

2014年 2月 10日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団
理事長 喜 多 悦 子 殿

2013年度ホスピス緩和ケアスタッフに対する海外研修助成

研 修 報 告 書

研 修 課 題

1 緩和ケア先進国での緩和ケアチームの実際の診療を見学する

2 上記を通じ、現在行っている日常の診療での改善点を探り実践する

所属機関・職 亀田総合病院 疼痛緩和ケア科フェロー

研修者氏名 清水瑠衣

このたび、笹川記念保健協力財団の助成を受け、緩和ケア先進国である米国ニューヨーク州の Beth Israel Medical Center にて研修する機会を得た。

この貴重な経験を以下に報告する。

1. はじめに

私は、卒後初期研修を経て 2009 年より 2012 年まで一般外科として後期研修を行った。外科とはいえ、私が研修した病院には腫瘍内科や緩和ケア科はなく、癌診療は主に外科医が行っていた。診断から手術、術前・術後抗癌治療を経て、不幸にも再発した患者や、初診時にすでに根治不可能と判断された患者を多く診療させて頂くなかで、緩和ケアへの関心が高まり 2012 年に亀田総合病院緩和ケア科での研修を開始した。

緩和ケア科での研修を進めるにつれ、やはり日本ではまだ一般的とは言えない分野であることを痛感した。また、コンサルタントとしての業務上、他科との連携が非常に重要であること、日本では必ずしもその連携が容易ではないことを感じ、緩和ケア先進国での実際の診療を見てみたいと考えるようになった。

現職場の上司である関根龍一部長が以前にニューヨーク州で内科・緩和ケア科の研修を修了していたことから、ご紹介頂く幸運に恵まれ Observership として短期研修をさせて頂く運びとなった。

幸い、幼少期から高校卒業までをイギリスで過ごしたため英語力は（衰えを感じるものの）問題にならず、有意義な研修を目指し 2013 年 8 月末に渡米した。

2. 研修期間

2013 年 9 月 2 日から 9 月 30 日（4 週間）

3. 研修施設

Beth Israel Medical Center

Division of Pain and Palliative Care

4. 研修の目的

- ① 緩和ケア先進国での緩和ケアチームの実際の診療を見学し、我が国との違いや共通点を認識する。
- ② 文化背景などの違いを認識した上で、現在自分が行っている日常の診療での改善すべき点やさらに磨くべき点を確認し、実践出来る改善方法を探る。

5. 研修の報告

私の研修期間は4週間であり、事前にスケジュールを組んで頂くことが出来た。

BIMCの疼痛・緩和ケア科はいくつかの部署に分かれていた。

私は、下記の順番で研修を行った。

- ① 第1週 : Inpatient Palliative Unit
- ② 第2週 : Acute Pain Team
- ③ 第3週 : Inpatient Consultation Services
- ④ 第4週 : Outpatient Clinic

5-① Inpatient Palliative Unit 緩和ケア病棟

期間 : 9/3-6 (9/2 は Labor Day)

ベスイスラエル病院の緩和ケア病棟 (IPU) は 20 床を擁し、その内 12 床はホスピス団体である MJHS が経営している。事前説明は MJHS によって行われ契約をしてから入院となる。残りの 8 床は院内の紹介患者や独自に契約した患者が入院する。

IPU を担当していた医師は Attending である Dr. Lesage とフェロー、レジデントの 3 名であった。

一日の流れとしては、朝 8 時頃より患者の把握、カルテチェックを行い、9 時からの医師・看護師・ソーシャルワーカーで行われるカンファレンスに備える。その後回診を行い、午後は動きのある患者への対応や新規入院患者への対応を行っていた。

入院患者は Pain、Palliative、Hospice に分類されるが、疾患による分類はなく癌・非癌にかかわらず入院可能であった。

病棟看護師は 16 人ほどおり、大体 1:6 程度の体制となるように交代勤務をおこなっているとのことであった。

印象的であったのは、ここでの IPU は「緩和ケア病棟」と日本的なイメージとはまったく異なる存在意義を持っていたことだ。米国では「Hospice」という単語はほぼ「Home Hospice」(在宅緩和ケア)と同意義であるようで、病院で最期を迎えるという概念はあまりない様子であった。つまり、ここでの IPU はナースিংホームや Home Hospice へ移行するまでの医学的管理を行う場所、退院可能なるように治療を行う場所、としての役割が主であったのだ。このことは、平均在院日数が 7 日前後であることから示されていると考える。

日本での緩和ケア病棟は、依然として癌患者に限られている場合が多く、また、入院したらそのまま最期を迎えることが多いと思われる。そのため、緩和ケア病棟を利用出来る適

応範囲が非常に狭くなっていると感じた。

日本でも、最期を迎える場所として自宅を挙げる患者が増えていると聞く。今後、それを実現するためには緩和ケア病棟のあり方も変えていく必要があるのではないかと考える。

5・② Acute Pain Team (急性期疼痛管理チーム)

期間：9/9-13

APT の主な業務は、術後の疼痛管理であった。

整形外科疾患、腹部疾患の術後の患者が対象となり、疼痛コントロールが困難になりやすい膝関節置換術や脊椎ヘルニア術の疼痛管理を担っていた。

事前に翌日の手術予定をチェックし、疼痛管理が難しくなりそうな症例をあらかじめリストアップしコンサルトがあれば即座に対応出来るよう事前準備がしっかりとされていたのが印象的であった。実際には専門的介入は必要なくなる場合もあったが、コンサルトがあれば迅速・確実に対応できることが重要となっていた。

一日の流れとしては、出勤後は事前準備されているリストを確認し、SICU からコンサルトがあればすぐにベッドサイドで対応することの繰り返しであった。硬膜外カテーテルの入った患者にはかならず介入し、依頼は平均一日 10 件程度であった。術後の NPO 期間は PCA、硬膜外カテーテルからの薬剤投与で対応し、経口摂取可能となれば速やかに経口鎮痛薬へ移行するよう配慮されていた。

日本では、ともすれば術後に痛いのは当たり前、との感覚に陥りがちであるのではないかと感じた。麻薬への抵抗感も医療者、患者側ともに依然として存在している。また、SICU を備えている病院は数少なく、術後の疼痛管理も執刀医や主治医に一任されることが多いため、なかなか手が回りにくい側面もあると考える。やはり、ピンポイントでエキスパートが介入することで術後疼痛管理をスムーズに行い、早期離床を進めることで術後合併症を減らすうえで非常に大きな役割を果たすのではないかとと思われる。

また、慢性疼痛患者のコンサルトも受けていた。私がローテートしたときには腎不全患者の慢性疼痛への対応や、薬物依存患者への対応を行う機会があった。後者に関しては、やはり米国ならではの、という感じを受けた。ちょうど私が研修を開始した時期に ISTOP というシステムが NY 州で導入されたようで、麻薬の処方重複して出されていないかの確認を強化する動きがあったようだ。レジデントが「書類仕事が増えるだけかもね、依存症の患者はどんな手を使っても薬を手に入れるし、どんなシステムにも抜け道はあるから…」と話していたのが印象に残った。

このチームの中心を担当していたのは米国では多いナースプラクティショナーであった。私がローテートしたときには Mr. Medina というフィリピン出身の NP の方が親切に対応してくださった。この方は、BIMC の前には Mount Sinai 病院でも勤務していたとのことで

あった。フィリピンのバナナ農園に生まれ、その後アメリカへ移住し現職に就くまでの経緯をビザを食べながらおもしろおかしく、時に真剣にお話ししていただいたのはよい思い出となった。人員確保という意味では、ナースプラクティショナーが果たす役割は大きく、日本でも最近ではその存在価値が取り沙汰されている。一外科医としては、この職種や APT は非常に助かる存在になるだろうと感じた。

5・③ Inpatient Consultation Services (入院患者のコンサルテーション業務)

期間：9/16-20

ICS の主な業務は、院内患者への緩和ケアであった。これは、コンサルトされた患者を主科と併診するという形で、私が日本で行っている緩和ケア科業務ととっても近いものであった。

一日の流れとしては、まず毎朝チームカンファレンスが行われていた。出席者は DPMPC の Attending の医師、フェロー、レジデントの他に精神科医、薬剤師、ナースプラクティショナー、ソーシャルワーカーの総勢 8 名で行われていた。まずは新規の症例から開始し継続フォローの患者に関して身体的側面だけではなく社会的背景を深く議論していた。

その後、動きのある患者を回診し、フェローは新規患者への対応に追われて一日を過ごしていた。

新規患者に関しては、まずはレジデントとフェローが問診、初回診察を行い、Attending に報告、概ねの方針を議論したあとで改めて Attending とともに訪室し最終的な決定をする、という流れになっていた。この点は、日本で私が通常行っている業務と似ていた。

意思決定支援や家族ケアにもこのチームは役割を果たしており、家族を交えた meeting に同席し専門的側面から説明を行ったり、患者家族へのケアを行っていた。

患者はやはり癌の症例が多く見受けられたが、心疾患・腎疾患・呼吸器疾患の終末期も決して少なくはなかった。特に印象に残ったのは、20 歳の男性の症例であった。この患者は敬虔なクリスチャンである家族に生まれた African-American であったが、16 歳の時に同性愛者であることを家族に告げ、以降絶縁状態となっていた。18 歳の時に HIV 陽性と診断されていたが、その後診療を受けることはなく、AIDS を発症した。路上で意識混濁状態で発見され私が研修したときには AIDS 脳症により permanent vegetative state に陥っていた。この患者の家族との meeting は、非常に emotional なものであった。尽くせる手をすべて尽くして欲しい、神に祈っていただければいつか意識が戻るはず、抜管などは考えられない、と話す家族に対し、医療者の考えを伝えるのに主科、ICS とともに苦慮していた。背景はちがえど、このような家族と医療者の意見の相違は私も日常的に経験している。国や宗教が違っても、思い悩むことは世界中で同じであることを痛感した症例であった。ちなみに、この患者は自身の意思を明確にしていなかったこともあり抜管はされなかったが、肺炎な

どを合併しており私が研修中に亡くなった。

医学的には、使用する薬剤や使用法に特に目新しいものはなかったが、日本との大きな違いを感じた点はやはりスタッフ間のコミュニケーションについてであった。

毎朝行われるカンファレンスでは、非常に活発な議論が交わされており、時には感極まって医療者が涙したり声を荒らげる場面もあった。しかし、ひとたび議論がまとまれば、何事もなかったかのように振る舞っており、禍根を残す様子はまったく見受けられなかった。また、たとえばソーシャルワーカーの方が薬剤の名称や効果、副作用についても詳しくたり、医師も福祉や社会保障に関して専門科顔負けの知識をもっているなど、職種を超えてそれぞれが日々勉強している努力が如実に感じられた。皆それぞれの職種が対等に意見を言い合い、皆で方針を決める、というある意味当たり前のことではあるが、経験上非常に難しいことであると常々感じていることが目の前で繰り広げられていることに感動を覚えた時間であった。

また、上級医とフェロー、レジデントの関係性にも日本とは違う点が見られた。たとえば、家族との meeting のあと、リーダーとなったレジデントが Attending に評価を求める場面があった。Attending は改善点も含めて建設的に評価を伝えていたのであるが、その後、当たり前のように今度は Resident、Fellow が Attending の評価を始めたのである。このような相互評価システムは、米国ではすでに歴史があり、当たり前の文化となっている。相互評価をすることによって、優れた教育システムが成り立っていると考える。しかし、日本の文化ではやはりたとえそれが好意的な評価であったとしても上司を評価する、しかも面と向かって、というのはなかなか難しい。また、自分が評価される立場になった場合に、それを自然に受け入れることができるかどうか、非常に考えさせられた。

また、今回の研修目的でもあった他科との連携については、やはりこの一週間がもっとも学ぶことの多い研修となった。このことについては後述する。

5-④ Outpatient Clinic (ペインクリニック)

期間：9/23-27

Outpatient Clinic では、神経ブロックを行っていた。

クリニックは BIMC とはやや離れた位置に独立しており、一日 30-40 件程度の神経ブロックを必要とする患者に対応していた。

日本では麻酔科医が行っているイメージが強いペインであったが、ここでは Pain 専門の医師が常駐しており、ブロック治療のみに専念していた。

上記の通りあまりにも多い件数を行っており、研修している医師も多かったため、外部からの見学者である私はあまり深く関わることは出来なかった。

その中でも、スタッフ間の良好なコミュニケーションや教育方法をかいま見ることが出来

た。忙しいととにかく手技を教えることを怠りなんでも自分でやってしまいがちなのであるが、上級医が忙しい中でも丁寧に研修医に指導している様子を見て反省多々であった。

期間を通じて、午前・午後に行われる研修医向けのレクチャーや抄読会にはなるべく出席させて頂く機会を得た。皆が活発な議論を交わしている様には刺激を得ることが出来た。

6. 研修を通じて

4週間を通し、当初の目的であった日本との相違点や共通点を探るという中でいくつか感じたことを述べたいと思う。

まず、医学知識やテクニックとしてはさほど大きな違いは感じられなかった。認可されている薬剤や適応範囲の違いは多少あれど、知識としてはすでに持っているものが多く、むしろ日本の方が先進的な面もあり誇らしく思うこともあった。

しかし、緩和医療に対する一般的な考え方やスタッフの認識、チーム医療に対する考え方では大きく遅れを取っていると感じられた。

繰り返しにはなるが、やはりスタッフ間の相互評価がもたらす教育の充実は日本ともしっかりと大きく違いを感じる面であった。医師同士のみならず、他職種間で双方向から建設的批判をすることで得られるものは大きいだろう。それを当たり前とする文化が日本に根付くのは難しいかもしれないが、自分も含めそういった批判を真摯に受け止める姿勢や禍根を残さない考え方がいつか根付くことを心から願う。

先述したように、患者本人や家族との話し合いにおいて ICS は主科とほぼ毎回同席していたが、こと DNR の意思確認や意思決定支援においては主科のいるいないに関わらず ICS が主導する場面を多く経験した。日本での診療では、主科を差し置いてこのような話を患者とすることはそれまでの経験ではあまりなかったように思う。それはやはり主治医制度が根強く残る文化から来るものと思われるが、主治医が絶対的に決定権を握る日本ではなかなか見られないことであった。残念ながら、見たことのないような魔法のテクニックを駆使してコミュニケーションを取っているわけではなく、米国では文化的に役割分担が当たり前になっているのだと強く感じた。皆がおのこの役割をしっかりと実行することに専念しており、領土争いの様なことには発展しないのだろう。残念だが、BIMC で行われていたようなことをそのまま実行すれば、日本では大問題に発展するだろう。

しかし、米国方式が必ずしも最良かと言われるとそうではないとも感じた。日本の風土では、患者側も特定の「自分の主治医」を求める傾向があり、チーム医療に慣れていない面もある。また、「自分の主治医」「自分の患者」というのはある種ウェットな関係ではあるものの医療者側の責任感を強める役割を果たしていると考ええる。

どちらが良い、というのではなく、主治医と患者の関係を損ねないよう主治医へのアドバ

イスに徹すること、ただし主治医に遠慮するのではなく患者にとってベストなことをしっかりと専門的知識を背景にアドバイスすることを心がけるようにしていきたいと今は考えている。

印象的であったのは、これほど先進国であるにもかかわらず、まだオーダーリングシステムが紙ベースであったことだ。建物も私が普段勤務している亀田総合病院と比べると非常に古く、エレベーターがよく故障しており思った以上にアナログな世界であった。

6. 海外研修を終えて

研修終了から数ヶ月が経過した。

現在も私は緩和ケアチームの一員として勤務している。

研修を通じて感じたことが実践出来ているかという点、そうとは言い切れない面もある。

特に、役割分担に関してはやはり困難を感じる人が多い。

最近、30代の子宮頸癌末期の女性の症例を経験した。疼痛コントロールに難渋した症例であったのだが、この患者と関わる中で、私は自分自身が非常に territorial になっていると感ずることがあった。年齢が近い女性、ということもあったのかもしれないが、この患者に対してはご家族も含めて親近感を抱き接していた。チームで介入していたのだが、私が独自に関わるが多かったためかいつしか自分だけがメインで診療している状況になっていた。そして、主科の方針と食い違いがあったときに思った以上にいらだちを感じたり、ときにはそれが態度にでてしまっていたかもしれない。そんなときにこの報告書を書き始めた。書きながら、自分を反省した次第である。

8. おわりに

今回、このような貴重な経験をさせてくださった笹川記念保健協力財団の皆様にご心より感謝致します。

また、人員不足にもかかわらず快く研修に送り出してくださった亀田総合病院緩和ケア科スタッフの皆様にご心から謝意を申し上げます。