

# Y 大学医学部附属病院における 緩和ケアチームの発足までの経緯と活動内容の紹介

井上 貴美

INOUE Takami

## 1. はじめに

緩和ケアを必要とする患者の置かれた状況は様々であり、患者家族のニーズも多様化している。緩和ケア病棟やホスピスのみだけでなく、一般病院においても緩和ケアを提供する必要性が高まってきている。平成14年4月に診療報酬の中に緩和ケア診療加算が新設された。この診療加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍または後天的免疫不全症候群のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状または不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係る専従のチームによる診療が行われた場合に適用されることになっている<sup>1)</sup>。また、緩和ケアチームは主治医と担当看護師と共同のうえ、緩和ケア診療実施計画書を作成し、患者に説明することが必要であり、そのうえで身体症状や精神症状の緩和を提供することになる<sup>2)</sup>。この他、診療加算をするためにチームメンバーの構成や諸条件、施設など整備しなければならない条件がたくさんある。当院では将来的には加算算定予定であるが、患者のQOLアップを視野に入れ、入院患者の苦痛が緩和できるようにという考えで、平成15年9月より緩和ケアチームを発足、活動を開始した。緩和ケアチームをAPS(acute pain service)チームと命名したが、この意味は「痛み(total pain)をできるだけ迅速に緩和するという意味と急性疼痛の緩和をする」ということである。平成16年度緩和ケア加算の要件を満たす事ができ、申請できる運びとなった。チームでの活動を開始してからの7ヶ月間の活動内容についての報告をする。

## 2. 緩和ケアチーム発足までの経緯

### 1. 緩和ケアチームの構成

緩和ケア診療加算の規定では緩和ケアチームの構成メンバーは3名(医師2名・看護師1名)である。2名の医師

のうち、1名は身体症状の緩和を担当、もう1名は精神症状を担当する医師である。またこれら2名のうち1名は緩和ケアチームに専従であることが条件である。看護師は5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を終了している者であり、専従が条件である。当初は身体症状担当の医師1名と看護師1名で活動を開始した。平成15年11月より1名の精神症状担当の医師と薬剤師が加わり、4名で活動をしている。その他にサポートスタッフとして栄養士や医療福祉支援センターなどがあり対象者の状況に応じて必要な協力を得ている。

### 2. 緩和ケアチームの役割

病棟医師や看護師から緩和ケアに関する相談を受けるが、実践は緩和ケアチームと共に行う。患者・家族をサポートするだけでなく、医療スタッフのサポートや教育、その医療チームのチームワークを円滑にする役割がある。活動内容としては以下のような項目であり、併診のフローチャートを図1に示した。

- 1) 疼痛など諸症状への対応
- 2) 家族のサポート
- 3) 療養先についての情報提供と連絡
- 4) インフォームドコンセント後のサポート
- 5) カンファレンスへの参加
- 6) その他必要な情報の提供など

## 3. 緩和ケアチームの活動の実際

### 1. 活動の経過

平成15年の9月より緩和ケアチームは活動を開始した。活動日を月曜日、水曜日、金曜日の週3回とし、10時より回診している。活動前に全看護師に対して緩和ケアの考え方やチームの活動内容について説明を行った。回診時に緩和ケアが必要だと判断された患者の情報を病棟看護師から得てから援助を実施した。最初は看護師からの依頼が多かったが、徐々に主治医からの依頼も増えていった。

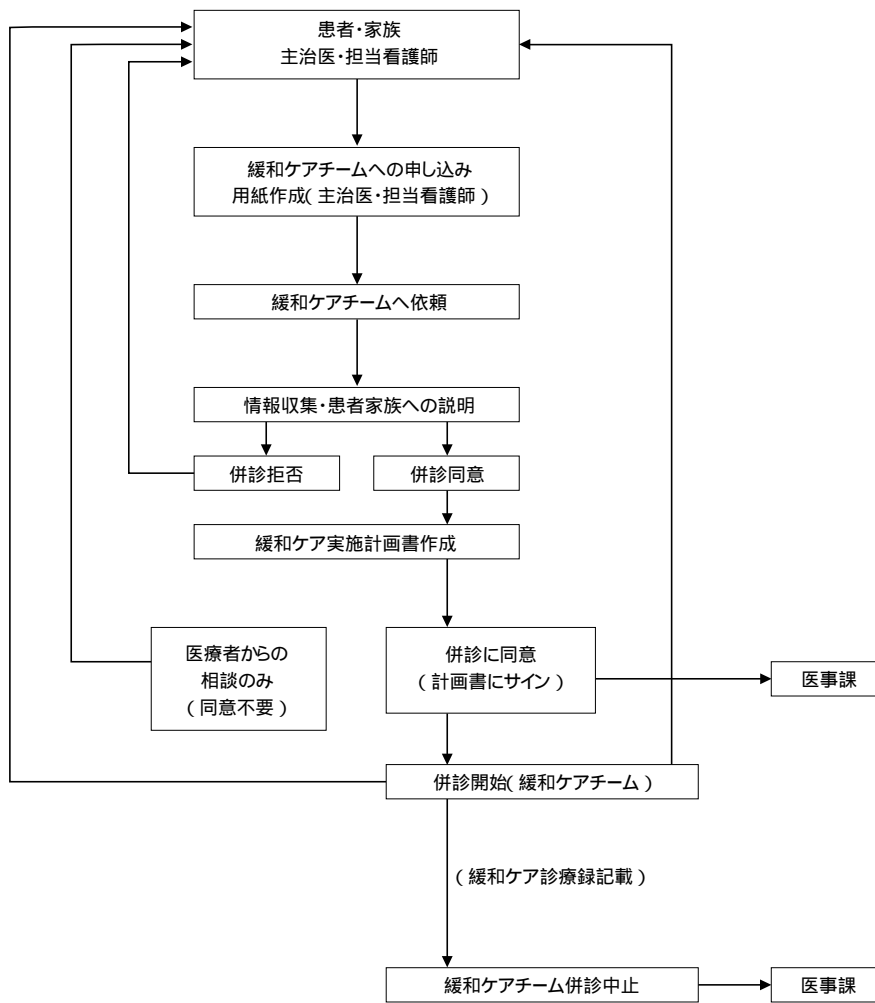


図1 緩和ケアチーム併診フローチャート

平成15年11月から精神症状を緩和する医師もチームに加わり、せん妄などの精神症状や患者・家族の不安に対しても援助している。平成16年の2月からは薬剤師も回診に加わり薬剤に対する支援をしている。

## 2. 活動方法

活動の基本的なスタイルはコンサルテーションの形式をとっているため直接の処方をすることはない。医師は診療記録に薬物などの提案をしたり、必要時は主治医に連絡をとったりしている。また、看護師は看護記録に患者・家族と関わった内容や看護指示について記入し、担当看護師に直接伝えている。

また、週に1回は緩和ケアチームでカンファレンスを開催して、現状、問題点、解決策等についてのディスカッションをしている。また、病棟でのケースカンファレンスやデスクカンファレンスも開催し、参加している。

## 3. 活動の実態(平成15年9月～平成16年3月)

依頼件数は67件であり、月平均7～12件であった。性別は男性39名(58%)女性28名(42%)で、対象となった患者の平均年齢は57.5歳であった。疾患は悪性腫瘍とAIDSの合計が57件であり依頼の87%を占めていた(図2)。しかし、悪性以外の疾患も10件(13%)あり、緩和ケアは悪性だけではなく、全ての患者に必要なことがわかった。悪性腫瘍以外の疾患には肝硬変、尿管結石、バージャー病等であった。依頼は10診療科からあったが、とくに内科と外科が多かった(図3)。コンサルト内容は延べ数で131件あり、内容では疼痛緩和が58件、精神的支援は45件、その他の不快症状緩和が18件、スピリチュアルペイン支援は2件、社会支援が8件であった。疼痛緩和と不快症状緩和を合わせた身体的症状の緩和は76件(49%)あり、全ての依頼患者に必要なであった。それとともに精神支援が必要な患者も47件(36%)におよんだ

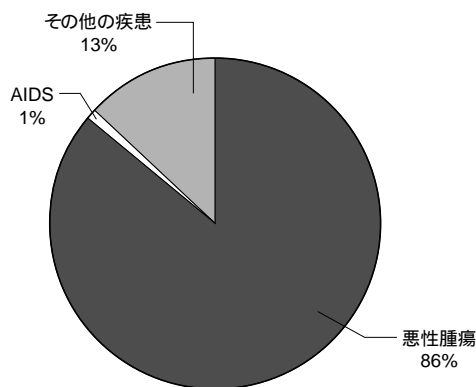


図2 依頼された患者の疾患

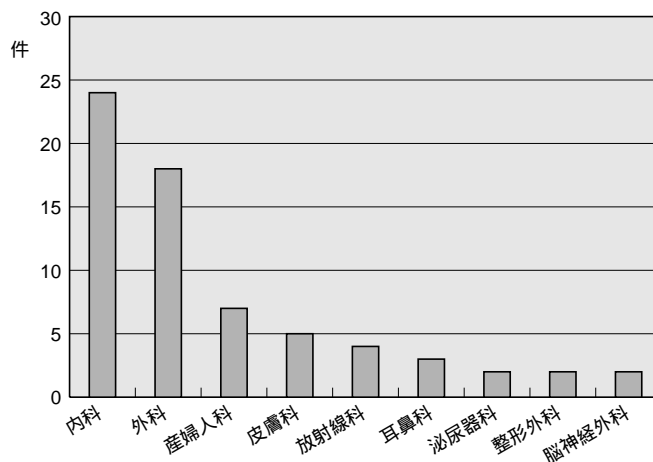


図3 診療科別にみた依頼件数(平成15年9月～平成16年3月)

(図4) 対象となった患者が働き盛りで、子供もまだ成人していない、社会的支援を必要としている事例もあったが、当院の医療福祉支援センターがその役割を担ってくれている。依頼されたケースの転帰を図5に示した。対象となった患者の35%は当該入院中に死亡しているが、再入院後や転院後に死亡している場合も多かった。

#### 4. 病棟での緩和ケアの実践

##### 1) 疼痛コントロール

看護師には癌性疼痛以外でも、疼痛緩和をするという意識は高いように感じる。実際に依頼の中には悪性疾患以外でも疼痛コントロールについての依頼が6件あった。しかしメインになるのは癌性疼痛であった。すでにWHOのラダーにのっとって薬剤の使用を開始しているが疼痛コントロールができないという依頼が多かった。かなりの割合で「NSAIDSを内服していない、または中

止してしまった」、「レスキュードーズが処方されていない」、「オピオイドに対する副作用対策としての制吐剤や下剤の処方がない」というような現状がみられた。身体的な症状緩和を担当している医師はコントロールしやすい処方の方法をカルテに提案し、直接主治医に連絡をして内容を伝えていた。内服できなかつたりコントロール不良な場合にはPCAポンプを使用した疼痛緩和を実施していた。PCAとはPatient-Controlled-Analgesia(患者自己管理鎮痛法)であり、患者が痛い時に主体的に薬剤投与ができて活動を拡大したり安楽にできる方法である。その特徴としてベース量を設定するがレスキューでポラスする回数をみてベース量の設定変更が容易にできること。患者もいつでも痛い時に自ら鎮痛剤を投与できるようにすることで痛みに対する恐怖心が軽減し精神的な安定が図れること。持続点滴がされているような場合はこの静脈内PCAが適応可能であること。手術後の

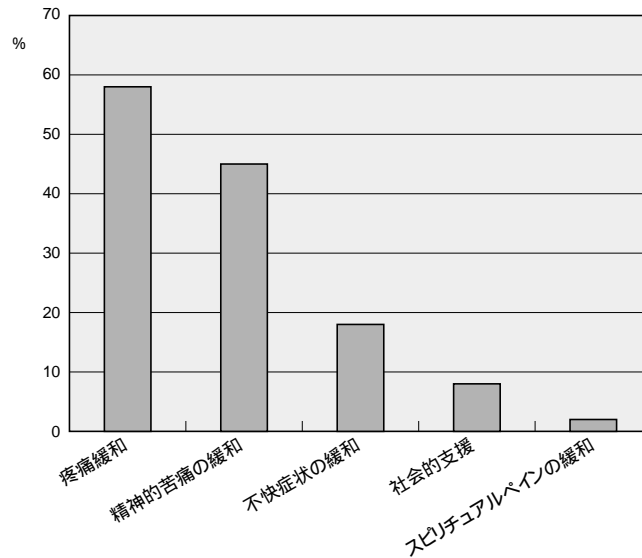


図4 依頼理由(平成15年9月～平成16年3月)

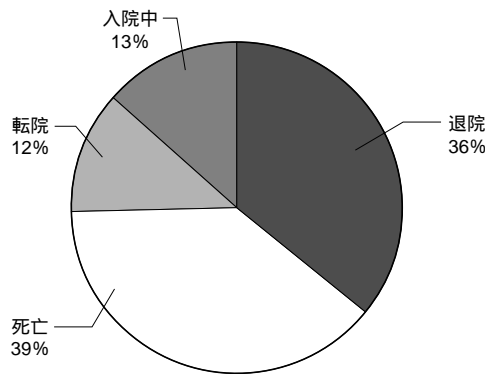


図5 依頼されたケースの転帰

疼痛緩和の場合は基本的に硬膜外PCAを使用していることなどがあげられる<sup>3)</sup>。

## 2) 不快症状のコントロール

疼痛以外の症状としては全身倦怠感、口渇、皮膚の掻痒感、吃逆、呼吸苦、喘鳴等が多かった。症状緩和のための薬剤は、一般病院ではホスピスと異なり制約があるため十分ではなく、適応外使用が出来ない薬剤もある。しかし、当院では適応外で使用する場合には、研究論文等を探し、薬剤部に相談して、適応外使用許可書を作成してから始めて使用することが可能となる。また、皮膚の掻痒感に効果があるとされているヨモギローションは、一般製剤であるため患者が購入しなければならず、負担も大きかった。しかし、薬剤師の尽力で院内製剤としてヨモギローションが作成され、使用が容易になった。

まだ対象者数が少なく効果の判断はできないが、掻痒がかなり改善したという患者の声があった。倦怠感に対しては以前からアロマオイルによる上下肢のマッサージを推奨していたが、緩和ケアチームの判断でマッサージが必要な場合には、看護師にマッサージ方法を指導して実施していた。マッサージ途中で入眠されてしまうようなケースも度々みられ、効果があったと推察された。

## 3) 精神的・スピリチュアルなことへの関わり

チームには精神科医がおり精神症状や不安焦燥感などへの関わりをしている。薬物治療をするのか、カウンセリングが良いのか等を判断して主治医に相談し、カルテにその内容を提案している。緩和ケアチームの活動の利点の一つに「痛いこと・辛い事をしない」という事があり、患者・家族は主治医とは異なる関係を形成すること

ができる。その関係ができるからこそ患者家族がどのようなことでも訴えたり、感情を表現することができ、精神的支援につなげられる場合もある。また、患者同様家族も精神的に不安に陥っている場合が多いので、家族を含めての支援が重要になる。家族にとっては症状コントロールされていない患者を見るのも辛く、病状の変化に戸惑うことが多い。そこに家族がどのように受け止めどのように感じて患者がどのようになることを希望しているのかを傾聴して一緒に考えるようにした。

#### 4) 社会的苦痛の緩和

緩和ケアをしていると「適切な療養の場」ということに直面する。患者の病状を含め家族の支援を考えると、ホスピスや自宅に近い病院への転院も比較的早期から考えることが必要になる。転院や在宅に関しては医療福祉支援センターの専任看護師と情報交換を行った。医療福祉支援センターでは家族や地域・病院・行政などと連携をとってカンファレンスを開いたり、訪問看護師の病室への訪問をしたりして、どこでどのように過ごすのが患者・家族にとって良いのかを医師も含めて考えている。また、当院への再入院も多いが、再入院後に別の病院に転院という事例もあった。外来での症状コントロールも含め、本当に当院に入院することが良いのかを、外来でも検討できるように依頼があった患者の外来での関わりも開始した。外来の看護師と連携をとり情報交換を行い、一人の患者を継続的に見られるようにしたいと考える。

#### . 緩和ケア実施計画書について

厚生労働省より提示されている緩和ケア実施計画書をもとに当院で使用する計画書(資料1)を作成した。緩和ケア計画書は同意書も兼ねているが、医師の診断と患者への説明が解離している場合はその計画書をもとに患者に説明ができない。そのため、緩和ケアチームへの申し込み用紙(資料2)に、『診断名』と『患者に伝えた病名』をわけて記入をし、計画書には診断名の部分は複写にしないで渡すようにしている。また、病状説明についても申し込み用紙に記入してもらい、患者への同意には使用しないことにしている(複写にしない)。また、不明な点は主治医・担当看護師に個別に問い合わせ共同で計画立案をするようにした。

#### . 緩和ケアチームの今後の課題

以上のような活動経過を振りかえり、以下の3点を今後の課題として考えている。

1. 患者の治療方針や看護方針についての主治医や担当看護師とのカンファレンスを開き、ディスカッションすることで情報交換をしたりお互いの役割を考え

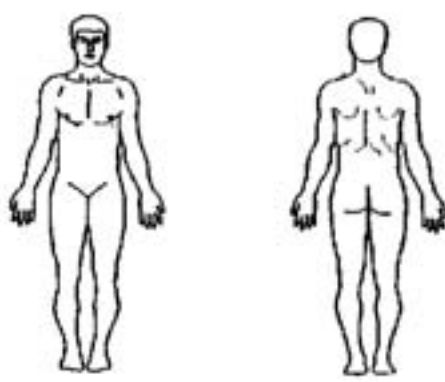
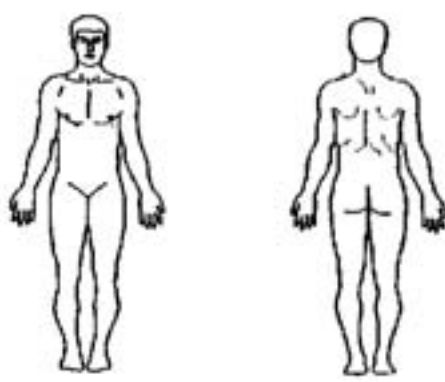
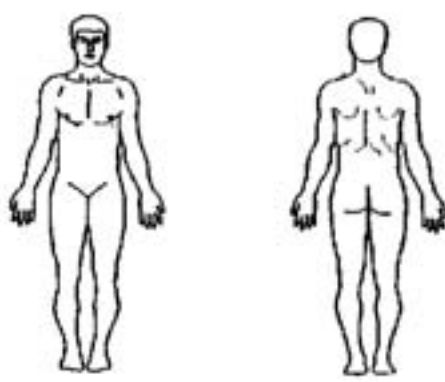
る機会とする。

2. 外来主治医や看護師と連携をとり、通院時の症状コントロール、再入院するような状況になった場合の適切な療養の場の検討を行う。
3. 病院スタッフや患者・家族から緩和ケアチーム介入についての満足度調査を行い、緩和ケアチームの評価と今後の方向性を考える。

#### 文献

- 1) 社会保険研究所編(2002)診療報酬算定のための施設基準等の事務手引,平成14年度10月版.社会保険研究所,東京,323.
- 2) 古元重和(2002)緩和ケア診療加算の新設.ターミナルケア,12(4):333.
- 3) 並木昭義,他(2004)PCA(自己調節鎮痛)の実際.克誠堂出版,東京,1.

資料1 緩和ケア実施計画書

<b>緩和ケア実施計画書</b>																																																
主治医 ( )	申込者 ( )																																															
入院日H 年 月 日	依頼日H 年 月 日	担当看護師 ( )	退院日H 年 月 日																																													
氏名(ふりがな)	年齢	病棟名	住所																																													
	歳	東西( )科																																														
	ID																																															
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	男・女																																														
主訴																																																
診断	1)*患者・家族説明時は記載されていないものを渡す 4) 2) この欄は転写しないページあり 5) 3) 6)																																															
現病歴																																																
既往症																																																
身体症状	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 30%; text-align: center;">【重症度】</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">【症状の性質, 分布】</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>1. 痛み</td> <td>なし 軽 中 重</td> <td rowspan="13" style="text-align: center;">  </td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. 呼吸困難</td> <td>なし 軽 中 重</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. 倦怠感</td> <td>なし 軽 中 重</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. 発熱</td> <td>なし 軽 中 重</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. 口渇</td> <td>なし 軽 中 重</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. 咳・痰</td> <td>なし 軽 中 重</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. 食欲不振</td> <td>なし 軽 中 重</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. 嘔気・嘔吐</td> <td>なし 軽 中 重</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9. 腹部膨満感</td> <td>なし 軽 中 重</td> <td></td> </tr> <tr> <td>10.便秘</td> <td>なし 軽 中 重</td> <td></td> </tr> <tr> <td>11.尿閉, 失禁</td> <td>なし 軽 中 重</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12.浮腫</td> <td>なし 軽 中 重</td> <td></td> </tr> <tr> <td>13.その他(具体的に)</td> <td></td> <td style="text-align: center;">前 後</td> <td></td> </tr> </table>				【重症度】	【症状の性質, 分布】		1. 痛み	なし 軽 中 重			2. 呼吸困難	なし 軽 中 重		3. 倦怠感	なし 軽 中 重		4. 発熱	なし 軽 中 重		5. 口渇	なし 軽 中 重		6. 咳・痰	なし 軽 中 重		7. 食欲不振	なし 軽 中 重		8. 嘔気・嘔吐	なし 軽 中 重		9. 腹部膨満感	なし 軽 中 重		10.便秘	なし 軽 中 重		11.尿閉, 失禁	なし 軽 中 重		12.浮腫	なし 軽 中 重		13.その他(具体的に)		前 後	
	【重症度】	【症状の性質, 分布】																																														
1. 痛み	なし 軽 中 重																																															
2. 呼吸困難	なし 軽 中 重																																															
3. 倦怠感	なし 軽 中 重																																															
4. 発熱	なし 軽 中 重																																															
5. 口渇	なし 軽 中 重																																															
6. 咳・痰	なし 軽 中 重																																															
7. 食欲不振	なし 軽 中 重																																															
8. 嘔気・嘔吐	なし 軽 中 重																																															
9. 腹部膨満感	なし 軽 中 重																																															
10.便秘	なし 軽 中 重																																															
11.尿閉, 失禁	なし 軽 中 重																																															
12.浮腫	なし 軽 中 重																																															
13.その他(具体的に)			前 後																																													
身体活動状態 (ADL)	全般	0. 問題なし 1. 軽度の症状があるも, 軽い労働は可能 2. 時に介助が必要, 一日の半分以上は起きている 3. しばしば介助が必要, 一日の半分以上臥床している 4. 常に介助が必要, 終日臥床している																																														
	歩行(活動)	自立 車椅子 歩行器 付き添い歩行	床上																																													
	食事	自立 要介助 不可																																														
	排泄	自立 ポータブルトイレ 床上排泄	バルーンカテーテル																																													
	入浴(清潔)	自立 B B シャワー・入浴介助																																														
精神症状(状態)	症状の程度	【重症度】	その他不安等の内容																																													
1. 不安	なし	軽 中 重																																														
2. 抑うつ	なし	軽 中 重																																														
3. せん妄	なし	軽 中 重																																														
4. 不眠	なし	軽 中 重																																														
5. 眠気	なし	軽 中 重																																														
その他の問題																																																
家族(キーパーソン)																																																
経済的な問題	あり		なし																																													
仕事・趣味・交際などの活動や生きがい	あり( )		なし																																													
その他																																																

本人の希望	
家族の希望	
治療目標	(優先順に)
緩和治療・検査計画	
薬物療法	
精神療法(カウンセリング, リラクゼーション)	( C L Sへの依頼 あり なし )
理学, 作業療法 その他	
病状説明	* 患者・家族への説明時は記載されていないものを渡す この欄は転写しないページあり
治療方針	手術日 年 月 日 術式( )
備考	
説明日 年 月 日	
本人の署名	家族の署名 (続柄 )
主治医	担当看護師
緩和ケア医	精神科医
緩和ケア看護師	

## 資料2 緩和ケアチーム申込書

## 緩和ケアチーム申込書

下記の申込書に記入して気送管（201）に送ってください。そして 医師PHS（4 8 ）か  
看護師PHS（4 1）に連絡ください。

申し込み者名（ ）

主治医（ ）担当看護師（ ）

入院日 月 日 申し込み日 月 日

氏名 ふりかな	年齢	病棟名	住所
	様 歳	東 西 ( 科 )	
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	ID	男 女	
主訴			
診断			
1)	3)		
2)	4)		
患者さんに伝えた病名			
1)	3)		
2)	4)		
手術日 月 日 術式( )			
病状説明			
(本人)			
(家族)			

## 緩和したい内容や困っていること

1) 身体的苦痛（痛みやその他の症状など）	2) 精神的苦痛（不安や譫妄など）
3) 社会的苦痛（経済や家庭内の問題など）	4) スピリチュアルペイン（死への恐怖など）