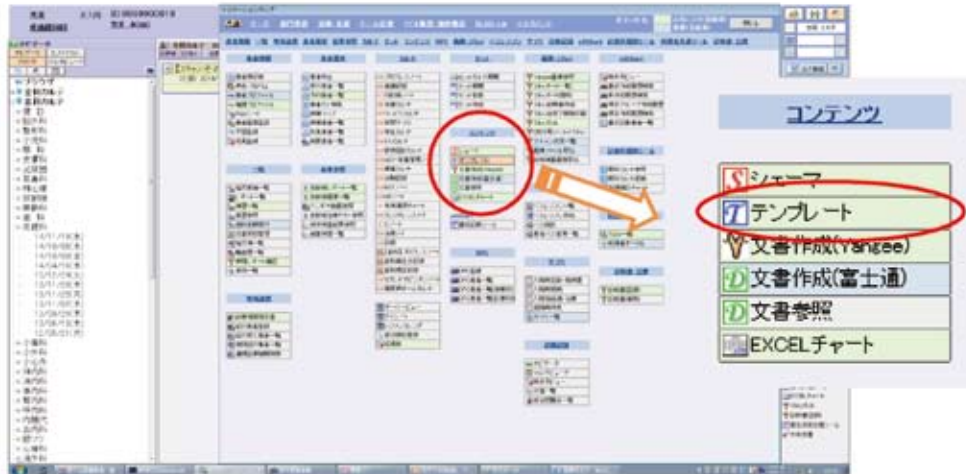


# 資料1 緩和ケアセンターのがん患者苦痛スクリーニング（外来）

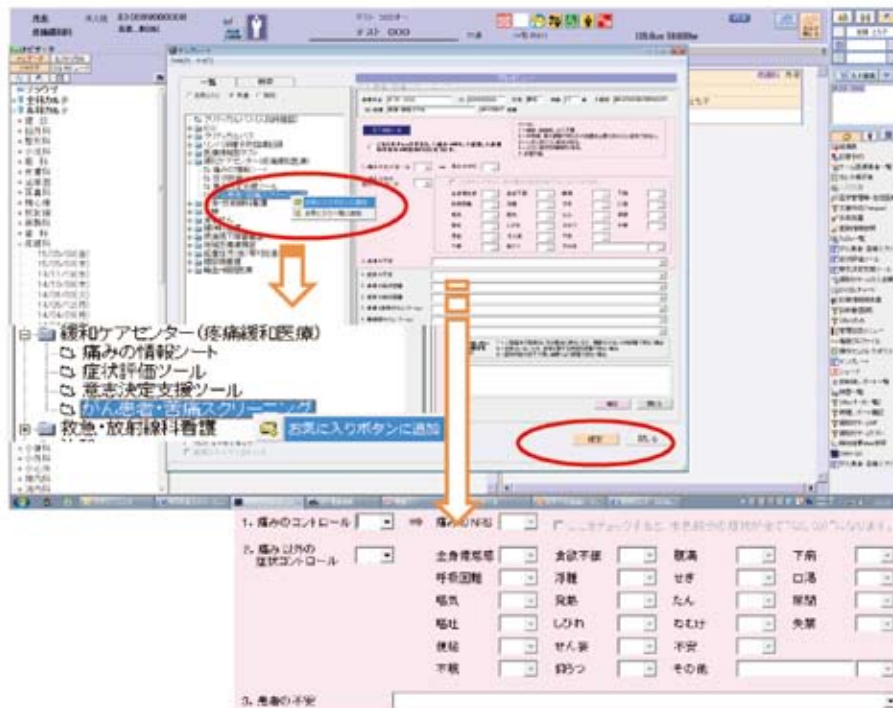
【がん患者の苦痛スクリーニング(外来)のフロー】

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

1) ナビゲーションマップ→共通→コンテンツ→テンプレート



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



**必ず入力して頂きたい項目**      **症状があれば入力する項目**

**STAS-J**

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

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

1. 痛みのコントロール ⇒ 痛みのNRS

2. 痛み以外の症状コントロール

「ここをチェックすると、枠内部分の症状が全て「なし(0)」になります。

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

3. 患者の不安

**一番強い症状の程度を入力**

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

**プルダウンは、0-4の5段階**  
 (※痛みのNRSは、0-10の11段階)

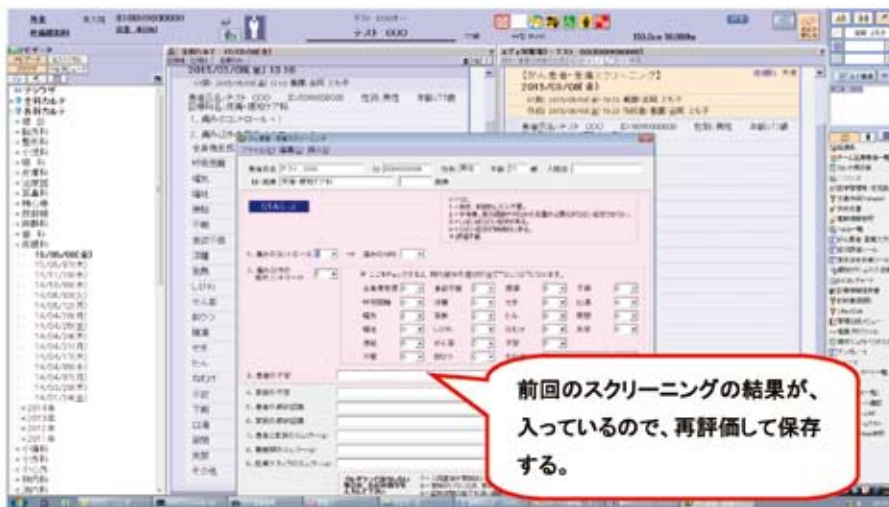
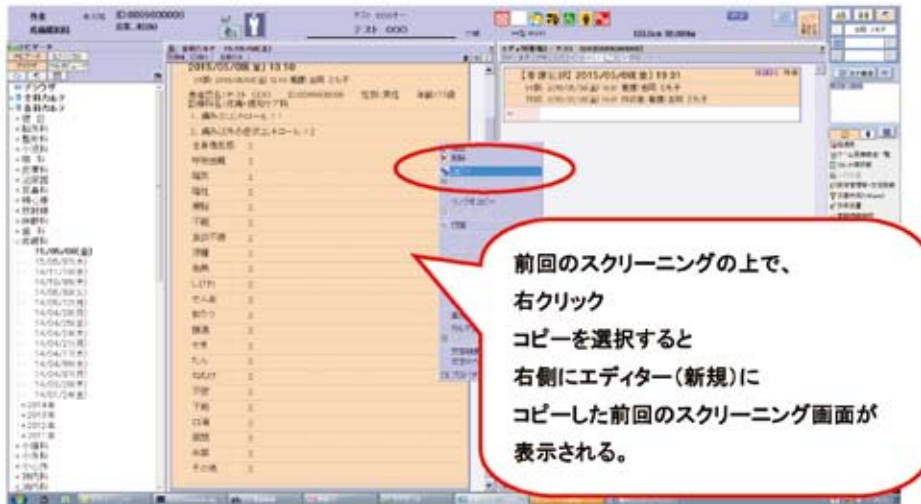
0 = なし  
 1 = 時折、断続的。介入不要。  
 2 = 中等度。薬の調節や何らかの処置が必要だがひどい症状ではない。  
 3 = しばしばひどい症状がある。  
 4 = ひどい症状が持続的にある。  
 \* 評価不能

7) 評価間隔は、原則は受診毎が望ましいが最低1か月に1回は行う。

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

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

※1)2)で新たに入力、またはお気に入りに登録しておくのもよい。

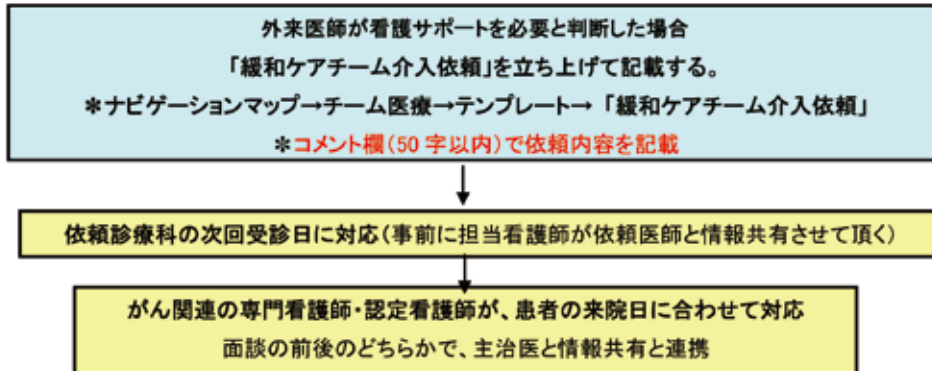


- 10) 各診療科の先生で必要時は、以下依頼を検討していただく。  
 (ア) 他科受診 または  
 (イ) 看護サポートの依頼(電子カルテ or 急ぎ時は電話での対応) 以下参照

11) 依頼基準の例として

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

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



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

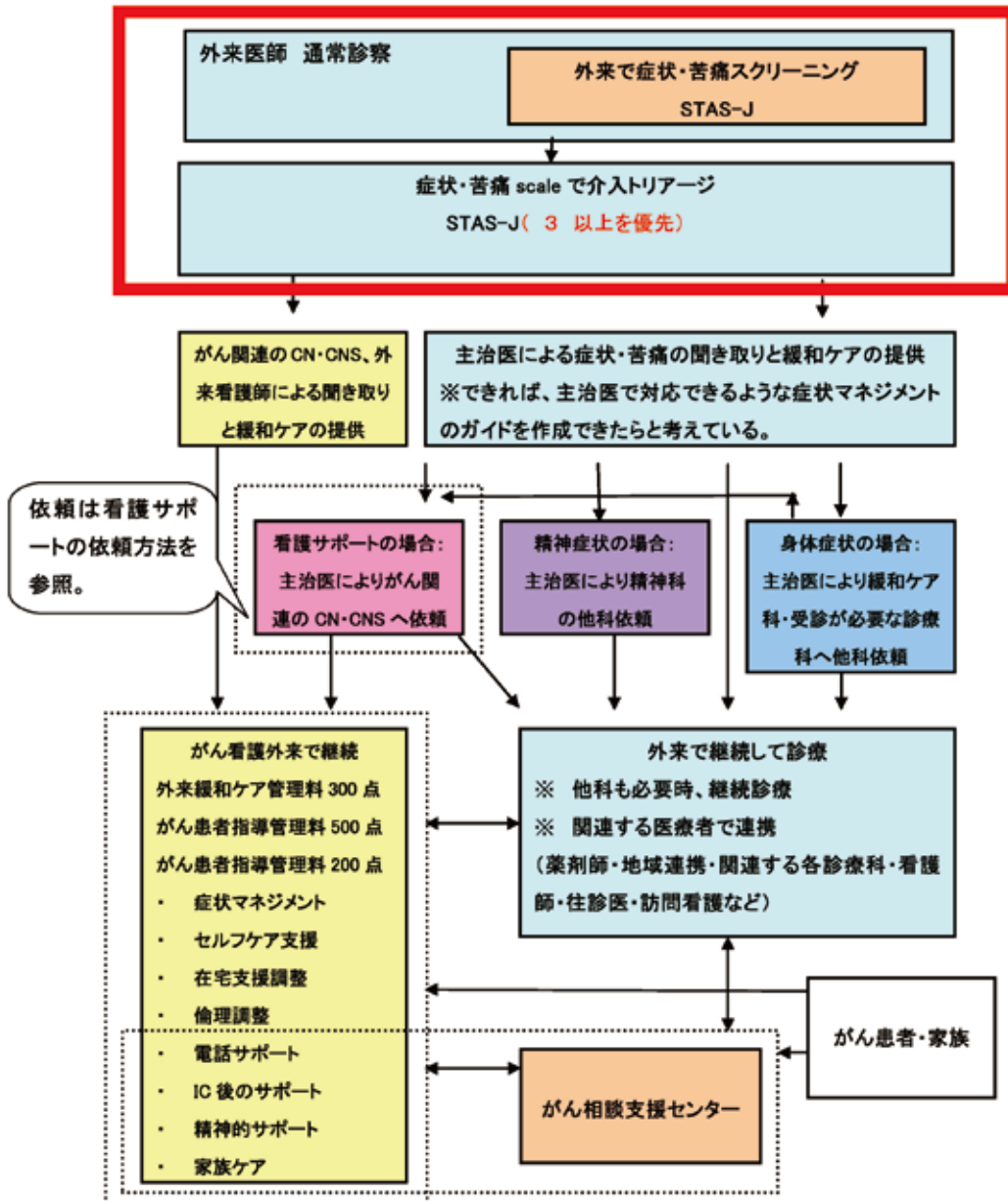
【緩和ケアセンター(外来)における症状・苦痛スクリーニング】

コンサルテーションの依頼手順

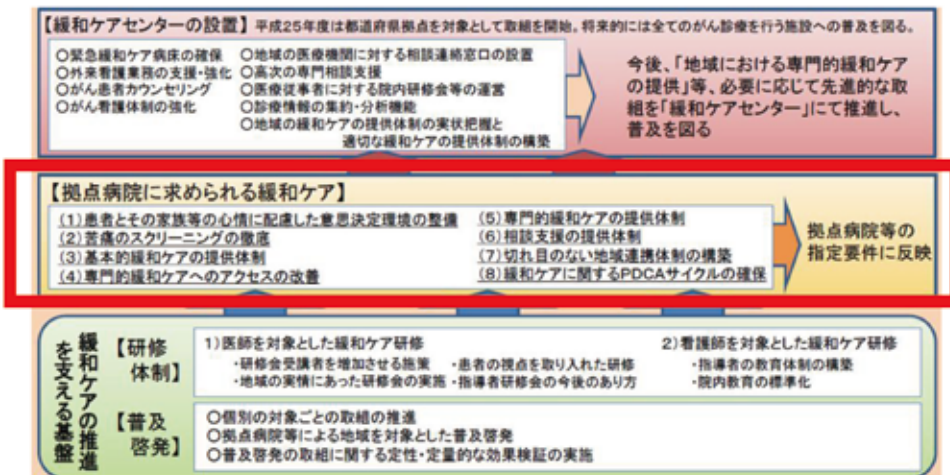
目的: 緩和ケアを迅速に提供できる診療体制を整備するとともに、緩和ケアチームや緩和ケア外来等の専門的な緩和ケアの質の向上と提供体制の整備を図ること

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

対象: がん患者



【厚生労働省が提案する緩和ケアセンターの設置・役割・推進に関して】



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

Ⅱ 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

1 診療体制

⑤ 緩和ケアの提供体制

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

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

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

iii 医師から診断結果や病状を説明する際は、以下の体制を整備すること。

a 看護師や医療心理に携わる者等の同席を基本とすること。

ただし、患者とその家族等の希望に応じて同席者を調整すること。

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

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

●本院のがん患者の診療概要

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

●スクリーニング時の配慮

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

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

●STAS-Jの概要

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

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

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

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

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

緩和ケアセンター センター長 ○○○○

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

疼痛・緩和ケア科 科長 ○○○○ (PHS:△-△△-△△・内線△△)

## 資料2 症状チェックシート

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

- お名前 \_\_\_\_\_
- ID \_\_\_\_\_ 記入日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

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

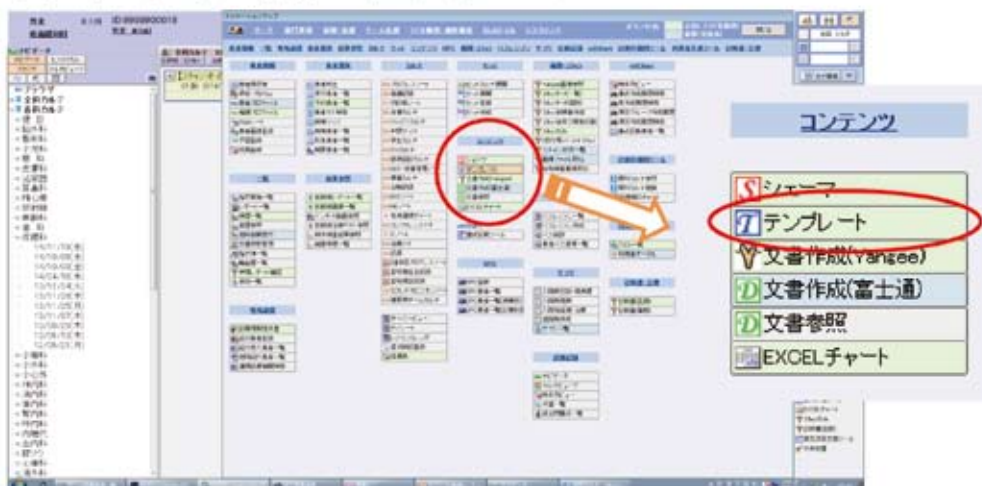


# 資料3 緩和ケアセンターのがん患者苦痛スクリーニング（入院）

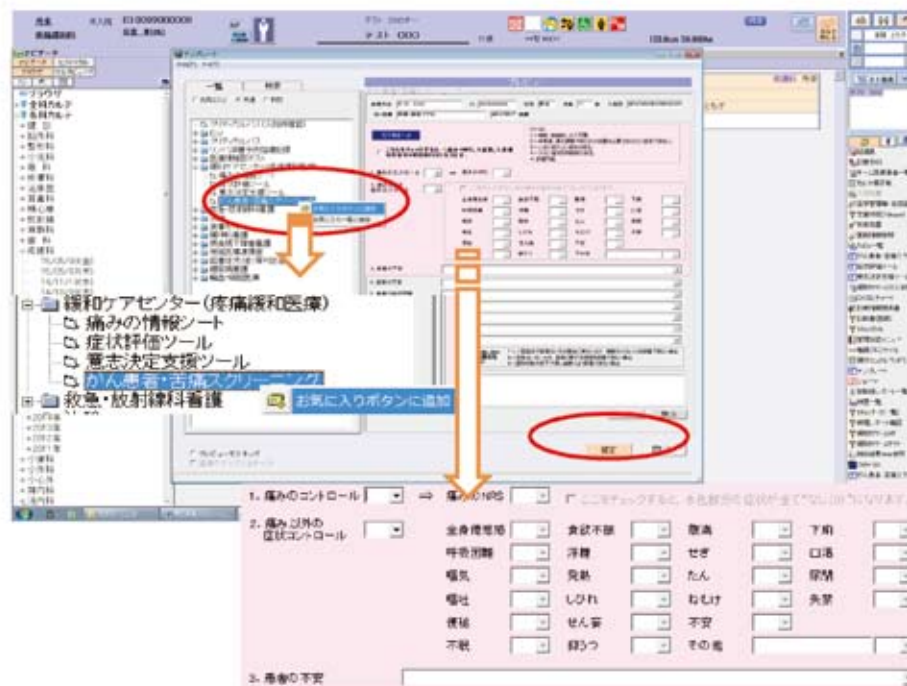
【がん患者の苦痛のスクリーニング（入院）のフロー】

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

1) ナビゲーションマップ→共通→コンテンツ→テンプレート



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





必ず入力して頂きたい項目



症状があれば入力する項目

1. 痛みのコントロール ⇒ 痛みのNRS

2. 痛み以外の症状コントロール

ここをチェックすると、水色部分の症状が全て“なし(0)”になります。

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

3. 患者の不安

一番強い症状の程度を入力

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

●質問項目

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

**プルダウンは、0-4の5段階**  
(※痛みのNRSは、0-10の11段階)

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

**迷った時は、程度が強い方で入力**

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

8) 緩和ケアセンター業務としては、DWHでチェックする。

必要時は、他科受診または、看護サポートの依頼を検討していただく。

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

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

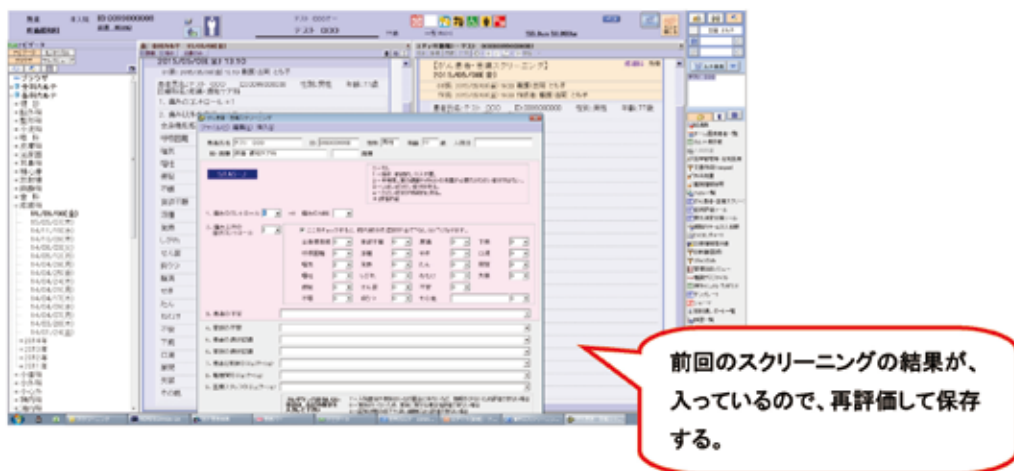
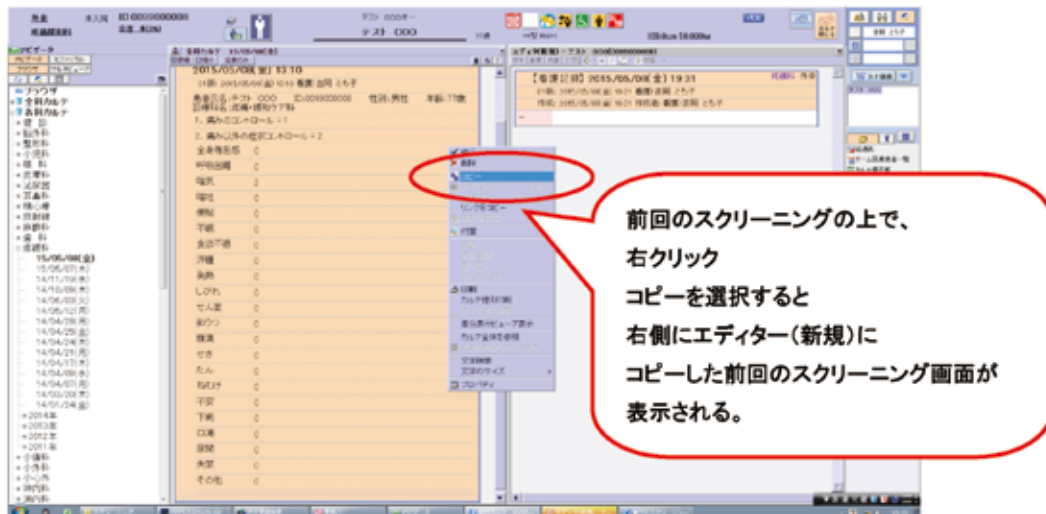
※ 緩和ケア介入依頼の詳細は、カルテ掲示板の緩和ケアセンター(疼痛緩和医療部)

■緩和ケアチームマニュアルをご参照下さい

9) 対象は、がん患者(op・パス患者除く)。

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

※1)2)で新たに入力、お気に入り登録しておくのもよい。

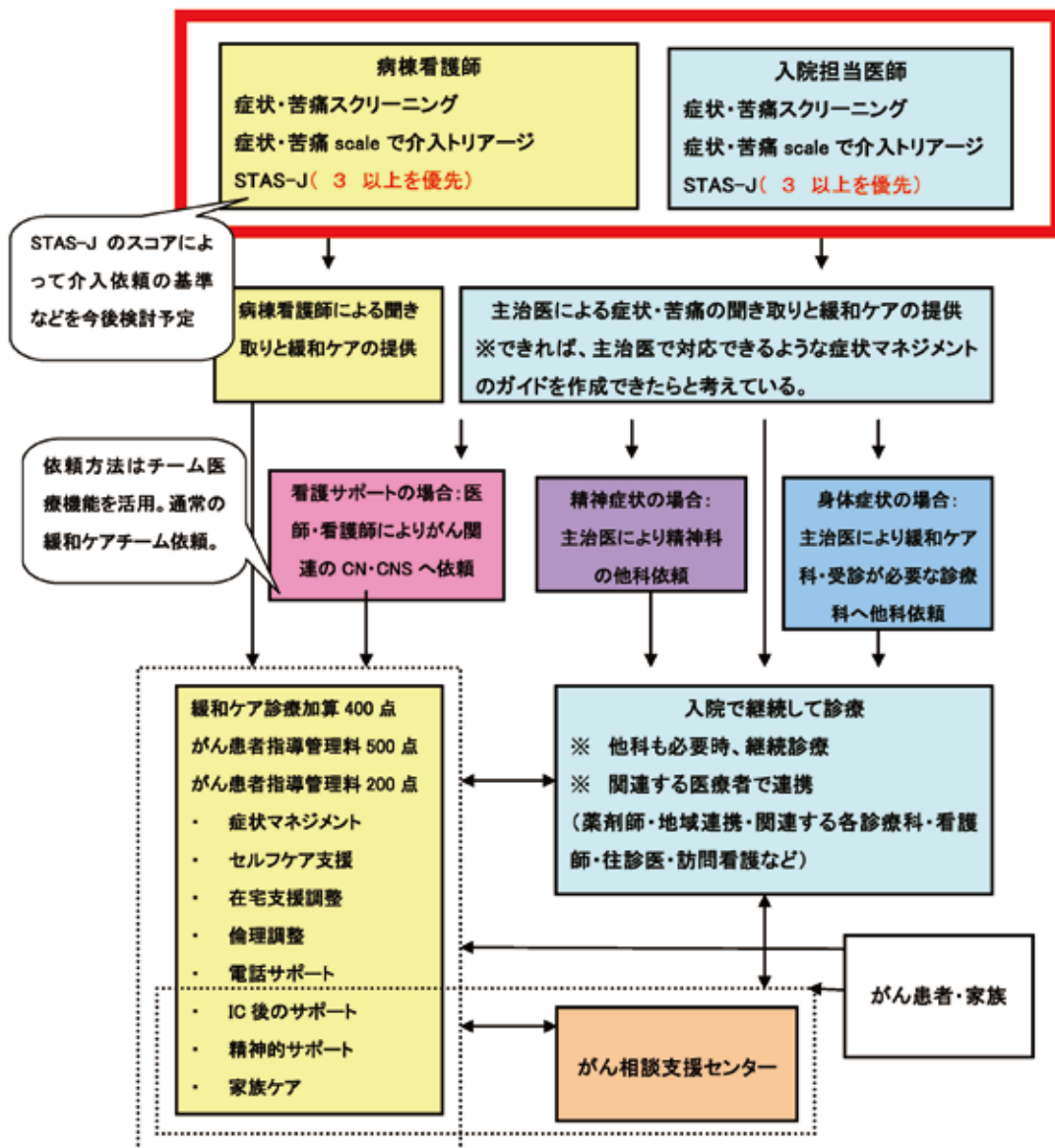


**【緩和ケアセンター(入院)における緩和ケアチームの  
症状・苦痛スクリーニング、コンサルテーションの依頼手順】**

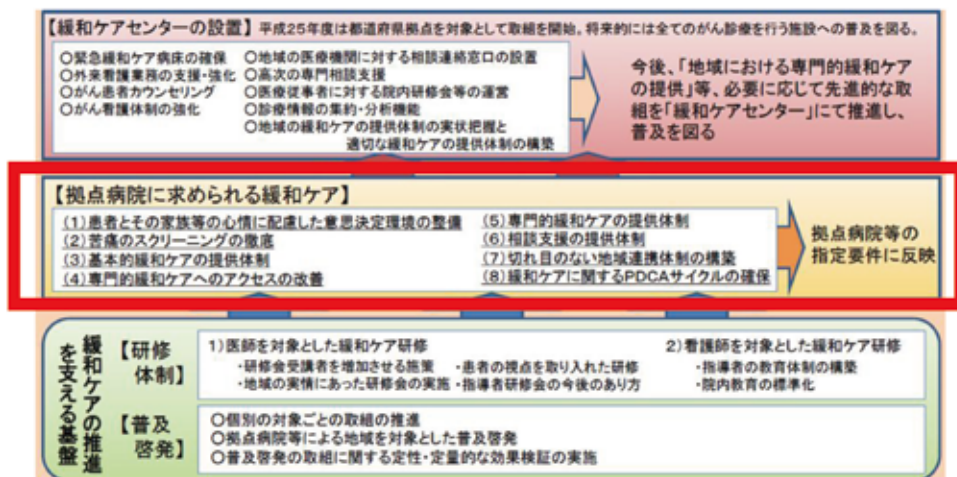
目的: 緩和ケアを迅速に提供できる診療体制を整備するとともに、緩和ケアチームや緩和ケア外来等の専門的な緩和ケアの質の向上と提供体制の整備を図ること

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

対象: がん患者



【厚生労働省が提案する緩和ケアセンターの設置・役割・推進に関して】



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

II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

1 診療体制

⑤ 緩和ケアの提供体制

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

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

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

iii 医師から診断結果や病状を説明する際は、以下の体制を整備すること。

a 看護師や医療心理に携わる者等の同席を基本とすること。

ただし、患者とその家族等の希望に応じて同席者を調整すること。

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

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

●本院のがん患者の診療概要

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

●スクリーニング時の配慮

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

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

●STAS-J の概要

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

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

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

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

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

緩和ケアセンター センター長 ○○○○

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

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

## Ⅱ 緩和ケアスクリーニングの運用事例

# 7

## 関西医科大学附属枚方病院 —大学病院の事例

佐久間博子\*

### はじめに

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

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

看護師を主体として指示・伝達の組織統制を整え、システムを構築した。

### スクリーニング運用まで

#### ① Start Up

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

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

#### ② Vision & Mission

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

\* 関西医科大学附属枚方病院 がん治療センター 緩和ケアチーム



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

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

### 3 導入準備

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

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

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

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

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

### 4 組織の承認を得るために

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

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

### 5 Pre Test

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

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

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

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

## 6 実用準備

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

おもに看護管理者向けには、システムを明文化した「症状スクリーニング運用マニュアル(資料2)」を作成し、これには症状スクリーニングの概要と各看護師の役割、プロトコルなどを記載した。緩和ケアリンクナース向けには、システムの説明およびリンクナースの教育テキストとしても機能する「緩和ケアリンクナース マニュアル&テキスト(資料3)」を作成した。これは、システムの要となるリンクナースが現場で導入や実践のリーダーシップをとるう

えで必要と思われる内容を記載した。そして部署ナース向けには、症状別看護を示した「症状スクリーニング項目マニュアル」を作成し、症状をもつ患者を看護する際に必要な教科書的知識を記載した。

次に、スクリーニング結果の管理は電子カルテで行うため、電子カルテ用の入力テンプレート(資料4)や症状の継時的な変化を把握するテンプレートビューア(資料5)の作成を医療情報部の協力を得て行った。

## 7 取り組む仲間を増やす

実質的なシステムの導入や稼働は、各部署の看護管理者の理解と協力によるところが大きい。

師長会・副師長会の場で苦痛のスクリーニングの説明会を実施し、特に部署における緩和リンクナースの任命や活動の支援などを依頼した。管理者の役割を明確化することで協力を得やすくした。

実際、管理者は、各部署の看護師の知識や実践力、リーダーシップを考慮して緩和ケアリンクナースを人選した。このことは組織全体で苦痛のスクリーニングを運用するために重要だった。

## 8 評価・修正

1カ月の全体運用の後、各部署システム導入・運営に中心的役割を果たしている緩和ケアリンクナースが集合し、現状や課題を話し合った。(図1)



図1 リンクナースの会

緩和ケアリンクナースが抱く困難感として、①意識や認知レベルの悪い患者の評価をどうしたらいいか、既往にがんがあるが、がんと関係ない疾患で入院している患者への適応といった、「スクリーニングの対象に関するもの」、②緩和ケアの説明をどのようにすればいいか戸惑うといった、「対応に関するもの」、さらに、③スタッフ間の取り組みに対する温度差がある、多忙のため患者とゆっくり話をする時間がもてないといった、「組織的なもの」があった。

リンクナースの会ではこれらの困難感に関して、各部署で行っている工夫や解決策も話し合った。対象選択に関して、意識や認知の問題で患者がスクリーニングを理解できなかったり負担になりそうな場合は、会話のなかでさりげなく把握し判断するという意見が発表された。また対象選択は、患者の症状を把握し迅速に対応する苦痛のスクリーニングの目的に立ちかえて判断することを確認した。緩和ケアの説明に関する困難感には、緩和ケアチームの看護師から緩和ケアの考え方や説明例を伝えた。組織的な困難感に対しては、作業の効率化のためにスクリーニングに必要な書類をまとめている部署があった。また、症状の看護に自信がなかったり、関心が低い看護師にも取り組みやすいように、カンファレンスの進行方法を定める、患者への質問例をポケットサイズに印刷して配布する、病棟で緩和ケアのチームをつくり活動をしているなどの取り組みが発表された。

それぞれの緩和ケアリンクナースが、会を通じて得た情報や知識を自分の部署に持ち帰って運用に活かすことでシステムを修正した。

## 現在の運用体制

### ① 外 来

#### 1. 対象の選択の仕方

外来化学療法室では、初回導入時、レジメン変更

時、情報取得時に看護師が必要と感じた症例を対象としている。婦人科、血液内科、泌尿器科、乳腺科、脳外科、耳鼻科、放射線科といった化学療法室以外の外来部門では、副作用の出やすい化学療法剤を使用している患者、化学療法歴のある患者、再発患者、痛みのチェックシートを使用している患者、積極的治療が終了し Best Supportive Care に移行している患者、麻薬が処方されている患者など、診療科ごとに対象を決定している。

#### 使用しているスクリーニング方法

エドモントン評価システムと対応希望意向欄からなるオリジナル (図1)

### 2. 運用方法の実際

①抽出：対象患者について、外来化学療法室では、初回導入患者はクラークが、その他の患者は看護師が前日に確認する。前日に情報が得られなかった場合は当日、点滴作成時に穿刺担当看護師が確認する。外来化学療法室以外の外来部門では、対象抽出を行う看護師を決め、その看護師が前日にカルテを確認する、診察介助についている看護師が医師と患者の会話やカルテ記載から対象を把握する、医師と情報共有して対象患者を把握するなどの方法がとられている。

②スクリーニングシートの配布と回収：外来化学療法室では、クラークが患者に渡し、穿刺担当看護師が回収する。化学療法室以外の外来部門では、診察室の看護師が診察前に配布し診察後に回収する、診察待ち時間に看護師が配布しクラークが回収する、あるいは患者来院時にクラークが配布し、記入後患者がクラークに渡すなどの運用がなされている。

③スクリーニング結果についての患者へのかかわり：外来化学療法室では、穿刺担当の看護師が点滴中にシートに沿って話を伺い対応している。化学療法室以外の外来部門では看護師がスクリーニングシートを回収した際に結果をチェック、気になった患者に対して話を伺い対応している。また、専門家の対応を必要とする患者には、緩和ケアチームの医師

の診察や、専門・認定看護師が実施するがん相談外来を紹介している。

④カルテ入力：ほぼすべての部署で看護師が入力、一部クラークが行っている部門がある

⑤スタッフの情報共有・カンファレンス：朝のミーティング時、業務終了時、不定期など部門ごとに場を設定している。

### 3. 外来における緩和ケアリンクナースの活動

外来の緩和ケアリンクナースは外来全体の代表者が1名、各部門にメンバー看護師が1名ずつ、計6名いる。

外来代表の緩和ケアリンクナースは、自部門のスクリーニング運用に加え、外来全体の運用についてもリーダーシップをとっている。たとえば、各部門の看護師と定期的に集まりをもち、勉強会を企画したり、対象患者の選定の仕方や運用についてアドバイスを行っている。さらに、毎月部門ごとのスクリーニング実施件数を集計して示したり、カルテから看護師の対応内容を把握して、ケアについてアドバイスやコメントを返すなどして各部門の活動を支援している。

## 2 入院

### 1. 対象の選択の仕方

原則として、がんと診断された患者の入院時および看護師が必要性を判断した際に行っている。

### 2. 使用しているスクリーニング方法

エドモントン評価システムと対応希望意向欄からなるオリジナル（図1）

### 3. 運用方法の実際

女性診療科病棟の運用方法を例に挙げる。

①抽出：その日1日の看護業務をマネジメントする看護師（以下、マネージャー）が、入院する患者と、前回のカンファレンスでスクリーニングの継続が必要と判断された患者を一覧にし、対象を把握、スクリーニング実施の必要性を判断している。

②スクリーニングシートの配布と回収：日勤で患者を担当する看護師（以下、部屋持ち）が行い、マ

ネージャーが、実施漏れがないかを確認している。

③スクリーニング結果についての患者への関わり：日勤の部屋持ち看護師がスクリーニング結果をチェックし、スコアが高い場合や、気になる内容があれば、その日中に複数の看護師で結果と対応を検討する。必要があれば医師や緩和ケアチームに相談している。

④カルテ入力：シートを配布・回収した看護師が行っている

⑤スタッフの情報共有・カンファレンス：毎週水曜日に30分程度カンファレンスを開催、看護チーム単位でその週に対象となった患者全員のシートを見直し再評価している。

### 4. 入院における緩和ケアリンクナースの活動

女性診療科病棟では、代表の緩和ケアリンクナースが1名、メンバーが3名いる。

緩和ケアリンクナースは、苦痛のスクリーニングの定着に向けて、勉強会やカンファレンスを企画、看護師1人ひとりに日々声掛けを行っている。また、気になる症例は、スコアと継続的な評価をまとめ、部署の看護師と情報共有するとともに、ケアのアドバイスを行っている。

さらに月1回、メンバーの看護師とその月対象となった患者をすべて見直し、評価や対応が必要な患者の見落としがないか確認している。

## 課題と将来

1) 看護師を主体としてシステムを構築したため、苦痛のスクリーニングに対する医師をはじめ他のメディカルスタッフの認知度は低い。多職種でスクリーニングを活用しチームで症状への対応がなされるように取り組みを拡大する必要がある。

2) 若い看護師が多い組織の特性上、個々のスタッフの成長のために異動があり、緩和ケアリンクナースを固定することが困難である。そのため成果の積み重ねが難しい。今年度の取り組みを次の年度に

つなげていくこと、さらに、新たにスクリーニングに携わるスタッフに向けて根気強く教育を継続していく必要がある。

3) 苦痛のスクリーニングが定着すると、活動へのモチベーションが下がる可能性がある。看護師にとって、苦痛のスクリーニングは意欲的に長く活動

できるものであるために、今後の取り組み内容を工夫する必要がある。

4) 苦痛のスクリーニングの結果から緩和ケアチームに依頼があるケースは現在少ない。専門家への依頼を適切に判断できるように個々のスタッフの成長を支えていく必要がある。

# 資料 1 症状アセスメントシート

記入日                      年      月      日                      ID                      名前

## 症状スクリーニングシート

1. 以下の症状が一番つよいときは、どのくらいの強さでしたか？

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
① 痛み	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
② だるさ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
③ 眠気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
④ 吐き気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
⑤ 食欲不振	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
⑥ 気分の落ち込み	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
⑦ 不安	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
⑧ 全体的な調子	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
⑨ 他の問題 (                      )	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

評価者     本人     家族     医療従事者     本人（介助）

2. 症状に対し医療者の対応を希望しますか？当てはまる項目にチェックをしてください。

<input type="checkbox"/> 症状はないもしくは症状は気にならないため 今に対応はいらない
<input type="checkbox"/> 症状により生活に支障はあるが、自分で対処出来るため今に対応はいらない
<input type="checkbox"/> 症状により生活に支障があり、対応してほしい

2015年5月関西医科大学附属枚方病院

## 資料 2 症状スクリーニング 運用マニュアル

平成 27 年度

関西医科大学附属枚方病院

緩和ケアチーム

緩和ケア委員会

もくじ	1. システムについて …………… 2
	2. マニュアルについて…………… 3
	3. 運用手順について…………… 4
	4. リンクナース教育について…………… 6
	5. スタッフ教育について…………… 6

# 1. システムについて

## 症状スクリーニング概要

がん対策推進基本計画において、緩和ケアを早期から適切に提供する体制整備が課題となっています。その施策の一環として、スクリーニングも診療連携拠点病院での実施が義務付けられています。また、スクリーニング実施要件として、①身体的・精神心理的・社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来および入院で行う事②院内で統一した手法を活用する事③緩和ケアチームと連携しスクリーニングされた苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備する事という3点が挙げられています。当院では、下記のようにスクリーニングの目的・目標を設定し、要件に添うよう症状スクリーニングをシステム化しました。

### 目的

がん患者の苦痛に迅速かつ適切に対応する体制ができる

### 目標

1. 患者とコミュニケーションをとり、苦痛を有するがん患者を早期にもれなく把握する
2. 各部署の特殊性に応じたシステムが整備される
3. 患者主体の症状マネジメントとエビデンスに基づいた実践が展開される
4. 専門的ケアを必要とするがん患者は適切なリソースに橋渡しする

## スクリーニングの対象とタイミング

スクリーニングの対象 入院および外来通院中のがん患者

スクリーニングのタイミング

- 1) 入院時 2) 以下のような状況で、リンクナースおよび病棟看護師が必要と判断したとき

病状や症状の悪化時	気持ちの落ち込みを認める時	患者の心身状態に影響するエピソードがあった時
新たな症状の出現 ケアで改善を認めない時	治療内容の変更後	



## 症状スクリーニングにおけるナースと緩和ケアチーム・委員会の役割

	管理者	緩和ケアリンクナース	部署ナース
	1. 症状スクリーニングの主旨を理解し、リンクナースの支援・部署の管理 2. 達成目標の評価	1. 部署ナースと協力して基本的緩和ケアを行う 2. 病棟・外来でのスクリーニングの運用についてリーダーシップを発揮する 3. 専門家への橋渡しをする	1. 症状スクリーニングシートをもとに、対応を判断する 2. 患者の症状のケアを行う 3. 専門家と協働する
緩和ケアチーム委員会	プロジェクトの説明 病棟ラウンド	リンクナースマニュアル&テキストの作成と改訂 リンクナースの教育・相談 病棟ラウンド	症状別看護マニュアルの作成と改訂 セミナーの実施・相談 病棟ラウンド

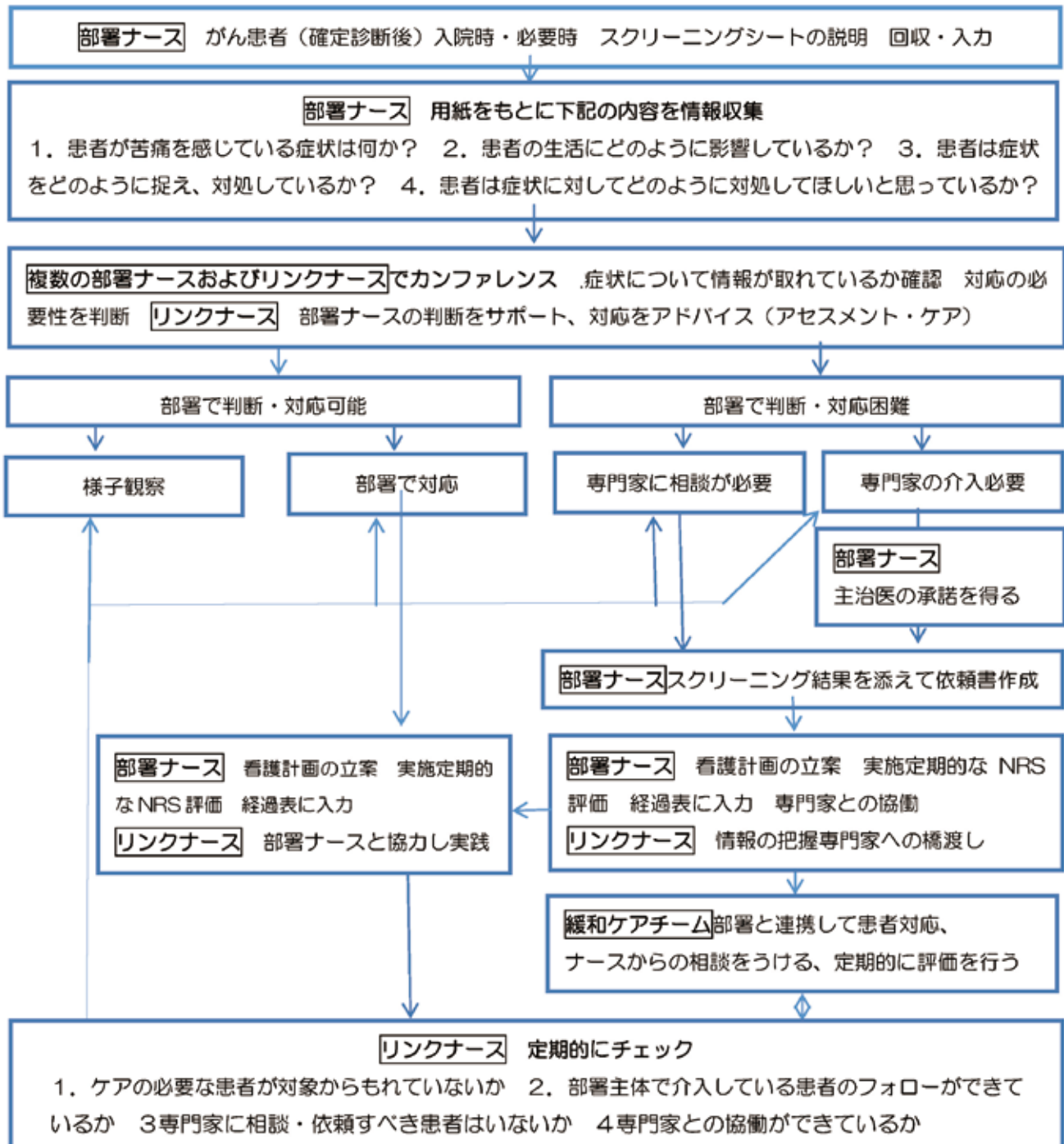
## 2. マニュアルについて

実施の手順や内容について、症状スクリーニング運用マニュアル・リンクナースマニュアル&テキスト・症状別看護マニュアルを整備している

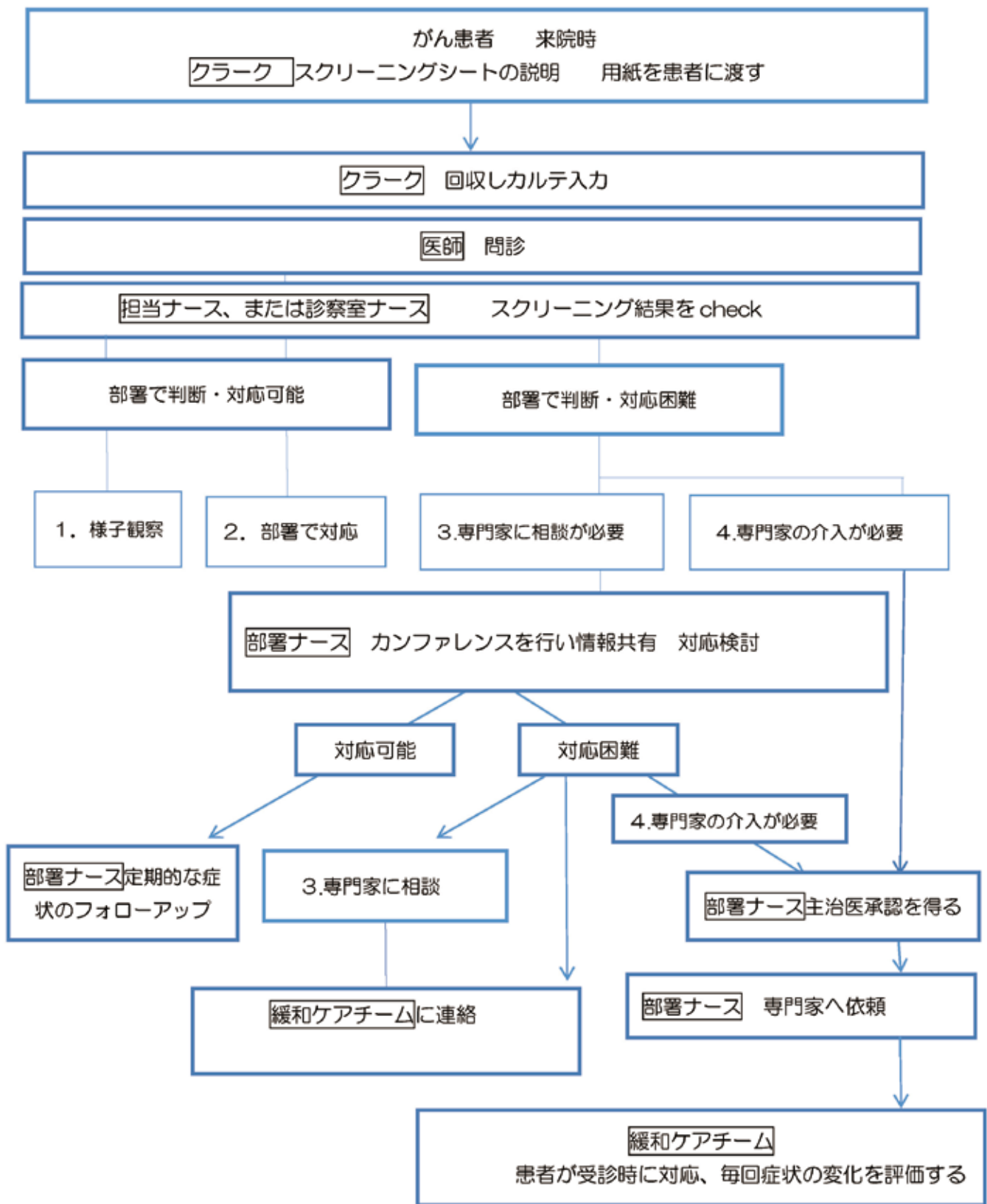
症状スクリーニング運用マニュアル	本誌 症状スクリーニングの概要とナースの役割が記載されておりシステムや制度の理解のために用いる。
緩和ケアリンクナースマニュアル&テキスト	システムの要となるリンクナースに必要な知識が記載されており、リンクナースの教育および、リンクナースが現場で実践する際のマニュアルとして用いる。
症状別看護マニュアル	各症状についての情報収集の視点からケアまでが記載されており、ナースが症状を看護するにあたって知識が必要な時に用いる。

### 3. 運用手順について

#### 1) 入院



## 2) 外来



5

## 4 リンクナース教育について

### リンクナースの役割

1. 部署ナースと協力して基本的緩和ケアを行う
2. 病棟・外来での症状スクリーニングの運用についてリーダーシップを発揮する
3. 専門家への橋渡し

リンクナースが役割を発揮できるように必要な力を育成することを目的に企画

- ◆スクリーニングを使用し、症状マネジメントの視点をうい包括的に症状を見る知識 症状をアセスメントする力・実践力
- ◆スタッフナースを巻き込みスクリーニングを運用するリーダーシップ 上手に運用できるよう工夫する力
- ◆専門家に相談できる力

日程：年度毎に計画し決定し次第部署へ通達

詳細：リンクナースマニュアル&テキスト参照

## 5. スタッフ教育について

部署ナースが症状スクリーニングを活用して看護を行うにあたっての必要知識と能力を養うための勉強会を定期的実施する

日程：年度毎に計画し決定し次第部署へ通達