

# 緩和ケア病棟運営の手引き

Practical Guidance for Palliative Care Unit

2014 年版

特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会

## 「緩和ケア病棟運営の手引き」作成担当者

### 【評価委員会】

※委員長

氏名	所属施設	
志真 泰夫※	筑波メディカルセンター病院	理事・在宅ケア事業長・副院長
小野 充一	早稲田大学人間科学部	教授
宮下 光令	東北大学大学院医学系研究科	緩和ケア看護学分野教授
本家 好文	広島県緩和ケア支援センター	センター長
佐藤 一樹	東北大学大学院医学系研究科	緩和ケア看護学分野助教
池永 昌之	淀川キリスト教病院ホスピス・こどもホスピス病院	副院長
柏谷 優子	東京医科大学病院	緩和医療部 看護師長
安保 博文	国家公務員共済組合連合会六甲病院	緩和ケア科部長

### 【作業部会：質の向上のためのプログラム開発部会】

※部会長

氏名	所属施設	
本家 好文※	広島県緩和ケア支援センター	センター長
金井 良晃	東京大学医学部附属病院	緩和ケア診療部 副部長
中橋 恒	松山ベテル病院	院長
堺 千代	大分ゆふみ病院	看護師長
宮原 知子	神奈川県立がんセンター	看護科長
岡本 祯晃	市立芦屋病院	薬剤科部長
齋藤優喜子	桜町病院	地域医療連携室係長

# 目 次

はじめに	.....	2
手引書の活用にあたって	.....	3
I. ホスピスと緩和ケア病棟	.....	4
II. 緩和ケア病棟におけるケアのポイント		
1. 入院前後の情報収集	.....	6
2. 入院時の苦痛の評価・ケアプラン	.....	8
3. チームによるケア・カンファレンス	.....	10
4. 症状マネジメント	.....	12
5. 死が近づいたときのケア	.....	14
6. 家族ケア・遺族ケア	.....	16
7. スタッフへのケア	.....	18
III. 地域における緩和ケア病棟の役割と連携	.....	20
参考資料	.....	22
1. 緩和ケア相談シート		
2. 予後予測の指標 (PPI/PPS/PaPS/KPS)		
3. STAS-J 日本語版		
4. STAS-J 活用の手引き		
資料	.....	29
1. 緩和ケア病棟入院料 関連資料		

## はじめに

近年、ホスピス緩和ケアに対する社会的な関心やニーズの高まり、また、診療報酬の改定によって緩和ケア病棟の運営面が改善されたことも要因となり、緩和ケア病棟の施設数は年々増加している。2002年に100施設、2009年には200施設を超える、2014年には300施設を超えた。がん医療における緩和ケア病棟の役割は、終末期におけるがん患者の身体的精神的苦痛の緩和に加えて、心理社会的問題やスピリチュアルな問題に対する全人的ケアを提供することを基本としているが、がん医療における緩和ケアの普及に伴い、ホスピス緩和ケアに携わる人材の育成、在宅ホスピス緩和ケアのための支援など、地域との連携も強く求められるようになっている。

こうした現状を受けて、ホスピス緩和ケア協会評議委員会の中に、2010年から「質向上のためのプログラム開発部会」が設置され、緩和ケア病棟で適切なケアを提供するために必要なノウハウやコツを集めた「緩和ケア病棟運営の手引き」を作成することとした。特に、新たに緩和ケア病棟を開設し、運営を始める施設を主な対象として、温かなもてなしの心を大切にしながら、苦痛や困難を抱える人たちに寄り添う緩和ケア病棟の働きと役割を具体的に示して、今後ますます重要なと思われる緩和ケア病棟における質の高いケアの提供に向けて、本冊子が活用されることを願っている。

1990年、「緩和ケア病棟入院料」が医療保険の新たな診療報酬として設けられ、翌1991年には5施設の代表が集まって、「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」が結成された。その後、2004年に「日本ホスピス緩和ケア協会」（以下、当協会とする）へと名称は変更された。当協会の事業として、ホスピス緩和ケアの①啓発普及、②情報提供・情報交換、③ケアの質の評価・向上、④教育支援、⑤国際交流の5つの事業に取り組んできた。2010年以降は、「ケアの質の評価・向上」と「教育支援」を重点課題としている。当協会の正会員は、緩和ケア病棟（緩和ケア病棟入院料届出受理施設）が会員の6割以上を占めている。今後、緩和ケアチーム（緩和ケア診療加算届出受理施設）、緩和ケアを実践する一般病院や在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションなど、ホスピス緩和ケアを提供するすべての会員施設が質の高いホスピス緩和ケアを患者・家族等に提供することに取り組みたい。

日本ホスピス緩和ケア協会 評議委員会  
質向上のためのプログラム開発部会 部会長  
本家 好文  
日本ホスピス緩和ケア協会評議委員会  
委員長・理事長  
志真 泰夫

## 手引書の活用にあたって

この手引書は、緩和ケア病棟で質の高いケアを提供するために必要な基本となる項目を挙げ、それぞれについてポイントを示してある。緩和ケア病棟の運営の経験年数が少ない施設を主な対象として想定して作成した。

### 【作成手順】

- 1) **情報収集**：「質向上のためのプログラム開発部会」（以下、開発部会とする）のメンバーが緩和ケア病棟として運営経験の長い病棟を訪問して、情報を収集した。
- 2) **情報整理**：患者の緩和ケア病棟入院前から退院に至る過程を、7つの基本的な項目に整理して、それぞれ提供するケアの内容を示した。
- 3) **基本的な項目について**：緩和ケア病棟における治療とケアは、患者・家族の抱えている苦痛を把握することからはじまる。そのための情報収集の方法、得られた情報から患者・家族の抱える苦痛を評価してケアプランを立てる。その際、評価するためのツールについて、資料として紹介してある。そして、患者・家族の情報と苦痛の評価をチームで共有するための仕組み、実際にケアを実践するためのポイントを示した。また、看取りに際して家族に対して適切にケアを実施するためのポイントについて解説した。
- 4) **各項目に示すポイント**：まず、緩和ケア病棟の運営にとってその項目がなぜ大切か、を「意義」として述べた。次に各ポイントは、緩和ケア病棟の運営経験が豊富な各施設のスタッフから意見を述べてもらい、運営する上で重要とされるポイント（ノウハウ、コツ）について開発部会のメンバーがまとめた。
- 5) **手引きの利用について**：まず、緩和ケア病棟に勤務する多職種チームのスタッフで日々実践しているケアを確認するために使用してもらいたい。そして、緩和ケア病棟の方針が病院全体に理解されるためにも利用していただければ幸いである。

この手引書を参考にして、緩和ケア病棟に勤務するスタッフが病棟で提供しているケアを検討するきっかけにしてもらえば幸いである。そして、苦痛や困難を抱える患者・家族のQOLを高めるために活用されることを願っている。

## I. ホスピスと緩和ケア病棟

わが国では「ホスピス」と「緩和ケア病棟」という名称に厳密な区別はない。「ホスピス」は、終末期のがん患者に専門的な緩和ケアを提供する施設の通称と認識している人が多く、「緩和ケア病棟」は、その医療保険上の名称と認識している人が多い。

### 【ホスピスとは】

現代のホスピスは、1967年、シシリヤ・ソンダースによりロンドンに設立されたセントクリストファー・ホスピスに始まる。今日、広く知られているホスピスの理念は、セントクリストファー・ホスピスでその基礎が作られた。ホスピスの理念とは、人間の死の過程に必要とされるさまざまなケアのプログラムを統合した活動全体であり、同時に地域社会におけるケアの提供場所も意味している。また、人が人生を終える時期(the end of life)に関する宗教的ではない全人的で科学的な思考、すなわち人間科学的アプローチに基づく思想ともいえる。ホスピスケアと緩和ケアとほぼ同じタイプのケアを指している。

### 【緩和ケア病棟とは】

緩和ケア病棟は、1975年、バルフォア・マウントによりカナダのモントリオールのロイヤルビクトリア病院に設立された Palliative Care Unit (緩和ケア病棟)に始まる。バルフォア・マウントがこのとき初めて「ホスピスケア」ということばに代えて、「緩和ケア」ということばを使った。その理由としては、フランス語圏であるモントリオールでは「初期ホスピス」の影響もあり、「ホスピス」ということばに余り良いイメージがなかったこと、病院のなかのひとつの病棟として作ったことがその理由とされている。これ以降、カナダをはじめ多くの国々では「ホスピス」「ホスピスケア」ということばに代って、「緩和ケア病棟」「緩和ケア」ということばが使われるようになった。

このようにホスピスと緩和ケア病棟に関して歴史的な違いはあるが、役割や機能について明確な違いはない。したがって、「緩和ケア病棟運営の手引き」（以下、本手引きとする）では「ホスピス」と「緩和ケア病棟」の役割と機能に基本的な違いはないという認識の下に「緩和ケア病棟」に名称を統一して使用する。

### 【緩和ケア病棟の役割と機能】

緩和ケア病棟の役割と機能について、医療保険の診療報酬の施設基準では以下のように定められている。

「緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する。」（平成26年3月5日保医発0305第3号通知：診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について）

ここで「緩和ケア」としているケアは、次のWHOの定義（2002年）に基づいている。

緩和ケアとは、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である。

緩和ケアは

- ① 痛みやその他の苦痛な症状から解放する
- ② 生命を尊重し、死を自然の過程と認める
- ③ 死を早めたり、引き延ばしたりしない
- ④ 患者のためにケアの心理的、スピリチュアルな側面を統合する
- ⑤ 死を迎えるまで患者が人生を積極的に生きてゆけるように支える
- ⑥ 家族が患者の病気や死別後の生活に適応できるように支える
- ⑦ 患者と家族-死別後のカウンセリングを含む-のニーズを満たすためにチームアプローチを適用する
- ⑧ QOL を高めて、病気の過程に良い影響を与える
- ⑨ 病気の早い段階にも適用する
- ⑩ 延命を目指すそのほかの治療-化学療法、放射線療法-とも結びつく
- ⑪ 臨床的な不快な合併症の理解とその対応の推進に必要な諸研究を含んでいる

日本ホスピス緩和ケア協会ウェブサイト「歴史と定義」<http://www.hpcj.org/what/definition.html> 参照

原文は WHO ウェブサイト <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> 参照

本手引きでは、わが国の緩和ケア病棟に必須の役割と機能として、上記の WHO の定義のうち①から⑧を挙げる。さらに、緩和ケア病棟に望ましい役割と機能として、次の⑨から⑪を挙げる。

上記の 11 項目は、本手引きを通じて実現をめざす緩和ケア病棟の理念と目標とするものである。これらの理念と目標を実現するために具体的な運営の指針とポイントを示すこととする。

## II. 緩和ケア病棟におけるケアのポイント

### 1. 入院前後の情報収集

#### 【意義】

緩和ケア病棟におけるケアの目的は患者・家族の QOL の改善にある。そのためには、入院する患者・家族に関する情報を、可能な限り入院までに把握しておくことが重要である。

情報収集のためには、疾患に関する情報だけでなく、身体の状況 (ADL)、家族に関する情報、患者の生活歴や人となりといった情報を把握しておくことが重要である。また患者・家族が、病名や病状をどのように認識しているか、経過の見通しについてどのように理解しているかを確認することも大切である。

#### 1) 基本情報

- ① 診断名、病期（進行状況）
- ② 主訴
- ③ 現病歴、既往歴
- ④ 困っていること（身体面、精神面、生活面、経済面、認知機能など）
- ⑤ 生活情報（自宅療養中、入院中、施設入所中など）
- ⑥ 職業歴、生活歴
- ⑦ ADL（食事、排せつ、移動など）
- ⑧ 緩和ケア病棟に求めていること（症状マネジメント、レスパイトケア、看取りなど）
- ⑨ 病気、病状、予後に対する理解度
- ⑩ 家族構成（キーパーソン）
- ⑪ プロフィール（人となり）

#### 2) 病名・病状・経過の見通しなどに関する認識

患者・家族が病名や病状、経過の見通しに関する認識の確認する場合、5つのポイントごとに情報を収集することにより、患者・家族の抱えている問題がより鮮明となり、ケアのためのケアプランが立てやすくなる。情報が得られなかつた場合には未確認事項として、その理由を明記しておく。

#### 【ポイント】

- ① 病名・病状の認識を確認する
- ② 緩和ケア病棟についての認識を確認する
- ③ 予後についての認識を確認する
- ④ 今後の療養について、希望を確認する
- ⑤ 緊急時の対応を確認する

#### ①病名・病状の認識を確認する

病名・病状の説明は、紹介元医療機関の担当医（以下、紹介元担当医とする）によって行われる場合が多い。どのような説明が行われているのか、説明された内容を患者や家族がどのように理解しているかを確認することが重要である。診療情報提供書などに記載されている内容と、実際に患者・家族が理解している内容では、違いがあることも

多い。患者・家族に対して、病名・病状の認識を確認することによって、現在の病状と照らし合わせて、患者・家族と病状認識の擦り合わせを行いながらケアプランを立てる必要がある。

#### ②緩和ケア病棟についての認識を確認する

紹介元担当医からの説明によっては、患者・家族が「見放され感」「見捨てられ感」を抱きながら入院することがある。患者・家族に対して緩和ケア病棟についての認識を確認することがケアプランを立てる一助となる。

#### ③予後についての認識を確認する

緩和ケア病棟の重要な役割のひとつに「看取りのケア」がある。紹介元担当医の病状説明・予後予測によっては、患者・家族に予後を楽観的に説明している場合もある。そのため、患者の病状の進行と家族の病状認識にずれが生じて、患者の病状変化や死を受け入れられない場合もある。患者の生命予後に關する家族の認識と理解を確認することによって、家族へのケアプランを立てる参考とする。

#### ④今後の療養について、希望を確認する

緩和ケア病棟入院後の療養について、患者・家族の希望を確認したうえで、必要に応じて在宅療養への支援や入院療養のあり方について話し合い、希望を確認する。

#### ⑤緊急時の対応を確認する

緩和ケア病棟への入院予約後から入院するまでの間の対応方法について、各施設ごとに対応が違う場合がある。入院予約後の対応方法について、十分に説明しておく必要がある。特に、緊急入院が必要になった時の対応方法については、患者・家族への説明とともに紹介元担当医に対しても確認しておくことが望ましい。

緩和ケア病棟の入院基準は施設ごとに異なっているため、入院前に患者・家族の緩和ケア病棟に対する要望について情報収集するだけでなく、施設側からも「できること」「できないこと」について説明したうえで了承してもらうことが大切である。

1. 各施設の入院基準の説明（入院期間の制限の有無、認知症、輸血への対応、DNARへの対応など）
2. 抗がん剤等の抗がん治療の可否の説明（抗がん剤治療の可否、使用の範囲など）
3. 入院中の生活面に対する対応（喫煙、飲酒、ペットなど）

## 2. 入院時の苦痛の評価・ケアプラン

### 【意義】

緩和ケア病棟において大切なことは、患者・家族が抱える様々な苦痛を理解し、ケアを提供することである。そのためには、入院前や入院時に収集した情報を整理して、身体面、精神面、社会面、スピリチュアルな面に分けて全人的な視点から評価する必要がある。さらに、患者・家族は緩和ケア病棟入院時にしばしば予後を楽観的に考えていることがある。そのため、患者の病状変化に気持ちがついて行けないという苦悩につながることもある。そこで、入院時に今後の病状の見通しについて予後予測も含めて患者・家族と話し合うことが重要である。

全人的苦痛や予後予測については、入院後早い時期（1週間をめどに）に評価を行って、ケアプランをたてる。

### 【ポイント】

- ① 患者の様々な苦痛を包括的に評価する
- ② 入院時における予後予測を行う
- ③ 苦痛の包括的評価と予後予測に基づいて、ケアプランを立てる
- ④ 包括的評価のためにアセスメントツールを利用する

### 1) 患者の様々な苦痛を包括的に評価する

包括的な評価をするために、入院前や入院時に収集した患者の基本情報を整理して患者・家族の病名・病状の理解、予測される予後に関する認識などを確認する。

#### ①身体面

痛みをはじめとした苦痛な症状の有無や、日常生活を送る上で支障をきたしていることについて評価する。

#### ②精神面

患者・家族が不安に思っていることや、患者の不安、抑うつ、せん妄などの精神症状について評価する。

#### ③社会面

患者・家族の仕事の問題、経済的な問題、感情面も含めて家族関係の問題など、社会生活を送るための問題点を評価する。

#### ④スピリチュアル面

入院時には身体面、精神面、社会面について評価したうえで、スピリチュアルな面についても焦点を当てる。スピリチュアルな面は、患者一人ひとりが「かけがえのない存在であり、他に置き換えることは出来ない存在である」ことを理解し、「その人らしさ」について評価すると、ケアの方向性を見出しやすい。

### 2) 入院時における予後予測を行う

生命予後を病状経過も含めて予測することは、ケアプランを立てる上で重要な要素となる。患者・家族は予後を楽観的に考えていることも多く、急速な病状変化に気持ちがついてい

けないために苦悩を生じることもある。特に家族にとっては、病状認識と予後の理解は予期悲嘆につながる重要な因子である。

予後予測の指標：PPI（Palliative Prognostic Index）、PaPS（Palliative Prognostic Score）については、資料（P23-24）を参照。

### 3) 苦痛の包括的評価と予後予測に基づいて、ケアプランを立てる

ケアプランの立て方は、それぞれの施設で様々な方法がとられている。プランを立てる上で大切なことは、チームとしてケアが円滑に行われるようなプラン作りである。そのために入院時の評価で重要なポイントは、以下の2点である。

- ① 患者・家族が抱える問題を4つの側面（身体面、精神面、社会面、スピリチュアルな面）から評価して、それぞれの側面から問題を解決するためのケアプランを立てる。  
予後予測は、ケアの優先順位を決める上で重要である。
- ② 患者・家族のケアに対する満足度を高めるためにも、ケアプランは優先順位を決めて実施することが重要である。

### 4) 包括的評価のためにアセスメントツールを利用する

緩和ケア病棟の開設当初の時期には、日常業務に追われて全人的苦痛に対する評価が不十分になる可能性がある。アセスメントツールを用いることにより、問題点を整理しやすくなり、適切な評価が可能になる場合がある。

アセスメントツール：STAS-J（Support Team Assessment Schedule-Japan）、E-SASを参照。

#### [参考資料]

- 1) 実践的スピリチュアルケア. 編著 大下大圓：日本看護協会出版会, 2014
- 2) 誰も教えてくれなかったスピリチュアルケア. 岡本拓也：医学書院, 2014
- 3) STAS-J（日本語版）スコアリングマニュアル第3版 (<http://plaza.umin.ac.jp/stas/>)
- 4) 日本理学療法士協会.“E-SAS” ([http://www.japanpt.or.jp/esas/05\\_download/index.html](http://www.japanpt.or.jp/esas/05_download/index.html))

### 3. チームによるケア・カンファレンス

#### 【意 義】

患者の抱える身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな面に対応するためには、様々な専門職に加えてボランティアがチームとしてケアを提供することが大切である。チームによるケアを円滑に実施するためには、カンファレンスで情報を共有した上で話し合い、ケアの目標や問題点を共有することが重要である。

緩和ケア病棟に入院する患者は、死亡前の日単位、週単位にある場合が多く、症状や病状が変化しやすいという特徴がある。そのために患者・家族と医療者との信頼関係を短期間で深めることが重要である。そのためには、チームで取り組むことが大切であり、チームとしてケアを提供するために目的に応じたカンファレンスを臨機応変に開催する。

#### 【ポイント】

- ① チームを構成するスタッフの役割を明確にする
- ② 目的に応じたカンファレンスを開催する
- ③ カンファレンスの目的を明確にして目標を共有する

#### 1) チームを構成するスタッフの役割を明確にする

緩和ケア病棟では、医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、心理職といった専門職だけでなく、ボランティアもチームの一員として活動する。また、施設によっては宗教家や音楽療法士などがチームに加わっていることがある。

##### (チームスタッフと役割)

- ① 医師:症状マネジメントの指示や病状の説明、予後予測などを行う
- ② 看護師:ケアの実践者であり、ケアチームのコーディネートを行う
- ③ 薬剤師:医療者や患者・家族に適切な薬物療法の援助と情報提供を行う
- ④ ソーシャルワーカー:入院相談から入院中の心理社会的問題に対応する
- ⑤ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士:日常生活の改善、維持を通じて希望を支える
- ⑥ 栄養士:時期に応じて、患者の嗜好に合わせた食事を提供する
- ⑦ 心理職:患者・家族や医療従事者にカウンセリングを通じて精神的ケアを行う
- ⑧ ボランティア:社会の風を運び、癒しを与える存在となる
- ⑨ その他:施設によっては、宗教家や音楽療法士も患者・家族を支援する

#### 2) 目的に応じてカンファレンスを開催する

##### ① ケア全般に関するカンファレンス :

回数や時間などの開催方法は各施設によってさまざまである。毎日行う施設もあれば、週に1~2回と曜日を決めて行っているところもある。多職種が参加するカンファレンスを基本として、ひとつの職種やボランティアが参加するカンファレンスなどを工夫する。

##### ② スピリチュアル・ケアカンファレンス :

スピリチュアルな面に焦点を絞って話し合うことを目的として、スピリチュアルケアの

実践につながるカンファレンスを開いている施設がある。

③ 倫理的問題のカンファレンス：

鎮静や輸液の減量、患者・家族の意思決定に関する問題など、倫理的な問題がある場合にそれらをテーマとしたカンファレンスを開くことがある。

④ 退院調整カンファレンス：

自宅退院や他施設へ転院する場合に、関連する職種間で話し合いを行う。患者や家族の意向を尊重しながら、必要に応じて患者・家族、在宅や介護施設等の関係者も参加してもらい調整することが大切である。

⑤ デスケース・カンファレンス：

患者の死亡後に緩和ケア病棟で提供したケアを振り返る。入院中に問題となったことを話し合うだけでなく、患者・家族との思い出を語ることは病棟スタッフのケアになる。その結果として、今後のケアの改善に繋がることもある。

### 3) カンファレンスの目的を明確にして共有する

カンファレンスを開く目的を明確にして、参加者で目的を共有することが重要である。また、カンファレンスの開始・終了時間を守ることや参加者が立場や経験年数などに関係なく、率直な意見が言えることが大切である。カンファレンス開催時にそれらのことを参加者に確認してカンファレンスを始める施設もある。

#### [参考資料]

- 1) 予後予測のツール. 菊地信孝：緩和ケア 18.suppl : 144-145, 2008
- 2) 看護に生かすスピリチュアルケアの手引き. 田村恵子, 河 正子, 森田達也：青海社, 2012
- 3) 臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ. Jonsen AR, Siegler M, Winslade William 著, 赤林 朗, 大井玄監訳：臨床倫理学 新興医学出版社, 1997
- 4) 臨床倫理プロジェクト.“臨床倫理検討シート”  
(<http://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/cleth/tools/tools.html>)
- 5) 臨床倫理の4分割表 白浜雅司 (<http://square.umin.ac.jp/masashi/4box.html>)

## 4. 症状マネジメント

### 【意義】

緩和ケア病棟に入院する患者は、複数の症状を訴えることが多い。緩和ケア病棟では痛みをはじめとする多くの症状を、できるだけ短期間に緩和し、少しでも良い時間を長く過ごせるように最善を尽くす必要がある。症状マネジメントは、医師・看護師・薬剤師などの専門家がチームでアプローチすることが重要である。本手引書では症状緩和の具体的な対処方法については、ガイドラインをはじめとした現時点で入手可能な書籍を紹介する。

### 【ポイント】

- ① 苦痛症状が日常生活に及ぼす影響を評価する
- ② 治療効果を繰り返し評価する
- ③ 予測可能な症状については事前に指示する

### 1) 緩和ケアで多く見られる症状

緩和ケア病棟で、対処すべき身体症状として①痛み（すべての種類）、②呼吸器症状（呼吸困難、咳、喘鳴）、③消化器症状（便秘、恶心、嘔吐、口内乾燥、粘膜炎、下痢）、④創傷、潰瘍、発疹、皮膚障害、⑤倦怠感、⑥食欲不振、⑦貧血、⑧眠気、意識低下、⑨発汗があげられる。また、対処すべき精神症状として、①不安、②うつ、③不眠、④せん妄などがあげられる。

#### ① 苦痛症状が日常生活に及ぼす影響を評価する

患者の日常生活やQOLに対して苦痛を伴う症状がどのように影響しているか、について評価する。その場合、患者自身の評価を尊重することを基本として、STAS-J（日本語版）など適切なアセスメントツールを用いて評価する。

#### ② 治療効果を繰り返し評価する

進行性の病状の患者が多いことから、一旦緩和できた苦痛な症状が再燃することもある。継続して治療効果を評価することが重要である。また、薬物療法実施後はQOLへの影響という面で、継続して治療効果や副作用について評価することが重要である。

#### ③ 予測可能な症状については事前に指示する

病状を把握したうえで、今後起こってくる症状や経過の予測についてチームで共有する。そのうえで苦痛が起こった場合に備えて、早急に対応できるように事前に指示しておくことも大切である。

### 2) 症状緩和の方策

緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアにおいては1)に示した症状に対応する必要がある。これらの症状を緩和するための実践については、以下に参考資料を紹介する。

### 【参考資料】

- 1) がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2014年版 金原出版
- 2) がん患者の消化器症状の緩和に関するガイドライン 2011年版 金原出版
- 3) がん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン 2011年版 金原出版

- 4) 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン 2010 年版 金原出版
- 5) 終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン 2013 年版 金原出版
- 6) トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント（第 2 版）. 監訳：武田文和：医学書院, 2010
- 7) トワイクロス先生のがん緩和ケア処方薬. 監訳 武田文和, 鈴木 勉：医学書院, 2013
- 8) 3 ステップ 実践緩和ケア. 編集 木澤義之, 森田達也, 新城拓也, 梅田恵, 久原 幸：青海社, 2013
- 9) 新装版 がん患者のペインマネジメント. 編著 高橋美賀子, 梅田 恵, 熊谷 靖代：日本看護協会出版会, 2014
- 10) 系統緩和医療学講座 身体症状のマネジメント. 恒藤 晓：最新医学社, 2013
- 11) 緩和治療薬の考え方、使い方. 森田達也：中外医学社, 2014

## 5. 死が近づいた時のケア

### 【意義】

がんの進行によって患者の死が近づいてきた時期のケアは、それまでに築いてきた患者・家族と医療者との関係性が重要な要素となる。患者一人一人が苦痛なく、その人らしく生き抜くためのケアを最優先とする。さらに、この時期は家族にとっての大切な時間であり、その過ごし方を家族と一緒に考えながら、家族の予期悲嘆のプロセスを支援していく必要がある。

### 【ポイント】

- ① 死が近づいた時期に推奨される評価や対応
- ② 死が近づいている可能性を認識する
- ③ 家族の不安や疑問に対応する

#### 1) 死が近づいた時に推奨される評価や対応

- ① 死が近づいていることを、医療者や家族で認識して共有することが大切である
- ② 患者の体位や環境が安楽、安心に保たれるようにして、苦痛な症状が緩和されていることが大切である。
- ③ 患者に起こってくる身体の変化や、医療やケアの方針について、家族が理解できるように説明することが重要である
- ④ 家族の理解できるように、適切なパンフレットなどを使う
- ⑤ 家族の悲嘆の表出を促す

#### 2) 死が近づいている可能性を認識する

出血や敗血症性ショックなどの急変を除けば、患者は徐々に離床が困難になり、起きている時間が短くなる。そして、経口摂取が難しくなり、薬剤の内服も困難になる、などの変化が明らかになる。また、家族は様々な身体機能の低下が、複数出現することによって「死が近づいている」ことに気づくことができる。これらに気づいたら、医療者や家族で具体的な兆候を共有することが大切である。チームでそれらを評価したうえで、適切に家族に伝える必要がある。

#### 3) 家族の不安や疑問に対応する

患者の死が近づいたときの家族は「医療者にどのような助けを求めるべきか」「患者にどのように接したら良いのか」といった不安や戸惑いだけでなく、介護に伴う疲労も抱えている。訪室の際に「何か気になることはありませんか?」と家族に声をかけること、家族から気持ちや感情の表出があれば、それを受け止めることが重要である。

家族との会話から患者の病状に対する理解や、看取りに対する思いが分かることが多い。医療者であっても病状の見通しを正確に予測することが困難なことを伝えた上で、看取りの際の対応についても話し合うことも重要である。

看取りの時期や死別後に、家族の助けとなるような資料を渡すことも重要なケアとなるので、時期をみて「看取りのパンフレット」などを利用して家族に説明する。

[参考資料]

- 1) 緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM プロジェクト). “看取りのパンフレット  
「これからの方について」” (<http://gankanwa.umin.jp/pamph.html>)
- 2) 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究2 (J-HOPE 2). 発行：日本ホスピス緩和ケア研究振興財団, 2012
- 3) 死をみとる1週間. 監修 柏木哲夫・今中孝信, 編集 林 章敏・池永昌之 : 医学書院, 2002
- 4) がん患者の看取りのケア. 編集 濱口恵子・小迫富美恵・千崎美登子・高橋美賀子・大谷木靖子 : 日本看護協会出版会, 2008

## 6. 家族ケア・遺族ケア

### 【意義】

家族のひとりが、がんに罹患すると、他の家族にも大きな負担と影響が生じる。患者の食事や身の回りの世話、経済的な負担といった現実的な問題が生じるだけでなく、患者と同様に家族も精神的な苦悩を抱えることも多い。「家族は第2の患者」と考えて対応する必要がある。緩和ケア病棟で家族を支えることは、患者のケアと共に重要である。患者との死別という大きな喪失と悲嘆を体験した家族は、遺族として「遺族ケア」も重要である。

### 【ポイント】

- ① 家族の話をしっかりと聴いて、苦労をねぎらう
- ② 治療とケアに関する適切な情報提供を行う
- ③ 遺族の自責の気持ちを和らげる
- ④ 医療者が患者の気持ちを代わりに伝える

### 1) 家族ケア

#### ① 家族の話をしっかりと聴いて受け止めて、苦労をねぎらう

家族は患者へのケアを優先するために、自分の気持ちや身体のつらさを我慢して、気丈に振る舞っていることが多い。そうした家族に対して「気がかりなことはありませんか」「ご心配なことはありませんか」といった声をかけて、家族の抱えているさまざまな思いいや気持ちを聴いて、不安の除去に努めるとともに、悲しみなどの感情が表出できるように対応する必要がある。

#### ② 治療やケアに関する適切な情報提供を行う

家族は、患者の死が迫ってくると、今後どのような症状が起こってくるのだろうか、患者が苦しみはしないのだろうか、という様々な心配や不安を抱える。家族が患者の病状をどのように理解しているかを確認したうえで、現在の治療とケア、これから見通しに関する情報を共有して、家族の不安を和らげる必要がある。また、病状が変化していくなかで、患者とどのように接すれば良いのか分からず、といった戸惑いを感じる家族が多い。医療者から患者との接し方についてもアドバイスすることが重要である。緩和ケア病棟に入院中から家族と医療者が信頼関係を築くことが、遺族になった後の悲嘆のケアにも結びつく。

### 2) 遺族ケア

#### ③ 遺族の自責の気持ちを和らげる

多くの施設で遺族ケアとして行っていることは、遺族に手紙やカードを送ることや故人を偲ぶ会などを病棟として開催することが多い。偲ぶ会を開催すると、遺族が「もっと、こうすれば良かったのではないか」と後悔の気持ちを言葉にされることがある。そのような遺族には十分に思いを聞くこと、そしてそのうえで「よくがんばっておられたと思いますよ」とねぎらいの言葉をかけて、そういう自責の気持ちが少しでも軽くなるように対処できるといい。

#### ④ 患者の気持ちを代わりに伝える

「ご家族が頑張っておられたことは、ご本人は良く分かっておられました」などと、生前の患者さんの思いを代弁すると、遺族が喜ばれることがある。退院後、事務手続や挨拶などに来院された時には、「いつでも来てください」などと言葉を添えておくと 家族の孤立感が和らぐことがある。

#### [参考資料]

- 1) 緩和ケアにおけるがん患者の家族ケア. 緩和ケア編集委員会 : 青海社, 17 Suppl, 2007
- 2) 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会 : 青海社, 2010
- 3) 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 2.日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会 : 青海社, 2013
- 4) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 遺族支援システム研究会. “これからの方を亡くしたあなたへ” (<http://www.hospat.org/from-now-on.html>)
- 5) グリーフケアガイドブック. 京都グリーフケア協会, 2014

## 7. スタッフへのケア

### 【意義】

緩和ケア病棟で緩和ケアに携わるスタッフは、人生の危機のなかで苦しんでいる患者や家族に常に向き合うことになる。また、ケアを通して信頼関係を深めた患者との死別体験を経験する機会も多い。そのために緩和ケア病棟のスタッフ自身が様々なストレスに晒されており、バーンアウトする可能性もある。また、自分のケアに無力感を抱くこともある。さらに、患者・家族が持つ多くの問題に対して、限られた時間のなかで判断を迫られる場面も多いために、精神的に負担と緊張感を感じながらケアを行うことも多い。患者・家族のケアと同様に、スタッフに対するケアと教育は重要である。

### 【ポイント】

- ① スタッフの気持ちを表出できる場を設ける
- ② 定期的に心理職などの面談を行う
- ③ スタッフ同士が支え合う
- ④ 施設としての支援体制を整える

#### 1) スタッフの気持ちを表出できる場を設ける

緩和ケア病棟で提供するケアに関して理想や目標が高く、自分の思いを抱え込みがちなスタッフほど、サポートが必要となることが多い。悲嘆の場面を繰り返し体験するスタッフは、自分の実践したケアを否定的に捉えることもしばしば認められる。こうしたスタッフをケアするためには、チームカンファレンスなどでケアの評価を行う必要がある。スタッフが何を大切にケアに取り組んだのか、そのケアが患者・家族にどのような意味があったのか、スタッフ同士で共有して「分かち合う場」を作ることが重要である。また、事例検討会やデスケース・カンファレンスなどを開いて、スタッフの患者・家族に対する思いや患者の死に対する悲嘆を表出できる場を設けるようにする。

#### 2) 定期的に心理職などの面接を行う

各施設に心理職などの専門職が配置されていることは多くないのが現状である。しかし、施設が全体として 緩和ケア病棟スタッフのメンタルケアの必要性について理解をして、カウンセラーの導入などの取り組みをすることが重要である。

#### 3) スタッフ同士が支え合う

緩和ケア病棟では、解決が困難で、正解が見出しづらい問題を抱えることが多い。したがって、スタッフ同士が支え合うことが重要である。スタッフが互いに認め合い、話し合えるチームを目指すためにスタッフ自身が振り返って、安心して話し合う場を設ける必要がある。そのため、本協会が実施している「自施設評価」に参加することも有用である。

#### 4) 施設としての支援体制を整える

施設としてカウンセリングを提供する環境を整えること、人員配置に配慮することが必要なだけでなく、スタッフひとり一人にストレスケア、メンタルケアの重要性を伝え、ワークライフバランスに配慮するなど施設としての支援体制の整備が必要である。

[参考資料]

- 1) 悲嘆とグリーフケア. 広瀬寛子 : 医学書院, 2011
- 2) 緩和ケアに携わる人の“つらさ”と癒し. 田村恵子,他 緩和ケア 22(6) : 486-521, 2012
- 3) 緩和ケア病棟 自施設評価結果報告書. 日本ホスピス緩和ケア協会, 2014
- 4) 日本ホスピス緩和ケア協会 “看護師教育カリキュラム”  
([http://www.hpcj.org/med/ns\\_cur.html](http://www.hpcj.org/med/ns_cur.html))

### III. 地域における緩和ケア病棟の役割と連携

#### 【意義】

地域における緩和ケア病棟の役割を明確にすることは、重要である。地域がん診療連携拠点病院との連携や地域におけるがん医療提供体制の一翼を担うための取り組みが必要である。

患者・家族のニーズや病状に適した療養場所を提供し、患者・家族が必要な時に緩和ケア病棟を選ぶためにも地域の医療機関との連携が重要である。

がん診療連携拠点病院がないといった医療資源が乏しい地域がある一方で、がん診療拠点病院などの医療資源は豊富であるが、在宅医療や介護保険サービスの資源は乏しいなど、地域によって医療資源や在宅医療、介護保険サービスの状況は様々である。

したがって、緩和ケア病棟に求められている役割について、地域のなかで連携する医療機関や在宅医療・介護に関連する団体や施設と話し合って、その役割を確認することは重要である。当協会が毎年実施している施設概要・利用状況調査を見ても、施設によって年間の入退院数、入院患者の平均在棟日数や病床稼働率などに違いがあることが分かる。地域の医療資源や介護保険サービスの資源の状況によって緩和ケア病棟の役割は異なるが、地域における緩和ケア病棟の基本的な役割として、以下の4つが挙げられる。

#### 【ポイント】

- ① 看取りを目的とした入院
- ② 治療が困難な苦痛を伴う症状の緩和
- ③ レスパイトケア（家族の休息のケア）
- ④ 緩和ケアに関する教育的役割を担う

#### 1) 看取りを目的とした入院

患者・家族は、病状が進んで自宅での生活が困難になってくると、症状の急変時に対する不安が強くなり、介護する家族への負担も大きくなり、最期まで自宅で療養することを困難に感じることも多い。このように在宅療養に関する地域の在宅医療や介護保険サービスを利用しても在宅療養の継続が困難な場合、看取り経験のない家族への心身の負担が大きくなったり場合には、看取りを目的として緩和ケア病棟を利用することがある。

がん診療連携拠点病院や大学病院等では、がん治療は提供するが、最期の看取りまでの緩和ケアは提供できないという場合もある。また、患者・家族がこれらの病院の一般病棟での看取りは希望しないという場合もある。その場合、看取りを目的として緩和ケア病棟を利用することもある。

#### 2) 治療が困難な苦痛を伴う症状の緩和

一般病棟や在宅医療では、対応が困難な苦痛を伴う身体症状や精神症状の緩和を目的として緩和ケア病棟を利用することがある。複雑で緩和困難な苦痛を伴う症状がある患者の場合、専門的な緩和ケアの知識や技術、そして経験を持つチームが、緩和ケア病棟で対応する方が望ましいことがある。

#### 3) レスパイトケア（家族の休息のケア）

在宅療養において患者を長期に介護する家族や介護者の精神的、身体的負担は大きい。介

護する家族の体調が悪くなると患者も不安になる。在宅療養を継続するために、患者が一定期間緩和ケア病棟に入院することによって、家族や介護者が休息して体調を整えて、気持ちの面でもリフレッシュして、再び在宅療養を継続できることがある。

#### 4) 緩和ケアに関する教育的役割を担う

地域において緩和ケアを専門的に提供している緩和ケア病棟では、一般病棟や在宅医療を提供している医療者に対して、ケアの実践を通してチームケアや症状マネジメントの実際について教育し、支援することも重要な役割である。

医療者だけでなく地域の住民に対しても、緩和ケアを正しく理解するための啓発活動を実践することも求められる。その一環として、当協会が毎年主催している「ホスピス緩和ケア週間」への参加が挙げられる。

#### 【参考資料】

- 1) 日本ホスピス緩和ケア協会. “緩和ケア病棟入院料届出受理施設一覧”  
([http://www.hpcj.org/what/pcu\\_list.pdf](http://www.hpcj.org/what/pcu_list.pdf))
- 2) 日本ホスピス緩和ケア協会. “在宅医療の推進に向けた意見”  
(<http://www.hpcj.org/info/teigen/20110304.pdf>)

【参考資料1】

## 緩和ケア相談シート

### 患者・家族の病状認識と療養の希望についての情報収集シート

ふりがな	
患者氏名	年齢:
病名・病状の認識	余命の認識(医療者、本人、家族)
医療者の説明内容:    本人の認識:    家族(続柄: )の認識:	医療者の説明内容:    本人の認識:    家族(続柄: )の認識:
緩和ケアの認識	今後の療養の考え方・希望
本人の認識:    家族(続柄: )の認識:	本人の考え方・希望    家族(続柄: )の考え方・希望:
緊急時の対応	

## 【参考資料2】

## 予後予測の指標

### ■ Palliative Prognostic Index : PPI

Palliative Performance Scale	10-20	4
	30-50	2.5
	≥60	0
経口摂取 (消化管閉塞のために高カロリー輸液を受けている場合は「正常」とする)	著明に減少（数口以下）	2.5
	中程度減少	1
	（減少しているが数口より多い）	
浮腫 安静時の呼吸困難 せん妄	正常	0
	あり	1
	あり	3.5
	あり*	4

\*薬剤が単独の原因となっているもの、臓器障害に伴わないものは除外する

医師の主観によらない客観的な予後予測が可能になる。合計得点が6より大きい場合、患者が3週間以内に死亡する確率は感度80%、特異度85%、陽性反応適中度71%、陰性反応適中度90%となる。問題としてはせん妄の割合が高いことから、認知機能障害患者などせん妄の有無の判断が困難な場合は予測困難になる。PPSでは移動や活動性が重視されるため、食物摂取や意識状態に問題がある場合は過少評価されるが、PPIでは独立した点数で算出される。

客観的な症状に基づいて予測するため客観性は高いが、長期予後の予測精度は低い。3週間生存の予測に用いる。

### ■ Palliative Performance Scale : PPS

%	移動	活動性/病状	セルフケア	食物摂取	意識状態
100	正常	正常/変化なし	自立	正常	正常
90		正常/いくらか変化あり			
80		正常（努力が必要）/いくらか変化あり			
70	低下	通常の仕事困難/いくらか変化あり	たまに介助が必要	正常/低下	正常/混乱
60		趣味や家事困難/かなりの進行あり			
50	大部分車椅子	どんな作業も困難		低下	
40		広範に病状進行		正常/混乱/傾眠	
30	すべてベッド		すべて介助		ごく少量
20					口腔ケアのみ
10					傾眠/昏睡
0	死				

## ■ Palliative Prognostic Score (PaP S)

30日間の生存期間を予測する目的で使用する。

予後予測の精度は高いとされるが、血液検査が必要なことと、臨床的な予後予測は医師の診察が必要なことから、在宅で使用することは困難である。また、医師の主観により結果が大きく変わることから、医師の臨床経験等の因子も考慮する必要がある。

臨床的な予後	1~2週	8.5
	3~4週	6
	5~6週	4.5
	7~10週	2.5
	11~12週	2
	> 12週	0
Karnofsky Performance Scale	10~20	2.5
	≥ 30	0
食思不振	あり	1.5
呼吸困難	あり	1
白血球数	> 11000	1.5
	8501~11000	0.5
リンパ球(%)	0~11.9 %	2.5
	12~19.9 %	1

得点	30日生存確率	生存期間の95%信頼区間
0~5.5	> 70%	67~87日
5.6~11	30~70%	28~39日
11.1~17.5	< 30%	11~18日

## ■ Karnofsky Performance Scale

	症状、介護の要・不要	予後
100	普通の生活が可能で特に介護する必要がない	50-90日
90		
80		
70	労働はできないが家庭での療養は可能  日常の行動の大部分において介助が必要	8-50日
60		
50		
40		
30	自己自身のことをすることが不可能で入院療養が必要  疾患が急速に進行していく時期	7-16日
20		
10		

### 【参考資料3】

### S T A S 日本語版

記載者氏名: \_\_\_\_\_

記入日時: 年 月 日 記入開始時刻: 時 分

★当てはまる番号に○をつけてください。

#### 1. 痛みのコントロール：痛みが患者に及ぼす影響

- 0= なし  
1= 時折の、または断続的な単一の痛みで、患者が今以上の治療を必要としない痛みである。  
2= 中程度の痛み。時に調子の悪い日もある。痛みのため、病状からみると可能なはずの日常生活動作に支障をきたす。  
3= しづしづひどい痛みがある。痛みによって日常生活動作や物事への集中力に著しく支障をきたす。  
4= 持続的な耐えられない激しい痛み。他のことを考えることができない。

#### 2. 症状が患者に及ぼす影響：痛み以外の症状が患者に及ぼす影響

症状名

( )

- 0= なし  
1= 時折の、または断続的な単一または複数の症状があるが、日常生活を普通に送っており、患者が今以上の治療を必要としない症状である。  
2= 中等度の症状。時に調子の悪い日もある。病状からみると、可能なはずの日常生活動作に支障をきたすことがある。  
3= たびたび強い症状がある。症状によって日常生活動作や物事への集中力に著しく支障をきたす。  
4= 持続的な耐えられない激しい症状。他のことを考えることができない。

#### 3. 患者の不安：不安が患者に及ぼす影響

- 0= なし  
1= 変化を気にしている。身体面や行動面に不安の兆候は見られない。集中力に影響はない。  
2= 今後の変化や問題に対して張り詰めた気持ちで過ごしている。時々、身体面や行動面に不安の徴候が見られる。  
3= しばしば不安に襲われる。身体面や行動面にその徴候が見られる。物事への集中力に著しく支障をきたす。  
4= 持続的に不安や心配に強くとらわれている。他のことを考えることができない。

#### 4. 家族の不安：不安が家族に及ぼす影響

家族は患者に最も近い介護者とします。その方々は、両親であるのか、親戚、配偶者、友人であるのかコメント欄に明記して下さい。

注：家族は時間の経過により変化する可能性があります。変化があった場合、コメント欄に記入して下さい。

コメント( )

- 0= なし  
1= 変化を気にしている。身体面や行動面に不安の徴候は見られない。集中力に影響はない。  
2= 今後の変化や問題に対して張り詰めた気持ちで過ごしている。時々、身体面や行動面に不安の徴候が見られる。  
3= しばしば不安に襲われる。身体面や行動面にその徴候が見られる。物事への集中力に著しく支障をきたす。  
4= 持続的に不安や心配に強くとらわれている。他のことを考えることができない。

## 5. 患者の病状認識：患者自身の予後に対する理解

- 0= 予後について十分に認識している。  
1= 予後を2倍まで長く、または短く見積もっている。例えば、2~3ヶ月であろう予後を6ヶ月と考えている。  
2= 回復すること、または長生きすることに自信が持てない。例えば「この病気で死ぬ人もいるので、私も近々そうなるかもしれない」と思っている。  
3= 非現実的に思っている。例えば、予後が3ヶ月しかない時に、1年後には普通の生活や仕事に復帰できると期待している。  
4= 完全に回復すると期待している。

## 6. 家族の病状認識：家族の予後に対する理解

- 0= 予後について十分に理解している。  
1= 予後を2倍まで長く、または短く見積もっている。例えば、2~3ヶ月であろう予後を6ヶ月と考えている。  
2= 回復すること、または長生きすることに自信が持てない。例えば「この病気で死ぬ人もいるので、本人も近々そうなるかも知れない」と思っている。  
3= 非現実的に思っている。例えば、予後が3ヶ月しかない時に、1年後には普通の生活や仕事に復帰できると期待している。  
4= 患者が完全に回復することを期待している。

## 7. 患者と家族とのコミュニケーション：患者と家族とのコミュニケーションの深さと率直さ

- 0= 率直かつ誠実なコミュニケーションが、言語的・非言語的になされている。  
1= 時々、または家族の誰かと率直なコミュニケーションがなされている。  
2= 状況を認識してはいるが、その事について話し合いがなされていない。患者も家族も現状に満足していない。あるいは、パートナーとは話し合っても、他の家族とは話し合っていない。  
3= 状況認識が一致せずコミュニケーションがうまくいかないため、気を使いながら会話が行われている  
4= うわべだけのコミュニケーションがなされている。

## 8. 職種間のコミュニケーション：患者と家族の困難な問題についての、スタッフ間での情報交換の早さ、正確さ、充実度

関わっている人(職種)を明記してください

( )

- 0= 詳細かつ正確な情報が関係スタッフ全員にその日のうちに伝えられる。  
1= 主要スタッフ間では正確な情報伝達が行われる。その他のスタッフ間では、不正確な情報伝達や遅れが生じることがある。  
2= 管理上の小さな変更は、伝達されない。重要な変更は、主要スタッフ間でも1日以上遅れて伝達される。  
3= 重要な変更が数日から1週間遅れで伝達される。  
例) 退院時の病棟から在宅担当医への申し送りなど。  
4= 情報伝達がさらに遅れるか、全くない。他のどのようなスタッフがいつ訪ねているのかわからない。

## 9. 患者・家族に対する医療スタッフのコミュニケーション：患者や家族が求めた時に医療スタッフが提供する情報の充実度

- 0= すべての情報が提供されている。患者や家族は気兼ねなく尋ねることができる。  
1= 情報は提供されているが、充分理解されてはいない。  
2= 要求に応じて事実は伝えられるが、患者や家族はそれより多くの情報を望んでいる可能性がある。  
3= 言い逃れをしたり、実際の状況や質問を避けたりする。  
4= 質問への回答を避けたり、訪問を断る。正確な情報が与えられず、患者や家族を悩ませる

### 【特記事項】

★評価できない項目は、理由に応じて以下の番号を書いてください。

- 7 : 入院直後や家族はいるが面会に来ないなど、情報が少ないため評価できない場合  
8 : 家族がいないため、家族に関する項目を評価できない場合  
9 : 認知状態の低下や深い鎮静により評価できない場合

## 【参考資料4】

## STAS-J 活用の手引き

### 1. STAS-J とは？

ホスピス緩和ケアに携わる医療スタッフが自らのケアを評価し改善していくために、適切な評価法としてイギリスで考案されたもので、STAS-Jはその日本語版である。

### 2. STAS-Jはトータルペインの評価につながる

緩和ケアは、患者とその家族の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に評価することから始まるが、STAS-Jは9項目で構成され、身体的・心理社会的な問題を的確に評価できる項目で構成されている。

スピリチュアルな問題に直接焦点を当てた項目はないが、9項目を評価してゆく中で、おのずとスピリチュアルな問題も顕在化してくるので、9項目を的確に評価することで、トータルペインの評価につなげることができる。

### 3. STAS-Jを上手に活用するための方法

#### 1) STAS-Jは誰が何処で評価するのか？

- ① 医師・看護師など、いつも患者さんをケアしているスタッフが評価する。
- ② チームカンファレンスでの話し合いの中で評価する。会の司会は担当看護師、チーフ看護師など施設のやり方で決めるのが良い。参加者全員からの意見の掘り起こしに努めるのがコツ。

#### 2) いつどのくらいの頻度で評価するのがよいのか？

- ① 早期死亡退院症例への対応を考えると入院当日は必須とし、入院1週間後の再評価で入院後のケアの方向性を決める一助とする。
- ② 入院当日は、全員で評価する時間はないので、主治医と担当看護師とで評価する。当日の評価は患者・家族の情報を早期に共有するという重要な意味がある。たとえ情報が不足していたとしても、どの情報が不足しているかを共有することによって、どの様な情報の収集が必要か、が明確となり、ケアの方向付けにつなげることができる。
- ③ 回数と時期については入院時と1週間後2回はおこない、その後は患者の状況に応じて適宜施行の時期・回数を施設で決める。

#### 3) スコアは0 になったほうが良いのか？

項目によっては0 になり得るもの（身体的な項目）もあればなりにくいもの（心理的な項目）、また0 になることが必ずしも目標ではないもの（病状認識に関する項目）がある。したがって、0 になることを目指すのではなく、患者や家族がどのような状況にあるのかをスタッフが把握することを目的と考える。

#### 4) 患者の病状が悪くなると評価が下がってスコアが高くなるが、評価が下がるのは仕方ないか？

患者の全身状態が悪化するに従って、評価が下がる場合があり、それは仕方がないことである。STAS-J は必ずしも全ての項目が「0」になる事のみを目標にするものではないので、その時々での患者の状態を客観的に評価し、適切な介入を行うことが目的である。

**5) スコアにとらわれがちになるのですが。**

スコアをつけることを目的にするのではなく、STAS-Jを用いてどのようなディスカッションをするのか、どのようなケアにつなげてゆくのかが重要である。

**6) ケアにつなげるための評価のコツは？**

- ① 9項目のスコアを付けた後、浮かび上がった問題を列挙し、問題点の重要度に応じて優先順位をつけ、順位に従ってケアの方向性を検討する。
- ② 次回の評価時に、問題点の優先順位の変化を評価し、改めて問題の優先順位を決めて、それぞれのケアの方向性を出す。

**7) STAS-J をつけるメリットとは？**

- ① 患者の問題点を全人的に把握する助けになる
- ② 病状などの変化を明確化する助けになる
- ③ 見落としていた部分を把握できる
- ④ 新しいスタッフがアセスメントの視点を容易に理解できる
- ⑤ 日常的に評価することで全体的なケアの質が向上する
- ⑥ ケアの成果が数値化されることで、今まで曖昧であった自分たちのケアの内容を客観的に捉えることができ、スタッフの心理面にプラスに働く

## 【資料】

## 緩和ケア病棟入院料 関連資料

### 施設基準

平成26年厚生労働省告示第58号：「緩和ケア病棟入院料の施設基準」より抜粋

- 1) 主として悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであること。
- 2) 当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- 3) 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 4) 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること（当該病棟において緩和ケア病棟入院料を算定する悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。
- 5) 当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。
- 6) 当該病棟における患者の入退棟を判定する体制がとられていること。
- 7) 健康保険法第六十三条第二項第四号及び高齢者医療確保法第六十四条第二項第四号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係る病室が適切な割合であること。
- 8) がん診療連携の拠点となる病院若しくは財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。
- 9) 連携する保険医療機関の医師・看護師等に対して研修を実施していること。

### 届出に関する手続きの取扱いについて

平成26年3月5日保医発0305第1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（通知）「緩和ケア病棟入院料に関する施設基準等」より抜粋

- 1) 主として悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを行う病棟を単位として行うこと。
- 2) 夜間において、看護師が複数配置されていること。
- 3) 当該病院の医師の員数は、医療法に定める標準を満たしていること。
- 4) 当該病棟内に緩和ケアを担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合には、病棟ごとに1名以上の常勤医師が配置されていること。
- 5) ④に掲げる医師は以下のいずれかの研修を修了している者であること。
  - ア がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成20年4月1日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会
  - イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催）等
- 6) 当該病棟に係る病棟床面積は、患者1人につき内法による測定で、30平方メートル以上であり、病室床面積は、患者1人につき内法による測定で、8平方メートル以上であること。

- 7) 当該病棟内に、患者家族の控え室、患者専用の台所、面談室、一定の広さを有する談話室を備えていること。
- 8) 当該病棟は全室個室であって差し支えないが、特別の療養環境の提供に係る病床の数が5割以下であること。
- 9) 入退棟に関する基準が作成され、医師、看護師等により当該病棟の患者の入退棟の判定が行われていること。
- 10) 緩和ケアの内容に関する患者向けの案内が作成され、患者・家族に対する説明が行われていること。
- 11) がん診療連携の拠点となる病院とは、「がん診療連携拠点病院の整備について」（平成20年3月1日健発第0301001号）に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けた病院をいう。また、がん診療連携の拠点となる病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院又は下記に掲げる公益財団法人日本医療機能評価機構が定める付加機能評価(緩和ケア機能)と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。
- ア 緩和ケア病棟の運営方針と地域における役割を明確化
- イ 緩和ケアに必要な体制の確立
- ウ 緩和ケア病棟の機能の発揮
- エ 緩和ケア病棟における質改善に向けた取り組み
- オ 緩和ケア病棟におけるケアのプロセス
- カ 緩和ケアを支えるための病院の基本的な機能

### 緩和ケア病棟入院料

	入院期間	2012年	2013年	2014年
点数	30日以内	4,791	4,791	4,926
	31日以上60日以内	4,291	4,291	4,412
	61日以上	3,291	3,291	3,384

## **緩和ケア病棟運営の手引き 2014年版**

---

発行日：2014年12月25日  
発 行：特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会  
〒259-0151  
神奈川県足柄上郡中井町井ノ口 1000-1  
ピースハウス病院内  
Tel : 0465-80-1381 / Fax : 0465-80-1382

---

ホームページ <http://www.hpcj.org/>  
メールアドレス info@hpcj.org

---