

治療期の課題：緩和ケアの提供体制について

がんの治療の段階ごとの課題について

- がんの治療の段階により、緩和ケアが提供される場や実施者が変化している実態がある中で、これらに応じて、緩和ケアの課題を検討するべきではないか。
- 「治療期」の身体的苦痛、精神的苦痛、及び社会的苦痛の緩和に係る課題について議論を行う。

治療の段階	診断時	治療期	終末期
主なケアの主体	検診 医療機関 かかりつけ 医	拠点病院等 (入院・外来)	在宅等 地域の病院 緩和ケア病棟
主な課題	(1) 診断時の課題 ・ 検査時の対応 ・ 告知時の対応 ・ 診断時からの緩和ケアについての認識等	(2) 治療期の課題 ・ 実地調査について ・ 拠点病院以外の取組について ・ 緩和ケアチームの質について ・ 対応が困難な痛みへの対応について ・ 緩和ケア外来の充実について 等	(3) 終末期、緩和ケア病棟の課題 ・ 後方連携病院等における緩和ケアの実態と強化について ・ 拠点病院と後方連携病院の連携について ・ 在宅緩和ケアの質とその充実について ・ がん患者の介護保険の利用について ・ 介護施設における緩和ケアについて 等
	(4) 共通の課題 ・ 医療用麻薬の使用実態について ・ がんとがん以外の施策が分かれていることについて ・ 小児やAYA世代を中心にライフステージに応じた緩和ケアの実態把握や対策の充実の必要性について ・ がん相談支援センターの充実について 等		

「治療期の緩和ケア」の議題

1. 患者の苦痛を医療従事者が十分に把握できていないのではないか
 - ・ 患者の苦痛の把握
 - ・ 特に、主治医や担当看護師が担うべき痛みや苦痛への対応

2. 治療を担う医療機関ごとに、緩和ケアの質を向上させる取組を検討するべきではないか
 - 2-1. 拠点病院以外の病院（都道府県指定のがん診療病院等）の取組の実態について
 - 2-2. 拠点病院の取組の実態を把握するための実地調査について

1. 患者の苦痛を医療従事者が十分に把握できていないのではないか
 - ・ 患者の苦痛の把握
 - ・ 特に、主治医や担当看護師が担うべき痛みや苦痛への対応

苦痛のスクリーニングについて

「苦痛のスクリーニング」とは、診断や治療方針の変更の時に、身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛など、患者とその家族にとって重要な問題でありながらも取り上げられにくい問題について、医療従事者が診療の場面で定期的に確認し、話し合う機会を確保すること。

(第3期がん対策推進基本計画より抜粋)

がん診療連携拠点病院の整備指針における「苦痛のスクリーニング」の記載

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—①集学的治療等の提供体制及び標準的治療等の提供

ウ 集学的治療及び標準的治療等を提供するに当たり、がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的な問題等のスクリーニングを、診断時から外来及び病棟にて行うことのできる体制を整備すること。なお、院内で一貫したスクリーニング手法を活用すること。また、必要に応じて看護師等によるカウンセリング（以下「がん患者カウンセリング」という。）を活用する等、安心して医療を受けられる体制を整備すること。

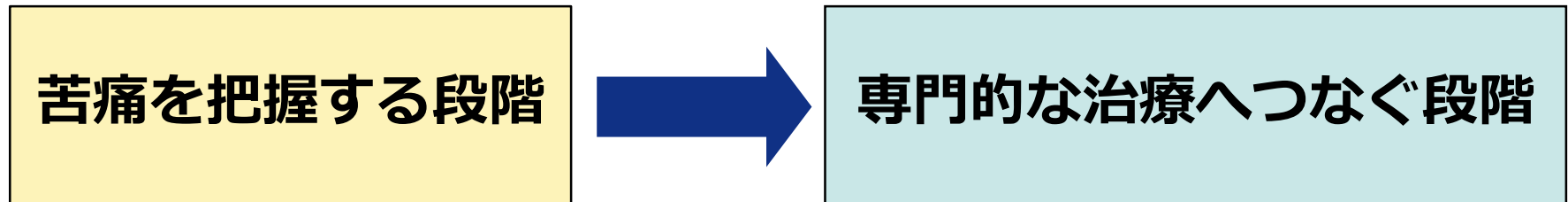
i (1) の⑤のアに規定する緩和ケアチームと連携し、スクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備すること。

(がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針より抜粋)

- 苦痛のスクリーニングを実施することはがん診療連携拠点病院等の要件とされている。
- 本要件は、その具体的な手法等は定めておらず、苦痛を把握しようとする体制を求めている。

苦痛のスクリーニングについて

- 苦痛のスクリーニングについては



の2つの段階に分けて考える必要がある。

- 今回は前者の、患者の苦痛を把握する段階、について検討を行う。

治療中のがん患者が抱えている苦痛

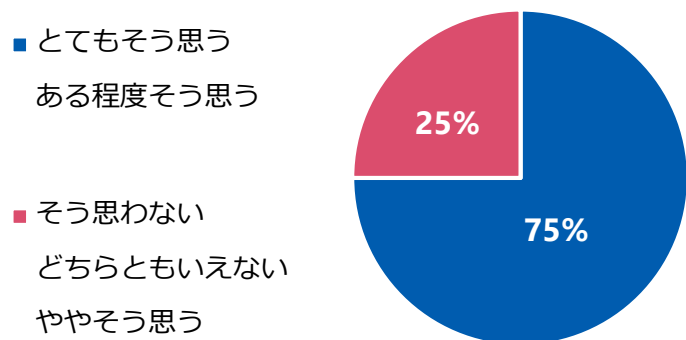
がんに対する外来化学療法を受けている患者462名を対象に、自覚している苦痛についての調査
(Yamagishi A et al. J pain Symptom Manage 2009: 37; 823-830)

身体的苦痛	倦怠感	23 %	呼吸困難	13 %
	食欲不振	17 %	しびれ	12 %
	便秘	16 %	悪心	9 %
	眠気	15 %	口腔の問題	21 %
	痛み	14 %	発熱	6.8 %
精神的苦痛	不眠	19 %	気持ちのつらさ	15 %

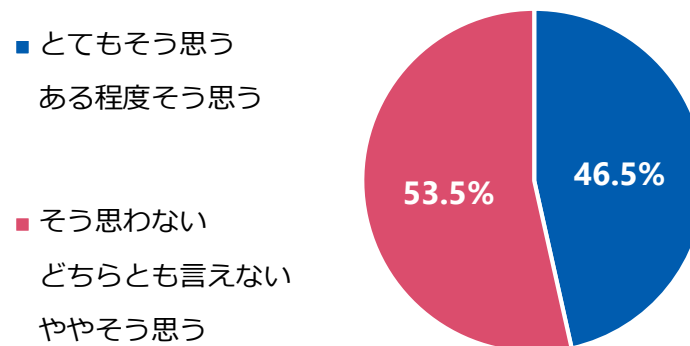
治療中の体験について：患者体験調査（2018年）

症状に対する対応の評価：症状が把握されれば速やかに対応されているが、必ずしも毎回聞かれるわけではなく、すぐに相談できているわけでもない。聞かれても伝えない、聞かれる頻度が少ないなどにより、患者の苦痛が十分に把握されていない可能性があるのではないか。

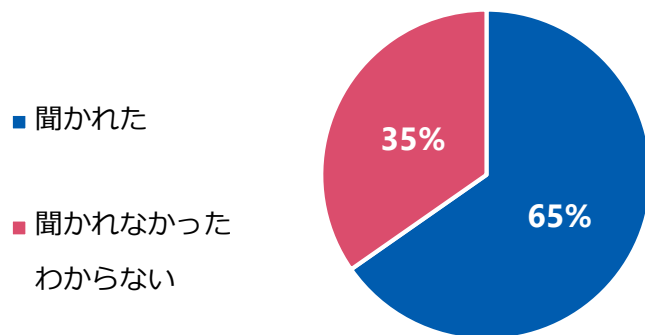
つらい症状にはすみやかに対応してくれた



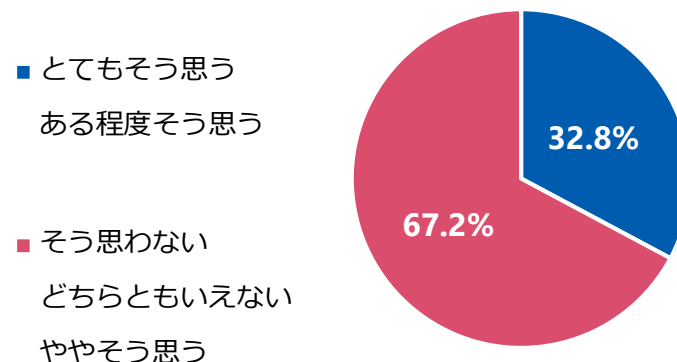
身体的なつらさがある時に、
すぐに医療スタッフに相談できる割合



がんの治療、あるいは治療後で受診した時には
毎回、痛みの有無について聞かれた割合



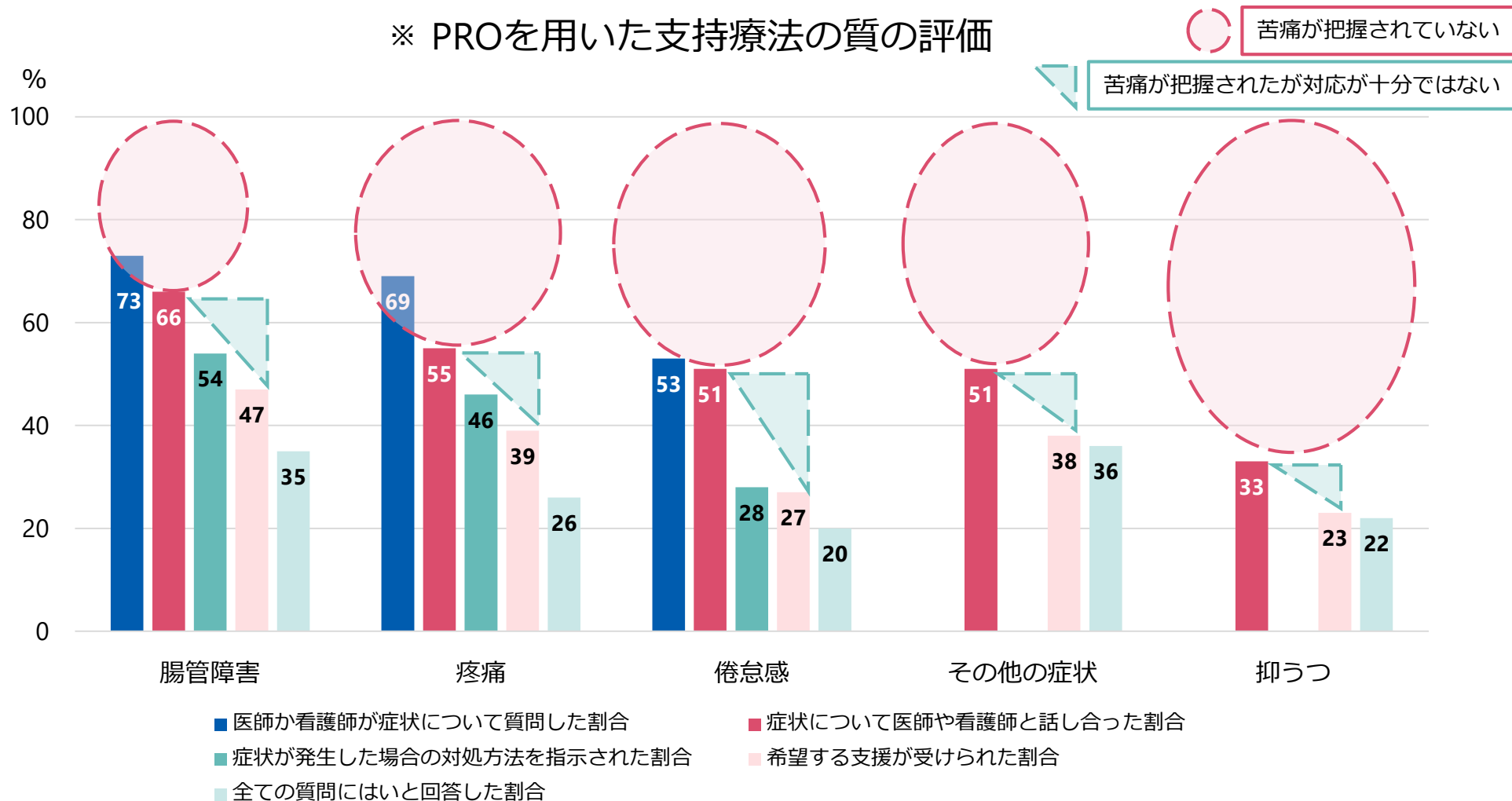
心のつらさがある時に、
すぐに医療スタッフに相談できる割合



海外における苦痛の把握のプロセスの評価

患者の苦痛が把握されていない場合と、把握されているが対応が十分ではない場合が存在する

※ PROを用いた支持療法の質の評価

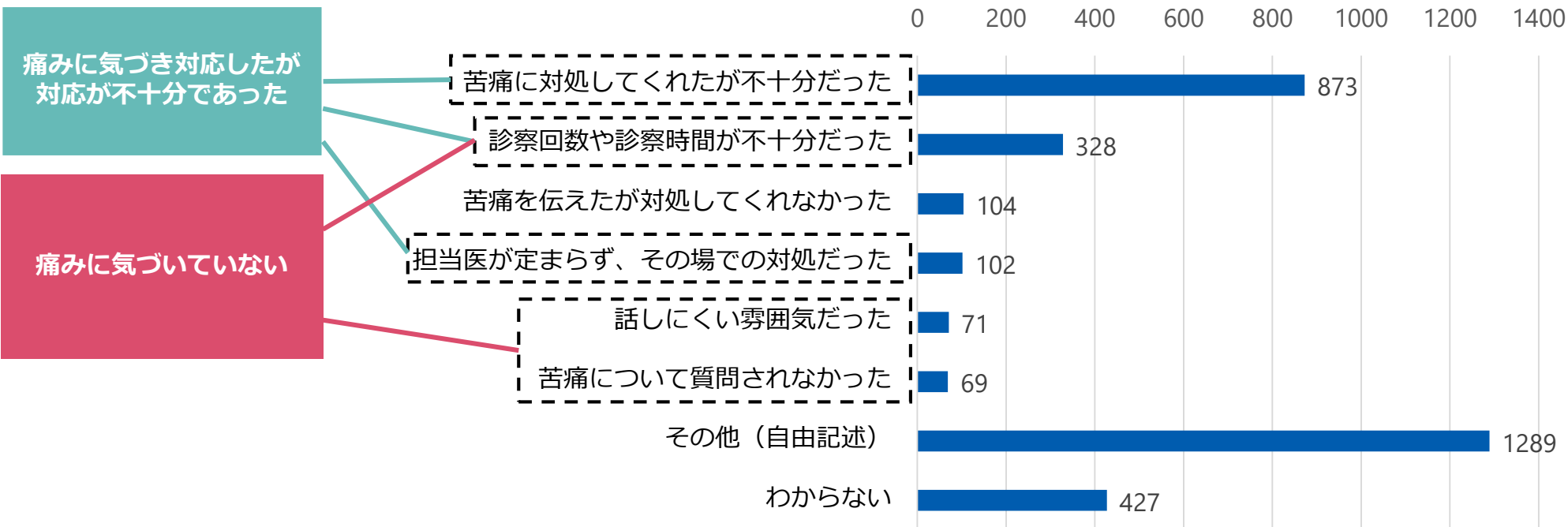


新たに直腸がんと診断された患者を対象に対人ケアのプロセスについて調査し、1109名について解析を行った米国における研究。(Ryn, et al., JCO 2014)

※PRO : Patient Reported Outcome, 患者報告アウトカム

痛みがあった理由に関する調査

亡くなる1週間前の痛みの強さが「ひどい」「とてもひどい」と回答した3250人について、痛みがあった理由についての回答（複数回答可）



患者に痛みがあった理由については、

- ① 医師が痛みに基づき対応したが、対応が不十分であった場合
 - ② 医師が痛みに基づいていない場合
- に分けることができる



医師が患者の痛みに基づいていないケースが一定程度存在している

※自由記述には、選択回答と同様の内容も含まれていた。
具体的には、以下のような回答があった。

- 医療従事者の疼痛管理の問題
- 認知機能等による痛みの評価の問題
- 併存症や医療処置など、がん以外の原因による疼痛
- 医療へのアクセスの問題

症状に対する患者の訴えと医療従事者による評価の乖離

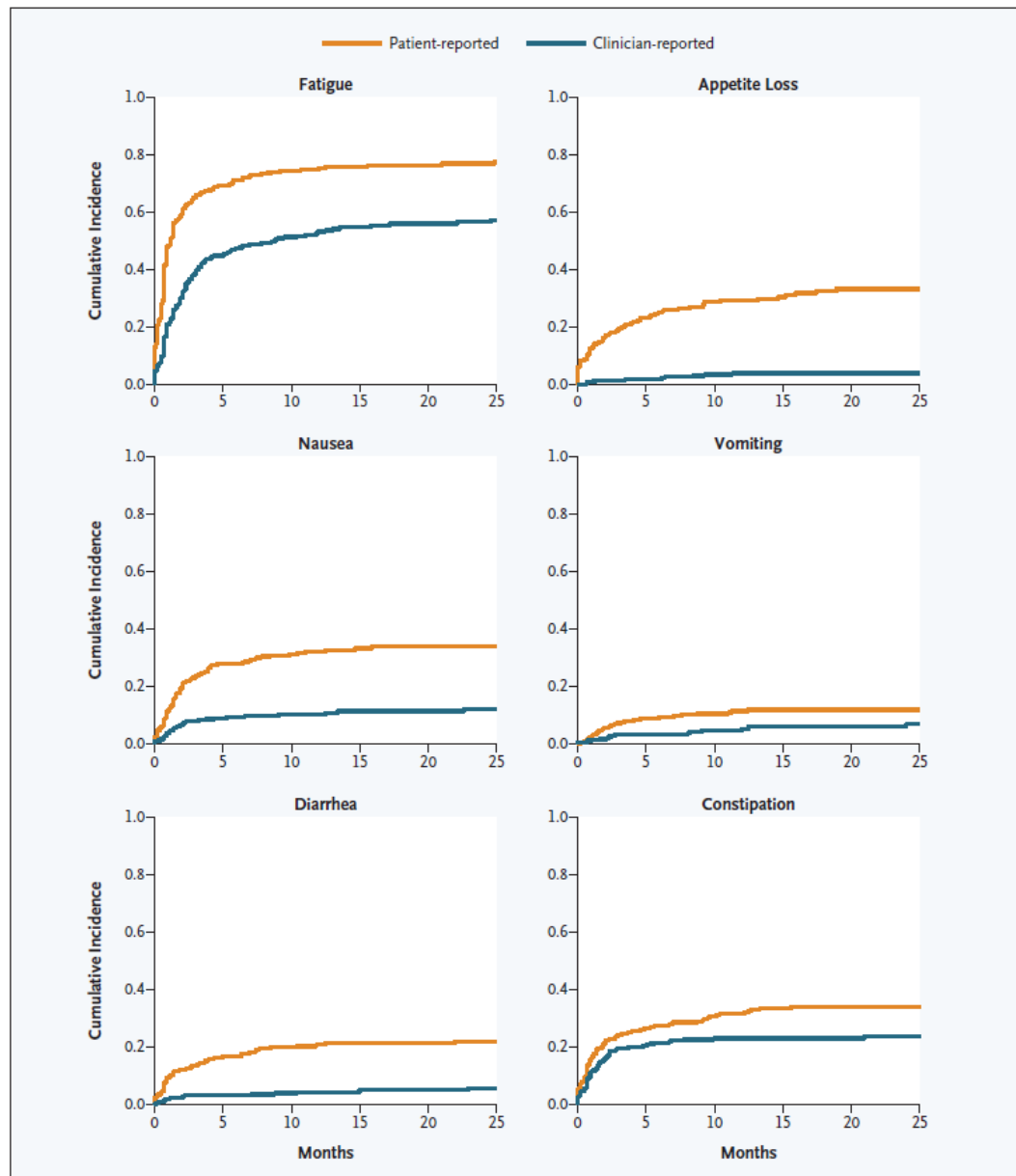
467人のがん患者について、

- 患者自身による症状の訴えと、
- 担当医や担当看護師による症状の評価を比較した研究。

患者自身による評価と比較して、医療従事者による評価は過小評価となることが報告された。



医療従事者が十分に実施していると思っけていても、患者調査では不十分と評価される可能性がある。



患者の苦痛を医療従事者が十分に把握できていないのではないか

- 患者の苦痛の把握
- 特に、主治医や担当看護師が担うべき痛みや苦痛への対応

<検討の視点>

- 患者の苦痛の把握について検討する際には、スクリーニングの手法に関する議論になりがちであるが、主治医や担当看護師を含む医療従事者は、患者の苦痛の把握を行うことを徹底し、そのフィードバックを行いながら改善していくことの方が重要ではないか。
- 患者の苦痛について、医療従事者が、患者自身の評価よりも過小な評価をしがちな点や、医療従事者に対して患者自らは苦痛を表出しにくい点があることに留意する必要があるのではないか。
- 医療機関毎に、苦痛の把握がどのようになされ、患者側がそれをどのように評価しているのかは明らかでない。



<対応方針（案）>

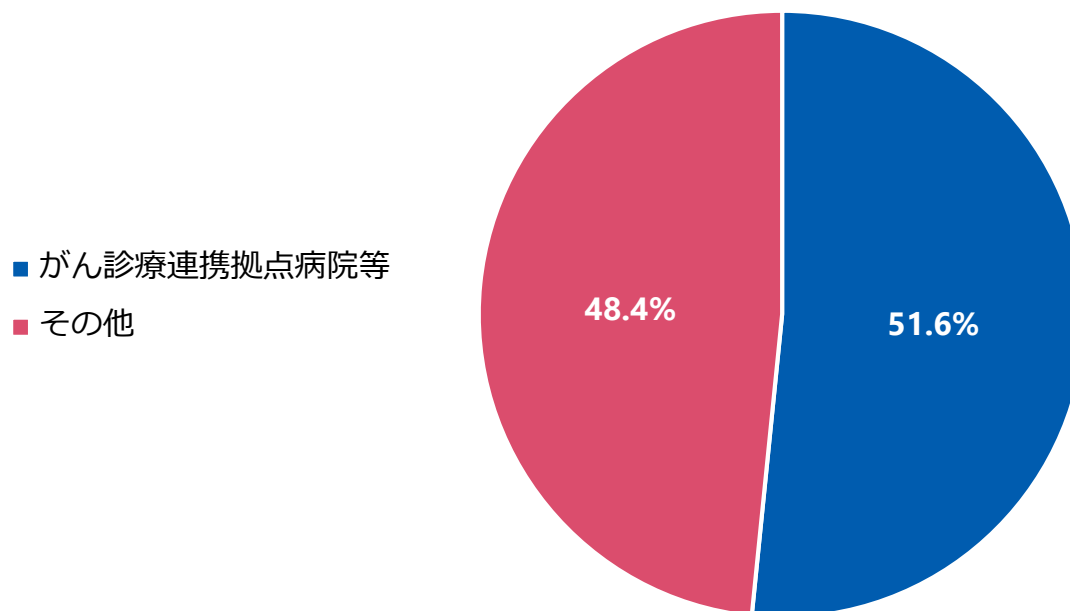
- 例えば、PFM (Patient Flow Management) に苦痛の把握のための項目を組み込む、またPRO (Patient Reported Outcome)の利用、がん患者指導管理の積極的な活用など、全ての患者に対して組織的に苦痛の把握と対応がなされるよう、各病院で仕組みを検討するよう求めてはどうか。
- 医療従事者による評価が、過小評価となりがちであることを踏まえ、各病院には、苦痛が十分に把握されているかについて、患者からフィードバックしてもらい、それを踏まえて対応を改善していくよう求めてはどうか。
- 苦痛の把握や患者からのフィードバックが、どのようになされているか等の実態について把握しつつ、適切にフィードバックを受けられる方法について研究を行ってはどうか。

2-1.拠点病院以外の病院（都道府県指定のがん診療病院等）の取組の実態について

がんの初回治療が行われる医療機関

院内がん登録におけるがんの登録割合（対全国がん登録, 初回治療開始例）

医療機関の分類

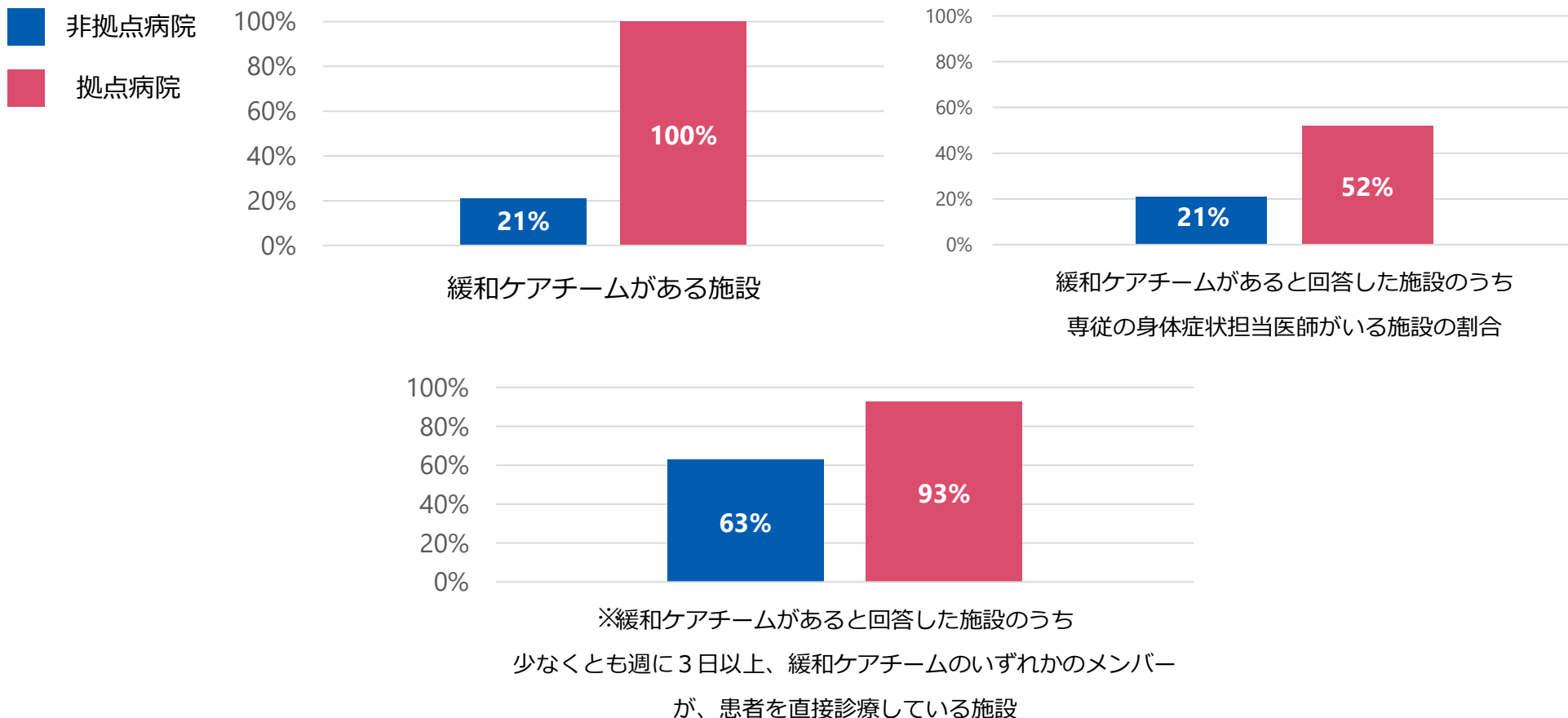


約半数のがん患者が拠点病院以外で初回治療を開始している。

拠点病院と非拠点病院における緩和ケアの提供における差

「全国の医療機関における緩和ケアの実施状況と医療従事者（医師・看護師）調査に基づくがん緩和ケアの推進に関する研究」（2017年-2019年度，厚生労働科学研究）

- 拠点病院434施設と、非拠点病院6911施設を対象に、がん診療や緩和ケア提供体制等に関する調査票を送付。
- 回答率は拠点病院 76%、非拠点病院 24%。（※の項目のみ回答率は拠点病院 83%、非拠点病院 21%）



拠点病院以外の病院について

①都道府県が独自に指定しているがん診療病院

- 指定の要件は、

- 厚生労働省が指定している地域がん診療連携拠点病院の要件と同じもの
- 厚生労働省が指定している要件を引用しつつ一部を緩和しているもの
- 独自に要件を定めているもの

など、都道府県によって様々である。

- また、その質の担保については、当該都道府県が現況報告書などの提出を求めているケースもあるものの、厚生労働省としては報告を求めている。

②厚生労働省が指定している拠点病院等や都道府県が指定している病院以外

がん診療連携拠点病院以外の現状について

<検討の視点>

- がん診療連携拠点病院等は現況報告書により一定の実態の把握がなされているが、それ以外のがん診療を実施している医療機関の中には、緩和ケアの提供が十分になされていない施設も存在することが示唆されるが、その実態の更なる把握が必要。



<対応方針（案）>

- 今後、拠点病院以外において緩和ケアを推進するための検討を行うために、拠点病院以外における緩和ケアの提供体制等について、実態把握を行ってはどうか。

2-2.拠点病院の取組の実態を把握するための 実地調査について

第3期がん対策推進基本計画（実地調査にかかると事項）

- 3 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築
（1）がんと診断された時からの緩和ケアの推進

（現状・課題）

患者とその家族に提供された緩和ケアの質については、施設間で格差がある等の指摘がある。
（中略）「身体的苦痛や精神心理的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者が3～4割ほどいる」との指摘があり、がん診療の中で、患者とその家族が抱える様々な苦痛に対して、迅速かつ適切なケアが十分に提供されていない状況にある。

（取り組むべき施策）

- 実地調査や遺族調査等を定期的かつ継続的に実施し、評価結果に基づき、緩和ケアの質の向上策の立案に努める

がん診療連携拠点病院等の指定要件

6. PDCAサイクルの確保

（1）自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有したうえで、組織的な改善策を講じること。なお、その際には、Quality Indicatorの利用や、第三者による評価、拠点病院間の実地調査等を用いる等、工夫をすること。

（2）これらの実施状況につき都道府県拠点病院を中心に都道府県内のがん診療連携拠点病院、特定領域病院、地域がん診療病院において、情報共有と相互評価を行うとともに、地域に対してわかりやすく広報すること。

拠点病院等の実地調査に関するこれまでの取り組み

2006年	がん対策基本法成立
2007年	がん対策推進基本計画（第1期）策定「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」
2008年	がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修等事業【基本的緩和ケア研修、普及啓発】
2012年	がん対策推進基本計画（第2期）策定「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」 緩和ケア推進検討会の設置
2013年	<u>具体的な施策の医療現場での反映、及び課題抽出のために厚生労働省が、 拠点病院6カ所の実地調査を実施</u>
2014年	拠点病院の緩和ケア提供体制における実地調査に関するワーキンググループ報告書
2014年- 2015年	<u>拠点病院9カ所の実地調査を実施</u>
2015年	がん対策加速化プラン
2016年	緩和ケア推進検討会報告書
2018年	がん対策推進基本計画（第3期）策定
2019年	パイロット調査を実施

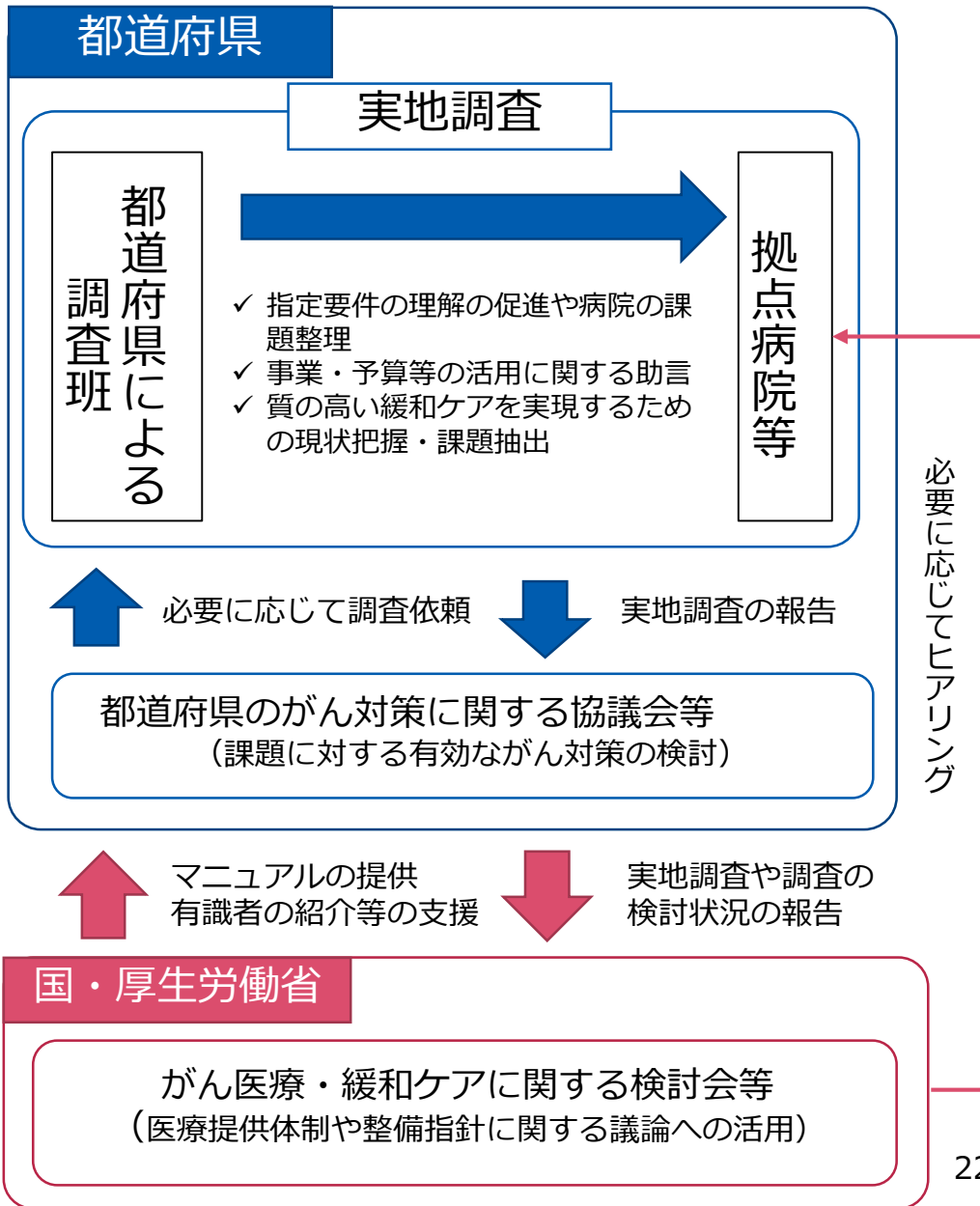
国・都道府県の実地調査、ピアレビュー、第三者評価について

	国・都道府県の実地調査	ピアレビュー	第三者評価
利点	<ul style="list-style-type: none"> 整備指針への準拠等について、一定の判断・相談ができる 都道府県や医療圏全体の状況を鑑みた課題解決につなげることができる 調査から抽出された課題を国・都道府県のがん対策に活用できる 	<ul style="list-style-type: none"> 拠点病院同士で問題点を共有し、改善に繋げることができる 評価者は他の拠点病院の医療者であり、拠点病院の状況に関する理解がある ニーズに基づく評価を確保しやすい 	<ul style="list-style-type: none"> 評価者の独立性が高い 評価の方法や評価基準が一定であり、公開されている
課題	<ul style="list-style-type: none"> 調査の頻度が、都道府県毎に異なる 拠点病院以外の実施が困難である可能性がある 	<ul style="list-style-type: none"> 評価方法が全て統一されているわけではない コストは地域の状況によって異なる 	<ul style="list-style-type: none"> 評価者の拠点病院に関する精通度が低い可能性がある 評価の頻度が数年に一度である 審査料がかかる（数百万円程度）

都道府県による実地調査（パイロット調査）（概要）

- 目的
 - ・ 拠点病院等における指定要件に関する理解の促進や病院の課題整理
 - ・ 調査から得られた課題とその解決策について、都道府県のがん対策・国のがん対策に活用
- 方法
 - ・ 緩和ケアに関する有識者を含む都道府県による調査班により施設を訪問し、厚生労働省作成の実地調査マニュアルを参考に、概ね半日程度で以下の調査を実施。結果は、がん対策に関する協議会や厚生労働省に報告。
 1. 指定要件に関する具体的な整備状況の確認
 2. 病院幹部・緩和ケア等に関わる医療従事者からのヒアリング
 3. 課題抽出後の問題解決に向けた指導や相談
- 調査対象病院

拠点病院等の中で、診療実績が少ない、経過措置が含まれる病院等を優先的に調査
- 2019年度にパイロット調査を実施。結果を踏まえ、課題の整理を行った。



第1回がんと共生のあり方に関する検討会（平成31年3月13日）
資料3・一部改変

A県でのパイロット調査の準備～調査までの経緯

時期	実行事	内容	
2019年	3月	第1回がんとの共生のあり方に関する検討会で議論	<ul style="list-style-type: none"> 2019年度にパイロット調査の実施 2020年度以降の全国実施に向けた検討を行う方針
	6-7月	都道府県にパイロット調査を依頼	A県とB県が承諾 (県への協力依頼通知発出、予算確保など)
	7月3日	実地調査マニュアル(案)を用いた打ち合わせ(厚労省とA県担当者)	<ul style="list-style-type: none"> 調査の意義や準備について 対象病院や県内有識者の候補について 県外有識者は厚労省が紹介 第1回は加藤雅志先生(国立がんセンター)に依頼 第2回はB県の有識者に依頼
	7月下旬	対象病院がX病院、Y病院に決定 → 対象病院と打ち合わせ(A県担当者)	<ul style="list-style-type: none"> 目的や調査内容
	8-11月	日程調整、事前準備 → 確認作業など(A県担当者、対象病院、有識者)	<ul style="list-style-type: none"> A県職員が主体となり、適宜厚労省・有識者と相談 対象病院により事前資料作成
	11月15日	第1回パイロット調査(X病院)	<ul style="list-style-type: none"> 第1回調査の経験を踏まえ、第2回の調査方法の一部見直しをして第2回調査を実施 調査後に対象病院の評価結果を作成
	11月21日	第2回パイロット調査(Y病院)	
		12月	有識者より評価結果、アンケートの回収
2020年	1月	評価結果のまとめを厚労省へ報告し、対象施設へもフィードバック	

A県でのパイロット調査についての事後アンケート結果

回答者	アンケート結果の中で今後の方針に係る主なご意見（抜粋）	
	見直しが必要な点	活用できる点
都道府県担当者	<ul style="list-style-type: none"> ・ マニュアル等の書面だけでは、全体像をイメージするのが難しく、有識者向け、行政担当者向けそれぞれに研修会や説明会を開催してほしい。 ・ ヒアリングを行政が行うのは難しいため、有識者との役割分担が必要であった。 ・ カンファレンスの時間に日程調整するのは難しかった。 ・ 指定要件が不十分だった場合の対応についての説明が必要である。 ・ 県外有識者を探すのは、打ち合わせ等負担になる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 初回の調査は準備等大変だったが、2回目は、少し慣れて調査を進行することができた。 ・ 当日の調査前にも有識者と行政側で打ち合わせを行い、調査は円滑にできた。 ・ 現場での取り組み状況を実際に見ることで、行政側でも把握でき、理解が深まった。
有識者 ・ 医師 （緩和ケア医） ・ 看護師 （ジェネラルマ ネージャー） ・ 薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>チェックリスト等のマニュアルは、より効率的かつ効果的に調査ができるよう改善する必要がある。</u> ・ <u>ピアレビューとの棲み分けが必要である。</u> ・ 限られた時間での進行の工夫が必要である。 ・ ヒアリングについては、同職種の有識者でないところも多いと思われた。 ・ 総括は、行政が行ったほうが有識者と対象病院との関係性が保たれると感じた。 ・ <u>対象施設をどう選択するか検討が必要。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 調査当日までの準備の段階で、既に病院の問題点を把握されているのが分かった。 ・ 行政が行う実地調査は監査的な印象が強く、受け手側の準備時間や心理的負担が大きいようだが、その反面ピアレビューよりしっかりと準備することで、自施設の課題を見直す機会につながるように感じた。 ・ 実際に施設内の状況を確認できることはよかった。 ・ ヒアリングでは、個別にアドバイスができたのが良かった。 ・ 調査をしながら、自施設の課題や改善方法を考える機会となった。
対象病院 スタッフ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日程調整/変更、事前準備資料の作成、当日のスケジュール調整等が負担となった。 ・ 当日は緩和ケアチームの診療ができず時間外に対応した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 調査を受ける準備の中で課題を改めてチームで共有し全体的に緩和ケアの質が向上したと思う。 ・ 病院長を含む幹部に院内の緩和ケアチームの活動をを知ってもらう良い機会になった。

※ その他、実地調査について、準備から当日の流れ、評価結果のフィードバック等について、マニュアル等の見直しのための様々なご意見を頂くことができた。

B県でのパイロット調査についての事後アンケート結果

回答者	アンケート結果の中で今後の方針に係る主なご意見（抜粋）	
	見直しが必要な点	活用できる点
都道府県担当者	<ul style="list-style-type: none"> ・事前準備資料の量が多く、病院側の負担が大きい。 ・事前・事後のすりあわせや資料確認に必要な時間を考慮すると相当の時間が必要。 ・単に実地調査のみでは、十分な質の向上は見込めないのではないか。<u>何をどのように進めていけば質が向上するのかということについて、その確認方法等と合わせて示さなければ、取り組む地域の拡大は困難だと感じた。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・レビュアーは担当分野においては「専門家」であるが、他病院の取組等を「評価」することは専門外である。評価の客観性等を踏まえると、<u>レビュアーに対するサーベイヤー研修等の全体的な仕組みの検討が必要ではないか。</u>
有識者 ・医師 （緩和ケア医） ・看護師 （ジェネラルマネージャー） ・薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>チェックリストの簡略化や評価に何らかの基準が必要。</u> ・施設訪問に一般病棟は必須であると考える。緩和病棟の訪問は要件にないため不要であると思われる。 ・行政がもっと関わり、行政の立場からも評価や総括コメントなどを行うべきと思われた。 ・膨大な実地調査資料を今後全ての病院に求めることの難しさも痛感した。より簡略化し十分な確認ができるだけの資料提供を求めることも、調査される側の負担軽減に配慮したものとなると感じた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・あらかじめチェックリストの準備があり、要点を見る上で助かった。 ・事前準備としては、提供された資料をもとに、調査施設の状況を把握に努めた。また、事前に把握できなかった点について、当日の確認事項として、予めまとめた上で調査当日に臨んだ。
対象病院 スタッフ	<ul style="list-style-type: none"> ・日中の外来は混雑しており、訪問は業務の支障や患者さんへの迷惑になる可能性がある。 ・実施調査とピアレビューとの違いを明確にして欲しい。 ・<u>受入施設の負荷が大きいので、調査実施に当たっては慎重に進めて頂きたい。</u>（①事前送付の書面確認等で済むものを増やし、実地調査は極力コンパクトに実施する、②本調査は5年に1度など） 	<ul style="list-style-type: none"> ・調査の目的が説明され納得できた。 ・自施設の緩和ケア提供体制の振り返りになり、課題も明確になりよかった。 ・外部の調査を受けることが、質向上につながることを理解していたので、苦痛には感じなかった。

都道府県による実地調査における主な課題

第4回がんとの共生のあり方に関する検討会において、以下の課題が挙げられた。

1. 実地調査の目的について

病院同士のピアレビューとの違いを理解し、棲み分けて行う必要があるのではないか。

〈ピアレビュー〉

- 現場がより良い医療を提供するために、どのような工夫ができるか話し合い、診療の質を高めていくこと。

〈実地調査〉

- 拠点病院等の指定要件を充足しているかを確認し、問題がある場合、改善策を話し合うことではないか。

2. 実地調査の方法について

〈評価の方法〉

- ドナベディアンモデルの3要素（ストラクチャー、プロセス、アウトカム）に項目を分ける等、チェックリストを見直してはどうか。
- 病院と都道府県の負担が大きく、実施方法について検討が必要である。
- 専門的緩和ケアのコンサルテーション等、アウトカムは本調査と別で評価してはどうか。（例：関係団体）
- P D C Aを基本としており、繰り返しがあってこそ改善されるのではないか。（例：次年度に報告を求める）

〈訪問メンバー〉

- 評価者の均質化が必要ではないか。（例：学会等が推薦した人でグループをつくり、回数を重ねる）
- 適切な評価ができるよう、評価者には全体を比較できる人がいたほうがよいのではないか。

〈対象施設〉

- まずは都道府県がん診療連携拠点病院を対象とし、徐々に広げていくほうが混乱が少なくないのではないか。
- 指定要件上、ボーダーライン、それ以下を中心に対象としつつ、適宜制度自体を見直すことも大切。
- 対象病院については、都道府県が決定することとしてはどうか。

がん診療連携拠点病院等の現状について

<検討の視点>

- 第3期がん対策推進基本計画（平成30年3月閣議決定）において、緩和ケアについて、実地調査等を定期的かつ継続的に実施することを通じて、緩和ケアの質の向上に努めていくこととしている。
- 「第4回がんとの共生のあり方に関する検討会」でも、病院と都道府県の負担が大きく、実地調査の方法について検討が必要という意見があった。
- この他、すでに一定程度実施されているピアレビューとの棲み分け、チェックリストの見直し、評価者の選定方法などの様々な課題が示されている。



<対応方針（案）>

- より実効性のある実地調査の方法について、病院や都道府県の負担も考慮して検討してはどうか。併せて、感染症流行時等においても実施できる方法を検討してはどうか。
- ピアレビューとの棲み分け、チェックリストの見直し、評価者の選定方法等の様々な課題について研究を実施し、それを踏まえて改めて部会で検討してはどうか。