

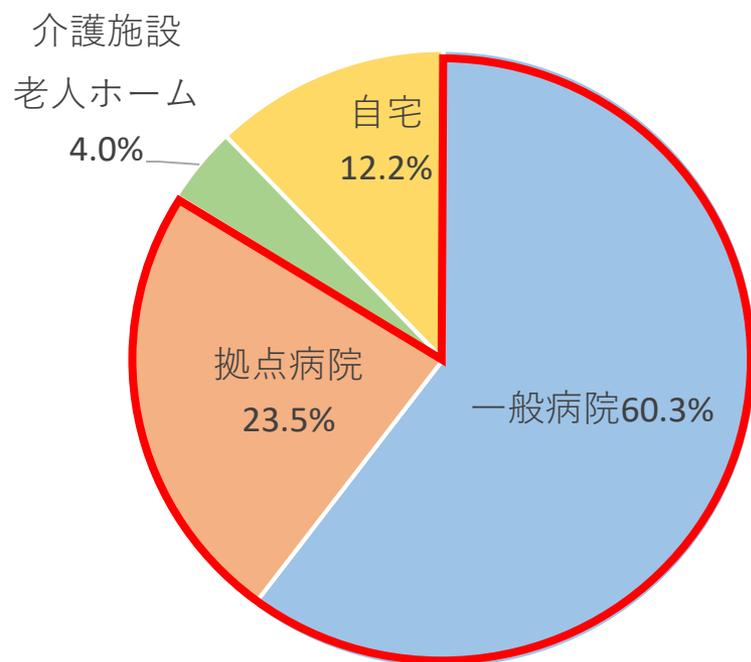
一般病院（非拠点病院）における緩和ケアの提供体制、  
拠点病院と一般病院間の連携、  
地域での緩和ケアの提供体制に関する課題

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

小川 朝生

# がん患者の看取りの場所 2018



- 一般病院（後方連携病院）が、終末期ケアの中心的担い手になっている
- がん患者の看取りにおいても同様、一般病院が60%程度（拠点病院は24%程度）

人口動態調査と拠点病院現況報告に基づき集計

# 遺族調査（一般病院 拠点病院）

			一般病院 n=17,058	拠点病院 n=8,378	
患者	年齢	(平均値)	79.9	73.4	
		20-50代	4.2	10.7	
		60-70代	38.0	56.7	
		80代以上	57.8	32.7	
	日常生活動作	一部介助	32.2	36.3	
		ほぼ全介助	45.2	26.8	
	認知症	有	16.1	4.9	
遺族	年齢	(平均値)	65.2	63.9	
		続柄	配偶者	38.0	53.5
			子	43.9	31.9
			嫁・婿	8.9	6.4

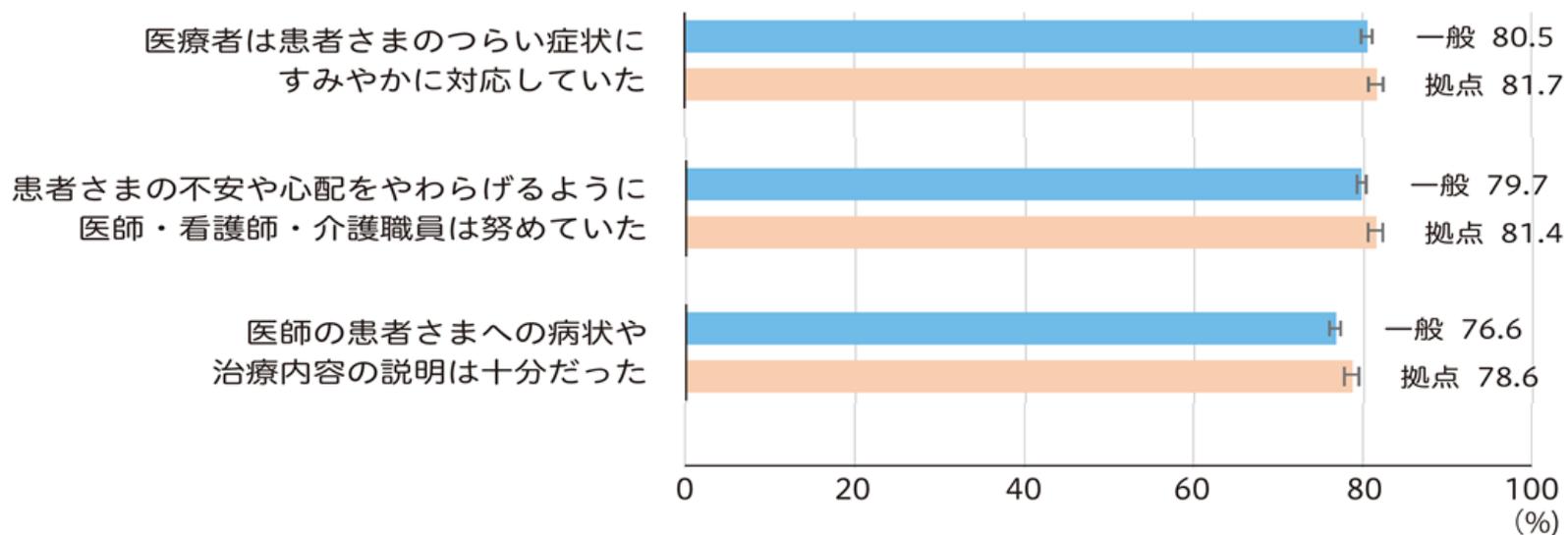
一般病院：がん診療連携拠点病院以外の病院

拠点病院：がん診療連携拠点病院

一般病院は拠点病院よりも年齢層が高く、ADLの低下や併存症が多く複合的な対応が求められる

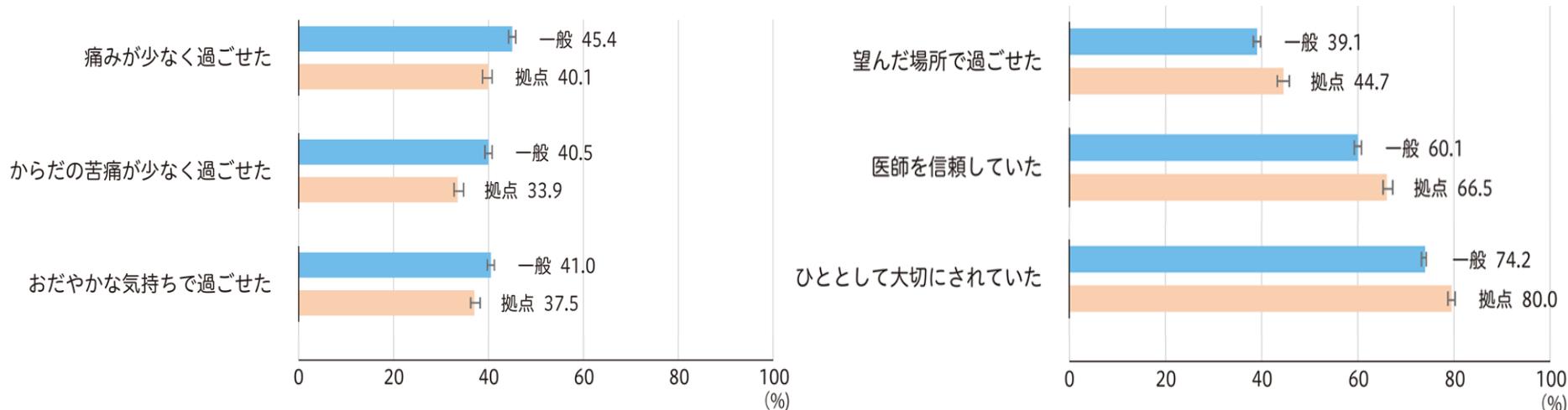
# 死亡場所で受けた医療の質

ややそう思う-非常にそう思う割合 補正值% (95%信頼区間)



# 死亡前1カ月間の療養生活の質

ややそう思う-とてもそう思う 補正值% (95%信頼区間)

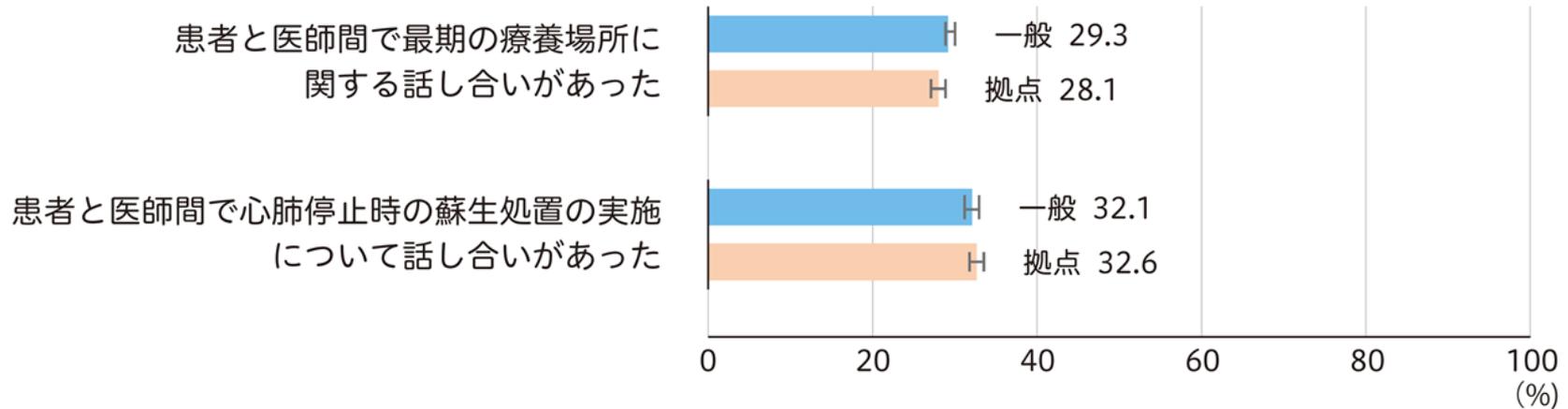


## 病院

拠点病院の割合の低さは、一般病院より患者が若年であるため、積極的な治療を希望することが多く、治療や処置に伴う避けられない苦痛をより感じていたことが考えられる

# 療養場所の希望などの話し合い

そう思う-とてもそう思う 補正值% (95%信頼区間)



病院

患者と医師の間で話し合いがあったと回答した割合は、いずれも低かった

# 一般病院の状況

- 拠点病院 現況報告 2019

退院時共同指導料2 算定件数 中央値 55件/年

(在宅療養支援施設との連携数, 算定していない数が潜在する)

- 一般病院の特性 2018

	一般病院 (n=1395)		拠点病院 (n=380)		P-value
	n	%	n	%	
病床数					
Median, IQR <sup>a</sup>	163(89-284)		534(406-679)		
入院がん患者数/年					
Median, IQR	123(22-438)		2743(1408-4250)		
入院がん患者死亡数/年					
Median, IQR	34(12-86)		177(116-259)		<0.001
緩和ケアチームの有無					
	312	22.4	300	79.0	<0.001
緩和ケアチームの診療数/年 <sup>b</sup>					
Median, IQR	50(20-92)		156(83-251)		<0.001
専従緩和ケアチームメンバー <sup>b</sup>					
身体担当医	60	19.2	155	51.7	<0.001
精神担当医	13	4.2	48	16.0	<0.001
看護師	114	36.5	274	91.3	<0.001

<sup>a</sup>IQR: interquartile range <sup>b</sup>Analyzed hospitals with PCT

一般病院：

看取りの中心的役割を担うことから、エンドオブライフのケアの質を決める中心的な場所  
看取りの対象にがん患者も含まれる

しかし

緩和ケア専門家の配置は限られており  
ケアの提供体制に限界

# 一般病院での緩和ケアの提供：まとめ

## 【状況】

- 一般病院は看取りの中心的な役割を担う
- 拠点病院と比べ高齢者の占める割合が高い
- がんの看取りは全体の約1/3と推定される
- 痛み等の苦痛への対応に関して
  - 症状が非典型・非特異的なことが多い
  - 認知症などコミュニケーションに支障がある場合の支援方法を知る必要がある
  - がん疼痛だけではなく整形外科的な痛みなど「がん以外の痛みも混じる」なかでの対応

## 【提供体制】

- 緩和ケアに関する教育研修の途上
- 緩和ケアチームの設置が少ない（緩和ケアを専門とする医師、認定看護師が少ない）
- がん緩和ケアに関する経験を有する薬剤師も少ない
- 管理上の負担から採用されるオピオイドが少なく、処方できるオピオイドの種類に制限がかかることが多い

一般病院での緩和ケアの質を高める上で、上のような特徴に即した実践ならびに教育研修を行う必要

# 緩和ケアにおける地域連携の課題

## • 拠点病院等の実務担当者から見た課題

(地域緩和ケア連携調整員養成研修 2020-21 検討内容 から抜粋)

### • 地域の状況が把握できていない

地域の状況やニーズ（具体的に誰が何に困っているか）を把握できていない

地域で緩和ケアについての話し合いが行われていないため、自施設の役割が認識できない

各医療機関の専門性（得意分野）や医療者の技術力を把握できていない

### • 地域の医療資源について関係者間で情報共有ができていない

地域リソースの情報収集やデータベース化が不十分で、情報共有できていない

地域の重要な情報について、関係者間での共通認識がない

エリアによって、医療資源が偏在している

### • 患者の情報について情報共有できていない（地域包括ケアの課題、医療圏のサイズの問題）

連携時に患者情報を共有するツールの情報が不足している

連携した患者の情報を追跡するシステムがない(後方病院の厚意で報告はあるが、全症例をフィードバックするシステムがない)

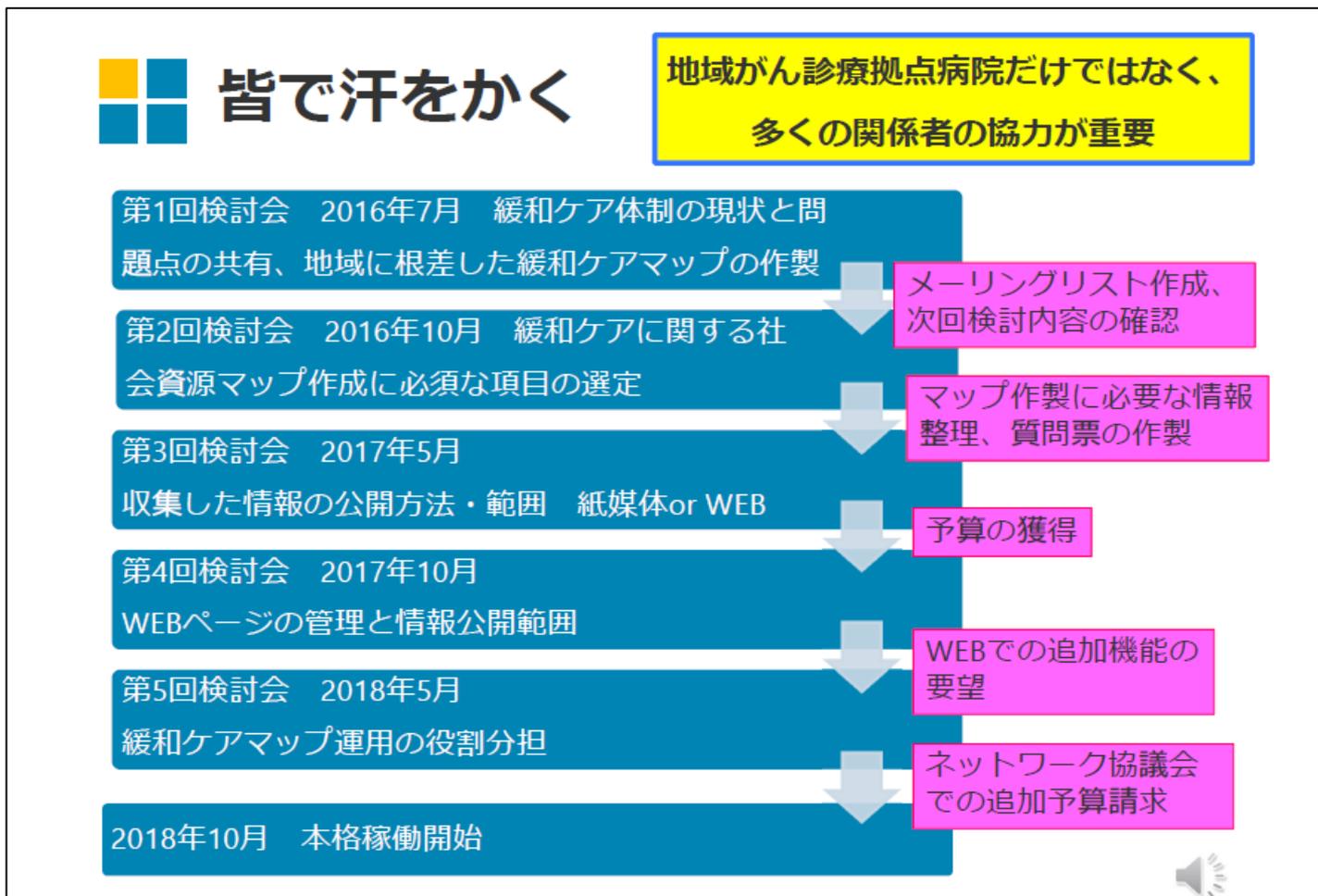
患者の症状緩和に関して医師が対応するシステム（相談窓口）がない

### • 医療機関によって連携に温度差（スピード感）がある

- 顔の見える関係を築くこととシステム作りの2つの課題がある

# 緩和ケア地域連携体制構築 例

- 地域緩和ケア連携調整員研修「市立岸和田市民病院」講義資料 抜粋



# 緩和ケア地域連携体制構築の課題

- **地域連携を推進するための多施設合同会議（拠点病院指定要件）**

⇒ 代表者の会議だけでは多いが問題解決には至らない  
問題を明確にしたステイクホルダーの集まる課題解決の場が必要

- **地域の実務者間「顔の見える関係」づくり**

⇒ 関係者間での連携はしやすくなるが、問題解決には至らない

治療終了後の療養場所の確保

地域内の医療資源の情報不足，施設間格差 など

- **地域の実務者間の検討会議**

⇒ 継続の難しさがある（+コロナの影響）

代理者の参加や地域連携担当者の変更

管理者・実務者へ検討内容の周知が困難

職種（医師・看護・介護）による組織力や温度感の違い

地域連携が機能するためには、拠点病院だけでなく、  
行政や医師会、関係施設の担当者との継続的な協力関係が必須

# 後方連携について検討が必要な事項

- ① **一般病院で実行可能な緩和ケア提供体制をどうつくるか**
  - 専門家がない病院での患者の苦痛への対応
  - 緩和ケアの教育・実践
  - 拠点病院との協力関係
  
- ② **拠点病院から一般病院に移行した患者のケアの連続性確保**
  - 現状の把握
  - 対応策や好事例の共有
  - 拠点病院のフォローアップ等による連携
  
- ③ **地域での緩和ケアの提供体制のデザイン**
  - 拠点病院（二次医療圏サイズ）と地域包括ケアとの踏み込んだ協働
  - ステイクホルダーが集まり現状と目的を共有し対応するシステムを作る場
  - 実務者の連携の場
  - 上記の2つの活動を支援する体制