

統計

緩和ケア科開設後2年間の診療統計

Clinical Statistics in the Department of Palliative Care in the Past 2 Years

齋藤 義之

Yoshiyuki SAITO

はじめに

新潟県の都道府県がん診療連携拠点病院である当院において、2009年4月に新規診療科として緩和ケア科が開設された。緩和ケア科開設後2年間の活動について報告する。

I 背景

死亡原因の第1位が悪性新生物であり、高齢化の急速な進行に伴い3人に1人ががんで死亡する状況となっているわが国の現状を踏まえ、がん対策基本法が2006年6月に公布され¹⁾、がん対策推進基本計画が2007年6月に閣議決定されたが²⁾、がん対策推進基本計画では、全てのがん患者および家族の苦痛軽減と療養生活の質向上を実現すべく「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が重点的に取り組むべき事項として挙げられている。また、がん医療の充実を国民の多くが強く望む中、第3次対がん10か年総合戦略等に基づき、がん診療連携拠点病院の整備が進められてきたが³⁾、2008年3月に厚生労働省から示された「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」では、専門的な緩和ケアの提供体制整備が各都道府県に求められている。そのような状況下で、わが県においても、2007年3月に施行された新潟県がん対策推進条例⁵⁾、2008年7月に策定された新潟県がん対策推進計画⁶⁾に緩和ケアの提供体制の整備推進が明記されている。

2002年12月に地域がん診療連携拠点病院の指定を、2007年1月に都道府県がん診療連携拠点病院の指定を受け、わが県におけるがん医療の中心的な役割を担ってきた当院では、2001年の緩和ケアチーム稼働開始、2007年4月の相談支援センター開設と、これまでも緩和ケアの実施や地域連携体制の充実に向けた活動がなされていたが、国の緩和ケア普及に向けた動きを受けて、2009年4月に緩和ケア科が開設さ

れ、準備期間を経て2009年5月より緩和ケア科の外来診療が開始された。

II 当院における緩和ケア科の活動

当科は、当院に入院中あるいは通院中の患者を対象とし、主治医のサポートに徹した活動を行っている。当科の関わりが必要となる患者の多くは病状の変化等から緊急入院が必要となる可能性が高い状態にあるが、現時点で当科は病床、病棟ともに有しておらず、主治医として対応することはしていない。毎週月曜日から金曜日まで、午前中は外来診療を行い、午後は院内の回診を行っている。外来スタッフは、緩和ケア科医師1名の他、専従の看護師1名、パートの看護師1名の計3名である。午後の回診は、緩和ケア科あるいは緩和ケアチームが関わった患者を対象に、基本的に週3回は緩和ケア科医師と外来看護師及び緩和ケアチームのメンバーである薬剤師の3名が一緒に、それ以外の日は各職種が個別に各病棟を回診している。チーム回診は基本的に病棟スタッフとの情報共有及び意見交換を目的とするカルテ回診であり、患者や家族との面談は必要に応じてメンバー間で検討して行っている。患者や家族との関わり方、実際の処方や指示出し等については、患者と主治医との関係を最優先に考えた上で臨機応変に対応している。また、病棟回診の際には、スタッフとの世間話等から様々な苦痛を抱えているが緩和ケア科や緩和ケアチームへの依頼がなされていない患者や家族がいることが判明する場合があります。必要に応じて、直接あるいは病棟スタッフを介して正式な依頼を主治医に働きかけている。

当院における緩和ケアの相談窓口は表1の通りである。緩和ケア科外来は医師の相談窓口であり、当院に入院中あるいは通院中の患者を対象としており、主治医から紹介された患者が抱える問題について緩和ケア科医師が対応するものである。緩和ケアチー

ムは全職種の相談窓口であり、当院に入院中あるいは通院中の患者や家族を対象としており、主治医あるいは主治医の承諾を得た院内のスタッフから紹介された患者や家族が抱える問題について多職種からなる緩和ケアチームが対応するものである。医師を含めた院内スタッフに対しては、身体症状の緩和等、より迅速な患者への対応が必要と考えられる場合には緩和ケア科への依頼を、治療方針に関わる倫理的な問題や療養場所の問題等、初めから多職種で検討した方がよいと思われる問題を検討する場合や、緩和ケアを提供する医療従事者と患者との直接的な接触が不必要あるいは患者にとって好ましくないと考えられる場合には緩和ケアチームへの依頼を推奨している。相談支援センターは、患者や家族及び医療機関の相談窓口であり、当院に入院中あるいは通院中の患者だけでなく外部の医療機関も対象としており、緩和ケアに関する様々な問題についてがん看護専門看護師、臨床心理士、医療相談員等が対応するものである。緩和ケアを必要とする患者や家族が抱える問題は、身体症状や精神症状だけでなく、家族関係、療養場所、医療費等、複雑に絡まり合った複数の要素からなっていることが多く、そうした問題への対応には多職種及び多部門の医療従事者による緊密な連携が必要とされる。

表1 緩和ケアの相談窓口

「緩和ケア科外来」
・医師の相談窓口 (院内対象:主治医からの依頼)
「緩和ケアチーム」
・全職種の相談窓口 (院内対象:主治医の承諾が必要)
「相談支援センター」
・患者、家族、医療機関の相談窓口 (院内外対象)

*多くの医療従事者が連携して対応

2009年5月の外来稼働開始後2年間で当科に診療依頼があった203例の患者背景は表2・3の通りである。PS4の症例が15.3%含まれていた。疾患別では肺がんが34例と最も多くなっていた。依頼内容については、同一症例における重複があり総数が症例数より多くなっているが、全症例の81.3%が「身体的苦痛の緩和」依頼であった。身体的苦痛では疼痛が最も多く全症例の54.7%となっていた。「精神的苦痛の緩和」依頼は全症例の42.9%であり、精神的苦痛では不安が最も多く全症例の34.5%となっていた(表

4)。診療行為の総数も同じ理由で症例数より多くなっているが、主治医のサポートに徹するという活動方針もあり、全症例の73.4%にアドバイスがなされていた。アドバイスの多くは疼痛に使用する薬剤についてであった。次に多かった診療行為は傾聴で、全症例の41.4%に対して行われていた(表5)。ほとんどの症例に抗がん治療がなされており、初診時での抗がん治療未施行例は4.4%であった(表6)。また、初診時に抗がん治療を施行しておらず、施行予定もなかったのは50.2%であった(表7)。転帰に関しては表8の通りであるが、全症例の40.9%が死亡退院となっていた。

表2 患者背景

男性 - 症例数 (%)	95	(46.8)
女性 - 症例数 (%)	108	(53.2)
年齢 - 歳 (平均±標準偏差)	4~92	(59.9±13.5)
観察期間 - 日 (平均±標準偏差)	1~653	(68.2±99.2)
外来通院中 - 症例数 (%)	60	(29.6)
病棟入院中 - 症例数 (%)	143	(70.4)
ECOG performance status *	症例数 (%) **	
0	31	(15.3)
1	36	(17.7)
2	72	(35.5)
3	33	(16.3)
4	31	(15.3)

(N=203 : 2009.05.11~2011.03.31)

* ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group)

**端数処理のため合計は100%にならない

表3 疾患内訳

肺癌	34	癌肉腫	4	脊索腫	1
乳癌	29	胆管癌	4	急性骨髄性白血病	1
卵巣癌	17	平滑筋肉腫	3	気管癌	1
子宮頸癌	15	尿管癌	2	結腸癌	1
胃癌	14	卵管癌	2	顎下腺癌	1
膝癌	9	悪性黒色腫	2	悪性線維性組織球腫	1
食道癌	7	脂肪肉腫	2	多発性骨髄腫	1
膀胱癌	7	咽頭癌	2	口腔癌	1
腎癌	6	肝細胞癌	2	耳下腺癌	1
前立腺癌	6	甲状腺癌	2	ユーイング肉腫	1
腎盂癌	5	骨肉腫	2	十二指腸乳頭部癌	1
原発不明癌	5	精巣癌	1	尿管癌	1
子宮体癌	4	横紋筋肉腫	1	症例数 - 計 204	
直腸癌	4	悪性葉状腫瘍	1	*同時性重複癌1	

表4 依頼内容

	症例数 (%)
身体的苦痛の緩和	165 (81.3)
疼痛	111 (54.7)
嘔気・嘔吐	17 (8.4)
呼吸苦	15 (7.4)
食欲不振	6 (3.0)
倦怠感	4 (2.0)
腹部膨満感	4 (2.0)
その他	8 (3.9)
精神的苦痛の緩和	87 (42.9)
不安	70 (34.5)
不眠	10 (4.9)
せん妄	7 (3.4)
スピリチュアルペインの緩和	9 (4.4)
社会的苦痛の緩和	7 (3.4)

*同一症例における依頼内容の重複あり

表5 診療内容

	症例数 (%)
アドバイス	149 (73.4)
オピオイドの使用について	44 (21.7)
オピオイド以外の鎮痛薬使用について	36 (17.7)
鎮痛補助薬の使用について	31 (15.3)
疼痛以外の症状の薬剤使用について	30 (14.8)
鎮痛薬の使用方法について	15 (7.4)
他部門へのコンサルテーションについて	15 (7.4)
施行中の治療に対する保証	12 (5.9)
環境整備について	10 (4.9)
その他	20 (9.9)
傾聴	84 (41.4)
処方	24 (11.8)

*同一症例における診療内容の重複あり

表6 施行されていた抗がん治療

	症例数 (%)
化学療法	171 (84.2)
手術療法	139 (68.5)
放射線療法	122 (60.1)
内分泌療法	20 (9.9)
免疫療法	3 (1.5)
なし	8 (4.4)

* 同一症例における治療内容の重複あり

**「なし」は民間療法施行5例を含む

表7 施行中(予定)の抗がん治療

	症例数 (%)
化学療法	88 (43.3)
放射線療法	16 (7.9)
内分泌療法	8 (3.9)
手術療法	2 (1.0)
なし	102 (50.2)

*同一症例における治療内容の重複あり

表8 転帰

	症例数 (%)	観察期間(日)
経過観察中	26 (12.8)	1~653 (147.5±172.4) *
中止	71 (35.0)	1~468 (55.6±73.8) *
転院	23 (11.3)	4~268 (60.8±64.8) *
死亡退院	83 (40.9)	1~616 (56.2±84.2) *

*(平均±標準偏差)

Ⅲ 考 察

2002年に修正されたWHOの定義では、「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族に対し、疼痛や身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期から正確にアセスメントし解決することにより苦痛の予防と軽減を図り、生活の質(quality of life: QOL)を向上させるためのアプローチ」とされている⁷⁾。定義には「生命を脅かす疾患に伴う問題」とあり、慢性閉塞性肺疾患等の悪性新生物以外の疾患も対象として含まれているが、わが国では、これまでがんに伴う苦痛に対する取り組みが十分ではなかったために、がんに対する緩和ケアが重要視されている。

わが国では、長く緩和ケアは終末期医療とほぼ同義語として捉えられており抗がん治療中止後に提供されるものと考えられていたため、緩和ケア移行に際して、治療方針や気持ちのあり方等の「ギアチェンジ」が患者にも医療従事者にも求められていた。しかし、近年、緩和ケアが抗がん治療の初期から関わり、徐々にその比率を増し、継ぎ目のない形で臨死期までに全面的なものに移行する「シームレスなケア」が提唱され、抗がん治療を最期まで継続しながら、緩和ケアも同時に受ける「パラレルケア」という概念も出現しており、緩和ケアには、症状緩和と死の受容の援助に加え抗がん治療の支持も求められるようになっている。患者

のQOLを保つため、あるいは患者が望むような時間を過ごせるようにするためには、抗がん治療を適切な時期に中止することが望ましいと考えられる場合もあり、現在では、抗がん治療と緩和ケアとの関係は二者択一ではなく、比率が問題になるのではなく、様々な要因により変化しうるものであると認識されることが重要であると考えられている⁸⁾。

当科開設後に診療依頼があった症例の約半数が初診時に抗がん治療施行中あるいは施行予定であったが、これは必ずしも抗がん治療と緩和ケアとの関係に対する最近の認識が当院の医師に広くなされているからではなく、当院が抗がん治療に重点を置いている患者の割合が元々高いがん専門病院であることが関係しているものと思われる。実際、臨死期に近い状態で依頼された症例も含め、初診時に全身状態がPS4と不良であった症例は少なくなかった。しかし、長期経過観察中の症例があり、全身状態が比較的良好で転院後に抗がん治療が継続できた症例も存在することから、緩和ケアと終末期医療を同一視している医師の数が少なくなってきたことも確かであると思われる。また、全症例の約4割が死亡退院となっていたことは、抗がん治療の実践を中心的な機能とするがん専門病院が実際には多くの看取りも行っている現状を示している。

当科への依頼内容では「疼痛の緩和」と「不安の緩和」が、診療行為では「疼痛に使用する薬剤についてのアドバイス」と「不安に対する傾聴」が多くなっていたが、これは、わが国で「緩和ケアに関して十分な教育を受けたことがある」と考えている医師が約20%、「症状緩和に関する知識・技術が十分である」と考えている医師が約30%に過ぎず、欧米と比べてかなり少ないことが報告されているように^{9, 10, 11, 12)}、これまでわが国において医療従事者、特に医師に対する緩和医療教育が組織的に行われていなかったことの表れと考えられる。WHO方式がん性疼痛治療法は、がん性疼痛の国際的な治療ガイドラインであり、ガイドラインに沿った治療により多くの患者において疼痛の緩和を行うことができることが知られており^{13, 14, 15)}、わが国においても、マニュアル配布等WHO方式がん性疼痛治療法の普及に向けた努力がなされてきた。しかし、2008年の全国調査において、WHO方式がん性疼痛治療法の「内容をよく知っている」「ある程度知っている」と回答した医師は約47%にとどまっており、約28%の医師は「知らない」と回答している¹⁶⁾。また、がん医療における告知の際には、患者に対する特段の配慮が必要であることから、がんという言葉を含めた「悪い知らせ」を伝える時の医師のコミュニケーション技術も治療の初期段階から必要な緩和ケアのひとつと考えられ、がん対策推進基本計画にも取り組むべき施策のひとつとして「医師のコミュニケーション技術の

向上に努める」と明記されているが、これについてもわが国では十分な教育がなされてきたとは言えず、医師のコミュニケーション能力の低さが、患者の不安に対する傾聴への障害となるばかりか、不安の原因そのものとなっている場合すらあるのが現状である。現在、日本緩和医療学会の「PEACEプロジェクト」を中心に、厚生労働省が定めた「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠した緩和ケア研修会が全国各地で開催されているが^{17, 18)}、苦痛を軽減するために直接患者に対応する診療科としての役割と同時に、緩和ケアに関する啓蒙・教育活動を行う広報としての役割も、当科は担っていく必要があると思われる。

緩和ケアの実践には多職種及び多部門の医療従事者による緊密な連携が必要であるが、診療症例の疾患内訳から分かるように多くの診療科からの依頼が当科にあったことは、そのような連携に対する医療従事者の意識向上の表れとも考えられ、極めて重要なことであると思われる。医療従事者の連携に関しては、チーム医療の時代と言われてはいるが、「嫌なことを言われるのではないかと」と医師が医療チームから距離を置きたがる場合もあり、当科の活動に関しても「依頼しやすさ」を医師に実感してもらうための創意工夫を重ねていく必要があると思われる。元来、医師は「悪い所を見つけて治すこと」を生業としており、「悪い所を指摘する習慣」が診療以外の日常会話でも現れる場合がある。また、昨今の医療現場では、真偽の定かでない情報の氾濫や自己中心的な権利意識の高まり等に伴い、患者のために精一杯努力している医療従事者が、診療行為に対する正当な評価や感謝の気持ちではなく、理不尽な要求や批判を患者や家族から受ける場面が多くなっている。そのような社会状況下で、「医療チームの医師から『ここが悪い』という批判的な言葉を受け、さらにつらい思いを重ねることは避けたい」と医師が考えるのは至極当然のことと思われる。医師に限らず、日本の医療従事者は討論の進め方について十分な教育を受けていないので「感情論」になる場合も多く、チーム医療の前提となる建設的な話し合いができる土壌がないこともそうした考えを強いものになっている。少なくとも当科が関わる場面においては、「『良い・悪い』や『好き・嫌い』ではなく問題解決のための意見を出し合うこと」、「『今までにはこうだった』『前例がない』といった前向きとは言えない言葉や、『なんで』『分かるけど』といった批判や否定につながりやすい言葉をできるだけ使わないように意識して話し合うこと」を医療従事者に提案し、「『できること』と『できないこと』があるということ」、「思った通りにいかない場合もあるということ」、「絶対的な正解がない場合もあるということ」、「何でも知っていて何でもできる人間はいないということ」を患者・

家族・医療従事者が「医療現場の普通感覚」として共有できるように働きかけていくことが必要であると思われる。

おわりに

緩和ケアの普及は、生命を脅かす疾患と直面する患者や家族だけでなく医療従事者自身のつらさを軽減することにもつながる。緩和ケアの普及に向けた国の動きを受け、当院に緩和ケア科が開設され、院内における活動を開始したが、緩和ケアの普及は個人や医療機関レベルではなく地域全体で考えるべき問題であり、緩和ケアに関する教育や連携の充実を地域レベルで図ることによって「地域全体として提供できる緩和ケア」の質を高めることが重要である。患者や家族と同様に医療従事者も苦しんでいる現在の医療現場に当科が介入する際には、「誰も責めない、誰にも責められない環境」や「問題解決のために話し合っただけで行動できる環境」を構築することの重要性を訴えた上で、「患者が楽になっても、自分が楽にならない」と医療従事者に感じさせることがないような関わり方を常に心がける必要がある。経済用語で言うところの当科の「顧客」は「患者・家族・医療従事者」であり、「顧客が求めるもの」は「つらさの軽減」である。それを実現するため、これまで同様これからも、当科は診療科として提供できる緩和ケアの質向上に努め、同時に医療機関や地域全体で提供できる緩和ケアの質向上に必要な医療従事者間の連携を深めるための活動に真摯に取り組んでいきたいと考えている。

文 献

- 1) 厚生労働省：がん対策基本法. [引用2011-6-21]
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan03/pdf/1-2.pdf>
- 2) 厚生労働省：がん対策推進基本計画. [引用2011-6-21]
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku03.pdf
- 3) 厚生労働省：「第3次対がん10か年総合戦略」について. [引用2011-6-21]
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/07/h0725-3.html>
- 4) 厚生労働省：がん診療連携拠点病院の整備について. [引用2011-6-21]
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_byoin02.pdf
- 5) 新潟県：新潟県がん対策推進条例. [引用2011-6-21]
http://www.l.g-reiki.net/niigataken/reiki_honbun/e4011469001.html
- 6) 新潟県：新潟県がん対策推進計画. [引用2011-6-21]
http://www.pref.niigata.lg.jp/HTML_Article/gankeikaku.pdf
- 7) WHO：WHO Definition of Palliative Care. [引用2011-6-21]
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- 8) 林 章敏：緩和ケアの立場から. がん患者と対症療法 2009;20(1):6-10
- 9) Furstenberg CT, Ahles TA, Whedon MB et al: Knowledge and attitudes of health-care providers toward cancer pain management: a comparison of physicians, nurses, and pharmacists in the state of New Hampshire. *J Pain Symptom Manage* 1998;15:335-349
- 10) Morita T, Akechi T, Sugawara Y et al: Practices and attitudes of Japanese oncologists and palliative care physicians concerning terminal sedation: a nationwide survey. *J Clin Oncol* 2002;20:758-764
- 11) Cherny NI, Catane R: Attitudes of medical oncologists toward palliative care for patients with advanced and incurable cancer: report on a survey by the European Society of Medical Oncology Taskforce on Palliative and Supportive Care. *Cancer* 2003;98:2502-2510
- 12) Low J, Cloherty M, Wilkinson S et al: A UK-wide postal survey to evaluate palliative care education amongst General Practice Registrars. *Palliative Med* 2006;20:463-469
- 13) WHO Europe: Palliative care. The solid facts. [引用2011-6-21] <http://www.euro.who.int/document/E82931.pdf>
- 14) Jadad AR, et al. The WHO analgesic ladder for cancer pain management. Stepping up the quality of its evaluation. *JAMA* 1995;274:1870-1873
- 15) Azevedo São Leão Ferreira K, et al. The WHO analgesic ladder for cancer pain control, twenty years of use. How much pain relief does one get from using it? *Support Care Cancer* 2006;14:1086-1093
- 16) 厚生労働省：終末期医療に関する調査. [引用2011-6-21]
<http://www-bm.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12e.pdf>
- 17) 木澤義之, 山本亮：がん診療に携わるすべての医師が緩和ケアの基本的な知識を習得していくための研修—PEACEプログラムを用いた研修会について—. *緩和医療学* 2009;11(4):303-309
- 18) 厚生労働省：がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針. [引用2011-6-21] <http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/2002H2004010161.pdf>