

ルの作成の手間の軽減を図ることを目的としている。また、緩和ケアに関しては現在各種ガイドラインが作成されつつあるが、ガイドラインは必ずしも出版されているとはかぎらず、存在を知ること、手に入れることが困難であることも多い。そのため、本プロジェクトでは収集するツールに緩和ケアに関するガイドラインも含むこととした。

1. ホームページの作成経過

本ホームページに掲載するツールを選択した過程を示す。日本語版が存在することが重要と考えられたため、まず、2003年から2005年までに出版された論文、および学会発表された内容を「医学中央雑誌web版ver3」および「MEDLINE」を用いて検索した。雑誌によっては医学中央雑誌に掲載されていない場合があり、その際はハンドサーチをおこなった。さらに、緩和ケアを実践する看護師が使用しているツールの現状を把握するため、患者の入院から死亡まで、緩和ケア病棟で実践されている患者や家族を継続的にアセスメントする方法やケアプランなどについて、1緩和ケア施設からヒアリングをおこなった。最後に、複数の緩和ケア臨床家の推薦をもとに、データベースに組み入れるツールの候補リストを作成し、共同研究者間で具体的に確定する作業をおこなった。候補リストにもとづき、各種ツールの原本および関連資料をつねに確認できるように、資料を再整理し、データベース化した。資料を入手できない場合は、候補リストから外した。最終的に、各種ツールの内容の類似性を考慮し構造化した。

つぎに、インターネット上で各種ツールを公開するためのホームページの作成と登録基準づくり、できるだけ原本をダウンロードできるように原作者へコンタクトをとり、可能なかぎり許諾をとった。ホームページのアドレスは「<http://www.pcpkg.umin.jp/>」と決定した。

ホームページへの情報の掲載は、必ず出典を記載し、ツールの情報について、原則として「使用

目的」「対象者」「評価者」「セッティング」「項目数」「内容」「信頼性・妥当性」「文献」「ダウンロードの可否」「リンク」「使用許諾」「連絡先」「備考」と構造化した。各種ツールの公開のための基準については、臨床レベルの意見を取り入れやすくするために、原則として情報登録の窓口を広く設け、厳格な登録基準は設けない方針とした。

2. ホームページの概要

(<http://www.pcpkg.umin.jp>)

本ホームページは2006年11月に公開された。ホームページの概要について述べる。現在のところ、臨床ツールについては登録がなく、以下のような構成となっている。2008年3月現在、合計54ツールがデータベース化されている(図2)。今後もツールは追加される予定である。

【アセスメント/評価】(括弧内はツール数)

- ・症状評価 (20: 疼痛や身体症状, 精神症状など)
- ・QOL (quality of life) (8)
- ・質評価 (2)
- ・心理・社会・霊的ケア (3)
- ・介護者・家族のケア (2)
- ・そのほかのツール (6: 予後予測, 倫理, 医療者対象の評価尺度, 死生観など)

【教育】

- ・教育カリキュラム (5)
- ・教育研修資料 (2)
- ・診療記録フォーマット (1)

【ガイドライン等】

- ・症状緩和 (2)
- ・緩和ケア全般 (3)

おわりに(情報の募集)

本ホームページは2006年11月に公開されてから1年あまりで約1万ページビューである。本稿によって、より活用されることが望まれる。本ホームページは開始依頼、われわれの広報活動の不十

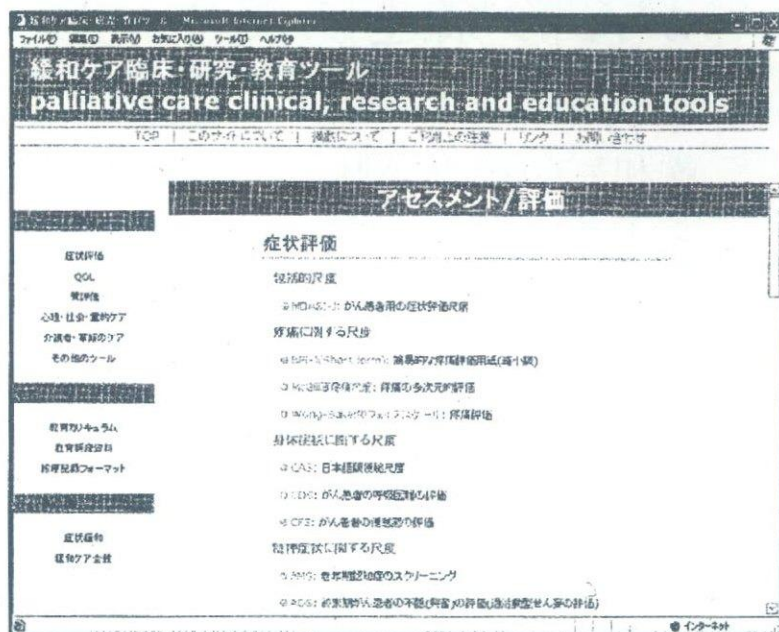


図2 ツールの具体的な掲載例

分さもあり、ツールがあまり追加されてこなかった。本ホームページはまだ発展途上である。今後は、各種ツールを自薦・他薦によって追加し、緩和ケアに関するツールを広く含むデータベースに発展させたいと考えている。本稿を読んで、自らが開発したツールをより広報したい方、各病院などで苦勞して臨床パンフレットや教育教材などを開発された方などは、是非ともホームページの「掲載について」を参照いただき、登録をしていただきたいと考えている。くり返しになるが、ツールの掲載については窓口を広くし、より多くのツールを掲載したいと考えている。今後、われわれが学会や論文などからツールの掲載申し込みをおこなうかもしれない。その場合は、是非掲載を許可していただき、わが国の緩和ケアの臨床・研究・

教育の発展に力を貸していただきたい。また、各研究者や施設でツールを作成した場合には、遠慮なくエントリーしていただきたい。アセスメント/評価ツールにしても、パンフレットなどの臨床ツール、スライドなどの教育ツールなどにしても、1つ1つの作成はとても手間がかかる作業である。本データベースを充実させ、わが国の緩和ケアの臨床に携わるもの同士で情報を共有、修正し、より充実した患者・家族へのケアにつなげていきたいと考えている。なお、本ホームページはリンクフリーであるので、緩和ケアに関連するホームページからリンクを受けることは承諾なしで歓迎する。

最後に本プロジェクトに対する助成を受けた、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団に感謝したい。

がん診療連携拠点病院の 緩和ケアにおける役割と課題

緩和ケアの提供体制に関する全国調査から

宮下光令 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻緩和ケア看護学分野講師

はじめに

現在、がん対策基本法およびがん対策推進基本計画の施行に伴い、わが国のがん医療の全国的な均てん化が求められている。特に緩和ケアに関しては、がん対策基本法でもその充実の必要性が指摘され、がん診療連携拠点病院の指定要件の1つとして重要な役割を有している。

本稿では、2007(平成19)年度厚生労働科学研究費補助がん臨床研究事業「がん患者のQOLを向上させることを目的とした支持療法等のあり方に関する研究」班(主任研究者：宮下光令)で実施した、2007年9月時点における全国のがん診療連携拠点病院(以下、拠点病院)の緩和ケアの提供体制に関する調査をもとに、拠点病院の緩和ケアに関する役割と課題について、看護師に求められるもの、看護管理者が理解しておくべき事項を中心に考察する。

なお、拠点病院の指定要件は2008(平成20)年4月に改正された(表1)。本調査が行なわれた時点で指定されていた拠点病院は288施設であり(みなし拠点病院である国立がんセンター中央病院・東病院を含む)、2008年5月時点では353施設と増加している。本調査は改正前に行なわれたものであることに注意していただきたいが、本稿の目的は今後の拠点病院の緩和ケアのあり方を論じるものであるから、原則として指定要件は2008年4月に改正されたものにとづき論じることとする。なお、現在すでに指定されている拠点病院では、2009(平成21)年度末までに新しい要件を満

たしたうえで更新される必要があり、そのためには、2009年10月末までに要件を満たしたうえで、都道府県から厚生労働省に推薦される必要がある。

調査の概要

全国の拠点病院の緩和ケア提供機能に関する調査は2007年9月に実施された。対象はその時点で指定されていた拠点病院288施設であり、調査は郵送法によって行なわれた。調査対象(調査の宛先)は各拠点病院の緩和ケア(チーム)担当者とした。288施設中、242施設から調査票を回収し

表1 がん診療連携拠点病院の指定要件(緩和ケア関連のみ抜粋)

- がん診療連携拠点病院に必要な緩和ケアの提供体制
- ・緩和ケアチームに専任の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。また、専従であることが望ましい。
- ・緩和ケアチームに、精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置すること。なお、当該医師については、専任であることが望ましい。また、常勤であることが望ましい。
- ・緩和ケアチームに、専従の緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を1人以上配置すること。
- ・緩和ケアチームに協力する薬剤師及び医療心理に携わる者をそれぞれ1人以上配置することが望ましい。
- ・上記を構成員とする緩和ケアチームを整備し、当該緩和ケアチームを組織上明確に位置付けるとともに、がん患者に対し適切な緩和ケアを提供すること。
- ・外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備すること。
- ・緩和ケアチーム並びに必要に応じて主治医及び看護師等が参加する症状緩和に係るカンファレンスを週1回程度開催すること。
- ・院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診察が受けられる旨の掲示をするなど、がん患者に対し必要な情報提供を行なうこと。
- ・かかりつけ医の協力・連携を得て、主治医及び看護師が緩和ケアチームと共に、退院後の居宅における緩和ケアに関する療養上必要な説明及び指導を行なうこと。
- ・緩和ケアに関する要請及び相談に関する受付窓口を設けるなど、地域の医療機関及び在宅療養支援診療所等との連携協力体制を整備すること。

*「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」(2008年3月1日付健発第0301001号)から、緩和ケアに関連する事項のみ抜粋し、整理した(下線筆者)。なお、本指針では専従とは就業時間の少なくとも8割以上、専任とは5割以上、当該療法に従事しているものとされている(緩和ケア診療加算と異なることに注意する必要がある)。

表2 緩和ケアチームの概要(n=239)

数字は回答数(割合)または平均±SD(中央値)

病床数	555±197(中央値 540)
緩和ケア診療加算算定	38(16%)
緩和ケアチームの医師数	3.1±1.6(中央値 3.0)
専従医師	
・身体症状緩和担当医師	36(15%)
・精神症状緩和担当医師	9(4%)
緩和ケアチームの看護師数	2.5±1.5(中央値 2.0)
専従看護師	56(23%)
緩和ケアチーム活動開始からの経過月数	27±27(中央値 17)
緩和ケアチームにコンサルトされた年間患者実数 ¹⁾	73±133(中央値 35)

1)患者数は患者実数とし、同じ患者に複数回コンサルトされた場合でも1人として数えた。

表3 緩和ケア診療加算の算定要件(抜粋)

- ・本加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係る専従のチーム(以下「緩和ケアチーム」という。)による診療が行なわれた場合に算定する。
- ・緩和ケアチームは、以下の4名から構成される緩和ケアに係る専従のチームが設置されている必要がある。
 - ・身体症状の緩和を担当する常勤医師
 - ・精神症状の緩和を担当する常勤医師
 - ・緩和ケアの経験を有する常勤看護師
 - ・緩和ケアの経験を有する薬剤師
- ・上記の医師のいずれかと看護師は専従である必要がある。また、その他の医師と薬剤師は専任でも構わない。
- ・専従の医師は、入院中に緩和ケアチームによる診療を受けた患者のみを対象として、当該患者の退院後に継続的に外来で診療を行なう場合、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行なうことを目的に、連携している他の保険医療機関からの専門的な緩和ケアを要する紹介患者を外来で勤務時間の1/2を超えない範囲で診察することができる。
- ・身体症状の緩和を担当する医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。
- ・精神症状の緩和を担当する医師は、3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であること。
- ・緩和ケアの経験を有する看護師は、5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了している者であること。
- ・緩和ケアの経験を有する薬剤師は、麻薬の投薬が行なわれている悪性腫瘍患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者であること。
- ・症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師、薬剤師などが参加していること。
- ・当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。
- ・院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

*診療報酬の「緩和ケア診療加算」の算定要件から抜粋し、整理した。なお、この算定要件では専従とは就業時間の10割以上、専任とは5割以上、当該療法に従事していることである。

た(回収率84%)。

がん診療連携拠点病院のうち、緩和ケアチームを「有り」と回答した施設は239施設(99%)であった。以下に提示する結果は、緩和ケアチームを「有り」と回答した施設の結果である。

拠点病院の緩和ケアチームの概要と指定要件の変化

●看護師の専従要件

拠点病院の緩和ケアチームの概要を表2に示す。緩和ケア診療加算を算定している施設は16%と少なかった。また、緩和ケアチームの看護師数は平均2.5人であり、専従の看護師をもつ拠点病院は23%であった。緩和ケアチームの看護師数に関しては、患者数が多いため多くの看護師を必要とする施設と、複数の看護師が業務を分担して全体としてチームとしてケアにあたっている施設があると考えられる。

緩和ケア診療加算は一般病棟における緩和ケアを充実させるために設定された診療報酬であり、加算の算定要件は表3のとおりである。この加算の要件を満たせば、患者1人あたり1日300点の診療報酬を算定することができる。本加算は2008年度の診療報酬改定により250点から300点に引き上げられた。

拠点病院の指定要件では、2007年3月までは「チームによる緩和ケアの提供」のみが要件であった。しかし、2008年度からの指定要件(表1)では、緩和ケアチームの看護師は専従であることが盛り込まれた。これは、緩和ケアチームにおいて、看護師の役割が重要であることを示唆している。

緩和ケアチームの実際の活動形態は施設

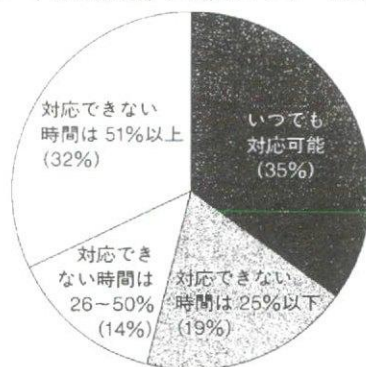
によってさまざまではあるが、看護師がその中心的役割を担っているチームは少なくない。例えば、日々の患者や病棟へのラウンドは看護師が中心となって行ない、必要時に医師にコンサルテーションし医師が直接の診療を行なうなどの方法を取る施設も多い。患者の症状のアセスメントは十分に訓練を受けた看護師であれば十分可能である。また、身体症状や精神症状などの緩和を中心とした医師と異なり、患者や家族の心理面のケアや療養場所の調整、患者の希望に沿ったケアの提供、病棟看護師との連携など、看護師の役割は多岐にわたっている。現状では、専従の看護師をもつ拠点病院は23%と少ない。新しい指定要件ではこれを100%にすることが求められている。これは、拠点病院における緩和ケアの充実のためには、専従の看護師の設置が不可欠であると判断されたからであろう。

●緩和ケアチームの平均患者数

また、緩和ケア診療加算では、緩和ケアチームは原則として一度に診察する患者数を30名以内としている。患者の重症度などによって異なるものの、実際には、一度に診察可能な患者数は20名程度が限度である場合も多い。施設規模に沿った、医師・看護師の配置が求められる。

緩和ケアチームにコンサルトされた患者数の平均は年間平均73±133(中央値35)人であった。これは施設によって緩和ケアチームの活動状況に大きな差があることを示している。平均に比べ中央値が小さく、標準偏差が大ききことは、コンサルトされた患者数が非常に多い施設から少ない(もしくはほとんどどいない)施設まで、幅があることを示している。拠点病院にはがん専門病院から一般病院まで多機能をもつ病院があるので、一概に論じることは困難

図1 平日の日勤帯での緩和ケアチームの対応



であるが、中央値が35人という結果は、緩和ケアチームの活動が全体として不十分であることを示唆している可能性が高い。

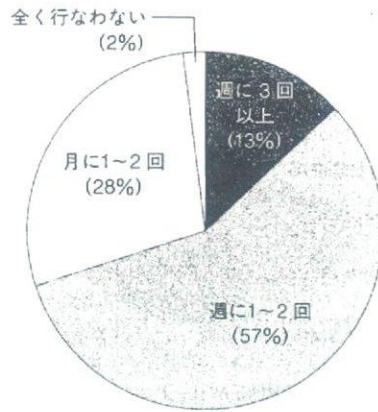
拠点病院の緩和ケアチームの活動の実態

●日勤帯「いつでも対応可能」は35%

拠点病院の緩和ケアチームの活動実態について、主な項目を述べる。図1は平日の日勤帯における緩和ケアチームの対応状況である。「いつでも対応可能」と回答したものは全体の35%に過ぎず、「対応できない時間は51%以上」と回答した施設が32%に及んでいる。これは、専従の医師や看護師が少ないことに関連している。

医師は外科医などが兼務していることも少なくない。そのため、手術中などは対応できないことになる。看護師は病棟看護師や看護管理者が兼務していることが多い。そのため、病棟業務に追加した形で緩和ケアチームとして活動している。患者・家族や病棟の求める、タイムリーな患者への対応は難しいのが現状である。今後は、日勤帯では常に緩和ケアチームにコンサルテ

図2 緩和ケアチームの医師・看護師間でのカンファレンスや相談の開催状況



ションできる体制を構築する必要がある。そのためには、専従の医師・看護師を配置し、状況が許せば、緩和ケア診療加算を算定する施設が増加することが望ましいと考えられる。

●カンファレンス・相談の開催頻度

緩和ケアチームの医師・看護師間のカンファレンスや相談の開催状況を図2に示す。週に3回以上のカンファレンス・相談を行なっているのは13%にすぎず、週1回以上を含んでも70%であった。残りの30%では週1回未満の頻度でしかカンファレンス・相談が行なわれていないことになる。最低でも週1回のカンファレンスや相談を行なわないと、患者や家族についての情報共有や治療方針、療養場所についての方針などについて意思統一したケアが提供されないおそれがある。

また、図2のデータは医師・看護師間のカンファレンス・相談についてであるが、新たな要件では、薬剤師や他のコメディカルおよび主治医や病棟看護師を含んだカンファレンスが要求されている。緩和ケアの基本はチームケアなので、カンファレンス

を有効に活用することが重要である。

●その他の重要な役割

緩和ケアチームの主たる役割は症状緩和である。症状緩和に関しては一般病棟におけるコンサルテーションが主たる活動であるが、「評価や推奨の診療記録への記載」を「常に・たいてい・ときどき」行なっているのは96%、以下同様に、「依頼した主治医や病棟看護師との評価や推奨の話し合い」は97%、「評価や推奨のフォローアップ、見直し」は94%で行なわれていた。100%ではないものの、これらはほぼ十分に行なわれていると思われる。特に、フォローアップや見直しは重要である。

「患者に対する直接的支援」は89%、「家族に対する直接的支援」は76%が実施していた。患者への直接的なアセスメントなしにはコンサルテーションチームとしての活動は難しい。また、家族に対する直接的な支援は、時間的制約もあるだろうが重要な項目である。

その他に緩和ケアチームの重要な役割としては療養場所の調整がある。「療養場所の調整に関する相談・支援」を行なっていると回答した施設は75%であった。また、「緩和ケアチームが介入している患者に退院調整を行なった場合の、退院調整の担当者との退院前カンファレンスへの参加」は79%であった。緩和ケアに関する地域のリソースは緩和ケアの専門家が把握していることが多い。病院によっては、地域との連携を担う部署が設置されているであろうが、それらの部署と協同して、療養場所の調整にも積極的に関わるべきである。

教育と地域連携

緩和ケアチームの活動の1つに院内・院

外の教育活動がある。図3に緩和ケアチームの教育活動について示す。院内での緩和ケアに関する勉強会などの教育活動は92%の施設で実施されているが、院外の医療者を対象とした勉強会などの教育活動は68%にとどまっている。拠点病院はその地域におけるがん医療の拠点となるべきであり、緩和ケアに関しても同様である。今後は、地域の病院や診療所、訪問看護ステーション、薬局などを対象とした、教育活動の充実が求められる。

前述のとおり、拠点病院は地域の緩和ケアの中心となるべきであるから、地域連携も重要な役割となる。緩和ケアチームの地域連携の実態を図4に示す。拠点病院には相談支援センターの設置が指定要件に含まれているが、相談支援センターへの対応は87%が実施していた。これは100%になるべき項目であるが、全体としては実施できていると考えられる。しかし、地域の診療所や訪問看護ステーションとの合同カンファレンスや情報交換などは十分ではない。新たな指定要件に準じて、今後は、地域の診療所や訪問看護ステーションとの情報交換を密にし、地域における緩和ケアの水準の向上に寄与するだけでなく、がん患者の在宅療養を支えることが拠点病院の緩和ケアチームに求められている。

緩和ケアチームの 看護師の自己評価

緩和ケアチームの看護師は、がん看護専門看護師や緩和ケア認定看護師、がん性疼痛認定看護師から、一般の看護師まで幅広い。指定要件でも、専門資格については従来から規定されてこなかった。本調査では、緩和ケアチームの看護師の緩和ケア提供に関する自己評価について尋ねた(図5)。

図3 緩和ケアチームの教育活動の実態

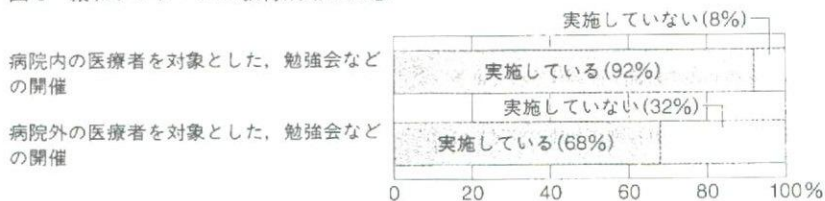
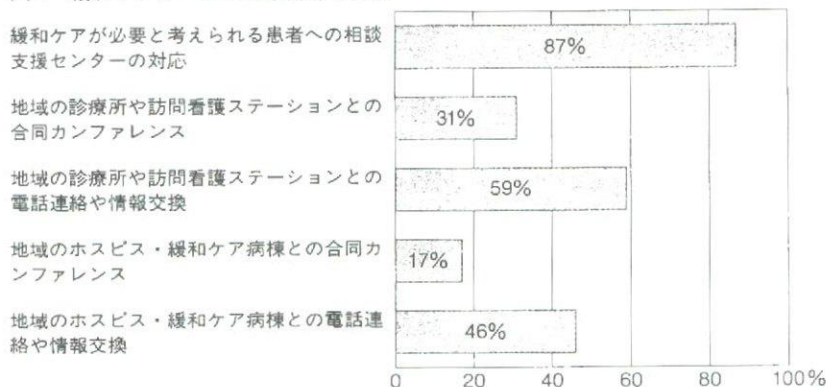


図4 緩和ケアチームの地域連携の実態



看護師の自己評価に関して、「よくあてはまる」「あてはまる」と回答した割合は、「疼痛緩和に関する知識や技術は十分である」で41%、疼痛以外の身体症状の緩和に関する知識や技術は十分である」で30%と、十分な数字ではなかった。また、精神症状に関しては全体的に自己評価が低かった。緩和ケアチームの看護師は症状緩和に関するプロフェッショナルであるべきであり、この数字は看護師が一般的に控え目な回答をする傾向にあることを考慮に入れても、十分とはいえない。本調査の結果は、ショッキングなものであった。

医師と違い、緩和ケアに関しては専門看護師や認定看護師などの教育体制が整備されているにもかかわらず、このような結果であったことは、今後の専門教育体制のさらなる充実が必要なことを示唆している。緩和ケアチームにはこのような専門的な緩

図5 緩和ケアチームの看護師の自己評価
 (「よくあてはまる」「あてはまる」と回答したものの割合)

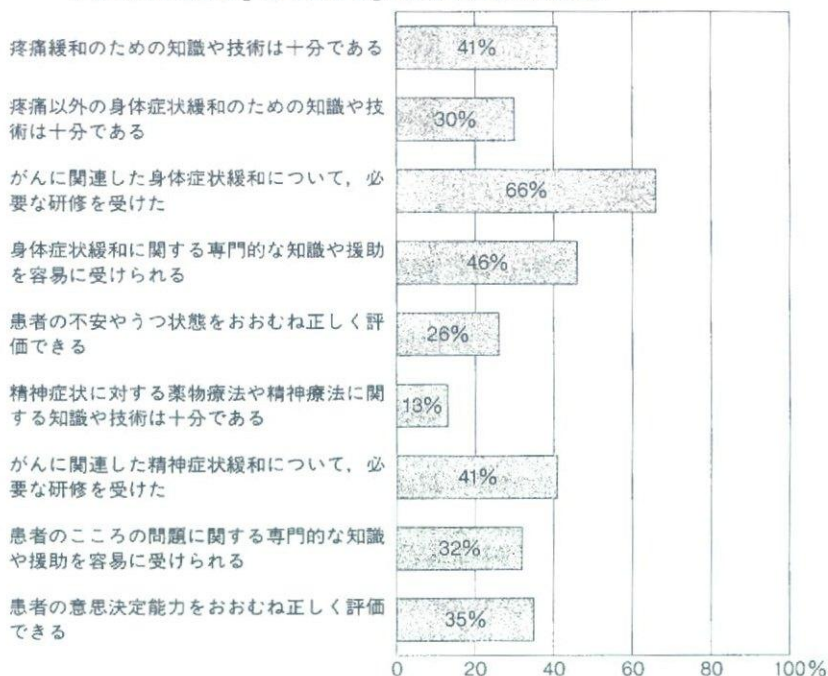
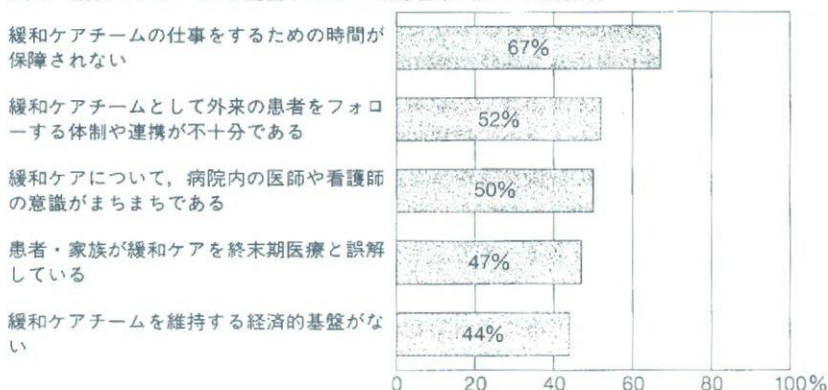


図6 緩和ケアチームを運営する上での障害(上位5つを抜粋)



和ケア教育を受けていないメンバーも含まれる。しかし、新たな指定要件では、看護師は専従として緩和ケアチームの中核を担うことが期待されている。緩和ケアに関する教育は、講義などだけではなく、緩和ケ

ア病棟や緩和ケアチームに入って実践的な学習をすることが重要である。施設の看護管理者は緩和ケアチームの看護師に対して、教育の機会を与えるように配慮することが必要である。また、緩和ケアチームの看護師は自らの知識や技術を日々研鑽して、自己評価を高める必要があろう。

緩和ケアチームを運営するうえでの障害

本調査では、緩和ケアチームを運営するうえでの障害についても尋ねた。図6は緩和ケアチームを運営するうえで「とても障害になっている」「障害になっている」と回答した割合の上位5項目を抜粋したものである。これは看護師が直面する障害だけではなく、緩和ケアチーム全体での回答であることに注意する必要がある。

最も多かった回答は「緩和ケアチームの仕事をするための時間が保障されない」で67%であった。その他にも、管理上の問題として「緩和ケアチームを維持する経済的基盤がない」などが挙げられた。時間の保証と経済的基盤は関連していると思われる。残念ながら、拠点病院に指定されることにより交付される資金は、緩和ケアチームとして医師・看護師を雇用するには十分とはいえない。また、これらは都道府県によってもさまざまであるのが現状である。

1つの解決策は、緩和ケア診療加算を算定することによって経済的基盤を保障することであるが、中規模な施設では難しいかもしれない。しかし少なくとも、一定数のがん患者を診療する施設に関しては、緩和ケア診療加算を取得することなどによって、経済的基盤と時間を確保する必要がある。また、中規模施設であっても、拠点病院に指定されたからには、要件を満たすことは

必要であり、それは地域のがん診療の拠点として重要な役割である。がん対策基本法では、都道府県によるがん対策推進計画を策定することになっており、緩和ケアはその重要な要素であることから、都道府県からの支援も必要である。

都道府県がん診療連携拠点病院の役割

最後に都道府県がん診療連携拠点病院の役割について述べる。2008年5月現在、全国で47の施設が都道府県がん診療連携拠点病院として指定されている。東京都と福岡県では2施設が指定を受けており、その他の都道府県は1施設が指定を受けているか、いまだ指定を受けていないかのどちらかである。

都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件のうち、緩和ケアに関するものは以下のとおりである。

- 1) 当該都道府県においてがん医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師・薬剤師・看護師等を対象とした研修を実施すること。
- 2) 地域がん診療連携拠点病院等に対し、情報提供、症例相談及び診療支援を行なうこと。
- 3) 都道府県がん診療連携協議会を設置し、当該都道府県におけるがん診療連携拠点病院が実施するがん医療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修その他各種研修に関する計画を作成すること。

都道府県がん診療連携拠点病院は、都道府県の拠点病院の中核となることが期待されている。特に緩和ケアに関しては、上記のような、医師だけでなく看護師も含めた研修機能が重要な役割である。これは、拠点病院の緩和ケアチームの看護師のみでは

なく、一般診療にあたる看護師の研修も含まれている。したがって、都道府県がん診療連携拠点病院は、拠点病院のなかでも特に緩和ケアの提供に関して、緩和ケアチームだけでなく、一般の看護師も、知識や技術を備え、都道府県の緩和ケアの水準の向上に寄与することが期待されている。

おわりに

本稿では、われわれが行なった調査結果をたたき台にし、2008年度から新たに施行された拠点病院の指定要件のうち、緩和ケアに関する部分について述べた。

新たな指定要件は、それに対する経済的補助に比して、厳しいものを感じるかもしれない。しかし、拠点病院が地域におけるがん医療の中心となり、緩和ケアに関してもその重要な役割を担うことを考えると、必要な事項が盛り込まれていると考えるべきである。特に看護師に関して、専従が必須とされたことは、緩和ケアにおける看護師の重要性が評価されたことを意味している。看護管理者は病院の管理部門に対して、緩和ケアに従事する看護師の確保と、その教育の重要性について、この指定要件をもとに理解を促し、拠点病院として充実した緩和ケアが提供されることを保証する責務がある。



研究プロジェクト⑤

日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団研究事業 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究

志真泰夫*

2006年から3年計画で日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団研究事業として全国のホスピス・緩和ケア病棟と在宅療養で緩和ケアを提供する施設を対象として、遺族からみたホスピス・緩和ケアの質とアウトカムの評価を調査する研究計画を立案し、実施した。調査終了後、各施設へのフィードバックデータが作成され、すでに各施設へ送付された。遺族からみたケアプロセスの評価、患者アウトカム(quality of dying)、遺族アウトカム〔介護体験、(quality of life : QOL)〕について、全国平均値が算出され、研究参加施設が施設得点を全国平均値とともに知ることにより、各施設のケアの改善点を得るための基礎データが得られた。

はじめに

緩和ケアにおいて、提供される治療とケアの質を評価することは、重要である。緩和ケアの目標は、苦痛の緩和を通じて患者や家族のQOLの向上に寄与することである。緩和ケアは、従来、医

療の目標とされた、疾患自体の治療を通じて病気の治癒率の向上や延命もたらず考え方とはその枠組みを異にする。

したがって、緩和ケアの評価はそれを実際に受けた患者によってなされるものが最も信頼できると考えられるが、対象となる患者の多くは認知障害や全身状態の低下などのために、研究の方法論的に患者からの直接評価を得ることは困難な場合が多い。そこで、近年、家族や遺族からの報告によって、緩和ケアの質を評価する試みが欧米を中心に起こわれ、信頼性・妥当性のある評価尺度にもとづいた調査がおこなわれている^{1)~6)}。

わが国においては、1999年、「全国ホスピス・

KEY WORDS

遺族調査
ケアプロセス評価
患者アウトカム評価
遺族アウトカム評価
ケアの改善

* SHIMA Yasuo/筑波メディカルセンター病院・茨城県地域がんセンター 緩和医療科

緩和ケア病棟連絡協議会」(現在、NPO法人 日本ホスピス緩和ケア協会)により、850人の遺族を対象として、ホスピス・緩和ケア病棟でケアを提供された遺族の満足度を評価するはじめての試みがおこなわれ、満足度に関する尺度が作成された⁷⁾。しかしながら、この満足度尺度では平均得点が100点満点中82点と非常に高く、天井効果が認められた。そこで、より適切な評価尺度を開発するために、厚生科学研究費補助金医療技術評価総合事業の研究として、「緩和医療提供体制の拡充に関する研究班」(主任研究者：恒藤暁、志真泰夫)により、ホスピス・緩和ケア病棟を利用した遺族に対する調査が実施された^{8)~10)}。この調査は全国のホスピス・緩和ケア病棟70施設の遺族1,225人を対象とし、3回にわたる調査をおこなった。その結果、高い構造的妥当性、併存的妥当性、内容的妥当性、内の一貫性、再現性を備えた3次構造で13因子28項目(短縮版10項目)からなる「ケアに対する評価尺度」(Care Evaluation Scale: CES)が作成された。尺度に含まれたおもな下位尺度は、「説明・意思決定」「身体的ケア」「精神的ケア」「設備・環境」「費用」「利用しやすさ」「連携・継続」「介護負担軽減」であった⁸⁾。

このように、わが国での遺族を対象とした一連の調査によって、ホスピス・緩和ケア病棟で提供されるケアの質について評価がおこなわれ、いくつかの改善すべき点が明らかになった。しかし、この調査で対象としたのはケアのプロセスの評価であり、患者のアウトカム評価(「終末期のQOLが達成されているか」など)¹¹⁾¹²⁾、遺族のアウトカム評価(「遺族のQOLは維持されているか」など)^{13)~15)}といった、ホスピス・緩和ケア病棟におけるケアのアウトカムとされるそのほかの内容については調査されていない。また、わが国ではホスピス・緩和ケア病棟ばかりでなく在宅療養で緩和ケアを提供され、亡くなった患者の遺族を対象として、信頼性・妥当性のある方法を用いて提供されたケアの質やアウトカムを評価した大規模研

究はない。そこで、今回、2006年から3年計画で日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団研究事業として全国のホスピス・緩和ケア病棟と在宅療養で緩和ケアを提供する施設を対象として、遺族からみたホスピス・緩和ケアの質とアウトカムの評価を調査する研究計画を立案し、実施することとなった。この研究事業はこれからのホスピス・緩和ケアの提供体制の方向性を明らかにするうえで重要なものといえる。

1. 研究の構成

Shinshu University of Health Sciences, 2008, No. 10, pp. 30-37. © Shinshu University of Health Sciences, 2008.

本研究は主研究ならびに13の付帯研究により構成される。主研究の目的は、遺族からみたケアプロセスの評価、患者アウトカム(quality of dying = 「終末期の望ましいQOLが達成されているか」)、遺族アウトカム(介護体験、QOL = 「遺族のQOLは維持されているか」)の評価、施設間差、および施設間差を生じる要因を明らかにする。そして、参加施設に各得点を全国平均値とともに送付し、各施設の改善点を明らかにするための基礎データを提供する。

一方、付帯研究の目的としてはつぎのような13のテーマが設定された。

- (1) ホスピス・緩和ケア病棟移行時の家族に対する望ましいケアを明らかにする。
- (2) 家族の視点からみた、有用な緩和ケアシステムを明らかにする。
- (3) ホスピス・緩和ケア病棟を受診する患者・家族の意思決定モデルを明らかにする。
- (4) がんで家族を亡くした遺族における、複雑性悲嘆、抑うつ、希死念慮とその関連因子を明らかにする。
- (5) ホスピス・緩和ケア病棟で近親者を亡くした遺族における、ケアニーズの評価を明らかにする。
- (6) 遺族からみた、臨終前後の望ましいケアを明らかにする。

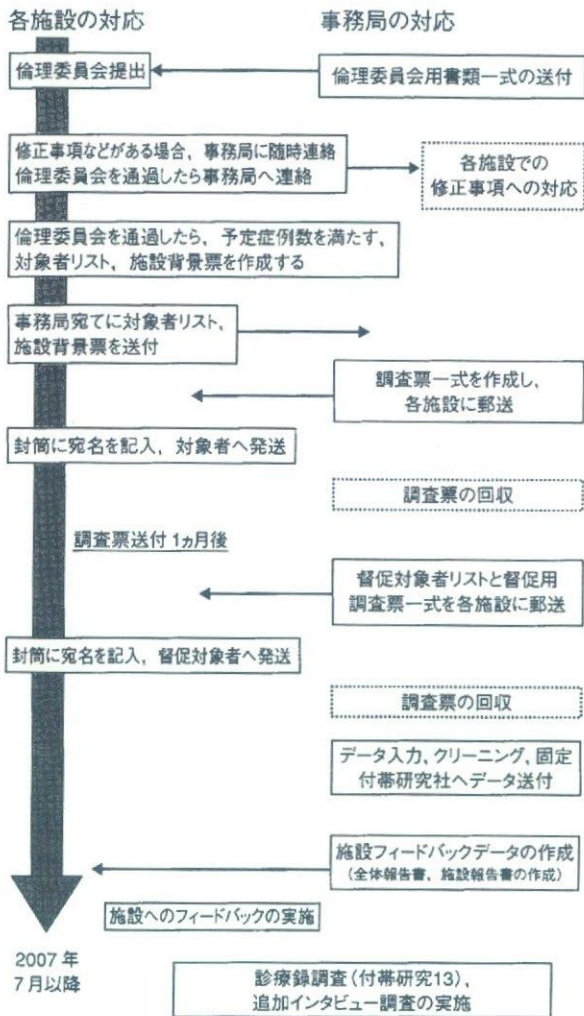


図1 調査手順 (フローチャート)

- (7) 遺族からみた、水分・栄養摂取が低下した患者に対する望ましいケアを明らかにする。
- (8) 遺族からみた、終末期がん患者家族の希望を支え将来に備えるための望ましいケアを明らかにする。
- (9) 遺族からみた、終末期がん患者の負担感に対する望ましいケアを明らかにする。
- (10) 遺族からみた、終末期がん患者に対する宗教的ケアの必要性と有用性を明らかにする。
- (11) 「患者・家族の希望を支えながら将来に備える」ための余命告知のあり方を明らかにする。

- (12) 遺族からみた、死前喘鳴に対する望ましいケアを明らかにする。
- (13) 診療録調査によりわが国でおこなわれている緩和ケアの実態を明らかにする。

2. 研究の対象と方法

施設としては、2005年9月1日における「緩和ケア病棟入院料」届出受理施設（日本ホスピス緩和ケア協会に加盟する153施設）のうち、研究の参加に同意した施設と全国から任意に抽出した在宅療養でホスピス・緩和ケアを提供する16施設とした。対象となる遺族は、各施設にて2006年8月31日以前の死亡した患者のうち、8月31日から選択基準を満たす1施設80人を連続に後向きに同定し、対象とする。期間内の適格基準を満たす死亡者数が80人以下の場合は、全例を対象とする。

主たる調査方法は、自記式質問紙による郵送調査である。研究参加施設では、対象者リスト、施設背景票を作成し、事務局に送付する。事務局で調査票一式を作成し、研究参加施設に送付する。研究参加施設では各対象者のIDに沿って、対応する調査票を対象者に郵送する。付帯研究については、施設からは12種類の調査票のうち1種類を無作為に1遺族に送付する（ただし、付帯研究10は例外とし、あらかじめ決められた施設に送付する）。在宅施設は在宅施設用調査票を用いる。調査対象者は、回答後、同封の返信用封筒で事務局へ返送する。調査の1ヵ月後に督促のため、事務局は返送者のIDをもとに未回収者を同定し、督促のための調査票一式を作成する。研究参加施設では未回収者に対して、督促の調査票を送付する。調査終了後、各施設に施設の得点と全国値をフィードバックする。ただし、施設データは厳密に管理し、それぞれの施設の得点を公にすることはしない。さらに、質問紙調査のフィードバック終了後に診療録調査（付帯研究13）および追加インタビュー調査を実施する（図1）。

調査内容として、質問紙は全遺族につき示す

共通の調査項目と付帯研究の各テーマにもとづく項目から構成される。

(1) ケアプロセスに対する評価 (care evaluation)

ケアに対する評価尺度 (CES) の短縮版を用いる。評価される下位尺度は、「説明・意思決定 (患者・家族)」「身体的ケア (医師・看護師)」「精神的ケア」「設備・環境」「費用」「利用しやすさ」「連携・継続」「介護負担軽減」である。本調査票の信頼性、再現性、構成概念妥当性、基準関連妥当性は確認されている⁸⁾。

(2) 患者のアウトカム評価 (quality of dying)

日本人がん患者の終末期のQOLを遺族の代理評価により測定する尺度として新たに作成された、望ましい終末期のQOL評価尺度 (Good Death Inventory : GDI) を用いる。本尺度は、日本人対象の質的研究、および、量的研究から抽出された、終末期のQOLの構成概念をもとに、遺族評価によりがん患者の終末期のQOLを評価する尺度として開発された¹⁶⁾¹⁷⁾。

(3) 遺族のアウトカム評価 (介護体験, QOL)

遺族アウトカム評価として、介護体験尺度、および Medical Outcomes Study Short Form-8 (SF-8) を用いる。介護体験尺度は遺族の介護体験を測定するために、本研究のために開発した介護体験尺度 (Caregiving Consequence Inventory : CCI) を用いる。SF-8は、日本でも広く使用されている健康関連QOL尺度であり、健康の8領域を測定する。信頼性、妥当性は検証されている¹⁸⁾。

(4) 患者の受けたホスピス・緩和ケアの実態調査

患者の受けたホスピス・緩和ケアの実態を明らかにするために、①緩和ケアチームの利用・有用性②ホスピス・緩和ケア病棟に紹介された時期に関する評価③ケアの継

続性④ホスピス・緩和ケア病棟で受けた治療行為⑤ホスピス・緩和ケア病棟以外の選択などについて質問する^{19)~27)}。

予定対象者数としては、全国のホスピス・緩和ケア病棟のうち100施設が本研究へ参加すると約8,000人が対象となる。回収率をこれまでの研究と同様に約65%とすると、約5,000人から回答を得ると想定した²⁸⁾¹⁶⁾。在宅ケアを提供する施設では、約300人に発送し、回収率65%として、200人から回答を得られると想定した。調査期間としては、2007年5月を予定した。

調査結果の解析は、遺族からみたケアプロセスの評価、患者アウトカム (quality of dying)、遺族アウトカム (介護体験, QOL) の評価尺度の平均点を算出し、全体での度数分布を求め、施設ごとの評価点を算出し、全体評価との比較をおこなう。さらに、それらを目的変数、遺族背景・施設背景を説明変数とした単変量解析および多変量解析をおこない、施設間差要因を明らかにする。

3. 研究の結果

現時点で全体調査は予定どおり終了している。対象者数としては、ホスピス・緩和ケア病棟の遺族8,438人、在宅施設の遺族467人、合計8,905人が登録された。このうち、適格とされた遺族は8,340人 (ホスピス・緩和ケア病棟7,892人、在宅施設448人)であった。研究の計画段階で想定された予定対象者数を上回っており、わが国における遺族調査としては、これまでで最大の規模であった。回答数および回答率は、5,602人、69% (ホスピス・緩和ケア病棟5,308人、69%、在宅施設294人、68%)となり、この種の調査としては高い回答率を示した。

調査終了後、各施設へのフィードバックデータが作成され、すでに各施設へ送付されている。遺族からみたケアプロセスの評価、患者アウトカム (quality of dying)、遺族アウトカム (介護体験, QOL) について、全国平均値が算出され、研究

表① 遺族に対するインタビューによる質的研究 一覧

- 1) がんの治療中断および療養場所移行を検討する時期の家族に対する望ましいケアのあり方に関する研究
- 2) 「家族にとってのよい看取り」の構成要素に関する研究
- 3) 遺族からみた終末期がん患者の負担感に対する望ましいケアに関する質的研究
- 4) 終末期患者の死前喘鳴に対する家族の体験と、体験に影響している要因
- 5) 回想法が遺族の人生の目的感および心理的適応に及ぼす効果に関する研究
- 6) ホスピス・緩和ケア病棟における望ましい遺族ケアのあり方
- 7) 在宅ホスピスおよび緩和ケア病棟で看取った遺族に関する質的研究
—看取りと死別によってかかえた精神的負担とその対処—

参加施設が施設得点を全国平均値とともに知ることにより、各施設の改善点を得るための基礎データが得られた。今後、ホスピス・緩和ケア病棟および在宅でホスピス・緩和ケアを提供している施設が、今回の調査結果をもとにホスピス・緩和ケアの質の向上をめざした活動をおこなうことが期待される。

おわりに—研究のこれからの展開

研究の倫理的配慮について述べる。質問紙によるアンケート調査であり、遺族への明らかな不利益は生じないと考えられたが、ホスピス・緩和ケア病棟や在宅で受けたケアを評価することに対する精神的葛藤やつらい体験に関する心理的苦痛を生じることが予測された。そこで調査は、各施設から独立した団体（日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団）がおこなっていること、回答内容は施設に個人が特定できるかたちで知らされないこと、および、調査に回答するか、拒否するかは自由であることなどを明記した趣意書を同封し、対象者に対する説明をおこない、返送をもって研究参加への同意を得たとみなした。研究計画は研究参加施設の倫理委員会へ提出し、承認を得ること

を基本条件とした。

現在、研究は3年計画の最終年度に入っており、診療録調査（付帯研究13）と追加のインタビュー調査（表①）の実施に取り組んでいる。

文献

- 1) Curtis JR, Patrick DL, Engelberg RA *et al* : A measure of the quality of dying and death. Initial validation using after-death interviews with family members. *J Pain Symptom Manage* 24 : 17-31, 2002
- 2) Kristjanson LJ : Validity and reliability testing of the FAMCARE Scale : measuring family satisfaction with advanced cancer care. *Soc Sci Med* 36 : 693-701, 1993
- 3) McCusker J : Development of scales to measure satisfaction and preferences regarding long-term and terminal care. *Med Care* 22 : 476-493, 1984
- 4) Ringdal GI, Jordhoy MS, Kaasa S : Measuring quality of palliative care : psychometric properties of the FAMCARE Scale. *Qual Life Res* 12 : 167-176, 2003
- 5) Teno JM, Casey VA, Welch LC *et al* : Patient-focused, family-centered end-of-life medical care : views of the guidelines and bereaved family members. *J Pain Symptom Manage* 22 : 738-751, 2001
- 6) Hickman SE, Tilden VP, Tolle SW : Family reports of dying patients' distress : the adaptation of a research tool to assess global symptom distress in the last week of life. *J Pain Symptom Manage* 22 : 565-574, 2001
- 7) Morita T, Chihara S, Kashiwagi T : Family satisfaction with inpatient palliative care in Japan. *Palliat Med* 16 : 185-193, 2002
- 8) Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y *et al* : Measuring the quality of structure and process in end-of-life care from the bereaved family perspective. *J Pain Symptom Manage* 27 : 492-501, 2004
- 9) Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y *et al* : Family-perceived distress from delirium-related symptoms of terminally ill cancer patients. *Psychosomatics* 45 : 107-113, 2004
- 10) Morita T, Sakaguchi Y, Hirai K *et al* : Desire for death and requests to hasten death of Japanese

- terminally ill cancer patients receiving specialized inpatient palliative care. *J Pain Symptom Manage* 27 : 44-52, 2004
- 11) Teno JM, Clarridge B, Casey V *et al* : Validation of Toolkit After-Death Bereaved Family Member Interview. *J Pain Symptom Manage* 22 : 752-758, 2001
 - 12) Teno JM, Clarridge BR, Casey V *et al* : Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA* 291 : 88-93, 2004
 - 13) Nijboer C, Triemstra M, Tempelaar R *et al* : Measuring both negative and positive reactions to giving care to cancer patients : psychometric qualities of the Caregiver Reaction Assessment (CRA). *Soc Sci Med* 48 : 1259-1269, 1999
 - 14) Hudson PL, Hayman-White K : Measuring the psychosocial characteristics of family caregivers of palliative care patients : psychometric properties of nine self-report instruments. *J Pain Symptom Manage* 31 : 215-228, 2006
 - 15) McMillan SC, Small BJ, Weitzner M *et al* : Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer : a randomized clinical trial. *Cancer* 106 : 214-222, 2006
 - 16) Hirai K, Miyashita M, Morita T *et al* : Good death in Japanese cancer care : a qualitative study. *J Pain Symptom Manage* 31 : 140-147, 2006
 - 17) Miyashita M, Sanjo M, Morita T *et al* : Good death in Japanese cancer care : a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 18 : 1090-1097, 2007
 - 18) Fukuhara S, Suzukamo Y : Manual of the SF-36v2 Japanese version. 2004
 - 19) Morita T, Akechi T, Ikenaga M *et al* : Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 23 : 2637-2644, 2005
 - 20) Pereira AG, Pearson SD : Patient attitudes toward continuity of care. *Arch Intern Med* 163 : 909-912, 2003
 - 21) Lorenz KA, Asch SM, Rosenfeld KE *et al* : Hospice admission practices : where does hospice fit in the continuum of care? *J Am Geriatr Soc* 52 : 725-730, 2004
 - 22) Hu WY, Chiu TY, Cheng YR *et al* : Why Taiwanese hospice patients want to stay in hospital : health-care professionals' beliefs and solutions. *Support Care Cancer* 12 : 285-292, 2004
 - 23) Good PD, Cavenagh J, Ravenscroft PJ : Survival after enrollment in an Australian palliative care program. *J Pain Symptom Manage* 27 : 310-315, 2004
 - 24) Gaudette LA, Shi F, Lipskie T *et al* : Developing palliative care surveillance in Canada : results of a pilot study. *J Palliat Care* 18 : 262-269, 2002
 - 25) Radbruch L, Nauck F, Fuchs M *et al* : What is palliative care in Germany? Results from a representative survey. *J Pain Symptom Manage* 23 : 471-483, 2002
 - 26) Schockett ER, Teno JM, Miller SC *et al* : Late referral to hospice and bereaved family member perception of quality of end-of-life care. *J Pain Symptom Manage* 30 : 400-407, 2005
 - 27) Connor SR, Tecca M, LundPerson J *et al* : Measuring hospice care : the National Hospice and Palliative Care Organization National Hospice Data Set. *J Pain Symptom Manage* 28 : 316-328, 2004
 - 28) Morita T, Akechi T, Ikenaga M *et al* : Communication about the ending of anticancer treatment and transition to palliative care. *Ann Oncol* 15 : 1551-1557, 2004

消化管閉塞の緩和：酢酸オクトレオチド

久永 貴之*1, 志真 泰夫*2, 長岡 広香*2, 木澤 義之*3

*1筑波大学附属病院緩和ケアセンター病院講師, *2筑波メディカルセンター病院緩和医療科, *3筑波大学附属病院緩和ケアセンター

はじめに

がん患者における消化管閉塞の有病率は非常に高く、嘔気・嘔吐、腹痛といった症状を伴いQOLを著しく低下させる。これまで治療の第一選択は手術あるいは胃管の挿入とされてきたが、手術に関連する死亡率、合併症発生率が非常に高いこと、胃管に伴う苦痛が強いことなどが問題であった。酢酸オクトレオチド(サンドスタチン®)を中心とした薬物療法が消化管閉塞の症状コントロールをする上で有効な代替治療となることについて紹介する。

消化管閉塞とオクトレオチド

進行・再発期にあるがん患者における消化管閉塞は、嘔気・嘔吐、腹痛などの消化器症状を伴い、また胃管が挿入されるなどして、患者のQOLを著しく低下させる。また有病率は高く、卵巣がん患者では5~51%、胃がん・大腸がんなど消化器がん患者では10~28%とされている¹⁻⁴⁾。このように緩和ケア領域において消化管閉塞の緩和治療は非常に重要かつ頻度の高い問題である。

これまで消化管閉塞の治療は、外科治療が可能であれば手術による閉塞の解除とされてきた。一方でこれらの患者の平均予後は13.4日~3.7ヵ月と短く、また手術に伴う30日以内の死亡率が9~40%、合併症発生率が9~90%とされている。患者の体力の低下あるいは悪液質などのために手術の施行が困難な場合も少なくなく、手術不能な割合は6~50%とされている^{2,4)}。

また外科治療と並んでこれまで広く行われてきた治療法が「胃管/イレウス管の挿入」であった。しかし、周知のとおり挿入・留置に伴う身体的・精神的苦痛は強く、患者のQOLも高いものとはいえなかった。

これらの症例に対して、酢酸オクトレオチドの投与により悪心や腹痛といった症状が改善した、あるいは嘔吐回数や経鼻胃管からの排液量が減少したといった報告が数多くなされており、2004年10月より健康保険の適用が「消化管閉塞に伴う症状の改善」に対して拡大された。

病態生理

消化管閉塞を発症すると、消化管内の通過障害により内容量が増大し消化管が膨張・伸展し、消化管内壁の表面積が拡大するため消化液の分泌が増加する。また、この結果消化管の血液循環が遮断されて酸素供給障害が生じ、消化管からの電解質や水の吸収能が低下する。さらに消化管が拡張するという「悪循環」が形成され、悪心・嘔吐、腹痛、腹部膨満などの消化器症状を呈するようになる。

ソマトスタチンは多くの臓器に分布するソマトスタチンレセプター(SSTR)に結合し、多彩な生理作用を発揮する。SSTRには5つのサブタイプがあり、胃・十二指腸・小腸などの消化器系にはSSTR2が分布していることが報告されており、合成されたソマトスタチン誘導体である酢酸オクトレオチドの作用は、SSTR2を介して発揮されると考えられている。具体的には以下のような作用があげられる。

- ①消化管ホルモンの分泌抑制：vasoactive intestinal polypeptide (VIP)、インスリン、グルカゴン、セクレチン、ガストリン。
- ②胃液の分泌抑制：胃酸とペプシン(胃酸>ペプシン)。
- ③膵液の分泌抑制：膵液、血液中モチリン、膵ポリペプチド。
- ④水電解質の吸収促進：水、Na⁺、Cl⁻。
- ⑤胃および腸管の蠕動運動の改善。

酢酸オクトレオチドはこれらの各種消化液の分泌抑制作

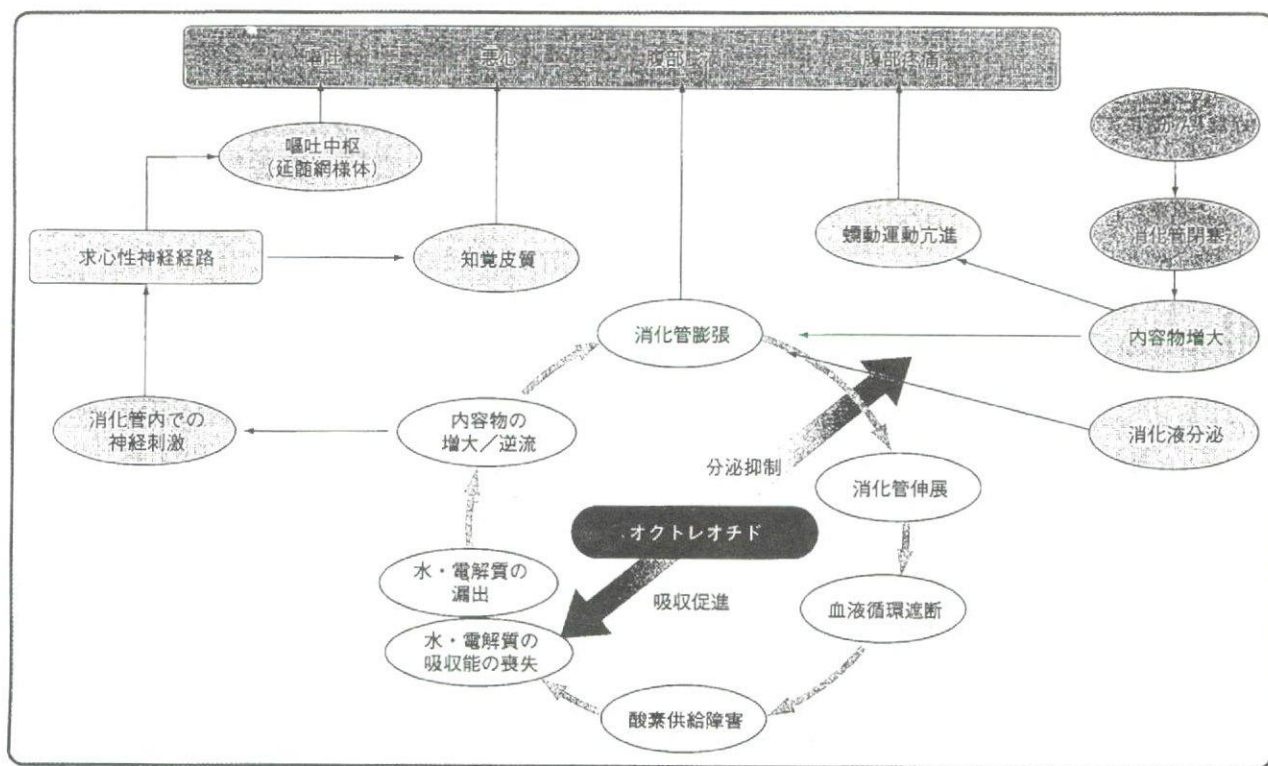


図1 消化管閉塞による悪循環の形成とオクトレオチドの作用機序
(サンドスタチン注射液・医薬品インタビューフォーム，第2版，ノバルティスファーマ，2004)

用，あるいは水・電解質の吸収促進により消化管内容物を減少させ，悪循環を阻止し，改善することで悪心・嘔吐，腹痛，腹部膨満などの消化器症状を緩和するものと考えられている(図1)。

酢酸オクトレオチドの有効性

酢酸オクトレオチド以外の消化液分泌抑制薬としては臭化ブチルスコポラミンなどの抗コリン薬があげられ，臭化ブチルスコポラミンとの間でこれまでに3つの無作為化比較試験(RCT)が行われている⁵⁻⁷⁾。

1つ目の試験では17例の手術が不可能で胃管を挿入された消化管閉塞患者に対して，酢酸オクトレオチド300 μ g/日と臭化ブチルスコポラミン60mg/日の持続皮下投与が3日間行われた。その結果，投与24時間後で両群とも持続痛，痙痛の程度が有意に軽減し，48時間後で両群

とも投与前と比較して有意に消化液分泌量が減少した。また酢酸オクトレオチド群と臭化ブチルスコポラミン群との比較では，酢酸オクトレオチド群のほうがより早期から，より強力に消化液分泌を抑制し，ほぼ全例で胃管を抜去することが可能であった⁵⁾。

2つ目の試験では，同様に手術が不可能で胃管が挿入されていない18例の消化管閉塞患者を対象とし，酢酸オクトレオチド300 μ g/日と臭化ブチルスコポラミン60mg/日の持続皮下投与が3日間行われた。両群の比較で，酢酸オクトレオチド群が嘔吐回数および嘔気の程度において有意に改善効果を認めた。また一方の薬剤では効果が不十分であった症例で，もう一方の薬剤を追加することで効果が増強する可能性についても示唆されている⁶⁾。

最後の試験では68例の消化管閉塞患者に対して，クロルプロマジン15~25mg/日に加えて酢酸オクトレオチド600~800 μ g/日と臭化ブチルスコポラミン60~80mg/日の持続皮下投与で比較がなされ，投与開始3日後の時点

で嘔吐回数、嘔気、倦怠感、食欲不振の程度において酢酸オクトレオチド群のほうが有意に改善効果がみられた⁷⁾。

消化管閉塞のマネジメント

1 治療法の選択))

治療の選択肢としては外科手術、胃管/イレウス管の挿入、胃瘻、IVR(ステント留置)、酢酸オクトレオチドを中心とした薬物療法に大きく分けられることができる。しかし現在まで、それぞれの治療の優位性や適応に関する比較検討はなされておらず、一般的には閉塞部位により有効と考えられる治療手段を選択することになる⁴⁾。

胃・十二指腸など上部消化管閉塞の場合は、一般的に薬物療法が効きにくいことが多く、胃管が必要となることが多い。その理由としては酢酸オクトレオチドにより分泌抑制、吸収促進されるべき閉塞部位口側の消化管が短くスペースがないことがあげられる。しかしながら筆者らの経験では、胃管がどうしても不快であった上部消化管閉塞症例に対し、コルチコステロイドと酢酸オクトレオチドの組み合わせにより、持続的な嘔気の軽減、嘔吐回数の減少を認めたこともあり、薬物療法を試みみる価値はあるものと考えられる。また幽門狭窄、十二指腸狭窄などに対しては可能であればステント留置に関する検討が必要である。

下部消化管閉塞の場合は後述の手術適応について検討した上で、適応がなければまず薬物療法が適応となる。また単発の大腸、直腸狭窄の場合は手術と並んでステント留置も検討する。どちらを選択するかについての比較検討はなされていないため、個々の症例や施設の状況などにに基づき判断するしかない。

2 手術適応の判断))

先に述べたとおり消化管閉塞患者の予後は悪く、手術に伴う死亡率、合併症発生率も非常に高い。そのため手術適応に関しては、慎重な判断が求められる。表1にRipamontiらの推奨する手術の絶対/相対禁忌をあげておく^{2,8)}。身体所見、画像診断(単純X線、CT、超音波検査)などをもとにこれら禁忌の有無を確認し、手術適応を判断すべきである。これらの禁忌がない患者では手術を第一選択の治療として考慮する。

表1 消化管閉塞患者における手術の絶対禁忌と相対禁忌

1. 手術の絶対禁忌
 - 前回手術で広範囲な腹腔内転移を認めた
 - 胃の近くまで病巣が及んでいる
 - 腹腔内の広範囲な浸潤・転移のため消化管の蠕動障害を認める
 - 広範囲に腹腔内の腫瘍が触れる
 - 急速に貯留する大量腹水を認める
 - 閉塞箇所が多発性である
2. 手術の相対禁忌
 - 高齢で悪液質がある
 - 腹部・骨盤への放射線治療歴がある
 - 栄養状態が悪い
 - 肝転移、遠隔転移がある。胸水あるいは肺転移により呼吸困難がある
 - PSが悪い(≥3)
 - 短期間での再閉塞

(Ripamonti C: Support Care Cancer 9: 223-233, 2001, Ripamonti C: Int J Gynecol Cancer 12: 135-143, 2002)

3 薬物療法))

手術適応がない場合、以下のような薬剤を組み合わせ、薬物療法を行う(図2)。

キードラッグである消化管分泌抑制薬[酢酸オクトレオチド、臭化ブチルスコポラミン(プスコパン®)など]のほか、嘔気や腹痛といった症状に対する緩和治療も必要に応じて行う。

鎮痛薬

腹痛に対する鎮痛薬としては、持続痛であればWHO方式に基づいてオピオイド(モルヒネなど)を使用する。痙痛の場合でもまずオピオイドの投与を行い、残存する場合には臭化ブチルスコポラミンなど抗コリン薬の併用を考慮する。

制吐薬

嘔気・嘔吐に対しては不完全閉塞で痙痛がない場合には、消化管運動促進薬[メトクロプラミド(プリンペラン®)]を、その他の場合は抗精神病薬[ハロペリドール(セレネース®)など]、抗ヒスタミン薬[マレイン酸クロロフェニラミン(クロダミン®, ポララミン®)、ジフェンヒドラミン(レスタミン®)など]を適宜使用する。

以上の薬剤に加えて、消化管閉塞に伴う腸管の浮腫や炎症の軽減を目的としてステロイドを併用することがある。これらの薬剤を個々の患者の状態に応じて適切に組み合わせ

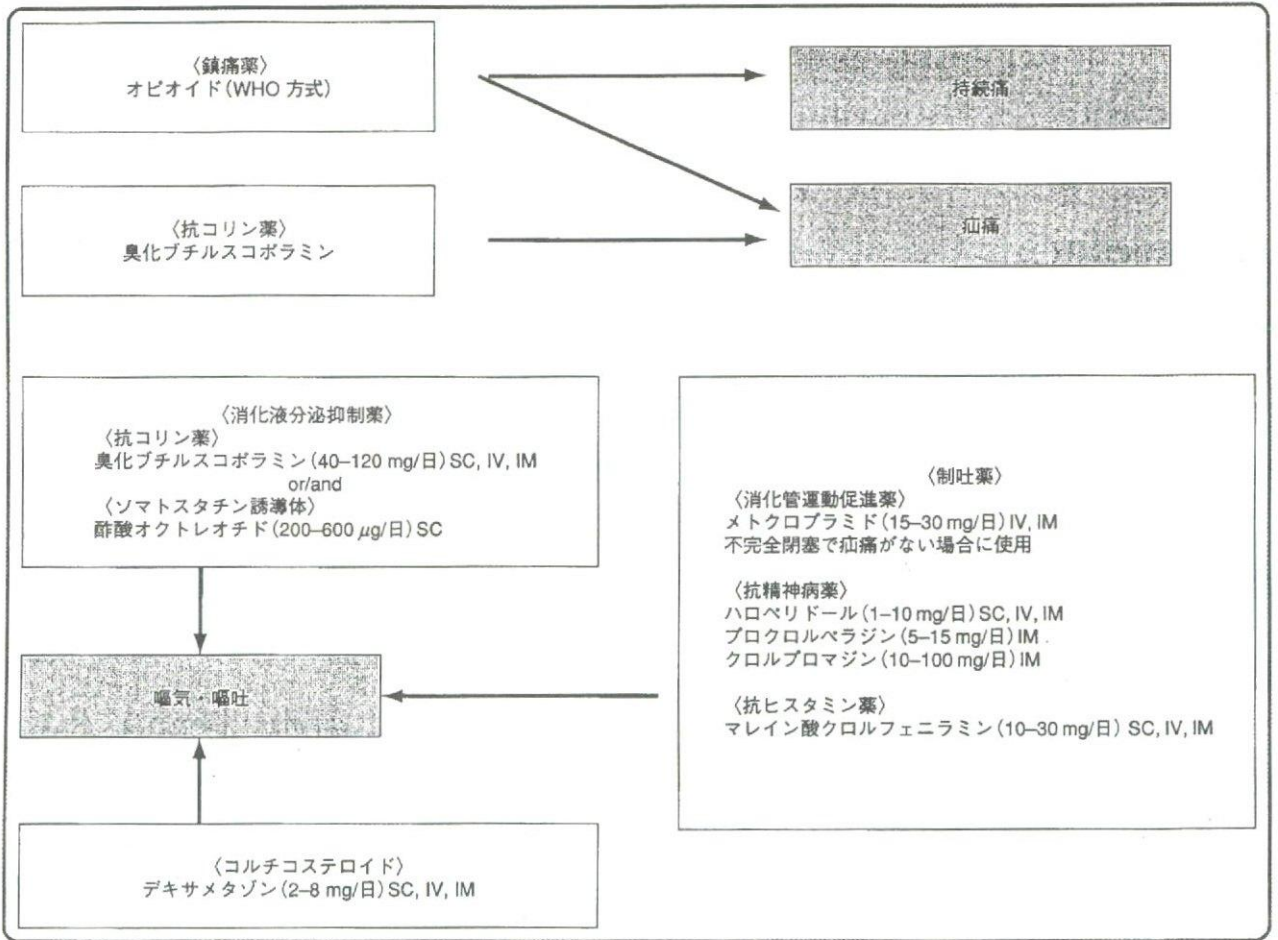


図2 薬物療法の例

SC=皮下注射, IV=静脈注射, IM=筋肉内注射.

せて用いる^{2,9)}.

● 消化管分泌抑制薬：酢酸オクトレオチド

■ 投与量・投与方法

24 時間持続皮下注射にて 300 μg/日より投与を開始する。承認されている投与方法は持続皮下注射のみであるが、わが国での臨床の使用においては持続静脈内投与が用いられていることも少なくない。持続静脈内投与と持続皮下投与の体内薬物動態は類似しておりほぼ同等の効果を期待できるものと考えられている。

高カロリー輸液あるいはコルチコステロイドとの混注は配合変化により作用が減弱するおそれがあるため推奨されない。

■ 効果判定・継続投与の目安

酢酸オクトレオチドの効果発現は比較的速やかであり、投与後 24～48 時間程度での効果発現が期待できる。そのため 3 日程度を目安に嘔気・嘔吐、腹痛などの状況を見極めた上で継続投与の必要性を判断する。胃管挿入例の場合は胃管排液量を酢酸オクトレオチドの効果および胃管抜去の指標とする。投与開始前の排液量を基準に減少傾向が明らかで、かつ、1 日排液量がおよそ 500 mL 未満に減少した段階で胃管抜去を試みる。

■ 増量の時期および目安

投与後 3 日程度で効果を認めない、あるいは効果が不十分な場合には投与量の増量あるいは他剤との併用(臭化

表2 薬物療法開始後の定期評価項目

嘔気
程度：VAS, NRS, face scale など
持続時間/日
嘔吐
程度：VAS, NRS, face scale など
嘔吐回数/日
嘔吐量/回
性状(色調, におい)

VAS: visual analogue scale, NRS: numeric rating scale.

ブチルスコポラミンなど)を検討する。増量が必要と判断された場合でも現在は600 μ g/日を上限とし、患者の状態を注意深く観察の上で慎重に行う。

■ 減量・中止の時期および目安

本剤の投与によると思われる有害事象が発現した場合や、本剤による効果が増量によっても得られないと判断した場合は投与中止を検討する。急激な中止に伴い症状が増悪する場合もあるため、徐々に減量、中止とすることが望ましい。

薬物療法を開始後は2,3日をめどとして定期的に表2のような評価項目をもとに効果判定を行い、効果ありと判定した場合は薬剤の投与を継続し、効果なしと判定した場合は薬剤の変更を検討する。これらの薬剤を適切に組み合わせることで多くの手術適応のない消化管閉塞の患者の症状マネジメントが可能である。

消化管閉塞患者の抱える葛藤に対するケア

薬物療法によって、消化器症状がある程度改善したとしても、消化管閉塞の発症以前と同様に経口摂取が可能となることは実際にはほとんどない。そのため「症状マネジメントの目標：嘔気、嘔吐などの症状の緩和」と「元通りに食べられるようになる」と考えている患者の目標との間でギャップが生じることが多い。

一般的には症状が緩和され食事摂取を許可した場合、完全閉塞であれば嘔吐の回数が減ることはあっても嘔吐は避けられない。また、不完全閉塞であれば低残渣食などを食べられるようになることもあるが、やはり食事内容や量を相当に制限しないと症状の再燃や全身状態悪化のリス

クを伴う。そのため患者のQOL、予後の見通し、リスクなどの要素を考慮し妥当な食事摂取について相談することになる。

その際、患者は食べられなくなった自己の状況と葛藤し、緩和治療をすることで症状がとれたとしても食べられないという埋まらないギャップに苦悩している(たとえば「食べられなければ生きている意味がない」、「食べられなければ家に帰ることなどできるわけがない」)。また消化管閉塞患者の全身状態は悪いことが多く、症状の見通しは常に変化し正確に予測することは困難である。そのなかでわれわれは、現在の状況と今後の見通しをできる限り正確に繰り返し説明していく。さらに患者に寄り添いその苦悩に共感し、その想いを理解するよう努め、元通りに食べることができなかつたとしてもそれ以外の目標(たとえば「味だけを楽しんで吐き出す」、「症状が緩和されている時間を点滴しながら家で過ごす」)をもつことができることを伝え、患者自身が現実的な目標を再設定していけるように支援していかなくてはならない。

消化管閉塞の緩和治療に関する今後の展望

これまで消化管閉塞の治療は「胃管/イレウス管による保存的治療」と「手術療法」が中心であったが、酢酸オクトレオチドの登場により薬物療法が注目を集め、またIVR(ステント留置)に関しても徐々に広まってきている。しかし、前述したようにそれぞれの治療の適応や有効性などの比較がなされていないため、今後の比較試験が必要である。

また薬物療法、とくに酢酸オクトレオチドに着目しても課題は多く、用量による効果の違いに関して明らかとなっておらず、実際のところ増量の効果があるかどうかは明らかとなっていない。そのほかにも臭化ブチルスコポラミンやコルチコステロイドとの併用効果、さらには胃管抜去のタイミングなど、今後の課題といえる。

また酢酸オクトレオチドの適応に関しても、これまで適応とされなかった手術症例に対して術前投与を行うことで、腸管のうっ血や浮腫、壊死といった変化を改善し、縫合不全などの合併症を減少させられる可能性についても示唆されており、検証が必要である¹⁰⁾。