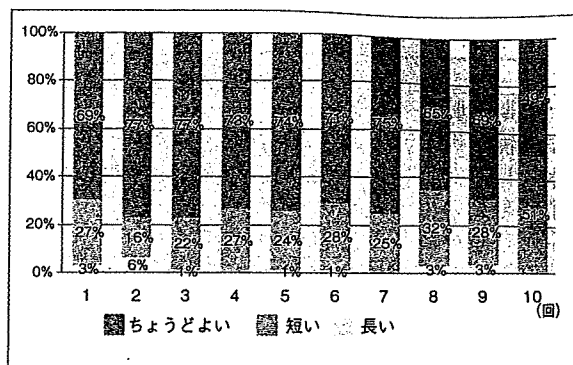
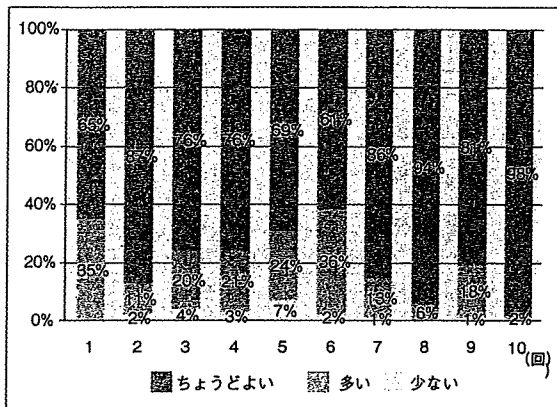


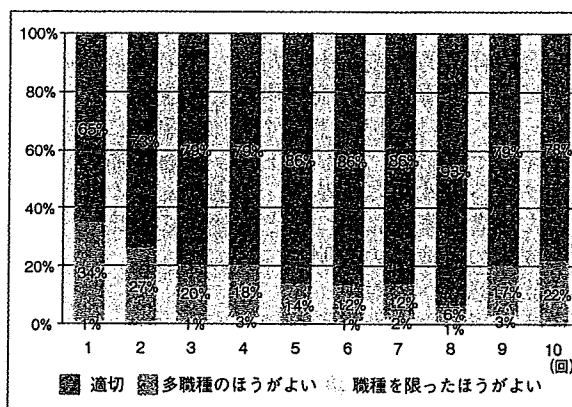
a) 有用性



b) 時間



c) 人数



d) 職種構成

図3 グループディスカッションの評価

4) フォーカスグループ

フォーカスグループでは、以下の評価が得られた。

「ロジスティクスに関する職種による評価の違い」

医師は、病院医師、診療所医師ともに、通常業務を終えるのが困難であり、平日夕方から参加することが難しいため、参加が可能な土曜日、日曜日の開催を希望した。一方、看護師、薬剤師は、平日夕方の設定時間での開催を希望していたが、「通常業務の後は大変」との評価もあった。

開催場所が浜松市の北部に位置し、南部からは1時間以上かかるため、市の中心部での開催を希望する意見や、主要病院や市の会議との重複などほかのミーティングと重複しているとの指摘があった。

「講義とグループディスカッションの組み合わせはよい」

「交流の場でもある」

講義とグループディスカッションの組み合わせは、「バリエーションがあってよい」、「レクチャーだけだと身につかないと思うので事例検討はよい」、「小グループだと質問ができて話せるのでよい」などと評価されていた。

「緩和ケアの技術やスキルを学ぶ」という目的以外に、多くの参加者が、多職種でのディスカッションは、「地域で一緒に仕事をするメンバーの交流の場としても重要である」という意味づけをしていた。「セミナーをきっかけに今まで声をかけたことのない薬剤師に声をかけてきいたりするようになった」など、セミナーが単に知識の提供にとどまらず、地域での職種間の交流に役立っていると評価していた。参加人数の点からも、「多いと感じることがあるが、いろんな職種が来る方がいいからよい」と多職種によるメリットが多く挙げられた。

表1 グループディスカッションで扱ったテーマ

	テーマ	形態	ファシリテーター	評価得点
1 回目	終末期喘鳴への対応	症例検討	医師	4.0点
	誤嚥性肺炎を繰り返す患者の食へのニードと家族間調整	症例検討	看護師	4.4点
	ホスピスから前医へ戻り化学療法を再開した症例	症例検討	医師	3.9点
	希望を見出すためのケア	症例検討	看護師	4.4点
	希死念慮を訴えた患者への対応	症例検討	医師	4.4点
	消化管閉塞症状にサンドスタチンが著効した症例	症例検討	医師	4.6点
	オピオイドによる嘔気(薬物療法と薬局との連携)	症例検討	医師	4.6点
	療養の場の選択に関する意思決定へのサポート	症例検討	看護師	4.3点
2 回目	退院時は病院での最期を希望していたが在宅で看取った患者・家族への支援	症例検討	看護師	4.2点
	院外薬局での患者情報不足に対する工夫	症例検討	薬剤師	4.4点
	社会的経済的問題が中心だった患者家族への支援	症例検討	MSW	4.6点
	オピオイド導入時の副作用などの説明	ロールプレイ	医師	4.5点
	フェンタニル使用中の患者の呼吸困難感にモルヒネを追加	症例検討	医師	3.8点
	オキシコンチンで嘔気のある体動時痛の患者にデュロテップへの変更と制吐剤、放射線、リハビリ	症例検討	医師	4.6点
	がん患者を家族に持つ子ども達への対応	症例検討	医師	4.3点
	家族への看取りの説明	ロールプレイ	医師	4.4点
	家族の怒りへの対処	症例検討	看護師	4.8点
	希死念慮を訴えた患者への対応	症例検討	医師	4.2点
「あとどれくらい生きられるのか」と聞かれた時の対応	ロールプレイ	看護師	4.2点	
3 回目	在宅で看取ったケース「訪問看護・往診医への移行の適切な時期の検討」	症例検討	看護師	4.1点
	家族の怒りへの対応	症例検討	看護師	4.8点
	早期から在宅サービスの利用を勧めるツールを考える	グループワーク	MSW	4.4点
	看取りの時の家族のケア(せん妄)	ロールプレイ	医師	4.2点
	医療用麻薬を初めて使用する時の説明	ロールプレイ	医師	4.0点
	オピオイドローテーションの方法と計算	症例検討	医師	4.5点
	難治性疼痛に鎮痛補助薬を用いた事例	症例検討	医師	4.5点
	在宅でモルヒネの自己注射を用いて診療所・ステーションと疼痛管理をしている症例	症例検討	医師	4.6点
4 回目	自分の気持ちをなかなか表出しない患者さんへの対応	症例検討	看護師	4.6点
	不安が強い患者さんへのケア	症例検討	看護師	4.3点
	訪問看護を紹介したが希望しないケースを通して、「早期に訪問看護を導入する方法」を考える	症例検討	看護師	4.7点
	聖隷三方原病院の退院支援をよくする方法を考える	症例検討	看護師	4.5点
	早期から在宅サービスの利用を勧めるツールを考える	グループワーク	MSW	4.5点
	オピオイドローテーション(基本編)	症例検討	医師	3.8点
	レスキューの使い方の指導と説明	ロールプレイ	医師	4.8点
	死亡直前に不穏になった患者の家族のケアと説明	ロールプレイ	医師	4.3点
	認知症、腎不全がある患者さんの痛みのマネジメント(参加者からのケース)	症例検討	看護師	4.7点
リンパ浮腫への対応(家族指導・環境設定・マッサージ)	実技	作業療法士	4.4点	
5 回目	予後を知りたいのに家族は伝えたくない時のかかわり	症例検討	看護師	4.6点
	食べられなくなった患者に家族が点滴を希望する時-胸腹水のある患者への輸液の適応と家族への説明-	症例検討	医師	4.8点
	食べられなくなった患者に家族が点滴を希望する時-輸液を行わないことが最善と考えられる場合の家族ケア-	症例検討	看護師	4.3点
	退院前カンファレンスの工夫と進め方	症例検討	看護師・ケアマネジャー	4.5点
	呼吸困難のある患者の目標設定	ロールプレイ	医師・看護師	3.8点
	早期から在宅サービスの利用を勧めるツールを考える	グループワーク	医師・看護師	4.2点
	病院から地域への退院支援の課題	症例検討	看護師	4.3点

	レスキューの使い方の指導と説明	ロールプレイ	医師	4.6点
	エンゼルメイク	実技	看護師	4.6点
6 回 目	短期入院でできる神経ブロックの紹介	症例検討	医師	4.8点
	ノバミンによる副作用（うつ病、アカシジア）の事例：気づく方法を知る	症例検討	医師	4.8点
	退院前カンファレンスの工夫を考える	症例検討	看護師	4.5点
	地域連携の中でホスピスの上手な利用について考える	症例検討	医師・看護師	4.3点
	医師と看護師間のコミュニケーション－互いの認識のずれについて考える－	症例検討	医師	5.0点
	スピリチュアルケアの実際	レクチャー	看護師	4.7点
	早期から在宅サービスの利用を勧めるツールを考える	グループワーク	医師	4.3点
	終末期がん患者の下肢リンパ浮腫のケア	実技	理学療法士・作業療法士	4.0点
	がん患者のマウスケアのコツ	実技	歯科医師・歯科衛生士	4.7点
7 回 目	神経障害性疼痛と鎮痛補助薬	症例検討	医師	4.3点
	消化器症状のケアのコツ（パンフレット、胃管挿入の実演）	実技	看護師	5.0点
	宗教的ケアを考える（緩和医療とキリスト教の接点）	症例検討	牧師・医師	4.3点
	在宅ホスピスができることを知る	症例検討	診療所医師・看護師	4.5点
	がん患者の使える社会資源－事例を通して	症例検討	MSW	4.5点
	息が止まりそうな時の苦痛緩和	症例検討	医師	4.8点
	早期から在宅サービスの利用を勧めるツールを考える	グループワーク	MSW	4.8点
	アメリカにおける子どものグリーフ・ケア－チャイルド・ライフ・スペシャリストを招いて－	症例検討	CLS・医師	4.6点
	せん妄の治療とケア－入院中に生じたせん妄のアセスメントとケア－	症例検討	医師	4.5点
8 回 目	がん患者のケアにいかす呼吸理学療法	実技	理学療法士	4.8点
	がん患者の口腔ケアのコツ（2回目）	実技	歯科医師・歯科衛生士	4.8点
	紹介された患者や家族との面談：SHAREを基本に認識と希望を聞く	症例検討	医師	4.1点
	大切な人を失う家族の悲嘆のケアを考える	症例検討	看護師	4.5点
	緩和ケアにおけるステロイドの使い方	症例検討	医師	4.3点
	がん患者の使える社会資源－事例を通して	症例検討	MSW	4.0点
	化学療法の中止を話し合う時のコミュニケーション	症例検討	医師・看護師	4.5点
	早期から在宅サービスの利用を勧めるツールを考える	グループワーク	MSW	4.3点
	緩和医療とキリスト教の接点：精神的苦悩をどう考えどう関わるかのフリートーク	グループワーク	牧師・医師	4.0点
9 回 目	エンゼルメイク 実演（2回目）	実技	看護師	4.3点
	呼吸困難のケア：肺理学療法士の視点による評価とアプローチ	実技	理学療法士・看護師	4.8点
	短期入院でできるブロックの紹介	レクチャー	医師	5.0点
	入院中に生じたせん妄の薬物療法とケア	症例検討	医師	4.6点
	事例を通じて介護保険制度の利用について知る	症例検討	ケアマネジャー	4.4点
	医師とのコミュニケーションのコツ（病院編・在宅編）	症例検討	看護師	3.8点
	息切れ、息苦しさに困っている患者さんへの対応	ロールプレイ	医師	4.0点
	化学療法の中止を話し合う時－事例を通して考える－	症例検討	医師・看護師	4.6点
	早期から在宅サービスの利用を勧めるツールを考える	グループワーク	MSW	4.5点
10 回 目	気持ちのつらさに対するケアを考える	症例検討	看護師	4.1点
	地域包括支援センターの役割・機能を知る－事例を通して－	症例検討	地域包括支援センター社会福祉士	4.3点
	発生時軽くみえても必ず悪化する褥瘡	実技	看護師	4.7点
	こころのケア－精神的苦悩に対するケアを考える－	症例検討	医師・看護師・心理士	4.4点

セミナー実施時のタイトルのまま記載した。CLS：チャイルドライフスペシャリスト。「早期から在宅サービスの利用を勧めるツールを考える」は参加者から自発的なグループワークの申し入れがあったため毎回テーマとして入れた

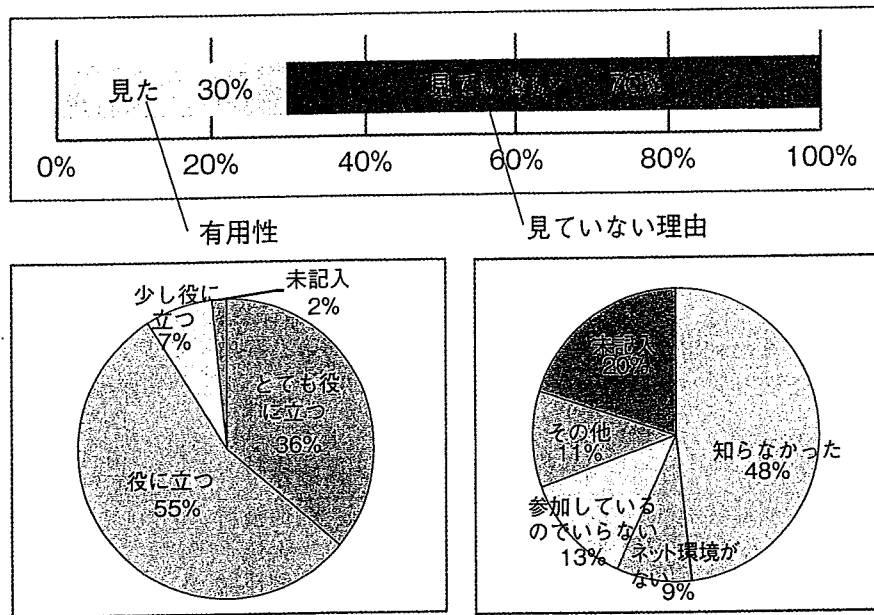


図4 ホームページの有用性

「机上の学問ではない実践を試せる場である」参加者の多くが、セミナーが実践と結びついている体験を述べた。例えば、「普段本で読んでも半信半疑でやっていることが、(実際にしている人と直接話せることで)裏づけが取れる」、「(本に書いてあってもやったことのない方法を)聞いたようにやってみたらうまくいった」、「今困っている症例について(事例検討で)出せてよかった」、「会が終わった後に専門としている医師や看護師に(直接今困っていることを)きけるのでうれしい」など、単に知識だけではなく、知識が実践と結びついていることを報告した。

「セミナー自体を自分の施設でやるやり方の参考になる」

ある参加者は、「セミナーを自分の病院でも行っていきたいので、やり方が参考になる」と述べ、セミナーの運営そのものを学習の対象としていた。

Ⅲ. 考 察

本研究は、筆者の知る限り、地域医療者を対象として系統的に一定期間繰り返して行われた

緩和ケアセミナーの有用性を評価した初めての報告である。本研究の結果、講義とグループディスカッションを組み合わせたセミナーを1年間行うことは地域医療者にとって有用であると評価され、いくつかの示唆が得られた。

参加者は、看護師が半数、薬剤師が20%、医師は13%であった。母数の違い、一般的にセミナーへの参加は看護師や薬剤師が多いためと考えられるが、平日夕方に医師が参加するのは難しいというロジスティクスの問題も挙げられた。1年間を通して職種構成に大きな変化はなく、難易度の評価は「ちょうどよい」が多かったため、今回のプログラムは参加者にとって目標は達成されていると考えられるが、医師を主たる対象としたセミナーを行う場合には休日に行うロジスティクスの工夫が必要であることが示唆される。国内においては、PEACEプログラムが行われるため、医師を主たる対象としたセミナーをPEACEプログラムで行い、医師も含めた多職種のセミナーとして平日夕方に実施する組み合わせは、地域全体の医療者を対象としたプログラムとして適切な可能性がある。この際、他に定期的に行われている地域のカンファレンスのスケジュールを把握して重複しないようにし、可能であれば開催場所が地域

の中で万遍なく実施できるように計画できればよいと思われる。

講義の内容では、わかりやすさが比較的良かったものは、緩和ケアで使用するツール、痛みの評価とオピオイド、嘔気・嘔吐、スピリチュアルケアであった。これらは、「耳慣れない評価ツール」を使用する、在宅では出会う頻度が必ずしも高くない（腸閉塞による嘔気嘔吐）、領域自体が必ずしも容易ではない（スピリチュアルケア）ことを反映していると考えられる。嘔気・嘔吐は「難しい」と回答したものが比較的多く、疼痛と比較して、体験する頻度が参加者全体としては必ずしも多くないことを反映している可能性がある。また、痛みの評価とオピオイド、呼吸困難では「時間が短い」評価が多く、多くの内容を含んでいたことを反映している。有用性が高かったものは、痛みの評価とオピオイド、突出痛、オピオイドの副作用、看取りのケア・在宅で使用できる薬物であり、地域で困難に生じる頻度が高いものであることが予測される。以上から、地域を対象として緩和ケアの講義を行う場合、疼痛の評価、オピオイド、突出痛、オピオイドの副作用、呼吸困難、在宅で使用できる薬物を含む看取りのケアを含むことは有用であり、複雑な評価尺度、嘔気・嘔吐、スピリチュアルケアなど参加者が不慣れであることが予測される領域を講義に含む場合には、時間を長くする、わかりやすい資料を作成するなど工夫をすることが必要であることが示唆される。

本プログラムでは、講義の内容を録画してホームページで見ることができるよう作成したが、参加者のうち、ホームページのビデオを見たことがある者は30%に過ぎなかった。ホームページを見たことがない理由は、毎回、アナウンスをしているにもかかわらず、半数が「知らなかった」であり、ホームページによる教育ツールの普及は、マテリアルの内容とともにそのアナウンス方法の充実さにも依存することが示唆された。

グループディスカッションは、総じて有用であると評価され、特に、レクチャーで得た知識

をより少人数で質問したり、実際の症例を通して強化する場とされていた。「時間が短い」と評価した参加者が多く、特に、スピリチュアルケアでは半数の参加者が「短い」と評価していた。また、人数は8~12名ではやや多く、多職種をさらに希望する傾向が一貫していた。すなわち、グループディスカッションを行う場合には、75分を標準と考えると精神的問題などを話し合う場合にはより長く設定し、また、人数を10人以下に抑えながらも多職種にするといった工夫が有用性をより高めると考えられる。

高い有用性を得たグループディスカッションのテーマには一定の傾向があった。すなわち、実技を含むもの（口腔ケア、理学療法、褥瘡）、特殊な知識を要領よく短時間に得られるもの（神経ブロック、ノバミンによる副作用に気づく方法、スピリチュアルケア）、ロールプレイなどでパンフレットなど具体的なツールを使用するもの（レスキューの使い方など）、倫理的問題や対応が難しい事例の症例検討（怒りへの対処、呼吸が止まりそうな時の症状緩和）、「早期からの在宅サービスの利用」に関係したものの、および、参加者が提示した困難事例であった。これらのテーマは参加者の関心が高く、地域でグループディスカッションを基にした緩和ケアセミナーを行う場合には積極的に取り入れることにより参加者はより有用であると感じられると思われる。

本プログラムにおいて、印象的であった現象は、セミナーそのものが地域医療者の「関係づくりの場」となったことである。フォーカスグループでは、緩和ケアセミナーは「交流の場でもある」という意味づけがされており、また、「机上ではない実践の場」として現在のケースについて相談したり知識を実践のものとして身近な人と共有したりした体験が報告された。また、グループディスカッションの経過中に、参加者から「グループワーク」として毎回同じテーマを扱いたいという自発的な交流の場を設けてほしいとの申し出があった（表1、「早期から在宅の利用を勧めるツールを考える」）。「セミナー自体を自分の施設で行うやり方の参

考になる」との意見もセミナーが単に「聴いて帰る」だけのものではなく、地域の他の場所に影響を及ぼしうることが示唆される。すなわち、地域におけるセミナーでは、単に知識や技術の提供という役割以外にも、「普段顔を合わせない多職種が顔を合わせる」ことによって地域全体に緩和ケアが普及する効果があることが示唆される。

本研究の限界として、本研究は緩和ケアセミナーの実施可能性を有用性の点から評価したものであり、セミナーが参加者の知識や実践、および、患者のアウトカムに変化をもたらしたかを評価することはできない。これらの課題は、今後、明らかにされるべきである。また、評価は質問紙の任意の提出により行ったことと、講義のみ受講した場合には中途退室となり質問紙の提出機会がなかったことから回収率が70%であるため、未回答の参加者の意見は反映されていない。

まとめ

OPTIMによる講義とグループディスカッションを組み合わせたセミナーは、参加者から有用であると評価されていた。講義の内容としては、疼痛の評価、オピオイド、突出痛、オピオイドの副作用、呼吸困難、在宅で使用できる薬物を含む看取りのケアが有用であると評価されていた。グループディスカッションでは、実技を含むもの、特殊な知識を要領よく短時間に得られるもの、ロールプレイなどでパンフレットなど具体的なツールを使用するもの、倫理的問題や対応が難しい事例の症例検討、「早期からの在宅サービスの利用」に関係したもの、および参加者が提示した困難事例の有用性が高かった。また、セミナーは、緩和ケアの知識・技術の獲得のみならず、「地域の多職種の交流の場」としても重要であると位置づけられていた。

今後、これらの患者アウトカムへの評価や、他の方法との比較など、地域での緩和ケアセミナーのよりよい方法に関する研究が行われる必要がある。

謝辞

本研究は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」により行われた。また、本プロジェクトにあたり、セミナーの準備にご協力くださった数多くの関係者の先生方にお礼を申し上げます。

文献

- 1) 片山 壽・監著：地域で支える患者本位の在宅緩和ケア。東京、篠原出版新社、2008
- 2) 濱口恵子、小迫富美恵、坂下智珠子、他・編：がん患者の在宅療養サポートブック：退院指導や訪問看護に役立つケアのポイント。東京、日本看護協会出版会、2007
- 3) 吉田利康：がんの在宅ホスピスケアガイド。東京、日本評論社、2007
- 4) 日本医師会：がん医療における緩和ケアに関する医師の意識調査－報告書－。東京、2008
- 5) 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」：対象地域に対する予備調査。 <http://gankanwa.jp/tools/pro/survey.html>
- 6) Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, et al: Impact of formal continuing medical education: Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? JAMA 282 : 867-874, 1999
- 7) O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, et al: Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Review). The Cochrane Collaboration. <http://www.thecochranelibrary.com>. 2007
- 8) 木澤義之：Ⅱ緩和ケアの教育と研修。3. 日本緩和医療学会 PEACE プロジェクトーがん診療に携わるすべての医師が基本的な緩和ケアを実施できるようにー。ホスピス緩和ケア白書 2009 : 24-30, 2009
- 9) 竹之内沙弥香、田村恵子：Ⅱ緩和ケアの教育と研修。5. End-of-Life Nursing Education Consortium Japan (ELNEC-J) 指導者養成プログラム。ホスピス緩和ケア白書 2009 8-42, 2009
- 10) 丸本美幸、平岡充江、大和浩之、他：中国労災病院の緩和ケアの現状～緩和ケア研究会・緩和ケア学習会の活動状況～。中国労災病院医誌 13 : 80-82, 2004
- 11) 小西洋子、神林祐子、岡田耕二、他：「京都府がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修

会」成果の評価について. 第14回日本緩和医療学会学術大会, 大阪, 2009. 6.19~20

12) 小穴正博, 林裕家, 大井裕子, 他: 地域ホス

ピス・緩和ケア研修セミナーの有用性の検討.
第14回日本緩和医療学会学術大会, 大阪,
2009. 6.19~20

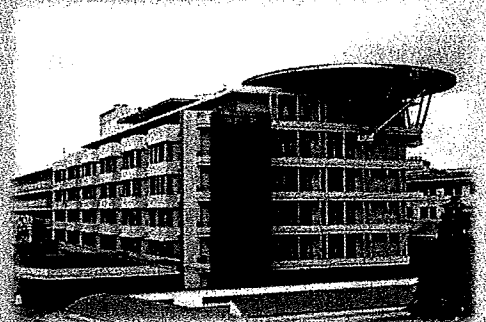
※

※

※

30年間のホスピスの歴史が 緩和ケアチームの基盤となっていた

現在は874床の総合病院であるが、1981年(昭和56年)に日本最初のホスピス(聖隷ホスピス)を併設した施設として名が知られている。日本の緩和ケアのモデルケースともいわれる本施設の緩和ケアチームについて、緩和支援治療の普及と充実を図るために行った工夫や、現在の活動、今後の展望など、緩和支援治療科部長・森田達也先生にお話を伺った。



立ち上げの経緯と4つのポイント

聖隷三方原病院は30年近いホスピスの経験を持ち、終末期における緩和医療では長年にわたるノウハウの蓄積があった。他施設に比べれば緩和ケアに対する理解は高かったが、それでも緩和ケアチームの立ち上げにあたっては、院内の医師や看護師を対象に緩和ケアチームの必要性を評価するためのアンケート調査を行っている。その結果、院内緩和ケアの必要性が明らかとなり、2002年にはPilot phaseとして1年間の緩和ケアを実施した。この間121件の依頼があり、緩和ケアチームの活動継続と2003年の緩和支援治療科の開設につながる。

森田医師は当緩和ケアチームの最大の特徴を、ホスピス・在宅ケアなどで豊富な経験を積んできた医師、看護師、薬剤師がスタッフとして参加していることとし、立ち上げ時の背景を次のように整理している。

- ・ホスピス20年、在宅ケア10年の実績があった。
- ・ホスピス入院の待機患者数が増加していた。(10～30名の患者さんが、入所まで40日待ちの状況になっていた。)
- ・化学療法中で緩和ケアを必要とする患者数が増加していた。
- ・Informalなmedical consultationは、すでに行われていた。(緩和ケアのアドバイスを求める他科の医師に対しては、相談に乗る形でサポートを行っていた。)

そして森田医師は、緩和ケアチームを立ち上げる際の留意点として4つのポイントを指摘している。

1. 緩和ケアチームはサポートチームに徹し、クライアントである主治医の治療方針を中心としたコンサルテーションを行う。
2. 自分がどんな治療を行いたいのかという気持ちは捨て、患者さんの望みを傾聴し、それが達成できる介入方法を計画する。
3. 院内におけるアクティビティーの高い人的資源を把握しておく。
4. コンサルテーションの受け入れられやすいところにチームの力を集中する。

現在の活動

現在の活動は、「主治医チームによる初期の緩和ケアが、患者さんの満足を得られなかったとき」に基準をおき、コンサルテーションを提供している。コンサルテーションでは、看護師がキーパーソンとなる。緩和専門医は、初診時の病態の判断およびプランニングを中心に、それでもなお苦痛が改善されなかった場合、あるいは病態の変化などで新たな苦痛が生じた場合の診察を行い、フォローアップは看護師が中心に行っている。また、看護師以外では薬剤師がキーパーソンになる場合が多い。薬剤師は、抗がん剤やオピオイドを投与する患者さんに直接会って服薬指導を行うが、その際に患者さんの状態を観察することによって緩和ケアの必要性をスクリーニングすることが可能である。



森田 達也 先生

<緩和ケアチームの医師に求められる専門性>

緩和ケアチームの対象となった患者さんの平均予後は、2003年の71日に対し、2004年では155日と倍以上の増加がみられた。これは、コンサルテーションの対象が、終末期以外の患者さんにシフトしていることを示しており、緩和ケアチームが他科の信頼を得るようになったことにはかならない。森田医師は、緩和ケアチームが成功するために必要な条件の1つとして「依頼された科の医師を上回る専門性が必要」という。この場合の専門性とは、特定のがん

緩和ケアチームのメンバー構成

●専任メンバー

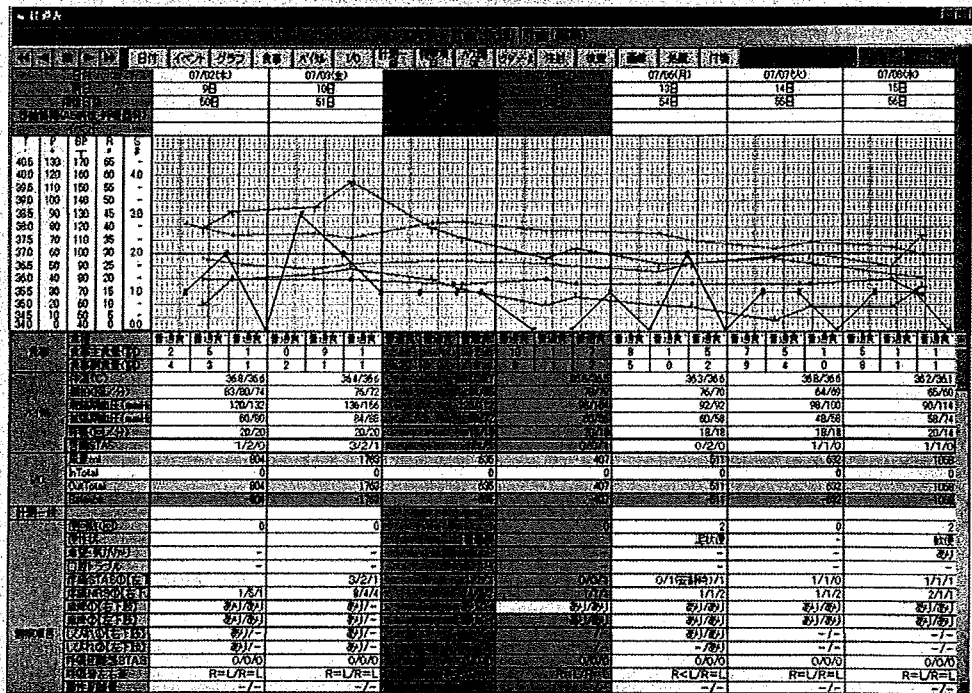
・緩和支援治療科医師1名 ・緩和ケア認定看護師1名

●兼任メンバー

ホスピス科医師、精神科医師、麻酔科医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科医師、歯科衛生士、栄養士など多職種

種に限らず早期から終末期まですべての経過を熟知していることであり、さらに、精神的な苦痛や身体的な苦痛に対して、どの時期にどのような対応を行えば適切な緩和ケアが可能かを決定する能力のことである。疼痛コントロールに関しては、がんの経過をみながらオピオイドなどの鎮痛薬や神経ブロックを至適タイミングで使い分けのできる知識と技術が必要ということになる(コラム「膵がんに対する腹腔神経叢ブロック」参照)。このことは緩和ケアの専門医制度が実現した場合の必要条件といえるかもしれない。

図1 苦痛STASによる電子カルテ上でのスクリーニング



＜苦痛の評価を日常的に行う＞

緩和ケアが当たり前に行えるようになるには、血圧や体温などと同様に、苦痛の評価をルーチン化する必要があった。本施設では、従来の電子カルテに示されていた4つのバイタルである「体温」「脈拍」「収縮期・拡張期血圧」「呼吸」に、「苦痛STAS (Support Team Assessment Schedule)」を新たに加え、患者さんの苦痛を可視化することを実現した(図1)。このことにより、緩和ケアが必要な患者さんのスクリーニング、および緩和ケア施行後の評価を電子カルテ上で行うことが可能になった。

＜緩和ケアチームは黒子に徹すること＞

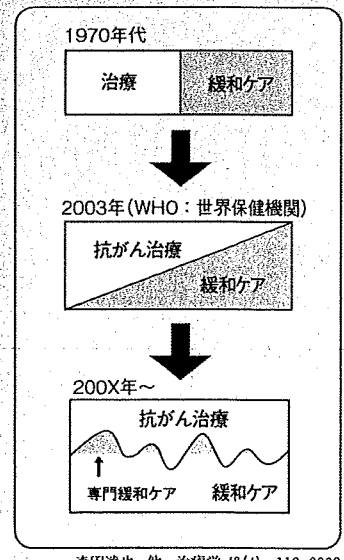
緩和ケアチームの仕事は患者さんの苦痛の緩和や、今一番望むことができるように手を尽くすことであり、疾患に対する治療ではない。緩和ケアチームの医師はコンサルテーションに徹することが必要である。したがって、主治医と患者さんのような密接な関係は成立せず、苦痛の緩和に成功しても患者さんとの関係は間接的であり、治療に対して積極的に関与できていないといった不全感を招くことも少なくない。多くの場合、緩和ケアの成功は、主治医に対する患者さんの信頼感の向上となって実を

結ぶ。森田医師は、緩和ケアチームの医師に必要な条件の一つとして、主治医がクライアントであることを受け入れ、主治医の黒子に徹することを強く指摘している。

今後の展望

森田医師は緩和ケアのパラダイムフトに注目している。治療とケアを分けて考えていた時代には、緩和ケアは終末期だけに行われる医療だった。現在では、ケアは治療とともに始まり、治療手段が少なくなるに従ってその割合が大きくなっていく。しかしながら、緩和ケアは早期や終末期といった時期に対する医療ではない。苦痛に対する感受性は個人によって大きく異なるため、

図2 がん治療と緩和ケアとの関係



苦痛があれば治療の最初から緩和ケアが必要であり、苦痛の少ない患者さんであれば終末期であっても専門緩和ケアへの紹介は必ずしも必要ではない。森田医師は将来の緩和ケアに関して、早期や終末期といった疾患の時期よりも、苦痛の出現にあわせた緩和ケアが実施され、治療や緩和ケアともにQOLの向上を目指すパラルレルケアヘシフトすると考えている(図2)。

森田達也, 他: 治療学 43(4): 112, 2009

膵がんに対する腹腔神経叢ブロック
膵がんの疼痛に腹腔神経叢ブロックが有効であることは、知識としてよく知られているが、施行時期については臨床判断が重要である。この治療は、時期を逸すると解剖学的にアルコールが分布するスペースが無くなるために効果が乏しくなる上、消化管閉塞を合併して処置後の蠕動亢進により強い腹痛を生じる場合がある。疼痛緩和の方法として腹腔神経叢ブロックの選択肢があることを患者さんに伝え、腹腔内にスペースがありイレウスを合併しないうちに実施することが大事である。



在宅移行のためのマネジメント

薬剤師からみた地域連携 —保険薬局の抱える現状と課題—

How Do You Work on the Community Health Cooperation in the Future?

Current Status and Problem of Health Insurance Pharmacy

前堀直美* 永江浩史** 森田達也***

Naomi Maehori, Hiroshi Nagae and Tatsuya Morita

Key words : 保険薬局, 患者情報, 地域医療

● 緩和ケア 19 : 130-136, 2009 ●

はじめに

2006年の医療法改正により「調剤を実施する薬局」、いわゆる保険薬局は「医療提供施設」として位置づけられ、服薬安全の向上や地域医療への参画といった責務が増している。

本稿では、今求められている“よりよい地域医療連携”のために保険薬局が他職種との間で推し進めるべき協働体制について、現状の問題点をふまえたうえで私見を述べたい。

保険薬局における服薬管理の現状

入院中の緩和ケア患者に対しては、医師、看護師、薬剤師、栄養士、リハビリテーション技師らが「カルテ」という完璧な患者情報共有ツール使用下でのケア提供が可能である。しかし、外来・在宅患者についてはどうだろうか。

患者が院外処方薬を受け取る場合、保険薬局に処方箋を持参する。処方箋上の記載事項は、処

方医のコメント追加のなにかぎり薬品名と用量・用法のみで、その他の患者情報は不明な場合が大多数である。そのため保険薬局では、処方内容と患者の病態に不合理がないか、基本情報を患者からの聞き取りとお薬手帳で集めることになる。また、用量・用法の逸脱、副作用・相互作用・重複した内服などをチェックし、疑問点が解決できなければ疑義照会を行う。これらの作業を通して、「服薬の安全性・妥当性を確認し、服薬の必要性を理解してもらい、安心して帰宅していただく」という最終目標（アウトカム）への到達を目指している。

しかし一部の患者では、聞き取りだけでは、病名・病状・治療内容などの正確な内容が把握できないことがしばしばある¹⁾。ステロイドのように多くの適応症をもつ薬剤の処方の場合、薬の増減や中止の理由を患者自身がよく理解できていない場合、院内で抗がん剤など注射薬を使用した場合などには、「服薬の安全性・妥当性の確認」がき

*レモン薬局三方原店（浜松 POG 研究グループ）: Lemon Pharmacy Mikatahara Office (Hamamatsu POG Research Group) (〒433-8108 浜松市北区根洗町 550)

**聖隷三方原病院 泌尿器科

***同 緩和支援治療科

0917-0359/09/¥400/論文/JCLS

表1 服薬指導を行ううえで情報が無いため困っていること¹⁾

1. 病名	62(%)
2. 処方意図	59
3. 処方変更理由	55
4. 適応外処方意図	52
5. 医師の説明内容	45
6. 入院中・退院時の処方内容	39
7. 治療方針	39
8. 検査値	37
9. 病状	32

浜松市薬剤師会アンケート結果(複数回答可), n=71

わめて困難である。疑義照会で確かめたくても処方医側が割く時間や労力を考えると、不明な点すべてに行うわけにもいかないし、緩和ケア患者の多くにとって長時間の在院・在店は苦痛が大きい。

処方医の意図と食い違う説明をして患者を混乱させるわけにもいかず、結局その場で(薬剤師として)納得のいく説明をしきれないまま指導を終えるしかないケースも、決して少なくない。

正確な医療情報を共有できていないことが、薬剤の適性使用と安全情報の前に立ちはだかる大きな課題だと感じている。

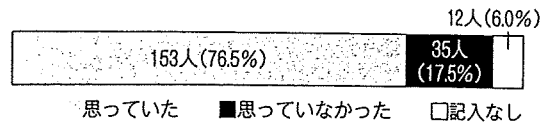
保険薬局の患者情報不足に関する調査結果

この点に関し、これまでに筆者らの自主研究グループである浜松POG研究グループ^{*1}が把握した調査データを示す。

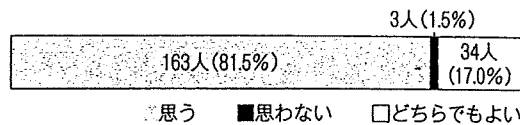
① 薬剤師と患者のジレンマの大きさ(保険薬局薬剤師・患者アンケート結果)

表1¹⁾は、実際に保険薬局の薬剤師が患者情報がないために苦慮している点についてのアンケート結果である²⁾。6割近い薬剤師が病名・処方意図が分からない点を挙げており、前述の場面を指しているものと思われた。一方、患者が自分の病名・病状の取り扱いについてどのように認識しているのか把握をするため、患者アンケート(n=200)を行った(図1)³⁾。

質問1: 今までご自分の病名や病状を院外薬局の薬剤師も分かっていると思っていたか?



質問2: 院外薬局の薬剤師にもご自分の病名や病状を分かっているほしいと思うか?



質問3: なぜ、院外薬局の薬剤師にもご自分の病名や病状を分かっているほしいと思うか?

副作用に関する相談	123(75%)
薬の飲み合わせの安全性	102(62%)
担当医に聞けなかった病名・病状に関する相談	83(50%)
薬を飲む理由を知りたい	67(41%)
薬の服用量に関する相談	52(31%)

(n=200)

図1 患者アンケート³⁾

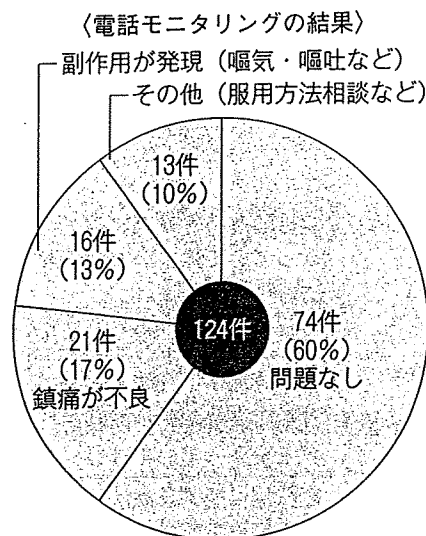
質問1に対しては、「ご自分の病名・病状がなんらかの形で保険薬局側にも伝えられていると思っていた」と回答した患者が76%にのぼった。質問2に対しては、「ご自分の病名・病状を保険薬局にも分かっているほしい」と回答した患者が81%に達した。その理由を問うた質問3に対しては、半数以上の患者が副作用の相談、複数の薬の飲み合わせの安全性の監視をしてもらいたい、担当医にできなかった病状に関する相談をしたい、などを挙げていた。

② がん緩和ケア領域での服薬指導時のジレンマ

浜松市薬剤師会所属薬剤師267名に対して(回収率67%)がん患者の服薬指導時に必要な患者基礎情報、麻薬処方時の服薬指導において苦慮することを調査した³⁾。必要な患者情報としては、現在の治療内容96%、患者への告知状況95%、今後の治療方針95%、などが挙げられた。

また、麻薬処方時の服薬指導において苦慮して

*1浜松POG研究グループ: 患者中心の服薬指導(Patient Oriented Guidance of taking medicine)を考える自主研究グループ。浜松市内の多数の保険薬局薬剤師を中心に、医師、病院薬剤師、薬学生などで構成する。



〈対応内容〉

鎮痛作用管理が不十分な場合がある患者50件(40%)に対して

- ①指示の範囲内で服薬方法の指導(11名)
 - 13件 (26%) で実施
- ②医師に連絡をとり新しい指示を得て指導 (13名)
 - 19件 (38%) で実施
- ③予定外受診を促す (5名)
 - 5件 (10%) で実施

図2 32名 (124件) の患者に対して電話モニタリング結果⁵⁾

いることとしては、適応外処方薬の処方意図が不明55%、副作用をどこまで説明しているのかが不明42%などが挙げられた。

③ 実際の現場における「正確」な基本情報の乏しさ

次に、実際の服薬指導時に分かる確定情報がどの程度かを確かめるため、「外来がん緩和ケア」領域で調査した。麻薬処方患者81名を対象とし、服薬指導記録から患者状態把握状況の後ろ向き調査を行った⁴⁾。

がん病名の把握率は、患者への説明文書などによる正確な情報としてはわずか15%、聞き取りレベルのややあいまいなケースが60%で、全体の把握率は75%にとどまっていた。また、外来で実施した化学療法・注射薬の治療内容がなんとか分かったとされる42%のうち、実際に使用している抗がん剤・レジメが把握できたのは、その半数以下の18%にとどまっていた。確定情報がきわめて少ない中で、聞き取りに頼る服薬指導の実情がここでも明確になった。

④ 外来がん緩和ケア患者の在宅中のジレンマ

在宅療養中に、疼痛除去不十分の状態や消化器症状発現などで我慢しながら次回診察日を待つ患

者がいる。筆者らが行った電話モニタリング調査(n=32、症状コントロール状況や服薬上困る点の聴取)の結果では、40%の患者が鎮痛不良など解決の余地のある悩みを抱えたまま過ごしていた(図2)⁵⁾。

新たな指示下の指導や予定外受診を促すなどの介入経験を通じ、その重要性を痛感した。これらの介入担当は一般には看護師に任されているが、保険薬局でも可能であるだけでなく、専門性を発揮する場面の1つでもある。

処方医発信型の患者基本情報の試作・運用

ここまでの結果から、患者情報を保険薬局でも共有する必要性を痛感し、薬剤師の立場から診断情報伝達ツールを、単一診療科の協力を得て、試作した(図3)。薬剤師の希望を反映し、頻度の高い診断名や処方意図の記載欄をあらかじめ作り、処方医が選択記入しやすいようにデザインを工夫した。最近では、担当医から電子カルテ記事のハードコピー(図4)を受け取って持参する患者も多い。医師側には超低労力、患者と保険薬局側にはさらに豊富な共有情報が入手できるメリットがある。

本ツールは外来診察後に担当医から患者に渡され自分で保険薬局へ持ち運ぶというものである。

～患者さん～

本書面は、診療医師から保険薬局・薬剤師に、患者さんの「病名や治療経過に関する情報」をお伝えするものです。薬剤師が患者さんの診療情報を把握することにより、お薬の飲み方や安全性などについて適切な助言ができると思われます。ご希望の方は、ご署名の上、薬剤師にご提示ください。
(ご提示後は、ご自分の控えとしてお持ち下さい)

趣旨説明

保険薬局 薬剤師 御中 本日 12/18 の処方についての基本情報です。

患者氏名: [] 氏 (ID []) **診断名**

泌尿器科・診断名 または 症状 (Oで囲んだもの):

() 前立腺肥大症 (頻尿、排尿困難、尿失禁) () 精巣上体炎
 () 膀胱炎 () 前立腺炎 (ご本人への告知あり)
 () 前立腺炎 () 膀胱癌 (ご本人への告知あり)
 () 尿管結石 () 腎臓病 (ご本人への告知あり)
 () 神経因性膀胱 (頻尿、排尿困難、尿失禁) () 慢性腎臓病
 () その他 ② 腰痛 ③ 便秘不眠

本日お伝えする主な内容

(✓) 上記 ② に対する初回内服処方です。 処方コメント
 (✓) 上記 ③ に対する内服処方の追加です。 DTP/ニ
 コメント: () 頻尿・排尿困難の改善不足 () 処方外疾患での使用
 () 上記 ② に対する内服処方の変更です。 から [] に。
 理由: () 頻尿・排尿困難の改善不足 () 副作用 [] が解われるため。
 () 上記 ② に対する内服処方 [] を中止いたします。
 コメント: () 副作用 [] が解われるためです。
 () 薬の効果が不十分であるためです。
 () 患者さんのご希望によるものです。

併科または併診の診断名・薬剤
 () 高血圧症 () 糖尿病 () 高脂血症 () 脳梗塞後遺症 () その他 []

担当医 []

上記の診断名・診療情報の保険薬局への伝達に同意いたします。

患者の同意欄 平成16年12月18日 署名 []
 (ご本人でない場合は親権 [])

図3 外来診断情報伝達ツール

2004年3月からの19カ月の間に、79人延べ126件の所持が確認できた。伝達内容としては処方意図が7割近く、その他に処方変更理由、併用薬、病状説明、注射薬の内容が多く伝達されていた。

本ツール使用を経験した薬剤師の満足度調査結果 (n=21) では、「薬の説明がしやすい」「問診が簡潔にできる」「適応外使用意図が分かる」など、全員がメリットを感じていた。

一方、本ツール利用患者の満足度調査結果⁶⁾ (n=43, 従来の服薬説明時との比較可能な患者) (図5) では、病状の理解のしやすさ、処方医説明との食い違いのなさ、問診の再聴取が不要となり負担感が減少、副作用・相互作用に関する安心感、などに満足度の高さが表れていた。「病状の理解がしやすくなった」が最多であったことは、診察室では理解不十分だった部分が渡された紙面を通じて保険薬局での指導・会話の中で確認できたのかもしれない。

～患者さん～

本書面は、診療医師から保険薬局・薬剤師に、患者さんの「病名や治療経過に関する情報」をお伝えするものです。薬剤師が患者さんの診療情報を把握することにより、お薬の飲み方や安全性などについて適切な助言ができると思われます。ご希望の方は、ご署名の上、薬剤師にご提示ください。
(ご提示後は、ご自分の控えとしてお持ち下さい)

趣旨説明

保険薬局 薬剤師 御中 本日 12/18 の処方についての基本情報です。

患者氏名: [] 氏 (ID []) **診断名**

泌尿器科・診断名 または 症状 (Oで囲んだもの):

() 前立腺肥大症 (頻尿、排尿困難、尿失禁) () 精巣上体炎
 () 膀胱炎 () 前立腺炎 (ご本人への告知あり)
 () 前立腺炎 () 膀胱癌 (ご本人への告知あり)
 () 尿管結石 () 腎臓病 (ご本人への告知あり)
 () 神経因性膀胱 (頻尿、排尿困難、尿失禁) () 慢性腎臓病
 () その他 ② 腰痛 ③ 便秘不眠

本日お伝えする主な内容

(✓) 上記 ② に対する初回内服処方です。 処方コメント
 (✓) 上記 ③ に対する内服処方の追加です。 DTP/ニ
 コメント: () 頻尿・排尿困難の改善不足 () 処方外疾患での使用
 () 上記 ② に対する内服処方の変更です。 から [] に。
 理由: () 頻尿・排尿困難の改善不足 () 副作用 [] が解われるため。
 () 上記 ② に対する内服処方 [] を中止いたします。
 コメント: () 副作用 [] が解われるためです。
 () 薬の効果が不十分であるためです。
 () 患者さんのご希望によるものです。

併科または併診の診断名・薬剤
 () 高血圧症 () 糖尿病 () 高脂血症 () 脳梗塞後遺症 () その他 []

担当医 []

上記の診断名・診療情報の保険薬局への伝達に同意いたします。

患者の同意欄 平成16年12月18日 署名 []
 (ご本人でない場合は親権 [])

図4 電子カルテ画面のハードコピー

処方医側からの患者情報発信手段としては、わかしおネットワーク⁷⁾のようにIT活用を基盤とする特殊な環境以外では、本ツールのような簡易な書式、お薬手帳、CDなど患者の所持可能な媒体への書き込みが考えられる。

保険薬局発信型の情報伝達方法の現状と課題

保険薬局薬剤師からの情報発信としては、お薬手帳、服薬指導報告書、疑義照会などがある。

1. お薬手帳

患者所持で、すべての医療職が共有でき、現在認知されている唯一の媒体である。しかし、所持率は決して高くなく、記載内容も多くの場合には処方内容のみでしかない。今以上に所持を啓発し、薬剤師自身が有効活用(後述)すべきである。

2. 服薬指導報告書

必要時、服薬指導内容を処方医に報告し次回診

自分の病状について理解しやすくなった	(76%)
医師と薬局で説明が食い違うことがなくなった	(58%)
体の状態を説明しなくてもよくなり楽になった	(58%)
副作用や飲み合わせの不安がなくなった	(51%)
薬の説明が以前に比べて分かりやすい	(46%)
病院で聞けなかったことが相談しやすくなった	(46%)
生活面のアドバイスを以前よりもしてもらえた	(32%)
医師からの説明を受けているので薬局の説明は要らない	(30%)
以前と説明は変わらない	(20%)
薬を飲んでさえいれば他に知りたいことはない	(13%)
(n = 43)	

図5 患者満足度調査結果

察に活かしてもらおうものだが、即時解決の望ましい処方安全確保に反映させるのは難しい。

3. 疑義照会

即時解決の手段として最も重要だが、実際には前述の通り、期待通りの機能を果たせてない場面が多い。疑義照会の機能不十分の主因は、保険薬局と処方医側（介在スタッフも含め）の間の、互いの理解不足と意思疎通の欠如である。

保険薬局が直面する地域連携上の課題への取り組み

① 薬剤師だけで取り組めること

1. 患者アウトカム志向の実践

個々の患者に患者アウトカム志向で懸命に対応しようとしながらも医療チームに加わりきれていない、とのジレンマを抱えている保険薬局薬剤師は少なくない。より多くの薬剤師が、まず徹底した外来患者アウトカム志向を保持し、他職種と同じ方向に向かう姿を明確に示すように努める必要がある。

2. 積極的な患者情報発信

処方医側からの患者情報が有用であるように、

われわれの手元には保険薬局ならではの患者情報が蓄積されている。病院では話しづらかった疾患や服薬に関する本音や心配ごと、コンプライアンスの不良な実態などである。

これらの中には、外来診療や入院することになってしまった患者のケアに役立つものが含まれているはずである。前述のお薬手帳や服薬指導報告書への記入伝達など、必要な患者情報の発信に保険薬局も努めていく必要がある。

3. 専門領域（実施可能なケア）のみえやすさ

病院や診療所で診療科を標榜して専門領域を明示しているのと対照的に、保険薬局は、「守備範囲のみえやすさ」が欠けている。麻薬、抗がん剤などの備蓄管理体制の情報や、IVHの調剤管理と在宅患者に対する訪問薬剤管理体制など、入院患者の在宅移行準備を担っている看護師にとって知りたい薬局の情報の「みえやすさ」を増す努力も、今後の地域連携上必要な要素の1つと感じる。

以上をふまえ、現在取り組んでいる具体的行動の一部を以下に記す。

・疑義照会（処方提案）：体性痛患者へのオピオイド初回処方時にNSAIDs・制吐剤・緩下剤の処方がない場合に、定期内服用のNSAIDs・制吐剤と頓用の緩下剤の処方を提案する。

・疑義照会（用法）：複数種類処方された頓用鎮痛薬の使い分けの意図（指示）が患者に伝わっていない場合に、そのコメント（指示）を求める。ただし、患者を先に帰宅させ、回答は大至急でなくて構わない旨を（多忙な）処方医側に伝達しておく。

・お薬手帳への患者情報・処方提案の記入：ビスフォスホネート投与中の低Ca血症に、Ca-vitDサプリメントによる補充を提案してみる。患者の内服のしやすさの聴取から、緩下剤を散剤から錠剤への剤型変更を提案してみる。

・退院カンファレンス：自店で調剤ケアしている患者の退院時に、できるだけカンファレンスに呼んでもらい参加して、入院中経過や退院後の患者目標、注意点を把握し、病棟スタッフやケアマネジャー、訪問看護師と意思の疎通を図っておく。



図6 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」³⁾

② 他職種と一緒に模索すべきこと

1. 処方医と

疾患や薬剤単位で共有すべき患者アウトカムの内容や、適切な疑義照会ラインなど処方安全に関わる責任行動について意見を交わす機会を薬剤師自身が増やしていく必要を感じる。それも、医師による患者情報発信が広まっていくための第1歩と考える。

2. 看護師と

最近行われた「緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM)³⁾ (図6) の意見交換の席で、看護師から次のようなコメントがあった。

「患者の薬の管理を今までやってきたけど、薬剤師がやってくれれば私たちは安心だし、もっと他のことで力を注げる」

「薬局がどんなことをやってくれるかを示してくれれば助かる。何ができて何ができないかが分からない」

看護師は、患者に介入する機会・時間が圧倒的に多い。法的なケアの制約や専門外領域(例: 服薬相互作用チェック)に対して抱くジレンマはとても大きいように映る。そんな側面を、われわれ薬剤師はもっと知る必要がある。同時に、症例検

討会などの機会を通じて、薬の相互作用のチェックなど薬剤師にこそ可能な職能・役割についての理解をもっと深めてもらえば、互いにケアのやりがいを増しストレスを減じられるのではと感じる。

3. 多職種と

医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、介護士、栄養士など地域医療を構成するその他の職種に対しても同様である。服薬管理の守備範囲における互いの強み・弱点をよく認め合ったうえで、互いの専門性が担当患者により反映されるような協力体制・業務分担を論じ合うべきではないだろうか。

4. 同職種の院内薬剤師と

入院から退院した後、または外来から入院した後の服薬安全の達成・維持のため、欠けている情報があればそれを互いに補完し合い、そこにシステムの不備があれば共同で確認・補修するフレキシブルな関係が必要だと思う。

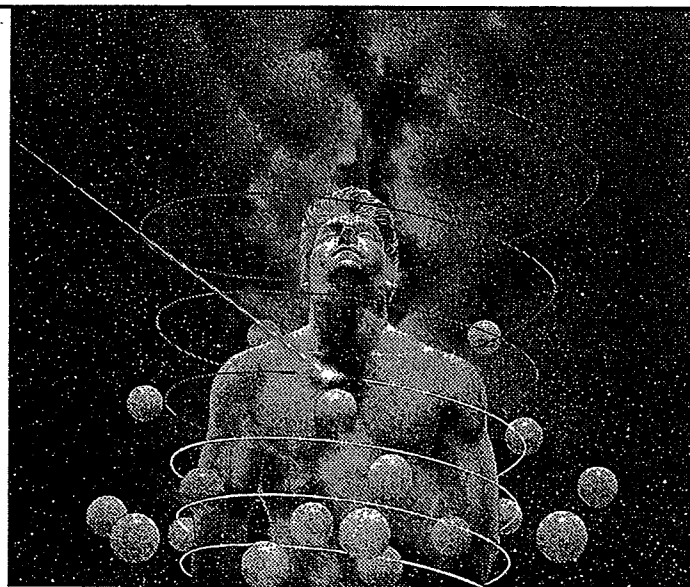
おわりに

緩和ケア患者が安全で安心できる服薬を続けられるように、タイムリーな提言を必要時確実に行うことにより患者と全医療スタッフの間をコーディネートすることが、保険薬局の一番の役割だと考える。症状緩和だけに限ってみても、薬剤師にせいかく備わっている専門性をもっと活かされるべき場面が多い。患者情報の取り扱い方とスタッフ間の連絡手段など、「薬剤師の関与の仕方」を工夫していけば、刻々と変化する患者の状態に対して即時に対応できる場面をもっと増やせるのではないだろうか。そのためには、多職種との間で互いの職能を知り役割(責任)分担を語り合う積極性が、保険薬局には求められる。

文献

- 1) 前堀直美, 山林元文, 安達三郎, 他: 保険薬局と病院の連携強化—患者アンケートに基づく新しい情報伝達ツールの試作運用. 医療マネジメント学会雑誌 6: 661-666, 2006

- 2) 前堀直美, 伊藤 譲, 永江浩史, 他: 外来患者の服薬指導現場における保険薬局薬剤師のジレンマー71名の薬剤師のアンケートの詳細な分析. 日本クリニカルパス学会誌 8:604, 2006
- 3) がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のためのプロジェクト」ホームページ [http://www.gankanwa.jp] (2009年1月閲覧)
- 4) 前堀直美, 伊藤 譲, 永江浩史, 他: 外来がん患者・緩和ケア患者における情報共有の必要性—保険薬局のかかえる課題. 日本クリニカルパス学会誌 9:606, 2007
- 5) 前堀直美: いま求められる協同体制とは. 月刊薬事 51:71-77, 2009
- 6) 前堀直美, 伊藤 譲, 永江浩史, 他: 保険薬局における患者情報共有(第3報)—診断情報伝達ツール利用患者の満足度調査. 医療マネジメント学会雑誌 8:164, 2007
- 7) 平井愛山: ITを活用した情報伝達. 薬局 54:2959-2964, 2003



静注用非ステロイド性鎮痛剤

劇薬 指定医薬品 処方せん医薬品 注意—医師等の処方せんにより使用すること


ロピオン® 静注50mg

フルルピロフェン アキセチル注射液

- 効能・効果、用法・用量、禁忌、使用上の注意等の詳細は、添付文書をご参照ください。

製造販売元

(資料請求先)

 科研製薬株式会社

〒113-8650 東京都文京区本駒込二丁目28-8

(2007年12月作成) 07X

特集

外科医が知っておくべき症状緩和のエッセンス

終末期がん患者に対する輸液治療

Artificial hydration therapy for terminally ill cancer patients

森田 達也

MORITA Tatsuya

終末期がん患者に対する水分管理では、個別の評価と治療が重要である。①輸液をしないと皮膚粘膜の脱水は強まるが、主観的症狀である口渴の輸液による緩和効果は乏しい。②輸液が集団としてせん妄を改善する効果は明らかではないが、神経筋過敏症候群における補助治療として有効である。③気道分泌は、大量投与では輸液の影響を受けるが、中等度以下では輸液の影響は少なく、肺癌、感染症、嚥下障害の影響をより受ける。④輸液により浮腫、胸水、腹水が強められる。⑤症状の変化と計算上のフルイドバランスは相関しない。したがって、輸液治療はトライアンドエラーによる反復した評価が重要である。

はじめに

経口摂取の低下は終末期癌患者に高頻度に見られる症状であるが、経口摂取の低下に対して行われる人工的水分・栄養補給の施行率は医師や施設により大きな差がある。終末期癌患者に対する人工的水分・栄養補給についてのガイドラインを作成することは、より標準的な治療を明確にし患者の利益になると考えられる。

本論文では、日本緩和医療学会の作成した「終末期癌患者に対する輸液治療のガイドライン」(以下、ガイドライン：日本緩和医療学会 <http://jspm>)の要旨を説明する。

I. ガイドラインの概要

本ガイドラインでは、使用者は、「適用の注意」、「定義」、「概念的枠組み」によってガイドラインが想定している状況を理解し、「全般的な推奨」でガイドライン全体の立場を知ることができる。「臨床疑問」では、各治療選択肢が比較検討されるときに生じる臨床疑問に関する判断材料を提供するため、定式化した臨床疑問に対する複数の医療行為とその推奨レベルが、身体的苦痛・生命予後、精神面・生活への支援、倫理的問題に分けて示されている。

また、「単純化した適用例」では、定式化した臨床疑問が複合した、臨床医が実際に出会う代表

聖隷三方原病院(浜松市)緩和支援治療科 部長

Key words : 悪液質/終末期/がん/栄養/輸液

的な状況における治療選択肢の検討例を単純化して参考として示している。

II. 作成過程

ガイドラインは、MINDSの診療ガイドラインの作成の手順 ver. 4.3 2001.11.7 にしたがって作成された。最初に、日本緩和医療学会において多職種からなる「終末期における輸液治療に関するガイドライン作成委員会」を組織し、ガイドラインの作成目的を明確にした。

次に、各委員、および、日本緩和医療学会会員からクリニカルクエスト案を収集し、委員会においてクリニカルクエストを作成した。続いて、系統的文献検索を行い該当文献を収集し、基準を満たす論文について構造化抄録を作成した。委員が分担して、クリニカルクエストに対する原案を作成し、デルファイ法にしたがって合意が得られるまで修正した。さらに、外部委員、および、患者遺族の評価を得た後に、再びデルファイ法を行い最終版を作成し、英文専門誌でのpeer-reviewを受けた。

III. 推奨レベル

ガイドラインにおける推奨は、根拠の強さとともに、臨床的合意から以下のように定められている。

A 有効性を示す十分な根拠があり、十分な臨床的合意があると考えられる。患者の意向に一致し、効果が評価される場合、行うことを強く推奨する

B 有効性を示すある程度の根拠があり、十分な臨床的合意があると考えられる。患者の意向に一致し、効果が評価される場合、行うことを推奨する

C 有効性を示す根拠はないが、ある程度の臨床的合意があると考えられる。患者の意向に一致し、効果が評価される場合、行

うことを推奨しうる

D 有効性を示す根拠はなく、臨床的合意も不十分である。行うのは、患者の意向を十分に検討し、かつ、効果がしっかりと評価される場合に限ることを推奨する。

E 無効性・有害性を示す十分な、または、ある程度の根拠があり、十分な臨床的合意があると考えられる。行わないことを推奨する

「十分な根拠」とは複数のランダム化比較試験によって同じ結果が得られていること、「ある程度の根拠」とは1つのランダム化比較試験、複数の非ランダム化比較試験、分析疫学的研究、あるいは、記述研究にておおむね一貫した結論が得られていることを目安としている。「患者の意向」とは現時点での患者の意思、あるいは患者の意思決定能力がない場合には患者の以前の意思や価値から推測される意思を示すものとしている。

IV. 適用の注意

ガイドラインを使用するに当たってはとくに以下の点に注意が必要である。

1. 対象患者を明確にすること

ガイドラインは、「死亡が1~2ヵ月以内生じると考えられる、成人の固形癌患者(頭頸部癌、食道癌、肝硬変を伴う肝臓癌を除く)で、抗腫瘍治療をうけておらず、適切な治療を行っても経口的に十分な水分・栄養を摂取できないもの」を対象患者としている。

「死亡が1~2ヵ月以内に生じると考えられる」ことは、Palliative Prognostic Score, Palliative Prognostic Indexなど(図1)を参考にして複数の医師を含む医療チームが判断することが望ましいと推奨されている。単独医師による予後の評価は一般的にはoptimisticな(実際の予後よりも予後をながく見積もる)傾向があるため、客観的な評価方法を加味して全身状態を評価することが必

(1) Palliative Prognostic Score

臨床的な予後の予測	1～2週	8.5
	3～4週	6.0
	5～6週	4.5
	7～10週	2.5
	11～12週	2.0
	>12週	0
Karnofsky Performance Scale	10～20	2.5
	≥30	0
食思不振	あり	1.5
	なし	0
呼吸困難	あり	1.0
	なし	0
白血球数 (/mm ³)	>11,000	1.5
	8,501～11,000	0.5
	≤8,500	0
リンパ球%	0～11.9%	2.5
	12～19.9%	1.0
	≥20%	0

【使用方法】 臨床的な予後の予測, Karnofsky Performance Scale, 食思不振, 呼吸困難, 白血球数, リンパ球%の該当得点を合計する。合計得点が0～5.5, 5.6～11, 11.1～17.5の場合, 30日生存確率(生存期間の95%信頼区間)が, それぞれ, >70%(67～87日), 30～70%(28～39日), <30%(11～18日)である。

(2) Palliative Prognostic Index

Palliative Performance Scale*	10～20	4.0
	30～50	2.5
	≥60	0
経口摂取**	著明に減少(数口以下)	2.5
	中程度減少(減少しているが数口よりは多い)	1.0
	正常	0
浮腫	あり	1.0
	なし	0
安静時の呼吸困難	あり	3.5
	なし	0
せん妄	あり(原因が薬物単独, 臓器障害に伴わないものは含めない)	4.0
	なし	0

【使用方法】 Palliative Performance Scale, 経口摂取量, 浮腫, 安静時呼吸困難, せん妄の該当得点を合計する。合計得点が6より大きい場合, 患者が3週間以内に死亡する確率は感度80%, 特異度85%, 陽性反応適中度71%, 陰性反応適中度90%である。

図1 生命予後の評価に用いられる基準

要である。

また、「食べられない」からといって単に輸液治療を行うのではなく、その前に、経口摂取の低下を来している病態を探索し、治療可能な要因に

対する治療、および、緩和治療を行うことが重要である(表1)。

表1 終末期癌患者の経口摂取低下に対して検討すべき主な緩和治療

病 態	治 療
状況要因 におい、味、量の不都合 緩和されていない苦痛(疼痛など)	環境整備, 栄養士による食事の工夫 苦痛緩和
医学的要因 口内炎	口腔衛生, 抗真菌剤(口腔カンジダ症), 歯科衛生士・歯科医による治療
感染症	抗生物質
高カルシウム血症	Bisphosphonate, 輸液
高血糖	血糖補整
便秘	下剤
消化管閉塞	外科的治療, スtent治療, Somatostatin, ステロイド
胃・十二指腸潰瘍, 胃炎	Proton pump inhibitors, H2 blockers
薬物	薬剤の変更, 制吐剤
癌性悪液質	Medroxyprogesterone acetate, Steroids
胃拡張不全症候群	Metoclopramide
頭蓋内圧亢進	放射線治療, Steroids, 浸透圧系利尿剤
精神的要因 抑うつ・不安	精神的ケア, 向精神薬

2. 効果の指標を明確にすることと個別性を尊重すること

ガイドラインにおいては、quality of life を効果の指標としている。QOL は個別的な概念であり、何が生命の質・死の過程/死の質を決定するかは、患者・家族の価値観によって異なる。多くの患者・家族にとって、重要な要素となるのは、身体的苦痛の緩和、精神的おだやかさ、人生の意味や価値を感じられること、家族との関係を強めること、死に対する心構えができること、心残りがなく、納得のいく治療を受けられること、希望があることなどである。したがって、ガイドラインの推奨の判断は、単に医学的・栄養学的な観点のみならず、患者・家族の精神的側面や価値観も含めて総合的に判断されていることに注意する必要がある。

また、ガイドラインは、ガイドラインにしたがった画一的なケアを勧めるものではない。ガイドラインは臨床的、科学的に満たすべき一般的な水準を示しているが、個々の患者への適用は、対象となる患者の個別性に十分配慮し、医療チームが責任を持って決定すべきものであると強調して

おり、「その患者さん(ご家族)が、いま、何を大切としているか」を考えて輸液治療の是非を検討するべきである。一律に、「ガイドラインにこう書いてあるから…」という治療の選択は許容されない。

V. 概念的枠組みと全般的な推奨

1. 概念的枠組み

ガイドラインにおける意思決定の概念的枠組みとして、「①患者・家族の価値観が尊重されること、②個々の患者の状況に応じたものであること、③利益、不利益の包括的評価に基づくこと、④評価と修正が繰り返して継続されること」が強く推奨されている(図2)。この概念的枠組みは、National Council of Hospice and Specialist Palliative Care Service, European Association for Palliative Care, French National Federation of Comprehensive Cancer Centers, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, End-of-life Physician Education Curriculum - Oncology などの諸外国のガイドラインにおいて