

Module 19

緩和ケアチーム

A 問題

〔一般問題〕

問題1 緩和ケアチームの機能として正しいものはどれか

- (1) 患者に直接診療やケアを行う専門チームとして患者・家族の診療・ケアに関わる
 - (2) 病棟で対応困難な症状のマネジメントを行う
 - (3) 病棟スタッフ（医師・看護師）の情緒的サポートを行う
 - (4) 療養場所の選択・移行のサポートを行う
 - (5) 病棟新人看護師の教育を主に行う
- a (1), (2), (3) b (1), (2), (5) c (1), (4), (5)
d (2), (3), (4) e (3), (4), (5)

問題2 緩和ケアチームの活動を評価する時、最も適切と考えられる組み合わせはどれか

- (1) 病棟スタッフの満足度
 - (2) 緩和ケアチームに依頼されてからの生存期間
 - (3) 院内の年間モルヒネ使用量
 - (4) 緩和ケア病棟など他施設への紹介患者数
 - (5) 患者および家族の QOL
- a (1), (2) b (1), (5) c (2), (3) d (3), (4) e (4), (5)

問題3 病棟スタッフに薬剤に関するアドバイスをするうえで適切でないのはどれか、2つ選べ

- (1) 緩和ケアチームはプライマリーチームではないので、患者の診察をせずに病棟スタッフからの情報に基づいて薬剤を処方する
- (2) 薬剤の種類や量のみを提案するのではなく、使用する根拠や薬剤の作用・副作用についても提示する
- (3) 薬剤を提示した後は、主治医に処方を任せ、病棟看護師・病棟薬剤師にその評価や副作用対策をゆだねる
- (4) アドバイスは病棟スタッフがすべて確認できるように、カルテなどに詳しく明記し、口頭でも伝えるようにする
- (5) 薬剤はできるかぎりシンプルな形で提案し、薬剤の効果を的確に評価したうえで、無効な薬剤は中止する

問題4 緩和ケア診療加算を算定する条件として正しいのはどれか

- (1) 組織上明確にチームが位置づけられている
 - (2) 緩和ケアチームによる診療を院内に掲示してある
 - (3) 症状緩和に関わるカンファレンスが1回/月開催されている
 - (4) 緩和ケア病棟で3年以上勤務した医師であれば、精神症状の緩和を担当する医師に該当する
 - (5) 病院が医療機能評価を受けている
- a (1), (2), (3) b (1), (2), (5) c (1), (4), (5)
d (2), (3), (4) e (3), (4), (5)

問題5 緩和ケアチームに関し次のうち正しいものはどれか

- (1) 医師3名（外科医・放射線科医・麻酔科医）と看護師1名のチームであるから、緩和ケア診療加算を算定できる
 - (2) 医療機能評価を受けていないが、近々受ける予定があるので緩和ケアチーム診療加算を算定してもよい
 - (3) 緩和ケア診療加算が算定できないのであれば、緩和ケアチームとして活動することは病院にとって無益である
 - (4) 緩和ケア診療加算は、多くの患者へ適切な緩和ケアを提供する目的で新設された
 - (5) 病院全体で緩和ケアの必要性を考え、それぞれの病院にふさわしい緩和ケアチームの活動を推進していく
- a (1), (2) b (1), (5) c (2), (3) d (3), (4) e (4), (5)

問題6 緩和ケアチームの病棟スタッフへの対応として適切なものはどれか

- (1) 患者・家族が病棟スタッフより緩和ケアチームに信頼をおくように積極的に活動する
- (2) 病棟スタッフが緩和ケアチームに依存するようにやさしく丁寧に指導する
- (3) 病棟スタッフが患者に提供しているケアを評価し保証する
- (4) 病棟スタッフにミスがあった場合は強く批判し叱責する
- (5) 多忙な病棟スタッフの代わりとなって進んで患者のケアを行う

〔症例問題〕

〔症例 1〕

40歳、男性、半年前に背部痛を主訴とし受診。膵臓がん、肺転移の診断を受ける。患者および妻にはすべて告知されていた。手術不能と判断され、化学療法による治療を選択した。疼痛はNSAIDs（非ステロイド性消炎鎮痛薬）により緩和されていたが、徐々に増強、緩和ケアチームへの依頼となった。病棟主治医・患者ともモルヒネに対する抵抗感が強く、さらに患者は病状を納得しているにもかかわらず「痛みをとっても病気が治らなければ仕方がない」と話していた。チームとして、今後の症状の経過を配慮し、①弱オピオイドの導入、②腹腔神経叢ブロックによる疼痛緩和などを病棟主治医および患者に説明した。しかし、すぐにそれらのアドバイスは受け入れられなかった。

問題 1 コンサルテーション型緩和ケアチームのアドバイスが病棟主治医に受け入れられなかった場合の対応として正しいものはどれか、2つ選べ

- (1) 患者のQOLを一番に考え、アドバイスが受け入れられるまでチームの意見を強固に主張し続ける
- (2) 明らかに症状の改善が認められるのであるから、病棟主治医の同意を得られなくても緩和ケアチームが直接指示を出し、治療に当たる
- (3) 病棟主治医の意見を尊重し、治療法を選択していく
- (4) 病棟薬剤師や看護師を巻き込み、多職種によるアプローチを試みる
- (5) 病棟主治医の交代を指示する

〔症例 2〕

75歳、女性。1人息子（52歳）夫婦と孫（高校生）の4人暮らし。2年前、直腸がんの診断のもと低位前方切除術を受ける。病名および病状は家族の意向で告知せず、経過観察することになった。半年前に局所再発、肝転移、肺転移、リンパ節転移、骨転移を認め、化学療法、再発部位及び骨転移に対して放射線治療を施行している。モルヒネ徐放剤が120mg/日投与されており、NSAIDsは併用されていない。体動時の背部痛および腰下肢痛が激しく、症状の緩和を目的に緩和ケアチームに依頼があった。

患者は、症状の悪化に関してはうすうす気づいてはいるものの、家族への配慮からか特別詳しい説明を求めようとはしなかった。緩和ケアチームも“痛みの専門家”と紹介され、介入を開始した。患者は「治療はもうやめて、家族に迷惑をかけず逝きたいが、もし家で死ぬるなら有難い」と話していた。しかし息子は、「1日も長く生きていられるよう何でもやってほしい」と望んでいた。主治医は有効ながん治療の手段はなく、また長期入院となっているため、早く

痛みを緩和し、ホスピスまたは在宅療養へ移行することを希望していた。

問題2 この患者に対し緩和ケアチームとしての関わりで正しいものはどれか

- (1) 患者は病状を認知しているようなので、まず緩和ケアチームが直接病名告知をすることから介入を開始する
 - (2) 治療も限界にきているので、患者に「もっといい環境で療養しましょう」と説明し、ホスピスを紹介する
 - (3) 疼痛などの症状緩和を優先とし、主治医・病棟スタッフとともに、患者・家族がギアチェンジを無理なく段階的に進められるよう配慮する
 - (4) 主治医に患者・家族への病状説明を促し、病状説明の内容などを理解できるよう多方面からサポートする
 - (5) 疼痛の原因を詳しく説明し、おもに骨転移による痛みであるのでまずモルヒネを増量し、夜間痛、安静時痛を緩和することから治療を開始する
- a (1), (2) b (1), (5) c (2), (3) d (3), (4) e (4), (5)

B 解答・解説

〔一般問題〕

問題1 解答 d

- (1) 英国で緩和ケアチームの CNS (clinical nurse specialist) として活躍してきた Hockley は、緩和ケアチームの利点・欠点について次のように述べている¹⁾。「緩和ケアチームの最大の利点は、緩和ケアの専門的知識・技術を病院内に普及させることである。緩和ケアチームが直接関わりすぎると、病棟スタッフが緩和ケアについて学ぶ機会を失ってしまう。緩和ケアチームは、ケアを肩代わりする (take over) のではなく、ロールモデルとならなければいけない」
- (2) 症状マネジメントを依頼されることは多い²⁾。また、依頼されるケースの難しさは一様ではなく、病棟側の条件によって異なることが多い。
- (3) 終末期では、手を尽くしても患者の症状が思うように改善しないことも多い。第3者として、緩和ケアチームが病棟スタッフのケアを評価し保証することにより、さらによりよいケアが実施される。
- (4) 単に療養場所の紹介・調整をするだけでなく、移行するに当たっての意思決定のサポートをすることも重要な役割である。
- (5) 緩和ケアに関する教育は緩和ケアチームの重要な役割の1つであるが、新人スタッフを主として対象とするものではない。

問題2 解答 b

- (1) 病棟スタッフは緩和ケアチームを活用する主体である。病棟スタッフに対する緩和ケアチームの効果を評価することも必要である³⁾。
- (2) 緩和ケアは、患者とその家族にとってできるかぎり良好な QOL を実現させることであり、死を早めることにも死を遅らせることにも手を貸さないとされている⁴⁾。そのため、生存期間をアウトカムして、緩和ケアチームの活動を直接評価することはできない。しかしながら、生存期間の長短により『緩和ケアへの紹介のタイミング』を評価することが可能であり、チームの機能や活動を評価する代理評価指標として有用である可能性がある。
- (3) 日本のモルヒネ使用量は、欧米に比べ少ないことが明らかとなっている⁴⁾。しかし、すべての痛みがモルヒネで緩和されるわけではなく、不適切な使用から使用量が増加することも考えられるため、適切とはいえない。しかしながら、モルヒネ使用量をがん性疼痛コントロールの代理評価指標として用いる可能性はある。
- (4) 療養場所の選択・移行に関するサポートは緩和ケアチームの重要な役割である²⁾。しかし、患者の希望にそってコーディネートすることが大切であるため、数が多いから良いとはいえない。しかしながら、チームが地域の医療機関と連携をとっていることなどの代理

指標となる可能性はある。

- (5) 緩和ケアチームだけでなく、緩和ケアの質の指標として重要である。

問題3 解答 (1), (3)

- (1) 病棟スタッフのアセスメントが適切でない可能性もあるため、もう一度患者の問診や身体所見および血液データ・画像などをアセスメントし直し、総合的に判断して薬剤を決定することが不可欠である。
- (2) トラブルを避けるため、また病棟スタッフへの教育的配慮から、選択した薬剤の根拠や作用・副作用を提示することが必要である。
- (3) 治療の決定権は主治医にあるという立場から、処方任せるのは適切である。しかし、薬剤を提案した者として、その後の評価を自ら病棟スタッフとともに行う必要がある。提案したことは責任を持って見守らなければならない。さもなければ、信頼を失うことになる。
- (4) 記録と同時に口頭でも伝えることにより、提案したことが迅速に行動に移されるとともに、より正確な情報の伝達、コミュニケーションの機会ともなる。
- (5) 複雑な方法を提案すると病棟スタッフの誤解や混乱を招くおそれがある。さらに無効な薬剤を漫然と使用し、次々に薬剤を追加することは避けなければならない。

問題4 解答 b

- (1), (2), (5) については改定診療報酬点数表（平成16年4月1日実施）482～483ページを参照。
- (3) 週1回程度開催される必要がある。
- (4) 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または一般病院での精神医療に従事した経験を有していなければならない。

問題5 解答 e

- (1) 緩和ケアチームの構成に必要な医師は、「身体症状の緩和を担当する医師」と「精神症状の緩和を担当する医師」の2名であり、その要件の中に厳密な診療科の規定はない。
- (2) 医療機能評価を受けていないと、加算をとることはできない。
- (3) 加算がとれないと病院への経済的な貢献は不可能だが、患者・家族、病棟スタッフにとって利益があるという意味で、病院全体の質の向上に寄与すると考えられる。
- (4) 毎年30万人以上ががんで亡くなっており、その90%以上が施設内（病院）で死を迎えている。緩和ケア病棟数は徐々に増加しているが、多くの患者は一般病棟で亡くなっているのが現状である。この加算は一般病院において十分な緩和ケアを提供する体制を整えるため、さらに緩和ケアサービスを推進する目的で設置された。
- (5) 病院の規模や特性によって、院内のニーズは異なると考えられる。

問題6 解答 c

- (1) ケアの主体は病棟スタッフであるため、患者・家族と病棟スタッフの信頼関係の構築を促し、治療・ケアがうまくいくようにサポートすることを心がけなければならない。
- (2) 病棟スタッフが自律性をもって行動できるように、サポート・教育をすることが必要である。
- (3) 評価するといっても、緩和ケアチームの立場が上ということではない。第三者的な目で病棟スタッフが提供しているケアを見つめ、不足しているところがあれば補い、十分であれば高い評価を与え、ケアを保証するように関わる。
- (4) 批判的な態度や叱責は、人間関係を悪化させるだけで何の解決にもならない。
- (5) 緩和ケアチームの機能として病棟スタッフのサポートがあるが、これは多忙な業務の肩代わりをすることではない。

〔症例問題〕

〔症例1〕**問題1** 解答 (3), (4)

コンサルテーション型緩和ケアチームの役割は、①症状緩和、②病状認識の促進（患者・家族）、③適切な療養の場の選択、④医療スタッフの教育などであり、主治医・病棟スタッフの代わりをするものではない。

チーム医療の必要性が議論されているが、緩和ケアは最もその必要性が高い領域と考えられている。高い専門性を持った多職種によるチームアプローチにより、より良い医療を提供することが求められている。

〔症例2〕**問題2** 解答 d

告知することは原則だが、まだ主治医と家族の間で“告知せず”の選択をしていることもある。その場合に無理に告知を促すと、チームのみならず主治医・病棟スタッフと患者・家族との関係の悪化を招くこともあるので注意しなければならない。治療方法や療養体制の選択に関しても医療者側の指示でなく、患者・家族の希望を考慮し、納得のいく説明のうえで合意を得て選択すべきことである。骨転移の第1選択薬はNSAIDsである。

引用文献

- 1) Dunlop RJ, & Hockley J : Hospital-based palliative care teams. 2nd ed, Oxford University Press, Oxford, 1998
- 2) 梅田 恵 : 当院における緩和ケアチームと終末期がん患者の療養の場の選択・調整の現状. 昭和医学会誌 **60** : 317-321, 2000
- 3) Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM, et al : Do hospital-based palliative teams improve care for patients or families at the end of life? *J Pain Symptom Manage* **23** : 96-106, 2002
- 4) 世界保健機関 編, 武田文和 訳 : がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア—がん患者の生命へのよき支援のために. p. 5-12, 金原出版, 1990
- 5) 日本医師会 : 改定診療報酬点数表参考資料 (平成 16 年 4 月 1 日). p. 482-483, 2004