

術後疼痛管理チーム（APS チーム）運営に関する実態調査結果のご報告

公益社団法人日本麻酔科学会
周術期管理チーム委員会
委員長 松本 美志也

2024年6月10日から2024年7月10日までの1ヶ月間、公益社団法人日本麻酔科学会認定病院を中心に術後疼痛管理チーム（APS チーム）運営に関してWEBアンケートを実施しました。認定病院1422施設と関連団体（※）に依頼を行い、948施設からご回答を頂いています。以下のページに項目別の集計結果を提示いたしますのでご参照ください。

※日本手術看護学会・公益社団法人日本臨床工学技士会・一般社団法人日本病院薬剤師会・公益社団法人日本口腔外科学会・日本術後痛学会

結果の概要

- ・術後疼痛管理チームを導入している施設は31%であり、導入していない施設でも30%の施設が編成中あるいはその予定がある。
- ・術後疼痛管理チームを導入している施設の94%で術後疼痛管理チーム加算が算定されている。
- ・術後疼痛管理チームの構成員の割合は多い順に、麻酔科医（25%）、病棟看護師（18%）、外科系医師（18%）、周術期管理チーム看護師（13%）などであった。
- ・導入に際しての障害は人員不足以外に必要なマンパワーに対して収益が見合わないなどがあった。
- ・術後疼痛管理の対象となっているのは経静脈的患者自己調節鎮痛法（iv-PCA）が38%、硬膜外麻酔が39%であり、持続末梢神経ブロックは17%であった。
- ・術後疼痛管理チームが直接指示を出せる施設は43%であった。
- ・自由記載の項目では、人員不足をあげている施設が多いものの、各病棟にリンクナースを設定し理学療法士も加えて早期離床が進んでいる施設や、疼痛管理が各病棟で統一され医療安全面のメリットを感じている施設もあり勇気づけられた。

今回のアンケート調査は、日本麻酔科学会麻酔科認定施設の代表専門医に依頼しました。2/3の施設から回答を得ることができ、かなり現状に近い情報を得ることができたと思っております。日本麻酔科学会は術後疼痛管理研修のプログラムを提供しており、その内容も毎年少しずつ更新しております。また、次版の周術期管理チームテキストでは、術後疼痛管理について学びやすい構成となる予定です。今後も日本麻酔科学会は術後疼痛管理のレベル向上に貢献してまいります。

ご多忙な臨床業務の中、ご回答頂きました皆様方に厚く御礼申し上げます。

目次

第 1 章 設問 1	3
1.1 設問内容	3
1.2 集計結果	5
第 2 章 設問 2	9
2.1 設問内容	9
2.2 集計結果	14
第 3 章 設問 3	32
3.1 設問内容	32
3.2 集計結果	32

全体概要

回答結果

項目	内容
回答期間	2024/6/10 ~ 2024/7/10
回答件数	948 件
目標件数	711 件 (認定施設数×50.0%)
目標達成率	133.3%
送付先認定施設数	1,422 件
送付先回答率	66.7% (回答件数/送付先件数)

第1章 設問 1

1.1 設問内容

I. 施設の基礎情報について教えてください。

I-1. 麻酔科認定施設番号（認定施設の場合）と施設名をご記入ください。

認定番号（認定施設の場合）【 】

施設名 【 】 ※認定施設でない場合は施設名のみ記載ください

I-2. アンケート回答者の属性とメールアドレスを選択してください。

- ① 麻酔科医
- ② 麻酔科医以外の医師
- ③ 看護師
- ④ 薬剤師
- ⑤ 臨床工学技士
- ⑥ 病院事務
- ⑦ その他【 】

メールアドレス：

※本アンケートで問い合わせがある際のみを使用します

I-3. 貴施設は以下のうちのどれに分類されますか？

- ① 総合病院
- ② 特定機能病院
- ③ 地域医療支援病院
- ④ その他【 】

I-4. 年間手術件数を教えてください。

- ① 500 件未満
- ② 501-1000 件
- ③ 1001-2000 件
- ④ 2001-3000 件
- ⑤ 3001-4000 件
- ⑥ 4001-5000 件
- ⑦ 5001-6000 件
- ⑧ 6001-7000 件
- ⑨ 7001-8000 件
- ⑩ 8001-9000 件
- ⑪ 9001-10000 件
- ⑫ 10001 件以上

I-5. 常勤の麻酔科医の人数を教えてください。

常勤麻酔科医とは週3日以上当該施設で臨床業務に従事する医師とします。

- ① 0 名
- ② 1-3 名
- ③ 4-6 名
- ④ 7-10 名
- ⑤ 11-20 名
- ⑥ 21-30 名
- ⑦ 31 名以上

1.2 集計結果

I. 施設の基礎情報について教えてください。

I-1. 麻酔科認定施設番号と施設名をご記入ください。

個人情報観点から、本ご報告書には記載致しません。

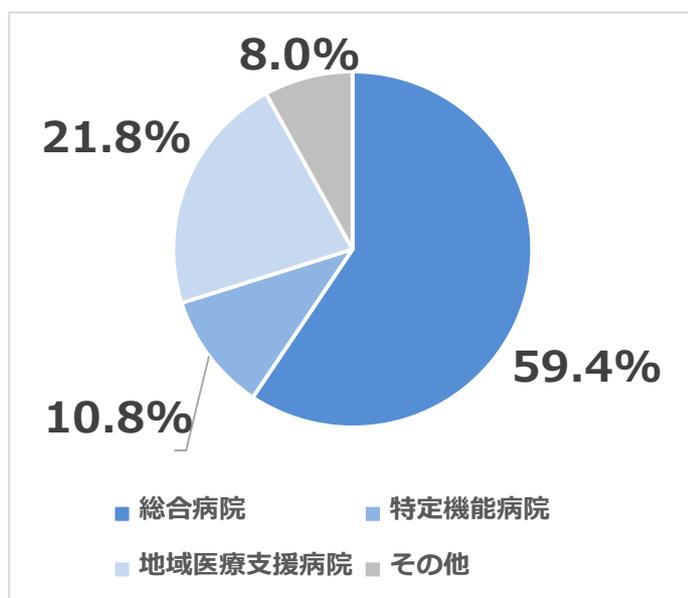
I-2. アンケート回答者の属性とメールアドレスを選択してください。

項目	回答数
麻酔科医	924
麻酔科医以外の医師	7
看護師	12
薬剤師	1
臨床工学技士	0
病院事務	2
その他	2
計	948

その他

No.	項目	件数
1	歯科医師	2

I-3. 貴施設は以下のうちのどれに分類されますか？



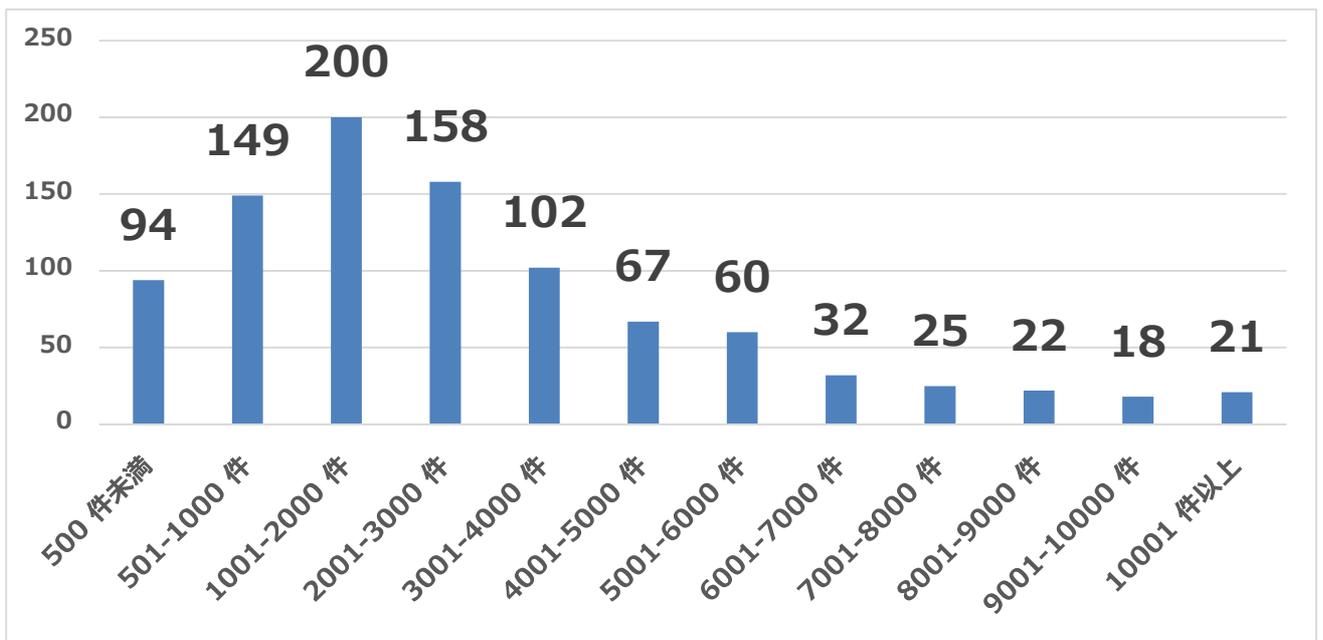
項目	回答数
総合病院	563
特定機能病院	102
地域医療支援病院	207
その他	76
計	948

その他

No.	項目	件数
1	一般病院	27
2	整形外科単科病院	3
3	循環器専門病院	2
4	救急告示病院	2
5	がん診療連携拠点病院	2
6	小児専門病院	2
7	社会医療法人	2
8	がんセンター	1
9	脊椎外科専門病院	1
10	周産期母子医療センター	1
11	総合周産期母子医療センター	1
12	特定領域がん診療連携拠点病院	1
13	精神科病院	1
14	一般急性期病院	1
15	泌尿器科、人工透析専門病院	1
16	救急病院	1
17	研究所附属病院	1
18	泌尿器科の単科病院	1
19	小児専門施設	1
20	リハビリ病院	1
21	ケアミックス	1
22	上記に該当しない二次救急病院	1
23	大学病院	1
24	専門病院	1
25	町立病院	1
26	公立病院	1
27	私立病院	1
28	民間病院	1
29	個人病院	1
30	病院	1
31	有床診療所	1
32	19 床の個人診療所	1
33	無床診療所	1
34	一般社団法人	1
35	医療法人財団	1
36	その他	5
37	不明	2
38	該当なし	1

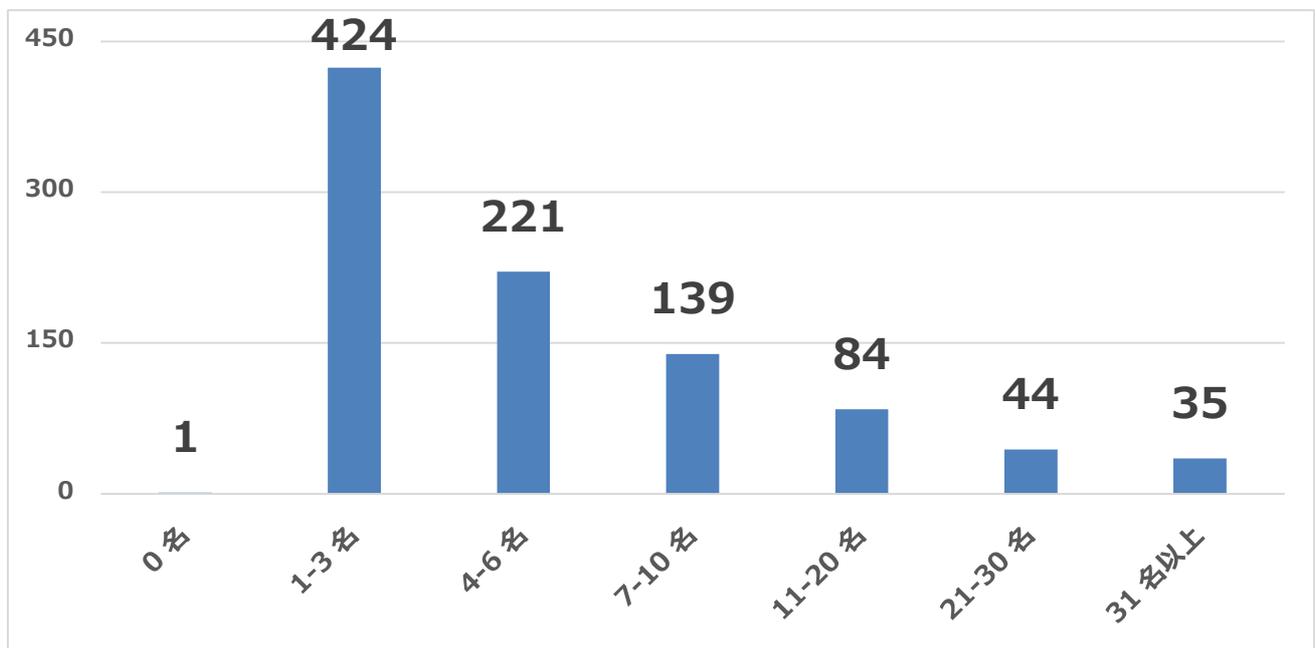
I-4. 年間手術件数を教えてください。

項目	回答数
500 件未満	94
501-1000 件	149
1001-2000 件	200
2001-3000 件	158
3001-4000 件	102
4001-5000 件	67
5001-6000 件	60
6001-7000 件	32
7001-8000 件	25
8001-9000 件	22
9001-10000 件	18
10001 件以上	21
計	948



I-5. 常勤の麻酔科医の人数を教えてください。

項目	回答数
0名	1
1-3名	424
4-6名	221
7-10名	139
11-20名	84
21-30名	44
31名以上	35
計	948



第2章 設問 2

2.1 設問内容

II. 術後疼痛管理チーム（APS チーム）の運営状況について教えてください。

II-1. 貴施設では術後疼痛管理を術後疼痛管理チーム（APS チーム）が行っていますか？

- ① はい
- ② いいえ

「いいえ」と答えた場合は、問 II-2～II-5 に回答してください。
「はい」と答えた場合は、問 II-6 に進んでください。

II-2. 問 II-1 で「いいえ」と答えた場合、貴施設で術後疼痛管理を行っている方を以下より選択ください。（複数選択可）

- ① 外科系医師（主治医）
- ② 外科系医師（病棟担当医）
- ③ 麻酔科医
- ④ その他【】

II-3. 問 II-1 で「いいえ」と答えた場合、貴施設で術後疼痛管理チームを編成する予定はありますか？

- ① 編成中
- ② はい
- ③ いいえ

II-4. 問 II-3 で「編成中」または「はい」と答えた場合、編成の妨げとなっている/なると思われる項目を以下から選んでください。（複数選択可）

- ① APS チームの編成に手間がかかる
- ② APS チームの編成方法がわからない（どのように始めれば良いかわからない）
- ③ 麻酔科医の人員不足
- ④ 外科系医師との連携（理解を得るのが難しい）
- ⑤ チームメンバー（看護師・薬剤師など）の理解が得られない
- ⑥ 術後疼痛管理チーム加算用研修のコストが高い
- ⑦ やりたいスタッフがいない（興味がない）
- ⑧ 経済的にコストがかかる（iv-PCA 機械など）
- ⑨ 術後 APS ラウンドの時間が取れない
- ⑩ その他【】

II-5. 問 II-3 で「いいえ」と答えた場合は、考えられる理由を以下から選んでください。

- ① 必要性を感じない
- ② 面倒だ
- ③ 外科系医師の協力が得られない
- ④ 病棟の看護師の協力が得られない
- ⑤ 人員が足りない
- ⑥ すでに術後疼痛がよくコントロールされている
- ⑦ その他【】

II-6. (この質問以降は II-1 で「はい」と答えた方が、回答してください。) 貴施設の術後疼痛管理チームのメンバーに該当する医療従事者を以下から選んでください。(複数選択可)

- ① 麻酔科医
- ② 外科系医師
- ③ 手術室看護師
- ④ 周術期管理チーム看護師
- ⑤ PAN
- ⑥ 病棟看護師
- ⑦ 薬剤師
- ⑧ 周術期管理チーム薬剤師
- ⑨ 臨床工学技士
- ⑩ 周術期管理チーム臨床工学技士
- ⑪ 栄養士
- ⑫ 事務員

II-7. 貴施設では、チームメンバーの麻酔科医は、どのように APS に関わっていますか。

- ① APS 業務(周術期管理を含む)を行う APS 専従の麻酔科医がいる
- ② 手術室の業務と並行で APS ラウンドも行っている APS 専任の麻酔科医がいる
- ③ その都度、APS 担当の麻酔科医が術後疼痛管理(回診を含む)を行う
- ④ その都度、APS 担当の麻酔科医が術後疼痛管理をオンコール体制で行う(主に OR にいながら他の APS チームメンバーからの連絡を受けて指示をし、必要に応じて対応)
- ⑤ 麻酔科医は(臨時雇用含め)関わっていない(在籍していない)

II-8. 貴施設では、APS チームの運営に対して術後疼痛管理チーム加算が算定されていますか？

- ① はい
- ② いいえ
- ③ 申請中
- ④ 予定していない

II-9. 貴施設では、術後疼痛管理チーム加算の対象となる平均件数を教えてください。

- ① 1日10件以下
- ② 1日11-20件
- ③ 1日21-30件
- ④ 1日31-40件
- ⑤ 1日41-50件
- ⑥ 1日51件以上

II-10. 貴施設のスタッフは、ルーチン的に痛みを評価し、記録していますか？

- ① はい、安静時のみ
- ② はい、安静時と体動時
- ③ いいえ

II-11. 貴施設では、術後疼痛管理プロトコル（指示、フローチャートなど）が使われていますか？

- ① はい
- ② いいえ

II-12. 問 II-11 で「はい」と答えた場合は、そのプロトコルには何が含まれていますか？以下から選んでください。（複数選択可）

- ① 疼痛管理の目標（例：NRS 3/4, VAS 40 以下、体動可など）
- ② 痛みがある強度以上の場合、「誰」に「いつ」連絡すれば良いかの指示
- ③ 鎮痛の薬物療法のアルゴリズム（指示）
- ④ 術式別の周術期疼痛管理
- ⑤ 多角的鎮痛法
- ⑥ 痛みの非薬物療法
- ⑦ 鎮痛薬の投与量、鎮痛法（iv-PCA、硬膜外麻酔、末梢神経ブロックなど）の調整に関する病棟スタッフへの指示
- ⑧ 副作用対策に関する指示
- ⑨ 合併症（硬膜外血腫の疑い、神経障害の疑いなど）対策に関する指示
- ⑩ リハビリテーションに関する指示
- ⑪ 抗凝固療法に関する指示
- ⑫ ERAS プロトコルの指示
- ⑬ 教育（チームメンバー、病棟スタッフ）などの必須化に関する決定項目

II-13. 病棟ラウンドはいつも問 II-6 で回答したメンバーで行っていますか？

- ① いつも全員で行う
- ② 時々全員で行う
- ③ 全員で行うことはあまりない
- ④ メンバーが別々に対象患者を見て、情報を共有している

II-14. 貴施設では APS チームによる術後疼痛管理は、どの科の患者が対象となっていますか？（複数選択可）

- ① 消化器外科
- ② 呼吸器外科
- ③ 肝胆膵外科
- ④ 心臓血管外科
- ⑤ 整形外科
- ⑥ 泌尿器科
- ⑦ 産婦人科
- ⑧ 耳鼻咽喉科
- ⑨ 脳神経外科
- ⑩ 形成外科
- ⑪ 小児外科
- ⑫ その他 [_____]

II-15. 貴施設で APS チームによる術後疼痛管理の対象となっているのはどのような患者ですか？（複数選択可）

- ① iv-PCA を使用中の患者
- ② 硬膜外カテーテルを使用中の患者
- ③ 持続末梢神経ブロックカテーテルを使用中の患者
- ④ 全ての術後患者

II-16. 貴施設で APS チームが術後疼痛管理で対象患者に関わっている日数を選んでください。（多数のパターンである場合は平均日数を選んでください）

- ① POD 0~1 (1 日)
- ② POD 0~2 (2 日)
- ③ POD 0~3 (3 日)
- ④ POD 0~4 (4 日)
- ⑤ 5 日以上

II-17. 貴施設では APS チームによる夜間・週末・祝日の術後疼痛管理は、どのように行われているか、以下より選んでください。

- ① 平日と同様に回診が行われている
- ② その時回診できるチームメンバーで回診が行われている
- ③ 当直麻酔科医（APS チームメンバーとは限らない）による回診が行われている
- ④ オンコール体制のみ
- ⑤ APS チームは関わっていない

II-18. 問 II-17 で「APS チームは関わっていない」と答えた場合は、その理由を選んでください。

- ① 人員不足のため（麻酔科医がいない）
- ② チームメンバー全員が揃わない
- ③ 病棟とのオンコール体制ができていない
- ④ 日中の管理が十分なので、夜間・週末・祝日の対応は必要ない
- ⑤ 病棟のスタッフの負担が大きいため
- ⑥ その他【】

II-19. 貴施設における術後疼痛管理の指示の出し方について教えてください。

- ① APS チームは直接指示を出せる
- ② APS チームの提案をもとに主科が指示を出す

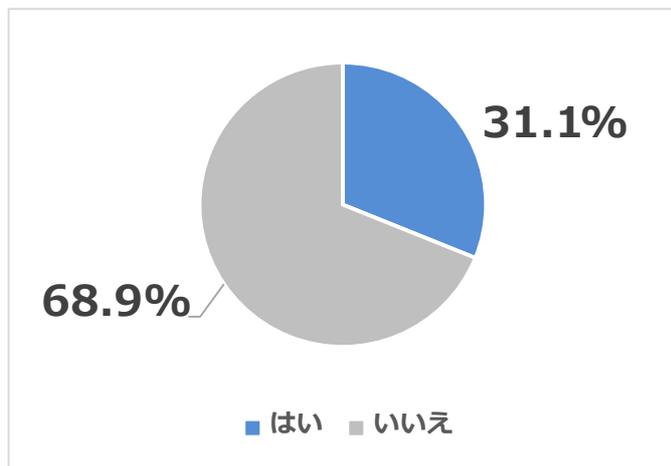
II-20. 貴施設の APS チームの編成と維持で障害になったことは何ですか？（複数選択可）

- ① APS チームの編成に手間がかかった
- ② 麻酔科医の人員不足
- ③ 外科系医師との連携（理解を得るのが難しい）
- ④ チームメンバー（看護師・薬剤師など）の理解が得られない
- ⑤ チームメンバーの役割分担が明確ではない
- ⑥ スタッフ（チームメンバー、病棟スタッフを含む）教育が面倒だった
- ⑦ スタッフのモチベーションの維持
- ⑧ 経済的にコストがかかった（iv-PCA 機械など）
- ⑨ 術後 APS ラウンドの時間が取れなかった
- ⑩ 施設の理解が得られなかった
- ⑪ 他部門とのコミュニケーションがうまくいかなかった
- ⑫ その他【】

2.2 集計結果

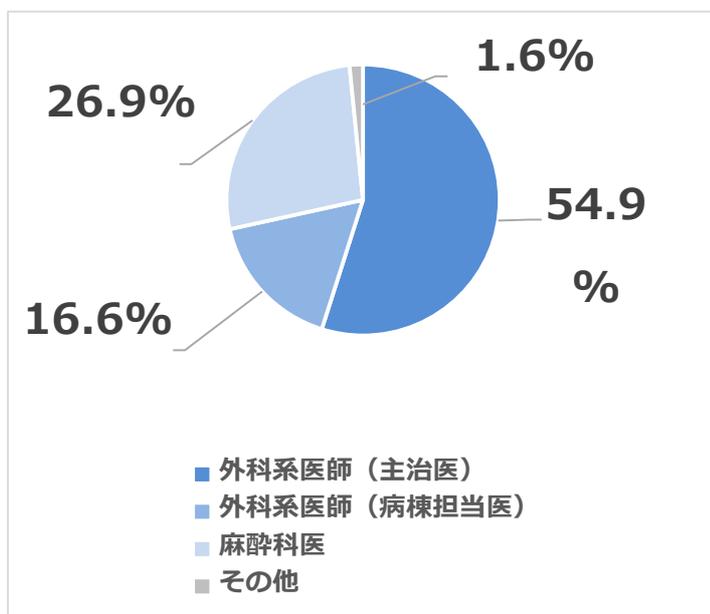
II. 術後疼痛管理チーム（APS チーム）の運営状況について教えてください。

II-1. 貴施設では術後疼痛管理を術後疼痛管理チーム（APS チーム）が行っていますか？



項目	回答数
はい	295
いいえ	653
計	948

II-2. 問 II-1 で「いいえ」と答えた場合、貴施設で術後疼痛管理を行っている方を以下より選択ください。（複数選択可）

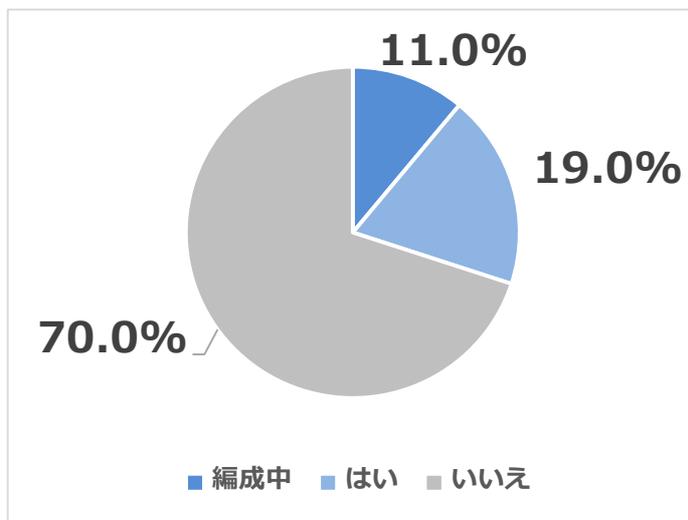


項目	回答数
外科系医師（主治医）	594
外科系医師（病棟担当医）	180
麻酔科医	291
その他	17
計	1,082

その他

No.	項目	件数
1	看護師	4
2	病棟看護師	2
3	PACU 担当看護師	1
4	特定看護師	1
5	麻酔科特定看護師	1
6	手術室勤務特定行為看護師	1
7	緩和ケア専従医	1
8	総合医	1
9	薬剤師	1
10	一部麻酔科医 その他外科担当医 麻酔科医に移行中	1
11	主科（小児神経、神経内科）	1
12	集中治療医 新生児内科医	1
13	小児科医	1

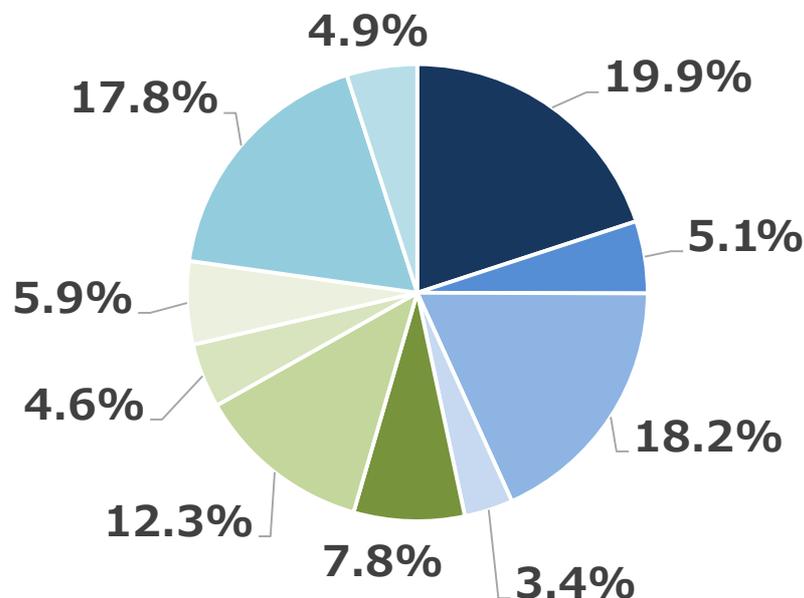
II-3. 問 II-1 で「いいえ」と答えた場合、貴施設で術後疼痛管理チームを編成する予定はありますか？



項目	回答数
編成中	72
はい	124
いいえ	457
計	653

II-4. 問 II-3 で「編成中」または「はい」と答えた場合、編成の妨げとなっている / なると思われる項目を以下から選んでください。（複数選択可）

項目	回答数
APS チームの編成に手間がかかる	105
APS チームの編成方法がわからない（どのように始めれば良いかわからない）	27
麻酔科医の人員不足	96
外科系医師との連携（理解を得るのが難しい）	18
チームメンバー（看護師・薬剤師など）の理解が得られない	41
術後疼痛管理チーム加算用研修のコストが高い	65
やりたいスタッフがいない（興味がない）	24
経済的にコストがかかる（iv-PCA 機械など）	31
術後 APS ラウンドの時間が取れない	94
その他	26
計	527



- APS チームの編成に手間がかかる
- APS チームの編成方法がわからない（どのように始めれば良いかわからない）
- 麻酔科医の人員不足
- 外科系医師との連携（理解を得るのが難しい）
- チームメンバー（看護師・薬剤師など）の理解が得られない
- 術後疼痛管理チーム加算用研修のコストが高い
- やりたいスタッフがいない（興味がない）
- 経済的にコストがかかる（iv-PCA 機械など）
- 術後 APS ラウンドの時間が取れない
- その他

その他

No.	項目	件数
1	薬剤師の人員不足	11
2	既に編成しているが、実際の活動は現在1例のみで今後、軌道に乗せる予定	1
3	現時点で看護師・薬剤師・麻酔科医各1名ずつしか関与できず明らかに人員不足。その上病棟看護師教育や外科系医師への根回し、パス修正などの課題がある。そのため、チーム構想から数か月経過しているが進捗が遅い。	1
4	看護師と薬剤師が通常業務多忙のため研修を行う時間がない	1
5	加算が安いとため病院が非協力的	1
6	得られるメリットに比べて、準備（研修費用）手間、必要人数が多すぎる。	1
7	麻酔科以外のスタッフ不足	1
8	研修終了した看護師が退職し、後任が未受講	1
9	担当する看護師および看護師のマンパワー不足および各々のその他病棟業務との調整が困難	1
10	APS チームメンバーとして、メディカルスタッフ（看護師、薬剤師）の人員確保困難	1
11	必要な研修がすんでいないため	1
12	医療スタッフ不足	1
13	現在、薬剤師、看護師の研修中	1
14	手間に見合う加算であるかどうか。他に取りたい加算や業務を優先している。編成に向けて看護師、薬剤師に向けた研修は行っている最中です。	1
15	薬剤師の経験年数不足	1
16	主治医の裁量を尊重している。	1

II-5. 問 II-3 で「いいえ」と答えた場合は、考えられる理由を以下から選んでください。

項目	回答数
必要性を感じない	27
面倒だ	3
外科系医師の協力が得られない	2
病棟の看護師の協力が得られない	4
人員が足りない	345
すでに術後疼痛がよくコントロールされている	51
その他	25
計	457

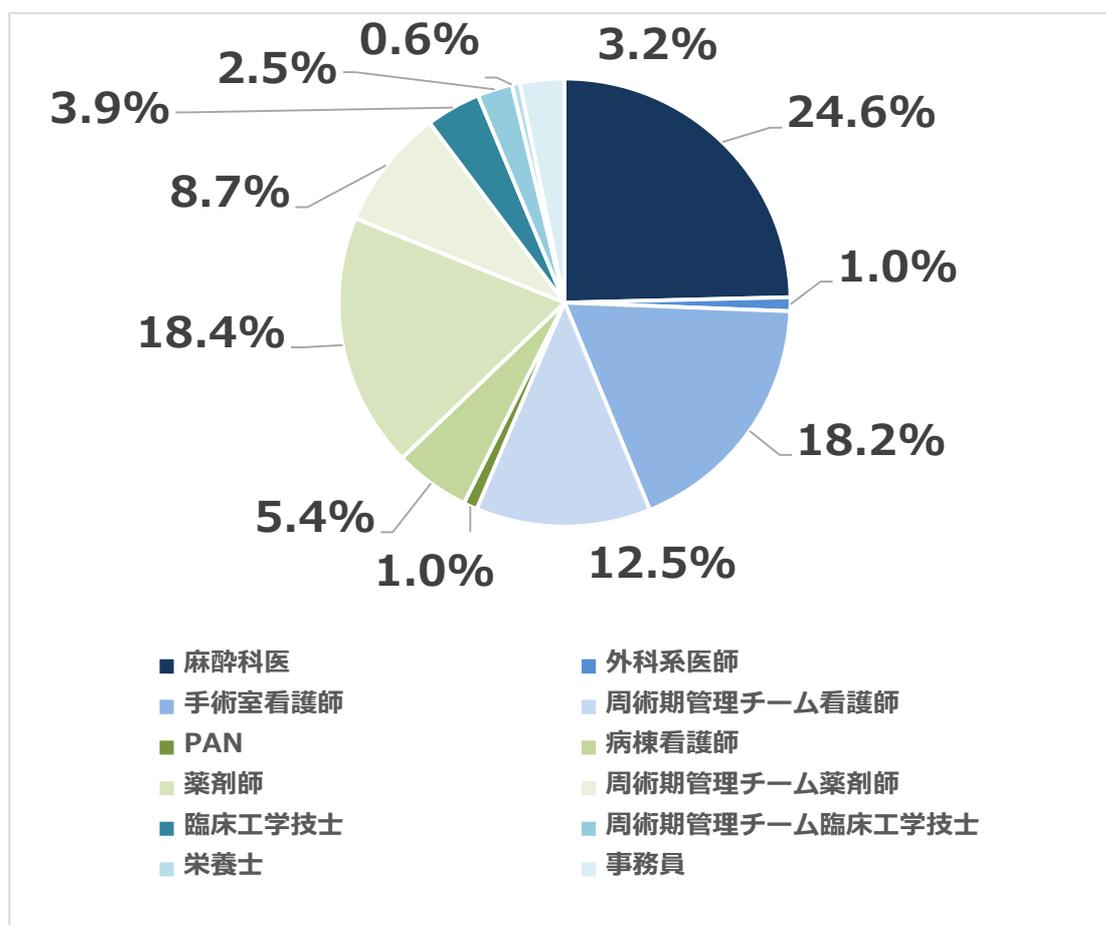
その他

No.	項目
1	他部署の協力が得られない
2	APS を行おうと申請したが、定期的に他病院で勤務しているため、常勤と認めらなかったため。
3	APS 対象患者となる患者の数が少ないと考えられる 人員の不足もあり
4	必要性は感じているが、編成しようという気運に欠けている。
5	編成中か分からない
6	マンパワーとコストが見合わない
7	常勤薬剤師不在のため。日帰りクリニックなので、手術対応麻酔科医が兼任して、PACU 担当看護師と術後疼痛管理を行っています。
8	近々廃院予定のため
9	編成を検討するのは、麻酔科ではない
10	編成しようとして上層部に訴えたが薬剤部の協力が得られないとして却下された。
11	加算対象となる症例が極端に少ないため
12	多忙などを理由にして薬剤師など病院スタッフの協力が得られない
13	労力の割には加算点数が低い
14	術後疼痛管理チーム加算の算定要件を満たすための専任薬剤師および専任看護師の配置が困難
15	現在資格保有者がいない
16	薬剤師の有資格者がいない
17	コストが合わない
18	周術期管理薬剤師がいない
19	常勤麻酔科医がいない
20	診療報酬が少ない
21	看護師および薬剤師不足
22	採算が合わない
23	手術室看護師と薬剤師は研修を受けているが、ME は研修を受けられていない。
24	薬剤師の協力が得られない
25	2 年後に合併を控えている

II-6. (この質問以降は II-1 で「はい」と答えた方が、回答してください。)

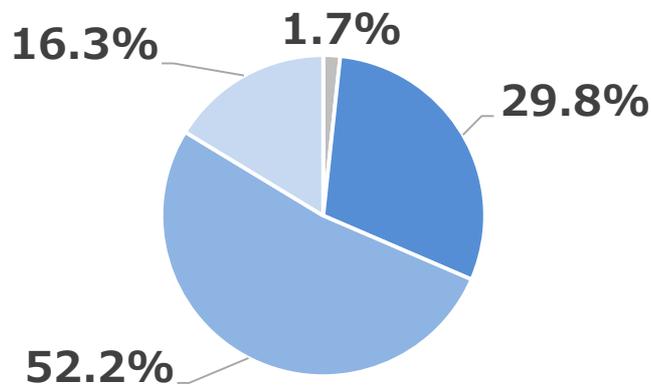
貴施設の術後疼痛管理チームのメンバーに該当する医療従事者を以下から選んでください。(複数選択可)

項目	回答数
麻酔科医	295
外科系医師	12
手術室看護師	218
周術期管理チーム看護師	150
PAN	12
病棟看護師	65
薬剤師	220
周術期管理チーム薬剤師	104
臨床工学技士	47
周術期管理チーム臨床工学技士	30
栄養士	7
事務員	38
計	1,198



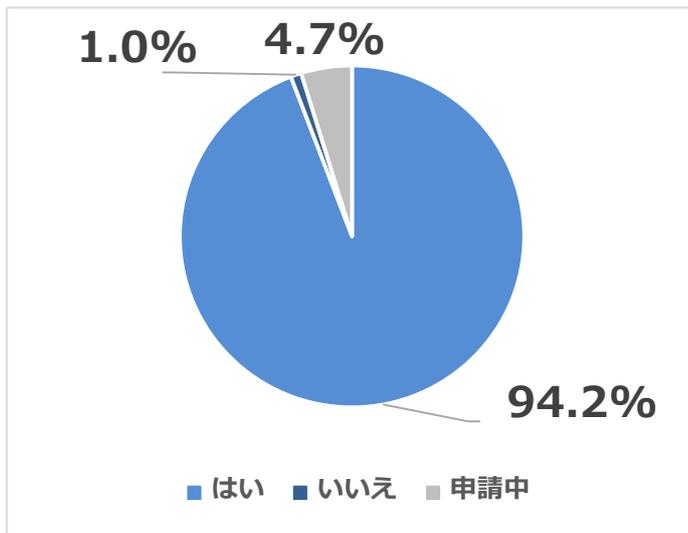
II-7. 貴施設では、チームメンバーの麻酔科医は、どのようにAPSに関わっていますか。

項目	回答数
APS 業務（周術期管理を含む）を行う APS 専従の麻酔科医がいる	5
手術室の業務と並行で APS ラウンドも行っている APS 専任の麻酔科医がいる	88
その都度、APS 担当の麻酔科医が術後疼痛管理（回診を含む）を行う	154
その都度、APS 担当の麻酔科医が術後疼痛管理をオンコール体制で行う（主に OR にいながら他の APS チームメンバーからの連絡を受けて指示をし、必要に応じて対応）	48
麻酔科医は（臨時雇用含め）関わっていない（在籍していない）	0
計	295



- APS 業務（周術期管理を含む）を行う APS 専従の麻酔科医がいる
- 手術室の業務と並行で APS ラウンドも行っている APS 専任の麻酔科医がいる
- その都度、APS 担当の麻酔科医が術後疼痛管理（回診を含む）を行う
- その都度、APS 担当の麻酔科医が術後疼痛管理をオンコール体制で行う（主に OR にいながら他の APS チームメンバーからの連絡を受けて指示をし、必要に応じて対応）

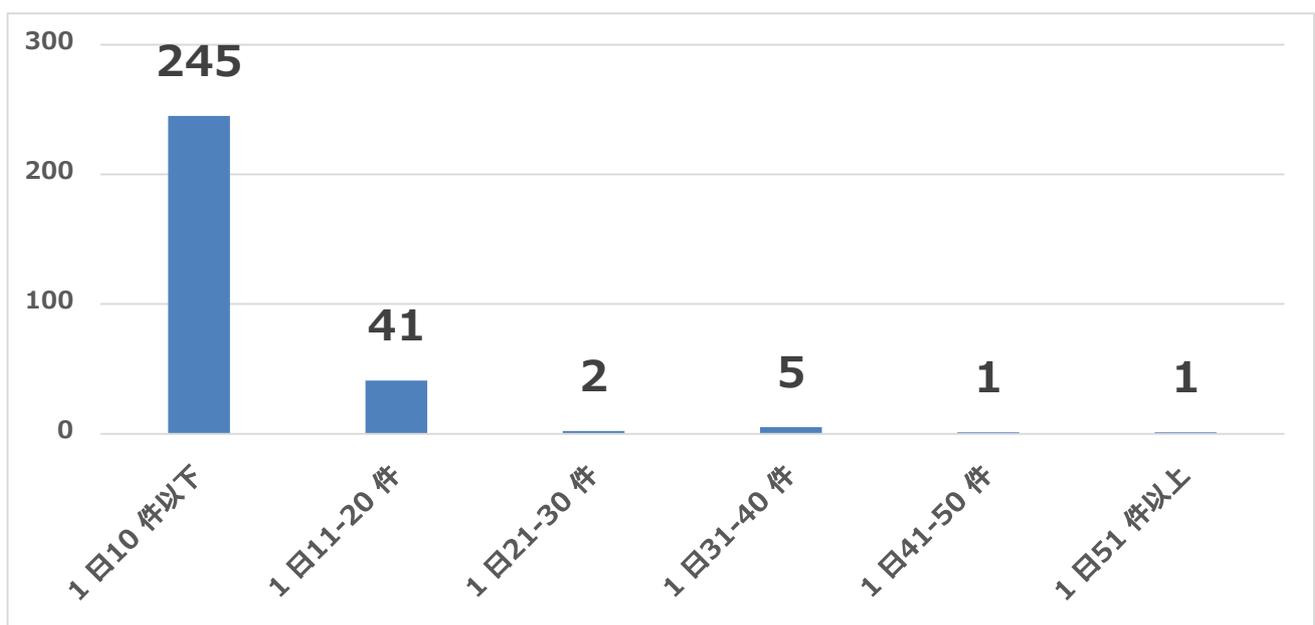
II-8. 貴施設では、APS チームの運営に対して術後疼痛管理チーム加算が算定されていますか？



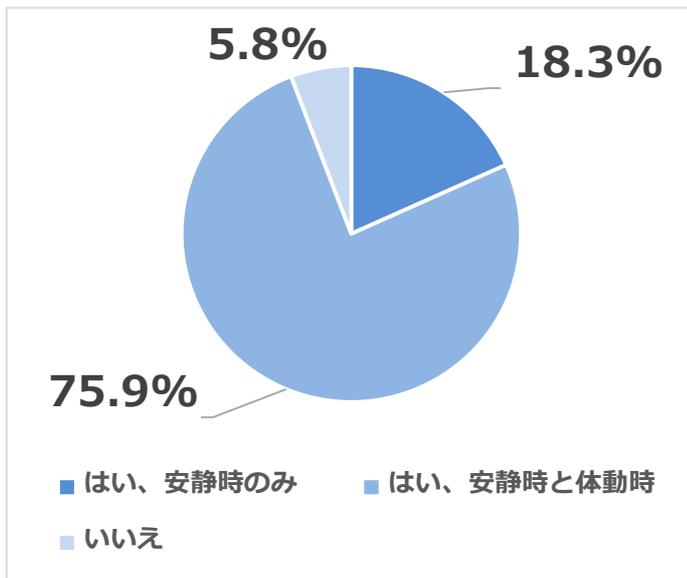
項目	回答数
はい	278
いいえ	3
申請中	14
予定していない	0
計	295

II-9. 貴施設では、術後疼痛管理チーム加算の対象となる平均件数を教えてください。

項目	回答数
1 日 10 件以下	245
1 日 11-20 件	41
1 日 21-30 件	2
1 日 31-40 件	5
1 日 41-50 件	1
1 日 51 件以上	1
計	295

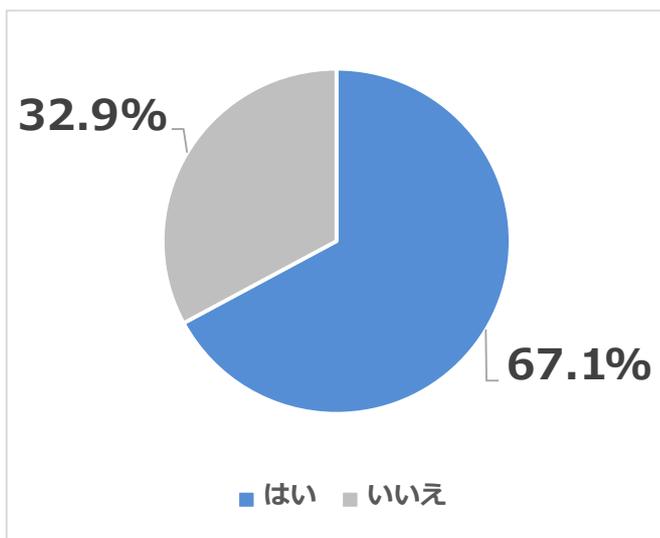


II-10. 貴施設のスタッフは、ルーチン的に痛みを評価し、記録していますか？



項目	回答数
はい、安静時のみ	54
はい、安静時と体動時	224
いいえ	17
計	295

II-11. 貴施設では、術後疼痛管理プロトコル（指示、フローチャートなど）が使われていますか？



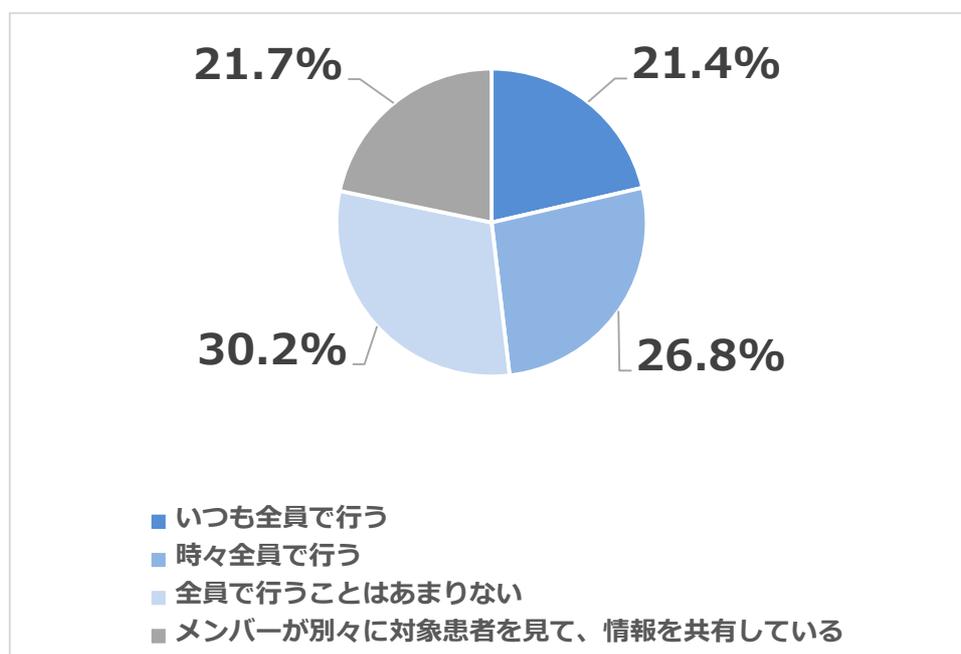
項目	回答数
はい	198
いいえ	97
計	295

II-12. 問 II-11 で「はい」と答えた場合は、そのプロトコールには何が含まれていますか？以下から選んでください。（複数選択可）

項目	回答数
疼痛管理の目標（例：NRS 3/4, VAS 40 以下、体動可など）	142
痛みがある強度以上の場合、「誰」に「いつ」連絡すれば良いかの指示	96
鎮痛の薬物療法のアルゴリズム（指示）	157
術式別の周術期疼痛管理	62
多角的鎮痛法	124
痛みの非薬物療法	9
鎮痛薬の投与量、鎮痛法（iv-PCA、硬膜外麻酔、末梢神経ブロックなど）の調整に関する病棟スタッフへの指示	135
副作用対策に関する指示	150
合併症（硬膜外血腫の疑い、神経障害の疑いなど）対策に関する指示	85
リハビリテーションに関する指示	4
抗凝固療法に関する指示	18
ERAS プロトコールの指示	5
教育（チームメンバー、病棟スタッフ）などの必須化に関する決定項目	12
計	999

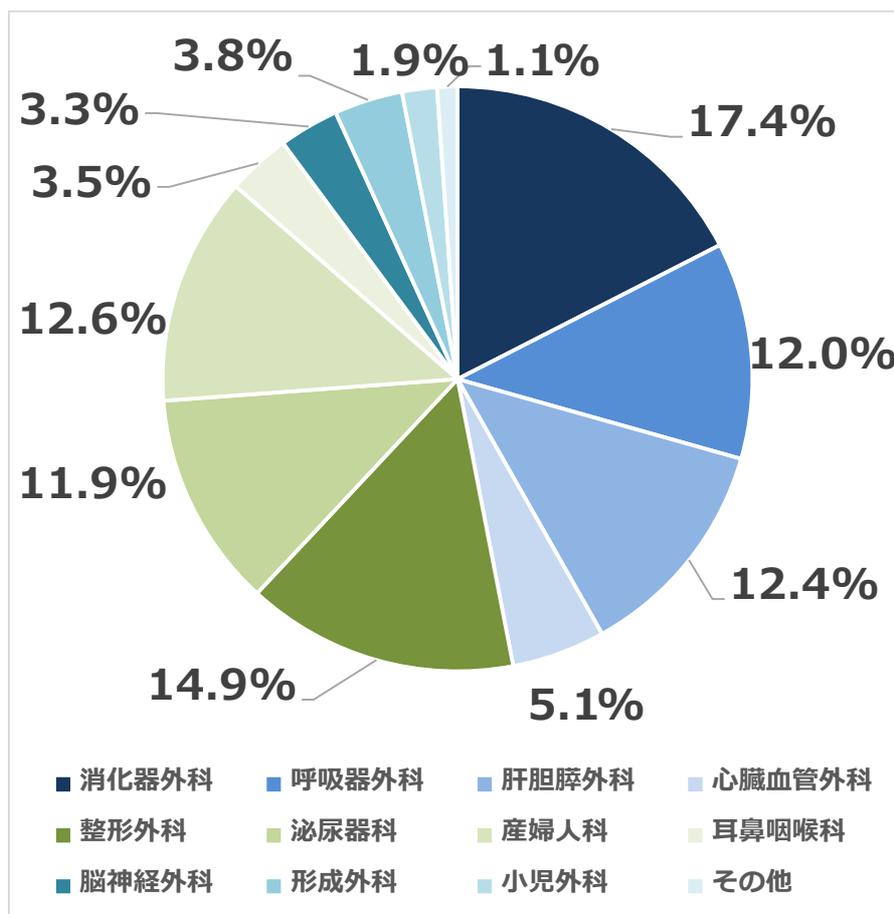
II-13. 病棟ラウンドはいつも問 II-6 で回答したメンバーで行っていますか？

項目	回答数
いつも全員で行う	63
時々全員で行う	79
全員で行うことはあまりない	89
メンバーが別々に対象患者を見て、情報を共有している	64
計	295



II-14.貴施設ではAPS チームによる術後疼痛管理は、どの科の患者が対象となっていますか？（複数選択可）

項目	回答数
消化器外科	265
呼吸器外科	182
肝胆膵外科	189
心臓血管外科	78
整形外科	227
泌尿器科	181
産婦人科	192
耳鼻咽喉科	53
脳神経外科	50
形成外科	57
小児外科	29
その他	17
計	1,520

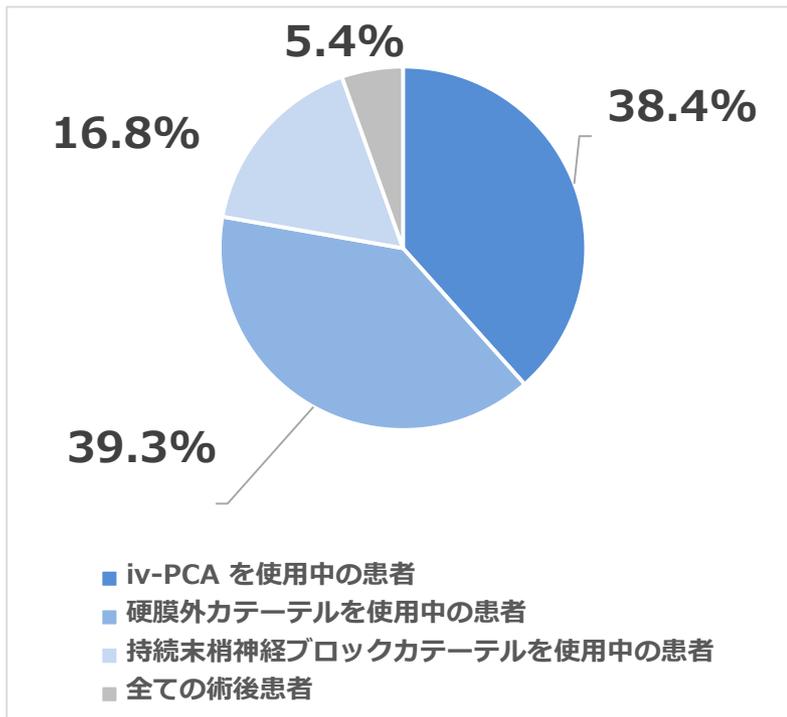


その他

No.	項目	件数
1	口腔外科	5
2	乳腺外科	4
3	皮膚科	3
4	産婦人科	1
5	泌尿器科	1
6	全て	1
7	救命救急科	1
8	歯科	1
9	形成外科	1
10	大腸外科	1
11	血管外科	1
12	産科	1
13	眼科など手術をする科全科	1
14	消化器内科(全身麻酔下内視鏡下粘膜剥離)	1
15	ICU 入室症例	1
16	ICU/HCU 入室患者のみ	1

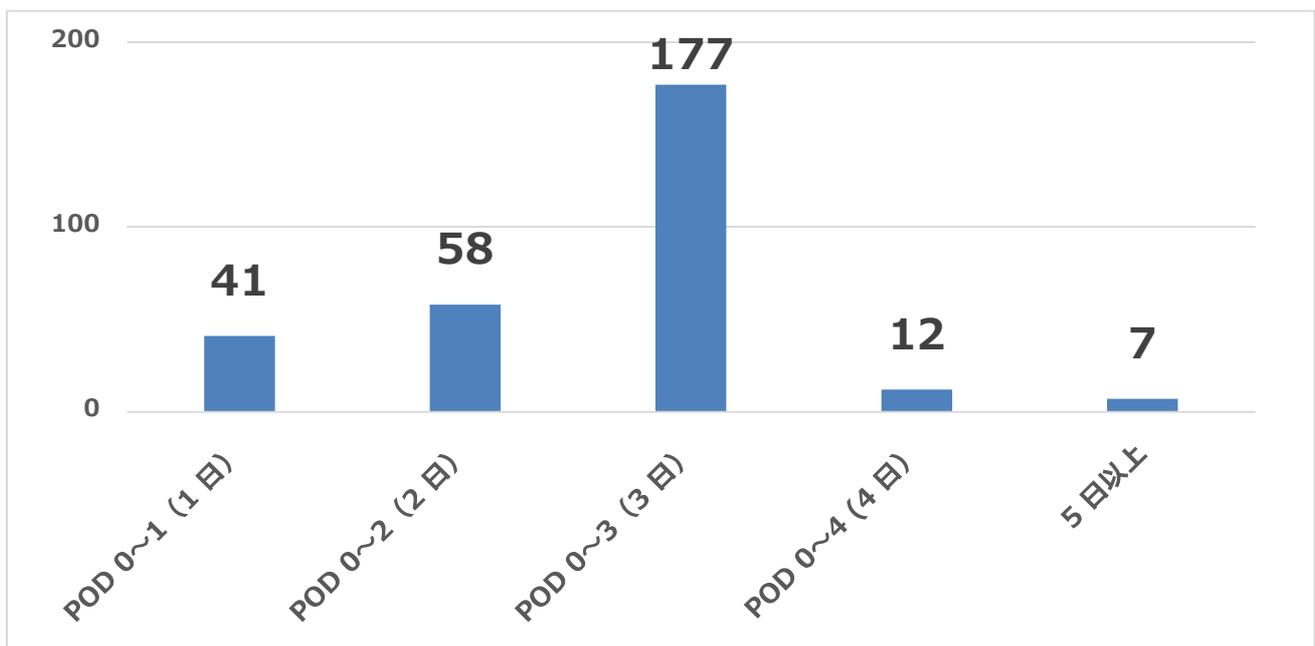
II-15. 貴施設で APS チームによる術後疼痛管理の対象となっているのはどのような患者ですか？（複数選択可）

項目	回答数
iv-PCA を使用中の患者	256
硬膜外カテーテルを使用中の患者	262
持続末梢神経ブロックカテーテルを使用中の患者	112
全ての術後患者	36
計	666



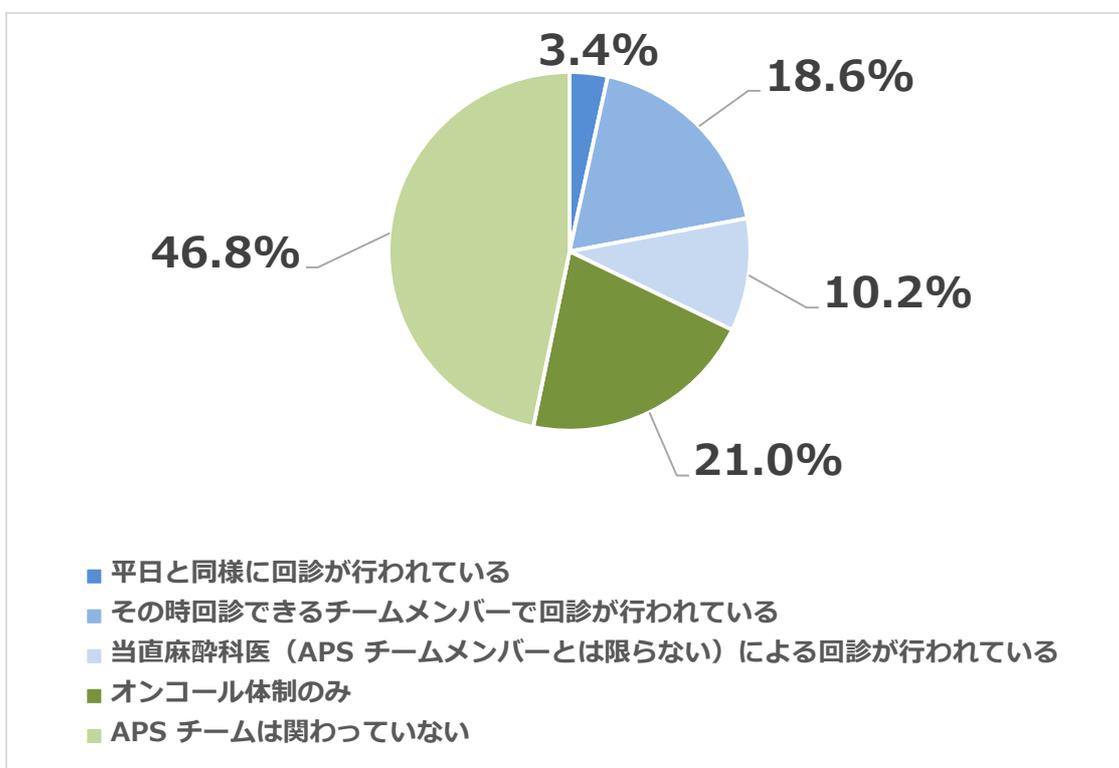
II-16. 貴施設で APS チームが術後疼痛管理で対象患者に関わっている日数を選んでください。（多数のパターンである場合は平均日数を選んでください）

項目	回答数
POD 0~1 (1 日)	41
POD 0~2 (2 日)	58
POD 0~3 (3 日)	177
POD 0~4 (4 日)	12
5 日以上	7
計	295



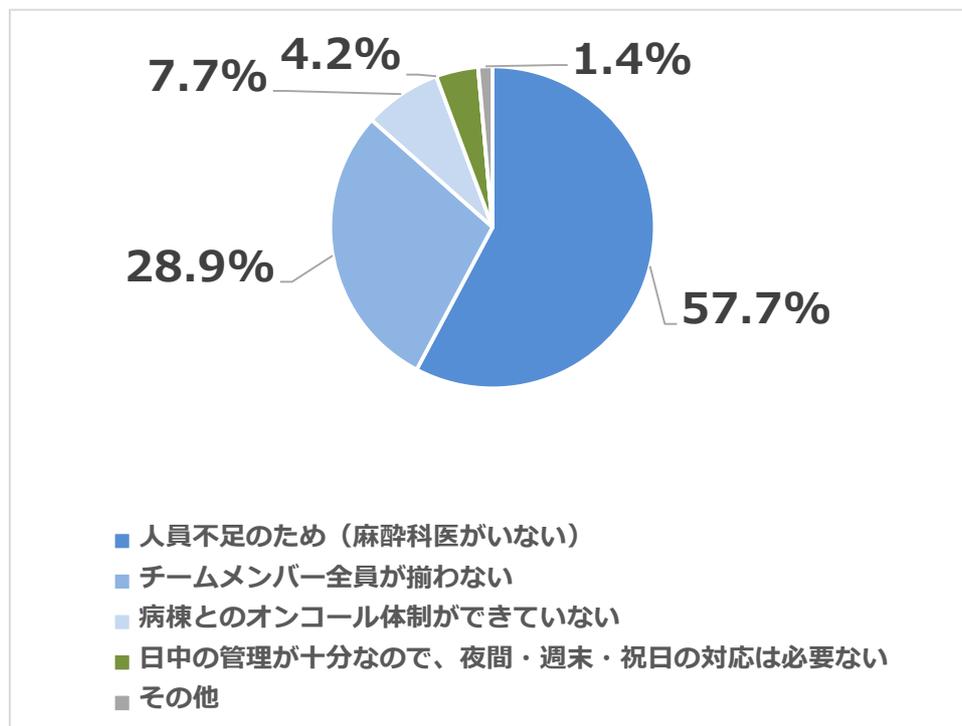
II-17. 貴施設では APS チームによる夜間・週末・祝日の術後疼痛管理は、どのように行われているか、以下より選んでください。

項目	回答数
平日と同様に回診が行われている	10
その時回診できるチームメンバーで回診が行われている	55
当直麻酔科医（APS チームメンバーとは限らない）による回診が行われている	30
オンコール体制のみ	62
APS チームは関わっていない	138
計	295



II-18. 問 II-17 で「APS チームは関わっていない」と答えた場合は、その理由を選んでください。

項目	回答数
人員不足のため（麻酔科医がいない）	82
チームメンバー全員が揃わない	41
病棟とのオンコール体制ができていない	11
日中の管理が十分なので、夜間・週末・祝日の対応は必要ない	6
病棟のスタッフの負担が大きいため	0
その他	2
計	142

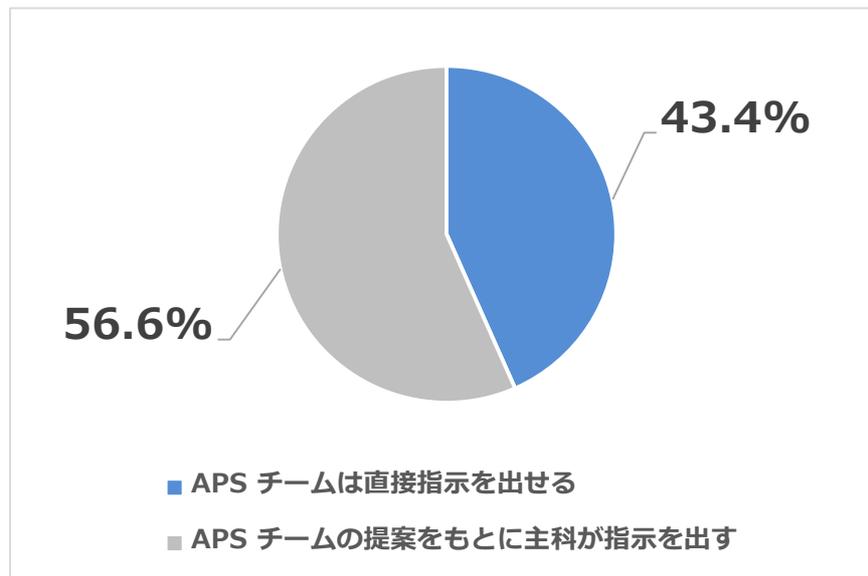


その他

No.	項目
1	算定コストが時間外の人件費に見合わないから
2	オンコール体制だが休日・祝日は緊急手術対応のみで術後疼痛対応のオンコール体制はとっていないため。

II-19. 貴施設における術後疼痛管理の指示の出し方について教えてください。

項目	回答数
APS チームは直接指示を出せる	128
APS チームの提案をもとに主科が指示を出す	167
計	295



II-20. 貴施設の APS チームの編成と維持で障害になったことは何ですか？（複数選択可）

項目	回答数
APS チームの編成に手間がかかった	94
麻酔科医の人員不足	156
外科系医師との連携（理解を得るのが難しい）	54
チームメンバー（看護師・薬剤師など）の理解が得られない	24
チームメンバーの役割分担が明確ではない	26
スタッフ（チームメンバー、病棟スタッフを含む）教育が面倒だった	65
スタッフのモチベーションの維持	49
経済的にコストがかかった（iv-PCA 機械など）	28
術後 APS ラウンドの時間が取れなかった	131
施設の理解が得られなかった	5
他部門とのコミュニケーションがうまくいかなかった	23
その他	37
計	692

その他

No.	項目	件数
1	特になし	12
2	薬剤師不足	3
3	資格取得にコストがかかりすぎる	2
4	保険点数の低さ	1
5	患者さん自身の意識改革に難渋（「我慢が必要」と思っている）した	1
6	看護師、薬剤師の人員不足	1
7	情報共有の徹底	1
8	メンバーが少なく（麻酔科以外）ラウンドがままならないので維持が大変	1
9	チームメンバーの不足、時間の不足	1
10	自発的に活動を続けてきたところ、加算が請求できるようになり、ようやく事務サイドの人員が配置された。病院の対応に不満が残った。	1
11	免許の取得	1
12	看護師・薬剤師の人員不足。研修時間および研修にかかる費用の捻出。	1
13	障害は一切、無かった。全て思いのままに実現・維持できている。	1
14	担当看護師の退職	1
15	お金の問題	1
16	特に問題なく編成でき維持できている	1
17	認定取得に関する研修費を出してもらうのに苦労する	1
18	病院が大きな組織であり、チーム始動までの手続きが煩雑だった（病院運営会議、事務部門との会議など）	1
19	麻酔科医以外の職種の人員不足	1
20	薬剤師の e-learning にコストと時間がかかった	1
21	事務がチームメンバーすべてに資格があると認識していたため（いまだにその認識である）	1
22	もともと常勤麻酔科医師 2 名が休日も含め毎日術後疼痛回診を行っていた。麻酔科医一名が定年を迎え、徐々に術後疼痛管理をタスクシフトして行った。特に障害になるものはなかった。	1
23	疼痛改善が術後合併症などで遷延した場合に、どこまで管理すればよいかの判断で回診患者が増えてしまうこと	1

第3章 設問3

3.1 設問内容

III. 貴施設の術後疼痛管理に関して、自慢できる点・改善できるところがありましたらお書きください。

3.2 集計結果

No.	項目
1	良いところ 手術室看護師，薬剤師の意欲が高い 改善が必要なこと 麻酔科マンパワーの都合で毎日は回診を行えない
2	麻酔科医は少人数でも、病棟看護師を中心とした APS となっている。 病棟スタッフがローテーションするので知識・技術のレベルを維持するのが難しい。
3	超音波ガイド下の神経ブロック、硬膜外麻酔など、可能な限りの区域麻酔を用いることによって、かなり質の高い術後鎮痛が得られている。術後に iv-PCA が必要となることもほとんどない。 改善すべきは、術後 2 日目以降の管理。麻酔科医の人員も十分ではなく、術後 2 日目以降の回診は十分に行えていない。
4	副作用対策まで対応できるチームで、スキルミクスによる対応が可能である。
5	チームメンバーの増員が出来ればさらに充実した活動が出来ると思われるが、人員確保に難渋しています。 メンバーを増員して対象患者さんを拡大できればと思っていますが、地方の医療機関では麻酔科医確保をはじめ人員確保に苦慮しているのが現実です。
6	主治医・執刀医が対応しているため、患者さんとの関係性が深い。 いろいろな事情をよくわかっている。 ただし疼痛管理のスペシャリストではないため、さらなる学習が必要である。
7	すでに周術期管理チームに手術室看護師、薬剤師、臨床工学技士がいたため、それぞれが e-ラーニングを終えた後、院内で残業して実地研修をし、比較的早くチームとして活動をはじめ、保健所への申請もスムーズに行う事が出来てありがたかったです。 今後も少しずつメンバーを増やしていくために研修費用や更新費用の負担を病院側と交渉する必要がありと考えています。 今年度はリハビリテーション部門とも連携できるよう、準備を進めています。
8	病棟ナースが硬膜外麻酔の流量を減らしたり止めたりして血圧を維持し、時にアセリオを点滴してマルチモーダルに疼痛管理ができることがある。
9	あと一人常勤の麻酔科医がいれば APS チームを編成して よりよい術後疼痛管理が行えると思いますが 地方の麻酔科医不足のため、当分増員の予定はありません
10	多職種チーム構成メンバー内、及び、関連診療科、病棟間でのコミュニケーションが良好であり、活動に対する理解を含め、業務が円滑に行われていること

No.	項目
11	早期から始められています。周術期管理の講習を受講済みのスタッフが多いです。
12	自慢できる点は、ない。高齢者、認知症の患者が多いため、単回のブロックなどを使っている。極力、カテーテルなどを減らしている。
13	外科系医師のなかに独自の術後疼痛管理をする人がいて、麻酔科医の進言どころか患者の訴えも聞こうとしない人がいるため、その方が引退するまで APS チーム導入は難しい状況なのですが、その 1 名を除いては外科系医師、病棟看護師は概ね協力的です。手術室看護師も麻酔科医とは別に術後訪問を行っていて、どちらかが気づいた点はお互いに共有し、主治医か病棟看護師に伝えて術後疼痛管理に活かしてもらっています。 薬剤師の術前訪問も行っており、持参した内服薬の整理、術後に予想される痛みや嘔気への対処を説明するなど、きめ細かい活動をしています。 現在、可能な限り行っているこれらの活動をベースに、将来的には APS チームを導入したいと考えています。
14	当院は大規模精神科病床数（約 800 床）を有する総合病院であることから、認知症を含めた精神疾患合併患者の手術症例が多数を占めている。それゆえ、開腹手術において、麻酔導入前に硬膜外カテーテル挿入に協力を得られないこともしばしばあり、術後鎮痛に難渋していた。このような患者に対して数年前から、麻酔導入後に脊髄くも膜下麻酔（モルヒネ使用）を併用してみたところ、術後急性期においては良好な鎮痛が得られている。今後さらに使用を進めていきたいと考えている。 エコーガイド下神経ブロックについては今後の課題である。
15	最近の動向として麻酔科医増員傾向であり 術前外来、術後回診に人員を割けるようになってきた。 aps チームを画策しているところである。
16	外科系担当医が主に疼痛管理を行っているが、関係性が密なため、相談しながら行えている。本来は APS チームを立ち上げたいが、現実的に難しそうであるため、現状維持となってしまう。
17	痛みが強いと考えられる症例に関しては、病棟看護師より麻酔科に相談があります。 APS のチームとしての編成はできませんが、当院では主治医、看護師、薬剤師ともすぐに相談できると考えています。 PCA ポンプの使用に関しては、麻酔科医師が薬剤を準備していますが、オーダーすることにより 薬剤師さんが薬剤をポンプにつめて準備してくださると助かると考えることがあります。
18	自慢できる点) 特にない 改善できる点) 外科系診療科は、全診療科とも 当院 麻酔科には 非常に協力的である。こちらが やると言えれば協力は得られるものと考えている。 麻酔科医が中心となる、術前検査や患者全身評価の術前管理システム、大きな意味での患者サービスシステムを構築していく構想があり、それには術後疼痛管理も含んでいる。 現在 少しずつ取り組みつつあるが、16 床ある集中治療業務（夜間勤務も含め）に加え、土日祝日、夜間の緊急手術の麻酔対応も 夜勤可能な麻酔科医師 13 人で行っているため、理想に近づく患者サービスを行うためには 麻酔科医のマンパワー不足が最重要課題となっている。タスクシフトを行うための特定看護師や診療看護師の人材育成と、システムで質や数を補填するような Dx 導入も重要と考えられる。 人材として優秀な SE を切望しているが、公立病院としての給与待遇等に改善の余地があれば、そこを目指していく必要があると考えている。

No.	項目
19	術後疼痛評価および対応方法が整備されておらず、各診療科任せになっているのが現状である。 NRS など簡便な疼痛評価を使用することから教育しなければならないと考えている。
20	APS を立ち上げたいが、特に薬剤師の協力が得られない
21	人員不足のため手術患者の 2~3 割のみへの対応となっているがスタッフの熱意により内容は充実している。 しかしマンパワーが改善されなければ継続も困難となるであろうと思われる状況である。
22	何とか APS チームが稼働しておりますが、IVPCA、Epi の患者を中心にしかフォローできていないのが現状です。
23	・各病棟にリンクナースを設定し、委員会という形で、回診メンバーと全病棟とのコミュニケーションを図っている。 ・理学療法士が 2 名チームに加わっており、リハビリでの体動時痛に対する PCA 使用の理解を深めるなど、早期離床につながっている。
24	早期のリハビリ開始に向けて、出来るだけ運動機能を維持出来る疼痛管理をしている
25	なし
26	高齢者が多い当院では主に IV-PCA にて術後疼痛管理を行っています。鎮痛薬の追加投与に関して、各科それぞれの術後プロトコルで施行され、その後検討されることもありません。人員が確保できれば、チーム運営でき、良い術後管理ができると思っています。
27	こじんまりとした病院のため回診はやりやすい。
28	編成することも検討しましたが、現在の麻酔科医人数とスタッフの人数では編成困難と判断し断念しました。
29	局所麻酔薬によるブロックを行うようにしている。
30	全身麻酔に加えて神経ブロック並びに術後 IVPCA を施行しているため 術後の疼痛の訴えは少ない 改善点として看護師が術後疼痛管理に関わってくるとより疼痛管理が充実すると思われる
31	外科担当医より相談を受けた場合に硬膜外カテーテル挿入やブロックを施行し退院後もペインクリニック外来にて経過をみております。
32	現在、APS チーム立ち上げ中です。
33	術後の嘔気、嘔吐に苦しむ患者数が減ったことは良いことだと思います。
34	パラメディカルの積極的関与画でくるよう改善したい。
35	常勤医 4 名中 3 名がペインクリニック専門医で外来を担当しているため、難治性の痛みなどに対処可能。
36	iv-PCA のディスポ製品デモを行ったが、病棟看護師から非常に評判がよかった。 しかし、コストが持ち出しのために診療材料委員会の承認が得られない。 学会として動いていただけますと幸いです。
37	行っていない
38	活動開始から 2 年目になり、病棟スタッフからの信頼も得られ、各職種間の連絡もスムーズになった。 メンバーの増員が課題である。

No.	項目
	<p>勤務している病院での麻酔科管理件数は年間 1300～1400 件です。そのうち高齢の大腿骨骨折手術を年間 700 例以上（人工骨頭置換は 350 例ほど）しております。手術患者の全体の約半数以上が 80 歳以上です。術後の ADL を落とさないため、救急搬送してから手術まで 48hr 以内の手術が推奨され、大腿骨骨折は手術の翌日からリハビリ開始になります。麻薬フェンタニルの術後の持続投与は 80 歳以上の大腿骨頸部骨折手術患者にはしたくありません。合併症も多くもっている患者さんが多く、脳梗塞、認知症、弁膜症手術後（特に TAVI 後の患者多い）、心不全、肺水腫、β-キノン、腎不全 DM コントロール悪い患者、IHD で PCI 後、担癌患者で末期だが転倒して大腿骨骨折、癌が発見されても高齢のため手術も放射線も化学療法もできない患者さんが骨折、間質性肺炎患者、在宅酸素の患者、神経筋疾患など。手術翌日からリハビリ開始ですので、麻薬の持続投与はしたくありません。</p> <p>（担癌患者で骨折前から麻薬投与されている患者さんも搬送されてきますのでこの場合は例外です）術後は、β-キノン β-キノン筋注など組み合わせて投与しています。骨折患者は翌日から食事再開（若い患者は夕食から）、鎮痛薬は経口投与になります。</p> <p>39 外科手術の患者さんは 1 割弱 100 例ほどの手術数しかありません、ラパ胆、β-キノン手術など術後痛が軽い部類の手術が多いですが、高齢のβ-キノン、消化管癌等で開腹手術も少数ですがあります、開腹手術で術前抗凝固薬投与している患者さんは高齢でも術後フェンタニル持続投与しますが、20～25μg/hr の少量で投与し、若い患者さんの場合は 50μg・hr 程度に増加させています、開腹手術の場合、術後のフェンタニル持続投与は外科医が主体で投与し、投与量は麻酔科医と相談して決めています、硬膜外β-キノン挿入できる患者さんは術後の硬膜外投与に関しては麻酔科が行っています。硬膜外β-キノン入れられる患者さんは月 0～多い月でも 2 例までですので少ないです、</p> <p>以上のような手術患者の内容です、</p> <p>手術室看護師の人数は 6 人、手術室は 2 部屋のみ（これでも麻酔科管理件数は年間 1300 件こえています）、薬剤師の手術室薬剤管理は入っていますが、人数は不足、術後疼痛管理チーム編成はして、より良い術後疼痛管理はしたいと思っておりますが、チーム編成するため労力をかけても APS 行える対象手術患者少ないと考えられ、現在は行なっておりません。病院ごと手術患者内容が異なるので、すべての病院でチーム編成ができるとは限らないと思っております。以上です。長文ですみません。</p>
40	<p>術後疼痛はともに iv PCA のフェンタニルを用いている 病棟看護師を対象に全病棟で術後の ivPCA の講習会を行い看護師レベルでコントロールがつかない場合は 主治医もしくは麻酔科医にコールがある</p> <p>当院では acute pain service ではなく、術前から患者の退院までの痛みのコントロールを多職種でフォローしている。</p> <p>特に麻酔科は早期に慢性疼痛への移行が疑われる患者を積極的にペインクリニックに紹介し 慢性痛への移行の早期発見に努めている。 場合によっては臨床心理士、リハビリスタッフの介入を行っている。</p> <p>当院では術後疼痛管理よりむしろ、周術期疼痛管理（麻酔前に疼痛に関する患者の説明、疼痛に対する対処法、慢性痛への移行）とペインクリニック専門医とともに最近、開始した。特に、amputation の症例など術後の幻肢痛、幻肢に積極的に介入している。</p>
41	<p>自施設における PONV の予防に対する論文作成及びエビデンスの創出を行った。</p>

No.	項目
42	薬剤師の増員
43	少人数だか、信頼しあい、補いあえる。
44	人員不足のため、現在は対象科が限られている。 病院の理解・協力があり、都内でも早くに開始することができた。
45	昨年から術後疼痛管理チームとして麻酔科、手術室看護師、薬剤師、ME がチームとして稼働しています。 一方で、アルゴリズムを適応するのが難しく、個々の科のこれまでのやり方を変更するのが難しいことがあります。もう少し統一できたらと思っています。
46	急性期の疼痛管理は主に持続フェンタニル PCA を用いており フェンタニル疼痛による特性や注意すべき点などの病棟講習会を行い 各病棟の看護師が持続フェンタニルの投与量の調整などを行っていただいている。 そのコントロールが効かない場合に限りは麻酔科もしくは主治医に連絡がある。 もっとも、われわれ麻酔科医が関与すべき点は急性期疼痛ではなく、慢性期疼痛への移行がないように あるいは、慢性疼痛への移行が疑われる場合は、早期にペインクリニックに紹介し 臨床心理士・リハビリ科など多職種でフォローにあたっている。 われわれ、麻酔科が専門的に痛みに関わる部分は慢性疼痛ではないかと診療科長としては考えている。
47	看護師や薬剤師の術後疼痛管理の認定のための講習の費用が高く、疼痛管理チームで得られる加算が少ない
48	今の人員では現状維持しかできない。
49	なし
50	症例が少ないので、1人の患者さんをじっくりと丁寧に、個々の症例に合わせて丁寧に回診できることは自慢です。 術後疼痛管理チームが介入する症例をもう少し増やしていきたい。
51	管理チームの人員がそろっておらず、これから計画を立てる段階です。
52	日勤帯でもなかなか術後ラウンドに随時いける人員を確保することは困難です。
53	1) APS の看護師は、手術室で麻酔科医と活動している診療看護師と手術室の資格のある看護師が担当し、回診するとともに、指導的な看護師として活動している。 2) まず、GHCU 入室患者だけを対象とし、現在、ほかの病棟に拡充し始めている。 GHCU から始めた理由は、1 か所で様々な患者、侵襲の大きな手術後の患者を診ることができること、チーム自体の活動内容やチームと病棟スタッフの接点のところを修正しやすくするため、それをほかの病棟のモデルとするため、いきなり手を広げて息切れしないようにするためである。 3) 改善点① IV-PCA がディスプレイ式のため調節がほとんどできない。電動式に変えていきたい。 4) 改善点② 小児には対応できていない
54	薬剤の調節や、吐き気止めの指示など、もう少し APS チームとして指示を出すなど関わられるようにしたい。

No.	項目
55	<p>基本的疼痛管理 術後疼痛は病棟で基本プロトコルがありアセトアミノフェン、NSAID s、フェンタニル持続は疼痛に応じて開始されている。</p> <p>改善点 硬膜外麻酔の使用法など病棟によってばらつきがある点</p>
56	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟に対してチームで勉強会を実施した点 ・多職種で回診を実施している点
57	<p>術式ごとにある程度決まった術後鎮痛法を決めて、基本的にはそれに則り、体重や年齢などで修正し行っている。特に自慢できるような事でもないが、近年手術侵襲が非常に小さくなり、十分対応できていると考えている。稀な症例については、その都度考えて対応している。</p> <p>チームまで組む必要性を感じていないのと、保険点数が低くむしろマンパワー的には赤字になってしまうので、今のところチームを組むところまでは進んでいない。</p>
58	<p>麻酔科医師が1名なので、チームを編成するのはマンパワー不足です。</p> <p>現状の術後管理（硬膜外鎮痛、神経ブロック、ivPCA等）で疼痛に問題なることはないのですが、もう少し介入できたらなっとは思っています。</p>
59	<p>当院では鏡視下四肢関節手術、消化器腹腔鏡手術とほぼ症例が限られてそれぞれに術中術後の鎮痛パターンもほぼ同じであることことから、辛い痛みのコントロールはある程度できている印象です。チームとして管理できるのが一番ですがとにかく人が割けないのが一番の問題かと思えます。</p>
60	<p>診療科医師と麻酔科医師との連携が良好なため、主治医から疼痛管理についての相談に応じて、協力して患者さんに対応している。</p>
61	<p>術前・術中から神経ブロックや局所麻酔を用いて術後疼痛管理を行っているので、術後の疼痛管理は各科の主治医に任せている。実際痛がっている患者さんはゼロに近い。</p>
62	<p>人員不足から専任薬剤師、手術部看護師を確保できないため、当面の間はAPSチームを編成できない。</p> <p>必要性については機会をみてアナウンスしているが経営面でのアピールが困難。</p>
63	<p>術後疼痛管理が不十分であることは認識している。現状はできる範囲で協力しているというところである。</p> <p>人員に余裕ができたならAPSを立ち上げたいと個人的には思っているが、周辺の状況が許さないかもと想像している。</p>
64	<p>周術期における疼痛管理の必要性は十分に理解しているため、人員が確保出来次第APSチーム設立を検討する予定です。</p>
65	<p>レミフェンタニルを用いた麻酔のtransitional opioidの投与方法についてgold standardが、学会により示されていないので各自様々な方法や投与量で行われている。例えば術中の早い時期からフェンタニルを少量分割投与してメインとなり、レミフェンタニルがレスキュー的に投与されていたり、術中から硬膜外への局麻投与を行って血圧低下を起こし、微量のレミフェンタニルしか投与されていないなどの誤った使い方がみられる。</p>
66	<p>看護師・麻酔科・病棟の連携は取りやすい環境にある。しかし、忙しい時間の合間をぬって各自ラウンドしているため、ラウンド時間を決まった時間に設定できず薬剤師とラウンドすることが難しい。</p>
67	<p>胸腹部大動脈瘤手術後にRetroLaminar Blockを活用し、早期の離床を促しています。</p>
68	<p>先ずは人員確保。現状維持で精いっぱい。</p>
69	<p>時間外対応の難しさ</p>

No.	項目
70	担当麻酔科医が術後の疼痛に関して細かく把握し個別に指示を出しているため、疼痛管理に関して患者さん、看護師からの不満、困った点が少ない。
71	術後疼痛管理チームとして活動は、研修終了の人員が確保できていないため、まだ開始できていないが、 iv-PCA は必要な症例には全て使用できており、末梢神経ブロックも併用して、術後疼痛管理には寄与していると考えています。 人員確保して早期にチームとして活動開始をしたいと考えています。
72	ブロックだけした患者も訪問したい
73	特になし
74	全ての全麻症例に麻酔科が術後鎮痛管理を行っている
75	200 床弱の小さな病院なので、チーム活動の周知が比較的早くできた。 また麻酔科管理手術症例がそれほど多くない代わりに、麻酔科管理全症例に介入を行っていて、毎回麻酔科医を中心に回診を行っており、きめの細かい疼痛管理ができています。
76	現時点では、特にありません。
77	チームはないが、麻酔担当医がある程度責任をもって術後疼痛管理をしている。
78	患者の側にいる看護師が、積極的に痛み管理に関り、医師よりも、患者の本音が吸い上げられるようになった。 遠慮なく、硬膜外や持続神経ブロック等の追加延長がなされている。
79	特になし。
80	それぞれの職種が忙しい中、回診対象者は毎日大体 8-15 名程度ではあるが、かなり綿密に関われていると思う。また、回診していると、外科の術後合併症に早めに気づくことも多く、外科と共有できる。麻酔科の人員に少しゆとりが出た 2024 年 2 月以降は、回診を 1 日 1 回から、2 回に増やす事ができた。 現行以上に症例を増やすことは、麻酔科以外のメンバーも人員不足が多く、なかなか実現できていない。
81	外科主治医の疼痛指示に補助的に参加している
82	PCA ポンプ等の先行投資のハードルが高い。
83	神経ブロックを外科医や整形外科医が積極的に実施してくれるのがありがたい。
84	もう少し麻酔科医が参加できる体制にしたい（術後管理になかなか時間が回せない）
85	1、術後一週間の経過をチェックしている。 2、術後痛が一週間を超えて遷延する症例は、臨床心理士がメンタルケアを行っている。 3、改善できる点：術後痛に対する認識が、病棟スタッフで統一されていない。
86	なし
87	特にない
88	加算目的で医事課に依頼されチームを編成したが、あまりに点数が低くて専任者はおけず、手術室中心にメンバーを決め、本体業務の傍らでできることをする程度の活動である。 チームのモチベーションは低くはなく、いろいろやりたいとえ、思ってるが、人員と時間の問題が大きく十分なかかわりはできていない。主治医は APS チームから指示を出すことには抵抗なさそうなので、指示を出す準備をしている段階である。
89	特別なことはないが、きめ細かく管理されている。
90	まだまだ始まったばかりなのでこれからメンバーを育成し、増やしていき、もっと積極的にかかわっていきやすくしていく必要があると思っています。
91	ありません

No.	項目
92	<ul style="list-style-type: none"> ・ 大学病院とは違い、一般病院では手術室看護師や薬剤師の人員は十分でないため、麻酔科医による回診が主ですが、基本的に診療科を区別することなく術後患者全員を対象とし、安静時 NRS3 以下、体動時 5 以下の目標をほとんどの対象患者で達成できている ・ APS チーム発足を機に、現状での問題点を全病棟・全診療科から抽出し、シリンジェクターからバルーンジェクターに切り替えることで、鎮痛の質を上げるとともに、診療科医師の労務負担軽減、病棟での薬剤使用減による経営改善にもつながっている ・ 病棟にリンクナースを、診療科には相談窓口を設定してもらうことでプロトコールの適時改善に取り組んでいる ・ カテーテル事故抜去が起こった際にカテーテル用の接着剤を取り入れるなど PDCA サイクルがうまく回っている ・ 非常勤医師が担当した症例の術後回診の機会を確保できるきっかけとなった ・ 若手の麻酔科医へ術後回診に関する教育を提供できている ・ 病棟における麻酔科医への信頼や地域住民の口コミなど APS の副次的な効果は大きい ・ 今後は病棟スタッフの教育を行い、硬膜外麻酔のトラブルシューティングを行っていききたい ・ 来年以降、周麻酔期看護師の採用を目指しており、回診の漏れをなくしていきたい
93	麻酔管理上の工夫、また、術後管理パスが整備されていることにより著しい術後疼痛に苦しんでいる患者はほぼいないと思う。昨年、院長より術後疼痛管理チーム加算を取得するよう指示があり、間もなく発足する予定である。
94	硬膜外麻酔については適応を詳細に判断している。積極的に神経ブロック、術後 iv-PCA を使用している。
95	術翌日以降の疼痛管理に麻酔科医が積極的に関与していない。 (概ね、静脈内、硬膜外 PCA の設定、開始、術翌朝までの管理までしか関与していない)
96	麻酔科医が 2 名なので術後疼痛管理に関与できない点が改善点とされます。
97	APS チームスタッフ、麻酔科医協力のもと、しっかり着実に、外科系医師や病棟スタッフ、リハビリスタッフから信頼を得ながら、患者さんの術後の質を上げてます。貴重な機会に感謝です。
98	当院では麻酔科と外科系診療科及び看護師、薬剤師、臨床工学士などの他職種との連携がうまくいっており、麻酔科が提案することはだいたい実行できると考えています。現段階では効率的な術後疼痛管理マニュアルの整備と薬剤師の研修に時間を要していますが、来年度には疼痛管理チームを発足させる予定です。
99	特にはない
100	特になし
101	術後患者に、詳細なアンケートに協力していただき、症例毎に統計をとり、術後鎮痛の方法、部位、使用薬剤の種類・用量を厳密に決めている。
102	日帰り手術において、疼痛が原因で帰宅できなかった事例なし
103	特にありません

No.	項目
104	各科の先生方それぞれ疼痛管理をしっかりされている方が多く、もし困ったことがあればすぐに麻酔科に相談していただき、連携することができる。麻酔科医側からもできるだけ術直後から疼痛管理に関わって、不十分な疼痛コントロールとなっている患者を少しでも減少できればと考えている。しかし日々の手術室運営で麻酔科医が常に不足し、なかなか術後回診等ができていないのが現状である。
105	特に無し
106	術後疼痛に関しては、患者満足度調査で高い評価を患者様から頂いている
107	クリニカルパスに徐々にではあるが各科手術方式によって術後定期鎮痛が入りつつある。病棟診療看護師の活躍も徐々に人員不足を補うため、充実しつつある。
108	<ul style="list-style-type: none"> ・ 持続投与の鎮痛指示は麻酔科から行うがそれ以外は主科に指示を依頼するため、鎮痛薬の追加や変更にタイムラグが生じる ・ 今後 ME がチームに加わることができれば PIB 等鎮痛の幅が広がる
109	神経ブロックとオピオイド全身投与の併用
110	APS チーム発足以前から担当麻酔科医が硬膜外カテーテル抜去まで術後疼痛管理を行っていたが、現在はマンパワーや効率化を考え担当麻酔科医管理と APS チーム管理を重複させており APS チームの存在意義が弱い。
111	特になし
112	現在は麻酔科医が主体で行っているため、負担が大きいです。看護師や薬剤師、臨床工学技士などのメンバー主体で行えるように発展させたいと思っています。
113	神経ブロック、PCA システム等の多用、術前術後疼痛の細やかな指示出し、当日、翌日の回診と病棟看護師との緊密な連携、あとは病院の規模が小さいので病棟を頻回に訪問出来るので疼痛管理はほとんど困っておりません。
114	<p>常勤麻酔科医が一人しかいない状況であり非常勤麻酔科医のルーチンで大半の手術麻酔業務を回しているため、術前術後の疼痛管理は外科系主科に一任するより他がない。</p> <p>もし可能であれば常勤、非常勤麻酔科医師が執刀医と相談の上で硬膜外麻酔、神経ブロックなどをおこない、術後患者の疼痛管理をはかっているのが現状であり、業務的にはこれが限度です。</p>
115	術後の患者訪問、診察の回数を増やすくらいしかできないと思われまます。
116	人員に余裕があれば疼痛管理チームを編成したい。現状では術後診察も行けない日がある。
117	急性疼痛管理チームを作っただけでほぼ専従で病院全体の疼痛管理をおこないたいが全職員人数が少なく、進められない。 周術期管理チームの立ち上げを始めたところだが開始時期は未定。手術麻酔で手一杯。業務を工夫して麻酔科医師を一人ほぼフリーにして重症患者管理、疼痛管理、職員教育を各診療科、各部門と協力しておこなっている。
118	今のところ他施設に自慢できる点は全くありません。術後回診の徹底すらおぼつかない状況です。術後疼痛管理に関しては私が赴任当時は PCA 装置の利用さえされていなかった状況であり、最初は iv-PCA の導入から開始し、ようやく硬膜外 PCA 装置の導入を行いました。硬膜外 PCA 装置に主治医・病棟が慣れてきたところを見計らって、術後指示の疼痛管理のところを麻酔科主導で作成し、各診療クリニカルパスへの共通項目として採用してもらうことを目指しています。麻酔科医がある程度増えたところで、術前外来の慈山診察の徹底とセットで術後疼痛管理チームの構築を行うことを考えています。

No.	項目
119	APS チームはまだ編成できていないものの看護師・主治医・薬剤師との連携はできている専従スタッフの確保の見通しが得られず、実際に始動させるには未だ時間がかかる。この点は病院に継続して働きかけていきたい
120	ICU を麻酔科が担当しているため術後に入室した患者の疼痛管理に介入しやすい。また多くの症例で PCA 付き持続硬膜外麻酔もしくはフェンタニル持続静注にて疼痛コントロールを行なっているため疼痛管理の質が向上すると思われる。 ただ多職種との連携という部分において遅れが生じていたが、少しずつ理解と協力を得ることができまもなく APS チームとして始動する予定である。
121	疼痛管理が極めて困難かつ重要と考える症例は HCU で管理（麻酔科管理）。HCU の増床、麻酔科増員が必要
122	特に自慢できる点はありません。 改善点は多々ありますが、通常の麻酔科術後診察で全例診察しており術後疼痛に関して各自関与していた状態だが、そこに APS チーム回診が加わった。 近年の定時手術件数増加や davinchi 手術増加に伴い時間外手術・緊急手術も増加している中で、業務量増加に対してマンパワーが不十分。
123	自慢できるものはない けれども少し良くなった点は： 超音波ガイド下神経ブロックを全麻症例では 60%の症例で行ない術後鎮痛剤の使用量が減っている（と思われる）。 高齢者の術後せん妄が減っている（と思われる）。 帝王切開ではくも膜下脊髄麻酔時にモルヒネ 0.1mg 投与で夜間の鎮痛剤投与が減っている。（掻痒感はほぼ出現する）
124	要改善点：①病棟看護師の疼痛管理に関する知識・アセスメント力の向上 ②安全に変換式持続注入ポンプを導入できるよう関連部署に教育が必要
125	マンパワーがあればもう少し細やかな管理が可能かと考えています。
126	現在、主に小児外科対象に特定行為看護師主導で行っている。 患者と親にとっても傾聴と疼痛管理と両方の恩恵を得られるので好評である。
127	特になし
128	末梢神経ブロックを積極的に使用し、質の良い疼痛管理を心がけている。
129	PCA を現場で活用している
130	改善点として主治医と病棟看護師、麻酔科医での痛みに対する共通認識と理解を深めること。 また疼痛対策としての人員の増加が必要と思われます。
131	なし
132	薬剤師が少ないです。e-ラーニングを受けてくれていた薬剤師が退職してしまい、頓挫中です。
133	主治医や病棟看護師や薬剤師で適切な疼痛管理ができている。
134	特にありません。
135	特になし
136	当院は経尿道的手術が多く、術後の鎮痛は経静脈投与や座薬で対応できていて、硬膜外麻酔などが必要な症例は少なく、あまり必要とされていません。 ですから自慢できる点、改善できるところは特にありません。

No.	項目
137	<ul style="list-style-type: none"> ・現メンバーはみんな熱心に取り組んでいる ・メンバーが少なく、チームで同時にラウンドできないため各々時間が取れた時に行っているが、そもそもいけない日がある チームとして回れるくらいのメンバーをそろえたい ・メンバーがいない日（主に日祝日）はラウンドできない ・APS 認定の実習をさせるにあたって麻酔科医の負担が大きい 一人取らせるのに計数時間かかり、そのためにかなり残業した
138	<p>術後疼痛管理チーム発足後 13 ヶ月間の経過について以下のようにまとめ、日本麻酔科学会地方会で報告の予定です。以下は抄録で 2023 年度病院年報の原稿も兼ねています。 ~~~~~</p> <p>2023 年 3 月から術後疼痛管理チームがスタートし、通年で活動した最初の年となりました。最初の 13 カ月間に術後疼痛管理を実施した患者は整形外科 196 人、外科 129 人、泌尿器科 11 人、婦人科が 1 人、計 337 人でした。主要な鎮痛法は 316 例がフェンタニル持続静注、21 例が硬膜外鎮痛でした。フェンタニル持続静注を用い術後 1 日目回診時の NRS (Numerical Rating Scale) を確認した整形外科、外科患者 249 人において、平均 NRS は 2.19、NRS 4 点以上は 72 例 (28.9%)、1 日目回診時までに嘔気嘔吐を来した患者は 64 例 (25.7%)、これに対し薬物治療を要した患者は 38 例 (15.3%)、嘔気嘔吐が PCA 終了の理由となった患者は 27 例 (10.8%) を占めました。これらの患者での嘔気嘔吐発現率は女性 34.3%が男性 14.7%より有意な高値でしたが、診療科、年齢層、フェンタニル投与量による差を認めませんでした (第 61 回日本麻酔科学会中国四国地方会、2024 年で報告)。 ~~~~~</p>
139	薬剤師が病棟に頻繁に通って相談に乗ってくれている点
140	<ul style="list-style-type: none"> ・自慢できる点：当院では関わるスタッフ（看護師、薬剤師）が増えており、さらに体制が整いつつある。 ・改善できる点：病棟や診療科独自の管理方法や習慣があり、副作用への対処法の提案や疼痛緩和の指示を出しても主導権は病棟看護師と診療科の医師にあり、実施までにタイムラグが生じて半日ぐらい術後の患者さん達が苦しんでいる。診療科ごとのルールも術後疼痛管理プロトコルとして院内で統一したり、疼痛の評価方法も院内で共有したり、「POD3 までは術後管理チームの指示で疼痛管理を行う」などとすれば、今後チームの活動が拡大できると考えている。
141	チームでなく個々で硬膜外麻酔や IV-PCA を用いて術後の疼痛管理を行っている。
142	IV PCA が少ない点。 嘔気などの副作用がほぼありません。
143	外科系医師の APS チームへの理解は比較的良好な点が挙げられる。 当院の特徴として、各科の垣根が低くアドバイスがしやすい。 改善点では、看護師、薬剤師の人員が足りておらず休日、祭日に回れない日もある。
144	改善できるところだけ
145	硬膜外麻酔の対象となる疾患については、硬膜外カテーテルを用いた術後疼痛管理を行っている。
146	麻酔科医不足が最大の原因ですが日頃の定期麻酔もアウトソーシングに頼らざるを得ない状態で毎日が綱渡りです。術後疼痛のチームを作って管理を行いたたい、麻酔管理料を取れるようにしたいと思惑はありますが人出がないために前に進めないのが現状です。現在は麻酔科医を増やすべく研修医の先生方へ厚く教育をする体制にしています。

No.	項目
147	特にありません
148	<p>自慢できる点</p> <p>包括的なアプローチ：術後疼痛管理において、患者個々のニーズに応じた包括的なアプローチを採用しています。薬物療法、物理療法、心理的サポートを組み合わせることで、最適な痛み緩和を提供しています。</p> <p>最新の技術と設備：最先端の医療技術と設備を活用し、患者に最適な疼痛管理を提供しています。例えば、エピデュラル麻酔や神経ブロックなどの技術を駆使しています。</p> <p>専門チームの存在：疼痛管理の専門医、看護師、理学療法士、心理カウンセラーなどからなる専門チームが常に患者をサポートしています。このチームは、定期的なカンファレンスを通じて各患者の痛みの状態を評価し、治療計画を見直します。</p> <p>患者教育：術後疼痛管理に関する患者教育を徹底しています。患者が自分の痛みを理解し、適切な自己管理を行えるようにサポートしています。</p> <p>個別化されたケアプラン：各患者の状態やニーズに応じた個別のケアプランを作成し、それに基づいて治療を行います。</p> <p>改善できるところ</p> <p>コミュニケーションの強化：患者とのコミュニケーションをさらに強化し、彼らの不安や質問に対して迅速に対応できる体制を整えることが必要です。</p> <p>患者フィードバックの活用：術後疼痛管理に関する患者のフィードバックを定期的に収集し、それを基にサービスの質を向上させる取り組みを強化します。</p> <p>新しい疼痛管理技術の導入：常に最新の疼痛管理技術や治療法について情報を収集し、必要に応じて新しい技術を導入していくことが重要です。</p> <p>リハビリテーションの強化：術後のリハビリテーションプログラムを充実させ、患者が早期に通常の生活に戻れるようサポートします。</p> <p>スタッフの教育と研修：疼痛管理に関するスタッフの教育と研修を継続的に行い、最新の知識と技術を身につける機会を提供します。</p>
149	<p>当院は5名のメンバーで月40名くらいの患者に対してAPS回診を平均3日行っている。少ない人員で行っているためなかなか時間が取りにくかったが、麻酔科に医師事務をつけてもらうことになった。APS回診準備や回診内容の入力などを行ってもらうことで、回診業務の時間を削減し本来の麻酔業務や看護業務にスムーズに戻ることができるようになった。</p>
150	<p>小規模であることから、チームという形をとらなくても、医療従事者間の連携がとれている。</p>
151	<p>人員が不足しています。今後増員する予定です。</p>
152	<p>特になし</p>

No.	項目
153	<p>自慢できること 麻酔科医はもちろんですが、薬剤師、看護師も積極的に APS の運営に関与してくれていること。</p> <p>改善点 休日、夜間の疼痛管理ができていないこと。</p>
154	術後疼痛管理チームは秋ごろから開始したいと思っています。当院に限ったことではありませんが、プロトコルの雛形などがあればもっと敷居が低くなると思います。
155	検討中
156	<p>当院では末梢神経ブロックを積極的に取り入れ、患者さんや主治医、病棟看護師から高評価をいただいている。</p> <p>今は資格を持つ薬剤師不在のため、APS チーム編成に至ってないが、近いうちに開始しようと考えています。</p> <p>最近では、硬膜外麻酔症例の減少、末梢神経ブロックの持続から単回投与へのシフトなどで、加算をとれる対象患者が減っている。</p>
157	術後疼痛管理が主治医任せであり、最新の知見に基づいたものというより従来然とした鎮痛方法になっている。
158	基本的に自科（主治医）による疼痛管理。今後は、APS チームを編成し、PCA 使用中患者だけではなく、鎮痛プロトコル作り上げたいと考えてます。
159	現在正式な APS チームはありませんが、麻酔科医、看護師（周術期管理チーム認定・認定看護師）、手術室薬剤師（周術期管理チーム認定）を中心にチーム編成を考えています。APS チーム全員揃ってラウンドというのはなかなか難しいと思いますが、病棟看護師、病棟薬剤師、主治医と連携すれば運用できるのではないかと考えています。
160	<p>以前より、カテーテル抜去は麻酔科医が行うようにしてきており、また医師や病棟スタッフと意見を緊密に交換してきた結果、術後鎮痛に関しては麻酔科医や APS チームの提案に協力的である。（新しい制吐剤や静脈内投与の鎮痛薬の啓発や採用）</p> <p>抗凝固薬使用中の（ベッドサイドでの）掲示や、これらの薬のスキップ・再開についても円滑にルール作りができた。</p> <p>硬膜外・IVPCA・持続末梢神経ブロックなどは、デバイスを変えて誤投与を防いでいる。</p>
161	疼痛管理は基本的にパスになっているが、すべてのケースでテーラーメイドに微調整ができていくかどうかはわからない。
162	麻酔科で神経ブロックや IVPCA 施行しておりあまり必要性を感じていない。
163	各科、各病棟スタッフとの垣根がひくく、気軽に相談しやすい雰囲気がある。
164	<p>IVPCA のレシピを統一して間違いが起きりにくいようにしている。</p> <p>PCA 装置への薬剤充填を薬剤師に依頼しており、医療麻薬の紛失などのトラブルは少ない。</p> <p>手術室から帰室後、病棟での疼痛管理は外科系各科にお願いしている。</p> <p>人員が充足すれば疼痛管理チームなども考慮したい。</p>
165	病棟看護師の協力で、持続硬膜外鎮痛・フェンタニル持続静注による術後疼痛管理が安全に実施されている。
166	規模が小さい病院なので、各科医師の連携はとりやすく症例についての相談などもしやすい

No.	項目
167	硬膜外麻酔などを持続疼痛管理を積極的に実施している。 看護師の人数がなかなか回せない。研修に行かせられない。
168	麻酔科管理でできるだけ対策はしているので、あまり困らない
169	術後疼痛管理は、主に硬膜外持続鎮痛（PCEA）と静脈内持続鎮痛（iv-PCA）で行っていますが、術後のコントロールは外科サイトに任せています。それぞれの主治医の好みや病棟管理における看護師の対応の個人差などがあり、始めるにあたっては夜間対応する麻酔科医が必要となり、この人員確保が難しいと考えています。
170	特にありません。
171	術後疼痛管理チームに従事するために看護師と薬剤師は費用が掛かるが、全額を病院が負担してくれた。 麻酔科医も一緒に回診したいが、人手不足で回診に同伴できないことが多い。 看護師と薬剤師が積極的にかかわってくれている。 対象となる手術を増やす計画である。 回診が多い病棟では術後疼痛管理チームの活動が浸透してきた実感がある。定期的勉強会の必要性を感じている。
172	特になし
173	手術室、病棟スタッフへのレクチャーを繰り返し行ったところ、非常に協力的かつ自発的にケアしてくれるスタッフが予想を超えて多く、スムーズに軌道に乗せることができた。
174	当院は脳外科と脊椎外科に特化した病院なので、硬膜外麻酔、IVPCAがない。 術後、鎮痛剤をしっかり使って覚醒させるので、すぐに痛みを訴える患者はいない。 また術後痛みは個人差があるので、鎮痛剤を早めに使うことを術前にしっかり説明している。 当院薬剤師がAPSに興味を持ち、積極的に介入してくれている。
175	硬膜外麻酔を積極的に行っているが、術後の使用方法やカテーテルの抜去は主治医任せになっている。血圧が低いという理由で簡単に投与が中止され、その結果患者が痛がるが、麻酔科にマンパワーがないので術後管理に関与できない。
176	持続硬膜外麻酔を多用している。
177	当院では、術式に応じて標準的麻酔法・術後鎮痛法を設定しています。鎮痛効果の確認は、担当麻酔科医や特定行為看護師が行っております。投与量の変更等は担当医に任せている状況です。十分な鎮痛が得られない場合や、持続注入器や挿入されているカテーテル等にトラブルがあった場合、担当医からフロアマネージャーが連絡を受けて対応しています。人的余裕があればAPSチームを編成し、より精度の高い鎮痛を提供したいところではあります。
178	侵襲が小さい手術が多いため強い疼痛が長引く患者がほとんどおらず、術後疼痛管理に難渋するケースは少ない。 術直後は麻酔科医、その後は主治医指示の鎮痛指示となるが、非麻薬性鎮痛薬、NSAIDs、アセトアミノフェンでほぼ全例管理可能である。
179	今後、チームを立ち上げる予定
180	現在、病棟看護師と患者が相談しながら約束指示の鎮痛剤を使用していることが多く、調査したことはないがその日の担当看護師によって使用頻度が左右されていると考えられる。 最近では麻酔科側からアセトアミノフェン定期投与の指示を出したり、硬膜外麻酔や神経ブロックの効果が弱い患者についてNSAIDsやアセトアミノフェンを積極的に使用するよう要望するなどしているがまだまだ不十分であり、介入が必要と考えている。

No.	項目
181	当院は90歳以上の超高齢者が全身麻酔件数の1割を超えており、認知症、精神病院や老健施設からの骨折外傷などの手術が非常に多い。全身麻酔に併用する末梢神経ブロックは行っているが、PCAは患者の特性からなかなか難しい。
182	特に無し
183	病棟を限定した運用であり、今後は徐々に対象病棟を拡大する予定である。手術室の特定行為看護師（麻酔科パッケージ）を中心に据えて、病棟の特定行為看護師ともうまく連携できている。
184	依頼された際のフットワークは良い。一方で能動的な働きかけはしていない部分はあるため、その点についてはAPSチーム立ち上げしないにしてもできる範囲での改善の余地はある。
185	特記事項なし。
186	とくになし
187	小規模の病院なので術後疼痛管理に関して相談できる窓口として周知されてきており、加算対象や麻酔科管理症例でない症例についても、病棟担当看護師から、直接チームメンバーに相談される案件などが増えてきた。
188	特になし
189	整形外科・スポーツ整形外科領域では恐らく全国でも屈指の術後鎮痛・早期リハビリを達成できていると自負しております。脊髄幹麻酔（硬膜外麻酔・脊髄クモ膜下麻酔）、末梢神経ブロックとその持続管理を適応症例では徹底しております。一方、術後のNSAIDsの内服を完全に排除しております。持続管理を3日もしくは4日、継続して終了した後、必要な場合のみ、希望に応じて処方しております。持続区域麻酔とアセトアミノフェン製剤の組み合わせだけで、申し分の無い術後早期リハビリを達成しております。残念ながら、管理料は病院の規模・人員の不足から請求できません。
190	術中、術後の効果的な局所麻酔使用を考え中
191	いい
192	APS活動が一般病棟でも広く認知され、麻酔科医の一般病棟での診療が容易になった。具体的には麻酔科医師が病棟に訪れ診察やオーダーを行うと、当該病棟看護師が主診療科の医師の診察やオーダーと同様の対応が行われるようになった。
193	フェンタニル持続静注、硬膜外持続注入など術中より使用した薬剤に関しては麻酔科で疼痛時の指示を出しており、追加の鎮痛指示や麻酔科が指示しない場合は術式ごとのパスで術後疼痛指示ができるようになってきている。痛みの評価に関してスケールで行っていないようなので、教育や看護カルテの改変構築が今後の課題と思われる。
194	なし
195	マンパワーと診療報酬上の改善が行われれば術後疼痛管理チームを形成したいと考えている。
196	術後は硬膜外麻酔や末梢神経ブロックなどで対処しているので、比較的疼痛に関してはコントロールできているとの認識であるが、術後のラウンドが十分にできていないので細やかな術後疼痛管理が困難な状況にある。
197	看護師が主体となって開始された。今後は産科や整形外科の術後などにも行っていく方針。
198	看護師が患者の疼痛に対して不必要な恐怖感をもっていないこと。

No.	項目
199	古くから麻酔科で PCA や PCEA の管理を行っており、PCA ポンプ等は十分な台数が確保できている。手術件数の増加により、麻酔科のマンパワー不足が深刻で、APS を編成する計画であるが、時間的余裕がない。看護師には資格を取ってもらったが、薬剤師が現在取得中で、条件が満たされると APS チームで活動する予定がある。
200	自慢できる点：術後疼痛管理に難渋する場合、麻酔科医が主治医に意見を提案したり薬剤調整をしても嫌がられないところ 改善できる点：各科で疼痛管理に使用する薬剤の種類や量が異なるため（主治医制のため）、統一すること
201	麻酔科医の負担が少ない
202	術後疼痛管理チーム加算が取れる前より、当院では麻酔科が主体となって丁寧な術後疼痛管理を行ってきた。全ての疼痛管理迄は出来ておらず、主科の主治医や病棟看護師も疼痛管理には当然関わっているが、かなりの部分が麻酔科によってなされている。すなわち主科の主治医に連絡せずとも麻酔科の判断で持続鎮痛剤の調整なども行っている。当院では腹腔鏡手術であっても硬膜外鎮痛をおこない、全身麻酔のみの手術では静脈内フェンタニルを用い、末梢神経ブロックでもできる限りチュービングをおこなって持続投与を PCA も活用しながら管理している。私の考えでは、主科の主治医や病棟看護師も立派な術後疼痛管理チーム員であると思っている。術後疼痛管理チームだけでは術後疼痛を管理することは出来ないと考えている。プロトコルをさらに整備して全病棟に適用できるように術後疼痛管理プロトコルを作成し、病院全体で術後疼痛管理に取り組むことを考えている。また、麻酔担当もしながら術後疼痛に関わるためには時間外の仕事量が多く、これをなんとか解消したいと考えている。専任が望ましくそのためには病院が巨大化する必要があるのではないかと考えている。
203	比較的早期にシステム導入ができたので、メンバーも慣れてきて運用も問題なくできていると感じます。年間 100 万円程度ではあるが経済的貢献につながるのが何より良いことです。
204	なし
205	術後鎮痛は主治医が主におこなっているが、鎮痛が不十分であったり不適切な場合は改善すべき点を電子カルテに記入している
206	2024 年 6 月に運用開始したばかりなので自慢できる点はなく、改善点もまだ見出せておりません。
207	麻酔科としては術後診察時に評価し必要があれば介入、または相談があれば介入を行うレベルの対応で手一杯な現状です。但し必要な症例には全例 PCEA ないし ivPCA を導入できしており、主科医師および病棟看護師も概ね適正に管理できていると評価しています。また、疼痛増悪時についても、放置されることなく対応されていることを確認しています。疼痛レベルの記録については、未だ「自制内」といった記述が目立つ部署があり、今後も改善に努めてまいります。
208	科の垣根が低く、気軽に相談してもらえる 疼痛管理に興味がない人からは相談が来ない
209	PCA が導入できていない クリニカルパスが出来ていない
210	術中から積極的に末梢神経ブロックを施行し、術後も鎮痛剤（アセトアミノフェン等）の定期投与を行う事で早期の疼痛に関しては十分に対処出来ている。術後疼痛が大きい術式についても必要時には ivPCA や PCEA を行い、さらに PONV 対策もしっかりする事で高い周術期疼痛管理が出来ていると思う。

No.	項目
211	各科の方針のもとに、主治医が責任をもって行っている。 麻酔科の常勤医が2名なので、正直言って、手が回りません。
212	フェンタニル持続投与は小児?成人まで安全に行えている。 硬膜外鎮痛も可能な限り行っており、これは主治医と麻酔科医が共同で行なっている。
213	持続神経ブロックや硬膜外麻酔、IV-PCA やアセトアミノフェン定期投与など、術後を見据えた麻酔をし術後疼痛管理につなげている。 APS はなく、担当医が翌日の症例の合間に診察し対応するので対応が後手にまわることもある。 看護師や薬剤師の協力体制が整えば APS チームを立ち上げたい。
214	かたちばかりの iv-pca、硬膜外、持続末梢神経ブロックを施行している状態で自慢できるようなものはなにもない。 看護師、薬剤師のアテができればチーム編成し、患者に合わせた術後痛管理をしたい。
215	現在は人員が少ないため、週に3日のラウンドとなっているが、可能な限り術後1日目から3日目までカバーできるようにラウンドを行っている。また毎回必ず、麻酔科医、手術室看護師、臨床工学技士、薬剤師の4職種でラウンドを行っている。鎮痛薬に関する情報収集は、薬剤師が中心となって行っており、回診記録は看護師が中心となって記載している。臨床工学技士は PCA 機器の調整、効率的なラウンドのための情報収集を行っている。麻酔科医の負担が少なくなるよう多職種が協働してチームを設立した。今後は全ての科に広げていきたいと考えている。
216	特にありません。
217	医師、看護師、薬剤師、CE は協力的で、APS の運営はスムーズである。 一方、指示が確実に伝わり、かつ実行してもらえるように、病棟看護師とのコミュニケーションを十分にとって患者に不利益にならないようにすることが今後の課題である。
218	予定開腹手術症例において硬膜外麻酔が困難（抗凝固薬など）であったり、手術内容が手術中に変更されて開腹手術に至り硬膜外麻酔がなかった場合に、術創部に硬膜外麻酔用のカテーテルを留置し、持続的に局部麻酔薬を投与する方法が、麻酔科・外科との間でコンセンサスが得られていること（この内容に関しては以前に学会発表しております）。
219	整形外科手術症例において、ほぼ前例に末梢神経ブロックを施行して、良好な術後鎮痛を得ている。
220	術後疼痛コントロールが不十分な場合、病棟看護師が積極的に麻酔科に相談・報告してくれるため、麻酔科として積極的に介入できている。
221	特に無し
222	特記なし
223	術後鎮痛に関して外科医とコミュニケーションとれていなときがあるので、それを改善したい。
224	不十分との認識はある。改善点も多々ある。人が足りないので動けない。
225	現時点では、マンパワー不足で実施できていない。
226	特にない。
227	疼痛リンクナースが各病棟におり、患者状態のすべてを把握している。患者対応が容易にできる。
228	山梨大学にならい、機械式の PCA 術後管理疼痛を行っており、Epi および Iv-PCA を行っている。

No.	項目
229	<p>チームのメンバーのうち麻酔科医は、卒後 10 年目以降が 2 人と専門医取得直後が 1 人、専攻医がローテーションで 1 人という計 4 人で構成しています。</p> <p>対象診療科は呼吸器外科、整形外科、心臓血管外科（の一部）とまだ少ないですが、POD1～3 は必ず、POD4 以降も必要に応じて回診を行っています。</p> <p>土日祝日は APS 担当麻酔科医 1～2 人で回診を行っています。平日夜間や土日も専用携帯電話で on call 対応可能な体制を取っています。</p> <p>手術室看護師が積極的に活動に参加してくれるようになり、今年度中に対象診療科は徐々に拡大していく方針です。最近では、普段は主に外来業務を担当しているペインチームとも連携し、術後亜急性期の疼痛管理にも取り組みを始めています。</p> <p>特に、移植手術後の患者さんの亜急性期疼痛管理を行っている点は他施設にはない特徴だと思います。亜急性期ですので術後疼痛管理チーム加算は算定できませんが、多職種でやりがいのある仕事を行うことができていると思っています。</p>
230	整形外科では末梢神経ブロックを積極的に行っている
231	当院では、担当麻酔科医が術後疼痛管理も行うこととしている。当院で行われている手術術式がある程度限られているので、それぞれの術式に応じたテンプレートでほぼ疼痛管理に関してはカバーできていると思われる。
232	疼痛管理に関しては麻酔科に一任されている状態なので看護師の自主性をもっともってほしいかもしれない。
233	iVPCA を導入していない
234	<p>残念なことに当院では、医療スタッフ、特に看護師の人数が少なく、過疎地ゆえに改善の見込みがたたない。</p> <p>手術室看護師は、手術業務以外に材料滅菌消毒管理はもちろん、循環器科・脳外科血管造影や消化器・呼吸器内視鏡などの侵襲的検査処置も兼任しており、ゆくゆくは時間外救急外来の応援もさせられるようである。</p> <p>専門性が高い看護を求められるにもかかわらず、手術も含めたこれら侵襲的処置には保険診療上で定められた看護師配置基準が無い。よって厳密な看護師配置を求められる病棟への人員補充が優先される。</p> <p>少ない人数でやりくりするためには、浅く広く仕事をこなせる人材が求められているため、術後疼痛管理を深く理解するスタッフを養成するのは現状では困難である。</p> <p>当院には長年麻酔科常勤医がいなかった。術後痛管理に麻酔科医が関与するようになって 8 年、新参者一人で慣習を変えることは難しく、恥ずかしながら最近ようやく病棟看護師が術後 NRS を記録するようになったところである。</p> <p>まずは看護師のボトムアップをはかり、人員充足状況をみながら、病院側に APS チームを提案していきたい。</p>
235	外科医や病棟看護師の教育。
236	特にありません。
237	麻酔科と外科と臨床工学科が積極的に回診全参加できている。加算をとる日は全員参加回診の実施をしている。
238	<p>小規模の病院なので、全手術患者に対して目が届きやすい。</p> <p>そのため PCA 機器を使用している患者だけでなく、今後は全患者を対象としたい。</p> <p>術後疼痛と PONV に関しては院内での周知もできたので、今後は術後せん妄にも取り組みたい。</p>

No.	項目
239	当院では以前から手術室薬剤師の必要性を訴えてきたが、病院薬剤師が不足していたためこれまでは実現できていなかった。新たに APS の必要性も加えて病院と交渉し、薬剤師増員を実現できた。本年度中に APS チーム運営が可能となる予定である。
240	できる範囲でスタートした感じです。病院執行部（医師）の理解を得るのが難しそうだったので、周辺の大学病院がほとんどスタートしたことを確認して、病院執行部に「このままでは教育病院として恥ずかしいですよ」と相談し、実現にこぎつけました。事務サイドに「これでは収益は上がりませんが、医療レベルは確実に上がります」と説明したところ、大変よく理解してくれて、全面的に協力してくれました。難しかったのは病院長と薬剤部長の理解でした。スタートするのを焦らなかったのと、外からのプレッシャーをうまく利用したのがよかったと思います。
241	可能な限り区域麻酔などを取り入れている点は最近よくなってきているところではあるが、まだまだ術後鎮痛の意識はスタッフでは低いと感じている。最近やっと薬剤部が APS に協力してくれることになったので（現在資格取得中）、遅くとも来年度には APS チームが結成できるものと思っている
242	とくにございません。
243	常勤医 7 名中 5 名がママさん先生で時短勤務のため、マンパワーが足りず、術後疼痛管理までは行えていないのが現状。
244	APS チームを早期に立ち上げる必要があると考えています
245	<ul style="list-style-type: none"> ・現在 APS チームで提案した内容をもとに、診療科と病棟との連携で術後クリニカルパスの運用が導入予定である。 ・現時点では平日（月?金）の全てで回診を行えていない。よって対象診療科・病棟の患者をすべてカバーできていない。 ・術後痛が遷延している患者のフォローが不十分である。（加算対象時期以降のフォローや退院後のペインクリニック外来などでのフォロー）
246	改善点：一部の外科系医師とのコミュニケーションが十分とは言えず、術後疼痛が NRS5 を超えることが術前から分かっているにもかかわらず、ブロック注射を試行できず、IVPCA も使用できず、屯用の鎮痛薬しか使用できないケースがある。各種鎮痛法の必要性につき外科系医師の理解を得ることが必要と考えているが、実現できていない。
247	看護師さん、薬剤師さんのモチベーションが高く、今後の発展に期待しています。
248	常勤麻酔科医が 1 名で、すべての術後疼痛管理に直接かかわるのは難しいところがあります。外科系各科の担当医数も少ないので、術後鎮痛の方針、調整、実施については麻酔科-外科系主治医である程度、共有できているため、現状疼痛管理に不便は感じていません。ただし、個々の症例の違いに細やかに対応はできていないので、多職種にわたった APS チームの形が取れるとより質の高い術後ケアにつながるとは思っています。
249	麻酔科医が、経験値の高い麻酔科医であることから、疼痛コントロールができてるように感じる。
250	小規模から始めて順調に拡大でき、今ではほぼ全科をカバーしている。地道な努力を続けた結果、今では病棟看護師や各科医師の理解が得られている。これについては看護部長のリーダーシップが大いに寄与した。患者の入院時に術後疼痛管理について説明することで、患者の安心と信頼が得られている。
251	特になし
252	院内で疼痛評価が統一されていない。土日祝日の疼痛管理ができていない。

No.	項目
253	<p>フェンタニル持続静注（シリンジポンプ使用，iv-PCA 機器は ME 室で管理して持っておりますが，コストやメリットの点から使用を控えております）や硬膜外麻酔（epi-PCA，ディスポーザブルポンプ使用）での術後鎮痛を行っております。しかし，当院では，PCA ボタンを押す際には，看護師をコールする必要があるという決まりがあるようです。せつかくの PCA ボタンの意味合い（患者主体であり，スタッフの業務も軽減されるというような意味で）が薄れてしまっている様な気が致します。CADD ポンプが 10 台くらい院内にあります，それらは H28 年頃に購入したようですが，あまり使用されていないようです。なぜ使用されなくなったかは，不明です。</p> <p>CADD ポンプの重量が決して軽くは無く意外と重いこと，ディスポーザブルの薬液バッグの値段が 50ml シリンジよりは高価であろうこと，前述のようにいちいち PCA ボタンを押すたびにスタッフをコールするという決まりがあること，などの事から，わざわざコストをかけて CADD ポンプ使用に代えていくのも面倒だなと感じてしまいます。</p> <p>一番面倒であろうと考えてしまうのが，各病棟や部署への通達や講習会開催，コンセンサスを得ること等です。しかしこれらは，業者を巻き込んで講習会などの開催を手伝っていただければ，あまり面倒ではないのかもしれない。</p> <p>私が赴任して 2 年弱が経過しようとしております。また，術後鎮痛チームの編成の気運がある（？）ことですし，各関係部署に聞き当ってみたりいたしまして，術後疼痛緩和チーム編成を前向きに考えていこうと思っている次第です。</p> <p>そのような状況で，やはり頭をかすめていくのは，薬液バッグのコストをかけるなら，いちいち病棟スタッフをコールしないでも安全に CADD ポンプを使用できるのですよ等という啓蒙が必要だと考えます。ただ，完全に安全ですよとも言えないところに歯がゆさがございますね。私はむろん四六時中院内に居るわけではございませんので。</p> <p>少し前に，このような事を，ちょうど考えておりましたが，私の記憶から忘れ去られようとしておりました。よって，今回のこのアンケートは，久々にもう一度 CADD ポンプ使用を考えてみる上での良いきっかけを与えてくれました。</p>
254	特にございません。
255	特になし
256	<p>当院は手術症例数がそれほど多くなく、外科主治医、病棟看護師と、手術部看護師や麻酔科医との連携がよく、術後疼痛管理が不十分や副作用が強い時は APS グループ（術後疼痛管理チーム）に相談するレベルになる前に関係者（担当医など）で対応されるため、A P S チームに相談が来ることがありません。</p> <p>病棟・診療科によって痛み評価法やタイミングが異なるため、現在は看護部を中心に痛み評価の統一を進めている。また評価と記録が紙運用のため、電子カルテを利用した運用を検討している。</p>
257	麻酔科医が積極的に術後疼痛管理に関わるべきだと思うが、人手不足のためできていない。
258	<p>十分なスタッフ教育（病棟看護師）を行ってから開始できれば良かった。十分な教育がいきとどかず始めてしまったので反省している。また、チームメンバーが各科のパスに熟知していないこともあり、運用に当たり実施しやすいパスをつくれた科もあればそうではない科もあった。現在主科や病棟看護師とも相談しながら修正をおこなっている。</p> <p>良かった点は、主治医や病棟が当初想定していたより協力的だった点である。病棟毎にばらついていた術後鎮痛の運用方法がシンプルになり、病棟毎の独自ルールが減って、スタッフの勤務病棟の移動があってもスムーズに仕事ができるようになった。また業務の整理や機材の統一も図れた、医療安全の面からもメリットがあった。</p>

No.	項目
259	術後患者は、原則として麻酔科医が 24 時間対応（コンサルト含む）できる体制を確立している。
260	来年度以降少し看護師さんのマンパワーが増えるので、Aps チームを作りたいとは考えている。
261	回診したかどうかを手術予定の列画面ですぐ分かるようにして、どこからでも確認できるようにした。メンバーはみんな並行業務を抱えているので、回診できていない症例をカバーする上で、どこからでも一目で分かるのは有効だった。
262	主治医管理のほうがよい。
263	薬剤師が積極的に関わっている点 外科医が否定的ではない点
264	加算の症例数が多く、効率的に回診ができています。看護師・薬剤師が主体となり、医師のタスクシフトと周術期管理の質の向上の両方に貢献している。今後、小児患者を回診の対象にしていきたい。今後、麻酔科医が回診に参加する機会を増やしていきたい。今後、病棟看護師の教育を介して術後疼痛管理の質を高めていきたい。
265	これから APS チームに関して勉強し検討したいと思います
266	改善点:「術後は痛くて当たり前」、「この人は痛がりだからなにをしても無駄」という考えの医師が一定数いる事
267	多職種で時間を調整することに結論がえられていません。
268	平日は毎日回診を行っている。病院が薬剤師の研修費を出してくれた。3 日以降も回診している患者さんの硬膜外などが終了するまで毎日回診をする。APS の評価表に術後訪問に必要な情報も入れ、手術担当看護師へフィードバックしている。改善したい点は外来で NRS を患者に教育したい。病棟看護師の NRS や副作用観察の入力漏れをなくすよう指導したい。
269	人員と時間の不足ですべての対象症例に行えていない
270	365 日対応。また POD0 日からの回診を行っている。今後は APS 加算対象外の患者も術後患者全員の回診ができるようにしたいと考えている。
271	自慢 術後 3 日目まで麻酔科医師と看護師で回診をしている 改善点 病棟看護師の術後疼痛管理に対する認識の低さ 診療拡大をしたいがマンパワー不足
272	良い点 平日は毎日全員で必ずラウンドする。APS チームの現場の判断で指示変更が可能。 改善点 POD2 以降対象患者の人数の都合でラウンドしていない。 1h で約 10 人の患者をラウンドしているが、20 人 2h の時間は取れない。
273	自慢できることはありません。改善できる場所としては、マンパワーさえあれば術後鎮痛の質を上げる余地はあると思われます。
274	現在チームメンバーが限られており、回診日数も週 1 日のみと少ない。今後、要件を満たす看護師、薬剤師を増員（養成）したい。そのためには院内に貢献度をアピールしたり、診療科医師に疼痛管理プロトコルを普及していく必要がある。
275	手術を受けた患者にとっては良いことだが、術後疼痛管理の診療報酬の費用対効果がとても悪い。

No.	項目
276	<p>持続抹消神経ブロックの管理も始めて、集中治療室エリアを皮切りにリハビリ、や看護師向けの勉強会なども開催し始めたところです。</p> <p>これまで依頼があったものを主治医と麻酔科の担当医とのやり取りで個別対応するだけでしたが、それをシステムとして作り上げるためにはまず、麻酔科が中心となって活気のあるチームを動かすことからだと分かり、手応えを感じながら活動しています。</p>
277	<p>自慢できる点 積極的に i.v.PCA、持続硬膜外注入、持続神経ブロックを行っている。</p> <p>改善点 術後痛の評価、合併症のチェックなど</p>
278	<p>常勤、非常勤麻酔科医 硬膜外麻酔の手技が安定しているので PCEA による鎮痛は良好です。</p> <p>股関節 膝関節 の人工関節手術は 術野で整形外科医による間接法局所麻酔で 疼痛自制内で膝崩れや低血圧なく経過</p> <p>伝達麻酔科をもっと実施していきたい。 現状、ブロックできない麻酔科の方が多いため 同じ術式に、同じ麻酔方法を提供できない</p>
279	他職種のモチベーションが高いです。
280	多くの課題があり、自慢できる点はまだない。改善案は検討中である。
281	<p>帝王切開の症例のみであるが、簡易型 PCA ポンプに充填する持続硬膜外注入用の薬剤（0.2%アナペイン 60ml + フェンタニル 0.5mg 10ml + 生食 50ml = 合計 120ml）を院内製剤としてミキシングしたものを製造してもらっている。（ポンプへの充填は手術室で麻酔科医が行う。）</p> <p>残念ながら他の症例は手術室で Ns または麻酔科医がミキシングしてポンプに充填している。（ポンプへの充填は手術室で麻酔科医が行う。）</p> <p>院内製剤の製造増産をお願いしているがマンパワーと保管場所の関係でなかなか実現しない。</p>
282	術前から術後 3 日目まで同一の医師が診察を行なっている
283	特になし
284	<p>何とか維持しているという感じです。特に自慢できる点はありません。</p> <p>改善したいところは、週末、夜間などの対応を可能にすることです。</p>
285	<p>当院では手術当日から対象患者の回診を実施しています。また、可能な限り 3 者（麻酔科医、看護師、薬剤師）がそろって回診を行うようにしています。</p> <p>算定要件に必須ではありませんが、医事課と相談のうえ、3 者が揃わない場合は当該加算の算定を行っておりません。</p> <p>対象患者数が他施設と比較するとまだ少ないですが、今後対象患者、病棟を増やしながらできる範囲で活動を拡大する予定です。</p> <p>対象患者の情報共有についてチームメンバー内でうまくできないことがあり、課題であると感じています。</p> <p>チーム活動に参加する薬剤師が少なく、病棟薬剤師の協力も得られない点で困っています。</p>

No.	項目
286	<p>APS チームを編成しようと思ひ。 すでに整形外科での周術期の疼痛管理を麻酔科医が行っており、一定の評価を得ている。 APS チームは今年中には稼働する予定である。</p> <p>保険点数が取れる症例のみでなく、麻酔管理症例のすべての疼痛管理を麻酔科で行う予定である。</p>
287	<p>年間手術件数が 1100 件程度と多くないため、手術患者全員に術後回診できているところが自慢である。 今後の問題点としては、スタッフの増員、疼痛時指示のプロトコールは作成しているが、現時点では A P S チームのアドバイスをもとに主治医が指示をだすため、タイムラグが生じてしまうことやスタッフが混乱する原因となる。 外科医や病棟スタッフと話し合い、プロトコールの運用について話し合うことが必要と感じている。</p>
288	麻酔科医スタッフは大学で APS チームを経験している。
289	手術室看護師が積極的に関わっている。
290	当病院は脳神経外科専門病院であり、胸腹部手術はない。ほぼ全例で挿管症例はレミフェンタ持続、抜管症例ではフェンタニルの持続注入を行っておりチームの必要性は他病院と比較して低いのかもかもしれない。
291	1 回/1 月 1 にカンファレンスを行い、術中、術後の疼痛管理、PONV 対策などにフィードバックしている。
292	特になし。麻酔科医の術後回診時に硬膜外麻酔がある場合で硬膜外麻酔の効果範囲が不十分な場合はボラス投与をすることもある。
293	小児の持続硬膜外鎮痛を小児麻酔科医が行っている。
294	<p>* 自慢できる点 チームメンバーのモチベーションが高く、患者さんに寄り添った回診ができています。</p> <p>* 改善できるところ チームが始動したばかりで婦人科のみ対象としているため、慣れてきたらもう少し対象科を拡大していきたい。</p>
295	<p>当院では、術中の手術刺激、疼痛による血圧心拍の変動に対し、専らフェンタニルで対応しています。術中痛みに対し、十分にフェンタニルで対処した場合（開腹手術であれば、概ねフェンタニル 5mg、膝の人工関節では 3mg 程度）、覚醒時、多くの症例で、呼吸抑制を来します。当院では、そのような状態に対し、ナロキソンを使いリバースを行い抜管し、ナロキシソンの持続投与を付けて病棟帰室させています。</p> <p>このような管理を行った場合、ナロキソン持続投与終了後の疼痛については、基本、アセトアミノフェン、フルルビプロフェンの頓用のみで、十分対応可能で、肺炎などの合併症なくスムーズな離床ができています。開腹手術でも硬膜外は必要無く、神経ブロックも行わず、術後フェンタの持続投与も必要ありません。従って、術後に調節するものがなく、シンプルに疼痛時の指示として、アセトアミノフェン、フルルビプロフェンの頓用指示を出すだけで済んでいます。従って、術後疼痛管理チームは必要ありません。</p> <p>手術による痛みの程度の違いは、術中のフェンタ量の調整でカバーしてしまっているもので、病棟に帰ってからは、フェンタ 5 本で済む橈骨骨折の患者も、フェンタ 30 本必要な TKA の患者も、同じような疼痛経過を辿ります。当院では、TKA が特段痛い手術であるという認識はありません。開腹手術も腹腔鏡手術も、術中フェンタ量の違いはあるものの、術後疼痛の経過はほぼ同じになります。総じてナロキソンを使った患者の方が術後は楽な</p>

No.	項目
	<p>ようなので、ナロキソン投与を厭わず、術中フェンタは積極的に追加しています。術後ナロキソンの持続投与が可能なのも、麻酔科医が術後管理を担っているからです。術後管理といっても、当日は麻酔からの覚醒の管理になりますので、本来は麻酔科医が担うべきだと考えています。それを多くの施設では、外科医に委ねているのが現状です。麻酔からの覚醒の管理を、麻酔のことをあまり知らない外科医にゆだねるわけですから、外科医が管理可能なレベルまで麻酔の質を落として帰室させている、というのが実態ではないかと考えています。麻酔科医が術後管理を担えば、術後呼吸抑制がきてもナロキソンでリバースをして安全に管理することが可能です。ただ、拮抗薬としてのナロキソンは、他の例えばスガマデクスやフルマゼニールのように使われていない、のが実情ではないかと思えます。昨今のLISAなどに、オピオイドや拮抗薬の特集がくまれている、ナロキソンについてもふれられていますが、一見して自身が使ったことがない人が書いていることはすぐにわかります。想像するに、日本全国見回しても、ナロキソンを使いこなせる教授はひとりもいないのではないかと、思ってしまう。これはゆゆしいことではないでしょうか。フェンタニルによる呼吸抑制を、ナロキソンを使用して安全に管理するのは、麻酔科のスキルだと思いますし、呼吸抑制が怖いからフェンタはあまり使えない、というのは、自科麻酔を行っている外科医のセリフだと思っています。拮抗薬というのは、それを使いこなすことにより、元の薬剤の長所をより際立たせる、そういう薬剤だと思っています。ナロキソンを使うことで、術中フェンタニル投与の自由度は格段に上がります。フェンタが使えないばかりに、神経ブロック等でお茶を濁している、というのが現状かと思えます。神経ブロックは、たかだか数時間から十数時間の鎮痛のために、不可逆性の神経障害のリスクを患者に負わせることになり、これは余りにバランスに欠けていると思います。</p> <p>当院では、この術後疼痛管理法は、外科医からも評価されていて、開腹手術において、硬膜外の申込は全くありません。これがすべてを物語っていると思います。当然のことながら、術後疼痛管理チームなど、話題にも上りません。</p> <p>このようなやり方は、昨日今日始まったものではなく、30年近く前、抗凝固療法が普及しはじめたころ、当時硬膜外をやっていた、適応から外れる症例がちらほら見られるようになった頃に、これは将来、術後疼痛管理を硬膜外に頼る時代ではなくなるな、と思い、以来スパッと硬膜外をやめて麻薬麻酔に切り替え、現在に至っています。この間、この方法を断念しなくてはならないような、決定的な不都合現象がまったくないことから、現在も続いています。振り返って見て、我ながら先見の明があったかと、自分自身感心しています。当院では、硬膜外にすっかり取って代わる麻酔法、術後疼痛対策が確立していることになります。</p> <p>以上、当院では、術後オピオイドフリーの疼痛管理システムが確立していることから、術後疼痛管理チームは必要ない、すでに良好な術後鎮痛が得られている、という返答になり、それについて、若干の解説を加えました。</p>
296	<p>ほぼ、術後疼痛管理は主治医任せで、APS チームで管理したいのですが時間が取れません。</p>
297	<p>薬剤師の人員不足により対象患者の拡大が行えていない。</p>
298	<p>看護部からの提案で立ち上がったこともあり、また、薬剤部も協力的で合ったことから、麻酔科医の負担は最小限で運営がされている。</p> <p>少ない常勤スタッフで手術を回す必要があるのですが、非常に助かっているが、もう少し、麻酔科医が術後鎮痛に介入できるようになると良いと思う。</p>

No.	項目
299	<p>術後疼痛管理研修の受講料が高すぎる。そのためただでさえ消極的な薬剤部から人を出してもらうことができず、結果的に診療報酬を得るに至っていない（看護師はたまたま関心を持っている者がいたため研修修了者がいるが、研修にあたり病院からの補助が半額であったためかなり自腹を切っている）。</p> <p>術後疼痛管理研修は麻酔科医であれば受けなくて良いことになっているが、本来はこれもおかしいのではないか。また研修の資料（症例や e-learning）に微妙に狙いがわかりにくいところがある。研修資料の更新、改訂の仕組みはどうなっているのだろうか。</p>
300	<p>当院の APS は設立 7 年目となり、プロトコールや介入方法などがかなり洗練されていると感じています。</p> <p>他病院にとって良いロールモデルとなれると確信しています。</p>
301	<p>病棟看護師で術後疼痛管理に興味を持つ者が多く、勉強会にも積極的に協力的である。病棟薬剤師も処方提案を行うなど積極的に動いてくれる。</p> <p>全科への拡大を今年度中に計画している。</p> <p>APS の標準的プロトコールを提示した上で、各科のこれまでの経験も踏まえて、プロトコール決定して処方も入れていただいている。主科の意欲を削がないためにも、各科の意向を尊重しつつも、問題があれば処方提案を行うなど、きめ細かな術後疼痛管理を行っている。</p> <p>病棟看護師も術後患者の痛み、嘔気嘔吐、意識レベル、鎮痛薬の残量などをきちんと評価し、統一観察項目を電子カルテに記載してくれている。</p> <p>四肢切断、多発外傷など、術後の疼痛が長引きそうなときは、ペインクリニックへ移行し transitional pain service にも配慮している。</p>
302	<p>集中治療室・HCU に多くの症例が術後入室するため、厳格なモニター管理のもと、疼痛があった場合に投薬指示が比較的早期に行える。</p> <p>大規模病院であり、各診療科の病棟が非常に遠い。回診で各病棟を回るにしても時間がかかりすぎる。APS を開始したとしても術後全てを網羅することはできない。</p> <p>術前血管 risk が高い症例も多く、硬膜外麻酔の実施件数は非常に少なくなっている。その一方で IV-PCA も麻薬に関するトラブルもあり、あまり普及していない。</p>
303	<p>自慢できる点：術後 ICU・HCU で管理する症例に関しては硬膜外 PCA や IV-PCA を使用し疼痛管理するものがほとんどであり、看護師もその使用に慣れているため患者の状態に合わせた使用（処置前や離床前の使用など）や、患者とのコミュニケーションを密にとって使用するなど PCA の利点を活かして使用している。</p> <p>改善できる点：病棟によっては術後の硬膜外 PCA や IV-PCA の使用に習熟しておらず、有効に使用できていないこともある。マンパワーが充足し APS チームが結成されれば改善される可能性がある。</p>
304	特にありません
305	3人で年間1500例の麻酔を朝から夜まで行うと術前評価や術後評価をおこなうのもやっとなとて 主治医に疼痛管理を施行していただくことになる
306	<p>昨今の医療費高騰と社会情勢において、術後疼痛管理加算が算定されるようになった事自体は、各病院の先生方の活動が、目に見える形で評価された事の証だと思えます。</p> <p>当院において、問題となる点は、</p> <p>結局のところ人、人員の配置になると思えます。どこの病院も同じ状況と考えられますが、病院の経営上、通常の業務が回せる程度の雇用体系である為、負荷のかかる業務を追加していく事は、難しい問題でした。そのため、負担を軽減するために、疼痛管理のできるスタッフを増やし各個人の負担を軽減するか、新しくスタッフの増員をするかの選択になります。現実的には、スタッフの増員は難しいため、前者の疼痛管理のできるスタッフ</p>

No.	項目
	を増やすしか、方法がない状況です。しかし、加算される点数に比較して、疼痛管理における研修費用が高額な為、さらなる増員も難しいのが現状です。 従って、現状では土日を含めた祭日まで、手が回りません。
307	自慢できる点 外科医が、APS の指示は必ず聞いてくれる。（文句を言わない）知名度がある。 麻酔科医師が回診するので患者さんにとっても喜ばれる。 改善したい点 マンパワーが少なくなった時に回診がキツイ。土日は当直医が行なってるが、緊急オペがある時忙しくて回診が遅くなる。 そろそろ働き方改革により、医師以外にお願いしたい。
308	APS 回診を現在週 2 日行っているが、毎日できるようにしていきたい。
309	これから APS チームを立ち上げる予定です。
310	特定看護師が APS 活動のデータをまとめており、病院へのアピールをしてくれている。
311	症例数がさほど多くなく、時間的にも余裕があるため、麻酔科医が術後疼痛管理にも積極的に関わることができる上に、病棟看護師の対応も素早いので、臨機応変に疼痛管理を行える。 一方で、現状のやり方で十分に術後疼痛管理を行えているため、敢えて APS チームを導入する必要性を感じないですし、薬剤師等のマンパワーが足りないなどもあり現実的に APS チームを導入することは難しいと感じている。 また、管理加算の対象となる患者数が極めて少ないため、わざわざ APS を導入するメリットが少ないと感じている。
312	極度の麻酔科医不足で日々の麻酔管理さえままならない状態で時短医師のカバー、周術期外来、無痛、院内急変 管理業務などの業務に加えての仕事量増加には対応不能。
313	チーム活動により、各病棟での NRS 評価がかなり定着した点
314	PONV 対策も比較的よくやっていると思う。
315	チームの構成要件や回診メンバーの要件についてもう少し詳しく規定を決めてほしい。結局算定した後の払い戻しを懸念して APS 算定ができなかった。また、算定できない活動に対し理解が得られなかった。
316	全麻の場合もできるだけ神経ブロックや局麻を併用している。
317	硬膜外が減って、ブロックを含む局所麻酔+アセリオ、ロピオン、フェンタニル静注への移行まではできた。 レミフェンタニルの術後使用のハードルが高い。
318	手術室看護師、薬剤師、臨床工学技士が一同に介して評価を行っている
319	各診療科ごとにプロトコルがあり、疼痛コントロールがなされている。
320	特になし
321	超音波装置も非常に古いものしかないため、末梢神経ブロックも体表面のものしかできない。神経刺激装置は購入してもらえない等、施設の理解が得られなくて苦労している。
322	担当麻酔科医の術後回診は必ず行っている。 手術室看護師の術後訪問も行なっている。 手術室専従の薬剤師が薬剤師不足のため配置できていない（2年以内には配置したい）。
323	特記ありません。

No.	項目
324	改善点などについて、APS チームメンバーの増員により負担を減らす必要があると感じている、一方メンバー養成のためのコスト負担が大きいため病院側の協力が今後も得られるか不安。
325	人員不足。
326	<p>術後診察記事のテンプレートを作成し、どの職種も共通の記載内容で効率的に疼痛アセスメント、記事入力を行えるようにした。</p> <p>チームメンバーは麻酔科医師 1 名の他、診療看護師 2 名、手術室看護師兼周術期管理チーム看護師 3 名、HCU 看護師 2 名、薬剤師 3 名、臨床工学技師 1 名で構成され、各職種の専門分野を活かしてチーム医療を行っている。メンバーのモチベーションは高く、平日と同様、土日休日の術後疼痛回診も分担して行っている。</p> <p>一般病棟看護師は術後疼痛管理に興味を持っていても術後疼痛管理チーム看護師の条件を満たさず、術後疼痛研修を受けられない。疼痛管理にはチームメンバーのみならず、担当看護師のレベルアップも重要で、術後疼痛管理を行う一般病棟の看護師も e learning を受講しやすい制度になると、教育に係るチームメンバーの業務軽減にも繋がりがありがたい。</p>
327	<p>山形県内では、最も早く ivPCA を導入した。導入して 12 年ほどになる。</p> <p>通常業務の中で使用しているが、スタッフ（医師、病棟看護師など）もだいぶ入れ替わったこともあり、再度見直すことが必要な時期になっている。</p> <p>硬膜外麻酔もしくは持続末梢神経ブロックで術後鎮痛を図る場合、ivPCA も併用し、「血圧が下がった場合は硬膜外麻酔の中止」「悪心嘔吐が強い場合、ivPCA を中止」等、二重の備えを施している。少なくとも、硬膜外麻酔に局所麻酔薬と麻薬を混合投与した場合（当院では、血圧が下がっても悪心等があっても硬膜外麻酔をすぐに止める傾向にある）に比べて、良好な鎮痛を得ている。</p>
328	特記事項なし
329	当院麻酔科は ICU と手術室両方の人員だが、APS 回診は手術室の人員で実施している。曜日で担当麻酔科医を決めて回診及び指示だしを行っている。
330	術後回診をチームとして繰り返すことが、病棟での術後疼痛管理の重要さが病棟スタッフに伝わってきた。PCA ボタンも患者に押させることが必要な事を病棟看護師が理解し始めている。回診することで、病棟スタッフも自分で疼痛を評価しようとしは始めている。麻酔科医の負担がおおきいので、もう少し減らせるように工夫したい。また術後疼痛管理のプロトコルを作りたいと思って作れていない。
331	小規模施設で看護師、薬剤師が少なくチーム組成できない。
332	整形外科症例主体なので、神経ブロック（単回）をメインに行っている。加算用件である「持続的な注入」の対象が少ないので、研修や機器購入の費用がペイできない。
333	なし
334	特になし
335	<p>??自慢出来る点</p> <p>・当院は全身麻酔等の麻酔科管理件数は年間約 300-350 症例・月 20-30 件程度で、142 床(外科系病棟 35 床)の急性期一般病院で、全身麻酔管理はほぼ外科と整形外科の症例の病院です。外科は腹腔鏡手術が多く、整形外科は外傷と、今月から脊椎整形外科手術が開始されます。この状況下で、現在、緊急手術も含めたほぼ全例の症例に、術後疼痛管理チームが介入しております。(コスト的には IVpca 非装着や硬膜外カテーテル非挿入の患者さんは取れませんが、PONV 予防やアセトアミノフェン定期投与などを通じて介入しております。)</p>

No.	項目
	<ul style="list-style-type: none"> ・術後疼痛管理チームは昨年(2023/4月)に開始されましたが、大き過ぎない病院のメリットが生かされる感じで、看護師さん等のチームメンバーが大変モチベーションが高く、管理マニュアルも大変積極的に作成して頂きました。 ・ほぼ全例にわたり介入出来ておりますので、いずれ当方で学会発表などしたいですが、全例に近いくらいに介入出来ている珍しい施設かもしれませんので、もし疼痛管理チームの見学希望などありましたら、御連絡頂けたら幸いです。 ・術後疼痛管理チームの始動により、疼痛とPONVに対するモチベーションの向上に繋がりました。麻酔科管理症例は可能な限り区域麻酔併用となり、IVpcaも術中のバイタルを見ながら積極的に入れており、その敷居が低いのが自慢です。チーム看護師さんのお話では、PONV1割以下で、術後せん妄が減少したという報告を受けております。 ・他、チームワークが良い事が自慢なのと、手術室看護師さんが手術室のみならず、病棟看護師の経験と救急外来兼務をされていて、機動性が良いことが自慢です。 <p>??問題点 今のところあまり見当たりません。</p>
336	<p>主治医はAPSラウンドを望んでいるが、病棟側の受け入れが悪く、回診ができない診療科がある。</p> <p>病棟スタッフへの教育も行っているが、なかなかスタートできない病棟がある。</p>
337	<p>疼痛が少ない手術が多いので、疼痛管理で困ることが少ない状況です。</p> <p>疼痛そのものより、術後悪心嘔吐や術後せん妄の予防、治療の方に改善すべき点がありそうです。</p>
338	<p>個々の症例ごとではなく全体的に麻酔科が術後疼痛管理に介入できるシステムが整備されていないので、今後より良い管理を目指していければと考えております</p>
339	<p>?良い点 硬膜外麻酔や伝達麻酔の併用が多く、全身麻酔だけの場合も多くをIVPCAを使用している。 IVPCAに関しては、高齢者が多いせいか、嘔気嘔吐が少ない。</p> <p>?改善できるところ 血圧が下がると主治医がすぐに硬膜外麻酔を辞めてしまうので、時間あたりの使用量の調節をするように教育していく 薬剤師の人員不足が一番のネックなので、人員が充足すればチーム編成も可能と思われる</p>
340	<p>現在の術後鎮痛に関して実現できていること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・可能な限り「痛くない」状態で覚醒させる ・積極的に「持続硬膜外注入+PCA」「持続静注+PCA」を行う ・患者にPCAの使い方をしっかり理解し、使用してもらう ・上記鎮痛の内容を病棟看護師、主治医にも正しく理解してもらう <p>改善すべき点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・術後疼痛管理に積極的ではない外科系医師の患者の鎮痛が不十分なことがある ・2病日以降は疼痛管理を主治医および病棟に任せがちである ・薬剤師を交えた術後疼痛管理が実現できていない
341	<p>当院の麻酔科医は師3名のみであり、日中は手術麻酔、術前診察等の業務で手一杯であり、とてもAPSチームを運営するような余力はありません。</p> <p>術後の持続硬膜外鎮痛に関しても主治医主体でのコントロールとなっています。</p>

No.	項目
	マンパワーさえ余裕があれば術後鎮痛に麻酔科が関与することが可能となると思いますが、現状では無理です。
342	現状の疼痛管理として、基本的には術後は主治医指示の鎮痛指示があるが、必要に応じて麻酔科からも随時追加指示をだしても文句は言われない。 薬剤師の薬指導として術後鎮痛薬についての説明や指導など入るところが良い点。 術後疼痛管理、APS チームとしての運営に早くつなげていきたいところである。
343	手術症例数がそれほど多くないので、麻酔科医が術後疼痛管理に関わることがしやすい。 積極的に神経ブロックなどの鎮痛法を取り入れている。 HCU にいる期間は麻酔科医の眼が届くけれども、HCU から病棟へ移動してしまうと眼が届かなくなる。 同時に病棟看護師には、術後疼痛管理の教育が不十分であるので、患者対応が悪くなったり、遅くなったりする事例がでる。 病棟看護師への術後疼痛管理の教育は今後の課題である。
344	診療報酬で術後疼痛管理加算が認められたため、麻酔科医、手術部看護師だけでなく、病院事務方、病棟看護師を含む看護部、薬剤部、外科系主治医から理解が得られ、e-ラーニング含めて速やかに活動が開始できた点は自慢できると思います。 活動を始めたことによって、以前よりもどの程度術後疼痛が軽減できているかを評価していくことにはこれから改善が必要と考えています。
345	疼痛の評価が今一つされていないし、記録も薄い。痛みに対する反応、鎮痛薬投与後の評価、副作用の有無も必ずしもきちんとなされていない。APS チーム運営が望まれるが、十分な人手がなく、人件費のわりに経営にプラス効果もあまり期待できないかも(?)と思われ、夜間や休日の対応をどうするかが悩み。
346	手術侵襲低下により術後疼痛管理に難渋することが少ない。 神経ブロック等で疼痛緩和がある程度維持できている。 吐き気等が IVPKA 使用症例に時折認められるため、制吐薬の定時処方導入させたい 非オピオイド鎮痛薬の定期投与(術後)の標準化導入させたい
347	自慢できる点; なし 改善点; 不明
348	自慢できる点として、チームメンバーが皆勉強熱心でチームワークがよいこと、主科に鎮痛の提案をしやすい環境であることが挙げられる。 改善できる点として、術式によって鎮痛法や副作用予防を統一しておらず担当麻酔科医の判断に委ねていること、病棟によって痛みへの意識や評価、PCA に対する理解が異なることが挙げられる。
349	近い将来、院内の術後疼痛管理を統一するために、疼痛管理プロトコルを整備したい。
350	術後回診の記載を電子カルテや麻酔記録に登録しているが、データを取ろうとすると再度エクセルに入力し直しとなる。 二度手間になるため、そうならないような形にできないか現在模索しています。 PIMS のような形で各社の麻酔記録と連動し、入力したらすぐデータが取れるような形に出来ないか学会の方で検討して頂けると助かります。 ここに記載するようなことではないかもしれませんが、ご検討のほどよろしく申し上げます。
351	特にございませぬ。
352	麻酔科医と手術室看護師で、毎日術後回診および APS 回診を実施しています。PCA ポンプを使用している患者については、ポンプを使用している間は毎日回診し、薬剤の調整を

No.	項目
	行っています。人員不足で APS チームとはなっていませんが、術後疼痛管理に積極的に関わっています。
353	<p>当院は 315 床の地域中核病院であり、麻酔科医師数も看護師をはじめとしたスタッフ数も限定的であるが、2022 年の診療報酬改定直後からチーム結成やプロトコル作成を行い比較的早期（2023 年 1 月）の段階で算定開始に至った。</p> <p>チーム対象患者の管理に関するクリニカルパス化の実施はもちろん、チーム活動内で見えてきた術後の問題（PONV、麻薬管理の問題）にも積極的に取り組んでいる。</p> <p>PONV 改善のために一定の症例では IV-PCA 使用を中止するに至り加算点数は減少したが、点数の大小に拘らず、術後の患者状態の向上に向け活動している。持続鎮痛を実施し得ない（加算対象とならない）症例の管理や必要に応じ術後 4 日目以降の診察等も対応している。</p> <p>我々麻酔科医は従来は術翌朝までの患者状態の把握しかできなかった（してこなかった）が、術後 3 日間の患者状態の変化を目の当たりにするようになり、投与経路や合併症まで考慮しながら離床・退院までを見据えた管理を考えるようになった。</p> <p>主科医師や他職種とのコミュニケーションも密に取るようになり、結果として特に病棟スタッフとの意思疎通が取りやすくなった。</p> <p>引き続き勉強を重ねながら術後の患者状態の改善に向け真摯に取り組んでいきたい。</p>
354	病棟看護師の疼痛や副作用への対策が、積極的になり、患者の疼痛への対応が迅速になった
355	APS 担当麻酔医を専任とし、回診やカンファ時間には手術室勤務から外している。基本的に術後予測される事象について網羅した指示になっているので（痛みのコントロールや副作用など）、夜間休日に APS チームが直接関わることはほとんどない。病棟での疼痛副作用評価も細やかにできていて、普段から APS チームとの連携も十分にとれている。
356	麻酔科医の人員不測のため十分な管理・指示出しが行えない。
357	<p>費用がかなりかかること、その割にチーム加算が少ないことから看護部が難色を示したが、実際に現場で問題となっていた、術後せん妄の予防や早期離床に貢献できる可能性があると分かりすぐに理解が得られた。</p> <p>ただ、そこから定期投与を各科のパスに入れたり、パスの種類が多い科に関しては術後疼痛パスを作成するのが苦戦した。</p> <p>実際に処方があっても先行鎮痛の概念が定着しておらず、看護師サイドで投与を中止してしまっていたので、そこに対する教育も行なった。</p> <p>今後は PONV や合併症発生時のプロトコルの定着を進めていきたい。</p>
358	なし
359	看護師、主治医に任せることが多く、麻酔科医、薬剤師がもっと関わっていく。
360	チームに所属する看護師、薬剤師のモチベーションが高い。
361	<p>プロトコルがあるのにも関わらず、活かされていないことがある。慣れない方法に対し抵抗があるようなので、改善していける点であると考えている。</p> <p>マンパワーがあれば専従医を設けて確実に実施できるがマンパワー的に難しい。</p>

No.	項目
	手術実施列以上に麻酔科医を確保できない時は麻酔科医が回診に参加できない時もあります。 なるべく参加するようにはしていますが、看護師と薬剤師だけで回ってもらう事が多いです。
362	より多職種、大人数でチーム回診を回していく事
363	末梢神経ブロック、硬膜外麻酔、iv-PCA など積極的に選択して鎮痛を図っています。 外科系診療科との関係も良好であり、ブロック含め麻酔の方針に意見されることはありません。 麻酔導入に時間がかかっても不満を口にされることはありません。 必要であれば病棟に行き、追加で処置をすることもあります。
364	特になし。
365	特になし
366	現在 1 人の麻酔科医なので手術が多いと術後疼痛管理の時間が取れない。 しかし、やる気と能力のある看護師と薬剤師が APS の立ち上げを申し出てくれて、要件を満たすため 3 人で e-Learning を開始している。施設認定は取れていないが、毎週火曜日に疼痛管理回診を行い、各職種からの知見を持ち寄って患者さんの疼痛管理に寄与できていると自負している。
367	多職種で、協力しながら仕事をしていく中で、院内全体のモチベーションアップに繋がっていると思っています。
368	麻酔科、薬剤師、看護師のマンパワー不足でまだ編成できません。 興味があるので、やる気はあります。 人手が少ないので、他職種の受講時間が確保できないことが問題点です。
369	現在は回診する患者をフェンタニル iv-PCA 患者と硬膜外併用患者のみとして、疼痛管理チーム介入症例を制限しており、それぞれは個別対応での指示となっている。今後は、チーム介入患者以外にも適応できるような術後疼痛コントロールのプロトコルを作成していく必要があると考えている。
370	始めたばかりなので特にありません。
371	術後疼痛管理チームを今後編成していく予定ではありますが、現在のところ、薬剤師さんの人員不足等の理由で、チーム編成は行ってはおりません。 外科医との術後疼痛に関する情報共有、コミュニケーションにより、術後疼痛管理を行っております。
372	自慢できる点：病棟看護師が疼痛管理について記録し、疼痛コントロールが不良であれば、麻酔科に相談できる体制がある 改善できる点：マンパワーが許せば回診し、きめ細かい管理を行いたい
373	少しずつ、外科系医師、病棟看護師の理解が進んできていることは、良いことだと感じています。
374	周術期管理チームが中心となり、術後疼痛管理チームを立ち上げた。薬剤師の協力がかなりの力になっている。麻酔科のスタッフの協力を得ながら運営しているが、今後さらにこのシステムが継続的にうまく機能していくように、考えていきたい。
375	規模の小さな病院であり、主治医だけでなく、麻酔科医も自由に指示が出せる。
376	自慢できる点：薬剤師の先生方のご協力が手厚い。 改善できる点：リンクナース（APS チームと病棟スタッフの架け橋、窓口）が、人員不足のため不在。

No.	項目
377	末梢神経ブロックを積極的に施行している。 外科系各科も術野での局所麻酔薬散布や局注などに協力的である。
378	術後は麻酔科および主科で配分して疼痛コントロールを行っており、それなりにうまく回っている。特に、末梢神経ブロックを施行するようになってから疼痛管理の質が大いに上がった
379	臨床工学技士が含まれている。 スタッフメンバーを増やしたい。
380	24時間 365日体制で、問い合わせに迅速確実に、責任もって関わる体制が望まれる
381	IV-PCA や PCEA を使用し、できるだけ術後鎮痛に努めている。
382	看護師及び薬剤師不足のために、専任の看護師、薬剤師が確保できず、疼痛管理チームを組めない状況にある。 常勤麻酔科医も1名；自分のみで、麻酔管理だけでなくペインクリニック外来や救急外来、感染対策、など専門以外の業務もこなしており（当院の常勤医数も少ないことが関連）、術後疼痛管理を十分に行えるだけの時間やスタッフ教育体制が組めない。当院は比較的過疎地域の病院のため症例がそこまで多くなく、医師の偏在の影響を大きく受けており、地域格差の問題などを改善しないと当院で他の大きな施設のような理想的な周術期管理を行うことは不可能である。
383	なし
384	現時点では IV-PCA、PCEA、持続神経ブロック装着患者の術翌日（平日）のみの回診ではあるが、麻酔科医が中心となって APS 管理、関係診療科、病棟スタッフにフィードバックしている。将来的には適応患者、ラウンド日数等を拡大予定。やはり人的余裕がないとなかなか難しい。
385	特になし
386	なし
387	当院では大腿骨近位部骨折患者の集学的管理の中で、周術期鎮痛管理があって、外来時にアセトアミノフェンの静注を行い、早期手術後に翌朝までアセトアミノフェンの静注し、昼から2日間アセトアミノフェンの経口投与を行っています。
388	なし
389	パスを含めて疼痛管理困難時のフローチャートを作成中である。
390	特になし
391	臨機応変な対応をしています。
392	なし
393	立ち上げている途中であり、かなり限定的に行なっている。 現状は整形外科病棟のみで回診も週1回しか出来ていないため、拡大して行きたいがチームメンバーの増員がボトルネックとなっている。 最終的には回診はコメディカル中心で相談先として麻酔科医が関わる形にしないと継続的な運用は難しいため、コメディカルへの周知と育成が必要であると考えている。 他部署との課題としては ①手術までの流れが各診療科ごとに異なるため横展開しにくい（患者への周知をどこでしてよいか診療科ごとにまちまちになる）。 →PFMを整えていくことで改善する見込み ②記録の2重記載が必要となる。NRSなどの観察項目はすでに看護記録に記載されているが管理加算をレセプトと連動させるのにテンプレートを用いねばならず同じことを複数箇所に記録する必要がある。 →こちらは電子カルテなどのシステムが変わらないと根本解決できない。

No.	項目
	<p>自部署の課題としては ①マンパワーの圧倒的不足 ②メンバー間での温度差（根本はマンパワー不足が原因）</p> <p>未知の課題として各診療科の医師とプロトコル作成/変更をする際に協議する必要があるため、ここも一筋縄ではいかないと考えている。</p> <p>ボトムアップでチームを立ち上げているため、予算などのリソースも十分でなくプロジェクトの進行が遅いのも課題となっている。</p>
394	疼痛スケールは、院内で統一されており、必要に応じて対応している。
395	<p>自慢できる所は一切ない。 まずは術後疼痛管理を行う所から始めるしかないと考える。 そのため麻酔科専門医だけではなく、専門医研修中の麻酔科医に担当症例の術後痛を把握するように指導をしている。</p>
396	外科系医師と信頼関係があり、IVPCA または持続硬膜外を利用しています。末梢神経ブロックは、現状では行っていません。
397	小規模な病院なので、病棟のスタッフとのコミュニケーションが取りやすく、情報を色々協力していただいている
398	<p>加算を機に発足したが、比較的スムーズに活動を開始できた。 規模の小さい病院で対象者も限られているため、回診の時間を朝の麻酔導入前に短時間で行う事ができている。</p>
399	ないです
400	APS チームは存在していませんが、比較的術後疼痛管理状況は良好であり、術後早期の離床が実現できていると考えています。
401	術後疼痛管理チームの立ち上げ時に、薬剤師、看護師、医師から自らチーム員になりたいと手を挙げてくれた。やりたいというモチベーションで行ってくれているので、自分たちで工夫し、カンファレンスや回診を行っている。
402	脊椎麻酔併用、硬膜外麻酔も道具にコストがかかっているため術後加算がとれるようになるとよいです。
403	とくにありません
404	これからなので、ありません。
405	マンパワー不足で主治医に大きな負担がかかっている。
406	麻酔管理中から術後疼痛緩和のため、各種末梢神経ブロックや硬膜外麻酔、PCA ポンプでの鎮痛薬投与を行っている。