推進基本計画（第 2 期）平成 24 年 6 月
7） がん対策推進基本計画（第 3 期）平成 29 年 10 月