

講演 4 (30 分) 『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

《内容》 県立中央病院が「患者に毎日痛みを聴くこと」を組織として取り組んだことから浮き彫りになった様々な課題に、医療者と患者・家族がどのように向き合い克服したのか、患者に痛み聴くことを病院の文化とするためにいま取り組んでいることを紹介。また、患者から医療者へ痛みを伝える具体的な工夫について話した。

講演 5 (15 分) 『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

《内容》 がん診療拠点病院としての県立中央病院に求められる医療文化・使命と、県立中央病院をフィールドとした厚労科研がん政策研究・的場班による研究（略称 SPARCS）がもたらした成果、今後の方向性・展望について紹介した。

7、発表会の成果

本発表会は、青森県の緩和ケアの提供体制と緩和ケアセンターの役割に関する 2 名の講演に加えて、的場班研究分担者 2 名による活動報告、さらに 1 名が患者の立場からがん医療・緩和ケアに求めることについて講演する、講師 5 名による講演会とした。全体で 2 時間の開催時間であったが、各自の講演時間が 15 分から 30 分と短く、聴講時間として適当であったという来場者意見が多数であった。

講演内容については、痛みを伝えることの難しさや、医療者への遠慮や麻薬に対するイメージから痛みの治療を受けることに不安を抱いたという体験談に、多くのがんサバイバーの方から共感の声が聴かれた。今後の対策として、患者視点では診療時に「痛みの日記」を活用すること、麻薬に対する不安を医療者に相談していくこと、医療者としては毎日全がん患者に痛みを聴いていくことが説明されるなど、医療者と患者・家族が除痛率の改善に向けて共に取り組んでいくことへの理解を広める機会になった。また、県内のがん診療連携拠点病院で患者を看取られた家族から「緩和ケアという言葉を出したくないほどトラウマになったが、今回の講演を聞いて、本来の緩和ケアがどういうものか理解できた。」という感想が聞かれた。

講演会は、都道府県がん診療拠点病院として、緩和ケアの提供体制及び除痛率改善に向けた取り組みを地域に広めていく重要性を感じる機会にもなり、今後は県内への普及活動に取り組んでいきたい。

受付



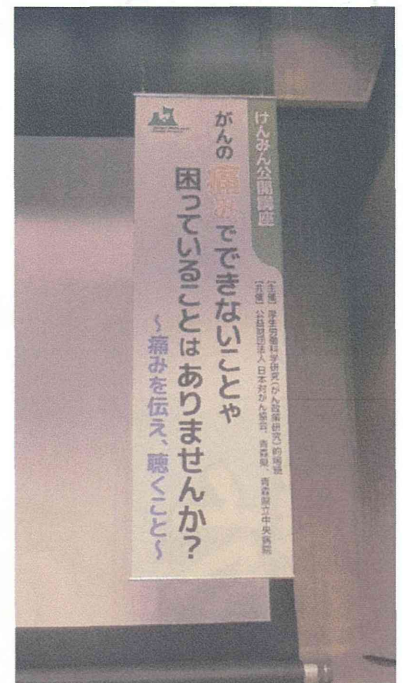
講演会場 全景



会場の様子



垂れ幕



講演の様子



緩和ケアセンターを軸とした

疼痛評価★疼痛治療 地域統一プロジェクト

【開催日時】2014年12月13日(土)
14:00~18:00 (開場13:30)

【開催場所】青森県観光物産館
アスパム
5階 あすなろ



開催講演一覧

- 1: 緩和ケアセンターを軸としたがん疼痛治療の評価と改善のモデル
青森県立中央病院 緩和医療科 部長 的場元弘
- 2: 在宅患者の痛みやつらさの評価の実際と問題点
一般社団法人 青森市医師会 理事 北畠滋郎
- 3: 地域での痛みやつらさの情報共有の在り方
あんさん訪問看護ステーション 所長 沼倉昌洋
- 4: 薬局で得た苦痛の情報を活かす
安田調剤薬局 緩和薬物療法認定薬剤師 岡野聡
- 5: つらさを聴き、受け止め、治療に反映できる評価の在り方を考える
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
- 6: 誰でも使える多機能携帯端末を用いた苦痛評価システムの使い方
[タブレット端末を使った実技演習を予定しています]
青森県立中央病院 医療情報部 三浦浩紀

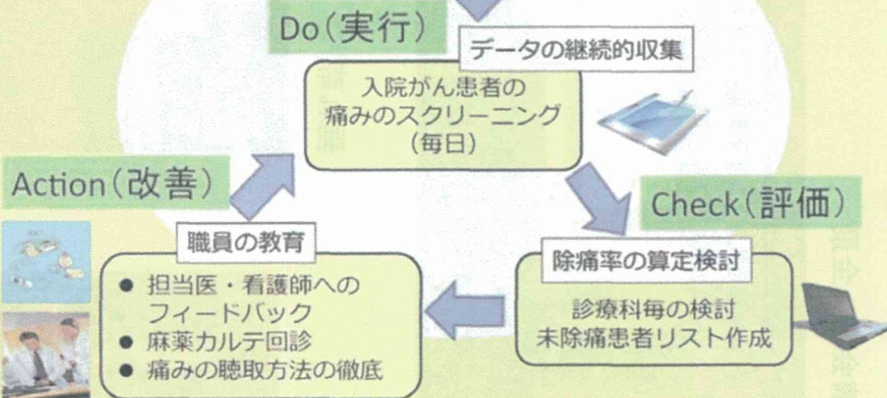
【主催】厚生労働科学研究(がん政策研究)的場班 【共催】公益財団法人 日本対がん協会、青森県立中央病院
【お問い合わせ】☎030-8553 青森市東道2-1-1 青森県立中央病院 TEL:017-726-8111 (代表)

厚生労働科学研究(がん対策研究)推進事業

院長の宣言 Plan(計画)

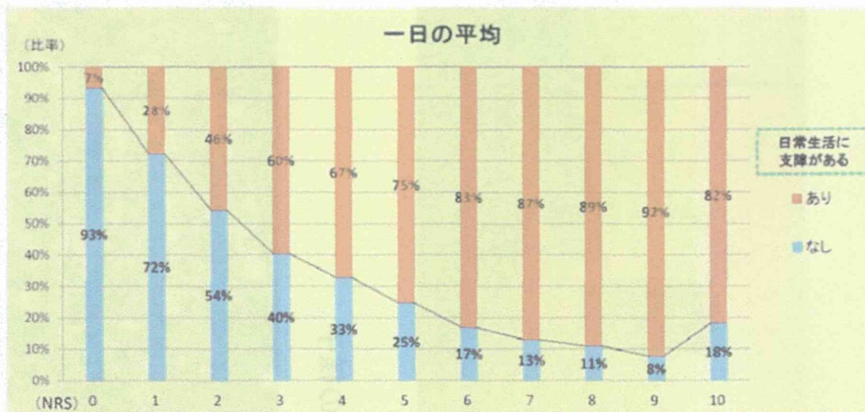
全ての患者に痛みがあるかどうかを尋ね、
痛みがあればちゃんと痛みの治療が受けられる。
そのことを、県病の文化にしたい。

痛みからの解放にむけた PDCAサイクル



NRS(痛みの強さ)と「痛みでできないことや困っていることがある患者」の割合

対象期間:2013/04/01 ~ 2014/03/31
対象患者:「痛みがある」または「痛みの治療を受けている」



NRSと「痛みでできないことや困っていることはありませんか?」という質問の答えの比率は、痛みの強さと日常生活への障害との関係を明確に表している。

講演者紹介

的場 元弘

青森県立中央病院 緩和医療科 部長

1984年 北里大学医学部卒
1991年 オハイオ州立大学病院 麻酔科研究員
1998年 北里大学医学部 麻酔科講師
2006年 国立がんセンター がん対策情報センター
がん医療情報サービス室長
2008年 国立がんセンター中央病院 緩和医療科医長
緩和ケアグループ長
2010年 国立がん研究センター中央病院 緩和医療科科長
2014年 青森県立中央病院 緩和医療科部長 現職
<所属学会>
日本ペインクリニック学会 専門医・評議員
日本緩和医療学会 暫定指導医
がんの痛みと症状緩和に関する多施設共同臨床研究会 (SCORE-G) 代表理事



北畠 滋郎

一般社団法人 青森市医師会 理事

1984年 順天堂大学医学部卒
同年、東京女子医科大学消化器病センター外科 入局
1992年 社会保険城東病院勤務
1993年 財団法人 防府消化器病センター 勤務
1997年 医療法人北翔会 北畠外科胃腸科医院 勤務
1998年 医療法人北翔会 理事長 現職
北畠外科胃腸科医院 院長 現職
<所属学会>
日本外科学会 専門医、日本消化器外科学会 認定医
日本消化器病学会 専門医、日本消化器内視鏡学会 専門医
日本大腸肛門病学会 専門医、日本医師会認定産業医



沼倉 昌洋

あんさん訪問看護ステーション 所長

1998年 東京都立公衆衛生看護専門学校 保健学科卒
2005年 放送大学 教養学部卒
以後、健生病院、
社会福祉法人桃仁会 城東訪問看護ステーション、
じけいかい訪問看護ステーション等 勤務
2009年 株式会社あんさん訪問看護ステーション設立 現職

<資格>
保健師、第一種看護教諭、第一種衛生管理者、看護支援専門員
緩和ケア認定看護師



講演者紹介

岡野 聡

安田調剤薬局 緩和薬物療法認定薬剤師

岡山県倉敷市出身
1998年 東北薬科大学卒
2000年 国立北陸先端科学技術大学院大学
材料科学研究科 博士前期課程修了
弘前市内の薬局にて勤務
2007年 安田調剤薬局 勤務
<資格>
緩和薬物療法認定薬剤師、禁煙支援薬剤師
<所属学会>
日本緩和医療学会、日本緩和医療薬学会、日本臨床腫瘍薬学会
日本禁煙科学会 等、多数学会に所属



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

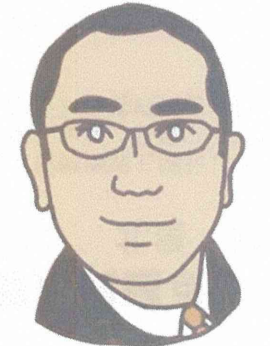
2001年 青森県立中央病院にて、看護師として勤務
2004年 東北福祉大学福祉心理学科に編入し認定心理士取得
2007年 青森県立保健大学院健康科学研究科
看護学分野小児家族看護領域に進学
がん患者の家族看護について研究を行う
2008年 広島大学大学院保健学研究科付属
先駆看護実践支援センター
緩和ケア認定看護師教育部門へ入学
2009年 緩和ケア認定看護師を取得
2010年 緩和ケアチーム専従看護師として活動
2012年 「がん患者の痛みからの解放」を目標に
プロジェクトチームのメンバーとして活動している



三浦 浩紀

青森県立中央病院 医療情報部 主査

青森県立保健大学教務学生課
青森県企画政策部情報システム課
青森県病院局運営部経営企画室を経て平成24年4月より現職



1

緩和ケアセンターを軸とした がん疼痛治療の評価と改善のモデル

的場 元弘

2012年に改定されたがん対策推進基本計画では、「がん性疼痛をはじめとする様々な苦痛のスクリーニングを診断時から行うなど、がん診療に緩和ケアを組み入れた診療体制を整備する」と明記された。そして緩和ケアチームは「スクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和する」役割を担うとしている。

これは緩和ケアに関わる現場の大改革が必要であり、形ばかりの体裁を整えることで済まされない。全てのがん患者の苦痛をスクリーニングすることは、がん医療に携わる全ての診療科が横断的かつ継続的に協力的に行動することが求められる。

このような体制を構築するにあたって検討するべき問題は大きく2つあげられる。

第一に、今回求められているスクリーニングの実施は、緩和ケアチームへの丸投げで対応することはできない。ほとんどすべての緩和ケアチームは、身体的苦痛、精神的苦痛、社会的な困難などが依頼前にある程度明らかになった上で、“緩和ケア、お願い”と依頼された患者に対応しているのが実際である。全てのがん患者の中から緩和ケアが必要な患者をいかに抽出するのかといった方法論については、組織として取り組むべきである。

第二に、医療者は、“痛みがあれば訴えるだろう”と思い込んでいる。痛みを訴えることを遠慮している患者は少なくない。痛みによって障害されている生活の有無に焦点を絞り、全ての患者に対して“痛みでできないことや困っていることはありませんか？”と尋ねてこそ、初めて痛みの存在が明らかになる。さらに、一度のスクリーニングという手法はがんの苦痛の抽出には向かない。初診時や入院時に症状がなくても、数日あるいは数週間後、数か月後に痛みが出現したり増悪することは当たり前であることだ。体裁として1回の間診やアンケートで済ませるような対応をすることは、がん対策基本法に反する。

今回の研修会では、がん患者の苦痛のスクリーニングの考え方と実際について、2012年より青森県立中央病院で実施されている全ての入院がん患者の痛みのスクリーニング（SPARCS: Special Project for Awareness and Relief of Cancer Symptoms）での経験を交えながら、全てのがん患者を対象にした苦痛のスクリーニングについて考えたい。

Memo

2

在宅患者の 痛みやつらさの評価の実際と問題点

北畠 滋郎

青森市内で有床診療所を開いており、同じ法人で介護老人保健施設も開設しています。以前より細々と訪問診療、在宅での看取りを行ってききましたが、平成23年頃から在宅医療にすこし軸足を移し、有床診での診療の他に、午後から地域に出かけて在宅での看取りを行っているところです。

先日、訪問看護ステーションの会合で発表する場をいただいたので、改めて当院の訪問診療の状況を調べたところ、平成22年には訪問した患者さんの延べ件数は年間で24件にすぎませんでした。翌23年より徐々にその数は増加し、平成25年は184件、今年に至っては10月までですでに400件に達しています。さすがにこの数になると診療所業務の片手間に訪問を行うことはできなくなったため、現在は週2日の午後に訪問診療を集中させて、訪問医療や緩和ケアを実践している状況です。

さて、現在の医療環境を眺めてみると、今後さらに在宅への移行は加速するものと思われ。私たちは依頼があれば患者さん、ご家族の意に添うように在宅での医療、緩和ケアを行おうと思っていますが、同時に在宅に戻る際に主治医が見つからずに苦労しているとの話も伝わってきます。いまだに“自宅で亡くなったら警察医を呼ぶように”と家族に伝えるかかりつけ医もいる状況です。私たち在宅緩和ケアを遂行している仲間にしてみるととんでもない話であり、このような目に遭っている方たちに少しでもお役に立てるように、今後さらに在宅での医療、看取りについて啓蒙していきたいと思っております。

Memo

3

地域での 痛みやつらさの情報共有の在り方

沼倉 昌洋

今年11月で6年目に突入した看護師8名、リハビリ2名、事務員4名の小さなステーションです。病院などの経営母体を持たない、看護師起業の株式会社です。小さいから小回りが良く、「今必要なら今行きます」をモットーにしている家族のようなスタッフたちです。この普通に家に居る感覚を大切にしながら、利用者さんたちのご自宅におじゃましております。

残念ながら、当ステーションにご紹介頂いた利用者さんの持ち時間は、長くても半年～1年、短ければ数日～3ヶ月です。限られた時間の中で、よりその人らしく、その人が望んだかたちで過ごして頂いております。入院中では主治医の許可がないとダメとか、危険だからダメとよく聞きますが、家に帰ったら利用者さん一人ひとりが主人公です。主人公の人生のエンディングをお手伝いするのが私たちだと自負しております。

患者さんが診断から最期の瞬間まで、つまり“開業医の先生のところから県病の主治医の先生のところまで”、また“県病の主治医の先生から地域の開業医の先生のところまで”、同じ痛みやつらさのスケールを用いて、同じように答えられるようにしたいのです。私たち訪問看護師は常に利用者さんの側に寄り添い、共に悩み、共に喜んでいます。利用者さんは私たちの先生であり、家族です。多くのことを教えてくれ、多くの宿題も残してくれます。その一つ一つを解決することが利用者さんへの恩返しだと思っています。

患者さんの心の訴えを、いつでも、どこでも、誰が聴いても、同じように評価できるようになりませんか？そのために、今日ここにお集まりいただいた皆さんから始めてみませんか？訪問看護って楽しいよ！！

Memo

4

薬局で得た 苦痛の情報を活かす

岡野 聡

痛みや苦しみの評価はとても難しいですよ。何故なら、痛みや苦しみは主観的であるため本人にしか分からず、血圧や血糖値のように客観的に評価出来ないからです。評価方法を統一化することで、誰からも同じ質問をされるので患者さんが理解しやすく、回答しやすいという利点がありますが、私達評価者がどのように受け止めるかが問題となってきます。

つい先日、虫歯の治療で数年ぶりに歯を削りましたが、とても痛かったです。普段痛みと無縁の私にすれば、NRS7（高度な痛み）で、レスキュー（鎮痛剤）は不要といったところでしたが、みなさんが考えるNRS7はどのようなものでしょうか？足の小指をタンスで激しくぶつけた、唇を激しく噛んでしまった、ドアで指を挟んだ、バスケットボールでガツンと突き指をした等、思い浮かべることは様々だと思います。逆に、私にとってはNRS7の行為であったとしても、他の人がNRS7に感じるとは限りません。つまり、どの様な評価方法を用いるにしても、自分の考えを当てはめてはいけません。純粋に患者さんの訴えを受け容れ、数値の内容を考えるよりも、数値の変化を捉えることがとても大切です。また、患者さんや家族にとって話しやすい対象は常に医師とは限らず、看護師であったり、薬剤師であったりもします。家族の前ではすごく痛がったり、苦しがりたりするのに、医師に会うと安心して痛みや苦しみが和らいだり、逆に緊張したり、強がったりして、痛みや苦しみを正直に伝えられないということをよく経験します。

私達薬剤師は、医師や看護師が拾えなかった情報、過小評価されている可能性のある患者さんを拾い上げていく必要があります。薬局においては、限られた時間ではありますが、ただ単に薬の説明をするだけではなく、「痛みや苦しみの方はどうですか？」と簡単な質問から何かしらの問題点を聞き出し、評価、そして、アセスメント、情報共有へと繋げていければ、患者さんの生活の質（QOL）の向上に間違いなく貢献出来るはずですが、最後になりますが、痛みや苦しみは本人にしか分からないということを念頭において、話を進めていくことを忘れないで下さい。

Memo

5

つらさを聴き、受け止め、
治療に反映できる評価の在り方を考える

山下 慈

先日、青森県立中央病院でがん治療を受けられ、他院で看取られたご遺族の方が話された言葉です。

「県病にいたる間は、毎日痛みのことを聞かれて、この注射は何の薬とか何でも聞けた。でも、県病に最後までいれるわけではないでしょ。県病で使っていた麻薬とか、他に行ってから全部かえられて、痛みの治療から痛みの聴きかたも全部違っていった。何にも評価されていないって感じた。『何でここに連れてきたんだ。ここに連れてきたことを恨む』と母に言われた。それが忘れられない、心残りだ。後悔している。」

怒りをぶつけるように話されたご遺族の方の思いに衝撃を受けました。おそらく、地域の医療者は痛みやつらさのことを評価し、最善の対応をしていたと思います。しかし、物理的環境の変化、痛みやつらさの聴きかたの違い、薬剤の変更など様々なことがきっかけとなり、最期ご遺族の方にこのような思いを残してしまったのではないのでしょうか。

今回の研修会では、青森県立中央病院でこれまで、そして今取り組んでいる『痛みを聴き、痛みを受け止め、痛みからの解放のために取り組んでいること』について看護の視点でご紹介したいと思います。

決して、青森県立中央病院の評価がすべてだとは思っていません。ご紹介したご遺族とは反対に、当院へ不満をもたれている患者さん・ご家族の方もおられると思います。そして、当院にも残されている課題、地域の方々に教えて頂きたいこともたくさんあります。

研修会が、がんの患者さんの痛みやつらさの評価が継続して行われ、治療に反映されるために看護師として何が出来るかについて、皆さんと共に考える場になればと思います。ぜひ、地域の方が抱いている思いも聴かせて下さい。率直な思いを語ることが、青森県の緩和医療を変えるきっかけになると思います。

Memo

6

誰でも使える多機能携帯端末を用いた
苦痛評価システムの使い方

三浦 浩紀

世の中はデータにあふれています。これらの有用無用のビッグデータを解析することで新たな知見や知識を見出そうという試みがはじまっています。医療の世界はどうでしょう。2000年代から電子カルテを導入する医療機関がはじめ、県病においても2006年から電子カルテの運用を開始しています。

紙のカルテから電子のカルテへの進化を遂げたわけですから、日々集積されるデータの検索、解析、研究分野などへのデータの2次利用があたり前のようにできていると思われがちですが、残念ながら実際はそうではありません。

個人的な見解ですが、電子カルテというシステムはデータの確実な記録・保存だけに力点を置き過ぎているため、データの利活用どころか、データの死蔵を加速化しているもののように思えます。たらふく蓄えられたデータを数千年後の未来人が解析して、『あぁ～、昔の人は痛みというパラメータを重視していなかったんだなぁ』などと振り返られても、現代人のわたしたちには何のメリットもありません。生きてうちに自分たちのデータをスーパースペシャルにクレバーな先生たちに分析してもらい、医療をどんどん進化させて欲しい。そして自分が旅立つころには、いまよりも進化した医療を受けて高いレベルのQOLを維持したままあの世に逝きたいなぁ。なんてことを考えながら最近では仕事をしています。

2012年からの場班で電子カルテのデータを活かした研究データベースの開発を行っています。今般、他の病院でも短期かつ安価に導入が可能な汎用型苦痛の評価システムを作りました。スマートデバイスを利用することにより、データの発生から集積までをすべてデジタル情報で扱うことができるシステムです。本日はスマートデバイス(iPad)を実際に操作してシステムを体験できる時間を設けていただきましたので、皆さまから忌憚のないご意見を伺えればと思っております。

※電子カルテを批判的に書いている部分がありますが、電子カルテには紙では実現できない良い面も沢山あります。わたしはアンチ電子カルテ派の人間ではありませんので、誤解のないように注釈を入れさせていただきます。

Memo

厚生労働科学研究（がん政策研究事業）的場班

研究課題名

「緩和ケアセンターを軸としたがん疼痛治療の評価と
治療改善の統合に関する多施設研究」

研究代表者 的場 元弘

(青森県立中央病院 緩和医療科 部長)

研究分担者 吉田 茂昭

(青森県立中央病院 院長)

増田 昌人

(琉球大学医学部付属病院 がんセンター長・腫瘍内科特命准教授)

東 尚弘

(国立がん研究センター がん対策情報センター がん政策科学研究部 部長)

吉本 鉄介

(独立行政法人 地域医療機能推進機構 中京病院 緩和支援治療科 部長)

富安 志郎

(医療法人光仁会 西田病院 麻酔科・緩和ケア 医長)

三浦 浩紀

(青森県立中央病院 医療情報部 主査)

山下 慈

(青森県立中央病院 看護部 主任看護部)

塩川 満

(社会福祉法人 聖隷福祉事業団総合病院 聖隷浜松病院 薬剤部長)

龍 恵美

(長崎大学病院 薬剤室長)

[主催]

厚生労働科学研究（がん政策研究）的場班

〒030-8553

青森市東造道2-1-1 青森県立中央病院

TEL: 017-726-8111 (代表)

[共催]

公益財団法人 日本対がん協会

青森県立中央病院

緩和ケアセンターを軸とした 疼痛評価・疼痛治療地域統一プロジェクト

的場元弘
teamkanwa@gmail.com

青森県立中央病院 緩和医療科
SPARCS (Special Project for Awareness and Relief of Cancer Symptoms)

20141213厚労科研がん政策研究 的場班

緩和ケア推進検討会

～第二次中間とりまとめ～

問診票にがん疼痛をはじめとした身体症状の項目を設ける、診療録の熱型表にがん疼痛の程度を把握するための項目を設ける、看護師によるカウンセリングを活用するなど、身体的・精神心理的・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共通の方法にて行い、患者の苦痛に関する情報について医療従事者にて共有する。

2

がん患者さんの痛みはどれくらい取れているのか？

緩和ケアチームに依頼される患者さんには、強い痛みがあるのにオピオイドが処方されていない、増量も試されていないなどの経過の方がいます。

基本的な痛みの治療が十分にされていない患者さん。

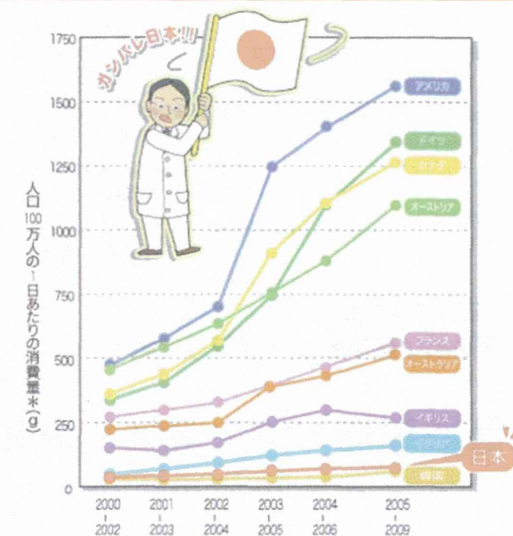
必ずしも難治性とは言えない痛みで苦しんでいる患者さん。

こういった患者さんが明らかに減ったという感覚がない。

がんの痛みの治療成績は良くなっているのか？

日本の医療用麻薬消費量はひいき目に見ても、頭打ち。

がんの痛治療に使う医療用麻薬(鎮痛薬)の消費量の比較



医療用麻薬消費量を増やす

これって目標？

アメリカは極端に多いけど
がんの痛みがすごくいいと
いう話にはなっていない

使いすぎ・・・？
でも日本より痛みの治療はまし？？？

目標は？

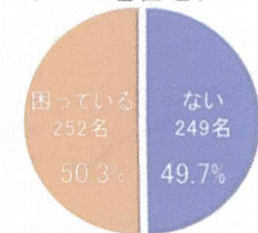
痛みのある患者さんに対して
適切な薬剤と量が使われること

がんの患者さんの入院時の痛み

2012.5.22～2012.10.26青森県立中央病院入院患者

- 入院したがんの患者さんの数 1171名
- 痛みのある患者さん 501名
(弱い痛み～中くらいの痛み～強い痛みのすべてを含む)

痛みのある患者さんの割合は**42.8%**

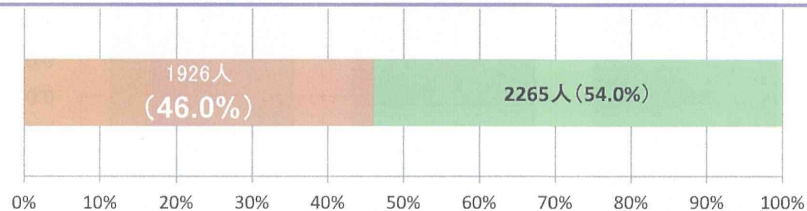


“痛みでできないことや困っていることがある”患者さんは**252名**
 痛みのある患者さんの半数が痛みによって、生活に影響を受けている。➡ 全入院患者の20%に痛みの治療が必要

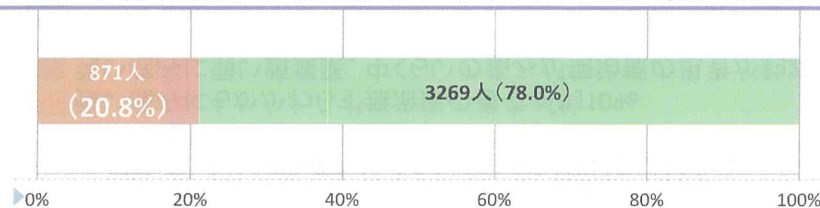
国立がん研究センター中央病院 外来初診時の痛み

(2012年7月-2012年12月 4,191人)

何らかの痛みがある患者さん(弱い痛み,中くらいの痛み,強い痛み)



生活に影響する痛みのある患者さん(中くらいの痛み,強い痛み)



がん患者の有痛率と痛み治療が必要な割合

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