

緩和ケアチームの活動 —聖隷三方原病院の場合—

森田達也^{1,2} 藤本巨史^{2,3} 難波美貴² 福本直子⁴
伊藤智子⁴ 葛西英二^{2,5} 高田知孝^{2,6} 井村千鶴^{2,7}

Palliative care in Seirei Mikatahara General Hospital

^{1,2}Tatsuya Morita, ^{2,3}Koji Fujimoto, ²Miki Nanba, ⁴Naoko Fukumoto,
⁴Tomoko Ito, ^{2,5}Eiji Kasai, ^{2,6}Tomosue Takada, ^{2,7}Chizuru Imura
¹Department of Palliative and Supportive Care, ²Palliative Care Team,
³Department of Certified Nursing, ⁴Department of Pharmacology,
⁵Department of Psychiatry, ⁶Department of Anesthesiology,
Seirei Mikatahara General Hospital
⁷Japanese Nursing Association

Abstract

This paper illustrates a brief review of the development process of the palliative care team at the Seirei Mikatahara General Hospital. Palliative care team has been first instituted in 2002, and currently providing general support for cancer patients receiving chemotherapy not only for terminally ill patients. In future, we would start a regional palliative care program, including community palliative care team, to provide appropriate palliative care for all cancer population.

Key words: palliative care team, neoplasm, supportive care

はじめに

聖隷三方原病院は、1981年に我が国最初の施設ホスピスを開棟したのち、1992年には専門在宅ケアチームを組織した。更に、2002年からは緩和ケアチームを試験運用し、現在、緩和ケア病棟、専門在宅チーム、緩和ケアチームの3部門を有する総合病院である。

本稿では、聖隷三方原病院における緩和ケアチームの活動を報告する。

1. Pilot phase 発足に至った経緯 —2001年以前—

緩和ケアチームの保険点数化以前より、ホスピス待ち患者や化学療法施行中の患者に対する緩和ケアの提供が課題となっており、適宜ホスピス科医師が相談を受けていた。緩和ケアチームの点数化が決定されたため、1年間パイロットで運用し必要性が認められれば正式にチームを発足させることとなった。発足時の組織構成はすべて兼任であった(表1)。

¹聖隷三方原病院緩和支援治療科 ²同緩和ケアチーム ³同認定看護師室 ⁴同薬剤部 ⁵同精神科 ⁶同麻酔科
⁷日本看護協会

表1 緩和ケアチームの構造

	pilot phase (2002年)	development (2003年)	(2004年)	(2005年)	(2006年)
緩和ケア医	兼任1人	専従1人	専従1人	専従1人	専従1人
精神科医	兼任1人	兼任1人	兼任1人	兼任1人 (リエゾン専従)	兼任1人 (リエゾン専従)
認定看護師	兼任1人 (週2日)	専従1人	専従1人+兼任1人 (週2日)	専従2人 (1人は週3日)	専従2人
薬剤師	兼任2人	兼任2人	兼任2人	兼任2人	兼任2人
その他	疼痛専門医 口腔チーム リハビリ テーション部 リエゾン看護師	疼痛専門医 口腔チーム リハビリ テーション部	疼痛専門医 口腔チーム リハビリ テーション部	疼痛専門医 口腔チーム リハビリ テーション部	疼痛専門医 口腔チーム リハビリ テーション部

2. Pilot phase—2002年—

a. 発足前の意識調査

緩和ケアチームの発足にあたって、院内の医師・看護師を対象とした意識調査を行った¹⁾。その結果、緩和ケアチームに対する期待は、身体症状の緩和、精神的ケア、家族へのケア、療養場所の選択の支援であることが明らかになった(図1)。期待する診療体制は、‘助言・支援のみ’はなく、‘報告して直接診療する’、‘適時直接診療する’であった。

医師・看護師が緩和ケアを向上させるために有効と考えていることは、①緩和ケアの入院・外来での充実(緩和ケアチームの併診、外来での活動)、②広報(院内掲示、問診表の作成など)、③教育(講義、スキルトレーニング、ホスピス短期研修、デスクンファレンスなど)、および、④システムの改善(専門病棟、時間の余裕など)であった(図2)。

b. Pilot phaseの結果

pilot活動の結果、年間121人の依頼があり、活動の継続が認められた(図3)。

3. Development phase—2003年—

a. 準備・評価項目の策定

development phaseの重点項目として、①緩和ケアチームが活動することによって全病期の

がん患者の苦痛を緩和する、②患者・家族に対して緩和ケアについて広報する、および、③看護師の知識・技術を向上させるためセミナーの実施を策定した。

評価は、それぞれ、①症状アウトカムの変化、医師・看護師から見た有用性の評価、ホスピス転科症例での転科直後での治療の変化、②患者からの緩和ケアを受けたいという依頼数、③看護師の緩和ケアに関する知識の定量を行うこととした。

development phaseの組織構成は、緩和ケア医師、認定看護師が専従で、他スタッフは兼任であった(表1)。開始前に非保険適応薬を使用することについて薬事・倫理・管理会議での承認を得た。全般的な活動の基本として、①患者・家族のニーズを満たすとともに、主治医・病棟のニーズも満たすこと、②自分たちの‘主張を通す’のではなくその場をリエゾンすることを原則とした。

b. Development phaseの結果

1) 臨床アウトカム

依頼件数は156件であった(図3)。緩和ケア病棟の患者に比して緩和ケアチームの対象患者は、若く、PSが良いが、症状は強く、終末期ケア目的ではなく症状緩和目的で紹介された(表2)²⁾。すなわち、緩和ケア病棟と緩和ケアチームがみている患者層は重複してはいるが異なっ

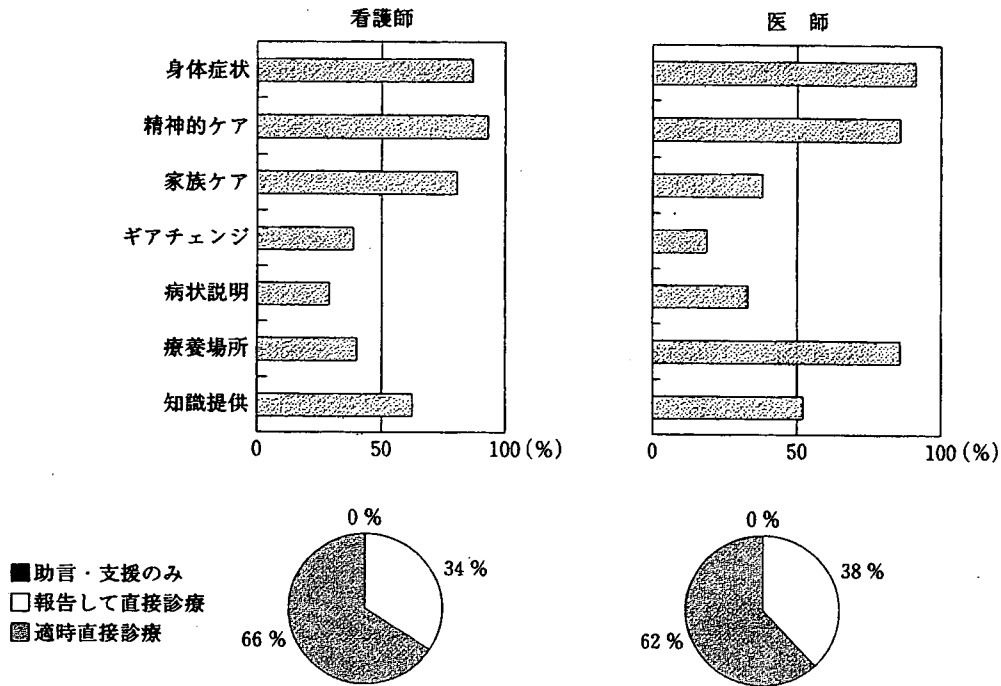


図1 緩和ケアチームに期待すること

1) 看護師・医師いずれも高い有効性を期待

2) 看護師・医師いずれも有効性を期待

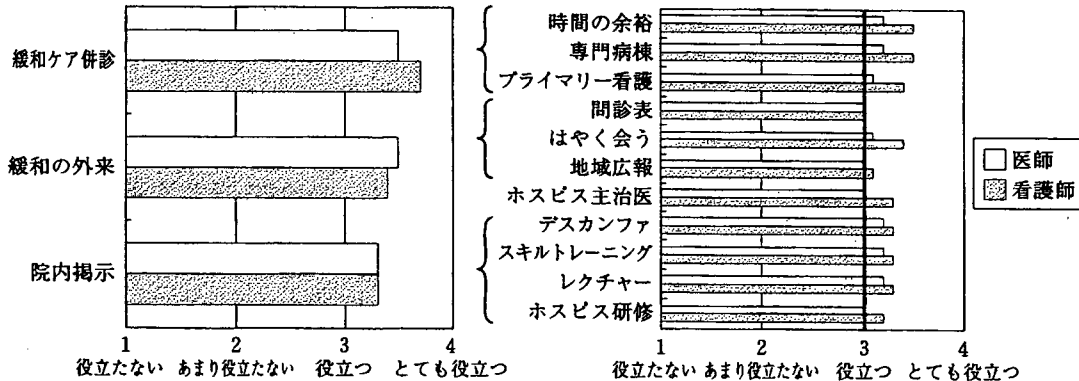


図2 緩和ケアの改善に有用と思われること

ており、緩和ケア病棟、緩和ケアチームのいずれもが必要とされていることが示唆された。

緩和ケアチームの診療前後1週間にSTASを測定したところ、疼痛、嘔気、呼吸困難、不眠、不安など多くの症状で改善が認められた(表3)²⁾。

医師・看護師の評価では、緩和ケアチームを

‘とても有用’としたものが70%以上であった(図4)¹⁾。

一方、緩和ケアチームの診療を受けホスピス転科になった患者では、転科48時間以内に1人当たり平均3.4の変更が認められた(表4)³⁾。多かった変更は、輸液、オピオイド、入浴、家族との面談であり、その原因は、介入対象とし

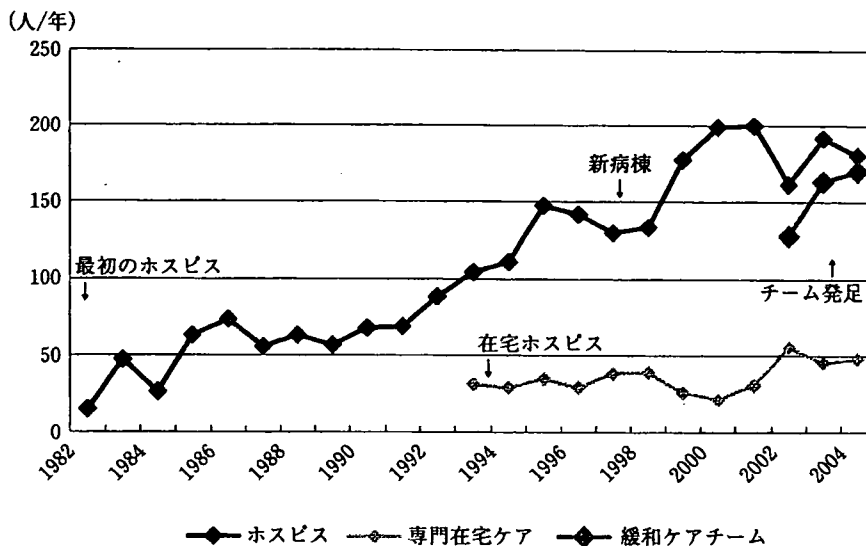


図3 緩和ケアグループ 診療患者数推移

表2 緩和ケアチームとホスピスの患者背景

	緩和ケアチーム (n=111)	ホスピス (n=100)	p
年齢	68±12	72±12	0.013
PS			<0.001
≤2	20%	6%	
3	43%	28%	
4	37%	66%	
依頼目的			<0.001
苦痛緩和	95%	73%	
終末期ケア	25%	83%	
療養の場の提供	1.8%	25%	
症状 (STAS)			
疼痛	2.3±1.2	1.1±1.1	<0.001
不安	0.71±1.2	0.35±0.70	0.008

表3 緩和ケアチーム診療後の症状変化 (STAS)

	前	1週間後	p
疼痛	2.4±1.1	0.12±0.75	<0.001
嘔気	0.80±1.2	0.33±0.60	<0.001
呼吸困難	0.56±1.1	0.30±0.63	0.006
倦怠感	0.74±1.0	0.84±1.1	0.38
不眠	1.1±0.81	0.54±0.69	<0.001
不安	0.77±1.2	0.49±0.90	0.008
せん妄	0.42±0.74	0.38±0.71	0.48

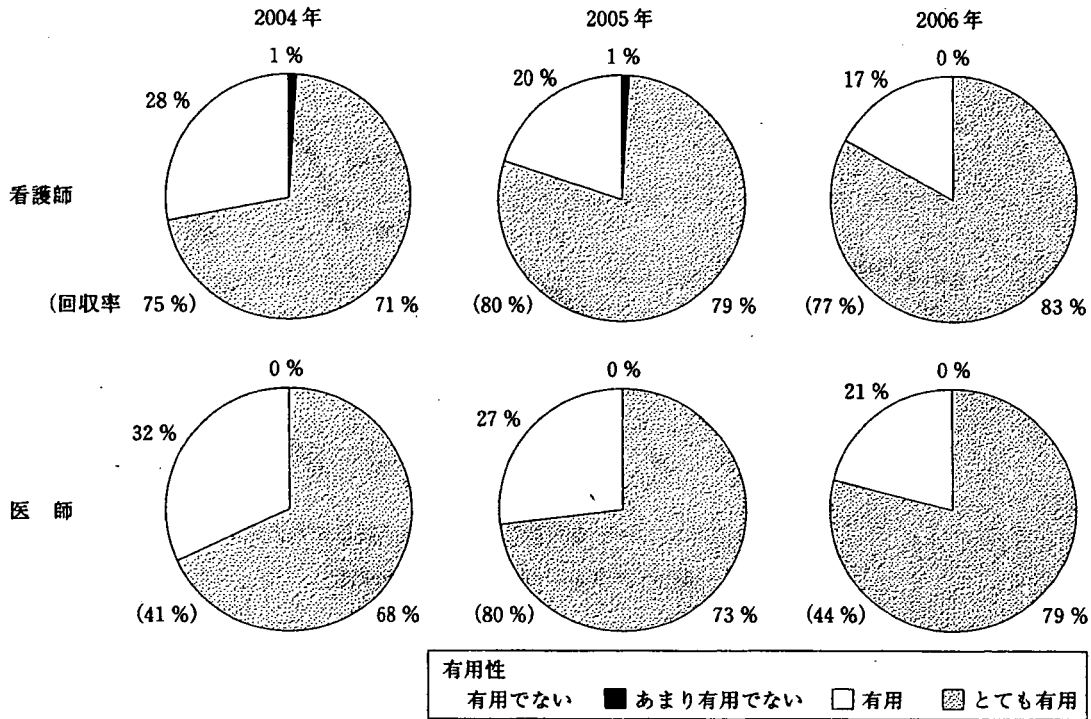


図 4 医師・看護師からの評価(文献²⁾より引用)

表 4 ホスピス転科症例の前後での治療の比較

1. 転科後, 1人当たり, 1.9±1.5個の医学的治療の変更, 1.5±1.3個の看護的ケアの変更が行われた
2. 主要な変更
【医学的治療】
・輸液の減量(22%), オピオイドの増量・変更・投与経路の変更(22%)
【看護的ケア】
・入浴の許可(18%), マットレスの変更(16%), マッサージ(13%), 気管吸引の減少・中止(11%), 定期的体位交換のみ直し(11%)
・primary caregiverとの治療方針についての話し合い(38%), primary caregiver以外の家族との治療方針についての話し合い(16%)
3. 理由
・介入対象とせず(37%; 輸液, 看護ケア, 意思決定支援)
・問題を認識できなかった(17%; 症状)
・患者の状態の変化(13%)

ていない, 問題を認識できないであった。

以上より, 緩和ケアチームの活動は, 輸液, 看護ケア, 意思決定への援助などでなお支援が不十分な可能性が考えられたが, 一定の成果を達成していると考えられた。

2) 患者・家族への広報

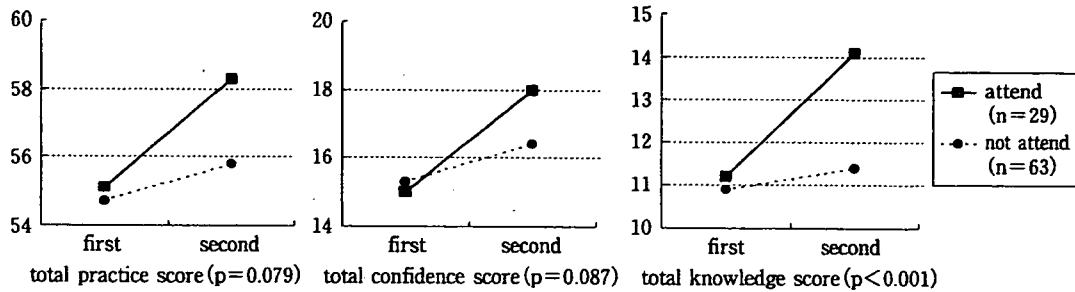
患者・家族への緩和ケアに関する知識の普及

のため, ‘緩和ケアについてのパンフレット’を作成し, ‘生活のしやすさの問診表’を外科外来に常備したが, 患者からの自発的なニーズが年20件以下であったため, 中止した。

3) 教育

年6回にわたって緩和ケアセミナーを医師・看護師が協力して行い, 前後で看護師の緩和ケ

participation into educational sessions



experience to treat patients with collaboration with palliative care team

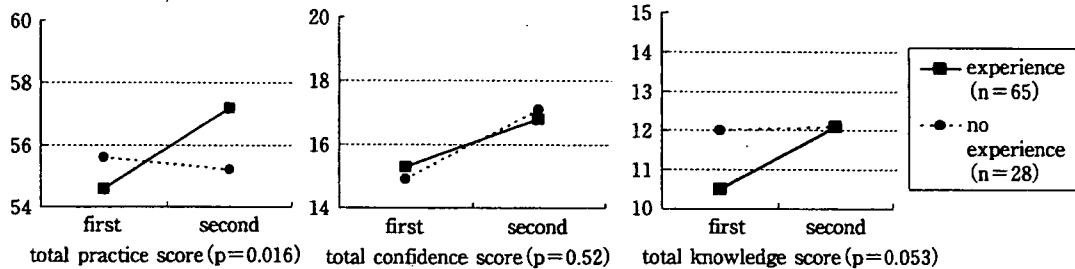


図5 教育セミナー・緩和ケアチームとの共同診療の経験による知識、実践、自信の変化

アに関する知識、態度、自信を経時的に定量した(図5)⁴⁾。その結果、緩和ケアセミナーに参加した看護師では参加しない看護師に比較して有意に緩和ケアに関する正確な知識が増加した。また、緩和ケアチームと一緒に診療した経験のある看護師では経験のない看護師に比較して有意に緩和ケアに関する自己評価による適切な実践が増加した。以上より、セミナーにより知識の改善、緩和ケアチームとの共同診療により実践の向上がもたらされる可能性が示唆された。

4. Development phase—2004～05年—

2004年からはスタッフが増員され、緩和ケアチーム看護師が1.5人(2004年)、2人(2005年～)となり、また、精神科医師が外来や入院患者をもたないリエゾン専従となった。2003年と2004年の対象患者の背景を比較したところ、緩和ケアチームへ紹介される患者の化学療法施行率が高まっており、疼痛のみならず精神的支援の依頼理由が増加していることがわかった(図6)⁵⁾。また、電子カルテシステムの導入に伴って、院内での緩和ケアの標準化が課題とされ

た。したがって、2004-05年の目標として、①化学療法施行中の患者への緩和ケア・サポートの強化、②院内の緩和ケアの標準化のためのツールの整備を主たる目標とした。

a. 化学療法施行中の患者への緩和ケア・サポート

化学療法施行中の患者を対象として、化学療法開始時に緩和ケアチームの薬剤師がパンフレットとニーズスクリーニングを行うシステムを開始した(図7)。pilot studyの結果、NRS 10段階評価の身体症状で6点以上、distress thermometerで5点以上、または、‘気がかり・相談したいこと’のopen-ended questionがあるものをスクリーニング陽性と考えた場合に、専門緩和ケアサービスの対象患者は40%、何らかのサポートニーズのある患者が約70%であった(図8)。

b. 院内緩和ケアの標準化のためのツールの整備

fifth vital sign(‘5つめのバイタルサイン’)として苦痛を電子カルテの体温版に掲載し、STASを院内共通の評価基準とする看護観察項

	2003年 (n=111)	2004年 (n=100)	p
平均予後	71	155	<0.001
95%CI	54-88	122-188	
化学療法施行中	18%	43%	<0.001
PS	3.2±0.76	2.8±0.80	0.002
依頼内容			
疼痛	80%	70%	
身体症状	25%	40%	
精神的ケア ・家族ケア	10%	50%	

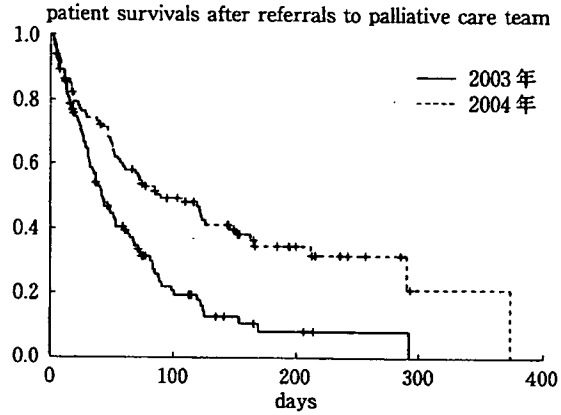


図6 緩和ケアチームに紹介される患者の依頼から死亡までの日数の変化

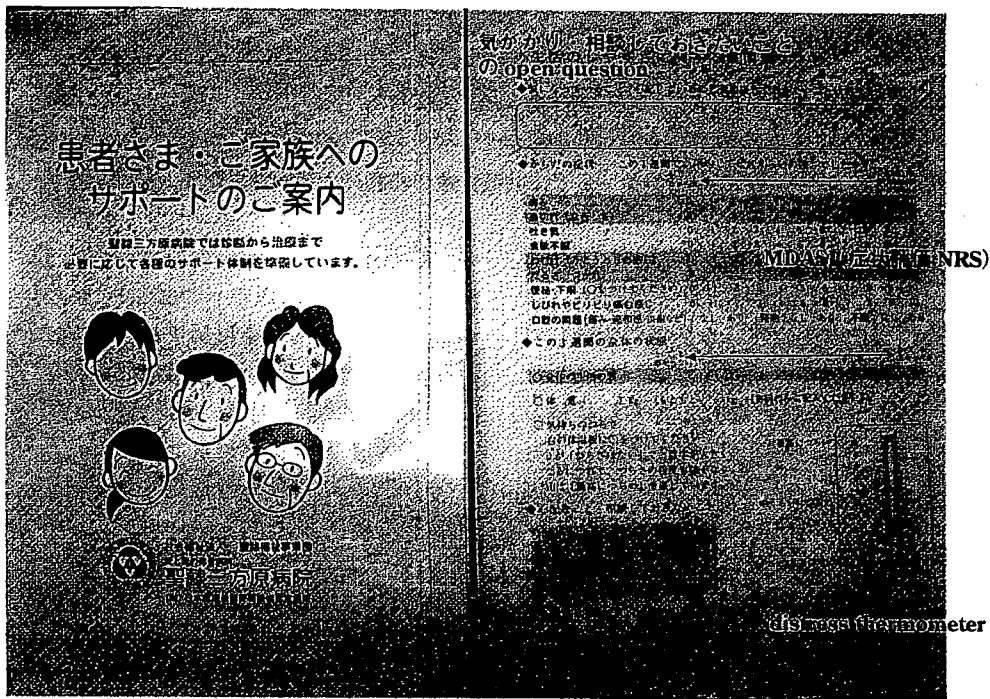


図7 化学療法施行中の緩和ケアニーズスクリーニング

目を整備した(図9)。そのほかに、電子カルテヘルプ機能から緩和ケアや症状緩和に関するマニュアルを参照できるように整備した。

5. 課題—2006年—

2006年以降の活動方針として、前年より継続した課題である、①化学療法施行中の患者へ

の緩和ケア・サポートの強化、②緩和ケアの標準化ツールの効果について評価することに加えて、地域全体の患者を支援するために、③地域全体に対する緩和ケアチーム活動(communitary palliative care team)の活動に取り組むことが課題である(図10)。これらの活動を通じて、すべての患者が適切な時期に緩和ケアサービスを

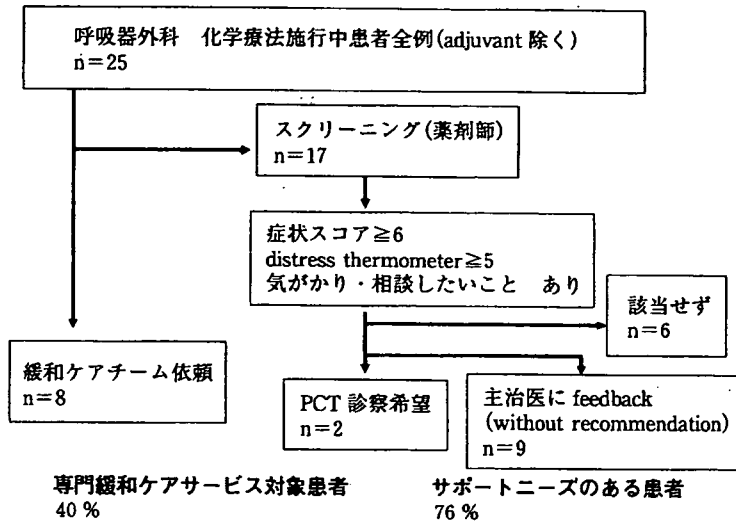


図8 化学療法施行中の緩和ケアニーズスクリーニング pilot study

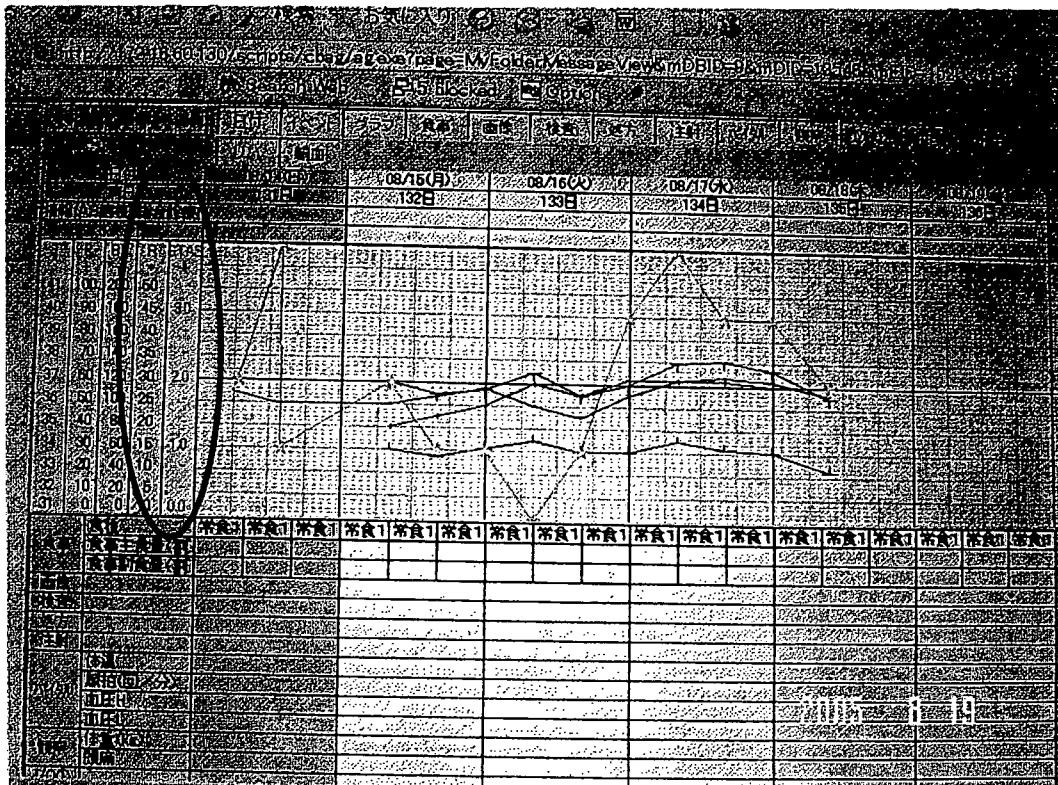


図9 Fifth vital signとしての苦痛

患者の苦痛の程度がSTASで体温版で見られるようになっている (画面はダミーの患者のもの).

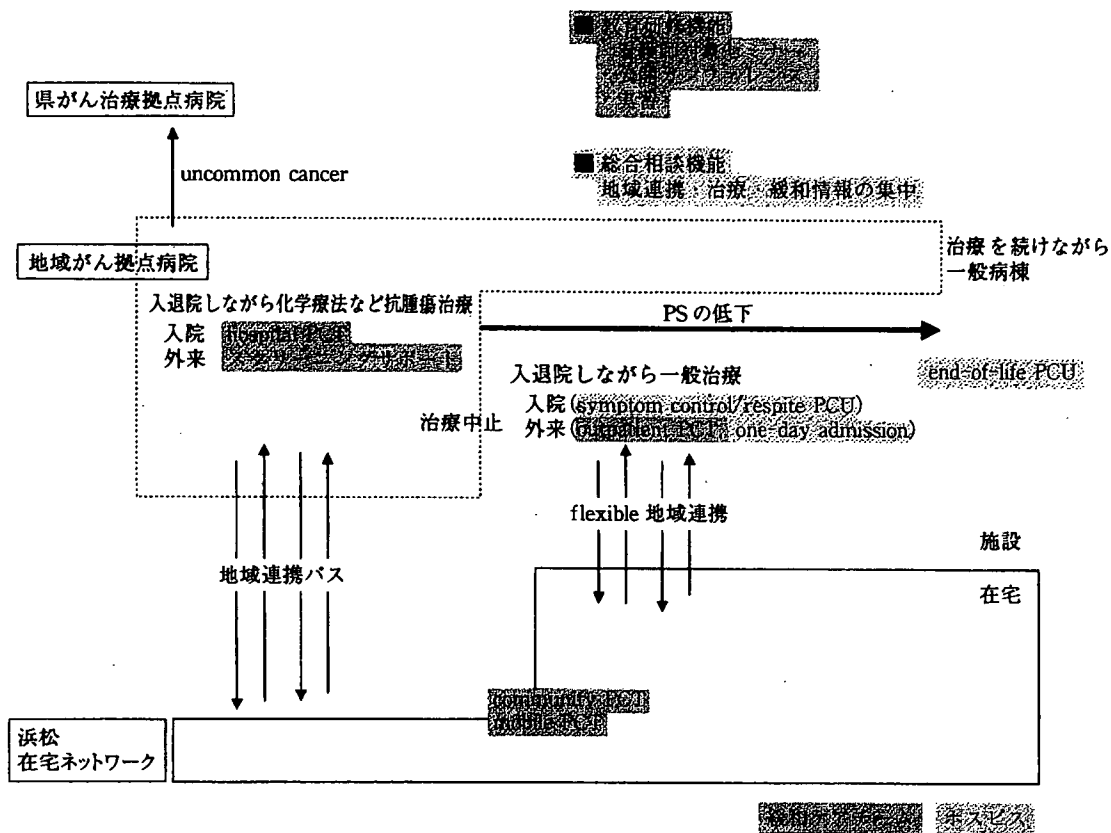


図 10 浜松緩和ケアネットワーク

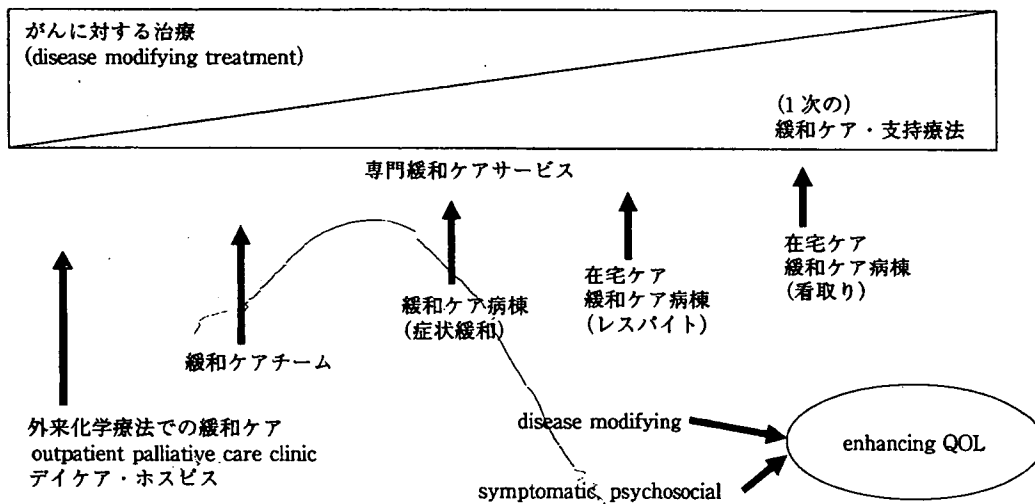


図 11 専門緩和ケアサービスのビジョン

患者の希望する全ての時期にもっとも適切な緩和ケアを提供する体制を作る。

受けられるようなシステムを構築していく必要があると考える(図 11)。

本稿は第9回日本緩和医療学会・サイコoncology学会合同大会シンポジウム(2004年,

横浜), 第4回日本臨床腫瘍学会シンポジウム(2006年, 大阪)での発表に加筆したものである。

■ 文 献

- 1) 森田達也ほか: 緩和ケアチームの評価とよりよい緩和ケアを提供するための改善策: ホスピス, 在宅診療, 緩和ケアチームのある総合病院における看護師・医師の意識調査. 緩和ケア 15: 78-84, 2005.
- 2) Morita T, et al: Palliative care team: the first year audit in Japan. J Pain Symptom Manage 29: 458-465, 2005.
- 3) Morita T, et al: Changes in medical and nursing care in cancer patients transferred from a palliative care team to a palliative care unit. J Pain Symptom Manage 29: 595-602, 2005.
- 4) Morita T, Fujimoto M: Self-reported practice, confidence, and knowledge about palliative care of nurses in a Japanese regional cancer center: longitudinal study after 1-year activity of palliative care team. Am J Hosp Palliat Care. (in press)
- 5) Morita T, et al: Trends toward earlier referrals to a palliative care team. J Pain Symptom Manage 30: 204-205, 2005.



緩和ケアにおけるクリニカルパス

序

森田達也*

緩和ケアの治療における重要な関心事は個別性の尊重である。クリニカルパスが、個別性が非常に高い緩和ケアの臨床において果たして十分な役割を果たせるのだろうかという懸念は当然である。しかし、ヨーロッパにおけるLiverpool Care Pathway for the dying patient (LCP) の成功は、緩和ケア臨床においてもエッセンスとなる部分を抽出することによって、クリニカルパスやアルゴリズムが臨床に資するものである可能性を示した。英国のNational Institute for Clinical Excellenceが策定した緩和ケアのグランドビジョンImproving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancerのrecommendationでは、「すべての場所において、終末期がん患者がどのようなニードをもっているかを評価するべきである。そのために、Liverpool Care Pathwayは1つの手段となる」と明記し、緩和ケアの質の向上のためにクリニカルパスの果たしうる役割を認めて

いる (Department of Health, 2001. The NHS Cancer Plan, <http://www.nice.org.uk/guidance/csgsp>)。

本特集では、まず、茅根先生にクリニカルパスの緩和ケアにおける意義について総論的に記載していただいた。次に、緩和ケア領域におけるクリニカルパスやアルゴリズム、あるいは、システムの具体例として疼痛、看取りのパス、患者状態適応型パス、在宅への移行、インフォームド・コンセント、苦痛のスクリーニングシステムをあげて、その開発や臨床実践に関与している先生方に紹介していただいた。紹介されるクリニカルパスなどは開発中のものが多く、臨床における有用性は今後十分に検討されなければならない。本特集が、緩和ケアにおけるクリニカルパスの充実を通じて患者のQOL (quality of life) を向上させようと努力している多くの臨床家・研究者の参考になれば幸いである。

* MORITA Tatsuya/聖隷三方原病院緩和支援治療科



STAS-Jを用いた苦痛のスクリーニングシステム

森田達也¹⁾²⁾ 藤本巨史²⁾⁶⁾ 難波美貴²⁾⁶⁾ 清原恵美³⁾⁶⁾
高田智史⁴⁾ 山崎律子⁵⁾⁶⁾ 田口君代⁵⁾⁶⁾

【目的】緩和ケアニードのある患者を早期に同定し、適切な時期に緩和ケアサービスに紹介するために実施した「STAS-Jを用いた苦痛のスクリーニングシステム」を紹介する。

【方法】入院患者全員にSTAS-J（身体的苦痛，item 2）を評価し、電子カルテ上において週に1回スクリーニングをおこなった。2週間以内に手術を受けていない入院中のがん患者を母集団とし、さかのぼって1週間にSTAS2以上が2回以上あるものをスクリーニング陽性とした。陽性の場合、適切な緩和ケアがおこなわれているかどうかを緩和ケアチームが評価した。

【結果】9回のスクリーニング機会で629症例がスクリーニングされ、陽性は87例（14%）であった。15例は偽陽性であり、苦痛のある患者は72例であった。33例はすでに緩和ケアチームがフォロー中で、14例は適切な緩和治療を受けており、14例は治療に伴う一過性の苦痛であった。1例はスクリーニング日までに死亡していた。残る10例において有効な緩和治療があると考えられたため、書面・口頭で主治医に推奨した緩和治療が実施され、7例は1週間以内に緩和ケアチームに紹介された。

【結論】STAS-Jを用いた苦痛のスクリーニングシステムは、認識されていない緩和ケアニードのある患者をより早期に同定することに有用な可能性がある。

はじめに

複数の実証研究が、医師や看護師は患者の緩和

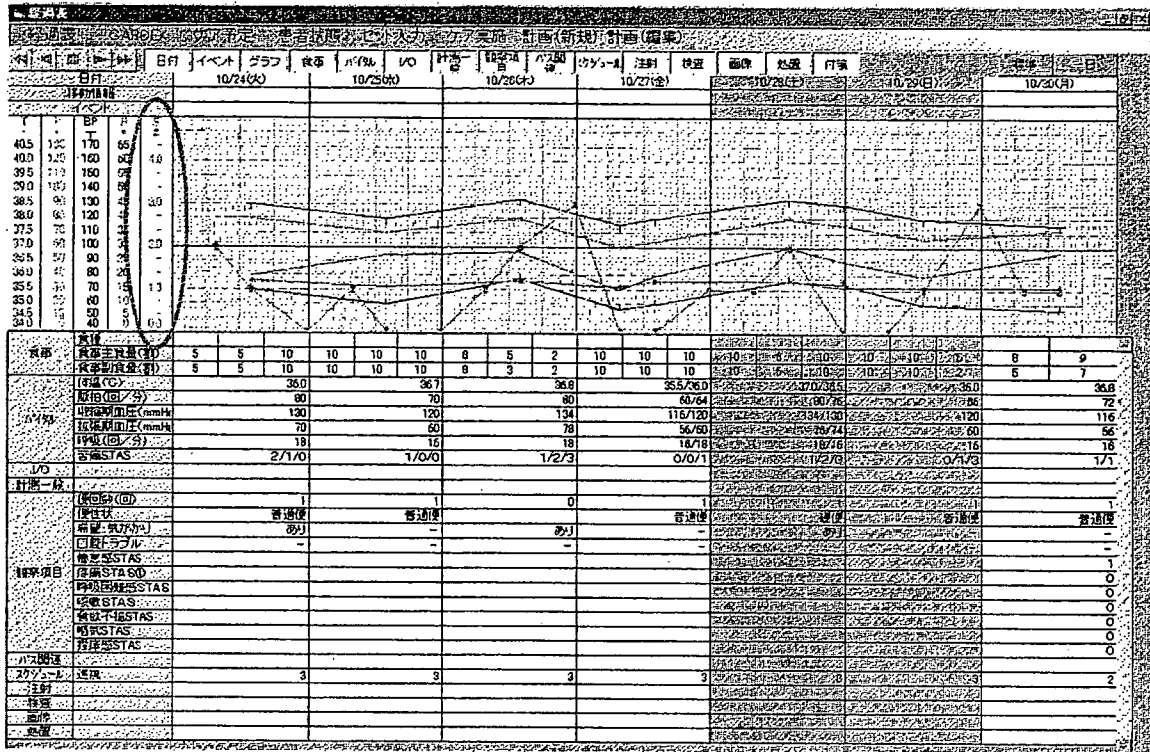
KEY WORDS

苦痛
STAS-J
スクリーニング

ケアのニードを適切に把握できず、専門緩和ケアサービスに紹介される患者のタイミングが遅いことを示唆している^{1)~5)}。したがって、緩和ケアニードのある患者を早期に同定し、適切な時期に専門緩和ケアサービスに紹介されるシステムは、患者のQOL（quality of life）の向上に有用な可能性がある。

本論文では、入院したがん患者全員を対象として苦痛をSupport Team Assessment Schedule日

MORITA Tatsuya, FUJIMOTO Koji, NAMBA Miki, KIYOHARA Emi, TAKADA Satoshi, YAMAZAKI Ritsuko, TAGUCHI Kimiyo/1) 聖隷三方原病院緩和支援診療科, 2) 同院緩和ケアチーム・認定看護室, 3) 同院ホスピス, 4) 同院医療情報室, 5) 同院管理婦長室, 6) 同院STASプロジェクトチーム



図① 体温版に可視化された患者の苦痛

本語版 (STAS-J)⁶⁾⁷⁾ を用いて評価し、電子カルテ上でスクリーニングをおこなうシステムを導入した予備的な結果について紹介する。

1. 方法

1) 苦痛のSTASの全患者への導入

STASは緩和ケアのaudit toolとして開発された9項目からなる他者評価尺度であり、日本語版の信頼性と妥当性は確認されている⁶⁾⁷⁾。本プロジェクトでは、STASのitem2 (身体的苦痛)の基準を用いて、入院全患者の身体的苦痛を5つ目のバイタルサイン (5th vital sign)⁸⁾⁹⁾として、血圧などのバイタルサインを測定するときに同時に看護師が評価した。苦痛の程度が可視化できるように体温版に表示されるようにした (図①)。

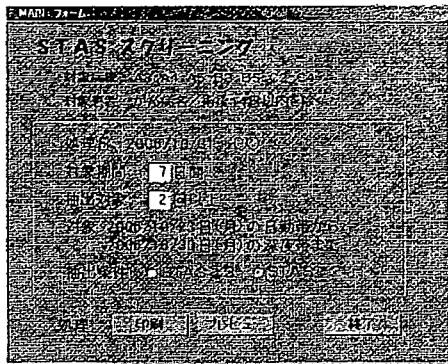
導入にあたっては、まず、院内の看護観察基準を診療部と協力して統一した。つぎに、各病棟の責任者から構成されるSTASプロジェクトチームを立ち上げ、看護課長会での勉強会、実際の症例

での評価方法について実習および、病棟ごとの勉強会をおこなった。

2) 電子カルテを用いたスクリーニング

入力された苦痛のSTASを利用して、電子カルテ上で週に1回苦痛の強い患者のスクリーニングをおこなった。本システムは、期間と程度などのパラメータを設定すると、電子カルテの端末上で該当する患者のIDや氏名が同定されるシステムである (図②)。母集団は、①主病名が悪性腫瘍である、②2週間以内に手術を受けていない入院患者を全例対象とした。スクリーニング陽性とした基準は、当初「さかのぼって1週間にSTAS3以上が2回以上」としたが陽性となる患者がほとんどいなかったため、「さかのぼって1週間にSTAS2以上が2回以上」あるものをスクリーニング陽性とした。

条件を設定する



該当患者が出力される

STAS スクリーニング結果 (STAS ≥ 2) 処理日: 2008/10/31

◆対象期間: 前年度末/前日14日以内最終 ◆検索: A3-A5 80-85 02-04
 ◆対象期間: 7日 (2008/10/24:日曜 - 2008/10/30:土曜)
 ◆対象年齢: 2歳以上

A3 病棟	コンプライアンス入力割合(%)	80% (176 / 219)
対象患者数: 14	コンプライアンス患者(%)	64% (9 / 14)
STAS ≥ 2: 2例	患者ID: []	氏名: []
入院日: []	主治医: []	主病名: []
STAS ≥ 2: 2例	患者ID: []	氏名: []
入院日: []	主治医: []	主病名: []
A4 病棟	コンプライアンス入力割合(%)	49% (48 / 99)
対象患者数: 5	コンプライアンス患者(%)	0% (0 / 5)
STAS ≥ 2: 2例	患者ID: []	氏名: []
入院日: []	主治医: []	主病名: []
A5 病棟	コンプライアンス入力割合(%)	82% (276 / 336)
対象患者数: 17	コンプライアンス患者(%)	71% (12 / 17)
STAS ≥ 2: 4例	患者ID: []	氏名: []
入院日: []	主治医: []	主病名: []
STAS ≥ 2: 4例	患者ID: []	氏名: []
入院日: []	主治医: []	主病名: []
B3 病棟	コンプライアンス入力割合(%)	55% (113 / 204)
対象患者数: 10	コンプライアンス患者(%)	50% (5 / 10)
STAS ≥ 2: 2例	患者ID: []	氏名: []
入院日: []	主治医: []	主病名: []
STAS ≥ 2: 2例	患者ID: []	氏名: []
入院日: []	主治医: []	主病名: []

図② STASを用いた苦痛の強い患者のスクリーニングシステム

3) スクリーニング陽性の患者に対する緩和ケアチームによる評価

スクリーニングが陽性の場合、適切な緩和ケアがおこなわれているかどうかを緩和ケアチームが評価し、何らかの治療の変更や追加によって患者の苦痛の改善が見込まれる場合にはその旨をカルテ上、あるいは、口頭にて主治医・病棟看護師に連絡した。

2. 結果 (図③)

9回のスクリーニング機会で629症例がスクリーニングされ、陽性は87例(14%)であった。そのうち、13例(15%)は精神症状、2例(2.3%)は入力ミスによる偽陽性であった。33例(38%)はすでに緩和ケアチームがフォロー中であった。1例(1.1%)はスクリーニング日までに死亡していた。

14例(16%)は適切な緩和治療を受けていると評価され、14例(16%)は治療に伴う一過性の苦痛であった。

10例(11%)において有効な緩和治療があると考えられたため、書面・口頭で主治医に推奨し

た。9例において推奨治療が実施され、7例は1週間以内に緩和ケアチームに紹介された。おもな症状は疼痛、嘔気、しびれ、吃逆であり、おこなわれた治療は、疼痛や嘔気の原因の精査、鎮痛補助薬の追加、疼痛刺激を励起しない看護ケアの徹底、放射線治療、吃逆に対する薬物療法などであった。

3. 考察

本プログラムは実施可能であり、認識されていない緩和ケアニーズのある患者をより早期に同定することに有用な可能性がある。

スクリーニング陽性で苦痛があるかもしれないと考えられた患者の割合(11%: 72/629)も必ずしも高くなかったことは、①看護師による過小評価、あるいは②一定レベルの緩和ケアはすでにおこなわれている、いずれかの可能性を示唆している。また、苦痛がある入院患者のうち緩和ケアチームが診療しておらず有効な緩和治療があると考えられた患者の割合は11%(10/87)と必ずしも高くなかったことは、当院において、緩和ケアチームの活動がある程度浸透していることを示すものかもしれない。

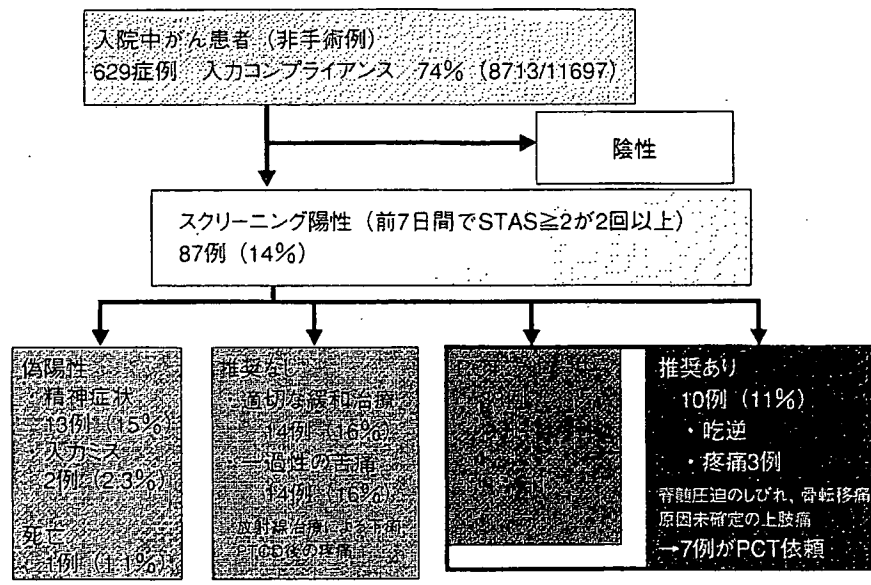


図3 スクリーニングの結果

おわりに

STAS-Jを用いた苦痛のスクリーニングシステムの導入について紹介した。本システムの有用性については、これから緩和ケアチームを立ち上げる病院において、同一の方法を用いて結果を比較することにより明らかにできると考えられる。今後、研究を積み重ねシステムの有効性を評価する必要がある。

付記

本システムについての技術的なお問い合わせは、聖隷三方原病院医療情報室 高田智史まで (satoshi12000@sis.seirei.or.jp), また、本システムに関する研究をおこなわれる方は、同院緩和支援治療科 森田達也まで (tmorita@sis.seirei.or.jp) ご連絡いただければ幸いです。

文献

- 1) Sprangers MA, Aaronson NK : The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease : a review. *J Clin Epidemiol* 45 : 743-760, 1992
- 2) Heaven CM, Maguire P : Disclosure of concerns by hospice patients and their identification by nurses. *Palliat Med* 11 : 283-290, 1997
- 3) Nekolaichuk CL, Maguire TO, Suarez-Almazor M *et al* : Assessing the reliability of patient, nurse, and family caregiver symptom ratings in hospitalized advanced cancer patients. *J Clin Oncol* 17 : 3621-3630, 1999
- 4) Horton R : Differences in assessment of symptoms and quality of life between patients with advanced cancer and their specialist palliative care nurses in a home care setting. *Palliat Med* 16 : 488-494, 2002
- 5) Morita T, Akechi T, Ikenaga M *et al* : Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 23 : 2637-2644, 2005
- 6) 志真泰夫, 恒藤暁, 森田達也ほか : STAS日本語版スコアリングマニュアル緩和ケアにおけるクリニカル・オーデイトのために。厚生労働科学研究 医療技術評価総合研究事業 緩和医療提供体制の拡充に関する研究班, 2004
- 7) Miyashita M, Matoba K, Sasahara T *et al* : Reliability and validity of the Japanese version of the support team assessment schedule (STAS-J). *Palliat Support Care* 2 : 379-385, 2004
- 8) Merboth MK, Barnason S : Managing pain : the fifth vital sign. *Nurs Clin North Am* 35 : 375-383, 2000
- 9) Lynch M : Pain as the fifth vital sign. *J Intraven Nurs* 24 : 85-94, 2001

ホスピス緩和ケア白書 2007

緩和ケアにおける専門性
—緩和ケアチームと緩和ケア病棟—

編集 (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団
「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会

志真 泰夫 筑波メディカルセンター病院 緩和医療科
恒藤 暁 大阪大学 大学院医学系研究科 緩和医療学
松島たつ子 ピースハウス病院 ホスピス教育研究所
山崎 章郎 ケアタウン小平クリニック

II. 緩和ケアにおけるコンサルテーション活動の専門性

1. 緩和ケアチームの活動の現況と展望—聖隷三方原病院の場合

森田 達也^{1,2} 藤本 亘史^{2,3} 難波 美貴^{2,3} 福本 直子⁴ 伊藤 智子⁴
 山田 智香⁴ 大場 有沙⁴ 葛西 英二^{2,5} 高田 知孝^{2,6} 井村 千鶴⁷

(¹ 聖隷三方原病院 緩和支援診療科 ² 同 緩和ケアチーム ³ 同 認定
 看護師室 ⁴ 同 薬剤部 ⁵ 同 精神科 ⁶ 同 麻酔科 ⁷ 日本看護協会)

はじめに

聖隷三方原病院は、地域がん診療拠点病院の指定を受けた700床の総合病院である。本稿では、聖隷三方原病院における緩和ケアチームの活動を報告する。

Pilot phase 発足にいたった経緯 (2001年以前)

緩和ケアチームの保険点数化以前より、ホスピス待ち患者や化学療法施行中の患者に対する緩和ケアの提供が課題となっており、適宜ホスピス科医師が相談を受けていた。緩和ケアチームの点数化が決定されたため、1年間パイロットで運用し必要性が認められれば正式にチームを発足させることとなった。発足時の組織構成は、すべて兼任

であった(表1)。

Pilot phase (2002年)

1. 発足前の意識調査

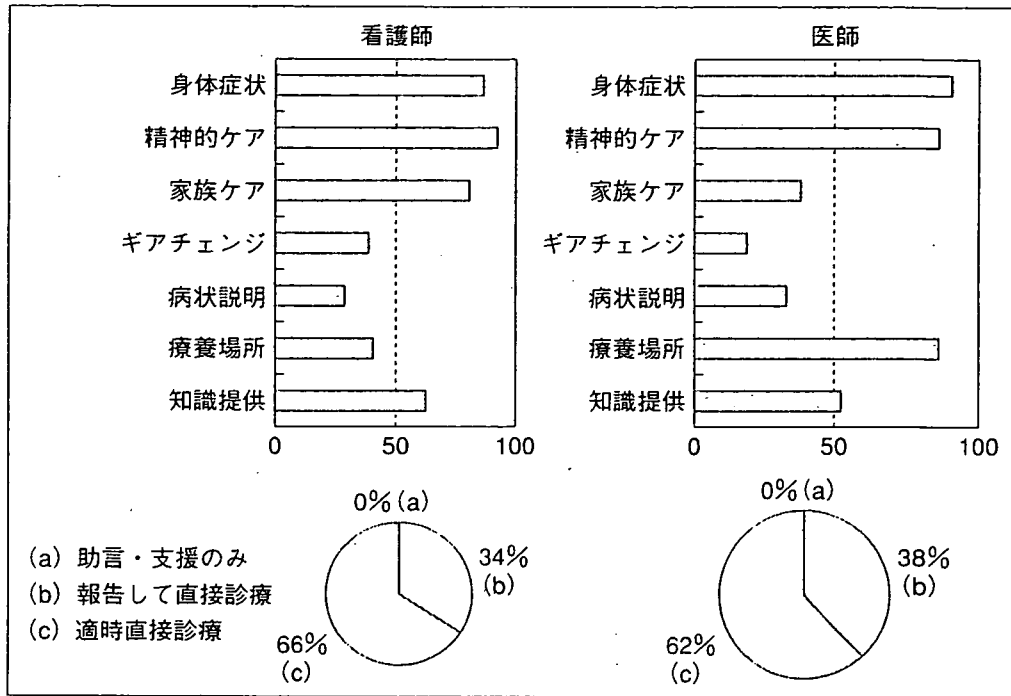
緩和ケアチームの発足にあたって、院内の医師・看護師を対象とした意識調査を行った¹⁾。その結果、緩和ケアチームに対する期待は、身体症状の緩和、精神的ケア、家族へのケア、療養場所の選択の支援であることが明らかになった(図1)。期待する診療体制は、「助言・支援のみ」ではなく、「報告して直接診療する」「適時直接診療する」であった。

2. Pilot phase の結果

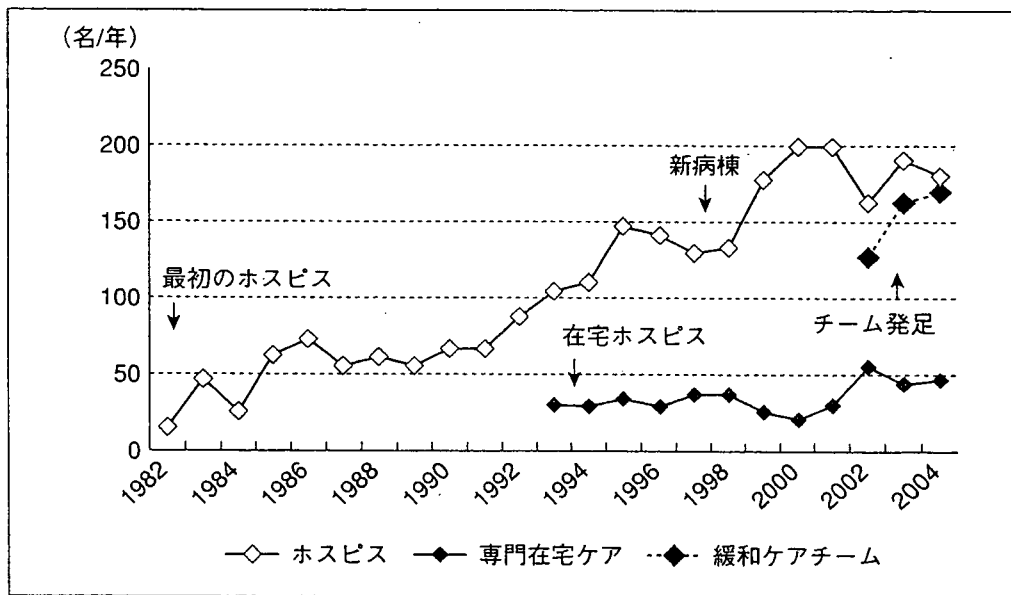
Pilot 活動の結果、年間121名の依頼があり、活動の継続が認められた(図2)。

■表1 緩和ケアチームの構造

Phase	Pilot (2002年)	Development (2003年)	Development (2004年)	Development (2005年)	Development (2006年)
緩和ケア医	兼任1名	専従1名	専従1名	専従1名	専従1名
精神科医	兼任1名	兼任1名	兼任1名	兼任1名 (リエゾン専従)	兼任1名 (リエゾン専従)
認定看護師	兼任1名 (週2日)	専従1名	専従1名+兼任1名 (週2日)	専従2名 (1名は週3日)	専従2名
薬剤師	兼任2名	兼任2名	兼任2名	兼任2名	兼任2名
その他	疼痛専門医 口腔チーム リハビリテーション部 リエゾン看護師	疼痛専門医 口腔チーム リハビリテーション部	疼痛専門医 口腔チーム リハビリテーション部	疼痛専門医 口腔チーム リハビリテーション部	疼痛専門医 口腔チーム リハビリテーション部



■図1 緩和ケアチームに期待すること



■図2 緩和ケアグループの診療患者数推移

Development phase (2003 年)

1. 準備・評価項目の策定

Development phase の重点項目として、①緩和ケアチームが活動することによってがん患者の苦痛を緩和する、②看護師の知識・技術を向上させるためセミナーの実施を策定した。development phase の組織構成は、緩和ケア医師、認定看護師が専従で、他スタッフは兼任であった(表1)。

開始前に非保険適応薬の使用することについて薬事・倫理・管理会議での承認を得た。全般的な活動の基本として、①患者・家族のニーズを満たすとともに、主治医・病棟のニーズも満たすこと、②自分たちの「主張を通す」のではなく、その場をリエゾンすることを原則とした。

2. Development phase の結果

1) 臨床アウトカム

依頼件数は156件であった。緩和ケア病棟の患

者に比して緩和ケアチームの対象患者は、若く、PS（全身状態）が良いが、症状は強く、終末期ケア目的ではなく症状緩和目的で紹介された²⁾。すなわち、緩和ケア病棟と緩和ケアチームが見ている患者層は重複してはいるが異なっており、緩和ケア病棟、緩和ケアチームのいずれもが必要とされていることが示唆された。

緩和ケアチームの診療前後1週間後にSTASを測定したところ、疼痛、嘔気、呼吸困難、不眠、不安など多くの症状で改善が認められた（表2）²⁾。医師・看護師の評価では、緩和ケアチームを「とても有用」としたものが70%以上であった（図3）¹⁾。

以上より、緩和ケアチームの活動は、一定の成果を達成していると考えられた。

2) 教育

年6回にわたって緩和ケアセミナーを医師・看護師が協力して行い、前後で看護師の緩和ケアに関する知識、態度、自信を経時的に定量した⁴⁾。その結果、緩和ケアセミナーに参加した看護師では参加しない看護師に比較して有意に緩和ケアに関する正確な知識が増加した。また、緩和ケアチームと一緒に診療した経験のある看護師では経験のない看護師に比較して有意に緩和ケアに関する自己評価による適切な実践が増加した。

以上より、セミナーにより知識の改善、緩和ケ

アチームとの共同診療により実践の向上がもたらされる可能性が示唆された。

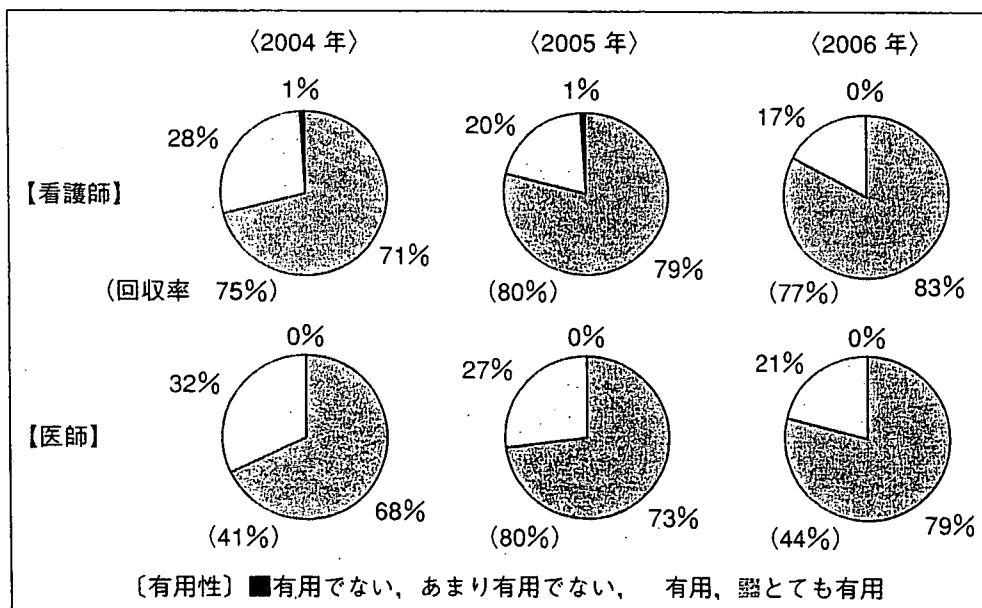
Development phase (2004～2006年)

2004年からはスタッフが増員され、緩和ケアチーム看護師が1.5名（2004年）、2名（2005年～）となり、また、精神科医師が外来や入院患者を持たないリエゾン専従となった。2003年と2004年の対象患者の背景を比較したところ、緩和ケアチームへ紹介される患者の化学療法施行率が高まっており、疼痛のみならず精神的支援の依頼理由が増加していることが分かった。また、電子カルテシステムの導入にともなって、院内での緩和ケアの標準化が課題とされた。

したがって、2004～2006年の目標として、①

■表2 緩和ケアチーム診療後の症状変化(STAS)²⁾

	前	1週間後	p
疼痛	2.4±1.1	0.12±0.75	<0.001
嘔気	0.80±1.2	0.33±0.60	<0.001
呼吸困難	0.56±1.1	0.30±0.63	0.006
倦怠感	0.74±1.0	0.84±1.1	0.38
不眠	1.1±0.81	0.54±0.69	<0.001
不安	0.77±1.2	0.49±0.90	0.008
せん妄	0.42±0.74	0.38±0.71	0.48



■図3 医師・看護師からの評価²⁾

化学療法施行中の患者への緩和ケア・サポートの強化, ②院内の緩和ケア標準化のためのツールの整備を主たる目標とした。

1. 化学療法施行中の患者への緩和ケア・サポート

化学療法施行中の患者を対象として, 緩和ケアチームの薬剤師によるパンフレットとニード調査表を用いたスクリーニングシステムを開始した(図4)。このシステムは患者自記式のニード調査表により患者ニードを主治医・外来看護師・化学療法室に伝え, 専門緩和ケアサービスが必要と考えられる患者を紹介してもらうシステムである。

Pilot studyの結果, NRS (numeric rating scale) 10段階評価の身体症状で6点以上, distress thermometerで5点以上, または, 「気がかり・相談したいこと」のopen-ended questionがあるものをスクリーニング陽性と考えた場合に, なんらかのサポートニードのある患者が50%, 専門緩和ケアサービスの対象患者は15%であった(図5)。

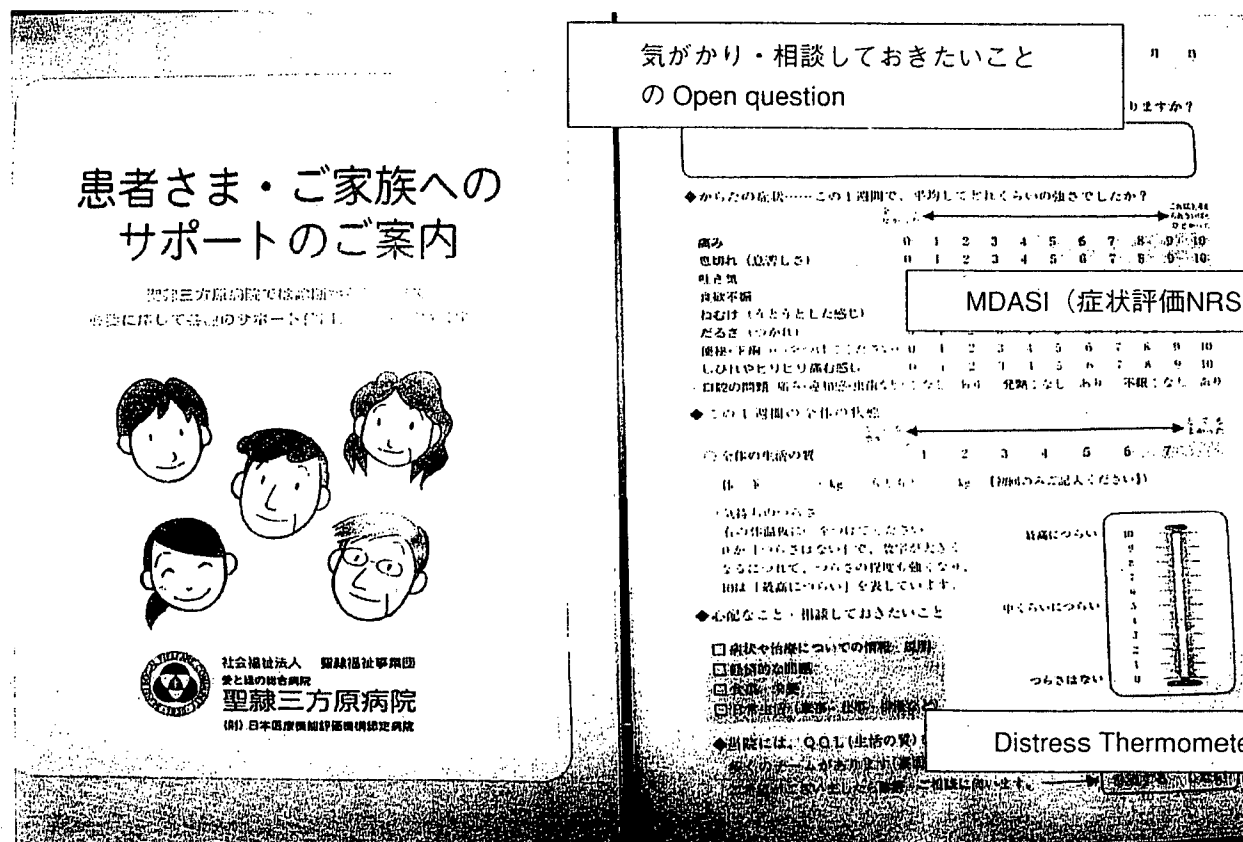
2. 院内緩和ケアの標準化のためのツールの整備

Fifth vital sign (「5つめのバイタルサイン」)として苦痛を電子カルテの体温版に掲載し, 入院全患者の苦痛をスクリーニングするシステムを稼働させた(図6)。このシステムは, すべての患者の身体的苦痛が体温版に記録されることで苦痛の推移を視覚化することができるほか, 入院患者のうち苦痛が強い患者をスクリーニングして主治医や病棟看護師に状況を確認することができる。

電子カルテヘルプ機能から, 症状緩和とコミュニケーションに関する院内マニュアルと, 国際的な推奨ガイドラインを参照できるように整備し(図7), また, 専門緩和ケアサービスの評価フォーマットを標準化した。

課題

緩和ケアチームの活動内容は大きく分けて, ①おもに2次の緩和ケア対象患者に対する臨床コンサルテーション, ②1次の緩和ケアが適切に行われているかのモニタリング, および③システム整



■図4 医学療法施行中の緩和ケアニードスクリーニング