

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

青森地域の研究体制の整備、緩和ケアセンターを中心とした多施設研究の
施設間調整、地域の研究進捗管理に関する研究

研究分担者 吉田 茂昭（青森病院事業管理者）

研究要旨： がん患者は、病状や治療内容に応じて入院・外来の他、在宅等へと治療の場を移す。そのため、真に患者の苦痛に応じた緩和ケアを提供するためには、どの場においても苦痛のスクリーニングが行わなければならない。今年度は、青森地域の在宅療養支援診療所1施設に苦痛のスクリーニングシステムを導入し、「痛みでできないことや困っていることはありませんか」を共通の評価項目とし、在宅がん患者16名(延べ47人)に苦痛のスクリーニング調査を行った。対象例における痛みの有症率は43.8%、痛みによる生活障害者は46.8%であったが、生活障害があると回答した患者の最も強い痛みのレベルは一般的には生活に影響ないとされる範囲内であり、痛みの評価としては不十分と結論された。その要因として聴き取り者（看護師）の理解不足や患者の受け止め方等による影響が考えられることから、現場教育の一層の必要性が示唆された。

A. 研究目的

本分担研究の目的は、青森県内における研究フィールドの確保、および、多施設・多地域対応型の評価システムの開発、及び県内のがん診療連携拠点病院（以下、「拠点病院」という。）における苦痛スクリーニング（以下、「スクリーニング」という。）の標準化を果たすことである。

B. 研究方法

1. 対象

対象は、在宅で療養するがん患者（以下在宅療養患者とする）のうち、2016年9月20日から12月8日までの間、定められた在宅療養

支援診療所(1施設)を利用し、調査研究へのICを与えた16名(延べ47人)である。

2. 調査内容と分析方法

調査内容は、痛みによる日常生活障害の有無、(痛みの強さ NRS・VRS)、食欲不振、悪心、倦怠感などの身体症状、気持ちのつらさの有無、程度、家族や仕事に関する社会的なつらさの有無であり、これらについて PHS を改良した既報の COSMOS (Continuous Screening and Monitoring of Symptom) システムを用いて点数化した。なお、これら諸症状相互の関連性については、現在の在宅用装置では解析ソフト

トが未装備のため、分析は記述統計とした。

C. 研究結果

対象の平均年齢は、65.3 (SD±21.0) 歳、高齢者 (65 歳以上) の割合は 62.5% (10 人) であった。性別は、男性が 75% (12 人) を占めていた。

在宅療養患者の痛みや気持ちのつらさの有症率は表 1 に示す。

在宅療養患者の疼痛の有症率は、43.8%、痛み以外の身体症状では食欲不振は 50.0% と最も高かった。気持ちのつらさは 25%、不眠は 18.8% の患者が有していた。

痛みによる生活障害患者の NRS の平均値は 2.4 (SD±2.0)、Min 0 ~Max 6 であった。また、痛みによる生活障害患者は 46.8% であった。

表 1 在宅療養患者の痛みやつらさの有症率

痛みやつらさ	有症率 (有症数/問診者数)
疼痛	43.8% (7/16)
食欲不振	50.0% (8/16)
倦怠感	31.3% (5/16)
嘔気	18.8% (3/16)
口渇感	18.8% (3/16)
不安やイライラ	12.5% (2/16)
気持ちのつらさ	25.0% (4/16)
不眠	18.8% (3/16)

D. 考察

今回の在宅スクリーニングでは、痛みの有症率は 43.8%、痛みによる生活障害者は 46.8% であるが、在宅療養患者は食欲不振等他の身体症状の有症率が高いことが明らかになった。終末期がん患者の在宅療養の継続を阻害する要因の 1 つに症状緩和の困難化が挙げられているが、既に報告したよ

うにスクリーニングは苦痛への早期対応を可能とするものであり、病期や療養場所を問わずに、実施されることが本来のあるべき姿であることが再確認された。

本調査では痛みによる生活障害があると回答した患者の痛みの強さは、一般的には生活に影響ないとされるレベルであり、これまでに得られた院内の調査結果とはかなり異なっていた。痛みの評価についての在宅スタッフの理解不足や患者の受け止め方等の違いがその要因と思われるが、今回の調査では当初の 4 回まで共同研究者が訪問時に同行し、指導を行っている。在宅でのスクリーニング評価では、訪問した看護師 1 名によるその場での判断に拠らざるを得ないことや、他のスタッフとの目合わせを行う機会が少ないなど、院内の場合に比して困難な場面が少なくない。今後は、定期的なスクリーニング (訓練) の機会を設けるなど、教育的な対応が必要と思われる。

拠点病院の緩和ケアセンターには、地域医療の課題を発掘し、緩和ケアの標準化に向けた教育支援が求められている。しかしながら、人員不足や予算不足から院内の活動にとどまらざるを得ないのが現状である。国が定めるがん対策推進基本計画によれば、緩和ケアセンターが地域へアウトリーチし在宅を支援することが必須とされている。であれば、緩和ケアの体制整備のための原資として、地域への教育、臨床支援をマニュアルに準じて実施している施設 (がん診療連携拠点病院) には活動状況に応じた診療報酬上の加算あるいは補助金等のインセンティブを求めたい。

一方、現行の在宅の現場では症状評価の結果が数量化 (電子化) されておらず、定量的な評価指標として算出できていない。

しかし、がん患者が在宅、診療所、一般の総合病院、どこにいても一定水準の緩和ケアが提供されなければ、療養場所を選択する際の障害にもなりうる。除痛率を始めとした緩和ケアの定量的な評価指標の可視化は、日常臨床の緩和治療に留まらず、患者が療養場所、医療機関を選定する際の重要な指標の提供を可能とするとともに、今後の地域医療構想をふまえたがん対策やがん戦略を立案する上でも有力な情報となり得る。

今回開発した在宅用 COSMOS システムは、緩和ケアの定量的評価を在宅療養の場にまで拡大しようとするものであり、判定上の課題は残したものの、それなりの有用性が示された。使用した一号機では平均 NRS をはじめとする評価結果の相互関連性を知るための演算機能を搭載できず、結果を得るまでに時間を要したが、後発機に演算機能が搭載されれば、評価結果の即時的なフィードバックも可能となり、在宅スクリーニングの精度向上に大いに寄与するものと期待される。

E. 結論

COSMOS システムを用いた在宅現場でのスクリーニング評価は院内の場合に比べ、より多くの課題を残している。しかし、これらはスクリーニング(検討会)などの教育的な対応や COSMOS システムの改良等により解決可能と思われる。

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得申請
平成 27 年 3 月 30 日
特願番号 2015.070346
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし