

滋賀医科大学医学部附属病院における

緩和ケアチームの編成と取り組み

醍醐 弥太郎¹⁾²⁾, 高野 淳¹⁾²⁾, 服部 聖子¹⁾
千葉 幹夫¹⁾³⁾, 森田 幸代¹⁾⁴⁾, 遠藤 善裕¹⁾⁵⁾, 柏木 厚典⁶⁾

- 1) 滋賀医科大学医学部附属病院 緩和ケアチーム
- 2) 滋賀医科大学 臨床腫瘍学講座・腫瘍内科・腫瘍センター
- 3) 滋賀医科大学 薬剤部
- 4) 滋賀医科大学 精神科
- 5) 滋賀医科大学 臨床看護学講座
- 6) 滋賀医科大学医学部附属病院

Activity of Palliative Care Team in Shiga University of Medical Science Hospital

Yataro Daigo¹⁾²⁾, Atsushi Takano¹⁾²⁾, Seiko Hattori²⁾
Mikio Chiba²⁾, Yukiyo Morita²⁾⁴⁾, Yoshihiro Endo²⁾⁵⁾, Atsunori Kashiwagi⁶⁾

- 1) Department of Medical Oncology and Cancer Center, Shiga University of Medical Science
- 2) Palliative Care Team, Shiga University of Medical Science Hospital
- 3) Pharmaceutical Department, Shiga University of Medical Science Hospital
- 4) Department of Psychiatry, Shiga University of Medical Science
- 5) Department of Clinical Nursing, Shiga University of Medical Science
- 6) Shiga University of Medical Science Hospital

Abstract

In Shiga University of Medical Science Hospital, a new palliative care team was organized in April of 2010. This team plays various roles in medical treatment and a care of cancer patients. This manuscript describes and discusses the organization and current activity of a palliative care team in Shiga University of Medical Science Hospital.

Keyword Palliative care

はじめに

2007年から施行されているがん対策基本法とそれに基づくがん対策推進計画において、「がん患者・家族の療養生活における苦痛を軽減すること」、すなわち緩和医療の推進が重点項目として掲げられた。その結果、全国約375のがん診療連携拠点病院では、緩和ケアチームを設置してがん患者・家族の視点を考慮した専門的な緩和ケアを提供するとともに、すべてのがん診療に携わる医師に基本的な緩和ケアに関する教育を行うこととなった。滋賀医科大学医学部附属病院は2010年4月に地域がん診療連携拠点病院の指定を受けたことに伴い、がん対策推進計画を遂行して緩和ケア加算のとれる体制の緩和ケアチームを再編成して実働している（加算は8月から開始）。

そこで2010年4月からこれまでに緩和ケアチームが新規に介入した106症例について概観し、大学病院における緩和ケアの利点、問題点、今後を考察した。

新たな緩和ケアチームの編成と活動状況

緩和ケア加算の可能な体制の緩和ケアチームは、2010年4月からスタートし、8月に加算の承認を得たが、これ以降、これまで緩和ケアチームに依頼のなかった診療科や院内部署においても緩和ケアチームの活動内容が徐々に認知されるようになってきた。当院の緩和ケアチームは緩和ケア病棟を持たないため、チームの活動は、がんの診療科に入院中の患者への緩和ケア支援が主である。

2010年1月時点現在の構成メンバーは表1に示した通りである。腫瘍内科医師4名（緩和専従1名）、精神科1名、麻酔科2名、消化器外科2名、呼吸器内科2名、薬剤師2名、看護師2名、ソーシャルワーカー1名である。このうち、腫瘍内科医師1名、精神科医師1名、薬剤師1名、看護師1名がコアメンバーである。

腫瘍内科医師	4名
精神科医師	1名
麻酔科医師	2名
消化器外科医師	2名
呼吸器内科医師	2名
薬剤師	2名
看護師	2名
ソーシャルワーカー	1名

（表1）緩和ケアチームの構成（2011年1月）

外来診療は行っておらず、入院患者の緩和ケア面でのコンサルトと回診等を通じたチームとしての介入を行っている。まず、主治医、患者本人、家族、看護師などから入院中の患者に対する緩和ケアチームの介入

依頼をうけ、カルテ、診療科・病棟スタッフからの基礎情報を確認後、主治医からの正式の依頼オーダーと患者の同意を得ることで、緩和ケアチームの本格的な診療が開始する。その後、回診、より詳細なカルテチェックを行い、緩和ケアチーム実施計画書に情報を記入する。緩和ケアチームの医師（専従、専任）、看護師、薬剤師の毎日の患者の病状に応じた回診と週2～3回の病棟回診、毎週1回のチームカンファレンスにおいて、患者の抱える問題点を評価して、チーム員の情報を共有し、チームとしての緩和ケアの面からのアプローチを決定する。それを踏まえて主治医や診療科・病棟スタッフと密接な意見交換を随時行うことで、時間をかけて、各患者や家族の抱える「つらさ」のみならず医療スタッフが抱える困難に適切に対応したきめ細やかで迅速な介入を心がけている。また、退院・転院を含めた療養場所（施設、在宅等）の選択をソーシャルワーカーによりサポートする場合もある。外部での活動を含めた緩和ケアチームの活動内容については、表2に示す。

病棟からのコンサルテーションに対応
主治医による病状説明・治療の選択時などの説明に同席
退院・転院が円滑に行えるよう支援
コアメンバーによる病棟の廻診
薬の処方や緩和ケアに関する助言
週一回の緩和ケアチームカンファレンス
市民公開講座
院内緩和ケア講演会、滋賀県緩和ケア研修会の開催
がんプロフェッショナルプランでの教育

（表2）緩和ケアチームの活動

実際の活動状況としては、表3に示す通り、月に6-17人程度の新規の依頼があり、月に平均18.7人介入を行っている。緩和加算がとれた8月以降は、患者の数に大きな変化はなかったが、介入の回数が著明に増加した。

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
新規患者(人)	17	6	8	11	13	13	14	16	8
介入患者(人)	23	12	11	19	16	18	27	24	18
介入延べ回数	45	28	27	50	73	131	180	157	162

（表3）緩和ケアチーム 新規患者数と月別介入患者数

図1、表4に示すように依頼内容としては、疼痛を含めた身体症状マネジメントが半分を占めていた。疼痛に対しては、鎮痛剤使用の知識や方法が担当医ごとに異なり、十分な鎮痛、副作用対策が行えていなかった症例が多かった。緩和ケアチームが介入し、オピオイドローテーション、鎮痛補助薬などを加えること

で、疼痛コントロールが行えていなかった症例の大部分で良好な除痛が可能となった。

次に精神サポートが約 25%と多かった。ただ、身体症状が原因となり、不眠・うつ病などの精神症状を併発することも多く、依頼患者の約半数に精神症状が認められ、それらへの対応が十分にできていなかった点も留意すべきである。身体症状の改善、心理的サポートを専任精神科医とともにを行い、一部の患者では改善を認めることもできた。その他には、療養場所の調整、家族ケア、療養場所の調整が主な依頼である。告知に関して、治療経過や予後などの情報の伝え方などで病棟・診療科間の統一が図られていなかったため、医師・看護師と患者・家族の関係がうまくいっておらず、家族へのケアを求められる症例が多かった。一部では緩和ケアチームが介入することで、主治医では対処が困難であった患者・家族の精神的苦痛や家庭内問題に対処して、治療計画を予定通り実施できるようになった。

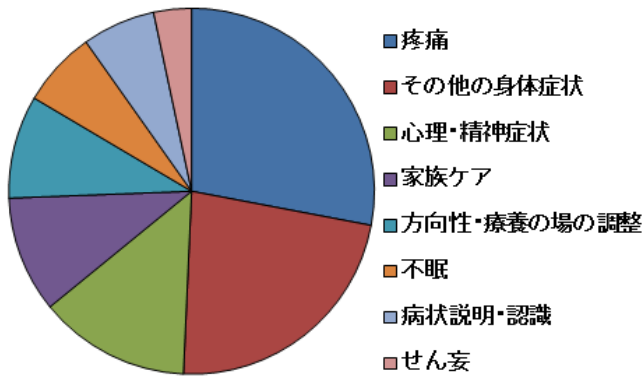
療養場所の調整としては、ソーシャルワーカーが他院、地域連携室などと連絡をとり、できる限り患者の望む形で転院・退院を行った。このように、地域連携パス等を活用し、在宅ケア、緩和ケア病棟を持つ他院への移行が円滑に行えるようになってきた。

診療科によっては偏りがあった。表 6 に静岡がんセンターにおける緩和ケアチームへの診療科別依頼状況を示す (1)。静岡がんセンターは、がん患者だけが集まり、滋賀医科大学病院と一概に比較はできないが、内科患者が外科患者よりも多くみられた。

滋賀医科大学病院
2010年4月-12月

内科系	人数
呼吸器内科	6
消化器内科	21
血液内科	6
小児科	2
放射線科	2
外科系	
消化器外科	14
呼吸器外科	6
乳腺外科	0
婦人科	22
泌尿器科	0
整形外科	1
耳鼻咽喉科	13
口腔外科	1
皮膚科	3
脳神経外科	9
計	106

(表 5) 2010 年 4 月-9 月滋賀医科大学医学部附属病院 緩和ケアチーム 診療科別依頼件数



(図 1) 2010 年 4 月-12 月 依頼内容の内訳

依頼内容	件数
疼痛	117
その他の身体症状	95
心理・精神症状	56
家族ケア	43
方向性・療養の場の調整	38
不眠	28
病状説明・認識	27
せん妄	14

(表 4) 2010 年 4 月-12 月コンサルテーションの内訳
診療科別の依頼については、表 5 に示す通りである。

静岡県立静岡がんセンター
2006年

内科系	
呼吸器内科	137
消化器内科	168
血液内科	13
小児科	0
放射線科	27
外科系	
消化器外科	52
呼吸器外科	6
乳腺外科	38
婦人科	75
泌尿器科	37
整形外科	24
耳鼻咽喉科	36
口腔外科	
皮膚科	23
脳神経外科	23
計	659

(表 6) 2006 年度静岡がんセンター緩和ケアチーム
診療科別依頼件数 (文献 1)

考察

2010 年 4 月から新しいチームとしての活動を開始した。

医師ならびに医療従事者向けの滋賀県緩和ケア研修会、学内研修会、医学科学生の講義、市民講座、パンフレットの作成など、緩和ケアチームに関する情報をできる限り提供してきた。この間の変化として、丁寧にケアを行い、少ない症例ではあるが患者・家族、主治医、病棟スタッフから紹介してよかったと思われる事例を経験できたことと、加算が可能な診療体制にしたことに伴い、院内での診療行為としての認知度が高まり、診療科からの依頼件数が徐々に増加したことがあげられる。

診療面での課題としては、チームに依頼を出す診療科に偏りがあること、緩和ケアチームのマンパワー不足、チームコンサルテーション介入への評価基準が十分に示せていないこと、緩和ケア＝看取りであるとの誤解（緩和ケアそのものへの医師、患者の認識不足）、などがある（2）。これらの課題に対しては、引き続き緩和ケアに関するチームとしての情報発信を続け、患者・家族と多職種スタッフへの啓蒙を行うとともに、丁寧な患者サポートを行って診療科・病棟スタッフの信頼を得ていくのが一法である（3）が、各科・病棟の緩和ケア面でのニーズの早急な評価と人的配置のあり方を病院の体制として検討することが必要と考えている。

教育面では、学部学生に対する卒前教育の標準化に加えて、がんプロフェッショナル養成プランと連携した大学院生への教育参加を考慮する時期に来ている。また多職種からなる緩和ケアチームの特性を生かして、職種別の教育プログラムの起案も必要である。

大学の使命である先進的なアイデアの探索的・実証的検証の推進とその一般診療への導入については、質の高い臨床研究や多職種チームによる学際的な共同研究の実施とその成果の学術的発信が求められるが、日々の緩和ケア業務とチームカンファレンスを丁寧に実施していく中から生まれてくる疑問点に着目した研究も心がけている。また、緩和ケアチーム活動が軌道に乗ってきた時点で、PDCA サイクル（Plan（計画）～Do（実行）～Check（評価）～Act（改善） cycle）による継続的なチーム活動業務の再評価と円滑化を進めることも必要と考えている。診療支援的側面のあるチーム医療では、各職種、介入内容別の詳細な定量的業務データを集積することは現存する記録だけでは困難であるが、緩和ケアチームの職種別、介入内容別の関与等と効果の定量化による評価分析は前向き研究デザインとして今後の検討課題である。

滋賀医科大学は、滋賀県唯一の医学部を持つ大学として、緩和ケアにおいても教育、地域連携、県内医療の均てん化の中核を担う責務があるが、1996 年以来、

附属病院に緩和ケアチームを有しており、がん対策推進計画開始後も比較的速やかに組織面での対応がなされてきた。今後は、腫瘍センターが果たす役割はさらに大きくなると考えられ、担当する多くのがん医療業務に対応できる人材整備・育成と院内連携体制の整備は必須となろう。

謝辞

緩和ケアチームの編成と運営に多大なご理解とご支援を頂いた、馬場忠雄学長ならびに関係診療科・病院部門の皆様にご心から感謝申し上げます。

文献

- (1) 森田達也、木澤義之、戸谷美紀. 緩和ケアチームの立ち上げ方・進め方. 青海社, 87-88, 2008.
- (2) 池永昌之. ホスピス医に聞く一般病棟だからこそ始める緩和ケア. メディカ出版, 15-16, 2009
- (3) 加賀谷 肇. がん疼痛緩和ケア Q&A じほう, 191-193, 2010.