

Ⅲ. 緩和ケア病棟におけるケアの専門性

1. 緩和ケア病棟と緩和ケアチームの連携

堀 泰祐

(滋賀県立成人病センター 緩和ケア科)

はじめに

当センターはがん診療連携拠点病院の指定を受け、地域におけるがん診療の中核施設としての役割を期待されている。特に、がんの緩和医療に関しては地域のかかりつけ医と連携して、緩和ケアの普及と実践を行うことが求められている。緩和ケアチームは院内の一般病棟において、診断・治療中から終末期までのがん患者のケアに当たる一方で、在宅ホスピス（在宅緩和ケア）との橋渡しの役割をも担う必要がある。

緩和ケア病棟を有する病院の緩和ケアチームの特徴として、一般病棟においてがん治療中の患者の身体的、精神的な症状コントロールとならんで、終末期であっても緩和ケア病棟を希望しない患者、あるいは緩和ケア病棟を希望していても満床のため転棟を待っている患者のケアを行うことが挙げられる。在宅ホスピスとの連携については、地域の医院、診療所に対するアンケート調査をもとに在宅ホスピス医一覧を作成し、地域医療サービス室と協力して在宅を望む患者・家族の在宅への移行を援助している。さらに、地域の医療機関に対して、緩和ケアに関する啓蒙活動を行っている。

緩和ケアチーム活動の実際

当センターにおいては、緩和ケア病棟発足時の準備チームが病棟の設立後も引き続き緩和ケアチームとして活動を続けてきたが、2003年9月より緩和ケア診療加算（以後、緩和加算）が認められた。チームメンバーは、緩和ケア科医師2名（専従1、専任1）、心療内科（精神科）医師1名

（専任1）、看護師3名、薬剤師、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士各1名（兼任）である（ただし、2006年3月末にて心療内科医師が開業されたため、2006年4月以降は緩和加算が算定できなくなった。本稿は2006年3月末までのデータをもとに報告する）

実際の活動は、週1回定期的にチームカンファレンスを持ち、緩和ケア病棟入院患者の検討を行うとともに、チームとして関わっている緩和加算対象患者と転棟予定患者について討議を行っている。討議結果に基づいて専門的介入が必要な患者については、個々にチームメンバーに対して介入を依頼している。チームメンバーは病棟スタッフに必要な指導や助言を行うとともに、直接、患者・家族に診療や面談を行っている。病棟に向向いて収集した情報、あるいは患者の診察や聞き取り、治療方針や今後の課題について、チームカンファレンスで繰り返し議論を深めるようにしている。

緩和ケアチームとしてのラウンドは行っていない。当初、チーム全員で各病棟を回診する形で行っていたが、ラウンドを受けた患者から、緩和ケアチームが来ると末期であることがわかってしまうので、止めてほしいとの要望があったこと、その時間帯に全員が揃うことが難しかったことから、各メンバーが必要に応じて、個々に患者を訪問する形に改めた。

緩和ケアチームへのコンサルテーションは、患者の主治医からチームメンバー医師の緩和ケア外来に受診依頼をしてもらうか、電話などで直接、依頼を受けることで行っている。チームメンバーの医師は、外来または病棟への回診で患者を診察あるいは患者家族と面談を行い、主治医と相談の

うえ緩和ケア診療計画書を作成している。そのうえで、患者本人あるいは家族から緩和ケア診療計画書に同意のサインをもらうようにしている。

緩和ケアチームによる診療実績

緩和加算患者は、2003年度（9月から翌年3月まで7カ月間）5名、2004年度22名、2005年度62名の計89名であり、男性42名、女性47名、平均年齢は61.3歳であった。1人当たりの平均算定日数は23.9日であり、延べ算定日数は2003年度80日、2004年度353日、2005年度1,113日と急増している。緩和加算による診療報酬は2003年度16,750点、2004年度88,250点、2005年度234,500点であった。

緩和加算後の転帰は、軽快退院（在宅）28例、緩和ケア病棟への転棟30例、一般病棟のままで死亡されたのは30例、転院1名であった。

軽快退院のほとんどは、疼痛緩和目的で依頼があり、除痛できた後、在宅療養になっていた。軽快退院し、在宅療養を続けていた症例28例のうち、10例は緩和ケア病棟に再入院、7例は元の科に再入院して死亡、5例は元の科に再入院後緩和ケア病棟に転棟、残り6例のうち5例が在宅療養中であり、1例が在宅死亡された。

軽快退院して在宅に移行した症例は、当センターの外来に通院するか、元のかかりつけ医に診察を受けていた。緩和ケアチームが在宅療養の調整に中心的に関わった症例は2例のみであった。

緩和ケアチームへの依頼理由は疼痛75例、不安・抑うつ・せん妄8例、全身倦怠感3例、腹部膨満感2例、呼吸困難1例であり、疼痛コントロール目的の依頼が多かった。依頼元の診療科は、消化器内科29例、外科28例、呼吸器科16例、婦人科8例、耳鼻科6例、泌尿器科2例であった。がんの原発部位としては、膵17例、肺16例、胃11例、大腸10例、子宮8例、乳7例、肝5例などであった。

緩和ケアチームの役割と課題

緩和ケアチームの役割は、がん治療を継続中の

患者の身体・精神症状の緩和に関するコンサルテーションや実際の指示を行うとともに、一般病棟においては見逃されがちな心理社会的な問題についても関わることである。

コンサルテーションの依頼理由は疼痛コントロールが84%と最も多かったが、緩和ケアチームが関わることで心理社会的な問題がみえてくることも多く経験された。不安・抑うつ・せん妄での依頼は9%であったが、精神科（心療内科）医師の対応のみでなく、チームとして家族ケアなどに関わることも必要であった。

また、いまだにホスピス・緩和ケア病棟について「死に行くところ」という偏見・誤解を持つ患者も少なくない。病院内に緩和ケア病棟が存在しても、転棟を希望されないがん終末期患者に対して、症状コントロールなどの緩和ケアを提供することも大切な仕事である。チームが関わりながら、元の病棟で亡くなられた患者も30例（34%）と少ない数字ではないと思われる。

がん治療中の患者や終末期となる前から抗がん治療を中止した患者などに対しても、緩和ケアチームが関わることで疼痛コントロールなどの症状緩和が速やかに行われ、早期の退院、在宅への移行が可能になり、軽快退院となった症例も28例（31%）と少なくなかった。がん治療中から緩和ケアチームが関わることで、終末期になるまで継続してケアを提供でき、緩和ケア病棟入院や在宅療養にスムーズに移行することが可能である。

最近では、緩和ケア病棟を持たない他の病院から緩和ケア病棟への紹介が増え、緩和ケア病棟が満床となっていることが多い。院内で緩和ケア病棟を希望していてもすぐには緩和ケア病棟に入れず、空きを待っている患者・家族のケアを行うことも重要な仕事の一部である。

在宅を望まれる患者に対する在宅ホスピスへの援助については、実際には2例（2.2%）に関わったにすぎず、まだ不十分であると思われる。在宅ホスピスとの連携については、すでに地域の医院・診療所にアンケートを行い、在宅緩和ケアに興味があるか、往診が可能かどうかなどについて調査した。その結果、在宅ホスピスに興味があり、実際に往診などが可能な医院・診療所をリス

トアップし、それらの医療機関との連携強化に努めている。

医療経済面からみると、2005年度で診療報酬は2,345,000円となり、看護師1人分の給与にも満たない額である。ただ、当センターの緩和ケアチームは元々いた緩和ケア医2人のうちの1人が専従となり、看護師も新たに雇用したわけではない。したがって業務量は増えているが、経費が増えたわけではないため、結果的に増収となっている。今後、緩和ケアチームが関わる患者数は増加すると見込まれ、診療報酬が少ないとはいえ、ある程度保証されることも利点の一つであろう。

さらに、一般病棟においてはチーム医療が十分行われているとはいえ、緩和ケアチームが入り込むことによって、一般病棟でのチーム医療の糸口となる可能性がある。一般病棟のスタッフに対する緩和ケアやチーム医療についての教育・啓蒙活動ともなっていると思われる。

当センター緩和ケアチーム活動の問題点として、毎週1回はチームカンファレンスを持ち、メンバー全員で討議を行っているが、一般病棟における活動は専従医あるいは専任医、看護師、薬剤師などが個々に訪問することが多いことが挙げられる。チームメンバーと一般病棟のスタッフが一緒に顔をつき合わせて話し合う機会がなく、多面的に十分な意見交換を行う時間を取ることが難しい。また、一般病棟の担当看護師、特に主治医のカンファレンスへの参加が少ないことも問題である。依頼内容が疼痛コントロールに偏りがちなため、心理社会面のケア、スピリチュアル・ケアなど全人的ケアまでに踏み込むことが困難であることも挙げられる。

考 察

笹原¹⁾は院内緩和ケアチームの役割として、①アセスメントとアドバイス、②患者・家族へのケアとサポート、③スタッフサポート、④教育、⑤他のサービスとの連携、⑥悲嘆のケア、を挙げている。

このうちスタッフサポートや悲嘆のケアについては、現状では緩和ケアチームが一般病棟内でイ

ニシアチブを取ることは少なく、緩和ケア病棟内で行われているにすぎない。これらのことを一般病棟内で行うには、マンパワーもシステムもついていかないのが正直なところである。しかし、高宮²⁾が述べているように、限られた人数と時間のなかでできるところから始めることが大切かもしれない。

われわれの緩和ケアチームにおいては、一般病棟のままで亡くなるがん患者の症状コントロールやケアのほか、一般病棟から緩和ケア病棟への転棟の調整などの一般病棟と緩和ケア病棟への橋渡しの役割が大きかった。また、治療中のがん患者の症状コントロールに関わることも多かった。診断初期の抑うつのがん患者のケアを緩和ケアチームに依頼されることもあった。高橋ら³⁾の指摘するように、一般病棟において診断から終末期まで、症状コントロールをはじめとしてギアチェンジの援助などの「広義の緩和ケア」を行うためには、緩和ケアチームの役割が大きいと思われる。緩和ケア病棟を有する病院においても、緩和ケアチームが存在することにより、病院全体で「広義の緩和ケア」が少しずつ可能になると考えられる。

医療経済的な面で見ると、当院の総病床数は約500であり、吉本ら⁴⁾の報告によれば、年間160程度のコンサルト件数になると予想され、緩和ケアチームがフルに稼動すれば現在のおおよそ3倍の年間収入が期待できる。そうなれば、専従の看護師を1名増員することも可能であり、緩和ケアチーム活動の質を高めることができるとと思われる。

われわれの緩和ケアチームにおいては、すでに述べた理由から多人数で病棟をラウンドすることなく、それぞれの職種が個々に必要な患者を訪問する形を取っている。この形では、チーム内での綿密な情報交換や調整が難しく、樽見⁵⁾が述べているように、multidisciplinary teamではあってもinterdisciplinary teamとはなり難い欠点がある。週一度のチームカンファレンスをいかに充実させるかが重要な鍵となると思われる。

まとめ

がん診療連携拠点病院の指定を受けた当センターにおける緩和ケアチームと緩和ケア病棟との連携を中心に現状を述べた。がんの診断・治療の段階から終末期まで、がん患者の心と身体のケアを提供する「広義の緩和ケア」を実践するためには緩和ケアチームが必須である。また、緩和ケア病棟を有する病院においても、終末期であっても緩和ケア病棟を望まない患者も少なくなく、一般病棟における緩和ケアの充実が欠かせない。緩和ケアチームの活動は、限られたマンパワーとシステムの中で足りないところも多いが、多職種チームとしての成果を少しずつでも積み上げていくしかないであろう。

文献

- 1) 笹原朋代：英国における院内緩和ケアチームの運営と活動の実際—わが国の緩和ケアチームへの示唆を含めて。ターミナルケア 13：280-283, 2003
- 2) 高宮有介：わが国における緩和ケアチームの現状と今後の展望。ターミナルケア 13：271-279, 2003
- 3) 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かかり方とは—国立がんセンター中央病院における「かかわりのレベル」表の紹介。緩和医療学 8：128-136, 2006
- 4) 吉本鉄介, 石野由樹, 久田純生, 他：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 8：151-158, 2006
- 5) 樽見葉子：チームビルディングの考え方と実際。ターミナルケア 13：262-266, 2003