

**[近況報告] 外来トライアルの実績**

MATOBA SYSTEM (外資)			
総検数	1	0	0%
TOTAL	163	37	22.7%
2018-06-12 (日)			
外来	21	0	0%
産科	7	0	0%
皮膚科	18	0	0%
産科	25	0	0%
呼吸器科	22	0	0%
泌尿科	30	0	0%
消化器科	58	44	75.8%
TOTAL	193	44	22.8%
2018-06-13 (月)			
外来	21	1	4.8%
呼吸器科	22	0	0%
産科	4	0	0%
皮膚科	21	0	0%
呼吸器科	2	0	0%
泌尿科	31	0	0%
消化器科	65	49	75.4%
TOTAL	151	47	31.1%

5

**[近況報告] 残り20%スクリーニングできなかった理由(消内)**

- ▶ 前日に確認している紫シールの貼り忘れ(可能性低め)
- ▶ 主科が違う。必ず数人混じっている(頻度高め)
- ▶ 患者さんの希望でスクリーニングしていない(たまにいる)
- ▶ 予約している新患はスクリーニングしていない
- ▶ 業務上の流れでどうしてもできない(たまにある)

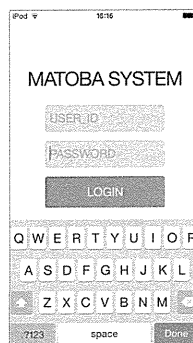
6

**[近況報告] 実際スクリーニングしたNrs.の感想(消内)**

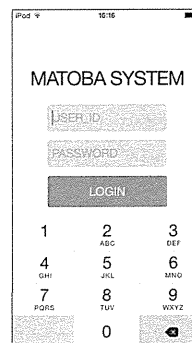
- ▶ とてもスムーズにできた
- ▶ ログインしやすくなった  
↑KEY配列のテンキー化
- ▶ ログアウトしなくなってきた  
↑間診結果アップロード後の自動ログアウトをやめた
- ▶ 問診データアップロードに時間がかかることがある  
↑コメントの前回流用によるデータの肥大化...

7

**改修前(QWERTY)**



**改修後(10KEY)**



8

**[近況報告] トライアルを通じてNrs.から出た要望**

- ▶ 生年月日での患者確認(実装済)
- ▶ 字を大きく!(ほどほどに実装済)
- ▶ ログインID入力時のキーボード配列のテンキー化(実装済)
- ▶ 診療録としての承認(6/18電子カルテ部会にて承認済)
- ▶ iOSからの印刷(見送り)
- ▶ 病名がわかると良い(見送り)
- ▶ 前回登録したコメントの流用(実装済)
- ▶ 患者IDの6-7桁目でのソート機能(実装済)

9

**[近況報告] トライアルで出現したエラーと対応**

- ▶ がんコメント削除時の同期処理漏れ
- ▶ メモリリーク
- ▶ JSONダウンロード問題
- ▶ NTP問題

10

**[近況報告] 入院版アプリ開発状況**

- ▶ 外来アプリと同種のプログラム改修を実施
- ▶ コンテンツ面での進展なし
- ▶ トライアル未実施
- ▶ 医療情報部長から(時間がかかっていから)電子カルテにデータを記録できるようにするべ、というお言葉をいただいています。

11

**[地域在宅] 地域在宅版アプリ仕様のイメージ**

- ▶ スクリーニング内容は外来版と同じでいいと思う。
- ▶ バイタルなんかも記録できるといいね!
- ▶ 薬剤の情報が知りたいらしいわよ!

12

### [地域在宅] 在宅ケア診療支援システム

**bmic-ZRの概要とメリット**

bmic-ZRは「記録機能」と「共有機能」で在宅ケアにおける多職種間のコミュニケーションを迅速かつスムーズに行うことができます。

**記録機能**

在宅ケア業務における定数/定性データの取得記録機能

**共有機能**

ケアチームの情報共有機能

ケア記録 バイタルデータ 写真

訪問看護 在宅ケア 薬局

医師 看護師 ケアマネジャー 薬剤師

13

### [地域在宅] 在宅ケア診療支援システム

**多職種連携のフロー**

迅速かつスムーズな連携を実現することにより、在宅ケアの質向上に大きく貢献をします。

1. 医師・看護師・薬剤師等の連携
2. 在宅ケア業務の効率化、定数/定性データの迅速な取得、共有機能によるケアチーム間の連携
3. 在宅ケア業務の効率化、定数/定性データの迅速な取得、共有機能によるケアチーム間の連携
4. 在宅ケア業務の効率化、定数/定性データの迅速な取得、共有機能によるケアチーム間の連携

**bmic ZR**

連携グループ / ケアチーム構成機能

連携グループのメンバーを登録し、連携グループごとにケアチームを構成します。連携グループごとにケアチームのメンバーを登録し、連携グループごとにケアチームを構成します。

- ・連携グループのメンバーを登録
- ・連携グループごとにケアチームを構成
- ・ケアチームの連携機能

14

### [地域在宅] 在宅ケア診療支援システム

**在宅ケア業務連携アプリケーション**

在宅ケア業務の効率化を実現するためのアプリケーション。クラウド上にデータを保存し、共有機能を実現します。

**連携機能**

1. 医師・看護師・薬剤師等の連携
2. 在宅ケア業務の効率化、定数/定性データの迅速な取得、共有機能によるケアチーム間の連携
3. 在宅ケア業務の効率化、定数/定性データの迅速な取得、共有機能によるケアチーム間の連携

**連携グループ / ケアチーム構成機能**

連携グループのメンバーを登録し、連携グループごとにケアチームを構成します。連携グループごとにケアチームのメンバーを登録し、連携グループごとにケアチームを構成します。

- ・連携グループのメンバーを登録
- ・連携グループごとにケアチームを構成
- ・ケアチームの連携機能

**TERUMO**

**HRジョイント**

連携機能 / ケアチーム構成機能

15

### [地域在宅] 医薬品情報

**PMDA (<http://www.pmda.go.jp/>)**

**fmda** 独立行政法人 医薬品医療総合機構

**医療用医薬品 情報検索**

**くすりの特徴から調べる**

※添付文書の記載内容から検索を行い、検索された、くすりに該当する文書を一覧表示形式で表示します。

くすりの種類 (一般名・商品名)

- ・一般名及び販売形態のみ
- ・商品名
- ・剤形
- ・剤形・包装

**特定の文書の記載内容から調べる**

※指定した文書の全文検索又は検索する目的検索を行います。

指定文書の記載内容から調べる場合は、「くすりの特徴から調べる」で入力した添付文書の検索結果から以下の条件を合わせて検索

検索対象の文書 (添付文書以外)

検索条件

AND

16

### [地域在宅] 医薬品情報

**JAPIC (<http://www.japic.or.jp/>)**

一般社団法人 日本医薬情報センター

**医薬品情報ナビ**

商品名五十音検索 / 会社名一覧 / リンク集

商品名: 一般社団法人

**医薬品情報ナビ**

医薬品情報ナビは、医薬品に関する情報を提供するためのサービスです。

- ・医薬品に関する情報を提供
- ・医薬品に関する情報を提供
- ・医薬品に関する情報を提供

17

### [地域在宅] 医薬品情報

**データインデックス: (<https://www.data-index.co.jp/>)**

**DATA INDEX**

医薬品情報検索

検索条件

医薬品情報検索

検索条件

検索結果

検索条件

18

### [地域在宅] 医薬品情報

**イーファーマ: (<http://www.e-pharma.jp/>)**

**e-PHARMA**

医薬品情報検索

検索条件

検索結果

検索条件

検索結果

19

### [地域在宅] 訪問看護St. 所長にヒアリング

**あんさん 訪問看護ステーション**

ご挨拶 ステーションの紹介 料金表 ご利用について お問い合わせ リンク

「たとえ病気になるっても自分の家で暮らしたい...」

「あんさん 訪問看護ステーション」は、そんな思いを叶えたいと思っています。

特にながのテーマ (終末期医療) の方とご家族の支えになりたいと思っています。

「あんさん 訪問看護ステーション」には「認知症対応型訪問看護」が活用されています。

認知症ケア認定施設を安心に運営。DPC、DPC、ケアマネジャー、ケアマネジャー等の有資格者の専任スタッフが、専門的に医師用紙系、医療機器の管理を行う在宅ケアに特化したステーションです。

20

[地域在宅] 訪問看護St.所長ヒアリング結果

- ▶ 在宅の現場では紙にメモするだけ。
- ▶ St.に帰ってきてからレセプト用システムに訪問日誌を入力すると関連帳票が印刷できるシステム運用をしている。
- ▶ 会社配布の携帯があるが、ガラケーでビジネスフォンを組んでいるので簡単にスマホに機種変するのは困難。
- ▶ スクリーニングの聞き取り項目は外来版アプリと同じで良い。

21

[地域在宅] 訪問看護St.所長ヒアリング結果

- ▶ 病院ではPDCAのためのスクリーニングという位置付けであるが、訪看では患者を観察し振り分け条件に合致する事象が発生したら振り分け先に仕事をまわすというイメージの仕事の仕方なのでスクリーニングもそういう視点でのものになると思われる。
- ▶ タブレットとスマホであれば、スマホサイズの方が好ましい。

22

[地域在宅] 訪問看護St.所長ヒアリング結果

- ▶ いずれにせよ、通信費、導入コストが問題であるが、コストをかけてまでしてメリットが得られるか今のところ疑問。
- ▶ 目に見えるメリットがなければ、どこのSt.も実施に踏み切れないのではないか。

23

[地域在宅] 院内限定での利用を前提としないことのメリット

- ▶ インターネットを前提としたサービスが利用できる！
  - ▶ DIサイトでの医薬品情報の検索
  - ▶ 音声入力(Siri)
  - ▶ E-mailなどのコミュニケーションツール
  - ▶ リモートワイク
- ▶ 不正アクセスによる情報漏えい

24

[地域在宅] 状況を整理すると…

- ▶ St.でiOSデバイスを新規調達するのはハードル高め(たぶん)
- ▶ バイタルを記録するアプリは既に販売中(餅は餅屋に)
- ▶ 無料で使えるDIサイトが既にいろいろある(餅は餅屋に)
- ▶ 痛みの記録アプリに特化すると…
- ▶ クラウドで情報を一元化・情報共有という話がでそう？  
⇒ 実行には許容しがたいリスクが伴う

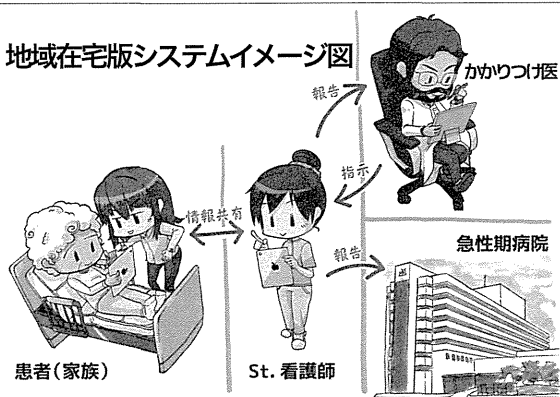
25

[地域在宅] こういうアプローチはいかがですか？

- ▶ 痛みの記録を患者(家族)がアプリに入力する
- ▶ Nrs.はアプリに入力せず、患者(家族)が入力したデータもらう
- ▶ 患者(家族) ↔ Nrs.のデータはメール or ローカル転送
- ▶ Nrs.が記録を確認&補足ヒアリングをし必要な介入を行う

26

地域在宅版システムイメージ図



27

[確認] 何をシームレスに情報共有 or 評価したいのか？

- ▶ スクリーニング内容？
- ▶ 医療用麻薬処方量？
- ▶ その他の何か？

28

[臨床フィールド打合せ]

# システム導入の段取りイメージ

月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
フェーズ	イメージ合せ		準備		本運用	
趣旨	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 現地に導入パターンAか導入パターンB(電子カルテとオフラインの状態)でお試し導入する。</li> <li>▶ 実際にシステムを使用してシステムで『できること』、『できないこと』を理解する。</li> <li>▶ システムを実際の業務に適応させるためのイメージづくり。</li> <li>▶ スクリーニング内容、システムの不具合、その他の疑義や相談事項をフィードバック</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 必要機材の調達</li> <li>▶ 導入パターンCの実装とする場合、電子カルテベンダーにデータ出力の改修依頼</li> <li>▶ フィードバックに対する対応</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 本運用</li> <li>▶ データ収集</li> </ul>	
導入パターン	パターンA/パターンB			パターンC		

## 2012年～2015年の疼痛データの解析 ～傾向と課題～

榎原 直喜<sup>1,2</sup> 東 尚弘<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科  
<sup>2</sup> 国立がん研究センターがん対策情報センター がん政策科学研究所

### 解析の目的

- 2012-2015年の疼痛データを統合しこれまでの傾向と課題について検討する

### 方法

- 入院後日数と除痛率の推移 (痛みの種類別に期間ごとに比較)
- 測定「除痛率」の動き
- 除痛対象者のPMIの期間推移
- 痛みの程度と治療内容別の割合の期間推移

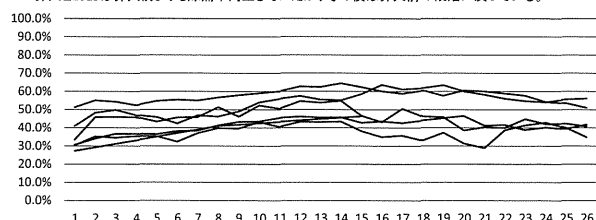
### 解析データの期間

- プレ：2012年5月～6月
- 連続：2012年7月～9月
- 介入：2012年10月～2013年3月
- 2013年：2013年4月～12月
- 2014年：2014年1月～12月
- 2015年：2015年1月～5月27日

### 結果

#### 入院後日数と除痛率の推移 [全ての痛み]

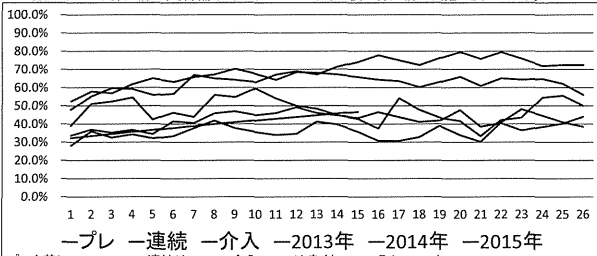
介入と2013は介入前よりも除痛率向上していたが、その後は介入前の段階に戻っている。



—プレ—連続—介入—2013年—2014年—2015年  
 プレを基に、2014・2015はN.S.で、連続・介入・2013は良くなっている(P<0.05)。  
 介入を基に、2014・2015は悪くなっている(P<0.01)、2013は良くなっている(P<0.001)。

**結果**  
入院後日数と除痛率の推移〔がんの痛み〕

介入と2013は介入前よりも除痛率向上していたが、その後は介入前の段階に戻っている。

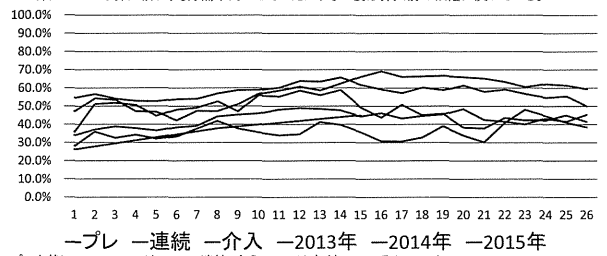


プレを基に、2014・2015は連続はN.S.で、介入・2013は良くない(P<0.05)。介入を基に、2014・2015は悪くはない(P<0.01)。(2013はN.S.)

5

**結果**  
入院後日数と除痛率の推移〔がん+治療・検査の痛み〕

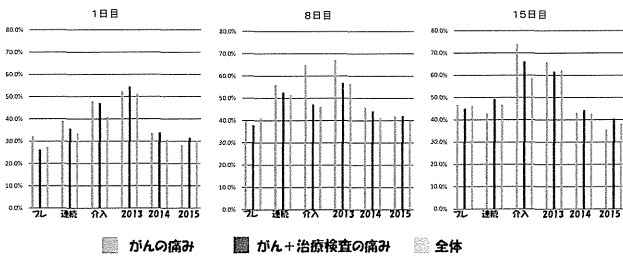
介入と2013は介入前よりも除痛率向上していたが、その後は介入前の段階に戻っている。



プレを基に、2014・2015はN.S.で、連続・介入・2013は良くない(P<0.05)。介入を基に、2014・2015は悪くはない(P<0.01)、2013は良くない(P<0.05)。

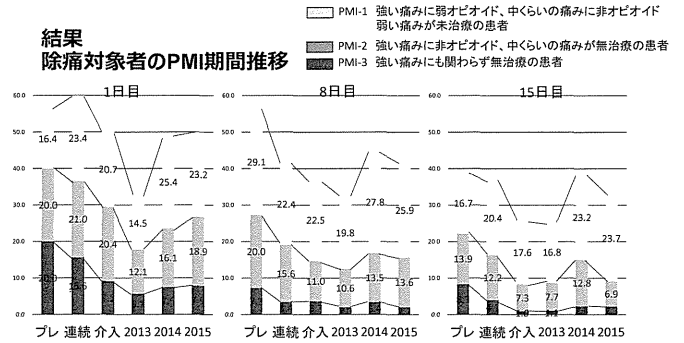
6

**結果**  
「測定」除痛率の動き



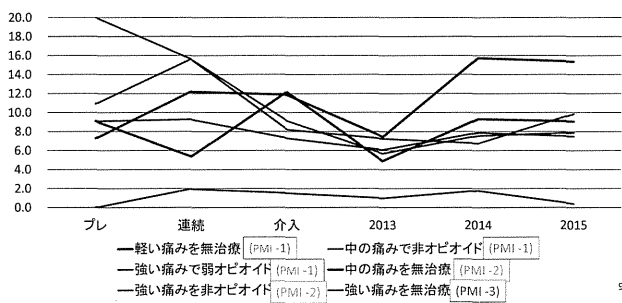
7

**結果**  
除痛対象者のPMI期間推移



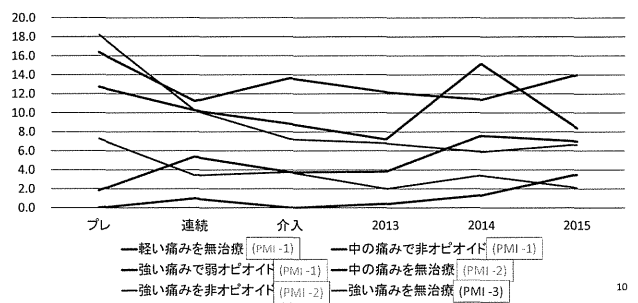
8

**結果**  
痛みの程度と治療内容別の割合の期間推移：1日目



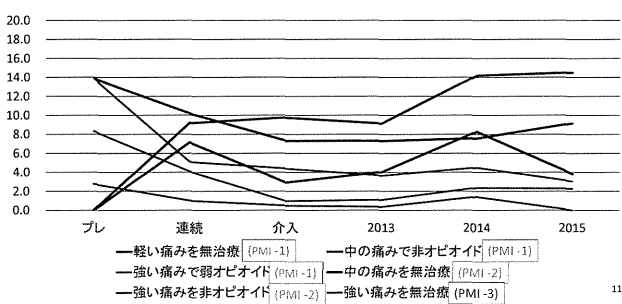
9

**結果**  
痛みの程度と治療内容別の割合の期間推移：8日目



10

**結果**  
痛みの程度と治療内容別の割合の期間推移：15日目



11

**参考）除痛率の定義**

	痛みで困り・出来ない事 (+)	痛みで困り・出来ない事 (-)
痛みの治療 (+)	①	②
痛みの治療 (-)	③	除外

基本的に、痛みの治療をしていない人は困っている

除痛率 =  $\frac{②}{①+②+③}$

「痛みで出来ないこと、困っていることがある」と答えた、あるいは「鎮痛薬を服用している」と答えた患者を分母として、その中で「痛みで困っていることや、できないことがありますか」に対して「ない」と答えた患者の割合とし、質問紙においては痛みの有無、および診療録より鎮痛薬服用の有無を抽出した上で算出。

12

## 結果の概要

- 除痛率は介入以降、いったん向上したが、2014,2015年で介入前の状態に戻っている。
- 日数がたつにつれ、各期間PMIの値が負を取る者の割合は全体的に低下。
- PMI-3の患者の割合は2013年以降、減少/維持。
- PMI-2の患者の割合は2013年以降やや増加傾向。
- PMI-1の患者の割合は2014年,2015年には介入前より増加傾向。
- 痛みの程度と治療内容別の割合の期間推移では、
  - 全体的に軽度の痛みで無治療の患者が増加している。
  - 8.15日目には、中程度の痛みで非オピオイドの処方が入前横ばい（10-15%）。
  - 中程度の痛みを無治療2014,2015で介入前の状態に戻っている。

13

## 考察

- 強度の痛みの者への対処状況は介入後も継続して良好。
- 薬剤が不適切な患者は介入後も一定数あり、課題の1つ。  
ただし、オピオイドスイッチングの最中の患者やPMI-3からPMI-2.-1に流れ込んだ患者の存在もあろう。
- 介入の影響でスクリーニングが徹底された可能性がある。  
しかし、その一方で、スクリーニング結果から対処へと至らない可能性がある。
- 軽度の痛みで困っている患者が見逃されている可能性がある。  
(痛みの種類の割合は年によって大きな変わり無し)

患者は、「NRS：0-4/10」かつ「困っている」と訴えている  
⇒スクリーニングから対処が行われていない？  
⇒鎮痛薬を内服しつづけている患者が増加？

14

## まとめ

- PMI-3の患者のしめる割合は介入期以降低下し、現場の意識が高まったと考えられる。
- 介入期以降スクリーニングが浸透し、除痛対象が増えた可能性があるが、その一方、スクリーニング結果を治療へとつなげられていない可能性がある。
- 今後の除痛率改善のためには、軽度～中程度の痛みがあり困っている患者になぜ介入が行われないのかの原因の探索と介入方法を検討する必要がある。
- 適切な薬剤が選択されていない可能性がある患者が一定数いるので、そうした患者が現場でどのように抽出されているのかを査定する必要がある。

15

## 参考資料

16

## 患者数が少数でも疼痛スクリーニング？

活用法：

- 診療科毎にフィードバック、一覧表示

6月26日結果		NRS	治療
消化器内科	○山口夫	5	NSAID
	川○太郎	3	なし
	上○トメ	7	ACA
耳鼻咽喉科	□藤○子	7	NSAID
	□村△美	9	なし

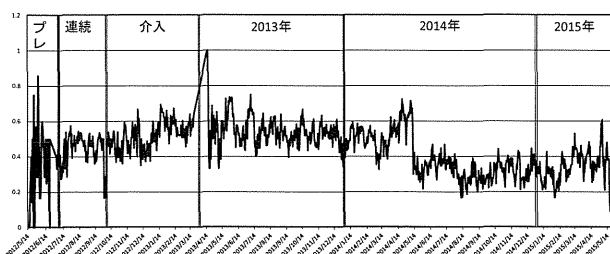
17

## 除痛率の数字は出せないのか？

- 分母が小さいと乱高下
- 毎日スクリーニングしていれば、
  - 入院何日目、(例えば初日、は期間を長く取れば、Nが増える)
  - 移動平均をとることもできる  
=幅をもって、前後10日をとる：  
6月26日の値として(6月16日～7月6日)の平均  
6月27日の値として(6月17日～7月7日)の平均

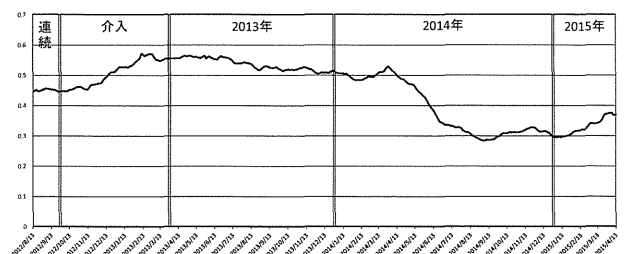
18

## 測定除痛率 (2012/5/14～2015/5/25)



19

## 測定除痛率 (3ヶ月の移動平均：2012/8/13～015/5/13)



20

## 痛みの変化を捉えることも可能

期間：2013年4月16日～2015年5月27

総患者数：4052人

- 一度も除痛対象にならなかった患者 2020人
- 除痛対象者になったことがある患者 2032人
- 除痛対象外から除痛対象になったことのある患者 865人 (21.0%)
- 未除痛→除痛になったことのある患者1156人 (56.9%)
- 除痛→未除痛になったことのある患者767人 (37.5%)

榊原 直喜<sup>1,2</sup> 東 尚弘<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科

<sup>2</sup> 国立がん研究センターがん対策情報センター がん政策科学研究所

## 抄録

【目的】2012-2015年の疼痛データを統合し、これまでの傾向と課題について検討する。

【方法】2012年5月～2015年5月27日までの青森県立中央病院における、SPARCS対象の全がん患者（入院）を対象とした。解析期間を①プレ（2012年5月～6月）、②連続（2012年7月から9月）、③介入（2012年10月～2013年3月）、④2013年（2013年4月～12月）、⑤2014年（2014年1月～12月）、⑥2015年（2015年1月～5月27日）とし、入院後日数と除痛率の推移、測定「除痛率」の動き、除痛対象者のPMIの期間推移、および、痛みの程度と治療内容別の割合についての記述統計を行った。

【結果】入院後日数と除痛率の推移については、痛みの種類にかかわらず、プレ期間と比較し介入期と2013年で除痛率は向上した（プレを基に介入・連続共に $P<0.05$ ）。しかし、2014年、2015年でプレ期と同程度の除痛率に戻っていた（プレを基に2014・2015 N.S., 介入を基に2014・2015  $P<0.01$ ）。「測定」除痛率の動きも、入院初日・8日目・15日目共に、プレ期から除痛率は上昇し2013年をピークにその後低下しプレ期の状態に戻っていた（1日目：プレ[27.3%]⇒2013年[51.3%]⇒2015年[30.3%], 8日目：プレ[41.03%]⇒2013年[56.7%]⇒2015年[39.9%], 15日目：プレ[46.3%]⇒2013年[62.4%]⇒2015年[38.2%]）。除痛対象者のPMI期間推移では、日数が経つにつれ各期間PMIの値が負を取る者の割合が全体的に低下し、PMI-3の割合は著しい低下を認めた。しかし、期間別で見ると除痛率同様にPMIの値が負を取る者の割合はプレ期から低下するものの2013年を境に再度プレ期の割合に近づくという傾向が1・8・15日の全てにおいて共通して認められた。また、どの日数においても期間比較において2013年からPMI-1, -2の割合は増加傾向にあった。痛みの程度と治療内容別の割合の期間推移では、全体的に軽度の痛みで無治療の患者が増加していた。また、中程度の痛みが無治療である患者の割合は2014,2015で介入前の状態に戻っていた。8・15日目においては、中程度の痛みで非オピオイドが処方されている緩和の割合が介入前から常に一定数（10～15%）おり、横ばいであった。

【考察】強度の痛みの者への対処状況は介入後も継続して良好である。薬剤が不適切な患者は介入後からも一定数おり、課題の1つである。ただし、オピオイドスイッチングの最中の患者やPMI-3からPMI-2・1に流れ込んだ患者の存在もありうる。介入の影響でスクリーニングが徹底された一方で、スクリーニング結果から対処へと至らない可能性が有る。特に軽度の痛みで困っている患者が見過ごされている可能性がある。

【まとめ】PMI-3の患者のしめる割合は介入期以降低下し、現場の意識が高まったと考えられる。介入期以降スクリーニングが浸透し、除痛対象が増えた可能性が有るが、その一方、スクリーニング結果を治療へとつなげられていない可能性がある。今後の除痛率改善のためには、軽度～中程度の痛みがあり困っている患者になぜ介入が行われないのかの原因の探索と介入方法を検討する必要がある。また、適切な薬剤が選択されていない可能性が有る患者が一定数いるので、そうした患者が現場でどのように抽

出されているのかを査定する必要がある。



# 医療環境における患者の体験・認識が がん患者の疼痛マネジメントに対する バリアへおよぼす影響

榊原直喜<sup>1,2</sup> 東尚弘<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科  
<sup>2</sup> 国立がん研究センターがん対策情報センター がん政策科学研究所

## 用語の解説： 疼痛マネジメントに対する患者関連のバリア

- 患者関連のバリアは、疼痛マネジメントを妨げる要因となる人間の心理的概念（信念・価値など）を中心に捉えられている。
- 痛みをレポートする事や鎮痛薬使用に対する患者の沈黙・不本意・妨げとして行動に現れる。

ex.

- ・ 鎮痛薬に対する悪いイメージや間違った認識
- ・ がんの痛みはどにもならないという諦めや思い込み
- ・ 医療者への不信任やコミュニケーションの障害
- ・ 我慢する習慣など

⇒これらは人間の心理的概念が起因している事が多い

臨床でも良くある現象  
として遭遇する

2

## 背景

- ◆ 疼痛マネジメントの質向上の一方、1/3の患者は不十分な疼痛マネジメントを受けている [Greco MT, 2014]
- ◆ 日本においても十分な疼痛マネジメントができていないとは言えない [Akiyama M, 2012] [Okuyama T, 2004].
- ◆ 不十分な疼痛マネジメントは患者の内面の要因（患者のバリア）、医療従事者の技能や医療システムの要因に起因する [Kwon, 2014]
- ◆ 疼痛マネジメントに対する患者のバリアの存在は疼痛治療に影響を及ぼしQOLを低下させる [Ward SE, 1993] [Gunnarsdottir S, 2002]
- ◆ 患者を中心に医療従事者や医療システムは相互に関連しあっているので、これらの医療環境が患者の疼痛マネジメントに対するバリアに影響を及ぼしている可能性は高い。

3

## 目的と意義

- ◆ 目的  
がん疼痛マネジメントにおいて、患者関連のバリアの原因となっている医療における患者の体験・認識を明らかにすること。
- ◆ 意義  
医療者の意識改革やシステム改善の必要性を提言することで、患者のバリア払拭につながる。  
バリア払拭により、疼痛マネジメントの質向上に寄与しえる。

4

## 方法

- ・ デザイン：横断研究
  - ① 自己記入式質問紙法 + データベースより情報収集
  - ② インタビュー
- ・ データ収集期間：2015年7月1日～7月31日（予定）

5

## 方法

- ・ 対象：青森県立中央病院のがん患者
  - ・ データ収集期間内に入院中のがん患者全員（300名程度）
  - ・ 外来化学療法センターに通院中の患者（150名程度）
- ・ データ収集方法：
  - ① がん診療センターのリストよりがん患者を抽出
  - ② 該当患者に自己記入式質問紙を配布・回収
  - ③ 回答はSPARCSデータベースと統合

6

## 調査項目

- 患者基本情報および医療情報
  - ① 患者基本情報：年齢、性別、婚姻状況
  - ② がんの情報：がん種、転移部位、初診時ステージ、診断日、治療歴、治療ステータス(初発・再発)
  - ③ 疼痛の情報：疼痛の有無・種類・程度(NRS)・鎮痛薬の情報
  - ④ その他：PS、PMI、痛み以外の症状など

7

## 調査項目

- JBQ-II（米「The Barriers Questionnaire II」の日本語版）
- ・ 患者のバリアを5つの側面から捉える。
  - ① 生理学的影響（鎮痛薬に対する生理学的な悪いイメージや間違った認識）
  - ② 運命論（がんの痛みはどうにもできないという諦めや思い込み）
  - ③ コミュニケーション（医療者への不信任や誤解・我慢する習慣）
  - ④ 有害な影響（副作用や患者が有害であると捉えていること）
  - ⑤ 病気の進行（あらゆる痛みをがんと直結させて捉える恐怖など）
- ・ 全30項目からなり、サブスケールの得点と総得点を算出する。
- ・ 得点が高いほどバリアが高いことを示す。

8

## 調査項目

➢ 医療環境における患者の体験・認識（仮）

・ バリアの予測因子となりうる医療環境を患者の視点からみた質問票で以下の内容を含む。

- ① 医師や看護師の態度と言動
- ② 苦痛の訴えに関する経験と医療者から受けた対応
- ③ 診断時からの情報提供とその必要性の認識
- ④ 医療における嫌な体験やイメージ

9

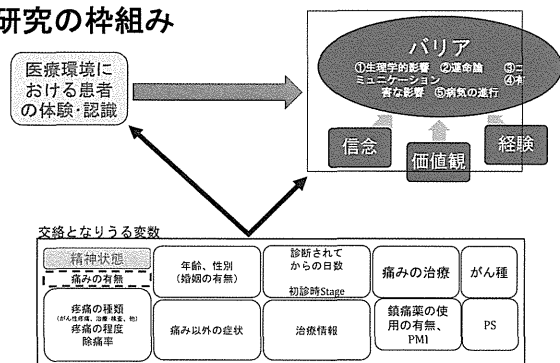
## 調査項目

➢ 精神的指標（The Kessler 6-item distress scale；K6）

- ・ 抑うつ・不安を測定する6項目、5件法の尺度
- ・ 過去1ヶ月の抑うつ、不安症状を評価
- ・ 得点範囲：0～24点
- ・ カットオフ：鬱（13+）  
気分不安障害抑うつ状態（9+）  
一般住民の心理的ストレス（5+）
- ・ 鬱に対する感度80%、特異度75%

10

## 研究の枠組み



11

## 分析方法 1

### ◆メイン解析

- ・ バリアを従属変数、療養環境における患者の体験を独立変数とした多変量解析にて予測因子を明らかにする。
- ・ その際、バリアと交絡となり得るものを検討し、必要時補正して解析する。

### ◆サブ解析

- ・ 患者関連のバリアと医療環境以外の因子の関連について検討する。  
【Ex. ≪年齢 - バリア - 痛みの程度や除痛≫の関連など】
- ・ 痛みの有無、基本情報、その他の層分けを行いバリアの頻度や構成を検討する。  
痛みの有無、年齢、性別、疾患、精神状態、など

12

## 今後の予定

- ・ データ収集方法の具体的な打ち合わせ
- ・ 青森県立中央病院倫理審査委員会への追加申請
- ・ 倫理委員会の許可後、データ収集開始

### ◆結果の公表

博士論文の作成、学会発表、学術誌への投稿、報告書の作成、など

13

## 文献

- Akiyama MT, Morita T, et al. Takebayashi. (2012). Knowledge, beliefs, and concerns about opioids, palliative care, and homecare of advanced cancer patients: a nationwide survey in Japan. *Support Care Cancer*. 20(5), 923-931.
- Furukawa TAR, Slade T, Andrews GK, Kessler. (2003). The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychol Med* 33(2), 357-62.
- Greco MTA, Corli O, Deandrea S, Bandieri E, Cavuto S, Apolone G, Roberto. (2014). Quality of cancer pain management: an update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer. *J Clin Oncol*. 32(36), 4149-4154.
- Gunnarsdottir SH, Segin RC, Voge C, Ward S, Donovan. (2002). Patient-related barriers to pain management: the Barriers Questionnaire II (BQ-II). *Pain* 99(3), 385-396.
- Kessler RCP, Colpe LJ, et al. Barker. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry*. 60(2), 184-89.
- KwonHyujung. (2014). Overcoming barriers in cancer pain management. *JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY*. 32(16), 1727-2117.
- Okiyama T, Akechi T, Mendoza TR, Hosaka T, Cleeland CS, Uchitomi Y, Wang. (2004). Adequacy of Cancer Pain Management in a Japanese Cancer Hospital. *Jpn J Clin Oncol*. 34(1), 37-42.
- Serlin RCT, Nakamura Y, Edwards KR, Cleeland CS, Mendoza. (1995). When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain*. 61(2), 277-284.
- Te Bieweld NM, Burger N, Jisseldijk M, Vissers K, Engels Y, Vernooij-Dassen. (2013). Pain and its interference with daily activities in medical oncology outpatients. *Pain Physician*. 16(4), 379-389.
- van den Beuken-van Everdingen MHR, Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J, de. (2007). High prevalence of pain in patients with cancer in a large population-based study in The Netherlands. *Pain*. 132(3), 312-20.
- Ward SEN, Miller-McCauley V, Mueller C, Nolan A, Pavlik-Plank D, Robbins A, Stormoen D, Weissman DE, Goldberg. (1993). Patient-related barriers to management of cancer pain. *Pain* 52(3), 319-324.
- World Health Organization. (2002). World Health Organization National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines. 2nd edition PP88. Geneva: World Health Organization.

榊原 直喜<sup>1,2</sup> 東 尚弘<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究所

<sup>2</sup> 国立がん研究センターがん対策情報センター がん政策科学研究所

## 抄録

表題の研究を SPARCS の枠組の中で行うことを検討している。以下にその概要を記す。

【背景】多くのがん患者は疼痛で苦しみ [van den Beuken-van Everdingen MH, 2007]、痛みがある患者は日常生活の様々な部分へ影響する [Te Boveltdt N, 2013]。がん疼痛マネジメントの質は向上しているにもかかわらず、約 1/3 の患者はいまだに十分な疼痛マネジメントを受けていない [Greco MT, 2014]。日本においても、その状況はそう変わらない [Akiyama M, 2012] [Okuyama T, 2004]。不十分な疼痛マネジメントは、患者の内面的な要素（患者のバリア）、医療従事者の技能や医療システムの要因に起因する [Ward SE, 1993] [Gunnarsdottir S, 2002] [Kwon, 2014]。患者を中心に医療従事者や医療システムは相互に関連しあっているため、これらの医療環境が患者の疼痛マネジメントに対するバリアに影響を及ぼしている可能性は高い。患者視点での医療環境のどのような部分が患者関連のバリアの予測因子となっているかを明らかにすることで、医療従事者の意識改革やシステムの改善について検討でき、疼痛マネジメントの質向上が期待できる。【目的】がん疼痛マネジメントにおいて、患者関連のバリアの予測因子となっている医療環境における患者の体験・認識を明らかにする。【方法】対象はデータ収集期間内に青森県立中央病院に入院している全がん患者（300名程度）、および、同期間中に外来化学療法センター通院中の全患者（150名程度）である。患者は、SPARCS 対象患者であり、該当患者に自己記入式質問紙を配布・回収し、得られた情報はデータベース（カルテ、がん登録の情報などから抽出されたデータ）と結合する。調査内容は、①患者基本情報および医療情報、②The Japanese version of the Barriers Questionnaire II ; JBQ-II（患者のバリア測定尺度）、③「医療環境における患者の体験・認識」に関する質問票、④The Kessler 6-item distress scale ; K6（精神状態）である。得られた情報から、患者のバリア（②）を従属変数、医療環境（③）を独立変数とした多変量解析にて患者関連のバリアの予測因子を探索する。その際、バリアと交絡や交互作用となり得る変数（①④など）を検討し解析する。【倫理的側面】青森県立中央病院の倫理審査委員会に追加申請予定。【研究成果の公表予定】博士論文の作成、学会発表、学術誌への投稿、報告書の作成

【その他】今後、データ収集方法の具体的な打合せを行い、倫理審査後データ収集開始予定。

※文獻はスライドをご参照ください

青森県立中央病院  
山下 慈

2014年10月から痛みやつらさのスクリーニング結果をもとに、緩和ケアチーム専従看護師らが痛みで困っている患者をラウンドし、緩和ケアチームで院内のリソースの活用や苦痛緩和のための推奨などを行ってきた。2015年4月から痛みで困っている患者をラウンドする主担当者（緩和ケアチーム専従看護師）が変わり新しい体制になったことで、本システムの運用に問題がないか課題と対策を検討した。研究方法は、緩和ケアチームに所属する専従看護師1名と専任薬剤師2名である。インタビューは半構成面接とし、「痛みで困っている入院患者への対応をして感じていること」、「痛みで困っている患者の内、重度な患者の抽出方法」である。面談内容はMDレコーダーに録音し、録音内容を逐語録に書き起こした。逐語録をデータとし、内容分析の手法を参考に質的帰納的に分析した。分析の結果、大カテゴリー【】は、「可能な疼痛治療がなされていても決まって生じる痛み」「疼痛治療を希望しない困っている患者の痛み」「病棟看護師の痛みの聴き取り結果の違い」から生じる【痛みで困っている患者をラウンドすることの無意味さ】、「活用されることのないデータをスクリーニングすることの無意味さ」から生じる【スクリーニングすることの無意味さ】、「評価されていない痛みの原因」「経験したことのない診療科」「痛みを評価するコミュニケーション」から生じる【痛みを評価することの難しさ】、「主科ではない立場の難しさ」「多職種との連携の難しさ」から生じる【横断的な活動をするための難しさ】、「専門性違いによる痛みの対応の難しさ」から生じる【痛みへの対応への難しさ】の思いが明らかになり、本システムを運用するにあたって上記の課題を緩和ケアチームや院内で体制整備を検討する必要があると考える。また、「患者が治療を望むかどうか」で【痛みで困っている重症患者の抽出】を行っていることも明らかになった。ラウンドする担当者によって抽出する条件が異なることは、一般化する上で問題があり、抽出する条件を設定することが重要である。さらに、【痛みで困っている患者のラウンドすることの意味】として「気軽に相談できる場」が挙げられた。緩和ケアチームに相談するまでではないと主科が考えているケースをみつける、または適切な対応がなされるきっかけづくりになっており、今後この利点が活かされるプログラムの開発を他研究者と検討を重ねていく予定である。

がん疼痛等の苦痛患者抽出のための緩和ケアチーム  
看護師等によるスクリーニングと介入プログラムの開発

青森県立中央病院  
山下 慈

痛みで困っている入院患者への対応  
緩和ケアチームでの課題

- ・2015年4月～痛みで困っている入院患者への対応担当者を変更  
緩和ケアチーム専従看護師(緩和ケア認定看護師)1名  
緩和ケアチーム配属になった看護師(ジェネラリスト)2名  
緩和ケアチーム専任薬剤師2名  
緩和ケアチーム兼任看護師1名(緩和ケア認定看護師)1名  
ラウンド率40% 月平均40名/3人
- ・痛みで困っている入院患者から重症患者を抽出できなくなった  
テレビ会議での症例検討ができなくなり、中止することもあった  
理由:痛みで困っている重症患者がいない
- ・今、当院の緩和ケアチームで抱えている一番の問題

痛みで困っている入院患者への対応について  
緩和ケアチームが感じていること

1. 対象  
緩和ケアチーム専従看護師1名  
(4月～専従配置、臨床経験12年目、緩和ケア認定看護師3年目)  
緩和ケアチーム専任薬剤師2名  
(緩和ケア薬物療法認定看護師1名:緩和ケアチーム7年目、3年目)
2. 研究方法  
(1)データ収集方法  
半構成面接によるインタビューを行った。インタビュー内容は、「痛みで困っている入院患者へ対応して感じていること」、「痛みで困っている患者の内、重度な患者の抽出方法」である。面談内容は、MDレコーダーに録音し、得音内容を逐語録に書き起こした。  
(2)分析方法  
逐語録をデータとし、内容分析の手法を参考に質的帰納的に分析した。

緩和ケアチームが感じていること

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
痛みで困っている患者をラウンドすることの無意味さ	可能な疼痛治療がなされていても決まって生じる痛み  疼痛治療を希望しない困っている患者の痛み  病棟看護師の痛みの聴き取り結果との違い	放射線治療を継続することによって生じる痛み  何もしてほしくないことを望む患者 薬が増えることを拒む患者  前ならえの記載 診療科による精度の違い 病棟と緩和ケアチームとのNRSの違い 頻度の高い痛みの評価の違い 診療録と痛みの聴き取りノートの違い 医師の抵抗 看護師の抵抗

緩和ケアチームが感じていること

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
スクリーニングすることの無意味さ	活用されることのないデータをスクリーニングすることの無意味さ	痛み以外の質問項目
痛みを評価することの難しさ	評価されていない痛みの原因  経験したことのない診療科  痛みを評価するコミュニケーションスキル	病棟看護師がわからない痛みの原因 前医からの痛みだからがんとは関係ない  痛みをアセスメントできない  痛みを聴きだす教育を受けていない 会話の中で聴きだすことの難しさ

緩和ケアチームが感じていること

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
スクリーニングすることの無意味さ	活用されることのないデータをスクリーニングすることの無意味さ	痛み以外の質問項目
痛みを評価することの難しさ	評価されていない痛みの原因  経験したことのない診療科  痛みを評価するコミュニケーションスキル	病棟看護師がわからない痛みの原因 前医からの痛みだからがんとは関係ない  痛みをアセスメントできない  痛みを聴きだす教育を受けていない 会話の中で聴きだすことの難しさ

緩和ケアチームが感じていること

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
横断的な活動をするものの難しさ	主科ではない立場の難しさ  多職種との連携の難しさ	病棟の看護師が一番わかっている その科の人間ではない  医師とのやりとりに抵抗 看護師とのやりとりに抵抗

緩和ケアチームが感じていること

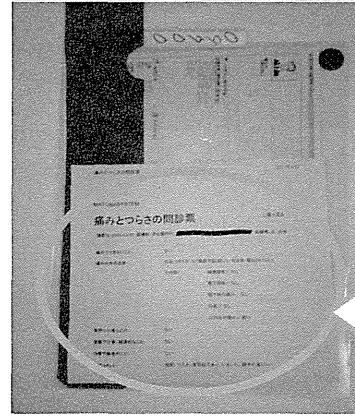
大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
痛みで困っている重度患者の抽出方法	患者が治療を望むかどうか	薬が増えることに抵抗する患者 痛みの治療を望まない患者
痛みで困っている患者をラウンドすることの意味	気軽に相談できる場	緩和ケアチームに相談するまでではないと考えている患者への対応

痛みで困っている入院患者への対応について  
緩和ケアチームが感じていること  
ぜひ、相談したい

課題と対策

- 痛みで困っている重度の患者を抽出する方法の検討
- 痛みで困っている患者への対応
  - 緩和ケアチームスタッフへの教育
  - 緩和ケアチームの対応に関する体制整備を再検討
- 緩和ケアチームで対応するためにはどうしていったらいいのか
  - 病棟看護師の精度について再評価と教育
  - 聞き取りの精度が、評価の感度が問題かを再評価
  - 現場看護師にインタビュー調査
- 院内に痛みで困っている患者への対応を院内に周知徹底
- 抵抗のある医療者は気長にゆっくり対応

スクリーニングとその後の対応の方法

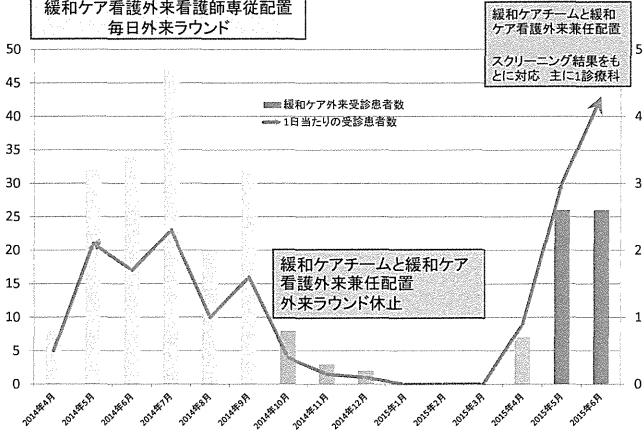


痛みとつらさの問診結果  
問題がある場合はプリントアウト  
して医師に報告します

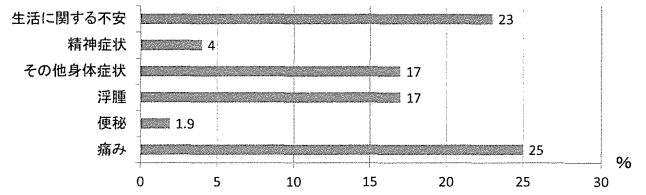
iPadに登録した内容は診療録の条件を  
満たしている  
問診から記録、集計、評価の業務が1患者あたり1分から3分程度で可能となる

- 痛みで困っている事
- 痛み以外の症状で困っていること
- 気持ちのつらさ
- 経済的、家族の心配
- 治療や検査結果等に関する説明の希望

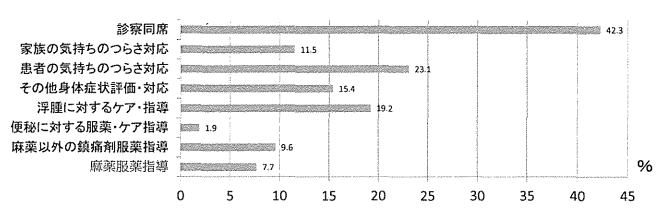
外来スクリーニング結果を基にした緩和ケア看護外来の活動評価



緩和ケア看護外来で抽出した患者の問題 (n=52)



緩和ケア看護外来で抽出した患者の問題への対応 (n=52)



スクリーニングとその後の対応による外来の変化

- ★化学療法の有害事象への対応  
皮膚症状を観察し、化学療法を中止し皮膚科に頼診依頼
- ★患者の痛みや胸部違和感など身体症状を把握し、精査及び治療に繋がった症例
- ★トリアージの機能  
外来待ち時間に血痰・SpO<sub>2</sub>80%台で我慢していた患者の状態をスクリーニングにより早期発見し、呼吸器科に入院にした症例
- ★治療への説明を希望し、面談の調整
- ★待ち時間に看護師が聞き取りを行うことで訴えを聞いてくれたと感じている

緩和ケア看護外来による外来患者への対応

- ★消化器内科1診療科を対象に、スクリーニング結果をもとにした対応を試験運用中
- ★毎日、消化器内科外来看護師とカンファレンス、スクリーニングした患者の10%~5%を対象に医師など多職種と連携し対応
- ★痛みや痛み以外の身体症状が中程度以上の患者を対象にすることが多く、困っている患者の抽出条件を中程度以上にすることを要望

緩和ケアチームラウンドメンバーが感じていること

カテゴリー	サブカテゴリー	文脈の抽出
痛みで困っている患者をラウンドすることの無意味さ	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者要因: 可能な疼痛治療がなされてもいてもらって生じている痛み</li> <li>放射線治療を継続することによって生じている痛み</li> <li>疼痛治療を希望しない困っている患者の痛み</li> <li>何をしてもほしくないことを望む患者 痛みが増えることを拒む患者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「ほぼ確実に照射中の痛みがわかず、アズグリとか、アズキシとか、あとほかアロイドそのほか、そういうのは打っているんですよ」</li> <li>「生活に困っているかといえ、もちろん食事の時に痛いと困って、なんだけれども(放射線治療)、それ以上のものはない。その、物に当たるとはほいというわけでもないという人がやはり多い。「大丈夫だよ」という人が多い。」「患者さんに直接聞いてます。まあ最初は言わずに、良くなることを信じているか、いまいか、困ってしまっている、これどうするか、お話を聞いていたらおもしろくてもいいという人もいます、いや、してほしくないという人もいます。」「何か相談してるとまた案が増えるんですよという患者もいるし」</li> <li>「痛いのはないはずがないので、患者さんに対して、かなかなか困っているとか、こうしてほしいとかありますからね、いや、別に食事する時だけだから大丈夫だよ」という回答が圧倒的に多くて、」</li> </ul>
医師要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>病棟看護師の痛みの聞き取り結果との違い</li> <li>病棟と緩和ケアチームとのNRSの違い</li> <li>頻度の高い痛みの評価の違い</li> <li>診療科と痛みの聞き取り手段の違い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「(困っている患者のリストに) 気がついても、痛みがあったのは1週間前です、今はまったく気づいてない人がいたり。」「(Aさんに)聞いたら、右ならで全部おたかされて、病棟の看護師さんが聞いてるから当然に知らなくて。」「(前ならに)なって、聞かなくて、困ってると「困っていない」って言われることがけっこうある」</li> <li>「(精度が高い)と意味がないよね」</li> <li>「(病棟)でもNRS最高に痛い時8だとしても、実際行ってみるとさか、ちょっとずれがある」</li> <li>「科にも差がある」</li> <li>「病棟ではNRS最高に痛い時8だとしても、実際行ってみるとさか、ちょっとずれがある」</li> <li>「10人行けば、6人痛みが違う」</li> <li>「明らかにあれなんだけれど、検温表に書いてある数字(NRS)と違うんだも、それが、」「明らかに診察室で本人に聞いた時に、これはそのままじゃないというのがある。それと病棟にも聞かないし、」</li> </ul>

緩和ケアチームラウンドメンバーが感じていること

カテゴリー	サブカテゴリー	医師の拒絶	文脈の抽出
痛みで困っている患者をラウンドすることの無意味さ	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の拒絶</li> <li>医師の拒絶</li> <li>看護師の拒絶</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「(医師に) ころはこころの考えがあって、この薬剤にしているし、あと、薬剤を出さなかりたい。」「(医師に) こころの考えがわからないでいって先生から言われた」「薬剤どうですかとかは言ったりしないので、そういうの言くとなんかけつう反応があるようなので、薬剤の変更よりは、推奨したい時はこちらにコーパスで聞いてからにしたい」</li> <li>「看護師がいないでいって」</li> <li>「看護師がいないでいって」</li> </ul>	
スクリーニングすることの無意味さ	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の拒絶</li> <li>医師の拒絶</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「一週間1回聞いていいるか(医師以外に相談できる人がいますか)は何のために聞いていいるのかは問のためにあるのかとは思っていませんので、一週間1回聞いていいるか...あれは何かこう使われてるわけではなく...」</li> </ul>	
痛みを評価することの難しさ	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の拒絶</li> <li>医師の拒絶</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「(病棟) 何の痛みでしようか、分らないんですって」って言う回答がけっこう多かった」</li> <li>「(病棟) 痛みの原因、前医からの痛みだから、前医からの痛みだから、前医からの痛みだから、それを再度評価してほしい」</li> <li>「(病棟) 痛みの原因、前医からの痛みだから、前医からの痛みだから、前医からの痛みだから、それを再度評価してほしい」</li> </ul>	
痛みを評価することの難しさ	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の拒絶</li> <li>医師の拒絶</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「(病棟) 痛みの原因、前医からの痛みだから、前医からの痛みだから、前医からの痛みだから、それを再度評価してほしい」</li> <li>「(病棟) 痛みの原因、前医からの痛みだから、前医からの痛みだから、前医からの痛みだから、それを再度評価してほしい」</li> </ul>	
痛みへの対応の難しさ	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の拒絶</li> <li>医師の拒絶</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「(病棟) 痛みの原因、前医からの痛みだから、前医からの痛みだから、前医からの痛みだから、それを再度評価してほしい」</li> <li>「(病棟) 痛みの原因、前医からの痛みだから、前医からの痛みだから、前医からの痛みだから、それを再度評価してほしい」</li> </ul>	

緩和ケアチームメンバーが感じていること カテゴリ 積極的な活動をする ことの見直し	主科ではない立場の難しさ 多職種との連携の難しさ	その科の人ではない 医師とのやりとり 看護師とのやりとり に抵抗 「先生どう対応したらいいかわからないです。そうやって書かないでほしいって聞かれました」 「問診票シートを毎朝看護婦さんに「すみません」って書いて、誰のシートを見せてくださっています。あれはね、結構な精神的な負担になります」	文脈の抽出 「やめて一歩思うのが、病棟の看護婦がやっぱり一番わかっていると思うんですよね。みんなが知っていることでも、 「その科の人ではない」 「(医師とのやりとり) 難しいです。すいて抵抗ありますね。というのは、外発中に電話をかけると思えるのを見てです。」 「抵抗があるので、リーダーに「これを伝えてもらっていいですか?」と言ったりしてはいます」 「先生どう対応したらいいかわからないです。そうやって書かないでほしいって聞かれました」 「問診票シートを毎朝看護婦さんに「すみません」って書いて、誰のシートを見せてくださっています。あれはね、結構な精神的な負担になります」
痛みで困っている患者 ラウンドでの重症 患者を抽出方法	患者が治療を望むかどうかで抽出	薬が増えることに抵抗 する患者 痛みを望まない患者	「患者さんに聞いています まあ原則に言うんですけど、良くなることを望んでいるか、いいかげんという人かによります。これでもう付き合っていくなら何もなくてもいいっていう人もいます。いや、してほしいって思っている人はやっぱりたくさんいるんですけど、まあ痛みが増えるでしょう」 「困っているよっていう人は病棟に確認、こっちがしたいなと思って、やっぱりその人が望まない場合は(しない)。 「なんか、いろいろあった方がいいなと思って、やっぱりその人が望まない場合は、レスキューの使い方の提案したりとか、そういうことまでとどめておいてはいます」
痛みで困っている患者 ラウンドすることの意味	医師に相談できる場	緩和ケアチームに相談 するまでではない と考えている患者への 対応	「病棟も先生も困っていたんだだけでも、やっぱり緩和ケアチームに相談するまでではないと思うような人とかをこちらにピックアップできてる」 「やっぱり先生も困っている人はやっぱりたくさんいるんですけど、まあ痛みが増えるまでではないんですけど、やっぱり緩和ケアチームに相談するまでではないと思うような人とかをこちらにピックアップできてる」

# 琉球大学病院における スクリーニング導入の現状及び 沖縄県内のフィールドの規模と確保 および今後の進め方

増田 昌人<sup>1)</sup>、<sup>2)</sup>、笹良 剛史<sup>3)</sup>、棚原 陽子<sup>2)</sup>、多和田 慎子<sup>2)</sup>、  
伊波 華<sup>2)</sup>、吉澤 龍太<sup>4)</sup>、新屋 洋平<sup>5)</sup>、中村 清哉<sup>2)</sup>

- 1) 琉球大学医学部附属病院がんセンター
- 2) 琉球大学医学部附属病院緩和ケアセンター
- 3) 友愛会南部病院緩和医療科
- 4) 那覇市立病院看護部
- 5) 沖縄県立中部病院緩和医療科

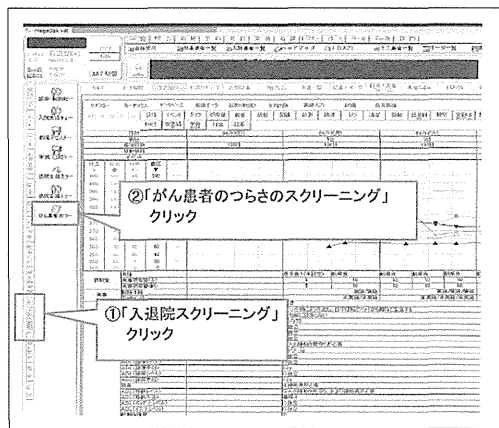
## 琉球大学病院におけるスクリーニング導入の現状1

- 2008年9月 沖縄県がん診療連携協議会緩和ケア部会発足  
緩和ケア部会主導で琉球大学病院で除痛率調査開始。緩和ケア  
リンクナースを中心に病棟看護師が月に1回患者さんのベッドサ  
イドで調査票を用いて聞き取り調査を行った。その後、調査を継  
続できた病棟は3病棟
- 2010年12月 緩和ケア部会年度計画:除痛率調査を県内の主要病院で行う→  
沖縄県全体としては未実施に終わった
- 2011年4月 第3回緩和ケア室連絡会議で初めて疼痛除去率が報告。以後は  
毎回報告
- 2011年12月 緩和ケア部会年度計画:疼痛除去率の調査→12月から、拠点病  
院3病院(琉球大学病院、那覇市立病院、県立中部病院)+主要  
病院2病院(豊見城中央病院、南部病院)で調査を開始  
この年度から、的場班からご指導をいただく
- 2012年4月 緩和ケア部会年度計画:痛みのスクリーニングと除痛率調査  
がん患者に対する全例スクリーニング(入院患者は連日、外来患  
者は毎回)を目標にする
- 2015/6/26 2015年度第1回の場班 2

## 琉球大学病院におけるスクリーニング導入の現状2

- 2013年4月 第1回の場班参加(佐久川薬劑師、棚原看護師)  
6月 第1回除痛率改善研究会;参加人数は113名(16施設)  
7月 第2回の場班参加(笹良医師、増田)  
10月 入院がん患者全例連日の痛みのスクリーニングが概ね達成
- 2014年1月 SPARCS方式によるがん患者のつらさのスクリーニングを導入  
2月 的場先生から訪問病棟指導→SPARCS方式ほぼ全病棟導入へ  
7月 第1回の場班参加(笹良医師のみ)  
11月 第2回の場班参加(中村医師、棚原看護師)  
12月 第2回除痛率改善研究会;開催参加人数:81名
- 2015年2月 電子カルテ更新  
2月 緩和ケアセンター長・がんセンター長から全診療科長へ、外来で  
の痛みのスクリーニングを行うように依頼文書  
3月 第3回の場班参加(佐久川薬劑師、安次富看護師)
- 2015/6/26 2015年度第1回の場班 3

## 琉球大学病院におけるつらさのスクリーニング1



2015/6/26 2015年度第1回の場班 4

## 琉球大学病院におけるつらさのスクリーニング2 電子カルテのテンプレート

がん患者のつらさのスクリーニング  
G1. 24時間以内の痛み(あり/なし)  
G12 痛み以外の身体症状のスクリーニング

毎日チェック

1) だるさ  
2) 食欲低下  
3) 口の渇きと痛み  
4) 吐き気・嘔吐  
5) 便秘傾向: 便秘傾向 / 軽い便 / 普通便 / 軟便  
6) 睡眠: 良好 / 短い / 寝つき悪い / 途中で起きる

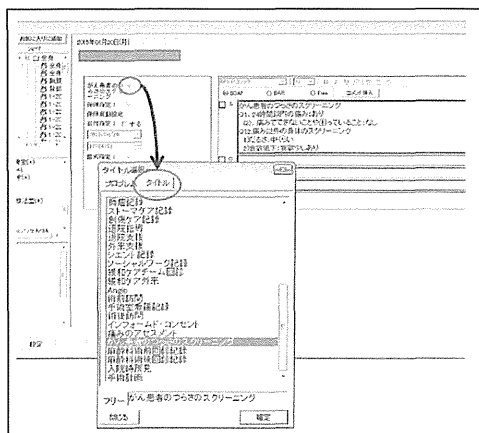
G13 身体以外のスクリーニング(がん、病歴、検査、コミュニケーション)

1) 気持ちの落ち込み: ない / 少し / 中位 / 強い  
2) 不安やイライラ: ない / 少し / 中位 / 強い  
3) 家族や仕事、経済的な気がかり: ない / 少し / 中位 / 強い  
4) 治療や検査のことでわかりにくいことや聞きたいこと: 聞きにくい / 聞きかたがある  
5) 治療や検査についての意思: 考えが固まらずに悩んでいるか: 十分 / ある程度 / 少し / ほとんどない / わからない  
6) 治療、生活、家族、仕事、経済的などについて相談できる人はいますか?: いる / いない

1. 入院時  
2. 毎週1回  
3. 状態変化時

2015/6/26 2015年度第1回の場班 5

## 琉球大学病院におけるつらさのスクリーニング3



2015/6/26 2015年度第1回の場班 6

## 琉球大学病院における今後の進め方

1. 入院患者のスクリーニングを完全にする
  2. 外来患者のスクリーニングを開始し、その割合を高める
  3. 除痛率のデータ公開
    - (1) 院内への公開
      - ①リンクナース会議、②緩和ケアセンター連絡会議、③がんセンター運営委員会だけではなく、④臨床教授会、⑤診療委員会、⑥病院運営委員会などの病院の公式・非公式の会議で公開していく
    - (2) 院外への情報公開
  4. 琉球大学病院におけるフィードバックシステムの開発を行い、その評価を行う
- 今後の課題

2015/6/26 2015年度第1回の場班 7

## 沖縄県内のフィールドの規模と確保

現在の対象病院		新規がん患者数(件/年)
1	琉球大学病院 県拠点病院	1,200
2	豊見城中央病院 がん専門医療機関(沖縄県)	600
3	南部病院 緩和ケア病棟を持つ医療機関	400

今後の対象病院		新規がん患者数(件/年)
1	県立中部病院 地域拠点病院	900
2	那覇市立病院 地域拠点病院	900
3	県立宮古病院 診療病院	200
4	北部地区医師会病院 支援病院(沖縄県)	200
5	県立八重山病院 支援病院(沖縄県)	200

2015/6/26

2015年度第1回の場班

8

## 沖縄県立中部病院のスクリーニングの現状

### 【外来】

- 対象:オピオイドが処方されている患者
- 実施者:外来看護師
- 項目
  - (1)痛みの強さ(NRSもしくはフェイススケール)
  - (2)副作用(便秘、吐気、眠気)の有無
  - (3)不眠の有無

### 課題

- 医療用麻薬を使用していないがん患者は対象ではない(オピオイドの適正使用が主目標) →全員にひろげる(Nsサイドの聞き取りの手間をどうするか?)
- 気持ちの辛さのスクリーニングは行っていない →希望する人のみに対象者を絞る

### 【入院】

- 対象:入院時に全患者
- 実施者:病棟看護師
- 項目
  - (1)鎮痛剤を使用している
  - (2)痛みのために日常生活に支障がある
  - (3)気持ちの辛さがある
  - (4)患者または家族が専門チームに相談したいと思っている

### 課題

- 鎮痛薬の使用無し患者は継続フォローから漏れる
- 毎日スクリーニングするシステムをどう導入するか

2015/6/26

2015年度第1回の場班

9

## フィールドの規模と確保に関する今後の進め方

- がん患者に対する全例連日スクリーニングへの参加
  - 緩和ケア部会
  - 緩和ケア研修会
  - 宮古医療圏・八重山医療圏がん医療連携協議会
  - 個々の病院長への直接依頼
  - 協議会会長名で、拠点病院・診療病院・支援病院への参加協力お願い
- 沖縄県全体でのフィードバックシステムに関する検討

2015/6/26

2015年度第1回の場班

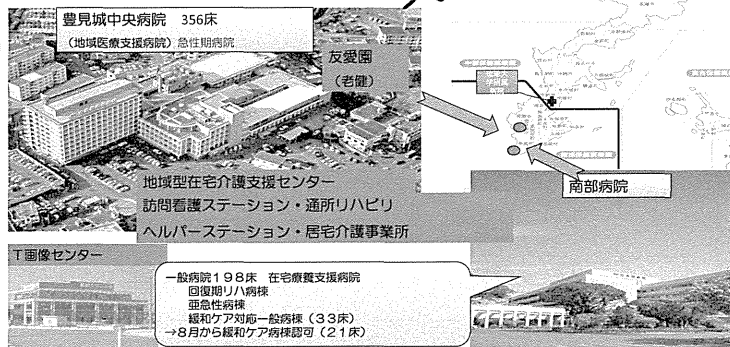
10

## 沖縄県地域中核一般病院(がん拠点病院以外)における疼痛スクリーニング

社会医療法人友愛会南部病院・豊見城中央病院  
緩和ケアチーム  
笹良剛史 朝川恵利 高見洋二

H27年の場班会議

### ちばん南の社会医療法人友愛会



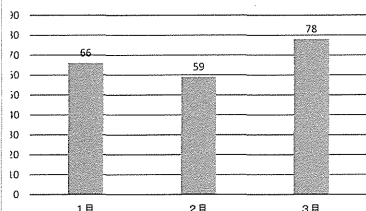
沖縄本島南部  
人口約20万

## 背景

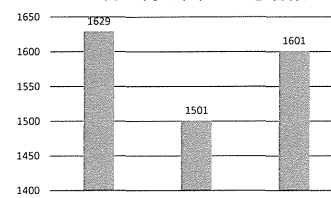
- 当院は沖縄県南部の豊見城市に位置する地域医療支援、研修指定機能をもつ一般総合病院、
  - がんの診断、手術、化学療法は行っている
  - 放射線施設はなく。がん拠点病院ではない
- 緩和ケアチーム加算なし
  - 専従のがん疼痛認定看護師が配置されているが、身体緩和医は兼任、4月より常勤の精神科医着任、緩和ケアチームに参加
- 友愛会南部病院(糸満市)を核とする緩和トライアングル
  - 緩和ケア病棟と訪問看護ステーション、訪問診療部、包括支援センターが連携
  - 豊見城中央病院の後方支援機能

豊見城中央病院: ベッド数 375床  
H26年間総退院患者数: 13487人 (前年度13629人)  
H26年間がん患者退院数: 1059人 (前年度979人)  
H26がん患者退院比率: 7.2%

H27. 1月~3月: 入院がん患者数



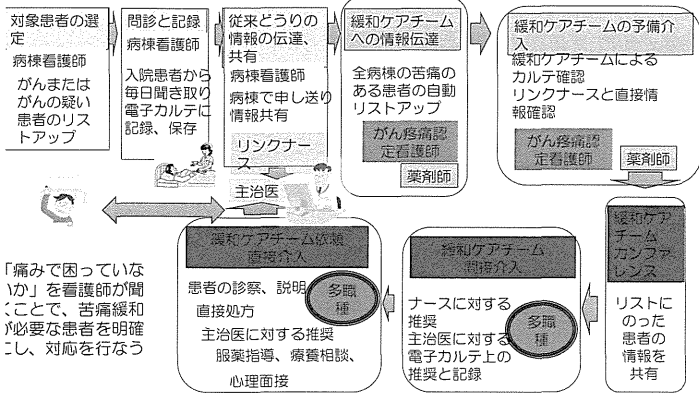
H27. 1月~3月: 外来がん患者数



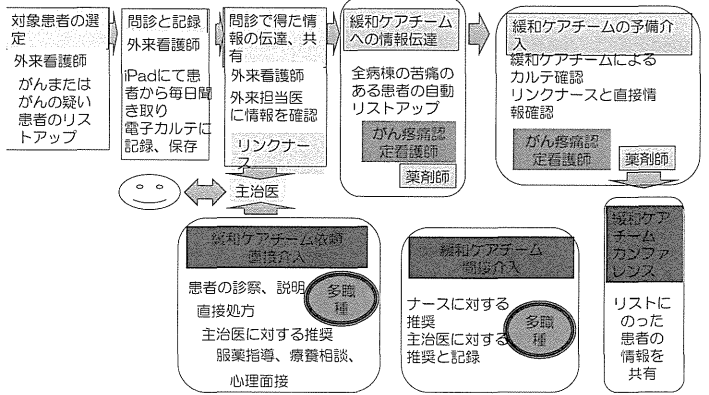
## 当法人における疼痛スクリーニングの経緯

- 平成20年6月に緩和ケアチームを発足させ、活動を開始した。
- 平成21年10月より、名古屋緩和カンファレンス(名古屋パック)における方法を参考に、入院がん性疼痛患者に対する除痛率調査を開始。
- 平成25年度よりSPARKSをもとに情報システム課による問診スクリーニングと除痛率算出のシステム導入
- 一般病棟看護師対象に基本的な知識の評価
  - 疼痛評価方法、WHO方式の認識調査
- 一般病棟看護師への疼痛評価、治療法に関する出前mini講座の実施
- 疼痛スクリーニングを日常業務化する病棟を少しずつ拡大
- 緩和ケアチームカンファレンス時に除痛率報告
  - 「チームに依頼されていないが痛みで困っている患者」の拾い上げ
  - 病棟担当薬剤師や認定看護師の介介に利用

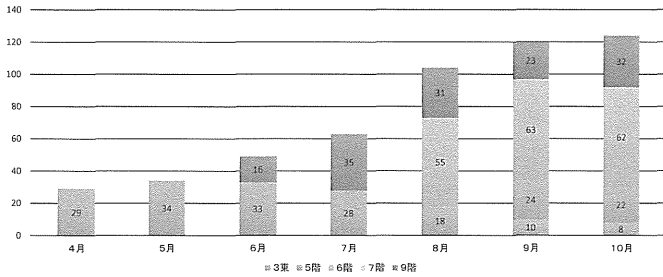
## 入院患者の苦痛スクリーニングと運用フロー



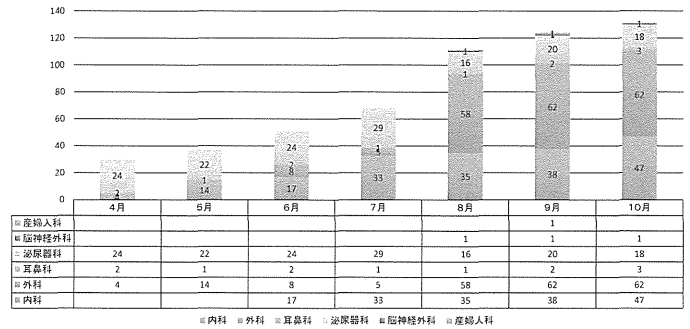
## 外来患者の苦痛スクリーニングと運用フロー



2014年4月～10月 病棟別疼痛スクリーニング実施患者数



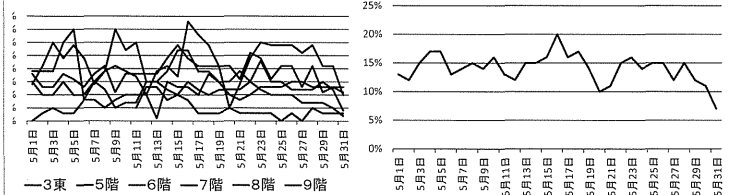
診療科別疼痛スクリーニング実施患者数



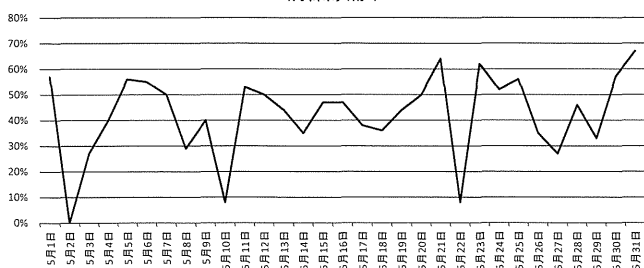
## 疼痛スクリーニングシート運用の流れ

スクリーニング開始時期	病棟	ベッド数
H26.1月～試験運用開始	5階：泌尿器科、小児科、耳鼻科	38床
H26.6月～	9階：消化器内科	40床
H26.7月～	6階：外科	42床
H26.8月～	3東：呼吸器内科、神経内科	41床
H26.11月～	7階：全個室	26床
H27.5月～	8階：婦人科、整形外科、形成外科	40床
H27.6月～	3北：腎臓内科、膠原病、リウマチ科	34床
H27.7月開始予定	3新：整形外科	40床
H27.8月開始予定	3西：循環器内科	41床

6病棟(227床)スクリーニング使用率比較



6病棟除痛率



## 看護師からみた問題点

- 教育、導入
  - シート開始直前アンケートからWHO方式疼痛治療法や疼痛評価法、STAS-JIについて言葉だけ知っている、全く知らないと70%が答えている一ことから教育内容など十分検討し計画する必要があった
  - これまで勉強会など行なってきていなかった事もあり、開始が早急だったと思われる
  - 教育の継続が必要(シートの結果から症例検討など)
- 対象患者の選択、日常業務としての問題
  - がんと予測されるが高齢で確定診断を希望されない方の評価はどうするか病棟で混乱
  - 以前がんと診断されているが、根治されているであろう患者さんは対象となるのか、業務負担感
- 医師へのフィードバックや多職種での共有に生かされていない
  - 医師に対する院内での啓発、フィードバックシステム
  - 医師の説明
- システムの問題
  - アルゴリズムに不備があり、除痛率が0-100%
  - 記録として見づらいため修正が必要



## これからの予定

- ・ 全病棟看護師への疼痛緩和と教育講座実施とスクリーニング周知徹底
- ・ 電子カルテにおけるスクリーニング業務および集計システムの完成
- ・ 病院全体、看護部、医局会、診療録委員会と疼痛スクリーニング日常業務化の周知とコンセンサスの確定
- ・ 主治医、病棟看護スタッフへの迅速なフィードバックの実施
- ・ 患者・家族への疼痛スクリーニングの広報、周知
- ・ 対応できる緩和ケアチーム力の向上 勉強会の定期開催開始
- ・ 薬剤師を主体とするSCOPE回診の導入
- ・ 南部病院の緩和ケア病棟以外の病棟への導入
- ・ 外来通院患者に対するipad導入 病院に提案承認済み
- ・ がん以外の疼痛スクリーニングに利用:課題
- ・ 他の病院、診療所、在宅とのスクリーニング方法、データの共有化も課題

## 沖縄県立中部病院 がん性疼痛スクリーニングの現状

- ・ 外来 対象:オピオイドが処方されている患者  
実施者: 外来看護師  
痛みの強さ(NRSもしくはフェイススケール)、副作用(便秘、吐気、眠気)の有無、不眠の有無
- ・ 入院 対象:入院時に全患者  
実施者:病棟看護師が以下の4項目をチェック
  - ① 鎮痛剤を使用している
  - ② 痛みのために日常生活に支障がある
  - ③ 気持ちの辛さがある
  - ④ 患者または家族が専門チームに相談したいと思っている
 ※①はSTAS-Jにて2以上、②～④にチェックがあれば緩和ケアチームに連絡するようになっています

## 沖縄県立中部病院 がん性疼痛スクリーニングの課題

- ・ 外来
  - ① 医療用麻薬を使用していないがん患者は対象ではない(オピオイドの適正使用が主目標) →全員にひろげる(NSサイドの聞き取りの手間をどうするか?)
  - ② 気持ちの辛さのスクリーニングは行っていない →希望する人のみに対象者を絞る(どうやって?)
- ・ 入院
  - ・ 鎮痛薬の使用無し患者は継続フォローから漏れる
  - 毎日スクリーニングするシステムをどう導入するか

## 沖縄県がん診療連携協議会からのお願い

全がん患者に対する

苦痛の日常的スクリーニングが必須になりました。  
 外来や病棟での問診票や看護師の聞き取り記録などのスクリーニングで得られた苦痛の評価を確認してください。  
 その上で、苦痛の緩和のための自分でできる指示、処方と相談室や緩和ケアチーム、専門家へのサポート依頼などの対応をするよう、ご協力をお願いします。  
 緩和ケアチーム：〇〇〇〇、相談室に〇〇〇〇にご連絡を

## おしえてください あなたの痛みとつらさ 困ったこと 気がかりなこと

- ・ 外来や病棟で
- ・ 痛みなどの体の症状、気持ちのつらさなど、こまったことについて問診を行います。
- ・ iPadや質問票を用いてあなたの困ったことを把握します。
- ・ 痛みや辛さの程度は数字や図を使って評価します
- ・ その上で
- ・ すぐに解決できる問題はすぐに
- ・ じっくり皆さんで相談したほうがいいことは、チーム医療で解決します
- ・ 看護師さんや担当係による問診にご協力をお願いします



痛みや辛さの程度	数字	図
軽微	1	顔文字
中等	2	顔文字
重症	3	顔文字

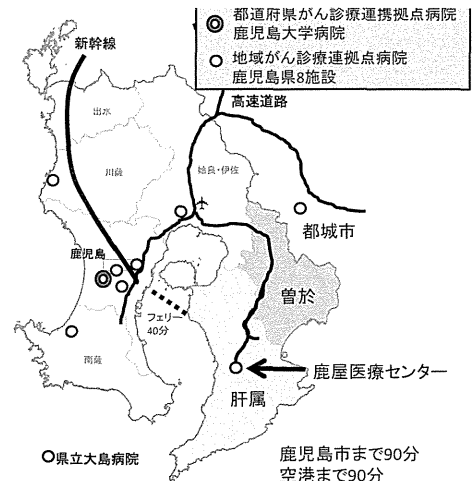
## 鹿屋医療センターにおけるフィールドの規模と確保および今後の進め方

県民健康プラザ鹿屋医療センター  
原口優清



人口(万人)	鹿屋市
鹿児島県	170.6
鹿児島市	60.5
肝属	16.4
曾於	8.6
大隅(肝属・曾於)	25.0

南北100km  
東西50km



〇県立大島病院

鹿児島市まで90分  
空港まで90分

## 鹿屋医療センター概要

沿革	昭和24年鹿児島県立鹿屋病院として発足 平成13年県民健康プラザ鹿屋医療センターへ 名称変更
病床数	186床（150床で運用）
医師数 診療科	21名 内科3、循環器科3、外科4、小児外科1、脳神経外科2、 産婦人科2、放射線科2、小児科3、麻酔科1
休診	整形外科、耳鼻科、眼科
医療方針	大隅全域（4市5町）の中核病院として地域医師会と連 携し二次医療を中心に医療を提供している。 （紹介率82％）

## 鹿屋医療センター 病院機能

指定年月日	区分	
昭和28年4月23日	助産施設	○経済的に困窮した状態のため、福祉事務所で入所措置が決定された妊産婦の出産支援
昭和44年6月23日	二次救急病院	○時間外待機・緊急呼出し体制の実施 ○時間外の重症患者の入院受入れ
平成9年3月6日	災害拠点病院	○傷病者トリアージ訓練の実施 ○災害派遣医療チーム（DMAT）の要員育成
平成9年3月6日	エイズ治療拠点病院	○重症患者への専門治療の実施
平成14年3月28日	第二種感染症指定医療機関	○新型インフルエンザ・2類感染症患者の収容
平成14年7月1日 平成18年9月12日	へき地医療拠点病院 地域医療支援病院	○へき地の公立診療所への代診医派遣 ○各種研修の地域医療機関との共同開催等 ○地域医療機関紹介医（かかりつけ医）との共同診療
平成20年2月8日	地域がん診療連携拠点病院	
平成21年3月27日	地域周産期母子医療センター	○緊急の帝王切開手術等を必要とする妊産婦の異常（ハイリスク）分娩を支援

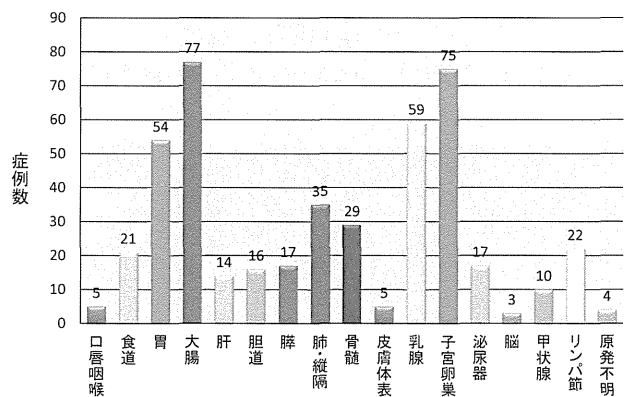
## がんの診療分類と当院での診療

消化管	肝胆膵	内分泌	呼吸器	婦人科	頭頸部	骨軟部	泌尿器	血液
食道	肝	甲状腺	肺	子宮	脳	骨	腎	リンパ腫
胃	胆嚢	乳腺	縦隔	卵巣	耳鼻	筋肉	尿管	白血病
大腸	胆管		気管		咽頭		膀胱	
小腸	膵				喉頭		前立腺	

手術は大学病院主体  
化学療法・放射線治療は可能

診療困難ながん診療  
放射線治療は可能

## 臓器別患者数 2013年がん登録から



## 鹿児島県がん拠点病院部門会 案

**生活のしやすさに関する質問票**

1. 医師、看護師、薬剤師などから必要な検査や治療、自己管理について説明を受ける機会が、必要に応じてある。必要に応じて説明を受ける機会がある。自ら必要な検査や治療を受ける機会がある。必要に応じて説明を受ける機会がある。

2. 医師、看護師、薬剤師などから必要な検査や治療、自己管理について説明を受ける機会が、必要に応じてある。必要に応じて説明を受ける機会がある。自ら必要な検査や治療を受ける機会がある。必要に応じて説明を受ける機会がある。

3. 医師、看護師、薬剤師などから必要な検査や治療、自己管理について説明を受ける機会が、必要に応じてある。必要に応じて説明を受ける機会がある。自ら必要な検査や治療を受ける機会がある。必要に応じて説明を受ける機会がある。

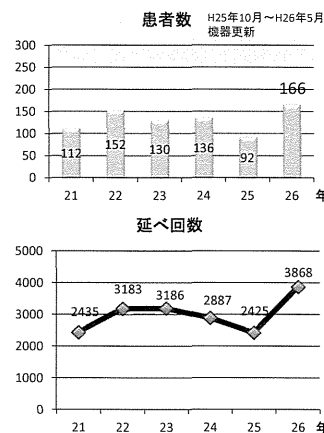
■現在の重症度は以下のとおりである。GCS-Aは4/5

痛み	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	(医師評価)
なるさ (気分が晴れない)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	(医師評価)
嘔吐 (24時間以内)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	(医師評価)
息苦しさ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	(医師評価)
吐き気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	(医師評価)
食欲不振	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	(医師評価)
水分の摂取が十分 (医師評価)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	(医師評価)
不安 (医師評価)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	(医師評価)
他の症状	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	(医師評価)
全体的評価	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	(医師評価)

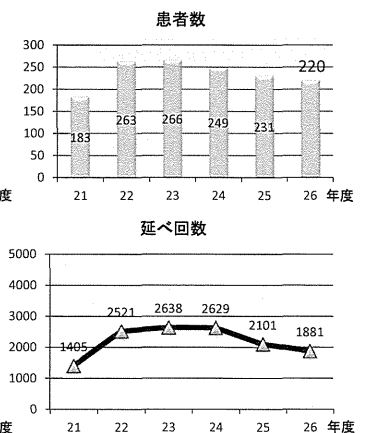
■現在の重症度は以下のとおりである。GCS-Aは4/5

意識	よく覚醒	軽・中等度の意識障害	重度の意識障害
瞳孔	対称性 2-5mm	非対称性 2-5mm	非対称性 5mm以上
眼球	対称性 正中位	対称性 偏位	対称性 上方/下方を向ける
角膜反射	存在	存在/消失	消失
睫毛反射	存在	存在/消失	消失
呼吸	自主呼吸あり	自主呼吸あり/なし	自主呼吸なし
体温	36-38℃	36-38℃/39℃以上	39℃以上
血圧	90/60mmHg以上	90/60mmHg以下	90/60mmHg以下
脈拍	60-100bpm	60-100bpm/100bpm以上	100bpm以上
呼吸数	10-20bpm	10-20bpm/20bpm以上	20bpm以上
SpO2	95%以上	95%以下	95%以下
尿量	0.5ml/kg/h以上	0.5ml/kg/h以下	0.5ml/kg/h以下

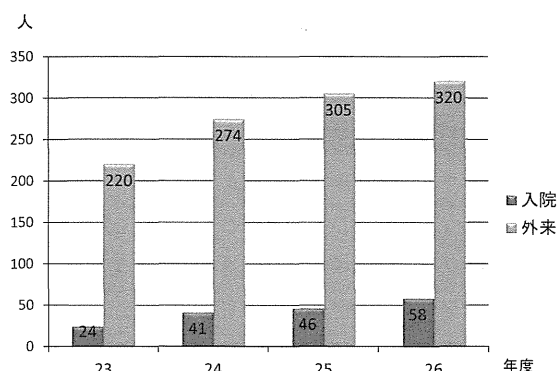
## 放射線治療



## 化学療法



## オピオイド処方患者数



## スクリーニングシステム導入に係る 当院の現状について

### 現在までの実施状況

① H26.10	青森県立中央病院でシステム概要の説明を受け見学
② H26.11	当院での導入へ向けて、電子カルテベンダ（ソフトマックス）へ概要説明
③ H27.2	導入について、病院運営協議会で説明・承認
④ H27.3	青森県立中央病院担当者来院、当院での実施に向けてネットワークの現状説明
⑤ H27.3	システムで使用する端末（iPad mini8台）購入

## 現在までの完了事項

- ① がんスクリーニングシステムの当院への導入の決定
- ② 電子カルテのネットワークの使用可能の確認  
(電子カルテベンダ及び青森県立中央病院担当)
- ③ 必要機器の一部の購入(入力末端)

## 実施のための今後の課題

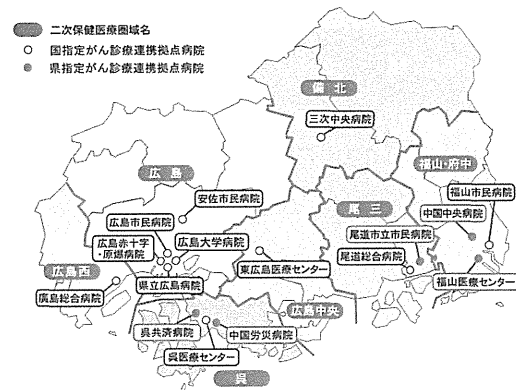
項目	内容	理由等
使用機器について	システム本体を導入するPCの確定	既存の電子カルテPCの1台を使用することで電子カルテベンダが難色を示している。
電子カルテシステム上の運用方法	・がん患者の判別の手法及び電子カルテ上の登録方法 ・電子カルテから取り出す患者情報の選定	・対象患者の判別を電子カルテ上どこに記録し拾い上げるか ・氏名・生年月日等の基本情報とその他の事項
データの入出力管理	・外来と入院での運用方法 ・取り出した患者情報のシステムへの入力方法	・対象患者の判別、誰がどのタイミングで聞き取りを行うか等 ・電子カルテ上で自動出力・システムで自動取得か、その都度人力でデータ取得か
システム全体の管理	システム導入前に再度運用面の指導必要	当院に専従のSEが不在 青森県立中央病院からの応援必要
職員への周知	院内職員向け説明会・研修	

## 市立三次中央病院におけるフィールドの規模と確保および今後の進め方

平成27年度がん対策推進総合研究事業「緩和ケアセンターを軸としたがん診療の評価と治療改善の統合に関する多施設研究」(約県研) 第1回研究会 於 日本赤十字社医療センター 5階 MFホール, 2015.6.26

佐伯俊成<sup>1)</sup>, 高廣悠平<sup>1)</sup>, 櫻本和樹<sup>2)</sup>,  
新濱伸江<sup>3)</sup>, 湯川弘美<sup>3)</sup>

市立三次中央病院緩和ケア内科<sup>1)</sup>, 同放射線治療科<sup>2)</sup>, 同看護部<sup>3)</sup>



市立三次中央病院の  
口ケースション

## 市立三次中央病院の概要

- 病床数350床 (うち地域包括ケア病床50床)
- 新規入院患者数700件/月
- 平均在院日数16日
- 病床稼働率80%
- 手術件数800件/月
- 化学療法: 外来150件/月, 入院30件/月
- 放射線治療300件/月

## 市立三次中央病院におけるがん患者の動向

- 年間新規入院総件数 9,000件
- がん患者割合: 20% (H22年調査時)
- 年間がん患者入院件数: 1,800件
- 月間がん患者入院件数: 150件
- 週日がん患者入院件数: 6-7件
- 週末・祝日がん患者入院件数: 2-3件

## データサンプリングの手順 (1)

- 新規入院した全がん患者を入院翌日の午前中に電子カルテから抽出し, 連続的に全数サンプリングする
- 入院中毎日, 日勤看護師がデータ収集を行う
- フィールド: 計5病棟 (およそ300床)
  - 5西 (消化器内科, 呼吸器内科など)
  - 4東 (消化器外科, 乳腺外科, 呼吸器外科, 泌尿器科など)
  - 4西 (脳神経外科, 眼科, 内科など)
  - 3東 (婦人科, 小児科など)
  - 3西 (耳鼻咽喉科, 口腔外科, 整形外科など)

## データサンプリングの手順 (2)

- 計画期: 2015年5月-7月
  - 倫理委員会の承認 (見込み)
  - データの電子カルテ入力テンプレート作成 (医事課と協働)
- 試行期: 2015年8月
  - 4東病棟 (外科系) でパイロットサンプリング
- 準備期: 2015年9月
  - 研究手順の修正・改善
  - 看護部を通じて本研究に関する十分な院内告知を行う
- 実行期: 2015年10月1日開始 (2016年3月31日までの6か月間)
  - 推定1日サンプリング患者総数:  $300 \times 0.2 \times 0.4 = 24$ 件
  - 推定サンプル総数:  $9,000 \times 0.2 \div 2 = 900$ 件

「緩和ケアセンターを軸としたがん疼痛の  
評価と治療改善の統合に関する多施設研究」

「岩手県立大船渡病院における  
フィールドの規模と確保及び今後の進め方」

岩手県立大船渡病院 緩和医療科長 村上 雅彦

岩手県立大船渡病院

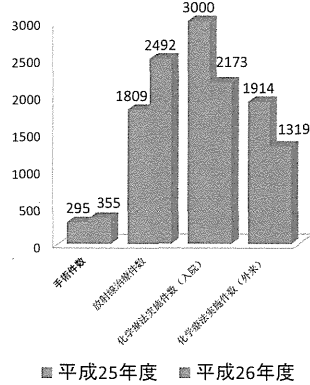
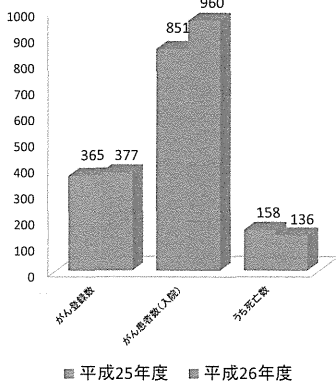


- 地域がん診療連携拠点病院
- 一般病床354床
- 常勤医41名
- 研修医13名
- 緩和ケア病棟なし

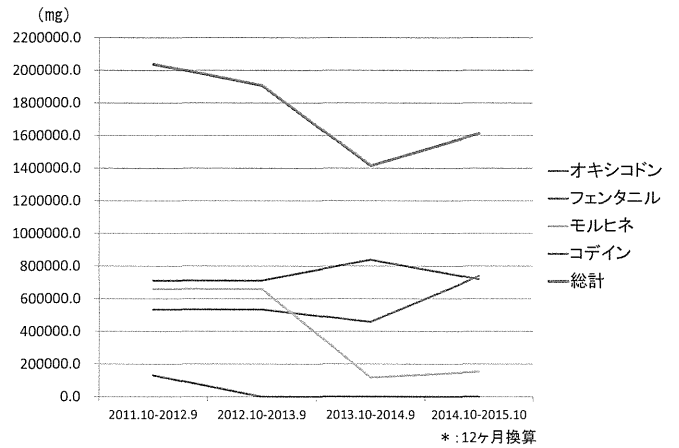
	平成25年度	平成26年度
入院患者数(精神除く)	93860	91517
外来患者数	175527	179609

がん患者数

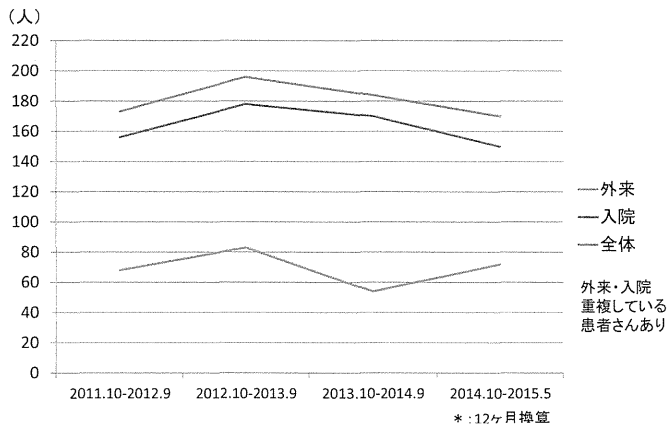
がん治療件数



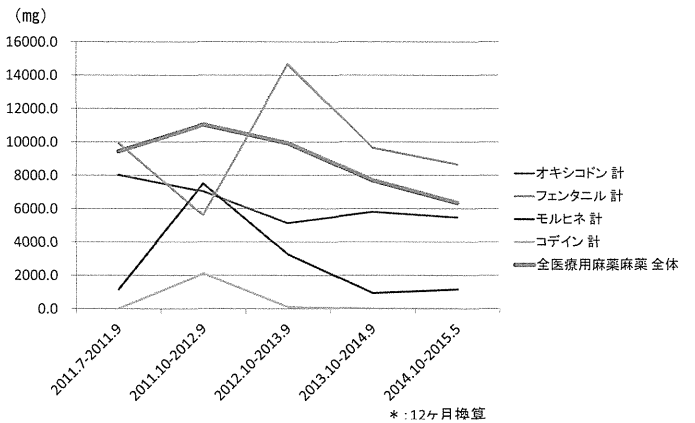
年度別医療用麻薬処方量



医療用麻薬の処方人数の推移



年度別一人当たりの医療用麻薬消費量



平成26年度岩手県立大船渡病院  
苦痛のスクリーニング研修会

- 目的
  - 本研修を通じ、患者さんの苦痛のスクリーニングをする意義を学び、職員全てが患者さんの苦痛を同じように聞き取ることができるようになるためのスキルを習得する。
- 対象: 岩手県立大船渡病院全職員
- プログラム
  - 何故苦痛のスクリーニングをしなければならないか(講義)
  - 苦痛のスクリーニングの例(動画)
  - ロールプレイ
  - ディスカッション



実際の参加者: 看護師、薬剤師、理学療法士、臨床心理士 計11名