

第1回がんの緩和ケアに係る部会

日 時： 令和3年7月2日(金) 13:30-15:30

場 所： (WEB 開催)

議 事 次 第

1 開 会

2 議 題

(1) がんとの共生における緩和ケアについて

(2) 診断時からの緩和ケアの推進について

(3) その他

【資 料】

議事次第

資料1 がんの緩和ケアに係る部会開催要綱

資料2 がんとの共生における緩和ケアに関する施策と主な議論

資料3-1 「診断時からの緩和ケア」について

資料3-2 小川構成員提出資料

参考資料1 儀賀参考人提出資料

参考資料2 患者体験調査・小児患者体験調査の結果概要

参考資料3 遺族調査の結果概要

「がんの緩和ケアに係る部会」開催要綱

1. 趣旨

「がん対策推進基本計画」において、「がんとの共生」が柱のひとつに掲げられており、尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築を目指している。その中でも、緩和ケアの充実等は、がんと診断されたときからの緩和ケアの普及と充実、また提供される緩和ケアの実施体制と質の向上などが課題とされ、それらについて検討する必要があることから、「がんとの共生のあり方に関する検討会」のもとに、「がんの緩和ケアに係る部会」（以下、「本部会」とする。）を開催し、必要な検討を行う。

2. 検討事項

- (1) がんと診断されたときからの緩和ケアの普及と充実について
- (2) がんの緩和ケアの実施体制、質の向上について
- (3) その他がんの緩和ケアに関すること

3. その他

- (1) 本部会は厚生労働省健康局長が別紙の構成員の参集を求めて開催する。
- (2) 本部会には、局長の指名により座長をおき、部会を統括する。
- (3) 本部会には、必要に応じ、別紙構成員以外の有識者等の参集を依頼することができるものとする。
- (4) 本部会は、原則として公開とする。ただし、公開することにより、個人又は団体の権利利益が不当に侵害されるおそれがある場合、自由闊達な意見交換に支障があると判断される場合など、公開することが適切でないと座長が認めた場合は、会議を非公開とすることができる。会議を非公開にする場合でも、開催予定とともに非公開である旨及びその理由を公開する。
- (5) 会議資料及び議事録については、後日ホームページにおいて公開する。ただし、議事内容により非公開にする必要があると座長が認めた場合には、非公開である旨及びその理由を明示するとともに、座長が認める範囲において議事要旨を公開する。
- (6) 本部会の庶務は、健康局がん・疾病対策課が行う。
- (7) この要綱に定めるもののほか、本部会の開催に必要な事項は、座長が健康局長と協議の上、定める。
- (8) 本部会で得られた成果は、「がんとの共生のあり方に関する検討会」に報告するものとする。

「がん緩和ケアに係る部会」構成員

- 伊東 俊雅 東京女子医科大学東医療センター 薬剤部
がん包括診療部緩和ケア室 薬剤部長
- 江口 英利 大阪大学大学院医学系研究科 消化器外科学 教授
日本癌治療学会 代議員
- 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 分野長
- 木澤 義之 神戸大学医学部附属病院 緩和支援診療科 特命教授
日本緩和医療学会 理事長
- 岸田 徹 NPO 法人がんノート 代表理事
- 高野 利実 がん研究会有明病院 乳腺内科 部長
日本臨床腫瘍学会 評議員
- 谷口 栄作 島根県 健康福祉部 医療統括監
- 中川 恵一 東京大学大学院医学系研究科 特任教授
- 橋口 さおり 聖マリアンナ医科大学緩和医療学 教授
日本麻酔科学会 緩和領域検討部会 部会長
- 羽鳥 裕 公益社団法人日本医師会 常任理事
- 林 和彦 聖マリアンナ医科大学 客員教授
- 前川 育 元 NPO 周南いのちを考える会 代表
- 前田 英武 高知大学医学部附属病院 地域医療連携室 副室長／
がん相談支援センター 副センター長
- 森住 美幸 埼玉県立がんセンター 緩和ケアセンター ジェネラルマネージャー

(五十音順・敬称略)

がんとの共生における緩和ケアに関する 施策と主な議論

厚生労働省健康局
がん・疾病対策課

第3期がん対策推進基本計画（平成30年3月9日閣議決定）（概要）

第1 全体目標

「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」

①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 ②患者本位のがん医療の実現 ③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

第2 分野別施策

1. がん予防

- (1)がんの1次予防
- (2)がんの早期発見、がん検診（2次予防）

2. がん医療の充実

- (1)がんゲノム医療
- (2)がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法
- (3)チーム医療
- (4)がんのリハビリテーション
- (5)支持療法
- (6)希少がん、難治性がん
（それぞれのがんの特性に応じた対策）
- (7)小児がん、AYA(※)世代のがん、高齢者のがん
（※）Adolescent and Young Adult: 思春期と若年成人
- (8)病理診断
- (9)がん登録
- (10)医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

3. がんとの共生

- (1)がんと診断された時からの緩和ケア**
- (2)相談支援、情報提供
- (3)社会連携に基づくがん対策・がん患者支援
- (4)がん患者等の就労を含めた社会的な問題
- (5)ライフステージに応じたがん対策

4. これらを支える基盤の整備

- (1)がん研究
- (2)人材育成
- (3)がん教育、普及啓発

第3 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

- 1. 関係者等の連携協力の更なる強化
- 2. 都道府県による計画の策定
- 3. がん患者を含めた国民の努力
- 4. 患者団体等との協力
- 5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
- 6. 目標の達成状況の把握
- 7. 基本計画の見直し

3. がんとの共生

緩和ケア

現状・課題

- ◆ 患者の苦痛に対して、迅速かつ適切なケアが十分提供されていない。
- ◆ 緩和ケア研修会の受講勧奨、受講の利便性の改善、内容の充実が求められている。

全国のがん患者の患者体験調査	(n=5234)
からだのつらさがあると答えた患者の割合	34.5%
気持ちのつらさがあると答えた患者の割合	28.3%



出典：平成27年患者体験調査

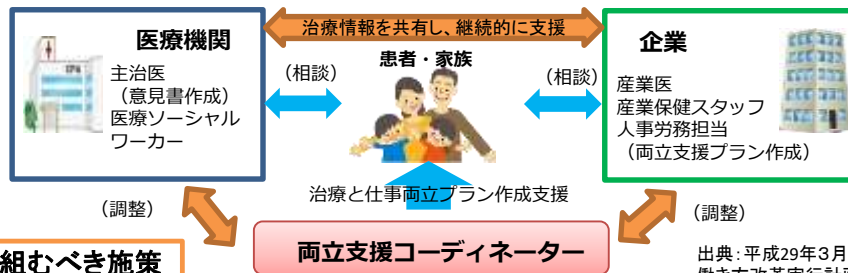
取り組むべき施策

- ◆ 苦痛のスクリーニングの診断時からの実施、緩和ケアの提供体制の充実
- ◆ 緩和ケア研修会の内容や実施方法の充実

がん患者の就労支援・社会課題への対策

現状・課題

- ◆ 離職防止や再就職等の就労支援に、充実した支援が求められている。
- ◆ アピランスや生殖機能温存等の相談支援、情報提供する体制が構築されていない。



取り組むべき施策

出典：平成29年3月28日
働き方改革実行計画改変

- ◆ がん患者への「トライアングル型サポート体制」の構築
- ◆ アピランス支援研修会の開催、生殖機能温存等に関する相談支援、情報提供のあり方の検討

相談支援・情報提供

現状・課題

- ◆ がん相談支援センターが十分に利用されていない。
- ◆ がんに関する情報が氾濫し、正しい情報取得が困難な場合がある。

取り組むべき施策

- ◆ 治療早期からのがん相談支援センターの利用促進、体制整備
- ◆ 科学的根拠に基づく情報提供、医業等のウェブサイト監視体制強化

社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

現状・課題

- ◆ 拠点病院等と地域の医療機関等との連携、在宅医療を提供する施設におけるがん医療の質の向上を図る必要がある。

取り組むべき施策

- ◆ 多職種連携の推進、地域の施設間の調整役を担う者の養成

ライフステージに応じたがん対策

現状・課題

- ◆ 小児・AYA世代において、多様なニーズが存在し、成人のがんとは異なる対策が必要とされている。
- ◆ 高齢者は、認知症を合併することが多いが、がん医療における意思決定等の基準は定められていない。

取り組むべき施策

- ◆ 小児・AYA世代のがん経験者の長期フォローアップ体制の整備
- ◆ 認知症等を合併したがん患者や、看取り期における高齢のがん患者の意思決定支援策の検討

緩和ケアの質の向上に向けたサイクル

緩和ケアの質の向上のために、各機関で調査や研究を行い、研修内容や整備指針等に反映させることによって成果物を還元する仕組みを取っている。

	国・厚生労働省	国立がん研究センター	医療機関等 (拠点病院等)	学術団体等
調査や研究等	<ul style="list-style-type: none"> 患者体験調査* 遺族調査* 実地調査 等 	<ul style="list-style-type: none"> 患者体験調査 QI (Quality Indicator) 遺族調査 等 	<ul style="list-style-type: none"> 療養生活の質に関する把握・評価 (QI、第三者評価、拠点病院間の実地調査等の活用) 等 	<ul style="list-style-type: none"> 患者・家族の調査研究 専門的な緩和ケアに必要な能力の確立 教育効果の検証 臨床データの把握 等
	<ul style="list-style-type: none"> 緩和ケアに関する研究 (厚生労働科学研究 AMED) <p>*: 国立がん研究センターに委託</p>			

互いの成果を還元
(緩和ケアに関する指標等を参考)

質の向上に向けた取組	<ul style="list-style-type: none"> 緩和ケアチーム実地研修 指定要件の改正 緩和ケア研修会指針改正 国立がん研究センターや学会等との連携 等 	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県がん診療連携拠点病院緩和ケアセンター指導者研修 都道府県指導者養成研修 (緩和ケアチーム研修企画) PDCAサイクル体制強化事業 (ピアレビュー支援等) 等 	<ul style="list-style-type: none"> 緩和ケア研修の実施 緩和ケアチーム・外来の実践 PDCAサイクルを用いた緩和ケアの改善策 等 	<ul style="list-style-type: none"> ガイドライン等の整備・普及 専門的な緩和ケアに関する研修会等 専門医等の育成・普及 等
	<ul style="list-style-type: none"> 緩和ケアに関する研究 (厚生労働科学研究、AMED) 			
<ul style="list-style-type: none"> その他 (医学部教育・臨床研修教育) 等 				

患者・家族の苦痛の軽減

第1-3回がんとの共生のあり方に関する検討会における主な議論の整理

○ 緩和ケアの質の向上策

1. がん診療連携拠点病院等に関する緩和ケアの実地調査について

拠点病院において質の高い緩和ケアを提供するために、拠点病院は実地調査を活用するべきである。実地調査に当たっては、パイロット調査等で調査の負担を評価し、自治体の実情に合わせた調査が可能となるように取り組むべきである。

2. 緩和ケア外来のあり方について

「緩和ケア」という言葉に対し、患者側、社会側において心理的なハードルが大きいため、主治医だけでなく、外来看護師やその他の部門と連携してアクセスできるような取り組みが必要である。緩和ケア外来については、がん治療と早期から連携して緩和ケアを提供できる緩和ケア医の育成、多職種での支援、在宅医療を行う医師に対する緩和ケアの研修、専門的な緩和ケアを提供する機関同士の連携等を進め、地域の実情に応じた取り組みがなされるべきである。

○ 緩和ケアの提供体制

1. 緩和ケア研修会について

基本的な緩和ケアの知識を身に着けるための、緩和ケア研修会は、e-learningを導入することで、受講修了者は増加し10万人を超えている。一方で、その後の情報や技能を維持・向上するための継続研修が不十分であり、国や都道府県がその仕組みを構築する必要がある。

2. 拠点病院と地域連携について

緩和ケアセンターは、がん診療連携拠点病院(高度型)に設置され、地域の緩和ケアにおいて、専門的な緩和ケアのネットワーク全体を統括する役割を担っている。また、地域包括ケアのネットワークにおいて、緩和ケアにはがんの専門的な対応を必要とするため、地域内の関係者の連携体制を構築し、がん治療病院と在宅側とのネットワークの構築を促していく役割を担うことを目的として、地域緩和ケア連携調整員を育成している。

3. 苦痛のスクリーニングについて

苦痛を抱えた患者を見つけるために、2010年より拠点病院の指定要件として、苦痛のスクリーニングが追加されている。一方で、現場の医療従事者の負担が増えることや、スクリーニング結果を専門的な緩和ケアに結び付けることが困難であることが指摘されており、全体の取り組みの見直しが必要である。

○ 緩和ケアに関する実地調査

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。
- ・ 負担を軽減できるよう、都道府県による調査をサポートできる仕組みを作るのはどうか。
- ・ 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)
- ・ PDCA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:次年後に報告を求める)

〈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〉

- ・ まずは都道府県拠点を対象とし、徐々に広げていくほうが混乱が少ないのではないか。
- ・ 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。

がんの緩和ケアに係る部会設置の経緯

第4回がんとの共生のあり方に関する検討会
(令和2年1月29日)資料2・一部改変

<がんとの共生のあり方に関する検討会における議題>

- 第1回 (2019年3月13日) ・緩和ケアの質の向上策(実地調査①、緩和ケア外来)
・相談支援・情報提供の質の向上(相談員研修①、地域における相談支援①)
- 第2回 (2019年7月31日) ・緩和ケアの提供体制(緩和ケア研修、拠点病院等と地域との連携、苦痛のスクリーニング)
・地域における相談支援②
- 第3回 (2019年10月23日) ・仕事と治療の両立支援の更なる推進
・アピアランスケアによる生活の質の向上
- 第4回 (2020年1月29日) ・緩和ケアに関する実地調査②
・自殺の実態調査と専門的ケアにつなぐ体制
- 第5回以降
・患者体験調査の結果を踏まえた評価と課題(相談員研修②、相談支援センター等)
・遺族調査の結果を踏まえた評価と課題
・小児・AYA世代のがん患者・経験者の支援
・高齢世代のがん患者の支援 等

「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」について
別途議論の場を設けることが必要である(第3回検討会にて構成員より提案)



がんの緩和ケアに係る部会を設置し議論を進める(第4回検討会で承認)

「診断時からの緩和ケア」について

厚生労働省健康局
がん・疾病対策課

緩和ケアの定義

- **世界保健機関**（WHO 2002年、緩和ケア関連団体会議 定訳 2018年）

緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである。

- **がん対策基本法 第十五条における緩和ケアの定義（抜粋）**

（平成28年12月改正）

がんその他の特定の疾病に罹患した者に係る身体的若しくは精神的な苦痛又は社会生活上の不安を緩和することによりその療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護その他の行為をいう。

がんと診断されたときからの緩和ケアの推進

■ 第3期がん対策推進基本計画からの抜粋

・緩和ケアとは身体的・精神心理的・社会的苦痛等の「全人的な苦痛」への対応（全人的なケア）を診断時から行うことを通じて、患者とその家族のQOLの向上を目標とするものである。

・国及び地方公共団体は、引き続き、患者とその家族の状況に応じて、がんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛等に対する適切な緩和ケアを、患者の療養の場所を問わず提供できる体制を整備していく必要がある。その際、緩和ケアが、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症に対する支持療法と併せて提供されることで、苦痛が迅速かつ十分に緩和されるような体制とする必要がある。

緩和ケアによる対応が求められる苦痛や不安等

身体的苦痛

- 疾患の症状による苦痛
(痛み、呼吸困難、倦怠感等)
- 検査に伴う苦痛
- 治療に伴う苦痛 等

精神的苦痛

- 診断がつくまでの漠然とした不安
- 診断時・再発時等悪い知らせによる抑うつや不眠
- 体調が変化していくことにより感じる不安
- 罹患により出現した様々な症状や、容姿の変化について、他者がどう思うかという不安 等

社会的苦痛

- 治療に伴う辞職、廃業、休職、配置転換などの仕事上の問題
- 治療費や生活費などによる経済的負担
- 家庭内の役割の変化
- 周囲の理解・偏見などによる人間関係 等

スピリチュアルペイン

- 人生の意味への問い
- 自責の念
- 死生観に対する悩み
- 死への恐怖 等

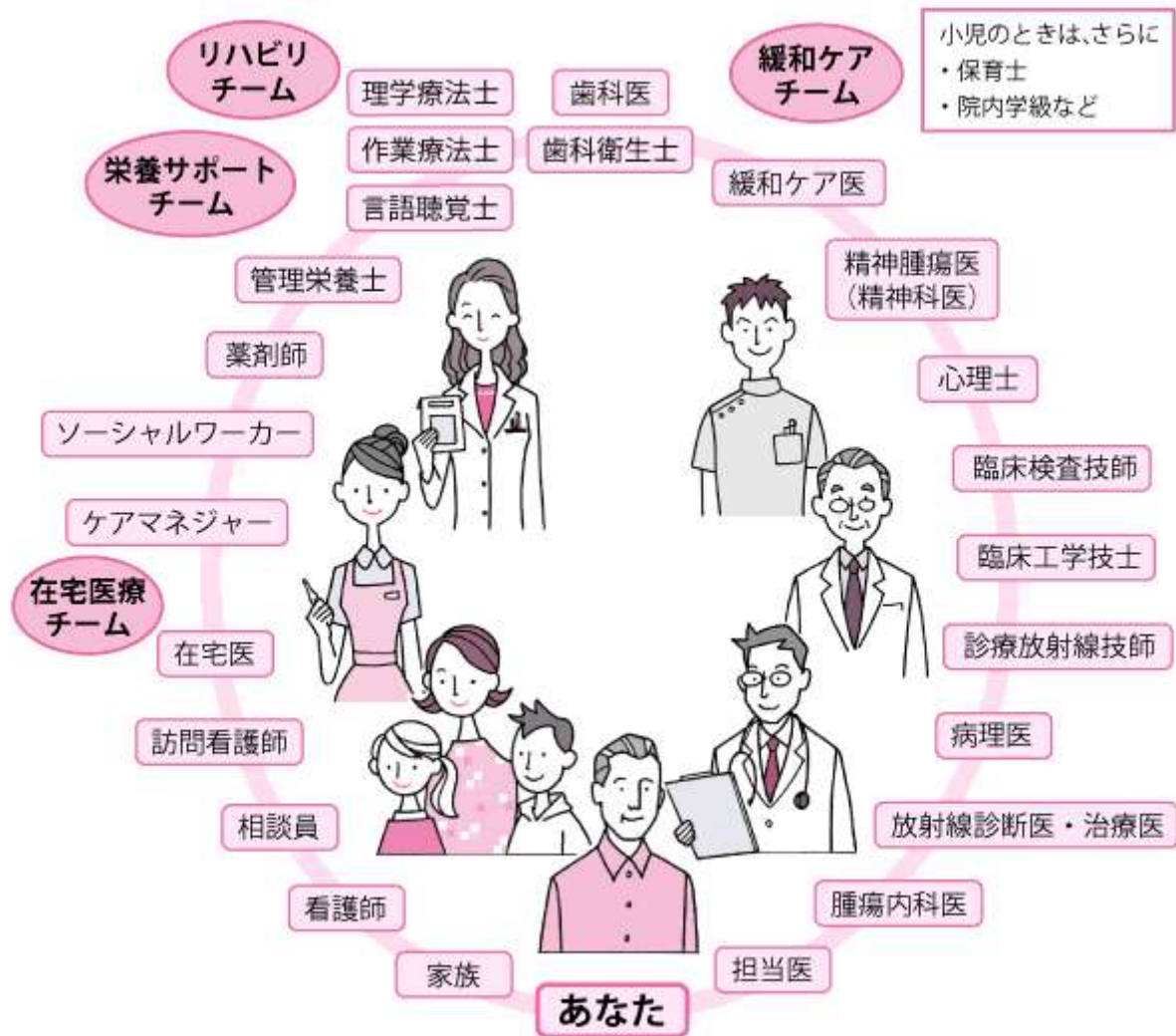
がんの治療の段階ごとの課題

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	<p>(1) 診断時の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<p>(2) 治療期の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外来や在宅における緩和ケアの提供 ・緩和ケアチームへの介入依頼のタイミング ・緩和ケアチームの質の評価 ・難治性の疼痛への対応 等 	<p>(3) 終末期、緩和ケア病棟の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・終末期のケアに関する実態の把握 ・緩和ケア病棟と他の医療機関との連携体制 ・亡くなる前の療養生活における質 等
	<p>(4) 共通の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・誰が如何なる役割を果たすことが求められているか ・継続的に緩和ケアを提供できる実現可能な方策 ・がんの苦痛を把握する対応(適切なスクリーニング等) ・医療用麻薬に関する理解 ・緩和ケアを提供する人材の確保 等 		

チーム医療のイメージ

出典：国立がん研究センターがん情報サービス



がんの治療の段階ごとの課題の整理

- 今回の検討では、まず治療の各段階ごとに以下のように分割して、それぞれ課題を整理してはどうか。
 - (1) 診断時の課題
 - (2) 治療期の課題
 - (3) 終末期の課題
 - (4) (1)－(3)共通の課題
- 次回以降の本部会では、整理された課題をもとに、治療の各段階において、身体的苦痛、精神的苦痛、および社会的苦痛の緩和のため、誰が如何なる役割を果たすことが求められるか、具体的に検討してはどうか。

(1) 診断時の課題(案)

- ・検査時等の疼痛や不安への対応について
- ・がんの告知に際して、患者が受けるショックへの配慮について
- ・仕事や社会生活を送る上での問題への対応について
- ・診断に従事する医療関係者の緩和ケアに対する認識について
- ・その他

(2) 治療期の課題(案)

- ・通院や在宅で治療している患者に対する緩和ケアについて
- ・患者が必要としているタイミングで、緩和ケアチームがかかわる仕組みについて
- ・緩和ケアチームの質の評価について
- ・難治性の疼痛への対応について
- ・その他

(3) 終末期の課題(案)

- 拠点病院以外を含めた、終末期のケアに関する実態の把握について
- 緩和ケア病棟と他の医療機関との連携体制について
- 亡くなる前の療養生活における質について(遺族調査の結果より)
- その他

(4) (1)－(3)共通の課題(案)

- ・誰が如何なる役割を果たすことが求められているかについて、更に明確にすることの必要性
- ・診断、療養の現場において継続的に緩和ケアを提供できる実現可能な方策について(医療機関の連携等)
- ・がんの苦痛を把握する対応(適切なスクリーニング等)の必要性
- ・医療用麻薬に関する理解の更なる促進について
- ・入院・外来及び在宅において緩和ケアを提供する人材の確保について
- ・その他

2021・6

緩和ケアの現状・課題について

1. 診断時の緩和ケアのあり方

【背景】

- 「緩和ケア」の用語のなかに3つの異なる意味が含まれている
 - 基本的な緩和ケア：主治医や担当看護師など医療者がみな習得し対応すべき内容
 - 専門的緩和ケア：緩和ケア医や緩和ケアチームなどの専門家が対応する内容
 - 「診断時からの緩和ケア」：日本独自の用語、明確な定義がない
- 第2期までの基本計画の記載、拠点病院をめぐる議論でしばしば混乱していた
- 具体的には、
 - 誰がするのか？
(緩和ケアは専門家がするものだ、という意見と、がん患者全員にと書いてあるので主治医や担当看護師だ、という意見)
 - 何をするのか？
(緩和ケアだから痛みへの対応だろう、という意見と、診断時には痛みは多くはないのですることはない、などの意見)
 - 当時海外で専門的緩和ケアの取り組みで出た「早期からの緩和ケア(early palliative care)」との混同
(早期からの緩和ケアとは、緩和ケアの専門家が、進行がんなどの複雑な問題を抱えた患者家族に対して、今まで(終末期)よりも早くから関わる(診断時ではない)ことでQOLや予後が改善する報告)
- 「診断時からの緩和ケア」は、全ての患者・家族に対して、告知等の苦痛から対応すること(診断から治療導入までの患者の苦痛や懸念を拾い上げて対応する事)の趣旨に照らせば、海外では「がんへの適応(coping with cancer)」として検討される事項

	診断時からの緩和ケア	早期緩和ケア
出典	がん対策推進基本計画(改定)	Temelらの臨床試験
	このため、がん医療に携わる医療従事者への研修や緩和ケアチームなどの機能強化等により、 <u>がんと診断された時から患者とその家族が、精神心理的苦痛に対する心のケアを含めた全人的な緩和ケアを受けられるよう、緩和ケアの提供体制をより充実させ、緩和ケアへのアクセスを改善し、こうした苦痛を緩和することが必要である。</u>	目的 進行がん患者に対して(従来より早く)緩和ケアを提供して、QOLの向上をめざす
提供者	担当医・担当看護師	専門的緩和ケア
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・がんり患に伴う苦痛への情緒的サポート ・治療に関する情報提供 ・今後起こりうる苦痛に対し自ら対処できるようにセルフマネジメント教育 	専門的緩和ケアをできるだけ早期から提供し、QOLの向上を目指す
構成要素	<p>特に診断時においては、不安への対応とセルフケアの強化(例:リラクゼーション)</p> <p>原因の同定・対応(例:問題解決アプローチ)</p> <p>情緒的</p> <p>社会的問題(就労、復職、社会的役割の回復)</p> <p>身体症状</p> <p>健康行動(治療に向けたダイエット、禁煙、運動)</p> <p>情報提供、教育</p> <p>グループサポート</p> <p>・(継続的支援が必要かアセスメントを行い、必要な場合には)確実な継続支援への引継ぎ</p>	<p>・方法</p> <p>専門的緩和ケアサービスの提供(緩和ケア専門医による定期的な診療、緩和ケア専門看護師の定期的なフォローアップ)</p> <p>疾病の理解と教育</p> <p>症状マネジメント</p> <p>意思決定</p> <p>疾患に対するコーピング</p> <p>専門家の紹介・対応</p> <p>アドバンス・ケア・プランニング</p>
該当する概念	Coping with cancer Adjusting to cancer	Early palliative care

- 診断時(検査の時期から)の緩和ケアについては、誰が、何をすべきかが拠点病院(特に担当医や担当看護師)で認識されにくいことから、
 - ①内容を明確に伝えること
 - ②実行するための具体的な方法を明示すること
 が混乱を解消するために重要
 (緩和ケアが重要と強調しても内容が異なるために、求められる行動が伝わらなかった)
- 同様の指摘は、厚生労働科学研究費「がんと診断された時からの緩和ケアの推進に関する研究」班の提言にもある
 (日本がんサポーターズケア学会 IOP-ワーキンググループ)

【検討が求められる事項】

- 「早期からの緩和ケア」と「診断時からの緩和ケア」は意味する内容が異なることを確認する
- 診断時の介入方法(診断時の緩和ケアの実施内容)を具体的に示す
 - 誰が何をするのかを明確にした苦痛や支援のニーズの把握の方法
 - 苦痛や支援への介入内容(パンフレット、面談(がん患者指導管理料をとる面接(医師と看護師の協働)の質の向上、相談支援センターの活用)
 - 現場が疲弊しないための方法論(実行可能性の検討)
 - 普及・実施のために必要な対応(医療従事者の研修の実施等)
- 対応の例
 - 入院準備センター等の流れに組み入れる
 (拠点病院の多くは、在院日数の短縮のために入院前に退院支援や事前の説明を行う体制を作っている(Patient Flow Management(PFM))。ここは、特に外科治療ではほぼ全例通る)
 - がん患者指導管理料をとる面接の質について担保する(内容の評価、質の向上を目指した標準化、研修など)

2. 治療の時期の苦痛への対応(苦痛のスクリーニング)

【背景】

- 今までの第 2 期までの基本計画の記載、拠点病院をめぐる議論で混乱、基本計画には記載されつつも、拠点病院で実施に至っているのは少数
- 「痛みや患者さんが確認したいけれども診察の場面では聞きにくいような懸念事項を拾い上げるようたずねる、話し合う」ことと、スクリーニングのシステムの話が混同され議論が混乱していた経緯があった。(スクリーニングというと、ツールや実施の費用対効果のシステムの話に終始をしてしまい、そもそも「苦痛を確認する」ことについて話し合われなかった)(スクリーニングは人手が足りなくてできない、インセンティブが、など)
- 第 3 期基本計画を策定する際、緩和ケア検討会等で上の課題を整理し、
 - スクリーニングに関する補足を入れた
「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。
(まず担当医や看護師が患者の痛みや懸念をたずねることを強調)
 - 拠点病院を主語として(緩和ケアチームだけが苦痛に取り組むのではないことを示すために)
拠点病院等は、引き続き、がん診療に緩和ケアを組み入れた体制を整備・充実していくこととし、がん疼痛等の苦痛のスクリーニングを診断時から行い、苦痛を定期的に確認し、迅速に対処することとする。
拠点病院等を中心としたがん診療に携わる医療機関は、院内の全ての医療従事者間の連携を診断時から確保する。また、緩和ケアチーム等の症状緩和の専門家に迅速につなぐ過程を明確にすること、患者とその家族に相談窓口を案内すること、医療従事者から積極的な働きかけを行うこと等の実効性のある取組を進める。
- スクリーニングについては
 - ① 担当医や担当看護師が痛みや患者の懸念を積極的に話し合う・対応することについて
 - ② 担当医が苦痛に対応しても取り切れない、難治の痛みや苦痛を専門家(緩和ケアチーム)につなげることができるか(アクセス)の問題
 - ③ 専門的な緩和ケア(緩和ケアチーム)の技術の問題

の3つの論点がある

【検討が求められる事項】

① がん診療連携拠点病院の現状について

- 都道府県による実地調査の結果
- ピアレビューの取組みとその結果
- ケアの質・効率を高めるための対策、現場を疲弊させない取組み

② 拠点病院以外(都道府県指定のがん診療病院等)の現状について

- 2-3割のがん治療は、がん診療連携拠点病院以外の医療施設にて実施
- 苦痛への対応、緩和ケアの提供について実態の把握、検討がなされていない

③ 担当医や担当看護師が担う痛み・苦痛への対応について

- 診療・ケアの質の問題として、痛みに対する対応が十分ではないとの意見がある
- 緩和ケア研修会受講により、以前よりは関心は高まっているものの一律は困難
- 外来では看護師の配置が少ないとの意見
- 支持療法として、痛み等への対応を指針化する動きがある
- 対応の案
マネジメント方法を検討する必要性
(主治医の依頼で動くコンサルテーションスタイルのみでは対応が難しい)
医療用麻薬の適切な使用の推進(一部の拠点病院、拠点病院以外でのがん診療のケースへの対応)

④ 医療用麻薬に関する教育・啓発

- 医療者側への疼痛対応の必要性の啓発とともに、患者側の理解を進めるための取組みも重要
- 特に、使用する段階よりも以前の段階からの情報提供
- 使用時の病院薬剤師によるフォロー、保険薬局の関わり
(がん患者指導管理の質など)
- 薬薬連携、普段からの情報の共有等
- がん教育

⑤ 担当医が苦痛に対応しても取り切れない、難治の痛みや苦痛を専門家(緩和ケアチーム)につなげることができるかの問題

- アクセスの問題
- スクリーニングの問題について
スクリーニング・システムについては、世界的にはメリット・デメリットが拮抗しているというのが見解である。問題となるのは、擬陽性が多いこと(必要のない患者にも負担を強いる)、マンパワーの問題である
- 最近ではスクリーニングの議論から患者の自己評価(Patient Reported Outcome: PRO)の応用に関心が向いている

⑥ 専門的な緩和ケア(緩和ケアチーム)の技術の問題

- 緩和ケアチームに専門的なトレーニングを受けた医師が少ないという問題がある
- がん対策加速化プランの中で2日間の実地研修が行われた
- 促進プランをしても1日見学なので技量はあがらないとの意見
- 対応の例
 - ・都道府県内でチームが相談できる窓口を作る(ピアレビューを通じた連携)
 - ・ペインクリニック、放射線治療との連携

⑦ 難治の痛みへの対応(対応が難しい痛みとは)

- 今までの議論でも対応可能なのに見逃されている痛みの問題と、対応方法自体が難しい痛みの問題が整理されないまま議論されてきて、すれ違いが起きていた
- がん疼痛とがん患者の(がん以外の)慢性疼痛の問題
- 厚生科研の検討状況
- 緩和ケア医、ペインクリニックとの意見のすりあわせ

3. 終末期の痛み等の苦痛の軽減・緩和

【背景】

- 遺族調査の結果は、地域の後方連携病院での緩和ケアの実状を反映している可能性がある
- 分子標的薬等がん治療の進展に伴いがん治療は外来中心になった。入院治療は行わずに地域の病院に戻ることも行われている。
(分子標的薬では、内服できなくなるまで治療が続けられることもしばしばある。そのまま地域の病院に紹介・入院となることも稀ではない)
- 在院日数の短縮もあり、拠点病院で終末期を診ることは減り、従来よりも早い段階で地域の病院へ移行する傾向がある
(拠点病院の外来から地域の病院の外来、在宅医への転医。その後病状の悪化があれば、地域の病院に入院する)
- 終末期の緩和ケアの担い手は地域の中小規模病院(地域包括ケア病棟、療養型病棟)と在宅となり、終末期のケアは地域の病院での入院⇔在宅医療のなかで提供されることが増えた(逆に言えば、拠点病院で終末期のケアが行われる機会は減ってきている)
(2014年のがん死亡者 368,103人 拠点 24・1% 拠点以外病院 60・9、診療所・老健等 5・1、自宅 9・9)
(2017年のがん死亡者 373,365人 拠点・拠点以外病院 82・4% 診療所・老健・老健等 5・1、自宅 11・7(推定))
現在は COVID-19 の影響もあり、さらに地域・在宅への流れが進んでいる可能性がある
- 一方で地域の後方連携病院での緩和ケアに関する提供体制について把握と検討がなされる機会が少なかった
(拠点病院を核とする施策、地域の緩和ケア＝在宅医の看取りというイメージ)
- 緩和ケア研修会が進められてきたが、拠点病院の受講は進んだ一方、拠点病院以外の病院では途上
- 進まない理由：
 - 拠点病院と異なりインセンティブが働かない
 - 地域の中小規模病院は看取りの中心的な役割を担っているが、その中でがんは一部(がんは約3割、心不全や脳血管障害、肺炎等が約6割を占める。)
 - 緩和ケアに関わる人材も非常に少ない。緩和ケアチームは持っていない施設が大半。また認定・専門看護師も少ない(教育を担う核がない)
- 結果として、拠点病院の緩和ケアチームが動いていたとしても、その後の引き継ぐ先がない

- 参考：
がん以外の看取りは、地域包括ケアの枠組みで行われている。地域包括ケアは市町村単位で連携が組まれる一方、がんの終末期・看取りは二次医療圏単位であり、ずれがある。件数は多いにもかかわらず、地域包括ケアの枠組みで検討されていないところもある。
- 参考：
地域で療養する際に介護保険の利用も行われる。がんでは、申請時に身体の状態が急激に変化することを踏まえた対応を求める通達が出されるなどしてきたが、介護保険の利用実態の把握・検討がない

【検討が求められる事項】

- ① 現に生じている拠点病院から後方連携病院に移行した際のケアの断絶をどうするか
 - 現状の把握
 - 対応策、好事例の共有
 - 対応の例、拠点病院緩和ケアチームのテレフォンフォローアップ、相談窓口、病院薬剤師間の連携
- ② 拠点病院の後方連携病院での緩和ケアの提供をどのように強化するか(教育、実践)
 - 在宅医療への流れはあるものの、今後を含め終末期の療養・看取りの中心的役割を担うのは地域の病院である。終末期のケアの質の向上を図るためにどのようにすればよいか
 - 緩和ケアチームのない病院での痛みや苦痛への対応
 - 緩和ケア研修会の今後の展開
 - 現状の把握
- ③ がんの緩和ケアの提供と地域包括ケアの枠組みとのすりあわせはどのようにすれば進むのか(地域連携)
 - 地域包括ケアの枠組みと拠点病院の連携、がんの緩和ケアの連続性を保つためにどのようにすればよいか
 - 現状の把握
 - 地域で緩和ケアについて課題を検討する機会の設置
 - 地域緩和ケア調整員等の活用について

④ 在宅医療における緩和ケアの提供体制、質の担保

- 在宅医療の中でもがんに関しては、特化した診療所がある程度まとめて受ける傾向がある
- 在宅医療における緩和ケアの内容、質について検討がほとんどない。施設間のばらつきがある

⑤ 介護施設における緩和ケアの提供

- 地域包括ケアの枠組みの中で、介護施設での看取りについても推進されているが、がん患者の看取りについてはその実態は把握されていない。介護施設は連携する在宅医による教育・研修が重要になり、在宅医の努力に依る
- 痛みや苦痛のケアについて介護職への教育がどの程度行われているかは不明
- 介護職の教育、施設の運営の方針による幅がある。
(たとえば、入所時に緊急時の搬送をしないと決め、本来医療的な処置が必要な場面でもつながないなど、目的と手段が逆になっている場合があるとの意見)

4. 緩和ケア病棟

【背景】

- 診療報酬の誘導により緩和ケア病棟の設置が進められてきた
- 一方で緩和ケア医がいない緩和ケア病棟も増えている
- 質について、日本ホスピス緩和ケア協会が基準を出している一方、加盟していない緩和ケア病棟もある
- 診療報酬の誘導により、急性期化と慢性・療養型に二極化してきている
- 緩和ケア病棟の運営では地域との連携が要請されているが、連携が進まない、受け入れを限定している施設もある。
- 逆に地域包括ケア病棟はがん患者を含め受入れており、緩和ケア病棟と役割が重なる面が出てきた。
- 海外では、緩和ケア病棟はがんに限らず、がん以外も受入れている。わが国では、専門的緩和ケアへのアクセスががんに限られているとすれば、他の疾患をもつ人に不利益が生じているのではないかとの意見もある
(緩和ケア病棟ががんと AIDS しか受入れていないのはいびつ)
- また、COVID-19 感染拡大により、緩和ケア病棟がコロナ対応病棟に転換された大学病院・地域の病院がある

【検討がもとめられる事項】

- 現状の把握
- 緩和ケア病棟の役割について
- 在宅医や地域の病院と緩和ケア病棟との連携について
- COVID-19 感染下でのケアの質について(病棟型の緩和ケア病棟では、終末期であっても面会が困難な施設もある)

緩和ケアをめぐる課題（前提となる状況の変化、特に拠点病院が終末期を診なくなった）



- 拠点病院
- 体系的なスクリーニングはほとんど実施されていない
 - 経営上病院が利益にならない活動に消極的
 - 診断時からの緩和ケアの内容が明確でないため具体的な活動に至っていない

- 外来での緩和ケアの提供が積極的に行われていない
- 入院で依頼が出ない
- 緩和ケアチームが専門的な教育を受けていない

地域の病院
（地域包括ケア病棟、療養病棟）

- 地域の病院
- 緩和ケアの資源がない
 - 緩和ケアの教育が行き届いていない（遺族調査の結果は、主に地域の病院の状況を反映している可能性）

- 在宅医
- 施設による技術差が非常に大きい

対応策

- 入院準備センター等PFMの流れの中にスクリーニング実施を義務化させる

- 緩和ケアチームの動き方を主治医からの依頼で動くコンサルテーションスタイルから、自動的にフォローするマネジメントチームスタイルに変える

- 地域移行時に緩和ケア外来での調整、緩和ケアチームでのテレホンフォローアップなど、後方連携病院への助言、支援体制

緩和ケアとは何か

埼玉医科大学総合医療センター 緩和医療科／呼吸器外科

国立大学法人埼玉大学教育学部 非常勤講師

フェリス女学院大学音楽学部 非常勤講師

儀賀 理暁

先生のご経験から「緩和ケアとは何か」を
ご発表いただけないかと考えております。
10分程度で。

に、学生さんの力を借りながら精一杯応えてみます。。。

第1期 がん対策推進基本計画

第3 全体目標並びに分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

3 分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

(1) がん医療

①

② 緩和ケア

③

④

⑤

第2期 がん対策推進基本計画

第4 分野別施策と個別目標

1. がん医療

(1)

(2)

(3) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(4)

(5)

(6)

第1 全体目標

「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」

①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 ②患者本位のがん医療の実現 ③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

第2 分野別施策

1. がん予防

- (1) がんの1次予防
- (2) がんの早期発見、がん検診（2次予防）

2. がん医療の充実

- (1) がんゲノム医療
- (2) がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法
- (3) チーム医療
- (4) がんのリハビリテーション
- (5) 支持療法
- (6) 希少がん、難治性がん
(それぞれのがんの特性に応じた対策)
- (7) 小児がん、AYA（※）世代のがん、高齢者のがん
(※)Adolescent and Young Adult：思春期と若年成人
- (8) 病理診断
- (9) がん登録
- (10) 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

3. がんとの共生

- (1) がんと診断された時からの緩和ケア
- (2) 相談支援、情報提供
- (3) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援
- (4) がん患者等の就労を含めた社会的な問題
- (5) ライフステージに応じたがん対策

4. これらを支える基盤の整備

- (1) がん研究
- (2) 人材育成
- (3) がん教育、普及啓発

医療とは？

精選版日本国語大辞典：医術を用いて病気を治すこと

デジタル大辞泉：医術、医薬で病気やけがを治すこと

広辞苑：医術で病気を治すこと

世界大百科事典第2版：病気という名前と呼ばれる個人的状態に対し、それを回復させるか、あるいは悪化を阻止しようとしてとられる行為をいう

医療とは？

Health care (also health-care or healthcare) is the **maintenance** or **improvement** of health via the prevention, diagnosis, treatment, recovery, or cure of disease, illness, injury, and other physical and mental impairments in people.

人間の健康の**維持**、**回復**、**促進**などを目的とした諸活動について用いられる広範な意味を持った語である

-Wikipedia

不治の病は？ 死は？ そもそも人は？

ホスピス運動 ⇒ 緩和ケア ⇒ 緩和医療

死や死にゆく人をめぐるケアの医療化

安藤泰至 2012

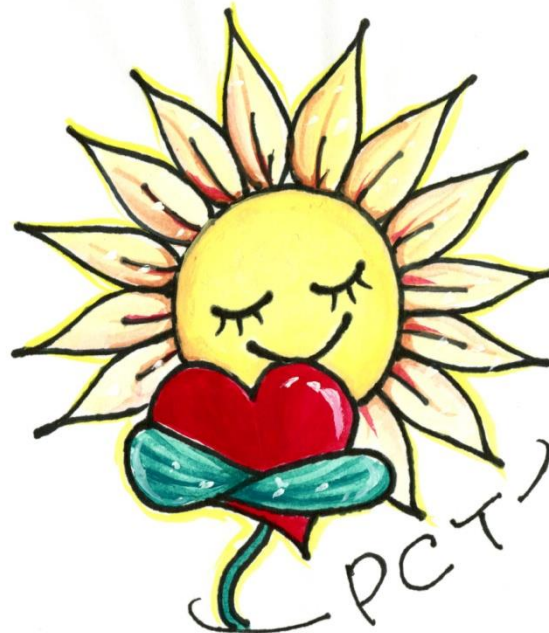
(がんの) 治療

病気のこと

- 抗がん剤／免疫治療
- 放射線
- 手術

あなたのこと

- 緩和ケア



医療とは？

医療法：

（昭和二十三年七月三十日法律第二百五号）

最終改正：平成一八年一二月八日法律第一〇六号

第一章 総則

第一条の二

医療は、生命の尊重と**個人の尊厳の保持**を旨とし、～中略～
医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。

患者体験調査・小児患者体験調査 の結果概要

国立がん研究センター
がん対策情報センターがん登録センター
東 尚弘
thigashi@ncc.go.jp

患者体験調査の目的

(第3期がん対策推進基本計画中間評価)

- 国のがん対策の進捗評価

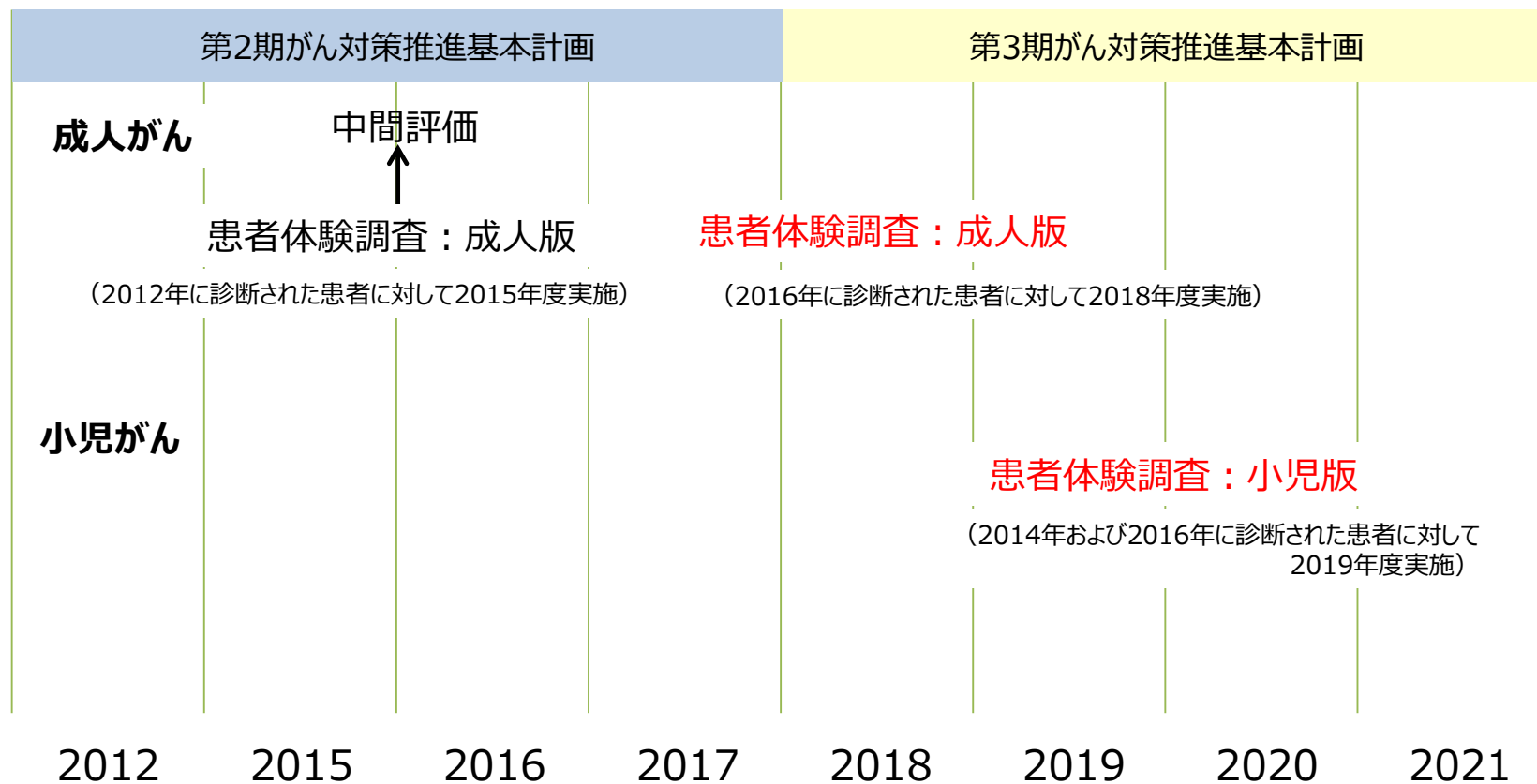
(患者の体験はがん対策の重要なアウトカム)

- 患者と家族の体験したがん医療の実情把握

⇒全国のがん患者を代表可能なサンプルに対する
質問紙調査

患者体験調査のこれまで

目的：がん対策推進基本計画の評価のためのデータ



成人調査の結果概要

回答者概要

2018年度 調査実施分

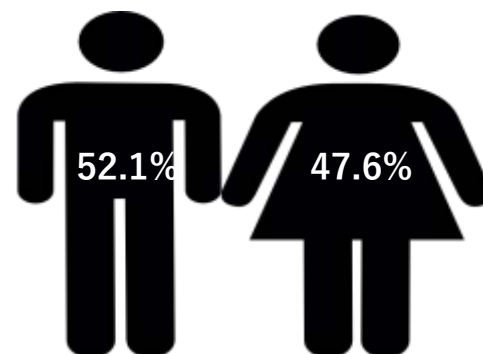
院内がん登録実施施設での2016年診断患者が対象

発送数	20,488
参加施設数	166施設
回収数	8,935(回収率43.6%)
報告対象	7,080

内訳

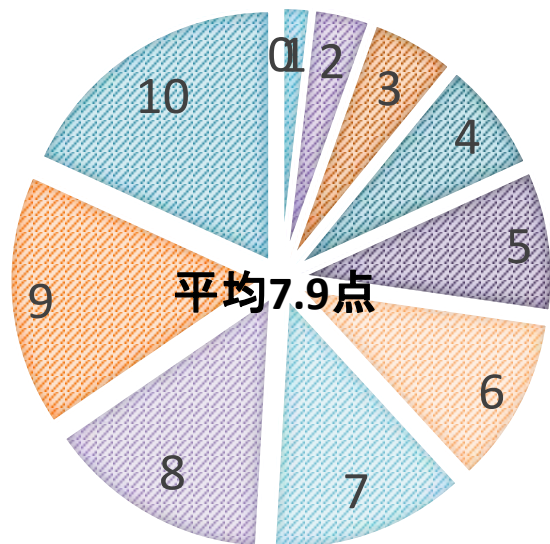
平均66.4歳

グループ	対象人数
A:希少がん患者	797 (11.3%)
B:若年がん患者	709 (10.0%)
C:一般のがん患者	5,574 (78.7%)



受けた医療への総合的評価

(問23)総合的な評価結果(0-10点)

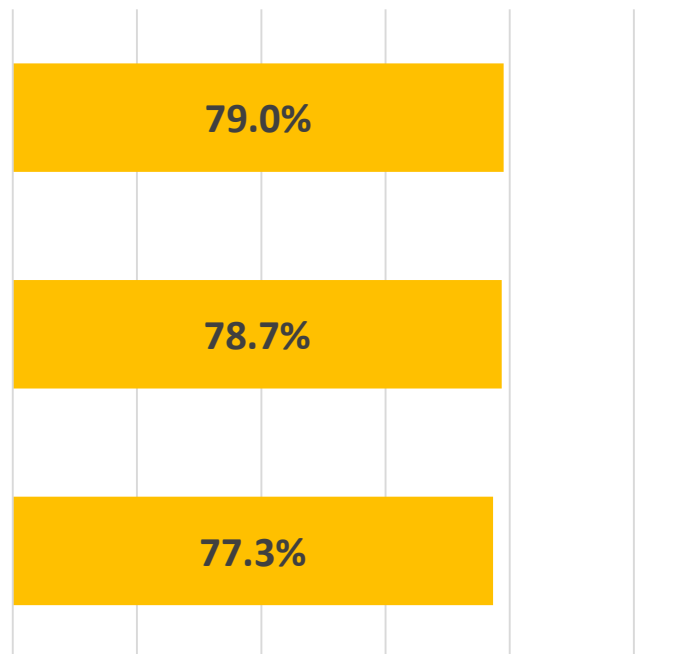


0% 20% 40% 60% 80% 100%

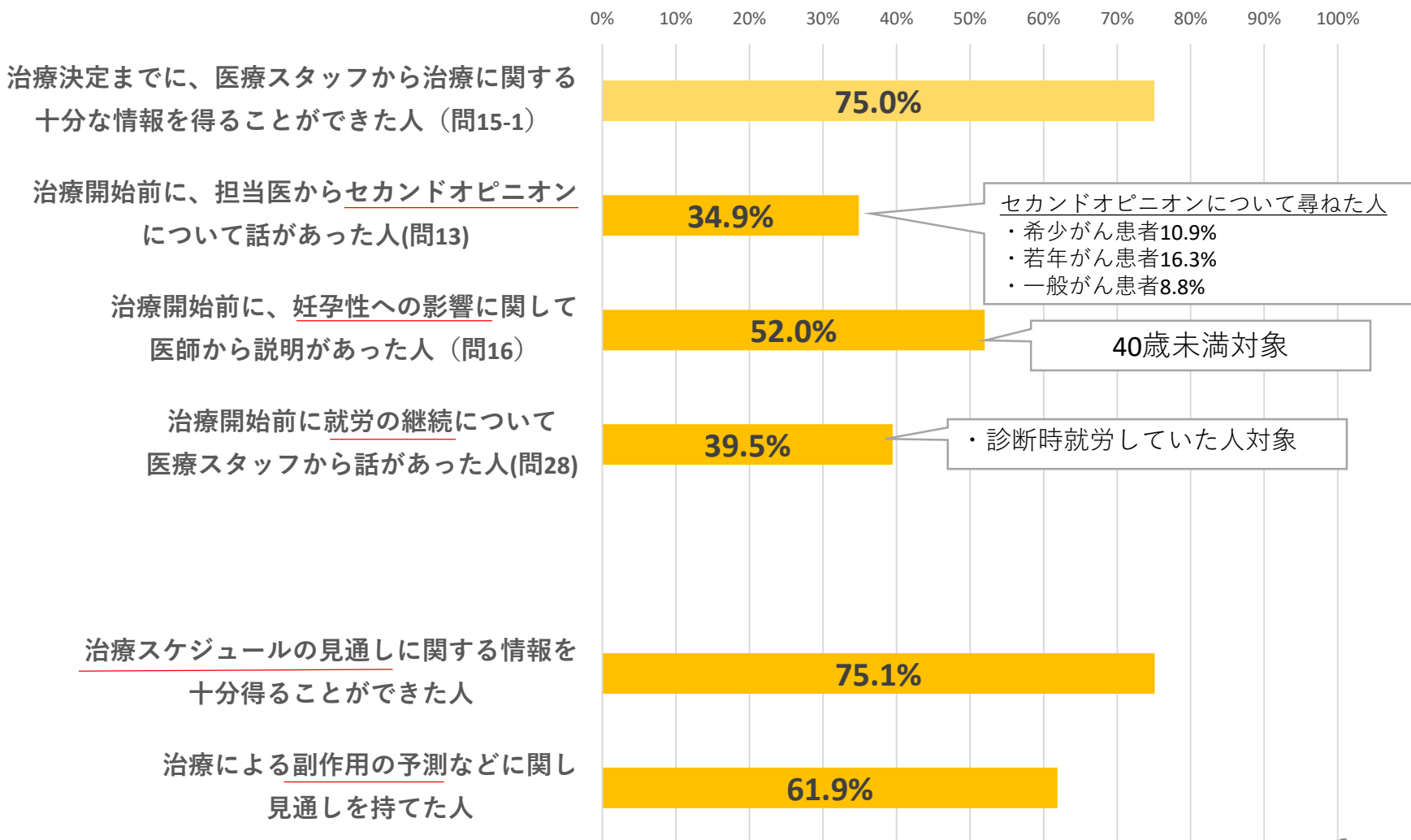
納得いく治療選択が
できた人 (問15-2)

専門的な医療を受けられた
と思う人 (問20-8)

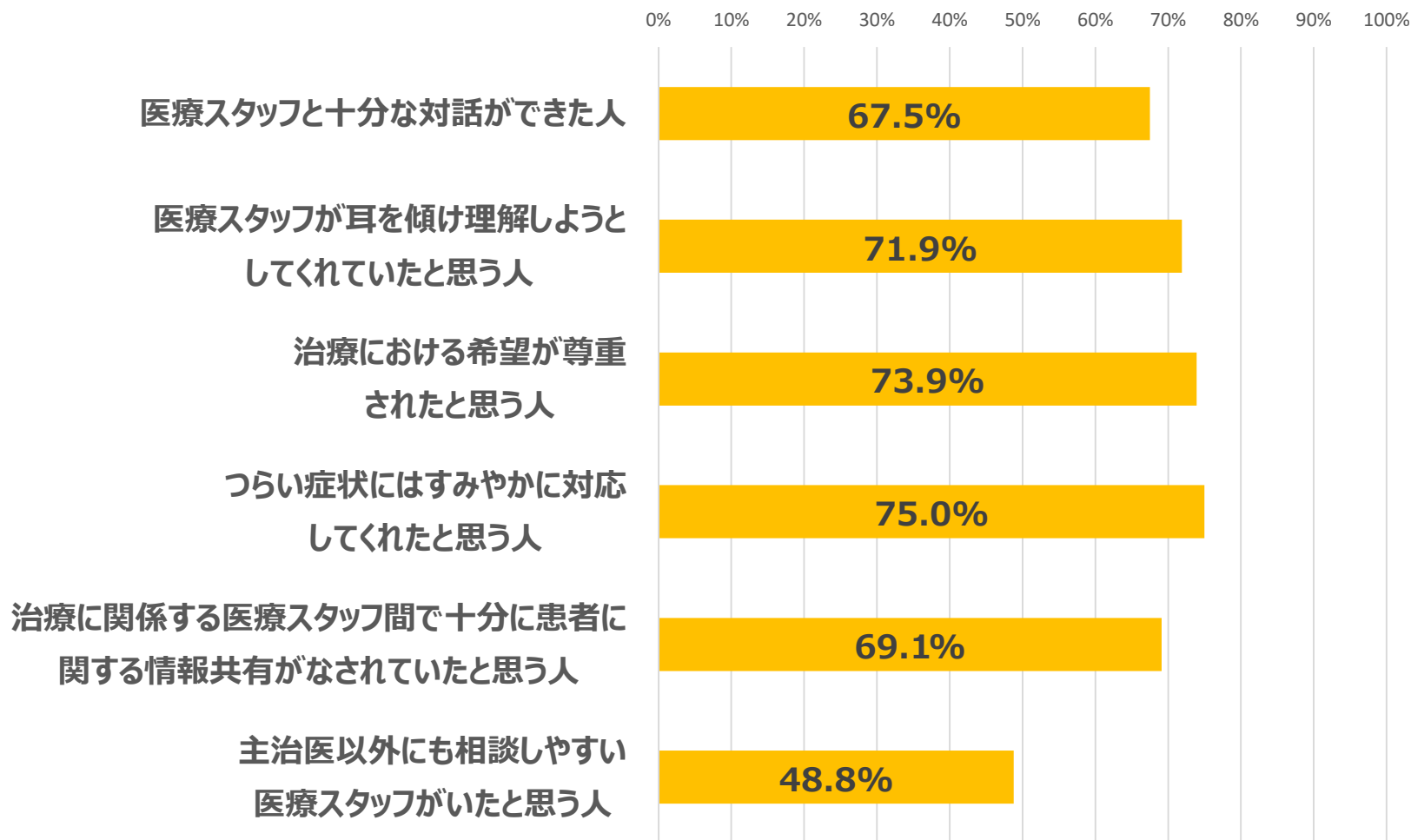
これまで受けた治療に
納得している人 (問20-10)



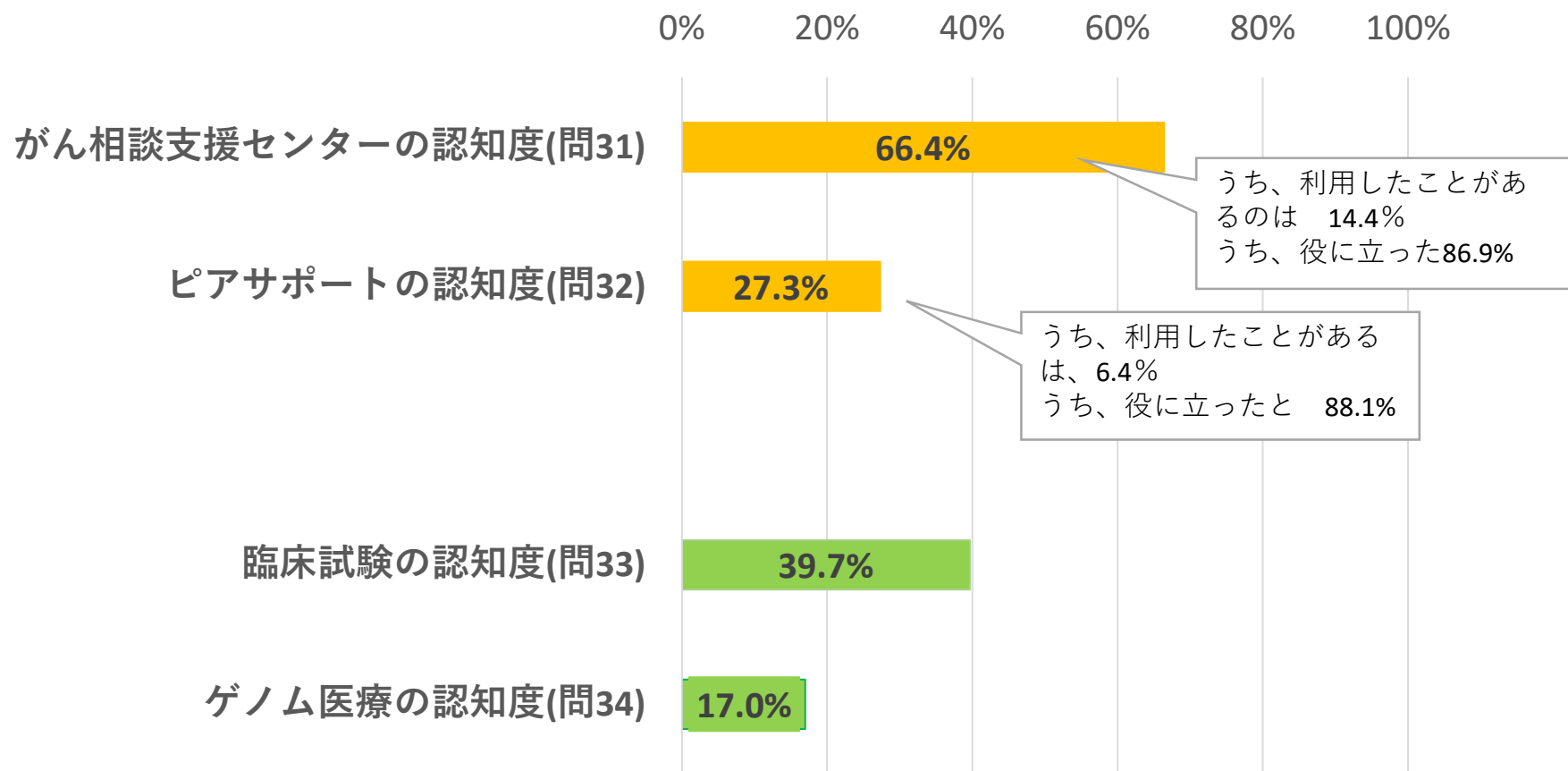
治療前の説明・見通し



医療者とのコミュニケーション



相談支援制度や用語の認知度



孤立感・偏見

がんと診断されてから周囲に不必要に
気を遣われていると感じる人（問35-3）

12.3%

本人回答のみ

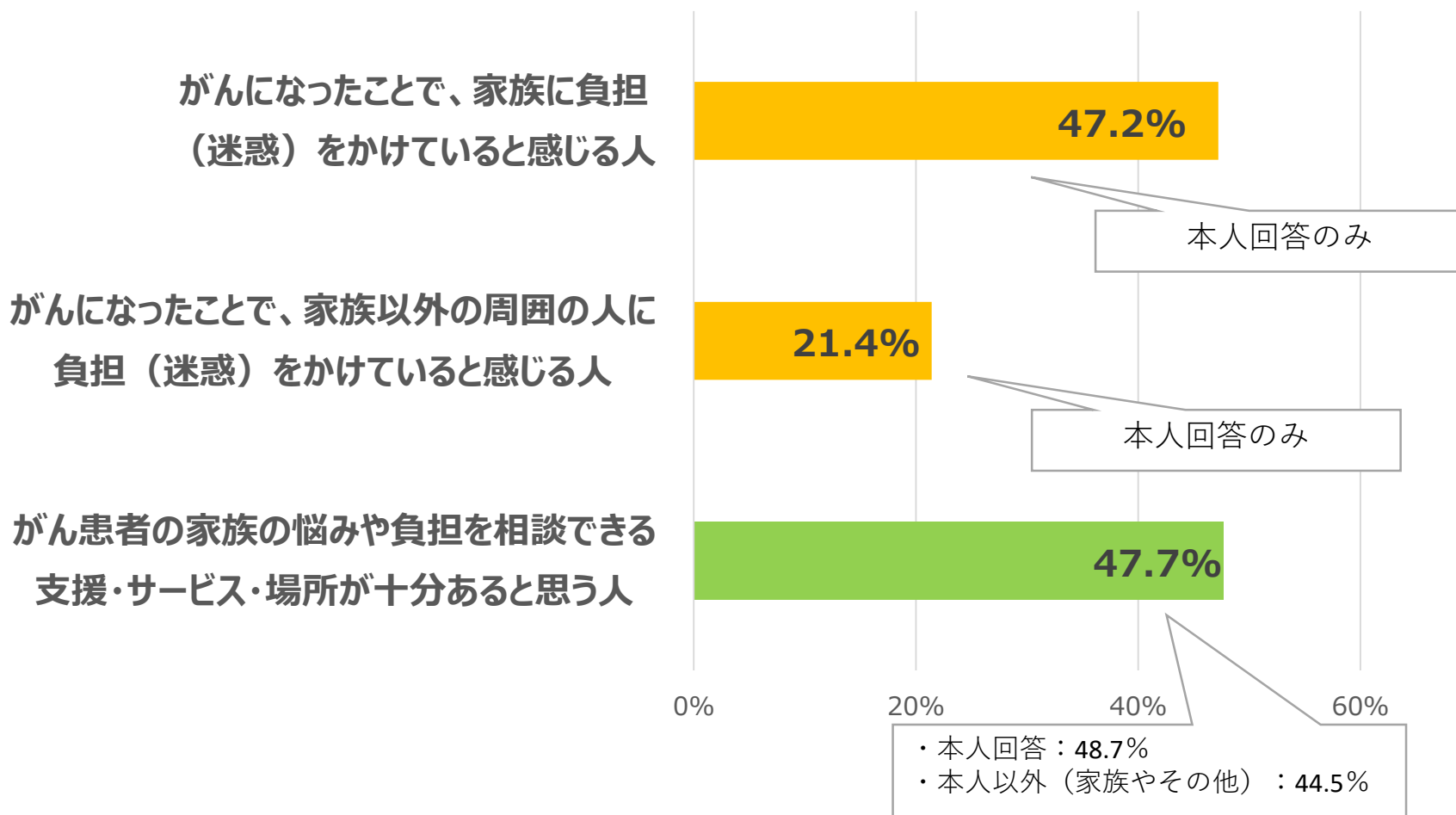
（家族以外の）周囲の人からがんに対する
偏見を感じる人（問35-4）

5.3%

本人回答のみ

0% 20% 40% 60% 80% 100%

家族・周囲への迷惑

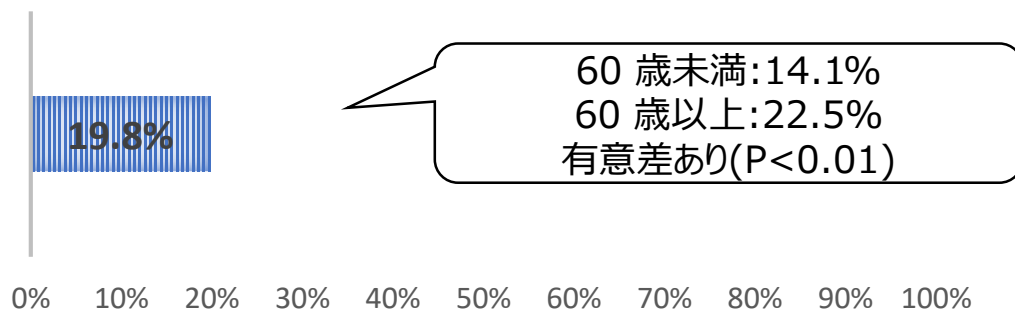


就労の状況

診断時に就労していた、回答者の44.2%が対象

就労あり	就労なし
62.1歳 (SD:12.2)	75.0歳 (SD:9.3)

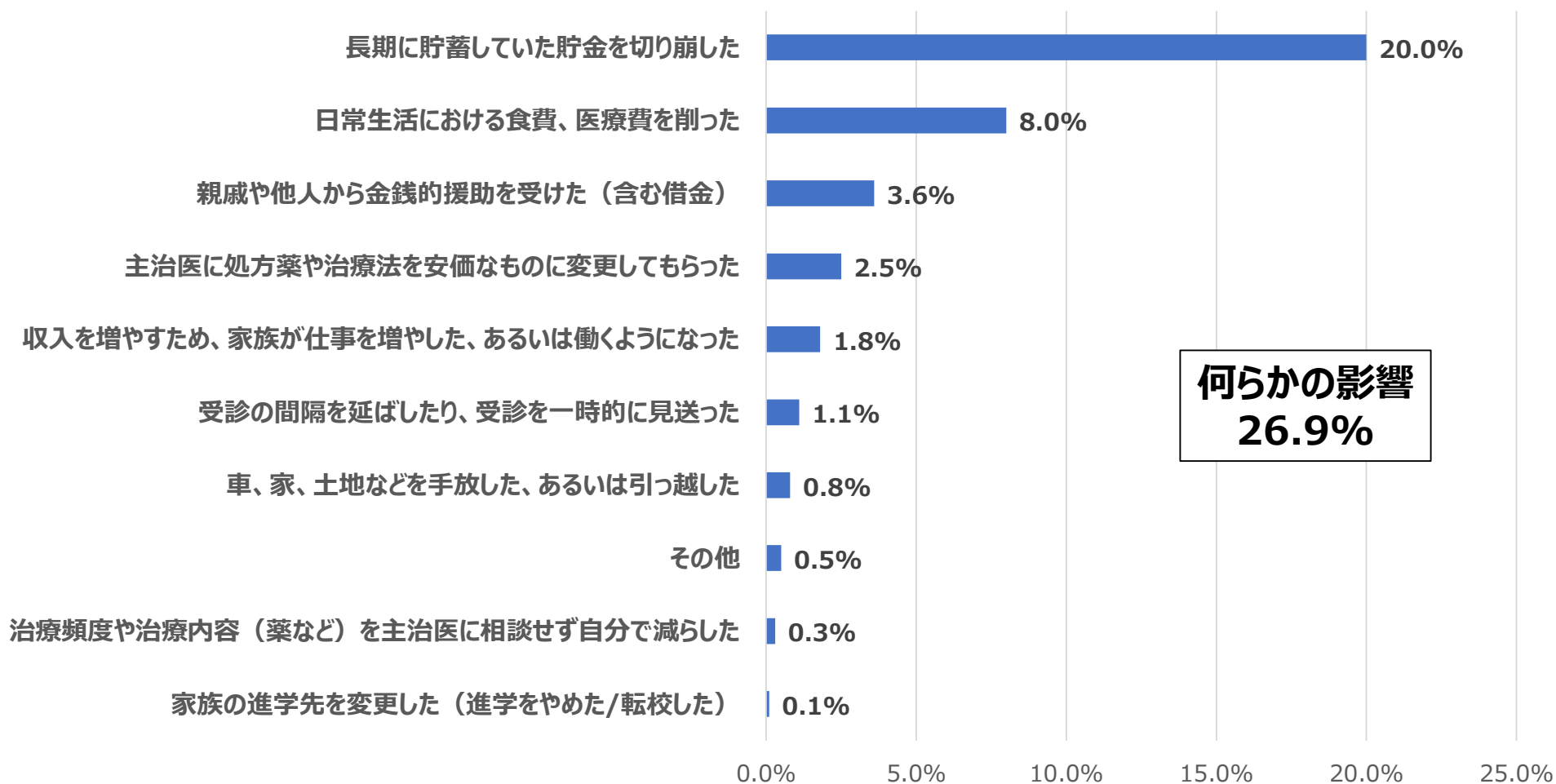
がん診断後、退職・廃業した
と回答した人の割合(問29)



退職・廃業した人の「タイミング」

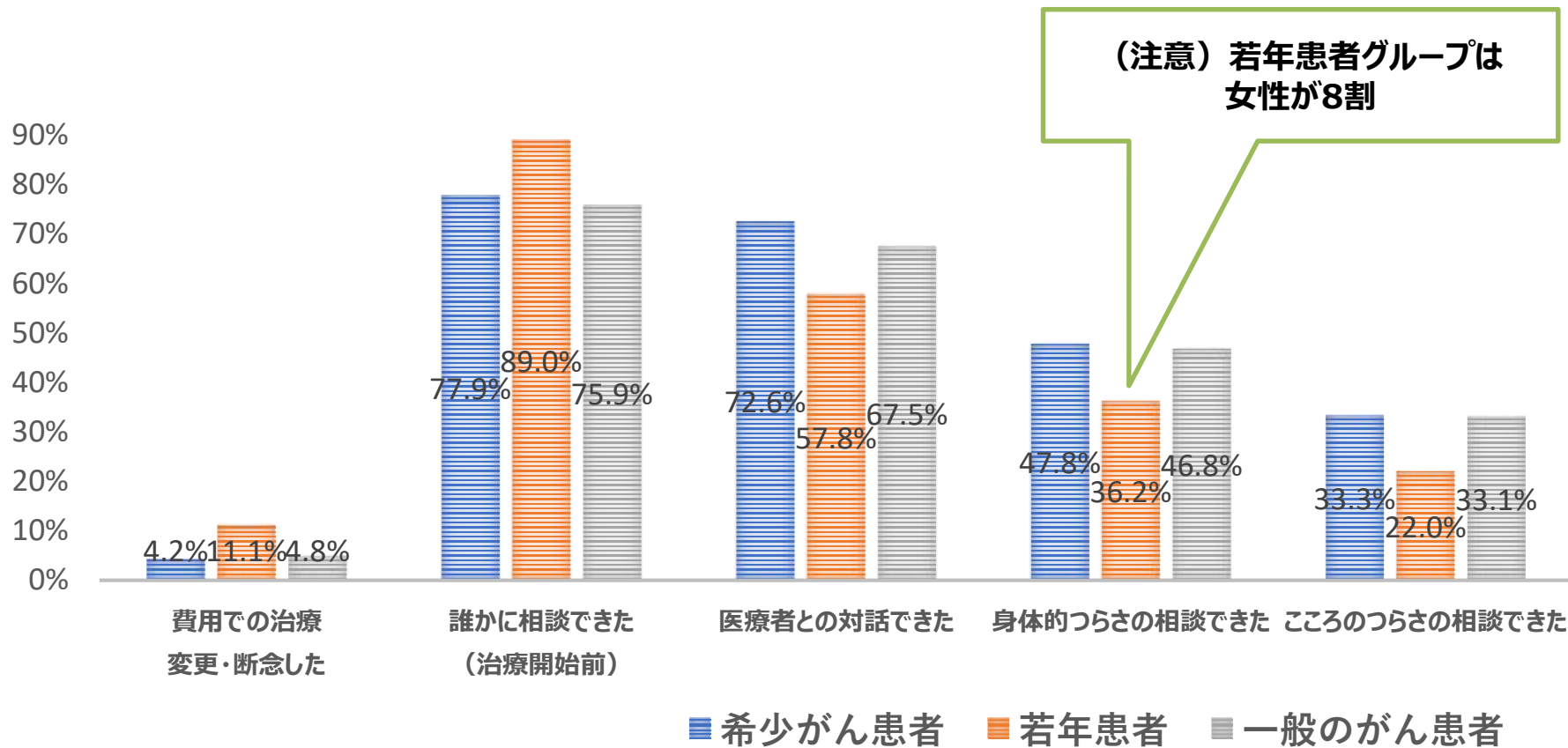
	全体	希少がん患者	若年がん患者	その他がん患者
がんの疑いがあり診断が確定する前	6.2%	6.3%	3.0%	6.4%
がん診断直後	34.1% 56.8%	29.3% 54.4%	28.4% 42.5%	34.8% 57.9%
診断後、初回治療を待っている間	16.5%	18.8%	11.1%	16.7%
初回治療中	11.6%	17.3%	11.0%	11.3%
初回治療後から当初予定していた復職までの間	17.5%	11.0%	21.9%	17.7%
一度復職したのち	10.8%	15.0%	10.4%	10.6%
その他	3.1%	2.2%	14.3%	2.5%
合計	100%	100%	100%	100%

経済的な負担の影響



AYA世代の状況

ここでは19～39歳



小児調査の結果概要

発送・集計対象数

2019年度 調査実施

2014年・2016年診断の0-18歳患者が院内がん登録で年間4例以上の施設が対象

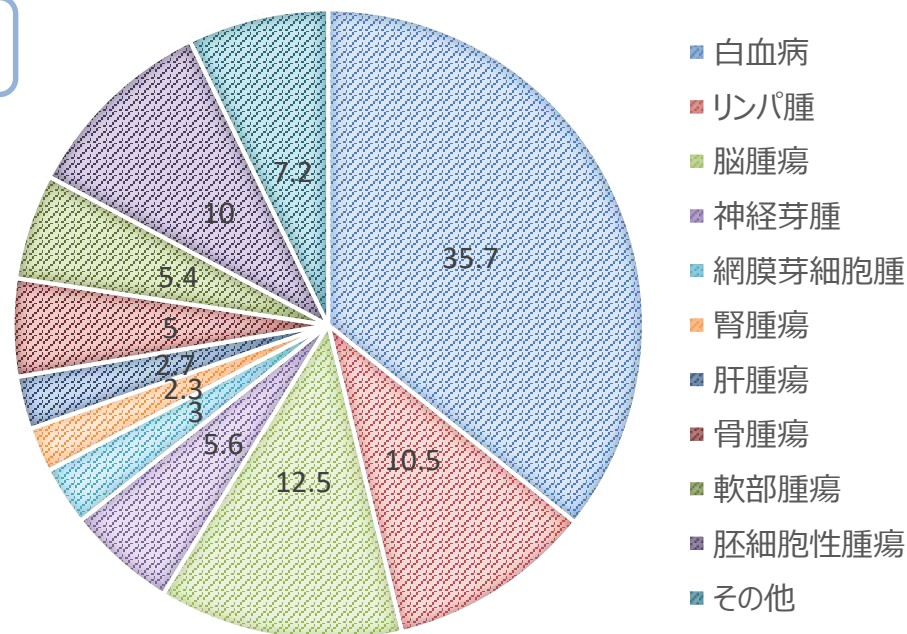
発送数	2511
参加施設数	97施設(小児がん拠点12施設)
回収数	1221(回収率47.8%)
報告対象	1029

☑患者情報

回答者は家族等に依頼
(84.5%母親)

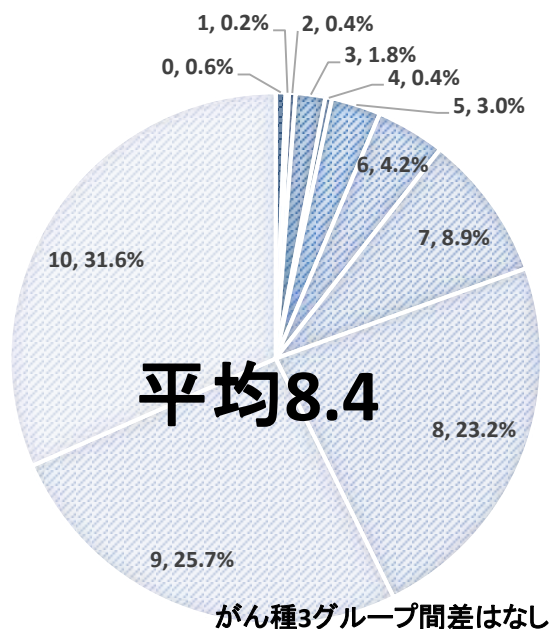


平均年齢: 8.4歳

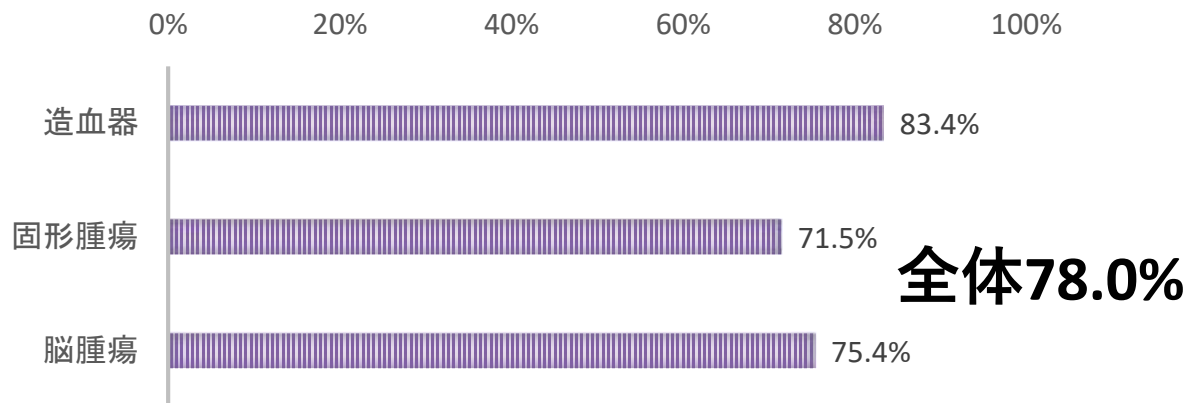


治療に関する体験

受けた医療の総合評価(0-10点) (問25)



主治医以外に相談しやすいスタッフがいた(問20-8)



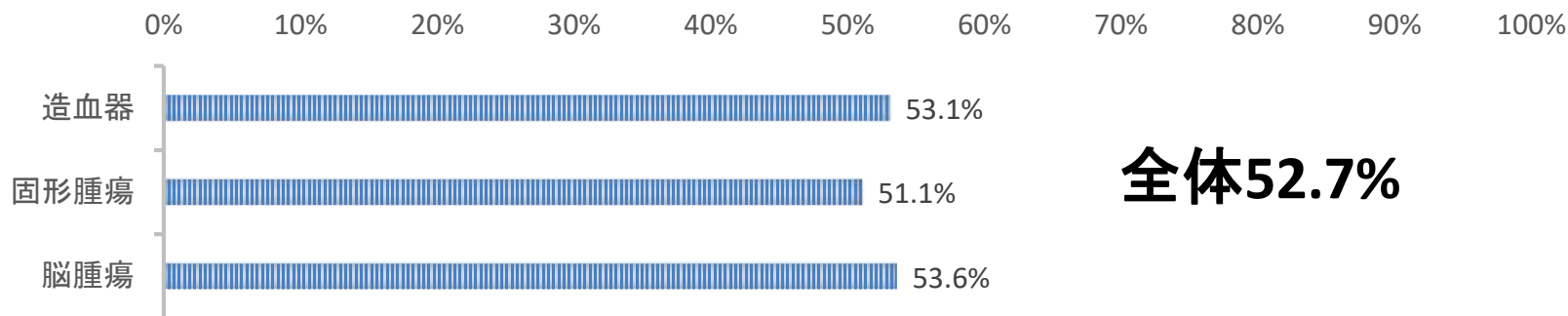
造血器 vs 脳腫瘍/固形 $p < 0.05$ 、成人対象の調査では48.8%

☑ 治療中の体験に関して、成人と共通の問いでは、全体として成人より肯定的な回答が多かった。

内容	小児	成人(参考)
医療スタッフとの対話 (問20-3)	76.3%	67.5%
治療スケジュール情報の取得 (問20-1)	78.1%	75.1%
専門的な医療の提供 (問20-7)	90.4%	78.7%
希望通りの転院 (問20-11)	85.3%	79.2%

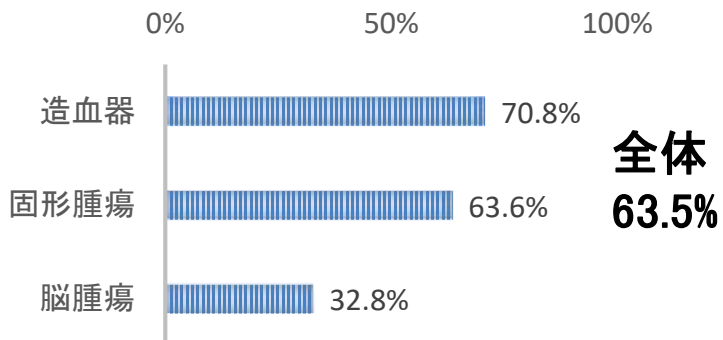
告知について

治療開始前に患者本人に告知した(問27)

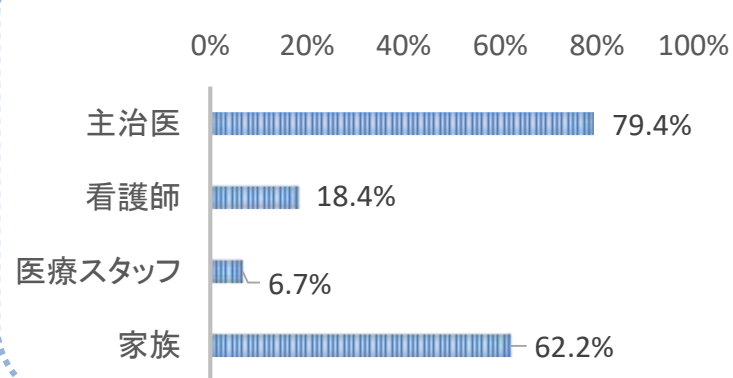


3群 $p=0.81$

病名を伝えて告知した(問28)



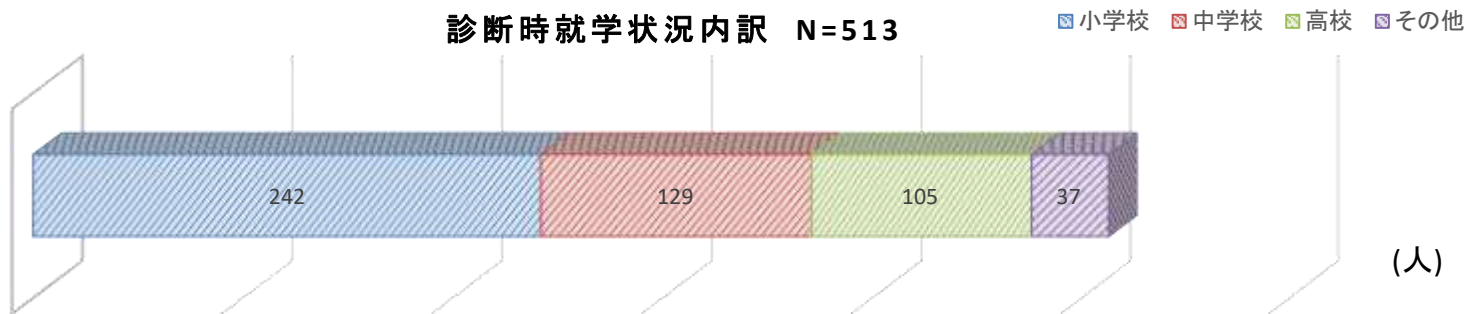
告知をした人(問29) 複数回答有



脳腫瘍 vs 造血器/固形腫瘍で $p<0.05$

就学状況

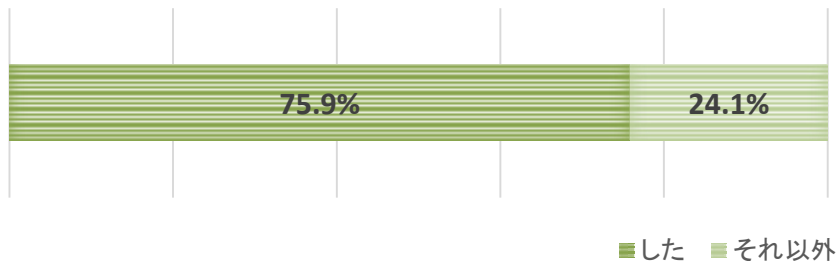
診断時就学状況内訳 N=513



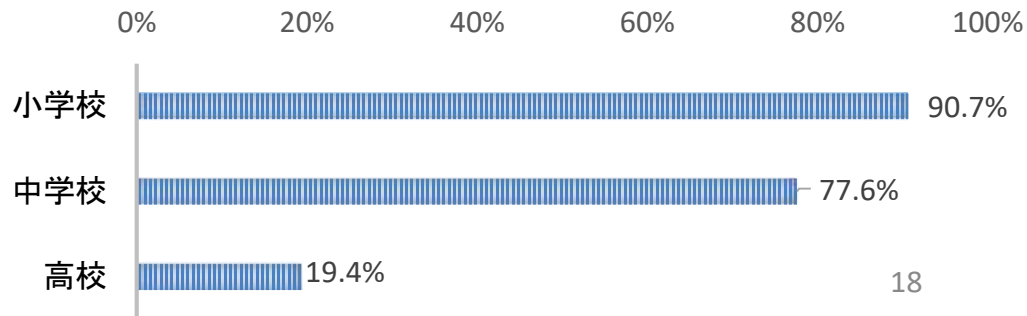
☑転校・休学・退学を経験したと回答した人の分布

	小学校	中学校	高等学校	その他
転校	167 (81.1%)	70 (59.3%)	14 (17.5%)	7 (19%)
休学	34 (16.5%)	43 (36.4%)	49 (61.3%)	19 (53%)
退学	1 (0.5%)	1 (0.8%)	7 (8.8%)	7 (19%)
その他	4 (1.9%)	4 (3.4%)	10 (12.5%)	3 (8%)

治療中に何らかの支援制度を利用した(問36(2))

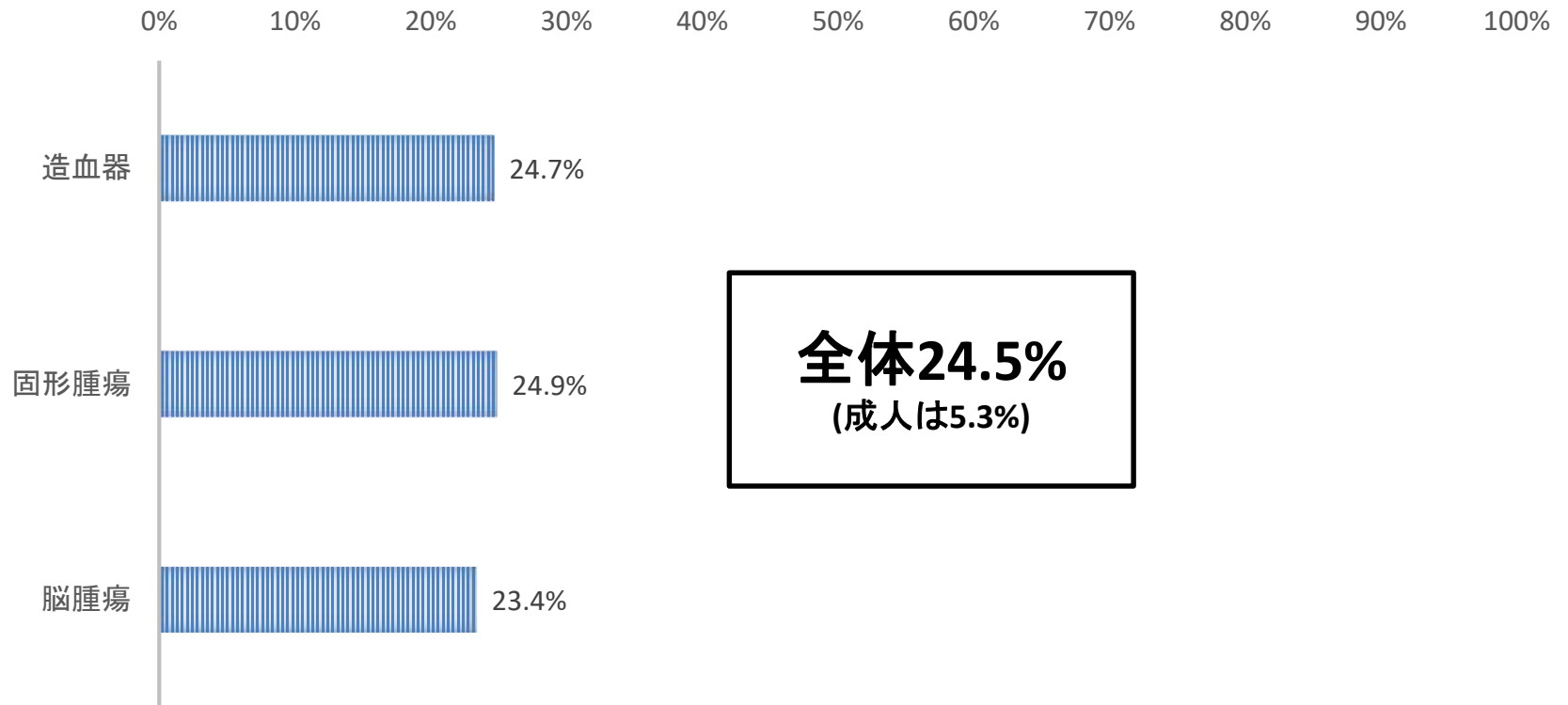


制度：病院内等に設置された特別支援学級で授業を受けた



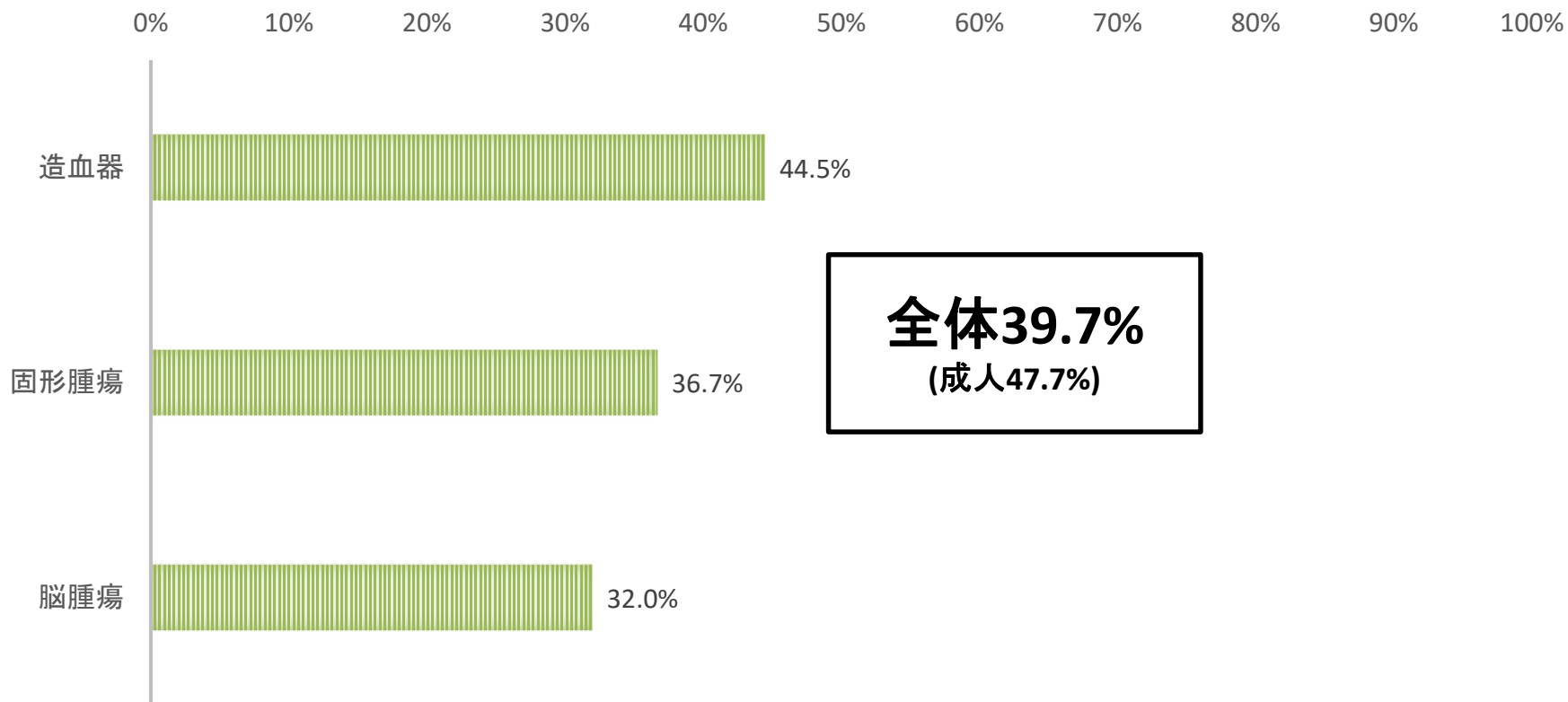
社会とのつながり (偏見)

周囲の人ががんに対する偏見を持っている(問40-3)



家族への支援

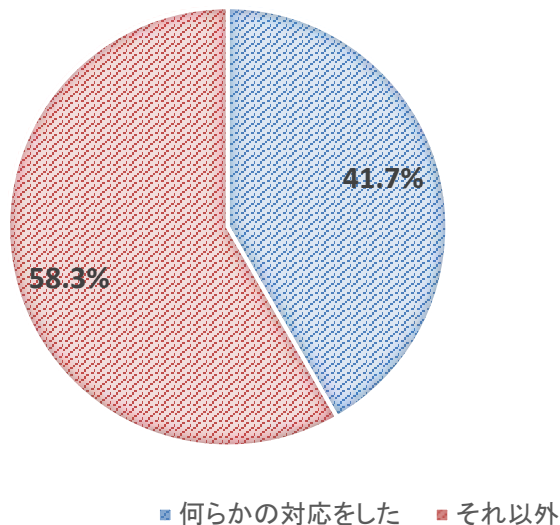
がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分にある(問40-2)



造血器 vs 脳腫瘍/固形 $P < 0.05$

経済的負担

医療費を確保するため何らかの影響があった
(何らかの対応を行った)(問17)

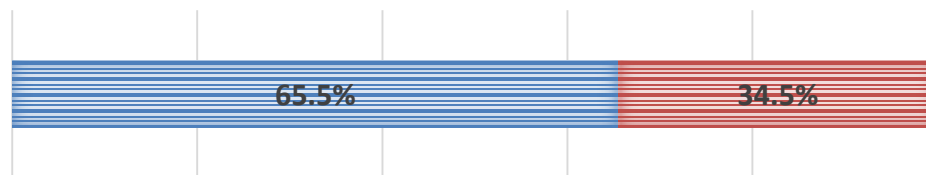


経済的負担軽減のため何らかの制度を利用した人99.1%(問18)

- ・ 小児慢性特定疾病医療費助成 (87.0%)
- ・ 生命保険・民間保険(40.1%)
- ・ 特別児童扶養手当(32.5%)
- ・ 高額療養費制度(31.5%)
- ・ 乳幼児等に係る医療費の援助(31.1%)等

選択肢(複数回答有)	小児調査割合	成人調査割合(参考)
日常生活における食費、衣料費を削った	22.9%	8.0%
受診の間隔を延ばしたり、 受診を一時的に見送った	0.5%	1.1%
主治医に処方薬や治療法を 安価なものに変更してもらった	0.7%	2.5%
治療頻度や治療内容(薬など)を 主治医に相談せずに自分で減らした	0%	0.3%
長期に貯蓄していた貯金を切り崩した	26.4%	20.0%
収入を増やすため、家族が仕事を増やした、 あるいは働くようになった	3.8%	1.8%
親戚や他人から金銭的援助を受けた (借金を含む)	12.9%	3.6%
車、家、土地などを手放した、 あるいは引っ越した	1.2%	0.8%
家族の進学先を変更した (進学をやめた/転校した)	1.5%	0.1%
その他	2.3%	0.5%
上記のようなことは無かった	58.3%	73.1%

仕事や働き方を変えた(問30)



■ 変えた ■ それ以外

ありがとうございました

今回の患者体験調査/小児患者体験調査に、
ご協力いただいた関係者・施設・回答者の皆様に
この場を借りて心より感謝申し上げます。

遺族調査の結果概要

人生の最終段階の療養生活の状況や受けた医療に関する 全国調査（2018年度）

国立がん研究センターがん対策情報センター
がん医療支援部長 加藤雅志

調査概要

目的	わが国の人生の最終段階の療養生活の質と医療の質を明らかにする
調査期間	2019年1-3月
方法	郵送による質問紙調査
対象者	2017年に以下の疾患で死亡した患者の遺族 50,021名 悪性新生物・心疾患・脳血管疾患・肺炎・腎不全
抽出方法	人口動態調査 死亡票情報より2017年の死亡登録者から、死因および死亡場所別、都道府県別（がん・心疾患）に無作為抽出

死亡数

	がん	心疾患	脳血管疾患	肺炎	腎不全	合計
死亡数*	369,837	201,010	108,656	96,182	24,849	800,534
死亡場所内訳						
病院	313,108	139,873	83,646	87,129	20,962	644,718
(内 PCU†)	(61,104)					
施設	13,183	17,502	13,607	6,162	2,187	52,641
在宅	43,546	43,635	11,403	2,891	1,700	103,175

* 調査対象の母集団：2017年人口動態調査に基づく死亡年齢20歳以上の国内死亡者数

† ホスピス緩和ケア協会加盟施設の2017年緩和ケア病棟死亡者数に緩和ケア病棟届出施設の病床数カバー率で調整した推定値

回答数

	がん	心疾患	脳血管疾患	肺炎	腎不全	合計
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
発送数	25,974	15,047	3,000	3,000	3,000	50,021
不達数	3,330(13)	2,979(20)	595(20)	481(16)	463(15)	7,848(16)
有効回答数*	12,900(57)	5,003(41)	1,043(43)	1,176(47)	1,187(47)	21,309(51)
死亡場所内訳						
病院	4,712	2,008	402	396	369	7,887
(内 PCU†)	(947)					
施設	2,824	1,651	363	349	386	5,573
在宅	5,364	1,344	278	431	432	7,849

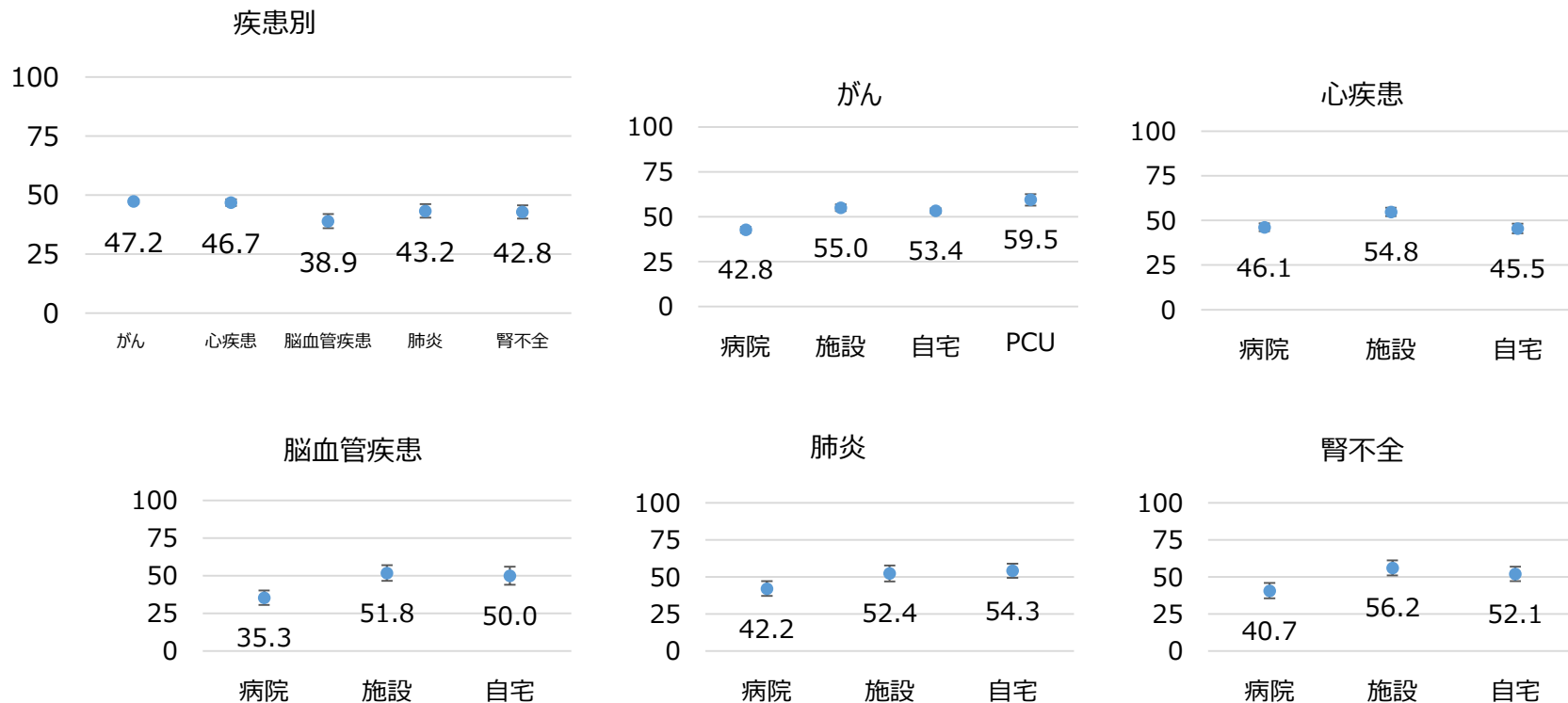
*有効回答数の割合は、有効回答数/(発送数 - 不達数) で算出

† PCU: Palliative Care Unit (ホスピス緩和ケア病棟)

3015 療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合

亡くなる前1カ月間の療養生活の質 痛みが少なく過ごせた

「ややそう思う」～「とてもそう思う」の回答割合 (%), 95%信頼区間



疾患別, がん・心疾患の死亡場所別は推定値, 脳血管疾患・肺炎・腎不全の死亡場所別は実測値を示す

がん患者では、亡くなる前1カ月間、痛みが少ない状態で過ごしていた方は47%であった。

3015 療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合

亡くなる前1カ月間の療養生活の質
痛みが少なく過ごせた
 回答分布 推定値(%)

	がん (n=12,900)	心疾患 (n=5,003)	脳血管疾患 (n=1,043)	肺炎 (n=1,176)	腎不全 (n=1,187)
1.全くそう思わない	7.5	2.6	3.6	5.0	6.1
2.そう思わない	11.6	6.9	5.7	7.1	12.0
3.あまりそう思わない	10.1	6.8	6.0	5.7	9.5
4.どちらともいえない	11.3	9.0	6.6	11.3	10.3
痛みあり 合計	40.4	25.3	22.0	29.1	37.8
5.ややそう思う	15.9	12.1	10.1	12.6	14.3
6.そう思う	25.9	29.4	24.5	26.1	24.8
7.とてもそう思う	5.4	5.3	4.4	4.5	3.7
痛みなし 合計	47.2	46.7	38.9	43.2	42.8
欠損	3.9	11.1	12.8	8.6	6.9
わからない	8.5	16.9	26.3	19.2	12.5

がん患者では、亡くなる前1カ月間、痛みを感じていた方は40%であった。

(がん) 亡くなる1週間前に「痛み」があった理由

痛みの強さが「少し」~「とてもひどい」と回答した方

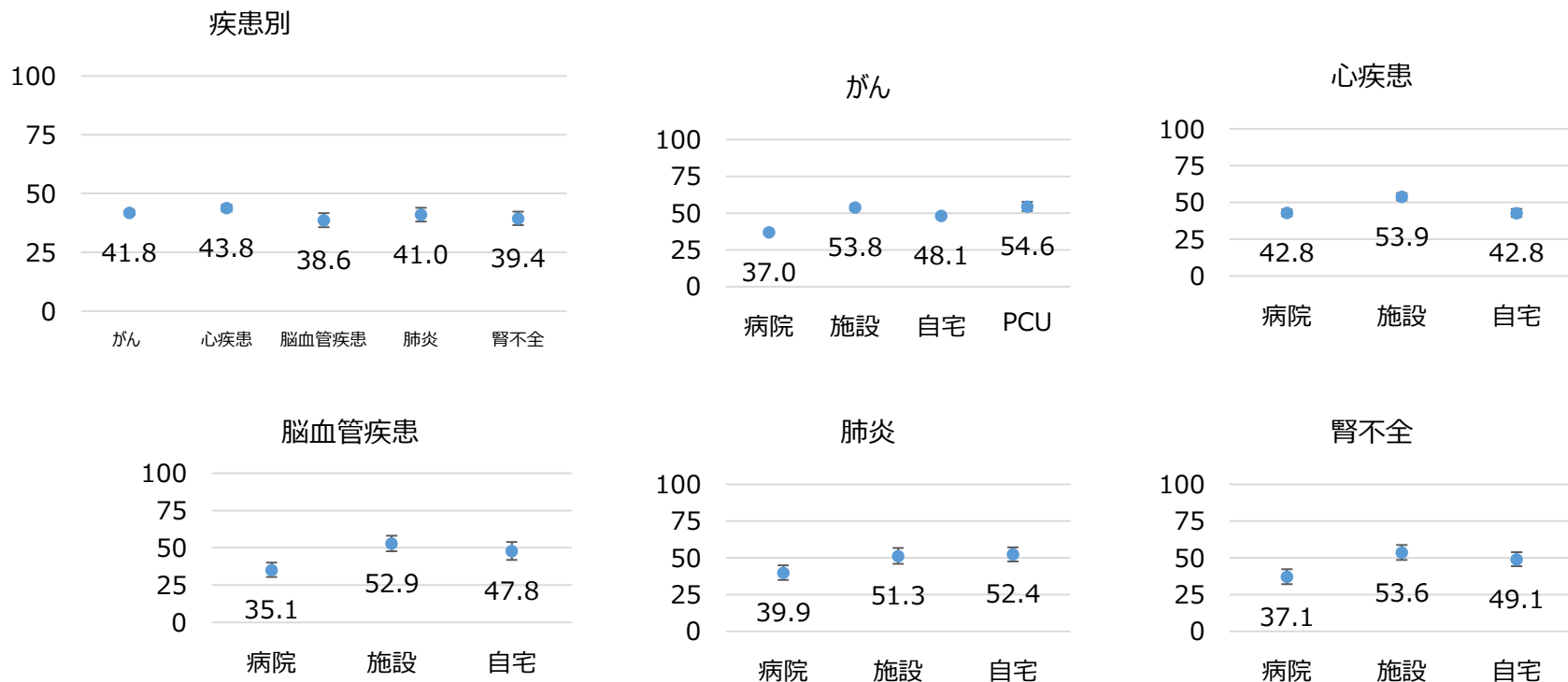
n=7,473

(複数選択可)	n(%)
医師はある程度は痛みに対処してくれたが、不十分だった	1,545(21)
医師の診察回数や診察時間が不十分だった	644(9)
医師が苦痛について質問しなかったので、痛みを伝えられなかった	183(2)
診療する医師が決まっていなかったため（複数いたなど）、 その場その場の対処となり、痛みは取れなかった	171(2)
医師に痛みを伝えたが、対処してくれなかった	148(2)
医師は話しにくい雰囲気があり、痛みを伝えられなかった	126(2)
その他	2,498(33)
わからない	1,359(18)

3015 療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合

亡くなる前1カ月間の療養生活の質 からだの苦痛が少なく過ごせた

「ややそう思う」～「とてもそう思う」の回答割合 (%), 95%信頼区間



疾患別, がん・心疾患の死亡場所別は推定値, 脳血管疾患・肺炎・腎不全の死亡場所別は実測値を示す

がん患者では、亡くなる前1カ月間、痛みを含むからだの苦痛が少ない状態で過ごしていた方は42%であった

3015 療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合

亡くなる前1カ月間の療養生活の質
からだの苦痛が少なく過ごせた
 回答分布 推定値 (%)

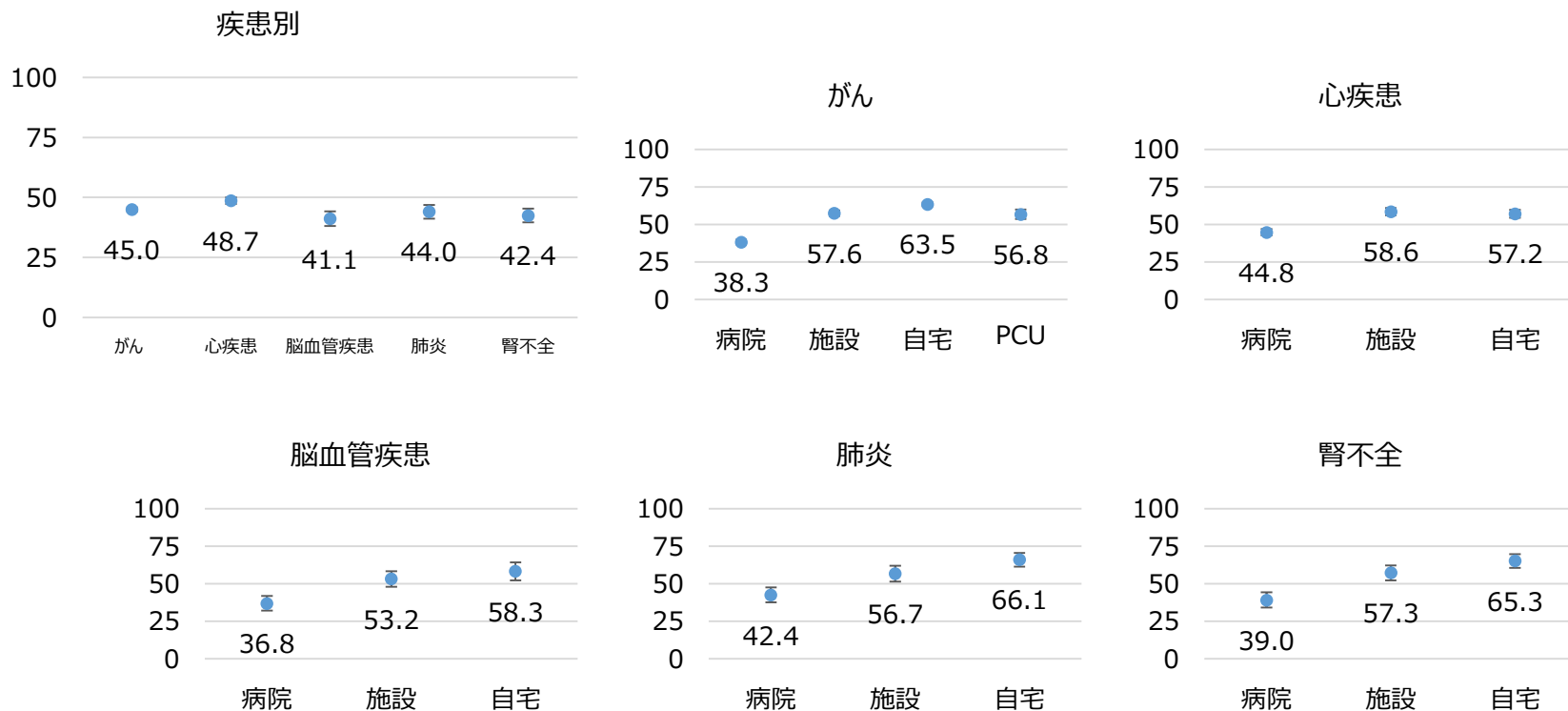
	がん (n=12,900)	心疾患 (n=5,003)	脳血管疾患 (n=1,043)	肺炎 (n=1,176)	腎不全 (n=1,187)
1.全くそう思わない	8.6	3.3	3.8	5.2	7.5
2.そう思わない	13.6	8.4	8.4	9.7	14.8
3.あまりそう思わない	12.5	8.2	6.7	8.5	10.9
4.どちらともいえない	12.5	10.3	7.1	12.5	10.5
苦痛あり 合計	47.2	30.3	26.1	36.0	43.8
5.ややそう思う	17.9	13.3	13.0	14.5	14.1
6.そう思う	20.2	26.0	22.0	23.0	22.3
7.とてもそう思う	3.7	4.5	3.6	3.5	3.0
苦痛なし 合計	41.8	43.8	38.6	41.0	39.4
欠損	4.0	11.4	12.1	8.8	8.4
わからない	7.0	14.6	23.1	14.1	8.4

がん患者では、亡くなる前1カ月間、痛みを含むからだの苦痛を感じていた方は47%であった

3016 療養生活の最終段階において、精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合

亡くなる前1カ月間の療養生活の質 おだやかな気持ちで過ごせた

「ややそう思う」～「とてもそう思う」の回答割合 (%), 95%信頼区間



疾患別, がん・心疾患の死亡場所別は推定値, 脳血管疾患・肺炎・腎不全の死亡場所別は実測値を示す

がん患者では、亡くなる1カ月間、穏やかな気持ちで過ごしていた方は45%であった。

3016 療養生活の最終段階において、精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合

亡くなる前1カ月間の療養生活の質
おだやかな気持ちで過ごせた
 回答分布 推定値(%)

	がん (n=12,900)	心疾患 (n=5,003)	脳血管疾患 (n=1,043)	肺炎 (n=1,176)	腎不全 (n=1,187)
1.全くそう思わない	6.8	2.4	3.5	4.3	6.0
2.そう思わない	10.0	7.1	5.9	8.8	9.7
3.あまりそう思わない	10.6	7.1	8.0	7.2	11.4
4.どちらともいえない	14.9	11.0	8.5	12.9	13.7
気持ちのつさらあり合計	42.3	27.5	25.9	33.2	40.8
5.ややそう思う	17.3	14.6	12.6	13.8	14.5
6.そう思う	21.8	26.8	23.4	26.1	22.2
7.とてもそう思う	5.9	7.3	5.1	4.1	5.8
穏やかに過ごせた合計	45.0	48.7	41.1	44.0	42.4
欠損	4.1	10.6	13.3	7.7	6.8
わからない	8.6	13.2	19.7	15.0	9.9

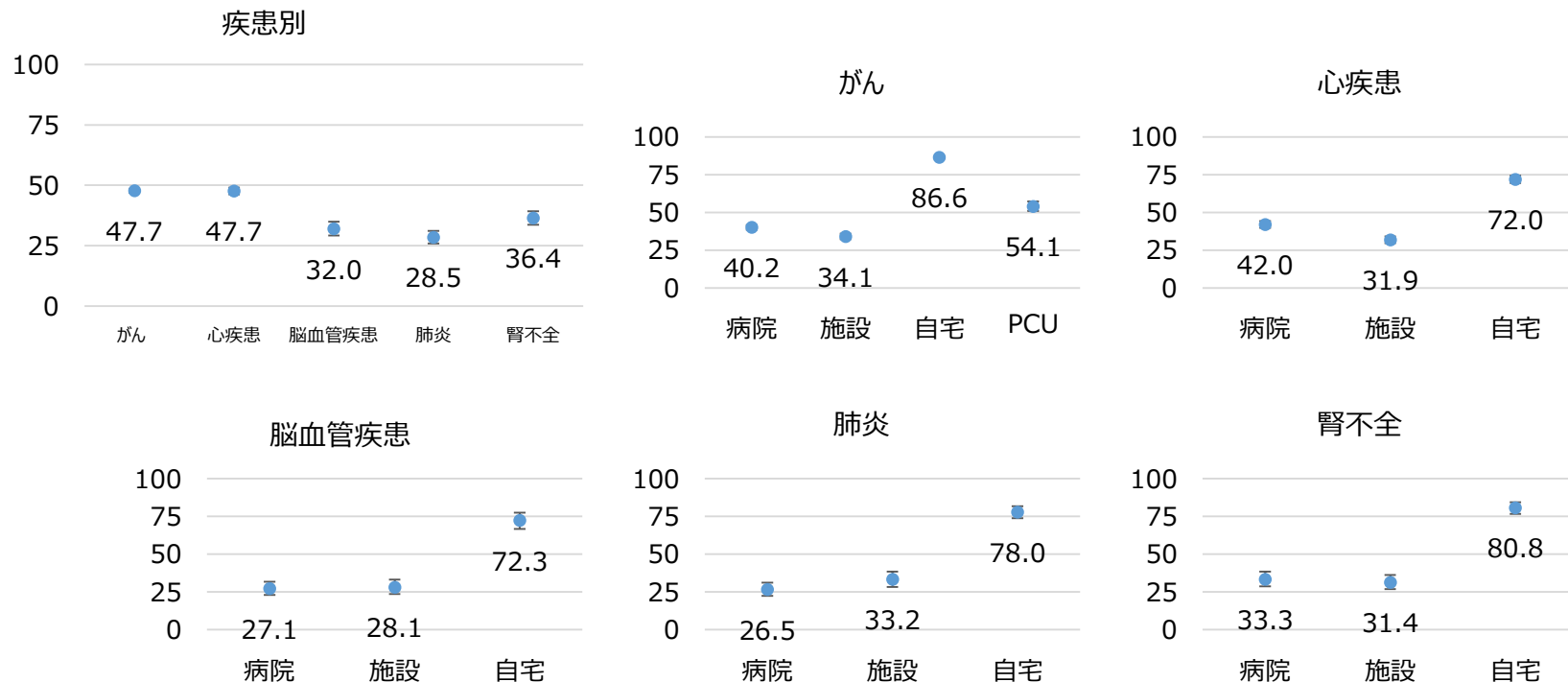
がん患者では、亡くなる1カ月間、気持ちのつらさを感じていた方は42%であった。

3034 望んだ場所で過ごせたがん患者の割合

亡くなる前1カ月間の療養生活の質

望んだ場所で過ごせた

「ややそう思う」～「とてもそう思う」の回答割合 (%), 95%信頼区間

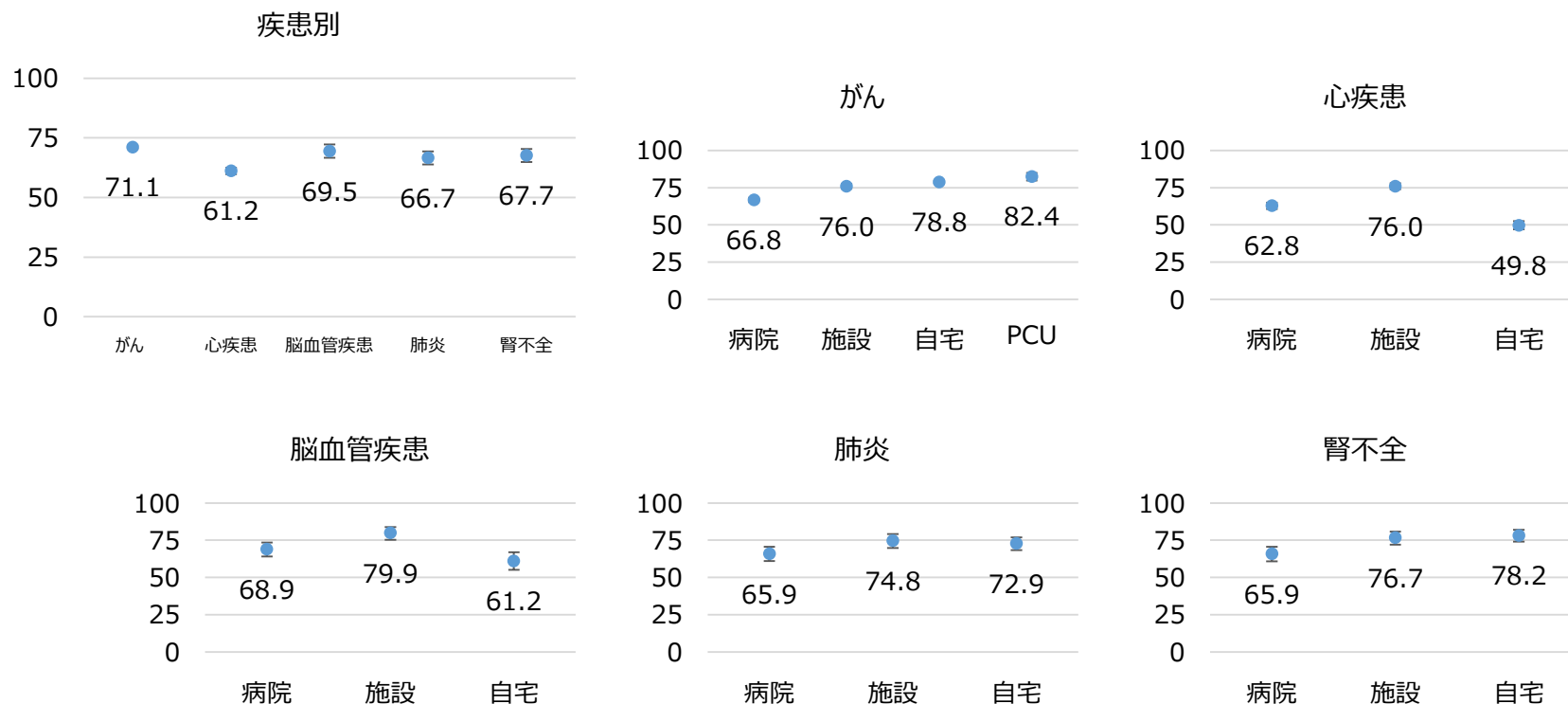


疾患別, がん・心疾患の死亡場所別は推定値, 脳血管疾患・肺炎・腎不全の死亡場所別は実測値を示す

がん患者では、最期を望んだ場所で過ごしていた方は48%であった。
自宅で亡くなった患者の方が「望んだ場所で過ごせた」と回答した割合が高かった

3033 在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度

亡くなった場所で受けた医療に対する全般的満足度 「やや満足」～「非常に満足」の回答割合 (%), 95%信頼区間



疾患別, がん・心疾患の死亡場所別は推定値, 脳血管疾患・肺炎・腎不全の死亡場所別は実測値を示す

がん患者では、亡くなった場所で受けた医療に全般的に満足していた方は71%であった。

考察

- 調査では、21,309名（回答率51%）と多くの遺族の方々のご理解・ご協力が得られた。
- がん患者では、亡くなる前1カ月間、痛みが少ない状態で過ごしていた者は47%であり、痛みを感じていた者は40%と、今後も更なる対策が必要であると考えられた。専門家ではない遺族からの視点ではあるが、主な痛みの理由には、医師は痛みに対処をしたが不十分であったことや、診療回数・時間が不十分であることが挙げられており、医療者の対応により改善できる可能性があることが示唆された。
- がん患者では、亡くなる1カ月間、穏やかな気持ちで過ごしていた者は45%であり、気持ちのつらさを感じていた者は42%と、精神心理的な面についても対策が必要であると考えられた。
- がん患者では、亡くなる前1カ月間、望んだ場所で過ごしていた者は48%であり、自宅で亡くなった患者では87%と高かった。病院では40%と自宅と比べると低い数字ではあるが、病院で過ごすことを望む患者も一定数いることが示された。
- 亡くなった場所で受けた医療については、がん患者では71%が満足していたが、満足が得られなかった方々の医療を改善するため、症状緩和の普及や治療方法の開発について、より一層の対策が必要であることが示唆された。また、自宅で亡くなったがん患者では79%であり、病院の67%と比較して高く、患者の背景についても考慮する必要はあるが、自宅でも満足できる医療が受けられていることが示唆された。
- また、家族の介護負担や死別後も含めた精神的な負担があることも示されており、遺族ケアなど家族に対する支援体制の整備も必要であることが示唆された。