

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

青森地域の研究体制の整備、緩和ケアセンターを中心とした多施設研究の
施設間調整、地域の研究進捗管理に関する研究

研究分担者 吉田 茂昭（青森病院事業管理者）

研究要旨:本研究班で開発した除痛率は、病院、在宅など療養場所、病期を問わず緩和ケアの動的な評価指標としての有用性はきわめて高いが、除痛率を算出するためには、各種データの電子化・紐付が必要である。一般総合病院における除痛率の測定には、がん患者数の把握、除痛率の分母(痛みの治療を受けている、または痛みはあるが無治療のがん患者数)となる母集団の把握、麻薬処方量を各施設、二次医療圏、更には三次医療圏全体で評価する体制づくりが必要である。具体的には、総合病院でも全がん患者の診療情報を把握できるがん情報データベースシステムと多機能型携帯端末システムの導入、そのノウハウの普及であるが、人件費や、時間と労力を考えれば、本システムの導入がきわめて効率的かつ効果的な方法であることが明らかになった。

現在、がん対策推進基本計画では緩和ケア提供体制の充実を強く求めており、除痛率などの評価指標の可視化は、患者が医療機関を選定する際の重要な要素となるとともに、今後のがん対策及び対がん戦略を立案する上できわめて有用な判断情報となり得る。

A. 研究目的

本分担研究の目的は、青森県内における研究フィールドの確保、および、多施設・多地域対応型の評価システムの開発、及び県内のがん診療連携拠点病院（以下、「拠点病院」という。）における苦痛スクリーニング（以下、「スクリーニング」という。）の標準化を果たすことである。

B. 研究方法

1) 平成 26 年度

青森県立中央病院内に設置された緩和ケアセンターを活動の中心として、まず青森県内の緩和ケア提供に関する情報を把握するた

め、当院以外の地域がん診療連携拠点病院 5 施設の取り組み状況、特に地域拠点病院の整備指針として、緩和ケア提供体制に示されている内容を基本として実地調査を行った。

2) 平成 27 年度

平成 27 年度は、当院を含む青森県内のがん診療連携拠点病院 6 施設におけるスクリーニング、特に県内共通の緩和ケアの指標として『痛みでできないことや困っていることの有無』の取組状況を調査した。

3) 平成 28 年度

在宅療養支援診療所 1 施設を協力施設とし、当施設を利用する在宅療養がん患者（以下在

宅療養患者とする)に対する在宅版スクリーニングシステムの実施可能性を検討した。対象は2016年9月20日から12月8日までに協力施設を利用して在宅療養を行ったがん患者のうちICの得られた16名(述べ47例)である。調査方法は、在宅訪問時に多機能携帯端末による痛みやつらさのスクリーニングを実施し、痛みによる日常生活障害の有無(痛みの強さNRS・VRS)、食欲不振、悪心、倦怠感などの身体症状、気持ちのつらさの有無、程度、家族や仕事に関する社会的なつらさの有無を評価した。分析は記述統計である。

C. 研究結果

1. 平成26年度

実地調査の結果、以下の3点が課題として抽出された。

1) 母集団の抽出

県内の地域がん診療連携拠点病院5施設は、いずれも当院と同様の総合病院であるため、先ず問題となったのは、非がん患者を含む全患者データから、どのようにして緩和介入が求められるがん患者を特定するかという点であった。対象となった5施設はすべて電子カルテを導入しているが、電子カルテの標準機能には疾病ごとの患者振り分け機能を有していない。そこで、当院ですでに開発した「がん患者データベースシステム」および、多機能型携帯端末を用いた現場からのデータ入力システムを移植する場合の費用や技術上の課題について検討を行った。その結果、各施設における問題点として、振り分けに係る人的資源の確保や、システム移植に係る経費の手当が困難であること(特に電子カルテの vendor が異

なる場合)が指摘されたが、各科別の対応の可能性や院内がん登録システムの活用などについて、今後さらに検討を行うこととした。

2) 青森県内の疼痛スクリーニング方法

当院を除く地域の連携拠点病院5施設のうち、外来及び入院で疼痛スクリーニングが実施されているのは1施設のみであり、入院時に評価している1施設を加えても計2施設に過ぎず、外来受診毎に評価している施設はなかった。また、院内の痛みの評価方法、苦痛のスクリーニング方法も施設によってまちまちであり、全くと言えるほど統一されていないことが明らかになった。

3) 疼痛評価の統一化に向けた活動

地域における研究体制の整備を目的として、県内で活動する医療者42名(地域や病院の医師・看護師・薬剤師)を対象とした『疼痛評価・疼痛治療の地域統一プロジェクト』を立ち上げるとともに、各々の立場で現状と課題、今後の取り組みについてワークショップ形式で討議する研修会を企画・開催した。

また、地域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携推進病院の緩和ケアスタッフと提供する緩和ケアの質的評価するための客観的指標について検討を重ねた結果、「痛みでできないことや困っていることはありませんか」という問いかけを、青森県のスクリーニングにおける共通項目としていくこととなった。

2. 平成27年度

県内のがん診療連携拠点病院6施設の実地調査により、以下の結果を得た。

1) 疼痛スクリーニング時のキークエスション

拠点病院6施設のうち、4施設がスクリ

一ニング時に『痛みで困っていることやできないことの有無』を導入していた。

導入のメリットとしては、①オープンクエスチョンであるため、患者自身が自分で痛みを表現できる、②疼痛治療の目標や方向性をできる限り患者の意向に沿って立案し、治療が計画できる、③トータルペインを聞き出すのにとってもよい質問である、④患者の治療に対する満足度が得られやすいとの評価が得られたが、デメリットとして①弱い痛みによる生活障害は、薬物療法だけでは限界が存在する、②苦しさを痛みとして捉えていないことが多い等が指摘された。

デメリットの解消への対処法、新たな指標の導入などが、今後の課題として残った。

2) 母集団の抽出

前年度に示したように、県内の拠点病院は、いずれも総合病院であるため、がん患者の特定方法が課題となっている。今年度の調査では施設それぞれの工夫により、がん患者の特定化が可能になりつつあり、即時にがん患者の内容を特定できる施設は、当院を含めて2施設に増加していた。

3) スクリーニングの施行状況

スクリーニングを行う時期と回数についてみると、毎日実施が1施設、週1回実施が1施設、診断時のみの実施が3施設、麻薬処方患者のみに実施が1施設であった。

また、診断時のみ実施している3施設のがん登録件数あたりの実施率は、3～7割程度と施設間で大きく解離していた。

スクリーニング後の対応としては、各施設毎に独自の基準を定め、トリアージやその後の対応を行っていた。

当院以外の施設では、紙運用でスクリーニングをしており、得られた成績の集計や解析は行われていなかった。

3. 平成28年度

対象16名の平均年齢は、65.3(SD±21.0)歳、高齢者(65歳以上)の割合は62.5%(10人)であった。性別は、男性が75%(12人)を占めていた。

在宅療養患者の痛みや気持ちのつらさの有症率を表1に示す。

在宅療養患者の疼痛の有症率は、43.8%、痛み以外の身体症状では食欲不振は50.0%と最も高かった。気持ちのつらさは25%、不眠は18.8%の患者が有していた。

痛みによる生活障害患者のNRSの平均値は2.4(SD±2.0)、Min0～Max6であった。また、痛みによる生活障害患者は46.8%であった。

表1 在宅療養患者の痛みやつらさの有症率

痛みやつらさ	有症率(有症数/問診者数)
疼痛	43.8% (7/16)
食欲不振	50.0% (8/16)
倦怠感	31.3% (5/16)
嘔気	18.8% (3/16)
口渇感	18.8% (3/16)
不安やイライラ	12.5% (2/16)
気持ちのつらさ	25.0% (4/16)
不眠	18.8% (3/16)

D. 考察

1. 一般総合病院における除痛率の把握

一般総合病院で除痛率を算出するには、がん患者数の把握、除痛率の分母(痛みの治療を受けている、または痛みがあるが無治療のがん患者の人数)となる母集団の把握、麻薬処方量を各施設、二次医療圏、青森県全体で評価する体制づくりが必要である。

そのためには、総合病院でも全がん患者の診療情報が把握可能ながん情報データベースシステムと多機能型携帯端末のシステムの導入、そのノウハウの普及が必要であるため、当院以外の連携拠点病院では速やかな対応が困難との回答であった。しかし、実際の予算コストは廉価であり、人件費、時間的な労力を考えれば、きわめて効果的かつ効果的な方法と言える。また、本システムの導入により、はじめてPDCAサイクルによる緩和ケアの評価も可能となるものと期待される。

2. スクリーニングの現状と今後の展望

県内の連携拠点病院では、診断時のみにスクリーニングを実施している施設が最も多くを占めたが、これでは患者の苦痛を広く掬い上げるといふ本来のスクリーニングの目的を十分には果たせない。なぜなら、既報のように、がん患者の苦痛は時間的経過の中で常に変動しているからである。しかし、この点について、厚労省の定める拠点病院の要件をみると、「スクリーニングを実施すること」とあるだけで、具体的な内容が示されていない。少なくとも、スクリーニングの回数や内容等に規準が示されなければ、介入効果の比較性は担保されず、各施設の自己満足的な儀式として形骸化されかねない。

また、スクリーニング結果の解析に際しては、電子カルテやDPCなどのデータと紐付した除痛率や医療用麻薬処方量等が、提供した緩和ケアの評価指標となるが、当院以外の設では、スクリーニング結果の電子化は、なされておらず、定量的な評価指標が算出できていない。加えて、人員不足は深刻であり、当院以外の拠点病院でスクリ

ーニング活動に専従可能な看護師はいずれも1名のみであり、ヒト、モノ、カネのいずれを見ても窮乏のきわみと言わざるを得ない。

初期緩和の有用性と重要性が指摘され、これを拠点病院の施設要件に加えるのであれば、「スクリーニングを実施すること」について、ガイドラインのような「明確な方向性」を示すべきと思われる。緩和医療の早期介入を実現するためにはスクリーニングが最も効果的であることは論を待たない。人員確保や診療情報システムの構築等に対する原資として、たとえば、ガイドラインに沿ったスクリーニングを適切に行っている施設には、診療報酬上の加算（緩和医療体制加算）あるいは補助金等のインセンティブを求めたい。

3. がん患者の在宅療養の現状と地域医療構想をふまえた課題と今後の展望

地域医療構想によれば、今後の医療提供システムにおいては、いかにして在宅に繋げるが主要な課題として位置づけられている。従って、在宅における緩和ケアの質的向上や、医療機関と在宅との間の切れ目のない緩和ケアの提供体制が求められることは必至の情勢と思われる。在宅療養中のがん患者に対する「在宅版の痛みやつらさのスクリーニングシステム（多機能携帯端末）」によるスクリーニング結果をみると、痛みの有症率は43.8%、痛みによる生活障害者は46.8%であったが、在宅療養患者は食欲不振等他の身体症状の有症率が高いことが明らかになった。終末期がん患者の在宅療養の継続を困難にする要因の1つに症状緩和の困難化が挙げられているが、その意味においても在宅がん患者のスクリーニング

結果に基づく早期対応の有用性が強く示唆された。

本調査では痛みによる生活障害があると回答した患者の痛みの強さが、一般的には生活に影響ないとされるレベルにとどまっていた。その要因として、痛みの評価者（看護師）に対する説明不足や患者の受け止め方の相違等が考えられたことから、評価基準の目合わせなどによる教育的な対応の必要性が示唆された。

都道府県拠点病院の緩和ケアセンターに対しては、こうした地域の課題を発掘し、緩和ケアの標準化に向けた教育支援が求められており、がん対策推進基本計画においても、緩和ケアセンターが地域へアウトリーチし在宅を支援することは必須とされている。しかし、現実的には人員不足から院内の活動にとどまらざるを得ない施設が多いのが実情である。地域連携における緩和ケアセンターの役割の明確化、体制整備、具体的なマニュアル等を含めた活動指針、詳細にわたる施設基準などを設けることが今後必要である。

現行の在宅の現場では、症状評価の結果が数量化（電子化）されておらず、定量的な評価指標として算出できていない。しかし、がん患者が在宅、診療所、一般の総合病院、どこにいても一定水準の緩和ケアが提供されなければ、療養場所を選択する際の障害にもなりうる。除痛率を始めとした緩和ケアの定量的な評価指標の可視化は、日常臨床の緩和治療に留まらず、患者が療養場所、医療機関を選定する際の重要な指標の提供を可能とするとともに、今後の地域医療構想をふまえたがん対策やがん戦略を立案する上でも有力な情報となり得る。その意味でも「在宅版の痛みやつらさのスクリーニングシステム」

の活用が大いに期待される。

E. 結論

本研究班で考案した除痛率は、病院、在宅など療養場所、病期を問わず緩和ケアの動的な評価指標としての有用性がきわめて高いが、除痛率を算出するためには、各種データの数量化さらには電子化・紐付が必要である。

現在、がん対策基本推進計画では緩和ケア提供体制の充実を強く求めており、除痛率などの評価指標の可視化は、患者が医療機関を選定する際の重要な指標となるとともに、今後のがん対策及び対がん戦略を立案する上でも有用な判断情報となり得る。

F. 研究発表

1. 論文発表

吉田茂昭, 森田隆幸：地域におけるがん診療連携拠点病院の現在青森県立中央病院, 医学のあゆみ 254(9), 835-841. 2015

2. 学会発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

特許取得申請

平成 27 年 3 月 30 日

特願番号 2015. 070346

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし