

## 院内緩和ケアチームの現状と課題

## The State of Hospital Palliative Care Team

柏木 夕香 丸山 洋一

Yuka KASHIWAGI, Yoichi MARUYAMA

## 要 旨

緩和ケアは患者や家族が抱えるトータルペインに対応するため、チーム医療の質を特に問われる領域である。2002年のWHOの緩和ケアの定義の修正や、本年のがん対策基本法の施行など、緩和ケアの考え方や緩和ケアチームを取り巻く環境は変化してきた。

このような時代の流れを受け、当院緩和ケアチームも今年度よりメンバーや活動形態を見直した機動力の高いチームづくりに取り組んできた。依頼数の増加、依頼内容の多様化があり、徐々に活動範囲は広がってきている。成果として症状緩和、スタッフのジレンマの解決などが挙げられている。今後の課題として3点をあげた：1) 緩和ケアに関するツールの改善、開発、2) 教育・啓蒙活動、3) 地域との連携基盤の構築である。少しずつでも改善し、院内の各部署とよいチーム医療を行う必要がある。

## はじめに

がん医療においては、診断時から患者・家族を中心としたチーム医療が重要である。特に、単に身体的苦痛のみではなく心理社会的、スピリチュアルな苦痛を含むトータルペインを扱う緩和ケアはチーム医療の質を問われる領域ではないだろうか。患者・家族ともに治癒に意識が向き、症状緩和にあまり関心がない抗がん治療中の緩和ケアは、治癒という目標に沿いながらより日常に近い生活を送れるよう、主治医や病棟看護師などの直接ケアを行うスタッフが中心となって提供していることが多い。治療に抵抗性となるにつれて患者・家族は複雑な苦痛を抱えるようになるため、病棟スタッフと緩和ケアの専門知識を持つ緩和ケアチーム(palliative care team: 以下,PCT)がチームを組んで対応することが増えると考える。

当院のPCTは2001年にサポートケア委員会の努力により立ち上げられ、委員会活動の一環として位置づけられてきた。当時の「緩和ケアは治癒が難しい患者に対して行う」というイメージのなか、最先端のがん治療を担う当院での活動には様々な困難があっ

たと推察される。都道府県がん診療連携拠点病院に指定されたことを契機に、今年度よりPCTのメンバーや活動形態を見直し、より機動性が高くニーズに答えやすいチームをつくり、ようやく軌道に乗り始めたところである。

本稿では、PCTを取り巻く歴史や政策といった環境の変化について概観し、当院におけるPCT活動の現況と課題について述べる。

## 1. ホスピス・緩和ケアの歴史と概念の変化

「ターミナルケア」という概念が生まれたのは1950年代である。米国の精神科医E.Kubler-Rossの著書『死ぬ瞬間』は、人が死に向かっていく過程の理解と人間的な対応を提案するターミナルケアの概念の象徴とされている。この頃より欧米では市民によるホスピス運動がさかんになり、1967年、近代ホスピスの創始者とされるCicely Saundersが英国にセント・クリストファー・ホスピスを設立し、死に行く人への全人的アプローチを主張する「ホスピスケア」という概念が誕生した。この概念は1980年代に「緩和ケア(palliative care)」と言葉を変えて米国へ持ち込まれWHOによって定式化された。当時、緩和ケ

アの対象は死にゆく人であり、「緩和ケアとは、治癒を目指した治療が有効でなくなった患者への積極的に全体的な医学的ケアで、最重要課題は痛み等の症状コントロール、心理社会的・霊的問題の解決であり、目標は患者とその家族にとってできる限り可能な最高の生活の質 (quality of life : 以下, QOL) の実現 (WHO, 1989より改編)」とされた。1981年、聖隷三方原病院に日本初のホスピス病棟が設置されたことを契機に、我が国でもホスピス・緩和ケアへの関心が高まった。1990年に当時の厚生省は「緩和ケア病棟設置基準」を制定、2007年には基準を満たす緩和ケア施設は177施設、3399床となった<sup>1)</sup>。

緩和ケアを疾患の早期からという意識の広がりや、1980年代に欧米のがん治療から発展した支持療法 (supportive care) の影響と考えられている。強い副作用のために抗がん治療を継続できない患者が続出し、治療継続を支えるために副作用の軽減、リハビリテーションなど抗がん治療以外にも様々な治療、つまり支持療法が施された。支持療法と緩和ケアは同義ではないが重なる部分は多く、早期から両方を組み込む必要性が提唱されてきた。

WHOは2002年に新しい緩和ケアの定義を次のように発表した：緩和ケアは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対し、疾患の早期から痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな（霊的な、魂の）問題を評価・予防・対処することによりQOLを改善するためのアプローチである<sup>2)</sup>。1989年の定義と比べ、次の3点が変更されている：1) 「治癒しない」という条件が外れより幅広い疾患やステージに対応、2) 緩和ケアの対象を患者の家族にまで拡大、3) 医学的ケアではなくアプローチとし、チームアプローチの重要性を提唱している。

以上のことから、最近の緩和ケアの考え方は「がんの診断時からの積極的で全人的な症状緩和によって患者・家族を苦しみから解放し、QOLを改善するチームアプローチ」であると考えられる。したがって、チームアプローチは緩和ケア病棟などの施設においてのみではなく、病床を持つ・持たないに関わらず、抗がん治療を積極的に行うがん専門病院や一般病院、地域医療機関などでも提供されるべきであり、患者・家族を中心にPCTと院内外の関係者が広い意味でのチーム医療を実践することが期待されている。

## 2. PCTの歴史

PCTの歴史は古く、1975年には米国ニューヨークにあるセント・ルーク病院、1976年にはナイチンゲールの所属した英国のセント・トーマス病院にPCTが設置された。わが国では1990年代初期に千葉大学病

院や昭和大学病院に設置されたのが最初で、2002年に「緩和ケア診療加算」の算定が認められるようになったことからその数は増加し、2007年の日本緩和医療学会のPCT登録数は125施設となった<sup>3)</sup>。このうち基準を満たし加算が取れているのはわずか32施設であり、残りの83施設は加算の対象とはならない厳しい条件下で活動が続いている (資料1)。

### 資料1 緩和ケア診療加算に関する施設規準 (抜粋)

- (1) 以下の3名から構成される緩和ケアに係る専任チーム (以下緩和ケアチーム) を設置
  - ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師
  - イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師
  - ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師
- (2) (1)のア又はイのいずれかは緩和ケアチームに係る業務に関し専任で差し支えない。
- (3) (1)のアは悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する。
- (4) (1)のイは3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する。
- (5) (1)のウは5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事し、緩和ケア病棟等で研修を修了。
- (6) (1)のア及びイは、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではない。
- (7) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて主治医、看護師などが参加している。
- (8) 当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられている。
- (9) 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされている。

1990年代後半より欧米ではPCT活動のレビューが行われるようになった<sup>4)</sup>。1995年に発表されたPCTの効果に関する研究において1) 症状コントロール、2) 診断や進行についての理解の促進、3) 患者が適切な療養場所へ行くことへの寄与などの効果が示されたことはPCT活動の支持基盤となっている<sup>5)</sup>。

### 3. わが国のがん医療政策におけるPCTの役割

これまで政府が取り組んできたがん対策は、医療技術の向上など一定の成果を上げたが、一部の地域や施設での導入に留まっていた。そのため、都市部の施設にがん患者が集中したり、患者・家族が医療の地域格差に不公平感を抱く等の問題があった。

こうした現状を踏まえ、政府は2005年よりがん対

策の成果を全国に普及させることを目的としてがん医療水準の均てん化に関する検討を開始し、「がん診療連携拠点病院制度」を策定した<sup>6)</sup>。均てん化とは、患者がどこにいても、がん医療のどの時期にあっても必要に応じて適切ながん医療を受けられるようにすることである。2007年2月には全国286カ所のがん診療連携拠点病院（以下、がん拠点病院）が指定を受け、当院は県全体の均てん化の中心を担う都道府県がん拠点病院となった。二次医療圏の均てん化を担う地域がん拠点病院には新潟大学医歯学総合病院、新潟市民病院、長岡赤十字病院、長岡中央綜合病院、県立中央病院の5病院が指定された。各々は地域医療機関と連携を密にし、継ぎ目のない、患者にとって適切ながん医療を提供できる体制を整え、国や他のがん拠点病院と連携しながら国全体の均てん化を促進することを期待されている。

がん拠点病院の指定要件には緩和医療の提供体制についても明記されている<sup>7)</sup>。その最初の項目には「医師、看護師、医療心理に携わる者等を含めたチームによる緩和医療の提供体制を整備すること。ただし、当該提供体制には、一般病棟におけるチーム医療の一部として緩和医療を提供できる体制を含むこととする」と掲げられ、チーム医療が重視されている。その他、PCTのメンバーや診療体制に関して詳細に述べられており、政府が緩和医療提供に重点的に取り組んでいることが見て取れる（資料2）。

2007年4月より施行されたがん対策基本法においても、均てん化は基本理念の1つに取り上げられた（図1）。この法のなかで緩和ケア推進の法的根拠に

資料 2

がん診療連携拠点病院の指定要件より、緩和ケアチームに関する記載を抜粋

【緩和ケアチームの診療体制について】

- 業務時間内は、患者を主として診療する各科からの診療依頼に対応可能な体制を持った常設のチームで、依頼患者を実際に診療し、週1回のみ等の定期的な診療だけではなく、患者の病状に応じて適切な頻度で継続的に診療を行える体制を整備する必要がある。
- 緩和ケアチームのメンバーは業務時間内においては緩和ケア診療のための時間を十分に有し、診療依頼がない場合も緩和ケアに関するニーズが高い各病棟を訪問し、病棟スタッフに対して病棟・診療科ごとの患者特性に応じた緩和ケアについての教育等を行い、患者を診療する以外の時間も含めて継続的に活動している必要がある。
- 患者を診療した時には、診療録への記載を行わなければならない。

【緩和ケアチームの診療対象患者について】

- 院内の緩和ケアを必要とする患者全体であり、緩和ケア病棟の入院患者や特定の診療科で診療されている患者に限定される等、一部の患者にとどまるものであってはならない。
- ・緩和ケア病棟への転床を前提とした診療を中心とした活動は、本指針の主旨に反する。
- ・がん医療の早期から緩和ケアが必要な患者に対して、チームとして継続的に診療が可能な体制を整備しなければならない。

【緩和ケアチームの活動について】

- 緩和ケアに関する委員会や検討会のみで実際に患者を診療しないものは、緩和ケアチームとして認めない。

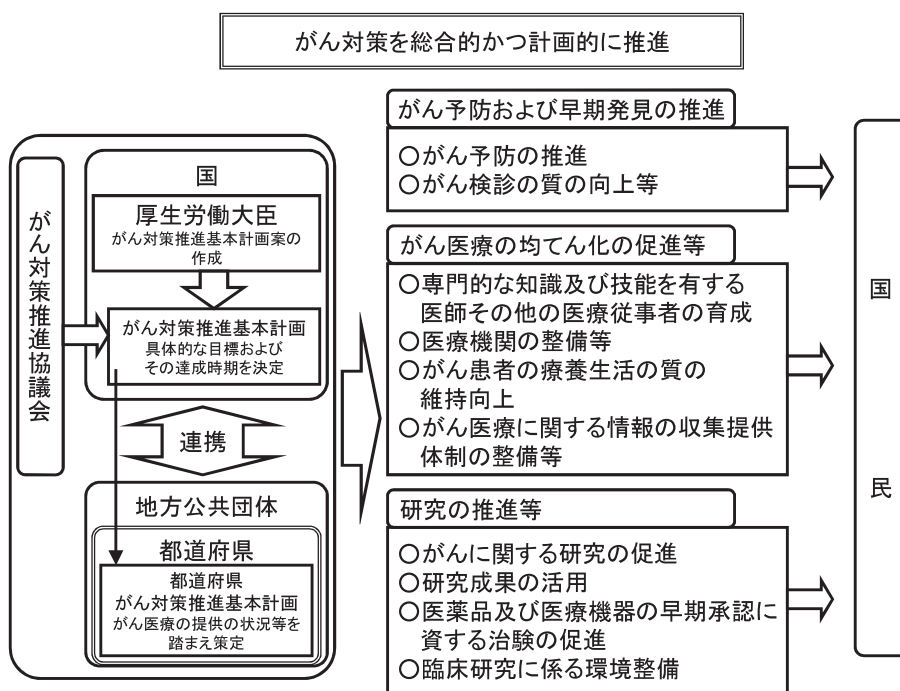


図1 がん対策基本法の模式図



あたる部分は「がん患者の療養生活の質の維持向上」である<sup>8)9)</sup>。第16条には「国および地方公共団体は、がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること、(中略)医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保すること、その他のがん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講じるものとする」と定められ、必要に応じて適切な緩和ケアが提供できる人材の育成、基盤の整備などが始まっている。

#### 4. わが国のPCT先駆者の活動の概要

わが国で先駆的にPCTを立ち上げ、活動している施設の活動概要を表1に示す。施設ごとの特徴はあるが、共通点が散見される。

まず、依頼時に主治医及び担当看護師の同意を得ていること、依頼が電子化されていること、依頼を

受けた時点でPCTが情報収集を行いコンサルテーションのみで対応可能か直接診療が必要かを判別していることなどは共通している。また、様々なツールを用いて主治医や担当看護師との情報の共有・連携を密にする、フォローアップ(以下、フォロー)体制を確立しているなど、効果的・効率的なチーム医療を実践している。緩和ケアを院内に普及・啓蒙するための教育やマニュアル整備、地域の医療機関との協働にも取り組み、患者を取り巻くがん医療のフィールドに緩和ケアが確実に組み込まれている印象を受ける。

#### 5. 当院PCT活動の現状

上記の先駆者は緩和ケア診療加算や緩和ケア入院施設の届出施設であり単純な比較はできないが、当院も習えるところは習い、PCT活動の改善に取り組んでいるところである。

表1 他院PCT活動の概要

	コアメンバー	活動内容	依頼からの流れ
A	緩和治療医 病院 認定看護師 専門看護師	○臨床活動 ・依頼患者、緩和ケア病棟 入院患者の診療 ・地域連携システム整備 ○サポート活動 ・screening(薬剤師、患者 自記式、電子カルテ) ・教育 ○outcome評価:STAS	・依頼は主治医から ・患者の全体像を把握し、患者・ 家族と会うか会わないか決定(9 割は会う) ・1次緩和ケア(推奨と monitoring) か2次緩和ケア(直接診療、 supervision)かを決定 ・要請により主科の外来や電話で follow
B	緩和医療医 病院 認定看護師 薬剤師	○院内 consultation(外来は on demand) ○教育 ○診療所、訪看ステーションとの 連絡会議 ○近隣PCUとのカンファ ○緩和医療データセット作成 (紹介、返信、情報共有、 評価:STAS) ○患者・家族用パンフ作成	・病棟で依頼をトリアージ ・consultation用紙を記入(緊急時 は電話) ・PCTがアセスメント、consultation か直接診療か決定 ・診療の場合はカンファ開催、患 者・家族へ計画を提示し同意を 得る ・consultationは同職種間で行う
C	緩和ケア医 病院 精神科医 認定看護師 専門看護師	○入院・外来 consultation ○依頼患者の診療、ラウン ド(入院、外来) ○教育 ○緩和ケアマニュアル整備 ○地域連携、調整 ○患者用の疼痛緩和パンフ 作成	・オーダーシステムで依頼 ・主治医、担当看護師、患者の同 意が必要 ・consultationか診療かPCTで検討 ・患者の診療とアセスメント ・依頼者とカンファ ・計画を患者に提示し同意を得る ・毎日ラウンド、定期的カンファ
D	緩和ケア医 病院 身体医(外科、 放射線科) 精神科医 心理療法士 理学療法士 薬剤師 栄養士、MSW 専門看護師 リエゾンNs	○依頼患者の直接ケア ○consultation ○教育 ○マニュアル作成 ○地域との合同カンファ、 合同回診 ○研究	・主治医が直接電子カルテで依頼 ・依頼内容に応じたメンバーが患 者の診察と情報収集 ・かかわりのレベル設定(必要に 応じ、調整) 1. アドバイスのみ 2. 患者と週1~2回コンタクト 3. 患者と継続的にコンタクト、 毎日回診 4. チーム主体で介入 5. 主治医として患者と関わる

資料 3-1

緩和ケア申込・実施計画書

診察希望  相談のみ

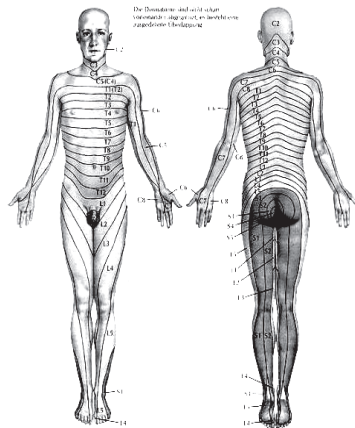
科 病棟 記載者名  
主治医 担当看護師  
カンファ開催についての説明  
本人  済  未 家族( )  済  未

現病歴	
初発症状：	
確定診断(部位)：	病理診断：
経過(治療方法、転移部などを合せて記載) (年月)	

治療目標 ① ②

現在の症状

- 疼痛：最近3日間の痛みの最大値 0 1 2 3 4 5
- 呼吸困難
- 胸水
- 腹水
- 悪心・嘔吐
- 食欲不振
- 嚥下困難
- 便秘・下痢
- 全身倦怠感
- リンパ浮腫
- 排尿障害
- 不安
- 抑うつ
- せん妄
- 睡眠障害
- 眠気
- イライラ
- その他 ( )



合併症

- 高血圧  糖尿病  喘息
  - 薬剤アレルギー
  - 肝機能障害  腎機能障害
  - 貧血  出血傾向  消化管潰瘍
  - その他(既往など)
- 経口摂取： 可  不可  
 内服可(錠剤・散剤・水薬)
- 食形態：  
 摂取量：
- カテーテル類
- フォーレ  レビン  胃ろう
  - イレウス管  PTCDチューブ
  - 胸腔ドレーン
  - CV (ポート  あり  なし)
  - その他：

現在の処方(用量・用法を明記)

オピオイド	鎮痛補助薬	緩下剤
[ ]	[ ]	[ ]
NSAIDs	制吐剤	その他
[ ]	[ ]	[ ]

昨年度までのPCTメンバーは麻酔科医1名，耳鼻咽喉科医1名，サポートケア委員の薬剤師1名と看護師12名(各病棟より1名，外来より2名)，院内緩和ケア認定看護師1名であり，月2回，年間20症例前後の緩和ケアカンファレンス(以下，カンファ)が主な活動であった。カンファ開催日が固定しており，タイムリーに依頼を受けられない，病状の変化の早い患者に対応できない，主治医のカンファ参加が全体の1～2割と少なく，主治医とのコミュニケー

ションがうまく取れないことなどが課題であった。今年度，変更した点は1) コアメンバーを決め，依頼者のニーズに応じて必要なメンバーを追加する，2) カンファは依頼に応じて設定する，3) 原則として主治医はカンファに参加する，4) 依頼窓口は病棟のサポートケア委員(リンクナース)もしくはPCTメンバーの誰でも可とする，5) 緩和ケア申込・計画書(資料3-1，3-2)の簡便化などである。



緩和ケア計画を記入，病棟へ戻す。

⑤PCTが適宜病棟を訪問して成果を確認し，必要に応じて再度カンファを設定する等のフォローを行う。

2) 活動の実際

今年度の活動状況を表 2～5 に示す。11月までの依頼件数は21件であり，決まった依頼科に固定する傾向が徐々に改善してきている。

表 2 依頼科別件数 (2007年 4-11月)

依頼科	件数
内科 (消化器)	4
(呼吸器)	2
(内分泌)	1
外科 (乳腺)	3
呼吸器外科	4
泌尿器科	2
婦人科	4
皮膚科	1
計	21

表 3 依頼内容 (複数)

依頼内容	件数
症状マネジメント (疼痛：骨転移部痛、神経障害性疼痛など)	9
(嘔気・嘔吐：薬剤性、消化管閉塞など)	5
(呼吸困難：終末期、肺気腫、胸水、心嚢水など)	4
(腹水)	3
(浮腫、リンパ浮腫)	4
(睡眠障害、せん妄)	4
(その他：便秘、眠気、食欲不振、倦怠感など)	7
小計	(36)
精神面のケア、スピリチュアルケア (不安、パニック、抑うつ、希死念慮など)	12
家族のケア (病状を受け入れられない、介護負担、予期悲嘆、幼い子どもへの説明方法など)	5
療養先の選択 (緩和ケア病棟、在宅、一般病院)	9
その他 (治療方針の決定)	1
計	63

依頼内容は症状マネジメントと精神的サポートが多く，ほとんどが複数の問題を抱えた対応困難な症例であった。疼痛や嘔気などのほか，リンパ浮腫や腹水，眠気など多岐にわたる症状のコントロールや，スピリチュアルペインへの対応が増加傾向にある。家族ケアでは，患者の病状の変化を受け入れられな

表 4 転 帰

転 帰	件数
軽快退院	4
死 亡	12
転 院 (緩和ケア病棟)	3
(緩和ケア以外)	1
フォロー中	1
計	21

表 5 フォローアップ期間

フォローアップ期間	件数
1 週間以内 (退院)	3
(死亡)	4
(再掲：カンファ前に死亡)	(2)
1～2 週間	4
2 週間以上	9
(再掲：1 ヶ月以上)	(6)
フォロー中	1
計	21

い家族への対応が主であった。療養先については患者の希望と現実が合致しない場合の相談が多く，できる限り患者の希望に沿う方法を検討し対応した。

転帰としては死亡が大半を占めており，フォロー期間が比較的短いケースが多いことから，依頼のタイミングが全体に遅れる傾向があると考えられる。

3) 活動の評価

特定のツールを用いない病棟からの報告や情報収集による評価のみであるが，患者の症状緩和やスタッフのジレンマの解決，家族の安心感等の成果をあげている。

6. 当院PCTの課題

全員が兼務であり時間的制約はやむを得ないが，改善可能な点について述べる。

1) 緩和ケアに関するツールの改善・開発

現在のように患者の選定基準が曖昧で，病棟スタッフ独自の判断で依頼するシステムは，症例数が増加しない原因の1つであると思われる。適切な時期にPCTが関わりを持てるようにするため，道案内をするツールの使用が有効であると考えられる。また，緩和ケア申込・計画書は以前と比べ簡便にはなったが，記載方法が難しい，フォローの記録ができない等の

改善点がある。加えてPCT独自のカルテがないためフォロー期間の記録が残らず、メンバー間の情報共有が難しい。PCT内のみではなく病棟スタッフとの情報共有やフォローの記録等が可能な方法を検討する必要がある。さらに、ツールを用いて定期的に評価することにより、確実にフォローができ、PCTに関わる利点の可視化が可能になると思われる。このような緩和ケアに関する一連のツールを用い、より利用しやすい体制を作るとはチーム医療の推進に寄与するものと考ええる。

## 2) 教育・啓蒙活動

急性期医療を担う病院での緩和ケアに違和感があるという医療者は未だ多いように思われる。患者や家族にとっても緩和ケアは終末期というイメージが根強く、PCTをうまく利用できない可能性がある。医療者や一般市民の緩和ケアに対する誤解を解き、正しい知識を提供することにより、適切な時期に緩和ケアが受けられるようにすることが課題である。学習会や検討会を通じて病棟スタッフの緩和ケアのレベルを高めたり、患者・家族のセルフケアを支援するパンフレットの作成など、教育にも努めたいと考えている。

また、PCTメンバー個々の緩和ケア実践能力を高め、より専門性の高い支援ができるよう研鑽を積み、病棟スタッフがPCTとチームを組みたいと思ってくれるよう、成長しなければならない。

## 3) 地域との連携基盤の構築

がん診療連携拠点病院制度において、政府は「緩和ケアチームによる緩和医療が、対象患者が退院した後も必要に応じて外来等において継続され得る体制を整備する」、「地域において、かかりつけ医を中心とした緩和医療の提供体制を整備する」とし、地域との連携にも重点を置いている。療養場所の拡大

や地域連携パス作成の流れのなか、緩和ケアの提供は院内にとどまらず、地域を巻き込んだ広い意味でのPCTを作る必要がある。そのため、地域医療機関との検討会や研修を通じて連携の基盤を築いていくことも課題である。

## おわりに

当院PCTは、課題は尽きないものの、ニーズに答えやすい体制を少しずつ整備しているところである。今後も院内各部署とよいチームが組めるように努力する必要がある。

## 参考文献

- 1) 日本ホスピス・緩和ケア協会：ホスピスケア・緩和ケアとは。[引用2007-11-24]. <http://www.hpcj.org/>
- 2) World Health Organization (WHO) : Palliative care. [引用2007-11-24]. <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>
- 3) Higginson I : Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic review. *Palliat Med.* 12(5) : 317-332.1998.
- 4) Ellershaw J E, et al : Assessing the effectiveness of a hospital palliative care team. *Palliat Med.* 9(2) : 145-152.1995.
- 5) 日本緩和医療学会：緩和ケアチーム登録。[引用2007-11-24]. <http://www.jspm.ne.jp/member/pct/index.html>
- 6) 厚生労働省：がん医療水準均てん化に関する検討会報告書。[引用2007-11-24]. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/dl/s0419-6b1.pdf>
- 7) 厚生労働省：がん診療連携拠点病院の整備について。[引用2007-11-24]. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html>
- 8) 厚生労働省：がん対策推進基本計画。[引用2007-11-24]. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>
- 9) 厚生労働省：がん対策基本法の概要。[引用2007-11-24]. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1c.pdf>