

## 第 25 回緩和ケアチーム抄読会

平成 21 年 10 月 2 日  
担当：木村 理恵子

### *Referring a Patient and Family to High-Quality Palliative Care at the Close of Life: "We Met a New Personality... With This Level of Compassion and Empathy"*

JAMA.2009;301(6):651-659

#### < 事例 >

**患者紹介**：Mr. K 49 歳 転移性がんが都会の大病院の緩和ケア（PCS）に入院。  
入院目的は、疼痛コントロール。以前の職業は、エンジニア。妻は精神科看護師。家族は、3 名の息子（18, 13, 12 歳）がいる。宗教は、ルター派信者で信仰は彼のよりどころとなっている。

**経過**：がんは 2006 年秋に診断。転移は、脊椎 T2-4 への浸潤があり、脊椎の安定性を高めるために肋骨を移植、チタンで覆う手術が施行されている。しかし、手術後挿入された肋骨が脱落し、4 日後に再手術。その後、患者は先進医療であるプロトン照射（16 回）を受け、2007 年夏に自宅へ帰った。その後、疼痛は悪化し MRI で T1, T5, T7, T9 への浸潤が認められた。現在の疼痛は、NRS10/10 でこれ以上どうこの痛みを耐えていけばいいのかわからない状況。疼痛コントロール（オキシコドン 340mg/12 時間毎/日、デキサメサゾン）では、コントロールは不良であった。既往に青年期よりの背部痛がある。  
入院後の患者のゴールは、「終末期であることは理解しているけれども疼痛の改善と長く生きること」である。そして麻痺が起こることを心配しながらも "Full Code" を希望している。

**緩和ケアチームの関わり**：第一は、疼痛コントロールについて入院直後メサドン（methadone; 精神的依存は少ないので麻薬中毒からの離脱に使用、オピオイド、鎮咳）、ケタミン（NMDA 受容体拮抗薬で、モルヒネ耐性予防や鎮痛補助薬として使用）、ゾメタ（ビスホホホネート、骨吸収抑制剤）の投与を行い、その後にくも膜下オピオイド投与が計画された。第二は、がん治療が断続的になってしまっているため病状を把握するためにザルコーマの専門家にコンサルトした。第三は、MSW とスピリチュアルケアスタッフによる患者のケアプラン作成。妻の心配は、3 人の子供にどのように父親の死について準備させていくかということである。彼女は小さなコミュニティに属しており、自身の仕事関係ではないサポートを見つけることが重要と考えていた。

PCS では Mr. V（ルーテルの牧師）で患者の話を聞いていた。加えて精神科サービスへも紹介。疼痛コントロールには、ジプレキサ投与、胸部のコルセットを作成。息子のカブスカウト行事参加後に再入院した患者は、くも膜下オピオイド投与をスタートし、退院した。退院後は、PCS とペインサービスでフォローアップとなった。

今回のクエスションは

1. 患者は、ホスピスまたは、緩和ケアチームどちらに紹介されるべきだったか
2. PCT に紹介した主治医はプライマリ DR として何をすべきか
3. 主治医は、患者をいつ PCT からホスピスに紹介すべきか
4. どのようにホスピスプログラムを選ぶか

## 1. この患者は、ホスピスまたは、緩和ケアチームどちらに紹介されるべきだったか

**ホスピスは**、the Medicare Hospice Benefit により cure を目的とした治療ができなくなった終末期患者へのヘルスケアシステムと定義されている。ホスピスでは、医師、看護師、MSW、ヘルパー、ボランティア、カウンセリング、リハビリ、栄養、スピリチュアルケアのサービスを提供する。短期間の入院（レスパイトを含む）；12ヶ月間の喪のフォロー；その他苦痛の緩和に必要なと考えられるケアを提供する。費用に関するポリシーでは、1万ドルを超える埋め込みポンプの費用はホスピスに通常支払われる140ドル/日の費用から考えると法外に高額。しかし、緩和ケアでは難しい症例に対してホスピスに紹介される前にこれらのポンプ埋め込みが行われていることが良くみられる。主治医は地域のホスピスに紹介する前に費用のカバーができるかどうかを確認する必要がある。

**病院の PCT は**、ホスピスで提供されるすべてのサービスを提供する。PCT には、専門看護師が所属し、学際チームとして入院、在宅、外来でケアを提供する。ホスピスに比べて、PCT にはボランティア、スピリチュアルケア、喪のケアの実施は少ない。費用は CPT(Current Procedural Terminology)コードと DRGs (hospital diagnosis related groups)で決定され、病院の予算から支払われるが多くの病院は、PCT プログラムによって ICU での費用が減らせる、入院期間の短縮の効果があったとしている。

**ホスピスと PCT の大きな違いは、PCT は積極的な治療を受けている患者を受け入れることである。**

### 主治医が緩和ケアに患者を紹介するときに考えるべきポイントは、

患者と家族が病気のどの時期にいるかを考える。主治医は、患者がどれだけこの生命を脅かす病気によって患者の QOL が影響されているかを積極的に傾聴すべきである。そして患者の希望やゴールが「治療を続けたい」なのかどうかを確認しなければならない。そして、主治医は病気の進行度、治療のオプションを説明し、適切な時期に緩和ケアの紹介しなければならない。

多くの患者は、家族の反応を見ながら治療を続けるか、やめるかを決めている。患者と家族は、患者の病状の深刻さに関して「沈黙の中の共謀」を維持している。ある患者や家族は、医師から言葉や許可、「希望は大事ですが、悪い状況にも準備しておきましょう」を必要としている。

患者を適切に緩和ケアに紹介するには、患者の地域で使えるリソースに何かがあるかを知っておかなければならない。一部の地域を除いて、アメリカではすべての地域でホスピスケアへアクセスができる。しかし、病院の PCT は新しいサービスなので都市部や多くの地方ではまだないところがある。

それぞれのサービスには、強みと弱点がある。主治医は、患者と家族のニーズにどちらがよりフィットするかを考えなければならない。

## 2. PCT に紹介した主治医はプライマリ DR として何をすべきか

質の高い緩和ケアを規定するものは何か？を考える必要がある。A National Framework and Preferred Practices for Palliative and Hospice Care of the national Quality Forumで承認されたkeyの要素は以下である。

包括的なケアが学際的チームによって、患者の身体的安楽や情緒的サポートを目指して、エビデンスに基づいて提供される

意思決定の共有促進

家族からの、情報ニーズと患者をケアするためのスキルのニーズに注目する

死別前後のケアの提供

患者の病期にあったケアとケアの場のコーディネート

最も重要なのは、患者と家族が中心であること

PCTは、医師、看護師、MSW、薬剤師、スピリチュアルカウンセラーなどの学際チームで構成され、ケアは24h、7日体制で提供される。PCTの質を評価するには、緩和ケアの資格を持った医師と看護師がいることが重要なポイントとなってきている。

質の高い緩和ケアは、適格で、思いやりにあふれた、コーディネートの3つのCで提供される。ケアのコーディネートとは、ケアの場や疾患の進行にとらわれないもので、欠如していることが多く、そのために患者は必要のない検査を受けることになり、医療ミスやケアプランが継続されないことにつながる。厳しい病状の患者は、多くの専門家が彼らの臓器へ集中するなかに埋もれてしまい、病気のすべての経過で重要な支援やそれが継続されているかどうか、ケアプランのコーディネートをみる医療者がいない。患者とその家族は、だれに助けを求めたらいいのか知る必要がある。そして何に気をつけてみていったらいいのか、いつ、誰に連絡したらいいのかを知っておく必要がある。

### 3. 患者たちは、いつホスピスサービスに紹介されるべきか？

結局、患者をホスピスサービスに紹介するかどうかは、患者の好みによる。一般的にベストな支援は、次に出来る治療の提示だけでなく、患者と家族がケアのゴールと何を大事にするかを明確にし、そのためのすべての選択肢が提示されていることである。

タイムリーなホスピスサービスへの紹介は、すべてにおいて低い満足感と多くの満たされないニード、QOLに対する悩みを訴える家族にとって重要なことで、ホスピスに短い期間しかいない場合は、少ないサービスしか受けられず、そうすると十分な利益が受けられない。

#### 高い質のホスピスプログラムを選択する

病院の緩和ケアチームから患者がケアを受け始めたとしても、ホスピスプログラムのほうが彼らのニーズに合う時期がくるかもしれない。アメリカでは、現在93%のホスピスプログラムがMedicareで許可されているが、サービスの提供や質には差がある。

#### Box2 質の高い緩和ケアやホスピスプログラムへのアクセスへの質問

- \* 学際チームによって提供される適格なケアに関わる質問
- \* ケアの継続とコーディネーションに関わる質問
- \* 患者-家族を中心にしたケアに関わる質問
- \* ケアへのアクセスに関わる質問
- \* 質向上に関わる質問

ホスピスプログラムは以下のことを行っている。

1. 疼痛コントロール：薬物療法とそれ以外のアプローチ、鎮痛補助薬の使用、オピオイドや鎮静薬の使用は患者の選択に基づいて行われること
2. 24時間対応：学際チームのすべてのメンバーが、患者が危機にある時に対応できること
3. 緊急ケアユニット：時間単位で薬物の調整ができる、緩和的鎮静は症状緩和目的でのみ施行される
4. 患者の文化を尊重する：場合によっては、通訳の準備が第一歩となることもある
5. 家族や友人のサポート：彼らと与えるケアは重要、頻繁に救急外来を受診する患者と家族は、家族への教育不足や地域での症状マネジメント不足、困った時に相談できるオンコールがないことが認められる。最近のインタビューでは、「患者の病気についてこれから何が起こるのか」、「何が手助けしてもらえるのか、ホスピスに何を期待できるのか」を提供することが家族へのサポートとしてまとめられた。ホスピスは、患者の置かれている場がどこからであろうとシームレスなケアの移行を行うべきである。プライマリケア医をサポートし、重要な変化を情報提供し、ケアプランに反映する努力をする必要がある。

Brown University's Center for Gerontology and Health Care Research と the National Hospice and Palliative Care Organization は、この 10 年協力して、実行可能なデータ収集ツールとゴールを明確にし、連携するためのホスピスのリソースを提供している。医療記録レビューと遺族調査は、ホスピスの質の評価に使われている。チャートを元にした指標は、簡便であり、最近妥当性が確認された。しかし、記録の何を拾うのかは良く考えなければならない。例えば、医師が、「家族と会って CPR について話した」と書いてあることは適切な家族ミーティングが行われた証拠になるのか？医療記録は、医療者の見方を反映しているだけで、患者や家族の認識を反映しているわけではないことは忘れてはならない。

患者や家族の認識は、終末期のケア提供が患者の視点で、家族を中心に行われているかのアセスメントの基になる。短い期間のホスピス滞在では、結果はインタビューの出来る患者にしか調査できずに結果にはバイアスが生じる。そして亡くなっていく患者へのインタビューでは負担を考なければならない。したがって死別した家族の情報はホスピスサービスの質についての重要な情報である。The Family Evaluation of Hospice Care Survey は、ホスピスケアの質を評価する唯一のツールで The National Quality Forum から推奨されている。医師や患者、家族が意思決定するための情報提供として、ホスピスケアサービスの質について公表すべきである。keyとなるプロセスとケアのアウトカムは、使用者とエキスパート双方が重要だと考え、介入に反映され、ホスピスに変化をもたらすべきである。

#### <まとめ>

Mr. Kの主治医のように一どのように、いつ、私は患者をホスピスや病院ベースの緩和ケアチームに紹介したらいいのだろうか？という討論が増えている。結局、この決定はどのサービスが患者と家族のゴールやニーズにあっているかに基づいて決められる。

病院ベースの緩和ケアチームには実質的なバリエーションがあり、ホスピスのサービスにも還付によって違いはある。