

## 臨床報告

# 本院におけるがん患者に対する 苦痛のスクリーニングの現状と課題

中満 順子 田中 結美 桐谷 眞澄  
藤澤なすか 富井 真一 塚本真裕子  
下村 純子 岡本 恵 内匠千恵子  
上田 和茂

京都第一赤十字病院 緩和ケアセンター

## Current situation and future tasks of screening for cancer-related distress in our hospital

Junko Nakamitsu Yumi Tanaka Masumi Kiritani Nasuka Fujisawa  
Shinichi Tomii Mayuko Tsukamoto Junko Shimomura Megumi Okamoto  
Chieko Takumi Kazushige Ueda

*Palliative Care Center, Japanese Red Cross Kyoto Daiichi Hospital*

### 要 旨

(目的) 本院におけるがん患者の苦痛のスクリーニングの現状を明らかにする。

(方法) 本院独自のスクリーニング用紙を作成し看護師が中心となり、全てのがん患者に対し、入院、外来でスクリーニングを行った。陽性例（苦痛のスクリーニングで「困っている」にチェックされた症例）には、施行者の判断で各病棟や各科外来の部署で対処する、または緩和ケアチームに依頼するトリアージを行った。各病棟や各科外来で対処された場合、入院中は1～2週間ごとに、外来は受診ごとに再評価を行い、苦痛緩和が十分でない場合は緩和ケアチームに依頼する運用とした。

(結果) 2015年4月から11月までに入院、外来合わせてのべ2062件のスクリーニングを行った。陽性例は454件で、このうち部署対応は278件、緩和ケアチーム依頼は9件であった。またトリアージ結果が不明なものが167件あった。

(結論) スクリーニングの概数、陽性数は、同規模のがん診療連携拠点病院の件数を上回っていた。一方緩和ケアチームへの依頼は少なく、陽性例の一部のトリアージ結果が不明で、対応結果のフォローアップが十分ではないと思われた。したがって陽性所見に応じたトリアージと、対応結果のフォローアップの充実が今後の課題であると考えられた。

**Key words** : 苦痛のスクリーニング, トリアージ, 緩和ケアチーム

## 緒 言

我国のがん診療は、平成 19 年のがん対策基本法、第 1 次がん対策推進基本計画<sup>1)</sup>が施行されて以来、大きく変わってきた。がん対策推進基本計画の目指すところはがんによる死亡者数の減少だけではなく、すべてのがん患者およびその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上である。さらに平成 24 年に見直された第 2 次がん対策推進計画<sup>2)</sup>では、がんになっても安心して暮らせる社会の構築が加えられ、重点課題としてがんと診断された時からの緩和ケアの推進が追加され、従来のがんの診断・治療に、緩和ケアの融合が図られることとなった。このとき「患者とその家族が抱える様々な苦痛に対する全人的なケアを診断時から提供し、確実に緩和ケアを受けられるよう、患者とその家族が抱える苦痛を適切に汲み上げ、がん性疼痛をはじめとする様々な苦痛のスクリーニングを診断時から行う」という内容が盛り込まれ、“苦痛のスクリーニング”という言葉ががん診療の施策の中で初めて用いられた。

平成 26 年のがん診療連携拠点病院等の整備についての通知では、「①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、②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」と苦痛のスクリーニングを行うことが、がん診療連携拠点病院の指定要件とされた。しかしながら、平成 27 年のがん対策加速化プランでは、「緩和ケアチームを設置し、がん疼痛をはじめとするさまざまな苦痛のスクリーニングを診断時から行うなど、緩和ケアを組み入れた診療体制の整備」が進められてきたにもかかわらず、拠点病院において、緩和ケアチームの年間新規診療症例数が 50 件に満たない施設は 25%におよび、緩和ケアチームの診療報酬上の評価である「緩和ケア診療加算」を算定する拠点病院も 176 施設と半数に満たず、緩和ケアのニーズに対応できていないことや苦痛のスク

リーニングも普及していない現実が緩和ケア推進検討会等で指摘されている。苦痛のスクリーニングの必要性は理解できるものの、行政主導で導入された経緯があり、作業量に比べ実効性が必ずしも明確ではなく、がん診療の現場に根付いているとは言い難いのが我が国の苦痛のスクリーニングの現状であると考えられる。

本院でも 2015 年、苦痛のスクリーニングに取り組んできたので、その現状の分析を行うとともに今後の課題について考察した。

## 対象と方法

### ①対象

2015 年 4 月～11 月までの入院および外来で、すべてのがん患者を対象に苦痛のスクリーニングを行い、その結果を検討した。

### ②苦痛のスクリーニング用紙

緩和ケア普及啓発に関する手引書に基づいて本院独自のスクリーニング用紙を作成した(図 1)。この用紙では、まず二者択一の質問で、がんに伴う全人的な苦痛のため、「困っている」か「困っていない」かを各病棟、各科外来の担当看護師が訊き、「困っている」場合はその内容を聞き取りその部署で対処するか、緩和ケアチームへコンサルテーションを行うかをそれぞれの部署でトリアージするというものである。

### ③苦痛のスクリーニング実施のタイミングとトリアージ、フォローアップの方法

苦痛のスクリーニングは、診断時、治療前、治療中、治療後の時期を問わず、入院では入院時と入院中の 1～2 週間ごとに、外来では原則とし

<p>問診 「何か身体症状や気持ちのつらさ、生活上で困っていることはありますか?」</p> <p><input type="checkbox"/> 困っていない ⇒部署で継続評価 病棟：1～2 週間毎に再評価 (次回 月 日) 外来：受診毎 (患者の状況により適宜判断)</p> <p><input type="checkbox"/> 困っている ⇒困っている内容  <input type="checkbox"/> 疼痛 (痛みのアセスメントシート記入)  <input type="checkbox"/> 疼痛以外の身体症状 (呼吸困難、嘔気嘔吐、倦怠感、腹部膨満感など)  <input type="checkbox"/> 精神症状 (不安、不眠、せん妄など)  <input type="checkbox"/> 経済的な問題  <input type="checkbox"/> 治療や療養の場の選択  <input type="checkbox"/> その他 ( )  ⇒苦痛への対応  <input type="checkbox"/> 部署で対応、継続評価 (1 週間後再評価 月 日)  <input type="checkbox"/> 緩和ケアチームコンサルテーション依頼</p>
---

図 1 本院で苦痛のスクリーニングに用いている調査票

看護師が、「困っていない(苦痛がない)」、「困っている(苦痛がある)」を患者に選択してもらい、「困っている」場合は看護師がその内容を聞き取り、トリアージを行う。

て受診ごとに行った。スクリーニングが陽性であった場合、各病棟、各科外来で対処可能であると判断された場合は、それぞれの部署で対処した上、入院中は1～2週間毎、外来では受診ごとにスクリーニング用紙を用いて再評価を行った。(再評価者は同一であることが望ましいが、看護師が交代勤務であるため、同一ではないことが大半となっている。)このフォローアップの記録は電子カルテに記載し、対応が十分で

ない場合は緩和ケアチームへコンサルテーションすることとした。また最初のスクリーニングの時点で部署での対応が困難であると判断された場合は、すみやかに緩和ケアチームへコンサルテーションする運用とした(図2)。

④苦痛のスクリーニング結果の保管

スクリーニング結果は、直接ファイルメーカーに入力し検索できるように様式を整え、電子カルテから閲覧できるようにした。

結 果

①苦痛のスクリーニング実施件数(表1, 表2)

2015年4月から11月までに、入院、外来合わせてのべ2062件(月平均258件)のスクリーニングを行った。うち入院は915件(44%)、外来は1147件(56%)であった。

年齢別では、60～70代が一番多かった。また、ほほどの年代も女性の割合が高かった(図3)。診療科別では乳腺外科が557件で一番多く、次いで外科336件、消化器内科308件の順で多かった(図4)。

②苦痛のスクリーニングとトリアージの結果およびフォローアップの状況(表1, 表2)

入院、外来を合わせた全スクリーニング結果では、“困っている”

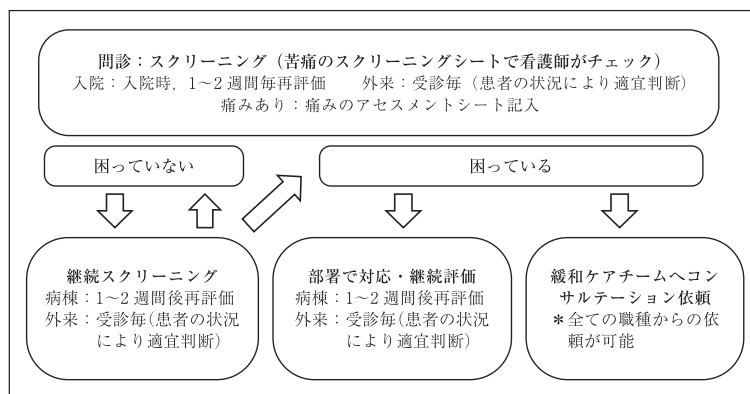


図2 苦痛のスクリーニングとトリアージ、フォローアップの方法

は454件(22%),“困っていない”は1606件(78%)であった。“困っている”うち、各病棟、各科外来で対応されたものは278件(61%),緩和ケアチームへコンサルトされたのは9件(2%)であった。またトリアージの結果が記入されておらず不明なものが167件(37%)あった。

入院、外来別では、入院でのスクリーニングのうち“困っている”は155件(17%),“困っていない”は760件(83%)であった。“困っている”の内訳(のべ件数)は、「疼痛以外の身体症状(呼吸困難、嘔気嘔吐、倦怠感、腹部膨満感)」が75件で一番多く、次いで「疼痛」が72件、「精神症状(不安、不眠、せん妄など)」が38件、「治療や療養の場の選択」が19件、「その他」が18件、「経済的問題」が6件であった。“困っている”のうち、それぞれの部署で対応されたものは141件(91%)

表1 苦痛のスクリーニングとトリアージの結果(入院および外来の総数)

スクリーニング結果	トリアージ結果
困っている 454件(22%)	自部署で対応 278件(61%)
	緩和ケアチームへ依頼 9件(2%)
	未記入 167件(37%)
困っていない 1606件(78%)	継続評価 1606件(100%)

表2 苦痛のスクリーニングとトリアージの結果(入院、外来の内訳)

	スクリーニング結果	トリアージ結果
入院 915件(44%)	困っている 155件(17%)	自部署で対応 141件(91%) 緩和ケアチームへ依頼 7件(4.5%) 未記入 7件(4.5%)
	困っていない 760件(83%)	継続評価 760件(100%)
外来 1147件(56%)	困っている 299件(26%)	自部署で対応 137件(46%) 緩和ケアチームへ依頼 2件(1%) 未記入 160件(53%)
	困っていない 846件(74%)	継続評価 846件(100%)

で、緩和ケアチームにコンサルトされたものは7件(4.5%)であった。また、7件(4.5%)はトリアージ結果が記入されていない。一方、外来では“困っている”が299件(26%)，“困っていない”が846件(74%)であった。“困っている”の内訳(のべ件数)は「疼痛以外の身体症状」が142件で一番多く、次いで「疼痛」が78件、「その他」が72件、「精神症状」が47件、「治療や療養の場の選択」が20件、「経済的問題」が11件であった。“困っている”のうち、それぞれの部署で対応されたものは137件(46%)で、緩和ケアチームへコンサルトされたものは2件(1%)であった。また、160件(53%)はトリアージ結果が記入されていない。

スクリーニング陽性者のフォローアップについて

では、通常の電子カルテの看護記録に記入されており、記述内容を追跡することが必ずしも容易ではなかった。

### 考 察

がん診療の現場では、患者や家族の生活の質(QOL)は疾患の治療や生存期間の延長と同様に重視されるべきである<sup>3)4)</sup>。患者の苦痛はQOLが損なわれることにつながってしまうが、この苦痛は適切に介入することで軽減することが可能であると考えられている<sup>5)</sup>。

しかしながら、現実には多くの患者が苦痛軽減のための適切な対応を受けていないとされている<sup>6)</sup>。この適切に対応されていない最も大きな理由は、医療者が患者の苦痛に敏感ではなく、過小

に評価する傾向があるためと考えられている<sup>7)</sup>。そこで患者の苦痛を鋭敏に取り上げて、対処するために苦痛のスクリーニングが行われてきた。しかし、当然のことながら、ただスクリーニングを行うだけでは患者結果指標(患者の苦痛やQOL)は改善せず<sup>9)</sup>、スクリーニングが生かされるためにはスクリーニングをした後、その結果を評価し、トリアージをした上で必要に応じて専門家と連携をとって対処し、その後の苦痛の状態をフォローアップするなど、拾い上げることが終着点にならないように体系づけることが重要であると指摘されている<sup>10)</sup>。

本院でも、地域がん診療連携拠点病院の指定を受けるにあたり、苦痛のスク

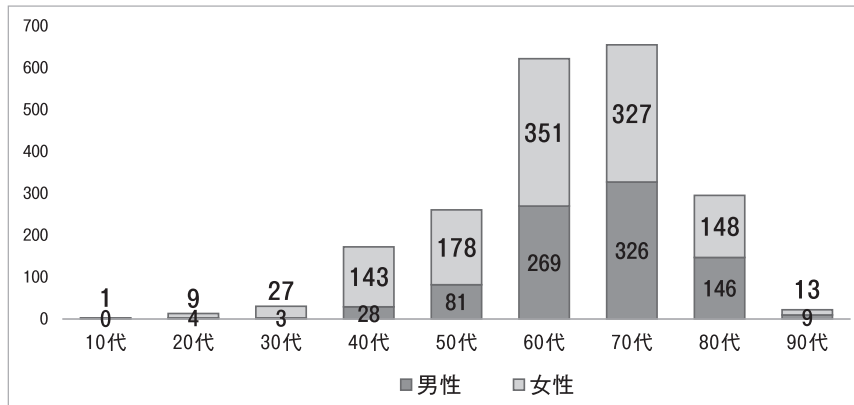


図3 苦痛のスクリーニング実施例の年代別と男女別内訳

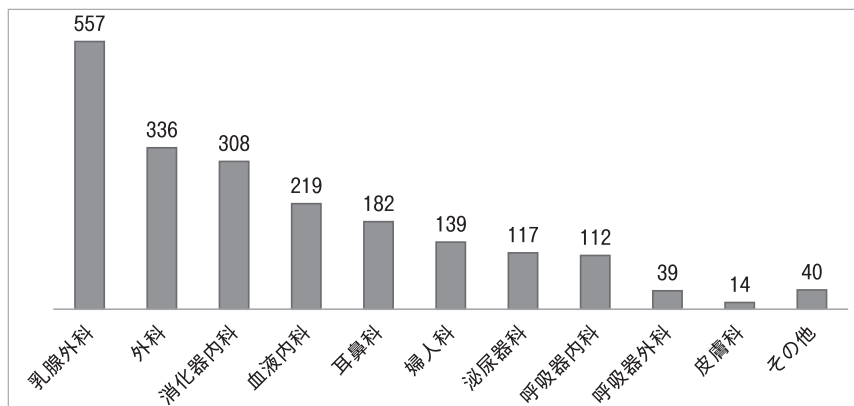


図4 苦痛のスクリーニング実施例の診療科別件数

表3 苦痛のスクリーニングの事例集と本院の指標の比較

	スクリーニング件数 (1ヵ月あたり)	スクリーニング陽性件数 (1ヵ月あたり)	スクリーニング件数あたりの 緩和ケアチーム依頼件数の割合
事例集 (中央値)	入院59件 / 外来22件	入院15件 / 外来5件	入院6% / 外来0%
本院	入院114件 / 外来143件	入院19件 / 外来37件	入院0.1% / 外来0.02%

リーニングを行ってきた。American Psychosocial Oncology Society と Yale School of Nursing において開発されたスクリーニングプログラム<sup>10)</sup>によると、スクリーニングプロセスは、①対象者をスクリーニング、②陽性者を抽出、③陽性所見に応じたトリアージ、④対応結果のフォローアップからなる。これをもとに、2016年に公表された全国のがん診療連携拠点病院の現状把握を目的に作成された「緩和ケアスクリーニングに関する事例集」<sup>11)</sup>の中規模病院（病床数400～699、191病院）のデータと本院の現状とを比較した(表3)。

まず緩和ケアスクリーニングの月あたりの概数(のべ実施件数中央値)は、事例集では入院59件、外来で22件であったのに対し、本院は入院114件、外来143件と、他施設と比較して多くのスクリーニングがなされていた。苦痛があり、スクリーニングの何らかの項目で陽性であったものの中央値は、事例集で入院15件、外来5件であったのに対し、本院では入院19件、外来37件とやはり他施設と比較して多く、その傾向は外来で顕著であった。これらの結果から、本院は同規模の病院と比較して、量的には十分な数のスクリーニングを行い、陽性者の拾い上げを行っていることができた。

一方、スクリーニング実施件数当たりの緩和ケアチーム依頼件数の割合の中央値は、事例集では、入院6%、外来0%であったのに対し、本院では入院0.1%、外来0.02%であり、他施設と比べ、スクリーニング陽性件数が多いにもかかわらず緩和ケアチームへの依頼件数(専門的緩和ケアへの依頼)が少なかった。本院の2015年度1年間の緩和ケアチームの総依頼数は135件であり、他の拠点病院と比較して少なくないと思われるが、その依頼は大半がスクリーニング以外の経路からであった。

スクリーニングを病院内の大部分の部署で行っている病院と、一部の部署でしか行っていない病院との比較では、病床数、院内がん登録数、年間外来・年間新入院・年間院内死亡がん患者数などが同等であるにもかかわらず、年間緩和ケアチーム依頼件数に有意差を認めなかったと報告されており、苦痛のスクリーニングの実施を徹底したからといって、必ずしも緩和ケアチームへの依頼が増加するわけではないと考えられる<sup>11)</sup>。

また施設によっては、STAS-J (Support Team Assessment Schedule 日本語版)の点数や、Nu-

merical Rating Scale (NRS) を取り入れた質問票を用いて、記入された点数が一定以上であれば機械的に緩和ケアチームに紹介する方式(系統的緩和ケア)が採用されているのに対し、本院では緩和ケアチームに依頼するかどうかのトリアージはスクリーニングを行った医療者の主観的な判断に任せている(オンデマンド型緩和ケア)ことが、依頼件数が少ない理由かもしれない。

さらに、本院ではがん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会(PEACE)の受講率が、がん患者の主治医になる医師の90%を超え、2016年度からは京都府の地域がん診療拠点病院主催では初めてとなるELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラムを開催し、院内の医療者の一般的な緩和ケア力を高める努力を続けてきており、スクリーニング陽性者への対応(基本的緩和ケア)が診療現場で可能になってきている可能性もあると考えられる。

一方、陽性者総数(4月～11月)のうち外来では160件(53%)が、入院では7件(5%)の対応方法が記入されておらず、トリアージの結果が不明であった。その原因としては、特に外来では、スクリーニングを行う者と、電子カルテに入力する者が異なることで入力漏れが生じていた可能性や、外来は多数の患者に対応するため業務が煩雑であり、トリアージが不十分なまま入力されていた可能性などが推測された。「外来患者のスクリーニングのランダム化比較試験」によると、苦痛のスクリーニングを行うだけでなく、トリアージを行い必要なサポートを紹介することで、つらさの寒暖計のスコアが有意に軽減したと報告されており<sup>9)</sup>、トリアージを確実に行うことが今後の重要課題であると考えられた。

また対応結果のフォローアップについては、入院中は1～2週間毎に、外来では受診のたびに再評価をすることとし、その結果の記録は電子カルテ内に記載することとしていたが、記録のフォーマットがシステム化されておらず、フォローアップの徹底度に課題があると考えられた。その背景には、トリアージ後のフォローアップについては、各病棟、各診療科の看護師に任せられており、緩和ケアチームやがん看護リーダーなどの第三者による評価が不十分であったことが考えられた。

以上のことから、今後の本院での苦痛のスクリーニングのあり方としては、スクリーニングの

有用性を検証するために患者自身にアウトカムを評価してもらうこと (patient reported outcome) を取り入れたり、緩和ケアチーム(専門的緩和ケア)の活用を奨励するなど陽性者への対応の充実を図ること、がん看護外来などでその後のフォローアップを行うなどの工夫をし、単にスクリーニングを行うだけではなく苦痛緩和のための包括的な体系を目指すことが一つの方向性と考えられた。

## 結 語

本院の苦痛のスクリーニングは、実施件数および陽性者の数が同規模のがん診療連携拠点病院の実績を上回っていたが、緩和ケアチームへの依頼の割合は少なく、トリアージ後の対応結果のフォローアップが十分ではなかった。したがって陽性者への適切なトリアージと、対応結果のフォローアップの充実が今後の課題であると考えられた。

本論文内容に関連する著者の利益相反はない。

## 文 献

- 1) 厚生労働省第1次がん対策推進基本計画  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>.
- 2) 厚生労働省第2次がん対策推進計画  
[http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan\\_keikaku02](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02).
- 3) Peppercorn JM, Smith TJ, Helft PR, et al. American society of clinical oncology statement. toward individualized care for patients with advanced cancer J ClinOncol. Official J Am Soc ClinOncol 2011 ; 29 : 755-760.
- 4) Wedding U, Pientka L, Hoffken K. Quality-of-life in elderly patients with cancer. Eur J Cancer 2007 ; 43 : 2203-2210.
- 5) Avis NE, Crawford S, Manuel J. Quality of life among younger women with breast cancer. J ClinOncol 2005 ; 23 : 3322-3330.
- 6) Faller H, Schuler M, Richard M, et al. Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer. systematic review and meta-analysis. J ClinOncol 2013 ; 31 : 782-793.
- 7) Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. N Engl J Med 1994 ; 330 : 592-596.
- 8) Levy MH, Smith T, Alvarez-Perez A, et al. National Comprehensive Cancer N. Palliative care, Version 1. 2014. Featured updates to the NCCN Guidelines. J Natl ComprCancNetw 2014 ; 12 : 1379-1388.
- 9) Carlson LE, Groff SL, Maciejewski O, et al. Screening for distress in lung and breast cancer outpatients. a randomized controlled trial. J ClinOncol 2010 ; 28 : 4884-4891.
- 10) Lazenby M, Tan H, Pasacrete N, et al. The five steps of comprehensive psychosocial distress screening. CurrOncol Rep 2015 ; 17 : 447-454.
- 11) 奥山 徹, 明智龍男, 木澤義之ほか. 緩和ケアの現状に関する全国実態調査. 緩和ケアスクリーニングに関する事例集 2016 ; 4-22