

資料 3

症状スクリーニング 緩和ケアリンクナ ース マニュアル&テキスト

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

1

もくじ

1. 症状スクリーニングとは	3				
1-1. 症状スクリーニング概要	1-2. 目的	1-3. 目標			
1-4. スクリーニングの対象	1-5. スクリーニングにおけるナースの役割				
<input type="checkbox"/> 症状スクリーニングについて部署ナースに説明できる	()				
2. 症状スクリーニングにおけるリンクナースの役割	4				
2-1. リンクナースの役割	2-2. 運用フローチャート(入院)	2-3. 運用フローチャート(外来)			
<input type="checkbox"/> リンクナースの役割と行うべき行為がわかる	()				
3. 緩和ケアにおける症状の捉え方	7				
3-1. 症状とは	3-2. 緩和ケアにおける症状の捉え方	3-3. 包括的アセスメント			
<input type="checkbox"/> 症状の捉え方が部署ナースに説明できる	()				
4. 部署ナースと連携した基本的緩和ケアの実施	8				
4-1. 情報収集	4-2. アセスメント	4-3. 看護診断	4-4. 計画	4-5. 実施	4-6. 評価
<input type="checkbox"/> 症状に対して適切な看護実践ができる					
5. 適切にスクリーニングを行うための運用方法の工夫	9				
5-1. 部署に即した工夫を考える	5-2. 外来化学療法室の例				
<input type="checkbox"/> 部署に即した工夫が考えられ、実行できる	()				
6. 専門家への橋渡し・連携方法	10				
6-1. 緩和ケアチームに相談・依頼が必要な状況					
6-2. 症状スクリーニングに関連した緩和ケアチームへの相談・依頼方法					

1. 症状スクリーニングとは

1-1. 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。スクリーニングもその施策の一環として診療連携拠点病院は、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、要件に添って症状スクリーニングをシステム化しました。

1-2. 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

1-3. 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

1-4. 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ナースが必要と判断したとき

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

1-5. 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

オプションワーク

～緩和ケアリンクナースの活動（スクリーニングの導入）の実践について～
1年後・・・

目の前の患者さんの笑顔を想像してみましょう

患者さんの症状にかっこよく対応できる自分を想像してみましょう

患者さんの症状に皆であつく取り組む病棟を想像してみましょう



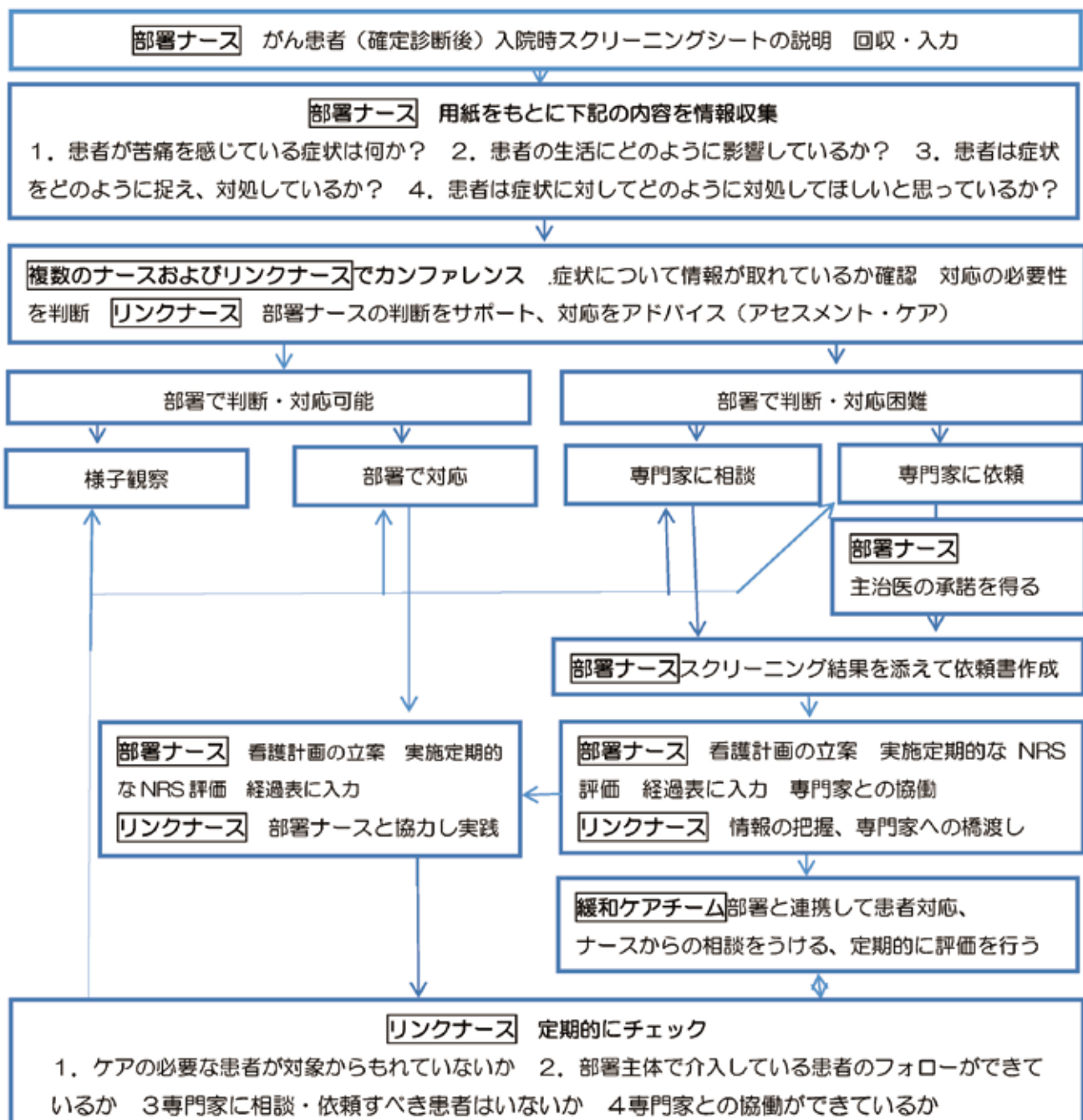
- ◆ 理想に向けて自分にどんなことが出来そうですか？ 目標を立てましょう
- ◆ 目標を達成するための自分の強みと弱みは何ですか？
- ◆ 目標を達成のためにあなたはどんなサポートを必要としていますか？

2. 症状スクリーニングにおけるリンクナースの役割

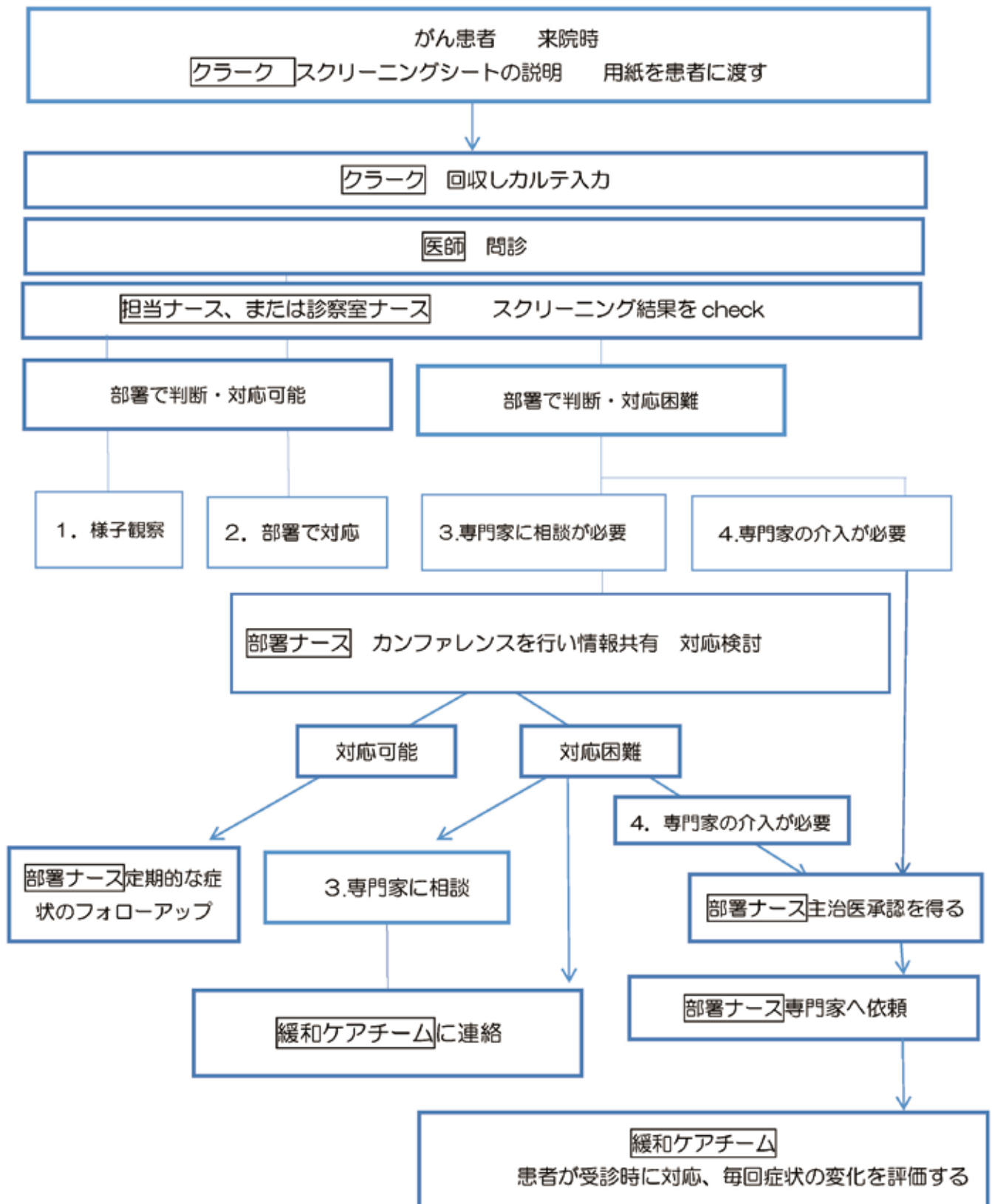
2-1. リンクナースの役割

1. 部署ナースと協力して基本的緩和ケアを行う
2. 病棟・外来で症状スクリーニング運用のリーダーシップを発揮する
3. 病院のリソースを理解し、専門的ケアを必要とする患者の橋渡しをする

2-2. 運用フローチャート（入院）



2-3. 運用フローチャート（外来）



3. 緩和ケアにおける症状の捉え方

3-1. 症状とは

症状とは、主観的な体験であり、医学的、病態的な側面だけでなく、患者自身の個人的な感覚や経験を通して感じた事も含んで考える。

3-2. 症状マネジメントの考え方

◇がん患者は全人的な苦痛症状が出現する。

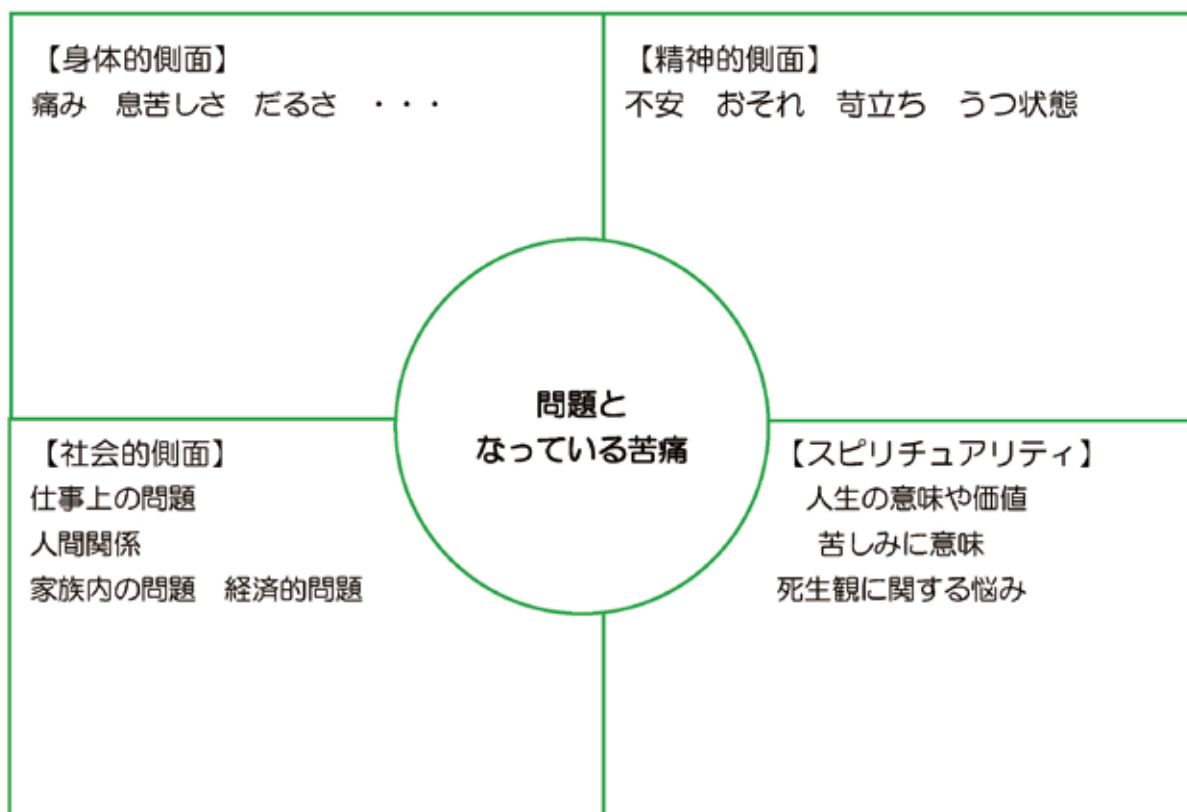
◇症状はQOLを低下させる。苦痛症状を緩和し患者や家族のQOLを維持向上させることが症状マネジメントの目的である

◇症状マネジメントは患者主体で行うことが重要であり、患者が適切な症状マネジメントを行えるように支援することもナースの役割である。

3-3. 包括的アセスメント

1) 症状の背景にある要因を4側面で捉える

2) 症状が影響して引き起こされている苦痛を4側面で捉える



4. 基本的緩和ケアの実施

症状について症状マネジメントの視点を意識しながら基本的な看護実践をおこなう

4-1. 情報収集

1. 包括的視点（4 側面）で情報収集…本マニュアル P5 参照
2. 症状について情報収集時に押さえておくべき内容と声かけの例
 - 1) 患者が苦痛を感じている症状は何か？
→何が一番苦痛ですか？つらいですか？
 - 2) 患者の生活にどのように影響しているか？
→日常生活の中で、症状によってできないことは何ですか？
 - 3) 患者は症状をどのように捉え、対処しているか？
→症状はなぜ起こっているとおもっていますか？→日常生活の中で症状があることで感じることはどのような事ですか？ →症状が起こった時どうしていますか？
 - 4) 患者は症状に対してどのように対処してほしいと思っているか？
→症状がどうなると生活がしやすいと感じられますか？どのような対処を希望されますか？（薬剤・ケア・リハビリなど）

4-2. アセスメント

1. 問題となる症状や症状が及ぼしている問題を明確化する
2. 苦痛の程度や日常生活、QOL に及ぼしている影響の大きさを評価する
3. 介入の優先順位を考える
4. 症状をアセスメントする際に必要な知識について・・・症状マニュアル参照

4-3. 計画立案

1. 症状の発生機序、患者の体験に沿った看護計画をたてる…症状マニュアル参照
2. 患者がマネジメントを行う為の介入方法を立案する
→患者が主体的にマネジメントを行うために必要な技術や知識、それを提供する為の方法を考える
→患者のマネジメント方法は個々のセルフケア能力に合わせた患者が実行可能な方法を選択する
3. 多職種介入の必要性を評価し、必要時は専門家への相談・およびコンサルテーションをおこなう

4-4. 実施

1. 患者が症状マネジメントを実行できるよう支援する
→常に支持的なケアを提供し、信頼関係を築く →必要な情報提供・技術指導・ケアを行う
→できていることを認めたり、フィードバックする

4-5. 評価

1. 症状スクリーニングシートもしくは NRS による評価を定期的に行う

5. 適切にスクリーニングを行うための運用方法の工夫

5-1. 部署の環境に即した工夫を考える

入院時

○対象のスクリーニング漏れを防ぐ工夫

必要時

○スクリングシートを使って適切な時期に症状の変化を評価できるための工夫

○必要な患者に、適宜スクリーニングが行えるための工夫

○専門家と協働する必要がある症状を見逃さないための工夫

工夫を考える際の視点： カンファレンスをどう活用する？ スタッフの教育は？
役割分担はどうする？ 管理者に協力を得ることは？

5-2. 外来化学療法室の工夫の例

前日（クラーク）

【患者抽出】外来初回導入患者およびマネージャーが情報収集時に薬剤変更があれば、クラークに伝え問診票と共に患者に渡す

当日（ナース渡し）

前日に情報が得られなかった場合に当日点滴作成時に用紙を File にいれて穿刺担当のナースが患者に渡す 診察場・薬剤部・処方箋の薬剤情報欄から抽出する

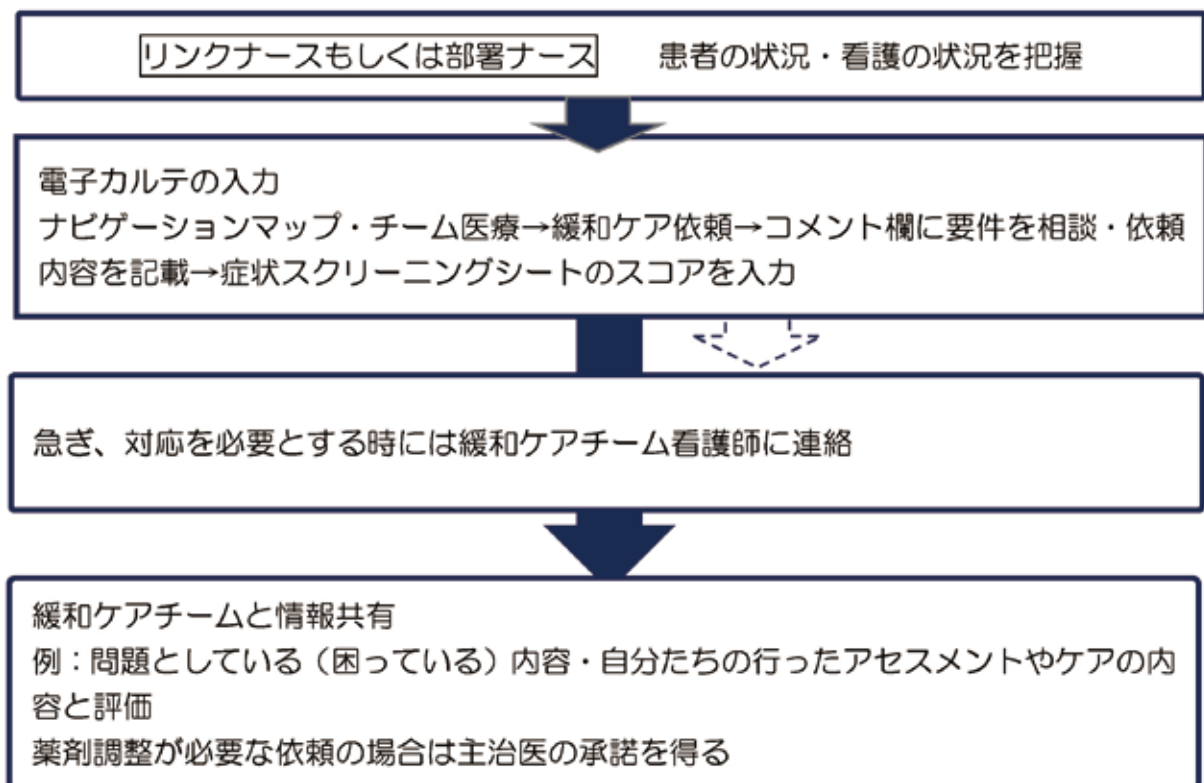
※点滴終了後の記入となると、結果の情報収集をするタイミングが持ちにくいので、穿刺前がベスト！ 症状スクリーニング記入済みが掲示板にあるかを毎回チェックシートの結果がないと気づいた時点で記入してもらう

6. 専門家への橋渡し・連携方法

6-1. 緩和ケアチームに相談・依頼が必要な状況

症状の原因が特定できない	問題や症状が複雑でどうしたらいいかわからない	適切なケア方法がわからない 介入の糸口がほしい
ケアのアドバイスや承認がほしい	患者家族とコミュニケーションが上手にとれない	患者の苦痛や症状が強く素早く対処する必要がある 症状が悪化している

6-2. 症状スクリーニングに関連した緩和ケアチームへの相談・依頼方法



【引用・参考文献】

公益社団法人日本看護協会（2015） 看護師に対する緩和ケア教育テキスト改訂版

資料 4 カルテ入力カテゴリープレート

症状スクリーニングシート

I. 以下の症状が一番強いとき、どのくらいの強さでしたか？

1 痛み	<input type="text" value="0"/>
2 だるさ	<input type="text" value="0"/>
3 眠気	<input type="text" value="0"/>
4 吐き気	<input type="text" value="0"/>
5 食欲不振	<input type="text" value="0"/>
6 気分の落ち込み	<input type="text" value="0"/>
7 不安	<input type="text" value="0"/>
8 全体的な調子	<input type="text" value="0"/>
9 他の問題 (<input type="text" value=""/>)	<input type="text" value="0"/>

評価者 本人 家族 医療従事者 本人(介助)

II. 症状に対し医療者の対応を希望しますか？

症状なく、今は対応をいらない 症状有るが、対応をいらない 症状があり、対応してほしい

III. 入院の方のみお答えください

持参薬の中に医療用麻薬ありますか？

Yes No ← Yesの場合は麻薬自己管理を検討

IV. 対応判断

様子観察 部署で対応 専門家に相談 チームに依頼
チームに依頼の場合、主治医の承諾 あり なし

V. フリーコメント

資料5 テンプレート ビューア

	2015/06/24(水)	2015/07/09(木)	2015/07/15(水)	2015/08/08(土)	2015/08/19(水)	2015/08/26(水)
1 痛み	8	10	9	2	10	
2 たるさ	0	5	5	0	5	
3 眠気	5	0	2	0	2	
4 吐き気	0	0	0	0	0	
5 食欲不振	0	1	4	0	3	
6 気分の落ち	5	9	3	0	10	
7 不安	0	9	3	0	10	
8 全体的な調	5	9	6	5	10	
9 他の問題	0	5	0	0	0	
評価者:本人	:本人	:本人	:本人	:本人	:本人	:本人
評価者:家族						
評価者:医療	:医療従事者					
評価者:本人(
症状に対し医						
症状に対し医	症状有るが、対応は	症状有るが、対応は	症状有るが、対応は	症状有るが、対応は	症状有るが、対応は	症状有るが、対応は
持参薬の中に	持参薬の中に医療	持参薬の中に医療	持参薬の中に医療	持参薬の中に医療	持参薬の中に医療	持参薬の中に医療
持参薬の中に	様子観察				様子観察	
対応判断(様						
対応判断(部						
対応判断(専	専門家に相談			専門家に相談		
対応判断(チー						
主治医の承諾						
主治医の承諾						

Ⅱ緩和ケアスクリーニングの運用事例

8

帝京大学医学部附属病院 —大学病院の事例

有賀悦子*^{1, 2} 貫田みゆき*^{2, 3} 黛芽衣子*^{1, 2}
大澤岳史*^{1, 2} 甲山真樹*³ 土谷明子*³

要 旨

帝京大学医学部附属病院では、2014年1月の通達を受けて、2014年4月緩和ケアチーム病棟ラウンド開始、8月看護部緩和ケアリンクナース委員会発足および以降の定例委員会開催、11月より対象病棟の段階的拡大を行いつつ、がん・非がんにかかわらず全入院患者に対する入院時症状スクリーニングの開始に至った。2015年5月から11月末までにおいて、実施されたスクリーニング総回収数は9837枚、そのうち一定基準（身体症状NRS7以上など）に該当した患者は20%であった。その患者については、おもに主治医と病棟看護師が対処を行っている。今後の課題としては、外来患者には未実施であること、対処後再評価方法が決められていないことが挙げられる。

はじめに

① 基本的緩和ケアと専門的緩和ケア

日常診療でがん患者にまず接する医療者は、がん治療医、外来看護師、病棟看護師らであり、そこで

提供される緩和ケアは基本的緩和ケアと呼ばれている。これは、いつでもどこでも提供されるものであるが、それだけでは不十分な難渋する症状、時間をかけて介入する必要がある問題など専従的に日々活動しているスタッフによる専門的緩和ケアがそこを補完し融合しながら、患者らのQOLの維持に寄与することが求められている。

② 作成の背景—拾い出せない苦痛と「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」

一方、患者が感じている苦痛は、表情や日常生活動作から推測することには限界があり、基本的に患者からの表出をもって医療者は所見として捉えることができる。しかしながら、がん診療の中で患者はなかなか主治医に言い出せなかったり、その時は症状が軽くて伝え忘れてしまったりなど、伝わりきらない症状が存在する。こうした潜在的な苦痛を医療者からのアプローチで明らかにしていく方法として、次の指針に苦痛のスクリーニングの実施が盛り込まれた。

緩和ケア推進検討会等から提言された「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（2014年1月10日厚生労働省健康局長通知 健発0110第7号）および「現状報告書の提出について」が東京都から

*¹ 帝京大学医学部 緩和医療学講座、*² 帝京大学医学部附属病院 帝京がんセンター緩和ケアチーム、*³ 帝京大学医学部附属病院 看護部

病院総務課に送られてきたのは、2014年1月16日
付けのメールであった。

この時の指針には、以下が記載されている。(下
線は筆者による)

1. 診療体制

(1) 診療機能

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、がん診療に携わるすべ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。
- ウ 緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、アに規定する緩和ケアチームにより、以下の緩和ケアが提供される体制を整備すること。
 - i 週1回以上の頻度で、定期的に病棟ラウンド及びカンファレンスを行い、苦痛のスクリーニング及び症状緩和に努めること。なお、当該病棟ラウンド及びカンファレンスには必要に応じ主治医や病棟看護師等の参加を求めること。
 - iv (2)の②のウに規定する看護師は、苦痛のスクリーニングの支援や専門的緩和ケアの提供に関する調整等、外来看護業務を支援・強化すること。(以下、省略)

つまり、イ i ii は基本的緩和ケアとして、病棟看護師、外来看護師などの協力を要し、ウ i iv は専門的緩和ケアとして緩和ケアチームのタスクとしてとられ、機能分化が求められている。

経 過

① 2014年1月～3月

2014年1月16日に届いた通達メールが帝京がんセンター事務局に転送され、18日に各部門リーダーにさらに転送された。緩和ケアに関しては、緩和ケアチームリーダー・緩和ケアチーム運営部長(以下、チームリーダー)が全文の内容を整理し、新規に取り組むべきこと9項目を同日18日に緩和ケアチーム各メンバーに送付し、役割分担を促し

た。

苦痛のスクリーニングは、緩和ケアチーム認定看護師にスクリーニングシート の原案作成をまずは依頼し、同年2月にチームリーダーと看護部長で話し合いをもった。症状のスクリーニングはまず患者に接する基本的緩和ケアの担い手である外来、病棟看護師によって実施されることが望ましいことを前提に、外来での実施は難しいが、入院患者入院時に数病棟で試行すること、それにあたりリンクナース委員会を立ち上げ情報の集約・分析を行うこと、その委員会の委員長と副委員長を緩和ケアチーム運営部会員である腫瘍内科病棟師長および緩和ケア認定看護師とすること、人事異動を加味してリンクナースは4月以降に募ることなどが確認された。

② 2014年4月～平成27年4月

1. 緩和ケアチームによる病棟ヒアリング開始

緩和ケアチームによる、①病棟ヒアリング（緩和ケアチーム未依頼患者に関する聞き取りラウンドで、病棟入院患者数、がん患者数、オピオイド（ペンタゾシン、トラマドール、ブプレノルフィンを含む）使用状況、病棟スタッフが悩んでいることを主にヒアリング）は、②通常の病棟回診（緩和ケアチーム依頼患者に関すること）と並行して実施することとした。毎木曜日午前中に各週の対象病棟を決め、1か月で全病棟を回るプランを診療科長会議の承認をもって、4月1日より開始した。

2. スクリーニングシート中原案作成

苦痛のスクリーニングは、症状スクリーニングとして、緩和ケア認定看護師が原案を作成した。チームリーダーからエビデンスのある尺度を用いようとしなくてもよいので、病棟看護師が日ごろから聞きたいと思っていることを看護師が患者に説明しやすい言葉で作成することを助言した。OPTIM（OPTIMプロジェクト（Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model）、厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」）、他施設のものなど複数のものを集め、その長所、短所をそれまでの経験と院内の状況とを合わせ、細かな配慮を行い完成に至っている。

3. 看護部主導で12病棟における全入院患者に実施するまでの準備

当院では基本的緩和ケアラインで実施していくこととしたため、緩和ケアリンクナース委員会などは緩和ケアチームではなく、看護部の下部組織として位置づけ、患者に最も近い看護師が主体となり、患者の意思を他職種に正しく伝えることができる体制づくりに取り組んだ。組織が大きいため看護職員全員に周知、誰もが実施できる体制の早期確立には指揮命令系統を明確にする必要があり、2014年8月に腫瘍内科病棟師長（委員長）、緩和ケア認定看護師（副委員長）を軸とした看護部緩和ケアリンクナ

ース委員会を発足した。8月18日役員会を開催。対象病棟はがん患者が比較的多い12病棟とし、そのリンクナースの選出は各病棟師長に一任された。8月22日第1回緩和ケアリンクナース委員会（急な声掛けであったため、可能な委員に限定し、7名／12病棟）、9月16日第2回緩和ケアリンクナース委員会（12病棟全員参加）、以降第2火曜日15時～16時を定例委員会とした。リンクナースは、緩和ケアナース、コアナースとも呼ばれている。この緩和ケアリンクナースがコアとなり各部署の意見をすくいあげ、委員会にて検討、確定したものを全体に周知浸透することとした。10月の委員会で、手順の確認がされ、緩和ケア認定看護師が作成した原案をもとに、看護部緩和ケアリンクナース委員を中心に、早期から症状緩和に介入できるよう症状スクリーニングシートをいったん完成とし、12病棟において各病棟5名に限定し11月に試行、シートの軽微な調整が行われ、12月から12病棟で全入院患者を対象に実施が開始された。

③ 平成27年5月～平成27年12月（現在まで）

救急病棟、小児科、産科、メンタルヘルス科を除く20病棟を対象病棟とし、がん、非がんに問わず、全入院患者を対象として実施している。

緩和ケアリンクナース

症状スクリーニング実施に伴い、各病棟の緩和ケアリンクナースの役割を明確にし、緩和ケアリンクナースの実践能力の向上に努めた。

① 緩和ケアリンクナースとは

緩和ケアを行う病棟や外来部門において、緩和ケアの実践を通して病棟スタッフの指導にあたりるとともに、緩和ケアを必要としている患者情報を集約し、緩和ケアチームと各部署をつなぐ役割を持つ看

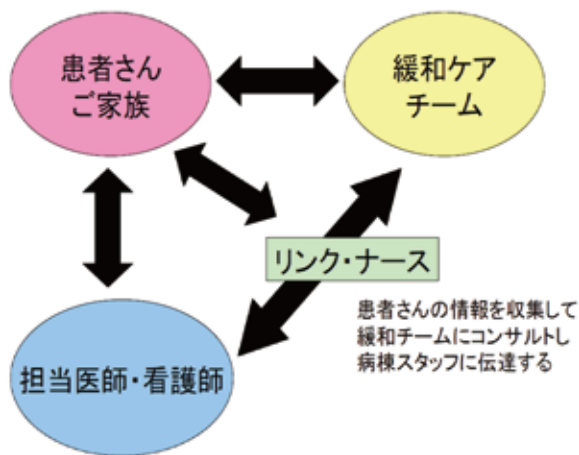


図1 学際的チーム医療におけるリンクナースの位置づけ
(帝京緩和ケアリンクナース委員会資料)

看護師である。(図1)

2 緩和ケアリンクナースに期待される役割と必要な実践能力

1. 病棟での役割

①病棟または外来における緩和ケアを必要とする患者に対する症状スクリーニングシートの活用と管理を行い、適切な苦痛評価が行われるよう支援する。

②緩和ケアが必要な患者や緊急介入が必要と判断される症例の抽出に対して病棟スタッフへ支援を行い、緩和ケアチーム依頼に対して病棟内調整を行う。

③緩和ケアチーム介入症例に対する看護計画を評価し、病棟スタッフに対する指導・助言を行う。

④各病棟内での緩和ケアに関する勉強会の開催を行う。

2. リンクナースに必要な実践能力

①緩和ケアに関する知識・技術を養い、実践できる。

- ・患者およびその家族と良好なコミュニケーションがとれる。
- ・意思決定支援のプロセスのなかで患者の真のニーズ（患者の大事にしていること、信念・価値観などを反映したニーズ）を医療従事者に伝え

ることができるようサポートできる。

- ・全人的苦痛の概念を理解し、苦痛のある患者を把握できる。

- ・苦痛症状の適切なアセスメントが行え、患者に対する看護ケア方針を立てることができる。

①自身の役割と症状緩和の専門家の活用を理解し、多職種との円滑な連絡調整が行える。（緩和ケアチームへの橋渡しや多職種との連携能力）

- ・対応困難な症例など、緩和ケアチームの介入の必要性に気づくことができる。

- ・患者の真のニーズを医療チームメンバーで共有できるように情報を発信できる。

- ・緩和ケアリンクナースとして、緩和ケアチームと患者をつなぐことができる。

②各病棟における緩和ケア提供や患者のQOL向上に対するケアについての課題を明確にすることができ、ケアの改善・提案ができる。

シートとその運用方法

症状スクリーニングシートはNo.1～No.3からなる。

（資料1）No.1 症状スクリーニングシート（患者向け説明文，回収シート）

（資料2）No.2 症状スクリーニングシート（本体，回収シート）

具体的な症状の調査表で身体症状（痛み，おう吐，眠気，睡眠，便秘，それ以外の身体の症状）は強弱を表現できるようにスケール表記とした。`からだ以外のつらさ（精神的落ち込み，日常生活の困り，お金の困り，家族のこと）について`の項目に加え，`何か気がかりなことはないか`の項目を設け，患者，家族が記載または看護師が患者とコミュニケーションをとりながら聴取する用紙である。

（資料3）No.3 症状スクリーニングのアセスメント用紙（病棟看護師記入）

医療者が記入するものであり，患者のスクリーニ

ングされた苦痛に必ず対応ができるようアセスメント用紙となっている。この用紙には看護師が患者とコミュニケーションをとり用紙の確認項目にあてはまらないが「対象となる患者になんらかの苦痛があり和らげる必要があると少しでも感じたら」「看護師の感性」が記載できる項目を設けている。アセスメントした結果を担当医師など多職種で話し合い緩和ケアチームへ対応を依頼するまたは経過観察する判断を記入するようにした。

（資料4）『症状スクリーニングシート』運用フロー
スクリーニングシートを活用して、症状の聞き取り、アセスメントは誰もが実施できるように運用フローを作成した。

（資料5）緩和ケアリンクナース 症状スクリーニングシートの報告書（緩和ケアリンクナース記入）

各部署の集計を行いスクリーニングの評価を可視化するため緩和ケアリンクナース報告書を作成した。

① シート記入は患者と入院時受け持ち病棟看護師

対象患者は、対象病棟のがん・非がんにかかわらない全入院患者である。外来患者には使用していない。

病棟看護師が、患者入院時に1回のみ実施し、その後のフォローアップには使用されていない。

2016年1月、病棟ヒアリング時に数人の看護師に手順についてインタビューした。No.1～3は紙に印刷し、患者の入院時に看護師が種々のルーチンアセスメントをする際に、No.2の記入を促しながらいったん患者にNo.1, 2を渡している。その後、看護師が再度訪室し、空欄のところや疑問があるところを会話の中で引出し、シート記載を完成するという流れをとっていた。No.2を確認、No.3の記載をし、リンクナースに渡して完了としていた。

この間、患者1人あたりの所要時間は約5分程度と大半の看護師が回答しており、負担と感

じることはないと言及している。ただし、これは対面インタビューのためバイアスは大きい。

② 取りまとめと確認はリンクナース

病棟看護師が記載したシート（No.2, 3）をリンクナースが回収し、記入の欠損箇所の有無、確認項目（身体症状で7点以上がある、おう吐6回以上、寝られない、排便が1週間以上なし、硬い、下痢のいずれか、身体以外のつらさや困り（気持ち、日常生活の困り、お金、退院後の療養、家族）にチェックがあるなど）のチェックの有無、対処方法（緩和ケアチーム依頼または主治医・看護師の対応にて経過観察のいずれか）が適切か確認し、スクリーニングで該当箇所があった患者に限り、資料5の報告書に記載する。記載が終わったら、回収された症状スクリーニングシート（No.2, 3）は診療情報管理部に送られ、電子カルテにスキャンされ取り込まれた後に、そこで廃棄される。

資料5 報告書は、紙媒体で1年間以上、各病棟・看護部にそれぞれの管理のもと保管している。

この報告書を集計し、毎月開催される緩和ケアリンクナース委員会に数を報告するという流れとなっている。

③ 緩和ケアリンクナース委員会

開催方法や役割については、2. (3), 3. をご参照頂きたい。この場で、各病棟一症例/年を事例報告している。2～3症例/委員会の発表があるが、その時は、緩和ケア内科医師がオブザーバーとして参加し、コメントを行っている。

④ 緩和ケアチームの役割

2015年度末までは、症状スクリーニングの運営は看護部が実施し、緩和ケアチームはオブザーバーに留まっている。ただし、緩和ケアチーム運営部会副部長である緩和ケア認定看護師が緩和ケアリンクナース委員会副委員長を務めていることから、日々の診療の中でリンクナースとの相互連絡や委員会、

病棟ヒアリングを通して、常に接点を保ち、実質的な運営には当たっていることとなる。

運営ではなく、症状緩和としての介入は、基本的には主治医などからの緩和ケアチームへの依頼をもって、診療を開始するが、その手前の参加が重要である。

このリンクナースと緩和ケア認定看護師の相互連絡の中には、緩和ケアチームへの依頼が必要か、または電話などで相談してみる範囲でよいか、主治医と薬剤調整を試みることでよいか、次のステップへの相談が実は大きな役割として含まれている。いわゆる院内全体の緩和ケアのマネジメントが緩和ケア認定看護師によって行われていることになる。また、病棟ラウンドでは、緩和ケアチーム依頼前の患者状況の把握に努め、基本的緩和ケアの担い手である病棟スタッフを主体としつつ、改善可能なことについては、その場で主治医に連絡を入れたり、診療録にコメントを入れたりするなどし、早期解決を目指している。その際、病棟看護師から症状スクリーニングでの評価を参考に、議論をすることもある。さらに、リンクナース委員会のオブザーバーとしての参加を行っている。

結果

① 2014年度11月～2015年4月

がん患者が入院する12病棟でがん・非がん問わず全入院患者対象として実施した。総回収数4387人（未回収数271人（6%）は含まない）、確認項目が該当した数1037人（24%）であった。うち、がん574人、非がん463人、病棟看護師が選択した対処方法は「主治医による対処」1006人、「緩和ケアチームへ依頼する」33人であった。

ただし、この期間、実際の緩和ケアチームへの依頼数は、83人であった。

内訳の概略では、身体症状でNRS7点以上あるものは、痛みが約37%、だるさが14%、身体以外の

つらさや困りがあると回答したものは、約53%、うち気持ちの落ち込みは約38%であった。

② 2015年5月～11月

20病棟での実施で、総回収枚数10538人（未回収数659人（6%）は含まない）、確認項目が該当した数1999人（20%）、うち、がん833人、非がん1164人、病棟看護師が選択した対処方法は主治医による対処1956人、緩和ケアチーム依頼43人であった。

ただし、この期間、実際の緩和ケアチームへの依頼数は、109人であった。

身体症状でNRS7点以上あるものは、痛みが35%、だるさが17%、身体以外のつらさや困りがあると回答したものは、58%、うち気持ちの落ち込みは34%であった。

いずれの期間も、未回収の理由としては、緊急入院時のもれ、患者との意思疎通困難（意識障害など）であった。

課題と今後の展望

① 利点

当院看護部では、以下のように評価している。

看護師にとって症状スクリーニングシートを活用することは、今まで以上に患者の苦痛を早期に知ることができ、聞き取り時にコミュニケーションツールとなり、患者の苦痛を共有する機会をつくるきっかけとなっている。

また、緩和ケアリンクナース報告書は毎月集計され緩和ケアリンクナース委員会を通して各部署へ周知され、看護師は自部署の患者の苦痛の傾向を知ることができ、看護師の緩和ケア実践スキルにフィードバックできており、看護師の緩和ケア教育のひとつとして人材育成に役立っている。そして、緩和ケアチームの積極的な関わり相談・指導がありスクリーニングされた患者すべてに、多職種（医師・看護

師など)で適切な対応策を検討することができている。

症状スクリーニングシートを実施してからの依頼数に明らかな変化はないが、緩和ケアチームが実施している病棟ヒアリング時に、情報提供に活用することができおり、緩和ケアが患者中心に多職種に行われるという質が向上している。

医療者の誰もが「患者の苦痛不安を和らげたい」この思いが全入院患者対象に実施することにつながっていると考える。

② 課題

1. 使用する尺度について

入院時スクリーニングができていない患者数を挙げているが、これは、意識障害、認知症などで症状を把握することが困難な患者であり、取りもれや未回収数ではない。また、スクリーニングシートに欠損値がないこと、リンクナースが確認していることなどから、取りやすさ、言葉や尺度の誤認はほとんどないと推測する。ただし、科学的に立証された尺度を用いているわけではないため、日常的にスクリーニングを実施することに慣れてきた次の段階として、尺度をEBMベースのものに変更していくかどうか、検討が必要である。

2. 対象者の拡大について

未だ実施できていないのは、外来である。

3. 緩和ケアリンクナースの作業が多いこと

記載内容、欠損の確認、転記、集計と業務が集約されている。電子カルテに入力フォーマットを入れ、自動集計ができることが望ましい。

4. 苦痛のスクリーニングがクリニカルインディケーターとしての機能に至っていないこと

症状スクリーニングを入院病棟の日常診療のなかに位置づけるという目標は達成され、看護師の症状評価スキルの向上に効果を上げている可能性はある。このような医療者への効果は複数のものが実感しているが、本来目的としている苦痛をもった患者への還元や潜在的な患者の苦痛の拾い上げに寄与しているかは明らかではない。

事実、このスクリーニング時点で緩和ケアチームへの依頼に至っている数に比較して、その後依頼される数は2倍以上である。これは基本的緩和ケアライン(主治医や病棟看護師)で対処を試みたが、その後依頼に至るケースが初期評価の倍あるということの意味し、症状緩和までのタイムラグの場合もあれば、基本的緩和ケアと専門的緩和ケアのチーム医療の結果ともとれる。

医療の質を測るためにスクリーニングを活用していくには、入院時だけではなく治療前後など評価を経時的に繰り返し、患者の苦痛が緩和されていることの確認や課題や改善点を明らかにしていくことが重要である。

資料 1 症状スクリーニングシート

No.1

部署名 _____ 病棟・外来 _____

ID 番号 _____ 氏名 _____ 様

記入日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様・ご家族の方へ

このシートは、患者様の身体のつらい症状や不安に感じていることなど、困っていることが見過ごされないようにするために、患者様ご本人やご家族の方に聞き取るためのシートになっております。

聞きとらせていただいた内容は、診療チーム内で共有し、少しでもつらい症状が緩和でき、困っていることが解決できるようにお手伝いさせていただきます。

ご協力お願い致します。

記入者： 患者様 ご家族 続柄 (_____)

医療者 (職種 _____ 氏名 _____)


資料 2

部署名 _____ ID 番号 _____ 氏名 _____

No.2

☆あなたの現在のからだの症状やからだ以外のつらさやお困りなことについて、あてはまる数字や項目に○をおつけください。

症状の強さを数字で表現してください。 なし 弱 中 強



① 痛み（部位； _____ ）	全くない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ひどくつらい
② 息苦しさ(息切れ)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
③ だるさ(つかれ)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
④ 食欲不振	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
⑤ はき気	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
⑥ おう吐（はいた回数）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1日1回 <input type="checkbox"/> 2～5回/日 <input type="checkbox"/> 6回/日以上
⑦ 眠気（うとうとした感じ）	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
⑧ 睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠れる <input type="checkbox"/> 時々起きるがだいたい眠れる <input type="checkbox"/> 眠れなくて困っている
⑨ 便秘（回数） （性状）	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2～3日毎 <input type="checkbox"/> 4～6日毎 <input type="checkbox"/> 1週間以上なし <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やわらかい <input type="checkbox"/> 下痢
⑩ ①～⑨以外のからだの症状 （内容； _____ ）	全くない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ひどくつらい
⑪ からだ以外のつらさやお困りなこと について （内容； _____ ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 気持ちの落ち込みがある （ _____ ） <input type="checkbox"/> 日常生活についての困りがある （ _____ ） <input type="checkbox"/> お金のことで困っている （ _____ ） <input type="checkbox"/> 退院後の療養(場所、生活)について悩んでいる （ _____ ） <input type="checkbox"/> 家族のことについて心配事がある （ _____ ）
⑫その他 何か気がかりなことがある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （ _____ ）

ご協力ありがとうございました。

症状スクリーニングシートのアセスメント用紙

部署名 _____ ID 番号 _____ 氏名 _____

点線内の口で、あてはまるものに点チェックしてください。

【患者背景】

が　　男　　年齢 _____ 歳
非が　女　　病名 _____

【確認項目】

- NRS7 点以上の項目がある
- 嘔吐：6 回/日以上にチェックがある
- 睡眠：眠れなくて困っているにチェックがある
- 便秘：1 週間以上なし、硬い、下痢にチェックがある
- 身体以外のつらさやお困りなことのどれかにチェックがある
- その他、聞き取り時に対応が必要なことがあった
(内容 _____)

確認項目にひとつでも該当あり
 すみやかに主治医、自分より先輩看護師と情報共有し、対応について当日のうちにカンファレンスを行い、緩和ケアチームに依頼するか判断する。(メンバー：主治医、リンクナース、先輩看護師、主任、副主任、師長等)

該当なし
 対応をすぐに必要としない場合でも、症状が強くなった場合は、すぐ対応させてもらうことを患者に説明する。
 (説明者： _____)

【アセスメント結果】(記入者名 _____)

- 緩和ケアチームへ依頼 (依頼日 _____ / _____)
- 主治医や看護師の対応にて経過観察
(対応内容： _____)

すべての記入が終わりましたら「症状スクリーニングシート」と一緒に所定の場所へ提出して下さい。(1～3 ページをクリップ留めする)

資料4 『症状スクリーニングシート』運用フロー

① 受け持ち看護師が、入院日に、患者様・ご家族へ説明する

- ・シートに病棟名、ID、氏名、記入日（入院日）を記入し準備する。
- ・シートを病室に持参し患者に見せながら、「患者様・ご家族の方へ」の部分を読んでシートの説明を行い、入院時1回行っていることをお伝えする。
- ・患者自身が記入できるか確認し、シートの「記入者」の口にし点チェックをつける。（患者が記載できない場合は、家族でも可とするが、当日本人しかいない場合や自筆が困難なときは、医療者が聞き取りながら記載する）
- ・記載する部分が2ページ目の太枠内であることを伝え、症状の強さを表す0-10の数字（NRS）の説明を行う。「0は全く症状がない、10はこれ以上考えられないほどひどくつらい、という症状の強さのあてはまる数字に0をつけてください。それ以外は、口にし点をつけてください。」と説明する。

② 入院当日中に、内容の聞き取りとシートの回収を、受け持ち看護師が行う

- ・質問項目の抜けがないか確認し、患者に一番つらい症状や困っている内容、医療者に対する希望などを聞き取る。（入院当日にシートの回収が行えない場合は、翌日までに必ず行うこと）
- ・患者に、主治医にも相談することを伝え、協力いただいたことにお礼を伝え、その場を離れる。

③ 受け持ち看護師は、回収当日に、No.3「症状スクリーニングシートアセスメント用紙」を作成する

チェックされた項目について、緩和ケアチームに依頼が必要と判断された場合、主治医または担当看護師は、患者に説明と同意のもと、緩和ケアチームへの依頼状を作成し、緩和ケアチームの専従看護師または医師へ連絡する。

④ 受け持ち看護師は、記録を行い、内容を申し送る

- ・スクリーニング結果とアセスメント、カンファレンス内容やその結果を記録する
- ・必要時、看護計画の立案や修正を行う。

⑤ 受け持ち看護師は、「症状スクリーニングシート」と「症状スクリーニングシートアセスメント用紙」No.1～3をクリップ留めし、部署の所定の場所へ提出する

⑥ 緩和ケアリンクナースは、症状スクリーニングシートを随時集計する

- （1）症状スクリーニング報告書を用いて集計し、毎月委員会にて報告する。
- （2）集計を終えた症状スクリーニングシートと、アセスメント用紙は1～3ページをまとめて、スキャンに依頼する。

看護部緩和ケアリンクナース委員会

緩和ケアアリンクナース 症状スクリーニングシート の 報告書

No. _____

氏名 _____ 報告者 _____

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- ・症状スクリーニングシートの確認項目に1つでも該当した症例を全記入する。
- ・コピーを取って、定例委員会に持参し、副委員長へ提出する。
- ・委員は、緩和ケアチーム介入がされるまで、継続して確認すること。1年間保存する。
- ・症状スクリーニングシートとアセスメント用紙は集計後、スキャンを依頼する。(P1~3)

No.	ID 氏名(要)	年齢	性別	主病名	がん or 非がん	以下は項目が0/57A ①痛み ②息苦しさ ③だるさ ④食欲不振 ⑤吐き気 ⑥嘔吐 ⑦その他	⑤ 痛さ 6/10以上	⑥ 性別 不明	⑦ ⑧ ⑨	⑩ ⑪ ⑫	⑬ ⑭ ⑮	⑯ ⑰ ⑱	アセスメント結果		看護計画 立案の 有無
													緩和ケア チームへの 依頼日と介 入日	主治医、看護師の対応にて経過観察	
例)	111-1111 X1	60	女	肺癌	がん	①痛み ②息苦しさ ③だるさ ④食欲不振 ⑤吐き気 ⑥嘔吐 ⑦その他	□	女	⑩ ⑪ ⑫	⑬ ⑭ ⑮	⑯ ⑰ ⑱	⑲ ⑳	□対応内容: □対応内容:	○	
1			男女		がん	①痛み ②息苦しさ ③だるさ ④食欲不振 ⑤吐き気 ⑥嘔吐 ⑦その他	□		⑩ ⑪ ⑫	⑬ ⑭ ⑮	⑯ ⑰ ⑱	⑲ ⑳	□対応内容: □対応内容:		
2			男女		がん	①痛み ②息苦しさ ③だるさ ④食欲不振 ⑤吐き気 ⑥嘔吐 ⑦その他	□		⑩ ⑪ ⑫	⑬ ⑭ ⑮	⑯ ⑰ ⑱	⑲ ⑳	□対応内容: □対応内容:		
3			男女		がん	①痛み ②息苦しさ ③だるさ ④食欲不振 ⑤吐き気 ⑥嘔吐 ⑦その他	□		⑩ ⑪ ⑫	⑬ ⑭ ⑮	⑯ ⑰ ⑱	⑲ ⑳	□対応内容: □対応内容:		
4			男女		がん	①痛み ②息苦しさ ③だるさ ④食欲不振 ⑤吐き気 ⑥嘔吐 ⑦その他	□		⑩ ⑪ ⑫	⑬ ⑭ ⑮	⑯ ⑰ ⑱	⑲ ⑳	□対応内容: □対応内容:		
5			男女		がん	①痛み ②息苦しさ ③だるさ ④食欲不振 ⑤吐き気 ⑥嘔吐 ⑦その他	□		⑩ ⑪ ⑫	⑬ ⑭ ⑮	⑯ ⑰ ⑱	⑲ ⑳	□対応内容: □対応内容:		

症状スクリーニングシートの確認回数 名、回復できなかった数 名(理由: _____)
 確認項目が1つでも該当した人数 名(内訳: 男性 名、女性 名、がん患者 名、非がん患者 名)、緩和ケアチーム依頼数 名

看護師 緩和ケアアリンクナース委員会

C 今後の課題と提言

森田達也*³

緩和ケアスクリーニングが我が国でも 2015 年に導入された¹⁾。海外各国と同じように、実施可能性や検証がなされないままの導入となったため、現場では「混乱」が生じている。この「混乱」は多くの識者には予測されていたことではあるが、多少なりとも見通しがつくことを願って、緩和ケアスクリーニングについての全体の展望を示したい。緩和ケアスクリーニングについての動き、緩和ケア施策に関する昨今の海外での動きをまとめる。

つらさに対するスクリーニングの国際的な動向

つらさに対するスクリーニングはもともとは 1990 年代に米国の National Cancer Center Network が通院や生活上の問題も含めて包括的なニードスクリーニングを行うことを提言したことがきっかけである(図 1)^{2~4)}。注意すべきは英語圏で「つらさのスクリーニング」という場合には、distress

SCREENING TOOLS FOR MEASURING DISTRESS

Instructions: First please circle the number (0-10) that best describes how much distress you have been experiencing in the past week including today.

Extreme distress

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

No distress

0

Second, please indicate if any of the following has been a problem for you in the past week including today. Be sure to check YES or NO for each.

YES	NO	Practical Problems	YES	NO	Physical Problems
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Child care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appearance
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Housing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bathing/dressing
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insurance/financial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Breathing
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transportation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Changes in urination
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Work/school	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipation
		Family Problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrhea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dealing with children	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eating
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dealing with partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatigue
		Emotional Problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Feeling Swollen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fevers
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Getting around
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervousness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indigestion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sadness			Memory/concentration
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Worry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mouth sores
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Loss of interest in usual activities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nausea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spiritual/religious concerns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nose dry/congested
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pain
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sexual
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skin dry/itchy
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sleep
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tingling in hands/feet

Other Problems: _____

図 1 つらさのスクリーニングで最初に用いられた調査票

* 聖隷三方原病院 緩和支援診療科

1. 目的
外来がん患者のスクリーニングの有効性を比較する
2. 対象・方法
新たに乳がん、肺がんと診断された患者1134名 3群に割り付け
① Minimal screening：つらさの寒暖計のみ
② Full screening：つらさの寒暖計+問題のチェックリスト、倦怠感・痛みの寒暖計、不安・抑うつスクリーニング (PSSCAN) 後、電子カルデハサマリーを記載
③ Triage：full screeningに加えて、
症状に応じて必要なサポートプログラムを紹介
評価項目：3カ月後のつらさの寒暖計
3. 結果
つらさの寒暖計 4以上の割合

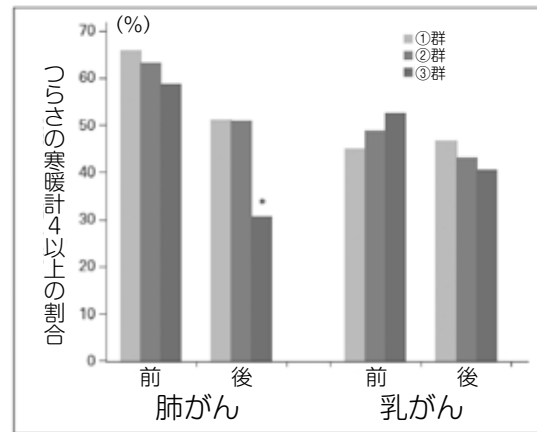


図2 外来患者スクリーニングのランダム化比較試験

screening (気持ちのつらさのスクリーニング) を指すことが多い。その後イギリスでも同様のスクリーニング (ニードアセスメント) を取り入れるようにすすめるに至っている。しかし、現場ではその普及は遅々とした広がりである^{2~4)}。その原因としては、日本と同じように、現場の負担に見合う効果が得られる実感がない、人員が足りない、患者が希望するとは限らない、スクリーニングされても対応する専門家がいななどが挙げられている。

実証研究においても、2010年に実験環境下で(つまり、研究介入に専従する職員が従事して)行われた比較試験において、肺がん患者でスクリーニングの有効性が示されたが、乳がんでは示されなかった(図2)⁵⁾。その後、(臨床試験ではなく)実際のがん診療施設でスクリーニングの実施可能性が検討されたが、現場の意見はさまざまであり、有効だという意見と、通常臨床ではあまり有用とはいえないという意見に分かれた(表1)⁶⁾。その後も、効果があるとするオーディット研究がある一方で、逆に、費用対効果がないため「施策決定者はスクリーニングをすすめられてきたが患者への効果は期待できない」

(Policymakers cannot assume that needs assessment initiatives will lead to improvement in patient outcomes) と結論した比較試験もある^{7, 8)}。

一方、疼痛だけのことを考えると、疼痛を「5つ目のバイタルサイン (fifth vital sign)」として看護

表1 スクリーニングの実臨床での実施可能性 (海外)

1. 対象・方法 通常臨床で 379 名に実施 臨床家 50 名に有用性を調査
2. 結果 ・ 43%：有用 ・ 50%：コミュニケーションのきっかけになる vs ・ 36%：有用でない ・ 38%：通常臨床では実践的でない (impractical)
3. 結論：賛否両方の意見がある (Opinion were mixed)

師がバイタルを測定するたびに痛みを記録するということが Veterans Affair 病院グループ (退役陸軍軍人病院グループ) で進められてきたが、これも最終的には明確な効果がなかったと結論される傾向にある^{9, 10)}。

このように、スクリーニングをめぐるエビデンスは、日本を含む各国で混沌としている。

スクリーニングの国内の動向

緩和ケアのスクリーニングについて国内でおそらく最も先行して着手したのは聖隷三方原病院であると思われる。聖隷三方原病院では、2000年前後から外来での質問紙によるスクリーニング、入院での Fifth vital sign によるスクリーニングの2つを実施

表2 スクリーニングが容易に導入できない理由
(日本、2008年)

1. 運用が難しく、工夫が必要である
 - a) 人員
 - ・医師だけでは対応しきれない。看護師・薬剤師のサポートがほしい。しかし人員がない
 - ・化学療法室の看護師は化学療法の実施で精一杯で時間がとれない。外来は診療介助で精一杯。
 - ・みつかったつらさに対応できる専門職がない/対応方法がない
 - b) ロジスティクス
 - ・外来で書いてもらうプライバシーの保持ができない
 - ・がん患者さんだけを区別できない
2. 患者の反応はさまざまである
 - ・面倒さや負担から、患者が書くことを望まない
 - ・書いても対応されなければ患者がっかりする
 - ・医師に遠慮して本当の心配は書けない(「言う」ほうが自然)
 - ・高齢の患者は書けない
 - ・気持ちのつらさが書きにくい

し、観察研究によって「そこそこの有効性はあるかもしれない」との研究結果をもとに実践を続けてきた^{11, 12)}。その後、同じスクリーニングシステムが緩和ケア普及のための地域プロジェクト(いわゆるOPTIM研究)において、すでに2007～10年には介入地域の複数の病院で導入が研究的に試みられた。しかし、現在国内で体験しているのと同じような困難を経験し、スムーズには導入されなかった(表2)¹³⁾。2008年当時、挙げられた困難はそのまま現在、生じている困難と全く同じものである。

一方、気持ちのつらさを抑うつの指標としてスクリーニングする方策の研究を進めてきたわが国のサイコオンコロジーグループも質の高い研究を実施してきたが、スクリーニングは実施されれば患者には有用な可能性があるが、実施可能性が必ずしも高くないと結論して全国普及を見送った経緯がある^{14, 15)}。

これらの結果にもかかわらず2015年にひな形となる方法も明示しないままに緩和ケアスクリーニングが施設要件として導入されたことは、本報告書の質問紙調査の結果にみられるように賛否が分かれるところであるだろう。

一方、わが国においても、スクリーニングの効果

を検証する臨床試験も進捗しており、第2相が終了し、来年度から国立がん研究センターを中心に第3相比較試験が実施される見込みとなっている。この検証試験によってわが国の医療制度化においてスクリーニングの効果が実際にあるのかがある程度明確にされる。

緩和ケア施策についてのUKからの示唆

少し話題がずれるように思われるかもしれないが、スクリーニングの今後を検討するうえで重要な視野をひとつまとめておく。緩和ケアは施策による介入がとられることが多い領域である。抗がん治療のような個々の治療であれば標準治療を確立する検証試験を行って、それをガイドラインに明記すれば、全国で治療成績が上がるとの前提がある。しかし、緩和ケアは個々の治療ばかりではなく、「体制」をどう構築するかが患者アウトカムに関係する(care delivery: ケアデリバリーと呼ばれる)。すべての施策は「患者に利益が出るように」という意図で実施されるが、そのような結果ばかりではない。最近の英国(UK)の事例を共有したい¹⁶⁾。

UKでは、Liverpool Care Pathwayという終末期の苦痛緩和を目的としたクリニカルパスの全国普及を行った¹⁷⁾。これは、すでに、「先進的な施設」で成果のあったがん患者を対象のものであった。しかし、実地臨床での実施可能性や効果を検証されないまま、「性急に」施策として導入された結果、死亡直前と不適切に判断されて患者が死亡しているのではないかと懸念が出され、最終的には、独立委員会の勧告によって使用が中止された。それと前後して、検証試験が行われた結果、パスによって患者アウトカムは実際には改善していないことも示された(表3)¹⁸⁾。この事件からの教訓としては、ある施設(先進的と言われる施設であることが多い)で効果があるものでも全国で効果があるとは限らない、臨床試験が行われないかぎり、効果があるといえない

表3 パスの効果に関するランダム化比較試験

遺族による評価 (0-100)	パス群 (N=119)	対照群 (N=113)	P	Effect size
全体的なケアの質	70.5	63.0	0.186	0.33
説明・意思決定	73.5	64.3	0.076	0.31
尊敬・尊厳・優しさ	78.8	7.04	0.043	0.28
家族の情緒的サポート	46.6	38.6	0.203	0.29
ケアの統一	81.4	76.8	0.296	0.19
家族の自己効力感	48.9	44.4	0.360	0.16

ばかりか、実は患者に害がある可能性も否定できないというものである。

これを受けて、現代緩和ケアのリーダーである Currow D は、「施策介入であっても、政府は臨床試験を行ってエビデンスを示すか、もし示せない場合には少なくとも定期的な現場のモニタリングを実施するべきである (Government should assess initiatives in rigorous trials; if this cannot be achieved then a formal prospective assessment must be the minimum standard)」とのコメントをよせている¹⁹⁾。UKでも、患者を対象とする介入を施策として行う場合、実施可能であることの確認→(実験環境での・実際の臨床現場での)効果の検証→施策に導入した後のモニタリング、のプロセスが必須であるという主張が Higginson I を中心に行われるようになった(図3)²⁰⁾。

緩和ケア施策においても、効果の検証されていない方法を立てるよりも、地道に効果の検証を繰り返すべきだというひとつの大きな流れがあるといえる。

提言

本報告書は、2015年の緩和ケアスクリーニングががん診療連携拠点病院の要件となったことを受けて、各施設が、懸命に知恵を振り絞り、労力をかき集めながら、悩みつつ患者のために何をすればいいのかを必死に考えている現状を示すものである。それと同時に、世界の中での緩和ケア施策の流れを見たときに、わが国でこれまで実施されてきたさまざ

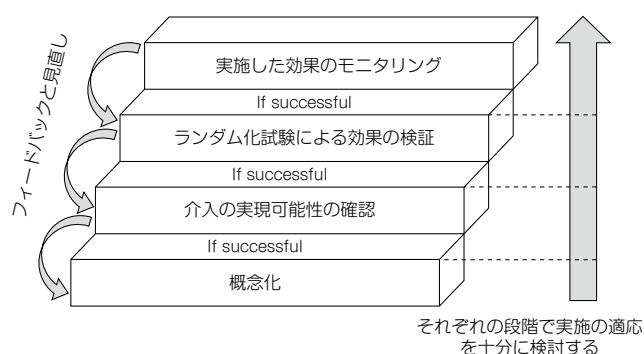


図3 Morecare framework の概念図

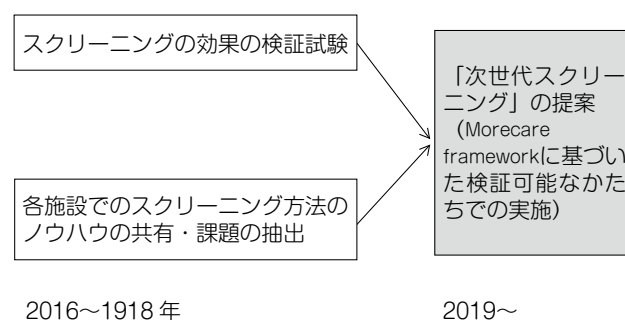


図4 緩和ケアスクリーニングの今後の関する提言

まな対策が、「考えどころにある」ことも意味している。大きくいえば、「手当たり次第に実施してきた施策」の多くが、十分に検証されたものではなかったということである。

とはいえ、「ある方法が有効だといえるのを待つてはられない。よさそうなもので害がなさそうなら早く取り入れたほうがいいのではないか」という主張もありうるだろう。スクリーニングに関しては、向こう3年間は、一方では、がん研究センターを中心に実施が計画されているランダム化比較試験の完遂を待ちながら、一方では各施設で現在実施されている方法の課題の克服方法の共有や「正直なところ」を言い合えるような最適化作業 (optimize) が必要であるだろう(図4)。特に、「実際に複雑な苦痛を持った患者をケアするのに人手が精いっぱい」であるにもかかわらず、スクリーニングの事務処理でいま苦しい患者へのケアが手薄になることがあれば本末転倒である。

そのうえで、次に想定される緩和ケアデリバリー策については、実施可能性、効果の検証、モニタリングという Morecare framework など実証的な視点を含めた方法になることが望ましい。

本報告書が、わが国の実情に合った患者のアウトカムを本当に改善するための体制整備の議論とする基盤資料となることを願っている。

文献

- 1) 森田達也, 田村恵子 編 : (特集) 認知症のあるがん患者の緩和ケア。緩和ケア **25** (4) : 264-309, 2015
- 2) Carlson LE, Waller A, Mitchell AJ: Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: review and recommendations. *J Clin Oncol* **30** (11) : 1160-1177, 2012. Apr 10; doi: 10.1200/JCO.2011.39.5509. Epub 2012 Mar 12.
- 3) Mitchell AJ: Screening for cancer-related distress: when is implementation successful and when is it unsuccessful? *Acta Oncologica* **52** (2) : 216-224, 2013
- 4) National Comprehensive Cancer Network: Distress management. Clinical practice guidelines. *J Natl Compr Canc Netw* **1** (3) : 344-374, 2003
- 5) Carlson LE, Groff SL, Maciejewski O, Bultz BD: Screening for distress in lung and breast cancer outpatients: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* **28** (33) : 4884-4891, 2010
- 6) Mitchell AJ, Lord K, Slattery J, Grainger L, Symonds P: How feasible is implementation of distress screening by cancer clinicians in routine clinical care? *Cancer* **118** (24) : 6260-6269, 2012
- 7) Watson L, Groff S, Tamagawa R, Looyis J, Farkas S, Schaitel B, DeLure A, Faris P, Bultz BD: Evaluating the Impact of Provincial Implementation of Screening for Distress on Quality of Life, Symptom Reports, and Psychosocial Well-Being in Patients With Cancer. *J Natl Compr Canc Netw* **14** (2) : 164-172, 2016
- 8) Hollingworth W, Metcalfe C, Mancero S, Harris S, Campbell R, Biddle L, McKell-Redwood D, Brennan J: Are needs assessments cost effective in reducing distress among patients with cancer? A randomized controlled trial using the Distress Thermometer and Problem List. *J Clin Oncol* **31** (29) : 3631-3638, 2013
- 9) Mularski RA, White-Chu F, Overbay D, Miller L, Asch SM, Ganzini L: Measuring pain as the 5th vital sign does not improve quality of pain management. *J Gen Intern Med* **21**: 607-612, 2006
- 10) Zubkoff L, Lorenz KA, Lanto AB, Sherbourne CD, Goebel JR, Glassman PA, Shugarman LR, Meredith LS, Asch SM: Does screening for pain correspond to high quality care for veterans? *J Gen Intern Med* **25**: 900-905, 2010
- 11) Morita T, Fujimoto K, Namba M, Sasaki N, Ito T, Yamada C, Ohba A, Hiroyoshi M, Niwa H, Yamada T, Noda T: Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy: an audit of a clinical screening project. *Support Care Cancer* **16** (1) : 101-107, 2008
- 12) Morita T, Fujimoto K, Namba M, Kiyohara E, Takada S, Yamazaki R, Taguchi K: Screening for discomfort as the fifth vital sign using an electronic medical recording system: a feasibility study. *J Pain Symptom Manage* **35** (4) : 430-436, 2008
- 13) 木澤義之, 森田達也. 地域で統一した緩和ケアマニュアル・パンフレット・評価シートの評価: OPTIM-study. *Palliative Care Research* **7** (2) : 172-184, 2012
- 14) Shimizu K, Akechi T, Okamura M, Oba A, Fujimori M, Akizuki N, Uchitomi Y: Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral program. *Cancer* **103**: 1949-1956, 2005
- 15) Akizuki N, Akechi T, Nakanishi T, Yoshikawa E, Okamura M, Nakano T, Murakami Y, Uchitomi Y: Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer* **97** (10) : 2605-2613, 2003
- 16) 森田達也 : Liverpool Care Pathway 騒動が警告するエビデンスの裏づけのない施策の危険性. 緩和ケア **25** (6) : 526-531, 2015
- 17) Sykes N. The end of the Liverpool Care Pathway? *Lancet Oncol* **14** (10) :926-7, 2013
- 18) Costantini M, Romoli V, Leo SD, Beccaro M, Bono L, Pilastrri P, Miccinesi G, Valenti D, Peruselli C, Bulli F, Franceschini C, Grubich S, Brunelli C, Martini C, Pellegrini F, Higginson IJ ; Liverpool Care Pathway Italian Cluster Trial Study Group: Liverpool Care Pathway for patients with cancer in hospital: a cluster randomised trial. *Lancet* **383**: 226-237, 2014
- 19) Currow DC, Abernethy AP: Lessons from the Liverpool Care Pathway—evidence is key. *Lancet* **383** (9913) : 192-193: 2014
- 20) Higginson IJ, Evans CJ, Grande G, Preston N, Morgan M, McCrone P, Lewis P, Fayers P, Harding R, Hotopf M, Murray SA, Benalia H, Gysels M, Farquhar M, Todd C: MORECare. Evaluating complex interventions in end of life care: the MORECare statement on good practice generated by a synthesis of transparent expert consultations and systematic reviews. *BMC Med* **24**; 11: 111, 2013

緩和ケアスクリーニングに関する事例集

発行 2016年3月31日

研究班 平成27年度厚生労働省科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業
「汎用性のある系統的な苦痛のスクリーニング手法の確立とスクリーニ
ング結果に基づいたトリアージ体制の構築と普及に関する研究」班

研究責任者：木下寛也（国立がん研究センター東病院 緩和医療科）、
研究分担者：森田達也（聖隷三方原病院 緩和支援治療科）

制作 (株)青海社 DTP：モリモト印刷(株)
