

平成 26 年度 第 2 回班会議



# AGENDA

平成 26 年 11 月 27 日（木） 14：00～18：00

青森県自治研修所 本館 2 階 2-1 教室

## 会議内容

- 14：00～14：15 本班会議の概要 的場元弘  
14：15～17：10 研究分担者発表とディスカッション  
(15：50～16：20 頃 途中休憩あり)  
17：10～18：00 全体討論

## 研究発表者

下記順番に発表、質疑応答（※進行状況により変更の可能性がございます）

- 1、吉田 茂 青森県立中央病院  
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  
14：15～14：35（発表 10 分、ディスカッション 10 分）
- 2、三浦 浩紀 青森県立中央病院  
汎用型痛みの治療システムの運用イメージと制限事項  
14：35～15：00（発表 15 分、ディスカッション 10 分）
- 3、山下 慈 青森県立中央病院  
がん疼痛など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  
15：00～15：25（発表 15 分、ディスカッション 10 分）
- 4、東 尚弘 国立がん研究センター  
榊原 直喜 慶應義塾大学大学院  
SPARCS データの論文投稿の進捗と論文の内容について  
15：25～15：50（発表 15 分、ディスカッション 10 分）

（ 休憩 15：50～16：20 ）

- 5、吉本 鉄介 独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院  
テレビ会議システムを用いた院内患者の疼痛軽減の試み  
～オピオイド処方スクリーニングおよび重症例のピックアップ回診～  
16：20～16：45（発表 15 分、ディスカッション 10 分）
- 6、富安 志郎 医療法人光仁会 西田病院  
がんセンターを軸とした疼痛評価システムの在宅現場への普及  
～在宅医療連携拠点事業との協働について～  
16：45～17：10（発表 15 分、ディスカッション 10 分）

### 出席予定者

研究代表者：的場元弘（青森県立中央病院）

研究分担者：吉田茂昭（青森県立中央病院）  
増田昌人（琉球大学医学部附属病院）  
東 尚弘（国立がん研究センター）  
吉本鉄介（独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院）  
富安志郎（医療法人光仁会 西田病院）  
三浦浩紀（青森県立中央病院）  
山下 慈（青森県立中央病院）

研究協力者：榊原直喜（慶應義塾大学大学院）

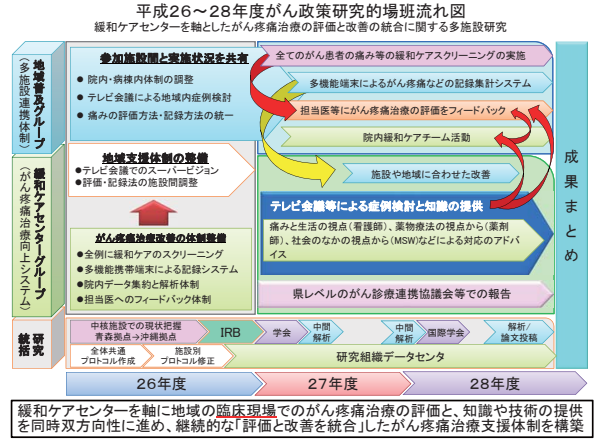
連絡先：研究代表者 的場元弘  
青森県立中央病院 緩和医療科  
〒030-0913 青森市東造道 2-1-1  
tel：017-752-8656 fax：017-726-8989



## 研究課題名： 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

平成26年度 第2回 的場班会議

平成26年11月27日 青森自治研修所 2F 2-1

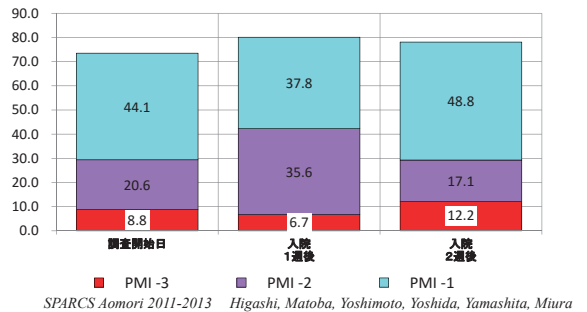


## 研究班体制

的場元弘	青森県立中央病院	
吉田彦昭	青森県立中央病院	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
増田昌人	琉球大学医学部附属病院	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
東 尚弘	国立がん研究センター	多施設で共用可能なデータ収集システムの構築と解析、研究班データセンターの構築と管理
吉本鉄介	JCHO中京病院	テレビ会議システム等を用いた、遠隔地に対する緩和ケアの症例検討と知識と技術の提供
富安志郎	西田病院	がんの痛みや苦痛症状の評価と標準的治療法の地域内統一化の検討
三浦浩紀	青森県立中央病院	多施設で共用可能な多機能携帯端末による緩和ケアデータ登録・集計システムの開発
山下 慈	青森県立中央病院	がん疼痛など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
塩川 満	聖隷浜松病院	オピオイド鎮痛薬使用患者を対象にした、カルテ回診による問題の抽出と担当医へのフィードバックの検討
熊 恵美	長崎大学大学院	テレビ会議システムを用いた、遠隔地の薬剤師による緩和ケア薬物療法の教育支援の検討

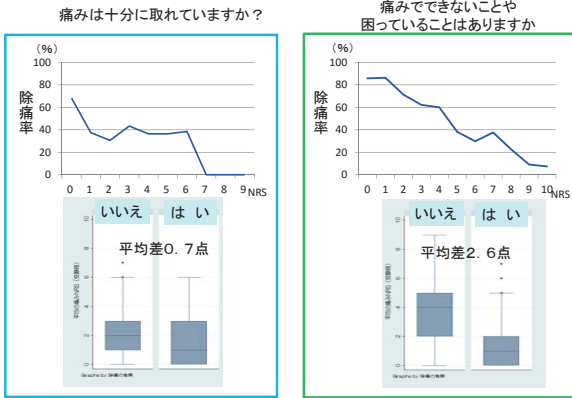
## まずは痛みの存在を明らかに

- 強い痛みにもかかわらず無治療の患者が約10%
- 強い痛み弱い鎮痛薬、中くらいの痛みが無治療の患者が約20%

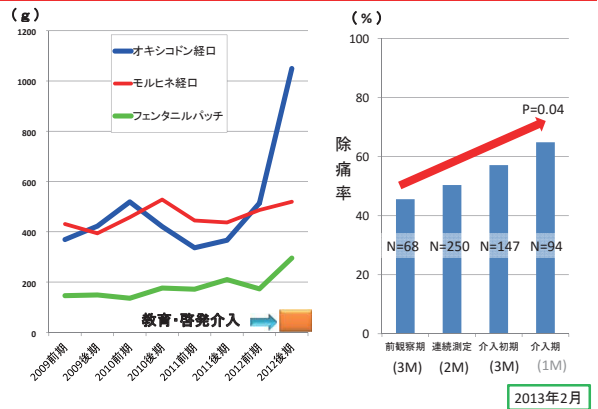


## 痛みの強さと、患者さんにとっての「除痛」

2013年2月

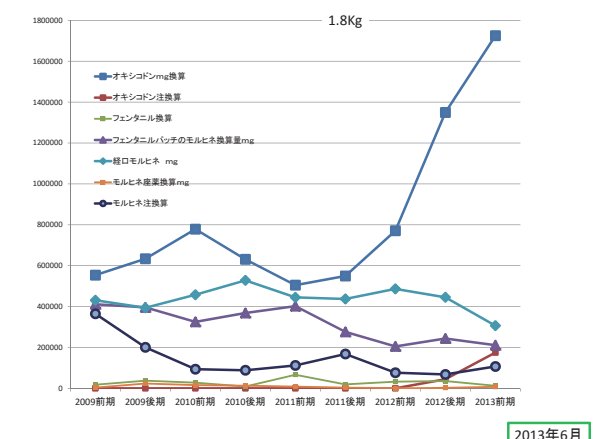
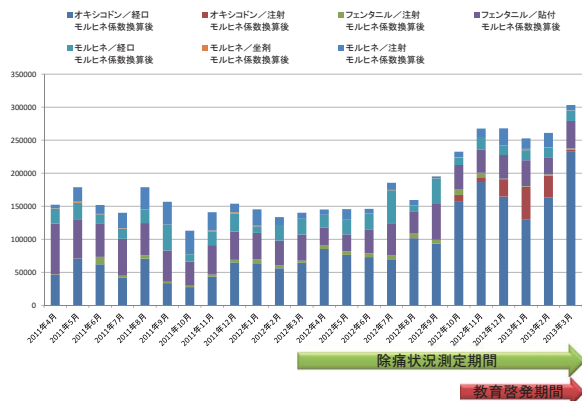


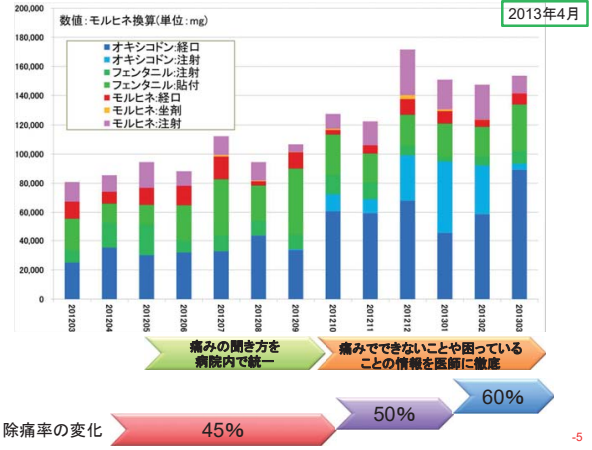
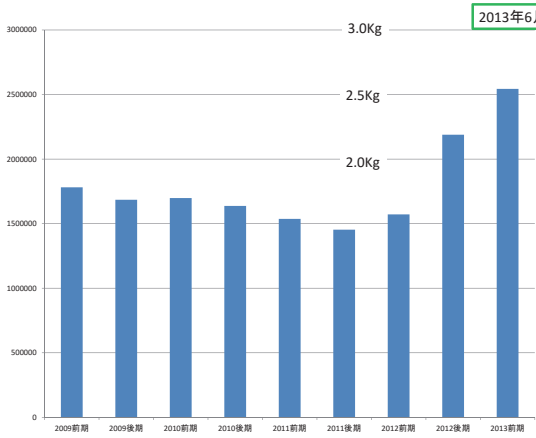
## 青森県立中央病院での医療用麻薬処方量の変化



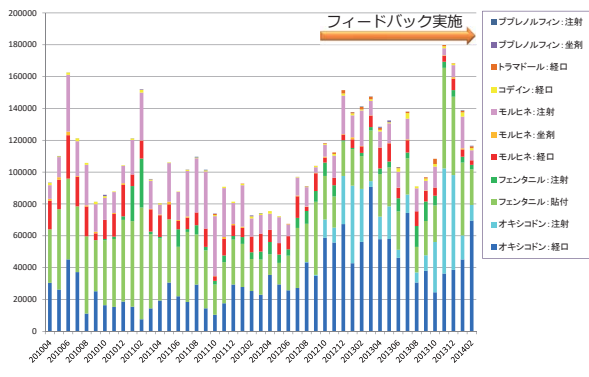
## 青森県立中央病院の医療用麻薬消費量(院内処方)

2013年6月

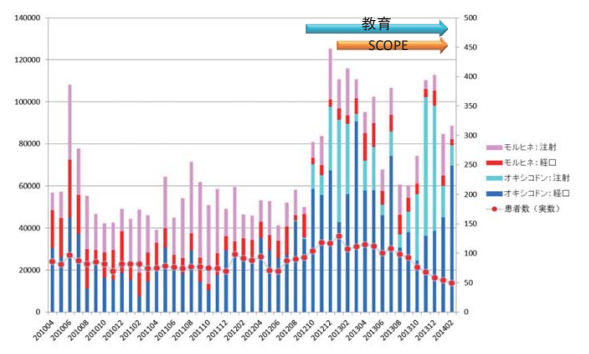




入院がん患者における麻薬処方(2010.4~2014.2)

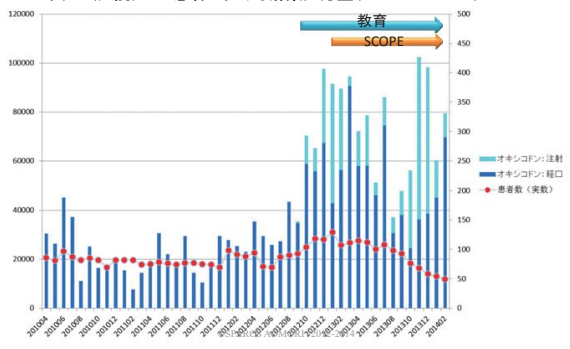


院内の医療用麻薬処方量(モルヒネ オキシコドンPO IV)  
入院がん患者における麻薬処方量(2010.4~2014.2)

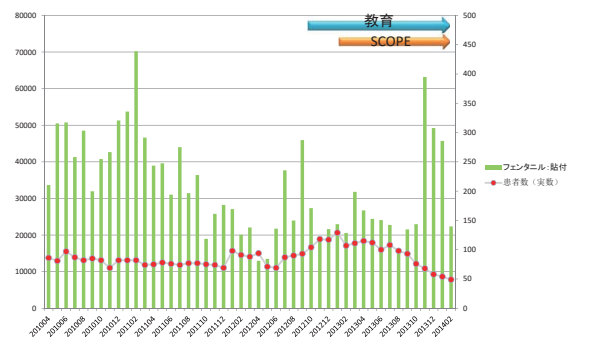


◆院内の医療用麻薬処方量(オキシコドンPO IV)

図2 (入院)がん患者における麻薬処方量(2010.4~2014.2)

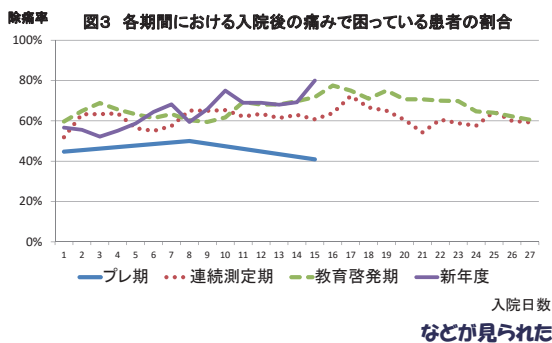


院内の医療用麻薬処方量(フェンタニル貼付剤)  
入院がん患者における麻薬処方量(2010.4~2014.2)



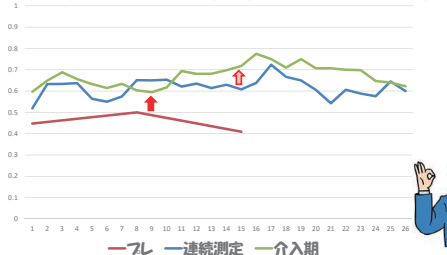
◆その結果、

・痛みで困っている患者の割合も減少(図3)



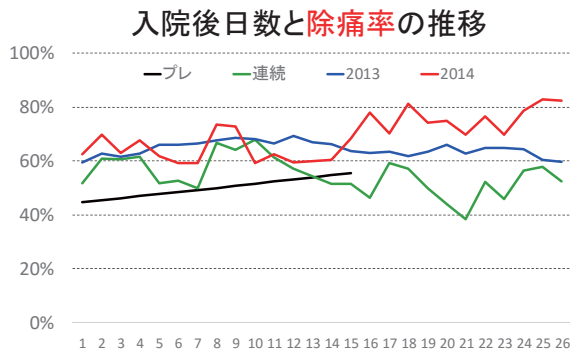
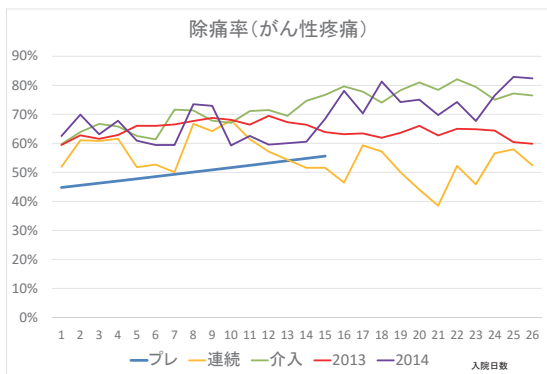
詳細：入院後日数と除痛率の推移

対象は「がん」が原因の痛み。痛みがなくなったのも「除痛」



全体として、プレ→連続測定→介入期は除痛率改善。  
(プレを元に、連続測定、介入期ともにP<0.05、連続測定と介入でNS)

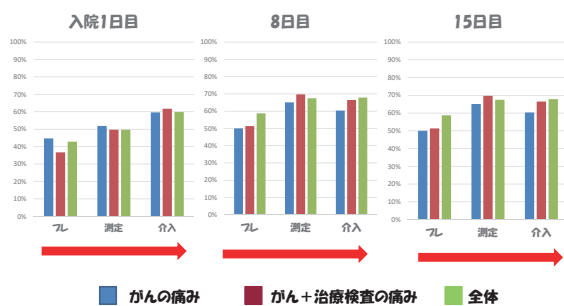




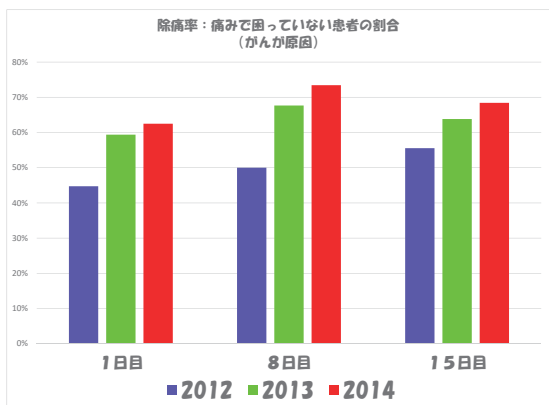
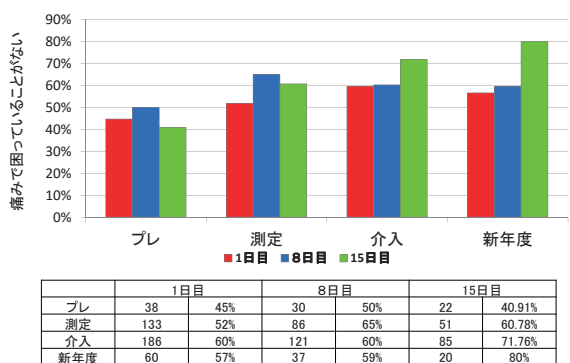
プレを元に、連続はNS。2013年度、2014年度P<0.05  
 連続を元に、2014年度P<0.01、2013年度はNS  
 2013年度を元に、2014年度P<0.001

©SPARCS AOMORI 2012-2014

### 結果:「測定」除痛率の動き



### 痛みでできないことや困っていることがない患者の割合(除痛率) ~痛みの原因:がん~



研究課題名: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  
 課題番号:H26-がん政策-一般-003

的場元弘	青森県立中央病院	研究班統括、進捗管理、苦痛のスクリーニングシステム構築
吉田茂昭	青森県立中央病院	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
増田昌人	琉球大学医学部附属病院	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
東 尚弘	国立がん研究センター	多施設で共用可能なデータ収集システムの構築と解析、研究班データセンターの構築と管理
吉本鉄介	JCHO中京病院	テレビ会議システム等を用いた、遠隔地に対する緩和ケアの症例検討と知識と技術の提供
富安志郎	西田病院	がんの痛みや苦痛症状の評価と標準的治療法の地域内統一化の検討
三浦浩紀	青森県立中央病院	多施設で共用可能な多機能携帯端末による緩和データ登録・集計システムの開発
山下 慈	青森県立中央病院	がん疼痛など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
塩川 満	聖隷浜松病院	オピオイド鎮痛薬使用患者を対象にした、カルテ回診による問題の抽出と担当医へのフィードバックの検討
龍 恵美	長崎大学大学院	テレビ会議システムを用いた、遠隔地の薬剤師による緩和ケア薬物療法の教育支援の検討

### がん診療連携拠点病院におけるがん患者のスクリーニングの現状

がん診療連携拠点病院15施設に対して、全てのがん患者を対象にした苦痛のスクリーニングの実施状況についてヒアリングを実施

- 8施設でスクリーニングが未実施
- スクリーニング形式: 自記式調査用紙 11施設 聞き取り形式 1施設
- スクリーニングのタイミングは一定していない。
  - ① 診断時, ② 苦痛の訴えごと, ③ 入院時, ④ 週1回, ⑤ 毎日, ⑥ 外来受診毎
- データベースによる、過去のデータ確認, 集計, 解析が可能なのは1施設

青森県では「痛みでできないことや困っていることはありませんか?」を県内共通評価項目とする予定。

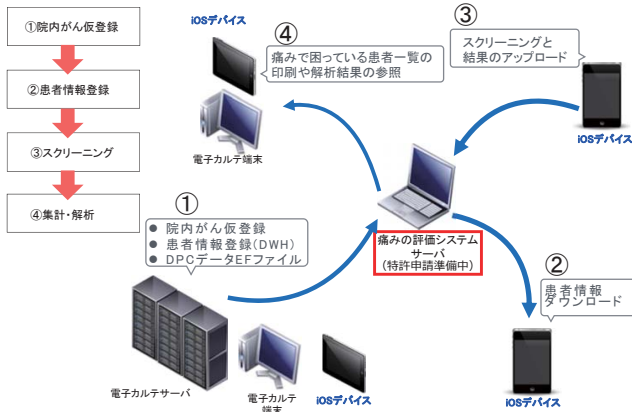
1. 昨日から今日にかけて痛みはありましたか
2. 痛みでできないことや困っていることはありませんか
3. だまっている時の一番強い痛みはいくつですか
4. その部位はどこですか
5. 何かした時に痛みが強くなりますか
6. その部位はどこですか
7. 昨日から今日にかけての痛みの平均の強さはいくつくらいですか
8. 体がだるいと感じますか
9. この1日でお通じはありましたか
10. 食欲はありますか
11. 口やのどが渇きますか
12. 吐き気や嘔吐がありますか
13. よく眠れましたか
14. 気持ちが落ち込んでいると思いますか
15. 不安やイライラを感じますか
16. 家庭や仕事、経済的なことで気持ちはありますか
17. そのことを相談できる人はいますか
18. 病気のことや治療、検査のことやわからないことや聞きたいことはありますか
19. 治療や療養について自分の意思や考えが担当医に伝わっていますか

全例必須

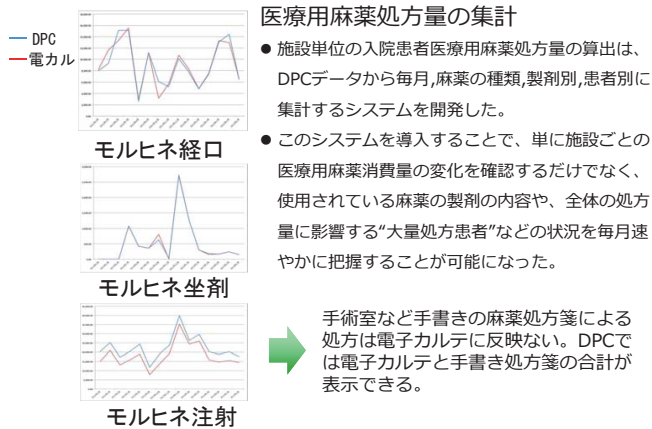
痛み以外に  
つらい症状がありますか?

気持ちのつらさは  
ありませんか?

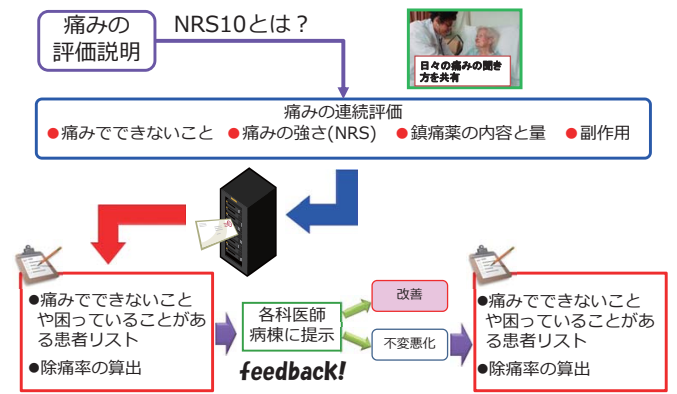
## 痛みの評価システム概要



## 医療用麻薬処方算出：DPCデータと院内処方データの比較

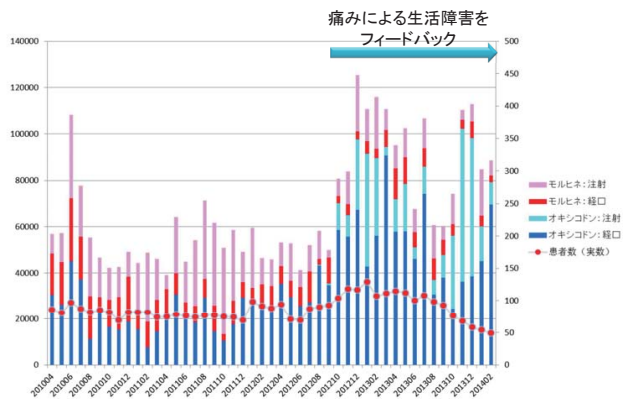


## 痛みの状況を把握し現場に生かす

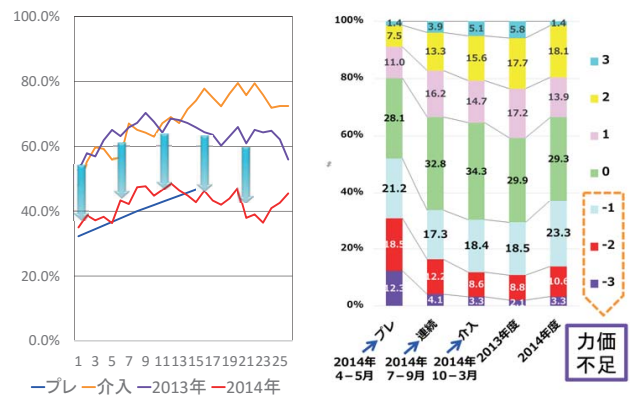


SPARCS Aomori 2011-2013 Matoba, Yoshimoto, Higashi, Yoshida, Yamashita, Miura

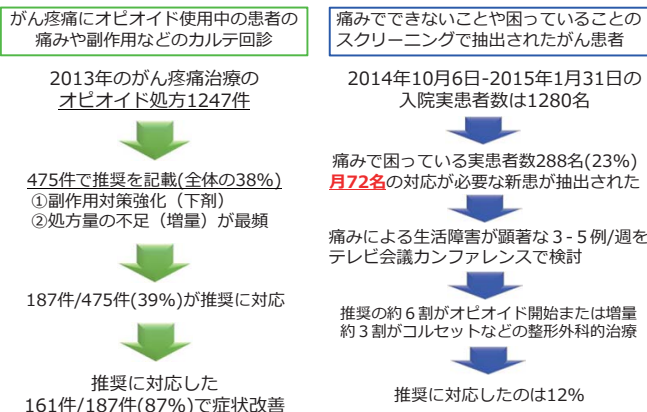
## 院内の医療用麻薬処方量(モルヒネ オキシドロンPO IV) 入院がん患者における麻薬処方量(2010.4~2014.2)



## 痛みでできないことや困っていることがなくなった患者割合 (施設単位の除痛率)



## スクリーニングされた痛みに対するTV会議を活用した支援の検討



## まとめと次年度以降の展望

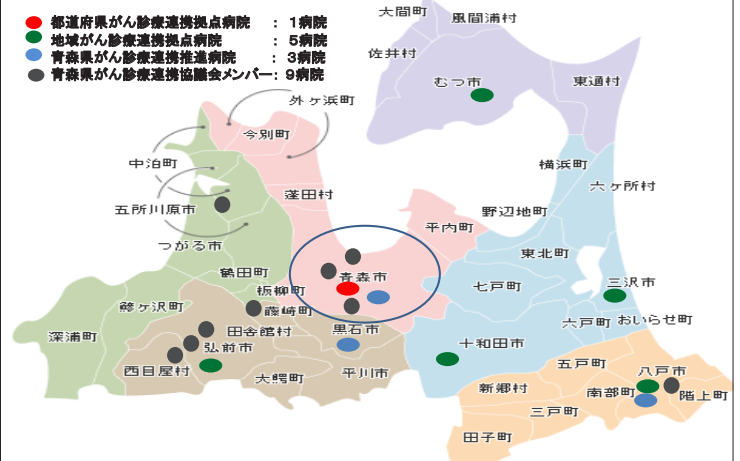
1. 苦痛のスクリーニングの実施方法は統一されていない。また未実施の施設も半数近くあった。
2. スクリーニングデータを集計解析し活用している施設はほとんどない。
3. 多機能携帯端末を用いた汎用型のスクリーニングと集計・解析システムを開発した(特許申請準備中)。
4. 担当医に患者の痛みに伴う生活の障害をフィードバックすることは、治療行動を変化させオピオイド処方量の増加につながる。
5. 緩和ケアセンターを中心に専門家によるテレビ会議システムなどによる症例検討を活用することで、少数の専門家による対応が可能な地域支援体制を構築することができる。
6. 今年度、各施設の「施設ごとの医療用麻薬消費量」や「痛みでできないことや困っている患者」のデータ集計や結果の活用が可能になった。
7. 次年度は、多機能携帯端末を用いた汎用型のスクリーニングシステムを複数の拠点病院でのトライアルを行う。また、在宅療養のフィール



## 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

## 青森県がん診療連携協議会参加施設



### 青森県内の緩和ケア提供体制を調査

#### 地域がん診療拠点病院 実地調査スケジュール

- 9月30日 八戸市民病院
- 10月14日 弘前大学附属病院
- 10月31日 青森市民病院
- 12月8日 三沢市立市民病院
- 12月9日 むつ総合病院
- 12月10日 十和田中央病院

- 地域がん診療連携拠点病院
- 青森県がん診療連携推進病院

### 青森県 がん登録者数

施設名	総数	初発	初回治療開始後再発・その他
青森県立中央病院	1812	1542	270
八戸市立市民病院	1312	1268	44
弘前大学附属病院	1959	1731	228
三沢市立三沢市民病院	438	355	83
むつ総合病院	550	474	76
十和田市立中央病院	687	575	112

院内がん登録報告書(2011年)  
平成26年3月  
青森県がん診療連携協議会  
院内がん登録部会

### 2施設の实地調査からわかったこと

1. 痛みやつらさのスクリーニング体制
  - (1)スクリーニングを行っていない、準備中である
  - (2)スクリーニングするタイミング
    - ①がんと診断された時
    - ②入院時または外来どちらか1回
  - (3)スクリーニングの質問項目(資料1参照)  
OPTIMの「生活のしやすさに関する質問票」

### 問診票の違い

- 「生活のしやすさ問診票」vs SPARCSシート
- ・患者自記式 vs 看護師聞き取り
  - ・非毎日用 vs 毎日用
  - こころの状態：1週間のつらさ
  - ・多職種の間わりへのニーズ 有vs無
  - ・緩和ケアチーム、医療ソーシャルワーカー
  - ・身体症状の評価
  - NRS vs NRSとVRS
  - ・化学療法に関すること(医療者記入) 有vs無

## 地域が求める緩和ケアセンターの要望

- ・スクリーニングの項目を統一化  
県内で統一化していけるのであれば  
緩和ケアセンターで発信して欲しい
- ・青森県内、地域の緩和ケア提供体制が評価できるようなシステム  
例) 二次医療圏の麻薬処方量  
各拠点病院の麻薬処方量
- ・各拠点病院でできる緩和ケアの特徴、スキルの情報公開  
例) 緩和ケアチーム取り組み  
緩和ケアチーム依頼件数  
神経ブロックなど難治性の痛みに関するスキル

## 青森県民への普及

**緩和ケアへの普及は、けんみんの参加が必要  
けんみんの声が、県内の緩和医療を動かす**

**11月8日 けんみん公開講座**

**「がん痛みでできないことや困っていることはありますか？」**

【東奥日報】2014年(平成26年)11月12日(水) 18面

**参加者：けんみん124名**



## 今年度の活動計画

**12月22日緩和ケア部会開設**

- ・スクリーニング項目統一化の検討

**今年度**

- ・県内の拠点病院に研究の参加依頼
- ・臨床としてのスクリーニング・緩和ケアチーム・治療医参加型のシステムづくりへの参加依頼

# 汎用型痛みの治療システム 運用イメージと制限事項

青森県立中央病院  
医療情報部 三浦 浩紀  
平成26年11月27日

1

## ▶専用型システムとは

- 自由設計
- プログラマ必須
- 移植困難
- 構築に時間を要する
- 構築コストが高い

2

## ▶汎用型システムとは

- 規格設計
- プログラマ不要
- 移植可能
- 短納期
- 専用型に比べて安価

3

## ▶汎用型システム設計における指針

- 既存の標準化されたデータを活用する。
- 運用に負担をかけない。
- 誰でも使える手軽さ。
- 安価かつ短期で導入が可能。
- 電子カルテとデータ連携しない。

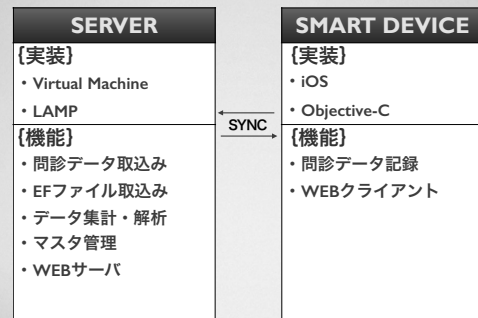
4

## ▶汎用型システムのデータソース

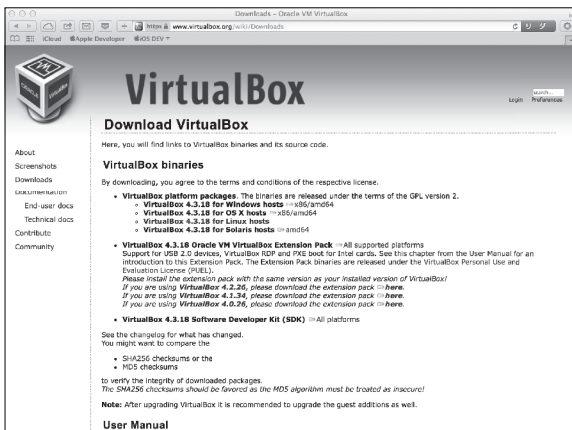
DataSource	caption
iOS問診アプリ	痛みの問診データ
EFファイル	医療用麻薬処方量
院内がん登録 ※OPTION	がん情報
DWH ※OPTION	入退院日など

5

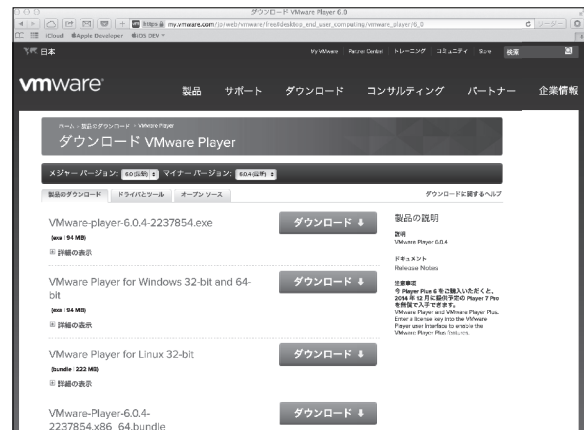
## ▶汎用型システム基本構成



6



7



8

## ▶ホスト型仮想化のアーキテクチャー



9



10

## よくある質問 その1

11

法的に保存義務のある文書等に要求される  
電子保存の要件をクリアしているのか？

12

## 電子保存の3原則 真正性の確保 見読性の確保 保存性の確保

13

## ▶電子保存の3原則

### ①真正性の確保

電磁的記録に記録された事項について、保存すべき期間中における当該事項の改変又は消去の事実の有無及びその内容を確認することができる措置を講じ、かつ、当該電磁的記録の作成に係る責任の所在を明らかにしていること。

(e-文書法省令 第4条第4項第2号)

14

## ▶電子保存の3原則

### ②見読性の確保

必要に応じ電磁的記録に記録された事項を出力することにより、直ちに明瞭かつ整然とした形式で使用に係る電子計算機その他の機器に表示し、及び書面を作成できるようにすること。

(e-文書法省令 第4条第4項第1号)

15

## ▶電子保存の3原則

### ③保存性の確保

電磁的記録に記録された事項について、保存すべき期間中において復元可能な状態で保存することができる措置を講じていること。

(e-文書法省令 第4条第4項第3号)

16



## ▶ 3原則への対応

	システム上の実装
真正性の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ユーザIDベースのアクセス制御</li> <li>・ロギング</li> <li>・追記型DB</li> </ul>
見読性の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>・WEBベースの参照機能</li> <li>・印刷機能</li> </ul>
保存性の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>・バックアップ機能</li> <li>・NASへの外部保存</li> </ul>

17

## ▶ 追記型データベースとは

登録済みのデータ（レコード）の修正・削除を不可とし、データの修正・削除の場合でも常にレコードを新規に追加して更新履歴を把握できるようにするタイプのデータベース。

18

## ▶ 追記型データベース

レコードID	問診ID	月日	時間	ユーザ	患者	操作
512	1100	11月19日	10:11	山下	坂本	登録
<del>513</del>	<del>1101</del>	<del>11月19日</del>	<del>10:11</del>	<del>山下</del>	<del>青山</del>	<del>登録</del>
514	1102	11月19日	10:13	早坂	木村	登録
515	1103	11月19日	10:14	廣田	成田	登録

問診ID：1101を削除したい！  
システム上、レコードの削除ができない

19

## ▶ 追記型データベース

レコードID	問診ID	月日	時間	ユーザ	患者	操作
512	1100	11月19日	10:11	山下	坂本	登録
513	1101	11月19日	10:11	山下	青山	登録
514	1102	11月19日	10:13	早坂	木村	登録
515	1103	11月19日	10:14	廣田	成田	登録
<del>516</del>	<del>1101</del>	<del>11月20日</del>	<del>07:40</del>	<del>山下</del>	<del>青山</del>	<del>削除</del>

レコードを削除する場合でも、新規追加！

20

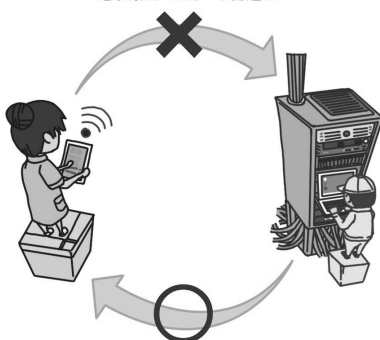
## よくある質問 その2

21

電子カルテとは全く連携できないのか？

22

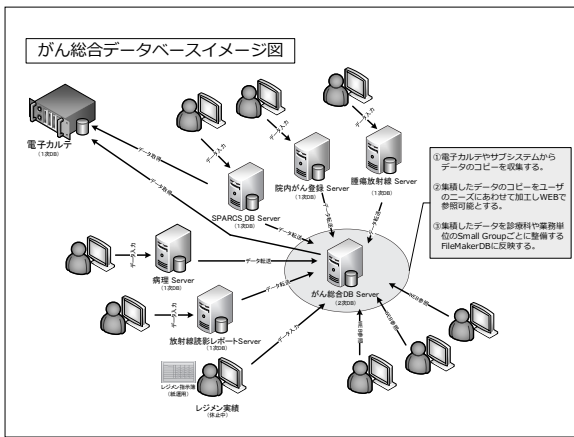
電子カルテへのデータ書込み



電子カルテからのデータ取得

23

24



25

取り込むデータの規模感

26

入院患者情報  
**15KB**  
/DAY  
※200Patients

27

外来患者情報  
**100KB**  
/DAY  
※1,200Patients

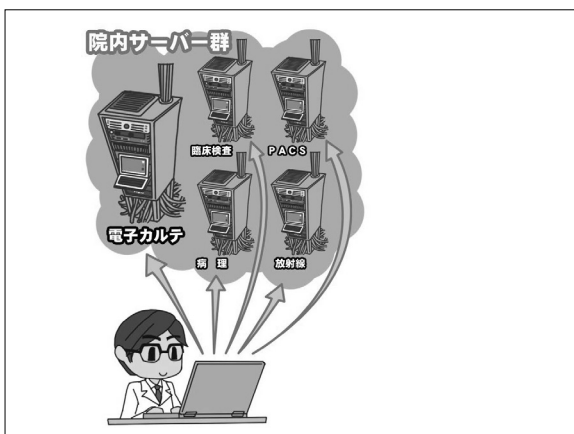
28

よくある質問  
その3

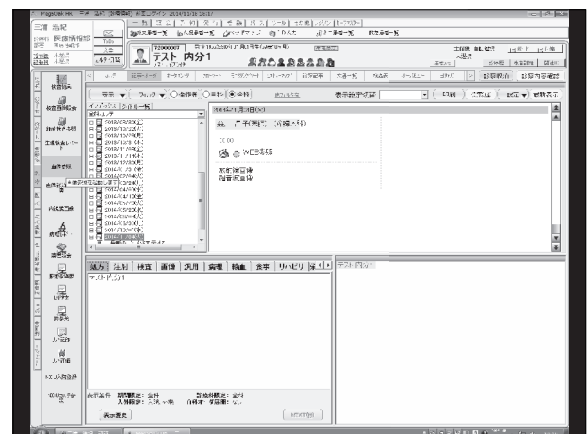
29

電子カルテからはどんな感じに見えるのか。

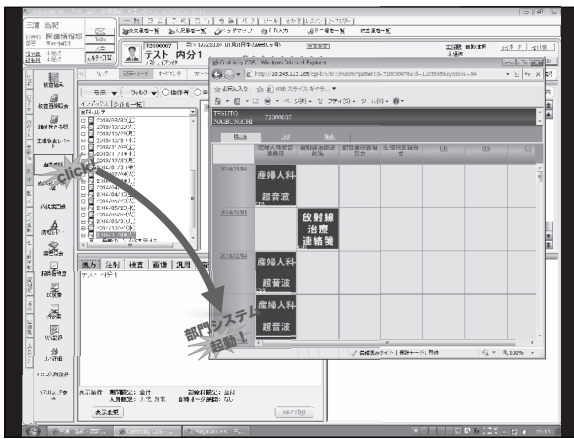
30



31



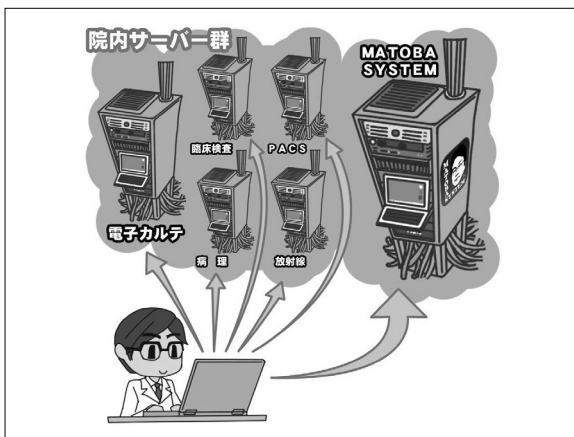
32



33



34



35

## 今後のスケジュール

<b>12月</b>	外来iPod touch版リリース
<b>1月下旬</b>	入院iPad版リリース
<b>2月以降</b>	入院Web版リリース

※いずれもリリースとともに試行運用

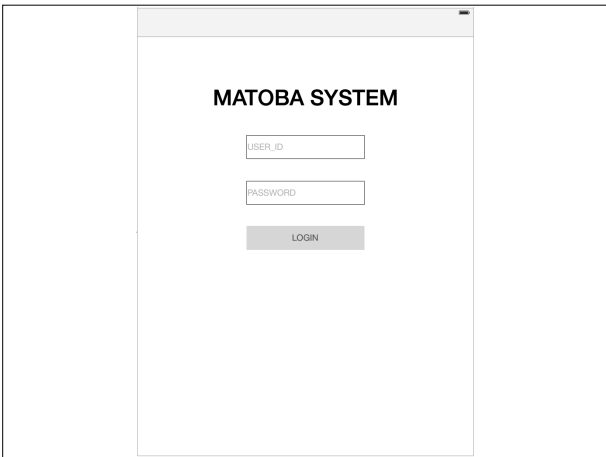
36

# 入院版iPadレイアウト（開発中）

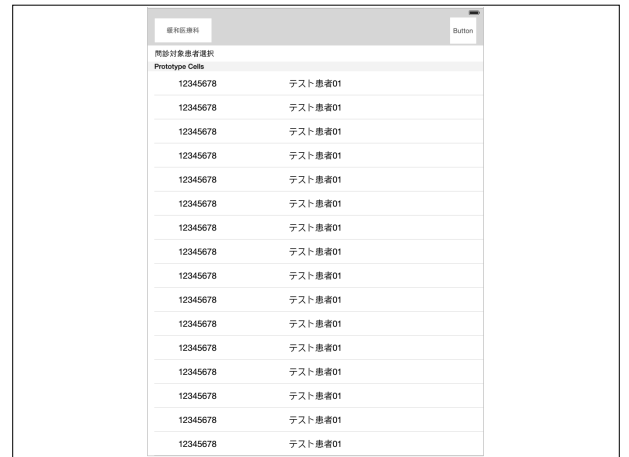
1



3



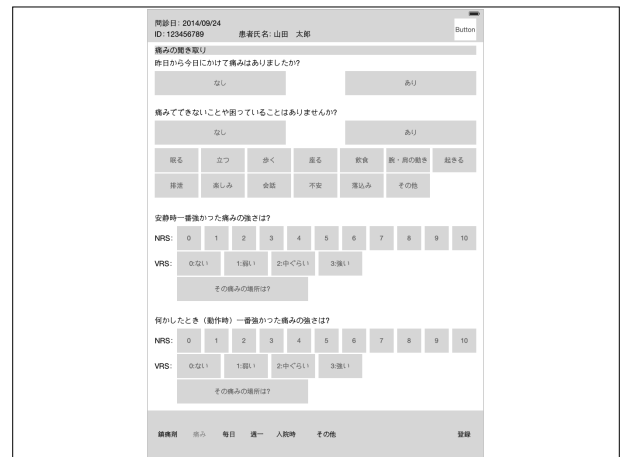
2



4



5



7



6



8



9



11



10



12



13



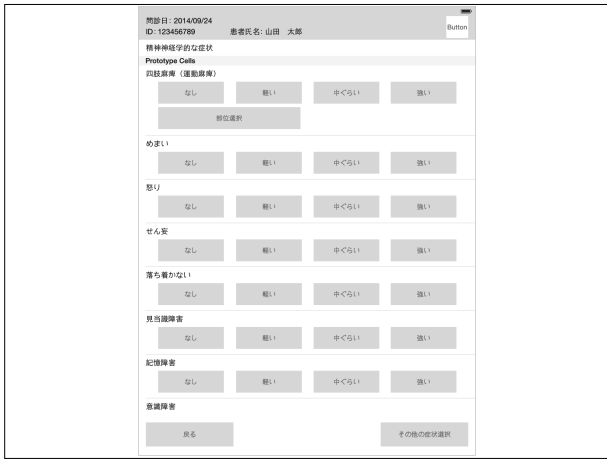
15



14



16



17



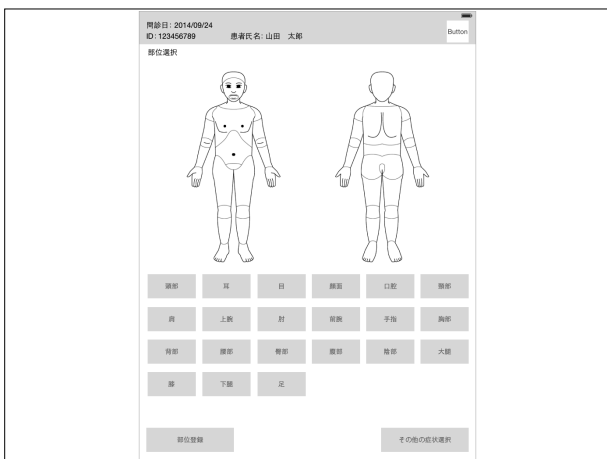
19



18



20



21

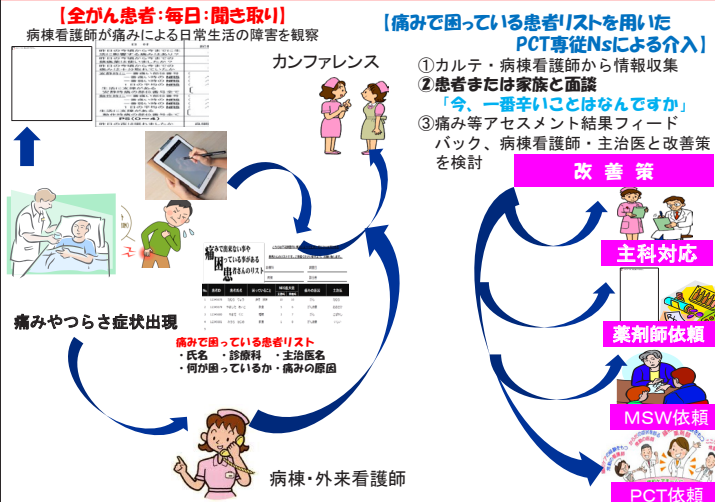


22

# がん疼痛など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

## 入院全がん患者の痛みとつらさのスクリーニングとケア提供システム



### 「痛みで困っている患者」

1. 期間: 2014年10月6日から10月30日の期間で金土日祝日除いた15日間
2. 方法
  - (1) SPARCS事務員が、各病棟、1週間に1回痛みの聞き取りシートを回収し、聞き取りした聞き取りした結果を当日のうちに入力する。

曜日	聞き取りシートの回収	月曜日 消化器内科	火曜日 外科	水曜日 婦人科 血液内科 外科	木曜日 呼吸器科 泌尿器科 耳鼻咽喉科 頭頸部外科	金曜日 なし
痛みで困っている患者リスト配布		なし	消化器内科		婦人科 血液内科	呼吸器科 泌尿器科 耳鼻咽喉科 頭頸部外科

(2) 翌日、がん総合DBのシステムを活用し「痛みで困っている患者リスト」を出力する。

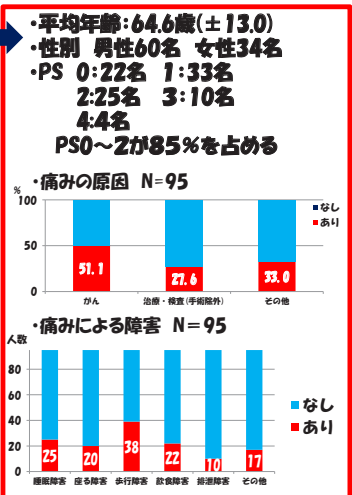
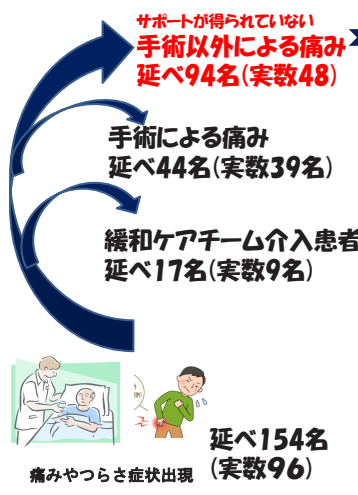
痛みで出来ない事や困っている事がある患者さんのリスト

No.	患者ID	患者氏名	困っていること	PSは最大値	痛みの原因	1. 治療
1	12345678	たけはら ひろゆき	歩行 困難	0	がん	なし
2	12345679	やまざき あいこ	飲食 5	6	がん治療	あり
3	12345680	やまざき くに	睡眠 3	7	がん	なし
4	12345681	あらい ひろゆき	飲食 1	8	がん治療	なし

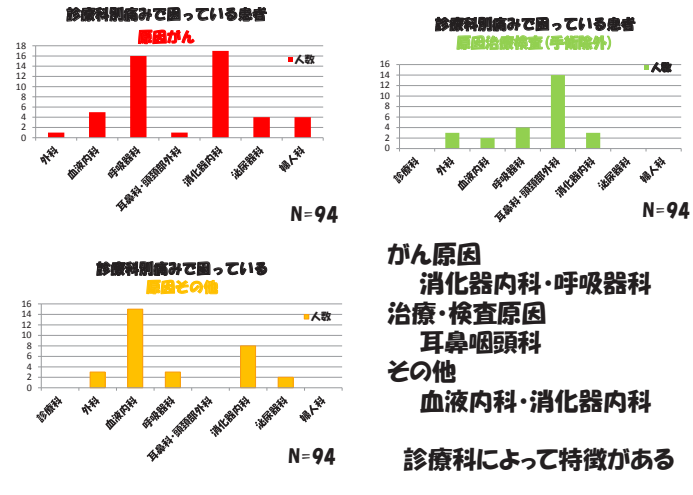
### 「痛みで困っている患者」

2. 方法
  - (3) 出力された「痛みで困っている患者リスト」は、緩和ケアチーム専従看護師が各病棟に配布し、病棟ラウンド・患者面談をし痛みの評価及び必要なリソースについて検討する。
  - (4) 毎日、ラウンドした結果は夕方の緩和ケアチームのカンファレンスで情報共有、難治症例については緩和ケアチーム医師に対応についてコンサルし結果を病棟にフィードバックする。

### 入院全がん患者の痛みとつらさのスクリーニング結果 10月6日～30日の内の15日間



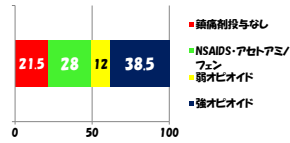
### 「手術・PCT介入患者を除く痛みで困っている患者」の概要



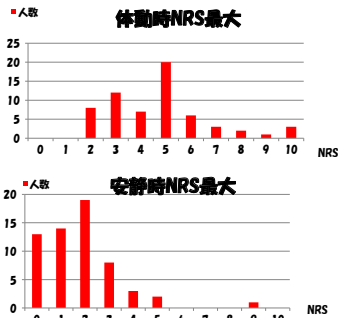
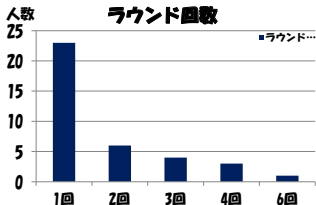


「手術・PCT介入患者を除く痛みで困っている患者」ラウンド率

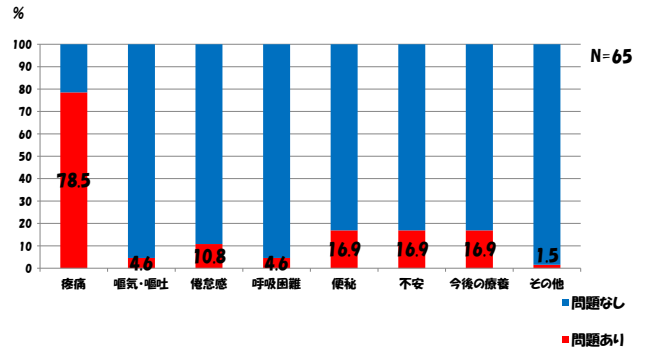
94名内、65名ラウンド  
29名は退院、状態悪化、永眠でラウンドできず  
ラウンド率:69.1%  
痛みで困っていると連続して回答していた期間  
(入院してから10月31日まで)  
連続回答平均日数 19.3日(±14.9)



65名を対象に  
延べ95回ラウンド  
患者・家族との面談延べ66回



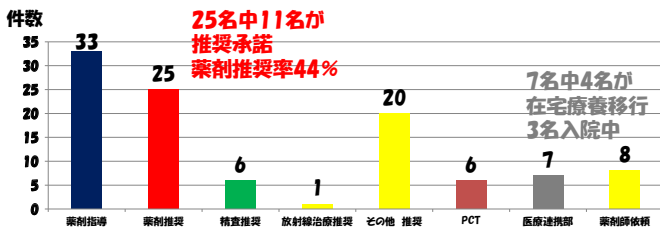
「痛みで困っている患者」ラウンドした患者の問題



	N=65							
	疼痛	嘔気・嘔吐	倦怠感	呼吸困難	便秘	不安	今後の療養	その他
問題あり	51	3	7	3	11	11	11	1
問題なし	14	62	58	62	54	54	54	64

「痛みで困っている患者ラウンド」時の対応内容

65名の内、30名(46.2%)の患者は、PCTカンファレンスで相談



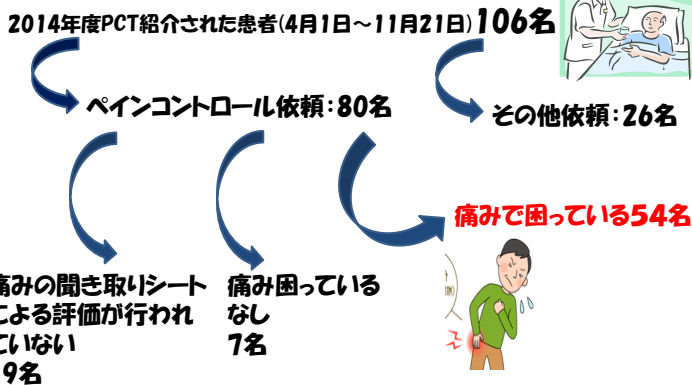
精査推奨率: 0%  
薬剤指導  
・便秘: 延11名  
・鎮痛剤: 延30名  
・その他: 延3名→薬剤師紹介

25名中11名が  
推奨承諾  
薬剤推奨率44%  
7名中4名が  
在宅療養移行  
3名入院中  
6名内、5名が  
PCT紹介  
紹介率83%

介入プログラムを開発する上で  
「痛みで困っている患者」に  
緩和ケアチームが有効に活用されているのか

痛みを目的とした緩和ケアチームへの紹介

患者さんが「痛みで困っている」と訴えてから、  
PCTに紹介されるまでにどのくらいの期間がかかっているのか



痛みを目的とした緩和ケアチームへの紹介

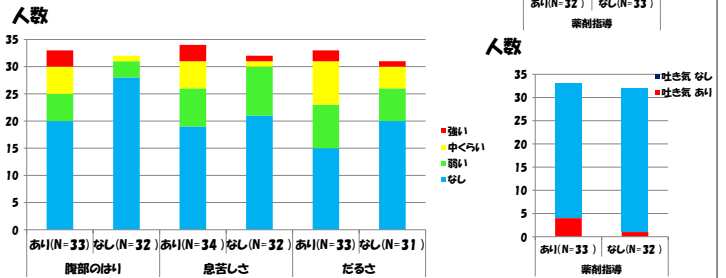
では、患者さんが  
入院日から「痛みで困っている」と訴えてから、  
PCT紹介までにどのくらいの期間がかかっているのか  
PCTが介入した痛みで困っている54名  
(2014年4月1日～11月21日)  
・主科からPCTへ依頼された患者 48名  
「痛みで困っている」と回答し紹介まで  
平均10.2(±15.5)  
(Min1~Max86)  
・PCT看護師がPCTへ紹介を推奨した患者 6名  
「痛みで困っている」と回答し紹介されるまでの期間  
平均27.7日(±25.8) (Min3~71)  
スクリーニングされた結果が緩和ケアチームと連携が重要  
主科の判断で緩和ケアチームへ依頼は限界がある



介入プログラムを開発する上で  
「痛みで困っている患者」で  
薬剤指導が必要な人は、どんな人か

薬剤指導が必要な患者とその他の身体症状との比較

介入した時点で、薬剤指導必要ありと判断した患者のほ  
うが、痛み以外の身体症状を訴えていることが多い  
薬剤指導が必要な人が  
・状態が不良  
・薬剤を適切に内服できず症状を訴えている  
・治療と薬剤による副作用  
色々な因子がある  
ただ、症状があるほど薬剤指導が求められる



薬剤指導 高齢者ほど薬剤指導が必要か

・年齢との比較 ttest

Group	Obs	Mean	Std. Err.	S [95% Conf. Interval]
あり	33	66.9	2.0	62.9 71.0
なし	32	64.7	2.3	60.1 69.3
combined	65	65.8	1.5	62.8 68.8

diff = mean(あり) - mean(なし) t = 0.7170  
Ho: diff = 0 degrees of freedom = 63  
Ha: diff < 0 Pr(T < t) = 0.7620  
Ha: diff != 0 Pr(|T| > |t|) = 0.4760  
Ha: diff > 0 Pr(T > t) = 0.2380

痛みで困っている患者の薬剤指導の有無については、  
年齢によって差があるとは言えない

薬剤指導 男性には薬剤指導が必要か

・性別との比較 ta gender sidou, chi2

性別	あり	なし	Total
女	11	12	23
男	22	20	42
Total	33	32	65

Pearson chi2(1) = 0.1234  
Pr = 0.725

痛みで困っている患者の薬剤指導の有無については、  
性別によって差があるとは言えない

薬剤指導 PSが悪い人ほど薬剤指導が必要か

・PSとの比較

PS	薬剤指導		Total
	あり	なし	
0	4 (30%)	9 (70%)	13
1	8 (36%)	14 (64%)	22
2	13 (76%)	4 (23%)	17
3	6 (66%)	3 (34%)	9
4	2 (50%)	2 (50%)	4
Total	33	32	65

PSと薬剤指導の有無に関連があるとは言えない

薬剤指導が必要な患者は、薬剤の種類が多いのではないか

内服している薬剤の種類数との比較

Group	Obs	Mean	Std. Err.	[95% Conf. Interval]
あり	29	6.3	.68	4.95 7.73
なし	31	6.0	.47	4.99 6.94
combined	60	6.15	.41	5.3 6.96

diff = mean(あり) - mean(なし) t = 0.4602  
Ho: diff = 0 degrees of freedom = 58  
Ha: diff < 0 Pr(T < t) = 0.6764  
Ha: diff != 0 Pr(|T| > |t|) = 0.6471  
Ha: diff > 0 Pr(T > t) = 0.3236

痛みで困っている患者の薬剤指導の有無については、  
内服している薬剤の種類数によって差があるとは言えない

<p>薬剤指導が必要な患者は、痛みを我慢していた期間がないのではないか</p> <p>・痛みで困っていると連続して回答した期間 ttest</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Group</th> <th>Obs</th> <th>Mean</th> <th>Std. Err.</th> <th colspan="2">[95% Conf. Interval]</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>あり</td> <td>33</td> <td>22.9</td> <td>2.6</td> <td>17.6</td> <td>28.1</td> </tr> <tr> <td>なし</td> <td>32</td> <td>15.7</td> <td>2.5</td> <td>10.5</td> <td>20.8</td> </tr> <tr> <td>combined</td> <td>65</td> <td>19.3</td> <td>1.8</td> <td>15.6</td> <td>23.0</td> </tr> </tbody> </table> <p>diff = mean(あり) - mean(なし)      t = 2.0043  Ho: diff = 0      degrees of freedom = 63  Ha: diff &lt; 0      Ha: diff != 0      Ha: diff &gt; 0  Pr(T &lt; t) = 0.9753      Pr( T  &gt;  t ) = 0.0493      Pr(T &gt; t) = 0.0247</p> <p>薬剤指導が必要な患者は、痛みで困っている期間が長い</p>	Group	Obs	Mean	Std. Err.	[95% Conf. Interval]		あり	33	22.9	2.6	17.6	28.1	なし	32	15.7	2.5	10.5	20.8	combined	65	19.3	1.8	15.6	23.0	<p>薬剤指導 便秘と薬剤指導は関係があるのか</p> <p>排便有無と薬剤指導必要有無の比較 <math>\chi^2</math> test  ※排便有無：痛みで困っていると回答した前日の排便状態</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">薬剤指導</th> <th colspan="2">排便</th> <th rowspan="2">Total</th> </tr> <tr> <th>あり</th> <th>なし</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>あり</td> <td>15</td> <td>18</td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>なし</td> <td>25</td> <td>7</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>40</td> <td>25</td> <td>65</td> </tr> </tbody> </table> <p>Pearson chi2(1) = 7.3263 Pr = 0.007</p> <p>排便回数/wと薬剤指導必要有無の比較 t test</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>人数</th> <th>平均排便回数/W(±SD)</th> <th>95%信頼区間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>薬剤指導あり</td> <td>33</td> <td>3.2(±0.4)</td> <td>2.4 4.06</td> </tr> <tr> <td>薬剤指導なし</td> <td>24</td> <td>4.8(±0.3)</td> <td>4.1 5.4</td> </tr> </tbody> </table> <p>diff = mean(あり) - mean(なし)      t = -2.7688  Ho: diff = 0      degrees of freedom = 55  Ha: diff &lt; 0      Ha: diff != 0      Ha: diff &gt; 0  Pr(T &lt; t) = 0.0038      Pr( T  &gt;  t ) = 0.0077      Pr(T &gt; t) = 0.9962</p> <p>※排便回数  痛みで困っていると回答し日から1週間の排便回数</p>	薬剤指導	排便		Total	あり	なし	あり	15	18	33	なし	25	7	32	Total	40	25	65		人数	平均排便回数/W(±SD)	95%信頼区間	薬剤指導あり	33	3.2(±0.4)	2.4 4.06	薬剤指導なし	24	4.8(±0.3)	4.1 5.4
Group	Obs	Mean	Std. Err.	[95% Conf. Interval]																																																			
あり	33	22.9	2.6	17.6	28.1																																																		
なし	32	15.7	2.5	10.5	20.8																																																		
combined	65	19.3	1.8	15.6	23.0																																																		
薬剤指導	排便		Total																																																				
	あり	なし																																																					
あり	15	18	33																																																				
なし	25	7	32																																																				
Total	40	25	65																																																				
	人数	平均排便回数/W(±SD)	95%信頼区間																																																				
薬剤指導あり	33	3.2(±0.4)	2.4 4.06																																																				
薬剤指導なし	24	4.8(±0.3)	4.1 5.4																																																				

<p>緩和ケアチーム看護師等による 介入プログラム開発における今後の検討事項</p>	<p>★薬剤指導</p> <p>考察1 麻薬に対するイメージ・誤解から使用を躊躇している人達  考察2 薬剤指導が行われていない、どう使っているかわからない</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・全症例において薬剤師が介入していなかった  →外来・入院における薬剤師の介入が必要</li> <li>・病棟看護師においても麻薬の薬剤指導には格差がある  病棟看護師たちの言葉  「外来で麻薬を開始していることが多い。外来の役割では」  「麻薬のパンフレット使っていない。片づけて欲しい。  3冊あれば十分」</li> <li>・確かに、外来では薬剤指導が行われていない</li> </ul> <p>考察3 医療者の気兼ねから、レスキューを使用できない</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・麻薬の自己管理マニュアルを作成→だが、大半が医療者管理</li> <li>・PCAポンプを使うのは、緩和ケアチームのみ</li> <li>・医療者の意識がバリア→意識改革必要</li> </ul>
--	--

<p>★緩和ケアチームの活用</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・緩和ケアチームへの紹介が主科の判断だけでは限界</li> <li>・痛みで困っている患者のスクリーニング結果と緩和ケアチームとの連携、システム化を検討してはどうか</li> </ul> <p>介入プログラムの開発には、症例数を増やし必要なリソース、介入についてさらに検討が必要。  そのためには、複数の緩和ケアチーム看護師で検討する必要がある。</p>
---

# がん患者の疼痛の実態と課題 入院/外来の比較と高齢者に焦点をあてて

榎原 直喜<sup>1,2</sup> 東 尚弘<sup>2</sup> 山下 慈<sup>3</sup> 三浦 浩紀<sup>4</sup> 吉本 鉄介<sup>5</sup>  
吉田 茂昭<sup>6</sup> 早坂 佳子<sup>3</sup> 小松 浩子<sup>7</sup> 的場 元弘<sup>8</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  
<sup>3</sup>青森県立中央病院 緩和ケアセンター <sup>4</sup>青森県立中央病院 医療情報部 <sup>5</sup>JCHO 中京病院 緩和支援治療科  
<sup>6</sup>青森県立中央病院 <sup>7</sup>慶應義塾大学 看護医療学部 <sup>8</sup>青森県立中央病院 緩和医療科

## 背景

- ▶ がん患者の疼痛について十分に明らかとなっていない
  - ✓ 初診時からのがん診療の全体的な疼痛の実態
  - ✓ 療養の場（入院・外来・在宅など）による疼痛の実態やその対処状況
  - ✓ 疼痛治療が必要な人にどの程度適切な疼痛治療が行われているか
  - ✓ 高齢化と共に増加し続ける高齢者のこれらの実態



…等

ケアの質向上のためにも、こうした実態把握が必要

1

## 目的

- ▶ がん診療連携拠点病院 1 施設における、初診時からの全病期、全がん患者を対象に、疼痛の頻度や程度、疼痛への対処状況の実態、および、課題を把握する。

- ▶ 更に、収集された痛みのデータにおいて、

1. 入院 vs 外来
2. 高齢者(≥65歳) vs 非高齢者(<65歳)

## 意義

- ▶ 疼痛への対処を行うに当たり、より優先度の高い介入の場や対象を検討する基礎となり得る。

を比較する。

2

## 方法

- ・ デザイン：横断研究
- ・ 調査期間：2013年4月～2013年8月
- ・ 調査施設：一般病院 1 施設（都道府県がん診療連携拠点病院）
- ・ 対象：期間中に受診（入院/外来）した全がん患者
- ・ 選定基準：担当医が調査協力に可能な状態であると判断した者、および、認知機能に問題がなく日本語の読解及び会話能力がある者
- ・ データ収集：自己記入式質問紙票およびカルテから収集  
**複数回答に関しては各患者初回のデータを使用**
- ・ 倫理的配慮：所属施設、調査施設の倫理審査委員会の承認

3

## 方法

- ・ データ解析

以下の集計・分析(χ<sup>2</sup>検定、t 検定、回帰分析)

- ①疼痛の有症率
- ②除痛率
- ③痛みの程度
- ④QOL
- ⑤除痛におけるリスク要因の検討

- ・ 測定用具

- ①日本語版EORTC QOL C15-PAL  
(The European Organization for Research and Treatment of Cancer quality of life core 15 palliative questionnaire)
- ②簡易疼痛調査用紙Brief Pain Inventory(BPI)
- ③除痛率

4

## 除痛率

	疼痛 (+)	疼痛 (-)
痛みの治療 (+)	分母①	分母②
痛みの治療 (-)	分母③	除外

$$\text{除痛率} = \frac{\text{痛みで困っていることや出来ない事がない人}}{\text{分母①} + \text{分母②} + \text{分母③}}$$

「痛みがある」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薬の有無を抽出した上で算出。

5

# 用語の定義

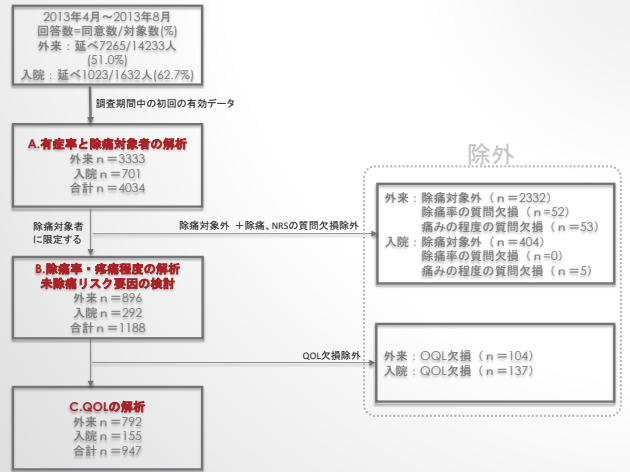
## ・疼痛

本研究で用いる疼痛とは、WHOの「がん患者が抱える痛み」として挙げられている以下の全てを含めた痛みを疼痛と定義した。

- ①がん自体が原因となった痛み
- ②がんに関連した痛み  
(筋の攣縮、リンパ浮腫、便秘、褥瘡などによる痛み)
- ③がん治療に関連して起こる痛  
(手術痕の慢性的な痛み、化学療法に起因した口内炎などの痛みなど)
- ④がん患者に併発したがん以外の疾患による痛み  
(変形性脊椎症、骨関節炎などの痛み)

出典：WHO方式がん疼痛治療法 / 世界保健機関編；武田文和訳 第2版、金原出版（東京）、1996

## 結果① 対象者のフローチャート



## 結果② 患者の特性

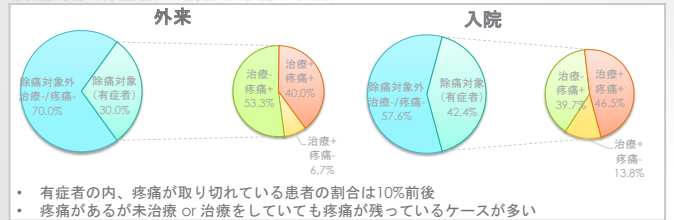
### B. 除痛率/疼痛の解析 除痛におけるリスク要因の探索

	外来		入院	
	n	%	n	%
性別				
女性	505	56.4	123	42.1
男性	391	43.6	169	57.9
年齢	平均	標準偏差	平均	標準偏差
	66.2	±12.2(22-29)	65.1	±11.5(29-89)
診療科	n	%	n	%
外科	350	39.1	90	30.8
血液内科	59	6.6	27	9.3
呼吸器科	132	14.7	43	14.7
耳鼻咽喉科	70	7.8	17	5.8
頭頸部外科				
消化器内科	140	15.6	72	24.7
泌尿器科	90	10.0	26	8.9
婦人科	49	5.5	17	5.8
緩和医療科	6	0.7	0	0
治療	n	%	n	%
放射線療法				
あり	225	25.1	50	17.1
なし	671	74.9	242	82.9
化学療法				
あり	481	53.7	136	46.6
なし	415	46.3	156	53.4
手術				
あり	514	57.4	100	34.3
なし	382	42.6	192	65.7

## 結果③ データ解析結果(除痛対象者の疼痛の状況)

### A. 有症率の解析

#### 〈除痛対象(有症者)の割合と疼痛の状況〉

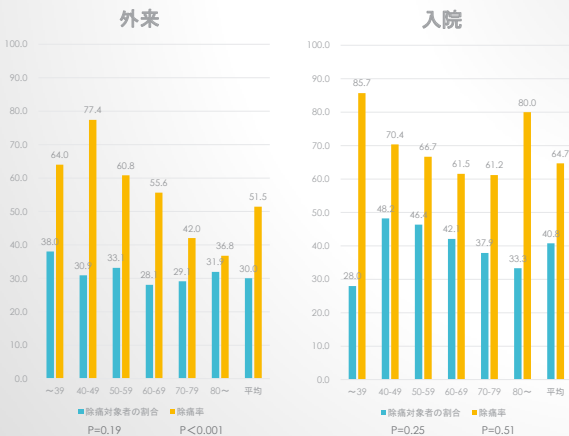


#### 〈高齢者/非高齢者別の疼痛治療と疼痛の状況〉

	疼痛				疼痛			
	あり		なし		あり		なし	
外来	N=398				N=79			
あり	高齢者	非高齢者	高齢者	非高齢者	あり	高齢者	非高齢者	なし
治療	242	156	53	26	64	70	24	17
	60.8%	39.2%	67.1%	32.9%	47.8%	52.2%	58.5%	41.5%
入院	N=2332				N=41			
あり	高齢者	非高齢者	高齢者	非高齢者	あり	高齢者	非高齢者	なし
治療	297	227	1467	865	231	176	231	176
	56.7%	43.3%	62.9%	37.1%	64.1%	35.9%	56.5%	43.5%

疼痛は有るが未治療の高齢者の割合が入院/外来共に高かった

## 年齢別に見た除痛対象者の割合と除痛率



## B. 未除痛リスク要因の検討

### 結果③ データ解析結果(除痛率、疼痛程度)

項目	外来/入院	全体	高齢者	非高齢者	P
除痛率	外来	51.5%(n=896)	44.4%(n=514)	61.0%(n=382)	< 0.001
	入院	64.7%(n=289)	63.3%(n=150)	66.2%(n=139)	0.61
疼痛程度	外来	NRS 3.5(SD 2.2)	①NRS3.8(SD 2.3) (n=514)	①NRS 3.0(SD 2.0) (n=382)	< 0.001
			②中等度以上の痛みを持つ患者の割合36.1%	②中等度以上の痛みを持つ患者の割合19.1%	< 0.01
	入院	NRS 2.0(SD2.1)	①NRS 2.0 (SD2.0) (n=150)	①NRS 2.1(SD2.1) (n=139)	0.71
			②中等度以上の痛みを持つ患者の割合16.7%	②中等度以上の痛みを持つ患者の割合14.4%	0.59

注：痛みの程度：NRS=0:なし NRS=1-4:軽度 NRS=5-6:中等度 NRS=7-10:強度

## B. 未除痛リスク要因の検討

### 結果③ データ解析結果(除痛の有無に関連する要因：ロジスティック回帰分析)

アウトカム：痛みで出来ないこと・困っていることがある

外来 (N=896)					入院 (N=289)						
	アウトカム	Odds Ratio	P	[95% CI]		アウトカム	Odds Ratio	P	[95% CI]		
性別	男性である	1.38	0.04	1.01	1.88	性別	男性である	0.74	0.31	0.41	1.33
	50歳代	2.02	0.02	1.11	3.68	年齢	50歳代	1.78	0.25	0.67	4.70
	60歳代	2.34	0.00	1.34	4.09	60歳代	1.75	0.20	0.75	4.06	
	70歳代	4.26	0.00	2.45	7.42	70歳以上	1.77	0.20	0.73	4.26	
年齢	80歳以上	5.26	0.00	2.79	9.90	ps1	3.33	0.00	1.73	6.39	
	活動性	0.63	0.01	0.45	0.89	ps2	5.09	0.00	2.31	11.22	
	徒歩	2.08	0.05	1.01	4.26	ps3	6.03	0.00	2.25	16.20	
	婦人科	2.70	0.00	1.40	5.19	ps4	8.28	0.00	1.97	34.68	
診療科	血液内科	1.35	0.21	0.85	2.16	婦人科	1.71	0.40	0.49	6.02	
	外科	1.48	0.21	0.80	2.72	血液内科	1.89	0.26	0.62	5.78	
	耳鼻咽喉科	1.45	0.20	0.82	2.58	外科	0.87	0.77	0.34	2.21	
	頭頸部外科	1.18	0.56	0.67	2.06	耳鼻咽喉科	6.43	0.01	1.61	25.66	
	泌尿器科	1.34	0.74	0.25	7.31	頭頸部外科	1.03	0.96	0.28	3.79	
	泌尿器科					泌尿器科	1.07	0.89	0.42	2.73	
	消化器科					消化器科					
	緩和医療科										

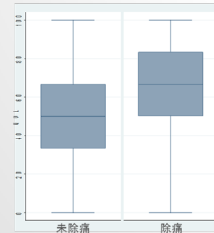
12

## C. QOLの解析

### 結果③ データ解析結果

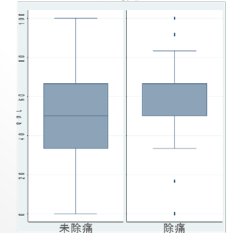
項目	外来/入院	全体	高齢者	非高齢者	P
QOL	外来	55.1(SD23.7)	53.8(23.8) (n=440)	56.7(SD23.5) (n=352)	0.08
	入院	55.4(SD23.6)	55.0(SD24.6) (n=80)	55.8(SD22.5) (n=66)	0.84

### 除痛とQOL 外来 P<0.0001



未除痛				除痛			
Percentiles	Largest	100	75%	Percentiles	Largest	100	75%
50%	50	Mean	48.4	50%	66.7	Mean	61.2
25%	33.3	Obs	379	25%	33.3	Obs	413

### 入院 P<0.07



未除痛				除痛			
Percentiles	Largest	100	75%	Percentiles	Largest	100	75%
50%	50	Mean	57.8	50%	66.7	Mean	57.8
25%	33.3	Obs	45	25%	50	Obs	101

13

## 考察

- ◆ 疼痛有症者の疼痛への対処が不十分である事が示唆され、評価/再評価を含めた疼痛への対処状況に留意する必要がある。
- ◆ 疼痛のスクリーニングや対処は患者がどこにいても滞りなく行われる必要がある。外来での限られた時間やリソースをどのようにして有効に利用し効果的な評価・介入を行うかが課題である。
- ◆ 除痛率は年齢が上がるにつれて低下しリスク要因においても年齢が関連していた事から、年齢に注意する必要がある。

14

## 考察

- ◆ 今回の調査は、がん患者が抱える痛みの全てが含まれている。そのため、がん以外の疾患が原因の痛みが混在している。
- しかし、患者が抱える痛みのマネジメントは診療科にかかわらず医療全体としての課題である。疼痛の原因を的確に見分け専門領域が密接に協力して治療をしていくことが必要である。
- ◆ 痛みを適切に評価し介入することで、がん患者のQOLが向上することが期待できる。

15

## 結論

- ・ がん患者の疼痛への対処には課題が多い。
- ・ 入院と比べると外来における疼痛への対処が不十分  
⇒ 外来での疼痛の評価・介入に工夫が必要。
- ・ 特に、来高齢者は疼痛を抱えている頻度が高く、高齢である事は不十分な除痛のリスク要因となる。  
⇒ 高齢がん者への介入の優先度は高く、きめ細かな配慮が必要となる。

16

ご清聴ありがとうございました。



吉本のタスク (前出)

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、**がん疼痛の改善効果**について評価する (2~3年度)

第2回 会議 吉本ぶんのアジェンダ

テレビ会議システムを用いたカルテ回診による院内除痛活動の有効性

～オピオイド処方の適正化、および認定看護師による重症ピックアップ

”吉田ドクトリン”の私的解釈

この病院の**すべての**患者さんの痛みをとる

患者さんの痛み**に耳を傾け**、痛みのある患者さんは **ちゃんと痛みの治療が受けられる**  
このことを病院の**文化**にしたい

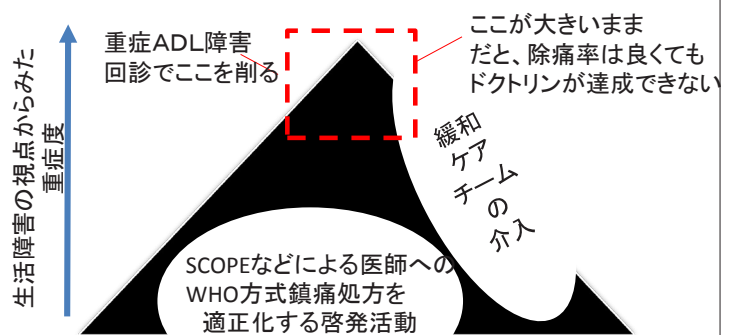
青森県立中央病院長 吉田 茂昭

キーワード

- ① すべての患者 =スクリーニングからスタートする
- ② 耳を傾け = 患者目線の聴き方の開発 (ADL障害)
- ③ ちゃんとした痛みの治療 = 標準治療と重症例サルベージ
- ④ 文化=メンバーが共有する行動様式

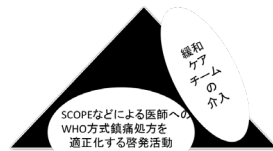
除痛率を出来る限り改善=非除痛Ptを可能な限り減らす

「非除痛のボタ山」を削り取るための戦略イメージ



認定看護師による重度ADL障害患者のピックアップ回診が必要な理由とは

- ① チームコンサルトを拒む医師は一定の割合で存在する (D. Weissman, 2011)

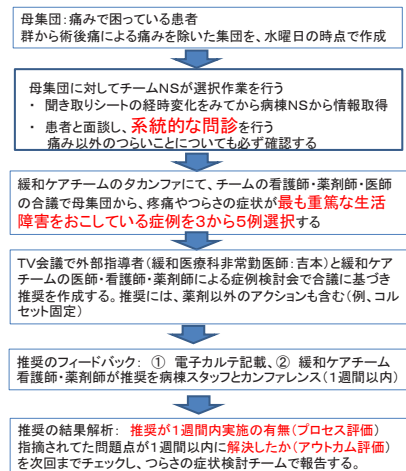


不十分な鎮痛治療は痛みの過小評価による (Akashi, 2012) ので、重症例がコンサルトされるとは限らない

- ② SCOPE (全麻薬処方を標準治療化する照会活動) は、一定の有用性・持続性・再現性があったが、

- i) 推奨を拒否する比率は下がらない
- ii) Multimodal Therapyを要する重症例に対応困難
- iii) 痛みの詳細なPropertyがカルテからは取得不能

痛みで最もひどくこまっている患者さんピックアップ回診プラン



カナダ  
VIHA  
EOL-GLの  
疼痛聞き取り  
シート

表：痛み評価の頭文字フレーズO, P, Q, R, S, T, U and V\*

<b>O</b>	Onset=いつから痛むように?どれくらい続いているの?どのくらいの頻度なのかな?
<b>P</b>	Provoking=何かすると悪化する?悪化因子は何? Palliating=どうやると楽になる? Pattern= 一日の痛みパターンを教えてください(★)
<b>Q</b>	Quality=どんな痛みなんですか?言葉であらわすとしたら?
<b>R</b>	Region=どこが痛むんですか? Radiation=痛みが放散(走る)感じがありません?
<b>S</b>	Severity=10点満点で何点ぐらい(0はなし、10最悪)? 痛みの最悪時、一番ましなとき、平均すると何点? 痛みによる煩わしさの程度は? 痛みに伴って起きる何らかの症状はありますか?
<b>T</b>	Treatment= 現時点での鎮痛薬や受けている治療を教えてください。それ効いていますか? 副作用は何かありますか? いままで試した鎮痛薬や治療はある?
<b>U</b>	Understanding= 痛みの原因は何だと考えますか? Undermining= 家族も含め生活が壊なれた程度?
<b>V</b>	Values= 痛み治療のゴールは? これぐらいなら快達だ(点数表現も可能なら)? ご家族の意見は?

\* 問診だけでなく理学的診察や画像と照合も症状によっては行う  
★ サンプル図をみせて患者に書いてもらう、選んでもらうとよい

認定看護師による重度ADL障害患者のピックアップ回診で期待される成果とは



- ① 日本では認定看護師の数は充足しているが、緩和ケアを担う医師は圧倒的に不足。緩和専門医がTV会議システムでチームのOJTを行える
- ② SCOPE の弱点であった、Multimodal Therapyを要する重症例対応、痛み詳細なPropertyを補充することができる方法を、地方の施設で確立できる可能性あり。
- ③ 医師や病棟Nsが生活障害に着目するOJT効果
- ④ 重度ADL障害の減少は医療者の達成感に寄与しうる

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) の論文化プラン

- ① 中京病院と青森県立中央病院の1年オーデイトによる有効性・持続性・再現性として
- ② WHOの5原則の実施有用性、処方医へのOJT効果とくに便秘対策の具体的データを提供できる
- ③ 「失敗して中止したSCOPE」と「続いているSCOPE」の差は何か?とインターネットによる多施設調査で探索

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」)の再現性  
: がん拠点病院2施設における 1年間のオーデイト  
Supporting Care for Opioids with Pharmacist  
Engagement (SCOPE)

	中京病院 (n=481)	県病 (n=1247)
指摘%	30.1%	38.1%
受諾%	51.0%	39.4%
改善%	70.3%	86.2%

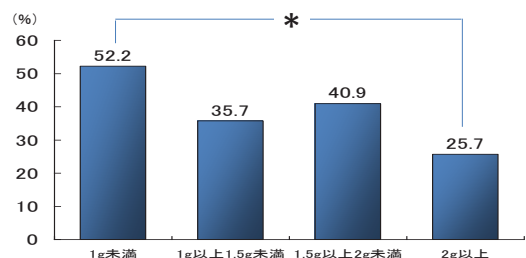
WHO-GLによる推奨の受諾と改善  
青森県立中央病院での1年Audit (n=1247)

「治療プロセス評価改善」: 推奨に応じた1週以内の変更  
「患者アウトカム改善」の定義: SCOPEが指摘した症状が1週間以内(D8まで)が同じ基準上、なくなった

For the individual (ドーズ不足)	n=124	改善	改善なし
	受諾	68	10
	拒否	23	75
Attention to detail (丁寧な説明による 副作用対策)	n=176	改善	改善なし
	受諾	76	15
	拒否	37	132

WHO-GLによる推奨の受諾と改善  
青森県立中央病院での3 Moth Audit (n=266)

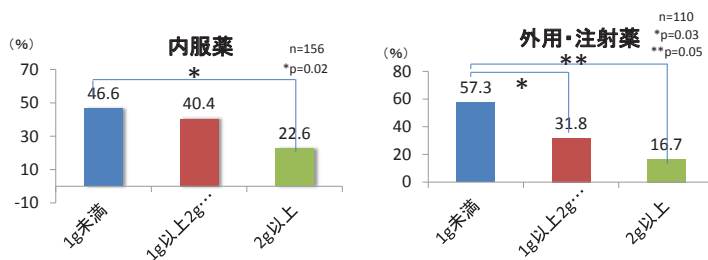
Mg緩下剤ドーズと便秘指摘率の関連性



Fisher's exact test  
\*p < 0.005

WHO-GIによる推奨の受諾と改善  
青森県立中央病院での3 Moth Audit (n=266)

非経口オピオイドのほうがマグネシウム緩下剤の用量増量に反応良好



電子カルテ上のオピオイド処方適正化活動の成功に必要なバイタルパート探索調査

方法: インターネット・アンケート

なぜ行う必要があったのか?

病院管理者と活動の関係

推奨が行われるプロセスの公開はどうなっているか?

フィードバック推奨はだれを対象としたものか?

SCOPE成功の定義

- 1) 病院の緩和ケアチームのTASKとして認知され、長期間続くこと
- 2) フィードバックによる患者さんがよくなった成功体験が積み重なっていくこと
- 3) 医師のオピオイド処方が「適正になっている、またはメンテナンスできている」(プロセス評価)
- 4) 患者さんの症状が推奨によって改善している(アウトカム評価)

電子カルテ上のオピオイド処方適正化活動の成功に必要なバイタルパート探索研究

失敗SCOPE定義: 1) 上手くいかないまま(改善策不明)だが、惰性的に続けている 2) 成功体験が少なく(こんなの無駄なことという意見がでて)中止した。

中間結果: 成功SCOPEの4施設、失敗SCOPEの3施設からの回答を取得。後者の施設名はマスク

比較検討より推測される バイタルパートは

- ① 管理者・各科トップの同意取得が先行
- ② 省力化の工夫(電子的データ取得)か専従者設置
- ③ フィードバックの責任医師が施設内で信頼される



在宅医療連携拠点事業の中核的場班事業を  
どのように組みこんで どのように評価するか？

医療法人光仁会西田病院麻酔科(緩和ケア病棟担当)

富安 志郎

地域包括ケアシステムとは・・・

- 要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるようにするシステム
- 「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」を一体的に提供できるようなシステムを構築する必要がある
- 保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性、特殊性に基づいて作り上げる必要がある

地域包括 緩和 ケアシステムとは・・・

- がん治療終了後も住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるようにするシステム
- 「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」を一体的に提供できるようなシステムを構築する必要がある
- 保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性、特殊性に基づいて作り上げる必要がある

地域包括緩和ケアのポイント

- 本人・家族の選択と心構え:どこで生活したいか?させたいか?
- すまいと住まい方: 自宅?居住系施設?医療系施設?介護系施設?

- 生活支援・福祉サービス:介護保険サービスの利用



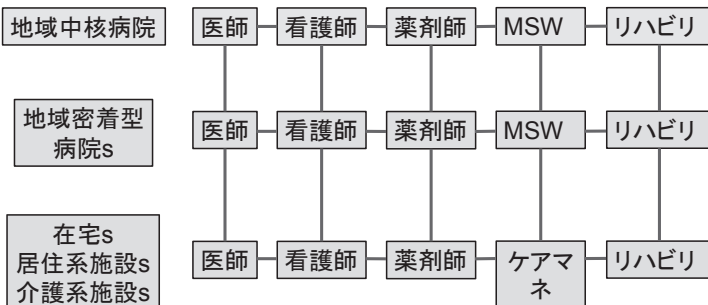
地域連携室(退院調整看護師、MSW)  
スタッフが入院早期から動ける体制



看護スタッフの情報収集と多職種での  
情報共有が重要



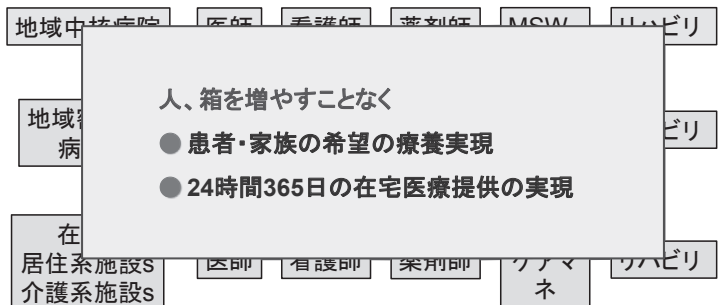
職種を越えて、施設を越えて顔の見える連携を！



- 地方自治体がこの連携構築を後押しする
- 国が診療報酬の優遇措置をとる

在宅医療連携拠点事業

職種を越えて、施設を越えて顔の見える連携を！



- 地方自治体がこの連携構築を後押しする
- 国が診療報酬の優遇措置をとる

在宅医療連携拠点事業

## 在宅医療連携拠点事業とがん緩和ケア

- がんになっても可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療を提供する
- このため、在宅医療を提供する機関等を拠点とした多職種協働による医療支援体制の構築と医療と介護連携が地域で構築されなくてはならない
- 「最期まで」を考えると、医師の参加が不可欠であり、医師会を中心として地域の拠点事業は構築されるべきである

## 在宅医療連携拠点が行う事業と課題

- 1) 多職種連携の課題に対する解決策の抽出
  - 2) 在宅医療従事者の負担軽減の支援
  - 3) 効率的な医療提供のための多職種連携
  - 4) 在宅医療に関する地域住民への普及啓発
  - 5) 在宅医療に従事する人材育成
- 4)、5)に関する的場班事業をどのように反映するか？

## 佐賀県伊万里市の医療状況

人口：56,000人(高齢化率 28%、後期高齢者率 15.4%)

	伊万里市	全国
一般診療所数	64.7	68.33
病院数	17.5	6.6
在宅療養支援診療所数	10.5	11.4
一般診療所病床数	393	92.4
病院病床数(療養病床数)	1920(832)	1219(251)
医師数	146	156
看護師数	683	649

(数値は人口10万人当たり)

# 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

— 除痛率改善への道程 —

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

緩和ケアセンターを軸とした疼痛評価と治療改善の統合に関する他施設研究第2回班会議

いちばん南のいちばん熱い?  
社会医療法人 友愛会

沖縄本島南部  
人口約20万



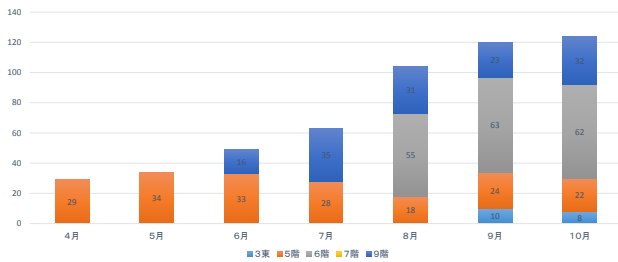
## 背景

- 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、専従の身体緩和医および、常勤の精神科医が不在
- 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
- 3年前から一部病棟にて除痛率調査を開始、実施

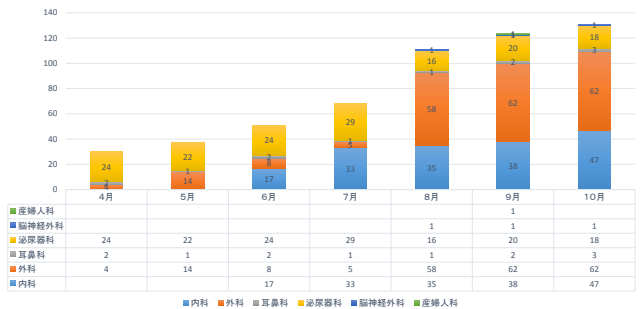
## 当法人における疼痛スクリーニングの現況

1. 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構築
2. 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
3. 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
4. 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
5. 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入の足がかりに

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



## 看護師に対する疼痛に関する教育介入の実施状況 痛みの評価方法/基本的な治療とシート入力作業の説明

病棟	月	第1回勉強会日 痛みの評価方法	第2回勉強会日 基本的な治療	シート説明日	シート開始日
5階(耳鼻科、泌尿器科、小児科)	4月	13日	27日	1月~試験運用	
9階(消化器内科)	5~6月	5月29日	6月5日	6月3日	6月9日
6階(外科)	7月	7月3日	7月31日	7月24日	7月28日
3東(呼吸器内科)	8月	8月14日	8月21日	8月12日	8月25日
7階(混合、全層室)	9~10月	9月16日	10月16日	2回実施	11月1日
8階(混合)	11~12月	11月20日	12月調整中	11月19日	12月
3北(腎臓内科)	月	日	日		
3西(循環器)	月	日	日		
3新(整形外科)	月	日	日		

## 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る
  - 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ず
  - 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
  - 院内での啓発、フィードバックシステム
  - 医師への説明
- 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
- 薬剤師を主体とするSCOPE回診の導入
- 南部病棟の緩和ケア病棟以外の病棟への導入
- 外来通院患者をどうするかは未定
- がん以外の疼痛スクリーニングに利用するかも未定
- 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

## まとめ

- 一般病院において疼痛スクリーニングの日常化を導入している
- システム化したが、教育しながら周知、改善をめざす
- 医師の意識、病院全体のコンセンサスはこれからです。
- 「苦痛にしっかり向き合い、早く緩和できる病院」にむけご指導お願いします