

緩和ケアスクリーニングに関する事例集

平成 27 年度厚生労働省科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業「汎用性のある系統的な苦痛のスクリーニング手法の確立とスクリーニング結果に基づいたトリアージ体制の構築と普及に関する研究」班

研究責任者 木下寛也（国立がん研究センター東病院 緩和医療科）

研究分担者 森田達也（聖隷三方原病院 緩和支援診療科）

はじめに

わが国のがん診療連携拠点病院において、緩和ケアに関するスクリーニングを実施することが2015年から要件化された。確たる方法を定めずに、かつ、実施可能性や検証がなされないままの導入となった。本報告書では、現在の全国のがん診療連携拠点病院における緩和ケアスクリーニングの現状を把握すること、いくつかの施設における実践を共有することを目的とした。

前半では、全国のがん診療連携拠点病院を対象とした質問紙調査の結果を示す。

後半では、調査時点でスクリーニング実施率の高いと考えられた施設に依頼し、取り組みを共有してもらった。実態調査において、外来または入院でのスクリーニング実施が75%以上、および大学病院ではこれに加えて外来または入院でのスクリーニング件数が500件以上の施設合計47施設（総合病院28施設、がん専門病院8施設、大学病院11施設）のうち、任意に抽出し、受諾が得られた8施設（総合病院3施設、がん専門病院2施設、大学病院3施設）の協力を得た。

厚生労働省からの依頼期間が短かったため、調査期間、編集期間が十分にとれなかった。したがって、誤記などのみられる可能性があるがお許し願いたい。短い執筆期間に対応いただいた施設の先生方に感謝をお伝えしたい。

2016年3月吉日

森田達也

聖隷三方原病院緩和支援治療科

目 次

はじめに	森田達也	2
A 緩和ケアの現状に関する全国実態調査		
1) 全国の動向	奥山 徹, 他	4
2) 緩和ケアスクリーニングに関する各施設の現状と考え	上元洵子, 他	23
B 緩和ケアスクリーニングの運用事例		
1) 九州がんセンター—がん専門病院の事例	大谷弘行	29
2) 愛知県がんセンター中央病院—がん専門病院の事例	下山理史, 他	69
3) 高山赤十字病院—総合病院の事例	浮田雅人, 他	88
4) 石川県立中央病院—総合病院の事例	内村恵里子, 他	104
5) 市立豊中病院—総合病院の事例	宮川真一, 他	112
6) 京都府立医科大学附属病院—大学病院の事例	吉岡とも子, 他	126
7) 関西医科大学附属枚方病院—大学病院の事例	佐久間博子	152
8) 帝京大学医学部附属病院—大学病院の事例	有賀悦子, 他	177
C 今後の課題と提言	森田達也	189

Ⅰ 緩和ケアの現状に関する全国実態調査

1 全国の動向

奥山 徹^{*1, 2} 明智龍男^{*1, 2} 木澤義之^{*3} 森田達也^{*4}
内田恵^{*1, 2} 島田麻美^{*3} 白土明美^{*4} 木下寛也^{*5}

概要

がん患者とその家族が、がんと診断されたときから身体的・精神心理的・社会的苦痛などに対して適切なサポートを受けられるよう、がん診療連携拠点病院では、がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛などのスクリーニングを診断時から外来および病棟にて行うことが求められている。本研究班では、まずわが国のがん診療連携拠点病院における緩和ケアスクリーニングの実態を把握し、改善点および普及の方策を提言するための全国調査を行った。スクリーニングの実態を調査するためのアンケート票を開発するとともに、全422がん診療連携拠点病院等を対象として郵送によるアンケート調査を実施した。

その結果、90%の施設から有効回答を得た。回答施設の88%がなんらかの規模での緩和ケアスクリーニングを導入していたが、外来・入院でのスクリーニング導入開始1年未満であった施設はそれぞれ69%・63%であった。最も頻用されていたスクリーニングツールは「生活のしやすさに関する質問票」(外来:50%, 入院:46%)であった。スクリーニングガイドラインの遵守状況としては、60%の施設

では、スクリーニング陽性であった患者がその後どのような経過となったかをフォローアップする体制が整っておらず、また23%の施設ではスクリーニング陽性となった患者を問題に対応できる部署へ紹介できるシステムが整っていなかった。スクリーニングの結果として緩和ケアチーム依頼となった患者の割合は、外来では病院規模によらず1%以下、入院では病院規模によって3.4~17.0%の幅があった。68%の回答者は「全体的にみればスクリーニングは有用である」と回答した一方、緩和ケアスクリーニング実施に伴う困難として、「スクリーニングされた結果が有効な対応方法がない問題のことがある」(66%)、「つらさの程度を数値で表現できないので回答が難しいと言われる」(58%)、「スクリーニングされた結果について、医療者に時間がないために対応できない」(49%)、などの頻度が高かった。スクリーニングが良好に導入できていない施設では、できている施設と比較して「スクリーニングのための人員が不足している」(62%対40%, $p < 0.01$)など、全20項目の阻害因子のうち10項目において有意に頻度が高かった。

本調査の結果から、わが国における緩和ケアスクリーニングは、施設によってその取り組みには大きなばらつきがあるものの総じてまだスタートライン

^{*1} 名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学, ^{*2} 名古屋市立大学病院 緩和ケア部, ^{*3} 神戸大学大学院医学研究科 内科系講座先端緩和医療学分野, ^{*4} 聖隷三方原病院 支持緩和医療科, ^{*5} 国立がん研究センター東病院 緩和医療科

に立ったばかりであることが示された。緩和ケアスクリーニングが患者評価指標の改善に資するものとするためには、ただ単にスクリーニングのみを実施するのではなく、それを包括的なスクリーニングプログラムとして実施することが必要であり、本研究の結果から、臨床的に今すぐ取り組むべき優先順位が高い事項としてはスクリーニング陽性者への対応の充実とそのフォローアップであると思われた。しかし長期的には、臨床試験によって有用性の確立された緩和ケアスクリーニングプログラムをモデルケースとして提示することが有効な緩和ケアスクリーニング導入を後押しするものになると考えた。

背景

がん医療において、患者・家族の Quality of Life (QOL) は疾患の治癒や生存期間の延長などと同様、重要なアウトカムである^{1~3)}。多くの患者ががんの経過において様々な身体的、心理社会的苦痛を経験しており、それらは患者の QOL を大きく損なう⁴⁾。そのような苦痛は適切な介入を提供することで軽減可能であるが^{5~8)}、多くの患者は、適切なサポートを受けていないことが知られている⁹⁾。サポートの阻害因子には、患者側の因子、医療者側の因子、医療システムの因子などがあるが、とりわけ重要なのが医療者側の因子、特に医療者が患者の苦痛に気が付かなかつたり、過小評価している点である¹⁰⁾。

そこで、苦痛のスクリーニングを行うことがそのような阻害因子の除去となり、ひいてはがん患者の苦痛緩和に有効と考えられることから、さまざまなガイドラインにおいても苦痛のスクリーニングを行うことが推奨されている^{6, 11)}。しかし近年のスクリーニングの有用性に関する研究は、ただスクリーニングを行うだけでは患者結果指標は改善せず^{12, 13)}、スクリーニングが有効であるためには、スクリーニング後の評価と専門家との連携、スクリーニング結果の記録、スクリーニング陽性者のフォローア

ップなどが重要であることを明らかにしている¹⁴⁾。

このように苦痛スクリーニングの有用性に関する知見は集積されつつあるが、海外においても苦痛スクリーニングを包括的に実施できている施設は多くなく¹⁵⁾、各施設でどのような取り組みが行われているかといった実態調査や、実施に成功している施設における取り組み方の共有などが重要と考えられている。

わが国では、全国どこでも質の高いがん医療を提供することができる体制を構築することを目的として、国によりがん診療連携拠点病院が指定されている。加えて厚生労働省は「新たながん診療提供体制」を取りまとめ、2015年4月からのがん診療連携拠点病院等の認定に際して、患者とその家族などががんと診断されたときから身体的・精神心理的・社会的苦痛などに対して適切に緩和ケアを受け、こうした苦痛が緩和されることをめざすことを目標として、がんと診断されたときからの緩和ケアの導入をより一層強く求めることとなった。そのなかで、「がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来及び病棟にて行うこと」が求められており、本スクリーニングの実施が2015年4月からのがん診療連携拠点病院等の認定要件の一つとなった¹⁶⁾。2015年4月1日の時点で、がん診療連携拠点病院が401カ所、特定領域がん診療連携拠点病院が1カ所、地域がん診療病院が20カ所がその指定を受けている一方で、このスクリーニングが各がん診療連携拠点病院において具体的にどのように実施され、どのような問題が存在するのかなどに関しての全国的な知見はない。

そこで本研究では、がん診療連携拠点病院等における苦痛のスクリーニングがどのように実施されているか、スクリーニングが有効となるための手順が実施されているか、スクリーニングの阻害因子などについて調査を行い、その結果を踏まえて改善点の提言および普及の方策を策定することを目的とした。

対 象

本研究の対象者は、2015年6月現在、わが国のがん診療連携拠点病院等としての指定を受けた国立がん研究センター中央病院および東病院（2施設）、都道府県がん診療連携拠点病院（49施設）、地域がん診療連携拠点病院（350施設）、特定領域がん診療連携拠点病院（1施設）、地域がん診療病院（20施設）、計422施設における緩和ケアチーム責任者とした。除外条件は設けなかった。

本研究は、名古屋市立大学大学院医学研究科の倫理審査委員会で承認を受けて実施した。

本研究は医療者を対象としたアンケート調査であり、侵襲・介入を伴わないため、説明同意文書は用いなかったが、依頼書において、本研究の趣旨、参加拒否が可能であること、アンケート調査の結果をがん診療連携拠点病院現況報告書と連結することについて説明するとともに、対象者が研究参加を拒否する権利があることを明示した。

方 法

1 概 要

欧米を中心とした既存のスクリーニング・トリアージに関する知見などを参考に、スクリーニングの実態を調査するためのアンケート票を開発した。2015年8月から9月にかけて、全がん診療連携拠点病院等の緩和ケアセンター責任者宛に調査協力を依頼する手紙とともにアンケートを送付し、アンケートへの記載と同封する封筒での返信を依頼した。アンケート送付から2週間以内に返送がなかった場合は、上限3回にわたって督促を行った。得られた結果を拠点病院現況報告のデータと結合した。

2 実態調査に関するアンケート票（資料1）

先行研究のレビューを行うとともに^{15, 17~20}、腫

瘍専門医、看護師、緩和ケア医、精神腫瘍医などのエキスパートによる議論をもとに、全体で7つのセクションからなる自記式のアンケートを開発した。入院・外来の双方でまったく緩和ケアスクリーニングを実施していない施設はセクション1と7のみを、その他の施設は全項目について回答するような形式で作成した。以下に7つのセクションに含まれる項目の概要を記した。

1. 現在の緩和ケアスクリーニング導入状況：入院・外来それぞれについて、導入の有無について尋ね、導入しているとの回答を得た場合、実施範囲について5段階で尋ねた。また、どのようなタイミングでスクリーニングを行っているか、スクリーニング開始からの期間についても尋ねた。本報告では、入院・外来双方のセッティングで25%以上の部署でスクリーニングを行っている場合を「導入良好」と定義した。

2. 緩和ケアスクリーニングに用いられているツール：どのようなツールを使用しているか、どのような媒体を利用しているかを尋ねた。

3. スクリーニングガイドラインの遵守状況：American Psychosocial Oncology Society と Yale School of Nursing において開発されたスクリーニングプログラムで推奨されている5つの過程¹⁴⁾、すなわち1. スクリーニングの実施方法、2. 陽性であった場合の評価、3. 専門家への依頼、4. フォローアップ、5. 記録と質の改善、という1つひとつのプロセスをルール化して実施しているかどうかを尋ねた。

4. 緩和ケアスクリーニングの月あたり概数：入院・外来それぞれについて、月あたりのスクリーニング実施患者数、うちスクリーニング陽性となる患者数、スクリーニングの結果緩和ケアチーム依頼となった患者数、の概数について尋ねた。

5. 医療者によるスクリーニングの効用評価：医療者の視点からの緩和ケアスクリーニングの有用性に関する5項目について、リカートスケール（1：そう思わない、2：どちらでもない、3：そう思う）を用いて尋ねた。

6. 緩和ケアスクリーニング実施中に経験する困難：スクリーニングを実施する際に直面すると想定される13項目の困難について、リカートスケール（1：まったくない、2：たまにある、3：時々ある、4：よくある、5：とてもよくある）を用いて尋ね、「3：ときどきある」以上の頻度を報告した。

7. 緩和ケアスクリーニング導入の阻害因子：スクリーニングを導入するにあたり、あるいは導入を検討するにあたり、どのようなことが阻害因子となっているかに関する20項目について、リカートスケール（1：そう思わない、2：少しそう思う、3：そう思う）を用いて尋ね、「3：そう思う」と回答した場合を阻害因子ありとした。

3 拠点病院現況報告

厚生労働省健康局がん対策・健康増進課が収集している2014年度拠点病院現況報告から、各施設の病院種別、病床数、がん登録件数、年間入院がん患者数、年間外来患者のべ数、年間死亡がん者数、年間緩和ケアチーム依頼件数などの背景情報を得た。

統計解析

アンケート票結果報告のために記述統計解析を行った。

緩和ケアスクリーニングの月あたり概数については、施設規模による差異があることが想定されたため、病院を病床数によって小規模（400床未満）、中規模（400～699床）、大規模（700床以上）と分類し、病院規模ごとの数値を報告した。実施件数あたり緩和ケアチーム依頼件数割合は、施設あたりの緩和ケアチーム依頼件数を実施件数で除算して算出した。

また、調査参加施設と不参加施設の背景比較や、スクリーニング「導入良好」（入院・外来双方のセッティングで25%以上の部署でスクリーニング導入と定義）に関する関連因子を検討するために、t

検定、 χ^2 検定を適宜行った。多重比較を考慮し、有意水準は両側 $p < 0.01$ とした。

結果

1 調査参加施設の背景（表1）

422施設のうち、379施設（90%）から有効回答を得た。10施設（2%）からは拒否の表明があり、33施設（8%）からは返答が得られなかった。調査参加379施設と不参加43施設の背景には有意な差を認めなかったが、調査参加施設では年間緩和ケアチーム依頼件数がより多い傾向にあった（参加施設146件、不参加施設102件、 $p=0.05$ ）。

2 現在の緩和ケアスクリーニング導入状況（表2）

379施設のうち、67%の施設は入院・外来の双方で、13%は入院のみで、8%は外来のみでスクリーニングを導入していた。104施設（37%）が「導入良好」の定義（入院・外来双方のセッティングで25%以上の部署でスクリーニング導入）を満たした。約半数の施設はスクリーニングを開始して1年未満であった。

3 緩和ケアスクリーニングに用いられているツール（表3）

最も頻用されているスクリーニングツールは「生活のしやすさに関する質問票」^[21]（外来50%、入院46%）であり、次いで「施設独自のツール」（外来35%、入院33%）、「STAS（Support Team Assessment Schedule）」^[22]（外来29%、入院32%）、「つらさと支障の寒暖計」^[23]（外来22%、入院21%）であった。

4 スクリーニングガイドラインの遵守状況（表4）

遵守されている頻度が高いものとして、「スクリーニングの結果に応じて問題に対応できる部署へ紹

表1 調査参加施設の背景 (N=422)

		調査参加 (n=379)		調査不参加 (n=43)		p
		施設数	%	施設数	%	
病院 種別	都道府県拠点病院	45	12	4	86	0.95
	がん診療連携拠点病院	315	83	37	5	
	地域がん診療病院	18	4	2	9	
	特定領域がん診療連携拠点病院	1	0	0	0	
		平均	標準偏差	平均	標準偏差	
病院	病床数	580	230	580	239	0.99
規模	がん登録件数	1,443	850	1,348	826	0.50
	年間入院がん患者数	3,044	1,996	2,822	2,029	0.49
	年間外来がん患者数	55,331	47,097	47,971	44,339	0.33
	年間死亡がん患者数	218	139	194	99	0.29
	年間緩和ケアチーム依頼件数	146	136	102	91	0.05

表2 現在の緩和ケアスクリーニング導入状況 (N=379)

		外来		入院	
		施設数	%	施設数	%
導入状況	導入している	284	75	302	80
	導入していない	95	25	77	20
		施設数 (n=284)	%	施設数 (n=302)	%
導入範囲	限られた少数 (25%以下) の部署で実施	164	43	91	30
	半数以下 (26 ~ 50%) の部署で実施	28	7	29	10
	半数以上 (51 ~ 75%) の部署で実施	23	6	31	10
	大多数 (76 ~ 99%) の部署で実施	32	8	71	24
	すべて (100%) の部署で実施	36	10	78	26
タイミング	受診するたび、入院するたび、毎週など定期的な間隔で実施	49	13	169	59
	告知後や初診時など、時期を決めて	107	28	51	18
	医療者の判断で	55	15	41	14
	その他	55	15	24	8
導入期間	1年未満	194	69	184	63
	1 ~ 3年	69	24	72	24
	3年以上	20	7	39	13

表3 緩和ケアスクリーニングに用いられているツール

		外来 (%) N=284	入院 (%) N=302
ツール*	生活のしやすさに関する質問票	50	46
	独自ツール	35	33
	STAS (Support Team Assessment Schedule)	29	32
	つらさと支障の寒暖計	22	21
	ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale)	6	7
	MDASI (MD Anderson Symptom Inventory)	1	1
	POS (Palliative Outcome Scale)	0	0
	DT (Distress Thermometer)	0	1
	DT+PL (Distress Thermometer + Problem List)	0	0
	5th Vital Sign	0	1
媒体	紙媒体	75	63
	電子媒体	20	24
	口頭	17	22

*ツールについては重複回答あり

表4 スクリーニングガイドラインの遵守状況 (N=333)

	はい (%)
スクリーニングの結果に応じて、問題に対応できる部署へ紹介できるルールとなっている	77
スクリーニングの結果や、スクリーニングの結果に基づく対応について、カルテなどに記録を残すルールとなっている	75
陽性であった場合、まず主治医・担当看護師が問題を詳細に評価し、その上でその問題に対応できる部署へ紹介するルールとなっている	74
陽性であった患者が、その後どうなったかをフォローアップするルールとなっている	40
スクリーニングの結果がコンピュータ上で管理、統計学的に把握できるようになっている	25

介できる」(77%)、「スクリーニングの結果についてカルテなどに記録を残す」(75%)、「陽性であった場合、まず主治医・担当看護師が問題を詳細に評価したうえで対応できる部署へ紹介する」(74%)などがあった。一方で、60%の施設ではスクリーニング陽性であった患者がその後どのような経過となったかをフォローアップする体制が整っていなかった。

5 緩和ケアスクリーニングの月あたり概数 (表5)

スクリーニングの実施件数(中央値)は、外来では11件、22件、45件(小規模、中規模、大規模病院の順)、入院では20件、59件、119件(同上)であった。実施件数あたりの緩和ケアチーム依頼件数割合(施設あたりの中央値)は、外来では0%、0%、1%(同上)、入院では17%、6%、3%であった。

表5 緩和ケアスクリーニング状況の月あたり概数 (N=333)

	400床未満 (n=60)		400-699床 (n=191)		700床以上 (n=82)	
	外来	入院	外来	入院	外来	入院
のべ実施件数	48.3 (81.0) 11 4~50 n=36	41.0 (50.8) 20 7~61 n=42	86.4 (179.3) 22 7~60 n=107	201 (662.6) 59 12~142 n=116	133.1 (209.3) 45 20~118 n=56	226.1 (352.7) 119 38~225 n=53
何らかの項目で陽性となる件数	18.2 (32.5) 5 1~14 n=34	19.1 (21.7) 10 3~31 n=40	25.5 (65.4) 5 2~19 n=96	73.2 (333.5) 15 4~42 n=105	35.3 (50.0) 15 3~42 n=43	59.2 (106.4) 20 6~70 n=43
緩和ケアチーム依頼となった件数	2.4 (8.3) 0 0~2 n=36	7.9 (12.5) 4 1~7 n=42	2.3 (4.6) 0 0~2 n=104	5.9 (9.9) 3 1~8 n=120	4.2 (14.8) 1 0~3 n=46	5.8 (7.0) 4 1~8 n=29
実施件数当たり緩和ケアチーム依頼件数割合 (%)	10.0 (19.8) 0 0~12 n=33	27.4 (30.3) 17 3~40 n=39	11.3 (27.1) 0 0~7 n=99	17.9 (30.1) 6.3 1~14 n=107	5.1 (15.8) 0.8 0~3 n=44	7.9 (11.5) 3 0~10 n=43

第1段：平均値（標準偏差），第2段：中央値，第3段：4分位，第4段：回答施設数

6 医療者によるスクリーニングの効用評価 (表6)

身体的苦痛の発見，精神的苦痛の発見に役立つとの回答が共に80%以上と高い一方で，患者と主治医・担当看護師のコミュニケーション促進や専門部署との連携促進に役立つとの回答は共に60%程度であった。68%が「総合的にはスクリーニングは有用」と回答した。

7 緩和ケアスクリーニング実施中に経験する困難 (表7)

最も頻度が高かった困難は「スクリーニングされた結果が有効な対応方法がない問題のことがある」で66%，ついで「症状やつらさの程度を数値で表現できないので回答が難しいと言われる」58%であった。続いて「スクリーニングされた結果について，医療者に時間がないために対応できない」「記

入の方法を説明するのに時間がかかる」など，時間に関する困難がそれぞれ49%，47%と続いた。患者に緩和ケアチームや精神科・心療内科を紹介しても受診しないとの回答は40%，36%であった。

8 緩和ケアスクリーニング導入の阻害因子 (表8, 9)

スクリーニング導入良好群，非良好群間において，病床数総数，院内がん登録数，年間外来がん患者数，年間新入院がん患者数，年間院内死亡がん患者数，年間緩和ケアチーム依頼件数に有意差を認めなかった。

一方，スクリーニング非導入良好群においては，導入良好群と比較して「スクリーニングのための人員が不足している」(62% 対 40%， $p < 0.01$)，「スクリーニング対象患者を選ぶことが難しい」(51% 対 33%， $p < 0.01$)，「スクリーニングについて，院

表6 医療者によるスクリーニングの効用評価 (N=333)

	そう思わない (%)	どちらでもない (%)	そう思う (%)
患者の身体的苦痛を見つけることに役立つ	2	12	86
患者の心理社会的苦痛を見つけることに役立つ	3	14	83
より適切に患者の苦痛に対応することに役立つ	3	24	73
全体的にみればスクリーニングは有用である	8	25	68
患者の苦痛に対応できる専門部署と主治医・担当看護師の連携を促進する	5	31	64
患者と主治医・担当看護師のコミュニケーションを促進する	8	30	63
日常臨床で行うには時間がかかりすぎる	19	39	43

リカートスケール (1: そう思わない, 2: どちらでもない, 3: そう思う) を用いて尋ねた。

表7 緩和ケアスクリーニング実施中に経験する困難 (N=333)

	ときどきある/ よくある/ とてもよくある* (%)
スクリーニングされた結果が有効な対応方法がない問題のことがある	66
「つらさの程度を数値で表現できないので回答が難しい」と言われる	58
スクリーニングされた結果について、医療者に時間がないために対応できない	49
記入の方法を説明するのに時間がかかる	47
患者に認知症があって実施困難である	44
陽性の患者に精神科・心療内科を紹介しても受診しない	40
陽性の患者に緩和ケアチームを紹介しても受診しない	36
陽性の患者に社会資源サービス（相談など）を紹介しても利用しない	34
患者が記入したがない	33
スクリーニングされた結果が、すぐ変わる	30
患者に精神疾患があって実施困難である	28
患者が医療者に遠慮して、本当の心配事は書いていない	28
スクリーニング用紙に回答することで、患者の不安が増す	12

*リカートスケール (1: まったくない, 2: たまにある, 3: 時々ある, 4: よくある, 5: とてもよくある) のうち, 3以上と回答した対象者の割合を示す。

表8 スクリーニング導入の阻害因子：施設背景 (N=379)

	非導入良好% (n=275)		導入良好*% (n=104)		p 値
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	
病床数総数	579	215	580	235	0.97
院内がん登録数	1,457	831	1,438	859	0.85
年間外来がん患者数	56,989	43,583	54,702	48,275	0.67
年間新入院がん患者数	3,085	1,993	3,028	2,001	0.81
年間院内死亡がん患者数	222	131	216	142	0.70
年間 PCT 新規依頼件数	154	137	142	135	0.48

*入院・外来双方のセッティングで25%以上の部署でスクリーニングを行っている場合を「導入良好群」、それ以外を「非導入良好群」と定義した

表9 スクリーニング導入の阻害因子：アンケート結果 (N=379)

	全体% (N=379)	非導入良好% (n=275)	導入良好*% (n=104)	p 値
スクリーニングのための人員が不足している	54	62	40	<0.01
スクリーニング対象患者を選ぶことが難しい	45	51	33	<0.01
スクリーニングについて、院内で周知することが難しい	36	42	24	<0.01
円滑かつ効果的な実施方法の知識がない	29	35	17	<0.01
スクリーニングの有用性に関する我が国独自のエビデンスが乏しい	24	25	23	0.69
スクリーニングについて、IT 技術を活用できない	23	25	21	0.49
スクリーニングについて、院内の多職種で話し合う機会がない	22	26	11	<0.01
スクリーニング陽性者への対応について院内でコンセンサス得られない	21	25	13	0.02
スクリーニング陽性だった患者をフォローアップする体制がない	21	24	13	0.02
診療科・主治医の理解が得られない	20	21	22	0.89
スクリーニングの実施方法を他施設と共有する機会がない	19	23	10	<0.01
病棟と外来で同じスクリーニング方法を用いなければならない	19	22	12	0.03
スクリーニング結果を診療科にフィードバックするルールを定められない	18	21	14	0.14
スクリーニングの責任者が明確となっていない	15	20	5	<0.01
手順書（マニュアル）がない	15	20	2	<0.01
スクリーニングが陽性であっても、その問題に対応できる部署がない	15	18	7	<0.01
看護部・看護師の理解が得られない	13	15	10	0.30
スクリーニング結果をカルテに記録するルールを定められない	12	15	5	0.01
病院長など病院執行部の理解が得られない	8	9	5	0.29
スクリーニングに関するインシデント・アクシデントの懸念がある	5	6	2	0.17

*入院・外来双方のセッティングで25%以上の部署でスクリーニングを行っている場合を「導入良好群」、それ以外を「非導入良好群」と定義した

内で周知することが難しい」(42%対24%, $p < 0.01$) など、全20項目の阻害因子のうち10項目において有意に頻度が高かった。

考 察

わが国における緩和ケアスクリーニングの現状について、全国調査を行った。約90%の施設はなんらかの規模でスクリーニングを導入していたが、入院でも外来でも25%以上の部署を対象としたスクリーニングを導入していた施設は1/3程度であり、また半数の施設はスクリーニング導入開始後、1年経過していなかった。これらの結果から、緩和ケアスクリーニングの導入が拠点病院の要件となったことに対応して、スクリーニングを始めたばかりの施設が多いことが示唆された。

Mitchell らのスクリーニング導入に関する系統的レビュー¹⁹⁾によると、つらさのスクリーニングの有用性を検討した14の無作為化比較試験のうち、6研究が患者結果指標を改善、3研究で専門部署への紹介率増加が得られたのみであり、その有用性については一致した見解が得られていない。既存のエビデンスによると、スクリーニングは単にそれを実施するのみでは患者結果指標の改善には貢献できず、記録、専門部署への紹介、フォローアップなどを含めた一連のプログラムとして実施して初めて有用であることが示唆されている¹⁴⁾。スクリーニングガイドラインの遵守が不十分である知見と照らし合わせると、わが国のがん診療連携拠点病院におけるスクリーニングは有効な方法で実施できていない施設が多くあることが示された。

緩和ケアスクリーニングの月あたり概数に注目すると、施設規模によらず、外来で100名のがん患者をスクリーニングしても緩和ケアチーム依頼に結びつくのは1人以下と著しく低いことが示された。この理由は明らかではないが、外来ではスクリーニングの結果について十分に話し合うことが難しいこ

と、すぐに対応できるリソースがないこと(緩和ケアチームが外来診療を行っていないなど)、スクリーニングを要するような問題の頻度が高い患者群がスクリーニング対象に選ばれていないことなどがあげられる。一方、入院患者においては外来よりは総じて緩和ケアチーム依頼率が高かったが、そもそも緩和ケアチームの活動は入院患者を対象としていることが多いためとも考えられる。小規模な病院ほど緩和ケアスクリーニングにより緩和ケアチームに紹介される結果となりやすいことが示されたが、小規模病院の方が主治医チームと緩和ケアチームの連携が容易であること、患者あたりの緩和ケアチームの人的資源が多いことなどの傾向が推測され、そのような傾向によって説明されるのかもしれない。

ただし、緩和ケアチーム依頼件数はスクリーニングの有用性に関する代替指標のひとつに過ぎず、この結果をもってスクリーニングが有用ではないと結論づけることはできない。緩和ケアチームの活動が普及したり、主治医の実施する緩和ケアが向上すると逆に新しく紹介される患者が減少すること、などもありうるので解釈には留意が必要である。今後の研究では、患者自身のアウトカムの評価や、スクリーニング陽性者にどのような対応がなされたかという点について詳細な評価を含めるべきである。その際には、スクリーニングの費用対効果についても検証が必要である。

約7割の施設において「全体的にみて緩和ケアスクリーニングが有用」と考えられていることが示された一方で、緩和ケアスクリーニング実施中に経験する困難については、全13質問項目中10項目で「時々」以上の頻度で遭遇するという回答者が30%以上であり、臨床現場ではさまざまな困難が生じていることが示された。特に約半数の施設が「スクリーニングされた結果について、医療者に時間がないために対応できない」ことを経験しており、多忙であることがスクリーニングの有用性に大きく影響していることが示唆された。

緩和ケアスクリーニングの導入にあたっては、さ

さまざまな阻害因子があることが示された。十分なスクリーニング導入可否に関連していた項目のうち、非導入良好群において最も頻度が高いものは人的資源の不足であった。多くの施設において、既存の人的資源のなかで新たに緩和ケアスクリーニングを導入しているためと思われた。また緩和ケアスクリーニングやその実践に関する適切な知識の欠如も有意な阻害因子であった。Carlson らによる緩和ケアスクリーニング導入に関する推奨においてもスタッフへのスクリーニングに関する教育が重要と指摘がなされており、本研究結果はそれに一致するものと思われた。

本研究の強みとしては、最新のスクリーニングに関するエビデンスに基づいたアンケート票を開発して用いたこと、全がん診療連携拠点病院を対象としたこと、回答率が高いこと、アンケート結果をがん診療連携拠点病院現況報告と連結させたことなどがある。一方、限界としては、アンケート票の結果は回答者の主観的な知覚の反映にすぎないこと、患者や家族による評価指標が含まれていないこと、月あたり概数については欠損値が多いこと、スクリーニングで陽性であった患者が、その後どのようなリソースで対応されたのかについて調査に含めていないこと、が挙げられる。

わが国におけるがん患者の緩和ケアスクリーニングは、施設によってその取り組みには大きなばらつきがあるが、総じてまだスタートラインに立ったばかりであることが示された。緩和ケアスクリーニングががん診療連携拠点病院の要件とされたことは、がん医療への緩和ケアの統合という視点からは意義があるものと思われるが、患者評価指標の改善に資するものとするためにはさらなる改善が必要である。緩和ケアスクリーニングが患者評価指標の改善に資するものとするためには、ただ単にスクリーニングのみを実施するのではなく、それを包括的なスクリーニングプログラムとして実施することが必要であり、本研究の結果で示された臨床的に今すぐ取り組むべき優先順位が高い事項としては、スクリー

ニング陽性者への対応の充実とそのフォローアップがある。しかし、本来であればこのような介入が実際に患者評価指標を改善するかどうかをまず示す必要がある。具体的には、用いるべきスクリーニングツール、スクリーニングの実施が必要な時期やセッティング、わが国の医療システムに即した患者評価指標を改善しうるようなスクリーニングプログラムのあり方、スクリーニング陽性者への対応などについて明示し、またそのようなスクリーニングプログラムの患者評価指標への効果について、無作為化比較試験を実施する必要がある。そのうえで、モデルケースとなるような緩和ケアスクリーニングプログラムの提示を行うことが、結局は有効な緩和ケアスクリーニング導入を後押しするものになると考える。

文 献

- 1) Peppercorn JM, Smith TJ, Helft PR, Debono DJ, Berry SR, Wollins DS, Hayes DM, Von Roenn JH, Schnipper LE, American Society of Clinical Oncology: American society of clinical oncology statement: toward individualized care for patients with advanced cancer *J Clin Oncol: Official J Am Soc Clin Oncol* **29**: 755-760, 2011
- 2) Wedding U, Pientka L, Hoffken K: Quality-of-life in elderly patients with cancer: a short review. *Eur J Cancer* **43**: 2203-2210, 2007
- 3) Zikos E, Ghislain I, Coens C, Ediebah DE, Sloan E, Quinten C, Koller M, van Meerbeeck JP, Flechtner HH, Stupp R, Pallis A, Czimbalmos A, Sprangers MA, Bottomley A: Health-related quality of life in small-cell lung cancer: a systematic review on reporting of methods and clinical issues in randomised controlled trials, *Lancet Oncol* **15**: e78-89, 2014
- 4) Avis NE, Crawford S, Manuel J: Quality of life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol: Official J Am Soci Clin Oncol* **23**: 3322-3330, 2005
- 5) Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Kuffner R: Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol: Official Jo Am Soc Clin Oncol* **31**: 782-793, 2013
- 6) Levy MH, Smith T, Alvarez-Perez A, Back A, Baker JN, Block S, Codada SN, Dalal S, Dans M, Kutner JS, Kvale E, Misra S, Mitchell W, Sauer TM, Spiegel D, Sutton L, Taylor RM, Temel J, Tickoo R, Urba SG, Van Zyl C, Weinstein SM, Bergman MA, Scavone JL, National

- Comprehensive Cancer N: Palliative care, Version 1 . 2014 . Featured updates to the NCCN Guidelines. *J Natl Compr Canc Netw* **12**: 1379–1388, 2014
- 7) Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM, Ferrell BR, Loscalzo M, Meier DE, Paice JA, Peppercorn JM, Somerfield M, Stovall E, Von Roenn JH : American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology* **30**: 880–887, 2012
 - 8) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ: Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* **363**: 733–742, 2010
 - 9) Forsythe LP, Kent EE, Weaver KE, Buchanan N, Hawkins NA, Rodriguez JL, Ryerson AB, Rowland JH: Receipt of psychosocial care among cancer survivors in the United States. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology* **31**: 1961–1969, 2013
 - 10) Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA, Pandya KJ: Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med* **330**: 592–596, 1994
 - 11) Excellence NfC: Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. In: Editor (ed)^(eds) Book Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. National Institute for Clinical Excellence, City, 2004
 - 12) Carlson LE, Groff SL, Maciejewski O, Bultz BD Screening for distress in lung and breast cancer outpatients: a randomized controlled trial, *J Clin Oncol* **28**: 4884–4891, 2010
 - 13) Hollingworth W, Metcalfe C, Mancero S, Harris S, Campbell R, Biddle L, McKell-Redwood D, Brennan J: Are needs assessments cost effective in reducing distress among patients with cancer? A randomized controlled trial using the Distress Thermometer and Problem List *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology* **31**: 3631–3638, 2013
 - 14) Lazenby M, Tan H, Pasacreta N, Ercolano E, McCorkle R: The five steps of comprehensive psychosocial distress screening. *Curr Oncol Rep* **17**: 447, 2015
 - 15) Albizu-Rivera A, Portman DG, Thirlwell S, Codada SN, Donovan KA: Implementation of NCCN Palliative Care Guidelines by member institutions Support Care Cancer, 2015
 - 16) 厚生労働省 (2014) がん診療連携拠点病院等の整備について [http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_byoin_03.pdf]
 - 17) Bultz BD, Waller A, Cullum J, Jones P, Halland J, Groff SL, Leckie C, Shirt L, Blanchard S, Lau H, Easaw J, Fassbender K, Carlson LE: Implementing routine screening for distress, the sixth vital sign, for patients with head and neck and neurologic cancers. *J Natl Compr Canc Netw* **11**: 1249–1261, 2013
 - 18) Carlson LE, Waller A, Mitchell AJ: Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: review and recommendations, *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology* **30**: 1160–1177, 2012
 - 19) Mitchell AJ: Screening for cancer-related distress: when is implementation successful and when is it unsuccessful? *Acta Oncol* **52**: 216–224, 2013
 - 20) Mitchell AJ, Lord K, Slattery J, Grainger L, Symonds P: How feasible is implementation of distress screening by cancer clinicians in routine clinical care? *Cancer* **118**: 6260–6269, 2012
 - 21) Morita T, Fujimoto K, Namba M, Sasaki N, Ito T, Yamada C, Ohba A, Hiroyoshi M, Niwa H, Yamada T, Noda T: Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy: an audit of a clinical screening project Support Care. *Cancer* **16**: 101–107, 2008
 - 22) Miyashita M, Matoba K, Sasahara T, Kizawa Y, Maruguchi M, Abe M, Kawa M, Shima Y: Reliability and validity of the Japanese version of the Support Team Assessment Schedule (STAS-J) *Palliat Support Care* **2**: 379–385, 2004
 - 23) Akizuki N, Yamawaki S, Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y: Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* **29**: 91–99, 2015

資料 1



苦痛のスクリーニング に関する調査票

アンケートは密封された状態で回収し、厚生労働省健康局がん対策・健康増進課が収集している拠点病院現況報告のデータと連結後、匿名化した状態で分析します。
調査結果は統計的な処理をして公表するため、個人や個別の施設が特定できる形で結果が発表されることは一切ありません。

多くの施設で緩和ケアチームの責任者がその労を取られていますので、本アンケートは緩和ケアチーム責任者宛にお送りしていますが、もし別の部署が責任部署でしたら、その部署の責任者に記載を依頼して下さい。

本調査結果を元に、がん診療連携拠点病院等における円滑かつ有効なスクリーニングの実施を支援する方策を検討したいと考えております。ご協力のほど、宜しくお願い申し上げます。

もし調査にご協力頂けない場合は、以下に☑をしてご返送下さい。

調査協力を拒否します。

まずはじめに、以下の質問の当てはまる口にチェックをしてください。

Q.外来または入院患者を対象とした緩和ケアスクリーニングについて

なんらかの形で、施設として行っている

⇒2~7ページにお答え下さい



全く行っていない

⇒6、7ページにお答え下さい



施設 ID : _____

【1 ページで **なんらかの形で行っている** と答えた方がお答えください】

外来がん患者を対象とした苦痛のスクリーニングをなんらかの形で行っていますか。

行っている⇒以下1～3について、あてはまるもの一つに☑をしてください。

全く行っていない⇒以下の1～3を飛ばし、下段の質問に進んで下さい。

1. がんに関連する部門のうち、どの程度の部門で行っていますか

- 限られた少数(25%以下)の診療科/診療部門で行っている
- 半数以下(26-50%)の診療科/診療部門で行っている
- 半数以上(51-75%)の診療科/診療部門で行っている
- 大多数(76-99%)の診療科/診療部門で行っている
- すべて(100%)の診療科/診療部門で行っている

2. どのようなタイミングで行っていますか

- 原則として受診するたびに行っている
- 告知後や初診時など、時期を決めて行っている
- 患者がつかうそうなときなど、医療者の判断で行っている
- その他()

3. 実施開始からの期間はどれほどですか

- 1年未満
- 1-3年未満
- 3年以上

入院がん患者を対象とした苦痛のスクリーニングをなんらかの形で行っていますか。

行っている⇒以下1～3について、あてはまるもの一つに☑をしてください。

全く行っていない⇒以下の1～3を飛ばし、次ページの質問に進んで下さい。

1. がんに関連する部門のうち、どの程度の部門で行っていますか

- 限られた少数(25%以下)の診療科/診療部門/病棟で行っている
- 半数以下(26-50%)の診療科/診療部門/病棟で行っている
- 半数以上(51-75%)の診療科/診療部門/病棟で行っている
- 大多数(76-99%)の診療科/診療部門/病棟で行っている
- すべて(100%)の診療科/診療部門/病棟で行っている

2. どのようなタイミングで行っていますか

- 原則として入院するたび、毎週など定期的な間隔で行っている
- 告知後や初診時など、時期を決めて行っている
- 患者がつかうそうなときなど、医療者の判断で行っている
- その他()

3. 実施開始からの期間はどれほどですか

- 1年未満
- 1-3年未満
- 3年以上

【1 ページで **なんらかの形で行っている** と答えた方のみお答えください】

このページ以降の全ての項目は、回答が部門などによって異なる場合、院内で最も中心的に実施されているスクリーニング方法についてお答え下さい。

どのような調査用紙を用いていますか。入院、外来それぞれについて、当てはまるものすべてに☑をつけてください(既存の方法を改変して使用している場合は、元の方法名に☑して下さい)。

	入院	外来
生活のしやすさに関する質問票	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POS (Palliative Outcome Scale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
STAS (Support Team Assessment Schedule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DT (Distress Thermometer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
つらさと支障の寒暖計 (Distress and Impact Thermometers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DT+PL (Distress Thermometer + Problem List)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MDASI (MD Anderson Symptom Inventory)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5th Vital Sign	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
独自に作成した調査票 (含まれている内容を☑して下さい)		
<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 痛み以外の身体症状 <input type="checkbox"/> 精神的問題 <input type="checkbox"/> 生活上の問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 病状認識・希望する療養場所など <input type="checkbox"/> その他()		

どのような媒体を用いてスクリーニングを実施していますか
入院、外来それぞれについて一つだけ☑して下さい。

	入院	外来
電子媒体(電子カルテ、患者の操作するタブレット端末など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
紙媒体の自記式調査票	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
看護師などの医療従事者が口頭で確認して記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

スクリーニングに関する手順書(院内マニュアル)を作成していますか。

なし

あり⇒

もし宜しければ返信用封筒に手順書を同封して返送して下さい。
お送り下さる場合、他施設のモデルとするため、施設名を伏せて公開しても宜しいでしょうか。 ⇒ 公開可 公開不可

【1 ページで **なんらかの形で行っている** と答えた方のみお答えください】

院内におけるスクリーニングの運用取り決めについてお聞きします。各項目について、最もよくあてはまる回答に☑をつけてください。	いいえ	はい
スクリーニングの結果に応じて、問題に対応できる部署へ紹介できるルールとなっている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
スクリーニングで陽性であった場合、まず主治医・担当看護師などが問題を詳細に評価し、その上でその問題に対応できる部署へ紹介するルールとなっている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
スクリーニングで陽性であった場合、詳細な評価をせずに陽性患者全例をその問題に対応できる部署へ紹介するルールとなっている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
スクリーニングで陽性であった患者が、その後どうなったかをフォローアップするルールとなっている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
スクリーニングの結果や、スクリーニングの結果に基づく対応について、カルテなどに記録を残すルールとなっている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
スクリーニングの結果がコンピュータ上で管理されており、スクリーニングの概要が統計的に把握できるようになっている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

スクリーニングを実施することの意義についてお聞きします。各項目について、最もよくあてはまる番号 <u>一つ</u> に○をつけてください。	そう 思わない	ない じつじや ない	そう 思っ て
患者と主治医・担当看護師のコミュニケーションを促進する	1	2	3
患者の身体的苦痛を見つけることに役立つ	1	2	3
患者の心理社会的苦痛を見つけることに役立つ	1	2	3
より適切に患者の苦痛に対応することに役立つ	1	2	3
患者の苦痛に対応できる専門部署(緩和ケアチームなど)と主治医・担当看護師の連携を促進する	1	2	3
日常臨床で行うには時間がかかりすぎる	1	2	3
全体的にみればスクリーニングは有用である	1	2	3

【1 ページで なんらかの形で行っている と答えた方のみお答えください】

もしここまでご記載頂いた方がスクリーニングの実務には従事されていない場合、このページのみ実務担当者に記載を依頼して下さい(職種などは問いません)。

スクリーニングを実施するときに、以下のようなことを経験することがありますか。各項目について、最もよくあてはまる番号 <u>一つ</u> に○をつけてください。	ない	たまにある	時々ある	よくある	とても
患者が記入したがない	1	2	3	4	5
記入の方法を説明するのに時間がかかる	1	2	3	4	5
「症状やつらさの程度を数値で表現できないので回答が難しい」と言われる	1	2	3	4	5
患者に認知症があって実施困難である	1	2	3	4	5
患者に精神疾患があって実施困難である	1	2	3	4	5
スクリーニングされた結果について、医療者に時間がないために対応できない	1	2	3	4	5
スクリーニングされた結果が、倦怠感や再発不安など、有効な対応方法がない問題のことがある	1	2	3	4	5
スクリーニングされた結果が、すぐに変わる(1週間前は10でも、今週は0など)	1	2	3	4	5
スクリーニング用紙に回答することで、患者の不安が増す	1	2	3	4	5
患者が医療者に遠慮して、本当の心配事は書いていない	1	2	3	4	5
スクリーニング陽性の患者に社会資源サービス(相談など)を紹介しても利用しない	1	2	3	4	5
スクリーニング陽性の患者に緩和ケアチームを紹介しても受診しない	1	2	3	4	5
スクリーニング陽性の患者に精神科・心療内科を紹介しても受診しない	1	2	3	4	5

この1か月のおおよそのスクリーニング実績を記入してください(カルテを調べたり、正確な実数を調べる必要はありません。もし不明な場合は空欄のままで結構です)	外来 (月当たり)	入院 (月当たり)
のべ実施件数	約()件	約()件
何らかの項目で陽性となる件数	約()件	約()件
スクリーニングの結果緩和ケアチーム依頼となった件数	約()件	約()件

【全ての施設の方がお答えください】

貴施設では、以下のようなことはスクリーニング実施の妨げとなっていますか。各項目について、最もよく当てはまる番号 <u>一つ</u> に○をつけてください。	そう 思わない	少し そう 思う	そう 思う
病院長など病院執行部の理解が得られないことが妨げとなっている	1	2	3
診療科・主治医の理解が得られないことが妨げとなっている	1	2	3
看護部・看護師の理解が得られないことが妨げとなっている	1	2	3
スクリーニングの責任者が明確となっていないことが妨げとなっている	1	2	3
スクリーニングのための人員が不足していることが妨げとなっている	1	2	3
円滑かつ効果的な実施方法の知識がないことが妨げとなっている	1	2	3
スクリーニングの実施方法を他施設と共有する機会がないことが妨げとなっている	1	2	3
スクリーニングについて、院内の多職種で話し合う機会がないことが妨げとなっている	1	2	3
スクリーニングについて、院内で周知することが難しいことが妨げとなっている	1	2	3
手順書(マニュアル)がないことが妨げとなっている	1	2	3
外来でがん患者を同定することが難しいなど、スクリーニング対象患者を選ぶことが難しいことが妨げとなっている	1	2	3
病棟と外来で同じスクリーニング方法を用いなければならないことが妨げとなっている	1	2	3
スクリーニングについて、IT 技術を活用できないことが妨げとなっている	1	2	3
スクリーニング結果をカルテに記録するルールを定められないことが妨げとなっている	1	2	3
スクリーニング結果を診療科にフィードバックするルールを定められないことが妨げとなっている	1	2	3
スクリーニング陽性だった患者への対応に関するルールについて、院内でコンセンサスを得ることができないことが妨げとなっている	1	2	3
スクリーニングが陽性であっても、その問題に対応できる部署がないことが妨げとなっている	1	2	3
スクリーニング陽性だった患者をフォローアップする体制がないことが妨げとなっている	1	2	3
スクリーニングに関するインシデント・アクシデント(患者からの苦情など)の懸念があることが妨げとなっている	1	2	3
スクリーニングの有用性に関する我が国独自のエビデンスが乏しいことが妨げとなっている	1	2	3

【全ての施設の方がお答えください】

2017年3月の時点で、貴施設のがんに関連する部門のうち、どの程度でスクリーニングが実施できていそうですか。おおよその見込みで結構ですでお答え下さい。

外来がん患者について

- 全く実施できていないだろう
- 限られた少数(25%以下)の診療科/診療部門で行っているだろう
- 半数以下(26-50%)の診療科/診療部門で行っているだろう
- 半数以上(51-75%)の診療科/診療部門で行っているだろう
- 大多数(76-99%)の診療科/診療部門で行っているだろう
- すべて(100%)の診療科/診療部門で行っているだろう

入院がん患者について

- 全く実施できていないだろう
- 限られた少数(25%以下)の診療科/診療部門/病棟で行っているだろう
- 半数以下(26-50%)の診療科/診療部門/病棟で行っているだろう
- 半数以上(51-75%)の診療科/診療部門/病棟で行っているだろう
- 大多数(76-99%)の診療科/診療部門/病棟で行っているだろう
- すべて(100%)の診療科/診療部門/病棟で行っているだろう

今後、本研究班でスクリーニングに関するデータベース構築を行う場合、データの収集にご協力いただけますか(現時点でお願いする作業内容は未定です。「協力したい」とお返事頂いた場合でも、後に作業内容を確認してキャンセルされても構いません)。

協力したい：担当者のお名前とご連絡先 E-mail アドレスを以下にご記入下さい。

お名前	先生/様	E-mail
-----	------	--------

協力しない

スクリーニングについて、希望することや必要と思うことなどがありましたらご記入下さい。

ご協力まことにありがとうございました。

㊦緩和ケアの現状に関する全国実態調査

2

緩和ケアスクリーニングに関する 各施設の現状と考え

上元洵子*¹ 奥山 徹*² 森田達也*³

はじめに

苦痛のスクリーニングは、米国やイギリスなどでも導入されているが、実際の運用が難しいことや、想定された効果を示す知見が確立していないことが明らかになりつつある。その中で、わが国においては、厚生労働省の施策としてがん診療連携拠点病院に緩和ケアのスクリーニングが義務づけられた。わが国でもそれまでにスクリーニングを実施していた施設はあり、また、多施設で導入する試験が行われていたが、運用困難を示唆する知見が得られていた。現在までに、わが国では各施設にとってスクリーニングの実施は負担が非常に大きいということが明らかになってきている。スクリーニング実施における障害や、実施・非実施との関連要因については、量的研究として本報告書の前半にまとめた。

本研究では、スクリーニングの実施にあたって解決可能な課題を明確化し、今後の指針を検討するための資料とするために、自由記述をもとに質的な分析を行った。本研究の目的は、スクリーニングが「どのように、またなぜ負担となっているのか」、各施設が「どのような希望とニーズを有しているのか」を収集することである。

方法

本研究は、前述の質問紙調査の二次解析である。がん診療連携拠点病院のすべての緩和ケアチーム責任者に対して、「スクリーニングについて、希望することや必要と思うことなどがありましたらご記入ください」として自由記述を求めた結果について、分析を行った。

緩和ケアスクリーニングに関して希望すること・改善が必要なことが記入されているものを分析対象とした。自由記述を意味単位（ユニット）として抽出し、ユニットごとにコードをつけた。意味内容の類似性・相似性からサブカテゴリーを作成し、次にサブカテゴリーの類似性・相違性からカテゴリーを作成した。以下、サブカテゴリーを【】、データを「」で示す。分析は1名の研究者（JU）が行い、緩和ケアの質的研究・臨床研究の豊富な共同研究者1名（TM）のスーパービジョンを受けた。

結果

質問紙は422施設に送付し、378施設（90%）か

*¹ 聖隷三方原病院 放射線治療科、*² 名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学／同 病院 緩和ケア部、*³ 聖隷三方原病院 緩和支援治療科

ら回答を得た。自由記述のあった95施設(21%)の記載合計132単位を分析対象とした。記述内容は、5つのカテゴリーと15のサブカテゴリーに分かれた。記述内容は、「施設特性に合った方法を標準化してほしい」「自施設で運用する難しさがある」「人員不足、加算がないことが問題となっている」「患者に有用かが分からない」、「他施設の方法に関して情報共有したい」に分けられた(表1)。表2に代表的な回答を示す。3件はいずれにも該当しなかった。

① 施設特性に合った方法を標準化してほしい(n=41)

施設特性に合った標準化された方法に関して、【施設特性に合った標準化された方法を教えてほしい】【一から作り上げる労力を要する】【集計ツールの作成、データベース構築をしてほしい】が抽出された(表1)。

1. 施設特性に合った標準化された方法を教えてほしい(n=34)

【施設特性に合った標準化された方法を教えてほしい】では、自施設に適したツールや方法が不明確で、またスクリーニング自体が負担となっているため、簡便で有用な標準化されたツールが必要とされていた。全国で統一した方法やソフト(スクリーニング実施から集計、データベースまで)、各施設の特性(規模、がん専門病院か否か、がん診療連携拠点病院など)に合わせた方法(人員配置も含む)、参考資料などが求められていた。

2. 一から作り上げる労力を要する(n=4)

【一から作り上げる労力を要する】では、何もないところから各自施設で一から作り上げる負担の大きさが示されていた。ある施設では、その手間と労力の大きさから、手順書などの作成に至らず、スクリーニング実施が進まないと言っていた。

3. 集計ツールの作成、データベース構築をしてほしい(n=3)

【集計ツールの作成、データベース構築をしてほ

しい】では、集計やデータ管理の労力の大きさが示されていた。電子カルテへ組み込む大変さや、全国で共通したデータベース構築の希望が語られていた。

② 自施設で運用する難しさがある(n=34)

自施設で運用する難しさとして、【運用全般が難しい】【主科チームとの連携が難しい】【データ管理が難しい】【がん患者を同定するのが難しい】【多くの他のスクリーニングがあり、患者・医療者にとって負担となっている】【非がんを対象にすることも必要である】が抽出された(表1)。

1. 運用全般が難しい(n=15)

【運用全般が難しい】では、院内全体の理解と協力を得て遂行する難しさが示された。がん診療連携拠点病院の必須要件にはなっているものの、その方法は各施設に委ねられているなかで、周知・実施する困難感が述べられていた。

2. 主科チームとの連携が難しい(n=7)

【主科チームとの連携が難しい】では、スクリーニングを実施するうえで、主治医や外来・病棟看護師と連携する難しさが示されていた。スクリーニングを通して改めてチーム医療の重要性を痛感する声もきかれた。また、患者の苦痛や緩和ケアチームへの依頼希望があっても主治医が希望するとは限らないこと、他科・他職種の苦痛に対する意識の違いなどがスクリーニングのバリアとして捉えられていた。

3. データ管理が難しい(n=5)

【データ管理が難しい】では、スクリーニング後のデータを整理する方法が難しく、アセスメントに結びつかないことや、紙カルテにおける管理の難しさが示されていた。

4. がん患者を同定するのが難しい(n=4)

【がん患者を同定するのが難しい】では、総合病院において多様な患者が受診する中で、スクリーニングを実施していることでもがん患者であることが分かってしまうなどプライバシー保護の問題からもがん患者を同定することの難しさが示されていた。特に、がん専門病院でない場合の外来におけるがん患

者の同定とスクリーニングを診察前に行うことが難しいと捉えられていた。

5. 多くの他のスクリーニングがあり、患者・医療者にとって負担となっている (n=2)

【多くの他のスクリーニングがあり、患者・医療者にとって負担となっている】では、嚙下・褥瘡・安全といったスクリーニング、外来では問診票など、すでがんと関係のない多数の書類・スクリーニングがあるため、患者・医療者双方の負担が大きくなっていることが示されていた。患者にとっても(特に苦痛がある時)記入する負担が大きく、また医療者にとっても患者全体を包括的に捉えるスクリーニングではないため、処理する量が増える一方で、看護ケアなど活用に至りにくいと述べられていた。

6. 非がんを対象にすることも必要である (n=1)

【非がんを対象にすることも必要である】では、対象をがんだけでなく非がんでも必要と述べられていた。が、一方でその労力の大きさから実施は不可能と述べられていた。

③ 人員不足、加算がないことが問題となっている (n=35)

人員不足・加算がないことの問題として、【人員が不足している】【加算や算定要件を希望する】【スクリーニングに時間をとられ直接患者の対応ができない】が抽出された(表1)。

1. 人員が不足している (n=29)

【人員が不足している】では、人員不足にまつわる問題が示された。スクリーニングを実施する看護師、結果をみて対応する主治医、データ入力する事務職または緩和ケアチームスタッフ、スクリーニング後に対応しデータを整理する緩和ケアチームスタッフのマンパワー不足、負担増が述べられていた。そのため、スクリーニングが一部では行っても外来・病棟で実施・拡大困難になっていることが述べられていた。

2. 加算や算定要件を希望する (n=4)

【加算や算定要件を希望する】では、人員不足解

消、病院の理解・周知を促す策として、スクリーニング実施に対して加算などの手当てを求める意見が示された。加算により、データ入力をする事務員の確保、スクリーニング陽性患者に対応する人員の確保などを図りたいという意見が述べられていた。

3. スクリーニングに時間をとられ直接患者の対応ができない (n=2)

【スクリーニングに時間をとられ直接患者の対応ができない】では、スクリーニング実施により患者に割く時間が減るジレンマが示された。スクリーニングを実施する事務作業におわれ、実際に患者の話聞くなどの臨床活動が十分行えなくなっていることが語られていた。

④ 患者に有用かがわからない (n=11)

患者への有用性が不明確であるという問題として、【エビデンスの確立が必要である】【スクリーニングが陽性になることが少ない】【スクリーニング陽性でも、患者が緩和チーム介入を希望しない】が抽出された(表1)。

1. エビデンスの確立が必要である (n=9)

【エビデンスの確立が必要である】では、有効性や問題点を実証研究に基づいて明らかにする必要性が示されていた。有効性や本当に必要かが確信をもっていえない中で、スクリーニングを実施する手探り感・困難感が強いこと、院内で同意を得ることの難しさが語られた。「実証研究により有効性や実施可能性が示された後に、国が指針を示す必要があったのではないか」との意見や、逆に、「有効性が臨床試験で示されると医療者の抵抗が減り浸透しやすくなる」という声がきかれた。

2. スクリーニングが陽性になることが少ない (n=1)

【スクリーニングが陽性になることが少ない】では、スクリーニングを受ける患者数の負担に比べて、実際に陽性になって専門家の介入にいたる患者の少なさが言及された。

3. スクリーニング陽性でも、患者が緩和チーム介入を希望しない (n=1)

【スクリーニング陽性でも、患者が緩和チーム介入を希望しない】では、陽性となっても緩和ケアチームを患者自身が希望しないことが述べられ、スクリーニングの適切性を問う声がきかれた。

5 他施設の方法に関して情報共有したい (n=11)

他施設の方法に関して情報共有を求める声も複数聞かれた。各施設の特性に応じた、方法・成果・進捗・問題点・マニュアルを公開するシステムの作成、情報共有し自施設の参考にしたい、特性の似た施設間で情報交換する場がほしいと述べられていた。

緩和ケアスクリーニングについて感じている希望・改善が必要なことについて意見を収集した。最も重要な結果は、施設特性に合った標準化された方法を求める声、各施設における運用の困難感、有用性を明確にする必要性、情報共有枠組みの設定を求める声が具体的に挙げられたことである。本研究は、量的研究と合わせて、今後のスクリーニング実施における改善点の提言や普及の方策への枠組みを与えるものである。

本研究の限界として、自由記述を有した割合が全質問紙の21%と少数であること、インタビュー調査ではなく質問紙調査の自由記述の分析であるため解釈は量的研究と合わせて行う必要があること、が挙げられる。

今後、本研究がわが国におけるスクリーニングのあり方の議論に貢献することを期待する。

考 察

がん診療連携拠点病院の緩和ケアチーム責任者が

表1 緩和ケアスクリーニングに関して希望すること・改善が必要なこと：カテゴリー一覧

①. 施設特性に合った方法を標準化してほしい (n=41)
1. 施設特性に合った標準化された方法を教えてほしい (n=34)
2. 一からつくり上げる労力を要する (n=4)
3. 集計ツールの作成、データベース構築をしてほしい (n=3)
②. 自施設で運用する難しさがある (n=34)
1. 運用全般が難しい (n=15)
2. 主科チームとの連携が難しい (n=7)
3. データ管理が難しい (n=5)
4. がん患者を同定するのが難しい (n=4)
5. 多くの他のスクリーニングがあり、患者・医療者にとって負担となっている (n=2)
6. 非がんを対象にすることも必要である (n=1)
③. 人員不足、加算がないことが問題となっている (n=35)
1. 人員が不足している (n=29)
2. 加算や算定要件を希望する (n=4)
3. スクリーニングに時間をとられ、直接患者の対応ができない (n=2)
④. 患者に有用かがわからない (n=11)
1. エビデンスの確立が必要である (n=9)
2. スクリーニングが陽性になることが少ない (n=1)
3. スクリーニング陽性でも、患者が緩和チーム介入を希望しない (n=1)
⑤. 他施設の方法に関して情報共有したい (n=11)

表2 緩和ケアスクリーニングに関して希望すること・改善が必要なこと：代表的なデータ

① 施設特性に合った方法を標準化してほしい (n=41)

1. 施設特性に合った標準化された方法を教えてほしい (n=34)

「生活のしやすさに関する質問票をそのまま利用している。しかし、質問票が2枚になり、書く内容も多く、もう少し簡潔にならないかを感じる。身体症状・精神症状が辛いとき書くのも億劫になる。書く側・入力（把握）する側もわかりやすいシンプルなもので有効なツールが作成されることを望みます。」

「どの病院でも活用可能なもの・活用手順などがあれば、また、これを使うと算定要件として決められたものがあれば、病院として活用することに問題がなく、逆にスムーズかもしれない。」

「国がすすめるのであれば、全国統一した方法やシステム・ソフトなどを使ってほしい。」

「均等化を図るのであれば、がん診療連携拠点病院で利用できる、スクリーニングの提示を希望します。」

2. 一からつくり上げる労力を要する (n=4)

「各施設でいちから構築することの手間と労力が負担。」

「マニュアルを初めから作成することに大変な労力が必要だと思われる。参考になる資料であったり、統一されたものがあれば使わせて頂きたいと思います。何をするのも業務が多い状態にあり、なかなかうまく進みません。少しでも、がん患者さんのお役に立ちたいと思っています。」

3. 集計ツールの作成、データベース構築をしてほしい (n=3)

「集計ツールを統一して配布してほしいです。電子カルテに組み込むのが大変でした。」

「タブレットで記入する方法でトライしてみたいので、データベース構築に含めていただけるとありがたいです。」

② 自施設で運用する難しさがある (n=34)

1. 運用全般が難しい (n=15)

「スクリーニングの運用が難しいです。特に、病院全体の医療者、特に外来の医師に協力を求めること。」

「拠点病院の必須要件であるが、具体的な方法は各施設に委ねられており、運用を組織内で周知するのにかなり困難であった。」

2. 主科チームとの連携が難しい (n=7)

「全人的側面から患者・家族の苦痛や生活をもみる視点を養う緩和ケアチームの頑張りや多職種との協働の重要性を痛感しております。」

「患者の苦痛や緩和ケアチームへの依頼希望があっても主治医が依頼を躊躇することが当院では多いと思われます。一番の問題です。」

3. データ管理が難しい (n=5)

「データベース化できておらず、今年度きちんとデータ整理できればと考えております。」

「紙カルテでの運用は、管理・実績の把握が難しい。」

4. がん患者を同定するのが難しい (n=4)

「がんセンターではなく総合病院で実施する場合、現在はプライバシー保護もあり、自動受付し番号で管理している。がん患者を外来で診察前にスクリーニングできない。行いたくても大きな問題である。方法があったら教えてください。」

5. 多くの他のスクリーニングがあり、患者・医療者にとって負担となっている (n=2)

「がんに限らず、病院では様々な部門が様々なスクリーニングを行っている現状がある（栄養・嚥下・安全など）。スクリーニングがよいこと・必要なことは重々承知しているが、スクリーニングをする医療者、受ける患者共にうんざりしている様子もある。義務化されるのは正直辛いと思う。」

「苦痛のスクリーニング、そのほかのスクリーニングがバラバラで、統合されて看護に結びついてこないため、スタッフは負担感の方が大きいようです。」

6. 非がんを対象にすることも必要である (n=1)

「スクリーニングは必要だが、非がん患者にも必要なのではないか。だとすれば全患者に必要であるが、そこまでやる意味や手間をかけることも不可能である。」

③ 人員不足、加算がないことが問題となっている (n=35)

1. 人員が不足している (n=29)

「人的資源が少なく、考えることもできません。」

「現在は緩和ケアチームメンバーでデータ入力全てを行っている。病院幹部・事務側への理解と協力が必要。入力する事務職の確保など必要。国レベルで実施することならば、もう少しガイドラインなど指針となるものを提示して、人員の手当てを配慮してほしい。」

「緩和ケアに対するマンパワーが不足している現状で、交渉したが、現状ではマンパワーの補強は不可能と言われた。」

2. 加算や算定要件を希望する (n=4)

「紙からデータ入力をする手間、問診の結果に基づいて対応するスタッフの少なさなど、課題はハード面・ソフト面に多くあります。加算がつくと病院の後押しも違うように思います。」

「スクリーニング陽性患者に適切に対応するためにも、人員の確保が必要と考えます。診療報酬などの手当をお願いいたします。」

3. スクリーニングに時間をとられ直接患者の対応ができない (n=2)

「データ収集に時間を取られることで逆に患者に接することのできるスタッフが減るというジレンマを感じる。スクリーニングを行う目的を見失わないようにしていくことが大切だと感じている。」

「スクリーニング義務化のために、むしろ本来の緩和ケア臨床の実行にマイナスになっている。」

④ 患者に有用かが分からない (n=11)

1. エビデンスの確立が必要である (n=9)

「スクリーニングの有効性が明らかになると医療者の抵抗が減るかと思います。」

「スクリーニングが目的とすることと、その方法として適切で、是認でき、効果があることなのか、明らかにしたうえで政策として整備指針にあげてほしい。」

「本当にスクリーニングが必要かどうかも含めて、検討してほしいと思う。」

2. スクリーニングが陽性になることが少ない (n=1)

「スクリーニングのシステム構築、医療者の負担（配布・回収など）に比べてメリット（陽性で専門家介入する患者）が少ない。」

3. スクリーニング陽性でも、患者が緩和チーム介入を希望しない (n=1)

「緩和ケアチームで作成した質問紙で調査していますが、陽性項目が多くても、相談を希望されない人が多いです。既存の用紙は使いづらいので作成しましたが、真に専門的緩和ケアを必要としている人がちゃんと拾えているのか心配になります。」

⑤ 他施設の方法に関して情報共有したい (n=11)

「他施設での実施方法や成果・問題点、スクリーニング自体の有用性がわからないため、独自で考え実施するという手探りの状態です。他施設での状況も把握できるようなシステムをつくってほしい。」

「がん専門病院と一般病院では、スクリーニングの対象となる患者さんの人数にかなり差があると思われます。がん専門病院における対象患者さんの選定・スクリーニングのタイミング・トリアージシステムなど現状と対策について情報交換できる場があるとありがたいです。」

「スクリーニングの実施マニュアルや手順の共有、病院規模ごとの進捗状況確認をしてほしい。」

Ⅱ 緩和ケアスクリーニングの運用事例

1

九州がんセンター—がん専門病院の事例

大谷弘行*

はじめに—コミュニケーション促進ツールとしての「現場主体の緩和ケアスクリーニング」

がん患者の生活の質の向上のために、患者の個々の価値観や意向に配慮したケア目標の共有は重要である。がん患者は、多種多様な価値観や意向を持っているが、特に外来診療においては、限られた短い診療時間のなかで抗がん治療や診療方針の決定が行われているため、患者の十分な意向の把握が困難なことがしばしばある。

意思決定支援において、患者の身体的・精神的な苦痛は生活の質の向上に大きく影響するため、患者の身体的・精神的な苦痛の程度を共有することは大切である。また、苦痛症状は、オープンクエッションだけでなく、具体的に自己記入式で尋ねなければ見落とす可能性があり¹⁾、系統的なスクリーニングは不可欠である。

このため、九州がんセンターでは、患者の個々の価値観や意向を捉え、将来の診療方針・健康管理の経時的な話し合いの促進にあたって、自己記入式による身体および精神の苦痛スクリーニング、さらに、アドバンス・ケア・プランニングの希望に関するスクリーニングを、病院全体で「意思決定支援推進プロジェクト」の一環として行っている。

アドバンス・ケア・プランニングとは、「将来の医療上の意思決定能力の低下に備えて、患者が医療提供者・家族・大切な他者との話し合いのうえ、自分の将来の健康管理についての決定を行うプロセス」のことである²⁾。すなわち、将来の診療方針・健康管理の決定を考える際に、全人的な観点から、たとえば治療以外の生活上の気がりや価値観についても考慮しながら話し合い決めていく計画過程のことをいう³⁾。

患者が将来の診療方針・健康管理の決定をするにあたって、自らの診療に関する情報や治療の目的についての知識、さらに自ら決定した事項によって起こりうる利点と欠点の理解についての話し合いの場は、がん医療の意思決定に不可欠である。しかし、患者の抗がん治療に対する過度の期待と誤った化学療法目的認識⁴⁾や、悪いニュースの話し合いに対する医療者の負担とためらいなどのため^{5~8)}、意思決定支援が複雑化し患者との話し合いを難しくしている⁹⁾。したがって、将来の診療方針・健康管理の決定を患者とともに考えるにあたって、早期から系統的に、意思決定に不可欠である「がんに関する情報や治療の目的」などの患者認識を把握しつつ、患者の個々の価値観や意向を捉え、経時的に話し合うプロセスが必要である。

* 九州がんセンター 緩和治療科

本稿では、九州がんセンター全体で取り組んでいる「現場主体の意思決定支援推進プロジェクト」における、緩和ケアスクリーニングの作成と運用に至った過程を紹介する。

緩和ケアスクリーニングを運用するまでの経時的記録

「現場主体の意思決定支援推進プロジェクト」をすすめるにあたって、4点のことをポイントに置いた。すなわち、「病院全体への理解と動機づけ」「現場主体の取り組み」「問題点を明らかにし、現場で解決していくプロセス」「現場の医療者自身の成功体験の積み上げ」である（表1）。

表1 「現場主体の意思決定支援推進プロジェクト」をすすめるにあたってのポイント

1、「病院全体への理解と動機づけ」
2、「現場主体の取り組み」
3、「問題点を明らかにし、現場で解決していくプロセス」
4、「現場の医療者自身の成功体験の積み上げ」

① 意思決定支援推進プロジェクトチームの立ち上げ

2012年12月1日、毎年他施設大ホールで開催している、がん患者のQOL推進事業講習会（九州がんセンター主催）において、「アドバンス・ケア・プランニング」のテーマ（外部講師による講演）を取り上げたことを皮切りに、がん医療における意思決定支援の重要性が話題となり、病院が一丸となって意思決定支援を進めていくことが決定された。副院長の推薦による意思決定支援推進プロジェクトチームが、副院長を委員長として、内科系代表医師・外科系代表医師・副看護部長・認定看護師・緩和ケアチーム員の11名によって構成された。意思決定支援推進プロジェクトを遂行するために、まず、臨床現場で働く医療者の意思決定支援に関する認識を明らかにし対応していくプロセスをとった。

② 『がん患者と家族への意思決定支援に関する』医療者の認識調査

臨床現場で働く医療者が、意思決定支援に関してどのような苦悩を感じているかを同定するために、当院の医療者392名に対して、『がん患者と家族への意思決定支援に関する』認識調査を行った（表2）。その結果、多くの医療者が「治療目標に関する患者・家族の意思決定支援の調整が難しい：65%」と感じていた。その要因として「患者の意向や価値観が明確でないため、医療者間で一貫した目標設定が難しい」「将来のもしものことを予め話し合うことは、患者・家族がつかなくなるのでは、と心配である」が挙げられた。また、医療者は「患者の全身状態が実際に悪くなってしまった際に行われる、今後の治療やケアの話し合いがとても困難である」と感じていた。これらの結果を踏まえ、この現状を解決するためには、がん治療を開始する前から、今後の治療のことだけでなく、「今までに患者が大切にしてきたことや、価値観・そして治療をしていくうえで心配なこと」を確認し、早い段階より患者との関係構築を築きながら意思決定を支援していくことが重要になると考えた。これらは、海外の先行研究でも述べられていることである¹⁰⁾。

「意思決定支援に関する医療者の認識調査」の結果を踏まえ、構成された意思決定支援推進プロジェクトチームで当院での意思決定支援の在り方について話し合いを行った。話し合いのなかで、意思決定支援での重要な点は「患者との関係構築」であり、そのためには「医療者が患者・家族の意向と価値観を共有すること」が重要との結論に達した。これらことから、アドバンス・ケア・プランニングの定義である『より良い療養生活を送るために、将来の医療上の意思決定能力低下に備えて、今後の治療・療養についてあらかじめ話し合うプロセス』の文言中の“プロセス”を大切にしたい患者との関わりが重要であり、アドバンス・ケア・プランニングの考えを基軸とした意思決定支援の体制整備を進めていくこととした。

表2 『がん患者と家族への意思決定支援に関する』
医療者の認識調査

治療目標に関する患者・家族の意思決定支援の調整が難しい：65%

その要因として

患者の意向や価値観が明確でないため、医療者間で
一貫した目標設定が難しい

将来のもしものことを予め話し合うことは、患者・
家族がつかなくなるのでは、と心配である

③ 全医師・全看護師・全メディカルスタッフへの啓発のためのキックオフミーティング

2013年3月7日、全医師・全看護師・全メディカルスタッフ対象のキックオフミーティングが、意思決定支援推進プロジェクトチームが主催となって開催された。「スムーズな診療方針決定のための、時系列での、患者家族の意向の共有と、多職種間の連携の推進」と題して、呼吸器科医・乳腺科医・消化器内科医の立場から「意思決定支援が困難な背景と現状」について発信していただき、会場参加者間で質問などを交えながらその問題点の共有を行った。

④ 患者の意思決定支援について、臨床現場で働く医療者との協議

現在に至るまで、意思決定支援は患者と直接関わっているおのおのの医療者に任されていた。そのため、その支援体制が、個々の医療者の価値観や経験、患者・家族との関係性に左右されていた。そこで、院内で統一した意思決定支援の必要性を感じ、そのためには、臨床現場で実際に働く医療者との協議が必要であると考え、各病棟各部署の代表1名の30名（医師，看護師，メディカルスタッフ）で、定期的に（毎月）話し合いを行うこととした。

2013年5月22日に各病棟各部署の代表者が集まり小グループに分かれ、テーマとして「アドバンス・ケア・プランニングを導入した意思決定支援を行った場合の、患者立場・家族立場・医療者立場に

立った良い点・困難となる点」を挙げ、1名のファシリテーターを配置し、多職種フォーカスグループによる話し合いを行った。

医療者が考えたアドバンス・ケア・プランニングを取り入れた際の意思決定支援の良い点として、「患者の意向を家族や医療者とで共有でき信頼関係が築ける」「病状理解と今後の見通しにつながり、患者・家族・医療者間での目標が統一できる」などが挙がり、アドバンス・ケア・プランニングによって医療者の抱えていた意思決定支援の苦悩が緩和されることが示唆された。その一方、困難な点としては、「患者・家族・医療者間のコミュニケーション不足により関係性が築けず不信感を抱かれる」「先々のことを考えることで患者が不安となるのではないか」「医療者のマンパワー不足」などが挙げられた（図1）。これらの結果から、患者・家族の背景や精神面を配慮しながら意向や価値観を確認・調整するうえで、医療者のコミュニケーション力が基盤として重要であり、また医療者間で患者・家族の意思・意向の情報共有と医療者間の協力が必要であることが示唆された。

5 意思決定支援の体制整備

意思決定支援の体制整備として、患者の意向や価値観を理解するために、過去の先行研究をもとに『あなたの気持ちの確認用紙』を作成した（資料

1）。これは、臨床現場で実際に働く各病棟各部署の代表1名の30名（医師，看護師，メディカルスタッフ）で毎月話し合い，完成版までに10数回ほどの改訂を重ね作成されたものである。この中には、

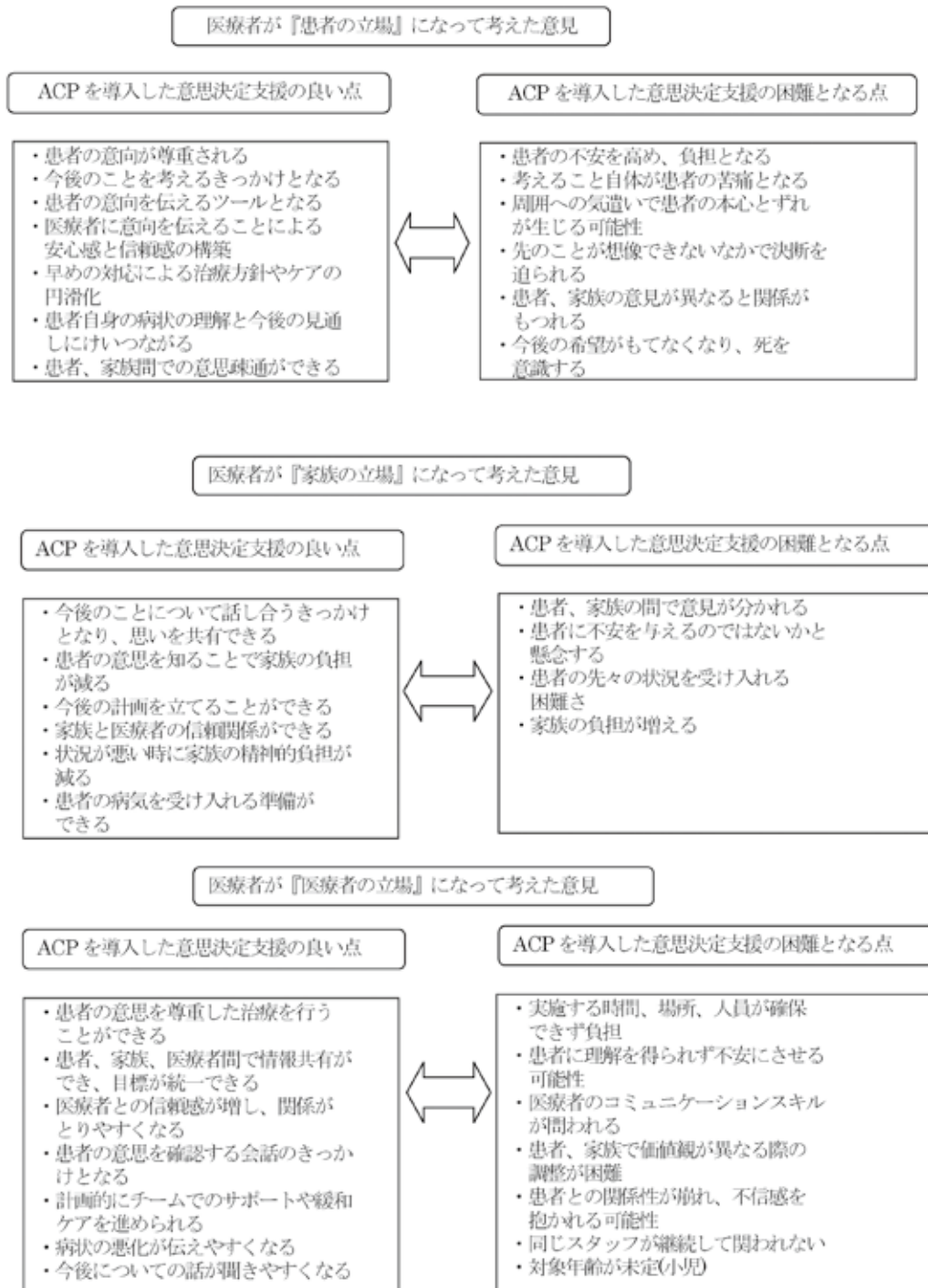


図1 アドバンス・ケア・プランニング意思決定支援を行った場合の患者立場・家族立場・医療者立場に立った良い点・困難となる点

患者の身体的・精神的な苦痛の程度だけでなく、一般的な患者の心配事、さらに、日本の研究の結果をもとにした「患者の大切にしていることの重要度」¹¹⁾、抗がん剤治療の「目標の認識と意向」などの質問項目が挙げられている。『あなたの気持ちの確認用紙』は、病期に関係なく当院入院の全患者に記載いただき、さらに、患者の気持ちが変化することを考慮し¹²⁾、入院ごとに記載いただく体制を整えた。また、その気持ちの変化を医療者が把握し意思決定支援に活かすため、特に患者への病状の説明前には、患者が記載した『あなたの気持ちの確認用紙』を医療者全体で共有することを促している。

こういった取り組みによって、医療者と患者・家族が、今後の治療や生活を含めた話し合いをする際に「患者の意向や価値観」を把握・理解し、よりよい意思決定支援につながるものと思われる。そして、事前に患者が『あなたの気持ちの確認用紙』を記載することで、患者自身が自らの考えをまとめる機会となり、医療者の前で上手く自分の意思を伝えられる手段／ツールになっているようである。

6 意思決定支援における患者と医療者のための「コミュニケーション教育」

患者への『あなたの気持ちの確認用紙』の記載依頼の開始と同時に、毎月、患者・家族を対象とした『意思決定支援に関する患者・家族教室』を開催している。この患者・家族教室では、動画『伝えていますか？～あなたが大切にしてきた過去のこと、現在のこと、そして将来のこと』(<http://youtu.be/2AsDRuJ0sfq>)などを利用しながら、「がん治療とともに、大切にしたいことや自分の考えや気持ちをまとめ、その意思を家族や医療者へ伝えることの大切さ」を伝えている(資料2)。病院内の多くの掲示板や診察室に啓発ポスター(伝えていますか？～自分らしい生活を送るためのあなたの気持ち)(資料3)を掲示し、またリーフレット(資料4)の配布を行っている。患者・家族教室に参加した多くの患者・家族から「自ら今後のことを考えるきっかけとなる：97%」と回

表3 緩和ケアスクリーニング『あなたの気持ちの確認用紙』、啓発活動における患者・家族の声

・自ら今後のことを考えるきっかけきかけとなる：97%
・医療者との安心感と信頼関係ができる：94%
・自分の意向が尊重されると思う：93%
・家族と今後のことを話し合うきっかけとなる：93%

答があり、少しずつであるが、アドバンス・ケア・プランニングの重要性と患者自らが治療や療養場所の意思を伝えることの大切さのメッセージが浸透しつつある(表3)。

一方、医療者に対しては、過去の先行研究で、意思決定支援の難しさの背景に、専門の違いによる職種間の認識のずれ違いが報告されていることから¹³⁾、医療者間のコミュニケーションを円滑に行うことも患者の意思決定支援の重要な要素であると考え、医療者に対しても体制を整える必要性を考えた。しかし、多忙な診療のなかで、いかに医療者間のコミュニケーションを図るかが問題であった。そこで、『短い時間のなかで、異なる専門職種が共通の目標を明確にし、お互いを理解し支え合いながら、共に困難な患者家族の問題を解決するプロセスを可能にする』ことを目的に介入を行った(自分も相手も尊重した医療者間のコミュニケーションの体験)。具体的には、医療者間のコミュニケーションを阻害する要因や医療者間のコミュニケーションに関するコツ(SPIKESを用いた医療者間のコミュニケーション)を伝え(表4)、そして、ロールプレイ：『家族の心配事(対処が難しい事項)を医療者間で共有するために、忙しそうな相手(異なる職種)に声をかけ尋ねる設定』を取り入れた研修会を開催した(資料5)。

7 「現場で継続できる」体制づくり

医療者間の情報共有や目標設定ができるよう、アドバンス・ケア・プランニングに関する「繰り返しの説明会」や「コミュニケーションマニュアル作

表4 SPIKESを用いた医療者間のコミュニケーション

S : Setting (医療者間が話し合う場の設定)
P : Perception (互いの認識や考えを理解する)
I : Invitation (互いにどのような役割を周囲に求めているか)
K : Knowledge (自らが持つ情報を提供し、自らの考えや疑問を和らかく伝える)
E : Empathize and explore (お互いが抱く感情に共感を示し、分かち合う)
S : Summary and strategy (話し合われた今後の方針と具体策のまとめ)

表5 動画を使用した啓発

・患者・家族用動画 http://youtu.be/2AsDRuJ0sfg 『伝えていますか？ ～あなたが大切にしてきた過去のこと、 現在のこと、そして将来のこと～』
・医療者用動画 http://youtu.be/kQhXU4sNims 『意思決定支援の難しさの背景と対策』

成」(資料6),そして、動画『意思決定支援の難しさの背景と対策』(<http://youtu.be/kQhXU4sNims>)を作成し(表5),いつでも復習ができる体制をつかった。また、医療者の「患者・家族とのコミュニケーションの懸念」が絶えず問題となっていたため、臨床現場で実際に働く各病棟各部署の代表1名の30名(医師,看護師,メディカルスタッフ)で、模擬シナリオにそって互いに医療者役と患者役(患者役として『あなたの気持ちの確認用紙』を記載後)となって、ロールプレイを繰り返し行った。そして、ロールプレイごとに、医療者役を体験してコミュニケーションに戸惑った所、患者役から質問されて答えにくかった所を、互いにフィードバックを行いブラッシュアップに努めた。さらに、全職員(事務職員も含む)にアドバンス・ケア・プランニングを導入した意思決定支援について理解してもらえるように、プロジェクトチームのメンバーが各部署・診療科を回り(資料7),それぞれの部署や診療科の意見を聞き、そして、意思決定支援に関する

フローチャート(資料8)やアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の導入が困難と思われる患者・家族へのサポート体制(資料9),患者・家族から質問をされたときの「アドバンス・ケア・プランニングに関するQ&A」等(資料10)も整えた。このように約1年と半年間かけた準備から、そして医療者への支援も万全な体制をとり、2014年8月1日から運用を開始した。

8 運用開始後も続いている、『各現場の現状の共有と工夫』・『患者・家族教室(毎月),啓発ポスター』

何か物事を行うためには、『誰のために、どんな環境で、どのように継続し、一貫性をもたせるか』が重要という文言が、LancetのLiverpool Care Pathway無作為化試験研究のディスカッションで述べられている¹⁴⁾。運用開始後も、臨床現場で実際に働く各病棟各部署の代表1名の30名(医師,看護師,メディカルスタッフ)の定期的な話し合いは続き、現場の意見による「実施可能性の評価とフィードバック」及び、全体共有は絶えず行われている。

すなわち、2014年度には、「上手くいっている点,改善が必要な点」について各病棟・各部署(各科医師を含む)それぞれの現場に持ち帰って話し合い、それを全体場で共有しグループディスカッションにより解決していく過程をとった。そして、2015年度には各病棟・各部署が、独自で考えた「課題・計画」を立て、その「対策・工夫」を1年間かけて現場で模索し(中間報告も含む),その結果を全体場で共有する過程をとった(表6,図2)(資料11,12)。これらによって、他の病棟・部署の互いの様子・認識も知ることができ、相乗効果をもたらしているようである。

表 6 現場の意見（「現場主体の意思決定支援推進プロジェクト」）

医療者

- ・医療者が尋ねにくい質問を、自己記入式によって確認でき思いを尋ねやすくなった
- ・患者の思いや考えを念頭において関わるできるようになった
- ・患者の価値観や物事の考え方を早めに把握し、それを念頭において関わりに活かすことができた
- ・患者の受容段階を把握しながら今後の過ごし方について話し合うツールとなった

患者

- ・患者自身の気持ちの整理や確認につながっている
- ・口には出せない思いを自己記入式によって率直な言葉で表現できる

医療者間

- ・医療者間の認識の統一や関わり方について検討するきっかけとなった

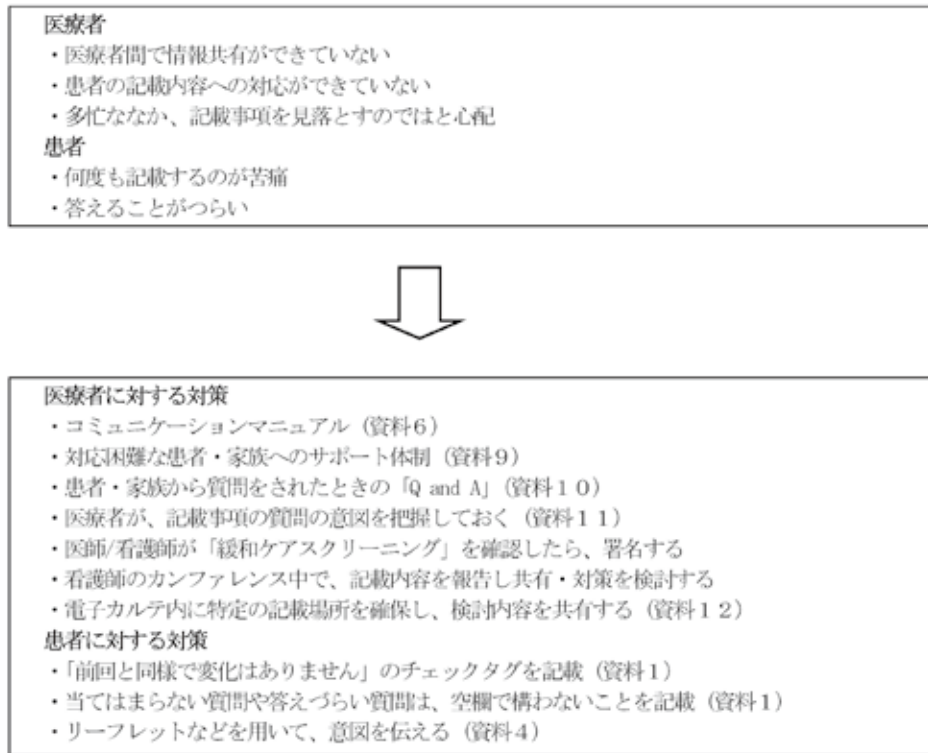


図 2 現場で考えた「課題」とその「対策・工夫」

現在の運用体制

現在の運用体制については、資料 13～17 のフローチャート通りである。多忙な診療の中で医療者自身のキャパシティを知ったうえで、患者の懸念をいかに医療者間で情報共有するかが大きな課題であり、絶えず運用の改訂を行っている。

① 外 来

1. 対象の選択の仕方

がん化学療法中の患者に対してスクリーニングを行っている。

2. 使用しているスクリーニング方法

『あなたの気持ちの確認用紙』（資料 1）の 1 枚目を使用し、身体および精神の苦痛の程度を 11 段階の Numerical Rating Scale（NRS）で、さらに「今後

の病気や生活の懸念」について5段階（気になることはない、あまり気にならない、少し気になる、気になる、とても気になる）で尋ね、スクリーニングを行っている。

3. 運用方法の実際

運用方法の実際については、資料13～14の通りである。事務職員、外来看護師が中心となって、スクリーニングを行っている。「今後の病気や生活の懸念」で「とても気になる」にチェック、「身体または精神の苦痛のNRS」が6以上にチェック、「専門の医療者への対応希望」にチェックがある患者については、医師診察時に見落としがないように、「スクリーニング有カード」をバインダーに挟み、医師の目に留まるようにしている。また、専門の医療者への対応希望がある場合は、まず専門の看護師が対応し必要に応じて、緩和ケアチームの精神担当医師、身体担当医師、心理士、相談支援センターの担当者と連携をするようにしている。また、これらのことを患者に直接関わっていない医療者も、患者情報を共有できるよう電子カルテ内に「緩和ケアスクリーニング」について特定の記載場所を確保し（資料12）、医療者全体で検討できるようにしている。

2 入院

1. 対象の選択の仕方

全入院患者に対してスクリーニングを行っている。

2. 使用しているスクリーニング方法

『あなたの気持ちの確認用紙』（資料1）の1枚目から3枚目を使用し、身体および精神の苦痛の程度を11段階のNumerical Rating Scale（NRS）で、さらに「今後の病気や生活の懸念」について5段階で（気になることはない、あまり気にならない、少し気になる、気になる、とても気になる）尋ねている。また、患者の個々の価値観や意向を捉え、将来の診療方針・健康管理の決定を経時的に話し合うにあたって、化学療法に対する『目的認識』と『継続希望』や『自分らしく過ごすために大切なこと』

『医療に関する希望を誰に伝えているか』『代理意思決定者の表明』『療養の場の相談の意向』についても尋ねている。特に、「進行がん患者の化学療法に対する『目的』を誤解している」患者、「標準的ながん治療終了後でも、がん治療を継続したい希望がある」患者に対する意思決定支援の強化が必要となると思われる。

3. 運用方法の実際

運用方法の実際については、資料15～17の通りである。入院時の申し込みの際に、入院のしおりや問診票とともに『あなたの気持ちの確認用紙』を事務職員から患者へ渡し、記入して入院時に持参していただくようにしている。そして、入院担当看護師が中心となって、患者が記入した用紙を確認し、コミュニケーションマニュアル（資料6）を参照しながら、患者の苦痛症状や気持ち・思いを尋ねている。特に、「今後の病気や生活の懸念」で「とても気になる」にチェック、「身体または精神の苦痛のNRS」が6以上にチェックがある場合は、具体的な症状や内容を確認し主治医へ速やかに伝える対策をとっている。また、これらのことを患者に直接関わっていない医療者も、患者情報を共有できるよう電子カルテ内に「緩和ケアスクリーニング」について特定の記載場所を確保し（資料12）、医療者全体で検討できるようにしている。

課題と将来

現在に至るまで、患者の苦痛症状や価値観よりむしろ、がん治療をいかに続けるかが話題の中心になりがちであった。しかし、これらの取り組みによって、患者の意向や価値観を家族と医療者が共有しやすくなり、治療やケアにおいて患者がその人らしくがん医療に向き合えることが可能になるのではと考えている。また、そのためには、がん診断時からの患者・家族・医療者間のコミュニケーションを基盤とした意思決定支援のプロセスが重要である。

意思決定支援は個々の医療者に任せるのではなく、病院全体で行う意思決定支援のための基盤づくりが大切である。コミュニケーション促進ツールとしての「現場主体の緩和ケアスクリーニング」の取り組みを通し、病院全体で一人ひとりの患者にどのように関わり、患者の意思を大切にしていけるかを考えるきっかけとなっている。


何か物事を行うためには、『誰のために、どんな環境で、どのように継続し、一貫性をもたせるか』が重要である¹⁴⁾。当センターにおける緩和ケアスクリーニングの取り組みに対して、今後も継続して、患者・家族および医療者への有用性調査を実施していく必要がある。これらの取り組みを医療現場でさらに浸透させ、がん患者・家族からのより一層の信頼感を得ることが、これからの私たちの課題である。

文 献

- 1) Homsy J, Walsh D, Rivera N, Rybicki LA, Nelson KA, Legrand SB, Davis M, Naughton M, Gvozdzan D, Pham H: Symptom evaluation in palliative medicine: patient report vs systematic assessment. *Support Care Cancer* **14**(5):444-453,2006
- 2) Emanuel LL, Danis M, Pearlman RA, Singer PA: Advance care planning as a process: structuring the discussions in practice. *J Am Geriatr Soc* **43**(4):440-446,1995
- 3) Sudore RL, Fried TR: Redefining the “planning” in advance care planning: preparing for end-of-life decision making. *Ann Intern Med* **153**:256-261,2010
- 4) Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, Finkelman MD, Mack JW, Keating NL, Schrag D: Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *N Engl J Med* **367**(17):1616-1625,2012
- 5) Otani H, Morita T, Esaki T, Ariyama H, Tsukasa K, Oshima A, Shiraisi K: Burden on oncologists when communicating the discontinuation of anticancer treatment. *Jpn J Clin Oncol* **41**(8):999-1006,2011
- 6) You JJ, Downar J, Fowler RA, Lamontagne F, Ma IW, Jayaraman D, Kryworuchko J, Strachan PH, Ilan R, Nijjar AP, Neary J, Shik J, Brazil K, Patel A, Wiebe K, Albert M, Palepu A, Nouvet E, des Ordon AR, Sharma N, Abdul-Razzak A, Jiang X, Day A, Heyland DK: Barriers to goals of care discussions with seriously ill hospitalized patients and their families: a multicenter survey of clinicians. *JAMA Intern Med* **175**(4): 549 - 556,2015
- 7) Bernacki RE, Block SD: Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. *JAMA Intern Med* **174**(12):1994-2003,2014
- 8) Mori M, Shimizu C, Ogawa A, Okusaka T, Yoshida S, Morita T: A National Survey to Systematically Identify Factors Associated With Oncologists' Attitudes Toward End-of-Life Discussions: What Determines Timing of End-of-Life Discussions? *Oncologist* **20**(11): 1304-1311,2015
- 9) Matsuyama R, Reddy S, Smith TJ: Why do patients choose chemotherapy near the end of life? A review of the perspective of those facing death from cancer. *J Clin Oncol* **24**(21):3490-3496,2006
- 10) Yoong J, Park ER, Greer JA, Jackson VA, Gallagher ER, Pirl WF, Back AL, Temel JS: a qualitative study. *JAMA Intern Med* **173**(4):283-290,2013
- 11) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Uchitomi Y: Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* **18**(6):1090-1097,2007
- 12) Fried TR, O'Leary J, Van Ness P, Fraenkel L: Inconsistency over time in the preferences of older persons with advanced illness for life-sustaining treatment. *J Am Geriatr Soc* **55**(7):1007-1014,2007
- 13) Buiting HM, Rurup ML, Wijsbek H, van Zuylen L, den Hartogh G: Understanding provision of chemotherapy to patients with end stage cancer: qualitative interview study. *BMJ* **342**:d1933,2011
- 14) Costantini M, Romoli V, Leo SD, Beccaro M, Bono L, Pilastrri P, Miccinesi G, Valenti D, Peruselli C, Bulli F, Franceschini C, Grubich S, Brunelli C, Martini C, Pellegrini F, Higginson IJ: Liverpool Care Pathway for patients with cancer in hospital: a cluster randomised trial. *Lancet* **383**:226-237,2014

資料1 『あなたの気持ちの確認用紙』

1 / 3 ページ



患者ID: _____ 生年月日: _____ 年齢: _____
 カナ: _____
 氏名: _____ 性別: _____ 診療科: _____

あなたの気持ちの確認用紙 ～自分らしい生活を送るために～

記載後、看護師にお渡しください

*** この用紙は治療の同意書ではありません。
 治療やケア・生活のことで気持ちに変化があれば、その都度医療者へお伝えください。**

記載日 西暦 年 月 日 記載者氏名 (続柄:)

病気になると、治療や生活などについて不安になることがあると思います。
 この確認用紙を用いて、今後の治療のことや大切なことを考えてみましょう。そして治療のことだけでなく、生活の中で大切にしたいことを私たち医療者にも伝えてください。私たちは、患者の意思を尊重し、自分らしく過ごすためのお手伝いをしたいと思っています。気持ちや考えはその時々で変化しますので、繰り返し話し合っていきましょう。

現在のあなたのことについて教えてください

1. 今後の病気や生活について、気になる事がありますか。当てはまる□に✓をしてください
 気になる事はない あまり気にならない 少し気になる 気になる とても気になる

2. 治療のことや日常生活の中で、気になっていること・心配していることを自由にご記入ください
 治療 自宅での生活 仕事 経済面 その他 → 気になっている内容の□に✓をして下さい。

3. からだの症状(痛みや吐き気など)についてお尋ねします

① 現在からだの症状はありますか?
 あてはまる症状に○をして下さい。

痛み しびれ はきけ 食欲の低下 眠気
 からだのだるさ 息苦しい
 その他()

↓

具体的にどのような状況ですか

② 現在のからだの症状はどの程度でしょうか?
 最もあてはまる数字に○をつけて下さい。

からだの 症状はない	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	最悪の からだの症状
----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----												

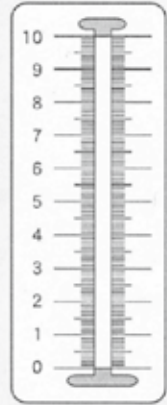
4. 気持ちのつらさについてお尋ねします

この1週間の気持ちのつらさを平均して、最もあてはまる数字に○をつけて下さい。

気持ちが最高に
つらい

 気持ちが中くらいに
つらい

 気持ちのつらさは
ない



5. 当院には身体の苦痛や気持ちのつらさを少しでも和らげるための専門の医療者がいます。
 診察をご希望されますか?
 希望する (身体的緩和の医師 ・ 精神的緩和の医師 ・ 心理士 ・ がん看護の専門看護師)
 希望しない

□以下、前回と同様で気持ちに変化はありません。

国立病院機構 九州がんセンター あなたの気持ちの確認用紙 V1.1

6. あなたにとって、自分らしく過ごすために、以下の項目がどのくらい大切とお考えですか？
当てはまる口に✓をしてください。答えづらい質問は空欄で構いません。

1) 医師と話し合って治療を決めること

- 大切に思わない あまり大切に思わない 少し大切に思う 大切に思う
とても大切に思う

2) からだに苦痛を感じないこと

- 大切に思わない あまり大切に思わない 少し大切に思う 大切に思う
とても大切に思う

3) 自宅や病院など、自分が望む場所で過ごすこと

- 大切に思わない あまり大切に思わない 少し大切に思う 大切に思う
とても大切に思う

4) 希望をもって過ごすこと

- 大切に思わない あまり大切に思わない 少し大切に思う 大切に思う
とても大切に思う

5) 人に迷惑をかけないこと

- 大切に思わない あまり大切に思わない 少し大切に思う 大切に思う
とても大切に思う

その他、上記以外で、自分らしく過ごすために、大切なことがあれば、自由にご記入ください

7. 医師から治療の目標について、どのような説明を受けましたか？

当てはまる口に✓をしてください

- ①まだ治療についての説明を受けていない・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
②がんを完全に切除すること（がんが完治すること）が目標・・・・・・・・・・・・
③がんを完全には切除できないが、がんをできるだけ小さくすることが目標・・・・・・・・
④がんを完全には切除できないが、がんによる症状を和らげることが目標・・・・・・・・
⑤よく分からない・・

8. あなたはどのような治療を希望されますか？当てはまる口に✓をしてください

①抗がん治療や手術を

- 受けたいと思わない あまり受けたいと思わない 少し受けたいと思う 受けたいと思う
分からない

②標準的ながん治療の継続が難しくなった場合でも、わずかでも効果が期待できる可能性があるなら、つらい副作用があっても、がん治療を

- 継続したいと思わない あまり継続したいと思わない 少し継続したいと思う
継続したいと思う 分からない

9. 今までの生活を維持するために、がん治療と共に、あるいはがん治療よりも優先したいことがありますか？当てはまる口に✓をしてください

- がん治療を優先したい 他に優先したいことがある（内容： _____）
分からない

患者家族教室

『病気と上手につきあっていくためのコツ』

～がんになっても自分らしい過ごし方を
するためにできること～

病気(がん)になったら・・・

治療や療養はどうなるんだろう？



当然、気になることです！

・・・しっかり考えてがんばろう！

病気(がん)になったら・・・

しかし、人によっては・・・まず、

- ・子どものことをどうしよう
- ・お金をどうしよう
- ・生活のこと、仕事のこと
- ・介護している親のこと
- ・・・など

気になること、大切にしたい優先順位が
それぞれ異なるかもしれません

病気(がん)になったら・・・

治療や療養を進めていくためにも
そういったことを患者さん・ご家族・医療者
間で事前に話し合っていくこと、
そして、それを続けていく過程が大切ですそれは今でもやっていること、そして今まで
もやってきたことかもしれません
では、なぜあえて改めて言うのでしょうか？

病氣(がん)になったら・・・

それは今でもやっていること、そして今までもやってきたことかもしれません
では、なぜあえて改めて言うのでしょうか？

↓

でも、きちんと伝えていきますか？
伝えないと周囲にはわかりません
そして、体がつらい時などは自分で意思表示
示ができないこともあります

病氣(がん)になったら・・・

でも、きちんと伝えていきますか？
伝えないと周囲にはわかりません
そして、体がつらい時などは自分で意思表示
示ができないこともあります

↓

ですから、調子が良い時などに前もってご自身の気持ちや思いを、大切な方や医療者に伝えること、話し合うことが大切です

多様化する医療の中で

現代医療は進歩しています

固形がんに対する分子標的薬療法
高精度放射線治療
直腸がんに対する腹腔鏡補助下手術
肺がん術後の免疫療法

しかし、いくら現代医療が進歩しても限界はあります・・・
副作用で、逆に生命に関わることもあります・・・

多様化する医療の中で

私たち医療者は、さまざまな治療選択を提供します
そして、ベネフィット(良いこと)とリスク(危険性)を伝え
推奨する治療選択を提示します

多様化する医療の中で

しかし、推奨する治療選択を提示する際に
私たち医療者が悩むことがあります

それは……

十人十色
千差万別

十人いれば十人とも、違う価値観を持っている
あなたらしさは、あなただけのもの
ということですよ

多様化する医療の中で

例えば、
『あなたは(治療とともに)何を大切にしたいですか?』

(対象:一般市民) (Ann Oncol 2007)

- 医師と話し合っって治療を決めること…………… 95%
- からだに苦痛がないこと…………… 90%
- 望んだ場所で過ごすこと…………… 93%
- どのような状況でもできるだけ長く生きること…42%

100%ではないことに注目してください

多様化する医療の中で

例えば、
『あなたは(治療とともに)何を大切にしたいですか?』

(対象:患者と医師) (JAMA 2000)

	患者	医師
■ 疼痛がないこと	93%	99%
■ 意識が明確であること	92%	65%
■ 誰かの負担にならないこと	89%	58%

医療者と患者さんでは重要と考えることに差があるかもしれない

多様化する医療の中で

『十人いれば十人とも違う価値観を持っておられる』
『医療者と患者さんでは重要と考えることに差があるかもしれない』

↑↓

がんと上手につきあっていくために……
あなたが治療とともに大切にしてきた
過去のこと、現在のこと、そして将来のことを

伝えて頂かないと分かりません
あなたの価値観を基に意思決定支援を行っていきます

多様化する医療の中で

がんと診断されると、治療のこと、生活のことなどについて不安になることがあります。患者さんは、よりよい医療を受けたいと考えるでしょう。そして医療者もよりよい医療を提供したいと考えています。しかし、両者の大切にしたいことが一致しないこともあります。

医療は不確実な面があり、先が見えにくい場合があります。あなたの思いが尊重され、自分らしく過ごすような治療、生活を続けるためには医療者と話し合っておくことが大切です。当センターでは、その実践のためにアドバンス・ケア・プランニングという取り組みを行いました。

アドバンス・ケア・プランニングとは

皆さまの価値観をもとに、今までのことを振り返りつつ、休がつらく、自分で意思表示ができない時に備え、前もってこれからの治療、生活を医療者と共に考え決めていくことです。

「繰り返し話し合う」のは…

九州がんセンターでは、皆さまの価値観やこれからの意思を伺いたいと思いますのでお待たせや、お待ちや考えは、その時々の変化に合わせ、繰り返し話し合います。

動画をみてみましょう

<http://youtu.be/2AsDRuJ0sfg>



多様化する医療の中で 分からないことは尋ねる

尋ねるといつでも、何を質問したらよいか分からないということもあつて思いますが、そのために質問例が記載されています。



国立がん研究センターがん対策情報センター

WEBでは下記で検索

【専断な医師にのぞまれる患者さんとご家族へ一問きたいことききんと聞くためにー】

【質問ガイド がんと上手に向き合うために】

上手く治療を続けるためのコツ

多様化する医療の中で

あなたの体の変化について伝える

■ **自分の記録をつけて伝えてみる**

例： 毎回の受診内容について

- 年 月 日
- 担当医名
- 受診内容
- わからぬ点・疑問点
- 次回受診日・相談する

気がかりなこと
病状・治療・生活・身体面・心理面のことなど

- 医師に伝えたいこと
- 医師に聞きたいこと

①
②
③

<http://www.a2-oncology.jp/best/pdf/colormote1.pdf>
(お手元の資料をみてください！)

多様化する医療の中で

Hope for the best, and prepare for the worst

1. (治療を続ける上で)自分の恐れていること、自分にとって最も大切なことを紙に書き出し優先順位をつける。
2. 変えられること、変えられないことを区別し、前者については方法を探索し、後者については考えない。
3. 小さな、具体的目標を設定し、行動する。一日の中のその時を少しずつ多くする。
4. 生活に方向性を持たせる。どうすれば再発転移が防げるかは、誰にもわからないことだから、「再発転移した時に、何かをしていたら、自分は後悔しないか」という視点から考えてみる。
5. 落ち込みを、あるがままに認める。しかし、日常生活に影響を及ぼすようになつたら、心の専門家に相談する。

がんを生きる長く実践プログラム NHK出版 2006
(作家 岸本薫子さんのエッセイから)

私たちの取り組み(アドバンス・ケア・プランニング)

ACP (Advance Care Planning) に関するポスター。ACPとは何か、なぜ伝える必要があるのか、そして具体的なステップが示されています。

私たちの取り組み(アドバンス・ケア・プランニング)

アドバンス・ケア・プランニングのワークシート。患者の希望や価値観を記入するためのフォーマットが示されています。

皆さんが今後のことを考えるきっかけや整理に
全入院患者に『気持ちの確認用紙』の配布

私たちの取り組み(アドバンス・ケア・プランニング)

患者・家族教室の
開催(月1回)

次回は
7月7日(火)
13:00~13:30

2015年度 患者・家族教室
アドバンス・ケア・プランニング

開催日	開催時間	開催場所
7月7日(火)	13:00~13:30	緩和ケアセンター
7月14日(火)	13:00~13:30	緩和ケアセンター
7月21日(火)	13:00~13:30	緩和ケアセンター
7月28日(火)	13:00~13:30	緩和ケアセンター
8月4日(火)	13:00~13:30	緩和ケアセンター
8月11日(火)	13:00~13:30	緩和ケアセンター
8月18日(火)	13:00~13:30	緩和ケアセンター
8月25日(火)	13:00~13:30	緩和ケアセンター
9月1日(火)	13:00~13:30	緩和ケアセンター
9月8日(火)	13:00~13:30	緩和ケアセンター
9月15日(火)	13:00~13:30	緩和ケアセンター
9月22日(火)	13:00~13:30	緩和ケアセンター
9月29日(火)	13:00~13:30	緩和ケアセンター
10月6日(火)	13:00~13:30	緩和ケアセンター
10月13日(火)	13:00~13:30	緩和ケアセンター
10月20日(火)	13:00~13:30	緩和ケアセンター
10月27日(火)	13:00~13:30	緩和ケアセンター
11月3日(火)	13:00~13:30	緩和ケアセンター
11月10日(火)	13:00~13:30	緩和ケアセンター
11月17日(火)	13:00~13:30	緩和ケアセンター
11月24日(火)	13:00~13:30	緩和ケアセンター
12月1日(火)	13:00~13:30	緩和ケアセンター
12月8日(火)	13:00~13:30	緩和ケアセンター
12月15日(火)	13:00~13:30	緩和ケアセンター
12月22日(火)	13:00~13:30	緩和ケアセンター
12月29日(火)	13:00~13:30	緩和ケアセンター

開催時間: 13:00~13:30
開催場所: 緩和ケアセンター
申し込み: 緩和ケアセンター
お問い合わせ: 緩和ケアセンター

資料3 啓発ポスター

ACP

Advance
Care
Planning

アドバンス・ケア・プランニング

伝えてありますか？

自分らしい生活を送るため
あなたの気持ち・・・



治療とともに
大切にしていることは
何ですか？

体がつらい時に
過ごしたい場所は
どこですか？

あなたの意思を
理解している人は
誰ですか？

調子が良い時に、前もって考え、大切な人に伝えておきましょう。

九州がんセンターでは、アドバンス・ケア・プランニングを通してがん患者さん・家族を支えます。

アドバンス・ケア・プランニング
(ACP)とは？

皆さまの価値観をもとに、今までのことを振り返りつつ、体がつらく、自分で意思表示ができない時に備え、前もってこれからの治療・生活を医療者と共に考えていくことです。

独立行政法人国立病院機構
National Hospital Organization Kyushu Cancer Center
九州がんセンター

〒811-1395 福岡県福岡市南区野多目3丁目1番1号
お問い合わせ先：相談支援・情報センター(1階)
電話：092-541-8100(10:00~16:00)

Advance Care Planning
(ACP)

アドバンス・ケア・プランニングとは
 皆さまの価値観をもとに、今までのことを振り返りつつ、体がつらく、自分で意思表示ができない時に備え、前もってこれからの治療・生活を医療者と共に考えていくことです。

九州がんセンターが
 アドバンス・ケア・プランニングを
 推奨している理由

がんと診断されると、治療のこと、生活のことなどについて不安になることがあります。患者さんは、よりよい医療を受けたいと考え、医師もよりよい医療を提供したいと考えています。しかし、両者の大切にしたいことが一致しないこともあります。医療は不確実な面があり、先が見えない場合があります。先が見えない面が、先が見えにくい場合があります。あなたの思いが尊重され、自分らしく過ごせるような治療、生活を続けるためには医療者と話し合っておくことが大切です。当センターでは、その実践のためにアドバンス・ケア・プランニングという取り組みを取り入れました。

「繰り返し話し合う」のは・・・

九州がんセンターでは、皆さまの価値観やこれからの希望を尊重いたしますのでお気持や考えを医療者へお知らせください。気持ちや考えは、その時々で変化します。繰り返し話し合います。

患者さんからの声

話し合いの大切さ
 (40代、女性)

病気が見つかった時は、これからどんな治療をしたいのか、どんな風に生活していきたいのか、いろいろいるかなんか、なかなか決められない状況でした。病気としっかり向き合う為にも医療者や自分を支えてくれる人と話し、意思の疎通を図ることはとても大切なことだと思います。

見通しを知ることの大切さ
 (40代、男性)

がんと告知されたとき、胸が真っ白になりました。そして治療のことだけでなく、自分の体や心にかかること、生活や家族、会社や社会との関わりの変化について、見通しが知りたいと思いました。あらかじめ知り、周りに伝えておけば回避できた痛みや悩みも、多くあったと思います。

分からないことの連続でした
 (60代、女性)

がんになって分からないことの連続でした。新薬やホームペーパージなどで、自宅でも点滴ができることや、緩和ケア前後で痛みをとって遊ばせたという体験談が書いてあり、びっくりしました。自分のことなので、日頃から分からないことは尋ね、知っておくことが大切だと思いました。

独立行政法人国立病院機構
 National Hospital Organization Kyushu Cancer Center
九州がんセンター
 〒811-1395 福岡県福岡市東区野多目3丁目1番1号
 お問い合わせ先：相談支援・情報センター(1階)
 電話：092-541-0100(10:00~16:00)

伝えていますか？
 自分らしい生活を送るため
 あなたの気持ち・・・

ACP
 Advance
 Planning

アドバンス・ケア・プランニング



体がつらい時に
 過ごしたい場所は
 どこですか？

治療とともに
 大切にしていることは
 何ですか？

あなたの意思を
 理解している人は
 誰ですか？

National Hospital Organization Kyushu Cancer Center
九州がんセンター

どのような内容を伝えておくと良いか？



なぜ、がん治療と共に考える必要があるのでしょうか？

人はさまざまな環境や、生活を通して「大切にしていること」「してほしくないこと」など一人ひとりの価値観があります。それは本人にしか分からないことです。がん治療をする中で、体がつらく、自分の考えや思いを上手く医療者に伝えられないこともあります。そのため、今、この機会に、自分が「大切にしていること」「してほしくないこと」など、自分の考えをまとめておきましょう。そして、医療者や自分を変えてくれる人にそのことを伝えておくことが、がん治療を継続していく上でとても大切になります。

気持ちが落ちついてから考えることが大切です。そして体調によって気持ちや考えが変化します。一緒に考えていきましょう。

資料 5

ロールプレイを取り入れた医療者間コミュニケーション研修会

医療者間コミュニケーション・ワークショップの有用性 ～病院あがりの意思決定支援推進プロジェクトの取り組み～



背景 多様化する医療の中でがん患者の意思決定をとりまく因子が複雑に絡み合い、医療者は患者との治療についての話し合いの難しさを感じている
J Clin Oncol. 24: 3490-96, 2006

意思決定支援は、過程が大切であるが
意思決定支援の難しさの背景に
医療者間のコミュニケーションのすれ違いが報告されている
BMJ. 2011 Apr 4;342:d1933
医療者間のコミュニケーションは意思決定支援をとりまく因子の一つの重要な要素となる
Crit Care Med. 2006 Nov;34(11 Suppl):S332-40.

多忙な診療の中で
医療者間のコミュニケーションを円滑に行うことが
大切である

意思決定支援に関するがん患者の背景についての
さまざまな報告

- 意思決定に影響する多様な価値観
Ann Oncol. 2007;18:1090-7.
- 意思決定の際の「心理状態」の影響
Health Psychol. 2005;24:549-56.
- 進行癌患者の化学療法を継続する理由
J Clin Oncol. 2006;24:1090-6.
- 進行癌患者の化学療法の認識と実情
Cancer. 2013;119:854-62.
- 進行癌患者の化学療法に対する期待
N Engl J Med. 2012; 367: 1616-25.

目的 本研究の目的は、医療チーム丸となって意思決定支援を行うにあたって、
多忙な医療の設定で、医療者間のコミュニケーション・ワークショップを行い
その有用性を評価することである

対象と方法

対象

■単施設のがん専門病院の医療者 74名
(各診療科・職種、メディカルスタッフから選出、
偏りのないように配慮した)

研究デザインと設定

■介入
講義……………『多忙な医療者間連携のためのコミュニケーションのコツ』
ロールプレイ……………『多忙な診療の疑似設定』
■有用性の質問紙調査(先行研究及び研究者協議をもとに調査項目を作成)
『緩和ケアに対する医療者の困難感評価尺度(J Palliat Med2010):医療者間のコミュニケーション』

介入

介入(医療者間のコミュニケーションワークショップ)の目的
1) 共通の目標を明確にすることで、 2) 専門職種がお互いを理解し、支え合いながら、
3) 共に困難な患者家族の問題を解決するプロセスを通じて、 4) 仕事への誇りと自己成長を可能にすること

講義内容

■医療者間のコミュニケーションを阻害する要因
■(医療者コミュニケーションにおける)医療者自身の心理的反応
■医療者間のよりよい連携のための
コミュニケーションのちょっとしたコツ

- 1. 意識が集中しすぎると、患者の感情や声に気づかない
- 2. 患者の感情や声に気づく
- 3. 患者の感情や声に気づく
- 4. 患者の感情や声に気づく
- 5. 患者の感情や声に気づく
- 6. 患者の感情や声に気づく
- 7. 患者の感情や声に気づく
- 8. 患者の感情や声に気づく
- 9. 患者の感情や声に気づく
- 10. 患者の感情や声に気づく

医療者間のコミュニケーション・ロールプレイ

■設定
主役(練習する人)・相手役・観察者
■課題(多忙な診療の疑似設定)
1. 忙しい相手(対処が難しい事項)を医療者間で共有
2. 家族の心配事(対処が難しい事項)を医療者間で共有

ちょっとしたことだけど
大切な課題

<ロールプレイタイムスケジュール>

- ①Step1 ロールプレイの説明場面の設定 10分
- ②Step2 課題1 ロールプレイ 20分
- ③Step3 課題2 ロールプレイ 20分
- ④ディスカッション 15分
- ⑤まとめ 5分

練習場面設定

練習場面	設定	課題
練習1	多忙な診療の疑似設定	多忙な診療の疑似設定
練習2	多忙な診療の疑似設定	多忙な診療の疑似設定

良いコミュニケーション

1. 挨拶を合わせる
2. 手を離して遠慮する
3. 身体を相手に向けて
4. 視線を合わせる
5. はっきりと大きな声で
6. 適切な内容

実際のロールプレイ例



【実際に使用したスライド(抜粋)】

まとめ

- 86%の参加者が全体的に役に立つと回答した
- 『緩和ケアに対する医療者の困難感評価尺度(J Palliat Med2010)』が介入前後で改善した
- その背景として、多忙な中で場の設定認識や互いの認識や感情(苦悩)の理解の向上が挙げられた
- 医療者間コミュニケーション・ワークショップは有用で意思決定支援推進につながると思われる

お互い理解しあうって大切

評価

評価項目

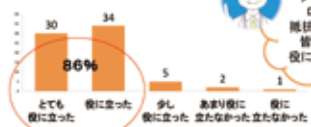
■主要評価 全体的な有用性 1項目5段階Likert
■副次評価
医療者間コミュニケーションの配慮 3項目5段階Likert
『緩和ケアに対する医療者の困難感評価尺度』
:医療者間のコミュニケーション
J Palliat Med2010 3項目5段階Likert

結果

医師24名・看護師43名・メディカルスタッフ7名から
回答を得た(回収率100%)

主要評価項目

全体的に役に立ちましたか?



ワークショップの
ロールプレイ
実践があったけど、
皆で参加すると
役に立つと思ったよ

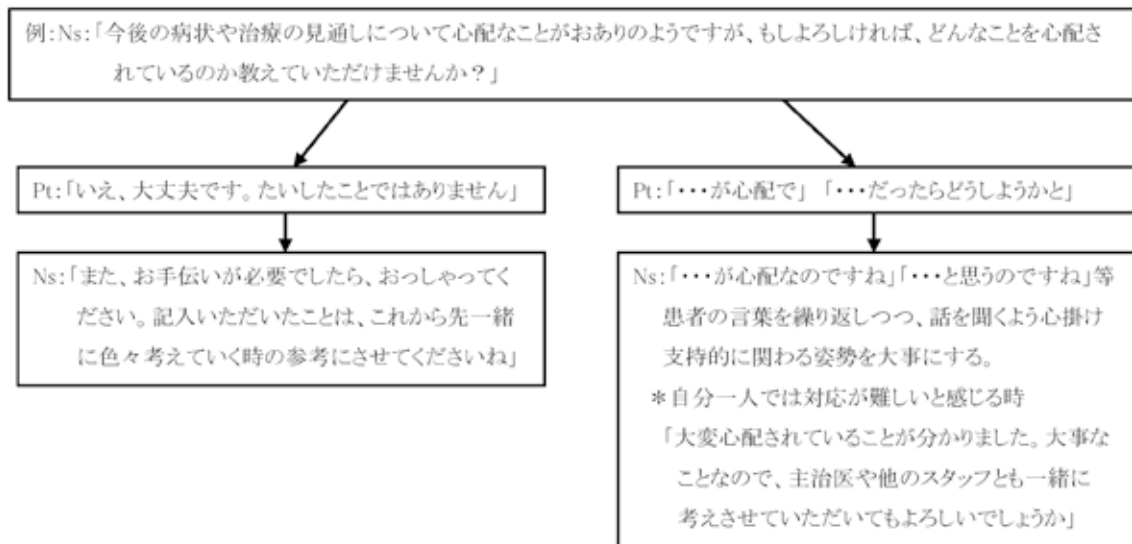
副次評価項目

緩和ケアに対する医療者の困難感評価尺度(J Palliat Med2010)
(医療者間のコミュニケーションの項目)

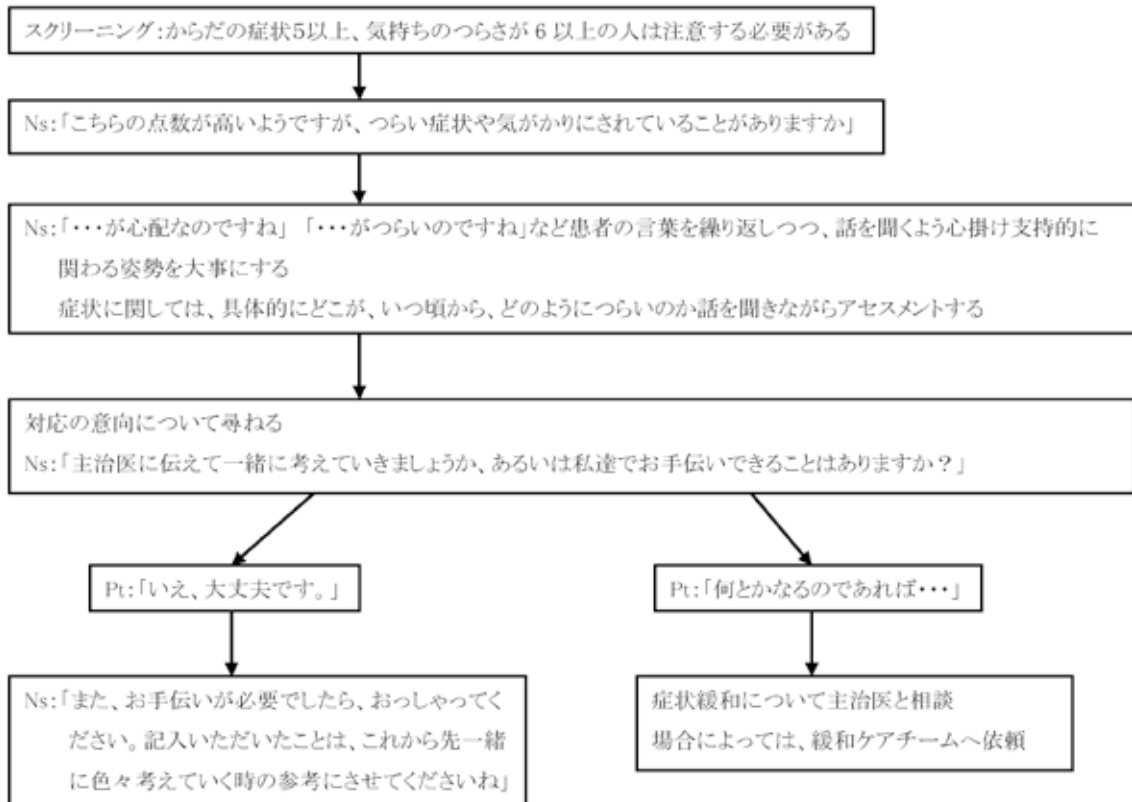
- 医療者間で、患者に対する評価方法を立てること 2.4 ⇒ 2.0
- 医療者間で、患者のための一貫した目標を設定すること 2.5 ⇒ 2.0
- 医療者間で、患者に関するコミュニケーションをとること 2.5 ⇒ 1.8
- 医療者間で、多忙な中で場の設定を話し合うことに88%が大変役に立つ・役に立つと感じている
- 医療者間で、互いの認識を理解し、互いの役割を話し合うことに85%が大変役に立つ・役に立つと感じている
- 医療者間で、互いが抱く感情(苦悩)に共感しながら話し合うことに80%が大変役に立つ・役に立つと感じている

資料6 意思決定支援に関する質問票 (コミュニケーションマニュアル)

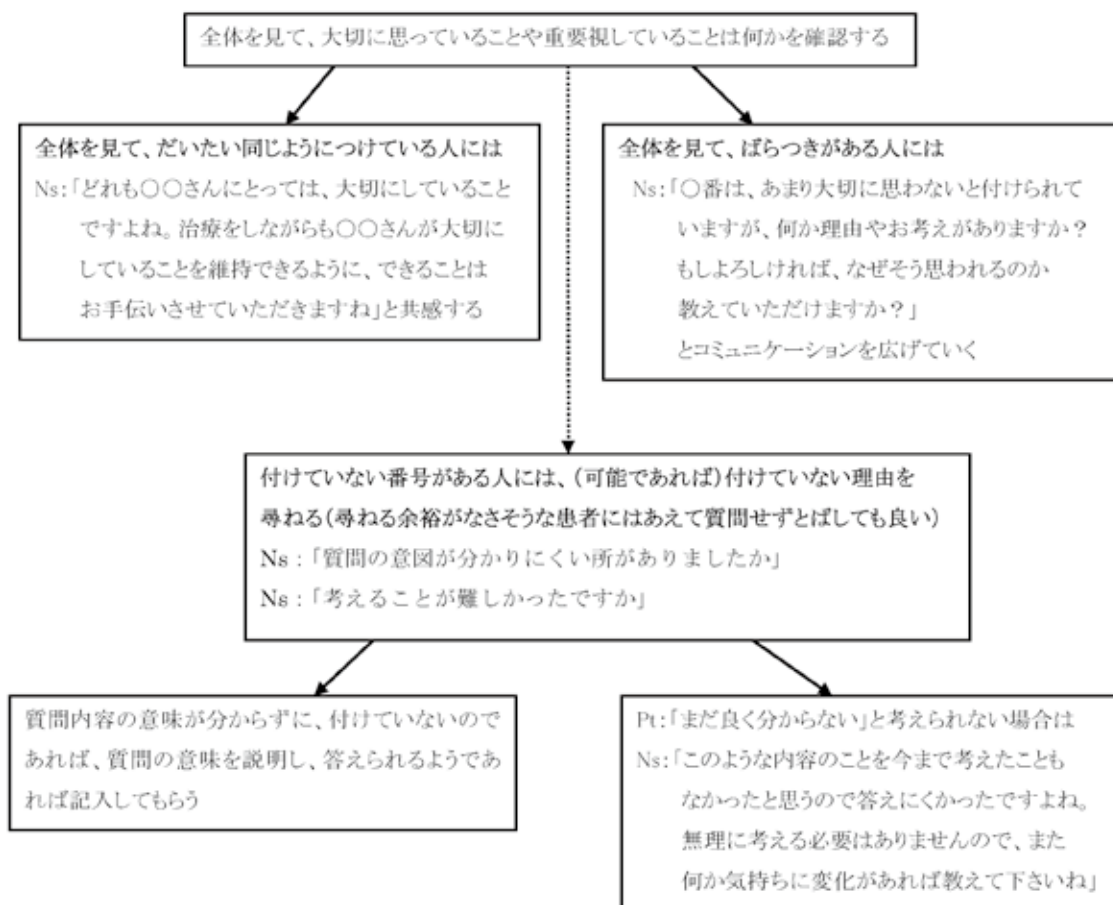
*1,2 では、患者が現在抱えている気がかりや心配事について尋ね、現在どのような問題を抱えているのかを把握する。



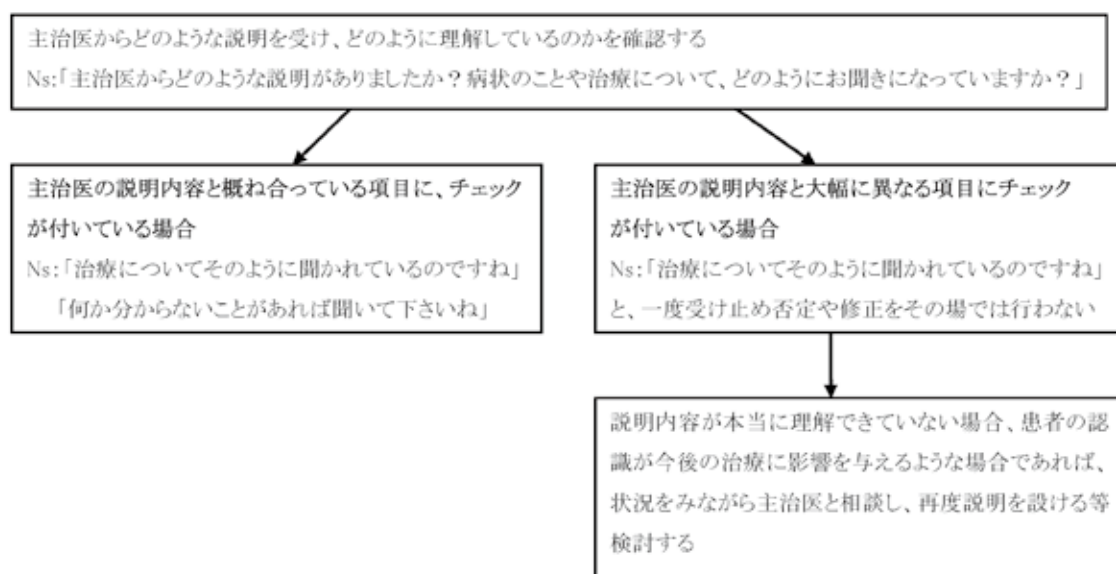
*3,4 では、現在患者が抱える身体面と精神面のつらさについて把握する



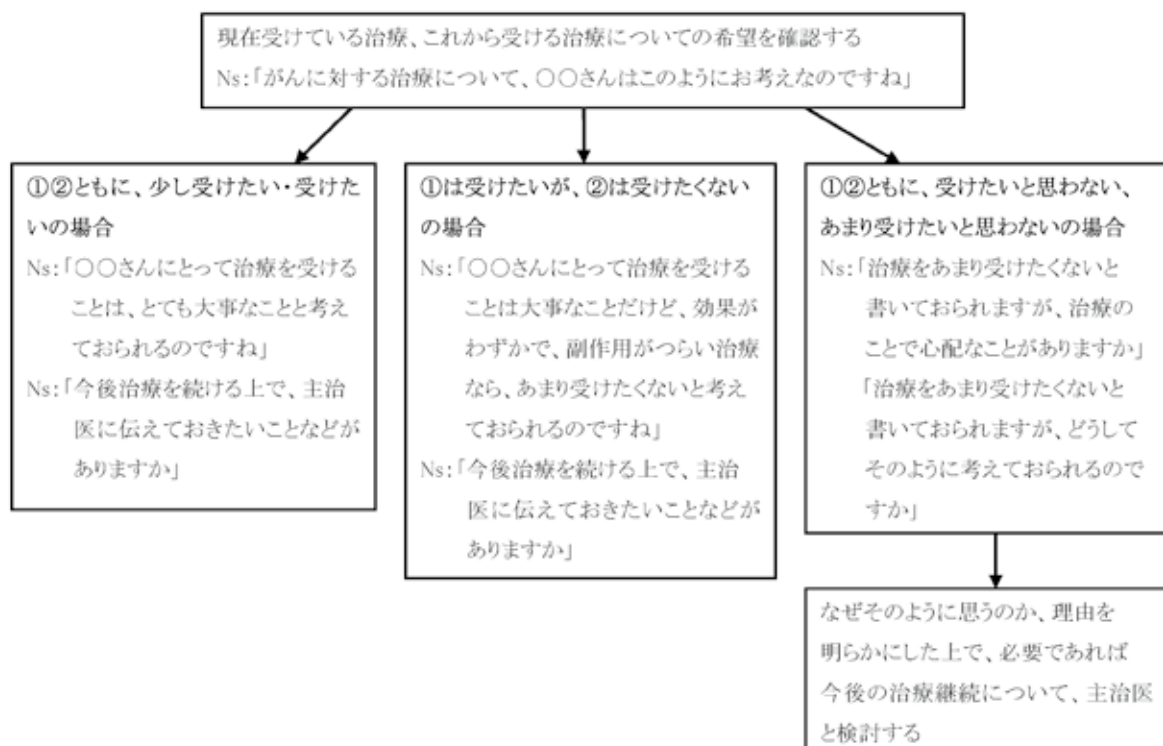
***6 では、患者が現時点で大切にしていること、価値観を把握する**



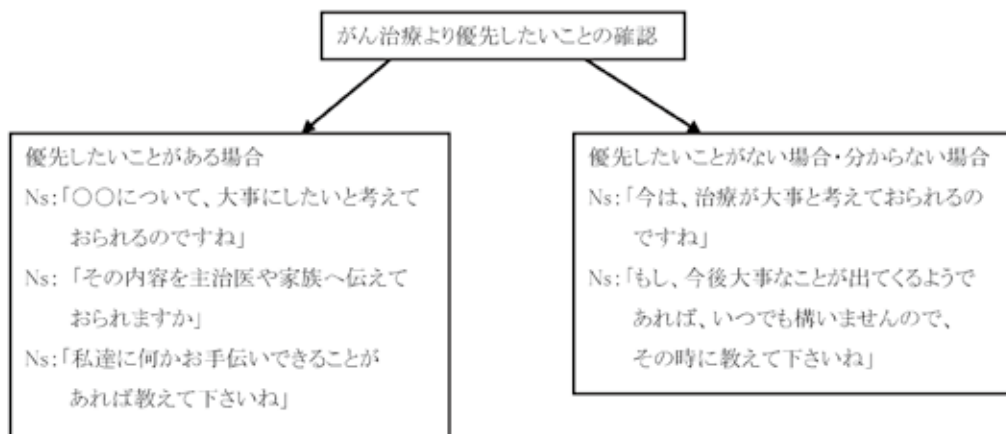
***7 では、主治医からの説明に対する理解度や認識を確認し把握する**



*8では、治療に対する希望を確認し把握する

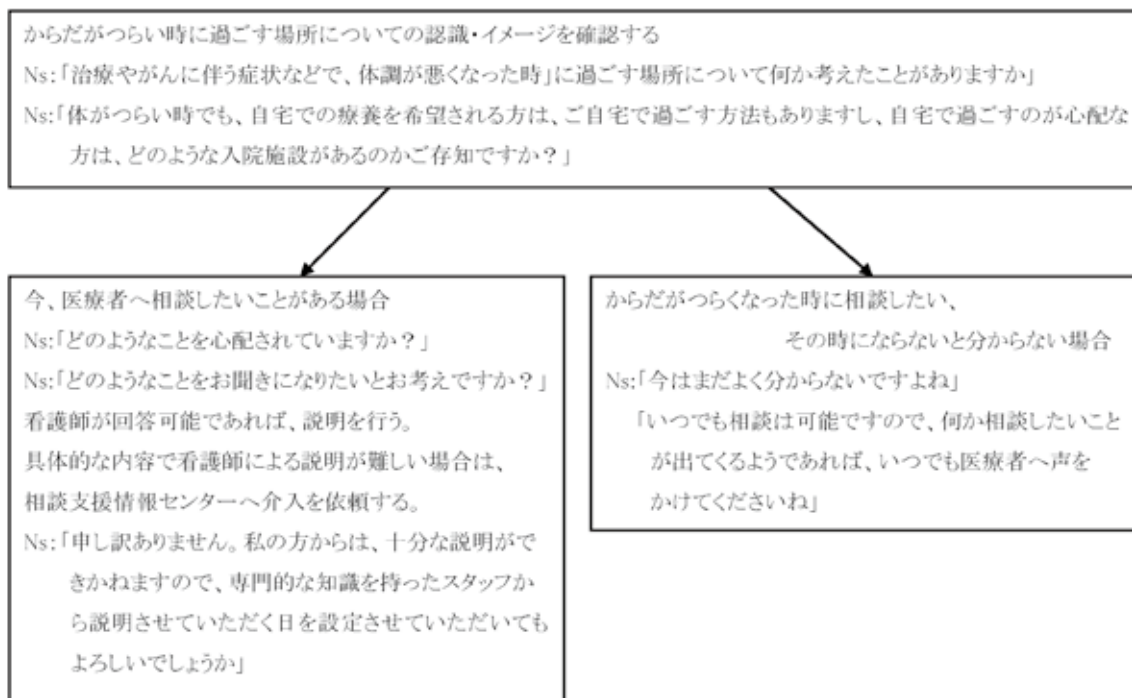


*9では、患者が最も大切にしていること、生活の中で優先順位が高いものについて把握する

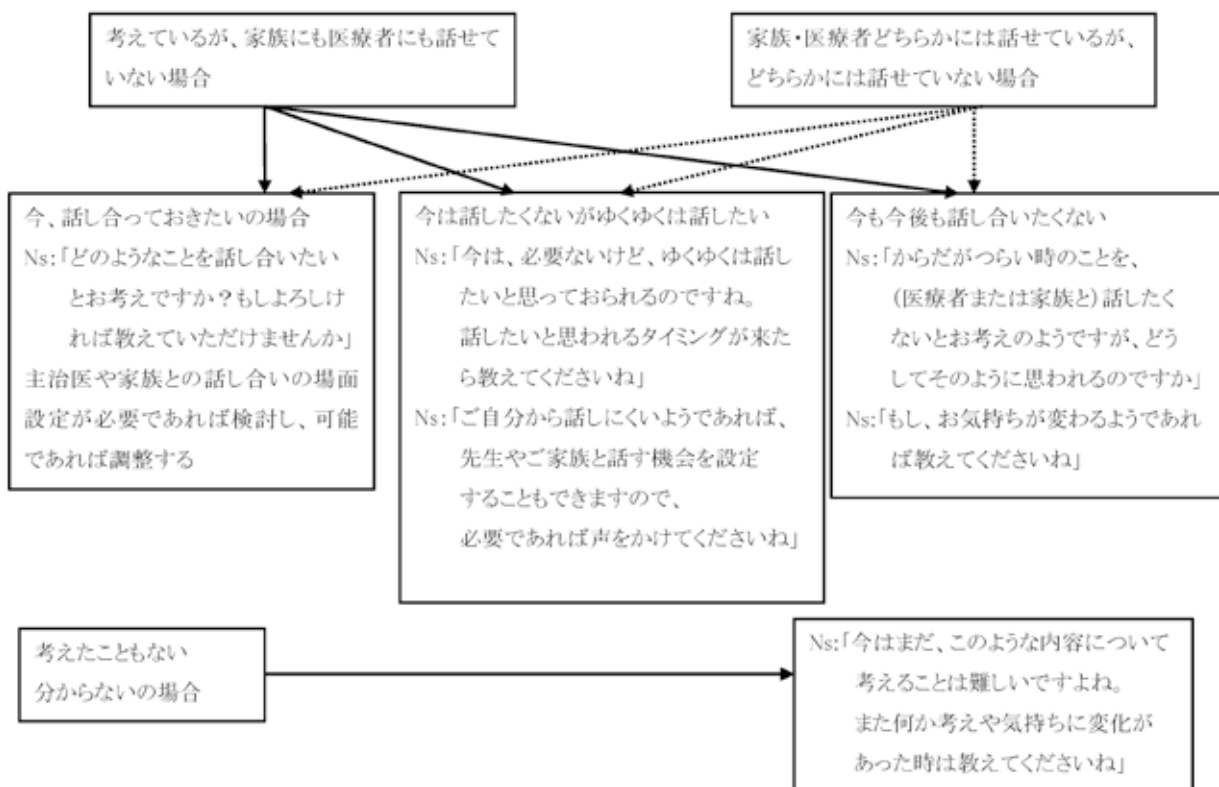


* 以下の内容は、記入している患者とのみコミュニケーションを図っていく

* 13 では、からだがつらい時に過ごす場所の認識、相談したいことについて把握する



* 10,11,12 では、からだがつらい時の治療や医療に関する希望や、医療者と話し合いたいかの希望を把握する




資料 7

意思決定支援に役立てるための質問票

**意思決定支援に役立てるための
質問票**

～未回答の部分は埋めなくてよい～
(質問票の目的はコミュニケーションのきっかけ)



がん診療連携拠点病院の指定要件: 意思決定支援

背景

- 医療者は、がん医療の中で意思決定支援の複雑化を感じ、患者との話し合いの難しさを感じています。 J Clin Oncol, 2006
- その背景に、下記などが報告されています。
 - 1、進行がん患者の抗がん剤に対する期待 N Engl J Med, 2012
 - 2、患者家族の防衛機制(否認など) Br J Psychiatry, 1979
 - 3、職種間(専門の違いによる)の認識の違い BMJ, 2011
 - 4、患者家族の価値観の違い Ann Oncol, 2007; JAMA, 2000
- いざ問題となった時に話しあっても互いに混乱してしまい、目標を見失い絶望的になり、また、医療者にとっても負担になります。 Ann Oncol, 2004; Jpn J Clin Oncol, 2011

ACPとは?

IV 有 医療者間と家族で共 その意向・価値観を	III 今後の意向の確認 その上で治療選択に ついでに	II 理解の確認 起こりうる可能性の 治療選択で	I 意向の確認 生活上の気がかりや 治療以外における
-----------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

土台
価値感・大切にしていることを知る

今までも行ってきたことを形式化したものです

意思決定支援に役立てるための質問票
～未回答の部分は埋めなくてよい～
(質問票の目的はコミュニケーションのきっかけ)

プロジェクトのゴールは?

個人個人の価値感を大切にした診療方針を立てるために
時系列(過去・現在・将来)での
患者家族の認識、意向の共有と多職種間の連携

どの医療者もこのような視点をもって関わることができる

ACPのキーワード: 価値感・時系列・認識・共有

意思決定支援に役立てるための質問票
～未回答の部分は埋めなくてよい～
(質問票の目的はコミュニケーションのきっかけ)

目的

- 質問票を記入による
患者自身の今後のことを考えるきっかけや整理
- 治療や生活についての患者の考えを
患者の考えを引き出すコミュニケーションツール
- 患者の
気がかりや治療の認識や希望を医療者間で共有

質問票の使用手順

<初回入院時>

患者に入院のしおり(問診票)と共に質問票を渡し、自宅で記入して入院時に持参

↓

入院担当看護師がプライバシーに配慮した個室で話を聞く

↓

医療者間で患者の現状と意向を共有する

↓

スキャンして電子カルテに取り込み保存しておく

<再入院時(再発時、症状緩和治療時)>

前回入院時に質問票を記入しスキャンしたものがあ

ある → 印刷して保存している質問票を印刷して出し、気持ちの変化が無いかを確認する(入院担当看護師または受付時から看護師)

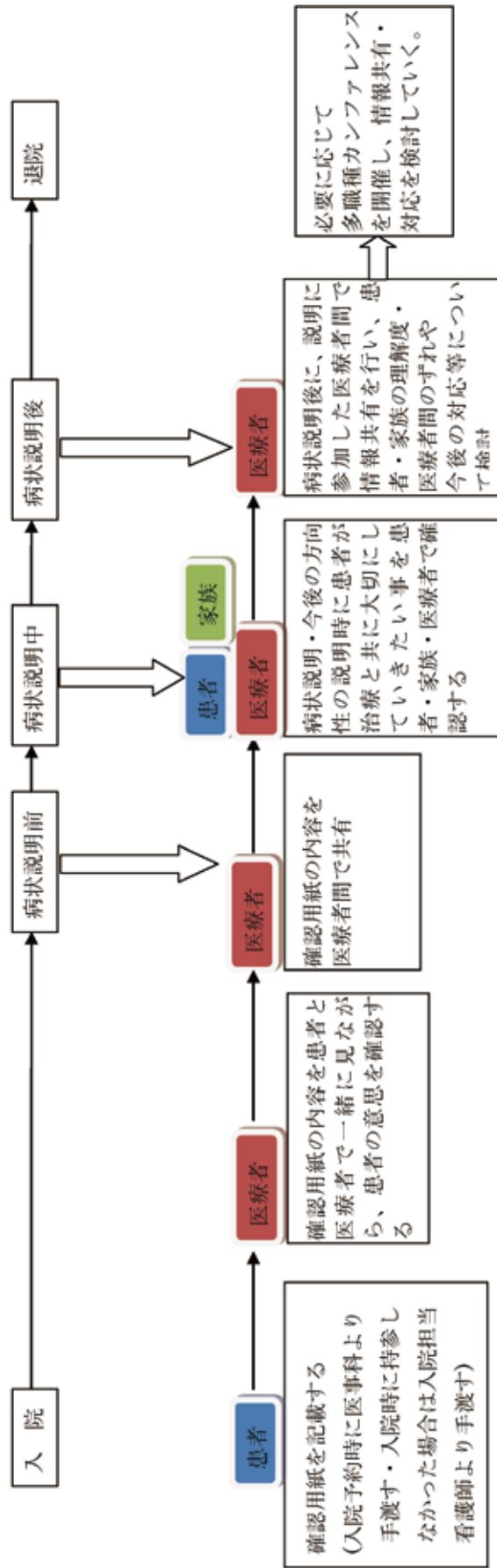
ない → y/hgnhauncherから質問票を印刷し患者に記入してもらった後に話し合い(入院担当看護師または受付時から看護師)

* 問診票(問診票目的)で繰り返し入院している患者は毎回確認することは不要とする。

* 初回入院時から数年経ってからの再発・転院時の入院の際は、問診票と同様の扱いとし、質問票も新しく記入してきたものがあれば、それに沿って話を聞く。

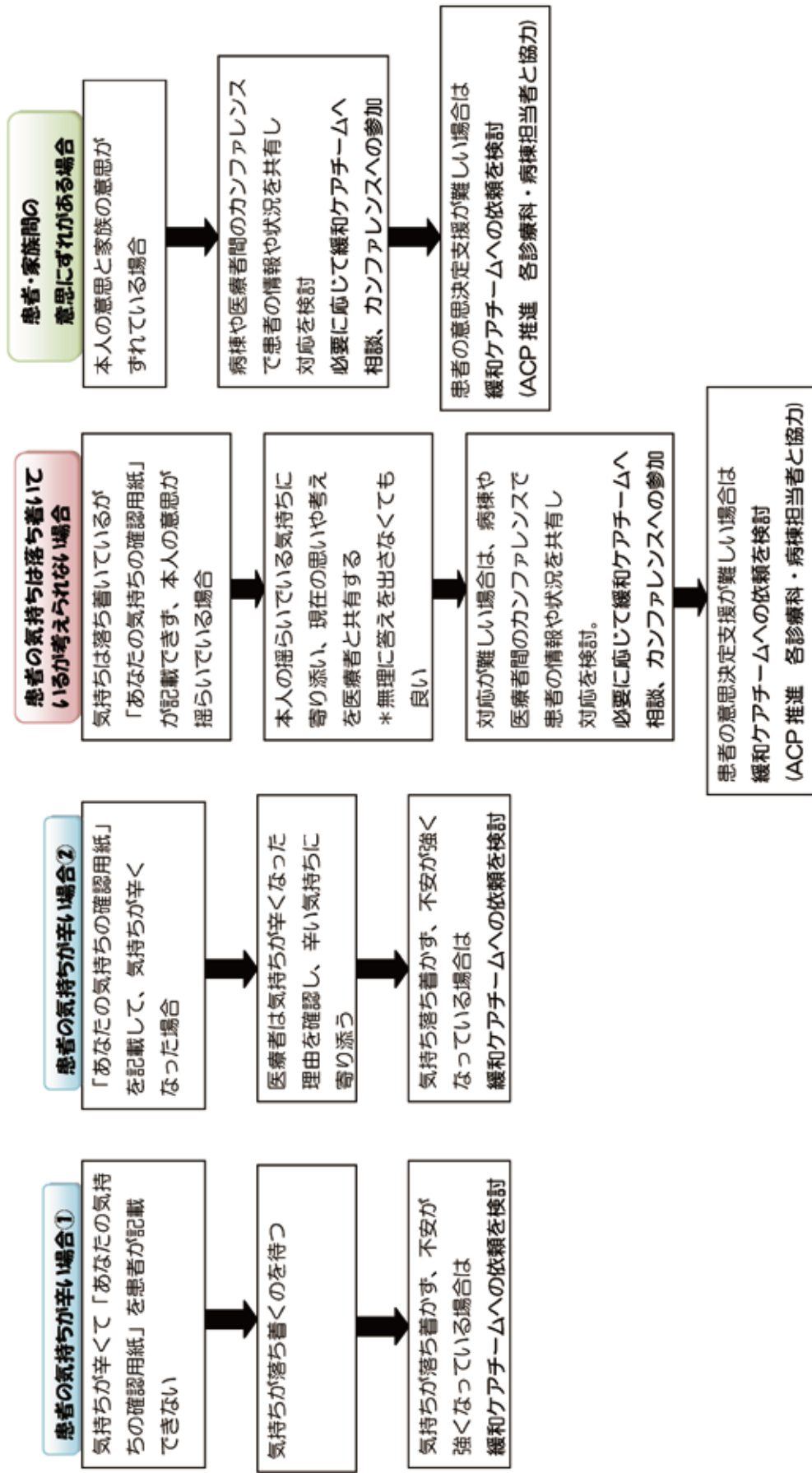
資料 8

意思決定支援 (ACP: アドバンス・ケア・プランニングに 関する) フローチャート



資料9

ACP 推進「あなたの気持ちの確認用紙」患者・家族への対応が困難な場合のフローチャート



資料10 ACP（アドバンスケアプランニング）に関する Q & A

Q1：ACP って何ですか？

アドバンスケアプランニングの略語です。
アドバンスケアプランニングとは、患者さんの意向に沿うケアを実現する為に、事前にこれからの治療・生活を医療者と共に考えていくことです。

Q2：なぜ、この用紙を書かないといけないのですか？

私達医療者は、患者さんの気持ちや大切にしていることを少しでも理解して、患者さんの意向に沿ったケアに繋がりたいと思っています。その為に、この用紙を活用して、患者さんの価値観や、今の気持ちを教えていただきたいと思っています。

Q3：この用紙を書いたら何に役立つのですか？

この用紙を記載していくことで、自分の気持ちや考えを整理する機会になります。また自分が大切にしている事や、治療に対する考えを、医療者やご家族に伝えていただくことで、自分らしい生活を送る手助けになると考えています。

Q4：みんな書いているのですか？私だけ書いているのですか？

「あなたの気持ちの確認用紙」は、入院患者さん全員に配布し記入してもらっています。気持ちや価値観は、その時々で変化しますので、入院する度に繰り返し記入してもらっています。

Q5：今は、頭が真っ白でいろいろなことが考えられません

考えがまとまらない時は無理に答えを出そうとしなくて良いです。「あなたの気持ちの確認用紙」も、未記入のまま提出してもらって構いません。考える余裕が出てきたら、少しずつ気持ちを医療者に伝えてください。

Q6：先々のことは、あまり考えたことがない（考えたくない）のですが、どうしたら良いですか？

先々のことを考えられない、または考えたくない場合は、無理に考えようとする必要はありません。確認用紙の内容も、答えられるところだけ記入していただき、今の自分の気持ちを医療者に伝えてください。

Q7：確認用紙の内容の意味が分からないのですが？

自分自身で記入していただく時は、分かる範囲で記入してきて下さい。質問の内容や意図が分かりにくい場合は、その旨を医療者に伝えてください。質問の意味を説明させていただきますので、一緒に考えていきましょう。

Q8：この用紙に希望を書いたらその通りの治療やケアが受けられますか？

あくまでも、この用紙は患者さんの気持ちや思いを確認するための用紙です。その為、患者さんの希望が全てその通りになるわけではありません。少しでも自分らしい生活ができるように、ご家族も含めて医療者と一緒はどうしていけば良いかをその都度話し合ってください。

Q9：自分の気持ちを家族に伝えないといけないのですか？

自分の気持ちの全てを家族に伝えておかないといけないということはありません。しかし、今回のことをきっかけに、自分の気持ちを家族や大切な人に伝えておくのも良いと思います。がん治療中に自分の身体がきつくて思うように意思が伝えられない時に、ご家族や大切な人があなたの気持ちを代弁してくれることもあります。

Q10：体がきつくて自分では記入できないので、家族に記入してもらっても良いですか？

ご自身での記入が難しい場合は、ご家族やあなたの身の回りのお世話をしてくださる方に、自分の気持ちを伝えていただき、変わりに記入してもらって構いません。どなたも記入してくださる方が居ない場合は、医療者が一緒に確認しながら記入させていただきます。

資料11 現場が作成した活用のコツ

患者さん・家族の意志決定支援
 ～治療とともに大切にしたいことはなんだろう～
 患者さん・家族・医療者間で統一した認識を。

あなたの気持ちの確認用紙 ～自分らしい生活を送るために～

記載後、看護師にお渡しください

※この用紙は治療の同意書ではありません。
 治療やケア・生活のことで気持ちに変化があれば、その都度医療者へお伝えください。

記載日 西暦 年 月 日 記載者氏名 (続柄:)

病気になると、治療や生活などについて不安になることがあると思います。
 この確認用紙を用いて、今後の治療のことや大切なことを考えてみましょう。そして治療のことだけでなく、生活の中で大切にしたいことを私たち医療者にも伝えてください。私たちは、患者の意思を尊重し、自分らしく過ごすためのお手伝いをしたいと思っています。気持ちや考えはその時々で変化しますので、繰り返し話し合っていきましょう。

患者さん・家族と一緒に考えるプロセスを大切にしてくださいね

現在のあなたのことについて教えてください

1. 今後の病気や生活について、気になる事がありますか。当てはまる口に「○」してください。
 気になる事はない あまり気にならない 少し気になる 気になる とても気になる

2. 治療のことや日常生活の中で、気になっていること・心配していることを自由にご記入ください

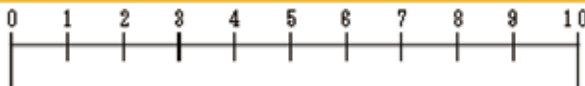
病気・治療・生活のこと何でもOK!
 どうして、どのように気がかりか聞いてみよう!!

3. からだの症状(痛みや吐き気など)についてお尋ねします

① 現在からだの症状はありますか?
 症状を具体的にご記入ください。

患者さん・家族・医療者間の
 コミュニケーションツール
 だよ♪♪♪

患者さん・家族に思いを聞いたあとは、十分なフォローを!!
 聞きっぱなしではなく、継続看護に繋げてください!!



4. 気持ちのつらさについてお尋ねします

この期間の気持ちのつらさを平均して、最もつらかったときを教えてください。
 どんな風に辛いのか、どんなことが辛いのか聞いてみよう。



<医療者記入欄>

患者さん・家族の状況に合わせて記載してもらったり、お話を聞いてください。
 IC前後などの機会を利用したり、後日でもかまいません。
 その際は、看護指示に「ACP患者用・医療者用未記入」と記載してね。

以下、前回と同様で気持ちに変化はありません。

5. あなたにとって、自分らしく過ごすために、以下のなぜここを聞く必要があるのか？
 当てはまる口に✓をしてください。各スつらい質問は空欄で構いません。理解できていますか？

1) 医師と話し合って治療を決めること

大切に思わない あまり大切に思わない 少し大切に思う 大切に思う とても大切に思う

それはなぜだろうか？
聞いてみよう！

2) からだに苦痛を感じないこと

大切に思わない あまり大切に思わない 少し大切に思う 大切に思う とても大切に思う

3) 自宅や病院など、自分が望む場所で過ごすこと

大切に思わない あまり大切に思わない 少し大切に思う 大切に思う とても大切に思う

患者さんにとって「自分らしく過ごす」ための希望ってなんだろうか？
それぞれ違うから聞いてみよう！

4) 希望をもって過ごすこと

大切に思わない あまり大切に思わない 少し大切に思う 大切に思う とても大切に思う

例えば、どんなことが迷惑と思うのか聞いてみよう

5) 人に迷惑をかけないこと

大切に思わない あまり大切に思わない 少し大切に思う 大切に思う とても大切に思う

その他、上記以外で、自分らしく過ごすために大切にすることがあれば、自由にご記入ください

記載したり聞くことだけに没頭しないように！！
流れ作業にならないように！！

6. 医師から治療の目標について、どのような説明を受けましたか？
 当てはまる口に✓をしてください

- ①まだ治療についての説明を受けていない.....
- ②がんを完全に切除すること（がんが完治すること）が目標.....
- ③がんを完全には切除しないが、がんをできるだけ小さくすることが目標.....
- ④がんを完全には切除しないが、がんによる症状を和らげることが目標.....
- ⑤よく分からない.....

7. あなたはどのような治療を希望されますか？当てはまる口に✓をしてください

①抗がん治療や手術を

受けたいと思わない あまり受けたいと思わない 少し受けたいと思う 受けたいと思う 分からない

②標準的ながん治療の継続が難しくなった場合でも、
 なるべく副作用があっても、がん治療を

継続したいと思わない あまり継続したいと思わない 少し継続したいと思う 継続したいと思う 分からない

治療に対する思いや意気込みを聞いてみませんか？
 その背景にある思いはなんだろうか？

8. 今までの生活を維持するために、がん治療と共に、あるいはがん治療より優先したいこと

全てを詳細に記入する必要はありません。
 患者さんにとって重要な部分だけでもかまいません。

シビアな内容なので、十分に配慮して
「差し支えなければお聞かせください」
と説明してね

3 / 3 ページ

- ***** 以下、あなたに当てはまらない質問や答えづらい質問は、空欄で構いません *****
- * 9. からだがつらい時の医療に関する希望(してほしくない事など)について、あなた自身で考えたり、家族(大切な人)や医療者に伝えたことがありますか？
- * 家族にも、医療者にもだいたい伝えている 家族には伝えているが医療者には伝えていない
- * 医療者には伝えているが家族には伝えていない 考えているが家族にも医療者にも伝えていない
- * 考えたことがない 分からない
- * 10. からだがつらい時の医療に関する希望(してほしくない事など)について医療者と話し合いたいですか？
- * 今、話し合っておきたい 今は話し合いたくない
- * 今も今後も話し合いたくない 説明を受けてから改めて考えたい
- * 11. からだがつらいなどの理由で自分の意思表示が難しい場合、どなたに(家族等)意思決定を任せたいですか？
- * (意思決定を任せたい人のお名前: _____ 続柄: _____)
- * 12. からだがつらい時に過ごす場所として、「どのような場所で過ごしたいか」また、その療養場所で「どのようなケアが受けられるのか」などを医療者へ相談したいですか？
- * 例) 自宅で過ごす時の訪問診療について、緩和ケア施設について、がんセンター以外の病院について
- * 今、医療者へ相談したいことがある (相談したい内容: _____)
- * からだがつらくなった時に相談したい
- * その時にならないと分からない
- *****

各ステージで捉え方は違います。
「どのようなイメージ」を持たれているか、
それはどうしてか聞いてみよう。

本人がどこを望んでいるのか？
それはなぜだろうか？
聞いてみよう！

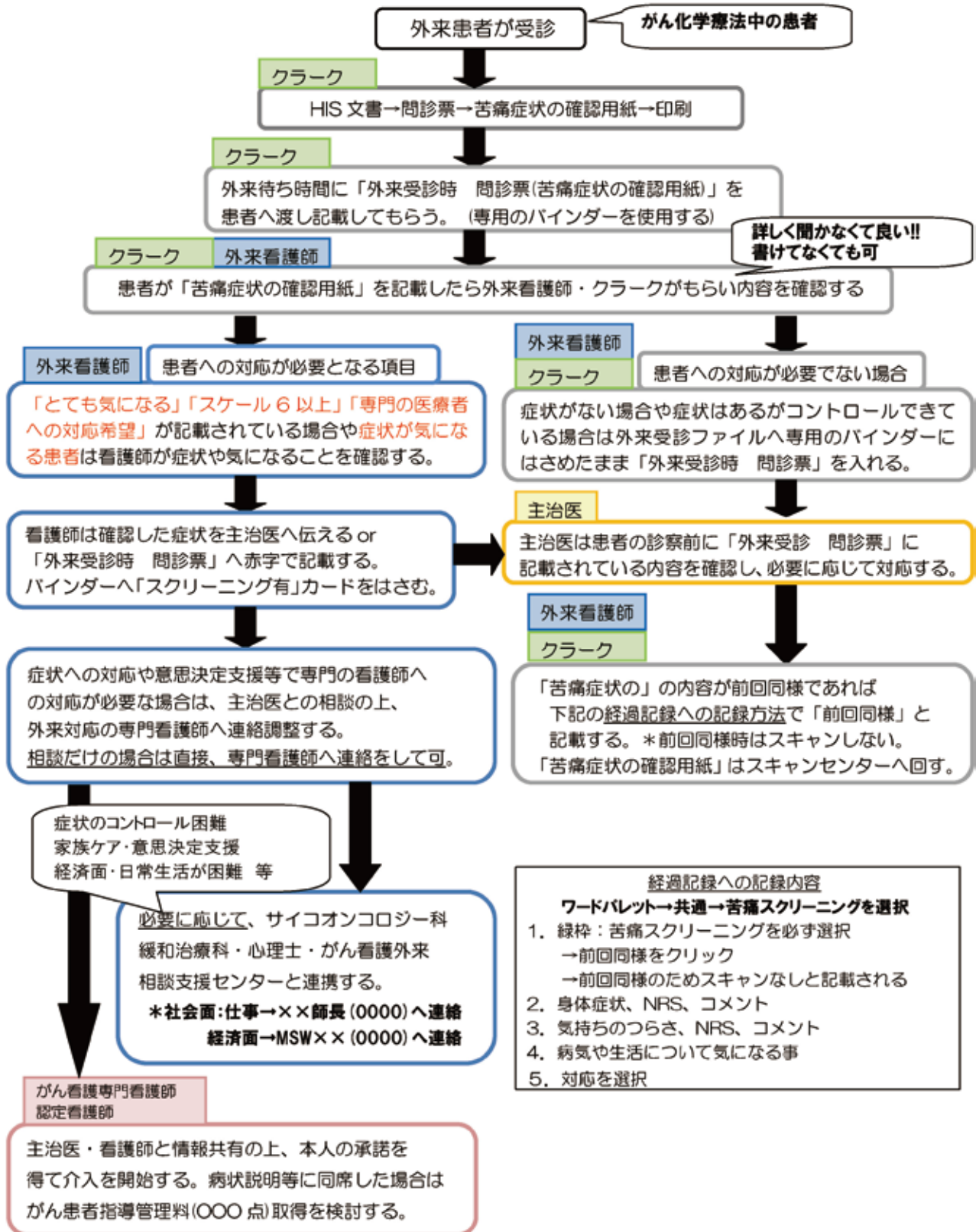
<医療者記入欄>

未回答・白紙でも構いません。
その理由はなぜだろうか？と考えてみましょう。
最後は「聞かせてもらったことへの感謝の気持ち」と
「いつでもお聞かせください」と伝えよう！！

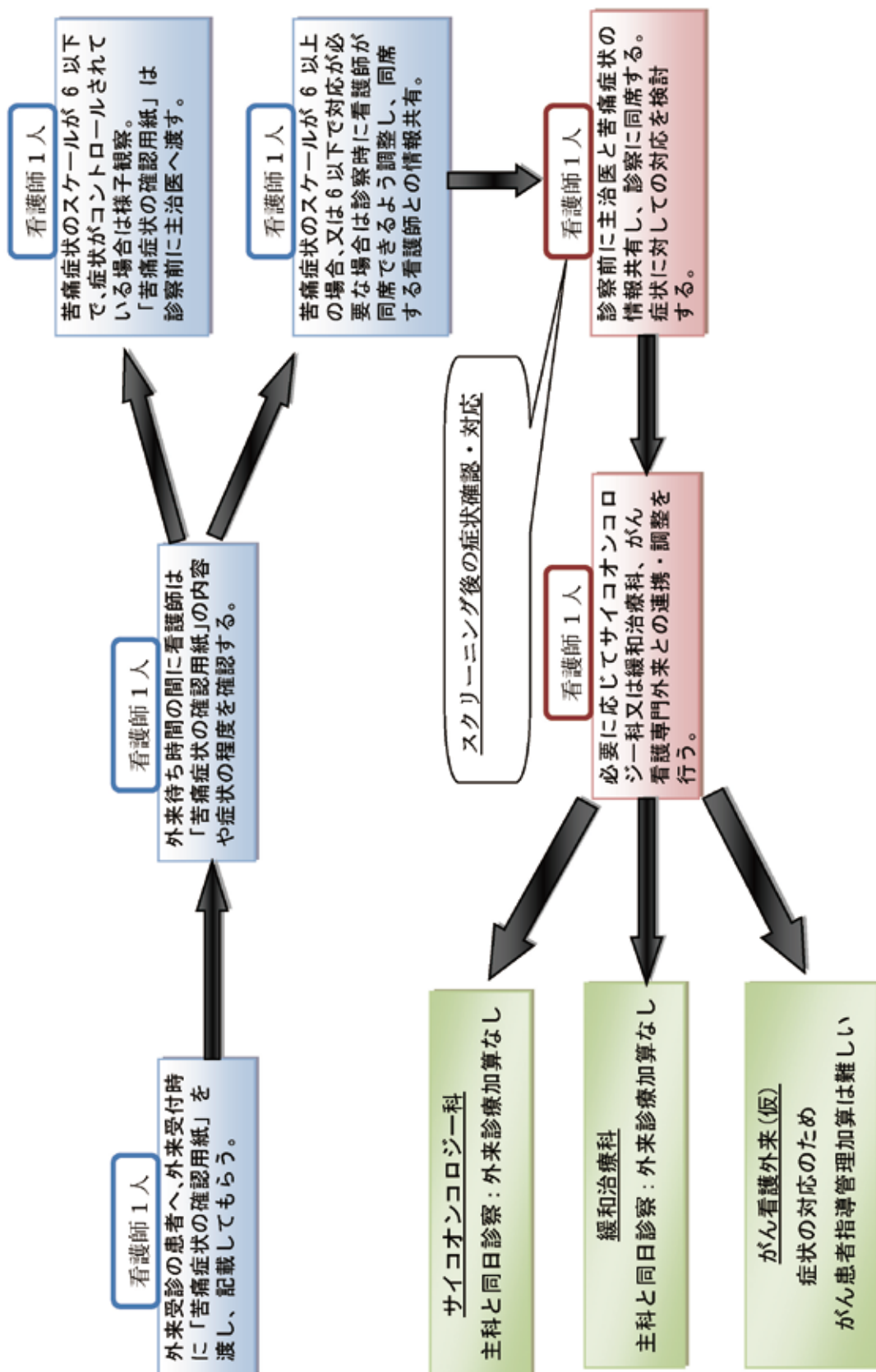
慣れないときは自信がないときは、
ベテランさんと一緒に取り組もう！！
「コミュニケーションマニュアル」も活用してください♪

資料13 外来・苦痛スクリーニング フローチャート

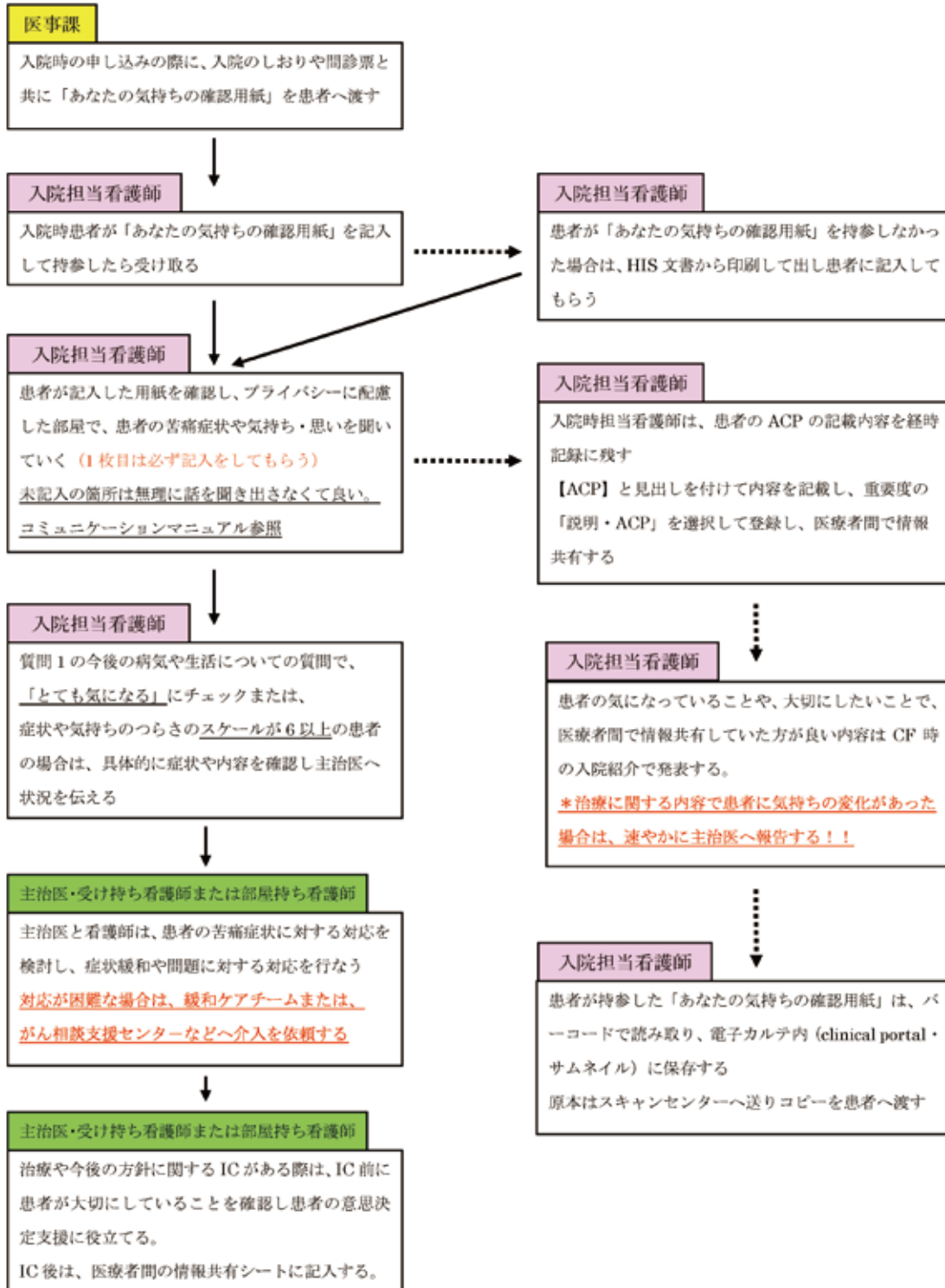
外来・苦痛スクリーニング フローチャート



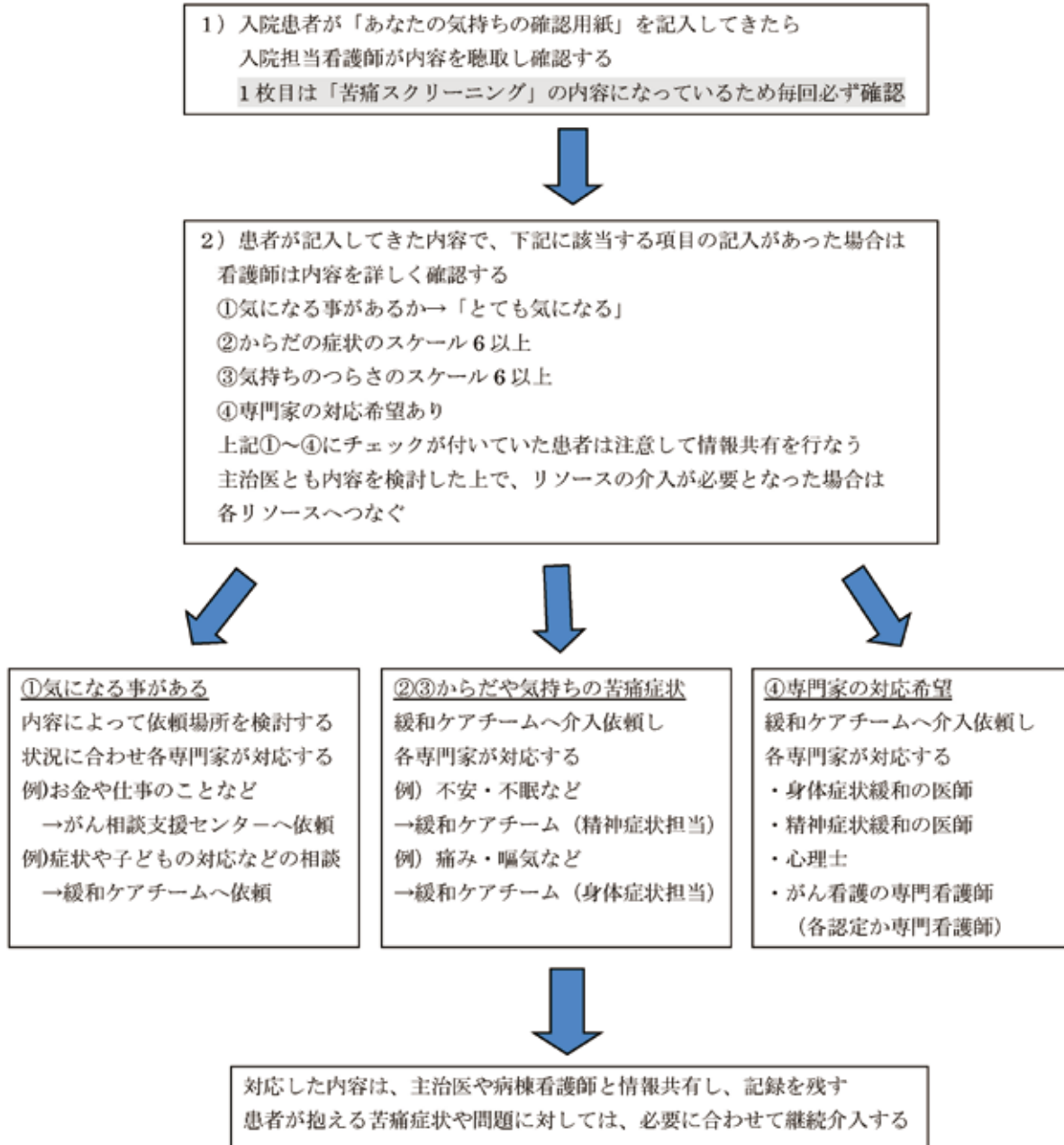
資料14 外来での苦痛スクリーニングの徹底フローチャート



資料15 「あなたの気持ちの確認用紙」使用手順 (初回入院時・年月が経った再入院時)



資料16 『入院：苦痛スクリーニング結果』 対応手順



資料17

各現場が付けるスクリーニング結果集計

苦痛スクリーニング結果(月 日～ 月 日)()病棟

	患者氏名	とても 気になる	身体のつらさ スケール6以上	身体の つらさ内容	気持ちのつらさ スケール6以上	専門家の 対応希望	緩和ケアチームとの連携			
本日の入院患者数(名)										
(水)	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
本日の入院患者数(名)										
(木)	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
本日の入院患者数(名)										
(金)	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
本日の入院患者数(名)										
(土)	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
本日の入院患者数(名)										
(日)	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
本日の入院患者数(名)										
(月)	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
本日の入院患者数(名)										
(火)	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中
	/		NRS		NRS	有 無	病棟対応	情報共有	新規依頼	チーム介入中

Ⅱ 緩和ケアスクリーニングの運用事例

2

愛知県がんセンター中央病院 —がん専門病院の事例

下山理史* 向井未年子* 新田都子* 井上さよ子*
松崎雅英* 徳永素子* 船崎初美* 小森康永*

はじめに

全国で一斉にスタートした苦痛のスクリーニングだが、さまざまな病院でその病院独自のツールを考え、実施されていると聞く。本稿では、がん専門病院として、愛知県がんセンター中央病院（以下、当院）の緩和ケアセンターが何をどう工夫してこのスクリーニングを実践してきているかを記録していきたい。

その前に、当院の概要を記載することとする。当院は病床数 500 床を擁する愛知県の都道府県がん診療連携拠点病院である。2014 年（平成 26 年）の報告では、年間外来患者数は、141,149 人（うち、新来患者数は 5,279 人）、年間入院患者実数は 9,508 人、外来化学療法患者数は 20,203 人となっている。

緩和ケアセンターには、センター長（緩和ケア部長かつ精神腫瘍診療科医師）1 名、ジェネラルマネージャー（以下、GM）（がん看護専門看護師）1 名、緩和ケア医 1 名、緩和ケアチーム専従看護師（がん性疼痛看護認定看護師とがん看護専門看護師）2 名、薬剤師 2 名、医療社会福祉士 1 名の計 7 名が所属している。専属の事務職はいない。

スクリーニングを運用、軌道に乗せるまで

① 試行までの道のり

当院では、2013 年夏ごろより、緩和ケアセンター設置に向けての話し合いが少しずつ進められてきた。本始動は、2014 年 1 月からであり、2014 年 3 月末にはセンターの骨格が出来上がった。運営するに当たっては、横断的に病院内各所の協力を頂かなければいけないため、緩和ケアセンター運営委員会を組織し、2014 年 5 月 29 日に第一回の運営委員会を開催した。

センターに与えられた役割は、従来の緩和ケアチームを核として、患者家族から目に見える形で、院内外各所と連携をとりながら患者・家族を支えるための key station になることであった。広げていくべき仕事としては、苦痛のスクリーニング、各所のカンファレンスへの参加、緊急緩和ケア病床の運営、緩和ケア地域連携システムの構築であった。今回は、その中で苦痛のスクリーニングに関してその試行までの道のりを記す。

2014 年 1 月 10 日に健発 0110 第 7 号『がん診療連携拠点病院等の整備について』の中で、「i がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等

* 愛知県がんセンター中央病院 緩和ケアセンター

のスクリーニングを診断時から外来及び病棟にて行うこと。また、院内で一貫したスクリーニング手法を活用すること。ii アに規定する緩和ケアチームと連携し、スクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備すること¹⁾と記されている。これからは、基本的緩和ケアの推進と共に、専門的緩和ケアの連携を行う体制を病院全体として整備せよということが読み取れる。しかし実際には、この項目は緩和ケアの提供体制という項目に入ってしまったことから、多くの病院では緩和ケア提供体制⇒緩和ケアチームの仕事、となっているのではないだろうか？

当院では、当初から、このスクリーニングは、上の文言の、「がん診療に携わる全ての診療従事者により」「緩和ケアが提供される体制を整備する」というところにまず着目し、がん診療に携わる全ての医療者が患者・家族に対して、基本的な緩和ケアを提供できる体制を整えるための材料、すなわち基本的緩和ケアの推進の足掛かりとして捉えた。そして、「チームと連携し」、「苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備」することで、専門的緩和ケアにつなぐ体制をさらに強化し、当院内の緩和ケアの連続性を担保することとした。

2014年5月には初めての緩和ケアセンター運営委員会を開催し、緩和ケアセンターの運営方針を委員会内にて院内各部署の代表と検討の上決定した。その中で、苦痛のスクリーニングの施行内容と施行方法を検討した。その時の議事録から引用（一部改編）し引用する。

都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件としては、「がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来及び病棟にて行うこと。また、院内で一貫したスクリーニングの手法を活用すること。スクリーニングされたがん疼痛をはじめとする患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備するこ

と」が求められている。

当院の現状では、外来患者 600 名／日、入院 500 床のすべてががん患者であり、対象数が多い。まずは外来初診患者（20～25 名／日）を対象にスクリーニングを開始し、試行していきたい。「生活のしやすさの質問票」をもとに、当院でのスクリーニング票（問診票）（参考資料 1）を作成した。自記式であり、患者自身の手で苦痛を訴えやすくなっていること、質問が比較的簡便であることがその理由である。患者にとって負担が少なく、医療者側にも無理のないシステムを構築したうえで、再診患者・入院患者へと対象を拡大していく予定である。なお、スクリーニング陽性とは、身体的苦痛は、最低 0～最大 4 のスケールで 2 以上、精神・心理的苦痛は、最低 0 最高 10 のスケールで 5 以上とした。

【意見】

- ・現在でも、コンサルテーション患者や再来新患の患者に問診票記載を依頼すると、面倒だとのクレームがある状況であり、患者にこれ以上負担を強いるのは難しい。
- まずは初診患者のみであり、コンサルテーション患者や再来新患患者は対象とはしない。また、できるだけ患者の負担が少ないよう、項目数や頻度を最低限にするよう検討していく。
- ・初診患者よりも、再発患者の方が緩和ケア介入のニーズは高いと思われるが初診患者からの開始で良いか。
- その通りではあるが、対象者数が多く、スクリーニング後の介入が不十分となる可能性がある。スクリーニングを実施したことで、「苦痛があると回答したのに、それに対するケアをしてもらえない」場合には患者の満足度が下がる可能性があるという報告もある。まずは、対応できる範囲から開始し、体制を整えてから順次拡大していきたいと考えてい

る。まずは、外来初診患者で試行を開始する。

スクリーニング票を示し、どのような対象に対しどのような方法でスクリーニングを開始するのかを説明、意見交換の後、スクリーニング票を決定、スクリーニングフローも決定し、2014年6月23～27日に試行した。(資料1, 6)

次いで、試行後初回の緩和ケア運営委員会での議事録(一部改編)を供覧することにする。

- ・6/23～27に初診患者に対し試行した。72名に配布・回収、【身体的苦痛】が強い患者は5名、【心理的苦痛】が強い患者は4名【緩和ケアチームへの相談希望】にチェックがあった患者は13名、スクリーニング陽性患者総数は18名(重複チェックあり)であった。陽性率25%。
- ・【緩和ケアチームへの相談希望】があった患者の数名と面談を行ったが、差し迫った相談ではなかったこと、現実的に対応可能な数ではないため、項目としては削除し、【身体的苦痛】【心理的苦痛】の強い患者との面談で対応していく。
- ・再診患者については、現在、外来化学療法患者の投与前問診の際に、外来化学療法センター看護師が身体的・心理的苦痛をキャッチすると診療科にフィードバックしている。苦痛が強い場合には、緩和ケアチームに連絡・連携を行っている。
- 外来化学療法記録の「前回治療後の体調」の問診項目に、身体的・心理的苦痛の項目を追加してもらい記録に残すことで、スクリーニングとする。

② 外来初診患者対象の苦痛のスクリーニングが軌道に乗るまで

試行を経て、2014年9月16日から初診・再来の新患者に対し、苦痛のスクリーニングを開始した。

2014年11月の緩和ケアセンター運営委員会では、9、10月分のスクリーニングおよび対処の報告が行われたが、そこでの議論を再び議事録から引用(一部改編)してみる。

- ・からだのつらさに関する質問で「症状は何ですか?」と自由記載の欄があるが、初診問診票の1ページ目の1・2と重複しているので、項目削除してはどうか。
- ・外来のマンパワーも考慮すると、現在のスクリーニング方法は検討が必要か。
- ・1人当たりの介入時間は?
→15分程度～4時間(パニック障害の患者)とケースによって差があるが、気持ちのつらさを傾聴すると1時間程度は要する。あまり対象者が多いと、現在の人的資源では対応が難しい。
- ・診療科別の差はあるか?
→11月分から集計リストに診療科の項目も作成し、集計予定。

スクリーニング内容や、抽出された患者への対応に関しての意見のやり取りが行われた。スクリーニング票もより患者家族から見てわかりやすいように改善した(資料2, 3)。限られた人員で、かなり広範かつ多数にわたる対応を迫られること、また、日常診療中いつどの時点でスクリーニング陽性であるから対応をと呼ばれるかもしれず、日常の通常の仕事に突然その対応が入り込むことによる仕事への支障なども考えられた。また、この頃には緩和ケアセンターのスタッフだけの対応ではなく、外来スタッフらも幾か所かの外来ブースによっては、スクリー

ニング陽性患者に対して、少しずつアプローチをし始めた（スクリーニングが徐々に周知され、広がり始めた）。

2015年2月の運営委員会での議事録によれば、以下の通りとなっている。

1. 苦痛スクリーニングについて

- ・11～1月分報告
 - ・スクリーニング陽性患者237名中26件（11.0%）の介入件数であるが、少なくないか？
- 外来各診察ブースには認定看護師や専門看護師が配属されており、外来看護師や担当医での対応で早期緩和ケアが実施されている。しかし、スクリーニングが陽性になった患者さんの全カルテをチェックするのは膨大な業務量となるために、現場での対応を誰がどの程度行ったか、その後どうフォローされているかに関してその詳細の件数を把握はできていない。
- ・スクリーニング陽性患者について、主治医をはじめとする関係者が把握するため、電子カルテの掲示板に赤字等で表示してはどうか？→院内メールで周知して運用を行う。

外来での初診患者スクリーニングに関しては、こうして軌道に乗っていった。外来では各診療ブースの看護師らによって患者とのコミュニケーションがより深まってきた。また、状況によっては、診断時といわず、診断が確定する前のもっと早い時期から緩和ケアセンター・緩和ケアチームにつながることも以前より多くなってきた。こういった目に見える緩和ケアの広がり一方で、現時点ですべての外来患者に行えているわけではなく、膨大な人数膨大な情報をどこで誰がいつどのように処理を行うかが課題となっている。ここで、参考までに2015年度のスクリーニング実績を示す（表1, 2）。

スクリーニングで出てきている体や心以外の社会的問題に関する内容には、医療ソーシャルワーカー（MSW）への相談として、高額療養費などの経済的サポートに関する相談や、仕事の継続や再就職等に関する相談がある。また、苦痛の状況やMSWへの相談希望の内容などを問診することで、患者の思いを知ることができ、コミュニケーション・ツールとしても有用である。しかし一方で、経済的な心配という意味そのものやMSWという職種とその仕事内容がよくわからないままに「相談希望あり」にチェックを打っている場合も散見されている。

また、スクリーニング後の対応（資料4, 5）をみると、意外にも「医師が症状を説明して対応」という項目が多いのに気がつく（表3, 4）。今後の方向性も分からない状況で不安を抱えて当院を受診している患者も多く、医師が病状説明や今後の治療方針について説明することで、かなり不安が軽減しホッと帰宅されるということが多くみられるようである。もちろん、その後の継続的なケアが必要であり、これだけで十分な対応といえるのかどうかはさておき、少なくとも、話を聴くことだけでなく、不安を聴き、種々の説明を加えることで行われている、現場における基本的緩和ケアの重要性が示唆される。

なお、当院で試行段階から数度の改訂を経て現在使用している苦痛のスクリーニング票を、参考に掲載する（資料1～5）。また、外来でのスクリーニング結果を集計一覧の一部を掲載するので参考にさせていただきたい（表1～4）。

③ 入院時の苦痛のスクリーニングも開始

もしかしたら、当院は特殊な部類に入るのかもしれないが、当院ではまず外来から導入した。最大の理由は、外来新来患者は、外来受付で一括管理をしており、スクリーニング票をこの一か所で配布することができ、回収は各外来ブースという比較的小規模な場所で行うことができるからであった。しかし、入院となると、いくら毎日ではなく毎週である

とはいえ、400人前後の入院患者のスクリーニングを行い、それを回収し集計し、スクリーニング陽性患者に対応しなければいけなくなる。日々の緩和ケアチーム活動、外来での活動等の間に「片手間に」行うことが不可能な内容であった。結局、外来新来患者からスタートをしたが、半年が経ち、ある程度軌道に乗ってきた。そこで、2015年年始から入院患者への導入を開始することとした。外来新来患者へのスクリーニングの経験から、入院中の全患者への導入の前に、まず新入院患者に対して入院当日にスクリーニング票を記載していただくことにした。

以下が、入院時の苦痛のスクリーニングに関する議論が行われた際の委員会記録（一部改編）である。少し供覧する。

入院時苦痛スクリーニング試行案について

- ・2015/3/2～31の1か月間、入院当日の患者を対象に試行したい。
- ・外来初診患者に導入したメリットとして
 - ①ツール（スクリーニング票）を活用することで、患者とのコミュニケーションに繋がる
 - ②つらさのアセスメントをする能力が高まる
 - ③苦痛のある患者に早期に緩和ケア介入ができるなどのメリットが得られた。

（都道府県）拠点の要件だから…というだけでなく、上記のように患者のケアに活かせることを説明し、（病棟の管理の中心は看護師なので）看護管理会議でも承認を得て試行していく。

- ・現時点では確定診断がされ治療開始となる入院患者の方が苦痛のポイントが高いことが予測される。
- ・陽性の患者について、緩和ケアチームから病棟看護師に状況や介入の要望を確認していつはどうか？

→まずは1か月試行して、陽性患者数・介入件

数を把握し、対応を検討していきたい。

この後、さらなる検討を重ねたうえで10月になり、入院当日の患者に対する苦痛のスクリーニングを開始した。

流れとしては、外来にて次回の入院が決まった際にはその日のうちに入院に関するオリエンテーションを受け、その後入院受付に行き、入院時に持参する資料一式をもらうことになっている。そこにこの苦痛のスクリーニング票を入れることとした。

10月のスクリーニング票回収率は50%強であった。相当回収率が悪いが、当院のスクリーニングは、自記式（患者が自由意思で記載してくださることを期待している）であることが特徴であり、自発的に記入いただき自発的に入院時の資料とともに提出していただくことにしている。その中で、回収率が50%というのは、初回にしてはまずまずの出来といってもよかった。患者にも、回収する病棟スタッフらにもこういったスクリーニングがあることを認識していただくようアピールを重ねていったこと（スタッフ向けには、『入院入力・記録チェックリスト』の項目に、本スクリーニングも加えた）で、現時点では70%を越えるようになってきた。入院患者へのスクリーニングのまとめ及び対応を表3、4にまとめているので参考にさせていただきたい。

2016年度には、外来再診患者および入院継続中の患者への対象拡大を検討している。

また、当初の予定では、本年（2016年）2月より患者用ベッドサイドタブレット（入院のしおりや院内案内、院内の売店への注文のできるアプリなどが入っている）の中に、この苦痛のスクリーニングを導入し運用を試みる予定であった。これに関しては、全患者に導入する予定であったタブレットは医療安全の観点と紛失防止の観点から、希望者かつ同意書を頂けた方に配付することに病院としての方針が修正された。このため、全入院患者に対するスクリーニングを行うという目標には現時点ではそぐわないため（一部の患者にはタブレットで、それ以外

の患者には紙ベースでスクリーニングを記載していただくという体制をとることはとても煩雑であるために)、本タブレットによるスクリーニングの導入は一時見合わせる事となった。大変残念である。

現在の運用体制

4 外来

・対象の選択の仕方：すべての当院初診患者および再来新患患者、コンサルテーション患者、外来化学療法中の患者を対象としている。

・使用しているスクリーニング方法：外来初診患者に対しては、本スクリーニングを始める前の段階で、数多くの書類を記載していただいていたため、極力苦痛のスクリーニングをさらに加えることによる苦痛の増加を防ぐために、『生活のしやすさに関する質問票』をもとに、3つの項目を採用することとした。その3項目は、以下のとおりである。

- ①身体的な苦痛に対して
- ②精神心理的な苦痛に対して
- ③社会的な苦痛（経済的な心配）に対して

・運用方法の実際：当院では初診患者に対し初診問診票などをお渡ししているが、その際にスクリーニング票をお渡しすることにしてている。その後患者が記載した本票を各診療科の窓口でクラークが受け取り、外来の看護師へ渡す。看護師は、記入内容を確認し、主治医らと共に対応する。

外来化学療法センターでは、レジメン毎にサポートケアを行うための問診を行っている。そのためテンプレートを使用しスクリーニングを施行している。こちらも看護師が聞き取り、看護師・主治医が対応する。

主治医や現場のプライマリーの看護師らによって対処が行われるが、時として、専門職に対応を依頼される。医療社会福祉士（MSW）への相談希望があった場合には、相談支援センターに連絡し、困っている内容（医療費のことや仕事、今後の療養場所等

に関する事など）に応じてMSWなどが対応を行う。また、薬剤師などが対応にあたった方がよいと思われる場合には薬剤部を通して緩和ケアチーム所属の薬剤師が対応する。緩和ケアセンターで相談したい場合には、まずGMに連絡、センター所属のがん看護専門看護師やがん性疼痛看護認定看護師が話をお聴きし対応する。そのうえで看護師以外の職種が必要だと判断した場合には、それぞれの相談内容に適した緩和ケアチームの各職種（認定・専門看護師、薬剤師、MSW、医師など）に対応を依頼する（資料6）。

毎週月曜日に前週1週間分のスクリーニングデータが電子カルテよりExcelファイルで氏名等の個人情報削除したうえで抜き出されるので、これを緩和ケアセンターにて確認する。外来では、対応漏れのある患者を抽出し、次回外来受診日には必ず対応できるように火曜日に外来へフィードバックする。

なお、記載がない患者、もしくはスクリーニングされなかったが内に苦痛を抱えている患者に対しては、本スクリーニングは、患者自記式を原則としているため、無理強いをしないこととしており、通常通りの対応とすることにしてている。しかし、そういった患者に対しても、苦痛がないかどうかを注意深く陰で見守るように努めている。

2 入院

・対象の選択の仕方：入院当日の患者（緊急入院を除く）を対象としている。

・使用しているスクリーニング方法：外来と同様。

・運用方法の実際：入院受付にて本スクリーニング用紙（入院用）が入院に関する諸書類と共に手渡される。入院日までに記載してきていただき、それを病棟看護師が受け取る。入院を受けた看護師が記入内容を確認、状況に応じて主治医らと共に対応をする。

基本的な対応等に関しては、外来と同様だが、薬剤師の対応に関しては、直接緩和ケアチーム薬剤師に連絡していくのではなく、まずは現場の薬剤師と

ということで、各病棟担当薬剤師に連絡し、初期対応をお願いしている。そのうえで、困った場合には、緩和ケアチーム及び緩和ケアチームの薬剤師に連絡を取り、対応を継続することとしている（資料7）。入院では、水曜朝までにデータを確認し、対応漏れのある患者さんをピックアップし、水曜日朝の緩和ケアセンターおよび緩和ケア部部長回診（緩和ケアセンター・チームメンバーで回診する）時に各病棟にて確認、フィードバックすることとしている。

③ これまでのスクリーニング票及び、その結果の集計サンプル

スクリーニング票の変遷は、資料1～4を、結果に関しては、表1～4を参照いただきたい。

課題と将来

① 現在の課題となっていること

患者数が膨大であるにもかかわらず、スクリーニングに対処する専門スタッフの数が少ないこと、また、集計されたデータを管理する事務職はいないために、GMが集計作業をすべて一括管理せざるを得ないことが第一の課題である。

次いで、今後の実効性の問題である。現時点では外来初診と入院時の患者を対象としているが、次年度からは外来の全患者および入院の全患者を基本的には対象とすることが予定されている。しかし、現実問題、この条件をクリアすることになると、今度は逆に患者に大きなストレスを与えてしまう危険性がはらんでいる。

その理由は3つ考えられる。①頻回に同じ「アンケート」を取られることのストレスである。対応していただけたので本当によかった、という感謝の声もちろん聞こえてくるが、また同じものを書くの？という声も聞こえてくる。また、何度も記載しているのにどうしてあの人には対応してくれて私には対応してもらえないの？という声もあると聞いてい

る。②対応の不十分さに対する失望である。せっかく記入したのに、対応してもらえなかったということにならないように私たちは細心の注意を払っている。③待ち時間の問題である。スクリーニングに対応するためには、おのおのの部署でそれなりの時間が割かれるために、特に外来では患者数が多い中、現時点でも待ち時間が長いことは常にクレームとして上がってくる状況であるにもかかわらず、さらに対応時間によっては待ち時間が長くなる恐れがあることである。

また、医療者に対してもストレスをかけてしまう可能性が指摘される。これは、スクリーニング陽性となっている患者に対し、その場で対応ができない可能性や、これまで以上に話をお聴きする時間が長くなり、外来勤務時間が延長せざるを得ない可能性があることである。

上に記載した時間の延長などに関する指摘は、もちろん一方的な医療者側からの意見ではある。患者家族側からみれば、当然これまで聞いてもらっていないのだから、どれだけ時間がかかろうが、対応すべきであると考えるのは当然であるし、個人的には同意する点が多い。しかし、その一方で現場に目をやると、手術療法、薬物療法、放射線療法等だけでも本当に朝早くから夜遅くまで費やしている医療者の疲れ切った顔も目に入る。どうしてこの人たちに、これ以上にもっと話を聴いてほしい、もっと対応してほしい、と言えようか。もちろん、不足していることも多いと思う。どうしてこの人はいつも自分の話だけしかできないのか、どうして少しでも話を聴けないのかと思うこともしばしばである。しかし、不足ばかりを追求していくことにどれだけの利があるのだろうか。どちらにとっても、よりよい状況にしていくには、どうしたらよいのだろうか、そのバランスをとること、これも課題である。

② 将来的に必要なこと

まずは、緩和ケアセンターにデータ集計などのための専従の事務職員を配置することが必要不可欠で

あると考えている。しかし、実際には緩和ケアセンターそのものにはなんら診療報酬上のインセンティブはついていないために、いくら都道府県がん診療連携拠点病院であっても事務職をこのためだけに配置することはできず、今後も現時点では病院事務責任者からは「検討はします」という答えしか今のところ得られていない。

次いで、スクリーニングが陽性である場合に、今は職種ごとの対応を行っているのだが、将来的には、内容ごとの対応（たとえば、緩和ケアチームという大枠のチームだけでなくもっとその中の細かい内容を専門とするチームでの対応など）も必要になる可能性がある。たとえば、症状ごとの専門チームが対応できれば、よりよい症状緩和が図られることになるであろう。もちろん、症状だけではなく、必ずしも症状に現れないこともある苦痛などに対して、たとえば、スピリチュアルな苦痛に対しては、スピリチュアルケアを専門とするチームや、多様性に対する対応チーム、家族ケアなどに特化したチームなどもあれば、よりきめ細かな対応が可能となるかもしれない（文献²⁾参照）

さらに、当院で、という観点で考えるならば、ベッドサイドタブレットの導入である。ベッドサイドタブレットの導入が全患者に対応すれば、すべての患者の苦痛のスクリーニング情報はIT上で一元管理が可能となる。そうなれば、dataの解析もスムーズになるし、集積も非常に簡単になる。また電子カルテと連動させれば、どの医療者でもその患者の担当であればすぐさまこれまでのスクリーニングでどういった状況だったか、どういった対応をされ、どういった改善がなされ、何が不足なのか、などが一目瞭然になるかもしれない。

3 まとめ

苦痛のスクリーニングは、とても労が多く大変なプロジェクトであると思う。しかし、実際に導入してみて、大変さの中に少し分かってきたことがある。それは、少なくとも現時点ではこれまでの何も

なかった時よりもはるかに、隠れていた（と感じる）ニーズを知ることができているということである。詳細にかつ丁寧にお話をお聴きしさえすれば、そんなことはないのかもしれない。しかし、私たちが聴くだけでは決して得られなかった、隠れたニーズ（医療者の前では面と向かって言い出しにくかったニーズなど）を引き出すことができているように思う。そして、それがゆえに、患者医療者間コミュニケーションは、これまでより少し、改善されてきているように感じる。実際、過去の論文を繙いてみても、賛否両論なのだけれど、コミュニケーションのきっかけにはなるかもしれない³⁾、とか、実施可能性には少し疑問は残るけれど、スクリーニングは患者医療者間コミュニケーションを改善するかもしれない⁴⁾といった報告がある。

このまま苦痛のスクリーニングは可能な範囲で広げていくが、ここで得られた結果をどう生かすかは我々医療者次第である。せっかく自記式でスクリーニング票を記載していただいても、それを、いつ、どこで、誰が、どのように、何に活かすか、を我々は常に考えていかなければ、患者や家族の満足は決して得られないばかりか、失望のみが広がるばかりであろう。そして、言うまでもないことであるが、冒頭で記載したように、これはあくまで緩和ケアに従事する人間だけが活用するのではなく、むしろ、これを現場の医療者一人一人が、どう活かしていくかを患者家族と共に考え、それに対応すること（基本的緩和ケアに相当）こそが、最大のカギとなっているのだと考えている。

文 献

- 1) 健発 0110 第 7 号, 平成 26 年 1 月 10 日, がん診療連携拠点病院等の整備について (厚生労働省健康局長通知)
- 2) Barry D, et al: Implementing Routine Screening for Distress, the Sixth Vital Sign, for Patients with head and neck and neurologic cancers, *JNCCN* 11: 1249 - 1261, 2013
- 3) Mitchell AJ, et al: How feasible is implementation of distress screening by cancer clinicians in routine clinical care? *Cancer* 118: 6260-9, 2012

資料1

苦痛のスクリーニング用紙（初版）

4) Carlson LE, et al: Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: review and recommendations. *J Clin Oncol* 30: 1160-77, 2012

以下の質問については、当院の初診で、がんの診断を受けている患者さんのみご記入ください。

追加問診表

23. 気になっていることがありますら○をつけてください

() 症状や治療について、詳しく知りたいことや、相談したいことがある

() 経済的な心配や制度でわからないことがある

() 日常生活で困っていることがある (食事、入浴、移動、排便、排便など)

() 通院が大変

その他で気になっていることがありましたらご自由に記入ください

24. 体の症状についてお伺いします

25. 気持ちの辛さについてお伺いします

現在のからだの症状はどの程度ですか？

最も当てはまる数字に○をつけてください。

最も当てはまる数字に○をつけてください。

4 我慢できない症状がずっと続いている

3 我慢できないことがしばしばあり対応して欲しい

2 それほどひどくないが方法があるなら考えて欲しい

1 現在の治療に満足している

0 症状なし

症状はなにですか？

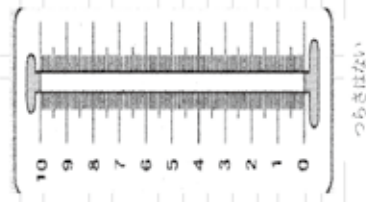
26. 専門チームへの相談を希望するときは○をつけてください

() 痛みなど体の症状や気持ちのつらさに対応する緩和ケア医師、看護師

() 経済的な問題や、制度の疑問に対応する医療ソーシャルワーカー

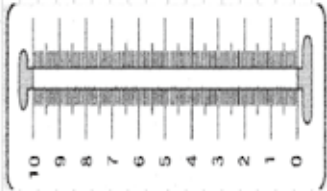
() 自宅での生活がしやすいように、利用できるサービスの相談

書き終わりましたら、各診療科の外來受付までお持ちください。



初版では、初診問診票の一部に組み込む形で作成。気がかりを聞いた上で(左図23.)、体の症状(左図24)、気持ちの辛さ(左図25)を聴く仕組みとした。また、専門チームへの相談を希望するときという項目(左図26)を作成したが、これは、誘導的にならなくなってしまったという理由で、次版からは消去した。

資料2 苦痛のスクリーニング用紙（第2版）

身体や気持ちのつらさに関する問診票		ID
		氏名
1. 体の症状についてお伺いします		
現在のからだの症状はどの程度ですか？ 最も当てはまる数字に○をつけてください。		
4	我慢できない症状がずっと続いている	
3	我慢できないことがしばしばあり対応して欲しい	
2	それほどひどくないが方法があるなら考えて欲しい	
1	現在の治療に満足している	
0	症状なし	
症状は何ですか？		
2. 気持ちのつらさについてお伺いします		
この1週間の気持ちのつらさを平均して、最も当てはまる数字に○をつけてください。		
最高につらい		
		
つらさはない		
書き終わりましたら、看護師にお渡しください。		

前回の票が煩雑であるということ、シンプルにしたためにわかりやすくなくなった。シンプルにしたために、社会的苦痛を緩和するための質問もなくしている。しかし、これでは、片手落ちであるという理由で、次版からは再び復活することになる。

資料3 苦痛のスクリーニング用紙（第3版）

身体や気持ちのつらさに関する問診票

1. 体の症状についてお伺いします
現在のからだの症状はどの程度ですか？ 最も当てはまる数字に○をつけてください。

4 我慢できない症状がずっと続いている

3 我慢できないことがしばしばあり対応して欲しい

2 それほどひどくないが方法があるなら考えたい

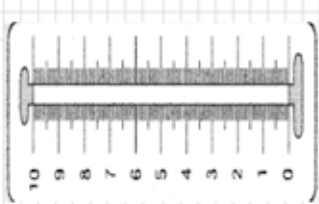
1 現在の治療に満足している

0 症状なし

症状は何ですか？

2. 気持ちのつらさについてお伺いします
この1週間間の気持ちのつらさを平均して、最も当てはまる数字に○をつけてください。

最高につらい




つらさはない

3. 経済的な心配があり、ソーシャルワーカーへの相談の予約をしたいですか？
はい () いいえ ()

書き終わりましたら、看護師にお渡しください。

これでスクリーニング票の大まかな骨格は固まった。
しかし、経済的な心配、という記載が分かりにくい、もっと具体的な例がほしいという意見があったために、次版では、経済的な心配に関する具体例を挙げることとなった。

資料4 現在の紙媒体でのスクリーニング記載用紙（A4両面とし、表面を患者、裏面を医療者が記載）

(表面)	(裏面)
<p>身体や気持ちのつらさに関する問診票</p> <p>1. 体の症状についてお聞いします 現在のからだの症状はどの程度ですか？ 最も当てはまる数字に○をつけてください。</p> <p>4 我慢できない症状がずっと続いている</p> <p>3 我慢できないことがしばしばあり、対応して欲しい</p> <p>2 それほどひどくないが、方法があるなら考えて欲しい</p> <p>1 現在の症状を和らげる治療に、特に不満はない</p> <p>0 症状なし</p> <p>症状は何ですか？</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>2. 気持ちのつらさについてお聞いします この1週間の気持ちのつらさを平均して、最も当てはまる数字に○をつけてください。</p> <p>最もつらい</p>  <p>つらさはない</p> <p>3. 経済的な心配があり、専門の担当者（ソーシャルワーカー）への相談の手続きをしたいと思いますか？ はい() いいえ()</p> <p>例： ・医療費や生活費に関する相談（高額療養費制度など） ・福祉サービスに関する相談（介護保険や身体障害者手帳など） ・がん治療と仕事の両立に関する相談</p> <p>書き終わりましたら、外来の看護師にお渡しください。</p>	<p>医療者記載欄</p> <p>患者さんをご記入いただかなくて結構です</p> <p>担当医 _____</p> <p>苦痛スクリーニング後の対応</p> <p>該当する項目にチェックしてください(複数可)</p> <p><input type="checkbox"/> 苦痛はなく、対応はなし</p> <p><input type="checkbox"/> 苦痛への医療者の介入希望なし</p> <p><input type="checkbox"/> 看護師が対応</p> <p><input type="checkbox"/> 薬剤師が対応</p> <p><input type="checkbox"/> 担当医が病状などの説明をし、対応</p> <p><input type="checkbox"/> 担当医が薬剤を調整(処方)し、対応</p> <p><input type="checkbox"/> 他科にコンサルテーションし、連携</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> 相談支援センター(MSWなど)に連絡し、連携</p> <p><input type="checkbox"/> 緩和ケアセンターに連絡し、連携</p> <p><input type="checkbox"/> その他 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 対応できず</p> <p>⇒<input type="checkbox"/> 外来の場合、次回受診日()</p> <p><input type="checkbox"/> 入院の場合、入院予定日()</p> <p><input type="checkbox"/> 当院followなし</p>

資料5

電子カルテ内のスクリーニング記載場所 現時点では紙からこちらに転記することになっている

苦痛スクリーニング

ファイル(E) 編集(E) 挿入(I)

苦痛スクリーニング

担当医

【体の症状】
現在のからだの症状はどの程度ですか？

- 4 我慢できない症状がずっと続いている
- 3 我慢できないことがしばしばあり対応して欲しい
- 2 それほどひどくないが方法があるなら考えたい
- 1 現在の治療に満足している
- 0 症状なし

どういった症状ですか？

【気持ちのつらさ】
この1週間の気持ちのつらさを平均して、最も当てはまる数字を選択してください。
(小数点以下は、四捨五入で)

- 10 最高につらい
- 9
- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0 つらさはない

【MSWへの相談希望】
経済的な心配があり、ソーシャルワーカーへの相談の予約をしたいと思いますか？

- はい
- いいえ

【苦痛スクリーニング後の対応】
該当する項目にチェックしてください(複数可)

- 苦痛はなく、対応はなし
- 看護師が対応
- 薬剤師が対応
- 担当医が症状などの説明をし、対応
- 担当医が薬剤を調整(処方)し、対応
- 他科にコンサルテーションし、連携

- 相談支援センター(MSWなど)に連絡し、連携
- 緩和ケアセンターに連絡し、連携
- その他

対応できず

- 外来の場合、次回受診日
- 入院の場合、次回入院日
- 当院followなし

対応できず

外来の場合、次回受診日

入院の場合、次回入院日

当院followなし

クリア キャンセル カルテに展開

省時可 チェック 印刷 担当医

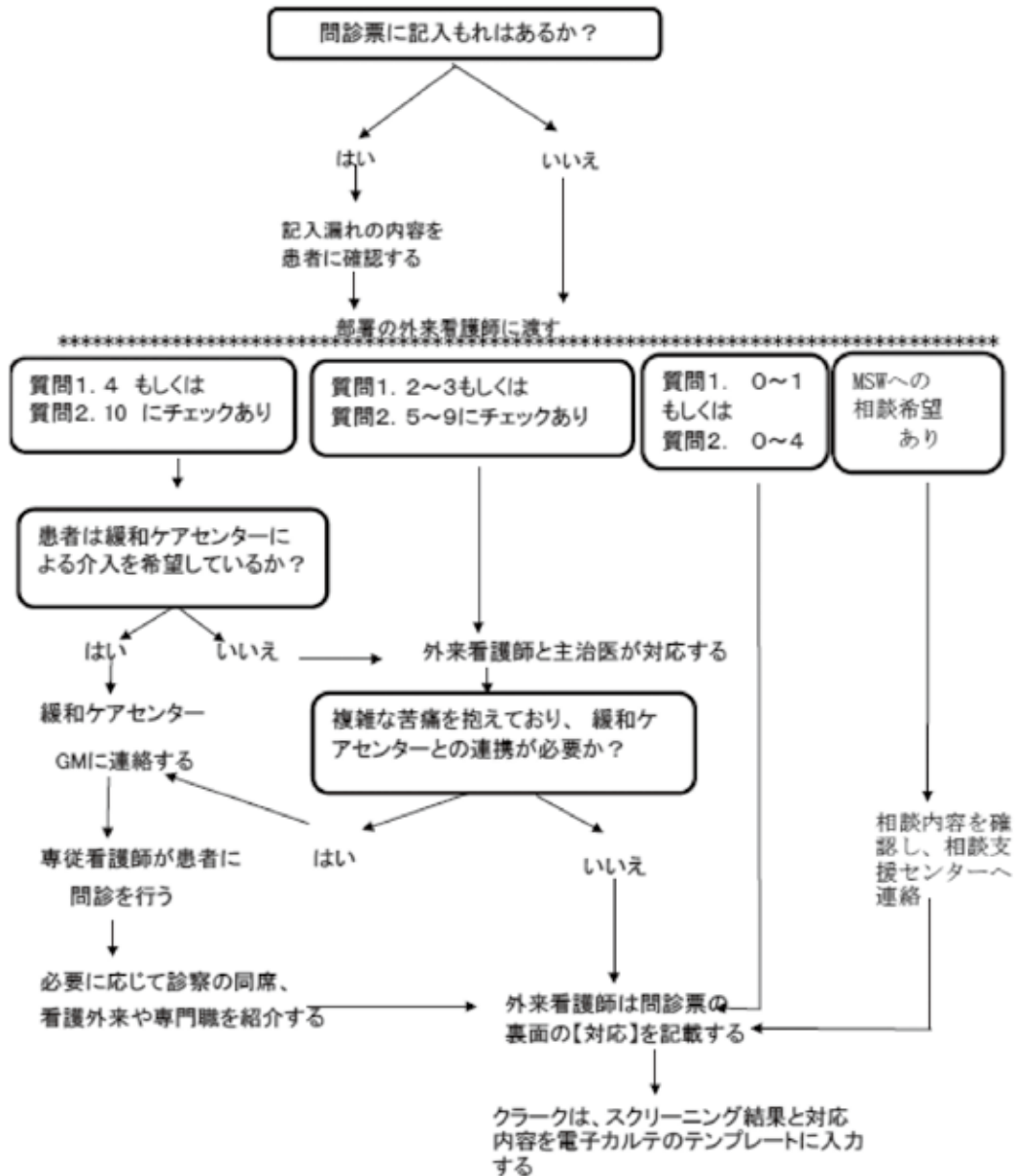
資料 6

外来用：身体や気持ちのつらさに対する問診票の運用方法

1. 初診患者への対応

データ取り込み窓口で問診票を配布し、記載のお願いをする

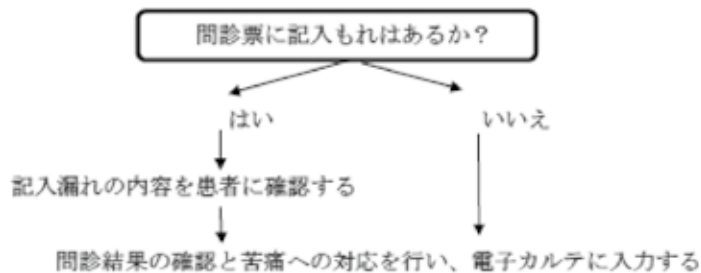
2. 外来診療科受けつけ時のクラークの対応



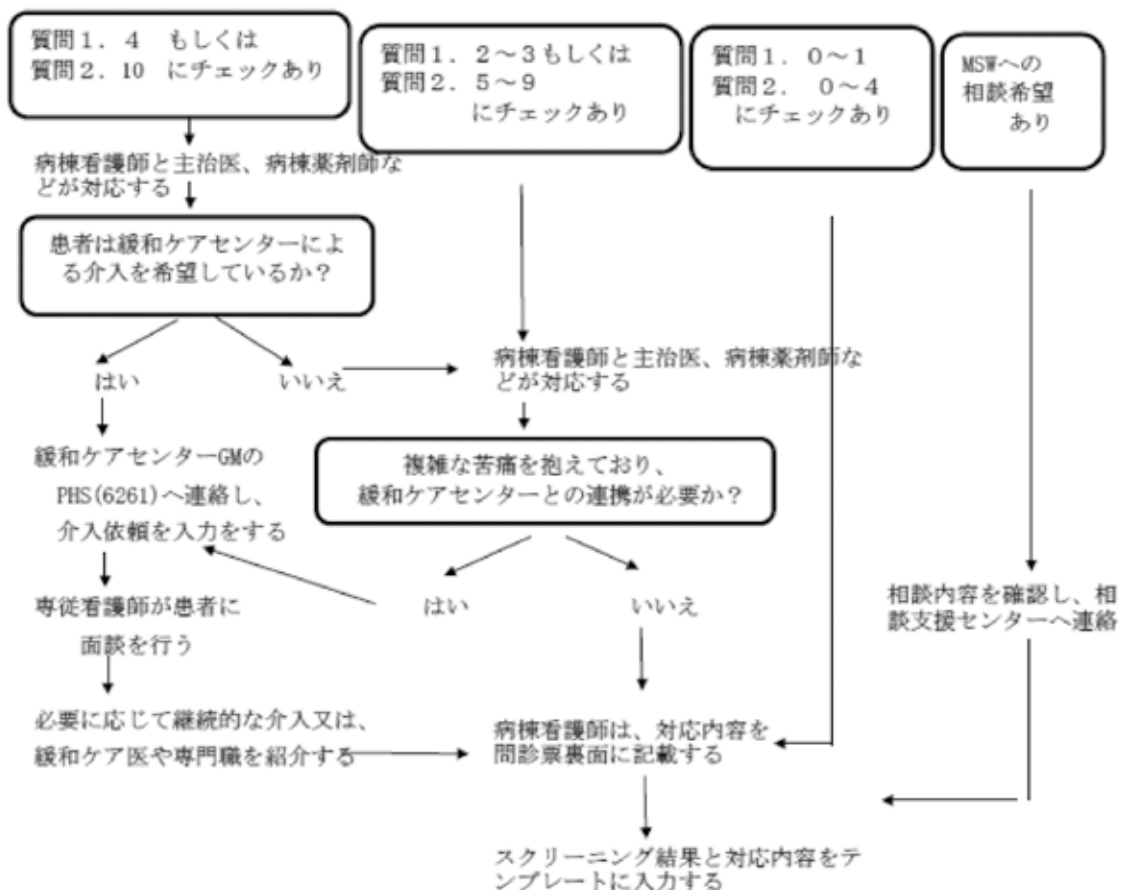
2015年5月 緩和ケアセンター 改定

資料7 入院用：身体や気持ちのつらさに対する問診票の運用方法

1. 入院予約時の入院受付での対応
 - 問診票にインプリンターで記名する
 - 問診票を患者に配布し、記載のお願いをする
2. 入院当日病棟での対応



【対応フローチャート】



2015年10月 緩和ケアセンター 作成

表 1 2015 年度のスクリーニング実績

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	計
【外来+入院】										
スクリーニング件数	521	403	515	546	451	430	430	729	825	762
陽性患者数	314	251	289	320	242	249	249	435	453	398
陽性率	60.3%	62.3%	56.1%	58.6%	53.7%	57.9%	57.9%	59.7%	54.9%	52.2%
max.患者数	60	40	43	50	34	23	23	45	53	48
max.率	11.5%	9.9%	8.3%	9.2%	7.5%	5.3%	5.3%	6.2%	6.4%	6.3%
当日のセンター紹介	3	6	11	5	8	5	5	7	8	9
	1.0%	2.4%	3.8%	1.6%	3.3%	2.0%	2.0%	1.6%	1.8%	2.3%
1か月以内のセンター紹介	5	3	6	7	7	7	4	17	21	5
	1.6%	1.2%	2.1%	2.2%	2.9%	1.6%	1.6%	3.9%	4.6%	1.3%
その他の専門職	18	14	19	18	13	6	6	23	25	4
	5.7%	5.6%	6.6%	5.6%	5.4%	2.4%	2.4%	5.3%	5.5%	1.0%
1か月以内のなんらかの紹介	26	23	36	30	28	15	15	47	54	18
	8.3%	9.2%	12.5%	9.4%	11.6%	6.0%	6.0%	10.8%	11.9%	4.5%
										9.4%
【外来】										
スクリーニング数	521	403	515	546	451	430	430	519	499	427
陽性数	314	251	289	320	242	249	249	326	293	242
最高患者数	60	40	43	50	34	23	23	36	41	29
	11.5%	9.9%	8.3%	9.2%	7.5%	5.3%	5.3%	6.9%	8.2%	6.8%
当日のセンター紹介	3	6	11	5	8	5	5	4	5	6
	0.6%	1.5%	2.1%	0.9%	1.8%	1.2%	1.2%	0.8%	1.0%	1.4%
1か月以内のセンター紹介	5	3	7	6	7	4	4	11	9	3
	1.0%	0.7%	1.4%	1.1%	1.6%	0.9%	0.9%	2.1%	1.8%	0.7%
その他の専門職(CN,CNS)	18	14	19	18	13	6	6	17	21	0
	3.5%	3.5%	3.7%	3.3%	2.9%	1.4%	1.4%	3.3%	4.2%	0.0%
										2.9%
【入院】										
スクリーニング数										計
陽性数										335
最高患者数										871
当日のセンター紹介										156
										425
1か月以内のセンター紹介										48.8%
										46.6%
その他の専門職(CN, CNS)										4
										1.4%
										2.3%
										4
										1.6%

表2 科ごとのスクリーニング陽性患者数

スクリーニング陽性患者	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	計
診療科										
形成	1	0	0	0	0	0	3	1	0	2
脳外	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
血細	7	8	8	6	8	3	6	6	5	13
呼外	4	8	8	5	10	12	10	22	26	25
呼内	33	29	33	33	34	17	23	53	62	58
消外	26	21	21	18	24	28	21	36	32	34
消内	85	58	58	79	88	46	71	114	116	93
整形	13	12	12	11	22	24	18	18	28	23
頭頸	39	34	34	32	34	27	34	52	42	39
乳腺	47	36	36	39	44	42	17	59	53	43
泌尿	8	12	12	16	13	8	8	13	14	8
婦人	28	14	14	27	26	13	21	24	35	26
放診	2	6	6	3	3	5	4	4	6	10
放治	1	0	0	3	2	3	2	5	4	3
薬療	20	11	11	17	11	14	10	28	30	21
緩和	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0
計	314	251	251	289	320	242	249	435	453	398
										2951

この表はスクリーニング陽性の患者実数である。
 実数になると、患者数の多い消化器内科が圧倒的に多い数となっている。
 科によって外来患者数が異なるので、本来なら分母をその科ごとの新来患者数とし、分子を上乗せの数として、割合を出すべきだと思われるが、そのまま表に出している。
 見せざるべきと考え、そのまま表に出している。

表3 外来でのスクリーニング後対応一覧

週	患者数	20%以上 高血糖者から50	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10未記入	MOWへの相談希望	対応なし	医師の介入希望なし	看護師が対応	薬剤師が対応	医師が薬状説明	医師が併用薬	他科にコンサルト	同科医師にコンサルト	同科医師にコンサルト	緩和ケアセンターに依頼	対応できず	再検定	対応率									
10/11	114	10	4	40	10	7	1	41	11	11	5	3	12	6	7	7	3	6	2	0	0	0	0	18	4	0	87.1%								
10/18	98	46	48	36	7	36	14	4	29	3	11	3	4	9	13	2	6	3	0	0	0	0	16	5	12	81.9%									
10/25	111	61	55.0%	49	7	36	9	7	44	5	9	3	15	3	6	3	4	0	0	0	0	0	2	21	5	15	75.4%								
11/1	133	72	54.1%	66	7	36	16	6	41	7	11	5	11	12	4	9	3	4	0	0	0	0	3	19	6	8	89.9%								
11/8	142	78	54.9%	70	5	43	15	5	4	11	4	9	2	20	9	8	3	5	1	0	0	0	0	1	9	3	8	89.7%							
11/15	97	60	61.9%	47	8	25	19	6	4	32	4	7	11	2	13	3	10	6	1	0	0	0	0	2	2	8	86.7%								
11/22	143	80	55.9%	70	6	41	15	5	6	47	11	10	12	9	16	8	10	1	7	4	9	0	3	1	5	1	10	87.5%							
11/29	112	62	55.4%	60	9	20	10	13	5	41	7	10	10	0	12	5	13	7	0	7	0	0	1	3	0	7	89.9%								
12/6	110	66	60.0%	50	7	35	12	6	5	36	10	4	13	3	12	11	7	8	3	1	2	6	2	4	0	4	0	5	92.4%						
12/13	108	51	47.2%	53	6	31	6	8	2	47	9	8	5	1	14	4	5	7	2	4	0	0	1	0	3	12	77.2%								
12/20	110	60	54.5%	52	4	34	13	6	5	42	12	9	10	4	10	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	85.1%							
12/27	104	56	53.8%	55	4	26	16	6	3	24	8	13	14	5	15	6	6	3	1	5	2	11	3	0	0	2	94.4%								
1/3	99	60	60.6%	52	4	22	18	2	1	31	9	6	3	5	19	7	6	7	1	18	16	0	2	0	0	4	93.7%								
1/10	120	74	61.7%	63	6	41	11	5	4	48	8	10	14	6	19	4	9	2	1	29	9	0	2	0	0	4	94.5%								
1/17	92	33	35.9%	26	2	14	7	2	1	14	5	2	6	2	10	4	1	4	1	29	9	0	2	2	0	0	4	93.7%							
1/24	107	67	62.6%	47	4	32	18	1	5	25	7	6	13	5	12	4	11	9	1	14	5	0	1	0	0	6	90.6%								
1/31	111	67	60.4%	54	3	32	17	2	3	34	7	5	12	6	17	4	10	8	7	3	3	6	0	2	2	0	4	94.0%							
2/7	122	82	67.2%	41	6	49	17	5	4	34	7	10	20	5	23	5	8	2	0	22	13	0	2	2	0	0	4	94.0%							
2/14	113	74	65.5%	45	3	40	11	12	2	36	5	9	17	4	12	4	6	16	2	2	0	7	1	2	0	0	10	87.8%							
2/21	103	51	49.5%	51	4	27	3	4	4	28	1	5	16	8	5	4	2	5	0	8	1	0	0	0	0	0	3	92.2%							
2/28	105	55	52.4%	47	6	49	14	8	5	40	11	10	12	5	10	5	6	1	0	23	11	0	0	0	0	0	3	92.1%							
3/6	112	65	58.0%	67	5	33	6	3	3	31	7	9	5	7	3	5	9	2	6	10	10	0	4	2	0	1	10	88.5%							
3/13	126	76	60.3%	58	6	40	12	6	4	34	14	7	11	6	18	4	7	13	5	1	2	2	2	0	0	5	93.7%								
3/20	114	60	52.6%	63	6	29	11	3	2	35	9	13	12	5	14	5	3	9	2	4	3	0	1	2	4	0	2	97.0%							
3/27	103	47	45.6%	53	7	29	7	2	5	35	8	11	6	3	20	6	5	7	0	1	10	1	3	0	1	3	0	1	97.9%						
計	3597	2098	58.3%	1891	184	1077	392	188	92	1197	233	279	342	139	457	181	208	269	84	153	38	237	52	478	460	5	59	1533	50	45	46	150	29	212	89.9%

↑医師が病状説明、が多いのが特徴

入院でのスクリーニング後対応一覧

週	入院患者数	医師が20%以上 高血糖者から50	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10未記入	MOWへの相談希望	対応なし	医師の介入希望なし	看護師が対応	薬剤師が対応	医師が薬状説明	医師が併用薬	他科にコンサルト	同科医師にコンサルト	同科医師にコンサルト	緩和ケアセンターに依頼	対応できず	再検定	対応率												
10/11	137	51	37.2%	26	51	0%	22	12	10	3	6	1	11	3	6	8	1	6	3	9	2	1	4	1	2	1	2	83.5%										
10/18	132	73	55.3%	39	53	4%	32	11	21	7	1	0	22	6	4	13	2	9	2	5	7	2	0	1	2	0	1	5	87.2%									
10/25	155	86	55.5%	44	51	3%	38	15	13	2	2	28	3	9	10	3	15	5	6	5	1	1	2	3	4	0	2	1	83.6%									
11/1	132	76	57.6%	34	44	7%	37	14	14	5	1	0	17	5	8	20	3	8	3	3	3	1	2	1	0	0	2	94.1%										
11/8	167	75	44.9%	33	44	0%	29	20	19	6	3	1	25	9	9	2	7	2	4	1	2	2	1	0	0	0	2	90.9%										
11/15	124	71	57.3%	54	46	3%	31	21	8	2	3	2	12	6	11	6	11	6	3	3	1	1	0	0	0	0	0	10	102.0%									
11/22	125	66	52.8%	45	52	3%	41	11	25	8	5	1	23	5	7	9	4	13	5	6	6	2	3	1	1	0	0	2	95.6%									
11/29	131	88	67.2%	43	43	6%	50	14	42	8	1	3	36	5	11	11	4	9	4	9	4	9	4	1	0	0	2	95.6%										
12/6	188	101	53.7%	41	40	6%	51	17	20	3	2	34	14	6	16	3	5	2	10	8	0	2	1	0	0	0	4	90.2%										
12/13	135	72	53.3%	34	47	2%	36	6	19	5	2	4	20	6	10	11	0	4	4	5	4	0	2	2	0	2	2	94.1%										
計	811	425	52.4%	297	141	211	78	296	18	261	66	82	124	35	81	42	67	54	14	23	16	24	13	44	203	15	42	203	15	42	65	5	56	9	20	6	34	92.0%

↑看護師が対応、が多いのが特徴

Ⅱ 緩和ケアスクリーニングの運用事例

3

高山赤十字病院—総合病院の事例

浮田雅人*¹ 上野恵子*¹ 田和亜樹*²

はじめに

高山赤十字病院（以下、当院）は、岐阜県飛騨地方（高山市・飛騨市・下呂市・白川村、人口計約15万人）の中心高山市にある公称476床（実働395床）のがん診療連携拠点病院である。救命救急センターを併設し、飛騨地方で唯一の放射線治療装置（ライナック）を備えている。緩和ケア病棟はないが、多職種からなる緩和ケアチームがコンサルテーション型の活動をしている。

当院では2012年1月より富士通社製電子カルテシステム（EG-MAIN GX V06）を使用している。テンプレート機能を用いると、帳票形式の入力画面を表示して、文字を入力したり、選択肢から選んだり、候補にチェックを入れたりすることにより、一定の形式で電子カルテに記事を入力することができる。テンプレートで入力すると経過表画面に表示されるので、何月何日にテンプレートを用いたかが分かる。テンプレートビューワーを用いると、入力した内容を表形式で経時的に表示することができる。

緩和ケアチームでは、がん患者の苦痛のスクリーニングに取り組むに当たり、このテンプレート機能を活用することにした。まず、第1段階としておも

に入院患者の身体的苦痛を評価するために、「痛みの評価シート」のテンプレート化を行った（資料1～3）。第2段階として、入院・外来を問わず、全人的苦痛のスクリーニングのため、「生活のしやすさに関する質問票」の質問用紙の作成とテンプレート化を行った（資料4～6）。さらに、「痛みの評価シート」については過去1年間の活用状況を調査した。「生活のしやすさについての質問票」については緩和ケア週間を強化週間とし普及啓発を行った。

スクリーニングを運用するまでの経時的記録

①「痛みの評価シート」

2014年2月3日に開催された岐阜県がん診療連携拠点病院協議会 緩和医療専門部会において、がん診療連携拠点病院指定要件の変更点についての情報提供がなされた。その中で「がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来及び病棟にて行うこと。また、院内で一貫したスクリーニング手法を活用すること」という新要件が示された。そこで、2014年4月から、緩和ケアチームの医師1名と看護師2名で苦痛のスクリーニングについての検討を開始した。

*¹ 高山赤十字病院 緩和ケアチーム *² 同 がん相談支援センター

実践の場においてがん患者の苦痛をスクリーニングするにはどのような形にしたらいいか、どのように評価するか、を検討していく中で、すでに院内にあったがん性疼痛治療マニュアルの中の「痛みの評価シート」（緩和ケア普及のための地域プロジェクトにあるものを一部改変したもの）を使用すること、電子カルテに簡単に入力ができるように「痛みの評価シート」のテンプレートを作成して、記入はすべてクリック方式や選択式としおおむね週1回評価すること、経過表の看護指示の観察項目に「痛みの評価シート」と同じ項目を作成して毎日評価できるようにすること、などを決定していった。帳票画面はまず手書きし、テンプレートと観察項目の作成は企画調整課情報システム係に依頼することとした。

既存の「痛みの評価シート」を使用することにしたため、テンプレート完成にはそれほど時間を要さなかった。看護指示の観察項目の追加には、看護記録委員会の承認を必要とした。看護師長会、看護係長会、医局会で苦痛のスクリーニングの必要性や入力方法の説明を行った。病棟スタッフへは、看護記録委員、看護係長から伝達を行った。2014年9月の院内緩和ケア勉強会において痛みを抱える患者を寸劇で演じ、参加者に「痛みの評価シート」を経験してもらった。これらの取り組みを経て、2014年10月より「痛みの評価シート」のテンプレートと観察項目の運用が始まった。

②「生活のしやすさに関する質問票」

2014年12月1日に開催された岐阜県がん診療連携拠点病院協議会 緩和医療専門部会において、他施設でのスクリーニングの取り組みについての情報提供がなされた。県内7つのがん診療拠点病院のうち、岐阜大学附属病院、岐阜県総合医療センター、大垣市民病院の3病院はすでに「生活のしやすさに関する質問票」の活用が始まっていることが示された。各病院で「生活のしやすさに関する質問票」の内容は微妙に違いがあり、それぞれ工夫が施されて

いた。

そこで、緩和ケアチームの声かけで、がん患者の苦痛のスクリーニングについての検討会を院内に設置し、当院バージョンの「生活のしやすさに関する質問票」について検討を始めた。検討メンバーは、緩和ケアチームより、医師1名、緩和ケア認定看護師1名、看護部より看護師長2名（外来師長、退院調整課長）、看護係長2名（病棟、外来）、がん化学療法認定看護師1名、とした。テンプレートの作成は企画調整課情報システム係に依頼した。

2014年12月19日第1回ミーティング：県内各がん拠点病院の「生活のしやすさに関する質問票」を供覧した。当院バージョンとして、気持ちのつらさについては寒暖計でたまかに問うだけではなく、病気のこと、検査のこと、治療のこと、仕事のこと、生活のこと、家族のこと、人間関係について、今後のこと、などの分類ごとに問うことにした。質問票を紙ベースで作成し、電子カルテに簡単に入力できるようにテンプレートを作成することとした。また、患者・患者家族・医療スタッフが「やってよかった」と思えることに重きを置くことが確認された。

2015年1月16日第2回ミーティング：患者に質問票を渡す手順、質問票を受け取り情報入力する手順、質問票を分かりやすい文面にするなどを話し合った。入力業務は、医療秘書も行えるようにした。質問票の文面は、検討メンバーの家族にプレテストを行い、読みやすさや理解しやすさを点検することとした。

2015年2月20日第3回ミーティング：「生活のしやすさに関する質問票」の患者向け説明用紙、運用マニュアル、テンプレート入力マニュアルを作成した（資料7～9）。質問票はA3用紙を左右見開きの2つ折りとした。質問票だと一目で分かるよう、淡いピンク色の長形3号サイズの専用封筒を用意した。看護師長会、看護係長会、外来看護師カンファランス、医局会などで伝達するなどの取り組みを経て、2015年4月より「生活のしやすさに関する質問票」の運用が始まった。

現在の運用体制

① 外 来

外来ではおもに「生活のしやすさに関する質問票」を運用している。質問票を患者に渡すのは原則として外来主治医で、診察の介助についている看護師または看護助手が気を利かせて質問票の入ったピンク封筒を主治医に差し出すようにしている。渡すタイミングは、がんと診断されたとき、治療や検査のため入院が決定したとき、治療方針が変更されたとき、などを推奨している。

外来患者の場合、質問票は次回の外来受診時に看護師が受け取り、記載が不十分な場合は看護師が患者に寄り添って記入を助けている。診察時に主治医が内容を確認した後、医療秘書によりテンプレート入力がされている。入院予約された患者は、入院サポートセンターでオリエンテーションを受けるルールになっているので、入院時に質問票を持参するよう促している。

外来化学療法室では患者の滞在時間が長いことを利用し、「痛みの評価シート」や「生活のしやすさに関する質問票」で得られたデータを看護に生かすようにしている。

② 入 院

入院では、特に痛みのコントロールが必要な患者で「痛みの評価シート」を用いている。テンプレートによる評価は週1回とし、毎日の評価は経過表の看護指示の観察項目に入力している。

外来で渡された「生活のしやすさに関する質問票」は病棟看護師が受け取っている。入院中に病状が変化したとき、治療方針が変更となったときなどにも原則として入院主治医が質問票を渡すこととしている。ここでも病棟看護師が気を利かせてピンク封筒を主治医に差し出すようにしている。質問票は病棟看護師が受け取り、記載が不十分な場合は看護師が患者に寄り添って記入を助けている。内容を主

治医が確認した後に、病棟看護師によりテンプレート入力がされている。

③「痛みの評価シート」の活用状況

2014年10月1日から2015年9月30日までの1年間で、「痛みの評価シート」のテンプレートはのべ156回使われていた。実人数は51人で、患者1人1入院あたり平均2.8回であった。診療科別では、内科51%、泌尿器科22%、外科14%、産婦人科8%、耳鼻咽喉科5%と主要な診療科で活用されていた。病棟別では、救命救急センターと回復期リハビリ病棟を除くすべての一般病棟で使われていた。

④「生活のしやすさに関する質問票」の強化週間

2015年4月から「生活のしやすさに関する質問票」の運用を開始したが、実際のところほとんど使われていなかった。ピンク封筒とマニュアルを各科外来、各病棟へ設置したが、存在すら知らない医師や看護師がほとんどだった。そこで、10月の緩和ケア週間を強化週間として、外来（内科・外科・泌尿器科）、外来化学療法室、病棟（内科・外科・泌尿器科）に協力を依頼し、告知済のがん患者のリストアップと主治医への予告を行い、質問票の普及啓発を図った。強化週間中に65名分の質問票が回収された。性別は、男性55%、女性45%であった。患者の年齢別では、70歳代28%、60歳代25%、70歳代と80歳代が共に19%であった。回収場所は、外来が80%、外来化学療法室が13%、病棟が7%であった。

課題と将来

① 痛みの評価シート

1年間の活用状況から、「痛みの評価シート」の対象患者であっても入力されていないことがあるの

が分かる。これは看護師への動機づけが不十分なためと考えられるので、看護師には「痛みの評価シート」の入力を繰り返し周知する必要がある。

「痛みの評価シート」を看護師の評価だけにとどめず、医師を含めた多職種との連携に活用していく必要がある。まずは医師への周知、病棟で看護師が行っているミニカンファレンスへの主治医の参加を促す必要がある。

② 生活のしやすさに関する質問票

強化週間中にかなりの調査票が回収できたことから、対象患者のリストアップと主治医への意識づけが大切だと分かる。たとえば、入院診療計画書は作成が義務づけられており、医師も看護師も十分な意識づけがされていることから、がん患者の苦痛のスクリーニングについてもそれと同等な意識づけが必要である。特に外来において、がんと診断されたとき、治療や検査のため入院が決定したとき、などに質問票を渡すよう習慣づける必要がある。

緩和ケアチームには年間100件近くのコンサルテーションが寄せられている。現状ではすべてのケースで「痛みの評価シート」や「生活のしやすさに関する質問票」が記入されているわけではない。コンサルテーションが寄せられたら、まずそれらのテン

プレートの入力を促すことから始める必要がある。

以前は、身体的苦痛のケアが主流だったコンサルテーションの内容が、精神的ケア、家族ケア、意思決定支援、療養の場の選択に移ってきている。「生活のしやすさに関する質問票」には患者のニーズが現されている。患者が抱える全人的な苦痛をスタッフが共有し、多職種で役割分担をして患者に効果的に対応する必要がある。しかし、緩和ケア病棟のない当院では、多職種による病棟でのカンファレンスが根づいていない。多職種からなる緩和ケアチームが積極的に関わり、主治医や看護師と他職種との連携を強化し、患者のニーズに応じた的確な援助をする必要がある。

おわりに

電子カルテでの情報共有を意識した「痛みの評価シート」「生活のしやすさに関する質問票」の現状と課題について報告した。今後も緩和ケアチームが牽引役となり、苦痛のスクリーニングの普及啓発と多職種協働での患者援助に取り組んでゆきたいと考えている。

資料2 痛みの評価シート カルテ展開

エディタ(新規) - テスト 練習0012(0000990012)

作成: 2014/09/19(金) 14:66 作成者: シズ管

01: 2014/09/19(金) 14:68 シズ管

作成: 2014/09/19(金) 14:68 作成者: シズ管

記入日: 2014/09/19

記入者: 今井 豊智

○日常生活への影響
3: しばしばひどい痛みがあり日常生活に著しく支障をきたす

○痛みのパターン
2: 習慣はほとんど痛みがないが、1日に何回か強い痛みがある

※1日に3回

○痛みの強さ【弱 0 - 5 - 10 強】

痛み(一番強い時): 9

痛み(一番弱い時): 5

痛み(一日の平均): 5

○痛みの部位
シエマ、全身、全身2

痛みの性状
○ 鋭い
○ 灼けるような
○ 重苦しい
○ うずくような
○ 刺すような

増悪因子
○ 夜間
○ その他 (●▲■)

軽減因子
○ その他 (○△□)

治療の反応
○ 定期薬剤
○ 追加作用

2 オピオイド (トラムセト)
3 非オピオイド (ハイベン)
4 鎮痛補助薬 (メキシチモール)

・薬量: 17なし
・見当座量: 1なし
・併服: 1なし
・嘔気: 1なし

レスキュー・ドーズ
使用薬剤と効果
使用回数 (1) 回/日
使用前NRS (10) → 使用后 (0)

効果
○ 鋭い
○ 灼けるような
○ 重苦しい
○ うずくような
○ 刺すような

増悪因子
○ 夜間
○ 併服・併薬 (真事前・後)
○ 不安・抑うつ
○ その他 (●▲■)

軽減因子
○ 安静
○ 冷却
○ 保温
○ その他 (○△□)

副作用
○ 嘔気
○ 嘔気

カルテに展開



エディタ(新規) - テスト 練習0012(0000990012)

作成: 2014/09/19(金) 14:66 作成者: シズ管

01: 2014/09/19(金) 14:68 シズ管

作成: 2014/09/19(金) 14:68 作成者: シズ管

記入日: 2014/09/19

記入者: 今井 豊智

○日常生活への影響
3: しばしばひどい痛みがあり日常生活に著しく支障をきたす

○痛みのパターン
2: 習慣はほとんど痛みがないが、1日に何回か強い痛みがある

※1日に3回

○痛みの強さ【弱 0 - 5 - 10 強】

痛み(一番強い時): 9

痛み(一番弱い時): 5

痛み(一日の平均): 5

○痛みの部位
シエマ、全身、全身2

痛みの性状
○ 鋭い
○ 灼けるような
○ 重苦しい
○ うずくような
○ 刺すような

増悪因子
○ 夜間
○ その他 (●▲■)

軽減因子
○ その他 (○△□)

治療の反応
○ 定期薬剤
○ 追加作用

2 オピオイド (トラムセト)
3 非オピオイド (ハイベン)
4 鎮痛補助薬 (メキシチモール)

・薬量: 17なし
・見当座量: 1なし
・併服: 1なし
・嘔気: 1なし

レスキュー・ドーズ
使用薬剤と効果
使用回数 (1) 回/日
使用前NRS (10) → 使用后 (0)

効果
○ 鋭い
○ 灼けるような
○ 重苦しい
○ うずくような
○ 刺すような

増悪因子
○ 夜間
○ 併服・併薬 (真事前・後)
○ 不安・抑うつ
○ その他 (●▲■)

軽減因子
○ 安静
○ 冷却
○ 保温
○ その他 (○△□)

副作用
○ 嘔気
○ 嘔気

カルテに展開

資料5 生活のしやすさに関する質問票（表紙）

高山赤十字病院（2015.4）

生活のしやすさに関する 質問票



高山赤十字病院



この質問票は次回受診時または入院時に
看護師または病院スタッフに
封筒のままお渡し下さい

〒506-8550 岐阜県高山市天満町3丁目11番地
TEL 0577-32-1111(代) FAX 0577-34-4155

資料6

生活のしやすさに関する質問票

高山赤十字病院(2015.4)

生活のしやすさに関する質問票

記入日 平成 年 月 日
 初回 継続()
 記入者 ご本人 ご家族 医療者()

■ この1週間で、以下の症状が一番強いときは、どれくらいの強さでしたか？

5 からだの症状について詳しくお伺いします

全くなかった ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → これ以上考えられないほどひどかった

痛み(一番強い時) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 (一番弱い時) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 しびれ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 ねむけ(うとうとした事) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 だるさ(つかれ) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 息切れ(息苦しさ) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 食欲不振 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 吐き気 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 気になっていること、心配していることがあれば、どんなことでもご記入ください

- ◆ 病状や治療について、詳しく知りたいことや、相談したいことがある あり
- ◆ 経済的な心配や制度でわからない事がある
- ◆ 仕事について、心配や相談したいことがある
- ◆ 日常生活で困っている事がある(食事・入浴・移動・排泄など)
- ◆ 通院が大変

3 気持のつらさについてお伺いします

現在のからだの症状はどの程度ですか？
 最も当てはまる数字に○をつけてください。

4 我慢できない症状がずっとつづいている 4 最高につらい

3 我慢できないことがしばしばあり対応してほし 3 かなりつらい

? それほどひどくないが方法があるなら知りたい ? 中くらいにつらい

1 現在の治療に満足している 1 少ずつらい

0 症状なし 0 つかうくない

4 専門のチームへの相談を希望しますか？

- ◆ 痛みなどからだの症状や気持のつらさに対応する緩和ケアチーム
- ◆ 経済的な問題や、制度の疑問に対応する医療ソーシャルワーカー
- ◆ 自宅での生活がしやすいように、利用できるサービスがあるかを相談したい

その他の症状

6 気持のつらさについて詳しくお伺いします

つかうくない ← 0 1 2 3 4 → 最高につらい

病気のこと 0 1 2 3 4
 検査のこと 0 1 2 3 4
 治療のこと 0 1 2 3 4
 仕事のこと 0 1 2 3 4
 家族のこと 0 1 2 3 4
 人間関係について 0 1 2 3 4
 今後のこと 0 1 2 3 4
 その他

資料7 生活のしやすさに関する質問票 説明用紙

高山赤十字病院 (2015.4)

..... 生活のしやすさに関する質問票の記入の仕方.....

高山赤十字病院では、通院中あるいは入院中の皆様に、「生活のしやすさに関する質問票」をお配りしています。これをもとに、検査や治療を受ける中で、身体や心、社会的なつらさを和らげ、自分らしい生活を続けられるよう、医師や看護師、薬剤師をはじめとする専門スタッフが、生活のしやすさについて一緒に考えさせていただきます。この質問票は、原則として主治医からお渡します。詳しいことは主治医または病院スタッフにおたずね下さい。

特に気になって
いる事や相談した
いこと等を書いて
おきましょう。

症状の強さを
点数で伝えるの
は難しいと思い
ます。
しかし、血圧と
同じように数字
で伝えて頂くこ
とで、医師や看護
師があなたの症
状を理解しやす
くなります。

高山赤十字病院(2015.4)

■ この1週間、以下の症状が「普通」以上で、どれくらいの頻度でしたか？

5 からどの程度について詳しくお聞かせいただけますか？

痛み(一層強い時)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
しびれ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
めまい(回転感)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
だるさ(つかれ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
食欲不振	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
吐き気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
嘔吐	なし	1回/日	2~3回/日	4回/日以上							
便秘	よく通る	時々通る	通らない								
排便	毎日	週1~2回	週1回以下	なし							
便の性状	硬い	普通	やわらかい	下痢							
ほかの痛みや不快感	なし	肩こり/腰痛/頭痛/手足の痺れ/その他									

その他の症状

6 ほかのつらさについて詳しくお聞かせいただけますか？

胸苦しさ	0	1	2	3	4
呼吸のしづまり	0	1	2	3	4
めまい	0	1	2	3	4
吐き気	0	1	2	3	4
便秘	0	1	2	3	4
便の性状	硬い	普通	やわらかい	下痢	
ほかの痛みや不快感	なし	肩こり/腰痛/頭痛/手足の痺れ/その他			

生活のしやすさに関する質問票

記入日 年 月 日

記入者 口読者 口読者

記入者 口読者 口読者

1 夏に比べて、暑く感じることがある、服装したいことがある

2 からどの程度についてお聞かせいただけますか？

3 ほかのつらさについてお聞かせいただけますか？

4 数値で強い程度がつかっていない

5 数値で弱い程度がつかっていない

6 それほどもよくない方法があるから聞かさない

7 数値で強い程度がつかっていない

8 それほどもよくない方法があるから聞かさない

9 数値で弱い程度がつかっていない

10 それほどもよくない方法があるから聞かさない

4 数値で強い程度がつかっていない

5 数値で弱い程度がつかっていない

6 それほどもよくない方法があるから聞かさない

7 数値で強い程度がつかっていない

8 それほどもよくない方法があるから聞かさない

9 数値で弱い程度がつかっていない

10 それほどもよくない方法があるから聞かさない

4 数値で強い程度がつかっていない

5 数値で弱い程度がつかっていない

6 それほどもよくない方法があるから聞かさない

7 数値で強い程度がつかっていない

8 それほどもよくない方法があるから聞かさない

9 数値で弱い程度がつかっていない

10 それほどもよくない方法があるから聞かさない

4 数値で強い程度がつかっていない

5 数値で弱い程度がつかっていない

6 それほどもよくない方法があるから聞かさない

7 数値で強い程度がつかっていない

8 それほどもよくない方法があるから聞かさない

9 数値で弱い程度がつかっていない

10 それほどもよくない方法があるから聞かさない

全く症状がない場合を0点、これ以上考えられないほどひどい症状の場合を10点又は4点として下さい。

あまり深く考えず、感じだすままをお答え下さい。



記入した質問用紙は次回受診時または入院時に、『封筒のまま』看護師または病院スタッフにお渡し下さい。

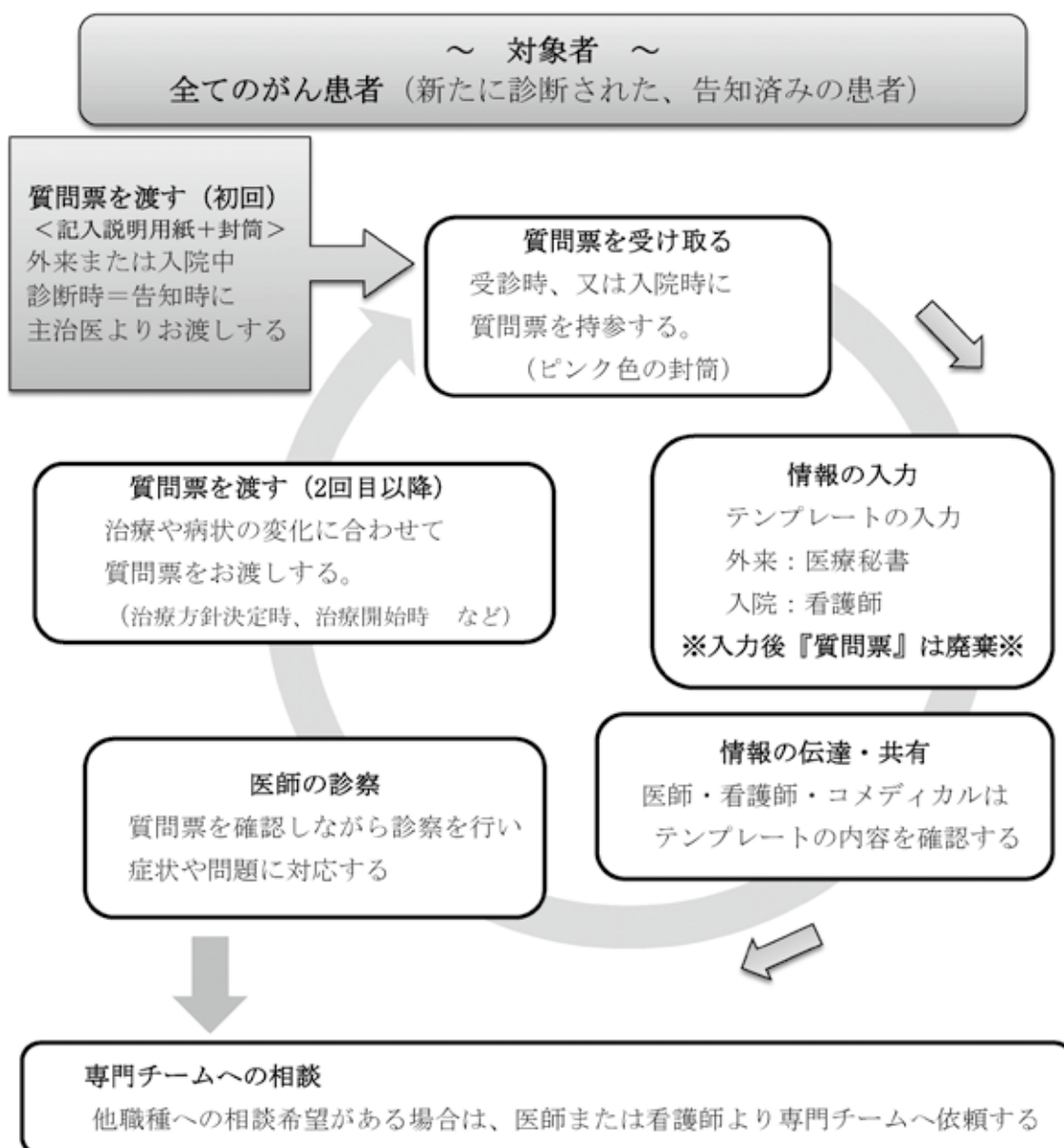
資料 8 生活のしやすさに関する質問票 運用マニュアル

『生活のしやすさに関する質問票』運用マニュアル (2015.4)

「生活のしやすさに関する質問票」は、

1. がん患者がどのようなことを心配しているか？
 2. どのような苦痛がどの程度あるか？
 3. 緩和ケアチームや医療ソーシャルワーカーなどへの相談希望があるか？
利用できるサービスの相談希望があるか？
- 等がわかるように作成されています。

この質問票は、がんと診断された日から使用し、初回は主治医から、2回目以降は、各科外来、入院サポートセンター、病棟、外来点滴室、などでお渡しますので、受け取られた部署では電子カルテに入力し、情報を共有できるようにして下さい。



資料 9

生活のしやすさに関する質問票 テンプレート入力マニュアル

高山赤十字病院

生活のしやすさに関する質問票 テンプレート入力マニュアル

- 「生活のしやすさに関する質問票」は、がん患者がどのようなことを心配しているか、どのような苦痛がどの程度あるかがわかるように作成されています。また、緩和ケアチームや医療ソーシャルワーカーなどへの相談希望があるかがわかるようになっています。
- 「生活のしやすさに関する質問票」は、がんと診断された日から、または、がんと診断された次の受診日から使うことを想定しています。また、診断時に1度だけ使うのではなく、入院時、手術時、化学療法や放射線治療の開始時、治療内容の変更時、治療の中止時、再入院時、など治療内容や病状に大きな変化があったときにも使うようにしてください。たとえば入院中なら、毎週1回質問票を記入するように計画しておいて、大きな変化がなければその週は記入をしない、という運用もあります。
- 「生活のしやすさに関する質問票」は、各科外来、入院サポートセンター、病棟、外来化学療法室、などで配布することを想定しています。外来、病棟、外来化学療法室、などでは看護師が記入のお手伝いをしたり、マンツーマンで記入内容を確認したりしてください。さらに電子カルテのテンプレートに入力し、医療スタッフが情報を共有できるようにしてください。

— * — * — * — * — * — * — * — * — * — *

「生活のしやすさに関する質問票」テンプレート

The screenshot shows a web-based form titled "生活のしやすさに関する質問票" (Life Ease Questionnaire). It includes fields for "記入日" (Entry Date), "初回" (First Time), "継続" (Continued), and "記入者" (Entry User). The form is organized into several sections:

- 気になっていること、心配している事** (Concerns and worries): A list of checkboxes for items like "病状や治療について、詳しく知りたい事や、相談したい事がある" (I have things I want to know more about or consult about regarding symptoms and treatment), "経済的な心配や制度でわからない事がある" (I have concerns about financial issues or regulations I don't understand), "仕事について、心配や相談したい事がある" (I have concerns or things to consult about regarding work), "日常生活で困っている事がある(食事・入浴・移動手段など)" (I have difficulties in daily life (eating, bathing, transportation, etc.)), and "通院が大変" (Hospitals are a hassle). There is a "その他:" (Others) field.
- からだの症状** (Physical symptoms): A scale from 0 to 10. Below the scale are dropdown menus for "痛み(一番強い時)" (Pain at its strongest), "痛み(一番弱い時)" (Pain at its weakest), "しびれ" (Numbness), "むくみ" (Swelling), "倦怠感" (Fatigue), "息切れ" (Shortness of breath), "暑熱" (Heat), "寒気" (Chills), "嘔吐" (Vomiting), "便秘" (Constipation), "口腔内の症状" (Symptoms in the mouth), and "その他:" (Others).
- 気持のつらさ** (Mood): A scale from 0 to 4. Below the scale are dropdown menus for "吐き" (Nausea), "睡眠" (Sleep), "変化" (Change), and "口腔内の症状" (Symptoms in the mouth). There is also a "その他:" (Others) field.
- 気持のつらさ** (Mood): A scale from 0 to 4. Below the scale are dropdown menus for "酒席の事" (Social events), "生活の事" (Life), "持病の事" (Chronic illness), "療養の事" (Nursing), "治療の事" (Treatment), "周囲との関係" (Relationships with others), "仕事の事" (Work), and "今後の事" (Future). There is also a "その他:" (Others) field.
- 専門チームへの相談希望** (Wishes for consultation with specialist teams): A list of checkboxes for "痛みなど、からだの症状や気持のつらさに対応する緩和ケアチーム" (I want to be consulted about pain, etc., symptoms and mood difficulties by the palliative care team), "経済的な問題や、制度の問題に対応する医療ソーシャルワーカー" (I want to be consulted about financial issues, etc. by the medical social worker), and "自右での生活がしやすいように、利用できるサービスがあるかを相談したい" (I want to be consulted about services that can be used to make life easier).

At the bottom of the form are buttons for "クリア" (Clear), "キャンセル" (Cancel), and "カルテに展開" (Expand to ECR).

生活のしやすさに関する質問票 記入日

初回 継続 記入者

記入日を入力
初回または継続にチェック
継続の場合、選択肢を選んで入力
記入者を入力

気になっていること、心配している事

病状や治療について、詳しく知りたい事や、相談したい事がある
 経済的な心配や制度でわからない事がある
 仕事について、心配や相談したい事がある
 日常生活で困っている事がある（食事・入浴・移動排溺など）
 通院が大変
 その他：

項目を選んでチェック

その他があれば、手入力

からだの症状

0. 症状なし	1. 現在の治療に満足している	2. それほどひどくないが方法があるなら考えたい	3. 改善できない事がしばしばあり対応して欲しい	4. 改善できない症状がずっと続いている
---------	-----------------	--------------------------	--------------------------	----------------------

■評価：

からだの症状
クリックするか、評価を選ぶ

気持ちのつらさ

0. つらい	1. 少しつらい	2. やさしい	3. かなりつらい	4. 最もつらい
--------	----------	---------	-----------	----------

■評価：

気持ちのつらさ
クリックするか、評価を選ぶ

専門チームへの相談希望

痛みなど、からだの症状や気持ちのつらさに対応する緩和ケアチーム
 経済的な問題や、制度の疑問に対応する医療ソーシャルワーカー
 自宅での生活がしやすいように、利用できるサービスがあるかを相談したい

それぞれ相談希望があれば入力

緩和ケアチームへのコンサルト ⇒ 文書作成「緩和ケアチーム依頼箋」
 緩和ケア認定看護師 PHS
 がん相談窓口 内線

医療ソーシャルワーカー (MSW) へのコンサルト ⇒ 医療社会事業課 内線 又は MSW の PHS

退院調整課へのコンサルト ⇒ 退院調整課 内線 又は 担当者の PHS

総合相談窓口へのコンサルト ⇒ 医療社会事業課 内線

からだの症状

全くなかった 0 <----- 5 -----> 10 これ以上考えられないほどひどかった

すべて0 ■評価 ■評価

痛み (一番強い時)	▼	息苦しさ	▼
痛み (一番弱い時)	▼	食欲不振	▼
しびれ	▼	嘔気	▼
ねむけ	▼	腹満感	▼
倦怠感	▼		

■評価 ■評価

嘔吐	▼	睡眠	▼
便秘	▼	便性状	▼
口腔内の症状	▼		
その他:			

からだの症状 (詳細) について入力

痛み、しびれ、ねむけ、倦怠感、息苦しさ、食欲不振、嘔気、腹満感 は、0～11の11段階で入力

0 : 全くなかった

5 : 中間

10 : これ以上考えられないほどひどかった

嘔吐、睡眠便秘、便性状、口腔内の症状 はそれぞれ選択肢から入力

嘔吐 : なし

1日1回

2～5回/日

6回/日以上

睡眠 : よく眠れる

眠れる (ときどき起きるが
だいたい眠れる)

眠れない

便秘 : 毎日

週4～6回

週1～3回

なし

便性状 : 硬い

普通

やわらかい

下痢

口腔内の症状

なし

軽度 (あるが普段通り食べられる)

中等度 (食事の工夫が必要)

重度 (十分に食事ができない)

その他 : 手入力

気持ちのつらさ

つらくない ← 0 ————— 2 ————— 4 → 最高につらい

すべて0 ■ 評価 ■ 評価

病気の事	▼	生活の事	▼
検査の事	▼	家族の事	▼
治療の事	▼	周囲との関係	▼
仕事の事	▼	今後の事	▼

その他：

気持ちのつらさ（詳細）について入力

- 0～4の5段階
 0：つらくない
 2：中間
 4：最高につらい

【備考】

周囲との関係には、主治医や看護師など医療者との関係が含まれます。

不安、恐れ、自責の念、後悔、不受容、などの気持ちのつらさは、その他に手入力して下さい。

クリア キャンセル カルテに展開

クリア：テンプレートを初期化

キャンセル：テンプレートを閉じる
 （入力した内容は破棄）

カルテに展開：テンプレートを閉じる
 （入力内容をカルテに展開）

※カルテの内容をダブルクリックするとテンプレート画面が再び開きます

—*——*——*——*——*——*——*——*——*——*——*——*

○この質問票によって、がんと診断された日から始まる患者さんのさまざまな苦痛や悩みを、われわれ医療者が的確にキャッチするきっかけとなるでしょう。それらを全人的苦痛ととらえて多職種で支えていくことができる手助けとなるでしょう。

○この質問票によって、これまで患者の心の中だけにしまい込まれていた気持ちのつらさが表出されるきっかけとなるでしょう。われわれ医療者が患者の気持ちを理解し、より添うことが、患者さんの心の支えとなりより良い治療につながることでしょう。

○この質問票を活用するときは、機械的に問診するのではなく、患者さんの気持ちにより添い支える気持ち「緩和ケアマインド」を忘れずに対応するようにしてください。

Ⅱ緩和ケアスクリーニングの運用事例

4

石川県立中央病院—総合病院の事例

内村恵里子* 黒川 勝*

スクリーニングを運用するまでの経時的記録

① 2014年4月：入院がん患者の苦痛スクリーニング準備開始

- ・現状調査を実施した。調査は、がん患者が入院している11病棟の4月4日から11日の8日間に入院している患者で、がんと診断されている患者（認知症の患者は除く）を対象に、生活のしやすさに関する質問票を用いて、実施した。
- ・1週間後、病棟別がん患者の入院状況や病棟の特殊性をもとに、病院長と緩和ケア委員会で、病棟ラウンド体制（実施曜日、時間帯、担当医師、看護師、担当病棟）について検討した。
- ・引き続き、入院がん患者を対象とした苦痛スクリーニングの実施に向けて、シートやその運用について、緩和ケア委員会で検討した。他病院の情報や文献などから検討し、STAS-Jと生活のしやすさに関する質問票の2種類のシートを活用して、2段階のスクリーニング方法とした。

② 2014年5月：苦痛スクリーニング導入（入院患者）

- ・5月1日から、1病棟のみでスクリーニングを

試行し、問題点がないか確認した。

- ・5月22日、23日の2回にわたり、全職員を対象に緩和ケア新体制（従来の緩和ケアチーム活動および苦痛スクリーニングの実施、病棟ラウンド実施）についての説明会を開催した。苦痛スクリーニングを実施する看護師は全員参加とした。
- ・5月30日に試行病棟の問題点と説明会後の意見をふまえて、運用について再検討した。
- ・看護師が業務中いつでも確認しやすいように、ラミネート加工をした運用フローシートを作成し各病棟に配布した。配布時には再度フローシート内容について説明した。

③ 2014年6月：全病棟で苦痛スクリーニング導入

- ・開始後は、緩和ケアチーム専従看護師が苦痛スクリーニングの運用やシート入力についての問い合わせに対応した。なかには、病棟に出向き個別指導も実施した。

④ 2014年11月：外来患者用苦痛スクリーニング導入の準備開始

- ・シートや運用について緩和ケア委員会で検討し

* 石川県立中央病院 緩和ケアチーム

た。

- ・12月の外来看護師会（定例会）を利用して説明会を実施した。緩和ケア委員長，緩和ケアチーム専従看護師から外来看護師全員に，シートの内容，入力方法，運用について説明をし，不明点に回答した。
- ・導入は一斉ではなく，1月1カ所，2月3カ所，3月6カ所（全部署）というように，状況を見ながら段階的に進める計画を立案した。

⑤ 2015年1月：苦痛スクリーニング導入（外来患者）

- ・呼吸器外科外来1カ所からスクリーニングを開始した。その理由として，呼吸器外科は，手術前の説明が曜日を決めて実施しており，およその患者数の把握がしやすかった。また病棟からの応援看護師はすでに入院がん患者の苦痛スクリーニングの経験があったため，呼吸器外科外来から導入した。
- ・2月から消化器内科，産婦人科，乳腺外科の3カ所で苦痛スクリーニングを開始した。消化器内科外来はがん患者の受診者数が多く，また産婦人科外来，乳腺外科外来は女性がん患者が多く社会的苦痛，精神的苦痛が強い患者が多いと想定し，大まかな外来の苦痛スクリーニング状況の把握ができると考えて決定した。
- ・開始前に，消化器内科外来，婦人科外来，乳腺外科外来の看護師を対象に，苦痛スクリーニングの運用や入力方法について，緩和ケア委員長，緩和ケアチーム専従看護師から再び説明をした。
- ・3月から残り6カ所の外来でスクリーニングを開始した。
- ・今回も同様に，開始前に，開始する外来の看護師を対象に，苦痛スクリーニングの運用や入力方法について，緩和ケア委員長，緩和ケアチーム専従看護師から説明をした。

現在の運用体制

① 外 来

1. 対象の選択の仕方

外来でがんと診断され，病名告知や再発診断の説明を受けた患者。

2. 使用しているスクリーニング方法

がんの病名告知や再発診断の説明が実施された後に，外来看護師が観察し，聞き取り，STAS-Jをもとに作成したシート（資料1）でスクリーニング（以下、緩和スクリーニング）を実施し，電子カルテに入力する。

3. 運用方法の実際（資料2）「緩和ケアシステムフローチャート（外来患者）」参照

緩和スクリーニング3点以上の場合は，外来看護師が苦痛の内容によって，主治医あるいは緩和ケア専門スタッフに相談を依頼する。緩和スクリーニング2点以下の場合は，外来看護師が対応する。そして，緩和スクリーニングの点数にかかわらず，心配になっていることがあれば，その内容に応じた対応を心がけるようにしている。

1週間ごとの緩和スクリーニング実施数を外来のリンクナースが緩和ケアチーム専従看護師に報告し，データ集計を実施している。2カ月ごとの開催する緩和ケア委員会で報告している。

② 入 院

1. 対象の選択の仕方

がんと診断された患者全員（未告知の患者，通院治療を終えた患者は除く）

2. 使用しているスクリーニング方法

STAS-Jを基にした緩和スクリーニングと生活のしやすさに関する質問票の2種類を使用している。

3. 運用方法の実際（資料3）「緩和ケアシステムフローチャート（入院患者）」参照

入院時，転入時，症状が変化した場合，1週間後に緩和スクリーニングで看護師がチェックし，電子

カルテに入力する。

緩和スクリーニングで3点以上のチェック項目がある患者に、「生活のしやすさに関する質問票」（以下、質問票）でさらに細かくチェックする。質問票の記載をもとに、病棟ラウンドを行い、病棟看護師から患者の苦痛状況を確認し、緩和ケアチームの介入が必要かどうかを判断する。緩和ケアチームの介入が必要と判断した場合は、主治医に連絡し、許可をもらい、緩和ケアチーム介入とする。緩和ケアチームの介入が必要ないと判断した場合、病棟で対応するように依頼し、1週間後にスクリーニングを行う。

毎月、各部署のリンクナースから、緩和スクリーニングと生活のしやすさ質問票の実施数を緩和ケアチーム専従看護師に報告し、データ集計を実施している。2か月毎に開催する緩和ケア委員会で報告している。

課題と将来

導入して1年6カ月経過した2015年12月に、全部署のリンクナース21人を対象に、苦痛スクリーニングに対する意見、改善点、要望などについてのアンケートを実施した。その結果、4つの課題が明らかになった（資料4）。「より早期からの緩和ケアの提供にむけての調査結果」参照

1つ目は、【患者の病状認識の確認、評価が困難】、【家族の不安や病状認識の評価が困難】、【評価基準がわかりにくい】、【質問内容がわかりにくい】、

【質問数が多い】、【項目のその他の活用方法がわかりにくい】というスクリーニングシートの見直しに関する課題があげられた。

2つ目は、【スクリーニングの必要性を感じない】、【業務負担】、【緩和ケアの認識の差】というスクリーニングを実施する看護師の課題があげられた。

3つ目は、【患者に聞きづらい】、【患者説明用紙の必要性】や【毎週同じことを聞かれるのは苦痛】といった患者からの苦情から患者への説明に関する課題があげられた。

4つ目は、【対象患者の縮小化】、【記載者に関する意見】、【実施するタイミング】というスクリーニングの運用に関する課題があげられた。

以上の課題について、緩和ケア委員会で検討し、スクリーニングシートを修正し、使用開始したところである。将来的には患者アンケートを行う必要があると考えている。なぜなら、スクリーニングよりもトリアージが大事であり、適切なトリアージが行われて、はじめて質の高い緩和ケアを提供でき、患者満足度の向上につながるといえるからである。

また、がん診療拠点病院の指定要件として、がんと診断されたすべての患者に対し、苦痛スクリーニングを実施する必要があるため、化学療法や放射線治療などの治療中の患者や定期的な検査のみ受けている患者へと対象を広げていく必要があると考えている。しかし、スクリーニングを実施する看護師などのマンパワーの調整や、聞き取りができる患者のプライバシーに配慮できる環境の準備など、克服していかなければならない。

資料1 緩和ケアスクリーニングシート（医療者用）

病棟名		評価日	/	<input type="checkbox"/> 外来診察時	<input type="checkbox"/> 入院時	<input type="checkbox"/> 転入時
患者氏名				<input type="checkbox"/> 症状変化時	<input type="checkbox"/> 1週間後	
性別	男・女	年齢	歳			

I. 方法は、緩和ケアシステムフローチャート参照

II. 疼痛や疼痛以外の症状について

0: なし

- 1: 時折、または断続的な症状で今以上の治療を必要としない（満足している）
- 2: 中等度の症状が時に調子の悪い日もある（何らかの処置は必要であるがそれほどひどくない）
- 3: しばしばひどい症状がある、日常生活動作や物事への集中力に支障きたす（我慢できない症状が出現する）
- 4: 持続的な耐えられない激しい症状で他のことが考えられない（持続的で我慢できない）

疼痛	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	食欲不振	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
しびれ	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	便秘	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
全身倦怠感	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	眠気	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
呼吸困難	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	浮腫	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
咳・痰	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	せん妄	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	抑うつ	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
腹満感	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	その他	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

III. 患者の不安について

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つめた気持ちで過ごしている（日常生活は保たれている）
- 3: しばしば不安に襲われる、身体面や行動面に兆候が見られる（日常生活に支障をきたしている）
- 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出来ない

※評価できない項目 7~9

- 7: 入院直後や家族はいるが面会に来ないので評価できない
- 8: 家族がいないため、家族に関する項目は評価できない
- 9: 認知機能の低下や深い鎮静により評価できない

患者	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9
----	--	--

IV. 家族の不安について

IIIの評価基準内容と同じ

家族	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9
----	--	--

V. 患者の病状認識について

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：2～3か月であろう6か月と考えている）

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：近いうちに死ぬかもしれない）

3：非現実的に思っている（例：予後が短いのに、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

※評価できない項目 7～9

7：入院直後や家族はいるが面会に来ないので評価できない

8：家族がいないため、家族に関する項目は評価できない

9：認知機能の低下や深い鎮静により評価できない

患者	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
----	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

VI. 家族の病状認識について

Vの評価基準内容と同じ

家族	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
----	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

VII. 気になっていること、心配になっていること

[]

専門スタッフに相談希望

< 痛みなどの症状 気持ちのつらさ 経済面 日常生活について >

病状や治療について詳しく知りたい、または相談したい

《総合評価》

□スコアが全て2以下のみ ⇒ A：緩和ケアスクリーニングシートで1週間後評価しましょう

□スコアが3以上の項目がある ⇒ B：生活のしやすさに関する質問票を記入しましょう

資料2 緩和ケアシステムフローチャート（外来患者）

平成26年11月26日

目的：外来における病名告知や再発診断の説明をうけた時から、がん患者の苦痛を迅速かつ適切に対応するために、スクリーニングを実施し、緩和ケア専門スタッフの介入などの必要性を判断する指標として以下のフローチャートを使用する。

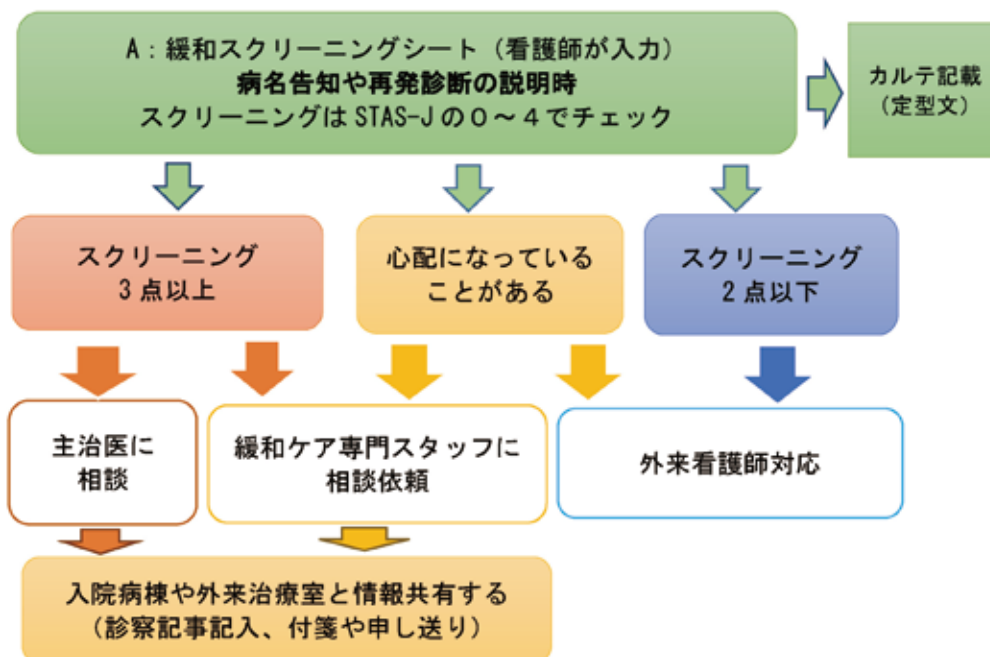
対象者：外来でがんと診断され、病名告知や再発診断の説明を受けた患者

スクリーニング実施時期：がんの病名告知や再発診断の説明が実施されたとき

使用する用紙：A 緩和ケアスクリーニングシート（入院患者使用と同じ）

緩和ケア専門スタッフの対応基準

①緊急（すぐに対応）②準緊急（その日の内に対応）③緊急なし（次回受診時に）



【緩和ケア専門スタッフ連絡先】

- ・ 緩和ケア医（外来受診）
 外来担当看護師 PHS : 8604
- ・ がん看護専門看護師 ■■■ PHS : 8397
- ・ がん性疼痛看護認定看護師 ■■■ PHS : 8122
- ・ MSW ■■■ PHS : 8559

資料3 緩和ケアシステムフローチャート（入院患者）

早期に緩和ケアを提供し、緩和ケアチーム（以後 PCT）介入の必要性を判断するために、以下のフローチャートを使用する。

対象者：がんと診断された患者全員（対象外患者：未告知の患者、通院治療を終えた患者）

スクリーニング回数：1週間に1回

使用する用紙 A：緩和スクリーニングシート（入院時・転入時・症状が変化した場合・1週間後）

B：生活のしやすさに関する質問票（Aの用紙で3以上のチェック項目がある方）

C：緩和ケアチーム介入患者シート（緩和ケアチーム専用シート）

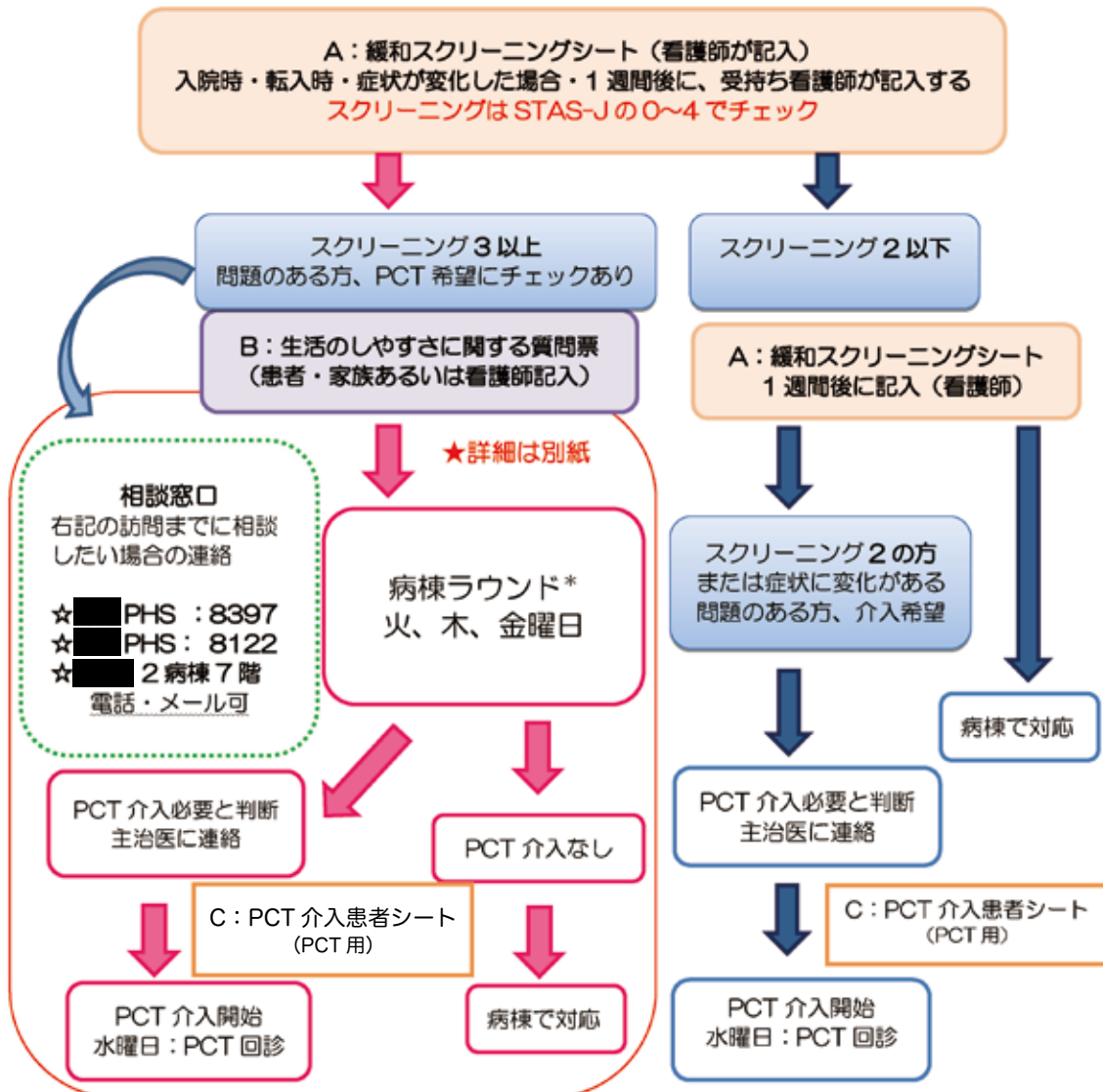
対応基準：①緊急（すぐに対応）②準緊急（その日のうちに対応）③緊急なし（2～7日の間に対応）

PCT 対応評価基準：Ⅰ. 専門スタッフの個別訪問（専門看護師・認定看護師など）

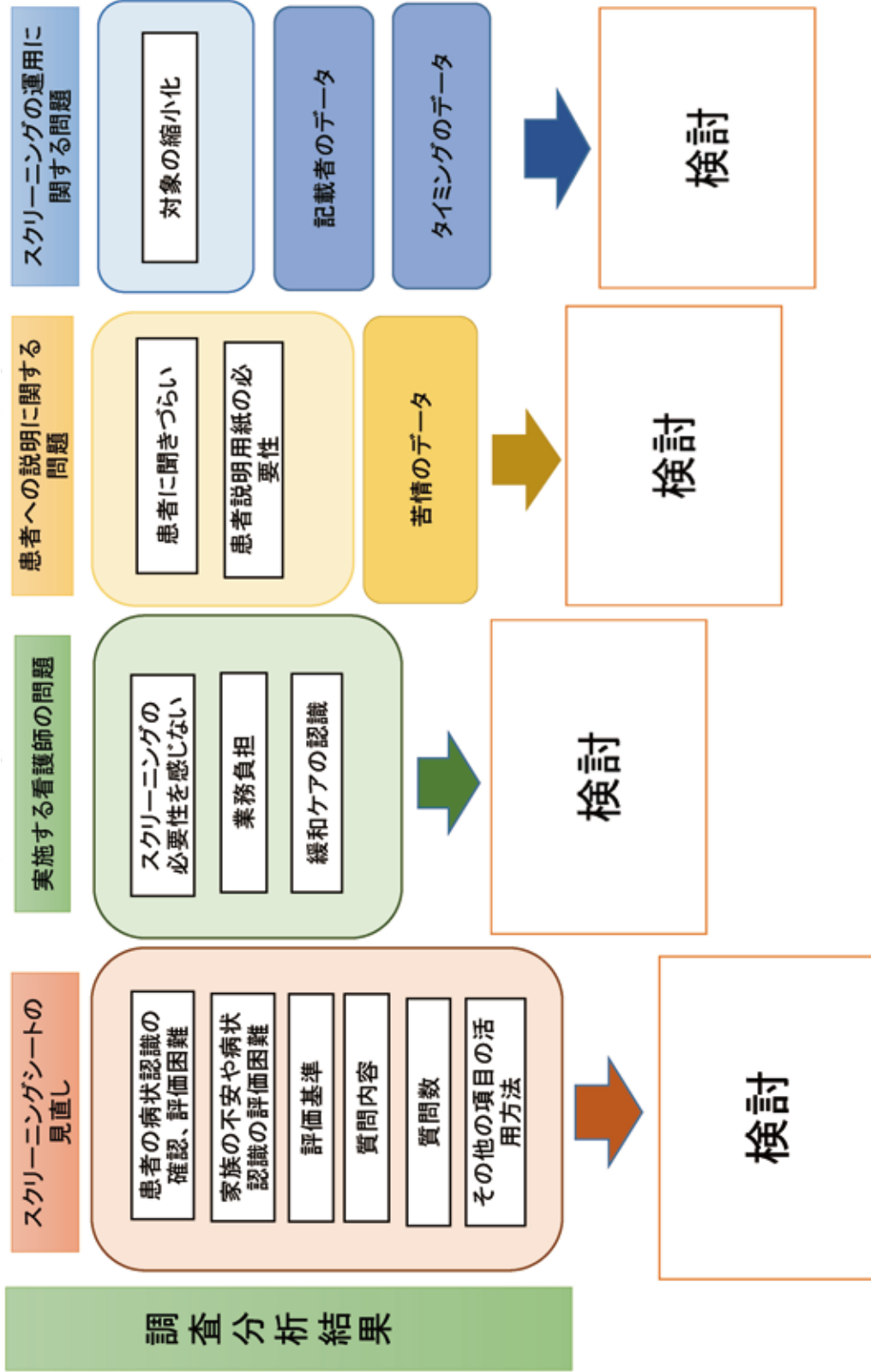
Ⅱ. PCT からのアドバイスのみ（病室の訪問はしない）

Ⅲ. PCT 対応とし定期的に病室訪問（回診）し対応する

Ⅳ. PCT 対応とするが患者の希望で病室訪問（回診）はしないで個別訪問する



資料4 より早期からの緩和ケアの提供にむけて調査結果



B 緩和ケアスクリーニングの運用事例

5

市立豊中病院—総合病院の事例

宮川真一* 二宮由紀恵*

市立豊中病院（以下、当院）では、緩和ケアチームが独自に作成したスクリーニング用紙（資料1）を用いてがん患者スクリーニングを実施している。スクリーニング開始後、スクリーニング用紙および運用方法の見直しを1度行っている。現在のスクリーニング運用（資料2）にいたる経緯、今後の課題などについて述べる。

スクリーニング運用の経緯

① スクリーニング方法の検討に至る経緯

当院は病床数613床の自治体立急性期病院である。地域医療支援病院の指定を受けており、大阪の北部、豊能医療圏の中核病院としての役割を担っている。地域がん診療連携拠点病院の認定は2002年に受けた。同時期より緩和ケアチームの活動が開始されているが、組織図上の位置づけが明確にされ、本格的に活動開始したのは2004年である。

現在の緩和ケアチームは、身体担当の医師、精神科医師、がん看護専門看護師、認定看護師（緩和ケア、がん化学療法看護、がん放射線療法、がん性疼痛看護）、訪問看護師、薬剤師、臨床心理士、管理

栄養士、理学療法士・作業療法士、メディカルソーシャルワーカーが所属している。より専門性の高い緩和ケアを提供する役割と、院内全体の緩和ケアの質向上を図る役割を意識しながらチーム活動を展開している。各診療科・各部署の医療者が患者の苦痛に気づいて基本的な緩和ケアが提供され、より専門性の高い緩和ケア提供の必要性があると判断した場合には、遅滞なく緩和ケアチームに紹介されるように働きかけている。

しかし、患者の苦痛が見逃される、緩和ケアチームへの依頼が遅れる、依頼の必要性が見逃される、または主治療チームでの基本的な緩和ケアの提供なしに緩和ケアチームにすべて依頼するということが時に見受けられている。すべての診療科・部署の医師や看護師が、がん患者のトータルペインに目を向けて基本的緩和ケアを提供し、専門的緩和ケアの必要性があれば相談できるような体制整備の必要性を感じていた。がん診療連携拠点病院の新要件で求められた「がん患者スクリーニング」の実施は、そのような課題への対応となると考えた。

② スクリーニング方法・運用についての検討

2014年1月：がん診療連携拠点病院の新要件の

* 市立豊中病院 緩和ケアチーム

表1 スクリーニングの目的と効果

スクリーニングの目的
当院で治療中のがん患者のトータルペインに注目して対応することで、患者のQOL向上を図る。
スクリーニング実施によって期待される効果
<ul style="list-style-type: none"> ・がん患者の主観的苦痛や問題が早期に抽出できる。 ・患者の苦痛や問題に対し、適切な部門に連携して対応することができる。 ・患者の苦痛や問題を早期に適切な部門で対処することで、チーム医療を効果的に実施できる。 ・患者に院内のサポート体制を示すこともできるため、患者自身からも適切な時期に適切な部門に相談することができる。 ・患者の満足度が向上する。

内容についてがん診療連携拠点病院委員会で確認し、各項目の担当を決定した。「がん患者スクリーニングの実施」については、緩和ケアチームが具体的方法を検討して、委員会に提案することとなった。

まず緩和ケアチーム内で、スクリーニング対象者やスクリーニング実施目的について検討した。どのような病期の患者であっても、なんらかの苦痛をもっている可能性があると考え、その苦痛に注目してケアする必要があること、スクリーニングを実施することで患者からのニーズを抽出でき、それらの苦痛のケアにつながることを重要であることを確認した。日々の診療につながるスクリーニングとすることを重視し、スクリーニングの目的などを定めた(表1)。

2014年2月～3月：緩和ケアチーム内の医師・看護師・臨床心理士・メディカルソーシャルワーカーが中心となって、スクリーニング方法や運用について検討した。入院・外来を問わずすべての部署で運用できる方法を考えること、どのような病期の患者でも使用できる方法を使用することを条件とした。また、スクリーニング実施がその後のケアにつながることも重視した。

最初に、既存のSTAS-Jや生活のしやすさの間診

票などのスクリーニング用紙の内容についてメンバーで再学習し、当院での実施可能性を検討した。すべての部署がスクリーニング実施場所となるため、日々がん患者の診療を行っている医師・看護師がスクリーニング実施者となる。既存のスケールは、有効性などが確立されているものの、院内のすべての医療者が正しく活用できるように教育するのは困難であると感じた。すべての医療者にとって、分かりやすく、使いやすいスクリーニング方法について検討した結果、当院オリジナルのスクリーニング用紙を作成することとした。

どの部署でも活用しやすいものとするためには、できるだけシンプルであることが望ましい。患者にとっても、簡便な方が記載しやすく実施しやすい。一方で、スクリーニング後に適切なケアを行うためには、患者の苦痛ができるだけ具体的に抽出されることが望ましい。「簡便に実施できること」と「苦痛がある場合はその内容が具体的に把握できること」の両方の条件を満たすことのできる方法を検討し、2ステップのスクリーニングとすることとした(図1)。スクリーニング1は、簡便に使用できることを重視している。スクリーニング1でなんらかの苦痛があると回答した場合、スクリーニング2で苦痛の内容を具体的に抽出できるようにしている。

スクリーニングの質問項目の検討は、緩和ケアチーム内の看護師・臨床心理士・メディカルソーシャルワーカーが中心となって検討した。これらのメンバーは、普段から患者のケアについて相談を受けることが多く、常に情報共有しているメンバーである。緩和ケアチームが正式介入し、診療報酬を算定する場合は、主治医の院内紹介記載で依頼を受けて介入開始しているが、医師や看護師から直接電話などで相談が入ることも多い。院内紹介すべきかどうかの相談であったり、チームでの介入までは必要ないが、ちょっと相談したいというものであったりする。その際は、相談を受けた者がそれぞれの職種の専門性のなかで対応し、問題の内容に応じて緩和ケアチーム全体での介入につなげたりしている。

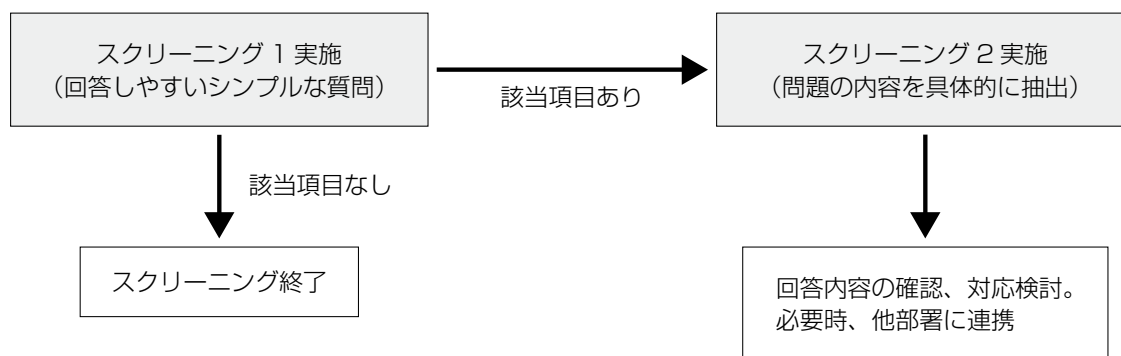


図 1 2ステップのスクリーニング

そのような対応を行っているメンバーが今までの相談内容を振り返り、どのような問題が相談されやすいのか、苦痛の内容がどの程度具体的になっていることが望ましいのかを整理し、スクリーニングの質問項目を考えた。スクリーニング用紙の名称についてはチーム会議で検討し、「がん患者サポートチェックシート」と決定した。こうして、最初のスクリーニング用紙が完成した。

スクリーニングシートの完成後、実際の運用方法を検討した。2ステップのスクリーニングは、A4用紙の裏表で配置することとした。両面にすることで、ステップ1のスクリーニングで苦痛がないと回答した場合でも、裏面の質問項目を見ることで、自己の問題に気づいたり、表出のきっかけになったりすると考えたからである。スクリーニング実施方法や実施後の対応方法などを定め、運用方法をフローで示した。この際、対象患者の抽出方法やスクリーニング実施のタイミングなどは、詳細には定めなかった。これは、部署によってがん患者の診療状況が異なっていたり、業務内容が異なっていたりするため、各部署の状況に応じて実施しやすい運用方法を取り入れるほうが効率的であると判断したためである。

緩和ケアチームメンバーで作成したスクリーニングシートと運用フローは、緩和ケアチーム会議で承認後、がん診療連携拠点病院委員会の承認を受けた。

2014年4月：院内ポータルのお知らせ機能を用いてスクリーニングについて全職員に周知した。スクリーニング実施においては、看護師の役割が重要であると考え、緩和ケアチームリンクナースを通して、全部署の看護師への説明を行った。リンクナース会議で説明後、リンクナースに各部署での伝達を依頼した。必要に応じ、緩和ケアチーム看護師が同席して、ともに説明した。

スクリーニングについて周知すると同時に、スクリーニング実施状況のモニタリング方法についても検討した。モニタリング項目は、①スクリーニング実施件数、②スクリーニング実施によって抽出された患者の問題とケアの状況とした。

①の実施件数把握は、スクリーニング実施報告書(資料3)をリンクナースに配布し、毎月、提出を依頼した。この用紙は、実施件数だけでなく、運用上の問題点や課題の記載欄も設け、スクリーニング実施者の意見抽出も行った。②は、実施されたスクリーニング用紙および診療録の確認によって行った。各部署でスクリーニングが実施され、スクリーニング2まで進んだ場合は、スクリーニング用紙が診療情報室に送付されスキャンされる運用としていた。診療情報室にスキャン状況の定期的な報告を依頼した。電子カルテ上でスキャンされたスクリーニング用紙を確認して、患者がチェックをいれた質問項目の集計と、患者へのケア実施状況の確認を行った。

2014年5月：各部署で細かな運用方法を検討し、順次実施開始した。毎月のリンクナース会では、スクリーニング実施における課題や工夫などを検討した。また、実施状況や患者の支援状況に関するデータ集計を行い、がん診療連携拠点病院委員会で報告した。

2014年12月：それまでの実施状況や毎月の実施報告書に記載された問題点・課題をもとに、スクリーニング運用方法やスクリーニング用紙の見直しを行った。「スクリーニング用紙に“がん”という言葉が入っているために渡しにくい」「スクリーニング実施時の記録の書き方を統一したほうがよい」という意見を中心に対応を検討した。スクリーニング用紙の名称については、緩和ケアチームメンバーで話し合い「スクリーニングシート」に変更した。スクリーニング実施時の記録統一については、スクリーニング実施の記録をテンプレート入力できるようにした。記録をテンプレート化することで、データ集積が行えるというメリットもあった。翌年1月の電子カルテ更新に合わせてテンプレート作成と登録を行った。

2015年4月：スクリーニング記録のテンプレート化に伴い、スクリーニング用紙のスキャンを廃止し、運用フローを改定した（資料2）。テンプレート記録からのデータ分析が可能となったため、各部署からの実施件数報告も廃止した。

また、スクリーニング実施後のケア充実のために、トリアージ表（資料4）を作成した。スクリーニングの項目ごとにアセスメントの視点、具体的なケア、コンサルテーション先を記載し、スクリーニングで抽出された問題に対して適切な対応ができるようにした。このトリアージ表は緩和ケアチームメンバーで作成し、各部署で活用しながら改善していくこととしたため、Ver.0として配布した。

実際の運用

院内統一したスクリーニング用紙を用いてスクリーニング実施している。運用フローでは、対象者は「原則すべての患者を対象とする」「おおむね半年ごとに実施する」こととしているが、対象患者の抽出方法や実施タイミングについては詳細には定めていない。これは、先述したように部署によってがん患者の診療状況が異なっていたり、業務の内容が異なったりしているため、院内で統一することが困難と判断したためである。

運用マニュアルの中では、スクリーニング実施により抽出された問題に適切に対処すること、多職種での継続的にケアする必要性があることを明記している。周知の際にも、スクリーニング後のケアが確実に実施できるように対象者の抽出をするよう依頼し、「スクリーニングで問題抽出されたにもかかわらず対処されない」ということがないように伝えた。そのため、部署によって、患者抽出の方法やスクリーニング実施のタイミングなどに違いがある。

1 入院での運用

がんの手術療法目的で入院する患者の多い外科病棟では、がん患者入院時にスクリーニング用紙を配布して実施していた。しかし、すべてのがん患者に配布すると業務量は多くなり、スクリーニング実施後の対応が十分にできないケースも見受けられた。また、入院時の患者は翌日の手術の準備に気持ちが向いていることもあり、効果的なスクリーニング実施となっていなかった。そこで、手術後4、5日経過した時期に実施するようにし、対象患者は手術後も継続的な治療が必要となると見込まれる患者を主とすることに改めて運用している。

内科病棟は、非がん患者の入院が多いこと、抗がん剤治療のために繰り返し入院している患者も多いため、スクリーニング対象者を選択して実施する方法で運用を開始した。スクリーニング開始当初

はリンクナースが対象患者を抽出していたが、リンクナースの抽出が滞るとスクリーニングが実施されない状況となった。そのため、部署全体で対象患者を抽出するようにした。週間業務の中で、スクリーニング対象患者抽出のカンファレンスを行う日を決め、その週に入院中患者の状況をスタッフ皆で確認し、対象患者を抽出するようにしている。

がん患者の入院件数が少ない病棟では、がん患者入院後2、3日以内に実施することとしている。部署によりスクリーニング実施件数の差は大きいですが、スクリーニング実施についての意識は高まってきている。

2 外来での運用

外来通院中の患者は、おもに外来化学療法室でスクリーニング実施している。外来化学療法室では、およそ半年に1回はスクリーニングが実施できるようにしている。事前にその日のスクリーニング対象者をチェックし、対象患者が来院した際に受付で用紙を配布している。患者は待ち時間にスクリーニング用紙に記載する。記載されたスクリーニング用紙に基づき、看護師が問診の中で内容を確認している。スクリーニング内容は問診結果とともにすぐに診療録に記載され、医師の診察時に情報共有できる。問題の内容によって、必要であれば当日中に他部署での支援ができるように調整している。

外科外来では、がんの診断が確定しており、手術目的で紹介受診する患者の初診時に、看護師が診察前問診の中で織り交ぜて実施している。用紙は手渡さず、問診の中で質問項目を確認している。

外来では、スクリーニング対象患者の抽出、配布が難しい。診察時の様子でなんらかの問題の存在を感じたとき、病状経過から支援の必要性があると感じたときにスクリーニング用紙を配布している。診察前に配布し、診察時や診察後にその内容を確認してケアできている時もあるが、診察後に配布し、次回受診時に提出するように依頼している場合もある。

部署によって細かな運用方法は異なるが、同じ用紙を用いて実施しているため、問題整理の視点が統一されている。スクリーニング後のフォローを依頼された部署も、問題の焦点が捉えやすくなった。また、記録を統一したことで、各部署で実施されたスクリーニングの記録を確認しやすく、継続性をもって支援することにもつながっている。

課題と将来

院内の全部署が部署の状況に応じてスクリーニングを実施しているが、実施件数は十分とはいえない。スクリーニング実施後のケアを確実にすることを大事にしながら、実施件数を増加させていくことも重要である。部署によって患者抽出やスクリーニング実施後のケアに関する課題は異なるため、リンクナースと情報共有しながら、部署ごとの課題を明確にして対応する必要がある。また、スクリーニング実施状況のモニタリングを効果的に行うことができれば、患者の問題への対応状況を常に確認でき、専門的ケアの提供が必要な時によりよい対応が行えるようになる。

緩和ケアチームがスクリーニング状況をタイムリーに分析していけることが望ましい。しかし、人員や時間の確保、システムとの調整などの問題があり、十分には機能していない。緩和ケアチームの業務整理やシステムとの調整を行い、院内のがん患者の状況や抱える問題をタイムリーに確認して対応していくことを目標としている。

試行段階としていたトリアージ表については、緩和ケアチーム主導で作成したため、現場の医療者から「具体的な対処が分かりにくい」「患者がチェックした項目との関連が分かりにくい」などの意見が見受けられている。より現場で使いやすいものとするためには、利用する人の意見を取り入れて改定する必要がある。現在、リンクナース会で問題点の抽出および改定作業を行っている。

スクリーニングを実施することが目的になってしまったり、形骸化した業務となってしまうたりせず、患者への緩和ケア提供を充実させる手段として定着させていくことが重要である。緩和ケアチーム

がスクリーニング実施状況のモニタリング、スクリーニング実施の効果のフィードバックを継続して行っていくことで、院内緩和ケアの質の維持向上を目指していきたい。

資料2 がん患者スクリーニングについて

2015. 04. 15.

〈スクリーニングの目的〉

当院通院中のがん患者のトータルペインに注目して対応することで、患者のQOL向上を図る

〈スクリーニング実施によって期待される効果〉

- ・がん患者の主観的苦痛や問題が早期に抽出できる
- ・患者の苦痛や問題に対し、適切な部門に連携して対応することができる
- ・患者の苦痛や問題を早期に適切な部門で対処することで、チーム医療を効果的に実施できる（診療がスムーズに行えるようになる）
- ・患者に院内のサポート体制を示すこともできるため、患者自身からも適切な時期に適切な部門に相談することができる
- ・患者の満足度が向上する

〈スクリーニング実施場所〉

- ・病棟（入院時）
- ・外来化学療法室
- ・放射線治療室
- ・外来
 - *外来化学療法室や病棟で治療を受ける患者は、治療の場での実施を優先する
 - *外来フォロー中患者は、必要患者を抽出し実施する

〈スクリーニング対象者〉

- ・基本的には、全がん患者が対象

〈スクリーニング実施方法〉

- ・病期にかかわらず（診断期から）、定期的に複数回実施していく
- ・3～6ヶ月の間隔もしくは状況が変わった時期に実施する
- ・スクリーニングフローに基づき「スクリーニングシート」を用いて実施する
- ・「スクリーニングシート」の記入が困難な場合などは、スクリーニングシートの質問項目に準じた問診でスクリーニング実施することも考慮する

〈スクリーニング実施時の留意点〉

- ・がん患者は療養過程で様々な苦痛を感じていることがある。それらの苦痛は、必ずしも医療者に伝えられてはいない。医療者が察知できていない苦痛を抽出することが目的であるため、全患者に定期的に行っていくことが重要
- ・スクリーニングで抽出された問題のトリアージを行い、適切な対処を行うことが重要
- ・スクリーニング+トリアージの結果を、多職種で共有し、継続的に支援することが重要

〈スクリーニング用ツール〉

「スクリーニングシート」

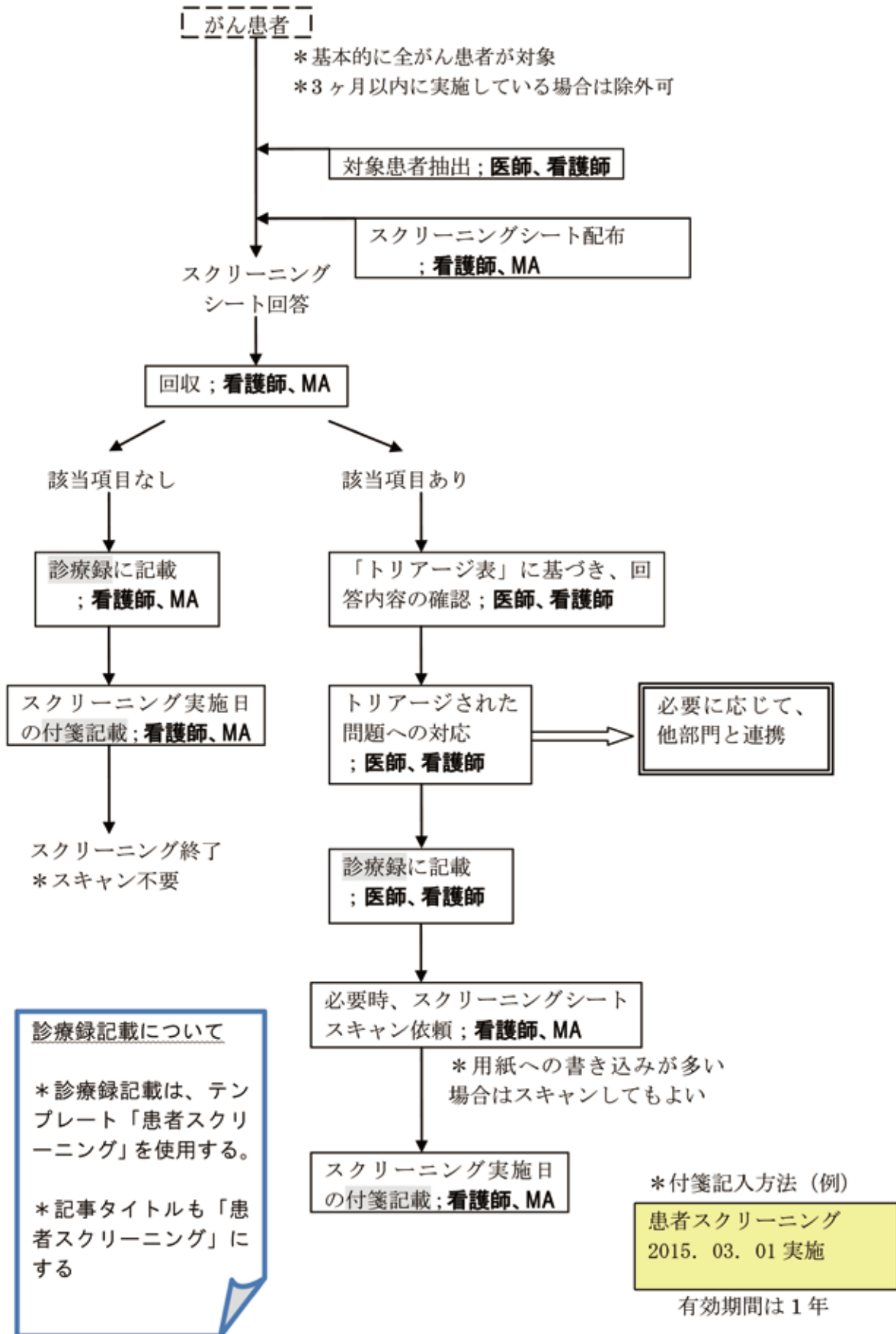
院内ポータルの「文書共有フォルダ」内にあり。ナレッジ検索で検索できるシートは両面コピーで使用する

「患者スクリーニング」テンプレート

スクリーニング実施時の記録は、テンプレートを用いて実施各科のフォルダ内にあり。

記事タイトルはテンプレートのまま（患者スクリーニング）とする

〈がん患者スクリーニングフロー〉



資料 3

がん患者サポートチェック（スクリーニング）実施状況調査

部署

月

*スクリーニングシートを手渡した人数を正の字で記入してください

月	火	水	木	金	土	日

スクリーニングを実施して良かった点

実施するにあたって困った点

スクリーニングシートや運用方法に対する提案

その他意見

資料4

トリアージ表 (Ver.0)

Ver. 0 2015. 3. 25

手順

1. チェックの入っている項目を確認する
2. 患者の感じている問題の状況を詳細に確認する
3. 問題の原因を「アセスメント視点」をヒントに、アセスメントする
4. 「部署での対応のポイント」を参考にしながら、対処方法を検討し実施する
5. 必要に応じて（部署での対応が困難な時など）、関連部署へのコンサルテーションを検討

項目	アセスメントの視点・ポイント	対処のポイント	コンサルテーション
1. 痛みがある 2. しびれがある 3. 倦怠感がある	<p>症状の原因をアセスメントする</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がんによる症状か、がんに関連のない症状か ・治療の副作用かどうか ・症状の程度、持続時間 ・症状の見通し ・症状による生活への影響 ・症状に対する患者の思い（現在の治療に対する満足度、さらなる治療の希望の有無） 	<ul style="list-style-type: none"> ・可能であれば、原因を除去する ・薬物療法の検討と実施した治療の効果確認 ・「痛み日記」「レスキユー記録」の使用 ・症状にあわせた日常生活の工夫 <p>参）緩和ケアマニュアル</p>	<p>＜緩和ケアチーム＞</p> <p>症状緩和が困難な場合、緩和ケアチームへの依頼を検討</p>
4. 食事が食べにくい	<p>食べにくさの状況を確認する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・口腔内の問題の有無（口内炎、口腔乾燥、歯の問題など） ・嚥下の問題（嚥下力の低下、がんによる閉塞等の器質的問題、放射線治療による嚥下時痛等） ・嘔気がある ・腹部膨満感がある ・食欲が低下している 	<p>食事摂取における目標設定をする(摂取が可能かどうか)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・口腔ケアを行う ・食事形態や内容を検討する ・排便コントロールを行う ・薬物療法の検討 <p>参）緩和ケアマニュアル</p> <p>NST マニュアル</p>	<p>＜管理栄養士＞</p> <p>食事内容の相談</p> <p>＜NST チーム＞</p> <p>食事形態、嚥下訓練等</p> <p>＜緩和ケアチーム＞</p>
5. 病気や治療についての情報がほしい	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の持っている情報、情報に対する認識を確認する ・医療者の説明が理解できず混乱していることもある ・どのような情報を希望しているのか確認する ・治療後、日常生活や仕事に関連した注意点などを知りたいと思っしていることも多い 	<p>患者のニーズや理解度に応じた情報を提供する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者の気がかりを確認した上で、具体的な説明を行う。 ・治療内容、治療上の注意点等の説明は、患者が理解できるように支援することが重要（説明の仕方の工夫、視覚資料の提示など工夫する） ・日常生活や仕事と治療との関連、注意事項は、患者のニーズに合わせた情報を提供する 	<p>＜がん相談＞</p> <p>病気に関する情報、療養上のサービスなどの情報</p> <p>＜CN・CNS＞</p> <p>情報の整理、必要な情報へのアクセス支援</p> <p>＜薬剤師＞</p> <p>治療の薬剤に関する情報</p>

7. 眠れない	<ul style="list-style-type: none"> 睡眠状況の確認、日中の眠気の有無の確認 入眠困難か中途覚醒かの確認 不眠につながる身体的苦痛、心理的苦痛のアセスメント 睡眠を妨げる要因の有無の確認 治療状況の確認 <p>* 不眠が続くとせん妄のリスクも高まるので注意</p>	<ul style="list-style-type: none"> 処置やケアの時間の調整（睡眠確保を優先） 身体的苦痛へのアプローチ 心理的苦痛へのアプローチ 薬物療法の検討 <p>参) 緩和ケアマニュアル</p>	<p><精神科> 睡眠薬、抗不安薬などの調整 精神疾患への対応</p>
8. 気持ちが落ち込む 9. 不安が強い 10. なんとなく気が落ち 11. 仕事に関する不安がある	<ul style="list-style-type: none"> 不安の根本的原因をアセスメントしましょう。 不安の内容は明確ですか、漠然としていますか 気持ちが不安定であることが、身体面や日常生活、治療に影響を来していますか（不眠、食欲不振がある。生活上の活動が滞っている。治療継続が困難になっている。等） 医療者とのコミュニケーションは十分にとれていますか 家族など身近な支援者との関係性はどうですか 患者さん自身の対処方法を確認しましょう 	<p>まずは、話を聞きましょう。話をすることで、患者さん自身で気持ちの整理ができる場合も有ります。</p> <ul style="list-style-type: none"> 不安の原因の中で、対処できるもの（治療が初めての経験で不安、副作用が心配など）について、対応しましょう 患者さんが今まで行ってきた対処方法を強化しましょう。今までは異なった対処方法をともに検討することが必要な場合もあります。 不安が強い時は、安心・安楽につながるケアを提供しましょう 	<p><精神科><臨床心理士> 不安の程度の確認（病的反応の見極め） 認知機能の確認 抗不安薬等の調整、睡眠状態の改善 <CN・CNS> 心理面の問題のアセスメント、対処方法の検討</p>
12. 医療費に関する不安がある	<ul style="list-style-type: none"> 不安の内容を確認しましょう 仕事と療養の兼ね合いについての不安の場合、仕事内容や治療によって予測される身体面の影響などを確認する 仕事に対する思い・姿勢を確認しましょう 	<ul style="list-style-type: none"> 治療と仕事との兼ね合いに対する不安に対しては、治療上の注意点や今後の見通しを具体的に説明し、仕事との調整についてともに考えましょう 	<p><がん相談> ・就業継続に関する情報、制度利用などの情報提供</p>
13. 今後の治療継続について心配がある	<ul style="list-style-type: none"> 不安の内容を確認しましょう 治療に要する大まかな費用が知りたい場合があります 	<p>医療費に対する不安が治療中断につながるよう、支援することが必要です。</p> <p>プライバシーに関わる問題であり、配慮が必要です</p>	<p><医事課> 高額医療委任払いの手続きなど <がん相談> 制度や福祉サービスの活用など</p>
13. 今後の治療継続について心配がある	<ul style="list-style-type: none"> 治療に対する思い、捉え方を確認しましょう 治療継続を不安に思う原因を確認しましょう 治療の副作用や合併症が辛い、日常生活の維持に困難さを感じる、治療の見通しがもてない、治療と社会生活(仕事など)との調整に困難さを感じる などの理由があります 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の思いやとらえ方を確認した上で、疾患や治療内容についての追加・補足説明を行います。 患者のニーズに忠じて、情報提供をしましょう 治療継続および今後の療養に関する意思決定を支援するために、患者の思いを確認しましょう 	<p><CN・CNS> 意思決定支援 <がん相談> 医療費に関する調整、療養調整など</p>

項目	アセスメントの視点・ポイント	対処のポイント	コンサルテーション
14. 家族に関する不安がある	不安の内容を確認しましょう。家族との関係性について不安が強いですか。家族のことを心配していますか。 ・家族構成や家族員の状況、関係性を確認しましょう（家族メンバー個々の考え、思いを正しく把握しましょう） ・不安の内容を確認しましょう	家族の不安や心配も医療者のケア対象であるというメッセージが伝わるように関わりました。 必要であれば、家族との面談を行い、家族の思いを確認しましょう	<緩和ケアチーム> <がん相談> 家族からの相談も対応可能です <臨床心理士> 家族面接など
15. 日々の生活上の心配がある	生活状況の確認、心配の具体的内容と程度を確認しましょう。 ・心配の内容について丁寧に確認し、問題の種類（治療に関する事、生活上のこと等）、時間経過（現時点での心配なのか、長期的な視点での心配なのか等）を整理しましょう	治療と生活の調整に関する注意事項などの指導を行います。 治療上、留意すべきことを患者の生活に合わせて説明しましょう 今後の病気や治療の見通しを踏まえた支援を行います。今後の生活に対する患者・家族の希望を確認しましょう。	<CN・CNS> 今後の療養に関する不安への対応、療養調整 <がん相談> 療養に関する調整
16. 病気や治療についての情報がほしい	患者が持っている情報の内容と求めている情報について確認しましょう。 入手した情報を正しく整理できているかどうか確認しましょう	必要に応じて、介護保険の申請、在宅医療サービスの導入についての情報提供をしましょう 今まで受けている説明に対する理解を支援しましょう 情報の整理をサポートした上で、さらに必要としている情報の内容を整理します。	<がん情報> がん治療に関する情報提供など
17. 他の患者さんと話をする場がほしい	・他者との関わりを必要としているか ・自分一人で抱え込んでいないか	院内の患者のつどいを案内する	<がん相談> がんサロンの開催

<がん相談>相談員 (MSW) が対応。がんに関する情報提供、療養上の調整など。
 <CN・CNS>問題の内容に応じて支援。コンサルテーション先が不明な場合や問題のアセスメントが難しい場合などにも対応。
 必要に応じて、他部門との連携を検討。条件によって診療報酬算定あり。
 <緩和ケアチーム依頼>入院中患者への緩和ケアチームサポート。診療報酬加算あり。
 <緩和ケア外来>外来通院中患者のサポート。緩和ケア外来加算あり。
 <臨床心理士>精神科医師の指示もしくは緩和ケアチームの支援の一貫でサポートすることが基本。心理相談を単独で実施することも可能。

Ⅱ 緩和ケアスクリーニングの運用事例

6

京都府立医科大学附属病院 —大学病院の事例

吉岡とも子* 細川豊史* 上野博司* 関川加奈子*

がん患者苦痛スクリーニング (以下、スクリーニング)を運用するまで

① スクリーニングの目的

京都府立医科大学附属病院（以下、当院）を受診するがん患者に対してがんと診断されたときから緩和ケアを提供するため、院内で一貫したスクリーニング手法を活用し、がん患者の身体的・精神心理的・社会的苦痛などのスクリーニングを診断時から行うこと、また、スクリーニングされたがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和することを目的とする。

② スクリーニング導入までのプロセス

2014年1月：スクリーニングを行うために、信頼性・妥当性が証明されている3つの使用候補ツール〔ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale), MDAIS (M.D. Anderson Symptom Inventory 日本語版), STAS-J (Support Team Assessment Schedule 日本語版)〕を電子カルテで入力可能にした。また、緩和ケアセンター看護師や他のがん関連の専門看護師・認定看護師が1部の領域でスクリーニングを開始しツールを検討した。

2014年7月：がん患者指導管理料2算定開始した (STAS-Jが算定要件である)。

2015年3月：がん対策における評価指標が提示される結果の公表を待機した。

2015年4月：STAS-Jをスクリーニングのツールとして、マニュアル案を作成した。

“がん対策推進総合研究事業”「がん診療連携拠点病院におけるがん疼痛緩和に対する取り組みの評価と改善に関する研究」2015年3月5日、第47回がん対策推進協議会の時点の報告 (厚生労働省ホームページ、第47回がん対策推進協議会〈資料4〉<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000076624.pdf>) から、全国のがん診療連携拠点病院の痛みを施設ごとに評価できる方法の開発の結果から示唆を得た。

NRS (Numerical Rating Scale) は、①痛みの強さ、②痛みの及ぼす生活への支障で、ともに相互に高い相関を示していたため、STAS-Jと同時に可能な範囲で記載できるように電子カルテに追加した。

2015年5月：本院の事務部・看護部・診療科において、コンセンサスを得て、運用開始が決定した。

他者評価であるSTAS-Jを使用することに躊躇する理由もあったが、患者の状態を評価するだけでなく、患者を中心として医療者が機能的に活動できて

* 京都府立医科大学附属病院 緩和ケアセンター

いるかなどを評価するという点では活用できると判断し、今後の医療の質の評価も考慮して決定した。

本院では、1990年代から緩和ケアチームの活動があり、2005年からは正規の緩和ケアチームとしての活動が行われ、依頼は定着し症状マネジメントを行っている。しかし、スクリーニングされたがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和を図るには、アドバンス・ケア・プランニングが適切に展開されることが必要でもある。がん治療を行う医師の方針によって大きな影響を受けるアドバンス・ケア・プランニングに関しても、今後は組織的に取り組む課題と考えられた。そのため、STAS-Jの使用は、患者・家族の病状の認識や、患者・家族間や医療者間などのコミュニケーションの状態を評価でき、本院

の緩和ケアの質の向上をモニタリングが可能なツールと判断した。

スクリーニング導入のプロセス (導入にあたっての説明)

① がん診療連携拠点病院の要件について

1. がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針 (2014/1/10 厚生労働省健康局長 通知)
- Ⅱ 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について
 - 1 診療体制の⑤緩和ケアの提供体制 イの内容を転記したものを提示。

2. 本院のがん患者の診療概要

病院全体に関連する指標	数値 (2013年度)	がん患者割合
8. 外来患者数(診療科数:36科)	約 51万人	
年間外来がん患者のべ人数	約 6万人	約12%(外来)
3. 新規入院患者数	約 1万4000人	↳ 250人/日
新規がん入院患者数	約 4200人	約30%(入院)
4. 退院患者数	約 1万4000人	
がん患者退院数	約 5500人	約40%(退院)
5. 退院患者数のうち死亡退院患者数	213人	
院内がん死亡患者数	117人	約55%(がん死)

② STAS-J をスクリーニングツールに採用することについて

1. スクリーニング時に発生する問題

- ・がん患者とそうでない患者を区別することが困難。
- ・外来でのプライバシー保護の問題（質問紙を配ることで、がん患者を選別することになる）。

- ・自記式質問紙では、高齢や心理的抵抗感（医療者への遠慮、心のことは書きにくい、がんのことを考えたくないなど）などの理由により、書くことを拒否する患者がいる。
- ・自記式質問紙を患者自らが書いた後にその対応がなされないと、患者の不満へと変わる可能性がある。



『他者評価』のスクリーニングツールを検討

2. 他者評価のスクリーニングツールを使用することで得られるメリット

- ・医師・看護師が評価するため、前述の問題をクリアできる。
- ・医師がスクリーニング結果を入力することで、診察時に患者とそれらについて話すきっかけがつけられ、患者の未充足のニーズ、あるいは潜在的なニーズに対応できる。

3. 他者評価のスクリーニングツールを使用することのデメリット

- ・評価者側の負担が大きい。
- ・患者の自覚的な苦痛とスクリーニング結果の乖離が起る可能性が否定できない。

4. STAS-J (Support Team Assessment Schedule 日本語版) の概要

ホスピス・緩和ケアにおけるケアの質を測定するためには、身体的ニーズだけでなく、心理的、社会的、スピリチュアルなニーズも含めて、広く多面的な要素からなる評価尺度が必要とされる。さらに、評価の対象となる患者は、全身状態の悪い患者さんも含まれ、そのような患者さんにも適応可能な評価尺度が必要である。

Support Team Assessment Schedule (STAS) は、英国の Higginson らによって、上記のような点もふまえて開発されたホスピス・緩和ケアの評価尺度である。主要項目として「痛みのコントロール」「症状が患者に及ぼす影響」「患者の不安」「家族の不安」「患者の病状認識」「家族の病状認識」「患者と家族のコミュニケーション」「医療専門職間のコミュニケーション」「患者・家族に対する医療専門職とのコミュニケーション」の9項目からなる。評価は、医師、看護師など医療専門職による「他者評価」という方法をとる。

患者の状態を評価するだけでなく、患者さんを中心として医療者が機能的に活動できているかなどを評価するという点で、一般に用いられている QOL 尺度と一線を画している。また、STAS は英国、カナダなどで計量心理学的な信頼性・妥当性などの検

討が行われている。

STAS が作成された背景と開発過程については、Higginson : Clinical Audit in Palliative care, Radcliffe Medical Press, 1993 に詳しく記載されている。

以上を踏まえ、STAS-J をスクリーニングツールとして採用することとした。

③ スクリーニングの有用性とその後の対応について

スクリーニングの有用性に関しては、先行研究によると結論は出ておらず（「Opinion were mixed」）(Mitchell, A.J. et al., 2012), また患者自身への効果に関しては否定的であるが (Hollingworth, W. et al., 2013), スクリーニングそのものではなく、そのあとの対応が重要であることが指摘されている (Carlson, L.E., 2013; Mitchell, A.J., 2013)。

つまり、スクリーニングによってトリアージを行い、必要な患者に迅速に緩和ケアを提供し（基本的緩和ケア）、対応が困難な場合は緩和ケアチームなどの専門的緩和ケアにスムーズにつなげることが重要である。

1. 対応の方法

①スクリーニングを行った医師または看護師が、緩和ケアチームあるいは他科受診を依頼する（参考資料1および資料3を参照）。

②緩和ケアセンターの専門看護師および認定看護師が、スクリーニング結果をカルテ上で追跡し、必要であれば介入する。

④ 外来への導入プロセス

上記をふまえ、病院の診療部長会議、診療主任会議（2015年5月）で説明し承認を得た後に、診療科（36科）のうち、おもにがん診療を行う診療科（12科）において、医局への個別での説明会（2015年6月以降）を追加で行った（参考資料1）。

聞き取り時、電子カルテの必要な入力に関して修正を行う必要があるものに対応した。

1. 診療科からの質問・意見とその対応

意見①：外来でがん患者全例に STAS-J の 3 つの質問に対する答えを得ることは不可能

例えば、外来で 60 人ほどの患者を 6 時間程度で診察している場合、そのうち 50 人以上ががん患者の場合、1 人 2 分追加の時間がかかればそれだけで 2 時間近くのタイム・ロスになる。待ち時間の増加による患者サービスの低下となる。

【対応】 診察時に症状に関して患者と話し合った内容を記録できていない部分もあると考えるので、ツールを使用してデータとして残してもらう点で、記録時間の短縮となる可能性もある。

スクリーニング作業の目的としては、患者が医師に適切に診療してもらいたいという意向も含まれているので、記録として残していただきたいと説明した。

意見②：実際に疼痛・緩和ケア科の対応（専門的緩和ケアの提供）が必要となる患者は 10 人に 1 人もいない

スクリーニングを必要な患者のみに行うかどうかはがん治療を行う医師にまかせて欲しい。

【対応】 a) 症状がないということ記録していただくのも大きなデータになることを説明した。* 3 項目で症状がなし「0」という入力を 1 カ所のチェックでできるよう電子カルテを修正した。b) 症状があった場合、その時の診察でわかる範囲の項目を入力頂いただくことで対応してもらう。c) すべてのがん患者というのは困難でも、入力できる項目のみから開始を依頼した。

質問①：がんに関連しない症状に関しての入力について、どうするのか

【対応】 症状として入力していただき、緩和ケアセンター看護師がカルテ上での追跡作業時に、がん以外の症状としてふるい分ける。

質問②：併診で診察している場合のスクリーニングの入力について、どうするのか

【対応】 基本的には、がん治療を行うおもな診療科の医師が責任をもってスクリーニングの入力を行

う。併診している医師が重複して入力することには問題ないので、積極的に診察し入力してほしいと依頼した。

質問③：苦痛のスクリーニングを医師が入力した場合にどんなメリットがあるのか。また、その後の対応はどのようにするのか。

【対応】 患者への利益還元という点から見ると、外来のスクリーニングを医師が入力することは、医師が患者の苦痛を理解し、患者の身体的側面や、精神的・社会的なことに関心を向け、さらに患者とコミュニケーションをとることにつながると考えられる。実際の細かな対応は、緩和ケアセンターの看護師、がん相談支援センターにアクセスするように対応していただきたいことを説明した。

2. 自記式質問紙について

本院では STAS-J を採用したことにより、患者に自記式質問紙を配布しないことが原則であるが、一部の科ではマンパワー不足によりすべてのがん患者への STAS-J 評価が困難であることから、STAS-J の内容を患者自身が簡便に記入できる質問紙を作成し、患者に記入を依頼することとした（参考資料 2）。

5 入院（病棟）への導入プロセス

導入病棟において、看護師を対象に下記のスケジュールで説明会を行った（参考資料 3）。導入病棟：A6・A7・A8・B6・B7・B8・C7・C8・D4・D5・D7・D8。

〈スケジュール〉

6 月：各病棟（D4, D5, B6, A7, D7, B7, C7, A8, B8, C8, D8）病棟師長と説明会の日程調整

7 月：病棟ごとに説明会を実施（日程があえば合同説明）。以降、リハーサル期間としてプレスタート。

8 月 1 日：スクリーニング導入スタート。各病棟のスクリーニング評価日を把握。

8, 9 月：各病棟へトラブルなどないかラウンド。

導入後：データ収集 毎週金曜日。

項目	2015年度										
	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
スクリーニング シートの運用	→										
スクリーニング シートの導入	D7	6/1~	→								
	A7	6/17~	→								
	D4										緩和 ケア チーム 介入
	D5										
	B6										
	B7										
	C7										
	A8										
	B8										
	C8										
	D8										

1～2月：データ分析。

〈入院スクリーニング対象者 対象病棟に入院中のがん患者〉

ただし、パス適応患者、手術目的の患者（術後4週間まで）は除外してよい。

外来患者のスクリーニング

1 使用尺度

STAS-J (Support Team Assessment Schedule 日本語版) 3項目。

STAS-J 症状版 22項目。

2 評価方法

すべてのがん患者の受診において、外来医師が

STAS-Jの各項目を評価し、電子カルテ上で入力する（参考資料1 p.17）。

3 運用開始日

2015年6月

4 スクリーニング率の計算方法

1. 外来患者数の算定方法

院内のすべての外来受診患者よりがん患者を選定することを目的に、電子カルテに付属する分析ツールを用いて日ごとの全外来患者の予約枠からがんに関する病名（ICD10：C00～D099）のついた患者のみを取り出すシステムを作成した。

- i) 作成したシステムを用いて、外来に通院したがん患者を選出し、一覧にする。
- ii) i) で選出した患者一覧を診療科別に分け、主科となる12科の受診患者を選出する。そ

れ以外の外来診療科については併診科として重複を考慮し、削除する。

iii) ii) で算出した診療科の中から、スクリーニング対象にならない診療内容、および、がんを診療していない医師が担当する患者を削除する。

iv) ii) 主科より iii) を除いた患者数を外来患者数とする。

* 3カ月後には、上記 i) ~ iv) のプロセスを一括で出力するシステムの構築をした。

2. スクリーニング率の算定方法

計算式 $\text{スクリーニング数} / 1$ で算定した外来患者数 $\times 100$ 。

⑤ スクリーニング率

・診療科ごとのスクリーニング率、スクリーニング数、およびがん患者数。スクリーニング数 = スクリーニングの行われた数。がん患者数 = ス

クリーニング対象として、④の1の手順に従って算出したがん患者数。全がん患者数 = 外来予約枠で ICD10 の病名がついているがん患者数。

・診療科ごとの、症状の強い患者の割合、症状の強い患者数、およびスクリーニング数。

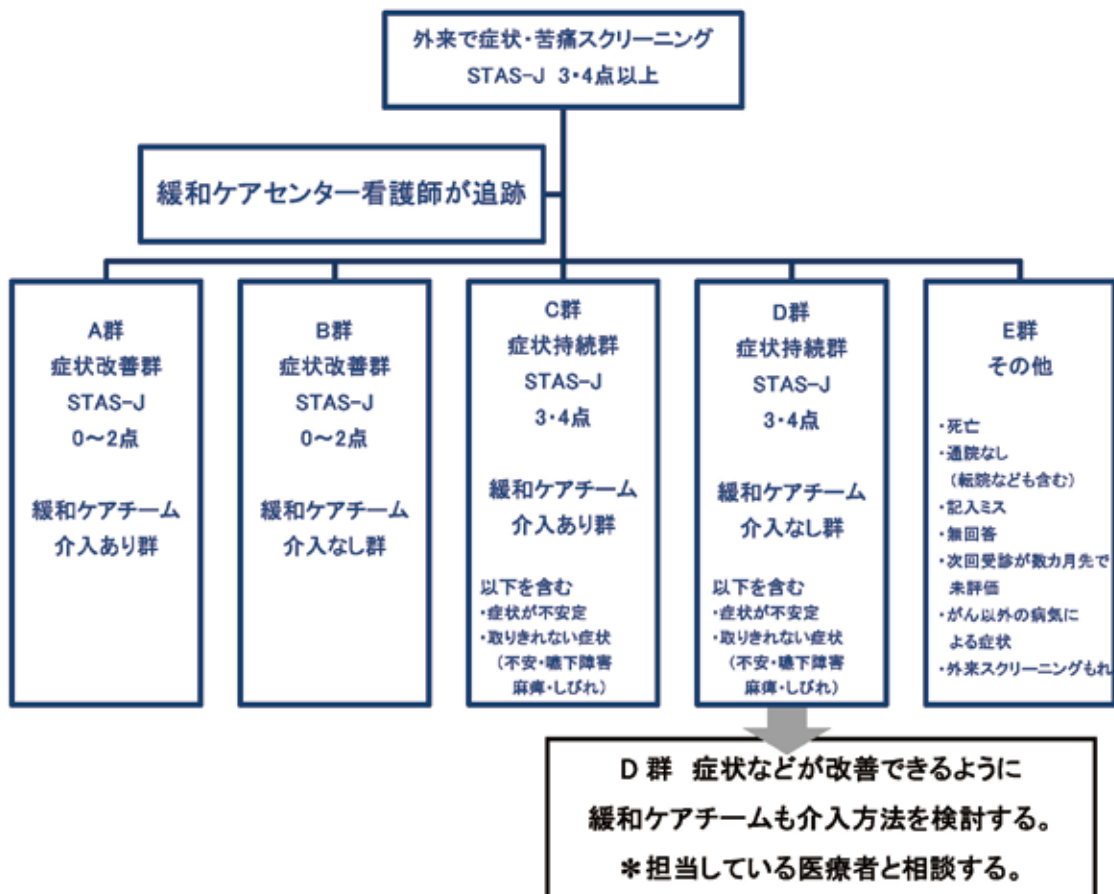
⑥ STAS-J 項目別の患者数

時系列で毎月、診療科別、医師別、スクリーニング項目ごと、点数ごとで抽出する。院内での経過報告は、3~6カ月ごとに行う。

⑦ スクリーニング後の対応

1. 対応の手順

STAS-J3・4点以上の患者について、緩和ケアセンター看護師が電子カルテ上で追跡を行い、A群~E群に振り分ける。D群については、症状などが改善できるように緩和ケアチームなどの介入方法を検討する（担当している医療者と相談する）。



■STAS-J 高得点者(3・4点)の追跡結果

期間	追跡対象数	A 群	B 群	C 群	D 群	E 群
6/6～8/28	75 例	8 例	19 例	7 例	10 例	31 例

■D 群 診療科と高得点項目 (〇月)

	診療科	項目
A	a 科	全身倦怠感(3) 食欲不振(3) 不安(3)
B	b 科	呼吸困難(3) せき(3)
C	c 科	痛み以外の病状コントロール(3) 抑うつ(3) 不安(3)
D	d 科	痛み以外の症状コントロール(3) しびれ(3)
E	e 科	便秘(3) しびれ(3)
F	f 科	痛み以外の症状コントロール(3) 浮腫(3)
G	g 科	しびれ(3)
H	h 科	しびれ(3)
I	i 科	痛み以外の症状コントロール(3) 呼吸困難(4) 不眠(4) 食欲不振(3) 不安(3)
J	j 科	痛みのコントロール(3) せん妄(3) 尿閉(4)

2. E 群：内訳

死亡 7 例，通院なし 4 例，がん以外の病気による症状 6 例，次回受診が数カ月先で未評価 7 例，スクリーニングもれ 7 例。

③ 運用開始日：2015 年 8 月

④ スクリーニング率の計算方法

計算式 スクリーニング数／入院患者数×100

⑤ スクリーニング率

⑥ STAS-J 項目別の患者数

時系列で毎月，診療科別，医師別，スクリーニング項目ごと，点数ごとで抽出する。院内での経過報告は，3～6 カ月ごとに行う。

⑦ スクリーニング後の対応

1. 対応の手順

STAS-J3・4 点以上の患者について，緩和ケアセンター看護師が電子カルテ上で追跡を行い，A 群～

入院患者のスクリーニング

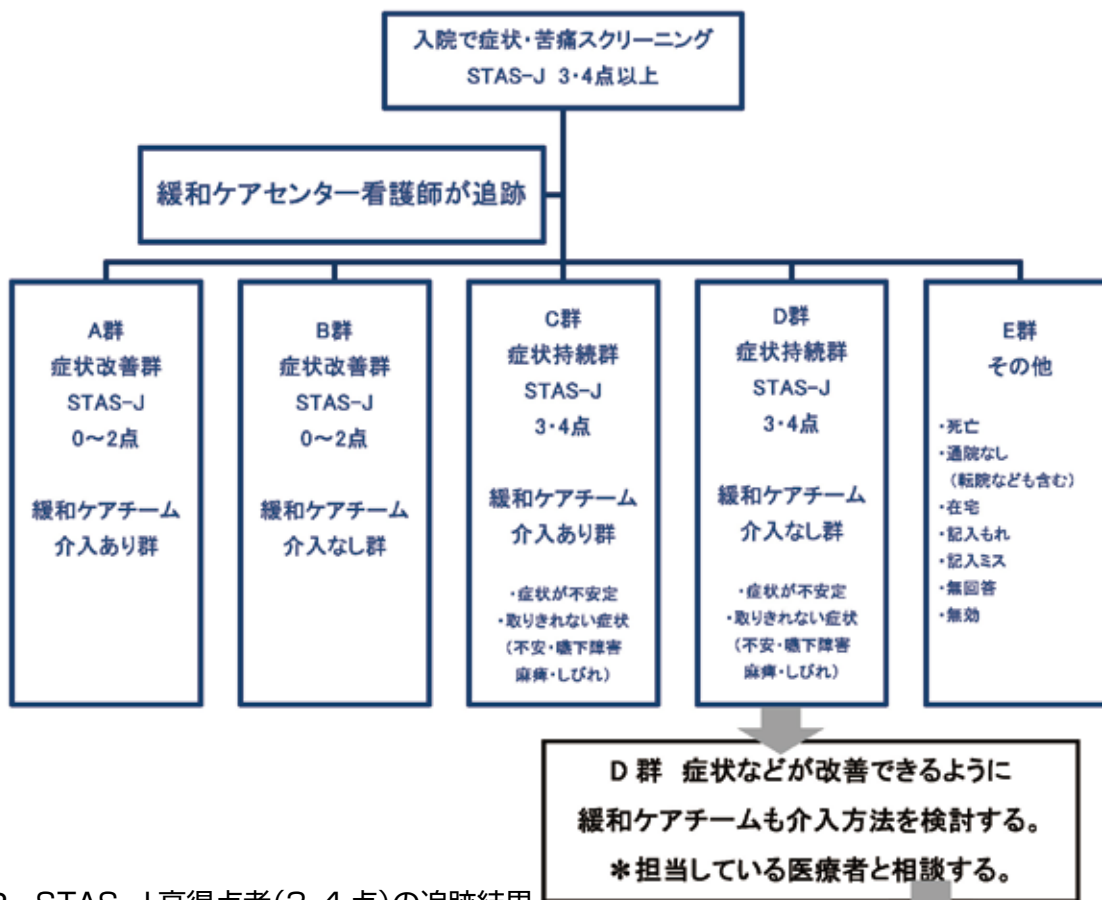
① 使用尺度

・ STAS-J (Support Team Assessment Schedule 日本語版) 9 項目。

・ STAS-J 症状版 22 項目。

② 評価方法

すべてのがん患者の入院において，病棟看護師が STAS-J の各項目を評価し，電子カルテ上で入力する (参考資料 3, p.25 参照)。



2. STAS-J 高得点者(3・4点)の追跡結果

期間	追跡対象数	A 群	B 群	C 群	D 群	E 群
8/1～8/28	74 例	18 例	22 例	3 例	7 例	25 例

3. D 群 診療科と高得点項目 (○月)

No.	診療科	項目
A	a 科	痛み以外の症状コントロール(3) 発熱(4)
B	b 科	呼吸困難(3) 発熱(4)
C	c 科	痛み以外の症状コントロール(3)
D	d 科	呼吸困難(3) 浮腫(4) 発熱(3) 腹満(4)
E	e 科	痛みのコントロール(3) 痛み以外の症状コントロール(4) 全身倦怠感(4) 呼吸困難(4) 嘔気(悪心)(4) 嘔吐(3) 不眠(3) 食欲不振(4) 抑うつ(4) 不安(4)
F	f 科	痛み以外の症状コントロール(4) しびれ(3)
G	g 科	痛み以外の症状コントロール(4) 全身倦怠感(4) 便秘(4) 発熱(3) 腹満(4) せき(3) たん(3) 失禁(3)

E群に振り分ける。D群については、症状などが改善できるように緩和ケアチームなどの介入方法を検討する（担当している医療者と相談する）。

4. E群：内訳

死亡 17例，通院なし 4例，在宅 2例，記入ミス 1例，無効 1例

がん患者苦痛スクリーニングの課題と なっていること、将来的に必要なこと

① 課題

1. スクリーニングにおけるエビデンスの確立不足

当院の外来でスクリーニングを導入する際に、他者評価のツールを選定したため、医師の負担が増えることになった。また、スクリーニングは患者のアウトカムを改善するという十分なエビデンスがないこと、患者のアウトカムと費用対効果が明確ではないこと、スクリーニングを行ったとしても診療報酬に結びつかないため、外来で診療を行っている医師の協力が得られにくい。

さらに、当院はがん専門病院ではなく、他疾患の患者も多いため、外来でのスクリーニングをサポートする人員や予算の確保など施設の理解が得にくい。

2. スクリーニングを行う医療者の認識不足

2015年12月7日の第3回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 緩和ケア部会では、スクリーニングについて、「現在は緩和ケア領域の専門家が中心になって議論をしているが、がん医療全体で議論をしていくべき課題であり、広くがん医療の関係者が集まる場で議論を進めていけるよう要望していくことが必要である」という意見が出されている。スクリーニングの実施が、がん診療連携拠点病院の要件として通知されているが、本院でもがん治療を行う医療従事者がスクリーニングを行うという十分な認識が行き渡っていないのが現状である。さらに、がん治療を行う医師は、エビデンスがないこと

を行うことには消極的にならざるを得ず、スクリーニングを行うことへの動機づけになりにくい。

3. 他者評価の負担の問題

本院では、入院ではおもに看護師による聞きとりや、カンファレンスなどでスクリーニングを行っているが、今のところ大きな負担はなく運用されている。しかし、外来では診察時に医師が患者にスクリーニング項目を確認し、患者の未充足のニーズ、あるいは潜在的なニーズに対応できるように、患者から聞き取りながら入力するようにしている。そのため、評価者の負担が大きい。

4. スクリーニングを行うツールの選定の難しさ

本院はがん専門病院ではないため、スクリーニングを行うときに発生する問題として、①がん患者とそうでない患者を区別することが困難である、②外来でのプライバシー保護の問題が挙げられ、他者評価のツールを選択した。しかし、3. で述べたように、評価者の負担が大きくなるため、一部の診療科では自記式で対応する試みを行っている。自記式（STAS-Jの項目）で患者が記入する場合は、診察室で医師が患者にスクリーニング用紙を配布して、次回受診日までに患者に記載して持参してもらっている。持参した内容を参照し、医師が他者評価としてスクリーニングツールに入力している。

しかし、STAS-Jは他者評価のツールであり、自記式としての信頼性・妥当性が証明された尺度ではない。そのため、自記式または他者評価のどちらも利用可能で、患者の苦痛をみることができ汎用性の高い尺度の開発が望まれる。

5. 方法の適切性についての疑問①

第3回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 緩和ケア部会で、患者の立場で参加しているオブザーバーからは、苦痛のスクリーニングなどの緩和ケアに関する各取り組みへのコメントとともに、ピアサポートなどの経験を生かした患者支援も含めたさらなる期待などが語られた。

もともと苦痛のスクリーニングは、患者側の要望から施策になった経緯がある。患者のための苦痛の

スクリーニングではあるが、患者のニーズの本質は、つらさを理解してほしい、つらさに対応してほしいという思いである。そのため、気持ちのつらさを受け止めることができるようなピアサポートの活用強化や連携、心理的な対応ができる臨床心理士などの人材の増員、生活や療養に関して対応できるMSWや、がん診療や身体・心理社会的な側面をトータル的にサポートしコーディネートする看護師などの配置が望まれる。その上で、患者の苦痛が訴えられたときに十分に対応できる体制を整えることが、最も適切な取り組みであると考えられる。

スクリーニングの実施には、トリアージ後の提供資源を十分に確保する必要がある。

6. 方法の適切性についての疑問②

本院では、今まで取りこぼされていた患者の苦痛を、医療従事者が気づく機会をもつため、STAS-Jを使用している。そのほかに、医療従事者が患者との会話を通して患者の苦痛を知り、STAS-Jを記録としても活用している。そして、スクリーニングによって患者の苦痛を確認した医療従事者が、トリアージを行い、必要な患者に迅速に緩和ケアを提供し（基本的緩和ケア）、対応が困難な場合は緩和ケアチームなどの専門的緩和ケアにスムーズにつなげることが重要であるとしている。

本来は、患者には自記式での苦痛を確認しスクリーニングを行い、スクリーニングがなされた後に、その苦痛にきちんと対処できる体制が望ましい。本院では、スクリーニングの結果からトリアージし、専門的緩和ケアの提供が必要である場合は、がん治療を行う医師自身が緩和ケア外来、緩和ケアチームへ依頼するシステムになっている。しかし、がん治療を行う医師が専門的緩和ケアへのアクセスの依頼を行わずとも、スクリーニングの結果をもとに専門的緩和ケアが自動的に提供されるシステムを構築してほしいと強く希望する医師がいる。このように、基本的緩和ケアも専門的緩和ケアですべて対応するという考え方ではなく、すべての医師が基本的緩和ケアの技術を習得して提供し、必要があれば専門的

緩和ケアの提供を依頼するという姿勢が必要である。そのためには、基本的緩和ケアの提供体制や教育の継続が非常に重要となる。

7. 方法の適切性についての疑問③

自記式質問紙では、高齢や心理的抵抗感などの理由により書くことを拒否する患者や記入ができない患者の評価が困難である。また、自記式質問紙では、患者が書いた後にその対応がなされないと、患者の不満に変わる可能性がある。そのため、対象を患者の訴えに医療従事者が対応できる範囲内でのスクリーニングに絞らざるを得なくなるが、がんの経過のなかで一定の時期や治療などを限定することは、がん患者の苦痛をすべて拾い上げるというスクリーニング本来の目的には合わない。このため、すべてのがん患者を対象にすることが不可能である。

一方、他者評価では、がん患者全般に対して評価することができるが、がん以外の患者に関する医療の質に関しては公平性に問題を感じる。

② 将来的に必要なこと

1) スクリーニングをがん診療連携拠点病院の要件として挙げる場合、スクリーニングのエビデンスの構築を行い、スクリーニング後のトリアージの標準化や、データのとりまとめの方法を決定することが必須である。具体的にパッケージ化したものや文書セット、電子カルテの連動などのデータの取り扱いや、指標などの提示が必要である。これらが整っていない状況では、スクリーニングの確立や、スクリーニング結果に基づいたトリアージ体制は非常に困難であり、がん診療連携拠点病院の要件にスクリーニングを含めるかどうか検討していく必要がある。

2) がん患者の苦痛をスクリーニングで拾い上げるものと、がん患者自らが医療従事者とうまくコミュニケーションをとれるようにするという双方向性への取り組みも必要と考える。

スクリーニングを行わなくても、患者自身が症状

を適切に医療従事者に伝えることができるようになり、患者が医療従事者と症状や気持ちについて話し合っ、適切な対応がなされるようになっていくことが望ましいと考える。また、スクリーニング後のトリアージで対応するだけでなく、自己で対応できるように患者・家族自身のコーピング能力をあげる教育などが必要である。

3) 他者評価ではなく、自記式でスクリーニングを行う場合、自身で記入できない患者の対応にも取り組む必要があると考える。

参考資料

国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センターホームページ、第3回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 緩和ケア部会〔http://ganjoho.jp/hospital/liaison_council/p_care/shiryo3.html。(2015.12.31 閲覧)〕

参考文献

- 1) Carlson, L E : Screening alone is not enough: The importance of appropriate triage, referral, and evidence-based treatment of distress and common problems. *Clini Oncolo* **31**(29): 3616-3617, 2013
- 2) Hollingworth W, Metcalfe C, Mancero, S, Harris S, Campbell R, Biddle L, Brennan J : Are needs assessments cost effective in reducing distress among patients with cancer? A randomized controlled trial using the distress thermometer and problem list. *Clini Oncol* **31**(29): 3631-3638, 2013
- 3) Mitchell, A.J., Lord, K., Slattery, J., Grainger, L., & Symonds, P. 2012 How Feasible Is Implementation of Distress Screening by Cancer Clinicians in Routine Clinical Care? *Cancer*, **118**(24), 6260-6269.
- 4) Mitchell AJ : Screening for cancer-related distress: when is implementation successful and when is it unsuccessful? *Acta Oncolo*: **52**(2), 216-224, 2013
- 5) STAS-J(STAS-J 日本語版)のホームページ,〔<http://plaza.umin.ac.jp/stas/>, 2015.6.11〕 閲覧

資料1 緩和ケアセンターのがん患者苦痛スクリーニング（外来）

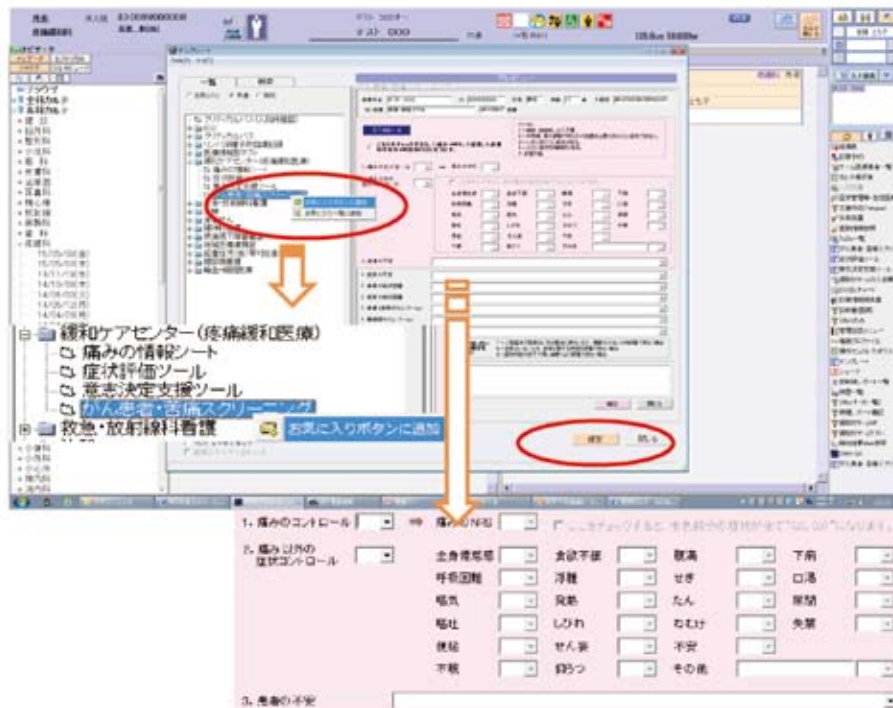
【がん患者の苦痛スクリーニング(外来)のフロー】

●全てのがん患者の受診において、STAS-J を利用して、**外来医師** が診療の記載を補助する形式で入力いただく。

1) ナビゲーションマップ→共通→コンテンツ→テンプレート



2) 緩和ケアセンター(疼痛緩和医療部)→がん患者・苦痛スクリーニング→お気に入りに登録



必ず入力して頂きたい項目 **症状があれば入力する項目**

STAS-J

「こちらをチェックすると、1.痛み+NRS, 2.症状, 3.患者の不安の4項目が「0」になります。

0 = なし
 1 = 時折、断続的。介入不要。
 2 = 中等度。薬の調節や何らかの処置が必要だがひどい症状ではない。
 3 = しばしばひどい症状がある。
 4 = ひどい症状が持続的にある。
 * 評価不能

1. 痛みのコントロール ⇒ 痛みのNRS

2. 痛み以外の症状コントロール

「ここをチェックすると、枠内部分の症状が全て「なし(0)」になります。

全身倦怠感	食欲不摂	腹満	下痢
呼吸困難	浮腫	せき	口渇
嘔気	発熱	たん	尿閉
嘔吐	しびれ	ねむけ	失禁
便秘	せん妄	不安	
不眠	おうつ	その他	

3. 患者の不安

一番強い症状の程度を入力

- 3) STAS-J: 痛みのコントロール→痛みのNRS をプルダウンで入力
- 4) STAS-J: 症状が患者に及ぼす影響症状→STAS-J(症状版)をプルダウンで入力
 部分 (*特に必ず確認頂きたい症状は、左側によせている。)
- 5) 患者の不安をプルダウンで入力
- 6) STAS-J :4. 家族の不安~9. コミュニケーションの項目は、可能であればプルダウンで入力

プルダウンは、0-4の5段階
 (※痛みのNRSは、0-10の11段階)

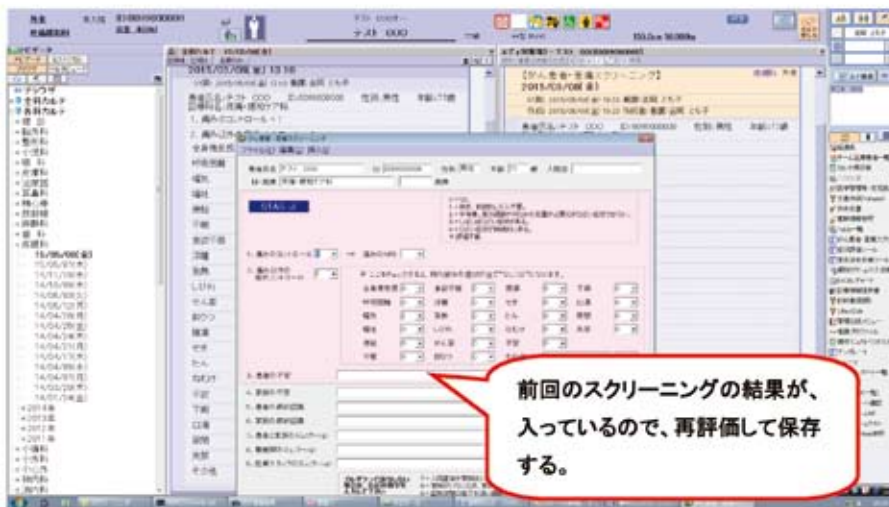
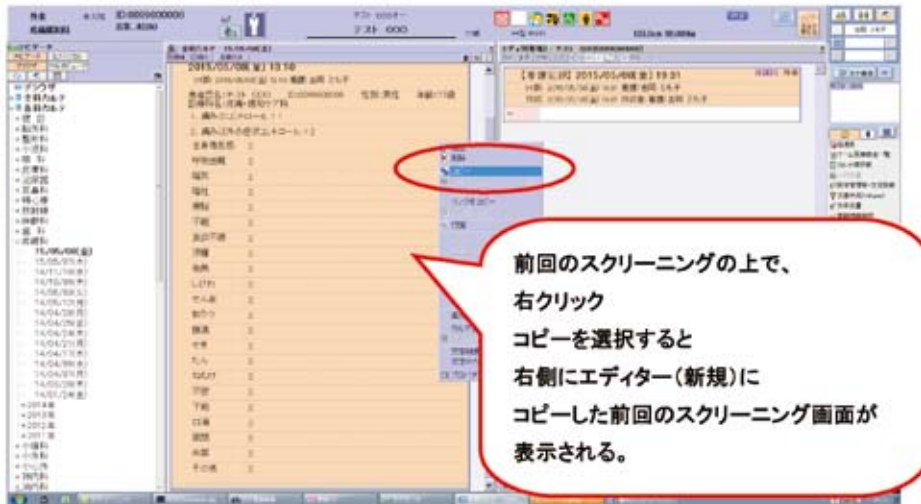
0 = なし
 1 = 時折、断続的。介入不要。
 2 = 中等度。薬の調節や何らかの処置が必要だがひどい症状ではない。
 3 = しばしばひどい症状がある。
 4 = ひどい症状が持続的にある。
 * 評価不能

7) 評価間隔は、原則は受診毎が望ましいが最低1か月に1回は行う。

8) 次回の受診日での再評価
 緩和ケアセンター業務としては、入力後に DWH でチェックし、(+ 緩和ケアセンター専従看護師が次回受診日の診察前に問診できるように調整していければと考えている。)

9) 2回目以降は、前回入力したがん患者・苦痛スクリーニングシートを使用する。

※1)2)で新たに入力、またはお気に入りに登録しておくのもよい。

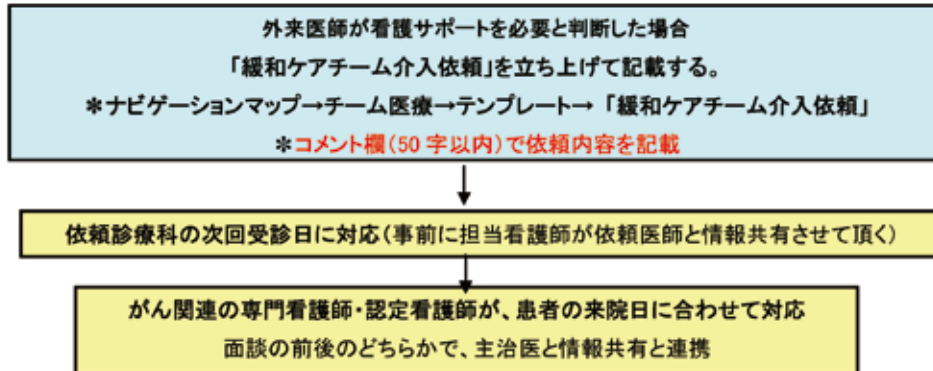


- 10) 各診療科の先生で必要時は、以下依頼を検討していただく。
- (ア) 他科受診 または
- (イ) 看護サポートの依頼(電子カルテ or 急ぎ時は電話での対応) 以下参照

11) 依頼基準の例として

- (ア) 他科受診 → 主治医が症状マネジメントでやりずらさを感じた時など
- (イ) 看護サポート (依頼方法は以下の通り)
- i) 症状が強い ii) 不安が強い
 - iii) 診療以外での困りごとがある → がん相談支援センターと協働する。
 - iv) 再発などのバッドニュース・療養の選択の話を伝える前など
 - vi) 緩和ケア病棟の入院までのサポート
 - vii) 在宅サポートの調整 → 地域連携と協働する。

【看護サポートの依頼方法】 急ぎの時は、電話連絡(〇〇PHS:△-△△-△△・内線△△)



診療科	専門看護師・認定看護師の担当者
乳腺外科	各主治医の先生に確認してから開始予定。
消化器内科・消化器外科	緩和ケアセンターの専従看護師
呼吸器内科・呼吸器外科	〇〇〇〇(がん看護専門看護師)
整形外科・皮膚科・脳外科・ 耳鼻科・血液内科	入院からの継続の場合は、緩和ケアセンターまたは緩和ケアチーム看護師で個別対応の必要性について相談。 〇〇〇〇(がん性疼痛看護認定看護師)、〇〇〇〇
婦人科	〇〇〇〇(がん看護専門看護師)
泌尿器科	〇〇〇〇(がん化学療法看護認定看護師)
放射線科	〇〇〇〇(がん放射線療法看護認定看護師)
化学療法部	〇〇〇〇(がん看護専門看護師・がん化学療法看護認定看護師)

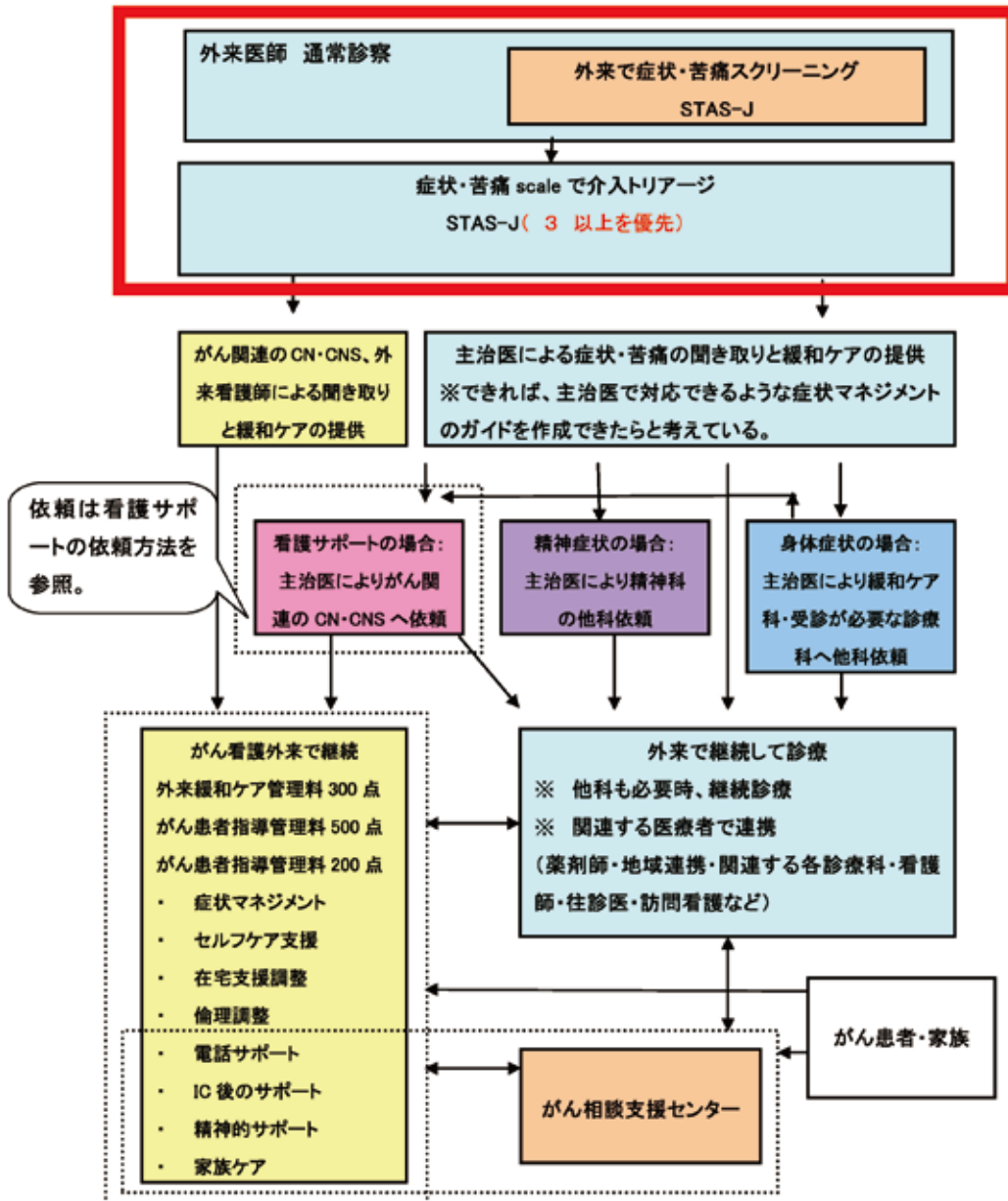
【緩和ケアセンター(外来)における症状・苦痛スクリーニング】

コンサルテーションの依頼手順

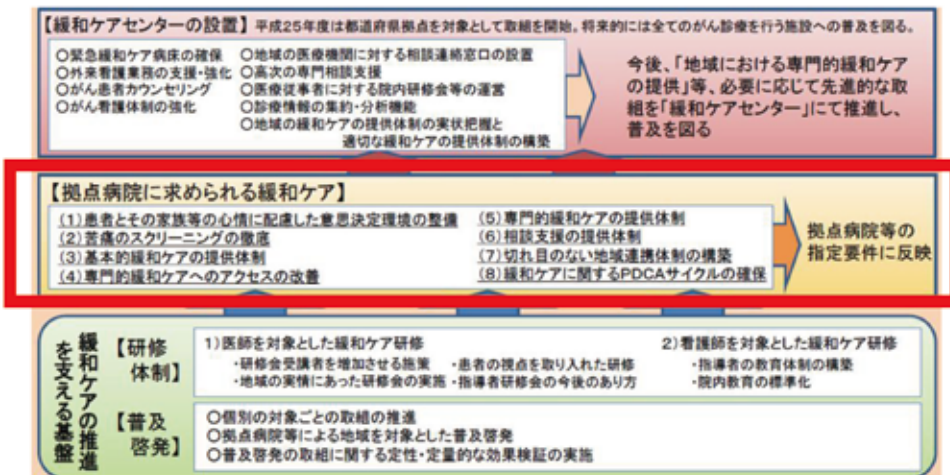
目的: 緩和ケアを迅速に提供できる診療体制を整備するとともに、緩和ケアチームや緩和ケア外来等の専門的な緩和ケアの質の向上と提供体制の整備を図ること

目標: 患者とその家族等ががんと診断された時から身体的・精神的・社会的苦痛等に対して適切に緩和ケアを受け、こうした苦痛が緩和されること

対象: がん患者



【厚生労働省が提案する緩和ケアセンターの設置・役割・推進に関して】



●がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針(2014/1/10 厚生労働省健康局長 通知)

Ⅱ 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

1 診療体制

⑤ 緩和ケアの提供体制

イ 緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、がん診療に携わる全ての診療従事者により、以下の緩和ケアが提供される体制を整備すること。

i がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来及び病棟にて行うこと。また、院内で一貫したスクリーニング手法を活用すること。

ii アに規定する緩和ケアチームと連携し、スクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備すること。

iii 医師から診断結果や病状を説明する際は、以下の体制を整備すること。

a 看護師や医療心理に携わる者等の同席を基本とすること。

ただし、患者とその家族等の希望に応じて同席者を調整すること。

b 説明時には、初期治療内容のみならず長期的視野に立ち治療プロセス全体について十分なインフォームドコンセントに努めること。

c また、必要に応じて看護師等によるカウンセリングを活用する等、安心して医療を受けられる体制を整備すること。

●本院のがん患者の診療概要

病院全体に関連する指標	数値(2013年度)	がん患者割合
8. 外来患者数(診療科数:36科)	約 51万人	
年間外来がん患者のべ人数	約 6万人	約12%(外来)
3. 新規入院患者数	約 1万4000人	↳ 250人/日
新規がん入院患者数	約 4200人	約30%(入院)
4. 退院患者数	約 1万4000人	
がん患者退院数	約 5500人	約40%(退院)
5. 退院患者数のうち死亡退院患者数	213人	
院内がん死亡患者数	117人	約55%(がん死)

●スクリーニング時の配慮

外来でがん患者に質問紙などを配布してスクリーニングする場合は、がん患者を区別することが非常に困難である。また、質問紙を配布することで、がん患者とわかってしまうためプライバシーの保持ができない(機能評価の勧告)。

また、がん患者に質問紙を記載して頂いたにもかかわらず、対応がされない場合、患者の不満とかわる。＊スクリーニングを行い、その後のトリアージがなされることが重要である。

●STAS-Jの概要

ホスピス・緩和ケアにおけるケアの質を測定するためには、身体的ニーズだけでなく、心理的、社会的、霊的(スピリチュアル)なニーズも含めて、広く多面的な要素から成る評価尺度が必要とされる。さらに、評価の対象となる患者は、全身状態の悪い患者さんも含まれ、そのような患者さんにも適応可能な評価尺度が必要である。

Support Team Assessment Schedule(STAS) は、英国のHigginsonらによって、上記のような点もふまえて開発された、ホスピス・緩和ケアの評価尺度である。主要項目として「痛みのコントロール」「症状が患者に及ぼす影響」「患者の不安」「家族の不安」「患者の病状認識」「家族の病状認識」「患者と家族のコミュニケーション」「医療専門職間のコミュニケーション」「患者・家族に対する医療専門職とのコミュニケーション」の9項目からなる。評価は、医師、看護師など医療専門職による「他者評価」という方法をとる。

患者の状態を評価するだけでなく、患者さんを中心として医療従事者が機能的に活動できているかなどを評価するという点で、一般に用いられているQOL 尺度と一線を画している。STAS は英国、カナダなどで計量心理学的な信頼性・妥当性などの検討が行われている。

STAS が作成された背景と開発過程については、Higginson: Clinical Audit in Palliative care, Radcliffe Medical Press, 1993 に詳しく記載されている。

＊STAS-J (日本語版)の詳細なマニュアルは、カルテ掲示板→緩和ケアセンター(疼痛緩和医療部)→stas_manual v3 掲載

緩和ケアセンター センター長 ○○○○

連絡先 緩和ケアセンター看護師 ○○○○(PHS:△-△△-△△・内線△△)

疼痛・緩和ケア科 科長 ○○○○ (PHS:△-△△-△△・内線△△)

資料2 症状チェックシート

- あなたの気持ちと体のつらさを知るための質問票です。この 1 週間の間に、あなたがどのように感じたか最も近い番号を○で囲んでください。

- お名前 _____
- ID _____ 記入日 _____ 月 _____ 日

	なし	時折ある	時々悪い日がある	ひどい症状がしばしばある	ひどい症状がずっとある	わからない
痛み	0	1	2	3	4	*
しびれ	0	1	2	3	4	*
身体のだるさ	0	1	2	3	4	*
息苦しさ	0	1	2	3	4	*
せき	0	1	2	3	4	*
たん	0	1	2	3	4	*
吐き気	0	1	2	3	4	*
嘔吐	0	1	2	3	4	*
お腹の張り	0	1	2	3	4	*
口の渇き	0	1	2	3	4	*
食欲不振	0	1	2	3	4	*
便秘	0	1	2	3	4	*
下痢	0	1	2	3	4	*
尿の出が完全に止まってしまう	0	1	2	3	4	*
尿が漏れる	0	1	2	3	4	*
発熱	0	1	2	3	4	*
眠気	0	1	2	3	4	*
不眠	0	1	2	3	4	*
気分の落ちこみ	0	1	2	3	4	*
意識が朦朧となる	0	1	2	3	4	*
不安	0	1	2	3	4	*
身体のむくみ	0	1	2	3	4	*

資料3 緩和ケアセンターのがん患者苦痛スクリーニング（入院）

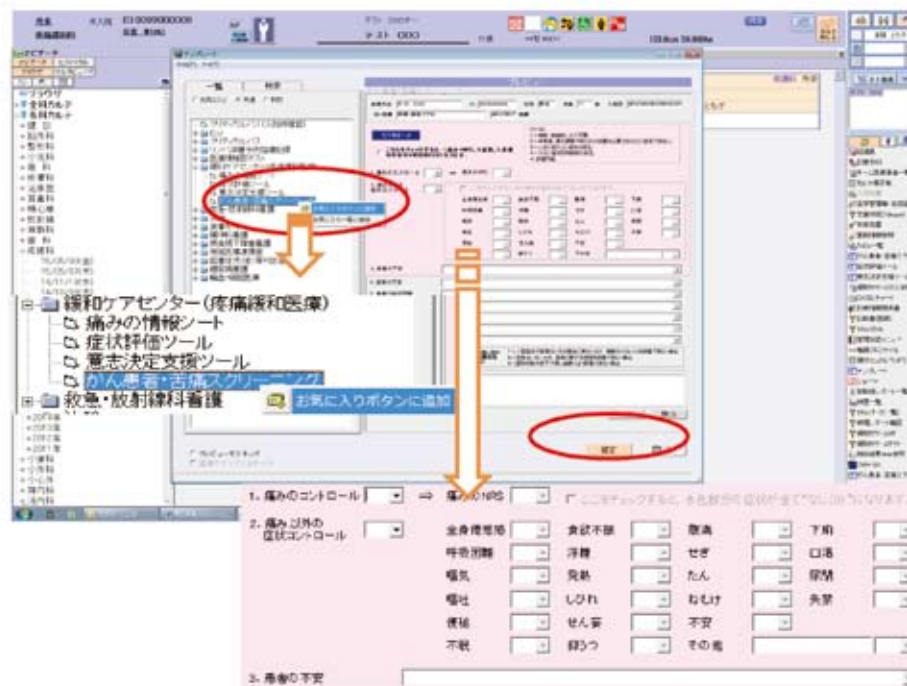
【がん患者の苦痛のスクリーニング（入院）のフロー】

●STAS-Jを利用して、**入院担当医・病棟看護師** が日常行う確認内容を補助する形式で入力いただく。

1) ナビゲーションマップ→共通→コンテンツ→テンプレート



2) 緩和ケアセンター（疼痛緩和医療部）→がん患者・苦痛スクリーニング→お気に入り登録
→右下・確定ボタン





必ず入力して頂きたい項目



症状があれば入力する項目

1. 痛みのコントロール ⇒ 痛みのNRS

2. 痛み以外の症状コントロール

ここをチェックすると、水色部分の症状が全て“なし(0)”になります。

全身倦怠感	食欲不振	脹満	下痢
呼吸困難	浮腫	せき	口渴
嘔気	発熱	たん	尿閉
嘔吐	しびれ	むしけ	失禁
便秘	せん妄	不安	
不眠	拘りつ	その他	

3. 患者の不安

一番強い症状の程度を入力

- 3) STAS-J: 痛みのコントロール→痛みのNRSをプルダウンで入力
- 4) STAS-J: 症状が患者に及ぼす影響症状→STAS-J(症状版)をプルダウンでの入力
(※特に必ず確認頂きたい症状は、左側によせている。)
部分 (※特に必ず確認頂きたい症状は、左側によせている。)
- 5) 患者の不安
- 6) STAS-J :4. 家族の不安～9. コミュニケーションの項目も入力できる範囲で入力してもらおう。

●質問項目

1. 痛み
2. 痛み以外
3. 患者の不安
4. 家族の不安
5. 患者の病状認識
6. 家族の病状認識
7. 患者・家族コミュニケーション
8. 職種間コミュニケーション
9. 医療スタッフコミュニケーション

プルダウンは、0-4の5段階
(※痛みのNRSは、0-10の11段階)

0=なし
1=時折、断続的。介入不要。
2=中等度。薬の調節や何らかの処置が必要だがひどい症状ではない。
3=しばしばひどい症状がある。
4=ひどい症状が持続的にある。
* 評価不能

迷った時は、程度が強い方で入力

- 7) 評価間隔は、**入院時 → その後は、週1回程度(病棟で入力曜日を決定)。**
週1回の入力をしていく場合、看護指示→指示追加→業務指示→情報入力→苦痛スクリーニング評価で、看護指示として入力しておく。

8) 緩和ケアセンター業務としては、DWHでチェックする。

必要時は、他科受診または、看護サポートの依頼を検討していただく。

STAS-Jで評価する中で、以下のコンサルテーションプロセスを検討していただく。

- ・疼痛・緩和ケア科の他科受診
- ・看護サポートや緩和ケアチームの依頼緩和ケアチーム依頼など
(+ 緩和ケアセンター専従看護師が病棟にラウンドなども含む。)

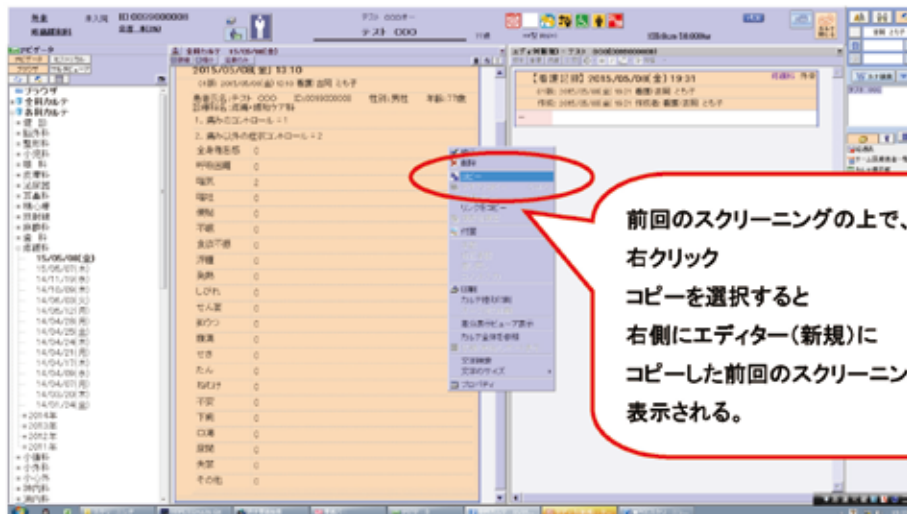
※ 緩和ケア介入依頼の詳細は、カルテ掲示板の緩和ケアセンター(疼痛緩和医療部)

■緩和ケアチームマニュアルをご参照下さい

9) 対象は、がん患者(op・パス患者除く)。

10) 2回目以降は、前回入力したがん患者・苦痛スクリーニングシートを使用する。

※1)2)で新たに入力、お気に入り登録しておくのもよい。

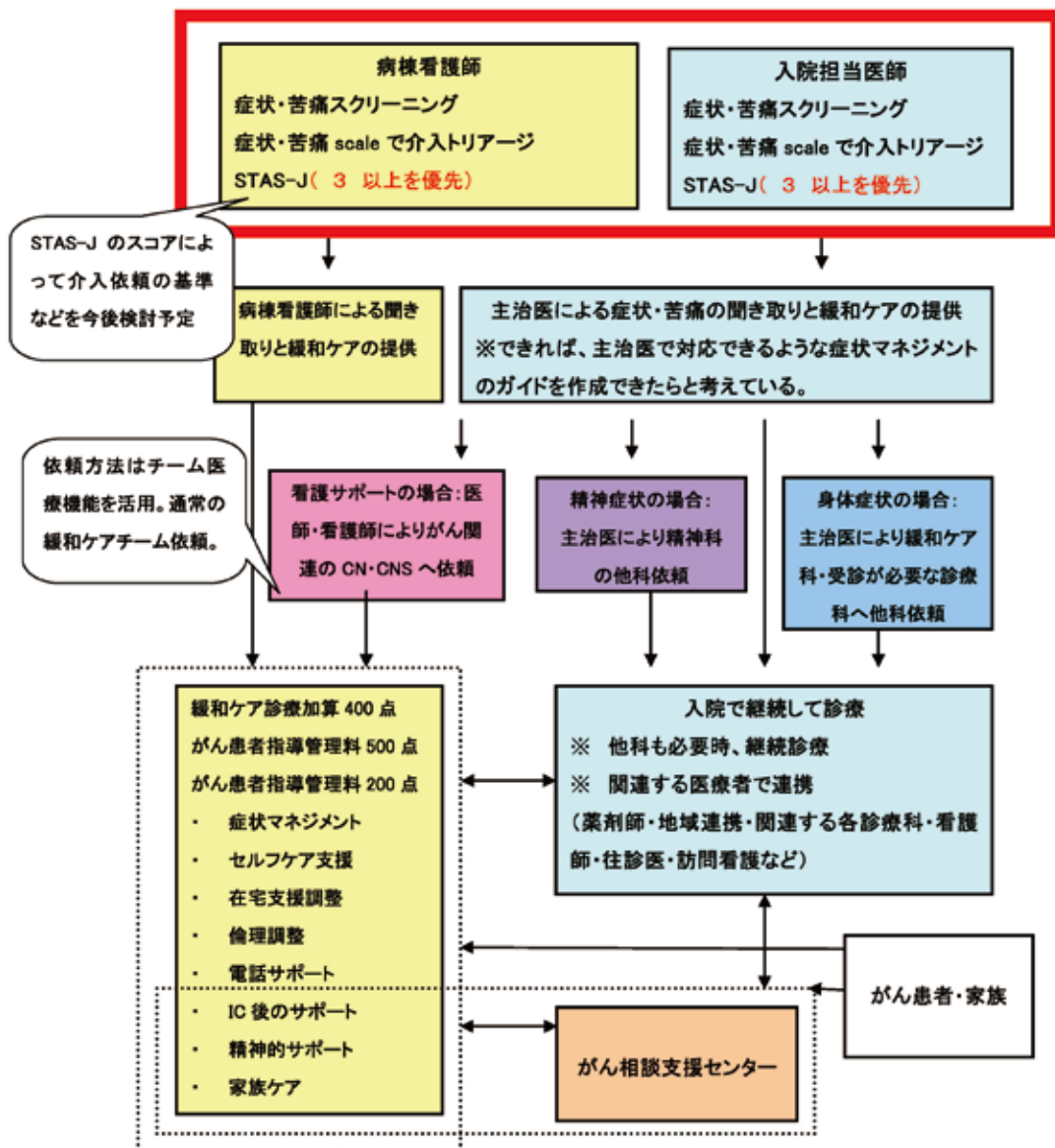


**【緩和ケアセンター(入院)における緩和ケアチームの
症状・苦痛スクリーニング、コンサルテーションの依頼手順】**

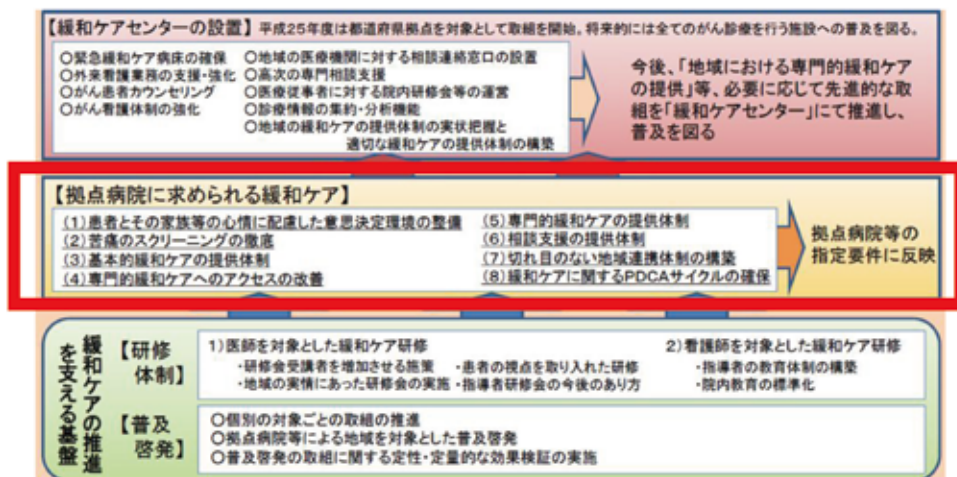
目的: 緩和ケアを迅速に提供できる診療体制を整備するとともに、緩和ケアチームや緩和ケア外来等の専門的な緩和ケアの質の向上と提供体制の整備を図ること

目標: 患者とその家族等ががんと診断された時から身体的・精神的・社会的苦痛等に対して適切に緩和ケアを受け、こうした苦痛が緩和されること

対象: がん患者



【厚生労働省が提案する緩和ケアセンターの設置・役割・推進に関して】



●がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針(2014/1/10 厚生労働省健康局長 通知)

II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

1 診療体制

⑤ 緩和ケアの提供体制

イ 緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、がん診療に携わる全ての診療従事者により、以下の緩和ケアが提供される体制を整備すること。

i がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来及び病棟にて行うこと。また、院内で一貫したスクリーニング手法を活用すること。

ii アに規定する緩和ケアチームと連携し、スクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備すること。

iii 医師から診断結果や病状を説明する際は、以下の体制を整備すること。

a 看護師や医療心理に携わる者等の同席を基本とすること。

ただし、患者とその家族等の希望に応じて同席者を調整すること。

b 説明時には、初期治療内容のみならず長期的視野に立ち治療プロセス全体について十分なインフォームドコンセントに努めること。

c また、必要に応じて看護師等によるカウンセリングを活用する等、安心して医療を受けられる体制を整備すること。

●本院のがん患者の診療概要

病院全体に関連する指標	数値 (2013年設)	がん患者割合
8. 外来患者数(診療科数:36科)	約 51万人	
年間外来がん患者のべ人数	約 6万人	約12%(外来)
3. 新規入院患者数	約 1万4000人	↳ 250人/日
新規がん入院患者数	約 4200人	約30%(入院)
4. 退院患者数	約 1万4000人	
がん患者退院数	約 5500人	約40%(退院)
5. 退院患者数のうち死亡退院患者数	213人	
院内がん死亡患者数	117人	約55%(がん死)

●スクリーニング時の配慮

外来でがん患者に質問紙などを配布してスクリーニングする場合は、がん患者を区別することが非常に困難である。また、質問紙を配布することで、がん患者とわかってしまうためプライバシーの保持ができない(機能評価の勧告)。

また、がん患者に質問紙を記載して頂いたにもかかわらず、対応がされない場合、患者の不満とかわる。＊スクリーニングを行い、その後のトリアージがなされることが重要である。

●STAS-J の概要

ホスピス・緩和ケアにおけるケアの質を測定するためには、身体的ニーズだけでなく、心理的、社会的、霊的(スピリチュアル)なニーズも含めて、広く多面的な要素から成る評価尺度が必要とされる。さらに、評価の対象となる患者は、全身状態の悪い患者さんも含まれ、そのような患者さんにも適応可能な評価尺度が必要である。

Support Team Assessment Schedule(STAS) は、英国のHigginsonらによって、上記のような点もふまえて開発された、ホスピス・緩和ケアの評価尺度である。主要項目として「痛みのコントロール」「症状が患者に及ぼす影響」「患者の不安」「家族の不安」「患者の病状認識」「家族の病状認識」「患者と家族のコミュニケーション」「医療専門職間のコミュニケーション」「患者・家族に対する医療専門職とのコミュニケーション」の9項目からなる。評価は、医師、看護師など医療専門職による「他者評価」という方法をとる。

患者の状態を評価するだけでなく、患者さんを中心として医療者が機能的に活動できているかなどを評価するという点で、一般に用いられているQOL 尺度と一線を画している。STAS は英国、カナダなどで計量心理学的な信頼性・妥当性などの検討が行われている。

STAS が作成された背景と開発過程については、Higginson: Clinical Audit in Palliative care, Radcliffe Medical Press, 1993 に詳しく記載されている。

＊STAS-J (日本語版)の詳細なマニュアルは、カルテ掲示板→緩和ケアセンター(疼痛緩和医療部)→stas_manual v3 掲載

緩和ケアセンター センター長 ○○○○

連絡先 緩和ケアセンター看護師 ○○○○(PHS: △-△△-△△・内線△△)

緩和ケアセンター看護師 ○○○○(PHS:△-△△-△△・内線△△)
疼痛・緩和ケア科 科長 ○○○○(PHS:△-△△-△△・内線△△)

Ⅱ 緩和ケアスクリーニングの運用事例

7

関西医科大学附属枚方病院 —大学病院の事例

佐久間博子*

はじめに

関西医科大学附属枚方病院（以下、当院）は国指定の地域がん診療連携拠点病院で、入院 751 床、外来 1 日平均 2000 名の外来患者数のうち、がん患者が約 3 割を占める。がん患者の苦痛に迅速かつ適切に対応する体制の整備のために、苦痛のスクリーニングは 2014 年 5 月に導入準備をはじめ、2015 年 6 月に運用を開始した。現在入院・外来の全部門で取り組んでおり、実施件数は約 650 件／月である。

当院のスクリーニングのシステムの特徴は、①看護師が適切に症状に対応できることを重視して看護師教育と連動させた点、②システムにおける看護管理者、緩和ケアリンクナース、部署ナースの役割を規定した点、③スクリーニングの導入や運用において、緩和ケアリンクナースがリーダーシップをとり各部署の特殊性や現状に合った運用を工夫した点が挙げられる。

看護師を主体として指示・伝達の組織統制を整え、システムを構築した。

スクリーニング運用まで

① Start Up

スクリーニングが診療連携拠点病院の要件になったことを受け、緩和ケアチームの医師・看護師・薬剤師でワーキンググループを立ち上げた。周辺の拠点病院の状況を聞くが得られた情報は少なかった。そのため、導入は他院のシステムや活動がはっきりしてからでもいいのではないかという意見もあったが、活動に対する上司の承認もすでに得られており、独自の体制をつくろうと精力的に取り組みを開始した。

数年前に緩和ケアチームで「麻薬自己管理」システムを導入した経験があり、「やれないことはない」という思いがあった。実際、過去のシステム構築経験は、今回のスクリーニング運用において各組織への依頼手順などを判断する際に大いに役立った。

② Vision & Mission

どのようなシステムを目指すかワーキンググループで検討した。がん診療連携拠点病院の要件には、緩和ケアチームと連携して、スクリーニングされたがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整

* 関西医科大学附属枚方病院 がん治療センター 緩和ケアチーム

備することが挙げられている。これに基づき、苦痛のスクリーニングによって患者とコミュニケーションが増え、迅速に、充実した関わりができること。さらに、システムの運用において各部署が主体的に取り組めるような形態を思い描いた。

そして、システム構築を行い、苦痛を有する患者の把握、患者と情報を共有するコミュニケーションの向上、エビデンスに基づいた症状マネジメントの実施を目標とした。

③ 導入準備

システム運用に必要なフォーマットやどのように進めるかなど、具体的に形にした。フォーマットは、緩和ケアチームが問診時に使用していた「生活のしやすさに関する質問紙」を使用する案があった。しかし、項目が多いため、患者の負担を考えて「からだの症状」11項目（痛み、ねむけ、だるさ、息切れ、食欲不振、お腹の張り、吐き気、嘔吐、便秘、たん、せき）、気持ちの寒暖計をピックアップしたものを試作した。

病院全体で統一した手法を導入するには、系統だった組織力が必要だと考えた。そのため、システムの導入や運用に重要な役割を果たす人材に緩和ケアのリンクナースを位置づけたシステムを構想した。

ワーキンググループのメンバーである緩和ケアチームは、組織横断的に活動しているため、看護師の動線が見えにくい。システムが部署の現状からかけ離れたものにならないよう、部署で働く中堅・ベテラン看護師にも意見を求めながらプロトコルを作成した。

システムには、苦痛のスクリーニングと連動した看護師教育を盛り込んだ。毎日たくさんの仕事を抱えそれぞれ興味関心も異なる看護師にとって、苦痛のスクリーニングが「業務としてこなすもの」「させられるもの」になってしまわないように、症状に関する知識と技術を得ると同時に、部署での取り組みをシェアし評価される場をつくり主体的な実践を促進することを意図した。教育に関する具体的活動と

しては、①週1回緩和ケアチーム看護師による部署のラウンド、②緩和ケアリンクナース用の研修会年4回、③症状についての看護師向け研修会年4回を計画した。

④ 組織の承認を得るために

当院には緩和の診療科が存在せず、緩和ケアチームメンバーは、さまざまな部門から任命されたスタッフである。最終的に企画を承認する会議の場に出席したり、組織に対して直接交渉できるトップマネージャーがおらず交渉力は弱い。また、当院はがん診療連携拠点病院であるとともに、特定機能病院でもあり、苦痛のスクリーニングの実施は数ある要件のひとつである。これらの状況を踏まえ、大掛かりな取り組みが必要な要件であることを常々関連する会議の場で触れ、認知度を高めた。

構想していたシステムは看護師が大きな役割を担うため一番に看護部の担当副部長、看護部長に相談をした。企画書には、システムの概要、試験運用結果に加え、システムを取り入れるメリット、業務量の負担予測やプロトコルの実用性について記載した。

⑤ Pre Test

試作したフォーマットを用いて、緩和ケアチームが介入している患者、外来化学療法室、がん患者が多く入院する3つの病棟で、まず2週間の試験運用を行った。その結果、患者から、フォーマットが記入しにくい、面倒くさいという意見があり、レイアウトの見やすさやシンプルさの改善が必要だった。さらに、外来化学療法室では化学療法の副作用をチェックするための問診票と項目が重複し、オリジナルのフォーマットでは将来的なデータの評価の視点が狭くなることも課題となり、項目を検討した結果、最終的に症状評価の方法は、エドモントン評価システムに変更した（資料1）。

スクリーニングの対象について、入院患者には診断目的の入院もあり、スクリーニングをどう説明し

てよいか分からないという意見があった。そのため、スクリーニングの対象を原則、主病名に「がん」と登録されている患者とし、事前にカルテチェックし実施することにした。また、化学療法などで短期・頻回に入退院を繰り返すが、症状の変化が少ない患者には、どこまでスクリーニングを行うかといった問題も明らかになった。症状の把握と患者への負担のバランスは個々のケースによると考えられ、スクリーニングの対象の細部は各部署で個別に設定することにした。

緩和ケアチームとの連携について、スコアの高さを緩和ケアチーム依頼の基準とした場合、専門的介入を要する症状でも、スコアが低いと紹介されず、逆に、部署の対応で容易に改善する症状でもスコアが高ければ紹介されてしまうなど、緩和ケアチームを本当に必要とする患者をトリアージできない可能性が考えられた。また、緩和ケアチームのマンパワーが少ないため、トリアージ方法によっては対応しきれない可能性もあった。この問題に対し、部署で定期的に苦痛のスクリーニングに関する症例カンファレンスを行うこととし、トリアージ能力の強化をはかった。さらに、スクリーニングシートに患者の対応希望についての意向を問う項目を設定し、トリアージを行う際の判断に活用できるようにした。

6 実用準備

院内で広くシステムを実用化していくためにはマニュアルが必要である。マニュアルは活用しやすさを意識し、役割別に3つのマニュアルを作成した。

おもに看護管理者向けには、システムを明文化した「症状スクリーニング運用マニュアル(資料2)」を作成し、これには症状スクリーニングの概要と各看護師の役割、プロトコルなどを記載した。緩和ケアリンクナース向けには、システムの説明およびリンクナースの教育テキストとしても機能する「緩和ケアリンクナース マニュアル&テキスト(資料3)」を作成した。これは、システムの要となるリンクナースが現場で導入や実践のリーダーシップをとるう

えで必要と思われる内容を記載した。そして部署ナース向けには、症状別看護を示した「症状スクリーニング項目マニュアル」を作成し、症状をもつ患者を看護する際に必要な教科書的知識を記載した。

次に、スクリーニング結果の管理は電子カルテで行うため、電子カルテ用の入力テンプレート(資料4)や症状の継時的な変化を把握するテンプレートビューア(資料5)の作成を医療情報部の協力を得て行った。

7 取り組む仲間を増やす

実質的なシステムの導入や稼働は、各部署の看護管理者の理解と協力によるところが大きい。

師長会・副師長会の場で苦痛のスクリーニングの説明会を実施し、特に部署における緩和リンクナースの任命や活動の支援などを依頼した。管理者の役割を明確化することで協力を得やすくした。

実際、管理者は、各部署の看護師の知識や実践力、リーダーシップを考慮して緩和ケアリンクナースを人選した。このことは組織全体で苦痛のスクリーニングを運用するために重要だった。

8 評価・修正

1カ月の全体運用の後、各部署システム導入・運営に中心的役割を果たしている緩和ケアリンクナースが集合し、現状や課題を話し合った。(図1)



図1 リンクナースの会

緩和ケアリンクナースが抱く困難感として、①意識や認知レベルの悪い患者の評価をどうしたらいいか、既往にがんがあるが、がんと関係ない疾患で入院している患者への適応といった、「スクリーニングの対象に関するもの」、②緩和ケアの説明をどのようにすればいいか戸惑うといった、「対応に関するもの」、さらに、③スタッフ間の取り組みに対する温度差がある、多忙のため患者とゆっくり話をする時間がもてないといった、「組織的なもの」があった。

リンクナースの会ではこれらの困難感に関して、各部署で行っている工夫や解決策も話し合った。対象選択に関して、意識や認知の問題で患者がスクリーニングを理解できなかったり負担になりそうな場合は、会話のなかでさりげなく把握し判断するという意見が発表された。また対象選択は、患者の症状を把握し迅速に対応する苦痛のスクリーニングの目的に立ちかえて判断することを確認した。緩和ケアの説明に関する困難感には、緩和ケアチームの看護師から緩和ケアの考え方や説明例を伝えた。組織的な困難感に対しては、作業の効率化のためにスクリーニングに必要な書類をまとめている部署があった。また、症状の看護に自信がなかったり、関心が低い看護師にも取り組みやすいように、カンファレンスの進行方法を定める、患者への質問例をポケットサイズに印刷して配布する、病棟で緩和ケアのチームをつくり活動をしているなどの取り組みが発表された。

それぞれの緩和ケアリンクナースが、会を通じて得た情報や知識を自分の部署に持ち帰って運用に活かすことでシステムを修正した。

現在の運用体制

① 外 来

1. 対象の選択の仕方

外来化学療法室では、初回導入時、レジメン変更

時、情報取得時に看護師が必要と感じた症例を対象としている。婦人科、血液内科、泌尿器科、乳腺科、脳外科、耳鼻科、放射線科といった化学療法室以外の外来部門では、副作用の出やすい化学療法剤を使用している患者、化学療法歴のある患者、再発患者、痛みのチェックシートを使用している患者、積極的治療が終了し Best Supportive Care に移行している患者、麻薬が処方されている患者など、診療科ごとに対象を決定している。

使用しているスクリーニング方法

エドモントン評価システムと対応希望意向欄からなるオリジナル (図1)

2. 運用方法の実際

①抽出：対象患者について、外来化学療法室では、初回導入患者はクラークが、その他の患者は看護師が前日に確認する。前日に情報が得られなかった場合は当日、点滴作成時に穿刺担当看護師が確認する。外来化学療法室以外の外来部門では、対象抽出を行う看護師を決め、その看護師が前日にカルテを確認する、診察介助についている看護師が医師と患者の会話やカルテ記載から対象を把握する、医師と情報共有して対象患者を把握するなどの方法がとられている。

②スクリーニングシートの配布と回収：外来化学療法室では、クラークが患者に渡し、穿刺担当看護師が回収する。化学療法室以外の外来部門では、診察室の看護師が診察前に配布し診察後に回収する、診察待ち時間に看護師が配布しクラークが回収する、あるいは患者来院時にクラークが配布し、記入後患者がクラークに渡すなどの運用がなされている。

③スクリーニング結果についての患者へのかかわり：外来化学療法室では、穿刺担当の看護師が点滴中にシートに沿って話を伺い対応している。化学療法室以外の外来部門では看護師がスクリーニングシートを回収した際に結果をチェック、気になった患者に対して話を伺い対応している。また、専門家の対応を必要とする患者には、緩和ケアチームの医師

の診察や、専門・認定看護師が実施するがん相談外来を紹介している。

④カルテ入力：ほぼすべての部署で看護師が入力、一部クラークが行っている部門がある

⑤スタッフの情報共有・カンファレンス：朝のミーティング時、業務終了時、不定期など部門ごとに場を設定している。

3. 外来における緩和ケアリンクナースの活動

外来の緩和ケアリンクナースは外来全体の代表者が1名、各部門にメンバー看護師が1名ずつ、計6名いる。

外来代表の緩和ケアリンクナースは、自部門のスクリーニング運用に加え、外来全体の運用についてもリーダーシップをとっている。たとえば、各部門の看護師と定期的に集まりをもち、勉強会を企画したり、対象患者の選定の仕方や運用についてアドバイスを行っている。さらに、毎月部門ごとのスクリーニング実施件数を集計して示したり、カルテから看護師の対応内容を把握して、ケアについてアドバイスやコメントを返すなどして各部門の活動を支援している。

2 入院

1. 対象の選択の仕方

原則として、がんと診断された患者の入院時および看護師が必要性を判断した際に行っている。

2. 使用しているスクリーニング方法

エドモントン評価システムと対応希望意向欄からなるオリジナル（図1）

3. 運用方法の実際

女性診療科病棟の運用方法を例に挙げる。

①抽出：その日1日の看護業務をマネジメントする看護師（以下、マネージャー）が、入院する患者と、前回のカンファレンスでスクリーニングの継続が必要と判断された患者を一覧にし、対象を把握、スクリーニング実施の必要性を判断している。

②スクリーニングシートの配布と回収：日勤で患者を担当する看護師（以下、部屋持ち）が行い、マ

ネージャーが、実施漏れがないかを確認している。

③スクリーニング結果についての患者への関わり：日勤の部屋持ち看護師がスクリーニング結果をチェックし、スコアが高い場合や、気になる内容があれば、その日中に複数の看護師で結果と対応を検討する。必要があれば医師や緩和ケアチームに相談している。

④カルテ入力：シートを配布・回収した看護師が行っている

⑤スタッフの情報共有・カンファレンス：毎週水曜日に30分程度カンファレンスを開催、看護チーム単位でその週に対象となった患者全員のシートを見直し再評価している。

4. 入院における緩和ケアリンクナースの活動

女性診療科病棟では、代表の緩和ケアリンクナースが1名、メンバーが3名いる。

緩和ケアリンクナースは、苦痛のスクリーニングの定着に向けて、勉強会やカンファレンスを企画、看護師1人ひとりに日々声掛けを行っている。また、気になる症例は、スコアと継続的な評価をまとめ、部署の看護師と情報共有するとともに、ケアのアドバイスを行っている。

さらに月1回、メンバーの看護師とその月対象となった患者をすべて見直し、評価や対応が必要な患者の見落としがないか確認している。

課題と将来

1) 看護師を主体としてシステムを構築したため、苦痛のスクリーニングに対する医師をはじめ他のメディカルスタッフの認知度は低い。多職種でスクリーニングを活用しチームで症状への対応がなされるように取り組みを拡大する必要がある。

2) 若い看護師が多い組織の特性上、個々のスタッフの成長のために異動があり、緩和ケアリンクナースを固定することが困難である。そのため成果の積み重ねが難しい。今年度の取り組みを次の年度に

つなげていくこと、さらに、新たにスクリーニングに携わるスタッフに向けて根気強く教育を継続していく必要がある。

3) 苦痛のスクリーニングが定着すると、活動へのモチベーションが下がる可能性がある。看護師にとって、苦痛のスクリーニングは意欲的に長く活動

できるものであるために、今後の取り組み内容を工夫する必要がある。

4) 苦痛のスクリーニングの結果から緩和ケアチームに依頼があるケースは現在少ない。専門家への依頼を適切に判断できるように個々のスタッフの成長を支えていく必要がある。

資料 1 症状アセスメントシート

記入日 年 月 日 ID 名前

症状スクリーニングシート

1. 以下の症状が一番つよいときは、どのくらいの強さでしたか？

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
① 痛み	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
② だるさ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
③ 眠気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
④ 吐き気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
⑤ 食欲不振	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
⑥ 気分の落ち込み	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
⑦ 不安	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
⑧ 全体的な調子	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
⑨ 他の問題 ()	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

評価者 本人 家族 医療従事者 本人（介助）

2. 症状に対し医療者の対応を希望しますか？当てはまる項目にチェックをしてください。

<input type="checkbox"/> 症状はないもしくは症状は気にならないため 今に対応はいらない
<input type="checkbox"/> 症状により生活に支障はあるが、自分で対処出来るため今に対応はいらない
<input type="checkbox"/> 症状により生活に支障があり、対応してほしい

2015年5月関西医科大学附属枚方病院

資料 2 症状スクリーニング 運用マニュアル

平成 27 年度

関西医科大学附属枚方病院

緩和ケアチーム

緩和ケア委員会

もくじ	1. システムについて …………… 2
	2. マニュアルについて…………… 3
	3. 運用手順について…………… 4
	4. リンクナース教育について…………… 6
	5. スタッフ教育について…………… 6

1. システムについて

症状スクリーニング概要

がん対策推進基本計画において、緩和ケアを早期から適切に提供する体制整備が課題となっています。その施策の一環として、スクリーニングも診療連携拠点病院での実施が義務付けられています。また、スクリーニング実施要件として、①身体的・精神心理的・社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来および入院で行う事②院内で統一した手法を活用する事③緩和ケアチームと連携しスクリーニングされた苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備する事という3点が挙げられています。当院では、下記のようにスクリーニングの目的・目標を設定し、要件に添うよう症状スクリーニングをシステム化しました。

目的

がん患者の苦痛に迅速かつ適切に対応する体制ができる

目標

1. 患者とコミュニケーションをとり、苦痛を有するがん患者を早期にもれなく把握する
2. 各部署の特殊性に応じたシステムが整備される
3. 患者主体の症状マネジメントとエビデンスに基づいた実践が展開される
4. 専門的ケアを必要とするがん患者は適切なリソースに橋渡しする

スクリーニングの対象とタイミング

スクリーニングの対象 入院および外来通院中のがん患者

スクリーニングのタイミング

- 1) 入院時 2) 以下のような状況で、リンクナースおよび病棟看護師が必要と判断したとき

病状や症状の悪化時	気持ちの落ち込みを認める時	患者の心身状態に影響するエピソードがあった時
新たな症状の出現 ケアで改善を認めない時	治療内容の変更後	

症状スクリーニングにおけるナースと緩和ケアチーム・委員会の役割

	管理者	緩和ケアリンクナース	部署ナース
	1. 症状スクリーニングの主旨を理解し、リンクナースの支援・部署の管理 2. 達成目標の評価	1. 部署ナースと協力して基本的緩和ケアを行う 2. 病棟・外来でのスクリーニングの運用についてリーダーシップを発揮する 3. 専門家への橋渡しをする	1. 症状スクリーニングシートをもとに、対応を判断する 2. 患者の症状のケアを行う 3. 専門家と協働する
緩和ケアチーム委員会	プロジェクトの説明 病棟ラウンド	リンクナースマニュアル&テキストの作成と改訂 リンクナースの教育・相談 病棟ラウンド	症状別看護マニュアルの作成と改訂 セミナーの実施・相談 病棟ラウンド

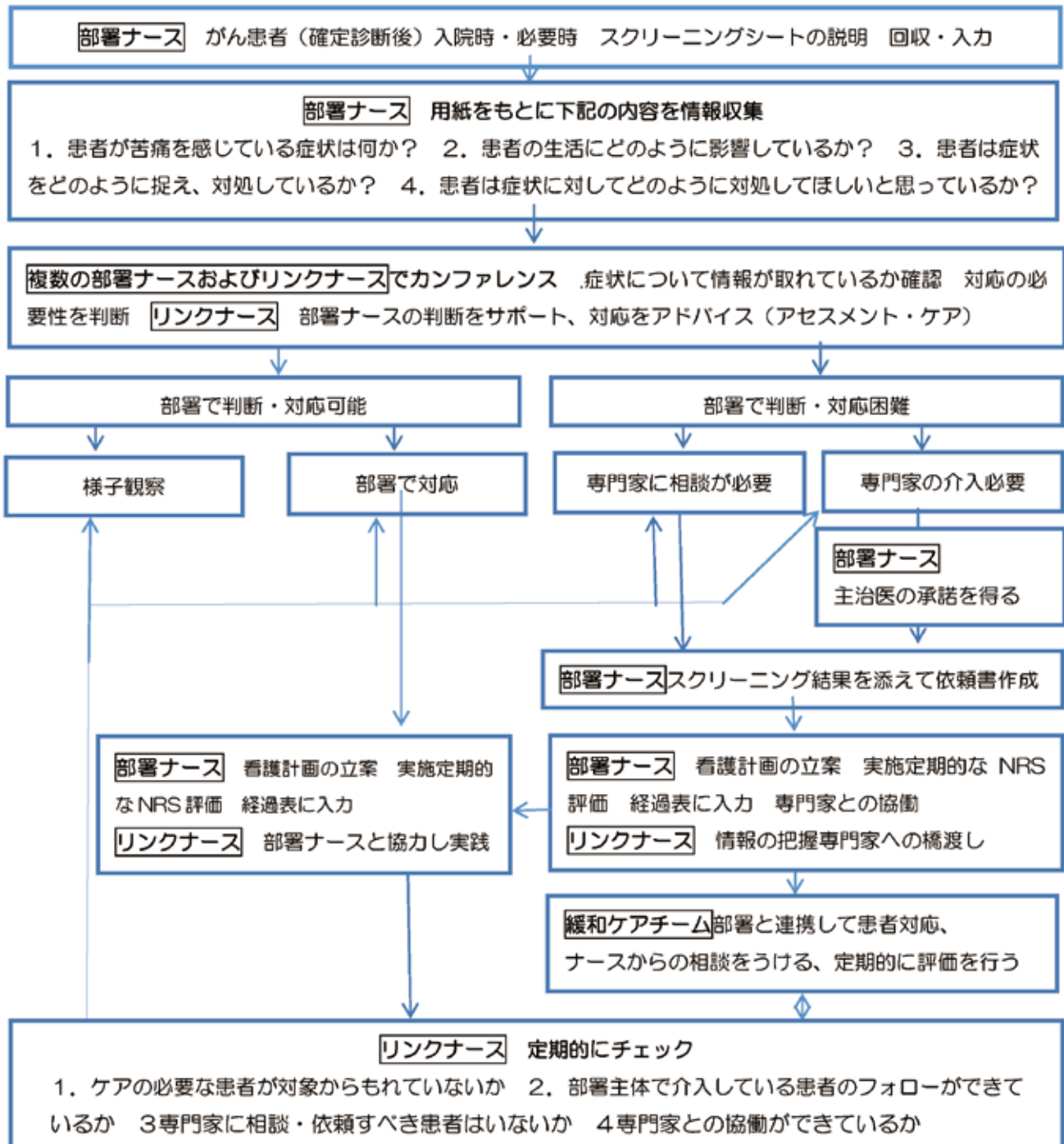
2. マニュアルについて

実施の手順や内容について、症状スクリーニング運用マニュアル・リンクナースマニュアル&テキスト・症状別看護マニュアルを整備している

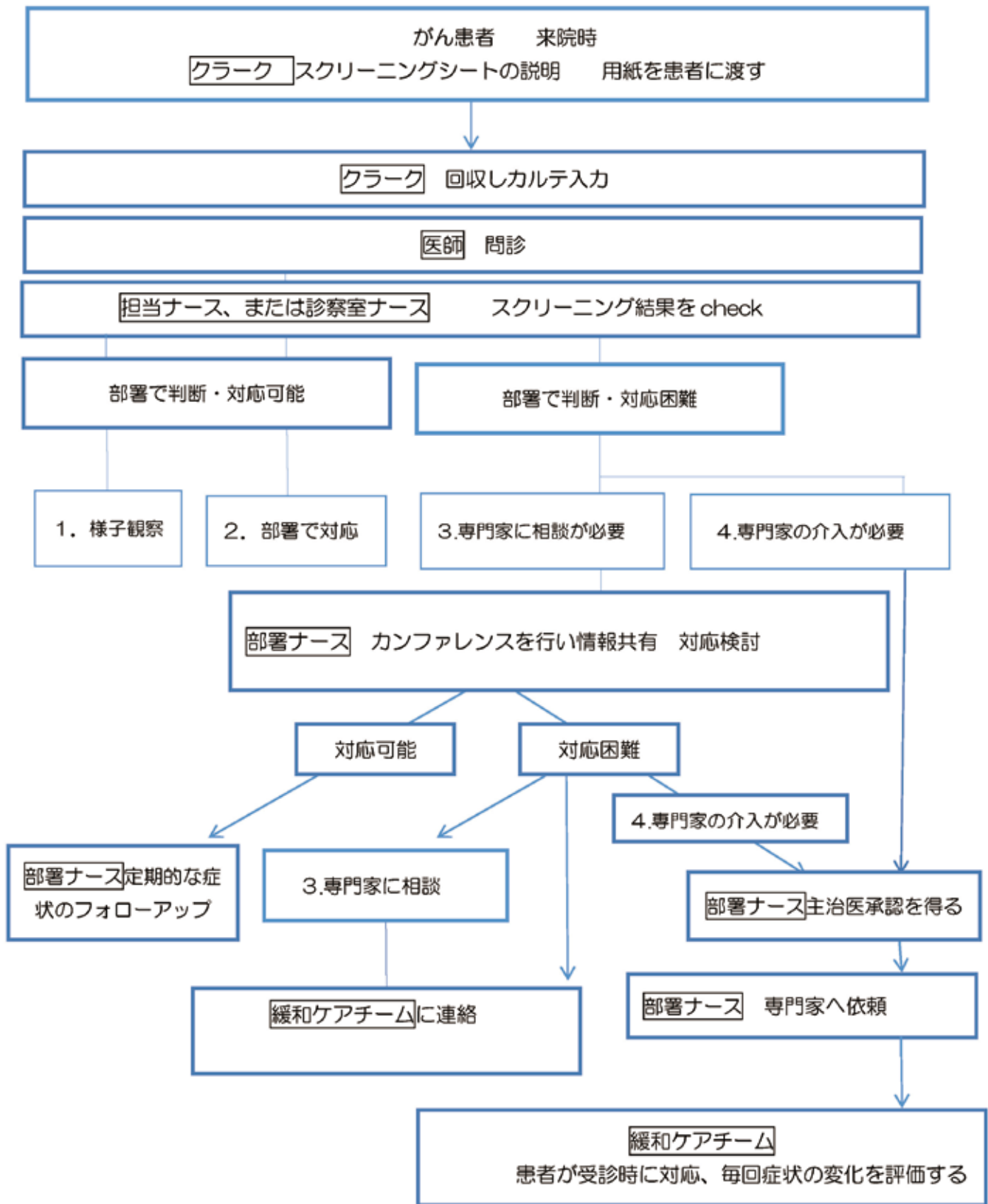
症状スクリーニング運用マニュアル	本誌 症状スクリーニングの概要とナースの役割が記載されておりシステムや制度の理解のために用いる。
緩和ケアリンクナースマニュアル&テキスト	システムの要となるリンクナースに必要な知識が記載されており、リンクナースの教育および、リンクナースが現場で実践する際のマニュアルとして用いる。
症状別看護マニュアル	各症状についての情報収集の視点からケアまでが記載されており、ナースが症状を看護するにあたって知識が必要な時に用いる。

3. 運用手順について

1) 入院



2) 外来



5

4 リンクナース教育について

リンクナースの役割

1. 部署ナースと協力して基本的緩和ケアを行う
2. 病棟・外来での症状スクリーニングの運用についてリーダーシップを発揮する
3. 専門家への橋渡し

リンクナースが役割を発揮できるように必要な力を育成することを目的に企画

- ◆スクリーニングを使用し、症状マネジメントの視点をうい包括的に症状を見る知識 症状をアセスメントする力・実践力
- ◆スタッフナースを巻き込みスクリーニングを運用するリーダーシップ 上手に運用できるよう工夫する力
- ◆専門家に相談できる力

日程：年度毎に計画し決定し次第部署へ通達

詳細：リンクナースマニュアル&テキスト参照

5. スタッフ教育について

部署ナースが症状スクリーニングを活用して看護を行うにあたっての必要知識と能力を養うための勉強会を定期的実施する

日程：年度毎に計画し決定し次第部署へ通達

資料 3

症状スクリーニング 緩和ケアリンクナ ース マニュアル&テキスト

平成 27 年度

関西医科大学附属枚方病院

緩和ケアチーム

緩和ケア委員会

1

もくじ

1. 症状スクリーニングとは	3				
1-1. 症状スクリーニング概要	1-2. 目的	1-3. 目標			
1-4. スクリーニングの対象	1-5. スクリーニングにおけるナースの役割				
<input type="checkbox"/> 症状スクリーニングについて部署ナースに説明できる	()				
2. 症状スクリーニングにおけるリンクナースの役割	4				
2-1. リンクナースの役割	2-2. 運用フローチャート(入院)	2-3. 運用フローチャート(外来)			
<input type="checkbox"/> リンクナースの役割と行うべき行為がわかる	()				
3. 緩和ケアにおける症状の捉え方	7				
3-1. 症状とは	3-2. 緩和ケアにおける症状の捉え方	3-3. 包括的アセスメント			
<input type="checkbox"/> 症状の捉え方が部署ナースに説明できる	()				
4. 部署ナースと連携した基本的緩和ケアの実施	8				
4-1. 情報収集	4-2. アセスメント	4-3. 看護診断	4-4. 計画	4-5. 実施	4-6. 評価
<input type="checkbox"/> 症状に対して適切な看護実践ができる					
5. 適切にスクリーニングを行うための運用方法の工夫	9				
5-1. 部署に即した工夫を考える	5-2. 外来化学療法室の例				
<input type="checkbox"/> 部署に即した工夫が考えられ、実行できる	()				
6. 専門家への橋渡し・連携方法	10				
6-1. 緩和ケアチームに相談・依頼が必要な状況					
6-2. 症状スクリーニングに関連した緩和ケアチームへの相談・依頼方法					

1. 症状スクリーニングとは

1-1. 症状スクリーニング概要

がん対策推進基本計画において、緩和ケアを早期から適切に提供する体制整備が課題となっています。スクリーニングもその施策の一環として診療連携拠点病院は、実施が義務付けられています。また、スクリーニング実施要件として、①身体的・精神心理的・社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来および入院で行う事②院内で統一した手法を活用する事③緩和ケアチームと連携しスクリーニングされた苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備する事という3点が挙げられています。当院では、下記のようにスクリーニングの目的・目標を設定し、要件に添って症状スクリーニングをシステム化しました。

1-2. 目的

がん患者の苦痛に迅速かつ適切に対応する体制ができる

1-3. 目標

1. 患者とコミュニケーションをとり、苦痛を有するがん患者を早期にもれなく把握する
2. 各部署の特殊性に応じたシステムが整備される
3. 患者主体の症状マネジメントとエビデンスに基づいた実践が展開される
4. 専門的ケアを必要とするがん患者は適切なリソースに橋渡しする

1-4. スクリーニングの対象とタイミング

スクリーニングの対象 入院および外来通院中のがん患者

スクリーニングのタイミング

- 1) 入院時 2) 以下のような状況で、リンクナースおよび病棟ナースが必要と判断したとき

病状や症状の悪化	気持ちの落ち込を認める時	患者の心身状態に影響するエピソードがあった時
新たな症状の出現や現在のケアで改善を認めない時	治療内容の変更後	

1-5. 症状スクリーニングにおけるナースと緩和ケアチーム・委員会の役割

	管理者	緩和ケアリンクナース	部署ナース
	1. 症状スクリーニングの主旨を理解し、リンクナースの支援・部署の管理 2. 達成目標の評価	1. 部署ナースと協力して基本的緩和ケアを行う 2. 病棟・外来でのスクリーニングの運用についてリーダーシップを発揮する 3. 専門家への橋渡しをする	1. 症状スクリーニングシートをもとに、対応を判断する 2. 患者の症状のケアを行う 3. 専門家と協働する
緩和ケアチーム委員会	プロジェクトの説明 病棟ラウンド	リンクナースマニュアル&テキストの作成と改訂 リンクナースの教育・相談 病棟ラウンド	症状別看護マニュアルの作成と改訂 セミナーの実施・相談 病棟ラウンド

オプションワーク

～緩和ケアリンクナースの活動（スクリーニングの導入）の実践について～
1年後・・・

目の前の患者さんの笑顔を想像してみましょう

患者さんの症状にかっこよく対応できる自分を想像してみましょう

患者さんの症状に皆であつく取り組む病棟を想像してみましょう



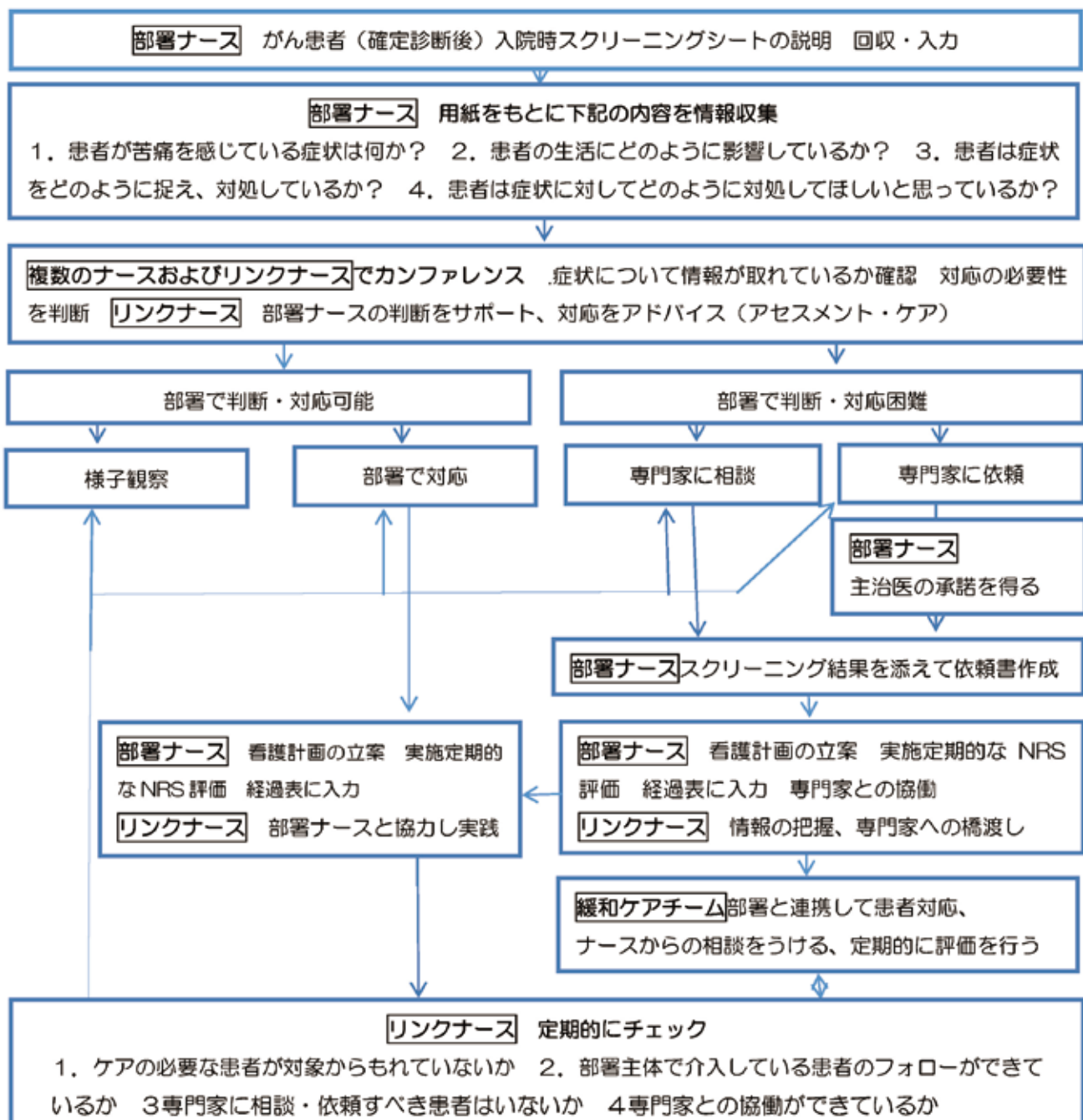
- ◆ 理想に向けて自分にどんなことが出来そうですか？ 目標を立てましょう
- ◆ 目標を達成するための自分の強みと弱みは何ですか？
- ◆ 目標を達成のためにあなたはどんなサポートを必要としていますか？

2. 症状スクリーニングにおけるリンクナースの役割

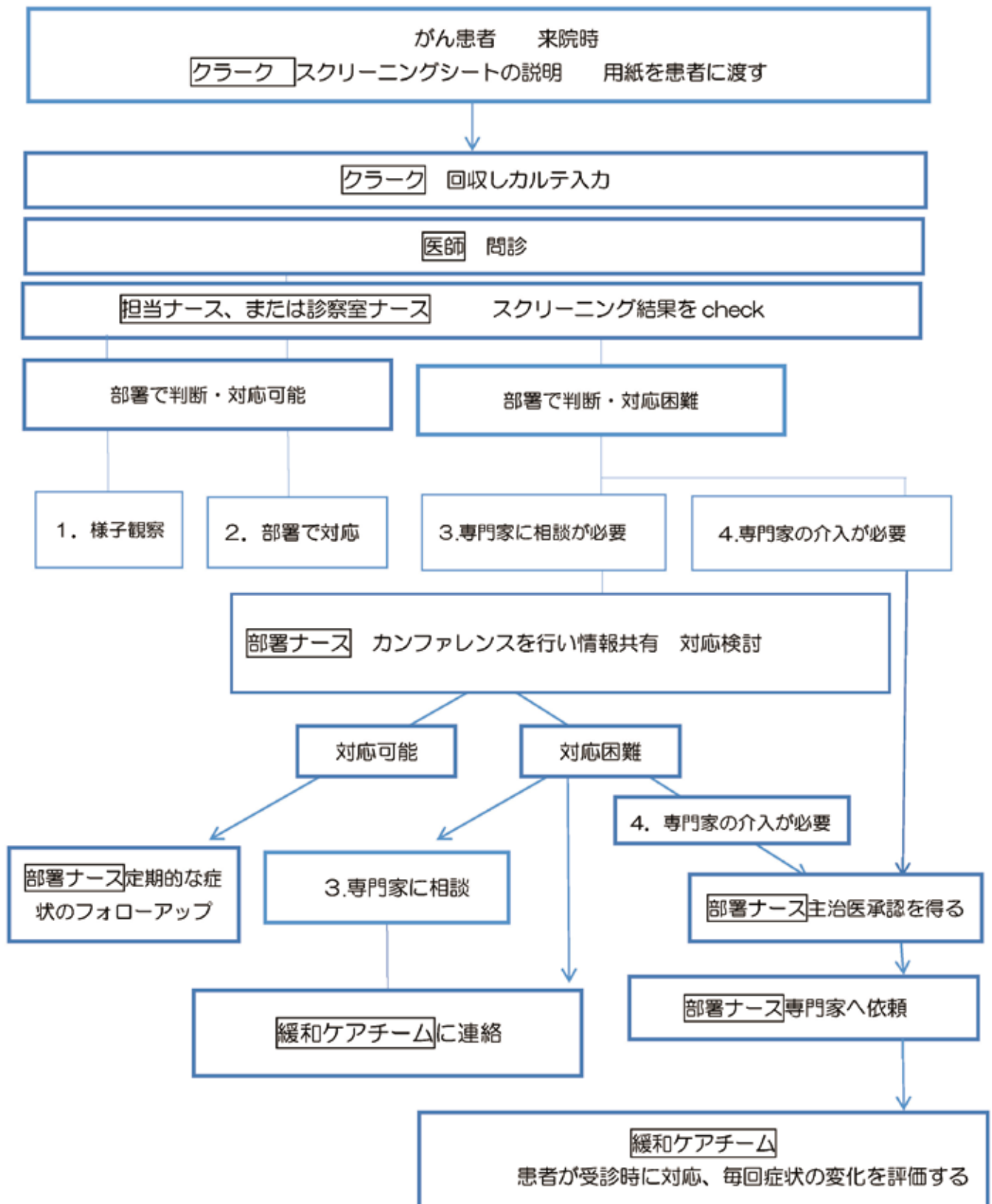
2-1. リンクナースの役割

1. 部署ナースと協力して基本的緩和ケアを行う
2. 病棟・外来で症状スクリーニング運用のリーダーシップを発揮する
3. 病院のリソースを理解し、専門的ケアを必要とする患者の橋渡しをする

2-2. 運用フローチャート（入院）



2-3. 運用フローチャート（外来）



3. 緩和ケアにおける症状の捉え方

3-1. 症状とは

症状とは、主観的な体験であり、医学的、病態的な側面だけでなく、患者自身の個人的な感覚や経験を通して感じた事も含んで考える。

3-2. 症状マネジメントの考え方

◇がん患者は全人的な苦痛症状が出現する。

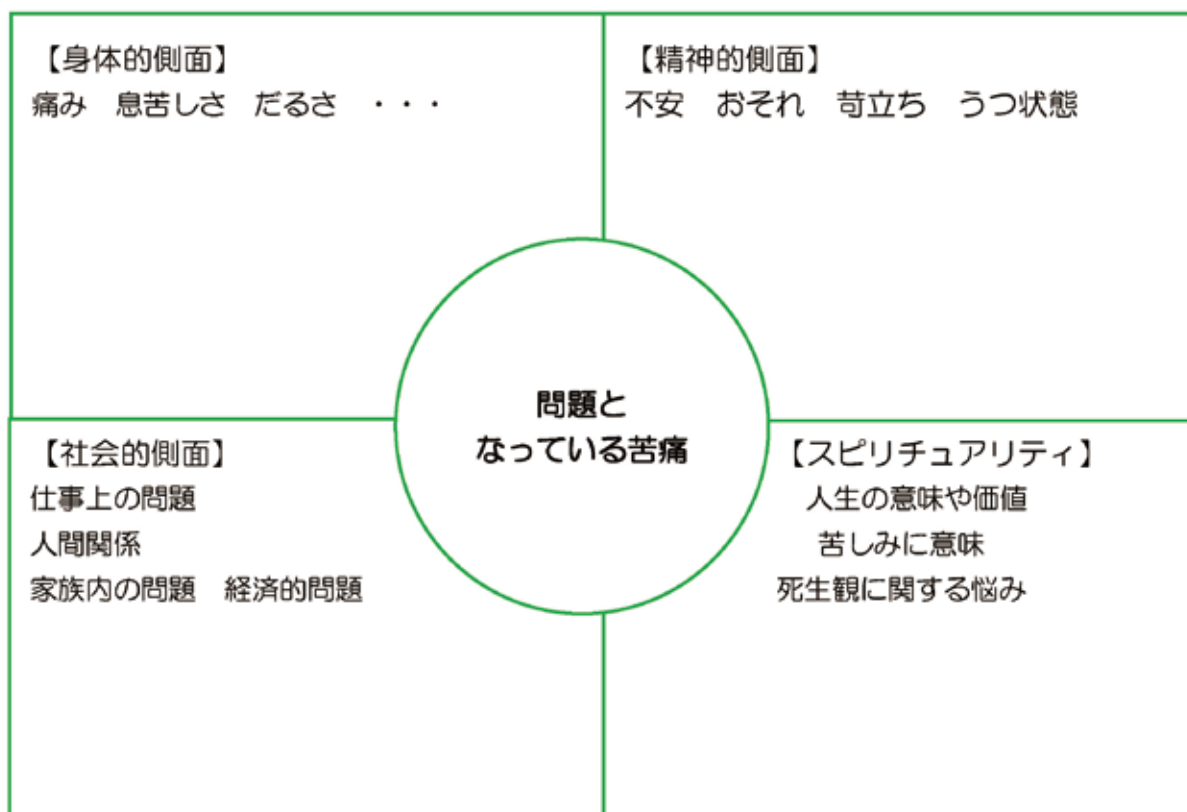
◇症状はQOLを低下させる。苦痛症状を緩和し患者や家族のQOLを維持向上させることが症状マネジメントの目的である

◇症状マネジメントは患者主体で行うことが重要であり、患者が適切な症状マネジメントを行えるように支援することもナースの役割である。

3-3. 包括的アセスメント

1) 症状の背景にある要因を4側面で捉える

2) 症状が影響して引き起こされている苦痛を4側面で捉える



4. 基本的緩和ケアの実施

症状について症状マネジメントの視点を意識しながら基本的な看護実践をおこなう

4-1. 情報収集

1. 包括的視点（4 側面）で情報収集…本マニュアル P5 参照
2. 症状について情報収集時に押さえておくべき内容と声かけの例
 - 1) 患者が苦痛を感じている症状は何か？
→何が一番苦痛ですか？つらいですか？
 - 2) 患者の生活にどのように影響しているか？
→日常生活の中で、症状によってできないことは何ですか？
 - 3) 患者は症状をどのように捉え、対処しているか？
→症状はなぜ起こっているとおもっていますか？→日常生活の中で症状があることで感じることはどのような事ですか？ →症状が起こった時どうしていますか？
 - 4) 患者は症状に対してどのように対処してほしいと思っているか？
→症状がどうなると生活がしやすいと感じられますか？どのような対処を希望されますか？（薬剤・ケア・リハビリなど）

4-2. アセスメント

1. 問題となる症状や症状が及ぼしている問題を明確化する
2. 苦痛の程度や日常生活、QOL に及ぼしている影響の大きさを評価する
3. 介入の優先順位を考える
4. 症状をアセスメントする際に必要な知識について・・・症状マニュアル参照

4-3. 計画立案

1. 症状の発生機序、患者の体験に沿った看護計画をたてる…症状マニュアル参照
2. 患者がマネジメントを行う為の介入方法を立案する
→患者が主体的にマネジメントを行うために必要な技術や知識、それを提供する為の方法を考える
→患者のマネジメント方法は個々のセルフケア能力に合わせた患者が実行可能な方法を選択する
3. 多職種介入の必要性を評価し、必要時は専門家への相談・およびコンサルテーションをおこなう

4-4. 実施

1. 患者が症状マネジメントを実行できるよう支援する
→常に支持的なケアを提供し、信頼関係を築く →必要な情報提供・技術指導・ケアを行う
→できていることを認めたり、フィードバックする

4-5. 評価

1. 症状スクリーニングシートもしくは NRS による評価を定期的に行う

5. 適切にスクリーニングを行うための運用方法の工夫

5-1. 部署の環境に即した工夫を考える

入院時

○対象のスクリーニング漏れを防ぐ工夫

必要時

○スクリングシートを使って適切な時期に症状の変化を評価できるための工夫

○必要な患者に、適宜スクリーニングが行えるための工夫

○専門家と協働する必要がある症状を見逃さないための工夫

工夫を考える際の視点： カンファレンスをどう活用する？ スタッフの教育は？
役割分担はどうする？ 管理者に協力を得ることは？

5-2. 外来化学療法室の工夫の例

前日（クラーク）

【患者抽出】外来初回導入患者およびマネージャーが情報収集時に薬剤変更があれば、クラークに伝え問診票と共に患者に渡す

当日（ナース渡し）

前日に情報が得られなかった場合に当日点滴作成時に用紙を File にいれて穿刺担当のナースが患者に渡す 診察場・薬剤部・処方箋の薬剤情報欄から抽出する

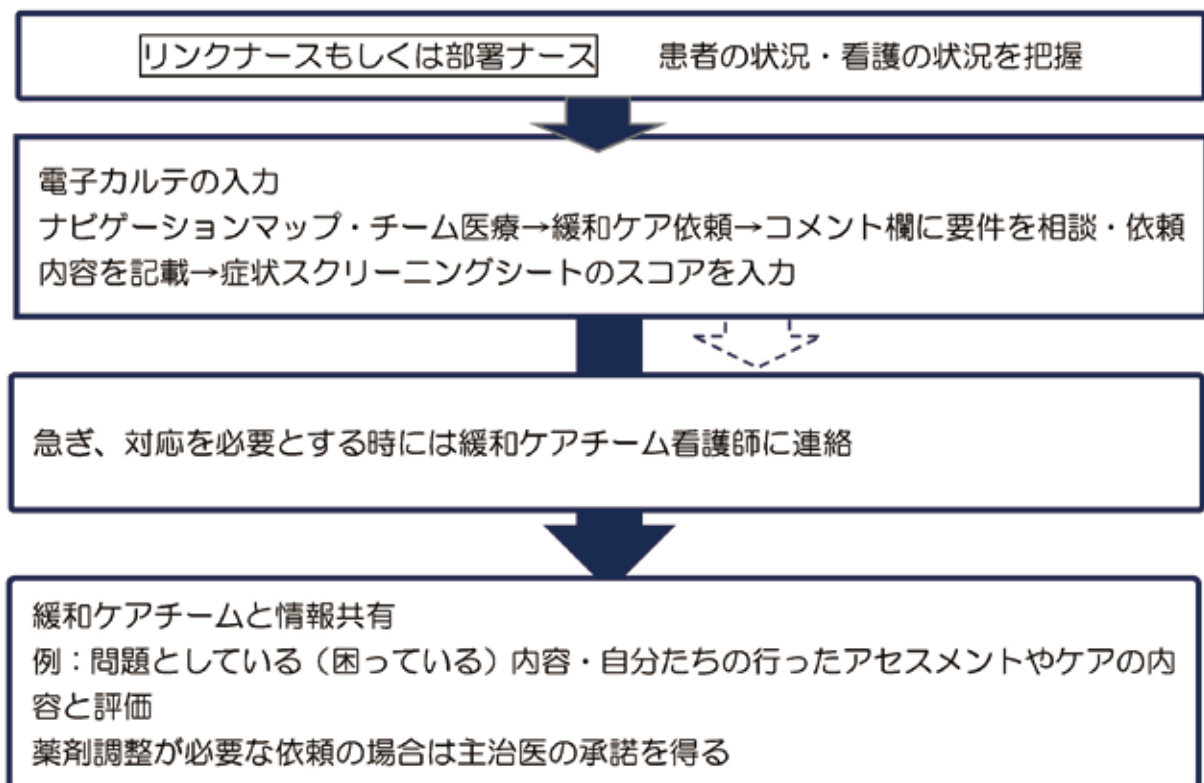
※点滴終了後の記入となると、結果の情報収集をするタイミングが持ちにくいので、穿刺前がベスト！ 症状スクリーニング記入済みが掲示板にあるかを毎回チェックシートの結果がないと気づいた時点で記入してもらう

6. 専門家への橋渡し・連携方法

6-1. 緩和ケアチームに相談・依頼が必要な状況

症状の原因が特定できない	問題や症状が複雑でどうしたらいいかわからない	適切なケア方法がわからない 介入の糸口がほしい
ケアのアドバイスや承認がほしい	患者家族とコミュニケーションが上手にとれない	患者の苦痛や症状が強く素早く対処する必要がある 症状が悪化している

6-2. 症状スクリーニングに関連した緩和ケアチームへの相談・依頼方法



【引用・参考文献】

公益社団法人日本看護協会（2015） 看護師に対する緩和ケア教育テキスト改訂版

資料 4 カルテ入力カテゴリープレート

症状スクリーニングシート

I. 以下の症状が一番強いとき、どのくらいの強さでしたか？

1 痛み	<input type="text" value="0"/>
2 だるさ	<input type="text" value="0"/>
3 眠気	<input type="text" value="0"/>
4 吐き気	<input type="text" value="0"/>
5 食欲不振	<input type="text" value="0"/>
6 気分の落ち込み	<input type="text" value="0"/>
7 不安	<input type="text" value="0"/>
8 全体的な調子	<input type="text" value="0"/>
9 他の問題 (<input type="text" value=""/>)	<input type="text" value="0"/>

評価者 本人 家族 医療従事者 本人(介助)

II. 症状に対し医療者の対応を希望しますか？

症状なく、今は対応をいらない 症状有るが、対応をいらない 症状があり、対応してほしい

III. 入院の方のみお答えください

持参薬の中に医療用麻薬ありますか？

Yes No ← Yesの場合は麻薬自己管理を検討

IV. 対応判断

様子観察 部署で対応 専門家に相談 チームに依頼
チームに依頼の場合、主治医の承諾 あり なし

V. フリーコメント

資料5 テンプレート ビューア

	2015/06/24(水)	2015/07/09(木)	2015/07/15(水)	2015/08/08(土)	2015/08/19(水)	2015/08/26(水)
1 痛み	8	10	9	2	10	
2 たるさ	0	5	5	0	5	
3 眠気	5	0	2	0	2	
4 吐き気	0	0	0	0	0	
5 食欲不振	0	1	4	0	3	
6 気分の落ち	5	9	3	0	10	
7 不安	0	9	0	0	10	
8 全体的な調	5	9	5	5	10	
9 他の問題	0	5	0	0	0	
評価者:本人	:本人	:本人	:本人	:本人	:本人	:本人
評価者:家族						
評価者:医療	:医療従事者					
評価者:本人(
症状に対し医						
症状に対し医	症状有るが、対応は	症状有るが、対応は	症状有るが、対応は	症状有るが、対応は	症状有るが、対応は	症状有るが、対応は
持参薬の中に	持参薬の中に医療	持参薬の中に医療	持参薬の中に医療	持参薬の中に医療	持参薬の中に医療	持参薬の中に医療
持参薬の中に	様子観察				様子観察	
対応判断(様						
対応判断(部						
対応判断(専	専門家に相談			専門家に相談		
対応判断(チー						
主治医の承諾						
主治医の承諾						

Ⅱ緩和ケアスクリーニングの運用事例

8

帝京大学医学部附属病院 —大学病院の事例

有賀悦子*^{1, 2} 貫田みゆき*^{2, 3} 黛芽衣子*^{1, 2}
大澤岳史*^{1, 2} 甲山真樹*³ 土谷明子*³

要 旨

帝京大学医学部附属病院では、2014年1月の通達を受けて、2014年4月緩和ケアチーム病棟ラウンド開始、8月看護部緩和ケアリンクナース委員会発足および以降の定例委員会開催、11月より対象病棟の段階的拡大を行いつつ、がん・非がんにかかわらず全入院患者に対する入院時症状スクリーニングの開始に至った。2015年5月から11月末までにおいて、実施されたスクリーニング総回収数は9837枚、そのうち一定基準（身体症状NRS7以上など）に該当した患者は20%であった。その患者については、おもに主治医と病棟看護師が対処を行っている。今後の課題としては、外来患者には未実施であること、対処後再評価方法が決められていないことが挙げられる。

はじめに

① 基本的緩和ケアと専門的緩和ケア

日常診療でがん患者にまず接する医療者は、がん治療医、外来看護師、病棟看護師らであり、そこで

提供される緩和ケアは基本的緩和ケアと呼ばれている。これは、いつでもどこでも提供されるものであるが、それだけでは不十分な難渋する症状、時間をかけて介入する必要がある問題など専従的に日々活動しているスタッフによる専門的緩和ケアがそこを補完し融合しながら、患者らのQOLの維持に寄与することが求められている。

② 作成の背景—拾い出せない苦痛と「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」

一方、患者が感じている苦痛は、表情や日常生活動作から推測することには限界があり、基本的に患者からの表出をもって医療者は所見として捉えることができる。しかしながら、がん診療の中で患者はなかなか主治医に言い出せなかったり、その時は症状が軽くて伝え忘れてしまったりなど、伝わりきらない症状が存在する。こうした潜在的な苦痛を医療者からのアプローチで明らかにしていく方法として、次の指針に苦痛のスクリーニングの実施が盛り込まれた。

緩和ケア推進検討会等から提言された「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（2014年1月10日厚生労働省健康局長通知 健発0110第7号）および「現状報告書の提出について」が東京都から

*¹ 帝京大学医学部 緩和医療学講座、*² 帝京大学医学部附属病院 帝京がんセンター緩和ケアチーム、*³ 帝京大学医学部附属病院 看護部

病院総務課に送られてきたのは、2014年1月16日
付けのメールであった。

この時の指針には、以下が記載されている。(下
線は筆者による)

1. 診療体制

(1) 診療機能

⑤緩和ケアの提供体制

- イ. 緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、がん診療に携わるすべての診療従事者により、以下の緩和ケアが提供される体制を整備すること。
 - i がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来及び病棟にて行うこと。また、院内で一貫したスクリーニング手法を活用すること。
 - ii アに規定する緩和ケアチームと連携し、スクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備すること。
- ウ 緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、アに規定する緩和ケアチームにより、以下の緩和ケアが提供される体制を整備すること。
 - i 週1回以上の頻度で、定期的に病棟ラウンド及びカンファレンスを行い、苦痛のスクリーニング及び症状緩和に努めること。なお、当該病棟ラウンド及びカンファレンスには必要に応じ主治医や病棟看護師等の参加を求めること。
 - iv (2)の②のウに規定する看護師は、苦痛のスクリーニングの支援や専門的緩和ケアの提供に関する調整等、外来看護業務を支援・強化すること。(以下、省略)

つまり、イ i ii は基本的緩和ケアとして、病棟看護師、外来看護師などの協力を要し、ウ i iv は専門的緩和ケアとして緩和ケアチームのタスクとしてとられ、機能分化が求められている。

経 過

① 2014年1月～3月

2014年1月16日に届いた通達メールが帝京がんセンター事務局に転送され、18日に各部門リーダーにさらに転送された。緩和ケアに関しては、緩和ケアチームリーダー・緩和ケアチーム運営部長(以下、チームリーダー)が全文の内容を整理し、新規に取り組むべきこと9項目を同日18日に緩和ケアチーム各メンバーに送付し、役割分担を促し

た。

苦痛のスクリーニングは、緩和ケアチーム認定看護師にスクリーニングシート の原案作成をまずは依頼し、同年2月にチームリーダーと看護部長で話し合いをもった。症状のスクリーニングはまず患者に接する基本的緩和ケアの担い手である外来、病棟看護師によって実施されることが望ましいことを前提に、外来での実施は難しいが、入院患者入院時に数病棟で試行すること、それにあたりリンクナース委員会を立ち上げ情報の集約・分析を行うこと、その委員会の委員長と副委員長を緩和ケアチーム運営部会員である腫瘍内科病棟師長および緩和ケア認定看護師とすること、人事異動を加味してリンクナースは4月以降に募ることなどが確認された。

② 2014年4月～平成27年4月

1. 緩和ケアチームによる病棟ヒアリング開始

緩和ケアチームによる、①病棟ヒアリング（緩和ケアチーム未依頼患者に関する聞き取りラウンドで、病棟入院患者数、がん患者数、オピオイド（ペントゾシン、トラマドール、ブプレノルフィンを含む）使用状況、病棟スタッフが悩んでいることを主にヒアリング）は、②通常の病棟回診（緩和ケアチーム依頼患者に関すること）と並行して実施することとした。毎木曜日午前中に各週の対象病棟を決め、1か月で全病棟を回るプランを診療科長会議の承認をもって、4月1日より開始した。

2. スクリーニングシート中原案作成

苦痛のスクリーニングは、症状スクリーニングとして、緩和ケア認定看護師が原案を作成した。チームリーダーからエビデンスのある尺度を用いようとしなくてもよいので、病棟看護師が日ごろから聞きたいと思っていることを看護師が患者に説明しやすい言葉で作成することを助言した。OPTIM（OPTIMプロジェクト（Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model）、厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」）、他施設のものなど複数のものを集め、その長所、短所をそれまでの経験と院内の状況とを合わせ、細かな配慮を行い完成に至っている。

3. 看護部主導で12病棟における全入院患者に実施するまでの準備

当院では基本的緩和ケアラインで実施していくこととしたため、緩和ケアリンクナース委員会などは緩和ケアチームではなく、看護部の下部組織として位置づけ、患者に最も近い看護師が主体となり、患者の意思を他職種に正しく伝えることができる体制づくりに取り組んだ。組織が大きいため看護職員全員に周知、誰もが実施できる体制の早期確立には指揮命令系統を明確にする必要があり、2014年8月に腫瘍内科病棟師長（委員長）、緩和ケア認定看護師（副委員長）を軸とした看護部緩和ケアリンクナ

ース委員会を発足した。8月18日役員会を開催。対象病棟はがん患者が比較的多い12病棟とし、そのリンクナースの選出は各病棟師長に一任された。8月22日第1回緩和ケアリンクナース委員会（急な声掛けであったため、可能な委員に限定し、7名／12病棟）、9月16日第2回緩和ケアリンクナース委員会（12病棟全員参加）、以降第2火曜日15時～16時を定例委員会とした。リンクナースは、緩和ケアナース、コアナースとも呼ばれている。この緩和ケアリンクナースがコアとなり各部署の意見をすくいあげ、委員会にて検討、確定したものを全体に周知浸透することとした。10月の委員会で、手順の確認がされ、緩和ケア認定看護師が作成した原案をもとに、看護部緩和ケアリンクナース委員を中心に、早期から症状緩和に介入できるよう症状スクリーニングシートをいったん完成とし、12病棟において各病棟5名に限定し11月に試行、シートの軽微な調整が行われ、12月から12病棟で全入院患者を対象に実施が開始された。

③ 平成27年5月～平成27年12月（現在まで）

救急病棟、小児科、産科、メンタルヘルス科を除く20病棟を対象病棟とし、がん、非がんに問わず、全入院患者を対象として実施している。

緩和ケアリンクナース

症状スクリーニング実施に伴い、各病棟の緩和ケアリンクナースの役割を明確にし、緩和ケアリンクナースの実践能力の向上に努めた。

① 緩和ケアリンクナースとは

緩和ケアを行う病棟や外来部門において、緩和ケアの実践を通して病棟スタッフの指導にあたりるとともに、緩和ケアを必要としている患者情報を集約し、緩和ケアチームと各部署をつなぐ役割を持つ看

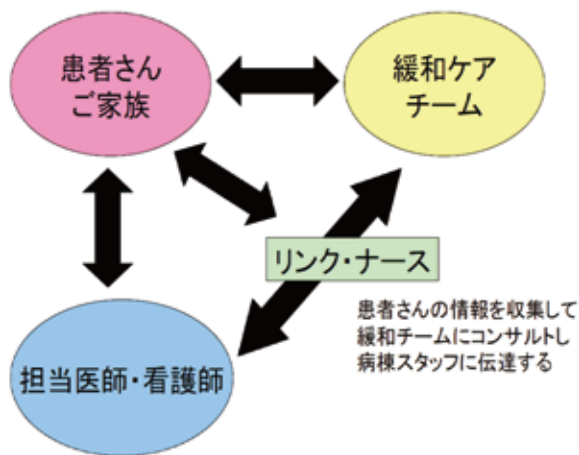


図1 学際的チーム医療におけるリンクナースの位置づけ
(帝京緩和ケアリンクナース委員会資料)

看護師である。(図1)

2 緩和ケアリンクナースに期待される役割と必要な実践能力

1. 病棟での役割

①病棟または外来における緩和ケアを必要とする患者に対する症状スクリーニングシートの活用と管理を行い、適切な苦痛評価が行われるよう支援する。

②緩和ケアが必要な患者や緊急介入が必要と判断される症例の抽出に対して病棟スタッフへ支援を行い、緩和ケアチーム依頼に対して病棟内調整を行う。

③緩和ケアチーム介入症例に対する看護計画を評価し、病棟スタッフに対する指導・助言を行う。

④各病棟内での緩和ケアに関する勉強会の開催を行う。

2. リンクナースに必要な実践能力

①緩和ケアに関する知識・技術を養い、実践できる。

- ・患者およびその家族と良好なコミュニケーションがとれる。
- ・意思決定支援のプロセスのなかで患者の真のニーズ（患者の大事にしていること、信念・価値観などを反映したニーズ）を医療従事者に伝え

ることができるようサポートできる。

- ・全人的苦痛の概念を理解し、苦痛のある患者を把握できる。

- ・苦痛症状の適切なアセスメントが行え、患者に対する看護ケア方針を立てることができる。

①自身の役割と症状緩和の専門家の活用を理解し、多職種との円滑な連絡調整が行える。（緩和ケアチームへの橋渡しや多職種との連携能力）

- ・対応困難な症例など、緩和ケアチームの介入の必要性に気づくことができる。

- ・患者の真のニーズを医療チームメンバーで共有できるように情報を発信できる。

- ・緩和ケアリンクナースとして、緩和ケアチームと患者をつなぐことができる。

②各病棟における緩和ケア提供や患者のQOL向上に対するケアについての課題を明確にすることができ、ケアの改善・提案ができる。

シートとその運用方法

症状スクリーニングシートはNo.1～No.3からなる。

（資料1）No.1 症状スクリーニングシート（患者向け説明文，回収シート）

（資料2）No.2 症状スクリーニングシート（本体，回収シート）

具体的な症状の調査表で身体症状（痛み，おう吐，眠気，睡眠，便秘，それ以外の身体の症状）は強弱を表現できるようにスケール表記とした。`からだ以外のつらさ（精神的落ち込み，日常生活の困り，お金の困り，家族のこと）について`の項目に加え，`何か気がかりなことはないか`の項目を設け，患者，家族が記載または看護師が患者とコミュニケーションをとりながら聴取する用紙である。

（資料3）No.3 症状スクリーニングのアセスメント用紙（病棟看護師記入）

医療者が記入するものであり，患者のスクリーニ

ングされた苦痛に必ず対応ができるようアセスメント用紙となっている。この用紙には看護師が患者とコミュニケーションをとり用紙の確認項目にあてはまらないが「対象となる患者になんらかの苦痛があり和らげる必要があると少しでも感じたら」「看護師の感性」が記載できる項目を設けている。アセスメントした結果を担当医師など多職種で話し合い緩和ケアチームへ対応を依頼するまたは経過観察する判断を記入するようにした。

（資料4）『症状スクリーニングシート』運用フロー
スクリーニングシートを活用して、症状の聞き取り、アセスメントは誰もが実施できるように運用フローを作成した。

（資料5）緩和ケアリンクナース 症状スクリーニングシートの報告書（緩和ケアリンクナース記入）

各部署の集計を行いスクリーニングの評価を可視化するため緩和ケアリンクナース報告書を作成した。

① シート記入は患者と入院時受け持ち病棟看護師

対象患者は、対象病棟のがん・非がんにかかわらない全入院患者である。外来患者には使用していない。

病棟看護師が、患者入院時に1回のみ実施し、その後のフォローアップには使用されていない。

2016年1月、病棟ヒアリング時に数人の看護師に手順についてインタビューした。No.1～3は紙に印刷し、患者の入院時に看護師が種々のルーチンアセスメントをする際に、No.2の記入を促しながらいったん患者にNo.1, 2を渡している。その後、看護師が再度訪室し、空欄のところや疑問があるところを会話の中で引出し、シート記載を完成するという流れをとっていた。No.2を確認、No.3の記載をし、リンクナースに渡して完了としていた。

この間、患者1人あたりの所要時間は約5分程度と大半の看護師が回答しており、負担と感

じることはないと言及している。ただし、これは対面インタビューのためバイアスは大きい。

② 取りまとめと確認はリンクナース

病棟看護師が記載したシート（No.2, 3）をリンクナースが回収し、記入の欠損箇所の有無、確認項目（身体症状で7点以上がある、おう吐6回以上、寝られない、排便が1週間以上なし、硬い、下痢のいずれか、身体以外のつらさや困り（気持ち、日常生活の困り、お金、退院後の療養、家族）にチェックがあるなど）のチェックの有無、対処方法（緩和ケアチーム依頼または主治医・看護師の対応にて経過観察のいずれか）が適切か確認し、スクリーニングで該当箇所があった患者に限り、資料5の報告書に記載する。記載が終わったら、回収された症状スクリーニングシート（No.2, 3）は診療情報管理部に送られ、電子カルテにスキャンされ取り込まれた後に、そこで廃棄される。

資料5 報告書は、紙媒体で1年間以上、各病棟・看護部にそれぞれの管理のもと保管している。

この報告書を集計し、毎月開催される緩和ケアリンクナース委員会に数を報告するという流れとなっている。

③ 緩和ケアリンクナース委員会

開催方法や役割については、2. (3), 3. をご参照頂きたい。この場で、各病棟一症例/年を事例報告している。2～3症例/委員会の発表があるが、その時は、緩和ケア内科医師がオブザーバーとして参加し、コメントを行っている。

④ 緩和ケアチームの役割

2015年度末までは、症状スクリーニングの運営は看護部が実施し、緩和ケアチームはオブザーバーに留まっている。ただし、緩和ケアチーム運営部会副部長である緩和ケア認定看護師が緩和ケアリンクナース委員会副委員長を務めていることから、日々の診療の中でリンクナースとの相互連絡や委員会、

病棟ヒアリングを通して、常に接点を保ち、実質的な運営には当たっていることとなる。

運営ではなく、症状緩和としての介入は、基本的には主治医などからの緩和ケアチームへの依頼をもって、診療を開始するが、その手前の参加が重要である。

このリンクナースと緩和ケア認定看護師の相互連絡の中には、緩和ケアチームへの依頼が必要か、または電話などで相談してみる範囲でよいか、主治医と薬剤調整を試みることでよいか、次のステップへの相談が実は大きな役割として含まれている。いわゆる院内全体の緩和ケアのマネジメントが緩和ケア認定看護師によって行われていることになる。また、病棟ラウンドでは、緩和ケアチーム依頼前の患者状況の把握に努め、基本的緩和ケアの担い手である病棟スタッフを主体としつつ、改善可能なことについては、その場で主治医に連絡を入れたり、診療録にコメントを入れたりするなどし、早期解決を目指している。その際、病棟看護師から症状スクリーニングでの評価を参考に、議論をすることもある。さらに、リンクナース委員会のオブザーバーとしての参加を行っている。

結果

① 2014年度11月～2015年4月

がん患者が入院する12病棟でがん・非がん問わず全入院患者対象として実施した。総回収数4387人（未回収数271人（6%）は含まない）、確認項目が該当した数1037人（24%）であった。うち、がん574人、非がん463人、病棟看護師が選択した対処方法は「主治医による対処」1006人、「緩和ケアチームへ依頼する」33人であった。

ただし、この期間、実際の緩和ケアチームへの依頼数は、83人であった。

内訳の概略では、身体症状でNRS7点以上あるものは、痛みが約37%、だるさが14%、身体以外の

つらさや困りがあると回答したものは、約53%、うち気持ちの落ち込みは約38%であった。

② 2015年5月～11月

20病棟での実施で、総回収枚数10538人（未回収数659人（6%）は含まない）、確認項目が該当した数1999人（20%）、うち、がん833人、非がん1164人、病棟看護師が選択した対処方法は主治医による対処1956人、緩和ケアチーム依頼43人であった。

ただし、この期間、実際の緩和ケアチームへの依頼数は、109人であった。

身体症状でNRS7点以上あるものは、痛みが35%、だるさが17%、身体以外のつらさや困りがあると回答したものは、58%、うち気持ちの落ち込みは34%であった。

いずれの期間も、未回収の理由としては、緊急入院時のもれ、患者との意思疎通困難（意識障害など）であった。

課題と今後の展望

① 利点

当院看護部では、以下のように評価している。

看護師にとって症状スクリーニングシートを活用することは、今まで以上に患者の苦痛を早期に知ることができ、聞き取り時にコミュニケーションツールとなり、患者の苦痛を共有する機会をつくるきっかけとなっている。

また、緩和ケアリンクナース報告書は毎月集計され緩和ケアリンクナース委員会を通して各部署へ周知され、看護師は自部署の患者の苦痛の傾向を知ることができ、看護師の緩和ケア実践スキルにフィードバックできており、看護師の緩和ケア教育のひとつとして人材育成に役立っている。そして、緩和ケアチームの積極的な関わり相談・指導がありスクリーニングされた患者すべてに、多職種（医師・看護

師など)で適切な対応策を検討することができている。

症状スクリーニングシートを実施してからの依頼数に明らかな変化はないが、緩和ケアチームが実施している病棟ヒアリング時に、情報提供に活用することができおり、緩和ケアが患者中心に多職種に行われるという質が向上している。

医療者の誰もが「患者の苦痛不安を和らげたい」この思いが全入院患者対象に実施することにつながっていると考える。

② 課題

1. 使用する尺度について

入院時スクリーニングができていない患者数を挙げているが、これは、意識障害、認知症などで症状を把握することが困難な患者であり、取りもれや未回収数ではない。また、スクリーニングシートに欠損値がないこと、リンクナースが確認していることなどから、取りやすさ、言葉や尺度の誤認はほとんどないと推測する。ただし、科学的に立証された尺度を用いているわけではないため、日常的にスクリーニングを実施することに慣れてきた次の段階として、尺度をEBMベースのものに変更していくかどうか、検討が必要である。

2. 対象者の拡大について

未だ実施できていないのは、外来である。

3. 緩和ケアリンクナースの作業が多いこと

記載内容、欠損の確認、転記、集計と業務が集約されている。電子カルテに入力フォーマットを入れ、自動集計ができることが望ましい。

4. 苦痛のスクリーニングがクリニカルインディケーターとしての機能に至っていないこと

症状スクリーニングを入院病棟の日常診療のなかに位置づけるという目標は達成され、看護師の症状評価スキルの向上に効果を上げている可能性はある。このような医療者への効果は複数のものが実感しているが、本来目的としている苦痛をもった患者への還元や潜在的な患者の苦痛の拾い上げに寄与しているかは明らかではない。

事実、このスクリーニング時点で緩和ケアチームへの依頼に至っている数に比較して、その後依頼される数は2倍以上である。これは基本的緩和ケアライン(主治医や病棟看護師)で対処を試みたが、その後依頼に至るケースが初期評価の倍あるということの意味し、症状緩和までのタイムラグの場合もあれば、基本的緩和ケアと専門的緩和ケアのチーム医療の結果ともとれる。

医療の質を測るためにスクリーニングを活用していくには、入院時だけではなく治療前後など評価を経時的に繰り返し、患者の苦痛が緩和されていることの確認や課題や改善点を明らかにしていくことが重要である。

資料 1 症状スクリーニングシート

No.1

部署名 _____ 病棟・外来 _____

ID 番号 _____ 氏名 _____ 様

記入日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様・ご家族の方へ

このシートは、患者様の身体のつらい症状や不安に感じていることなど、困っていることが見過ごされないようにするために、患者様ご本人やご家族の方に聞き取るためのシートになっております。

聞きとらせていただいた内容は、診療チーム内で共有し、少しでもつらい症状が緩和でき、困っていることが解決できるようにお手伝いさせていただきます。

ご協力お願い致します。

記入者： 患者様 ご家族 続柄 (_____)


医療者 (職種 _____ 氏名 _____)

資料 2

部署名 _____ ID 番号 _____ 氏名 _____ No.2

☆あなたの現在のからだの症状やからだ以外のつらさやお困りなことについて、あてはまる数字や項目に○をおつけください。

症状の強さを数字で表現してください。 なし 弱 中 強



① 痛み（部位； _____ ）	全くない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ひどくつらい
② 息苦しさ(息切れ)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
③ だるさ(つかれ)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
④ 食欲不振	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
⑤ はき気	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
⑥ おう吐（はいた回数）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1日1回 <input type="checkbox"/> 2～5回/日 <input type="checkbox"/> 6回/日以上
⑦ 眠気（うとうとした感じ）	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
⑧ 睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠れる <input type="checkbox"/> 時々起きるがだいたい眠れる <input type="checkbox"/> 眠れなくて困っている
⑨ 便秘（回数） （性状）	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2～3日毎 <input type="checkbox"/> 4～6日毎 <input type="checkbox"/> 1週間以上なし <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やわらかい <input type="checkbox"/> 下痢
⑩ ①～⑨以外のからだの症状 （内容； _____ ）	全くない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ひどくつらい
⑪ からだ以外のつらさやお困りなこと について （内容； _____ ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 気持ちの落ち込みがある （ _____ ） <input type="checkbox"/> 日常生活についての困りがある （ _____ ） <input type="checkbox"/> お金のことで困っている （ _____ ） <input type="checkbox"/> 退院後の療養(場所、生活)について悩んでいる （ _____ ） <input type="checkbox"/> 家族のことについて心配事がある （ _____ ）
⑫その他 何か気がかりなことがある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （ _____ ）

ご協力ありがとうございました。

症状スクリーニングシートのアセスメント用紙

部署名 _____ ID 番号 _____ 氏名 _____

点線内の口で、あてはまるものに点チェックしてください。

【患者背景】

が　　男　　年齢 _____ 歳
非が　女　　病名 _____

【確認項目】

- NRS7 点以上の項目がある
- 嘔吐：6 回/日以上にチェックがある
- 睡眠：眠れなくて困っているにチェックがある
- 便秘：1 週間以上なし、硬い、下痢にチェックがある
- 身体以外のつらさやお困りなことのどれかにチェックがある
- その他、聞き取り時に対応が必要なことがあった
(内容 _____)

確認項目にひとつでも該当あり
 すみやかに主治医、自分より先輩看護師と情報共有し、対応について当日のうちにカンファレンスを行い、緩和ケアチームに依頼するか判断する。(メンバー：主治医、リンクナース、先輩看護師、主任、副主任、師長等)

該当なし
 対応をすぐに必要としない場合でも、症状が強くなった場合は、すぐ対応させてもらうことを患者に説明する。
 (説明者： _____)

【アセスメント結果】(記入者名 _____)

- 緩和ケアチームへ依頼 (依頼日 _____ / _____)
- 主治医や看護師の対応にて経過観察
(対応内容： _____)

すべての記入が終わりましたら「症状スクリーニングシート」と一緒に所定の場所へ提出して下さい。(1～3 ページをクリップ留めする)

資料4 『症状スクリーニングシート』運用フロー

① 受け持ち看護師が、入院日に、患者様・ご家族へ説明する

- ・シートに病棟名、ID、氏名、記入日（入院日）を記入し準備する。
- ・シートを病室に持参し患者に見せながら、「患者様・ご家族の方へ」の部分を読んでシートの説明を行い、入院時1回行っていることをお伝えする。
- ・患者自身が記入できるか確認し、シートの「記入者」の口にし点チェックをつける。（患者が記載できない場合は、家族でも可とするが、当日本人しかいない場合や自筆が困難なときは、医療者が聞き取りながら記載する）
- ・記載する部分が2ページ目の太枠内であることを伝え、症状の強さを表す0-10の数字（NRS）の説明を行う。「0は全く症状がない、10はこれ以上考えられないほどひどくつらい、という症状の強さのあてはまる数字に0をつけてください。それ以外は、口にし点をつけてください。」と説明する。

② 入院当日中に、内容の聞き取りとシートの回収を、受け持ち看護師が行う

- ・質問項目の抜けがないか確認し、患者に一番つらい症状や困っている内容、医療者に対する希望などを聞き取る。（入院当日にシートの回収が行えない場合は、翌日までに必ず行うこと）
- ・患者に、主治医にも相談することを伝え、協力いただいたことにお礼を伝え、その場を離れる。

③ 受け持ち看護師は、回収当日に、No.3「症状スクリーニングシートアセスメント用紙」を作成する

チェックされた項目について、緩和ケアチームに依頼が必要と判断された場合、主治医または担当看護師は、患者に説明と同意のもと、緩和ケアチームへの依頼状を作成し、緩和ケアチームの専従看護師または医師へ連絡する。

④ 受け持ち看護師は、記録を行い、内容を申し送る

- ・スクリーニング結果とアセスメント、カンファレンス内容やその結果を記録する
- ・必要時、看護計画の立案や修正を行う。

⑤ 受け持ち看護師は、「症状スクリーニングシート」と「症状スクリーニングシートアセスメント用紙」No.1～3をクリップ留めし、部署の所定の場所へ提出する

⑥ 緩和ケアリンクナースは、症状スクリーニングシートを随時集計する

- （1）症状スクリーニング報告書を用いて集計し、毎月委員会にて報告する。
- （2）集計を終えた症状スクリーニングシートと、アセスメント用紙は1～3ページをまとめて、スキャンに依頼する。

看護部緩和ケアリンクナース委員会

資料5

緩和ケアアリンクナース 症状スクリーニングシート の 報告書

No. _____

報告者 _____ 報告者 _____

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- ・症状スクリーニングシートの確認項目に1つでも該当した症例を全員記入する。
- ・コピーを取って、定例委員会に持参し、副委員長へ提出する。
- ・委員は、緩和ケアチーム介入がされるまで、継続して確認すること。1年間保存する。
- ・症状スクリーニングシートとアセスメント用紙は集計後、スキャンを依頼する。(P1~3)

No.	ID 氏名不要	年齢	性別	主病名	がん or 非がん	以下は項目が0/7/4 ①痛み ②悪寒しき ③だるさ ④食欲不振 ⑤吐き気 ⑥嘔吐 ⑦その他	⑤ 痛みの程度 0以上 6以上	⑥ 性別 男/女 不明	⑦ ①②③④⑤の 項目に1つでも 該当する場合は 必ず記入する	緩和ケア チームへの 依頼日と介 入日	主治医、看護師の対応にて経過観察	看護計画 立案の 有無
例)	111-1111 x1	60	女	肺癌	がん 肺癌	①痛み ②悪寒しき ③だるさ ④食欲不振 ⑤吐き気 ⑥嘔吐 ⑦その他	0	女	①身体以外のつらさやお困りな ことや②その他 何か気がかり なことがある ②気分落ち込み ・日常生活の支障 ・お金の困り ・家族のこと ・その他気がかりがある	9/22 介入日 9/23	○	○
1			男女		がん 肺癌	①痛み ②悪寒しき ③だるさ ④食欲不振 ⑤吐き気 ⑥嘔吐 ⑦その他	0		①身体以外のつらさやお困りな ことや②その他 何か気がかり なことがある ②気分落ち込み ・日常生活の支障 ・お金の困り ・家族のこと ・その他気がかりがある			
2			男女		がん 肺癌	①痛み ②悪寒しき ③だるさ ④食欲不振 ⑤吐き気 ⑥嘔吐 ⑦その他	0		①身体以外のつらさやお困りな ことや②その他 何か気がかり なことがある ②気分落ち込み ・日常生活の支障 ・お金の困り ・家族のこと ・その他気がかりがある			
3			男女		がん 肺癌	①痛み ②悪寒しき ③だるさ ④食欲不振 ⑤吐き気 ⑥嘔吐 ⑦その他	0		①身体以外のつらさやお困りな ことや②その他 何か気がかり なことがある ②気分落ち込み ・日常生活の支障 ・お金の困り ・家族のこと ・その他気がかりがある			
4			男女		がん 肺癌	①痛み ②悪寒しき ③だるさ ④食欲不振 ⑤吐き気 ⑥嘔吐 ⑦その他	0		①身体以外のつらさやお困りな ことや②その他 何か気がかり なことがある ②気分落ち込み ・日常生活の支障 ・お金の困り ・家族のこと ・その他気がかりがある			
5			男女		がん 肺癌	①痛み ②悪寒しき ③だるさ ④食欲不振 ⑤吐き気 ⑥嘔吐 ⑦その他	0		①身体以外のつらさやお困りな ことや②その他 何か気がかり なことがある ②気分落ち込み ・日常生活の支障 ・お金の困り ・家族のこと ・その他気がかりがある			

症状スクリーニングシートの総回数数 _____ 名、回復できなかった数 _____ 名(理由: _____)
 確認項目が1つでも該当した人数 _____ 名(内訳: 男性 _____ 名、女性 _____ 名、がん患者 _____ 名、非がん患者 _____ 名) 緩和ケアチーム依頼数 _____ 名
 看護師 緩和ケアアリンクナース委員会

C 今後の課題と提言

森田達也*³

緩和ケアスクリーニングが我が国でも 2015 年に導入された¹⁾。海外各国と同じように、実施可能性や検証がなされないままの導入となったため、現場では「混乱」が生じている。この「混乱」は多くの識者には予測されていたことではあるが、多少なりとも見通しがつくことを願って、緩和ケアスクリーニングについての全体の展望を示したい。緩和ケアスクリーニングについての動き、緩和ケア施策に関する昨今の海外での動きをまとめる。

つらさに対するスクリーニングの国際的な動向

つらさに対するスクリーニングはもともとは 1990 年代に米国の National Cancer Center Network が通院や生活上の問題も含めて包括的なニードスクリーニングを行うことを提言したことがきっかけである(図 1)^{2~4)}。注意すべきは英語圏で「つらさのスクリーニング」という場合には、distress

SCREENING TOOLS FOR MEASURING DISTRESS

Instructions: First please circle the number (0-10) that best describes how much distress you have been experiencing in the past week including today.

Extreme distress

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

No distress

0

Second, please indicate if any of the following has been a problem for you in the past week including today. Be sure to check YES or NO for each.

YES	NO	Practical Problems	YES	NO	Physical Problems
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Child care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appearance
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Housing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bathing/dressing
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insurance/financial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Breathing
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transportation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Changes in urination
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Work/school	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Family Problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrhea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dealing with children	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eating
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dealing with partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatigue
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emotional Problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Feeling Swollen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fever
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Getting around
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervousness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indigestion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sadness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Memory/concentration
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Worry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mouth sores
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Loss of interest in usual activities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nausea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spiritual/religious concerns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nose dry/congested
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pain
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sexual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skin dry/itchy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sleep
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tingling in hands/feet

Other Problems: _____

図 1 つらさのスクリーニングで最初に用いられた調査票

* 聖隷三方原病院 緩和支援診療科

1. 目的
外来がん患者のスクリーニングの有効性を比較する
2. 対象・方法
新たに乳がん、肺がんと診断された患者1134名 3群に割り付け
① Minimal screening：つらさの寒暖計のみ
② Full screening：つらさの寒暖計+問題のチェックリスト、倦怠感・痛みの寒暖計、不安・抑うつスクリーニング (PSSCAN) 後、電子カルデハサマリーを記載
③ Triage：full screeningに加えて、
症状に応じて必要なサポートプログラムを紹介
評価項目：3カ月後のつらさの寒暖計
3. 結果
つらさの寒暖計 4以上の割合

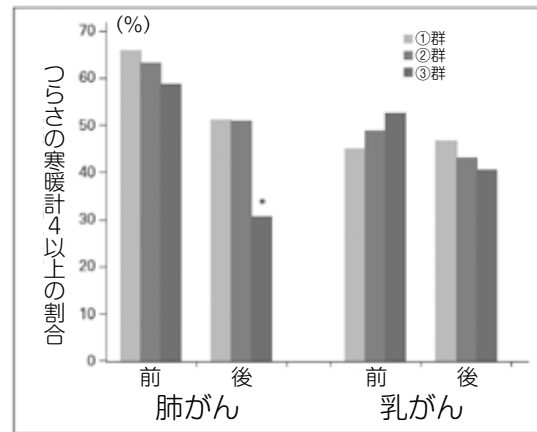


図2 外来患者スクリーニングのランダム化比較試験

screening (気持ちのつらさのスクリーニング) を指すことが多い。その後イギリスでも同様のスクリーニング (ニードアセスメント) を取り入れるようにすすめるに至っている。しかし、現場ではその普及は遅々とした広がりである^{2~4)}。その原因としては、日本と同じように、現場の負担に見合う効果が得られる実感がない、人員が足りない、患者が希望するとは限らない、スクリーニングされても対応する専門家がいななどが挙げられている。

実証研究においても、2010年に実験環境下で(つまり、研究介入に専従する職員が従事して)行われた比較試験において、肺がん患者でスクリーニングの有効性が示されたが、乳がんでは示されなかった(図2)⁵⁾。その後、(臨床試験ではなく)実際のがん診療施設でスクリーニングの実施可能性が検討されたが、現場の意見はさまざまであり、有効だという意見と、通常臨床ではあまり有用とはいえないという意見に分かれた(表1)⁶⁾。その後も、効果があるとするオーディット研究がある一方で、逆に、費用対効果がないため「施策決定者はスクリーニングをすすめられてきたが患者への効果は期待できない」

(Policymakers cannot assume that needs assessment initiatives will lead to improvement in patient outcomes) と結論した比較試験もある^{7, 8)}。

一方、疼痛だけのことを考えると、疼痛を「5つ目のバイタルサイン (fifth vital sign)」として看護

表1 スクリーニングの実臨床での実施可能性 (海外)

1. 対象・方法 通常臨床で 379 名に実施 臨床家 50 名に有用性を調査
2. 結果 ・ 43%：有用 ・ 50%：コミュニケーションのきっかけになる vs ・ 36%：有用でない ・ 38%：通常臨床では実践的でない (impractical)
3. 結論：賛否両方の意見がある (Opinion were mixed)

師がバイタルを測定するたびに痛みを記録するということが Veterans Affair 病院グループ (退役陸軍軍人病院グループ) で進められてきたが、これも最終的には明確な効果がなかったと結論される傾向にある^{9, 10)}。

このように、スクリーニングをめぐるエビデンスは、日本を含む各国で混沌としている。

スクリーニングの国内の動向

緩和ケアのスクリーニングについて国内でおそらく最も先行して着手したのは聖隷三方原病院であると思われる。聖隷三方原病院では、2000年前後から外来での質問紙によるスクリーニング、入院での Fifth vital sign によるスクリーニングの2つを実施

表2 スクリーニングが容易に導入できない理由
(日本、2008年)

1. 運用が難しく、工夫が必要である
 - a) 人員
 - ・医師だけでは対応しきれない。看護師・薬剤師のサポートがほしい。しかし人員がない
 - ・化学療法室の看護師は化学療法の実施で精一杯で時間がとれない。外来は診療介助で精一杯。
 - ・みつかったつらさに対応できる専門職がない/対応方法がない
 - b) ロジスティクス
 - ・外来で書いてもらうプライバシーの保持ができない
 - ・がん患者さんだけを区別できない
2. 患者の反応はさまざまである
 - ・面倒さや負担から、患者が書くことを望まない
 - ・書いても対応されなければ患者がっかりする
 - ・医師に遠慮して本当の心配は書けない(「言う」ほうが自然)
 - ・高齢の患者は書けない
 - ・気持ちのつらさが書きにくい

し、観察研究によって「そこそこの有効性はあるかもしれない」との研究結果をもとに実践を続けてきた^{11, 12)}。その後、同じスクリーニングシステムが緩和ケア普及のための地域プロジェクト(いわゆるOPTIM研究)において、すでに2007～10年には介入地域の複数の病院で導入が研究的に試みられた。しかし、現在国内で体験しているのと同じような困難を経験し、スムーズには導入されなかった(表2)¹³⁾。2008年当時、挙げられた困難はそのまま現在、生じている困難と全く同じものである。

一方、気持ちのつらさを抑うつの指標としてスクリーニングする方策の研究を進めてきたわが国のサイコオンコロジーグループも質の高い研究を実施してきたが、スクリーニングは実施されれば患者には有用な可能性があるが、実施可能性が必ずしも高くないと結論して全国普及を見送った経緯がある^{14, 15)}。

これらの結果にもかかわらず2015年にひな形となる方法も明示しないままに緩和ケアスクリーニングが施設要件として導入されたことは、本報告書の質問紙調査の結果にみられるように賛否が分かれるところであるだろう。

一方、わが国においても、スクリーニングの効果

を検証する臨床試験も進捗しており、第2相が終了し、来年度から国立がん研究センターを中心に第3相比較試験が実施される見込みとなっている。この検証試験によってわが国の医療制度化においてスクリーニングの効果が実際にあるのかがある程度明確にされる。

緩和ケア施策についてのUKからの示唆

少し話題がずれるように思われるかもしれないが、スクリーニングの今後を検討するうえで重要な視野をひとつまとめておく。緩和ケアは施策による介入がとられることが多い領域である。抗がん治療のような個々の治療であれば標準治療を確立する検証試験を行って、それをガイドラインに明記すれば、全国で治療成績が上がるとの前提がある。しかし、緩和ケアは個々の治療ばかりではなく、「体制」をどう構築するかが患者アウトカムに関係する(care delivery: ケアデリバリーと呼ばれる)。すべての施策は「患者に利益が出るように」という意図で実施されるが、そのような結果ばかりではない。最近の英国(UK)の事例を共有したい¹⁶⁾。

UKでは、Liverpool Care Pathwayという終末期の苦痛緩和を目的としたクリニカルパスの全国普及を行った¹⁷⁾。これは、すでに、「先進的な施設」で成果のあったがん患者を対象のものであった。しかし、実地臨床での実施可能性や効果を検証されないまま、「性急に」施策として導入された結果、死亡直前と不適切に判断されて患者が死亡しているのではないかと懸念が出され、最終的には、独立委員会の勧告によって使用が中止された。それと前後して、検証試験が行われた結果、パスによって患者アウトカムは実際には改善していないことも示された(表3)¹⁸⁾。この事件からの教訓としては、ある施設(先進的と言われる施設であることが多い)で効果があるものでも全国で効果があるとは限らない、臨床試験が行われないかぎり、効果があるといえない

表3 パスの効果に関するランダム化比較試験

遺族による評価 (0-100)	パス群 (N=119)	対照群 (N=113)	P	Effect size
全体的なケアの質	70.5	63.0	0.186	0.33
説明・意思決定	73.5	64.3	0.076	0.31
尊敬・尊厳・優しさ	78.8	7.04	0.043	0.28
家族の情緒的サポート	46.6	38.6	0.203	0.29
ケアの統一	81.4	76.8	0.296	0.19
家族の自己効力感	48.9	44.4	0.360	0.16

ばかりか、実は患者に害がある可能性も否定できないというものである。

これを受けて、現代緩和ケアのリーダーである Currow D は、「施策介入であっても、政府は臨床試験を行ってエビデンスを示すか、もし示せない場合には少なくとも定期的な現場のモニタリングを実施するべきである (Government should assess initiatives in rigorous trials; if this cannot be achieved then a formal prospective assessment must be the minimum standard)」とのコメントをよせている¹⁹⁾。UKでも、患者を対象とする介入を施策として行う場合、実施可能であることの確認→(実験環境での・実際の臨床現場での)効果の検証→施策に導入した後のモニタリング、のプロセスが必須であるという主張が Higginson I を中心に行われるようになった(図3)²⁰⁾。

緩和ケア施策においても、効果の検証されていない方法を立てるよりも、地道に効果の検証を繰り返すべきだというひとつの大きな流れがあるといえる。

提言

本報告書は、2015年の緩和ケアスクリーニングががん診療連携拠点病院の要件となったことを受けて、各施設が、懸命に知恵を振り絞り、労力をかき集めながら、悩みつつ患者のために何をすればいいのかを必死に考えている現状を示すものである。それと同時に、世界の中での緩和ケア施策の流れを見たときに、わが国でこれまで実施されてきたさまざま

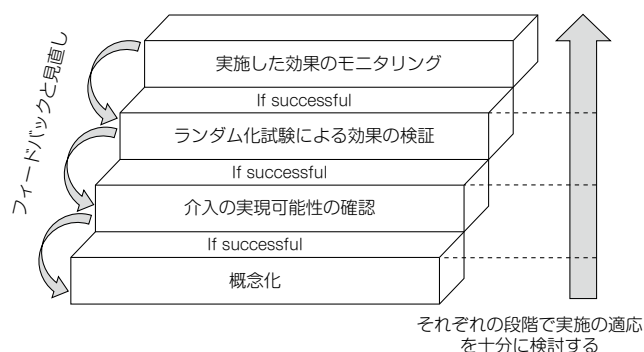


図3 Morecare framework の概念図

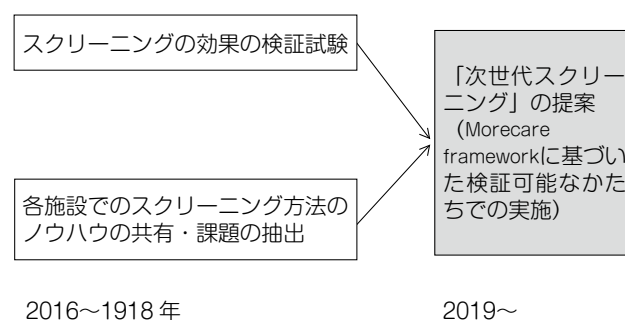


図4 緩和ケアスクリーニングの今後の関する提言

な対策が、「考えどころにある」ことも意味している。大きくいえば、「手当たり次第に実施してきた施策」の多くが、十分に検証されたものではなかったということである。

とはいえ、「ある方法が有効だといえるのを待ってはられない。よさそうなもので害がなさそうなら早く取り入れたほうがいいのではないか」という主張もありうるだろう。スクリーニングに関しては、向こう3年間は、一方では、がん研究センターを中心に実施が計画されているランダム化比較試験の完遂を待ちながら、一方では各施設で現在実施されている方法の課題の克服方法の共有や「正直なところ」を言い合えるような最適化作業 (optimize) が必要であるだろう(図4)。特に、「実際に複雑な苦痛を持った患者をケアするのに人手が精いっぱい」であるにもかかわらず、スクリーニングの事務処理でいま苦しい患者へのケアが手薄になることがあれば本末転倒である。

そのうえで、次に想定される緩和ケアデリバリー策については、実施可能性、効果の検証、モニタリングという Morecare framework など実証的な視点を含めた方法になることが望ましい。

本報告書が、わが国の実情に合った患者のアウトカムを本当に改善するための体制整備の議論とする基盤資料となることを願っている。

文献

- 1) 森田達也, 田村恵子 編 : (特集) 認知症のあるがん患者の緩和ケア。緩和ケア **25** (4) : 264-309, 2015
- 2) Carlson LE, Waller A, Mitchell AJ: Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: review and recommendations. *J Clin Oncol* **30** (11) : 1160-1177, 2012. Apr 10; doi: 10.1200/JCO.2011.39.5509. Epub 2012 Mar 12.
- 3) Mitchell AJ: Screening for cancer-related distress: when is implementation successful and when is it unsuccessful? *Acta Oncologica* **52** (2) : 216-224, 2013
- 4) National Comprehensive Cancer Network: Distress management. Clinical practice guidelines. *J Natl Compr Canc Netw* **1** (3) : 344-374, 2003
- 5) Carlson LE, Groff SL, Maciejewski O, Bultz BD: Screening for distress in lung and breast cancer outpatients: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* **28** (33) : 4884-4891, 2010
- 6) Mitchell AJ, Lord K, Slattery J, Grainger L, Symonds P: How feasible is implementation of distress screening by cancer clinicians in routine clinical care? *Cancer* **118** (24) : 6260-6269, 2012
- 7) Watson L, Groff S, Tamagawa R, Looyis J, Farkas S, Schaitel B, DeLure A, Faris P, Bultz BD: Evaluating the Impact of Provincial Implementation of Screening for Distress on Quality of Life, Symptom Reports, and Psychosocial Well-Being in Patients With Cancer. *J Natl Compr Canc Netw* **14** (2) : 164-172, 2016
- 8) Hollingworth W, Metcalfe C, Mancero S, Harris S, Campbell R, Biddle L, McKell-Redwood D, Brennan J: Are needs assessments cost effective in reducing distress among patients with cancer? A randomized controlled trial using the Distress Thermometer and Problem List. *J Clin Oncol* **31** (29) : 3631-3638, 2013
- 9) Mularski RA, White-Chu F, Overbay D, Miller L, Asch SM, Ganzini L: Measuring pain as the 5th vital sign does not improve quality of pain management. *J Gen Intern Med* **21**: 607-612, 2006
- 10) Zubkoff L, Lorenz KA, Lanto AB, Sherbourne CD, Goebel JR, Glassman PA, Shugarman LR, Meredith LS, Asch SM: Does screening for pain correspond to high quality care for veterans? *J Gen Intern Med* **25**: 900-905, 2010
- 11) Morita T, Fujimoto K, Namba M, Sasaki N, Ito T, Yamada C, Ohba A, Hiroyoshi M, Niwa H, Yamada T, Noda T: Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy: an audit of a clinical screening project. *Support Care Cancer* **16** (1) : 101-107, 2008
- 12) Morita T, Fujimoto K, Namba M, Kiyohara E, Takada S, Yamazaki R, Taguchi K: Screening for discomfort as the fifth vital sign using an electronic medical recording system: a feasibility study. *J Pain Symptom Manage* **35** (4) : 430-436, 2008
- 13) 木澤義之, 森田達也. 地域で統一した緩和ケアマニュアル・パンフレット・評価シートの評価: OPTIM-study. *Palliative Care Research* **7** (2) : 172-184, 2012
- 14) Shimizu K, Akechi T, Okamura M, Oba A, Fujimori M, Akizuki N, Uchitomi Y: Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral program. *Cancer* **103**: 1949-1956, 2005
- 15) Akizuki N, Akechi T, Nakanishi T, Yoshikawa E, Okamura M, Nakano T, Murakami Y, Uchitomi Y: Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer* **97** (10) : 2605-2613, 2003
- 16) 森田達也 : Liverpool Care Pathway 騒動が警告するエビデンスの裏づけのない施策の危険性. 緩和ケア **25** (6) : 526-531, 2015
- 17) Sykes N. The end of the Liverpool Care Pathway? *Lancet Oncol* **14** (10) :926-7, 2013
- 18) Costantini M, Romoli V, Leo SD, Beccaro M, Bono L, Pilastrri P, Miccinesi G, Valenti D, Peruselli C, Bulli F, Franceschini C, Grubich S, Brunelli C, Martini C, Pellegrini F, Higginson IJ ; Liverpool Care Pathway Italian Cluster Trial Study Group: Liverpool Care Pathway for patients with cancer in hospital: a cluster randomised trial. *Lancet* **383**: 226-237, 2014
- 19) Currow DC, Abernethy AP: Lessons from the Liverpool Care Pathway—evidence is key. *Lancet* **383** (9913) : 192-193: 2014
- 20) Higginson IJ, Evans CJ, Grande G, Preston N, Morgan M, McCrone P, Lewis P, Fayers P, Harding R, Hotopf M, Murray SA, Benalia H, Gysels M, Farquhar M, Todd C: MORECare. Evaluating complex interventions in end of life care: the MORECare statement on good practice generated by a synthesis of transparent expert consultations and systematic reviews. *BMC Med* **24**; 11: 111, 2013

緩和ケアスクリーニングに関する事例集

発行 2016年3月31日

研究班 平成27年度厚生労働省科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業
「汎用性のある系統的な苦痛のスクリーニング手法の確立とスクリーニ
ング結果に基づいたトリアージ体制の構築と普及に関する研究」班

研究責任者：木下寛也（国立がん研究センター東病院 緩和医療科）、
研究分担者：森田達也（聖隷三方原病院 緩和支援治療科）

制作 (株)青海社 DTP：モリモト印刷(株)
