

2014/1003A

厚生労働科学研究費補助金

がん対策推進総合研究事業
(がん政策研究事業)

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に関する研究

平成 26 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 的場 元弘

平成 27 (2015) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

- 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に関する研究・・・・・・・・・・1
的場 元弘
(資料) がん診療連携拠点病院（青森県立中央病院）における活動資料

II. 分担研究報告

1. 青森地域の研究体制の整備、緩和ケアセンターを中心とした
多施設研究の施設間調整、地域の研究進捗管理に関する研究・・・・・・・・118
吉田 茂昭、富安 志郎
2. 沖縄地域の研究体制の整備、緩和ケアセンターを中心とした
多施設研究の施設間調整、地域の研究進捗管理に関する研究・・・・・・・・121
増田 昌人
3. 除痛率の定義変更に伴う影響と妥当性の検討に関する研究・・・・・・・・124
東 尚弘
4. テレビ会議システム等を用いた、遠隔地に対する
緩和ケアの症例検討と知識と技術の提供に関する研究・・・・・・・・130
吉本 鉄介、塩川 満、龍 恵美
5. 多施設で共用可能な多機能携帯端末による緩和データ
登録・集計システムの開発に関する研究・・・・・・・・138
三浦 浩紀
6. がん疼痛等の苦痛患者抽出のための緩和ケアチーム看護師等
によるスクリーニングと介入プログラムの開発に関する研究・・・・・・・・142
山下 慈

III. 研究成果の刊行に関する一覧表・・・・・・・・・・148

IV. 研究成果刊行物・別刷・・・・・・・・・・152

I. 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（がん政策事業）
総括研究報告書

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

的場元弘 青森県立中央病院 緩和医療科 部長

研究要旨： 初年度は、以下を実施した。

第1に、多施設参加型の研究実施のための体制整備を進めた。青森県5施設および
沖縄県3施設、その他の拠点病院7施設の合計15施設に対して、がん疼痛などのス
クリーニングの実施状況などに関するヒアリングを行った。

第2に、多施設で導入可能な、汎用型の苦痛スクリーニングシステムを開発した。
多機能携帯端末を用いてスクリーニング項目を聞き取り、収集されたデータの集計・
解析を行うためのサーバーのシステム構築を行った。またDPCデータのうちEFファ
イルを用いて医療用麻薬消費量を集計するシステムの構築を行った。

第3に、スクリーニングによって抽出された患者のうち、高度の苦痛症例を対象に
したトリアージを行った。緩和ケアチーム看護師による診療録の確認を行い、担当医
及び病棟看護師からの情報収集と患者面談を実施し、「鎮痛薬の増量」「副作用対策
の補充」「緩和ケアチームへの依頼」など対応すべき内容に分けてトリアージを実施
した。

第4に、地域の緩和ケアチーム等への知識や技術の支援を想定し、高度な痛みや苦
痛が持続している症例を対象にテレビ会議システムを用いた緩和ケアチームによる
カルテ回診を実施し、対応すべき具体的な治療推奨を行った。

第5に、地域での痛みの評価方法の現状把握のための調査を実施した。がん患者の
在宅診療所や療養病床を持つ病院、訪問看護ステーション、調剤薬局などを対象に、
痛みの評価方法や得られた情報共有についてのアンケート調査を実施した。

A. 研究目的

本研究は、都道府県拠点病院に設置され
た緩和ケアセンターを軸に、がん疼痛治療
の内容を評価しながら抽出された問題の改
善する「評価と改善を統合した臨床モデル」
の開発を目的とする。

B. 研究方法

今年度は以下の研究を行った。

現状把握およびフィールドの整備

今年度は、2つの緩和ケアセンターを中心
に研究フィールドの調整を行った。

- 1) 青森県内の地域がん診療連携拠点病院
5施設の取り組み状況についての実地
調査。

- 2) 沖縄県がん診療連携協議会緩和ケア部会において、痛みの聞き取りや痛みなどの評価方法の標準化についての合意形成を進めた。

がんの痛みや苦痛症状の評価と標準的治療の地域内統一化の検討

- 3) 今年度は地域内での苦痛の評価方法の現状を把握するためのアンケート調査を実施した。

多施設で共用可能な多機能携帯端末による緩和データ登録・集計システムの開発

- 4) DPC データのうち、EF ファイルを用いた医療用麻薬消費量の積算について検証した。
- 5) ユーザへの金銭的負担やシステム運用に係る負担を可能な限り少なくするシステムデザイン・ポリシーとし汎用型システムの具体化に取り組んだ。
- 6) 痛みでできないことや困っている患者の現場へのフィードバックの方法について検討した。

高度の苦痛症例を対象にしたトリアージの実施

- 7) 痛みのスクリーニングによって抽出された患者に対する緩和ケアチーム看護師の介入の検討。

テレビ会議システム等を用いた、遠隔地に対する緩和ケアの症例検討と知識と技術の提供

- 8) 外部の緩和ケアの専門家によるテレビ会議による地域へのサポートを行う体制を構築し、医療モデルとしての有用

性をオーディット研究として検証する。

施設単位の除痛成績の検討

- 9) 除痛率の定義変更に伴う影響と妥当性の検討。

(倫理面への配慮)

本研究データの使用において、データ収集を行う前に当該施設責任者の了解を書面で得る。施設名の報告書、学術発表などにおける公表については、責任者の判断の元に行う。収集データは、当該施設内で連結可能匿名化の作業を行い、個人情報および対応表は施設外に帯出しない。インタビュー調査は、内容を録音して逐語記録に変換して解析する際に、患者の氏名は転記せず、患者に割り当てられた匿名番号によってのみ管理する。

C. 研究結果

多施設参加型の研究実施のための体制整備

青森県および沖縄県、その他の県の拠点病院の計15施設に対して、がん疼痛などのスクリーニングの実施状況や抽出された結果の利用法などについてヒアリングを行った。

約半数の施設においてスクリーニングが未実施であり、実施方法については検討中とのことであった。特に患者数が多い外来での実施が困難との回答であった。スクリーニングの実施方法については、調査用紙への記入が8割を占め、一部が電子カルテのテンプレートへのデータ入力を実施していた。スクリーニングのタイミングや頻度については、「がんの診断時」「何らかの苦痛の訴えがあったとき」「入院時」「週1回」など施設ごとに異なり、「毎日」あるいは「外来受診ごと」に評価を行っているのは1施設

設であった。

今回ヒアリングを行ったいずれの施設でも、スクリーニングデータの蓄積やデータベース化は行われておらず、継時的変化の確認や集計・解析に活用している施設はなかった。

青森県内の5施設では、スクリーニングに共通項目として「痛みでできないことや困っていることはありませんか？」という質問によって全体としての変化を確認すべく、青森県がん診療連携協議会緩和ケア部会において検討を進めている。

地域での研究計画の作成

地域での具体的な研究計画については、今年度は研究班で取りまとめた「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」の研究計画書について、代表研究者施設(青森県立中央病院)の倫理審査委員会において承認を得た。この計画書については、さらに研究参加予定施設において施設の状況に合わせたプロトコルの修正を行い、各施設の倫理審査委員会での検討を依頼した。

多施設での評価共有のための、汎用型の苦痛スクリーニングシステムの開発

スクリーニングの実施頻度が低いことや、集計されたデータの集計や解析が行われていない理由として、業務の煩雑性やマンパワーの問題がある。スクリーニングを誰が行い、結果を誰がいつ確認し問題を抽出するのかは、現場にとって大きな負担である。

また、スクリーニング結果のデータベース化には、データ入力の問題となる。

さらに、がんの診断時や入院時にスクリ

ーニングを1回行ったとしても、症状の変化が著しい治療中あるいは進行がん患者では、速やかな症状緩和には結びつかない。

一方、患者の症状緩和に対応するためには、毎日あるいは外来ごとに苦痛について質問すること(スクリーニング)が不可欠である。そのため、現場でのスクリーニングの負担を軽減しデータの蓄積や集計・解析結果を現場で確認可能な、多施設汎用型のシステムの開発を行った。

スクリーニングの実施については看護師による聞き取りを前提とした。多機能携帯端末を用いて表示された画面に従って質問項目を聞き取り、チェック(入力)していくシステムである(Mac OS)。また、聞き取りにより収集されたデータの集計・解析を行うためのサーバーの構築を行った。iPadを用いて実施したスクリーニング結果を、WiFiを用いてデータ登録し、サーバー側で集計・解析を行うシステムを開発した(特許出願準備中)。これらを組み合わせることで日々収集されたデータが自動的に蓄積され、患者ごと、診療科や病棟単位ごと、あるいは施設単位での痛みの変化や日常生活の改善状況、医療用麻薬消費量、除痛率などの集計・解析結果が、現場で確認可能となった。

このシステム導入については、ヒアリングを行った約8割の施設で導入の希望があり、次年度に向けて、ソフトウェアを多施設で使用可能とするため、法人向け Apple Store を通じてフリーウェアとしてダウンロードできる体制づくりを進めている。

高度の苦痛症例を対象にしたトリアージの実施

全ての入院がん患者を対象にスクリーニングを実施した。その結果、痛みでできないことや困っていることがあると回答した患者数は、緩和ケアチームに依頼されている患者のほぼ 10 倍に上ることが明らかになった。そのため、緩和ケアチーム看護師による診療録の確認と実際の症状について患者面談を行い、病棟看護師と担当医に対し「鎮痛薬の増量」「副作用対策の補充」「緩和ケアチームへの依頼」など対応すべき内容についてトリアージを行った。このうち、高度な苦痛が 3 週間以上にわたって持続している症例は固定化している傾向があることが明らかになったため、より具体的な治療や対応の推奨が必要と考えられた。

テレビ会議システムを用いた緩和ケアチームによるカルテ回診

テレビ会議による地域の緩和ケアチーム等への知識や技術の支援についても、カルテ診などのカンファレンスに参加することが効果的と考えられたが、指導的な緩和ケアを専門とする医師や看護師、薬剤師は少ないため、テレビ会議による支援体制の構築を進めた。緩和ケアチーム看護師によるトリアージにもかかわらず苦痛が持続している症例や、短期間であっても苦痛が高度な症例については、緩和ケアチームでの症例検討を行ない診療録に推奨治療内容について記載した。オピオイドが処方されている症例を対象にした解析結果では、毎週 1 回のカルテ診の指摘後 1 年の経過でオピオイドの増量が必要 44%→10.6%、オピオイドの副作用対策が必要 38%→17.3%と大幅な改善が認められたが、その都度の推奨治療の採用率は 44%であった。

地域での痛みの評価方法の現状

苦痛の評価法は多くの施設で統一されておらず、評価がバラバラなことで適切な緩和ケアが提供されない悪循環がある。地域での苦痛評価や治療の標準化により、入院から介護、在宅療養を通じて提供される緩和ケアの質の維持が可能になる。そのため、地域での苦痛の評価方法についてもアンケートによる調査を実施し、実情を把握した。

青森市周辺の在宅療養対応施設間での痛みの評価方法の統一はされていなかった。訪問看護ステーションでは、7 割が施設内で統一した痛みのスケールを使用していたが、その評価方法は NRS、VAS、Face Pain Scale、あり/なし、などさまざまであった。地域内での痛みなどの身体症状については 9 割が評価方法の統一がされていないと回答した。

地域の調剤薬局では、自施設内で統一した痛みの評価スケールを用いているのはわずかに 16%であり、25%では痛みの評価自体を行っていない。痛みの評価方法については、訪問看護ステーションと同様にさまざまな方法が用いられていた。地域内での痛みなどの身体症状については、訪問看護ステーションと同様に約 9 割が評価方法の統一がされていないと回答した。

2014 年 12 月に地域の在宅医、訪問看護ステーション、調剤薬局の合同による「地域内での痛みなどの苦痛評価の標準化に向けた研修会」を開催し、地域内での苦痛の評価方法やスクリーニングについても次年度に標準化を進めることとなった。

施設単位の除痛成績の検討

昨年度、施設の痛み治療としての除痛率の妥当性を検証し、除痛率の痛みの治療成績としての性能が証明された。今年度は除痛率の定義変更に伴う影響と妥当性について1施設の全がん患者を対象に入院初日から15日目までの痛みを毎日聴取し、除痛率やPMIを算出し旧定義と新定義による差異をNRSとの連動やPMIとの内容的妥当性などから検証した。結果、延べ12311人の入院患者のデータが解析され、定義を改めることで理論的な除痛率の低下を認め、除痛率とNRSとの連動性に変化がないことや治療の必要性がない者が除外されることによりPMIの値が向上し、除痛率との内容的な整合性が確認できたことから定義変更は妥当であったと考えられた。

D. 考察

がん診療連携拠点病院に対して、入院外来を問わず全てのがん患者の苦痛のスクリーニングが求められているが、多くの施設で実施することや抽出された問題への対応体制などの整備が問題となっている。

苦痛の評価法は多くの施設で統一されておらず、評価がバラバラなことで適切な緩和ケアが提供されない悪循環がある。そのため本研究では、多機能携帯端末を用いた汎用型のスクリーニングと集計・解析システムを開発し、療養の場による切れ目ない緩和ケアの提供が実現する。

多くの医師が緩和ケア研修会等で基本的な緩和ケアの知識を習得しているため、個々の患者の痛みに伴う具体的な生活の障害を担当医にフィードバックし、必要な対応法を提示することで、治療行動に反映す

ることが可能になる。

また、緩和ケアセンターを中心に専門家によるテレビ会議システムなどによる症例検討を活用することで、少数の専門家による対応が可能な地域支援体制を構築することができる。

これらの成果の評価指標は、各施設の医療用麻薬消費量の変化や「痛みでできないことや困っている患者」の変化によって数値化することができ、地域内外との比較検討が可能になる。

E. 結論

都道府県拠点病院に設置された緩和ケアセンターを軸に全てのがん患者の苦痛のスクリーニングの過程で、苦痛の評価方法が同一施設においても部署ごとに統一されていないことが明らかになった。また、地域においても同様であった。電子化されたスクリーニングシステムの導入により、施設内での除痛状況の集計が自動化され、また地域においても苦痛の評価方法の統一を推進できるメリットがある。次年度以降は地域を含めた苦痛の評価方法の均てん化に向けた取り組みを推進していく。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Takigawa C, Goto F, Tanda S, Shima Y, Yomiya K, Matoba M, Adachi I, Yoshimoto T, Eguchi K. Breakthrough pain management using

- fentanyl buccal tablet (FBT) in combination with around-the-clock (ATC) opioids based on the efficacy and safety of FBT, and its relationship with ATC opioids: results from an open-label, multi-center study in Japanese cancer patients with detailed evaluation. *Jpn J Clin Oncol.* 45(1):67-74, 2015
2. Kokubun H, Yoshimoto T, Hojo M, Fukumura K, Matoba M: Pharmacokinetics of Oxycodone After Intravenous and Subcutaneous Administration in Japanese Patients with Cancer Pain. *J Pain Pal Care Pharm.* 28:338-350, 2014.
 3. Kokubun H, Uezono Y, Matoba M: Novel method of determination of Δ 9-tetrahydrocannabinol (THC) in human serum by high-performance liquid chromatography with electrochemical detection. *Gan To Kagaku Ryoho.* 41(4):471-3 2014.
 4. Sakai H, Sagara A, Arakawa K, Sugiyama R, Hirosaki A, Takase K, Jo A, Chiba Y, Yamazaki M, Matoba M, Narita M: Mechanisms of cisplatin-induced muscle atrophy. *Toxicology and Applied Pharmacology.* 278: 190-199, 2014.
 5. Sakai H, Sagara A, Matsumoto K, Jo a, Hirosaki A, Takase K, Sugiyama R, Sato K, Ikegami D, Horie S, Matoba M, Narita M: Neutrophil recruitment is critical for 5-fluorouracil-induced diarrhea and the decrease in aquaporins in the colon. *Pharmacological Research,* 87: 71-79, 2014.
 6. Kokubun H, Yoshimoto T, Hojo M, Fukumura K, Matoba M: Pharmacokinetics of Oxycodone After Intravenous and Subcutaneous Administration in Japanese Patients with Cancer Pain. *J Pain Pal Care Pharm.* 28: 338-350, 2014.
 7. Takigawa C, Goto F, Tanda S, Shima Y, Yomiya K, Matoba M, Adachi I, Yoshimoto T, Eguchi K : Breakthrough pain management using fentanyl buccal tablet (FBT) in combination with around-the-clock (ATC) opioids based on the efficacy and safety of FBT, and its relationship with ATC opioids: results from an open-label, multi-center study in Japanese cancer patients with detailed evaluation: *Jpn J Clin Oncol.* 2014 Nov 7. pii: hyu167. [Epub ahead of print]
 8. Hideya Kokubun, Tetsusuke Yoshimoto, Minoru Hojo, Kazuya Fukumura, Motohiro Matoba: Pharmacokinetics of Oxycodone After Intravenous and Subcutaneous Administration in Japanese Patients with Cancer Pain: *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy,* December 2014, Vol.28, No.4 : Pages 338-350

9. 国分秀也、富安志郎、丹田茂、上園保仁、加賀谷肇、鈴木勉、的場元弘：メサドンの臨床薬物動態. Pal Care Res. 9(3): 301-311, 2014.
10. 的場元弘：オピオイド鎮痛薬と伊丹の継続アセスメント 痛みのモニタリングの重要性. がん患者と対症療法 25(1)15-23, 2014.

2. 学会発表

1. 山下慈、外川すみれ、廣瀬公美、越後雅子、三浦浩紀、早坂佳子、吉本鉄介、東尚弘、的場元弘、森田隆幸、吉田茂昭
第 52 回 日本癌治療学会学術集会ポスターセッション、2014 年 8 月 29 日
2. 山下慈、外川すみれ、廣瀬公美、三浦浩紀、早坂佳子、吉本鉄介、東尚弘、的場元弘
第 29 回日本がん看護学会口演発表、2015 年 2 月 28 日

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
多機能電子端末を用いた痛みの評価と、痛みの治療結果および施設としての医療用麻薬消費量算出システムの(出願準備中)
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

(資料)

がん診療連携拠点病院(青森県立中央病院)における活動資料

「痛みとつらさのスクリーニング」が
「がん診療拠点病院の要件」
 になりました

今年度、県の重点施策事業として、『青森県がん性疼痛評価手法普及事業』が始まります。

これは SPARCS の取り組みを県内へ普及することを目指しております。地域や医療機関の痛みの評価方法が統一されることは、患者・家族の苦痛軽減につながっていきます。一方、平成26年1月10日付厚生労働省健康局長通知「がん診療連携拠点病院等の整備について」において、指定要件の一つに「がん患者の身体的・精神的、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」が追加されました。2012年2月15日から全国に先駆けて行ってきた痛みの聞き取りが、**今後は県内、全国で展開されていくこととなります。**

★★★皆様方の痛みへの取り組みが、これからのがん疼痛治療を動かすきっかけになっていきます★★★

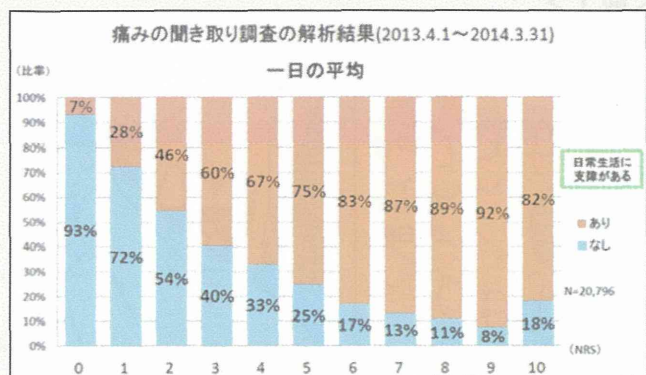
『患者さんの痛みを適切に反映している
 かレビューしています』

2013.4.1～2014.3.31 に痛みの聞き取りを行った延べ 22,165 名(実数 1,407 名)の患者を対象に、痛みの強さと日常生活障害の有無との関連について検討いたしました。その結果、「平均の痛み」が強くなるほど日常生活が障害されていると回答する患者数が比例し増えていることから最も適切な質問方法であること(図1参照)、**NRS0～3の弱い痛みの患者でも日常生活に支障があると3割の方が回答していることが明らかになりました。**弱い痛みであるにも関わらず日常生活に障害があると回答した患者がなぜ3割いるのか、**困っていることに「痛み以外の影響」が反映されている可能性もあります。**

今後、当院での痛みの聞き取りが地域や県外で広く使われるため、これまでの蓄積されたデータを見直しております。

もう少しこんな質問にしてみたらなど意見がございましたら緩和ケアチームに遠慮なくお声かけください。皆様方が日々の臨床で感じた貴重な体験をぜひ参考にさせていただきたいと思っております。

<図1>



『前習いの聞き取りをしていませんか、
 NRS0の解釈は正しいですか』

連日痛みの評価が同じ場合や『前日と同じでいいです』と答える看護師が多くみられます。また、写真1や写真2にみられるように、『体動時の痛みあり』の患者のNRSが0と回答する矛盾した聞き取りもありました。NRS0と答える痛みの評価が適切なのか、もう一度見直していただけるようお願いいたします。

<写真1>

安静時に痛みが強いのに、体動時のNRSが「0」になっています。

NRS (/10) VRS	NRS (/10) VRS	NRS (/10) VRS
		今の痛みは数字でいつまでか? NRS (/10) VRS
NRS (/10) VRS	NRS (/10) VRS	7 だまっている(休んでいる)時の NRS (/10) VRS

<写真2>

1日の平均の痛みが強いのに、安静時、体動時のNRSが「0」になっています。

6 今の痛みは数字でいつまでか? NRS (/10) VRS	NRS (/10) VRS
5 時の痛みは数字でいつまでか? NRS (/10) VRS	だまっている(休んでいる)時が一番強い痛みはいつまでか? NRS (/10) VRS
8 何かしたときに痛くなったり痛みが強くなりますか? (/10)	9 それほどですか? (/10)
10 痛みはいつまでか? (/10)	10 痛みはいつまでか? (/10)





■発信元
SPARCS事務局
■発行責任者
院長 吉田茂昭
■連絡先
青森県立中央病院
経営企画室
☎017-726-8402

Vol. 9

2014年 6月30日発行

アセトアミノフェン

高用量処方をお願い



アセトアミノフェン製剤（カロナール[®]錠、細粒）は癌性疼痛に適応を持っている非オピオイド性鎮痛薬ですが、おおむね 2,400mg/day 以上の高用量投与によって良好な鎮痛効果が得られることが報告されています。

アセトアミノフェンは、同じく WHO 除痛ラダーで第1段階の薬剤である NSAIDs 等に比べ、比較的高用量を長期間投与しても重篤な副作用を起こしにくい薬剤ですので、癌性疼痛に対してアセトアミノフェンを使用する場合には、可能な限り 2,400mg/day 以上での処方をお願いいたします。

特に、カロナール錠では「1回1錠、1日3回」という処方を散見しますが、カロナール[®]3錠あたりのアセトアミノフェンは 900mg ですので、がん性疼痛に対して十分な効果が得られない可能性があります。錠剤の数は多くなりますが、1日あたり 8錠～12錠を1日4回の用法でご使用ください。

なお、最大用量は1回 1,000mg、1日 4,000mg となっています。

また、経口が困難な患者さんに対して使用できる薬剤として、アセトアミノフェンの注射製剤「アセリオ[®]静注液」を限定採用しております。こちらは1バイアルあたり 1,000mg、1日 4,000mg まで使用できます（体重 50kg 未満の成人は 15mg/kg/回、60mg/kg/day まで）。がんの痛みの治療では1日4回の定時投与としてご使用ください。

ポイント

- ・高用量のアセトアミノフェンでがん性疼痛への効果が期待できる
- ・適切な用量はおおむね 2,400mg/day 以上
- ・カロナール[®]錠では1日 8錠～12錠を分4で
- ・高用量で服用しても重篤な副作用は起こしにくい
- ・経口投与ができない患者さんにはアセリオ[®]静注液が使用できる

イーフェン[®] バッカル錠

限定採用のお知らせ



4月25日より、フェンタニル速放製剤「イーフェン[®] バッカル錠」を、緩和医療科限定で採用しました（50μg, 100μg, 200μg, および 400μg）。

これまでフェンタニル貼付剤（デュロテップ[®]、フェントス[®]、ワンデュロ[®]）を使用していた患者さんは、レスキューとしてモルヒネ製剤のオプソや、オキシコドン製剤のオキノームを使用することが多かったのですが、これからは貼付剤と同じ成分であるフェンタニル製剤を選択できることとなります。

オプソ[®]やオキノーム[®]など、従来のレスキュー製剤は服用後 30 分以降に鎮痛効果が最大となるのに対して、イーフェン[®]は服用後数分で最大となるのが特徴です。患者さんの突出痛の性状や頻度を確認した上で、適当と思われる場合にイーフェン[®]を使用します。

使用方法は<図1>の通り、上顎臼歯の歯茎と頬の間で溶解させます。馴染みのない剤形かと思いますので、新規に処方があった場合には薬効成分の含まれていない見本品をお持ちして、スタッフの皆さんへ説明に伺います。

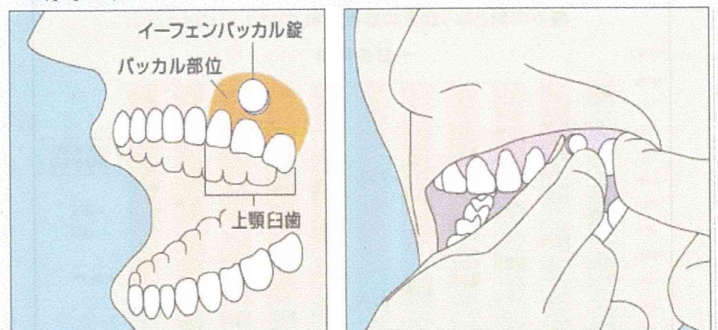
なお、オプソ[®]やオキノーム[®]では1日に使用できる回数に制限はありませんが、イーフェン[®]は「4時間以上あけて、1日4回まで」という制限があります。使用しても効果が出ないときは30分以上あけて、1回のみ追加使用することができます。

ご不明な点がございましたら、随時緩和ケアチームまでお問い合わせください。

ポイント

- ・フェンタニルのレスキュー製剤「イーフェン[®]」が使用できるようになった
- ・服用後数分で効果が現れる
- ・上顎臼歯の歯茎と頬の間で溶解させる
- ・使用できるのは1日4回までで、4時間以上あける

<図1>





■ 発信元
SPARCS事務局
■ 発行責任者
院長 吉田茂昭
■ 連絡先
青森県立中央病院
経営企画室
☎017-726-8402

Vol. 10

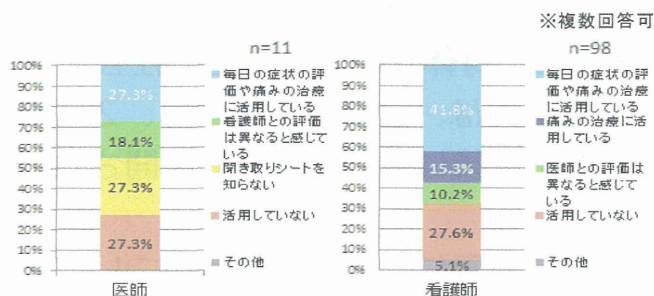
2014年 9月 5日発行

がん診療センターの医師・看護師を対象とした

痛みの解放に向けた取り組みに関する

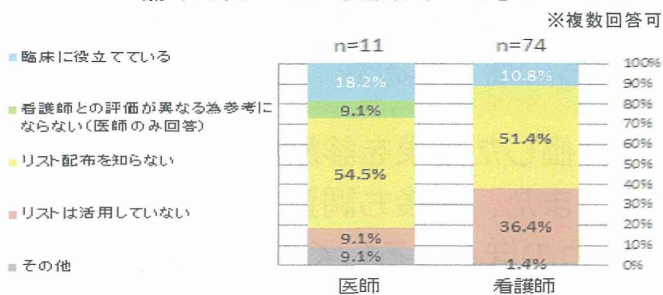
アンケート結果のご報告

<図1> 「痛みの聞き取りシート」活用状況について



まず、痛みの聞き取りシートの活用状況ですが、医師・看護師の方が臨床で活用していると回答して頂いた一方で、シートを知らない、看護師・医師の評価に矛盾を感じているなどの声が聞かれました。回答の矛盾についてもなぜ矛盾しているのか患者の症例の評価をし、根拠立てていきたいと考えています。また、シートの情報共有のあり方については、院内全体で検討していきます。

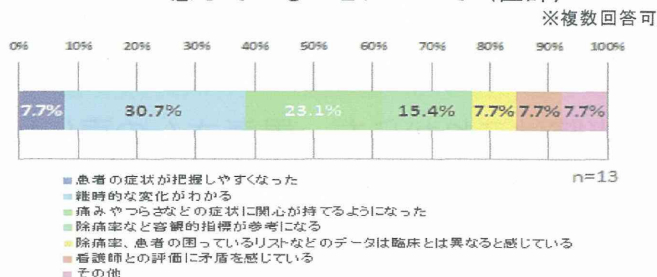
<図2> 「痛みで困っている患者リスト」について



これまで1回/週に、痛みの聞き取りシートの結果から「痛みで困っている患者リスト」を作成し病棟配布していましたが、リストを活用していない、または配布を知らないという意見が8割を占めていました。このほか、医師、看護師合わせて延べ101人に対し15.8%の人が「毎日の回診で患者は困っていないと回答しているため矛盾を感じている」と回答していました。

皆様方に「困っている患者リスト」がお役立て頂けるよう、今後多機能型端末のシステム稼働後このフィードバックのあり方も検討していく予定です。

<図3> 聞き取りシートが始まってからの変化や感じていることについて(医師)



聞き取りシートは、緩和ケアチームと病棟看護師のものという意見がありましたが、医師からはこういった活動によって病棟看護師の症状評価のレベルが向上したなど肯定的な意見が自由記述でも多くありました。

また、除痛率などの客観的な指標についても治療の参考になっているようです。

お忙しい中アンケートの自由記述欄に多数のご意見ありがとうございました。皆様方のご意見があった点について、回答させていただきます。

Q 痛みの聞き取りシートや困っているリストについては実際と異なることが多い。看護師の評価は違うと感じている。

A 病棟看護師は、毎日院内で統一された方法で患者に痛みのことを聞き取っています。なぜ同じ患者で評価が違うのか。病棟看護師と一度話し合ってみてはいかがでしょうか。

Q 痛みのない対象の人にも、痛みを聴くことが負担。その必要はあるのか？データをとるなら緩和ケアチームに痛みのシートをやってほしい。いつまで続くんですか？

A 2012年開始時点から痛みを聴くことは患者の苦痛からの解放に向けた臨床の業務として行っております。研究が目的ではありません。2014年のがん診療拠点病院の整備に関する指針において、痛みやつらさを全がん患者に聴いていくことが要件となり、これは当院だけではなく全国の拠点病院で行うことになりました。

Q 痛みの聞き取りシートの記載、SPARCS事務員への提出のやり取りが業務の負担になっている。

A 現在の聞き取りシートの紙運用を中止し、多機能型端末で入力できるようシステムを構築中です。今しばらく、お待ちください。



平成 26 年 6 月 30 日発行 第 4 号

■発行元
SPARCS 事務局
■発行責任者
院長 吉田茂昭
■連絡先
青森県立中央病院
経営企画室
☎017-726-8402

痛みやつらさについてお聞かせください

2014 年から国の方針として、すべての患者さんに、身体や心のつらさ、社会生活のつらさについてお伺いすることになりました。当院では、全国に先駆けて、2012 年から痛みについての聞き取りを行っていましたが、今後は県内・全国で展開されていくことになります。

痛み以外のつらさの症状については、外来での声を参考に、下記の症状についてお伺いしていきます。

- だるさ
- 食欲
- 便秘
- 吐き気や嘔吐
- おなかの張り
- 口の渇き
- 息苦しさ
- 睡眠
- 気持ちの落ち込みやつらさ

当院はこれからも、患者さんの声に耳を傾け、評価した結果を診療に役立てるシステムをつくり、治療に真摯に取り組んで参ります。また、今後も調査で分かったことについて随時お知らせしていきます。ご理解・ご協力のほどよろしくお願い致します。

痛みや不安のご相談に

「緩和ケア認定看護師」がお応えします



がん診療センターでは、今年度から、外来通院中の患者さんのつらい症状や療養上の心配事に対応するための支援を始めました。

緩和ケアチームの看護師が、各診療科外来、腫瘍放射線科外来、外来治療センターなどで、がんの痛みなどのつらい症状の相談、治療や今後の療養生活などに関する心配事について、患者さん・ご家族からお話しを伺います。ご相談内容に合わせて主治医、看護師、薬剤師、医療連携部、痛みの相談外来などと協力して、それぞれの患者さんやご家族に合わせた対応をさせていただきます。

痛みやつらい症状でお困りのとき、ご心配なことがあれば、遠慮なく外来看護師にご相談下さい。痛み止めの飲み方や副作用のことなどにも対応しますので、ぜひご利用下さい。

アセトアミノフェン(カロナール、アセリオ)について

1. アセトアミノフェンと NSAIDs との違い

アセトアミノフェンは WHO のがん除痛ラダーにおいて、NSAIDs (非ステロイド性抗炎症薬) とともに第 1 段階において使用する基礎薬剤として位置づけられています。

アセトアミノフェンは同じ用量のアスピリンとほぼ同じ解熱・鎮痛効果があるとされていますが、抗炎症作用がほとんどない点特徴です。また、NSAIDs の長期使用では、副作用として胃腸障害や腎機能障害などに注意する必要がありますが、アセトアミノフェンではそのような副作用は見られません。(表 1)

WHO がん除痛ラダー第 1 段階の薬剤は、オピオイド鎮痛剤の有無にかかわらず原則的に継続して使用する薬剤ですから、副作用コントロールが容易であることは大きな強みです。また、PPI (プロトンポンプ阻害薬) などの副作用対策薬を併用しなくて良いことから、薬剤の費用も安く抑えられることが多いです。(表 2)

表 1 : NSAIDs とアセトアミノフェンの違い

	NSAIDs	アセトアミノフェン
解熱	○	○
鎮痛	○	○
抗炎症	○	×
主な副作用	胃腸障害 腎機能障害 抗血小板作用	肝機能障害(※)

(※) 常用量を用いる限り問題になることはほとんどない。

表 2 : NSAIDs + PPI とアセトアミノフェン (APAP) との薬価差

	経口 NSAIDs (セレコックス 200mg 錠 1日2錠)	経口 APAP (カロナール 300mg 錠 1日12錠)	注射 NSAIDs (ロピオン 50mg 1日3回)	注射 APAP (アセリオ 1000mg 1日4回)
鎮痛剤薬価 (円)	211.8	108.0	717	1328
経口 PPI 薬価 (円) (ランソプラゾール 30mg)	88.2	不要		
注射 PPI 薬価 (円) (タケロン 30mg 1日2回)			1028	不要
合計 (円)	300.0	108.0	1745	1328

2. アセトアミノフェンの用法・用量

がん性疼痛に使用するアセトアミノフェン製剤のうち当院で使用できるものとしては 内服薬→カロナール錠・細粒 注射剤→アセリオ静注液 があります。

このうちカロナールの用法・用量は、「1回 300mg~1,000mg、4~6 時間あけて 1日 4,000mg まで」です。アセリオはこれに加えて一つ条件が付きます。

「1回 300mg~1,000mg、4~6 時間あけて 1日 4,000mg まで。但し、体重 50kg 未満の成人は 15mg/kg/回 を上限として 1日 60mg/kg まで」(表 3)

つまり、例えば体重 40kg の患者さんには 600mg/回、2,400mg/日 が上限の投与量となります。特に高齢の女性患者さんにアセリオを使用するときにはこの点にご留意ください。

ただし、一般的にがん性疼痛に対してアセトアミノフェンを使用する場合には高用量での使用が推奨されています。特に制限すべき理由がない場合には 1 日あたり 2,400mg 以上での使用をお願いします。

表 3 : アセトアミノフェン製剤の最高用量 (疼痛に対して用いる場合)

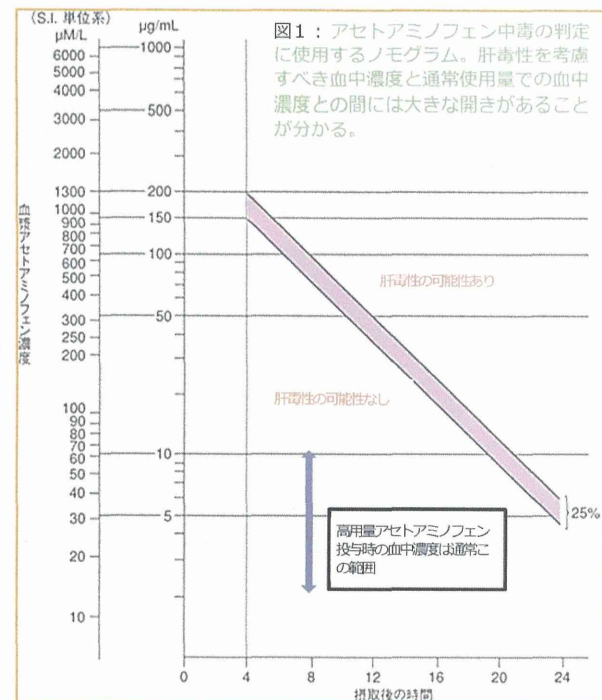
	カロナール (経口剤)	アセリオ (注射剤)
1 回あたり	1,000 mg まで	1,000 mg まで 体重 50kg 未満の患者は 15mg/kg まで
1 日あたり	4,000 mg まで	4,000mg まで 体重 50kg 未満の患者は 60mg/kg まで

3. アセトアミノフェンの副作用

アセトアミノフェンは長期使用でも重篤な副作用が少なく非常に使いやすい薬剤なのですが、副作用としてよく知られているのが肝障害です。これは大量のアセトアミノフェンが体内に取り込まれた際、代謝物を解毒しきれずに肝細胞に障害を与えるためにおこるものです。この場合、解毒剤としてアセチルシステインを用います。

このことは高用量アセトアミノフェンの処方躊躇する要素となり得るのですが、**通常用量で使用している限りアセトアミノフェンによる肝障害のリスクは低い**と言われています(図 1)。ある報告では、単回投与で 1 回 7,500mg 以上の服用で肝細胞壊死が起こるリスクがあるとされていますが、これは本邦の 1 回使用量の上限 1,000mg の 7.5 倍に相当するため、実際に投与する量としてはあり得ません。

重篤な肝炎や肝硬変の患者さんに対しては肝障害のリスクに注意する必要がありますが、この副作用を恐れるあまり鎮痛効果を得られない過少用量の処方とならないようにすることが重要です。



4. アセリオ注とコアリング

2013 年よりアセトアミノフェンの注射薬としてアセリオ注射液を本邦で使用できるようになり、経口剤が服用できない患者さんにもアセトアミノフェンを使用できるようになりました。

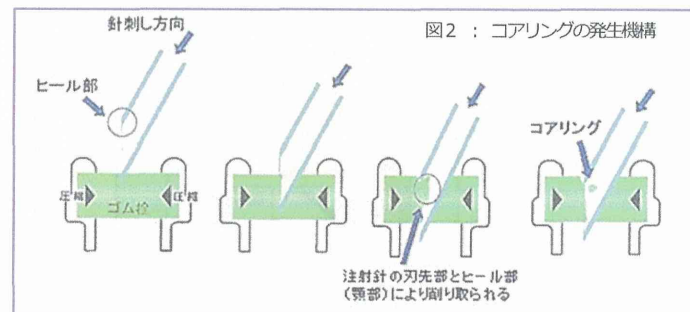
本剤の投与の際に気を付けていただきたいのがコアリングです。コアリングとはバイアルのゴム栓に注射針を刺す際、ゴム片が削られて注射薬に混入することで、注射液汚染の原因となります。

もちろんコアリングはアセリオに限った話ではないのですが、

- ・比較的大い針を刺す (通気針など)
- ・1 つのバイアルに 2 本以上の針を刺す

などの場合にはコアリングのリスクは高くなりますので、アセリオ投与の際には十分に注意する必要があります。

コアリング防止のためのコツですが、ゴム栓に対して垂直に、真っ直ぐに針を刺すことが最も重要です(図 2)。バイアルを横に寝かせた状態で針を刺したり、斜めに針を刺したりするとコアリングが生じる蓋然性が高くなります。気を付けましょう。



イーフェンバツカル錠による過鎮静が発生しました！

決められた使用方法を必ず守ってください

フェンタニルの速放性製剤としてイーフェンバツカル錠が採用されて9か月余りが経過し、これまで多くの患者さんに使用して頂いてきましたが、先月当院において、イーフェンの過量投与によるものと考えられる過鎮静をきたした患者さんがいらっしゃいました。

この患者さんは過鎮静の状態からは回復したものの、イーフェンに対する恐怖心を抱くようになり、減量しての処方再開されたのちも使用を躊躇うようになってしまいました。

また、過鎮静に至ったということは、一歩間違えば呼吸抑制による重大な結果を招く可能性があったということを示しています。

そこで、このようなことが再び発生しないように、イーフェンの安全な使用方法について皆さんにいま一度確認して頂きたいと思えます。

イーフェンは非常に速やかに効果が発現する製剤（ROO）であり、血中の薬物濃度も速やかに上昇します。よって、使用に際してはその方法にいくつかの制限があります。

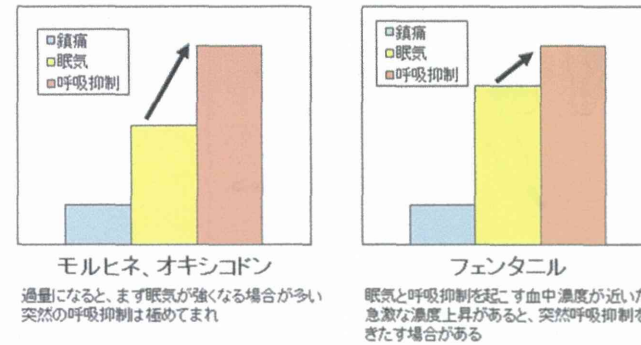
1. **ベースのオピオイドの量にかかわらず、初回は必ず 50μg～100μg から始める。**
2. 1度使用したら、次の使用までの間隔を **4時間**以上あける（30分後の追加投与を除く）。
3. 増量は必ず **1段階ずつ**行う（50μg→100μg→200μg→400μg→600μg→800μg）。
4. 1回800μgの投与でも効果が不十分の場合は、他の薬剤へ切り替える（それ以上増量しない）。

また、同じフェンタニル製剤であるフェントステープなどと同じく、これまで**オピオイド鎮痛薬を使用したことのない患者さんに導入薬として用いることはできません。**

使用に多くの制限が課せられている背景に、モルヒネやオキシコドンと異なるフェンタニルの特性が挙げられます。まず副作用については、他の2剤と比べて便秘や眠気などの副作用が起こりにくいことが知られています。それ自体は患者さんにとって非常に嬉しいことですがその反面、過量投与による眠気が起こりにくいことで、それと気づかず呼吸抑制にまで容易に至ってしまう危険性ははらんでいることにもなります（図）。

また、モルヒネやオキシコドンの場合は、過量投与となつて1分間に5～6回程度にまで呼吸数が減少するとそれに伴い意識が低下します。それに対してフェンタニルの過量投与の場合は同じ呼吸数にまで減少しても比較的意識が保たれることが多いため、呼吸数の測定を行わないと過量投与であることに気づきにくく、更なる増量をしてしまい呼吸停止に至る可能性があります。

図 それぞれの作用/副作用を引き起こす薬物血中濃度（イメージ図）



さらに、血中アルブミン濃度が極端に低い患者さんや、CYP3A4を阻害あるいは誘導する薬剤を併用している患者さんでは、同じ投与量でも血中濃度に大きな差が出ます（別表）。

イーフェン投与時、特に副作用に注意すべき患者さん

- 血清アルブミン濃度が大きく低下している
- 肝血漿流量が低下している
- CYP3A4を阻害/誘導する薬剤を併用している（別表）

別表：主なCYP3A4 阻害剤および誘導剤

阻害剤 (フェンタニルの血中濃度を上げる)	誘導剤 (フェンタニルの血中濃度を下げる)
<ul style="list-style-type: none"> ・クラリシッド/クラリス ・イトリゾール ・ジフルカン ・エリスロシン ・ノービア ・ピラセプト ・イメンド ・ワソラン ・ヘルベッサ など 	<ul style="list-style-type: none"> ・テグレトール ・アレビアチン ・フェノバル ・リファジン など

今回過鎮静に至った患者さんに関しては、イーフェン初回使用の際に規定の量を超える400μg錠が処方されておりました。過量のおそれがあることに気づいた薬剤師が疑義照会を行いました。処方修正は行われずそのまま投与されています。

これまで使用されてきたレスキュー薬はベースのオピオイド量に相関して投与量が決まる場合が多かったのですが、イーフェンはそれらの薬剤とは根本的に使用方法が異なります。決して緩和ケアの専門家だけが処方できる薬剤というわけではありませんが、イーフェンを使用される際にはこの点に留意し、上記のルールを遵守して頂きますようお願いいたします。

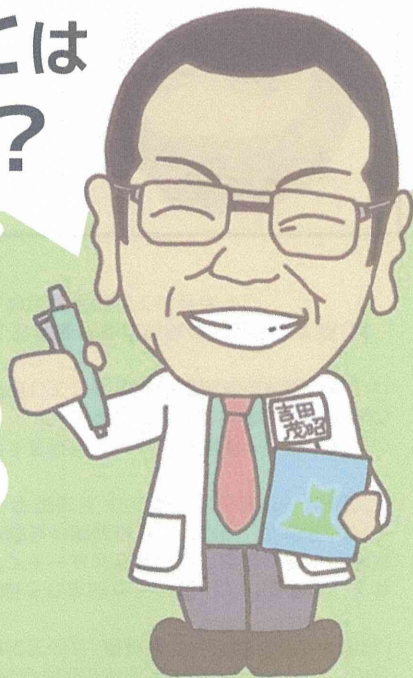
がんの痛みでできないことや困っていることはありませんか？

けんみん公開講座

～痛みを伝え、聴くこと～

2014年 11月8日(土)
<日時> 14:00~16:00 (開場13:30)

<会場> 県民福祉プラザ
住所: 青森県青森市中央3-20-30



講演 1 青森県のがん対策と緩和ケア

青森県健康福祉部 がん・生活習慣病対策課 課長 工藤俊幸

講演 2 緩和ケアセンターと地域連携

青森県立中央病院 緩和ケアセンター ゼネラルマネージャー 早坂佳子

講演 3 ちゃんと伝えてつらくない療養を

NPO法人 愛媛がんサポートおれんじの会 理事長 松本陽子

講演 4 痛みを聴き、受け止め、痛みからの解放のために取り組んだこと

青森県立中央病院 緩和ケアチーム 緩和ケア認定看護師 山下慈

講演 5 痛くない、つらくないを県病の文化に!

青森県立中央病院 院長 吉田茂昭

けんみん公開講座
「がんの痛みでできないことや困っていることはありませんか？」
に寄せて

ある患者さんが「自分の病気は“がん”じゃないよ。私の病気は“痛い”という病気だ。痛みさえなければ自分で生活できる。」と言われました。その患者さんにとって痛みは“生活を破壊する病気”だったのです。

患者さん達から「まだ痛みは我慢できます」という声をよく聞きます。痛み止めを飲みたくない、増やしたくないという思いや、痛みが強いのは病気の悪化ではないかと不安なのかも知れません。

私たちは2012年から、青森県立中央病院に入院されるがん患者さんすべてを対象に「痛みでできないことや困っていることはありませんか？」と毎日尋ねています。その中でわかったことは、5割の患者さんに何らかの痛みがあり、2割の患者さんは“痛みでできないことや困っていることがある”ということでした。さらに強い痛みがあるにもかかわらず痛み止めが全く処方されていない患者さんが1割もいることがわかりました。担当医の多くは“強い痛みの患者さんに何も対応しないことはありません、ちゃんと対応してきた”と断言しました。医療者には、痛みがある患者さんは“痛み”を訴える(伝える)ものだという思い込みがあります。

ここに患者さんと医療者のギャップがあったのではないかと思います。痛みを伝えていいのだろうか？と患者さんにはためらいもあったと思います。そして“聞かれなかったから言えなかった”のだと思います。主治医は患者さんに症状があれば診察や回診の時に伝えてくれるものばかり思っています。

痛みは黙っていれば相手には伝わりません。ちゃんと痛みを伝えて、痛みがどのような生活に影響しているのか、困っているのかを伝えて初めて痛みの治療が始められます。痛みを我慢しても病気がよくなるわけではありません。痛みを伝えたからといって病気が悪くなるわけではありません。痛みを我慢すればむしろ生活がしにくくなるばかりです。

今回の県民講座では、がんの患者さんが痛みを伝えることがいかに大切かを知っていただきたいと思います。がんの痛みを正しく治療することの大切さを県民の皆さんに知っていただき、“青森県のがんは痛くない”を目指したいと思います。

青森県立中央病院 緩和医療科 部長
の場 元弘

1 青森県のがん対策と緩和ケア

工藤 俊幸

がんは本県において、昭和57年以降、死因の第1位で、年間約4千人から5千人の県民の方々ががんで亡くなっています。本県における、がんによる死亡率は、男性は40歳代から、女性は50歳代から、全国との差が明らかとなり、比較的若い世代からの死亡率が全国平均を上回る状態にあり、本県の平均寿命に大きな影響を与えています。

平成25年の本県のがんによる粗死亡率（がんによる死亡数を単純に人口で割ることにより算出された死亡率）は、全国で男女とも秋田県に次いで高い方から2位となっています。また、高齢者の割合が大きいほど、がんによる死亡数も多くなることから、人口構成が全国共通の標準人口と同じとなるように補正し人口の年齢構成（高齢化）の影響を受けないようにして算出した、平成25年の本県のがん年齢調整死亡率（75歳未満、人口10万対）によると、男女ともに全国1位となっています。このように、がんによる高い死亡は、本県にとって非常に大きな課題といえます。

県では、平成20年5月に策定した「青森県がん対策推進計画」や、平成25年3月に策定した「第二期青森県がん対策推進計画」に基づき、関係機関等と連携、協力し、生活習慣の改善や、がん検診受診率の向上による早期発見・早期治療、がん医療の充実などに取り組んでいます。このうち、がん医療については、県内に6箇所指定されている、がん診療連携拠点病院の機能強化や、がん診療連携拠点病院に準じる機能を持つ病院として県が独自に定めた「青森県がん診療連携推進病院」の指定などにより、その充実に取り組んでいます。

この計画における緩和ケアの取組としては、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」を分野別施策に掲げ、すべてのがん診療連携拠点病院に緩和ケアチームが整備されたほか、厚生労働省健康局長通知「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠した緩和ケア研修を修了した医師が、平成22年度の218人から平成25年度には474人となるなどの緩和ケア提供体制の整備を進めてきました。

さらに、平成26年度からは、青森県基本計画「未来を変える挑戦」における戦略キーワード「いのちを守る仕組みづくりと健やかな暮らしづくり」事業として、「すべてのがん患者とその家族の苦痛が軽減され、療養の質が維持向上されています」を目指して、がん診療連携拠点病院等において、「がん性疼痛評価手法普及事業」を実施しています。

今後とも第二期青森県がん対策推進計画に基づき、がん診療連携拠点病院の支援などを通じた、緩和ケア対策をはじめとしたがん医療の充実などの、がん対策を推進していきます。

Profile

工藤 俊幸

青森県健康福祉部 がん・生活習慣病対策課 課長

青森県出身。
青森県健康福祉部高齢福祉保険課介護事業者グループリーダー、
同部健康福祉政策課総務グループマネージャー、
青森県社会福祉協議会への出向（事務局長）、
青森県健康福祉部健康福祉政策課課長代理を経て平成25年4月から現職。



2 緩和ケアセンターと地域連携

早坂 佳子

がんになると次のようなことが起こります。

- 「痛み」や「倦怠感」などの身体的な症状
- 「落ち込み」「悲しみ」などの精神的な苦痛
- せまりくる「死」への恐怖
- 自分の「人生」に対する問い

緩和ケアは、重い病を抱える患者やその家族一人一人の身体や心などの様々なつらさをやわらげ、より豊かな人生を送ることができるよう支えていくケアであり、治療中の病院でも、緩和ケア病棟でも、在宅でもどこでも受けられます。

当院では、平成26年4月1日に緩和ケアセンターを開設し、そこには緩和ケアチームや緩和ケアに関する研究プロジェクト、緩和ケア看護外来などが所属し、専門的な緩和ケアの提供と研究を行っています。

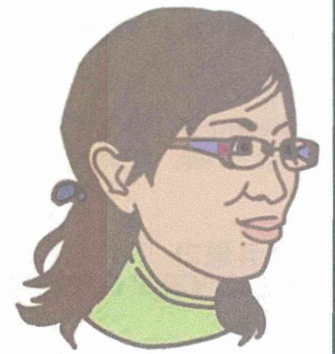
具体的には、一般のがん治療医や看護師だけでは緩和することが困難な苦痛に対して、緩和ケアを専門とする医師、薬剤師、看護師など多職種のチームで緩和ケアを提供したり、がん患者全員に痛みに関するスクリーニングを行ったりしています。また、当院は、急性期病院という性質上、病状が落ち着くと退院となります。退院後も変わりなく緩和ケアが受けられるように、地域の診療所や調剤薬局、訪問看護ステーションと連携・情報共有を行ったり、研修会や症例検討会を行ったりし、東青地域全体の緩和ケアの質の向上をはかっています。

Profile

早坂 佳子

青森県立中央病院 緩和ケアセンター ゼネラルマネージャー

青森県立中央病院看護部、
青森県立高等看護学院、
青森県健康福祉部医療業務課、
青森県立中央病院運営部を経て平成26年4月より現職。



3 ちゃんと伝えて つらくない療養を

松本 陽子

がん患者はさまざまな痛みを直面します。

わたしは、まず手術後の痛みが始まり、抗がん剤の激しい副作用、退院後の孤独感などに苦しみました。こうした体の痛みはもちろん、孤独や不安などの精神的な痛み、社会的な痛みなどをがん患者が感じていることは、医療者によく知られるようになりました。

しかし、概念は理解されても、わたしたち一人一人の患者が具体的にどのような痛みでどんなふうに苦しんでいるのかを十分に汲み取ってもらうのは、簡単なことではないようです。痛みを理解してもらい、緩和してもらうための第一歩は「わたしたちから伝えること」です。

どんなことばで、どんなふうに伝えればいいのか？

わたしたちの仲間の言葉を紹介しながら、と一緒に考えたいと思います。

Profile

松本 陽子

NPO法人 愛媛がんサポートおれんじの会 理事長

- 1965年 愛媛県出身
- 1984年 父親をがんで喪う
- 1988年~ NHK松山放送局でニュース番組などのキャスターを務める
- 医療問題を中心に取材、番組制作も担当
- 1999年 子宮頸がんが見つかり、手術と化学療法を受ける
- 2008年 愛媛がん患者・家族会 おれんじの会を設立
- 2009年 NPO法人愛媛がんサポート おれんじの会に改組
- 現在 NPO法人愛媛がんサポート おれんじの会 理事長
- 愛媛県がん診療連携協議会 委員
- 愛媛県がん対策推進委員会 委員
- 厚生労働省がん登録検討会 委員



4 痛みを聴き、受け止め、痛みからの解放のために取り組んだこと

山下 慈

『がん患者の痛みからの解放』という大きな目標を成し遂げるために、私に与えられたテーマは『がんの患者さんから痛みを聴き、それを受け止め、痛みの治療に反映することを青森県立中央病院の文化にする』ということでした。

皆さん、看護師だから痛みが評価できるのは当たり前のことと思われるかもしれませんが、看護学生の頃はあまり深く学びません。驚かれるかもしれませんが、看護師は、働きながら患者さんを通して痛みの評価と治療について学んでいきます。

また、これまでは患者さんに痛みのことを毎日聴くということはしていませんでした。患者さんが痛みを訴えてから、または手術などの出来事をきっかけに痛みを聴くことを始めていました。それが、これまでの青森県立中央病院の文化でした。

2012年に青森県立中央病院で、看護師が患者さんに毎日痛みを聴くことを組織として取り組んだとき、色々なことが現場で起こりました。

- ・「医師には痛いと言わない、看護師には痛いと言う」患者さん
- ・「麻薬なんて怖い、だから痛いのを我慢する」という患者さん
- ・「看護師の痛みの評価は違って」と指摘する医師
- ・「患者の痛みを報告しても、それが治療に反映されない」とジレンマを抱える看護師
- ・同じ患者さんでも担当する看護師によって痛みの評価が違う
- ・「毎日、患者さんに痛みを聴くなんて大変」という看護師

など、これまでは見えなかった課題が浮き彫りになりました。

青森県立中央病院で起きたこのような課題に、医師、看護師、薬剤師、そして入院していた患者さん、家族がどのように向き合い、克服していったのか、青森県立中央病院が歩んだ3年間の険しかった道のりと、『がん患者の痛みを聴く』ことを文化にするために、今、当院で取り組んでいることをご紹介します。

そして、今日は皆さんに一つお願いしたいことがあります。

それは、医療者に訴えることを我慢しないこと、そして自分のこと、家族のことを分かりやすく医療者に伝える方法を学ぶことです。こうした取り組み、一つ一つが現場を大きく変えるきっかけになっていきます。ぜひ明日からの受診に役立ててください。それが、患者中心の医療になる糸口になります。

Profile

山下 慈

青森県立中央病院 緩和ケアチーム 緩和ケア認定看護師

- 2001年 青森県立中央病院にて、看護師として勤務
- 2004年 東北福祉大学福祉心理学部に編入し認定心理士取得
- 2007年 青森県立保健大学院健康科学研究科看護学分野小児家族看護領域に進学
- がん患者の家族看護について研究を行う
- 2008年 広島大学大学院保健学研究科付属先駆看護実践支援センター緩和ケア認定看護師教育部門へ入学
- 緩和ケア認定看護師を取得
- 2009年 緩和ケアチーム専任看護師として活動
- 2010年
- 2012年 「がん患者の痛みからの解放」を目標にプロジェクトチームのメンバーとして活動している。

