

## Ⅱ 緩和ケアスクリーニングの運用事例

# 6

## 京都府立医科大学附属病院 —大学病院の事例

吉岡とも子\* 細川豊史\* 上野博司\* 関川加奈子\*

### がん患者苦痛スクリーニング (以下、スクリーニング)を運用するまで

#### ① スクリーニングの目的

京都府立医科大学附属病院（以下、当院）を受診するがん患者に対してがんと診断されたときから緩和ケアを提供するため、院内で一貫したスクリーニング手法を活用し、がん患者の身体的・精神心理的・社会的苦痛などのスクリーニングを診断時から行うこと、また、スクリーニングされたがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和することを目的とする。

#### ② スクリーニング導入までのプロセス

2014年1月：スクリーニングを行うために、信頼性・妥当性が証明されている3つの使用候補ツール〔ESAS（Edmonton Symptom Assessment Scale）、MDAIS（M.D. Anderson Symptom Inventory 日本語版）、STAS-J（Support Team Assessment Schedule 日本語版）〕を電子カルテで入力可能にした。また、緩和ケアセンター看護師や他のがん関連の専門看護師・認定看護師が1部の領域でスクリーニングを開始しツールを検討した。

2014年7月：がん患者指導管理料2算定開始した（STAS-Jが算定要件である）。

2015年3月：がん対策における評価指標が提示される結果の公表を待機した。

2015年4月：STAS-Jをスクリーニングのツールとして、マニュアル案を作成した。

“がん対策推進総合研究事業”「がん診療連携拠点病院におけるがん疼痛緩和に対する取り組みの評価と改善に関する研究」2015年3月5日、第47回がん対策推進協議会の時点の報告（厚生労働省ホームページ、第47回がん対策推進協議会〈資料4〉<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000076624.pdf>）から、全国のがん診療連携拠点病院の痛みを施設ごとに評価できる方法の開発の結果から示唆を得た。

NRS（Numerical Rating Scale）は、①痛みの強さ、②痛みの及ぼす生活への支障で、ともに相互に高い相関を示していたため、STAS-Jと同時に可能な範囲で記載できるように電子カルテに追加した。

2015年5月：本院の事務部・看護部・診療科において、コンセンサスを得て、運用開始が決定した。

他者評価であるSTAS-Jを使用することに躊躇する理由もあったが、患者の状態を評価するだけでなく、患者を中心として医療者が機能的に活動できて

\* 京都府立医科大学附属病院 緩和ケアセンター

いるかなどを評価するという点では活用できると判断し、今後の医療の質の評価も考慮して決定した。

本院では、1990年代から緩和ケアチームの活動があり、2005年からは正規の緩和ケアチームとしての活動が行われ、依頼は定着し症状マネジメントを行っている。しかし、スクリーニングされたがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和を図るには、アドバンス・ケア・プランニングが適切に展開されることが必要でもある。がん治療を行う医師の方針によって大きな影響を受けるアドバンス・ケア・プランニングに関しても、今後は組織的に取り組む課題と考えられた。そのため、STAS-Jの使用は、患者・家族の病状の認識や、患者・家族間や医療者間などのコミュニケーションの状態を評価でき、本院

の緩和ケアの質の向上をモニタリングが可能なツールと判断した。

## スクリーニング導入のプロセス (導入にあたっての説明)

### ① がん診療連携拠点病院の要件について

1. がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針 (2014/1/10 厚生労働省健康局長 通知)
- Ⅱ 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について
  - 1 診療体制の⑤緩和ケアの提供体制 イの内容を転記したものを提示。

## 2. 本院のがん患者の診療概要

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

### ② STAS-J をスクリーニングツールに採用することについて

#### 1. スクリーニング時に発生する問題

- ・がん患者とそうでない患者を区別することが困難。
- ・外来でのプライバシー保護の問題（質問紙を配ることで、がん患者を選別することになる）。

- ・自記式質問紙では、高齢や心理的抵抗感（医療者への遠慮、心のことは書きにくい、がんのことを考えたくないなど）などの理由により、書くことを拒否する患者がいる。
- ・自記式質問紙を患者自らが書いた後にその対応がなされないと、患者の不満へと変わる可能性がある。



『他者評価』のスクリーニングツールを検討

## 2. 他者評価のスクリーニングツールを使用することで得られるメリット

- ・医師・看護師が評価するため、前述の問題をクリアできる。
- ・医師がスクリーニング結果を入力することで、診察時に患者とそれらについて話すきっかけがつけられ、患者の未充足のニーズ、あるいは潜在的なニーズに対応できる。

## 3. 他者評価のスクリーニングツールを使用することのデメリット

- ・評価者側の負担が大きい。
- ・患者の自覚的な苦痛とスクリーニング結果の乖離が起こる可能性が否定できない。

## 4. STAS-J (Support Team Assessment Schedule 日本語版) の概要

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

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

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

討が行われている。

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

以上を踏まえ、STAS-J をスクリーニングツールとして採用することとした。

## ③ スクリーニングの有用性とその後の対応について

スクリーニングの有用性に関しては、先行研究によると結論は出ておらず（「Opinion were mixed」）(Mitchell, A.J. et al., 2012), また患者自身への効果に関しては否定的であるが (Hollingworth, W. et al., 2013), スクリーニングそのものではなく、そのあとの対応が重要であることが指摘されている (Carlson, L.E., 2013; Mitchell, A.J., 2013)。

つまり、スクリーニングによってトリアージを行い、必要な患者に迅速に緩和ケアを提供し（基本的緩和ケア）、対応が困難な場合は緩和ケアチームなどの専門的緩和ケアにスムーズにつなげることが重要である。

### 1. 対応の方法

①スクリーニングを行った医師または看護師が、緩和ケアチームあるいは他科受診を依頼する（参考資料1および資料3を参照）。

②緩和ケアセンターの専門看護師および認定看護師が、スクリーニング結果をカルテ上で追跡し、必要であれば介入する。

## ④ 外来への導入プロセス

上記をふまえ、病院の診療部長会議、診療主任会議（2015年5月）で説明し承認を得た後に、診療科（36科）のうち、おもにがん診療を行う診療科（12科）において、医局への個別での説明会（2015年6月以降）を追加で行った（参考資料1）。

聞き取り時、電子カルテの必要な入力に関して修正を行う必要があるものに対応した。

## 1. 診療科からの質問・意見とその対応

**意見①：外来でがん患者全例に STAS-J の 3 つの質問に対する答えを得ることは不可能**

例えば、外来で 60 人ほどの患者を 6 時間程度で診察している場合、そのうち 50 人以上ががん患者の場合、1 人 2 分追加の時間がかかればそれだけで 2 時間近くのタイム・ロスになる。待ち時間の増加による患者サービスの低下となる。

**【対応】** 診察時に症状に関して患者と話し合った内容を記録できていない部分もあると考えるので、ツールを使用してデータとして残してもらう点で、記録時間の短縮となる可能性もある。

スクリーニング作業の目的としては、患者が医師に適切に診療してもらいたいという意向も含まれているので、記録として残していただきたいと説明した。

**意見②：実際に疼痛・緩和ケア科の対応（専門的緩和ケアの提供）が必要となる患者は 10 人に 1 人もいない**

スクリーニングを必要な患者のみに行うかどうかはがん治療を行う医師にまかせて欲しい。

**【対応】** a) 症状がないということ記録していただくのも大きなデータになることを説明した。\* 3 項目で症状がなし「0」という入力を 1 カ所のチェックでできるよう電子カルテを修正した。b) 症状があった場合、その時の診察でわかる範囲の項目を入力頂いただくことで対応してもらう。c) すべてのがん患者というのは困難でも、入力できる項目のみから開始を依頼した。

**質問①：がんに関連しない症状に関しての入力について、どうするのか**

**【対応】** 症状として入力していただき、緩和ケアセンター看護師がカルテ上での追跡作業時に、がん以外の症状としてふるい分ける。

**質問②：併診で診察している場合のスクリーニングの入力について、どうするのか**

**【対応】** 基本的には、がん治療を行うおもな診療科の医師が責任をもってスクリーニングの入力を行

う。併診している医師が重複して入力することには問題ないので、積極的に診察し入力してほしいと依頼した。

**質問③：苦痛のスクリーニングを医師が入力した場合にどんなメリットがあるのか。また、その後の対応はどのようにするのか。**

**【対応】** 患者への利益還元という点から見ると、外来のスクリーニングを医師が入力することは、医師が患者の苦痛を理解し、患者の身体的側面や、精神的・社会的なことに関心を向け、さらに患者とコミュニケーションをとることにつながると考えられる。実際の細かな対応は、緩和ケアセンターの看護師、がん相談支援センターにアクセスするように対応していただきたいことを説明した。

## 2. 自記式質問紙について

本院では STAS-J を採用したことにより、患者に自記式質問紙を配布しないことが原則であるが、一部の科ではマンパワー不足によりすべてのがん患者への STAS-J 評価が困難であることから、STAS-J の内容を患者自身が簡便に記入できる質問紙を作成し、患者に記入を依頼することとした（参考資料 2）。

## 5 入院（病棟）への導入プロセス

導入病棟において、看護師を対象に下記のスケジュールで説明会を行った（参考資料 3）。導入病棟：A6・A7・A8・B6・B7・B8・C7・C8・D4・D5・D7・D8。

〈スケジュール〉

6 月：各病棟（D4, D5, B6, A7, D7, B7, C7, A8, B8, C8, D8）病棟師長と説明会の日程調整

7 月：病棟ごとに説明会を実施（日程があえば合同説明）。以降、リハーサル期間としてプレスタート。

8 月 1 日：スクリーニング導入スタート。各病棟のスクリーニング評価日を把握。

8, 9 月：各病棟へトラブルなどないかラウンド。

導入後：データ収集 毎週金曜日。

項目	2015年度										
	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
スクリーニング シートの運用	→										
スクリーニング シートの導入	D7	6/1~	→								
	A7	6/17~	→								
	D4										緩和 ケア チーム 介入
	D5										
	B6										
	B7										
	C7										
	A8										
	B8										
	C8										
	D8										

1～2月：データ分析。

〈入院スクリーニング対象者 対象病棟に入院中のがん患者〉

ただし、パス適応患者、手術目的の患者（術後4週間まで）は除外してよい。

## 外来患者のスクリーニング

### ① 使用尺度

STAS-J (Support Team Assessment Schedule 日本語版) 3項目。

STAS-J 症状版 22項目。

### ② 評価方法

すべてのがん患者の受診において、外来医師が

STAS-Jの各項目を評価し、電子カルテ上で入力する（参考資料1 p.17）。

### ③ 運用開始日

2015年6月

### ④ スクリーニング率の計算方法

#### 1. 外来患者数の算定方法

院内のすべての外来受診患者よりがん患者を選定することを目的に、電子カルテに付属する分析ツールを用いて日ごとの全外来患者の予約枠からがんに関する病名（ICD10：C00～D099）のついた患者のみを取り出すシステムを作成した。

- i) 作成したシステムを用いて、外来に通院したがん患者を選出し、一覧にする。
- ii) i) で選出した患者一覧を診療科別に分け、主科となる12科の受診患者を選出する。そ

れ以外の外来診療科については併診科として重複を考慮し、削除する。

iii) ii) で算出した診療科の中から、スクリーニング対象にならない診療内容、および、がんを診療していない医師が担当する患者を削除する。

iv) ii) 主科より iii) を除いた患者数を外来患者数とする。

\* 3カ月後には、上記 i) ~ iv) のプロセスを一括で出力するシステムの構築をした。

## 2. スクリーニング率の算定方法

計算式  $\text{スクリーニング数} / 1$  で算定した外来患者数  $\times 100$ 。

### ⑤ スクリーニング率

・診療科ごとのスクリーニング率、スクリーニング数、およびがん患者数。スクリーニング数 = スクリーニングの行われた数。がん患者数 = ス

クリーニング対象として、④の1の手順に従って算出したがん患者数。全がん患者数 = 外来予約枠で ICD10 の病名がついているがん患者数。

・診療科ごとの、症状の強い患者の割合、症状の強い患者数、およびスクリーニング数。

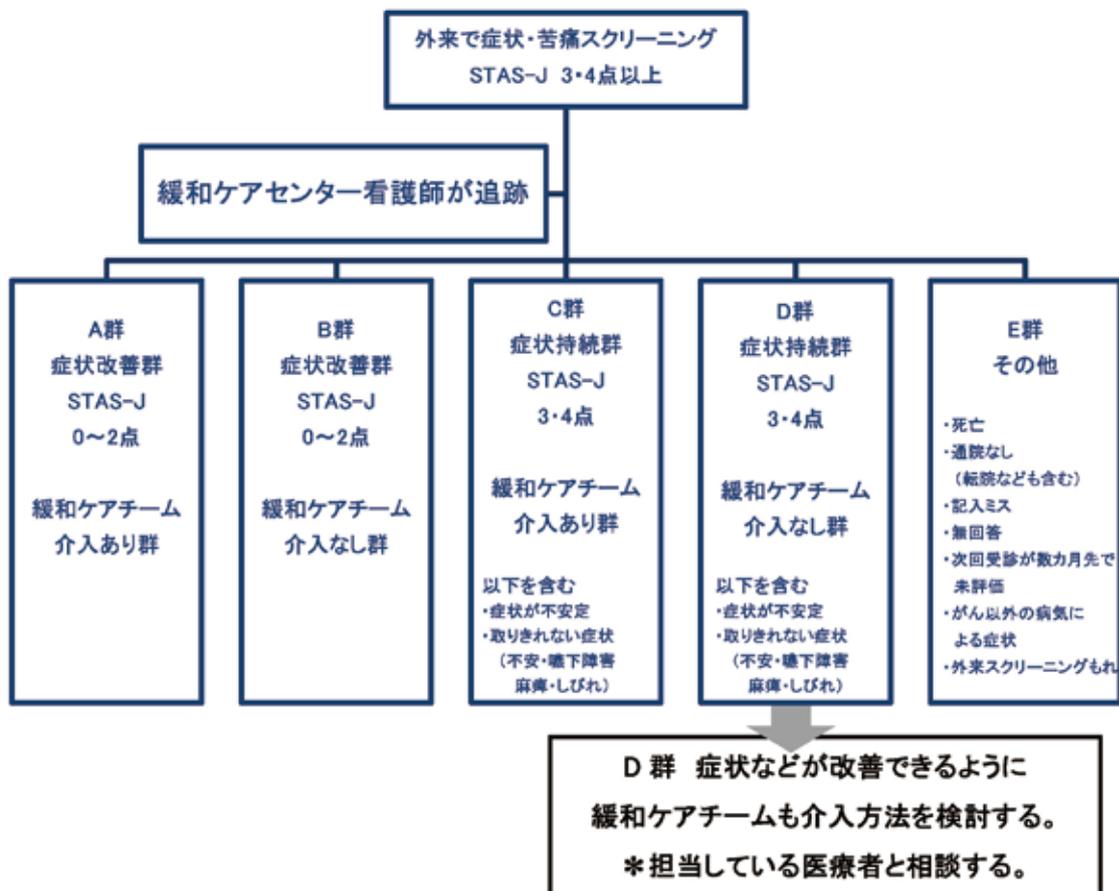
### ⑥ STAS-J 項目別の患者数

時系列で毎月、診療科別、医師別、スクリーニング項目ごと、点数ごとで抽出する。院内での経過報告は、3~6カ月ごとに行う。

### ⑦ スクリーニング後の対応

#### 1. 対応の手順

STAS-J3・4点以上の患者について、緩和ケアセンター看護師が電子カルテ上で追跡を行い、A群~E群に振り分ける。D群については、症状などが改善できるように緩和ケアチームなどの介入方法を検討する（担当している医療者と相談する）。



■STAS-J 高得点者(3・4点)の追跡結果

期間	追跡対象数	A 群	B 群	C 群	D 群	E 群
6/6～8/28	75 例	8 例	19 例	7 例	10 例	31 例

■D 群 診療科と高得点項目 (〇月)

	診療科	項目
A	a 科	全身倦怠感(3) 食欲不振(3) 不安(3)
B	b 科	呼吸困難(3) せき(3)
C	c 科	痛み以外の病状コントロール(3) 抑うつ(3) 不安(3)
D	d 科	痛み以外の症状コントロール(3) しびれ(3)
E	e 科	便秘(3) しびれ(3)
F	f 科	痛み以外の症状コントロール(3) 浮腫(3)
G	g 科	しびれ(3)
H	h 科	しびれ(3)
I	i 科	痛み以外の症状コントロール(3) 呼吸困難(4) 不眠(4) 食欲不振(3) 不安(3)
J	j 科	痛みのコントロール(3) せん妄(3) 尿閉(4)

2. E 群：内訳

死亡 7 例，通院なし 4 例，がん以外の病気による症状 6 例，次回受診が数カ月先で未評価 7 例，スクリーニングもれ 7 例。

③ 運用開始日：2015 年 8 月

④ スクリーニング率の計算方法

計算式 スクリーニング数／入院患者数×100

⑤ スクリーニング率

⑥ STAS-J 項目別の患者数

時系列で毎月，診療科別，医師別，スクリーニング項目ごと，点数ごとで抽出する。院内での経過報告は，3～6 カ月ごとに行う。

⑦ スクリーニング後の対応

1. 対応の手順

STAS-J3・4 点以上の患者について，緩和ケアセンター看護師が電子カルテ上で追跡を行い，A 群～

## 入院患者のスクリーニング

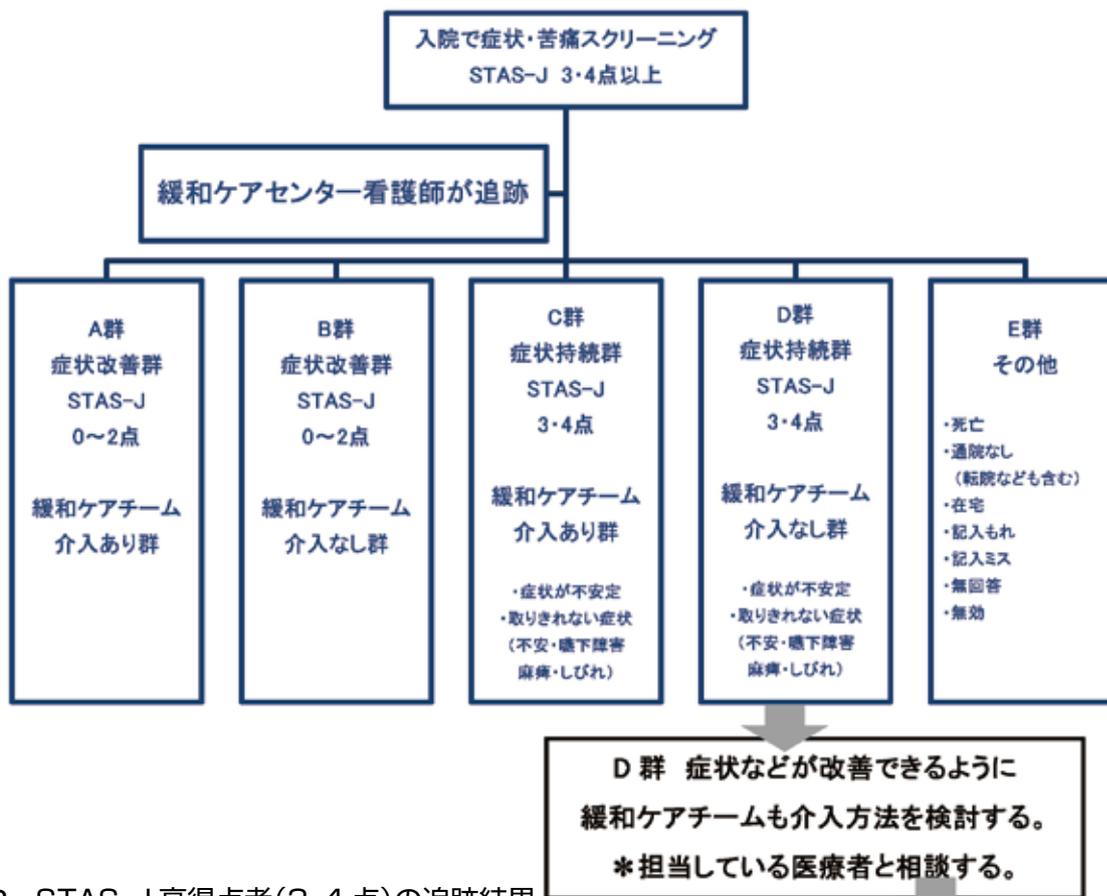
① 使用尺度

・ STAS-J (Support Team Assessment Schedule 日本語版) 9 項目。

・ STAS-J 症状版 22 項目。

② 評価方法

すべてのがん患者の入院において，病棟看護師が STAS-J の各項目を評価し，電子カルテ上で入力する (参考資料 3, p.25 参照)。



2. STAS-J 高得点者(3・4点)の追跡結果

期間	追跡対象数	A 群	B 群	C 群	D 群	E 群
8/1～8/28	74 例	18 例	22 例	3 例	7 例	25 例

3. D 群 診療科と高得点項目 (〇月)

	診療科	項目
A	a 科	痛み以外の症状コントロール(3) 発熱(4)
B	b 科	呼吸困難(3) 発熱(4)
C	c 科	痛み以外の症状コントロール(3)
D	d 科	呼吸困難(3) 浮腫(4) 発熱(3) 腹満(4)
E	e 科	痛みのコントロール(3) 痛み以外の症状コントロール(4) 全身倦怠感(4) 呼吸困難(4) 嘔気(悪心)(4) 嘔吐(3) 不眠(3) 食欲不振(4) 抑うつ(4) 不安(4)
F	f 科	痛み以外の症状コントロール(4) しびれ(3)
G	g 科	痛み以外の症状コントロール(4) 全身倦怠感(4) 便秘(4) 発熱(3) 腹満(4) せき(3) たん(3) 失禁(3)

E群に振り分ける。D群については、症状などが改善できるように緩和ケアチームなどの介入方法を検討する（担当している医療者と相談する）。

#### 4. E群：内訳

死亡 17例，通院なし 4例，在宅 2例，記入ミス 1例，無効 1例

## がん患者苦痛スクリーニングの課題と なっていること、将来的に必要なこと

### ① 課題

#### 1. スクリーニングにおけるエビデンスの確立不足

当院の外来でスクリーニングを導入する際に、他者評価のツールを選定したため、医師の負担が増えることになった。また、スクリーニングは患者のアウトカムを改善するという十分なエビデンスがないこと、患者のアウトカムと費用対効果が明確ではないこと、スクリーニングを行ったとしても診療報酬に結びつかないため、外来で診療を行っている医師の協力が得られにくい。

さらに、当院はがん専門病院ではなく、他疾患の患者も多いため、外来でのスクリーニングをサポートする人員や予算の確保など施設の理解が得にくい。

#### 2. スクリーニングを行う医療者の認識不足

2015年12月7日の第3回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 緩和ケア部会では、スクリーニングについて、「現在は緩和ケア領域の専門家が中心になって議論をしているが、がん医療全体で議論をしていくべき課題であり、広くがん医療の関係者が集まる場で議論を進めていけるよう要望していくことが必要である」という意見が出されている。スクリーニングの実施が、がん診療連携拠点病院の要件として通知されているが、本院でもがん治療を行う医療従事者がスクリーニングを行うという十分な認識が行き渡っていないのが現状である。さらに、がん治療を行う医師は、エビデンスがないこと

を行うことには消極的にならざるを得ず、スクリーニングを行うことへの動機づけになりにくい。

#### 3. 他者評価の負担の問題

本院では、入院ではおもに看護師による聞きとりや、カンファレンスなどでスクリーニングを行っているが、今のところ大きな負担はなく運用されている。しかし、外来では診察時に医師が患者にスクリーニング項目を確認し、患者の未充足のニーズ、あるいは潜在的なニーズに対応できるように、患者から聞き取りながら入力するようにしている。そのため、評価者の負担が大きい。

#### 4. スクリーニングを行うツールの選定の難しさ

本院はがん専門病院ではないため、スクリーニングを行うときに発生する問題として、①がん患者とそうでない患者を区別することが困難である、②外来でのプライバシー保護の問題が挙げられ、他者評価のツールを選択した。しかし、3. で述べたように、評価者の負担が大きくなるため、一部の診療科では自記式で対応する試みを行っている。自記式（STAS-Jの項目）で患者が記入する場合は、診察室で医師が患者にスクリーニング用紙を配布して、次回受診日までに患者に記載して持参してもらっている。持参した内容を参照し、医師が他者評価としてスクリーニングツールに入力している。

しかし、STAS-Jは他者評価のツールであり、自記式としての信頼性・妥当性が証明された尺度ではない。そのため、自記式または他者評価のどちらも利用可能で、患者の苦痛をみることができ汎用性の高い尺度の開発が望まれる。

#### 5. 方法の適切性についての疑問①

第3回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 緩和ケア部会で、患者の立場で参加しているオブザーバーからは、苦痛のスクリーニングなどの緩和ケアに関する各取り組みへのコメントとともに、ピアサポートなどの経験を生かした患者支援も含めたさらなる期待などが語られた。

もともと苦痛のスクリーニングは、患者側の要望から施策になった経緯がある。患者のための苦痛の

スクリーニングではあるが、患者のニーズの本質は、つらさを理解してほしい、つらさに対応してほしいという思いである。そのため、気持ちのつらさを受け止めることができるようなピアサポートの活用強化や連携、心理的な対応ができる臨床心理士などの人材の増員、生活や療養に関して対応できるMSWや、がん診療や身体・心理社会的な側面をトータル的にサポートしコーディネートする看護師などの配置が望まれる。その上で、患者の苦痛が訴えられたときに十分に対応できる体制を整えることが、最も適切な取り組みであると考えられる。

スクリーニングの実施には、トリアージ後の提供資源を十分に確保する必要がある。

## 6. 方法の適切性についての疑問②

本院では、今まで取りこぼされていた患者の苦痛を、医療従事者が気づく機会をもつため、STAS-Jを使用している。そのほかに、医療従事者が患者との会話を通して患者の苦痛を知り、STAS-Jを記録としても活用している。そして、スクリーニングによって患者の苦痛を確認した医療従事者が、トリアージを行い、必要な患者に迅速に緩和ケアを提供し（基本的緩和ケア）、対応が困難な場合は緩和ケアチームなどの専門的緩和ケアにスムーズにつなげることが重要であるとしている。

本来は、患者には自記式での苦痛を確認しスクリーニングを行い、スクリーニングがなされた後に、その苦痛にきちんと対処できる体制が望ましい。本院では、スクリーニングの結果からトリアージし、専門的緩和ケアの提供が必要である場合は、がん治療を行う医師自身が緩和ケア外来、緩和ケアチームへ依頼するシステムになっている。しかし、がん治療を行う医師が専門的緩和ケアへのアクセスの依頼を行わずとも、スクリーニングの結果をもとに専門的緩和ケアが自動的に提供されるシステムを構築してほしいと強く希望する医師がいる。このように、基本的緩和ケアも専門的緩和ケアですべて対応するという考え方ではなく、すべての医師が基本的緩和ケアの技術を習得して提供し、必要があれば専門的

緩和ケアの提供を依頼するという姿勢が必要である。そのためには、基本的緩和ケアの提供体制や教育の継続が非常に重要となる。

## 7. 方法の適切性についての疑問③

自記式質問紙では、高齢や心理的抵抗感などの理由により書くことを拒否する患者や記入ができない患者の評価が困難である。また、自記式質問紙では、患者が書いた後にその対応がなされないと、患者の不満に変わる可能性がある。そのため、対象を患者の訴えに医療従事者が対応できる範囲内でのスクリーニングに絞らざるを得なくなるが、がんの経過のなかで一定の時期や治療などを限定することは、がん患者の苦痛をすべて拾い上げるというスクリーニング本来の目的には合わない。このため、すべてのがん患者を対象にすることが不可能である。

一方、他者評価では、がん患者全般に対して評価することができるが、がん以外の患者に関する医療の質に関しては公平性に問題を感じる。

## ② 将来的に必要なこと

1) スクリーニングをがん診療連携拠点病院の要件として挙げる場合、スクリーニングのエビデンスの構築を行い、スクリーニング後のトリアージの標準化や、データのとりまとめの方法を決定することが必須である。具体的にパッケージ化したものや文書セット、電子カルテの連動などのデータの取り扱いや、指標などの提示が必要である。これらが整っていない状況では、スクリーニングの確立や、スクリーニング結果に基づいたトリアージ体制は非常に困難であり、がん診療連携拠点病院の要件にスクリーニングを含めるかどうか検討していく必要がある。

2) がん患者の苦痛をスクリーニングで拾い上げるものと、がん患者自らが医療従事者とうまくコミュニケーションをとれるようにするという双方向性への取り組みも必要と考える。

スクリーニングを行わなくても、患者自身が症状

を適切に医療従事者に伝えることができるようになり、患者が医療従事者と症状や気持ちについて話し合っ、適切な対応がなされるようになっていくことが望ましいと考える。また、スクリーニング後のトリアージで対応するだけでなく、自己で対応できるように患者・家族自身のコーピング能力をあげる教育などが必要である。

3) 他者評価ではなく、自記式でスクリーニングを行う場合、自身で記入できない患者の対応にも取り組む必要があると考える。

#### 参考資料

国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センターホームページ、第3回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 緩和ケア部会〔[http://ganjoho.jp/hospital/liaison\\_council/p\\_care/shiryo3.html](http://ganjoho.jp/hospital/liaison_council/p_care/shiryo3.html)。(2015.12.31 閲覧)〕

#### 参考文献

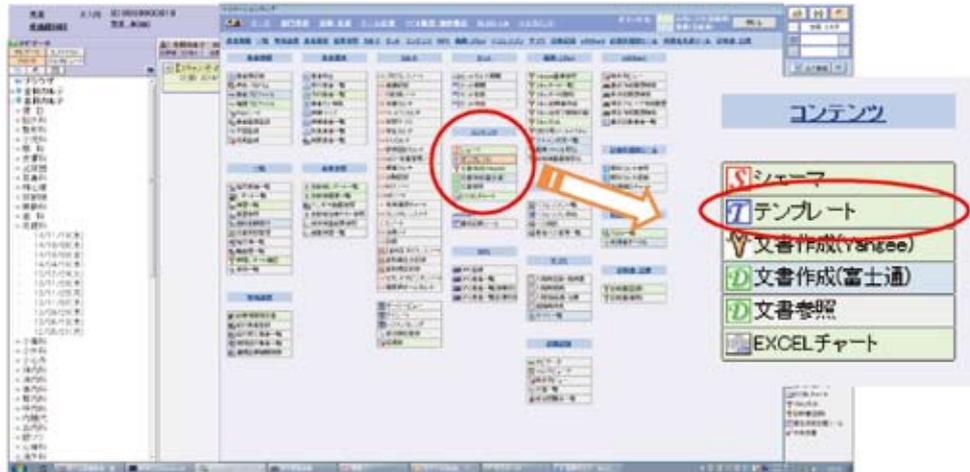
- 1) Carlson, L E : Screening alone is not enough: The importance of appropriate triage, referral, and evidence-based treatment of distress and common problems. *Clini Oncol* **31**(29): 3616-3617, 2013
- 2) Hollingworth W, Metcalfe C, Mancero, S, Harris S, Campbell R, Biddle L, Brennan J : Are needs assessments cost effective in reducing distress among patients with cancer? A randomized controlled trial using the distress thermometer and problem list. *Clini Oncol* **31**(29): 3631-3638, 2013
- 3) Mitchell, A.J., Lord, K., Slattery, J., Grainger, L., & Symonds, P. 2012 How Feasible Is Implementation of Distress Screening by Cancer Clinicians in Routine Clinical Care? *Cancer*, **118**(24), 6260-6269.
- 4) Mitchell AJ : Screening for cancer-related distress: when is implementation successful and when is it unsuccessful? *Acta Oncol*: **52**(2), 216-224, 2013
- 5) STAS-J(STAS-J 日本語版)のホームページ,〔<http://plaza.umin.ac.jp/stas/>, 2015.6.11〕 閲覧

# 資料1 緩和ケアセンターのがん患者苦痛スクリーニング（外来）

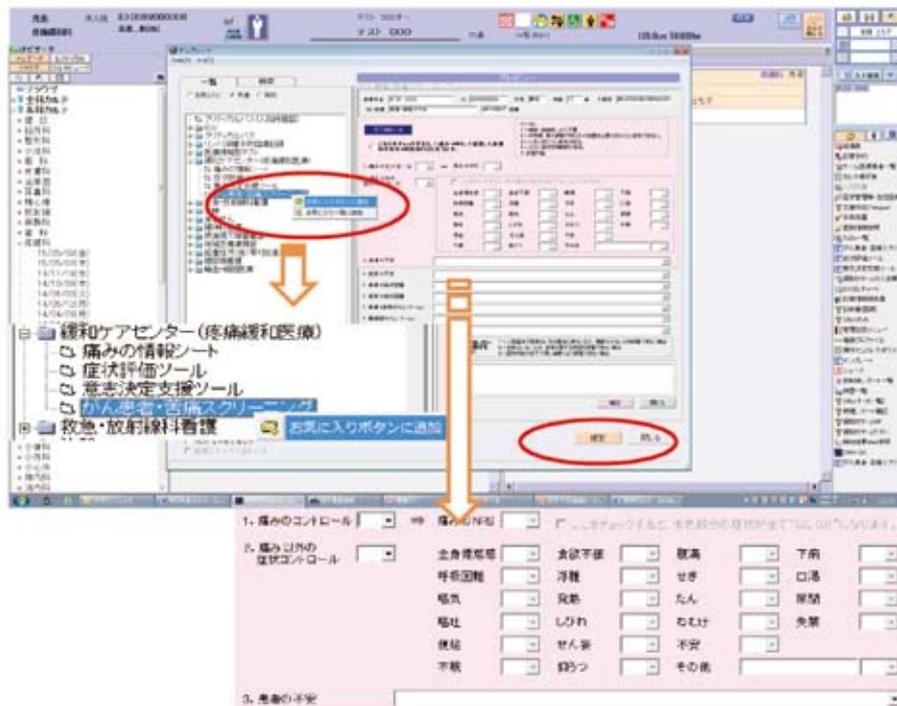
【がん患者の苦痛スクリーニング(外来)のフロー】

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

1) ナビゲーションマップ→共通→コンテンツ→テンプレート



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



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

**STAS-J**

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

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

1. 痛みのコントロール ⇒ 痛みのNRS

2. 痛み以外の症状コントロール

「ここをチェックすると、枠内部分の症状が全て「なし(0)」になります。

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

一番強い症状の程度を入力

3. 患者の不安

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

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

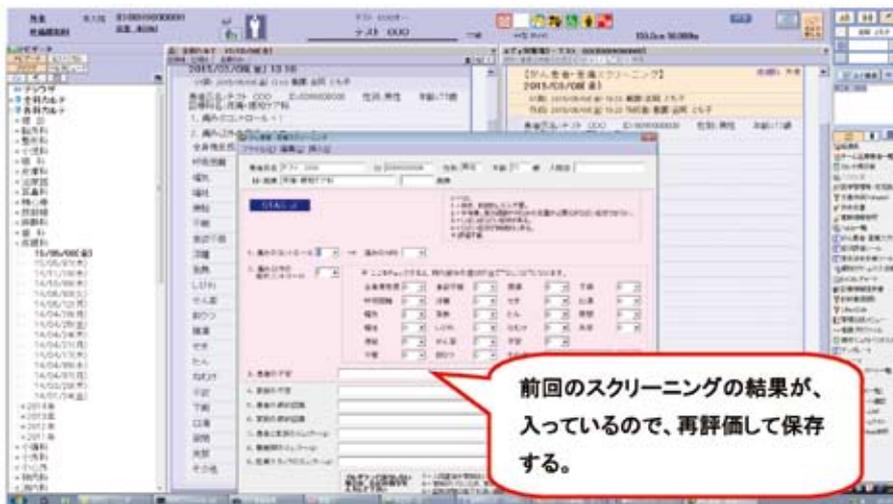
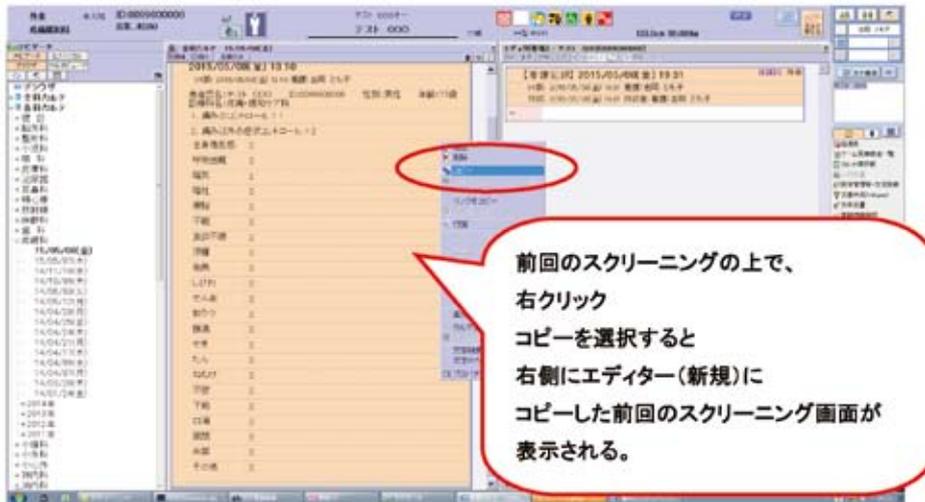
0 = なし  
 1 = 時折、断続的。介入不要。  
 2 = 中等度。薬の調節や何らかの処置が必要だがひどい症状ではない。  
 3 = しばしばひどい症状がある。  
 4 = ひどい症状が持続的にある。  
 \* 評価不能

7) 評価間隔は、原則は受診毎が望ましいが最低1か月に1回は行う。

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

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

※1)2)で新たに入力、またはお気に入りに登録しておくのもよい。

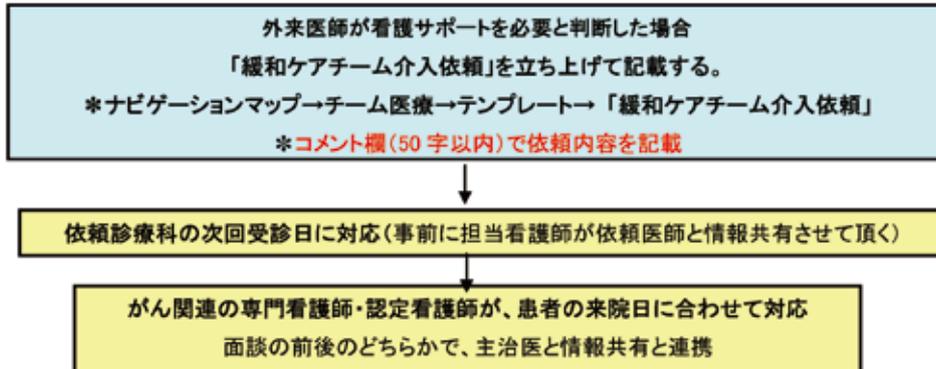


- 10) 各診療科の先生で必要時は、以下依頼を検討していただく。
- (ア) 他科受診 または
- (イ) 看護サポートの依頼(電子カルテ or 急ぎ時は電話での対応) 以下参照

11) 依頼基準の例として

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

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



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

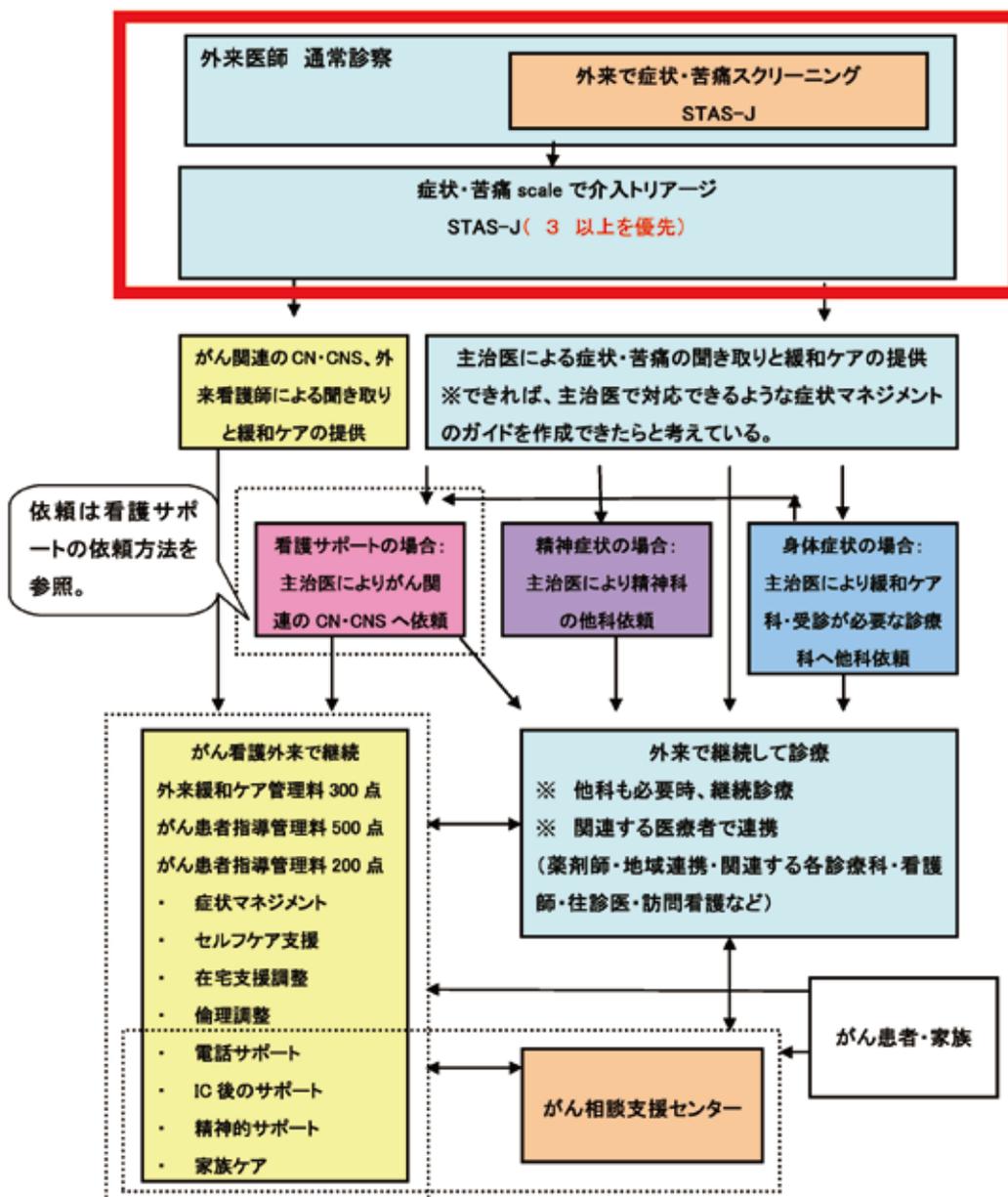
【緩和ケアセンター(外来)における症状・苦痛スクリーニング】

コンサルテーションの依頼手順

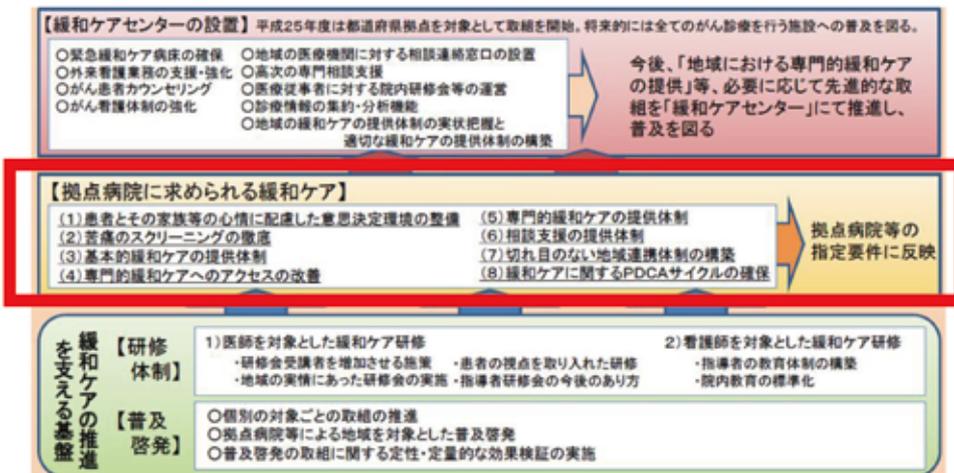
目的: 緩和ケアを迅速に提供できる診療体制を整備するとともに、緩和ケアチームや緩和ケア外来等の専門的な緩和ケアの質の向上と提供体制の整備を図ること

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

対象: がん患者



【厚生労働省が提案する緩和ケアセンターの設置・役割・推進に関して】



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

Ⅱ 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

1 診療体制

⑤ 緩和ケアの提供体制

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

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

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

iii 医師から診断結果や病状を説明する際は、以下の体制を整備すること。

a 看護師や医療心理に携わる者等の同席を基本とすること。

ただし、患者とその家族等の希望に応じて同席者を調整すること。

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

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

●本院のがん患者の診療概要

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

●スクリーニング時の配慮

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

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

●STAS-Jの概要

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

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

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

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

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

緩和ケアセンター センター長 ○○○○

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

疼痛・緩和ケア科 科長 ○○○○ (PHS:△-△△-△△・内線△△)

## 資料2 症状チェックシート

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

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

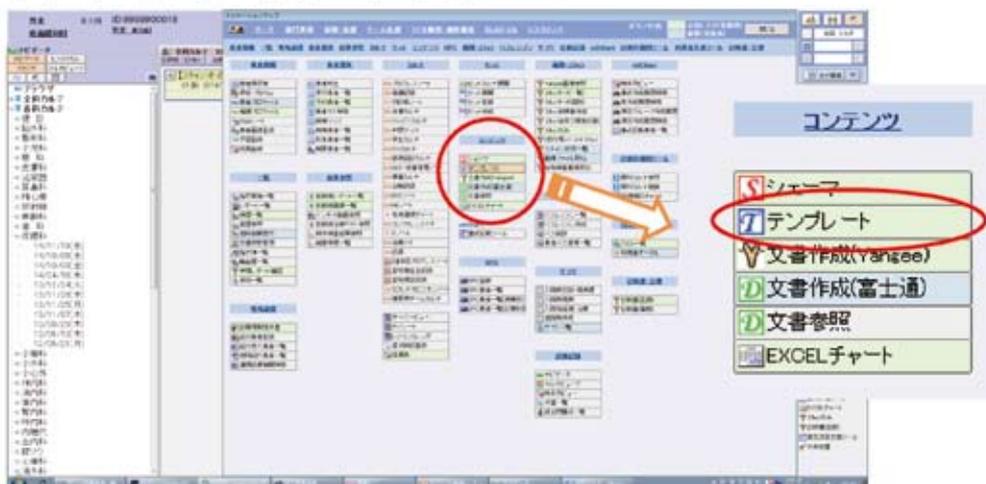
	なし	時折ある	時々悪い日がある	ひどい症状がしばしばある	ひどい症状がずっとある	わからない
痛み	0	1	2	3	4	*
しびれ	0	1	2	3	4	*
身体のだるさ	0	1	2	3	4	*
息苦しさ	0	1	2	3	4	*
せき	0	1	2	3	4	*
たん	0	1	2	3	4	*
吐き気	0	1	2	3	4	*
嘔吐	0	1	2	3	4	*
お腹の張り	0	1	2	3	4	*
口の渇き	0	1	2	3	4	*
食欲不振	0	1	2	3	4	*
便秘	0	1	2	3	4	*
下痢	0	1	2	3	4	*
尿の出が完全に止まってしまう	0	1	2	3	4	*
尿が漏れる	0	1	2	3	4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

# 資料3 緩和ケアセンターのがん患者苦痛スクリーニング（入院）

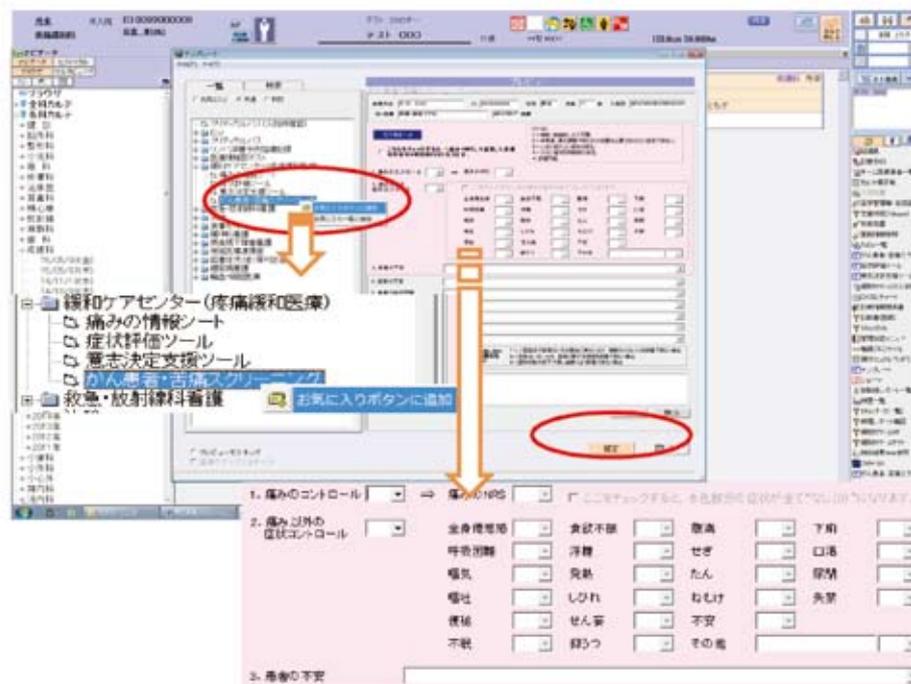
【がん患者の苦痛のスクリーニング（入院）のフロー】

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

1) ナビゲーションマップ→共通→コンテンツ→テンプレート



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





必ず入力して頂きたい項目



症状があれば入力する項目

1. 痛みのコントロール ⇒ 痛みのNRS

2. 痛み以外の症状コントロール

ここをチェックすると、水色部分の症状が全て“なし(0)”になります。

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

3. 患者の不安

一番強い症状の程度を入力

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

●質問項目

- 痛み
- 痛み以外
- 患者の不安
- 家族の不安
- 患者の病状認識
- 家族の病状認識
- 患者・家族コミュニケーション
- 職種間コミュニケーション
- 医療スタッフコミュニケーション

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

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

**迷った時は、程度が強い方で入力**

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

8) 緩和ケアセンター業務としては、DWHでチェックする。

必要時は、他科受診または、看護サポートの依頼を検討していただく。

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

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

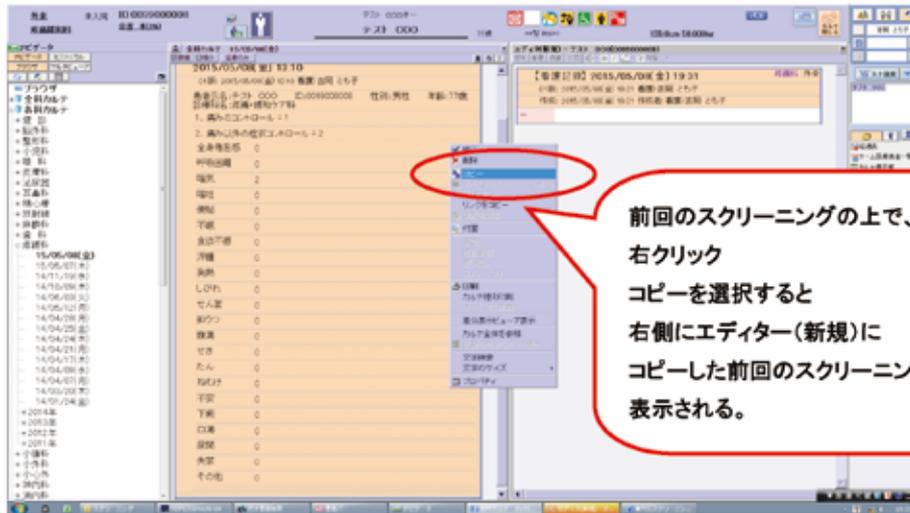
※ 緩和ケア介入依頼の詳細は、カルテ掲示板の緩和ケアセンター(疼痛緩和医療部)

■緩和ケアチームマニュアルをご参照下さい

9) 対象は、がん患者(op・パス患者除く)。

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

※1)2)で新たに入力、お気に入り登録しておくのもよい。

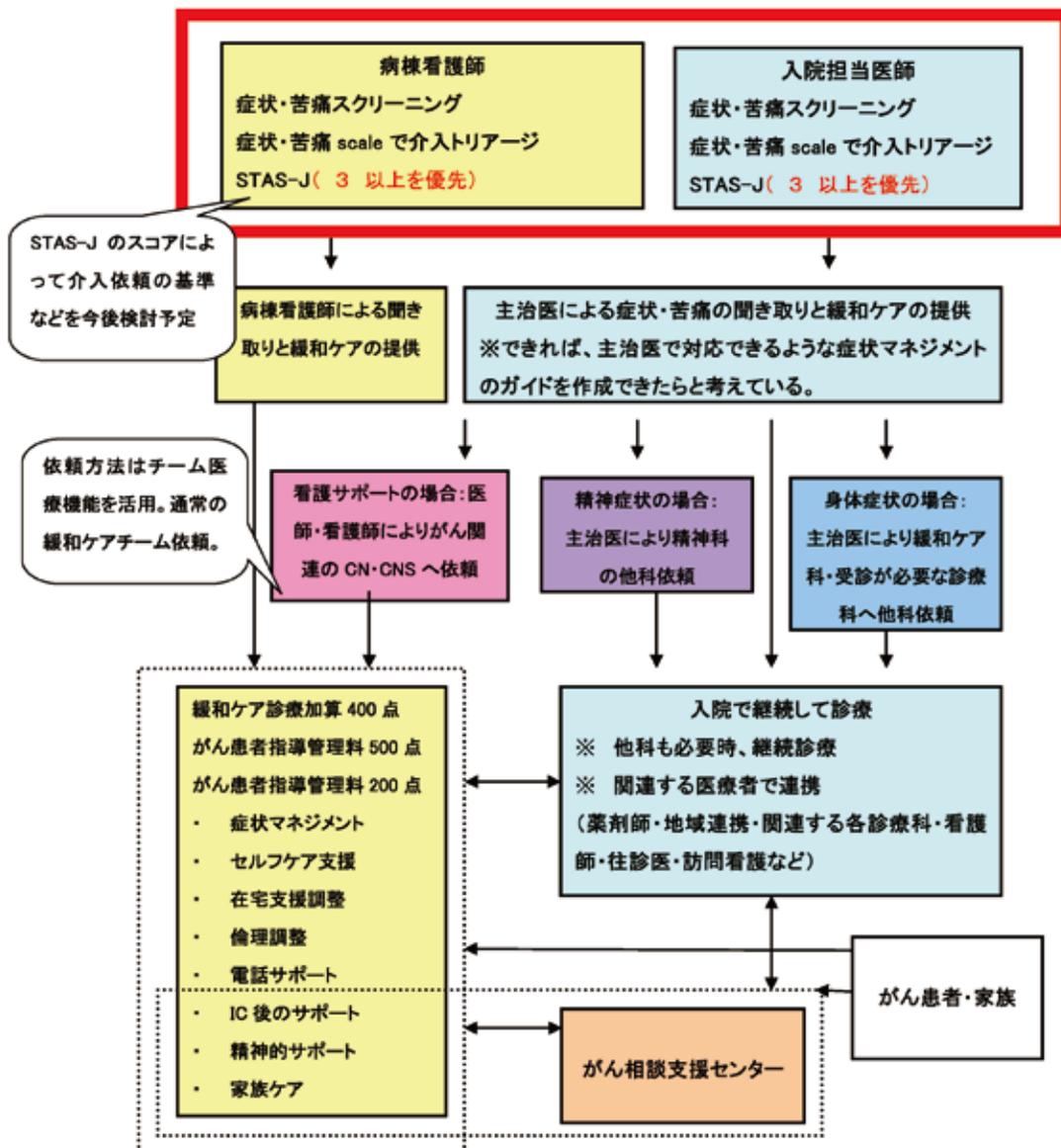


**【緩和ケアセンター(入院)における緩和ケアチームの  
症状・苦痛スクリーニング、コンサルテーションの依頼手順】**

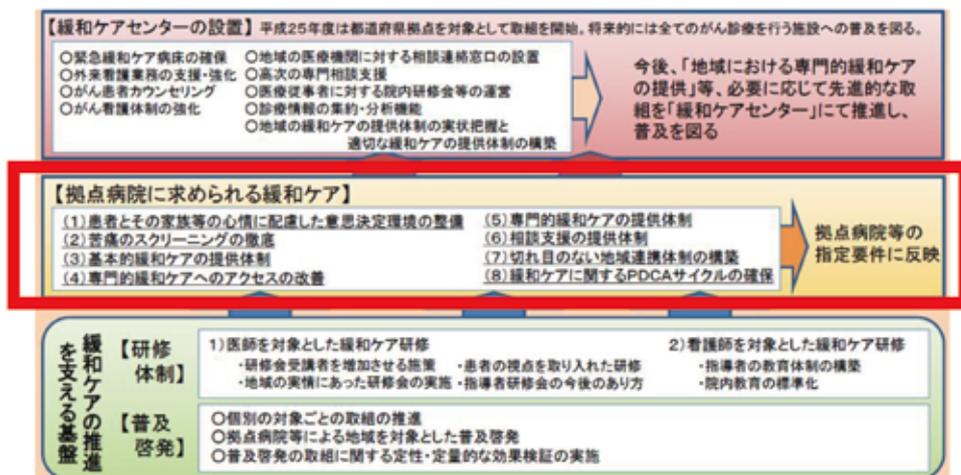
目的: 緩和ケアを迅速に提供できる診療体制を整備するとともに、緩和ケアチームや緩和ケア外来等の専門的な緩和ケアの質の向上と提供体制の整備を図ること

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

対象: がん患者



## 【厚生労働省が提案する緩和ケアセンターの設置・役割・推進に関して】



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

#### II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

##### 1 診療体制

##### ⑤ 緩和ケアの提供体制

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

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

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

iii 医師から診断結果や病状を説明する際は、以下の体制を整備すること。

a 看護師や医療心理に携わる者等の同席を基本とすること。

ただし、患者とその家族等の希望に応じて同席者を調整すること。

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

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

●本院のがん患者の診療概要

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

●スクリーニング時の配慮

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

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

●STAS-J の概要

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

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

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

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

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

緩和ケアセンター センター長 ○○○○

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

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