日本ホスピス緩和ケア協会

緩和ケア専門外来に関する アンケート結果報告書

2018年1月実施アンケートの結果から見える問題点と課題

日本ホスピス緩和ケア協会 緩和ケア専門外来 WG 作成 2020 年 7 月 31 日

序文

これまで、日本では専門的な緩和ケアが提供される場として、緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアが主な診療の場であったが、近年は入院、在宅だけでなく、外来通院でも、専門的な緩和ケアが提供されている。また、米国では 2010 年に発表された Temel 等 [1]の論文において、緩和ケアを早期から提供する方法として、外来通院の患者を対象に抗がん治療と併行して専門的な緩和ケアを提供する「早期緩和ケア」の概念と実践が提案された。

しかし、現実には緩和ケアを提供するスタッフから、「早期緩和ケア」というが、緩和ケア病棟や緩和ケアチームでの活動が精いっぱいで、とても外来まで手が回らない、という意見や患者や家族からは緩和ケアを外来で受けたいけれど、どこに受診すればよいのか、わからない、という声がある。また、がんの治療を担当する医師からは外来でも緩和ケアの専門家に任せたいと思っているが、どこに紹介したらよいか、わからないという意見もある。そして、緩和ケアを専門的に提供する外来(以下、緩和ケア専門外来とする)を開設しても収入に結びつかない、という病院や診療所の経営者の声もある。

日本でも抗がん治療の進歩と変化に伴い、がんに対する治療は長期化する傾向がある。一方、将来の病状の進行に対して不安を抱え、長期にわたり支えを必要とする患者が緩和ケア専門外来を受診している。しかし、緩和ケア専門外来で提供される診療やケアは施設により大きな差があり、上記のように様々な問題がある。

日本ホスピス緩和ケア協会は、その様々な問題を明らかにする目的で、2017 年末から 2018 年 2 月にかけて、緩和ケア専門外来ワーキンググループが中心となり、当協会会員施設を対象にアンケート調査を実施した。おそらく日本における緩和ケア専門外来の実態について調査した初めてのものである。調査結果については、緩和ケアデータベース委員会の協力を得て統計解析をした。この調査結果をもとに、今後の日本における緩和ケア専門外来の方向性が示されて、日本における「早期緩和ケア」や緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアとの「連携の要」して、専門的緩和ケアを提供するためのあるべき緩和ケア専門外来の姿が、今後見えてくることを期待したい。

また、2020年になって、新型コロナウイルス感染症の流行への対応として、オンライン診療が推奨されるなど、緩和ケア専門外来の方法や形態はこれから変化するものと思われる。今回の調査結果をふまえて、今後は定期的に緩和ケア専門外来の実態を明らかにする調査を行いたい。

特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会 緩和ケア専門外来ワーキンググループ長 林 章敏 理事長 志真泰夫

2020年7月31日

目 次

Ι.	はじめに	•••••	4
Π.	目的		4
Ⅲ.	対象と方法		4
IV.	結果	•••••	4
V.	考察		17
VI.	文献的考察	•••••	22
VII.	結語	•••••	24
資料	リーアンケート用紙 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・		26

緩和ケア専門外来 WG メンバー(五十音順)

岡本 禎晃 市立芦屋病院 薬剤科部長

風間 郁子 筑波大学附属病院 緩和ケアセンター がん看護専門看護師

林 章敏 聖路加国際病院 緩和ケア科部長

山田 祐司 愛和病院 院長

I. はじめに

これまで、緩和ケアが提供される場として、緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアが注目されてきたが、近年は入院、在宅だけでなく、外来通院でも、緩和ケアが提供されている。

緩和ケア専門外来を受診する患者は、比較的ADLが保たれていることが多いが、将来の病状の進行に対して不安を抱え、大きな支えを必要とする患者が緩和ケア専門外来を受診している。

しかしながら、緩和ケア専門外来の現状は施設により大きな差があり、さまざまな問題を抱えながらも、その問題が明らかになっていないという現状がある。また、緩和ケア専門外来に対して、充分な診療報酬が設けられていないとの意見もある。そこで、緩和ケア専門外来ワーキンググループ(以下、外来 WG とする)では、緩和ケア専門外来の問題点を明らかにすることを目的としてアンケート調査を企画、実施した。

II. 目的

緩和ケア専門外来の<u>現状を把握する</u>と共に、緩和ケア専門外来の<u>問題点を抽出</u>し、緩和ケアを外来通 院で受けられる患者にとって、望ましい緩和ケア専門外来のあり方を探る

III. 対象と方法

対象は2017年12月現在の日本ホスピス緩和ケア協会(以下、当協会とする)正会員465施設。 実施方法は、2018年1月29日に施設連絡担当者へアンケート(別添1)を郵送し、回答は同年2月 15日を期限とし、メールあるいはファクスで回収した。

今回のアンケートにおいて、緩和ケア専門外来を次のように定義した。

『医療施設の中で緩和ケアを主に担当しているスタッフが、決められた場所で、定期的に診療等を行っている外来』

外来診療として、①症状緩和や方針の検討などを目的に定期的にフォローアップしている、②緩和ケア 病棟等への入院相談を行っている

①・②を両方行っていること、または①を行っていることを「緩和ケア専門外来」とする。

IV. 結果

<アンケート回答者の属性>

発送数は 465 施設。全回答数は 262 施設で、うち緩和ケア専門外来があるのは 243 施設(回答率:56.3%)、欠損値などの無効回答を除いた有効回答率は 56.1%となった。解析を行った施設の医療機関種別について表 1 にまとめる。

	公 一 所刊 が 家 こ な う た と 原 版 民 怪 加								
		施設数	%						
а	都道府県・地域がん診療連携拠点病院(拠点病院群)	100	41.2						
b	拠点病院ではない大学病院・がん専門病院・総合病院(高機能病院群)	40	16.5						
С	緩和ケア病棟・独立型ホスピス(緩和ケア病棟群)	64	26.3						
d	上記以外の病院(一般病院群)	29	11.9						
е	在宅療養支援診療所(診療所群)	10	4.1						
	合計	243	100%						

表 1 解析対象となった医療機関種別

回答施設は、都道府県・地域がん診療連携拠点病院(以下 拠点病院群)、拠点病院でない大学病院・がん専門病院・総合病院(以下 高機能病院群)、緩和ケア病棟・独立型ホスピス(以下 緩和ケア病棟群)、上記以外の病院(以下 一般病院群)、在宅療養支援診療所(以下 診療所群)の5つのカテゴリーに分けて解析した。

また、緩和ケア病棟が有る施設と無い施設の二つに分けての解析も行った。緩和ケア病棟の有無別対象施設数を表 2 にまとめる。

 施設数
 %

 PCU有り
 214
 88

 PCU無し
 29
 12

表 2 緩和ケア病棟の有無別対象施設数と割合

回答施設の施設種別割合は、主にがん治療を行っている拠点病院群+高機能病院群が57.8%、主に緩和ケアを提供している緩和ケア病棟群+一般病院群+診療所群が42.2%であった。最も多い回答施設は、拠点病院群であり、41.2%を占めた。

拠点病院群の96%、高機能病院群の82.5%で緩和ケアチームを有していた。一方、一般病院群では55.2%、緩和ケア病棟群では26.6%であった。

<緩和ケア専門外来の患者像>

過去1年の緩和ケア専門外来の受診患者数の内、新患実数の平均値は病院施設(拠点病院群・高機能病院群・一般病院群)では130人から169人と比較的ばらつきが少なかったが、診療所群では、17人と少なかった。病院施設では、病床数との関連はなかった。延べ患者数(再診患者数)にも同様の傾向がみられた。

緩和ケア専門外来(初診)の受診を希望してから受診できるまでの平均待ち期間は、緩和ケア病棟群をのぞき、「1週間未満」の施設が約50%であったが、多くの施設で2週間以内には受診できている。緩和ケア病棟群では、待ち期間が長い傾向が伺われた。(図1、図2)

PCU の有無別でみると、PCU の無い施設ではすべての施設で平均待ち期間は 2 週間以下であったが、PCU のある施設では、1 か月を超える施設も存在した。

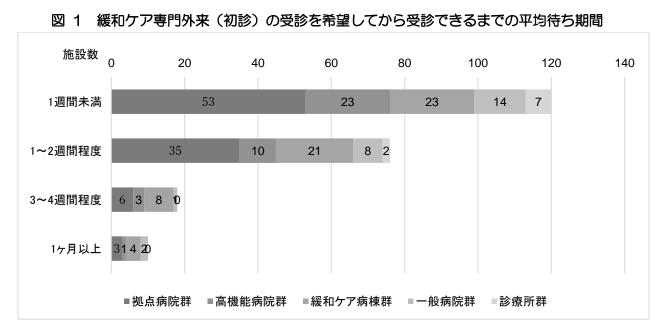


図 2 施設種別緩和ケア専門外来(初診)の受診を希望してから受診できるまでの平均待ち期間

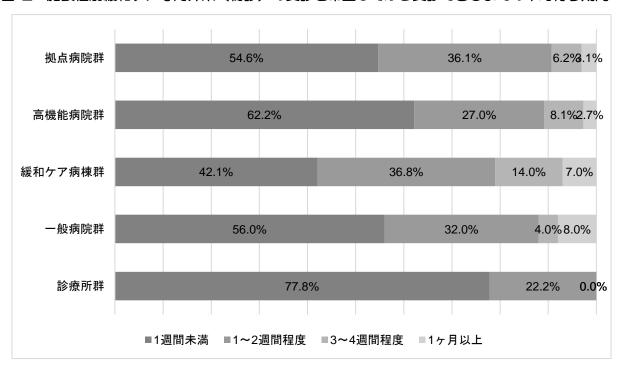
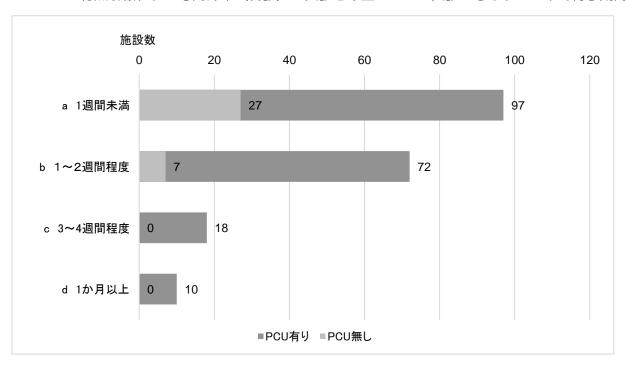
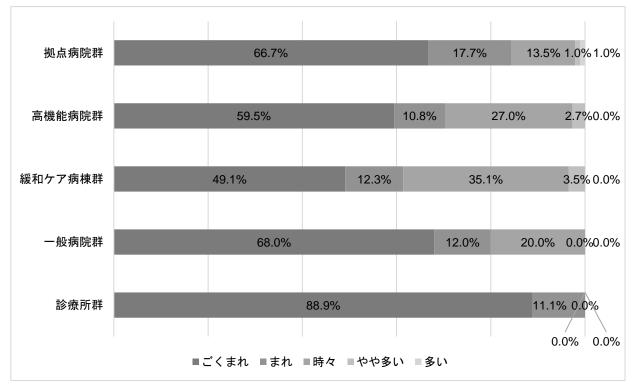


図 3 PCU の有無別緩和ケア専門外来(初診)の受診を希望してから受診できるまでの平均待ち期間



緩和ケア専門外来(初診)の受診を希望しても受診できなかった患者の頻度は、緩和ケア病棟群をのぞき、「ごくまれ」が59.5~88.9%であったが、緩和ケア病棟群では、「ごくまれ」が49.1%、「時々」が35.1%とその他の施設種と比較して希望しても受診できなかった患者数が多い傾向が伺われた。(図4)

図 4 緩和ケア専門外来(初診)の受診を希望しても受診できなかった患者が生じる頻度



緩和ケア専門外来(初診)受診時の患者の治療状況は、高機能病院群、緩和ケア病棟群、一般病院群では、「がん治療終了後」が約8割を占めた。拠点病院群で「がん治療中」の患者が約3割見られ、「がん治療終了後」の患者が61.6%、診療所群で68.8%であった。(図5)

「治療終了後」の患者の割合を PCU の有無別にみると、「PCU 無し」では「治療終了後」の患者が 47.5%であるのに対し、「PCU 有り」では「治療終了後」の患者が 75.4%に上った。(図 6)

図 5 緩和ケア専門外来(初診)受診時のがん治療状況

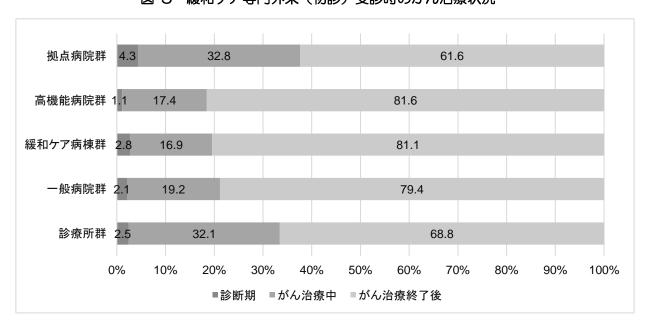
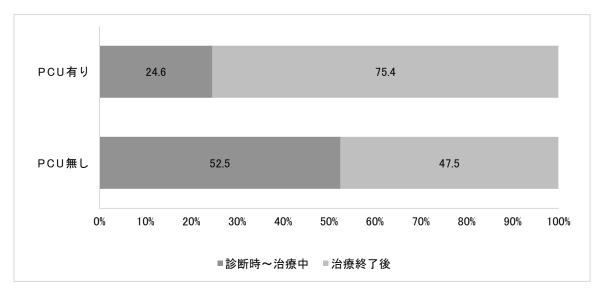
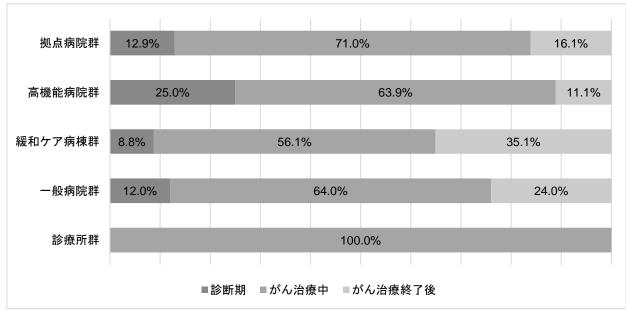


図 6 PCUの有無別緩和ケア専門外来初診時のがん治療状況(単位:%)



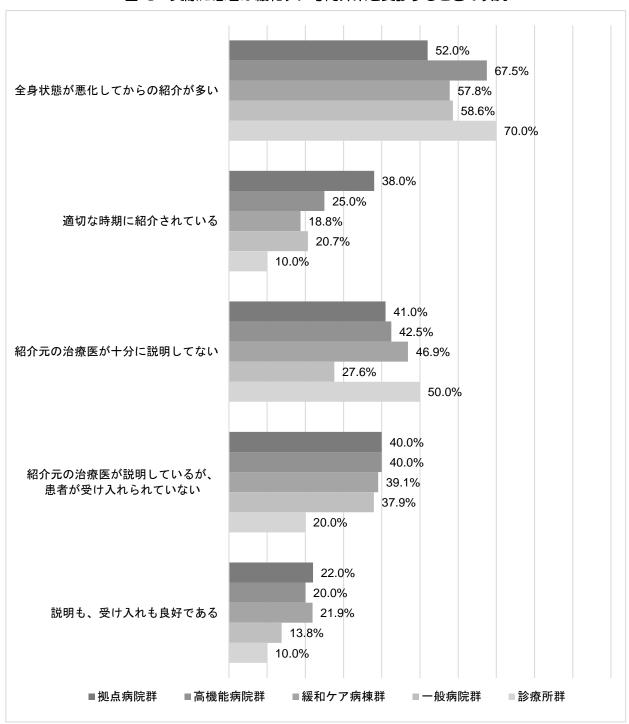
緩和ケア専門外来の望ましい受診時期については、「がん治療中」と回答した施設がいずれの施設群でも多かった(56.1%~100%)。その中で、緩和ケア病棟群では、「がん治療終了後」が望ましいと回答した施設が 35.1%と比較的多く、高機能病院群では「診断期」と回答した施設が 25.0%と比較的多い傾向が見られた。(図7)

図 7 緩和ケア専門外来を受診する望ましい時期



一方、実際に緩和ケア外来を初診する時の患者の状況については、「全身状態が悪化してからの紹介が多い」と回答した施設がいずれの施設群でも半数を超え、一番少ない拠点病院群で52.0%、それ以外の施設では $60\sim70\%$ 程度と比較的高い数値を示した。(図 8)紹介元の治療医による説明に関しては、「説明も受け入れも良好である」と回答した施設はいずれの施設群でも $10\sim20\%$ 程度と低い傾向がみられた。(図 8)

図 8 実際に患者が緩和ケア専門外来を受診するときの状況



緩和ケア専門外来受診患者の転帰については、いずれの施設群でも約2~3割の患者が「外来フォロー」であった。診療所群では1割の患者が「PCUに入院」であったが、他の施設群では約4割の患者が「PCUに入院」となった。診療所群では、「その他」が3割を占め、自施設で訪問診療を行ったものと推測する。「訪問診療医に紹介」となった患者は病院施設にて1割前後であった。また、高機能病院群、緩和ケア病棟群、一般病院群では、約5割の患者が「PCUに入院」と回答し、拠点病院群では約4割、診療所群では約1割が「PCUに入院」と回答した。(図9)

30.2% 17.5% 外来フォロー 20.2% 23.6% 32.3% 16.9% 13.8% 一般病棟に入院 11.3% 14.2% 5.5% 37.0% 49.0% PCUに入院 52.8% 55.7% 12.6% 8.8% 14.0% 11.8% 訪問診療医に紹介 7.0% 31.4% 9.0% 7.7% その他 8.7% 7.7% 32.6% ■拠点病院群 ■高機能病院群 ■緩和ケア病棟群 ■一般病院群 ■診療所群

図 9 緩和ケア専門外来を受診した患者の転帰

PCU の有無別にみると、PCU の無い施設においては、「外来フォロー」が 39%と最も多く、「PCU に入院」する患者は 9.5%に過ぎなかったが、PCU がある施設では、「PCU に入院」する患者が 49.2% と最も多かった。(図 10)

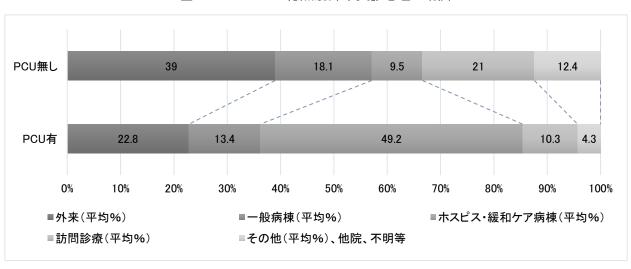


図 10 PCU の有無別外来受診患者の転帰

<緩和ケア専門外来のあり方>

緩和ケア専門外来の平均頻度は、週 2 回から 3 回と施設種別によるばらつきは少なかったものの、診療所群では 2.1 回と若干少なく p 値 0.04 で有意差を認めた。

緩和ケア専門外来の枠数については、診療所群で初診・再診ともに週に3人前後と少ない傾向が見られた。他の施設群では初診で週に5~6人程度で差は少なかった。再診については、拠点病院群と一般病院群では12人程度であったが、高機能病院群、緩和ケア病棟群では7人程度と比較的少ない傾向が見られた。一方、「随時」、「必要に応じて」と柔軟に対応している施設も複数見られた。緩和ケア専門外来の呼称については、施設間のばらつきが少なく、約6割から7割が「緩和ケア外来」と称していた。

緩和ケア専門外来を開設してからの期間については、「10年以上」と回答した施設が高機能病院群では 55.3%)、ついで緩和ケア病棟群では 46.6%、拠点病院群 39.6%、であった。(図 11)

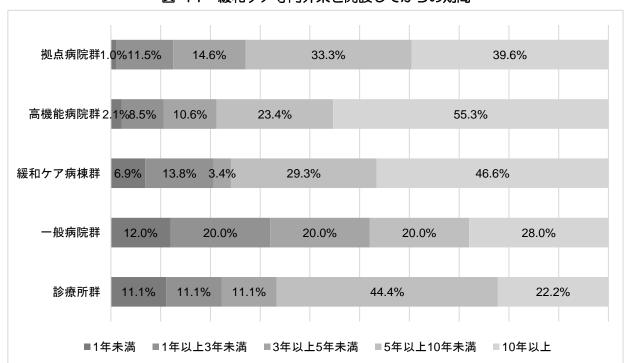


図 11 緩和ケア専門外来を開設してからの期間

緩和ケア専門外来の担当者は、「身体症状の緩和を担当する医師、看護師」が約7割から8割を占め、「精神症状の緩和を担当する医師」、「薬剤師」、「S.W.」が同席するケースは少なかった。

緩和ケア専門外来担当者が患者を診療する際の立場については、ほとんどの施設が「外来担当医として診察・処方を行う」と回答し、「他科医師の診察に同席し、処方は他科医師」と回答した施設はなかった。

緩和ケア専門外来において可能な処置については、7割から8割の施設で「輸液が可能」と回答したが、「胸・腹腔穿刺」、「輸血」、「尿道カテーテル交換」については、行う施設と行わない施設がほぼ半数であった。可能な処置の種類については、病院施設間のばらつきは少なかった。診療所群では、「胃瘻・尿道カテーテル交換」を除き、可能な処置は病院施設に比較し少なかった。

<緊急受診>

緊急受診に関する質問では、初診でも「緊急受診が可能」と回答した施設が 4~5割であった。再診では、約9割の施設が「緊急受診が可能」と回答した。初診時の対応で緊急対応が「不可能」な施設は PCU 有り施設で 48%と、PCU 無し施設の 33%と比較し高い傾向が見られた。(図 12)

一方、再診時の対応では、「対応可能」と回答した施設が PCU 有り施設では 85%であったが、PCU 無し施設では、68%にとどまった。(図 13)

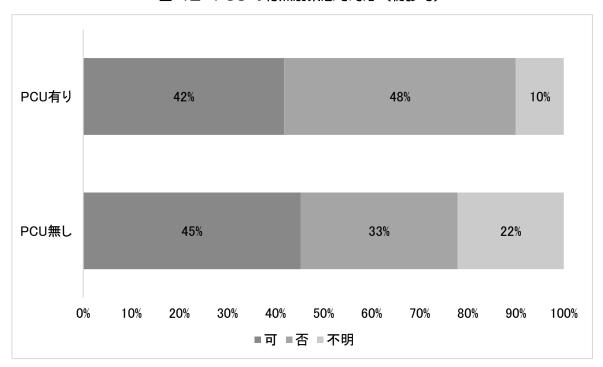
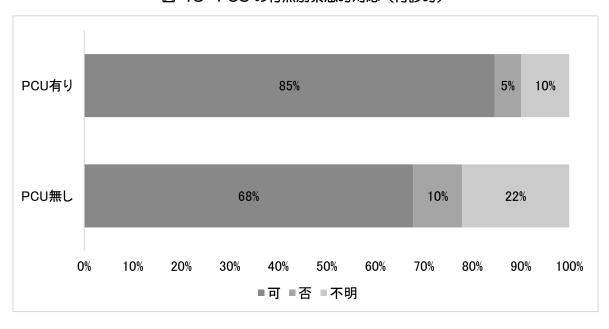


図 12 PCU の有無別緊急時対応(初診時)





外来患者が緊急受診を要する状況となった時の対応については、「緩和ケア受診、緩和ケア専門外来主治 医が診療」と回答した施設が、6割から7割であった。(図14)

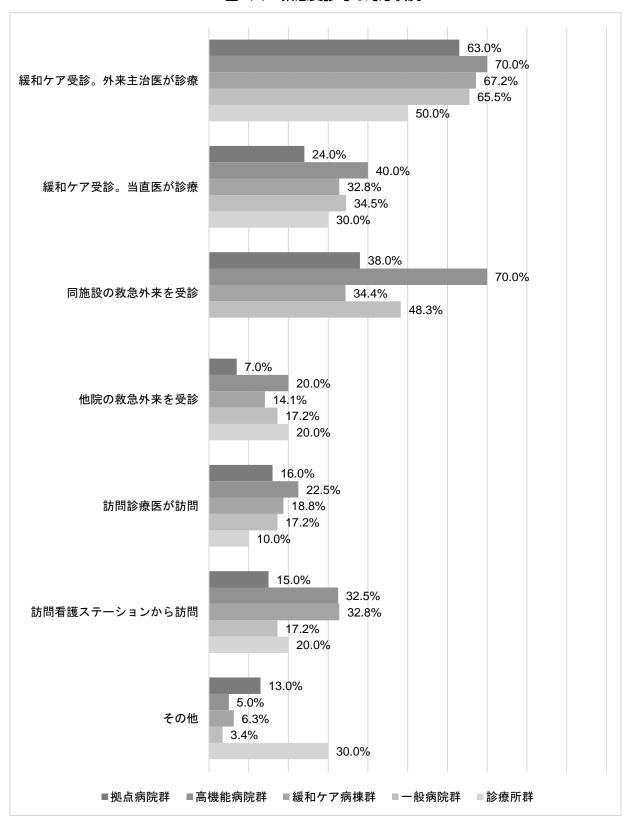


図 14 緊急受診時の対応状況

患者本人が受診できない時の対応では、「訪問診療医に訪問を依頼」する施設が、3~4割、診療所 群では5割と他の施設群に比較し高い比率を示した。また診療所群においては、「基本的に入院」とす る施設が見られなかった。「家族のみの受診でフォロー」する施設が拠点病院群で33.7%、次いで緩和 ケア病棟群で26.8%であった。家族の受診と訪問診療を組み合わせる | 施設は、診療所群で37.5%と多 くみられた。(図15)

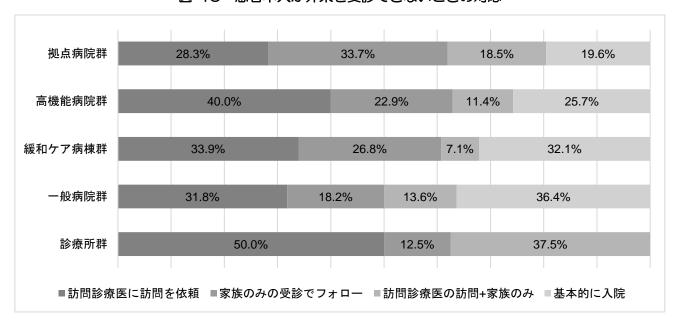


図 15 患者本人が外来を受診できないときの対応

<がん治療>

がん治療中の患者への対応については、「治療状況と関係なく受診可」と回答した施設は、拠点病院 群で97.9%、高機能病院群で89.2%と高い数値を示したが、一般病院群では72.0%、緩和ケア病棟群で は53.4%、診療所群では22.2%にとどまった。「がん治療を自施設で施行しない」と回答した施設が、 診療所群の 77.8%、緩和ケア病棟群の 37.9%、一般病院群の 20.0%であった。(図 16)

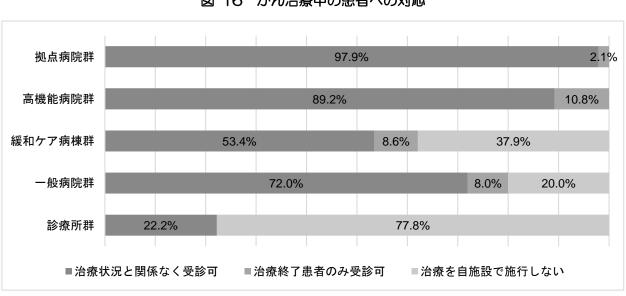


図 16 がん治療中の患者への対応

他の施設でがん治療中患者の外来受診の可否については、拠点病院群、高機能病院群では施設間のば らつきが少なく、7割から8割の施設が「可能」と回答した。

全外来患者に占めるがん治療中の患者の割合は、拠点病院群で33.2%と最も多く、それ以外の施設では10~20%程度であった。

<家族・遺族ケア>

家族外来の有無について質問した項目については、家族外来の定義について明確でなかったため、回答者がどのようなケアを家族外来ととらえたのかあいまいであり、今回の集計には含めなかった。

遺族サポートの有無については、診療所群では 40.0%で有りと回答したが、その他の施設群では、1-2割の施設が有りと回答した。

<そのほかのサポート>

精神科・心理職へのコンサルテーションについては、拠点病院群、高機能病院群では約9割の施設が可能と回答したが、緩和ケア病棟群、一般病院群では約6割、診療所群では3割が可能と回答したにとどまった。(図17)

宗教家・スピリチュアルケアワーカーへのコンサルテーションについては、拠点病院群、高機能病院群では、可能と回答した施設が約2割であったが、それ以外の施設では約3-4割の施設が可能と回答した。(図18)

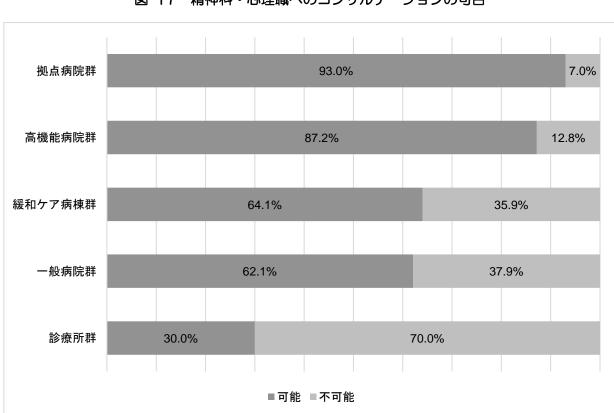
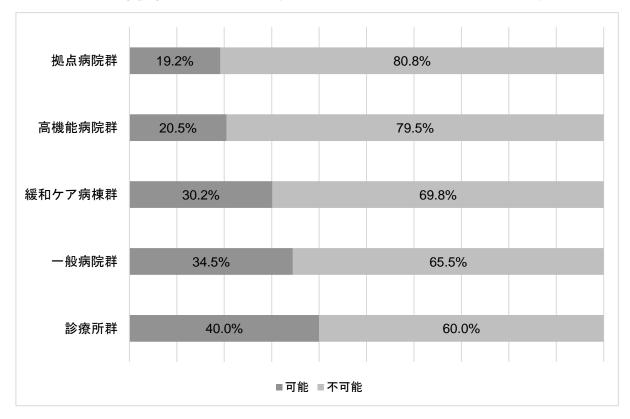


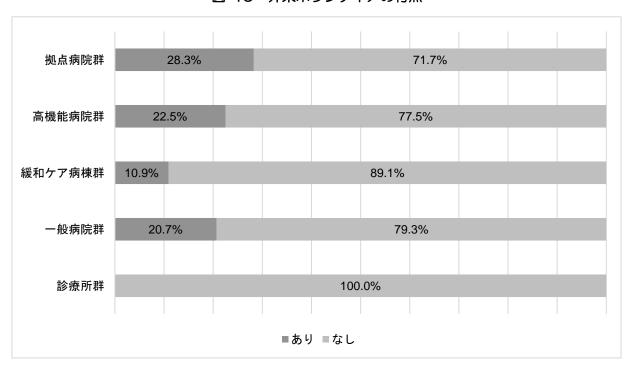
図 17 精神科・心理職へのコンサルテーションの可否

図 18 宗教家・スピリチュアルケアワーカーへのコンサルテーションの可否



外来ボランティアの有無については、拠点病院群、高機能病院群、一般病院群では約2-3割が有りと回答したが、緩和ケア病棟群では10.9%が有りと回答し、診療所群では有りと回答した施設はなかった。(図19)

図 19 外来ボランティアの有無



外来に関する指導管理料等の年間平均算定件数は拠点病院群と一般病院群で高い傾向が見られたが、 緩和ケア病棟群での算定数は大変少ない状況であった。(図 20)

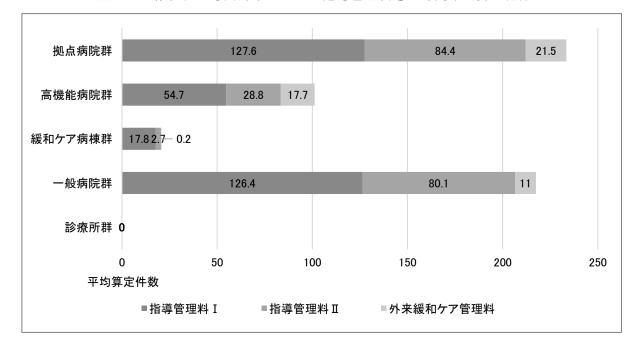


図 20 緩和ケア専門外来における指導管理料等の年間平均算定件数

V. 考察

日本における緩和ケアは、歴史的にみて緩和ケア病棟から始まり、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアへと 広がりを見せた。そして、今日終末期がん患者のみならず、がん治療中の患者へも緩和ケアが必要になっ てきている。また、これまでの緩和ケアは、主として入院患者を念頭に提供されてきたが、外来患者にも 提供されるようになってきた。

当協会は、これまでにも緩和ケア専門外来の役割の重要性を認識し、その評価と課題に取り組んできた。今回のアンケートと外来WG主催の分科会の討議で見えてきたことは、現在の日本における緩和ケア専門外来は、各施設が緩和ケア専門外来のあり方を模索している状態で多様性がある、ということであった。また緩和ケア専門外来を受診する患者にとっては、その多様性のために戸惑うことが多いと推測された。このような状況を改善するために、緩和ケア専門外来の基準を設けて、望ましい緩和ケア専門外来の在り方を考えるべき時に来ていると言える。

そこで今回、外来WGは、日本ホスピス緩和ケア協会会員施設に対して、緩和ケア専門外来に関するアンケート調査を行った。まず緩和ケア専門外来の現状を把握し、今後の緩和ケア専門外来の基準とあり方を提言できれば、今回の調査の意義があると考えている。

アンケート調査を行うにあたり、緩和ケア専門外来について、『医療施設の中で緩和ケアを主に担当しているスタッフが、決められた場所で、定期的に診療等を行っている外来。』

- ① 症状緩和や方針の検討などを目的に定期的にフォローアップしている外来
- ② 緩和ケア病棟等への入院相談のための外来

の両方を含むと定義した。

緩和ケア病棟への入院を前提とした外来と、そうでない外来が混在している状況があるため、現状で

行われている緩和ケア外来の現状を把握するには、このように幅広い働きを定義に含める必要があった。今回のアンケートでは、①②を明確に区別して解析しなかった。今後のアンケートでは、緩和ケア外来を「相談(入院相談)外来」と「フォローアップ外来」とに分けて設問を設定するなど、それらが区別できるような工夫が必要であろう。

今回は、アンケート結果の内容を解析するにあたり、施設の種別ごとと、緩和ケア病棟の有無とに分けて分析を行った。緩和ケア専門外来の多様性の背景に、それぞれの施設が抱える課題があり、それが施設の特性によるのではないかと予測したからである。

緩和ケア専門外来の機能に影響を与える因子として推測されたのが、①施設内でのがん治療の有無、 ②施設の規模(救急外来等のバックアップ体制)、③緩和ケア病棟の有無、④緩和ケアチームの有無、 ④訪問診療の有無などを念頭に解析を行った。

今回、アンケートの回答率は 56.3%と約半数であったが、回答施設の属性には偏りがみられた。拠点病院群の回答数が最も多く、回答数からは拠点病院群における緩和ケア専門外来への問題意識の高さがうかがわれた。拠点病院群では、データ収集のための専門の部署が置かれていることが多く、回答率が高かった可能性もある。

拠点病院群では、96.0%の施設に緩和ケアチームがあったが、緩和ケア病棟群では、緩和ケアチームを有している施設は 26.6%であった。緩和ケアチームがある施設では、緩和ケア専門外来(おそらくフォローアップ外来)の必要度が高いことが推測された。緩和ケア病棟を有する施設における緩和ケア外来開設率も、91%と高いことから、緩和ケア病棟を有する施設における緩和ケア専門外来の必要性も高いものと思われる。

今後、専門的な緩和ケアを提供する施設では、緩和ケアチーム+緩和ケア専門外来、緩和ケア病棟+緩和ケア専門外来は必須の機能と考える。多くのがん患者が外来でがん治療を受けている現状から、治療方針や療養場所を調整する機能が緩和ケア専門外来に求められる。そのためには、病棟における緩和ケアチームと異なる構成での外来が必要となろう。緩和ケアを専門とする医師と看護師、ソーシャルワーカーの存在が重要になると思われる。

<緩和ケア専門外来の患者像>

緩和ケア専門外来(初診)の受診を希望してから受診できるまでの平均待ち期間は、緩和ケア病棟群で長い傾向がみられた。また、緩和ケア専門外来(初診)の受診を希望しても受診できなかった患者の頻度でも、緩和ケア病棟群では、「時々みられる」が35.1%と他の群と比較して高い傾向がみられた。緩和ケア病棟群では緩和ケア専門外来枠数における入院相談外来の占める割合が高いと推測され、待機期間が長くなっていると思われる。入院患者の平均在院日数が比較的長くなると、緩和ケア病棟への入院可能患者数は制限され、待機期間が長期化しやすい。多くの患者が、適切な時期に必要な緩和ケア病棟を利用できるように、緩和ケア病棟群での緩和ケア専門外来の平均待機期間の短縮が望まれる。2020年の診療報酬改定では、平均在院日数の短縮ではなく、待機期間の短縮が必要とされていることからも、緩和ケア病棟群での外来機能の拡充が望まれる。

がん治療に関しては、高機能病院群、緩和ケア病棟群、一般病院群で「がん治療終了後」の患者が多く、 拠点病院群、診療所群では、「がん治療中」の患者が多い傾向が見られた。拠点病院群では、がん治療中 の患者が早期から緩和ケア外来を受診しており、診療所群では、がん治療から訪問診療へのスムーズな移 行が図れるよう、がん治療終了前に紹介されている可能性があるが、この点は回答した診療所数が少な く、今後の調査が必要である。

緩和ケア専門外来への望ましい受診時期については、多くの施設が、「がん治療中」に緩和ケア専門外来受診をすることが望ましいと考えている。

緩和ケア病棟群では56.1%が「がん治療中」が望ましいと回答している。一方、同じく緩和ケア病棟群で、緩和ケア専門外来への望ましい受診時期を、「がん治療終了後」が望ましいと回答した施設も、35.1%と比較的多い。緩和ケア病棟群において、がん治療中の比較的早期から緩和ケアを提供したいと考える施設と、がん治療終了後の患者に緩和ケアを提供したいと考えている施設の二つのタイプが存在していることが伺える。

緩和ケア外来受診時の患者の状況では、「全身状態が悪化してからの紹介が多い」と回答した施設が52.0~70.0%にのぼり、「適切な時期に紹介されていることが多い」と回答した施設は10.0~38.0%にとどまった。それぞれの施設が望ましいとする受診時期より、実際には遅い時期に紹介されている状況が伺われた。緩和ケア専門外来への紹介時期について、「がん治療中のどのようなタイミング(時機)に紹介するのが良いか」、拠点病院群、高機能病院群、緩和ケア病棟群でそれぞれの特性をふまえて、一層の検討が必要である。

緩和ケア専門外来受診患者の転帰では、「訪問診療医に紹介」と回答した病院施設が、1割前後に留まった。外来では訪問診療医に紹介することが少ないことが伺われた。外来機能の中で、症状緩和と並びACPに関するサポートも重要であるが、「訪問診療医に紹介」するためには、種々の調整が必要であり、外来の限られた時間の中では困難であることが多い。そのため、現状ではいったん入院して、調整のうえ自宅退院となることが多い。患者、家族の立場からすると入院を経由することなく訪問診療医につながることが望ましい。今後は、緩和ケア専門外来で患者の病状評価を行い、訪問診療等の在宅緩和ケアに調整が図れるような体制づくりが必要だと思われる。

診療所群では「PCUに入院」と回答した施設が少なかった。診療所群では訪問診療が開始しやすく、在宅での看取りも可能であり、「PCUに入院」と回答した施設が少なかったと思われる。診療所における緩和ケア専門外来の設置も、今後検討すべきであろう。

<緩和ケア専門外来のあり方>

緩和ケア専門外来の平均頻度は、週2回から3回と施設種別によるばらつきは少なかった。がん治療と並行して緩和ケアを提供する場合、がん治療の受診日と同じ日に受診できることが望ましい。今回のアンケートでは、その点については触れなかったが、今後は重要な検討項目であると思われる。

緩和ケア専門外来開設後期間については、拠点病院群、高機能病院群では、「10 年以上」と回答した施設が多かったが、緩和ケア病棟群、一般病院群、診療所群では、開設期間が短い傾向が伺われた。拠点病院群や高機能病院群で「10 年以上」の施設が多かったのは、2006 年にがん対策基本法が制定され、その後、がんを治療する病院では緩和ケアチームの設置が推奨され、緩和ケア専門外来も行われ始めたことが関係しているものと思われた。

また、患者の治療方針や療養の場を検討するにあたり、情報の共有は重要なポイントとなる。使用薬剤をはじめとした、療養等に必要な情報を患者のケアに関与する部署や施設で共有できるシステム作りが必要であろう。

<緊急受診>

初診で緊急受診が可能と回答した施設は少なかったが、約9割の施設で再診では可能と回答した。初診は予約診療としている施設が多く、緊急受診が難しい施設が多いことが伺われたが、初診後は、ほとんどの施設で緊急受診は可能という結果であった。

外来患者が緊急受診を要する状況となった時の対応については、高機能病院群も含めて多くの施設で緩和ケア専門外来主治医が緊急受診にも対応していた。多くの施設で緩和ケア専門外来担当医数が少ないと推測するが、外来主治医が緊急受診にも対応しており、外来主治医が献身的な働きをしている現状が映し出されていた。一方、複数回答として高機能病院群では、「同施設の救急外来を受診する」とした施設が70%にのぼり特徴的であった。今後、緩和ケア専門外来が普及し、受診者数が増加することを考慮すると、救急患者への対応体制をどのようにするのが適切なのか、議論が必要だと思われる。患者本人が受診できない時の対応では、訪問診療医に診療を依頼したり、家族の代理受診と訪問診療を組み合わせるなど、訪問診療医との連携が4~5割の施設で見られた。家族のみの受診が2~3割みられたが、今後は、それらのケースにはオンライン診療を活かしていく必要もあると考える。また、「基本的に入院」と回答した施設が一般病院群で多く見られた。その理由については不明だが、今後の検討が必要であろう。

今回のアンケートにおいては、診療時間中の緊急入院と、夜間休日などの緊急入院を区別していない。今後は、区別して調査・検討する必要があると思われた。

<がん治療>

がん治療状況と関係なく受け入れている施設が、緩和ケア病棟群では53.4%と他施設群と比較し少なかった。一方、がん治療を自施設で行っていない施設の割合は緩和ケア病棟群が37.9%と高く、そのため緩和ケア病棟群では、外来においてもがん治療を終えた患者を受け入れる傾向が強いと思われた。

拠点病院群と高機能病院群とは治療状況と関係なく受け入れる施設がほとんどであった。いずれの施設も自施設でのがん治療を行っており、自施設のニーズに応えているものと思われた。

一方、診療所群では自施設ではがん治療を行っていない施設が多くみられることもあり、治療状況と 関係なく受診できる施設数は限られていた。

他の施設でがん治療中の患者については、7割から8割の施設が受診可能と回答し、施設間のばらつきは少なかった。自施設でがん治療を行わない施設においても、がん治療中から併診が可能となる緩和ケア専門外来はメリットが大きいと思われる。

外来患者におけるがん治療中の患者割合は拠点病院群が最も高い割合となったが、それでも 33.2%に とどまった。早期緩和ケアが注目される中、実際の併診率は比較的低い数値となった。どの程度の数値 が適切であるかは今後の検討項目である。

<家族・遺族ケア>

遺族サポートの有無については、診療所群で「あり」と回答した施設が多かった。入院施設では、患者が退院すると遺族との関係性を保ちにくい一方、在宅ケアでは、患者の居宅をスタッフが把握しており、遺族との関係性を保ちやすい。在宅ケアではグリーフケアをしやすい状況にあり、診療所群で遺族サポートをしている施設が多かったものと思われる。

<そのほかのサポート>

精神科・心理職へのコンサルテーションの可否については、施設規模が大きいほど「可能」と回答した施設が多い傾向が見られた。 精神科・心理職へのコンサルテーションについては、精神科・心理職職員がスタッフとして在職していることが必要となるため、施設規模の大きさに依存したものと思われた。

宗教家・スピリチュアルケアワーカーへのコンサルテーションについては、拠点病院群、高機能病院群では、「あり」と回答した施設が少なかった。これらの施設では、宗教家・スピリチュアルケアワーカーの介入が難しいことが推測される。

緩和ケア病棟群で他の施設群に比較し、外来ボランティアの介入が少なかった。緩和ケア病棟群では、ボランティアの活動が病棟中心であることが伺われた。

<診療報酬について>

緩和ケア専門外来に関する指導管理料1・2の算定報告数が多い施設のほとんどは、拠点病院群と一般病院群であった。しかし、緩和ケア外来管理料の算定件数はこれらの施設でも年間20件程度と少なく、算定しにくい現状があると考える。拠点病院群では、施設要件からも緩和ケアスタッフが比較的充実しており、指導管理料は算定しやすいかも知れない。一方、緩和ケア病棟群、診療所群では、指導管理料、緩和ケア外来管理料の算定はなく、請求可能な診療報酬が望まれる。

VI. 文献的考察

2019 年に発表された緩和ケア専門外来に関する文献では、無作為化対照メタ解析 [2]では、5つの高品質研究として、3つの標準的な RCT [1] [3] [4]と1つの fast-track design RCT [5]、1つの 24-cluster RCT [6]が選ばれており、それ以外に3つの予備調査 [7] [8] [9]とメタ解析からは除外された予備的証拠を提供するのみの研究 [10]が1つ選ばれていた。

Hoeger [2] らは、外来で緩和ケアを提供された患者の延命効果を報告している(図 21)。中央値で比較した時、コントロール群と比較し、緩和ケア外来介入群では、4.56 か月の延命効果を認めた($\chi 2 = 9.04$; df = 1; p = .0026)。

そのほか生存率は3つの高品質研究(n=646)において1年生存率が14%増加し(56% vs. 42%, p < .001)、 生存期間の中央値は4.56か月延長していた(14.55 vs. 9.99 months)。(図22、)

生活の質(n=1398)は 5 つの質の高い研究のみで差がみられた(g=.18;95% CI, .09 to .28;p<.001)。 身体的尺度(k=2 studies; g=.27;95% CI, .08 to .46;p=.006)、精神的尺度(k=5 studies; g=.19;95% CI, .07 to .30;p=.001)により、優位に生活の質が向上していることが示唆された。(図 23)

図 21 緩和ケア外来介入群とコントロール群の Pooled Kaplan-Meier 曲線

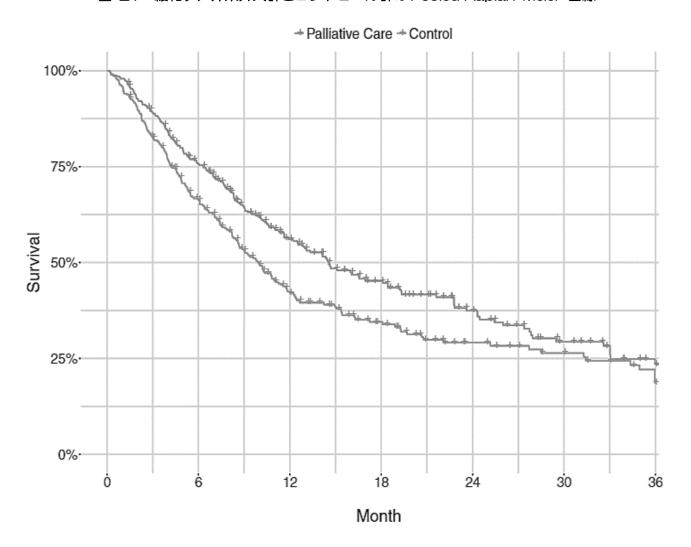


図 22 緩和ケア専門外来による進行がん患者の 1 年生存率への影響

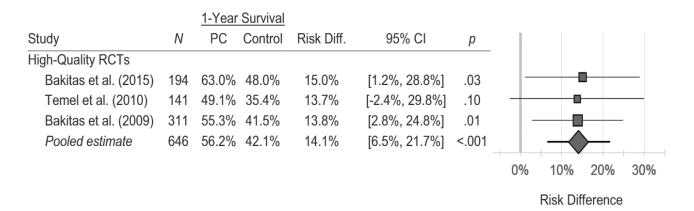


図 23 緩和ケア外来が患者の QOL に与える影響に関する RCTs の Forest plots

Study	Ν	g	95% CI	p	
High-Quality RCTs					_
Temel et al. (2017)	300	.13	[02, .28]	.10	
Bakitas et al. (2015)	207	.05	[14 .24]	.61	
Zimmerman et al. (2014)	461	.19	[.07, .31]	.002	
Temel et al. (2010)	151	.45	[.12, .78]	.008	
Bakitas et al. (2009)	279	.27	[.09, .44]	.003	
Pooled estimate	1,398	.18	[.09, .28]	<.001	
Preliminary RCTs					
McCorkle et al. (2015)	122	16	[39, .07]	.16	
Jordhøy et al. (2001)	434	03	[15, .08]	.58	<u> </u>
Pooled estimate	556	06	[16, .04]	.26	\Diamond
					-0.8 -0.4 0.0 0.4 0.8
					Favors Favors
					Usual Care Palliative Care
					Hedges' g

VII.結語

- 1. 緩和ケア外来の多様性を調査、分析し、今後の課題を見出すことを目的に、アンケート調査を行った。
- 2. 緩和ケア外来の現状は、①症状緩和や方針の検討などを目的に定期的にフォローアップしている外来と、②緩和ケア病棟等への入院相談のための外来が混在している。
- 3. 緩和ケア専門外来(初診)の受診を希望してから受診できるまでの平均待ち期間は、緩和ケア病棟 群で長い傾向がみられ、改善が望まれた。
- 4. 緩和ケア専門外来を受診する患者は、拠点病院群、診療所群では「がん治療中」の患者が多く、高機能病院群、緩和ケア病棟群、一般病院群では「がん治療終了後」の患者が多い傾向がみられた。
- 5. 緩和ケア専門外来への望ましい受診時期については、多くの施設で「がん治療中」に緩和ケア専門外来受診をすることが望ましいと考えていた。一方、緩和ケア病棟群では、がん治療終了後に緩和ケア専門外来を受診することが望ましいと回答した施設も3割程度みられた。
- 6. 緩和ケア専門外来に「適切な時期に紹介されている」と回答した施設は少なく、多くは「全身状態が悪化してからの紹介が多い」と回答していた。
- 7. 緩和ケア専門外来で「訪問診療医に紹介」できる施設は1割程度にとどまっており、外来での在宅療養への調整能力の向上が課題である。
- 8. 緊急受診の患者への対応には多様性がみられたが、今後の外来患者数の増加を考慮すると、どのように対応するかは一つの課題であると思われた。
- 9. 患者本人の受診が困難なとき、家族の代理受診、訪問診療医と連携する施設が多かったが、今後はオンライン診療への取り組みも必要と思われる。
- 10. がん治療を担当する診療科との併診は依然として少なく、併診率の上昇が望まれる。

引用文献

- 1. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. **TemelSJennifer**, **GreerAJoseph.** 8, 出版地不明: Massachusetts Medical Society, 2010 年 8 月 19 日, N Engl J Med, 第 363 巻, ページ: 733-42.
- 2. Impact of Interdisciplinary Outpatient Specialty Pallitaive Care on Survival and Quality of Life in Adults With Advanced Cancer: A Meta-Analysis of Randomized Trials. **HoegerM**, ほか. 7, 2019 年 6 月, Ann behav Med, 第 53 巻, ページ: 674-685.
- 3. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randmized controlled trial. **BakitasM**, ほか. 7, 2009 年 Aug 月 19 日, JAMA, 第 302 巻, ページ: 741-9.
- 4. Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: A randomized Clinical Trial. **TemelJS**, ほか. 8, 2017 年 Mar 月 10 日, J Clin Oncol, 第 35 巻, ページ: 834-841.
- 5. Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. **BakitasMA**, ほか. 13, 2015 年 May 月 1 日, JAMA, 第 33 巻, ページ: 1438-45.
- 6. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomized controlled trial. ZimmermannC, ほか. 9930, 2014 年 May 月 17 日, Lancet, 第 383 巻, ページ: 1721-30.
- 7. Quolity of life in palliative cancer care: results from a cluster randomized trial. **JordhoyMS**, ほか. 18, 2001 年 Sep 月 15 日, J Clin Oncol, 第 19 巻, ページ: 3884-94.
- 8. An Advanced Practice Nurse Coordinated Multidiscilinary Intervention for Patients with Late-Stage Cancer: A Cluster Randomized Trial. **McCorkleR**, ほか. 11, 2015 年 Nov 月, J Palliat Med, 第 18 巻, ページ: 962-9.
- 9. An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomized controlled trial. **HigginsonIJ**, ほか. 12, 2014 年 Dec 月, Lancet Respir Med, 第 2 巻、ページ: 979-87.
- 10. The comprehensive care team: A controlled trial of outpatient palliative medicine consultation. RabowMW, ほか. 1, 2004 年 Jan 月 12 日, Arch Inter Med, 第 164 巻, ページ: 83-91.

資料1 アンケート用紙

緩和ケア専門外来の現状に関するアンケート

		施設	名	()	
		回答者氏	名	()	
		回答者暗	战種	()	
				回答	日 20	18年	月		
リエの	中家について、同僚がお願いした。	ナーナイルナ	- 7 1, - 7) 7 () 1	公学ナ 、	デミココ ノ よ	· 4) .		
	内容について、回答をお願いします						5 1,0		
なか、*	今回のアンケートでは「緩和ケア!	専门が木」で	はいい。	、りに止い	段しより。)			
『医療』	施設の中で緩和ケアを主に担当して	ているスタッ	フが、決	められた	と場所で、	定期的に記	診療等を	行。	って
いる外	来。』で、								
	① 症状緩和や方針の検討などを	と目的に定期	的にフォ	ローアッ	プしてレ	いる外来			
	② 緩和ケア病棟等への入院相談	炎のための外	来						
	の両方を含みます。								
2.	医療機関の種別								
	① ()都道府県・地域がA	ん診療連携拠	L点病院						
	② () 拠点病院ではない。	大学病院・カ	ぶん専門病	病院・総合	合病院				
	③ ()独立型ホスピス・約	暖和ケア病棟	Į						
	④ ()上記以外の病院								
	⑤ ()在宅療養支援診療所	听							
	⑥ ()上記以外の診療所								
3.	病院の場合、総病床数	()床					
4.	緩和ケア外来の有無	1) ()有り	2 ()無し				
5.	緩和ケアチームの有無	1) ()有り	2 ()無し				
6.	緩和ケア病棟の有無	① ()有り	② () 無し				
	① 緩和ケア病棟入院相談外来の)有無	1 () 有り	② () 無し			
	② 緩和ケア病棟がある場合、入	、院希望日か	ら入院ま	での待機	& 日数	(約)	日
7.	苦痛緩和や全身状態管理のための)フォローア	ップ外来	の有無					
	① ()現在行っている								
	② ()現在行っていないか	·、今後導入	する予定	•					
	③ ()現在行っておらず、	導入の予定	もない						
8.	緩和ケア外来の頻度 () 日/週							
9.	緩和ケア外来の枠数新患	() 枠/	週、再診	()	枠/週				
10.	過去一年の緩和ケア外来診療患者	音数(概数で	专可)						
	① 新患数 () 名.	②延べ数	() 夕				

11.	緩和ケア	外来	:(初診)の受診を希望してから受診できるまで <i>の</i>	O平均待ち期間(おおよそで可)
	① ()	1週間未満	
	② ()	1~2 週間程度	
	③ ()	3~4週間程度	
	(4) ()	1か月以上	
12.	,		: (初診)の受診を希望しても受診できなかった!!	患者の頻度
12.	(1)	()ごくまれ、 ② ()まれ、 ③ (
	0	`	やや多い、 (5) () 多い) HUNN
19	,	,	・ (初診) 受診時の患者さんの主な療養プロセスの	7.四郎はじのとるも割合づしょる
13.				7枚階はとのような削口でしょう
			その印象で結構です)	
	① 診断		(約) %	
	② がん			
	③ がん		,	
14.	外来担当	者と	して、どの時期から患者さんが外来を受診される	るのが好ましいと考えますか?
	1 ()	診断期 ② ()がん治療中 ③ ()がん治療終了後
15.	上の問 13	3 の	ように回答された理由を選択してください	
	1 ()	マンパワー不足で患者のニーズに応えられないな	26
	② ()	患者さんのニーズに応えたいから	
	③ ()	病院の方針(経営的な理由)	
	4 ()	外来スペースが確保できないから	
	<u>5</u> ()	その他()
16.	外来患者	の初]診受診時の状況(複数回答可)	
	① ()	全身状態が悪化してからの紹介が多い	
	② ()	適切な時期に紹介されていることが多い	
	3 ()	紹介元のがん治療医が病状について十分患者に記	説明していないと思う
	(4)		紹介元のがん治療医は病状について十分説明して	
	,		ないことが多い	
	(5) (がん治療医の説明も、患者の受け入れも良好であ	るる事が多い
17	,		(急受診の可否 (1) () 可 (2) () 不可
			(急受診の可否 ① () 可 ② () () 可 ② ()) 不可
19.			が緊急受診を要する状況となった時の対応(複数 短れたストボナスを、 トボネン医び急病	X凹合刊 <i>)</i>
	1 (緩和ケア外来を受診。外来主治医が診療) - A - A - A - A - A - A - A - A - A -
	② (緩和ケア外来を受診。オンコール医(当直医)な)2診療
	3 (同じ施設の救急外来を受診。	
	4 (他院の救急外来を受診。	
	5 (連携している訪問診療医が訪問	
	6 ()	連携している訪問看護ステーションから訪問	
	$\overline{(7)}$ ()	その他()

20.	患者	本人	が受	き診できない時の対応で多いケースはどれですか?							
	1	()	訪問診療医に訪問を依頼							
	2	()	家族のみの受診でフォロー							
	3	()	訪問診療医の訪問+家族のみの受診							
	4	()	基本的に入院							
21.	緩和ケア外来の呼称										
	1	()	緩和ケア外来							
	2	()	ホスピス外来							
	3	()	緩和ケア内科外来							
	4	()	緩和医療科外来							
	(5)	()	緩和ケア入院相談外来							
	6	()	その他()					
22.	緩和	ケアタ	朱 小	E開設後期間							
	1	()	1年未満、②()1~3年未満、③()3~5年	F#						
	4	()	5~10年未満、⑤()10年以上							
23.	緩和	ケアタ	水 本	その担当者(複数回答)							
	1	()	医師 (身体()・精神())							
	2	()	看護師							
	3	()	薬剤師							
	4	()	ソーシャルワーカー							
	(5)	()	その他							
24.	施設	・併詞	殳旅	正設からの訪問診療の有無 ①()有り ②()	無し					
25.	施設	併言	殳放	正設からの訪問看護の有無 ①()有り ②()	無し					
26.	施設	の対象	象と	:なる地域の人口 ①()50万人以上 ②()	50万人未満					
27.	緩和	ケアタ	水 本	E担当医が患者を診療する場合の立場							
	1	()	外来担当医として診察・処方を行う							
	2	()	他科医師の診療に同席し、処方は他科医師が行う							
	3	()	その他()						
28.	自施	設でス	がん	治療中(化学療法や放射線療法)の患者への対応							
	1	()	がん治療の状況と関係なく受診できる							
	2	()	がん治療を終了した患者のみ受診できる							
	3	()	がん治療を自施設で施行しない							
29.	他施	設でス	がん	治療中(化学療法や放射線療法)の患者の外来受診の可否	ì						
	_	`		受け入れ可、②()受け入れ不可							
30.	緩和	ケアタ	外 来	受診患者のうち、がん治療中の患者の割合 約() %					

≪がん治療中の患者を受け入れている施設は質問33へ≫

31.	治療を中止した患者のみ外来の受診の可にしている場合、その理由	
	① () PCU 入院適応が抗がん治療を中止していることだから	
	② ()必要時にはすぐに受診できるため	
	③ ()対象患者が多すぎて対応できない	
	④ ()治療中には緩和ケアに対して悪いイメージを持っている患者・家族が多い	
	⑤ () その他()
32.	治療を中止した患者のみ受け入れている場合、その影響は?	
	① () 受診できないことに医療従事者から苦情がある	
	② () 受診できないことに患者・家族から苦情がある	
	③ () 特に影響はない	
	④ () その他 ()
33.	緩和ケア外来で可能な処置は?(複数回答)	
	① () 輸液、② () 胸・腹腔穿刺、③ () 輸血	
	④ () 腎瘻カテーテル交換、⑤ () 尿道カテーテル交換	
	⑥ ()神経ブロック、⑦()各種ステント交換	
34.	緩和ケア外来受診患者の転帰(2017年1月~12月)	
	① 外来フォロー ()名()%	
	② 一般病棟に入院 ()名()%	
	③ ホスピス・緩和ケア病棟に入院()名()%	
	④ 訪問診療医に紹介(在宅死を含む) ()名()%	
	⑤ その他 () 名 () %	
35.	家族外来(在宅療養中、患者の初診なしに家族のみが相談する外来)の有無	
	① () 有り ② () 無し	
	有りの場合受診料の設定額 ()円	
36.	遺族サポートの有無(年1-2回の遺族会を除く)	
	(1) ① () 有り ② () 無し	
	(2) 有りの場合受診料の設定額 ()円	
	(3) 有りの場合担当者 () () () ()	
37.	精神科・心理職へのコンサルテーションの可否	
	① ()可能②()不可能	
38.	宗教家・スピリチュアルケアワーカーへのコンサルテーションの可否	
	① ()可能②()不可能	
	外来ボランティアの有無 ① () 有り ② () 無し	
40.	がん患者指導管理料 1 の年間算定数 () 件/年	
41.	がん患者指導管理料 2 の年間算定数 () 件/年	
42.	外来緩和ケア管理料の年間算定数 ()件/年	
43.	その他、緩和ケア専門外来のあり方に関するご意見、ご要望などありましたら、以下に、	自由
	記載をお願いします。	