

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

スクリーニング・トリアージプログラム を全国に普及するための研究

主任研究者 木下寛也（国立がん研究センター東病院）

分担研究者

明智龍男（名古屋市立大学大学院）

木澤義之（神戸大学大学院）

森田達也（聖隷三方原病院）

研究協力者

奥山徹、内田恵（名古屋市立大学大学院）

白土明美（聖隷三方原病院）

島田麻美（神戸大学大学院）

厚生労働省による緩和ケア施策

◆がん対策推進基本計画

- ◆がん患者とその家族が可能な限り質の高い生活を送れるよう、緩和ケアが、がんと診断された時から実施される必要がある

◆新たながん診療提供体制

- ◆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
- ◆がん診療連携拠点病院の認定要件

苦痛のスクリーニング

- ◆がん患者における身体的・心理社会的苦痛の頻度は高く、患者の生活の質を損なう
- ◆苦痛は過小評価され、適切に対処されていない
- ◆スクリーニングだけでは、患者アウトカムは改善せず、その後のトリアージが重要
- ◆がん診療連携拠点病院等における、苦痛のスクリーニングの実態は明らかではない

適切な緩和ケア提供の障害

患者

医師

つらさを医師に伝える事が出来るか

患者のつらさを聞き出せるか

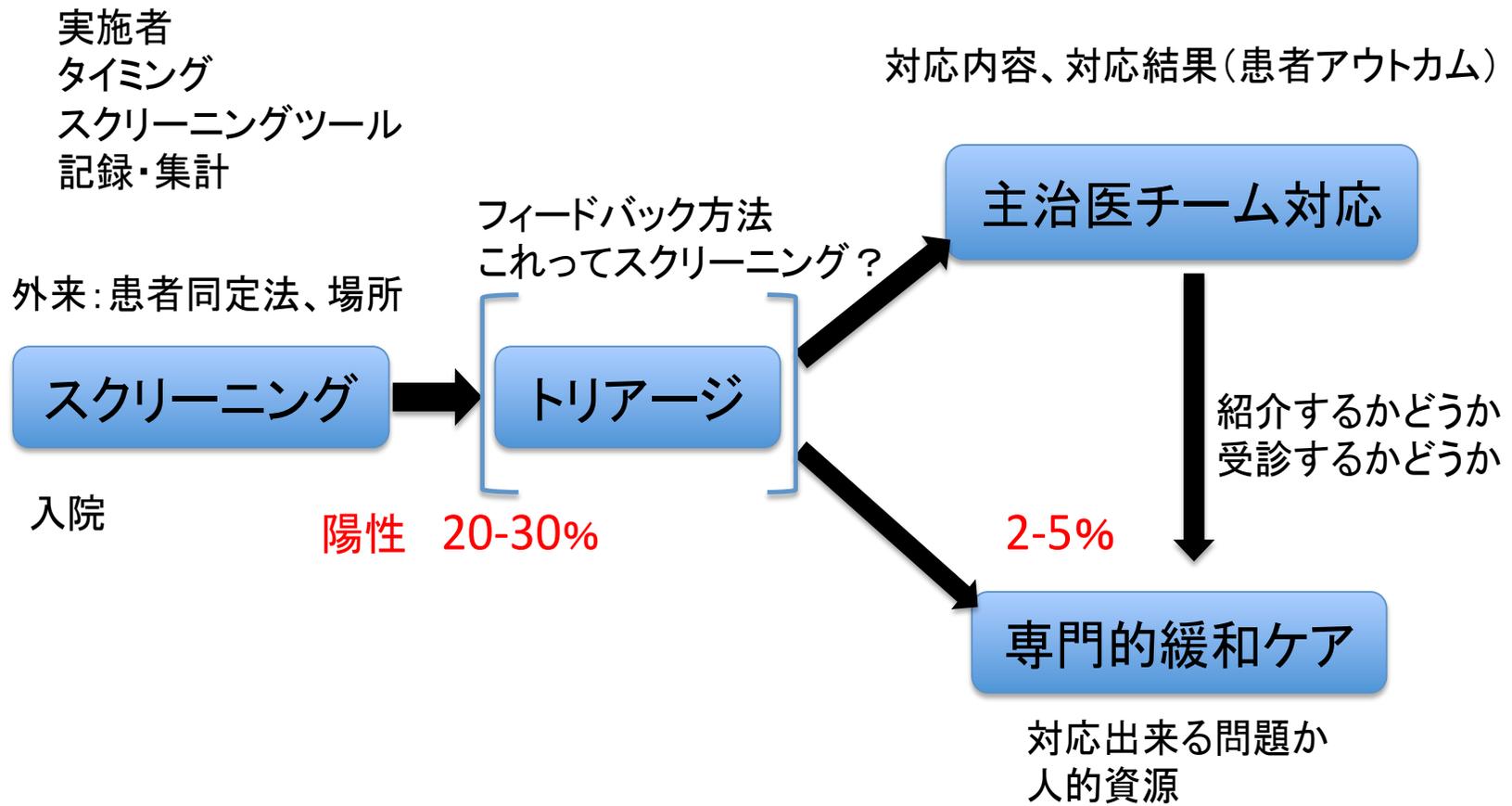
つらさをうまく対処出来るか

患者のつらさに対応出来るか

緩和ケアに対する抵抗感はないか

緩和ケアの専門家に相談出来るか

緩和ケアの専門家の技能・人材



効果(患者アウトカム)、主治医・スクリーニング実施者からみた有効性
人的資源、継続フォローアップ、院内(主治医)のコンセンサス

目的

- ◆ **がん診療連携拠点病院における苦痛のスクリーニングについて、実態調査を行う**
- ◆ **その結果をもとに、改善点の提言及び普及の方策を策定する**

今回は中間報告

対象

- ◆ 全がん診療連携拠点病院 422施設

方法

- ◆ 緩和ケアチーム責任者宛てに郵便でのアンケート票実施
- ◆ アンケートは既存研究のレビューと、研究班班員や外部の緩和ケアを専門とする医療者によるブレインストーミングで作成
- ◆ 督促は2週間毎に計4回実施
- ◆ 拠点病院現況報告データと連結

結果：施設背景など

◆ 回答率 379/422 (90%) (拒否10件、無反応33件)

◆ 施設背景

		施設数	%(N=379)
施設種別	都道府県拠点病院	45	12
	がん診療連携拠点病院	315	83
	地域がん診療病院	18	4
	特定領域がん診療連携拠点病院	1	0
		平均	標準偏差
病院規模	病床数	580	230
	がん登録件数	1,443	1,321
	年間入院がん患者数	3,044	1,996
	年間外来がん患者数	55,331	47,097
	年間死亡がん者数	218	186

結果：スクリーニング実施状況

- ◆ 入院、外来とも実施：253 (67%)
- ◆ 入院のみ：49 (13%)、外来のみ：31 (8%)
- ◆ 全く実施していない：46 (12%)

		外来% (N=379)	入院% (N=379)	2017年 外来%	2017年 入院%
実施状況	実施していない	25	20	-	-
	限られた少数(25%以下)	43	24	38	20
	半数以下(26-50%)	7	8	18	17
	半数以上(51-75%)	6	8	15	14
	大多数(76-99%)	8	19	12	24
	すべて(100%)	10	21	8	21
	タイミング	定期的	13	45	-
時期を決めて		28	14	-	-
医療者の判断で		15	11	-	-
実施期間	1年未満	51	50	-	-
	1-3年	18	19	-	-
	3年以上	5	10	-	-

結果：スクリーニングツール (重複回答あり)

		外来(%) N=284	入院(%) N=302
ツール	生活のしやすさに関する質問票	50	46
	ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale)	6	7
	POS (Palliative Outcome Scale)	0	0
	STAS (Support Team Assessment Schedule)	29	32
	DT (Distress Thermometer)	0	1
	つらさと支障の寒暖計	22	21
	DT+PL (Distress Thermometer + Problem List)	0	0
	MDASI (MD Anderson Symptom Inventory)	1	1
	5th Vital Sign	0	1
	その他、または独自ツール	40	37
媒体	電子媒体	20	24
	紙媒体	75	63
	口頭	17	22

結果：マニュアル

◆あり 221施設

◆公開可 62施設

結果：スクリーニングに関するルール

◆スクリーニング実施 333施設対象

	はい(%)
問題に対応できる部署へ紹介できる	77
陽性であった場合、まず主治医・担当看護師が問題を詳細に評価	74
詳細な評価をせずに陽性患者全例に対応できる部署へ紹介	16
陽性であった患者が、その後どうなったかをフォローアップ	40
スクリーニングについてカルテなどに記録を残す	75
スクリーニングの結果がコンピュータ上で管理、統計学的に把握	35

結果：スクリーニングの意義

◆スクリーニング実施 333施設対象

	そう 思わない (%)	どちら でもない (%)	そう 思う (%)
患者と主治医・担当看護師のコミュニケーションを促進する	8	30	63
患者の身体的苦痛を見つけることに役立つ	2	12	86
患者の心理社会的苦痛を見つけることに役立つ	3	14	83
より適切に患者の苦痛に対応することに役立つ	3	24	73
患者の苦痛に対応できる専門部署と主治医・担当看護師の連携を促進する	5	31	64
日常臨床で行うには時間がかかりすぎる	19	39	43
全体的にみればスクリーニングは有用である	8	25	68

結果：実施しての経験

◆スクリーニング実施 333施設対象

	よくある／とてもよくある(%)
患者が記入したからない	8
記入の方法を説明するのに時間がかかる	24
「つらさの程度を数値で表現できないので回答が難しい」と言われる	24
患者に認知症があって実施困難である	15
患者に精神疾患があって実施困難である	6
スクリーニングされた結果について、医療者に時間がないために対応できない	24
スクリーニングされた結果が有効な対応方法がない問題のことがある	36
スクリーニングされた結果が、すぐに変わる	8
スクリーニング用紙に回答することで、患者の不安が増す	1
患者が医療者に遠慮して、本当の心配事は書いていない	5
陽性の患者に社会資源サービス(相談など)を紹介しても利用しない	10
陽性の患者に緩和ケアチームを紹介しても受診しない	12
陽性の患者に精神科・心療内科を紹介しても受診しない	18

結果：スクリーニング実績

◆スクリーニング実施 333施設対象

(月当たり) 平均値 中央値 回答施設数	外来 N=284	入院 N=302
のべ実施件数	93 25 N=199	175 50 N=211
何らかの項目で陽性となる件数	26 7 N=173	59 15 N=188
スクリーニングの結果緩和ケアチーム 依頼となった件数	3 1 N=186	6 3 N=211

結果：スクリーニング実績（施設種別）

平均値 中央値 回答施設数	都道府県がん診療連携拠点病院(49)		がん診療連携拠点病院(352)		地域がん診療連携拠点+特定領域病院(20+1)	
	外来	入院	外来	入院	外来	入院
のべ実施件数	270 110 (N=24)	697 100 (N=21)	72 23 (N=164)	124 60 (N=179)	16 9 (N=10)	17 10 (N=10)
何らかの項目で陽性となる件数	71 40 (N=25)	235 30 (N=20)	20 6 (N=139)	39 15 (N=159)	9 2 (N=8)	11 10 (N=9)
緩和ケアチーム依頼となった件数	7 2 (N=25)	10 3 (N=23)	2 1 (N=152)	6 4 (N=179)	1 0 (N=8)	8 2 (N=9)

◆対象者の20-30%が陽性

◆緩和ケアチーム受療となる患者は2-5%程度

結果：スクリーニングの障害 記述統計

全施設対象 N=379	そう 思わない	少し そう思う	そう 思う
病院長など病院執行部の理解が得られない	76	16	8
診療科・主治医の理解が得られない	39	40	21
看護部・看護師の理解が得られない	52	35	13
スクリーニングの責任者が明確となっていない	58	27	16
スクリーニングのための人員が不足している	14	30	56
円滑かつ効果的な実施方法の知識がない	23	47	30
スクリーニングの実施方法を他施設と共有する機会がない	41	40	20
スクリーニングについて、院内の多職種で話し合う機会がない	39	39	22
スクリーニングについて、院内で周知することが難しい	23	41	37
手順書(マニュアル)がない	64	21	15
スクリーニング対象患者を選ぶことが難しい	20	34	46
病棟と外来で同じスクリーニング方法を用いなければならない	61	20	19
スクリーニングについて、IT技術を活用できない	44	32	24
スクリーニング結果をカルテに記録するルールを定められない	63	25	12
スクリーニング結果を診療科にフィードバックするルールを定められない	45	36	19
スクリーニング陽性者への対応について院内でコンセンサスを得ることができない	35	43	22
スクリーニングが陽性であっても、その問題に対応できる部署がない	58	27	15
スクリーニング陽性だった患者をフォローアップする体制がない	41	38	21
スクリーニングに関するインシデント・アクシデントの懸念がある	77	19	5
スクリーニングの有用性に関する我が国独自のエビデンスが乏しい	34	42	24

結果：スクリーニング実施の関連因子

- ◆ 外来・入院とも26%以上の患者をスクリーニングできている施設を「実施施設」と定義

	実施 (N=104)		非実施 (N=275)		P値
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	
病床数総数	579	215	580	235	.97
院内がん登録数	1,457	831	1,438	859	.85
年間外来がん患者数	56,989	43,583	54,702	48,275	.67
年間新入院がん患者数	3,085	1,993	3,028	2,001	.81
年間院内死亡がん患者数	222	131	216	142	.70
年間PCT新規依頼件数	154	137	142	135	.48

- ◆ 病院種別、拠点病院要件などにも差なし

結果：スクリーニング実施の関連因子

全施設対象 N=379	実施% (N=104)	非実施% (N=275)	P値
病院長など病院執行部の理解が得られない	5	9	.29
診療科・主治医の理解が得られない	22	21	.89
看護部・看護師の理解が得られない	10	15	.30
スクリーニングの責任者が明確となっていない	5	20	<.01
スクリーニングのための人員が不足している	40	62	<.01
円滑かつ効果的な実施方法の知識がない	17	35	<.01
スクリーニングの実施方法を他施設と共有する機会がない	10	23	<.01
スクリーニングについて、院内の多職種で話し合う機会がない	11	26	<.01
スクリーニングについて、院内で周知することが難しい	24	42	<.01
手順書(マニュアル)がない	2	20	<.01
スクリーニング対象患者を選ぶことが難しい	33	51	<.01
病棟と外来で同じスクリーニング方法を用いなければならない	12	22	.03
スクリーニングについて、IT技術を活用できない	21	25	.49
スクリーニング結果をカルテに記録するルールを定められない	5	15	.01
スクリーニング結果を診療科にフィードバックするルールを定められない	14	21	.14
スクリーニング陽性者への対応について院内でコンセンサス得られない	13	25	.02
スクリーニングが陽性であっても、その問題に対応できる部署がない	7	18	<.01
スクリーニング陽性だった患者をフォローアップする体制がない	13	24	.02
スクリーニングに関するインシデント・アクシデントの懸念がある	2	6	.17
スクリーニングの有用性に関する我が国独自のエビデンスが乏しい	23	25	.69

NCCN guideline Version 1.2016 Palliative care

Palliative Care Screening

The primary oncology team should screen all patients at every visit for one of more of the following: 1) unmanaged symptoms; 2) moderate to severe distress related to cancer diagnosis and therapy; 3) serious comorbid physical, psychiatric, and psychosocial conditions; 4) life expectancy of 6 months or less; 5) metastatic solid tumors; 6) patient or family concerns about the course of disease and decision-making; and/or 7) patient or family requests for palliative care. Patients who meet these screening criteria and those who make a specific request for palliative care should undergo a full palliative care assessment.

Patients who do not meet these screening criteria should be re-screened at the next visit. In addition, the oncology team should inform patients and their family members about palliative care services. Anticipation of palliative care needs and prevention of symptoms should also be discussed, and conversations regarding advance care planning should be initiated.

Palliative Care Assessment

Patients who meet screening criteria (see above) should undergo a comprehensive palliative care assessment by their primary oncology team evaluating the benefits and burdens of anticancer therapy; physical symptoms; psychosocial or spiritual distress; personal goals, values, and expectations; educational and informational needs; and cultural factors affecting care.⁶⁻⁸