

2011年 9月 30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 亀田総合病院  
疼痛・緩和ケア科 フェロー

研修者氏名 蔵本 浩一



2011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

- ①アメリカ、NYにおける疼痛緩和ケアとその教育の実際を知る。
- ②NYにおけるHIV/AIDSの疼痛緩和ケアの実際を知る。

2. 研修期間 2011年 5月 9日 ～ 2011年 6月 10日

33日間

3. 研修先 (日本語にて)

米国 ニューヨーク州 ・ベスイスラエルメディカルセンター  
・モンテフィオーレメディカルセンター

4. 研修報告書

別紙 (正1部、副3部)、FD・MO・CDR等 [ 有 ( 枚) ・  ]

平成23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

研修先: New York, Bronx

医療法人 鉄焦会 亀田総合病院

疼痛・緩和ケア科

蔵本 浩一

## 目次

1. はじめに
2. Beth Israel Medical Center でのローテーション研修
3. 他施設での研修(Montefiore Medical Center)
4. 考察
  - a. 緩和ケア研修全体を通して
  - b. HIV/AIDS の疼痛・緩和ケアについて
5. 感想(NY での生活 etc.)

## 1. はじめに

今回、私が米国のニューヨークで緩和ケア研修を受けるきっかけとなったのは、私がこれまでの臨床経験を通じて、米国での疼痛・緩和ケア、また HIV/AIDS の緩和ケアに興味を持ち、行ってこの目で何が行われているか確かめたいと思ったのが最も大きな理由である。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研修および疼痛緩和ケア科のフェローシップを修了していたことから、2010年9月にあちらの研修担当の方と連絡をとってもらい、Observership という形で1ヶ月の短期研修を許可していただいた。

研修準備として、まず英語の勉強 (TOEIC、英会話) を開始し、その他に、国内の HIV/AIDS の緩和ケア病棟入棟に関する調査報告をまとめて日本 AIDS 学会学術集会 (2010. 11. 30 東京) で発表した。同時に笹川記念保健協力財団の海外研修助成に応募し、英語試験をクリアする、という条件付きで内定をいただくことができた。条件であった TOEIC に向けて準備を進めている最中、2011/3/11 に大震災が起きた。幸い鴨川の病院に居た私は無事だったが、大崎市 (宮城県北部の最大震源地) に勤務する母とは1週間、大船渡在住の父とは2週間全く連絡が取れなかった。幸い両親ともに無事で自宅も津波の被害を免れていたが、この海外研修に果たして行くべきかどうか、真剣に悩んだ。

答えが出ないまま、震災から1ヶ月後に気仙沼に支援ボランティアに参加した足で帰郷し、そこで両親からこの研修に向

けてエールをもらい、予定通りに渡米することを決意した。

一方で3/13に予定されていた TOEIC 試験が中止となり、私は財団から課せられていた英語の課題をクリアすることが出来なかった。助成については諦めていたが、今回は避けられなかった事態であり、帰国後に試験を受ける、という条件で特別に助成を認めて頂いた。おそらくこのような形で助成をいただいた人間はこれまでいないはずであり、財団の皆様から感謝するとともに、有意義な研修にすべく気持ちを一層引き締め、5/9に渡米した。

## 2. Beth Israel Medical Center での研修

今回の研修の目的は二つ。

一つはアメリカで提供されている緩和ケア診療をみること、もう一つは HIV/AIDS に対して緩和ケアがどのようにして提供されているのか、この二つを知ることだった。先方にもこの二点を伝えて、研修に臨んだ。

私の研修期間は 5/12 から4週間であり、あらかじめローテートスケジュールを組んでもらった (ローテート表は添付)。ベイスラエルの疼痛・緩和ケア科は、いくつかのサブセクションに分かれており、私のローテートは、

- ① Acute Pain Team (APT)
- ② Inpatient Palliative Unit (IPU)
- ③ Inpatient Consultation Service (ICS)

④ Phillips Ambulatory Care Center (Pain Clinic)

を1週間毎に回るというものだった。また調整段階からの私の希望で、週に一度

⑤ Peter Kruger Clinic (HIV/AIDS Clinic)

の見学を組み込んでいただいた。

以下にそれぞれの部署での研修内容を記す。

## 2-①

Acute Pain Division (APD)

期間：5/16-18, 20

本来であれば5/13が初日であったが、その日は朝一で疼痛緩和ケア科のジャーナルクラブが開催されており、それに参加したために、その日の Acute Pain Team のスタートに遅れてしまい、その日はコンサルテーションサービスに帯同することとなった。仕切り直して週明けの5/16(月)からのスタートとなったが、初日に相手をしてくれたフィリピン出身のNP(ナースプラクティショナー)の Ms. Susan Gador が非常にきさくで、何もわからない自分に対して病院全体のこと、チーム業務のこと、NYの生活のことなど、懇切丁寧に説明してくれた。APDにはもう一人、男性でおなじくフィリピン人NPの Mr. Leonell Medina が常勤で所属しており、平日日中は Susan と二人で交代しながらコンサルト業務を行っていた。夜間や週末は非常勤のNPとペインのフェローがカバーに入っており、On-Offのはっきりした仕事環境であったが、Susan はNYのフィリピン人看護師協会の代表を兼務しており、その業務だけでも相当に多忙な様子で

あった。麻酔科出身で疼痛・緩和ケア医の Dr. Kaplan が APD のバックアップを務めていたが、彼は主に慢性疼痛チームを担当しており、私が関わった時期には症例相談に至ったケースはなかった。それだけ NP が自律して業務を行っており、オピオイドの特性を熟知して治療に当たっていることはもちろんのこと、病院スタッフ(特に SICU や整形外科病棟のスタッフ)から絶大な信頼を得ている点や、そのコミュニケーション能力の高さに驚いた。

APD が扱う疾患としては、TKR(膝関節置換術)、THR(股関節置換術)、脊椎ヘルニア、腹部手術などが主であり、手術全例ではなく、コントロール困難(あるいは術前から予想される症例)な症例が対象である。コンサルトが来てから動き始めるのではなく、前日の手術予定表を Susan がチェックして、硬膜外チューブ(Epi)が入りそうな症例や術後の痛みが強そうな患者をあらかじめピックアップして一覧表を作成する、という予習作業を毎日行っていた。いざ当日になってコンサルトにかからない症例もあったが、術後に SICU から連絡が来た段階で即座にベッドサイドに訪問するというスタイルをとっていた。依頼数は一日8~10件+αで、多いと18件という日もあった。主に使用しているのは、PCAでモルヒネ、フェンタニル、さらに Epi からだと bupivacaine を混ぜる。経口摂取が可能になったらすぐに経口薬にスイッチするが、ここではハイドロモルフォン(Dilaudid)がよく用いられていた。ほぼ手術翌日か翌々日には退院する人がほとんどであり、時間をかけて関係性を築いていくケアに慣れている自分にとっては、ある意味『一発

勝負』のように思えた。即座に結果を出すことが要求される点では我々とは違った緊張を強いられる立場とも思われた。

APD 研修の一日の流れとしては、まず朝の 8時から前日の介入症例の回診に同行し夜間の様子を聞き、鎮痛剤の量を調整。その後新規の依頼の対応に同行する。お昼を挟んでひたすら 16 時頃までそれを行い、準夜帯担当の NP に申し送りをして業務終了となる。一日中 NY の速い英語やスパニッシュの独特な英語を聴き続けるため、この 1 週間は正直かなり疲弊した。しかし、このローテートを通して病院のシステムもある程度理解することができたことは収穫だった。ベスイスラエルは電子カルテではなく主にオーダリングシステムで運営されており、SICU は半分は紙運用なので処方箋の作成などがとても煩雑で医師達（特に日本のシステムに慣れた日本人インターン達）のストレスの素になっていた。ただ処方できる薬に若干の違いはあるものの、疼痛マネジメントにおいては日本のそれと大きな違いは感じられなかった。しかし、NP が APD の運営の中心であるという点がそもそも大きな違いである。日本では麻酔科医や担当医が多忙な手術の合間をぬってこれを行っており、なかなか行き届いたケアを提供することが難しい状況と私は思っているのだが、このように疼痛緩和ケア科の一セクションが術後疼痛に対して独立してケアを提供するシステムは、(医療が小間切れになる点はやむを得ないが) ケアの質を担保する意味でも、医者一人にかかる負担を軽減する点でも有益であると感じた。NP 二人ともが私と同じアジア人であったためか、とても親近感があり、なんでも質

問することができた。研修開始前は、なじめるか非常に心配していたのだが、研修の滑り出しとしては順調だったといえる。(写真は NP の Mr.Leonell Medina と Ms.Susan Gador)



## 2-②

Inpatient Palliative Unit (IPU)

期間：5/23-25、5/27



APD のローテーションが終わり、翌週から IPU の研修が始まった。ベスイスラエルの IPU は病床数が 20 床であり、そのうち 1

2床を外部のホスピスケア団体MJHSが買上げており、その病床のコントロールはMJHSに委られていた。具体的にはMJHSで患者、家族に説明などがなされ、契約を結んでから入院となる。その他の病床には院内からの転床や救急などを経由してあらかじめ入棟の手続きが済んでいた患者が入院となる。印象的だったのは、IPUを担当する医者に課せられるタスクは、入棟してきた患者の『純粋な医学的マネジメント』であり、疾患や病期、背景を一々チェックして入棟させるかどうかを話し合う、いわゆる『入棟審査会』は存在しない。ホスピスに入れるかどうかは、国が定めた各疾患毎の基準をクリアしていればそれでいいのである。癌とAIDSに限るといった制約もない。そもそもなぜ癌とAIDSの患者しかホスピスを利用できないのか、日本のシステム自体が理解できないとIPUのAttendingも師長もナース達も言っていた。私も同意見であるが、これについては次の考察で述べることにする。

残念なことにIPUの責任者で私の上司の恩師でもあるDr.Lesageはちょうどvacationを取っていて不在であり、私のローテーション中は救急医で緩和ケア科に籍を置いているDr.HayesとPainのフェローが二人でIPUのマネジメントを担当していた。病棟は非常に忙しく、私が行った初日は入院が7人入ってくるということで、特に忙しそうに動いていた。ここでの一日は、朝8時前に病棟に到着し、カルテに目を通したり、申し送りの表に目を通す。9時から医師、看護師、MSWが集まって、深夜帯のナースから申し送りを聴く。その後から回診に同行。その後気になった患者のもとへ

話を聞きにいたり、調べ物をしたりして、夕方に解散、という流れだった。看護師長に病棟について話を伺ったところ、看護体制は1:6（ホスピスは基本的にこの体制）で病棟ナースは18人程度で交代勤務となっているようで、その他にMJHSのRN、コーディネーターが2名常駐していた。入院患者はPain, Palliative, Hospiceの3つに色分けされる。この3つのどれにもあてはまらない患者はここには入院できない。入院患者には癌の方もいるし、AIDSの方もいる。COPDの方もいる。ただし特に診療の上で色をつけたりすることはなく、疾患毎で特別なケアがあるかという、そういうものも特にはなかった。病室は一人部屋と二人部屋があり、亡くなる時も二人部屋で亡くなることは珍しくないとのことだった。

1週間まわってみて、総合病院のIPUは、最期の時を穏やかに過ごす場所ではなく、転院までの時間を過ごす場所、退院するために適切なケアを施す場所、であり、日本でいうところの緩和ケア病棟とはそもそも役割自体が異なるということがよく分かった。後述するが、もう一つの施設モンテフィオーレメディカルセンターのIPUの平均在院日数が7日前後（目標は5日!）ということからも分かる通り、最期の時を過ごす場所としては、やはり家かホスピス（在宅）、ナーシングホスピスが望まれているのだという印象を持った。

## 2-③

Inpatient

Consultation Service(ICS)

期間：5/31, 6/1, 6/3, 6/7

いわゆる『院内緩和ケアチーム』であり、普段日本で私が携わっている診療スタイルに最も近い業務を担っているセクションである。診療の流れが分かる分、日本との違いに気づくことも多く、質問することで理解が深められた。ここでも、目についたのは『システム』であり、専属で動いている人数の多さにはため息が出た。Attending の医師が一人、そしてその下にフェロー、その他に精神科医、NP、薬剤師、ソーシャルワーカーとソーシャルワーカーのフェローが常駐していた。この週は朝 8 時からフェロー対象のレクチャーが入っていることが多く、それに参加した後で、9 時ぐらいから前述のメンバーでミーティングとなる。NP が作成したリストをもとに、継続フォローの症例や新規症例について、医学的な面、薬剤面、精神面や患者背景について、各職種が活発に議論を重ねる。特にソーシャルワーカーが症状コントロールについても知識が豊富であり、勉強熱心である点に驚いた。ベテランソーシャルワーカーのテリー (The Oxford Palliative Social Work の editor でもある) は、時に倫理的側面から治療方針に対して Attending に激しく詰め寄る場面もあり、日本の一般的な他職種カンファレンスとは一線を画すミーティングが、毎日開かれていた。やはり緩和ケアチームメンバーが『兼任』でなく『専任』である点は大きいと感じたが、立場が違って思ったことはどんどん発言する、その雰囲気は非常にうらやましく思えた。新規の症例は、朝 8 時から 17 時までの間にフェローの Beeper を通して依頼とな

る。原則としてまずフェローが最初に訪問し、問診、診察後に Attending とディスカッションを行い、ある程度方針を検討してから、Attending とともにもう一度ベッドサイドに赴き、そこで Attending がもう一度問診、診察をして、チームとしての治療方針を患者 (もしくは家族) に説明する。依頼が多いときには、NP がフェローのような形でチーム診療の役目を担うこともあった。しかし最終決定はあくまで Attending が担っており、全依頼に目を通して実際に患者を診て方針を決定するスタイルは、チーム医療の中でもするとぼやけがちな責任の所在が明確に見えて、ハッとさせられた。またフェローはあくまでフェローであって、依頼毎に Attending やチームメンバーから『教育』を受けているという雰囲気が伝わってきた。たとえ手間であってもそこを省かないシステムは素晴らしいと感じた。フェローに付いて新規依頼症例を訪問し、Attending をコールする前に治療方針についてフェローとディスカッションすることが、この週の私にとって最大の学びの機会であり喜びだった。WHO ラダーに沿った薬剤選択の中で、抗がん剤治療中の患者や HIV で HAART を施行中の患者に腎障害の懸念される NSAIDs を併用するかどうか、また、NSAIDs やオピオイド投与中に制吐剤や抗潰瘍剤などの副作用対策の薬剤を併用するかかなど、多くを話し合うことができ、非常に有意義だった。依頼症例では、やはりがんが多かったが、HIV/AIDS の症例も多く、継続症例も含め約 15 症例の依頼のうち、数えると半分



近くが HIV/AIDS の日もあった。ただ、疾患ががんではなく HIV/AIDS というだけで、だれも顔色を変えることはなく、淡々と入院診療が進んでいた。これほどまでに Stigma が無いということに驚きを禁じ得なかったし、HIV 陽性患者の病室の入り口に『Caution』と貼ってあっても、それは差別ではなく区別であるということに誰もが納得していてどこからも文句が出ないということも驚きだった。

HIV/AIDS については後述するが、突き詰めると緩和ケアチーム (IPU も同様) が依頼を受けてサポートをするかどうかの判断基準において、『疾患』は特に重要ではなく、大事なのはあくまで『Phase=病期』であり、それに当てはまる症例を分け隔てなくサポートする。考えてみると当たり前だが、実際にそれを目の当たりにして、緩和ケアはがん患者のためだけにあるわけではない、ということは今更ながらに強く感じた。

またこの NY 研修中、最もお世話になったうちの一人が、チームの NP の Ms. Suzanne Hanen だった。彼女もまた非常に優秀な NP であり、フェローと同様に初回訪問を行っていた。『いきなり AIDS (HIV が診断されていないうちに重症で運ばれてきてすでに AIDS を発症しているケース)』で超重症の 18 歳の女の子が、ER 経由で入院即挿管となり、その日にコンサルトとなった症例を彼女と訪問した。家族からテキパキと、しかし穏やかな口調で情報を得る様は素晴らしかった。この 18 歳の症例は見た目はそれ以上に若く、幼い、といった言葉がぴったりくる容姿であり、挿管されて意識が戻らない状態をみるの

は、緩和ケアチームとしても胸が痛んだ。いつどこで HIV に感染したのかは最期まで分からなかったが、結局この 18 歳の子は超重症の肺炎 (PCP なのか、細菌性なのか、ウイルス性なのか、その Mix なのか不明) とそれによる低酸素血症とおそらく脳症も合わさって、意識は恒久的に回復不能との判断がくださった。家族と慎重に話し合い、数日後に抜管となり亡くなった。この抜管の際の家族への説明や、他のシビアケースの DNR オーダーの説明についても、緩和ケアチームが主体性を持って行っていたのも非常に印象的だった。主治医制が根強い日本では、併診科の緩和ケアチームがそのような大きな診療方針決定の面談を担当医の同席なしで行うことはまずあり得ない。しかしここでは、そういう主治医への遠慮といったものは感じられず、それぞれのコンサルトチームがそれぞれの責務を果たすように動く。緩和ケアチームが介入して大枠の方針を決めてくれることを、むしろ依頼科や病棟は期待している節があり、独立したチームとして十二分に存在価値を得ていると思われた。

## 2-④

Outpatient Clinic (Pain Clinic)

期間：6/6

BIMC には外来専門のクリニック棟が離れて存在する。病院から歩いて 10 分ほど、ユニオンスクエアに面したビルで、マンハッタン島でグランドセントラルと並んで人の多い場所の目の前にある。この中に Pain Clinic があり、ここも疼痛緩和ケア科の管轄となっている。ここは疼痛

緩和ケア科フェローの研修場所の中でも最も忙しい部署と言われており、朝から晩まで、亜急性～慢性疼痛の患者に対して、ブロック治療をひたすら行っている。



Attending が一人とフェローが3人おり、フェロー達を中心となって手技を行っていた。私が普段行っている『緩和ケア』診療とは異なる世界だったが、それ故に新鮮であり、また麻酔科でなく、ペインを専門にやっといこうと志すフェローと話ができただけでも貴重な経験となった。だいたい一日35～40件(!)のブロックを行っており、フェロー達は昼ご飯も立って食べるくらいに急がしそうに働いていた。実は私は医者になって初めて回った科が麻酔科であり(採血よりも先に腰椎穿刺を覚えた)、それを思い出しながら見学した。外来でのブロックは日本でもよく行われるが、ここがすごいと思ったのは、2つの処置室それぞれに透視装置が常備されており、ほぼ全例、透視で針先を確認しながら処置を行っていたことである。やはり訴訟大国という背景もあるのだろうが、徹底したリスク対策を行っていた。フェロー達も、ここまで

やって駄目なら Attending をコールするという基準を完全に理解して手技にあたっており、みていて好感が持てた。しかし、放射線の扱いについては日本同様にややルーズに見受けられて意外だった。

フェローとの話の中で、緩和ケア医がフェローシップにおいて、ペインクリニック研修をするべきかどうかという話があった。結論としては、一概に必要なとは言えない、との意見であり、私も全く同感である。しかし、ペインのフェローと緩和のフェローが同じ Department に所属していることで、フェローシップの最中に緩和的 intervention の適応を discussion したり、双方の事情に通ずることが出来る環境はうらやましく思えた。ちなみにアメリカの疼痛緩和ケア科のシステムとして、Pain と緩和ケアが一つになっているプログラムは少なく、むしろこのBIMCのプログラムは特徴的と言えるだろう。

## 2-⑤

Peter Kruger Clinic

(=HIV/AIDS Clinic)

期間 : 5/12, 19, 26, 6/2



BIMC の HIV/AIDS 患者専門の外来であり、病院の一角に存在する。感染症医と精神科医、栄養士が常駐しており、毎週木曜の午後だけ、DPMPC から Attending の Dr. Lenard とフェローが2名、出張して主に慢性疼痛に対する診療を行っている。12:30 から 16:30 まで、10人から多いと18人くらいの予約+飛び込み患者（当然全て HIV positive の患者）を、まず二人のフェローが問診・診察する。その後 Attending にプレゼンし、今度は Attending が直々に部屋におもむき、もう一度問診・診察する。院内コンサルトと同様に、ここでも『診療』と『教育』が密接にリンクしており、それがシステムとして医療サービスに組み込まれていた。実診療としては、一人の診察に約30分はかける。カルテレビューから問診、診察、Dr. Lenerd の診察、処方の流れで診療が進む。診療の中で、『痛み』以外を抱えることはなく、整形外科や泌尿器科へと他科依頼も多く出る。肝心の症状としては、一口に『痛み』といっても、急性疼痛から慢性疼痛まで様々である。ほぼ100%の患者がすでになんらかの『痛み止め』を飲んでおり、その調整やあらたな処方を行う形が多い。ここに来るまではそこまで意識したことはなかったが、HIV の患者にはウイルス感染に起因した痛みやしびれの他に、糖尿病や末梢血管障害、皮膚潰瘍、脊椎疾患などに起因した痛み・しびれを合わせ持つことが少なくない。さらに日本と大きく異なる（あるいは最近では似てきているのかもしれないが）特徴は、『Drug Abuse』の問題である。

このクリニックでの私の一つの大きな役目は、男性患者さんについて男子トイレに入り、排尿後すぐの尿検体を受け取る、ことだった。要はすり替えたりしないかの見張り番ということである。NP や RN が女性だけの日にだいたい頼まれることが多かったが、これも日本では珍しいことだろうと思われた。

この薬物依存に関して、本来、薬物中毒者のメンテナンス治療として用いられてきた『メサドン』が、ここ20年の間に緩和ケア領域において鎮痛薬としての役割が見直されてきた背景があり、多くの患者にこの薬が処方されていた。ただしメサドンは一日使用量が増えてくると不整脈を起こすリスクが高まるため、外来からは心電図のオーダーが頻繁に出ており、心電図変化を欠かさずチェックされていた。

また、他のオピオイドや鎮痛補助薬でガバペンチン、プレガバリンの他、筋弛緩作用薬や抗うつ薬などが多く処方されていたが、日本と比べると、種類が豊富であるため、選択する際には、なぜそれを選択するのか、という理由付けが求められる。私も多くのことを質問させてもらい（日本では使えない薬もあったが）、非常に有意義な時間を過ごすことが出来た。患者の多くは HAART (多剤による抗 HIV 療法) を施行中であり、私の感覚としては相互作用が気になるところだったが、フェローやアテンディングはそれほど意に介することなく、鎮痛剤や補助薬を処方していた。個人的には特に腎障害を懸念していたのだが、『こちらが出した痛み止め』で何かあったら生命線の抗 HIV 療法に差

し支える』という心配よりも『痛みの治療で何かあったらその時はその時。起こるか分からない副作用を気にしてつらい痛みを我慢することはナンセンス』と言われると、返す言葉はなかった。

私はここで、フェローの診察の合間に患者に話を聞いたり、予診を取らせてもらいながら、クリニックで働く Ns や NP、MSW や nutritionist、感染症科や精神科の Attending からお話を聞かせてもらった。70代後半の患者さんで DM、リウマチを患いさらに子宮がん再発にて腹水が溜まっているような、一見すると辛そうな患者さんともお話をさせていただき、患者の視点からみた治療環境に対する思いも伺うことが出来た。詳しくは考察で述べるが、短い期間ではあったが非常に濃い時間を過ごすことができたように思う。

(写真はフェローの Dr. Vij (左) と Attending の Dr. Lenard(右))



## 2-⑥

Montefiore Medical Center

期間：6/8

IPU での研修期間中、マンハッタンから地下鉄で40分ほどのBronxの病院に、AIDSのPalliative Careの草分け的なDrがい

るという話を耳にした。『A Clinical Guide to Supportive & Palliative Care for HIV/AIDS』の Editor もされた Dr.Selwyn という方である。思い切って、Attending に『彼に会いたい』とお願いしたところ、快くコンタクトを取ってくれた。結果、帰国ぎりぎりの6/8に一日だけのBronxでの研修が実現した。



しかし、当日病院に着いてみると Dr.Selwyn は不在(その日から休暇でロンドンに発ったばかり)で会うことはできなかった(秘書のダブルブッキングが原因)。しかし、彼の代わりに Montefiore の現緩和ケア科フェローで、フェローシップディレクターを兼任している Dr. James Fausto が、一日中私の相手をしてくれた。どちらかというと『Pain』の色が濃い BIMC とは違い、ここは『Palliative』の色が濃く、働いている Staff も Unit の雰囲気もどことなく穏やかなイメージがあった。院内に併設された、患者とその家族用の Meditation room では、部屋の中央で天井から床へとガラスを伝って水が流れており、日本の障子で仕切られた小空間が作られていた。病棟と院内を一通り回って説明をしてもらい、自宅退院が決まった患者への病状説

明に同席した。また Mr. James は Selwyn に会った時のために準備していった私の質問に一つ一つ丁寧に答えてくれて、つい先日 Dr. Selwyn と共同で作成した Article ( Palliative Care in the Management of Advanced HIV/AIDS) や関連文献を持ってきて、一つずつ説明してくれた。Dr. Selwyn が編集した前述の本までプレゼントしてくれた。

正直アメリカにきて、これほどまでに手厚く扱ってもらったことは初めてであり、おかげでたった一日であったが、この病院のことや、BIMC を違った角度から比較して概観することができた。研修の最終日に、NY における AIDS の緩和ケアに関する思いを消化することが出来て、かつ 2 施設をみることで、NY の緩和医療の現状の理解が深まったように思う。

(写真は病院中庭にて Dr. James と)



### 【考察】

a. 疼痛・緩和ケア科研修全体を通して各セクションでの研修を通して目を引いたのは、一つはそのシステムであった。BIMC にせよ、Montefiore にせよ、緩和ケア科の専属スタッフの数が日本とは全く

異なっている。BIMC は疼痛緩和ケア科の中でさらに5つのサブセクションに分かれており、それぞれに関わる人間が違っている。コンサルテーションサービスだけでも、アテンディング一人とフェロー一人、NP、精神科医や臨床心理士、MSW や MSW のフェローが一つのチームとなって動いており、そのチームメンバーにはコンサルテーション以外の duty はない。もちろん各メンバーはカンファレンスやレクチャーにも積極的に顔を出すし、チームのミーティングも真剣そのものである。この人数の違いは、すなわち長期的にみて、チームが提供する医療の質にも関わってくると考えられる。これだけの人数が確保されているチームで、しかもそこにフェロー教育のシステムがしっかりと組み込まれている。しっかりと、というのはフェローの行うべき範囲はここまで、としっかりと決まっている、という意味であり、あくまでフェローは『研修生』であり、アテンディングによって『管理』されていた。またそのアテンディングも、難渋する症例では、Professor である Dr. Portenoy の意見を仰いでおり、科として責任のある答えを常に出そうとする、集団としての professionalism をそこから感じとることが出来た。

個々の診療や疼痛マネジメントにおいては、日本で我々が行っている診療と大きな違いはなく、むしろ日本の緩和ケア病棟のほうがボランティアを入れたり様々な催しをしていたりと、緩和ケア病棟ならではのケアが提供されていると感じられた。

フェロー向けのカンファレンスや、グラ



ンドラウンド、また神経内科とのジョイントカンファレンス（私が回っていたときのテーマは片頭痛の臨床について）など、フェローや医局員はもちろんMSWまで参加するレクチャーやカンファレンスが非常に多く、また、各人の duty が決まっています、時間に余裕があるせいか、参加率も非常に高かった（それも大体は勤務時間内に行われる）。『人がいること』で、これだけ質が高められるチャンスが増えることがわかったが、そのためにはそれだけの人を雇うだけの利益を上げるか、多少不採算であっても院内でそれだけ必要とされるような役割を果たすか、今後のチーム診療を考える上で良い機会になった。

#### b. HIV/AIDS の疼痛・緩和ケアについて

近年、抗 HIV 療法の進歩により、HIV 感染症は予後不良の疾患から慢性疾患へ移行しつつある。その一方で治療中に悪性腫瘍や心血管系疾患の合併、併存する肝炎の増悪などから終末期を迎える患者が増えることが予測されている。しかし、2005 年に本邦で行われたアンケート調査では HIV 陽性患者の受け入れが可能な緩和ケア病棟は半数にも満たないことが明らかとなった。この割合は『癌を合併していても』あまり変わらない。つまり日本では HIV に感染している人は、癌であろうとなかろうと、実質緩和ケア病棟でケアを受けることは非常に難しい、ということである。

その理由として『今まで受け入れた経験がないから』という答えが最も多く、それでは今後需要が増えたとしても、受け入れ先

が増える見込みは薄いと言わざるを得ない。どのようにすれば HIV/AIDS を他の癌や感染症疾患と同様に緩和ケア病等が受け入れてくれるのだろうか。

残念ながら AIDS 終末期に関する議論は未だに少なく、過去 2 年間の日本緩和医療学会においても、HIV/AIDS の終末期ケアに関する報告は 1 例のみというのが実情である。

日本において、HIV 感染者の緩和ケア病棟への入棟を阻害している最も大きな要因は、一言で言えば『Stigma（偏見）』の存在であり、『医療従事者が病気を（よくは）知らないこと』がその根底にある。これは緩和ケア領域に限らず、歯科領域や老人保健施設への入所など、に関しても全く同様である。

今回の NY での研修期間中に、私が HIV/AIDS への『Stigma』の存在を感じる機会は（振り返ってみても）、一度もなかった。HIV/AIDS は、数ある疾患のうちの一つ、に過ぎず、（病棟での感染予防策を除いて）特別扱いされているところは何一つなかった。BIMC に専門外来（PKC）は存在したが、専門病棟などはなく、HIV 感染者が入院する際には、最も関連が深いとされ、治療に最適と思われる科の病棟に入院となり、終末期の諸症状で困れば緩和ケア科に依頼となり、終末期が近づけば IPU に入院となり、在宅ホスピスやナーシングホスピスへと移行する。

考えてみると、終末期ケアというものは、個々の患者の全身状態、疾患の『phase』そのものが indication であり、病気の種類で決まるものではない。日本のように、癌（病棟は AIDS も利用できる）とうたわれてはい

るが、実際には前述の通りである) だけに緩和ケアの診療加算が算定される、その仕組み自体がそもそも間違っている、と研修最終日に Dr.Portenoy に指摘されて、返す言葉がなかった。

渡米前に私が漠然と思い描いていた『HIV/AIDS の専門的緩和ケア・終末期ケア』というものは、専門医大国と言われるアメリカで、さらに HIV/AIDS で最も有名な都市の一つ=NY においてですら、はっきりとした形では存在しなかった。

国として癌医療への注目が高まる中で、癌の終末期ケアにも目が向けられるようになり、昨今では在宅緩和ケアにもその目は向けられている。いつでもどこでも患者や家族が望む場所で緩和ケアを提供することができるように、地域連携も強化されつつある。一方で、HIV/AIDS の終末期患者の場合、在宅ホスピスケアの進んだアメリカですら、最後は入院で亡くなるケースが少なくないというのが現実である。介護力の乏しさや在宅で必要とされる医療を提供することがアメリカでは困難である、などがその理由である。

日本はどうであろうか。現状では HIV/AIDS 患者に対しては『stigma』の存在から、緩和ケア病棟はもちろん、療養型病院や老人保健施設の入所も難しく、在宅緩和ケアについてもしかりである。今の日本においては HIV/AIDS の終末期患者は、通えるうちは通院で、それが困難になれば (AIDS 治療拠点病院の) 一般病棟に入院して最期を迎えるという形が一般的であると思われるが、一つはそこで『緩和ケアチーム』がサポートできるチャンスがある。少なくとも一般病棟で緩

和ケアチームが関わって看取りに至るようなケースは、今後その数を増してくることは予想されることであり、そのためにも緩和ケアチームは HIV/AIDS に対する理解を深めておく必要があるし、同時に緩和ケア病棟を有する施設においては、各地域の AIDS 治療拠点病院の専門医と連携を取って、患者の受け入れの準備をしておくことが必要と考えられる。

HIV/AIDS と聞くと、『専門的な緩和ケアはどうすればいいのか』、と考えて『それが分からないから受け入れられない』となるわけだが、HIV/AIDS を特別視せず、他の癌や終末期の疾患の一つと捉えれば、緩和ケア病棟や施設も受け入れることが出来るのではないだろうか (もちろん感染対策は必要だが、それは他の感染性疾患と同じである)。それが最善かどうかは別として、実際アメリカでもそうやって患者を受け入れていることが今回よく分かった。

もう一つ印象深かった事、それは HIV/AIDS 患者の抱える『Pain』についてである。

HIV/AIDS 患者は様々な痛みを抱えていることが非常に多いということが、今回ここに来てよく分かった。Dr.Portenoy は、AIDS の Pain に対するマネージメントを一言『challenging』と言ったが、それは単に効果的な薬剤の evidence が少ないというだけではなく、個々の合併症やバラエティに富んだ患者背景にもその一因があろう。Dr. James は AIDS の緩和ケアの 8 割は Drug abuse のケア、と言っており、これはコンプライアンスやアドヒアランスの問題と直結している。今の日本では

そこまで薬物中毒の問題は取り沙汰されないが、Painを抱えたHIV/AIDS患者を誰が扱うのかは、はっきりしていない。かかりつけのAIDS治療医が診るのか、ペインクリニックに紹介されて麻酔科医が診るのか、あるいは痛みの場所に依じて臓器別の専門医が診るのか。もしかしたら原因が見つからないということで疼痛性障害とされて精神科医が診ることもあるかもしれない。その中で私は疼痛緩和ケア医が主科と連携してそのコントロールの一端を担うことが理想的と考える。それは、本邦では保険診療の上でも『癌』を診ることが多い緩和ケア医は、他科のDrと比べてオピオイドや鎮痛補助薬を扱う機会が多く、(薬剤での)疼痛コントロールの選択肢を多く持っていると思われるからである。特にオピオイドは疼痛コントロールの中心に位置する薬剤であり、これを適切にケアに組み込める我々が関わるほうが患者にとってもメリットが大きいと考えられる。

HIV/AIDSの『Palliative care』と『Pain care』、この二つを特に我々緩和ケア医が意識して診療にあたるのがこれからの日本のHIV/AIDS診療にとって必要なことだと感じた。

#### 【感想】

前述の報告でも書ききれないくらい、あちらではたくさんのお会いがあり、多くの方々にお世話になった。DPMPCの中国人ソーシャルワーカーでAsian Family Care Giver ProgramのProject Directorを務めるMr. John Tsoiは、私をチャイナタウンで行われるソーシャルワーカーミー

ティング(Asian Health & Social Service Council)へ誘ってくれて、そのままチャイナタウンを案内してくれた。

フェローも3人中2人はアジア人であり、他のセクションでもアジア人の居ない部署はむしろ稀であった。同じアジア人であるせいか、皆とても気さくで常に自分を気にかけてくれた。また緩和ケアチームのNPのMs. Suzanne Hanenは、研修最終日に私を家の近くのFort Tryon Parkという公園内にあるレストランに招待してくれた。

BIMCの日本人インターンとも何度か接する機会があり、彼ら一人一人の日本とアメリカの医療に対する思いを聞くことが出来たのは感慨深かった。大震災からまだ間もない時期であり、BIMCでもチャリティ活動が行われていたり、Japan Society主催のNYメトロポリタンオペラによるチャリティコンサートにも参加することができ、遠く離れたアメリカでも日本に対する思いを感じることができた。普段の生活はどうだったかという、今回の研修では1ヶ月間、NYの中心部であるグランドセントラル駅の近くのアパートに滞在した。毎朝アパートから病院までの片道3kmを、ipodでCNN podcastを聞きながら歩いて通ったが、町並みは歴史を感じさせる建造物に溢れており、退屈に感じたことは一度もなかった。また最近ランニングが趣味になった私にとって、NYはとても居心地が良く、週末はもちろん、朝や夕方も時間があればセントラルパークやハドソンリバー沿いを走った。実に1ヶ月間、NY州から一歩も外には出なかったが、NY生活を十二分に満喫



することが出来たと思う。

私の今回の海外研修は、関わっていただいた皆様の援助なしでは到底実現できないものであった。研修を修了して無事に戻ってくることができたことを感謝するとともに、研修を許可してくれた亀田総合病院院長はじめ、コーディネートにもご尽力いただいた当科の関根龍一部長、また留守中カバーをしてくれた同僚やチームメンバーの皆様、Observership を許可してくれた DPMP の Dr. Portenoy、私の希望に沿ってスケジュールを組んでくれた DPMP の秘書の Ms. Tysha Davis や各セクションのスタッフやフェローの皆様、さらに研修前の準備から現地の生活中も私を支えてくれた妻、日本から私を応援してくれた家族にも心から感謝している。重ねてこの海外研修助成にあたってご尽力いただいた笹川記念保健協力財団の関係各位の皆様および中村様にも心から感謝を申し上げたい。