

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、外来化学療法のべ患者数は 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としている。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。せつ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

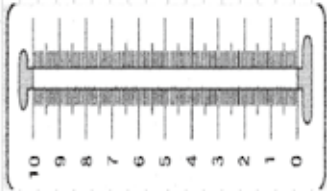
苦痛のスクリーニング用紙（初版）

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？	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。
4 我慢できない症状がずっと続いている	最も当てはまる数字に○をつけてください。
3 我慢できないことがしばしばあり対応して欲しい	最高につらい
2 それほどひどくないが方法があるなら考えて欲しい	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
1 現在の治療に満足している	つらさはない
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、誘導的になってしまうという理由で、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

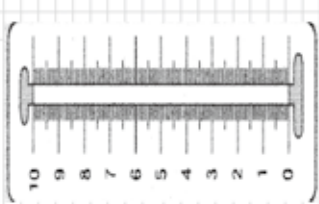
1 現在の治療に満足している

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、看護士にお渡しください。

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 入力中

ファイル(F) 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

省時可 | 検索 | 印刷 | 担当医

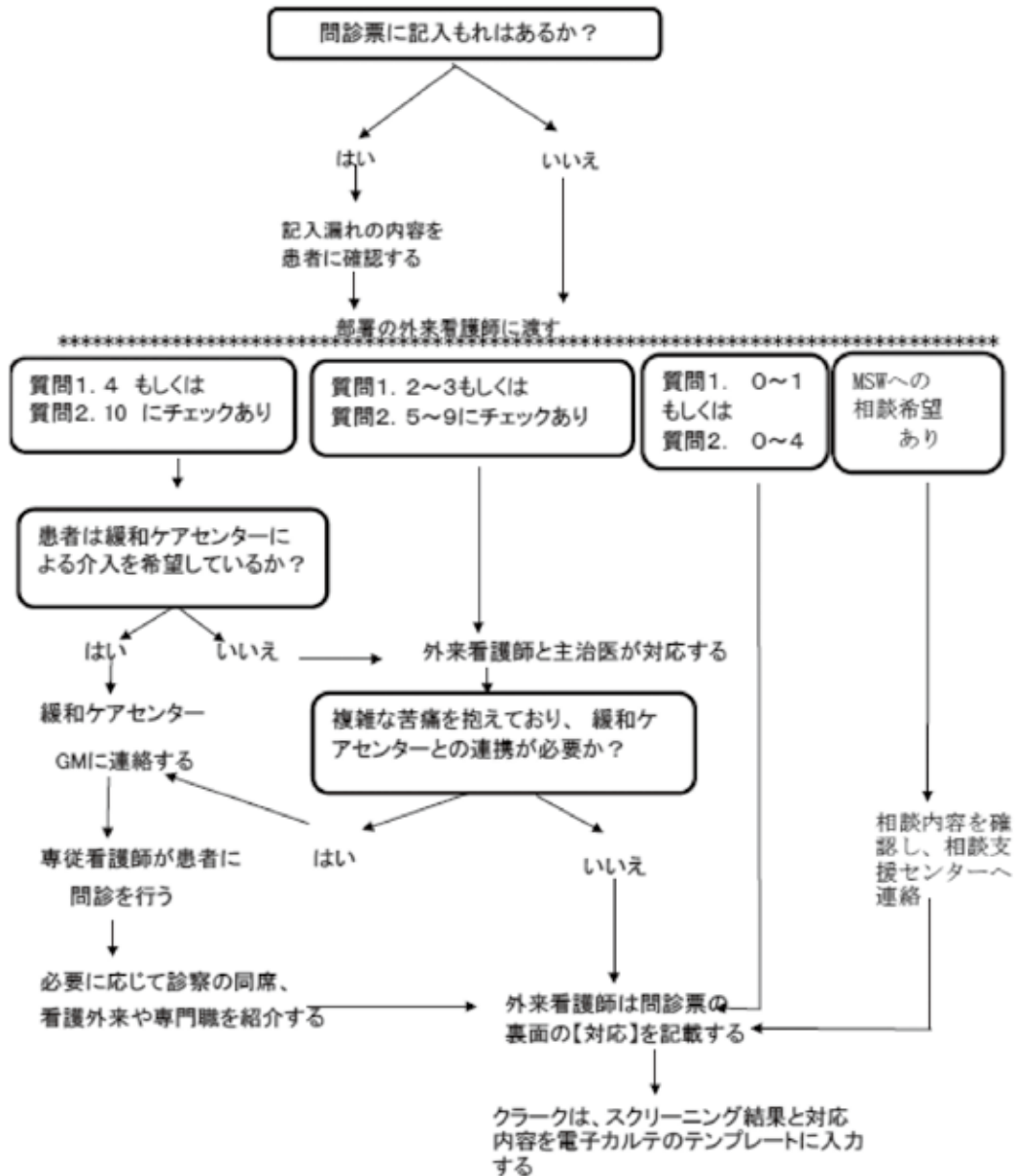
資料 6

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

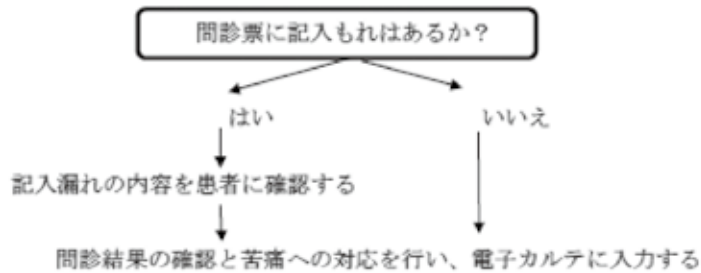
2. 外来診療科受けつけ時のクラークの対応



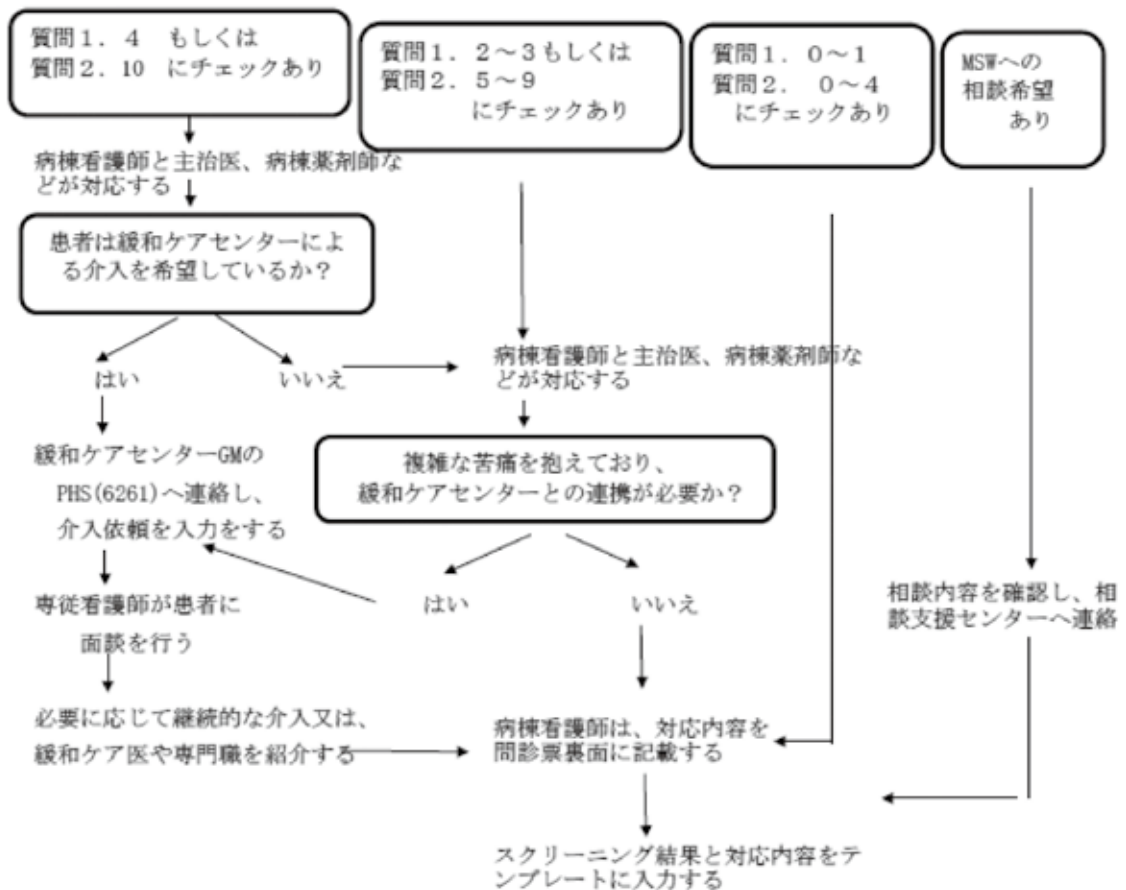
2015年5月 緩和ケアセンター 改定

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
										425
当日のセンター紹介										48.8%
										46.6%
1か月以内のセンター紹介										4.6%
										5.7%
その他の専門職(CN, CNS)										3
										3
										9
										1.0%
										2
										20
										0.6%
										2.3%
										4
										14
										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、分子を上乗りの数として、割合を出すべきだと思われるが、そこまで手が回らない実情もお見せするべきと考え、そのまま表に出している。

