

緩和ケア推進部会の皆様

資料の目的は「がんと診断がついてからの緩和ケア」あるいは「早期の緩和ケア」についての理解に混乱がみられますので、このことへの理解の参考になればと思った次第です。また在宅緩和ケアの施策、議論がなおざりになりかねない状況もあり、改めて考え直す資料を添付しました。

以下では、資料の要旨を 1～5 にまとめ、まとまりはありませんが、次ページよりスライド図に従った記述となっています。

**【要旨】**

1. 「がんと診断がついてからの緩和ケア」は、実際には進行癌に対する緩和ケアと捉えることが基本
2. 「早期の緩和ケア」の最も重要なことは、患者・家族が病状・治療の内容について理解し、納得していること
3. がん診療に関する患者の納得は、がん終末期の患者の QOL に大きな影響がある
4. 緩和ケアのあり方の再構築
5. 在宅緩和ケアの問題の重要性を忘れない

以上の点についての認識を共有して、がん患者の苦痛のスクリーニングのありたか及び評価を行い、緩和ケアの質の向上に役立てて欲しいと願っています。

2016.2 千葉県がん対策審議会緩和ケア推進部会部会長  
さくさべ坂通り診療所

大岩孝司

## がんと診断がついてからの緩和ケア

がん治療医と多職種緩和ケアチームとの連携に基づく全人的ケア  
肺癌の診断時点から積極的に早期緩和ケアを提供するための  
統一マニュアル作成プロジェクト報告書

ホスピス／緩和ケア病棟（PCU）で  
行われるような緩和ケアとEPCが異なる点は  
**抗がん治療が行われること**



発行  
平成25年度厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)  
『診断時から早期に緩和ケアを提供する体制整備に関する研究』班

厚労省の第2次がん対策推進基本計画「第2 重点的に取り組むべき課題、2 がんと診断された時からの緩和ケアの推進」（がん対策推進基本計画 平成24年6月）の中の文言はいかです

『がん患者とその家族が可能な限り質の高い生活を送れるよう、緩和ケアが、**がんと診断された時から**提供されるとともに、診断、治療、在宅医療など様々な場面で切れ目なく実施される必要がある。しかしながら、日本では、欧米先進諸国に比べ、がん性疼痛の緩和等に用いられる**医療用麻薬の消費量は少なく**、がん性疼痛の緩和が十分でないと推測されること、がん医療に携わる医師の緩和ケアの重要性に対する認識もまだ十分でないこと、国民に対しても未だ緩和ケアに対する正しい理解や周知が進んでいないこと、身体的苦痛のみならず精神心理的苦痛への対応も求められていること等から、緩和ケアはまだ十分にがん医療に浸透していないと考えられる。』

「**がんと診断されたときから**」と「**医療用麻薬の消費量**」と連動していると理解されても仕方がない文言になっていて、早期からの緩和ケアと終末期の緩和ケアの概念整理に混乱を招く要因の一つになっています。

このスライドは滝口教授が中心になっている厚労省の研究班報告書から抜粋したものです。がんと診断がついてからの緩和ケアの定義を「ホスピス／緩和ケア病棟（PCU）で行われるような緩和ケアとEP(Early Palliative Care)が異なる点は**抗がん治療が行われること**」としており、明快で分かりやすいので概念を共有することが可能です。

# General guidelines for the palliative care

## Supplemental Table 1: Ambulatory Palliative Care Guidelines

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer  
N Engl J Med 2010; 363:733-741 August 19, 2010

<b>Illness understanding/education</b> Inquire about illness and prognostic understanding Offer clarification of treatment goals
<b>Symptom management – Inquire about uncontrolled symptoms with a focus on:</b> Pain Pulmonary symptoms (cough, dyspnea) Fatigue and sleep disturbance Mood (depression and anxiety) Gastrointestinal (anorexia and weight loss, nausea and vomiting, constipation)
<b>Decision-making</b> Inquire about mode of decision-making Assist with treatment decision-making, if necessary
<b>Coping with life threatening illness</b> Patient Family/family caregivers
<b>Referrals/Prescriptions</b> Identify care plan for future appointments Indicate referrals to other care providers Note new medications prescribed

Temel :  
どのような治療を提供するかを考える医療について語るのではなく、  
**患者が自身の医療についてより正確な判断が行えるよう情報を与える**  
ことについて語るべきです  
NCC Cancer Bulletin 2010年9月7日号 (Volume 7 / Number 13)

これは Temel が肺がんの緩和ケアについて、早期に関わることで QOL の改善がありま  
す、予後が延長します、と報告して世の中に大きな衝撃を与え、その論文がいろいろなと  
ころで引用されています。

Temel が行った緩和ケアの内容の枠組みを示しているのですが、第 1 番目に Illness  
understanding/education をあげています。つまり患者さんの病状認識について理解をし  
てもらいなさい、そういう教育をなささいということをやっています。これは患者が、が  
ん治療に対して納得するために欠かせない事項であり、私も全く同感/実感するものです。

Temel は別のところで「どのような治療を提供するかを考える医療について語るのでは  
なく、患者が自身の医療についてより正確な判断が行えるよう情報を与えることについて  
語るべきです」とも言っています。いわゆる患者の自律あるいは自己決定に関わる話で、  
ここにこそこの Temel の論文の神髄があると理解をしています。

## 最近の自験在宅死50例の検討

がん治療の納得			
	納得していない	納得している	不明
せん妄	6 (43%)	1 ( 3%) *	0
症状緩和困難	5 (36%)	2 ( 6%)	0
問題症状無	3 (21%)	32 (91%)	1 (100%) * *
合計	14 (28%)	35 (70%)	1 ( 2%)



\* : 肝不全  
 \* \* : 重度認知症  
 \* せん妄患者 : 全員在宅療養継続可能  
 \* 症状緩和困難 : STAS1またはSTAS2のスコアが2

- 1) がん治療経過における治療内容・病状認識の納得の有無が在宅緩和ケアの患者の状況 (QOL) に大きく影響する
- 2) 殆どの問題は 医師と患者・家族のコミュニケーションに関わっている

この2つの図で示されていることについて自験例で検証してみました。最近50例のさくさべ坂通り診療所での在宅死患者を見てみました。病状や治療、その結果について十分納得している人(患者)が35人、70%でした。一方で、がん治療について、あるいはがんの今の症状について、「何でなんだ」と十分に納得しきれていないまま、私どものところにいらした人(患者)は、14人、28%でした。

今回、調べて改めて驚きました。今まで実際に患者さんを拝見していて、がん治療に係わる患者の納得は非常に大きな問題だと思っていましたが、これほど明確な結果が明らかになるとは思っていませんでした。

がん治療に納得していない14人の患者のうち6人が在宅緩和ケアの経過の中でせん妄状態になりました。5人が症状緩和に非常に難渋をしました。全員が自宅で最後まで療養することができたのですが、がん治療の経過に納得している人に比べると、納得していない人QOLは明らかに違うという感じがします。ここのところはこれからもう少しいろんな要因について検討していきたいと思っています。

これは在宅緩和ケアに限らないと思いますが、がん治療経過における治療内容・病状認識の納得の有無が、終末期の緩和ケアの患者のQOLに大きく影響するということを改めて実感しました。この問題は、がんの進行がひどくて、例えば骨破壊がひどくてとか、骨盤臓器への浸潤がひどくてとか、がんの治療が間違っていたとか、直前まで辛い治療をしていたとか、そういう問題ではありませんでした。もちろんその問題も非常に大きいし、がん治療をどこまでやるかななどの問題はQOLに与える影響が大きいですが、一番大きいのは医者との患者・家族に対するコミュニケーションの問題です。

われわれの終末期の緩和ケアは、患者が受けてきたがん治療の正当性を伝え、納得してもらうということから診療を始めることとなります。患者・家族の納得が十分でない、症状の緩和の話しにたどり着けませんから。

- がん治療のあり方は、終末期のQOLに大きな影響  
→ 症状緩和、せん妄・鎮静の予防
- 早期からの緩和ケアは、がんの治療の経過・結果に納得し  
正しい病状認識が持てる様に支援することが重要
- 早期からの緩和ケアと終末期緩和ケアの提供の視点は同じ  
→ 患者起点（求めに応じた）コミュニケーション  
全人的ケア、自律支援



早期緩和ケアにおける **がん治療医と緩和ケア医の統合**

- 1) がん治療医/がん治療グループは  
がん治療中の患者の苦悩を知り、緩和ケアの認識を深める
- 2) 緩和ケアチームは  
がんの治療・病状についての認識を深める

まとめますと、進行癌に対する早期からの緩和ケアは、がんの治療の経過・結果に納得し、正しい病状認識が持てるように支援することが重要だということです。早期からの緩和ケアは、終末期 QOL に大きな影響を及ぼす。つまり症状緩和とか、あるいはせん妄、鎮静の予防にまで影響を及ぼすということです。

早期からの緩和ケアと終末期緩和ケアは違うという理解をされると困るので次の事をしっかりと認識欲しいのです。

早期からの緩和ケアと終末期緩和ケアにおいて、ケア提供の内容はがん治療とか患者の病状によって変わりますが、緩和ケア提供の視点は同じだということです。緩和ケアという同じ言葉を使う意味はそこにあると思います。それは患者起点、求めに応じたコミュニケーションをきちんとすることで、全人的ケア、自律支援をするということです。

最初に申し上げましたが、終末期緩和ケアのあり方を忘れるということがないように改めて強調したいと思います。早期緩和ケアが聲高に叫ばれていて、病院の体制も早期緩和ケアという視点でなされています。こうした動きの中で終末期の緩和ケアが不十分になり、患者の苦悩がかえって深まってしまうのではないかとこのことを心配しています。

早期緩和ケアにおけるがん治療医と緩和ケア医の関わりがこれから大きな問題になってきます。一つはがん治療医・がん治療グループはがん治療中の患者の苦悩を知り、患者の苦悩に思いを馳せて、緩和ケアの認識をぜひ深めてほしいとねがっています。一方緩和ケアチーム、緩和ケア医は、これからはがんの治療、病状について、踏み込んだ認識と関心を持つことが必要になるだろうと思います。

## 緩和ケアの問題



2018.10.01 緩和ケア学会発表資料

緩和ケアと一般医療は、医療・ケア提供の視点が違う。

一般医療とは、緩和ケア以外の医療というふうにご理解してください。一般医療というのは、病気を見つけて病気を治すということです。極端な言い方をすると、疾患に焦点を向けてそこだけを見ていけばいいんです。疾患特異的治療、単一焦点性というような方向性で医療が成り立つわけです。一般医療が疾患をみていくのに対して、緩和ケアというのは症状を見ていきます。しかも一つだけの症状ということではなくて、いろんな症状をお持ちですから、そういう症状をトータルに見ていく。トータル・ペイン、全人的苦痛という観点で見ていく。従って、対応としては全人的なケアが必然的に出てくる。多焦点性、総合的な対応をするということになります。

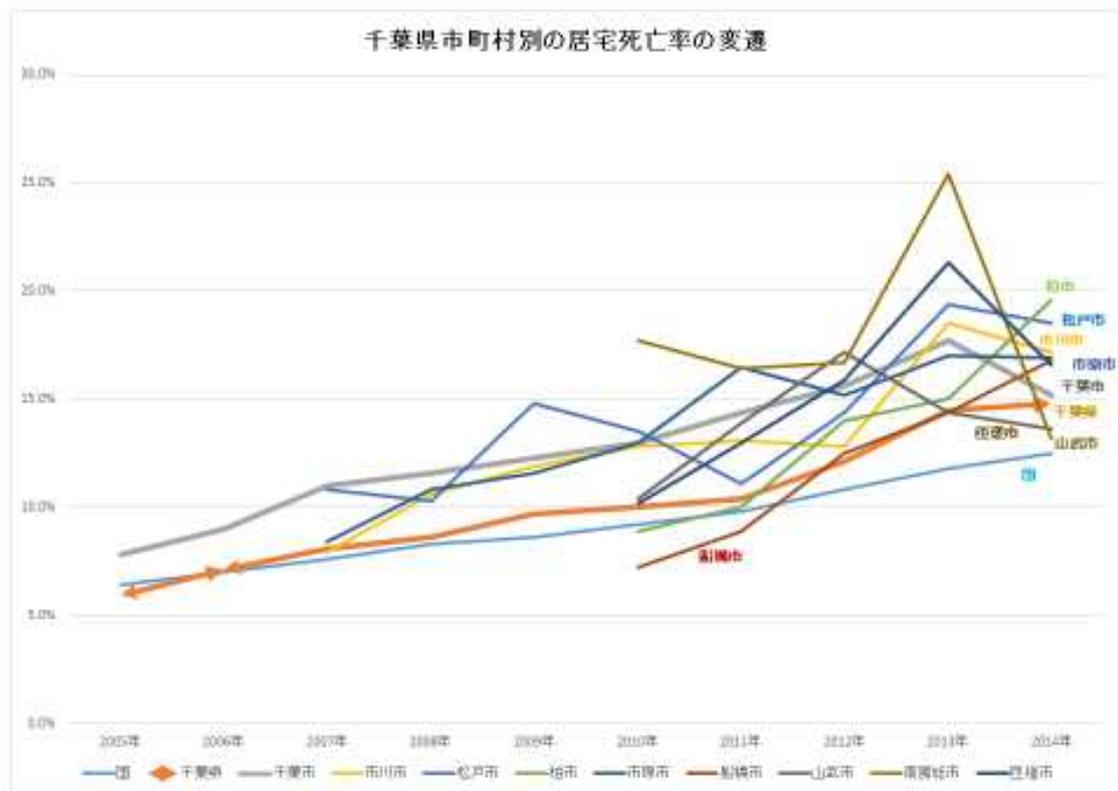
現実はどうなっているかという、現在行われている緩和ケアは薬物療法だけといってもいいすぎではないと思うほど、薬物療法の比重が大きいう傾向があります。つまり疾患特異的なケアに代わって、症状特異的なケア、単一焦点性の傾向があるといえます。このことは緩和ケアの医療の枠組みが、一般医療の枠組みの延長上にあることを示していて心配なところです。

在宅ケアは、がんの在宅ケアと非がんの在宅ケアに分けるとすると非がんの在宅ケアは多くの場合、脳梗塞の後遺症で動けないというような状態が固定した患者さんに対して対応するので、医療依存度は比較的low、障害に対する介護的なケアが主体になります。

それに対して、がんの在宅ケアは痛み、苦しみ等の症状についてケアをしていく。しかも病気の変化が非常に激しい時期に対応します。医療的なケアが中心になるというように医療依存度が大変高い。

ところが実際には在宅緩和ケアの基盤が、介護的ケアになっているのではないかと心配しています。病院から在宅に帰る(退院する)患者さんの殆どに、ケアマネージャーとベッド等の福祉用具がセットになっています。しかし実際には、ちゃんとした在宅緩和ケアを提供できれば、がんの患者さんがヘルパーとかベッドなど介護福祉の導入が必要なのは、亡くなる前の1週間足らずですから、この傾向はやはり非常に心配です。

## 千葉県の在宅死率からみた、在宅緩和ケアの問題



都市部の在宅死率が低下しているのは深刻

1) 単年度のみなのか、今後の傾向を示唆するものか

柏・船橋が上昇

医師会の積極的参入があるのか

2) 在宅緩和ケア移行そのものの患者減少

全国的な傾向？

患者の流れが一般病院に

<在宅緩和ケアの質（一般病院、増大する PCU の）の問題発生>

+PCU の増加（今後も）

→在宅緩和ケア診療所の経営が成り立たない

非がんの患者が増える事で経営は安定

非がん患者が増えると物理的にも実質的にもがん患者がみられない

ケアの内容が異なるので、提供する技術水準が落ちる

在宅緩和ケアの質の低下が避けられない