

review in nursing home residents, International Journal and Human Development, 50 : 151-168, 2000.

8) Jones ED, Beck-Little R : The use of reminiscence therapy for the treatment of depression in rural-dwelling older adults, Issues in Mental Health Nursing, 23 : 279-290, 2002.

9) 橋本竜作・他 : アルツハイマー病患者に対する回想法グループワークの効果, 老年精神医学雑誌, 16 : 337-345, 2005.

10) Wholihan D : The values of reminiscence in hospice care, Am J Hosp Palliat Care, 9 : 33-35, 1992.

11) 田村恵子・他 : 末期がん患者の人生や存在の意味づけへの援助の開発—ライフレビューインタビューを取り入れて, 日本看護科学学会講演集, 17 : 242-243, 1997.

12) 小田島朗子 : ターミナルケアにおける回想法, 看護管理, 8 : 966-970, 1998.

13) 森山美知子・他 : ターミナル期における家族援助—回想の重要性, 臨牀看護, 23 : 1571-1580, 1997.

14) Murata H, Morita T : Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese Task Force : the first step of a nationwide project, Palliative and Supportive Care, 4 : 279-285, 2006.

15) Ando M et al : A preliminary study of life review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients, Supportive Care Cancer, 15 : 225-231, 2007.

16) Wegberg BV et al : The cognitive-spiritual dimension : an important addition to the assessment of quality of life : Validation of a questionnaire (SELT-M) in patients with advanced cancer, Annual Oncology, 9 : 1091-1096, 1998.

17) Japan Information Processing Service. Word Miner, version 1.1, Tokyo : Japan Electronic Company, 2003.

18) Ando M et al : One week Short-Term Life Review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients, Psycho-Oncology, [Epub ahead of print]

19) Peterman AH et al : Measuring spiritual well-being in people with cancer : The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp), Ann Behav Med, 24 : 49-58, 2002.

20) Zigmund AS, Snaith RP : The hospital anxiety and depression scale, Act Psychiatrica Scandinavia, 67 : 361-370, 1983.

終末期がん患者へのスピリチュアル ケアとしての短期回想法の実践

あんどうみちよ もりた たつや
安藤満代* 森田達也**

*聖マリア学院大学看護学部・教授, 臨床心理士 **聖隷三方原病院緩和支援治療科・部長

はじめに

終末期のがん患者のなかには, 疾患や治療に起因する痛みや様々な症状の苦痛に加え, 自由に動くことができない苦痛, 死への不安, 愛する人たちの別れ, といったスピリチュアルペインや心

理-実存的苦痛を経験している方も多く, その方たちの生命の質 (QOL) を維持するためには, この側面へのケアは重要なことと考えられる。このような苦痛に対するケアの一つとして回想法がある。

回想法は, 一般的には高齢者を対象として実施

review in nursing home residents, *International Journal and Human Development*, 50 : 151-168, 2000.

8) Jones ED, Beck-Little R : The use of reminiscence therapy for the treatment of depression in rural-dwelling older adults, *Issues in Mental Health Nursing*, 23 : 279-290, 2002.

9) 橋本竜作・他 : アルツハイマー病患者に対する回想法グループワークの効果, *老年精神医学雑誌*, 16 : 337-345, 2005.

10) Wholihan D : The values of reminiscence in hospice care, *Am J Hosp Palliat Care*, 9 : 33-35, 1992.

11) 田村恵子・他 : 末期がん患者の人生や存在の意味づけへの援助の開発—ライフレビューインタビューを取り入れて, *日本看護科学学会講演集*, 17 : 242-243, 1997.

12) 小田島朗子 : ターミナルケアにおける回想法, *看護管理*, 8 : 966-970, 1998.

13) 森山美知子・他 : ターミナル期における家族援助—回想の重要性, *臨牀看護*, 23 : 1571-1580, 1997.

14) Murata H, Morita T : Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese Task Force : the first step of a nationwide project, *Palliative and Supportive Care*, 4 : 279-285, 2006.

15) Ando M et al : A preliminary study of life review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients, *Supportive Care Cancer*, 15 : 225-231, 2007.

16) Wegberg BV et al : The cognitive-spiritual dimension : an important addition to the assessment of quality of life : Validation of a questionnaire (SELT-M) in patients with advanced cancer, *Annual Oncology*, 9 : 1091-1096, 1998.

17) Japan Information Processing Service. Word Miner, version 1.1, Tokyo : Japan Electronic Company, 2003.

18) Ando M et al : One week Short-Term Life Review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients, *Psycho-Oncology*, [Epub ahead of print]

19) Peterman AH et al : Measuring spiritual well-being in people with cancer : The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp), *Ann Behav Med*, 24 : 49-58, 2002.

20) Zigmond AS, Snaith RP : The hospital anxiety and depression scale, *Act Psychiatrica Scandinavia*, 67 : 361-370, 1983.

終末期がん患者へのスピリチュアル ケアとしての短期回想法の実践

あんどうみちよ ちりたなつや
安藤満代* 森田達也**

*聖マリア学院大学看護学部・教授, 臨床心理士 **聖隷三方原病院緩和支援治療科・部長

はじめに

終末期のがん患者のなかには, 疾患や治療に起因する痛みや様々な症状の苦痛に加え, 自由に動くことができない苦痛, 死への不安, 愛する人たちとの別れ, といったスピリチュアルペインや心

理-実存的苦痛を経験している方も多く, その方たちの生命の質 (QOL) を維持するためには, この側面へのケアは重要なことと考えられる. このような苦痛に対するケアの一つとして回想法がある.

回想法は, 一般的には高齢者を対象として実施

することが多く、その機能として、①人生の意味や継続性を発見する、②現在の問題解決および対処に役立てる、③死にゆくことを準備する、などがあげられる¹⁾。さらに、回想法は高齢者のみならず、若くても終末期にある方の心理面に肯定的な効果があるだろうと示唆した研究は多いが、実証的な研究はほとんど行われてこなかった。そこで、筆者らは、患者の心理-実存的苦痛を緩和するために短期回想法を作成した。

短期回想法の目的

短期回想法は、患者が面接者と共に、自分が達成できたことや、良かったと思うことも、良くないと思っていたことも回想し、人生の意味づけを改めて行い、人生への意味感や目的感を高めることを目的としている。今回、短期回想法を実施して、その効果がみられたので、この手法について紹介する²⁾。

事前の準備

1. 短期回想法の対象となる方

短期回想法は、意味感の喪失などの苦痛を感じておられる方には、新たな意味感をもてるように、すでに意味感などを感じておられる方には、よりその意味感を高めることができることを目指す。対象となる方の条件としては、次のことが考えられる。

- ①強い身体症状や痛みがない。
- ②自分のことを他者に語るのが嫌いでない。
- ③20歳以上で、30分～1時間の面接に耐えうる心身の状況である。
- ④言語的コミュニケーションに支障がない。
- ⑤認知症や精神疾患がない。
- ⑥現在、重大な悩みや問題に直面していない。

その他にも、深い心の傷（トラウマ）となるような重大な経験をしていないことなどがあげられる。看護師が身体的ケアをしているときに、患者

が自ら昔話をするような方は、この療法が適当であることが多い。

2. 実施する人の条件

短期回想法を実施する人（たとえば、看護師やソーシャルワーカー、心理職、介護福祉士など）には、トレーニングが必要であることが指摘されている³⁾。その内容としては、次のようなことが考えられる。

- ①短期回想法をとおして、患者の心理-実存的苦痛を和らげたいというケアの気持ちがある。
- ②コミュニケーションの基本的な技法が使用できる。
- ③短期回想法の内容を理解するとともに、ロールプレイをとおして、面接の練習をしている。
- ④患者の話を聞いていて、否定的な気持ちが看護師に生じたときは、看護師自身の過去と関係していることもある⁴⁾。さらに患者の話にストレスを感じるときもあるので、看護師が相談できる方、あるいはスーパーバイズしてくれる方がいるなど、サポート体制がある。

3. 実施前の準備

1) 他のスタッフから理解を得る

だれが、どのような目的で、どのように用いるかを他のスタッフに説明しておく。患者が、ケアのなかで、短期回想法の話を面接者以外にすることもできるので、面接の概要などをスタッフに理解してもらっておく。さらに、もし、面接中に何かあったときのフォロー体制も整備しておく。

2) 患者に短期回想法への理解を促す

短期回想法が適当と思われる方に、方法に関する概略を説明し、興味があるかを確認する。その際、「過去を回想すること」などを十分に説明する。

3) 面接の時間と場所を選定する

治療や看護ケアのスケジュールを考え、患者が落ち着いて回想できる時間を選ぶ。面接場所は個室が理想的だが、他患と同室で、かつ移動が難し

い場合は、カーテンを閉める、面接者が患者に近づき、小さな声で話すなど、回想する患者と他患者への配慮が必要である。

4) 倫理的配慮

回想した内容がどのように使用されるのかは、患者の心配事になるので、自分史を作るためにメモや録音させていただくことを十分に説明する。また、万一、患者の身体的負担・心理的動揺がみられた場合には、速やかに面接を中止する。必要があれば、患者の主治医に相談し、身体的・心理的支援のための対策をとる。面接で語られた内容で、患者の生命などに影響する「希死念慮」などがあれば、他のスタッフに相談する。

短期回想法の実践

1. 面接の手続き

1回の面接時間が30分～1時間程度で、面接は全部で2回あり、療法の期間は1週間であった(図1)。1回目の面接において、面接者はいくつかの質問を行い(表1)、患者はそれに沿ってライフレビューを行った。面接の内容は患者の許可を得て録音した。面接場所はデイルームや個室であった(図2)。その面接が終了後、面接者は回想の録音を聞き直して、回想の内容に合った自分

史を作成した(図3, 4)。1週間後に、2回目の面接を行い、患者と面接者は自分史を見ながら内容を確認した。面接者は、患者が自己の人生に対して肯定的な評価を行い、自己の人生に意味感をもてるように、達成できたことなどを面接者側からも肯定的に評価し、エンパワメントしていった。

表1 短期回想法で用いた質問の例

面接1回目

- 「人生で一番大切だと思っておられるのは、どのようなことですか」
- 「人生で最も印象に残っている思い出はどのようなものですか」
- 「人生において、分岐点になったことはどのようなことでしょうか」
- 「人生で、ご自分が果たしてきた役割(職業、社会活動、家族役割など)はどのようなことだと思いますか」
- 「ご自分の人生で誇りに思うことは何かございますか」
- 「人生を一言で表すと、どのような言葉がぴったりでしょうか」

面接2回目

- 「前回のお話を自分史にまとめてみました、一緒にみてください」
- 「人生を思い出された感想はいかがですか、ご自分の人生のことをどのように今、思われますか」

第1回目の面接で、面接者が質問をし、患者はそれに沿ってライフレビューをしていく。患者の許可があれば語りの内容を録音するか、筆記する。



面接終了後、面接者は記録をもとに、1週間以内に語りの内容を整理して、患者のための自分史を作成する。



第2回目の面接において、面接者は自分史を患者と見て、内容の確認などをする。

図1 短期回想法の流れ



図2 個室やデイルームなどで短期回想法を実施した

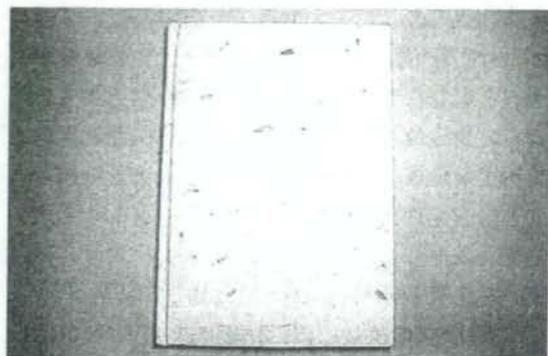


図3 自分史は面接終了後、患者さんへお渡しした

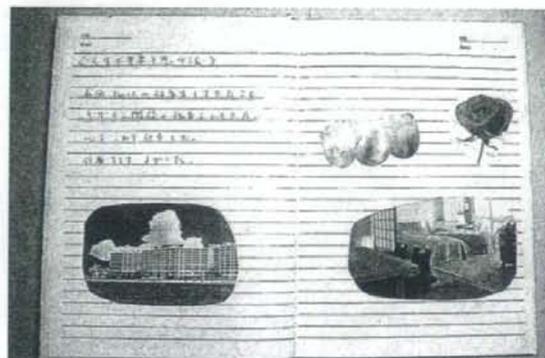


図4 自分史の例

2. 実施上での留意点

1) 患者が理解できる言葉で面接する

年齢や理解力に応じて、患者がわかるような言葉で面接をする。また、心身共に疲労している方も多いため、患者の認知的な負担を考慮して質問の仕方を工夫する。1回の面接が終了したとき、できるだけ肯定的な気持ちで面接が終了するように面接者は心がける。

2) 患者の話を優先するが、全体の時間配分を考える

患者が最初に話したいことがある場合は、その気持ちを十分に傾聴する。自分史作成のための回答を得ることが目的ではなく、回想をとおして話が深まったり、広がったりすることが望ましい。しかし、患者の話が散漫であったり、冗長な場合は、全体の時間配分を考えて、次に進むように促

す。

3) 肯定的な側面も否定的な側面も回想する

患者にとって良い思い出も、悪い思い出も、その両方の思い出をバランスをもって評価することが療法として重要である。「以前は嫌だと思っていたことが、今思い出してみるといかがですか」など、現在からの評価を促す。また、否定的な見方に固執している場合は、面接者が「〇〇と言った別の見方もできますね」など肯定的な側面も提示してみる。

4) 語り過ぎることに注意する

短期回想法は、2回で完結する構造になっているので、その後のフォローができる場合は別として、患者が今まで防衛して思い出さないようにしている過去の出来事を深く語ることは、患者に付いた思いを残すことになる。また、回想の種類として「強迫的な語り」に分類されるような、何度も同じことについて、否定的なことだけが繰り返して出てくる場合は、誘導して先に進むほうが望ましい。

5) 困難な場合は専門家へ相談する

患者が重大な過去について語り始め、看護師では話の收拾がつかないと思った場合、患者へ「自分の人生は意味がないものだった」というように終わらせないために、臨床心理士や心理療法士などの専門家に相談する必要がある⁵⁾。

6) 自分史の作成に考慮する

自分史を作成する際、悪い面の思い出も書くが、同時に良い面も書くこと、さらに今の評価を入れて、自分史を見て、「見ていて気持ちがよい」思い出が味わえるように作成することが必要と考えられる。患者が1人で後で見ること、家族と共に見ること、患者が亡くなっても思い出として家族がそれを見ることも考慮する必要がある。

看護師が短期回想法を習得する場合

臨床の場面で患者が自分のことを懐かしそうに

表2 看護師を対象として実施した短期回想法研修プログラム

時間	プログラム	準備と実施
10:00-10:30	受付	参加者氏名チェック
10:30-10:45	説明とアンケート記入	アンケート記入
10:45-12:00	回想法についての講義	PCの準備
12:00-12:10	午後の説明	撮影グループの決定
12:10-13:00	昼食休憩	ハンディカメラ準備
13:00-13:20	モデル面接	シナリオを使ってモデルを提示
13:20-13:40	ペアで面接1回目(前半)	AとBグループ撮影
13:40-14:00	交代で面接1回目(前半)	AとBグループ撮影
14:00-14:20	自分史作り	
14:20-14:35	ペアで面接2回目(後半)	AとBグループ撮影
14:35-14:45	交代で面接2回目(後半)	AとBグループ撮影
14:45-15:00	休憩	ビデオ再生準備
15:00-15:20	Aグループの1回目面接ビデオを全員で視聴	ビデオ再生
15:20-15:30	グループでビデオを見ての討議	討議内容を発表
15:30-15:45	Bグループの2回目の面接ビデオを全員で視聴	ビデオ再生
15:45-16:00	グループでビデオを見ての討議	討議内容を発表
16:00-16:15	質疑応答	
16:15-16:30	本日の感想と連絡事項	



図5 セミナーの風景

語ったことや、患者の回想に看護師が興味をもって聞いた経験は、どの方にも1, 2度はあるだろう。しかし、患者への精神的サポートとして効果的に実施したいと考えたとき、その方法について解説したものは少ない。今回の短期回想法の紹介により多くの看護師の方に興味をもっていただき、臨床で実践していただければと思う。また、筆者らが実施した看護師への研究プログラム(表

2)とその風景について(図5)示し、今後の発展に期待したい。

引用・参考文献

- 1) Haight BK, Webster JD: The art and science of reminiscing: theory, methods, and application, Taylor & Francis, 1995.
- 2) Ando M et al: One week Short-Term Life review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients, Psycho-Oncology, in press.
- 3) Truman Ian, Parker J: Exploring community nurses' perceptions of life review in palliative care, J Clin Nurs, 15: 197-207, 2006.
- 4) Beechem MH et al: A life review interview guide: a structured approach to information gathering, International Journal of aging and Human Development, 46: 25-44, 1993.
- 5) Chochinov HM, Breibart W: Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine, Oxford University Press, 2000.

2.

医療連携と緩和医療；OPTIMプロジェクトによる地域介入研究の紹介

聖隷三方原病院緩和支援診療科

森田 達也

Tatsuya Morita

はじめに

緩和ケアを普及させるには、複合的な課題を克服する必要がある。カナダ、スペインなどにおいては地域を単位とした前後比較研究が、北欧において居住区を単位としたクラスターランダム化比較試験が行われた。

もっとも構造的に行われたと評価されているカナダのエドモントンでは、18カ月にわたって地域の医療システムの再構築をシミュレーションしたのち、1995年から地域緩和ケアプログラムを稼働させた。この地域緩和ケアプログラムは、

(1) 標準化した診療ツール の地域全体への普及

(2) 地域の緩和ケアを包括的に支援する地域緩和ケアセンターの設置

(3) 緩和ケアの専門家からの支援として、1つの三次緩和ケア病棟、複数の院内緩和ケアチームと地域緩和ケアチームの設置

(4) 診療報酬の誘導によるリソースの再構築（療養型施設を療養可能な緩和ケア病棟に改築、時間単位の支払いによる家庭医のカンファレンスや緩和ケア診療への誘導）

を含んでいた。

この結果、1992年には急性期病

院が86%を占めていた死亡場所が、1997年には急性期病院49%、緩和ケア病棟30%、在宅18%に変化した。緩和ケアを受ける患者の割合は、プログラム前には、死亡時で45%、1カ月前で30%にすぎなかったが、1998年にはそれぞれ80%、50%に増加した¹⁾。北欧で行われたクラスターランダム化比較試験では、基幹大学病院に緩和ケア病棟が設置され入院サービス、ケアコーディネーションを中心とした介入が行われた。一般的なQOL尺度（EORTC-C30）で測定した患者のquality of lifeに有意な差がみられなかったが、自宅死亡が15%から25%に増加し、家族の満足度は有意に高かった²⁾。

わが国ではこれまでに大規模な地域介入研究が行われることはな

かったが、2007年より「平成19年度厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業 緩和ケアプログラムによる地域介入研究」(Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model, OPTIMプロジェクト)がわが国における地域緩和ケアのモデルを作成・検証するために進められている。本稿では、OPTIMプロジェクトの概要を紹介する。

背景・目的

本研究の目的は、①緩和ケアの標準化と継続性の向上、②患者・家族に対する適切な緩和ケアの知識の提供、③地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション、④緩和ケア専門家による診療およびケア

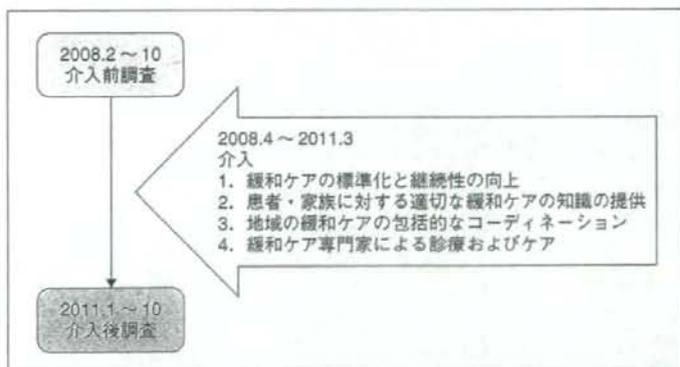


図1 OPTIMプロジェクトの概要

表1 介入のまとめ

	目的	介入名称	介入者	介入対象	介入内容	利用する素材
地域緩和ケアツールが標準化されていない	1) 緩和ケアに関する医療者の知識・技術を向上させる 2) 地域での診療の継続性を向上させる	緩和ケアの標準化と継続性の向上 緩和ケアに関する診療ツールの普及 1) 緩和ケアマニュアル 2) 情報共有ツール(私のカルテ) 3) 退院支援プログラム	専門緩和ケア従事者(相談支援センタースタッフがコーディネート)	不特定の地域医療福祉職	有効とされるツールを地域共通で活用できるように配布やワークショップを用いて普及させる	緩和ケアマニュアル 私のカルテ退院支援プログラム
患者・家族・地域住民が緩和ケアに関する適切な知識をもっていない	1) 緩和ケアに関する適切な情報を提供する 2) 相談支援センターおよび緩和ケアチームの周知により、緩和ケアリソース利用につながる行動を喚起する	リーフレットの設置・配布 ポスターの掲示 冊子の設置・配布 映像メディアの視聴 講演会の開催 図書館の設置 地域メディアの活用	相談支援センタースタッフ 地域責任者	不特定の癌患者・家族地域住民	緩和ケアについて簡単に説明したリーフレットの配布 緩和ケアについて注意喚起・相談支援センターの場所・連絡先を提示するポスターの掲示 緩和ケアに関する正しい知識を提供する冊子の配布 在宅ケアについての映像メディア(DVDもしくはビデオテープ)の貸出し 緩和ケアについて、紹介、説明する講演会の開催 緩和ケアに興味をもった人が、幅広い知識を得ることが出来るライブラリーの整備 地方紙、地域情報誌などのコラム欄への連載	リーフレット ポスター 緩和ケアに関する冊子 映像メディア 書籍リスト・書籍
地域全体の緩和ケアに関する情報を集約し、問題点を検討しない	1) 患者が必要な緩和ケアのリソースを利用できるようにする 2) 地域での問題点を地域全体で解消する	地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション 地域カンファレンス 地域緩和ケアリンクスタッフの配置と支援	相談支援センタースタッフ	癌に起因する問題を抱える地域住民および医療・福祉職の相談に対応すると同時に、専門的緩和ケア利用の必要性を判断し、その患者の現状にもっとも適した専門的緩和ケア部門を紹介する窓口を設置する 不特定の地域医療福祉職 希望して参加する地域医療福祉職	癌に起因する問題、とくに緩和ケアに関する地域住民および医療・福祉職の相談に対応すると同時に、専門的緩和ケア利用の必要性を判断し、その患者の現状にもっとも適した専門的緩和ケア部門を紹介する窓口を設置する 地域の医療福祉職の緩和ケアに関する知識の向上、問題の共有と解決への協働、地域ネットワークの構築を目的とするカンファレンスを多職種で開催する 地域の医療機関に所属し、緩和ケア普及のために機能する医療職の設置とその支援を行う	相談支援センターコンサルテーションシート 多職種地域カンファレンス議事録シート インタラクティブワークショッププログラム
専門緩和ケアサービスが利用できない	1) 専門緩和ケアサービスのアクセスを増加させる 2) 専門緩和ケアサービスの質を向上させる	緩和ケア専門家による診療およびケア 緩和ケア専門家にかかわるノウハウの提供 1) 緩和ケアチームにかかわるノウハウの提供 2) 地域連携・在宅医療にかかわるノウハウの提供	専門緩和ケア従事者(相談支援センタースタッフがコーディネート) 相談支援センタースタッフ(専門緩和ケア従事者が質問を受ける)	外来や専門的緩和ケア病棟を利用できない癌患者のケアにあたっては医療福祉従事者 希望する地域医療福祉職 不特定の地域医療福祉職	症状緩和などに難渋する症例について、主治医などの要請に応じて、地域緩和ケアチームがコンサルテーションを行う 緩和ケアの知識・技能の向上、または専門緩和ケア紹介の閾値を下げることを目的として、地域緩和ケアチームが契約した地域の医療・福祉従事者の臨床実践の場に訪問し、実践に即した研修を行う 緩和ケアチームにかかわる書籍を提供する 地域連携・在宅診療にかかわる書籍を提供する	緩和ケアチーム・初期アセスメントシート 依頼シート 登録シート 緩和ケアマニュアル 私のカルテ退院支援プログラム 専門緩和ケアノウハウブックレット 地域連携ノウハウブックレット

表2 ツールの概要

	概 要	含まれる要素	目 的
緩和ケア マニュアル	・標準化し地域で共通の症状評価票、治療アルゴリズム、患者教育用パンフレットがリンクされ一体となっている ・Web、冊子、ポケットブック、パンフレットで提供する	1) 症状評価票 2) 治療アルゴリズム 3) 患者教育用パンフレット 4) 使用方法の手順・ビデオ	1) 症状を評価する方法 2) 症状を治療する方法 3) 患者に教育する方法を標準化する
私のカルテ	・患者の医療情報、希望、地域の緩和ケアの情報の記載されたノートブックを患者が持ち歩き、患者・家族・地域の医療者が情報を記載・共有する	1) 患者の医療情報（とくに症状緩和、退院前後の情報） 2) 患者の希望・プライオリティ 3) 地域の緩和ケアの必須な情報	1) 患者の医療情報（とくに症状緩和、退院前後の情報） 2) 患者の希望・プライオリティを共有する
退院支援・調整 プログラム	・退院時に地域との連携が必要となることが想定される患者をスクリーニングし、早期から退院のコーディネーションを行う。退院が決定した場合に患者・家族を含む医療者でカンファレンスを行う	1) スクリーニング 2) 退院までに必要なフレームワーク 3) 退院時カンファレンスの標準化したプレゼンテーションシート、患者家族用リーフレット 4) 使用方法のスライド・ビデオ	退院時の診療およびケアの継続性を向上させることにより、患者・家族の不安を軽減させる

びケアの提供、を中心とする地域単位の緩和ケアプログラムの整備により、QOLの指標である、①患者による苦痛緩和の質評価が改善し、②遺族による苦痛緩和の質評価が改善し、③緩和ケア利用数が増加し、④死亡場所が患者の希望に近く変化するかを評価することである。本研究の成果は迅速に臨床に還元させるため、研究HP (<http://www.gankanwa.jp/>) に随時報告される。

対象・方法 (図1)

本研究は、介入地域に地域住民票を有する不特定の癌患者、家族、地域住民、介入地域の機関に属する医療・福祉従事者を対象とした前後比較研究である。介入前後で評価項目を測定し、効果の評価する。一部対照地域を設定されている。

介入地域は、①緩和ケアの提供体制が十分整備されていないと考えられる地域（山形県鶴岡市・三川町）、②一定水準の緩和ケアを提供できる体制があると考えられる地域として、a) 実施主体が癌専門病院である地域（千葉県柏市、

我孫子市、流山市）、b) 総合病院である地域（静岡県浜松市）、c) 医師会である地域（長崎県長崎市）が選択されている。

介入 (表1)

介入は、①緩和ケアの標準化と継続性の向上、②癌患者・家族に対する適切な緩和ケアの知識の提供、③地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション、④緩和ケア専門家による診療およびケアの提供からなる複合介入である。これは、それぞれ、①地域の緩和ケアツール（表2）が標準化されていない、②患者・家族・地域住民が緩和ケアに関する適切な知識をもっていない、③地域全体の緩和ケアに関する情報を集約し問題点を検討する組織がない、④専門緩和ケアサービスが利用できないことに対応した介入となっている。

評価項目

主要評価項目は、①患者による苦痛緩和の質評価、②遺族による苦痛緩和の質評価、③専門緩和ケアサービスの利用数、および、④死亡

場所である。苦痛緩和の質評価の指標としては、わが国において信頼性・妥当性の確認された指標である Care Evaluation Scale などを用いる。

副次評価項目は、①患者調査による quality of life とケアの質評価、②遺族調査による quality of life とケアの質評価、③地域医療者の緩和ケアに関する困難感・態度・知識、および、④地域の緩和ケアの質指標である。

まとめ

本研究はわが国で初めての緩和ケアに関する地域介入研究であるとともに、その成果物が逐次公開される。緩和医療に従事する医療者の方に少しでもお役に立てば幸いですと考えている。

●文献

- 1) Bruera E, et al : Edmonton regional palliative care program: Impact on patterns of terminal cancer care. CMAJ 161 : 290-3, 1999.
- 2) Jordhøy MS, et al : A palliative-care intervention and death at home : A cluster randomised trial. Lancet 356 : 888-93, 2000.

4

緩和ケアニーズのスクリーニング
ツール

はじめに

複数の実証研究が、医師や看護師は患者の緩和ケアのニーズ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^{1,2)}。したがって、緩和ケアニーズ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 quality of life (QOL) の向上に有用な可能性がある。

本稿では、緩和ケアのニーズのスクリーニングツールとして聖隷三方原病院で使用されている、①Fifth vital sign、および、②生活のしやすさの間診票について紹介する。

Fifth vital sign

Fifth vital sign は、電子カルテ上で苦痛のスクリーニングを行うシステムである^{3,4)}。

Fifth vital sign では、STAS (Support Team Assessment Schedule) の item 2 (身体的苦痛) の基準を用いて、入院しているすべての患者の身体的苦痛を「5つ目のバイタルサイン」として、血圧などのバイタルサインを測定する時に同時に看護師が評価する。入力した結果は電子カルテの体温版に表示され、苦痛の程度をみることができる (図 II-2)。

1 使用方法

1. 導入

導入に当たっては、まず、院内の疼痛などの評価基準を診療部と協力して統一した。次に、各病

棟の責任者から構成される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の実習、および、病棟ごとの勉強会を行った。

並行して、入力された STAS を利用して、電子カルテ上で苦痛の強い患者をスクリーニングするプログラムを作成した (図 II-3)。本プログラムは、期間と程度などのパラメーターを設定すると該当する患者が同定される。スクリーニング基準は、主病名が悪性腫瘍である、2週間以内に手術を受けていない、さかのぼって1週間に STAS 2以上が2回以上としている。体温版への組み込みを含め情報システムの変更について、追加の費用は発生しない。

2. 実践

週1回、コンピューター上で入院全患者をスクリーニングし、スクリーニングが陽性の場合、適切な緩和ケアが行われているかどうかを緩和ケアチームが評価する。なん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ている。

2 有用性のエビデンス

導入初期の結果を示す (図 II-4)。9回のスクリーニング機会でも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、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、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 (PCT) に紹介された。おもな症状は疼痛、嘔

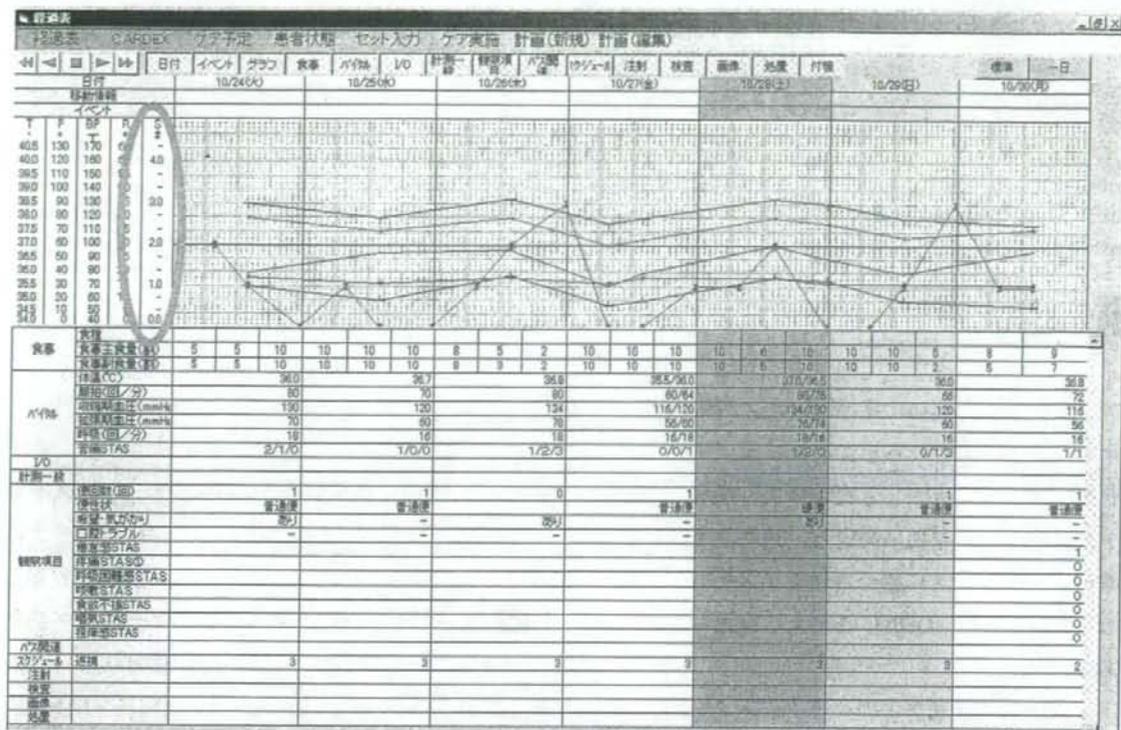


図 II-2 体温版でみることのできる患者の苦痛

条件を設定する

STAS スクリーニング

対象施設: A3-AKAS1B3-B5-C2-C4
対象患者: がん患者/術後14日以内患者

処理日: 2006/10/31 (火)

対象期間: 7月間

抽出対象: 2回以上

対象: 2006/10/28日(月)の日付帯から
2006/10/30日(月)の夜寝まで

抽出条件: ■ STAS ≥ 2 ● STAS ≥ 2

処理: [印刷] [プレビュー] [終了]

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: 2006/10/31

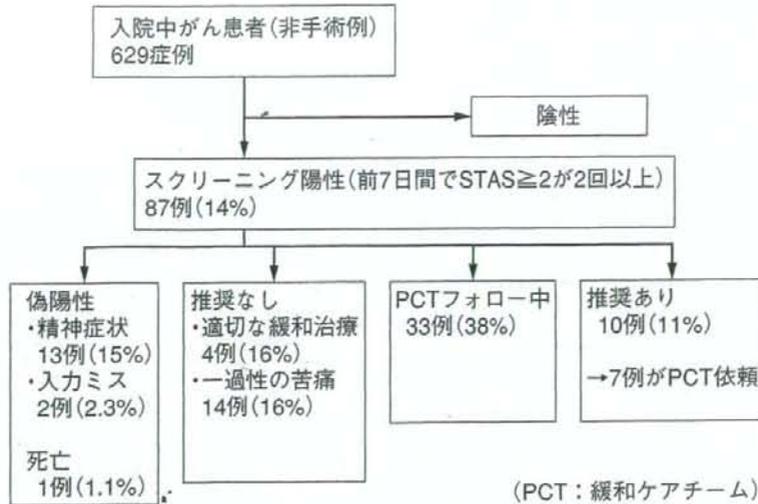
◆対象患者: がん患者/術後14日以内患者 ◆病種: A3-A4-A5-B3-B5-C2-C4
◆対象期間: 7月間 (2006/10/23:日替 ~ 2006/10/29:連続)
◆対象施設: 2回以上

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: 4回	患者ID: []	氏名: []
入病科: 呼吸科	主治医: []	主病名: 呼吸器腫瘍
STAS ≥ 2: 4回	患者ID: []	氏名: []
入病科: 消化器科	主治医: []	主病名: 胃癌
A4病棟	コンプライアンス入力割合(%)	48% (48 / 99)
対象患者数: 5	コンプライアンス患者(%)	0% (0 / 5)
STAS ≥ 2: 3回	患者ID: []	氏名: []
入病科: 消化器科	主治医: []	主病名: 胃癌
A5病棟	コンプライアンス入力割合(%)	82% (276 / 338)
対象患者数: 17	コンプライアンス患者(%)	71% (12 / 17)
STAS ≥ 2: 4回	患者ID: []	氏名: []
入病科: 呼吸科	主治医: []	主病名: 呼吸器腫瘍
STAS ≥ 2: 3回	患者ID: []	氏名: []
入病科: 呼吸科	主治医: []	主病名: 呼吸器腫瘍
B3病棟	コンプライアンス入力割合(%)	66% (113 / 170)
対象患者数: 10	コンプライアンス患者(%)	50% (5 / 10)
STAS ≥ 2: 3回	患者ID: []	氏名: []
入病科: 外科	主治医: []	主病名: 胃癌
STAS ≥ 2: 2回	患者ID: []	氏名: []
入病科: 消化器科	主治医: []	主病名: 胃癌

図 II-3 STAS を用いた苦痛の強い患者のスクリーニングシステム

16

緩和ケア Vol. 18 Suppl. Oct. 2008



図Ⅱ-4 スクリーニングの結果

気、しびれ、吃逆であった。

以上より、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と考えられる。

生活のしやすさに関する問診票

生活のしやすさに関する問診票は、化学療法を受ける患者の苦痛を簡便に知ることを目的として作成した質問紙である(図Ⅱ-5)⁵⁾。

質問紙は、①いちばんの気がかり (most concern)、②症状の numeric rating scale、③気持のつらさの寒暖計 (distress thermometer)、④緩和ケアチームに受診する希望、などから成り立っている。各評価項目の信頼性・妥当性は確認されている^{6,7)}。

1 使い方

化学療法の開始の際に、薬剤師から患者にインストラクションを行い、記入してもらう。その際に、継続して記入する必要がないと答えた場合には、次回からは行わない。

2 有用性のエビデンス

化学療法開始患者 211 名に対して調査票のインストラクションを行い、206 名から 1,000 件の調査票を回収した。206 名中 38 名 (18%) が質問票によって新しく把握された問題によって緩和ケアチームに紹介された。さらに、10 名は主治医チームによって把握された理由で紹介されたため、あわせて 23% が緩和ケアチームの診療が行われた(図Ⅱ-6)。頻度の高かった症状は、口腔の問題 (20%)、不眠 (20%)、病状の説明や意思決定の困難 (16%)、気持のつらさ (14%)、倦怠感 (9.0%)、食欲不振 (8.8%) であった。

以上より、本ツールは認識されていない緩和ケアニーズを同定することに有用な可能性があると考えられる。

まとめ

緩和ケアのスクリーニングツールを施行して 5 年になる。年々、スクリーニングで同定される「明らかに見落とされている」患者は減少しており、医療者からの依頼になっている。一方で、スクリーニングを施行していない対象である「化学療法を受けていない外来患者」で緩和ケアに課題のある

事例が散見される。今後、スクリーニングツールの導入前後での緩和ケアの状況を経時的に解析し、スクリーニングを継続するかを判断する必要がある。それと並行して、スクリーニングが行われていない対象での緩和ケアの充実をはかる必要がある。

〈使用上の許諾に関して〉

いずれも特に使用上の許諾などは必要としません。詳細は、聖隷三方原病院ホームページ (<http://www.seirei.or.jp/mikatahara/default.asp>) 「当院の取り組み — 緩和ケア」または、緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM プロジェクト) ホームページ (<http://www.gankanwa.jp/>) をご覧ください。

文 献

- 1) Nekolaichuk CL, Maguire TO, Almazor MS, 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
- 2) Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al : Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J*

Clin Oncol 23 : 2637-2644, 2005

- 3) Morita T, Fujimoto K, Namba M, et al : Screening for discomfort as the fifth vital sign using an electronic medical recording system ; a feasibility study. *J Pain Symptom Manage* 35 (4) : 430-436, 2008
- 4) 森田達也, 藤本亘史, 難波美貴, : STAS-J を用いた苦痛のスクリーニングシステム. *緩和医療学* 9 : 159-162, 2007
- 5) Morita T, Fujimoto K, Namba M, et al : Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy ; an audit of a clinical screening project. *Support Care Cancer* 16 (1) : 101-107, 2008
- 6) Okuyama T, Wang XS, Akechi T, et al : Japanese version of the MD Anderson Symptom Inventory ; a validation study. *J Pain Symptom Manage* 26 : 1093-1104, 2003
- 7) Akizuki N, Akechi T, Nakanishi T, et al : Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer* 97 : 2605-2663, 2003

森田 達也*¹, 藤本 亘史*²,
佐久間由美*³

(*¹聖隷三方原病院 緩和と支持治療科,

*²聖隷三方原病院 緩和ケアチーム・認定看護室,

*³聖隷三方原病院 腫瘍センター・がん専門看護師)

4

症状評価のためのツール

はじめに

緩和ケアの対象となる患者の症状評価を行うツールとしてさまざまな尺度が用いられているが¹⁾、国内で標準化されたものはない。本稿では、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIMプロジェクト)で作成された2つのツールについて概要を説明する。これらの有用性や実施可能性は十分に確認されていない。

包括的な患者自記式症状評価ツール
(生活のしやすさに関する質問票)

生活のしやすさに関する質問票は、化学療法を受けている患者の苦痛の把握を目的として作成された「生活のしやすさに関する質問票」(初版 A4版1枚)²⁾を修正して、作成された A3版1枚の質問紙である(図Ⅹ-4)。

質問紙は、①いちばんの気がかり (most concern)、②症状の numeric rating scale、③症状

生活のしやすさに関する質問票 氏名 _____ ID _____

記入日 年 月 日 記入者 患者さん ご家族 医療者 ()

■気分になっていること、心配していることや相談しておきたいことをご記入下さい

病状や治療についての情報・説明
経済的な問題
日常生活の心配 (食事・家事・仕事など)

■現在の症状についてお聞きします

■現在の症状はどの程度生活の支障になっていますか?

0: 症状なし 1: 現在の治療に満足している 2: それほどこくない方法があるなら考えてほしい 3: 我慢できない症状がずっとつづいている 4: 我慢できない症状がずっとつづいている

■この24時間で、以下の症状が一番強いときは、どれくらいの強さでしたか? (0-10)

全くなかった ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → これ以上考えられないほどひどかった

○ 痛み (一番強い時) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
○ 吐き気 (一番強い時) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
○ だるさ(疲労) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
○ 悪吐(嘔吐) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
○ 食欲不振 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
○ おなかの張り 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
○ 吐き気 ()回/日
○ 嘔吐 ()回/週 軽い 普通 やつたが
○ たん ない/少し多い
○ せき ない/少し多い

○ 発熱 なし あり
○ 口の渇き なし あり
○ 嘔吐 よく 時々起きるが 眠れない
○ 眠れ たいたい眠れる

■一番困っている症状に○をつけて下さい

■1日を通して症状の変化はどのパターンに近いですか? (一番困っている症状についてご記入下さい)

1. はほとんど症状がない
2. 普段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. 普段から強い症状があり、1日の間に強くなり弱くなり繰り返す
4. 強い症状が1日中続く

■症状が強くなるときはどんなときですか?

定期的な薬を飲む時 夜 からだを動かしたとき 食事(前・後)
排泄や排便をするとき その他 ()

■痛みは、
■今までと同じ場所ですか? → 同じ・ちがう 場所 ()
■「びりびり電気が走る」、「しびれる」、「じんじんとする」感じはありますか? → ある・ない

◎ 完全によくなった
○ だいたいよくなった
△ すこしよくなった
× かわらない

■服用薬 (レスキュー) の使用状況

回数 (日)	薬名	使用前 (症状の強さ)	使用后 (症状の強さ)	効果	吐き気	眠気
7/7	オナツ	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	○ なし あり	なし あり	なし あり (不快)
4/4		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	○ なし あり	なし あり	なし あり (不快)
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	○ なし あり	なし あり	なし あり (不快)

■ここら状態

①この1週間の気持ちのつらさを平均して、最もあてはまる数字に○をつけて下さい。

②その気持ちのつらさのために、この1週間どの程度、日常生活に支障がありましたか?

最高につらい 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
中くらいにつらい 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
つらさはない 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

最高に生活に支障がある 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
中くらいに支障がある 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
支障はない 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

■痛みなどやここら状態のつらさをやわらげる緩和ケア医師、看護師の診察を... 希望する
■経済的な問題や、日常生活の心配に対する医療ソーシャルワーカーの相談を... 希望する

■以下、医療者記入欄 (化学療法の副作用をみるためのものです)

レジメン名 _____
レジメン番号 () _____ () コース () 回目
体温 () °C 血圧 (/) mmHg 脈拍 () 回/分 SpO2 () %

グレード	0	1	2	3	4
PS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
白血球	<input type="checkbox"/> 3000~	<input type="checkbox"/> 3000~2000	<input type="checkbox"/> 2000~1000	<input type="checkbox"/> 1000	<input type="checkbox"/> <1000
血小板	<input type="checkbox"/> 150~	<input type="checkbox"/> 100~150	<input type="checkbox"/> 50~100	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> <50
ヘモグロビン	<input type="checkbox"/> 10~	<input type="checkbox"/> 8~10	<input type="checkbox"/> 6.5~8	<input type="checkbox"/> 5~6.5	<input type="checkbox"/> <5
血小板	<input type="checkbox"/> 75~	<input type="checkbox"/> 50~75	<input type="checkbox"/> 25~50	<input type="checkbox"/> 5~25	<input type="checkbox"/> <5
嘔吐	<input type="checkbox"/> 0回	<input type="checkbox"/> 1~5回	<input type="checkbox"/> 6~10回	<input type="checkbox"/> 11~24回	<input type="checkbox"/> 25回以上
下痢	<input type="checkbox"/> 0回	<input type="checkbox"/> 1~3回	<input type="checkbox"/> 4~6回	<input type="checkbox"/> 7回以上	<input type="checkbox"/> 24回以上
神経痛	<input type="checkbox"/> 0回	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 4回以上
神経障害	<input type="checkbox"/> 0回	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 4回以上

図Ⅹ-4 生活のしやすさに関する質問票

疼痛の評価シート

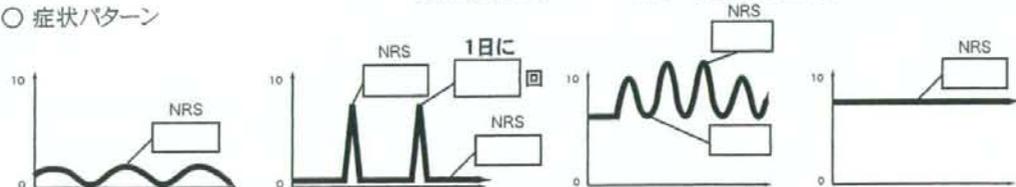
氏名 _____ ID _____

記入日 _____ 年 月 日
 記入者 (_____)

○ STAS-J

- 0: 症状なし 1: 現在の治療に満足している 2: 時に悪い日もあり日常生活に支障をきたす 3: しばしばひどい症状があり日常生活に著しく支障をきたす 4: ひどい症状が持続的にある

○ 症状パターン



1. ほとんど症状がない 2. 普段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. 普段から強い症状があり、1日の間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

○ 生活への影響

疼痛が原因で

- 睡眠 1. よく眠れる
 2. 時々起きるがだいたい眠れる
 3. 眠れない

○ 部位

- (_____)
 1. 以前からの部位 2. 新しい部位

○ 性状

1. びりびり電気が走る、しびれる、じんじんする
 2. ズキッとする
 3. ズーンと重い
 4. その他の表現 (_____)

○ 増悪因子

1. 定期薬内服前
 2. 夜間
 3. 体動
 4. 食事(前・後)
 5. 排尿・排便
 6. その他
 (_____)

○ 軽快因子

1. 安静
 2. 保温/温電
 3. 冷却
 4. マッサージ
 5. その他
 (_____)

○ 総合評価

○ 治療の反応

● 定期薬剤

1. なし
 あり — 2. オピオイド (_____)
 3. NSAIDs (_____)

○ 副作用

- ・眠気 1. なし 2. あり(快) 3. あり(不快)
 ・見当識障害 1. なし 2. あり
 ・便秘 1. なし 2. あり
 ・嘔気 1. なし 2. あり(経口摂取可能) 3. あり(経口摂取不可能)

● 頓用薬(レスキュー)使用

1. なし
 あり — 2. オピオイド (_____) 回/日

○ 効果

1. 完全によくなった ◎
 2. だいたいよくなった ○
 3. 少しよくなった △
 4. かわらない ×

○ 副作用

- ・眠気 1. なし 2. あり(快) 3. あり(不快)
 ・嘔気 1. なし 2. あり(経口摂取可能) 3. あり(経口摂取不可能)

3. NSAIDs (_____)

○ 効果

- (_____) 回/日
 1. 完全によくなった ◎
 2. だいたいよくなった ○
 3. 少しよくなった △
 4. かわらない ×

図区-5 疼痛の評価シート

のパターン図, ④レスキューの効果, ⑤気持ちのつらさの寒暖計 (distress thermometer), ⑥緩和ケアチームに受診する希望, などから成り立っている。

患者用に質問紙の記入の仕方を説明した「生活のしやすさに関する質問票の記入の仕方」, 記入の仕方をインストラクションするビデオ, 記入された質問紙をもとに鎮痛治療を行う「生活のしやすさに関する質問票にもとづいた鎮痛治療マニュアル」が準備されている。

疼痛についての医療者記入式評価ツール (疼痛の評価シート)

疼痛の評価シートは, 患者の疼痛を医療者が評価するために作成された A4 版 1 枚からなる評価シートである (図IX-5)。

質問紙は, ①日常生活への影響と満足度, ②疼痛のパターンと強さ, ③疼痛の部位と経過, ④疼痛の性状, ⑤疼痛の増悪因子・軽快因子, ⑥現在行っている鎮痛治療の効果と副作用, ⑦レスキューの効果と副作用, から成り立っている。

医療者用に質問紙の記入の仕方を説明した「疼痛の評価シートの記入の仕方」, 記入の仕方をインストラクションするビデオ, 記入された質問紙をもとに鎮痛治療を行う「疼痛の評価シートにもとづいた鎮痛治療マニュアル」が準備されている。

まとめ

わが国で緩和ケアのニード評価のために標準化したツールは十分に普及していない。今後, 「意識障害であれば日本中どこに行っても 3-3-9 (GCS)」と同じように, 「緩和ケアの評価はどこに行っても〇〇」という「標準化したツール」を作成することは意義があると考えている。

使用上の許諾に関して

詳細は, 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM プロジェクト) ホームページ (<http://www.gankanwa.jp/>) をご覧ください。

文献

- 1) Richardson A, Medina J, Brown V, et al : Patients' needs assessment in cancer care : a review of assessment tools. *Support Care Cancer* 15(10) : 1125-1144, 2007
- 2) Morita T, Fujimoto K, Namba M, et al : Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy ; an audit of a clinical screening project. *Support Care Cancer* 16(1) : 101-107, 2008. Epub 2007 Jul 5.

森田 達也

5

緩和ケアチーム初期評価表

はじめに

良好な症状マネジメントを行うためには、正確な評価が必要である。特に初回の評価が不十分であると治療やケアの方向性を見失うことが多い。緩和ケアチームの役割は症状の定期的な評価が重要であるが、毎回違う情報収集や評価方法では依頼者には伝わりにくい。依頼者にとって「緩和ケアチームの評価はいつも決まった形で情報が整理され対応しやすい」ということが求められる。

現在、有用性が評価された緩和ケアチームの初期評価票は存在しないので、本稿では、がん対策のための戦略研究「緩和ケアによる地域緩和ケアプログラム」により作成された緩和ケアチーム初期アセスメントシートを紹介する¹⁾。

使い方 (図X-3)

1. 背景・病歴・患者プロフィール

項目にしたがって記載する。

2. 血液検査・理学・画像所見

項目にしたがって記載する。血液検査の軽度・中程度・重度の異常の基準は便宜的につけられたもので明確な根拠はない。

3. 患者が最も困っている症状の記載

症状の priority (患者が一番困っていること) を把握する。たとえば、医療者からの依頼が疼痛であっても、患者自身の一番困っていることが疼痛とは限らず、患者自身が一番困っていることに焦点を当てて記載する。

たとえば、「痛みがもっとも困っていることですね」や「痛み以上に困っていることはありますか」

など、確認して記載する。

4. 症状の系統評価

身体症状と精神症状を評価する

1) 身体症状

STAS (Support Team Assessment Schedule) にしたがって評価する。STAS 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り、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尺度である²⁾。疼痛など主要な症状ごとに STAS で評価する。

2) 精神症状

意識・認知症・せん妄・抑うつ・不安について評価する。

意識は communication capacity Scale にしたがって評価する。communication capacity Scale は終末期がん患者のコミュニケーション能力を評価するために開発された尺度であり、信頼性・妥当性が確認されている³⁾。ここでは Item 4 の自発的なコミュニケーションから患者の意識を4段階で評価している。

せん妄は MDAS (Memorial Delirium Assessment Scale) にしたがって評価する。MDAS はせん妄の重症度を評価するための尺度で、日本語版の信頼性・妥当性が確認されている⁴⁾。

Item 9 を活用して精神運動抑制もしくは精神運動興奮についてせん妄を評価する。

不安は STAS にしたがって評価する。

認知症、抑うつについては簡便な信頼性・妥当性の確認された方法がない。臨床的に、それぞれ、「なし」「軽度」「中等度・重度」、および「なし」「あり」から記載する。

緩和ケアチーム 初期アセスメントシート

背景

氏名 () 年齢 () 歳 性別 男性 女性
 場所 病院 自宅 施設

病歴

初診 年 月

病名 ()

患者プロフィール

職業 有職(フルタイム) パート 主婦 定年退職 無職 その他 不明
 婚姻状態 既婚・再婚・内縁 未婚 離婚 別居 死別 その他 不明

血液検査

栄養障害 (Alb)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (3.0~2.5)	<input type="checkbox"/> 中等度 (2.5~2.0)	<input type="checkbox"/> 重度 (~2.0 mg/dL)		
肝機能障害 (T-bil)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (1.0~3.0)	<input type="checkbox"/> 中等度 (3.0~10)	<input type="checkbox"/> 重度 (10~mg/dL)		
腎機能障害 (BUN/Cre)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (20~40/1.0~1.5)	<input type="checkbox"/> 中等度 (40~60/1.5~2.0)	<input type="checkbox"/> 重度 (60~/2.0~)		
電解質異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度	<input type="checkbox"/> 重度		
	Na (mEq/L)	K (mEq/L)	Ca (mg/dL)
炎症 (CRP)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (1~5)	<input type="checkbox"/> 中等度 (6~12)	<input type="checkbox"/> 重度 (12~)		
白血球異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 減少	<input type="checkbox"/> 増加 (8000~11000)	<input type="checkbox"/> 増加 (11000~/mm ³)		
血糖異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (~200)	<input type="checkbox"/> 中等度・重度 (200~mg/dL)			
貧血 (Hb)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (10~8)	<input type="checkbox"/> 中等度 (7~6.5)	<input type="checkbox"/> 重度 (~6.5 g/dL)		
血小板減少	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (5~10 万)	<input type="checkbox"/> 中等度 (2~5 万)	<input type="checkbox"/> 重度 (~2 万/mm ³)		

理学所見・画像所見

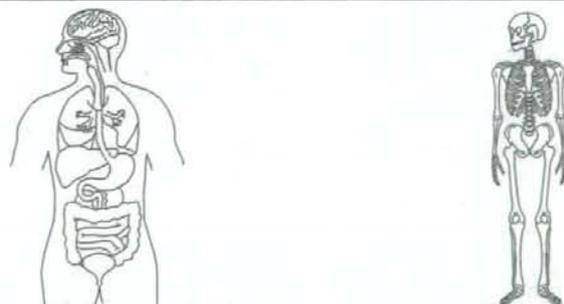


図 X-3 緩和ケアチーム初期評価表

最も困っていること

症状の系統的評価

【評価基準】 STAS : Support Team Assessment Schedule

- 0 : なし
 1 : ごく軽度
 2 : 中等度の症状があり、できれば何とかしてほしいが急いではいない
 3 : 中程度以上の症状があり、緩和を希望
 4 : 症状が強く他の事がまったく考えられない

<身体症状>

疼痛・しびれ	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
腹満	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
食欲不振	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
便秘	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
呼吸困難	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
咳	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
痰	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
全身倦怠感	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
眠気	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
不眠	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

<精神症状>

- 意識 意味明瞭・複雑な表現
意味明瞭・単純な表現
ややつじつまが合わない
明らかにつじつまが合わない 意思疎通できない
- 認知症 なし
軽度
中等度・重度
- せん妄 なし
軽度（かろうじて気付く程度）
中程度・重度（動作の著しい遅延、明らかな興奮）
低活動性
過活動性・混合性
- 抑うつ なし
あり
評価不能
- 不安 なし
変化を気にする。身体行動面の不安徴候や集中力の影響なし。
今後の変化や問題に張り詰めた気持ち。時々、身体面や行動面に不安徴候。（日常生活は保たれる）。
しばしば不安に襲われる。身体・行動面に不安徴候。集中力に著しく影響。（日常生活はおくれるが支障あり）。
持続的に不安に強くとらわれる。他の事は考えられない（常に不安。病的。日常生活ができない）。

評価要約・治療推奨

図X-3 (つづき)