

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) *a 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、嚔下・褥瘡・安全といったスクリーニング、外来では問診票など、すでにか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、実際に患者の話を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。各施設の特性に合った、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」などが挙げられ、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、

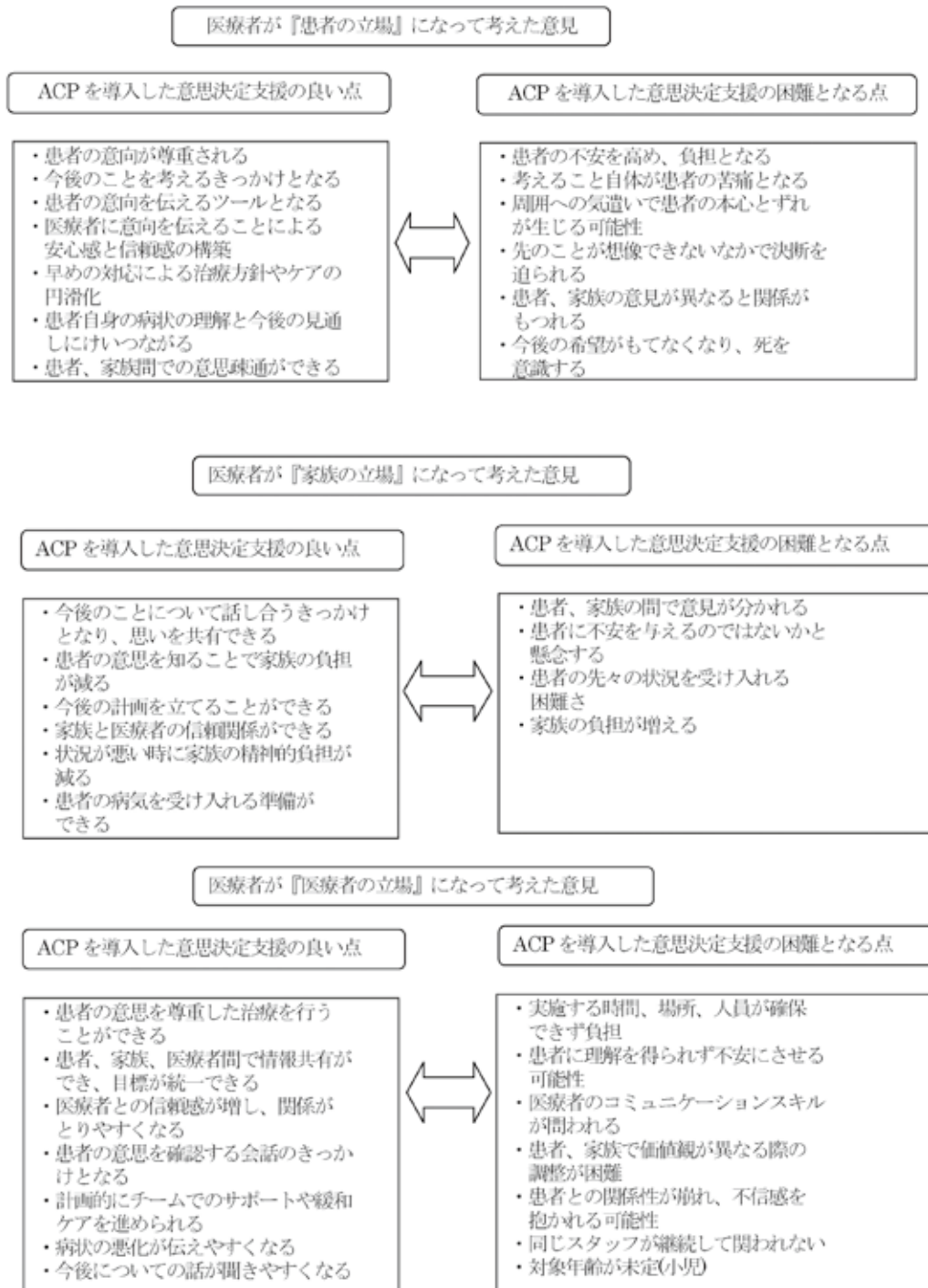


図1 アドバンス・ケア・プランニング意思決定支援を行った場合の患者立場・家族立場・医療者立場に立った良い点・困難となる点

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くった。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

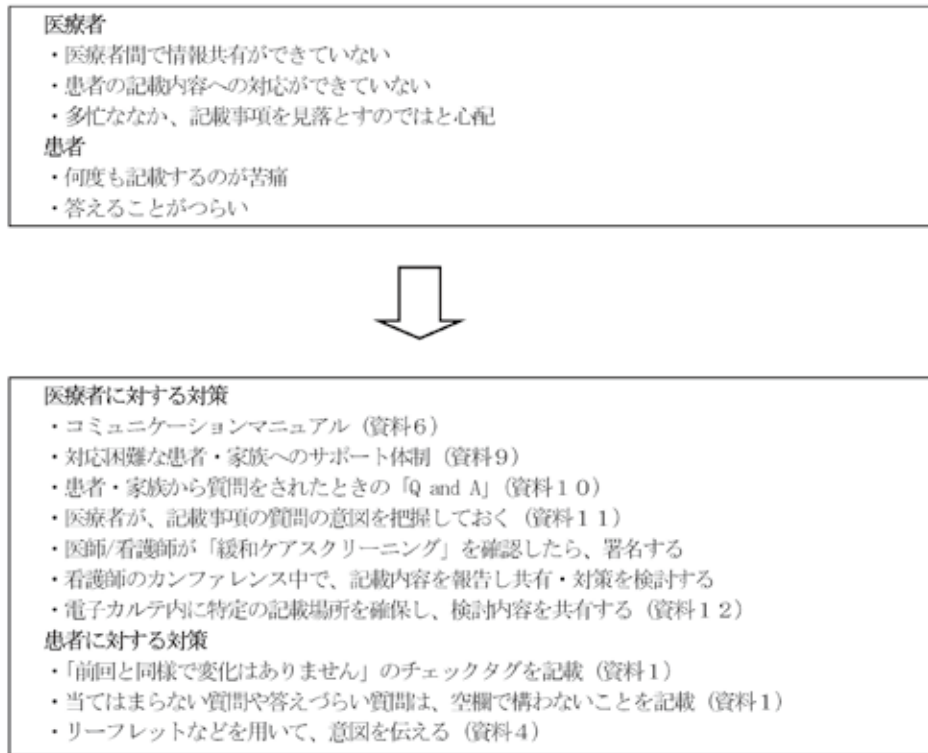


図 2 現場で考えた「課題」とその「対策・工夫」

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く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 Ordons 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
----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----												

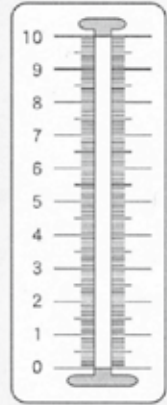
4. 気持ちのつらさについてお尋ねします

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

- ***** 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 *****
- * 10. からだがづ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
 * 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
- * 11. からだがづ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がゆくゆくは話したい
- * 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 分からない
- * 12. からだがづ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：)
- * 13. からだがづ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
- *****

<医療者記入欄>