

添付資料 4. 患者情報基本シート

病歴番号： _____ 氏名： _____
 研究番号： _____

----- キリトリ線 -----

研究番号： _____

患者基礎情報

(入院時に記入)

入院時年齢 歳 性別

診断名 (がん)：

総合 (f) 病期：

婚姻状態 (ひとつに○)： 既婚・未婚・死別・離婚

キーパーソンの同居 (ひとつに○) 同居・別居・キーパーソン不明

最終教育歴 (ひとつに○)： 中学校卒・高校卒・短大/専門学校卒・大学卒・大学院卒

入院時点までに受けたことのある治療 (○をつける)：

内視鏡治療： 有り・無し

手術： 有り・無し

→ 術式： 手術年：

化学療法： 有り・無し

放射線療法： 有り・無し

→ 部位：

入院時 PS (ひとつに○)： 0・1・2・3・4

(退院時に記入)

入院日数： 日

退院時までに転移がある場合転移箇所 (当てはまるもの全てに○)

肺・肝・脳・遠隔リンパ節・腹膜・骨・皮膚・腹膜・他の腹腔内・無し

腹水： 有り・無し

胸水： 有り・無し

癌性リンパ管症： 有り・無し

入院中にうけた、癌に対する治療 (期間も含む)

内視鏡治療： 有り・無し

化学療法： 有り・無し

手術： 有り・無し

放射線療法： 有り・無し

退院時 PS (ひとつに○)： 0・1・2・3・4

病棟 _____ 患者ID: _____ 患者氏名: _____

入院日数	1 回目(入院日)()	2 回目(8 日目)()	3 回目(15 日目)()
日付	/	/	/
記録者			
日勤朝のラウンド時の聞き取りデータを記録してください。「すべて昨日の今頃から今までに」の範囲が対象です。			
昨日の今頃から今までに痛みがありましたか	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
昨日の今頃から今までに鎮痛薬を使用しましたか	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
昨日の今頃から今までの痛みは十分とれていましたか	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
安静時NRS 一番強いとき _____ 一番弱いとき _____ 平均の強さ _____	(一番痛い場所の番号) _____	(一番痛い場所の番号) _____	(一番痛い場所の番号) _____
動作時NRS 一番強いとき _____ 一番弱いとき _____ 平均の強さ _____	_____	_____	_____
代替評価 動作時の最大VRS _____ 安静時の最小VRS _____	(一番痛い場所の番号) _____	(一番痛い場所の番号) _____	(一番痛い場所の番号) _____
昨日の夜は眠れましたか	良眠 不十分 不眠	良眠 不十分 不眠	良眠 不十分 不眠
痛みの原因	がん がん治療 その他	がん がん治療 その他	がん がん治療 その他
NSAIDs アセトアミノフェン			
弱オピオイド			
強オピオイド			
鎮痛補助薬			
今回入院中の放射線治療	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
痛み関連のケア・処置 (具体的に) Ex: ケア: マッサージ、温療法など 処置: ブロック、腹水などのドレナージなど			

痛みの評価の必要性について

痛みは感じているご本人にしかわかりません。そのため、私たち看護師や医師、薬剤師にもわかるように、どこが痛いのか、どれくらい痛いのか、痛みが弱くなったのか強くなったのかなどを患者さんご本人にうかがいます。痛みの変化を確認することで、痛みの治療方法を決めたり、痛み止めなどのお薬の量を調節することができます。わからないことがあればいつでもご質問下さい。

NRS の説明

〇〇さんの感じている痛みを、私たちにもわかるように数字で教えてください。難しく考えないで、感じたままにお答えください。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高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強い痛み、というイメージです。目をつぶってイメージして下さってもいいです(最近の痛みや、今まで経験した痛みなどにとらわれないで、あくまでも想像できる最高の強さの痛みをイメージしてみてください)。

そのイメージした最高の痛みを「10」とします。どうですか？なんとなくイメージできましたか？(難しく考えないで、自分なりの想像で大丈夫です) それで、〇〇さんの今の痛みの強さを、今考えて頂いたゼロから10の間の数字で表すといくつだと感じますか？では、昨日の今頃までから今までの間で、一番強かった痛みはいくつだったと思いますか？

NRS は練習することで患者さんがより安定した評価ができるようになります。ゼロから10までの説明が終わったところで、今の痛みの質問の前に少し練習してみるのも方法です。

たとえば・・・足の小指をテーブルや椅子にぶつけたときってけっこう痛いと思いますが、〇〇さんはそんなときの痛さを思い出すと、数字でいくつくらいだったと思いますか？

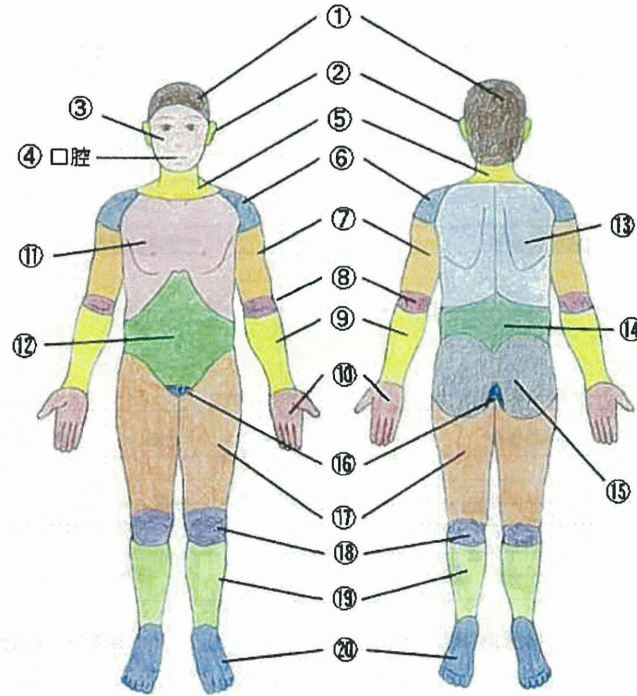
VRS は NRS が理解できない患者さんに限って使用します。基本は NRS です。

VRS の説明

数字では難しかったですね。それでは違うもう一つの方法を説明させてください。痛みがないときは「痛みがない」または「痛くない」と答えてください。痛みがあると感じるときは「痛い」あるいは「痛かった」と教えてください。その時、〇〇さんが感じた痛みの強さが「弱い痛み」なのか「中くらいの痛み」なのか「強い痛み」のかも教えてください。

記録は、0: 痛みなし、1: 弱い痛み、2: 中くらいの痛み、3: 強い痛みとして数字で記録してください。

痛みの部位番号(左右はありません)



NSAIDs	オピオイドと麻薬	鎮痛補助薬
インテバン坐剤	弱オピオイド コデイン	アナフラニール
インフリーS カプセル	トラマール	ガバベン錠
クリノリル	ベンタジン	キシロカイン静注用 2%
セレコックス	ソセゴン	ギャバロン
ナイキサン	レバタン	サインバルタ
ハイベン	強オピオイド MS コンチン	セルシン
ブルフェン	アンベック坐剤	セロクラール
フロベン	オキシコンチン	ゾメタ注
ボルタレンサボ	オキノーム	ダイアップ坐剤
モーピック	オキファースト	デカドロン
ロキソニン	オプソ	テグレート
ロルカム	カディアン	デバケン
ロピオン注	ケタラール	テルネリン
	デュロテップ MT パッチ	トフラニール
アセトアミノフェン	バンシフ	トリプタノール
アンヒバ坐剤	ピーガード	トレドミン
カロナール	フェンタニル注	ノイロロピン
	フェントステープ	バキシル
	ブレベノン注	ホリゾン
	モルヒネ	メキシチールカプセル
	モルベス	リオレサール
	ワンデュロパッチ	リフレックス
		リボトリール
		リリカカプセル
		リンデロン
		レメロン
		ロゼレム

麻薬の1日量の記入方法について “1日”とは、昨日の今頃から今までの間のことです。

内服

定時薬: 昨日の今頃から今までの間に使用した、定時の指示の麻薬の薬剤名と合計量

レスキュー: 昨日の今頃から、今までの間に痛みがあったときに使った、レスキュー指示の麻薬の薬剤名と合計量

注射

昨日の今頃から今までの間に使った麻薬注射剤の薬品名、希釈方法、投与速度、レスキュー1回量、レスキュー回数 (希釈方法の分母は生食の量、分子は薬剤の量)

例: モルヒネ注 30mg を生食 93ml に溶かしたものを、2ml/時間で持続静注し、疼痛時のレスキューは1回 2ml を早送りの指示で、昨日の今頃から今までの間にレスキューを8回使用した場合。

記載は、モルヒネ注 30/93、速度 2ml/時間 × 24時間 レスキュー 2ml × 8回

途中で量が変わった場合の例: 8時間目に速度が 3ml/時間、レスキューは1回 3ml の場合、変更前にレスキューは3回、変更後にレスキュー 4回使用した場合の記載は……

モルヒネ注 30/93、速度 2ml/時間 × 8時間、レスキュー 2ml × 3回、速度 3ml/時間 × 16時間、レスキュー 3ml × 4回

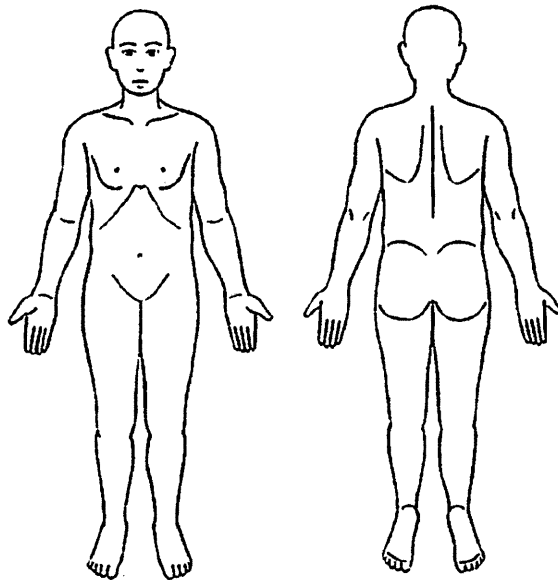
1

簡易疼痛調査用紙(縮小版)

調査年月日: 平成.....年.....月.....日

あなたの氏名:

- だれでも一生のうちには、軽い頭痛、ねんざ、歯痛などの痛みを経験することがありますが、今日、このような日常的な痛みとは違う痛みがありますか？ 1. はい 2. いいえ
- 下の身体図に、あなたの痛みの範囲を斜線で示し、最も痛むところに×をつけてください。



- この24時間以内にあなたが感じた最も強い痛みはどの位でしたか？最も近い数字を○で囲んで下さい。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

痛くない

これ以上の痛みは考えられない

- この24時間以内にあなたが感じた最も弱い痛みはどの位でしたか？最も近い数字を○で囲んでください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

痛くない

これ以上の痛みは考えられない

- あなたが感じた痛みは平均するとどの位でしたか？最も近い数字を○で囲んでください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

痛くない

これ以上の痛みは考えられない

- あなたが今感じている痛みはどの位ですか？最も近い数字を○で囲んでください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

痛くない

これ以上の痛みは考えられない

7) あなたは痛みを取るためにどのような治療や投薬を受けていますか？

8) この 24 時間に、その治療や投薬はどのくらい痛みを軽減させましたか？

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

少しも軽減しなかった

完全に和らいだ

9) この 24 時間のうちで、痛みがどれほどあなたの生活に支障となりましたか？

適当な数字を一つ○で囲んでください。

A. 日常生活の全般的活動

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

支障なし

完全な支障となった

B. 気分・情緒

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

支障なし

完全な支障となった

C. 歩行能力

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

支障なし

完全な支障となった

D. 通常の仕事(家庭外および家庭内の仕事を含む)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

支障なし

完全な支障となった

E. 対人関係

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

支障なし

完全な支障となった

F. 睡眠

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

支障なし

完全な支障となった

G. 生活を楽しむこと

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

支障なし

完全な支障となった

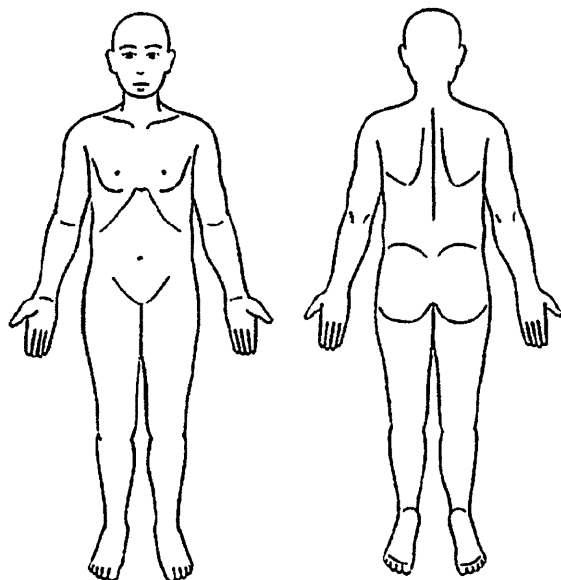
2

簡易疼痛調査用紙(縮小版)

調査年月日: 平成.....年.....月.....日

あなたの氏名:

- 1) だれでも一生のうちには、軽い頭痛、ねんざ、歯痛などの痛みを経験することがありますが、今日、このような日常的な痛みとは違う痛みがありますか？ 1. はい 2. いいえ
- 2) 下の身体図に、あなたの痛みの範囲を斜線で示し、最も痛むところに×をつけてください。



- 3) この24時間以内にあなたが感じた最も強い痛みはどの位でしたか？最も近い数字を○で囲んで下さい。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

痛くない

これ以上の痛みは考えられない

- 4) この24時間以内にあなたが感じた最も弱い痛みはどの位でしたか？最も近い数字を○で囲んでください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

痛くない

これ以上の痛みは考えられない

- 5) あなたが感じた痛みは平均するとどの位でしたか？最も近い数字を○で囲んでください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

痛くない

これ以上の痛みは考えられない

- 6) あなたが今感じている痛みはどの位ですか？最も近い数字を○で囲んでください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

痛くない

これ以上の痛みは考えられない

7) あなたは痛みを取るためにどのような治療や投薬を受けていますか？

8) この 24 時間に、その治療や投薬はどのくらい痛みを軽減させましたか？

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

少しも軽減しなかった

完全に和らいだ

9) この 24 時間のうちで、痛みがどれほどあなたの生活に支障となりましたか？

適当な数字を一つ○で囲んでください。

A. 日常生活の全般的活動

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

支障なし

完全な支障となった

B. 気分・情緒

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

支障なし

完全な支障となった

C. 歩行能力

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

支障なし

完全な支障となった

D. 通常の仕事(家庭外および家庭内の仕事を含む)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

支障なし

完全な支障となった

E. 対人関係

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

支障なし

完全な支障となった

F. 睡眠

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

支障なし

完全な支障となった

G. 生活を楽しむこと

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

支障なし

完全な支障となった

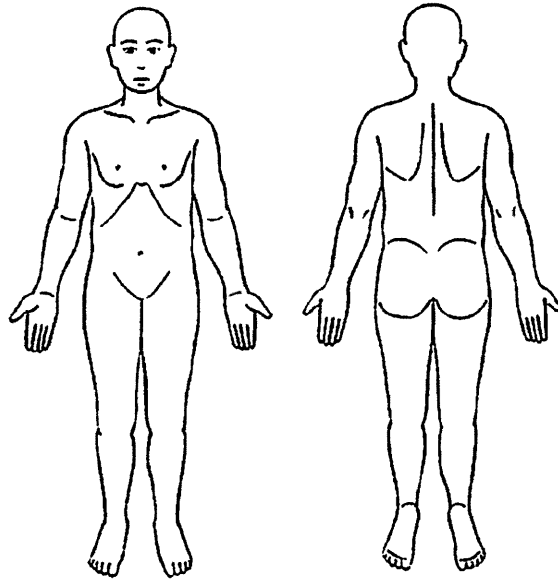
3

簡易疼痛調査用紙(縮小版)

調査年月日: 平成 年 月 日

あなたの氏名:

- 1) だれでも一生のうちには、軽い頭痛、ねんざ、歯痛などの痛みを経験することがありますが、今日、このような日常的な痛みとは違う痛みがありますか？ 1. はい 2. いいえ
- 2) 下の身体図に、あなたの痛みの範囲を斜線で示し、最も痛むところに×をつけてください。



- 3) この24時間以内にあなたが感じた最も強い痛みはどの位でしたか？最も近い数字を○で囲んで下さい。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

痛くない

これ以上の痛みは考えられない

- 4) この24時間以内にあなたが感じた最も弱い痛みはどの位でしたか？最も近い数字を○で囲んでください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

痛くない

これ以上の痛みは考えられない

- 5) あなたが感じた痛みは平均するとどの位でしたか？最も近い数字を○で囲んでください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

痛くない

これ以上の痛みは考えられない

- 6) あなたが今感じている痛みはどの位ですか？最も近い数字を○で囲んでください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

痛くない

これ以上の痛みは考えられない

7) あなたは痛みを取るためにどのような治療や投薬を受けていますか？

8) この 24 時間に、その治療や投薬はどのくらい痛みを軽減させましたか？

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

少しも軽減しなかった

完全に和らいだ

9) この 24 時間のうちで、痛みがどれほどあなたの生活に支障となりましたか？

適当な数字を一つ〇で囲んでください。

A. 日常生活の全般的活動

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

支障なし

完全な支障となった

B. 気分・情緒

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

支障なし

完全な支障となった

C. 歩行能力

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

支障なし

完全な支障となった

D. 通常の仕事(家庭外および家庭内の仕事を含む)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

支障なし

完全な支障となった

E. 対人関係

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

支障なし

完全な支障となった

F. 睡眠

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

支障なし

完全な支障となった

G. 生活を楽しむこと

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

支障なし

完全な支障となった

病棟 _____ 患者ID: _____ 患者氏名: _____

入院日数	1日目(入院日)	8日目	15日目
日付	/	/	/
記録者			
日勤朝のラウンド時の聞き取りデータを記録してください。「すべて昨日の今頃から今までに」の範囲が対象です。			
昨日の今頃から今までに痛みがありましたか	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
昨日の今頃から今までに鎮痛薬を使用しましたか	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
昨日の今頃から今までの痛みは十分とれていた	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
安静時NRS 最大 最小 平均	(一番痛い場所の番号) _____ _____ _____	(一番痛い場所の番号) _____ _____ _____	(一番痛い場所の番号) _____ _____ _____
動作時NRS 最大 最小 平均	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
代替評価 動作時の最大VRS 安静時の最小VRS	(一番痛い場所の番号) _____ _____	(一番痛い場所の番号) _____ _____	(一番痛い場所の番号) _____ _____
昨日の夜の睡眠は	良眠 不十分 不眠	良眠 不十分 不眠	良眠 不十分 不眠
痛みの原因	がん がん治療 その他	がん がん治療 その他	がん がん治療 その他
NSAIDs アセトアミノフェン			
弱オピオイド			
強オピオイド			
鎮痛補助薬			
今回入院中の放射線治療	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
痛み関連のケア・処置 (具体的に) Ex: ケア: マッサージ、温療法など 処置: ブロック、腹水などのドレナージなど			

痛みの評価の必要性について

痛みは感じているご本人にしかわかりません。そのため、私たち看護師や医師、薬剤師にもわかるように、どこが痛いのか、どれくらい痛いのか、痛みが弱くなったのか強くなったのかなどを患者さんご本人にうかがいます。痛みの変化を確認することで、痛みの治療方法を決めたり、痛み止めなどのお薬の量を調節することができます。わからないことがあればいつでもご質問下さい。

NRSの説明

〇〇さんの感じている痛みを、私たちにもわかるように数字で教えてください。難しく考えないで、感じたままにお答えください。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高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強い痛み、というイメージです。目をつぶってイメージしていただいてもいいです(最近の痛みや、今まで経験した痛みなどにとらわれないで、あくまでも想像できる最高の強さの痛みをイメージしてみてください)。

そのイメージした最高の痛みを「10」とします。どうですか? なんとなくイメージできましたか? (難しく考えないで、自分なりの想像で大丈夫です) それで、〇〇さんの今の痛みの強さを、今考えて頂いたゼロから10の間の数字で表すといくつだと感じますか? では、昨日の今頃までから今までの間で、一番強かった痛みはいくつだったと思いますか?

NRSは練習することで患者さんがより安定した評価ができるようになります。ゼロから10までの説明が終わったところで、今の痛みの質問の前に少し練習してみるのも方法です。

たとえば・・・足の小指をテーブルや椅子にぶつけたときってけっこう痛いと思いますが、〇〇さんはそんなときの痛さを思い出すと、数字でいくつくらいだったと思いますか?

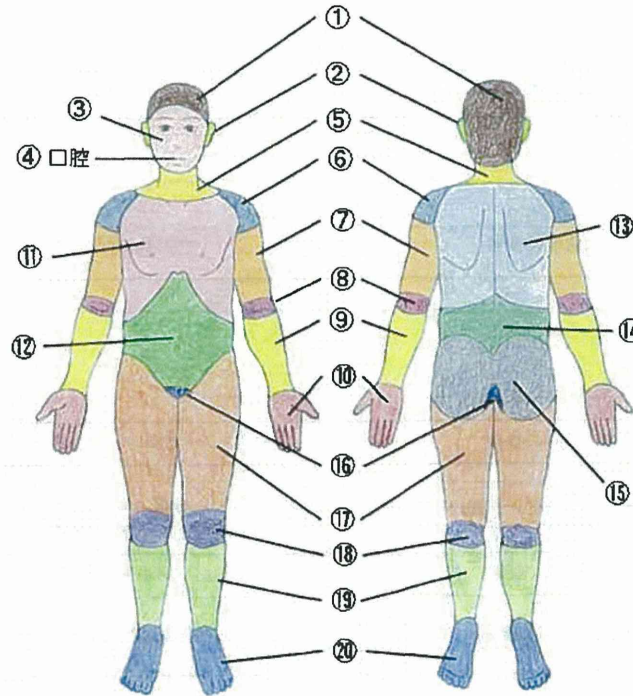
VRSはNRSが理解できない患者さんに限って使用します。基本はNRSです。

VRSの説明

数字では難しかったですね。それでは違うもう一つの方法を説明させてください。痛みがないときは“痛みがない”または“痛くない”と教えてください。痛みがあると感じるときは“痛い”あるいは“痛かった”と教えてください。その時、〇〇さんが感じた痛みの強さが「弱い痛み」なのか「中くらいの痛み」なのか「強い痛み」のかも教えてください。

記録は、0:痛みなし、1:弱い痛み、2:中くらいの痛み、3:強い痛みとして数字で記録してください。

痛みの部位番号(左右はありません)



NSAIDs	オピオイドと麻薬	鎮痛補助薬
インテバン坐剤	弱オピオイド コデイン	アナフラニール
インフリーSカプセル	トラマール	ガバペン錠
クリノリル	ベンタンジン	キシロカイン静注用 2%
セレコックス	ソセゴン	ギャバロン
ナイキサン	レバタン	サインバルタ
ハイベン	強オピオイド MS コンチン	セルシン
ブルフェン	アンバック坐剤	セロクラール
フロベン	オキシコンチン	ソメタ注
ポルタレンサボ	オキノーム	ダイアップ坐剤
モービック	オキファースト	テカドロン
ロキソニン	オプソ	テグレートール
ロルカム	カディアン	デバケン
ロピオン注	ケタラール	テルネリン
アセトアミノフェン	デュロテップMT/パッチ	トフラニール
アンヒバ坐剤	バンシーフ	トリプタノール
カロナール	ビーガード	トレドミン
	フェンタニル注	ノイロロピン
	フェントステープ	バキシル
	プレベノン注	ホリゾン
	モルヒネ	メキシチールカプセル
	モルベス	リオレサール
	ワンデュロパッチ	リフレックス
		リボトリール
		リリカカプセル
		リンデロン
		レメロン
		ロゼレム

麻薬の1日量の記入方法について “1日”とは、昨日の今頃から今までの間のことです。

内服

定時薬: 昨日の今頃から今までの間に使用した、定時の指示の麻薬の薬剤名と合計量

レスキュー: 昨日の今頃から、今までの間に痛みがあるときに使った、レスキュー指示の麻薬の薬剤名と合計量

注射

昨日の今頃から今までの間に使った麻薬注射剤の薬品名、希釈方法、投与速度、レスキュー1回量、レスキュー回数 (希釈方法の分母は生食の量、分子は薬剤の量)

例: モルヒネ注30mgを生食93mlに溶かしたものを、2ml/時間で持続静注し、疼痛時のレスキューは1回2mlを早送りの指示で、昨日の今頃から今までの間にレスキューを8回使用した場合。

記載は、モルヒネ注 30/93、速度 2ml/時間 × 24時間 レスキュー2ml × 8回

途中で量が変わった場合の例: 8時間目に速度が3ml/時間、レスキューは1回3mlの場合、変更前にレスキューは3回、変更後にレスキュー4回使用した場合の記載は……

モルヒネ注 30/93、速度 2ml/時間 × 8時間、レスキュー2ml × 3回、速度 3ml/時間 × 16時間、レスキュー3ml × 4回

調査年月日：平成 年 月 日

あなたの氏名：

下記はあなたと同じ症状の方々が重要だと述べた項目です。過去7日間を対象に、自分の回答として最も適した番号を各項目につき一つ選び、○で囲んでください。

<u>身体症状について</u>		全く あてはまらない	わずかに あてはまる	多少 あてはまる	かなり あてはまる	非常によく あてはまる
1	体に力が入らない感じがする。	0	1	2	3	4
2	吐き気がする。	0	1	2	3	4
3	体の具合のせいで 家族への負担となっている。	0	1	2	3	4
4	痛みがある。	0	1	2	3	4
5	治療による副作用に悩んでいる。	0	1	2	3	4
6	自分は病気だと感じる。	0	1	2	3	4
7	体の具合のせいで どこ 床(ベッド)で休まざるを得ない。	0	1	2	3	4

<u>社会的・家族との関係について</u>		全く あてはまらない	わずかに あてはまる	多少 あてはまる	かなり あてはまる	非常によく あてはまる
8	友人たちを身近に感じる。	0	1	2	3	4
9	家族から精神的な助けがある。	0	1	2	3	4
10	友人からの助けがある。	0	1	2	3	4
11	家族は私の病気を 充分受け入れている。	0	1	2	3	4
12	私の病気についての家族間の 話し合いに満足している。	0	1	2	3	4
13	パートナー(または自分を一番 支えてくれる人)を親密に感じる。	0	1	2	3	4

過去7日間を対象に、自分の回答として最も適した番号を各項目につき一つ選び、○で囲んでください。

<u>精神的状態について</u>		全く あてはまらない	わずかに あてはまる	多少 あてはまる	かなり あてはまる	非常によく あてはまる
14	悲しいと感じる。	0	1	2	3	4
15	病気に前向きに対応している 自分に満足している。	0	1	2	3	4
16	病気と闘うことに希望を 失いつつある。	0	1	2	3	4
17	神経質になっている。	0	1	2	3	4
18	死ぬことを心配している。	0	1	2	3	4
19	病気の悪化を心配している。	0	1	2	3	4

<u>活動状況について</u>		全く あてはまらない	わずかに あてはまる	多少 あてはまる	かなり あてはまる	非常によく あてはまる
20	仕事(家のことも含む)を することができる	0	1	2	3	4
21	仕事(家のことも含む)は 生活の張りになる。	0	1	2	3	4
22	生活を楽しむことができる。	0	1	2	3	4
23	自分の病気を充分 受け入れている。	0	1	2	3	4
24	よく眠れる。	0	1	2	3	4
25	いつもの娯楽(余暇)を 楽しんでいる。	0	1	2	3	4
26	現在の生活の質に 満足している。	0	1	2	3	4

調査年月日：平成.....年.....月.....日

あなたの氏名：.....

下記はあなたと同じ症状の方々が重要だと述べた項目です。過去7日間を対象に、自分の回答として最も適した番号を各項目につき一つ選び、○で囲んでください。

<u>身体症状について</u>		全く あてはまらない	わずかに あてはまる	多少 あてはまる	かなり あてはまる	非常によく あてはまる
1	体に力が入らない感じがする。	0	1	2	3	4
2	吐き気がする。	0	1	2	3	4
3	体の具合のせいで 家族への負担となっている。	0	1	2	3	4
4	痛みがある。	0	1	2	3	4
5	治療による副作用に悩んでいる。	0	1	2	3	4
6	自分は病気だと感じる。	0	1	2	3	4
7	体の具合のせいで とこ 床(ベッド)で休まざるを得ない。	0	1	2	3	4

<u>社会的・家族との関係について</u>		全く あてはまらない	わずかに あてはまる	多少 あてはまる	かなり あてはまる	非常によく あてはまる
8	友人たちを身近に感じる。	0	1	2	3	4
9	家族から精神的な助けがある。	0	1	2	3	4
10	友人からの助けがある。	0	1	2	3	4
11	家族は私の病気を 充分受け入れている。	0	1	2	3	4
12	私の病気についての家族間の 話し合いに満足している。	0	1	2	3	4
13	パートナー(または自分を一番 支えてくれる人)を親密に感じる。	0	1	2	3	4

過去7日間を対象に、自分の回答として最も適した番号を各項目につき一つ選び、○で囲んでください。

<u>精神的状態について</u>		全く あてはまらない	わずかに あてはまる	多少 あてはまる	かなり あてはまる	非常によく あてはまる
14	悲しいと感じる。	0	1	2	3	4
15	病気に前向きに対応している 自分に満足している。	0	1	2	3	4
16	病気と闘うことに希望を 失いつつある。	0	1	2	3	4
17	神経質になっている。	0	1	2	3	4
18	死ぬことを心配している。	0	1	2	3	4
19	病気の悪化を心配している。	0	1	2	3	4

<u>活動状況について</u>		全く あてはまらない	わずかに あてはまる	多少 あてはまる	かなり あてはまる	非常によく あてはまる
20	仕事(家のことも含む)を することができる	0	1	2	3	4
21	仕事(家のことも含む)は 生活の張りになる。	0	1	2	3	4
22	生活を楽しむことができる。	0	1	2	3	4
23	自分の病気を充分 受け入れている。	0	1	2	3	4
24	よく眠れる。	0	1	2	3	4
25	いつもの娯楽(余暇)を 楽しんでいる。	0	1	2	3	4
26	現在の生活の質に 満足している。	0	1	2	3	4

調査年月日：平成.....年.....月.....日

あなたの氏名：.....

下記はあなたと同じ症状の方々が重要だと述べた項目です。過去7日間を対象に、自分の回答として最も適した番号を各項目につき一つ選び、○で囲んでください。

<u>身体症状について</u>		全く あてはまらない	わずかに あてはまる	多少 あてはまる	かなり あてはまる	非常によく あてはまる
1	体に力が入らない感じがする。	0	1	2	3	4
2	吐き気がする。	0	1	2	3	4
3	体の具合のせいで 家族への負担となっている。	0	1	2	3	4
4	痛みがある。	0	1	2	3	4
5	治療による副作用に悩んでいる。	0	1	2	3	4
6	自分は病気だと感じる。	0	1	2	3	4
7	体の具合のせいで とこ 床(ベッド)で休まざるを得ない。	0	1	2	3	4

<u>社会的・家族との関係について</u>		全く あてはまらない	わずかに あてはまる	多少 あてはまる	かなり あてはまる	非常によく あてはまる
8	友人たちを身近に感じる。	0	1	2	3	4
9	家族から精神的な助けがある。	0	1	2	3	4
10	友人からの助けがある。	0	1	2	3	4
11	家族は私の病気を 充分受け入れている。	0	1	2	3	4
12	私の病気についての家族間の 話し合いに満足している。	0	1	2	3	4
13	パートナー(または自分を一番 支えてくれる人)を親密に感じる。	0	1	2	3	4

過去7日間を対象に、自分の回答として最も適した番号を各項目につき一つ選び、○で囲んでください。

<u>精神的状態について</u>		全く あてはまらない	わずかに あてはまる	多少 あてはまる	かなり あてはまる	非常によく あてはまる
14	悲しいと感じる。	0	1	2	3	4
15	病気に前向きに対応している 自分に満足している。	0	1	2	3	4
16	病気と闘うことに希望を 失いつつある。	0	1	2	3	4
17	神経質になっている。	0	1	2	3	4
18	死ぬことを心配している。	0	1	2	3	4
19	病気の悪化を心配している。	0	1	2	3	4

<u>活動状況について</u>		全く あてはまらない	わずかに あてはまる	多少 あてはまる	かなり あてはまる	非常によく あてはまる
20	仕事(家のことも含む)を することができる	0	1	2	3	4
21	仕事(家のことも含む)は 生活の張りになる。	0	1	2	3	4
22	生活を楽しむことができる。	0	1	2	3	4
23	自分の病気を充分 受け入れている。	0	1	2	3	4
24	よく眠れる。	0	1	2	3	4
25	いつもの娯楽(余暇)を 楽しんでいる。	0	1	2	3	4
26	現在の生活の質に 満足している。	0	1	2	3	4

添付資料 6. 患者インタビュー趣意書
痛みに関する調査に参加くださる方々へ

インタビュー調査協力をお願い

【調査の概要】

当院で実施中の、痛みに関する調査にご協力をいただきありがとうございます。この調査は、全国の医療機関で痛みの治療がどれだけうまくいっているかを知る方法を確立するとともに、多くの方々が経験する痛みを中心とする不快な症状を取り除くことの意義を明らかにすることを目的としております。そのためには、患者様に痛みがある状態、あるいはその痛みを除くことが、ご自身の療養生活にどのような影響をもたらすかについて、入院中に痛みを経験された皆様からお話をお伺いすることが必要です。そこで、本「痛みに関する調査」に参加下さり、入院後 1 週間以上経過された皆様に、このインタビュー調査にご協力いただくようお願いしております。

【対象となる方】

平成 23 年〇月〇日から〇月〇日までの間に当院で実施中の「痛みに関する調査」に参加下さり、入院後 1 週間以上経過された方。この研究協力のお願いと現在のあなたの病状とは関係がありません。

【調査の方法】

本調査を担当する研究員から、約 20 分程度で、痛みがある状態、あるいはその痛みを除くことが、ご自身の療養生活にどのような影響をもたらすかについて、インタビューを実施させていただきます。また、あなたの痛みの状況についても、診療録や痛み調査の結果等から情報収集させていただきます。

【プライバシーの保護】

この調査は、ご協力いただく方の不利益が無いよう慎重に検討し、当院の倫理委員会の承認を得て実施しております。研究に使用する痛みや病状に関する記録、インタビュー内容、診療情報は、氏名やカルテ番号を切り離し、研究だけに使用する番号を振った上で管理されます。結果は病院・病棟全体として集計するので、ご自身の情報が外部に漏れることはありません。また、あなたの情報が調査目的以外で使用されることはありません。

【調査辞退のご希望がありましたら】

ご協力いただけるかはあなたのご希望を尊重いたします。できる範囲でご協力いただければ幸いです。インタビューの質問項目によってはお答えいただくことがご負担に感じる場合は、その項目のご回答をいただかなくても結構です。また、途中でやめても結構ですし、調査協力をご辞退される場合には、担当看護師にお知らせください。その場合でも、今後の診療等で不利益になることは一切ありません。

【お問い合わせ先】

問い合わせ窓口：青森県立中央病院院がん診療センター企画室

電話：017-726-8111

担当：齊藤 勝（内線 9117）、山下 慈（内線 9326）

インタビュー調査協力をお願い

【調査の概要】

本調査は、日本全国の医療機関で痛みの治療がどれだけうまくいっているかを知る方法を確立することを目的としています。そのために、病棟において連日、患者の疼痛モニタリングを行うとともに、医療者の皆さんには、WHO 方式がん疼痛治療法の施設内普及啓発教育にも参加いただく計画です。このインタビュー調査では、本調査に参加いただく医師、看護師の方に、患者の訴える疼痛や除痛についてのお考えや臨床での実際の対応について伺い、疼痛モニタリングや WHO 方式がん疼痛治療法の施設内普及啓発の意義について明らかにすることを目的としています。

【対象となる方】

本調査の調査期間に 20 名以上の有痛患者の疼痛連続モニタを担当すると想定され、あわせて、WHO 方式がん疼痛治療法の施設内普及啓発教育を受講予定の医師、看護師。

【調査の方法】

本調査を担当する研究員と本院の緩和ケアチームのメンバーから、約 30 分程度で、患者の訴える疼痛や除痛についてのお考えや臨床での実際の対応について、インタビューを実施させていただきます。また、ご担当患者の入院中の痛みの状況についても、診療録や痛み調査の結果等から情報収集させていただきます。

【プライバシーの保護】

この調査は、ご協力いただく方の不利益が無いよう慎重に検討し、当院の倫理委員会の承認を得て実施しております。研究に使用する痛みや病状に関する記録、アンケート、診療情報は、氏名を切り離し、研究だけに使用する番号を振った上で管理されます。結果は病院・病棟全体として集計するので、ご自身の情報が外部に漏れることはありません。また、あなたの情報が調査目的以外で使用されることはありません。

【調査辞退のご希望がありましたら】

ご協力いただけるかはあなたのご希望を尊重いたします。インタビュー項目によってはお答えいただくことがご負担に感じる場合は、その項目のご回答をいただかなくても結構です。また、途中でやめても結構ですし、調査協力をご辞退される場合には、担当者にお知らせください。その場合でも、そのことで不利益になることは一切ありません。

【お問い合わせ先】

問い合わせ窓口：青森県立中央病院がん診療センター企画室

電話：017-726-8111

担当：齊藤 勝（内線 9117）、山下 慈（内線 9326）

研究協力のお願い

【調査の概要】

この調査は、病院で患者さんの痛みがどれだけ十分に取れているのかを、施設ごとに明らかにする方法を確立することを目的としています。そのためのデータを集めるため、一定期間、入院治療中の皆様の痛みを中心とする不快な症状や医療についての現状を知る必要があります。そこで、担当の看護師から、通常の体温や血圧に加えて、特に痛みがあるのか、ないのか、痛みがあるとすればどれくらいの強さなのかを皆様におうかがいします。また、入院時と入院1週間後、2週間後の計3回（それまでに退院された方は退院時まで）、皆様自身に記入式のアンケートにお答えいただくようお願いしております。それらの資料を元に痛みの治療の効果を知る最も良い方法を検討します。

【対象となる方】

平成24年2月15日以降に当院に入院された方を対象にご協力をお願いしております。この研究協力のお願いと現在のあなたの病状とは関係がありません。

【調査の方法】

入院時と1週間後、2週間後にアンケートをご記入いただきますが、それぞれ20分程度を要します。アンケート用紙には、治療を受けているご本人にご記入いただき、封筒に入れて担当看護師にお渡しください。また、あなたの治療内容についても診療録等から情報収集させていただきます。

【プライバシーの保護】

この調査は、ご協力いただく方の不利益が無いよう慎重に検討し、当院の倫理委員会の承認を得て実施しております。研究に使用する痛みや病状に関する記録、アンケート、診療情報は、氏名やカルテ番号を切り離し、研究だけに使用する番号を振った上で管理されます。結果は病院・病棟全体として集計するので、ご自身の情報が外部に漏れることはありません。また、あなたの情報が調査目的以外で使用されることはありません。

【調査辞退のご希望がありましたら】

ご協力いただけるかはあなたのご希望を尊重いたします。できる範囲でご協力いただければ幸いです。アンケートなど質問項目によってはお答えいただくことがご負担に感じる場合は、その項目のご回答をいただかなくても結構です。また、記入は途中でやめても結構ですし、調査協力をご辞退される場合には、担当看護師にお知らせください。その場合でも、今後の診療等で不利益になることは一切ありません。

【お問い合わせ】

問い合わせ窓口： 青森県立中央病院院がん診療センター企画室
電話：017-726-8111
担当：齊藤 勝（内線 9117）、山下 慈（内線 9326）