

平成 28 年度 第 2 回班会議



# A G E N D A

日時：平成 28 年 11 月 18 日（金） 13：00 ～ 17：00

会場：日本赤十字社医療センター 12 階多目的室

## <研究代表者挨拶>

日本赤十字社医療センター 的場 元弘 (5 分)

## <発表>

1. 青森県立中央病院 三浦 浩紀 (発表 30 分 質疑応答 30 分)

発表内容：平成 28 年度 研究分担者報告および 3 年間の総括

- 全てのがん患者の苦痛のスクリーニングの開発の流れ
- 汎用型のシステム開発と実際の多施設への導入と今後の活用の可能性
- 在宅療養におけるスクリーニングシステム開発・導入状況と課題
- 病院や地域のデータをどのように結びつけるか
- 汎用型システムの多施設導入の簡素化に向けて
- 個々の施設におけるデータベースを活用してもらうための工夫  
(データをいかに扱いやすい形に落とし込むか)

2. 独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院 吉本 鉄介 (発表 10 分 質疑応答 10 分)

発表内容：平成 28 年度 研究分担者報告および 3 年間の総括

- 痛みや痛み以外の苦痛のスクリーニングに関するテレビ会議を用いた支援
- 多職種、多施設参加のテレビ会議支援の有用性と問題点
- 定期開催 VS リアルタイム（有事）開催
- テレビ会議による支援の拡大の実効性／地域ごとの分割開催の可能性（東北／九州など）

3. 長崎大学病院 龍 恵美 (発表 10 分 質疑応答 10 分)

社会福祉法人聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷浜松病院 塩川 満

発表内容：平成 28 年度 研究分担者報告および 3 年間の総括

- 緩和ケア薬物療法認定薬剤師のテレビ会議へのかかわり
- どのような場面で緩和ケア薬物療法認定薬剤師の知識や技術、経験が生かされるか
- テレビ会議システムで問題解決の薬剤師がかかわった事例

4. 琉球大学医学部附属病院 増田 昌人 (発表 5 分 質疑応答 5 分)

発表内容：平成 28 年度 研究分担者報告および 3 年間の総括

5. 社会医療法人友愛会 豊見城中央病院 堤 康晴 (発表 5 分 質疑応答 5 分)  
発表内容：豊見城中央病院におけるスクリーニング導入状況
- 導入準備の進め方
  - 導入時の問題と解決のプロセス
  - 現場での活用方法の検討
6. 岩手県立大船渡病院 村上 雅彦 (発表 10 分 質疑応答 10 分)  
発表内容：岩手県立大船渡病院の今年度の状況について（岩淵内科医院の状況を含める）
- スクリーニングの導入状況とがん患者の苦痛の拾い上げと苦痛の改善効果
  - 今後のスクリーニング実施体制構築の進め方
  - 導入時の問題点
  - 在宅での苦痛スクリーニングの導入と在宅医療チームでの情報共有
  - 在宅でのスクリーニングシステムを発展・普及させるための提言
7. 市立三次中央病院 新濱 伸江 (発表 10 分 質疑応答 10 分)  
発表内容：市立三次中央病院の 3 年間の状況総括
- スクリーニング（テンプレート）の導入によるがん患者の苦痛の拾い上げと苦痛の改善効果
  - 現場の意識（医師、看護師、薬剤師など）
  - テンプレート版のデータ活用法を一般病院の普段の臨床現場に応用することへの可能性（青森県立中央病院 山下さんから三次中央病院 SE さん宛の質問項目について）
8. 県民健康プラザ 鹿屋医療センター 西小野 美咲 (発表 10 分 質疑応答 5 分)  
発表内容：鹿屋医療センターの 2 年間の状況総括
- スクリーニングの導入によるがん患者の苦痛の拾い上げと苦痛の改善効果
  - 現場の意識（医師、看護師、薬剤師など）
  - 導入時の問題点とどのように解決したのか
  - 医師対応確認機能の活用とその効果
9. 恒心会 おぐら病院 小倉 修 (指定発言 3 分 質疑応答 2 分)  
指定発言：スクリーニングの導入開始と、今後への期待
10. 青森県立中央病院 穴水 恵利子 (コメント 5 分 質疑応答 5 分)  
コメント内容：青森県立中央病院の今年度の状況について

1 1. 医療法人北翔会 北畠外科胃腸科医院 北畠 滋郎 (発表 5 分 質疑応答 5 分)

発表内容：青森市の在宅スクリーニング状況と今後の検討課題

- 在宅での苦痛スクリーニングの導入と在宅医療チームでの情報共有
- 在宅でのスクリーニングシステムを発展・普及させるための提言

1 2. 青森県立中央病院 山下 慈 (発表 30 分 質疑応答 30 分)

発表内容：平成 28 年度 研究分担者報告および 3 年間の総括

- スクリーニングの導入とフィードバックによる患者の苦痛の軽減と問題解決に向けた取り組み導入から現場の問題解決、定着に向けた取り組みの進め方
- 入院中のスクリーニング・外来でのスクリーニングの現場導入をどのように進めたか
- 苦痛症状の医師へのフィードバックと医師の対応を促すプロセスによる患者の苦痛への対応（改善）状況と、現場の問題点への対応
- 青森県立中央病院、岩手県立大船渡病院、市立三次中央病院、鹿屋医療センター、豊見城中央病院への導入のプロセスと各地域・各施設の特徴を生かしたスクリーニングシステムの活用

1 3. 国立がん研究センター がん対策情報センター 東 尚弘 (発表 20 分 質疑応答 20 分)

国立がん研究センター がん対策情報センター 榊原 直喜

発表内容：平成 28 年度 研究分担者報告および 3 年間の総括

- 各地域、施設のデータ解析から見えてきたこと
- 収集したデータを個々の施設で活用の可能性
- 年齢別の除痛成績など全体のビッグデータの活用の可能性

※ 施設名略称・敬称略



**Matoba System**  
(仮称)

2016年11月18日  
青森県立中央病院 医療情報部  
分担研究者：三浦 浩紀

1

**第1回的場班会議後の状況**

- ▶ 病院向けシステムver.201610のリリース
  - ▶ 青森県立中央病院バージョンアップ
  - ▶ 鹿屋医療センターバージョンアップ
  - ▶ 恒心会おぐら病院へのシステム導入(入院のみ)
  - ▶ 友愛会豊見城中央病院へのシステム導入(外来のみ)
- ▶ 在宅向けシステムver.201609のリリース
  - ▶ 北畠外科胃腸科医院へのシステム導入
  - ▶ 岩淵内科医院へのシステム導入
- ▶ 大船渡病院での外来運用開始サポート

2

**アプリの変遷**

3

**ver.骨格**

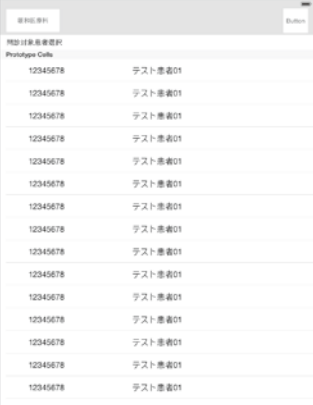
4



5



6



薬剤処方	
12345678	テスト患者01
12345678	テスト患者01
12345678	テスト患者01
12345678	テスト患者01
12345678	テスト患者01
12345678	テスト患者01
12345678	テスト患者01
12345678	テスト患者01
12345678	テスト患者01
12345678	テスト患者01
12345678	テスト患者01
12345678	テスト患者01
12345678	テスト患者01
12345678	テスト患者01
12345678	テスト患者01
12345678	テスト患者01

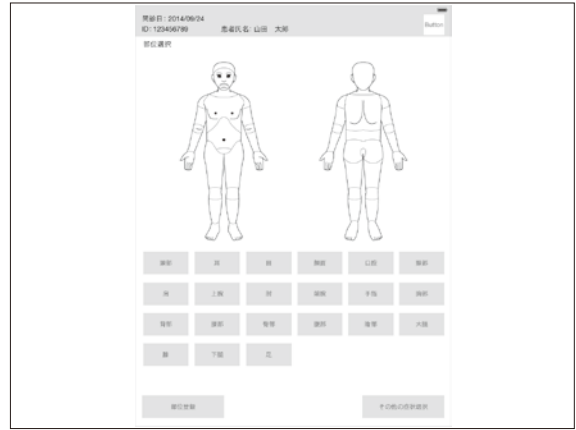
7



8



9



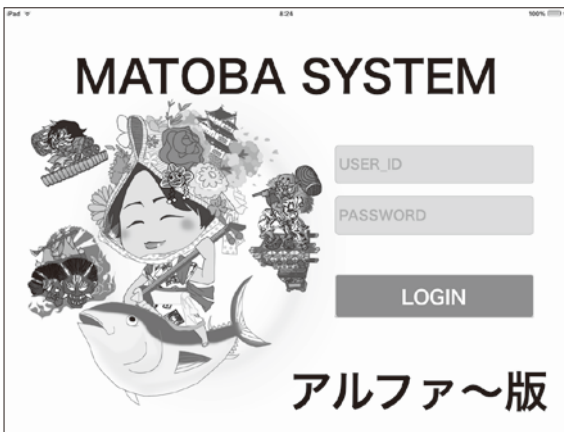
10



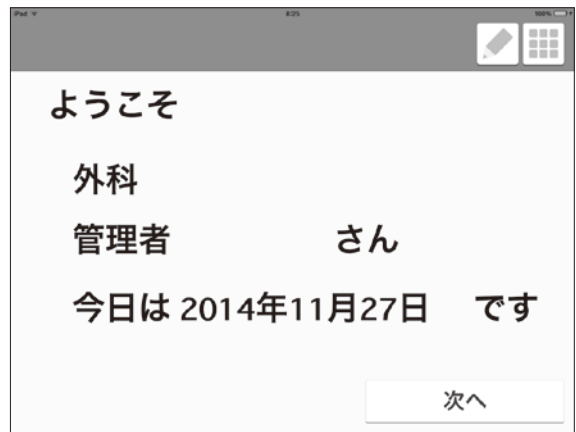
11



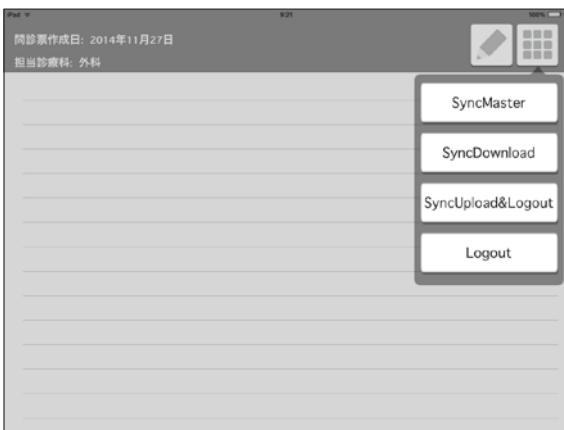
12



13



14



15



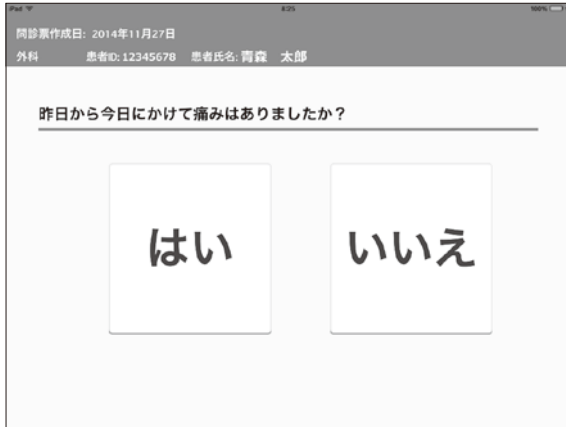
16



17



18



19



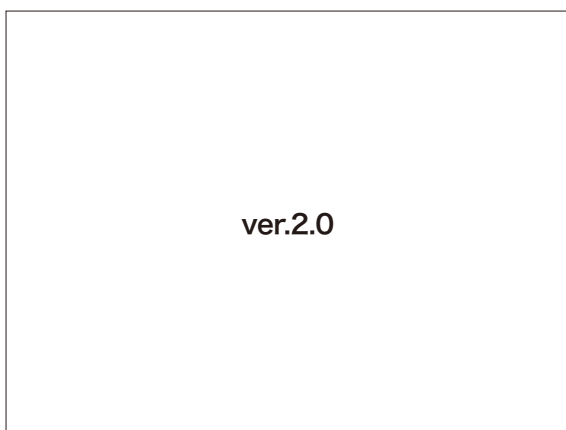
20



21



22



23



24

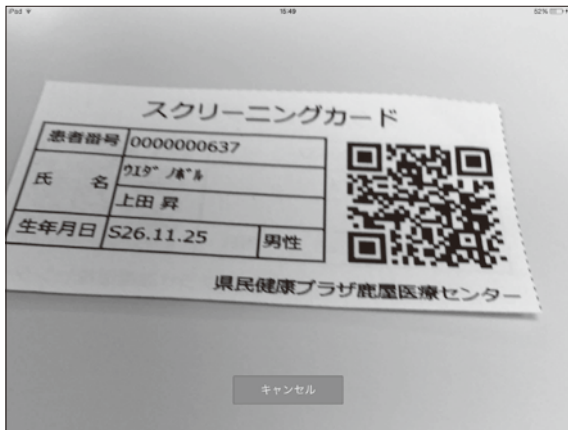




25



26



27



28



29



30



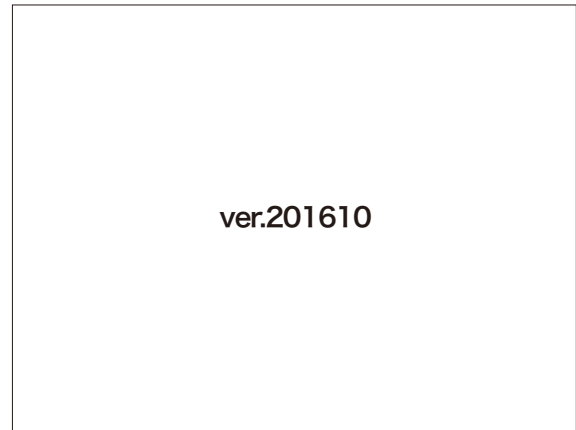
31



32



33



34



35



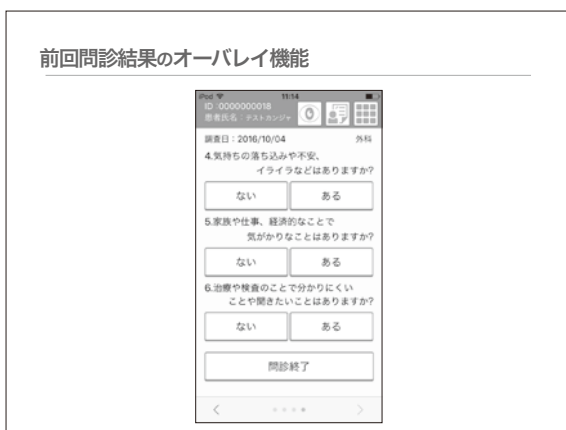
36



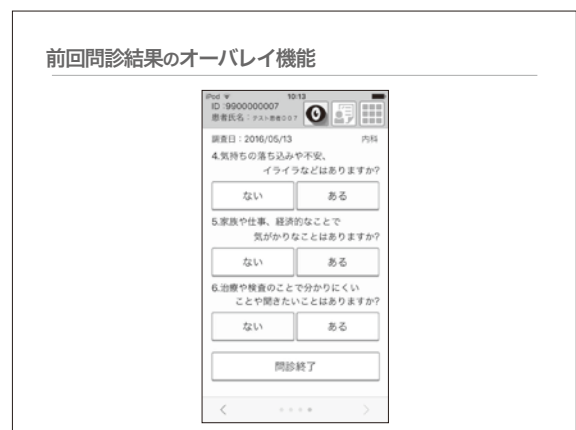
37



38



39



40

当日入院/予約外患者の随時同期機能(連携版のみ)

41

当日入院/予約外患者の随時同期機能(連携版のみ)



42

当日入院/予約外患者の随時同期機能(連携版のみ)



43

当日入院/予約外患者の随時同期機能(連携版のみ)



44

当日入院/予約外患者の随時同期機能(連携版のみ)



45

当日入院/予約外患者の随時同期機能(連携版のみ)



46

当日入院/予約外患者の随時同期機能(連携版のみ)



47

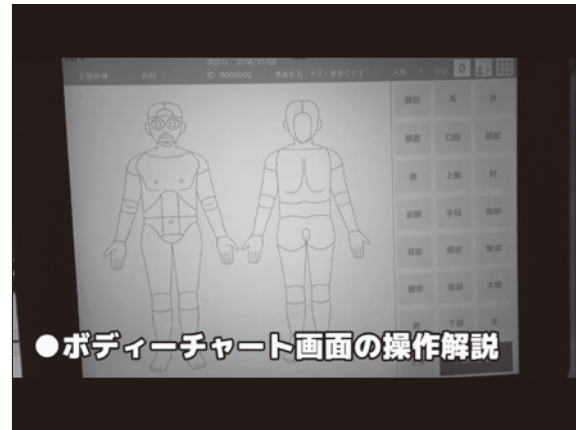
当日入院/予約外患者の随時同期機能(連携版のみ)



48

## ボディーチャートでボディタッチ入力

49



50

## アプリからの退院登録(QR版のみ)

51

## アプリからの退院登録(QR版のみ)

選択対象患者管理	選択対象患者選択		
新規登録	000000001 テスト患者001	外科	🔍🔄📄
	000000002 テスト患者002	外科	🔍🔄📄
患者検索	000000003 テスト患者003	外科	🔍🔄📄
	患者004	外科	🔍🔄📄 スキップ 退院登録
追加データアップロード	000000006 テスト患者006	外科	🔍🔄📄
	888888880 川口 外子テスト	外科	🔍🔄📄
	000000005 テスト患者005	外科	🔍🔄📄

52

## アプリからの退院登録(QR版のみ)

患者ID: 0000000004  
患者氏名: テスト患者004  
入院日: 2016/08/31  
退院日:

キャンセル 退院登録

53

## アプリからの退院登録(QR版のみ)

患者ID: 0000000004  
患者氏名: テスト患者004  
入院日: 2016/08/31  
退院日:

今日(2016/10/04) 閉じる

2016年 8月	23日
2016年 9月	23日
2016年 10月	4日
2016年 12月	31日

54

## アプリからの退院登録(QR版のみ)

患者ID: 0000000004  
患者氏名: テスト患者004  
入院日: 2016/08/31  
退院日: 2016/10/04

今日(2016/10/04) 閉じる

2016年 8月	23日
2016年 9月	23日
2016年 10月	4日
2016年 12月	31日

55

## アプリからの退院登録(QR版のみ)

選択対象患者管理	選択対象患者選択		
新規登録	000000001 テスト患者001	外科	🔍🔄📄
	000000002 テスト患者002	外科	🔍🔄📄
患者検索	000000003 テスト患者003	外科	🔍🔄📄
	000000004 テスト患者004	外科	🔍🔄📄
追加データアップロード	000000006 テスト患者006	外科	🔍🔄📄
	888888880 川口 外子テスト	外科	🔍🔄📄
	000000005 テスト患者005	外科	🔍🔄📄

入力待ち状態中...

56

# iBook版ユーザマニュアル

57



58



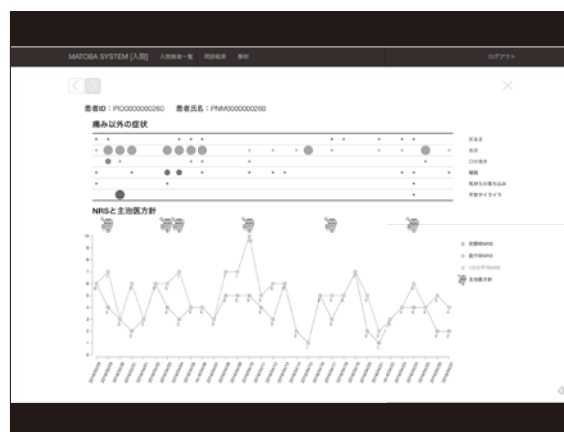
59



60

No.	患者ID	患者氏名	医師名	問診結果	状態
1	PK00000001	PK00000001	田中 一郎	問診済	完了
2	PK00000002	PK00000002	田中 一郎	問診済	完了
3	PK00000003	PK00000003	田中 一郎	問診済	完了
4	PK00000004	PK00000004	田中 一郎	問診済	完了
5	PK00000005	PK00000005	田中 一郎	問診済	完了
6	PK00000006	PK00000006	田中 一郎	問診済	完了
7	PK00000007	PK00000007	田中 一郎	問診済	完了
8	PK00000008	PK00000008	田中 一郎	問診済	完了
9	PK00000009	PK00000009	田中 一郎	問診済	完了
10	PK00000010	PK00000010	田中 一郎	問診済	完了
11	PK00000011	PK00000011	田中 一郎	問診済	完了
12	PK00000012	PK00000012	田中 一郎	問診済	完了
13	PK00000013	PK00000013	田中 一郎	問診済	完了

61



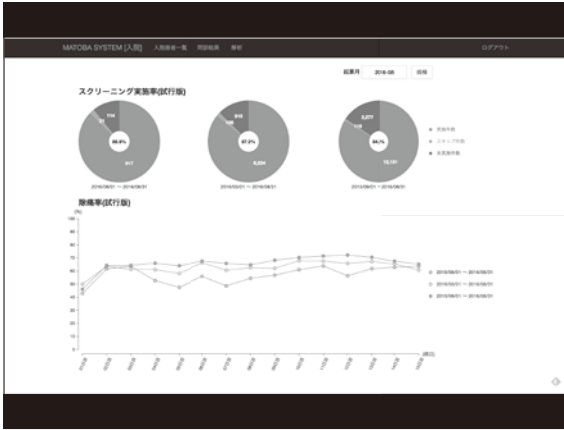
62

# 除痛率

63



64



65

vs. テンプレート

66

システムでできないこと (制限事項)

- ・ 電子カルテへのデータ書込み(記事や看護記録への書出し)
- ・ 過去日のスクリーニング内容の修正はできません  
(入力内容の修正は当日のみ可能)
- ・ 外字は文字化けします

67

Matoba System(仮称)は  
情報の鮮度重視

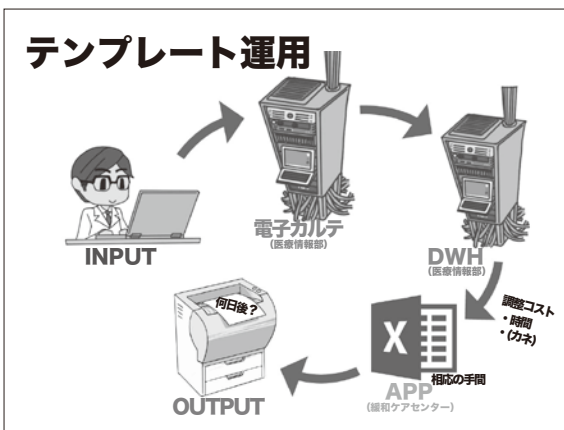
68



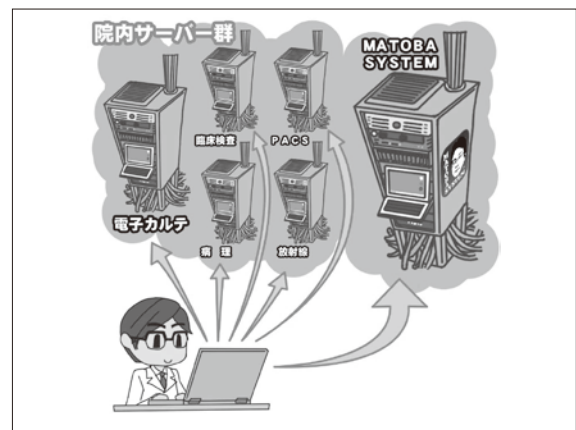
69

テンプレートは医療情報の保管庫である電子カルテにデータ入力するための雛形であり記載内容を標準化できるが、自動集計等の機能はない。

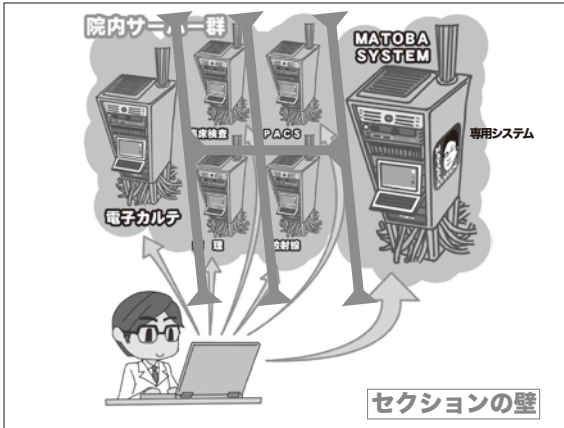
70



71



72



73

### テンプレート運用のデメリット

- ▶ 患者対応までのタイムラグ
- ▶ 患者対応を優先すると電子カルテへの記録が遅れる
- ▶ 一覧形式等による横断的な情報共有が困難
- ▶ 各施設で電子カルテが異なるので個別対応が必要
- ▶ 手作業集計の手間

74

### ベンチマーク

除痛率、スクリーニング実施率などを算出するためのレシピを配布することで、テンプレート運用の医療機関ともベンチマークは可能と考えている。【実際試行】

→このような活動が継続することでデータの活用視点が生まれ、DBをどのように活用したいのかが具体化されていくのではないかと

75

## 各施設での運用概況

76

### 各施設のスクリーニングシステムの運用概況

	青森県立中央病院	大船渡病院	鹿屋医療センター	おぐら病院	豊見城中央病院
システムタイプ	HIS連動	QR認証	QR認証	QR認証	QR認証
運用範囲	入院/外来	入院/外来	入院/外来	入院	外来
入院OS端末数	46台 iPad2:46台	9台 iPad mini2:9台	12台 iPad mini2:12台	3台 iPad mini2:3台	-
外来OS端末数	23台 5th:11台,6th:12台	4台 5th:1台, 6th:3台	9台 5th:9台	-	12台 6th:12台
EF連携	○	X	○	○	○
Hos-CaniR連携	○	X	○	○	○
バージョン	201610	1	201610	201610	201610
運用開始日	入院:2016-08-10 外来:2016-03-14	入院:2015-11-09 外来:試行運用?	入院:2015-10-01 外来:2015-10-05	入院:2016-10-22	外来:2016-11-24?

77

### 各施設のスクリーニングシステムの運用概況

	北宮外科病棟病院	岩瀬内科病院
IOS端末数	1台 iPad Air:1台	1台 iPad Air:1台
バージョン	201609	201609
運用開始日	2016-09-29	2016-10-21?

78

## インシデント

### 今年度発生したインシデント

- ▶ 母艦が稼働しているマシンの電源を誰かが切ってしまったため、システムが使えなくなる
- ▶ iOSのバージョンアップをしたため、アプリが正常に動作しなくなる

※iOSデバイスの破損・破壊はどの施設でも発生していない。

79

80



81



82

導入作業で時間を要する要因

- 新規導入の場合
  - ▶ 打合せ、現場説明、お悩み相談等で三浦の作業時間が削られる
- バージョンアップの場合
  - ▶ Windows Update
  - ▶ iOSのソフトウェアバージョンアップ&個別設定
  - ▶ データ移行

83



84



85

導入作業の短縮化対策

- 新規導入の場合
  - ▶ 青森でプリセットのうえ配送し残りを現地担当者ができる範囲で設定する
- バージョンアップの場合
  - ▶ 母艦用のWindowsPCをサブ用(バックアップ用)として整備していただき事前にWindows Updateを行う

86

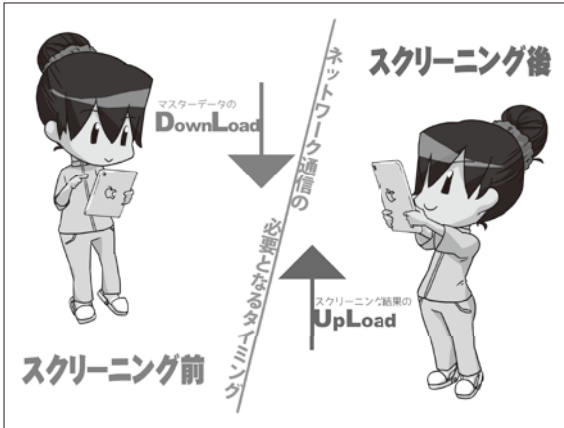


87



88





89

試行運用を見た三浦の率直な感想

▶ 想像以上にちゃんとやっている!

90

試行運用してみてわかった問題点

- ▶ NTPサーバがない
- ▶ 和暦→西暦変換が必要
- ▶ QR認証は好まれず母艦に往診先の予定を事前登録し往診前にiPadに往診先をDLする方法で運用されている
- ▶ アプリの操作者が複数人いないため、教え合うことができない、ノウハウを共有できない

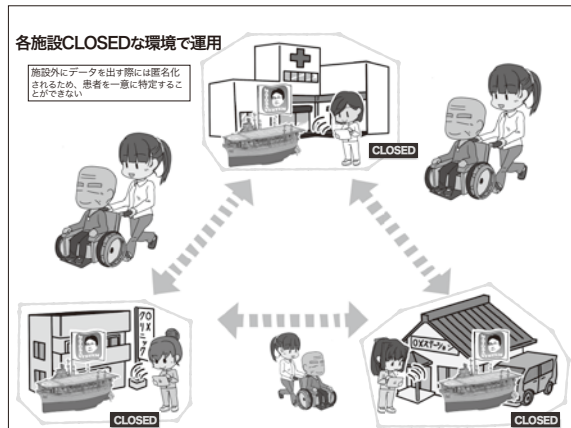
91



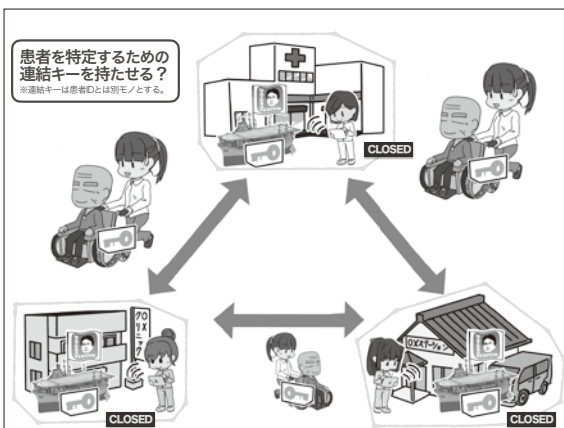
92

地域での活用の問題

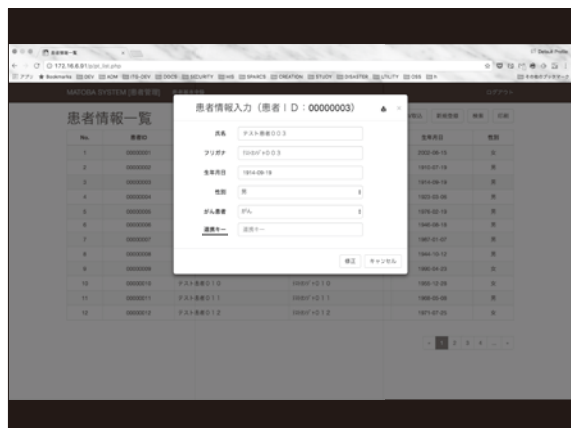
93



94



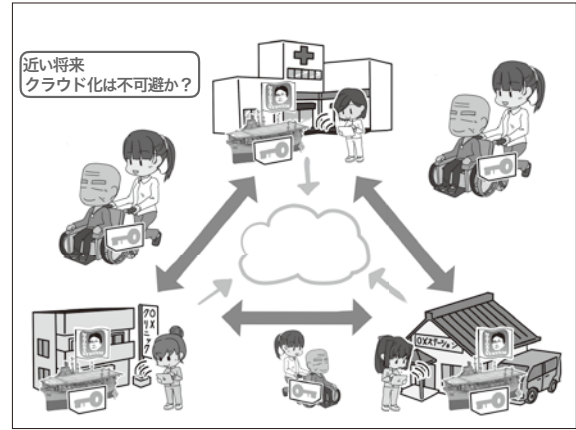
95



96

# 今後の発展性

97



98



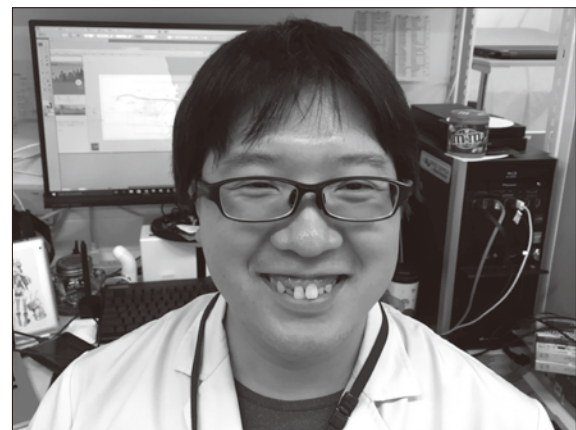
99



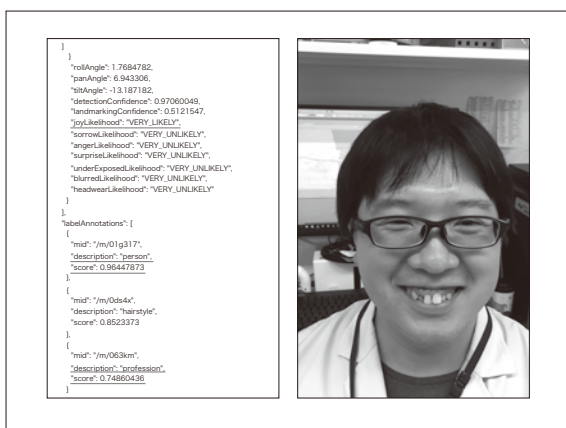
100



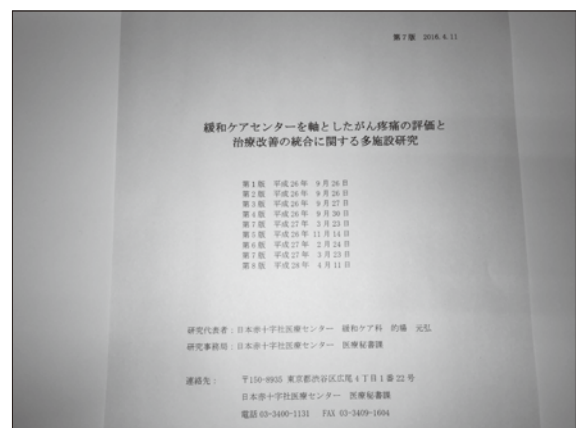
101



102



103

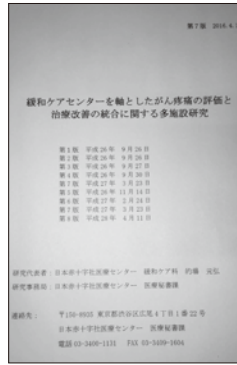


104

```

"textAnnotations": [
  {
    "locale": "ja",
    "description": "第7版 2016.4.11\n緩和ケアセンターを軸としたがん疼痛の評価と\n治療改善の統合に関する多施設研究\n第1版 平成26年 9月26日\n第2版 平成26年 9月26日\n第3版 平成26年 9月27日\n第4版 平成26年9月30日\n第5版 平成27年 3月23日\n第6版 平成27年 11月14日\n第7版 平成27年 3月23日\n第8版 平成28年4月11日\n研究代表者:日本赤十字社医療センター 緩和ケア科的場 元弘\n研究事務局:日本赤十字社医療センター 医療秘書課\n〒150-8935東京都渋谷区広尾4丁目1番22号\n日本赤十字社医療センター 医療秘書課\n電話03-3400-1131 FAX03-3409-1604\n"}
  ]

```



105

## 音声認識、画像認識技術を用いる際の問題点

- ▶ 携帯電話の契約が必要
- ▶ 音声認識・画像認識APIの利用料をどうするか
- ▶ 個人情報・プライバシーの問題
- ▶ セキュリティの問題

106

## 【全体的な話】 次年度以降も システム運用したい場合

## 次年度以降の継続運用で必要となるもの

- iOSデバイスの故障時の代替機
  - ▶ 最新OS(iOS10)のサポート対象外とされたiPad touch 5thやiPad2は更新を考慮すべきです
- 母艦用WindowsPCのサブ機 (バックアップ機)
- Apple Developer Enterprise Program
  - ▶ 年間 37,800円 (税別)
  - ▶ 毎年更新が必要です
  - ▶ 支払いはクレジットカードかギフトカードのみ
- サポート/バージョンアップに係る旅費 (3名×2回/年)
- 消耗品 (Lightningケーブルほか)

107

108

## EFファイルからのスクリーニング実施率と除痛率の算出ロジック (試行版 1)

### 1. 必要なもの

#### 1.1. スクリーニングのデータ

- 除痛率の算出では、つぎの照取項目が必要になります。テンプレートやアプリケーションで必須入力扱いとなっていない場合は欠損値の計算も必要になります。
  - 鎮痛薬の使用の有無
  - 痛みで出来ないことや困っていることの有無

#### 1.2. EFファイル

- 入院のスクリーニング実施率の算出にはEFnファイル、外来のスクリーニング実施率の算出にはEFgファイルが必要です。
  - 自費診療のみの患者
  - 労災・公害・その他保険のみの患者
- 除痛率は現時点で入院のみを対象としているので、除痛率の算出にはEFnファイルが必要になります。

### 2. 制限事項

#### 2.1. EFファイルの対象外となる患者

- 自費診療のみの患者
- 労災・公害・その他保険のみの患者

#### 2.2. スクリーニングの実施率

- 同日併科受診でDPCのルール上データカウントされなかった場合でスクリーニングもされなかった場合、データとして補足できないので分母（患者数）が薄まり実施率の水増しになる。
- 入院中外来はEFnファイルにレコードが含まれるためEFgファイルにはレコードが含まれないが、入院中患者が外来でスクリーニングされると患者数としてカウントされてしまう。

#### 2.3. (参考) データの状態の例

	実際の受診状況	EFnファイル	スクリーニングデータ	処理
パターン1	A科   B科 ○○○ =====	A科   B科 ○○ X ○○○ =====	A科   B科 ○○○ ○○○ =====	B科の受診に+1カウント
パターン2	A科   B科 ○○○ =====	A科   B科 X   X ○○○ =====	A科   B科 ○○○ ○○○ =====	A科とB科の受診に+1カウント
パターン3	A科   B科 ○○○ =====	A科   B科 ○   欄 ○○○ =====	A科   B科 ○○○ X   X =====	B科への受診がデータとして補足できない

### 3. スクリーニング実施率の算出ロジック

#### 3.1. がん患者の特定

- 以下の条件に合致する患者をがん患者とし、がん/非がん区分の集計をする。
  - 院内がん登録に登録のある患者（診断日以降をがん患者として集計）
  - スクリーニングの実績のある患者（初回スクリーニング実績のある日以降をがん患者として集計）

#### 3.2. 外来

- ①EFgファイルからがん患者のレコードを抽出し、さらにデータ区分が11（初診）または12（再診）のレコードのみ抽出する。
- ②月ごと、診療科ごとにレコードをカウントする。
- ③ある月日において、スクリーニングデータにはある診療科での実績があるが、EFファイルには当該診療科でのレコードがない場合、当該月日の当該診療科をカウントする。（同日併科受診のケースでDPCのルールによりデータ計上を切られたケースなど）
- ④上述の①から③の手順で集計されたカウント数を分母とし、スクリーニングデータから集計したスクリーニング件数を分子とし月ごと、診療科ごとで実施率を算出する。

【分母へのカウントの例】

EFgファイル	スクリーニングデータ			分母へのカウント	
	データ識別番号	データ区分	実施年月日		
990001	12(再診)	2016-08-18	外科	あり	+1
990001	12(再診)	2016-08-18	緩和	なし	+1
			(消化器)	あり	+1
			(婦人)	あり	+1

#### 3.3. 入院

- ①EFnファイルからがん患者のレコードを抽出し、さらにデータ区分が90（入院基本料）のレコードのみを抽出する。
- ②月ごと、診療科ごとにレコードをカウントする。
- ③上述の①から③の手順で集計されたカウント数を分母とし、スクリーニングデータから集計したスクリーニング件数を分子とし月ごと、診療科ごとで実施率を算出する。

#### 4. 除痛率の算出ロジック

##### 4.1. 除痛率とは

○除痛率の定義 (H27.6の場班会議資料から抜粋)  
 病日ごとの「痛みで出来ない事、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する「痛みで困っていることや、出来ない事がありますか」=「ない」と答えた患者の割合。

	痛みで困り・出来ない事 (+:あり)	痛みで困り・出来ない事 (-:なし)
痛みでの治療 (+:あり)	① (未除痛)	② (除痛)
痛みでの治療 (-:なし)	③ (未除痛)	除外

○病日ごとの『除痛率=②÷(①+②+③)』を算出しチャートにする

##### 4.2. 算出の前提条件

- 入院のみ
- 病日ごとにサンプル数100以上必要—これ施設規模ごとなどに調整が必要
- 病日は15日分とする。
- 複数入院のデータがある場合は入院ごとに病日をカウントし直す

##### 4.3. 算出の例 (Matoba System運用施設の場合)

- ① (MatobaSystemでは問診回次のデータは保有しているが入院日のデータは所有していないので) EFnファイルから入院年月日と退院年月日を取得し、入院年月日 (入院初日) をd=1、入院2日目d=2、入院3日目d=3のように変数dに病日を割り当てスクリーニングデータのレコードにマッチングさせ、gの値を基準にソートする
  - ②dの値ごとに、スクリーニングで『痛みでできないことや困っていることはありますか』の問いに『あり』と回答のあったレコードの件数を集計する。○jo=0
  - ③dの値ごとに、スクリーニングで『痛みでできないことや困っていることはありますか』の問いに『なし』と回答し、且つ、『鎮痛薬の使用の有無』の問いに『あり』と回答のあったレコードの件数を集計する。○jp=1
  - ④dの値ごとに、jo=1のレコード件数とjo=0のレコード件数を合算したものを分母とし、jo=1のレコード件数を分子とした割合を算出する。
  - ⑤dの値ごとに、次振値 (00:未選択の件数/レコード件数) を算出する。
  - ⑥dを横軸、除痛率と次振値を縦軸とする折れ線グラフを引く。
- ※診療科ごとに算出する場合は上述の②から⑤の手順を診療科ごと、且つ、dの値ごとに集計する。

(参考) スクリーニングシートの質問と変数の対応関係 (MatobaSystemの場合)

スクリーニングシートの質問	変数	カラム名	パラメータ
鎮痛薬の使用 (任意回答)	medi	TREATYN	00:未選択 01:なし 02:あり blank:問診SKIP

痛みでできないことやこまっ ていることはありますか (必須回答)	inte	PAINNOTACT	01:なし 02:あり blank:問診SKIP
(病日)	d		EFnから算出
(計算フィールド)	jo		0:未除痛 1:除痛 .:除痛対象外

#### 5. EFファイルの取扱上の注意点

- スクリーニングのデータ上は別の診療科扱いだが、EFファイル上はひとつの診療科として扱われている場合は別途仕分けが必要です。(例:スクリーニングデータでは呼吸器内科と呼吸器外科の別診療科として扱われているが、EFファイル上は呼吸器科として整理される。)
- EFnの病棟コードは平成27年度以前は必須ではなかったため、施設によっては病棟コードが格納されていないことも考えられる。
- スクリーニングのデータが電子カルテ・オーダーリング由来の診療科の場合、EFnファイルの病棟コードとは病棟コードが異なる可能性がある。病棟コードが異なる場合は別途変換テーブルを加えるなどの処理が必要です。

演題 #2

分担研究者報告 3年間の総括

中京病院 緩和支援治療科  
吉本 鉄介

【テーマ #1】

痛み および 痛み以外の苦痛のスクリーニングに関するTV会議を用いた 支援について

【テーマ #2】

多施設、多職種参加のTV会議支援の有用性と問題点

【テーマ #3】

定期開催 vs リアルタイム(有事)開催

【テーマ #4】

TV会議による支援の拡大の実効性/地域ごとの分割開催の可能性 (東北/九州など)

【テーマ #1】

痛み および 痛み以外の苦痛のスクリーニングに関するTV会議を用いた 支援について

- トリアージと対応は、スクリーニングの重要な目的・利点の1つ
- 専門家(医師・薬剤師) **アドバイスを要する**症例は常時存在。
- 現場「負担感軽減」にトリアージ例の **救済成功体験**が有効かも。
- 緩和医療の専門家は、医療過疎地域では特に不足している。  
→カナダはウェブ使用 **リモート・アシスタンス**で対応しているが日本での報告は乏しい。
- がん死亡多発および医療過疎が著しい **青森県の都道府県拠点**病院でリモート・アシスタンスの実施可能性・有用性・持続性を検証することの意義は大きい。

1～2年目=2016年前向き研究の予備調査 (2015年4月～12月)



Webカンファレンス(名古屋-青森-長崎)



1st Approach

主治医に：苦痛の存在をフィードバック  
病棟Nsに：緩和ケアチームNsがアドバイス



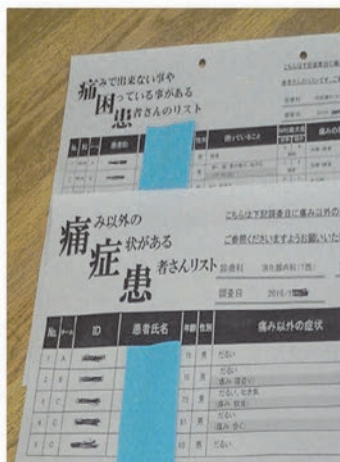
- 治療に難渋し改善しない
- 症状による生活障害が強い

2nd Approach

- テレビ会議システムによる診療支援
- 他施設の専門家が参加
- 症例検討と治療推奨
- 結果は緩和ケアチームを通じて提供

最頻推奨は <b>麻薬</b> 関連78.1% (25/32)		
① <b>用量調整</b> 52% (13/25)		
② <b>副作用対策強化</b> 32% (8/25)		
	採用:20件 (62.5%)	非採用:12件 (37.5%)
改善	75%	25%
不変/悪化	15%	59%
判定不能	10%	16%

常時スクリーニング情報からのトリアージ手段: **Ns主導**



- 1) 痛みで困っている全例
- 2) 痛み以外の重症難治例 (3日以上中等度 or 重度)

双方を網羅したリストを緩和ケアセンター(チーム)の認定看護師が週1回作成 = 看護師介入の母集団

リストの患者に面接して主治医と解決相談(1次介入)改善ない、または重篤例での専門家コンサル許可

トリアージ例に対する多施設Web検討会

トリアージされた看護師介入ケースおよび重症・難治性の緩和ケアチーム公式介入ケースを、電子カルテプレゼンして週1回(木曜夕方)多施設で解決方法を議論し、推奨結果を主治医・担当看護師に伝達(メールか印刷手渡し)

スクリーン画面を送信するためのウェブカメラ



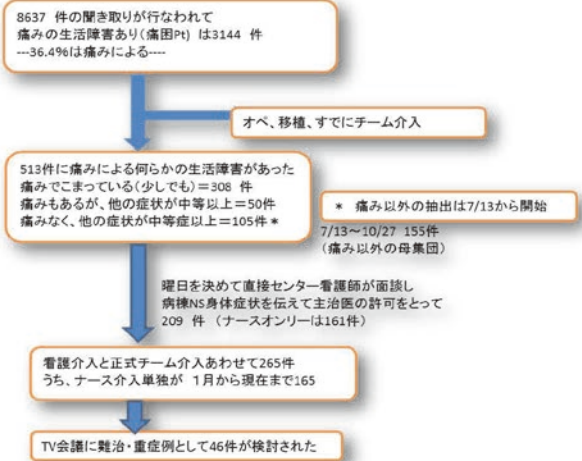
【テーマ #2】  
多施設、多職種参加のTV会議支援の有用性と問題点

国内前向き研究: 外部専門家Remote Assist の対象・方法

**患者**  
2016年1月29日～同9月15日までに緩和ケアセンターNsが非除痛(痛みでできない、困っている)スクリーニングPtを対象として疼痛ADL障害のためにTV会議推奨を要する\*ケースをトリアージ  
\* **主治医と「専門家のアドバイス必要」という合意形成**

**方法**  
原則週1回、外部専門医と緩和ケアチームによる推奨を主治医と担当Nsに行った。  
そのプロセス評価(採用の有無)とアウトカム評価(疼痛強度の測定をスクリーニングデータから、生活支障改善は複数名の合議で。

前向き研究における母集団 症例フロー



疼痛を主訴とするトリアージ例への成績(今年1月～9月)

【患者の背景】

30例 46エピソード 男性 75.5%  
年齢: 62.4±12.3歳 (34～89) 中央値61歳  
原発巣 上部消化管12件 肝胆膵 9件 気管支7件  
など  
ECOG-PS: 2.5±0.9 中央値2 PS不良(3と4)58.7%  
痛みによって障害された(入院Ptの)ADLの内容  
座る 13 歩行 12 立ち上がり 10 起上 8  
飲食 10 睡眠 8 排泄3 寝返り 3

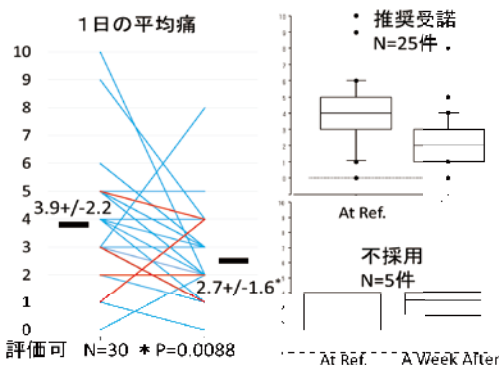
【テーマ #2】  
多施設、多職種参加のTV会議支援の有用性と問題点

疼痛を主訴トリアージ例へのプロセス評価(今年1月～9月)

- 除痛のための麻薬処方に関する推奨が最多 78.2%
- 除痛できるまで増量する(For the Individual) 56.5%
- 副作用対策の強化と説明(With Attention to Detail) 40.0%
- 痛み強度に応じたクラス鎮痛薬推奨(By the Ladder) 23.9%
- 疼痛の原因病態へのアプローチ 16.1%
- TV会議の推奨採用率(少なくとも1つ以上)=84.8%
- 生活障害の軽減という看護師評価=73.9%

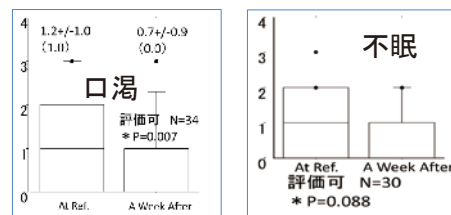
【テーマ #2】  
多施設、多職種参加のTV会議支援の有用性と問題点

疼痛は推奨により有意に改善、特に推奨採用例では



【テーマ #2】  
多施設、多職種参加のTV会議支援の有用性と問題点

痛み主訴例での「痛み以外の症状改善」は口渇と睡眠



倦怠感・悪心嘔吐・便秘は推奨1週間では有意改善なし  
⇒ 今後の改善点の1つ

## 痛み以外の症状スクリーニング、ケースシリーズ

TV会議における問題点	推奨と介入	アウトカム
#1 身の置き所のない 腰のだるさ	放射線による止血と 貧血の治療	改善
#2 意識レベル低下 原因探索 脳CTなど	パッチをやめて CSIへ	効果不明
#3 せん妄リスク回避	せんもう予防	レスキュー多めベース減量で改善
#4 麻薬拒否への対応	薬剤師説明と資料配布	拒否感の軽減により投与可能となる
#5 サンドスタチン 不応性のイレウス	輸液減量他 文献のプロトコル提示	改善 嘔吐なくなりNG除去
#6 倦怠感	せん妄と筋攣縮治療	改善
#7 腹部膨満	巨大肝転移による圧迫	ロビオンで腹壁痛治療したが無効
#8 重症便秘	努責できないため	ルートスイッチで除痛と便秘ケア双方が成功
#9 嚥下困難	嚥下リハの導入	転院のため不明
#10 大量腹水膨満	CARTの導入のため転院促進	便秘のケアと腹壁痛の治療強化

## 【テーマ #3】

定期開催 vs リアルタイム(有事)開催

拠点病院専従看護師への予備的アンケートから推定

	定期開催	有事開催
利点	新規・先端情報を 常時獲得できる	こちらの都合で 解決案がもらえる
欠点	毎週の業務負担 と心理的負荷	医療者の都合が 優先されるリスク

「ユーザーPCT」のキャラクタによるオプションを用意

## 【テーマ #4】

TV会議による支援の拡大の実効性/地域ごとの分割開催  
の可能性 (東北/九州など)

再現性: 他専門医師・薬剤師が他施設へWebリモート支援  
して、はたして同様の結果となるだろうか?

★青森での経験(治療医FAQ, 患者説明、守秘誓約等)は  
施設によっては初回導入に有用であろう。

- Q1: 緩和専門家の推奨とは、結局何が出来る?  
Q2: 直接患者を診察せずに推奨ができるのか?  
Q3: 患者や主治医の同意・個人情報保護は?  
Q4: 推奨記載がカルテ開示時に問題になる?

★症例ピックアップするPCTの  
Nsポテンシャルに依存する  
⇒ **どういう能力が必要か**を  
明らかにするべきである



果敢の実施経験: 治療医からの  
「疑義」「議論」から治療医  
FAQが必要であった。

★症状管理プログラムの  
作成・公開が必要