

II. 緩和ケアにおけるコンサルテーション活動の専門性

2. 緩和ケアチームで活動する医師の役割と実際—1) 緩和ケア担当医の立場から

高橋 秀徳 下山 直人

(国立がんセンター中央病院 麻酔・緩和ケア科)

緩和ケアチームの緩和ケア医に求められる役割

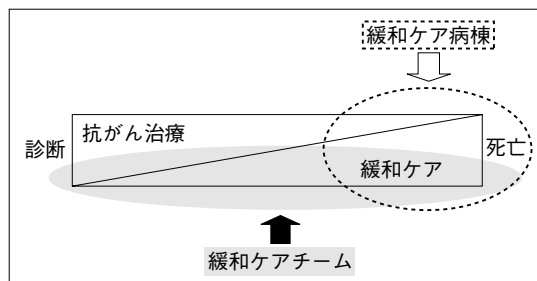
緩和ケアチームの役割とは、一般病棟における緩和ケアの普及である^{1,2)}が、この緩和ケアの概念は近年の発展に伴い大きく変化してきた。この変遷とともに緩和ケアチームの緩和ケア医は、これまでの緩和ケア病棟でのそれとは異なる役割を担うようになっている。

まず、緩和ケア病棟では保険診療の制約からいわゆる終末期患者のみが対象となるのに対して、チームでは抗がん治療中の患者にも関わることが可能である点が挙げられる(図1)³⁾。WHO(世界保健機関)による緩和ケアの定義も近年大きく変化したように、緩和ケアとは決してがん終末期に限定されるべき概念ではない。抗がん治療と緩和ケアは決して相反する概念ではなく、お互い相補的なものである。よって、緩和ケアが抗がん治療に並行して提供されることによってはじめて医療の本質である「全人的ながん診療」となりうる。そのことから、緩和ケア病棟における終末期患者に限った緩和ケアを「狭義の緩和ケア」と呼ぶならば、チームにはWHOが提唱する抗がん治

療中から並行して行われる緩和ケア、すなわちがん診療全体をカバーする「広義の緩和ケア」(図1)が求められているといえる。

チームの緩和ケア医がこれを実現させるためには、がん診療の流れの中で患者と関わっていくことがなによりも重要であり、そのためには主治医との綿密なコミュニケーションが欠かせない。

2点目として、緩和ケア病棟の緩和ケア医は患者にとって主治医であるのに対し、チームの緩和ケア医の場合は基本的に主治医をサポートするコンサルテーション医であるという点である。これまでの状況を考えると、チームの緩和ケア医が緩和ケア病棟と同様に個々の患者に対して主治医として関わることはもちろん必要な場合もあるだろうが、このやり方だけでは病院全体を対象とする緩和ケアチームの場合には限られた時間の中での限界が生じてくる。また、不必要に関わりすぎてしまうことによって、実際の主治医とチームの間でケアに対する責任所在が不明確となる危険性や、主治医がチームに頼り患者から離れてしまう結果、長期的にみると一般病棟での緩和ケアの能力が逆に低下する危険性がすでに指摘されている^{4~8)}。



■図1 がん診療における緩和ケアチームの役割の模式図

緩和ケアチームが少しでも多くのがん患者が緩和ケアの恩恵を享受できるようになることを目指して造られたことからすると、チームの緩和ケア医にはコンサルテーション医として医療者への教育を意識した関わり方が重要となる^{4, 9, 10)}。特に、チームの新設で期待されたのは、一般病棟における終末期がん患者に対するがん性疼痛治療の遅れを取り戻すことであり、すなわち、まずは世界の標準治療である「WHO方式に基づくがん性疼痛治療」を一般病棟において普及させる活動スタイルがチームの緩和ケア医には求められている。

3点目には、これまで述べてきたチーム外での役割のほか、緩和ケアチームの緩和ケア医はチーム内における役割についても理解しておくことが重要である。なぜなら、これまでの多くの緩和ケアチームにおける困難な状況が物語っているように^{3, 11)}、異なる性格、異なる背景を持つメンバーがそれぞれ異なる役割を担ってひとつのチームとして効果的に機能していくことは決して容易ではないためである。さまざまな職種が集まったグループにはチームダイナミクス (team dynamics) が働き、必然的にさまざまな障害 (conflict) が生じてくる^{4, 12)}。これらの障害に対処していくためにはチーム内での連携 (co-ordination) が求められており、その実現には効果的なコミュニケーションとリーダーシップが必要とされる。

すなわちチームの機能の円滑化に向けて緩和ケアチームの医師は、このような多職種からなるチームにおいては必然的にさまざまな障害が発生すること、そしてそれをいかに避けるかではなく、どのようにさらなるチーム力の向上につなげられるかを学び、チームの一員としていかにチームを効果的に機能させることに貢献できるかを知っておく責任がある。また、これらの障害に対処していく過程でチームには人のライフサイクルのような発達段階が生じるとされ、チームの発展の過程として自分たちがどの段階にいるのか客観的に知っておくことが、いざ困難に実際に遭遇した際に役立つものと思われる¹²⁾。

緩和ケアチームの緩和ケア医の実際の診療手順

緩和ケアチームの緩和ケア医の関わり方はいまだゴールドスタンダードと呼べるものではなく、それぞれの施設で、そのチームが期待されている役割を主治医との話し合いなどを通じてひとつ一つ見極めて、真の目標である「緩和ケアの普及」に向けてさまざまなニーズにすこしでも応えていくことが必要と考えている。ここでは、当院での現状を例として、チームの緩和ケア医に依頼があった場合についてその具体的な活動の流れを以下に示す¹³⁾。

1) まず、緩和ケアチームの活動は原則として主治医が直接チームに依頼することから始まる。これは基本的に患者の全責任はその主治医にあるためである。また、依頼の際、主治医には具体的な依頼内容を他科依頼票もしくはカルテ記載で示してもらうようにしている。主治医が緩和ケアチームに依頼するきっかけ (これを「主治医のニーズ」と呼ぶ〈表1〉) はさまざまであり、このような主治医のニーズに対して当院では緩和ケア医と精神科医、看護師がそれぞれ別々に窓口を設け、緩和ケアチーム全体への依頼という形ではなく、どの職種へも直接依頼できるようにしている。

たとえば、がん性疼痛マネジメントに関する依頼の場合には、身体症状マネジメントを専門とする緩和ケア医が窓口となり、チームの中心となって対応するというものである。これにより、チーム全体でひとつの窓口で依頼を受けるよりも主治医のニーズがより明確化され、多岐にわたるニーズにより迅速に対応でき、またチーム全体として

■表1 緩和ケアコンサルテーションにおける主治医のニーズ (依頼内容)

- ・身体症状マネジメント
- ・精神症状マネジメント
- ・終末期における患者の自己決定のサポート
- ・患者の終末期における体制づくり
- ・予後の判断
- ・退院に向けたプランニングサポート

はより多くのニーズに応えることができるという利点につながっているものと考えている。

2) 次に、その依頼された内容の「難易度」を判断する。たとえば、オピオイドが効きやすい痛みに対して鎮痛薬の処方からすべてお任せしますという依頼と、オピオイドが効きにくい難しい痛みなのでいろいろ工夫してみたがうまくいかずに困っているという依頼とを比較すると、明らかに疼痛治療における難易度は異なるといえる。

これを当院で用いている「難易度」表（表2）で表現すると、前者は primary レベルで、後者は secondary レベル以上に相当する。神経ブロックのような専門的技術・管理を要する難治性疼痛や、新薬の臨床試験への参加を必要とする場合などに関しては tertiary レベルに相当すると考えている。

ただ、これらの判断は緩和ケアに関する教育カリキュラムが医学教育や臨床研修を通じて確立していないこともあり、その依頼した医師や患者の状態、その対応に必要な治療法のエビデンスレベル、またそれぞれの施設の状況などに応じて変化するものであって構わないと考えている。

3) 緩和ケアコンサルテーションの内容と難易度を考慮しながらチームとしてどのように関わるかをカンファレンスにて相談したのちに、主治医と相談して最終的な方針を決定する。そして緩和ケア実施計画書に緩和計画を具体的に記載し、緩和ケア実施計画書を患者に示して署名にて同意を得る。主治医のニーズに対してコンサルテーション医としてどのように関わるか（表3）については、主治医のニーズや介入内容の難しさ、チームのキャパシティーなどを考慮している。それとともに限られた時間の中で主治医のニーズにできるかぎり応えながら、より多くの患者の症状緩和に努め、さらには病院全体の緩和ケア向上につながるような関わり方を心がけている¹⁴⁾。

4) 翌日以降は、依頼患者を「関わり方のレベル」に応じて回診し、緩和ケア医としての意見・方針を患者や主治医、病棟看護師へ適宜フィードバックしていく。緩和ケアに関する主治医のニーズはさまざまであり、また日々変化することを念頭に置き対応していく。また、より適切な対応部

■表2 緩和ケアコンサルテーションにおける難易度

primary	: すべての医療従事者に求められる基礎の緩和ケア
secondary	: がん治療医には必須とされる緩和ケア
tertiary	: 緩和ケア専門医に求められる、より専門的な緩和ケア

■表3 緩和ケアコンサルテーションにおける関わり方のレベル

レベル1	: 患者との接触はなしで、アドバイスのみ（例、電話相談など）
レベル2	: 患者との接触は一時的、もしくは週1～2回程度で、終診も考慮
レベル3	: 患者との接触は継続的で、主治医のニーズに適宜フィードバックできるよう毎日回診する
レベル4	: 患者との接触は継続的で、毎日重点的に回診し主体的に介入する
レベル5	: 患者とは主治医として関わる（緩和ケア病棟での関わりに相当）

門が他に存在すると考えられる場合には、その当該科の介入を主治医とともに考慮する。緩和ケア医の介入内容は診療録に適宜記載し、病棟看護師を含めた医療チームが情報を共有できるように配慮する。

5) 毎週1回の緩和ケアチーム合同カンファレンスにおいて、緩和ケアチームメンバー全員でチームが関わっている対象患者について検討する。各職種への依頼患者は形式上全員が緩和ケアチームへの依頼にはなるが、実際はすべての患者をチーム全体で共通して継続的に診ているわけではない。ただ、病状の進行に従って終末期に至る過程で、最初のニーズが他のさまざまなニーズとも関連していくようになることから²⁾、この合同カンファレンスにおいてお互いに提示し合って、多職種の観点からのアドバイスが適宜受けられるようにしている。

これをそれぞれの患者について継続的に繰り返して行っていくことで、その経過の中で求められている緩和ケアのニーズ（内容）やその難易度に応じてチームとしての関わり方を適時調整する形をとっている。

文 献

- 1) National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services (NHS) : Palliative Care in the Hospital Setting. Occasional Paper 10, 1996
- 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) 下山直人, 高橋秀徳, 鈴木久寛, 他：がん治療に伴う苦痛の予防とその対策—疼痛治療専門医の立場から．がん患者と対症療法 14 : 62-66, 2003
- 4) Dunlop RJ, Hockley JM : Hospital-based palliative care teams : The hospital-hospice interface. 2nd ed, p. 82-110, Oxford University Press, 1998
- 5) Closs S : 院内緩和ケアチームのインパクト—イギリスの場合．ターミナルケア 14 : 240-242, 2004
- 6) Addington-Hall JM, MacDonald LD, Anderson HR, et al : Randomized controlled trial of effects of coordination care for terminally ill cancer patients. BMJ 305 : 1317-1322, 1992
- 7) Hanks GW, Robbins M, Sharp D, et al : The impact study : A randomized controlled trial to evaluate a hospital palliative care team. Br J Cancer 87 : 733-739, 2002
- 8) Parkes CM : Terminal care : home, hospital or hospice? Lancet 1 : 155-157, 1985
- 9) O'Neil WM, O'Connor P, Latimer EJ : Hospital palliative care services : Three models in three countries. J Pain Symptom Manage 7 : 406-413, 1992
- 10) Weissman DE : Consultation in palliative medicine. Arch Intern Med 157 : 733-737, 1997
- 11) Herxheimer A, Begent R, Maclean D, et al : The short life of a terminal care support team. BMJ 296 : 1715-1717, 1988
- 12) Cummings I : The interdisciplinary team. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 2nd ed, p. 19-30, 1998
- 13) 高橋秀徳, 下山直人, 村上敏史, 他：がん治療における緩和ケアチームの役割．血液・腫瘍科 50 : 532-538, 2005
- 14) 高橋秀徳, 村上敏史, 戸谷美紀, 他：より多くの患者のニーズに応えるための緩和ケアチームの関わり方とは？—国立がんセンター中央病院における「関わりのレベル」表の紹介．緩和医療学, 2006