

がん性疼痛に関する構成員の意見の取りまとめ (H24.5.30)

「がん診療に緩和ケアを組み入れた診療体制を整備する」ことについて

- ・がん性疼痛に対するスクリーニングはどの段階から、どこで、どのように行うべきか？

○実施時期

- ・治療開始から行う。
- ・がん患者が診断、治療のために訪れる外来、入院時から行う。
- ・がん診断時より、外来診療の一環として実施する。
- ・癌と診断された段階で外来受診の際に、医師もしくは予診をする看護師にて行う。
- ・患者さんが、はじめてがん拠点病院を受診した時、相談室において看護師あるいは薬剤師等が問診して行う。
- ・がんと診断された段階で。主治医となる医師の居る施設で、問診および簡易問診票で記録に残すことにより。
- ・主治医、看護師が、アセスメントの上で必要な段階で問い合わせを行う。
- ・外来患者においては外来受診間の疼痛評価も課題。
- ・外来化学療法中の患者を対象とする。

○診療のあり方

- ・がん性疼痛がどういう症状なのか、患者にはわからない場合もあるため不安を与えない配慮をしたうえで、起こり得る症状について情報提供を行う。
- ・痛みがなくても、がんと診断された時からがん診療に緩和ケアを組入れることによって、将来的に痛みが出現しても、患者にとって、予期できることになり、痛みの出現早期からの痛み治療が可能となり、結果的に、疼痛制御が容易。
- ・緩和ケアは本来疼痛のみならず、精神的ケアを含めた全人的ケアが必要である。従って、がんと診断された時点で緩和ケアが介入し、その中で疼痛をスクリーニングすることが理想である。がん性疼痛のスクリーニングを看護師を中心に行い、その情報をもとに医師ががん性疼痛か診断するべき。患者・家族からの医療者への上申も重要であろう。しかしながら、オピオイド導入時に薬剤部を介して緩和ケア担当に紹介されるのがよい現実的かもしれない。

○バイタルサインへの組み入れ

- ・がんと診断された時に、がん患者の進行度合いは初期～進行期など様々なので、一律、「がんと診断された時」から、呼吸・脈拍・血圧・検温に加え、「痛み」を定期的な観察項目に入れる。(5番目のバイタルサイン)
- ・5th バイタルサインとして電子カルテ等に組み入れる方法、数値でカットオフ決めて自動的に対処を決めるようにするというやりかたもある。

○ツールの開発

- ・がんと診断された時から、主治医などのプライマリーチームが簡便なツールを用いて行うべき（評価困難例は PCT と共に実施）だが、非常に労力がかかる一方で、先行研究からスクリーニングは患者アウトカムを変えないという研究結果が出ている。解決方法として、1）自記式のツール等を用いて行う 2）外来化学療法室において集中的に介入するといった方法がある。ツールは戦略研究で使用した（下と共通）、生活のしやすさに関する質問票とつらさの寒暖計でよいと思う。
- ・がんの診断時より緩和ケアが提供されることが推進されているので、がん診断時から定期的に「がん性疼痛」がスクリーニングされることが理想だが、スクリーニングの方法はいまだ確立されていない。スクリーニングは、どの段階で、どこで、どのようにスクリーニングすることが適切なのか、これを検証する臨床研究が必要。また、がん性疼痛のスクリーニングに焦点が当てられているが、がん性疼痛か非がん性疼痛か、がん性疼痛なら体性痛か内臓痛か神経因性疼痛か、それらの混合痛かの診断は専門家でないと難しいことが多い。疼痛を訴える患者に速やかに緩和ケアチームが介入できる体制を構築する方が急務と考える。スクリーニングのツールとしては国際標準の BPI（Brief Pain Inventory/簡易疼痛調査用紙）が挙げられるが、縮小版でも質問項目が多く、スクリーニングのツールとしては現実的ではないと考える。より簡便なツールの開発と、その妥当性を調べる臨床研究が必要である。

○その他

- ・がん性疼痛は、わが国の外来調査で診断から 3 ヶ月以内の患者のうち約 20%が週の半分以上疼痛に悩んでいるとの報告があり、診断時から対応が必要な症状である。一方、WHO 疼痛緩和法を用いても、約 20%の患者は除痛が難しいというデータがある。スクリーニングを定期的に行い、疼痛への一般的な対応を実施する観点からは緩和ケアチームにて身体症状を担当する医師の知識・技術の向上が重要であるが、同時に難治性疼痛に対してペインクリニシャンとの連携を充実させることも考える必要がある。また医師以外（看護師、薬剤師）が疼痛評価に関わることで、患者が疼痛について訴えやすくなる可能性がある（バリアに対する検討が必要）。
- ・スクリーニングという言葉、この施策で使うのがよいかどうかは一度検討をした方がよいかもしれない。スクリーニングとは、疾患が顕在化する前の初期段階で疾患を発見し、早期に対応することで治療成績を向上させ、予後を改善させる取り組み方を指す。がん性疼痛に対する問題点は、疼痛があるにも関わらず治療場面で気付かれず対応がなされない点にある（すでに顕在化しているのに問題として取り上げられていない）。

「身体的苦痛緩和のための薬剤の迅速かつ適正な使用を実践する」ことについて

- ・達成するための施策に関するご意見。

○診療制度

- ・保険査定の適正化。
- ・オピオイド薬価の引き下げ。
- ・疼痛緩和、支持療法に使用する薬剤について、ドラッグ・ラグの解消。
- ・疼痛に関しては「がん性疼痛緩和指導管理料」をすべての患者で加算できる体制をとれば、「麻薬の迅速かつ適正な使用を実践する」とに繋がると考えられる。その他の身体的苦痛については、がん診療拠点病院では緩和ケアチームに可能な限り早く依頼することで達成され则认为る。

○普及啓発

- ・WHO 方式で痛みが完全に消失すると言った現実とは異なる情報を訂正すること。除痛の程度にかかわらず患者の満足度を重視すること。鎮痛の目標を個々の患者によって決めること。
- ・オピオイドを使用しやすくする施策が必要なのはもちろんであるが、同時にオピオイドや鎮痛補助薬使用で誘発する有害事象であるせん妄に対する理解と適切な対応、患者家族への説明が欠かせない。基本的な緩和ケア技術の習得として、せん妄に対する啓発ならびに管理体制への支援（緩和ケア診療加算、リエゾン加算）が重要。

○評価指標

- ・痛みの大きさにより、薬剤の選択がなされるので、VAS や NRS などの測定では、主観的な評価は可能であるが、客観性のある評価も必要である。また、薬剤の選択には患者の適応性の問題も絡むので、副作用に注意して、継続的な使用を考えていくための指導も重要である。

○診療体制

- ・がん診療を行っている病院、及び拠点病院は、医療用麻薬を正しく理解し、患者の痛みに合った薬剤を使用できる常勤医師の確保。
- ・院内各科の医師が医療用麻薬を使用する際には、専門的緩和ケアの医師、もしくは緩和ケアチームとの連携を図る（名ばかりの緩和ケアチームはなくす）。
- ・疼痛コントロールが出来ていない場合、患者が直接緩和ケアチームにアクセスすることが可能な環境にする。

○研修

- ・緩和ケア研修会の継続開催、研修会修了者に対する継続研修会の開催。
- ・新規薬剤の適正使用に関する講習会や研修会を、ペインクリニック専門医や緩和医療専門医・暫定指導医などがトレーナーとなって全国で展開し、正しい知識と使用方法が周知されることが重要である。
- ・緩和医療研修など教育体制の充実、院内がん登録の整備と活用も重要。

○薬剤部の介入

- ・オピオイドや補助薬が導入された入院・外来患者の処方状況を薬剤部で把握し、使用法が不適切であったり、使用量が多い場合には緩和ケアへ連絡する体制を整える。

○地域連携

- ・地域医療機関からの専門的な緩和ケアの実施の要求にこたえるための地域緩和ケアコンサルテーションの実施。
- ・病院、診療所の薬剤部と地域保険薬局との連携を強化し、在宅医療の担い手の一員として地域の保険薬局薬剤師を活用する。
- ・入院期間はともかく在宅において身体的苦痛緩和のための薬剤使用がまだ不十分と感じている。従って、在宅における適正使用のための医師への教育、さらには看護師、薬剤師への教育が必要である。