

平成 26 年度 第 3 回班会議



# AGENDA

平成 27 年 3 月 2 日（月） 10：00 ～ 15：00  
青森県立中央病院 2 階 医局カンファレンスルーム

## 会議内容

- 10：00～10：20 本班会議の概要 的場元弘  
10：20～14：00 研究分担者発表とディスカッション  
(12：00～13：00 昼食・休憩)  
13：50～15：00 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、増田 昌人 琉球大学医学部附属病院  
沖縄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  
10：20～10：45（発表 15 分、ディスカッション 10 分）
- 2、東 尚弘 国立がん研究センター  
除痛率の定義の変化による研究結果の変化の検討  
10：45～11：10（発表 15 分、ディスカッション 10 分）
- 3、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  
11：10～11：35（発表 15 分、ディスカッション 10 分）
- 4、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  
11：35～12：00（発表 15 分、ディスカッション 10 分）  
( 昼食・休憩 12：00～13：00 )

- 5、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  
13：00～13：25（発表 15 分、ディスカッション 10 分）
- 6、龍 恵美 長崎大学病院  
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  
13：25～13：50（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：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）

三浦浩紀（青森県立中央病院）

山下 慈（青森県立中央病院）

塩川 満（聖隷浜松病院）

龍 恵美（長崎大学病院）

研究協力者：榊原直喜（国立がん研究センター）

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

# 「除痛率」定義変更による影響

平成26年3月2日 的場班班会議

東 尚弘、榊原 直喜

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部

## 旧・除痛率

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

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

「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用の有無を抽出した上で算出。

- 旧除痛対象者 = 有症者(本来痛みがあると想定される人)

## 新・除痛率

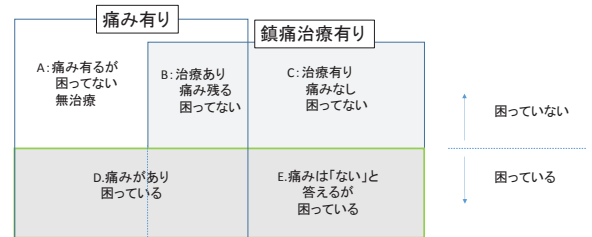
	痛みで困り・出来ない事 (+)	痛みで困り・出来ない事 (-)
痛みの治療(+)	①	②
痛みの治療(-)	③	除外

$$\text{除痛率} = \frac{\text{②}}{\text{①+②+③}}$$

「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。

- 「痛み」の有無ではなく、「痛みで困っている事や出来ないこと」の有無に変更。  
⇒痛みがあっても、痛みで困っていない場合は除痛対象からは除外  
痛みがあっても、治療をしていれば困っていても対象  
(予想)分子・分母共に数が減り、全体的に除痛率は低下する。

## 「痛み」と「治療」と「困っている」...



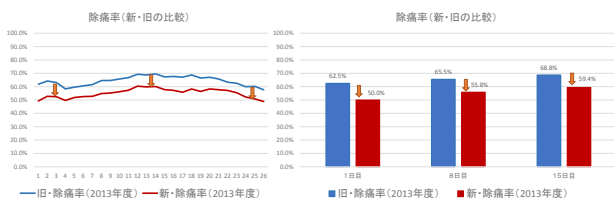
$$\text{旧・除痛率} = (A+B+C) \div (A+B+C+D+E)$$

$$\text{新・除痛率} = (B+C) \div (B+C+D+E)$$

新論点 → Eはなくなりません。どうしますか？

## 結果への影響

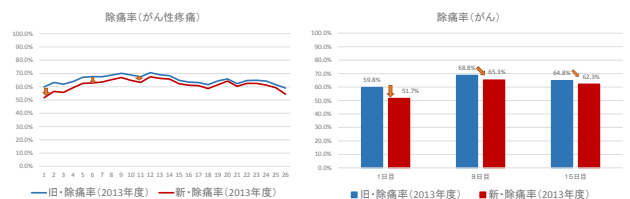
### 全ての痛み



新除痛率は旧・除痛率より10%程度低下。

## 結果への影響

### がんの痛み



新除痛率は旧・除痛率より8%~3%前後低いが、経時的に乖離は減少

がん性疼痛で新たに除外となったのは、669/4197 = 16%

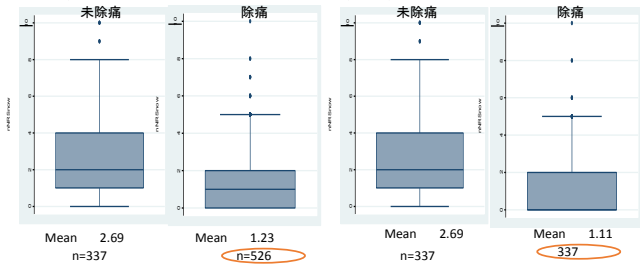
## 妥当性検証への影響(全ての痛み)

(2013年度のデータを解析: Day1)

新・旧で、除痛・未除痛とNRSとの分布に差はなし

旧・除痛率 (P<0.001)

新・除痛率 (P<0.001)



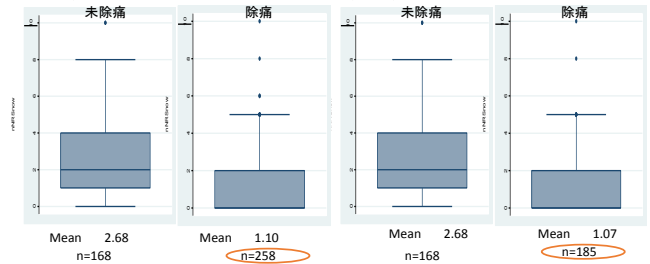
## 妥当性検証への影響(がんの痛み)

(2013年度のデータを解析: がん, Day1)

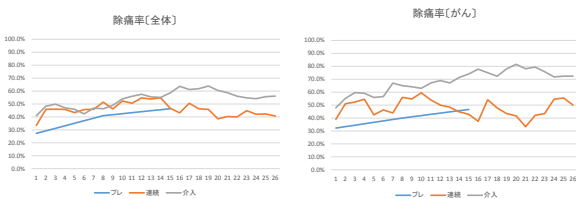
新・旧で、除痛・未除痛とNRSとの分布に差はなし

旧・除痛率 (P<0.001)

新・除痛率 (P<0.001)

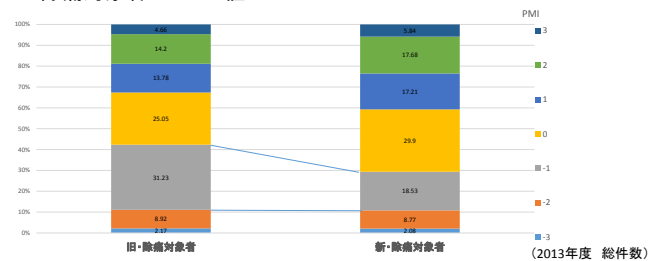


## 妥当性検証・以前と同様の改善傾向



## 結果への影響

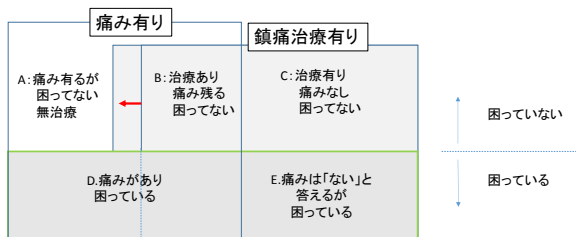
・ 除痛対象者のPMIの値



旧⇒新で除外された者(治療なしで、痛みは有るが困っていない者)の80%がPMI=-1  
⇒痛みが何もしない患者が減るのでPMIは良くなる。

## 定義変更による注意

痛みでもともと困っていない人に処方をする、Bが増える。→除痛率が上がる(赤い矢印)指標として、それでも良いですか？



旧・除痛率:  $(A+B+C) \div (A+B+C+D+E)$

新・除痛率:  $(B+C) \div (B+C+D+E)$

新論点 → Eはなくなりません。どうしますか？

## 結論

- ・ 定義の変更により、数値としての除痛率は大幅に低下
- ・ 妥当性検証は、新しい結果でも同様

・ 新・除痛率は、「痛い(けれども困っていない)」という人に対しての処方が増えると、数値が上がってしまう可能性  
(困っていないと積極的に主張する患者に処方は無いかもしれないが、困っているかどうか聞かず「では痛み止めを出しておきますね」という処方が増えると、数値としての除痛率は上がる。

- ・ (確認) Eの部分は許容できますか？

## 今年度の進捗と次年度の予定

青森県立中央病院  
医療情報部 三浦浩紀  
平成27年3月2日

## 今年度のできたこと

- ▶ iOS版スクリーニングアプリ実装
  - プロトタイプ版
  - 外来iPod touch版
  - 入院iPad版 (UIのみ完成)
- ▶ 母艦システムの実装

## 今年度のできなかったこと

- ▶ 現場レベルのトライアル運用

## 次年度の予定

- ▶ 現場レベルのトライアル運用
  - システムの完成度向上
  - アウトプットしたいデータの具体化
  - 多施設展開前のシステム最終仕様確認
- ▶ 多施設展開への導入手順の具体化
- ▶ 多施設向けサポート方法の具体化

## 次年度の予定

- ▶ VPPストアへのアプリ公開
- ▶ 汎用型システムの多施設展開
- ▶ 知的財産権の申請

## 今年度の活動

1. 疼痛初期アセスメントシートの提出件数と『痛みでできないこと、困っている患者リスト』を比較しスクリーニングの精度の検証
2. 『痛みでできないことや困っている患者』の現状及び緩和ケアチーム専従看護師らの介入結果を基に、緩和ケアチーム専従看護師らの評価項目、及び介入プログラムを検討する。

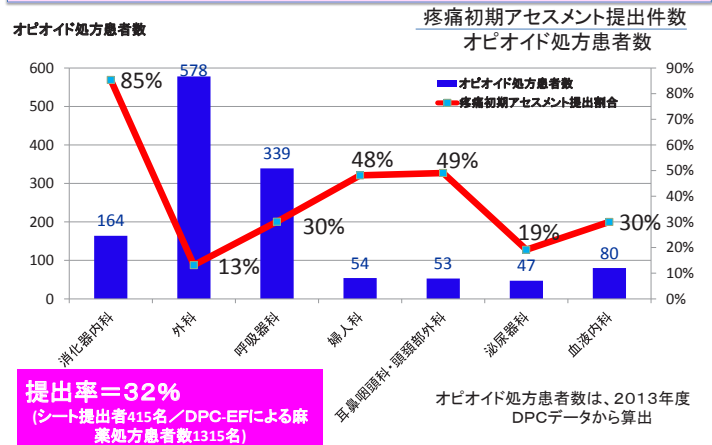
がん疼痛等の苦痛患者抽出のための緩和ケアチーム看護師等によるスクリーニングと介入プログラムの開発

青森県立中央病院  
緩和ケアセンター/緩和ケアチーム専従看護師  
山下 慈

## 研究結果

### 1. スクリーニングの方法

#### 疼痛初期アセスメント表提出件数とオピオイド処方患者数との比較



オピオイドが処方されていない「痛みで困っている」患者もいることから、疼痛初期アセスメント表を活用したスクリーニング率をもっと悪いことが予測される

#### 疼痛初期アセスメント表を活用している病棟看護師6名へのインタビュー結果

##### 提出率が低い理由

###### 【業務負担】

- ・毎日、痛みで困っていないか全がん患者に確認している。疼痛初期アセスメント表と重なる項目が多く負担である。
- ・電子カルテを開いて、疼痛初期アセスメント表を入力するのが大変。時間がかかり、記載したくなくなる。1人あたり10分程度要する。
- ・病院で決められている入院時に記載するシートの枚数が多い。シートを書かなくてもいい方法を考えて欲しい。

###### 【記載忘れ・提出忘れ】

- ・後で、書かないといけなと思っていても忘れてしまう
- ・入院時に記載する書類が多い、6種類ある。何を書いて、書いていないのか忘れてしまう。
- ・記載しても、それを提出するのを忘れてしまう。書類によって提出先が異なり、混乱する。

#### 疼痛初期アセスメント表を活用している病棟看護師へのインタビュー結果

##### 提出率が低い理由

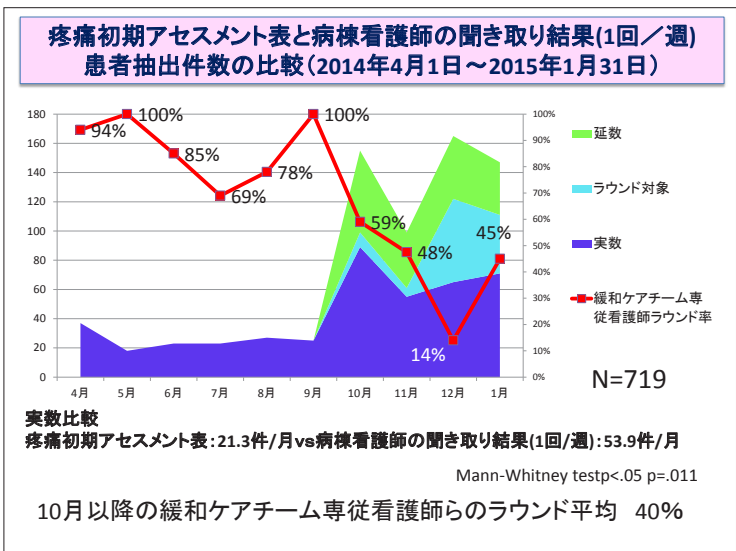
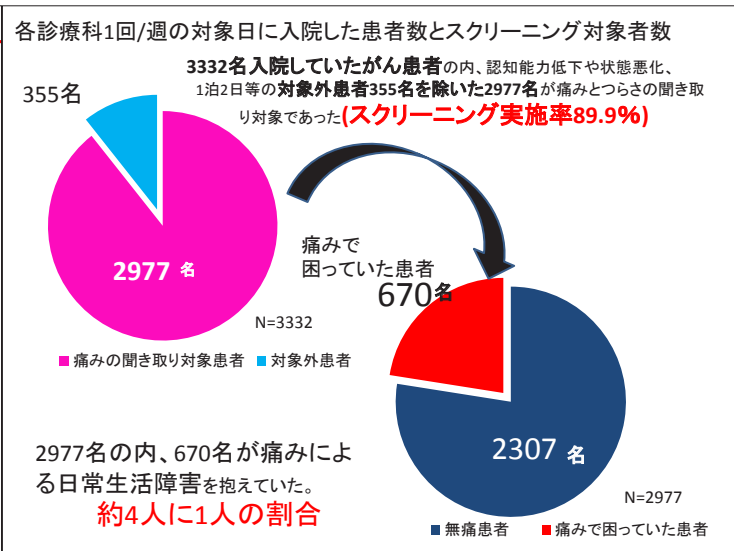
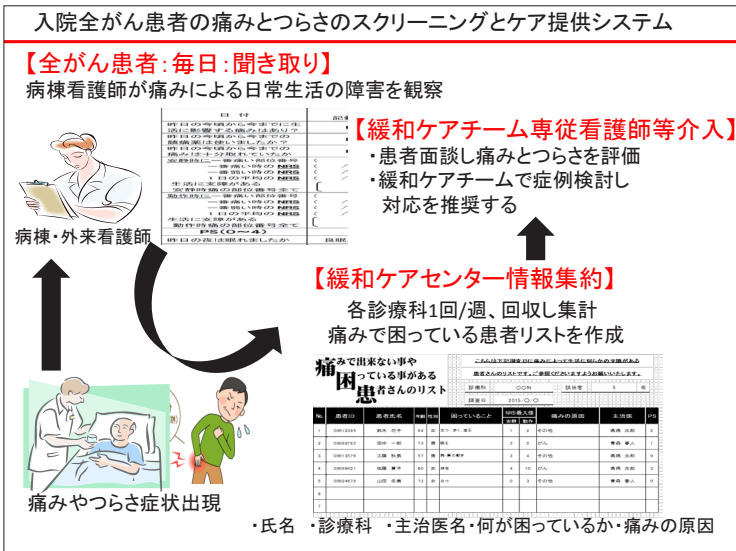
###### 【医師の反対】

- ・医師間の関係性の問題がある。緩和ケアチーム看護師のラウンドについて「何で来るの？緩和ケアチームへコンサルテーションしていないんだから、来ないで欲しい。看護師もシートを出さないで」と医師に言われてしまう。
- ・医師の緩和ケアに対してのイメージが悪い。治療をしているんだから、まだ緩和ケアじゃないよって話す先生もいる。治療をしている=緩和ケアではないイメージは変えられない。

###### 【症状の変化に対応困難】

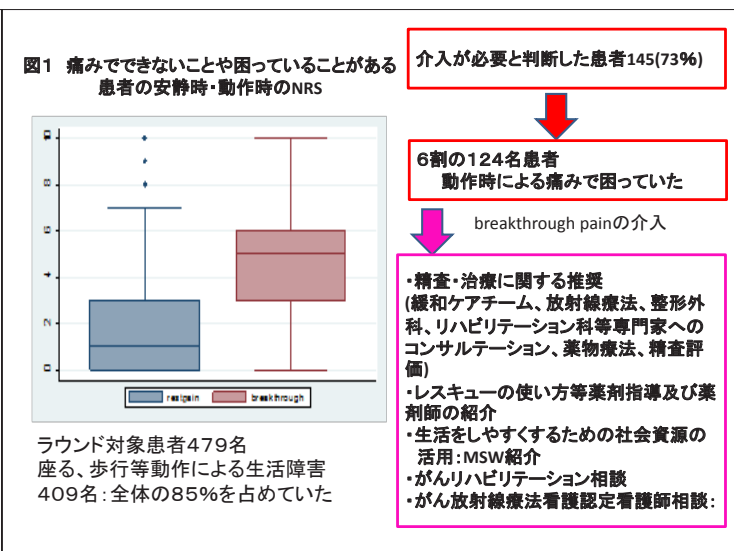
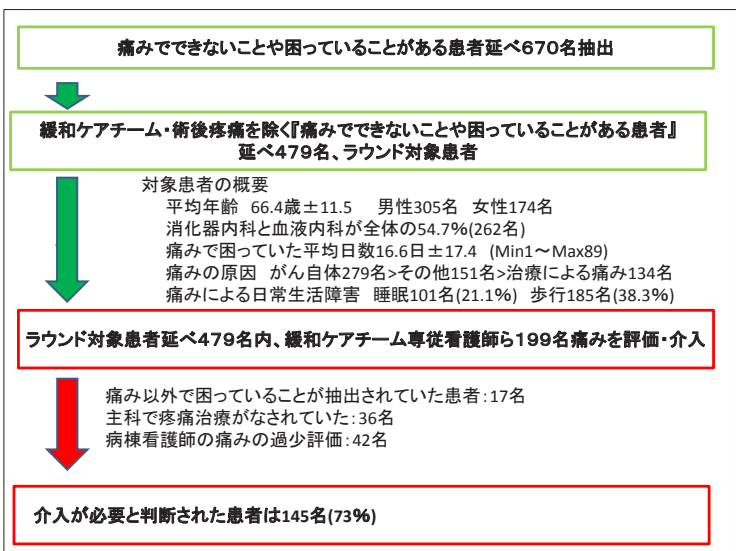
- ・痛みがなくなったり、痛みが強くなったり、変化があって。シートを提出する、1回だけでの評価は難しい。
- ・痛いところが、肩だったり、お腹だったり。入院中に変わることもある。入院時と症状出現時といってもその場合はどうするんですか。





## 研究結果

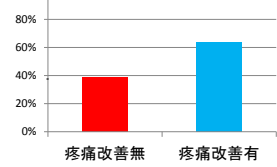
### 2. 『痛みで困っている患者』を対象にした緩和ケアチーム専従看護師らの介入



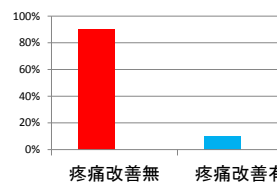
緩和ケアチーム専従看護師らの精査・治療推奨受託有無と疼痛の改善有無(N=71)

精査・推奨受託有無と疼痛改善有無の間の最大NRS:有意差はなしMann-Whitney test  
 中程度以上の痛みが全体の62%  
 痛みで困っている平均日数:19.1日(±17.7) (Min1~Max84)

精査・治療推奨受託 N=29



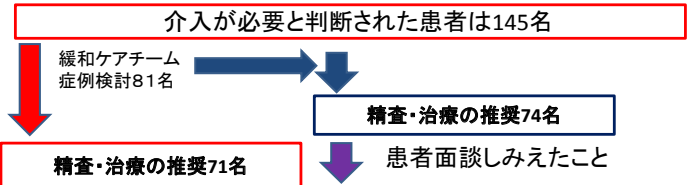
精査・治療推奨未受託 N=41



	症状改善	症状改善無/不変
推奨受託有	18	11
推奨受託無	5	37

表1 精査・治療推奨受託有無と疼痛改善有無  
 Fisherの正確検定 p<.001 (N=71)

主治医にとってPCT推奨を受託する疼痛改善のオッズ比=(18/11)/(5/37)=12.1



**患者の痛みの治療に関するバリア**

- ・あまり頓服の薬を使いたくない イメージが悪くて
- ・まだ我慢できる程度 でも痛みで困っている 遺族
- ・先生が麻薬を処方しても絶対に使わなかった 怖いって
- ・家族の立場でも麻薬を使うことに罪悪感を抱いた

**社会資源に関する情報不足:生活環境がバリア**

- ・痛みで思うように動けない、退院して家で生活することが心配
- ・ベッドもないし

緩和ケアチーム専従看護師らによる介入プログラムの開発

**患者・システムのバリア**

- ・患者バリアの明確化を再度検討し、麻薬処方開始時からの説明薬剤師らと検討

breakthrough painのマネジメント(Dr吉本・Dr富安と)

患者教育  
 多職種を含めた介入プログラム  
 薬物療法の推奨、介護保険制度等の生活をしやすくする介入

**システムの整備**

- ・緩和ケアチームの介入率をあげること 現在40%→マンパワーの確保
- ・緩和ケアチームからの精査・推奨率をあげること 現在40%

<p>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在り方の検討</p> <p>研究者 塩川 満 研究協力者 川村和美、加賀谷肇</p>	<p style="text-align: center;">予定</p> <p>塩川は、緩和薬物療法認定薬剤師の立場から、研究参加施設や病棟単位でのがん疼痛治療の改善すべき課題について、吉本、龍とともに施設/病棟単位でのアンケート調査を行う(初年度)。また、薬剤師によるオピオイドカルテ回診で検討頻度の高い推奨内容を蓄積し、カテゴリ別の対応一覧を作成する。また、オピオイドカルテ回診での推奨に対する医師の採用頻度と適切性(改善度)について評価する(2~3年度)。</p>
--	--

<p style="text-align: center;">進捗状況</p> <p>①アンケート調査を行なう際に以下の金額が想定される。その際、調査対象を15000件として検討アンケート調査費に関して</p> <p>郵送費 : 15000件x82円x2 = 246万 データ入力費: 1万/日当(8時間勤務)、入力時間1件3分 15000x3分 = 45000分 93.75日 つまり、93万円の人件費がかかる 合計 340万</p>	<p style="text-align: center;">進捗状況</p> <p>②アンケートにかかる経費などを踏まえ、「日本緩和医療薬学会認定、緩和薬物療法認定申請時に報告した症例」にて検討することを考慮 (別紙1, 2に認定時に提出する症例の見本を示します) 備考: 2010年~2014年の5年間 申請者年間約110人 現在認定者400人(内薬局勤務者10名) 申請者の症例数: 病院30症例、薬局15症例であるので、現在約3000症例/年間 x5年間 = 約15000症例 のデータを電子媒体で蓄積あり</p>
--	---

<p style="text-align: center;">今後の計画</p> <p>(1) 日本緩和医療薬学会に緩和薬物療法認定申請した症例の利用を依頼 期日: 2015.4 (2) 承諾後、データ元に解析を依頼(依頼料発生予定: 金額不明) 期日: 2015.5-7 (3) 検出した検討頻度の高い推奨内容を、カテゴリ別対応一覧表を作成 期日: 2015.8-12 (4) 一覧表を緩和ケアチームの薬剤師が一覧表を実際に使い、適切性を評価 期日: 2016.1-3</p>	<p style="text-align: center;">計画に対する問題点</p> <p>(1) がん疼痛治療の改善すべき課題を挙げることが、調査の目的であるが、上記の方法だと、薬剤師の視点のみになってしまうこと (2) データ解析を外部に依頼することにより、依頼料が発生すること (3) 作成した一覧表を緩和ケアチーム薬剤師に使用してもらう時の協力者選定 (4) そして、その評価方法</p>
---	--

## 計画に対する良い点

(1)1500名の緩和医薬物療法認定申請者のデータを解析できる、申請時に下記の様な一文が手引きにあるので、データ解析は可能と考える

「なお、ご報告いただいた症例は、日本緩和医療薬学会において個人の特定が不可能なデータに加工のうえ集計・分析を行い、緩和医療に関する貴重な統計資料として行政機関などへの報告として活用させていただく場合もあります。」

(2)2014年度現在、500名の緩和薬物療法認定者が、実際に臨床で携わったがん疼痛に関する問題点が明確になる点、つまり、質の高いデータの解析が可能

## 今後の計画②

- 日本緩和医療薬学会緩和薬物療法認定薬剤師500名にアンケート実践
- その中で実際に現場で活躍している病院勤務の緩和ケアチームに属する薬剤師のみを対象
- アンケート内容  
がん疼痛治療における薬剤師の視点(実際行なった内容を5～10個以上)を抽出する。その転帰も抽出(問題点を解決できたのか、出来ない場合はその理由)  
予測される視点:効果、副作用・相互作用を動態的視点で
- 日程  
→アンケート作成完成:2015.4  
→アンケート発送返信:2015.5-6  
→解析:2015.7-8  
→検出した検討頻度の高い推奨内容を、カテゴリ一別対応一覧表を作成  
期日:2015.9-12  
→一覧表を緩和ケアチームの薬剤師が一覧表を実際に使い、適切性を評価  
期日:2016.1-3

日本の医療用麻薬の消費量は増加傾向にあるが、欧米先進諸国と比較すると依然として少なく、がん性疼痛に苦しむがん患者の除痛がまだ十分に行われていないことが推察される

(がん対策推進基本計画:2012年改訂)



**現場での大幅な改善が急務**

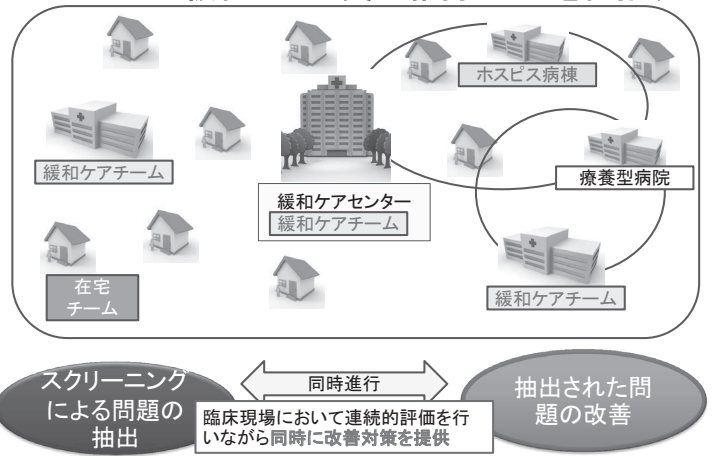
## 緩和ケアセンターを軸とした疼痛評価と治療改善の統合に関する多施設研究

平成27年度研究計画

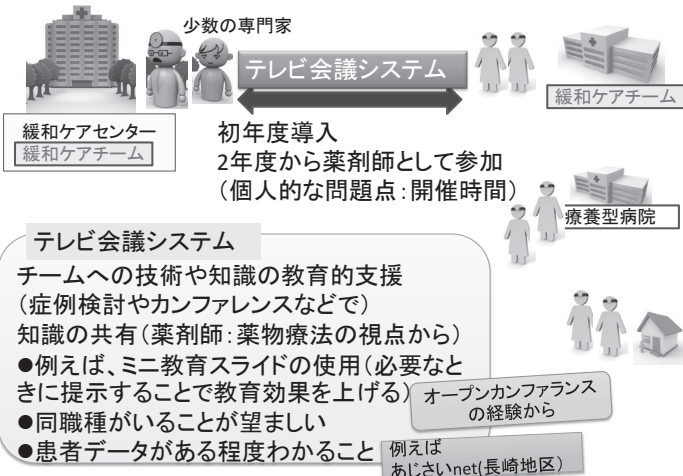
長崎大学病院 薬剤部  
龍 恵美

2015.3.2 班研究会議(青森)

## 入院から介護・在宅療養を通じて緩和ケアの質の維持・向上を目指す



## 抽出された問題に対する改善対策の提供



## 効果の検証

### テレビ会議システムの教育的支援の効果

カンファレンスへの参加薬剤師に対して  
がん疼痛治療に関連した医師と看護師に対する情報提供や推奨の内容と頻度等による評価を行う。  
(効果的な支援ツールの検討)

### 施設単位で医療用麻薬消費量の支援による変化

- 経口モルヒネ換算でのがん患者への総投与量  
(入院と外来は分けて考える。院外処方も考慮する。)
- 製剤の経口モルヒネ換算での使用割合  
(オキシコドン:フェンタニル:モルヒネ)
- 処方患者人数(経時的、製剤別)
- 大量処方人数とその総投与量
- ROO製剤の使用状況

# 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Mission  
 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 高見洋二 朝川恵利

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施設研究第3回班会議

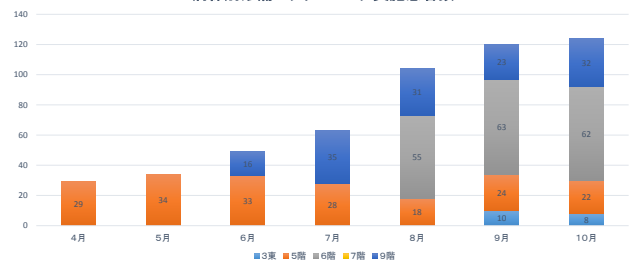
## 背景

- 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
- 緩和ケアチームはあるが加算なし
  - 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
- 緩和ケアセンターを軸とした疼痛の評価と治療改善の統合に関する多施設研究』

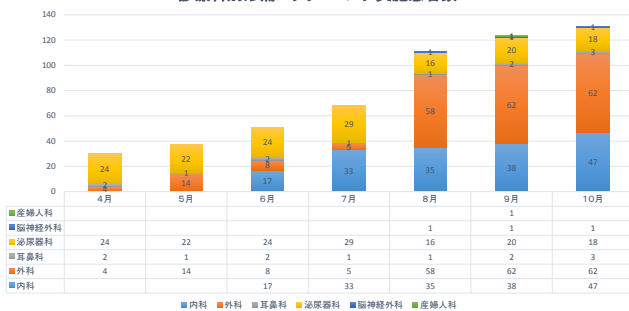
# 当法人における疼痛スクリーニングの現況

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南(耳鼻科、泌尿器科、小児科)	4月	13日	27日	1月~試験運用	
9南(消化器内科)	5~6月	5月29日	6月5日	6月3日	6月9日
8南(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南(混合、全働業)	9~10月	9月16日	10月16日	2回実施	11月1日
8南(混合)	11~12月	11月20日	日	11月19日	12月
3北(看護内科)	月	日	日		
3西(看護看護)	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。この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
  - ・ 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

Mission (案)がん拠点同様に疼痛のスクリーニングが当たり前になるために

- ・ 全病棟看護師への疼痛緩和と教育講座実施:
- ・ 全病棟看護師のスクリーニング聞き取り周知徹底
- ・ 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、疼痛以外の苦痛評価との調整
- ・ 病院全体、看護部、医局会、診療録委員会への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
- ・ 緩和ケアチーム対応力の向上
- ・ 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
- ・ 外来通院患者への実施
- ・ がん以外の疼痛スクリーニングに利用
- ・ 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

## Mission for System

- ・ 理事会、診療録委員会への疼痛スクリーニング日常業務化の病院機能としての確立
- ・ 『疼痛に法人全体で取り組むとの宣言』
  - ・ 担当: 笹良、看護部は承認、理事会へ提案提出済み、決議は未
- ・ 豊見城中央病院電子カルテにおけるスクリーニングおよび集計システムの完成とMatoba systemとの融合:
- ・ 疼痛のみでなく他の苦痛の評価も取り入れたスクリーニングへの進化と調整
  - ・ 担当: 情報システム課: 意見: 進行中
- ・ 南部病院電子カルテへの移植
  - ・ 担当: 情報システム課: 未実施
- ・ 主治医、病棟看護スタッフへの迅速なフィードバックシステムの作成
  - ・ 困っている患者の病棟別、一覧表の作成、送付(書類)および張り出し
  - ・ 担当: 朝川、未実施
  - ・ 困っている患者の担当医師一覧表の作成、送付(電子メール)
  - ・ 担当: 滝見
- ・ フィードバックを受けた医師のモニターとサポート
  - ・ 担当: 未定

## Mission for education

- ・ 全病棟看護師のスクリーニング聞き取りの教育と実習
  - ・ 担当: 笹良、朝川: 60%実施、
- ・ 外来スタッフへのスクリーニング法の教育
  - ・ 担当: 朝川: 60%実施
- ・ 南部病院一般病棟看護師、緩和ケア病棟、訪問看護へのスクリーニング法教育
  - ・ 担当: 笹良、玉寄: 未実施
- ・ 豊見城中央病院全病棟看護師への疼痛緩和と基礎教育講座の実施:
  - ・ 担当: 笹良、金城、小橋川: 未実施
- ・ 南部病院全病棟看護師への疼痛緩和と基礎教育講座の実施
  - ・ 担当: 笹良、金城、小橋川: 未実施
- ・ 全医師への疼痛スクリーニングに関する教育の実施: 全ての沖縄県で開催される緩和ケア基本研修会に除痛率調査のスライドを入れる: 担当: 笹良、琉球大学 中村聖哉: 未実施
- ・ がん担当医師への苦痛緩和法の教育: スクリーニングだけでなく終わらせないために、緩和ケア研修会+αの医師向け勉強会
  - ・ 担当: 余語、笹良: 20%
- ・ 患者・家族への疼痛スクリーニングの広報、周知、教育: 『緩和ケア通信』の作成
  - ・ 担当: 朝川、小橋川、玉寄: 未実施

## Mission for support team

- ・ 緩和ケアチーム対応力の向上
  - ・ 定期的勉強会の実施
  - ・ 学会活動の促進
  - ・ 自己学習のサポート
- ・ 全県の緩和ケア病棟看護師へのELNEC-Jを行ない、その際に「苦痛のスクリーニング、除痛率調査」の項目を取り入れることを検討する
- ・ 豊見城緩和ケアクリニックへのELNEC-Jを行ないその際に「苦痛のスクリーニング、除痛率調査」の項目を項目を取り入れることを検討する
- ・ 担当: 小橋川、玉寄、朝川: 未実施
- ・ 薬剤師を主体とするSCOPE回診の実施
  - ・ 担当: 橋本他、未実施

## Mission for Community Care

- ・ 訪問診療、訪問看護の電子カルテへの苦痛のスクリーニング matobaシステムipodの導入
- ・ 医師会および、他の在宅支援診療所医師にも協力依頼する
  - ・ 担当: 笹良、金城比登美、上原稔、南部病院システム課: 未実施

## 研究としての課題

- がん拠点病院でも苦痛スクリーニングが普及するプロセスの解析をどのように行うのか。うまくいく、いかない要因の分析は必要？
- がん拠点病院以外の病院でも、苦痛のスクリーニングが患者、家族のQOLの改善に貢献するか？＝除痛率が変化するか
- 除痛率だけでよいのか？
- 他のQOL評価も同時に行った方が良いのか？
- 除痛率データの収集方法と統計処理は研究班でお願いできるのか？Formatは？

## 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。
- 「苦痛に気づき、早く対応し緩和し支える、安心できる病院、地域をつくる」ために研究班のご指導お願いします