

院内緩和ケアチームの運営の方略（ストラテジー）：ヒントと落とし穴

社会保険中京病院・緩和ケアチーム 吉本鉄介

【要旨】

院内緩和ケアチーム（Hospital based Palliative Care Team: HPCT）を一般病院で運営していく際に有用と思われる13の「ヒント」、3つの「落とし穴」を著者の実体験に基づいて提示した。また著者の経験（3年半で約620エピソード）だけでなく、HPCTの歴史的背景、院内での存在理由、目指すべき方向などについても紹介し、HPCT運営には方略（ストラテジー）が重要であることについて述べた。呼吸器内科医は内科医の中でも、終末期医療の経験が多く general に患者を診れるので、麻酔科医と並んでHPCTのリーダー医師として適任と考えられる。

【はじめに】

肺癌は検診による早期発見、治癒切除や有効な化学療法による寛解ともに困難な癌腫であり発生頻度も高い。よって呼吸器科医は日常臨床で呼吸困難など末期肺癌患者の症状コントロールの必要をせまられる経験が多いと思われる。そして呼吸器内科医は、感染症、呼吸不全、アレルギーなどの広い分野を取り扱うジェネラリストであり、病院内において他科からのコンサルテーションを受けることも多い。したがって急性期病棟を回診して疼痛や呼吸困難の問題解決にあたる院内緩和ケアチーム（以下HPCT）を運営するリーダーを選ぶ場合に、鎮痛に熟練した麻酔科と並んで適任であるといえよう。

本稿は、15年間近く呼吸器内科として急性期病棟で勤務してきた筆者が緩和ケアHPCT専従医になって3年半、約620エピソードの末期がん症例の症状マネジメントにあたってきた経験を中心

として、HPCTのリーダー医師として運営上の「ヒントと落とし穴」を供覧し、呼吸器内科医がHPCTリーダーとなった際に有用な情報を提供したい。

【緩和ケアチームの運営方法のヒント（Tips）】

① 急性期病棟でのHPCTとは何か？ そして近年なぜ必要となってきたか

HPCTとは1970年代に英国 acute hospital（一般病院）で回診し緩和ケアコンサルテーションに応じる医療サービスとしてスタートした。その後欧米に普及していったが、1990年代から英国で急増し2002年のデータをみると321施設に達している。これは、英国の国民保険（NHS）の経済的破綻傾向と機を同じくしており、ハイコストな緩和ケア専門家のケアより電話相談（telephone HPCT）にて済む可能性があるコンサルテーションが普及してきている。英国のチームには専門ナースが事務机と電話機だけで活動している場合もあ

り、経済的な要請は大きいようである。

また米国は1970年代に日本より30年以上はやく国家的事業として「がん対策法」を設定して、がん登録、早期発見、積極的治療の推進を行い1950年代の米国ポリオ撲滅のように「病気に勝利」しようとしていた。しかし、2000年までの30年間集計(1)によると、精巣腫瘍や血液がんでの予後改善はあったものの、全体像として完治や早期発見による死亡率の低下ではなく、乳がんや前立腺がんを主体とした担がん闘病者が急増していった(2006年で推定1200万人)ことが報告されている。

この結果は米国のがん医療を方針変更させており、緩和ケア専門医だけでは物理的に対処不能となってきた現場のニーズに対して、臨床医への緩和ケア教育プログラムが臨床腫瘍学会(ASCO)の要請で作られ現在に至っている。WHOが包括的な(comprehensive)緩和ケアサービスを提唱する所以の1つと推測できる。

我が国でも、2007年4月に「がん対策法」が施行され米国同様に国家的な取り組みがはじまった所であるが、原発巣の相違はあるが登録がすすめば米国とほぼ同様の結果がでるであろう。しかし、英米と違ってがんを扱う臨床医には鎮痛などの緩和ケア情報と経験が圧倒的に不足(WHO方式がん疼痛治療法が使える医師は10%程度(2))とされ、現時点では急性期病棟すべてをカバーするHPCTを稼働させる以外は、患者QOLを改善することはできないと思われる。厚生労働省も、この現状を認識しているからこそ、問題解決のため2002年からHPCT加算という世界

的でも希な制度を導入したのであろう。

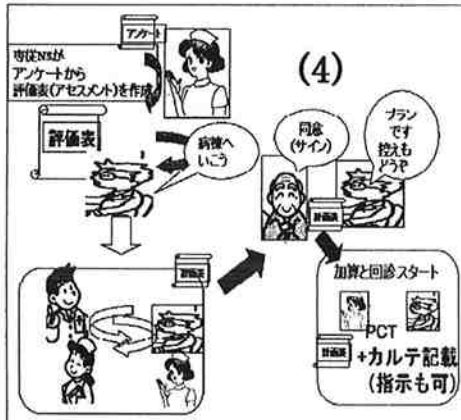
② 緩和ケアとは戦略的なものである

HPCTのケアは、あくまで患者のQOL(幸せと感ずる程度)が向上することが目的である。主治医が管理できない強い症状をとることは、なかなか困難なことであるが、それゆえに症状や疾患のみに目を奪われてしまいがちである。WHOの緩和ケアの定義(2002年)からもそれは明らかであるが、何を幸せと思うか?という評価は患者個人差が非常に大きいので、患者や家族をよく知ることが望ましい。

③ 介入システムを整備・公開する必要性

イラストに当院で行っているHPCTへのコンサルテーションから治療介入までの手順、システムを以下のイラストで示した。病院はそれぞれ





システムの違いがあるので、この方法がスタンダードというわけではないが、現場のニーズにしっかりしたシステムを造り、かつ公開する必要がある。

④ HPCTの処方に伴うトラブル処理を主治医でなくHPCTでする

医療用麻薬(オピオイド)には、実に多彩な副作用があり処方医師はそれに熟知している必要がある。もともと熟知していない医師がコンサルテートしてくるわけであるから、吐き気、眠気などの症状が出現したさいには、ファーストコールを主治医でなくHPCT(医師や看護師)としておく必要がある。経験的には、イレウスの発

症や遷延性抗がん剤の吐き気であったことも多いが、この場合でもPHSで主治医に診断を報告して対応策を相談することになる。決して「そちらの病気でした」とは言うてはならないのである。また、主治医が手術や検査で手が離れないときは、HPCT側で検査や処方して対処することも多い。これらは、病院やシステムではなく患者QOL向上という戦略的な観点からのアクションと考えている。

⑤ 精神科へのコンサルテーションが必要な症例とは

HPCTの精神科医師(専任医師)は当院ではルーチンに回診を行っていない。当院では精神科医師が回診して実際に処方を行うのは、年間平均24.8件である。回診が必要となるのは、ベースの内因性精神病、自殺企図、重症のせん妄、の3つのカテゴリーである。個人的意見であるが、たしかに精神科専門医のバックアップはHPCTに必要であるが、常勤が必須、という現在の厚生労働省の規定は厳しすぎると思っている。

⑥ HPCTは患者だけでなく、治療結果を主治医にも評価される

HPCTが処方介入した結果がエンドユーザーである患者に評価されるのは通常診療と同じであるが、コンサルタントとしてもう1人のエンドユーザーである主治医にも常時評価されていると思うべきである。投稿論文における、「査読者意見」とまったく同じであってmajor revisionやrejectedになってしまうこともあるが、一部の例外を除き論文投稿と同様に反論することは困難でメリットもほとんどない。

⑦ H P C Tが成功するためには緩和ケアに詳しい薬剤師メンバーが不可欠

H P C Tには緩和ケアに精通した薬剤師は絶対に必要と思われる。これは一般病院で身体・精神症状をマネジメントするためには、医師が正しく診断して適切な薬剤を投与し、予想される副作用に備えるという操作が必須であるためである。緩和ケア病棟・ホスピスとの相違として「手厚いナーシング」がないハンディがあることを充分認識し、薬剤師がもつ「臨床薬学パワー」を最大限に利用すべきである。外来へのケアシフトでも専門家としての薬剤指導も重要であり、患者QOL改善が期待できる。

⑧ 加算がとれないコンサルテーションもH P C Tには多いが必須業務である

H P C Tの診療加算（1日1人あたり250点）は、非がん症例の疼痛をはじめとした症状コントロールでは算定不能である。しかし、ペインクリニック外来やペインクリニックのない病院では、終末期の非がん症例において症状コントロールをすることのニーズは確実に存在する。たとえば、社会保険中京病院には熱傷センターがあるため、広範熱傷でARDS合併例の疼痛、呼吸困難への鎮痛と鎮静を依頼されることもある。外来のレベルでがん疼痛などの症状を管理して「なるべく入院を避けたい」という主治医のニーズに応じることもある。これらは現在のところ緩和ケア診療加算は算定できないが、院内での必須業務と考えられる。

⑨ H P C Tのスムーズな活動には組織化されたナーシングパワーが必要

症例のひろいあげ、状態変化の早期

発見などH P C Tを円滑に運営する上で看護師の協力はかせがない。医師はある程度、「職人」として自由に活動するが、基幹病院クラスの看護師は「組織人」であり、一部の看護師だけのボランティア的能力に頼ることは、運営を長期間続ける上でよくないと思っている。看護師の協力を取り付けるということは、看護局長以下幹部クラスの同意協力が必須であろう。

⑩ 神経ブロックは頻度は少ないがH P C Tにとって必須能力である

WHO方式がん疼痛治療法は90%の症例で有効であるといわれる。逆に言えば、10%程度は薬剤抵抗性の難治性疼痛があるということである。筆者の経験では、膵がんや胃がんで、腹腔神経叢に浸潤した場合、または子宮がんや直腸がんで骨盤神経叢に浸潤している場合の2パターンが多い。これは網の目状の自律神経ネットワークを通して疼痛が起こってくるためであり、神経因性疼痛として薬剤抵抗性となっているのであろう。ケタラール、リドカインなど各種補助薬も併用していても、質の良い鎮痛効果は得られず、増量や薬剤追加を繰り返していくと「鎮痛」というより「鎮静」となってしまうので、患者家族や主治医から致命的なH P C Tへの評価低下を招くことになる（Rare but Fatal）。早期に疾患経過を予想して、腹腔神経叢ブロックおよび硬膜外ブロックによる自律神経ネットワークへのインターベンションを考慮、アドバイスすべきである。ちなみに、頻度としては当院の成績では2%程度が神経ブロックを要していた（3）。

⑪ 治療成績を電子データとして保存していくべし

HPCTの成績を自己評価して常時解析できるような電子データベースとすることは必要である。1つには、院内への情報提供や院外への情報発信に役立つということもあるが、年々きびしさを増していく病院機能への対応が大事である。英国では医療財政悪化をうけて clinical audit というHPCTに除痛をはじめとした治療成績を自己監査することが求められており、我が国でも近い将来、医療評価機構などによるHPCTへの成績モニタリングを要求されるであろう。

⑫ 主治医との関係は「援護射撃」のイメージで

HPCTの介入 intensity があがってくると、看護師サイドから病状をどちらにコールすべき？という声が増えてくる。どんなに濃厚な介入であっても、あくまでサポートするという体勢をくずしてはならない。主治医がケアチーフであり、HPCTは症状管理を通して主治医の援護射撃をしているというイメージといえよう。

⑬ 医療ソーシャルワーカー (MSW) と協力して在宅・ホスピス紹介の情報提供：できれば連携パスを作成

緩和ケアは戦略的＝常にゴール設定を調整しながら行うものである。HPCTは、緩和ケア病棟への紹介経験が少ない主治医、患者や家族の情報ニーズに応じてMSWのパワーも利用していく必要がある。日本では、(i) ホスピス緩和ケア病棟の絶対的不足 (ii) 急激な高齢化による介護力低下 (iii) 住宅事情の悪さ、などバリアは多いが、できれば在宅ケアの時間を作る努力が必要である。近隣の診療所の

力も借りて、地域連携パスを作成できればベストである。

【運営上の落とし穴：失敗の経験 (pitfall)】

① 身体症状スクリーニングによるHPCT介入する事は無理である

当院HPCTも最初の1週間ほどは、すべての有症状がん患者にスクリーニングシートを病棟ナースが問診を取る際に渡していた。そして病棟のボックスに集配しておき、HPCTへの依頼ルートの1つとしてわけである。しかし、この方法では、スクリーニングシートがまったく集まってこず、失敗であり中止した。理由は、主治医をスルーしたパスウェイを作ろうとしたため、すなわち医師の反発を恐れて看護師がシートを使うことをやめたりボックスに入れなかったりしたためであった。ある程度強い症状があるケースは、主治医自体の意志、または看護師が主治医とHPCT介入の是非を話し合うという現在の形態以外には、ルートはないと考えるべきであろう。年間数例だけは、院内に掲示したHPCTポスターやネット情報から患者自身の希望をうけて主治医から依頼されることもあるが、日本人の遠慮深いメンタリティからは例外的なルートである。

② 鬱や不安をかかえる進行がん症例は多いが、スクリーニングによるHPCT介入は患者の反発をまねく

当院HPCTは、身体症状だけでなく全例にHADS質問票 (自己記載による不安・鬱を身体症状の影響を受けずに評価できるとされる標準的方法であるHADS: Hospital Anxiety and Depression Scale) を行っている。特に比較的若い症例では自分の外観

変化などから鬱や適応障害、不安神経症が発生しやすいため、早期介入ケアを我々は考えたのであるが、HADSのデータでカットオフ値以上への症例に、臨床心理士が面接するという方法は、複数の患者からの「自分は精神病じゃない」「精神病患者あつかいをされて腹立たしい」などの苦情がよせられ、1ヶ月ほどで中止のやむなきとなった。精神症状は前述 Tips⑤に述べたように、オンデマンドの回診介入要請としていくのが、妥当と思われる。

③ ハイコストになる薬剤投与については、主治医サイドの承諾を得てから

日本の医療用麻薬は欧米の約3倍程度と非常にハイコストである。HPCTは、開始時や増量時にハイコストな緩和ケア薬剤（高用量のフェンタニルパッチやサンドスタチン、MSコンチンなど）のコスト情報を主治医に提供すべきである。当院HPCTでも、ヒントの⑩に示したように神経ブロックのタイミングを逸したケースで、1日10万円ほどのハイコスト症例を作ってしまったことがあり、致命的な評価低下を招いた苦い経験がある。

【考察】

① 呼吸器内科医がHPCTリーダー医師として適任な理由

2005年7月の時点で、全国で109のHPCTが緩和医療学会に登録されているが、緩和ケア加算を県に申請しているのはその半数にもみえない49施設である。しかし当院を含む8施設のHPCT介入年間件数をレビューすると、病床数と年間コンサルテーション件数には逆相関があり(4)、基幹病院のカバーする診療圏ではほぼ一定のHPCTが管理すべき症例が発生

することが推測される。すなわち、マンモス病院であっても2チーム以上作る必要はなく、300床程度の中規模病院でも地域がん診療のコアであれば、1チームは必要だということになる。基幹病院における内科医の中でも、間質性肺炎や慢性呼吸不全、肺がん、など他科医師より end of illness を取り扱う経験が多い呼吸器科医師は、麻酔科医師とならんで緩和ケアチームのリーダー医師として適正があると筆者は考える。

② HPCTの能力とは何か

英国のHigginsonらの報告(5)にあるように、基本的には除痛が一定水準以上できることをもってHPCT能力の指標としてよいのではないかとと思われる。WHOガイドラインが普及した欧米では、彼女らのメタ解析や多国籍レビューにおいて「弱いインパクト」しか検出されていないが、一般医の緩和ケア能力が低い日本では十分なインパクトが期待できるであろう。呼吸器内科出身であっても、WHO方式がん疼痛ガイドラインと「がん疼痛治療のレシピ」春秋社、東京)などの実践的マニュアルを用いて、除痛をアウトカムとして経験を積むことで、ある程度の鎮痛水準には達せられると思われる。もちろん、難治性疼痛に対するアドバイザーとしてペインクリションや麻酔科医師のバックアップ体制が必要であることは言うまでもない。

③ HPCTの介入の程度はどの程度がよいのか

欧米のHPCTは主治医へのアドバイスのみの「弱い介入」が主体であり、日本でも純粋なコンサルテーションのほうがよいとする意見も多い。しかしながら当院は、北里大学的場らの意見

にあるように、現状の緩和ケアレベルでは未だやってみせる段階であり、完全なコンサルテーション介入では患者の症状緩和に対して相当なタイムラグでてしまうと見え、もっとも強い介入を行っている。また、症例によって介入程度の調節するという考え方も（国立がんセンター中央病院、高橋ら）ある。しかし、比較的若年のケースがほとんどで、主治医がすべてオンコロジストであるがんセンターの医療環境と、高齢者で圧倒的多数の主治医が一般医である、我々のような一般病院では大きな違いがあると考えられる。

④HPCTがこれから目指すべき方向＝delivering the bad newsの能力と自信を主治医が持つことへのサポート

宮下らが述べている（6）ように、肺がんのように予後が不良な症例こそ予後を含めた告知が必要である。これにより在宅率の向上とQOL改善が期待できるが、コミュニケーション訓練が医学部や卒後研修で充分でない我が国の現状においては、HPCTが研修医や若手医師への告知技術を提供すべきだと筆者らは考えている。スキルには各種あるが、もっとも標準的なものとして、ペイルらが開発したSPIKESプロトコルを当院の標準告知方法と平成17年より規定し、現在定期的にナースらの協力を得てトレーニングをはじめたところである。もっとも困難と思われるのは、(i) 積極的治療の中止、(ii) 予後の告知、の2つであり、かなりの%の医師がこれを回避しているのが現状である。原因は、悪性腫瘍を扱う医師としてCSTカリキュラムが存在しないことは明らかであり、コミュニケーション技術トレーニング(CST)のエビデンスとして「告知

における医師の自信」が改善することは確定している。戦略的に緩和ケア水鏡をあげていくHPCTの使命からは、必須タスクであろう。

【おわりに】

日本の現状では、「HPCTのサポートがあつてはじめて病院におけるがん医療は完成する」（7）のであり、標準な能力をもったHPCTを急性期病棟で稼働・運営するのは急務である。ペインケアが最優先ということで、麻酔科医師がHPCTのリーダーになることが多いが、昨今の麻酔科医師の絶望的なまでの不足状況が大変なバリアになっている。一般病院ではもっとも数が多い内科医のなかでは、疼痛におとらず頻度の高い呼吸困難を扱うことに熟練し、かつ終末期患者をジェネラルに診れる呼吸科医がリーダー医師となることも多い。呼吸器内科医がHPCTのリーダーとなった時に本稿が提供する情報が役立ち、その結果肺がんをはじめとする山梨県の進行がん患者のQOLを向上すれば、筆者にとってこれほどの喜びはない。

【文献】

- (1) Emanuel LL, Alpert HR, Baldwin DC et al.: What terminally ill patients care about: toward a validable construct of patients' perspectives. J palliative Med.; 4(3): 419-31, 2000
- (2) 戸倉夏木: 外科医が知っておくべき緩和ケアの知識. 日本外科学会第105(7): 418-421, 2004
- (3) 吉本鉄介, 石野由樹, 久田純生ら.: 緩和ケアチームの現状と課題 緩和ケアチームの採算性-病院管

- 理者の視点で緩和ケアチームを考える - . 緩和医療学 8 (1) : 151-58 , 2006
- (4) Higginson IJ, Hearn J: A multicenter evaluation of cancer pain control by palliative care teams. *J Pain Symptom Manage* 14:29-35, 1997
- (5) 高宮有介 : わが国におけるホスピスの発展と展望 ホスピス・緩和ケアにおける緩和ケアチームの役割. 死の臨床 28 (2) : 165-166, 2005
- (6) 宮下義啓, 富島裕, 張本彩歌山梨肺癌研究会会誌 18 (1) , 42-45, 2005
- (7) 日本緩和医療学会 News Letter No. 30 (Feb. 2006)
http://www.jspm.ne.jp/newsletter/nl_30/nl300101.html