

平成 28 年度 第 2 回班会議

A G E N D A

日時：平成 28 年 11 月 18 日（金） 13：00 ～ 17：00

会場：日本赤十字社医療センター 12 階多目的室

<研究代表者挨拶>

日本赤十字社医療センター 的場 元弘 (5 分)

<発表>

1. 青森県立中央病院 三浦 浩紀 (発表 30 分 質疑応答 30 分)

発表内容：平成 28 年度 研究分担者報告および 3 年間の総括

- 全てのがん患者の苦痛のスクリーニングの開発の流れ
- 汎用型のシステム開発と実際の多施設への導入と今後の活用の可能性
- 在宅療養におけるスクリーニングシステム開発・導入状況と課題
- 病院や地域のデータをどのように結びつけるか
- 汎用型システムの多施設導入の簡素化に向けて
- 個々の施設におけるデータベースを活用してもらうための工夫
(データをいかに扱いやすい形に落とし込むか)

2. 独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院 吉本 鉄介 (発表 10 分 質疑応答 10 分)

発表内容：平成 28 年度 研究分担者報告および 3 年間の総括

- 痛みや痛み以外の苦痛のスクリーニングに関するテレビ会議を用いた支援
- 多職種、多施設参加のテレビ会議支援の有用性と問題点
- 定期開催 VS リアルタイム（有事）開催
- テレビ会議による支援の拡大の実効性／地域ごとの分割開催の可能性（東北／九州など）

3. 長崎大学病院 龍 恵美 (発表 10 分 質疑応答 10 分)

社会福祉法人聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷浜松病院 塩川 満

発表内容：平成 28 年度 研究分担者報告および 3 年間の総括

- 緩和ケア薬物療法認定薬剤師のテレビ会議へのかかわり
- どのような場面で緩和ケア薬物療法認定薬剤師の知識や技術、経験が生かされるか
- テレビ会議システムで問題解決の薬剤師がかかわった事例

4. 琉球大学医学部附属病院 増田 昌人 (発表 5 分 質疑応答 5 分)

発表内容：平成 28 年度 研究分担者報告および 3 年間の総括

5. 社会医療法人友愛会 豊見城中央病院 堤 康晴 (発表 5 分 質疑応答 5 分)
発表内容：豊見城中央病院におけるスクリーニング導入状況
- 導入準備の進め方
 - 導入時の問題と解決のプロセス
 - 現場での活用方法の検討
6. 岩手県立大船渡病院 村上 雅彦 (発表 10 分 質疑応答 10 分)
発表内容：岩手県立大船渡病院の今年度の状況について（岩渕内科医院の状況を含める）
- スクリーニングの導入状況とがん患者の苦痛の拾い上げと苦痛の改善効果
 - 今後のスクリーニング実施体制構築の進め方
 - 導入時の問題点
 - 在宅での苦痛スクリーニングの導入と在宅医療チームでの情報共有
 - 在宅でのスクリーニングシステムを発展・普及させるための提言
7. 市立三次中央病院 新濱 伸江 (発表 10 分 質疑応答 10 分)
発表内容：市立三次中央病院の 3 年間の状況総括
- スクリーニング（テンプレート）の導入によるがん患者の苦痛の拾い上げと苦痛の改善効果
 - 現場の意識（医師、看護師、薬剤師など）
 - テンプレート版のデータ活用法を一般病院の普段の臨床現場に応用することへの可能性（青森県立中央病院 山下さんから三次中央病院 SE さん宛の質問項目について）
8. 県民健康プラザ 鹿屋医療センター 西小野 美咲 (発表 10 分 質疑応答 5 分)
発表内容：鹿屋医療センターの 2 年間の状況総括
- スクリーニングの導入によるがん患者の苦痛の拾い上げと苦痛の改善効果
 - 現場の意識（医師、看護師、薬剤師など）
 - 導入時の問題点とどのように解決したのか
 - 医師対応確認機能の活用とその効果
9. 恒心会 おぐら病院 小倉 修 (指定発言 3 分 質疑応答 2 分)
指定発言：スクリーニングの導入開始と、今後への期待
10. 青森県立中央病院 穴水 恵利子 (コメント 5 分 質疑応答 5 分)
コメント内容：青森県立中央病院の今年度の状況について

1 1. 医療法人北翔会 北畠外科胃腸科医院 北畠 滋郎 (発表 5 分 質疑応答 5 分)

発表内容：青森市の在宅スクリーニング状況と今後の検討課題

- 在宅での苦痛スクリーニングの導入と在宅医療チームでの情報共有
- 在宅でのスクリーニングシステムを発展・普及させるための提言

1 2. 青森県立中央病院 山下 慈 (発表 30 分 質疑応答 30 分)

発表内容：平成 28 年度 研究分担者報告および 3 年間の総括

- スクリーニングの導入とフィードバックによる患者の苦痛の軽減と問題解決に向けた取り組み導入から現場の問題解決、定着に向けた取り組みの進め方
- 入院中のスクリーニング・外来でのスクリーニングの現場導入をどのように進めたか
- 苦痛症状の医師へのフィードバックと医師の対応を促すプロセスによる患者の苦痛への対応（改善）状況と、現場の問題点への対応
- 青森県立中央病院、岩手県立大船渡病院、市立三次中央病院、鹿屋医療センター、豊見城中央病院への導入のプロセスと各地域・各施設の特徴を生かしたスクリーニングシステムの活用

1 3. 国立がん研究センター がん対策情報センター 東 尚弘 (発表 20 分 質疑応答 20 分)

国立がん研究センター がん対策情報センター 榊原 直喜

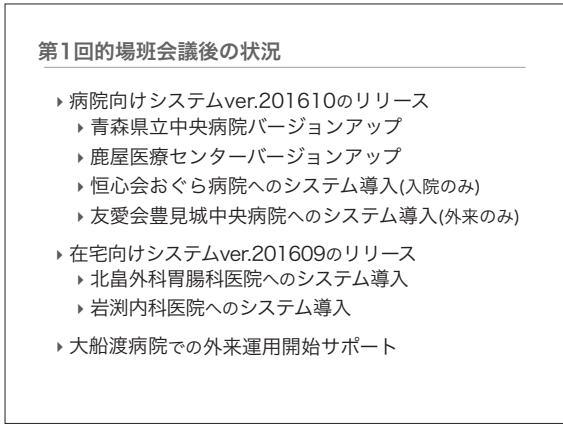
発表内容：平成 28 年度 研究分担者報告および 3 年間の総括

- 各地域、施設のデータ解析から見えてきたこと
- 収集したデータを個々の施設で活用の可能性
- 年齢別の除痛成績など全体のビッグデータの活用の可能性

※ 施設名略称・敬称略



1



2



3



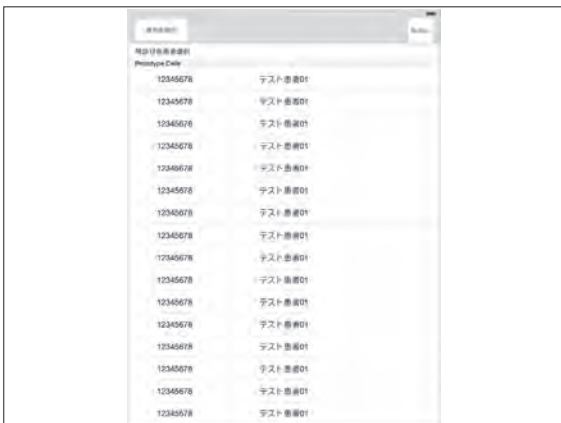
4



5



6



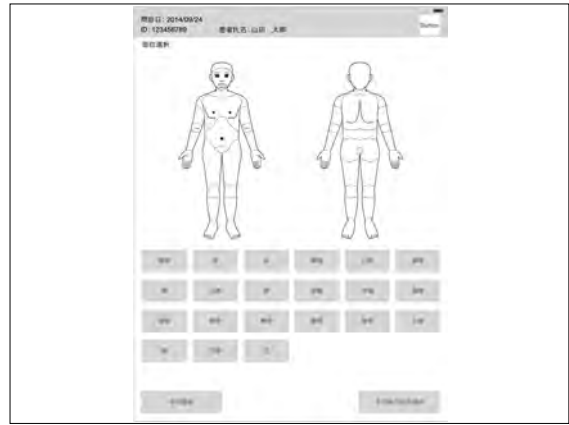
7



8



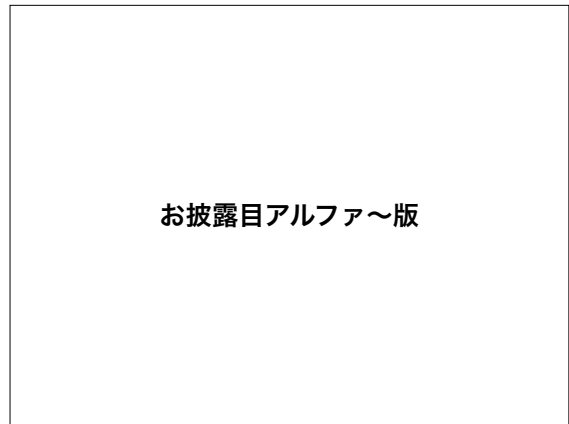
9



10



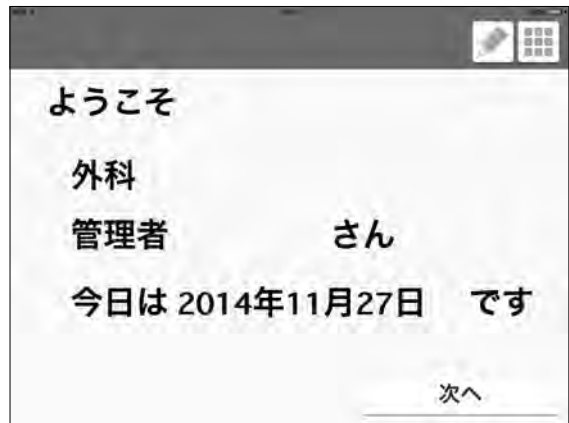
11



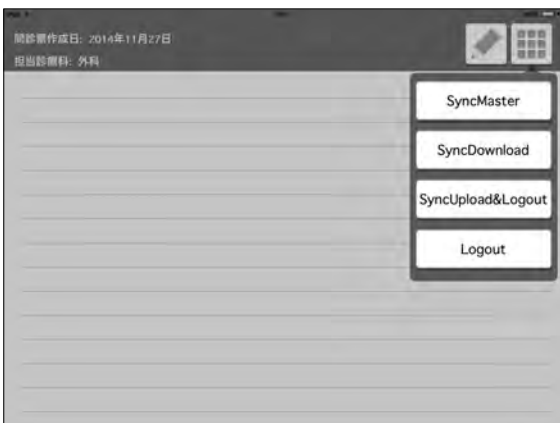
12



13



14



15



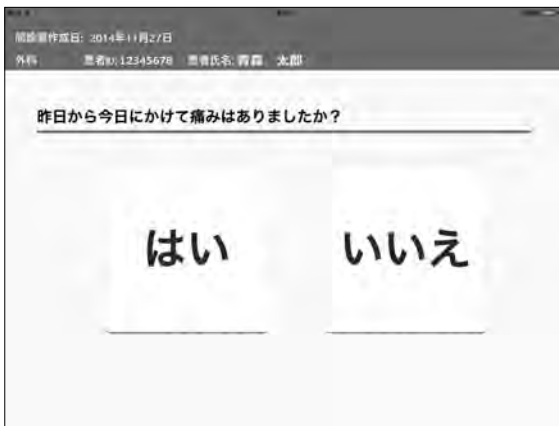
16



17



18



19



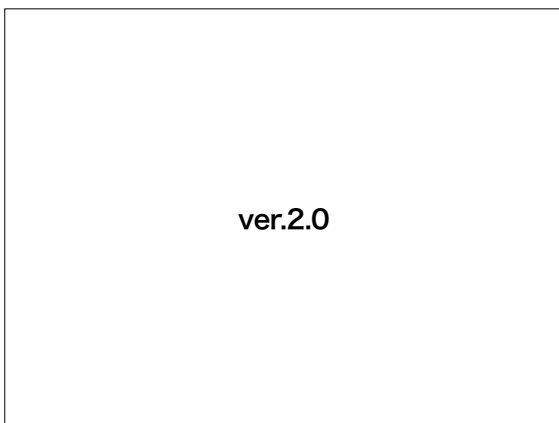
20



21



22



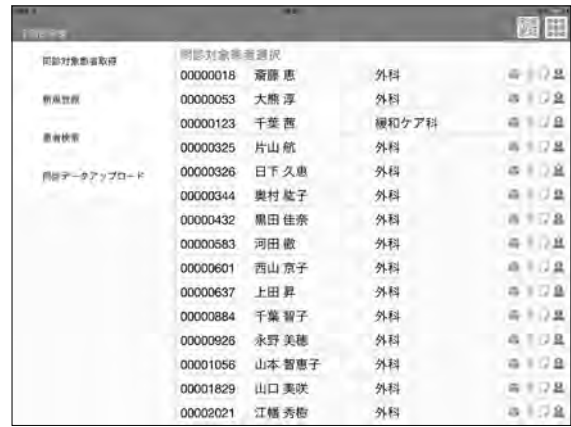
23



24



25



26



27



28



29



30



31



32



33



34



35



36



37



38



39



40

当日入院/予約外患者の随時同期機能(連携版のみ)

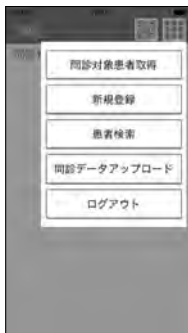
41

当日入院/予約外患者の随時同期機能(連携版のみ)



42

当日入院/予約外患者の随時同期機能(連携版のみ)



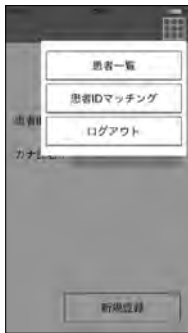
43

当日入院/予約外患者の随時同期機能(連携版のみ)



44

当日入院/予約外患者の随時同期機能(連携版のみ)



45

当日入院/予約外患者の随時同期機能(連携版のみ)



46

当日入院/予約外患者の随時同期機能(連携版のみ)



47

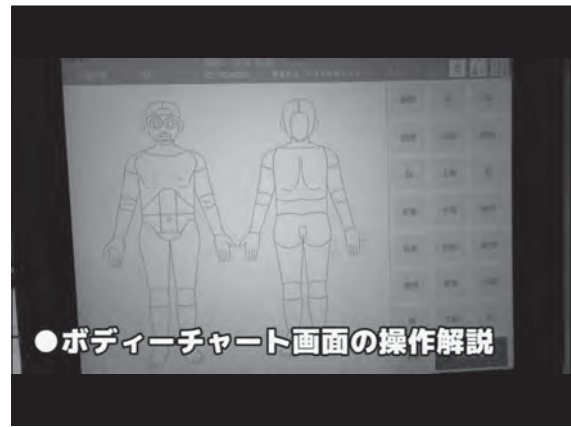
当日入院/予約外患者の随時同期機能(連携版のみ)



48

ボディーチャートでボディタッチ入力

49



50

アプリからの退院登録(QR版のみ)

51

アプリからの退院登録(QR版のみ)



52

アプリからの退院登録(QR版のみ)



53

アプリからの退院登録(QR版のみ)



54

アプリからの退院登録(QR版のみ)



55

アプリからの退院登録(QR版のみ)



56



57



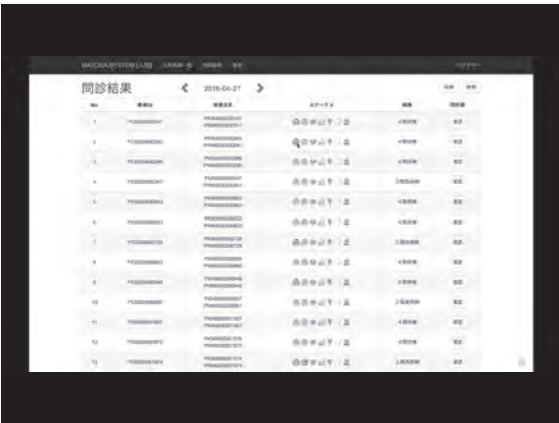
58



59



60



61



62



63



64



65

vs. テンプレート

66

- 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)
 - ▶ 過去日のスクリーニング内容の修正はできません
(入力内容の修正は当日のみ可能)
 - ▶ 外字は文字化けします

67

**Matoba System(仮称)は
情報の鮮度重視**

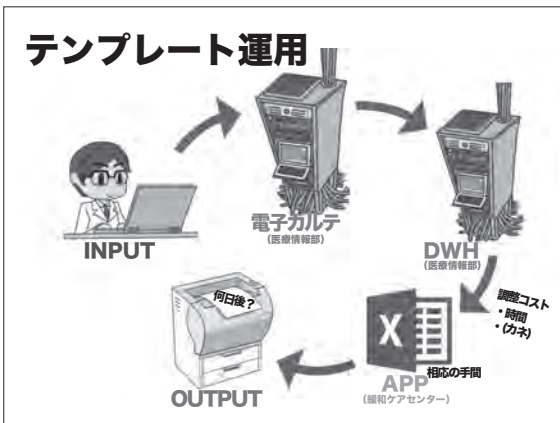
68



69

テンプレートは医療情報の保管庫である電子カルテにデータ入力するための雛形であり記載内容を標準化できるが、自動集計等の機能はない。

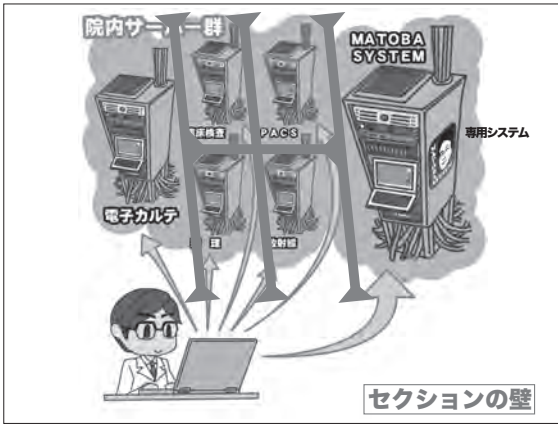
70



71



72



73

テンプレート運用のデメリット

- ▶ 患者対応までのタイムラグ
- ▶ 患者対応を優先すると電子カルテへの記録が遅れる
- ▶ 一覧形式等による横断的な情報共有が困難
- ▶ 各施設で電子カルテが異なるので個別対応が必要
- ▶ 手作業集計の手間

74

ベンチマーク

除痛率、スクリーニング実施率などを算出するためのレシピを配布することで、テンプレート運用の医療機関ともベンチマークは可能と考えている。【実際試行】

→このような活動が継続することでデータの利活用の視点が育まれ、DBをどのように活用したいのが具体化されていくのではないかと

75

各施設での運用概況

76

各施設のスクリーニングシステムの運用概況

	青森県立中央病院	大船渡病院	鹿野医療センター	おくら病院	豊見城中央病院
システムタイプ	HIS連動	QR認証	QR認証	QR認証	QR認証
運用範囲	入院/外来	入院/外来	入院/外来	入院	外来
入院iOS端末数	46台 iPad2:46台	9台 iPad mini2:9台	12台 iPad mini2:12台	3台 iPad mini2:3台	-
外来iOS端末数	23台 5th:11台,6th:12台	4台 5th:1台,6th:3台	9台 5th:9台	-	12台 6th:12台
印連携	○	X	○	○	○
Hos-CanFi連携	○	X	○	○	○
バージョン	201610	1	201610	201610	201610
運用開始日	入院:2016-08-10 外来:2016-03-14	入院:2015-11-09 外来:試行運用?	入院:2015-10-01 外来:2015-10-05	入院:2016-10-22	外来:2016-11-24?

77

各施設のスクリーニングシステムの運用概況

	北星外科病棟科医院	岩瀬内科医院
iOS端末数	1台 iPad Air:1台	1台 iPad Air:1台
バージョン	201609	201609
運用開始日	2016-09-29	2016-10-21?

78

インシデント

今年度発生したインシデント

- ▶ 母艦が稼働しているマシンの電源を誰かが切ってしまったため、システムが使えなくなる
- ▶ iOSのバージョンアップをしたため、アプリが正常に動作しなくなる

※iOSデバイスの破損・破壊はどの施設でも発生していない。

79

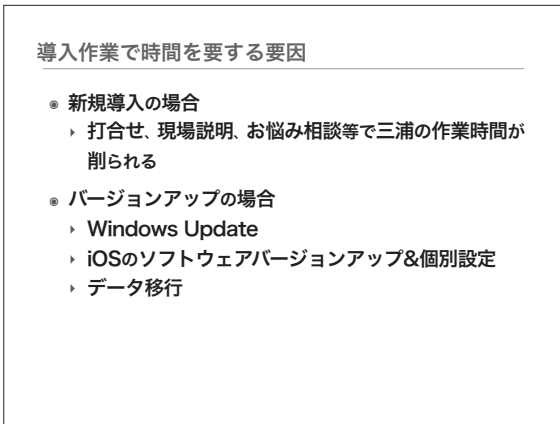
80



81



82



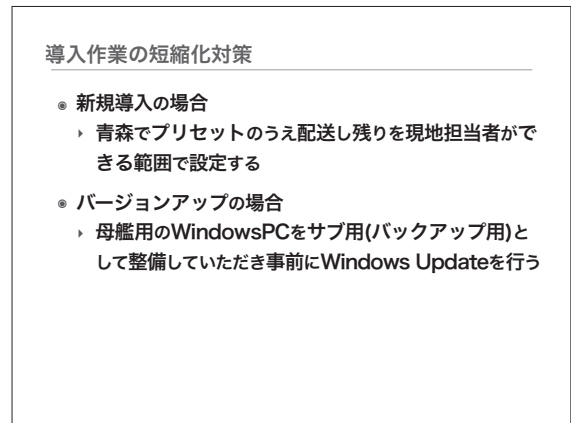
83



84



85



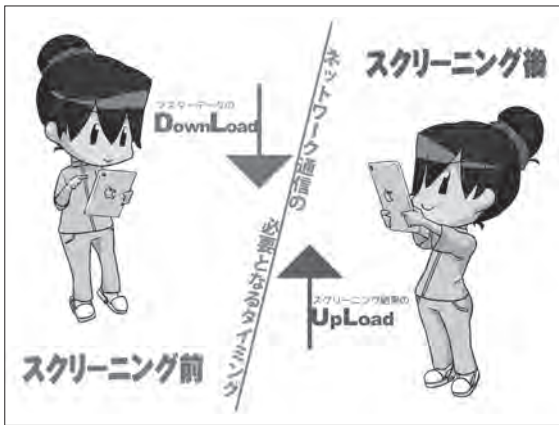
86



87



88



89

試行運用を見た三浦の率直な感想

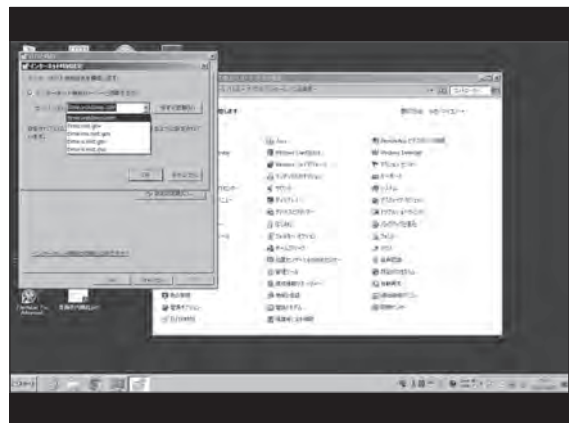
▶ 想像以上にちゃんとやっている!

90

試行運用してみてわかった問題点

- ▶ NTPサーバがない
- ▶ 和暦→西暦変換が必要
- ▶ QR認証は好まれず母艦に往診先の予定を事前登録し往診前にiPadに往診先をDLする方法で運用されている
- ▶ アプリの操作者が複数人いないため、教え合うことができない、ノウハウを共有できない

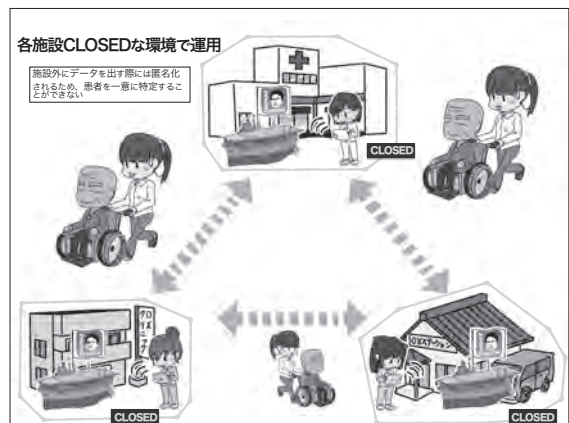
91



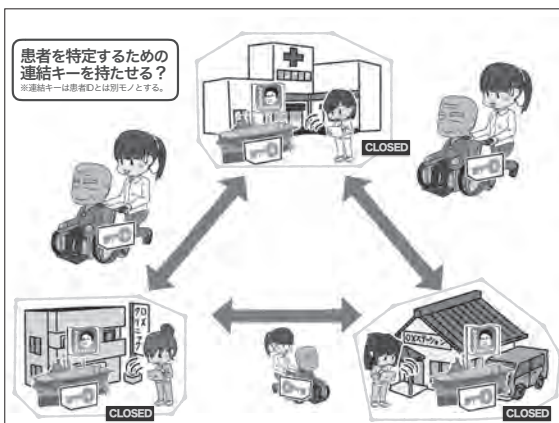
92

地域での活用の問題

93



94



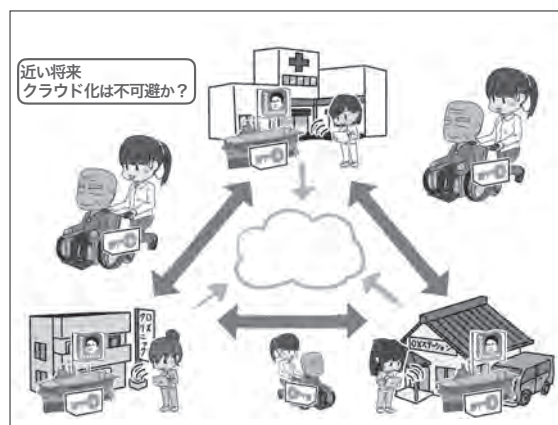
95



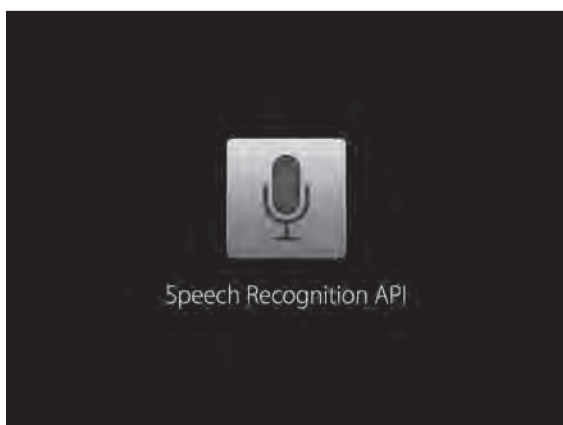
96

今後の発展性

97



98



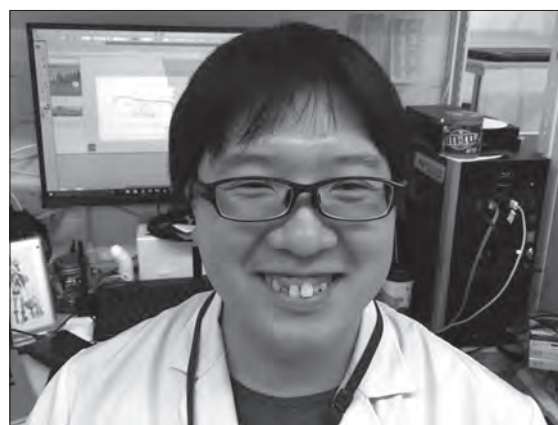
99



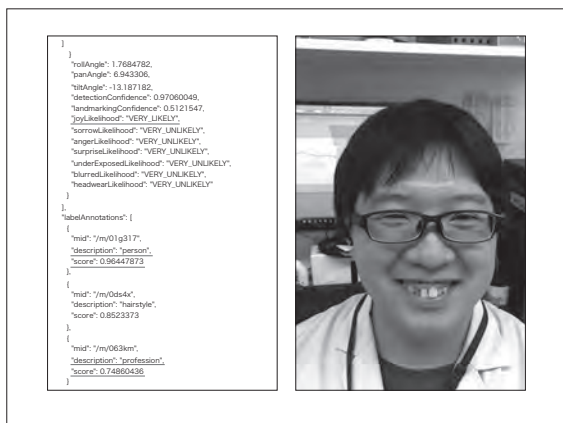
100



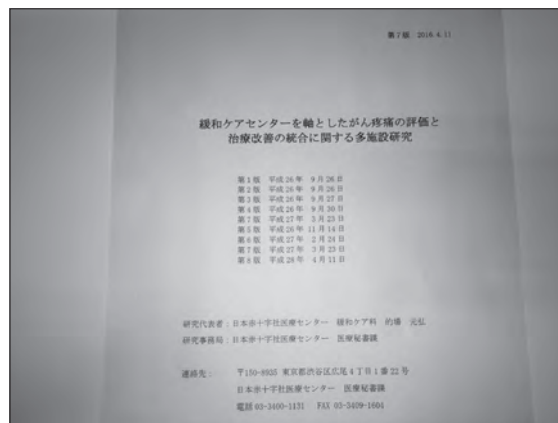
101



102



103

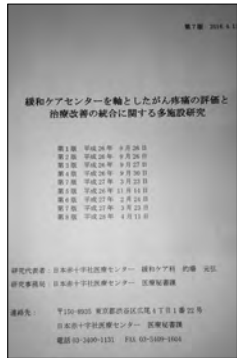


104

```

"textAnnotations": [
  {
    "locale": "ja",
    "description": "第7版 2016.4.11\n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\n第1版 平成26年 9月26日\n第2  
版 平成26年 9月26日\n第3版 平成26  
年 9月27日\n第4版 平成26年9月30日\n第  
7版 平成27年 3月23日\n第5版平成26  
年11月14日\n第6版 平成27年 2月24  
日\n第7版 平成27年 3月23日\n第8版  
平成28年4月11日\n\n研究代表者:日本赤  
十字医療センター 緩和ケア科的専 元  
弘\n\n研究事務局:日本赤十字医療セン  
ター 医療秘書課\n〒150-8935東京都渋谷区五尾4丁目1番22号\n日本赤十字医療センター 医療秘書課\n電話03-3400-1131 FAX03-3409-  
1604\n"
  }
]

```



105

音声認識、画像認識技術を用いる際の問題点

- ▶ 携帯電話の契約が必要
- ▶ 音声認識・画像認識APIの利用料をどうするか
- ▶ 個人情報・プライバシーの問題
- ▶ セキュリティの問題

106

【全体的な話】 次年度以降も システム運用したい場合

次年度以降の継続運用で必要となるもの

- iOSデバイスの故障時の代替機
 - ▶ 最新OS(iOS10)のサポート対象外とされたiPod touch 5thやiPad2は更新を考慮すべきです
- 母艦用WindowsPCのサブ機 (バックアップ機)
- Apple Developer Enterprise Program
 - ▶ 年間 37,800円 (税別)
 - ▶ 毎年更新が必要です
 - ▶ 支払いはクレジットカードかギフトカードのみ
- サポート/バージョンアップに係る旅費 (3名×2回/年)
- 消耗品 (Lightningケーブルほか)

107

108

EFファイルからのスクリーニング実施率と除痛率の算出ロジック (試行版 1)

1. 必要なもの

1.1. スクリーニングのデータ

除痛率の算出では、つぎの購取項目が必要になります。テンプレートやアプリケーションで必須入力扱いとなっていない場合は欠損値の計算も必要になります。

- 鎮痛薬の使用の有無
- 痛みで出来ないことや困っていることの有無

1.2. EFファイル

入院のスクリーニング実施率の算出にはEFnファイル、外来のスクリーニング実施率の算出にはEFgファイルが必要です。

除痛率は現時点で入院のみを対象としているので、除痛率の算出にはEFnファイルが必要になります。

2. 制限事項

2.1. EFファイルの対象外となる患者

- 自費診療のみの患者
- 労災・公害・その他保険のみの患者

2.2. スクリーニングの実施率

○同日併科受診でDPCのルール上データカウントされなかった場合でスクリーニングもされなかった場合、データとして補足できないので分母（患者数）が薄まり実施率の水増しになる。

○入院中外来はEFnファイルにレコードが含まれるためEFgファイルにはレコードが含まれないが、入院中患者が外来でスクリーニングされると患者数としてカウントされてしまう。

2.3. (参考) データの状態の例

	実際の受診状況	EFgファイル	スクリーニングデータ	処理
パターン1	A科 B科 ===== ○ ○	A科 B科 ===== ○ X	A科 B科 ===== ○ ○	B科の受診に+1カウント
パターン2	A科 B科 ===== ○ ○	A科 B科 ===== X X	A科 B科 ===== ○ ○	A科とB科の受診に+1カウント
パターン3	A科 B科 ===== ○ ○	A科 B科 ===== ○ ■	A科 B科 ===== X X	B科への受診がデータとして補足できない

3. スクリーニング実施率の算出ロジック

3.1. がん患者の特定

以下の条件に合致する患者をがん患者とし、がん非がん区分の集計をする。

- 院内がん登録に登録のある患者（診断日以降をがん患者として集計）
- スクリーニングの実績のある患者（初回スクリーニング実績のある日以降をがん患者として集計）

3.2. 外来

①EFgファイルからがん患者のレコードを抽出し、さらにデータ区分が11（初診）または12（再診）のレコードのみ抽出する。

②月日ごと、診療科ごとにレコードをカウントする。

③ある月日において、スクリーニングデータにはある診療科での実績があるが、EFファイルには当該診療科でのレコードがない場合、当該月日の当該診療科をカウントする。（同日併科受診のケースでDPCのルールによりデータ計上を切られたケースなど）

④上述の①から③の手順で集計されたカウント数を分母とし、スクリーニングデータから集計したスクリーニング件数を分子とし月日ごと、診療科ごとで実施率を算出する。

【分母へのカウントの例】

EFgファイル		スクリーニングデータ		分母へのカウント
データ識別番号	データ区分	実施年月日	診療科区分	
990001	12(再診)	2016-08-18	外科	あり
990001	12(再診)	2016-08-18	緩和	なし
			(併化費)	あり
			(個人)	あり

3.3. 入院

①EFnファイルからがん患者のレコードを抽出し、さらにデータ区分が90（入院基本料）のレコードのみを抽出する。

②月日ごと、診療科ごとにレコードをカウントする。

③上述の①から③の手順で集計されたカウント数を分母とし、スクリーニングデータから集計したスクリーニング件数を分子とし月日ごと、診療科ごとで実施率を算出する。

4. 除痛率の算出ロジック

4.1. 除痛率とは

○除痛率の定義（H27.6の的場班会議資料から抜粋）

病日ごとの「痛みで出来ない事、困っていることがある」と答えた、「鎮痛薬を服用している」と答えた患者を分母とする「痛みで困っていることや、出来ない事がありま

すか」「ない」と答えた患者の割合。

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

○病日ごとの『除痛率=②÷(①+②+③)』を算出しチャートにする

4.2. 算出の前提条件

- 入院のみ
- 病日ごとにサンプル数100以上必要（これ施設精算ごとなどに調整が必要）
- 病日は15日分とする。
- 複数入院のデータがある場合は入院ごとに病日をカウントし直す

4.3. 算出の例 (Matoba System)運用施設の場合)

- ① (MatobaSystemでは問診回次のデータは保有しているが入院日のデータは所有していないので) EFnファイルから入院年月日と退院年月日を取得し、入院年月日 (入院初日) をd=1、入院2日目d=2、入院3日目d=3のように変数dに病日を割り当てスクリーニングデータのレコードにマッピングさせ、dの値を基準にソートする
 - ②dの値ごとに、スクリーニングで『痛みでできないことや困っていることはありますか』の間に『あり』と回答のあったレコードの件数を集計する。④jo=0
 - ③dの値ごとに、スクリーニングで『痛みでできないことや困っていることはありますか』の間に『なし』と回答し、且つ、『鎮痛薬の使用の有無』の間に『あり』と回答のあったレコードの件数を集計する。④jo=1
 - ④dの値ごとに、jo=1のレコード件数とjo=0のレコード件数を合算したものを分母とし、jo=1のレコード件数を分子とした割合を算出する。
 - ⑤dの値ごとに、欠損値 (00:未選択の件数/レコード件数) を算出する。
 - ⑥dを横軸、除痛率と欠損値を縦軸とする折れ線グラフを引く。
- ※診療科ごとに算出する場合は上述の②から⑤の手順を診療科ごと、且つ、dの値ごとに集計する。

(参考) スクリーニングシートの質問と変数の対応関係 (MatobaSystemの場合)

スクリーニングシートの質問	変数	カラム名	パラメータ
鎮痛薬の使用 (任意回答)	medi	TREATYN	00: 未選択 01: なし 02: あり blank:問診SKIP

痛みでできないことやこまっ ていることはありませんか (必須回答)	inte	PAINNOTACT	01: なし 02: あり blank:問診SKIP
(病日)	d		EFnから算出
(計算フィールド)	jo		0: 未除痛 1: 除痛 .: 除痛対象外

5. EFnファイルの取扱上の注意点

- スクリーニングのデータ上は別の診療科扱いだが、EFnファイル上はひとつの診療科として扱われている場合は別途仕分けが必要です。(例: スクリーニングデータでは呼吸器内科と呼吸器外科の別診療科として扱われているが、EFnファイル上は呼吸器科として整理される。)
- EFnの病棟コードは平成27年度以前は必須ではなかったため、施設によっては病棟コードが格納されていないことも考えられる。
- スクリーニングのデータが電子カルテ・オーダリング由来の診療科の場合、EFnファイルの病棟コードとは病棟コードが異なる可能性がある。病棟コードが異なる場合は別途変換テーブルを加えるなどの処理が必要です。

演題 #2

分担研究者報告 3年間の総括

中京病院 緩和支援治療科
吉本 鉄介

【テーマ #1】

痛み および 痛み以外の苦痛のスクリーニングに関するTV会議を用いた 支援について

【テーマ #2】

多施設、多職種参加のTV会議支援の有用性と問題点

【テーマ #3】

定期開催 vs リアルタイム(有事)開催

【テーマ #4】

TV会議による支援の拡大の実効性/地域ごとの分割開催の可能性 (東北/九州など)

【テーマ #1】

痛み および 痛み以外の苦痛のスクリーニングに関するTV会議を用いた 支援について

- トリアージと対応は、スクリーニングの重要な目的・利点の1つ
- 専門家(医師・薬剤師) **アドバイスを要する**症例は常時存在。
- 現場「負担感軽減」にトリアージ例の**救済成功体験**が有効かも。
- 緩和医療の専門家は、医療過疎地域では特に不足している。
--カナダはウェブ使用**リモート・アシスタンス**で対応しているが日本での報告は乏しい。
- がん死亡多発および医療過疎が著しい**青森県の都道府県拠点**病院でリモート・アシスタンスの実施可能性・有用性・持続性を検証することの意義は大きい。

1～2年目=2016年前向き研究の予備調査 (2015年4月～12月)



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

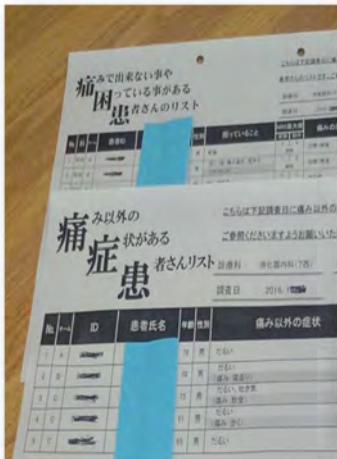
- テレビ会議システムによる診療支援
- 他施設の専門家が参加
- 症例検討と治療推奨
- 結果は緩和ケアチームを通じて提供

Webカンファレンス(名古屋-青森-長崎)



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%)	非採用:12件 (37.5%)
改善	75%	25%
不変/悪化	15%	59%
判定不能	10%	16%

常時スクリーニング情報からのトリアージ手段: **Ns主導**



- 1) 痛みで困っている全例
- 2) 痛み以外の重症難治例 (3日以上中等度 or 重度)

双方を網羅したリストを緩和ケアセンター(チーム)の認定看護師が週1回作成 = 看護師介入の母集団

リストの患者に面接して主治医と解決相談(1次介入)改善ない、または重篤例での専門家コンサル許可

トリアージ例に対する多施設Web検討会

トリアージされた看護師介入ケースおよび重症・難治性の緩和ケアチーム公式介入ケースを、電子カルテプレゼンして週1回(木曜夕方)多施設で解決方法を議論し、推奨結果を主治医・担当看護師に伝達(メールか印刷手渡し)

スクリーン画面を送信するためのウェブカメラ



【テーマ #2】
多施設、多職種参加のTV会議支援の有用性と問題点

国内前向き研究: 外部専門家Remote Assist の対象・方法

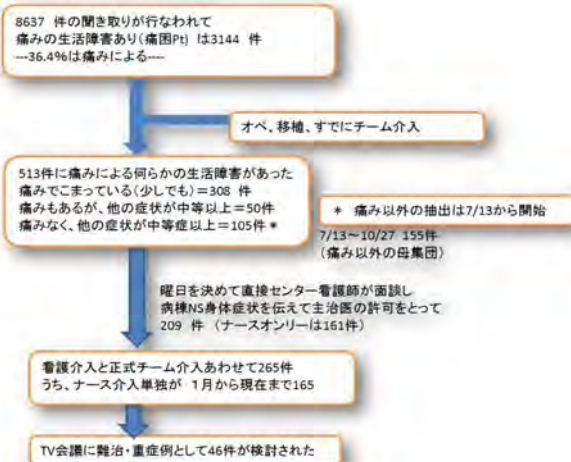
患者

2016年1月29日～同9月15日までに緩和ケアセンターNsが非除痛(痛みでできない、困っている)スクリーニングPtを対象として疼痛ADL障害のためにTV会議推奨を要する*ケースをトライージ
* **主治医と「専門家のアドバイス必要」という合意形成**

方法

原則週1回、外部専門医と緩和ケアチームによる推奨を主治医と担当Nsに行った。
そのプロセス評価(採用の有無)とアウトカム評価(疼痛強度の測定をスクリーニングデータから、生活支障改善は複数名の合議で。

前向き研究における母集団 症例フロー



疼痛を主訴とするトライージ例への成績(今年1月～9月)

【患者の背景】

30例 46エピソード 男性 75.5%
年齢: 62.4±12.3歳(34～89) 中央値61歳
原発巣 上部消化管12件 肝胆膵 9件 気管支7件 など
ECOG-PS: 2.5±0.9 中央値2 PS不良(3と4)58.7%
痛みによって障害された(入院Ptの)ADLの内容
座る 13 歩行 12 立ち上がり 10 起上 8
飲食 10 睡眠 8 排泄3 寝返り 3

【テーマ #2】
多施設、多職種参加のTV会議支援の有用性と問題点

疼痛を主訴トライージ例へのプロセス評価(今年1月～9月)

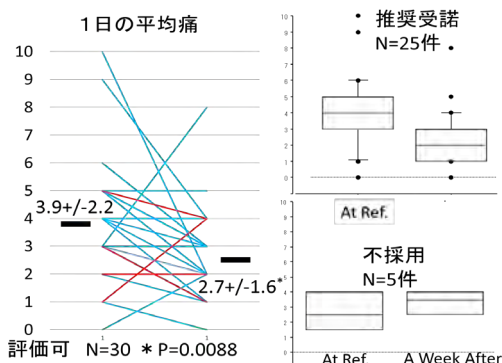
- 除痛のための麻薬処方に関する推奨が最多 **78.2%**
除痛できるまで増量する(For the Individual) 56.5%
副作用対策の強化と説明(With Attention to Detail) 40.0%
痛み強度に応じたクラス鎮痛薬推奨(By the Ladder) 23.9%
疼痛の原因病態へのアプローチ **16.1%**

TV会議の推奨採用率(少なくとも1つ以上)=84.8%

生活障害の軽減という看護師評価=73.9%

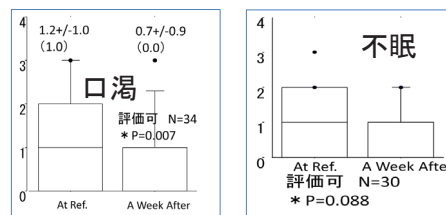
【テーマ #2】
多施設、多職種参加のTV会議支援の有用性と問題点

疼痛は推奨により有意に改善、特に推奨採用例では



【テーマ #2】
多施設、多職種参加のTV会議支援の有用性と問題点

痛み主訴例での「痛み以外の症状改善」は口渴と睡眠



倦怠感・悪心嘔吐・便秘は推奨1週間では有意改善なし

⇒ 今後の改善点の1つ

痛み以外の症状スクリーニング、ケースシリーズ

TV会議における問題点	推奨と介入	アウトカム
#1 身の置き所のない腰のだるさ	放射線による止血と貧血の治療	改善
#2 意識レベル低下原因探索 脳CTなど	パッチをやめてCSIへ	効果不明
#3 せん妄リスク回避	せん妄予防	レスキュー多めベース減量で改善
#4 麻薬拒否への対応	薬剤師説明と資料配布	拒否感の軽減により投与可能となる
#5 サンドスタテン不応性のイレウス	輸液減量他文献のプロトコル提示	改善 嘔吐なくなりNG除去
#6 倦怠感	せん妄と筋緊張治療	改善
#7 腹部膨満	巨大肝転移による圧迫	ロビオンで腹壁痛治療したが無効
#8 重症便秘	努責できないため	ルートスイッチで除痛と便秘ケア双方が成功
#9 嚥下困難	嚥下リハの導入	転院のため不明
#10 大量腹水腹満	CARTの導入のため転院促進	便秘のケアと腹壁痛の治療強化

【テーマ #3】

定期開催 vs リアルタイム(有事)開催

拠点病院専従看護師への予備的アンケートから推定

	定期開催	有事開催
利点	新規・先端情報を常時獲得できる	こちらの都合で解決案がもらえる
欠点	毎週の業務負担と心理的負荷	医療者の都合が優先されるリスク

「ユーザーPCT」のキャラクタによるオプションを用意

【テーマ #4】

TV会議による支援の拡大の実効性/地域ごとの分割開催の可能性 (東北/九州など)

再現性: 他専門医師・薬剤師が他施設へWebリモート支援して、はたして同様の結果となるだろうか?

★青森での経験(治療医FAQ, 患者説明、守秘誓約等)は施設によっては初回導入に有用であろう。

- Q1: 緩和専門家の推奨とは、結局何が出来る?
- Q2: 直接患者を診察せずに推奨ができるのか?
- Q3: 患者や主治医の同意・個人情報保護は?
- Q4: 推奨記載がカルテ開示時に問題になる?

★症例ピックアップするPCTのNsポテンシャルに依存する
⇒ **どういう能力が必要か**を明らかにするべきである



県病の実施経験: 治療医からの「疑義」「議論」から治療医用FAQが必要であった。

★症状管理プログラムの作成・公開が必要

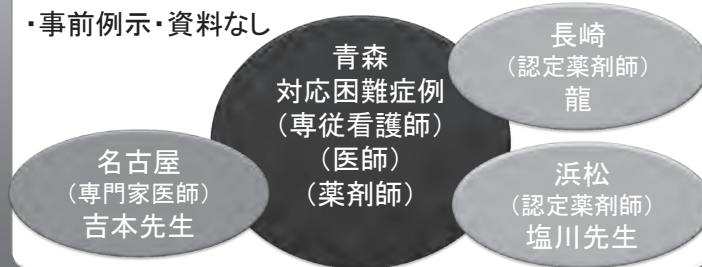
緩和薬物療法認定薬剤師による テレビ会議を通じた薬物療法支援 (3年間の総括)

長崎大学病院
薬剤部・緩和ケアチーム
龍 恵美



■ テレビ会議 (Web上での重症症例カンファランス)

緩和薬物療法認定薬剤師(龍・塩川)のテレビ会議へのかかわり
2015年4月から参加
週1回木曜日夕方に開催 約1時間前後
・V-CUBET™ [ノートPC(カメラ内蔵)とヘッドセット]
・事前例示・資料なし



1

■ Webカンファランスでの薬物療法支援 薬剤種

2016年1月から10月 約30回のカンファランス
(多かった薬剤順)

- | | |
|-----------------------|------|
| ① オピオイド関連 | 約70% |
| ② 非オピオイド鎮痛薬関連 | 約15% |
| ③ 鎮痛補助薬関連 | 約5% |
| ④ 下剤関連 | 約5% |
| ⑤ 抗がん剤関連 | 約5% |
| ⑥ その他(眠剤、オクトレオチド、制吐剤) | |

2

■ Webカンファランスでの薬物療法支援 問題点項目

2016年1月から10月 約30回のカンファランス
(多かった問題点)

- | | |
|-------------|------|
| ① 疼痛 | 約40% |
| ② 副作用 | 約25% |
| ③ 薬効(オピオイド) | 約5% |
| ④ 嚥下困難 | 約5% |
| ⑤ イレウス | 約5% |
| ⑥ その他 | 約20% |
- (嗜癖疑い、アドヒアランス、倦怠感、吃逆 等)

3

■ Webカンファランスでの薬物療法支援 必要な知識

- | | |
|------------------------------|------|
| ① オピオイド副作用対策(眠気、悪心、便秘、せん妄など) | 約15% |
| ② オピオイドスイッチング | 約15% |
| ③ オピオイドタイトレーション | 約10% |
| ③ 薬物動態の知識(レスキュー・相互作用含) | 約10% |
| ④ オピオイド開始(薬剤選択) | 約8% |
| ④ 製剤学的知識(配合変化、服薬方法含) | 約8% |
| ⑤ 化学療法関連 | 約8% |
| ⑥ その他 | 約35% |
- (イレウス、放射線性食道炎、がん性腹膜炎等、不眠、便秘、吃逆の薬物療法、服薬指導方法 など)

4

■ 問題解決に薬剤師がかかわった事例 羅列

- ・オキシコンチンのゴーストピル
- ・オリーブ洗腸の方法
- ・放射線食道炎の痛みの薬物療法
- ・モルヒネによる痛覚過敏
- ・化学療法時の副作用(補助療法含む)
- ・局麻剤の有用な使用方法(リドカイン製剤の使い分け)
- ・小腸切除での吸収不良が危惧される場合の薬物療法
- ・セレネース注の投与方法について
- ・聴覚障害者の服薬アドヒアランスを向上させるには
- ・内服不可時の鎮痛補助薬
- ・眠気を起こす薬物と運転
- ・便秘に対するサイトテック・エリスロマイシンの使用
- ・サンドスタチンの投与方法(エルネオパに混注する場合の方法)
- ・吃逆に対する薬物療法

5

■ 問題解決に薬剤師がかかわった事例

前立腺がん 骨転移あり

フェンタニル持続静注を行っている

夜間1時間おきにフラッシュ、効果はあったりなかったり

椎体症候群と考えられる。オキシコドンのほうが効果的な可能性。まずはレスキューでトライして効果判定を。

専門家医師:フェンタニル注はそのまま、オキファストレスキューを生食100mLに溶かしてポーラスし、効果判定を。

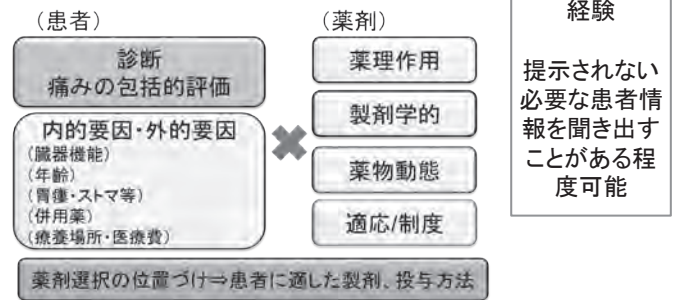


薬剤師:通常あまり行わない方法なので、シリンジポンプを2台(フェンタニル注とオキファスト注持続)とし、通常はこれまでどうりフェンタニル注でレスキューはオキファスト注を使用してみてもは。)効果がありそうならば、オキファスト注へ切り替えを

6

■ どのような場面で緩和ケア薬物療法認定薬剤師の知識や技術、経験が活かされるか

薬剤の選択、効果判定、開始、タイトレーション、スイッチングの時など



7

■ Web会議に参加して・・・

- 緩和ケアに専門性を持った医師の診療スタイルがわかっていったほうが、意見を言いやすい。
 - 初めに参加者の自己紹介があったほうがスムーズ
 - 安全性の確保必要
- ⇒文字に残す
- ⇒薬剤に関するリスクは、双方の薬剤師間の連絡(連携)対策が有効ではないだろうか。
- 認定薬剤師として、専門家医師とアドバイスを受ける現場の薬物療法における認識のずれ(文化?)の違いの調整が必要。

(例えば)

オピオイド注の持続皮下注を提案

→現場には皮下注の文化がない。

⇒皮下注に臨床的意味がない場合は、静注を提案

8

3年間の総括

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

琉球大学医学部附属病院がんセンター
増田 昌人

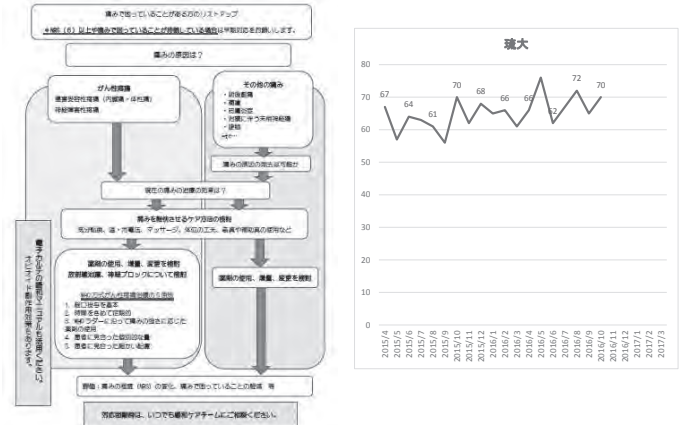
研究分担者としての役割

1. 沖縄県内の研究協力医療機関でのスクリーニングの実施を支援する
 - 拠点病院3施設: 琉球大学病院、那覇市立病院、沖縄県立中部病院の3施設ともスクリーニングは開始(後述)
 - 診療病院2施設: 依頼後、院内で検討中
 - 準拠点病院1施設: 依頼しているが困難
 - 専門医療機関10病院、4診療所: 豊見城中央病院の1病院のみ開始、他はめどが立たず
2. 地域を含めてがん患者の苦痛情報が療養場所を問わずに共有できるように支援する
 - 個々の患者の苦痛情報の共有はできていない
3. 地域の成果を取りまとめる
 - 沖縄県がん診療連携拠点病院緩和ケア部会で、沖縄県県内のスクリーニング開始状況、スクリーニング率、除痛率は共有している

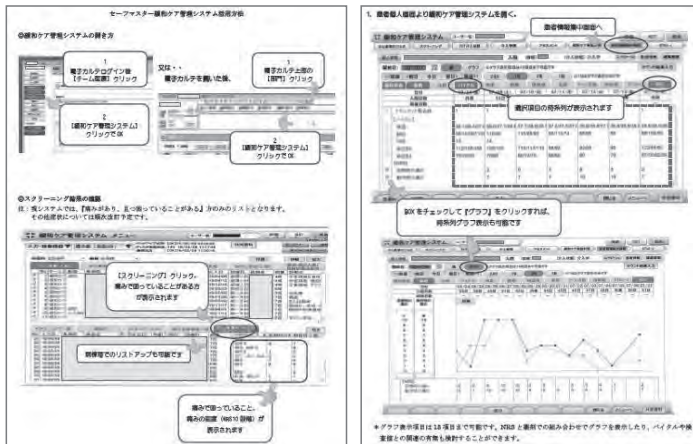
研究成果報告書の項目からみた沖縄県の状況

1. 入院患者に対するスクリーニング
 - 琉球大学病院、那覇市立病院、豊見城中央病院では90%、県立中部病院では50%の患者に対して施行
 - 主治医への結果のフィードバックが、組織的には行われていない
2. 外来におけるスクリーニング
 - 琉球大学病院、那覇市立病院、県立中部病院、豊見城中央病院では一部の診療科で施行
3. 多施設汎用型苦痛スクリーニングシステムの開発
 - 貢献できず
4. 多施設汎用型苦痛スクリーニングシステムの運用開始
 - 豊見城中央病院のみで運用開始; 2016年11月
5. 現場の要望に合わせたシステムの改修
 - 豊見城中央病院で導入が始まったばかりで、改修までは至っていない
6. テレビ会議システムを用いた緩和ケアチームによるカルテ回診
 - 未施行
7. 施設単位の除痛成績の検討
 - 琉球大学病院では検討するも、フィードバックができていないので、あまり意味のない解析となった
8. 多施設で汎用可能なデータ収集システムの構築と解析
 - 琉球大学病院のデータの一部は、榊原先生へ提供(院内での分析は可能)
 - 他の施設のデータは未解析

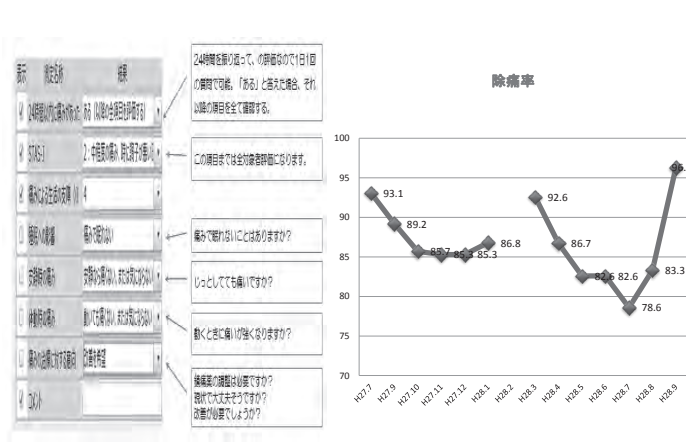
琉球大学の状況(1)



琉球大学の状況(2)



那覇市立病院の状況



沖縄県における展望(～2017年)

1. 入院患者
 - 中部病院は、全例スクリーニングに
 - 全病院ともフィードバック体制を確立する
2. 外来患者
 - 4病院とも全例スクリーニングに
 - 全病院ともフィードバック体制を確立する
3. 他病院への導入
 - 少なくとも診療病院・準拠点病院の3施設、できれば専門13施設の計16施設へ
4. 的場システムの導入
 - 努力する
5. テレビ会議システムを用いた緩和ケアチームによるカルテ回診
 - 努力する
6. 施設単位の除痛成績の検討
 - スクリーニングを施行している全医療機関での導入を目指す
7. 多施設で汎用可能なデータ収集システムの構築と解析
 - 琉球大学病院がんセンターによる組織化を目指す

沖縄県内がん拠点以外の病院 友愛会豊見城中央病院での 苦痛のスクリーニングの導入 状況報告

友愛会豊見城中央病院 がん化学療法看護認定看護師 堤 康晴
友愛会南部病院 緩和ケア内科/麻酔科 笹良 剛史

1

当院の概要

許可病床数：376床

診療科目：37診療科

常勤医師：110名

平均在院日数：10日

1日平均外来患者数：868名

1日平均がん患者来院数：65名

新規がん患者登録数：70名/月

がん手術件数：40件/月

外来化学療法件数：約200件/月

2

導入までの経緯、進捗状況

年月	内容
H26.1月～運用開始	SPARCSに準拠した電子カルテ上のテンプレートで1、2ヶ月毎に各病棟に運用を開始
H27.8月	全病棟で導入が完了 : フィードバックの方法は未確定
H28年5月	法人倫理委員会にて的場班研究承認
H28年6月	MATOPAシステムの導入(外来のみ)決定
H28.9～10月	外来スタッフに向けてスクリーニングに関する勉強会 計4回実施
H28.10.12	2016年度第1回沖縄県がん患者の苦痛のスクリーニングのための勉強会 「入院、外来全患者に対する苦痛のスクリーニングを実践するためのプロセスと現場の変化」 講師：山下 慈さん
H28.11.7-8	青森県立中央病院 医療情報部 三浦さん、高坂さん来沖 システムの導入とiPodの使用法の説明会
H28.11.21-22	プレテスト(スクリーニングのながれ、各部署での動作確認)
H28.11.24	本稼働予定

3

導入時の問題点、解決のプロセス

- 院内各部署が、導入の経過、状況を把握できていなかった
事務局と看護局で話し合い、各部署の連携を強化した
- 導入に向けての勉強会で、関連するスタッフの意識が向上
仕事量が増えるとの意見が多かったが、勉強会後には積極的な意見が多く見られた
- リソース不足
PCT Ns専従1名のみ。ELNEC-Jを行い緩和ケアリンクナースを中心に看護師教育を開始。薬剤師によるフィードバック体制づくり

4

現場での活用方法の検討

- 運用上の工夫
QRコードは電子カルテ上に保存
環境上、外来窓口越しに問診することが予想されたため、持参忘れ、紛失などによる再発行の手間が省けることとコスト削減にも繋がる
- スクリーニング結果は定期的にcancerボードで報告予定

5

平成28年度第2回の場班 班会議

岩手県立大船渡病院の今年度の状況について

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)



病床数:454床(内一般療養病床数349床)

医師:55名 看護体制:10対1

緩和ケア診療加算:有 PCTDr・Ns各1名

年間新入院がん患者数(平成26年1月1日~12月31日)937人
(全体の14.4%)

年間外来がん患者のべ数(平成26年1月1日~12月31日)
10137人

年間院内死亡がん患者数(平成26年1月1日~12月31日)
131人

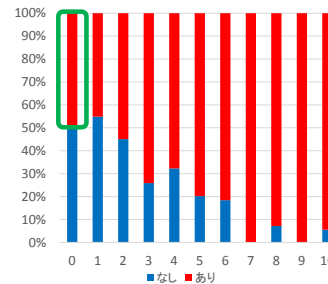
岩手県立大船渡病院での
苦痛のスクリーニングの取り組み

- 対象患者のQRコードを事務職員が作成
- 入院日から毎日、ナースがタブレットに入力
 - 痛みの有無、場所、強さ、痛みでできないこと困っていること等
- 結果は、コンピューター上で確認可能
 - 週1回、主治医、病棟に紙ベースで痛みでできないこと困っていることを具体的に伝える
 - 電子カルテに、痛みでできないこと困っていることを表示
- 平成28年4月より緩和ケア専従看護師が、リストアップされた患者について、病棟へ足を運び、受け持ち看護師と情報交換
 - 苦痛が強かったり改善しない場合は、チームで相談
 - 医師の対応の問題は医局会へ
 - 結果は、月1回緩和ケア委員会と共有

平成27年11月 MATOBA systemの導入

導入にあたり	山下さんの研修会 三浦さんの実践説明会
導入後	入力方法に関する病棟ラウンド 担当事務と緩和ケア専従看護師

有病患者の生活障害有無と平均NRSの分布
(n=1073)2015.10.31~2016.3.28



- 主治医、病棟に紙面と電子カルテ上でフィードバック
- 各病棟で現状と対応をカンファレンス



医療用麻薬の処方量が増えない
緩和ケアチームへの依頼につながらない
負担感の増加(役に立っていない)

導入時点での問題点

- 病院として(緩和ケアチーム・看護部)受け持ち看護師や緩和ケア専従看護師に対する有効で組織的な支援を確立できなかった
- スクリーニング現場の混乱(NRS0⇒痛みでできなくなったことあり)を修正できなかった
 - 緩和ケア専従看護師が、受け持ち看護師に細やかに対応することの重要性を認識できていなかった
- 当院では、病棟・主治医に書面や電子カルテ上で、スクリーニングの内容をフィードバックや病棟でカンファレンスするだけでは、十分ではなかった
- コミュニケーション

問題解決のための対応

- 緩和ケア専従看護師が、直接足を運び各病棟の受け持ち看護師とカンファレンス
 - 事前に患者さんの状況を電子カルテで把握
 - 生活への影響が痛みによるものなのか全身状態の悪化など、他の原因が関係していないか共有
 - すぐに対応しなければならないような痛みかどうかを判断
 - 医師への提言が必要な場合は、チームで共有(身体担当医師、薬剤師)→提言

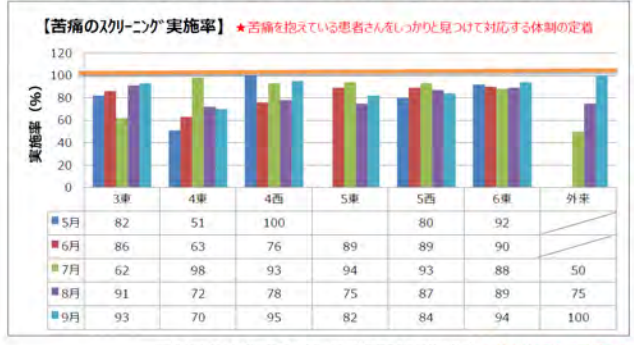
苦痛のスクリーニング ～岩手県立大船渡病院～

- ・ **丁寧な聴き取りと確実な対応**
- ・ **緩和ケア専従看護師の細やかな対応**
 - **自ら病棟へ足を運ぶ(スクリーニングラウンド)必須**
 - 患者の状況を電子カルテと受け持ち看護師からの情報で把握
 - 受け持ち看護師と問題点を共有し指導
- ・ **緩和ケアチームのサポート**
 - 主治医に対する提言が必要な場合、薬剤師と共同し主治医に提言
- ・ **施設サポート**

現目標: ひどい痛みで苦しむ患者さんを放置しない
最終目標: 痛みでできなくなった生活や希望の回復

10月 緩和ケア委員会 緩和ケアリンクナース活動

今年度、リンクナースの皆様には地域がん診療連携拠点病院の指定要件である苦痛のスクリーニング実施定着やがん性疼痛緩和指導管理の確実な算定を目標にさまざまな工夫を重ねて頂くことで下記実績へとなげ頂くことができました。各部署看護士の皆様にもたくさんご協力を頂きました。本当にありがとうございました！後期も引き続きご支援のほど宜しくお願い致します。

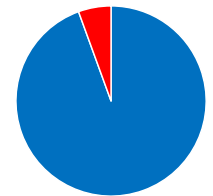


痛みやつらさでスクリーニングで対応した内容とその一例

スクリーニングで痛みで困ったことがあると回答した25件の内、対応できたのは17件
対応した17名の患者の内、**13名は痛みが改善された**

痛みで対応した患者の一例診療録一部抜粋

PCTNsが痛みで対応内容(n=18)
2016年8月7日～2016年9月25日



医師はNsから提案は抵抗があるのではないか

PCTNs
《痛みで困っている患者ラウンド》
受け持ちNsと下記内容について共有現在、フェントステープ2mg貼付中。レスキューは使用していないが、今後、痛みや呼吸困難等苦痛出現時にレスキューの対応が必要な状態。→要検討:内服時むせこみあり、オキノームによる対処は困難、必要時のペンタジンは拮抗するためのアンペック坐薬での対応も可能であることを情報提供

PCTDr
PCTNsが記載しましたが、フェントス2mg→経口モルヒネ60mg→アンペック坐薬10mg→経口モルヒネ換算15mgの選択肢もあると思います(眠気、呼吸抑制の観察必要)。腎機能低下が気になるのであれば、フェントスにオキファスト、モルヒネの持続をaddし、レスキューはPCAで対応も検討。

岩手県立大船渡病院が大事にしていること

PCTNsに負担をかけない！PCT医師、薬剤師も皆で困っている患者に対応していく。

苦痛のスクリーニングとその対応①-1 主治医即応

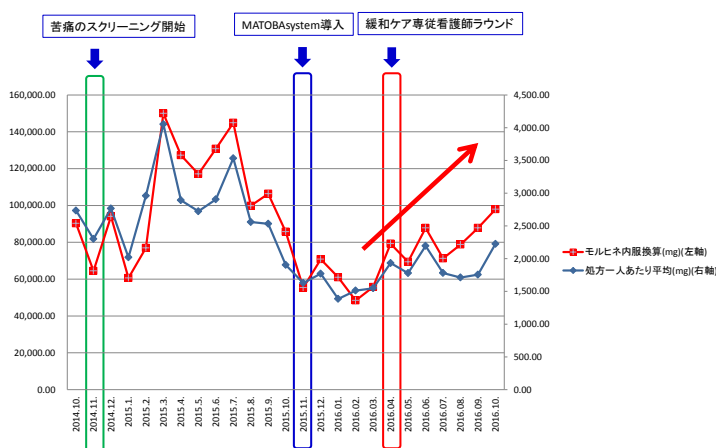
10時33分 入院 泌尿器科 吉田 彰 緩和ケアCN
<<痛みで出来ない事や困っている事>>
調査日 2016年
飲食 寝返り
左 現在、(痛) 今、痛、必要
疼痛部位: 未 することなく
安静時NRS: (麻)フェントス 1包/回指
◎後日、受持 等について

10時22分 入院 泌尿器科 吉田 彰 緩和ケアCN
<痛みで困っている患者ラウンド>
-受け持ちNsと下記内容について共有
DNARオーダー同意あり
現在、(痛) 今、痛、必要
疼痛部位: 未 することなく
安静時NRS: (麻)フェントス 1包/回指
◎後日、受持 等について

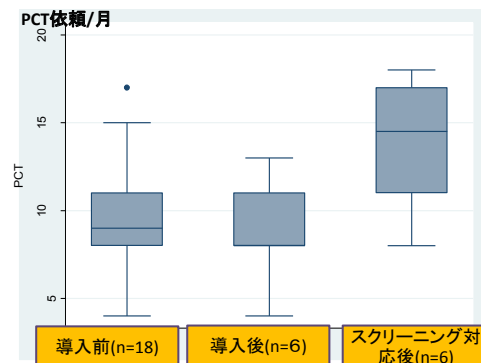
15時7分 入院 緩和医療科 村上 雅彦 緩和ケアチーム
既に緩和ケアチーム専従看護師がカルテ記載しておりますが、内服が困難であれば、フェントス2mg→経口モルヒネ換算60mg、アンペック坐薬10mg→経口モルヒネ換算15mg という選択肢もあるかと思われます。(眠気、呼吸抑制の観察必要)腎機能低下が気になるのであれば、フェントスにオキファスト、または塩酸モルヒネ持続皮下注をAdd onするという方法もあります。レスキューは、PCAで対応可能になります。御参考にしていただければ幸いです。

主治医対応→当日、アンペック坐薬の指示

岩手県立大船渡病院 医療用麻薬総処方量と一人当たりの処方量



スクリーニング導入前後での緩和ケアチーム依頼件数の変化



導入前: 2014年4月～2015年10月
導入後(スクリーニングのみ開始): 2015年11月～2016年3月
スクリーニング結果に基づいた対応開始: 2016年4月～9月

*: スクリーニング導入前後では、緩和ケアチームの依頼には変化がなかった。

今後のスクリーニング実施体制構築の進め方

- 緩和ケア専従看護師の確保(苦痛のスクリーニング担当)
 - 現場に足を運んで、病棟・外来看護師のサポート
- 上記専従看護師を支える体制づくり
 - 緩和ケアチーム(処方等対応の検討⇒提言・実行)
 - 責任をもってサポートするスタッフの明確化
 - 院内(特に看護)の研修・教育体制に組み込む
 - リンクナースの活動の強化
 - ・ 問題への確実な対応(事例の共有を含め)
 - ・ アンケート結果や改善した点などを共有
- 看護師・主治医に役に立つフィードバックを迅速に、確実に届け続ける(細やかな配慮で)⇒対応のチェックというより、困っている主治医、スタッフを探して助ける⇒自己研鑽

今後のスクリーニング実施体制構築の進め方(入院)

- スクリーニング入力
 - ⇒電子カルテ上に結果を記載
 - ⇒緩和ケア専従看護師のラウンド(受け持ち看護師との情報共有、フィードバック⇒看護計画)電子カルテへ記載
 - ⇒主治医への提言が必要な場合緩和ケアチーム専従医師、薬剤師が共同して提言電子カルテに記載
- 上記の流れがほぼ確立された

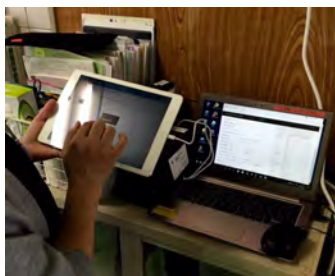
内科・呼吸器病棟は、苦痛のスクリーニングで緩和ケア専従看護師のラウンド対象となった患者さんについて、緩和ケア専従医師、緩和ケア専従看護師のカンファレンスが定例化した
⇒さらに他の病棟とのカンファレンスを広げる

今後のスクリーニング実施体制構築の進め方(外来)

- 対象:オピオイドが処方されている患者さん
- 現状:タブレットで入力
 - ⇒印刷しカルテの上に置
 - ⇒対応をテンプレートで入力
 - *スクリーニング実施率は向上
- 問題点:
 - 全がん患者へ展開できていない
 - 対応や結果を十分評価できるまでには至っていない
 - 対応はテンプレートなので、集計⇒解析が困難
 - スクリーニング結果を見ない医師⇒医局会でフィードバック
- 今後の対応
 - 看護部との定期的な協議

在宅での苦痛スクリーニングの導入と在宅医療チームでの情報共有

岩手県大船渡市
岩淵内科医院



訪問診療:聴き取り
→タブレット入力
→母艦へ
→プリントアウト
→FAX(想定)
気仙中央薬局
訪問看護ステーション
(気仙訪問看護ステーション)
介護事業所

気仙がん診療連携協議会 在宅WGで報告、共有

在宅でのスクリーニングシステムを 発展・普及させるための提言

- 現状把握
 - 現時点でどこまでの情報共有が可能か(量、質、範囲)
 - 現場が望んでいる情報と量(職種による違い)
- 最終目標の明確化(現実的な設定・状況に応じた変更)
 - 現場が望む最適なシステム・PDCAの確立?
 - 未来かなえネットに合流?
- 短期・中間目標の設定(時間設定が困難?)
 - 可能な施設と情報共有⇒在宅WGで報告⇒徐々に希望施設を増やす
- 気仙がん診療連携協議会在宅WG(土チームけせんの和:陸前高田)
 - 情報共有と啓発・教育
 - ・ 痛みの聴き取り方、評価の仕方⇒WG,岩手県立高田病院では、1回ずつ開催
 - ・ 薬物療法、ケア他、具体的な対応
 - 実際の症例の提示、検討⇒システムに反映
 - 研究班との情報共有・意見交換
 - ・ 議事録の作成と共有
 - ・ ある程度定期的な在宅WGへの参加・助言
 - ・ 維持・管理

ロードマップの策定(時間的な余裕が必要)、中間評価、問題の解決過程への助言
どうしていいのかわからない

市立三次中央病院における現況報告

全てのがん患者を対象としたスクリーニングの実際



市立三次中央病院
緩和ケアセンター
新濱伸江



1

スクリーニング導入前

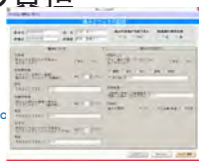
- 緩和ケアチームラウンドは、医療用麻薬導入患者を中心にラウンドしていた。
* 薬剤師が1/週で一覧表を作成
- 緩和ケアチームへの依頼は、主治医からの依頼のみ。看護師からの依頼も主治医経由が必要であった。



2

スクリーニングツール: テンプレート

- 富士通の電子カルテシステム「EGMAINGX」の「Template Builder」で作成。
- ベンダーのやりとりや経費などの負担
→担当者の「好奇心とやる気」
操作マニュアルが存在しないので、
当院では試行錯誤で作成している。



■作成に必要なスキル

- ExcelやAccessでチェックボックスやラジオボタンで入力フォームの作成経験があると、習熟度は早い。
- 本研究用のテンプレート自体を作成するだけであれば、**実質16時間以内で作成可能。**

3

テンプレート作成に関して

- 元となるシステム(マトバシステム)の設計データを元にテンプレートを作成可能。

■ヒアリング内容

なにが目的なのか

→(例: 除痛率を出したい)

どんな項目が必要か

→(例: 「鎮痛薬使用の有無」など)

どうやって入力するか

→(例: チェックボックス・テキスト入力)



相談&打ち合わせ

4

データの後利用について

<看護師に必要なExcelスキルは??>

- まず、前提として、自ら操作方法を会得し関数を検索し集計しようとする姿勢が必要。

■看護師に必要なスキル

- 基本知識、操作(できるExcelの本程度)
- 関数(SUM関数、IF関数など)



5

テンプレートのメリット



- 直接カルテに記載。
→多職種で情報共有ができる。
- 電子化されたデータを集計できる。
- 院内スタッフが作成したため、作業などのフットワークが軽い。
- 項目を増やせたり、過去修正ができる。
- 予算がなくともできる場合がある。
- *** 当施設は、予算は0円でこのシステムを作成。**

6

テンプレートのデメリット

- データ利用者(PCTNs)が毎日作業(3~5分/日)
- 院内のみのシステムに限定→地域展開に限界
- 優秀なSEの協力が必要
(当院は電子カルテ担当者と診療情報管理士が協力)
- 電子カルテのメーカーによっては
予算がかかる場合がある
- 外来展開は困難である
→テンプレート入力がたとえできたとしても、
一覧展開がリアルタイムでは困難

7

当院のテンプレート作成とデータ利用の役割分担



8

算出指標

- テンプレートのみで可能
 - 除痛率の算出
→DPCのデータを用いずに入院経過日数の計算が可能
- テンプレート+他データで可能
 - 実施率
- 他データだけで可能
 - 麻薬処方量(DPCデータ)、
対象患者(がん登録データ)が必要。

9

テンプレート方式の今後の可能性

- 外来展開は困難
→端末が導入されれば入力可能である。
しかし、リアルタイムの展開は困難。
- 現在の仕様では、院内のみに限定
→カルテが院外でも入力できる環境が
整えば、往診時の入力も可能。

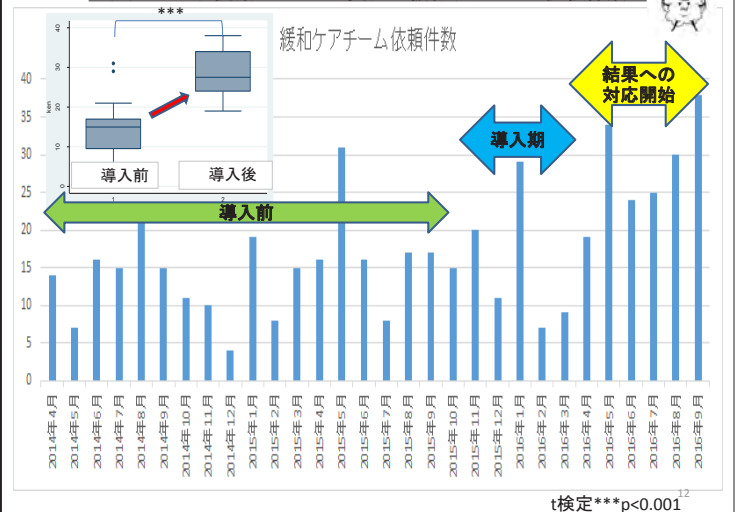
10

スクリーニング結果を基にした緩和ケアチームの動き



11

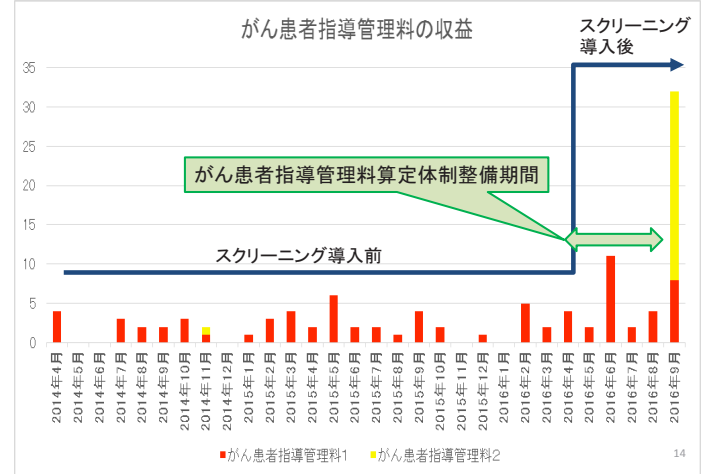
スクリーニング開始してからの変化~緩和ケアチーム依頼件数~



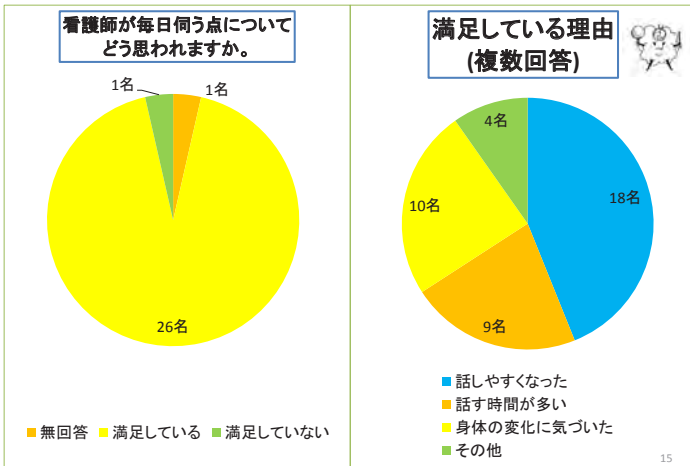
緩和ケア内科外来患者数とスクリーニング



スクリーニング開始後変化 ～がん患者指導管理料の収益～



スクリーニング患者満足度アンケート結果(n=28)



スクリーニングからの介入事例

疼痛のケースの場合

★骨転移の治療提案(整形外科/放射線療法)、がんリハ紹介。

★末梢神経障害性疼痛、鎮痛剤の処方提案

気持ちのつらさ対応したケース

意識障害、嘔吐のケース

今後の療養場所への支援

痛みが強く自宅退院困難の退院調整に介入。

退院後は当科の訪問診療で、在宅看取り

病棟看護師は、症状観察で「何かおかしい」と思っているが、生活の視点での具体的介入までには結びついていない
緩和ケアチームでは、何がおかしいのか問題を明確化し、改善に向けてをサポートすることを大事にしている!

今後の課題

痛みやつらさで困っている患者への対応が困難

★PCTNsの依頼増加→ラウンド時間が足りない→すぐ対応できない

対応できる病棟看護師の育成が重要

痛みやつらさを適切な評価できているのか

スクリーニングの実施率は50～60%

ラウンドしていると、痛みによる生活障害ないがだるくて動けなくなっているなど他の症状による生活障害もみられる。

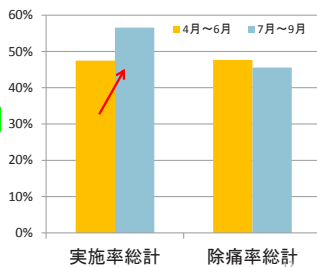
痛みの生活障害以外にも拾い上げしている可能性がある

看護師教育

* がん関連CN会の研修会

* 病棟単位での勉強会

* ポケットガイド等ツール作成



平成28年11月18日(金)
平成28年度第2回の場班会議

当院での疼痛スクリーニングシステムの運用状況報告



県民健康プラザ鹿屋医療センター
緩和ケア認定看護師 西小野 美咲

前回の班会議以降の進捗状況

H28.7	新機能バージョンアップ オーバーレイ機能など
H28.7.13	外来学習会にて がんスクリーニングについて講義(西小野) スタッフの頑張りを認め・継続してもらうことを依頼 「未選択」のままにならないよう指導も行う
H28.7.30	平成28年度鹿児島県がん診療連携拠点病院事業 第一回緩和ケア部門会 スクリーニングについて報告
H28.8.31	当院がんセンターボード 外来NSが「スクリーニングを通しての患者との関わり」と題して症例発表
H28.8.31	山下NS 訪問 当院NSへスクリーニングに関するインタビュー実施
H28.9.27~	患者満足度調査実施 (100名のがん患者対象)
H28.10.15	鹿児島県立病院学会にて がんスクリーニングの取り組みを口頭発表
H28.10.26	山下NS訪問 外来学習会にて 他者評価を依頼 ロールプレイなど 実施
H28.10.23	新機能バージョンアップ 矛盾アイコン・経過表などなど

外来スクリーニングの流れ

スクリーニング結果の入力・アップロード

QRコードによる患者認証

プライバシーに配慮した空間での問診

痛みとつらさの問診票

質問票を確認しながら 診察を行い症状や問題に対応する

外来患者のスクリーニング結果

対象期間
H28/4/1~H28/9/30

診療科	問診実施数	痛みでできない事や困っていることがある患者数	痛み以外の身体症状を有する患者数	家族や仕事、経済的な悩みを有する患者数	治療や検査できたいことがある患者数
外科	2212	234(10.6%)	328(14.8%)	58(2.6%)	96(4.3%)
婦人科	180	24(13.3%)	53(29.4%)	25(13.9%)	42(23.3%)
内科	386	72(18.7%)	28(7.3%)	36(9.3%)	41(10.6%)
循環科	1	0	0	0	1(100%)
放科	393	54(13.7%)	317.9%	9(2.3%)	8(2.0%)
合計	3172	384(12.1%)	440(13.9%)	128(4.0%)	188(5.9%)

入院患者のスクリーニング結果

対象期間
H28/4/1~H28/9/30

病棟名	問診実施数	問診実施率	痛みでできない事や困っていることがある患者数	痛みでできない事や困っていることがある患者率
3階東	1046	89.3%	151	14.4%
3階西	967	86.0%	104	10.8%
4階	4168	84.9%	650	15.6%
合計	6181	85.8%	905	14.6%

3階東:血液内科・内科
3階西:産婦人科
4階:外科・放射線科・脳外科

情報共有の工夫

患者さんの痛みや気がかりを確実に主治医へ伝える

痛みとつらさの問診票

主治医へ注目サイン!
蛍光ペンで注目してもらいたい所にしるしを付けます

痛みでできないこと:ある 痛みによってできないこと:眠る/飲食
痛み以外の症状:だるい(軽い)/食欲不振(軽い)
落ち込み:軽い 家族・仕事・経済:ない 治療や検査のこと:ない
問診コメント:左乳房、左腕窩、左腰部の痛みあり。この頃強くなってきた。夜も眠れずに食欲低下。右乳がんでhopeをした時みたいな痛みだから心配。

スクリーニングすることだけで満足するのではなく、患者さんの痛みやつらさを 主治医と一緒に考えるきっかけ作りに大いに役立った。主治医方針に「緩和ケアチームへの依頼」があることで経験の浅い医師からも気軽に緩和ケアチームへ連絡ができるようになってきた。痛みやつらさに早期に気が付けるようになり、つらそうな患者さんをずっとみてきた看護師の精神的な負担の軽減にもつながった。

スクリーニング後のリソース表を作成



転勤者でも新人看護師でも誰もがリソースを活用できるよう周知

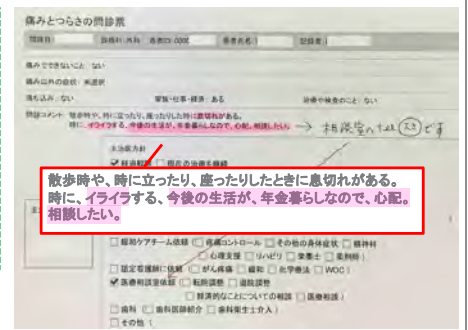
- ラミネート加工
- 各部署に掲示

スクリーニング後の対応や相談の流れ(表)を作成後

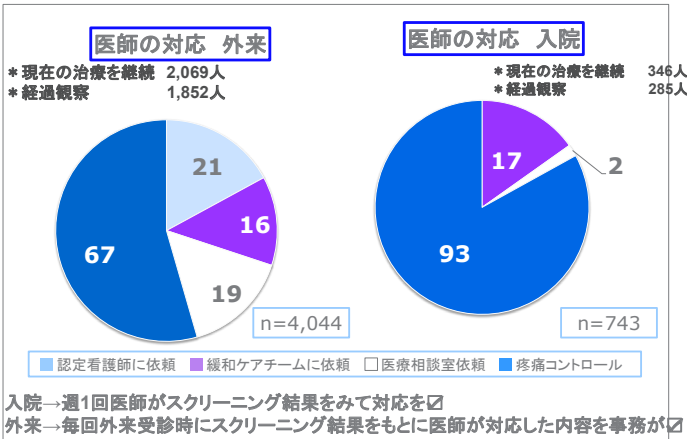
スクリーニングを行ったスタッフが迅速に適切な対応を行えるようになった

【事例】
今後の生活が年金暮らしなので相談したいです」と相談あり

担当看護師が医療相談員へすぐに連絡しその日に対応

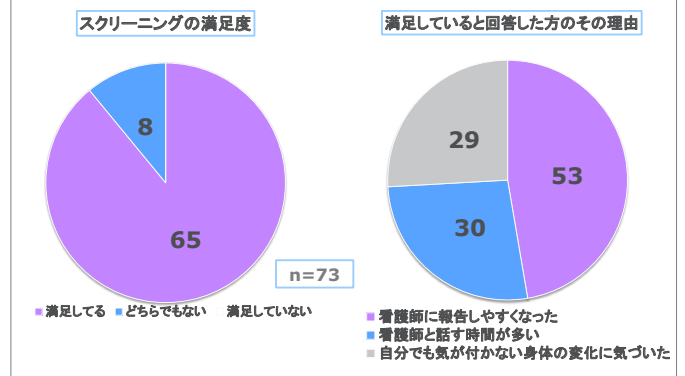


スクリーニング結果をもとにした医師の対応

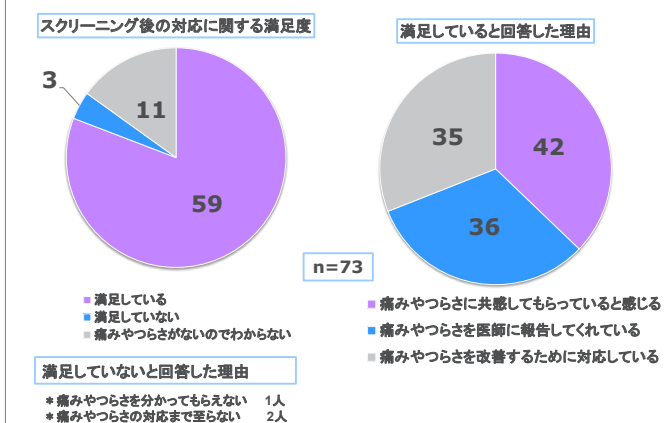


患者満足度調査

平成28年9月26日~30日



患者満足度調査



スクリーニングを開始してよかったこと

- 【看護師】
- 患者さんと直接話す機会が増えた。
 - 患者さんのあふれてくる思いがいつ引き出される。
 - 患者さんに聞いたことが、直接治療に生かされていると感じる。
 - 看護のやりがいを感じる事ができる。
 - 化学療法認定看護師や薬剤師・緩和ケアチーム・地域連携室への連携もスムーズにできるようになった。
- 【医師】
- 聞き取りに時間のかかる内容を診察前に看護師さんが聞いてくれるので助かる。
 - 診察前に(情報が)分かるからどうするか、考えることができる。
 - 自分で対応しきれないことについて、アドバイスをもらえるのでとても助かる。
- 痛みで困っている患者さんが外来でそのままにならないで済む。長い時間痛みを我慢しながら外来を待っている方がいなくなった。

患者満足度調査 自由意見

平成28年9月26日~30日

- 痛みがある時、共感するような言葉をかけていただき適切に対応していただいております。
- 周りの目や耳を感じる時があります。
- 精神的なつらさや心の落ち込みなどのケアをもっとしてほしい。
- 間診があることで自ら言い出せないことなどほかのことで相談ができる。ストレス解消になります。
- 質問されることで気づくことも多くあるように思います。今まで言えなかったことも、診察の時には先生が伝えている状態なのでありがたくなります。
- ささいなことであればあるほど、言わずらい。聞いてもらえるとうれしくなっています。

H28.10 学習会開催
 外来スタッフから「スクリーニングの他者評価の依頼

今後も…
 ロールプレイを取り入れた定期的な研修会の開催
 を計画していく。



やらされる学習ではなく 自主的に
 「こんな研修をしたらいいいのではないか？」
 と提案してくれた



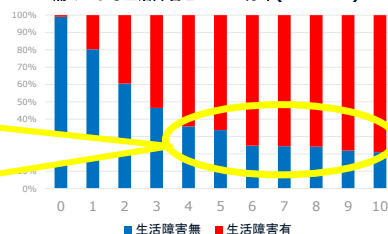
こんな風にしたらもっと使いやすくなると思っています…

- ・入院患者のフィードバック（経過表）は大変好評！
 今後、カンサーボードや症例検討会などで活用継続予定
 外来版も フィードバックできるようになってほしい
- ・外来版スクリーニングで NRS・ボディチャートが
 選択し入力できるようになると…
 ⇒スクリーニング効率アップ
 NRS・ボディチャートを入力したい方だけは入力
 できるようなボタンがあると嬉しい…

今後の課題

- ① 看護師への痛みやつらさの評価を教育
 ★ロールプレイを取り入れた定期的な研修会の開催
- ② 痛みやつらさのスクリーニング/対応の結果をフィードバック

痛みによる生活障害とNRSの分布(n=9862)



NRS4以上と痛みが強くなっている
 が痛みによる生活障害はないと
 回答している患者が3割いる。

- ・痛みの評価
- ・痛み以外を原因にした生活障害
 を拾い上げている可能性がある

大隅半島 鹿屋市

旧日本海軍航空隊の基地が置かれ、第二次世界大戦中の特攻隊出撃基地として有名。映画「永遠の0」でも描写された。



(現在) 海上自衛隊鹿屋航空基地



法人事業航空写真



外来・入院機能

◆全病床数＝216床

・一般病棟7対1 (116床)

- 3階西病棟 (外科) → 42床
- 4階病棟 (整形外科) → 38床
- 5階病棟 (神内、整形) → 36床

□ 外来は1日平均290名程。この内外科フォロー中の癌患者は7～10名程度。

・回復期リハビリテーション病棟 (100床)

その他法人事業

- 介護老人保健施設ヴィラかのや (80床・通所50人)
 - さかもと歯科クリニック
 - 訪問看護ステーションことぶき
 - 居宅介護支援事業所ヴィラかのや
 - おぐら居宅介護支援事業所
 - ヘルパーステーションヴィラかのや
 - グループホーム「イーストサイドおぐら壱番館・貳番館」
 - 小規模多機能ホーム「サポートセンターおぐら24」
 - 鹿屋市地域包括支援センター
- 寿8丁目サブセンターヴィラかのや (受託事業)

ご指導宜しくお願い致します。



KOSHINKAI

Fin

病院6階から大隅の夕日を眺める

北翔会 北畠外科胃腸科医院

青森市堤町に位置する有床診療所（19床）
平成27年1月～12月の訪問件数 延538件
平成27年1月～12月の看取り件数 54件 内在宅27件



訪問診療
北畠外科胃腸科医院 医師1名・看護師長1名同行
あんさん訪問看護ステーション 訪問看護師1名同行

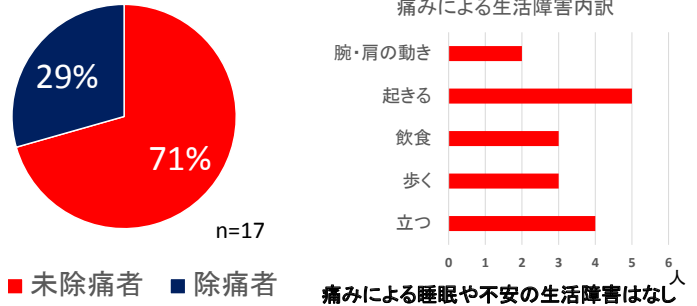
青森市内の保険調剤
会栄青森第一調剤薬局がメイン
その他、1か所と連携している

対象期間：2016年9月20日～10月25日(訪問7回)
訪問延べ人数：28人

1

痛みによる生活障害の現状

痛みによる生活障害内訳



■ 未除痛者 ■ 除痛者
痛みによる睡眠や不安の生活障害はなし
痛みがある、または痛みの治療を受けている患者の内、
71%は痛みによる生活障害がある
安静時NRS平均2.5(±2.1) Min0～Max6
動作時NRS平均2.2(±2.1) Min0～Max 6
17名の内、VRS評価は3名

2

痛み以外の症状、気持ちのつらさ

だるさ: 中程度3名、強い3名
食欲: なし1名
吐き気: 中位1名
気持ちの落ち込み: 中位3名
社会的な気がかり: とても1名

介護状況

入力なし

3

在宅医療チームとの情報共有

- ・システム使用の目標としては、在宅医療チーム全体で、患者の痛み、病状、対応などを理解すること
- ・実際の訪問診療に際しては、特定の訪問看護ステーションと同行しているの形をとっているため、訪問看護とはシステム無しに情報共有可能
- ・調剤薬局には、まとめたデータをFAXを利用し、訪問診察終了後に情報を流している → 現在のデータだけでは、調剤薬局がどのように関与しているのか、どのようにデータを使えば分らない
- ・将来的にチームの構成員が増えた場合に、各員が本システムを上手く利用できるようにしたい。

4

スクリーニングシステム利用しての感想・要望

- ・出力されるシートが何を伝えたいのかがわからない
痛みの原因、麻薬への誤解等、鎮痛剤を増量/減量した理由等が情報として知りたい
- ・痛みやつらさの未入力の項目は、プリントアウトしない方がいい、項目が多く混乱する
- ・1患者のデータは経過が見える形にしてほしい
- ・メモ欄を活用しなくても、患者の問題が☑で相手にわかるようにしてほしい
- ・訪問診療予定日は、患者一覧表から入力できるようにしてほしい
- ・除痛率など集計結果が算出できるようにしてほしい

5

入院、外来全患者に対する苦痛のスクリーニングを
実践するためのプロセスと現場の変化

青森県立中央病院
緩和ケアセンター
緩和ケア認定看護師
山下 慈

2016年11月12日

- スクリーニングの導入とフィードバックによる患者の苦痛の軽減と問題解決に向けた取り組み導入から現場の問題解決、定着に向けた取り組みの進め方
- 入院中のスクリーニング・外来でのスクリーニングの現場導入をどのように進めたか
- 苦痛症状の医師へのフィードバックと医師の対応を促すプロセスによる患者の苦痛への対応 (改善) 状況と、現場の問題点への対応
- 青森県立中央病院、岩手県立大船渡病院、市立三次中央病院、鹿屋医療センター、豊見城中央病院への導入のプロセスと各地域・各施設の特徴を生かしたスクリーニングシステムの活用

2

全がん患者スクリーニングするための準備に必要な職種・部署

スクリーニング対象患者(入院・外来)を把握する

誰が困っているのかを集団からみつける

病院、医師・看護師(病棟・外来)らの理解、教育

スクリーニング結果に対応するリソースの発掘

緩和ケアの客観的な指標の確立と効果の検証

3

外来スクリーニング導入前の準備として必要なこと

外来に対象となるがん患者数の把握

非がん/がん患者と区別する方法の検討

外来看護師の業務内容、動き

外来患者待ち時間の調査

外来で利用できるリソースの発掘

外来スタッフ(看護師・看護助手・事務担当者)への教育

2016年11月12日

4

スクリーニング対象患者(入院・外来)を把握する

1) がん登録担当者

→がん登録済患者の把握(3~4か月前に診断された患者)

2) 医事課(DPC担当者)+がん登録者

→目的:携帯端末の必要台数の把握、マンパワーの確保の資料
→DPC(EFファイル)新患、再診Dataからがん登録済患者をマッチングさせ、1日、1か月あたりの入院・外来がん患者数を算出する(がん登録のdataは3~4か月前のため、半年前のdataから傾向を把握する)

3) 看護師、医師事務補助者は手作業(1か月程度要する)

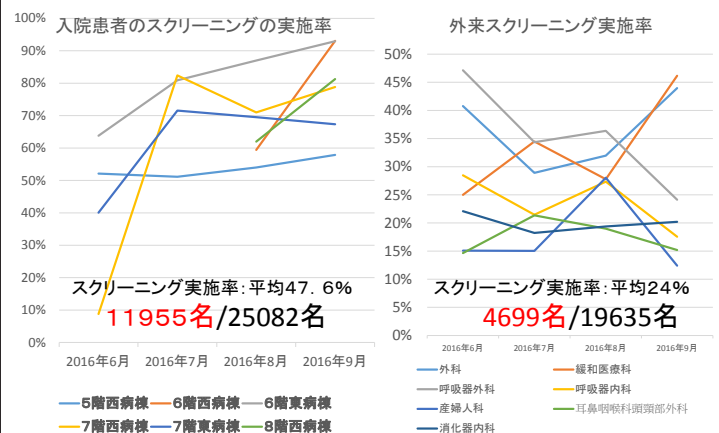
→がん未登録患者を把握するため、最近がんと診断された患者の名簿を作成する

4) 医療情報担当者(SEなど)

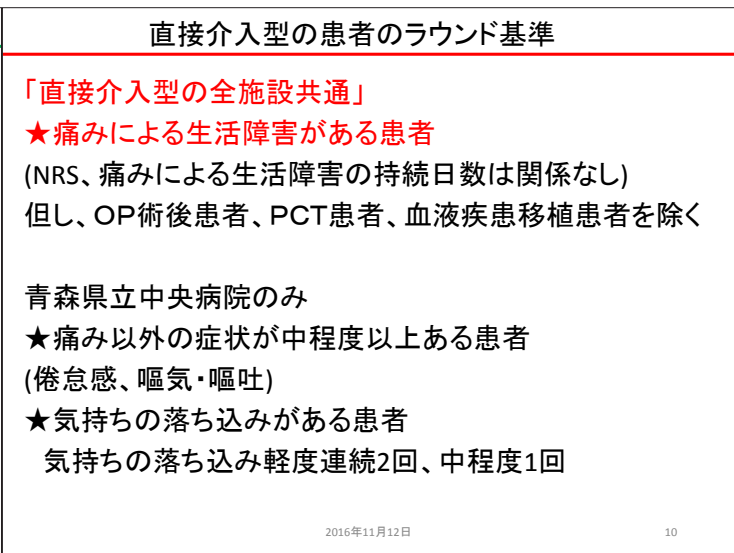
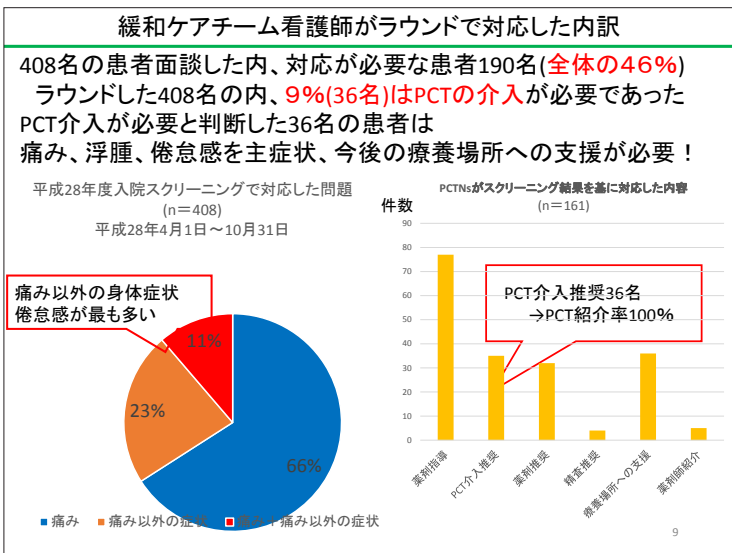
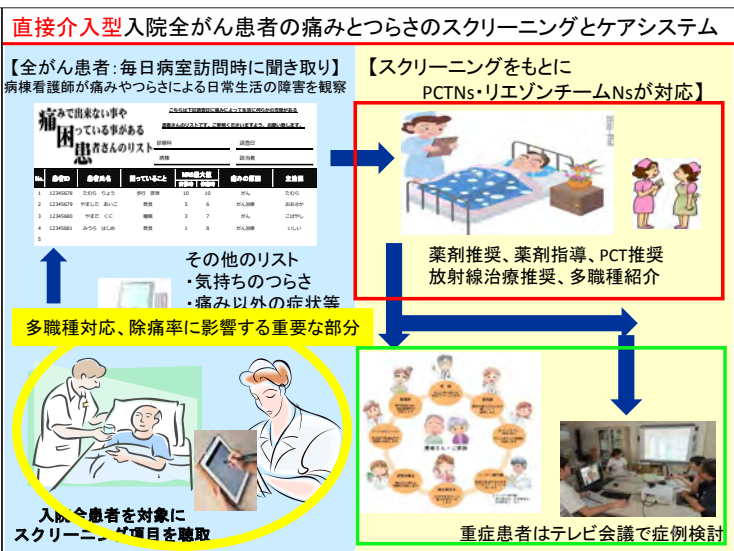
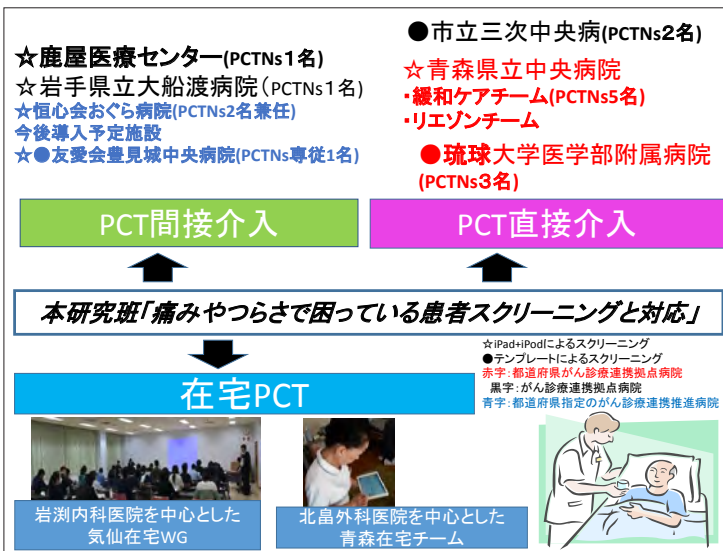
電カル上にごん患者とわかる表示、1)、3)のdataが算出できるシステムを構築→SE、事務のスキルが求められるため難しい施設有数の把握のみ→事務がExcelのCOUNTIF関数を使えば実施可能

5

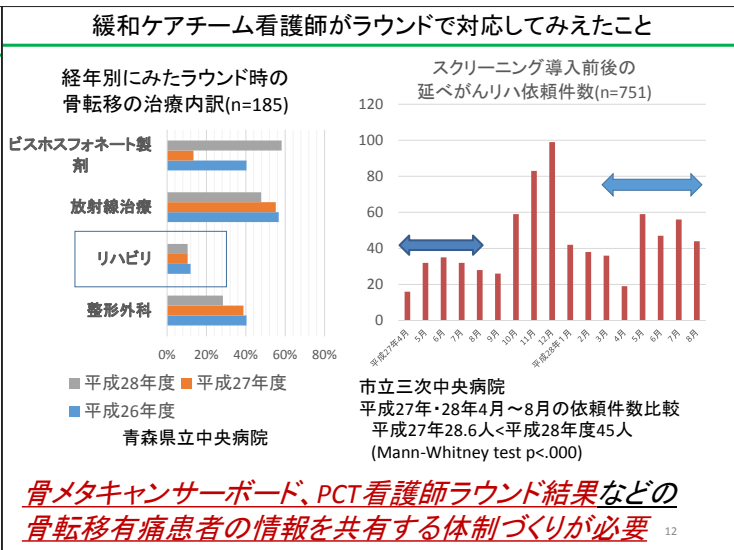
入院・外来患者のスクリーニング実施率(2016年6月~9月)

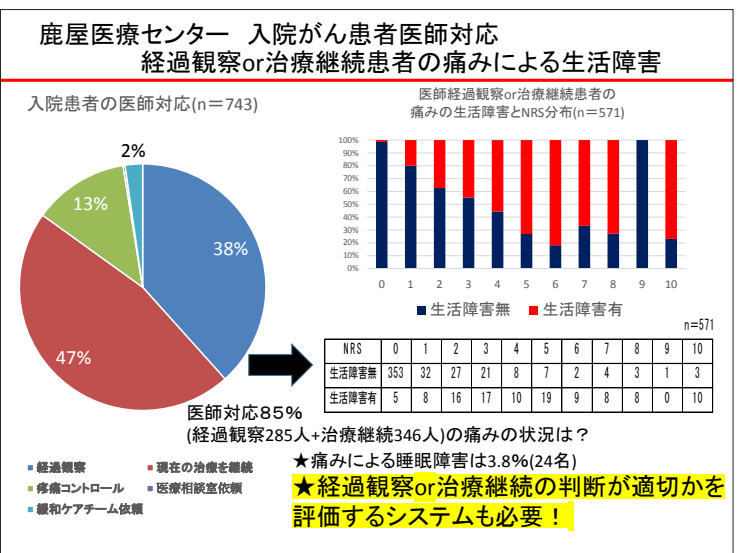
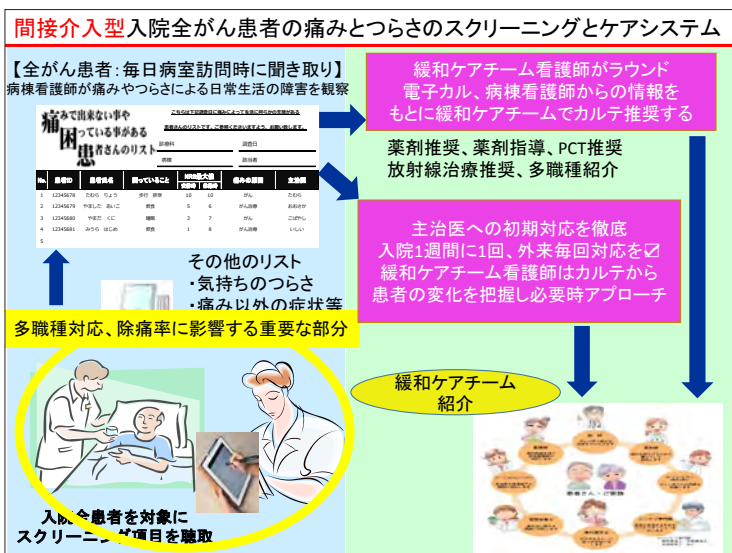
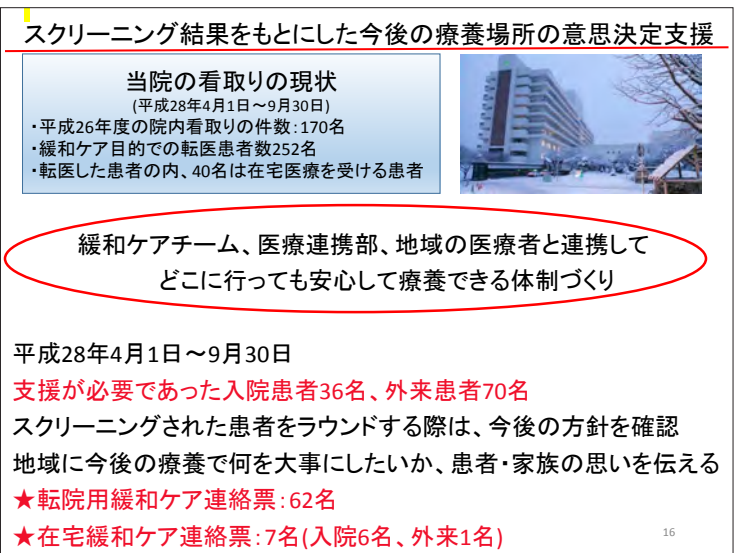
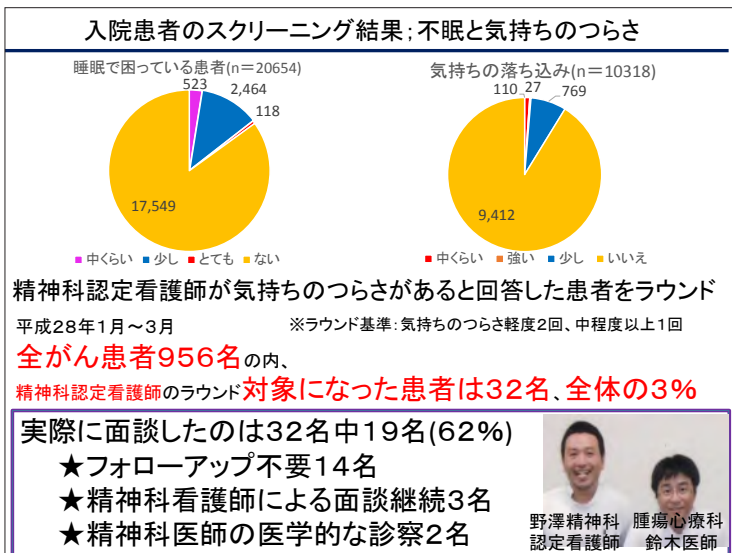
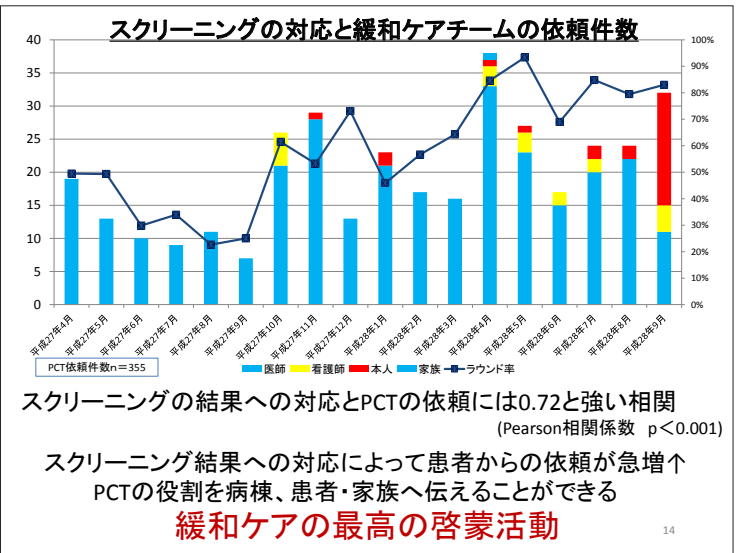
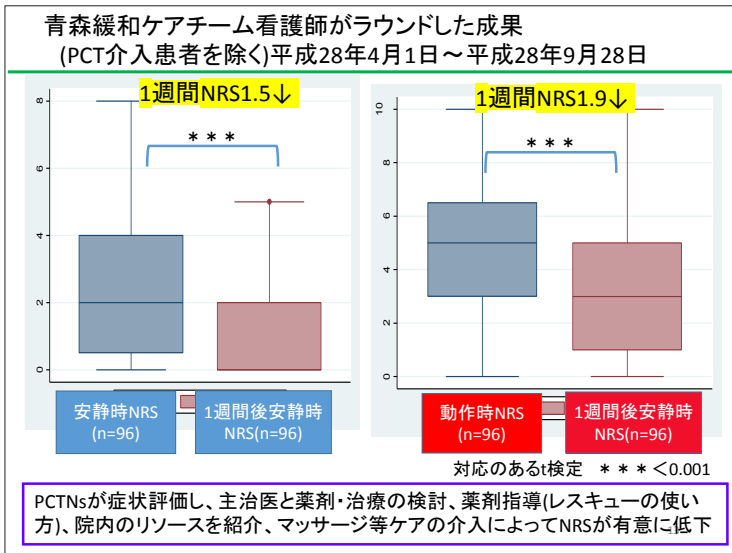


対がん協会参加者質問:「スクリーニングできていない理由は何か?はどのような患者達か。全員聞くのは無理なんじゃないか。」

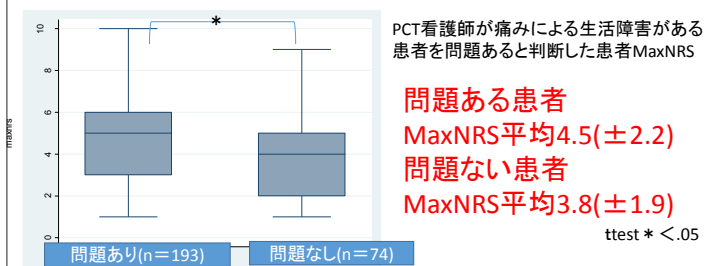


- 緩和ケアチーム看護師がラウンド時に評価している項目の統一
- 疼痛の強さ(NRS/VRS)
 - 痛みによる生活障害
 - 痛みの部位
 - 追加情報
 - 痛みの出現時期
 - 痛みの部位
 - 痛みの性状
 - 疼痛による増悪因子
 - 疼痛による緩和因子
 - 痛みの原因(画像・検査結果)
 - 薬剤と副作用
 - 骨転移の有り、疑わしい疾患の場合(乳癌、肺癌、前立腺癌、腎癌)
 - 放射線治療有無・整形外科介入有無・リハビリテーション科介入有無
 - ビスホスホネート製剤等投与有無・歯科介入有無
 - 感覚障害有無、叩打痛有無など
- 病棟看護師に結果をフィードバックし、看護カルテに記載





痛みによる生活障害のラウンド基準(OP・PCT除く)



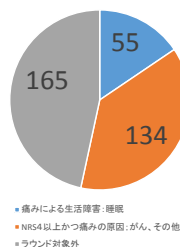
- (1)痛みによる日常生活障害有: **睡眠**
 - (2)痛み強さ: **NRS4以上、VRS2以上**
 - (3)痛みの原因: **がん、その他**
- (1)または(2)と(3)に該当する場合は、緩和ケアチーム専従看護師のラウンドすることが望ましい。

痛みによる生活障害のラウンド基準 予測される数 (OP・PCT介入患者を除く)

- (1)痛みによる日常生活障害有: **睡眠→55名/36W**
 - (2)痛み強さ: **NRS4以上、VRS2以上**
 - (3)痛みの原因: **がん、その他**
- 134名/36W

(1)または(2)と(3)に該当する条件の患者の割合

痛みによる生活障害ラウンド対象の内訳 (n=354)平成28年4月1日～10月12日



1週間に1回、痛みによる生活障害患者

- ★1週間あたり該当する患者
- (1)の該当患者: 1.5名
- (2)かつ(3)の該当患者: 3.7名

1週間5名程度の患者であればPCT看護師1名でも直接介入は可能

外来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

【スクリーニングをもとに緩和ケアチームが対応】

【外来スクリーニング結果を電子カルテ端末から把握】

【全がん患者：外来看護師受診時間取り】

痛みやつらさの症状評価

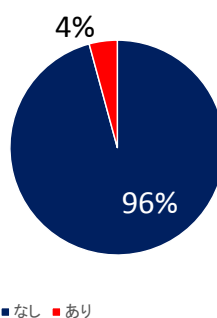
診察に同席しサポート

外来看護師間カンファレンス

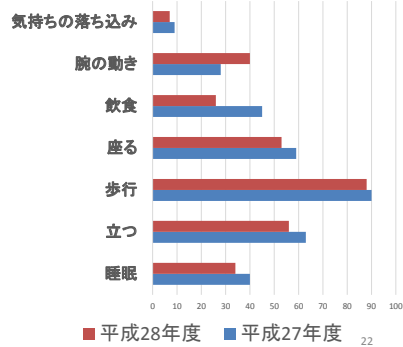
痛みでできないことや困っていた患者の内訳

昨年度: 痛みによる生活障害患者3.3%(n=10255)
今年度: 痛みによる生活障害4%(n=7240) } 同様の傾向

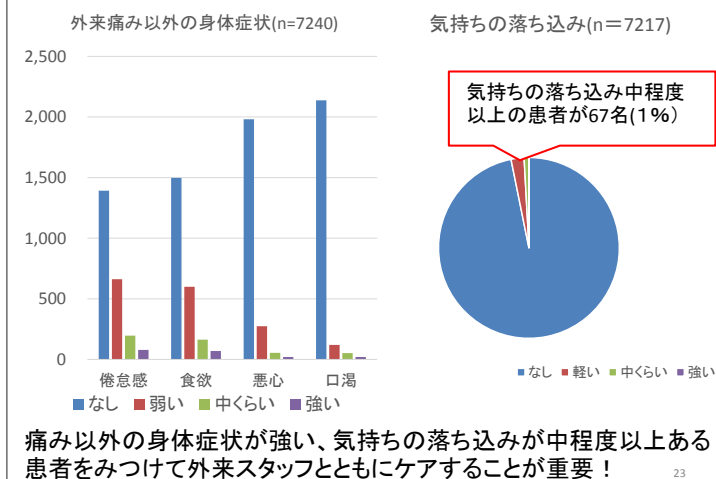
外来痛みによる生活障害患者 (n=7240)平成28年4月1日～10月7日



経年別にみた痛みによる生活障害



痛み以外の身体症状がある患者の内訳



外来スクリーニングと緩和ケア看護外来の対応

痛みでできないことや困っていることがある患者 または その他の身体症状がある患者
平成27年度2600名/10255名 (23.4%)
平成28年度1628名/20058名 (8%) 期間平成28年4月1日～10月7日

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

緩和ケア看護外来患者数 平成27年度267名 平成28年度321名
平成28年～緩和ケア看護外来専従看護師配置
10人に1人から、5人に1人を対応することが可能

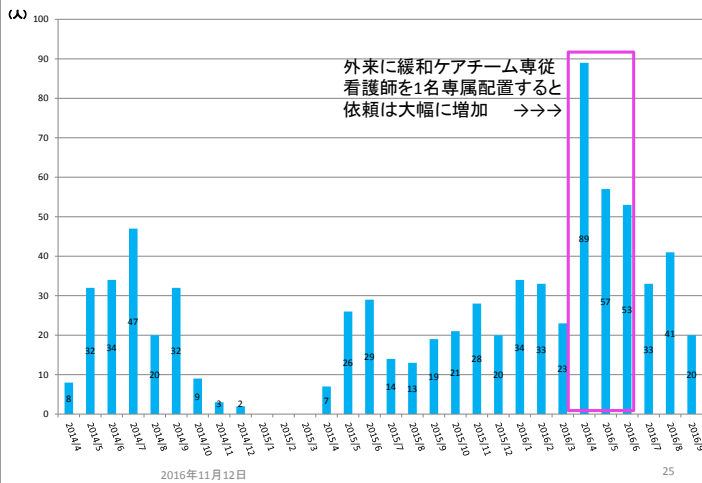
7割は医師と連携対応
4割は医師の診察同席

処方調整・検査実施・入院・他科紹介
放射線治療・レジメン変更など

3割は職種別対応

薬剤指導・がん相談/他CN/多職種への依頼
訪問看護ステーションとの情報共有

2014年～2016年緩和ケア看護外来依頼件数 (n=747)



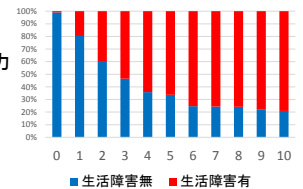
痛みやつらさの聞き取りで対応が困難に感じること

- ・「だるさ」がある人と言われても、何も対応できない
- ・「不安やイライラを感じますか？」
この質問を自分の言葉で言い換えて聞くことが難しい
- ・イライラする、不安、つらいと言われた時に、対応できない
- ・経済的な問題、社会的な問題(家族・就労)は
個人的なこともあるので聞きにくい
- ・「相談できる人はいますか」と質問された時に
「いない」と言われた時にどう対応していいかわからない

痛みやつらさの評価

- ★痛みの評価 NRS(max)と痛みによる生活障害の分布を定期的に評価(表1参照)
- ★痛みやつらさを聞きだすコミュニケーション力
- ★リソースを活用できる力
- ★痛み以外の症状への対応、できることの明確化

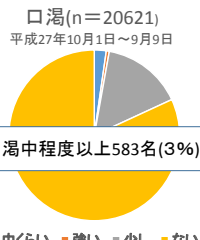
表1 痛みによる生活障害とNRSの分布(n=9862)



当院及び多施設からみえる今後の課題

- ★症状による生活障害患者のリスト化
- ★活用できるリソースの拡大とシステム化

例)・口渇等口腔内トラブルで困っている
→歯科口腔外科チーム連携
・他CN間との連携強化
・社会的な気がかり→MSW連携



- ★スクリーニングに対応する
PCTNs育成と支援、人員の確保

PCTNsから聞かれる声

「治療に関することを推奨する抵抗」「症状アセスメント、どう対応していいかわからない」「横断的に活動することの難しさ」「周囲の理解が得られない」「業務が多い」

- ★外来の痛みやつらさの拾い上げと対応の充実

患者から聞かれる声 「もっと外来での声を聴いてほしい」

「生活で困っていること、話したいことがたくさんある」

多施設からの意見

入院の評価項目

痛み以外の症状

「その他(痛み以外)の症状で困っていることや気がかりなことはありますか」

→ある場合に、症状を☑、その程度を入力できるレイアウトへの変更(現在は、現場で聞き取の仕方を変更し対応中)

痛み以外の身体の症状(睡眠を除く)

だるさ、嘔気・嘔吐、口渇、食欲、排便+呼吸困難+浮腫

※食欲→食欲不振(軽度・中位・強い)

排便→便秘(硬便・残便感・排便がない)に変更を希望

社会的な気がかり

「家族や仕事、経済的なことのどれかについて気がかりはありますか」の選択項目→なし・少し・普通・とても

→気がかりなことは程度の判定が難しい→あり・なし

多施設からの意見

評価

- ★看護師が適切に評価しているかが不明

継続して評価できるように表1に示すような指標を希望

- ★痛み以外の症状、社会的な気がかり、気持ちのつらさ
で困っている患者のリスト化

現場の複数施設の複数Nsら意見

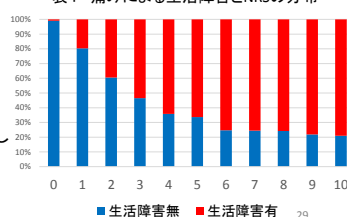
「痛みしか対応していない、痛み以外を聞きとってもらえ活用されているとは感じない」

緩和ケアチームNsら

「緩和ケアチームだけが対応するのは限界

他のリソースも活用できるよう見える化してほしい」

表1 痛みによる生活障害とNRSの分布



在宅版スクリーニングシステム

参加者：おぐら病院：宇住庵、二見、豊見城中央病院：堤、北島外科胃腸科医院：北島、
青森県立中央病院：山下

1. はじめに

がん患者の在宅療養の継続は、痛みやその他の自覚症状を根拠とする苦痛に加え、症状に伴う生活障害の程度に影響される。また、在宅療養を支える多職種間での円滑な連携が生活障害の改善に大きな役割を果たし、そのための情報共有は必須であると考えられる。

今回、在宅版 MATIBA SYSTEM を導入するにあたり、症状評価のツールのみならず、在宅療養上の問題抽出や多職種間の情報共有項目を付加することにより、病院医療とは異なる多様な生活障害に対する介入が効果的に行われることを期待し以下のような改定内容を提案する。

2. 改訂の目的

- ① 現行のスケール項目以外に在宅療養の支障となる症状（呼吸困難など）を付加し苦痛症状を早期発見する。
- ② 生活障害の問題点を抽出し、多職種間で共有する
- ③ 問題点の解決のための対応者を明らかにし、適切な介入を可能とする。
- ④ 基本的な身体状況を経時的に表示し、異常の早期発見や病状予測が行える

3. 議論したいこと

入院・外来版と同様に痛みとつらさが主か VS 問題と対応を含めた情報連絡票か

2パターンを作成しました。
パターン1は、入院・外来と同様のスクリーニング項目に加えて、介護、生活に関する項目を1つ追加しました。
パターン2は、パターン1に加えて、生活の問題とそれに対する対応を伝えることができるよう項目を選出しました。

パターン2は、訪問者のアセスメント及び対応の記録が集約され、現在の在宅版に類似しています。しかし、簡易に在宅で入力できず、診療録や報告書などと重なることから業務負担になる可能性があります。スクリーニングという観点から考えられる情報量が多く、あくまでも MATIBA システムの意義を考えると、パターン1にした方がわかりやすいという意見がありました。治療に反映できる情報という点から考えると、パターン1の痛みと痛み以外の症状の原因やそれによってどう対応するかといった内容を検討したほうが、苦痛の緩和に繋げられるのではないかと。岩淵医師(岩淵内科)からも、あくまでも身体的なことを中心にしたほうが良いという意見が聞かれました。

3. 改訂の内容

パターン1

鎮痛剤の使用の有無

1) 昨日から今日にかけて痛みはありましたか

1)ー1 痛みでできないことや困っていることはありませんか

有りの場合→痛みによる日常生活障害他 MATOBA システムの項目

痛みの原因

2) その他(痛み以外の)症状で気がかりなことや、困っていることはありませんか

有りの場合

呼吸困難 倦怠感 身の置きどころのなさ、口腔内トラブル、吐き気、便秘、睡眠

食欲不振

①基本項目：痛み以外のつらいことに、「呼吸困難」「身の置き所のなさ」を追加する。

→呼吸困難は、主要な身体症状出現の上位に挙げられ、患者にとって生命や予後を脅かす自覚症状と考
えるため

→身の置き所のなさは、終末期がん患者が多く訴える症状の一つであり、鎮静を検討する上でも重要な
症状と考えるため

3) 気持ちの落ち込み、不安や心配なことはありませんか

4) 仕事、家族、経済的なことなど気がかりはありますか

5) 介護や生活の面で気がかりなこと、相談したいことはありませんか

6) バイタルサイン

体温 脈拍 SPO2 血圧 呼吸数 尿量 ドレーン量(尿管) 胸腔 (その他)

メモ欄

3. 在宅版 痛みやつらさの情報連絡票 (イメージ図)

I. 基本項目(パターン1、パターン2)

鎮痛剤の使用	無	有
痛みでできないこと	無	有
痛みによる障害	<input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 立つ <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 座る <input type="checkbox"/> 飲食 <input type="checkbox"/> 腕/肩の動き <input type="checkbox"/> 起きる	<input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 楽しみ <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 落ち込み <input type="checkbox"/> 憂返り
痛みの原因		
安静時の一番強い痛み	<input type="checkbox"/> NRS () <input type="checkbox"/> 部位	
動作時の一番強い痛み	<input type="checkbox"/> NRS () <input type="checkbox"/> 部位	
昨日から今日にかけての平均的な痛み	<input type="checkbox"/> NRS	
痛み以外のつらいこと	体のだるさ	食欲
	口の渇き	吐き気
	身の置き所のなさ	排便
		睡眠
気持ちの落ち込み	不安やイライラ	
治療や療養上でわかりにくいこと	治療や療養に対する満足度	
メモ		

II. 生活・療養上の問題点(パターン2のみ)

健康管理	<input type="checkbox"/> 服薬管理	<input type="checkbox"/> 入院対応	<input type="checkbox"/> 病状理解	<input type="checkbox"/> 治療拒否
栄養	<input type="checkbox"/> 食事や水分量摂取低下	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害	<input type="checkbox"/> 嚥下障害	<input type="checkbox"/> 口腔粘膜障害
排泄	<input type="checkbox"/> 失禁	<input type="checkbox"/> 頻尿	<input type="checkbox"/> 尿量減少	<input type="checkbox"/> 便秘
活動・睡眠	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 歩行障害	<input type="checkbox"/> 起居動作障害
	<input type="checkbox"/> セルフケア不足	<input type="checkbox"/> 排泄	<input type="checkbox"/> 清潔	<input type="checkbox"/> 整容
知覚・認知	<input type="checkbox"/> 認知障害	<input type="checkbox"/> 健忘	<input type="checkbox"/> コミュニケーション障害	
役割関係	<input type="checkbox"/> 介護負担	<input type="checkbox"/> 家族間トラブル	<input type="checkbox"/> 金銭的問題	<input type="checkbox"/> 医療者との関係
心理・精神面	<input type="checkbox"/> 不安	<input type="checkbox"/> 怒り		
意向・目標	<input type="checkbox"/> 意思決定能力			
安全	<input type="checkbox"/> 転倒・転落リスク	<input type="checkbox"/> 褥瘡・皮膚障害		
メモ				

III. 問題に対する対応

医師介入	<input type="checkbox"/> 薬剤検討	<input type="checkbox"/>
看護師介入	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> マッサージ
	<input type="checkbox"/> 家族指導	<input type="checkbox"/> 処置
薬剤師介入	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 薬剤一酸化
歯科介入		
リハ介入		
MSW 介入	<input type="checkbox"/> 療養費相談	
ケアマネ	<input type="checkbox"/> 福祉機器	<input type="checkbox"/> サービス内容の変更
多職種依頼	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 歯科
	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 薬剤師
	<input type="checkbox"/> PT	<input type="checkbox"/> OT
	<input type="checkbox"/> MSW	<input type="checkbox"/> ケアマネ
メモ		

パターン2

パターン1に加えて

②在宅療養上の問題点を患者の身体・社会・精神面の項目より抽出する

【項目の内容】

健康管理	<input type="checkbox"/> 服薬管理	<input type="checkbox"/> 入院対応	<input type="checkbox"/> 病状理解	<input type="checkbox"/> 治療拒否
栄養	<input type="checkbox"/> 食事や水分量摂取低下	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害	<input type="checkbox"/> 嚥下障害	<input type="checkbox"/> 口腔粘膜障害
排泄	<input type="checkbox"/> 失禁	<input type="checkbox"/> 頻尿	<input type="checkbox"/> 尿量減少	<input type="checkbox"/> 便秘
活動・睡眠	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 歩行障害	<input type="checkbox"/> 起居動作障害
	<input type="checkbox"/> セルフケア不足	<input type="checkbox"/> 排泄	<input type="checkbox"/> 清潔	<input type="checkbox"/> 整容
知覚・認知	<input type="checkbox"/> 認知障害	<input type="checkbox"/> 健忘	<input type="checkbox"/> コミュニケーション障害	
役割関係	<input type="checkbox"/> 介護負担	<input type="checkbox"/> 家族間トラブル	<input type="checkbox"/> 金銭的問題	<input type="checkbox"/> 医療者との関係
心理・精神面	<input type="checkbox"/> 不安	<input type="checkbox"/> 怒り		
意向・目標	<input type="checkbox"/> 意思決定能力			
安全	<input type="checkbox"/> 転倒・転落リスク	<input type="checkbox"/> 褥瘡・皮膚障害		
メモ				

③在宅療養支援に関連する多職種との情報共有、伝達ツールを付加する。

【想定される在宅リソースと主な内容】

問題に対する対応

医師介入	<input type="checkbox"/> 薬剤検討	<input type="checkbox"/>
看護師介入	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> マッサージ
	<input type="checkbox"/> 家族指導	<input type="checkbox"/> 処置
薬剤師介入	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 薬剤一酸化
歯科介入		
リハ介入		
MSW 介入	<input type="checkbox"/> 療養費相談	
ケアマネ	<input type="checkbox"/> 福祉機器	<input type="checkbox"/> サービス内容の変更
多職種依頼	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 歯科
	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 薬剤師
	<input type="checkbox"/> PT	<input type="checkbox"/> OT
	<input type="checkbox"/> MSW	<input type="checkbox"/> ケアマネ
メモ		

継続中の医学・療養管理

<input type="checkbox"/> 創処置	<input type="checkbox"/> 排泄管理	<input type="checkbox"/> 尿管	<input type="checkbox"/> ストマ	<input type="checkbox"/> 栄養管理	<input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> 経鼻
<input type="checkbox"/> 疼痛管理	<input type="checkbox"/> 創薬内服	<input type="checkbox"/> 創薬注射	など				
〇〇交換日							

IV 継続中の医学・療養管理(パターン2のみ)

<input type="checkbox"/> 創処置 <input type="checkbox"/> 排泄管理 (<input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> ストマ) <input type="checkbox"/> 栄養管理 (<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻)
<input type="checkbox"/> 疼痛管理 (<input type="checkbox"/> 麻薬内服 <input type="checkbox"/> 麻薬注射) など
〇〇交換日

V 本日のバイタルサイン(パターン1、パターン2)

体温 脈拍 SPO2 血圧 呼吸数 尿量 ドレージ量 (<input type="checkbox"/> 腹腔 <input type="checkbox"/> 胸腔 <input type="checkbox"/> その他)

その他施行版を体験した在宅からの要望

- ・パターン1またはパターン2の連絡票は、入力項目があったもののみプリントアウト
- ・A4 一枚とし、字は大きくみやすいレイアウト
- ・生年月日は和暦の機能を追加
- ・訪問診療日時は、患者一覧表からも入力できる
- ・痛みで困っている患者の割合など客観的な評価が算出できるよう集計機能の追加
- ・1 患者の経時的な変化がわかるよう検温表の機能を追加

多施設の総合解析

国立がん研究センターがん対策情報センターがん臨床情報部
榎原直喜 東尚弘

発表内容:

- 解析の目的と方法
- 解析結果
 - 痛み
 - その他の症状

解析の目的と方法

- 目的: システム導入後3-6ヶ月と現時点(7-9月)の3ヶ月間の状態を比較する
- 方法: 以下を各期間で比較する
 - 除痛率: 病日ごとの除痛率を算出
 - NRS: 病日ごとにNRS平均値を算出
 - スクリーニング実施率
 - 薬剤処方量: 各期間の変化を除痛率や1人当たりのがん患者麻薬処方量の算出
 - 痛み以外の症状: 施設により収集データが異なるため重複している項目のみを選び病日ごとの有症者割合を算出

※外来は解析中

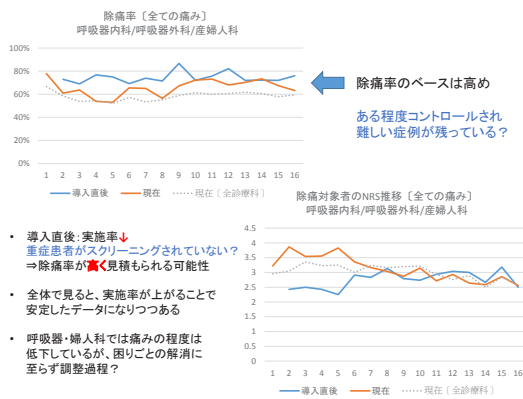
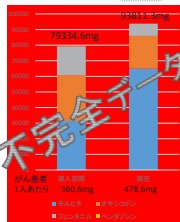
結果

施設	青森	鹿屋	大船渡	三次	豊見城	琉球
病床数	694床	188床	489床	350床	376床	600床
期間①	2015/12/01 ~2016/02/29	2016/01/01~2016/03/31		2016/04/01 ~2016/06/30	2015/02/01~2015/04/30	
期間②	2016/07/01~2016/09/30					
スクリーニング実施期間	13ヶ月	12ヶ月	12ヶ月	9ヶ月	23ヶ月	23ヶ月
がん患者実数	①1196 ②1124	①220 ②196	-	①418 ②377	①640 ②298	-
スクリーニング患者数	①251 ②718	①173 ②119	①202 ②165	①167 ②210	①302 ②241	①781 ②743
男性の割合	①42.6% ②62.8%	①53.8% ②61.3%	①61.7% ②58.8%	①65.3% ②57.1%	①58.6% ②58.1%	-
平均年齢(SD)	①65.8(10.7) ②68.2(11.9)	①69.0(13.6) ②69.4(13.7)	①72.5(10.0) ②74.4(10.4)	①73.5(12.8) ②71.8(12.2)	①67.4(13.2) ②68.3(13.6)	-
スクリーニング実施率	①11.3% ②57.5%	①84.9% ②85.0%	-	①47.7% ②45.6%	①47.7% ②60.5%	-

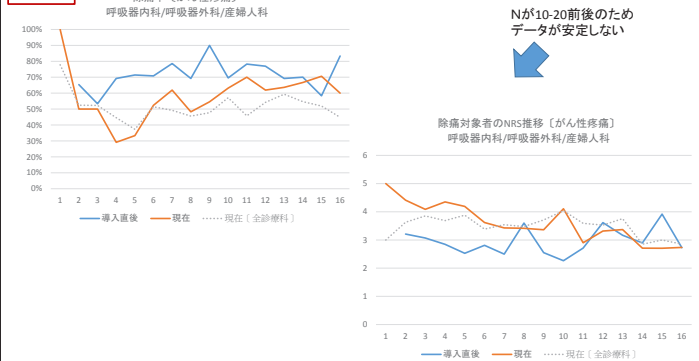
※期間①: スクリーニングシステム導入から3ヵ月~6ヶ月の3ヶ月間
※期間②: 直近の三ヶ月間(2016年7-9月)

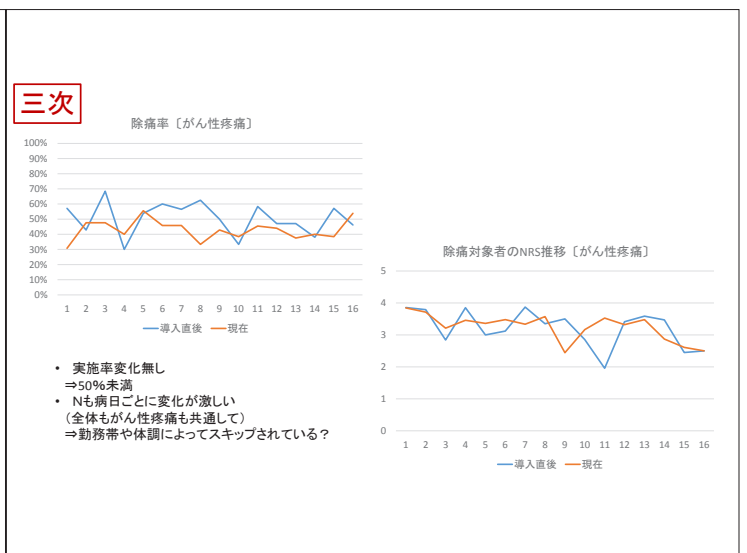
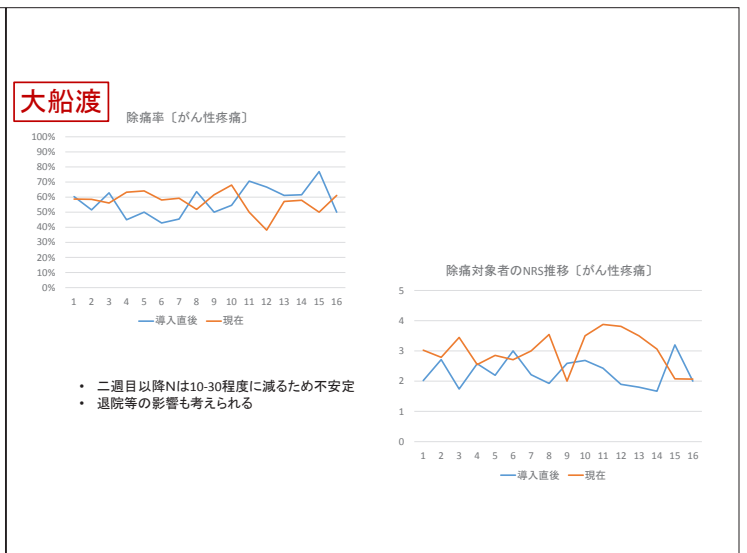
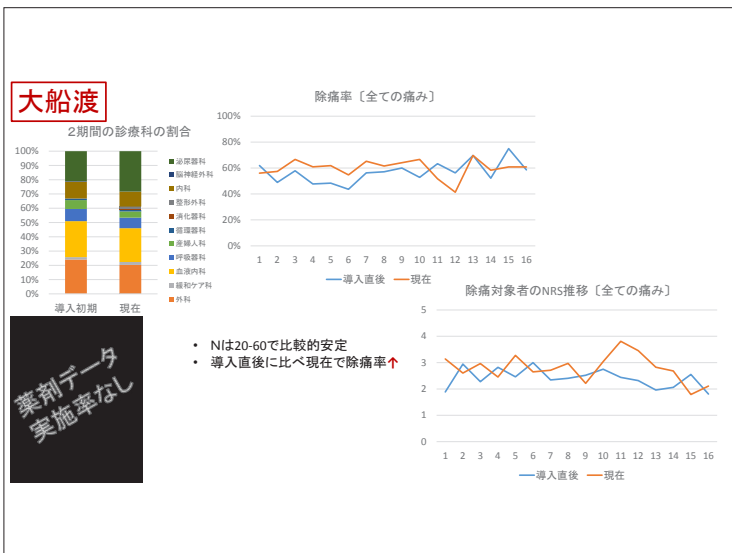
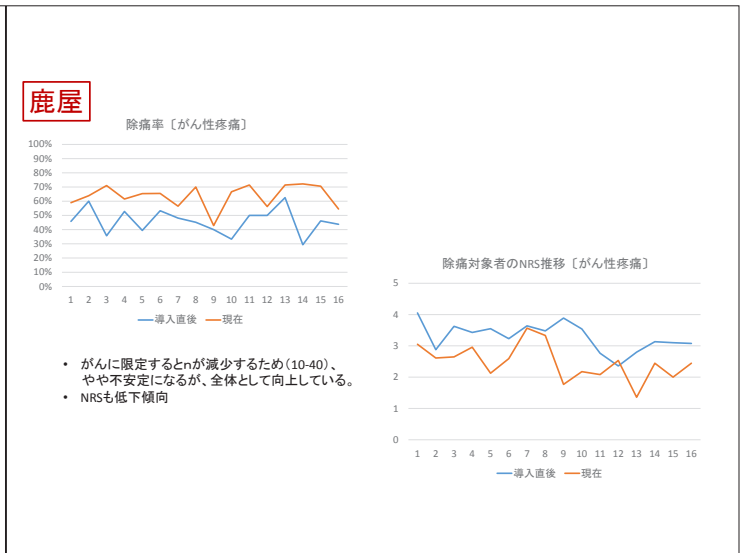
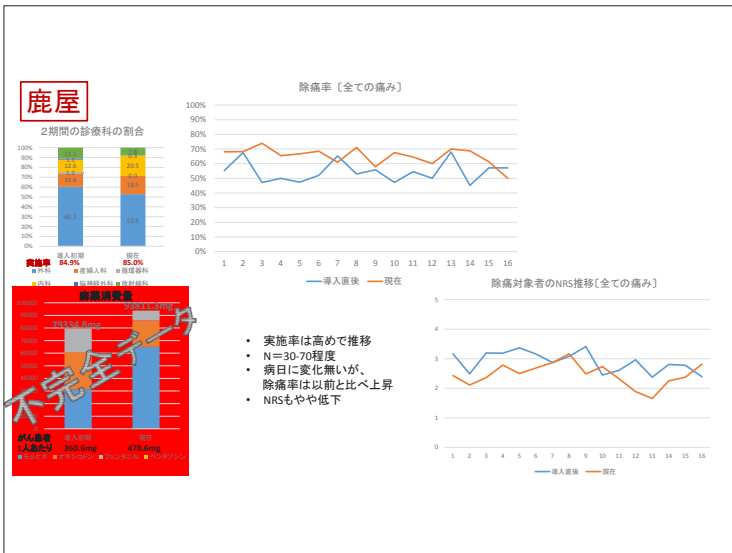
青森

実施率	11.3%	57.5%
除痛率	導入初期(%)	現在(%)
外科	0	15.86
血液内科	0.2	16.74
呼吸器外科	15.96	5.12
呼吸器内科	64.64	17.16
産婦人科	19.21	7.31
耳鼻咽喉科	0	5.45
消化器内科	0	25.6
泌尿器科	0	6.76

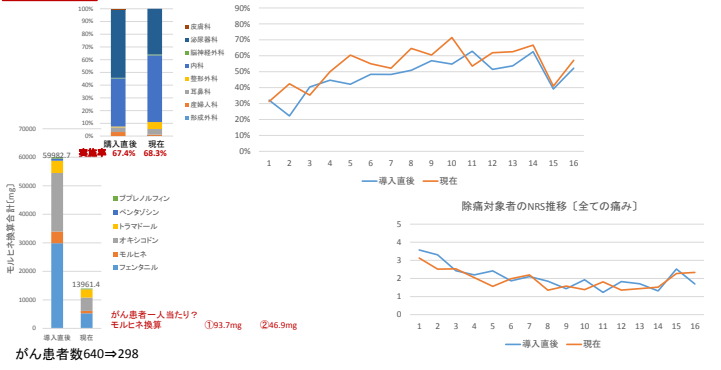


青森

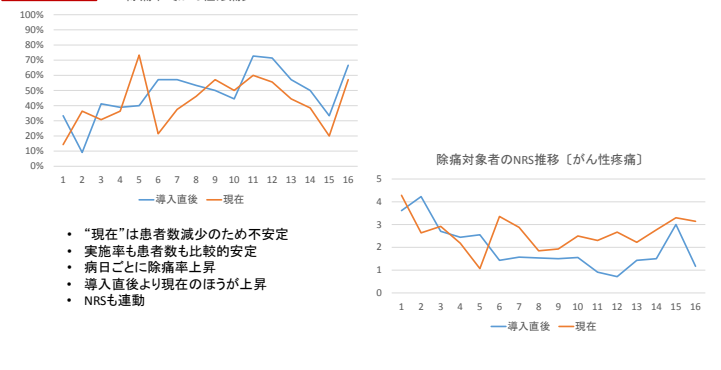




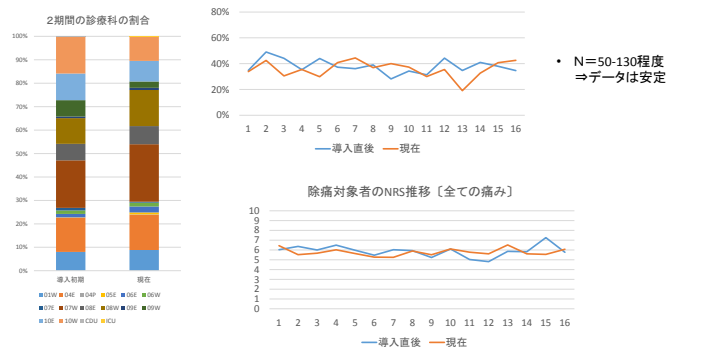
豊見城



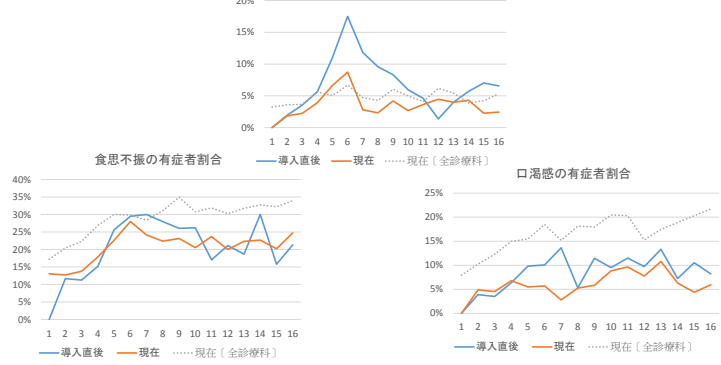
豊見城



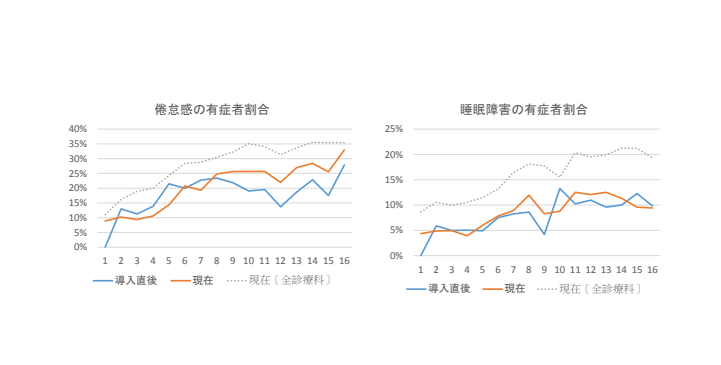
琉球



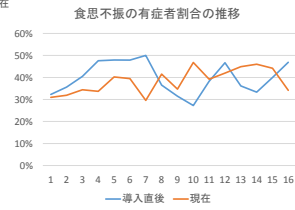
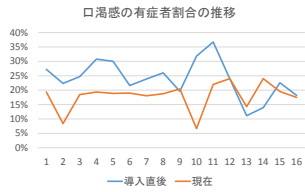
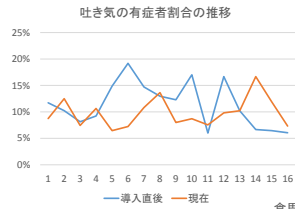
青森



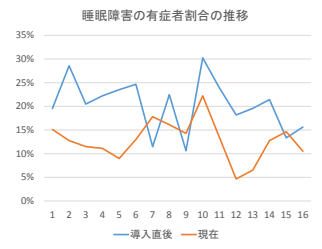
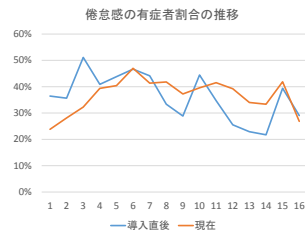
青森



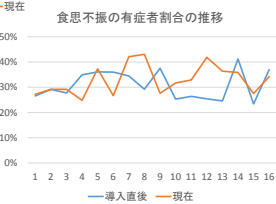
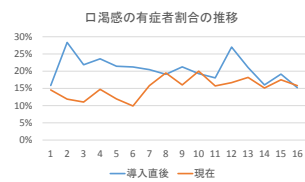
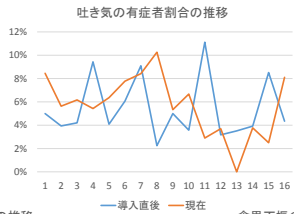
鹿屋



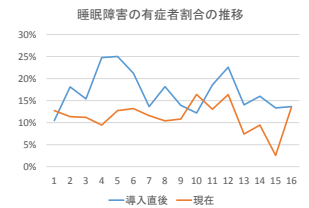
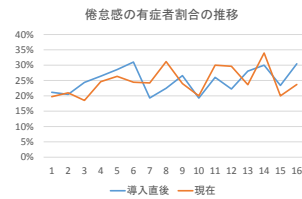
鹿屋



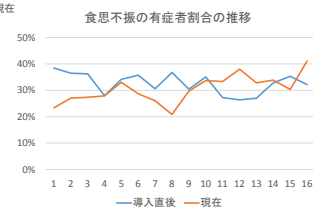
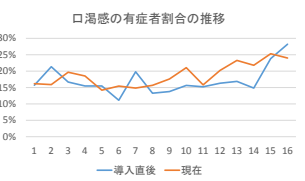
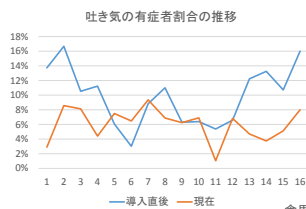
大船渡



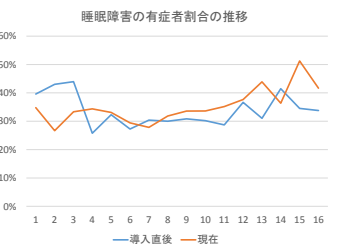
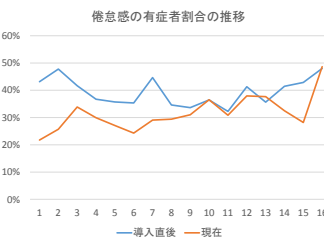
大船渡



三次



三次



豊見城

