

論文の内容の要旨

論文題目 一般病棟における緩和ケアチームの介入効果
氏 名 岩瀬 哲

はじめに

一般病棟や在宅で悪性腫瘍患者に緩和ケアを提供する緩和ケアチームは約 20 年前に英国、カナダ、アメリカ合衆国で起こったホスピス・ムーブメントの中で誕生し、2000 年までに英語圏で数百～1 千の緩和ケアチームが活動していると推測されている。わが国では 2002 年に緩和ケア診療加算が新設され、一般病棟においても緩和ケアが提供されるように医療環境が整備された。しかしながら、わが国における緩和ケアチームの歴史はまだ浅く、緩和ケアチームの有用性は十分に評価されておらず、その在り方はまだ手探り状態といえる。そこで、我々は東大緩和ケアチームが採用している緩和ケア評価ツール（Support Team Assessment Schedule : 以下 STAS）を用い、緩和ケアチームの介入効果を評価した。

対象と方法

東大病院では各科の主治医から緩和ケアチームにコンサルテーションの依頼状が出され、緩和ケアチームが病棟に赴き、依頼を受けた患者の同意が得られれば、介入を会するという形式を取っている。今回我々は、2004 年 6 月～2005 年 12 月までに東大緩和ケアチームに依頼のあった悪性腫瘍患者 316 例のうち診療期間中に最低 2 回以上 STAS を用いて評価した 217 例を解析の対象とした。STAS による症状の評価は、緩和ケアチーム介入時を初回とし、患者が退院するまで（転院を含む）、あるいは患者の意識レベルが低下して STAS による評価ができなくなるまで、1 週間毎に行なわれた。今回、我々が評価した患者の身体

症状は疼痛、口渇、食欲不振、嘔気、嘔吐、便秘、下痢、呼吸困難、全身倦怠感、咳嗽、腹水、不眠の 12 症状である。各症状について緩和ケアチーム介入後の初回と最終回の STAS スコアの平均を比較し、Paired *t*-test を用いて検定して、95%信頼区間を計算した。STAS による各症状の評価は緩和ケアチームに所属する 1 名の緩和ケア医によって行なわれた。

結果

緩和ケアチームが介入時に評価した症状で最も多かった症状は疼痛 (81.0%) で、最も少なかった症状が下痢(7.8%)であった。次に全 12 症状について緩和ケアチーム介入時 (初回) と最終回の STAS スコアの平均を算出した。t 検定では疼痛、嘔気、嘔吐、呼吸困難で初回と最終回の STAS スコアの平均値に統計学的有意差を認めた。そして、呼吸困難については緩和ケアチームが介入したにも関わらず、症状はむしろ悪化していると評価された。依頼患者を survivor 群と non-survivor 群に分けて解析を行ったところ、survivor 群 (92 人) では、疼痛、嘔気の 2 症状で統計学的有意差が認められ、non-survivor 群 (125 人) では疼痛、口渇、嘔気、呼吸困難、の 4 症状で統計学的有意差が認められたが、呼吸困難は症状の増悪と評価された。そして、嘔吐、咳嗽では統計学に改善傾向が認められた。

考察

1989 年に Higginson が最初に報告した STAS は 17 項目 (症状) を評価するものであった。その後、改変された STAS が数多く報告されている。1996 年には Chamberlain が STAS の extended version としての 40 項目から成る E-STAS を発表、さらに 1998 年には Polly M Edmonds が E-STAS をシンプルにした 9 項目の reduced E-STAS を発表している。このように STAS は改良されながら最も汎用されている緩和ケア評価ツールの一つと言える。STAS 以外では ESAS(Edmonton symptom assessment system) や PACA(the palliative care assessment) などが緩和ケアの評価ツールとして有名であるが、2000 年に Anneke L Francke がまとめた literature review では The STAS may be good choice, because this instrument covers a rather broad of symptoms and problems in terminal patients. と STAS の有用性が強調されている。このような background から我々も STAS を緩和ケアの評価ツールとして選択し、11 の症状について prospective な解析を行なった。本研究において、疼痛、嘔気、嘔吐の 3 症状においてのみ緩和ケアチームの介入により統計学的有意な改善を示し、咳嗽についても改善傾向を示した。そして、survivor 群と non-survivor 群に分けて行なった解析では、症状の改善傾向に大きな違いは認められなかった。今回の我々の研究では、introducing bias、selection bias を考慮する必要があるが、最終的には次のような結論が導き出された。1) 緩和ケアチームの介入により、一般病棟においても疼痛、嘔気、嘔吐は終末期までよくコントロールできる。2) 終末期の咳嗽は緩和ケアチームの介入によりコントロールできる傾向にある。3) 口渇、食欲不振、便秘、下痢、全身倦怠感、腹水は緩和ケアチームが介入しても長期的に症状緩和することが難しい。ところが、

reduced E-STAS を用い、緩和ケアチームの介入効果を評価した Polly M Edmonds のデータでは、全身倦怠感の評価が行われていないが、352 人の悪性腫瘍患者を解析し、疼痛、mouth discomfort、anorexia、nausea、vomiting、constipation、breathlessness、depression、psychological distress の 9 項目のうち depression を除くすべての項目で統計学的に有意差をもって改善傾向を認めたと報告している。この結果は本研究の結果と異なっているが、この差異を検討したところ 食欲不振、便秘、腹水については、わが国では消化器癌が多いということに一因があると思われる。今回、我々が対象とした患者のうち、消化器癌（食道癌、胃癌、大腸癌、肝癌、胆嚢癌、膵癌）は全体の 52% を占めており、少量でも腹水を認めた患者は全体の 80% であった。Polly M Edmonds らの報告では消化器癌が 30% であり、我々の統計とは大きく異なる。末期の消化器癌ではほとんどの患者が腸閉塞を起こしており、便秘を緩和することは極めて難しいというのが日常診療における我々の印象である。いずれにせよ、我々はさらに症例数を集積して緩和ケアチームの介入効果を解析する必要があり、悪性腫瘍患者のすべての症状をコントロールすることを目標として掲げるべきであろう。