

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ない、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文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にしてしている。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？

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

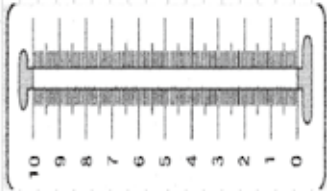
() 経済的な問題や、制度の疑問に対応する医療ソーシャルワーカー

() 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

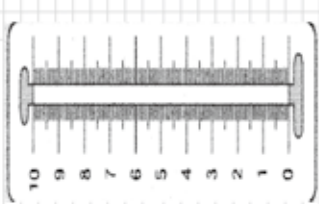
1 現在の治療に満足している

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 style="text-align: center;">医療者記載欄</p> <p>患者さんをご記入いただけなくて結構です</p> <p style="text-align: right;">担当医 _____</p> <p>苦痛スクリーニング後の対応</p> <p><small>該当する項目にチェックしてください(複数可)</small></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 style="margin-left: 20px;">⇒ <input type="checkbox"/> 外来の場合、次回受診日()</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 入院の場合、入院予定日()</p> <p style="margin-left: 20px;"><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

クリア キャンセル カルテに展開

省時可 検索 印刷 担当医

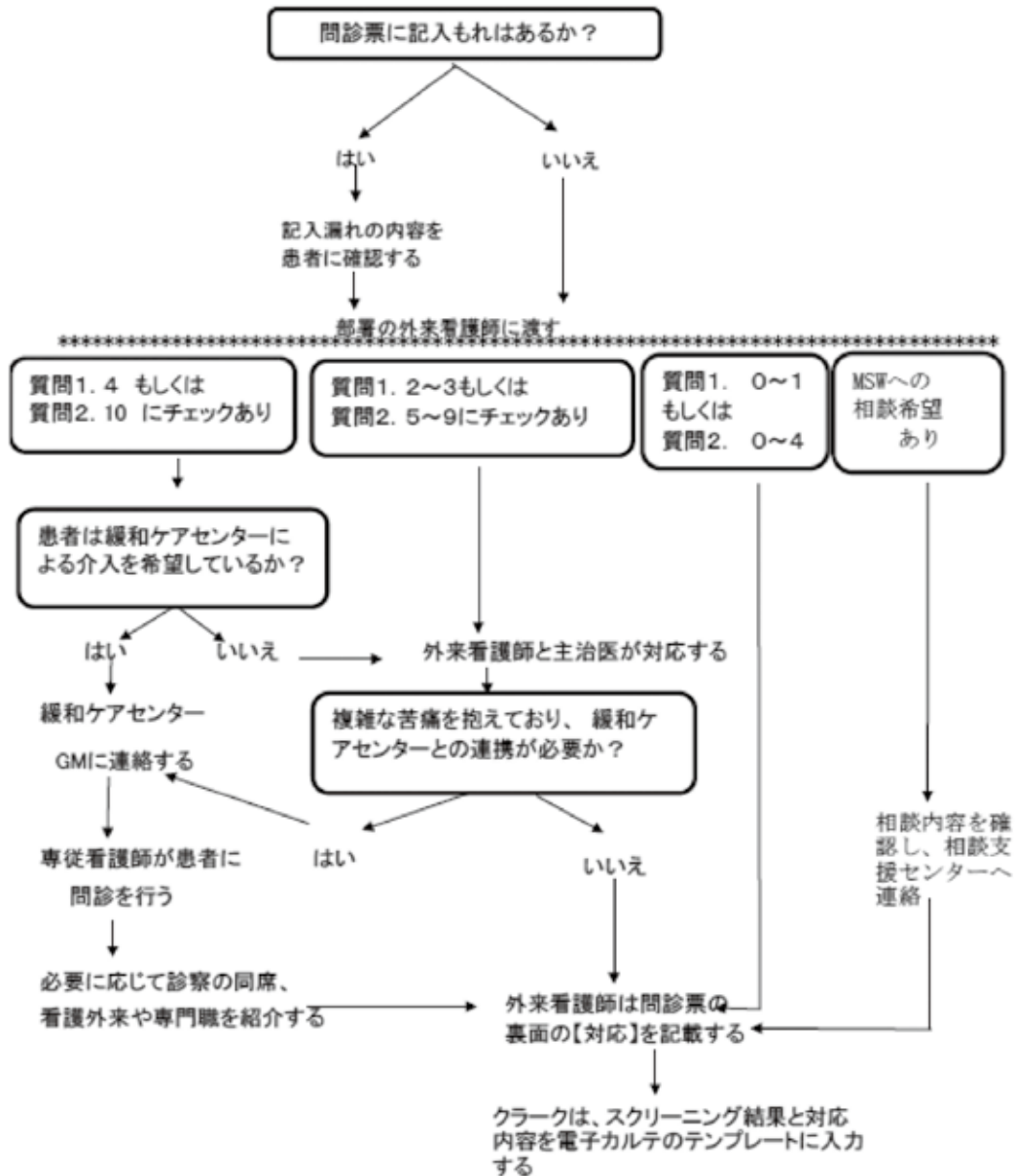
資料 6

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

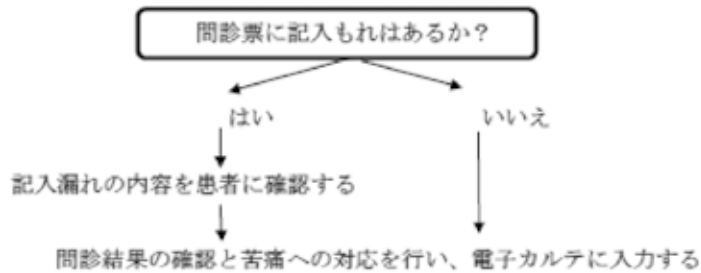
2. 外来診療科受けつけ時のクラークの対応



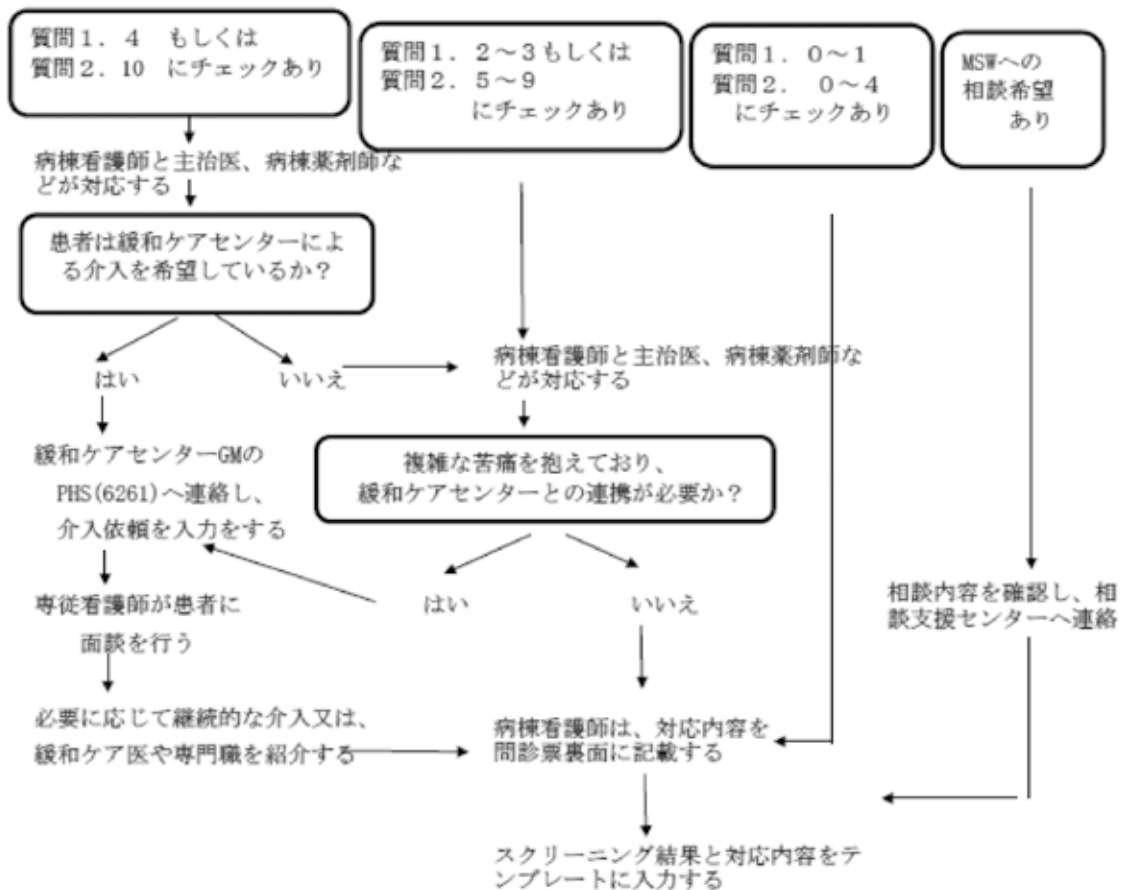
2015年5月 緩和ケアセンター 改定

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
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
										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、分子を上乗の票の数として、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。

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 高血圧者から50	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	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	医師が介入センターに連絡	地域センター（MSW）に連絡	相談支援センター（MSW）に連絡	緩和ケアセンターに連絡	対応できず	要諦部	対応者																			
10/11	114	10	4	40	10	7	1	41	11	11	5	3	12	6	7	7	3	6	2	0	0	0	18	4	0	87.1%																		
10/18	98	46	7	32	14	4	3	29	3	11	3	4	9	13	2	6	3	0	16	0	0	0	16	5	12	81.8%																		
10/25	111	61	7	36	9	7	3	44	5	9	3	15	3	6	3	3	0	0	21	0	0	2	21	5	15	78.4%																		
11/1	133	72	54	16	6	2	48	11	5	11	12	4	9	8	2	4	0	0	47	2	3	3	19	6	8	88.9%																		
11/8	142	78	54	15	5	4	61	11	4	9	2	20	9	8	3	5	1	0	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%	49	8	34	13	4	3	36	8	9	10	3	13	8	9	5	1	9	0	3	1	5	2	9	86.4%																	
11/29	143	80	55.9%	70	6	41	15	5	6	47	11	10	12	9	16	8	10	1	7	4	9	1	5	1	10	87.5%																		
12/6	112	62	55.4%	46	4	26	19	7	5	28	5	13	7	4	19	6	3	13	1	2	1	1	3	0	7	89.9%																		
12/13	110	66	60.0%	50	7	35	12	6	5	36	10	4	13	3	12	11	7	8	3	1	2	0	4	0	4	5	92.4%																	
12/20	108	51	47.2%	53	8	31	6	2	47	9	8	1	14	4	5	7	2	4	0	0	0	0	1	0	3	12	77.8%																	
12/27	110	60	54.5%	52	4	34	13	5	3	39	11	12	9	10	4	8	3	12	0	0	0	0	0	0	0	8	85.1%																	
1/3	104	56	53.8%	55	4	26	16	6	3	28	8	13	5	10	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	85.1%																	
1/10	109	65	59.6%	48	9	37	5	6	4	34	7	14	5	15	6	6	3	1	5	2	11	17	1	3	0	2	94.4%																	
1/17	99	60	60.6%	52	4	22	18	2	1	31	9	6	3	5	19	7	5	0	0	0	0	0	0	0	0	7	89.2%																	
1/24	130	74	56.9%	63	6	41	11	5	4	48	8	10	14	9	6	9	5	1	0	7	1	18	16	0	2	4	93.7%																	
1/31	92	33	35.9%	26	2	14	7	2	1	14	5	2	6	2	10	4	1	4	1	27	2	1	0	0	0	4	94.5%																	
2/7	125	64	51.2%	62	8	30	16	3	49	14	9	7	6	15	4	8	4	3	2	0	0	0	1	0	0	4	93.6%																	
2/14	107	67	62.6%	47	4	32	18	1	5	25	7	6	13	5	12	4	11	9	1	5	4	1	6	0	3	95.5%																		
2/21	111	67	60.4%	54	3	32	17	2	3	34	7	5	12	6	12	4	10	8	7	3	3	6	0	2	2	94.0%																		
2/28	122	82	67.2%	41	6	49	17	5	4	34	7	10	20	5	23	5	8	2	2	0	0	0	0	0	0	4	94.0%																	
3/6	113	74	65.5%	45	3	40	11	12	2	36	5	9	17	4	12	4	6	16	2	0	7	1	2	0	0	10	87.8%																	
3/13	103	51	49.5%	51	4	37	3	4	4	38	1	5	16	8	5	4	2	5	0	8	1	1	2	0	0	5	92.2%																	
3/20	105	55	52.4%	47	6	40	14	8	5	40	11	10	12	9	10	5	6	8	0	0	0	0	0	0	0	3	95.1%																	
3/27	105	55	52.4%	67	6	49	14	8	5	40	11	10	12	9	10	5	6	8	0	0	0	0	0	0	0	3	95.1%																	
4/3	112	55	48.9%	63	5	33	6	3	3	31	7	9	5	7	3	5	9	2	6	1	0	0	1	0	1	10	88.5%																	
4/10	126	76	60.3%	58	6	40	12	6	4	34	14	7	11	6	18	4	7	13	5	2	2	2	2	0	0	5	93.7%																	
4/17	114	66	58.4%	46	7	32	17	5	6	41	2	12	10	5	14	5	3	9	2	4	0	1	2	4	0	2	97.0%																	
4/24	114	60	52.6%	63	6	29	11	3	2	35	9	13	12	5	11	5	6	7	2	10	0	1	4	0	0	5	91.7%																	
4/31	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	97.9%																		
計	3597	2098	58.3%	1891	184	1077	392	148	92	1197	233	279	342	139	457	181	208	269	84	153	38	237	52	478	21.6%	460	12.8%	5	59	1.6%	1533	4.3%	50	1.4%	45	1.2%	46	1.3%	150	4.2%	212	5.9%	212	5.9%

↑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 高血圧者から50	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	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	医師が介入センターに連絡	地域センター（MSW）に連絡	相談支援センター（MSW）に連絡	緩和ケアセンターに連絡	対応できず	要諦部	対応者																					
10/11	137	51	37.2%	26	51	0	22	6	4	13	2	9	2	1	4	1	2	1	2	1	2	0	0	0	0	2	88.5%																			
10/18	132	73	55.3%	39	53	4	13	2	9	2	5	7	2	0	1	2	0	6	20	3	4	3	4	0	2	2	1	5	87.2%																	
10/25	155	66	42.6%	44	51	2	2	28	3	9	10	3	15	5	6	5	1	2	3	4	4	4	0	0	1	1	5	83.6%																		
11/1	132	76	57.6%	34	44	3	17	5	8	20	3	8	3	3	1	2	1	3	2	4	24	2	2	0	0	2	94.1%																			
11/8	167	75	44.9%	33	44	0	29	20	19	6	3	1	25	9	4	2	7	4	1	2	0	0	0	0	0	0	2	90.9%																		
11/15	124	71	57.3%	54	46	3	21	8	3	23	4	2	11	6	3	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0%																		
11/22	125	66	52.8%	45	52	3	41	11	25	8	5	7	9	4	13	5	6	6	2	3	1	1	2	0	0	2	95.6%																			
11/29	131	68	51.9%	50	44	2	42	8	1	3	5	6	4	9	4	9	4	9	4	1	1	0	0	0	0	2	95.4%																			
12/6	188	101	53.7%	41	40	6	51	17	20	8	3	2	34	14	6	16	3	5	2	10	8	0	2	1	0	4	90.2%																			
12/13	135	72	53.3%	34	47	2	36	6	10	11	0	4	4	5	4	0	5	3	2	1	0	0	2	0	2	4	94.1%																			
計	811	425	52.4%	297	141	211	78	26	18	261	66	82	124	35	81	42	67	54	14	23	16	24	13	44	2.1%	203	25.1%	15	42	0.9%	153	18.8%	5	0.6%	5	0.6%	9	1.1%	20	2.5%	6	0.7%	34	4.2%	34	4.2%

↑看護師が対応、が多いのが特徴

Ⅲ 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しなかった。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大まかに問うだけでなく、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
シニア、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
○ 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
○ あり

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(マキゾール)

副作用
・嘔気
・見当惑い
・便秘
・嘔気

レスキュー・ドーズ
使用薬剤と量(オプ123)

使用回数(1)回/日

使用前NRS(10) → 使用后(0)

効果
○ 効果
○ 効果

副作用
・嘔気
・嘔気

カルテに展開

クリア

キャンセル



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
シニア、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
○ 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
○ あり

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(マキゾール)

副作用
・嘔気: 1なし
・見当惑い: 1なし
・便秘: 1なし
・嘔気: 1なし

○ レスキュー・ドーズ
使用薬剤と量(オプ123)

○ 使用回数と効果
・使用回数(1)回/日
・効果: 2: たいはいよくなった
・使用前NRS(10) → 使用后(0)

○ 副作用
・嘔気: 2: あり(経口摂取不可)
・嘔気: 3: あり(経口摂取不可)

(S)

資料 4 生活のしやすさに関する質問票 テンプレート

生活のしやすさに関する質問票

記入日 記入者 @USERNAME

初回 継続

生活のしやすさに関する質問票

7-1 (K/E)

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・排泄など)
 通院が大変
 その他:

からの症状

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から考えでほしい 3. 我慢できない事がしんどいから対応してほしい 4. 我慢できない症状がずっと続いている

■評価:

気持のつらさ

0. つらくない 1. 少しつらい 2. 中くらいにつらい 3. かなりつらい 4. 最高につらい

■評価:

専門家チームへの相談希望

痛みなど、から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

からの症状

全くなかった 0 < 5 < 10 最高につらい

すべて0 ■評価

痛み (一番強い時) 息苦しさ 評価
 痛み (一番弱い時) 食欲不振 評価
 しびれ 嘔気 評価
 むくみ 満腹感 評価
 倦怠感 評価

嘔吐 睡眠 評価
 便秘 便性状 評価
 口腔内の症状 評価
 その他:

気持のつらさ

つらくない 0 < 2 < 4 最高につらい

すべて0 ■評価

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

クリア キャンセル 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

2 からだ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
 2 それほどひどくないが方法があるなら知りたい 2 中くらいにつらい
 1 現在の治療に満足している 1 少しつらい
 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

その他の症状

嘔吐 なし 1日に1回 2~5回/日 6回/日以上
 睡眠 よく眠れる 時々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
 便の状態 硬い 普通 やわらかい 下痢
 口の中の痛みや不快感 なし あるいは薬がおり 食事の工夫が必要
 食べられる 食へられない できない

6 気持ち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頂きます。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」以上ある、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
息切れ(息苦しさ)	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	よく通じる	時々通じる	時々通じない	通じない							
排便回数	毎日	週1~2回	週1~3回	なし							
便の性状	硬い	普通	やわらかい	下痢							
日中の痛みや不快感	なし	少しある	ある	かなりある							

その他の症状

6 足指のつらさについて詳しくお聞かせいただけますか？

頻度のこと	0	1	2	3	4
程度のこと	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					

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 夏になっても、暑く感じることがあれば、どんな対策に記入ください

2 からどの程度についてお聞かせいただけますか？

3 足指のつらさについてお聞かせいただけますか？

4 数値でない様子がうつっている

5 数値でないことがあれば、お書きください

6 それほどもくない方法があるから記入は

7 現在の治療に満足している

8 ほかなし

9 専門のチームへの転院を希望しますか？

10 転院希望の理由や、現在の治療に対する不満(ソーシャルワーク)

11 転院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希望しますか？

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。

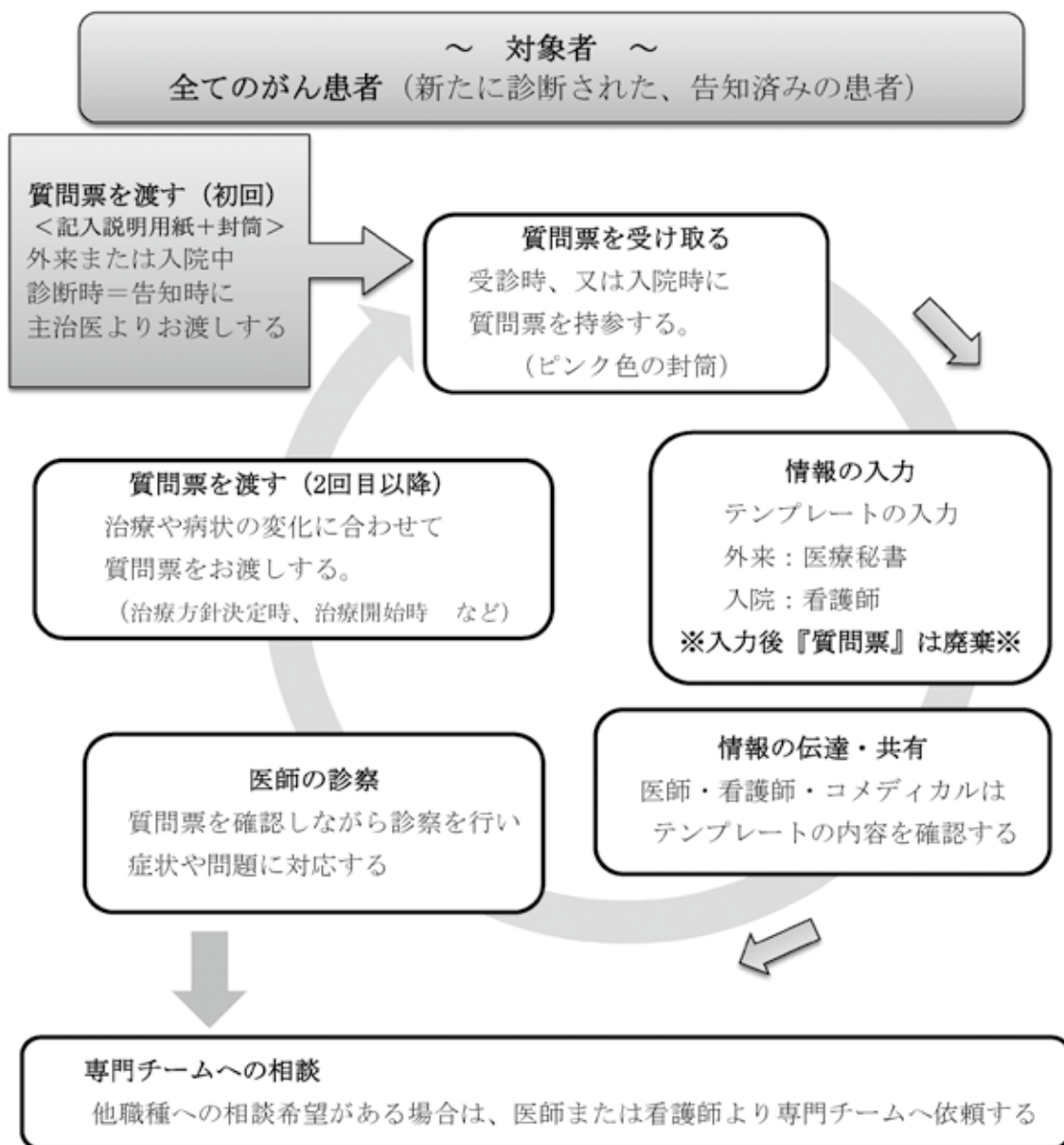
資料 8 生活のしやすさに関する質問票 運用マニュアル

『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 matters or regulations), "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" (It's difficult to go to the hospital). There is also a "その他:" 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 worst), "痛み(一番弱い時)" (Pain at its least), "しびれ" (Numbness), "むくみ" (Swelling), "倦怠感" (Fatigue), "息切れ" (Shortness of breath), "嘔吐" (Vomiting), "便秘" (Constipation), "口腔内の症状" (Symptoms in the mouth), and "その他:".
- 気持のつらさ** (Mood): A scale from 0 to 4. Below the scale are dropdown menus for "吐き気" (Nausea), "不安" (Anxiety), "抑鬱" (Depression), "疲労" (Fatigue), "その他:".
- 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 by a palliative care team for pain, etc.), "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 by a medical social worker for financial issues, etc.), and "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" (I want to consult about services available to make life at home easier).
- 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 care), "仕事の事" (Work), "今後の事" (Future), and "その他:".

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ほしい	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、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。

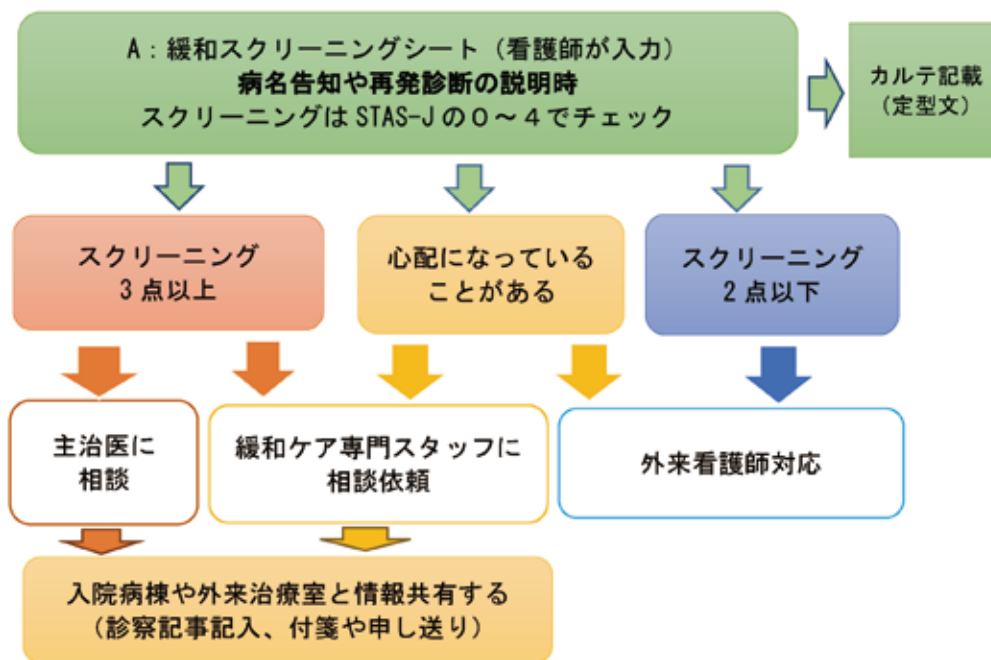
対象者：外来でがんと診断され、病名告知や再発診断の説明を受けた患者

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）

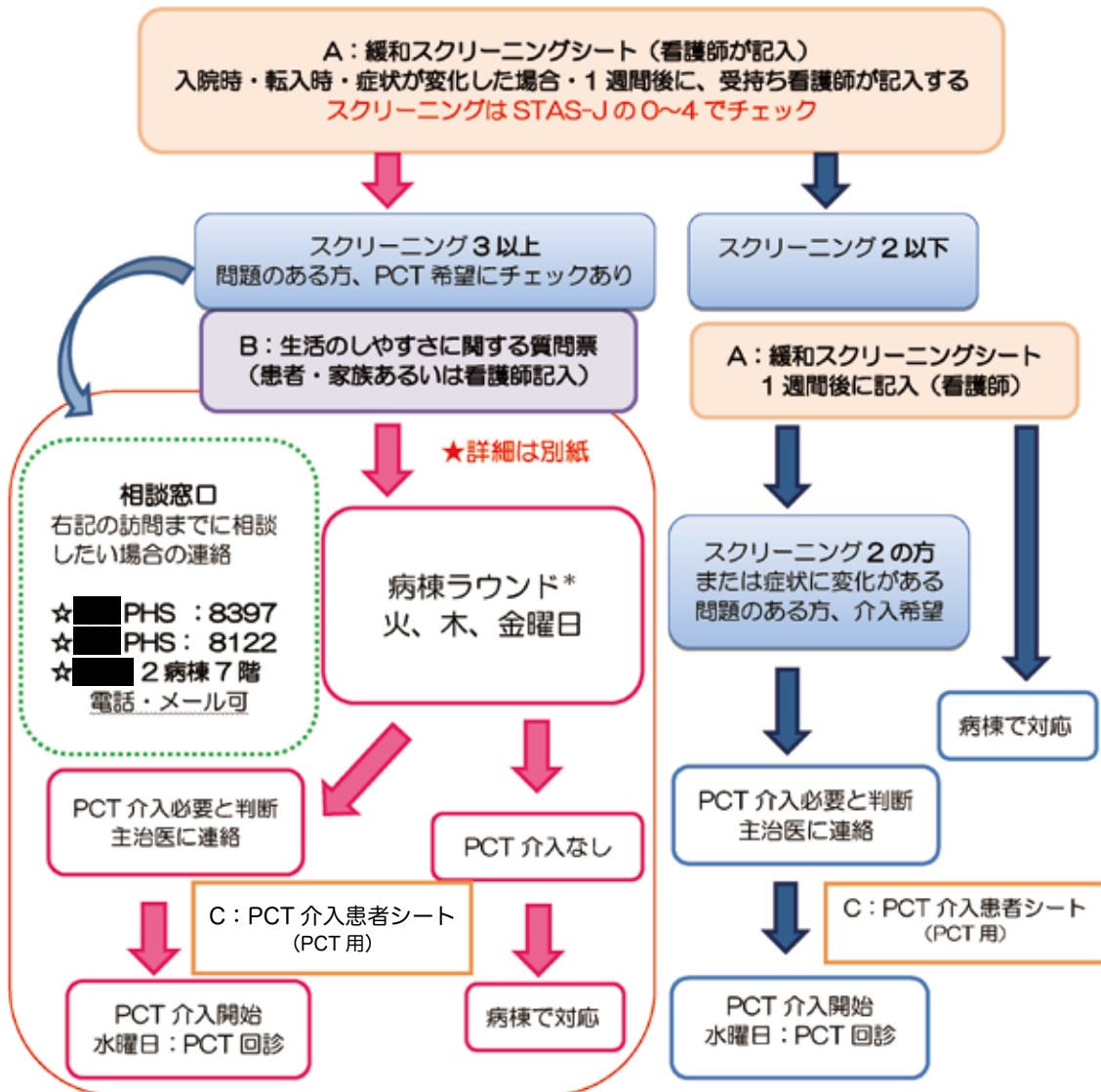
対応基準：①緊急（すぐに対応）②準緊急（その日のうちに対応）③緊急なし（2～7日の間に対応）

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）

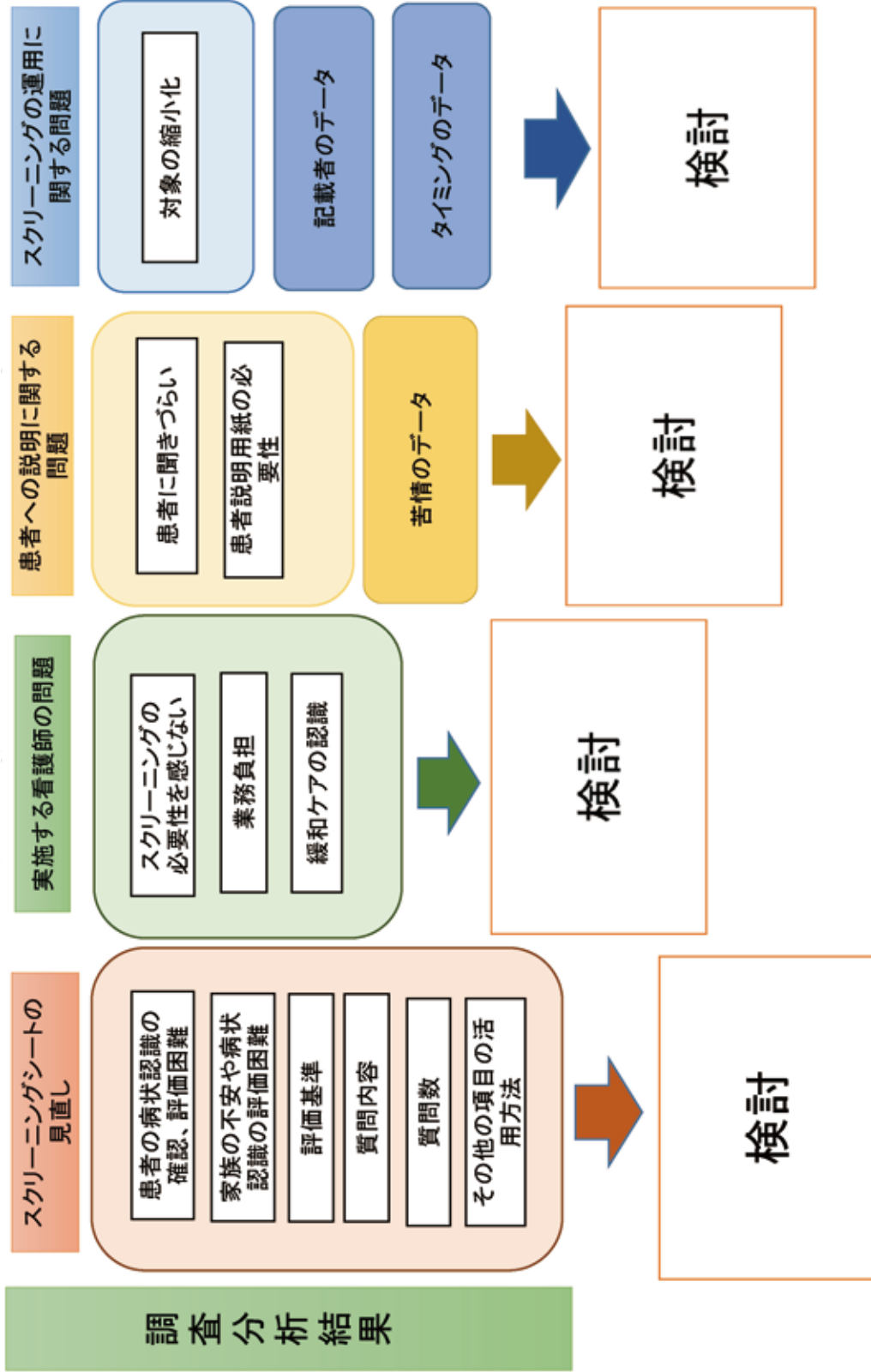
Ⅱ. PCT からのアドバイスのみ（病室の訪問はしない）

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。

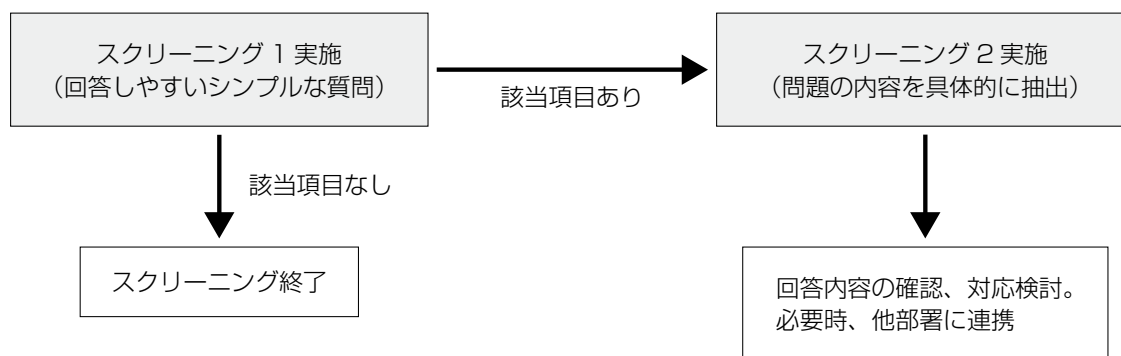


図 1 2ステップのスクリーニング

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」

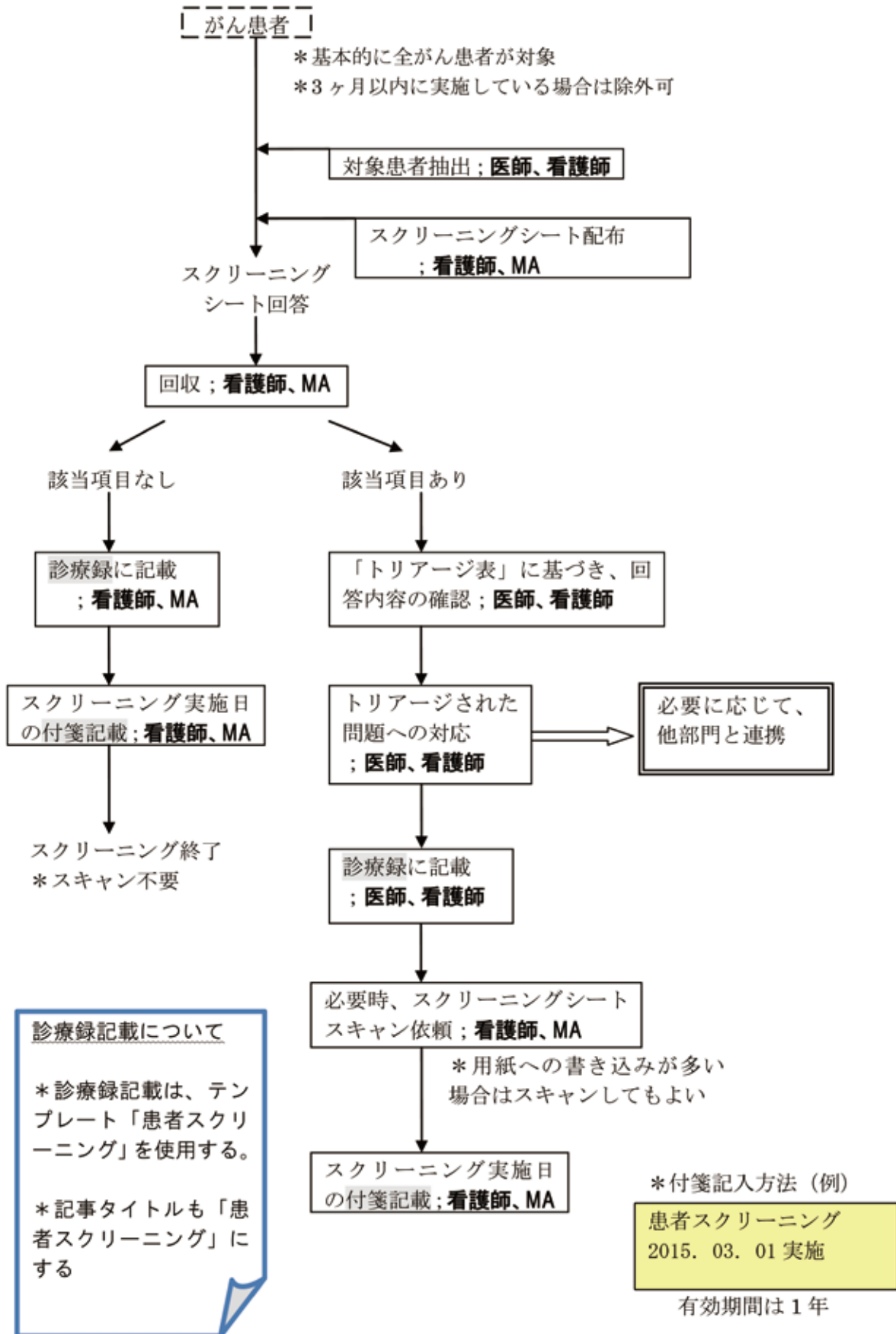
院内ポータルの「文書共有フォルダ」内にあり。ナレッジ検索で検索できるシートは両面コピーで使用する

「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」「レスキュー記録」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>* 不眠が軽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もあります 	<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。 患者のニーズに応じて、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。

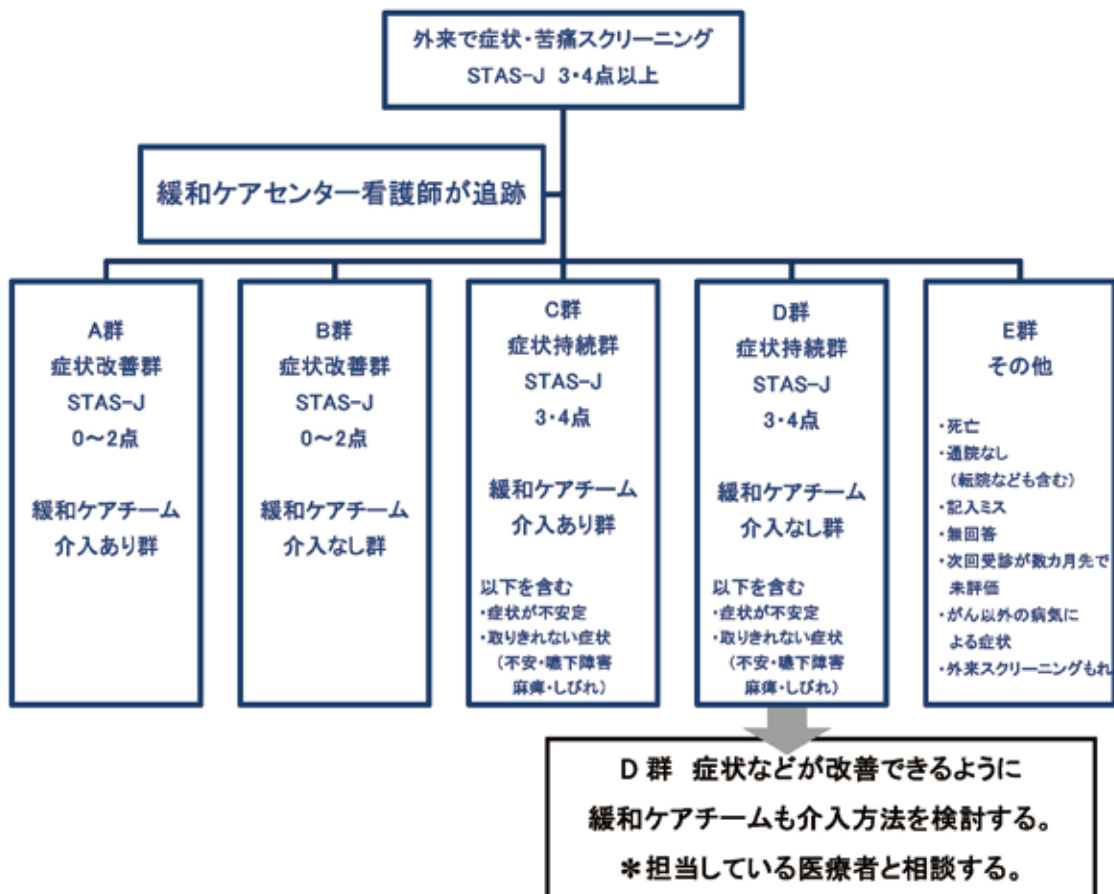
⑥ STAS-J 項目別の患者数

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

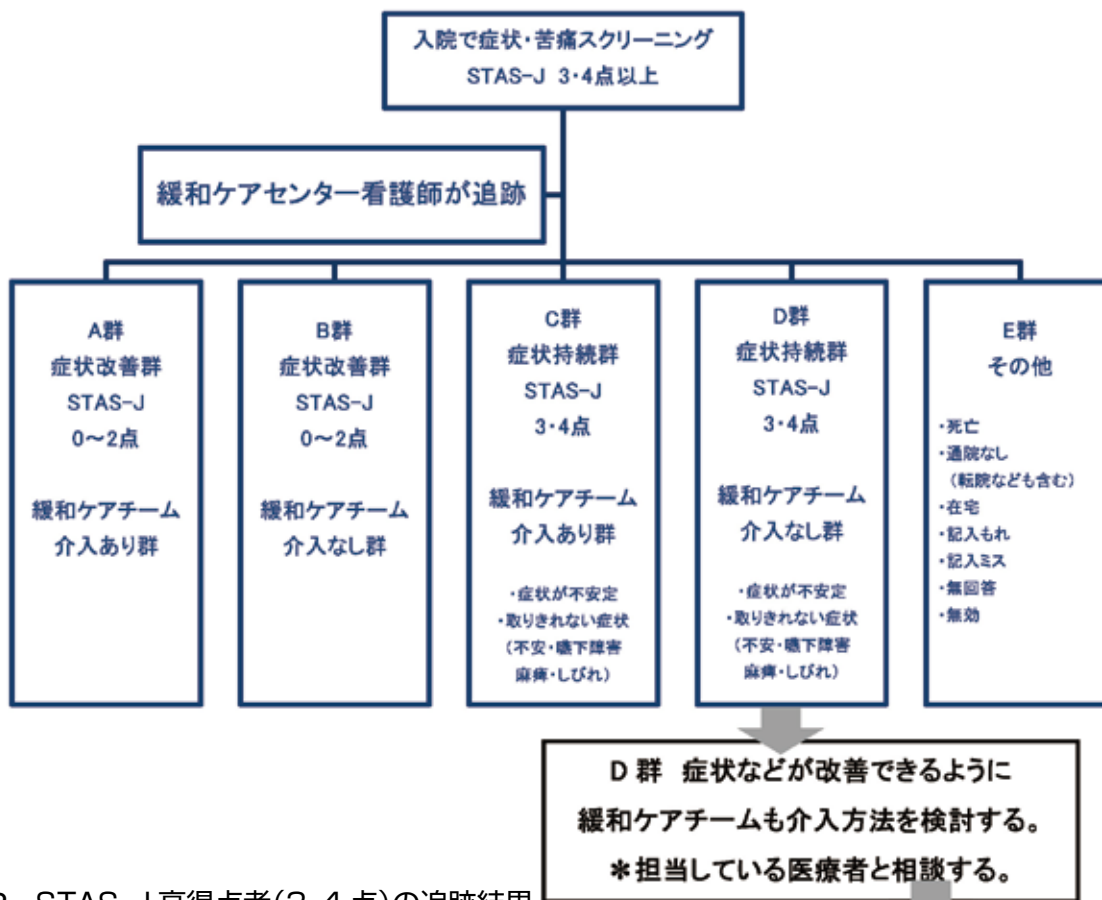
① 使用尺度

・ 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 (〇月)

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/shiryos3.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. *Clinical Oncology* **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. *Clinical Oncology* **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 Oncologica*: **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