

研修テーマ

全がん患者の  
苦痛のスクリーニングを  
**実践に活かす!**  
～入院・外来のスクリーニング導入から  
対応、展開までのプロセス～

講演者

日本赤十字社医療センター緩和ケア科 部長

**的場 元弘**

青森県病院事業管理室長

**吉田 茂昭**

中夜診療  
緩和ケア科 部長

**吉本 鉄介**

青森県立中央病院 緩和ケアセンター 部長

**山下 慈**

聖いがん医療センター 緩和ケア科 部長

**榊原 直喜**

岩手県立がん医療センター 緩和ケア科 部長

**武田 彰**

聖いがん医療センター 緩和ケア科 部長

**西小野 美咲**

日本赤十字社医療センター 緩和ケア科 部長

**新濱 仲江**

厚生労働科学研究 がん対策推進総合研究推進事業  
的場 研究分担者

**吉田 茂昭**

共 催

公益財団法人  
日本対がん協会  
青森県立中央病院

後 援

青森県看護協会

開催日程

2016年  
**11月12日(土)**  
(受付 9:00～16:30  
8:30より)

**青森県立中央病院  
3階 研修室**

対象：緩和ケアに関わる  
医療従事者 (定員60名)

※ 本研修会は事前申し込み制となります。  
別途「参加申込書」をご郵送ください。

開催プログラム

8:30～9:00 受付

9:00～9:05 開会

9:05～9:30 **吉田 茂昭**

厚生労働科学研究推進室長

「何が県府で変わったか?」  
青森県の緩和ケアを変えるためには何が必要なのか?

9:30～10:10 **的場 元弘**

日本赤十字社医療センター  
緩和ケア科 部長

「痛みとつらさのスクリーニングは、何のためにあるのか」

10:10～10:40 **榊原 直喜**

聖いがん医療センター  
緩和ケア科 部長

「じゃあスクリーニングのデータはどのようにしているの?」  
そこから何が見えるのか?

10:40～10:50 休憩

10:50～11:20 **山下 慈**

青森県立中央病院 緩和ケアセンター  
緩和ケア科 部長

「入院・外来の全例がん患者のスクリーニングを  
現場で実施運営するためのプロセスと現場の変化」

11:20～12:20

「全例がん患者のスクリーニング導入によって見えてきたこと、患者さんのためにさらに何が必要か?」

<岩手県>

**武田 彰**

岩手県立がん医療センター  
緩和ケア科 部長

<鹿児島県>

**西小野 美咲**

鹿児島県立中央病院  
緩和ケア科 部長

<広島県>

**新濱 仲江**

広島県立中央病院  
緩和ケア科 部長

12:20～13:20 昼休み

13:20～15:50 **グループワーク**

- 全がん患者に苦痛のスクリーニングをするためにはどうしたらいいか
- 苦痛のスクリーニングにどう対応したらいいか
- スクリーニングの導入・対応・評価において問題点とその解決策

15:50～16:20 **吉本 鉄介**

中夜診療  
緩和ケア科 部長

「スクリーニングで抽出された  
難しい問題への対応とサポートの在り方」

16:20～16:30 閉会

開催場所へのアクセスについて

各鉄道からのアクセス



※ご利用の場合：新青森駅から約2分 / 青森駅から約15分

場 所 青森県立中央病院 3階 研修室

所 在 地 〒030-8563 青森県青森市東通2-1-1

お 問 合 せ TEL: 017-726-8111

内 線 : 8568 (緩和ケアセンター)



来てみて判った  
青森県の厳しい医療状況

現状(平成19年)

- 平均余命:男女とも最下位(平成17年生命表)
- 三大死因を除いた予測延命率

政策医療の推進と質的向上が不可欠

問題点

- 医師の県外流出による絶対的医師不足
- 勤務医の疲弊による開業志向(=勤務医不足)
- 広い県域と乏しい医療資源(医療へき地の存在)
- 小規模病院(医師5名以下)が多くを占める

三大死因の克服にむけた高度医療の集中化と拠点化

## 政策医療の推進体制

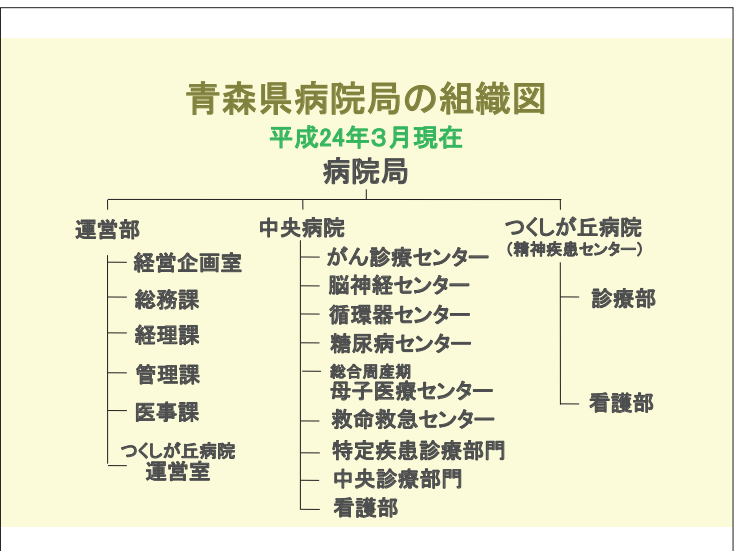
政策医療とは

- 5疾病(がん、心筋梗塞、脳卒中、糖尿病、認知症\*)
- 5事業(母子、小児、救急、災害、へき地の各医療)

国の対応

- 国立高度医療研究センター(ナショナルC)  
→がんC、循環器C、成育医療C、精神神経医療C、  
長寿医療C、国際医療C
- 各都道府県には拠点病院を指定  
→救急/災害、へき地医療対策  
後に、がん、難病、認知症などが加わる

※平成25年度より精神医療として追加



## 再編前の病棟配置図 青森県立中央病院

西病棟		階数	東病棟	
脳神経外科(34) 神経内科(22) 歯科(5)	64	9	45	呼内科(24) 結核(16) 麻酔(4)
内分泌(22) リウマチ血液(30) 無菌(3)	64	8	55	泌尿器(17) 放治(24) 呼内科(13)
消化器内科・腫瘍内科(47) 内視鏡(10)	58	7	60	循環器内科(40) 心臓外科(18)
外科(58)	63	6	57	呼外科(21) リハ(10) 皮膚(10) 救急
整形(37) 眼科(16) 共用	60	5	61	耳鼻科(28) 婦人科(24) 共用
小児(34) 整形(22) 無菌室(2)	58	4	24	NICU(9) 後方病床(15)
			4南	25
				MFICU(9) 産科(16)

■ 総合周産期母子医療センター



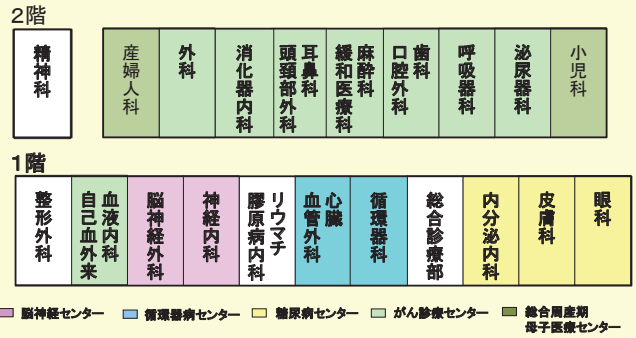
## 再編後の病棟配置図 青森県立中央病院

西病棟		階数	東病棟	
脳神経外科(27) 神経内科(21) SCU(6)	54	9	48	神経内科(12) 総合診療(25) 感染(5)
血液内科(50) 無菌室32床を含む	51	8	54	循環器内科(32) 心臓外科(18)
消化器内科(57)+(4)東病棟+(2)4西	58	7	59	耳鼻科(30) 歯科(4) 泌尿器科(21)
外科(59)	60	6	57	呼吸器内科(28) 呼吸器外科(21)
整形(33) 婦人科(26)	60	5	54	内分泌(18) 眼科(14) 皮膚科(9) 膠原病(6)
小児(24) 整形(22) 共用(6)	54	4	24	NICU(15) 後方ベッド(9)
		4南	28	MFICU(9) 産科(19)

■ 脳神経センター ■ 糖尿病センター  
■ がん診療センター ■ 総合周産期  
■ 循環器病センター ■ 母子医療センター  
 EICU(6), ICU(6)

平成27年4月1日現在

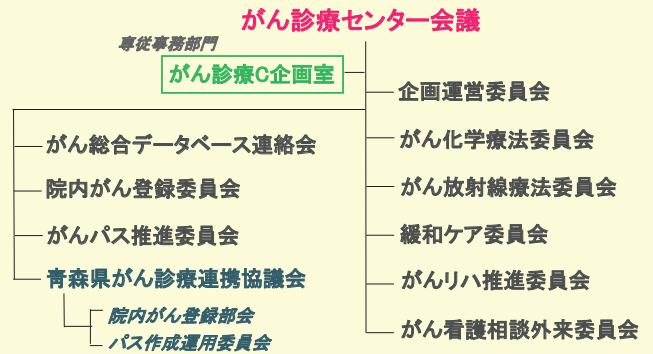
## 再編後の外来配置図 青森県立中央病院 (平成24年4月)



## センター化・部門化の評価

- 診療機能向上に伴う入職希望医師の増加
  - ・平成19年度：130名～平成24年度：161名
- 基礎的診療単価の上昇
  - ・点数増、病床回転率の向上（病床の共同利用）
- チーム医療の普及
  - ・各科別対応（大学のコピー）からの脱却（横断思考）
- 職員間の意思疎通の改善
  - ・メディカルスタッフの専門分化と育成
  - ・事務方を含め医療現場のニーズの全体感を共有
  - ・自己中心的対応の改善（互いの立場を尊重）

## がん診療センター運営図



## 緩和ケアの新しい流れ ターミナルケアから早期介入へ

## SPARCS研究との出会い

奥入瀬溪流(6月)

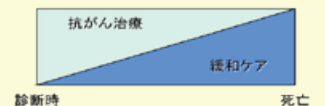
## 緩和ケアとは？ ～WHOの定義～

- 「延命＝抗がん治療、QOLの向上＝緩和ケア」ではない
  - 目的は同じQOLの向上でも、がんに対する治療(Disease-modifying treatment)によるか、症状緩和・心理社会的介入により目標を達成するかによってちがう
- WHOの定義
  - 生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族に対し、疼痛や身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期から正確にアセスメントし解決することにより、苦痛の予防と軽減を図り、生活の質(QOL)を向上させるためのアプローチである。

従来のがん医療のモデル



理想的ながん医療のモデル



がん対策推進基本計画  
重点的に取り組むべき課題  
(平成24年度～28年度)

- 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成
- がんと診断された時からの緩和ケアの推進
- がん登録の推進
- 働く世代や小児へのがん対策の充実

“がんと診断された時からの”  
に求められる要件

- がん患者の全数把握(総合病院ではきわめて困難)  
・がん患者データベースの構築
- 誰がどうやってスクリーニングを行うのか  
・病棟:看護師のラウンド時  
・外来:看護師、担当医、ドクタークラーク、臨床心理士  
→いずれにせよシステム構築が必要
- 要介入患者の受け入れ先が用意されているか  
・緩和ケアチーム、担当医、がん相談

緩和ケア科受診患者の主訴  
ECOGの成績(N=3106)

- 全身倦怠感、疲労感 (34.6%)

痛みや苦痛は見えない、触れない

- 口内乾燥感(19.2%)
- 痺れ、ひりひり感(19.1%)
- 苦痛、心痛(18.9%)

以下、悲観(16.3%)、食思不振(15.6%)、呼吸困難(15.2%)等



厚労科研研究費

がん疼痛治療の施設成績を評価する  
指標の妥当性を検証する研究

Special Project for Awareness and Relief  
of Cancer Symptoms  
(SPARCS)

大目的:社会単位としてがん性疼痛制御を実現する

今回の目的:施設評価基準(除痛率)の妥当性評価  
院内除痛患者率=パラメーターとなり得るか  
(全がん患者の実態把握)

<平成20年11月開始>

除痛率の定義と測定法の検討

概念的定義:  
痛みの治療の必要ながん患者のうち、痛みが十分に取れている患者の割合

測定方法:看護師がラウンド時に質問

- 鎮痛治療あり  
→ この24時間の痛みは十分に取れていますか?
- 鎮痛治療なし  
→ この24時間に日常生活に影響する程度の痛みがありましたか?

	痛みの有り	痛みの無し
鎮痛治療有り	①分母	②分母・分子
鎮痛治療無し	③分母	除外

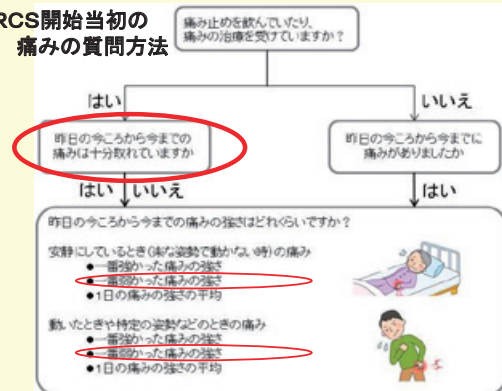
除痛率 =  $\frac{②}{①+③}$

課題:いつの時点の除痛率を「施設の除痛率」とするのか

- ・治療反応をもっとも表す時点は?
  - ・施設レベルでの改善を表す時点は?
- 実地調査のデータから検討

医療者が誰でも評価できる痛みの質問方法

SPARCS開始当初の  
痛みの質問方法







- ・30名の病棟看護師に同行し痛みの問診方法をアドバイス
- ・痛みの聞き取りシートを毎日評価し直接指導
- ・12回/月 勉強会開催 延べ116名が参加

## 痛みの問診の ロールプレイ



## 取得データの矛盾を指摘された 病棟看護師の声

「質問書通りに聞いています。でも**患者さんがそのように答えるんです。**」

「痛みが十分とれていますかという質問に**わからないと答える患者が多いんです。**」

「この質問方法がおかしい。もっと**自然に聞く方法はないんですか。**」



## 患者の声

「**痛みが十分とれているかなんてわからないよ** 動けば痛いし、寝ていれば痛くないこれって**とれているのか、俺が聞きたいよ。**」

「入院していれば痛くないよ。だって家のことやらなくていいし。**家に帰るところはいかない。**家事もあるし。入院しているときのことを答えればいいんですか。家に帰ったときのことを言えればいいんですか。」

「痛みの強さなんていくつも聞かれても**わかんないよ。痛みが強いのが問題じゃないの。**」



## 各診療科医師の反応

- 「痛みが強い患者にはすぐに対応してきたし、放置したことはない」
- 「当科の結果ではあり得ない。他科のデータ？」
- 「データには納得できない。正確なのか？」
- 「治療に伴う痛みなのではないか？」
- 「がん自体の痛みでこんなことは起こり得ない」
- 「一体、病棟看護師の評価は適切なのか？」

## 医療者が誰でも評価できる痛みの質問方法

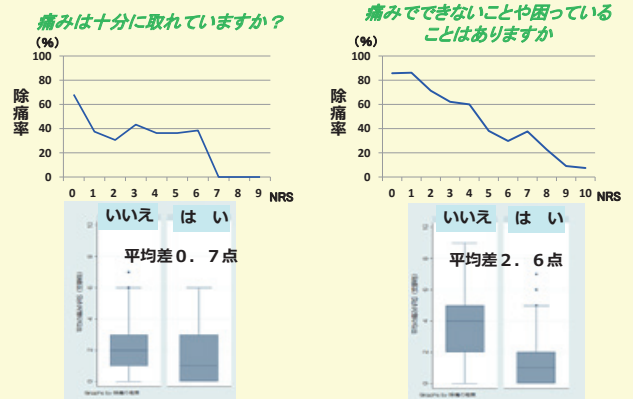
1. 昨日から今日にかけて痛みはありましたか？

治療の効果ではなく、患者さんの日常生活に視点をあてた質問へ変更

4. 痛みの強さについて

- ① 休んでいる時の一番強い時の痛み
- ② 動いた時の一番強い痛み
- ③ 一日の平均の痛み

## 痛みの強さと、患者さんにとっての「除痛」



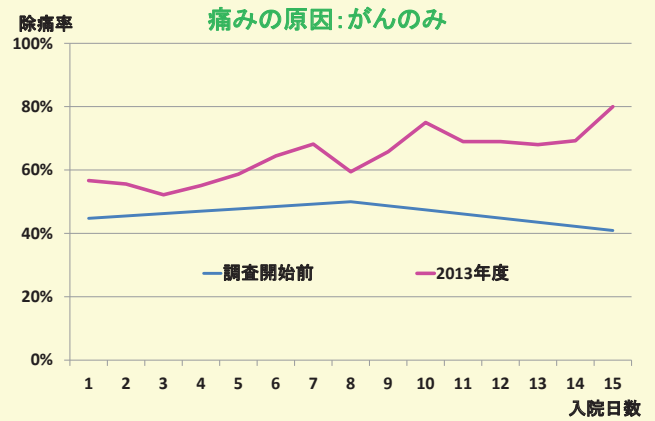
## Painful Truth About Pain Screening

最もすばらしい質問は、

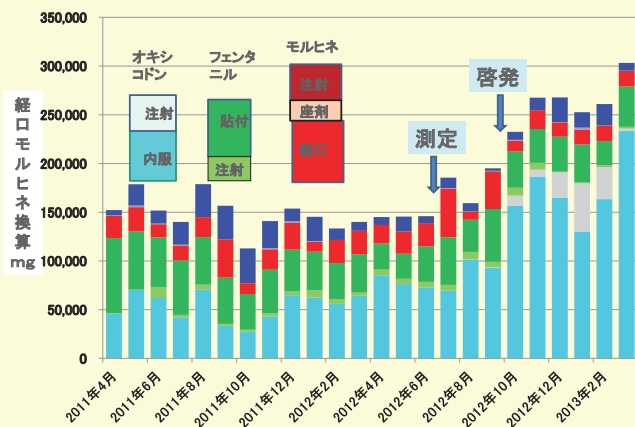
“痛みは生活に影響していますか？  
何か生活上支障があれば教えてください”

この、たった1つの質問である。

## 2012～13年度における入院患者除痛率の変化



## SPARCS啓発は施設麻薬消費を増やしたか？



## 院内各診療科の除痛率提示後の看護師の変化

- 院内の痛みの評価方法が統一された
- 痛みを契機に患者とのコミュニケーションが促進された
- 除痛率の提示後、医師が痛みに関心を持つようになった
- 看護師個々の痛みのアセスメント、薬剤に関する知識、ケアがレベルアップした
- 医師と看護師の痛みの評価に矛盾がある
- 看護師たちが痛みを聴いても、診療に反映されなければ意味がない もっと診療に役立てて欲しい
- もっと簡易な痛みの評価方法はないのか

## 診療科別除痛率を提示した後の医師の変化

- 患者に毎日痛みについて問診しているが、大丈夫と答える患者が多い  
医師の実感と看護師の評価の違いを認識
- 抗がん剤の末梢神経障害など治療困難例の存在  
できるだけ対処はしているが、どうすればいい？  
担当医による緩和ケア処置の実践が実現
- 痛みの治療成績が予測していたより悪い  
病棟看護師の場合とは異なり、医師の前では我慢している患者が多いことを知る

## SPARCS本部の活動内容

- 人員配置
  - ・医師事務2名 研究事務員3名
- 活動内容
  - ・入院SPARCS患者のスケジュール管理
  - ・外来SPARCS患者への説明と対応
  - ・入院・外来におけるデータ入力
  - ・調査用紙の準備
  - ・調査における医療者・患者からの相談窓口
  - ・入院・外来における院内説明会や各種勉強会の準備
  - ・その他
    - 各種会議議事録作成
    - SPARCSニュースレターの作成と発行
    - りぼん通信の作成と発行



## 痛みでできないことや困っていることを 医師にフィードバック

病種	薬剤	患者ID
1. がん患者の疼痛管理	モルヒネ	0001
2. がん患者の疼痛管理	モルヒネ	0002
3. がん患者の疼痛管理	モルヒネ	0003
4. がん患者の疼痛管理	モルヒネ	0004
5. がん患者の疼痛管理	モルヒネ	0005
6. がん患者の疼痛管理	モルヒネ	0006
7. がん患者の疼痛管理	モルヒネ	0007
8. がん患者の疼痛管理	モルヒネ	0008
9. がん患者の疼痛管理	モルヒネ	0009
10. がん患者の疼痛管理	モルヒネ	0010



痛みでできないことや困っていることがある患者さんのリストを毎日、毎週、毎月出せる。更に・・・  
痛みで何ができないのかも、NRSの変化も、痛み止めの増量の状況も、副作用の状況も痛いの薬剤の対応がいつからされていないかが、病棟、診療科、病院単位で見える。

➡ 俺の患者...ではなく、みんなで患者さんの困った！  
に気を配り、速やかに対応するためのシステム。

## 初期からの緩和ケアの難しさ 得られた課題とその克服

- 継続性の獲得(新人教育)
    - ・医療スタッフの人事異動によるactivityの低下
- 大勢のスタッフによる継続的な関わりが不可欠  
→医療文化への昇華が求められる**
- ・受診間隔の克服(=がん看護外来)
  - 日常業務とするための負荷の軽減
    - ・がん患者に対する標準看護手順としての位置づけ
    - ・活動支援のための機器開発、診療報酬の加算

## 医療文化とは

病院等で受け継がれている医療行動の在り様

- 佐久総合病院(若月俊一院長)
  - ・農村医学、住民の保健指導、住民のおはよう検診
  - ・コミュニティセンター(生活の場)としての院内外活動
- 国立がん研究センター
  - ・診断治療のプロを養成する、標準的治療を拡充する
  - ・新規の診断治療法を開発する(チャレンジ精神)
  - ・臨床研究が必須(研究志向のない医師は評価せず)
- これまでの青森県立中央病院
  - ・最新医療の提供と臨床研究(=大学付属第二病院)
  - ・県下最大の病床数を誇るが、保守的で気位が高い
  - ・全病院的な取り組みに乏しい(=のれん街)

## 医療文化となる要件

- 施設の設定目的(Mission)に合致していること
    - ・施設内の創造的なニーズに合致している
- SPARCS研究に係る活動は  
理想的に条件をクリアしている**
- 維持、継続しようとする方向性が見えること
    - ・日常的な行動として定着(常識化、習慣化)
    - ・自主性があること(嫌々やらせられるのではない)

## 医療文化醸成の契機

- 新規診療システムの導入(業務プロジェクト)
  - ・新病院の建設、リニューアル
  - ・電子カルテのパス化(危機管理の共有)

**医療者だけでは文化にならない  
患者・家族・市民の参加が不可欠**

- ・がん疼痛からの解放(SPARCS)
- ・健康増進事業(メディコトリム):メタボ対策
- ・在宅医療ネットワーク、地域包括ケア
- 県民・市民との交流
  - ・ボランティアの受け入れ
  - ・市民公開講座等による住民教育

ご静聴ありがとうございました

Fotografia di criceto

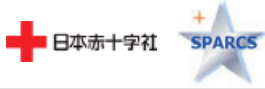


～青い鳥を探して～

痛みとつらさのスクリーニングは 何のためにあるのか？

日本赤十字社医療センター 緩和ケア科  
的場元弘

厚労科研 がん政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  
(H26-がん政策-一般-003) 的場班



## 緩和ケアとは

「がんの療養を通じて

平穏で、痛くない、つらくないように

自分の過ごしたいように・・・」

そのためのお手伝い

痛みでPS悪くしたら・・・  
治療できなくなっちゃうじゃないですか

SPARCS Special Project for Awareness and Relief of Cancer Symptoms AOMORI

がん患者の痛みはどれくらい取れているのか？

強い痛みを訴えているのにオピオイドが処方されていない、  
痛みまま増量されていないことが少なからずあります。

基本的な痛みの治療が十分にされていないのはなぜでしょう？

必ずしも難治性とは言えない痛みが続くのはなぜでしょう？

痛みを訴える患者さんが最近減ったという感触が持てない……

がんの痛みの治療成績は良くなっているのか？

日本の医療用麻薬消費量はひいき目に見ても、頭打ち。

## 私の病気は“痛い”こと

## FACT

今でも「痛みが取れていない」という患者さんやご家族の  
声が続いています。一人ひとりの痛みやつらさの緩和を積  
み重ねる以外に方法はないと思います。

あるタイミングを決めてつらさを訊く。あるいは、一部の  
患者さんを選んで痛みや痛みの治療について訊くことで、  
痛みのある人の割合やオピオイド鎮痛薬の量や、使ってい  
る患者さんの割合などはわかるかもしれません。

しかし、訊かれなかった患者さんの痛みやつらさが取れる  
ことはありません

SPARCS Special Project for Awareness and Relief of Cancer Symptoms AOMORI

がん性疼痛治療の施設成績を評価する指標の妥当性を検証する研究  
施設単位での除痛率の測定法の開発と、除痛成績の改善

## ポイント

どの患者さんに痛みがあるかわかりますか？

## 青森県立中央病院SPARCS

Special Project for Awareness and Relief of Cancer Symptoms

入院した全がん患者を対象（平成24年度）

「痛みの有無・鎮痛薬服用・困っていること・

NRS」 etc

5月～6月(プレ期)

入院初日、8日目、15日目のみ質問

7月～9月(連続測定期)

毎日質問のみ

10月～

毎日質問+結果を医師にフィードバック

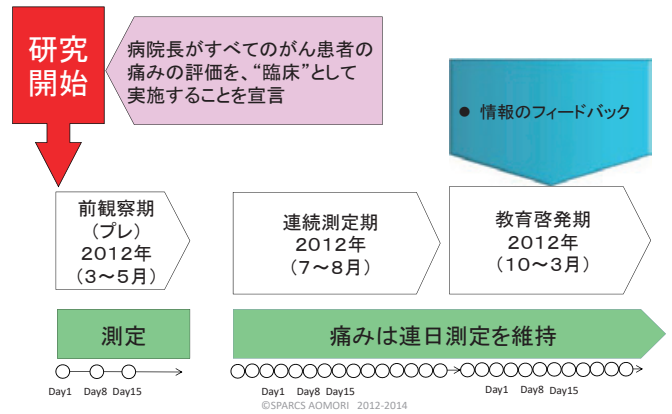
SPARCS Special Project for Awareness and Relief of Cancer Symptoms AOMORI

©SPARCS AOMORI 2012-2014



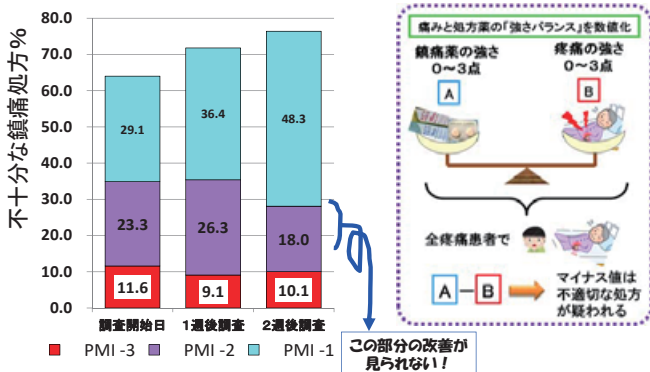
1. 痛みの治療が必要な患者を明らかにする。
  - 痛みがあっても訴えない患者がいる。
    - ➡ 全員に聴いてみないとわからない
  - 初回に痛みがなくても、後から痛みが生じることもある。
    - ➡ 1回だけのスクリーニングでは不十分
2. 痛みの治療が必要な患者には、適切な治療を提供。
  - 痛みの強さに応じた鎮痛薬を確認する。
    - ➡ 鎮痛薬の選択状況も痛みの評価の対象
3. 痛みの治療が適切に行われたかどうかを評価する。
  - 改善状況を可視化する
    - ➡ 目標達成までの繰り返しの評価が必要

## 痛みの聞き取りの実施



痛みの強さからかけ離れた鎮痛薬が処方されていた患者の割合  
(3回の追跡調査完遂164例のうち、BPIが解析可能であった 153例)

痛みの程度とWHOがん疼痛治療法に従った鎮痛薬のレベルの適切性の評価  
(強い痛みで鎮痛薬が処方できれば-3、NSAIDsでは-2、コデインでは-1となる)



## なぜ患者さんは痛みを訴えなかったのか？

- 聞かれなかったから言わなかった。
- 話すタイミングがなかった。
- 話しにくかった。
- わかってきていると思った。

## FACT

痛みのある患者さんは、“痛みを訴えるだろう”と考えがちです。  
痛みを訴えていない患者さんは“痛くないだろう”となってしまう。

SPARCS Special Project for Awareness and Relief of Cancer Symptoms AOMORI

## 普段の臨床を振り返る

痛み強さの評価は適切でしょうか？

SPARCS Special Project for Awareness and Relief of Cancer Symptoms AOMORI

NRSやVRS、フェイススケールは誰もが知っている筈。  
**本当に？**  
**では、**  
同僚の看護師や医師、どのように患者さんの痛みの問診をしているのか、聞いたことはありますか？  
聞き取り方を一緒に学んだことがありますか？

自分が聞きたいときに、聞きたいように、聞きたい順に患者さんに質問していませんか？

©SPARCS AOMORI 2012-2014

“痛み自制内”は痛みの評価？

Visual Analog Scale (VAS) © 2002 Team KANWA

No pain ————— Worst pain

数値による尺度

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

言葉による痛みの強さの尺度 (VRS)

痛みなしを「ゼロ」として、あなたが想像できる最高の痛みを「10」とすると、今の痛みはいくつですか？

フェイスペインスケール

小児患者では有用性が確立しているが  
成人では満足度などの影響が入ってしまいやすい

0 1 2 3 4 5

0 2 4 6 8 10

HAPPY FACE - SAD FACE SCALE

0 1 2 3 4 5

0 2 4 6 8 10

Pain Rating Scale © Astory

No Pain 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Pain

None Mild Moderate Severe

0 NO HURT 2 HURTS LITTLE BIT 4 HURTS LITTLE MORE 6 HURTS EVEN MORE 8 HURTS WHOLESLOT A BIT MORE 10 HURTS WHOLESLOT A LOT MORE

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No Symptoms Mild Symptoms Moderate Symptoms Severe Symptoms

“NRS10”をどう説明していますか？

1. この病気になって一番強い痛みを10として・・・
2. 我慢できない強い痛みを10として・・・
3. 人生で一番強かった痛みを10として・・・
4. 何もできない強い痛みを10として・・・
5. 最近一番痛かったときを10として・・・
6. 入院してきたときの激痛を10として・・・
7. レスキュー使う前の痛みを10として・・・
8. 想像できる最悪の痛みを10として・・・

NRSを説明する

痛みがない状態を「0（ゼロ）」とします。そして想像できるこの世の中で最悪の強さの痛みをイメージしてください。これ以上あり得ない激しい痛み、というイメージです。

最近経験した強い痛みなどにとらわれなくて、想像できる最悪の痛みをイメージしてください。そのイメージした最悪の痛みを「10」とします。難しく考えなくて、自分なりの想像で大丈夫です。

それでは、〇〇さんの今の痛みの強さは、今話したゼロから10の間の数字で表すといくつだと思いますか？  
数字は思ったままでいいです。今の痛みが治療でよくなって、数字が小さくなっていくことを確認するので、数字の大小はあまり心配しないで下さい。

SPARCS Special Project for Awareness and Relief of Cancer Symptoms ADMORI

米国議会は、痛みの研究と治療を促進し、痛みによる経済的損失を改善するための政策として「痛みの10年宣言」採択（2001年～2010年）。

過去のバイタルサイン 4 徴候（体温、血圧、脈拍、呼吸数）に加え、「痛み」を第 5 のバイタルサインとして評価する運動が推進された。

痛みの治療を受けることは患者の権利であり、痛みを治療することは医療者の義務であるとの意識が芽生えたとされている。

Painful Truth About Pain Screening

- 医師は、患者の 2 / 3 に痛みがあることを記録から認識
- しかし、中等度以上の痛みに対応したのは1/6のみ
- 医師には“看護師の痛み評価が正確”という認識がない
- 患者によるNRS評価（看護記録）を無視した理由は、
  - ①患者がこのままでよい 5 6 %
  - ②やることはやっている 3 5 %
  - ③医師は痛みなしと判断 2 6 %

医師は患者が痛まっているという事を聞きたがらない。  
更に、痛みが患者の生活を障害していることを理解しない。

VA Office of Research & Development, Health Services Research & Development Service Aug. 2012

FACT

痛みの強さ(NRS)を検温表に並べても痛みは改善しない

SPARCS Special Project for Awareness and Relief of Cancer Symptoms ADMORI

患者さんにとって痛みが取れるとは  
どういことでしょうか？



## 痛みの治療のゴール

目標がない痛みの治療は中途半端な鎮痛になりがち

## がん患者さんの痛みが取れるとは？

1. 痛みが無くなる、あるいは“0”になること？
2. 痛みを訴えなくなるということ？
3. 痛みの治療に満足しているということ？
4. 痛みが我慢できるくらいになること？
5. 痛みが生活に影響しないこと？

## 適切な鎮痛が得られているのかをどう聞く？

1. 痛みは落ち着いていますか？
2. 痛みは大丈夫ですか？
3. 痛み止めは今のままでいいですか？
4. 身の回りのことはできてますか？
5. レスキューは使わなくても大丈夫ですか？
6. 前より随分いいみたいですわ。
7. 調子よさそうですわ。

©SPARCS AOMORI 2012-2014

## 何となくOKにしていますか

1. 痛みは大丈夫です。
2. 楽になりました。
3. 前よりずっといいです。
4. 痛みは落ち着いています。
5. 我慢できる程度です。
6. 薬は今の量で大丈夫です。
7. レスキューなしで過ごせました。
8. おかげさまでお薬は効いています。

©SPARCS AOMORI 2012-2014

## 痛みの治療のゴールを明確にする

目標のない痛みの治療は  
中途半端になりがち

SPARCS Special Project for Awareness and Relief of Cancer Symptoms AOMORI

## 痛みの強さと、患者さんにどのように質問するのか

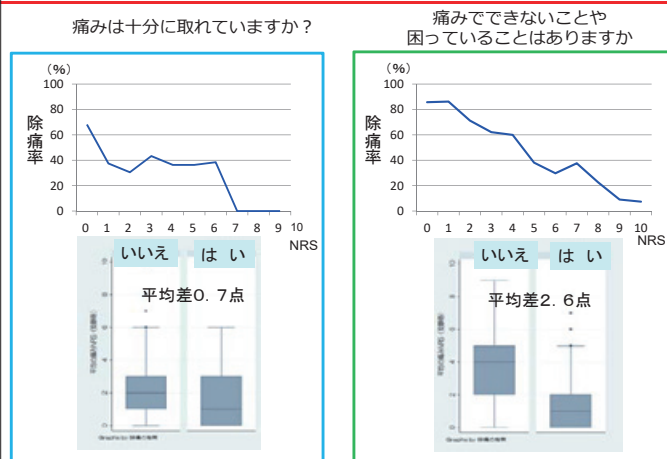
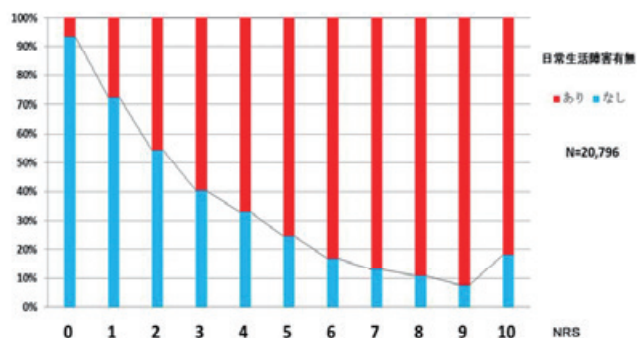


図1 全診療科：一日の平均の痛みと日常生活障害の比較



## 十分痛みが取れているかどうかは本人に聞く

痛みでできないことや、  
困っていることはありませんか？

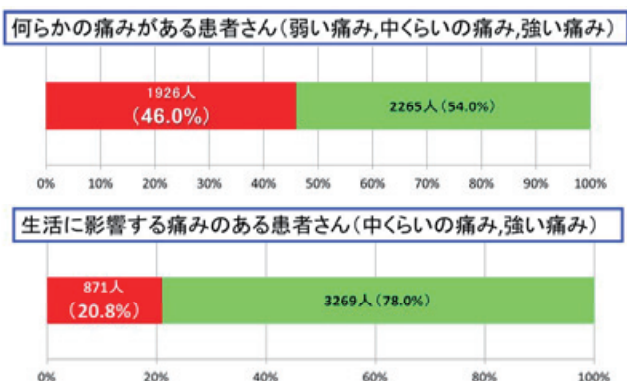
SPARCS Special Project for Awareness and Relief of Cancer Symptoms AOMORI

1. 痛みの治療が必要な患者を明らかにする。
  - 痛みでできないことや困っていることがある患者を明らかに。
  - 痛みがあっても訴えない患者がいる。
  - 入院時に痛みがなくても、後から痛みが生じることもある。
  - 痛みの治療が必要な患者を、見える形で担当医と病棟で共有
2. 痛みの治療が必要な患者には、適切な治療を提供。
  - 痛みの強さに応じた鎮痛薬が使われているのかを確認。
  - 痛みの治療の効果を、見える形で担当医と病棟で共有。
  - 副作用が、痛みの治療や生活の障害にならないように注意。
3. 痛みの治療が適切に行われたかどうかを評価する。
  - 患者の、痛みでできないことや困っていることがなくなる
  - 改善結果を、見える形で担当医と病棟で共有。
  - 施設単位での改善状況を可視化。

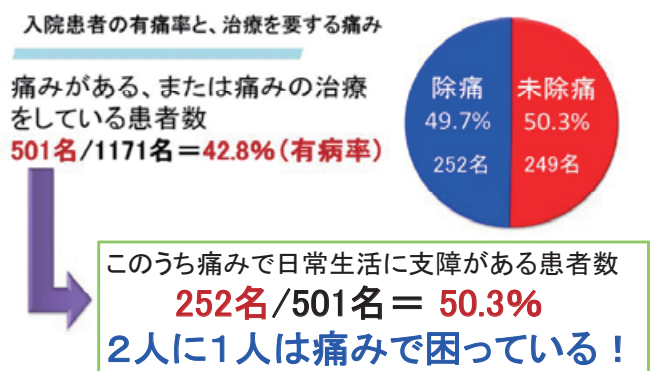


“すべてのがん患者”に訊くのは大変？

国立がん研究センター中央病院 外来初診時の痛み  
(2012年7月-2012年12月 4,191人)



がんの患者の入院時の痛み  
2012.5.22~2012.10.26青森県立中央病院入院患者

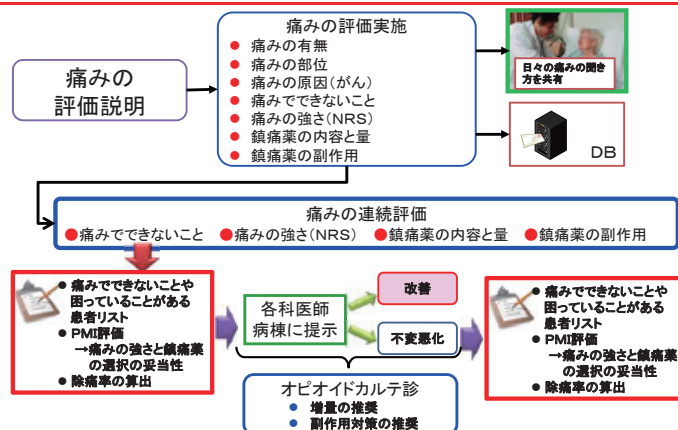


## FACT

1. がん診療連携拠点病院におけるがん患者の有痛率は40~50%
2. がん患者の20%では痛みの治療が必要  
(痛みでできないことや困っている患者割合)

SPARCS Special Project for Awareness and Relief of Cancer Symptoms AOMORI

## 除痛状況の把握を現場に生かす



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



痛みでできないことや困っていること

### 医師，病棟看護師へのフィードバックによる医療用麻薬消費量の変化

### 痛みで出来ない事や困っている事がある患者さんのリスト

こちらは下記調査日に痛みによって生活に何らかの支障がある患者さんのリストです。ご参照くださいますようお願いいたします。

診療科 外科(がん) 担当 10 名  
調査日 2014/11/11

No.	F-#	患者ID	患者氏名	困っていること	NRS最大値		痛みの原因	主治医
					安静時	動作時		
1	A	00175525		寝る、歩く	2	5	がん	
2	A	00093630		寝る、歩く、その他(詳しくあり) (OP)11/7	2	4	がん治療・検査	
3	A	09634033		排便 (OP)11/4	2	1	がん治療・検査	
4	B	01566585		歩く	3	4	がん治療・検査	
5	B	00003452		排便、歩く	3	3	がん治療・検査	
6	B	02375766		その他(詳しくあり) (OP)11/4	0	3	がん	
7	C	00551838		寝る (OP)10/20	3	7	その他	
8	C	01769694		寝る、歩く (OP)11/5	0	4	がん治療・検査	

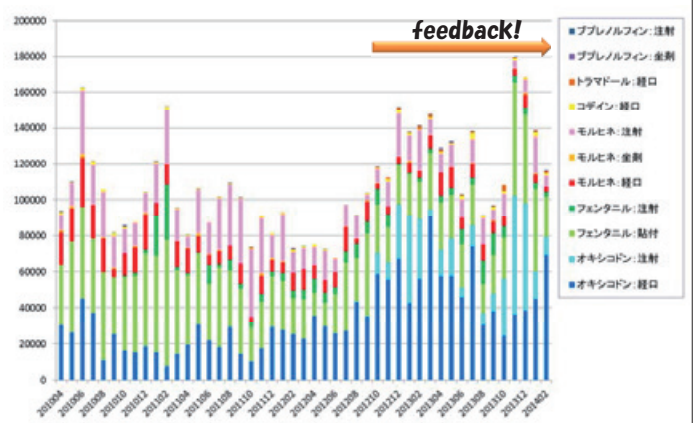
痛みでできないことや困っていることは？

痛みの場所や強さは？

痛み止めの内容や量、副作用を確認

〇〇さんが痛みで眠れていません。痛みの強さは“7”で数日間変わっていません。痛み止めは増やす必要があると思いますが、吐き気もあって、薬も飲みにくいようです。

### 入院がん患者における麻薬処方(2010.4~2014.2)



### がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針

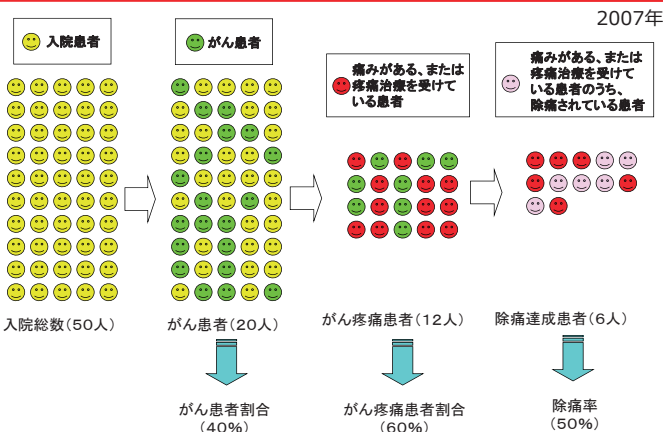
緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、がん診療に携わる全ての診療従事者により、以下の緩和ケアが提供される体制を整備すること。

- がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来及び病棟にて行うこと。また、院内で一貫したスクリーニング手法を活用すること。
- 緩和ケアチームと連携し、スクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備すること。

### 診断時からのスクリーニング

- 診断後、いつスクリーニングするのか？
  - 外来？
  - 入院時？
- 質問項目は？
- スクリーニングの頻度は？ 1回だけでいいのか？
- 結果を苦痛緩和に反映できるのか？
- 治療や療養途中で苦痛が出現した患者への対応は？
- スクリーニングデータを継続して使えるのか？

### がんの痛みの治療成績(除痛率の)をどう考えるか



### スクリーニング項目

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すか
3. だまっている時の一番強い痛みはいくつですか
4. その部位はどこですか
5. 何かした時に痛みが強くなりますか
6. その部位はどこですか
7. 昨日から今日にかけての痛みの平均の強さはいくつくらいですか
8. 体がだるいと感じますか
9. この1日でお通じはありましたか
10. 食欲はありますか
11. 口やのどが渇きますか
12. 吐き気や嘔吐がありますか
13. よく眠れましたか
14. 気持ちが落ち込んでいると感じますか
15. 不安やイライラを感じますか
16. 家庭や仕事、経済的なことで気持ちはありますか
17. そのことを相談できる人はいますか
18. 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



## じゃあスクリーニングのデータはどうなっているの？ そこから何が見えるのか

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  
榊原 直喜

1

## 本日の内容

- はじめに
- スクリーニングの実際
- データを見る
  - データをみる代表的な3つの視点  
「変化をみる」「比較してみる」「分けてみる」
  - 実際のデータをみてみる  
(班で行っている痛みのスクリーニング:除痛率の話を中心に)
- データ解釈の注意点
- スクリーニングのデータ活用
- まとめ

2

## はじめに

### 都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件

- 苦痛のスクリーニングの徹底
- 診断時から外来及び病棟での系統的な苦痛のスクリーニングの実施

### ねらい

- 患者の苦痛の拾い上げの強化
- 患者が苦痛を表現できる



緩和ケア  
の充実

3

## スクリーニングの実際

### 当研究班で行っているスクリーニング

- iPadなどのiOS端末を使用し全がん患者にスクリーニング  
⇒カルテなどの情報とスクリーニングデータを突合せ分析

### 収集データ(抜粋)

- 痛みで出来ないことや困っていることの有無とその内容
- NRS(安静時、体動時、平均、最大)
- 痛み以外の症状の有無(身体・精神、など)
- 薬剤データ

iOS導入していない施設でもスクリーニングしたデータを抽出して  
多施設のデータの分析も行っている

4

## スクリーニングの実際

スクリーンショット1: 調査日: 2016/10/04 外科  
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?  
[ ない ] [ ある ]

スクリーンショット2: 調査日: 2016/10/04 外科  
2.痛みによってできないことや困っていることはどんなことですか?  
[ 眠る ] [ 立つ ] [ 歩く ] [ 座る ] [ 飲食 ] [ 腕・肩の動き ] [ 起きる ] [ 排泄 ] [ 楽しみ ] [ 会話 ] [ 不安 ] [ 落ち込み ]

スクリーンショット3: 調査日: 2016/10/04 外科  
3.痛み以外に つらい症状はありませんか?  
[ ない ] [ だるい ] [ 食欲不振 ] [ 口の渇き ] [ 吐き気 ] [ 嘔吐 ] [ 排便 ] [ その他の症状 ]

青森県立中央病院医療情報部 三浦氏より提供

5

## スクリーニングの実際

スクリーンショット1: 調査日: 2016/10/04 外科  
3.痛み以外に つらい症状はありませんか?  
[ だるい ] [ 軽い ] [ 中ぐらい ] [ 強い ] [ キャンセル ] [ OK ]

スクリーンショット2: 調査日: 2016/10/04 外科  
3.痛み以外に つらい症状はありませんか?  
[ 排便 ] [ 便秘 ] [ 下痢 ] [ その他 ] [ キャンセル ] [ OK ]

スクリーンショット3: 調査日: 2016/10/04 外科  
3.痛み以外に つらい症状はありませんか?  
[ 消化器の症状 ] [ 呼吸器の症状 ] [ 尿路の症状 ] [ 皮膚の症状 ] [ 口腔粘膜関連 ] [ 全身症状 ] [ 精神・神経学的な症状 ] [ その他 ]

青森県立中央病院医療情報部 三浦氏より提供

6



## データを見る

### データをみる代表的な3つの視点

#### 「変化をみる」

- 今までと比べ、数値が上がったのか、下がったのか、変わらないのか？
- 同一条件で複数にわたってデータを収集し続けることが必要

#### 「比べてみる」

- 他と比べて、多いのか、少ないのか、変わらないのか？
- 同じ視点で、データを比較する必要がある  
(同じものさしで計らないと、比べたことにはならない)

#### 「分けてみる」

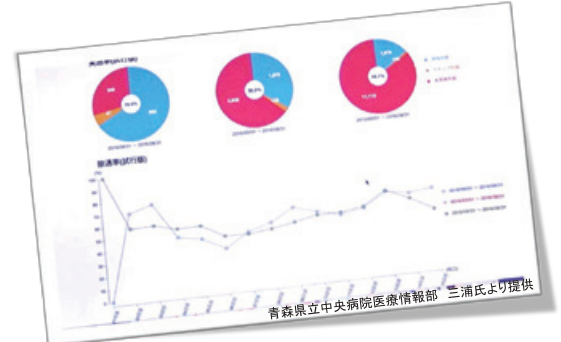
- データを全体でみるだけでなく、さまざまな視点で分解してみる。データからどのような情報を抽出したいかによって、さまざまな視点が考えられる。  
Ex. 年齢、性別、診療科など
- 何を知りたいかという目的により、さまざまな視点が考えられる
- 「変化をみる」に「分けてみる」を組み合わせることで、より深い分析もできる

7

## データを見る

### 実施のデータをみている

- 班で行っている痛みのスクリーニング：除痛率の話を中心に



8

## 除痛率とは？

「痛みでできないことや困っていることはありませんか？」

### ・ 痛みの治療中の人

+ 未治療で痛みで困っている人

	治療中	治療無し
痛みで困りあり	○	○
痛みで困りなし	○	-

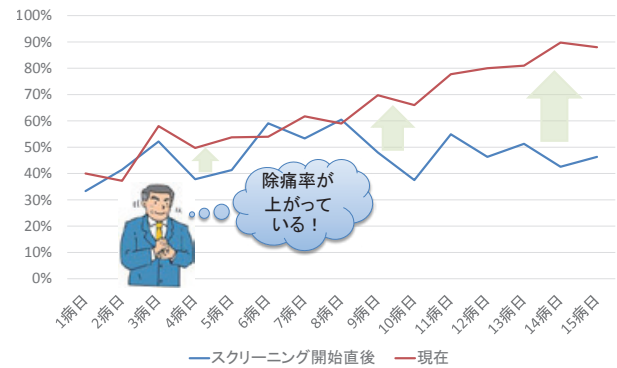
(そのうち:「痛みで困りなし」の割合が除痛率)

※痛みがあっても困っていない人は除痛対象外

9

## 「変化をみる」

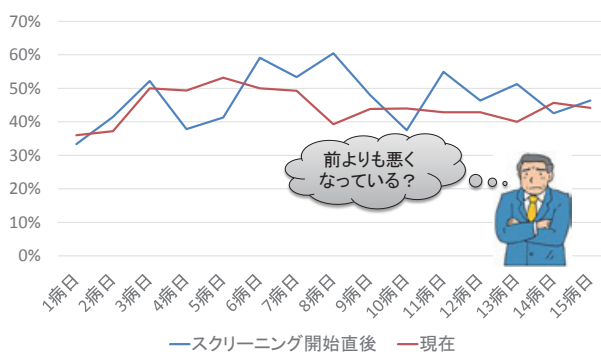
仮想A病院における入院後日数と除痛率の推移



10

## 「変化をみる」

実際のA病院における入院後日数と除痛率の推移



11

## 併せて知っておきたい！ 「スクリーニング実施率」の重要性

仮想A病院	実施率	実施件数	スクリーニング対象件数
スクリーニング開始	47.5%	7,795	3,700
現在	98.4%	3,766	3,827

実際のA病院	実施率	実施件数	スクリーニング対象件数
スクリーニング開始	47.5%	7,795	3,700
現在	56.6%	6,766	3,827

診療科	現在の実施率
A	52.3%
B	65.3%
C	27.9%
D	19.7%
E	72.5%
F	84.6%
G	59.5%
H	66.2%

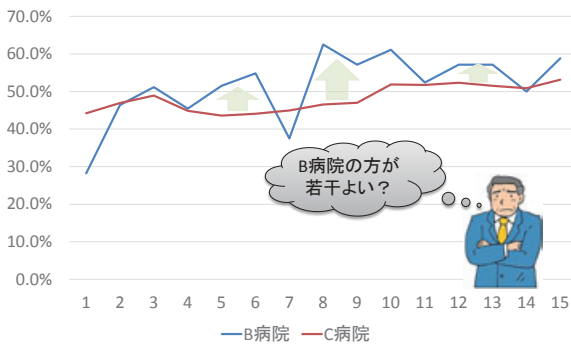
- どんなデータでも、「ターゲットはどんな人たちのか」「回答者がどんな人なのか」「どの程度の人が答えてくれたのか」ということを意識することが大切。
- ⇒ これらを明示していない結果は解釈や判断のしようがない。



12

## 「比べてみる」

入院後日数と除痛率の推移(施設間での比較)



13

## 「比べてみる」

日数	N (B病院)	除痛率 (B病院)	N (C病院)	除痛率 (C病院)
1	78	28.2%	570	44.2%
2	56	46.4%	571	46.9%
3	43	51.2%	558	48.9%
4	33	45.5%	709	44.9%
5	33	51.5%	725	43.6%
6	31	54.8%	742	44.1%
7	24	37.5%	694	45.0%
8	24	62.5%	595	46.6%
9	21	57.1%	564	47.0%
10	18	61.1%	534	51.9%
11	21	52.4%	487	51.7%
12	21	57.1%	451	52.3%
13	14	57.1%	398	51.5%
14	20	50.0%	350	50.9%
15	17	58.8%	301	53.2%
実施率	40%		80%	

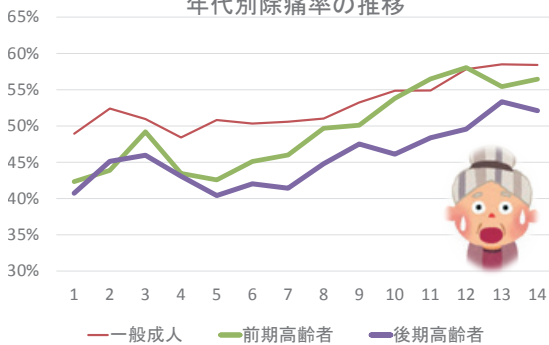
B病院:  
スクリーニングを始めたばかり  
スクリーニング実施率;低い  
データ数:少ない  
C病院:  
スクリーニングを始めて2年目  
実施率;高い  
データ数;多い  
その他;病院規模・機能、診療科、  
患者層等も2施設は異なっていた。

条件がバラバラ...  
(同じものさしで測れていない)  
⇒実は比較できない

14

## 「分けてみる」

年代別除痛率の推移



15

## データ解釈の注意点

- 「差がある」「差がない」と判断するのではなく、その差の意味を考えることが大切!
- データの制約条件や限界が基となって結果が示される。  
⇒それが何か、また、それが結果に与える影響を考えることが大切!
- 限定された情報から言える事は、1側面から言える結果(仮説)に過ぎない。  
⇒この仮説を補完するデータや対立する仮説となるデータを検討することで、新たな結果を導く。仮説の発見を繰り返すことで、現場に役立つ発見に!
- データが示す事実は、誰でも同様に読み取れるが、解釈は人によって異なる場合がある。(結果と解釈は、分けて記述する!)

16

## スクリーニングのデータ活用

- 自施設データや他施設のデータを経時的に見る意義
  - 除痛率の変化から施設全体・各部署の動向や課題を把握
  - 他施設のデータを見ることで外部の実態を把握
  - 目標設定の指標や向上心の維持など
- 施設間でのデータを見る際の注意点
  - 母集団が異なる
  - たとえば、がん性疼痛に限定しても病期・がん種が結果に影響する
  - 地域や施設の特徴(重症度、その他)の影響を受ける
  - スクリーニングの精度の影響を受ける
- 施設間でデータを見比べるに当たりより確かな情報を得るためには
  - 対象期間や特定部署の設定
  - 正確な患者数の把握
  - 病期、その他、条件を統一するために入手可能なデータ

17

## まとめ

- 自施設のスクリーニング結果は現状や問題点を把握し、改善の評価指標となしえる。
- しかし、どんなデータも、事実のある一側面を示しているにすぎない。データの特徴を把握しておく必要がある。
- データを比較する場合は様々な要因を考慮する必要がある。

18