

以上

報告書

I 事業の目的・方法

1. 目的

平成 18 年にがん対策基本法が制定されたことや、平成 19 年にがん対策基本計画が策定されたことにより、ここ数年で、がん緩和医療・がん終末期医療は大きく発展した。特に、がん診療連携拠点病院において、緩和ケアチーム・緩和ケア外来を設置することが義務化されたことにより、がんの治療期から、しっかりとした緩和医療を提供する体制が構築されたことは、特筆に値する。また、平成 24 年度の保険診療改定により、ホスピス・緩和ケア病棟の入院診療点数が大幅に増額されたことにより、多くの医療機関がホスピス・緩和ケア病棟を有するようになり、全国各地でしっかりとしたがん終末期医療を提供出来るようになった。このように、本邦でも、がん治療期から終末期まで、切れ目のないがん緩和医療・がん終末期医療供給体制が整いつつある。

しかし、こういった法整備および保険整備から取り残された疾患群や、患者群が存在することも事実である。その一例として、我々は、人工血液透析を要する慢性腎不全患者のがん緩和医療・がん終末期医療提供に注目した。

人工血液透析を要する慢性腎不全患者は、腎がんをはじめとするがんの発生率が高いとされている。一方、人工血液透析を要する慢性腎不全患者のがん治療は困難を極めることが多い。とくに、がん緩和医療・がん終末期医療では、血液透析が積極的延命とみなされホスピス・緩和ケア病棟への入院が制限されたり、緩和ケア病棟に入院する際、緩和ケア病棟入院管理料のみでは血液透析の費用がまかなえないことから、ホスピス・緩和ケア病棟への入院を断られる、などの問題が発生している。実際、当院緩和ケア病棟でも、人工血液透析を行っている患者の入院は対応していない。こういった現状を鑑みると、人工血液透析を行っている患者のがん緩和医療・がん終末期医療は、人工血液透析の管理を行う内科医や泌尿器科医などが行うこととなるケースが多いと考えられる。しかし、人工血液透析を行っている患者のがん緩和医療は、腎排泄性薬剤、とくにモルヒネやプレガバリンの使用が難しいなど、一般のがん患者に対するがん緩和医療よりも、より専門性の高い知識が要求される。しかし、人工血液透析の管理を行う内科医や泌尿器科医が、こ

ういった専門性の高いがん緩和医療に関する知識を習得する場は少ない。そこで、緩和ケア病棟・緩和ケアチームと人工血液透析センターをともに有する当院において、人工血液透析の管理を行う内科医が、主たる業務である人工血液透析の管理業務を行いつつ、緩和ケア病棟・緩和ケアチームにおける専門的ながん緩和ケア・がん終末期医療を研修することを目的として、本研修を企画した。

2. 方法

人工血液透析の管理を行う内科医が、主たる業務である人工血液透析の管理業務を行いつつ、その業務に支障を来さない範囲内で、緩和ケア病棟・緩和ケアチームにおける専門的ながん緩和ケア・がん終末期医療を研修するために、以下の研修プログラムを作成し、実行した。

(1) 緩和ケア病棟入院患者の入院診療

2013年4月1日から2014年3月15日の期間中、緩和ケア病棟に入院する患者のうち、本研修指導医が主治医を務める患者の担当医を行うことにより、緩和ケア病棟入院患者の入院診療を行わせた。

(2) 緩和ケア病棟カンファレンスへの参加

2013年4月1日から2014年3月31日の研修期間中、毎朝9時から10時まで、緩和ケア病棟カンファレンスルームにて開催される緩和ケア病棟カンファレンス(その日に入院している患者のケアについて検討するカンファレンス)に、指導医とともに参加させた。

(3) 緩和ケア病棟多職種カンファレンスへの参加

2013年4月1日から2014年3月31日の研修期間中、毎週金曜日午後1時30分から2時30分に緩和ケア病棟カンファレンスルームにて開催される緩和ケア病棟多職種カンファレンス(緩和医療・緩和ケア・終末期医療などに関係する多職種が集まり、その週入院した患者のケアについて検討するカンファレンス)に、指導医とともに参加させた。

(4) 緩和ケアチーム回診への参加

2013年4月1日から2014年3月31日の研修期間中、毎週木曜日午前10時から午後2時に行っている緩和ケアチーム回診に、指導医とともに参加させた。

(5) 緩和ケアチーム多職種カンファレンスへの参加

2013年4月1日から2014年3月31日の研修期間中、第2・4木曜日午後2時から3時に緩和ケア病棟カンファレンスルームにて開催される緩和ケアチーム多職種カンファレンスに、指導医とともに参加させた。

Ⅱ 内容・実施経過

1. 内容

(1) 緩和ケア病棟入院患者の入院診療

緩和ケア病棟に入院する患者の診療を通じて、

- ① 医療用麻薬の使用方法、とくにがん末期の亡尿期(腎不全期)における腎排泄性薬剤であるモルヒネの使用方法や、肝代謝性薬剤であるオキシコドン・フェンタニルへの変更など、専門的な医療用麻薬調整法について
 - ② がん疼痛管理における腎機能保護に配慮した薬剤の使用方法、とくに非ステロイド鎮痛解熱薬とアセトアミノフェンの使用方法について
 - ③ がん末期の亡尿期(腎不全期)における鎮痛補助薬、とくに腎排泄生薬剤であるプレガバリン(リリカ®)やガバペンジン(ガバペン®)の調節方法について
 - ④ がん末期の亡尿期(腎不全期)における輸液療法について
 - ⑤ がん末期の患者・家族の意思決定支援について
- などを特に重点的に指導した。

(2) 緩和ケア病棟カンファレンスへの参加

緩和ケア病棟カンファレンスでは、医師の治療計画と看護師の看護計画の整合性を検討する過程を学ばせた。

がん緩和医療・がん終末期医療では「治療のゴール」を設定することが困難である。よって、他の病棟・他の領域では「あたり前」である、医師と看護師の「治療のゴールの共有」が難しい。このゴール設定が困難な状況においても、医療者間のcommunicationを密にすることにより、医師の治療計画と看護師の看護計画の整合は確保する過程を学ばせた。

(3) 緩和ケア病棟多職種カンファレンスへの参加

2013年4月1日から2014年3月31日の研修期間中、毎週金曜日午後1時30分から2時30分に緩和ケア病棟カンファレンスルームにて開催される緩和ケア病棟多職種カンファレンス(緩和医療・緩和ケア・終末期医療などに関係する多職種が集まり、その週入院した患者のケアについて検討するカンファレンス)に参加した。

(4) 緩和ケアチーム回診への参加

2013年4月1日から2014年3月31日の研修期間中、毎週木曜日午前10時から午後2時に行っている緩和ケアチーム回診に参加した。

(5) 緩和ケアチーム多職種カンファレンスへの参加

2013年4月1日から2014年3月31日の研修期間中、第2・4木曜日午後2時から3時に緩和ケア病棟カンファレンスルームにて開催される緩和ケアチーム多職種カンファレンスに参加した。

2. 実施経過

(1) 緩和ケア病棟入院患者の入院診療

2013年4月1日から2014年3月31日の研修期間中、担当医として計175人の入院患者の診療を担当した。

(2) 緩和ケア病棟カンファレンス

計10回の緩和ケア病棟カンファレンスに参加した。

(3) 緩和ケア病棟多職種カンファレンスへの参加

計10回の緩和ケア病棟カンファレンスに参加した。

(4) 緩和ケアチーム回診への参加

計42回の緩和ケアチーム回診に参加した。

(5) 緩和ケアチーム多職種カンファレンスへの参加

計21回の緩和ケアチーム回診に参加した。

III 成果

1. がん緩和医療・がん終末期医療の知識習得について

緩和ケア病棟・緩和ケアチームでの研修を通じて、以下の知識を得ることができ、実践することが出来た。

(1) 身体的苦痛コントロールについて

① 腎機能に配慮した鎮痛薬の選定について

非ステロイド鎮痛解熱薬 (NSAIDs) は、オピオイドを用いる必要のない比較的弱いがん疼痛から使用することが多い。また、オピオイドを開始した際も、NSAIDs を併用することは、「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン」においても推奨されている。一方、Cyclo-oxygenase(COX)を阻害し鎮痛効果を発揮する NSAIDs は、つねに腎機能を障害するリスクを有している。

本研修では、NSAIDs を用いる状況において、腎機能を障害するリスクのないアセトアミノフェン(カロナール®・アセリオ®)を用いることを学ばせた。緩和医療学会が発行している「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン」でも、カロナール® 600mg/回・4 回/日投与など、数年前では添付文書により禁じられていた投与量が推奨されている。本研修では、こういった緩和医療・がん疼痛治療における標準的なアセトアミノフェン使用方法を習得した。また、NSAIDs (COX 阻害薬)を用いる場合でも、より腎機能に影響の少ない COX-2 選択的阻害薬(セレコキシブ: セレコックス®・エトドラグ: ハイペン®)を用いることや、COX-2 選択的阻害薬のみでは疼痛管理が困難となった場合は、早めに医療用麻薬を用いることを研修させた。

② 呼吸困難に対する緩和治療について

まず本研修の初期において、呼吸困難(感)と呼吸不全はまったく別の病態であることを理解させた。つぎに、呼吸困難(感)の治療には、モルヒネが有効であることを研修させた。モルヒネの使用量については、MS コンチン®やパシーフ®、オプソ®など既成の薬剤を用いる方法も教育したが、より細かい容量調節ができるようにモルヒネ水による管理を重点的に学ばせた。

③ 腎機能低下時の鎮痛薬投与量調整・薬剤変更について

腎機能が低下した患者では、腎排泄性薬剤の作用遷延が問題となる。緩和医療・終末期医療分野における代表的な腎排泄性薬剤は、モルヒネとプレガバリンである。

疼痛治療および呼吸困難の治療において、モルヒネは重要な役割を果たしており、特に前述した呼吸困難の治療においては、他の薬剤に変更することが困難なほど、強い効果を有する。よって、例え腎機能が低下したとてモルヒネを用いざるを得ない状況は容易に想定される。こういった場合、患者を観察しながら投与量を減量する方法と、Patient controlled analgesia(PCA)や Nurse controlled analgesia(NCA)的概念を用いてモルヒネを間欠的に投与する方法が想定される。本研修では、両方の方法を実践させ、習得させた。

プレガバリンについては、腎機能が低下して来た段階で、ケタミン(ケタラル®水)などの他剤への変更について学ばせた。

(2) 精神的苦痛のコントロールについて

① 腎機能低下時のせん妄治療について

まず、研修初期において、基本的なせん妄の診断と治療について研修させた。この段階では、当院において採用している非定型抗精神病薬であるリスペリドン(リスパダール®)、オランザピン(ジプレキサ®)、クエチアピン(セロクエル®)の使い方と、薬剤選択について学ばせた。

次に研修後半においては、腎排泄性の非定型抗精神病薬であるリスペリドン(リスパダール®)について、腎機能低下時の用量調節について学ばせた。

② 認知症の終末期医療について

がん緩和医療の適応となる患者群は、比較的高齢者が多い。よって、認知症を発症している者も少なくない。また、日常生活を問題なく営んでいる軽度認知機能低下症例であっても、がん緩和医療・終末期医療を行っていくうえで行わざるを得ない意思決定において、支障を来す症例も少なくない。

緩和ケア病棟・緩和ケア内科では、非常勤医師(心療内科医)とリエゾンナース・臨床心理士が中心となって精神科リエゾンチームを形成

している。今回の研修では、この精神科リエゾンチームと協働して、研修生に対して基本的な認知症の診断方法(特に日常生活を問題なく営めている初期症例の認知症診断・認知機能低下の評価)や、日常診療での基本的な留意点などを研修させた。

(3) 社会的苦痛のコントロールについて

がん告知が一般化した今日であっても、患者本人に対して「がん告知をしないこと」を望む家族は多くみられる。本研修では、そういった家族への心理的サポートを重点的に学ばせた。

これにより、患者が認知症を有している場合や、がん告知後のきもちの落ち込みから回復するまでの期間より予後が短い場合など、がん告知の利点が見いだせない症例以外は、患者の自己意思決定支援が出来るように、ご家族のお気持ちを「がん告知をしよう。」という方向に導くことができるようになった。

(4) 心理・実存的苦痛のコントロールについて

まず、研修初期において、がん患者がかかえる「こころのつらさ」について、精神的苦痛・心理的苦痛・実存的苦痛に大別されることを学ばせた。これにより、研修後半では個々の患者について、精神的苦痛を非常的の心療内科医にコンサルト出来るようになり、心理的苦痛に対しては臨床心理士と協働することができ、実存的苦痛に対しては病棟に常駐するチャプレン(姫路聖マリア病院緩和ケア病棟ではカソリックの司祭)に相談できるようになった。

2. 内科指導医として

研修生は、姫路聖マリア病院において、内科の指導的立場にある医師でもある。当然ながら、緩和ケア病棟・緩和ケアチームにおける研修においても、その時々において研修生が指導している初期研修医も同時に緩和医療・終末期医療に関する研修を受けることとなる。我々が指導した内容は、研修生と初期研修医に伝わることとなり、同時に2名の医師を教育することとなった。

また、研修生は、我々から得た知識を初期研修医に説明することにより、その知識をより理解する機会を得たと考えられる。このことは、本研修にお

ける副次的効果であると考えられる。

さいごに

今回、姫路聖マリア病院緩和ケア病棟・緩和ケア内科は、はじめてこのような研修を企画した。研修を受け入れる側の我々も、この研修を通じてとしても、多くの学びを得た。我々は、本研修のような研修が、全国各地で行われることにより、人工血液透析を行っている患者のがん緩和医療・がん終末期医療がよりよいものになることを期待する。

また、人工血液透析を行っている患者以外にも、法整備および保険整備から取り残されたがん患者が存在する。そして、緩和医療・終末期医療は、がんのみならず、非がん疾患を煩う患者に対しても行われるべきである。こういった患者群の治療にあたる医師に対して、ホスピス・緩和ケア病棟を有する施設が、専門的緩和医療・終末期医療の教育を行っていくことは、我が国の医療全体のレベルアップにつながるものと考えられる。

一方、国民福祉は医療のみによって実現されているわけではない。近々の問題として、いわゆる「2025年問題」と呼ばれる高齢化社会・多死社会に関わる問題が存在する。我々は、この問題を解決するためには、医療と福祉・介護の連携や、老人保健施設などの介護施設における看取りなども、積極的に取り組まなければならないと考えている。そのひとつの方法として、我々は、こういった施設で働く職員(介護職員など)に、ホスピス・緩和ケア病棟における専門的な緩和医療・終末期医療や、看取りの方法を研修する場も与えたいと考えている。しかし、姫路聖マリア病院のような地方のいち施設だけで、こういった研修を具体化できるわけではない。実際、研修を受ける介護職員の研修中の給与を確保することも困難である。我々は、こういった分野、つまり「介護職員・福祉職員の看取り研修。」にも、公益財団法人笹川記念保健協力財団のご尽力を期待するものである。