

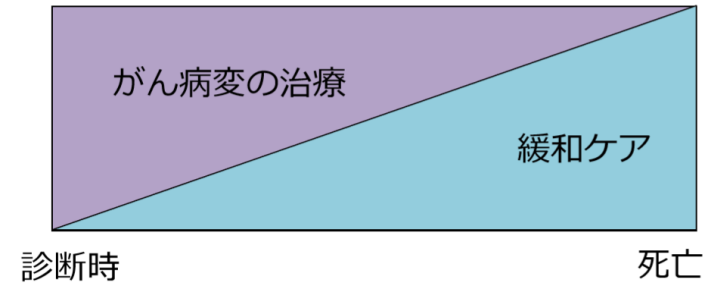
2019年度第1回院内緩和医療勉強会  
東北次世代がんプロ養成プラン共催

# 当院の緩和医療と アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning : ACP)

東北大学病院 緩和医療科

佐藤麻美子

# 「緩和ケア」の役割



WHOの緩和ケアの定義(2002年)

『**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**に対して、

**痛み**やその他の**身体的問題**、**心理社会的問題**、**スピリチュアルな問題** を**早期に発見し**、

**的確なアセスメントと対処**を行うことによって、**苦しみを予防し、和らげる**ことで、

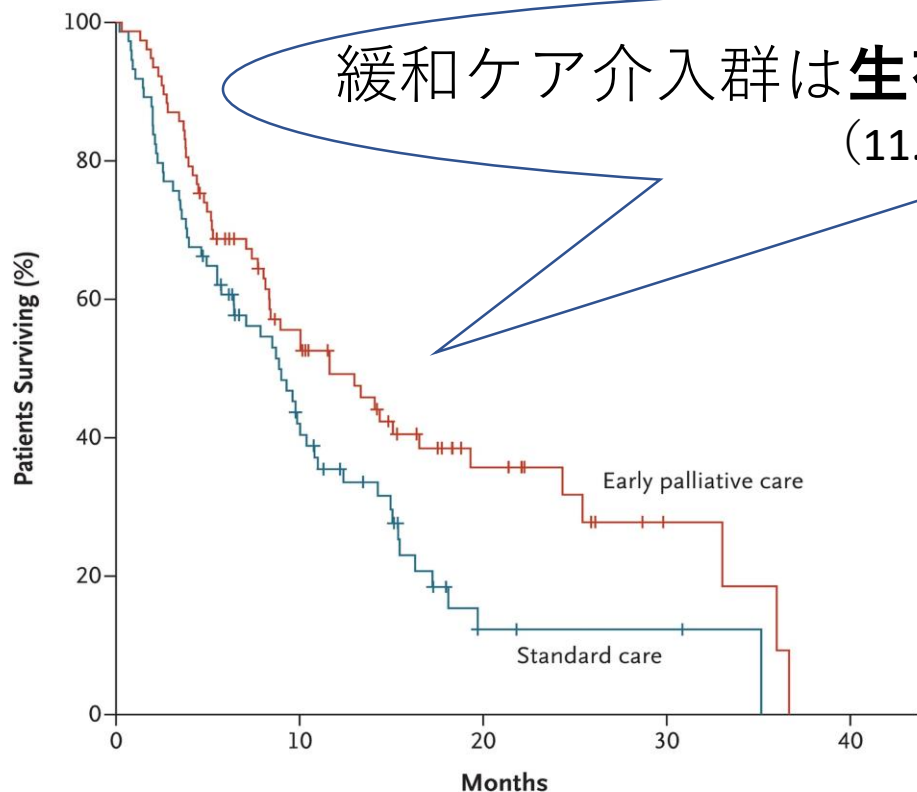
**クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチ**』

# 早期からの緩和ケア

Temel S, et al. N Engl J Med 2010.

手術適応のない非小細胞肺癌で

標準治療に加え早期に緩和ケア介入⇒QOL向上／抑うつ<sup>の減少</sup>



緩和ケア介入群は**生存期間が有意に延長**していた  
(11.6カ月vs 8.9カ月, P=0.02)

実施された専門的緩和ケア  
症状コントロール

介入早期：

患者・家族との関係構築  
疾患の正しい理解の支援  
コーピング

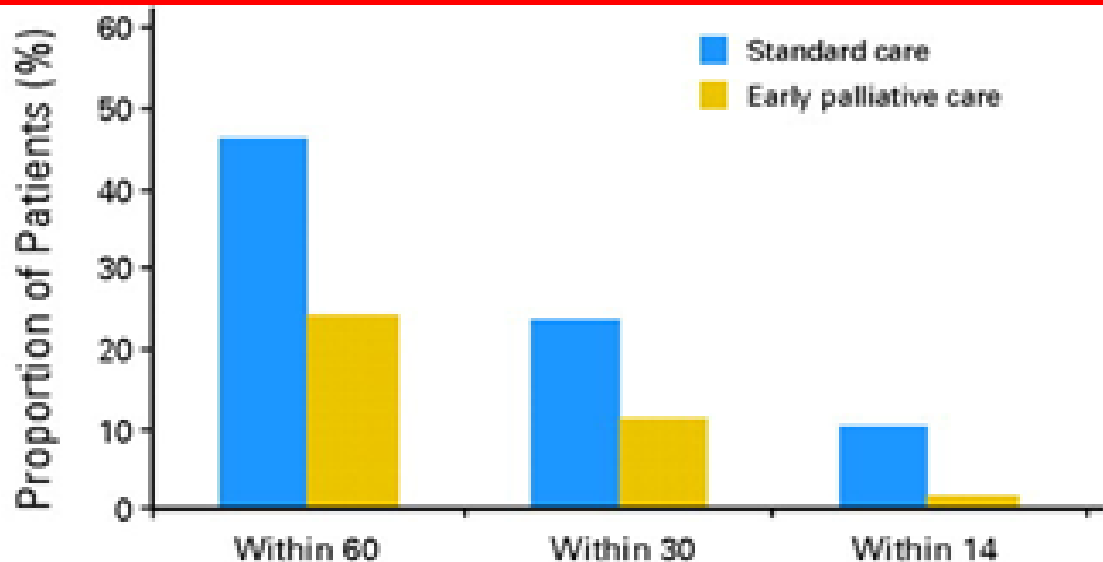
介入後期：

終末期に向けた話し合い  
意思決定支援

# 早期からの緩和ケア

Greer, et al. J Clin Oncol. 2012.

Temel試験での死亡前2か月間の  
抗がん剤(注射剤)実施率



正しい疾患の理解  
治療選択の支援



終末期の  
積極的治療の減少



生存期間は  
むしろ延長した

# 早期からの緩和ケア いつから？

Hui D, et al. Lancet Oncol. 2016.

## 専門的緩和ケア導入のタイミングに関するクライテリア

60名の緩和ケア医・腫瘍内科医による**国際的コンセンサス**

### Time-based criteria

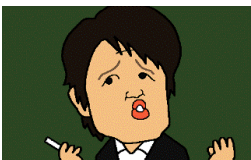
- ・ **生存中央値1年未満**の疾患で  
**がん診断後3か月以内**
- ・ **がん薬物療法2次治療が  
奏功しないと診断**

### Need-based criteria

- ・ 重度の身体症状(NRS 7-10)
- ・ 重度の精神症状(NRS 7-10)
- ・ 死期を早めてほしいという希望
- ・ スピリチュアルな問題
- ・ 意思決定支援／ACPが必要な時
- ・ 患者の希望
- ・ せん妄
- ・ 中枢神経転移
- ・ 脊髄圧迫症状

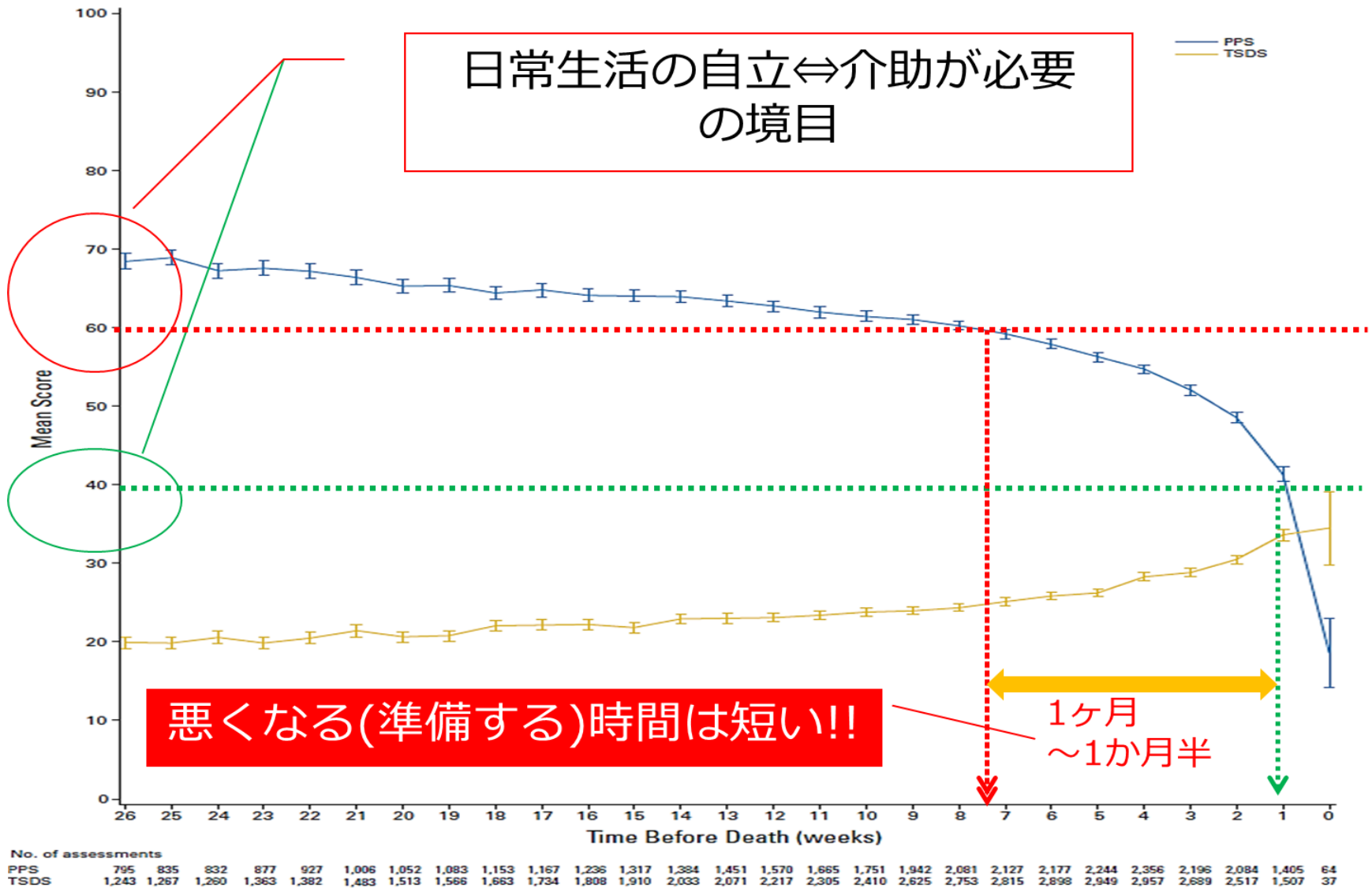
※同意率の高い順

具体的なニーズがなくても、  
この時期には導入の検討を！



# 早期からの緩和ケア

田上先生スライドより



Seow H, et al. J Clin Oncol. 2011.

# 早期からの緩和ケア

ASCOガイドラインで「がん治療との統合」を推奨

VOLUME 35 · NUMBER 1 · JANUARY 1, 2017

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ASCO SPECIAL ARTICLE

## Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update

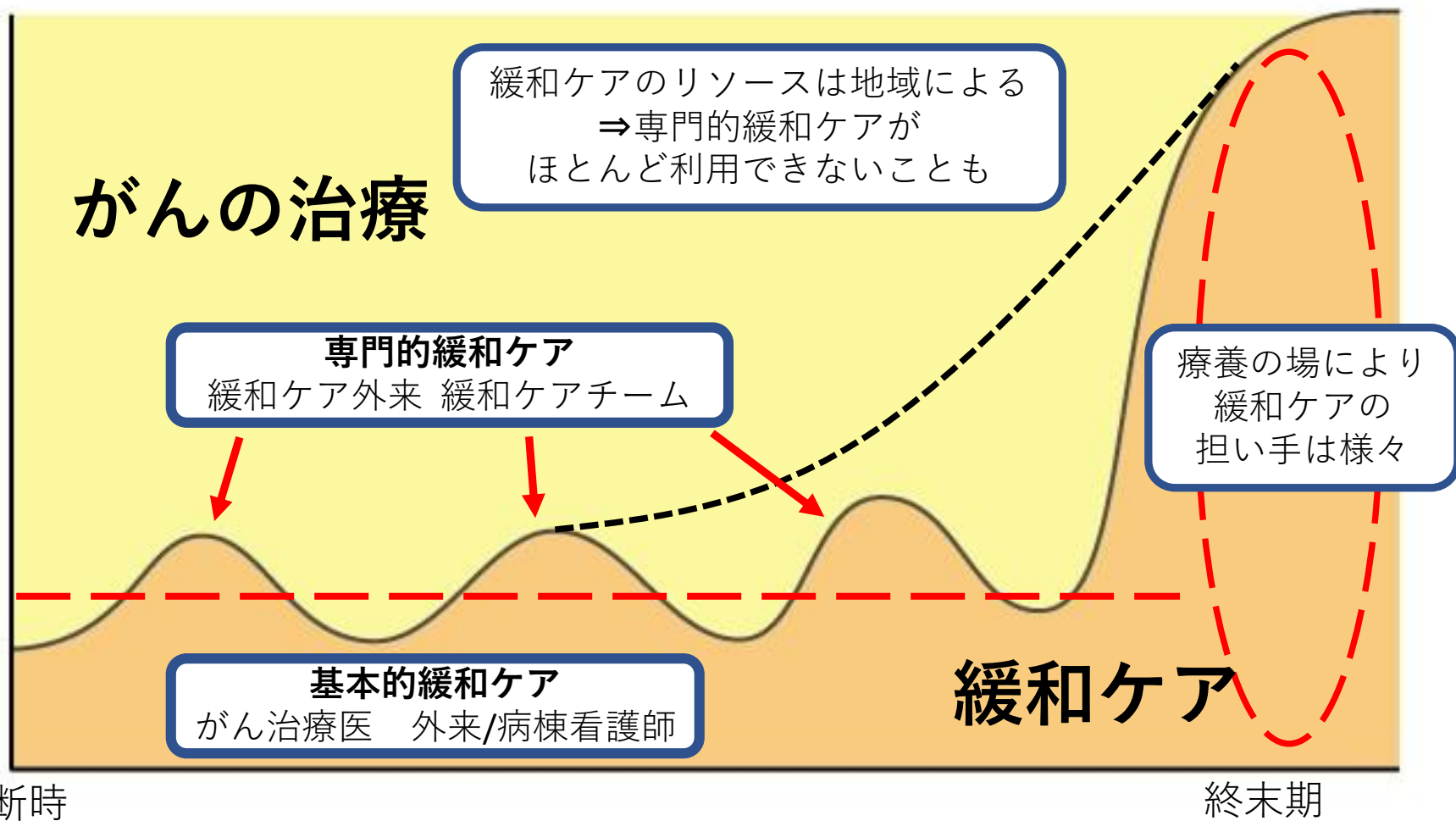
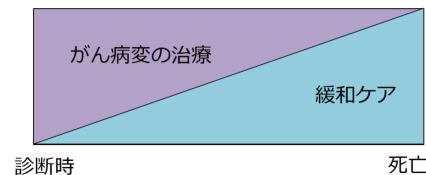
*Betty R. Ferrell, Jennifer S. Temel, Sarah Temin, Erin R. Alesi, Tracy A. Balboni, Ethan M. Basch, Janice I. Finn, Judith A. Paice, Jeffrey M. Peppercorn, Tanyanika Phillips, Ellen L. Stovall,† Camilla Zimmermann, and Thomas J. Smith*

下記を緩和ケアの中で実践すべきとしている

- 患者および家族とのラポール形成
- 症状や身体機能のマネジメント
- 病状理解の確認と教育をすること
- 治療目標を明確にすること
- コーピングを支援しアセスメントすること
- 医学的な意思決定を支援すること
- 他のケア提供者との連携を行うこと

# 診断時からの緩和ケア だれがおこなう？

がん対策推進基本計画(2012)で重点課題とされ、緩和ケア研修会(PEACE)が行われている。





# 東北大学病院 緩和ケアセンター

緩和ケアセンター



緩和ケア外来



緩和ケアチーム



緩和ケア病棟

# 当院の緩和ケア提供体制

がん、非がん関わらず、  
治療中から継続支援

- 症状緩和
- 意思決定支援、ACP
- がん看護外来
- 在宅療養調整など

緩和ケア  
外来

がん看護  
外来

緩和ケア  
リンクナース

緩和ケア  
チーム

緩和ケア  
病棟

- がんによる難治症状の緩和
- 在宅療養への移行支援
- がん患者で在宅看取りが難しい方への終末期ケア

- 一般病棟入院中の患者や、治療科・病棟への支援 (がん、非がん関わらず)
- 症状緩和
- 意思決定支援

# がん看護外来



がん看護外来では、がん患者さんやご家族の、苦痛や療養上の不安に対して一緒に考え安心して治療や生活を送ることが出来るように、専門の看護師がサポートさせていただいています。



**対象となる方** ~がん患者さんとそのご家族~



病気や治療の説明を聞いたが、もう少し詳しく聞きたい

病気による痛み等の症状や、治療の副作用を緩和してほしい

どんな治療を選択したら良いかわからない

痛み等の辛い症状で困っている

治療をしながらどのように生活していけばよいのか

再発と言われ、どうしたらよいかわからない

今後の療養の場には、どのような選択肢があるの？

本人に病気のことをどのように伝えたらよいかなど

## 診療曜日・時間・場所

月～金曜日 9:00～16:00 [予約制]

腫瘍内科外来診察室 (混雑状況で別室になる場合があります) ※相談内容についての秘密は厳守いたします

## 自己負担額

状況に応じて、がん患者指導管理料の負担が発生します。

(詳細は、担当看護師にご確認ください。)

担当看護師 緩和ケア認定看護師

がん性疼痛看護認定看護師

乳がん看護認定看護師

中條 庸子

武田 真恵

金澤 麻衣子

連絡先

緩和ケアセンター 022-717-7768 (PHS4232)

現在：乳腺外科、腫瘍内科、呼吸器内科、婦人科を中心に介入  
⇒ニーズがあれば科の制限なく介入いたします！

主治医の診察に専門看護師が同席し、その後のフォローをする 場合や

専門看護師のみで患者さんのお話をお聞きする(面接)場合もあります

## がん患者指導管理料1

医師と看護師が共同して治療方針等を話し合い、その内容を文書で提供した場合  
患者1人に1回のみ可能 (500点)

## がん患者指導管理料2

医師または看護師が心理不安軽減等の面接を行った場合  
患者1人に6回まで (200点)

# 当院の緩和ケア提供体制

がん、非がん関わらず、  
治療中から継続支援

- 症状緩和
- 意思決定支援、ACP
- がん看護外来
- 在宅療養調整など

緩和ケア  
外来

がん看護  
外来

緩和ケア  
リンクナース

緩和ケア  
チーム

- がんによる難治症状の緩和
- 在宅療養への移行支援
- がん患者で在宅看取りが難しい方への終末期ケア

緩和ケア  
病棟

- 一般病棟入院中の患者や、  
治療科・病棟への支援  
(がん、非がん関わらず)
- 症状緩和
- 意思決定支援

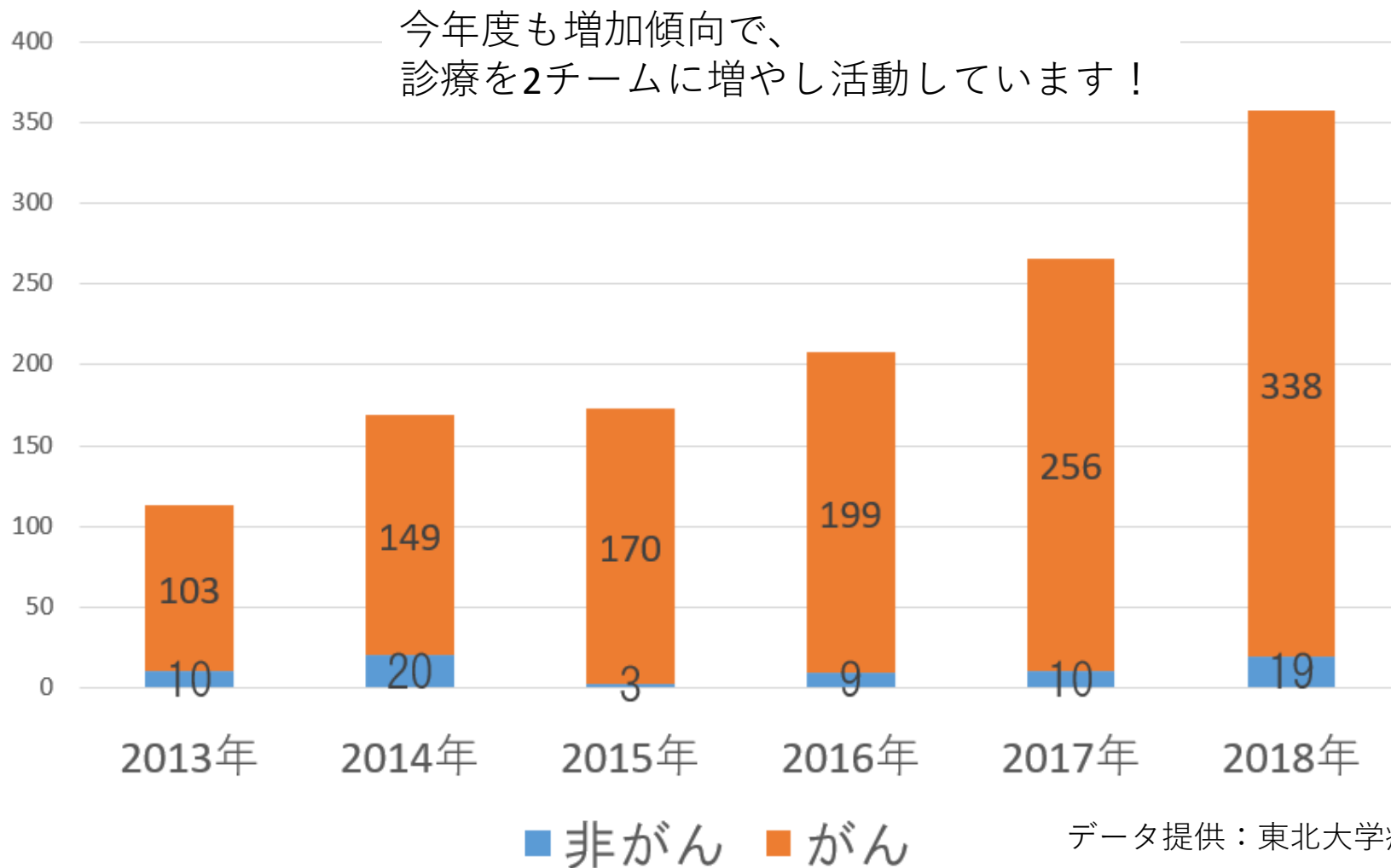
# 緩和ケアチーム

医師・看護師・薬剤師・栄養士  
MSW・リハビリテーションの  
多職種で構成されたチームです！



食事・栄養のサポートとリハビリで、治療中の患者さんはもちろん  
治療選択がなくなった患者さんも元気になっていきます！！

# 緩和ケアチーム 年間の依頼件数

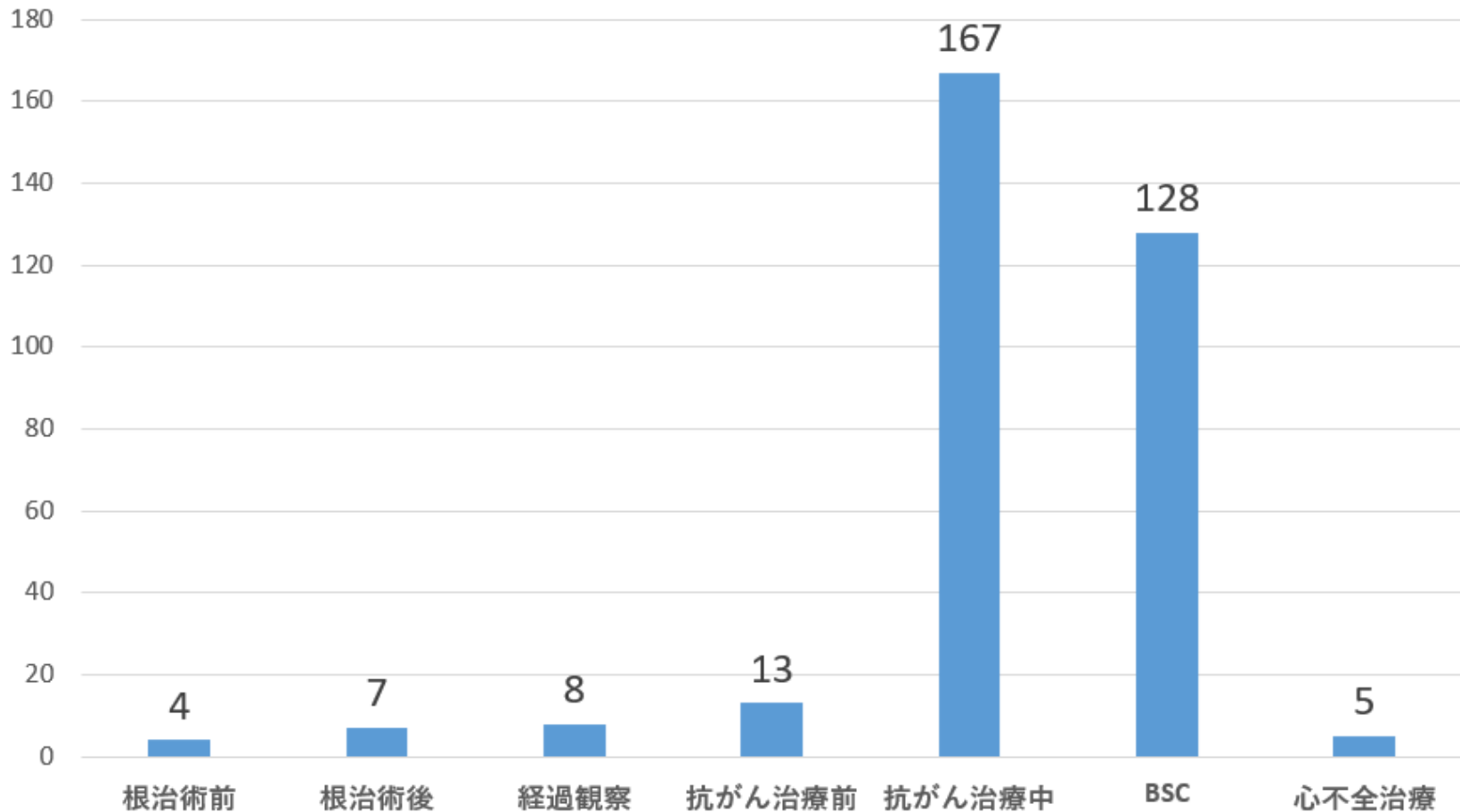


データ提供：東北大学病院  
緩和ケアセンター 中條看護師

# 緩和ケアチーム

## 介入患者さんの治療時期

2018年1月～12月 n=332



# 緩和ケアチーム

## 介入した内容

2018年1月~12月



疼痛の紹介が  
ダントツ

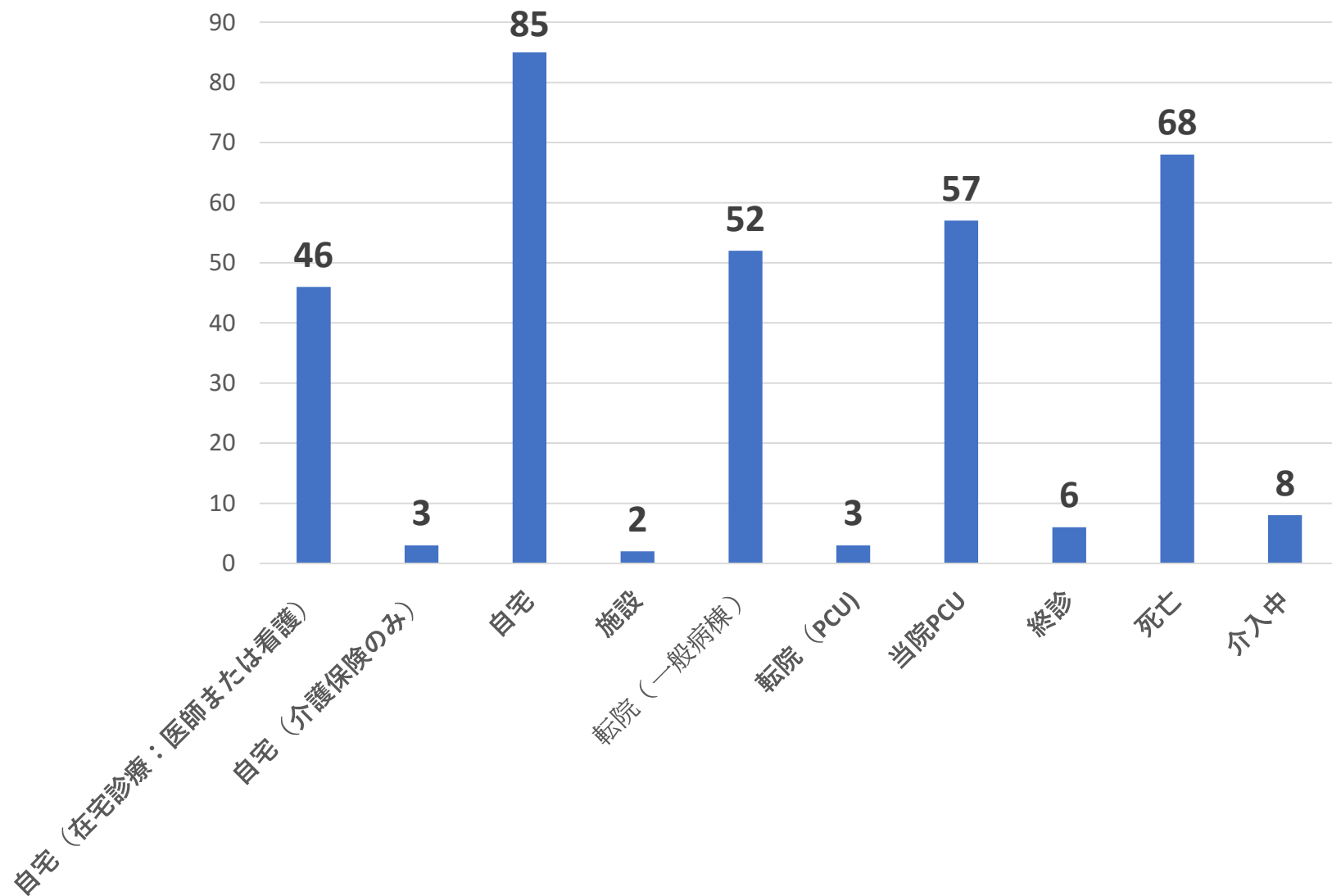
想像以上に多く  
スクリーニングが大事

身体症状や精神症状で紹介され  
アドバンス・ケア・プランニング  
に移行していくことも多い



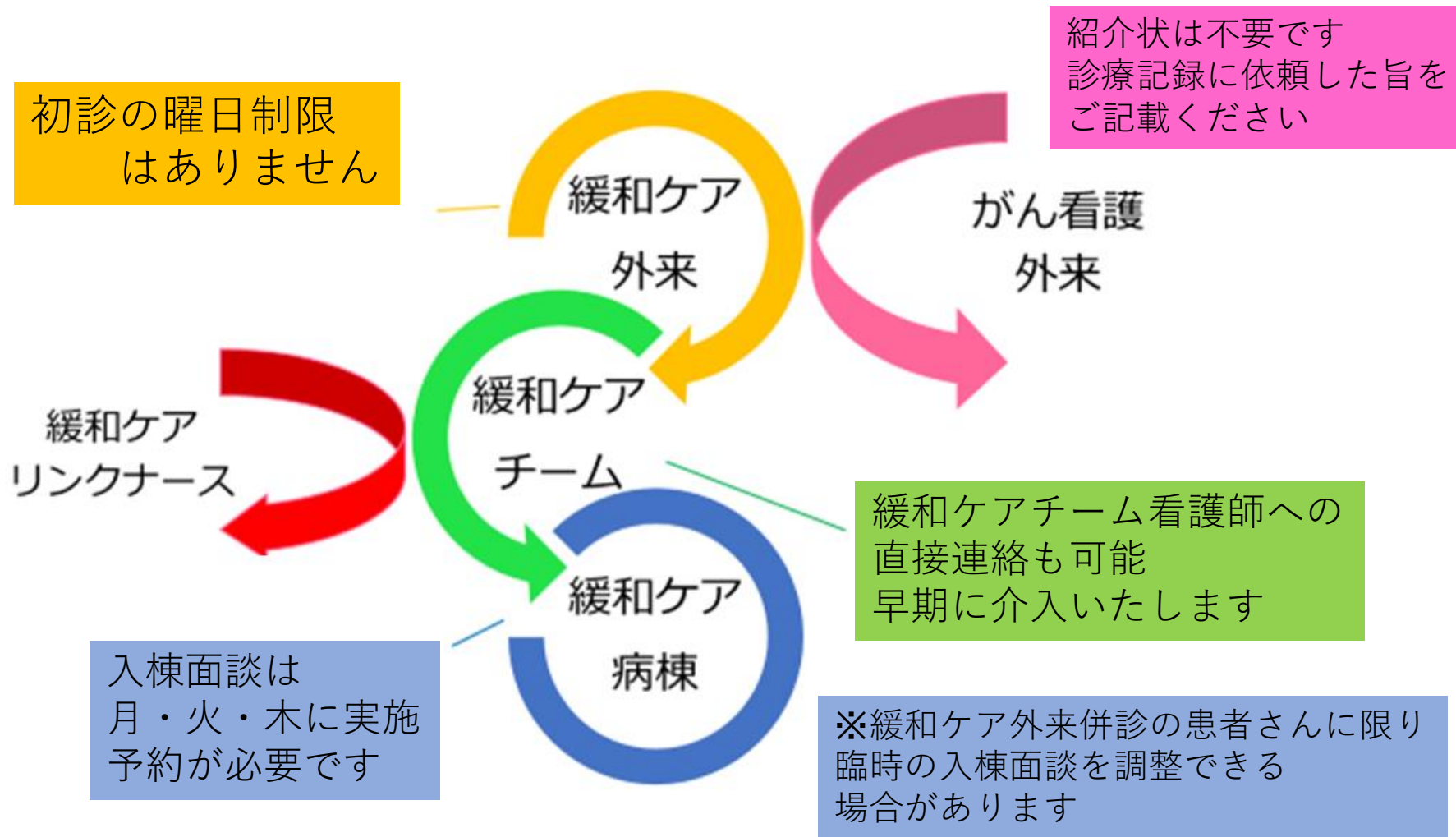
# 緩和ケアチーム 転帰

2018年1月~12月



# 当院の緩和ケアへのアクセス

いずれの場合も、緩和ケアセンター（7768）へご連絡ください



# 当院の緩和ケアへのアクセス

- 診断時からの緩和ケアを推進するため「苦痛のスクリーニング」ががん診療連携拠点病院の指定要件となっている。
- 当院ではSTAS-Jによるスクリーニングを実施。他覚的評価で①疼痛、②呼吸困難、③嘔気嘔吐、④不眠、⑤不安を0-4の5段階評価する。ほかに経済面、在宅療養についてもチェックを行う。

# STAS-Jスクリーニングの流れ(実施者)

東北大学病院 緩和ケアセンター  
金澤看護師 スライドより

患者受診or入院  
スクリーニング開始

当日**担当医師or看護師**が  
電子カルテ入力

定期的に  
実施が基本

例: 受診or入院毎、症状出現時も実施する  
(診療科毎のルールに従う)

STAS 0-1

STAS 2

STAS 3-4

注) STASは、その時だけの症状の評価ではありません  
評価期間毎の評価です

👉 苦痛に対する対処が行われていますか？  
①主科できそう ②主科だけでは難しい

スクリーニング継続

①主科で対応  
スクリーニング継続

②緩和ケアセンター  
(7768)に連絡

※夜間や緊急入院の場合翌日の連絡でよい

※緩和ケアセンター看護師が患者の病状を確認し、必要な対応を振りわけていきます  
(例: 緩和ケア外来、がん看護外来、地域連携支援など)

# 緩和ケアセンターによる高得点患者の拾い上げ

患者  
受診・入院

実施者：医師（外来）、看護師（病棟）  
実施時期：入院時、1週間毎と定期的



- **STAS3以上**患者をリストアップする ※毎日  
（スクリーニングデータの集計・分析）
- 対処がされていない場合、緩和ケアセンター看護師が、部署に必ず訪問し、担当看護師と患者の状態を確認し、緩和ケアセンターの介入の要否を判断する

介入希望

なし



スクリーニング継続

あり



専門家に振り分ける



- ・緩和ケアチーム（精神科含む）
- ・がん看護外来（退院後）
- ・がん相談支援室
- ・介護保険・退院・転院調整

# 緩和ケアチーム介入例 60代男性

診断：前立腺がん，多発骨転移



これまでの経過：

- 10年前に診断され薬物療法を開始。  
全身の骨転移に緩和照射を繰り返してきた。  
2年前と1年前に緩和ケアチームが介入していた。
- 病状進行により半年前に積極的治療を終了。  
今回再度骨転移の緩和照射目的に入院。  
疼痛コントロール目的に緩和ケアチーム紹介。  
オキシコドン160mg/d，鎮痛補助薬など多数内服。
- 予後は長めの月単位と予想されている。



おお、チームの人ね。またよろしく頼むよ！！  
とくにかくさ、痛みを取ってよ。

病状的にはこれから増していく症状。  
本人は病状をどう思っているのか。

まずは痛み止めを調整しましょう。  
家ではどんなふうに過ごしていましたか？

最近はずっと痛くて大変だったな・・・  
痛みが取れないと仕事も行けないよ

これまでのように、放射線と鎮痛薬で  
もとの生活に戻ろうと思っているようだ



体の調子も変わっていく時期なので、**症状に生活を合わせる時期**に来ているのではないのでしょうか。



**病気のことをどのように聞いていますか**

・・・たしかに  
抗がん剤はもうしないと聞いてるけど・・・



**聞いてはいるが、今後の見通しは持っていない**

そういう話なら、**場所を変えて時間をかけて主治医の先生にもう一度話を聞きたい。**





主治医と緩和ケアチームで話し合ったうえで、

- 緩和ケアチームも同席し、主治医から再度病状説明を行った。
- 家族も初めて説明に同席した。
- 退院後の療養について話し合った。  
主治医外来と在宅療養支援診療所の併診の方針。  
移行期間は当科も併診。

ご本人の思いも聞くことができた

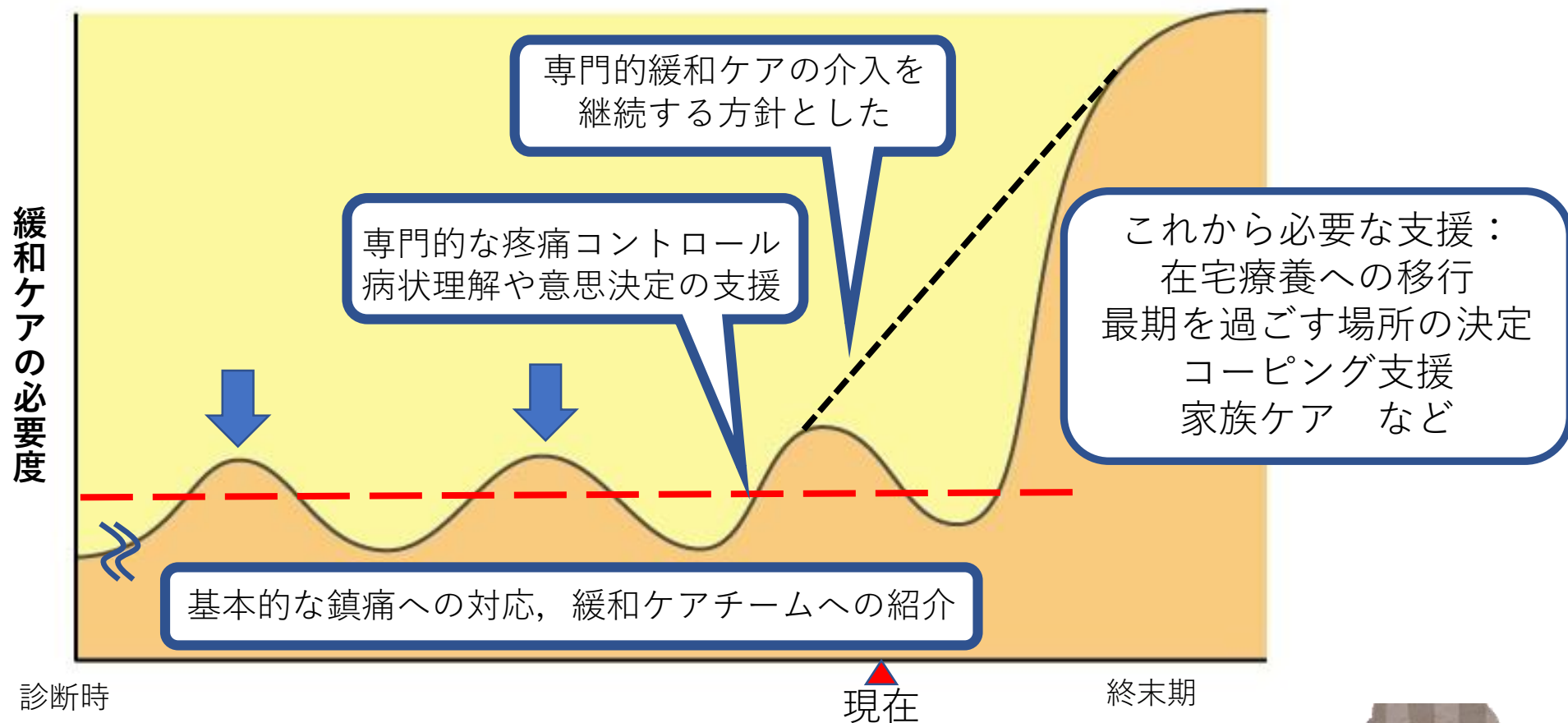
仕事のこと

家族のこと

お金のこと

オピオイドはメサドン(15mg/d)にスイッチし一定の効果を得た。  
「最期を過ごす場所」についてはまだ触れていない。

# このケースの場合



病状理解の支援や、  
意思決定の支援が  
遅すぎることはなかったものの...

もっとはやく  
こういう話をして  
良かったな



# アドバンス・ケア・プランニング

確かに病態や患者さん側の要因で困難なことがある  
： 急激な進行、意識障害、認知症、社会背景など

一方、医療者側の要因で進まないことも

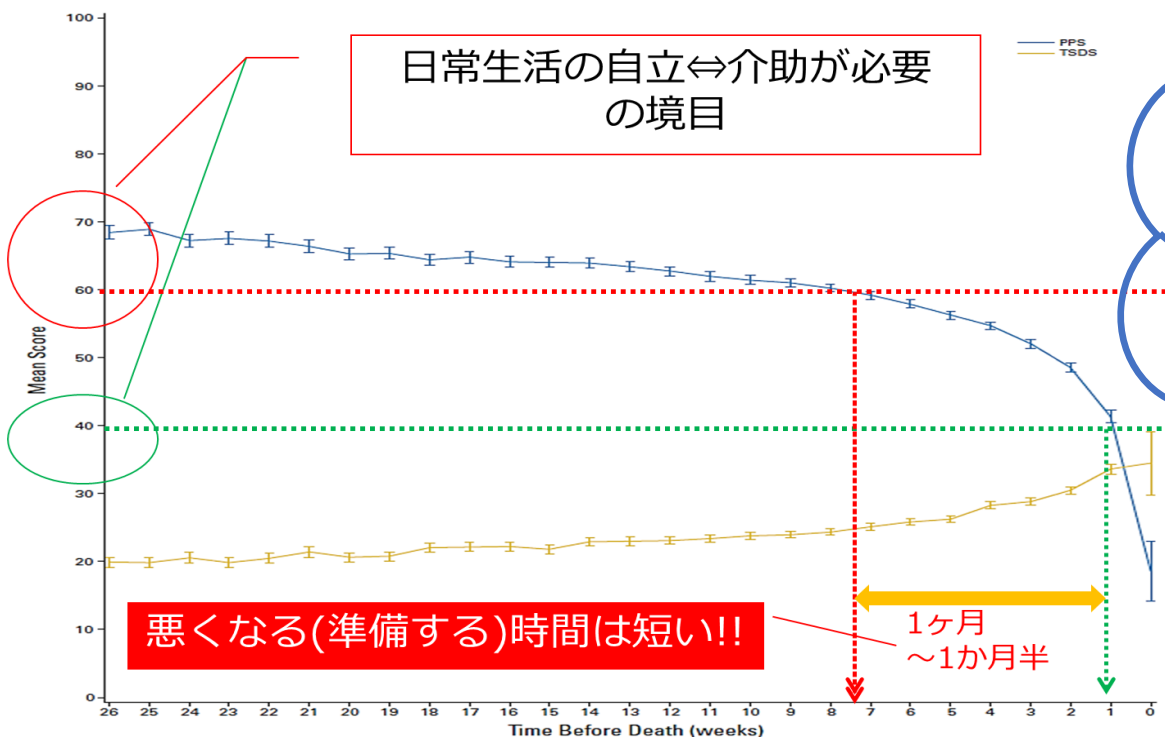
- ▶ 「積極的治療終了」や「予後」を伝えて十分と思っている
- ▶ 医療者と患者さんの「目標」にズレがあるとき  
「療養先の決定」がゴールになっていませんか
- ▶ 話し合いの「十分な時間」がない



主治医の先生にもう一度話を聞きたい。

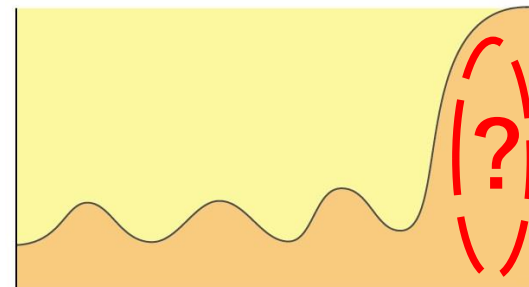
緩和ケアセンターでは、  
治療科で患者さんに投げかけていただいた後の  
フォロー、情報提供、意思決定支援を積極的に行います。

# 終末期の療養場所について



No. of assessments		795	835	832	877	927	1,006	1,052	1,083	1,153	1,167	1,226	1,317	1,364	1,451	1,570	1,665	1,751	1,842	2,081	2,127	2,177	2,244	2,366	2,196	2,084	1,405	64
PPS		1,243	1,287	1,260	1,363	1,382	1,483	1,513	1,566	1,663	1,754	1,808	1,910	2,033	2,071	2,217	2,395	2,410	2,625	2,753	2,815	2,898	2,949	2,957	2,889	2,517	1,507	37
TSDS																												

Seow H, et al. J Clin Oncol. 2011.



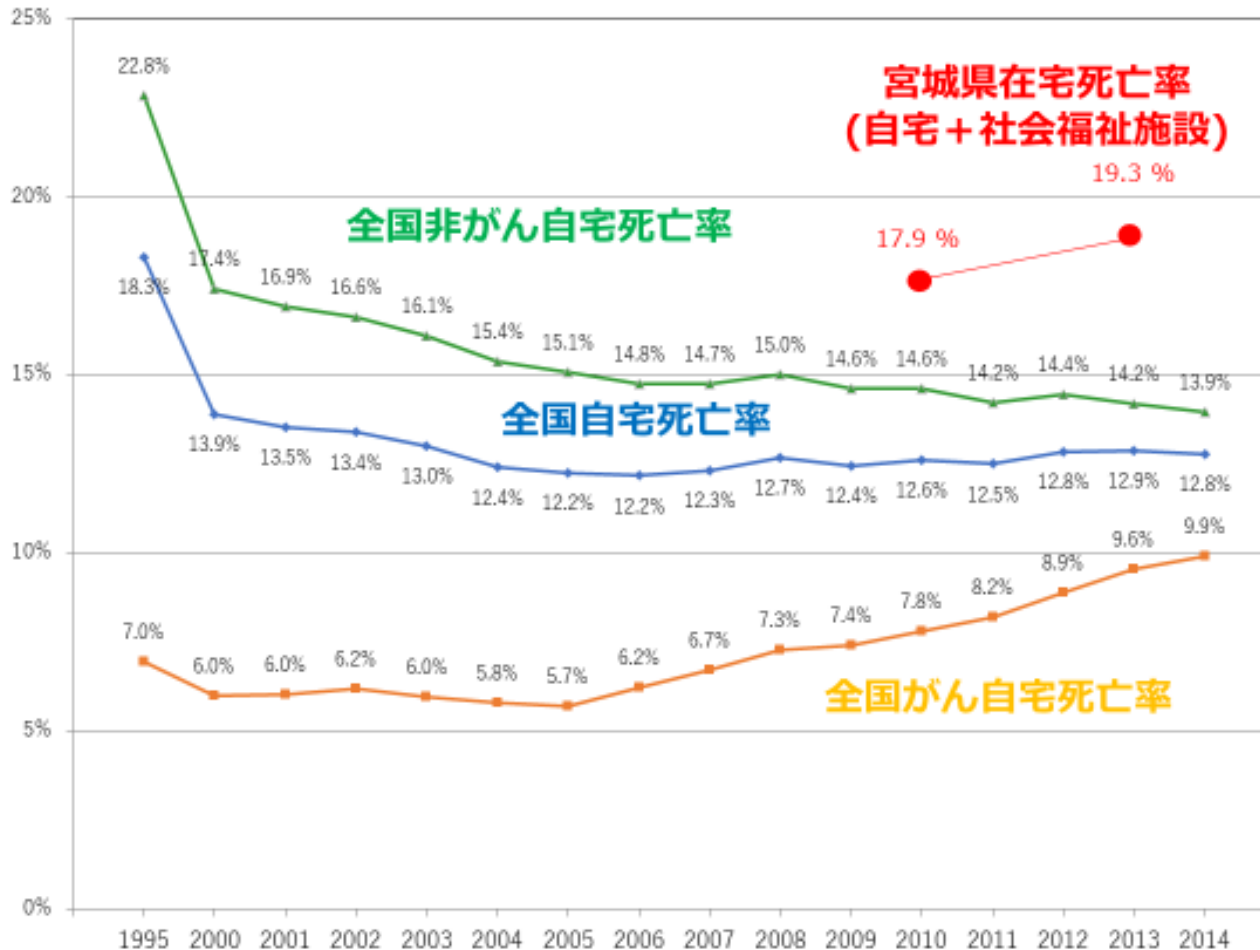
具体的には・・・??

選択肢は何があるのか？  
準備するのは早いほうが良いが...



# 終末期の療養について

- 病院以外の選択肢：自宅や社会福祉施設やホームホスピス

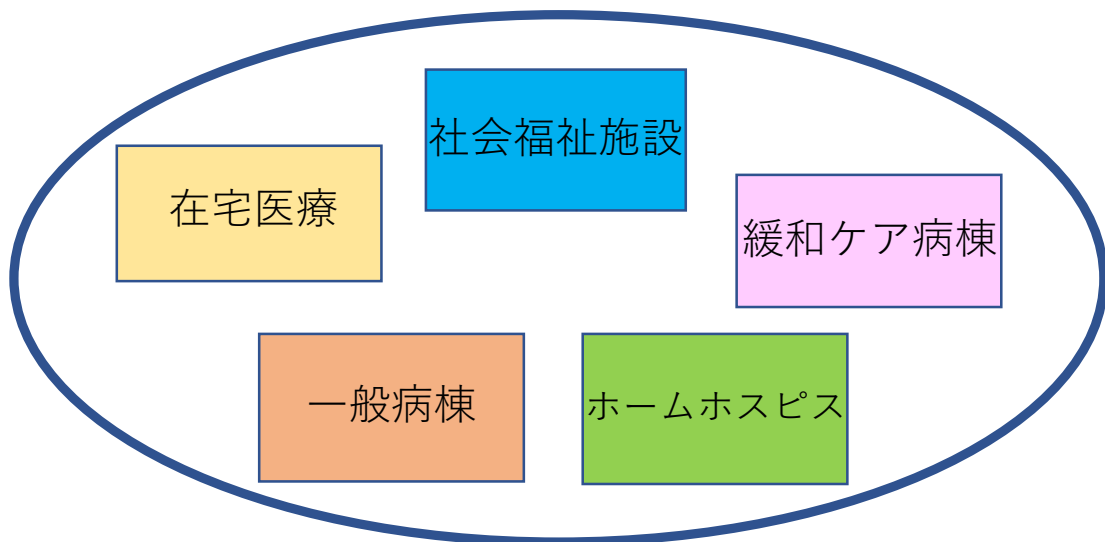


宮城県は  
在宅看取りが  
比較的推進  
されているため、  
**約15%**は  
在宅医療が  
終末期の療養を  
担えている

人口動態統計（厚生労働省）、川島孝一朗、宮城県在宅看取りの阻害・促進要因に関する研究。

田上先生スライドより

# 終末期の療養について



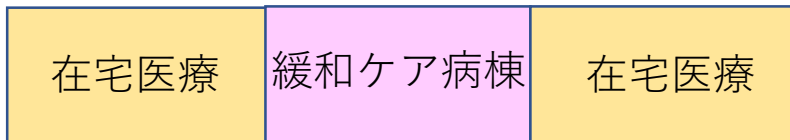
- 療養可能期間
- 費用
- 場所
- 症状コントロール

様々な理由で療養場所の変更が必要な場合も...

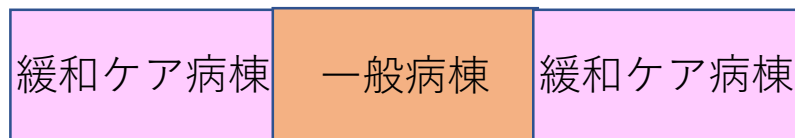
## 当院の緩和ケア病棟の場合の例



自宅や社会福祉施設の療養のバックベットの役割



入院しても再度自宅退院するケースも



入院が長期になり自宅退院ができない場合  
いったん他院へ転院していただいています。

# Take home message

- 早期からの緩和ケアが重視されている。
- 症状緩和で始まった専門的緩和ケアの介入が、アドバンス・ケアプランニングにつながっていくことも多い。
- 療養場所の選択肢を知ることは、患者さんの今後を想像できるようになる一歩。
- 緩和ケアセンターをぜひご活用ください！！！！