

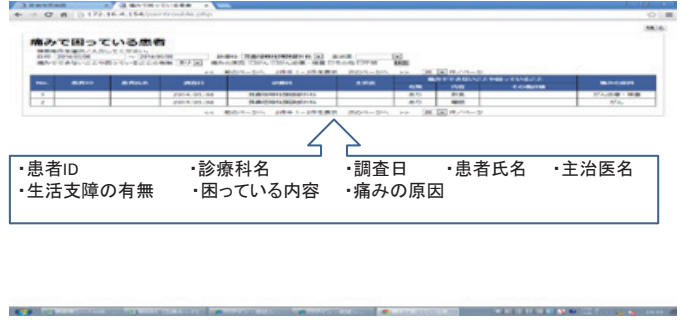
# 青森地域の研究体制の整備、 緩和ケアセンターを軸とした多施設研究の施設間調整、地域の研究進捗管理

青森県立中央病院  
院長  
吉田茂昭

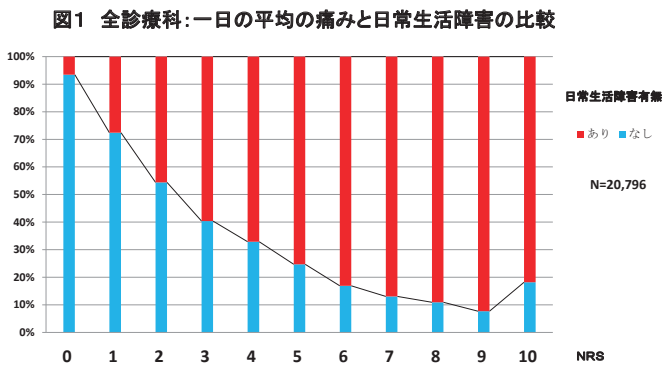
はじめに

◆2012年2月から入院する全がん患者を対象に、毎日痛みを評価し、その結果が現場にフィードバックされるシステムの整備を行ってきた

痛みで困っている患者リストの配布（各病棟週1回）

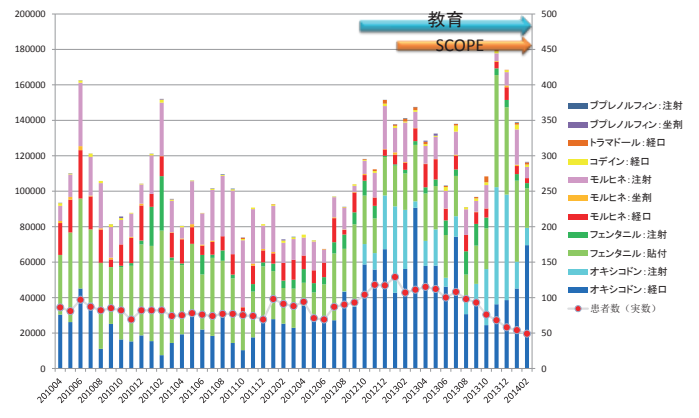


◆その結果、  
・病棟看護師が適切に痛みを評価できるようになった(図1)



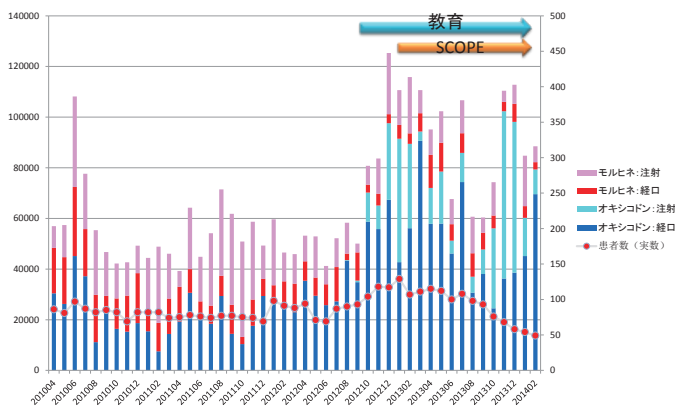
◆その結果、  
・院内の医療用麻薬処方量は増加(図2)

図2 (入院)がん患者における麻薬処方量(2010.4~2014.2)



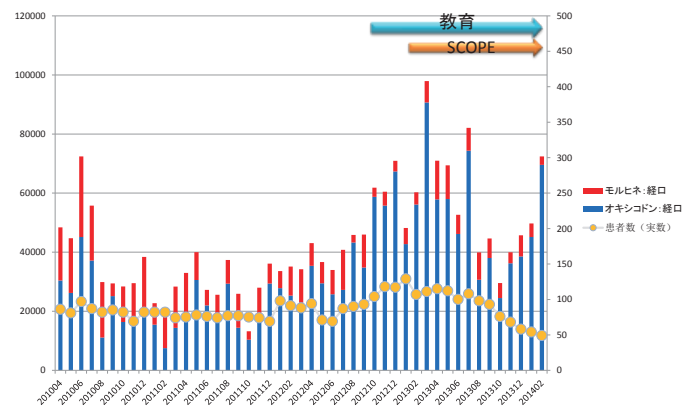
◆院内の医療用麻薬処方量(モルヒネ オキシコドンP0 IV)

図2 (入院)がん患者における麻薬処方量(2010.4~2014.2)



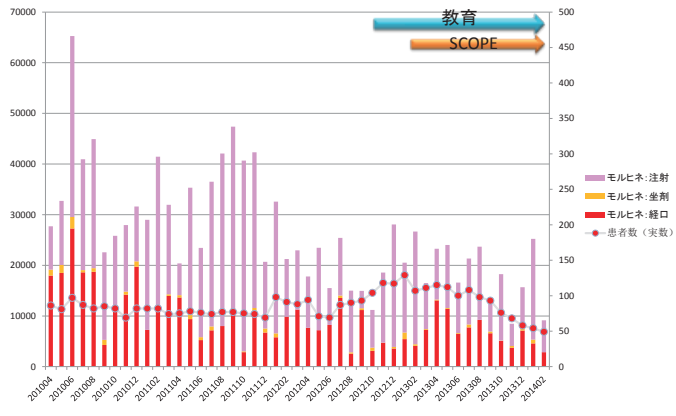
◆院内の医療用麻薬処方量(モルヒネ オキシコドンP0)

図2 (入院)がん患者における麻薬処方量(2010.4~2014.2)



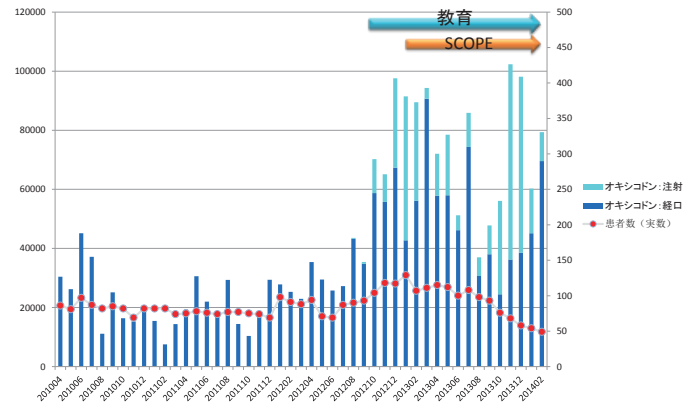
◆院内の医療用麻薬処方量(モルヒネ製剤 P0 IV Supp)

図2 (入院)がん患者における麻薬処方量(2010.4~2014.2)



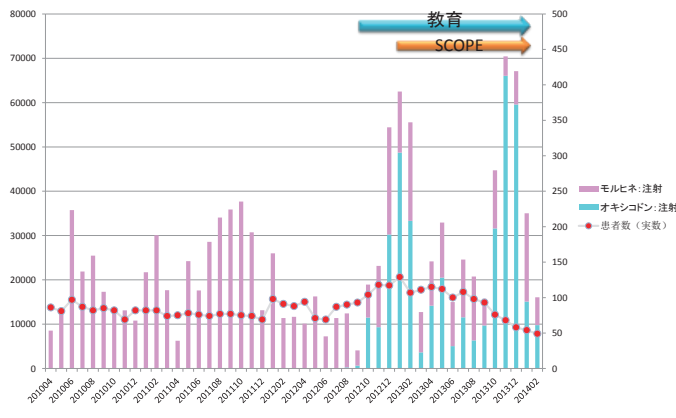
◆院内の医療用麻薬処方量(オキシコドンP0 IV)

図2 (入院)がん患者における麻薬処方量(2010.4~2014.2)



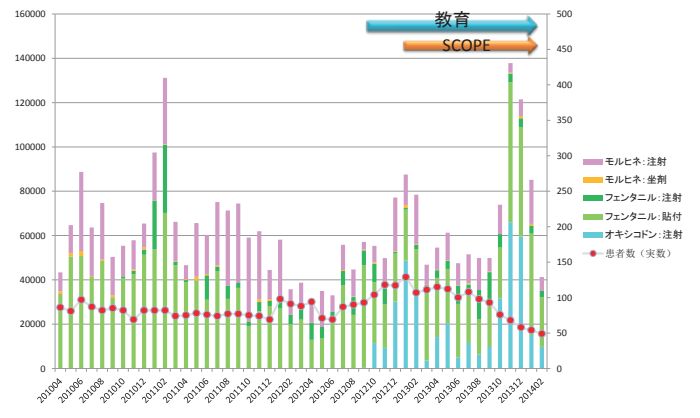
◆院内の医療用麻薬処方量(モルヒネ オキシコドン IV)

図2 (入院)がん患者における麻薬処方量(2010.4~2014.2)



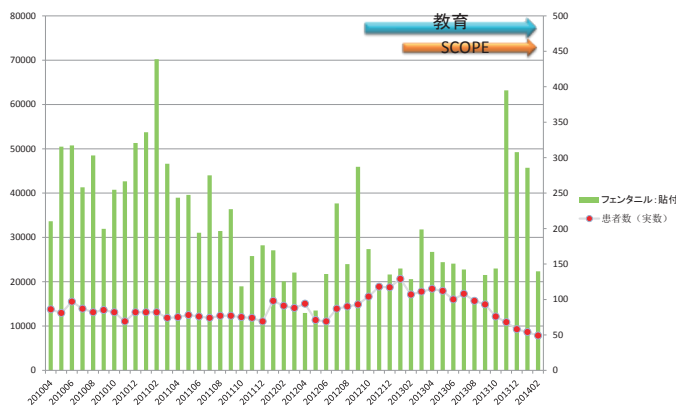
◆院内の医療用麻薬処方量(非経口投与製剤)

図2 (入院)がん患者における麻薬処方量(2010.4~2014.2)



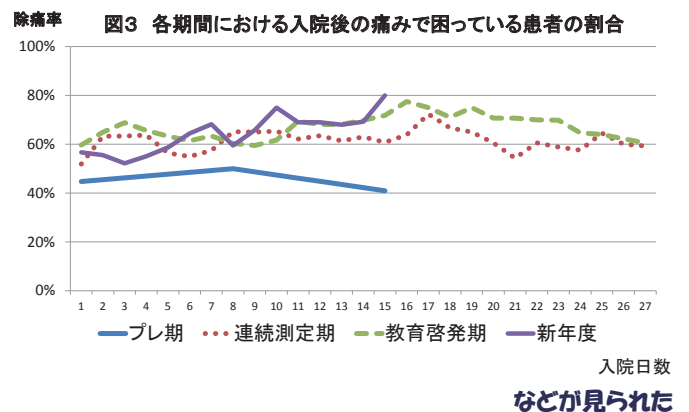
◆院内の医療用麻薬処方量(フェンタニル貼付剤)

図2 (入院)がん患者における麻薬処方量(2010.4~2014.2)



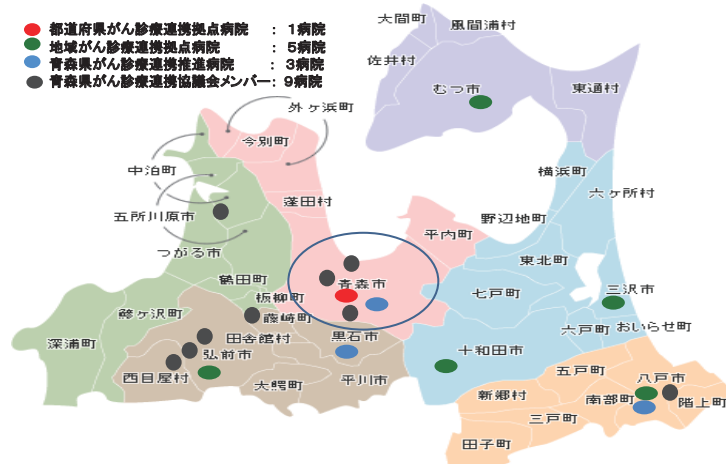
◆その結果、

・痛みで困っている患者の割合も減少(図3)



## 青森県がん診療連携協議会参加施設

- 都道府県がん診療連携拠点病院 : 1病院
- 地域がん診療連携拠点病院 : 5病院
- 青森県がん診療連携推進病院 : 3病院
- 青森県がん診療連携協議会メンバー : 9病院



## 今後の活動計画

### ◆2014年度

- 7~8月
  - 青森市内の3施設に『疼痛の評価と改善を統合した臨床モデル』について説明し協力依頼
- 8月~3月
  - 各拠点病院における疼痛評価手法とスクリーニングの現状についてヒアリング
  - 青森市内3施設参加調整
  - 都道府県がん診療連携拠点病院緩和ケアセンターに地域の疼痛の評価データを収集、データ解析し地域へ発信する情報センターとしてのシステムの整備
- 11月8日：県民公開講座  
「痛みでできないことや困っていることはありませんか？」
- 12月13日：医療者研修会  
緩和ケアセンターを軸とした疼痛評価・疼痛治療地域統一プロジェクト

## 今後の活動計画

### ◆2015年度~

- 都道府県がん診療連携拠点病院緩和ケアセンターに地域の疼痛の評価データを収集、データ解析し地域へ発信する情報センターとしてのシステムを構築
- 施設単位、または地域別に評価指標(麻薬処方量・痛みで困っている患者割合、PMIなど)に基づき、地域で課題と改善策を検討
- 都道府県がん診療連携拠点病院の緩和ケアセンターを軸とした地域がん診療連携拠点病院・がん診療連携推進病院のネットワークの確立

吉本のタスク

緩和ケアの専門家として緩和ケアセンターおよび緩和ケアチームと協働し、テレビ会議等を用いたリアルタイムの症例検討を導入する  
(初年度)

また、これらの運用方法について地域の緩和ケアチームにノウハウの提供を行う。

経験の少ない緩和ケアチームやがん治療医を対象の症例検討によるがん疼痛治療改善効果について評価する  
(2~3年度)

リアルタイムの(定期的)症例検討の重要性

医療者の疼痛過少評価が、除痛バリアの1つである事は既知で、「患者の痛みによる生活障害」情報をリアルタイムに処方医に伝えることができる体制が必要 (特に日本では)。

しかし、適切な鎮痛治療の最大のバリアは医師 (ECOG, Ann Int Med, 1993): 過小評価せず、適切な疼痛処方や対応 (オピオイド開始・増量・非薬物療法) なしでは、患者アウトカムには結び付かない。  
WHO: 薬物療法が治療の主軸で知識の実践が最優先としている。

諸外国で、医師の疼痛ガイドライン実践や (Du Pen, JCO, 1999)、知識の正確さ (Kim DY, CRT, 2014) がアウトカムを改善することが示されているが、日本での普及・実施は難しそう (厚労省調査など)。

以上より我々は、ガイドライン実践率を上げる目的の定期照会活動を試みて、効果と限界を検証した。

電子カルテ上のオピオイド処方適正化活動 (いわゆる「オピオイド回診」)

— Supporting Care for Opioids with Pharmacist Engagement (SCOPE)

● 目的 = 除痛目的のオピオイド院内処方のWHO原則遵守度を挙げる

● 方法 = 電子カルテ上でオピオイド処方の適正さを審査 (2013/Jan.)

直接またはTV会議システムを経由し、外部指導医 = 吉本と県病の薬剤師2名, 認定看護師2名

フィードバック = 照会結果の主治医および担当看護師に文書とカルテ記載で連絡

SCOPEの効果, 持続性, 限界

● Effect of SCOPE = ガイドラインの遵守率↑と改善

- 指摘例 ≒ Default 40% ⇒ 推奨受諾率 ≒ 40% ⇒ 受諾時アウトカム改善率 ≒ 70%
- %指摘例 (ガイドライン非遵守例) はSCOPE継続で10%前後まで低下するが根絶できない (要メンテ)

○ Sustainability of SCOPE = ①病院トップの支持, ②顔のみえる信頼ある医師による推奨, ③成功体験をもつCo-medical Dedicatorの存在 --- 母集団作成とカルテ情報補てんなど

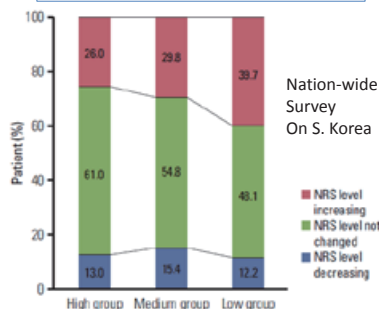
● Limitation of SCOPE = 診療録の不備がある症例、オピオイド処方されない患者、鎮痛薬以外の対応 (RT, 固定療法など) が推奨できない。

医師への持続的啓発アクションとしてのSCOPE

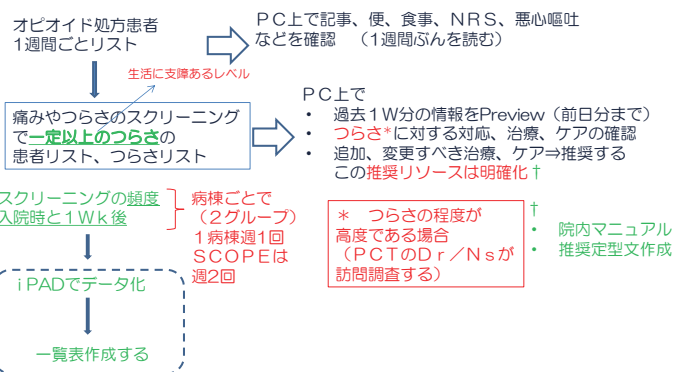
強オピオイドを処方したのちの問題点発見とOJTを期待する

緩和ケア先進国の英国GPを対象の研究でさえ、下剤や制吐剤を処方しない医師が45%、43%づつを占めた (Barclay, JPSM, 2002)

- ガイドラインを良く知る医師は有意に4日以内に痛みをとる能力あり
- 医師の約3人の1人が痛み治療より抗がん治療を優先する、と回答
- 約20%は激痛Ptにも非オピオイドで対応すると回答 (Kim, CRT, 2014)



痛みやつらさのスクリーニングをSCOPE化する!



スクリーニング	対象患者	監査対象	実施可能性	推奨項目
SCOPE	除痛目的のオピオイド処方患者	痛み副作用などオピオイドTxの視点で	25~40例/週	薬物Txへの推奨
iPS-SCOPE (1)	痛みで困っている、生活に支障あり	痛みと生活の視点 痛みTx視点 ・適切化 ・副作用対策	30 例/週	苦痛緩和のための ①薬物Tx推奨 ②ケアの推奨 ③非薬物Tx 例、RTやコルセット
SCARPHS (2)	何らかの苦痛が生じている患者	痛み、Dyspnea 食欲不振、悪心 不眠など 生活の視点で 苦痛全般を緩和する、視点 ↓ Tx適正化と副作用対策	病棟で毎週スクリーニング ↓ 対象抽出からPCT介入を除く ↓ 推奨を伝達	苦痛緩和のための ①薬物Tx推奨 ②ケアの推奨 ③非薬物Tx 例、RTやコルセット

(1) Including patients to be step up --SCOPE  
(2) Supportive Care for All Repugnant of Patients Focused with Screening



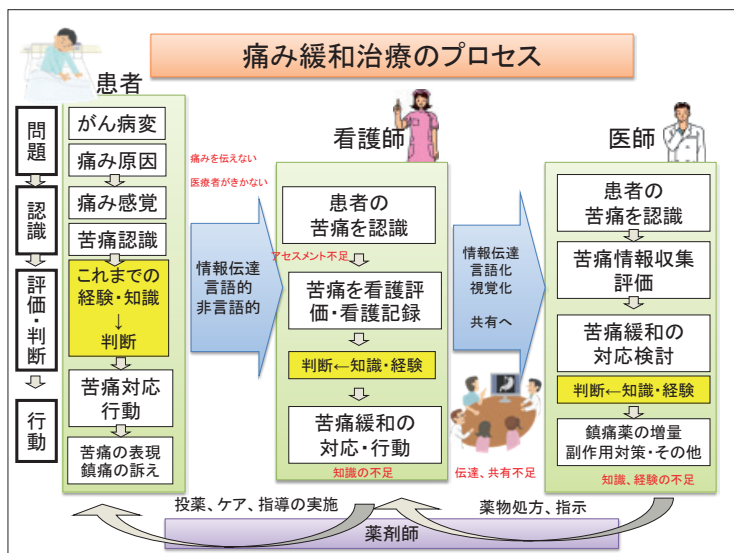
# 入院患者の疼痛スクリーニング 一般病院における 除痛率調査の意義と方法の検討

友愛会 豊見城中央病院／南部病院  
緩和ケアチーム

笹良 剛史

## 目的

- 目的: 沖縄県がん診療連携協議会では2011年よりがん拠点病院と当病院を皮切りに一部がん診療病院にて質問紙にて除痛率調査を勧めを行ってきた。
- しかし普遍的なスクリーニングとして普及するには、看護師の問診技術と集計作業等の負担、調査結果の適切なフィードバックの遅れなどの課題があった。
- 今回、的場研究班の行ったSPARCSの結果を基に、全病棟の入院がん患者の疼痛スクリーニングを改定し、電子カルテ化しているが、そのプロセスと問題点について報告する。



## すべての患者の除痛の達成に必要な体制

- 1) 適切 (第5バイタル) 評価の体制がある
  - ・ 毎日患者から聞き取り実施、記録
  - ・ 電子カルテへの導入、看護師の負担軽減
- 2) 患者が訴え得る体制がある
  - ・ 施設全体として取り組む、システム課の関与
  - ・ 医療者教育・教育講演によるレベルアップ
- 3) 評価が治療にフィードバックされる体制
  - ・ 認定看護師が除痛必要な患者を即座に把握可能なシステム
  - ・ PMIモニタ: 適切なクラスの薬剤が使用されているか? 評価に基づいた医師への指導
  - ・ SCOPE (Supporting Care for Opioids with Pharmacist Engagement) による薬剤師の積極的関与
- 4) 十分・適切な鎮痛治療 (薬) の実行が「安全」にできる体制がある

## 沖縄県 & 当法人におけるこれまでの疼痛スクリーニング活動

問診用紙による除痛率調査

2010-2013  
NAGOYA-PACC方法を参考に行った除痛率調査において、回収率の高いがん患者の多い2病棟(呼吸器、消化器内科と外科)で週一回、紙を用いた聞き取り、記録を実施、Excelで集計

2012-2013  
緩和ケア病棟を有する南部病院において週一回同様の聞き取り、集計を行い、Web上で公開

2012  
沖縄県がん診療連携協議会にて、がん拠点病院で除痛率調査(定点調査)を試験的に実施することを協議し(POOH3-がんproject)、琉球大学附属病院、県立中部病院、那覇市立病院にて実施開始

2013  
青森県立中央病院における「癌疼痛治療の施設成績を評価する指標の妥当性を検証する研究SPARCS」(的場班)による勉強会を沖縄で開催。

沖縄県がん診療連携協議会  
疼痛緩和率調査計画

友愛会南部病棟の除痛率結果WEB公開

## 除痛率調査: これまでの問題 (SPARCS以前)

- ・ 痛みを聞くのがルーチン化し、常に配慮するようになった
- ・ 痛みに対する関心や知識が増え、やりがいが増えた
- ・ 痛み以外のコミュニケーションも増え、患者に対する関わりが深くなる
- ・ 痛みに関してカンファレンスであげる事が多くなり、適切な処方が増加
- ・ 調査目的や意義が周知徹底しない 「なんのためにやるの」
- ・ 一部の人が担当しないことがあり、手順が徹底しない 「リンクナースの仕事」
- ・ 集計シートの未提出や記入漏れが少なくない。
- ・ 紙データを手作業を集計するのに人員と時間がかかる 「残業増える」
- ・ 調査結果が、看護師、医師にフィードバックされない 「おせい、役に立つの」
- ・ 定期的な調査集計による定点調査では除痛率が乱高下する「意味がわからない」
- ・ 事務的作業増加によるリンクナースの負担感が増大 「疲れる」
- ・ 他施設と進捗が合わず、比較困難 「うちだけなん？」

→SPARCSによる除痛率調査方法の確立まで2013年一時休止

## SPARCSから気づいた改善すべき点

- 診療部門だけでなく、管理部門、システム課を巻き込んだ**病院全体での取り組み**が必要。
  - 看護師の負担の軽減
  - 電子カルテへのリンク、集計作業の自動化
- 教育介入**は最も重要：
  - 基礎知識に関する調査の必要性も
- 課題：フィードバックは迅速、適切に
  - 除痛率がリアルタイムに計算出来るように
  - 除痛介入が必要な患者のリスト化
  - 薬剤師、薬局の関与も強化

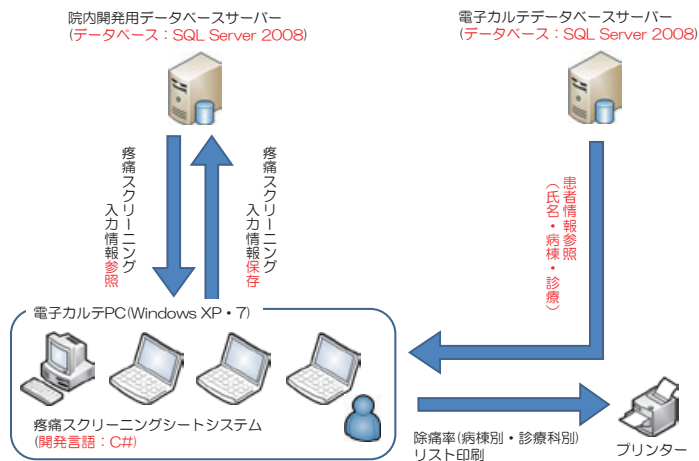


## 改善点①痛みをどう訊くか 聞きかたの検証、統一化

- 除痛率：
  - =痛み緩和の治療により患者さんが「痛みがやわらいだ」と感じる割合
- 痛みのある人
  - =痛み治療中の人+未治療で痛みのある人
- 除痛された人
  - =痛みでできないこと、困った事が無い人

SPARCS前：『痛みの治療に満足していますか？』  
↓  
治療の効果ではなく、患者さんの日常生活に視点を当てた質問へ変更  
↓  
『**痛みで困っている事はありますか？**』

## 疼痛スクリーニングシートシステム 構成図



## 改善点②入力作業の軽減とリアルタイム集計

- 人手と予算がかからないデータベース構築を院内SEを活用。
  - 沖縄県内の他施設でも利用可能な汎用型モデルをめざす
  - データリンクは最小限でいいID・氏名、病棟・診療科の情報は連携 → 1人の担当SEがC井を用いて14日の作業で完成(話し合い10回)
  - 1人月費用 ÷ 月労働日数 × 作業人数 × 作業日数 = 労働費用
  - 200,000 ÷ 21日 × 1人 × 14日 = 133,333
  - SE自身の業務負担にならない作業
- 看護師が訊いて、すぐに電子カルテに入力
- 入力は簡便なチェック方式、手打は減らす
- 二重入力なし。ワンクリックで電子カルテに保存
- PMIは自動判定
- リアルタイムなフィードバックが可能に
- 集計結果は緩和ケアチーム中心メンバー(がん疼痛認定看護師)が一覧表でみることができる

	0 疼痛なし (0)	1 軽度疼痛 (1-3)	2 中等度疼痛 (4-6)	3 重度疼痛 (7-10)
疼痛緩和なし (0)	0	-1	-2	-3
軽度疼痛 (1)	1	0	-1	-2
中等度疼痛 (2)	2	1	0	-1
重度疼痛 (3)				0

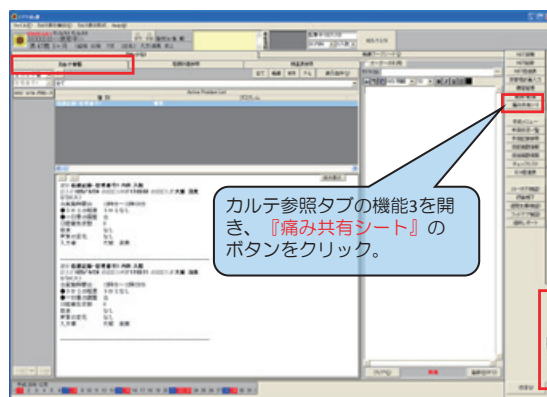
Paia Management Index

## 疼痛スクリーニングシート入力 操作マニュアル

### ①画面の開き方

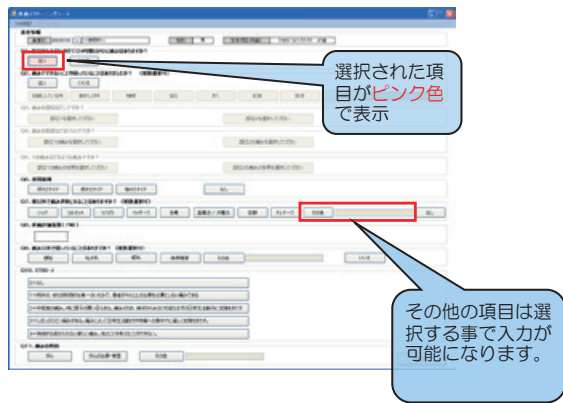


看護カルテを開き、下記図の位置から画面を開く。

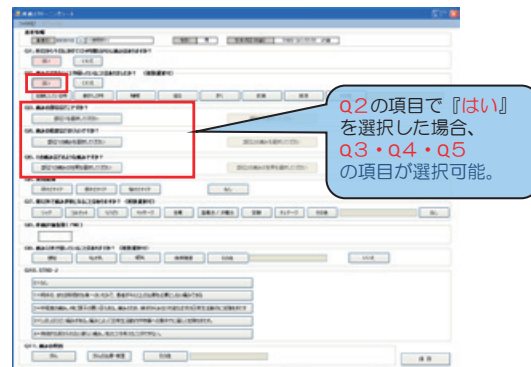


②画面の操作

下図のような画面が開くので質問に該当する項目を選択。



②画面の操作

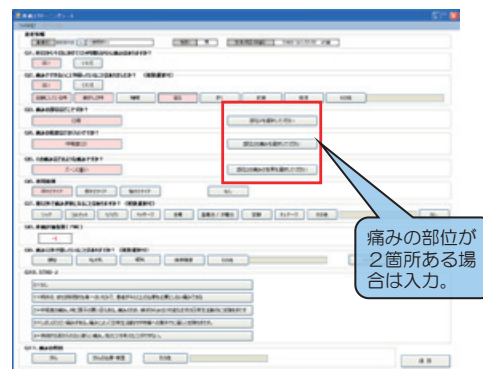


②画面の操作

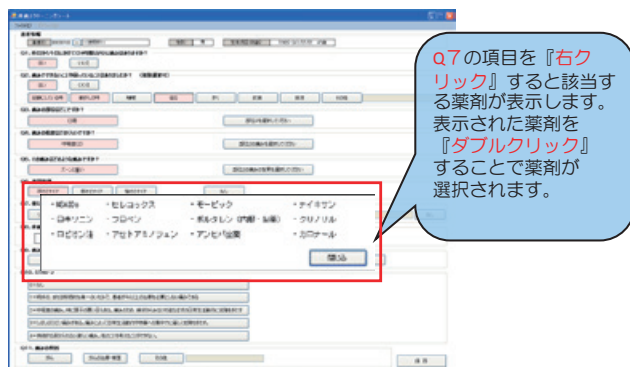
Q3・Q4・Q5の選択はそれぞれ別の小窓が開き、その中からの選択になります。



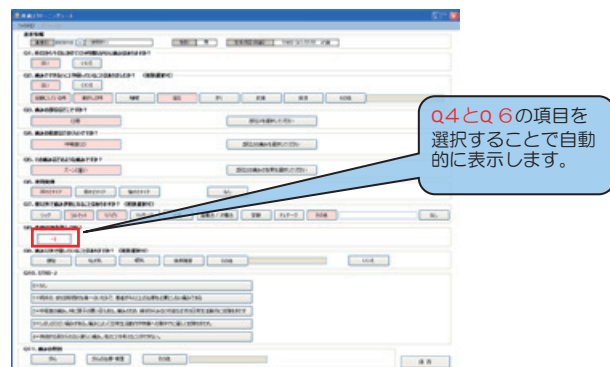
②画面の操作



②画面の操作

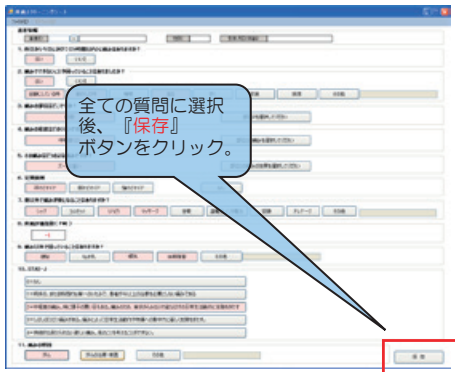


②画面の操作

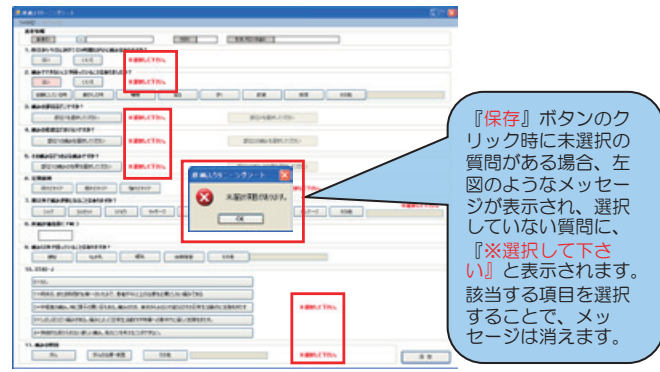




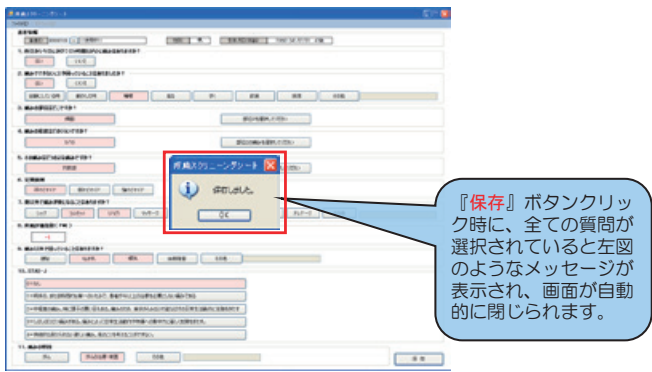
②画面の操作



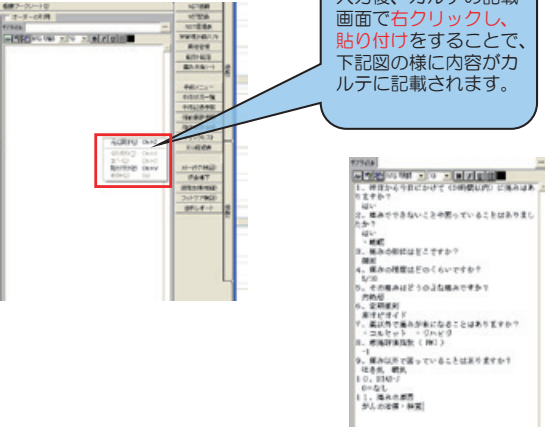
②画面の操作



②画面の操作



③カルテ記載



疼痛スクリーニングシートリスト  
操作マニュアル

①画面の開き方



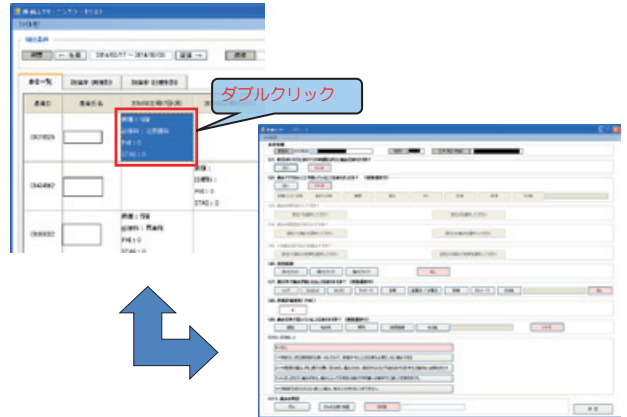
②画面の操作

患者一覧のタブでは、疼痛スクリーニングシートを入力した患者さんの病棟・診療科・PMI・STAS情報の一覧が一週間分表示されます。



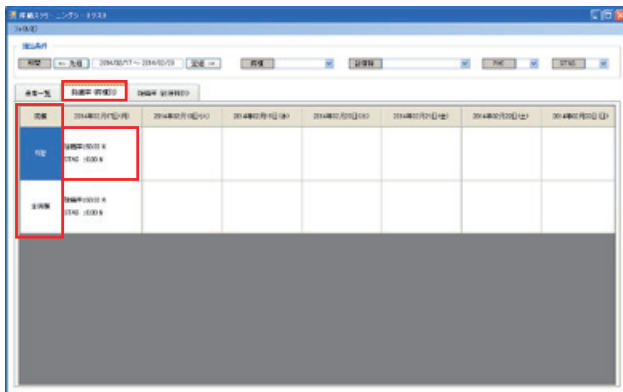
②画面の操作

画面の情報をダブルクリックすることによって疼痛スクリーニングシートの入力画面が表示され、参照・修正を行うことが可能です。



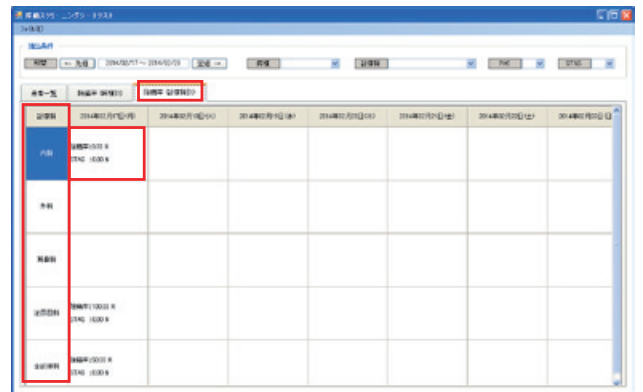
②画面の操作

除痛率（病棟別）では、疼痛スクリーニングシートを入力している病棟と全病棟の除痛率が表示されます。



②画面の操作

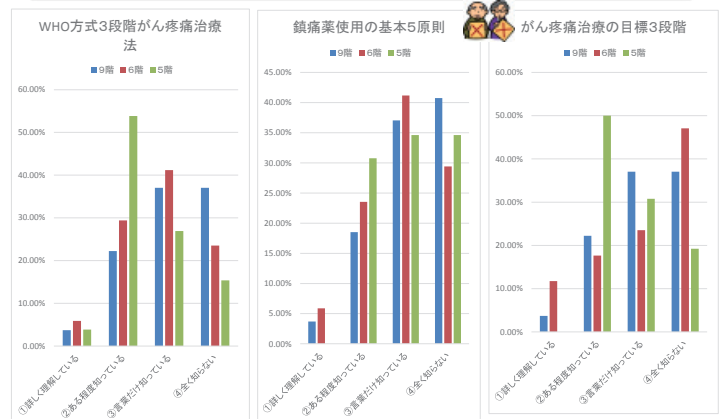
除痛率（診療科別）では、疼痛スクリーニングシートを入力している診療科と全診療科の除痛率が表示されます。



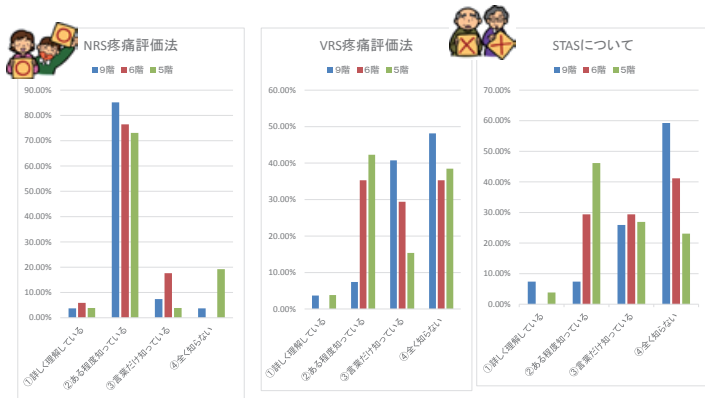
## 改善点③教育介入

- 病棟看護師におけるがん疼痛の基礎知識に関する現状調査：病棟ごとに順次
- 病棟単位でミニレクチャー：病棟ごとに順次
  - 除痛率調査目的、入力方法の教育
  - 疼痛評価方法の基礎知識
  - WHO方式、レスキューの使用法
- 今後の課題：未実施項目
  - 医療者に対する院内ニュースレターの発刊
  - 患者家族への教育講演活動をもう少し
  - 患者さんと医療者をつなぐニュースレター発刊
  - SCOPE回診のための薬剤師教育：
    - 医師に指導できるレベルまでスキルアップ学習
    - 患者にわかりやすい服薬相談、指導

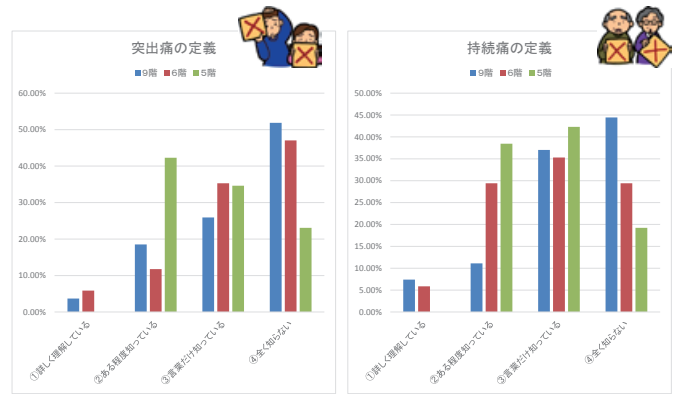
## 病棟看護師の基礎知識現況調査Pre①



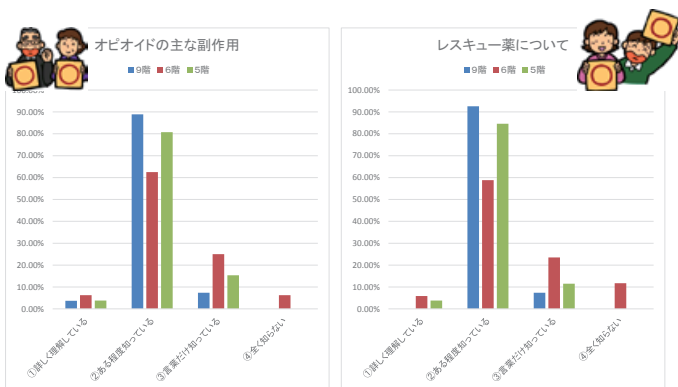
## 病棟看護師の基礎知識現況調査Pre②



## 病棟看護師の基礎知識現況調査Pre③



## 病棟看護師の基礎知識現況調査Pre④



## 病棟看護師のがん疼痛の基礎知識:教育介入前の調査結果

- WHO方式は誰でも知っている?と考えていたが・・・
  - 一年前に毎週除痛率調査をしていなかった病棟もしていた病棟もがん疼痛の基礎知識が不十分であった。
  - 新人の増加、配属転換の影響?緩和ケア基本研修会にも参加できていない現状
  - **病棟看護師への緩和ケア基本教育の不足が明らかになった。**
- レスキュー薬や麻薬の副作用対策など、ナースが主体的に関わる部分には自信あり。
  - やっていることは知っている
  - 勉強しないとわからないことは知らない
  - **底上げは可能**



**疼痛スクリーニング(除痛率調査)と教育介入はセットで日常化**

## まとめ

- 第5のバイタルサインとして疼痛スクリーニングを日常化するためのシステムを構築した。
- 迅速なフィードバックの為に入力、電子カルテ記録作業の軽減、除痛率集計の自動化を行い改善を図っている。
- 毎日の疼痛スクリーニングが患者の苦痛の軽減、除痛率の改善として現れるかどうか引き続き継続観察して行く予定である。
- 除痛率調査を通じて医療者に対する教育介入を充実する事が重要と思われた。

## スマートデバイスによる問診アプリと 汎用型痛みの治療システムの開発

青森県立中央病院  
医療情報部 三浦浩紀  
平成26年7月5日

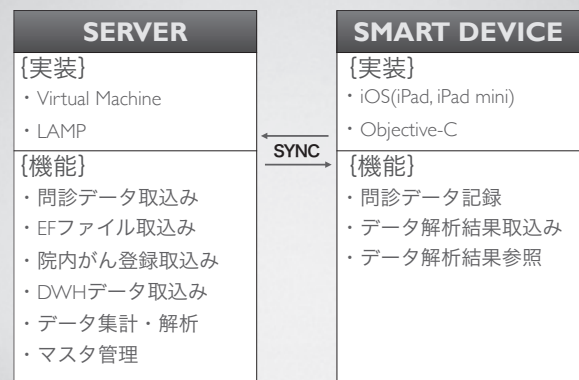
### ▶ システム普及のカギ

- 電子カルテとデータ連携しない。
- 既存の標準化されたデータを活用する。
- 安価かつ短期で導入が可能。

### ▶ 汎用型システムで取扱うデータ

DataSource	caption
痛みの問診データ	問診アプリ
EFファイル	医療用麻薬消費量
院内がん登録 *OPTION	がん情報
DWH *OPTION	入退院日など

### ▶ 汎用型システム基本構成



### ▶ 問診アプリ展開パターン

Target ENV.	実装
AndroidOSデバイス 導入済みの医療機関	WEBシステム
iOSデバイス 導入済みの医療機関	iOS (オンライン)
スマートデバイス未導入 PDA導入済みの医療機関	iOS (オンライン)
電子カルテ未導入 医事システムのみ	iOS (オフライン)



## 緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM)

～長崎で行ったこと～

光仁会西田病院麻酔科(緩和ケア病棟)

富安 志郎

## 緩和ケアを均てんする医療連携



## では地域で在宅緩和ケアを普及させるには？



## 海外の地域緩和ケアプログラム

カナダのエドモントンにおいて行なわれた地域緩和ケアプログラム

- 標準化した診療ツールの地域全体への普及
- 地域の緩和ケアを包括的に支援する地域緩和ケアセンター設置
- 緩和ケア病棟、緩和ケアチームとで地域緩和ケアチームを結成
- カンファランス、往診など診療報酬上の優遇措置

18ヶ月間のシステム再構築を経て1995年より稼働



1992年 86%が一般病院で死亡

1997年 49%が一般病院、30%が緩和ケア病棟、18%が在宅で死亡

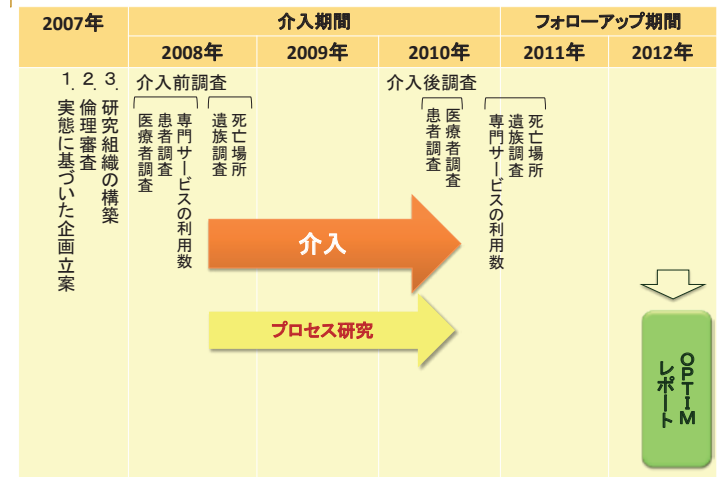
## 緩和ケア普及のための地域プロジェクト

(Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model)

- 目的: 日本に合う緩和ケア普及のための地域モデルを作る
- プログラム内容: 2008～2010年(3年間の介入研究)
  - ① 緩和ケア知識・技術の標準化(共通のツール開発・普及)
  - ② 地域連携の強化(病院と診療所、医療・介護の多職種)
  - ③ 専門的緩和ケアサービス利用向上(地域緩和ケアチーム)
  - ④ 市民への情報提供・啓発(市民公開講座など)
- 介入対象地域
  - 山形県鶴岡市、千葉県柏市、静岡県浜松市
  - 長崎県長崎市



## OPTIM-study overview





**プロジェクト協力施設(長崎)(平成22年9月現在)**

診療所: 78名 (A会員530名中)  
 薬局: 65名 (約300施設中)  
 病院: 17施設 (52施設中)  
 訪問: 9施設 (18施設中)  
 居宅: 20施設 (136施設中)  
 地域包括: 2施設 (15施設中)

緩和ケアチームのない病院・診療所・在宅への出張緩和ケア

在宅ケア

計181施設  
319名

長崎がん相談支援センター(長崎市医師会内) 地域緩和ケアチーム

患者・家族・医療者から、がんに関する相談を受ける。

病院 ホスピス・緩和ケア病棟

**緩和ケア地域連携のためのスタッフの配置**

**プロジェクト拠点～長崎がん相談支援センター～**

- プロジェクト運営全般
- 一般市民、医療・介護従事者からの相談への対応
- 研修企画・準備

※: 訪問看護師・ケアマネジャー・地域連携室看護師・施設関係者等の医療・福祉従事者 20%

長崎市医師会館 2階

平成20年4月～平成23年2月  
相談総数: 172件

一般市民 1%  
 その他 5%  
 患者 19%  
 配偶者 13%  
 家族 42%

**①緩和ケア知識・技術標準化**

ツール開発

患者・家族説明用パンフレット

ステップ緩和ケア

これからのごし方について

施設職員の方にもわかりやすい看取りのパンフレット

**①緩和ケア知識・技術標準化**

ツールを知り、使い方に習熟し、知識を習得するための研修会

医師の研修会

多職種のワークショップ

2010.6.10(木) 第1回OPTIM事例検討会「鎮痛補助薬とNSAIDsの使い方」

2010.7.2(金) 「緩和的化学療法(症状緩和の手段としての化学療法)」

**②地域連携強化 I**

「地域カンファランス」の開催

多施設から多職種が、緩和ケア、がん医療、地域連携、プロジェクトに対しての問題点、解決策について話し合い、共有し、長崎での緩和ケアの普及の方法を探し、実践することを目的とする。

★参加者の声

- ・各専門職の役割が理解できた。
- ・課題や改善策をみんなで共有することが地域連携の基盤になる。
- ・多職種でのグループワークを通して「顔の見える関係」ができ、患者さんの緩和ケアや退院支援へと有機的につながる。

2010.8.5(木)  
平成22年度第1回地域カンファランス

**②地域連携強化 II**

医師・他職種向け模擬事例検討会

第1回「緩和ケア・退院支援」レクチャー

第2回「退院支援」ロールプレイ




第3回「退院前カンファランス」ロールプレイ

第4回「サービス担当者会議」ロールプレイ

## ②地域連携強化 III

### 施設職員向け研修会

「今、施設で取り組む緩和ケア」—つらさに寄り添い支え合うために—

第1回 5/19(水) 参加者 100名	「緩和ケアとはつらさを和らげること？」 1. 施設職員へのアンケートの実施と結果 2. 緩和ケアとは？ 3. つらい気持ちの捉え方	
第2回 6/23(水) 参加者 87名	「緩和ケアの実践のために」 施設ケアの現状や課題について、施設関係者・訪問看護師・ケースワーカー・医師etc.でパネルディスカッションを行う。	
第3回 7/22(水) 参加者 81名	「緩和ケアの実際・施設での取り組み」 1. グループホームでの取り組み 2. 有料老人ホームでの取り組み	

## ②地域連携強化 IV

### 病院と在宅との定期カンファレンス

長崎市立市民病院  
「緩和ケアチーム」カンファレンス



目的:  
①緩和ケアや、がん患者の療養意向の確認と早期退院支援・退院調整の内容を共有。  
②在宅向けアレンジを在宅側が助言

長崎大学病院「地域医療連携室」  
ハイリスクカンファレンス



目的:がんに限らず、退院支援調整が困難なケースに在宅側が助言し、スムーズな在宅移行への具体的連携を行う

## ③専門的緩和ケアサービス利用向上

### 地域緩和ケアチーム

- **メンバー:** 多施設より選抜(混成部隊)
  - ・ がん拠点病院の緩和ケアチーム医師
  - ・ 病院医師、在宅医、薬剤師
  - ・ 訪問看護師、臨床心理士
  - ・ 管理栄養士、ケアマネジャー(19名)
- **活動内容**
  1. **コンサルテーション**  
症状緩和等に難渋する症例についてコンサルテーション
  2. **出張緩和ケア研修**  
病院・施設に訪問し、実践に即した研修会を行なう

## ④市民への情報提供・啓発

健康長崎21  
2010.11.23(火) かもめ広場



市民健康講座  
2010年3月27日(土)  
「がんと共に生きる」  
講師:立花 隆



図書「緩和ケアを知る100冊」



長崎談相談支援センター、  
長崎市立図書館、がん拠点病院、  
聖フランシスコ病院、朝永病院 (5か所)

## 主要・副次評価項目

### 主要評価項目

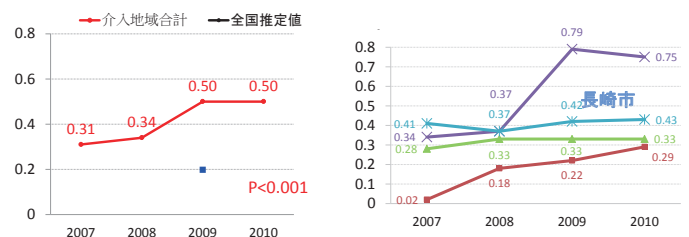
- 1) 自宅死亡率
  - 2) 専門緩和ケアサービスの利用数
  - 3) 通院中のがん患者による苦痛緩和の質評価\*
  - 4) 遺族による終末期がん患者の苦痛緩和の質評価\*
- \* : Care Evaluation Scaleの身体的・精神的ケアドメイン  
「つらい症状にすまやかに対処している」「苦痛がない」「望んだ場所で過ごせている」など

### 副次評価項目

- 1) 死亡場所、自宅療養期間
- 2) 患者のquality of life、疼痛、満足度
- 3) 遺族の評価による終末期がん患者のquality of life、疼痛、満足度、遺族の負担感
- 4) 医師の緩和ケアの知識・困難感・実践
- 5) 看護師の緩和ケアの知識・困難感・実践
- 6) 患者の緩和ケアの知識・認識・安心感
- 7) 遺族の緩和ケアの知識・認識・安心感
- 8) 患者・遺族の緩和ケアの準備性
- 9) 住民の緩和ケアの知識・認識・安心感・準備性
- 10) 地域の緩和ケアの質指標

## 主要結果①専門緩和ケア利用率

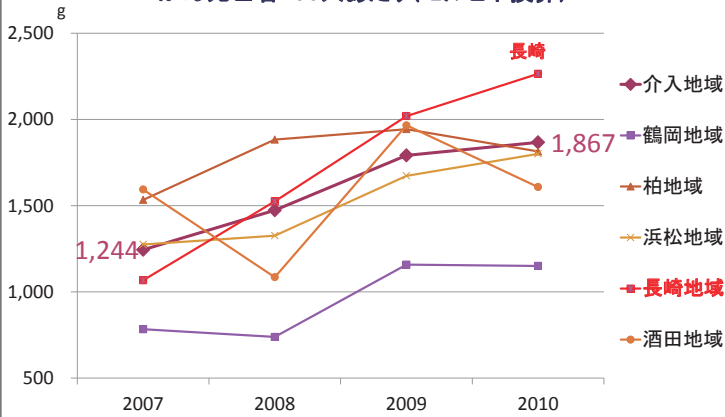
介入前0.31から介入後0.50に増加



※ 全国の専門緩和ケアサービス利用率 **0.20**  
(平均推定値)

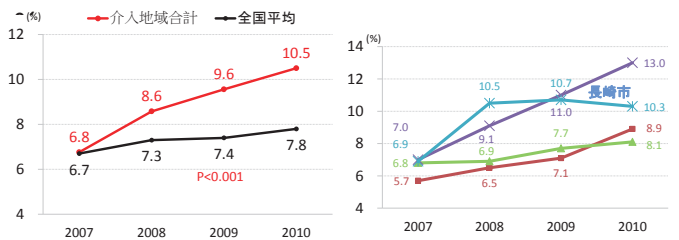
## 副次評価項目：医療用麻薬消費量

がん死亡者100人あたり(モルヒネ換算)



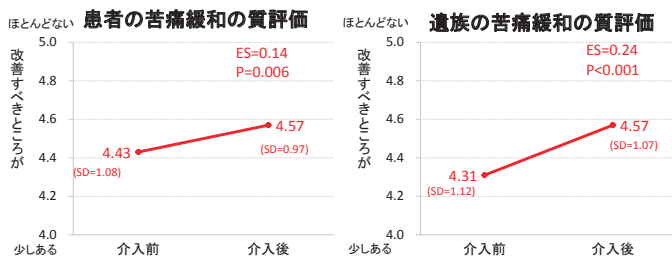
## 主要結果②がん患者在宅死亡率

介入前後で有意に在宅死亡率が上昇(p<0.001)



## 患者・遺族の緩和ケアの質評価、QOL

### Care Evaluation Scale



- QOL: Good Death Inventory (質問紙)で評価  
介入によって患者のQOLの改善しなかったが、遺族のQOLは改善した。

## 副次結果：医師・看護師の知識・困難感・実践

- Palliative Care Difficulties Scale (自記式質問紙調査) (良く思う4.0～思わない1.0)  
医師: 2.7±0.8 → 2.3±0.7  
看護師: 3.2±0.7 → 2.7±0.7 (p<0.0001)  
プロジェクト後、知識は増えたが実践は横ばい、ただし地域連携、専門家の支援、医療者間のコミュニケーションが有意に改善した。
- プロジェクトに参加した医師は、しなかった医師に比較して知識、困難感、実践ともに有意に改善。  
参加回数が多いほど改善度が強くなる有意な傾向あり

## Ⅲ【専門的緩和ケアの利用の便の向上】 地域緩和ケアチーム

### 【メンバー】多施設より選抜(混成部隊)

- ・がん拠点病院の緩和ケアチーム医師、
- ・病院医師、在宅医、薬剤師、
- ・訪問看護師、臨床心理士、
- ・管理栄養士、ケアマネジャー(19名)

### 【活動内容】

#### コンサルテーション:

症状緩和等に難渋する症例についてコンサルテーション

#### 出張緩和ケア研修:

病院・施設に訪問し、実践に即した研修会を行なう

## 地域緩和ケアチームの課題

1. 「地域緩和ケアチーム」のニーズはあるか？  
○実績数は少なかった(相談16件、往診2件)  
→個別の相談は、プロジェクト活動を通じた「顔の見える関係」で関係者同士が直接行う  
(実績としてカウントされていない)  
○緩和ケアに関する研修会へのニーズはある。  
○臨床心理士・栄養士・緩和ケア看護師のニーズもある。
2. 緩和ケアチームのある病院とない病院間、病院と在宅間をシームレスにつなぐ

地域緩和ケアチームとしての組織は必要ない

↓  
常時相談可能な窓口は必要  
(拠点病院緩和ケアチームへの橋渡し)



# アウトカムの解釈～地域に生じた変化のプロセス～

