

笹川保健財団 研究助成  
助成番号：2021A-102

(西暦) 2022 年 3 月 6 日

公益財団法人 笹川保健財団  
会長 喜多悦子 殿

## 2021 年度笹川保健財団研究助成 研究報告書

標記について、下記の通り研究報告書を添付し提出いたします。

### 記

#### 研究課題

がん診療連携拠点病院において「がん治療と緩和ケアの統合 (Integration of Oncology and Palliative care: IOP)」を实践・普及させるための取り組み—ESMO-DC に基づく made in Japan モデルの作成\_\_\_\_\_

所属機関・職名 琉球大学病院 地域・国際医療部 特命准教授\_\_\_\_\_

氏名 中島 信久\_\_\_\_\_

## 【研究課題】

がん診療連携拠点病院において「がん治療と緩和ケアの統合 (Integration of Oncology and Palliative care: IOP)」を実践・普及させるための取り組み—ESMO-DC に基づく made in Japan モデルの作成

## 【目的】

近年、がん治療のより早い段階から緩和ケアを併行して行うこと(「早期からの緩和ケア」の実践)の重要性が強調されている<sup>1,2)</sup>。「早期からの緩和ケア」を実現するために重要なこととして、包括的がん医療システムにおいて「がん治療と緩和ケアの統合」を実践すること(Integration of Oncology and Palliative care: IOP)がある。しかし、そのための標準的なプログラムはわが国になく、IOP を目指す施設ごとに試行錯誤が続いている。海外では近年、欧州臨床腫瘍学会(European Society of Medical Oncology)が開発した ESMO-Designated Center(ESMO-DC)が IOP 実践のためのプログラムとして注目されている<sup>3)</sup>。

2020 年 4 月現在、全国にがん診療連携拠点病院(以下、拠点病院)は 402 施設ある(全国がんセンター協議会(全がん協)に加盟するがんセンター16 施設を含む)。これらの施設認定要件は ESMO-DC 認定基準と類似する部分が多いが、ほとんどの拠点病院において IOP を適切に実践されていないのが現状である。そうした状況ゆえ、IOP の実践を困難にする要因を明らかにし、IOP を実践・普及させるための基盤となる実現可能性のある made in Japan のプログラムを開発することが喫緊の課題である。

以上より、拠点病院を始めとしたがん診療を担う病院において、IOP を実装し普及させるための made in Japan のプログラムを構築することを本研究の目的とした。

## 【方法】

以下に記す[1]~[3]の 3 つのステップの順に研究を進めることとした。このうち 2021 年度は、本研究助成のもとに[1]を中心に行い、次年度以降、それに続く[2]、[3]を実施するための体制を整備することを目指すこととした。

[1] 国内外の ESMO-DC 認定施設における IOP 実践のための課題と対応策を明確にする

- 1) 国内の ESMO-DC 認定施設 4 施設間での情報共有(国立がん研究センター東病院、千葉県がんセンター、京都三菱病院、琉球大学病院: online 会議+施設訪問など): 各施設の IOP 実践に向けた具体的な取り組みの内容や課題を整理し、解決に向けた方策について検討する。
- 2) 先行研究において、ESMO-DC 認定施設といえども、IOP 実践のための課題を少なからず抱えている施設が少なくないことが明らかになった<sup>4)</sup>。ESMO の年次集会(2021 年 9 月、Paris)において、ESMO-DC のコアメンバー(Florian Strasser 氏: 前委員長; Switzerland ら)ならびに諸外国の ESMO-DC 認定施設代表者との meeting を開催し、各国・各施設の実情(保険医療体制を含む)や IOP 実践に向けての具体的な取り組みや課題に関する検討を行う(ESMO の年次集会が virtual になった場合は、online 会議(Zoom)やメールによる意見交換に変更して行う)。

3) 前述の Strasser 氏らの協力のもとに、1)、2)により得られた知見を参考に、国内外の ESMO-DC 認定施設(41 か国、200 施設)を対象としたアンケート調査項目を作成し実施する(調査項目例:「がん治療と緩和ケアの統合」の状況、専門医(腫瘍内科、緩和ケア)の養成状況、教育・研究体制、医療サービス内容:病病連携・病診連携、多職種連携、緊急対応(入院・外来)、家族サポート、レスパイト入院などを含む)。

[2] 国内での IOP 実践のために解決すべき課題を明確にする。

1) ESMO の年次学術集会(2022 年 9 月、開催地未定)において、前述の ESMO-DC コアメンバーらとの会議を開催し、IOP 実践のために取り組むべき具体策をまとめる。

2) 全がん協に加盟する 16 がんセンターを対象とした聞き取り調査を行い、これらの施設において IOP の実践を困難にする要因を同定する。

3) 1)、2)のもとに、拠点病院を対象としたアンケートの調査項目を確定する。

[3] がん診療を担う病院での IOP の実装を目指した made in Japan のプログラムを確定する。

1) 拠点病院(402 施設)を対象としたアンケート調査を実施する。

2) 1)で得られた結果をもとに、国内の実情に合わせた IOP 実践のためのプログラム案を作成する。

3) Pilot study として複数施設においてこのプログラムを運用し、必要な修正を行い、がん診療病院での IOP の実装を目指した made in Japan のプログラムを確定する。

## 【結果】

COVID-19 パンデミックの医療機関への影響により、当初予定していた[1]-1)「国内の ESMO-DC 認定施設 4 施設間での情報共有」については、2021 年夏～秋にかけて施設訪問日程の調整を複数回やり直すことを余儀なくされた。その後、第 5 波が収束した 12 月に、2022 年に 1 月以降の施設訪問日程を調整したが、これも 1 月早々に沖縄から始まった第 6 波(オミクロン株)の急速な全国展開の影響により実施不可能となった。

[1]-2)についても、COVID-19 の世界的なパンデミックのため ESMO の年次集会(2021 年 9 月、Paris)は現地開催から online に変更となり、それに伴い、ESMO-DC のコアメンバーならびに諸外国の ESMO-DC 認定施設代表者との meeting の開催が不可能となった。

こうした理由により、1) 国内の ESMO-DC 認定施設 4 施設間での情報共有は mail や online 会議(Zoom)などにより個別に行った。また 12)ESMO-DC のコアメンバーならびに諸外国の ESMO-DC 認定施設代表者との meeting の代わりに、彼らとの mailing list での意見交換を行い情報収集に努めた。その際の質問項目としては、ESMO-DC の評価基準(表 1)に基づいて行った。その結果、

(1) Criteria 1-2:「Integration について」の「3) ケアを提供するに十分な人的リソースがあるか」、

(2) Criteria 3-4:「認定について」の「2) 専門認定スタッフの人数は充足しているか」、「3) 2 つの専門領域(緩和+がん治療)で資格を持つ人材を育成する姿勢があるか」、

- (3) Criteria 5-11:「医療サービスについて」の「2) 症状コントロール目的の入院ができる仕組みがあるか」、「4 家族サポートのプログラムがあるか」、「5) プライマリケア医と連携した在宅ケアを行っているか」、「6) レスパイト入院を(短期でも)受け入れることが可能か」
- (4) Criteria 12 「研究について」の 1) 緩和ケアやがん患者とその家族の QOL に関連した基礎研究や臨床研究に参画しているか
- (5) Criteria 13 「教育について」の「1) Oncology と Palliative Care との間で双方向性の教育が行われているか」、「2) Integration を促進する教育が行われているか」
- が IOP 実践のために困難を生じ、解決に向けた努力が必要と考えられる項目として抽出された(表 1 に下線を引いた部分が該当する)。

#### 【考察】

COVID-19 パンデミックの医療機関への影響により、情報収集のために当初予定した方法から mail や online ベースへの変更を余儀なくされた。そうした状況下で得られた結果から、IOP を円滑に推進するためのポイントとその対応について検討した。

#### 1.人的リソースについて

(1)-3)の「人的リソース」、(2)-2)の「専門認定スタッフの人数の充足」に関しては、専門的緩和ケアの提供ならびに基本的緩和ケアレベルでの IOP の実践を促進させる人材の充足が IOP 推進のために必須の項目であると考えられた。また、(1)-3)の「2 つの専門領域(緩和+がん治療)で資格を持つ人材を育成する姿勢があるか」は、(5)-1)の「Oncology と Palliative Care との間で双方向性の教育」とも関連し、IOP の質を高めていく上で重要になってくると思われた。

#### 2.提供する医療サービスについて

(3)のうち、「症状コントロール目的の入院ができる仕組み」、「家族サポートのプログラム」、「プライマリケア医と連携した在宅ケアの提供」、「レスパイト入院の受け入れ」を整備することは、患者、家族が安心して自宅で過ごすことを可能にするために必須の項目であろう。病院の規模や性質によっては施設単位での実現が難しい場合があるので、その場合、地域単位で取り組むことも重要であると考えられた。

#### 3.研究について

緩和ケアやがん患者とその家族の QOL に関連した研究を行うことは将来の IOP の質の向上のために必要なものである。専門医制度などとリンクさせることで、その実現を働きかけていくことは、拠点病院の中でもとりわけ大学病院や全がん協に加盟するがんセンターにおいて積極的に取り組むべき課題である。

#### 4.教育について

「Oncology と Palliative Care との間で双方向性の教育を行うこと」や「Integration を促進する教

育を行うこと」は、質の高い IOP を現時点で普及させることのみならず、次の世代のリーダーを育成していくという点においても重要である。

以上の点を整理したうえで、今後、【方法】で示した[2] 国内での IOP 実践のために解決すべき課題を明確にすることに取り組み、その後[3] がん診療を担う病院での IOP の実装を目指した made in Japan のプログラムを確定することを目指していく。こうしたプロセスにより、IOP を実践・普及させるための基盤となる実現可能性のある made in Japan のプログラムの開発が可能となる。そして、がん治療中からの緩和ケア、サポーターティブケアの併走が充実し、提供するがん医療の質の向上につながることを期待される。

#### 【研究の成果等の公表予定(学会、雑誌)】

- ・学会発表: 日本緩和医療学会学術大会、日本癌治療学会学術集会
- ・論文投稿: 査読ありの英文誌 (Am J Hosp Palliat Med など)

#### 【文献】

1. Temel JS, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N. Engl. J. Med* 2010; 363; 733-742
2. Nakajima N, et al. Concurrent specialized palliative care upon initiation of first-line chemotherapy for cancer progression: Is it early enough? *Am J Hosp Palliat Med* 2016; 33; 340-345
3. [esmo.org/for-patients/esmo-designated-centres-of-integrated-oncology-palliative-care](https://www.esmo.org/for-patients/esmo-designated-centres-of-integrated-oncology-palliative-care)
4. Hui. D, et al. Indications of integration of ESMO designated centres of integrated oncology and palliative care. *ESMO Open* vol3. Issue 5. January, 01, 2018 DOI. <https://doi.org/10.1136/esmoopen-2018-000372>

表 1 ESMO-DC 審査評価基準 (文献 3)をもとに筆者が和訳した)

(1) Criteria 1-2 「Integration について」

その医療機関において、

- 1) Oncology と Palliative care がいかに密接に統合・調和されているか
- 2) ケアの継続性と、見捨てないことが保証されているか
- 3) ケアを提供するに十分な人的リソースがあるか

(2) Criteria 3-4 「認定について」

- 1) 身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな苦痛に対してどのようなアプローチを行っているか
- 2) 専門認定スタッフの人数は充足しているか
- 3) 2つの専門領域(緩和+がん治療)で資格を持つ人材を育成する姿勢があるか

(3) Criteria 5-11 「医療サービスについて」

- 1) ルーチンに症状アセスメントを行っているか
- 2) 症状コントロール目的の入院ができる仕組みがあるか
- 3) 外来・入院患者ともに遅滞なく専門的緩和ケアを提供できる体制があるか  
\* 緩和ケア専門医が 24 時間常駐することを必ずしも意味せず、電話など何らかの方法でアクセスできればよい
- 4) 家族サポートのプログラムがあるか
- 5) プライマリケア医と連携した在宅ケアを行っているか
- 6) レスパイト入院を(短期でも)受け入れることが可能か
- 7) 入院での終末期ケアを行っているか(ホスピスは近隣に連携のとれた施設があればよい)

(4) Criteria 12 「研究について」

- 1) 緩和ケアやがん患者とその家族の QOL に関連した基礎研究や臨床研究に参画しているか

(5) Criteria 13 「教育について」

- 1) Oncology と Palliative Care との間で双方向性の教育が行われているか
- 2) Integration を促進する教育が行われているか