

図4. PEACEプロジェクトの構造

ともに、参加型、体験型のプログラムとなっており、教育技法や、実際に教育を体験して受講生同士で教育方法についてフィードバックしあう時間なども用意されている。指導者には、プレゼンテーションの電子ファイルや、配付資料、DVD、研修会の開催マニュアル、指導者マニュアルなど実際に自分の地域や施設に持ちかえってすぐに教育を開始できるように教育キット一式が手渡される。また、修了者は修了者メーリングリストに登録され、各地方での研修会での工夫や苦勞を共有し、さらに効果的な教育を実施できるように配慮されている。

2) 緩和ケア研修会の開催支援

育成した指導者が、各地方やがん診療拠点病院をはじめとした医療機関において、がん診療に携わる医師を対象とした緩和ケア研修会を行うことを、教育マテリアルの提供、開催ノウハウの提供等を通して行っている。

4. 今後の展望

現在プロジェクトの進捗は順調で、2008年度には『緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会(2泊3日)』が計4回、『精神腫瘍学の基本教育に関する指導者研修会(1泊2日)』が計2回行われ、合計して約330名余の指導者が誕生する予定である。また、国立がんセンターが主催する『緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会』『精神腫瘍学の基本教育のための都道府県指導者研修会』も今年度中に開催され、本プロジェクトの指導医研修会と同様の内容で行われる予定であり、両者をあわせると指導者の数は今年度末には450名超になると予想される。来年度は、さらに300名を超える指導者が養成される予定であり、がん診療拠点病院や緩和ケアを提供している医療機関を中心として、全国各地で数多くの緩和ケア研修会が実施され緩和ケアの普及に寄与することであろう。

一方で、プログラム自体の改善や追加、他職

種への応用を望む声が指導者研修会参加者から多く聞かれており、今後は他の身体症状やコミュニケーション、特殊な状況への対処等必要なプログラムの追加作成およびプログラムの修正等を並行して行っていきたいと考えている。

5. おわりに

緩和ケアは悪性腫瘍だけではなく、神経筋疾患、COPD (chronic obstructive pulmonary disease)、心筋症、慢性腎不全等もその対象となる。このプログラムは本会会員にとって、明日からすぐ臨床で役立つ知識と技術を習得できるものであることを確信している。本プロジェクトの実施を通して、緩和ケアが広く医師に普及し、国民がいつでも、その療養場所にかかわらず、質の高い緩和ケアを受けることができるようになるよう、会員の皆様の積極的な参加を期待したい。

文 献

- World Health Organization Europe: The Solid Facts Palliative Care. Edited by Davies E, Higginson IJ. 2004. [cited 2007 Feb 10]; Available from: <http://www.euro.who.int/document/E82931.pdf>
- Jadad AR, Browman GP: The WHO analgesic ladder for cancer pain management. Stepping up the quality of its evaluation. *JAMA* 274: 1870-1873, 1995.
- Azevedo Sao Leao Ferreira K, et al: The WHO analgesic ladder for cancer pain control, twenty years of use. How much pain relief does one get from using it? *Support Care Cancer* 14 (11): 1086-1093, 2006.
- 厚生労働省. 終末期医療に関する調査 [cited 2008 Dec 10]; Available from: <http://www.bm.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12e.pdf>
- Schuit KW, et al: Learning effects of a workshop in palliative cancer care for general practitioners. *J Cancer Educ* 14 (1): 18-22, 1999.
- Furstenberg CT, et al: Knowledge and attitudes of health-care providers toward cancer pain management: a comparison of physicians, nurses, and pharmacists in the State of New Hampshire. *J Pain Symptom Manage* 15(6): 335-349, 1998.
- Morita T, et al: Practices and attitudes of Japanese oncologists and palliative care physicians concerning terminal sedation: a nationwide survey. *J Clin Oncol* 20 (3): 758-764, 2002.
- Cherny NI, Catane R: Attitudes of medical oncologists toward palliative care for patients with advanced and incurable cancer: report on a survey by the European Society of Medical Oncology Taskforce on Palliative and Supportive Care. *Cancer* 98 (11): 2502-2510, 2003.
- Low J, et al: A UK-wide postal survey to evaluate palliative care education amongst general practice registrars. *Palliat Med* 20 (4): 463-469, 2006.
- 木澤義之: 【がん緩和医療教育の現状と課題】 EPEC-O 日本版の実施について. *緩和医療学* (1345-5575). 8 (1): 3-6, 2006.
- 日本緩和医療学会PEACEプロジェクト [cited 2008 Dec 10]; Available from: <http://www.jspm.ne.jp/gmeetin/g/peace-dl.html>
- 木澤義之, 森田達也編 *がん緩和ケアガイドブック* 日本医師会編著. 青海社, 東京, 2008. [cited 2008 Dec 10]; Available from: http://dl.med.or.jp/dl-med/etc/cancer/cancer_care.pdf
- がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」医療者向けツール・資料, 【1. 症状マネジメントのためのツール】ステップ緩和ケア, 患者家族用パンフレット [cited 2008 Dec 10]; Available from: <http://gankanwa.jp/tools/pro/index2.html>
- 木澤義之編著: *ホスピス・緩和ケア専従医のための自己学習プログラム*, (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 大阪, 2006. [cited 2008 Dec 10]; Available from: <http://www.hospat.org/program.html>
- 森田達也, 下山直人: 厚生労働科学研究費補助金「緩和ケアのガイドライン作成に関するシステム構築に関する研究」班 わが国のがん緩和ケアの現状とこれからの行動計画. 2007.

4

緩和ケア初診時データセット

はじめに

緩和ケアを開始する時に、避けて通ることができないのが患者の初診時評価であるが、忙しい臨床現場の中でそれを効率的に、適切に行うことは困難である。忙しい臨床家が、もれがなく包括的に、標準化された初診時評価とニードのアセスメントを行うために本初診時データセットは開発された。本稿では、その概要について概説する。

開発過程と妥当性

本データセットは2002年、2003年度の厚生労働科学研究費補助金（効果的医療技術の確立推進臨床研究事業）がん医療における緩和ケアおよび精神腫瘍学の在り方とその普及に関する研究班（主任研究者：内富庸介，分担研究者：木澤義之）において体系的文献検索，複数回にわたる専門家の討議をもとに作成された。

評価項目は、診療形態，依頼経路，依頼目的，患者背景，人口統計学的因子，原発，がんの進行度，PS（ECOG），ADL，現病歴，既往歴，予測される経過，予測される予後，理学・画像所見，血液検査，家族歴，生活史，実存的問題，身体症状，精神症状，経済的問題，病状理解，医療従事者と患者・家族とのコミュニケーション，家族間のコミュニケーション，医療スタッフ間のコミュニケーションなどである。

各項目は医療者の代理評価によって評価される。信頼性・妥当性内容の妥当性については、緩和ケア専門家のピアレビューを受けている。また、feasibilityの検討が国内24施設の緩和ケア病棟および

緩和ケアチームで行われ、修正が加えられている。

緩和ケアデータセットの使い方

実際の記入に当たっては図X-2のような5枚の用紙に、初診時データセット記入マニュアルを参照しながら記載を行う。初診時に患者・家族を診察しながら、もしくは診察・面接後に可能であればチームで話し合ったり分担しながら記入する。できるだけその日に記入するのがよいが、病状理解，医療従事者と患者・家族とのコミュニケーション，家族間のコミュニケーション，などについては情報が得づらいこともあり、初診時から1週間前後までの間に記載を行うことが望ましい。

初診時には初診時評価用紙3枚と継続評価用紙2枚に記載を行い、その後は1～2週ごとに変化するニードを評価するために継続評価シート2枚による評価をくりかえし行うことが推奨される。このデータセットは、在宅や緩和ケアチーム、緩和ケア病棟など多くの場所で利用することを想定したために病歴や検査データなどの記載欄があるが、別途診療録などに病歴を記載している場合などは適宜項目を省略して利用してよい。

初診時データセットおよび記入マニュアルは緩和ケア臨床・研究・教育ツールのホームページ (<http://plaza.umin.ac.jp/~pcpkg/dataset.html>) から得ることができる。当初は記入に30分以上の時間を要するが習熟すると15分程度の時間で記載することが可能となる。本データセットの使用にあたり許諾を得る必要はない。

初診時 2/3
身体的側面 <医師記入>

ミオクロース なし 睡眠時 覚醒時

麻痺 なし 片麻痺 対麻痺

浮腫

上肢 なし 手背 前腕 上腕

下肢 なし 足背 下腿 大腿

体幹 なし あり

血液検査 () 年 () 月 () 日 実施)

栄養障害 0 1 2 3
alb 正常 3.0-4.0 2.0-3.0 <2.0

肝機能異常 0 1 2 3 4
γ-GP 正常 1.0-1.5 1.5-2.0 2.0-10.0 10.0<

腎機能異常 0 1 2 3 4
cre 正常 1.0-1.5 1.5-3.0 3.0-6.0 6.0<

BUN ()
電解質異常 なし 軽度 中程度 重度

Na () K () Ca ()

貧血 0 1 2 3 4
Hb 正常 >10.0 8.0-10.0 6.5-8.0 6.5<

炎症 0 1 2 3 4
CRP 正常 1.0-5.0 5.0-10.0 10.0-15.0 15.0<

予測される予後
臨床的予測... () [] ~ () []

PPI予測: <3週>6点
PPS予測 10-20 (4) 30-50 (2.5) ≥60 (0)

浮腫 なし あり (1)

経口摂取 <数口 (2.5) 減少 (1) 良好 (0)
(高カロリー輸液・経管栄養をしているものは良好とする)

安静時呼吸困難 なし あり (3.5)

せん妄(薬物が原因を除く) なし あり (4)

図 X-2 緩和ケア初診時データセット (その2)

初診時 3/3

身体的側面 <医師記入>

病状
なし I II III IV M

- I: 何らかの病状を有するが、日常生活ほぼ自立、一人暮らし可能
 II: 日常生活に支障を来たような症状・行動があるが誰かが注意していれば自立。一人暮らしは困難な場合もある。
 III: 日常生活に支障を来たような行動や意思疎通の困難さが重度。日常生活が不自由、問題行動があり一人暮らしは困難。
 IV: 日常生活に支障を来たような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁。常に介護を必要とし目を離すことができない
 M: 著しい精神症状や問題行動がみられ専門医療を必要。精神症状やそれに起因する問題行動が継続する状態等。

心理・社会的側面 <看護師記入>

家族

- 患者が頼りにしている人・・・ ()
 キーパーソン・・・・・・・・ ()
 意思決定の代理人・・・・ ()
 実際の介護者・・・・ ()
 キーパーソンを支える人・・・ ()
 付き添いの希望・・・・ ()

家系図 (同居者○で囲む)・家族機能

- 緊急連絡先(昼)・・・・ ()
 (夜)・・・・ ()
 来院までの所要時間・・ ()

医療の希望

場所 在宅療養の希望
なし あり 不明 在宅療養中

意思決定

- 患者
悪い情報はわしく聞きたくない
悪い情報でもわしく聞きたいが医師に決めてほしい
悪い情報でもわしく聞いて医師と一緒に決めたい

家族

- 悪い情報はわしく聞きたくない
悪い情報でもわしく聞きたいが医師に決めてほしい
悪い情報でもわしく聞いて医師と一緒に決めたい

生活史

職業
フルタイム パート 定年退職
主婦(夫) 無職 その他 不明

職歴

地域社会での役割

趣味:

宗教:

性格

本人より

家族より

コーピング

今までどんな困難があったか? どう対処したか?

人生観・価値観

今まで何を大切にしてきたか?
何を重要・意味があると考えてきたか?

死生観・死のイメージ・意味

近親者の死別経験
なし あり ()

図X-2 緩和ケア初診時データセット (その3)

継続 ニード評価 1/2 (年 月 日実施)

希望・目標

患者

家族

意識状態

自発的コミュニケーション

 0 1 2 3

- 0: 自発的に、意味明瞭な、複雑な表現をすることができる。
- 1: 自発的に、意味明瞭な表現をすることができるが、内容は単純なものに限られる。例えば、「痛い」「水が飲みたい」といった2, 3の単語からなる短文しか用いることができない。
- 2: 自発的に表現することができるが、ややつじつまが合わない。または、患者が自ら話すことはないが、促せば意味のある言語表現ができる。
- 3: 自発的に表現することができるが、明らかにつじつまが合わない。または、患者が自ら話すことはないが、促しても意味のある言語表現ができない。

身体症状

疼痛 0 1 2 3 4しびれ 0 1 2 3 4全身倦怠感 0 1 2 3 4呼吸困難 0 1 2 3 4せき 0 1 2 3 4たん 0 1 2 3 4嘔気 0 1 2 3 4嘔吐 0 1 2 3 4

嘔吐回数 () 回/日 嘔吐量 () ml/日

腹部膨満感 0 1 2 3 4口臭 0 1 2 3 4

- 0 なし
- 1 時折・断続的な単一の症状。今以上の治療を必要としない(現在の治療に満足)
- 2 中程度の症状。時に悪い日もある。病状から見る可成りなはずの日常生活に支障(何らかの処置が必要と思っているがひどくない)しばしばひどい症状。症状により日常生活や集中力に著しく障害(我慢できない症状がある)
- 3 持続的な耐えられない激しい症状。他のことを考えられない。

食欲不振 0 1 2便秘 0 1 2発熱 0 1 2

その他 ()

- 0 なし
- 1 症状はあるが今以上の治療を必要としない
- 2 症状があり治療を必要とする

精神症状

せん妄 広活動性 過活動性 混合性
 なし
 軽度(かろうじて気付く程度)
 中程度(動作の著しい遅延、明らかな興奮)
 重度(刺激なしには反応なし、著明な興奮)
眠気 0 1 2 3 4 評価不能不眠 0 1 2 3 4 評価不能抑うつ 0 1 2 3 4 評価不能

- 0 なし
- 1 時折・断続的。患者は今以上の治療を必要としない。(現在の治療に満足している、もし(は)介入不要)
- 2 中程度。時に悪い日もあり、日常生活動作に支障を来すことがある。(薬の調整や何らかの介入が必要だがひどい症状ではない。)
- 3 しばしばひどい症状があり、日常生活や集中力に著しく障害を来す。(重症、しばしば)
- 4 ひどい症状が持続的にある(重症、持続的)

不安 0 1 2 3 4 評価不能

- 0 なし
- 1 変化を気にする。身体・行動面の不安発症、集中力影響なし
- 2 今後の変化や問題に張り詰めた気持ちがある。時々、身体面や行動面に不安発症がみられる。(日常生活は保たれる)
- 3 しばしば不安に襲われる。身体・行動面に不安発症、集中力に著しく支障をきたす。(日常生活おくれるが支障あり)
- 4 持続的に不安に強くとられる。他のことを考えられない

身体活動・日常生活動作

PS(IECOG) 0 1 2 3 4

ADL

食事 自立 見守り 部分介助 全介助 食事不能移動 自立 見守り 部分介助 全介助
 自助具
 車椅子
 ストレッチャー・ベッド
排尿 自立 見守り 部分介助 全介助
 トイレ
 ボーダルトイレ
 尿器
 オムツ
 膀胱留置カテーテル
 その他
排便 自立 見守り 部分介助 全介助
 トイレ
 ボーダルトイレ
 便器
 オムツ
 人工肛門
更衣 自立 見守り 部分介助 全介助入浴 自立 見守り 部分介助 全介助
 一般浴
 介護浴
 清拭

図X-2 緩和ケア初診時データセット (その4)

経済的問題 なし あり 不明

病状理解

患者

病名告知 なし あり 評価不能

病状理解 0 1 2 3 4 評価不能

- 0 予後を十分に認識(確実に死が訪れる。予後を正確に理解)
- 1 確実に死が訪れると思うが予後を2倍長く(短く)見積もる
- 2 この病気で死なないかもしれないと思っている(回復することや長生きすることに自信がもてない)
- 3 非現実的。死ぬと思っていない。社会復帰が可能と考える。
- 4 完全に治療すると期待している

医療スタッフとの関係 0 1 2 3 4 評価不能

- 0 すべての情報が提供。患者・家族は気兼ねなく尋ねる
- 1 情報は提供、十分理解されてない。(説明・面談は医療者から積極的に行われ十分だが、患者・家族に理解されてない)
- 2 説明・面談は消極的・不十分。患者・家族はもっと説明を希望
- 3 言い逃れ・質問を避ける。面談はあるが家と会話しない
- 4 回答を避ける・訪問を断る。(スタッフが会話を拒否) 正確な情報が与えられず、患者や家族を悩ませる。

病状理解

家族

病名告知 あり なし 評価不能

病状理解 0 1 2 3 4 評価不能

- 0 予後を十分に認識(確実に死が訪れる。予後を正確に理解)
- 1 確実に死が訪れると思うが予後を2倍長く(短く)見積もる
- 2 この病気で死なないかもしれないと思っている(回復することや長生きすることに自信がもてない)
- 3 非現実的。死ぬと思っていない。社会復帰が可能と考える。
- 4 完全に治療すると期待している

医療スタッフとの関係 0 1 2 3 4 評価不能

- 0 すべての情報が提供。患者・家族は気兼ねなく尋ねる
- 1 情報は提供、十分理解されてない。(説明・面談は医療者から積極的に行われ十分だが、患者・家族に理解されてない)
- 2 説明・面談は消極的・不十分。患者・家族はもっと説明を希望
- 3 言い逃れ・質問を避ける。面談はあるが家と会話しない
- 4 回答を避ける・訪問を断る。(スタッフが会話を拒否) 正確な情報が与えられず、患者や家族を悩ませる。

患者と家族のコミュニケーション 0 1 2 3 4 評価不能

- 0 率直かつ誠実なコミュニケーション。言語的・非言語的
- 1 時々、または、家族の誰かと率直なコミュニケーション(病状・見直し・今後について話し、患者も家族も現状に満足)
- 2 病状は認識しているが、話し合いなし。患者も家族も現状に不満。または、配偶者と話し合っても他の家族と話し合いなし
- 3 状況認識一致せずコミュニケーションうまくいかない。気を遣い会話。
- 4 うわべだけのコミュニケーション

家族の問題

介護力不足 なし あり 不明

家族の疲労 なし あり 不明

家族の不安 0 1 2 3 4 評価不能

- 0 なし
- 1 変化を気にする。身体・行動面の不安発現。集中力影響なし
- 2 今後の変化や問題に張り詰めた気持ちがある。時々、身体面や行動面に不安兆候がみられる。(日常生活は保たれる)
- 3 しばしば不安に襲われる。身体・行動面に不安発現。集中力に著しく支障をきたす。(日常生活おくれるが支障あり)
- 4 持続的に不安に強くとられる。他のことを考えない。

医療スタッフ間のコミュニケーション 0 1 2 3 4

- 0 詳細、正確な情報が全員にその日のうちに伝わる
- 1 主要スタッフのみ正確に情報伝達。その他のスタッフでは不正確さや遅れが生じることがある
- 2 管理上の小さな変更は伝達されない。大きな変更も1日以上遅れて伝達。
- 3 重要な変更が数日から1週間以上遅れて伝達。(たとえば、退院時病棟から在宅主治医への申し送りなど)
- 4 情報伝達がさらに遅れるか全くない。

スベリチュアルベインの表出 評価不能()

精神的種やかさの喪失 あり なし 不明

意味・目的の喪失 あり なし 不明

寂しさ・支えのなさ あり なし 不明

家族の準備の心配 あり なし 不明

関係についての葛藤 あり なし 不明

負担をかけた思い あり なし 不明

身体的コントロール感の喪失 あり なし 不明

認知的コントロール感の喪失 あり なし 不明

将来のコントロール感の喪失 あり なし 不明

役割の喪失 あり なし 不明

自分らしさの喪失 あり なし 不明

楽しみの喪失 あり なし 不明

しておきたいこと あり なし 不明

こころの準備・死の不安 あり なし 不明

希望のなさ あり なし 不明

宗教上の懸念 あり なし 不明

図 X-2 緩和ケア初診時データセット (その5)

参考文献

- 1) Emanuel EJ, Emanuel LL : The Promise of a good death. *Lancet* 351 (Suppl 2) : 21-29, 1998
- 2) Osse BHP, Verooij-Dassen MJ, de Vree BP, et al : Assessment of the need for palliative care as perceived by individual cancer patients and their families. *Cancer* 88 : 900-911, 2000
- 3) Singer PA, Martin DK, Kelner M : Quality end-of-life care ; patients' perspectives. *JAMA* 281 : 163-168, 1999
- 4) Steinhauser KE, Clipp EC, McNeilly M, et al : In search of a good death ; observations of patients, families, and providers. *Ann Intern Med* 132 : 825-832, 2000
- 5) Shekelle PG, MacLean CH, Morton SC, et al : Assessing care of vulnerable elders ; methods for developing quality indicators. *Ann Intern Med* 135 : 647-652, 2001
- 6) Wenger NS, Rosenfeld K : Quality Indicator for End-of-Life Care in Vulnerable Elders. *Ann Intern Med* 135 : 677-685, 2001
- 7) Emanuel LL, Alpert HR, Emanuel EE : Concise Screening Questions for Clinical Assessments of Terminal Care ; The Needs Near the End-of-Life Care Screening Tool. *J Palliative Med* 4 : 465-474, 2001
- 8) Homsl J, Walsh D, Nelson KA, et al : The impact of a palliative medicine consultation service in medical oncology. *Support Care Cancer* 10 : 337-342, 2002
- 9) Astradson E, Granath L, Heedman P, et al : Cancer patients hospitalized for palliative reasons. Symptoms and needs presented at a university hospital. *Support Care Cancer* 9 : 97-102, 2001
- 10) The Education for Physicians in End-of-Life Care Curriculum ; Module 2 "Whole Patient Assessment" The EPEC Project, www.epec.net.
- 11) Jenkins CA, Schulz M, Hanson J, et al : Demographic, symptom, and medication profiles of cancer patients seen by a palliative care consultation team in a tertiary referral hospital. *J Pain Symptom Manage* 19 : 174-184, 2000
- 12) Costantini M, Toscani F, Gallucci M, et al : Terminal cancer patients and timing of referral to palliative care ; a multicenter prospective cohort study. Italian Cooperative Research Group on Palliative Medicine. *J Pain Symptom Manage* 18 : 243-252, 1999
- 13) Kite S, Jones K, Tookmann A : Specialist palliative care and patients with noncancer diagnosis ; the experience of a service. *Palliat Amed* 13 : 477-484, 1999
- 14) Cohen SR, Mount BM, Strobel MG, et al : The McGill Quality of Life Questionnaire ; a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. *Palliat Med* 9 : 207-219, 1995
- 15) Cohen SR, Mount BM, Bruera E, et al : Validity of the McGill Quality of Life Questionnaire in the palliative care setting ; a multi-centre Canadian study demonstrating the importance of the existential domain. *Palliat Med* 11 : 3-20, 1997
- 16) Cohen SR, Mount BM, Tomas J, et al : Existential well-being is an important determinant of quality of life ; Evidence from McGill Quality of Life. *Cancer* 77 : 576-586, 1996
- 17) Emanuel EJ, Fairclough DL, Slutsman J, Emanuel LL : Understanding economic and other burdens of terminal illness ; The experience of patients and their caregivers. *Ann Intern Med* 132 : 451-459, 2000
- 18) Martin DK, Thiel EC, Singer PA : A New Model of Advanced Care Planning ; Observations from people with HIV. *Arch Intern Med* 159 : 86-92, 1999
- 19) The Education for Physicians in End-of-Life Care Curriculum ; Module 1 "Advanced Care Planning" The EPEC Project, www.epec.net.
- 20) Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chibara S : The Palliative Prognostic Index ; a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 7 : 128-133, 1999
- 21) Anderson F, Dowing GM, Hill J : Palliative Performance Scale (PPS) ; a new tool. *J Palliat Care* 12 (1) : 5-11, 1996
- 22) Matoba K, Shima Y, et al : Validation and reliability testing of Japanese version Support Team Assessment Schedule (STAS) ; A step to ensure quality in Palliative Care System at Japanese society. (投稿準備中)
- 23) Higginson IJ, McCarthy M : Validity of the support team assessment schedule ; do staffs' ratings reflect those made by patients or their families? *Palliat Med* 7 (3) : 219-228, 1993
- 24) Carson MG, Fitch MI, Vachon ML : Measuring patient outcomes in palliative care ; a reliability and validity study of the Support Team Assessment Schedule. *Palliat Med* 14 (1) : 25-36, 2000
- 25) 木澤義之 : 我が国における緩和医療のあり方とそ

の普及に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金
効果的医療技術の確立推進臨床研究事業. がん医
療における緩和医療及び精神腫瘍学の在り方とそ
の普及に関する研究. 平成 14 年度総括・分担研
究報告書. p.26-27, 2003

- 26) Breitbart W, Rosenfeld B, Roth A, et al: The Memorial Delirium Assessment Scale. *J Pain Symptom Manage* 13 (3): 128-137, 1997
- 27) Lawlor PG, Nekolaichuk C, Gagnon B, et al: Clinical utility, factor analysis, and further validation of the memorial delirium assessment scale in patients with advanced cancer; Assessing delirium in advanced cancer. *Cancer* 88: 2859-2867, 2000
- 28) Matsuoka Y, Miyake Y, Arakaki H, et al: Clinical utility and validation of the Japanese version of Memorial Delirium Assessment Scale in a psycho-geriatric inpatient setting. *Gen Hosp Psychiatry* 23 (1): 36-40, 2001
- 29) Morita T, Tsunoda J, Inoue S, et al: Communication Capacity Scale and Agitation Distress Scale to measure the severity of delirium in terminally ill cancer patients; a validation study. *Palliat Med* 15: 197-206, 2001
- 30) Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, et al: "Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 154: 674-676, 1997
- 31) Lo RS, Ding A, Chung TK, et al: Prospective study of symptom control in 133 cases of palliative care inpatients in Shatin Hospital. *Palliat Med* 13: 335-340, 1999
- 32) Morita T, Kawa M, Honke Y, et al: Existential concerns of terminally ill cancer patients receiving specialized palliative care in Japan. *Support Care Cancer* 12: 137-140, 2004

木澤 義之

(筑波大学大学院 人間総合科学研究科)

研究プロジェクト③

緩和ケアに関する教育

木澤義之*

緩和ケア専門サービスおよび緩和医療に対するニーズは年を追うごとに高まってきている。緩和ケアは1次緩和ケア、2次緩和ケア、3次緩和ケアに分類され、それぞれのレベルで教育プログラムが整備されることが望ましい。2007年に施行されたがん対策基本法および、それにもとづき策定されたがん対策推進基本計画には、すべてのがん診療に携わる医師に対して基本的な緩和ケアの教育をおこなうことが盛り込まれ、国をあげて緩和ケアの啓発と普及に取り組む姿勢を明らかにしている。本稿ではすべての医療従事者を対象とした緩和ケアの教育プロジェクトであるPEACE (Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education) プロジェクトの概略を述べるとともに、3次緩和ケアの教育に相当する緩和ケアチームの教育プロジェクトについて述べる。

はじめに

わが国に初めてホスピス・緩和ケア病棟が設置されて20年あまりが過ぎ、その施設数、病床数は飛躍的に増加し、2008年5月1日現在、ホスピス・緩和ケア病棟の数は182施設、病床数は

3,555床となっている¹⁾。また、2002年には診療報酬改定に伴い、緩和ケアチームに対して加算算定をおこなうことが可能となり、ホスピス・緩和ケア病棟だけでなく一般病院においても、緩和医療の普及が進んだ。さらに、2007年度にはがん対策基本法の施行とそれに伴うがん対策推進基本計画の策定と実施により緩和医療の推進がさらに加速し、全国351のがん診療拠点病院すべてに緩和ケアチームが設置された。またすべてのがん診療に携わる医師に対する緩和ケアの基本的な教育の推進が同計画には目標として掲げられ、国全体で緩和ケアの基本教育に取り組む姿勢が明らかとなっている。

KEY WORDS

緩和ケア教育
成人学習理論
PEACEプロジェクト
卒後教育
緩和ケアチーム

* KIZAWA Yoshiyuki/筑波大学大学院人間総合科学研究科

表① 緩和ケア教育のレベル

	教育時期	例
すべての医療従事者が習得すべきもの	卒前および卒後数年間のうちに学習することが望ましい	EPEC PEACE
緩和医療を提供することが多い医療従事者が習得すべきもの	卒後研修(後期研修)で学習	ELNEC EPEC-O
緩和医療を専門にする医師が身につけるべき緩和医療教育	緩和医療を専門とする者が学習	がんプロフェッショナル養成コース

このように緩和ケア専門サービスおよび緩和医療専門医に対するニードは年を追うごとに高まってきた。

本稿では緩和ケアにおける教育についての研究やプロジェクトについて述べ、今後の課題についても言及する。

1. 緩和ケア教育のレベル

緩和ケア教育のレベルはその対象者から表①のように3つに分けられ、それぞれの教育レベルにあわせた学習プログラムが用意されることが理想的である。

2. 緩和ケア教育で進んでいる主たるプロジェクトと研究

1) すべての医療従事者が習得すべきレベル(一次緩和医療)の教育

より多くの難治性の疾患をもつ患者・家族のQOL (quality of life) を高めるためには、すべての医療従事者が基本的な緩和医療を提供する能力を習得する必要がある。とくにコミュニケーション能力や、基礎的な症状コントロールの知識、そしてただ病気を疾患としてみるだけでなく、病をもった人間をみるという全人的なアプローチの習得が重要である。このような学習プログラムとしては米国においてEPEC (Education in Palliative and End-of Life Care) が用意されている。EPECは1997年より米国医師会(AMA)とロバートウッドジョンソン財団により設立され、現

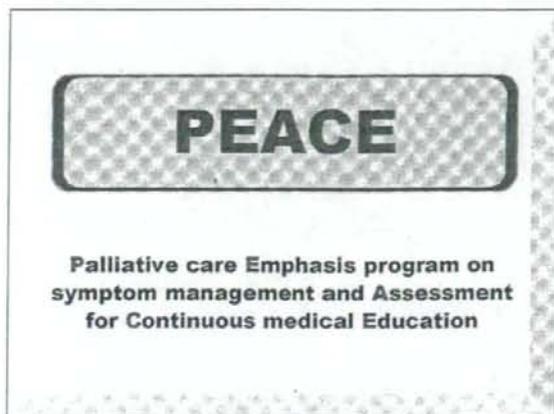
在本部はシカゴのノースウエスタン大学医学部に設置されている。このプロジェクトの目的はすべての医療従事者に対して基本的な緩和ケア臨床能力を教育することであり、指導者を養成するための『EPEC train the trainer workshop』という合宿研修の実施を核としたものである^{2)~5)}。このtrain the trainer workshopの参加者は、事前に修了後の具体的な教育計画を提出し、修了後EPECの普及に努めることが義務づけられる。コースの内容は計17個のモジュールに分かれており、各セッションは成人学習理論にもとづいて構成され、トリガービデオとよばれる臨床場面での会話をもとにグループワークを中心とした参加型学習方法をとって進められる。このtrain the trainer workshopの修了者は新規EPECトレーナーとして登録され、トレーナーズガイド、ハンドブック、教育スライド、トリガービデオ、などの教育資料が与えられる。指導者はこれらの資料を用いてそれぞれの現場へ戻り、緩和ケアに関する教育をおこなうことになる。EPEC本部によれば、これまでに1,600人のEPECトレーナーと185,000人の『エンドユーザー』が誕生し、米国の緩和医療の質の向上に寄与している。

日本でも、前述したとおり『すべてのがん診療に携わる医師に対する緩和ケアの基本的な教育』が推進されており、各都道府県およびがん診療拠点病院での実施が求められている。この緩和ケアに関する基本研修を体系的、かつ効率的に進めるために厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業『がん診療の均てん化に資する緩和医療に携わ

表② PEACEプログラムの概要

名称	対象者	時間数	形式	テキスト	その他
PEACE	すべての がん診療 に携わる 医師	2日間 計 12時間	講義 ・ 体験型	日本医師 会「がん 緩和ケア ガイドブッ ク」を想定	スライドと タイムテー ブルが 公開されて いる

る医療従事者の育成に関する研究⁶⁾班ではEPECのような体系的なプログラムの開発が早急の課題であると考え、別掲されている『緩和ケアプログラムによる地域介入研究—OPTIM⁷⁾』で作成された緩和ケアマニュアル「ステップ緩和ケア」などをもとに専門家の討議をおこない、2007年度に同課題の教育プログラムであるPEACE (Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education) プログラムを開発した(表②, 図①)。このPEACEプログラムは2日間にわたる計12時間のプログラムであり、その内容は表③のごとく疼痛緩和、症状コントロール、地域連携、精神症状、コミュニケーションなど多岐にわたっており、日本医師会から発行予定である『がん緩和ケアガイドブック』をテキストとすることを想定して作成されている。現在PEACEプログラムは講習会のプログラムおよび使用するスライドのみが公開されているが、今後日本緩和医療学会、日本サイコオンコロジー学会などと協力して、内容の改善、ファシリテーターマニュアル、プレ・ポストテストの作成、トリガービデオの作成などをおこない、並行して上記のマテリアルを使用した指導医養成講習会が複数回開催される予定である。この指導医養成講習会は前述したEPECと類似の構造をとって、事前に修了後の具体的な教育計画を提出し、修了後PEACEの普及に努めることが義務づけられる。指導医養成講習会の修了者は新規PEACE指導者として登録され、ファシリテーターマニュアル、教育スライド、トリガービデオなどの教育資料を配布し、指導者



図① PEACE教育用スライドの例

はこれらの資料を用いてそれぞれの現場で教育をおこなうことが想定されている。

2) 緩和医療専門医が習得すべきレベル (三次緩和医療)の教育

緩和医療に従事する専門医には、さらに専門的な緩和医療の能力に加えて、コンサルタントとしての能力、チームダイナミクス、緩和医療領域の研究や教育の技能などの能力が必要である。日本ではこの領域での専門医制度が確立されていないが、昨年度から日本緩和医療学会が制度確立に着手している。

専門緩和ケアサービスの提供形態として緩和ケア病棟とならんで緩和ケアコンサルテーション診療がその重要な位置を占める。前述したとおり2005年に策定された第3次対がん10ヵ年総合戦略にもとづき、がん医療の均てん化をめざしてがん連携診療拠点病院が指定されており、その数は351施設にのぼる。がん連携診療拠点病院の指定要件として緩和ケアチームの設置があり、がん診療連携拠点病院の増加に伴い、緩和ケアチームの数も急激に増加している。わが国での緩和ケアチームの活動は、いくつかの先駆的な施設はあったものの、2002年の緩和ケア診療加算の新設を機に本格的に始まったばかりであり、緩和ケアチーム

表⑥ PEACE プログラム

一般型研修会 1日目(土曜日)

時間	分	項目	緩和ケア研修会標準プログラムで定められた研修内容
9:00~9:30	30	受付開始	
9:30~9:50	20	プレテスト	<ul style="list-style-type: none"> ・がん性疼痛の機序, 評価および WHO 方式のがん性疼痛治療法の概略についてのプレテスト ・がん性疼痛の治療法の実際についてのプレテスト
9:50~10:30	40	開会・アイスブレイキング	
10:30~12:00	90	緩和ケア概論, 疼痛講義, プレテスト解説	全人的緩和ケアについての要点 がん性疼痛の機序, 評価および WHO 方式のがん性疼痛治療法の概略 (プレテストの解説を含む) がん性疼痛の治療法の実際について (プレテストの解説を含む) 放射線療法や神経ブロックの適応も含めた専門的な緩和ケアへの依頼の要点
12:00~13:00	60	(昼食)	
13:00~14:00	60	ワークショップ (疼痛の評価)	グループ演習による症例検討① ・がん性疼痛をもつ患者の評価および治療
14:00~15:00	60	ワークショップ (疼痛の治療)	グループ演習による症例検討② ・がん性疼痛に対する治療と処方箋の実際の記載
15:00~15:30	30	(休憩)	
15:30~16:30	60	ロールプレイ (オピオイド処方の説明 レスキューの使い方)	ロールプレイングによる医療用麻薬を処方するときの患者への説明についての演習 ・「医療用麻薬の誤解を解く」 ・「医療用麻薬の副作用と対策の説明をおこなう」
16:30~17:00	30	療養場所の選択と地域連携, レクチャー	がん患者の療養場所の選択および地域連携についての要点 在宅における緩和ケア
17:00~17:30	30	ポストテスト, 解説	

一般型研修会 2日目(日曜日)

時間	分	内容	緩和ケア研修会標準プログラムで定められた研修内容
09:40~10:00	20	プレテスト	<ul style="list-style-type: none"> ・呼吸困難, 消化器症状などの身体症状に対する緩和ケアについてのプレテスト ・不安, 抑うつおよびせん妄などの精神症状に対する緩和ケアについてのプレテスト ・がん医療におけるコミュニケーション技術についてのプレテスト
10:00~11:00	60	レクチャー (そのほかの身体症状)	呼吸困難, 消化器症状などの身体症状に対する緩和ケアについて (プレテストの解説を含む)
11:00~12:30	60	講義とワークショップ (精神症状)	不安, 抑うつおよびせん妄などの精神症状に対する緩和ケアについて (プレテストの解説を含む)
12:30~13:30	60	(昼食)	
13:30~14:40	60	コミュニケーション講義と ビデオ	<ul style="list-style-type: none"> ・がん医療におけるコミュニケーション技術について (プレテストの解説を含む) ・がん医療におけるコミュニケーション技術についてのワークショップ ② グループ討論による患者への悪い知らせの伝え方についての検討
14:40~15:00	20	(休憩)	
15:00~16:30	120	ワークショップ	<ul style="list-style-type: none"> ・がん医療におけるコミュニケーション技術についてのワークショップ ① ロールプレイングによる患者への悪い知らせの伝え方についての演習
16:30~17:10	40	グループワーク	
17:10~17:30	30	ポストテスト 解説	

表④ 緩和ケアチームワークショッププログラム

プログラム内容	時間
Key Note Speech	15分
アイスブレイキング	30分
緩和ケアチームのかかえる問題点 (グループワーク)	95分
困難なコンサルテーションへの対応 (グループワーク・ロールプレイ)	110分
緩和ケアチーム：活動の実際 (レクチャー)	40分
緩和ケアチーム：明日への課題 (グループワーク)	100分

の量的拡充が図られつつある今、緩和ケアチームの質の向上が大きな課題となっている。このような状況にかんがみ、厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業「がん診療の均てん化に資する緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究」班では、緩和ケアチームの質の向上のため、緩和ケアチームワークショップのプログラムを作成し、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームをおもな対象として開催し、その評価を明らかにすることを目的に、国立がんセンターがん対策情報センター研修企画課と協力して研修会を開催するとともにその教育の評価をおこなっているのでその概要を紹介する。

A. ワークショップのプログラムの開発

緩和ケアチームワークショップとして、研究者間の討議により1回16チーム64人を対象とした表④のような1日間の参加型のワークショッププログラムが作成された。

以下に、プログラム内容について簡単に述べる。

① Key Note Speech

ワークショップ全体の説明、およびファシリテーターの紹介をおこなう。

② アイスブレイキング

参加者同士の親睦を図り、各参加施設の概要を理解するため、他已紹介および施設紹介をおこなう。

③ 緩和ケアチームのかかえる問題点

緩和ケアチームが院内で発展し、質の高い緩和ケアを提供するうえでの問題点を明らかにすることを目的とする。方法は、7、8人の小グループに分かれ、各個人がカードに緩和ケアチームの問題点を記入する。KJ法を用い、そのカードを類似性にしたがってまとめ、その各まとまりを代表するような名前をつける。その後、各小グループで互いに発表し討論する。

④ 困難なコンサルテーションへの対応

コンサルテーションのプロセスで困った場合の対応の仕方、およびコンサルテーション診療の基本を学習することを目的とする。方法は、まず困難なコンサルテーション場面に関するシナリオをみながらトリガービデオを視聴する。シナリオの問題点を小グループで話しあううえで、緩和ケアチームの対応をどう修正するかを検討し、新しいシナリオを作成する。新しいシナリオにもとづき、小グループ単位でロールプレイをおこない、フィードバックをおこなう。

⑤ 緩和ケアチーム：活動の実際

緩和ケアチームの実際の活動状況を理解することを目的とする。具体的には、ファシリテーター2人が、「緩和ケアチームの立ち上げ方」や「緩和ケアチームにおける薬剤師の役割」など、特定のトピックについて講義をおこなう。

⑥ 緩和ケアチーム明日への課題

各緩和ケアチームの課題と目標を明らかにするとともに、目標達成のための具体的行動計画を検討することを目的とする。方法は、各緩和ケアチームが今後2年で達成したい目標を立て、それをどのように実行するかを検討する。2つの緩和ケアチームがペアになり、それぞれの目標と行動計画について意見交換後、模造紙に清書する。互いに目標と行動計画を発表し、討論する。

B. ワークショップの開催

2007年度は浜松において研究班独自に、東京、

大阪、福岡において国立がんセンターがん対策情報センターとの共催により計4回開催した。参加者は合計58施設230人であった。参加職種の内訳は、医師91人、看護師65人、薬剤師14人、心理士20人であった。

C. ワークショップの評価

① アンケートから

回収数226（回収率98%）であった。ワークショップ全体の評価として、「すごく役立つ」と回答した者は141人（62%）であり、「まあ役立つ」も含めると218人（96%）であった。また、ワークショップに「満足」と回答した者は136人（60%）であり、「まあ満足」も含めると、215人（95%）であった。

② 自由記載の内容

肯定的な内容としては、「参加型だったため、楽しく深く学ぶことができた」「実践に役立ちそうな内容だった」「普段、緩和ケアチームのメンバー同士で向きあってじっくり話しあうことがないため、よい機会となった」「他施設の状況が理解できた」「他施設の人と交流を図ることができた」などがあつた。否定的な内容としては、「全体的に時間が足りない」「他施設の具体的な活動状況をもっと知りたかった」「職種ごとに問題点を話しあえるとよい」「緩和ケアチームの具体的な活動の仕方を、症例をとおして学びたかった」などがあつた。

おわりに—今後の課題

緩和ケアにおける教育の組織的なプロジェクトはまだ始まったばかりである。今回は医師の教育に関するプロジェクトのみを紹介したが、薬剤師、心理士、理学療法士についてはそれぞれ緩和医療に携わる専門職種の役割や学習目標も明確化されていないのが現状であり、今後各種団体と協力し、各教育のレベルにあわせた学習プログラムの作成と実施を組織的にこなうとともに、効果的かつ効率的な教育方法の開発と検証をとおして現場で役に立つ人材育成に寄与できればと考えている。

■ 文 献 ■

- 1) 日本ホスピス緩和ケア協会ホームページ：<http://www.hpcj.org/>
- 2) Robinson K, Sutton S, von Gunten CF *et al* : Assessment of the Education for Physicians on End-of-Life Care (EPEC) Project. *J Palliat Med* 7: 637-645, 2004
- 3) Process evaluation of an educational intervention to improve end-of-life care : the Education for Physicians on End-of-Life Care (EPEC) program. *Am J Hosp Palliat Care* 18 : 233-238, 2001
- 4) GA, Katz S, Bergen MR, Hallenbeck J : Faculty development in end-of-life care : evaluation of a national train-the-trainer program. *Acad Med* 81 : 1000-1007, 2006
- 5) EPECホームページ：<http://www.epec.net>
- 6) 厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業「がん診療の均てん化に資する緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究」班ホームページ：<http://kanwaedu.umin.jp/>
- 7) 「緩和ケアプログラムによる地域介入研究—OPTIM」ホームページ：<http://www.gankanwa.jp/>

疼痛マネジメントをするための 系統的・継続的評価

がん患者の約90%が、亡くなるまでにがん性疼痛を体験する。

WHOはがん性疼痛3段階ラダー(図1)によって80~90%が除痛可能であると述べているが、実際に現場にいる看護師からは、モルヒネなどの鎮痛薬を使用しても「疼痛コントロールがうまくいかない」という声を聞く。

身体面を中心に、がん性疼痛の特徴をふまえて系統的・継続的評価について述べる。



図1 WHOがん性疼痛3段階ラダー

疼痛マネジメントは、医師による①痛みの原因の的確な診断、②がん性疼痛ラダーに準じた薬物投与、が基本であるが、それだけでは十分ではない。患者のベッドサイドに近い看護師による継続した疼痛アセスメントやモニタリングが必要となる。また、看護の視点として、患者が体験している疼痛を理解し、個別性や価値観に合わせた支援が重要である。

痛みをもつ患者と向き合う前に

疼痛コントロールがうまくいかなかったとき、「あの患者さんの痛みは精神的なものでは？」と思ったことはないだろうか。

うか、Margo McCafferyは、「痛みとは、まったく主観的なものであり、痛みを感じることでできるのは患者本人のみである。患者が痛みを訴えたときにはいつでも存在するものとして、そのままを受け入れることが必要である」と定義している¹⁾。

痛みは見えてわかるものではなく、患者の訴えを聞くことから疼痛マネジメントは始まる、と心得たい。

痛みの特徴・種類を理解する

がん性疼痛の特徴は図2のように痛みは一定ではなく、持続した痛み

(breakthrough pain)とよばれる痛みが混在している。突発痛は体動などに起因するが、一方では、まったく誘因がない場合もある。

「痛みに合わせてオピオイドを増量したら傾眠になった」という場合の多くは、突発痛に合わせてベースの増量をした結果、過量投与となって傾眠になっている可能性がある。突発痛に対しては、ベースアップではなく、レスキュードーズが第一選択である。

痛みは侵害受容性疼痛と神経因性疼痛に分類され、さらに侵害受容性疼痛は体性痛と内臓痛に分類される(表1)。

侵害受容性疼痛：がんが周囲組織の壊死・感染を引き起こし、痛覚受容体が

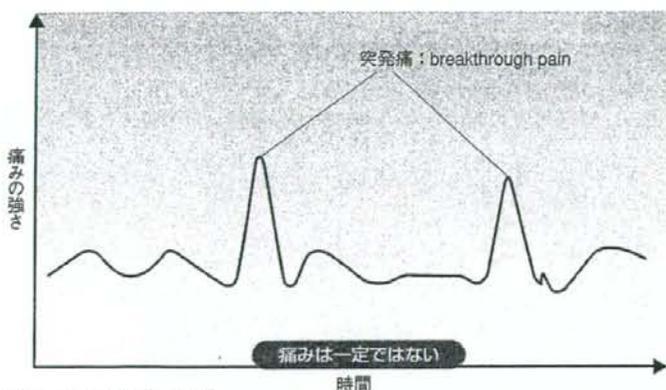


図2 がん性疼痛の特徴

表1 痛みの種類・性状

種類	痛みの性状	例	オピオイドの反応
侵害受容性疼痛 体性痛	局在明瞭な鋭い痛み 「鋭いズキズキ」 「ここがズキッと」	骨転移	突発痛に対するレスキュードーズが重要
内臓痛	局在不明な鈍い痛み 「鈍いズーン」 「このへんが重苦しい」	脾がん、腹膜播種	オピオイドが効きやすい
神経因性疼痛	「ビリビリとしびれる」 「ピリッと走る」 「焼ける」「冷たい」	神経浸潤 化学療法後の神経障害	難治性で鎮痛補助薬を使用することが多い

興奮することによる痛み。

神経因性疼痛：中枢・末梢神経の損傷や障害による痛み。

それぞれ訴え方に特徴があるので、「どのように」痛むのかを聞くことが疼痛マネジメントの手がかりになる。

痛みの対処を理解する

痛みの薬物対処は、WHOのがん性疼痛3段階ラダーが基本である。痛みに合わせて原則に従い、ラダーに沿って薬物投与を行う。しばしば間違えられるのは、オピオイド投与が開始されるとNSAIDs(非ステロイド性抗炎症薬)の投与を中止してしまうことである。痛みとは集合体(図3)であるので、鎮痛機序の異なるオピオイドとNSAIDsを併用することが重要である。

たとえば、骨転移痛に対して、オピオイド単独では効果が弱いのは骨髄破壊で炎症などを起こしている場合であり、炎症を抑える作用のあるNSAIDsを併用することで疼痛の軽減が得られる可能性がある。鎮痛補助薬は神経因性疼痛など特

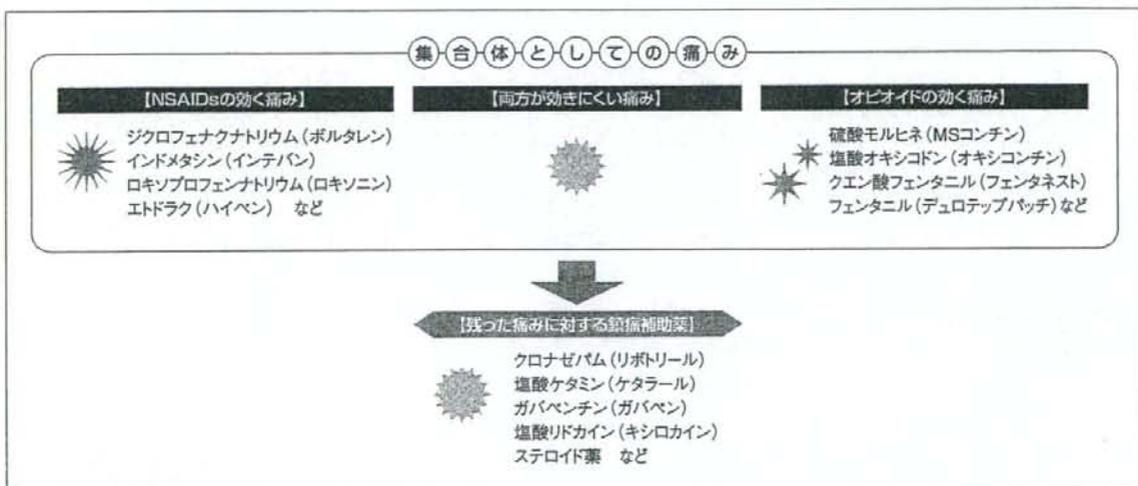


図3 痛みは集合体

表2 痛みに関するさまざまな主観的評価

NRS (numerical rating scale)	0(まったく痛みがない)~10(耐えられない痛み)までの11段階の数値で痛みの程度を語ってもらう	簡便、容易、感度・再現性が高い
VRS (verbal rating scale)	・痛くない ・すこし痛い ・かなり痛い ・非常に痛い	
VAS (visual analogue scale)	まったく痛くない ← ↓ → 耐えられないほど痛い	微妙な変化はとらえるが複雑
フェイススケール		特異度低い

表3 STAS-J日本語版

0	なし
1	ときおりの、または断続的な単一の痛みで、患者がいま以上の治療を必要としない痛み
2	中等度の痛みで、ときに調子の悪い日もある。痛みのため病状からみると可能なはずの日常生活動作に支障をきたす
3	しばしば強い痛みがある。痛みによって日常生活動作や物ごとへの集中力に著しく支障をきたす
4	持続的な耐えられないはげしい痛み。ほかのことを考えることができない

STAS-Jは患者の苦痛の程度を医療者が評価するための方法である
 症状が患者の生活にどれくらい影響を与えているかを評価する
 評価2はなんらかの対応が必要である

殊な疼痛群で、オピオイドやNSAIDsだけでは除痛しにくい場合に併用する。

鎮痛補助薬には、次のような種類がある。

- ①抗うつ薬
- ②抗痙攣薬
- ③抗不整脈薬
- ④NMDA受容拮抗薬
- ⑤ステロイド薬

オピオイド導入時には、悪心、眠気、便秘、精神症状などに留意し、予防策をとる。また、薬物を有効に使うためには患者の体験や認識をふまえ、段階的に治

療目標を提示する。

たとえば、患者は自身の体験や伝聞などから、「身内でモルヒネを使っておかしくなった」「モルヒネは最後の薬だ」「痛くても、できるだけがまんしたい」といった認識をもっていることもあるので、個別性に合わせた情報提供や説明を行う。

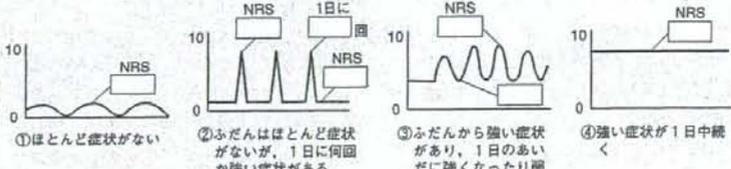
痛みを評価する： 主観的評価と客観的評価

痛みの評価は、患者の主観的評価と医

療者による客観的評価がある。痛みを評価する際には患者の主観的評価(表2)が基準であるが、医療者の客観的評価を加えることで、より良好な疼痛マネジメントができる可能性がある。ここでは客観的評価として、STAS-J(support team assessment schedule; 日本語版)を紹介する(表3)。

痛みの主観的評価が高い患者のすべてが日常生活を障害されているとはかぎらない。主観的評価が高値であっても問題なく日常生活を送っている患者もいる。このような場合は、患者にSTAS-Jで痛

表4 疼痛評価シート

	【目的】	【方法】
① 患者の満足度 (二ード)	痛みが患者の生活にどれくらい影響しているかを評価する	「いまの治療で満足されていますか、何か考えてもらったほうがいいですか?」と聞き、以下の回答のいずれに近いかを判断して選択 STAS 0 なし STAS 1 時折、断続的。患者はいま以上の治療を必要としない(現在の治療に満足している、介入不要) STAS 2 中程度。とくに悪い日もあり、日常生活動作に支障をきたすことがある(薬の調節やなんらかの処置が必要だがひどい痛みではない) STAS 3 しばしばひどい痛みがあり、日常生活動作や集中力に著しく支障をきたす(重度、しばしば) STAS 4 ひどい痛みが持続的にある(重度、持続的)
② 症状の パターン	1日のうちの症状のパターン(持続的な症状か、間欠的な症状か)、最小の強さ、最大の強さ、最大の頻度を知る	「昨日・今日の痛みの強さですが、1日を通してずっと痛みがある感じですか、それとも、ふだんはほとんど痛みはないけれども日に何回か痛くなる感じですか?」(図を示しながら確認する)  ①ほとんど症状がない ②ふだんはほとんど症状がないが、1日に何回か強い症状がある ③ふだんから強い症状があり、1日のあいだに強くなったり弱くなったりする ④強い症状が1日中続く 「痛みの強さを数字で言うのは難しいと思いますが、血圧みたいに重要なので教えてください。ぜんぜん痛くないときを0点、もうこれ以上考えられないくらいすごい痛いのを10点とすると、ふだんの痛みは何点くらいになりますか?」→NRS(最小)を記入 「では、痛みがいちばん強くなったときの強さは何点くらいになりますか?」→NRS(最大)を記入 「その強い痛みがくるのは何回ですか?」→回数を記入 ■患者さんが「そういうわけても答えにくい」と言われる場合 「これが正解というものがあるわけではありません。人と比べるものではないので、感じたままの数字を教えてください」 「中くらいの痛みを4~6点、強い痛みを7点以上でおっしゃる方が多いです」
③ 生活への影響	睡眠への症状の影響を知る	「痛みで眠れなかったり、寝ていても痛みのために目が覚めたりすることはありますか?」と聞く
④ 部位・性状	痛みの場所が変わってきていないかを知る。オピオイドが効きにくい神経因性疼痛であるかを知る	「痛みの部位が変わってきたりしていませんか。痛いのはずっと同じ場所ですか?」 「正座したあとのようにビリビリ・ジンジンしびれたり、ビリッと電気が走るような痛みはありますか?」と聞く
⑤ 増悪・軽減 因子	痛みの増悪・軽減因子を知る	「何か、こういうときに痛みが強くなるとか、こうするとよいかということはありませんか? たとえば、いつもの薬を飲む前に痛みが増えたりしますか?」 「痛みが楽になるときはどんなときですか?」などと聞く
⑥ 治療への 反応	定期薬物による副作用(眠気、見当識障害、便秘、悪心を知る) レスキューの使用回数、効果、副作用(眠気、悪心)を知る	「あといくつか、薬がうまく合っているかを質問をさせていただきます」 ●「眠気はありますか?」 →あり「眠気のせいで気分が悪かったり、生活がしにくかったりしますか? それとも、それくらいの眠気ならあったほうがいいのかですか?」 「気にならない、気持ちいい」→あり(快) 「不快、生活に支障がある」→あり(不快) ●「ぼんやりしたり、物忘れが増えていることはありませんか?」 ●「便秘はないですか? 硬さはちょうどいいですか?」 ●「吐き気はありますか? 食事はとれていますか?」 「昨日・今日で1日に痛いとときの薬を何回使っていますか?」 「使った効果はどうでしたか? 完全によくなりますか、だいたいよくなりますか、すこしよくなるくらいですか?」 「使ったあと、眠気はありますか?」(上記と同様) 「使ったあと、吐き気はありますか?」(上記と同様)