

第23回 がん臨床研究フォーラム プログラム・抄録集

Cancer Clinical Research Forum
Program Abstracts

開催日時 平成25年6月14日(金)
会場 国際研究交流会館(国立がん研究センター内)
主催 全国がん(成人病)センター協議会
担当施設 呉医療センター・中国がんセンター
問い合わせ先 呉医療センター・中国がんセンター
TEL0823-22-3111(代)
FAX0823-21-0478

第23回がん臨床研究フォーラム開催にあたり

このたび第23回がん臨床研究フォーラムを担当させていただくことになりました呉医療センター・中国がんセンター院長 上池 渉です。フォーラムの開催にあたり一言ご挨拶申し上げます。

全国がん（成人病）センター協議会は、昭和40年に発足した「全国がん（成人病）センター連絡懇談会」を母体とし、構成施設の緊密な協力により、わが国のがん予防、診断および治療等の向上に資することを目的として、昭和48年に設立されました。本フォーラムは、「全国がん（成人病）センター協議会が主催しており、平成3年度より毎年開催し本年で23回目となりました。

2025年には後期高齢者の急増が予測されており、わが国の医療の提供体制の変革が求められています。死因別の死亡確率においても「悪性新生物」の確率がますます増大していくと思われまます。そこで今回のフォーラムの最初のテーマに「高齢者のがん医療」として多方面から検討してもらいます。また、ふたつ目のテーマに「緩和ケア」を取り上げました。平成18年6月がん対策基本法が成立し、平成19年6月にはがん対策推進基本計画が策定され、その中で緩和ケアについては、患者の状況に応じて、身体症状の緩和や精神心理的な問題への援助など、終末期だけではなく、治療の初期段階から積極的な治療と並行して行われる必要があるとうたわれました。そのためにはすべてのがん診療に携わる医師が緩和ケアについての基本的な知識を習得し、専門的な緩和ケアを提供する医師や緩和ケアチームの数を増加させ、がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家族や地域での療養を選択できる患者数を増加させる必要があります。

現在の段階で持っている課題を提示討議していただき、今後2025年問題につながるヒントを得られれば幸いです。

全国がん（成人病）センター協議会 第23回がん臨床研究フォーラム
実行委員長 上池 渉
(呉医療センター・中国がんセンター院長)

第23回 がん臨床研究フォーラム

主題① 高齢者のがん医療

主題② 緩和ケア

開催日時

平成25年6月14日(金)

9:00~16:00

開催場所

国際研究交流会館 国際会議場

(国立がん研究センター内)

〒104-0045 東京都中央区築地5-1-1



●…今回のテレビ中継施設

主催 全国がん(成人病)センター協議会
担当施設 呉医療センター・中国がんセンター
問い合わせ先 呉医療センター・中国がんセンター
TEL0823-22-3111(代)
FAX0823-21-0478

午前の部 ワークショップ

主 題：高齢者のがん医療

日本の人口構成が急速に高齢化しつつあることは周知の事実です。がんは高齢者に多い疾患であり、高齢者のがんが増加することは必然となります。しかしながらこの高齢者のがんに対する治療法の選択については、患者の全身状態、社会的背景の個人差が大きいこともあり、担当する医療者の裁量に委ねられている部分が多いのが現状です。

高齢者の特徴として、まず肺、肝臓、腎臓といった主要臓器の機能が低下していることがあげられます。たとえば化学療法を行う場合、主要排泄臓器の機能の低下により薬物の有害反応は多くなり、骨髄の脂肪組織への置換により、骨髄毒性は起こりやすくなります。手術療法を行う場合には、術前の併存症の確率が高く、術後合併症を生じた場合には重篤化しやすいと考えられています。社会的には自立性の維持が困難なことが挙げられます。とくに一人ぐらしの高齢者のがん治療を行ったときは患者の自立を維持するのは大きな課題になります。また意思決定のプロセスにおいても、高齢者は疾患、治療法の理解ができない、ないしは決定を家族に依存するといったことが多く、インフォームドコンセントを得る障害となります。このように非高齢者とはさまざまな点で相違があり、その治療がより困難と考えられている高齢者のがん治療ですが、標準治療に比べてどのような差異をもうけるべきなのか、あるいはもうけないべきなのかは、明確ではありません。今回のフォーラムにおいては、疫学、手術、化学療法、看護、放射線治療などさまざまな領域から発表していただき、今後の高齢者のがん治療の実践の一助としたいと思います。

国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター

外科医長 畑 中 信 良

主 題：「高齢者のがん医療」

演 題：「高齢者のがんの疫学

～拠点病院院内がん登録からみた高齢者のがん～」

国立がん研究センター がん対策情報センター がん統計研究部部長

西本 寛

周知のように「がん」は高齢者に多い疾患であり、このため介護などの問題を含めて、がん対策を企画・立案する必要がある。比較的網羅的な全国データについては、いくつかの条件がつくとはいえ、現状では院内がん登録データが有用と考えられるため、2010年がん診療連携拠点病院院内がん登録全国集計の結果をもとに、地域・がん種の差異を含めて、高齢者におけるがん診療の特徴を概観する。

2010年日本人人口は約12,638万人、うち65歳以上の高齢者は2,936万人（23.2%）、75歳以上は1,415万人（11.2%）であるが、男女でもその割合に差があり、65歳以上男1,251万人（20.3%）：女1,685万人（26.0%）、75歳以上男535万人（8.7%）：女880万人（13.6%）と女性の高齢者割合が高い。一方、院内がん登録全国集計のデータを見ると、65歳以上322,536件（60.8%）と6割を占めており、男203,860件（68.0%）：女118,676件（51.4%）、75歳以上となると総数で162,145件（30.6%）と高齢者の半数を占め、男99,116件（33.1%）：女63,029件（27.3%）と、高齢者においては、がん患者数は人口とは逆に男性の方が多いという特徴を示している。

重複を避けるため、拠点病院で初回治療を行った例に限っては、がん種別の65歳以上/75歳以上の割合をみると、胃がん：70.2%/36.3%、大腸がん：66.2%/33.2%、肝がん：72.8%/37.1%、肺がん：72.1%/36.7%、乳がん：34.1%/13.9%で、主要5部位以外では子宮頸がん：14.1%/6.0%、子宮体がん：33.5%/12.8%、甲状腺がん：36.9%/14.3%、前立腺がん：80.4%/34.5%、膀胱がん：

75.8%/45.8%、悪性リンパ腫：59.2%/31.0%と、がん種によりきわめて特徴的な頻度を示している。

UICC第6版での臨床病期の分布を見てみると、胃癌ではIA期(cT1N0M0)の割合が65~74歳/75歳以上(全年齢)で52.2%/49.4%(50.0%)と大きな差異はないが、大腸癌(cTisN0M0, cT1N0M0)では25.4%/21.3%(23.2%)と高齢者においてより早期の癌の比率が低いという傾向が認められた。一方、高齢者に多い肺癌においては、病期I~III A期の比率は49.4%/49.1%(47.9%)と差異がなく、肝癌においても病期I~II期の比率は61.4%/60.7%(58.9%)と、大きな差は認めなかった。

しかしながら、初回治療として行われた治療の内容を見ると、肺癌での観血的治療の割合は47.6%/35.7%(43.5%)、肝癌でも29.9%/22.4%(21.6%)と、病期割合に差がないにも関わらず、75歳以上になると観血的治療が行われるケースが少なくなった。こうした傾向は胃癌においても53.3%/45.6%(53.2%)と同様で、詳細に見ると外科的治療・体腔鏡的治療・内視鏡的治療いずれもが75歳以上においては施行割合が低い結果となった。一方、大腸癌では全体的に観血的な治療の施行率は高く、68.0%/71.8%(68.9%)とかえって75歳以上患者への観血的治療比率が高い結果となったが、これは転移巣を含め積極的に切除する大腸癌の治療戦略が影響しているものと考えられ、外科的治療が45.7%/53.0%(47.6%)となっていることがその傍証となろう。

以上のように、主要5部位に限っても、65歳以上、75歳以上の高齢者の病期分布や初回治療法には差異が存在し、がん種ごとに治療成績も含めた分析が今後のがん対策について必要となってくることは言を俟たず、冒頭触れた患者の身体状況(例えば、Performance Status)や併存症情報等も含めて評価する必要があると考えられた。

主題：「高齢者のがん医療」

演題：「高齢者がんに対する化学療法 ～肺がんを中心に～」

国立がん研究センター東病院 呼吸器内科医長

仁保 誠治

高齢者では加齢に伴って臓器機能が低下し、合併症を抱えていることが多いため、化学療法に対する忍容性が落ちていることが多い。また、合併症に対して多くの薬剤が処方されていて、薬剤同士の相互作用をきたす危険性が高い。高齢者では化学療法による骨髄毒性が強く出現するため、推奨投与量が非高齢者とは異なる可能性があり、高齢者における至適投与量を決める個別の第1相試験が必要と思われる。

高齢者の化学療法に対する忍容性には個人差が大きく、暦年齢だけで忍容性を予測することは困難である。実臨床では患者に実際に接してみて、化学療法を施行可能かどうか、どれくらいの化学療法を施行可能か判断している。近年、高齢者の脆弱性を評価する指標としてcomprehensive geriatric assessment (CGA) が注目されている。しかし、CGA の質問項目をすべて適用するには (full CGA) 1時間以上の時間がかかるとされており、実臨床で役立つのは困難である。そこで、full CGAを簡略したG8 screeningやVES-13などのスクリーニング法が開発されている。フランスでは71歳以上の高齢者進行非小細胞肺癌患者を対象とし、高齢者総合的機能評価で化学療法レジメンを決める試験群と年齢、PS、組織型で化学療法レジメンを決める対象群の比較試験が行われている。

高齢者進行非小細胞肺癌に対し、イタリアで行われたELVIS試験 (ビノレルビン (VNR) 単剤化学療法とbest supportive careの比較試験) とMILES試験 (VNR単剤、ゲムシタピン (GEM) 単剤、VNR+GEM併用化学療法の比較試験) の結果、VNR単剤化学療法が標準治療とされた。その後、フラ

ンスで行われた70歳以上の進行非小細胞肺癌を対象としたカルボプラチン (CBDCA) + パクリタキセル (PTX) 毎週投与の併用化学療法とVNRまたはGEM単剤化学療法の比較試験が行われ、CBDCA + PTX毎週投与の併用群で有意に全生存期間が延長していた (ハザード比0.64、95%信頼区間 (CI) 0.52-0.78)。一方本邦ではドセタキセル(DOC)単剤とVNR単剤の化学療法の比較試験が行われ (WJTOG9904)、統計学的有意差はなかったものの、DOC単剤化学療法群で全生存期間が良好な傾向であった (生存期間中央値14.3ヵ月対9.9ヵ月、95%CI: 0.561-1.085)。その後、DOC単剤化学療法とCDDP+DOCの分割毎週投与の併用化学療法との比較試験 (JCOG0803/WJOG4307L) が行われたが、中間解析でCDDP+DOCの分割毎週投与の併用化学療法群の予後が不良であり、無効中止となった。観察期間中央値が13.1ヵ月時点の解析では、全生存期間中央値が14.8ヵ月対13.3ヵ月であり、統計学的有意差がなかった (ハザード比1.183、95%CI: 0.830-1.687)。本邦では高齢者進行非小細胞肺癌に対する標準化学療法レジメンはDOC単剤と認識されているが、DOC単剤化学療法では、グレード4の好中球減少が68%、発熱性好中球減少が15%と高率に出現する問題点がある。CBDCA + ペメトレキセド (PEM) 併用化学療法はグレード3以上の好中球減少の出現が30%ほどで、発熱性好中球減少が少ないレジメンである。ペメトレキセドは2次化学療法のセッティングでドセタキセルと同等の効果が証明されており、非扁平上皮非小細胞肺癌に対するkey drug の一つである。現在、JCOG/WJOGでは、75歳以上の進行非扁平上皮非小細胞肺癌を対象とし、DOC単剤化学療法とCBDCA+PEM併用化学療法の比較試験が計画されている。

主題：「高齢者のがん医療」

演題：「高齢者に対する外科治療」

国立長寿医療研究センター 外科、周術期診療部長

深田 伸二

単に高齢であるということは、それ自体では手術の適応禁忌とはならないが、手術の決定には（１）医学的評価、（２）本人・家族の承諾（３）QOLやADL（生活機能評価）への配慮、（４）社会的要因への配慮の４点の考慮が必要となる。高齢者では併存疾患が多く、重要臓器機能低下、栄養不良、免疫機能低下などの手術危険因子をもつことも多い。もともと予備能力の低い高齢者ではいったん術後合併症を起こすと、危険な状態となりその治療は困難を極める。入院が長引き、術後ADLの低下を引き起こす場合もある。高齢者術後の合併症は、その予防、早期診断早期治療が大切なのである。したがって、術前に患者の状態を的確に評価・把握し、改善可能なものは手術前に改善しておくことが大切であり、チーム医療（NSTによる栄養サポート、呼吸器訓練、口腔ケア、嚥下訓練、臨床心理士によるカウンセラーによる不安除去など）も必用とされてくる。高齢者の術前評価法には多くの分類が提案されているが、我々は肺機能検査、心エコーなどを含む一般的なアセスメントとともに、E-PASSやCGA（高齢者総合的機能評価）、frailty（虚弱）なども手術適応決定の一助としている。

75歳以上の開腹待機手術（胃癌、大腸癌切除術）223症例のprospective多施設共同のコホート研究において、術前認知機能検査を施行した220例中、術前から認知症と診断されていた症例は17例であったにもかかわらず、術前認知機能検査で認知症ありと判明した症例は48例も存在した。高齢者手術症例の中には術前診断されていない認知症患者が存在するということにも注意を払う必要がある。術後の重症合併症（NCI-CTCのGrade3以上）は63例（28%）と高率であった。術後せん妄が最多であり、次いで多いのは呼吸器不全や肺炎などの呼吸器合併症であった。重症術後合併症の発症と術前因子

との関係を解析してみると、重症術後合併症の発症はオッズ比で男性に約3倍多く ($P<0.01$)、E-PASSの総合リスクスコア (CRS) との相関が強く見られた ($P<0.0001$)。また、術後合併症を併発した症例は有意に入院日数も延長した。しかしながら、手術死亡は1例 (0.4%) のみであり、75歳以上の患者であっても死亡率は低かった。この研究ではQOLとADLの中長期評価もおこなった。QOLに関しては、術後は一時低下するものの、術後3-6ヶ月で術前値に回復するかそれ以上に上昇するパターンであった。高齢者胃癌・大腸癌切除術後のQOLは外科手術により改善する可能性が高いと考えられる。ADL (Katz Index) に関しては、術前ADL値に比べ、術後1ヶ月では24%に低下が見られたが、ADL低下は術後6ヶ月に3%と、ほとんどが回復していた。術後の一時的なADL低下は高齢者となるほど生じやすいが、周術期をのりきれば、中長期の低下頻度は低いと考えられた。ただし、長期的な生活機能低下は軽度なものも含めると約10%にみられ、その大部分 (89%) は退院してから起こってくる事が判明した。虚弱な高齢患者には、生活機能を復元し刺激するために、退院後も継続して、自宅、外来診療所または療養所で、より積極的なADL低下予防対策・リハビリテーションを行っていく必要性があると考えられる。これらの術後生活機能低下に関しては、E-PASSとの有意な相関が見られた。ただ、80歳以上の超高齢者についてみると、術前のMMSE低下が長期的な生活機能低下の危険因子であった。

最後に、高齢者に特有で、最も頻度の高い術後合併症である術後せん妄について述べる。75歳以上の高齢待機手術患者160例を対象に、せん妄評価尺度のひとつである NEECHAM confusion scale (NEECHAM) を用いて高齢者術後せん妄を検討した。術後せん妄を呈した (NEECHAM<20点) 症例は54.7%で、有意な関連が認められたものは、年齢、術前NEECHAM および MMSE などであった。特に、術前MMSE<25点または術前NEECHAM<27点の集団では76%の高率で術後せん妄を認めた。術前のMMSEとNEECHAMおよび術後経過中のNEECHAMを評価して、いち早く治療を行っていくことで、高齢者術後せん妄の予防・早期治療が可能となると考えられた。

主題：「高齢者のがん医療」

演題：「高齢者のがん患者の看護」

国立がん研究センター中央病院 がん看護専門看護師

清水 陽一

国立がん研究センターがん対策情報センターのデータによると、2007年のがん患者罹患数は全体で704090人であり、そのうち65～74歳が206912人（29.4%）、75歳以上が271197人（38.5%）であり、がん患者の多くが高齢者である。当院でも多くの高齢のがん患者に対して治療と看護を提供している。当院での経験を基に、高齢者としての特性を踏まえた看護について整理する。

加齢による身体機能の低下により侵襲の大きな治療を選択できない場合や治療により身体機能が低下し日常生活動作能力や社会的健康に影響を及ぼす場合がある。そのため、治療を選択する際には治療に伴う影響を十分に評価し、治療効果だけではなく生命/生活の質（QOL）の観点からも判断する必要がある。また、認知症のように治療の理解や治療計画への参加が困難な場合は、倫理的な視点からも吟味することが必要となる。そのため、看護師は医師等の他職種と連携し、患者と家族の意思決定を支援することが重要である。高齢者の感覚機能や運動機能の低下を十分に配慮し、声の大きさや話す速度、文書を併用するなど、コミュニケーション手段を工夫することが必要である。

加齢や既往による機能低下に伴う予備能や回復力の低さから、がんの進行や治療による機能低下が日常生活動作能力や身体的健康、社会的健康の著しい低下につながる可能性がある。それらを最小限にするため、理学療法士や作業療法士、言語療法士、歯科医師等の他職種と連携してリハビリテーションを行い、残存機能を維持、活用することが重要となる。さらに、維持、回復が期待される機能を予測し、家族機能や患者をとりまく環境をアセスメントし、現実的な目標や課題を明らかにし、療養場所の意思決定支援や療養生活を送る上での必

要な支援を提供する。その際には、日常生活関連動作（IADL）や生活機能・障害・健康の国際分類(ICF)等によるアセスメントが活用できる。

また、治療計画の管理、治療関連のセルフケア、症状のセルフマネジメントに援助が必要な高齢者が多い。例えば、化学療法中であれば決まった時間に正しい量の抗がん剤を内服し適切な副作用対策を実施することは重要である。そのため、患者と家族が治療計画を管理できるか、必要なセルフケア/セルフマネジメントを実施できるかについて家族機能を評価し、家族機能を強化するような支援が必要である。もし家族だけで管理やセルフケアが難しい場合は社会資源の調整を医師やソーシャルワーカー等と協働して行うことが重要となる。平成22年版高齢社会白書¹⁾では高齢単身世帯は4352世帯（22.0%）、高齢夫婦世帯が5883世帯（29.7%）であり、こうした背景をふまえて早めに家族機能をアセスメントすることが必要である。

高齢者の中には貯蓄で経済的に余裕のある者もいるが、一般的に経済的基盤が弱い。そのため、がん治療に伴う経済的負担は大きく、高額療養費制度の情報提供等、経済面への支援も必要である。がん診療拠点病院に設置されている相談支援センターが活用できるリソースの1つと思われる。

エリクソンの発達段階では、高齢者を永続的な包括の感覚である統合と、恐怖と望みがないという感覚である絶望との間の緊張のバランスをとろうとしている人々²⁾とし、そのバランスから得られる力を英知³⁾としている。エリクソンは、「英知とは、死を目前にしての人生に対する関心である。英知は、身体的精神的機能の衰えにもかかわらず、経験の統合を保持し、それをどう伝えるかを学ぶ。⁴⁾」と解説し、老年期の統合という課題に直面し過去を再経験することは「死に向かって成長すること⁵⁾」と述べている。これらは高齢者がこれまで生きてきた価値や信念、信仰と深く関わっており、この発達課題へのケアとしてスピリチュアルケアが活用できる。当院ではスピリチュアルケアは看護師等の医療スタッフが個々の経験と知識に基づいて個々の患者や家族に合わせ

で行っているのが現状である。

【参考文献】

1. 竹田恵子：看護学からみた高齢者への健康生活の支援－人生の最終章を生きる高齢者への看護－. p.44-55, 川崎医療福祉学会誌 増刊号, 2010.
2. 角田直枝, 萩原正子：老年期の患者と家族ケア. P75－79, 緩和ケア 10 月増刊号, 緩和ケアにおけるがん患者の家族ケア, 2007.

【引用文献】

1. 内閣府：平成22年度版 高齢社会白書
2. エリクソン E.H. et al., 朝長正徳 他訳：老年期 生き生きしたかかわりあい. 初版, みすず書房, 東京, 57, 1990.
3. エリクソン E.H. et al., 朝長正徳 他訳：老年期 生き生きしたかかわりあい. 初版, みすず書房, 東京, 369－370, 1990.
4. エリクソン E.H. et al., 朝長正徳 他訳：老年期 生き生きしたかかわりあい. 初版, みすず書房, 東京, 37, 1990.
5. エリクソン E.H. et al., 朝長正徳 他訳：老年期 生き生きしたかかわりあい. 初版, みすず書房, 東京, 371, 1990.

主題：「高齢者のがん医療」

演題：「高齢者のがん患者に対する放射線治療」

国立病院機構北海道がんセンター 名誉院長

西尾 正道

人類史上類のない超高齢社会を迎え、日本の社会は多くの課題に直面しているが、その一つが『高齢者のがん対策』である。現在の予測年間がん罹患者数は約70万人前後とされているが、2030年の罹患者数は約89万人と予測されている。中でも団塊の世代ががん年齢に達して増加すると考えられ、まさに高齢者のがん医療が課題となる。

がん治療の三本柱の一つとして放射線治療があるが、本邦では従来より放射線治療を上手に使用されてきたと言えない状況であった。これは医学部における教育の問題や、放射線治療医のマンパワー不足など、幾つかの重層的理由がある。しかし人間はほとんど進歩しないが科学技術は加速度的に長足の進歩を遂げており、そのもっとも恩恵を受けているのが放射線治療の領域である。

こうした照射技術の進歩を利用すれば、放射線治療は高齢者のがん治療においては主軸となる治療法であると考えられる。その理由をまとめると、

- ①高齢化に伴うがん患者さんの絶対数増加
- ②Poor riskの高齢者は、負担の少ない放射線治療が適応となる
- ③画像診断の進歩により発見された小病巣は定位放射線治療やIMRT・IGRTなどの照射技術で根治治療が可能
- ④再発・転移例の生存期間の延長により、緩和照射としての放射線治療の需要の増加
- ⑤機能と形態を温存した上質なQOLを望む価値観の変化

こうした理由の根拠を示しつつ、放射線治療の需要は増加の実態を示し、また今後の対応や課題について報告する。

午後の部 ワークショップ

主 題：緩和ケア

平成19年のがん対策推進基本計画が決定され、重点課題に「治療の初期からの緩和ケアの実施」が掲げられた。しかし、「迅速かつ適切な緩和ケアががん診療の中でまだ十分に提供されていない」と平成24年度の基本計画で述べられている。平成24年度の第二期がん対策推進基本計画の取り組むべき施策の中で、「全人的なケアを診断時から提供できるように診療体制を整備する」、「精神腫瘍医をはじめ専門職の適正配置を図り、緩和ケアチームの診療機能の向上を図る」と掲げられた。また新たに、「在宅緩和ケアを提供できる診療所などと連携する」と掲げられた。

すべてのがん診療拠点病院において、緩和ケアチームを設立することが求められ、がん診断された時からの緩和ケアの推進が行われている。しかし、専門職特に精神科医の不足のために十分におこなうことが難しいという現状がある。また、在宅緩和ケアの推進についても、患者の送り手側である病院の体制や、受け手であるかかりつけ医の体制や、両者の連携が不十分な地域があり、円滑な運用は難しいというのが現状である。

緩和ケアの現状と在宅医療推進についての政策について、木下先生から報告していただく。さらに、在宅緩和ケア推進に向けた各病院の取り組みについて、池垣先生と渡部先生に報告していただく。精神心理的ケアの現状と課題について、清水先生に報告していただく。

国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター

緩和ケア科科长 砂田 祥司

主題：「緩和ケア」

演題：「緩和ケアの現状・目指すべきもの

community - based integrated palliative care」

国立がん研究センター東病院 緩和医療科科長

木下 寛也

我が国において、緩和ケアを提供する体制は、病院では緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、緩和ケア外来へと拡大し、地域では在宅療養支援診療所等がその役割を担ってきた。政策では、2006年にがん対策基本法が成立、2007年より同法が施行、同年にはがん対策推進基本計画が閣議決定され、2012年には第二期がん対策推進基本計画が閣議決定され、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が重点的に取り組むべき課題として掲げられた。一方、超高齢多死社会に向けて、2012年に厚労省は、「できる限り住み慣れた家庭や地域で療養することができるよう在宅医療提供体制を整備するための施策」を講じるという意味で「在宅医療・介護あんしん2012」を提案した。この施策において、2011年度より在宅医療連携拠点事業が開始しされ、2012年度には全国で105箇所の在宅医療連携拠点がこの事業に取り組んだ。

このような時代に流れの中で、当院では地域緩和ケアモデルの構築を目指してきた。2008年から3年間は第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」(OPTIM-study)に一介入地域として取り組んだ。これらの取り組み過程で、1) 地域緩和ケア症例検討会の定期開催、2) 在宅療養の支援を主目的とした緩和ケア病棟の急性期化、3) 地域に開かれた病院外相談支援センターの試験運用、4) 院内における緩和ケア、精神腫瘍提供体制の充実、5) 退院調整プログラムなどに取り組んできた。

今回の発表では、

- 1) がん緩和ケアと高齢者に対する在宅医療推進の政策を整理して解説する。

- 2) 現在までの当院での取り組みとその成果および課題を提示する。
- 3) がん診療連携拠点病院における患者・家族支援のあり方について私見を述べる。
- 4) 当院で本年4月より開始した患者・家族支援に関する新たな試みを解説する。

主題：「緩和ケア」

演題：「地域医療者支援・在宅療養支援を重視した緩和ケア病床開設について」

兵庫県立がんセンター 緩和ケア内科部長

池垣 淳一

I. はじめに

がん対策推進基本計画において、がん患者の意向を踏まえた在宅医療の充実がもめられ 提供体制の整備が必要とされている。かかる推進はがん診療連携拠点病院が中心となって担うべきであるとされるが、具体的な方法が示されているわけではない。

在宅療養支援には技術支援だけでなく、必要時に症状改善あるいは介護負担軽減を目的とした入院支援が必要であるといわれる。当センターは緩和ケア病棟もたず、また、周辺20kmにも緩和ケア病棟がない地域であったが、2012年4月に、在宅療養支援を目的とした緩和ケア病床を4床開設した。今回、開設までの経緯と運営状況、課題について報告する。

II. 開設までの準備

H23年4月院長の決定により緩和ケア病床を開設することとなり、準備委員会設立した。①どのような考え方で設立するか②既存のどの病棟にどのようなものを開設するかの理解、③当該スタッフにがん治療とはことなる緩和ケアの実践をどのように教育するか、④具体的に、どのような運営を行うかを決めた。

1. 設立理念：がんの痛みなど身体症状や精神症状の緩和、患者の地域における質の高い療養生活支援、地域における緩和ケアの普及と向上及び地域医療者支援を理念として掲げた。IAHPCの Guidelines and Suggestions for those Starting a Hospice/Palliative Care Serviceを参考にした。県の病院局に対しても“がん治療病院”において、緩和ケア病床を開設する意義についての説明を

行った。

2. 病棟の決定：既存の病棟の一部変更となるため、当該病棟の診療科、看護部の理解は得難く、トップダウン的な決断が必要で、院長の積極的なリーダーシップなしには調整不可能であった。

3. 関係者教育：事務方を含め、多職種で近隣の緩和ケア病棟を見学しノウハウを学んだ。病棟ナースは2つの施設の緩和ケア病棟で短期間の現場教育を受けた。病院全体に対しては、緩和ケア病棟医師による講演会、看護師による講演会を行い、広く周知を行った。所属する市医師会に対しても説明に赴いた。

4. 運営方針と患者登録

以下について事前面談説明し、希望された患者を登録リストに入れた。

“症状がつらく在宅療養が続けられなくなったら、入院する所” であること。当院で治療をうけた抗がん治療ができない予後6か月以内の患者である。症状が安定したら、再度在宅移行或いは、他院へ転院することを了解している。入院期間は原則2週間を目途とする。入院が必要な時は患者でなく、在宅医の要請に限るが、必ず対応する。

III. 運営状況

2012年4月から2013年3月までの1年間の入床経路、入院時のPerformance Status (PS)、主症状、転帰、在院日数、退院から死亡までの日数について検討した。

緩和ケア病床入院患者は56名であり年齢の中央値は62歳（34-82歳）であり男24名、女32名であった。入院は在宅医からの要請が30名あった。いずれも電話により、症状等について情報交換した上で入院決定した。入院は一両日中に受け入れた。登録した患者のみを対象とする予定であったが、院内からの要請による転棟が19名、他院からの依頼が8名あった。緩和ケア病床入院時のPSはそれぞれPS4：30名、PS3：21名、PS2：4名、PS1：1名、PS0：0名で

あった。主症状は、痛み37名で、その他身体症状、患者の不安、せん妄、地域連携支援がそれぞれ4名、家族ケア（レスパイトなど）3名であった。56名中病床での死亡は20名で、在宅移行は29名、転院5名、当院外来1名であった。在院日数の中央値は10日（2 - 32日）であった。退院患者で死亡患者29名の退院から死亡までの中央値は21日であった。

IV. まとめ

病床を利用した患者は約10日間の入院支援後、3週間の在宅療養ができた事、また在宅医とのコミュニケーションが容易となった事は当初の目的を達成していると考えられる。

しかしながら、緩和ケア病床登録患者以外で、地域の医療からの入院要請や院内の他病棟からの転棟要請があった。今後、これらのニーズを再評価し方針の変更が必要と考える。

主題：「緩和ケア」

演題：「在宅緩和ケア推進に向けた千葉県がんセンターの取組」

千葉県がんセンター 緩和医療科部長

渡邊 敏

終末期における入院療養は「元気になって退院していく」という通常の入院治療が成り立たず、精神的な安寧を喪失したまま最期を迎える事例を少なからず経験する。その点、在宅緩和ケアは入院ケアよりも明らかに優れている点が多く、その充実化・普遍化を推進する意義は大きい。以上の理由から、当センター緩和医療科、および緩和ケア病棟は、開設（平成15年4月）以来、「在宅緩和ケアの推進」を主たる運営方針の一つとして活動してきた。

その後、がん対策基本法の策定もあり、上記の方針がさらに強化される方向となった。平成18年度からの厚労省がん臨床研究「課題名：在宅医の早期参加による在宅緩和医療の推進に関する研究」に応募し採択され、その研究結果から、（1）がん治療遂行途上からの緩和医療学的介入の具体化、（2）在宅緩和ケアの易遂行性、（3）在宅療養による緩和ケアの優位性についての一般市民への広報的活動の必要性、の3点が要検討項目としてあげられ、平成18年からの「課題名：がん患者に対する緩和ケアの提供体制を踏まえた在宅療養への移行に関するバリアの分析とその解決策に関する研究」に引き継がれた。要検討項目とされた上記3点の未熟性がそのバリアと判断され、これらの解決への方策を追求する方向で、院内および地域のシステム改善を目指している。

院内の改革としては、前研究開始とともに早期からの緩和医療の提供体制の具体化を推進してきた。

その中枢となる「サポーターケア室」の活動は①緩和ケアチーム（呼称：がんサポートチーム）活動、②サポート外来（内容：トリアージ機能を有する看護外来）、③在宅支援部（在宅支援専任ナース2名配属）による在宅療養支

援活動、の3点で、平成21年から機構化した。

本発表の主たる関連部署である在宅支援部の活動を以下に詳述する。主として抗がん治療が終了した通院困難事例が対象となり、一般、および緩和医療科外来もしくは入院側担当者からその事例の療養場所決定に関しての依頼ののち、上記2名の担当ナースが介入するかたちで訪問診療態勢の導入に進む。介入（H23年度：600件、入院・外来が約半数ずつ）事例の8割が実際に在宅連携に到っている。

一方、在宅療養移行後の在宅担当者の負担軽減のための緊急入院受け入れ態勢の整備も重要であり、緩和ケア病棟のバックアップ病床化（上記パスの必須要件の一つ）が定着した。

さらに在宅診療の易遂行性のために、地域の在宅訪問診療担当部門との連携パス（名称：在宅緩和ケア地域連携パス/千葉県版）の構築、そしてその運用に向けての研究が立案・開始され、現在遂行中である。在宅訪問診療の良質化については、往診医や訪問ナースなど地域側医療担当者との研修を通じての交流の促進を遂行している。在宅医療担当医のさらなる底辺拡大を企図して、在宅緩和医療を専門としない在宅医をもサポートするための対策として、上記連携パスの展開を市医師会と協働するかたちで行っている。

一般市民への広報的活動については、市民対象のフォーラムの開催が定例化した。加えて、千葉県のがん対策関連事業であり、また拠点病院構想に必須である「相談支援機能の強化」とも連動するかたちになるが、「在宅緩和ケア支援センター」が院内に設置され活動を継続している。

以上、冒頭の「在宅緩和ケアの推進」に関するバリア3点の克服に向けた当センターの活動を報告する。

主題：「緩和ケア」

演題：「精神心理的ケアの現状と課題」

国立がん研究センター中央病院 精神腫瘍科科長

清水 研

がん対策推進基本計画において、診断時からの緩和ケアの導入が求められているが、緩和ケアとは包括的な概念であり、この中には身体的苦痛や精神心理的苦痛に対する症状緩和や、意思決定支援など、様々なコンポーネントが含まれている。がん患者が有する苦痛となる症状のなかで、精神心理的問題が占める割合が高く、精神心理的ケアが適切に行われる必要がある。医療者と患者のコミュニケーションの在り方によって患者の不安が変化することが示唆されており、すべての医療者は患者に共感的に接し、適切な情報提供を行うことが求められる。

また、適応障害やうつ病、せん妄などの精神医学的な診断に該当する患者も一定の割合で存在するため、これらに対しては専門的な介入が必要となる。しかしながらこれらの精神症状は医療者が見逃してしまいやすいという問題がある。プライマリーケア領域にて発展したcollaborative care をモデルとした包括的介入プログラムが方策として期待される。いくつかの無作為化比較試験によってその有用性は実証されており、イギリスで行われた研究では、うつ病をスクリーニングし、看護師が精神科医のスーパーバイズのもとに、薬物療法の推奨と、問題解決療法を行うことによって、対照群に比べて有意なうつ症状の改善を認め、費用対効果を鑑みても有用であるとの結論を得ている。また、いくつかのガイドラインにおいて、がん患者は定期的に精神症状のスクリーニングを行い、必要に応じて専門家が介入を行うことが推奨されている。今後は我が国のがん医療における多職種による適切な連携を行うためのシステムの構築が必要である。

近年の米国の研究において、意思決定支援を行うことで、終末期に過剰な積極的治療が行われることが抑制され、患者の生活の質が保たれるだけでなく、予後までもが改善する可能性が示唆されている。このため、米国臨床腫瘍学会の現時点でのオピニオンでは、患者と病状について率直に話し合い、早めに終末期の意思決定を行うことが推奨している。日本においても進行がん告知は行われるようになっているが、予後告知についてはまだ十分になされていないのが現状であろう。我が国の終末期の意思決定の在り方や、その支援方法について、今後十分に議論して行く必要があると考える。