

苦痛のスクリーニングに関する 課題と対策に関する研究 —現場でできるアイデアプール—

平成 28 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

- 分担責任者 森田達也 (聖隷三方原病院 副院長 緩和支援治療科)
- 共同研究者 荒尾晴恵 (大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 看護実践開発科学講座 教授)
- 南口陽子 (大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 がん教育センター 特任助教)
- 畠山明子 (大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 がん教育センター 特任助教)
- 高尾鮎美 (独立行政法人 地域医療機能推進機構 JCHO 大阪病院)
- 青木美和 (元高知県立大学 看護学部)

I. はじめに

がん患者とその家族が、がんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的な苦痛などに対して適切に緩和ケアを受けられるよう、がん診療連携拠点病院では、がん患者の身体的苦痛や精神社会的苦痛、社会的苦痛のスクリーニングを診断時から外来および病棟にて行うことが求められている。しかし、2015年に本研究班が行った苦痛のスクリーニングの実態を把握するための全国調査から、各施設にとってスクリーニングの実施は負担が大きく、施設により取り組みには大きなばらつきがあるものの、総じてまだスタートラインに立ったばかりであることが示された。

各施設で、苦痛のスクリーニングを効果的、効率的に導入・運用し、患者・家族のために役立てるために、スクリーニングにおける課題と対策を共有し、解決可能な課題を明確化し、今後の指針を検討することが必要である。

II. 研究目的

本研究は、がん診療連携拠点病院の要件として実施されている苦痛のスクリーニングの課題と対策について明らかにすることを目的とした。

III. 方法

フォーカス・グループインタビューを用いた質的

記述的研究を行った。研究班が企画した「苦痛のスクリーニングに関する困難とその解決方法に関するワークショップ」に参加した、全国のがん診療連携拠点病院の緩和ケアチームに所属する医師8名、看護師41名、薬剤師2名、計51名を対象とした。対象者の施設を別にした7グループを設置した。

苦痛のスクリーニングの課題と考えられるテーマを表1のように設定し、セッション1~3の3回のフォーカス・グループインタビューを行った。内容を録音し、逐語録を作成した。逐語録からテーマに関する課題と対策を抽出し、コードを作成した。類似したコードをサブカテゴリ、カテゴリに集約した。内容の妥当性は、研究班メンバーによるメンバーチェックを行った。カテゴリ【 】ごとに課題と対策《 》を示す。本研究の目的からして、分析は抽象度が高くなりすぎないレベルにとどめ、データは意味に違いがないように一部修正したものがある。

IV. 結果

テーマごとに課題と対策を述べていく。

テーマ1：スクリーニングをするのに必要な時間・人員がない

スクリーニングをするのに必要な時間・人員がないは、表2に示すとおり5つのカテゴリに集約され、課題は31個あった。スクリーニングに伴う実質的な負担とスクリーニングに対する負担感に大別され、前者は、医療者の業務の煩雑さによる負担と、スクリーニングの説明と聞き取りに要する時間の負担であった。後者のスクリーニングに対する負担感の原因として、医療者への周知の不足に伴う負

表1 テーマ

セッション1	テーマ1：スクリーニングをするのに必要な時間・人員がない テーマ2：がん患者の特定方法（スクリーニング対象患者）が分からない テーマ3：スクリーニング実施について病院の医師の理解を得られない
セッション2	テーマ4：どのスクリーニングを使うのが良いか分からない（使用しているアセスメントツールのメリットデメリット） テーマ5：スクリーニングのツールの説明に時間を要する・記入方法が難しい テーマ6：スクリーニング結果などのデータ集計の方法が分からない
セッション3	テーマ7：スクリーニングでトリガーされた患者のフォローアップ方法が分からない テーマ8：トリガーされた患者を専門の外来に紹介しても患者が受診しない テーマ9：スクリーニングで見つかった問題に有効な解決方法がない

表2 時間と人員の問題

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
看護師は処置などに時間がかかり、スクリーニングに関わる時間が少ない	外来看護師の既存の業務の多さ		
看護師はその他の業務が多忙で、スクリーニングに関わる時間が少ない			
スクリーニングに時間がかかることで、さらに看護師の業務の負担となり、介入しづらくなる			
外来の看護師配置の数が少ない	外来看護師数の少なさ	課題	
外来の診療科ごとに医療者の数が異なる			
看護師ではなく看護助手が診療補助に就いていることも多く、人員不足			
外来の看護師、医療者自体の数が少ない			
医師複数に対して看護師が1人であり、フロアにも1人、2人しかいない			
看護師が複数の診察室を担当			
外来は人がおらず、看護師が複数の診察室を担当			
看護師が医師の診察に同席し、情報を得ることができない	外来において十分なスクリーニングの実施が困難		
外来では人員不足のためスクリーニングできていない			
外来スタッフの不足でチェックが入った患者すべてには実施できない。			
外来では看護師がずっと付いてスクリーニングすることができない			
患者全員をスクリーニングする時間はない			
聞き取りをするための人員が不足する	外来看護師に依頼しづらい		
人員不足のため新たなスクリーニング実施業務を依頼しづらい			
正規の看護師が遅くまで残りカウンセリングの記載をしなければならぬ	外来業務が終わらない		業務の煩雑さによる負担
入院の場合に看護師にスクリーニング表の記載サポートを依頼したいが、時間と業務負担になる	入院時業務の多さ	課題	
業務の忙しさから、スクリーニングまで考えている余裕がない	病棟において十分なスクリーニングの実施が困難		
業務の忙しさから、前回のテンプレートをコピーした評価になる			
看護師のシフトにより受け持ちが変わると、スクリーニングや評価が皆で十分に行えない			
看護師のシフトにより夜勤が入ると、患者の状態の評価が難しい	タイムリーなスクリーニングの実施	看護師が行うメリット	
24時間勤務なので、タイムリーに対応できる			
看護師は患者のよい時間にスクリーニングをとることができる	認定看護師、緩和ケアチーム専従看護師への負担	課題	
緩和ケア専従の看護師への負担が大きい			
一人の認定看護師が実施しており、間に合わない			
認定看護師が外来と病棟担当を分けて実施しているが回らない			
チーム専従の看護師のみがスクリーニングを行っているため、やれることに限りがある			
対象が絞られても看護師1人での聞き取りには限りがある			
緩和ケアの専従者がいない			
専従の兼任による負担			
つらさを訴える患者をアセスメントなしにそのまま回されることによる負担	診療報酬上の反映がない	課題	
つらさを訴える患者に相談できることを理解してもらおうとしているが、負担が大きい			
加算の多いものに人員が取られる			
加算につながるものを重視され、加算の付かないスクリーニングは軽視されがち			
加算がとれるものが優先される			

表2 時間と人員の問題 (つづき)

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
スクリーニングと加算がとれるものをセットで行う	診療報酬反映の工夫	対策	業務の煩雑さによる負担
病棟も外来もそれぞれ現場の看護師に任せるとアイデアを出せる	現場に任せる		
現場で対応できるようになることで人員不足が解決する	現場の対応力を上げる		
主治医のスクリーニングの優先順位が低い	医師にとっての優先順位の低さ	課題	
医師の緩和ケアのスクリーニングの優先度が低い			
外来でのスクリーニングに医師が関与しない			
外来患者数が多く医師は説明して渡せない			
医師の異動により定着しない	医師の異動による定着の難しさ	課題	
緩和ケア医は少なく、患者に対応することはできない	緩和ケア医によるスクリーニングの限界		
緩和ケア医がスクリーニングするとチームが介入する患者が増える			
緩和ケア医がスクリーニングをするとトリガーされる患者が増えて対応が難しくなる			
診てもらってる科の所で書くので、主治医に遠慮があり、患者の希望が拾えない	患者が希望を表出しづらい	課題	
医師がスクリーニングをやると患者が本心を書けない			
緩和ケアリンクナースが配置されている部門から実施する	リンクナースを活用する		
病棟と化学療法センター、放射線治療センターのリンクナースが実施する			
がん患者が多い部門でリーダーシップがとれる看護師がリンクナースになる	看護部を巻き込む	対策	
看護師に依頼するうえで、看護部を巻き込むことは大切			
リンクナースにスクリーニングをして、一番い対応するのは現場の看護師であることを説明する	リンクナースを教育する	対策	
リンクナースを教育する			
教育内容はまずがん患者に注目してもらうこととした			
緩和ケアチームからリンクナースを通して各スタッフに働きかけることで皆スクリーニングできるようになる	リンクナースと一緒に説明する	対策	
リンクナースと一緒に説明し、その場でリンクナースがリーダーシップをとれるように働きかける			
リンクナースのニーズに合わせて、部門に出向いてフォローする	リンクナースを支援する体制づくり	対策	
リンクナースをサポートする相談体制を明確にする			
個別にリンクナースの相談に応じる			
集合教育とニーズに合わせて勉強会などの実施を行う	リンクナースの異動によりスクリーニングが負担になる	課題	
看護師の配置換えなどにより、十分な教育を受けた看護師が定着しない			
リンクナースが変わるたびに記入率が下がる			
看護師の配置換えなどにより、新たなことに挑戦する負担が大きい	外来はリンクナースが置けない	課題	
リンクナースの反応が乏しい			
看護師がいない、責任者がいない、リンクナースがいない、という事態になっている	スクリーニング内容を既存の業務に組み込む	対策	
化学療法センターで使用している問診票に重複させて独自のスケールと質問票を作成した			
化学療法センターの業務に生かせる内容にした			
記載以外に話したいことは、問診で聞く			
使用されている問診票の裏に作る			
入院セットの中に組み込んで患者さんに書いてきてもらって看護師が電子カルテに入力			
入院が決まった時点で外来看護師が質問票を渡し、家で書いてきて、入院の際に病棟の看護師に渡す			
問診の一環としてスクリーニングする			

表2 時間と人員の問題 (つづき)

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
入院時のスクリーニングから患者を抽出 スクリーニングを経過表に組み込むことでルーティン化すると負担は感じにくい 看護計画の見直しや退院調整時に合わせてスクリーニングを実施し、継続して評価していく	(つづき)		対策
既存の質問票では説明しないと使えないものが多く、時間がかかる 診療科の既存の用紙では科ごとの特徴が強く、包括的なスクリーニングができない	既存の業務に組み込む限界		課題
認定看護師が患者のトリアージをする 現場の認定看護師にスクリーニングを行うかどうかを任せている チームの薬剤師から麻薬の処方についての情報を得て、看護師がスクリーニングを行う 麻薬使用中の患者は問題があるとみなしてピックアップし、スクリーニングを行う 紹介受診する患者にスクリーニングを行う 治療開始の時にスクリーニングを導入している 化学療法の導入時に限定することで、他の情報収集と同時に行うことができるため、看護師も時間がとれる 診療科を絞ってスタートする 化学治療と放射線治療は認定看護師がスクリーニングを継続している	対象者を絞る		対策
あらかじめ化学療法センターに限定したので広がらない	広がらない		課題
ドクタークラークにがん登録と告知をした人はチェックを入れてスクリーニングを行う 確実ながん患者の抽出のために、告知のタイミングを活用する 告知などのイベントで、患者さんが大きな衝撃を受けた時に心理的な支援ができればよい	がん診断時にスクリーニングを行う		対策
告知のときのスクリーニングは、診療科、医師によって異なる 告知時のスクリーニングは医師との連携が必要になる	医師との連携の必要性		課題
1週間ごとにスクリーニングを行うのは負担が大きい	頻度が高いと看護師が負担になる		課題
入院後は2週間ごとにスクリーニングを実施	看護師の負担にならない頻度にする		対策
外来では事務員から患者にスクリーニング用紙の記入を呼びかけている 医師が配布すると患者は拒否もしづらく、本心が書きづらいので、受付事務が用紙を配布して、回収している 外来の受付に用紙を置いておき、可能であればクラークに声をかけてもらう 事務員が集計している 事務員の協力により人員不足を補っている 専門的なケア以外はゼネラルマネジャーが中心となっている	アセスメントシートの配布を事務に依頼する スクリーニングに伴う作業を事務に分担する		対策
看護助手に頼もうとしても、記録の問題や、陽性の人への対応が難しい 医療クラークは専門的なことを患者に説明できない 外来でのスクリーニング用紙の配布は、受付に頼むと費用がかかる	事務での対応の限界		課題
他職種との連携により対応できる患者の範囲を広げられる 看護師でなくとも今いる人員で解決策を試みる	他職種との連携		対策
外来や各病棟でスクリーニング用紙を配布している 患者からアプローチしてもらえようスクリーニング用紙の配布の機会を多く設けている 患者が自らスクリーニング用紙を記入し看護師のもとへ持ってくる	患者が自らスクリーニングツールに記載する		対策

業務の煩雑さによる負担

表2 時間と人員の問題 (つづき)

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
患者が要望を伝えやすい環境をつくることで人員と時間の不足を解決すべき	(つづき)		対策
聞き取りに加え麻薬陽性反応にて介入となると時間がかかる 患者への説明と書けない人の代筆で時間がかかり、仕事が増え、人員が足りない	説明や代筆に時間がかかる		課題
高齢者では自記式ではなく聞き取りが必要 地域性があり、患者や家族が困っていることを言いにくい 麻薬使用中の患者は、高齢である、状態が悪い、苦痛があるなど、聞き取りによるスクリーニングが必要	対象者の特性により聞き取りが必要		課題
STAS-Jの症状の項目で、症状がない、あるが今の治療に満足している、あって何か治療してほしい、の3段階を見て、丸を付けるだけ 患者が書くところを、一番に考えることで説明する時間がいらぬ 緩和ケアチームに相談したい、支援員に相談したい、介護や社会的な経済的なことで相談したい、というところで丸してもらい、全部簡単にして、一時スクリーニングする 高齢者も回答できる、はい、いいえで答えるぐらいの、ある、なしぐらいの、やっぱり簡単なのが一番 簡単な用紙にしたり、イエス、ノーで答えられるものにする 簡単な質問票にし、記入例をつけて患者に渡す 説明がなくても、患者が見て理解できる質問内容にする ある程度問診の内容を絞る スクリーニングの質問項目を身体症状に絞って少ない項目で楽に行う 記入例を入れて、患者さんに渡し家で書いてもらう ありと回答した人の聞き取り作業が大変 あり・なしでは、何が苦痛なのかが全然見えてこない どのくらい困っているかについての聞き取りが必要	アセスメントツールの工夫		対策
ありと回答した人の聞き取り作業が大変 あり・なしでは、何が苦痛なのかが全然見えてこない どのくらい困っているかについての聞き取りが必要	あり/なしから苦痛の内容や程度を捉える難しさ		課題
看護師がタブレットと、スマートフォンで入力する タッチパネルで1分くらいで入力する	ITを活用する		対策
試行期間を設ける スクリーニングに時間がかからないことを事前調査する	試行期間を設ける		対策
目的が分からずにチェックリストのようにスクリーニングが行われており、時間がかかり、負担になる スクリーニングの目的が関与するスタッフ以外に周知されていない 各部署に周知が徹底していない 看護師によってスクリーニングの必要性への認識に差がある 看護部の看護師への必要性の説明が不十分	スクリーニング目的や必要性の認識が不十分		課題
人員を割く必要があると伝わっていないことが時間も人員も持てない要因の1つになっている 時間や人員の問題以前に要件だと上から言われていないので他の看護師が知らない 看護部がスクリーニングやその統一の必要性を理解できていない	看護部の説明が不十分		課題
拠点病院の指定要件であることを周知する 教育をやっていないかなければならない	拠点病院の指定要件であることを周知する		対策
時間外の会議や研修会を行うことが難しく、周知するのが難しい	周知する難しさ		課題
スクリーニング後の苦痛緩和について話ができないと、手間がかかり、負担になる スクリーニング後の流れが決まっておらず、書いたきりになってしまう可能性がある 対応をする人が少ないかつ明確ではないため患者の協力が得られにくい	医療者の負担感 患者の負担感		課題

説明と聞き取りに要する時間の負担

医療者への周知の不足に伴う負担感

スクリーニング後の対応不足に伴う負担感

表2 時間と人員の問題 (つづき)

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
スクリーニングに対応できる人が限られている 患者がスクリーニング用紙をもってきたことに誰が対応するのかが問題になる スクリーニング実施後、誰が評価し、テンプレートに入れるのかが決まっていない スクリーニング用紙配布・回収後、誰がどうするかというところまで決まっていない スクリーニング後のことが提示できていない	スクリーニング後の対応が不明瞭	課題	スクリーニング後の対応不足に伴う負担感
トリガーされた患者について週1回カンファレンスをする 受け持ち看護師によるカンファレンスは開かれている ナースとのやり取りの中で、医師や専門家の介入を受けるかを決める 病棟看護師はスクリーニングとカンファレンス、医師は管理を行う	対応についてカンファレンスする	対策	
心理社会的・身体的問題か麻薬の服用があれば緩和ケアチームへ依頼することが定着している 対応が必要な患者への介入の様子を確認している	対応をルーチン化する 対応状況を確認する		
誰の責任でスクリーニングを行うか不明瞭 誰がまとめていったらいいのか分からない 誰がきっかけとなってスクリーニングをどのように行うかが難しい 施設全体を動かしてスクリーニングをする力はなく、そのための手助けもなかなかない	中心になってすすめる医療者がいない 施設からの助けがない	課題	スクリーニング実施に際してのリーダーシップの不足に伴う負担感
施設側の物品提供などの協力を得る	施設の協力を得る	対策	

担感、スクリーニング後の対応不足に伴う負担感、スクリーニング実施に際してのリーダーシップの不足に伴う負担感が挙げられた。

A. スクリーニングに伴う実質的な負担

1) 【業務の煩雑さ】

【業務の煩雑さ】の課題は、外来看護師の少なさや処置の多さ、病棟看護師の入院時業務の多さや交代勤務といった看護体制、緩和ケアチーム専従看護師や認定看護師の業務負担や加算が優先される状況、医師が診療を優先する状況が挙げられた。

まず、課題として、《外来看護師の既存の業務の多さ》《外来看護師数の少なさ》があった。外来看護師は処置などが多くいうえに、診療科を兼務するなど配置数が少ない状況があり、《外来において十分なスクリーニングの実施が困難》な現状として、患者にスクリーニングツールを渡せない、1人ひとりに対応できない状況が挙げられた。そして、《外来看護師に依頼しづらい》《外来業務が終わらない》という状況も引き起こされていた。

《外来看護師の既存の業務の多さ》

看護師はほとんど処置や診療補助業務の必要な所にしか入る時間がなく、スクリーニングに関わるような時間自体が難しい。

《外来看護師数の少なさ》

外来に看護師がまず少なく、医師事務作業補助者の方が診察についているところと、看護師がついているところと科ごとに全然、看護師の数が違うので、医療者自体がすごく少ない。

クラークが受付にいるが、看護師は診療科3~4つに1人ぐらい。

《外来において十分なスクリーニングの実施が困難》

看護師が、医師による患者の診察に行きかけてキャッチすることができていない。

本当に1人ひとりに対応している時間はとてもない。

外来では、プライバシーを確保できる空間で時間をとって行う、1人の看護師がずっと付いて行うということが、物理的に難しい。

《外来看護師に依頼しづらい》

外来は、外来患者をさばくことが大事なことで、看護師ではなく看護助手が診療補助に就いていることも多いので、マンパワーの不足があり、新しい業務を依頼すること自体、気が引ける。

《外来業務が終わらない》

外来の看護師さんがパートの人もいて、パートは4時に帰らなきゃいけない中で、外来の正規の看護師が8時、9時までカウンセリングの記載をして、はーみたいなことして帰っていく。

次に、病棟看護師の《入院時業務の多さ》が挙げられた。そして、《入院病棟において十分なスクリーニングの実施が困難》な現状として、スクリーニングまで気が回らない、交代勤務により状態の評価が難しく、前回値をコピーした評価になる状況が語られた。

《入院時業務の多さ》

入院では、入院担当になった看護師に患者さんの(スクリーニング表)記載のサポートをしてもらおうとは思いますが、入院の時にやるのがすごく多いので、大きな時間の問題になる。

《入院病棟において十分なスクリーニングの実施が困難》

入院時に入れなきゃいけないテンプレートはたくさんあるし、でも、病棟によったら3日間で患者さんを回したりするので、入退院が激しいところであれもこれもって言われると、がん患者が担当している中にいらっしゃっても、他の業務のことで、そこへまで気持ちはいかない。

受け持ちの看護師だけに任されるといったところに負担感があって、どうしても全記事コピーしてしまうとか、夜勤が多くなっちゃうと、その1週間の状態を把握しないままに評価している。

しかし、看護師が行うメリットとして、24時間勤務であるために《タイムリーなスクリーニングの実施》が可能になることが挙げられた。

(看護師が行うことで)24時間勤務体制がある中で、緊急で入院したなど、その都度の状況ごとにオンタイムで対応できる。

課題として、さらに、《認定看護師、緩和ケアチーム専従看護師の業務負担》が挙げられ、認定看護師や緩和ケアチーム専従看護師での対応には限界があることや、苦痛を有する患者の対応をすべて任されることによる負担に疲弊する状況が語られた。

1人の認定看護師が中心になってやっているが、とても間に合わない。

入院に対象は絞るにしても専従看護師1人が聞き取りでやっているのだから人数にも限りが出てしまうし、限

界がある。

「つらい」って言った人は全部、私(緩和ケアセンター・マネジャー)に電話がくることになっているが、ただ、泣いてますって電話がきたりして疲弊が多い。

そして、《診療報酬上の反映がない》ために、他の診療報酬上の加算がとれるものが優先される状況が課題となっていた。

やってなかったら(人員が)減らされる、がん患者指導管理などに力を入れてしまい、人がそっちに取られてしまう。

対策として、《診療報酬反映の工夫》《現場に任せろ》《現場の対応力を挙げる》という方法がとられていた。しかし、《現場に任せろ》《現場の対応力を挙げる》ためには、力量の把握や現場で対応の工夫が蓄積されるまでの対策が必要になり、すぐに、すべてを解決するのは難しい。

対面支援やるとすごい加算になるので、もう完全にセットでカンファレンスと一緒にやっている。

病棟は病棟の看護師に、外来も外来の看護師にやってもらって、現場の人たちがニーズでもうすでに分かっているのだから、任せている感じ。そしたら、どんどんアイデアが出てくる。

最初は自分だけで対応しなきゃいけないけども、だんだん上がってくる時に、工夫が蓄積していくと、各部署の人たちもああいう時はこうやって対応したなってなると、そこまでわざわざ連絡しなくても自分で対応できるようになってくるっていうところができれば、人員に関してはある程度解決が図れるかもしれない。

その他に、課題として、《医師にとっての優先順位の低さ》《医師の異動による定着の難しさ》が挙げられた。診療が優先されるためにスクリーニングまで手が回らない、異動により定着しないことが挙げられた。

看護師の忙しい病院では、医師がやるしかない。しかし、医師の中で緩和ケアのスクリーニングというタスクが優先度としては下にきてしまうため、それぞれ主治医ではなかなかできない。

上の先生が把握していない、あるいは上の先生が変わってしまって、またそこで振り出しに戻る。

また、《緩和ケア医によるスクリーニングの限界》として、数少ない緩和ケア医が患者全員に対応する

限界や緩和ケア医がスクリーニングすることにより介入患者が増えることがメリットでもあるが、対応ができない状況が限界として語られた。また、医師による実施によりという課題が生じていた。

《緩和ケア医によるスクリーニングの限界》

結局、緩和ケア医がやらざるをえないが、数少ない緩和ケア医が全員回るとは到底できない状況。

その作業（スクリーニング）は、緩和ケア医がしても同じ時間がかかるため、緩和ケア医がするのは割とリーズナブルであると思って自分でしていたが、それ（スクリーニング）をすると受け皿的に、2割ほどが引かかってしまうため、どうしてもすぐ無理になってしまふ、難しい。

《患者が希望を表出しづらい》

診てもらっている科の所で書くので、診てもらっているから専門家には相談は要りませんと、遠慮もあつたりとかして、希望が拾えない。

医師がやると患者が思うように書けない。

看護師および医師の業務の煩雑さに関わる課題への対策として、まず、《リンクナースを活用する》という方法がとられていた。リンクナースはリーダーシップがとれる看護師が選ばれていた。さらに、《看護部を巻き込む》《リンクナースを教育する》という方法で、リンクナースの力量を上げる取り組みがなされていた。

《リンクナースを活用する》

緩和ケアのリンクナースが外来と各部署にいますので、リンクナースがいる所からやろうというふうにスタートしている。

リンクナースは、各病棟とあと外来化学療法センターと放射線治療センターの看護師がみんな出た。

リンクナースは、腫瘍センター、血液腫瘍センターにたくさん患者さんがいるので2人、外科外来、耳鼻科とかその他の診療科を持つ看護師が1人になっているが、リーダーシップのとれる看護師になってもらっている。

《看護部を巻き込む》

看護師の方を依頼するにはそういう問題もある。ただ一番動かしやすいのは、看護部を巻き込むというのは大きいことかなと、個人的には思う。

《リンクナースを教育する》

（外来）リンクナースに、まず第1次スクリーニングをして、一番に対応するのは現場の看護師だからと、話をして了承を得た。

リンクナースの教育を2カ月、3カ月かけて行った。1年間、教育といったところで、評価に慣れるというよりは、がんの患者さんに目がいくようになっていくことを課題として、取り入れた。

緩和ケアの小委員会みたいなのところで、こういうふうにやっていってね、みたいなものができれば、おのずと各病棟でリンクナースが一般スタッフにもできるようにしていけばそのうちみんなができるようになるのかな。

そして、《リンクナースと一緒に説明する》という方法で一緒に各病棟や診療科を回り、スクリーニングについて説明していた。また、リンクナースを頼りにするように伝えて、リンクナースがリーダーシップをとりやすくなるように働きかけていた。さらに、《リンクナースを支援する体制づくり》を行い、リンクナースの相談に個別に対応していた。

《リンクナースと一緒に説明する》

スクリーニングする時に、リンクナースさんがいる時に1つずつの病棟に回って行って、リンクナースさんと一緒に説明して回って、とにかくリンクナースさんに何でも聞いてくださいみたいな形で、頼りにしてよっていうところをPRして、全病棟くまなく回った。そうしていったら、ちょっと頑張らなくちゃみたいな。

外来の治療センターで開始する時は、治療センターに出向いて行って、そのスタッフに教育してほしいということで、一緒に説明した。

《リンクナースを支援する体制づくり》

困ったら私たちが相談を受けるからっていう、彼女たちのサポートをしっかりやったうえで始めた。

相談したい時は、個別にその部署のリンクナースの相談に応じる。

3カ月に1回の会議で集合教育とそれ以外は、個別に部署に出向いて、勉強会をしてほしければ、勉強会を行う。

しかし、リンクナースを教育しても、《リンクナースの異動によりスクリーニングが負担になる》という課題が生じていた。

リンクナースの教育から始めて、ようやく分かったかなという頃に、また配置替えとかがあって、せっかくやってきたんで続けてやりたいという人が部署転換したり、また別のリンクナースにされちゃってということがあった。

リンクナースが継続してずっといてもらえるわけではなく、1年おきに変わってってしまうので、記入率もかなり下がってくる。

また、《外来はリンクナースが置けない》という課題もあり、《リンクナースを活用する》という対策ですべてを解決するのは難しい。

病棟だと常に看護師がいるが、外来は看護師がいない、短時間勤務やパートの看護師も配置されており、責任者自体がいない、リンクナースも置けないという事態が起きる。

次に対策として挙げられたのは、《スクリーニング内容を既存の業務に組み込む》であった。医師や看護師の問診やアナムネ、看護計画見直し時にスクリーニングする、入院患者の経過表に組み込むことにより大きな負担がない状況が語られていた。

化学療法センターは、もともと問診をとるから、それと項目が重複して確認できるように独自のスケールと質問票を作っている。

同じことを化学療法センターでも聞いているので、日常のケアに活かせる内容にした。

自分で書いて、いっぱい話したいこと出てくる場合は、同時の問診とかで聞く。

各科で、もともと問診票で看護師がそれを使って患者と話をしていたので、それを裏返して作るってところでも、問題がなく、時間は外来では大丈夫。

入院時に入院セットの中に、一応がんの患者さんっていうのは組み込んでもらうようにしたので、患者さんに書いてきてもらって、入院時に看護師が電子カルテに入力するというような形をとっている。

(試行案) 外科と消化器内科に入院が決まった時点で外来看護師に質問票を渡してもらい、入院する2週間ぐらい前に家で書いてきてもらって、病棟の看護師に渡すようにしてもらう。

医師が問診する。STAS-Jの医療者評価を6項目ぐらいに絞って、それに心理社会面を入れて、あとで用紙もよければ見てもらうが、問診の一環としてやる。

病棟では入院時にアナムネをとる時に、一緒にスクリーニングもしてもらっていて、そのがんの患者さんに限ってやってもらっている。

入院患者に関しても経過表に含み込んでいるので、日々の業務になっているので、これをやるのに負担があったという話はない。最初はやっぱりけっこう嫌がられたのはあった。でも、拠点病院だからやらざるを

えないというところと、あとは経過を踏んで、日々の業務の中に組み込まれると、それはルーチン化して、これ誰がやるんだとか、なんでやらなきゃいけないのということがなくて、来た時にはスタッフの計画に入ってるのでやらざるをえない。

そこ看護(計画の見直しや退院調整など)に組み込まないと、単独ではやってもらえないことがあるので、そのシステムと継続的な評価を組み合わせるよう頼んでいる。

しかし、《既存の業務に組み込む限界》として、既存の質問票を活用しようとしたが時間がかかることや苦痛が聞き取れないことなどが挙げられた。

用紙を作る時に、最初は質問票などあるものを使おうとしたが、以前チームの患者に使った時に、患者に説明しないと使えないものが多かったので、説明する時間が、外来とか病棟でネックになる。

既存の用紙だと各科が聞きたいことがメインで出ているので、どうしても、身体と精神とか社会とか、そういう全体的なことが聞けなくて、それぞれの科の病気にことに関してしか聞いていない。

その他に《対象者を絞る》という対策が挙げられた。対象者は、認定看護師がトリアージする、薬剤師と協働し麻薬処方者リストからトリアージするという方法や、紹介受診の患者、治療を開始する患者にする、認定看護師がいる部門や診療科の患者にするという方法で、スクリーニングの対象者が絞られていた。

ある程度、私たちもこの患者さんは入ったほうがいいのかという人をトリアージして入る。

ツールとしてのスクリーニングの利用プラス、カウンセリングの時にできるだけ取ってくださって話はしたとしても、現場の看護師は認定看護師でこの人にそういう話をしているか悪いかって判断をある程度現場に任せる。

チームの薬剤師が、麻薬が処方されると、薬剤システムで拾って、私(看護師)のところに伝え、その患者を、最初はカルテスクリーニングをし、訪問するみたいな感じでやっている。

まず麻薬使っている人はきっと問題があるんだろうという視点で麻薬を使っている患者はピックアップしてスクリーニングし、問題があれば介入するっていうやり方をやっている。

外来看護師たちの経験で、紹介の患者は気持ちの

面、負担を抱えてる方とかも多かったり、介入する緩和ケアチームだったり、介入を依頼することが多いので、ではそこからとりかかりましょうかとやってみている。

ある程度、患者さんを細く長くやるということを考えていて、とにかく全部にやれてないというのが現状で、治療が始まった段階で導入している。

化学療法の導入時っていうふうに、限定してやってくるんです。それはある程度副作用なんかを聞きながら、いろいろな事象聞きながら、聞けてるものですから、看護師も多少時間が取れる。

(外来) 化学療法センターには認定看護師がいるが、一般診療科に看護師がついていない科があり、医療クラークだけで、説明に関して、専門的なことを患者から受けても説明できないため、診療科を絞るところからスタートしている。

外来ではスクリーニングする人員がいないが、治療センターのほうでは、ケモと放射線治療で認定看護師が入っており、対応は継続してできる。

しかし、《対象者を絞る》ことで、《広がらない》という課題が生じていた。

あらかじめそんなふうにして(化学療法センターに限定して)やっているっているので、広がらないという課題がある。

また、《がん診断時にスクリーニングを行う》という方法で診断時というタイミングを捉えてスクリーニングが行われていた。がん診断時に必要な気持ちの苦痛に対する支援ができると考えていた。

各診療科の外来で、ドクタークラークにがん登録、告知をした人はチェックを入れてもらうようになっていて、チェックを入れていただいた患者さんにスクリーニングに入るっていうふうに決めて、入っている。

確実にがん患者を抽出するために、告知の時に始めて、そこでまたなんらかの問題があった場合、告知を受けた患者さんは、なんらかの形で1回は入院をされるのでフォローできる。

告知などのイベントがあった時、タイミングとして非常にやっぱり告知を受けた時っていうのは、患者さんの衝撃も大きいでしょうし、身体的な症状がみえない場合もありますけども、逆に気持ちのところを支援ができればよい。

しかし、《がん診断時にスクリーニングを行う》

ためには、新たに《医師との連携の必要性》が課題となっていた。

(告知の時のスクリーニング) 外来に関しては本当に協力的な科と、なかなか協力いただけない科だと、医師によってそれぞれである。告知の時のほうが不安等を聞き出しやすいと渡してくれる医師もいる。

医師とうまく連携がいかないと(告知の時にスクリーニングは)やれない。

スクリーニング実施頻度について、《頻度が高いと看護師が負担になる》という課題が生じていたが、《看護師の負担のない頻度にする》ことで対応されていた。

最初1つの病棟でしていた時には、看護計画の見直しとともに1週間ごとにもしてもらおうと思っていたが、そうすると余計に負担だという意見が出た。

看護師の負担もあると思うので、入院した後は実施頻度を2週間ごとにはしている。

さらに、対策として、《アセスメントシートの配布を事務に依頼する》《スクリーニングに伴う作業を事務に分担する》という方法がとられていた。

《アセスメントシートの配布を事務に依頼する》

外来では、患者に次回の受診の時に持ってきてほしいといって渡し、次回の時に書きたいことがある人は書いてきて持ってきてもらう。その説明を事務の方にしてもらい、持ってきてもらったなら、直接診察の時に診てもらおう。

外来は表に向いて出ている受付事務が用紙を配布して、回収している。患者さんが医師にもらうとなんか正直に書きづらいというものもあって、気軽に書いて、素直に答えられる窓口としては、「書きたくない」とも言えるぐらいのところが一番なのかなというので、今は受付をお願いをしている。

外来の受付のところにおいて、クラークから声をかけてもらい、書いてくださいってお願いしてもらえばいい。クラークも忙しくてできなければ、自由に気づいた人が取って書ければいい。

《スクリーニングに伴う作業を事務に分担する》

1人事務員がいて、集計している。

事務員にも頼み一緒にやってもらうことで、スタッフ不足を補う。

やれる人材が限られてきているので、今は拾い上げることや、テンプレート入力緩和ケアセンターのゼネラルマネージャーが主にしてくれているし、入力をし

たりは専門的な看護ケアってということになると専門看護師がしてくれたり、ゼネラルマネージャーが今は中心になってやってくれている。

しかし、《事務での対応の限界》として、記録できないことや専門的な質問に答えられないこと、新たな契約費用が必要になることが挙げられた。

看護助手にお願いしようと思っても、記録の問題や、その中で陽性の人をどんなふうにというところが非常に難しい。

医療クラークだけで、説明に関して、専門的なことを患者から受けても説明できない。

受付のクラークに配ってもらおうと思ったが、「それは契約に含まれていないので、外来はかなり大きいので莫大なお金がかかる」って言われて、それはまず断念した。

そのほかに、《他職種との連携》が挙げられ、今ある人員で、視点を変えて仲間を増やすことで上げられることが語られた。

他職種を使うことなど、視点を変えて仲間を増やすという形で、限られたチームは自分だけでもそれ以外の場所の仲間を増やすことでもっと今以上に上げられる。

せっかくスクリーニングなので、看護師が絶対やらなきゃいけないことでもなく、人員を増やすことは難しいから、今ある人員でどういうふうにするか解決策探していくほうがいい。

《患者が自らスクリーニングツールに記載する》という**対策**では、必要な患者が自ら記載して提出する方法がとられていた。

病院に初診に来た患者には全員あるのだが、独自に作ったものを配っている。あとは病院中にばら撒くように、その作った用紙を各外来とか各病棟に全部配布し、患者がいつでも取れる状態である。その用紙を見られる状態にはしている。

初診時に、患者に渡すということ以外にも、たくさんいろんな所に置いてあることで、患者側からもアプローチしていただく。

患者自身が自分で持って、直接私たち（スタッフ）の所に来る。

医師がやる、看護師がやるなど、誰がやるかだけではなく、患者自身からも、こういった紙（スクリーニング用紙）があって、こういうところがあるがどう

なのかと言ってもらいやすいような環境をつくることで、そのマンパワーや時間の不足を解決したらどうか。

2) 【説明と聞き取りに要する時間の負担】

【説明と聞き取りに要する時間の負担】の課題は、《説明や代筆に時間がかかる》《対象者の特性により聞き取りが必要》であることが挙げられた。高齢者や地域性により苦痛を表現することを遠慮する患者には聞き取りが必要になることが語られた。

聞き取りが、多ければ多いほど自分（看護師）のやっていることも時間がかかるし、そこからさらに陽性で介入となると、また時間がかかる。

（自記式）説明して書いてもらうのに時間がかかる。そして患者さんが書けなかったら看護師が書くので時間がとられるので、説明と書く時間で、仕事が増え、病棟の時間と人員が足りない。

高齢者は細かいものを書くのが難しくなると、どうしても手伝いが必要で聞き取りになっている。

地域性、かなり僻地の病院なので、やはり皆さん患者さんもお家の方も困ったことをなかなか言いにくい。

基本、患者が書けるものを最初使い始めたが、入院で麻薬を使っている患者は、高齢だったりレベルが悪かったり、苦痛がもうすでに痛い、つらいっていう人たちを最初から探しにしているような状況にあるために、どうしても聞き取りになってしまう。

対策として、《アセスメントツールの工夫》が挙げられた。スケールを3段階にする、ある・なしで回答させる、問診内容を絞るなどの工夫や、説明しなくても記入できるように記入例をつける工夫などにより、渡すだけで書いてもらう、家で書いてきてもらうようにしていた。

STAS-Jの症状の項目と、右側は症状がない、あるが今の治療に満足している、あって何か治療をしてほしい、の3段階にしたものを裏に印刷して、自分で書いてきてもらう。そこを見て丸を付けるだけなので、書けない患者がおらず、よかった。単純に、患者が書くところを、一番に考えたので、説明する時間がいらぬ。

一番下にA項目をつくって、B項目のところに緩和ケアチームに相談したい、支援員に相談したい、介護や社会的な経済的なことで、っていうところで丸、全部簡単にして、一時スクリーニングみたいな感じにしているので、スクリーニングの説明の時間は無い。

(スクリーニングは) はい、いいえで答えるぐらいの、ある、なしぐらいのものでないと、結構高齢な方もいますし、やっぱり簡単なのが一番。

人員に関しての解決策 簡単な用紙にしたり、イエス、ノーで答えられるものとか、欠点としてはイエスで答えたら、その後、どれくらい困っているのかとか聞かなくちゃいけないっていう辺りですね。記入例を入れて、患者さんに渡すだけで書いてもらうっていうのも1つだし。家で書いてきてもらうとか。

質問票、ESASとプロブレムリストをくっつけて、簡単な形にしている。記入例を付けて、患者さんにただ渡すようにして、あんまり細かい説明しないで渡すようにしている。

説明なくても渡したら書いてもらえるように質問内容自体がそんなに多いものにはしていない。説明に人員を割くほどのこともないですし、一般的な問診っていう様式にしている、書いてもらっている。

ある程度問診の内容を絞る。

質問項目は5項目に絞って、楽にやる。身体症状の痛みのほうに焦点を絞って、痛みがあるか、あるって答えた人は次の質問聞いてください、安静にできるか、動けるか、介入が必要かという質問項目。

しかし、《あり / なしから苦痛の内容や程度を捉える難しさ》が新たな課題として生じていた。

簡単な用紙にするところで、あり、なしにしたが、あり、なしだと結構みんなありに付けたりする。そのありの項目を全部聞き取りしていく作業も必要だったりして、それはそれで大変。

聞き取りしなければ、用紙だけ見ると何が苦痛なのかっていうのが全然見えてこない。

その他に、**対策**として《ITを活用する》という方法がとられていた。

看護師がタブレットと、スマートフォンで入力する。タッチパネルだけなので入力時間は1分くらい。

さらに、《試行期間を設ける》という方法で所要時間を見積もったうえでスクリーニングが実施されていた。

試行期間をしっかりと設けた。

スクリーニングに時間がかからないことを事前調査した。

B. スクリーニングに対する負担感

1) 【医療者への周知の不足に伴う負担感】

【医療者への周知の不足に伴う負担感】の課題として、《スクリーニング目的や必要性の認識が不十分》と《看護部の説明が不十分》が挙げられた。スクリーニングを実施している看護師は、スクリーニングの目的や必要性について理解しておらず、認識に差が生じていた。また、看護部も十分に理解できておらず、スクリーニングががん診療連携拠点病院の要件となっていることが伝えられていないことが課題となっていた。

《スクリーニング目的や必要性の認識が不十分》

スクリーニングの目的が分からず、業務でいっばいの中の1つになってしまうと時間もとられ、負担感もあり、うまくとれてるのかなと感じる。

看護師によってスクリーニングの必要性をどう受け止めているかの違いがある。

《看護部の説明が不十分》

要件だっということを上から下りてきた記憶もないですし、看護師はスクリーニングが必要になったっていうところを理解はしているが、あと他(の医療者)が知らない。認定看護師の間でスクリーニングをしないといけないっていうところで終わっている。時間や人員以前の問題。

全科の患者に行いたいと考えると看護師に集中させる必要があり、看護部にそれをしっかり伝えなければならぬが、看護部がその必要性を理解しているのがよく分かっておらず、その伝え方も悪いと思う。

やれと言われたからという感じの雰囲気になりがちで、看護部もやらなきゃならないことはやってもいいんじゃないのと言うけれども、それがどれだけ必要で統一したものになりたいと言っているのかもピンとこないだろうな。

対策として、《拠点病院の指定要件であること周知する》という方法がとられていた。

要件なんだって。それで病院はお金をもらっているんだっということ、もうちゃんと周知させるようにしました。

私たちが教育は、やっていかなきゃいけないとは思いました。

しかし、周知するうえで、《周知する難しさ》という課題が生じており、短時間勤務の看護師に周知するための時間の確保が難しいことが語られた。

看護師がパートや短時間勤務の人が配置されていることが多く、会議や研修会をやるとなっても、時間外にそういうことを広めていくことが難しい。

2) 【スクリーニング後の対応不足に伴う負担感】

【スクリーニング後の対応不足に伴う負担感】は、スクリーニング後に対応できない医療者にとっても、医療者の対応を受けられない患者にとっても、対応が不明瞭なままになっていることでスクリーニングを負担に感じていることが課題となっていた。

まず、課題として《医療者の負担感》《患者の負担感》が挙げられた。

その先の苦痛緩和をどうしていくか具体的な話ができないと、ただスクリーニングの手間が増え、苦痛を知った以上、何かしなければならぬが、治療だけで手いっぱい、と負担化につながっていく。

トリガーされた後の流れが、うちも決まっていないので、だとすると、結局書いたっきりっていうことになりかねないので、患者にとっても負担感が出てくる。

対応する人が少ないので、書く患者のモチベーションも上がらないし、対応してくれるところが明確じゃなかったりするとなかなかスクリーニングに応じてもらえない。

次に課題として《スクリーニング後の対応が不明瞭》が挙げられた。スクリーニング後に対応できる医療者が限られている中で誰がするのかという問題が解決されないまま、対応が不明瞭になっていることが語られた。

スクリーニングに対応できる人間というのが限られている。

誰が対応するのかという問題が出てくる。

配ってやるだけというのは全然意味がない。その後までやらないとやる意味がないが、そこまで誰がやるの？ということになった時に困る。電子カルテで打ち込んでいった後、誰が判断してどうするかということまでやらないとできないということを考えると、単にやるだけっていうのは良くないかなと思う。

対策として、《対応についてカンファレンスする》《対応をルーチン化する》《対応状況を確認する》という方法がとられていた。

《対応についてカンファレンスする》

トリガーされた閲覧、サーッと引っかけたものから、週1回それをカンファレンスする。

今は受け持ち看護師で、患者について話し合われている。受け持ちはその日によって違うが、話し合われているところではちゃんとカンファレンスは開かれている。

ナースが時間をかけて、このことは先生に聞こうとか、聞くかその場で確認してくれていて、先生とか専門家の人とかに話すかのやりとりがあって決めている。

病棟看護師がカンファレンスをやり、毎週ラウンドのように医師も見て管理している。

《対応をルーチン化する》

心理社会的な問題、身体的な問題、麻薬の服用、というところが引っかければ、自動的に緩和ケアチームに依頼をすることが、ルーチン業務ができていて、定着している。

《対応状況を確認する》

スクリーニングをしたままにならないよう、リンクナースに引っかけた、対応が必要と思われる患者に関しては、その後の介入をどうしたかというのを確認してもらって作業をやってもらっている。

しかし、スクリーニング後に対応できる医療者が限られている中で、《スクリーニング後の対応が不明瞭》であるという課題が生じているため、これらですべてを解決するのは難しい。

3) 【スクリーニング実施に際してのリーダーシップの不足に伴う負担感】

【スクリーニング実施に際してのリーダーシップの不足に伴う負担感】は、《中心になってすすめる医療者がいない》《施設からの助けがない》ことにより、誰がやるのか、誰がまとめるのか、誰が責任をとるのか分からないままになっていることが負担感の要因となっていることが課題として挙げられた。

誰の仕事っていうのがやっぱり、すごく大きい。誰の責任でやるのかというのが、やっぱりどこの施設も抱えている問題点。

看護師みんなそれぞれに活動している。専任のソーシャルワーカーや認定看護師もいろんなことをかけもっているから、みんな片手間でやっているのだから、まとまり感がやっぱりもてないのが大きな問題。それぞれで考えて活動している。誰がまとめていったらいいの

でしょうか。

どうしても緩和ケアのスクリーニングっていうと、緩和ケアチームでしろという話になるので、これがちゃんと全部呼んでやるためには、病院全体を動かさなきゃいけないので、それを動かす力がないだとか、そうするためにはどうしたらいいかっていうところで、なかなか手助けをしてくれない。

対策として、《施設の協力を得る》が挙げられた。

ポスターを貼ったり、書けるツール、板とか紙だったりペンだったりっていうことは割と施設も用意してくれるので、そういうことも活用できるようにしている。

しかし、《中心になってすすめる医療者がいない》という課題について有効な**対策**は得られていない。

テーマ2：がん患者の特定方法(スクリーニング対象患者)が分からない

がん患者の特定方法(スクリーニング対象患者)がわからないのは、表3に示すとおり4個のカテゴリに集約され、課題は13個あった。

1)【スクリーニング対象患者の抽出範囲】

【スクリーニング対象患者の抽出範囲】の課題として、《外来でがん患者を選ぶ難しさ》《対象者の限定の難しさ》が語られ《対象者の絞り込みの基準が決まっていない》《がん患者の診療の際のスクリーニングの範囲》が不明確であること、《スクリーニングを行うべきではない患者》がいることが語られた。

《外来でがん患者を選ぶ難しさ》は多くの外来患者の中からがん患者を特定することの難しさが語られた。

外来患者の数は2000人/日で、どうやってがん患者を抽出するかが難しい。

《対象者の限定の難しさ》はスクリーニングが必要な人を限定して抽出する難しさを課題として捉えていた。

特定方法は分かっても、その人だけにスクリーニングするのが難しい。

スクリーニングするべき人は分かっているが、その人をどう選ぶか、その人だけになるかが難しい。

大部屋にはがん患者、非がん患者が一緒にいるので、

その中でこの人に渡してこの人には渡さないというのはどうだろうということで、一応全員に渡しているが悩んでいる。

全患者にすれば大変だが、全患者にしない場合、誰に渡すかも問題。

《がん患者の診療の際のスクリーニングの範囲》では、がん患者ががんだだけで診療しているのではなく、複数の科を受診しており、複数の診療科を受診するがん患者をどの診療科でスクリーニングするのかということが語られた。

複数の診療科を受診すれば、スクリーニングをあちこちで受ける可能性もあり、外来の何か所で、毎日聞かれているみたいなおきる。

がんで診療を受けている科以外の診療の際にスクリーニングするのか、どこまで広げるのか。

《対象者の絞り込みの基準が決まっていない》という基準の不明瞭さによって課題が生じていた。

過去にがんを罹患し今は定期検診の患者は診なくていいのか、現在がんの治療中である患者だけを対象としていいのか分からない。

対象外にする患者が定まっておらず、全体が同じようにスクリーニングできてない。

また、がん患者であっても《スクリーニングを行うべきではない患者》がいることが語られ、がんという病気が患者に与える影響が一律のスクリーニングを困難にしていた。

他の病院や開業医からがんであると言われ当院を紹介されたが、確定診断がついていない患者は、非常に不安をもっており、そのタイミングでスクリーニング用紙を渡すのはどうか。

がん患者指導料1でショックを受けている患者に、スクリーニング用紙を渡して不安や痛みについて聞くのはどうかと思う。

対策として、特定するための基準をつくる対応がとられていた。診療科や治療法を限定し、さらにマンパワーを考慮して、対象者をできる範囲で限定していた。

《対象者を診療科・治療で限定する》

化学療法や疼痛緩和治療の患者、外科病棟に限定して実施している。

化学療法センターには認定看護師がおり、スクリーニングを行う診療科を絞るところからスタートしている。

表3 スクリーニング対象者の抽出

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
自記式だが、外来で選定ができない 治療中の患者を選べない がんの痛みではない人がスクリーニングされてしまう 外来患者の数は2,000人/日で、どうやってがん患者を抽出するかが難しい	外来でがん患者を選ぶ難しさ		スクリーニング対象者の抽出範囲
その人だけにスクリーニングするのが難しい スクリーニングしたい人だけを選ぶのが難しい 大部屋の中で患者をより分けることへの抵抗感から全員に渡しているが悩んでいる スクリーニング用紙をどの患者に渡すべきか分からない 対応できる患者の人数の見極めが病棟によって異なる	対象者の限定の難しさ	課題	
内科では、がん患者でない人とのスクリーニングの文言の区別をどうするのか難しい がん既往だが、別の疾患で入院してきた患者の、抽出とスクリーニングが分からない 限定していた科を広げて対象者が膨大な量になると、逆に対象を絞る必要がある	対象者の絞り込みが決まっていない		
対象外にする患者が定まっておらず、全体が同じようにスクリーニングできていない 過去にがんを罹患し今は定期検診の患者はみなくていいのか、現在がんの治療中である患者だけを対象としていいのか分からない	がん患者の診療の際のスクリーニングの範囲		
がん診療を受けている科以外の診療の際のスクリーニング 複数の診療科を受診すれば、スクリーニングを外来の何カ所でも、毎日聞かれるということが起きる 外来のスクリーニングがカルテで共有できない状態であり、どの診療科でするのが決められていない	スクリーニングを行うべきではない患者		
がん診療を受けている科以外の診療の際のスクリーニング 確定診断がついておらず不安な患者にスクリーニング用紙を渡すべきではない がん患者指導料1の患者にスクリーニング用紙を渡すべきではない がん患者指導料1の時にスクリーニングを行うべきではない	対象者を診療科・治療で限定する		
化学療法や疼痛緩和治療の患者、外科病棟に限定して実施している スクリーニングを行う診療科を絞る 外来化学療法室でキャッチできるので、まずは対象者を科などで絞っている 診療科を限定したスクリーニング 放射線治療、もしくは抗がん剤、ホルモン療法を含む人を対象に実施する 再発転移の患者が多そうな外来化学療法の患者に絞っている 皮下注射と内服以外の化学療法を受ける患者に絞り込む	対象者を対応できる範囲で限定する	解決策/対策	
経過を見て、看護師がケアできる範囲に限定した 苦痛症状を抱えている治療中の人で、対応できる範囲に絞って対象を決めた	患者全員へのスクリーニング		
初診の患者全員にスクリーニング用紙を配布している ある程度入院する患者には、がんの有無にかかわらず使用している 入院理由にかかわらず、がんの既往歴がある患者全員にスクリーニングを行っている	がんの既往歴のある患者全員へのスクリーニング		
がんと診断されている患者はすべてスクリーニングの対象である 腫瘍外来の患者に期間や治療の有無にかかわらず実施する 入院診療計画書に悪性腫瘍や、がんの病名が付いている患者全員を対象にする 既往歴にがんがある患者に、既往の中で困っていることはないか聞く			

表3 スクリーニング対象者の抽出（つづき）

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
患者選定のやり方は各部署に任せる 対象者の抽出は、科の取り決めにしてもらっている 治療センターは患者のリストを使い、前もって用紙を用意する 泌尿器外来は、ホルモン剤の内服や処方の有無で選定する 外科外来は治療予定や抗がん剤の内服の有無を前の日に調べる	各部署がやりやすい方法で選定する	解決策/ 対策	
カルテの情報からスクリーニングを行う患者を抽出している	カルテから対象者を抽出		
受付で診断名が分かるため、がん患者と特定できる 受付でがん患者と特定できるため、受付にてスクリーニング用紙を配布している	受付でのがん患者の特定		
非がんの患者も対象とすると、緩和ケアチームの負担になる	スクリーニング対象を拡大することへの葛藤		
早期がんなど、治癒が見込める患者には、いつどのように対応するのか どの時期もみんな困っているに決まっている どの患者さんにどの時期に渡すかということが特定できていない どの時期にスクリーニングを渡すのが一番有効か分からないため動きが取れていない	スクリーニングを行うタイミングが決まっていない	課題	
スクリーニング期間は、各科で決めてもらう	スクリーニング期間が決まっていない		
投与が続く化学療法の場合のスクリーニングの間隔に迷う スクリーニングの開始と終了をいつにするのか 状態が良くなり、書けるようになれば、書いてもらう いいたいことがあれば毎回でも書いてくれる 患者の側から記入する回数を申し出る	スクリーニングの間隔が決まっていない	解決策/ 対策	タイミング
セカンドラインに移行する、治療方法の変更などで入院して導入後の人を対象とし、外来移行後に初めて毎週実施する 外来の通院治療室で、2回目以降の患者さんたちに実施する リソースを利用したいと答えた患者にだけこちらからアクセスしている	患者の状態に合わせたスクリーニング		
実施頻度を決めて、やる人が迷わないようにする	実施頻度を決めておく		
入院時のがん患者には全部とる 初診の際にスクリーニングする 現場の看護師、医師、クラークに協力を依頼し患者を抽出している 外来担当者が必要だと判断した患者 主治医がスクリーニングが必要な患者かどうか判断する	医療者による抽出		
必要性が理解してもらえておらず、どういふうに進めるのか考えるときにひな型づくりに協力してくれる人がいない すぐのがんの患者だとわかるシステムがない 電子カルテ上の使いやすい位置に配置する必要がある カルテ上の操作が複雑 患者に対する外来のスクリーニングは、カルテを開いて確認ができない状態	スクリーニングの体制づくり カルテのシステム	課題	スクリーニング体制
プライバシーの問題や非がんの人たちへの対応が確立していない	スクリーニング後の対応		
初診でスクリーニング票を記載してもらい、看護師がチェックして問題があれば、医師に伝えてみてもらうようにしているが、実際はタイムリーにいかない	体制をつくっていてもタイムリーなスクリーニングができない	解決策/ 対策	
がん患者の抽出のために医師補（医療職以外）の力を借りる	がん患者の抽出には医療職以外の協力を得る		
がんの入院患者全員分のスクリーニング票の入力を習慣化している	がん患者全員のスクリーニング票入力習慣化		

表3 スクリーニング対象者の抽出（つづき）

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
受付で診断名が分かるため、その場でスクリーニング用紙を配布し、主治医が回収する	スクリーニング用紙の配布と回収	解決策/ 対策	スクリーニング体制
診察を行いがん患者を特定できる医師がスクリーニング用紙を渡す	タイムリーなスクリーニングのための工夫		
緩和ケアチームが、スクリーニング票を外来に回収に行き、次の外来か、入院のときにつなげる タイムリーな介入が必要な場合は医師には事後報告	簡略化したスクリーニングから拡大する		
スクリーニングは少ない項目で行い、外来看護師がその相談先の振り分けを行う まずは身体症状にのみ焦点を絞って周知していき、徐々に心理面のフォローも増やしていく			
現場の医療者がやりたいと思わないと広がらない 当たり前のことを聞いているのではという、医療者側の意識がある	対応する医療者のスクリーニングに対する意識	課題	医療者の理解
トップダウンによるがん拠点病院としての義務としてスタッフも理解している 師長やリンクナースに説明して、周知してもらっている	権力者からのスタッフへの周知	解決策/ 対策	
各科でスクリーニングを行ってもらい、慣れることでスクリーニングの良さを分かってもらう その場で対応してもらう 現場の意見に柔軟に対応しながらスクリーニングを行っている 各科でやりやすいように進めてもらう	各科の特徴を活かしたスクリーニングへの動機づけ		

外来化学療法室では（苦痛を）キャッチできることが多いので、外来や科で対象を絞っている。

放射線治療、もしくは抗がん剤、ホルモン療法を含む人を対象に実施する。

再発転移時の患者の苦痛が大きいといわれているので、患者が多そうな外来化学療法室の患者に絞っている。

《対象者を対応できる範囲で限定する》

経過をみていけて、看護師がケアできる範囲に限定した。

いろんな症状とかつらさを抱えている人が多い積極的治療をしている人で、私たちが対応できる範囲に絞って対象を決めた。

また、がん患者であることを確認する方法として、《カルテから対象者を抽出》と《受付でのがん患者の特定》が行われていた。

カルテの情報からスクリーニングを行う患者を抽出している。

受付の方には名前と診療名を伝えており、外来の看護師さんが事前を書いてくれ、電子カルテ来るともう見られる。

外来に関してはまだ外科しかやってないという現状だが、受付のほうでがん患者というのが確認できるので、がんの患者さんだけにスクリーニング用紙を渡し、

非がん患者さんから問い合わせがあれば説明して欲しいというふうに、フォローする患者さんにお渡ししている。

反対に、対象者を特定せず、《患者全員へのスクリーニング》《がんの既往歴のある患者全員へのスクリーニング》として、スコープを広くすることで対応している場合もあった。

初診の患者全員にスクリーニング用紙を配布している。

ある程度入院する患者には、がんの有無にかかわらず使用している。

がんと診断されている患者はすべてスクリーニングの対象である。

腫瘍外来の患者に期間や治療の有無にかかわらず実施する。

入院診療計画書に悪性腫瘍や、がんの病名がついている患者全員を対象にする。

がん登録と告知をした人はチェックを入れてスクリーニングを行う。

その他に《各部署がやりやすい方法で選定する》といった状況に応じた方法がとられていた。

対象者の抽出は、科の取り決めにしてもらっている。治療センターは患者のリストを使い、前もって用紙

を用意する。

泌尿器外来は、ホルモン剤の内服や処方の有無で選定する。

外科外来は治療予定や抗がん剤の内服の有無を前日に調べる。

2) 【タイミング】

【タイミング】は、《スクリーニングを行うタイミングが決まっていない》《スクリーニング期間が決まっていない》《スクリーニングの間隔が決まっていない》が課題となっていた。

《スクリーニングを行うタイミングが決まっていない》は、がん患者の治療経過において、どの時期にスクリーニングをすれば有効なのかと考え、有効な時期が見出せずにいた。

早期がんなど、治療が見込める患者には、いつどのように対応するのか。

どの時期もみんな困っているに決まっている。

どの患者さんにどの時期に渡すかということが特定できていない。

どの時期にスクリーニングを渡すのが一番有効か分からないため動きがとれていない。

《スクリーニング期間が決まっていない》では、スクリーニングの開始と終了が課題となっており、期間についても一律にすることは難しい現状があった。

スクリーニング期間は、各科で決めてもらう。

スクリーニングの開始と終了をいつにするのか。

《スクリーニングの間隔が決まっていない》

投与が続く化学療法の場合のスクリーニングの間隔に迷う。

以上に対して、対策として、《実施頻度を決めておく》《医療者による抽出》などの決まりをつくり、《イベントを機会にスクリーニングする》《患者の状態に合わせたスクリーニング》を行う工夫がなされていた。

《実施頻度を決めておく》

月に1回は目安でやるなど、やる人たちが迷わないように決めている。

《医療者による抽出》

がんが分かった患者は、医師の診察時にスクリーニングを行う。

現場の看護師、医師、クラークに協力を依頼し、患者を抽出している。

外来担当者が必要だと判断した患者。

主治医が、スクリーニングが必要な患者かどうか判断する。

《イベントを機会にスクリーニングする》

入院時がん患者には全部とる。

初診の際にスクリーニングする。

《患者の状態に合わせたスクリーニング》

状態が良くなり、書けるようになれば、書いてもらう。

患者の側から記入する回数を申し出る。

セカンドラインに移行する、治療方法の変更などで入院して導入後の人を対象とし、外来移行後に初めて毎週実施する。

外来の通院治療室で、2回目以降の患者さんたちに実施する。

リソースを利用したいと答えた患者にだけこちらからアクセスしている。

効果的なスクリーニングを行おうとすることによって、時期やタイミングなどが課題として挙がっていた。

がんが進行性の疾患であること、がん患者の治療期間が長いこと、治療により患者の状態が変化することなどから、スクリーニングの間隔、始まりと終わりなどが不明確であり、施設の基準づくりが困難になっていることが分かった。

3) 【スクリーニング体制】

【スクリーニング体制】では、《スクリーニングの体制づくり》《カルテのシステム》《スクリーニング後の対応》が課題として挙げられた。

《スクリーニングの体制づくり》

必要性が理解してもらえておらず、どういうふうに進めるのか考える時にひな型づくりに協力してくれる人がいない。

《体制をつくっていても、タイムリーなスクリーニングができない》

初診でスクリーニング票を記載してもらい、看護師がチェックして問題があれば、医師に伝えてみてもらうようにしているが、実際はタイムリーにいかない。

《カルテのシステム》

すぐがんの患者だと分かるシステムがない。

電子カルテ上のどこに置くか、見えづらい所に置い

てしまうと、まったくそのツールは使ってもらえない。
カルテ上の操作が複雑。

患者に対する外来のスクリーニングは、カルテを開いて確認ができない状態。

《スクリーニング後の対応》

プライバシーの問題や非がんの人たちへの対応が確立していない。

対策としては、《がん患者全員のスクリーニング票入力の実行化》《がん患者の抽出には医療職以外の協力を得る》《スクリーニング用紙の配布と回収》《タイムリーなスクリーニングのための工夫》《簡略化したスクリーニングから拡大する》がなされていた。

《がん患者全員のスクリーニング票入力の実行化》

がんの入院患者全員分のスクリーニング票の入力を習慣化している。

《がん患者の抽出には医療職以外の協力を得る》

がん患者の抽出のために医師補（医療職以外）の力を借りる。

《スクリーニング用紙の配布と回収》

受付で診断名が分かるため、その場でスクリーニング用紙を配布し、主治医が回収する。

診察を行い、がん患者を特定できる医師がスクリーニング用紙を渡す。

《タイムリーなスクリーニングのための工夫》

緩和ケアチームが、スクリーニング票を外来に回収に行き、次の外来か、入院の時につなげる。

タイムリーな介入が必要な場合は医師には事後報告する。

《簡略化したスクリーニングから拡大する》

スクリーニングは少ない項目で行い、外来看護師がその相談先の振り分けを行う。

まずは身体症状にのみ焦点を絞って周知していき、徐々に心理面のフォローも増やしていく。

がん患者を特定してスクリーニングするためには、体制づくりが必要である。しかし、その体制づくりさえ、施設内に協力者がいないといった課題も語られていた。スクリーニングを電子カルテと連動できていない施設もあった。スクリーニングを電子カルテと連動できていても、スクリーニングがパッとみて分からない場所にあたりすることが語られ、電子カルテ上でスクリーニング結果を共有するための工夫が必要であることが明らかになった。

またタイムリーなスクリーニング実施に当たって

は、主治医以外の緩和ケアチームや医師以外の医療者にある程度の判断をする権限が必要であると考えられた。

4) 【医療者の理解】

【医療者の理解】は、《対応する医療者のスクリーニングに対する意識》が課題であった。

《対応する医療者のスクリーニングに対する意識》

現場でやってくれる人が、やりたいと思わないと、結局、やらされている感があって広がっていかない。

当たり前のことを聞いているのではという、医療者側の意識がある。

対策としては、《権力者からのスタッフへの周知》《各科の特徴を活かしたスクリーニングへの動機づけ》《スクリーニング実施のための医療者へのフォローアップ》が行われていた。

《権力者からのスタッフへの周知》

トップダウンによるがん拠点病院としての義務としてスタッフも理解している。

師長やリンクナースに説明して、周知してもらっている。

《各科の特徴を活かしたスクリーニングへの動機づけ》

各科でスクリーニングを行ってもらい、慣れることでスクリーニングの良さを分かってもらう

その場で対応してもらおう。

現場の意見に柔軟に対応しながらスクリーニングを行っている。

各科でやりやすいように進めてもらう。

がん患者のスクリーニングを行うためには、まずがん患者を特定することが必要であり、そのためには、医療者の協力が不可欠であることから、医療者のスクリーニングに対する理解が課題としてあがり、その対策がとられていた。

スクリーニングが拠点病院の義務として行うべきものであることを医療者に理解してもらうことが重要であり、トップダウン、師長からといった権力者からの説明が用いられていた。しかし、やらされ感が生まれにくいような配慮も必要で、各科の特徴を活かした柔軟性のある方法をとってよいこと、各科のやりやすさを尊重するなど、できるだけ負担感を少なくする取り組みがあった。また、スクリーニングを習慣化すること、スクリーニングの良さを理解してもらうなどの取り組みがなされていた。

テーマ3：スクリーニング実施について病院の医師の理解を得られない

スクリーニングの実施と医師の理解は、表4に示す通り5つのカテゴリに集約され、課題は17個あった。このテーマではスクリーニング実施に対する医師の考えや緩和ケアに対する認識の違いから、医師にスクリーニングを実施してもらい困難さが挙げられている。また、スクリーニングを実施していくために、施設内で組織的に周知され、協力を得る働きかけが必要であるが、その困難さも挙げられた。スクリーニング実施に医師の理解は不可欠であり、その課題について述べる。

1) 【医師の負担】

【医師の負担】の課題は《仕事量の負担》《手間になる負担》が挙げられた。医師はスクリーニングをすることは自分たちの仕事量が増えるという考えであった。

外来に看護師がついてないので、医師が全部するしかなく仕事が増えるのが、一番問題で、スクリーニングできていない。

医師は外来でスクリーニングをすると、外来スタッフ（医師）の手が取られてしまうことを負担に思っている。

医師はスクリーニングすることは、自分の仕事が増えると思っている。（スクリーニングの実施によって）逆に、仕事は減る、患者の話を聞く時間も少なくなる可能性を理解してもらえない。

また、これまでの診療業務にスクリーニングが加わることで生じる課題も語られた。

本当に（スクリーニングに）関わっている時間がないとか、時間不足という理由でスクリーニングを行わない医師がいる。

スクリーニングを電子カルテの中に組み込んでもらっても、項目をわざわざ選んで、選ぶようなことは、医師は絶対しない。

医師は診療に緊張感もあるし、一生懸命になっていて、患者に（スクリーニング用紙を）渡すのを忘れる。

実際に、スクリーニングを始める時にはなるべく医師の負担を軽くする方法で考えるのがよいと捉えられていた。

医師は自分が何かしなければいけないという負担がかかるのは抵抗があるので、自分が関わらないところで進んでいて、さらにメリットがあればよいとなるので、最初はあまり医師に負担をかけないように始めたほうがいい。

医師の負担に対しての具体的な対策としては、スクリーニング実施には《対象患者のリストを利用する》や、スクリーニングは看護師で行い、《医師はスクリーニング結果に承認》する方法が挙げられた。

外来は患者数が多く、看護師がオピオイド調整や、状態が不安定な患者など継続して関わっている患者のリストがあり、その人たちにこれからやっていく。

看護師がスクリーニングをして引っかかった人たちについて、医師に引っかかりましたって伝えるようにすれば、（医師の）負担はなく医師も了解するので困っていない。

2) 【スクリーニングに対する医師のネガティブな意識】

【スクリーニングに対する医師のネガティブな意識】の課題には、まず、主治医は《自分の患者にスクリーニングは必要ない》《患者は時期的にスクリーニング対象でない》《スクリーニングは（患者にとって）デメリット》という考えがあることが語られた。

自分たちはうまく、痛みに対応しているから、スクリーニングでこのように出たとしても、そんなに患者さん困っていないんじゃないかなという意見がある。

自分で診たいと思っている医師にスクリーニングをする許可をとることができず、障害になっている。

目的がしっかり理解できていないので、早期がんは、ほぼ治るし、その人に（スクリーニング）が本当に必要かと言われ、すべてにスクリーニングが必要なのかと問題になる。

まだこれから治療を頑張っていこうと思っている段階の患者に、時期的に今、スクリーニング用紙を用いることに何の意味があるのかと思う先生もいる。

主治医は症状緩和に困ったら、どっかに相談、コンサルテーションするっていう考えがあり、スクリーニングをして、早期からの緩和ケアという考えが浸透しない。

まだこれから治療を頑張っていこうと思っている段階の患者に、いろんなつらさ、身体症状の項目でもしかしたらこの先、そういう症状が自分に降りかかってくるのかもしれないという不安を与えてしまうんじゃない

表4 スクリーニングの実施と医師の理解

コード	サブカテゴリ		カテゴリ	
外来診察で医師が全部することになる スクリーニングのために手を取られる負担がある 医師はスクリーニングをすれば患者の話を書く仕事が増えると思っている	仕事量の負担	課題	医師の負担	
時間不足で面倒でできない 電子カルテに入力を組み込んで面倒でない 診察時に用紙を渡す手間がある	手間になる負担			
医師に負担をかけないかたちで始める スクリーニング対象患者をリストアップを利用する 看護師がスクリーニング行い結果を医師に伝えれば負担はない	医師の負担にならない方法を考える 対象患者のリストを利用する 医師はスクリーニング結果に承認する方法	対策		
医師は痛みの対応はできているし、患者は困っていないという考えがある 医師は最期まで診るのでスクリーニングは必要ないという考え 早期がん患者にスクリーニングは必要でないという考え 患者はスクリーニングを用いる時期でないという考え 困ってからの対処でよいという考え	(主治医は) 自分の患者にスクリーニングは必要ない 患者は時期的にスクリーニング対象ではない	課題		スクリーニングに対する医師のネガティブな意識
スクリーニングは患者に不安を与えかねないという考え スクリーニングに関する疑問がある	スクリーニングはデメリット			
加算が付かないのでしない 加算につながる方が優先順位が高い スクリーニングは医師の得にはならない	メリットがないという考え			
スクリーニングは医師の負担軽減になるというメリットを伝える スクリーニングのメリットと目的を共有する スクリーニングの実際、成果を報告、フィードバックする スクリーニングの対策・結果を具体的に紹介する	スクリーニングのメリットを伝える 実際のスクリーニングの成果を伝える	対策		
結果を元に勉強会をする スクリーニングの結果から問題共有のアプローチにする 実施率を伝える	結果を元に勉強会をする スクリーニングの結果から緩和ケアの現状を伝える			
緩和に関することは緩和ケアチームに丸投げされる 緩和ケアチームがすればいいという認識 緩和ケアに無関心で説明すら聞かない 勉強会に出席しない 本気でない 結果を可視化しても見ないし、見ても関心を示さない	緩和ケアチームへの依存 緩和ケアに対する関心のなさ		課題	
主治医との緩和ケアに対する認識のズレからスクリーニングの目的が理解されない 緩和ケアに対する考えの違い	緩和ケアに対する認識のズレ			
医師に、緩和ケアの働きや頑張りをさまざまな場面で知ってもらう 医師と緩和ケアに関する悩みを共有し、そこでスクリーニングについても話す 理解してくれる医師をつくる 医師から医師へメリットが伝わるようにコアとなる医師を教育する がん患者にかかわらず、全患者に使えるように幅広く活用する まず、スクリーニングを現場で活用しやすい方法で使ってもらおう	普段から緩和ケアが関わる場面を共有し、理解と信頼を得る コアとなる医師を得てそこから広げる 幅広く活用し使いやすい方法で使ってもらおう	対策		
トップダウンで広報したが十分でない トップの理解がなく効果的な広報にならない。並列で広報すると不満を言われることになる トップは必要だと知っていても丸投げして、なぜできないという	上層部に理解がない	課題	医師への周知	

表4 スクリーニングの実施と医師の理解（つづき）

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
トップは医師から協力が得られない状況を改善しようとしな	(つづき)		課題
委員会自体に広報力がなく活動が周知されない	広報力がない		
業務上、広報している時間がない			
ワーキンググループがない			
医師も入っている委員会がない	広報する、機会・場の不足		
緩和ケアチームの少人数でしている			
各科の中での情報伝達が悪く、部長から医師に伝わらない	医師間の情報伝達が悪い		
トップの人事異動で周知は行き渡らず、興味も続かない	協力者が固定しない		
協力的な医師が定着しない			
病院幹部を巻き込んだ場から理解を得て、周知の流れをつくる	施設の上層部の理解を得る		
病院幹部に理解を得て問題の解決策も考えてもらう			
病院幹部が拠点病院だからしなければならぬと知ってもらうこと			
トップダウンで周知する			
上からせざるをえない状況をつくって始めていけば次第に必要性を意識する			
トップダウンでまず開始すれば、やりながら必要性を実感し活用される			
病院委員会の協力	トップダウンで指示してもらう		
拠点病院委員会で院長から診療部長に命令する			
カンサーボードで院長が呼びかけた			
教授会の了解で全医局、全病棟で受け持ちの仕事と分かってもらった			
医師の部長会、医長会議でトップダウンで伝える			対策
がん患者だけでなく、病院全体の取り組みとアピールした	病院全体の取り組みというアピール		
全職員が知ることが必要			
病院全体での理解と働きかけ			
緩和ケア加算を取るために取り組んだことがよい評価を受け認知され、広がった			
加算を取るためにスクリーニングが必要であることと、流れを各診療科に伝えた	拠点病院として必要な要件であると伝える		
拠点病院であり、スクリーニングをすることは指定要件であると知ってもらう			
PEACEの研修で呼びかける	医師の研修で呼びかける		
緩和ケアの研修で周知させる			
施設内で、広報する組織や各部署にアドバイザーを置きフォローの体制をつくる	スクリーニングを広めるワーキングをつくる		
スクリーニングのためのチームやワーキングがある			課題
緩和ケアの医師にリーダーシップがない	医師の中にリーダーがない		
医師と看護師との関係性の問題	主治医との関係性の問題		
主治医は他科の医師の介入に抵抗がある			
緩和ケアチームの少人数でしている			
チーム・ワーキングがなく1人で対応	限られたメンバーで実施		
医師と連携できる場の不足			
看護師はスクリーニング結果で医師にアプローチをする	看護師はスクリーニング結果から医師にアプローチする		
結果を医師と共有する流をつくる			
結果は実際に面と向かったコミュニケーションで伝える			
主治医と緩和科で連携しよい対処、よりフォローをしてもえたと実感してもらい、次につなげる			
主治医と認定看護師が困った場面で共有し、成功体験をして理解を得る	日頃、主治医巻き込み、成功体験を共有していく		
成功体験を積み重ねる			

表4 スクリーニングの実施と医師の理解（つづき）

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
ディスカッションしながら協力を求める 話し合いの中でよい評価は伝える	医師とのディスカッションの 機会をもつ		
リンクナースが中心になって働きかける 看護師主導のために、看護部長、看護部の理解を得る 病棟看護師から医師に声かける 看護部の声かけで全部署に広める	看護師が中心となり広める	対策	多職種連携
心理士・ソーシャルワーカーの介入 薬剤師の介入	各専門家が主導して医師を巻き込む		

ないかという心配がある。

継続的にスクリーニングをやろうとするところに、患者自身から本当に意味あるのかという声が聞かれ、医師はそんな疑問の声にスクリーニングの優先度が下がる。

また、スクリーニングは、診療加算がないことや、医師自身、診療科への《メリットがないという考え》があり、問題になることが挙げられていた。

スクリーニングに加算がなく、お金にもならない要件なので、しなくちゃいけないとかがない。

他にはやっぱり加算につながる褥瘡とか、栄養、SGAとか、あとは転倒とかいろいろ、そっちのほうがかつ重要視されていく。

医師はスクリーニングをやることで自分にもいいことがあると思ってる医師は少ないんだと思う。

これらの**対策**として《スクリーニングのメリットを伝える》ことや、《実際のスクリーニングの成果を伝える》ことが必要との意見が出されていた。

スクリーニングをすることで、主治医の先生の負担が減るような何かの提示ができたなら、喜んで協力してくれるのではないか。

主科の先生が、スクリーニングというものをまず知らないのではないかと。知ってもらい、かつスクリーニングをすることでメリットとして先生の仕事が減るといことを伝え、もちろんそれは患者のためになるのだと最初に共有することが、システムづくりの第一歩になる。

スクリーニングをして、患者さんの生活が困っているからソーシャルワーカーにつないで、早期に退院できるようにになりましたよって、うまくいったことを、意識して、先生や病棟看護師に、報告して、意味があることだとフィードバックしている。

がん種によって違うっていうのが見えてきてるので、違いを加味して、具体的に、スクリーニングで拾い上げられることを紹介したり、その対応策を紹介をすることによって、受け入れ方が変わってくる。

また、スクリーニングについて誤った知識を修正するために、《結果を元に勉強会をする》ことや、スクリーニングの結果から自施設での症状緩和や緩和ケアの現状、スクリーニングの意義を伝えるといった対策が講じられていた。

医療者向けに緩和ケアチームが主催して、スクリーニングを実際にやった結果を踏まえて、スクリーニングはこういうものだと理解を深める勉強会をしようと計画した。

スクリーニングをやってきて、患者さんが言ってるほどの日常生活のメリットはうちの病院でやってる疼痛コントロールにはないというデータをずっと把握しており、そういうスクリーニング結果を可視化することで、うちの病院の問題が伝われば、看護部や医師へのアプローチとしても有効。

がんの患者が多い科で、ドクター別にスクリーニングの実施率を出してフィードバックをし始めた。

3) 【医師の緩和ケアに対する認識】

【医師の緩和ケアに対する認識】の課題では、《緩和ケアチームへの依存》《緩和ケアへの関心のなさ》など、医師はがん治療に興味があり、緩和ケアに関することになると、自分たちが関係することでないというような状況であることが挙げられた。

緩和に関することになると、えっ、そんなやらないな話をされたり、医局会でスクリーニングをどうするかとかになれば、緩和ケアチームに対応は任されている。

拠点（病院）の要件でスクリーニングすることは、

分かってはいるけど、緩和（ケアチーム）でやっていけばいいと思っていて、スクリーニングの目的が見えてない。

医局会で病院幹部から説明とかしてもらったりもしたが、自信なく説明するので自分が説明したほうがいいと思ったが、そうなるも誰も関心がなく聞いてくれない。

勉強会やらなきゃいけないっていても、関心がなくてなかなか出席してくれない。

通信をつくって痛みがどのくらい減ったとか、データを可視化するが、興味がなくてみんな見てない。

患者に症状のつらさがあることを分かってもらうためにスクリーニングの結果を、主治医に電子カルテのメール機能を使って送ったが、メールが、いっぱいになると消されて終わり、中身を見ないし、直接サインをしてもらうことにしたが、サインするだけになっている。

医師のスクリーニングに関する理解は低く、院内でやっていることを知らないし、看護師がやってくれるスクリーニングの用紙をカルテに入れるが見ているかどうか分からないほどである。

さらには、医師に《緩和ケアに対する認識のずれ》があると語られた。

医師は「この人、緩和ケアの対象じゃないんだから、そんなことしてくれるな」と言われ、「緩和ケアチームで診たいからこれ（スクリーニングをしている）のではない」ということも、伝わりにくい。

医師の緩和に対して早期から提供するものとの考えをもって人は、まだほんの一部。緩和というのはターミナルとしか思っていない。

対策としては《普段から（医師と）緩和ケアが関わる場面を共有し、理解と信頼を得る》《コアとなる医師を得てそこから広げる》など、事例を通して緩和ケアの実践を伝えていくことが必要であり、実践がなされていた。

先生とうまくやっていくには、リンパ浮腫の患者ケアとか、別のルートでもコンタクトをとるようにし、（緩和ケアは）患者さんのことで一生懸命やっているっていうふうになれば、そこからも入っていける（理解を得られる）ようになる。

告知の場面など先生もすぐくつらいついてというような話を聞きながら、生活のしやすさの話をしたり、先生が悩んでいるので、一緒に悩んでいきましょうという

ふうに出すのも必要。

各診療科の先生たちがこれを理解するっていうのは、難しいと思っていて、がん関連の緩和ケアチームのドクターと、検討委員のドクターが理解してくれているっていうところから。

また、スクリーニングを《幅広く活用し使いやすくする》など、現場でスクリーニングを多機能に使う、使い方にかかわらず、使いやすさを伝えるといった方法も挙げた。

退院支援やると加算になるので、完全にセットでカンファレンスと一緒にスクリーニングもしている。疾患も問わず、退院支援と症状スクリーニング、生活のしやすさをまとめている。非がん患者も含めて全員に、退院支援とアセスメント、総合機能評価を行う。

主治医とプライマリーのチームの方々が自由に活用していいツールという形をお願いして、窮屈にならずに使ってもらうことが大事で、決まり事をつくりすぎないようにしている。

4) 【医師への周知】

【医師への周知】の課題に対しては、スクリーニングは、がん拠点病院としての取り組みであり、トップダウンで情報伝達を行っているが、《上層部に理解がない》ことが課題となっていた。

医局会でこういうことを、拠点病院の事業としてやらなければいけないとトップダウンのような、広報はしたが、やっぱりそれでは十分じゃない。

医局会で病院幹部から説明してもらったが、自信なく説明するので自分が説明したほうがいいと思ったが、そうなるも誰も聞いてくれない。不満ばかり言われる。

トップは（スクリーニングが）要件だっていうことはご存じだが緩和ケアチームに一任で、なんでできていないのかと、結果報告だけは言われるという状況。

医師からの協力が得られないうえに、担当委員長から医師も協力してやっていきましょうよというような声かけもない。

次にスクリーニングの《広報力がない》という課題があった。限られたメンバーで広報をするが、影響力が発揮できないことや、《広報する機会・場の不足》など、十分に広報する場を得ることができないといった状況が語られた。

緩和ケア委員会が、たとえば医局側と看護部側に働

きかけているが、(緩和ケア委員会に) どれぐらいの力があるかとかが影響していて、やっぱり(広報力が) なさすぎて、いくらいいことを言ってもつぶれていて広がらない。

いろいろなところに根回ししなきゃいけないんですけど、その根回しをやって言われると、すごい大変なんですね。そここのところで協力してくれないので、いろんな部署に行って頭を下げてやらなきゃいけないところが、なかなか今の業務の状況では難しい。

ワーキングチームがないので、広報に限界があって。お願いには行くが、行き着くにはもうちょっと時間かかるというような限界がある状況。

施設にチームやグループがなく、1人でいろんなところに相談に行く、相談者も協力者も少なく1人で対応しているので広がらない。

医師が入ったような大きな委員会でディスカッションする場がなく、広がらない。

ワーキンググループでも緩和ケアチームのメンバーしかスクリーニングの実働はできず、3人ぐらいでコツコツとやっているだけ。

また、《医師間の情報伝達が悪い》《協力者が固定しない》といった、科単位での情報伝達が行き届かず、現場の医師が知らないことや協力的な医師の勤務異動で継続が困難なことが語られた。

病院長とか科の部長、看護部が、変わるのでも、伝えでも、変わればまたゼロになり、医師があまり興味をもたない。

理解してもらっていた医師もすぐに異動で変わるのでも広まらない。

対策は、やはり《施設の上層部の理解を得る》《トップダウンで指示してもらおう》《病院全体からの取り組みというアピール》《拠点病院として必要な要件であると伝える》といった組織的な取り組みは必要であり、指示命令システムを明確にする方法が挙げられていた。

緩和の部会に院長が入ることになっているので、そこで、「こういうことをやります」って言えば院長もそこでOK出せば、あと、病院のその会議に出して、OKが出る感じになっている。だから、そういうところも偉い人を巻き込むとかってものの、やっぱり大事。看護師もそうなんですけど、そこ(トップ)に理解が得られないと一生懸命やっているのにトップが「駄目」って言うと全然進まない病院もいっぱいある。(病

院の医師の理解を得る) 解決策は、病院幹部を巻き込むこと。

時間、人員のあたりで解決策っていうのは、病院幹部に分かってもらって、そこをやらなくちゃいけないけど、どうしたらいいんだって考えてもらう。解決策でも何でもないんですけど。何でもないけど、それは必要。

専従の看護師が積極的に上層部に働きかけてがんの拠点病院を今取っているから、こういうことを地域を中心としてやっていかないといけないんだっていうことを知ってもらうことがすごく大事。

人員、時間については、上からやらなきゃいけないものということで、動いている。

最初に上からやらざるをえない状況が作られれば、やっていく中でこれは必要という意識をもちながら取り組んでいるから問題となっていない。

トップダウンでやる中で、やっている人たちが徐々にこれは必要であるという実感をもつことで、システムとして活用される。

担当委員長から、医師の協力をお願いする声かけをしてもらっている。

トップダウン式にして、委員会で各科の診療部長が、必ず入る委員会で、院長命令で始まりますっていうふうになっている。

院長のほうから、カンサーボードで、スクリーニングのカンサーボードをして、そこでもう1回、周知する呼びかけをして、この施設では、やらなきゃいけないんだという意識づけをしてもらう。

教授会でOKをもらって全医局に説明しに行った。スクリーニングは病棟の仕事であって病棟のそれぞれのプライマリーの仕事であると分かってもらわないと、いつまでも進まない。

医師には緩和ケアチームの医師から、医師も部長会議、医長会議があって、トップの人たちにまず伝えてもらって、上の人たちから下の人たちに伝えてもらう。

(緩和ケアに関すること)そこをうまく会議に上げていって、医師の協力を得るためにも、医局会を使ったり、幹部会でこういうことが拠点病院としては必要なもので、がんに関わる人たちだけじゃなくて、病院全体で取り組んでいかないといけないんだっていうことをアピールしていくこと。

院内、おもには医師、看護師、クラークさんも、全職員がこれを知っておかないと、なんか動いていかないと思う。

みんな一生懸命、コツコツ仕事やってもらっている

んだけれども、なかなか病院全体に分かってもらえないっていうのが、そういう組織的な働きかけっていうのがすごく大事。

(拠点病院としての)加算を取るために、がん患者が多いところからスクリーニングを始めて、がん緩和外来で(スクリーニングすることで)すごい助かっているという評価になって、STAS-Jとかも得点化することも必要だと認知してもらったら、そこから、やりましようみたいな流れになった。

とにかく拠点病院の要件だから、これをやらないともう減算になってしまうと言ったり、こういうことが始まるので、初診でこの紙を患者さんが持ってきますから、よく目を通してくださいというような。それでこういうリソースが動き出しますので、これをやらないと駄目ですし、これはまた加算につながっていくことなのでっていうふうなことを、各診療科に言ってきた。

拠点病院であることから周知して、指定要件なんだっていうことをとにかくやっぱりアピールをしていくっていうことはすごく大事。

その他の対策としては、《医師の研修で呼びかける》《スクリーニングを広めるワーキングをつくる》といった、現場で個別的な働きかけも必要であり実践されていた。

スクリーニングの実施をPEACEの研修で、医師には紹介して、参加者全員に呼びかけている。

緩和ケア研修直後は急に依頼が増えるので、教育の場で周知させるのは1つの効果はある。

病院全体に広めるために、組織化して、各病棟にアドバイザーの看護師・医師に相談したり、意見をもらって、反映させる。このようなワーキンググループで全体的にやらなくてはという雰囲気になってきている。

スクリーニングをするに当たって、施設のチームだったり、ワーキンググループがある。

5) 【多職種連携】

【多職種連携】の課題は、《医師の中にリーダーがない》《主治医との関係性の問題》《限られたメンバーで実施》であった。

医師は医師に伝えれば効果的と思うが、担当の先生自体が、人ごとにしていて、医局で周知するように言ってくれるが、みんなで考えてやろうというリーダーシップがない。

医師によって、ちょっと怖くて(看護師はスクリー

ニングの依頼が)言いにくいとか、そういうのが問題。

スクリーニングの結果で患者さんが緩和ケアチーム希望となっても、主治医が緩和ケアチームに依頼をかけるのを拒む場合がある。その理由は他科の医師の関与を拒んでいるから。

ワーキンググループでも緩和ケアチームのメンバーしかスクリーニングできず、3人ぐらいでコツコツとやっている程度。

施設にチームやグループがなく、1人でいろんなところに相談に行く、相談者も協力者も少なく1人で対応している限界がある。

医師が入ったような大きな委員会でディスカッションする場がなく、看護師だけでしている。

対策は、現場における、医師への働きかけとして、《看護師はスクリーニング結果から医師にアプローチする》《日頃から主治医を巻き込み、成功体験を共有する》《医師とのディスカッションの機会をもつ》といった方法が挙げられた。

看護師からまた主治医の先生とかにそこからスクリーニングしただけではなく、アプローチしてもらう。

看護部の中だけでスクリーニングの結果を公表していたが、病棟師長に返して、病棟医長とちゃんと連携していくというような流れをとった。まだ、うまくいくかの結果は分かっていないが、取り組んでいる。

(医師に)分かってもらうために、スクリーニングが陽性の患者を電子カルテのメール機能を使って、患者さん、陽性ですとか、痛みがこうです、気持ちがつらいですっていうのを、主治医の先生に送っていたが、メールが、いっぱい来るととりあえず消して終わり、中身を見てくれないことが分かり、それで、サインしてもらうことにした。

次につながる関係性が大事で、医師はスクリーニングを意識してないと思う。自分たちが困った時に緩和チームでよい方法を出してくれる、フォローしてくれるといった手応えがあることが大事。

認定看護師が意思決定や、患者さんの気持ちをくみ上げること、診療でちょっとトラブルがあった時など認定看護師が入り、先生との関係もよくなったとか、成功体験を共有していきながら医師の理解を得ていく。

医師との関わりを埋めるために、成功体験とか、先生との協働っていうのは、すごく大事だと思って、積み重ねるように努力している。

チームの先生にスクリーニングの流れを説明し、看

看護師からの報告を共有してほしいと医師のカンファレンスに出向いて意見を聞き、協力を得た。

先生へのアプローチの方法としては、まず病棟全体で話し合っ、て、医師とディスカッションをしたこと。

できたら肯定的にフィードバックする、先生これは大変でしたねっていうふうに話をする。

また、直接、医師に働きかけるだけではなく、医師と協働する職種（看護師・薬剤師など）から主導して、《看護師が中心となり広める》《各専門家が主導していく》などの方法で、医師を巻き込む対策も挙げた。

看護部の緩和ケア検討委員会の目標を、生活のしやすさに関する質問票の活用にして、各種小集団グループに分けて、どうすればいいか、リンクナースが中心になり、各病棟に働きかける。

主治医がスクリーニングを使うことに積極的になるか、消極的になるかさまざまであるので、それを現場のリンクナースが中心に分析をして対策を考えたほうがよい。

看護部長がどれだけ力をもっていらっしゃるかっていうのはあるかもしれませんが、看護部全体がそれについて同調してやっていくかが鍵になる。

病棟の看護師を巻き込むのが、結構大事で、病棟看護師が主治医に声をかけると医師も目を向けるというところがある。

医師が心から大事だよねと言っているわけではないんですけど、最初はやっぱり看護部から働きかけて、やらなきゃいけないですって。より協力的そうな部署を1つから始めて、それで来月はもう全部署でやりますからねって。

医師からのシグナルがなくても、スタッズのほうで心理面とか社会面とかの項目がついている時には、心理士が動いたり、ソーシャルワーカーが動いたりっていった個別的な動きをしてもらって始めている。

薬剤師は薬のプロなので、私たちがいくら伝えようとしても通じなくても、薬剤師から言ってもらおうと、そこで先生が動いてくれるようになる。

疼痛のスクリーニングで引かかった人は、お薬渡しので、薬剤指導の形で、薬剤師さんの協力を得ることから始めている。

テーマ4：どのスクリーニングを使うのが良いかわからない（使用しているアセスメントツールのメリット・デメリット）

どのスクリーニングを使うのがよいか分からないというテーマについて、表5aに示す通り3つのカテゴリに集約され、課題は17個あった。

このテーマでは使用しているアセスメントツールのメリット・デメリットについても話されているため、まず始めに、それぞれがどのようなアセスメントツールを用いているのかと、そのメリット・デメリットとして挙げられた内容を述べる。アセスメントツールは「医療者評価」「自己評価」「医療者および自己評価」の3つの様式に分類された（表5b）。使用しているアセスメントツール〈 〉およびアセスメント方法〈 〉ごとに、その概要《 》とメリット・デメリット《 》を述べる。次に本テーマの課題について、カテゴリ【 】ごとに課題と対策《 》を述べる。

A. 使用しているアセスメントツールのメリット・デメリット

1) 「医療者評価」

「医療者評価」では、アセスメントツールとして、〈STAS-J 改編〉し、《STAS-Jから必要な項目を使用する》という方法で作成したものを使用していた。

STAS-Jの9項目を使用している。

STAS-Jの11項目を5つにして、疼痛、嘔気・嘔吐、呼吸困難、不安、不眠、その他にして、がん患者さんが一番症状が大きいものだけまずピックアップし、精神的な不安、社会的な背景で問題があるかどうかのチェックを入れて1枚にして開始した。

〈STAS-J 改編〉のメリットでは、《自己記入できない患者にも対応できる》《スクリーニングを意識させずに評価できる》や、《医療者の負担が少ない》が挙げられた。

STAS-Jでは医療者が困ることは絶対ないと思う。STASは自記式ではないため、少なくとも患者さんが話せなかったり認知症であっても分からないことは多分ないと思う。

表 5a どのスクリーニングを使うか

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
NRS は患者にとっても難しく、医療者にとっても説明が難しい 評価尺度を 0, 1, 2 としたが、患者は評価しづらい	苦痛の程度を数字で評価するのが難しい		課題
アセスメントシートの 5 段階評価と病棟で使用する NRS の 10 段階評価で異なるために患者が混乱する	評価尺度が異なることによる患者の混乱		
患者によっては NRS を十分に理解できる	評価のしやすさは患者により異なる		
VRS と NRS を両方取るようにする	VAS と NRS の両方を用いる		対策
NRS では表現できない患者は看護師がコメントで「表現ができない」と記載する スクリーニング用紙に記載困難・理由という欄も作る	評価できないことを明記する		
NRS では表現できない患者の評価を看護師と緩和ケアチームが一緒に行う	看護師と緩和ケアチームが評価する		
化学療法の患者は記載するものが多く、スクリーニングの負担が大きい スクリーニングを書くのが面倒な患者が多い スクリーニング項目が多いと、説明に時間がかかることもあり、患者への負担が大きい	スクリーニングによる患者の負担		課題
外来での簡便なアセスメントシートの必要性	外来でスクリーニングを簡便に行う必要性		
スクリーニングが短時間でできることでスタッフの受け入れがよい スクリーニングの負担と質を両立させるためには時間を要さないことが大切である 患者にもスタッフにも短時間でできて、簡便ということが必要 スタッフは STAS-J のほうが大変で、スクリーニングは短時間でできると評価している	短時間で評価できる		回答のしやすさと精度の維持
患者も分かりやすく簡単で、医療者も評価しやすいように質問票を工夫する 見やすさに配慮して作成し、ある程度記入されている	患者が見やすく、分かりやすい評価ツールである		
簡便さを重視する 化学療法室は簡便にしたものを使う	簡便にする		
項目を絞って問題となる症状だけを記載する 項目が多くない	項目を絞る		
家族のことが心配と記載する人が多く、「家族の問題」をチェックする欄を設けた 「家族の問題」と「経済の問題」をチェック欄に加えた 経済的な不安についての相談希望はチェックする チェックですべてが分かるようにして、簡単に回答できるようにした チェック方式が書きやすく、聞き取りやすい	チェック方式		
医療制度や経済的なことで知りたいことはあるかというチェック欄から、ソーシャルワーカーにつながった事例が多い	経済的なことについてのチェック欄は有効		
前回と変わりなしという項目をつけたが、前回データが拾えないので困る ありなしで聞くと、ありと答えた理由を聞き取ることに時間がかかる 項目を絞りすぎると意図が伝わりづらく、患者が書きにくい	記載を少なくとも患者の意図をくみ取る難しさ		
患者の負担を考えてスクリーニング項目を減らしたいが、スクリーニング効果が挙がるのかは分からない 同意書を付けると用紙が増えるので質問票を簡便にしたが、寒暖計が 1 つになるので悩む	項目を減らしても精度を維持する難しさ		

表 5a どのスクリーニングを使うか（つづき）

コード	サブカテゴリ		カテゴリ	
つらさの寒暖計と NRS だけでは、まだ何も症状が出ていない患者はスクリーニングに引っかからないこともある がん診断時にスクリーニングすると、症状が出ていないため患者にとって必要性が分からない	症状の出ている患者の苦痛を引き出す難しさ	課題	回答のしやすさと精度の維持	
この項目があれば全て網羅できるというものでもない	アセスメントシートですべてを網羅しようとしな	対策		
スクリーニングは簡便にして、介入時に詳細を拾い上げる スタッフは患者の苦痛を聞き取れるのでスクリーニング項目は少なくてもよい	聞き取りで苦痛を把握する			
既存の質問票を用いて少ない項目の中でとりあえず聞いていき、そこから話を聞いていくうちに患者の問題や希望が出てくる 「症状があるが大丈夫」「症状があって対応してほしい」「症状がない」の3段階評価にした 「対応してほしい」「症状はあるけど今のままでいい」「すぐ何とかしてほしい」から選ぶようにしてもらった	患者の対応希望を明確にする			
がん専門病院ではない施設で緩和ケアという言葉が入った文章を患者に見せることが問題となった 緩和ケアに対して患者・主治医ともにハードルが高く、介入を希望しにくい 緩和ケアや精神の専門家は患者が希望しにくい	緩和ケアという言葉に対する抵抗	課題		
ソーシャルサポートな患者が依頼しやすいところから相談希望を聞く	患者が希望しやすい専門家の項目を増やす	対策		
患者も質問する人もシートを見ながら、院内で活用できるサポートが分かるように窓口の一覧を渡したうえで困りごとを書いてもらう スクリーニングのツールに頼りすぎず、相談窓口の情報発信ツールとしても考える	アセスメントシートを通した相談窓口の情報提供			
がん患者以外にも聞ける内容にして入院時データベースに「つらい症状に関する質問票」を入れて全員の患者に聞く	がん患者以外にも聞ける内容にする			
患者は医師の前では本音が言えない 外来では書くための時間も、プライバシーを確保して書ける場所もない プライバシーが保てる場所ではなければつらさは語れない	患者の本音を引き出す難しさ プライバシーが確保されていない	課題		
看護師がプライバシーを保てる場所で介入する 退院時に質問票を持ち帰ってもらい、外来時に回収する	プライバシーが保てる場所で介入する 退院時に渡して外来時に回収する	対策		
外来通院の度に毎回書くので、患者の記載時間と負担は大きくない 本当に時間がかかっていたのは初めだけ	患者が記載に慣れると時間や負担がかからない	現状		
週1回評価するので、プライマリーナースができない場合があり、前回は倅う評価になってしまう	前回値に左右される	課題		
iPad の入力になってから、前の看護師の評価値がそのまま続いて入力されることがなくなった	IT 機器導入による前回値に左右されない評価	対策		
病棟と外来を統一したアセスメントシートでスクリーニングしたい 病棟と外来で統一するためには、簡便にする必要がある 初回スクリーニングに用いるツールはどの患者でも用いられるものに統一したい	アセスメントシートの統一に対する希望	課題		アセスメントシートの統一
患者の治療法に合わせて複数の質問票を作るのは医療者の負担が大きい 入院と外来で異なるアセスメントシート使うことによる医療者の負担 外来で科により異なるアセスメントシートを使うことによる医療者の負担	複数のアセスメントシートを使用する医療者の負担			

表 5a どのスクリーニングを使うか（つづき）

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
化学療法の副作用の具体的な項目を入れると化学療法をしていない患者は使いづらい	汎用性のあるアセスメントシートを作る難しさ	課題	アセスメントシートの統一
病棟と外来を統一したアセスメントシートにすることで患者の混乱を避ける	患者の混乱を避ける	アセスメントシートを統一するメリット	
病棟と外来で統一することにより患者の変化が追える	患者の変化が追える		
アセスメントシートが統一されていたほうが集計時にデータを正確に拾いやすい	医療者が集計時に評価しやすい	対策	
集計後の評価のしやすさを考慮すると、項目が少ないほうがやりやすい			
がん患者指導管理料2と合わせて実施するために STAS-J を選定した	算定と重複させる	対策	
外来患者は緩和ケア外来のみが生活のしやすさで、それ以外は算定をとることもあり STAS-J を導入している			
スクリーニングの評価項目は入院時に看護師が評価している内容と重複している	アナムネ内容と重複させる		
自記式か、客観的評価指標かどちらがよいかの判断が難しい	自己評価か他者評価のいずれを使うかの判断が難しい	課題	アセスメントシートの検討
自分たちが作ったアセスメントツールを評価する指標がない	アセスメントシートを評価する指標がない	対策	
うまくいっている施設のやり方をまねる	先駆的施設のやり方をまねる		
県内の緩和ケア部会、緩和ケア看護部会でシートを持ち寄って検討する	県内の緩和ケア部会でシートを持ち寄って検討する		
スタッフに調査してスクリーニング項目を改編した	調査によるスクリーニング項目の決定		
項目を病棟と外来で決め、項目を少なく絞り、オリジナルの問診票を作った	外来と病棟スタッフが項目を決める		
学会から提案があれば望ましい	学会から提案する		

表 5b どのスクリーニングを使うか—アセスメントツールのメリットデメリット

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
STAS-J の 9 項目を使用している	STAS-J から必要な項目を使用する	〈STAS-J 改編〉	医療者評価
STAS-J の項目を 5 つと精神的な不安、社会的問題の有無のチェックを足して 1 枚にした			
STAS-J は認知症や、話ができない患者でも対応できる	自己記入ができない患者にも対応できる	〈STAS-J 改編〉 メリット	
医療者が評価すると患者はスクリーニングされている意識がない	スクリーニングを意識させずに評価できる		
継続で評価する場合は、看護師がラウンド時に評価できるので、記入に 5 分もかからない	医療者の負担が少ない	〈STAS-J 改編〉 デメリット	
がん患者の割合が 3 割で労力をかけられないので、項目を絞り、医療者評価にすると決めた			
医療者評価にすると評価者が医師か看護師かにより評価が異なるため、評価基準の統一が課題になる	評価基準を統一するのが難しい	〈STAS-J 改編〉 デメリット	
STAS-J の評価は患者のつらさと合致しない可能性がある	客観的評価で患者のつらさを評価する限界		
患者の評価でない、記述式でない点が課題である		〈自己記入式〉メリット	
問診の記載内容と乖離しないように自記式にした	問診の記載内容と乖離しない	〈医療者聞き取り式〉 デメリット	自己評価
まず医療者が用紙を持って行って苦痛を聞き取り、さらに該当者に自記式で記載してもらう	医療者が苦痛を聞き取る		
つらさがあり緩和ケアを希望する人に、身体や心のつらさの 10 段階評価とどのようなつらさを質問する	聞き取りに時間を要する		
看護師が付くと時間が長くなる	短時間で聞き取る難しさ		
聞き取りながら聴取する時間がないため困っていることの有無を聞くのは難しい			

表 5b どのスクリーニングを使うかーアセスメントツールのメリットデメリット (つづき)

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
聞く人により評価がバラバラになる	聞き取る人の力量に左右される	(つづき)	自己評価
看護師の配布に加えて、患者自らが用紙を取って記載できるようにした	患者が自ら記入する	〈希望患者記入式〉	
つらさを抱える患者が用紙に記載して専門家にかかる			
サポート体制があることは説明して、提出するかどうかは患者に任せている	スクリーニングを受けるか患者が決める		
入院患者は生活のしやすさを導入している			
生活のしやすさの質問票を使っている			
生活のしやすさに関する質問票を使っている	生活のしやすさの調査票を活用する	〈生活のしやすさの調査票〉	
生活のしやすさそのものを使っている			
生活のしやすさに関する質問票を使っている			
ESAS を使っている	EASA を活用する	ツール (ESAS)	
生活のしやすさの質問票では、右側の項目には身体症状だけで、精神的な部分を書く欄がない	精神症状の項目がない	〈生活のしやすさの調査票〉デメリット	
生活のしやすさは書くのが大変で患者さんにも手間になるため、項目を少し絞ったほうがいい	項目が多く、書くのが大変		
生活のしやすさに関する質問票ベースにして A4 で 5 分以内に答えられる量にした	生活のしやすさの調査票を改編した		
生活のしやすさに関する質問票を元に、身体の症状と気持ちのつらさと気がかりと専門部門の相談についての 4 つにした			
生活のしやすさの質問票を基本にして、身体の症状と気持ちのつらさ、困っていること、痛み以外で困っていること、経済的なことや日常生活のことその他で相談したいことと相談したい相手の 3 項目にした	項目を減らす		
生活のしやすさを改編し、身体と心のつらさと社会的なところをチェックしてもらう		〈生活のしやすさの調査票改編〉	
生活のしやすさに関する質問票をベースに作成し、細かい数値は把握しきれないので削除して簡便にした	左側を使用する		
生活のしやすさに関する調査票の半分を削って使っている			
生活のしやすさの質問票の左側を改編し、フリー記載は省き、専門チームへの希望は医療者が内容を確認してから依頼する	自由記載欄を省く		
生活のしやすさの質問票を基本にして、身体、気持ちのつらさと緩和ケアチームへの相談希望の有無、苦痛症状 10 数項目が 10 段階評価、フリーコメントで 3 枚の自記式にした	自由記載欄を広げる		
生活のしやすさに関する調査票を基にビジュアル的にして、字を減らして作った	ビジュアル的にして字を減らす		
一番上の自由記載の内容が、今後の不安や経済的なことなど範囲が広がってしまうので聞き取りに時間がかかる	医療者の聞き取りに時間がかかる	〈生活のしやすさの調査票改編〉デメリット	
患者は自由記載に時間がかかる	患者の記入に時間がかかる		
患者のさまざまな気がかりを書ける自由記載の欄が大切			
気がかりを書いてもらうと患者の思いが見えやすい	患者の思いが分かりやすい		
生活のしやすさの質問票の左側を改編したが、患者の思いや心配事が分かりやすい			
生活のしやすさは日常生活上の困難を聞くコミュニケーションツールになる	コミュニケーションツールになる	〈生活のしやすさの調査票改編〉メリット	
自由記載から患者のつらさが把握できたり、アセスメントに活かせて、医療者がケアを検討できる			
自由記載欄と苦痛症状を関連づけてアセスメントできる	医療者が苦痛症状と関連づけてアセスメントできる		
自由記載から痛みのアセスメントでき、がんに伴う痛みとの判別ができる			

表 5b どのスクリーニングを使うかーアセスメントツールのメリットデメリット (つづき)

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
気持ちのつらさについて、眠れない、身体がだるい、不安が強い、いらいらするなどの項目を細かく設けた	気持ちのつらさを表す症状の項目を設ける		自己評価
日常生活の支障を5段階で聞き、対応希望をあるなしで聞く 症状による生活への支障を評価してもらう	日常生活への支障の有無を聞く項目を設ける		
症状は疼痛と他の苦痛症状、特につらいものをNRSでとる	特につらい症状をNRSで評価する		
社会面には経済的な項目を作り、緩和ケアの情報がほしいか、主治医のほかにも相談したいかなどの項目を作った	緩和ケアの情報がほしいか確認する		
一番つらいと感じることに関しては、専門家に相談したいかも必ず聞くようにしている	専門家への相談希望の有無を確認する		
痛み、経済面の評価と、対応部署を緩和ケアセンターと地域連携支援センターとした	項目を絞る	〈独自に作成したアセスメントシート：患者用〉	
独自に作成したシートで、症状STASの項目と介入希望のチェックしてもらう			
自分たちで作成したもので、つらさの寒暖計と、身体症状、精神面、生活に関連することの3つを聞いている			
A4で1枚で、知りたいこととケア介入が可能なものは網羅する	対応内容を明記する		
用紙を受け取った人の署名や専門部署につないだらチェックする			
医療者の対応内容をチェックする			
介入内容を把握するためにシートにチェック欄を設けた			
病棟で主治医の対応の有無をチェックする			
現場の看護師が患者の苦痛を拾い上げて専門チームにつなぐために、介入内容についてのチェック欄を設けた	アセスメントプランを記載する		
記載内容を見て医師と看護師がカンファレンスを行い、医師が対応を決めて記載する			
スクリーニングシートにプライマリーチームのアセスメントプランを入れることで、医療者の意識を変えるのに寄与する			
気持ちのつらさはつらさと支障の寒暖計を使って表す	つらさと支障の寒暖計を活用する	ツール〈つらさと支障の寒暖計〉	医療者および自己評価
気持ちのつらさの寒暖計の数字表記を省いた	寒暖計の数字表記を省く	ツール〈つらさと支障の寒暖計改編〉	
気持ちのつらさは10で生活の支障が0、もしくはその逆の場合などは聞き取らないと患者の表現したいことが伝わりにくい	スケールで患者の意図を読み取ることの難しさ	〈つらさと支障の寒暖計〉デメリット/課題	
心のつらさには介入方法をもっておらず怖いと思う 死についてヤスピリチュアルペインが表出されると看護師は怖いので、気持ちのつらさを聞けない 心のつらさ対応する専門家がいないので聞きづらい	気持ちのつらさを聞くことに対する看護師の障壁		
患者と医療者が同じ評価用紙でそれぞれに評価する	独自に作成したアセスメントシートで医療者と患者が評価する	〈独自に作成したアセスメントシート：医療者/患者共通〉	
患者の評価だけでなく、医療者が患者の評価を分析したものを記載して残していく			
生活のしやすさの質問票で問題が出た方は、STAS-Jで医療者も評価し、2段階で評価する	生活のしやすさの調査票、STAS-Jと2段階で評価する	〈STAS-J+生活のしやすさの調査票〉	
生活のしやすさに関する質問票で身体がつらさが2以上、気持ちのつらさが6以上の場合にSTAS-Jをとる			
入院時は自己評価と聞き取りでスクリーニングし、1週間後に自己評価とSTAS-Jで評価する			
非がんを含めて全員に生活に関する質問票で評価し、2以上の項目があるもしくは緩和ケアチームの対象となる場合はSTAS-Jをつける			

表 5b どのスクリーニングを使うかーアセスメントツールのメリットデメリット (つづき)

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
該当しても STAS-J に移らないケースがある	STAS-J による評価が抜けるケースがある	〈STAS-J+ 生活のしやすさの調査票〉課題	医療者および自己評価
緩和ケアチームがチェックして看護師に伝える	緩和ケアチームが確認する	〈STAS-J+ 生活のしやすさの調査票〉対策	
つらさがあると予測される場合は生活のしやすさを省略し STAS-J のみをとる	生活のしやすさの調査票を省略する		

STAS の全部の項目を聞くが、患者さんと話して医療者が判断してしまうため患者さんはスクリーニングをされている意識はないと感じる。

継続でみていく場合には、看護師がラウンドでみていけるので、5分も要しない状況で記入されている。

1,000床以上ある病院でがん患者さんが3割いて、そこにどのぐらい労力をかけられるのかという話があり、項目を絞ると、患者さんに説明する労力は無理っというので、医療者評価をはじめに決めた。

〈STAS-J 改編〉のデメリットは、《評価基準を統一するのが難しい》《客観的評価で患者のつらさを評価する限界》が挙げられた。

医療者の主観で、ドクターのフィルターと看護師のフィルターが違うので、外来と病棟の乖離がどうしても出てくるが、今はとにかく浸透させるところに重きを置いている。今度の課題は評価基準の統一となっている。

医療者が5分から10分でも話し、様子を見て評価したものが、本当に患者さんが困っていることと合致しているかは分からない。

患者さんの(主観的な)情報(がとれていない)とか、(患者による)記述式じゃない点(患者のつらさを評価)できていない。

2) 「自己評価」

「自己評価」では、まず、アセスメント方法について、〈自己記入式〉〈医療者聞き取り式〉〈希望患者記入式〉があった。アセスメントツールについては、〈生活のしやすさの〉および〈生活のしやすさの調査票改編〉〈ESAS〉〈つらさと支障の寒暖計〉〈独自に作成したアセスメントシート〉が使われていた。

まず、評価方法について、〈自己記入式〉のメリットでは、《問診の記載内容と乖離しない》が挙げら

れた。

問診の中で聞いていることとスクリーニングで書いてもらったことが、まったく乖離していることがすごく怖かったので、書いてもらったほうがいいということで自記式を採用している。

〈医療者聞き取り式〉では、《医療者が苦痛を聞き取る》という方法をとったうえで該当者に自己記入式のアセスメントシートを記載してもらっていた。

つらさのあるなしすら答えてくれない人の問題をどうするかを考え、聞いて答えてさえくれれば書いて補うことができるから、用紙を持って行って聞いて書き、引っかかった人はさらに自己記入式を書いてもらうことで、つらい人に時間を割けるようにした。

つらいかどうかと緩和ケアを希望するかどうかで、1次スクリーニングをかけて、それで引っかかってきたら10段階で身体や心の度合いと、オープンクエスチョンで実際どんなことがつらいか、紙を持って行って聞き出す。

〈医療者聞き取り式〉デメリットとして、《聞き取りに時間を要する》や《短時間で聞き取る難しさ》《聞き取る人の力量に左右される》が挙げられた。

看護師がついているので、結構時間を長くとっています。外来の前にやってもらうので、待ちきれないぐらい。

1人ひとり聞きながら聴取すれば、ちゃんとできるだろうけど、その時間はないので、本当の困っていることがあるのか、ないのかを聞くのがなかなか難しい。

慣れている人が聞けば、症状は4で生活への支障は1か2というようなことも、うまく聞けない人がやると評価がまったくバラバラになる。

〈希望患者記入式〉では、《患者が自ら記入する》《スクリーニングを受けるか患者が決める》という方法がとられていた。

対応の柱は緩和ケア部門と地域連携部門の2つにして、対応できる部署を明記しており、看護師が配布するものと、患者が自ら用紙をとって記載したものを持ってくるものと両方で支援が進むようにした。

医療者が患者のつらさを客観的に何かでみつけようとせずに、ポスターの下においてある紙をつらさを抱える患者がとり、専門家につながる。

次に、アセスメントツールについて、《生活のしやすさの調査票を活用する》《ESASを活用する》が挙げられた。

生活のしやすさに関する質問票を使っている。

ESASを今のところは使っています。

〈生活のしやすさの調査票〉のデメリットとして、《精神症状の項目がない》《項目が多く、書くのが大変》が挙げられた。

右側の部分は身体症状が書いてあるので身体はいいが、気持ちのつらさが高くついても、こっち側（左側）の項目に精神的な部分、不安とかって書く欄がない。

生活に関するしやすさは、確かに書くのが大変。患者さんにも手間になるのかなっていうので、少し絞ったほうがいいのかなど思っている。

また、アセスメントツール〈生活のしやすさの調査票改編〉では、改編した内容として、《項目を減らす》《左側を使用する》《自由記載欄を省く》《自由記載欄を広げる》《ビジュアル的にして字を減らす》などが挙げられた。改編に際しては、患者の答えやすさと医療者の対応の流れが考慮されていた。

生活のしやすさの質問票をベースにして、A4用紙で5分以内に答えられる量にした。

生活のしやすさに関する質問票をベースにちょっと改訂した。項目を、文言とかを変えて、使っている。

スクリーニングなので、なるべく簡便化しなきゃいけないと考え、生活のしやすさの質問票の右側の半分を削って使っている。

生活のしやすさに関する質問票を修正して、項目を出るだけ減らしたほうが、患者も書きやすく看護師も活用しやすいかと考え、体の症状と気持ちのつらさと気がかりと専門部門の相談についての4つにした。

生活のしやすさに関する質問票を簡単にして作り、体の症状は痛みと気持ちを聞き、気持ちのつらさは煩雑になるので寒暖計は使わず、困っていることと、その中に痛み、吐き気とか、項目を5つとる形でチェッ

クしてもらい、経済的なこと、日常生活のこと、その他について相談希望の有無と（希望する相談者が）相談員か専門的な看護師かの2つ挙げてチェックできるようにした。

生活のしやすさ質問票の左半分をちょっと改編して、フリーで書けるところは対応に困ることが多くなる原因になるので省いた。専門チームへの依頼希望も患者さんによってすべてにチェックされる方もいらっしやって、そうなるとプライマリーチームがまったく対応せず、専門家チームへ横流ししてしまうことがありうるので、相談したいかどうかにして、相談したい場合に主治医か看護師が（相談内容を）きちっと聞いて、それが専門家に必要なことなのかどうかを明確にしてもらってから出すようにしている。

生活のしやすさをアレンジし、身体と心とその他という項目で社会的なところにチェックができるようにして、まず、書いてもらえるように。

生活のしやすさを基本にして、身体と気持ちのつらさの2項目と、緩和ケアチームへの相談希望があるかどうか1ページにあり、2ページ目がSTAS-Jの項目に当たるような、痛み、呼吸困難、下痢、便秘、眠れないとか、十何項目あるのを、10段階で評価する自記式のものになっている。ある程度は患者さん方みんな記載はしてくれています。最終ページがフリーのコメント用紙になっていて、そこがすごく書ききれないぐらい書く患者さんもいる。

生活のしやすさ質問票を元に、ビジュアル的になるべく字を減らして、少なくして作った。

〈生活のしやすさの調査票改編〉のデメリットとして、自由記載について《医療者の聞き取りに時間がかかる》《患者の記入に時間がかかる》が挙げられた。

自由記載のところがすごく範囲が広がってしまう。今後の不安とか、経済的なところが出てきたりとかで、聞き取りにすごい時間がかかってしまう。

書いてある人は、すごい時間がかかる、自由記載のところで時間がすごいかかる。

一方、〈生活のしやすさの調査票改編〉のメリットとしては、自由記載について《患者の思いが分かりやすい》《コミュニケーションツールになる》《医療者が苦痛症状と関連づけてアセスメントできる》が挙げられ、記載内容がアセスメントやケアの検討に活かされていることが語られた。

「気がかりなことがございましたらご記入ください」というフリーの欄があるので、そこに本当に、皆さん、ありとあらゆる、病気になってつらいって話から、家に残してきた子どもが心配ですとか、親が心配ですとか、退院後の仕事はどうしたらいいでしょうかとか、化学療法で副作用は、脱毛したらどうしたらいいんでしょうかとか、いろんな思いが書いてあるので、自由記載欄って結構大事。

気がかりを書いてもらうと患者の思いが見えやすい。

患者さんの思いとかが結構目に見えて分かるっていうか、こういうところに心配を感じていたんだとか、一見別につらそうじゃないけど、案外すごいつらいんだっていうのが、書いてもらうと分かりやすいなと思っています。

介入が困難だと思ったときにも日常生活動作がどのように困難かというところを掘り下げて聞こうとするコミュニケーションツールになる。

自由記載のところにたくさん出てくるが、そのことがきっかけになって、アセスメントに活用したりとか、患者さんにとってそれはつらいんだということが分かるので、(それらを活用して)医療者の専門的な介入が何かを検討すればいいと思う。

最初の自由記載のところがいっぱい書いていて、逆にそれを受け取る側は、その下の項目が高いと、何で高いのかっていうところにつなげて関連できるので、アセスメントの1つになるかと思う。

サバイバーの人の痛みって、関節痛とか、腰が痛い、腰痛とかなんかがどんどん出てきちゃうが、自由記載にそこを細かく書いてくれている人だと、これは緩和で入らなくても大丈夫かっていうような評価にもなる。

さらに、アセスメントツール〈独自に作成したアセスメントシート〉では、《気持ちのつらさを表す症状の項目を設ける》《日常生活への支障の有無を聞く項目を設ける》《特につらい症状をNRSで評価する》《緩和ケアの情報がほしいか確認する》《専門家への相談希望の有無を確認する》《項目を絞る》といったことが考慮されていた。

気持ちのつらさ、眠れないとか、身体がだるいとか、あとは不安が強いとかイライラしたりとかっていう気持ちの面の項目が結構細かくある。

日常生活の支障の程度を測るのに0~の5段階で評価しており、対応してほしいかどうか含めたものを使

用している。

痛みがあるかを前提にして生活に困っている度合いを10段階で評価してもらうように変えた。

症状は疼痛と他の苦痛症状に関して何がつらいかと、NRSで平均をとってもらう。化学療法の患者さんが多いので、副作用やがんそのものに付随する症状もあるが、それも含めて対応できることがあるだろうと考え、症状のことをひとくくりで大きく聞いている。

社会面のところは経済的なこと、たとえば緩和ケアの情報をほしいかなど項目をいくつかつくり、主治医以外に相談したいかもチェックが入るようした。

一番つらいと感じることについて、専門家に相談したいと思うかも、必ず聞くようにしている。

項目は、痛み、お金のことなど、対応の柱は緩和ケア部門と地域連携部門の2つにして、対応できる部署を明記している。

自記式の本当に簡単に患者さんが使えるもので、将来的には記載してもらった中で介入が必要なものをSTASにつなげていけるように項目をそのまま載せて、介入の希望を拾い上げられるようにした。

心のつらさの寒暖計は、ちゃんとそれを活用して、身体症状と精神面のことと、生活に関連することで、だまかに3項目くらいになるようにした。

A4用紙に1枚にして、質問項目は多くないが、知りたいこととケアの介入ができそうなことは網羅できるだろうか考えて作った。

〈独自に作成したアセスメントシート〉では、《対応内容を明記する》《アセスメントプランを記載する》という方法を用いることで、主科が対応するような働きかけや介入状況を集計するときの効率化を図っていた。

一番下に、最後に受け取った人が、専門部署につないだ医療者が誰かを書く欄で、医師がどこかに頼んだら、「医師が依頼済み」にチェックが入るようにして、そのチェックが入っていなかったら誰も対応していないことが集約する私たちが分かるような用紙にしている。

その(アセスメントシート)下に、最初の目的は集計しやすいようにということだったが、医療者記入用という欄を作って、医師が対応、看護師が対応、緩和ケアチームに相談した、にチェックする欄を設けて、外来の認定ナースと私とでサインがついて、対応ができていいのか、内容はカルテに記載されているのか、というのをチェックをしています。

病棟は、主治医が対応しているかどうかを必ず入れるようにしている、そこで主治医が（対応）していないとチェックされると、こちら（緩和ケアチーム）から主治医に投げかけるような形をとって、フォローに入っていく。

最後に波線で、こちらは医療者が書きますが、それ（患者の記載）を元に医師と看護師がカンファレンスして、医師が決める。

当院でも昨年のデータ集計の結果はあるが、その結果に対してどのような介入を行ったかまでの把握が難しかった。ツールの内容を変更してどのような介入をしたかということをチェック欄に入れられるよう簡単にした。

現場の看護師はいかに患者の苦痛を拾い上げ、そこに関わっていくかが大切。たとえば、今回の入院において何か不安がないか声かけを行うだけでも苦痛の緩和につながるのではないかと考えた。その中でトリアージを行い、必要時に専門チームや他職種が介入できるシステムが必要と考えた。声かけを行うだけではデータが残らないのでアセスメントシートにチェック欄を用いて、情報提供や共感的な関わりができたか、看護計画を立案できたか、専門チームで介入したなど簡潔にチェックできるようにすることで、データ集計も行え、看護師も意識して関わるようになると思い、ツールを変更した。

スクリーニングシートの中にプライマリーチームのアセスメントプランが入るのは、すごく画期的だなと思った。これをする事で、医療者側の意識を変えるところに寄与できるんじゃないかと思った。

その他に、アセスメントツールとして《つらさと支障の寒暖計を活用する》が挙げられた。

気持ちのつらさは、つらさと支障の寒暖計を使って表す。

また、〈つらさと支障の寒暖計改編〉では、《寒暖計の数字表記を省く》ことで、がん患者の適応障害、うつ病のスクリーニングとしては使用できなくなるが、患者と話をするきっかけにしていた。

気持ちのつらさの指標で中間に数字を入れると中間につける人がいっぱいいるので、最高につらいとつらさはないだけにして数字を省いたことで、看護師が患者にこの評価はどういうことかということを知りかけになった。

〈つらさと支障の寒暖計〉のデメリットとして、《スケールで患者の意図を読み取ることの難しさ》が挙げられた。

「気持ちのつらさ」で聞いているところの意図が伝わらないことが多くある。たとえば、気持ちのつらさが10で生活の支障は0とか、（気持ちは）つらくはないけど（生活の）支障が10の人は外来で聞き取ってみたいと、本当の患者さんの表現したいことが、書いてもらうだけでは伝わりにくいと思う。

また、〈つらさと支障の寒暖計〉を用いるうえでの課題として、《気持ちのつらさを聞くことに対する看護師の障壁》といったつらさを聞く怖さや専門家がいないうえでの聞きづらさが挙げられた。

心のつらさには、看護師は介入方法をもっておらず、まず聞くことが大事と思っても聞くことが怖いと思う看護師もいる。

心のつらさの数字がどうかよりも、がんになったことがとにかくやっぱりつらいよねとか、死ぬのかなとか、そういったいわゆる生死が絡む問題、マイナスのこと、スピリチュアルなところが出てきた時に、看護師も怖いので、どう返していいかわからないから聞けないと思う。

心のつらさについて、チーム内には精神腫瘍を専門とする医師がおらず橋渡しする手段ももっていないので、さらに聞きづらい。

3) 「医療者および自己評価」

「医療者および自己評価」では、まず《独自に作成したアセスメントシートで医療者と患者が評価する》という方法がとられていた。医療者と患者は同じアセスメントシートを用いて評価していた。

患者さんに書いてもらうのと、医療者が評価するのを2枚用意しておいて、患者さんには直接丸をつけたり書いてもらって、医療者は患者の症状が何によって数値が変わったのかを記載する。

患者さんと医療者の評価は違ったりする。医療者と患者さんの考えも違うが、患者さんの評価が全部でもないだろうから、医療者も評価して、裏表で印刷して残しておく。

他に、2つのアセスメントツールを用いて《生活のしやすさの調査票とSTAS-Jと2段階で評価する》という方法がとられていた。2段階目の評価を行う基準を設けていることや、対象者をがん患者以

外にも広げて評価していることが語られた。

スクリーニングは一応2段階で、生活のしやすさの質問票でちょっと問題が出てきた方には、改めてSTAS-Jで医療者がどの程度困難を抱えているかについて評価してから検討する。

生活のしやすさに関する質問票をベースに、身体が2以上、心が6以上だったらSTAS-Jに移る。

やっぱり自己評価と他者評価をきちんとするということをやっていったほうがいいんじゃないかという気持ちで(生活のしやすさともに、STAS-Jを導入した)。入院時は自己評価と聞き取りで、1週間後には自己評価と他者評価で、他者はSTAS-J症状版を使っている。

非がんを含めて全員に生活に関する質問票の症状版を使っていて2以上の項目、緩和ケアチームの対象になればSTAS-Jをつけている。

《生活のしやすさの調査票とSTAS-Jと2段階で評価》の課題として、《STAS-Jによる評価が抜けるケースがある》が挙げられた。

該当してもSTAS-Jに移っていないパターンが結構ある。

対策として、《緩和ケアチームが確認する》《生活のしやすさの調査票を省略する》という方法がとられていた。

緩和ケアチームが把握して、担当看護師もしくはリンクナースにメールで催促する。

オピオイド使用中など安定していない人は生活のしやすさを飛ばしてSTAS-Jをとる。

B. どのスクリーニングを使うのがよいか分からない

1) 【回答のしやすさと精度の維持】

【回答のしやすさと精度の維持】は、患者にとって分かりやすく、負担が少ないもので、かつスクリーニングの精度を維持したアセスメントツール作成の難しさが課題となっていた。

まず、《苦痛の程度を数字で評価するのが難しい》《評価尺度が異なることによる患者の混乱》といった評価尺度についての課題が挙げられた。一方、《評価のしやすさは患者により異なる》といった評価者による違いが挙げられた。

ゼロから10の数値化で、患者さんに書いてもらう

(NRS) っていうのが、患者さんにとってもだけど、医療者にとっても説明できず難しいっていう意見が多い。

様式を最初は0, 1, 2にして、2に丸がついたものは引っかけていこうって感じにしたんですけど、分かりづらいかんと思って。

日常生活の支障の程度を測るのに0, 1, 2, 3, 4の5段階で評価しており、対応してほしいかどうか含めたものを使用している。それでスクリーニングをとると患者さんがNRSと混同する。

NRSの分かりにくさは、患者さんの層とかの影響も結構あるかもしれない。うちの病院だとたとえば国家公務員系の病院なので、10段階評価に慣れていて、そんなに難儀しないほうが多い。

対策として、《VASとNRSの両方を用いる》《評価できないことを明記する》《看護師と緩和ケアチームが評価する》が挙げられた。患者の苦痛を聞き取り看護師が評価する難しさも語られた。

VRSとNRS両方とるようにしてる。

スクリーニング用紙に「記載困難」という欄も作った。基本自記式なので、患者さんが希望しているか、していないかっていう(ことを質問している)。家族が書いちゃ意味がないっていうふうになっているので、もう記載困難で、理由(〇〇)って書いて(もらう)。

子どもに勧められて遠方から転院してきた方はやっぱりNRSでは表現できないっておっしゃって。そういうときは看護師が(患者さんは)表現できませんって書いて、代筆して、もう全部10点(とに評価されている)。

全部10点のところを書いてあり、看護師もアセスメントするのに難儀しそうだなと考え、緩和ケアチームと一緒にケアに参加しましょうかと提案する人が何人かいました。

次に課題として、《スクリーニングによる患者の負担》《外来でスクリーニングを簡便に行う必要性》が挙げられた。特に、化学療法の患者は記載するものが多く負担であることや、外来では医療者に時間的な余裕がないことが語られた。

化学療法の患者さんは化学療法室での症状評価も記載してもらっているため、記載してもらうものが多いと患者さんにとって大変であり、続けられていない。

なかなかスクリーニングを書くのが面倒くさがるような患者さんが多い。

外来は、時間がないのと、こっちが問診をとる余裕がないっていうので、もうちょっと簡便にしなければならぬだろうなっていうところはある。

対策として、《短時間で評価できる》《患者が見やすく、分かりやすいアセスメントツールである》といったことを考慮していた。

スクリーニングが短時間でできることで患者さんはいいし、スタッフがそれを見て分かるので受け入れがいい。

(アセスメントシートの) 負担と質の両立が一番大切で、負担があると、気づかないし、スクリーニングがうまくできない、できるだけ簡単で時間を要さないということが大きな目標である。

両方(患者にも医療者にも)に短時間で(実施でき)、簡便でというのが必要。

やる側のスタッフが、STASはすごく大変で、たくさん考えないといけないというのがあり、スクリーニングは5分とかでできる。

簡単にできるっていうことで、質問票自体を工夫して、患者さんが見てすぐ分かるような工夫してやらなければ、続かないし広がらないなという印象を受けた。また、医療者が評価する場合も、複雑だと時間がかかるので、いずれにしても、時間を要さない、記入方法が難しくないように、ツール自体を工夫する必要があるのかと思う。

ある程度記入されてきているので、見やすいというところでは大丈夫なんじゃないかと思う。

そして、アセスメントツールには《簡便にする》《項目を絞る》《チェック方式》などの工夫がなされていた。

《簡便にする》

簡便さを重視してやる。

化学療法室は簡単にしたものでスクリーニングする。

《項目を絞る》

スクリーニング項目の所に、便秘、吐き気、不眠とかで項目を絞ってスタッフが聞く内容が入っているので、抽出されてきたら、その内容だけ書く感じにしている。

項目があまり多くない、簡便なもの。

《チェック方式》

自由記載の気がかりの項目に「家族のことが心配」と書く患者が多くみられた。そのためあえて記載しな

くてよいように「家族の問題」というチェック欄を加えた。

ニーズの多そうな項目を簡単に記載できるように家族と経済の問題をチェック欄に加えた。

社会的なことに関しては、A/B項目をつくって、B項目の中にお金についての不安があるとか、がん相談支援センターに相談したいというところに丸をつけるようにしている。

社会面のところは、経済的なこと、緩和ケアの情報をほしいか、主治医以外の医師への相談希望など項目をいくつか作り、簡単に回答でき、チェックですべてが分かるようにした。

項目を絞り、チェックできる方法のほうが、書きやすく、聞き取りやすいのか思う。

また、項目の中でも特に《経済的なことについてのチェック欄は有効》ということが語られた。

「医療制度とか経済的なことで知りたいことはありますか」というチェックする欄が作ってあるが、化学療法入院の方が多いので、そこに結構チェックがついていることが多くて、化学療法のお金が知りたいとか、仕事を辞めてきちゃったんですけどとか、そこからさらに聞いていくと、ソーシャルワーカーにつながったっていう事例が結構、これが多かったので、この欄は必要だった。

しかし、患者の記載する項目を減らして回答しやすくすることで、新たに、《記載を少なくしても患者の意図をくみ取る難しさ》《項目を減らしても精度を維持する難しさ》が課題となっていた。

同じ内容でチェックすること自体が苦痛という意見があったので、一番上に前回と変わりなしという項目をつけたが、前回どうだったかという拾い方に困っている。

イエス、ノーのすごく簡便なものにすると、イエスの理由を誰が聞くのかっていうところで結構、聞き取りに時間がかかる。

精神的なつらさはNRSだけにしたが、生活の支障のところを聞き取れないので、やっぱり項目を絞ればいいってものでもない。

A3(用紙)とかになると、患者さんに対して負担感が多いので、できればA4ぐらいにしたい(項目を減らしたい)が、じゃあA4にまとめたら(スクリーニングの)効果が挙がるのかっていうと疑問。

同意書が必要じゃないかという指摘があり、同意書

を追加すると枚数が増えるので、簡単にしたが、そうすると寒暖計が1つになってしまい、悩ましいところ。

また、《症状の出ていない患者の苦痛を引き出す難しさ》といった診断されたばかりの人の苦痛が抽出されにくいことが課題として挙げられた。

つらさの寒暖計とNRSだけにしているので、まだ診断されたばかりの人は、何も症状が出ていなかったりとかすると、意外とスクリーニングに引っ掛からなかったりする。

(がん診断時) 患者さんもなんでこれ、聞くの、みたいな感じ。別に何も痛くもないし、身体はしんどくもないし、なのに何、これ、みたいな感じで言われることが多い。

対策として、《アセスメントシートですべてを網羅しようとしない》《聞き取りで苦痛を把握する》という方法がとられており、アセスメントシートで網羅できない部分を医療者が聞き取ることで、患者の苦痛を拾い上げていた。

入口がこの項目だけど、そこから先は、またちょっと入口ではなかったってことのほうが結構多かった。本当にこの項目があれば、すべてOKっていうものでもない。

簡単なことをスクリーニングして、詳しいのは介入の中で拾い上げる。シートは後の集計のためにも簡単にしたほうがいいと言われている。

取っかかりなのでというのと、スタッフも聞けるというところもあるので、すごく少なくともいいという気がします。

少ない項目の中でポイントを絞って、とりあえず聞いていくっていう感じにしています。そこから枝分かれしてって話を聞いていくうちに、あれこれ、いろいろ出てくる。

さらに、《患者の対応希望を明確にする》という方法がとられていた。

3段階の評価にして、「症状があるが大丈夫」「症状があつて対応してほしい」「症状がない」とした。

どうしてほしいかについて、「対応してほしい」「症状はあるけど今のままでいい」「すぐ何とかしてほしい」から選ぶようにしてもらった。

しかし、《患者の対応希望を明確にする》うえでは、新たな課題が生じていた。まず、挙げられた課題は、

《緩和ケアという言葉に対する抵抗》であった。緩和ケアという言葉が入ったアセスメントシートを患者に渡すことが医療者の間で問題になることや患者が緩和ケアを希望するのに抵抗を感じることで、患者が希望しても主治医の許可が必要になることがハードルとして語られた。

がん専門病院ではないので、緩和ケアという言葉が入っている文章を最初に患者さんのところに持って行くかどうか問題だった。

専門家への相談希望は、緩和ケアチームと精神科の専門家に絞ったが、逆にちょっとハードルの高いところにいっちゃっているなどと思うし、主治医の理解がないとかかれないというハードルもある。

対策として、《患者が希望しやすい専門家の項目を増やす》《アセスメントシートを通した相談窓口の情報提供》《がん患者以外にも聞ける内容にする》という方法でアセスメントツールの記載内容が検討されていた。

《患者が希望しやすい専門家の項目を増やす》

ソーシャルサポートなど、患者さんのニーズに沿っていて、患者さんの希望で直にかかるところへの相談希望をもっと聞いてあげたほうがいいかと思う。

《アセスメントシートを通した相談窓口の情報提供》

患者がシートを書きながら、自分にはどんなサポートがあるのか分かるようにとか、質問する側も分かるように、たとえば心理カウンセラーとか、ソーシャルワーカーとか栄養士とか、あとは薬剤師とか、リンパ浮腫の専門のマッサージとか、退院調整の専門のナースとか、子どもカウンセリングを専門にする人とかっていうのを、うちの病院でどのぐらいの資源があるのかというのを質問票の一番最後に書いて、こういった窓口があるのでぜひ、お困りになっていることは書いてくださいという意味で渡したうえで聞き取りをしている。

(患者が) 困った際に専門チームやソーシャルワーカーなどがいるといった情報発信のツールとしても使っていかなければならないと思う。

《がん患者以外にも聞ける内容にする》

入院時のデータベースの中につらい症状に関する質問票という項目があり、バイタルをとるときに看護師が聞き取りながらチェックするようになっているが、がんの患者にも聞ける内容なので全員に聞いている。

《患者の対応希望を明確にする》うえで次に挙げられた課題は、《患者の本音を引き出す難しさ》《ブ

プライバシーが確保されていない》であった。

患者は医師の前で本音は言えない、化学療法で気持ち悪くてやめたいと看護師には言うが医師の前ではやっていったりするから難しい。

外来でも、こんな時間をかける場所も時間も、患者さんにとってプライバシーを確保して書く場所もない。

病棟でも4人部屋で聞いていると言わなかったのに、個室に移ったら本音をぼろぼろ話されることがあり場所の確保が重要だと思う。

対策として、《プライバシーが保てる場所で介入する》《退院時に渡して外来時に回収する》という方法がとられていた。

本当に患者がづらいと思っていることを聞き出すために看護師が介入し、プライバシーを保てる場所を作ってもらった。

退院時にはがんの患者にかぎり持ち帰ってもらい外来時に持参してもらうように説明して外来で回収している。

そのほかに、**《患者が記載に慣れると時間や負担がかからない》**という現状も語られた。

もう2年間ぐらい、毎回、外来通院のたびにやってもらっているので、患者さんも書くことは慣れてきていて、自由記載でどれぐらい書くかにもよるが、書く時間と負担は、そこまでかかってないかと思う。

初めだけ時間がかかった。

また、医療者の課題として、**《前回値に左右される》**が挙げられた。

1週間に1回評価するので、プライマリーが必ず(スクリーニング)するというわけにいかず、ローテーションの看護師が行う場合もあり、どうしても、「前に倣え」になってしまうので困っている。

対策としては、《IT 機器導入による前回値に左右されない評価》が挙げられたが、IT 機器導入は難しい状況もあるためすべてを解決するのは難しい。

前回の看護師が評価したのをそのまま、付けてしまう看護師がいるが、iPad にしてから、その場で聞いたものをタイムリーで入れるので、同じ内容が続くことがなくなった。

2) 【アセスメントツールの統一】

【アセスメントツールの統一】は、複数のアセス

メントツールを使用する医療者の負担に対して、汎用性のあるアセスメントツールを作成する困難さにより課題が生じていた。

まず挙げられたのは、**《アセスメントツールの統一に対する希望》**であった。外来と病棟、初回スクリーニング時の統一が希望されていたが、簡便さが必要になるという課題も語られた。

スクリーニングっていうところで、病棟とか、外来と一緒にしなきゃいけないのかなっていう思いがある。

(様式を一貫するにあたっては) もっと簡便にしたほうがいいだろう。

認知(症の患者)やいろんなことも含めて、とりあえず最初のスクリーニングは(どの患者でも)1つでできるようなものができたらな。

また、**《複数のアセスメントツールを使用する医療者の負担》**が挙げられた。

最初はこれ、入院はこれかな、外来はこれっていうふうに分けすぎると労力が多くなるかなと思う。

(緩和ケア外来、他の外来、せん妄と、異なるアセスメントツールを使っているの、)ちょっと重なる部分と、いろいろ兼ね合いがあって難しいなって今、思っています。

さらに、**《汎用性のあるアセスメントツールを作る難しさ》**が挙げられ、アセスメントツールを統一したいと考えるものの困難があることが語られた。

化学療法室だと、質問票の中に、たとえば〇〇障害があるかないかとか、そういう化学療法の副作用の項目を入れてくれればやりやすいが、化学療法の副作用の項目を入れるなどを病院全体でじゃあやるかっていうと、関係ない人も結構出てくる。

アセスメントツールを統一するメリットとして、**《患者の混乱を避ける》《患者の変化が追える》《医療者が集計時に評価しやすい》**が挙げられた。

スクリーニング方式が一緒じゃないと患者さんが混乱するかなと思うので、外来と入院と同じものであったほうがいい。

(スクリーニング様式を同じにすることで)変化は実際追えるので、そこには意味があるのかな。

データ処理とかする時に、同じでないと違うデータで拾われてしまう。

今度はその統計をとろうと思うと、たくさん項目が

あると、エクセルですごい計算になって、結局後での評価ができないなっているものもある。

いずれの課題に対しても有効な**対策**は見出せていなかった。しかし、《算定と重複させる》《アナムネ内容と重複させる》といった既存の業務の中にスクリーニングを組み込むために、業務を兼ねることができるとして活用するという対応がなされていた。

STAS-Jを使うことを決めた理由は、がん患者管理指導の中で出てくるので、それと並行できないかと考えた。

入院患者は生活のしやすさを導入し、外来患者は緩和ケア外来のみ生活のしやすさでそれ以外は指導料の算定をとる関係でSTAS-Jを導入している。

スクリーニングにて評価されることは、患者さんが入院した際に看護師自身が大体評価していると思う。

3) 【アセスメントツールの評価】

【アセスメントツールの評価】は、アセスメントツールの検討や評価をどう進めるかについての課題であった。

課題は、《自己評価か他者評価のいずれを使うかの判断が難しい》《アセスメントツールを評価する指標がない》が挙げられた。

自記式なのかSTASのような客観的な評価が良いのかというところが問題。

自分たちが作ったものかどうかっていうのを検討する指標がない。

いずれの課題に対しても有効な**対策**は見出せていなかった。しかし、アセスメントツールを検討する方法について、《先駆的施設のやり方をまねる》《県内の緩和ケア部会でシートを持ち寄って検討する》《調査によるスクリーニング項目の決定》《外来と病棟スタッフが項目を決める》《学会から提案する》が挙げられた。《県内の緩和ケア部会でシートを持ち寄って検討する》という方法についてはそれぞれの抱える課題を話し合うことにより、アセスメントツールを評価するうえでの一助になると考える。

うまくいっている施設のやり方をまねるといってところから始めようみたいな感じでやっている。

県内の緩和ケア部会、緩和ケア看護部会でシートを持ち寄ってデータを交換し合い検討した。

スタッフからどういう質問をもっと聞いてほしいかというアンケートも採って、今の簡単な4項目しか聞かないものになった。

病棟と外来で項目を決めて、できるだけ、項目を少なくして絞って問診票をつくった。

全国共通で同じ土俵でみんな評価するのなら、学会がこういうのをやったらどうですかと言うのが一番いい。

4) 【スクリーニングの有用性】

【スクリーニングの有用性】は、患者と医療者にとってのスクリーニングの有用性が語られた。課題は挙げられなかった。

まず、患者にとっての有用性は、《医療者に相談しやすくなる》《思考の整理に役立つ》が挙げられた。

スクリーニングを通して患者さんと看護師が顔の見える関係になることで、あの人に聞いたらまた相談できるという患者さんが安心感をもったと感ずることができた。その後のことや困ったことがないかなど、(患者が相談する)きっかけづくりができていたことがスクリーニングシートを使用したメリットと思う。

患者が書きながら、自分で思考を整理できる、また、看護師も取りながら対応を考えられる用紙なのかと思っている。

医療者にとっての有用性は、《苦痛を有する患者と関わるきっかけになる》《看護ケアにつながる》《信頼関係の構築につながる》が挙げられた。

関わる看護師に対し、苦痛のスクリーニングを行うことによるメリットがあると思うか調査したが、関わるきっかけになっているという評価が高かった。

スクリーニングシートを活用することで、どういった項目で患者が困っているのかを話すきっかけになるし話しやすくなる。

外来看護師もこのシートが戻ってきたら、患者にこれを聞きに行きなきゃというので、患者さんの声を聞くという姿勢がみんなに芽生えてきた。

病状が進行性だったり、セカンドラインに移行する時に、精神的な状況が分かるから、スタッフも負担感を言わなくなってきました。

スクリーニングで話すきっかけができて、項目以外のたくさんのことが話せて、(患者の話聞くことは医療者にとっても)つらかったけど、やったおかげで

よかったという効果、(として、患者との) 関係形成ができたりもする。

患者さんの苦痛というところに看護師が目してコミュニケーションをとることで、「あの人と話をしたらちゃんと話を聞いてくれる」となるものなので、自記式か客観的評価かはどちらでもよいと思う。

テーマ5：スクリーニングのツールの説明に時間を要する・記入方法が難しい

スクリーニングのツールの説明に時間を要する・記入方法の難しさは、表6に示すとおり4つのカテゴリに集約され、課題は7個あった。以下にカテゴリ【 】ごとに課題と対策《 》を述べる。

1) 【調査票の説明】

【調査票の説明】の課題は、《初回の説明と記入に時間がかかる》であった。

初回の導入に結構時間がかかって、ESASをゼロがまったくつらくなくて、10が想像できる一番つらいと、これ何点とか、そういうのを1個ずつ説明してやっていくと何回かやるとできるんですけど、1回目が非常に時間がかかる。

対策として、《スクリーニングの広報》が行われていた。外来の電光掲示板やポスターにより、患者に周知し認識を高める対策がとられていた。

スクリーニングのツールとして、外来の番号や待ち時間など示されている画面に、緩和ケアのスクリーニング票の説明が流れるようにして、患者がスクリーニングを認識しやすいようにした。

(スクリーニングの) 目的やスクリーニング表の設置場所を案内するポスターと合わせて電光掲示板にも表示してもらった。

《スクリーニングシートに説明文を記載》することで患者のスクリーニングへの理解を促し、さらに《記入例や記入ガイドを渡す》取り組みがなされており、記入例や記入ガイドには分かりやすさも配慮されていた。

記入例を書いて渡す、記入ガイドっていうのを渡すのは1つだが、記入ガイドもいっぱいあるとややこしい。

痛みはあなたのものですから、あなたの痛みに自分らが対応するためのものなんです、ということが分かるように説明文を記載している。

【調査票の説明】の課題は、スクリーニングの目的を患者に周知し、認識を高めることで対処できていた。

2) 【記入する対象の特性】

【記入する対象の特性】は、スクリーニング票を記入する対象の特性により課題が生じていることが語られた。

課題としてまず挙げられたのは、《高齢者が記入する難しさ》であった。高齢者は、1人で記入することが難しく、高齢者の記入をサポートするのに人員や時間がかかっていた。

高齢の患者には、自分で書いてくださいって渡して、それで書けるわけではなくて、ずっと1対1で、ここはこうですね、みたいな感じで書いていかないと無理っていう患者さんが多いので、なかなか時間がかかる。自記式にしたから時間がかからないでしょうっていうわけにはいかないっていう問題がある。

生活のしやすさに関する質問票を使い始めたんですけど、やっぱり高齢者が多くて、とても書くのが大変。

内容が難しいので、絞って分かりやすくやっているが、認知症とか、ある程度決まった対象の患者にとって難しい。

お年寄りにはVRSもNRSもなかなか評価が難しいというのは課題で、スクリーニングが中断されることがあり課題である。

対策としては、《項目を絞る》《チェック項目にする》《分かりやすい言葉を使う》といったスクリーニング用紙自体の工夫や《医療者が代筆する》《家族が代筆する》《家族や医療者が代筆する》といった方法がとられていた。

書くことは高齢者にとって負担なので、もともと書いてあれば思い出し書きやすいと思い(用紙を)工夫した。

高齢者や認知障害がある人は病棟のスタッフが書くようにしている。

記入ガイドを見て書けない人はもう書けないし、書けない人は家族か医療者が一緒にやって書く、患者から聞き出して書いている。

人員や時間がかかるため、家族に横で聞きながら患

表 6 説明方法や記入方法

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
スクリーニングツールは、何回かやるとできるようになるが、1回目の説明に時間がかかる	初回の説明と記入に時間がかかる	課題	調査票の説明
説明文をスクリーニング用紙に簡潔に記載した	スクリーニングシートに説明文を記載	対策	
外来電光掲示板を活用して患者の認識を高める	スクリーニングについての広報		
ポスターや電光掲示板で患者に周知する			
分かりやすい記入例や記入ガイドを渡す	記入例や記入ガイドを渡す		
高齢者は VRS も NRS も評価が難しく、スクリーニングが中断されることがあることが課題	高齢者が記入する難しさ	課題	記入する対象の特性
高齢の患者は 1 人で書けない方が多いので時間がかかる			
高齢者の記入をサポートするのに人員や時間がかかる			
高齢者は書くのが大変			
認知症など決まった対象の患者にとって内容が難しいため、内容を絞ってやっている	項目を絞る	対策	
高齢者の負担を軽減するためにチェック項目を設ける	チェック項目にする		
がんという言葉を使わず、分かりやすいように作成して、説明に時間を要さないようにした	分かりやすい言葉を使う		
医療者が患者から聞いて記入する	医療者が代筆する		
本人、家族が書けない時は看護師が書く			
高齢者や認知障害がある人は病棟のスタッフが書く	家族や医療者が代筆する		
記入例を見て書けない人は、家族か医療者が一緒に書くか、聞き出して書いている			
家族が横で聞きながら患者の回答を代筆する			
本人が書けない時は家族に代筆してもらう	家族が代筆する	課題	
代理で家族が記入すると家族の気持ちが入ってしまう			
本人がどこで過ごしたいかなどは、家族の意見が入ると変わってしまう	代筆により患者の意向が反映されない		
症状の問診票でも、家族が記入すると、家族の心配が記入され、本人が見えてこない			
代理人が記入する場合、本人に質問すること、本人が答えられない場合は記入しないことを注意書きしている	家族と患者の意向を区別する工夫		対策
代理者が書いているかどうか分かるようにしている			
本人が書けない場合は STAS-J の症状版で他者評価で取る	本人が書けない場合は STAS-J で評価する		
患者が記載困難な場合は家族が記載しどちらが書いたか明記する	患者が記載困難な場合は家族のつらさを聞く	課題	対象の苦痛を引き出す困難
気持ちのつらさは日によって変わるので出しづらいが、医療者も表現を助けるのが難しい	気持ちのつらさをスコアリングする難しさ		
高齢者はがん以外の慢性疾患に伴う苦痛症状をたくさん抱えているため、調査票で書いてもらいたいことを説明するのに時間がかかる	がんに伴う苦痛症状を引き出す難しさ		
認知機能の面から、書けるか書けないかの判断を医療者がするのは難しい	記入が可能かどうかの判断が難しい		
書いてみてもらわないと分からないところがあり、書けない人に簡単なスクリーニングを用いることは判断が難しい			
なし	なし	対策	
記入方法を説明していると、周囲にいる人に、がんになってしまうことが分かってしまうなどプライバシーを守れない	記入方法説明時にプライバシーが守れない	課題	プライバシーの確保
患者はその場で書くことが難しいため、次回までに持参してもらう	家で書いてきてもらう	対策	

者さんの回答を代筆してもらうことが多くある。

代筆するという方法で対応していても、《代筆により患者の意向が反映されない》という課題が生じていた。

家族がつけると家族の気持ちが入っちゃう。

症状の間診票だけ一般の病棟で書いてもらう場合、代理記入はサインをしてもらうが、家族が書いていると、そういう家族の心配が記入され、それも大切ではあるが、本人が見えてこない。

症状だけじゃないんで、本人がどこで過ごしたいとか、そういうのを書いてもらうから、ご家族の意見が入ると全然変わってくる。

対策として、《患者と家族の意向を区別する工夫》がなされていた。また、本人が答えられない場合は無理に記載しなくてもよいという方法もとられていた。

代理で誰が書いたか明確に分かるように、丸をつけるようにしている。

外来の間診に関しては、代理の人が記入する場合は必ず、ご本人に質問して書いてください、ご本人が答えられない場合は書かなくて結構です、というコメントをつけている。

【記入する対象の特性】による課題は、特に主観である苦痛をどのように表現してもらうのかの困難であり、表出を促すシートの工夫などが行われていた。しかし、代筆による記載は主観が反映されず、他者が苦痛を評価することの限界が語られた。

3) 【対象の苦痛を引き出す困難】

【対象の苦痛を引き出す困難】は、高齢の患者が多い中でスクリーニング対象者の認知機能の判断や患者の主観を引き出す難しさであった。

課題として、まず《気持ちのつらさをスコアリングする難しさ》があった。

患者は気持ちのつらさは日によって変わるし、ムラがあって出しづらいが、医療者も表現を助けるのが難しい。

次に《がんに伴う苦痛症状を引き出す難しさ》があった。

高齢者はがん治療を受けて、大きな副作用がなくて

も腰が痛いとか、足が痛いとか頻尿とかそのほかの慢性疾患の苦痛がたくさんあり、本当に調査票に書いてほしいことや聞きたいことに的を当てないといけないので説明に時間をとる。

また、記入できる状態かどうかの認知機能の理解ができず、《記入が可能かどうかの判断が難しい》と語られた。

認知症が高度な人なら、その時点でたぶん書かなくてもいいこともあるが、その線引きを医療者がすることは難しい。

書けない人用の簡単なスクリーニングに落とし込むことは、実際、書いてみてもらわないと分からないところがあるので、判断しようがない。

【対象者の苦痛を引き出す困難】に対しては有効な対策が見出せていなかった。認知機能の障害がある場合は、《本人が書けない場合はSTAS-Jで評価する》《患者が記載困難な場合は家族のつらさを聞く》といった方法がとられており、全患者をスクリーニングするために、苦肉の策がとられていた。

まったく書けない場合は、STAS-Jの症状版で、他者評価でとる。

患者が記載困難な場合は家族が記載するが、家族か本人どちらが書いたか分かるようにして、家族の想いを把握するようにしている。

【対象の苦痛を引き出す困難】において高齢者、認知症のある患者のスクリーニングをどのようにするのかは重要な課題である。

4) 【プライバシーの確保】

【プライバシーの確保】は記入方法の説明をしていると周囲にいる人ががん患者であることが分かってしまい《記入方法説明時にプライバシーが守れない》という課題であった。

記入方法が難しいが、それを一生懸命説明すると、それがプライバシーというか、がんになっていることが分かってしまったり。

対策としては、《家で書いてきてもらう》方法がとられていた。

患者はその場で書くことはけっこう難しいみたいなんで、次までに持ってきてもらっている。

【プライバシーの確保】は外来でスクリーニングをする際の課題であり、特に医療者が聞き取りを行う場合には、プライバシーが確保できる場所で行うなどの配慮が必要とされている。

テーマ6：スクリーニング結果などのデータ集計の方法が分からない

スクリーニング結果などデータ集計の方法が分からないは、表7に示すとおり4つのカテゴリに集約され、課題は17個あった。まず、集計するデータや集計結果の活用について述べたのち、集計の仕組みについて述べる。カテゴリ【 】ごとに課題と対策《 》を示す。

1) 【集計するデータ】

【集計するデータ】の課題は、どのデータを集計するか分からないことや集計が難しいデータがあることが挙げられた。

まず、【集計するデータ】の課題として挙げられたのは《どのデータを集計するのか分からない》であった。また、《スクリーニングの結果として何を評価するかが分からない》ために単純集計に留まっていることが語られた。

チームにつなげたのだけは分かるが、他にどのようなデータを収集するとよいか戸惑う。

1年分のデータを、どこの診療科が何件集まって、その中の何割がチームの介入希望があったか、身体のだらさがどれくらいかのデータは件数を拾えば出るが、個人の患者さんに対して、入院ごとにどれだけ介入しているのか、オペの患者さんがどれだけのだらさがあるのか、など、何を目的にすればいいのかが定まてないので、データを全部個人別にすべて入力しているが、これはどうなるのかなってところが一番悩む。

やった結果、介入するまでで、介入の率が上がればそれでいいとするのか、アウトカム、患者さんのQOL上がるとかまで見るのか。

専門チームへの紹介が増えて、その割合が増えればいいんだろうということ、最終的には主治医チームがどこまでうまくやれるようになったかが結果になると思っはいるが、どこで評価するかが難しい。

対策として、それぞれの施設において《集計する

データ》が挙げられた。質問項目ごとの単純集計のほかに、スクリーニング陽性患者の割合、外来と入院患者の比較集計、月ごとの変化、回収率、除痛率、介入結果が集計されていた。

身体のだらさ、気持ちのだらさ、気がかりや心配していること、専門チームの介入の希望の4項目についてデータ集計を行った。

疾患(部位)、(苦痛症状)の数値で点数ごとに何件かのデータと、陽性患者の割合、困っている症状は何かと、何パーセントの人がその症状を抱えているかを集計している。

痛み、のだらさ、気がかり、専門チームの介入希望と外来と入院で結果を出したが大差がなかった。

月ごとに(チーム介入の)数とか(介入による)変化を表して評価する。

外来で回収した件数と(苦痛症状として)出てきた項目を拾っている。

病棟ごとに除痛率を出してもらう。

そのほかに、《目的に合わせて集計するデータを検討する》という方法がとられていた。集計するデータをスクリーニングの目的や自施設の目標に合わせることや今後は拠点病院の要件に合わせる必要性があることが語られた。また、集計のタイミングとして《定点でデータ集計する》という方法がとられていた。

集計というのは、たとえば点数がついてなんらかの介入をしたとしたら、その介入した結果、今度もう1回とったらスケールが下がっていたとか、やったことに対しての評価を求められているのかなっていうふうに思っている。

緩和ケアセンターの目標がスクリーニングを広めることなので、件数と診療科別の苦痛の程度をフィードバックし、セミナーとかで、得点高い人の介入をどういうふうにしていくのかプレゼンする。

データ集計の目的、たとえば拠点病院の要件なんかスクリーニングを何件以上とか、どういう科がしているかとかが将来的に出ることを考えれば、それに合わせてきちっと集計しておかないといけない。

たとえば、1年、12カ月のうちの1カ月間、そういうのをこうやってみてとかって、定点観測みたいにする。

しかし、これらの《集計するデータ》について、新たに《データの質による集計の難しさ》と《集計

表7 データ集計方法

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
チームにつながれた件数は分かるが、他にどのようなデータを集計するか迷う	どのデータを集計するのかわからない		集計するデータ
数だけの集計になってしまっている			
集計目的が定まらないために単純集計に留まってしまう		課題	
結果として、介入率の上昇で成果とするのか、患者のQOL向上までみればいいのか分からない			
専門チームへの紹介が増えることを成果とするか、主治医チームの力量の向上までを成果とするか、どこで評価するのかが難しい	スクリーニングの結果として何を評価するのかわからない		
データ集計の結果として何を評価として出せばいいのか分からない			
体と気持ちのつらさ、気がかり、専門チームの介入の希望の4項目を集計する		対策	
疾患名、数値が各何件か、陽性患者の割合、患者が困っている身体症状を集計する			
外来と入院で、痛み、つらさ、気がかり、専門チームの介入希望について比較集計する	集計するデータ		
チーム介入件数と介入による変化を集計する			
外来での回収数と苦痛症状を集計する			
病棟ごとに除痛率を集計する			
集計ではスクリーニングの結果での介入に対する評価が求められている			
スクリーニングを広めるという目標に合わせて、スクリーニング件数や各診療科の患者の苦痛の程度を集計する	目的に合わせて集計するデータを検討する		
集計は拠点病院の要件での求めにも合わせていく必要がある			
定点観測する	定点でデータ集計する		
NRSが分かりづらい患者のスケールを変えると集計が煩雑になる		課題	
どの時点の症状を記載しているかが異なるため、集計時に悩む	データの質による集計の難しさ		
データをとる時期が個々により異なるので、そのデータをどのように集計して評価したらよいか迷う			
備考欄の使用状況が部署によって違う			
科によってスクリーニングが必要な患者の母数が分からず、スクリーニングできた割合が出せない			
スクリーニング結果を元にチームに依頼があったのか、主治医が判断して依頼があったのかが区別が困難で集計しづらい			
スクリーニングをしていなくても、対応しているかもしれないので、していない場合と比較できない			
患者の満足度を集計するのが難しい	集計困難なデータ		
患者のアウトカムは患者に相当聞かないと評価できない			
介入に対する結果の評価を出すのが難しい			
その患者に対する経過は集計できない			
もともと抱えている問題が大きいと、介入していてもスクリーニングの点数が下がりにくい			
患者への対応を記録から集計する	記録から集計する	対策	
パス患者は記録から集計するのが難しい		課題	
患者のつらさへの介入に対する患者評価について記録がないので、集計できない	カルテ記録から介入内容と患者の変化を集める難しさ		
介入が月をまたぐ場合に、集計時には介入なしと集計される			
スクリーニング後の対応についてのデータは部署によってばらつきがある			
介入内容をチェック欄で入力する		対策	
どう対応したかをプルダウンで入力できるようにする	介入内容を入力してもらう		

表7 データ集計方法（つづき）

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
数字で表す部分と質的な評価があるのでそれらをどのようなバランスで見せるかが分からない	データの示し方が分からない	課題	集計するデータ
スクリーニングを実施していない人でも理解できるようなデータの見せ方が分からない			
スクリーニングの周知には成果を数字で伝える	成果を数値で表す	対策	
チームが介入した件数と、介入の結果を一括表示する	数値の評価と介入の評価とを合わせて示す		
ケアの評価と数値の評価を併せて一覧別にして施設で1年のデータを報告する			
集計したデータをどう評価してフィードバックするのかが分からない	集計したデータをどう評価してフィードバックするのかが分からない	課題	
各病棟の提出率を出し、提出率が低い病棟に提出率を上げるようお願いした	評価とフィードバック内容	対策	
痛みを有する患者の割合と点数が高い患者のうち、緩和ケアチームに紹介された割合をフィードバックする			
痛みを有する患者の割合について病棟間の差をフィードバックする			
医師ごとの除痛率を出し、痛みが緩和できていないことをフィードバックする			
リンクナース委員会で報告する	フィードバックの場		
緩和ケアチームの会議、がんの委員会、病棟で共有している			
師長会でデータを介入の成功事例と共にフィードバックする			
カンファレンスでデータの傾向や介入事例をフィードバックする			
集計結果をタイムリーにフィードバックできない	結果をタイムリーにフィードバックする難しさ	課題	
後追いでフィードバックすると批判と捉えられる			
集計結果が実際にスクリーニングしている看護師まで伝わらない	集計結果をスクリーニング実施者にフィードバックする難しさ	課題	
電子カルテで管理されているデータがうまく使えない	集計したデータを生かせていない	課題	集計結果の活用
データをどう生かすかが課題			
膨大な数を数えているのに生かせない			
集計はただ PDCA サイクルの取り組みの1つという意識しかない	スクリーニングの継続に対するモチベーションにつなげる		
データ集計を見せることで自部署の特徴に気づくなど、スクリーニングの継続に対するモチベーションにつなげる			
介入の効果を看護師の成功体験につなげる			
集計結果に表れていない看護師の介入に対してポジティブフィードバックをする	教育の機会にする	対策	
医療者の症状の評価にスケールを使うように指導する機会にする			
スケールを元に、看護診断を立てるように指導する機会にする			
チェックの付いた項目をさらに聞くことなどをリンクナースに教育する			
集計結果を看護師に周知することで、気づけていなかった症状へのアプローチを考えるようになる	医師と看護師のコミュニケーションの機会にする		
フィードバックにより医師と看護師の緩和ケアに対する意識やケア能力の向上の機会にする			
痛みがある状態で退院していることを病棟スタッフにフィードバックする			
医師と看護師のコミュニケーションの機会にする	医師と看護師のコミュニケーションの機会にする		
結果を毎月のリンクナース会で病棟に提示すると、緩和ケアチームの介入にもつながった	緩和ケアチームへの介入につなげる		
化学療法導入前後の結果の傾向を患者ケアに活かす	患者の理解を深め、ケアにつなげる		
1人の患者の外来と病棟での苦痛の差を明示して、現状把握を行った			

表7 データ集計方法（つづき）

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
集計は患者にとって直接のメリットにはならない	集計による患者へのメリットがない	課題	集計結果の活用
経済的なことでの記載が多かったため、相談窓口を明記したポスターを貼った	相談窓口を案内する	対策	
データ入力には時間がかかるが、集計にはさほどかからない 質問票の枚数が多いが、記入の負担より、電子カルテに保存するための作業が大変である	データ入力に時間がかかる	課題	集計に関わる時間と人員
スクリーニング専従者が、データ全部を入力する 回収した質問票を看護師が電子カルテに記入する	看護師が入力する	対策	
看護師か、医師補がいる科は医師補に入力してもらう ラミネートしたものに記載してもらい、診療補助が入力したら消して使いまわす	事務員や診療補助が入力する		
看護師がアセスメントを行い、医療秘書がデータ入力を行うことで看護師の仕事を削減 事務員がエクセル入力している			
件数が増えると1人での対応が難しいので、事務の方に依頼する予定			
データ入力や計算に1人が費やされている状況で、今後どうしようか考えている 1人で集計することがないようにする対策が分からない たくさんある業務の中で取り組める方法を考えないと定着しない	集計の負担を減らす対策が分からない	課題	
リンクナースが、日々の受け持ちが経過表に書いたものを月1回決まった日に定点で集計する リンクナースが病棟で集計する リンクナースに病棟ごとに簡単な集計までしてもらって、集計担当者が全体の集計結果を出す 病棟ごとにまとめて集計してもらうことで集約後の集計が早くなる	リンクナースが集計を分担する	対策	
クラークがエクセルに入力して集計する	クラークが集計する	課題	
専従の看護師が集計項目を決めないと事務に依頼できない 看護師への集計依頼のために委員会を通さなければならない	集計を依頼するための段取りが必要		
電子カルテシステムでの集計方法が分からない 電子カルテにテンプレートを作り、カルテ上で集計することを計画している	電子カルテでの集計方法が分からない	課題	
質問票にQRコードを付けて電子カルテにスキャンされ、医療情報管理課に項目を伝えると抽出してもらえるシステムになっている システム化により集計が簡単になる 電子カルテ上にシステムを作ってもらえると、個人の変化が時系列でみれる	情報管理課に協力を依頼する	課題	
電子カルテを用いると、数をまとめるだけなら簡単に集計できる 毎月、対応できた割合や苦痛症状を抱える患者の割合も集計され、グラフ化されてくる	電子カルテ上でシステム化する		
電子カルテに入力するようになれば年単位で集計しやすい 数が多すぎるとエクセルでは集計できないため、電子カルテが有効システムを活用すると個人データや麻薬使用者の一覧、痛みの評価が出る	電子カルテ上でシステム化するメリット	対策	
カルテに入力した情報から集計できるようにエクセルを作りこみ集計する 手計算で集計していたが、シートを作成してもらい入力している エクセルでリストから選ぶ方式にすると効率化が図れる STAS-Jの看護師入力を電子カルテから引出し、別のエクセルに手入力して計算する エクセル入力したデータを基にトリガーされた患者のカルテを見て集計する	エクセルの活用	課題	

表7 データ集計方法（つづき）

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
データ集計は事務と2人で入力し、アンケート集計用のスキャナーを使って集計している	スキャナーの活用	対策	集計システム
成果をフィードバックするためにはITも利用して集計をしないとイケない	ITを活用する必要性	課題	
集計ソフトの利用者が限られる	システム導入の費用		
システム導入にはお金がかかる		電子化は1つの方法だが、費用との兼ね合いがある	
研究としてシステムが入った	研究の取り組みとしてIT化された	対策	
入力や集計ができていない	集計できていない	現状	その他
書いてもらったのをスキャンしただけでデータ化できていない			
紙媒体のコピーが集約されるのでそこからスクリーニングし、データは事務員が入力するが、ただ残しているだけになっている			
集計する仕組みはこれから作っていく			

《困難なデータ》があることが課題となっていた。

《データの質による集計の難しさ》は、患者により異なるスケールが用いられている、スクリーニング時の治療段階が異なっている、欠損があるなどのデータを集計する難しさであった。

高齢の方と、小児の患者さんに書いていただく時に、NRSが分からなかったりとか、理解しがたい時にVASで中等度とかで評価するが、集計時にスケールが変わってしまうので困難になる。

スクリーニングする時に、書いてる時点での症状を書く方と、これまでの1カ月間を振り返って書いてくれる方がいらっしやるので、データの主観性も含めて、集計をどの観点でするのかに悩む。

化療センターで初回の人にスクリーニングしたら、病状や治療について知りたいことや相談したいことがあるにチェックされた方が大量にいらっしやしたが、スクリーニングする時期によって偏りが出てきて、それをデータとして集めた時に時期が混在しているのをどう評価していいか困った。

細かく備考欄を作っているのだから、そこに書いてきてくれているところもあれば、まったく書いてないところもある。

《集計困難なデータ》は、スクリーニング実施率、緩和ケアチームへの依頼根拠、介入による患者の満足度や患者の変化に関するデータであった。特に、患者の問題状況が複雑な場合には介入による変化がスクリーニング得点に反映されないことがあり、得点を集計するだけでは患者の変化を表せないことやそのことにより、医療者が落胆することが語られた。

科によって母数が違うので、スクリーニングが必要な患者の母数が分からず、何人中何人きたというところが出せない。

スクリーニングで問題が抽出されてチームとか専門家に紹介されているのか、主治医の判断から、スクリーニングと関連なく紹介されているかの区別が全然つかなくて集計するとき困ってしまう。

患者のアウトカムを評価するためには、相当、患者さんに聞かないと分からない。

なんらかの介入をしたとしたら、その介入した結果スケールが下がっていたとか、やったことに対しての評価を求められているのかなと思うが、その辺を出すのが難しい。

客観的に痛みはとれたと評価できるが、患者が満足したかなということやすぐに対応してもらいたい患者に対応できているかというようなことをどのように集計したらよいか分からない。

スクリーニングの再評価になる人は、もともと抱えている問題が大きかったり、最初についた問題は解決されたけどまた別の問題が出てきて、別の点数が上がったりってということもあるが、病棟ナースも、点数が下がらないとちょっとへこむ。

対策として、《記録から集計する》が挙げられた。

記録上から患者のつらさに対応ができていないかのデータをとった。

しかし、《記録から集計する》という対策をとるうえで、新たな課題として《カルテ記録から介入内容と患者の変化を集める難しさ》という記録がない

ことによりデータを集めるのが難しい状況が生じていた。

カルテから介入内容を拾って集計しようとしてもパスになるとほとんど記録がない。

患者のつらさに対して患者が満足できたか、日常生活に戻ったときの解決策が出たかという評価が記録に残っていれば介入の効果として集計できるが、気がかりの記載に対して介入の記録がない場合は集計ができない。

その後の対応をどうしていったとかの追跡に関しては部署のばらつきがある。

対策としては、《介入内容を入力してもらう》といった方法がとられていた。また、入力を簡単に行えるようにチェックやプルダウンで選択するといった工夫がなされていた。

アセスメントツールを変えてどのような介入をしたかということをチェック欄で簡単に入れられるようにした。

聞き取っただけではやっぱり駄目なので、どう対応したかっていうのを電子カルテ上でプルダウンできるように案として作っていつている。

《データの質による集計の難しさ》と《集計困難なデータ》のうち、介入内容と患者の変化に関するデータを集計するための**対策**は見出されているものの、そのほかのデータに**対策**は見出せないままである。

さらに、データを集計した結果について《データの示し方が分からない》といった**課題**が挙げられた。

何割引っかかるのかそういう数で見せる部分と、質的な部分との、両方の担保、評価っていうのをどうしていくか。

やっている本人はやっているのだから分かって、分からない人に伝えるにはどのデータが一番有効なのか。

対策として、《成果を数値で表す》《数値の評価と介入の評価とを合わせて示す》という方法で、目的に合わせて示し方が選択され、数値だけでは表しきれない事項が内容の記載によって補われていた。

(スクリーニングを) 広めるにあたって有効性を出す、やっぱり、それなりの成果を数字で伝えていかないと分からない。

緩和ケアチームにつながった件数と、どうなったか

までをエクセルの中で一括表示をする形にしている。

ケアの評価はされているので、数の評価とこの項目に関してはこれだけ数値が下がった理由はこういうのだからっていうのを一覧別にしてまとめておいて、年間、施設の中で報告する。

2) 【集計結果の活用】

【集計結果の活用】の**課題**は、集計したデータをどう評価してフィードバックし、どう活かすかについてであった。

まず、課題として挙げられたのは、《集計したデータをどう評価してフィードバックするかが分からない》だった。

拾った数をどう、どうフィードバックするのか、どう評価したらいいのか分からない。

対策として、《評価とフィードバック内容》と《フィードバックの場》が挙げられた。

《評価とフィードバックの内容》は、スクリーニングシートの提出率が低いことや痛みを有する患者の割合と緩和ケアチームへの介入依頼率、病棟間の痛みを有する患者の割合の差、医師が除痛できていないことだった。

一度、3カ月間施行した後集計し、提出率を各病棟に出して、提出率を上げてもらうために、あなたたちは低いからこれぐらいにしてください、とお願いした。

どのぐらいの痛みの患者さんが、どのぐらいの割合いるのかを0から10の点数で割合を出したが、平均3点で、入院時に7、8、9、10点の人が1人ぐらいずついて、何パーセントが緩和ケアチームに紹介になっているかというデータを出してフィードバックした。

これぐらいの病棟では、これぐらいの患者さんが、これぐらい痛いって言っているというデータをフィードバックしている。

医師ごとに除痛率を出して、先生、ちゃんとできていませんとかフィードバックした。

《フィードバックの場》は緩和ケアチームの会議や委員会、師長会、病棟カンファレンスだった。師長会では成功事例を合わせてフィードバックされていた。

リンクナースがその病棟で集計して分析してリンクナース委員会が月に1回、もしくは2回あるので、報告し合っている。

緩和ケアチームの会議で出して、がんの委員会でも見てもらって、病棟に下りていく形で共有している。

専従の看護師が病棟ごとに集計をして、師長会でデータをフィードバックするが、その場で支援はこうだったという成功体験を1例ずつ言うようにしている。

カンファレンスで、こういう状況が多く出ているということや、実際に介入した患者についてフィードバックすることはできるとは思う。

しかし、フィードバックについて、新たに、《結果をタイムリーにフィードバックする難しさ》《集計結果をスクリーニング実施者にフィードバックする難しさ》という課題が挙げられ、後追いでフィードバックすると病棟に対して批判していると捉えられることや、スクリーニング実施者にフィードバックできないことにより専門チームの介入が進まない状況とその状況に医療者が無力感を感じていることが語られた。

タイムリーなフィードバックができていない。

後追いで評価のフィードバックをすると病棟には批判と捉えられてしまう。

スクリーニングの集計結果は緩和ケアセンター会議だけの周知にとどまっていて、実際スクリーニングを行っているナースたちへのフィードバックは今はない。これだけしか専門家につながらないんだっていうのとか、自分でやっても、ちょっとむなしの部分がある。

さらに、課題として《集計したデータを活かしていない》が挙げられ、集計した膨大なデータを活かしていないことや医療者にデータを活かすという意識がないことが語られた。

カルテに入力すると、全部そこだけ集まって、集計がボンと出るようになってるので、非常に簡単。数をまとめるだけなら簡単にはできる。その先のデータをどう活かすかっていうことは、本当に課題なんじゃないかな。

カンファレンスで、こういう状況が多く出ているということや、実際に介入した患者についてフィードバックすることはできるとは思うが、膨大な数を数えているのにそれだけに終わり、なかなかそれを活かしていない。

確かに集計の是非、ただPDCAサイクルの取り組みだけっていうふうな意識しかない。1つの取り組み

に対しての評価を出すだけっていう意識しか。

対策として、まず、《スクリーニングの継続に対するモチベーションにつなげる》ということがなされており、病棟の特徴などのデータを示すだけでなく、データを成功体験につなげたり、データの意味づけを一緒に考えたりする関わりによりモチベーションにつなげていた。

今、病棟ごとと、科ごとに集計して、会議の場を出したりしているが、集計のメリットの1つはモチベーションにつながるというところ。ナースも入院の時の書類がすごく多いので、どこかでスクリーニングを負担に思っているのだが、その病棟の患者さんの特徴、その後の患者さんの傾向をお知らせすると、へーそうなんですかっていう反応で。あと師長さんにそういう情報を伝えたと、そこは全然気をつけていなかったですわねとかっていうふうに反応が返ってきたり、他のフロアや科と比較した特徴に気づける。

やればこういう効果があるという、こう関わるとこんなに症状緩和できたし、つらさも下げられたということを成功体験として出す。

そのまま集計して、こっちが意味をちゃんと読み取って、でもこういうところは配慮しましたねっていうのを病棟看護師と一緒に考える。

次に、《教育の機会にする》《医師と看護師のコミュニケーションの機会にする》《緩和ケアチームへの介入につなげる》が挙げられた。《教育の機会にする》では、評価にスケールを使うこと、評価を元にした看護診断の立案や患者の記載内容をさらに深く聞くことにより継続看護に活かすこと、苦痛症状へのアプローチについて教育する機会になり、緩和ケアに対する意識やケアの能力の向上が図られていた。

痛みがプラスマイナスとかって経過表に書いてあるので、評価基準のスケールがあるので、観察項目に追加してくださいと伝える。

看護診断でNRS4以上は診断を立てることになっているが、立ててないところもあり指導している。

(看護師が補足して) だいたい記入されているんだけど、「あり」になっている項目をもうちょっと聞けるようにというところをリンクナースにフィードバックしている。

スクリーニングの集計結果をどんどんお知らせしている。倦怠感ってなかなか気にしていなかったっていうことが多くて、じゃあどうやってアプローチしたら

いいんだろうとかっていうふうになんか、結構つながってきている。

こんなに痛くて、このまま帰したんですかとかと、その看護師やチームのリーダーとか、師長とかにフィードバックする。

医師の緩和ケアに対する意識を上げること、医師と看護師のコミュニケーションを密にすること、緩和ケアの観察項目とか看護診断のリストとか、そういうのを上げてもらうという目標があり、その機会にしている。

推移を出し、結果に関しては、毎月のリンクナース会で各病棟に下ろして数字が変わり、緩和ケアチームの介入にもつながった。

また、《患者の理解を深め、ケアにつなげる》という方法でデータが活かされていた。

化学療法導入入院時、導入終了後外来時にとっており、入院前後で化学療法に対する気持ちのつらさの変化があることが分かった。これは看護師でのフィードバックには使える。

1人の患者を時系列で評価することで、外来と病棟で案外差があり、外来は精神面が高く、病棟は身体面の得点が高いという現状把握ができる。

そのほかの課題として、《集計による患者へのメリットがない》が挙げられた。

患者さんにとって集計することは、あまり直接のメリットにはならないと思う。

対策として、《相談窓口を案内する》という対応がとられていた。

経済的なことでのコメントが結構多いので、それに対してはこういう相談の窓口がありますよというポスターを貼るといようなアプローチをした。

3) 【集計に関わる時間と人員】

【データ集計に関わる時間と人員】では、データ入力に時間がかかること、集計に人員が費やされることが課題となっていた。

課題として、まず、《データ入力に時間がかかる》が挙げられた。

30人の人のデータを入れていくっていうと、結構それなりに時間がかかる。

回収してそれを電子カルテに保存するうえでスキャ

ンする時間が一番大変かと思う。具体的にどれだけそこに労力を費やして、他の業務の支障になっているとか時間外につながっているとかいう声は聞こえてはきていないが。

対策としては、《看護師が入力する》《事務員や診療補助が入力する》が挙げられた。看護師はスクリーニング専従者や回収した看護師が入力していた。また、医療補助が入力する場合でもアセスメントは看護師が行うといった役割分担がなされていた。

《看護師が入力する》

私はスクリーニング専従なので、届いたデータ全部、紙データで来たのを、エクセルにひたすら入れていく。

データは質問票を回収してきた看護師がテンプレートで電子カルテに記入をする。

《事務員や診療補助が入力する》

看護師がついているところは看護師が入力するし、クラークがついていたらすぐに入れてくれるので、入力はそういう所をお願いしようと思っている。

紙ベースにするとお金がかかるからストップがかかり、ラミネートしたものに記載して入力は診療補助にしてもらい1日の診療が終わったら消して使いまわす。

担当看護師ではなく医療秘書に渡して、入力だけはお願いをして、その分は看護師の多い仕事量を削減する。どうしてもアセスメントとかは医療秘書には頼めないで、それは看護師に頼んで、あとは医療秘書に渡すと電子カルテ上のテンプレートに入力する。

事業部の事務が、毎日エクセルをしてくれる。

カルテに情報をデータとして入れてもらっているので、それをすぐに集計できるように作りこんだエクセルに起こして集計しているが、1人では件数が増えると難しいので、委員長に交渉をして事務の方にしてもらえるように準備をしているところ。

次の課題として、《集計の負担を減らす対策が分らない》といった集計に人員が費やされているが、多くある業務の中で負担を減らす対応に苦慮することが挙げられた。

母数が母数なので、毎日のことになってくると、それに丸々1人費やされて、そのデータ管理等、データ収集の手計算分をずっと続けていくのか、どうしていいかかという話が出ている。

集計が非常に不安で、1人でしているところが多いと聞いたので、いかにしてそれをなくそうかかっていうのを、どうしたもんかって悩んでいる。

現場の看護師は他の業務も多くあるため、緩和ケアチームのように苦痛のスクリーニングだけに特化して行うわけにもいかない。多くある業務の中の1つとしてハードルを下げ取り組む方法を考えていかないと定着しないと思う。

対策としては《リンクナースが集計を分担する》《クラークが集計する》という方法がとられていた。

リンクナースに、経過表に書いたものを月1回決まった日に定点で集計してもらっている。

リンクナースがその病棟で集計して分析して、リンクナース委員会が月に1回、もしくは2回あるので、報告し合っている。

リンクナースに病棟ごとに集計までしてもらって、私ももらって全体を出す。

病棟ごとにまとめて集計すると、次の段にまた使えるので集計は早くなった。

カルテ入力終了した用紙をセンターに届けてもらい、クラークがエクセルに入力して集計している。

しかし、リンクナースやクラークに依頼するためには、《集計を依頼するための段取りが必要》で、集計内容を決める、委員会を通すなどの段取りがあることが課題として挙げられた。

専従の看護師さんとかがある程度、どれを集計するのかっていうのを決めてからじゃないと事務の方に移せない。

医療室の看護師さんに頼めるかもとは思いましたが、そこを越えるためには、委員会を通さなきゃいけないとかっていうのがあった。

4) 【集計システム】

【集計システム】の課題は、《電子カルテシステムでの集計方法が分からない》であった。

電子カルテにどうやって入れるのか、入れないのかとか、どうされているのかな。

電子カルテの中にテンプレートを作って、そこで入れて、もう電子カルテの中で集計しようかなっていうのを検討している。

対策として、《情報管理課に協力を依頼する》《電子カルテ上でシステム化する》が挙げられた。

質問票にQRコードを付けてもらい、電子カルテにスキャンされるシステムになっているので、のちのちのデータを集めて発表とかで集計する時には、医療情

報管理課でこういう項目の人を集計してくださいって頼めば、全体像があがってきて、つらさのところが、どれぐらい以上、ここにチェックが入った人など、条件さえ出せば、その条件に合った人を抽出することができる。

システムを入れると苦勞していた集計が簡単にできたりするからシステムとの連携が大切だと実感している。

電子カルテに組み込んで、集計と時系列ビューという、その患者さんのボタンを押して、時系列っていうのを押すと、STASの疼痛の変化がどのくらいだとかをグラフ化と変化はみれるテンプレートを作ってもらった。お金がかからずそのくらいはやれる。

また、《電子カルテ上でシステム化するメリット》が語られた。

カルテに入力すると、全部そこだけ集まって、集計がボンと出るようになっているので、非常に簡単。数をまとめるだけなら簡単にはできる。

毎日どのぐらいの割合で、対応ができたか、月単位でどのぐらいの患者さんが、人数に対してどのぐらい困っている人が挙がってきているのかが集計されてグラフに出てきます。

電子カルテに入力する癖をつければ、1年分、2年分とかの集計はしやすくなる。

エクセルで集計するには別に紙を回収して入れなきゃいけないので、数が多くなることを考えて、カルテにしようとしている。

緩和ケアシステムでは個人データや麻薬使用者の一覧、個々や病棟ごとの痛みの評価などが出てくる。

電子カルテ上のシステム以外を活用した方法として《エクセルシートの活用》《スキャナーの活用》が挙げられた。

《エクセルシートの活用》

カルテに情報をデータとして入れてもらっているので、それをすぐに集計できるように作り込んだエクセルに起こして集計している。

今年に入ってから今までスキャンだけで終わっていて、手計算で数を数えてやっていたが、ツールみたいなものを作ってもらったのでそこに入力している。

エクセルをひたすら、リストから選ぶ方式で、ポップアップして、選択式になって出てくるのを選ぶ。点数はそうやって、科、性別、診療科、疾患も集計している、ひたすらリストからカチカチって。今まで入っ

たやつがリストにあるので、それを選んでくるっていう形にすれば、少し効率化が図れる。

STAS-Jの看護師記入の評価だが、毎日、電子カルテの中で文書処理のものだけを引き上げてきて、別のエクセルに手計算で数字を1人ひとり入力している。

1日に30人から40人ぐらい処理する。逆にコンピュータのシステムがないので、全部エクセルに入れていて、引がかかった人のカルテを全部見て、経過と、病名と、そこでチェックしてから集計する。

《スキャナーの活用》

データの集計は私と事務の臨時採用の人で簡単に、ある、ない、0、1ってコンピュータ式の集計表を自分たちで作ってやって、アンケート集計用のスキャナーで集計している。

しかし、《電子カルテ上でシステム化する》《エクセルシートの活用》という対策で《ITを活用する必要性》が認識されているが、新たに《システム導入の費用》という課題が挙げられた。費用の問題から使用制限が生じているために集計が分担できないことや、費用の問題は簡単には解決できないことが語られた。

成果を、力を貸してくれた人、患者さんに対しても、フィードバックするためにも、集計をしていかなければならないし、ITも利用してやらないと大変だろうと思う。

エクセルで出してくるソフトをリンクナースが使えないようなシステムになっているので、リンクナースに手作業で依頼するのはかわいそうかなというのがあって依頼できない。

システム導入にはお金がかかるし、病院は簡単には回らない。

電子化っていうのは1つ。確かに、他のところでこれ、お金はかかるんですけど、iPadとかなどで入力したら、電子カルテに飛ぶみたいな、楽は楽だが、お金もかかるので、費用とかも、兼ね合いもあります。

対策として、《研究の取り組みとしてIT化された》施設の例が挙げられたが、すべての施設で研究的な取り組みを行うことには困難があり、費用の問題のすべてを解決するのは難しい。

研究では、膨大な患者さんの数では要件を受け入れることがなかなか大変で、地域の病院に投げかけようということになった。

5) 【その他】

その他に、課題ではないが、《集計できていない》状況が語られていた。

うちは集計していません。まったくデータとして入力もしていない。

今は書いてもらったのをスキャンして終わりみたいな感じ。後からデータとして出そうと思っても、それをもう1回出して、自分で入れ直さなきゃいけない。

コピーされたものが手元に来て、それをスクリーニングして、データの inputs は事務員がやってくれてはいるが、何をどう入れるかっていうのが、全然決めてないまま、残している。

集計を出せる仕組みにすることを、これから進めようとは思っています。

テーマ7: スクリーニングでトリガーされた患者のフォローアップ方法が分からない

スクリーニングでトリガーされた患者のフォローアップ方法が分からないは、表8に示す通り8つのカテゴリに集約され、課題は32個あった。8つのカテゴリを、4つの内容に分け、フォローアップ体制に関する課題、取り組みの実際において生じている課題、患者が抱える問題状況の性質上生じている課題、スクリーニングで対応する限界について、カテゴリ【 】ごとに課題と対策《 》を述べる。

A. フォローアップ体制に関する課題

1) 【トリガーされた患者のフロー】

【トリガーされた患者のフロー】の課題は、フォローアップのフローをつくる難しさとフローを定着させる難しさであった。

まず、《一律に対応できるフローをつくる難しさ》が挙げられた。患者の主観による評価に対して、一律の基準でトリガーし、対応を決める難しさが語られた。

そこで(スクリーニングで)引がかかったから、必ずどうしていくっていう図をつくれるのか、4だからっていっても、その人によって4の基準が全然違うか

表8 フォローアップの方法

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
トリガーされたから必ずどうしていくというフローをつくるのが難しい	一律に対応できるフローをつくる難しさ	課題	トリガーされた患者のフロー
初期対応は主治医と看護師で行い、困った時、相談するリソースの連絡先を明示したフローをつくった	初期対応を一律にしたフローをつくる	対策	
看護師が主科で対応できること依頼が必要なことをトリアージする 看護師がスクリーニング結果の評価と介入依頼先の決定を行う 患者の希望を受け、主治医や看護師が介入依頼先を決定する	主治医や看護師が介入依頼の必要性を判断する		
緩和ケアチームへの依頼の必要性の判断に困った時は、認定看護師が看護相談を行う	介入依頼の必要性の判断は看護相談でも行う		
生活のしやすさに関する質問票から STAS-J、STAS-J から緩和ケアへの流れが定着していない スクリーニング結果が緩和ケア介入につながらない フォローアップのマニュアルを作ったがその通りには介入できない スクリーニング陽性患者がいても、緩和ケアチームにつなぐまでの初期の対応の道筋が曖昧である スクリーニング陽性患者がいても、対応がうやむやのまま、フォローアップまでつながらない スクリーニング陽性患者へ対応する部署が明確化されている	スクリーニングから緩和ケア介入までの流れが定着しない	課題	
スクリーニング陽性患者へ対応する部署が明確化されている	対応部署を明確にする	対策	
個々により基準が異なるスケールでトリガーラインをどこにするのが問題	トリガーする基準を決定するのが難しい	課題	トリガーする基準
患者の相談希望の有無を聞く項目を作る スクリーニング陽性患者全例に、専門家受診の希望を確認する	患者の相談希望の有無を明確にする	対策	
マンパワーを考慮してトリガーラインを STAS-J3 以上と高めに設定したうえで、まず自部署で対応してもらう	マンパワーを考慮してトリガーする基準を設定する		
身体のつらさが2以上、気持ちのつらさにチェックが入っている、気がかりや心配なことにチェックが入っている患者をトリガーする SATS-J で3項目以上の人を緩和ケアセンターで専門的緩和ケア介入するというフローにしている 抽出項目を決めている NRS2 以上や、吐き気や便秘は大中小で評価していて中から強がある場合は挙がってくる 生活のしやすさで、身体2、気持ちが4でトリガーされる 専門チームへの介入希望と主治医が対応できない場合に緩和ケアチームが対応する	トリガーする基準を設定する	現状	
全患者のスクリーニングの推移を横軸で確認することは困難	スクリーニングの推移を捉える限界	課題	
スクリーニングを継続して実施する期間やタイミングについての基準が設けられていない 初回のスクリーニング後の適切な再評価の時期が不明瞭 1週間後の再評価以降の統一した対応を検討する必要がある スクリーニングで定期的に評価する時の頻度や時期の決定に迷う	スクリーニングを実施する頻度の基準が不明瞭		
病棟は入院時と、症状出現時と、1週間に1回実施する 定期的に評価する 外来は得点が高い人のみを継続評価する 入院時にスクリーニングして緩和ケアチームが介入した患者は日々評価するので継続したスクリーニングは必要ない	スクリーニングを実施する頻度の基準を設ける		対策
スクリーニングが頻回になると患者が答えたくなくなる	スクリーニングを頻回に受ける患者の負担		課題
スクリーニングに拒否がある患者には無理強いさせない	無理強いしない		対策
フォローアップ患者の来院が通知されるシステム設計は困難	フォローアップ患者の来院が通知されない	課題	スクリーニングの継続

表8 フォローアップの方法（つづき）

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
スクリーニングシートがカルテ上に自動的に表示されるシステム化があればよい	スクリーニングシートが自動表示されるシステム	対策	スクリーニングの継続
院外のフォローアップは困難	院外対応の困難さ	課題	
入院毎のスクリーニングで苦痛の状況が反映される	入院ごとの苦痛の把握ができる	効果	
入院毎のスクリーニングがフォローアップの評価につながる 頻回なスクリーニングが介入評価につながる	介入の評価ができる		
スタッフがケア提供者としての役割意識をなくすことが心配 主治医が苦痛の把握を放棄する可能性の回避	主科の医療者が役割意識を失う可能性	課題	主科による対応
病棟の医師と看護師の対処能力の向上を狙い、彼らがまず対処する	主科が対応する	対策	
医療スタッフが緩和ケアを学ぶ役割があるので、部署で対応してもらう			
スクリーニング後の対応は部署に一任する			
4週間くらいは主治医が中心になり苦痛症状をマネジメントする			
フォローアップには、スクリーニング後の看護師の情報収集が重要となる	看護につなげる情報が集められていない	課題	
スクリーニングを実施する看護師が、その点数をどう評価するか、どういうつもりで患者がその点数を付けたかまで考えないと有効活用されない			
入院時や初回外来時にスクリーニングした後、継続看護につなげるのが難しい			
細かく聞く必要があり、時間がかかったり、聞き取る側の技量により、受け取るだけで終わってしまう人もいる			
生活のしやすさの質問票を使っているが、患者に配ったのを回収しているだけになっている			
気持ちのつらさは見えづらいので、スクリーニングが有効	見えづらい気持ちのつらさを把握する	対策	
患者が苦痛症状についての記載について医療者が聞き取ることで、不安を和らげて、用紙に記入した意味がないということがないようにする	聞き取りにより不安を和らげる		
入院でアナムネを取った看護師、もしくは外来担当の看護師がトリガーされた患者に声をかける	継続して関心を示す		
継続して関心を示すことにより関係性が深まる	聞き取りや看護計画への反映状況を確認する		
問診票で「あり」に丸した人は、聞き取りができているか、看護計画に反映されているかチェックする	主科の対応で解決できない問題がある		課題
主科の初期対応で解決できない問題もある	主科で対応できない場合に緩和ケアチームが介入する	対策	
自部署で対応してもらい、そのうえでも介入希望がある場合や、特に苦痛が強い人を病棟看護師に聞いてフォローする			
病棟スタッフが対応し、難渋する場合は看護師介入かチーム介入かで対応する			
病棟は3以上でトリガーされた人は介入の状況を確認し、対処できていない場合は緩和ケアチームが対応する			
部署で苦痛のアセスメントと介入をしたうえで、難渋する場合にチームが介入する			
自部署の介入を評価したうえで専門的緩和ケアにつなぐ			
病棟で対応困難な場合は、認定看護師が評価して主治医にフィードバックし、それでもうまくいかない場合はチームが介入する			
小（スケール）くらいであれば病棟で対応できるが、連日強であがってくる患者や要対応になっている場合は、認定看護師が病棟に行つて対応する			
主治医が認定や専門看護師に連絡する	主科で対応できない患者に専門や認定看護師が対応する		

表8 フォローアップの方法(つづき)

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
主科の対応不足をスクリーニングが拾う	主科の対応不足がスクリーニングで抽出される		主科による対応
部署での対応状況が分からないので、うまくフォローできていない	主科での対応状況の把握が困難でチームのフォローが難しい	課題	
記録されないので、介入状況が分からない			
スクリーニング結果への医師の対応が不明瞭である			
スクリーニング陽性患者への初期対応以降の経過が不明			
緩和ケアチームが介入していない患者のフォローが難しい			
スクリーニング用紙に病棟看護師が対応まで記載する	対応をカルテに記載する	対策	
対応について記録に残すように働きかけている			
緩和ケアのリンクナースが1週間以内の初期対応を確認する	介入状況をリンクナースが確認する		
リンクナースが患者の経過をフォローする			
各部署のスクリーニング集計担当者が患者の経過を追っている			
スクリーニング陽性患者全例のカルテを確認する	介入状況を専門看護師、認定看護師が確認する		
対応は部署の看護師に任せるが、患者の状況を確認する			
病棟は3以上でトリガーされた人は再評価をして介入の状況を確認する	介入状況を緩和ケアチームが確認する		
病棟はマニュアル通りに動かないので、緩和ケアチームがチェックする			
緩和ケアチームの看護師が外来での主治医の対応の有無を確認する			
初期対応とその結果を電子カルテで確認する			
緩和ケアチームの看護師が電子カルテ上の対応状況の表示を見てフォローし、気になる患者は部署の看護師に確認する			
得点が高い人のリストからカルテで対応状況を確認し、対応できていない患者は対応を促す			
件数が多くなるとスクリーニング陽性患者の介入状況が確認しきれなくなる	件数が多いと介入状況を確認しきれない	課題	
STAS-Jの項目で、2以上のスコアが出た場合に緩和ケアチームに介入依頼があり、専従看護師が評価する	緩和ケアチームが介入する	現状	
スクリーニング陽性患者の苦痛をすべてピックアップし、緩和ケアチームの看護師が直接対応する			
病棟スタッフに介入の必要性を確認してから、チームがラウンドする			
患者がチーム介入を希望した場合はすべてラウンドする			
緩和ケアチームが介入している			
自分たちで解決できるレベルでもチームの介入になっており、断れずそのまま介入している	緩和ケアチームへの介入依頼が断れない	課題	
件数が多くなり緩和ケアチームが対応に困る	チームの許容量を超えた依頼		
チームへの依頼が多く、外来にまで手が回らない			
症例が少ないのでうまくいっているが、多くなった場合の対応が難しい			
コストを優先してカウンセリング料算定対象者を優先するとスクリーニングでトリガーされた人に対応できない			
対応できるリソースから断られると、緩和ケアチームの専従看護師がやるしかない			
スクリーニングが緩和ケアチームから発信されているという意識が強く、チーム看護師の負担感が強い	緩和ケア専従看護師への負担感が強い		
しっかり分けてやっている	依頼内容に合わせて対応を分担する		対策
チーム全員で対応不要な場合は、看護師が依頼先を検討し担当部門に依頼する			
身体症状はチームと主治医が相談し、薬剤調整は薬剤師が直接連絡する			
相談支援センターで対応できない内容に関しては担当部署へ紹介する			

表8 フォローアップの方法(つづき)

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
管理者も現場で相談業務に当たる	管理者も対応する	(つづき)	緩和ケアチームによる対応
病棟看護師はそのまま回収先に送り、医師は電子カルテ上で確認するが、誰もスクリーニング結果を見ていない	病棟看護師と医師がスクリーニング結果をみていない	課題	
病棟でも見ないまま下しているの、病棟で早期介入してもらえないかと考えている。			
スクリーニング陽性患者の相談内容が病棟に還元されない			
スクリーニング後の対応には部署による温度差がある	スクリーニングに対する病棟の温度差	対策	
電子カルテの付箋機能で担当医と担当看護師に介入を依頼する	電子カルテの付箋機能を使う		
スクリーニング陽性患者への対応を主治医に報告する	スクリーニング結果を報告する		
スクリーニングされた患者は記録を確認して病棟スタッフに報告するが、主治医が対応している患者は介入の必要がない			
病棟看護師にスクリーニング結果について申し送りをする			
各部署の看護師にスクリーニング結果を申し送る			
病棟のチームカンファレンスで面談内容を共有したり、外来主治医と外来スタッフに面談内容を伝えて、対応を一緒に検討する	患者に関するカンファレンスの開催		対策
スクリーニング陽性患者のカンファレンスを各部署で開催している			
前回と比較したスケールの変化についてカンファレンスでケアの評価をしている			
入念に事前準備しスクリーニング陽性患者のカンファレンスを行う			
チームが介入した結果を表示する	チーム介入の結果を表示する	課題	
患者の介入希望を主治医が止めてしまう	主治医の障壁		
スクリーニング陽性となっても、主治医が緩和ケアチームに依頼しない			
主科の医師が了解しているか分からず、緩和ケアチーム介入の可否に迷う			
主治医が緩和ケアの導入に抵抗を抱く	主治医の介入拒否に対する懸念		
主治医に緩和ケアの介入を止められたらどうしようという怖さがある			
医師がチームの介入を拒む場合は、緩和ケアチームの医師が間に入る			
病棟スタッフだけに対応を依頼せず、看護師介入から緩和ケアチームの医師につなぎ対応する	看護師介入から緩和ケアチームの医師につなぎ		緩和ケアチーム依頼に対する障壁
チームで介入ができない場合、認定看護師の看護相談によって看護師と連携して対応する	主科の看護師が認定看護師に相談する		
看護師が対応してほしいというマークが入っている場合は、症状の有無にかかわらず認定看護師が病棟に出向く			
正式な依頼とは別に、毎日、病棟に足を運び看護師が相談しやすい雰囲気をつくる	病棟に足を運び関係を築く		
緩和ケアチームの介入がない病棟にも積極的に足を運び、必要時に介入できるように足がかりを築く			
担当患者でなくとも積極的に医師を巻き込んでいく			
スクリーニングが機能していない病棟にも、緩和ケアチームから積極的にアプローチする	チームからの積極的な働きかけを行う	対策	
医療者間のコミュニケーションがよいとうまくサポートできる	医療者間のスムーズなコミュニケーション		
主治医が抵抗なく緩和ケアチームに依頼できるようにコミュニケーションをとる	コミュニケーション方法の工夫		
今後必要時に対応を相談できる関係性を築くため、書面だけでなく直接話をする機会を設ける			
他部門への対応依頼は対面で行う			
患者の苦痛について具体的な問題提起をすることで、医師やチームを動かしやすいとする	コミュニケーション方法の工夫		
医師を動かすために、情報の伝え方を工夫する			

表8 フォローアップの方法（つづき）

コード	サブカテゴリ		カテゴリ	
主治医の了承なくスクリーニング陽性の患者を担当部署へ紹介できる	主治医による事前の介入許可を省略する	対策	緩和ケアチーム依頼に対する障壁	
緩和ケアチームに相談があった後に主治医へ書面で報告する				
依頼用紙の簡便化と依頼者の枠を薬剤師や看護師に拡大することで気軽に依頼できるようになった	介入実績を次の介入に活かす	課題		
一度介入すると、入院ごとに介入がしやすくなる				
緩和ケアチームの介入患者が入院すると、看護師から連絡がくる	主科で完結される	課題		
主科での対応が可能と考え依頼されない				
システム管理によりチームの介入が可能	緩和ケアチームも情報を把握できるシステム	対応策		
外来と病棟では異なるフォローアップ体制の構築が必要である	外来、入院での状況に応じたフォローアップ体制の構築	課題		
外来患者へのタイムリーな介入ができないと、患者の症状が悪化する	外来患者へのタイムリーな介入の必要性			
外来看護師が対応できない場合のフォローが次回になる	外来での対応の難しさ			
外来でトリガーされても対応できない				
外来ではスクリーニング結果への対応が遅れる				
外来ではタイムリーに情報を共有し、対応するというフォローアップが難しい				
看護師が大変そうだと思う患者のスクリーニングの状況が把握できない				
スクリーニングの実施から内容の確認までに時間差があり、状況に追いつかない	スクリーニング実施時から介入までのタイムラグ			
スクリーニング用紙をチェックした時には患者が退院している				
スクリーニング時点からの時間経過で状況が変化する				
紙でスクリーニング用紙を運用する以上、タイムリーな対応には限界がある	スクリーニング結果をタイムリーに見られるシステム	対策	タイムリーな対応	
病棟の全部のパソコンに母管のアプリが入っていてスタッフは誰でも開けて結果をタイムリーに見れるので、認定看護師はそれを手掛かりにしている				
外来のノートパソコンから外来患者のタイムリーなスクリーニング結果が詳細に見られるようになっている				
タブレットになってからは早く対応できるようになった				
電子カルテのテンプレートで管理する				
電子カルテ上でスクリーニング陽性患者を共有する				トリガーされたことが表示されるシステム
トリガーされると電子カルテで警告が出るようにシステム化している				
母管（システムの名称）から入院を開くと、スクリーニングの対象となった患者さんが各病棟ごとに一覧として上がる				
名前の横にある困った顔の表示で、どの苦痛症状あるのかが表される				患者の情報が認定看護師に送られるシステム
認定看護師には抽出された患者さんの名前と苦痛症状の詳細が流れてくる				
精神症状については、精神看護の看護師の母管で対応できるようにシステム化している				
精神面で抽出された患者はリエゾンが回り、身体、社会面で抽出された患者は別の医療者が回る	システムを活用してタイムリーに情報を得る			
認定看護師が行った先々で母管を開き、タイムリーに抽出される患者の情報を確認する				
母管を1時間に1回くらいチェックして、挙がってきた患者はその日に対応するようになる				
外来患者はその日に対応できるようにケア外来や認定看護師やケースワーカーに声をかけて対応する仕組みをつくった	外来患者に当日に対応できるような仕組み			

表8 フォローアップの方法（つづき）

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
既存のがんケア外来を活用する 外来は3以上でトリガーされた人のフォローはケア外来で行う	既存のケア外来で対応する		タイムリーな対応
スクリーニングで要対応の場合は、カルテの前に貼り主治医に対応してもらう	主治医が診療時に対応できる工夫		
看護師に早急な対応が求められる時は、患者の名前がピンクで表示される 緊急という項目を付けて、その日にラウンドする必要がある人が分かるようにした	緊急度に合わせた対応	対策	
スクリーニングのコピーを見るというアナログな対応でも、急ぎの場合は持ってきてくれるという人の動きで即座の対応をしている			
心身の問題は即日対応し、社会的問題は予約対応する			
介入の緊急性の判断が難しいので、先にチームの看護師がカンファレンスで状況をつかみ、患者の意向を確認して介入する	介入の緊急性を緩和ケアチームの看護師が判断する		
スクリーニング陰性で潜在的に問題のある患者へのフォローが困難である スクリーニング陰性で問題のあるケースを拾い上げるのが困難である 入院時のスクリーニングは陰性でも、急激に状況が複雑化する困難事例がある 患者のニーズと医療者が想像する患者のニーズがずれる場合は、医療者は介入が遅れたと感じる 問題を多く抱える患者は、なぜかスクリーニングでは拾われない	スクリーニング陰性で潜在的に問題のある患者の対応	課題	
潜在的問題、陽性の問題、顕在化した問題に対して段階に応じて対応する			問題の段階に応じて対応する
スクリーニングに引っかからない患者は看護師から介入依頼する	スクリーニング陰性患者でも看護師から介入依頼する	対策	
潜在的に問題のある患者にスペシャリストが関わる 認定看護師が外来を回り、情報収集をしていると相談がくる 認定看護師が病棟を回り、気になる患者の情報を収集する 認定看護師への相談の敷居が低い スクリーニングの流れとは別でスペシャリストへの相談機能を活用する	認定看護師が対応する 相談しやすい仕組みをつくる		
潜在的に問題のある患者について緩和ケアチームに相談できる すでに介入している部門と連携してサポートする 緩和ケアチーム以外の介入を見守る	すでに介入している科との連携		
つらさを表現しないが気にかかる患者がいる 自記式質問紙の記載と患者の様子に相違がある	つらさを表現しない患者の対応		課題
頑張りたい気持ちを尊重しながら患者の力を見守る 対応を求めない背景にある思いを汲み取り、患者のことを信じて任せる 患者の問題意識が生まれるまで経過を見守る 潜在的に問題のある患者は、問題が顕在化した時に介入する 患者がつらさに向き合わない間は、見守りの時期と捉える	患者の状況を見守りながら、介入のタイミングを計る	対策	
がん相談の案内を常にしてもらう			他の対応ルートを案内する
緩和ケアチームに相談を希望しない人で苦痛症状が強い人は、現場の看護師が聞ける人と聞けない人がいて、チームの介入に至らない現状がある	看護師の力量が不足により、チーム介入につながらない	課題	
潜在的に問題のある患者への看護師の意識を高める 患者ではなく、看護師が困っている内容にも対応する	看護師の力量を挙げる 対応する看護師をサポートする	対策	
フリーコメントに対応できない	フリーコメントへの対応が困難	課題	
患者さんにはフィードバック用紙を作成して返している	患者にフィードバックする	対策	

ら、こうだからこうっていうふうに決められるのかと思う。

対策としては、《初期対応を一律にしたフローをつくる》といった方法がとられていた。フローは初期対応を主科が行うとし、初期対応に難渋した場合の連絡先が明記されたもので、院内で共通認識されていた。

トリガーされた患者に、誰がどう対応するかっていうフローをつくった。現場の初期対応は、主治医とその現場の看護師だということ強調して、初期対応で困った時のリソースとそこに対応者と連絡先、判断に困る時には、がん相談室に問い合わせてくださいという困った時の相談もフローに入れて、院内で共通認識してもらった。

また、《主治医や看護師が介入依頼の必要性を判断する》という方法がとられており、フローには、スクリーニングの点数だけではなく、医療者による介入依頼の必要性の判断が加えられていた。

スクリーニングであがってくる内容に主治医とプライマリーナースで対応できることと、できないことをちょっと分けることが必要でそこを看護師が（トリージ）している。

看護師がスクリーニング結果について評価して行き先を決めるトリージを行う。

緩和ケアチームの介入を希望しますかという書き方ではなく、専門家に相談したいと思いますかと聞くので、その内容によって、その主治医とナースがコンサルテーション先を判断してもらう。

さらに、《チーム介入の必要性の判断を看護相談でも行う》といった医療者が判断に迷った時の対応窓口が設けられていた。

（スクリーニングが陽性になり、）緩和ケアチームに依頼する前の段階で、（緩和ケア）チームなのか、自分で対応すべきなのか分からない時には、看護相談という形で、認定看護師に直接電話をしてもらうことにしている。

しかし、フローが作成されていても《スクリーニングから緩和ケア介入までの流れが定着しない》という課題が生じていた。フローが周知されずあいまい、フローの通りに対応できない状況が語られた。

（カルテのテンプレート上で）「要」になってもフォ

ローされていない患者さんもおり、リンクナースが気づいて話を進めてくれることもあるが、緩和ケアチーム（PCT）に直接言えばよいのか、主治医に言えばよいのか、まだ（スタッフ間でも）あいまいになっている。

フォローアップのマニュアルを作りアルゴリズムを配っているが、病棟はなかなかその通りには対応できないので、緩和ケアチームがチェックしたほうが拾いやすい。

対策として《対応部署を明確に示す》といった方法がとられていたが、《スクリーニングから緩和ケア介入までの流れが定着しない》原因に応じた対策が必要になるため、すべての解決は難しい。

病棟のスタッフも患者さんも（スクリーニング結果のフォローアップとして）どこに行けばいいか分かるような状態になっている。

2) 【トリガーする基準】

【トリガーする基準】の課題は、《トリガーする基準を決定するのが難しい》であった。

スクリーニングでトリガーラインをどこにするのから問題はあるのかなと感じる。

対策として、《患者の相談希望の有無を明確にする》という方法で、患者の希望を優先して取り入れていた。

患者さんが必要かどうかっていう項目を作ってやるのは、1つの手じゃないのかと思った。

この前、こんなことがつらいとおっしゃっていましたけどいかがですかということを（患者に）聞いて、専門家にかけたいという場合には、主治医に確認し、了承を得れば（介入する）。

また、《マンパワーを考慮してトリガーする基準を設定する》という方法で、対応状況を加味して基準が設定されていた。

スクリーニング結果を集約するセンターができたのが去年ということもあり、いきなりなんでもかんでも来て、マンパワーとして対応できないことが予測できたので、ちょっと高めに設定して、まずは自分たちの科で対応できるかどうかというところに1段階おいて、そこから専門的緩和ケアにつなぐという2段階を設定した。スタッスの評価基準で考えると、2以上というのが介入のしぶきみたいところがあつたが、

3以上にした。

《トリガーする基準を設定する》では、現在どのような基準を設けているかが語られた。

入院であればアナムネをとった看護師、外来であれば外来担当の看護師が、身体のだらさが2以上、気持ちのだらさにチェックが入っているってということ、気がかりや心配なことのチェックボックスにチェックが入っているという人は引っかけて、一応声かけをするというふうには決め事としている。

STASだと2以上という基準があるが、2だとかなり引っかかってくるので、3以上にした。3以上で緩和ケアセンターが専門的緩和ケア介入するという流れをフローでつくって開始した。

毎日連日であがっている人とか、NRSが2以上とか項目が決まっている。

NRS2以上とか、症状は大、中、小で評価して、強く困っているっていう中から強が、1つでもあれば、困っている内容であがってくる。

生活のしやすさで、身体が2で、気持ちが4なので、それに合わせてピックアップする。

生活のしやすさを使っているんで、その中で専門チームへの介入を依頼しますか、相談したいですか、ってところでチェックがついた方と、だらさについては主治医に見ていただいて、手に負えないっていう時は必ず緩和ケアチームに伝えてくださいってということをお願いをされていて、何点で（トリガーする）というようなことはやってない。

3) 【スクリーニングの継続】

【スクリーニングの継続】は、スクリーニングを継続して実施する基準を設ける難しさにより課題が生じていた。

まず挙げられた課題は《スクリーニングの推移を捉える限界》であった。

スクリーニングを点で見ている感覚があるので、横軸で1人の人をずっと、何百人の患者さんを見られるのかということ、結果的には見ているのかもしれないが、すべて求めるとなると本当にパンクしちゃう。

次に、《スクリーニングを実施する頻度の基準が不明瞭》が挙げられた。

告知の時や入院の時など、初回のスクリーニングの時期は分かるが、その後もスクリーニングを続けてい

くとすると、どの間隔で、どの時期にやるのか分からない。

スクリーニングされた人はすでに定期的に評価されていると思うが、だらさがあるかもしれない人をスクリーニングで定期的に評価していくときに頻度や時期をどうすればいいのかということに迷う。

さらに、《スクリーニングを頻回に受ける患者の負担》が挙げられた。

（患者にスクリーニングを繰り返すことで）しつこく聞きすぎる、何回も聞いてもう答えたくないということは結構あると思う。

その他、《フォローアップ患者の来院が通知されない》といったシステム導入の課題や《院外対応の困難さ》が挙げられた。

フォローアップをシステム化してくると、次に来た時に自動的にまた来たよというところで、分かる本当はいいのかもしれないがなかなか難しい。

繰り返し入院したらそのたびにまた評価できるが、院外に行くとフォローアップは難しい。

対策として、《スクリーニングを実施する頻度の基準が不明瞭》に対しては、《スクリーニングを実施する頻度の基準を設ける》という方法がとられていた。

病棟は入院時と、症状出現時と、1週間に1回ってというのは決まっている。

フォローアップの方法というところでは、せっかくこういうツールを使っているんで定期的にやっていくのも1つかと思う。

がんの患者さんの抽出がちょっと手間取るが、病棟では継続的に見られている。外来は差があり、本当に得点高い人だけを拾って見ている感じだったり、センターのマンパワーで見ている状況がある。

入院中は何回かスクリーニングするのではなく入院時に1回で見えていて、緩和ケアチームに紹介になった患者は、毎日のように医師と看護師がラウンドして痛みの程度を経過表を見ながら薬の調整をしていき、コントロールがついた状況でチームの介入が終了するので、スクリーニングを毎回する必要があるか、と思う。

また、《スクリーニングを頻回に受ける患者の負担》に対する対策としては、《無理強いしない》ようにしていた。

短期間で入院しているがその都度（スクリーニングを）行っても嫌だという意見は出ずにむしろ聞いてもらえてありがたいという感じである。もし本当に拒否がある人は無理に書かなくてよいと言っているので、病棟看護師がそのあたりをうまくやってくれていると思う。

さらに、《フォローアップ患者の来院が通知されない》に対する対策としては、《スクリーニングシートが自動表示されるシステム》構築に対する希望が語られていた。

がん疼痛管理指導料で加算をとるのに、電子カルテ上で月1回の受診の時に自動的に疼痛が出るように、スクリーニングシートも出る形になれば、自然に運用されるのではないかと思うので、システムやITで解決できたらよいのかなと思う。

《院外対応の困難さ》については、それぞれの施設により異なるスクリーニングシートを活用しているため院外で評価を継続していくことは難しく、有効な対策が見出せていない。

課題や対策以外の内容として、スクリーニングの継続による効果について語られており、《入院ごとの苦痛の把握ができる》《介入の評価ができる》が挙げられた。

化学療法などで繰り返し入院する患者には入院時に（毎回）書いてもらう。緩和ケアチームが介入している患者で（スクリーニングの記載）内容を見ると、その時の苦痛の状況を書いているので、必要だとよく分かる。

頻回にスクリーニングをやっていると、そのたびに前回のことが今回どう変わったかという評価につながっていくと思う。

B. 取り組みの実際において生じている課題

1) 【主科による対応】

【主科による対応】は、フォローアップを主科が行ううえで生じる解決できない問題への対応や主科の対応を緩和ケアチームがフォローする難しさが課題として語られていた。

まず、《主科の医療者が役割意識を失う可能性》

が挙げられた。誰がフォローアップするかを考えた時に主科が症状緩和の役割を担わなくなることへの危惧が語られていた。

自分たちもケアする役割の人たちなんだっていうところが、なくなってしまうだろうかっていう心配があった。

スクリーニングの結果から自動的に緩和ケアチームや精神科に行くシステムをつくってほしいと言われたことがあり、結局主治医が患者の苦痛を把握することを拒否して、自動的に別の所に行ってくれればいいという感じになるのは、かえって良くないと感じた。

対策として《主科が対応する》という方法がとられており、主科の対応がフォローの中に位置づけられていた。

NSAIDs 増量や緩和ケアチーム介入の必要性の判断などは緩和ケアチームだけでは追い切れないので、病棟の医師と看護師の対処能力を上げて、支援してほしいという狙いがあり、彼らに対処してもらったうえで用紙が回ってくるようにした。

緩和ケアチームは専門的な緩和ケアだから、基本的なことやっても、うまくいかない時にかかるというふうにしないと、何でもかんでもかかってきて、自分たちが判断しなくなったら困る。

スクリーニングを集計したあとの取り組みに関しては、もう部署に任せていて、それを中央で把握する感じで、各部署の取り組みを見守っている。

4週間ぐらいは、そこで見てもらう。主治医が症状を捉えて、症状マネジメントする。それでも駄目なら（緩和ケアチームへのコンサルトに）かけるということにしている。

次に挙げられた課題は、《看護につなげる情報が集められていない》であった。看護師はスクリーニングで得られた情報を看護に活かしたいと考えていた。そのためには、患者とコミュニケーションをとり、情報を集めることが重要だが、結果を受け取るだけになったり、記載内容を深く聞けなかったりすることが生じていると語られ、看護につなげていくことが課題として挙げられた。

スクリーニングされた患者さんのフォローアップの方法としては、スクリーニングのあとに看護師がその患者とコミュニケーションをとり、情報を集めることが一番大事だと思う。

結局それ（スクリーニング票）を渡した、話を聞いてアナムネをとるナースが、点数を見てどう考える

か、どういふつもりでこの患者さんがその点数をつけたかっていうところに入っていかないと有効活用されない。

聞き取るナースの技量により、細かく聞いたり、逆に、本当に受け取るだけで終わってしまう人もいます。

スクリーニングをとるタイミングは入院時や初回外来時など限定されてしまうが、ここからどのように継続看護につなげていくかが課題。

対策としては、スクリーニングで《見えづらい気持ちのつらさが把握できる》ことが看護につなげるための情報を集める手がかりになることや、《聞き取りにより不安を和らげる》といった患者から情報を集めること自体が看護につながるものが挙げられた。さらに、スクリーニング後も《継続して関心を示す》ことで関係性が構築されることが語られた。

精神的なところでこんなにつらかったんだと思うというのがある、症状は結構言ってくれるところが多かったと思うが、気持ちのつらさは目に見えて分からないから引っかけられたらよいと思う。

入院であればアナムネをとった看護師、外来であれば外来担当の看護師が、身体のつらさが2以上、気持ちのつらさにチェックが入っているということと、気がかりや心配なことのチェックボックスにチェックが入っているという人は引っかけ、一応声かけをするというふうには決め事としている。

聞き取って、たくさん書いてくれて、その話を聞いたことで不安は和らげてあげて、書いていただいた意味はなくなるということにしている。

(トリガーされた患者さんに) 関わると、次回来た時も何気なく声をかけて少し関係性も深まっていくと思う。

また、《聞き取りや看護計画への反映状況を確認する》といった方法で看護につなげられているかを評価していた。

問診票を全部コピーしてチェックして、カルテを見て、ありに丸がついている人は、ちゃんと聞き取れているとか、看護計画に反映されているかを見て、実際どれぐらいできているかを調べている。

一方、《主科が対応する》という方法をとるうえで新たな課題として、《主科の対応で解決できない問題がある》ことが挙げられた。

痛みに関してはその時に先生に言って、痛み止めが

出て、これで様子をみましようとして外来で解決されていることがあるが、そうでない場合(解決しない)もあるので。

対策として、まず、《主科で対応できない場合に緩和ケアチームが介入する》といった緩和ケアチームによる対応が挙げられた。

以前は基準を決めて緩和ケアチームの看護師か心理士が面談に行くみたいなのをやっていたが、行ってみたところ、別に病棟の看護師さんが聞いてもらっているから平気ですというのが多くあったので、まずは1次緩和ケアでお願いして、そのうえで本当に希望があるって人やちょっと点数が高くて悩みがある人を病棟の看護師さんに聞いて、本当に希望がある人しかつなげてはこない。

病棟スタッフがやっている内容をこちらも把握し、かつ、一度病棟スタッフのほうに対応をお願いし、それでも駄目な時は、チームか、または看護師介入だけという形で看護師だけの対応という場合もあります。

病棟は3以上で引かった人はフォローアップという形で再評価をして、対処されているか確認して、されてなければまた再度チーム内で相談をして進めていく。

全部を緩和ケアチームの専門的な介入とする前に、まず何がつらいのかを捉えて、自分たちがケア介入して行って、それでも駄目だった時に、専門家の介入が必要だろうと判断して、チームにかけてもらう。

自分たちでカンファレンスを開いてもらって、評価して、それでもどうにもならないときは連絡くださいという流れにした。

次に、《主科で対応できない患者に専門や認定看護師が対応する》といった専門・認定看護師により対応されていることも挙げられた。

病棟スタッフが(患者の)痛みが取れないと言ってくると、もう一度、認定が痛みの再評価をするというフローが決まっていて、再評価でアセスメントして、やはり増量が必要なんじゃないかというのであれば、病棟スタッフから主治医に働きかけをお願いする。

困っている内容が(苦痛症状を大中小で評価して)小くらいであれば、病棟で対応はできていると思うが、連日、強で拳がってくる患者さんは、私たちが行くようにして、また、要対応は内容、有無にかかわらず入るようにしている。

主治医の先生から困っていることに関して、直接、

それぞれの認定看護師や専従看護師やがん相談に入る。

《主科が対応する》という方法をとるうえで生じるその他の課題として、《主科の対応不足がスクリーニングで抽出される》《主科での対応状況の把握が困難でチームのフォローが難しい》が挙げられた。主科の対応不足など対応状況が把握できない原因として、記録がないことや、特に医師の対応が把握しづらいことが語られていた。

主科の医師が対応していないこともスクリーニングでクレームとしてあがってくるともいえる。

記録にかけていないので対応状況が分からないのが問題。

(スクリーニング陽性患者に対して) 看護師が患者の話を傾聴したり、ケアプランの修正をすることが一番多く、医師が(スクリーニング結果に)実際にどう(対応)していたのかは緩和ケアチームからは見えにくい。

対策としては、まず、《対応をカルテに記載する》といった方法が挙げられ、記録を充実させる工夫や記録に残すような働きかけがなされていた。

(スクリーニング用紙に) アセスメントプランというテンプレートがあり、「病棟看護師・主科で対応する」「専門家につなげる」というチェックをする。入院時と退院時にスクリーニングを実施しているので、退院の場合、「外来と連携する」「在宅に移行する人が地域につなげる」というチェックをしてもらう形をとっている。

対応したことはちゃんと記録に書いてくださいということは今、一生懸命(浸透するように)やっている最中なので、黙っていたら勝手に結果がどうなったか、自分の所に届くわけではないが、少なくともカルテを自分で見て対応を確認する。

また、《介入状況をリンクナースが確認する》《介入状況を専門看護師、認定看護師が確認する》《介入状況を緩和ケアチームが確認する》といった方法がとられていた。

《介入状況をリンクナースが確認する》

緩和ケアのリンクナースに1週間までに対応がどうなっているか確認してもらう体制にしているので、1週間までになんらかのアクションを起こしているかどうかは分かる。

リンクナースが(点数が)上がった患者さんの

その後の経過についてアセスメントして、(スクリーニング)データをとった担当看護師に対して確認することを地道にしている。

スクリーニングを集計している各部署の担当が、陽性患者をマークしてフォローしているという意味もあるが、そのマークするのも自己ルールでやっているようなものである。

《介入状況を専門看護師、認定看護師が確認する》

(スクリーニング陽性患者の) フォローアップに関しては、リストを見ながら、(専門・認定看護師が)力技で気になる患者をチェックしている。

対応は部署の看護師に任せているが、患者の状況について確認をする。

《介入状況を緩和ケアチームが確認する》

病棟は3以上で引かなかった人はフォローアップというかたちで再評価をして、対処されているか確認して、されてなければまた再度チーム内で相談をして進めていく。

フォローアップのマニュアルを作りアルゴリズムを配っているが、病棟はなかなかその通りには対応できないので、緩和ケアチームがチェックしたほうが拾いやすい。

私たちは9時以降から各外来を必ず回るので、各外来で痛みで困っている人について、何か問題ある人ですとか、対応が必要ですか、先生が対応したかっていうのを必ず、確認している。確認したら、確認してくれましたっていうふうなマークが変わる。

(スクリーニング陽性患者への対応を) お願いしたことがきちんとフォローされているか、電子カルテをチェックして、ソーシャルワーカーが入ってこういう介入をして、患者さんのアウトカムがこうなったという確認を(担当者が)する。

各病棟、外来でとったスクリーニングが電子カルテで見られるので、緩和ケアチームの看護師が、病棟診療科対応中、要経過観察、特に対応なしの3つに分けて、気になると思った患者に関してはその部署の看護師に返して記入してもらうという形でフォローしている。

カルテをもう1回振り返って、主科で対応していて様子を見ていい人とフォローされていない人を判別し、フォローされていない人は、病棟担当と外来担当の看護師で回り、主科に得点高いですけど対応していますか、っていうのを聞いてます。

しかし、《介入状況を緩和ケアチームが確認する》方法に対するさらに新たな課題として、《件数が多

いと介入状況を確認しきれない」という事態が生じており、件数の増加には対応が難しいことが語られていた。

(フォローアップとしてどこかに紹介した場合、その後の経過を電子カルテで確認することは) 本当に緩和ケアチームでやることなのか、案件が多くなると、考えていく必要がある。

2) 【緩和ケアチームによる対応】

【緩和ケアチームによる対応】は、フォローアップを緩和ケアチームが行ううえでの負担と主科との共有の難しさが課題として語られた。

まず、《緩和ケアチームが介入する》という現状の取り組みが語られた。

スクリーニング陽性になった人だけを集計し、その人が何に実際困っているのかを全部ピックアップして、次の来院日に1回(緩和ケアチームのナースが)直接アクセスするようにしている。

トリガーされ人は、緩和チームが介入している。

課題として《緩和ケアチームへの介入依頼が断れない》が挙げられた。

自分たちで解決できるのではないかと思っても、全部介入になってしまっていて、それも断れないので、そのまま対応している。

また、《チームの許容量を超えた依頼》《算定を優先すると手が回らない》といった件数が多く対応しきれない状況が生じていた。

緩和ケアチームが全部担っている部分が多い。緩和ケアチームの所にチェックが入ると、そのまま介入になってしまい、件数がすごく多くなっていて困っている。

管理者からコストありきで動けと言われるので、カウンセリング料1の算定ができる人を優先すると、苦痛のスクリーニングでトリガーされた人の対応にまでやりきれない。

さらに、《緩和ケア専従看護師への負担感が強い》が挙げられ、緩和ケアチームの看護師に負担感が生じていることが語られていた。

スクリーニングそのものが緩和ケアチームから発信されているという意識が強いので、何かあれば連絡すればいいだろうと思っているので、チームの看護師の

負担感が強い。

対策としては、《依頼内容に合わせて対応を分担する》といった方法がとられており、緩和ケアチームのメンバーが個別に動くことでメンバー個々の負担を軽減していた。

しっかり(役割を)分けてやっている。

緩和ケアチームとは書いてないというのは、チーム全員で関わらなくてもいい症例ばかりなので、専門家に相談したい場合は看護師が対応している。

身体的なものであれば主治医と相談し、薬剤的な問題は、緩和チームの薬剤師が直接連絡する。

体のつらさに関しては相談支援センターでも対応するが、その時にこれは(別の)専門のところで聞いたほうがいいのではないかという場合には、もう一度その部署でという感じで聞いたりしている。

また、《管理者も対応する》といった方法もとられていた。

ゼネラルマネージャーも現場に出てもらっている状態で、当初は統括して振り分けをすることになっていたが、とても無理なので、自ら(スクリーニング票)が戻ってきたときにそのまま座って面談をしている。

《緩和ケアチームが介入する》に対する次の課題として、《病棟看護師と医師がスクリーニング結果をみていない》《苦痛についての相談内容が病棟と共有されない》が挙げられた。

紙運用で患者さんから回収して、それをすべて回収場所に送ることにはなっているが看護師止まりで、医師は電子カルテに取り込まれたものをチェックすることにはなっているが、誰もチェックしてなくて見てはいない。

最終ページがフリーのコメント用紙になっていて、そこがすごく書ききれないくらい書く患者さんもいるが、病棟で見ないでそのまま下りてきているんだろうと思う。

緩和ケアチームも一応、(スクリーニング陽性患者が)どんな相談がきたか集計を出して会議を行うが、病棟までみんなに情報を(還元するということは)ちょっと厳しい。

また、《スクリーニングに対する病棟の温度差》といった病棟による対応の差が挙げられた。

(病棟ごとにフォローアップに対する)温度差があ

り、まったくできていない所もある。

対策として、《病棟看護師と医師がスクリーニング結果をみていない》《苦痛についての相談内容が病棟と共有されない》については、《電子カルテの付箋機能をつかう》《スクリーニング結果を報告する》といった方法がとられていた。電子カルテの機能の活用や病棟に足を運ぶことにより結果を伝えて共有していた。

生活のしやすさで、身体が2で、気持ちが4で、ピックアップはして、1人ひとり電子カルテに付箋機能をつかって、担当医と担当看護師へ「気持ちのつらさがどれくらいで、どうのこうのって、介入はどうですかとか、対応お願いします」と手入力していた。

(スクリーニング陽性患者に介入し)ソーシャルワーカーを紹介した場合に、主治医に報告する。

病棟でのスクリーニングであがった患者は記録や画像を確認して、病棟スタッフに報告するが、病棟スタッフが、主治医の対応を報告してくる患者は介入の必要がない。

(スクリーニング陽性で外来で対応していた患者が)入院したら、入院病棟に行き、「外来でこう言っていて入院したのでお願いしますね」という感じにしている。

スクリーニングのフォローアップ方法として、それぞれの場所の看護師に申し送りをしていく。

さらに、《患者に関するカンファレンスの開催》といった方法で、報告にとどまらない主科を巻き込んだ検討がなされていた。

病棟では、チームカンファレンスで面談内容を申し送りして情報を共有して対応を一緒に考え、外来であれば主治医と外来スタッフに面談内容を伝えて、医療連携部や緩和医療科の外来に依頼など対応を検討して方向性を決めていく。

スクリーニングで(陽性と)出た患者に関しては、病棟、外来の人とカンファレンスを設けて、こういう内容でスクリーニング結果が出たので外来に来た時にはどういう対応をしてくださいという場を設けている。

前回と比較したり、すごくスケールは高いけれどもつらくないという人や介入は要らないという人について、それらをなぜか、なぜ楽になったのかとカンファレンスを通して(検討し)ケアの評価をしている。

スクリーニング陽性患者の陽性となった内容、経過、

こういう対応をしたというところまで全部、事前に(緩和ケアチームが)準備をしておいて、外来に直接電話をかけて、今後、こういう問題が出るかもしれないので、そのあたりを次の外来から気をつけてみてくださいという感じでカンファレンスをもつ。

さらに、《チーム介入の結果を表示する》といった介入結果を示していく対策がとられていた。

緩和ケアチームにつながった結果、どうなったかをエクセルの中で一括表示をする形にしている。

《スクリーニングに対する病棟の温度差》に対しては、温度差の原因に合わせた検討が必要になるため、前述の対策ですべてを解決するのは難しい。

3)【緩和ケアチーム依頼に対する障壁】

【緩和ケアチーム依頼に対する障壁】は、緩和ケアに対する主治医の認識や主科で対応できるという考えにより生じていた。

課題として、まず、《主治医の障壁》が挙げられた。

患者さんの希望で何かしらの専門のチームにかかりたいという希望があっても、医師がそうじゃないと止めてしまう場合がちょくちょくあり、そういう場合は看護師も困るが、チームも対応に困る。

主治医が緩和ケアに理解がなく、緩和ケアチームが介入することが敗北だと捉えている場合があり、(緩和ケアチームへの依頼がなされないことがある)。

また、《主治医の介入拒否に対する懸念》が挙げられ、緩和ケアチームは主治医に断られるかもしれないことに対して怖いと感じていることが語られた。

主治医との連携をどうするかという問題で、(スクリーニングの結果を)報告したところで(介入することを)止められたらどうしようという怖さとかいろいろある。

さらに、《主科で完結される》が挙げられた。主科で対応できると考えてチームに依頼されないことが語られた。

直接、患者さんに緩和ケアチームへの相談希望を聞いておらず、医療者のフローに緩和ケアチームへの依頼の場合は連絡をくださいと載せているので、依頼があったら行けますが、自部署での対応が可能なのでチームには頼みたくないっていう場合もあり、その部

署で完結してしまう。

《主治医の障壁》に対する**対策**としては、まず《緩和ケアチームの医師が間に入る》という調整役を設ける方法がとられていた。

医師で、周りからいくらサポートチームが必要といっても聞かない、だいたいそういう時は緩和ケアチームの医師に連絡がきて、直接まず少し考えてみませんかと投げかけて一緒に考える感じになる。

また、《看護師介入から緩和ケアチームの医師につなぐ》《主科看護師が認定看護師に相談する》という方法で、主科看護師から緩和ケアチームの看護師や認定看護師への相談機能を活かした対応がなされていた。

本当に病棟が対応に困っているという状況なので、病棟スタッフだけに投げかけない体制をつくっている。看護師介入の患者のほうに回して、記録を残して、チームの先生と相談するようにしている。

主治医によって緩和ケアチームの介入が難しい場合であっても、(スクリーニングが陽性の患者さんがいる場合には)看護相談という形で、看護師と認定看護師の間で連携をとってというふうに対応するようにしている。

痛み以外でも不安が強いか、眠れなくて困っていて、看護師がどうしても対応してほしいというマークが入っていれば、(チームの看護師が)とりあえず直接行ってみて対応する。

そして、《主科看護師が認定看護師に相談する》ことが気軽にできるように、緩和ケアチームの看護師や認定看護師は《病棟に足を運び関係を築く》という方法をとっていた。

正式には医師を通して(緩和ケアチームの)依頼書が出るが、看護師から緩和ケアチームに事前に相談を受けて診察する場合もあるので、毎日病棟に行って看護師が相談できる雰囲気をつくるようにしている。

用事がなくても、(がん患者さんと非がん患者さん)の混合病棟に行く頻度をなるべく多くして、何かあった時に(緩和ケアチームが介入できるようにしている)。

また、《チームからの積極的な働きかけを行う》といった医師を巻き込んでいく積極的な働きかけがなされていた。

外科の先生や他に緩和ケアチームと関係性ができて

いて話が通りやすい先生がいるので、その先生の担当患者さんでなくても、このような患者さんがいるという話をするように工夫している。

(スクリーニングの)システムがまだうまく機能していない(病棟の)場合には、主治医の機嫌を損なうと患者さんが置き去りになってよくないが、緩和ケアチームから入っていくようにして、患者さんのために考えて動くことが大事だと思う。

その他にも、《医療者間のスムーズなコミュニケーション》を目標にして、《コミュニケーション方法の工夫》として、やりとりを対面で行うことや医師に対して依頼内容を具体的に伝える、患者の日常生活上の支障を伝えるなどが挙げられた。

《医療者間のスムーズなコミュニケーション》

(医療者間の)コミュニケーションがうまくいっていると、スムーズに(現場を)サポートする体制が自然に、できるような感じがある。

看護師から、「患者さんがこういうことでずいぶん困っている、つらさのことで専門家の介入を希望している」というと、「じゃあ(依頼を)書こうか」と言って、(医師から)緩和ケアチームにつないでもらえるようにしたい。

《コミュニケーション方法の工夫》

書面上だけで(緩和ケアチームに)依頼するのではなく、その機会に相談をして何かいい対応策があるかどうか(を一緒に考える機会つくっておくことで)、次にスクリーニング陽性になった患者さんをどうしたらいいか迷ったときのきっかけにすることができる。

なるべくフェイストゥフェイスで(スクリーニング陽性患者への)対応をお願いすると向こうもそのように返してくれる。

緩和ケアチームだけでなく主治医に対しての報告もそうだが、「痛がっているのでどうかしてください」という連絡ではなく、「患者さんが痛がっていて、患者さんがこうしてほしいと言っている、痛み止めを増やしてほしい」といった具体的な問題提起をもらうほうがチームとしても医師としても動きやすい。

「患者さんは痛みがあって、こういうことができないと言っています」という言い方をすると、医師は動いてくれる。

また、《主治医による事前の介入許可を省略する》という方法で、《主治医の障壁》は崩さないが、緩和ケアチームの介入を容易にする**対策**がとられてい

た。患者自らが希望する部署で相談できるようする、緩和ケアチームの依頼者の枠を広げて手続きも簡略化するという方法がとられていた。

(スクリーニング陽性患者について) 主治医に報告はせずに患者さんが(フォローアップの担当部署)を訪れることもOKとしている。

患者が(緩和ケアチームに)相談にきたあとは、報告書で主治医に報告する。

(主治医は)依頼の用紙の記入が面倒で、(用紙では)病状の経過や痛みのアセスメントをする必要があるが、「そこはもう簡単でいいよ」と言って、病棟の薬剤師とか看護師でも依頼をかけられるように枠を広げると、依頼を出しますというような感じで出せるようになった。

さらに、《介入実績を次の介入に活かす》といった、介入による効果を示して次につないでいくということがなされていた。

一度ソーシャルワーカーさんが関わっていたら、顔が分かっているので入院すれば引き続きまたすぐ診てもらえることができ、緩和ケアチームもそうであるが、すぐ依頼をもらえるシステムづくりにもつながっている。

病棟看護師が(緩和ケアチームが介入していた患者が入院した場合に)気を利かせてまた入院してきたのでお願いしますという連絡がある。

《主科で完結される》の対策としては、《緩和ケアチームも情報を把握できるシステム》が挙げられた。主科が自分たちで対応できると考え、緩和ケアチームに依頼しない場合でも、情報共有の仕組みを使えば患者の状況が確認でき、チームからの介入が可能になると語られていた。

電子カルテシステムで管理できれば、ある程度、緩和ケアチームのほうから介入できるということになる。

C. 患者の問題状況の性質上生じる課題

1) 【タイムリーな対応】

【タイムリーな対応】は、外来でのタイムリーな対応が難しいことやスクリーニング実施から介入までにタイムラグが生じることが課題となっていた。

まず挙げられた課題は、《外来、入院での状況に

応じたフォローアップ体制の構築》であった。

外来と病棟では、全然(対応の方法)が違うので、(フォローアップの方法について)しっかりルールというか、システムをつくっておく必要がある。

次に、《外来患者へのタイムリーな介入の必要性》《外来での対応の難しさ》といった外来に特化した課題が挙げられた。

外来の患者さんは今すぐ診てほしいというニーズがあるため、タイミングを逃すと、(患者さんの)気持ちが大変なことになっている場合がある。

外来ではスクリーニングの結果を電子カルテに入力してもらっても、診察が済んでその日の夕方になるので、その外来の場で対応されていないと、結局(対応が)後になる。

さらに、《スクリーニング実施時から介入までのタイムラグ》が挙げられた。タイムラグが生じる原因として、紙での運用で、スクリーニング実施から結果を入力するまでに時間がかかることが語られていた。

1週間ごとぐらいに(スクリーニングの)用紙を集めるだけ集めて、実際に数を拾うのが2~3週間後で、その間にもう話が進んでいったりすることもあるし、その都度みているといいが、そこに追いついていない。

スクリーニングの用紙をリンクナースがチェックしているので、その患者がすでに退院してしまったりすることが短期の入院であればあるかもしれない。

(スクリーニングの運用を)紙でやることの限界が1つとしてあるだろうと思う。

対策として、《スクリーニング結果をタイムリーに見られるシステム》といったシステムを活用した対応がとられていた。

病棟の全部のパソコンにアプリが入っていて、各病棟で自分たちの患者さん(のスクリーニング結果)をタイムリーに見ることができるので、認定も頼りにしている。

外来の患者さんのスクリーニングの内容は、外来のノートパソコンで各アプリが見られるようになっているので、クエスチョンの(医療者が気になっている)患者さんの今日のNRSの状況など、スクリーニングの項目の内容の1つが細かく見られるようになっている。

タブレットになってからは、すごく早く、対応できるようになった。

電子カルテの中に、テンプレートを開くとソート機能が管理している。

また、その他のシステムとして《トリガーされたことが表示されるシステム》《患者の情報が認定看護師に送られるシステム》が挙げられた。システムによる表示内容はどの患者がトリガーされたかのみならず、その患者の苦痛症状の内容も表されていた。《トリガーされたことが表示されるシステム》

患者さんの苦痛があり、得点が3と4で高い時に、電子カルテ内に赤字で「主科で対応していますか？うまくいかなかったら緩和ケアセンターに連絡くださいね」という警告が出るようにシステム化している。

電子カルテの記録にのせて（スクリーニング陽性患者を）シェアすることもフォローアップの1つの方法。

名前の横に顔のマークがついていて、痛みで困っていると困っている顔のマークになる。痛み以外のことで困っていると、痛み以外のところの顔のところ困っている表示になって、困っている表示になっているところは全部、何かしら問題があるということが分かる。

外来用と入院用でシステムの名称は1つにまとまっていて、開くと入院用、外来用に分かれていて、入院のほうを集計すると、その日に毎日やっている患者さんの各病棟、病棟ごとに、スクリーニングの対象になった患者さんの名前の一覧が挙がってくる。

《患者の情報が認定看護師に送られるシステム》

気持ちのつらさ、眠れないとか、身体がだるいとか、あとは不安が強いかイライラしたりとかっていう気持ちの面の項目は結構細かくあるので、そこは精神看護専門看護師のシステムが別にあり、リエゾン用のシステムのほうに対応されるようにシステムがある。

身体面、社会面とかは私の担当で抽出されて回ります。

抽出されて、認定の看護師に紹介された患者さんにおいても、名前が挙がるようになっているので、痛みですごく困っているか、痛み以外ですごく困っているかっていうのが細かく挙がるようになっている。

医療者は《システムを活用してタイムリーに情報を得る》という方法をとっていた。

行ったところ、行ったところで必ずシステムを開くようにする。外来で行っても、病棟の所のシステムで挙がっている人がいないかとかを確認する。

3時以降は1時間に1回ぐらい、システムを必ず

チェックするようにして挙がってきた患者さんはその日に対応するようにする。

《外来患者へのタイムリーな介入の必要性》《外来での対応の難しさ》といった外来に特化した課題への対策として、システムの活用以外にも、《外来患者に当日に対応できるような仕組み》がつけられていた。

外来の患者はその日に対応できるように、なるべくケア外来や関係する認定看護師やケースワーカーなど、担当、専門分野の人に声をかけて対応していけるようにするシステムをつくって、今動き始めているところです。その他にも、《既存のケア外来で対応する》といった方法がとられていた。

管理料をとる関係でがんケア外来を立ち上げたので、苦痛のスクリーニングのために立ち上げたものではないが活用したらよいのではないかと考える。

外来の場合は（スクリーニング結果が）3以上でも、なかなか看護師さんの人数が少ないのでフォローアップできないことが多いという意見があって、ケア外来につなげてもらうようにした。

また、《主治医が診療時に対応できる工夫》がなされていた。

外来スタッフは、日々の業務で精一杯で、スクリーニングするだけでもやっとなので、スクリーニング票に要対応するというような形でつけてもらい、コピーをカルテの前に貼って主治医が診察する前に見えるようにしている。

さらに、《緊急度に合わせて対応》がなされていた。緊急度が分かる仕組みや緊急の場合の連絡、優先順位に合わせた予約日の設定が挙げられていた。

看護師に早急に対応してもらいたい時は、患者さんの名前が全部ピンクの一覧表で抽出されるというシステムになっている。

緩和ケアチームラウンドの場合は、緊急という項目にチェックされていたら、その日のうちに、回してもらう。報告用紙は、朝一度、昼一度、夕方4時、3時ぐらいに吸い上げできるようにしている。

日々のスクリーニングのコピーを見るというアナログな対応をしてるが、ペーパーのいいところは、何かがあった時に、急いで送ってくれたり、急いで電話をかけて持ってきてくれたり、人の動きで、即座に連絡が入ったりすること。

退院調整はソーシャルワーカーが担当していて当日対応できないこともあるので原則予約制であることを明記し、気持ちや痛みに関しては当日に必ず対応する。

緊急性の判断については、《介入の緊急性を緩和ケアチームの看護師が判断する》といった方法がとられていた。

早く専門的な介入をしたほうがいいという判断はなかなか難しいから、看護師だけで先にカンファレンスを少しして、患者さんもいいって言ったら、緩和ケアチームにかけるといようなことを試験的にしている。

D. スクリーニングで対応する限界

【スクリーニングで対応する限界】は、スクリーニング陰性でも潜在的な問題に対する介入が必要なケースがあることや医療者の力量により介入につながらないことが語られた。

課題として、まず《スクリーニング陰性で潜在的に問題のある患者の対応》が挙げられた。患者の問題が潜在化している場合に医療者と患者にニーズのずれが生じることや患者の急激な病状の変化により問題が急激に潜在化する状況が語られた。

子どもが小さいなど本人が迷っている中で抗がん剤治療を始めたり、オピオイドを使いたくないけどやむを得ず使い始めたりなど、(スクリーニングでは)今はつらさがないが、潜在的にいろいろ抱えている人のフォロー(が難しい)。

入院時(スクリーニングで)はそうじゃなかったのが、手術してその後の化学療法中にもう終末期に向かっていく患者さんで、医師と治療方針がどうもかみ合わず、だんだん怒りが出てくるとか、スクリーニングの結果とは異なり、大変になることがある。

患者のニーズと医療者が想像する患者のニーズがずれるので、どうしてもっと早めに介入できなかったんだろうと思うことが起きる。

次に、《つらさを表現しない患者の対応》が挙げられた。

スタッフの方から「本人は(つらいと)言っていないけど、このままじゃ良くないんだよね」という感じで連絡がくる。

自記式の質問紙には「ない」と書いているが明らか

に診ていると痛そうな人がいる。

対策として、《スクリーニング陰性で潜在的に問題のある患者の対応》については、《問題の段階に応じて対応する》といった方法がとられていた。

いくつかの段階があって、(スクリーニングに引っかけられない)潜在的な問題は、プライマリー医療チームの中で見守っていき、少し陽性の時には他の職種の人や緩和ケアチームに入ってもらったほうが良さそうだということがプライマリーチームで共有でき、顕在化したのは誰もが必要だと思ってつながる。

そして、《スクリーニング陰性患者でも看護師から介入依頼する》《認定看護師が対応する》といったスクリーニング以外で医療者の判断に基づいた対応がなされていた。

スクリーニングに引っかけられない患者については看護師が情報を提供してくれて、痛がっていて痛みの調整がつかないので見てもらいたいという連絡を認定看護師にくれるので、それを緩和ケアチームの医師に相談し、(チームの)医師から(主科の)医師に連絡して緩和ケアチームで対応しましょうかという流れ。

化学療法室にも放射線部門にも認定看護師がいるのでその人が(潜在的に問題のある患者に)対応する体制が一応ある。

また、主科の看護師が依頼しやすくするために、《相談しやすい仕組みをつくる》取り組みとして、認定看護師が病棟を訪問したり、スクリーニングのフロー以外の相談機能を活用したりすることがなされていた。

毎日同じ時間帯に、認定看護師が外来を回り、気になる患者さんの情報をもらうようにしていると、「(患者さんが)泣いています」と(相談が)くる。

毎朝、認定看護師がすべての病棟を回り、何かないかを尋ねるようにして、気になる患者さんの情報をもらうようにしている。

がん関連の認定看護師などが電話1本で、(相談の)ルールに則らなくても、やりとりができる。

外来の患者は、スクリーニングではなく、がん相談で動いているCNSのメンバーがいるので、そこに困っていることや心配なことは電話(で相談を)するという文化があり、少し定着しているのでスクリーニングの流れとは別のものを活用する。

(スクリーニング陰性だが問題のある患者を拾い上

げた時は) (緩和ケアチームに) 電話相談やカルテ回診の機会に相談できる。

また、《すでに介入している科との連携》により対応されていた。

身体症状とか、心のつらさとかじゃなくて、社会的側面で問題があると、相談支援の部門にすでにつながっていたりするので、そういう人たちと連携しながら患者さんをサポートする。

緩和ケアチームではなく、いろんな部署が介入していることがすでに緩和ケアになっていることもあるのでそれを見守る。

《つらさを表現しない患者の対応》については、《患者の状況を見守りながら介入のタイミングを計る》といった患者の気持ちに寄り添いながらも介入のタイミングを逃さない**対策**がとられていた。

スクリーニングで陽性でも患者さんが対応を求めて行動しない背景に自分で解決したいということもあるのかもしれない、医療者はなんとかしてあげたい、解決してあげたいという気持ちがとても強くあるが、それを信じて(患者に)任せてあげる、主治医だけでなく患者さんのこともある程度信じて任せてあげることも必要。

患者さんが頑張りたい気持ちをこっちが先取りしていくことで、問題点だらけの患者にしてしまうところもあるので、患者さんの力を見守っていく時期も必要。

患者さんにまだ問題意識が生まれていないのに、介入しようとする、レッテルを貼るみたいになるので、その方の問題意識が生まれた時が1つのタイミングかなと言いながら経過をみていこうと現場(のスタッフ)と話す。

潜在的に(問題のある)患者さんにあまり積極的に関わるよりは、問題が焦点化された時から力を合わせてやっていけばいい。

患者が自分からつらさを表出しない状況で無理やり向き合わせるようなことは果たしていいのかという問題もあるので、見守りの時期ということもある。

同時に、《他の対応ルートを案内する》といった方法がとられていた。

がん相談の案内を常にしてもらう。

医療者側の**課題**としては、《看護師の力量が不足によりチーム介入につながらない》といった看護師の力量の不足が挙げられていた。

(スクリーニング票に) チェックして出すことが流れ作業になっちゃっているの、緩和ケアチームや専門家に相談したいかのチェックで、「希望する」の人は連絡をするが、希望はしてないが数値が高い人に関しては拾いきれてなくて、現場の看護師が聞いている人もいるが、ただ通り過ぎていく人もいる。

対策として、《看護師の力量を上げる》《対応する看護師をサポートする》といった方法での看護師への支援が挙げられた。

スクリーニング陰性になったとしてもいろんな方法で患者さんのつらさを吸い上げる方法があり、がん患者に対する意識を高めておくことで看護師がピックアップできるようになる。

カルテ回診で痛み以外に困っていることでも出していることになっており、患者さんが困っているよりは看護師が困っている人も(相談して)いいことになっているので、看護師と小さいカンファレンスのような形で緩和ケアチームが対応する。

その他の**課題**として、《フリーコメントへの対応が困難》が挙げられた。

引っかけからなくても、フリーコメントにいろいろ書いていることに対して対応しきれていない。

対策として、《患者にフィードバックする》という方法がとられていた。

患者さんに書いてもらった以上は、何かしらは返さなくてほしい、フィードバック用紙を作ってそれを返している。

テーマ8: トリガーされた患者を専門の外来に紹介しても患者が受診しない

トリガーされた患者を専門の外来に紹介しても患者が受診しないは、表9に示すとおり4つのカテゴリに集約され、課題は16個あった。4つのカテゴリのうち、3つは患者側の課題で、1つは医療者側の課題だった。以下にカテゴリ【 】ごとに課題と対策《 》を述べる。

まず、患者側の課題3つを述べ、最後に医療者側の課題を述べる。

1) 【緩和ケア外来受診に対する障壁】

【緩和ケア外来受診に対する障壁】は、患者の緩

表 9 専門外来を受診しない

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
緩和ケアという言葉の印象が悪い	緩和ケアという言葉の印象が良くない		
緩和ケアチームという言葉がバリアになる			
緩和ケアという言葉の印象が良くない			
治療の終了が緩和ケア開始というイメージ			
患者は緩和ケアという言葉と良くない状況をつなげている			
緩和ケアチームは終末期医療の印象がある			
患者が緩和ケアはまだ早いと考える	緩和ケアに対する認識のずれ	課題	
医療者が専門外来を勧める時期と、患者が受診を希望するタイミングが一致しないことがある			
症状がないと患者が緩和ケアの必要性を理解できない			
患者は大丈夫だと思うと受診しない			
緩和ケアチーム介入の必要性について、医療者と患者の認識のずれが生じる			
患者に緩和ケアチームの役割が分かりにくい	緩和ケアチームについて知らない		
患者は緩和ケアを紹介された理由を理解していない	緩和ケアの紹介理由を理解できていない		
患者の誤解の内容を確認する	緩和ケアを受診したくない理由を確認する		
受診しない理由によって解決法も異なる			
緩和ケアを受診しない理由を確認する	患者の受診意思を尊重する		
患者の受診しようと思うタイミングを尊重し、それまで外来で対応する 本当に困っていれば、患者は主体的に受診行動に移す			
緩和ケアの紹介は何度か繰り返す	緩和ケアを紹介する時期を見極める		
スクリーニング後、外来看護師が経過を追って、専門外来への紹介時期を見極める			
主科の医療者の紹介の仕方によって緩和ケアチームへの導入が容易になる	主治医が緩和ケアチームを紹介する		
緩和ケアに抵抗のある患者には、主治医からアプローチする			
希望していないが主科の医師が勧めたので、受診することもある	患者が納得できる説明を行う		
紹介理由を説明し、納得して受診できるように関わる			
緩和ケア医の顔が分かるように工夫する	緩和ケア医を知ってもらい、ハードルを下げる		対策
緩和ケア医の顔を嫌でも見るようにして緩和ケアのハードルを下げる			
紹介する時に、緩和ケアの医師の人となりについて知ってもらい、緩和ケアの医師について知ってもらい、受診する			
予約を取る時に緊張しないような雰囲気づくりをする	緩和ケアのハードルを下げる 雰囲気づくり		
患者の受診しようと思うタイミングを尊重し、それまで外来で対応する	主科が対応する		
初期対応は主科で行い、希望があれば緩和ケアチームにつなぐ			
患者が納得しない場合は、情報提供にとどめる	情報提供にとどめる		
他に活用できる資源を示す			
緩和ケアという言葉を使用せずに、いろいろな苦痛症状に対応することを伝える	緩和ケアという言葉を用いない説明の工夫		
緩和という言葉を使用せずに、いろいろな職種が対応することを伝える			
専門外来を受診せずに専門的ケアが提供できる方法を検討する	専門外来を受診せずに専門的ケアを提供する		
メンバーが緩和ケアチームであることを前面に出さずに個別に介入する	緩和ケアチームであることを前面に出さない		
患者が受診する形ではなく、緩和ケア医が患者の所へ行く			
自然に介入が始まるように、緩和ケアの医師が患者の所へ出向く			

表9 専門外来を受診しない(つづき)

コード	サブカテゴリ		カテゴリ	
精神腫瘍科への受診を患者が拒否する 精神科に抵抗があると受診に至らない 地域によって、精神科を受診している者を排除しようとする風潮がある 地域差はあるが、精神科への抵抗感はある 精神科への受診を勧めたいが、患者が抵抗感を拭えず受診行動につながらない 緩和ケア外来に受診をしても、精神腫瘍科への受診に結びつかない	精神科受診への根強い抵抗感	課題	精神科受診に対する障壁	
精神科ではなく精神腫瘍科という言葉を使用する 精神科を勧めるときは、慎重に言葉を選ぶ 専門外来に受診することが特別なことではないことを強調して説明する 身体にとってなぜ症状緩和が必要かを説明し、心療内科の介入を提案する がんになった気持ちのつらさへの対応は、精神病とは異なることを説明する 緩和ケアチームの説明書に柔らかい表現で精神腫瘍科について紹介する	専門外来を紹介する際の説明の工夫	対策		
最初から精神科を勧めるのではなく、まず最初に緩和ケア医が診察する 精神科への抵抗感を考慮し、緩和ケア医が診察を行った後で段階的に精神腫瘍科への受診を勧める	初期段階は緩和ケア医で対応する			
緩和ケアチームとして関わると患者の精神科への抵抗感が和らぐ	専門医を含めたチームで介入することで抵抗を和らげる			
精神科医につなぐ前に臨床心理士が介入する	臨床心理士を経た段階的な介入			
精神科医と連携を図り、受診への段取りを組む	専門医との連携により受診の段取りを組む			
院内の人的資源の不足により、専門医による継続的なフォローが受けられない 臨床心理士がいるが、がんの専門的な知識に基づく介入は難しい 院内に精神科医がおらず、患者を受診につなげる方法に困る 精神的な問題を抱える患者が多いが、サイコオンコロジーの専門家は少ない 院内に精神科医がいない 精神科医不在で対応が十分にできない がんを理解のある精神科がある病院は非常に少ない	精神腫瘍科医の不足	課題		
なし	なし	対策		
スクリーニングで身体症状の得点が高くても専門の外来を受診しない スクリーニングの結果で受診する患者が少ない スクリーニングの得点が高くても対処を望まないケースがある 高い得点をつけても、専門家チームの介入を望まないケースもある	専門外来受診に対する患者のニード	課題		受診に対する患者のニード
スクリーニング陽性であっても、専門外来の必要がない患者も多い スクリーニング陽性でも全例は緩和ケアチームを必要としない	スクリーニング結果は専門外来受診の必要性を反映しない			
患者と面談し、実際のニードを把握する 点数だけでなく、医療者の問診とアセスメントで対応を考える必要がある	患者のニードを面談で把握する	対策		
点数が高くても患者のニードがなければ介入しない	患者のニードに合わせて介入する			

表9 専門外来を受診しない(つづき)

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
主治医の説明で解決することも多い 気持ちのつらさが主治医からの説明で解決できることも多い 専門外来を受診しなくとも、外来看護師の対応のみで問題が解決できることもある	主科で解決を図る	対策	
スクリーニング陽性でも、緩和ケアのニーズがない患者は1週間後に再評価する	緩和ケアのニーズを定期的に確認する		
患者や家族が病棟スタッフの対応を希望する 主科の担当医にみてほしい患者の思いがある 患者や家族が病棟スタッフの対応を希望する	患者・家族は病棟スタッフに対応してほしい	現状	
患者は相談者がいてつらさを言葉に出すことで余計につらくなる 患者はつらさに直面化する状況を避け、緩和ケアチームの介入を希望しない	相談するとつらさと直面するので、避けたい		
すでに複数の介入があり、緩和ケアチームの介入を希望しない 緩和ケアチーム介入の前に各科が個別に介入している	チーム以外の専門家の介入があり、希望しない		
対応するナースのサポートを行うことで間接的に介入する 間接的な介入の強化して解決する 主科の医療チームが対応できれば、緩和ケアチームは直接ケアでなくてもよい 患者は介入を希望しなくても主治医は希望する場合はカルテ回診の形で主治医をフォローする 対応の仕方をスタッフに示していくことも必要	主科のスタッフが対応できるように緩和ケアチームは後方支援する	対策	
外来患者は、苦痛症状に対するタイムリーな介入を求めている	外来患者はタイムリーな介入を希望している	課題	受診に対する患者のニーズ
主治医の診察日と別日に受診するのは難しい 専門外来の診療日数が少なく、受診が億劫になる	受診回数が増えることへの負担の増大		
主治医の外来と専門外来が同一日にまとめて受診できれば専門外来への受診行動も促される	主治医の外来日と同一日にまとめる		
患者はしんどいと動けないので、動かさないで一番早く解決する方法を考える	患者を動かさない	対策	
患者のもとに専門外来のスタッフが出向くことで受診が増える 専門外来のスタッフが外来患者のもとへ足を運ぶ 緩和ケアチームの専従が患者のところに出向く 看護師が出向くので、患者が受診しないということがない	緩和ケアチームメンバーが出向く 看護師が出向く		
外来でタイムリーに対応できるだけのマンパワーが確保できていない 主治医の診察日に合わせて受診日を設定する体制づくりが難しい 主治医の診察日に合わせて受診日を設定する体制づくりが難しい	患者の受診回数を減らす体制づくりの難しさ	課題	
他の認定も協力して患者のところに出向く 看護外来の曜日を決めないことにより専門、認定看護師がカバーし合う	認定看護師が協力し合い介入する	対策	
緊急性により専門看護師が介入する	緊急度に合わせて専門看護師が介入する		
対応後に相談窓口を患者に明確に伝えることで、患者が受診先に迷わないようにする	患者に相談窓口を明確に伝える		
医療者の中にも治療中の緩和ケアを不要と考える人がいる 主治医がまだ早いと考えると、専門外来につながらない	緩和ケア導入時期についての誤認識	課題	医療者の障壁
緩和ケアチームに依頼することでの痛みの改善効果を提示していない 緩和ケアチームに依頼することでの倦怠感の改善効果を提示していない	緩和ケアチーム介入による効果を提示する限界		

表9 専門外来を受診しない(つづき)

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
主治医が専門外来の必要性を理解しないと緩和ケアチームに紹介されない 緩和ケアの理解は診療科による温度差がある 緩和ケアチームへの依頼にはスタッフによって差がある 緩和ケアの活用には部署による認識の違いがある トップダウン方式では緩和ケアを活用しようという雰囲気にはならない 外来でもすぐに相談にくる部署と、そうでない部署の温度差がある	緩和ケアチームの活用に対する認識	課題	医療者の障壁
看護師は他部門との調整が苦手である 緩和ケアチームに依頼するより自分たちで対応したい 自部署で患者の対応を完結させるといふ考えがあると介入依頼が出ない 主科がすべての対応を行う	自部署で対応を完結させる傾向		
事例のフィードバックを積み重ねて緩和ケアを活用してもらう	事例のフィードバックを積み重ねる	対策	
主治医と緩和ケアチームの人間関係が重要 主科と緩和ケアチームが顔のみえる関係で連携する	主科と緩和ケアチームの関係性を構築する		
スクリーニング陽性患者への実際のスタッフの対応を確かめる	トリガーされた患者の対応を確認する		
目の前の業務に追われ緩和ケアにつなぐ意識をもてない	外来業務の煩雑さ	課題	
主治医の了承を得つつ、手続きの負担の軽減を図る	主治医の手続きの負担を軽減する	対策	

和ケアに対する認識により生じていた。

まず課題として挙げられたのは、《緩和ケアという言葉の印象がよくない》《緩和ケアに対する認識のずれ》であった。患者が緩和ケアを終末期や治療がないなどの状況と結びつけることが障壁となっていた。

特に入院患者にとって、緩和ケア病棟に行くともうすぐ死ぬというイメージもあり、緩和ケアという言葉の印象がよくない。

病棟でスタッフが緩和ケアチームや緩和ケア外来があることを紹介しても患者さんが「まだ緩和ケアではない」と断る。

次に、《緩和ケアチームについて知らない》が挙げられた。

(患者は) 緩和ケアチームが何をするのか分からないのでつながりにくい。

その結果、《緩和ケアの紹介理由を理解できていない》といった患者が緩和ケア外来の受診を勧められた理由を分からないまま受診している現状が語られた。

外来の初診の時に、紹介になった経緯を教えてくださいという項目があるが、ほとんどの人は空白かあまり説明されていない(ので記載がない)。

対策として、まず《緩和ケアを受診したくない理由を確認する》という方法がとられていた。そして、《患者の受診意思を尊重する》という姿勢で、《緩和ケアを紹介する時期を見極める》といった患者の意思を尊重しながらもタイミングを逃さない対応がなされていた。

(患者が紹介された部署を受診しない理由が) 最も問題なのかもしれないので、人それぞれどういう理由で行かないのかをまず知る必要がある。

患者の専門外来を受診しようと思うタイミングを考慮したうえで、外来で細かなことに対応している。

患者が本当に困っているようであれば、医療者から働きかけなくとも、患者自身で受診行動に移している。

外来看護師が経過を追っているため、スクリーニング実施日とずれた時期に(看護師が専門外来を紹介したら)、改めて専門外来への介入を希望することがある。

緩和ケアを紹介しても受診しない人は、1週間後にもう一度紹介する。

また、よりスムーズに受診を進めるために、《主治医が緩和ケアチームを紹介する》といった主治医との信頼関係を生かした対応がとられていた。

顔の見えない緩和ケアチームの人を、信頼されている医療者が患者さんにどう紹介するかによってつながりやすさが変わる。

緩和ケアチームうまく介入できない時は、主科の先生に戻して、主科の先生からもう1回アプローチしてもらう。気持ちがつらいと治療に差し障りがあるから、緩和ケアチームに入ってもらったほうがいいよという説明を、一番関係性ができている主科の先生にお願いする。

「(主科の)先生に紹介されたので受診しました」という人が結構おり、主治医に言われれば受診する人もいる。

さらに、受診したくない理由に応じた**対策**として、《緩和ケアに対する認識のずれ》に対しては、《患者が納得できる説明を行う》という方法がとられていた。

なぜ緩和ケアを紹介されたのか説明し、納得して受診してもらう。

《緩和ケアチームについて知らない》という課題に対しては、《緩和ケア医を知ってもらい、ハードルを下げる》《緩和ケアのハードルを下げる雰囲気づくり》といった方法がとられていた。緩和ケア医が行う治療内容のみならず顔や人柄を知ってもらい、外来で患者の緊張を和らげることにより、緩和ケアチームの介入による効果を示せなくても、チームを身近で相談しやすい存在として知ってもらうための工夫がなされていた。

紹介していただく時にその先生がどういうことをしてくれる先生なのか、簡単でいいけど言ってもらえるといい。

顔が見えないことが(受診しない)1つのハードルだったのかなというのがあって、回診の板の後ろに先生の顔を貼っている。

緩和ケアのハードルを下げるために嫌でもみるような場所に医師の顔を貼り、知ってもらう。

緩和ケア医の顔が分からないと、とにかく受診したくないものは受診したくないとなるが、行ってみると意外と大丈夫となることも多いので、紹介の時に(医師の)個性的な部分を話して納得して受診してもらう。

緩和ケア外来の予約をとる時になるべく明るい雰囲気

気で緊張しないように気を配る。

一方、患者の同意が得られない場合は、《主科が対応する》《情報提供にとどめる》という対応で、緩和ケアや他に相談できる資源の情報の提供にとどめて、主科の診療が継続されていた。

主科のドクターと看護師にまずは任せて、(緩和ケアチームが)外来を回診した時に相談してもらい、希望があれば(チームに)つなぐ。

主治医から治療がうまくいくように緩和ケアを受けようと説明しても、(患者が)納得しない様子の時は、またいつかということで情報提供にとどめる。

がん相談支援センターの名刺を作成し、どこにあるかがわかるようにして、活用できる資源があることを示す。

そのほかに、《緩和ケアという言葉を用いない説明の工夫》がなされており、緩和ケアの提供を優先した**対策**がとられていた。

患者さんに緩和ケアについて説明する時には、緩和ケアという言葉ではなく、いろいろな職種の人が出て、状況に応じて専門的に診てもらえることを平たく伝える。

緩和ケアというと患者の抵抗があるので、いろいろな症状を専門で診てくれる医師や看護師がいるというように紹介の仕方を工夫してもらう。

同様に、《専門外来を受診せずに専門的ケアを提供する》対応として、《緩和ケアチームメンバーであることを前面に出さない》という方法で、メンバーが個別に緩和ケアを提供していた。

専門外来に紹介してもなかなか患者さんが受診しない時に、患者さんを受診させるのが目的ではなく、専門的なケアをどう提供するかが大事なので、受診しなくてもケアができればいい。

臨床心理士も看護師も緩和ケアチームの一員であることを前面に出さずに患者に介入する。

患者さんが(緩和ケアの)外来を受診するのではなく、医師がたまたま通ったぐらいのさりげなさで、患者さんの所へいく。

改めて緩和ケアを受診するということはハードルが高いので、自然に介入が始まっていくように(医師が)出向く。

《緩和ケアという言葉の印象が良くない》という

課題に対する直接の**対策**は明らかになっていないが、上記のような取り組みの1つひとつが結果的に印象を変えていく一助となるのではないかと考える。

2) 【精神科受診に対する障壁】

【精神科受診に対する障壁】は、患者の精神科に対する抵抗感と精神腫瘍科医の不足であった。

課題として、まず、《精神科受診への根深い抵抗感》といった患者の精神科に対する認識が障壁となっていることが挙げられた。

精神科に対する抵抗は、地域差があるかもしれないが、明らかにある。

精神科にかかっているという心と心の病気で世の中についていけない人というイメージがあり、のけ者扱いになる。

次に、《精神腫瘍医の不足》といった院内に精神腫瘍医がいない体制の中での専門的な対応や院外の専門家につなぐ難しさが挙げられていた。

院内に心療内科がなく、外部から週1回緩和ケアチームの活動として精神科医に来てもらっており、入院中の患者に介入が必要となれば精神科医に診てもらおうが、投薬の指示を受けたあとは主治医が診ることになる。

外来に精神科医がいないので、抑うつ症状が強くなった患者をどのように受診につなげたらよいのか困ることがある。

《精神科受診への根深い抵抗感》に対する**対策**として、《専門外来を紹介する際の説明の工夫》がなされていた。

精神科に対する患者さんの認識不足が大きく、精神科に行かされるの？と思うので、精神腫瘍科というかたちで理解してもらうことが必要。

「他の方もみんな診てもらっているので、専門の先生と話し合おう」という言い方をすると、納得する患者も結構いる。

精神科の介入が必要な状態であれば眠れていないという症状が表面化していることが多いので、睡眠の必要性を説明し、心療内科の先生に調整をしてもらうことを提案している。

精神病の精神科じゃないということをきちんと説明する。がんになったことの気持ちのつらさに薬剤調整

やカウンセリングを行うことを説明する。

(緩和ケアチームの)説明書に柔らかい表現で腫瘍精神科医というのはこういうことをやる人ですというような、患者さんも受け入れやすいような言葉を使って説明する。

そして、《初期段階は緩和ケア医で対応する》という方法で、患者の意思を尊重して対応されていた。

精神科に対する抵抗は強いので、いったん自分で診察を行ったあと、精神腫瘍科がいることを説明し、患者の希望を確認したうえで受診してもらう。

自ら精神科に行くという意思がある患者以外は、最初の段階で精神科を勧めることはせず、自分で診察をしている。

また、《専門医を含めたチームで介入することで抵抗を和らげる》《臨床心理士を経た段階的な介入》という方法で、患者の抵抗感に配慮しながら専門的ケアが提供されていた。

精神科への受診に抵抗感をもつ患者の場合、緩和ケアチームというと、精神科医がいても抵抗感を抱かれず入り込みやすい。

精神科につなぐ前に緩和ケアチームの臨床心理士に話を聞いてもらい、精神科医につなぐ必要がある人を見極める。

さらに、《専門医との連携により受診の段取りを組む》といった専門的ケアを提供することを優先して調整する対応もとられていた。

精神科の先生たちと相談していて、患者さんには有無を言わず、「これはもう診てもらうことになっています」と説明して受診をしてもらうようになっている。

《精神腫瘍医の不足》に対する有効な対策は見出せていない。

3) 【受診に対する患者のニード】

【受診に対する患者のニード】は、スクリーニング結果が専門外来受診に対する患者のニードとずれることや、医療者が専門外来受診を勧めるのに対して、患者は主治医に診てもらいたい、受診の負担を減らしたいという希望を有することから課題が生じていた。

まず課題として挙げられたのは、《専門外来受診に対する患者のニード》であった。スクリーニング結果が必ずしも患者の状態を反映しないことにより、陽性の患者であっても専門外来を受診したいというニードがあるとは限らないことが語られた。

専門チームがあるのでどうですかと案内させていただと、いやそんなつもりで書いたわけではないと言われる場合もある。

つらさの点数が高くても、今のままでいいという人もいるので、患者さんのつらさと（医療者が考える）対処の方法にずれがある。

また、《スクリーニング結果は専門外来受診の必要性を反映しない》といったスクリーニング陽性でも専門外来受診の必要性がない患者がいることが挙げられた。

スクリーニング陽性患者の中でも、専門外来の介入の必要がない患者も結構な割合でいる。

それらの対策として挙げられたのは、《患者のニードを面談で把握する》であった。

患者さんと面談すると、これぐらいはやってほしいという（ニードが）出てくるので、記述したものと看護師が面談したところをすり合わせて必要な対応をする。

点数が高くても（受診を）しなくてよい患者もいるので、医療者がきちんと問診をしてアセスメントをしないと問題が生じる。

そして、《患者のニードに合わせて介入する》ということがなされていた。

点数で引っかけても患者のニードがない時もあるので、その場合はニードに合わせる。

また、《主科で解決を図る》といった患者の抱える問題によっては、医師の診察や看護師のスクリーニング実施時の対応の中で解決できることが少なくないと語られた。

主治医がベッドサイドに行って説明すれば解決することが多いので、まずは主科チームにアセスメントしてもらうことが大事だと思う。

気持ちのつらさに高得点がつく方は多いが、実際に聞いてみると、告知された後や手術前の不安など、得点が高くても当然の反応で、主治医がちょっと説明をすることでとても安心することが大多数。

スクリーニングシートを受け取った外来看護師が、アセスメントを行い、不安などに対応することで問題解決される場合がある。

そして、《緩和ケアのニードを定期的に確認する》ことで、継続的にニードの有無が確認されていた。

（スクリーニングの得点は高いが）患者の（緩和ケアの）介入に対するニードがなければ1週間後に再確認するようにしている。

次の課題として、患者には専門外来を受診しない理由として明確な患者の希望があることが挙げられた。

1つ目は《患者・家族は病棟スタッフに対応してほしい》だった。

今までみてくれた医療者にサポートしてもらおうからそれでいいと断られる。

担当の先生にみてほしいという思いで、緩和ケアがまだ早いという感じになりやすい。

また、《相談するとつらさと直面するので避けたい》といった相談することもつらい状況や病棟看護師に聞いてもらうこと以上の対応を希望していないことが語られていた。

患者はつらいが、相談する人がいて言葉に出してしまうと余計につらく、病棟看護師に聞いてもらったり相談にのってもらっただけでいい。

患者は病棟の看護師に訴えただけで十分で、症状のつらさに直面化させられる状況になるので緩和ケアチームの介入を希望しない。

ほかに、《チーム以外の専門家の介入があり、希望しない》が挙げられた。

痛みに関しては麻酔科が入ってコントロールし、寝られないことに関しては精神科が入ってコントロールしていた。おのおのがコントロールしているのであえて緩和の方に相談したくないというようなケースが多い。

対策としては、《主科のスタッフが対応できるように緩和ケアチームは後方支援する》という方法がとられていた。

患者は緩和ケアの介入を希望しないが、主治医は介入してほしい場合は、カルテ回診という形でチーム内で検討し、主治医をフォローする。

主科の先生やスタッフが直接介入できればそれはそれでいい。(緩和ケアチームが) 直接ケアをしなくても対応できればよい。

解決策は間接的な介入を強化する感じ。

項目によっては患者さんと専門の人が直接話し合ってもらっても必要だが、対応の仕方を一般科の人に提案することも必要。

さらに、《外来患者はタイムリーな介入を希望している》といった患者には受診に伴う負担を減らしたいという希望が挙げられた。

外来だと、その時タイムリーに対応してもらいたいと思うので、患者さんは、「今、痛みがあるから、今日(のうちに)緩和ケアの外来に行きたい」と(いう気持ちになる)。

次に、《受診回数が増えることへの患者負担の増大》が挙げられた。

緩和ケアの外来が週1回なので、主治医の外来の時だというのが、それとは別に(受診するのは無理だと思う)。

対策として、まず、《主治医の外来日と同一日にまとめる》といった方法がとられていた。

がん診療拠点病院は総合病院が多く、専門外来も同じ病院内で受診できるので、主治医との診察と近い時間に専門外来の受診ができれば患者は専門外来にも行ってくれると思う。

また、《患者を動かさない》といった苦痛のある患者に受診を求めずにより早く解決する方法が検討されており、《緩和ケアチームメンバーが動く》《看護師が動く》といった方法が挙げられた。

患者が動かなくて、一番早く解決できる方法を考えないと、患者はしんどいと来られなかったり、行きたくなかったりする。

うちの緩和医療科は、(外来に)出かけている。

緩和ケアチームの専従が患者のところに出向き、患者をあまり振り回したくないので、ソーシャルワーカーの対応が望ましいと思ったら、ソーシャルワーカーに来てもらうようにしている。

緩和ケア外来から看護師が出向くので、患者が受診しないということはない。

一方、そのような体制づくりを試みるうえでの課

題として、《患者の受診回数を減らす体制づくりの難しさ》が挙げられ、体制づくりの中でもマンパワー不足の問題が語られた。

患者が主治医の診察を受ける日に合わせて相談できるような体制をつくりたいが体制づくりが難しい。

(現状では、外来でタイムリーに対応できておらず、)マンパワー不足は否めない。

その対策として、《認定看護師が協力し合い介入する》《緊急度に合わせて専門看護師が介入する》といった専門、認定看護師による対応がなされていた。その際には、患者の緊急度に合わせて互いの業務を調整し合う、看護外来の体制を活かすといったこともなされていた。

専従看護師が行けない場合は、他の認定に依頼して協力して患者のところに出向くようにしている。

曜日を決めて看護外来をしないことにより、他職種とつなげる役割をとったり、意思決定支援の場面には入れるように、専門や認定がカバーし合いながら体制を整えている。

緊急性がなければ次回の主治医の予約の時にするが、緊急性に合わせてその日に対応してほしいという時には専門看護師が調整しながら介入する。

また、専門、認定看護師の介入により対応する窓口が増えることで患者が迷わないように《患者に相談窓口を明確に伝える》対策がとられていた。

緩和ケア外来から出向いて患者に会ったあとは、たとえば予約変更は各科の窓口でいいけれども、困りごとの相談は私ですというように明確にオリエンテーションしないと患者さんが次に相談したい時に受診先が分からなくなる。

4) 【医療者の障壁】

【医療者の障壁】は医療者側の課題として、《緩和ケア導入時期についての誤認識》《緩和ケアチームの活用に対する認識》といった、医療者が緩和ケアについてもつ認識や理解が障壁となっていることが挙げられた。

医療者の中にも、まだこの人治療しているから(緩和ケアは)いいよねっていう方も多い。

主治医に(専門外来の必要性を)理解してもらわないとつながらない。

理解がある診療科とそうでない診療科は温度差がありすぎ、理解がない科は(緩和ケアチームに)つなが

らない。

また、《緩和ケアチーム介入による効果を提示する限界》といった医療者が緩和ケアチーム介入による効果を示すのが難しいと感じていることも挙げられた。

手術なら成功率を話し同意を得て治療するが、緩和ケアの場合依頼してもらえば3日で痛みがとれる確率が何パーセントというような具体的な提示ができていない。

さらに、《自部署で対応を完結させる傾向》があることが挙げられ、その要因として、看護師の調整の苦しさや自部署で対応できるという感覚、自分たちで診たいという思いが語られていた。

看護師は、症状マネジメントは比較的得意だが、患者と家族の調整や他のチームにつなぐことが苦手である。

自分の病棟で完結できるという考えをもっていると患者さんへの介入依頼がでない。

(緩和ケアに) つなぐという点で、自分たちでどうしても頑張りたいという思いがある。

対策としては、まず《事例のフィードバックを積み重ねる》という方法で医療者の緩和ケアチームの活用に対する認識を変える働きかけがなされていた。

たとえば、心理士に相談した後にカンファレンスを用いて、みんなで話すということを積み重ねて、同じようなケースで(心理士を)活用してもらう。

また、《主科と緩和ケアチームの関係性を構築する》が挙げられ、チームへの依頼には人間関係が影響することやそのために顔の見える関係を築く必要性が語られた。

主治医と緩和ケアチームのメンバーの人間関係次第で緩和ケアチームの紹介のされ方が異なる。

緩和ケアチームが個人的に顔の見える連携(を図る)ことも必要。

そのほかに、《トリガーされた患者の対応を確認する》といった緩和ケアチームが介入できない場合でも、主科の対応状況を確認する対応がとられていた。

病棟内でスクリーニング陽性となった場合にどのよ

うに処理しているのか、実際に使用している人に確認が必要である。

そのほかに課題として、《外来業務の煩雑さ》が挙げられていた。

目の前のやらなければいけない業務の負担がある中で緩和ケアにつなぐことの意識をもってもらうことは大変。

対策としては、《主治医の手続きの負担を軽減する》といった医師の手間を少なくする対応はとられているが、業務の負担を軽減する一助にすぎない可能性もある。

精神科受診などは主治医の了承が必要だが、一方で(手続き等の主治医の)負担は少なくするという折衷案を考える。

テーマ9：スクリーニングで見つかった問題に有効な解決方法がない

スクリーニングで見つかった問題に有効な解決方法がないは、表10に示すとおり5つのカテゴリに集約され、課題20個あった。以下にカテゴリ【 】ごとに課題と対策《 》を述べる。

1)【身体症状】

【身体症状】の課題は、がんに伴う緩和が困難な身体症状とがん以外の疾患に伴う症状、症状に対する患者の認識であった。

がんに伴う身体症状は、《緩和困難な倦怠感》《緩和困難な消化器症状》《緩和困難な化学療法の副作用症状》《がんの進行に伴い出現する症状》《緩和困難な疼痛》が挙げられた。倦怠感や食欲不振、腹水貯留、化学療法中の末梢神経障害、がんの進行に伴い出現する症状は、緩和が困難なことがあり対応に難渋する状況と、医療者が何のために聞いているのか苦悩する状況が語られた。

倦怠感はなかなか解決できないことが多かったりするが、スクリーニングで苦痛が明らかになったことはいいが、良くならないですねという話で済んでしまうと、患者さん自体がどんどん、さらに気持ちも落ち込んでいくんじゃないかという気がする。

だるさや食欲不振とか、結構苦勞する症状で、大きな腫瘍で胃がかなり圧迫されて食欲不振がある場

表 10 有効な解決方法がない

コード	サブカテゴリ		カテゴリ		
倦怠感に対する対処法がなく難しい 倦怠感への対応 倦怠感の改善が困難で患者が落ち込む 複数の症状の中で倦怠感の改善が困難 倦怠感の解決が難しい 倦怠感には対応されていないことが多い	緩和困難な倦怠感	課題			
だるさや食欲不振、腫瘍で胃が圧迫されている患者の食欲不振への対応 イレウスの状態にある患者の食欲不振 腹水は抜いてもすぐに溜まる	緩和困難な消化器症状				
治療中の倦怠感、しびれ、吐き気が困る ケモの副作用でしびれを訴えるが手がなくて困った 痛みにも有効な手段がない	緩和困難な化学療法の副作用症状 緩和困難な疼痛				
がんの進行に伴い出現する症状への対応が難しい ほかの病気が悪くなる時の対応は専門外になる 関節の痛みの苦痛について話は聞けても、対応は難しい	がんの進行に伴い出現する症状 がん関連症状以外の症状への対応				
勉強会で倦怠感を見逃さないように伝える 倦怠感はあるもののケアが検討できる症状であることを伝える 倦怠感を構成する複合的な要素に着目すると看護展開できることを伝える	看護師に倦怠感についての勉強会を開催する				
口腔科・歯科受診により食欲不振に対応する NST 外来と連携を取って食欲不振に対応する	他科と連携を図る				
夜間の電話相談で看護師で解決できる 主治医よりも看護師のほうが解決策をもっている	看護師の経験値を活かす				
患者は医師に遠慮して訴えられないことがあるが、看護師には言いやすいという現状がある	看護師が聞く				
身体症状とうまく付き合いながら生活する視点をもてるよう面談をする 役割や仕事との折り合いをつけられるよう選択肢を提案する 話し合いを通じて症状がない状態は難しいことを理解してもらう 患者と意見をすり合わせ、患者ができることを見つける	患者と緩和困難な症状との付き合い方を話し合う			対策	身体症状
スクリーニング陽性の苦痛を分かろうとすることが重要なケアである 関心を寄せられることで、患者のモチベーションや安心につながる	医療者が患者の苦痛を理解する				
何か提案を続け、あきらめない 良くならない症状に対してあきらめない姿勢を見せる 関心を寄せて対応し続けているという姿勢を見せる 主治医とともに解決に向けて対応しているという姿勢を見せる 継続的な対応により患者の希望が見出せるようにする 何かしらの選択肢を提案し続ける 考え得る方法を一つずつ小出しにして効果を確認する チームの信頼にも関わるので解決が難しい症状のある患者に対しても何かしら対応を続ける 苦痛が解決しなくても、苦痛に何かしら対応するというプロセスが重要 解決方法を探すのは、自分たちの役割だと思う	解決に向けて対応し続けている姿勢を見せる				
精神的な不安定さがあり困った 精神科疾患をもつ独り暮らしの患者の対応に苦慮した	精神疾患を有する患者の症状悪化への対応	課題	精神症状		

表 10 有効な解決方法がない (つづき)

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
精神的不安定さについて専門家につなぐ	専門家につなぐ	対策	精神症状
精神科がない体制の中で、適応障害や精神科疾患への移行が予測される場合につらさを聞いて、他院の受診を薦めることにジレンマを感じる	精神科医の不足	課題	
精神科疾患をもっている患者を緩和ケアチームの精神科医が診ないため、対応に困る			
サイコoncologyの医師がいないために有効な解決がない			
なし	なし	対策	
経済的なところで制度が使えない場合の対応は困る	社会保障制度の限界	課題	社会的問題
経済面で使える資源はすべて使っているがどうにもならない、生活保護は嫌だというケース			
経済的な問題がある患者に対し、医療相談が対応できてない場合には看護師も介入が難しい			
経済的問題への介入を拒否し、医療者との関係性が築けず、入退院を繰り返す			
金銭問題は治療にも影響する	治療の意思決定への影響	課題	
薬剤による症状緩和をあきらめざるをえない	経済的な問題の背後にあるニーズ把握の難しさ		
金銭問題を抱える患者が治療の意思決定についての相談を希望しているかもしれない			
訴えの背後に他のニーズが隠れている可能性がある			
訴えの背後にあるニーズは話をよく聞かなければ把握が難しい	就労支援の難しさ	対策	
社会復帰したいが、骨転移で骨折していて肉体的労働には戻れない患者への対応が産業医としてつらい			
なし	なし	対策	
家庭内の問題は解決困難	家族の関係性	課題	
社会的に認められていない関係性への対応			
社会的に解決できない問題がある			
家族と患者の不仲に介入が困難			
問題解決ができないまま入退院を繰り返す	入退院を繰り返している	対策	
社会的問題への関わりには医療者の人間として成長が必要	医療者に人間としての成熟が求められる		
家庭内の問題に関しても話を聞く	家庭内の問題も話を聞く	対策	
スピリチュアルな問題は聞くことも対応も難しい	対応のしづらさ	課題	スピリチュアルな問題
なし	なし	対策	
何もできないことに医療者が苦悩を感じる	対応困難な症状を抽出する医療者のつらさ	課題	医療者の苦悩
患者のつらさを抽出することが苦痛緩和につながるのか自問する			
症状が緩和されないことに看護師が自責感をもつ			
対処法がない症状を拾うジレンマが看護師の苦痛になる			
患者のつらさに対応する資源の不足により医療者のジレンマが強くなる	対応する資源の不足が医療者のつらさを増強する	課題	
対応困難な症状を抽出するスクリーニングに苦痛を感じる	スクリーニングに苦痛を感じる		
スクリーニングで抽出したことへ相談も含めて対処できず、スクリーニング自体が嫌になる懸念			
対応できないと思う心理的な問題に関して患者と話さない	対応できないと思う問題を患者と話さなくなる	対策	
1つの症状から付随するさまざまな問題に多職種で関わることに意味がある	チームなど多職種で対応を検討する		
看護師が対応に悩んだら、チームに相談する			
看護師で対応が難しければ緩和ケア外来につなぐ			
良くならない症状に対してみんなで何か対処法がないか検討する			
有効な解決方法がない症状も、専門職みんなで対応を検討する			

表 10 有効な解決方法がない (つづき)

コード	サブカテゴリ		カテゴリ
緩和されない症状に向き合うスタッフのストレスをサポートする がん性髄膜炎の緩和困難な症状への看護師のケアを肯定する	対応困難な症状に向き合うスタッフのサポート	対策	医療者の苦悩
医療者が緩和が困難であることを共有しながら取り組む	緩和が困難であることを共有する		
目標を問題が解決するということにしない	問題が解決することを目標にしない		
緩和困難な症状に対応する中での学びが緩和ケアにつながる	得た学びが緩和ケアの実践につながる		

合は、スクリーニングで見つかったのに何にもしてあげられないとか、倦怠感がずっと強いけれども、ここで聞かれたからには患者さんはよくしてもらってるって思ってくるけど応えられないこともあって、じゃあなんのために聞いているのかという感じになることがある。

腹水は抜いてもまた溜まるのでつらい。

ケモの副作用でしびれが続いてつらくてずっと相談を受けるが、こちらも手がなくて困った。

がんの病状が進行して出てくる症状にがんを治すしかないという話になるとスクリーニングで見つけたからどうかできるのかということになる。

対策として、《緩和困難な倦怠感》に対しては、《倦怠感について勉強会を開催する》という方法で、看護師の症状に対する知識が高まるように働きかけていた。

認定看護師が倦怠感に関する勉強会を開催し、見逃されやすい症状だが、患者に働きかけるように伝えている。

倦怠感の得点が高いことについて患者と話し合い、医療者が患者にとっての(症状の)意味を理解することでケアが検討できると病棟看護師や師長に伝えている。

倦怠感が複合的な要素で構成されることに着目して看護が展開できることを伝える。

また、《緩和困難な消化器症状》に対しては、《他科と連携を図る》といった他職種による対応がなされていた。

食欲不振の患者への対応として、NST 外来と連携をとる。

食欲不振に対しては、口腔科、歯科に相談して、歯を診てもらおう。

次に課題として挙げられたのは、《がん関連以外の症状への対応》であった。高齢者が抱える痛みは多くの要因が関連するためのがんに伴う症状だけを切り分けて対応することはできず、医療者は患者のつらさを抽出する一方で、対応に苦慮することが語られた。

関節が痛いということが悪いわけじゃなく、それも大切で、苦痛だと思うが、それをここで(対応してほしい)言われても、話は聞いているけど、それ以上は、どうかできるのかって思うことが結構ある。

《がん関連以外の症状への対応》に対する**対策**としては、《看護師の経験値を活かす》といった方法が挙げられ、看護師の豊かな経験を活かした対応で解決することも少なくないことが語られた。

困ったときには、まず看護師に聞いたほうが主治医よりも解決できる策をもっているかもしれないという気もする。

夜間の救急外来受診の電話相談でも、半分以上は看護師に聞いたならそれで解決できることがある。

また、《看護師が聞く》といった医師には話せないことも看護師には話しやすいという身近な存在としての看護師の役割を活かした対応がとられていた。

患者さんはいろんな訴えがあり、「医師には言えないし、こんなこと言ったら診療に差し支える」と思っているけど、看護師には結構言えるというようなことがある。

以上のほかに、課題全般に対する**対策**として、《緩和困難な症状との付き合い方を話し合う》《医療者が患者の苦痛を理解する》《解決に向けて対応し続けている姿勢を見せる》といった緩和困難な症状を抱える患者と向き合う時の医療者の姿勢が語られて

いた。

《緩和困難な症状との付き合い方を話し合う》は、患者と症状について話し合い、症状の緩和が困難な中でも患者にできることや生活に支障がある中で折り合う方法を一緒に考えるという姿勢が語られた。

症状がまったくない状態を目指すのは難しいことを、話し合いをして理解してもらった。

医療者と患者がお互いに意見を出し合っすり合わせることで、これならできるということを見つけていく。

今の状況でよしとして、その中でどのように生活していくかという考え方に変わってもらうことを目指した面談をしている。

仕事は難しくなったが、責任ある役職から降りることや、家事を誰かに任せることも1つの選択肢であることを患者に説明し、納得できるように話し合いを行う。

また、《医療者が患者の苦痛を理解する》という姿勢で、苦痛を分かろうとして関心を寄せること自体がケアであり、患者の安心につながる事が語られていた。

スクリーニングで苦痛について明らかにし、つらさをみんなが分かればそれは重要なケアである。

関心を寄せられることが患者さんのモチベーションや安心感につながる。

さらに、《解決に向けて対応し続けている姿勢を見せる》という方法で、医療者があきらめない姿勢を示してなんらかの対応を続けていることやそのことを役割と認識して対応していることが語られた。

(患者には)手を変え品を変え何かしら提案し、チームの先生には仕方がないですねって言わないで、あなた(医師)がそれを言っちゃダメですと(伝える)。

駄目だったらまた次に教えてください、別の方法を考えてきますっていうふうに、もうできないよというのではなく、みんなで知恵を絞って考えてきますという姿勢を見せる。(姿勢を)見せるだけでは駄目だけど、本当にあきらめないで何か(方法が)あるんじゃないかと考えるようにしている。

「医療者は、継続して何かしているよ、気にかけて何か対応しているからね」という事実を患者さん本人に認識してもらえれば良しとしている。

(解決)方法がないから我慢して、というのではなく、(患者を)気にかけて、ちっちゃいことだけど何かやっ

て、(患者が)そこに希望をもてればいいかなということ(医療者が)目標(にして)で関わり続けている。

効果は別として何か手があるということを示して、一緒に(解決に向けて)やっているということが見せられるとよい。

患者さんにとっては、解決策が何もないとなると、せっかく相談してきたのにと(困惑することに)なるので、何かしらいろいろと選択肢を挙げて、「まずこれをやってみましょう、次に時間があったらやってみましょう」と提案する。

身体的なことは確かに(解決が)難しいところがあるが、(患者が)つらい(と感じている)ことがどこかしら(医療者に)伝わって、(医療者が)それに対応していくことは、何かしら結果が得られることよりも、プロセス自体が(患者にとって)有効なものになっているのではないかという印象がある。

有効な解決方法を探すのが自分たちの役割だと思っている。

2)【精神症状】

【精神症状】の課題は、精神疾患を有する患者の症状悪化に対する対応や、精神科医が不在な中での対応の難しさであった。

まず、《精神疾患を有する患者の症状悪化への対応》が挙げられた。既往歴に精神疾患がある患者が治療を継続するうえでの対応の難しさや、がんの罹患を契機に精神症状の悪化がみられる場合の対応の難しさが語られた。

精神科疾患をもっていて、1人暮らしで、治療は続けていかなければならないが、受診したりしなかったり、電話をかけてきて自分の不満を言う、しかし、精神科には受診したくないというような事例で困った。

たぶん、もともと、メンタル的に何かがあって、不安が強くなってしまっているような人で、何回か面談して、どうしようか困ったと思うケースが何回かあった。

次に、《精神科医の不足》が挙げられ、院内に精神科医もしくは精神腫瘍科医が常勤していないことで、対応の困難さや院外の医療機関への受診を勧めざるをえない状況が生じていることや、その中で患者のつらさを聞くことを躊躇する医療者の状況が語られた。

原疾患に精神科疾患をもっており症状が悪化する場合に、緩和ケアチームの精神科医は精神疾患が主の医

師ではないので、医師に対応だけは聞いて専門家を受診できるようにするが、困る。

精神科がないため、緩和ケアチームの医師はせん妄が悪化した場合や、適応障害など精神科疾患に移行しそうな場合は対応できず、患者にどこに受診に行かれますかと相談するという対応をとらざるをえない体制で、つらさを聞くことが躊躇されいつも自問自答する。

対策としては、《精神疾患を有する患者の症状悪化への対応》について《専門家につなぐ》という方法がとられていた。

精神的な不安定さがある場合に面談してどうしようかと困り専門家につないだ。

一方、《精神科医の不足》に対する対応は見出せていない。また、《精神科医の不足》により、《専門家につなぐ》までの対応の難しさや院外の医療機関への受診を勧めざるをえない状況下でつらさを聞くことを躊躇してしまう医療者の状況が生じているため、それらすべてを解決することは困難である。

3) 【社会的問題】

【社会的問題】の課題は、経済的な問題や複雑な家族背景をもつ患者の対応であった。

まず挙げられたのは《社会保障制度の限界》であった。経済的な問題に対してはケースワーカーなどが社会資源の紹介をするなどして対応するが、それでも解決しない問題を抱える患者の対応が課題になっていた。

経済的な問題がある患者さんには、医療相談に依頼をしており、そこで限度額の支援制も行っている。患者さんが（支援制度の説明を受けても）「それでも払えない」と言うと医療相談でも「これ以上は何もできない」と言われ、こちらに相談を受けてもどうしていいかわからない。

そして、《治療の意思決定への影響》といった経済的な問題は治療そのものの継続や、化学療法による副作用に対する薬物治療の実施に影響を及ぼしていることが語られた。

ケモ中のしびれが悪化し、医師が効果があるとされるような薬を出したところ、患者が「点数が高くなるけど、どうしようもないからいい」と言われた。

また、《経済的な問題の背後にあるニーズ把握の難しさ》といった経済的な問題の相談を希望する患者の中には社会資源の紹介にとどまらず、治療継続の意思決定に踏み込んだ対応を希望している場合があるが、そのニーズの把握が難しいことが語られた。

何回も相談にくるということは、お金だけではなく、その背景に他のニーズが隠れている可能性がある。

お金の問題だけでなく、治療をしないという意味決定にもつながるかもしれないので、患者の思いを確認する必要がある。

相談にきた患者の訴えの裏にある問題についてはよく話を聞かなければ把握が難しい。

さらに、《就労支援の難しさ》が挙げられた。

社会復帰したいが骨転移で骨折してとても肉体労働には就けないけど仕事に戻りたいという希望が産業医の立場としては苦しいということがある。

これらの課題に対してはケースワーカーなどの対応でも解決は難しく、患者のニーズを把握する難しさもあり、有効な対応策は見出せていない。

次に課題として挙げられたのは、《家族の関係性》であった。家族の関係性が保たれていない状況やそれにより患者を支援する家族がいない状況、内縁関係などの関係性が複雑な状況での対応が難しいことが語られた。

奥さんとの間人間関係も今ひとつで、なかなか家族を巻き込むこともできず、医師も、誰も、介入することもできないケースも多い。

1人暮らしをしているとか、家族の支援がないとか、家族が集まらないなど、社会的に解決できない問題がある。

そして、《入退院を繰り返している》といった問題が解決しないまま入退院を繰り返す状況が生じていた。

問題解決ができないまま、前にも進まない、どうにもならない状況で、毎回入退院を繰り返す。

また、これらの課題に対応するには《医療者に人間としての成熟が求められる》ことが挙げられ、人生のさまざまな経験を経て人間としての成熟がなければ関わりが難しいことが語られた。

（複雑な家族関係をもつ患者や家族との関わりは）、

看護師も医師もそうだけど、人間の成長による。人間として年を経てこないと駄目という部分が難しい。

対策としては、《家族内の問題も話を聞く》という方法がとられていた。

(家庭内の問題に対しても) ひょっとしたら何かこちらから何か提案できることがあるかもしれないって思いながら聞く。

《家族の関係性》についての課題は個別性が高く、《医療者に人間としての成熟が求められる》ことから、《家族内の問題も話を聞く》という方法ですべてを解決することは困難である。

4) 【スピリチュアルな問題】

【スピリチュアルな問題】の課題は、《対応のしづらさ》であった。医療者が聞くことも対応することも難しいことが語られたが、有効な対策は得られていなかった。

スピリチュアルなことに対してはまず聞くことすらなかなかできなくなってしまうし、それがあがってきたとしても対応しづらい状況がある。

5) 【医療者の苦悩】

【医療者の苦悩】は、患者の苦痛な症状を抽出しても何もできなかつらく感じることににより生じており、対応できないと思う患者と話さなくなるという状況に陥っていた。

課題として、まず、《対応困難な症状を抽出する医療者のつらさ》が挙げられた。医療者は対応が困難な状況に、患者のつらさを抽出しても何もできないと苦悩を感じていることが語られた。また、看護師が対応困難な症状であることを理解していないために自責することが語られた。

いろんなことを聞けば聞くほどかなえられないことが多い人もいて、全部聞くのは必ずしも患者さんの苦痛の緩和につながっているのか、ここで表出して患者さんも苦痛を認識されて解決には向かっていかないと思われてさらにつらくなるということが生じているというように思う。

がん性髄膜炎の症状で、なかなか取りきれない症状をスタッフがあまり詳しく知らないと、もっと何かやってあげたい、やってもやっても何ともしてあげられないと(ナースが)自分たちを責めていた。

また、《対応する資源の不足が医療者のつらさを増強する》といった医療者のつらさは患者のつらさに対応する人員や時間といった資源が不足していると強まることが挙げられた。

施設で受け皿をどのようにできるのかによって医療者間のジレンマが多くなっていくというのがある。

そして、《スクリーニングに苦痛を感じる》《対応できないと思う問題を患者と話さなくなる》といった医療者のつらさが強まることにより、対応困難な問題を抽出するスクリーニングそのものに苦痛を感じることや対応できないと思う問題について話すことを医療者がやめてしまうという状況が生じていることが語られた。

抽出しないほうが身のためみたいに、スクリーニングが嫌なものになる可能性がある。引っかけちゃったみたいなの。介入・相談できたら、その思いを解決できるだろうが、介入されないうえに(医療者から)聞くのが嫌だと思われたら(患者は)嫌だと思う。

不安、心配があるっていうふうな丸をつけてもみんなそれを聞き取らない。それに対応できないかもしれないからと思うから、スタッフが(患者の話)を聞かない。

対策として、《対応困難な症状を抽出する医療者のつらさ》については、《チームなど多職種で対応策を検討する》という方法がとられていた。多職種で症状に関連する要因を多角的に分析する過程で、一緒に話し合ったり悩んだりすることが解決方法を見出すことや、解決しなくてもできることを見出すことにつながっていた。また、看護師は細やかに医師と情報を共有しながら対応していた。

(良くならない症状に対しても)何か方法を考える。治療だけでなく、看護だったり、リハビリだったり、何かみんなが意見を出して、知恵を絞って。

苦痛が軽減されないからといって関わりをやめるわけにはいかないので、解決方法がないことが何か問題かを考えていく。1つの症状がいろんなことに関わっているからこそ多職種でやる意味がある。話し合いをすれば解決方法がみつかるわけではないが、何かできること、やれることを話し合うきっかけにはなる。

有効な解決方法がないものを引っかけたとしても、それを専門職みんな考えて一緒に悩みながら対応するということが大切。

外来で看護師が対応に悩んだら、緩和ケアチームのカンファレンスの機会を活用したり、それ以外でも（緩和ケアチームの）先生のところに行って相談をする。

看護師で対応が難しい場合は、緩和ケア外来につなげられるよう、先生に「こういう患者さんがいるので、先生にもしかしたらお願いすることになるかもしれないです」というのを相談しておく。

また、《対応困難な症状に向き合うスタッフのサポート》として、緩和ケアチームがスタッフのストレスを和らげたり、自責を感じるスタッフに看護ケアについての肯定的なフィードバックをしたり、あなたのせいではないことを伝えたりするサポートをしていた。

緩和ケアチームや、勉強してきたスタッフは（緩和されない症状に向き合う）スタッフのストレスをサポートすることも（役割の）1つだと思う。

そもそもがん性髄膜炎ってとても難しい症状で、ある程度本当に頑張っても取りきれない部分があるから大丈夫なんだよと、看護師さんのせいじゃないということ伝えてらすごくホッとして、そういうことを伝えるだけでも、スタッフは取りきれない症状に今やっていることで十分だよという肯定をしてあげるだけでもうすごく安心する。

そして、《緩和が困難であることを共有する》といった医療者が症状に対して他職種での検討などやれることをやってきたが緩和が困難であることを共有しながら取り組むことの重要性が語られた。

緩和ケアチームが入っても難しいということやみんなで共有する過程が重要なのだということや共有したり、ソーシャルワーカーにも入ってもらったりさまざまリソースを活用してみんなで共有してもできないとか、今自分たちが取りきれない苦痛に取り組んでいるんだという意識が大事なのかなと感じている。

《スクリーニングに苦痛を感じる》《対応できないと思う問題を患者と話さなくなる》といった課題に対する解決策は見出せていないが、《チームなど多職種で対応策を検討する》《対応困難な症状に向き合うスタッフのサポート》《緩和が困難であること

を共有する》対応により、課題状況が変化する可能性がある。

上記以外の対策として、《問題が解決することを目標にしない》といったスクリーニングのあり方の検討がなされていた。

早期に問題点を抽出して、そのうえ、解決に向かうのがスクリーニングなので。全部が全部、解決は難しい。だから、スクリーニングがあるべき姿を考えていくところで、やるってということが重要と思う。

また、《得た学びが緩和ケアの実践につながる》といった対応困難な症状にみんなで考えることがスタッフの苦悩を緩和し、またその中で得た学びが緩和ケアの実践につながっていることが語られた。

スクリーニングをいろいろやるのが考えるきっかけになっていて、その体験を通してすごく勉強になっていると思う。そういう意味では取りきれない症状に関してみんなで考えることがスタッフの緩和ケアになるし、患者さんの緩和ケアにつながっていくということがあった。

V. おわりに

本研究では、苦痛のスクリーニングを実施するうえでの課題と対策を収集した。現場の各施設で状況に応じて工夫できるという点から、分析はあまり抽象化せず、具体的なイメージのもてる範囲にとどめ、ローデータの提示を多くした。

苦痛のスクリーニングは、国際的にも効果や実施可能性に疑問が呈されている中で、わが国で施策導入されたものである。本研究は、各施設がなんとか工夫を重ねて、スクリーニングを行おうとする努力をうかがわせるものである。対象の明確化、方法の明確化、スクリーニング後の対応、リソースの確保など課題は多い。本研究が現場現場でスクリーニングの運用に携わっている臨床家にいくらかの役に立てば幸いである。