

## 緩和ケアチームの活動報告と今後の課題

Palliative care in Shinshyu University Hospital

～ Manual Report & Future Problem ～

緩和医療部 赤堀 由香里

### 研究の要旨

平成 18 年 4 月から 12 月までに、当院緩和ケアチームに依頼のあった症例を対象に調査し報告する。結果依頼科は多岐にわたっており、全 27 診療科のうち 15 診療科から依頼があった。このように様々な科を横断的に活動しているため、病棟や外来でのリンクナースとの連携が重要となる。依頼内容は疼痛が最も多く、次いで疼痛以外の身体症状、精神症状となった。転帰は退院・転院する患者が半数以上を占めており、地域や他病院との連携が必要となる。

キーワード：緩和ケアチーム、リンクナース、連携

### I. はじめに

近年がんに罹患している患者は増加傾向にあり、国民の死亡原因にしめるがんの割合が大きくなっている。このような国民の健康にとって重大な問題となっている現状をうけ、厚生労働省はがん患者に対し適切な医療が提供できるよう体制を整備することを決めた。その体制の中にがん医療に対する地域格差をなくし地域でがん医療の中心となる「がん診療連携拠点病院」の指定や、そこの緩和ケアチームの設置が含まれている。また緩和ケアにおいては「早期から適切に行われるようにする」と明記されており、従来の「緩和ケア＝終末期」ではなく初期がんを含むがん治療全段階における導入がもとめられることとなった。しかし長野県にはがん診療連携拠点病院はなく、当院でも全入院患者数延べ 228,411 名のうちがんによる入院患者数は延べ 82,974 名と、約 36%ががんによる入院患者が占めている現状にもかかわらず、緩和ケアが十分に提供できていない状況であった。そのため県内唯一の大学病院であり、多くのがん患者が治療する当院が都道府県のがん医療の中核を担うべく、平成 18 年 4 月に「都道府県がん診療連携拠点病院」の登録申請を行うこととなった。またそれに伴い院内に緩和ケアチームが発足され、位置付けとして「がん総合医療センター」内の「緩和医療部 — 緩和ケアチーム」として活動を開始した。また同年 6 月より緩和ケア診療加算（1 日につき 250 点）の算定が開始となり現在も活動している。チーム活動開始後 9 ヶ月が経過したため、今回その活動を報告する。

## II. 研究方法、倫理的配慮

平成18年4月から12月までに緩和ケアチームに依頼のあった全症例を対象とし、緩和ケアチームの記録から患者背景、依頼内容、依頼科、転帰等について調査した。調査に使用した緩和ケアチームの記録は、依頼を出す際に病棟から記入されてくる「緩和ケアチーム申込書」、依頼を受けてからチームメンバーが病棟で診察を行い初期計画を記入した「緩和ケア計画書」、日々の介入内容や患者の状態、コンサルト内容を記入した「緩和ケア実施記録」である。そして調査内容以外にもカンファレンス、回診、勉強会、緩和ケアチーム拡大会議等のチーム活動についても報告する。

倫理的配慮として、介入患者の個人が特定されるような表現は行わないこととする。

## III. 研究結果

平成18年4月から12月までの緩和ケアチームへの総依頼件数は75件であり、月によってばらつきはあったものの、コンスタントに依頼が出されていた。(図1) そのうち男性22件、女性52件であり、男女比(図2)では女性が70%を占めていた。

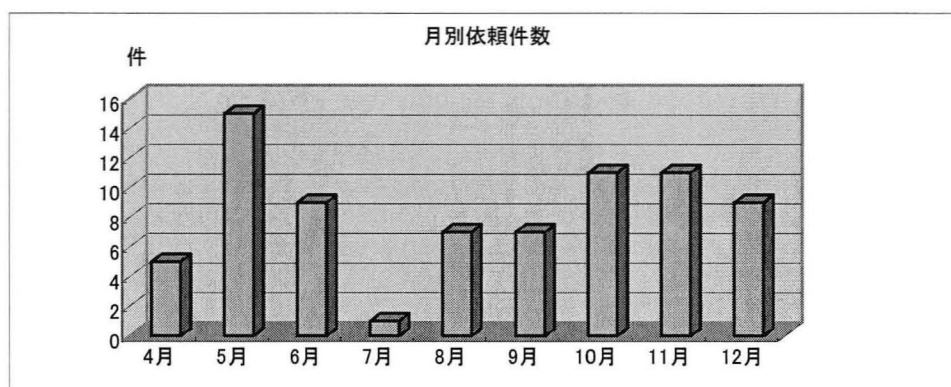


図1

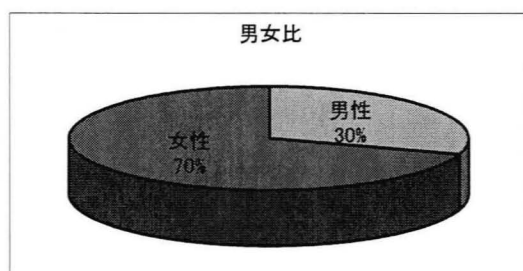


図2

介入患者の年齢(図3)は20歳代から80歳代と幅広い年齢層となっており、50歳代の患者が最も多く平均年齢は62歳であった。緩和ケアチームが介入を開始し介入終了となるまでの平均介入日数は32.6日であり、うち再入院し再度依頼が出されるケースが12%であった。緩和ケアチームの介入が終了となる場合は、患者が退院や転院、死亡などの転帰を迎える時がほとんどであったが、

調査期間中1名は経済的理由にて介入が中止となった。また介入患者を依頼科別(図4)でみると消化器外科9件、消化器内科4件、呼吸器外科2件、呼吸器内科5件、泌尿器科5件、耳鼻科2件、加齢総合診療科5件、歯科・口腔外科1件、産婦人科25件、脳外科7件、乳腺内分泌外科4件、皮膚科1件、形成外科1件、整形外科2件、神経内科1件であり、全27診療科のうち15診療科から依頼が出されていた。このうち産婦人科からの依頼が最も多く、全体の約30%を占めていた。そして依頼内容(図5)は疼痛が59%と最も多く、次いで呼吸困難感4%、嘔気・嘔吐5%、腹部膨満感4%、倦怠感4%、浮腫1%などの疼痛以外の身体症状、せん妄・不安17%などの精神症状と続いていた。また疼痛緩和のための看護技術の提供として、マッサージ1%と少数ではあったが直接的なケアの依頼もあった。そしてケアを必要とするのは患者だけでなく、家族ケア5%という依頼もあり面談などでの介入をおこなった。いずれの場合も単独の症状のみで依頼が出されることは少なく、複数の症状が重なった依頼が多かった。そして介入後の転帰(図6)は、自宅への退院50%、死亡退院35%、転院15%という結果であった。

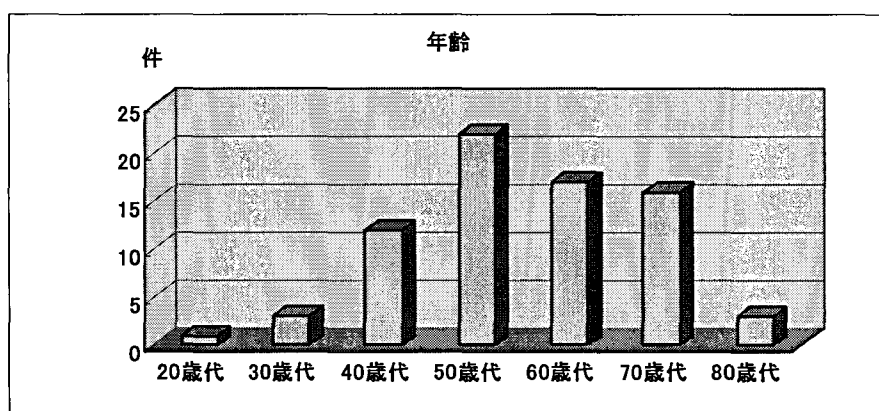


図3

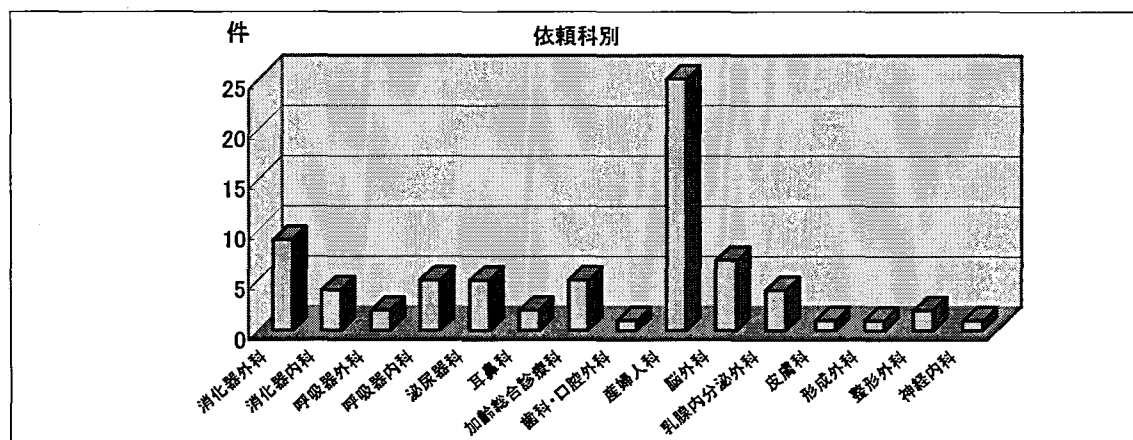


図4

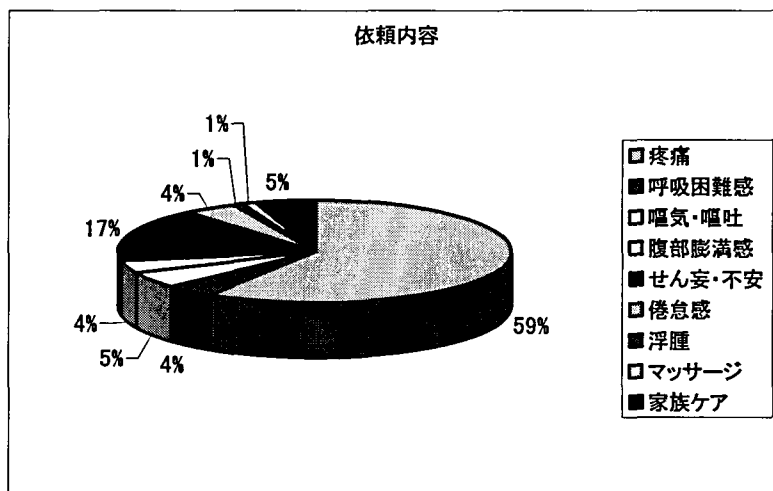


図5

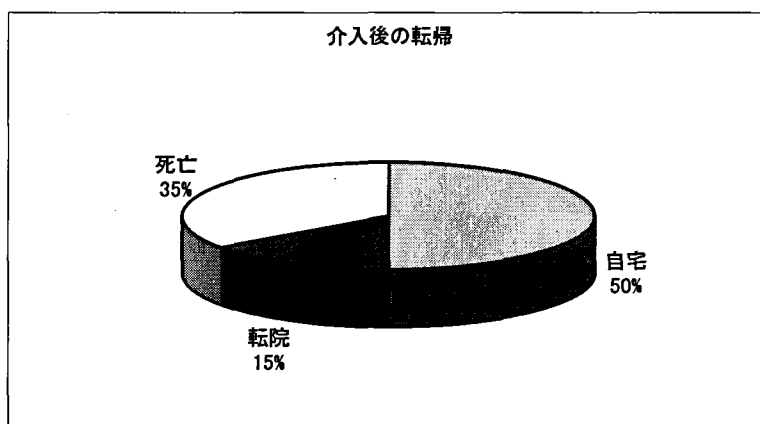


図6

チームの活動としては、週1回カンファレンス、チームメンバーによる週1回回診、月1回緩和ケアチーム主催勉強会の開催、2ヶ月に1回緩和ケアチーム拡大会議の開催を行なっている。週1回のカンファレンスでは毎週月曜日にチームメンバー（身体症状担当医・精神症状担当医・専従看護師・麻酔科医・薬剤師・病棟師長）が出席し、緩和ケアチームが現在介入している患者の症例検討をおこない、その内容を主治医や病棟看護師に提案するという形をとっている。このように緩和ケアチームと病棟間で情報交換や検討を行なう機会が多いため、各病棟と外来に一人リンクナースを設置し連携を図っている。そこで、2ヶ月に1回リンクナースと緩和ケアチームメンバーが集まり緩和ケアチーム拡大会議を開催し、活動報告や現在の問題点等について検討している。また月1回開催される緩和ケアチーム主催勉強会は、外部講師の講演やチームメンバーによる勉強会など形式は様々であるが、毎回約60名の出席者があった。そして勉強会終了後のアンケートでは約8割が満足したと回答しており、次回勉強会への要望も多く寄せられた。

#### IV. 考察

緩和ケアチーム発足後依頼件数は増加傾向にあり、依頼科についても多岐にわたっている。これはがん患者に対し身体的な痛みのみでなく、包括的なケアやサポートが必要であるといわれている現状の中、今までは十分なサポートシステムがなかったことが背景にあると考えられる。また緩和ケアチームは病棟の医師や看護師だけでなく、病棟外の医師、看護師、コメディカルスタッフが協力し患者・家族の全人的苦痛の緩和やQOLの向上を目指すことができるため、患者のみならず医療者間でも緩和ケアや緩和ケアチームの必要性を感じていたのではないかと考えられる。そのため、当院に緩和ケアチームが発足したことで緩和ケアに対する関心が高まり緩和ケアチームの認知度が上がったことが、様々な科からの依頼につながったと考えられる。今後がん罹患する患者は増加することが予測されており、厚生労働省もがん対策に積極的に取り組んでいることから、緩和ケアに対する関心は更に高まっていくことが期待される。そのため、実際に病棟の患者・家族また医療者がどのようなことを緩和ケアチームに期待しているのかというニーズを把握するためにも、各病棟・外来に設置したリンクナースとの協力が重要になってくると考えられる。緩和ケアチームカンファレンス等で検討する内容と、病棟での希望や方針が異なっている患者にとって有効なサポートが受けられないことにつながるため、病棟とチーム間の連携を密にしていく必要があると考えられる。月2回の緩和ケアチーム拡大会議を利用しリンクナースとの情報交換や勉強会の機会を設け、更に連携強化を図っていくことが課題として考えられる。

また依頼内容では身体症状についての依頼が最も多く、特に身体的な痛みを訴える患者は半数以上にのぼった。身体的な痛みはがん患者の8~9割が感じていると言われ、緩和ケアにおいてもまずは疼痛コントロールが必要かつ重要であると考えられている。しかし当院ではWHOラダーをはじめとし、疼痛コントロールについての知識が十分に浸透していない現状がある。そのためリンクナースと協力し各病棟内での知識向上や、緩和ケアチーム主催の勉強会での院内全体の知識向上を図っていくことが今後必要になってくると考えられる。また依頼内容を見ると一つの症状で依頼が出される患者は少なく、複数の症状を訴える場合がほとんどであった。これはがん患者の特徴でもあり、精神面を含めた様々な要因が苦痛として現れていることが考えられ、全人的側面からのサポートが必要となる。これに対しては薬物療法だけでなく、疼痛緩和の看護技術の提供や訴えの傾聴等が必要と考えられ、私達看護師の介入が重要となるのではないだろうか。がん患者は様々な苦痛を抱えており、時には一人で抱えきれないこともあるだろう。そのような時にただ側に誰かがいるだけで安心できることがあるのではないかと考えられ、私達看護師は患者の苦痛に耳を傾け、その人のそばに寄り添うことが重要であると考えられる。このような体験は今後緩和ケアを広めていくために

重要であると考えられるが、言葉ではなかなか伝わっていかないことが予測できる。そのため、患者にとってより良いケアの提供・全人的なケアの提供のためにも、更にカンファレンスの機会を作りそれぞれの看護について検討していく必要があると考えられる。

そして患者の転帰を考えると在宅療養や転院が半数以上となっており、入院患者以外のフォロー体制の検討が必要となってくるのではないかと。現在は在宅福祉支援センターと情報交換をしながら活動しているが、まだ十分なシステムは構築されていない。退院後も患者が安心して療養できるように他病院や地域在宅医との連携も今後検討していく必要があると考えられる。

## V. 結論

現在の緩和ケアチームの活動を継続していくとともに、今後の課題として病棟やリンクナースとの連携、他病院との連携の強化をすすめていく。

## 参考文献

- 飯野京子：がん看護学—ベッドサイドから在宅ケアまで—（第1版），P2, P103, P122, 三輪書店, 2004  
野島良子：心とからだの調和を生むケア（第1版），P128～P129, へるす出版, 2002  
大場正己：新しいがん看護（第1版），P333～P351, プレーン出版, 1999  
下山直人：TECHNICAL TERM—緩和医療—（第1版），P46～P47, 先端医学社, 2002