

II. 緩和ケアにおけるコンサルテーション活動の専門性

1. 緩和ケアチームの活動の現況と展望—聖隷三方原病院の場合

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

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

はじめに

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

Pilot phase 発足にいたった経緯 (2001年以前)

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

であった(表1)。

Pilot phase (2002年)

1. 発足前の意識調査

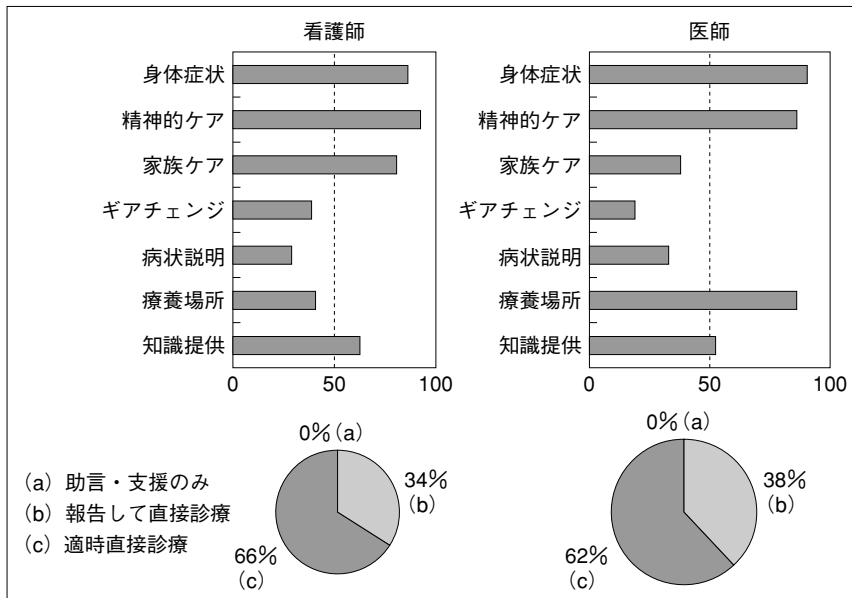
緩和ケアチームの発足にあたって、院内の医師・看護師を対象とした意識調査を行った¹⁾。その結果、緩和ケアチームに対する期待は、身体症状の緩和、精神的ケア、家族へのケア、療養場所の選択の支援であることが明らかになった(図1)。期待する診療体制は、「助言・支援のみ」ではなく、「報告して直接診療する」「適時直接診療する」であった。

2. Pilot phase の結果

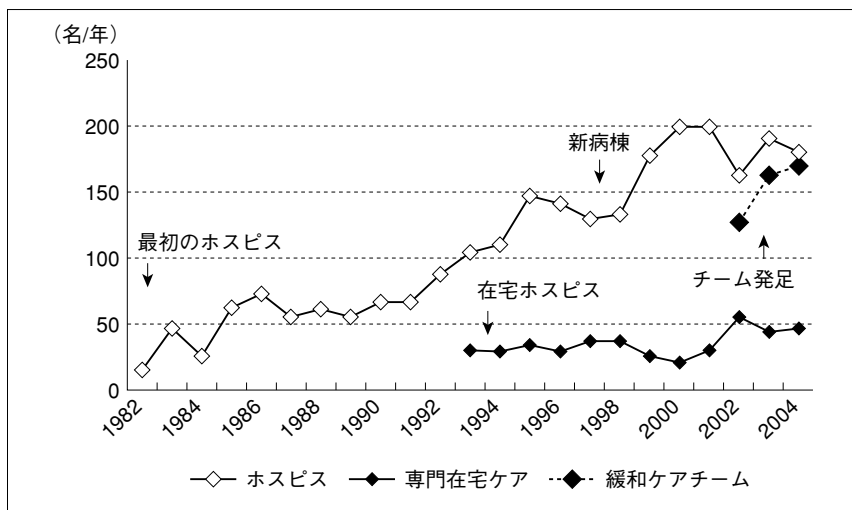
Pilot 活動の結果、年間121名の依頼があり、活動の継続が認められた(図2)。

■表1 緩和ケアチームの構造

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



■図1 緩和ケアチームに期待すること



■図2 緩和ケアグループの診療患者数推移

Development phase (2003年)

1. 準備・評価項目の策定

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

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

2. Development phaseの結果

1) 臨床アウトカム

依頼件数は156件であった。緩和ケア病棟の患

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

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

以上より、緩和ケアチームの活動は、一定の成果を達成していると考えられた。

2) 教育

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

以上より、セミナーにより知識の改善、緩和ケ

アチームとの共同診療により実践の向上がもたらされる可能性が示唆された。

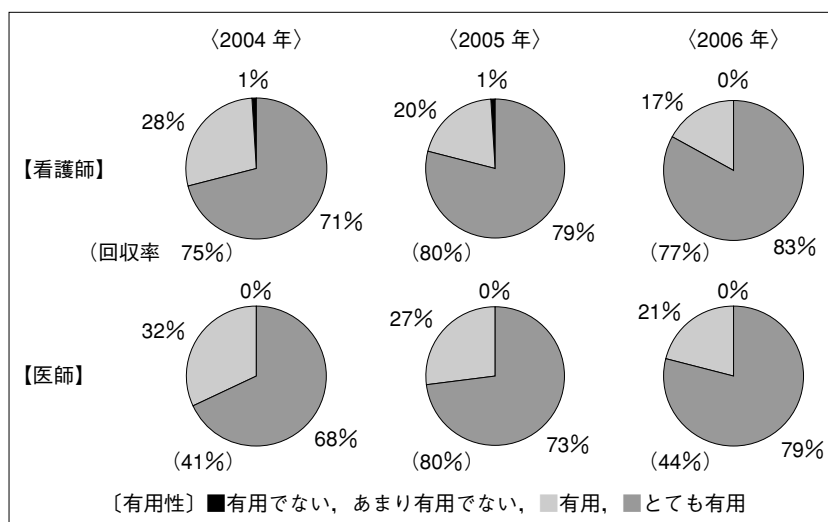
Development phase (2004～2006年)

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

したがって、2004～2006年の目標として、①

■表2 緩和ケアチーム診療後の症状変化(STAS)²⁾

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



■図3 医師・看護師からの評価²⁾

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

1. 化学療法施行中の患者への緩和ケア・サポート

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

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

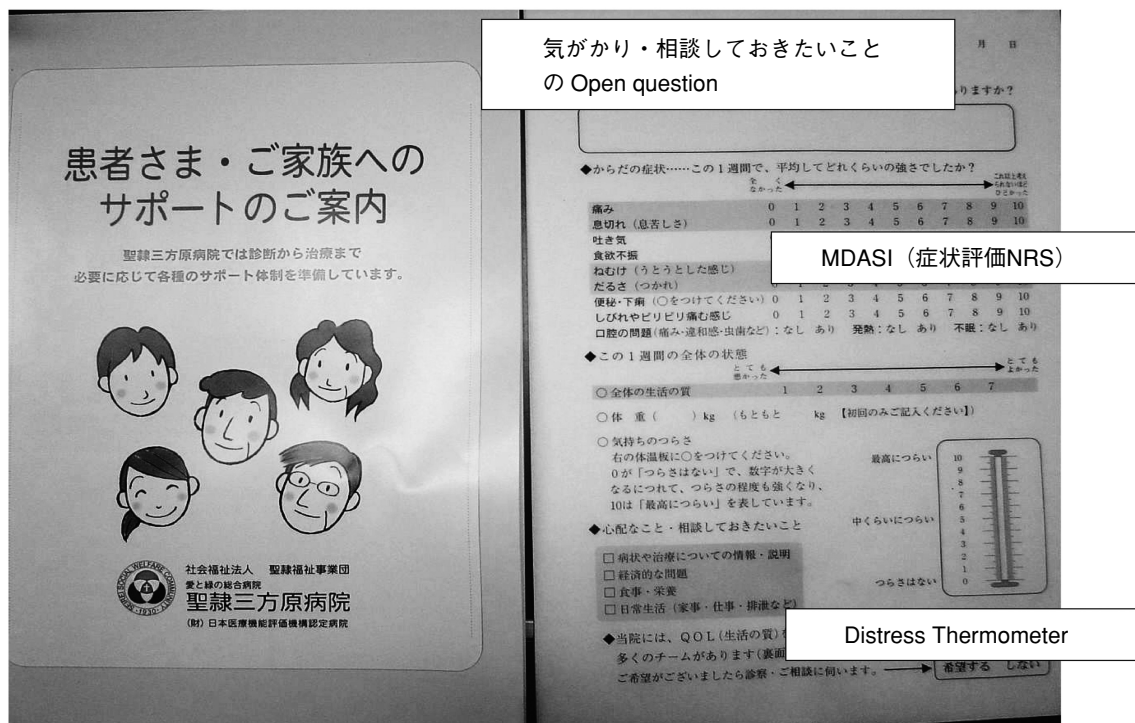
2. 院内緩和ケアの標準化のためのツールの整備

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

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

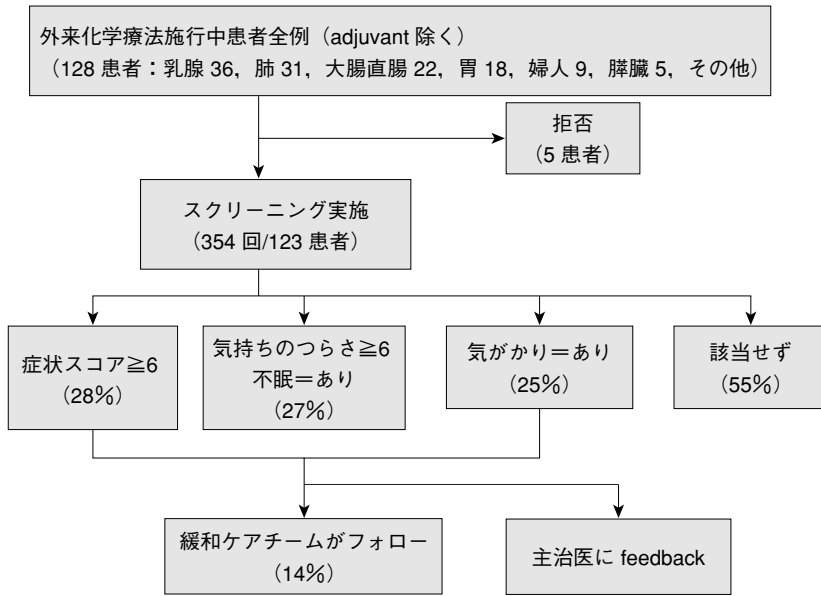
課題

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



■図4 医学療法施行中の緩和ケアニードスクリーニング

II. 緩和ケアにおけるコンサルテーション活動の専門性



■図5 外来化学療法を受ける患者を対象とした緩和ケアスクリーニングの結果

STAS スクリーニング

処理日: 2006/08/11 (金)

対象期間: 2006/08/07 日(月)の日勤帯から
2006/08/10 日(木)の深夜帯まで

STAS ≥3 STAS=2 終了

STAS スクリーニング結果 (STAS=2) 処理日: 2006/08/11

A3病棟 コンプライアンス入力機会 (%) : 55%
対象患者数: 27 コンプライアンス患者 (%) : 22%

STAS=2: 4回 患者ID/氏名: ██████████

STAS=2: 3回 患者ID/氏名: ██████████

STAS=2: 3回 患者ID/氏名: ██████████

STAS=2: 2回 患者ID/氏名: ██████████

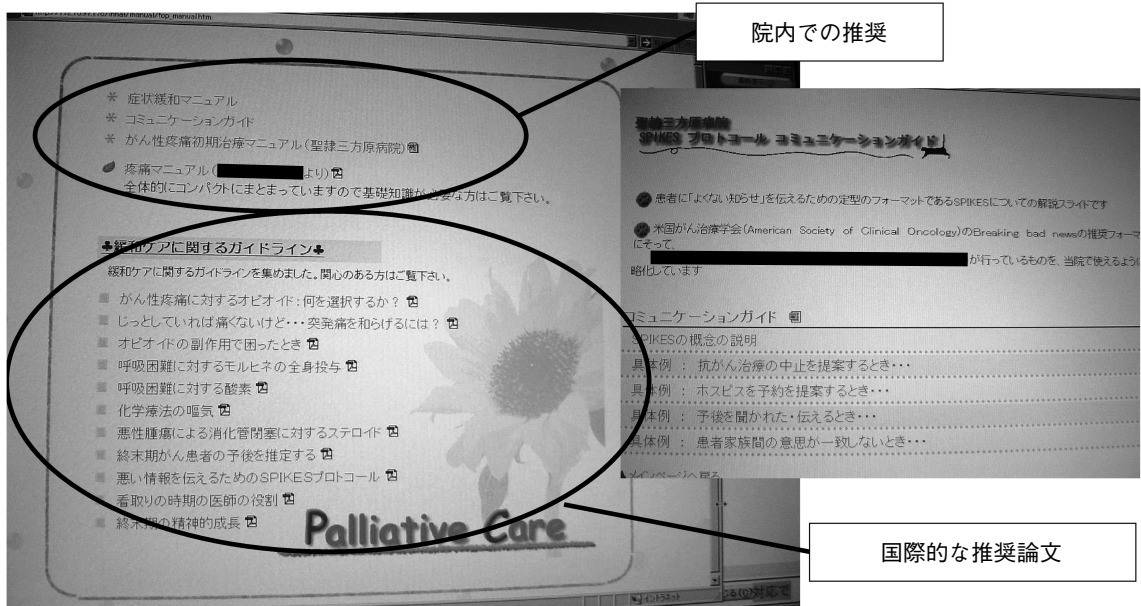
STAS=2: 2回 患者ID/氏名: ██████████

A4病棟 コンプライアンス入力機会 (%) : 46%
対象患者数: 8 コンプライアンス患者 (%) : 0%

STAS=2: 2回 患者ID/氏名: ██████████

A5病棟 コンプライアンス入力機会 (%) : 66%
対象患者数: 20 コンプライアンス患者 (%) : 30%

■図6 電子カルテ症状測定ツールの導入とスクリーニング



■図7 電子カルテヘルプの緩和ケアマニュアル

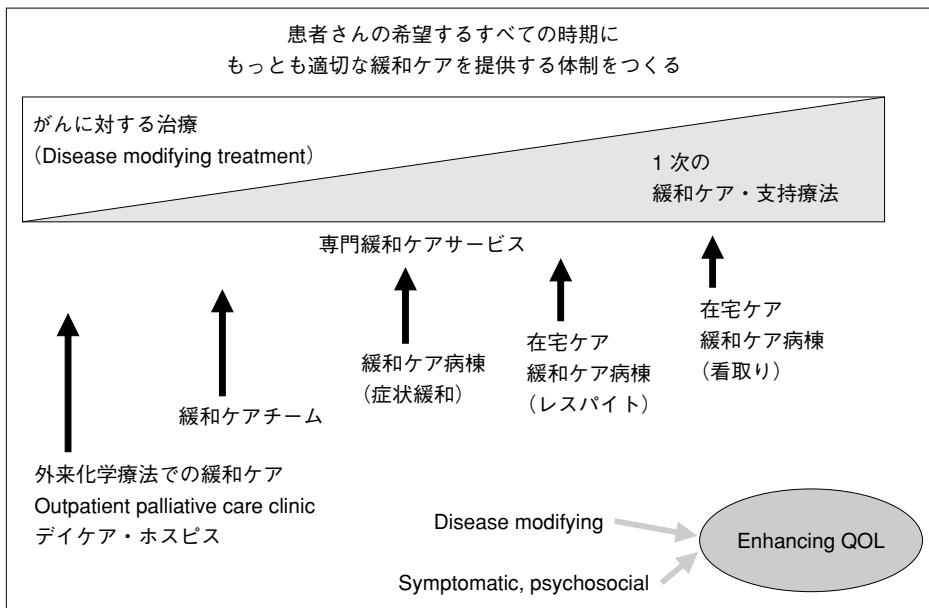
■表3 緩和ケアチーム activity 2006^{6,7)}

1. コンサルテーション
○Hospital PCT 病棟・外来からのオンコールでのコンサルテーション
△Community PCT 院外からのコンサルテーション
2. 1 次の緩和ケアのモニタリング：スクリーニングシステム
○薬剤師回診スクリーニング
○化学療法を受ける患者の自記式スクリーニング
○電子カルテ 5 th. Vital sign によるスクリーニング
3. システム整備・教育・研究活動
○電子カルテでの症状測定ツールの標準化
○マニュアルの整備（ヘルプの緩和ケアマニュアルなど）
○地域オープンセミナー
△地域オープン症例カンファレンス
○専門緩和ケアサービスの評価表の標準化
○研究
○導入済みのもの △2006 年現在、策定中のもの

備・教育・研究活動に集約される（表3）^{6,7)}。

当院の今後の課題は、①化学療法施行中の患者への緩和ケア・サポートの有用性を評価すること、②緩和ケアの標準化ツールの効果について評価すること、および③地域全体の患者を支援するために地域全体に対する緩和ケアチーム活動に取り組むこと、である。

これらの活動を通じて、浜松地域のすべての患者さんがどこにいても、適切な時期に1次から2次の緩和ケアサービスを受けられるようなシステムを構築していくことが地域がん診療拠点病院の緩和ケアチームとしての責務であると考えている（図8）。



■図 8 専門緩和ケアサービス

文 献

- 1) 森田達也, 藤本亘史, 井上 聡, 他: 緩和ケアチームの評価とよりよい緩和ケアを提供するための改善策: ホスピス, 在宅診療, 緩和ケアチームのある総合病院における看護師・医師の意識調査. 緩和ケア 15: 78-84, 2005
- 2) Morita T, Yo T, Fujimoto M: Palliative care team: the first year audit in Japan. J Pain Symptom Manage 29: 458-465, 2005
- 3) Morita T, Imura C, Fujimoto K, et al: Changes in medical and nursing care in cancer patients transferred from a palliative care team to a palliative care unit. J Pain Symptom Manage 29: 595-602, 2005
- 4) Morita T, Fujimoto M: Self-reported practice, confidence, and knowledge about palliative care of nurses in a Japanese regional cancer center: longitudinal study after 1-year activity of palliative care team. Am J Hospice Palliat Care 23: 385-391, 2006
- 5) Morita T, Imura C, Fujimoto K: Trends toward earlier referrals to a palliative care team. J Pain Symptom Manage 30: 204-205, 2005
- 6) 森田達也, 藤本亘史, 難波美貴, 他: 緩和ケアチームの活動: 聖隷三方原病院の場合. 日本臨床 65: 128-137, 2007
- 7) 森田達也, 藤本亘史, 難波美貴, 他: 緩和ケアチームは病院の緩和医療を変えたか. 緩和医療学 8: 144-150, 2006