

長崎医療センター

座談会 Vol. 16

# 千燈照院

## 緩和ケアチーム

チーム医療紹介の第2弾として、緩和ケアチームにお話を伺いました。苦痛の軽減につながる"right time, right place, right collaboration"とは？

急性期病院での緩和ケアのあり方についても議論が進んだようです。

### 座談会出席者

精神科医長 蓬菜 彰士  
 緩和ケア内科医師 鎌田 理嗣  
 緩和ケア認定看護師 堀田 美幸  
 聞き手：院長 江崎 宏典

千燈照院とは…  
 長崎医療センター千人の職員  
 が力を合せて高度医療の実現  
 にまい進する姿勢を表す言葉。

江崎：本日は緩和ケアチームの主要メンバーに集まって頂きました。まず具体的な活動内容を教えてください。

鎌田：毎週月曜日チームのカンファレンス後、全病棟をラウンドしております。他の曜日では私と専従の堀田看護師とで毎日回診しております。チームの依頼件数も年々増加しており、今年は1月からで210件となっております。

江崎：実際どのくらいの患者さんを診られているのですか。

鎌田：入院患者さんは20名前後です。

江崎：当院の在院日数は約11日の中で、常時20名前後診られているのですか。

鎌田：以前より回転数が早くなっている印象があります。

江崎：緩和ケアチームは、主治医からの依頼で対応しているのですか。

鎌田：主治医だけでなく、どの職種、ご本人・ご家族でも依頼は可能です。ただし主治医への報告が必須です。

江崎：看護師さんからも、必要な患者さんの掘りおこしをしているのですか。

堀田：がん拠点病院の要件に苦痛のスクリーニングという項目がありますので、入院中必ず緩和ケアの介入を希望するか否かを確認します。

江崎：1日約40～50名の入院患者さん全員にしているのですか。

堀田：がん患者さん以外の患者さんでも痛みで困られている方、せん妄で悩まれている方も多いため

スクリーニングをすることにより早めの対応をすることが可能となっております。

江崎：緩和というと疼痛のケアが主ですが、せん妄の方も対象となるのですか。せん妄は多いですか。

蓬菜：せん妄はオピオイドやステロイドなどを使用したりされる方に多いですね。身体症状がシビアな方も多く、そのような要因からせん妄をきたすことが多いと思います。

江崎：せん妄以外の不安とかも対象になるのですか。

蓬菜：患者さんの苦痛はさまざまに身体症状のコントロールがうまくいかないことや、経済的問題、家族関係等の心理・社会的苦痛も多くなっております。死が近づくことによる実存的苦痛（スピリチュアルペイン）も多いです。呼吸困難や吐き気など身体症状の訴えの背景が、実は精神的な不安であったケースもあります。

江崎：緩和ケアチームとして色々な介入をされていると思いますが、介入の効果はいかがですか。

鎌田：緩和ケアを適切に行くと予後が延長するという論文もあります。治療が継続できる期間が長くなっているようです。

堀田：化学療法中の方や放射線療法の治療中で副作用コントロールがうまくいかなかった方に介入するケースも増えてまいりました。副作用コントロールができれば治療継続もうまくいきます。引き続き外来治療が継続可能となった方も多くいらっしゃいます。

江崎：外来の患者さんも緩和ケアの対象になるということですが、そのような方は外来でカウンセリングされているのですか。

鎌田：緩和ケア内科外来にて治療を継続しており、患者数も増えてきております。患者さんの負担を少しでも減らせるように、化学療法中の方は往診した



精神科医長

蓬菜 彰士

(ほうらい しょうじ)

平成22年より現職



り、主治医の外来の後に診察するなど心がけて対応しております。

江 崎: 緩和ケアにより苦痛が緩和され、闘病意欲が沸き予後の改善につながっているのですね。今後の課題は何でしょうか。

鎌 田: 地域連携です。急性期病院ですので、退院後の地域での体制を十分に整えられないまま退院になるケースもあります。早い段階で当院と地域で役割分担ができれば、患者さんは地域で過ごしやすくなり、治療科の先生のご負担も軽減できるのではないかと思います。

江 崎: 改善するには早め早めの対応が必要ということですね。退院調整はどのような体制にしておりますか。

堀 田: 患者さんの意向を確認し、各病棟の退院支援担当看護師との情報共有、ソーシャルワーカーとの連携をしながら体制を整えております。

江 崎: 地域緩和ケア連絡協議会を作ったほうがいいのではないのかという意見もありますよね。

蓬 菜: 昨年緩和ケア研究会で在宅看護ステーションの方々との勉強会に参加した際、現場と密な連絡を取り合うことの必要性を改めて感じました。現場の考え・取り組みが大変参考になりました。

江 崎: 急性期の治療であっても慢性期や病気の経過を視野にいれないといけないですね。急性期病院における緩和ケアはどのようにあるべきかと考えますか。

鎌 田: 緩和ケアの対象は化学療法をされている方が多いです。早期から緩和ケアのことも考慮に入れた対応をすることにより、症状や基礎疾患への対応を早い段階から地域の先生方へお願いすることもできます。その結果症状緩和目的の入院の減少、患者さんのQOLもあがるのではないかと考えます。

江 崎: 早期からの緩和ケア導入の見極めと、地域の先生方とどのように連携するかということですね。

鎌 田: 症状コントロールは、依頼から退院までにある程度結果をだすことはできます。しかし、痛みに対してロキソニンやカロナールの頓服が処方される時期から、すでに緩和ケアは始まっているのではないかと思います。現実にはその時期に緩和ケアチームへのニーズは小さく、コントロールに難渋する時期には病状が進行しており、地域で生活することが難しいことが多くなります。もっと手前の時点で、今後様々な症状コントロールが必要になることを見越して、症状コントロールや基礎疾患への対応は地域の先生にお願いするという流れを作ることができればと考えております。

江 崎: 地域連携をする上でどのようなことが必要と考えますか。

鎌 田: ACP(アドバンスケアプランニング)という概念があります。早い段階で患者さんにどの時期はどことどういう風に過ごしたいかを確認することで、そ

れぞれの患者さんに応じた拠点病院と地域の医療機関での役割分担が可能になるのではないかと思います。

江 崎: ACPはどのタイミングでするのが良いのですか。

鎌 田: 決まったタイミングがあるわけではありませんが、最初の段階の化学療法の効果が乏しくなり治療の変更や中止をする時点が、そのひとつだと思います。

江 崎: 緩和ケアをどの時期に、誰が行うかも問題ですね。今は国としても積極的に緩和ケア研修会の受講をよびかけていますよね。

蓬 菜: がん診療に携わる医師はもちろんのこと、研修終了5年目までの医師はすべて対象となっております。緩和という概念をすべての先生方に日々の診療で持ってほしいというのが目標です。様々な分野の苦痛に関心をもっと持ってほしいと思います。

鎌 田: 当院でも実施しているPEACE(緩和ケア研修会)により緩和に関しての考えが浸透しています。それでも精神面で最後まで過ごすかが決まっていないと、患者さんが幸せに過ごすことができないケースもあります。

江 崎: ACP等を実施し、先を見据えた対応が必要ですね。

鎌 田: 緩和ケアを化学療法の診療計画に組み込んでいただくことにより、円滑に地域連携もすすめることができるのではないかと思います。

江 崎: 看護ではがん関連の認定看護師が増えていると思いますが、連携はどのようにされていますか。

堀 田: 当院では専門分野毎(乳癌以外)の認定看護師がそろっており、がん患者さんへの病状説明時同席する体制、カウンセリングの体制は整っております。今後は在宅に帰られた際、地域の看護師さんが困ったときに相談できる場所として活用していただく方法が何かないか模索中です。

江 崎: 地域全体のがん看護のレベルをあげるシステムづくりは大事な課題ですね。

蓬 菜: 急性期病院として、緩和ケアの普及の推進、緩和ケアのあり方について模索し続けていくのが大事と思っております。

江 崎: 緩和ケアは回復期・慢性期だけでなくそれぞれの分野でやるべきであり、連携はとても大事ですね。本日はどうもありがとうございました。



緩和ケア内科医師

鎌田 理嗣

(かまた まさつぐ)

平成26年より現職

