

PhRMA
RESEARCH • PROGRESS • HOPE



第5回 日本医師会・米国研究製薬工業協会 共催シンポジウム

The 5th Japan Medical Association (JMA) - PhRMA Joint Symposium

「超高齢社会における 緩和ケアのあり方」

“How Should We Address Palliative Care in
Our Super-aging Society?”

記録集 Report

Nov 9th, 2017

14:00~16:30

ザ・ペニンシュラ東京 グランドボールルーム

The Peninsula Tokyo, The Grand Ballroom

ご挨拶

公益社団法人日本医師会 会長 世界医師会 会長	横倉 義武	2
米国研究製薬工業協会(PhRMA) 在日執行委員会 委員長	パトリック・ジョンソン	3

シンポジウム

講演1	日本のがん緩和ケアへの取り組み	4
	国立がん研究センター先端医療開発センター 精神腫瘍学開発分野長 小川 朝生 氏	
講演2	がんと診断された時からの緩和ケア ～がんを標的とした治療と支持・緩和医療の統合を目指して～	6
	福岡大学医学部総合医学研究センター 教授 田村 和夫 氏	
講演3	エンドオブライフ・ケアに至る包括的治療における緩和ケアとACP ～高齢者ケアにおける意思決定支援の観点から～	8
	岩手保健医療大学 学長 清水 哲郎 氏	
講演4	米国における緩和ケアの現状	10
	米国がん協会がん行動ネットワーク アライアンス構築 慈善事業担当部門 上級バイスプレジデント パム・トラクセル 氏	
	パネルディスカッション	12





横倉 義武

公益社団法人日本医師会 会長
世界医師会 会長

日本医師会 (JMA)-米国研究製薬工業協会 (PhRMA) 共催シンポジウムも第5回目を迎えました。関係者の皆様に感謝を申し上げます。

また、私は去る10月13日の世界医師会シカゴ総会におきまして、第68代世界医師会長に就任いたしました。今後、様々な国、地域の医療課題に真摯に向き合い、その解決に向けた取り組みを加速していきたいと考えておりますので、より一層のご支援をよろしくお願い申し上げます。

我が国においては超高齢社会の到来に伴う人口構成が大きく変化し、医療の在り様もまた変革を迫られています。団塊世代が後期高齢者となる2025年、65歳以上の人口がピークを迎えると推定される2040年を見据えた地域包括ケアシステムの構築は、持続可能な社会保障制度を将来にわたり堅持していく上でも、極めて重要な意味を持つものです。

本日のテーマである緩和ケアは従来、終末期におけるケアという認識がなされてきましたが、現在では疾患の全期間を通じてより早期からなされることが望ましいとされています。その対象はがん領域に留まらず、非がん疾患、あるいは衰弱が緩慢に進む高齢者などにも及ぶものとされ、それぞれの疾患の状態を考慮したうえで痛みや身体的問題、心理的・社会的な問題、あるいは、スピリチュアルな問題も含めたケアの重要性が強調されているところです。

高齢化の進展は死亡者数の増加をもたらし、2030年代には年間160万人を上回るという推計もあります。来る多死社会において、人生の最期に向かっていく時間をいかに人間らしく尊厳を守りながら過ごしていけるのか。このことは、すべての医療者が真摯に向き合うべき重要な問題であると考えます。同時に患者さんが、ご家族や医療関係者等との対話を継続的に重ねることを通じて、患者さんの意思を尊重しながら、その意思決定を支援していくことも非常に重要な課題です。

本日「超高齢社会における緩和ケアのあり方」をテーマに、多様な視点から意見交換が行われることは、誠に有意義であり、その成果に大いに期待を寄せているところです。

超高齢社会を迎えた我が国において、日本医師会は、『日本医師会綱領』が掲げる理念すなわち、人の尊厳が生涯にわたって大切にされる社会の実現を目指していただくことがこれまで以上に重要になると考えております。今後、様々な角度からより一層の取り組みを進めていきたいと考えておりますので、さらなるご理解とご協力をお願いいたします。



パトリック・ジョンソン

米国研究製薬工業協会(PhRMA)
在日執行委員会 委員長

ご参加いただきました皆様、米国研究製薬工業協会 (PhRMA) の在日執行委員会委員長を務めておりますパトリック・ジョンソンです。

本日は、緩和ケアという重要な課題について議論するためにご来場いただき、誠にありがとうございました。緩和ケアは、病と闘う上で非常に重要な要素のひとつです。また、ヒトとしての尊厳を尊重するうえでも重要です。

現代医学の革新性に焦点を当てる際、そのような単純な真実が見落とされることがあります。ヒトゲノムの神秘やオーダーメイド医療の可能性に魅了され、患者が一人の人間であり傷つきやすい存在であることを忘れてしまうことがあります。

病に苦しむ人に目を向けたとき、われわれもいつか死すべき存在であることを忘れないでいることが難しくなることがあります。客観的であることは重要ですが、そのために、無関心につながる感情の壁を作ってしまうことがあるかもしれません。こうした壁を取り払い、病に苦しむ人に共感を示すことを難しく感じることもあるかもしれません。しかし、共感こそが、誰にとっても良い結果をもたらすように思います。

私たちは皆人間だということを忘れずにケアすることが、患者さんにとっても家族にとっても、そして医療従事者にとっても欠かせません。それは終末期医療においてさえ変わらないことです。これは重要な教訓と言えるでしょう。

PhRMAは、日本医師会とこのような重要なテーマについて協力できたことに大変感謝しております。また、本日の講演で知識と経験を分かち合ってくださいました。御礼申し上げます。考えるべきたくさんの課題を提供していただきました。

私たちは、病に苦しむ方々により良いケアを行いたいという願いを共有しています。この重要な対話と皆様との協力関係を今後も継続させ、共に進んでまいりたいと思っております。本日はありがとうございました。

講演 1 日本のがん緩和ケアへの取り組み



小川 朝生

国立がん研究センター先端医療開発センター
精神腫瘍学開発分野長

第3期がん対策推進基本計画における緩和ケア

我が国のがん緩和ケアは、がん対策基本法に基づき策定された「がん対策推進基本計画」をベースに進められている。2017年10月からの第3期計画においては、第2期計画で重点課題の1つと位置づけられた「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」に向けて、緩和ケアの提供、教育・研修、普及啓発に関する具体的な方策が示された。また、緩和ケアの提供に関しては実地調査や遺族調査のモニタリングが新たに加わり、緩和ケアの質をより高める上で必要な患者・家族のアウトカムも考慮されるようになってきている。

現在、緩和ケアは全国約400カ所のがん診療連携拠点病院を中心に提供体制が組まれている。すべての患者・家族に対して担当医や看護師などの医療者が緩和ケアに関する情報提供を行うほか、相談支援センターの相談員が心理社会的なサポートを併せて提供する。また、複雑な問題に対しては多職種で構成される緩和ケアチームが介入し、意思決定支援や包括的アセスメントなどを行なっている。

厚生労働省は、がん診療に携わる医師を対象とした基本的緩和ケアの研修会を実施するよう指針を定めており、2007年からはPEACE(症状の評価とマネジメントを中心とした緩和ケアのための医師の継続教育プログラム)による研修会が開催されてきた。これまでに約10万人の医師が受講しており、がん診療連携拠点病院の医師の受講率は約85%に上る。

2017年4月にはがん診療連携拠点病院以外の医療機関やかかりつけ医を対象に、基本的緩和ケアに関する知識や技術の普及を図り、臨床現場で実践されることを目的とした「がん緩和ケアガイドブック」(日本医師会監修)が改訂された。症状緩和を中心としたこれまでの内容に加え、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)や療養場所ごとの緩和ケアの特徴、がん以外の疾患に対する緩和ケアについて網羅した内容となっている。

がん治療・療養場所は外来・地域へ

近年は内服抗がん剤や分子標的薬などが登場したことで、内服が可能な限り外来で治療が継続され、がん治療・療養場所は外来・地域へとシフトしつつある(図1)。

そのため、がん治療と並行して外来や地域でどのように在宅緩和ケアを提供すべきかが、今後の重要な課題となっている。

また、入院中は院内の相談支援センターや緩和ケアチームによる短期的な支援が行われるが、外来や地域における緩和ケアでは、年単位での生活や社会的問題を含めてがん患者を支えていくために、地域とより密接に連携しながらの中長期的な支援が求められる(図2)。

なお、これまで行政を中心に行われていた地域包括ケアでは、医療機関との連携が不十分であったことが指摘されており、地域連携による在宅緩和ケアの実践が医療・介護の提供体制としての先駆的なモデルになることが期待される。

海外の緩和ケアチームは、地域連携のコーディネーターとしての役割ニーズから看護師を中心に設置された経緯がある。それに対し、日本の緩和ケアチームは院内のがん患者における症状緩和を主な目的としており、緩和担当医師を中心とする多職種で専門的緩和ケアを提供してきた。しかし、がん治療・療養場所が外来・地域へ移行していることを受け、最近ではがん診療連携拠点病院の緩和ケアチームが地域の医療機関やかかりつけ医と積極的に連携を図る新たな試みもなされている。

緩和ケア病棟は1980年代から日本に導入され、その数は徐々に増えているが、看取りが中心であり、地域連携や在宅支援には十分に繋がっていない現状がある。また緩和ケア病棟では、高齢がん患者の認知機能障害など併存する問題に対しては十分に対応できないといった課題も指摘されている。こうした状況を踏まえ、緩和ケア病棟のあり方を見直す動きがある。

診断時からの緩和ケアを提供するための体制整備の1つとして、苦痛のスクリーニングが推進されている。疼痛、抑うつ、社会的問題など、患者にとって重要でありながらも日常診療の場では取り上げられにくい問題を医療者が確認し、患者と話しあう機会を持つことは臨床上有益であると考えられる。しかし、制度として苦痛のスクリーニングを導入する上では、ガイドラインの整備やシステムの構築などの課題がある。一方で心理社会的支援として、ピア・サポートの推進に向けた取り組みが始められている。今後、ピア・サポートの普及が進めば、地域や社会を意識した場の支援という気運が高まると思われる。

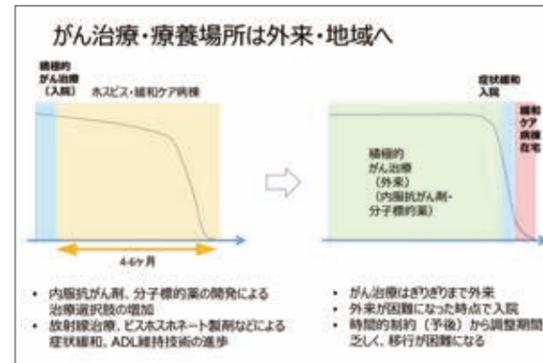


図1 がん治療・療養場所は外来・地域へ

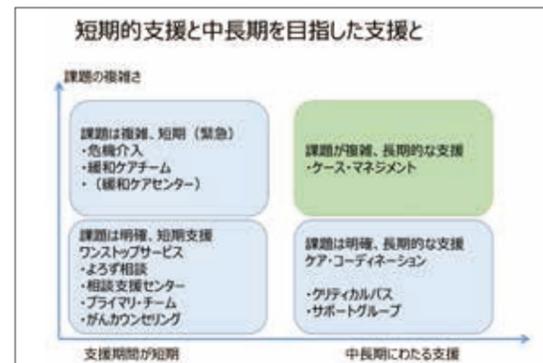


図2 短期的支援と中長期を目指した支援と

超高齢社会におけるがん医療と意思決定支援

超高齢社会を迎えた現在、増加する「要医療だが比較的自由立している高齢者」に対して、意思決定支援などを含めた医療や支援の体制整備が喫緊の課題となっている。

これまで高齢化とがんの問題は分けて考えられていたが、がんの罹患は年齢と強く関連しており、年齢階級別のがん罹患数では65歳以上が7割以上を占めている。また、がん治療の進歩にともなって生命予後が延長し、がんは今や慢性疾患の様相を呈している。こうしたことから、第3期基本計画では認知症などを合併した患者や看取り期における

高齢がん患者の意思決定を支援するための方策を検討すべきであることが明記されている。

がん領域で頻用されるNCCNのガイドラインでは、高齢者のがん治療の意思決定支援のプロセスとして、腫瘍による予後や苦痛への影響を評価した上で、意思決定能力を評価すること、そして患者の目標や価値観に関する評価・確認を行うことで、本人が可能な限り意思決定できるよう支援することが示されている(図3)。リスクとベネフィットが拮抗するがん治療においては、患者の価値観を考慮し十分に話し合う必要があるが、臨床現場でどのようにして意思決定支援を実践するのが今後の課題であると考えられる。

認知症を合併した患者に対するがん診療では、受診の遅れ、適切な意思決定がなされないリスク、治療適応の判定など既にいくつかの問題点が指摘されている(図4)。意思決定はこれまで日本においてあまり意識されてこなかったが、地域でのQOLの高い生活を支える上では意思決定のあり方について十分な検討が必要である。がんはそのモデルとなる疾患であり、今後、がん緩和ケアへの取り組みが進められるなかで、意思決定支援のための体制構築や周知啓発が期待される。

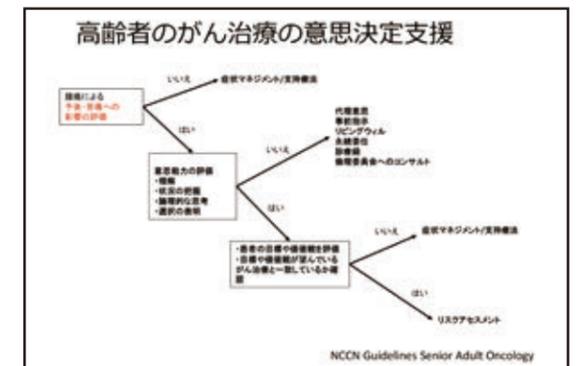


図3 高齢者のがん治療の意思決定支援

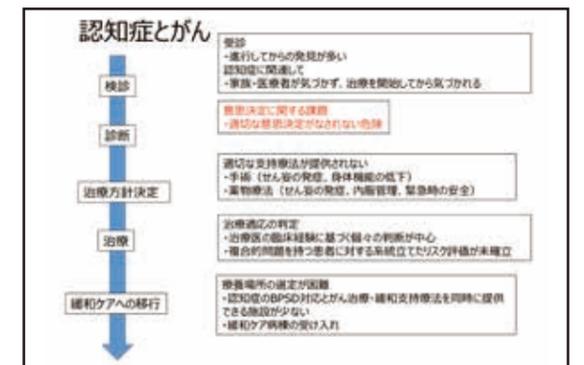


図4 認知症とがん

がんと診断された時からの緩和ケア ～がんを標的とした治療と支持・緩和医療の統合を目指して～



田村 和夫

福岡大学医学部総合医学研究センター
教授

がん治療と支持・緩和ケアの 統合に向けた課題

がん患者の診療では患者側の因子、腫瘍側の因子、治療側の因子の3要素を常に考慮することが、治療ゴールを達成する上で非常に重要であり、がん治療と支持・緩和医療の連携・統合が、がん医療の理想的なあり方として求められている。具体的には、がんと診断された時からがん治療科と支持・緩和医療科による評価を同時進行させ、問題がなければ入院または外来通院でがん治療を開始する。がん治療にともなう副作用や精神・心理的な問題に対しては支持・緩和治療を行い、治療の完遂後は地域の医療機関と連携しながら通院または在宅で治療を継続する流れである。

しかし、がん治療はevidence-basedであるのに対し、支持・緩和医療はexperience-basedの傾向が強いことから、両者の統合には支持・緩和医療がよりevidence-basedの方向で進展していく必要があると考えられる。また、その他の課題としては、がん治療と支持・緩和医療との連携・統合の対象となる患者、開始時期、担い手(チームvs看護師)、提供するレベル(1次vs 2次vs 3次)、適切な提供場所(入院vs 外来診療vs 在宅医療)がある。

従来のがん診療では腫瘍医が支持・緩和医療を行ってきたが、現在はがん治療が困難になった時に腫瘍医から緩和医に移行する「逐次ケア」が主に行われている(図1)。ただ、最近では医療機関によっては、治療に限界が見え始めた早い段階から緩和医療医と一緒に診療し、シームレスな連携を図っているものと考えられる。

福岡医療圏のがん診療においても、こういった診療形態をとっている施設が増えてきた。たとえば、がん専門病院で2次治療まで実施し、その後は転院先の大学病院や総合病院の腫瘍・血液内科で数ヵ月から数年にわたり抗がん治療を行うが、3～4次治療の開始時あるいは治療効果に限界が見えてきた時点から緩和医と連携していく流れである。ただし、地域医療のリソースによっては、腫瘍医と基本的な緩和ケアのトレーニングを受けた医師による2人主治医制をとる場合もある。

また、逐次ケア以外では腫瘍科と緩和医療科ががんと診断された時から併診する、あるいは統合した診療科内で早期から同時に診療するモデルも存在する(図1)。日本ではあまりみられないモデルだが、がん治療と支持・緩和医療の連携・統合の新たな診療形態として、今後普及していくことが期待される。

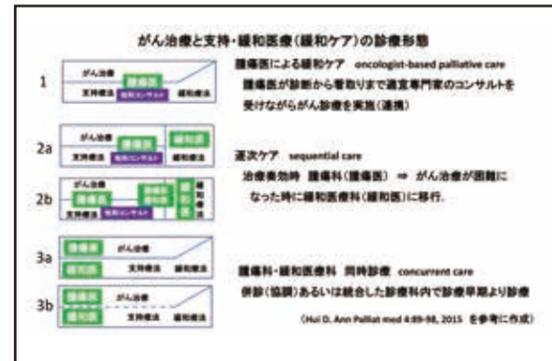


図1 がん治療と支持・緩和医療(緩和ケア)の診療形態

生存期間の延長につながる 早期からの緩和ケア

がんと診断された早期からの緩和ケアの介入効果としては、2010年のNew England Journal of Medicine誌に発表された米国・ボストンのグループによる研究成果がよく知られている。これは転移性非小細胞肺がんの患者を対象とした試験で、結果として診断から8週以内に緩和ケアが介入し、化学療法開始後も1か月ごとにケアすることにより、QOLおよびうつ症状の改善が示された。さらに、注目すべきは診断早期からの緩和ケアの介入で数ヵ月にわたる生存時間の延長が認められた点であり、これは新規の抗がん薬の効果に匹敵する。

その他、進行・再発がんの患者を対象とした検証試験がこれまでに複数実施されており、治療が困難な症例において早期からの緩和ケアの介入によるQOLの改善や生存期間の延長が認められている。一方で、早期がんの患者を対象とした

検証試験は限られており、今後の研究報告が待たれる。

様々な試験における検討から、緩和医とトレーニングを受けた看護師からなるチームにより定期的に外来でface-to-faceのケアを提供することが後者だけによる介入よりも望ましいことが示唆されている。また、日本で実施された研究では、在宅医療と連携して緩和ケアチームが週1回モニタリングをした場合、ホスピスケアに比べて生存期間が少なくとも短縮することはない、むしろ延長したという結果が出ている。このことから、支持・緩和医療は在宅医療の場で提供することも可能であろう。

高齢者がん患者における がん治療と支持・緩和ケアの連携

高齢者は種々の併存疾患を有し、それらの治療に多くの薬剤を服用している。また、加齢にともなう生理的な機能の低下や、意思決定能力に影響を及ぼす認知機能に制限があるなどの特徴がある。しかし、これらの特徴は個人差が大きいため、高齢者総合的機能評価(Comprehensive Geriatric Assessment; CGA)ツールを用いて、身体的側面、精神・心理的側面、社会・経済的側面における機能を包括的に評価することが重要である。

高齢がん患者の診療にあたって考慮すべき3要素は、非高齢患者の場合と同様であるが、高齢がん患者においては特に患者側の因子として余命、意欲、心身の状態、社会・経済的問題などを踏まえた上で、治療方針を決定する必要がある(図2)。また、がん治療と支持・緩和医療の連携が重要である(図3)。診断時からがん治療科と支持・緩和医療科の双方で評価し、意思決定能力に問題がない場合は治療を開始するが、問題がある場合には意思決定支援を行う。

さらに、高齢がん患者については、生活環境における治療・ケア基盤の存在が重要な問題となる。2014年の調査によると、独居高齢者または高齢夫婦のみの世帯が全世界の約26%を占めていることが報告されている。そのため、緊急時に対応できるように、かかりつけ医や看護ステーションとの密接な連携が求められる。加えて、介護サービスを提供し、日常生活を支えていく上では福祉行政との連携も欠かせない。

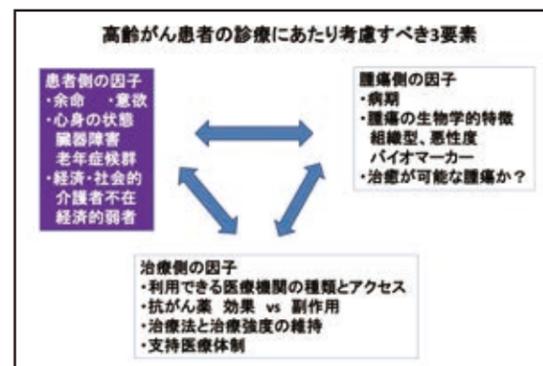


図2 高齢がん患者の診療にあたり考慮すべき3要素

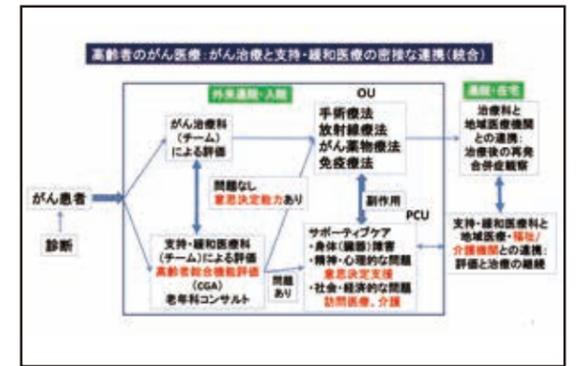


図3 高齢者のがん医療：がん治療と支持・緩和医療の密接な連携(統合)

我々が目指すべきは、がん医療と支持・緩和医療の密接な連携による統合医療である。その診療体制としては、現在多くの医療機関では逐次ケアが行われているが、治療を重ねた後半での腫瘍医と緩和医の併診が今後の主流になると考えられ、最終的には併診・統合診療へと進展していくことが期待される。現在のところ、統合医療の対象は進行・再発がんであるが、今後、比較的早期のがんにおいても、がんと診断された初期の段階からの開始が検討されるようになるであろう。また、提供の場としては入院ではなく在宅診療が望ましいと考えられる。そして、支持・緩和医療の担い手としてがん診療に携わるすべての医療者が、少なくともプライマリケア段階での基本的な緩和ケアを実践できる知識と技術を習得する必要がある。さらに、腫瘍医と経験を積んだメディカル・スタッフによる緩和ケア、そして緩和医療専門医と緩和ケア認定看護師のチームによる専門的緩和ケアまで患者さんの必要度に応じて対応していく必要があるだろう。高齢者のがん医療は、がん医療チームと支持・緩和医療チームの連携の真価が最も問われる領域であり、今後のさらなる進歩が望まれる。

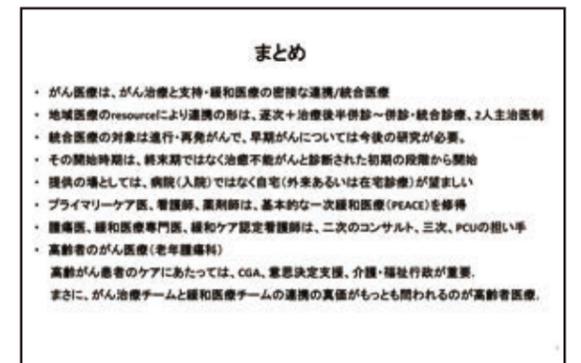


図4 まとめ



清水 哲郎

岩手保健医療大学
学長

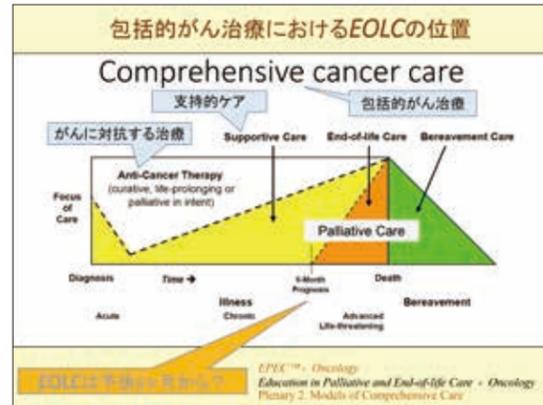


図1 包括的がん治療における EOLC の位置

エンドオブライフ・ケアとは

「エンドオブライフ・ケア」における人間の生死は「生の後に死が」と前後関係にあるものではなく、むしろliving-dyingのように同時進行している。これまで、終末期へのアプローチは医療モデルが主役であり、疾患の進行で医学的な処置を施しても近い将来が死を避けられなくなった時点でターミナルケア(終末期ケア)が提供されてきた。

一方、がん医療を中心に発展してきた緩和ケアは「診断時から緩和ケア」から死亡後(対象は遺族)や支持的ケアを含む包括的ながん治療の概念である。ターミナルケアに準じる「エンドオブライフ・ケア(EOLC)」, もその一環とみられる(図1)、ある程度予後予測がつきやすいがん疾患とは異なり、非がん疾患や老衰では「ここからEOLC」と明確に線引きすることが難しい。

米国国立衛生研究所(NIH)はEOLCに関し「心肺停止直前の短時間だけなされるのではない(中略)。日単位、週単位、ときには月単位でたくさんのケアが必要となる(意識)」と定義している。また、英国民健康サービス(NHS)は本人が必要を感じた時から、必要に応じて「年単位」でEOLCを考慮するよう指針をだしている。つまり、EOLCとは心肺停止を目前とした臨死期のケアという狭義に留まらず、人生の途上から終焉までその人らしく生きられるよう、どう支援していくかという定義へとシフトしているといえよう。

こうした世界的な流れのなかで、日本でも患者個人の意思決定に基づき、人生の途上から終焉までをどのようにサポートするのかを考慮しながら、人生90年時代の最期の10年を通じたEOLCを考える必要があるのではないと思う。

あらかじめの選択を巡る様々な方法

EOLCにおける事前の意思決定に関しては、米国から「advance directive: AD(事前指示)」、「physician orders for life-sustaining treatment: PLOST(医療者による蘇生処置指示書)」, そして「advance care planning: ACP(ケア計画事前検討プロセス)」という概念が導入された。

ADは将来の認知症など、自らの判断力を失った場合を想定して事前に医療行為に対する意向を指示することと定義される。本来、個人の自律性を尊重するために導入されたが、実際に「家族や医療者のために」(つまり、彼らが決め易いように)作成しておくことが勧められている。

ADは当初自分で決めることを重視し、特に支援はなかった。ACPは本人、家族、医療者、介護者、代理人等と一緒に考え、合意ベースで患者が「自らが最善と思う」ケアを選択できるよう支援するプロセスである。POLSTはEOLCの時期になった際、ACPに基づき医師のオーダーとして指示を出すシステムである。救急救命士が躊躇なく行動できる、主治医不在時の意思決定が容易である、などから米国ではPOLSTがADと並んでACPの成果物のような扱いになっている。

一方、英国版ACPはまず、話し合いのプロセスを通じて明らかになった「Advance Statement」を表明することに始まる。すなわち「どこで、どのようなケアをされたいか、何をやりたいか」という本人の希望を明らかにしたうえで、必要ならADおよびLPAとして「欲しない治療、意思表明できない場合の代理人の指名」をすることもできる。特に「Advance Statement」をメインに据えている点が

ユニークであり、カナダ、ニュージーランドでも英国式が採用されている。

日本では①直近の治療選択を巡る意思決定プロセスのあり方と、②EOLに関わるAD-ACPという概念が80年代以降、相次いで導入された。①はいわゆる説明—同意モデルであり、今でも現場では支配的である。しかし、患者—医療者間の信頼関係に基づき、話し合っ合意を形成しようというshared process of decision-making(日本では情報共有—合意モデルが該当)も登場している(図2)。

②についてもADを最終的な目標として自律的なACPを実施する方向がある一方、ACPを本来情報共有—合意モデルに親和的なものとして実践しようとする動きもある。

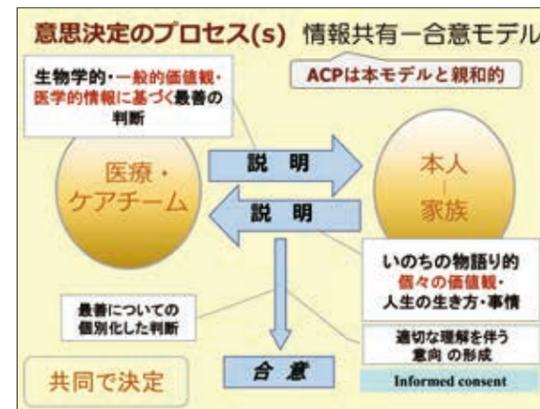


図2 意思決定のプロセス (情報共有—合意モデル)

非がん疾患の意思決定と臨床フレイル・スケール

がんの緩和ケアでは、病状の変化や節目を予測し、ある時点から先の変化に応じたケアプランを立てることが可能である。予後予測が難しい非がん疾患でも、ある程度先を見越したプランニングが必要と思われる。その一環として我々は高齢者ケアに関して「frailty(日本語ではフレイル)」をベースとしたケアプランニングを提案している。

フレイルは加齢によって心身機能および生理的予備能が低下し、医療行為を含むストレスにぜい弱になった状態を指す。2012年に国際フレイル・コンセンサス会議で公表された「臨床フレイル・スケール」は図3の9段階からなり、今後、医学的介入のリスク・ベネフィットを考える際の主要な規定因子として利用できると考える。

現在、同スケールの1~3の時期は「健康寿命」とされ、4のプレフレイルにならないように努めることで「健康寿命の延伸」を図る試みが行政・老年医学を通じて盛んである。しかし、生命にかかわる疾患に罹らず過ごしても、いつかは同スケールの4から5へ、またその先へとフレイルは進行していく。健康寿命が終わってから人生が終わるまで平均10年間と言われるが、人生90年を見渡す視点からみれば、

この5以降の10年間を「人生の最終段階」つまり、フレイルによるEOLCの時期と見ることができよう(図4)。

日本において臨床フレイル・スケールを用いてACPを行うケースはまだ少ない。また、フレイルの尺度がどこまで進んだなら、ある治療はもはや害あって益なしだといった医学的エビデンスを積み必要がある。また臨床フレイル・スケールは身体機能のみの評価であり、今後は認知機能の評価スケールとのリンクについて検討が必要だと考える。

これまでの意思決定支援は医療モデルに偏り短期的なものになりがちだった。しかし、今後は英国流のACPにならない、段階に応じた治療選択や今後のケアプラン、そしてACPも併せ含む=包括的ケアを意思決定プロセス・意思決定支援の柱とする必要があろう。時間的経過のなかで、将来への「心づもり」が直近の対応に関する「意思決定」へと自然に変化していくことが望ましい。

ACPを併せ含む包括的Care Planningは、本人の意思表示が困難な状況に至るまで継続的に本人の最善の利益を尊重する選択が可能である。包括的Care Planningによる本人・家族の意思決定支援は今後、がん、非がん疾患を問わず支持的ケア・緩和ケアの核になってしかるべきだと考える。



図3 臨床フレイル・スケール

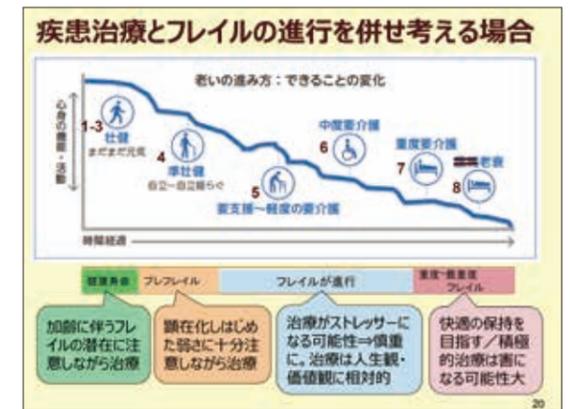


図4 疾患治療とフレイルの進行を併せ考える場合

講演4 米国における緩和ケアの現状



パム・トラクセル

米国がん協会がん行動ネットワーク アライアンス構築/
慈善事業担当部門 上級バイスプレジデント

米国の緩和ケアは普及途上

緩和ケアの定義は依然進化の過程にあるが、米国がん協会では緩和ケアを全年齢、全ステージを対象とすることが適切であると見なしている。

ジョージ・ブローさんは3度の卵巣がんを経験したサバイバーで、彼女が緩和ケアにアクセスするまでの経験を聞く機会があった。米国では典型的な状況だが、まず彼女は自分自身で医師との調整を図るための電話連絡を行う必要があったという(図1)。身体的な痛みと精神的な苦痛を抱えたなかでのことである。家族は卵巣がんに関する知識がなく、病状を目の当たりにしてもどうサポートしていいのか解らず、結局、初回と再発時の2回は緩和ケアを受ける機会がなかった。しかし3度目の治療時は緩和ケアへのアクセスが叶ったのである。

「3度目は、前回と何が違ったのか」と尋ねたところ、特別な訓練を受けた医師が初日から治療のサポートをしてくれたこと、同じ医師がケアに関する調整を行い、医師や看護師に指示を与えてくれたという答えが返ってきた。またその医師は、ブローさんの心身状態を気に掛け、痛みに対処したうえで精神的苦痛をやわらげるため臨床心理士を紹介してくれたという。ブローさんの家族も緩和ケアチームから病状の説明を受けて彼女をサポートできるようになった。

我々の調査によるとがん患者は身体的疼痛だけではなく、社会-心理的な痛みにも苦しんでいるにも関わらず、医師との面談でその痛みが話題になることはほとんどない。これは大きな問題であり、我々は医師に対して患者の身体的/心理的な全ての体験について話を促している。



ジョージ・ブロー:3度の卵巣がんを生き抜いた女性

- ▶ 医師との調整を図るための度重なる電話
- ▶ 痛みに加えて精神的なストレス
- ▶ 彼女の病状を目の当たりにした家族はどうサポートして良いか分からなかった

図1 包括的がん治療におけるEOLCの位置

緩和ケアは医療経済的にも有用

米国では緩和ケア=ホスピスだと思込んでいる人々がほとんどで、忌避感がある。しかし、2011年に800人の成人を対象に実施された調査では、緩和ケアの意味について正確な情報を得た場合、95%が緩和ケアに関する患者と家族への教育が治療の一環として重要だと回答している。さらに92%が自ら、あるいは家族のためにも緩和ケアの利用について考えたいとし、全国の病院で緩和ケアを受けられるようにすべきだ、と回答している(図2)。先進的な施設では緩和ケアが採用されているが、がん治療の85%は地域の病院(アカデミックではない環境)で行われており、全国の病院に緩和ケアが普及、定着するまでには課題が山積している。

米国では医療コストが1つの考慮すべき事項であるため、緩和ケアの有無による費用対効果が検討されている。緩和ケアが適切に提供されている場合、がん罹患し入院加療した後に退院した1件につき1,696\$の削減が、死亡例では4,908\$が削減できることが判明している(図3)。米国では年間60万人以上ががん死しており、緩和ケアの有無が医療経済に与えるインパクトは大きい。また、興味深いことに緩和ケアが自動的に提供される施設では再入院率が48%減少することも示されている。米国では医療の質を、再入院率で評価することが1つの手法であり、再入院率の低下は医療の質の評価に直結する。

がんセンターなど専門施設でも緩和ケアを行うことで、入院が50%減少し、救急外来の受診率が35%低下した。米国では現在、緊急入院や救急外来受診が医療費を押し

上げているという指摘がある。同調査から適正な緩和ケアを行うことで無駄な入院費を削減できることは明らかだろう。

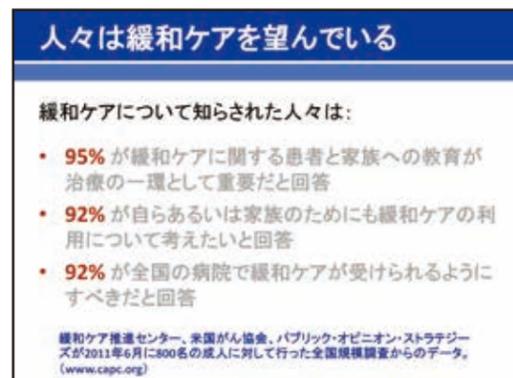


図2 意思決定のプロセス (情報共有-合意モデル)

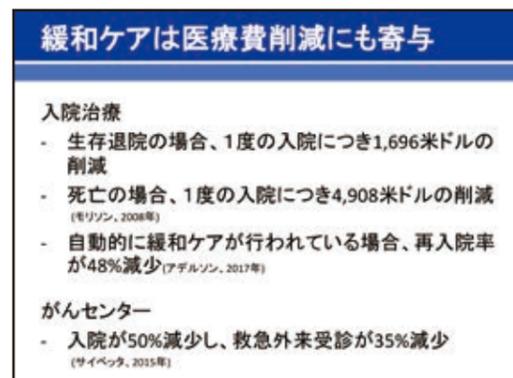


図3 臨床フレイル・スケール

緩和ケアの優先事項は患者中心のゴール設定

米国でも腫瘍内科は24時間365日体制で医療を提供しているが、特に食道がん、肝がんは緊急入院率が50%を越えるなど、医療経済面で大きな負担となっている。本来、救急外来に駆け込まなくては治療が受けられないという事態は避けるべきであり、我々は適正な緩和ケアの提供システムを構築することで緊急受診率を抑制できると考えている。

がんの治療において緩和ケアが占める意味は非常に大きい。担当医は患者のがん性疼痛と社会-心理的痛み、スピリチュアルな痛み定期的に質問をし、しっかり対応し、必要に応じて緩和ケア専門医に相談することも考慮すべきだろう。

米国では進行・転移がんで病院を受診するケースが少なくない。多くは自分のがんや治療方針についてはっきり理解しないまま治療が進んでしまう。米国がん協会ではがん治療に際し、治療のゴールや人生の目的など、まず自分にとって大切なことを周囲と共有するよう奨励している。医療者に対しても患者の価値観に沿ったゴール設定が叶

うよう、患者とコミュニケーションをとることを推奨しているが、残念ながら医学教育の現場において、こうしたスキルを養うトレーニングは十分に行われていない。このため我々は医師のコミュニケーション・トレーニング機会と理解促進のためのツールを提供している。

緩和ケアに関しても同様であり疾患への理解と予後、治療の選択肢に関する理解を促進し、患者が主体となってゴールを設定することが重要である。これは単に治療の選択肢をマッチさせるのではなく、患者の意思決定がどのような結果につながるのか、ケアの最終的なゴールは何なのか、そして副作用の可能性やコストなどマイナス面を含め、患者の最善の選択を支援することにつながる(図4)。

現在、米国でもAdvance care planning(ACP)が目目されており、適切な情報を提供することで、節目節目のマイルストーンについて話し合うことが叶い、患者の価値観に沿った意思決定ができると考える。ただ、ACPには必ずしも医療費が償還されないためACPの実施は米国にとっては大きなチャレンジでもある。

患者・介護者へのサポートはまだ不十分な分野だ。患者教育やカウンセリング、そして適度な息抜き機会の提供などを通じ、今後増えると予想される在宅緩和ケアでの支援を考えていきたい。幸い、専門医のなかでも介護者、家族はケアチームの一員だという認識が広まっており、今後、米国でも介護者へのサポートがより充実してくるであろう。

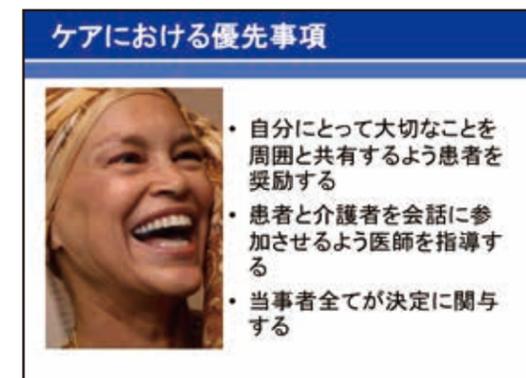


図4 疾患治療とフレイルの進行を併せ考える場合

パネルディスカッション

● がん診断された時からの緩和ケアの考え方 ●

田村 壇上からの質問で申し訳ありませんが、厚労省の方がいらしている。「早期からの緩和ケア」に関し、臨床現場で実施するには患者が「緩和ケア」という言葉のニュアンスに忌避感があり対応が難しい面があります。厚労省ではどういう位置づけで「緩和ケア」という言葉を使っていますか。

会場 がん対策基本法では「がんとの共生」のなかで緩和医療、緩和ケアというという言葉がでできます。そういう意味では本日お話いただいた支持療法という形で登場しており、がん医療と支持療法が並行して行われるべきだと思います。また緩和ケアに関しては社会においても達成されるべきものだと考えております。ただ日本全体でコンセンサスが得られているかは、まだ議論の余地があり、先生方のご意見をいただきたいと考えております。

道永 「がん診断された時からの緩和ケア」は、どう解釈すべきでしょうか？

小川 がん診断された時からの緩和ケアには、主に2つの要素が含まれています。1つは、がん告知後の様々な不安への対応や経済的な問題に関する相談をはじめとした基本的心理社会的な支援であり、診断時から全てのがん患者さんとご家族に提供するものです。そして、もう1つは早期緩和ケア(early palliative care)ですが、これがやや混乱を招いている面があります。今後、早期緩和ケアについてきちんと整理して政策に落とせば、がん診療連携拠点病院を含めてうまく機能するのではないかと考えています。

トラクセル 米国でも、がん診断された時から緩和ケアを導入するという考え方は重視されています。大切なのは、がん患者さんが臨床経過、すなわち軌跡(trajecory)のどこに位置しているかを踏まえたうえで、疾患に対する治療のみならず緩和ケアを実践することだと思います。

● がん医療の地域格差を是正するために ●

会場 がんの場合は診断以降の変化が急激で援助を受け入れる心理になりにくく、援助する側も理解が不足している面があります。社会的コンセンサスを作るほうが先ではないか、医療はその後ではないかと思うのですが。

小川 これは非常に難しい課題なのですが、医療として取り組むべき課題と、社会的な検討や話し合いが必要な課題の2つがあるのではと感じました。医療においては、がん患者さんを包括的に支援するためのシステムを作っていくことが重要です。しかし、現実的には全国のがん診療連携拠点病院を見てもかなりの地域格差があり、様々なシステムを標準化するのは難しいことです。今後は地域格差を埋めるような基本的な取り組みとして社会的支援がますます必要になってくると思われます。ピア・サポートをはじめとする地域の取り組みが、大きな社会運動に繋がっていくことを期待しています。

● 高齢者に対する医療のあり方をめぐって ●

道永 会場から「超高齢者に対しては、医療行為をどこまで行うべきなのでしょうか？超高齢者の最期のあり方をどのように考えたらよいのでしょうか？」とのご質問をいただきました。清水先生、よろしくお願いたします。

清水 臨床現場でお感じになられているジレンマは、よく理解できます。例えば救急医療を考えた場合、心肺停止になった高齢者の方を救急搬送することで救急の現場を忙しくさせ、頑張ってもフレイル(frailty)が進んだ高齢者はほとんど助からないという実情が報告されています。また、日本では80歳、90歳と高齢になってから透析を始めるようなことも少なくありません。しかし、高齢者の方に対してどこまで医療を提供すべきなのかという問題は、現実的にはなかなか難しいと感じています。今後、フレイルについての医学が進歩し臨床研究の成果が蓄積されていく中で、明確な方向性が示されるとよいです。ただ、それとは別に「自分たちの生き方の問題として、どのように考えていったらよいのか」という視点を持つことが重要であり、こうしたことを社会的にも推し進めていく必要があるのではないかと私は考えています。実際、厚労省では療養中の患者さんだけでなく、一般社会生活者を対象としてACPの啓発活動を展開させていくことを検討しているようです。こうした取り組みによって国民の意識が変わっていくことが、超高齢社会における医療のあり方を考える上で非常に大事だと思います。

田村 高齢者にどこまで医療を提供するのかという点を考える時、1人あたりに1年間でどれだけの医療費がかけられるのかという見方をされることがあると思います。しかし、その医療費は、人それぞれの1年の生命の価値に依存するものであって、例えば80歳と40歳の人にかけられる医療費が同じでよいのかどうかについては、我々医療者としても国としても命の価値を計算できませんので判断することができません。当院には、最高齢の93歳で白血病の治療を受けられた方がいらっしゃいます。この方は治療を受けなければ余命1ヵ月だったのですが、治療を受けたことで7ヵ月生存されました。93歳の方にとっての7ヵ月の生命の価値をどうみるべきなのか、これに対する答えはおそらくないでしょう。ただ、現状において、医療者の立場としてはその7ヶ月を価値ある期間と捉えて対応する以外に選択肢はないのでは、と私は感じています。

小川 高齢者に対する医療のあり方については、医学的な側面からの問題点を提起するとともに、社会的にも十分な検討を進めていくことが求められます。また、医療者の中に高齢者に対する目に見えない偏見がないかどうかを常に疑問視しながら、考えていく必要があると思います。最近目にした米国の記事では、独居の高齢者に対し医療者は無意識のうちに医療を差し控える傾向があることが指摘されていました。やはり、普段から高齢者への偏見がないかどうかを自ら顧みることが重要で、それが我々医療者の務めだと思います。なお、その他に医療財源の分配など社会的な課題に対しては、医療者以外との対話を通じて現実的な解決策を模索していかなければならないと考えています。

● 超高齢社会における医療・介護の提供体制 ●

道永 超高齢社会を迎え、中長期的な視点での医療・介護の提供体制の整備が求められています。会場から在宅医療への動きがある一方、病院以外に選択肢がないケースも多いとの指摘がありました。こうした現状に関してはいかがでしょうか？

小川 地域に繋がらない背景には、現実的に在宅医療のリソースが少ないことがあります。さらに、介護施設での看取りが非常に限られているといった問題点もあると思います。これはすぐに解決できることではありませんが、都市部では介護者のレベルに合わせた緩和ケアとしてEOLCが展開し、介護の現場に普及していくことが望まれます。

トラクセル 米国は日本ほどの長寿国ではないので状況は少し異なるのかもしれませんが、しかし、実際にシニア世代の人口は増加しており、退院後の受け入れ先となる介護施設が十分でないといった課題があります。高齢の患者さんが介護施設にアクセスする際にも、国からの十分な経済的支援がありませんので、個人の経済的負担が大きく、そういう意味では経済力がない方が介護施設へ入居するのは難しいことです。グループホームなどもありますが、高いレベルのケアは期待できないというのが現状です。今後、米国においても寿命の延伸にとともに、療養場所は今後ますます重要な課題になってくると思います。

道永 パネリストをはじめ会場にご参加の皆様から貴重なご意見をいただきました。本日はありがとうございました。

モデレーター



道永 麻里 氏
日本医師会 常任理事

パネリスト

小川 朝生 氏

国立がん研究センター
先端医療開発センター
精神腫瘍学開発分野長

清水 哲郎 氏

岩手保健医療大学 学長

田村 和夫 氏

福岡大学医学部
総合医学研究センター 教授

パム・トラクセル 氏

米国がん協会がん行動ネットワーク
アライアンス構築/慈善事業担当部門
上級バイスプレジデント

本文中敬称略

ー パネルディスカッション ー





PhRMA
RESEARCH • PROGRESS • HOPE



米国研究製薬工業協会
〒105-0001 東京都港区虎ノ門 3-7-8
ランディック第2 虎ノ門ビル 4 階
TEL. 03-5408-1061 FAX. 03-5408-1062

www.phrma-jp.org