

## 緩和ケアチームの活動内容に関する多施設共同研究

森田 達也<sup>1)</sup>、笹原 朋代<sup>2)</sup>

聖隷三方原病院 緩和支援治療科<sup>1)</sup>  
筑波大学大学院 人間総合科学研究科<sup>2)</sup>

### I 調査・研究の目的・方法

2006年に制定されたがん対策基本法では、緩和ケア提供体制の整備が重点課題のひとつとなっている。これに伴い、がん診療連携拠点病院を中心として一般病棟で活動する緩和ケアチームが急増しており、その数は現在351施設に達する<sup>1)</sup>。

緩和ケアチームの活動が早くから行われている欧米では、緩和ケアチームの実態に関する全国調査が行われ<sup>24)</sup>、依頼された患者の特性、依頼理由や提供したケア内容などが明らかにされている。しかし、わが国では緩和ケアチームは増加しているものの、緩和ケアチームが実際にどのような活動をしているかについては、単施設による報告しかない<sup>5,6)</sup>。また、これらの報告では、記録が施設固有の方法で記載されているため、内容を比較検討することが難しく、共通した緩和ケアチームの活動の記載方法を開発する必要がある。本研究班は2009年度に、緩和ケアチームが活動を記録するための共通したフォーマット(案)を作成し、その妥当性および実施可能性を検討するためのパイロットスタディを実施した。今年度は、パイロットスタディの結果をもとに確定したフォーマットを用いて、多施設において緩和ケアチームが具体的にどのよう

な活動を行っているかを明らかにすることを目的とする。

本研究により、今後、がん治療であればTNM分類のように、多施設において同様のデータを継続的に収集・蓄積し、比較検討することが可能になる。さらにわが国の緩和ケアチームの具体的な活動内容を明らかにすることは、ドナベディアンモデルにおけるプロセスの側面から緩和ケアチームの質を評価することであり、それをもとに緩和医療を向上させるための改善策を講じることが可能となる。

### II. 調査研究の内容・実施経過

#### 1. 研究デザイン

前向き調査研究

#### 2. 対象

病院内で緩和ケアコンサルテーションを行っているチームのうち、調査終了後に予定している参加施設へのフィードバックにて各施設の結果に偏りが生じないように、最低50症例登録可能な施設を募集した。緩和ケア診療加算算定の有無や病院種別、構成メンバーなどは問わなかった。

### 3. 調査内容

系統的文献検索で得られた各国の緩和ケアチームの報告をもとに、緩和ケアチームで活動経験のある医師2名、看護師3名、緩和ケアを専門とする研究者1名での討議により作成したうえ妥当性および実施可能性を検討した「緩和ケアチーム活動記録フォーマット」を用いた。

#### 1) 「緩和ケアチームへの依頼時の問題」

〈身体／薬剤の問題〉〈精神／スピリチュアルな問題〉〈がんの診断・治療に関する問題〉〈社会的な問題〉〈家族の問題〉〈療養場所に関する問題〉〈倫理的な問題〉〈遺族に関する問題〉〈今後に備えた依頼〉〈その他の問題〉の14領域からなる。緩和ケアチームが依頼を受け取った時点で、依頼元が提示した依頼理由および緩和ケアチームが同定した問題すべてをチェックした。

#### 2) 「緩和ケアチームの推奨・実施内容」

〈患者の包括的アセスメント〉〈患者の身体症状に対するケア〉〈薬物療法〉〈医療処置・検査〉〈患者の精神症状に対するケア〉〈患者の精神的ケア〉〈患者の意思決定に関するケア〉〈療養場所の選択・意向に関するケア〉〈外来通院患者および在宅療養患者のケア〉〈家族のケア〉〈倫理的な問題への対処〉〈専門家の介入の必要性の評価・紹介〉〈医療スタッフの支援〉〈緩和ケアチーム内の調整〉の14領域からなる。緩和ケアチームが依頼元の医療者に推奨したことおよび自分たちで実施したことすべてをチェックした。

#### 3) 患者背景

依頼日、年齢、性別、疾患名、疾患ががんの場合にはがん治療の状況、Performance Status、依頼者、観察終了日、

観察終了理由を収集した。

### 4. 調査方法

各施設において、緩和ケアチームに依頼された患者を連続的にサンプリングし、緩和ケアチーム活動記録フォーマット記載マニュアルを参考にしながら、緩和ケアチームのメンバーが必要な情報を緩和ケアチーム活動記録フォーマットに記載した。患者1人あたりの観察期間は、調査開始から4週間とした。

### 5. 調査期間

2010年8月～2011年3月

### 6. 解析方法

記述統計を行った。

### 7. 倫理的配慮

本研究は各緩和ケアチームが通常行っている臨床行為を記録する研究であり、患者の身体的・精神的負担は一切生じない。

個人情報の安全管理措置として、緩和ケアチームのメンバーが観察期間中識別可能なように、記録フォーマット上部に患者IDおよび氏名を記入する欄を設けるが、事務局に返送する際に切り取ってもらうよう依頼した。つまり本研究では、活動記録フォーマットを連結不可能匿名化した。さらに、個人を特定できる可能性の高い情報である生年月日については収集しないこととした。

本研究では、データ入力者および解析担当者は各施設の緩和ケアチームがどのような活動をしているのかを特定しうが、それを口外しない。

本研究は、研究代表者（森田達也）の所属施設である聖隷三方原病院の倫理委員会での承認を得たうえ、「疫学研究に関する倫理指針」に基づき、データを収集する各施設の長の承諾（施設長が倫理委員会による審査が必要であると判断した場合は倫理委員会の承認）を得たのちに実施した。

## Ⅲ 調査・研究の成果

### 1. 調査に参加した施設の背景（表 1）

12 施設が本調査に参加した。施設の病床数（中央値（範囲））は 607（400-1182）床で、がん診療連携拠点病院として登録されていた施設は 11（92%）、緩和ケア病棟がある施設は 8（67%）であった。緩和ケアチームで活動しているメンバー数（中央値（範囲））は 6（2-25）名であった。緩和ケアチーム専従として活動している職種（中央値（範囲））は、医師 1（0-4）名、看護師 1（0-2）名であった。緩和ケア診療加算を算定している施設は 10（83%）、前年度の依頼件数（中央値（範囲））は、287（120-2000）件であった。

### 2. 記録対象となった患者の背景（表 2）

計 611 名の患者についての記録が得られた。記録の対象となった患者の平均年齢は  $67.8 \pm 16.6$  歳、男性が 56% であった。疾患はがんが 95% を占めており、原発部位は肺（19%）、胃（11%）、大腸（11%）、膵臓（9%）、の順に多かった。疾患ががんであった場合の治療状況は、今後抗がん治療を行わない予定の者が 55% であった。PS は 3 以上が半数以上（61%）を占めていた。依頼者は、緩和ケアチームが所属する病院の医師が最も多かった（94%）。観察終了

の主な理由は、転院・退院が 248 名（41%）、観察期間終了が 185 名（30%）、死亡が 146 名（24%）であった。

### 3. 依頼元が挙げた依頼理由および緩和ケアチームが依頼時に同定した問題（表 3）

依頼元が挙げた依頼理由として多かった上位 5 項目は、疼痛（62%）、不安・抑うつ・悲嘆・気持のつらさ（19%）、療養場所に関する問題（18%）、食欲低下・経口摂取困難および倦怠感（それぞれ 14%）、呼吸困難・咳・痰（13%）であった。

一方、緩和ケアチームが依頼時に同定した問題として多かった上位 5 項目は、疼痛（64%）、不安・抑うつ・悲嘆・気持のつらさ（34%）、療養場所に関する問題（31%）、倦怠感（28%）、不眠（23%）であった。

### 4. 緩和ケアチームの推奨・実施内容（表 4）

緩和ケアチームの推奨内容は、〈患者の包括的アセスメント〉が 11～15%、〈患者の身体的苦痛に関するケア〉が 2～20%、〈患者の精神症状に対するケア〉が 5～7%、〈患者の精神的ケア〉が 0～10%、〈患者の意思決定に関するケア〉が 0～7%、〈療養場所の選択・意向に関するケア〉が 0～21%、〈外来または在宅療養患者のケア〉が 0～2%、〈家族のケア〉が 0～12%、〈倫理的な問題への対処〉が 2%、〈専門家の介入の必要性の評価・紹介〉が 0～7% であった。

緩和ケアチームの実施内容は、〈患者の包括的アセスメント〉が 49～84%、〈患者の身体的苦痛に関するケア〉が 3～61%、〈患者の精神症状に対するケア〉が 9～20%、〈患者の精神的ケア〉が 1～57%、〈患

者の意思決定に関するケア〉が0～20%、〈療養場所の選択・意向に関するケア〉が0～35%、〈外来または在宅療養患者のケア〉が0～7%、〈家族のケア〉が0～35%、〈倫理的な問題への対処〉が2%、〈専門家の介入の必要性の評価・紹介〉が0～9%、〈医療スタッフの支援〉が1～60%、〈緩和ケアチーム内の調整〉が33または37%であった。

#### IV 今後の課題

作成した緩和ケアチーム活動記録フォーマットを用いて、多施設において緩和ケアチームがどのような患者に対し、具体的にどのような活動を行っているかを明らかにした。今後データを詳細に解析することで緩和ケアチームの活動の特徴を明らかにし、緩和ケアチームのよりよい活動につなげていくことが課題である。

#### V 調査・研究の成果等の公表予定

##### (学会、雑誌等)

本研究の成果は、国内の学会にて発表するとともに、国外の学術雑誌への投稿を予定している。

#### 引用文献

1. がん診療連携拠点病院指定一覧表. (Accessed July 21, 2009, at <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan04/index.html>.)
2. Kuin A, Courtens AM, Deliens L, et al. Palliative care consultation in The Netherlands: a nationwide evaluation study. *J Pain Symptom Manage* 2004;27:53-60.
3. the National Council for Palliative Care. National Survey of Patient Activity Data for Specialist Palliative Care Services. MDS Full Report for the year 2006 - 2007: the National Council for Palliative Care; 2007 13 Mar 2008.
4. Pan CX, Morrison RS, Meier DE, et al. How prevalent are hospital-based palliative care programs? Status report and future directions. *Journal of palliative medicine* 2001;4:315-24.
5. Morita T, Fujimoto K, Tei Y. Palliative care team: the first year audit in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2005; 29:458-65.
6. 吉本鉄介, 石野由樹, 久田純生, 他. 一般病院における専従緩和ケアチームの身体症状マネジメント能力. *緩和医療学* 2005;7:301-8.

表 1 緩和ケアチームの背景

		N=12	
		度数	%
設置主体	私立	8	(67%)
	公立	4	(33%)
病院種別	大学病院	2	(17%)
	がん専門病院	3	(25%)
	それ以外	7	(58%)
病床数	中央値 (範囲)	607 (400-1182)	
がん診療連携拠点病院としての登録	あり	11	(92%)
	なし	1	(8%)
緩和ケア病棟	あり	8	(67%)
	なし	4	(33%)
緩和ケアチームの人数	中央値 (範囲)	6 (2-25)	
内訳	医師 中央値 (範囲)	3 (1-6)	
	医師専従 中央値 (範囲)	1 (0-4)	
	看護師 中央値 (範囲)	2 (1-5)	
	看護師専従 中央値 (範囲)	1 (0-2)	
	薬剤師 中央値 (範囲)	2 (1-3)	
	薬剤師専従 中央値 (範囲)	0 (0-1)	
	心理士 中央値 (範囲)	1 (0-4)	
	心理士専従 中央値 (範囲)	0 (0-0)	
	MSW 中央値 (範囲)	0 (0-3)	
	MSW 専従 中央値 (範囲)	0 (0-0)	
	その他 中央値 (範囲)	1 (0-7)	
	その他専従 中央値 (範囲)	0 (0-0)	
緩和ケア診療加算	算定している	10	(8%)
	算定していない	2	(8%)
前年度の依頼件数	中央値 (範囲)	287 (120-2000)	
活動開始年	2007	4	
	2004	3	
	2005	2	
	2006	1	
	2008	1	
	2009	1	

表 2 患者背景

		N = 611	
		度数	%
性別	男	344	(56%)
	女	260	(43%)
年齢	平均 ±SD	67.8 ± 16.6	
疾患名	がん	580	(95%)
	がん以外	24	( 4%)
原発部位	肺	119	(19%)
	大腸	67	(11%)
	胃	66	(11%)
	膵臓	54	( 9%)
	乳房	43	( 7%)
	腎・尿路・膀胱	39	( 6%)
	その他	31	( 5%)
	食道	29	( 5%)
	子宮	29	( 5%)
	頭頸部	28	( 5%)
	リンパ・血液	25	( 4%)
	胆道系	19	( 3%)
	前立腺	16	( 3%)
	肝臓	15	( 2%)
	中枢神経	3	( 0%)
精査中	2	( 0%)	
治療状況	抗がん治療を今後行わない予定	338	(55%)
	抗がん治療中	177	(29%)
	精査・診断・経過観察中	54	( 9%)
PS	0	26	( 4%)
	1	78	(13%)
	2	128	(21%)
	3	194	(32%)
	4	175	(29%)
依頼者	医師	577	(94%)
	看護師	23	( 4%)
	その他	1	( 0%)
観察終了理由	退院・転院	248	(41%)
	自宅	158	(64%)
	ホスピス・緩和ケア病棟	70	(28%)
	上記以外	20	( 8%)
	観察期間終了	185	(30%)
	死亡	146	(24%)
	問題解決	23	( 4%)
	その他	2	( 0%)

表 3 3. 依頼元が挙げた依頼理由および緩和ケアチームが依頼時に同定した問題

	N=611			
	依頼元		緩和ケアチーム	
	度数	(%)	度数	(%)
身体 / 薬剤の問題				
疼痛	381	(62%)	389	(64%)
食欲低下・経口摂取困難	83	(14%)	182	(30%)
倦怠感	83	(14%)	169	(28%)
呼吸困難・咳・痰	77	(13%)	119	(19%)
腹部膨満感・腹水	53	(9%)	94	(15%)
嘔気・嘔吐	52	(9%)	86	(14%)
現在の症状緩和方法の評価	47	(8%)	69	(11%)
薬剤の選択 / 投与量または投与経路の変更 (薬剤の効用や使用方法に関する質問)	42	(7%)	74	(12%)
浮腫・リンパ浮腫	24	(4%)	68	(11%)
便秘	23	(4%)	104	(17%)
眠気	12	(2%)	75	(12%)
口腔の問題	1	(0%)	46	(8%)
その他	17	(3%)	30	(5%)
精神 / スピリチュアルな問題				
不安・抑うつ・悲嘆・気持のつらさ	116	(19%)	210	(34%)
不眠	47	(8%)	141	(23%)
せん妄 (不穏・混乱)	40	(7%)	90	(15%)
既往歴または精神医学的評価 (統合失調症、アルコール関連の問題、認知症などを含む)	13	(2%)	20	(3%)
悪い知らせを伝えた後のフォローアップ	12	(2%)	36	(6%)
生きている意味を見いだせないなどのスピリチュアルな問題	6	(1%)	23	(4%)
がんの診断・治療に関する問題 (患者)				
診断・治療に関する理解と選択	10	(2%)	51	(8%)
抗がん治療の副作用に関する不安や心配	6	(1%)	23	(4%)
医療者とのコミュニケーションにおける困難	1	(0%)	23	(4%)
社会的な問題				
経済・社会復帰に関する問題	1	(0%)	26	(4%)
介護者の不在	5	(1%)	31	(5%)
家族の問題				
不安・抑うつ・悲嘆・精神的負担	12	(2%)	79	(13%)
がんの診断・治療に関する問題	6	(1%)	32	(5%)
実際の知識・技術不足	2	(0%)	18	(3%)
療養場所に関する問題				
	109	(18%)	190	(31%)
倫理的問題	2	(0%)	9	(1%)
遺族に関する問題	0	(0%)	1	(0%)
今後に備えた依頼				
現在苦痛はないが、今後の悪化に備えた関係づくり	23	(4%)	51	(8%)
その他の問題	5	(1%)	6	(1%)

表 4 緩和ケアチームの推奨・実施内容

	推 奨		実 施	
	度数	(%)	度数	(%)
N=611				
<b>患者の包括的アセスメント</b>				
患者の一番困っていること・心配なことの同定	91	(15%)	515	(84%)
身体症状のアセスメント	93	(15%)	524	(86%)
精神症状のアセスメント	77	(13%)	420	(69%)
病状認識のアセスメント	67	(11%)	301	(49%)
<b>患者の身体的苦痛に関するケア</b>				
オピオイドについての患者教育				
オピオイドの不安に対する説明・ケア	66	(11%)	185	(30%)
オピオイドの使用方法に関する患者教育	69	(11%)	182	(30%)
身体的苦痛予防のための工夫 体位変換の増加	10	(2%)	19	(3%)
口腔ケアの実施・工夫	48	(8%)	37	(6%)
除圧・安楽のための用具の導入・交換	44	(7%)	58	(9%)
移動方法の変更・工夫	42	(7%)	55	(9%)
食形態の変更	24	(4%)	11	(2%)
体位変換の減少・中止	15	(2%)	25	(4%)
疼痛のケア				
疼痛に関するアセスメント	122	(20%)	370	(61%)
患者・家族の状況やニーズに合わせた症状緩和方法の導入・調整	113	(18%)	248	(41%)
治療目標の設定	105	(17%)	305	(50%)
増悪因子・軽快因子の同定・利用	104	(17%)	259	(42%)
増悪時の対応・予防のための教育	104	(17%)	203	(33%)
呼吸困難のケア				
呼吸困難に関するアセスメント	32	(5%)	103	(17%)
患者・家族の状況やニーズに合わせた症状緩和方法の導入・調整	31	(5%)	60	(10%)
増悪時の対応・予防のための教育	28	(5%)	51	(8%)
治療目標の設定	24	(4%)	63	(10%)
増悪因子・軽快因子の同定・利用	22	(4%)	56	(9%)
嘔気嘔吐・食欲低下のケア				
嘔気・嘔吐・食欲不振に関するアセスメント	37	(6%)	122	(20%)
患者・家族の状況やニーズに合わせた症状緩和方法の導入・調整	30	(5%)	58	(9%)
治療目標の設定	29	(5%)	72	(12%)
増悪因子・軽快因子の同定・利用	24	(4%)	68	(11%)
増悪時の対応・予防のための教育	20	(3%)	37	(6%)
口渇感のケア	55	(9%)	43	(7%)
倦怠感のケア	50	(8%)	48	(8%)
浮腫・リンパ浮腫のケア	33	(5%)	45	(7%)
腹部膨満感のケア	29	(5%)	40	(7%)
眠気ケア	28	(5%)	42	(7%)
その他	12	(2%)	16	(3%)
<b>患者の精神症状に対するケア</b>				
せん妄のケア				
原因と治療可能性の評価	40	(7%)	123	(20%)
患者・家族の状況やニーズに合わせた症状緩和方法の導入・調整	37	(6%)	80	(13%)
治療目標の設定	33	(5%)	93	(15%)
家族に対するケア	31	(5%)	56	(9%)
不眠のケア	30	(5%)	56	(9%)



	推 奨		実 施	
	度数	(%)	度数	(%)
<b>患者の精神的ケア（不安・抑うつに関するケアを含む）</b>				
基盤となるケア				
患者との関係の確立	48	(8%)	349	(57%)
感情を受け入れることの援助	46	(8%)	197	(32%)
くつろげる環境や方法の提供	46	(8%)	133	(22%)
現実を受け入れることの援助	43	(7%)	197	(32%)
ソーシャルサポートの強化	32	(5%)	116	(19%)
その他	2	(0%)	3	(0%)
個別的なケア				
家族との関係や関係性に対するケア	60	(10%)	125	(20%)
将来に対するコントロール感を維持・促進するためのケア	24	(4%)	71	(12%)
身体的なコントロール感を維持・促進するためのケア	23	(4%)	94	(15%)
自分らしさを保つためのケア	18	(3%)	34	(6%)
他者への負担を軽減するためのケア	16	(3%)	67	(11%)
自分にとって大切なことが死後にも引き継がれるようにする／やり残したことがないと思えるようにするためのケア	13	(2%)	28	(5%)
希望を維持できるようにするためのケア	11	(2%)	58	(9%)
死の不安に対するケア	10	(2%)	35	(6%)
その他	1	(0%)	6	(1%)
<b>患者の意思決定に関するケア</b>				
何についての意思決定か				
抗がん治療	53	(9%)	1	(0%)
鎮静	20	(3%)	1	(0%)
輸液	8	(1%)	1	(0%)
代替療法	4	(1%)	2	(0%)
その他	7	(1%)	1	(0%)
ケア				
病状理解と病状説明についての希望のアセスメント	45	(7%)	123	(20%)
意思決定を支援するための補足説明	42	(7%)	77	(13%)
補足説明をもらうためのコーディネーション	36	(6%)	50	(8%)
思いの橋渡し	18	(3%)	52	(9%)
その他	0	(0%)	1	(0%)
<b>療養場所の選択・移行に関するケア</b>				
家族の意思確認と調整	131	(21%)	164	(27%)
患者の意思確認と調整	113	(18%)	214	(35%)
在宅での生活・介護環境のアセスメント	68	(11%)	103	(17%)
在宅でも可能な医療処置への変更・調整	55	(9%)	74	(12%)
緩和ケア病棟への入院時期が適切かどうかの評価・調整	52	(9%)	156	(26%)
在宅で苦痛が生じた場合の対応・退院後の相談窓口の確認	50	(8%)	53	(9%)
地域医療者への紹介	47	(8%)	26	(4%)
緩和ケア病棟への紹介	35	(6%)	113	(18%)
緩和ケア病棟移行後の継続した関わり	7	(1%)	31	(5%)
その他	1	(0%)	1	(0%)
<b>外来または在宅療養患者のケア</b>				
在宅療養患者のモニタリングまたは対応	13	(2%)	44	(7%)
外来受診時にモニタリングを医師の診察に反映させる	12	(2%)	33	(5%)
地域医療者からの相談を受ける	4	(1%)	10	(2%)
その他	1	(0%)	0	(0%)

	推 奨		実 施	
	度数	(%)	度数	(%)
<b>家族のケア</b>				
家族の一番困っていること・心配なことの同定	70	(11%)	212	(35%)
精神的ケア				
家族の感情の受け止め	71	(12%)	161	(26%)
家族の精神状態のアセスメント	70	(11%)	158	(26%)
病状理解と病状説明についての希望のアセスメント	60	(10%)	109	(18%)
患者への関わり方に関する助言	39	(6%)	102	(17%)
亡くなる過程についての説明	29	(5%)	57	(9%)
意思決定に関するケア				
意思決定を支援するための補足説明	52	(9%)	91	(15%)
補足説明をしてもらうためのコーディネーション	36	(6%)	58	(9%)
思いの橋渡し	27	(4%)	57	(9%)
家族の疲労・介護負担のケア				
疲労・介護負担のアセスメント	60	(10%)	104	(17%)
介護体制の調整	51	(8%)	51	(8%)
家族員に子どもがいる場合のケア	5	(1%)	12	(2%)
その他	2	(0%)	1	(0%)
<b>倫理的な問題への対処</b>				
倫理的な問題のアセスメント	11	(2%)	13	(2%)
<b>専門家の介入の必要性の評価・紹介</b>				
リハビリテーション	45	(7%)	54	(9%)
退院調整職・部署	42	(7%)	58	(9%)
放射線治療医	25	(4%)	8	(1%)
医療ソーシャルワーカー	25	(4%)	40	(7%)
栄養チーム	15	(2%)	25	(4%)
ペインクリニック・麻酔科	13	(2%)	11	(2%)
精神領域の専門家	11	(2%)	54	(9%)
歯科・口腔衛生士	10	(2%)	23	(4%)
外科・整形外科	9	(1%)	3	(0%)
WOC	8	(1%)	13	(2%)
腫瘍治療医	3	(0%)	1	(0%)
患者会・家族会・遺族会	0	(0%)	0	(0%)
その他	5	(1%)	23	(4%)
<b>医療スタッフの支援</b>				
依頼した医療スタッフの困っていることを確認する			364	(60%)
情報が共有されているか確認する			336	(55%)
患者の苦痛の程度や原因をスタッフに分かりやすく説明する			275	(45%)
潜在的な問題を明確化する			256	(42%)
情報共有のために個別に調整する			242	(40%)
苦痛の緩和方法をスタッフに具体的に説明する			242	(40%)
治療・ケア内容を肯定的にフィードバックする			208	(34%)
医療スタッフの感情を受け入れる			181	(30%)
情報共有のためにカンファレンスを開く			152	(25%)
施設や個々の部署・医療スタッフの特徴・能力・機能のアセスメント			121	(20%)
その他			4	(1%)
<b>緩和ケアチーム内の調整</b>				
緩和ケアチームメンバーが不在時の対応の調整			227	(37%)
緩和ケアチーム内のバランスのアセスメントとコーディネーション			199	(33%)