

VI. 一般病院での緩和ケアコンサルテーション

梅田 恵

(昭和大学病院 緩和ケアセンター)

WHO (世界保健機関) が提唱した緩和ケアの定義¹⁾でも述べられているように、緩和ケアとは、がんの診断時から提供される継続的で全人的な医療であり、ケアである。しかし、わが国では、ホスピス・緩和ケア病床数の増加にともない、終末期におけるホスピス・緩和ケアのイメージが強く、特にホスピス・緩和ケア専門施設で提供される特別なケアと狭義に認識されることもしばしばである。

緩和ケアは、終末期医療の問題を発端として、人権尊重への気運の高まりと一般病院^{註1)}における緩和ケア提供の不足や限界を反省点として発達してきた。そのことから、一般病院での緩和ケアが困難と考えられるのは当然である。しかし、患者は、一般病院でがんの診断を受け、治療や療養を開始し、がんに伴う辛い症状やさまざまな全人的問題に直面している。一般病院でも、対象のニーズ応じて、質の高い緩和ケア提供が保証されていくことは必須である。

わが国では、2002年の4月から「緩和ケア診療加算」が算定されるようになり²⁾、一般病院における緩和ケアチーム活動が目されるようになってきた。場所や時期に限定されない、より対象を広げた緩和ケア提供のシステムが成熟していく、大きな一歩であることを期待している。

まだ、日本における緩和ケアチーム活動は始動したところであり、どの施設も試行錯誤の段階にあり、客観的な資料を揃えることはできないが、

諸外国での緩和ケアコンサルテーションの現状に触れながら、日本の一般病院における緩和ケアの現状を振り返ってみたい。

一般病院の現状と緩和ケアニーズ

2003年6月の統計で、全国の一般病院では約160万床(緩和ケア病床約2,000床も含まれる)が利用されている³⁾。ほとんどのがん患者はこの病床を利用し診断・治療を受け入退院を繰り返している。

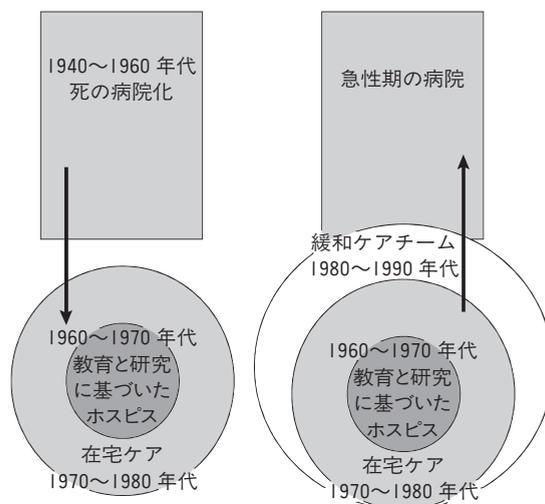
1992年の第二次医療法の改正により特定機能病院^{註2)}と療養型病床群^{註3)}の特性に応じた診療報酬上の評価を開始している⁴⁾。この動きにより、急性期医療と長期療養との機能分担が進められ、急性期医療を担う病院ほど入院期間が短縮され、治療の対象とならない終末期がん患者の入院は、病院の報酬に繋がりにくく、受け入れが難しくなってきた。このような動向は、がん患者にとって、病状の進行に伴い医療機関の変更を求められたり、治療の対象とならなくなった場合は、入院が継続できないなど、がんの療養をより複雑にしている。

高齢者を対象とした「死亡前の6カ月間の医療サービスの利用状況」についての調査では、がん患者が複数の施設を利用し、自宅と医療施設、医療施設間で移動を繰り返していることが明らかになった⁵⁾。ホスピス病棟受診者を対象とした研究

註1) 一般病院：厚生労働省の統計指針などで規程されている、大学病院を含む特定機能病院と地域医療支援病院を一般病院とする。特に、本稿ではホスピス・緩和ケア専門の入院施設(緩和ケア病床)以外の入院施設とした。

註2) 特定機能病院：1992年の医療法改正時に新たに導入された。特定機能病院は一般の医療機関では対応できない高度な医療を、それを必要としている患者に提供する役割を担う。(大道 久：特定機能病院。看護技術 41：187, 1995より)

註3) 療養型病床群：1992年の医療法改正時に新たに導入された。療養型病床群とは、一般病院の中で、病状の安定した入院患者の生活面にも配慮した体制をとっている病床の集合体である。(川淵孝一：療養型病床群。看護技術 41：218, 1995より)



■ 図1 緩和ケアの発展
(文献10)より引用、著者訳

では、これまで受けてきた医療システムへの不満が述べられ⁶⁾、一般病院からホスピス受診に至る経過の中で、がんの進行を受け入れるという大きな葛藤を抱えながら、医療機関の変更に伴い、病院への期待が裏切られたことや、それに伴う十分なサポートが受けられていないことを浮き彫りにしているのではないだろうか。

わが国の病院での死亡は、2002年には78.6%とここ10年横ばいである⁷⁾。米国・英国の医療機関での死亡が約50%⁸⁾であることと比較すると、日本の割合は高く、患者や家族の施設に対する依存があることが推察できる。このような依存は、患者や家族の選択やQOLに大きく影響しているのではないだろうか。医療の提供のあり方から、考え直す必要があるだろう。

がんの診断や治療に伴う緩和ケア、終末期の療養の場（一般病院・在宅・緩和ケア病棟）の選択に伴う緩和ケア、そして終末期を過ごす場もしくは在宅療養のバックアップとしての緩和ケアが、一般病院で求められている。

一般病棟で働く看護師を対象としたアンケートの中で、終末期がん患者のケアに対する困難感があると90%以上が回答している。さらに、困難感が高かった項目に「患者・家族とゆっくり話す時間がないこと」「人間あるいは看護師として自分自身が未熟であること」などがあげられている⁹⁾。

様々な疾患や病期の患者の対応に迫られ、看護師たちが、緩和ケアを求められる臨床で、緩和ケアを実践する時間や能力に不足は感じつつ、そのことにゆっくりと取り組む時間やシステムが整っていないことに苦渋している現状がある。

緩和ケアコンサルテーション

緩和ケアチームは、1976年に英国の大学病院であるSt. Thomas病院に入院施設を持たないコンサルテーション型の緩和ケアチームが活動を始めたのが始まり¹⁰⁾とされている。この緩和ケアチームは“symptom control team”“support care team”など、いくつかの異なった名称で呼ばれているが、その主要な活動は、急性期の現場での緩和ケアについてのアドバイスであり、医師・専門の看護師・ソーシャルワーカーなどがメンバーに含まれている¹¹⁾。緩和ケアチームの機能について、①症状緩和、②病状の認識のサポート、③適切な療養の場の選択、がある¹²⁾。また、新しく医療施設を準備しなくても専門的な緩和ケアが提供できるこのシステムの経済的な効率性も注目され¹³⁾¹⁴⁾、このようなチームの客観的な評価基準作成などの研究が進められている¹⁵⁾。緩和ケアチームの評価スケールとしてSTAS (Support Team Assessment Schedule)が開発され、日本語訳も発表され

ている¹⁶⁾。

一般病院での緩和ケアコンサルテーション活動を英国で推進してきた Hockley は、緩和ケアの発展を図 1¹⁰⁾のように表している¹⁷⁾。英国では 1990 年代以降、緩和ケアチームが存在する病院が 321 にのぼり¹⁸⁾、緩和ケアチームが架け橋となり、専門家による緩和ケアがホスピス・緩和ケア病棟から在宅、一般病院へ広がり、療養の場を問わず提供されるようになってきている。英国では、多職種で構成されているチームから看護師一人のチームもあり、様々な形態の緩和ケアチームが活動している¹¹⁾。

日本では、1990 年代に一般病院で緩和ケアのコンサルテーションがいくつかの施設で、開始されている¹⁹⁾²⁰⁾。また、緩和ケア病棟を持つ施設でも、一般病棟の患者を対象としたコンサルテーションが、ニーズに応じて行われてきている。2002 年の緩和ケア診療加算算定後、病院組織として独立して緩和ケアチームの活動の取り組みを始めた施設は多いようである。2003 年に「大学病院の緩和ケアを考える会」が大学病院（分院を含む）125 施設と全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会 AB 会員 162 施設を対象とした調査（回収率 71 %）で、大学病院の 27 %、全国ホスピス・緩和ケア病棟連

絡協議会 AB 会員の 20 % に緩和ケアチームがあると回答したことを報告している²¹⁾。それぞれのチームの活動評価も含めた、チームの実態についての調査が待たれる。

緩和ケア診療加算

2002 年 4 月の保健医療改定で、多くの患者への適切な緩和ケア提供を目的として、「緩和ケア診療加算」（表 1、2 参照、詳細は診療報酬点数表および厚生労働省保険局医療課長通知を参考にされたい）が算定されるようになった²⁾。

この緩和ケア診療加算をきっかけに、緩和ケアチームのあり方について、いくつかの学会や研究会のテーマとして取り上げられている（表 3）。おもには、緩和ケアチームの運営上の問題点や、診療報酬算定についての解釈などが話し合われ、この中で、今後、以下のポイントについて、検討の必要性が指摘されている。

- ・緩和ケアチームメンバーの資格要件
- ・緩和ケアチームの構成メンバー
- ・緩和ケアチームの外来での対応
- ・緩和ケアチームの組織的な位置
- ・緩和ケアチームのコスト
- ・各施設の緩和ケアチーム間の交流や問題点を総

■表 1 緩和ケア診療加算に関する留意事項（抜粋）

本加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体症状又は、不安、抑うつなどの精神症状を持つものに対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係わる専従のチーム（緩和ケアチーム）による診療が行われた場合に算定する。

- ・初回診察で、主治医、看護師など共同のうえ「緩和ケア診療実施計画書」を作成
- ・1日あたりの算定患者数は1チーム30名以内

■表 2 緩和ケアチーム・施設の要件

- * 身体症状の緩和を担当する常勤医師
- * 精神症状の緩和を担当する常勤医師
- * 緩和ケアの経験を有する常勤看護師
- ・組織上明確にチームが位置づけられていること
- ・緩和ケアチームによる診療を院内に掲示されていること
- ・症状緩和に関わるカンファレンスが1回/週、開催されていること
- ・病院が医療機能評価を受けていること

■表 3 2003 年に開催された学会・研究会における緩和ケアチームについての検討

年月	学会・研究会	内容
2002 年 11 月	第 15 回日本総合病院精神医学会 ²²⁾	シンポジウム「緩和ケアチームの現状と将来」
2003 年 6 月	第 8 回日本緩和医療学会 ²³⁾	緩和ケアチーム検討委員会新設（メーリングリストの作成）
2003 年 6 月	第 16 回サイコオンコロジー学会 ²⁴⁾	ワークショップ「緩和ケアチームの運用と問題点」
2003 年 6 月	第 9 回大学病院の緩和ケアを考える会 ²¹⁾	シンポジウム「立ち上げよう！緩和ケアチーム」
2003 年 7 月	第 21 回全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会 ²⁵⁾	テーマ別分科会「緩和ケア診療加算：緩和ケアチームのあり方を考える」

括する場

緩和ケアチーム活動の今後の課題

一般病院での緩和ケアコンサルテーション活動は、それぞれの施設でのニーズやマンパワーに沿った様々なスタイルがあってよいのではないかと考えている。しかし、継続し安定したサービスを提供するためには、経済効果を考慮した運営方法の検討は必須である。そのため、緩和ケア診療加算新設のように診療報酬として算定されることは、緩和ケアチーム運営への大きく影響してくる。個々の施設での緩和ケアチームのあり方の検討とともに、様々な緩和ケアチームを包括できるような診療報酬のあり方についての検討も重要になってくる。このような検討は、当然、患者や家族のニーズにそって進化していくことが望まれ、患者や家族に、ニーズやそれぞれのチームの機能の評価が客観的に行われる必要がある。そのための指標の確立は重要な課題である。

また、一般病院での緩和ケアの提供には、地域の在宅医療や緩和ケア病棟との連携が求められる。施設の特長や規模の違いを包括した連携は、単純ではないが、このような連携は、緩和ケアチームの機能にとってだけでなく、個々の緩和ケアサービスの広がりや質の向上に欠かせない要素であろう。緩和ケアのネットワークの推進には、自治体の関与は重要である。

さらに、緩和ケアチームを活用する主体である、一般科のスタッフへの教育は、緩和ケアチームとの円滑な協働を推進していくための基盤となる。この教育の中で、ターミナル期における緩和ケアとしての狭いイメージから、診断期から提供される緩和ケアとして、広くその活用の認識を促すことが求められる。緩和ケアにあまり関心を持たないスタッフも含めた教育プログラムを模索していく必要がある。それから、教育の対象はスタッフだけでなく、病気についての理解やコーピング能力が推進されるよう、患者や家族へのプログラムの検討も重要になってくる。

WHO が提唱した緩和ケアの定義の中で「緩和ケアは疾患の初期段階においても適用される」¹⁾

と述べているように、緩和ケアは、終末期だけではなく、すべての療養過程において求められる。緩和ケアを必要とする患者・家族が、どのような療養の場にあっても提供されるべきケアである。一般病院の緩和ケアチームの活動が、一般の診療科と緩和ケア、施設でのケアと在宅でのケア、根治治療と緩和治療など、現在の医療の中にある繋ぎ目の橋渡しとなり、シームレスな緩和ケア提供システムの構築の一端を担うことができるよう成熟していくことが期待される。

文 献

- 1) 世界保健機関(武田文和 訳)：がんの痛みからの解放とパリエティブ・ケア. 第1版, 金原出版, pp 5-6, 1993.
- 2) 古元重和：緩和ケア診療加算の新設. ターミナルケア **12** : 333-337, 2002.
- 3) 厚生労働省ホームページ：医療施設動態調査(平成15年6月末概数) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m03/is0306.html>
- 4) 太鼓地武：医療費動向の現状と課題. 社会保障 No.1950, pp 34-37, 1997.
- 5) 武村真治, 他：地域高齢者の死亡前6カ月間の医療サービス利用. 日本公衆衛生雑誌, Vol.43, pp 409-416, 1996.
- 6) 鈴木要子, 他：がん患者の心理過程と医療に対する希望. pp 255-260, 2001.
- 7) 厚生労働省ホームページ：統計情報部「平成14年人口動態統計」http://www.dtbk.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_1_2.html
- 8) 医療経済研究機構：終末期におけるケアに関わる制度および政策に関する研究. 平成11年度医療経済研究候自主研究事業報告書. 2000.
- 9) Sasahara T, et al : Difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in general hospitals in Japan. *Palliat Med* **17** : 520-526, 2003.
- 10) Duunlop RJ, Hockley JM : Hospital-based palliative care teams. 2nd ed, Oxford University Press, pp 4-5, 1998.
- 11) Hockley J : The development of a palliative care team at the Western General Hospital. *Support Care Cancer* **4** : 77-81, 1996.
- 12) Ellershaw JE, Peat SJ, Boys LC : Assessing the effectiveness of a hospital palliative care team. *Palliat Med* **9** : 145-152, 1995.
- 13) Higginson I : Palliative and terminal care health care needs assessment. 2nd ed, Radcliffe Medical Press Oxford and New York, pp 28-33, 1997.
- 14) Lonberger EA, et al : The effect of palliative care on patient charges. *JONA* **27** : 23-26, 1997.

- 15) Edmonds PM, et al : Do hospital palliative care teams improve symptom control? Use of a modified STAS as an evaluation tool. *Palliat Med* **12** : 345-351, 1998.
- 16) 宮下光令, 他 : 自己評価の実際—クリニカル・オーデジットと STAS. *ターミナルケア* **13** : 109-114, 2003.
- 17) Hockley J : The development of a palliative care team at the Western General Hospital. *Support Care Cancer* **4** : 77-81, 1996.
- 18) hospice information : Hospice and Palliative Care Facts and Figures. p 4, 2002.
- 19) 高宮有介 : 昭和大学医学部付属病院緩和ケアチーム. *ターミナルケア* **8** (Suppl) : 72-76, 1998.
- 20) 寺島吉保 : 徳島大学医学部付属病院緩和ケア室. *ターミナルケア* **8** (Suppl), 76-79, 1998.
- 21) 第 9 回大学病院の緩和ケアを考える会総会研究会記録集. 2004.
- 22) 第 15 回日本総合病院精神医学会総会プログラム・抄録. 14 巻, 2002.
- 23) 内富庸介 : 平成 15 年度日本緩和医療学会緩和ケアチーム検討委員会. *日本緩和医療学会ニューズレター*, No.21, pp 65-66, 2003.
- 24) 第 16 回サイコオンコロジー学会総会, プログラム・抄録集. 2003.
- 25) 井上 聡 : 全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会 ; ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会ニュース. *ターミナルケア* **13** : 390-395, 2003.