



Web連載

**注目！** がん看護における  
**最新エビデンス**

**大日方 裕紀**  
北海道大学大学院 保健科学研究院  
基盤看護学分野 助教  
東北大学大学院 医学系研究科  
保健学専攻 緩和ケア看護学分野

**宮下光令** 教授  
東北大学大学院 医学系研究科  
保健学専攻 緩和ケア看護学分野

第63回

緩和ケア病棟入院時における  
緩和ケアの病期（Phase of Illness）の  
分布と症状との関連

Ohinata H, Aoyama M, Hiratsuka Y, et al. Symptoms, performance status and phase of illness in advanced cancer : multicentre cross-sectional study of palliative care unit admissions [published online ahead of print, 2022 Oct 27]. BMJ Support Palliat Care. 2022 ; spcare-2022-003806. doi : 10.1136/spcare-2022-003806

臨床では、がん医療においてはStage分類，心疾患においてはNYHA（New York Heart Association functional classification）分類などが用いられ，患者の重症度を評価しています。疾患の重症度を評価するこれらの指標はガイドラインに用いら

れ、アルゴリズムによって推奨される治療方法の決定に役立てられます。一方で、緩和ケアに焦点を当てると、すべての患者の疾患の重症度が一概に高く、常に緩和ケアの医療的介入やケアが必要となるわけではありません。症状が良くなったり悪くなったりを繰り返し、それに伴い医療的介入の程度が多くなったり少なくなったりし、最終的には看取りがあります。

オーストラリアでは、このような緩和ケアの提供における患者の緩和ケアの段階（フェーズ）をPhase of Illness (PoI) という尺度を用いて評価し、医療費と医療資源を効果的に活用しケアを行っていくという国主体のプロジェクトが実施されています<sup>1)</sup>。

表1 日本語訳 Phase of illness (訳:聖隷三方原病院 森雅紀)

### 1. 安定期

患者の問題や症状は確立されたケア計画によって適切にコントロールされている, かつ

- 症状コントロールや生活の質を維持するための今後の介入がすでに計画されている, かつ
- 家族/介護者の状況が比較的安定しており, 新たな問題点はさしあたって見られない

### 2. 不安定期

ケア計画の迅速な見直しあるいは迅速な治療が以下の理由のため必要である。

- 現行のケア計画では予期していなかった新たな問題が患者に生じた, または
- 患者のもとと抱えていた問題の程度が急激に悪化している, または
- 家族/介護者の置かれた状況が急に変化し, 患者のケアに影響を及ぼしている

### 3. 増悪期

ケア計画は予期されたニーズに対処できているが, 以下の理由のため定期的な見直しが必要である

- 患者の全般的な機能が低下してきている, かつ
- 既存の問題が次第に悪化してきている, または
- 患者は新しいが予期されていた問題を来している, または
- 家族/介護者のつらさが次第に悪化して患者ケアに影響を及ぼしている

### 4. 死亡直前期

死が数日以内に差し迫っている可能性が高い

### 5. 死別期—死後のサポート

- 患者が死亡した
- 家族/介護者に提供した死別サポートは, 死亡した患者のカルテに記録される

宮下光令他：患者・医療者による緩和ケアの質の評価 Integrated Palliative care Outcome Scale :  
IPOS (日本語版) 使用マニュアル Ver0.51, P.25.

PoIとは表1に示したように, 安定期・不安定期・増悪期・死亡直前期・死別期の5つのフェーズの説明に沿って, 日々医療者が評価します。注意しなければならないのは, 必ずしも安定期から不安定期, 増悪期と順に経過していくわけではないということです。例えば, 患者の疼痛が強く, すぐに薬剤調整などの介入が必要であった場合には不安定期と評価されますが, 症状コントロールができ症状苦痛が緩和できたのであれば安定期と評価でき, またその逆も然りです。このように, 安定期・不安定期・増悪期・死亡直前期のどのフェーズであっても, 他のフェーズに推移する可能性があります。このPoIを用いた研究はオーストラリアを中心にイギリス

やドイツなどに広がりを見せており、PoIと共に身体機能や症状苦痛などの緩和ケアにおける臨床データを定期的に収集し、分析、フィードバックを行い、ケアの質向上に取り組んでいます。

今回は、日本の緩和ケア病棟23施設で実施されたEASEDと呼ばれるプロジェクト2)の一つで、Phase of Illnessという尺度を用いて日本における緩和ケア病棟入院時の患者の状況を分析した論文を紹介します。

まず、患者背景を表2に示します。

表2 緩和ケア病棟入院時における患者背景 (n=1,894)

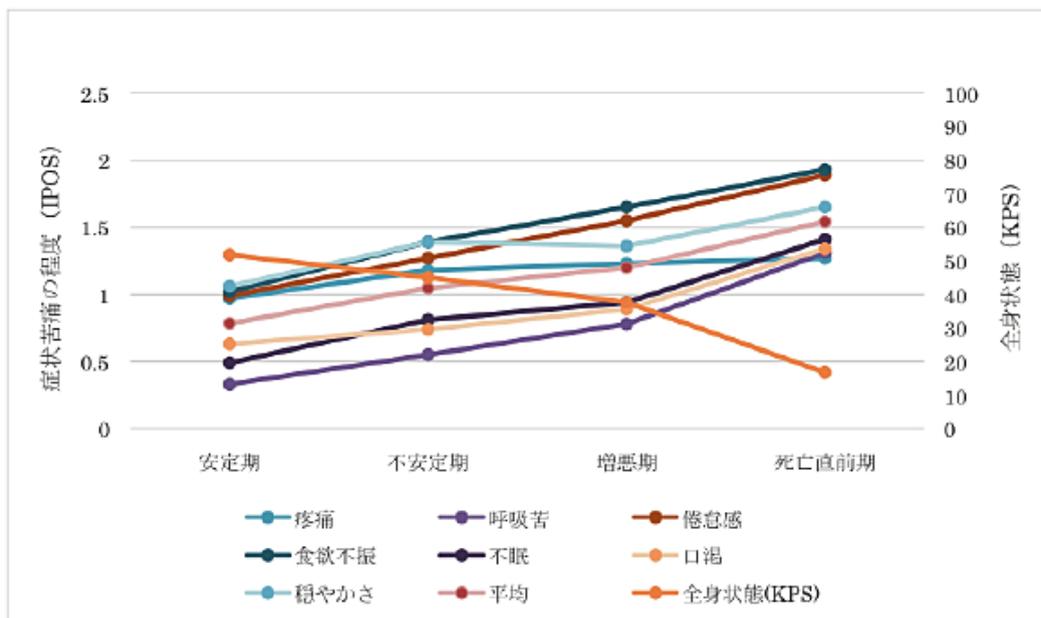
	トータル n = 1894	安定期 n = 177	不安定期 n = 579	増悪期 n = 921	死亡直前期 n = 217	p値
性別 n(%)						0.689
男性	964(50.9)	92(52.0)	294(50.8)	460(49.9)	118(54.4)	
年齢[平均値 ± 標準偏差(SD)]	72.4±12.3	73.9±12.2	72.7±12.4	71.8±12.3	72.7±11.9	0.156
がん種 n(%)						0.267
肝胆臓	363(19.2)	28(15.8)	101(17.4)	185(20.1)	49(22.6)	
肺	318(16.8)	25(14.1)	90(15.5)	161(17.5)	42(19.4)	
胃・食道	265(14.0)	30(16.9)	76(13.1)	129(14.0)	30(13.8)	
大腸・直腸	254(13.4)	24(13.6)	85(14.7)	121(13.1)	24(11.1)	
その他	233(12.3)	28(15.8)	84(14.5)	96(10.4)	25(11.5)	
乳	131(6.9)	5(2.8)	41(7.1)	72(7.8)	13(6.0)	
子宮・卵巣	119(6.3)	17(9.6)	37(6.4)	55(6.0)	10(4.6)	
腎・泌尿器	100(5.3)	12(6.8)	29(5.0)	44(4.8)	15(6.9)	
頸部・甲状腺	76(4.0)	5(2.8)	26(4.5)	40(4.3)	5(2.3)	
不明	35(1.8)	3(1.7)	10(1.7)	18(2.0)	4(1.8)	
医師の予測予後日数 [平均 ± SD]	32.7±30.1	61.7±36.9	45.7±33.7	25.5±19.7	4.8±3.7	<0.001
生存期間 (n=1,888) [平均 ± SD]	26.9±30.0	43.1±37.5	37.2±38.0	22.1±20.5	7.0±11.4	<0.001
患者に心肺蘇生の希望を尋ねたか n(%)						<0.001
尋ねていない	1672(88.3)	144(80.9)	506(87.5)	814(88.4)	208(95.9)	
尋ねた	222(11.7)	33(19.1)	72(12.5)	107(11.6)	9(4.2)	
家族に心肺蘇生の希望を尋ねたか n(%)						<0.001
尋ねていない	1008(53.4)	68(38.1)	298(51.6)	525(57.2)	118(54.6)	
尋ねた	879(46.6)	109(61.9)	279(48.4)	393(42.8)	98(45.4)	

※連続変数は一元配置分散を実施、カテゴリー変数はカイ二乗検定を実施した  
SD: 標準偏差

研究の対象患者は1,894人でした。緩和ケア病棟入院時のPoIは、安定期177人（9.3%）、不安定期579人（30.6%）、増悪期921人（48.6%）、死亡直前217人（11.5%）でした。最も多かった増悪期というのは、**表1**によると、緩和ケアを受けていながらも症状や全身状態が徐々に悪化してきており、ケアプランの定期的な見直しが必要な患者です。

次に**図2**を見てください。

**図2 Phase of Illnessと症状 (IPOS) との関連**



PoIの各フェーズによる、患者の全身状態をスコア化したKarnofsky Performance Status (KPS) と症状苦痛の程度を0（全くない）から4（とてもつらい）とスコア化したIntegrated Palliative care Outcomes Scale (IPOS) の結果を示しています。KPSは安定期で平均51.8と最も高く、死亡直前期で平均16.7と最も低くなりました（ $p < 0.001$ ）。また、緩和ケア病棟入院時における患者の症状苦痛は安定期に低く、死亡直前期に症状苦痛の程度が高い結果となりました。特に死亡直前期においては、疼痛や呼吸苦、倦怠感などの症状の重症度は、他のフェーズに比べて有意に高い結果となりました（ $p < 0.001$ ）。

本研究によって、死亡直前期の患者は安定期、不安定期、増悪期の患者と比べて症状の苦痛が最も大きかったことが分かりました。一方、イギリスの在宅緩和ケアサービスを中心に行われたMatherらの調査では、緩和ケア介入時のPoIは不安定期の患者が最も多く、症状苦痛も不安定期が高かったと報告しています<sup>3)</sup>。この結果

の違いには、国による緩和ケアの認識や提供方法の違いなど多くの要因が考えられます。しかし、患者のPoIを評価することは緩和ケアニーズをとらえることにつながり、医療者が適切な時期に適切なケアを提供するのに役立つと考えられます。さらに、PoIの不安定期から安定期へのフェーズの変化をとらえることは、医療者にとっても緩和ケアの効果を実感できる一つの指標となると示されています。

今後、日本において緩和ケアが提供される場のPhase of Illnessを継続的に測定することは、患者と共に医療者も緩和ケアのタイミングを逃さず、適切な緩和ケアにつながる目安の一つになるかもしれません。

#### 引用・参考文献

- 1) University of Wollongong Australia : Palliative Care Outcomes Collaboration (PCOC) .  
<https://www.uow.edu.au/ahsri/pcoc/> (2023年7月閲覧)
- 2) Mori M, Yamaguchi T, Maeda I, et al. Diagnostic models for impending death in terminally ill cancer patients: A multicenter cohort study. Cancer Med. 2021;10 (22) :7988-7995. doi:10.1002/cam4.4314
- 3) Mather H, Guo P, Firth A, et al. Phase of Illness in palliative care: Cross-sectional analysis of clinical data from community, hospital and hospice patients. Palliat Med. 2018;32 (2) :404-412. doi:10.1177/0269216317727157
- 4) 宮下光令他：患者・医療者による緩和ケアの質の評価 Integrated Palliative care Outcome Scale : IPOS (日本語版) 使用マニュアル Ver0.51, P.25.  
[http://plaza.umin.ac.jp/pos/IPOS\\_manual\\_ver0.51.pdf](http://plaza.umin.ac.jp/pos/IPOS_manual_ver0.51.pdf) (2023年7月閲覧)

---

おおひなたひろのり：大学卒業後より国立がん研究センター、NTT関東病院で看護師として勤務。2018年に慶應義塾大学大学院に進学し、健康マネジメント研究科修士課程を修了。2020年に東北大学大学院医学系研究科博士後期課程保健学専攻緩和ケア看護分野に進学し、博士課程を修了。2023年より北海道大学の基礎看護学分野助教として勤務している。

みやしたみつのり：1994年3月東京大学医学部保健学科卒業、臨床を経験した後、東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻助手・講師を経て、2009年10月東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野教授。専門は緩和ケアの質の評価。

この商品の内容に関するお問い合わせは[仙台事務所](#)  
お急ぎの場合は、TEL (022) 261-7660におかけください。  
※土・日・祝は対応しておりません。

ご注文に関する内容・変更・追加などのお問い合わせは、  
お客様センターフリーダイヤル**0120-057671**に  
おかけください。

※本サービスは事情により予告なく終了することがございます。  
あらかじめご了承ください。

[ページトップに戻る](#)



Copyright© nissoken. All Rights Reserved.

お客様センターフリーダイヤル 0120-057671