

緩和ケア科外来の現状と課題

The Present Status and Problems of Department of Palliative Care

船見 恵美子

Emiko FUNAMI

要 旨

緩和ケアとは患者と家族が抱える全人的苦痛 (total pain) に対応することが基本とされている。2002年WHO緩和ケアの定義の修正や、2006年のがん対策基本法の成立などにより、緩和ケアに対する考え方が変化してきた。

このような時代の流れを受け、当院では2009年5月より緩和ケア科外来が開設され、身体症状から精神症状までがん患者が抱える全人的苦痛の緩和に努めてきた。依頼内容は多様であり、ほとんどが複数の問題を抱えているのが現状である。成果として、患者の症状緩和だけでなく、家族が抱える不安などの精神的症状の緩和等が挙げられている。今後の課題として5点をあげた。1) がん患者が抱える問題の焦点化と受診の時期、2) 緩和ケアの評価に関するツールの検討、3) 教育・啓蒙活動、4) 緩和ケア科と緩和ケアチームへの依頼方法、5) がん診療における地域連携の基盤構築である。少しずつでも改善し、院内外の求めに応じた緩和ケアが提供できるよう努力していく必要がある。

はじめに

がんによる死亡者数は年々増加傾向にあり、わが国では2008年1年間に34万2千人ががんで亡くなっている¹⁾。日本人の約3人に1人ががんで亡くなる時代に来ている。このような状況のなかで、2006年6月にがん対策基本法が成立し、翌年がん対策推進基本計画が定められた。

緩和ケアについてはがん医療の均てん化促進などの基本的施策の中で、がん患者の療養生活の質の維持向上のために、「国及び地方公共団体は、がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること (中略) ががん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとする」と第16条に定められ、必要に応じて適切に緩和ケアの提供が求められている²⁾。

2008年4月現在、全国で47病院が都道府県がん診療連携拠点病院に指定され、当院では2007年1月都道府県がん診療連携拠点病院の指定を受けた。「がんを中心とした高度推進医療を広く県民に提供すること」を基本理念として掲げ、緩和医療の提供体制

の準備を行ってきた。2008年より緩和ケア科外来開設準備を行い、当院通院中あるいは入院されている患者を対象に2009年5月から緩和ケア科外来が開設された。

本稿では、緩和ケアを取り巻く国の政策や状況の変化について概観し、当院の緩和ケア科の現状と課題について述べる。

I 緩和ケアとは

WHOは2002年に新しい緩和ケアの定義を次のように発表した。「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな (霊的な、魂の) 問題に関してきちんとした評価をおこない、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティー・オブ・ライフ (生活の質、生命の質) を改善するためのアプローチである」³⁾。1989年の定義と比べ、次の3点が変更されている。1) 「治癒しない」という条件が外れ、より幅広い疾患やステージに対応。2) 緩和ケアの対象を患者の家族にまで

拡大。3) 緩和ケアは医学的ケアではなくアプローチとし、チームアプローチの重要性を提唱している。

以上のことから、最近の緩和ケアの考え方は「がんの診断時からの積極的で全人的な症状緩和によって患者・家族を苦しみから解放し、クオリティー・オブ・ライフを改善するチームアプローチ」であると考えられている。したがって、チームアプローチは緩和ケア病棟の施設においてのみではなく、病床を持つ、持たないに関わらず、抗がん治療を積極的に行うがん専門病院や一般病院、地域医療機関等でも提供されるべきであり、患者・家族を中心に主治医や緩和ケア科、相談支援センター、緩和ケアチーム、その他院内外の関係者が連携をとり、広い意味でのチーム医療を実践することが期待されている。

II わが国のがん医療政策における緩和ケア科の役割

これまで政府が取り組んできたがん対策は、医療技術の向上など一定の成果を上げたが、一部の地域や施設の導入に留まっていた。そのため、都市部の施設にがん患者が集中したり、患者・家族が医療の地域格差に不公平感を抱くなどの問題があった。

こうした現状を踏まえ、政府は2005年よりがん対策の成果を全国に普及させることを目的としてがん医療の水準の均てん化に関する検討を開始し、「がん診療連携拠点病院制度」を策定した⁴⁾。均てん化とは、患者がどこにいても、がん医療のどの時期にあっても必要に応じて適切ながん医療が受けられるようにすることである。当院は県全体のがん医療の均てん化を担う都道府県がん拠点病院となった。二次医療圏のがん医療の均てん化を担う地域がん拠点病院には、新潟大学医歯学総合病院、新潟市民病院、長岡赤十字病院、長岡中央総合病院、県立中央病院、県立新発田病院、新潟労災病院の7病院が指定された。各々は地域医療機関と連携を密にし、継ぎ目のない患者にとって適切ながん医療を提供できる体制を整え、国や他のがん診療連携拠点病院と連携しながら国全体の均てん化を促進することを期待されている。

がん診療連携拠点病院の指定要件には緩和医療の提供体制についても明記されている⁵⁾。チーム医療が重要視されていると共に、緩和ケアの提供体制が詳細に述べられており、政府が緩和医療の提供に重点的に取り組んでいることが分かる(資料1)。

指定要件にある専任とは、就業時間の5割以上緩和ケアに従事しているということであり、専従とは緩和ケアに少なくとも就業時間の8割以上従事していることを示す。

資料1 がん診療連携拠点病院の整備について⁵⁾ (抜粋)

【緩和ケアの提供体制について】

1. 診療体制

(1) 診療機能

[3] 緩和ケアの提供体制

ア 緩和ケアチームを組織上明確に位置付けるとともに、がん患者に対し適切な緩和ケアを提供すること。

イ 外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備すること。

(2) 診療従事者

[1] 専門的な知識及び技能を有する医師の配置

ウ (1)の[3]のアに規定する緩和ケアチームに、専任の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置すること。なお、当該医師については原則として常勤であること。また、専従であることが望ましい。

[2] 専門的な知識及び技能を有するコメディカルスタッフの配置

ウ (1)の[3]のアに規定する緩和ケアチームに、専従の緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を1人以上配置すること。

(2)の[1]のウに規定する医師及び(2)の[2]のウに規定する看護師等を構成員とする緩和ケアチームを整備し、当該緩和ケアチームを組織上明確に位置付けるとともに、がん患者に適切な緩和ケアを提供すること。

III 当院の緩和ケア科の役割

これまでではがん専門病院の役割として、がん治療に関わる手術・放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療を主として県民に提供してきた。また、我が国に多いがんについてはクリニカルパス(検査及び治療等を含めた詳細な治療計画表)を整備することに力をいれてきた。

ところが積極的治療ができなくなり、対症療法を主として行わなければならない時期や、患者にとっては衝撃的と思われる初回治療から5年以上経過した再発告知などの時期に、緩和ケアを提供する体制がこれまで当院にはなかった。

全人的苦痛(Total Pain)の理解の助けとして、シシリー・ソング博士が末期患者のかかわった経験から、患者が経験している複雑な苦痛を表した概念がある⁶⁾(図1)。患者の苦痛は単に身体的側面だけでなく、精神的、社会的、霊的な側面から構成されているという全人的な視点である。そして、『患

者の病気』に焦点を合わせるのではなく、『病気をもった人間』としてとらえる視点が重要だとしている。つまり、患者は全人的に苦悩しつつある人間として存在しており、総合的な全人的アプローチが要求される。このためには、他職種と協力体制を築きながら緩和ケアを提供していくことが重要な役割となる。

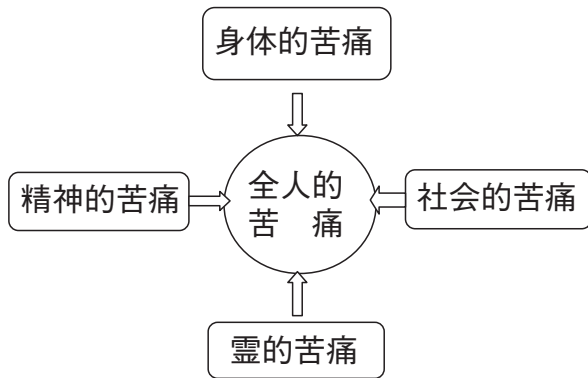


図1 痛みの理解

IV 当院緩和ケア科の現状

1. 外来の概要

緩和ケア科医師、緩和ケア認定看護師 (Certified Nurse)、看護師、クラークの4名で外来を担当している。現在は当院に通院中あるいは入院中の悪性疾患の患者を対象にしている。

2. 外来の実際

開設からこれまでの依頼状況を表1～7に示す。依頼件数は68件であった (表1)。9科15部門の医師より紹介があったが、依頼科に偏りが見られた (表2)。

男性より女性患者の方が受診する割合が多く、外来通院中より病棟入院中の紹介が多かった。年齢別では60歳代が男女共に多かった (表3)。

依頼内容の多くは身体症状緩和と精神症状緩和が多く、複数の問題を抱えた症例が多かった (表4)。

疼痛や嘔気、呼吸苦、食欲不振、全身倦怠感のほか、リンパ浮腫や腹満など多岐にわたる症状コントロールや、不安などの心のつらさ、スピリチュアルペインへの対応が増加傾向にある。

転帰としては死亡が1/3を占めており (表5)、経過観察期間が比較的短いケースが多いことから、依頼の時期が全体に遅れる傾向があると考えられる (表6)。

当科では患者だけでなく家族ケアにも力を入れている。家族ケアについては男女共に60歳代が多かった (表7)。家族自身の心の辛さや今後の生活に対する不安への対応が主であった。これまでの患

者と共に過ごした歴史、ライフレビューを語りながら涙して語る家族が多く、面談の所要時間を見ると30～60分が最も多かった (表8)。問診表の記入時間を含んでいるものの、所要時間の長さから家族が抱えている問題の大きさがうかがえる。

3. 外来の評価

特定のツールを用いない病棟からの報告や患者・家族の反応、情報収集による評価のみであるが、患者の症状緩和や精神症状の緩和、家族の精神的緩和と安心感等の成果をあげている。

表1 依頼件数
(2009年5月11日～10月31日)

	男性	女性	計
外来通院中	9	15	24
病棟入院中	21	23	44
合計	30	38	68

表2 依頼科別件数

	件数
内科	17
(呼吸器)	(9)
(消化器)	(7)
(血液)	(1)
外科	19
(乳腺)	(14)
(腸)	(2)
(食道)	(1)
(胃)	(1)
(肝胆膵)	(1)
婦人科	14
泌尿器科	6
呼吸器外科	5
耳鼻咽喉科	3
放射線科	2
麻酔科	1
整形外科	1
合計	68

表3 患者の年齢 (人)

	男性	女性	計
40歳代	2	9	11
50歳代	8	12	20
60歳代	9	14	23
70歳代	10	3	13
80歳代	1	0	1
合計	30	38	68

表4 依頼内容（重複あり）

	件数 (%)
身体症状緩和	55 (63.3)
疼痛	36 (41.4)
嘔気・嘔吐	7 (8.0)
呼吸苦	6 (6.9)
食欲不振	3 (3.4)
腎不全	1 (1.2)
咳嗽	1 (1.2)
体力低下	1 (1.2)
精神症状緩和	30 (34.4)
不安	23 (26.4)
不眠	6 (6.9)
せん妄	1 (1.2)
療養場所の調整	2 (2.3)
合計	87 (100)

表5 転 帰

	件数 (%)
死 亡	20 (39.2)
転 院 (緩和ケア病棟)	2 (3.9)
(緩和ケア以外)	6 (11.8)
当科通院中	23 (45.1)
合計	51 (100)

V 当院の緩和ケア科外来の課題

2009年5月から開設し半年以上が過ぎた。現状をふまえた上で今後の課題について述べる。

1. 問題の焦点化と受診の時期

受診を希望された場合、主治医の依頼と共に患者・家族ができるだけスムーズに緩和ケア科に受診できるように配慮している。しかし何を問題としているのか情報把握できないことがあり、カルテの記録や病棟スタッフの情報を確認しながら、新患に関しては特に時間を要している現状がある。病棟からの依頼内容がスムーズに把握でき、受診が迅速に行えるよう状況把握の方法を考えていく必要がある。

また受診後、関わりの短い期間で1/3の患者が亡くなっていることから、できるだけ早い段階での受診を勧めていく道案内が必要である。

2. 緩和ケアに関するツールの検討

現時点では特定のツールを用いない病棟からの報

表6 死亡・転院症例の経過観察期間

	死亡	転院	計
1週間以内	3	1	4
1～2週間	3	2	5
2～4週間	4	2	6
4週間以上	10	3	13
合計	20	8	28

表7 家族面談の家族年齢構成

	男 性	女 性
20歳代	0	1
30歳代	0	1
40歳代	2	4
50歳代	2	4
60歳代	6	6
70歳代	0	1
80歳代	1	0
未記入	1	2
合計	12	19

表8 家族面談所要時間

	件数
15分以内	5
15～30分以内	11
30～60分以内	12
60～120分	3
合計	31

告や、患者・家族の生の声による評価のみである。それでは提供している緩和ケアの正確な評価はできない。緩和ケア科外来のみだけでなく、病棟スタッフとの情報共有や必要に応じて医師は医師記録へ看護師は看護記録へ記載し情報共有に努めている。今後は何らかのツールを用いて定期的に評価することにより、確実に経過観察ができ緩和ケア科が関わる利点の可視化を可能にしていきたい。

3. 教育・啓蒙活動

多くの患者や家族にとって、緩和ケアという言葉は終末期というイメージがまだ根強く、残念ながら医療者でも同じように思っている傾向が少なからずある。そのため緩和ケア科をうまく利用できない可能性がある。

医療者や一般市民の緩和ケアに対する誤解を解き、正しい知識を提供することにより、適切な時期に緩和ケアが受けられるようにすることが課題である。学習会や研修会を通じて病棟スタッフの緩和ケアの

レベルを高めたり、患者・家族向けに当院オリジナルの緩和ケアに関するパンフレット・ポスターの作成に努めたいと考えている。

4. 緩和ケア科と緩和ケアチームの依頼方法の検討

緩和ケア科の開設により、緩和ケアチームとの依頼方法の違いにスタッフが悩むことがあった。急いで対応してほしい場合には、機動性の高い緩和ケア科へ主治医の依頼を通して対応することとし、毎週金曜日の定例カンファレンスまで待てる場合、または倫理的に決定が難しい事項を検討したい場合は緩和ケアチームで対応することとした。依頼方法の違いで迷いが生じることを少なくし、患者・家族のため迅速に対応できるように努めていきたいと考えている。

5. 地域とのがん診療連携基盤の構築

がん診療連携拠点病院制度において、政府は「地域において、かかりつけ医を中心とした緩和医療の提供体制を整備する」とし、地域との連携にも重点を置いている⁷⁾。緩和ケアの提供は院内にとどまらず、地域を巻き込んだ広い意味での緩和ケア科の在り方を考えていく必要がある。そのために現在2か月に1回当院で行われている在宅緩和ケアに関する病診連携勉強会や研修会を通じて、連携の基盤を構築していくことが重要であると考えている。

おわりに

当院の緩和ケア科は、患者・家族や医療者が利用しやすいように体制を少しずつ整えているところである。今後は院内外の人々に幅広く緩和ケアが提供できるように努力していく必要がある。

文 献

- 1) 国立がんセンターがん対策情報サービス：最新がん統計 [引用2009-11-27]
<http://ganjoho.jp/public/statistics/pub/statistics01.html>
- 2) がん対策基本法：第二章 がん対策推進基本計画等 [引用2009-11-27]
<http://law.e-gov.go.jp/announce/H18HO098.html>
- 3) 日本ホスピス緩和ケア協会：ホスピスケア・緩和ケアとは [引用2009-11-27]
<http://www.hpcj.org/what/definition.html>
- 4) 厚生労働省：がん医療水準均てん化に関する検討会報告書 [引用2009-11-27]
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/s0419-6a.html#2>
- 5) 厚生労働省：がん診療連携拠点病院の整備について [引用2009-11-27]
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/12/d1/s1206-8g.pdf#search='がん診療得連携拠点病院'>
- 6) 恒藤暁：最新緩和医療学，最新医学社，P1-10, P30-46, 1999.
- 7) 厚生労働省：がん診療連携拠点病院制度の見直し [引用2009-11-27]
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/05/d1/s0516-9j.pdf#search='がん診療連携拠点病院制度'>