

2022年度  
日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団研究事業  
「救急・集中治療領域における緩和ケアの推進」  
事業報告書

筑波大学医学医療系 教授 木澤義之

## I. 事業の目的・方法

緩和ケアが「Universal health coverage」の一環として、すべての生命に危険のある疾患や重篤な疾患（Serious Illness）を持つ患者とその家族に提供されるべきであることが世界的な共通認識となりつつある。わが国ではがんを中心に緩和ケアが実践されてきたが、近年がん以外の領域においても先駆的な取り組みが見られ、さらなる普及が望まれている。本事業は其中でも救急・集中治療領域に焦点を当てたものである。救急・集中治療領域における緩和ケアの実践によって、入院期間および集中治療室（Intensive Care Unit: ICU）滞在期間の短縮、患者が希望しない延命治療の減少、家族の精神的苦痛の軽減などの効果があることが報告されており、医療者のバーンアウトのリスク軽減にも効果が期待されている。欧米では、緩和ケアは救急・集中治療領域において重要な要素であると認識されつつあり、ケアシステムの構築や実践状況の評価を目的とした医療者対象の実態調査が行われている。しかしながら、わが国において救急・集中治療領域の緩和ケアに焦点を当てた全国規模の実態調査は行われておらず、どのような現状にあるか明らかになっていない。そこで、2019-2021年度に救急・集中治療領域における緩和ケアの実践状況と医師・看護師の認識を明らかにすることを目的とし、全国の集中治療部門と救命センターを対象として、郵送による自記式質問紙調査を実施した。調査結果から、救急集中治療領域の緩和ケアについては、臨床現場で高いニーズがある一方でその実践は初期段階にあり、啓発・普及を図ることは優先度が高い課題と考えられた。2022年度は、前記した結果を踏まえて、何が優先度が高い課題で、どのような方向性を持って臨床・研究・教育をすすめるかについて、日本緩和医療学会、日本救急医学会、日本集中治療学会の協力を得て、救急集中治療領域の緩和ケアを推進するためのフォーラムを開催した。

## II. 事業の内容・実施経過

### 2022年度進捗状況

- ・2020年度に行った調査の内容を分析し、その結果について学会発表を行うとともに論文にまとめて投稿した。2論文が受理された。
- ・2020年度に行った調査の結果から、わが国において、救急集中治療領域の緩和ケアの普及は初期段階にあり、啓発・普及必要性があると考えられた。諸学会の協力を得て、救急集中治療領域の緩和ケアを推進するためのフォーラムの開催準備を行った。

## III. 事業の成果

### 【救急・集中治療領域における緩和ケアフォーラムの企画並びに開催】

日本緩和医療学会、日本救急医学会、日本集中治療学会等の協力を得て、2023年2月5日（日）に、新橋ビジネスフォーラムにおいて、以下のプログラムで救急・集中治療緩和ケアフォーラムを開催した。

1. 主催：筑波大学、日本ホスピス緩和ケア研究振興財団
2. 日時：2023年2月5日（日）午前8時～午後3時
3. 場所：新橋ビジネスフォーラム 〒105-0004 東京都港区新橋 1-18-21 第一日比谷ビル 8階
4. プログラム

8:00-8:30	イントロダクション
8:30-9:30	ハーバード大学：大内啓先生ご講演 救急集中治療分野における緩和ケアに関する医師調査、看護師調査の結果共有
9:30-10:30	先駆的な取り組みの報告（スクリーニング、コミュニケーションスキルトレーニングなど、2施設程度を想定）
10:30-12:00	救急集中治療分野における緩和ケアの課題は何か？小グループ討論：60分、全体共有30分
12:00-12:45	昼食休憩
12:45-14:00	課題を解決するための行動計画 基本的緩和ケアと専門的緩和ケアに分けて議論（少グループ討論55分、共有20分）
14:00-14:30	討論をした上で修正

5.参加者：	(50音順、敬称略)
渥美生弘	聖隷浜松病院
五十嵐佑子	神戸大学病院
石上雄一郎	飯塚病院
植木亮磨	産業医科大学
宇都宮明美	京都大学
大内啓	ハーバード大学
大山祐介	長崎大学
大森崇史	福岡ハートネット病院
加藤茜	信州大学
川島夏希	筑波大学附属病院
小山泰明	日立総合病院
櫻本秀明	日本赤十字九州国際看護大学
制野勇介	兵庫県立はりま姫路総合医療センター
関根龍一	亀田総合病院
高橋佑輔	飯塚病院
立野淳子	小倉記念病院
田中雄太	東北大学
辻井聡容	豊岡病院組合朝来医療センター
西村奈穂	国立成育医療研究センター
則末泰博	東京ベイ・浦安市川医療センター
橋口周子	神戸大学病院
浜野淳	筑波大学医学医療系
二好祐輔	神戸市立医療センター中央市民病院
山勢博彰	山口大学
吉村真一朗	聖ヨハネ病院
余谷暢之	国立成育医療研究センター
和田迪子	筑波メディカルセンター病院
木澤義之	筑波大学医学医療系

6. フォーラムで集約された緩和ケアの課題は以下である。

### わが国の救急・ICUにおける緩和ケアの課題

#### 1. 基本的緩和ケア（主治医チームによる）

##### 1 知識・技術の問題

- ①正しい緩和ケアの理解ができていない：疾患を問わない、時期を問わない、ニーズベース、症状緩和だけでなく、意思決定、transition care、家族ケア、を含む
- ②知識不足、必要性に気づけない。PEACE研修は受けているが、実践経験が不足している
- ③PADIS（成人ICU患者に対する鎮痛・鎮静・せん妄管理ガイドライン改訂版）に倣ってやっているが、それが浸透していない。
- ④苦痛の包括的評価ができていない
- ⑤スクリーニングが実装できていない
- ⑥患者さん視点でのニーズ把握ができていない、そもそもPROを測定することが難しい
- ⑦家族へのインタビュー、なるべく患者の視点に近いニーズ把握が必要
- ⑧基本的緩和ケア・専門的緩和ケア自体の共通理解ができていない
- ⑨基本的、専門的緩和ケアの線引きが難しい、専門家への紹介基準が明確ではない

##### 2 コミュニケーションの問題

- ①病状、予後についての共有が難しい
- ②各科の医師との意思疎通

- ③ 推定意思に関する話し合いを家族に任せてしまう。
- 3 文化の問題
  - ① 患者と家族に何が起きているのか理解していない(目を向けていない)
  - ② 緩和のために「やめる」ことができていない。病院の文化・医療従事者の覚悟が障壁。
  - ③ ギアチェンジに対するスタッフの戸惑いがある。ゴールが変わったことを明言して意識づけ(話し合いのプロセスも示す)。その上で、チーム内で話し合うことでケアがシフトされていく。
  - ④ 「緩和ケア」という言葉の捉え方の違い。共通の認識の不足。職種間でも違うかもしれない。
  - ⑤ ベテラン Dr の理解を得ていくことが大変
  - ⑥ 救急集中医療従事者が QOL (QOD) の向上にどれだけ意識がもてるかが重要
  - ⑦ 死を認めない文化がある
- 4 人的資源の問題
  - ① 主治医-ICU 医が話し合う時間が不十分。医療者が充足していても解消する問題じゃないかもしれない。
- 5 システムの問題
  - ① ゴールによって緩和ケアの役割が違う。救命の段階と Comfort Measure Only で変わる。
  - ② 関わる領域が多いため、総意を得ていくのが大変
  - ③ QOL、QOD の向上が評価される仕組みが必要(例:病院ランキング、reimbursement)
- 6 ハードが整備されていない。プライバシー、落ち着いた環境、面談

## 2. 専門的緩和ケア(専門チームによる)

- 1 コンサルテーションのしずらさ
  - ① 主治医のコンサルテーションに対する心理的ハードルが高い。
  - ② コンサルテーションの基準が明確でない
  - ③ Primary Team に PCT が何ができるか伝わっていない
  - ④ 逆に PCT は主治医チームが何を求めているか理解していない
  - ⑤ PCT にコンサルとしても、主治医チームが求めているものでないとコンサルテーションしようと思う気持ちが低下していく
  - ⑥ 医師からしかコンサルテーションが出来ないシステム(医師の仕事が増える)
  - ⑦ 看護師からコンサルトできるシステムでも、コンサルトすることを躊躇している
- 2 意思決定支援や医療者のケアがメインになるだろう。
- 3 ICU との協働を増やすにはスクリーニングが必要
- 4 緩和ケアチームが ICU 患者のケアに割くリソースがない
  - ① 緩和ケアチームが ICU 患者を見る能力の不足
  - ② 治療の展開、病状の変化の速さについていくのが難しい場合がある。
  - ③ 症状緩和の難しさ、結果が出しづらい。
  - ④ Illness trajectory が疾患や病態によって異なるため介入のタイミング、関わり方の難しさがある。
- 5 緩和ケアチームのモチベーションが低い
  - ① 高度救急センターの年次報告要件に緩和ケアコンサルテーションの体制整備やコンサルテーション数を入れてもらう(病院のトップから専門家にプレッシャーかかる)
- 6 がん以外の疾患に対応できる能力がない
  - ① 緩和ケアの専門研修で、救急集中治療の研修を受けることにする
  - ② メンタリング、外部講師、施設を超えた教育研修体制が必要だろう
  - ③ 診療科間の緩和ケアに関する価値観、認識の違いから、意見の齟齬がみられる
  - ④ マンパワーのなさからスクリーニング陽性を全員対象にすることはできない
- 7 がんとのニーズの違い

- ① 倫理的な問題とコミュニケーションが特に頻度が高い課題か
  - ② 協力して GOC を進めるとよい。(Jonsen 4 分割表の左上の部分は ICU 医療者が理解しているため)
- 8 救急集中治療専門家と緩和ケア専門家がどうコラボするかのモデルがない
- ① コンサルテーション型、統合型、混合型などどのモデルですか
  - ② 顔の見える関係づくり (がんより敷居が高い、もともとの関係性が薄いと難しい)
  - ③ まずは症状緩和からはじめて、少しずつ倫理的課題へ
  - ④ 倫理的な課題は相談しにくい (関係性がないと) という問題がある

### 3. 啓発・普及

- 1 対象者を市民、患者・家族、医療者、政府に分けて介入が必要
- 2 患者・家族対象
  - ① ICU 入室者の死亡率、症状頻度、PICS の頻度についての情報提供
  - ② 緩和ケアが提供できることの情報提供が必要
  - ③ 看取り期の症状に関する実践レベルの説明・教育を、家族にすることが不可欠。
- 3 医療者対象
  - ① PCT が提供できることの情報提供
  - ② 集中治療において「初めからやらないこと」と「途中からやめること」が同様であるという考え方の啓発が必要。
  - ③ やめることは、医療者の覚悟が必要。最期に関わる医療者のストレスがある。
  - ④ 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインは普及してきているが、実践はまだ不十分。
  - ⑤ DiPex Japan との協働 (ICU 患者の病の語り)
  - ⑥ 地域包括ケアの視点で、施設からの救急搬送が大きな問題になっている。普及啓発の対象として、施設のスタッフを含めないといけないだろう
    - ここを ACP だけで解決しようとするだけでなく、施設の EOLC をどう充実させるかという視点で見ることが必要だろう、施設レベルでの話し合いが必要
    - でも一旦は救急外来きて、そこで集中治療の中止や差し控えの話し合いはふえるだろう
- 4 政府・組織対象
  - ① 心不全緩和ケアのケース。法律ができると進む。政府への働きかけが必要
  - ② 緩和ケアの潮流は広まっているが、組織のトップに働きかけるまでが難しい。このような集会の成果を持って交渉していく。
  - ③ ICU 患者に対する緩和ケアで加算算定ができない
  - ④ 緩和ケアの有無で医療費がどの程度変わるのかわからない

### 4. 研究・教育

#### ・教育

- 1 ICU 医師に対するコミュニケーション教育の不足
  - ① Serious Illness Communication の教育が大変重要だろう
  - ② Goals of care discussion (SIC) の教育、実践が重要だろう
- 2 専門緩和ケアで ICU 研修を受けられるトレーニングサイトが少ない。モデル事業が必要か。
- 3 出版されている書籍がすくない
- 4 あらゆるところに緩和ケアの教育機会をつくる、卒前、卒後 教育へ
- 5 医師・看護師の卒前教育も必要
- 6 学校教育 (義務教育レベル) で「死に関すること」を取り扱う

・研究

- 1 共通の理解基盤として、研究エビデンスが共有される必要がある。
  - ① アウトカムを何で測るか 遺族調査？遺族が十分話せていたと感じているか
  - ② ER だったら直接患者にたずねられるかもしれない
  - ③ QOD など、現状を把握するデータが不足している
  - ④ 患者家族の声を聞くための遺族調査が必須だろう
    - 遺族調査の倫理審査のハードルが高い。アウトカムとして重要な調査である。
- 2 透析の患者の研究は生命維持治療の中止と差し控えや ACP を考える上でフィールドとしていいかもしれない

IV. 今後の課題

フォーラムで優先度の高い課題として以下のような項目が選択され、それぞれ行動計画が立案された。

課題名		
治療の中止 (withdraw) の選択肢の提案がなされていない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の価値観を常に聴取していける文化、システムの啓発</li> <li>→SIC (Serious Illness Conversation)、CC (Crisis Communication) の教育</li> <li>→術前 ACP について学会から指針があるといい</li> <li>→麻酔科、心臓血管外科、集中治療科における終末期の診断</li> <li>→各施設での終末期の指針作成と共有</li> <li>→人生の最終段階における医療・ケアの意思決定プロセスに関するガイドラインのさらなる普及</li> <li>→狭義の終末期を定義している 3 学会ガイドラインの改定</li> <li>→家族、本人に「死んだほうがまし (死ぬよりもつらいことはなにか)」という状況を開けるようなコミュニケーション力の教育</li> <li>・治療中止の選択肢の提案ができない理由を医療者対象に調べる</li> <li>→質問紙調査の実施</li> <li>→結果に基づいて、律速段階になっているものに対してさらに行動を起こす</li> </ul>	
所属組織内での救急・集中治療緩和ケア活動の立ち上げについて、管理者を動かさない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・学会、地方会や地方会。こういうセッションでも良いので救急×緩和の話し合いを増やしていく。</li> <li>・救急/集中治療分野では緩和のセッションがまだ少ないので増やす。</li> <li>・いずれ救急/集中治療学会を中心にそれらの分野にも緩和が重要です、という提言を作るようにする。</li> <li>・研究を行い、医療費の削減につながる、QOLにつながる。など効果測定をする。</li> <li>・それをもとに、診療報酬や施設基準に救急×緩和ケアを組み込む。</li> <li>・診療報酬や施設基準に救急×緩和ケアを組み込むことでトップダウン式に緩和を広めて行く。</li> <li>・現場レベルの活動として救急×緩和ケアセッションはつづけていく。</li> </ul>	<p>2023 年度から</p> <p>2024 年度から</p> <p>2025 年度から</p> <p>2026 年度から</p>

<p>コミュニケーション・教育 SIC、CC の実装がなされていない</p>	<p>行動計画</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 実態を調査</li> <li>2. 定量可能な指標とその実装</li> <li>3. ステークホルダーを集めたプロジェクトチームの結成（厚労省、関連学会、患者団体・市民）</li> <li>4. トレーニングのための手段・場所・人員を確保するための計画の立案と予算立て</li> <li>5. 実装の効果検証と二次計画への移行</li> </ol> <p>2028年 ありたき姿</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- コミュニケーション実施に関する測定がなされている</li> <li>- 関わる医療職がコミュニケーションスキルトレーニングを受けていて、実行できる</li> <li>- 教育者とトレーニング施設が各県にある</li> <li>- E-FIELD、Vital TALK（かんわトーク）、ELNEC-CC を受講している</li> <li>- 良いコミュニケーションや意思決定がなされている場合の診療報酬におけるインセンティブがある</li> <li>- OSCE の項目に入っていて卒前臨床教育がなされている</li> <li>- 国、県、関連学会がバックアップをしてくれる</li> </ul>	<p>2023年 実態調査の研究計画、科研費獲得・プロジェクトチームの結成</p> <p>2024年 研究の実施と発表</p> <p>2025年-2027年 コミュニケーション普及のための活動</p> <p>2028年効果測定</p>
<p>家族(遺族)ケア</p>	<p>*施設認定基準に定期的な研修参加・開催を必須とする：領域運営者の理解とデータ収集</p> <p>*こころのケア指針・プラクティスガイドの活用</p> <p>*PICS-F：記載、方法論</p> <p>*ICU で行われる治療や環境の理解を促進するためのパンフレットの整備</p> <p>：学会が作成し、各施設でダウンロードで使用できるようにする</p> <p>*患者・家族会の設立</p> <p>*後方支援のサポート体制の調査</p>	
<p>医療者間の連携 (PCT・主治医ークリ ティカル・多職種)</p>	<p>・合同カンファレンスの開催</p> <p>看護師がリンクナース(複数)として調整していく：成功体験を積む</p> <p>開催方法を周知していく</p> <p>・主科一集中治療の垣根</p> <p>事例のカンファレンスを通して主科と集中治療が話し合う</p> <p>→受け入れの良い科からはじめていく</p> <p>システム(強制力が働くような)に落とし込む(IPAL-ICUのように)</p> <p>多職種カンファレンスのチェックリストを作成する</p> <p>・転院先等との情報提供など連携システム</p>	

<p>緩和ケアの啓蒙 (市民・医療者)</p>	<p>学部教育 カリキュラムに組み込む:講座がないと難しい 継続教育 認定制度の項目に緩和ケアを組み込む 緩和ケアの研修修了を資格申請要件にする 初期研修(医師)に 学会 年次レポートの項目に入れる JIPAD:参加施設が少ない 書籍化(公式テキスト)を発刊 学術集会のセッションに盛り込む SNS・全国一律のポスターなどを活用していく(市民向け)</p>	
<p>広報:患者に対する本領域の緩和ケアに関する情報提供:死亡率、症状頻度、PICSの頻度についての情報提供、緩和ケアが提供できることの情報提供</p>	<p>こんなとき緩和ケアがあってよかった 緩和ケアがなくて困った</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・関連団体とのコラボレーション</li> <li>・PPIのプロセスをどう確保するか</li> <li>・主たるターゲットはベビーブーマー</li> <li>・したがって媒体は、新聞・TVがメイン?</li> </ul> <p>家族となるとインターネットも考える ・学会合同でステートメントを作ってマスメディアに投げている</p>	<p>2023年学会の企画を取材に来てもらう</p>
<p>救急集中治療専門家と緩和ケア専門家がどうコラボするか具体的な Tips まとめる</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緩和ケア専門家に対して、日本緩和医療学会で手引きつくる</li> <li>・手引き普及のためのワークショップ(救急医学会、集中治療学会と合同で)、循環器、小児なども含めて</li> <li>・救急医学会、集中治療学会への働きかけ:学会共同企画</li> </ul>	<p>2023年中 2024年の実施を目指す</p>
<p>救急集中治療の緩和ケアに関する基本教育のプログラムを作成する(医療従事者だけではなく福祉従事者も含めたものにする)</p>	<p>基本だけ別にやったほうがいい コアモジュール</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Needs assessment</li> <li>2) Illness trajectory の理解</li> <li>3) Bad news disclosure</li> <li>4) Decision support including SIC</li> </ol> <p>2階は症状緩和、疾患・状況特異的 E-Field と合体することが望ましい</p>	<p>2024年までに 各学会と一緒に実施する、特にコアを、緩和ケア関連団体+αをターゲットとする</p>
<p>多施設大規模遺族調査の実施/当事者調査も併せる</p>	<p>ノウハウ:J-HOPE、国がんに学ぶ リサーチグループづくり 今回せっかく集まったから、このグループが核になってまずは多施設共同で、やれる施設が合同で行う 緩和医療学会やホスピス財団のグラント、合同で科研費申請</p>	<p>2023年にパイロットで一回やる 科研費ならば2024年夏に申請、2025年以降実施</p>

今後は、フォーラムで明確化された課題を臨床家、研究者間で共有し、協働しながら新しい研究、教育、診療の質向上のためのプロジェクトを開始する必要がある。

## V. 事業の成果等公表予定（学会・雑誌等）

- ・ 2022年6月30日～7月1日第27回日本緩和医療学会学術大会最優秀演題賞  
田中雄太、加藤 茜、伊藤 香、五十嵐 佑子、木下 里美、木澤 義之、宮下 光令：救急・集中治療領域における医師の緩和ケアに対する認識と障壁:ICU および救命救急センターに対する自記式質問紙調査の自由記述データの内容分析。
- ・ 同内容を現在日本緩和医療学会のオンラインジャーナルである Palliative Care Research に投稿中である。
- ・ 次の論文が受理され出版された。
  1. Igarashi Y, Tanaka Y, Ito K, Miyashita M, Kinoshita S, Kato A, Kizawa Y. Current status of palliative care delivery and self-reported practice in ICUs in Japan: a nationwide cross-sectional survey of physician directors. J Intensive Care. 2022 Mar 18;10(1):18. doi: 10.1186/s40560-022-00605-8.
  2. Tanaka Y, Kato A, Ito K, Igarashi Y, Kinoshita S, Kizawa Y, Miyashita M. Attitudes of Physicians toward Palliative Care in Intensive Care Units: A Nationwide Cross-Sectional Survey in Japan. J Pain Symptom Manage. 2022 Mar;63(3):440-448. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2021.09.015.