

平成23年 / 月2 / 日

財団法人 笹川記念保健協力財団  
理事長 紀伊國 献三 殿

所属機関・職名 聖路加国際病院 緩和ケア科 医員

研修者氏名 櫻井 宏植 

平成22年度ホスピス緩和ケアスタッフに対する海外研修助成  
研修報告書の提出について

標記について、下記のとおり報告いたします。

記

1. 研修課題

症状アセスメントツールの 実際について 学ぶ

2. 研修期間 平成22年 9月26日 ~ 平成22年 12月 16日

82 日間

3. 研修先 (日本語にて)

- ・ カナダ・エドモントン 緩和ケアプログラム
- ・ カナック プレイス チルドレンズホスピス
- ・ ビクトリアホスピス

4. 研修報告書

別紙 (正1部、副3部)、FD・MO・CDR等 [有] ( | 枚)・無]

(注 研修報告書はA4判横書き8,000字程度以上)

## 平成 22 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

聖路加国際病院 櫻井宏樹

### ．はじめに

今回笹川記念保健協力財団の助成を受け、症状アセスメントツールの実際を学ぶ事を目標に掲げ、カナダ・エドモントンの地域緩和ケアプログラムおよびバンクーバーのカナックプレイスチルドレンズホスピス、ビクトリアホスピスで研修を行ってきたので報告する。

なお本報告書はカナダでの現状を詳細に報告するというよりは日本との差異、日本の緩和ケアへ応用できる点を中心に報告する。エドモントンにおける地域・病院間でのネットワーク、教育内容の詳細などについては、昨年度本助成を受け渡加された間宮敬子氏の報告書、菊池信孝氏ら（緩和ケア 16:488-491. 2006）や樽見葉子氏（緩和ケア 19:170-174. 2009）の論文を参照されたい。

### ．エドモントン地域緩和ケアプログラム

エドモントンはカナダ・アルバータ州の州都で、市の中心部は丘の上であり、谷にはノースサスカチュワン川がながれてとても景色のいいところである。郊外では石油が発掘され、そのおかげで州の消費税が 0%と違った意味でもステキなところである。

カナダで 2 番目に在校生が多いアルバータ大学の教育病院のうち、唯一急性期緩和ケア病棟を持つグレイナズホスピタルでまず研修をした。その後がんセンター緩和ケア外来、コミュニティ緩和ケアチームおよび急性期病院緩和ケアチームで研修した。またアルバータ大学病院に併設されている子ども病院の緩和ケア担当医師や、口腔外科領域がん患者の嚥下リハビリの研修をされている医師の話聞く機会も得た。特に後半に経験したロイヤルアレックスホスピタルで樽見葉子先生に緩和ケア医として必要な知識から仕事をする上での態度まで幅広い指導を受けたことは、今後の進むべき方向を見た感じがして得るものが大きかった。

グレイナズホスピタルはローマンカソリックをベースにもつ病院で、緩和ケア病棟は 20 床ある。3 人のアテンディング医師（患者さんを入院させる権限を持つ医師）と 4-6 人のレジデントが病棟の治療にあたっている。看護師は、看護補助者もふくめて日勤で 8 人、準夜で 7 人、夜勤で 6 人と、医師も看護師も聖路加国際病院緩和ケア病棟（以下当院）の 1.5-2 倍の人数が勤務している。そのほかに薬剤師、クラーク、臨床心理士、ソーシャルワーカー、チャプレン、音楽療法士とさまざまな専門職が働いている。

初めのうちは英語がさっぱり分からず、医学生に聞きなおしたり、患者さんに発音を教えてもらったりと少々ブルーになる時間があったが、研修が終了するころにようやく半分くらい聞き分けるようになった。しかしスムーズに話せるようになるには程遠く、言語能力の問題もあって、独りで入院患者さんの病歴をとるのではなく安定した患者さんの経過をみに訪室するのが精一杯であった。もちろん入院してきた患者さん全てにおい

てカナダの医師の shadowing (ピットリと後ろについて見学) をさせてもらった。医療行為についてはメサドン、ハイドロモルヒネという日本にはない薬を使っているが、オピオイドローテーション・症状コントロールなどについては日本とほぼ同じ治療をしている印象を受けた。精神的・社会的・スピリチュアルな問題については、多職種で分業が進んでいるカナダにくらべて、日本の緩和ケア科医師の方が患者さんの話をよく時間をかけて傾聴している印象があった。看護師については勤務人数が多い分、ゆったりとしていていつ清拭しているのかわからないくらいであった。海外に入院したことのあつる日本人の話によるとあまり清拭してもらえないと聞いたことがあるので、実際に清拭していないのかもしれない。日本の看護師のほうが、いいか悪いかは別にして、身を粉にして一生懸命働いている印象があった。(カナダと日本の優越を論じているのではなく、日本はそれほど医療内容での差異はないが一人の医師・看護師にかかる負担が大きい印象があったことを伝えたい。) その他ソーシャルワーカー・薬剤師・音楽療法士も日本と同じように病棟でそれぞれの専門性を発揮していた。チャプレンについては、キリスト教をベースにした土地なので日本よりは多くの患者さんに介入しているようであった。

それぞれの働きに大きな差はないように思えたが、それでは日本の緩和ケアが見習い、吸収すべきものは何なのであろうか。その一つはどうやら情報を分析共有し、発信して建設的な方向に持っていくそのプロセスにありそうだ。

#### 情報の共有

チームで治療を行うには、その患者さんに関する情報を皆で共有することが大切である。エドモントンの場合はそれが入院前から始まる。市内の病院の外来カルテ・画像・血液検査情報はすべてどの病院からも閲覧可能で、どのような治療経過をたどってきたか、どのような意思決定をしてきたかが把握できる。そのうえ入院前にかかわった家庭医、家庭医の依頼を受けて往診する地域コンサルテーション緩和ケアチーム、がんセンター外来緩和ケアチームすべてが同じ症状アセスメントツール (The Edmonton Symptom Assessment System) を使用しているので、症状を経時的に数字で把握することができる。いわば情報共有するためのテンプレートなのである。

そして入院後はその情報をもとにどんどん多職種がそれぞれ病室へ入って行く。患者さん側にとっては重複したことを聞かれたり、大人数の訪室で疲れたりすることもあるかもしれないが、これには多角的に患者さんを把握しケアしていくメリットがある。多職種カンファレンスは各自得た情報を共有する場所で、他のメンバーにも必要な情報と思われるものはどんどんカルテにも記載していく。各人の専門性は日本も大きく変わらないし、一見参加職種・カンファレンス形態も違わない。しかしながら日本のように主治医・担当医の指示のもとに介入するのではなく、本人・家族が必要としているかどうかを直接確認し介入していく。いわば能動的な介入ともいえるべきか、それをするこ

って提供するケアに漏れが少なく、かつ各自の専門性がさらに発揮されている印象があった。全責任が医師にのしかかる日本の医療現場でそれを導入するには時間がかかるかもしれないが、メンバーお互いの顔が見えて信頼しあえる職場環境であればこれは見習う価値がある。

患者さんたちはさまざまな医療者に同じ話を何回もさせられ、辟易している場面がたまに見られる。自分のこれまでの経過をよく把握してもらえている、スタッフみんなに共有してもらえている、信頼できると感じた時に、初めて心を開いて新たな情報を語り始めるのではないだろうか。

### 情報の分析

前項では地域全体で共通の症状アセスメントツール（痛みや吐き気など 10 の症状を 0-10 段階で表現する。0 は症状が全くない状態。10 が想像しうる最悪の状態。）を使用していることを述べた。では共有した情報をどのように利用するのか。たとえば入院して痛みが 10 のうち 8 だったものが 3 になりました。おおそれは良かった、良かった、で終わりではなく、この病棟では、痛みが 3 になるまでどのくらいの日数がかかったか、オピオイド使用量は如何ほどであったか、除痛まで時間がかかる人にはどのような特徴があるのか、年齢・痛みの種類・社会的背景・薬物依存歴の有無などに違いがあるのかなどと、芋づる式にわいてきた疑問に対して癌性疼痛の分類などとともに評価し分析していく。そこで分かってきたのが、若い人・神経障害性疼痛・薬物依存歴・意識障害がある人は痛みが落ち着くまで時間がかかるようである。

また、不安が 2/10 だと患者さんが表現したとする。2 であれば大丈夫そうだなと判断するのではなく、患者さんは心理的負担を過小評価あるいは表現したくない場合が多いので、たとえ 0 であっても何か心の中に引っ掛かっていることがあって表現したくないかもしれないと考える。（もちろん実際不安がない場合もあろう。）そして「何か気になることがあるのですか」とコミュニケーションのきっかけのツールとしても使っていく。これは普段医療者が注意して患者さんに気を配り、細かいところまで目を向けているのだけれども、ツールを使うことで日常のケアの漏れを少なくすることができるのではないかと考える。

以上のようにアセスメントツールを日常のケアに利用し、分析して臨床研究に使用しているのである。

### 情報の発信

ここで大事なことは普段病棟で使うツールは簡便でなければいけないし、研究のためだけではなく、普段のケアに意味のあるツールでなければいけない。さまざまな症状についてアセスメントツールが開発されているけれども、煩雑でいかにも現場にそぐわなく研究のためだけに開発されたのはと疑ってしまうものも多々ある。アウトカムを改善

するものであるのが第一だが、妥当性（きちんと対象としているものをとらえているか）・信頼性（時間をおいて評価しても、あるいは評価者を変えても評価が変わらないか）が高いものでなければいけない。そういう観点でアセスメントツールを評価していくと本当に使えるものは限られてくる。エドモントンというカナダの地方都市での緩和ケアが注目されたのは、決して病院のハードウェアでなく、そういう観点でアセスメントツールを作成し、分析して自分たちの仕事を再評価し、実際のケアを変えていくというサイクルを作ったことが一つの要因であろう。そしてこのサイクルを定着させ、論文という形で世界に発信したからだと考える。その評価を継続することによりそのデータが宝の山になり、それを元に日々のプラクティスを改善することで患者さんに利益をもたらし、最終的には自らの医療行為・ケアの意味を確認し再評価することで労働意欲にも繋がるのであろう。そうやって自分たちの仕事を輝かせることが臨床研究の本当の意味なのかもしれない。

緩和医療医会全体でも研究をなささい、研究をなささいと言われているけれども、仕事に追われている我々は日々の仕事をこなすのが精いっぱい何かが仕事上の疑問なのかもはっきりわからない。これ以上日常業務を増やすのも無理である。当院にも研究センターもあるけれど、どのように臨床疫学の専門家に関わってもらえばいいのかさえよくわからない。しかしながら、薬剤の使用法・ケアの質についてはそれほど差がないことを実感した私は、この辺のこと（臨床研究）を徐々に進めて論文として発信していかないと日本の緩和ケアが世界に、あるいは日本の他診療科に永遠に認知されないであろうと痛感した。

#### ・カナックプレイスチルドレンズホスピス

エドモントンでの研修を終えてから鉄道でブリティッシュコロンビア州に移り、独立型小児ホスピスのうち北米ではじめて設立されたカナックホスピスで研修する機会を得た。カナックホスピスは1995年に設立されて以来、国際的にも小児ホスピスの運営モデルとなっており、教育・研究に関してもリーダー的役割を担っている。バンクーバーの閑静な住宅街に建てられた邸宅を年間1ドルの賃料で借り受け、ホスピス用に改築されている。症状コントロール、トランジションケア（急性期は過ぎたが自宅退院前にもう少しサポートが必要な患児の入院、あるいは成人病院への転院にむけて18歳の誕生日までの入院）、終末期ケアそしてレスパイト（本人・家族の休息入院）をおもなプログラムとして掲げている。病床数は7床で家族用部屋も2室用意されている。年間入院数は約200人でそのうち約25人が終末期ケアの対象となっているそうだ。（詳細についてはホスピスホームページ <http://www.canuckplace.org/index.php> を参照のこと）当院でもたまに小児の症状コントロールについて相談を受ける事がある。また逆に子どもたちにどう自分の病気・死について伝えていくかを悩んでいるがん患者さんがいれば小児科医・チャイルドライフスペシャリスト（小児心理の専門家）に相談をすることが

ある。また日本の緩和ケア界でも小児ホスピスを設立する機運が徐々に高まっていることもあったので小児の緩和ケアを経験し小児ホスピスの現状を見たいと思い訪れた。小児の症状アセスメントについては特に使用しているツールはなかった。やはり成人と違って点数で症状を評価し、経時的に一貫して使用できるツールはないようである。薬剤については投与量の違いはあれ、医療用麻薬やベンゾジアゼピン系の薬剤など成人と同じ種類の薬剤を使用している印象があった。

自分がかねてから独立型ホスピスであると、患児に社会から孤立させられている感じさせないかと疑問を持っていた。そこでそのホスピスの管理者にその質問をそのままぶつけてみたところ次のような回答を得た。病院併設型にしても独立型にしてもそれぞれメリット・デメリットがある。病院併設型は子どもとそれまで信頼関係を築いてきた同じスタッフが対応でき、運営コストの面でもメリットがあるが、落ち着いた環境が得にくい。独立型は良好な療養環境を得られるが、運営コスト・人的資源の面で苦労することが多い。高学年の児童以上になると独立型への転院は隔離感や死に行くところへ移るというイメージがあり嫌がる患児も実際にいる。そういう意味で、小児総合病院から車で5分程度の距離にあり、スタッフも定期的に交流しているカナックプレイスホスピスは理想的であるとのことであった。

その一方で、大学病院と併設されている小児総合病院で緩和ケアを担当している小児科医に話を聞いたところ、独立型にはあこがれもあるが、地域の中でもいまだ貧困が問題になっているときに公的資金を使ってハコモノを作るのには躊躇するので、在宅医療との連携を進めているとのことであった。

以上を総合すると、療養環境・スタッフの一貫性などからは総合病院とそれほど遠くない独立型ホスピスが理想だが、人的資源・経済面で困難な場合は家庭が最高のホスピスと考えて在宅医療を充実させていくのも一つの方法であろうと感じた。

### ・ビクトリアホスピス

緩和ケア領域で使用されているアセスメントツールのなかに Palliative Performance Scale (PPS)という日常生活の活動度を評価するものがある。その開発者の一人である Dr. Downing の講演を聞いたとき、その分かりやすさと背後に隠れている知識の豊富さに感銘を受けてその開発過程を知りたいと切望し、バンクーバーから水上飛行機に乗ってバンクーバー島のビクトリアホスピス(<http://www.victoriahospice.org/>)を訪問した。ビクトリアホスピスはロイヤルジュビリーホスピタルの中にある 17 床の緩和ケア病棟で、年間約 670 人の入院を受け入れている病棟である。今回は病棟での研修というよりは緩和ケア領域での臨床研究の立案・マネジメントについて話を聞くことを主眼に訪問した。

まず以下のように、開発した結果どのように診療・ケアに利益をもたらしたかを滔々と紹介された。PPS が入院をするタイミングの一つの指標になること、看護度の指標に

もなり担当患者を割り振る時にも参考にしていること、入院前の患者の全身状態の衰弱を目の当たりにしている在宅医療チームと患者をまだ見ぬ病棟医師とのギャップを埋める手段として使用していること、食事摂取量や排せつ方法も含まれているため医学的知識の少ないボランティアでも容易に患者さんの状態が把握できることなどを学んだ。臨床的に有用であることが第一で、簡潔で使用しやすいこと、容易に研究にも応用できることが重要であると確信した。

Dr. Downingにはそのほか研究計画を実行していく上での戦略の立て方や反対する人々にどのように対応していくかなどといった裏話もざっくばらんに教えていただき、臨床研究をしたい衝動にかられてしまった。

#### ．これからの日本の緩和ケアに必要なこと

これらの経験から以下のことが日本の緩和ケアが発展するうえで必要になってくると感じた。

##### アセスメントツールの活用

世界には様々な患者層、症状を対象にしたアセスメントツールがあふれている。玉石混交である。日本では緩和医療学会が中心となって STAS-J が開発されたが、実際に導入し、日々のケアに活用している施設はそれほど多くない。やはり常用されるには簡便さと臨床的意義の最大公約数的なものであることが必要であることを今回確信した。煩雑なツールであると、医師がこれは有用だと言葉で勤めても、実際に評価する看護師がそれを理解できず、また評価に時間がとられてケアの邪魔になってしまうばかりで、数人・数日で終わってしまうのが関の山である。そういう意味では The Edmonton Symptom Assessment System や The Palliative Performance Scale は上記をクリアしている。それぞれの緩和ケアの現場で必要な情報をみたくツールを取捨選択した上で活用し、そのデータを共有・蓄積し、そして結果を検討していくことがケアの改善につながっていくのであろう。

##### 臨床研究の推進

今回カナダの緩和ケアで私が一番魅力を感じたのは臨床研究に対する態度だった。医療は科学性と芸術性を併せ持つといわれているが、これまでの日本の緩和ケアは芸術性に偏っていた印象がある。これは医療全体が科学性のみに偏っていたこともありその反動としていささか仕方がないことではあるが、不適切な治療を行われていたとしても「患者さんが希望していなかったから」とか「最期は苦しまなかったから」といった魔法の言葉で逃げてきた感も否めない。近年 Evidence Based Medicine が人口に膾炙されているが、これは決して研究や論文によって裏付けされたもののみしか行ってはいけないということではなく、現在分かっていることと分かっていないことを明らかにし、それを Base にしたうえで、患者さんの考えかた・医師の経験・文化的背景を加味して医療を行っていくというものである。これまでの緩和ケアは患者さん側の視点を大切にすこ

とでは他の診療科の模範となってきたわけだが、これからの緩和ケアは科学性の要素を強化してバランスをとっていかないと日本の同業者から異質な科と誤解されてしまう。また科学性を探究することは、自らのケアの正当性を研究によって検証していくことであり、それによって知的好奇心が刺激され、燃え尽き症候群を回避するのにも寄与する。以上より臨床研究の推進は必須の項目なのである。

#### 医学生および研修医教育の充実

今回急性期緩和ケア病棟では医学生・研修生とともに診療にあたり、講義を受けた。カナダでは学生のうちから緩和ケアを実践しているのである。

現在日本では医学生への緩和ケアの教育はシステム化されたものがなく、たとえば麻酔科講義のうち 1 時間などわずかなものである。緩和ケアはテレビ・インターネットで徐々に一般世間に認知されつつあるが、大方の医学生もその域を超えていない。患者さんの方が詳しい場合さえある。当院に夏休み・冬休みを利用して見学に来る学生は、知人が緩和ケアを受けたひとがいる、あるいは一度社会を経験したあと total care に興味を持ち医学部に入りなおした人などとも緩和ケアの philosophy を理解していることが多い。大学病院で経験して興味を持ってという学生は皆無に等しい。さみしい限りである。現在、がん診療医に講習会などで緩和ケアの普及が図られているが、それと並行して、医学生が実際の現場に触れ合う機会がさらに増えるように大学で緩和ケアを行っている先生方に検討していただきたい。また腫瘍医や家庭医をめざしている研修医にはローテーションを義務化するなど各病院の管理者および関連学会に働きかけるのも必要であろう。

#### コメディカルの役割の拡大

緩和ケアの魅力のひとつに多職種が関わることがあげられる。さまざまな職種がその専門性を発揮して患者さんの苦痛の除去をめざすものだが、日本では医師の権限が強すぎて他職種が活躍しにくい印象がある。誤解を恐れずいえば、医師の顔色をうかがいながら当たり障りのない範囲での関わりで終わらせている印象がある。日本では医療行為が医師の指示のもととなっているのでコメディカルとしては無理のないことかもしれないが、積極的に介入できる権限をコメディカルにも与える必要がある。すべて医師が責任を持つのは重過ぎる。

これは医療行為のみでなく病棟運営にも当てはまる。バンクーバーのカナックチルドレンズホスピスの管理者はもともと看護師の資格を持っているが、大学院でリーダーシップコースを修了した方であり、日本も職種に関わらず、全体を統率するのにふさわしい資格を持ったものがボスになるべきだと考える。そうすれば医療現場にありがちな医師の独裁、横柄な態度を防げる可能性があるし、医師も医療行為に専念できる。コメディカルもますます自信を持って診療に当たることができるだろう。

．おわりに

今回の研修で、これから緩和ケア医として生きていく上でとても重要な経験ができた。金銭的援助をしてくださった笹川記念保健協力財団様、研修を受け入れてくださったカナダ・アルバータ大学緩和ケア科、カナックチルドレンズホスピス、ビクトリアホスピス各関係者の皆様、休職中のサポートをしてくださった聖路加国際病院緩和ケア科の皆様に心から感謝する。