

5. ICU における緩和ケアと 緩和ケアスクリーニング

橋口周子

(神戸大学医学部附属病院 緩和ケアセンター)

はじめに

当院では、2019 年度より、集中治療室（以下、ICU・HCU）の看護スタッフと緩和ケアチームが協働し、ICU・HCU での緩和ケアの導入を開始した。その経緯を紹介する。

導入の経緯

当院では、つらさのスクリーニングとして、patient report outcome scale を用いて、ほぼすべての病棟・外来で実施している。しかし、ICU・HCU では、入室患者の特性から、院内で使用しているツールでは緩和ケアニーズの拾い上げには適さないことが ICU・HCU 看護スタッフからフィードバックされていた。そのため、集中ケア領域の特性に合わせた緩和ケアニーズをスクリーニングの導入を入口に、ICU・HCU での緩和ケアの導入の取り組みを行った。

以下では、当院で開発した「ICU における緩和ケアニーズスクリーニング神戸大学版 (PAlliative care Screening System in ICU On demand basis by Nurse : 以下、PASSION)」(図 1) の開発過程についての紹介と、ICU での緩和ケア実施状況を述べる。

PASSION を用いたスクリーニングについて

現在のスクリーニングの流れについて、以下に記載する。

1. スクリーニングの対象

- ①入院患者で予定外入室した患者
- ②予定入室期間を超えた患者
- ③緊急入室した患者

2. スクリーニングの実施の流れ

- ①対象の患者が入室したら、受け持ち看護師が PASSION を用いてスクリーニングを実施、その内容を電子カルテに記載する。以後、1 週間に 1 回、評価を行う。
- ②スクリーニング陽性となった場合は、カンファレンスを開催する。フォーマット (図 2) にそった内容についての情報の共有と、ケア計画について検討を行う。

3. スクリーニング陽性の条件

- ①8 項目のうち、3 項目以上にチェックが入った場合
- ②項目 4、5 にチェックが入った場合
- ③陽性とならなかった場合も、チェックが入った項目については、「実施すべき対応」の内容にそってケアを実施する。

開発の手順（方法）と実際

1. 事前準備

1) 文献検討

集中医療・ケアの領域で、わが国では既存のスクリーニングツールはなく、新たに作成する必要があった。そこで、緩和ケアチームの医師が文献検討を行い、米国での Center of Advance

※入室当日に必ず実施。以後1週間毎に繰り返すこと。

1. 受け持ち患者について伺います。以下の項目について当てはまるものにチェックしてください

スクリーニング項目	当てはまればチェック	行うべき対応
1. ICU/HCUの滞在期間が合わせて7日以上である	☐	入室の適切性を確認
2. 同一入院期間中で2回目以上のICU/HCU入室である	☐	
3. 気管切開の実施が検討されている	☐	
4. 生命維持治療（HD含む）の中止・差し控えが検討されている	☐	倫理コンサルテーションを検討
5. 患者、家族、医療者間で治療・ケアの方向性が一致していない	☐	カンファレンスの実施を検討
6. この入院中に命にかかわる急変の可能性がある *あなたの主観で答えて下さい	☐	患者・家族の病状理解を確認する
7. 緩和困難な苦痛症状（痛み（例：CPOT3点以上）・呼吸困難・せん妄（例：ICDSC, 4点以上）・不眠・口渇）がある	☐	症状緩和マニュアル参照
8. 患者を支援できる家族がいない	☐	患者支援センターに連絡
3項目以上チェックがある、もしくは項目4、5にチェック → スクリーニング陽性、カンファレンスを実施する		
上記に当てはまらない場合 → スクリーニング陰性、7日後再スクリーニング実施		
項目1、4、5、6、7、8にあてはまる → 「行うべき対応」にのっとり、対応する		

PASSION (PAlliative care Screening System in ICU On demand basis by Nurse)

図1 ICU・HCUにおける緩和ケアニーズスクリーニング神戸大学版

Palliative Care (CPAP) が実装していたモノグラムの1つである、the IPAL-ICU (Improving Palliative Care in the ICU) Project によるスクリーニング基準の作成、実装のための技術支援ガイド¹⁾が提示された。このモノグラムは、作成のステップが提示されており、この手順で進めていくことで、ツールが完成するというものであり、検討の結果、採用することとなった。

2) ワーキンググループメンバーの構成

PASSION 開発のためのワーキンググループメンバーは、ICU・HCU 看護師長と看護師長から推薦があったスタッフ、緩和ケアセンター長、ジェネラルマネージャーで構成した。

3) 学習会の開催

WGメンバーで、ICU・HCUで必要な緩和ケアについての学習を行った。具体的には、緩和ケアチームの医師が文献検討の結果を踏まえ、アセスメントの項目やタイミング、スクリーニング陽性患者への緩和ケアの実際の講義を行った。

そして、HCU・ICUでの緩和ケアニーズがある患者へのケア上の問題や課題を共有し、当該部署で行いたい緩和ケアの方向性を検討、決定した。

2. スクリーニングツール作成の実際

ここからは、モノグラムの手順に沿って作成の

◇ 24 時間以内：スクリーニング陽性のすべての患者に実施するアセスメントとケア

【意思決定】

・本人の意思決定能力の判断 意思決定能力：有 ☐ ・ 無 ☐

・本人の意思：有 ☐

無 ☐

・代理決定者の特定 続柄： 氏名：

・本人の推定意思の評価

推定意思

・事前指示書の確認 事前指示書：有 ☐ ・ 無 ☐

・蘇生に関する意向（コード・ステータス）を確認 コード： 有 ☐ ・ 無 ☐

・臓器提供の意思について確認 提供意思： 有 ☐ ・ 無 ☐

◇ カンファレンス記録

1. カンファレンス に 参加 した人を 記載してください

参加者	
場所	
時間	時 分～ 時 分

2. カンファレンスの実施 目標：治療・ケアの方針を共有する

診療科が目指している目標	いつ	どうなるか
患者が退院し社会復帰できる確率		% 医師
患者がこの入院中に死亡する確率		% 医師
家族への説明内容		
本人・家族の病状理解	本人	
	家族	
1 週間 の 治療・ケアの目標 ※ケアの目標の話し合いは、心肺蘇生、人工呼吸、 栄養と補液、血液透析の実施、痛みとその他の症 状の評価と治療、家族のサポートと精神的ケアを 含む		
治療・ケアプラン		

ICU・HCU における緩和ケアニーズスクリーニング神戸大学版
PASSION (PAlliative care Screening System in ICU On demand basis by Nurse)

図2 アセスメント・カンファレンスシート

プロセスを紹介する。

1) Work1：ニーズ評価

・ICUでの緩和ケアニーズの評価

ここでは、スクリーニングツールの開発に取り組もうとした動機やICUで緩和ケアサービスを統合するためのリソースや障壁、ICUチームと緩和ケアチームの間の文化の壁と解決方法などを共有する作業を行う。

実際のワークでは、ICU・HCUに入室している患者への緩和ケアに関する問題やニーズを共有した。その中では以下の内容を共有した。

- ・救命や治癒を目指し、集中治療を行ってきたが、残念ながら救命や治癒を目指すことが難しくなっていることを個々の看護スタッフが感じていても、それを医療チームで共有する場がもてない。
- ・その時の受け持ち看護師やリーダー看護師が、緩和ケアの必要性について医師に相談を行っても、その必要性が理解してもらえず、ギリギリまで救命の方針で治療が行われるため、患者の苦痛の緩和の優先度が下がってしまう。
- ・主治医は、治癒・救命の方針で医療を行うため、死亡する可能性が高まっていることについて、患者・家族への説明が後手後手になってしまう。説明が行われる時点では、患者が自分で意思決定が可能な状態であることはほほないため、患者の意向が確認できないまま、家族と医師との相談で医療の方針が決まってしまう。

上記の内容から、特に治癒や救命が難しくなってきた患者が、今後の医療やケアの方針を自分で決めることができるように、その時期を見逃さず、病状説明や意思決定が行えるようなケアが行えること、その他として、適宜・適切に、基本的あるいは緩和ケアチームによる専門的緩和ケアが導入されるようになることなどが挙げた。

また、スクリーニングについては、現在のスクリーニングツールではICU・HCUに入室している患者の特性とは合わない（具体的には、鎮静下で自己評価が困難であること、ICU・HCUで緩和ケアニーズが起こる場面をスクリーニングツールではトリガーできないこと）ことが共有でき

た。また、緩和ケアチームを活用する場面やタイミングが難しいと思っていること、緩和ケアチームが介入している患者に対しての情報共有に対するニーズが、ICU・HCUチームにもあることが分かった。

スクリーニングツールを開発することで、相談する内容やタイミングが明確化できる感触を、WGメンバーでもつことができ、作成に向かう動機づけとなった。

・診療科への説明

PASSIONが動き出す前に、麻酔科やICUで緩和ケアニーズが起こりやすい診療科に対して、ICU独自のスクリーニングツールの開発を行うことを説明した。

2) Work2：スクリーニング項目の選定

〈Step1〉

モノグラムにあらかじめ設定されている、疾患、入退院、その他の基準の項目から、緩和ケアのニーズが満たされない患者の割合が高いものをチェックしていく。

実際の作業では、ICUチーム、緩和ケアチームそれぞれで作業を行い、結果を共有した。疾患では5項目、入退院に関する基準も5項目、その他の基準で3項目が抽出された。

〈Step2 / Step3〉

ここでは、上記で抽出された項目から、優先的に緩和ケアニーズを満たす必要があるものを4～8項目に絞る作業を行う。

絞り込みでは、普段からICUで起こる緩和ケアをめぐる問題や課題をディスカッションしながら行った。疾患基準の項目については、疾患というよりも入退院やその他の基準のほうが、ICU・HCUで提供したい緩和ケアのニーズをもつ患者の洗い出しができると考え、項目に挙げなかった。最終的に、スクリーニング項目は以下の8項目となった。

スクリーニング項目

- ①ICU・HCU 滞在期間が7日以上
- ②同一入院期間中で2回目以上のICU・HCUの入室である
- ③気管切開の実施が検討されている
- ④生命維持装置（HD含む）の差し控えが検討

されている

- ⑤患者・家族，医療者で，治療・ケアの方向性が一致していない
- ⑥サプライズ・クエスト
- ⑦緩和困難な症状がある
- ⑧患者を支援できる家族がいない

〈Step4〉

上記で作成したスクリーニング基準を使って，ワーキングのメンバーが1週間のパイロットテストを実施した。ここでは，スクリーニング陽性（項目に1つ以上のチェックが入る）の患者がどのくらいいるのかを把握すること，また，実際の緩和ケアニーズを把握することが目的である。

パイロットテストの結果を以下にまとめる。

- ・入室患者90名のうち33名の患者がスクリーニング陽性だった。さらに，予定外入室患者では，34名のうち18名が陽性で，チェックが付く項目数が多い傾向だった。
- ・所要時間は平均4.8分，中央値5分だった。

〈ワーキングメンバーの評価〉

- ・記載の負担はない
- ・チェックが入った患者は，緩和ケアニーズがあるとワーキングメンバーが判断する人たちとほぼ一緒で，ニーズがあるのにチェックが入らなかった患者はいなかった

以上の結果と評価から，step2・3で抽出した項目を採用することとし，スクリーニングシートが完成した。

スクリーニング陽性となった患者に，緩和ケアの提供が確実に行えるように，各項目についての対応方法についても検討し，ケアパッケージとしてマニュアル化した。そして，カンファレンスでの検討内容を記載した記録シートも作成した。

3) Work3：導入計画の立案

作成したスクリーニングツールの運用方法と導入について検討した。

スクリーニングの流れについては，先述の「スクリーニングの流れ」とおり。また，スクリーニングの各項目にチェックが入った場合に，プライマリーチームで「行うべき対応」を決定し，スクリーニングシートに記載した。

現場への導入の実際

導入は，以下のように行った。

- ①ICU・HCUのワーキングメンバーが中心となり，スタッフ向けに，完成したスクリーニングシートの紹介とカンファレンスシートについての説明と実際に入室している患者でスクリーニングシートを用い，緩和ケアニーズを確認，カンファレンスを実施した。
- ②①の実施後に評価し，改善を踏まえ，スクリーニングシステムの試験運用を開始した。
- ③②と並行して，電子カルテへの記載ツールの検討を行った。今回は，アセスメントシートとカンファレンスシートのテンプレートを作成し，掲載する手続きを行った。
- ④院内の運営会議で，PASSIONが開始になることを報告し，運用を開始した。

4) Work4：評価

〈Step1〉

WGメンバーで，PASSIONは緩和ケアニーズの高い患者を特定するために機能しているか，ICUでのケアの変化，緩和ケアチームからみてPASSIONは機能しているかなどの点で評価を行った。

〈Step2〉

今回のプロジェクトの評価項目を検討した。検討の結果，以下の項目とした。

- ①在院日数，ICUでの在室日数，緩和ケアチームへの依頼件数の変化
- ②スタッフ評価として，PASSION導入後に感じる効果や不具合

導入後6カ月の時点でも，step1の内容で評価を行った。そこでのフィードバックをもとに，以下のように内容を修正した。

- ・項目6の回答について，看護スタッフにはチェックしづらいという意見が多く，現在の文章に変更した。本項目は，surprise questionに該当するところである。当院では，現在，救急部門でのスクリーニングツールも作成しているが，当該部門でも同様のフィードバックがあった。surprise questionの有用性はよく知られているが，集中治療を受けて

いる患者に、看護師が「yes」と回答するには、best supportive careの方針が共有されていない状況では答えづらいという意見が多かった。

- ・項目7「緩和されていない症状」については、評価に個人差が出やすいという意見があり、例として、痛みやせん妄などの具体的な症状と評価スケールのカットオフ値を記載し、評価のばらつきが最小限になるように工夫した。

スクリーニング導入後

ICU・HCUでは、対象患者に対して、PASSIONを用いた緩和ケアニーズについて週1回評価を継続している。この取り組みを通じて、ICU・HCUから緩和ケアチームへの介入依頼が増加している。介入依頼の内容では、せん妄対応、痛みなどの身体症状の緩和、治療方針決定をめぐる医療者間の調整がある。

筆者は、1週間に1回院内のラウンドを実施しており、その際に、スクリーニングの結果の共有、緩和ケアチームへの依頼の相談を主治医に打診したほうが良い事例などを提案している。ICU・HCUでは、カンファレンスの開催が必要となる項目（治療の差し控えが検討されている、医療方針についての相違がある）が陽性となった場合、カンファレンスに参加している。

カンファレンスを通じて、不眠への対応について専門チームへの介入依頼を提案することで、症状の早期の改善につながった事例や、今後の医療・ケアの方針を決めていくにあたり、患者の意

思決定能力と一緒に検討し、ガイドラインを参照しながらプロセスを共有することで、患者の意向を聞き取ることができるなどの成果につながっている。まだカンファレンスには医師の参加が少なく、医療の方針をプライマリーチームでまず検討するという場づくりが難しい状況だが、徐々にではあるが、着実にICU・HCUでの基本的緩和ケアが広がっている。

おわりに

この取り組みを通じて、ICU・HCUと緩和ケアの距離が近くなった感触がある。もともと、緩和ケアへの関心の高いスタッフが一部いたが、ラウンドやカンファレンスを通じて、他のスタッフも担当する患者に緩和ケアニーズがあることを感じていることが共有できるようになった。

医師の中にも、難しい方針決定を関係職種でディスカッションしながら決めていきたいと感じている方もいる。少しずつ裾野を広げていき、集中治療の中で緩和ケアが提供されることが常態化することを目指していきたい。

参考文献

- 1) Nelson JE, Campbell ML, Cortez TB, et al : Implementing ICU Screenig Criteria for Unmet Palliative Care Needs : A Guide for ICU and Palliative Care Staff. A Technical Assistance Monograph from the IPAL-ICU Project. The IPAL-ICU Project,Center of Advance Palliative Care, 2013
- 2) 木澤義之：ICUにおける緩和ケアの導入：救急・集中領域における緩和ケア。p.48-52, 医学書院, 2021