緩和ケアチーム 活動の手引き

Practical Guidance for Palliative Care Team

第２版

特定非営利活動法人 日本緩和医療学会
専門的・横断的緩和ケア推進委員会

はじめに

2007年11月、日本緩和医療学会緩和ケアチーム検討委員会によって緩和ケアチーム活動の手引き第1版が発行されすでに5年が経過した。その間に緩和ケアに対する環境は大きく変化した。なかでも全国のがん診療連携拠点病院に緩和ケアチームの整備が義務付けらたことは大きな転換点であった。これで全国のがん患者に緩和ケアが提供できる体制が整ったとだれもが思ったに違いない。しかし実際には、がん対策基本法には早期から緩和ケアが提供されてなければならないとされているが、苦痛が緩和されないまま過ごしている患者が多いのではないのだろうか。がん診療連携拠点病院でありながら適切な緩和ケアの提供が不十分である実態は、2012年度の厚生労働省がん対策推進協議会でも問題になっている。

今回の手引きは、これから活動を始めるチーム、専従スタッフがいないチーム、活動に困難を感じているチームを主たる対象にしている。だが活動が十分にできているチームも是非参考にしていただきたい。

改訂のポイントは4つである。

① 可能な限り簡潔な表現とした。

② 実践的な内容に絞った。

③ 具体的な例を多く挙げてイメージが湧くようにした。

④ ありがちな落とし穴を職種毎に記載した。

なお、今回の改訂に取り上げていない職種（心理士、栄養士、歯科衛生士など）が活動していることはチーム登録などで認識しているが、今回の改訂はコンサルテーションに重点を置いているので、あえて省略させていただいた。

緩和ケアチームの立ち上げや活動方法についてのエビデンスはほとんど存在しないので、複数の経験に基づいたクリニカルパールとして編集した。したがって第2版では引用文献は必要最低限のものにさせていただいた。

病院内でチームのコンサルテーションを円滑に行うには、特有のコミュニケーション技術が不可欠である。そこで我々は米国緩和ケアの第一人者であるダイアン・マイヤー先生のご許可を得て、「コンサルテーションのエチケット」翻訳論文を全文掲載した。この論文は米国緩和ケア専門医へのインタビューで彼らの経験が集約されており、我が国の緩和ケアチーム活動をより良いものにする上で大変示唆に富んでいる。編集委員もこの論文の有用性を実感しているので、熟達度にかかわらずチームメンバーは何度も読み込んで頂きたい。

緩和ケアチームの円滑な活動が、すべてのがん患者に適切な緩和ケアを提供することに寄与することになると信じている。本手引きを有効に活用していただければ幸いである。

最後に本改訂作業にご協力いただいた方々に厚く御礼申し上げる。

作成者：専門的・横断的緩和ケア推進委員会
緩和ケアチーム活動の手引き改訂作業 WPG（Working Practitioner Group）

専門的・横断的緩和ケア推進委員会 委員長
緩和ケアチーム活動の手引き改訂作業 WPG（Working Practitioner Group）員長

橋爪　隆弘　はしづめクリニック

ＷＰＧ 員：安部　能成　千葉県立保健医療大学 健康科学部リハビリテーション学科
小川　朝生　国立がん研究センター東病院 臨床開発センター 精神腫瘍学開発分野
小宮　幸子　横浜市立大学附属病院 薬剤部
小山　富美子　近畿大学医学部附属病院 がんセンター
佐藤　哲観　弘前大学医学部附属病院 麻酔科 緩和ケア診療室
田村　里子　医療法人 東札幌病院 MSW 課
中村　喜美子　三重大学医学部附属病院 がんセンター
濵　卓至　大阪府立病院機構 大阪府立成人病センター 心療・緩和科／緩和ケアチーム
林　ゑり子　藤沢湘南台病院
吉本　鉄介　中京病院 緩和支持治療科

協 力 者：伊勢　雄也　日本医科大学付属病院薬剤部
太田　桂子　島根大学医学部附属病院 地域医療連携センター
加賀谷　肇　明治薬科大学 臨床薬剤学教室
橘　直子　綜合病院山口赤十字病院 医療社会事業部 地域医療推進課
久原　幸　手稲渓仁会病院 がん治療管理センター 緩和ケア室
福地　智巴　静岡県立静岡がんセンター 疾病管理センター よろず相談
御牧　由子　埼玉医科大学国際医療センター 総合相談センター／がん相談支援センター
小早川　誠　広島大学病院緩和ケアチーム

目　次

はじめに …… i
作成者 …… ii

Ⅰ．緩和ケアチームの定義 …… 2

Ⅱ．コンサルテーションとは …… 3

Ⅲ．チームの立ち上げ方 …… 5

Ⅳ．チーム責任者（チームリーダー）の役割 …… 7

Ⅴ．各職種の役割 …… 8

1-A. 医師（身体症状担当） …… 8
1-B. 医師（精神症状担当） …… 9
２．看護師 …… 11
３．薬剤師 …… 16
４．ソーシャルワーカー（MSW） …… 18
５．リハビリテーション …… 19

Appendix 付録

１．ダイアン・マイヤーとラリー・ベレスフォード 著
「緩和ケア領域におけるコンサルテーションのエチケット」全訳 …… 22
２．緩和ケア診療加算 …… 28
３．緩和ケア実施計画書（サンプル） …… 28

Ⅰ　緩和ケアチームの定義

わが国の病院内で活動する緩和ケアチーム（Hospital based palliative care team) については、定義が複数ある。現時点で、厚生労働省関連の定義としては以下の３つが挙げられる。

・平成 20（2008）年、厚生労働省科学研究助成研究としてデルファイ法で抽出された定義
〔http://kanwaedu.umin.jp/baseline/〕

・平成 24（2012）年３月に更新された「緩和ケア診療加算に関する施設基準」通知における必要な施設・チーム基準としての定義
保医発 0305 第２号：基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて、医科診療報酬点数表や日本ホスピス緩和ケア協会ホームページ〔http://www.hpcj.org/what/baseline.html#pct〕などを参照。

・平成 20（2008）年、厚生労働省より各都道府県知事への『がん診療連携拠点病院の整備に関する指針』通知におけるチームの定義
健発第 0301001 号：「Ⅱ 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について」のうち［3］緩和ケアの提供体制〔http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html〕

また日本緩和医療学会は､｢緩和ケアチーム登録｣事業において､以下のような定義を採用している。

ここでいう緩和ケアチームとは、「緩和ケアを専門とする医師、看護師等を含めたチームによる緩和ケアの提供体制」を指し、以下の２項目を満たす場合に緩和ケアチームとする。

（１）緩和ケアチームに常勤の医師が１名以上配置されている（専従である必要はない）。

（２）紹介患者の身体的・心理的・社会的・スピリチュアルな苦痛を包括的に評価し、必要に応じて疼痛・身体症状の緩和に関する専門家や精神症状の緩和に関する専門家と協力する体制がある（ペインクリニック、サイコオンコロジーなど特定の領域に限って対処しているのではなく、患者の苦痛すべてに対応が可能）。
（日本緩和医療学会緩和ケアチーム登録の実施計画書〔http://www.jspm.ne.jp/pct/pct1301.pdf〕より）

Ⅱ　コンサルテーションとは

異なった専門性や役割をもつ者同士が、それぞれの専門性や役割に基づいて状況を検討し、今後の方針についてお互いの情報や課題を共有し、解決するための最善の方法を探るやりとりを指す。一方的に指示を与えたり、解決したりするのではなく、お互いの専門性を活かしあう関係作りが重要である。

コンサルテーションの注意点

１．担当医・病棟スタッフ（看護師や薬剤師など）の治療や努力を否定しない。
２．担当医・病棟スタッフと患者の関係を崩さないようにする。
３．提案した治療やケアは担当医・病棟スタッフが最終判断するが、チームは問題解決の過程と結果を共有する。

（１）緩和ケアチームへの依頼者・相談者は担当医や病棟スタッフであり、その苦悩にも配慮しなければならない。例えば「これくらいのことはしてから依頼してよ」とか、「このくらいのこともできないのか！」などと言ったり、見下した態度をとってはいけない。他人の支援を受けることにストレスや無力感を感じるスタッフの心情にも配慮し、安心して何でも相談できる活動を意識したい。担当医・病棟スタッフが成長することを意識した関わりとする。
（２）緩和ケアチームのメンバーが前面に出過ぎてしまい、担当医や病棟スタッフの役割を奪ってしまうことがある。担当医と患者、病棟スタッフと患者との信頼関係を崩さないよう、常に依頼者・相談者と患者との関係を支えることを意識する。
（３）緩和ケアチームは複雑な問題を「どのように」アセスメントし、解決するかを分かりやすく開示する（例，痛みの病態を探索して治療方法を提示する）。そのためには、緩和ケアチームと病棟スタッフの話し合いを行うことは重要である。また担当医や病棟スタッフが実施可能な提案を行い、その結果については、緩和ケアチームも責任を共有する必要がある。

〈コンサルテーション継続・終了の検討〉

（１）新たな問題が発生したり発見された時には、再度担当医・病棟スタッフとの話し合いが必要。
（２）目標が達成された時には、介入を続けるか否かを担当医・病棟スタッフと話し合う。話し合いの機会は、緩和ケアチーム側から提案するほうがよい。

〈依頼者・相談者と良好な関係を築くために必要なコミュニケーションとは？〉

表１の「コンサルテーション・エチケットにおける 10 の原則」は、米国の緩和ケアチーム活動の指針の一つとしてよく知られていて、わが国でも大変有用な示唆に富む。

この 10 原則を紹介した論文[1)] の著者であるダイアン・マイヤー先生のご厚意と許可を得て、本冊子巻末に全文翻訳を掲載したので、緩和ケアチーム運営の指針として役立てて頂きたい。

表１　コンサルテーション・エチケットにおける 10 の原則[1)]

1　何が問題かを明確にせよ 「X さんの件ですが、どういう介入が必要ですか？」と聞け
2　緊急度を判断せよ 「緊急、準緊急、待機的」に分けるべし
3　自力で情報を収集せよ コンサルト目的に焦点をあてた、丁寧な問診・診察をせよ
4　簡潔を心がけよ コンサルティへの答えは、アセスメントと推奨に絞るべし
5　具体的であれ 目的が明瞭な推奨をせよ
6　先を読め 予測される事態に備えて救済策をたてよ
7　相手の領分を尊重せよ 依頼された問題点のみに忠実であれ
8　教育すべし、ただし気配りをもって 全コンサルテーションを教育、チーム宣伝のチャンスととらえよ
9　顔の見える関係を作れ 依頼医への連絡は直接せよ
10　推奨に責任をもて 現在担っている自分の役割や、いつ介入をやめるべきか、まで考えてフォローせよ

注)「コンサルテーション十戒」と言われることもある。

〈参考文献〉

1）Meier DE, Beresford L. Consultation etiquette challenges palliative care to be on its best behavior. J Palliat Med 2007;10(1):7-11.

Ⅲ　チームの立ち上げ方

病院内において、病院管理者（院長、副院長、看護部長など）またはがん診療に関わる医療従事者が院内緩和ケアチーム（緩和ケアチーム）を稼働させ、運営する際の手順を経時的に記載した。

すでに自然発生的に稼働している緩和ケアチーム（例 , 勉強会や委員会活動のみ）は､ステップアップする際の参考にされたい。

1．がん診療の担当管理者との協議をはじめる

立ち上げは、病院管理者、特にがん診療の担当管理者（例 , がん診療部長）との協議から開始するべきである。管理者自身が発案者のこともある。緩和ケアチーム活動を施設として担保し､ボランティア的な活動にしないため非常に重要なポイントである。

この協議は、緩和ケアチーム稼働を、誰が、何の目的（例 , 診療報酬算定、がん診療連携拠点病院の指定要件だけでなく､患者の症状緩和､周辺の医療機関との連携強化など）で行うのかを議論する。目的が明確になれば、必要な緩和ケアチームのメンバーおよびエフォート（業務の割合：専従･専任･兼任、週何回、何時間など）が決定される。立ち上げ後も、定期的（例 , 依頼数の報告･問題点）に、および必要時（例 , 依頼数の不足などの運営上の不具合）に管理者との協議が必要である。

2．緩和ケアチームのメンバーとエフォートを決める

緩和ケアチームの目的に応じて､チームのリーダーを管理者と決定する。チームカンファレンス（週1回以上など）や回診を４Ｗ１Ｈ（誰が、いつ、どのように、何を、どこで）として具体的に決める。

（１）**メンバー決定**：各部署からの自薦または各部署のチーフ推薦で選ぶ。各部署から理解を得るため、メンバーに対しては辞令交付が望ましい。

（２）**エフォート決定**：専従の医師・看護師が理想的だが、病院の実勢に沿って専任や兼任で「やりくり」が必要になることが多い。ただし、看護師は生活面からの評価ができる職種で、多職種チーム医療を成功させるための中心的存在である。可能な限り大きなエフォート、または複数体制が望ましい。施設内にがん関連認定看護師や専門看護師がいない場合は、看護部長やがん教育担当者などと必要な研修について稼働前に十分協議するべきである。医師、薬剤師についても、緩和ケアの研修会などを修了していることが望ましい。

3．緩和ケアチームのトラブル対応方法と病院内の組織位置づけを明確にする

緩和ケアチームの稼働によって起こりうるスタッフ間の葛藤やトラブル（例 , 推奨プランによる病状悪化、または担当医・担当看護師、患者・家族からのクレーム）に対応できる責任者を決めておく必要がある。専従医師が適任であるが、いない場合は中堅以上のチーム医師、または緩和ケアチームの担当となっている病院管理者がこれにあたる。組織的な位置づけと責任者を明確にして院内に公開し、正式な組織としての認知を得る（例 , 私的な活動と言われるリスクを回避する）。

（1）運営規定を作成する。緩和ケアチームへの依頼方法などの運営規定を作成し、診療会議などで承認を得て、全職員に指針が行きわたるようにする。処方の有無、トラブルや質問の連絡先の優先順位（例，薬剤投与数日後の副作用で困った場合、病棟スタッフが尋ねる相手は処方者・緩和ケアチームの医師・看護師なのか、など）を決めておく。

（2）緩和ケアチーム活動方法の周知徹底を行う。

医療者向け：各医局や各部署に緩和ケアチームへの依頼方法についての説明会を複数回行う。

患者・家族向け：チラシやパンフレットを作成する（例，日本緩和医療学会ホームページ〔http://www.kanwacare.net/〕など）。

Ⅳ　チーム責任者（チームリーダー医師）の役割

〈主な役割〉

（1） **ゴール設定**：緩和ケアチームに求められる患者および相談者のニーズを明確化し、目標設定する。
（2） **コミュニケーション**：依頼者と良好な関係性が保てるように配慮する。
（3） **リーダーシップ**：カンファレンスを企画し、実施においてのリーダーシップをとる。
（4） **ストレスマネジメント**：チームメンバーのストレスや葛藤に配慮し、燃え尽きを回避する。

〈役割の詳細〉

（1） 問題を明確にして、緊急的な問題には迅速に対応する。
（2） コンサルテーションのエチケットを守る（**表1**）。
依頼者と緩和ケアチームの役割分担を明確にする（例，麻薬導入時に患者に誰が説明をするのか、処方や副作用の対応を誰が行うのか）。緩和ケアチームの活動に関しては、最終的な責任を負う必要がある。
また患者や家族に対して、緩和ケアチームが担える役割と機能について分かりやすく文書で知らせるほうがよい。
担当医に対し、チームの看護師や薬剤師が意見を述べることに困難を伴う場合が少なくない。チームリーダー医師が緩和ケアチームの方針としてメンバーの意見を直接伝える。
（3） 緩和ケアチーム内の定期カンファレンスだけでなく院内（例，病棟との話し合い、退院カンファレンス）、地域内（例，関連施設との事例検討会）でのカンファレンスを主導する。
（4） 緩和ケアチームの方針に一貫性が保たれるようにも留意する。
カンファレンスだけでなく、各職種の能力を尊重し問題解決に結び付けるようにする。意見の対立が生じた場合は、患者と依頼者の利益を基準に判断するのが重要である。
緩和ケアチームのケアプランに沿って活動しているメンバーが、依頼者から非難されたり、仕事に自信を失いかけている時には、しっかり擁護するべきである。知識や経験不足による失敗であれば迅速に謝罪し、失敗をメンバーやチームの成長の契機とするべきである。
チームメンバーの介入によって、患者・家族に不都合や不利益、あるいは不満が生じていないかどうか（例，多人数で病室にやってくるのは困る、周りに病気を知られたくない）を常に留意する。

〈落とし穴〉

医師以外のメンバーに対して、トップダウン的な態度に陥る（例，他のメンバーの意見を切り捨てるような態度）。

Ⅴ　各職種の役割

1-A．医師（身体症状担当）

〈主な役割〉

依頼者が解決を要請している身体症状の病態を正しくアセスメントし、患者・家族の QOL を最大限に改善できる対処方法を提示する。緩和ケアチームのアセスメントとマネジメントに責任を持ち、依頼者と協働して問題解決（例，鎮痛薬の効果がない、または予期せぬ副作用の発生への対応）を支援する。

〈具体的な業務内容〉

（1）身体症状のアセスメント

これまでの臨床経過と情報を把握し、現在の症状を説明できる病態を問診・診察（必要に応じて画像診断や血液検査も追加）により把握する[2)]。

症状の原因を検索する際には、患者だけでなく、依頼者、家族、チームメンバーからの情報も十分に活用する。

解決すべき症状の原因が、薬物による副作用（例，アカシジア）の可能性も必ず評価するべきである。

（2）症状マネジメント

■疼痛マネジメント

① 一定手順のアセスメント[2)]により診断された病態へのアプローチができるかどうか、原因療法の可否を検討する（例，骨転移痛に対する安静、固定療法）。

② 鎮痛薬の処方が WHO ガイドラインの 5 原則[2)]に沿っているかを確認する。

国内のオピオイド処方[3)]は用量不足が多いとされている。

また、副作用対策[3)]は重要である（例，制吐剤、下剤を推奨）。オピオイド導入時や増量時に、悪心・便秘・眠気・呼吸抑制・せん妄などの副作用のリスクを認識して、依頼者に伝達する（例，術後せん妄の既往、高齢者、排尿困難、誤嚥傾向など）。

③ 治療困難な場合（例，神経叢への浸潤）は、神経ブロックや放射線治療の適応も考える。

■その他の身体症状マネジメント（詳細は「日本緩和医療学会ガイドライン」参照）

① 呼吸困難に対しては、原因治療・酸素投与・非薬物的療法・モルヒネ・抗不安薬などを系統的に投与する[4)]。特に輸液の減量・中止を検討する。また、不安への対応も必要である。

② 悪心･嘔吐に対しては、原因検索を行い対応し（例，便秘、高カルシウム血症、腎障害など）、薬物の副作用の可能性（例，オピオイド、抗うつ薬、抗がん薬など）を評価する。

③ 不眠、イライラなどの症状では、抗ドパミン作用のある薬剤による錐体外路症状（例，パーキンソン症候群やアカシジア）に注意する。

④ せん妄に対しては、身体的な原因検索と対応が重要で、精神科医がチーム内にいる場合でも、必ず身体症状担当医が参画する必要がある。原因病態には、薬物性（例，オピオイド、抗不安薬・睡眠薬、H_2 受容体拮抗薬など）、進行がんに合併する多彩な疾患群（例，高カルシ

ウム血症や低ナトリウム血症などの電解質異常、脱水、貧血、肝・腎障害、感染症による発熱）の有無を確認する。

⑤ 適切な栄養・輸液管理が行われているかを評価する。特に適切な輸液量について検討する。必要に応じて栄養サポートチームや管理栄養士に相談する。

（３）緩和ケアチームの介入による効果を定期的に評価する。例として、Verval Rating Scale、STAS-J、Numerical Rating Scale など。

（４）緩和ケアを専門としない依頼者に対しては、病態生理と推奨の根拠（例 , WHO ガイドライン）を示し、実践的なプランを提案する。批判は控え、肯定的な意見（例 , これまでの努力の肯定）を述べる（**表１**）。

〈落とし穴〉

（１）**責任の所在**：処方を誰がするのか、副作用発生時の対応を誰がするのかを明確にしないことで、病棟看護師や患者・家族が混乱する。

（２）**副作用**：処方した薬剤について、副作用の確認を怠り、発見が遅れ重篤な状態になる（例 , 宿便イレウス、尿閉、せん妄）。

（３）**問題点の共有**：難治症例を１人で抱え込み、依頼者やチームメンバーと話し合わないことで治療効果が上がらない。

〈参考文献〉

２）武田文和 訳．がんの痛みからの解放．金原出版．1996.

３）厚生労働省医薬食品局監査指導・麻薬対策課．医療用麻薬適正使用ガイダンス．2012.

４）向山雄人，内富庸介，有吉　寛 監修．ASCO 公式カリキュラム，がん症状緩和の実際．1-3 巻，2002.

1-B．医師（精神症状担当）

〈主な役割〉

依頼者もしくはチームメンバーが依頼する精神症状についてはアセスメントを行い、原因や見通し、患者家族の QOL を最大限改善できる対処方法を提示する。必要に応じて薬物投与や精神療法を行う。

患者や家族はもちろん、担当医や病棟スタッフだけでなく、チームメンバーが困っていることに目を向け、自分の役割を考え行動する。

チームメンバーのメンタルケアにも注意を払い、燃え尽きを予防するための働きかけを行う。

〈実践の前に〉

（１）精神科医が緩和ケアチームのメンバーとして回診に同伴し、あらかじめ顔を知ってもらうことが望ましい。

（２）担当医と協力して、家族への説明を行いつつ気持ちを支える場を設けることもある。

（３）チームの精神科医以外に、相談できる精神科医や心療内科医を確保しておく。

以下の２パターンを参考に、各施設の状況に合わせて実行する。

■パターンＡ：緩和ケアチームへの依頼に精神的苦痛が明記されている場合

①緩和ケアチームの身体症状担当医･看護師、担当医、病棟スタッフと依頼内容や患者の身体状況、治療内容、患者の社会的背景・家族情報について確認する。

②解決すべき精神症状について、具体的ニーズ（いつ、何を、誰に、どこまで等）を確認する。

③直接もしくは間接診察を行い、チームメンバー、および担当医・病棟スタッフにアセスメントと対応を予測を含め伝える。病棟スタッフには、観察するべき精神面・身体面の変化についての要点を伝えておく。

④カンファレンスを活用し問題点を関係者で共有する。担当医や病棟スタッフが抱える患者に関する問題（例，患者に対する陰性感情や無力感など）を扱う場合には、特に個人を傷つけることのないよう配慮する。

■パターンＢ：緩和ケアチームのメンバーが精神的苦痛に気付いた場合

①チームメンバーが問題と認識した理由や、その問題に担当医・病棟スタッフが気付いているかどうか、気付いている場合はどう思っているのかを確認する。

②問題点についてのニーズ（解決を求めるのか）を直接確認する。

③、④（パターンＡの③、④に準拠）

〈ありがちな依頼〉

（１）「最近、病状の説明をした。その後から食欲がなくてうつ病のようですが…」

対応例：抗がん薬の影響やせん妄、認知症の有無などを評価する。痛みなど身体的苦痛が原因の場合もあるので、チームメンバーにも自分の考えを伝え意見を求める。

（２）「夜、眠れないようなのですが…」

対応例：身体的要因によるものか、不安などの精神的要因によるものか、特にせん妄がないかなどを評価する。点滴による夜間の尿意や、ステロイドの投与で不眠になる場合がある。吐き気や不眠でハロペリドールなどの薬剤を服用している場合は、アカシジアなどの錐体外路症状に注意する。薬剤の変更を提案する場合には、担当医の立場を尊重し相談する。

（３）「患者が不安そうなのでカウンセリングをお願いします」

対応例：正常な反応であっても、患者が不安や悩みを聞いて欲しいというニーズは少なくない。一度は患者の不安や悩みを聞き、それが病的なものかどうかを評価する。その後の対応は、チームメンバーや担当医・病棟スタッフと役割分担を相談する。

〈落とし穴〉

（１）せん妄に対して、「セレネースを投薬して」と指示を出すだけでその後のフォローをしない。

（２）治療の背景や根拠をチームメンバーと共有せず、一人で診療する。

（３）向精神薬の処方や継続は、誰が行うかを明確にしない。

（４）患者や家族の前に突然、精神科医や心療内科医が現れて反発される。

（５）終末期のせん妄などで、ケアの目標を担当医・チームメンバーとしっかり話し合わず、患者や家族、依頼者の不信感を招く。

２．看護師

〈主な役割〉

（１）**患者・家族に対して**：トータルペインの観点から、患者・家族の苦痛を探索・評価する。そして治療や療養生活について患者・家族の意向を確認し、その意思決定を支援する。

（２）**医療者に対して**：調整役として、担当医や病棟･外来看護師、他の医療チーム（地域の医療チームも含む）との協働や連携を図り、緩和ケアが円滑に切れ目なく提供されるように手配する。

■具体的な役割

・依頼者側からの相談窓口となる。

・担当医や病棟･外来看護師とチームメンバーとの調整を図る（例，カンファレンスや面談の設定）。

・患者、家族の全人的苦痛についての看護判断（例，心理的な危機的状況や生活での苦悩の発見、およびケアの方向性を見出す）を行い、それが実践されるように支援する。

・地域緩和ケアネットワークとの連携（例，退院調整カンファレンスなど）を支援する。

・医療従事者（主に看護師）に対し、緩和ケアに関する教育や OJT（On the job training：実践を通じた知識・技術・態度の教育）を提供する。

■行動や立ち位置の作り方

・ケア目標を明確にして、依頼者や他のチームメンバーとのコンセンサスを得て共有できるように調整する（例，依頼時は疼痛緩和であるが、退院前には在宅調整まで関わるかどうか）。

・チーム看護師が置かれている立場や活動時間（例，専従、専任、兼任）に応じて、自分の役割や活動範囲を検討する。

・緩和ケアチームの方針や各メンバーの役割について、依頼者が理解できるようにする（例，緩和ケアチームの役割や症例ごとの目標を診療記録に記録する、病棟カンファレンス等で伝える）。

・緩和ケアチームの介入記録の作成、病棟スタッフ・チーム間の症状の評価方法の統一、緩和ケアチームの実績データを管理する。

■求められる条件

がん患者に対する一定の臨床経験を持ち、かつ緩和ケアやがん看護についての系統的な学習をしていることが望ましい（例，がん看護専門看護師、がん性疼痛看護認定看護師、緩和ケア認定看護師など）。

■緩和ケアチームへの介入依頼時の手順（表２）

●依頼窓口の明確化

・緩和ケアチームへの依頼方法、窓口（例，誰に、どのように、いつ）などをマニュアル化し、院内の医療従事者全員に周知する。

・患者・家族からの直接依頼の窓口を明示する（例，ポスター掲示やホームページへの掲載）。

表２　緩和ケアチーム活動（業務）チェックリスト

	主な流れ	業務内容	その他
1	チーム介入依頼		
		依頼用紙	
		口頭依頼	
2	依頼受付	窓口担当者（　　）	
3	初回面談調整	初回面談参加者の調整	
		（依頼者 / 医療チーム）（患者・家族）	
4	初回面談（依頼者 / 医療チーム）	依頼者（依頼医療チーム）の依頼内容・意向確認	
		治療計画・療養方向性の確認	
		介入レベル確認	
5	初回面談（患者・家族）		
		初期アセスメント	
		直接診察・間接診察	
6	介入計画・ゴール設定の検討		
		介入レベル検討	
		多職種協働方法の検討	
		依頼以外の問題の検討	
7	介入計画・ゴール設定の提案（依頼者へ）	依頼者との協議	
8	介入計画・ゴール設定の決定		
		介入期間の見積もり	
		評価時期の決定	
9	介入実施	処方	
		ケアの提案	
		直接診察・間接診察	
		依頼者 / 医療チームの支援	
10	介入評価（繰り返し実施）		
		定期カンファレンス	
		依頼者とのカンファレンス	
11	介入終了		

●初回依頼時の対応

STEP 1　依頼を受ける

・依頼内容（例 , 症状、退院調整）を電話などで把握し、緊急度を判断する（例 , すぐ、当日、翌日）。

・依頼者との話し合いに向けて緩和ケアチーム内の職種を選定し、そのスケジュールを調整する（例 , 担当医、担当看護師と接触できるようにしておく）。

STEP 2 依頼者との初回話し合い（介入前の情報収集）

・依頼内容と緩和ケアチームに対する依頼者のニーズを把握する。
・担当医の考えている治療計画や療養の方向性を確認する。
・担当医、病棟スタッフが最も困っていることに焦点をあてるが、他に問題がないかの確認も行う。
・事実を聞き出すだけでなく、依頼者の気持ちや感情に気付き、支持的な態度で接する。
・依頼者および担当部署の緩和ケアの経験や特徴をアセスメントする。

ポイント
依頼者が困っていることに理解を示し、依頼者が批判されたという感覚にならないように配慮する。

STEP 3 初回患者訪問の時間調整

緊急度・困難の程度などを総合的にチーム医師やメンバーと相談し判断した上で、初回診察のタイミングを調整し、メンバーと依頼者の双方に連絡する。特に、非専従の場合は大切なポイントである。

STEP 4 緩和ケアチーム初回診察における活動内容（ベッドサイドへの訪問の場合のみ）

【自ら行うこと】…チーム看護師が最低限実践（例えば、活動日が週２回程度でも必須）。
・チーム医師とともに、介入レベルを依頼者と話し合って決める。

介入レベル
・直接介入＝訪床する。依頼者が緩和ケアチームによる診察とアセスメントを望む場合。
　マネジメント内容は、依頼者とチームメンバーの話し合いによって決める
・間接介入＝訪床しない。以下２つの場合が多い。
　① 依頼者側がアドバイスを望む時
　② 患者・家族がチーム介入を望まない、または混乱が予測される場合

・患者・家族に挨拶をして自己紹介と役割を説明する（担当医、病棟スタッフからの依頼であることを伝える。病棟スタッフに紹介してもらうほうが安心感を与える）。
・介入の同意を確認した上で、緩和ケアチームについての説明文書を患者･家族に渡す（資料；日本緩和医療学会ホームページ〔http://www.kanwacare.net/〕など）。小児､精神発達遅延、認知症、せん妄などの場合は、キーパーソンとなる家族（病棟スタッフから聞き取る）に説明する。
・問題となっている病態や症状（例 , 疼痛、呼吸困難、消化器症状、精神症状など）について、病棟スタッフからの情報だけでなく自ら問診と身体診察を行う。
・患者・家族の意向が、依頼者のニーズとギャップがないかを確認し調整する。ギャップに気付いた時は、批判という印象を与えないよう依頼者と話し合う。
・家族が抱える不安や問題を探索し、存在すれば早期に対応する（例 , 家族間の葛藤、経済問題）。
・患者のみならず、家族からの相談や問題にも対応することを家族に説明する。

【病棟看護師を支援して行うこと】

・観察点やケアのポイントを明確に伝えて実践を促す（例，オピオイドによる便秘の有無、患者の睡眠満足度の確認）。

・日々のケアにおいて、家族の体調やストレスにも配慮するよう提案する（例，せん妄や呼吸困難がある患者の付き添い家族への気遣い）。

STEP 5　目標設定と具体的マネジメント方法の提示

【緩和ケアチームが目標設定する際のチーム看護師の役割】

・患者・家族の意向を反映させる。

・目標とその時期を決める（例，短期目標と長期目標に分けて考える。痛みなく3日以内に眠れるようにする、1ヶ月以内に自宅に戻れるように環境を整える、など）。

・評価基準を設定する（例，家に帰ることができるADLの獲得、座って食事ができる、自分で排泄、レスキューを使えるようになる）。

・依頼者とチームメンバーで過程と結果を共有できるようにサポートする。

【具体的マネジメント方法の提示】

・緩和ケアチームの治療・方針に生活の視点を反映させる（例，薬の内服方法の簡素化）。

・依頼者側の看護師とケアの役割について、チーム看護師の持ち時間や技術・知識に応じて分担する（例，担当看護師の経験年数、病棟の体制も考慮）。

・院内のリソースの活用を検討する（がん治療医、放射線科医、麻酔科医、リハビリテーション、MSW、歯科衛生士、がん関連の認定看護師・専門看護師など）。

ポイント
・患者・家族の希望を繰り返し確認する。
・目標設定の際、現実とのギャップが大きい場合は、小さな段階に分けて提示する

STEP 6　介入実施

【介入の理念】

・前もって協議された介入レベルに徹する。

・結果だけでなくプロセスもチーム医師と共有することに留意する。

・担当医に伝えられたマネジメント方法を、病棟看護師に説明する。病棟看護師が何をするかを明確にして、実施をサポート（例，PCAポンプの説明・指導など）する。

・チームが推奨するケアは、依頼者・相談者および病棟看護師にとって実行可能かを確認する（例，麻薬自己管理の是非など）。

・介入（例，鎮痛薬の開始）の後に必要な観察プロセス（例，効果と副作用の内容、発現予想タイミング）を病棟看護師に説明して、役割分担を前もって協議しておく。

【緩和ケア実施計画書（巻末図表）の作成や、確認診療報酬上の条件の整備（巻末図表）】

① 依頼された症状

② 治療の方向性

③ 緩和ケアチームの方針

④ 担当者サイン

⑤ 本人・家族のサイン

【薬剤に関する介入と支援（緩和ケアチームや薬剤師と相談して分担）】

依頼者が実践できるよう支援していく。

① 薬剤に対する患者の理解度を確認し（例，薬への抵抗感）、患者の理解力に合わせた説明を行い、必要時には家族にも行う。説明内容は文書を用いる（資料；日本緩和医療学会ホームページ〔http://www.kanwacare.net/〕）。

② 患者の希望の確認（例，痛みが取れることで何がしたいかなど）。

③ 職業や活動に合わせた薬剤投与方法を確認する。

④ レスキューの効果、使い方（自己管理を含む）を確認する。

⑤ 患者の自己コントロール感を尊重した薬剤調整を行う。

⑥ 副作用モニタリングと対応（例，悪心・眠気・便秘）の説明。必要時は家族に説明する。

⑦ 薬剤への満足度について、患者だけでなく家族の認識も確認する（例，家族が服薬を制限する場合など）。

⑧ 薬剤師に緩和ケアチームのマネジメント方法および実践経過を伝え、協力を依頼する。

⑨ チームメンバーや病棟スタッフと上記①～⑧の分担・実行可能性を協議する。

ポイント

・最初は、緩和ケアチームが中心になる場合もあるが、依頼者側が実践できるように啓発・支援していく。

・依頼者が初めて使用する薬剤は、病棟看護師に使用目的や作用、副作用を教育する。

【チーム看護師によるラウンド】

目的は、主に患者の診察と家族の面談、依頼者側の支援（例，薬剤への抵抗感、副作用の対応方法など）である。

方法や時間帯、回数（週何回、誰と共に）などは、緩和ケアチーム内で決めておく。

・患者・家族の診察は、全人的苦痛の視点から専門的に行うため、不安定な症例では毎日が望ましい。体制や状態に合わせて、関係管理者を含めて決定する。

・各病棟の忙しさを把握し、状況に応じて相談の機会を持つ。

・病棟看護師の特徴（得意・不得意）を見極め助言・相談・支援する。

ポイント

・病棟看護師を支援する姿勢を忘れない。

① 困っていることを聞き、共有していく。

② 病棟看護師のケアや技術、知識を肯定的に評価する。

③ 緩和ケアチームが提案した薬剤やケアに関しては、解釈や成果をわかりやすく説明する。

・緩和ケアチームと病棟との調整を図る。

担当医と患者、病棟看護師や病棟管理者の意向とチームとの間に相違がないかを確認し、相違がある場合にはチーム医師に調整を依頼する。

STEP 7　介入評価（介入効果モニタリング）

【定期的な評価】

① 評価項目を伝え、観察方法、記録方法を教える。

② 病棟看護師と、効果・副作用の対応方法について必ず情報交換する。

③ 治療方針の変更･調整が必要かどうかを担当医･病棟看護師と相談し、必要な場合は、チームカンファレンスを行う。

④ 日々のアセスメントに加え、定期的に経過を記録する。

【追加の計画内容および各職種との協働のポイント】

① 排泄・睡眠・栄養・移動・清潔に関して、日常生活支援を行う。

② リンパドレナージなど、リハビリスタッフの協力を依頼・提案する。

③ 栄養の形態やメニューなど、栄養士の協力依頼を提案する。

④ 社会的苦痛（財産、就労、社会資源の活用など）を MSW に協力依頼するかを提案する。

STEP 8　介入終了

① 依頼された問題が解決し、かつ依頼者または患者・家族の望む（了承する）時。

② 退院、転院、緩和ケア病棟への転棟など。

ポイント
・介入終了後の病棟スタッフへのフォロー方法を検討する（例，スタッフ面接、電子カルテの閲覧や電話など）。
・外来受診時における症状マネジメントの方法も依頼者と話し合っておく。

【退院調整の支援】

① 退院調整カンファレンスへの参加。
　緩和ケアチームとして、自宅療養で必要な情報を提供する。

② 訪問看護師への情報提供、ケアの継続の支援。

３．薬剤師

〈主な役割〉

チーム内では薬物療法の専門家として活動する。また、薬剤部内では緩和薬物療法の指導的役割を果たす。

（１）患者の症状や治療計画を薬学的視点からアセスメント（例，薬剤および用量の有効性、妥当性、副作用、禁忌薬剤など）し立案する。薬学的視点とは、臓器機能、薬物動態、薬理学的特徴、相互作用、配合変化、院内製剤の可能性、保険適応、費用対効果などである。

（２）依頼者である担当医・病棟スタッフやチームメンバーに対して、問題解決につながる薬剤の情報を提供する（例，制吐剤によるアカシジア、ワルファリンとオキシコドンの相互作用など）。

（３）病棟薬剤師（例，服薬指導担当薬剤師）を支援、教育する。

（4）緩和ケアにおける特殊な薬剤の使い方を薬剤部内に周知する（例，鎮痛補助薬の使用方法、院内製剤など）。

■問題解決に参画する

① 身体症状、精神症状の原因をアセスメントする。特に、問題となる症状が薬剤因性・相互作用ではないかを確認する。

② 薬学的アセスメントに必要な情報（検査値、既往歴、禁忌薬剤、薬剤使用歴、副作用歴、治療歴）を自ら収集し、薬物療法によるリスクを回避する（例，ゾレドロン酸投与時の腎機能、オランザピン投与時の血糖値など）。

③ 薬物療法実施時の注意点や観察点（例，レスキューオピオイド投与後の効果最大時間の呼吸数など）、対処方法を担当医や担当看護師へ伝える。また、病棟薬剤師へ患者や家族に説明するよう助言し、必要に応じ直接説明する。

④ 緩和ケアチームのアセスメントやカンファレンス・回診で得られた情報を病棟薬剤師へ伝える。

■院内における緩和薬物療法のレベルアップ

① オピオイド換算表、鎮痛薬使用マニュアル、患者説明用パンフレットなどの補助ツールを作成する。

② 勉強会などにより緩和薬物療法に関する情報提供を行う。また、薬剤師に対して緩和薬物療法に必要な知識や介入のポイントについて実践指導、助言する。

〈兼任の場合にすべきこと・気を付けたいこと〉

連絡方法を明確にしておく（例，PHS が望ましい）。

（1）問い合わせには、責任を持ってできるだけ早く回答する。医薬品情報担当薬剤師や病棟薬剤師と連携する。

（2）対応ができない時や不在時の問い合わせ先（電話番号など）を明確にしておく。

（3）介入例について直接相談があった場合は、その内容をチームメンバーで共有する。

〈落とし穴とその対処方法〉

（1） 患者の症状を、薬剤の観点だけで考えてしまう。

問題となる症状が副作用や相互作用ばかりでなく、電解質異常や器質的な問題が原因のこともある。薬物療法以外（例，手術、放射線療法、神経ブロック、メンタルケア、代替療法など）での症状緩和の可能性についても考える。

（2）チーム薬剤師が服薬指導を直接行い、病棟薬剤師の役割を奪ってしまう。

緩和ケアを専門としない薬剤師に対して、服薬指導に必要な知識やスキルを伝えたり、手本を見せるなど、教育的な立場で行動する。

（3）問い合わせがあった薬剤の対応だけになる。

医療用麻薬などの緩和薬物療法だけでなく、がん薬物療法、その他の薬剤全般に関する情報提供を行う。

（4）直接、担当医に疑義照会（例，下剤が処方されていない）することで、緩和ケアチームと担当

医とのトラブルになる。
　チーム医師と話し合った上で疑義照会を行う。

４．ソーシャルワーカー（MSW）

〈主な役割〉

MSW は､患者または家族の心理社会的苦悩（例 , 療養生活への不安､医療費の問題）に対して相談･支援（例 , 情報提供だけでなく、意思決定を援助する）を行う。

■患者や家族との関わり方

・原則として MSW は、チームメンバーから要請があった場合のみに患者・家族と関わる。その他に、緩和ケアチーム症例検討会に参加する際に、MSW の視点から情報を提供する。
・患者と家族や担当医、または病棟看護師から MSW や相談室に直接、依頼することもあり、その場合は担当医とチーム介入の必要性について検討する。

■病棟スタッフへの関わり方

・情報や意思決定の結果は、チームメンバーと話し合い共有した上で、担当医や病棟看護師に伝達する（例 , 在宅看取り、ホスピス転院）。
・病棟担当・受け持ち MSW がいる場合は、その担当へ報告し相談役になる。

〈支援項目リスト〉

□ 経済的問題（例 , 医療費、財産、年金、成年後見）
□ 家族間の葛藤
□ 本人の不安や気持ちのつらさ
□ 就労問題（例 , 雇用形態の変更）
□ 教育問題（例 , 休学・復学・転校）
□ 外出・外泊に必要な社会リソース（例 , 介護タクシー、ヘルパー依頼など）
□ 療養場所の選択に向けた支援（例 , 在宅やホスピス、その他の施設）
□ 退院が決定した後の関係機関（例 , 訪問看護ステーション、診療所、事業所）との連携
□ 介護の問題（例 , 保険申請、サービス外注、福祉用具）
□ 逝去時の対応、特に単身者の場合（例 , 家財の処分、葬儀）
□ 未完の仕事（例 , 相続、遺言・献体・臓器提供・財産分与…公証人役場、他）

項目リストで身体症状の苦痛や不安、家族内の意見の不一致、経済問題などを発見した場合は、緩和ケアチーム内で共有し、担当医や病棟スタッフに伝達する。

〈落とし穴〉

直接 MSW に相談に来た場合や新たな問題を発見した場合、情報を緩和ケアチームと共有せず、緩和ケアチームや患者・家族、病棟スタッフの混乱を招く。

５．リハビリテーション（以下、リハビリ）

〈緩和領域におけるリハビリの概念〉

リハビリは、ラテン語の「元いた場所に復帰する」が語源である。緩和ケア領域においては、筋力訓練だけではなく、損なわれた日常生活の諸活動（Activities of daily living：以下、ADL）の再建、または悪化を防止するケアであることを理解する。

リハビリ関連職種には、国家資格として作業療法士、理学療法士、言語聴覚士などがある。

〈主な役割〉

（１）ADL 障害による QOL 低下に対応する。
痛みが緩和できるような生活指導（例 , 姿勢の変換、移動、歩行、トイレ、更衣、食事)、入浴ができるような支援。

（２）ADL の改善がなくとも、リハビリ介入で心理・社会的苦痛やスピリチュアル・ペインの緩和につなげる（例 , 一定時刻に訪問し､時間を共に過ごす関わりを継続することが「見捨てられ感」を緩和する)。

（３）「緩和リハビリにできること（意義)」について、カンファレンスや勉強会において、緩和ケアチームや病棟スタッフへ情報提供を行う。

〈具体的な業務内容〉

（１） 患者への実技指導

① 直接指導（例 , 杖や歩行器などによる補助歩行、ベッドからの立ち上がり方や座り方をより安楽に行う方法、対麻痺での車イスへの移乗方法、斜面台を利用した廃用症候群の予防方法)。

② 間接指導（例 , 担当看護師、家族などに上記での支援方法を教える)。

（２）症状に応じた目標設定

患者の ADL 予後予測をチーム医師・看護師からの情報、および診察結果から判断する。ADL 予後は、機能回復期、機能維持期、機能低下期の３つの時期があり、それぞれ時期に応じて緩和ケアチームの目標としてメンバーと共有する。

① 機能回復期：ADL と QOL の向上を並行関係的に図る時期

② 機能維持期：ADL と QOL の維持を図る時期

③ 機能低下期：ADL 低下は避けられないが QOL の向上を期待できる時期

（３）緩和リハビリの心理的サポート

患者や家族の喜び、楽しみ、生きる意欲につながるよう、支持的なリハビリを行う。会話とタッチングを通して患者・家族とのコミュニケーションを図る。

（４）ADL の維持、低下防止（いわゆる守りのリハビリ）

寝たきりで ADL 改善が見込めない状態の患者に対して、QOL を維持するリハビリを提供する。残っている能力（例 , 寝がえり、手足を動かす）の保持を目指し、廃用症候群の進行を防止する。

（5）除痛方法としてのリハビリ

痛みを増さずに体動する方法と目標（例，ベッドサイドに座る、立ち上がる、トイレに行く）を患者に提案する。家族（介護者）に対しても、苦痛の少ない移動や介助方法を指導する。医療者や患者、家族に対しリハビリの観点からみたリスク管理（例，転倒、激痛を回避するコツ）の情報提供を行う。

（6）運動麻痺患者へのリハビリ

脊椎転移による対麻痺等の移動障害に対し、ベッド、洋式トイレ、車イスの間を水平移動するアプローチ[5),6)]を提示し、患者･家族（介護者）の負担軽減を図る（例，スライダーボード）。

（7）生活環境の工夫

・基本的 ADL（例，歩行、トイレ、入浴）の改善については、生活環境を変えること（例，福祉用具・自助具の利用）で患者と家族の QOL 向上に寄与できる。必ずしも患者の能力向上を求めなくともよい。

・自宅療養への移行の際には、自宅の見取り図や事前訪問、写真での検討を行う。患者や家族の負担を軽減する専門的情報を提供する（例，手すりやスロープの設置、車イスが入る幅の確保、ベッドの位置など）。

（8）転倒・骨折の事故を防ぐ

移動による荷重骨（例，脊椎や大腿骨など）の病的骨折、あるいは各種の原因によるふらつき（例，下肢筋力低下、浮腫、薬剤性：オピオイオド、睡眠薬など）は、事故発生となりうる。これらを予防する工夫や予測を提案する（例，歩行器、環境整備）。

（9）リハビリによる社会的苦痛の軽減効果

一定時刻に訪問し、一定時間のリハビリ（定時法）－可能ならばリハビリ室に移動－は、患者の全人的苦痛の一つである社会的痛みを緩和する可能性があるとされている[7), 8)]。適応については、緩和ケアチームや病棟スタッフと話し合うことも必要ではあるが、効果自体の普及・啓発も必要である。

〈スキルアップ〉

腫瘍学の基礎知識が必要となる。系統的ながんリハビリの学習コースは、現時点では国内にはない。必要な知識は成書を活用するか、日本癌治療学会がん e ラーニング〔http://www.cael.jp/〕などで学習する。リハビリの手技については、他領域のリハビリを応用する（例，整形リハビリ、脳卒中リハビリ、呼吸リハビリ）。

〈落とし穴〉

（1）「リハビリ」という言葉で、訓練をイメージする患者・家族・医療従事者は多いので活用されない。

快適さを求めるリハビリ（例，マッサージや姿勢変換、他動運動）もあることを、アピールする。

（2）急激な痛みや麻痺の悪化（例，脊椎転移による対麻痺の発生、圧迫骨折）を見逃してしまう。

新たな障害を作らないために、変化を病棟スタッフやチームメンバーに速やかに知らせる。

（3）患者からの難しい質問（例，「リハビリで体力を回復して再びがん治療ができますか？」など）や要求に困り、不適切な回答をする（例，「大丈夫ですよ。」と答える）。

現実と希望のギャップに対して訂正する必要はない。こういった質問や要求は自然な反応である。否定せずに気持ちへの理解を言葉で示し（例,「そう思うことは当然ですよね」)、話してくれたことに礼を言って、緩和ケアチームで共有して対応を考えることを伝える（例,「あなたのご意見は大切なことなので必ず緩和ケアチームや担当医と検討いたします」)。

〈参考文献〉

5）安部能成．リハビリテーションの技とコツ．並木昭義 監修，川俣知之 編集．すぐ役に立つがん患者緩和ケアにおけるコメディカルの技とコツ．真興交易㈱医書出版部．p.23-42，2009.

6）安部能成．がん緩和ケアに活かすリハビリテーション・アプローチ．臨牀看護 2010;36(4):389-487（臨時増刊号）.

7）安部能成．社会的障害に関するリハビリテーション．緩和医療学 2003;5(4):50-59.

8）安部能成．がんを担った人を知る③ 社会的痛み．臨床作業療法 2011;8(5):526-531.

参考資料

チーム活動の現場からの声
Journal of Palliative Medicine 特別編集委員
ダイアン・マイヤー

緩和ケア領域における
コンサルテーションのエチケット

著者　ダイアン・マイヤー　　ラリー・ベレスフォード

謝　　辞

緩和ケアの先進国の１つである米国のマウントサイナイ病院緩和ケア部長 ダイアン・マイヤー先生の論文に書かれた緩和ケアチームコンサルテーション・エチケットは、重要かつ有用な示唆に富んでいる。今回、関根龍一先生を通して本論文を日本の緩和ケアチームの手引きに掲載および配布のご許可をいただいた。ご快諾いただいたマイヤー先生、仲介の労をおとりいただいた関根龍一先生に心より御礼申し上げます。また翻訳にあたって多大なるご指導・ご協力をいただいた清水瑠衣先生に深い感謝の念を捧げます。

翻訳責任者
社会保険中京病院　吉本　鉄介
近畿大学医学部附属病院　小山富美子
翻訳指導・監修
医療法人鉄蕉会 亀田総合病院　清水　瑠衣
関根　龍一

近年米国では入院患者に対する緩和ケアプログラムの数は急増していますが、その中で最も多いのがコンサルテーションサービスです。これは通常、多職種のチームで行われメンバーには医師、看護師、ケースワーカー、薬剤師がいて、チャプレンがいることもあります。

緩和ケアチームは、疼痛や他の症状コントロール、治療目標とそのための治療方針の決定、事前指示の作成、そのほか重篤な疾患に向き合う上での様々な問題点に応じて医師やコメディカルからの要請に対応します。

コンサルタントと一緒に働くことに、大抵の医師は慣れています。つまり、患者さんに発生したケアの問題点をどうすればいいかを日常業務として相談される多岐にわたるスペシャリストとの仕事です。コンサルテーションの内容は臓器ごと（例えば呼吸器内科）、疾患ごと（腫瘍医など）、または患者の年齢（老年医学など）に特化するのが普通です。

対照的に、緩和ケアは、患者さんを全人的に、家族にも配慮すること、および快適さの追求や症状緩和、治療ゴール設定やそのために必要な意思決定、重症患者に対する QOL に焦点をあてることが特徴です。

しかし、緩和ケアチームがコンサルテーション業務をするとなると、他の専門科と全く同じです。つまり緩和ケアチームの顧客とは依頼を出してきた医師なのです。コンサルテーションのルール集はコンサルテーション・エチケットとして知られており、暗黙の了解ながら鉄則です。これは主治医からの要請に対応するときに守るべきルールであり、これに違反すれば、チームへのコンサルトが減ってしまう結果につながるのです。

依頼を受けた緩和ケアチームメンバーは依頼してき

た主治医こそが主たる顧客であって、どこまでをケアの介入範囲とするのか、どういう経過をとるか管理する権限、そして行った推奨が実行されるかどうかさえも、決定権は主治医にあることを理解しているべきです。

医師と違ってチームの看護師やMSWは、このような了解を守ることに抵抗感があることも少なくありません。それはトレーニングを受けていないか、こういう不文律に従うことに慣れていないかです。でも彼らもこのルールを学び遵守する必要があります。

この論文のために取材した現場で活動している緩和チームの医師たちから聞かれた声は、たとえコンサルテーション・エチケットの規則を遵守することで依頼医の信頼を獲得して、病院における医療文化や医療行為を変えていくために必須だと理解していてさえも、チームの役割には確かに独特の困難やストレスがつきものだったということでした。

どんなルールがあるのか？

緩和ケアチームのコンサルタントの役割について、最も基本的な考察をサンディエゴ緩和ケア研究センター部長で、Journal of Palliative Medicine編集長であるチャールズ・フォングンテン先生は、「チームの役割を明確に理解するためには、コンサルテーションの意図をはっきりと言語化することが何より重要である」と、述べています。

「治療している科がコンサルトを依頼する場合、患者はあくまでその科で所属しているので、コンサルタントに必要な質問は主治医によってなされるのです」と、フォングンテン先生は説明しています。そのコンサルタントでは、コンサルトすることで何をして欲しいのかを明確にするべきです。治療者から、「この患者さんは特別にお願いします」という依頼や相談がない限り、直接治療することは慎むべきです。コンサルト時の提示された問題リストにない事項について言及するのはコンサルトの役割を逸脱しています。これがコンサルテーション・エチケットの基礎ですとフォングンテン先生は言います。

施設ごとの医療文化に馴染み、主治医と気心が知れてきて、この基本を無視しても大丈夫なようになるまでは、この原則を無視すればチーム医師は厄介事を抱える羽目になるでしょう。

コンサルト側がこの明確な役割を理解していれば、相手方と対立する関係にはならないはずです。

なぜなら、患者さんに対する責任者が依頼してきた医師であることは変わらないからだと、フォングンテン先生は付け加えています。

もしコンサルタントが、患者の受けている治療に疑義があっても、患者や家族にではなく、当然のことながら主治医に問題提起するべきです。多くの患者や医師は、疾患を治癒させるべき現代医学の限界に直面し、治療の転換点に立っていることも多いので、このルールを守り続けるのは緩和ケアにおいて難しいこともしばしばです。

「だからといってドン・キホーテよろしく、この現代医学の無力さという場面に突っ込んでいき、こういう主治医たちから患者さんたちを『救済する』という勘違いをすれば、こういう態度は即座にコンサルテーションを終了させることを悟るに違いありません。この困難は、緩和ケアに限ったことではありません。緩和ケア以外の医師も、大抵は自分の専門知識について、そして自分の推奨が実行されたかを気にしているものです」とフォングンテン先生は言います。

しかし、緩和ケア以外の専門的コンサルト医も、自分の役割について同じことを学ばなければならなかったのです。コンサルト依頼を受けて友好的に協力するというのは、専門領域の成長や成熟に欠かせないことなのですから。

デビット・ワイズマン先生は、ミルウォーキーにあるウィスコンシン医科大学緩和ケア指導センターの部長です。彼は、少し前に専門的緩和ケアセンターから出したオーディオセミナー[1]（訳注、音声付き講義資料）[1]において、「コンサルテーション・エチケットにおける10の原則」を発表しました（4頁表1参照）。

これは1983年のゴールドマンとリーの論文[2]から引用したもので、コンサルテーションの成功とは関係者のニーズ、なかでも依頼医のニーズにどれだけ応えたかで決まると強調しています。

ワイズマン先生は、緩和ケア以外の専門家が使っているのと同様な、統一的な様式の依頼箋と報告書を使うことを勧めています。ワイズマン先生は「私はこのリストの失敗はほとんど経験ずみ、と付け加えましょう」とセミナーの受講者に対し語っておられました。さらに、「コンサルタント業務で起こる問題のほとんどは、効果的なコミュニケーションで解決できる」と付け加えておられました。

例えば、緩和ケアチームが依頼医にコンサルテーションの主たる目的を聴き損じることは、コミュニケーションの失敗と言えます。答えを引き出すには「この患者さんについて最も気にかかっておられることは何でしょう？」、または「この患者さんのケアで私がサポートできることは？」などの質問がよいでしょう。

軋轢はどこから生まれる？

コンサルテーションとは、本当に上記のように簡単にいくものなのでしょうか？　それとも、緩和ケアチームのコンサルタントの役割は、治療方針をシフトする場合の橋渡し役として、さらに死に直面した患者さんが納得できる目標設定をする際の代理人として、緩和ケア特有の在り方が期待されているのでしょうか？　言うまでもなくその通りです。だとすれば、どうすれば緩和ケアチームの医師達は、患者への献身と有能なコンサルタント手腕を両立させ有るのでしょうか？

表１の「コンサルテーション・エチケットにおける10の原則」(4頁表１参照）とは、より有能なコンサルタントになるためのステップではありますが、緩和ケアチームが介入すれば何かしら葛藤が起こることもワイズマン先生は認めています。

「あなたの情熱を押し殺すことを勧めているわけでありません。症例も、依頼医もそれぞれに違いがあります。そのひとつひとつの状況を理解し、主張すべきタイミングや是非を決めるべきです。ここで難しいのは、コンサルタントの役割に徹することと患者や家族の代弁者でもある、という２つの立場の丁度よいバランス点を探すことです。」

「自分の気持ちに耳を傾けましょう。その気持ちを認め、その根源が何かを観察するのです」とワイズマン先生は言います。うまくいっている緩和ケアチームというものは、メンバーの１人が患者の代弁者として熱心なあまりにコンサルテーションのルールに反した時は、それを指摘できるはずです。

チームの定期会合や話し合いでこの葛藤を話題にすることは、チームメンバーが目の前の問題にとらわれず、また自分たちがすべての問題や患者さんに答えを出せるわけでないと気付く助けになります。緩和ケアチームがコンサルタントになることで葛藤が起こりうる場合はいくつかあります。それは以下のような場合です。

- チームに相談した主治医が、特定の症状コントロールを要求しているのにも関わらず、予後のようなデリケートな話題に触れるのを禁止している時
- 患者や家族が予後などのデリケートな話題を取り上げて、もしくは依頼内容にない問題の答えを求めて、具体的かつ執拗に質問をしてくる場合
- 緊急の症状マネジメントが必要となった時
- 患者の抱える問題のうち最たるものが、患者または家族と主治医のコミュニケーション不足や障壁であると判明した時
- 依頼した主治医の治療に疑義がある場合、例えば適切なレベルの鎮痛薬が処方されていない、事実に合った予後説明を避けている、など

また、どこまで厳密にコンサルテーション・ルールを遵守するかは、症例によって異なることを知っておくことも重要です。これは、様々な因子によって左右されます。例として挙げるならば、①依頼医との事前の関係性、②病棟や科によるやり方の違い（例えば内科と外科病棟の違い）、③医師が他科依頼をすることに対する施設ごとのやり方の差、④チーム活動の歴史と知名度、⑤医師達によるチームの受け入れ度合い、⑥多職種チームが主治医からの要請にあたってどのように機能しているか、などが要因として考えられるでしょう。

施設によっては、緩和ケアチームに直接鎮痛薬の処方やその他の治療が求められることがあるでしょうし、他の施設では、それがコンサルテーション・エチケット違反となることもあるでしょう。依頼を受けるコンサルタントも、院内のあらゆる人たちから相談を受ける（家族、ナース、ケースワーカー、その他の診療所医師から）こともありますし、主治医からの要請だけを窓口にしていることもあるでしょう。

主治医いわく「とりあえず、いつも通りでよろしく。」

何が問題なのかを、もしくは、やって欲しいことが何かを、明らかにせずにコンサルトしてくる主治医もいます。ひょっとしたら、患者や家族に治療が期待したほどに効果がないとわかった上で、自分が困っていることをはっきり言えない、または言いたくないのかも、悪い知らせを伝えることをサポートして欲しいのかも、しれません。または、患者や家族が状況を理解し、価値観や希望に最も合致する方針決定をするための手助けが欲しいのかもしれません。

こういった事態は、どんな医療職にとっても難しい課題ですし、依頼者はコンサルテーションのリクエストとしてはっきり言いにくいことがあります。こういう場合、緩和ケアチームは、その患者や背景を評価した上で、「こういう印象です」とか、「こうしてはどうでしょう」とか、コンサルタントとしての決定権を手放さないままで、主治医にあらためて伝えるのがよいでしょう。

時には、依頼医は緩和ケアのコンサルトがそのまま退院計画やホスピスのような別の医療サービスへの道筋になるとみなしていることもあります。さらに、チームへ依頼をすれば、難しい治療ゴール設定について吟味してくれると思い込んでいることもあるでしょう。その他、大学病院と地域の病院かどうか、もしくは院内で緩和ケアチームが倫理委員会と密接に連携しているかどうかでも、緩和ケアサービスの相違がみられるでしょう。

すべての緩和ケアチームが自問すべき重要な質問は、自分たちが主治医に代わって治療を行うことを厭わないのか？　それともコンサルトだけに留まると決めているのか？　です。ピッツバーグ大学にある緩和ケア推進協会に所属するロバート･アーノルド先生は、主治医の代わりに治療することは患者や家族に主治医から見捨てられ感を与えることで、倫理的な問題が起きる懸念について述べています[3)]。アーノルド先生は、緩和ケアチームがこうやって主治医に代わって治療の責任者になるのは、主治医はもちろん、患者や家族に権限移譲について綿密な話し合いをした後に行うべきと推奨しています。

現場の経験談から

オハイオ州コロンバスのマウントカーメル病院の緩和ケア部長のフィリップ・サンタ・エマ先生は、依頼医の人となりを知ること、および彼らが何を期待するのかを把握していることの重要性を強調しています。「我々の組織では、私にコンサルテーションが来た際、いつも私は主治医が何を期待しているかについて、概ね把握しています。ときたまですが、我々に症状について診て欲しい。だけどもケアの目標や治療計画の話はしないでくれ、と言われることがあります。その意見は尊重しましょう。ただし主治医が何を憂慮しているのか、または何が起こりうると想定しているのかを必ず質問するようにするのです。」と彼は述べています。

「私はコンサルタントとしての役割に徹することが必要だと思います。その目標は、最善のケアをコンサルトされた患者に提供することに尽きます。」サンタ・エマ先生は次のようにも話しています。「我々はみんな自分なりの信条を持って仕事に望んでいるものですが、チームメンバーの目標はこういう個人の信条はいったん忘れて、患者が自ら方針決定できるようにサポートすることです。もし患者が自分でベストな決定をするよう手伝えなければ、ひどい挫折感に襲われるでしょう。」

コロラド州デンバーにあるコロラド大学緩和ケア研修プログラムの副委員長を務めるジーン・ヤングワース先生は、緩和ケアコンサルタント、および患者の緩和ケアを依頼する内科主治医としてという、緩和ケアコンサルテーション活動における双方の面から物事をみた経験から、彼女は以下のように述べています。「理屈の上では、チームのコンサルテーションは、他科と同様であるべきだとされているが、重要な違いもあるし、この分野ならではの知識も必要です。」

その１つは、依頼医とどのように結束していくかです。「たとえば、内科のコンサルタントとしてある糖尿病患者を術前チェックするよう依頼された場合、自分の役割を依頼内容だけに焦点を絞るのは容易です。でも緩和ケアのコンサルテーションとなると、問題はもっと難しいのです。特に、全人的な問題として社会的、精神的、スピリチュアルな問題を取り上げなければならないので、主治医を不快にさせてしまいがちなのです。」

「その他にも、我々は患者・家族と治療チームの間のコミュニケーションの促進を手伝うこともあります。もし彼らの間に葛藤が生じたら、患者・家族の代弁者としての役割を果たすのです。もし治療チームが我々の推奨を受け入れない時には、彼らと話し合いの場を作り、それはなぜかを聞いて理解しようとします」とヤングワース先生は述べておられます。

「私たちがコンサルテーションを受けた場合は、患者を診察する前に、まずは依頼医と直接話すこと、これを最初に行うよう心がけています。『どういうふうに介入しましょうか？』と尋ね、そのケースに対して主治医なりの症例の概要を把握しておきます。まさにそこからが、私たちと彼らとの提携の開始なのです。さらに私は患者家族と話し合いをする時も、依頼側の医療チームのうち誰かが参加してくれるように頼みます。主治医が無理ならば、フェローやチーフレジデントにお願いします。」「家族との話し合いは長時間に及

ぶこともありますからね。」と、ヤングワース先生は付け加えています。「患者や家族にとってのゴールを聞き出すつもりの時は、主治医に最初だけでも同席してくれるよう頼むこともあります。」

彼女は、つい最近担当した若い女性のがん患者を症例として挙げ説明しています。その患者の担当外科医は、彼女にDNRの指示への同意とホスピス転院を求めていましたが、患者はそれを受け入れませんでした。彼女は「なぜ現在ホスピスに行きたくないのか。」を、家族同席の話し合いの中で私たちにはっきり言いました。しかし外科医は納得せずこう言いました。「なんて役立たずなんだ、あんたたちは。彼女をホスピスに転院させられなかったじゃないか。」と。私たちは注意しつつ、彼女が自分の病状や予後を理解しているにも関わらず、なぜその時はホスピス転院を自分のゴールとそぐわないと思っているかについて、説明しなければなりませんでした。

「最も困難、かつ一番長期の入院症例に限って、しかも状態が悪くなってしまった時に限って、緩和ケアチームへ依頼してくるような外科医もいます。」と、ヤングワース先生は付け加えています。そもそも彼らは、緩和ケアというものを、怒りかつ混乱している家族からの追求をかわす手段として考えているふしがあります。看護師など、他の医療者からのプレッシャーでやっとのことでコンサルトをしたものの、チーム推奨なんか聞きたくもない、という医師もいます。また、彼らは患者によってケアの目標が変わることに重きを置かずに、家族との話し合いの場にも参加しようとしないことが多く、それがコミュニケーションをさらに困難にするわけです。」と、ヤングワース先生は言います。

「こういう場こそ、患者の代弁者になるべきです。そのためにコミュニケーション・スキルの限りを尽くして、自分がこの推奨に至った経緯を説明するのです。我々は決して、『とにかくこうしておいてください』とか『あなたは間違ってます』とは言いません。我々は自分の考えが間違っている可能性をチェックし、相手に敬意を払い、相手と敵対関係にならないようにします。そうしないと絶対にうまくいかないからです。」

謙虚さの重要性について

ロバート・アーノルド先生の信念によると、緩和ケアコンサルトの役割はコンサルテーションのルールを遵守すること、または患者の代弁者であること、いずれかの二者択一ではありません。「それよりも、どうやって主治医の思惑に配慮しつつ患者の代弁者でありうるかが問題なのです。そのためには謙虚さが必要です。つまりチームの我々が必ずしも正しいとは限らず、主治医は我々が知らない情報を把握しているのかもしれないと認めることです。」この件に関してアーノルド先生は推薦図書[4)]を挙げています。

彼曰く、「コンサルタントですから最初に依頼してきた顧客の満足がなければ、そもそも仕事が来ないのです。そうはいっても同僚と議論して、少々ご機嫌を損ねたりしなくてはならない症例もあるでしょう。いかにして敬意をもって相手の話を聞くか、患者について主治医は自分たちが知らない情報を持っていると認めること、提案する際には謙虚であること、これらをチームは修得していかなければなりません。」

「我々は患者や患者家族が自分たちの信念とは違う決断を下した時と同様に、依頼医が我々の提案をのまなかった場合でも、親切な態度を変えずに接する必要があります。優秀で勤勉な医師がこちらの推奨を実行しない理由は何だろうと自問できれば、あなたは患者にとってよりよき代弁者になれるし、主治医の患者ケアをよりよくするサポートができるでしょう。」彼の言によると、医師はコンサルトの才能を生来持っているとは限らないが、それは習得しうるものです、とアーノルド先生は話しています。

では、アーノルド先生は依頼医が間違ったことをしていると確信した場合、どうしているのでしょうか？「間違いがどの程度ひどいものかを最初に考えます。本当にひどい間違いであれば、率直に主治医へ伝えます。常時そうするわけではありません。その誤りの影響が、医学的または倫理的に非常に大きい時に限ります。交渉の余地がないなどの非常に稀なケースでは、上級医、またはさらに上の機関に報告します。」と、先生は付け加えます。

その他、改善の余地があると思われる症例に関しては、施設での医療を教育によって改善することで対処することも可能ですと、同医師は考えています。

メモリアルスローンケタリングの緩和ケア教育プログラムの委員長、デビッド・ジャンシラクーサ先生は、「主治医が我々に、例えば、死について、患者に話さないで欲しいなど、かなり厳密な線引きをすることはよくあります」と言っています。

「こういう依頼が来た時には、主治医への敬意を示

しつつ、こういう方法があります」と、彼は言います。「もし患者さんがこういうタブーな話題を取り上げた時には、コンサルト側は重要なことと認め、その話題にしっかりとのっていきます。ただし、こちらから情報を提供するのではなく、患者の不安や懸念を聞き出すのです。つまり、主治医から話すべき事柄についてこちらからは話さず傾聴することです。」

「こうも言えますよね。『このことは主治医の先生からお話しするように言われたことではありません。しかし、とても重要なことであると主治医に伝えます。あなたが主治医と話し合うことは大変大切だと思います。彼か私のどちらかがお伺いして、この件についてお話します』。」と、ジャンシラクーサ先生は述べています。彼は、「患者や家族は、主治医に対してこういう話題を持ち出すことに苦慮することだってあります。そういう時には、主治医とどうやって話すべきかをコーチングします。興味深いのは、患者さんたちが主治医の代わりに我々に相談してくることが大変多く、その情報を主治医との関係を損ねずにどうやって伝えるか、ということです。『患者の言ったことをあなたと分かち合うのが重要だと思います。これは私に依頼された事項ではありませんが、先生も知っておきたいことだと思うし、このことについて解決する手助けができたら幸いです』と主治医に伝えています。」とも言っています。

◆参考文献

1）Weissman DE. Audio conference : Reaching out to your referring physicians: Part II -- consultation etiquette. New York: Center to Advance Palliative Care, September 19, 2006.

2）Goldman L, Lee T, Rudd P. Ten commandments for effective consultations. Arch Intern Med 1983;143:1753-1755.

3）Han PKJ, Arnold RM. Palliative care services, patient abandonment and the scope of physicians' responsibilities in end-of-life care. J Palliat Med 2005;8:1238-1244.

4）ケリー・パターソン，ジョセフ・グレニー，ロン・マクミラン，アル・スイッツラー 著，本多佳苗，千田　彰 訳．ダイアローグスマート肝心なときに本音で話し合える対話の技術．幻冬舎ルネッサンス，2010.

参考資料‥緩和ケア診療加算

A 226 － 2 緩和ケア診療加算（1 日につき） 400 点

注

1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、緩和ケア診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

2　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものにおいては、注 1 に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、200 点を所定点数に加算することができる。

3　当該患者が 15 歳未満の小児である場合には、小児加算として、100 点を更に所定点数に加算する。

参考資料‥緩和ケア実施計画書（サンプル）

（別紙様式 3）

緩和ケア実施計画書

氏名	（ふりがな）	年齢	ID
		歳	
生年月日	明・大・昭・平　年　月　日		
主訴			
診断	1）　5）		
	2）　6）		
	3）　7）		
	4）　8）		
現病歴	年　月　日		
既往歴	年　月　日		

身体症状

	【重症度】			
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）				

【症状の性質、分布】

身体活動状態

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　□問題なし　□要介助　□不可　　排泄　□問題なし　□ポータブル　□要介助
食事　□問題なし　□要介助　□不可　　入浴　□問題なし　□要介助　□不可

精神状態

	【重症度】			
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
6. その他（具体的に）				

その他の問題
□家族
□経済
□仕事・趣味・交際などの活動や生きがい
□その他

本人の希望	家族の希望

治療目標（優先順に）		
①	②	③

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）
□理学・作業療法
□その他

備考

説明日　年　月　日

本人の署名	家族の署名（続柄　）
主治医	精神科医
緩和ケア医	緩和ケア担当看護師
緩和ケア担当薬剤師	

緩和ケアチーム活動の手引き

2007年11月　第１版発行
2013年６月　第２版発行

作成：日本緩和医療学会 専門的・横断的緩和ケア推進委員会