

平成 27 年度 第 1 回班会議

A G E N D A

平成 27 年 6 月 26 日 (金) 13:00 ~ 17:00

会場：日本赤十字社医療センター 5 階 MF ホール

13:00~13:15 今年度の研究班の進め方について 代表研究者
13:20~ 分担研究者および研究省力者発表
16:50~17:00 まとめ 追加質疑

13:20 (発表 10 分 質疑 15 分)

1. 三浦浩紀 青森県立中央病院 医療情報部
入院がん患者および在宅・地域を含めたシームレスな苦痛評価のためのスクリーニングシステムの開発

13:45 (発表 10 分 質疑 15 分)

2. 東 尚弘 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
全てのがん患者を対象にしたスクリーニングデータの解析
～大規模拠点病院と地域拠点のデータの活かし方の検討～

14:10 (発表 10 分 質疑 20 分)

3. 吉本鉄介 (独) 地域医療機能推進機構 中京病院 緩和支援診療科
塩川 満 聖隷浜松病院 薬剤部
龍 恵美 長崎大学病院 薬剤部
遠隔地支援のための苦痛のスクリーニングに基づく緩和ケアの症例検討と知識と技術の提供体制の検討

14:40 (発表 10 分 質疑 20 分)

4. 山下 慈 青森県立中央病院 緩和ケアチーム
全てのがん患者を対象にしたスクリーニングの導入の実際と、結果のフィードバックの効果およびスクリーニングの質の維持について

15:10 休憩

15:20 (発表 20 分 質疑 10 分)

5. 増田昌人 琉球大学医学部附属病院がんセンター
笹良剛史 友愛会南部病院
琉球大学病院におけるスクリーニング導入の現状及び沖縄県内のフィールドの規模と確保および今後の進め方

15:50 (発表 10 分 質疑 10 分)

6. 原口優清 県民健康プラザ鹿屋医療センター
鹿屋医療センターにおけるフィールドの規模と確保および今後の進め方

16:10 (発表 10 分 質疑 10 分)

7. 佐伯俊成 市立三次中央病院 緩和ケア内科
市立三次中央病院におけるフィールドの規模と確保および今後の進め方

16:30 (発表 10 分 質疑 10 分)

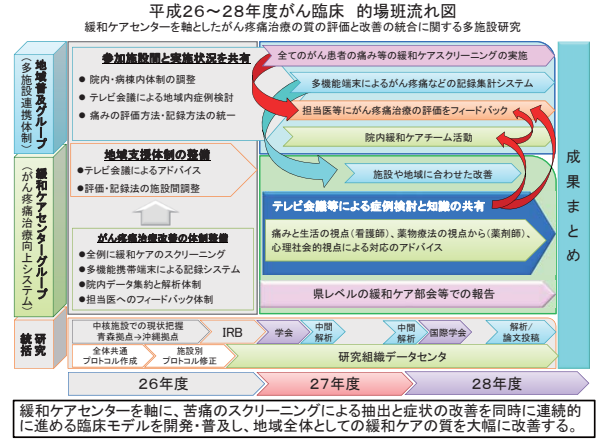
8. 村上雅彦 岩手県立大船渡病院 緩和医療科
岩手県立大船渡病院におけるフィールドの規模と確保および今後の進め方

16:50

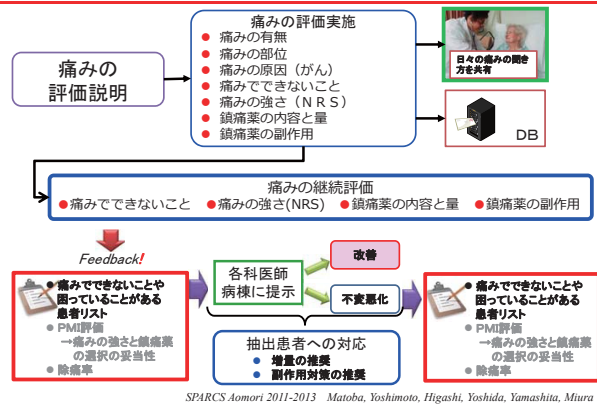
9. まとめ 追加質疑 今年度の今後のスケジュール

平成27年度厚生労働科学研究 がん対策推進総合研究事業 第1回の場班会議
緩和ケアセンターを軸としたがん疼痛治療の質の評価と改善の統合に関する多施設研究

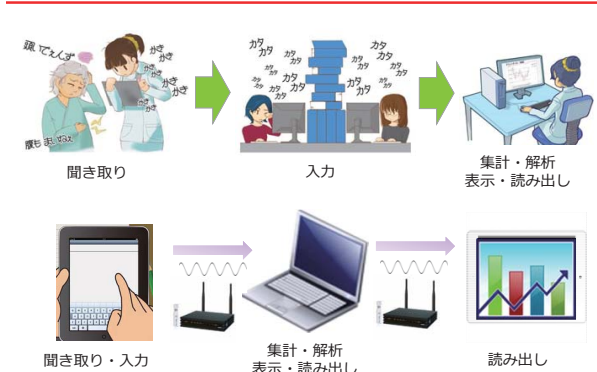
平成27年6月26日 日本赤十字社医療センター



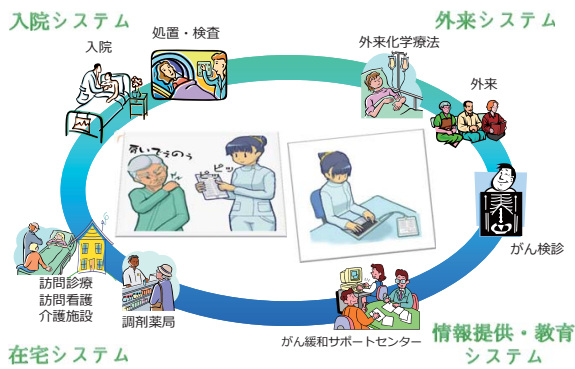
がん患者の苦痛のスクリーニングと継続評価、現場へのフィードバック



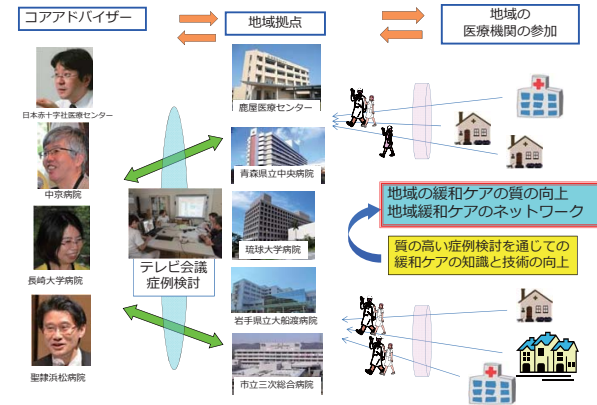
入院、外来、在宅を通じた痛みと苦痛の評価の電子化のメリット



がん患者の苦痛の評価方法を地域で共有



多地点緩和ケアカンファレンスを通じた地域への緩和ケアの普及



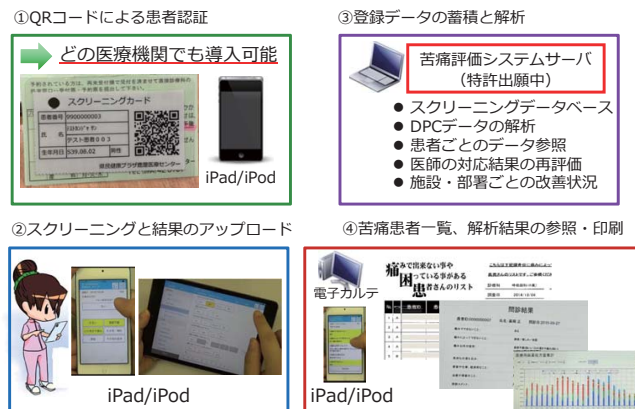
緩和ケアセンターを軸とした がん疼痛の評価と治療改善の統合に関する多施設研究 課題番号：H26-がん政策-一般-003

拠点病院に設置された緩和ケアセンターを軸に、がんの痛みなどの苦痛のスクリーニングによる対応すべき患者の抽出と、対応・改善を同時に推進する「評価と改善を統合した臨床モデル」を開発。

平成27年度の成果

1. 院内のみならず、地域を含めた苦痛評価の標準化を進めるため、初年度に開発した「スクリーニングとデータ集計・解析システム」を多施設導入に向けて改良し臨床運用を開始。
2. スクリーニングで抽出された「痛みなどの苦痛や生活障害」を担当医にフィードバックし、医師の対応による改善状況も継続して評価。
3. 改善困難事例に対する、遠隔地の専門家によるテレビ会議システムを用いた緩和ケアの臨床支援の有用性を検証。
4. ①痛みでできないことや困っていることがある患者の割合、②施設内医療用麻薬消費量の変化等、施設や地域のがん疼痛治療や緩和ケアの提供状況を評価するためのデータ解析の検討

QRコード認証痛みの評価システム(ver.2015)



スクリーニング項目

痛み

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

他の苦痛

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

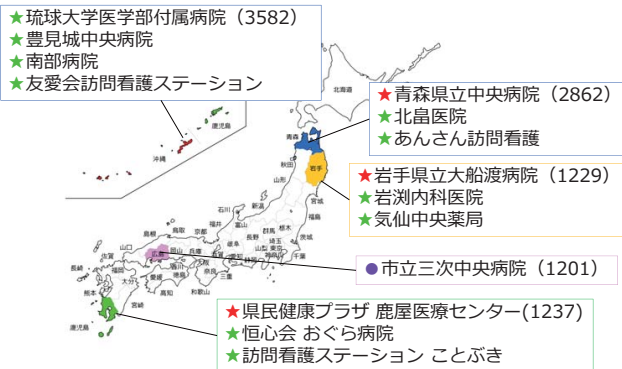
精神

14. 気持ち落ち込んでいますか
15. 不安やイライラを感じますか

社会

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. 治療や検査のことでわからないことや聞きたいことはありますか

多施設汎用型スクリーニング導入/導入予定施設



★ 電子システム導入済 ☆ 導入準備中 ● テンプレート方式

多機能電子端末導入後の状況(鹿屋医療センター)

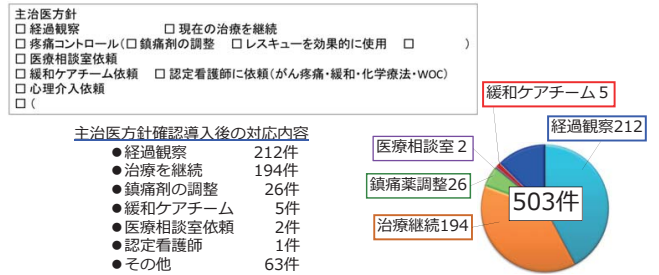
2015年12月1日~12月31日

入院：延べ患者数 1318人、問診実施 1115人 (スクリーニング実施率 84%)

外来：問診実施数543名

痛みで困っている 85名 (15%) 痛み以外の身体症状 66名 (12%)
 家族や仕事、経済的 56名 (10%) 聞きたいこと 52名 (9%)

スクリーニングで抽出された患者さんにどう対応したかを追加



外来スクリーニングと緩和ケアチーム専従看護師の対応(N=7,502)

消化器内科外来・外科外来2015年4月1日~2015年10月31日

痛みによる生活の障害がある患者 **233名 (3.1%)**
 痛み以外の身体症状で困っている患者 **1633名 (21.6%)**
 中等度以上の気持ちのつらさ **95名 (1.2%)**
 仕事や経済的なことでの気持ちはありますか **176名 (2.3%)**

内容や程度に応じて**医師の診察前**に緩和ケアチーム看護師に依頼

患者5人に1人(102名)が緩和ケアチーム看護師に依頼された

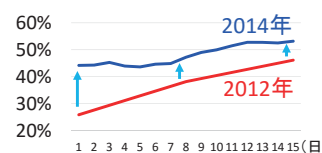
7割は医師と連携対応 → 処方調整、治療中止、検査実施、入院、放射線治療依頼、緩和ケア外来依頼など
 3割は職種別対応 → 薬剤師の服薬指導、緩和ケア看護外来

スクリーニングに対する患者さんの声
 「前はずっとつらくても待合室で待っていた。スクリーニングの時に看護師が声をかけてくれて、**話しやすくなった**」
 「診察の時に言えなくても、前もって看護師さんに話しておく(医師が)聞いてくれる」**「気にかけてくれているのがわかり安心する」**

解析結果

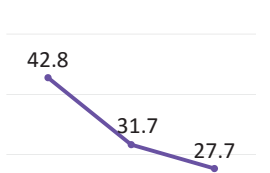
除痛率

入院後日数と痛みで出来ない事や困っていることがなくなった入院患者の割合



年代別除痛率

(入院 209名+外来 612名)



フィードバックの継続は除痛率を改善

がん患者1人あたりの麻薬消費量



一般成人 前期高齢者 後期高齢者
 N=332 240 249

高齢者に対する痛みへの対応が不十分

Aomori Prefectural Central Hospital 2012~2014

スクリーニングを活用した外部専門家との症例検討フィードバック



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

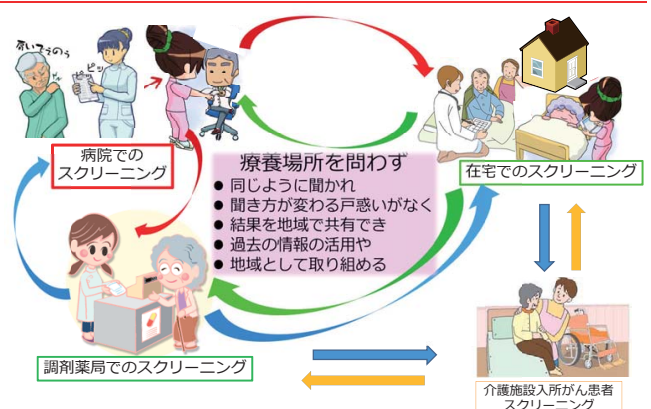
2nd Approach

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**麻薬**関連78.1% (25/32)
 ①用量調整 52% (13/25)
 ②副作用対策強化 32% (8/25)

| | | |
|-------|----------------|-----------------|
| | 採用:20件 (62.5%) | 不採用:12件 (37.5%) |
| 改善 | 75% | 25% |
| 不変/悪化 | 15% | 59% |
| 判定不能 | 10% | 16% |

次年度に向けて地域での苦痛評価の標準化と情報共有



入院がん患者および在宅・地域を含めた
シームレスな苦痛評価のためのスクリーニング
システムの開発

2015年6月26日
青森県立中央病院 医療情報部
分担研究者：三浦 浩紀

1

[近況報告] 外来トライアル運用開始

- ▶ 診療科：外科、消化器内科、緩和医療科
- ▶ 開始日：2015-03-16
- ▶ 参 考：関係看護師12名に事前説明会を実施

2

[近況報告] 外来トライアルの実績（診療科別）

| | 外科 | 消化器内科 | 緩和医療科 |
|------------|-------|-------|-------|
| 患者数 | 3,382 | 3,182 | 122 |
| スクリーニング実施数 | 108 | 2,128 | 35 |
| 実施率 | 3.2% | 66.9% | 28.7% |

※期間:3/16~6/17 障害やアプリ入替えのため数日間の休止日あり

3

[近況報告] 外来トライアルの実績（看護師別）

| 診療科 | 氏名 | 実施数 | 備考 |
|-----|---------|-----|----------|
| 消内 | 五戸 たい子 | 755 | |
| 消内 | 辻 由圭 | 583 | |
| 消内 | 齊藤 利智子 | 448 | |
| 消内 | 小笠原 いずみ | 206 | |
| 消内 | 月永 佐也佳 | 84 | |
| 緩和 | 対馬 明美 | 42 | 消:25歳:17 |
| 外科 | 宮田 真紀子 | 39 | |
| 外科 | 中嶋 裕子 | 39 | |
| 外科 | 長谷川 恵美 | 19 | |
| 緩和 | 高坂 晶子 | 17 | |
| 緩和 | 阿部 奈津子 | 14 | 消:14 |
| 緩和 | 山下 悠 | 13 | 消:13 |
| 外科 | 馬場 望峰子 | 11 | |
| 緩和 | 越後 雅子 | 1 | |

4

[近況報告] 外来トライアルの実績

| 診療科 | 患者数 | スクリーニング実施数 | 実施率 |
|----------------|-----|------------|-------|
| 緩和医療科 | 1 | 0 | 0% |
| TOTAL | 109 | 37 | 33.7% |
| 2015-06-12 (水) | | | |
| 外科 | 21 | 0 | 0% |
| 看護士科 | 7 | 0 | 0% |
| 耳鼻咽喉科/消化器外科 | 19 | 0 | 0% |
| 泌尿器科 | 38 | 0 | 0% |
| 呼吸器科 | 22 | 0 | 0% |
| 血液内科 | 30 | 0 | 0% |
| 消化器内科 | 59 | 44 | 74.5% |
| TOTAL | 193 | 44 | 22.8% |
| 2015-06-11 (火) | | | |
| 外科 | 51 | 4 | 7.8% |
| 呼吸器科 | 22 | 0 | 0% |
| 看護士科 | 4 | 0 | 0% |
| 耳鼻咽喉科/消化器内科 | 31 | 0 | 0% |
| 呼吸器内科 | 2 | 0 | 0% |
| 血液内科 | 31 | 0 | 0% |
| 消化器内科 | 50 | 43 | 86% |
| TOTAL | 191 | 47 | 24.6% |

5

[近況報告] 残り20%スクリーニングできなかった理由(消内)

- ▶ 前日に確認している紫シールの貼り忘れ(可能性低め)
- ▶ 主科が違う。必ず数人混じっている(頻度高め)
- ▶ 患者さんの希望でスクリーニングしていない(たまにいる)
- ▶ 予約している新患はスクリーニングしていない
- ▶ 業務上の流れでどうしてもできない(たまにある)

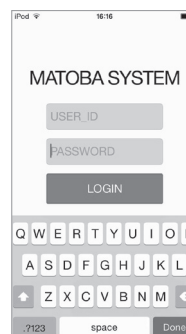
6

[近況報告] 実際スクリーニングしたNrs.の感想(消内)

- ▶ とてもスムーズにできた
- ▶ ログインしやすくなった
↑KEY配列のテンキー化
- ▶ ログアウトしやすくなった
↑問診結果アップロード後の自動ログアウトをやめた
- ▶ 問診データアップロードに時間がかかるときがある
↑コメントの前回流用によるデータの肥大化…

7

改修前(QWERTY)



改修後(10KEY)



8

〔近況報告〕 トライアルを通じてMrs.から出た要望

- ▶生年月日での患者確認(実装済)
- ▶字を大きく!(ほどほどに実装済)
- ▶ログインID入力時のキーボード配列のテンキー化(実装済)
- ▶診療録としての承認(6/18電子カルテ部会にて承認済)
- ▶iOSからの印刷(見送り)
- ▶病名がわかると良い(見送り)
- ▶前回登録したコメントの流用(実装済)
- ▶患者IDの6-7桁目でのソート機能(実装済)

9

〔近況報告〕 トライアルで出現したエラーと対応

- ▶がんコメント削除時の同期処理漏れ
- ▶メモリリーク
- ▶JSONダウンロード問題
- ▶NTP問題

10

〔近況報告〕 入院版アプリ開発状況

- ▶外来アプリと同種のプログラム改修を実施
- ▶コンテンツ面での進展なし
- ▶トライアル未実施
- ▶医療情報部長から(時間がかかっていいから)電子カルテにデータを記録できるようにする。というお言葉をいただいています。

11

〔地域在宅〕 地域在宅版アプリ仕様のイメージ

- ▶スクリーニング内容は外来版と同じでいいと思う。
- ▶タイトルなんかも記録できるといいね!
- ▶薬剤の情報が知りたいらいいわよ!

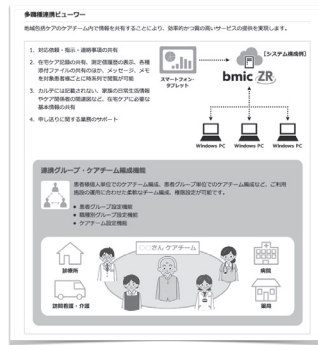
12

〔地域在宅〕 在宅ケア診療支援システム



13

〔地域在宅〕 在宅ケア診療支援システム



14

〔地域在宅〕 在宅ケア診療支援システム



15

〔地域在宅〕 医薬品情報

▶ PMDA (<http://www.pmda.go.jp/>)



16

【地域在宅】医薬品情報

▶ J A P I C (<http://www.japic.or.jp/>)



17

【地域在宅】医薬品情報

▶ データインデックス: (<https://www.data-index.co.jp/>)



18

【地域在宅】医薬品情報

▶ イーファーマ: (<http://www.e-pharma.jp/>)



19

【地域在宅】訪問看護St.所長にヒアリング



「たとえ病気になるでも自分の家で暮らしたい…」
「あんさん 訪問看護ステーション」は、そんな思いを支えたいと思っています。
特にがんのターミナル（終末期医療）の方とご家族の支えになりたいと思っています。
「あんさん 訪問看護ステーション」には「緩和ケア認定看護員」が在籍しております。
緩和ケア認定看護員を中心に看護士、PT・OT、ケアマネジャー、DPCプログラムの有資格者の事務スタッフらが、専門的に医療用薬品・医療機器の管理を行う在宅緩和ケアに特化したステーションです。

20

【地域在宅】訪問看護St.所長ヒアリング結果

- ▶ 在宅の現場では紙にメモするだけ。
- ▶ St.に帰ってきてからレセプト用システムに訪問日誌を入力すると関連帳票が印刷できるシステム運用をしている。
- ▶ 会社配布の携帯があるが、ガラケーでビジネスフォンを組んでいるので簡単にスマホに機種変更するのは困難。
- ▶ スクリーニングの聞き取り項目は外来版アプリと同じで良い。

21

【地域在宅】訪問看護St.所長ヒアリング結果

- ▶ 病院ではPDCAのためのスクリーニングという位置付けであるが、訪看では患者を観察し振り分け条件に合致する事象が発生したら振り分け先に仕事をまわすというイメージの仕事の仕方なのでスクリーニングもそういう視点でのものになると思われる。
- ▶ タブレットとスマホであれば、スマホサイズの方が好ましい。

22

【地域在宅】訪問看護St.所長ヒアリング結果

- ▶ いずれにせよ、通信費、導入コストが問題であるが、コストをかけてまでしてメリットが得られるか今のところ疑問。
- ▶ 目に見えるメリットがなければ、どのSt.も実施に踏み切れないのではないか。

23

【地域在宅】院内限定での利用を前提としないことのメリット

- ▶ インターネットを前提としたサービスが利用できる！
 - ▶ DIサイトでの医薬品情報の検索
 - ▶ 音声入力(Siri)
 - ▶ E-mailなどのコミュニケーションツール
 - ▶ リモートワイプ
- ▶ 不正アクセスによる情報漏えい

24

[地域在宅] 状況を整理すると…

- ▶ St でiOSデバイスを新規調達するのはハードル高め(たぶん)
- ▶ バイタルを記録するアプリは既に販売中(餅は餅屋に)
- ▶ 無料で使えるDIサイトが既にある(餅は餅屋に)
- ▶ 痛みの記録アプリに特化すると…
- ▶ クラウドで情報を一元化・情報共有という話がでそう？
→実行には許容しがたいリスクが伴う

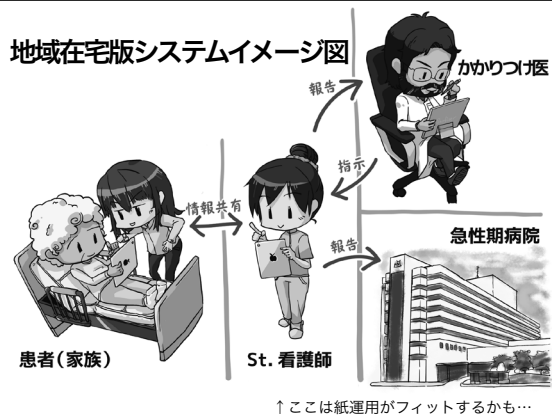
25

[地域在宅] こういうアプローチはいかがですか？

- ▶ 痛みの記録を患者(家族)がアプリに入力する
- ▶ Nrs.はアプリに入力せず、患者(家族)が入力したデータもらう
- ▶ 患者(家族)<->Nrs.のデータはメール or ローカル転送
- ▶ Nrs.が記録を確認&補足ヒアリングをし必要な介入を行う

26

地域在宅版システムイメージ図



27

[確認] 何をシームレスに情報共有 or 評価したいのか？

- ▶ スクリーニング内容？
- ▶ 医療用麻薬処方量？
- ▶ その他の何か？

28

システム導入参考資料

青森県立中央病院 医療情報部
2015-06-26

1

システムの導入により可能となること

- ▶ スクリーニングデータのデジタル化と蓄積
- ▶ 痛みでできないことや困っていることのある患者のリスト化
- ▶ スクリーニング結果(紙)の医師へのフィードバック
- ▶ 医療用麻薬処方量の積算 (要EFファイル)
- ▶ がん患者、非がん患者の識別化 (要がんタグ付け)

2

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)
- ▶ 外字は文字化けします

3

必要なもの

- ▶ 64ビットOSが動くパソコン(母艦用) 1台
 - ・ Core i5以上
 - ・ メモリ8GB以上
 - ・ HDD500GB以上
- ▶ ワクチンソフト(母艦用) 1ライセンス
- ▶ iOSデバイス 必要台数
- ▶ NAS 1台
- ▶ WIFI環境 1環境
- ▶ iOS Developer Program 1ライセンス
- ▶ EFファイル 必要月数
- ▶ 院内がん登録システム 1式
- ▶ (プリンタ) 必要な場合

4

導入パターンA：スタンドアロン

- ▶ 特定診療科のみの利用を想定
- ▶ 特定診療科に閉じたネットワークで運用

【メリット】

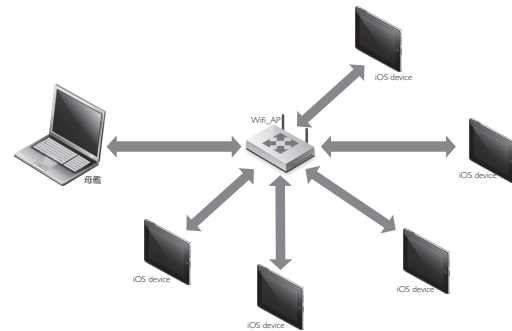
- ・ スピーディーな導入
- ・ 手軽に始められる(トライアル運用での検証用途など)
- ・ 院内調整が少ない

【デメリット】

- ・ 手入力項目が多く運用負荷が高くなる
- ・ WIFI通信できる範囲が限定されるためiOSと母艦のデータ同期のためにWIFI-APの近傍に戻る必要がある。
(状況によっては入院用・外来用それぞれ母艦が必要)

5

導入パターンA：スタンドアロン



6

導入パターンB：診療系ネットワーク対応型

- ▶ 複数診療科の利用を想定
- ▶ 診療系WIFI環境があれば外来・入院ともに運用可能

【メリット】

- ・ iOSと母艦のデータ同期できる場所が診療系WIFIエリア
- ・ 電子カルテ端末からスクリーニング結果等の参照が可能
- ・ 比較的手軽に始められる

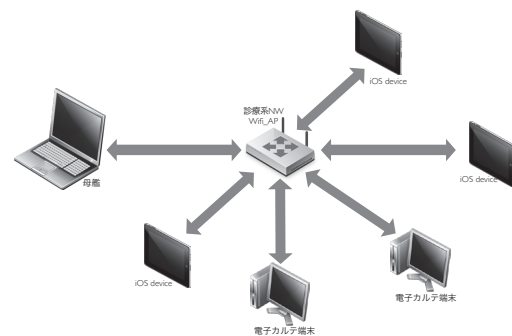
【デメリット】

- ・ 手入力項目が多く運用負荷が高くなる
- ▽手入力項目の例：患者基本情報、外来予約、入院退院情報など

※施設のネットワーク設計によっては入院用・外来用それぞれ母艦が必要となる可能性あり。

7

導入パターンB：診療系ネットワーク対応型



8

導入パターンC：電子カルテ情報取得型

- ▶ 複数診療科の利用を想定
- ▶ 診療系WiFi環境があれば外来・入院ともに運用可能
- ▶ 電子カルテから外来予約や入院情報を取得できるので運用負荷は低い

【メリット】

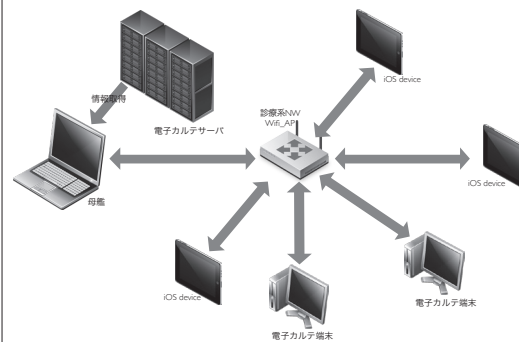
- ・電子カルテ端末からスクリーニング結果等の参照が可能
- ・電子カルテから予約情報等のデータ取込みが可能となり手入力が劇的に少なくなる

【デメリット】

- ・調整事項が多いため導入に時間を要する
- ・電子カルテの日次データ出力機能を実装するためにベンダーへの開発委託費を要する

9

導入パターンC：電子カルテ情報取得型



10

想定される運用管理業務

- ▶ ユーザ登録、変更、削除
- ▶ EFファイルの母艦へのインポート
- ▶ iOSアプリのバージョンアップ
- ▶ 母艦のバージョンアップとこれに伴うデータベースに格納されたデータの入替え
- ▶ 匿名化されたデータのアウトプット

【院内がん登録システムとデータ連携できない場合】

- ▶ 院内がん登録データのインポート
(がんの診断日の登録のために使用)

11

サポート

- ▶ メールか電話
- ▶ エラーの状況の説明が上手くできない可能性もあるので、画面スクリーンキャプチャや動画ファイルを送っていただくことで意思疎通の円滑化を図りたい

12

[臨床フィールド打合せ]

システム導入の段取りイメージ

| 月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 |
|--------|--|----|----|--|-----|---|
| フェーズ | イメージ合せ | | | 準備 | | 本運用 |
| 趣旨 | <ul style="list-style-type: none">▶ 現地に導入パターンAが導入パターンB(電子カルテとオフラインの状態)でお試し導入する。▶ 実際にシステムを使用してシステムで『できること』、『できないこと』を理解する。▶ システムを実際の業務に適合させるためのイメージづくり。▶ スクリーニング内容、システムの不具合、その他の疑義や相談事項をフィードバック | | | <ul style="list-style-type: none">▶ 必要機材の調達▶ 導入パターンCの実装とする場合、電子カルテベンダーにデータ出力の改修依頼▶ フィードバックに対する対応 | | <ul style="list-style-type: none">▶ 本運用▶ データ収集 |
| 導入パターン | パターンA/パターンB | | | パターンC | | |

2012年～2015年の疼痛データの解析 ～傾向と課題～

神原 直喜^{1,2} 東 尚弘²

¹ 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科
² 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

解析の目的

- 2012-2015年の疼痛データを統合しこれまでの傾向と課題について検討する

方法

- 入院後日数と除痛率の推移（痛みの種類別に期間ごとに比較）
- 測定「除痛率」の動き
- 除痛対象者のPMIの期間推移
- 痛みの程度と治療内容別の割合の期間推移

2

解析データの期間

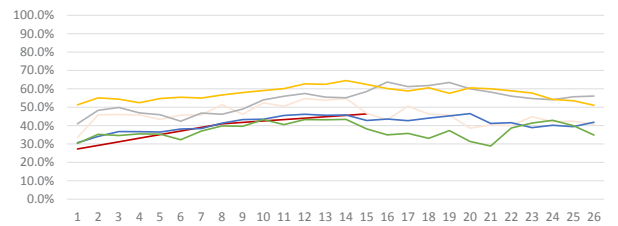
- プレ：2012年5月～6月
- 連続：2012年7月～9月
- 介入：2012年10月～2013年3月
- 2013年：2013年4月～12月
- 2014年：2014年1月～12月
- 2015年：2015年1月～5月27日

3

結果

入院後日数と除痛率の推移〔全ての痛み〕

介入と2013は介入前よりも除痛率向上していたが、その後は介入前の段階に戻っている。



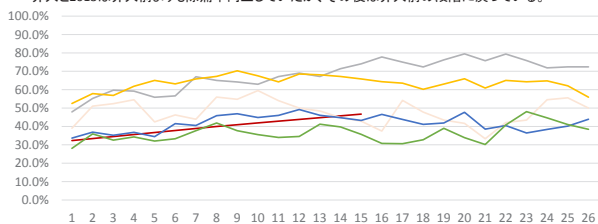
—プレ —連続 —介入 —2013年 —2014年 —2015年
プレを基に、2014・2015はN.S.で、連続・介入・2013は良くなっている (P<0.05)。
介入を基に、2014・2015は悪くなっている (P<0.01)、2013は良くなっている (P<0.001)。

4

結果

入院後日数と除痛率の推移〔がんの痛み〕

介入と2013は介入前よりも除痛率向上していたが、その後は介入前の段階に戻っている。



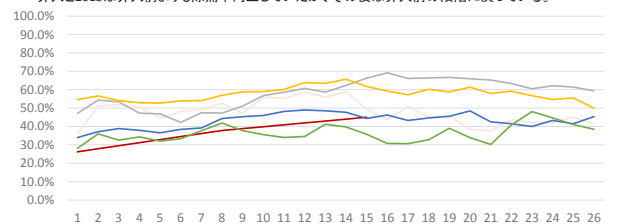
—プレ —連続 —介入 —2013年 —2014年 —2015年
プレを基に、2014・2015・連続はN.S.で、介入・2013は良くなっている (P<0.05)。
介入を基に、2014・2015は悪くなっている (P<0.01)。(2013はN.S.)

5

結果

入院後日数と除痛率の推移〔がん+治療・検査の痛み〕

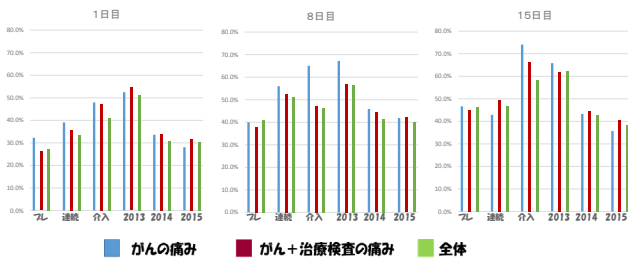
介入と2013は介入前よりも除痛率向上していたが、その後は介入前の段階に戻っている。



—プレ —連続 —介入 —2013年 —2014年 —2015年
プレを基に、2014・2015はN.S.で、連続・介入・2013は良くなっている (P<0.05)。
介入を基に、2014・2015は悪くなっており (P<0.01)、2013は良くなっている (P<0.05)。

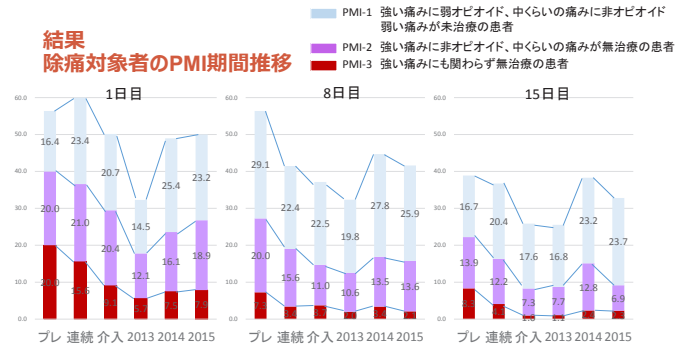
6

結果
「測定」除痛率の動き



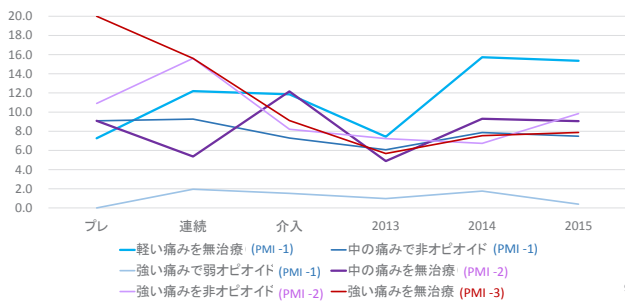
7

結果
除痛対象者のPMI期間推移



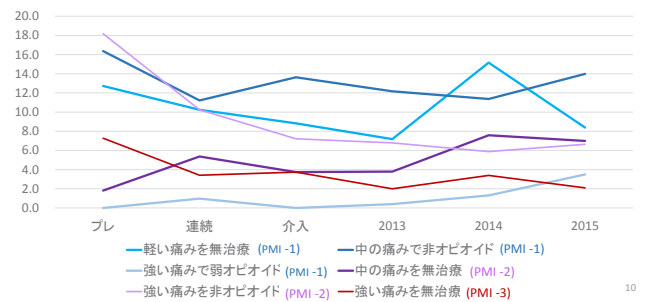
8

結果
痛みの程度と治療内容別の割合の期間推移：1日目



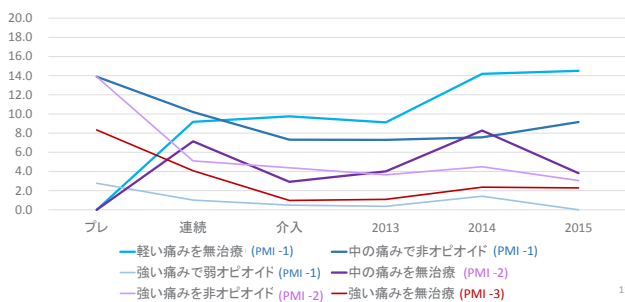
9

結果
痛みの程度と治療内容別の割合の期間推移：8日目



10

結果
痛みの程度と治療内容別の割合の期間推移：15日目



11

参考) 除痛率の定義

| | 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 |

基本的に、痛みの治療をしていない人は困っている

②

除痛率 = $\frac{①+②+③}{①+②+③}$

「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。

12

結果の概要

- 除痛率は介入期以降、いったん向上したが、2014,2015年で介入前の状態に戻っている。
- 日数がたつにつれ、各期間PMIの値が負を取る者の割合は全体的に低下。
- PMI-3の患者の割合は2013年以降、減少/維持。
- PMI-2の患者の割合は2013年以降やや増加傾向。
- PMI-1の患者の割合は2014年,2015年には介入前より増加傾向。
- 痛みの程度と治療内容別の割合の期間推移では、
 - 全体的に軽度の痛みで無治療の患者が増加している。
 - 8.15日目には、中程度の痛みで非オピオイドの処方が介入前から横ばい（10～15%）。
 - 中程度の痛みを無治療2014,2015で介入前の状態に戻っている。

13

考察

- 強度の痛みの者への対処状況は介入後も継続して良好。
- 薬剤が不適切な患者は介入後も一定数おり、課題の1つ。
ただし、オピオイドスイッチングの最中の患者やPMI-3からPMI-2・-1に流れ込んだ患者の存在もあろう。
- 介入の影響でスクリーニングが徹底された可能性がある。
しかし、その一方で、スクリーニング結果から対処へと至らない可能性が有る。
- 軽度の痛みで困っている患者が見逃されている可能性がある。
(痛みの種類の割合は年によって大きな変わり無し)

患者は、「NRS：0-4/10」かつ「困っている」と訴えている
⇒スクリーニングから対処が行われていない？
⇒鎮痛薬を内服しつづけている患者が増加？

14

まとめ

- PMI-3の患者のしめる割合は介入期以降低下し、現場の意識が高まったと考えられる。
- 介入期以降スクリーニングが浸透し、除痛対象が増えた可能性が有るが、その一方、スクリーニング結果を治療へとつなげられていない可能性がある。
- 今後の除痛率改善のためには、軽度～中程度の痛みがあり困っている患者になぜ介入が行われないのかの原因の探索と介入方法を検討する必要がある。
- 適切な薬剤が選択されていない可能性が有る患者が一定数いるので、そうした患者が現場でどのように抽出されているのかを査定する必要がある。

15

参考資料

16

患者数が少数でも疼痛スクリーニング？

活用法：

- 診療科毎にフィードバック、一覧表示

| 6月26日結果 | | NRS | 治療 |
|---------|------|-----|-------|
| 消化器内科 | ○山口夫 | 5 | NSAID |
| | 川○太郎 | 3 | なし |
| | 上○トメ | 7 | ACA |
| 耳鼻咽喉科 | □藤○子 | 7 | NSAID |
| | □村△美 | 9 | なし |

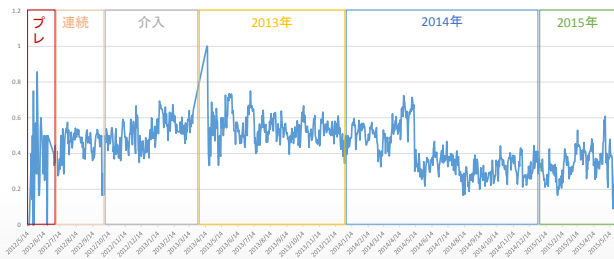
17

除痛率の数字は出せないのか？

- 分母が小さいと乱高下
- 毎日スクリーニングしていれば、
 - 入院何日目、(例えば初日、は期間を長く取れば、Nが増える)
 - 移動平均をとることできる
=幅をもって、前後10日をとる：
6月26日の値として(6月16日～7月6日)の平均
6月27日の値として(6月17日～7月7日)の平均

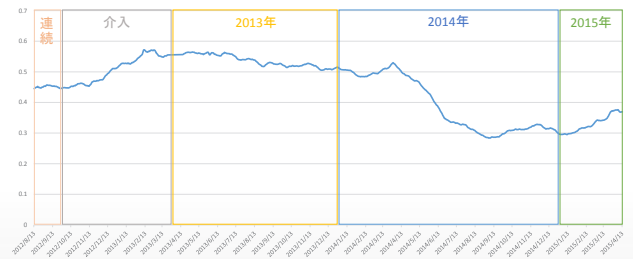
18

測定除痛率（2012/5/14～2015/5/25）



19

測定除痛率（3ヶ月の移動平均：2012/8/13～015/5/13）



20

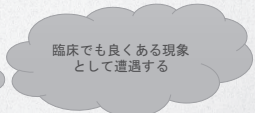
痛みの変化を捉えることも可能

期間：2013年4月16日～2015年5月27

総患者数：4052人

- 一度も除痛対象にならなかった患者 2020人
- 除痛対象者になったことがある患者 2032人
- 除痛対象外から除痛対象になったことのある患者 865人（21.0%）
- 未除痛→除痛になったことがある患者1156人（56.9%）
- 除痛→未除痛になったことのある患者767人（37.5%）

21

| | |
|--|--|
| <h1>医療環境における患者の体験・認識が がん患者の疼痛マネジメントに対する バリアへおよぼす影響</h1> <p>榊原 直喜^{1,2} 東 尚弘²</p> <p>¹ 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科 ² 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</p> | <p>用語の解説： 疼痛マネジメントに対する患者関連のバリア</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 患者関連のバリアは疼痛マネジメントを妨げる要因となる人間の心理的概念（信念・価値など）を中心に捉えられている。 ■ 痛みをレポートする事や鎮痛薬使用に対する患者の沈黙・不本意・妨げとして行動に現れる。 <p>ex,</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 鎮痛薬に対する悪いイメージや間違った認識 ・ がんの痛みはどつにもならないという諦めや思い込み ・ 医療者への不信任やコミュニケーションの障害 ・ 我慢する習慣など □ これらは人間の心理的概念が起因している事が多い  |
|--|--|

| | |
|--|--|
| <p>背景</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 疼痛マネジメントの質向上の一方、1/3の患者は不十分な疼痛マネジメントを受けている [Greco MT, 2014] ◆ 日本においても十分な疼痛マネジメントができていないとは言えない [Akiyama M, 2012] [Okuyama T, 2004]. ◆ 不十分な疼痛マネジメントは患者の内面の要因（患者のバリア）、医療従事者の技能や医療システムの要因に起因する [Kwon, 2014] ◆ 疼痛マネジメントに対する患者のバリアの存在は疼痛治療に影響を及ぼしQOLを低下させる [Ward SE, 1993] [Gunnarsdottir S, 2002] ◆ 患者を中心に医療従事者や医療システムは相互に関連しあっているので、これらの医療環境が患者の疼痛マネジメントに対するバリアに影響を及ぼしている可能性は高い。 | <p>目的と意義</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 目的 がん疼痛マネジメントにおいて、患者関連のバリアの原因となっている医療における患者の体験・認識を明らかにすること。 ◆ 意義 医療者の意識改革やシステム改善の必要性を提言することで、患者のバリア払拭につながる。バリア払拭により、疼痛マネジメントの質向上に寄与しえる。 |
|--|--|

| | |
|---|---|
| <p>方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ デザイン：横断研究 <ul style="list-style-type: none"> ① 自己記入式質問紙法 + データベースより情報収集 ② インタビュー ・ データ収集期間：2015年7月1日～7月31日（予定） | <p>方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 対象：青森県立中央病院のがん患者 <ul style="list-style-type: none"> ・ データ収集期間内に入院中のがん患者全員（300名程度） ・ 外来化学療法センターに通院中の患者（150名程度） ・ データ収集方法： <ul style="list-style-type: none"> ① がん診療センターのリストよりがん患者を抽出 ② 該当患者に自己記入式質問紙を配布・回収 ③ 回答はSPARCSデータベースと統合 |
|---|---|

| | |
|--|--|
| <p>調査項目</p> <p>> 患者基本情報および医療情報</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 患者基本情報：年齢、性別、婚姻状況 ② がんの情報：がん種、転移部位、初診時ステージ、診断日、治療歴、治療ステータス(初発・再発) ③ 疼痛の情報：疼痛の有無・種類・程度(NRS)・鎮痛薬の情報 ④ その他：PS、PMI、痛み以外の症状など | <p>調査項目</p> <p>> JBQ-II (米「The Barriers Questionnaire II」の日本語版)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 患者のバリアを5つの側面から捉える。 <ol style="list-style-type: none"> ① 生理学的影響 (鎮痛薬に対する生理学的な悪いイメージや間違った認識) ② 運命論 (がんの痛みはどうにもできないという諦めや思い込み) ③ コミュニケーション (医療者への不信任や誤解・我慢する習慣) ④ 有害な影響 (副作用や患者が有害であると捉えていること) ⑤ 病気の進行 (あらゆる痛みをがんと直結させて捉える恐怖など) <ul style="list-style-type: none"> • 全30項目からなり、サブスケールの得点と総得点を算出する。 • 得点が高いほどバリアが高いことを示す。 |
| 7 | 8 |

| | |
|---|--|
| <p>調査項目</p> <p>> 医療環境における患者の体験・認識 (仮)</p> <ul style="list-style-type: none"> • バリアの予測因子となりうる医療環境を患者の視点からみた質問票で以下の内容を含む。 <ol style="list-style-type: none"> ① 医師や看護師の態度と言動 ② 苦痛の訴えに関する経験と医療者から受けた対応 ③ 診断時からの情報提供とその必要性の認識 ④ 医療における嫌な体験やイメージ | <p>調査項目</p> <p>> 精神的指標 (The Kessler 6-item distress scale ; K6)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 抑うつ・不安を測定する6項目、5件法の尺度 • 過去1ヶ月の抑うつ、不安症状を評価 • 得点範囲：0～24点 • カットオフ：鬱 (13+) <p style="text-align: center;">気分不安障害抑うつ状態 (9+)</p> <p style="text-align: center;">一般住民の心理的ストレス (5+)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 鬱に対する感度80%、特異度75% |
| 9 | 10 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------|---------------|---------------|-------|-----|-------|--|----------|--|--|---------------------|---------|------|---------------|----|-------|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|
| <p>研究の枠組み</p> <p>医療環境における患者の体験・認識 → バリア</p> <p>信念、価値観、経験 → バリア</p> <p>交絡となりうる変数</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>精神状態</td> <td>年齢、性別 (婚姻の有無)</td> <td>診断されてからの日数</td> <td>痛みの治療</td> <td>がん種</td> </tr> <tr> <td>痛みの有無</td> <td></td> <td>初診時Stage</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>疼痛の種類 (がん疼痛、術後疼痛、他)</td> <td>痛み以外の症状</td> <td>治療情報</td> <td>鎮痛薬の使用の有無、PMI</td> <td>PS</td> </tr> <tr> <td>疼痛の程度</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>除痛率</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | 精神状態 | 年齢、性別 (婚姻の有無) | 診断されてからの日数 | 痛みの治療 | がん種 | 痛みの有無 | | 初診時Stage | | | 疼痛の種類 (がん疼痛、術後疼痛、他) | 痛み以外の症状 | 治療情報 | 鎮痛薬の使用の有無、PMI | PS | 疼痛の程度 | | | | | 除痛率 | | | | | <p>分析方法 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆メイン解析 <ul style="list-style-type: none"> • バリアを従属変数、療養環境における患者の体験を独立変数とした多変量解析にて予測因子を明らかにする。 • その際、バリアと交絡となり得るものを検討し、必要時補正して解析する。 ◆サブ解析 <ul style="list-style-type: none"> • 患者関連のバリアと医療環境以外の因子の関連について検討する。 <p>【Ex. <<年齢・バリア・痛みの程度や除痛>>の関連など】</p> • 痛みの有無や、基本情報、その他の層分けを行いバリアの頻度や構成を検討する。 • 痛みの有無、年齢、性別、疾患、精神状態、など |
| 精神状態 | 年齢、性別 (婚姻の有無) | 診断されてからの日数 | 痛みの治療 | がん種 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 痛みの有無 | | 初診時Stage | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疼痛の種類 (がん疼痛、術後疼痛、他) | 痛み以外の症状 | 治療情報 | 鎮痛薬の使用の有無、PMI | PS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疼痛の程度 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 除痛率 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| <p>今後の予定</p> <ul style="list-style-type: none"> データ収集方法の具体的な打ち合わせ 青森県立中央病院倫理審査委員会への追加申請 倫理委員会の許可後、データ収集開始 <p>◆結果の公表</p> <p>博士論文の作成、学会発表、学術誌への投稿、報告書の作成、など</p> | <p>文献</p> <p>Akiyama MT, Morita T, et al. Takebayashi. (2012). Knowledge, beliefs, and concerns about opioids, palliative care, and homecare of advanced cancer patients: a nationwide survey in Japan. <i>Support Care Cancer</i>, 20(5), 923-931.</p> <p>Furukawa TARC, Slade T, Andrews G, Kessler. (2003). The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. <i>Psychol Med</i>, 33(2), 57-62.</p> <p>Greco MTA, Corli O, Deandrea S, Bandieri E, Cavuto S, Apolone G, Roberto. (2014). Quality of cancer pain management: an update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer. <i>J Clin Oncol</i>, 32(36), 4149-4154.</p> <p>Gunnarsdottir SHS, Serlin RC, Voge C, Ward S, Donovan. (2002). Patient-related barriers to pain management: the Barriers Questionnaire II (BQ-II). <i>Pain</i>, 99(3), 385-396.</p> <p>Kessler RC, Colpe LJ, et al. Barker. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. <i>Arch Gen Psychiatry</i>, 60(2), 184-89.</p> <p>KwonHyunjung. (2014). Overcoming barriers in cancer pain management. <i>JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY</i>, 32(16), 1727-2117.</p> <p>Okuyama TXS, Akechi T, Mendoza TB, Hsaka T, Cleeland CS, Uchitomi Y, Wang. (2004). Adequacy of Cancer Pain Management in a Japanese Cancer Hospital. <i>Jpn J Clin Oncol</i>, 34(1), 37-42.</p> <p>Serlin RCTB, Nakamura Y, Edwards KR, Cleeland CS, Mendoza. (1995). When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. <i>Pain</i>, 61(2), 277-284.</p> <p>Te Boveldt NM, Burger N, Ijsseldijk M, Vissers K, Engels Y, Vernooij-Dassen. (2013). Pain and its interference with daily activities in medical oncology outpatients. <i>Pain Physician</i>, 16(4), 379-89.</p> <p>van den Beuken-van Everdingen MHR, Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J, de. (2007). High prevalence of pain in patients with cancer in a large population-based study in The Netherlands. <i>Pain</i>, 132(3), 312-20.</p> <p>Ward SEN, Miller-McCauley V, Mueller C, Nolan A, Pawlik-Plank D, Robbins A, Stormoen D, Weissman DE, Goldberg. (1993). Patient-related barriers to management of cancer pain. <i>Pain</i>, 52(3), 319-324.</p> <p>World Health Organization. (2002). <i>World Health Organization National cancer control programmes, Policies and managerial guidelines</i>. 2nd edition PP84. Geneva: World Health Organization.</p> |
| <p>13</p> | |

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
山下 慈

痛みで困っている入院患者への対応 緩和ケアチームでの課題

- ・2015年4月～痛みで困っている入院患者への対応担当者を変更
緩和ケアチーム専従看護師(緩和ケア認定看護師)1名
緩和ケアチーム配属になった看護師(ジェネラリスト)2名
緩和ケアチーム専任薬剤師2名
緩和ケアチーム兼任看護師1名(緩和ケア認定看護師)1名
ラウンド率40% 月平均40名/3人
- ・痛みで困っている入院患者から重症患者を抽出できなくなった
テレビ会議での症例検討ができなくなり、中止することもあった
理由:痛みで困っている重症患者がいない
- ・今、当院の緩和ケアチームで抱えている一番の問題

痛みで困っている入院患者への対応について 緩和ケアチームが感じていること

1. 対象
緩和ケアチーム専従看護師1名
(4月～専従配置、臨床経験12年目、緩和ケア認定看護師3年目)
緩和ケアチーム専任薬剤師2名
(緩和ケア薬物療法認定看護師1名:緩和ケアチーム7年目、3年目)
2. 研究方法
(1)データ収集方法
半構成面接によるインタビューを行った。インタビュー内容は、「痛みで困っている入院患者へ対応をして感じていること」、「痛みで困っている患者の内、重度な患者の抽出方法」である。面談内容は、MDレコーダーに録音し、得音内容を逐語録に書き起こした。
(2)分析方法
逐語録をデータとし、内容分析の手法を参考に質的帰納的に分析した。

緩和ケアチームが感じていること

| 大カテゴリー | 中カテゴリー | 小カテゴリー |
|--------------------------|--|---|
| 痛みで困っている患者をラウンドすることの無意味さ | 可能な疼痛治療がなされていても決まって生じる痛み 疼痛治療を希望しない困っている患者の痛み | 放射線治療を継続することによって生じる痛み 何もしてほしくないことを望む患者 薬が増えることを拒む患者 |
| | 病棟看護師の痛みの聴き取り結果との違い | 前ならえの記載 診療科による精度の違い 病棟と緩和ケアチームとのNRSの違い 頻度の高い痛みの評価の違い 診療録と痛みの聴き取りシートの違い 医師の抵抗 看護師の抵抗 |

緩和ケアチームが感じていること

| 大カテゴリー | 中カテゴリー | 小カテゴリー |
|------------------|-----------------------------------|---|
| スクリーニングすることの無意味さ | 活用されることのないデータをスクリーニングすることの無意味さ | 痛み以外の質問項目 |
| 痛みを評価することの難しさ | 評価されていない痛みの原因 経験したことのない診療科 | 病棟看護師がわからない痛みの原因 前医からの痛みだからがんとは関係ない 痛みをアセスメントできない |
| | 痛みを評価するコミュニケーションスキル | 痛みを聴きだす教育を受けていない 会話の中で聴きだすことの難しさ |

緩和ケアチームが感じていること

| 大カテゴリー | 中カテゴリー | 小カテゴリー |
|------------------|-----------------------------------|---|
| スクリーニングすることの無意味さ | 活用されることのないデータをスクリーニングすることの無意味さ | 痛み以外の質問項目 |
| 痛みを評価することの難しさ | 評価されていない痛みの原因 経験したことのない診療科 | 病棟看護師がわからない痛みの原因 前医からの痛みだからがんとは関係ない 痛みをアセスメントできない |
| | 痛みを評価するコミュニケーションスキル | 痛みを聴きだす教育を受けていない 会話の中で聴きだすことの難しさ |

緩和ケアチームが感じていること

| 大カテゴリー | 中カテゴリー | 小カテゴリー |
|-----------------|---------------------------------|--|
| 横断的な活動をするものの難しさ | 主科ではない立場の難しさ 多職種との連携の難しさ | 病棟の看護師が一番わかっている その科の人間ではない 医師とのやりとりに抵抗 看護師とのやりとりに抵抗 |

緩和ケアチームが感じていること

| 大カテゴリー | 中カテゴリー | 小カテゴリー |
|------------------------|--------------|--------------------------------|
| 痛みで困っている重度患者の抽出方法 | 患者が治療を望むかどうか | 薬が増えることに抵抗する患者 痛みの治療を望まない患者 |
| 痛みで困っている患者をラウンドすることの意味 | 気軽に相談できる場 | 緩和ケアチームに相談するまでではないと考えている患者への対応 |

痛みで困っている入院患者への対応について
緩和ケアチームが感じていること

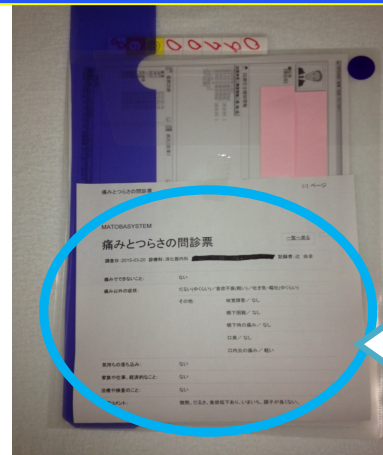
ぜひ、相談したい

課題と対策

- 痛みで困っている重度の患者を抽出する方法の検討
- 痛みで困っている患者への対応
 - 緩和ケアチームスタッフへの教育
 - 緩和ケアチームの対応に関する体制整備を再検討
- 病棟看護師の精度について再評価と教育
 - 聞き取りの精度か、評価の感度が問題かを再評価
 - 現場看護師にインタビュー調査
- 院内に痛みで困っている患者への対応を院内に周知徹底
- 抵抗のある医療者は気長にゆっくり対応

緩和ケアチームで対応するためにはどうしていったらいいのかわ

スクリーニングとその後の対応の方法

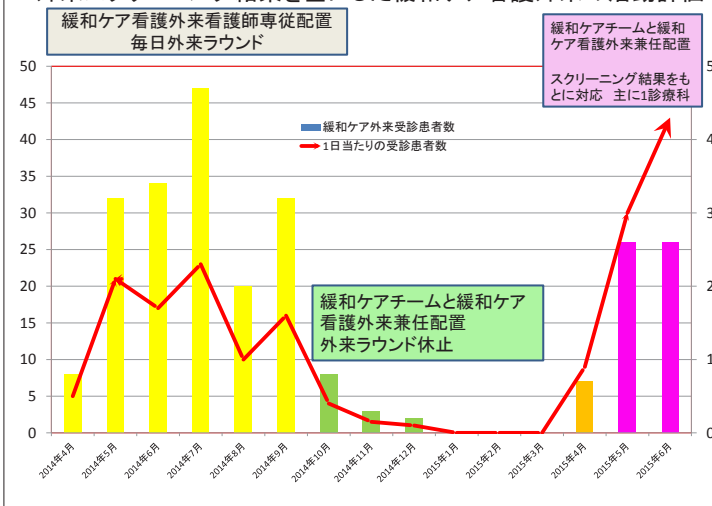


痛みとつらさの間診結果
問題がある場合はプリントアウトして医師に報告します

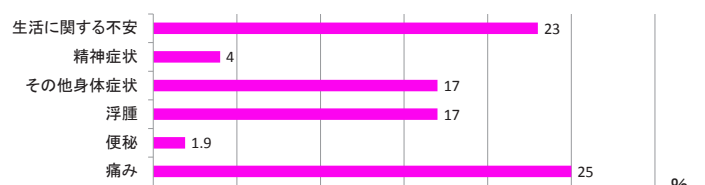
iPodに登録した内容は診療録の条件を満たしている
問診から記録、集計、評価の業務が1患者あたり1分から3分程度で可能となる

- 痛みで困っている事
- 痛み以外の症状で困っていること
- 気持ちのつらさ
- 経済的、家族の心配
- 治療や検査結果等に関する説明の希望

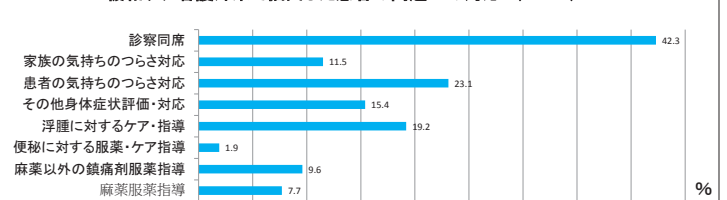
外来スクリーニング結果を基にした緩和ケア看護外来の活動評価



緩和ケア看護外来で抽出した患者の問題 (n=52)



緩和ケア看護外来で抽出した患者の問題への対応 (n=52)



スクリーニングとその後の対応による外来の変化

★化学療法の有害事象への対応

皮膚症状を観察し、化学療法を中止し皮膚科に頼診依頼

★患者の痛みや胸部違和感など身体症状を把握し、精査及び治療に繋がった症例

★トリアージの機能

外来待ち時間に血痰・SPO₂80%台で我慢していた患者の状態をスクリーニングにより早期発見し、呼吸器科に入院にした症例

★治療への説明を希望し、面談の調整

★待ち時間に看護師が聞き取りを行うことで訴えを聞いてくれたと感じている

緩和ケア看護外来による外来患者への対応

★消化器内科1診療科を対象に、スクリーニング結果をもとにした対応を試験運用中

★毎日、消化器内科外来看護師とカンファレンス、スクリーニングした患者の10%~5%を対象に医師など多職種と連携し対応

★痛みや痛み以外の身体症状が中程度以上の患者を対象にすることが多く、困っている患者の抽出条件を中程度以上にすることを要望

緩和ケアチームラウンドメンバーが感じていること

| カテゴリー | | サブカテゴリー | | 文脈の抽出 | |
|--------------------------|-------|--------------------------|--|--|--|
| 痛みで困っている患者をラウンドすることの無意味さ | 患者要因 | 可能な疼痛治療がなされなくても決まって生じる痛み | 放射線治療を継続することによって生じる痛み 何もしてほしくないことを望む患者 薬が増えることを拒む患者 | 「ほぼ確実に照射中の痛みなわけです。アズグリとか、アズキシとか、あとはアルロイドそのほか、そういった手は打っているんですよ」 「生活に困っているかといえば、もちろん食事の時に痛いから困ってるんですけども（放射線治療）、それ以上ものはないし、今、特に何かをしてほしいというわけでもないという人がやっぱり多い、「大丈夫だよ」という人が多い」 「患者さんに直接聞いてます。まあ簡単に言うんですけど、良くなることを望んでいいか、いないかという人によっは、これであまう付き合っただけなら何もしなくともいいという人もいれば、いや、してほしくないってはっきり言う人もいます。何か相談ってなるとまた薬が増えるでしょうという患者もいます」 「痛いのもう仕方ないので、患者さんに対して、今なにか困っているとか、こうしてほしいとかありますかっていうと、「いや、別に食事食う時だけだから大丈夫だよ」という回答が圧倒的に多くて。」 | |
| | 医療者要因 | 病棟看護師の痛みの聴き取り結果との違い | 前ならえの記載 診療科による精度の違い 病棟と緩和ケアチームとのNRSの違い 頻度の高い痛みの評価の違い 診療録と痛みの聴き取りシートの違い | 「(困っている患者のリストに) 拳がってても、痛みがあったのは1週間前って、今はまったくなくて人がいたり。」 「Aさんに聞いたら、右ならえで全部されてる、病棟の看護師さんが書いてるから当てにならないって。」 「前ならえになってるせいなのか、回ってると「困ってない」って言われることがけっこうある」 「(精度がよくないと) 意味がないよね」 「前ならえだったんですけどかねーとかって病棟も言ったりするので。」 「科にも差がある」 「病棟ではNRS 最高に痛い時8だとしても、実際行ってみると3とか、ちょっとずつれがある。」 「10人行けば、6人痛みが違う。」 「明らかにあれなんでもん、検温表に書いてる数字(NRS)と違うんだもん、それが。」 「明らかに記録見てて本人に会った時に、これはそのままじゃやらないっていうのはわかる。それと病棟も別に困ってないし。」 | |

緩和ケアチームラウンドメンバーが感じていること

| | | 文脈の抽出 | |
|-----------------------------------|---|---|---|
| カテゴリー 痛みで困っている患者をラウンドすることの無意味さ | 医療者要因 サブカテゴリー 医療者の抵抗 | 医師の抵抗 看護師の抵抗 | 「(医師に) こっちはこっちの考えがあって、この薬剤にしているし、あと、薬剤を出さなかつたりしている。」 「(医師に) 2つの科から書かないでほしいって先生から言われた」 「薬剤どうですか？とかは言ったりしないので。そういうの書くとなんかかけっこう反発があるようなので。薬剤の推奨よりは、推奨したい時はこちらにコーパスで聞いているからにしたり。」 「看護師が来ないでほしいって」 |
| スクリーニングすることの無意味さ | 活用されることのないデータをスクリーニングすることの無意味さ | 痛み以外の質問項目 | 「一週間に1回聞いているあの『医療者以外に相談できる人がいますか？』は何のために聞いているのかは何のためにあるのかなとは思っているんですけど。一週間に1回聞いてなんか…あれは何かここにこう使われているわけではなく…。」 |
| 痛みを評価することの難しさ | 評価されていない痛みの原因 経験したことのない診療科 | 病棟看護師がわからない痛みの原因 前医からの痛みだからがんに関係ない 痛みをアセスメントできない | 「病棟も「何の痛みでしょうね。分からないんですよ」っていう返答がけっこう多かった」 「(痛みの原因を検査していないので) 評価できない」 「前医からの痛みであるから、それを再度評価したりはしていない」 「〇科は1人あたり診療録をみるのに30分くらいかかる。」 「特殊な診療科。〇科とか。経験していない。イメージができない。」 |
| 痛みへの対応の難しさ | 痛みを評価するコミュニケーションスキル 専門性の違いによる痛みの対応 | 痛みを聴きだす教育を受けていない 会話の中で聴きだすことの難しさ 薬剤師による血液データなどから考慮した薬剤の推奨 看護師による薬剤以外のケアの推奨 看護師による薬剤推奨への抵抗 | 「あれを本当に1からずっと順繰りに順繰りに真正面から聞いていくってなればね、なかなか難しい。」 「(患者さんから痛みを聴きだす) そういう訓練ってあまり薬剤師はないかもしれないよね。看護師ほど。」 「薬とか検査データのことは若干わかるけれども、たとえば、ベットのマットレがどうとか、ギャッチアップがどうとかは門外漢なわけさ。だから、そういうところを汲み取れないのは申し訳ない」(薬剤師) 「ラボデータ、腎機能、肝機能、強い阻害とか強い誘導がある薬飲んでれば注意してきている。」(薬剤師) 「薬剤どうですか？とかは言ったりしない。そういうの書くときとかけっこう反発」(看護師) |

緩和ケアチームラウンドメンバーが感じていること

| カテゴリー | サブカテゴリー | 文脈の抽出 | |
|-----------------------------------|--|--|--|
| 横断的な活動をする ことの難しさ | サブカテゴリー 主科ではない立場の難しさ 多職種との連携の難しさ | その科の人ではない 医師とのやりとり に抵抗 看護師とのやり とりに抵抗 | 「やって一番思うのが、病棟の看護師がやっぱり一番わかっているとちゃうんですよ。カルテだけ見て行く私よりも。」 「その科の人間ではない」 「(医師とのやりとり) 難しいです。すごい抵抗ありますね。というのは、外来中に電話をかけると怒るのを見てるので。」 「抵抗あるので、リーダーに「これを伝えてもらっていいですか?」とったりして います。」 「先生にどう対応したらいいのかわからないです。そうやって書かないでほしい て言われて。」 「聞き取りシートを毎回看護師さんに「すみませーん」って言って、誰々のシートを 見せてくださいって。あれはね、結構な精神的な負担になります」 |
| 痛みで困っている患 者ラウンドでの重症 患者を抽出方法 | 患者が治療を望むかどうかで抽出 | 薬が増えることに抵 抗する患者 痛みの治療を望まな い患者 | 「患者さんに直接聞いてます まあ簡単に言うんですけど、良くなることを望んでいるか、いいかっていうか人に よっては、これどうまく付き合っていけたら何もなくてもいいって言う人もいれ ば、いや、してほしくないってはっきり言う人もいます。何か相談ってなるとまた薬 が増えるでしょう」 「困ってるよなっていう人は病棟に確認。こっちがしたいなと思っても、やっぱりそ の人が望まなければ(しない)。」 「なんか、いくらかこっちがしたいなと思っても、やっぱりその人が望まなければ。レ スキューの使い方の提案したりとか、そういうことまでにとどめておいてにしてま す」。 |
| 痛みで困っている患 者をラウンドするこ との意味 | 気軽に相談できる場 | 緩和ケアチームに相 談するまではない と考えている患者へ の対応 | 「病棟も先生も困っていたんだけれども、やっぱり緩和ケアチームに相談するまでで はないと思ってるような人とかをこちらにピックアップできて」 「やっぱり診てもらいたいと思ってる人はきつとたくさんいるんでしようけど、チ ームにかけるまではないんだよなっていう、簡単に相談できる場ではあるとは思 うですよね。」 |

琉球大学病院における スクリーニング導入の現状及び 沖縄県内のフィールドの規模と確保 および今後の進め方

増田 昌人^{1), 2)}, 笹良 剛史³⁾, 棚原 陽子²⁾, 多和田 慎子²⁾,
伊波 華²⁾, 吉澤龍太⁴⁾, 新屋洋平⁵⁾, 中村 清哉²⁾

- 1) 琉球大学医学部附属病院がんセンター
- 2) 琉球大学医学部附属病院緩和ケアセンター
- 3) 友愛会南部病院緩和医療科
- 4) 那覇市立病院看護部
- 5) 沖縄県立中部病院緩和医療科

琉球大学病院におけるスクリーニング導入の現状1

| | |
|----------|--|
| 2008年9月 | 沖縄県がん診療連携協議会緩和ケア部会発足 |
| 2010年12月 | 緩和ケア部会主導で琉球大学病院で除痛率調査開始。緩和ケアリンケージを中心に病棟看護師が月に1回患者さんのベッドサイドで調査票を用いて聞き取り調査を行った。その後、調査を継続できた病棟は3病棟 |
| 2011年4月 | 緩和ケア部会年度計画：除痛率調査を県内の主要病院で行う→沖縄県全体としては未実施に終わった |
| 2011年12月 | 第3回緩和ケア室連絡会議で初めて疼痛除去率が報告、以後は毎回報告 |
| 2012年4月 | 緩和ケア部会年度計画：疼痛除去率の調査→12月から、拠点病院3病院(琉球大学病院, 那覇市立病院, 県立中部病院)+主要病院2病院(豊見城中央病院, 南部病院)で調査を開始 この年度から、的場班からご指導をいただく |
| 2013年4月 | 緩和ケア部会年度計画：痛みのスクリーニングと除痛率調査 がん患者に対する全例スクリーニング(入院患者は連日、外来患者は毎回)を目標にする |

2015/6/26

2015年度第1回の場班

2

琉球大学病院におけるスクリーニング導入の現状2

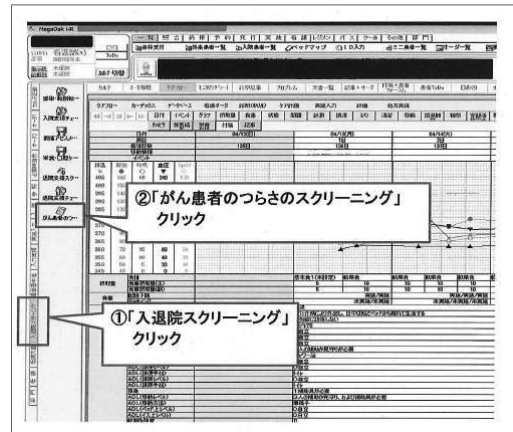
| | |
|---------|--|
| 2013年4月 | 第1回の場班参加(佐久川薬剤師, 棚原看護師) |
| 6月 | 第1回除痛率改善研究会;参加人数は113名(16施設) |
| 7月 | 第2回の場班参加(笹良医師, 増田) |
| 10月 | 入院がん患者全例連日の痛みのスクリーニングが概ね達成 |
| 2014年1月 | SPARCS方式によるがん患者のつらさのスクリーニングを導入 |
| 2月 | 的場先生から訪問病棟指導→SPARCS方式ほぼ全病棟導入へ |
| 7月 | 第1回の場班参加(笹良医師のみ) |
| 11月 | 第2回の場班参加(中村医師, 棚原看護師) |
| 12月 | 第2回除痛率改善研究会;開催参加人数:81名 |
| 2015年2月 | 電子カルテ更新 |
| 2月 | 緩和ケアセンター長・がんセンター長から全診療科長へ、外来での痛みのスクリーニングを行うように依頼文書 |
| 3月 | 第3回の場班参加(佐久川薬剤師, 安次富看護師) |

2015/6/26

2015年度第1回の場班

3

琉球大学病院におけるつらさのスクリーニング1



2015/6/26

2015年度第1回の場班

4

琉球大学病院におけるつらさのスクリーニング2 電子カルテのテンプレート

がん患者のつらさのスクリーニング

Q1. 24時間以内の痛み: なし あり なし

Q12. 痛み以外の身体スクリーニング

1) だるさ

2) 食欲低下

3) 口の渇き・痛み

4) 吐き気・嘔吐

5) 便秘傾向: 便秘なし 硬い便 普通便 軟便

6) 睡眠: 良眠 軽い 寝つき悪い 途中で起きる

Q13. 身体以外のスクリーニング(心、病状理解、コミュニケーション)

1) 気持ちの落ち着込み: ない 少し 中位 強い

2) 不安やイライラ: ない 少し 中位 強い

3) 家族や仕事、経済的な気がかり: なし 少し 中位 強い

4) 治療や検査のことについてよくわかることと聞きたいこと: なし わかりにくい 聞きたくないことがある

5) 治療や検査についての意志・考えが医療者に伝わっているか: 十分 ある程度 少し 伝わっていない わからない

6) 治療、生活、家族、仕事、経済的などについて相談できる人はいますか?: いる いない

毎日チェック

1. 入院時

2. 毎週1回

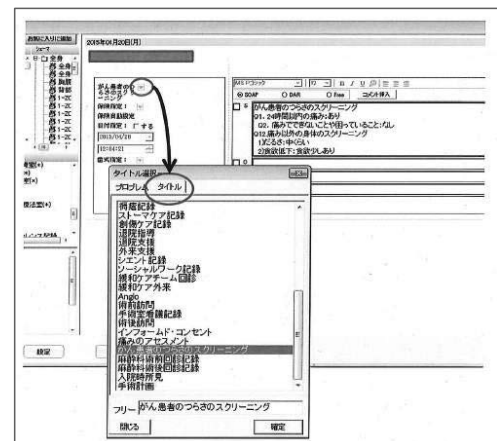
3. 状態変化時

2015/6/26

2015年度第1回の場班

5

琉球大学病院におけるつらさのスクリーニング3



2015/6/26

2015年度第1回の場班

6

琉球大学病院における今後の進め方

1. 入院患者のスクリーニングを完全にする
2. 外来患者のスクリーニングを開始し、その割合を高める
3. 除痛率のデータ公開
 - (1) 院内への公開
 - ① リンクナース会議, ② 緩和ケアセンター連絡会議, ③ がんセンター運営委員会だけではなく, ④ 臨床教授会, ⑤ 診療委員会, ⑥ 病院運営委員会などの病院の公式・非公式の会議で公開していく
 - (2) 院外への情報公開

今後の課題
4. 琉球大学病院におけるフィードバックシステムの開発を行い、その評価を行う

2015/6/26

2015年度第1回の場班

7

沖縄県内のフィールドの規模と確保

| 現在の対象病院 | | 新規がん患者数(件/年) |
|---------|-----------------------|--------------|
| 1 | 琉球大学病院 県拠点病院 | 1,200 |
| 2 | 豊見城中央病院 がん専門医療機関(沖縄県) | 600 |
| 3 | 南部病院 緩和ケア病棟を持つ医療機関 | 400 |

| 今後の対象病院 | | 新規がん患者数(件/年) |
|---------|---------------------|--------------|
| 1 | 県立中部病院 地域拠点病院 | 900 |
| 2 | 那覇市立病院 地域拠点病院 | 900 |
| 3 | 県立宮古病院 診療病院 | 200 |
| 4 | 北部地区医師会病院 支援病院(沖縄県) | 200 |
| 5 | 県立八重山病院 支援病院(沖縄県) | 200 |

2015/6/26

2015年度第1回の場班

8

沖縄県立中部病院のスクリーニングの現状

【外来】

- ・ 対象: オピオイドが処方されている患者
- ・ 実施者: 外来看護師
- ・ 項目
 - (1) 痛みの強さ(NRSもしくはフェイススケール)
 - (2) 副作用(便秘、吐気、眠気)の有無
 - (3) 不眠の有無
- ・ 課題
 - (1) 医療用麻薬を使用していないがん患者は対象ではない(オピオイドの適正使用が全目標) → 全員にひろげる(Nsサイドの聞き取りの手間をどうするか?)
 - (2) 気持ちの辛さのスクリーニングは行っていない → 希望する人のみに対象者を絞る

【入院】

- ・ 対象: 入院時に全患者
- ・ 実施者: 病棟看護師
- ・ 項目
 - (1) 鎮痛剤を使用している
 - (2) 痛みのために日常生活に支障がある
 - (3) 気持ちの辛さがある
 - (4) 患者または家族が専門チームに相談したいと思っている
- ・ 課題
 - (1) 鎮痛薬の使用無し患者は継続フォローから漏れる
 - (2) 毎日スクリーニングするシステムをどう導入するか

2015/6/26

2015年度第1回の場班

9

フィールドの規模と確保に関する今後の進め方

1. がん患者に対する全例連日スクリーニングへの参加
 - (1) 緩和ケア部会
 - (2) 緩和ケア研修会
 - (3) 宮古医療圏・八重山医療圏がん医療連携協議会
 - (4) 個々の病院長への直接依頼
 - (5) 協議会会長名で、拠点病院・診療病院・支援病院への参加協力お願い
2. 沖縄県全体でのフィードバックシステムに関する検討

2015/6/26

2015年度第1回の場班

10

沖縄県地域中核一般病院(がん拠点病院以外)における疼痛スクリーニング

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

H27年の場班会議

いちばん南の社会医療法人友愛会

沖縄本島南部
人口約20万



豊見城中央病院 356床
(地域医療支援病院) 急性期病院

友愛園
(老健)

地域型在宅介護支援センター
訪問看護ステーション・通所リハビリ
ヘルパーステーション・居宅介護事業所

PET画像センター

南部病院

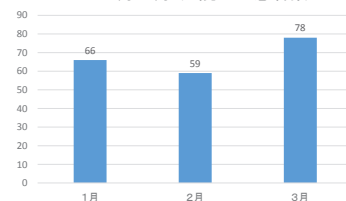
一般病棟198床、在宅療養支援病院
回復期リハビリ棟
急性期病棟
緩和ケア対応一般病棟(33床)
→8月から緩和ケア科稼働可(21床)

背景

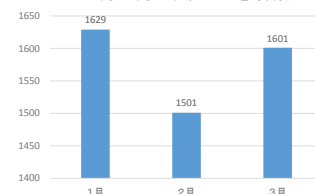
- 当院は沖縄県南部の豊見城市に位置する地域医療支援、研修指定機能をもつ一般総合病院、
 - がんの診断、手術、化学療法は行っている
 - 放射線施設はなく、がん拠点病院ではない
- 緩和ケアチーム加算なし
 - 専従のがん疼痛認定看護師が配置されているが、身体緩和医は兼任、4月より常勤の精神科医着任、緩和ケアチームに参加
- 友愛会南部病院(糸満市)を核とする緩和トライアングル
 - 緩和ケア病棟と訪問看護ステーション、訪問診療部、包括支援センターが連携
 - 豊見城中央病院の後方支援機能

豊見城中央病院：ベッド数 375床
H26年間総退院患者数：13487人（前年度13629人）
H26年間がん患者退院数：1059人（前年度979人）
H26がん患者退院比率：7.2%

H27.1月~3月：入院がん患者数



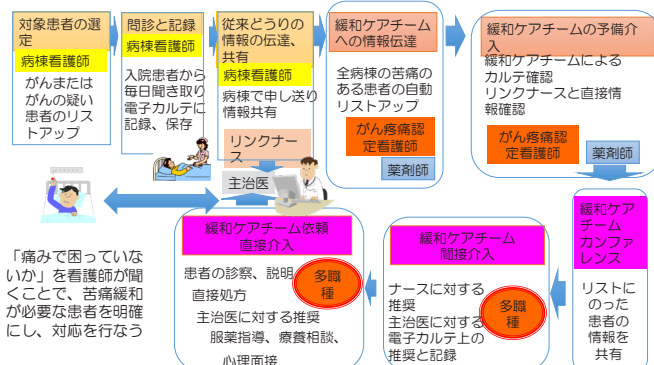
H27.1月~3月：外来がん患者数



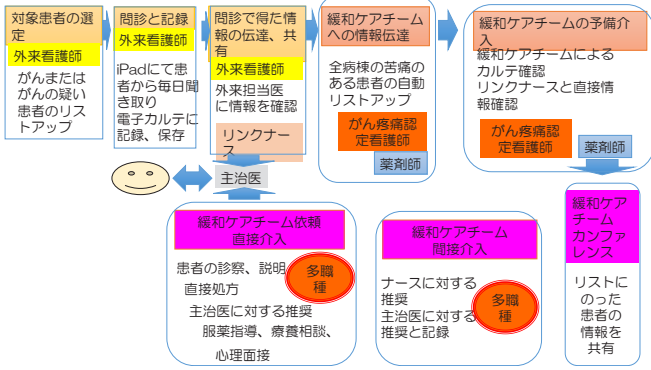
当法人における疼痛スクリーニングの経緯

- 平成20年6月に緩和ケアチームを発足させ、活動を開始した。
- 平成21年10月より、名古屋緩和カンファレンス(名古屋パック)における方法を参考に、入院がん性疼痛患者に対する除痛率調査を開始。
- 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導入
- 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
- 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
- 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
- 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に利用

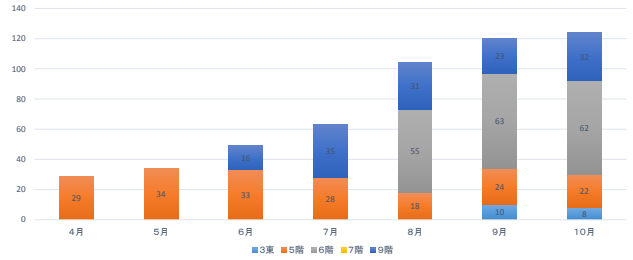
入院患者の苦痛スクリーニングと運用フロー



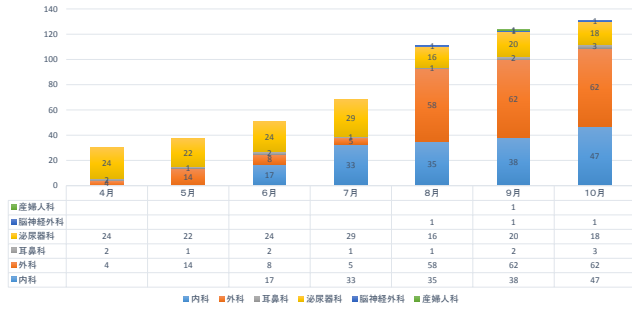
外来患者の苦痛スクリーニングと運用フロー



2014年4月～10月 病棟別疼痛スクリーニング実施患者数



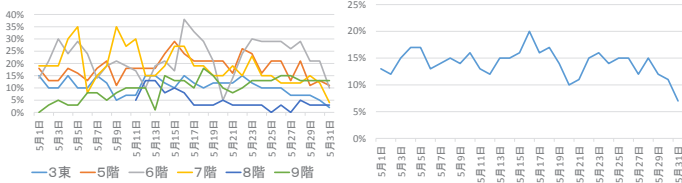
診療科別疼痛スクリーニング実施患者数



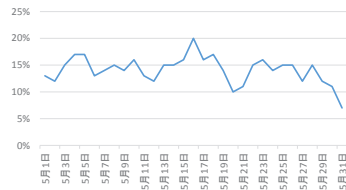
疼痛スクリーニングシート運用の流れ

| スクリーニング開始時期 | 病棟 | ベッド数 |
|---------------|-------------------|------|
| H26.1月～試験運用開始 | 5階：泌尿器科、小児科、耳鼻科 | 38床 |
| H26.6月～ | 9階：消化器内科 | 40床 |
| H26.7月～ | 6階：外科 | 42床 |
| H26.8月～ | 3東：呼吸器内科、神経内科 | 41床 |
| H26.11月～ | 7階：全個室 | 26床 |
| H27.5月～ | 8階：婦人科、整形外科、形成外科 | 40床 |
| H27.6月～ | 3北：腎臓内科、膠原病、リウマチ科 | 34床 |
| H27.7月開始予定 | 3新：整形外科 | 40床 |
| H27.8月開始予定 | 3西：循環器内科 | 41床 |

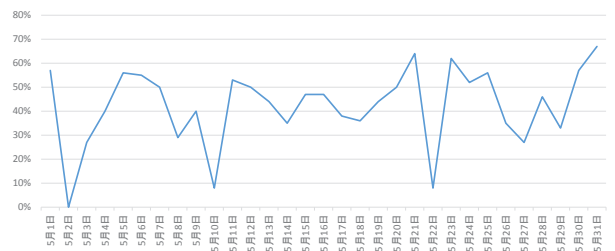
6病棟(227床)スクリーニング使用率比較



375床のうち227床(6病棟)スクリーニング使用率



6病棟除痛率



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%が答えている一このことから教育内容など十分検討し計画する必要があった
 - 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
 - 医師に対する院内での啓発、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 勉強会の定期開催開始
- 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
- 外来通院患者に対するipad導入 病院に起家承認済み
- がん以外の疼痛スクリーニングに利用課題
- 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

沖縄県立中部病院 がん性疼痛スクリーニングの現状

- 外来 対象:オピオイドが処方されている患者
実施者: 外来看護師
痛みの強さ(NRSもしくはフェイススケール)、副作用(便秘、吐気、眠気)の有無、不眠の有無
- 入院 対象:入院時に全患者
実施者:病棟看護師が以下の4項目をチェック
 - ① 鎮痛剤を使用している
 - ② 痛みのために日常生活に支障がある
 - ③ 気持ちの辛さがある
 - ④ 患者または家族が専門チームに相談したいと思っている※①はSTAS-JIにて2以上、②~④にチェックがあれば緩和ケアチームに連絡するようになっています

沖縄県立中部病院 がん性疼痛スクリーニングの課題

- 外来
 - ① 医療用麻薬を使用していないがん患者は対象ではない(オピオイドの適正使用が主目標) →全員にひろげる(Nsサイドの聞き取りの手間をどうするか?)
 - ② 気持ちの辛さのスクリーニングは行っていない →希望する人のみに対象者を絞る(どうやって?)
- 入院
 - 鎮痛薬の使用無し患者は継続フォローから漏れる
 - 毎日スクリーニングするシステムをどう導入するか

沖縄県がん診療連携協議会からのお願い

全がん患者に対する

苦痛の日常的スクリーニングが必須になりました。

外来や病棟での問診票や看護師の聞き取り記録などのスクリーニングで得られた苦痛の評価を確認してください。

その上で、苦痛の緩和のための

自分でできる指示、処方と

相談室や緩和ケアチーム、専門家へのサポート依頼などの

対応をするよう、ご協力をお願いします。

緩和ケアチーム：*****、相談室に*****にご連絡を

おしえてください
あなたの痛みとつらさ
困ったこと 気がかりなこと

- 外来や病棟で
- 痛みなどの体の症状、気持ちのつらさなど、こまったことについて問診を行います。
- iPadや質問票を用いてあなたの困ったことを把握します。
- 痛みや辛さの程度は数字や図を使って評価します
- その上で
- すぐに解決できる問題はすぐに
- じっくり皆んなで相談したほうがいいことは、チーム医療で解決します
- 看護師さんや担当係による問診にご協力をお願いします



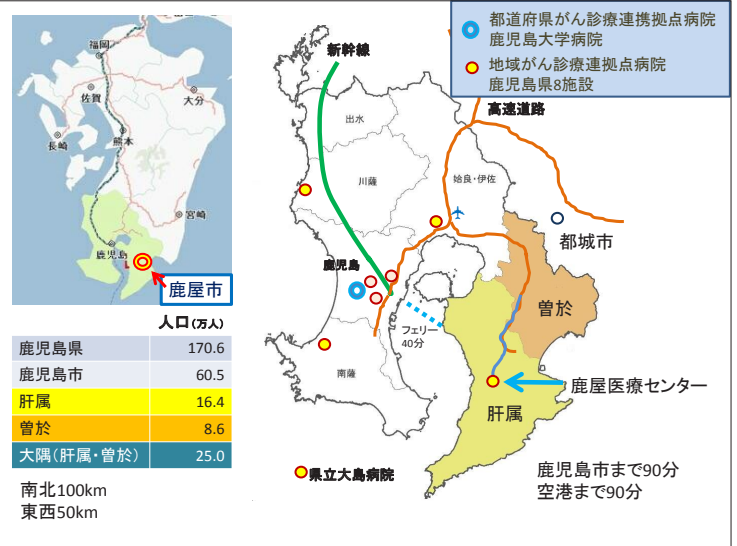
まとめ

- 沖縄県ではがん拠点病院、一般病院において疼痛スクリーニングの日常化を目指している
- システム化、教育 医療者への周知、等改善要す
- 医師の意識改革はこれからです。

- 「苦痛にしっかり向き合い、早く緩和できる地域、病院」にむけご指導お願いします

鹿屋医療センターにおけるフィールドの規模と確保および今後の進め方

県民健康プラザ鹿屋医療センター
原口優清



鹿屋医療センター概要

| | |
|------------------|--|
| 沿革 | 昭和24年鹿児島県立鹿屋病院として発足 平成13年県民健康プラザ鹿屋医療センターへ 名称変更 |
| 病床数 | 186床 (150床で運用) |
| 医師数 診療科 休診 | 21名 内科3、循環器科3、外科4、小児外科1、脳神経外科2、 産婦人科2、放射線科2、小児科3、麻酔科1 整形外科、耳鼻科、眼科 |
| 医療方針 | 大隅全域(4市5町)の中核病院として地域医師会と連携し二次医療を中心に医療を提供している。 (紹介率82%) |

鹿屋医療センター 病院機能

| 指定年月日 | 区分 | 機能 |
|------------|---------------|---|
| 昭和28年4月23日 | 助産施設 | ○経済的に困窮した状態のため、福祉事務所で入所措置が決定された妊産婦の出産支援 |
| 昭和44年6月23日 | 二次救急病院 | ○時間外待機・緊急呼出し体制の実施 ○時間外の重症患者の入院受入れ |
| 平成9年3月6日 | 災害拠点病院 | ○傷病者トリアージ訓練の実施 ○災害派遣医療チーム(DMAT)の要員育成 |
| 平成9年3月6日 | エイズ治療拠点病院 | ○重症患者への専門治療の実施 |
| 平成14年3月28日 | 第二種感染症指定医療機関 | ○新型インフルエンザ・2類感染症患者の収容 |
| 平成14年7月1日 | へき地医療拠点病院 | ○へき地の公立診療所への代診医派遣 |
| 平成18年9月12日 | 地域医療支援病院 | ○各種研修の地域医療機関との共同開催等 ○地域医療機関紹介医(かかりつけ医)との共同診療 |
| 平成20年2月8日 | 地域がん診療連携拠点病院 | |
| 平成21年3月27日 | 地域周産期母子医療センター | ○緊急の帝王切開手術等を必要とする妊産婦の異常(ハイリスク)分娩を支援 |

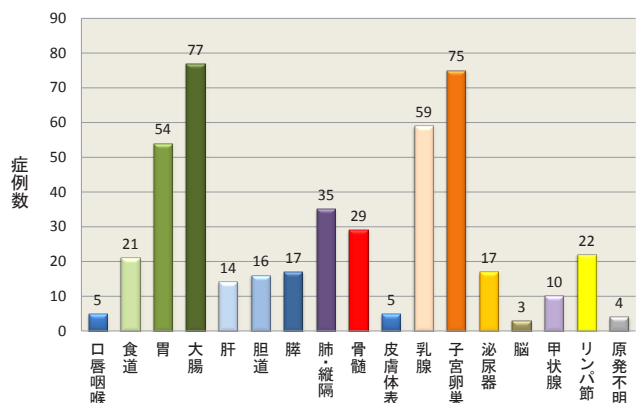
がんの診療分類と当院での診療

| 消化管 | 肝胆膵 | 内分泌 | 呼吸器 | 婦人科 | 頭頸部 | 骨軟部 | 泌尿器 | 血液 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 食道 | 肝 | 甲状腺 | 肺 | 子宮 | 脳 | 骨 | 腎 | リンパ腫 |
| 胃 | 胆嚢 | 乳腺 | 縦隔 | 卵巣 | 耳鼻 | 筋肉 | 尿管 | 白血病 |
| 大腸 | 胆管 | | 気管 | | 咽頭 | | 膀胱 | |
| 小腸 | 膵 | | | | 喉頭 | | 前立腺 | |

手術は大学病院主体
化学療法・放射線治療は可能

診療困難ながん診療
放射線治療は可能

臓器別患者数 2013年がん登録から



鹿児島県がん拠点病院部門会 案

修正率3/23 生活のしやすさに関する質問票

※質問票は、癌やがんの療養に関するアンケートのなかから、ご自身の生活のしやすさに関する項目を抽出し、作成いたしました。ご自身の生活のしやすさを評価するための質問票です。ご自身の生活のしやすさを評価するために、ご自身の生活のしやすさを評価してください。

各施設で必要な説明文書をご検討ください。

お名前(姓)：氏名 (仮) (氏名を記入してください) 記入日：

1 最近1年間の生活のしやすさを評価してください。

2 現在の生活のしやすさを評価してください。

3 今後の生活のしやすさを評価してください。

※ がんやがんの療養に関するアンケートのうち、ご自身の生活のしやすさに関する項目を抽出し、作成いたしました。ご自身の生活のしやすさを評価するための質問票です。ご自身の生活のしやすさを評価するために、ご自身の生活のしやすさを評価してください。

※ がんやがんの療養に関するアンケートのうち、ご自身の生活のしやすさに関する項目を抽出し、作成いたしました。ご自身の生活のしやすさを評価するための質問票です。ご自身の生活のしやすさを評価するために、ご自身の生活のしやすさを評価してください。

施設名

■ 現在の生活のしやすさを評価してください。

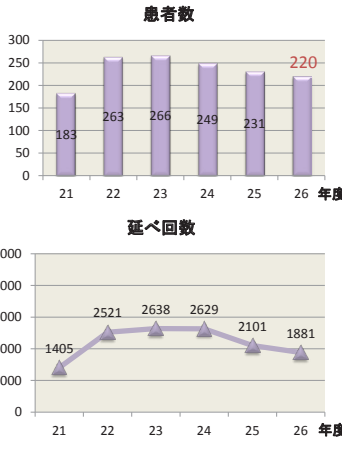
| | | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 痛み | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| だるさ (元気がないこと) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 眠気 (おさまらない) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 息苦しさ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 吐き気 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 食欲不振 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 気分の落ち込み (気分が憂鬱) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 不安 (心配で落ち着かない) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 【 他 】 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 全体的な様子 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

施設名

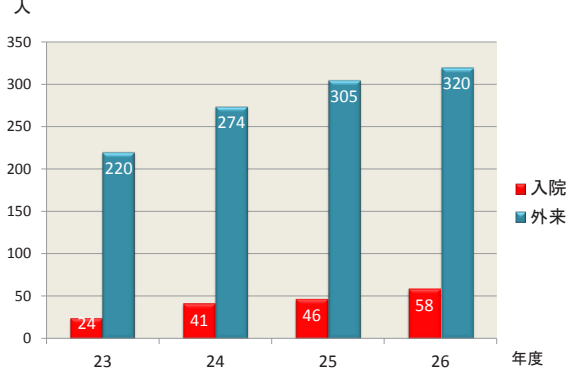
放射線治療



化学療法



オピオイド処方患者数



スクリーニングシステム導入に係る 当院の現状について

現在までの実施状況

- ① H26.10 青森県立中央病院でシステム概要の説明を受け見学
- ② H26.11 当院での導入へ向けて、電子カルテベンダ(ソフトマックス)へ概要説明
- ③ H27.2 導入について、病院運営協議会で説明・承認
- ④ H27.3 青森県立中央病院担当者来院、当院での実施に向けてネットワークの現状説明
- ⑤ H27.3 システムで使用する端末(iPadmini8台)購入

現在までの完了事項

- ① がんスクリーニングシステムの当院への導入の決定
- ② 電子カルテのネットワークの使用可能の確認(電子カルテベンダ及び青森県立中央病院担当)
- ③ 必要機器の一部の購入(入力末端)

実施のための今後の課題

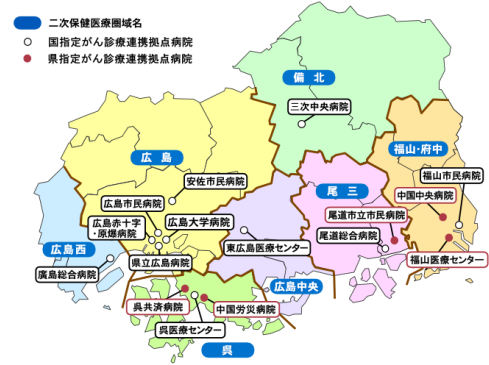
| 項目 | 内容 | 理由等 |
|-----------------|---|---|
| 使用機器について | システム本体を導入するPCの確定 | 既存の電子カルテPCの1台を使用することに電子カルテベンダが難色を示している。 |
| 電子カルテシステム上の運用方法 | ・がん患者の判別の手法及び電子カルテ上の登録方法 ・電子カルテから取り出す患者情報の選定 | ・対象患者の判別を電子カルテ上どこに記録し拾い上げるか ・氏名・生年月日等の基本情報とその他の事項 |
| データの出入力管理 | ・外来と入院での運用方法 ・取り出した患者情報のシステムへの入力方法 | ・対象患者の判別、誰がどのタイミングで聞き取りを行うか等 ・電子カルテ上で自動出力・システムで自動取得か、その都度人力でデータ取得か |
| システム全体の管理 | システム導入前に再度運用面の指導必要 | 当院に専従のSEが不在 青森県立中央病院からの応援必要 |
| 職員への周知 | 院内職員向け説明会・研修 | |

市立三次中央病院における フィールドの規模と確保および今後の進め方

平成27年度がん対策推進総合研究事業「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」(的場昭)
第1回研究会 於 日本赤十字社医療センター 5階 MFホール, 2015.6.26.

佐伯俊成¹⁾, 高廣悠平¹⁾, 榎本和樹²⁾,
新濱伸江³⁾, 湯川弘美³⁾

市立三次中央病院緩和ケア内科¹⁾, 同放射線治療科²⁾, 同看護部²⁾



市立三次中央病院の
ロケーション

市立三次中央病院の概要

- 病床数350床 (うち地域包括ケア病床50床)
- 新規入院患者数700件/月
- 平均在院日数16日
- 病床稼働率80%
- 手術件数800件/月
- 化学療法: 外来150件/月, 入院30件/月
- 放射線治療300件/月

3

市立三次中央病院におけるがん患者の動向

- 年間新規入院総件数 9,000件
- がん患者割合: 20% (H22年調査時)
- 年間がん患者入院件数: 1,800件
- 月間がん患者入院件数: 150件
- 週日がん患者入院件数: 6-7件
- 週末・祝日がん患者入院件数: 2-3件

4

データサンプリングの手順 (1)

- 新規入院した全がん患者を入院翌日の午前中に電子カルテから抽出し, 連続的に全数サンプリングする
- 入院中毎日, 日勤看護師がデータ収集を行う
- フィールド: 計5病棟 (およそ300床)
 - 5西 (消化器内科, 呼吸器内科など)
 - 4東 (消化器外科, 乳腺外科, 呼吸器外科, 泌尿器科など)
 - 4西 (脳神経外科, 眼科, 内科など)
 - 3東 (婦人科, 小児科など)
 - 3西 (耳鼻咽喉科, 口腔外科, 整形外科など)

5

データサンプリングの手順 (2)

- 計画期: 2015年5月-7月
 - 倫理委員会の承認 (見込み)
 - データの電子カルテ入力テンプレート作成 (医事課と協働)
- 試行期: 2015年8月
 - 4東病棟 (外科系) でパイロットサンプリング
- 準備期: 2015年9月
 - 研究手順の修正・改善
 - 看護部を通じて本研究に関する十分な院内告知を行う
- 実行期: 2015年10月1日開始 (2016年3月31日までの6か月間)
 - 推定1日サンプリング患者総数: $300 \times 0.2 \times 0.4 = 24$ 件
 - 推定サンプル総数: $9,000 \times 0.2 \div 2 = 900$ 件

6

平成27年度がん対策推進総合研究事業
第1回の場合班会議

「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」

「岩手県立大船渡病院における
フィールドの規模と確保及び今後の進め方」

岩手県立大船渡病院 緩和医療科長 村上 雅彦

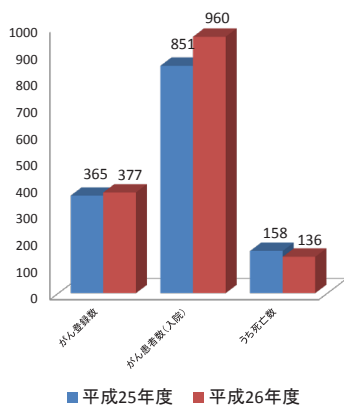
岩手県立大船渡病院



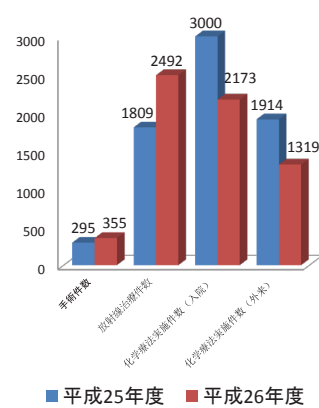
- 地域がん診療連携拠点病院
- 一般病床354床
- 常勤医41名
- 研修医13名
- 緩和ケア病棟なし

| | 平成25年度 | 平成26年度 |
|-------------|--------|--------|
| 入院患者数(精神除く) | 93860 | 91517 |
| 外来患者数 | 175527 | 179609 |

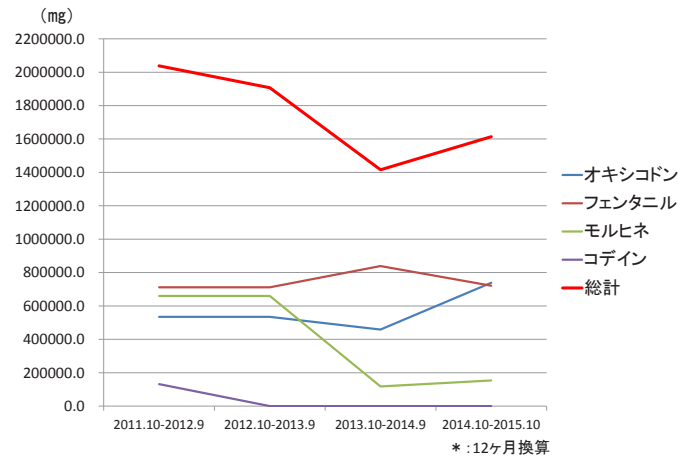
がん患者数



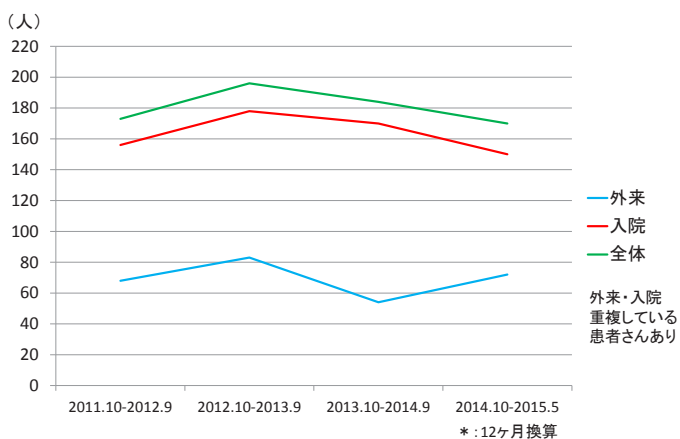
がん治療件数



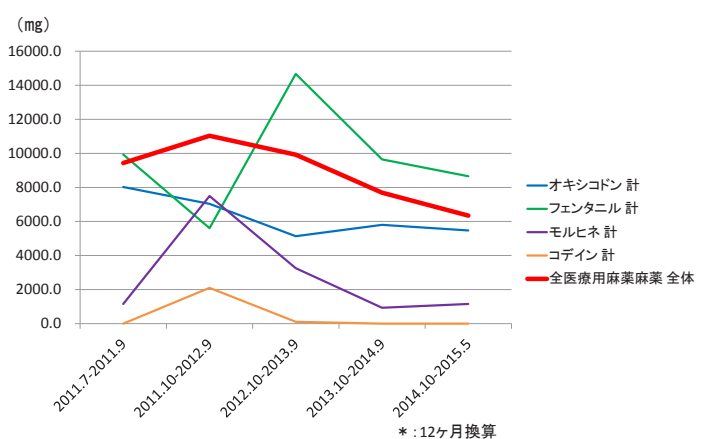
年度別医療用麻薬処方量



医療用麻薬の処方人数の推移



年度別一人当たりの医療用麻薬消費量



平成26年度岩手県立大船渡病院 苦痛のスクリーニング研修会

- 目的
 - 本研修を通じ、患者さんの苦痛のスクリーニングをする意義を学び、職員全てが患者さんの苦痛を同じように聞き取ることができるようになるためのスキルを習得する。
- 対象: 岩手県立大船渡病院全職員
- プログラム
 - 何故苦痛のスクリーニングをしなければならないか(講義)
 - 苦痛のスクリーニングの例(動画)
 - ロールプレイ
 - ディスカッション



平成26年2月23日

入院

【苦痛のスクリーニングシート(入院用)】

| 入院日 | 科 | 病室 |
|-----|---|----|
| | | |

I. 痛みの有無について

| | | |
|-------------------|---|---|
| 1. 痛みの有無 | 有 | 無 |
| 2. 痛みの部位 | | |
| 3. 痛みの強さ | | |
| 4. 入浴時に感じている痛みの有無 | 有 | 無 |
| 5. 痛みによる生活への支障の有無 | 有 | 無 |
| 6. その他 | | |

II. 痛み以外の症状について

| | | |
|-------------|---|---|
| 1. 嘔吐の有無 | 有 | 無 |
| 2. 吐気の有無 | 有 | 無 |
| 3. 腹部膨満感の有無 | 有 | 無 |
| 4. 嘔吐の有無 | 有 | 無 |
| 5. 腹痛の有無 | 有 | 無 |
| 6. 呼吸困難の有無 | 有 | 無 |
| 7. 呼吸困難の有無 | 有 | 無 |
| 8. その他 | | |

III. 社会的問題について

| | | |
|--------------|---|---|
| 1. 痛みの有無 | 有 | 無 |
| 2. 痛みの部位 | | |
| 3. 社会的問題について | | |
| 4. その他 | | |

IV. 専門のスタッフに相談すること希望の有無

| | | |
|--------------|--|--|
| 1. 希望する | | |
| 2. 希望しない | | |
| 3. いずれも希望しない | | |

外来

【苦痛のスクリーニングシート(外来用)】

初めて病気の説明を受けた患者さん、またはこれから治療を受けられる患者さん、そしてそれを支えていくご家族が安心してこれからの治療に付き合えるように記入をお願いします。

1. 今心配な事・困っている事はありますか?

はい いいえ

①「はい」と答えた方... 当てはまるものに○をつけて下さい。

- 痛み
- 痛み以外の症状がある
- 不安がある
- 自分の気持ちになかなか言いえない
- 医療費・救済について
- その他()

2. ①で○をつけた項目のために困った事や出来なくなった事はありますか?

はい いいえ

※「はい」と答えた方... 具体的にどのような事ですか?

3. 専門のスタッフに相談することを希望しますか?

1. 希望する 2. 希望しない 3. いずれは相談したい

※「希望する」の方にお願いします。相談日の希望はありますか?

1. 今日 2. いつでもいい 3. 次回受診日(/ / 時頃)

苦痛のスクリーニング アセスメント項目セット

| 分類 | 指示名称 | 有無 | |
|-----------------|-------------------|---------------|------|
| H. 患者状態 | 全身状態 | 倦怠感(有無) S | 有無 |
| | 腹部症状 | 嘔吐(有無) S | 有無 |
| | | 腹部膨満感(有無) S | 有無 |
| | 精神症状 | 気分の落ち込み(有無) S | 有無 |
| | 排便・排尿 | 便秘(有無) S | 有無 |
| | 食事水分栄養 | 食欲の有無 S | 有無 |
| | 安静 | 睡眠状況(良・不良) | 良・不良 |
| | 呼吸器症状 | 息苦しさ(有無) S | 有無 |
| | 内分泌症状 | 口渴の有無 S | 有無 |
| | 疼痛 | 疼痛(有無) S | 有無 |
| 痛みの部位 T | | | |
| 安静時の疼痛スケール(NRS) | | 0~10 | |
| | 体動時の疼痛スケール(NRS) | 0~10 | |
| | 痛みによる生活への支障(有無) S | 有無⇒記入へ | |

苦痛のスクリーニング【入院】 H26:11月~H27:5月

| | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 累計 | |
|----------------|-------|------|------|------|------|------|------|---------|-----|
| 入院患者数 | 516 | 517 | 570 | 524 | 417 | 573 | 546 | 3683 | |
| 対象患者数 | 79 | 77 | 76 | 76 | 65 | 78 | 79 | 530 | |
| スクリーニング未提出 | 6 | 2 | 0 | 7 | 0 | 10 | 13 | 38 | |
| n() | 73 | 75 | 76 | 69 | 65 | 68 | 66 | 492 | |
| 診療科別 | 婦人科 | 6 | 7 | 8 | 2 | 14 | 5 | 51 | |
| | 整形外科 | 27 | 26 | 23 | 22 | 18 | 17 | 14 | 147 |
| | 整形外科 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 3 |
| | 緩和医療科 | 4 | 2 | 3 | 1 | 3 | 4 | 2 | 19 |
| | 血液内科 | 11 | 6 | 11 | 10 | 7 | 9 | 3 | 57 |
| | 脳外科 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 内科 | 10 | 18 | 13 | 14 | 10 | 17 | 21 | 103 |
| | 呼吸器科 | 8 | 10 | 7 | 12 | 5 | 8 | 6 | 56 |
| | 泌尿器科 | 7 | 9 | 9 | 8 | 6 | 8 | 11 | 57 |
| | 泌尿器科 | 36 | 36 | 32 | 22 | 38 | 29 | 29 | 222 |
| I 苦痛の有無 | あり | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 222/492 | |
| II 痛みの有無 | n=38 | n=36 | n=32 | n=22 | n=38 | n=29 | n=29 | 45.2% | |
| III 痛み以外の症状の有無 | n=36 | n=36 | n=32 | n=22 | n=38 | n=29 | n=29 | | |
| IV 社会的問題の有無 | n=36 | n=36 | n=32 | n=22 | n=38 | n=29 | n=29 | | |
| V 専門スタッフへの相談希望 | n=36 | n=36 | n=32 | n=22 | n=38 | n=29 | n=29 | | |
| 1. 希望する | 7 | 7 | 5 | 3 | 8 | 8 | 4 | 42 | |
| 2. 希望しない | 22 | 22 | 24 | 17 | 28 | 14 | 22 | 149 | |
| 3. いずれも希望する | 7 | 7 | 3 | 2 | 2 | 7 | 3 | 31 | |

平成27年5月: 痛みによる生活への支障の有無⇒あり 13名/66名 =19.7%

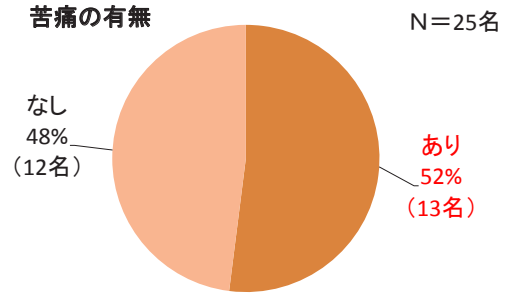
苦痛のスクリーニング結果報告【外来】 H26:11月～H27:5月

| | H26:11月 | 12月 | H27:1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 累計 |
|---|---------|----------|----------------|----------|------------------|-----------------|-----------|------------|
| 対象患者 | 1名 | 2名 | 12名 | 11名 | 11名 | 6名 | 8名 | 51名 |
| I 今心配な事・困っている事はありますか？(はい/いいえ) | (0/1) | (1/1) | (4/8) | (5/8) | (6/6) | (4/2) | (2/8) | (22/29) |
| 1 痛み | | | 1 (生活の支障なし) | | | | | 1 |
| 2 痛み以外の症状 | | | | 1(食欲不振) | 3(ふらつき・胃腸違和感・嘔吐) | 1(食欲不振) | | 5 |
| 3 不安 | | | | 1 | 5 | | | 6 |
| 4 自分の気持ちと言えない | | | | | | | | 0 |
| 5 医療費・就労 | | 1 | 3 | 2 | 1 | | 1 | 8 |
| 6 その他 | | | | 1(転移の不安) | | 2(血便・嘔れやすい) | 1(検査への不安) | 4 |
| II 1でつけた項目の為に困った事や出来なくなった事はありますか？(はい/いいえ) | | n=1(0/1) | n=4(0/4) | n=6(1/4) | n=8(0/8) | n=4(1/3) | n=2(0/2) | n=22(2/20) |
| 具体的な内容は？ | | | | 食事が出ない | | 食欲不振・嘔吐が出るときの嘔吐 | | |
| III 専門スタッフへの相談の希望の有無 | n=1 | n=2 | n=12 | n=11 | n=11 | n=6 | n=8 | n=51 |
| 1 希望する | 0 | 1(MSW) | 2 | 3 | 3 | 0 | 1 | 7 |
| 2 希望しない | 1 | 1 | 8 | 8 | 8 | 3 | 8 | 38 |
| 3 いずれも希望する | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 8 |
| IV 内科 | | | 1 | 2 | 7 | | 3 | 13 |
| 外科 | 1 | 2 | 10 | 1 | 2 | 4 | 2 | 22 |
| 緩和医療科 | | | | 1 | | 1 | | 2 |
| 呼吸器科 | | | 1 | 1 | 1 | | | 3 |
| 血液内科 | | | | | | | | 0 |
| 泌尿器科 | | | | | 5 | 1 | 2 | 9 |
| 婦人科 | | | | 1 | | | 1 | 2 |

平成27年6月の委員会でのリンクナースの報告

平成27年度5月：入院時苦痛のスクリーニング結果

がん患者延べ人数：25名(*既往患者は除外)



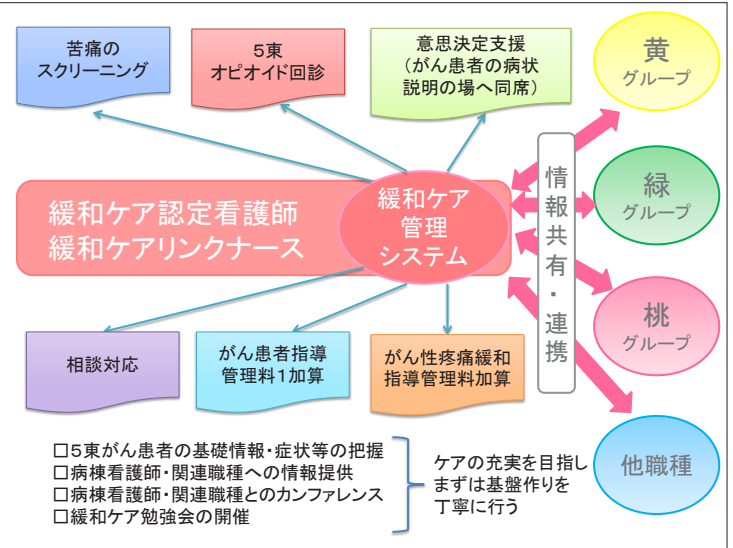
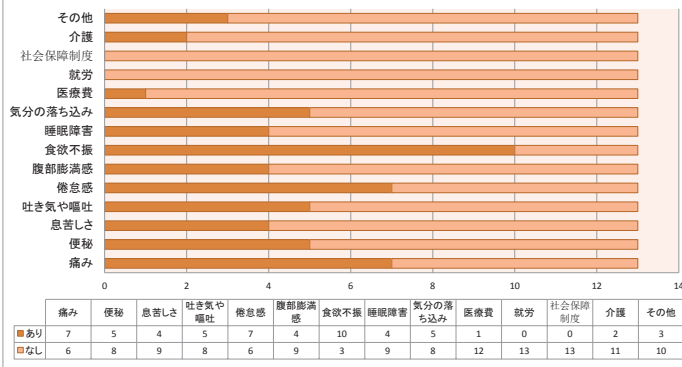
入院時に、「苦痛あり」と答えたがん患者が半数を占めた。苦痛を抱えている人をしっかりと見つけ医療従事者が適切に対応していく体制作りが強く求められている。

平成27年6月の委員会でのリンクナースの報告

平成27年度5月：入院時苦痛のスクリーニング結果

N=13

「苦痛あり」13名の内訳



問題点

- 医療用麻薬の処方量に反映されていない。
 - 主治医へのフィードバックが不十分。
 - ⇒7月の医局会で1週間ごとに直接病棟に紙で通知することの了解を得る。
 - スクリーニングの漏れがある。
 - ⇒リンクナース活動をもう一人の認定看護師に担当して頂き、リンクナース会議で対応していく。
 - 聞き取りが統一されていない可能性。
 - ⇒8月頃にリンクナースを主な対象とした苦痛のスクリーニング研修会を開催し、病棟へ伝達。可能であれば山下さんに来て頂きたい。質のチェック。
 - 外来が、ほとんどスクリーニングが行われていない。
 - ⇒現在、ICSで電子カルテの外来受診一覧でがん患者を拾い上げられるよう検討中。しかし、ナースも事務方も聞き取りは、困難との回答。紙ベースでは？状況によっては、三浦さんにもご意見を直接頂ければ。

問題点

- 入院時の評価票と入院後のアセスメント項目の統一
 - ⇒看護記録委員会へ7月中に変更依頼
- 当院では、既存の電子カルテに打ち込んだデータをエクセルに落とせない。
- 新たなタブレットを持つとナースはタブレットを2個持たなければならない。
 - ⇒週1回水曜日の午後に行っているオピオイド回診を廃止し、苦痛のスクリーニングのチェックに充てる。
 - ⇒翌日、病棟へフィードバック可能か。7月の委員会へ。

平成27年度苦痛のスクリーニング研修会

- 年度内に3回開催
- 次回は、リンクナースに参加して頂き病棟へ周知
- 昨年度は、スクリーニングの意義を伝え、医療者に痛みを言えない患者さんの実態を知ること、重苦しさも痛みであることを伝えること、最終的に、痛みで困っていることが何かを把握し主治医にフィードバックすることをお伝えした。
- 今年度はさらに、NRSの聞き方の統一を目的に加えていきたい。