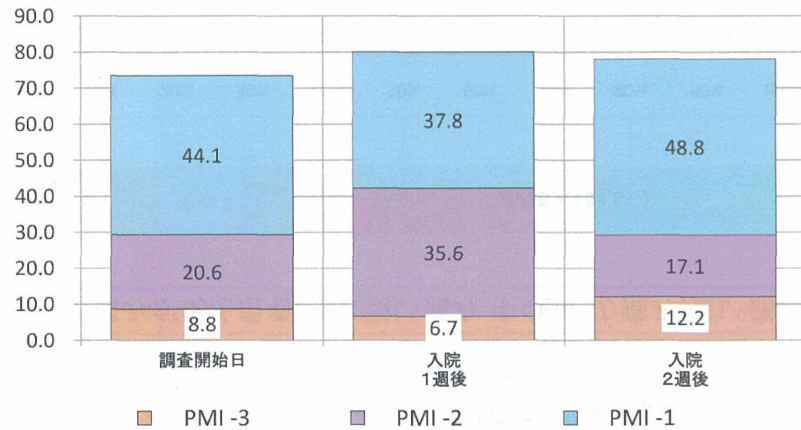


まずは痛みの存在を明らかに

- 強い痛みにもかかわらず無治療の患者が約10%
- 強い痛みに弱い鎮痛薬、中くらいの痛みが無治療の患者が約20%

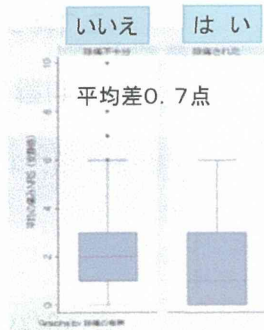
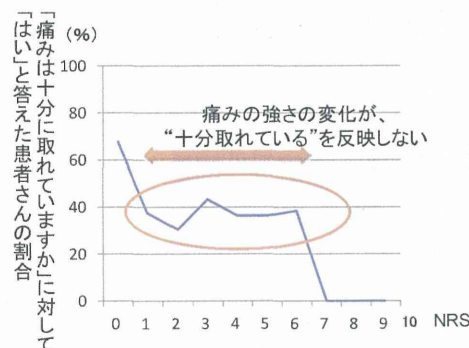


SPARCS Aomori 2011-2013 Higashi, Matoba, Yoshimoto, Yoshida, Yamashita, Miura

“ちゃんと痛みが取れているのか”を
どう聞くかはとても大切。

痛みの治療が目標を達成したかどうかを
患者さんに確認できる質問をする。

痛みは十分に取れていますか？と患者さんの痛みの強さの関係

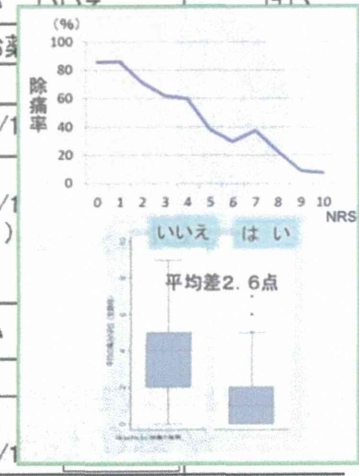


- 痛みの強さの変化と、「十分痛みが取れている」の相関がみられない。
- 患者さんたちのインタビューからは「十分」ということが、どれくらいの痛みの改善の状況なのか、わかりにくいという声があった。

痛みが十分に取れていますか？という質問は、
除痛状況を適切に反映しない。聞き方が大事！

SPARCS Aomori 2011-2013 Higashi, Matoba, Yoshimoto, Yoshida, Yamashita, Miura

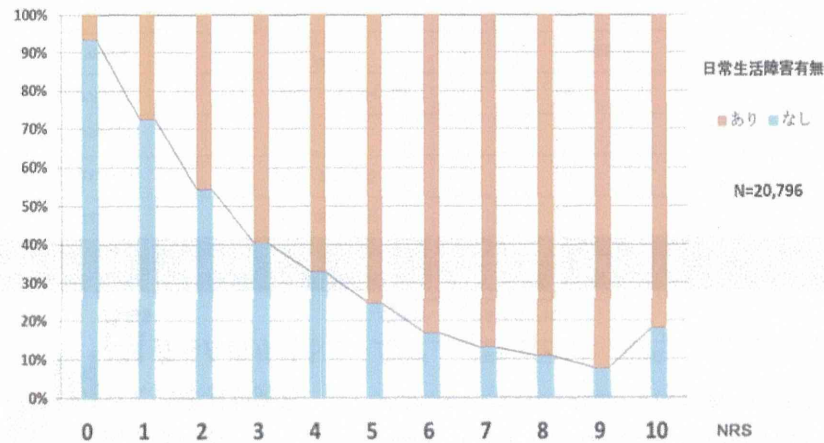
① 昨日から今日にかけて痛みがありましたか	はい いいえ	はい
② 痛みでできないことや困っていることはありましたか	睡眠 座る 歩く 飲食 排泄 その他()	はい 座る 歩 排泄 その他()
③ 痛み止めを使っていますか	はい いいえ	はい
その痛み止めの名前はわかりますか (薬かお薬 今日の状態を教えてください。)		
④ 今の痛みは数字でいくつですか	NRS (/)	
⑤ 安静にしている時の一番強い痛みはいくつですか それはどこですか	NRS (/)	
他に安静にしている時も痛い場所は		
⑥ 何かしたときに痛くなったり痛みが強くなりますか	はい	
⑦ それはどこですか	()	
⑧ 痛みはいくつになりますか	NRS (/)	



緩和ケア推進検討会

～第二次中間とりまとめ～

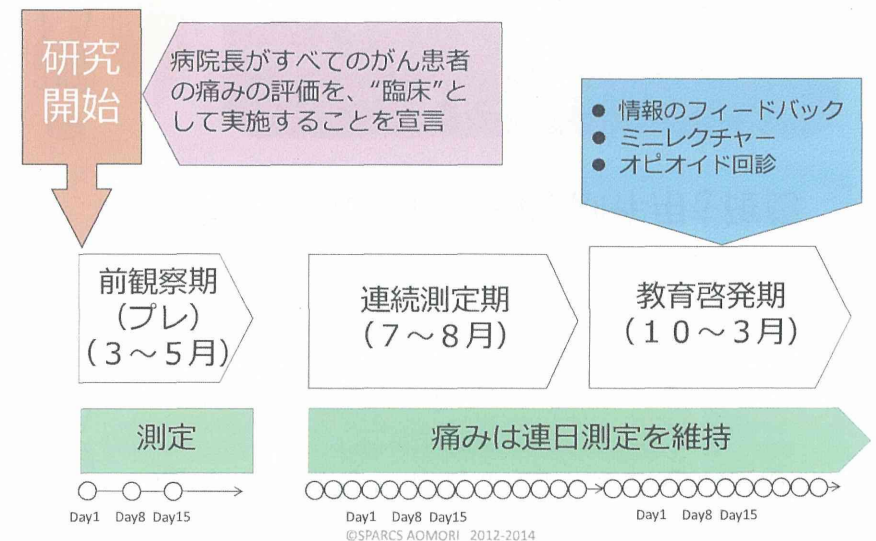
図1 全診療科:一日の平均の痛みと日常生活障害の比較



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。

1. 昨日から今日にかけて痛みはありましたか
 2. 痛みでできないことや困っていることはありませんか
 3. だまっている時の一番強い痛みはいくつですか
 4. その部位はどこですか
 5. 何かした時に痛みが強くなりますか
 6. その部位はどこですか
 7. 昨日から今日にかけての痛みの平均の強さはいくつくらいですか
 8. 体がだるいと感じますか
 9. この1日でお通じはありましたか
 10. 食欲はありますか
 11. 口やのどが渇きますか
 12. 吐き気や嘔吐がありますか
- 痛み以外に
つらい症状がありますか**
13. よく眠れましたか
 14. 気持ちが落ち込んでいると思いますか
 15. 不安やイライラを感じますか
- 気持ちのつらさは
ありませんか**
16. 家庭や仕事、経済的なことで気持ちはありますか
 17. そのことを相談できる人はいますか
 18. 病気のことや治療、検査のことのでわからないことや聞きたいことはありますか
 19. 治療や療養について自分の医師や考えが担当医に伝わっていますか

痛みの聞き取りの実施



痛みの状況を把握し現場に生かす

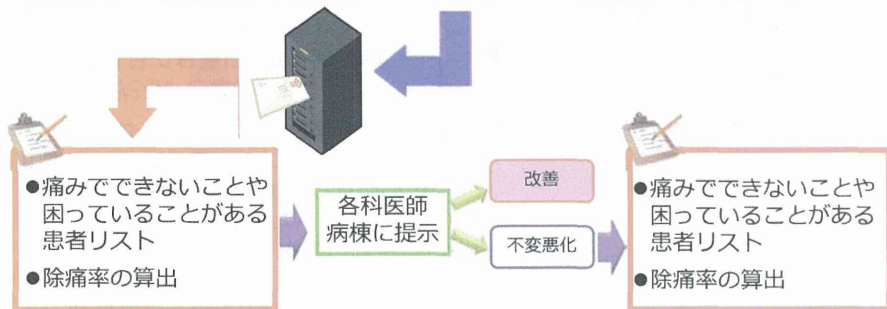
痛みの
評価説明

NRS10とは？



痛みの連続評価

- 痛みでできないこと
- 痛みの強さ(NRS)
- 鎮痛薬の内容と量
- 副作用



SPARCS Aomori 2011-2013 Matoba, Yoshimoto, Higashi, Yoshida, Yamashita, Miura



痛みでできないことや困っていることは？

痛みの場所や強さは？

痛み止めの内容や量、副作用を確認



〇〇さんが痛みで眠れていません。痛みの強さは“7”で数日間変わっていません。痛み止めは増やす必要があると思いますが、吐き気もあって、薬も飲みにくいようです。

痛みで出来ない事や困っている事がある患者さんのリスト

こちらは下記調査日に痛みによって生活に何らかの支障がある

患者さんのリストです。ご参照くださいますようお願いいたします。

診療科 呼吸器科(6東) 該当者 6 名

調査日 2014/12/04

No.	チーム	患者ID	患者氏名	困っていること	NRS最大値		痛みの原因	主治医
					安静時	動作時		
1	A	1234567		歩く、座る、排泄	0	3	がん	
2	A	1122334		眠る、歩く、座る	0	5	がん	
3	A	7654321		眠る	0	6	がん	
4	A	7766554		眠る、立つ、歩く、座る	1	6	がん	
5	B	987654		歩く、座る (OP)12/3	2	2	がん治療・検査	
6	B東A	012345		歩く	0	5	不明	

痛みで出来ない事や困っている事がある患者さんのリスト

こちらは下記調査日に痛みによって生活に何らかの支障がある

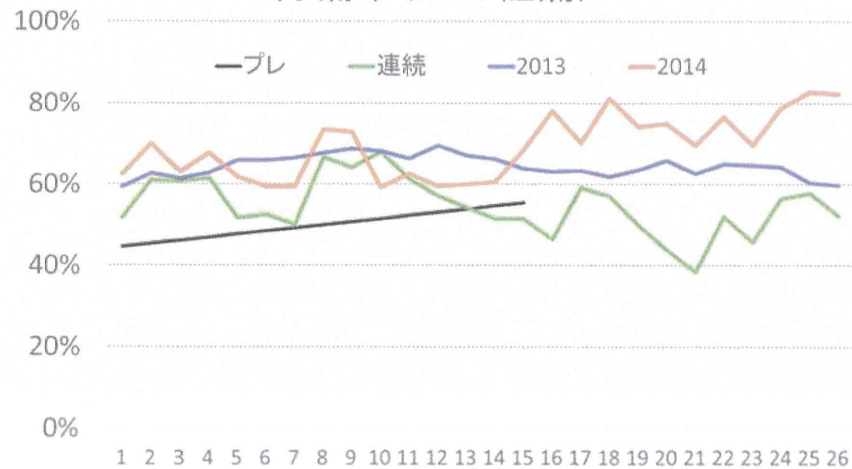
患者さんのリストです。ご参照くださいますようお願いいたします。

診療科 耳鼻咽喉科頭頸部外科(7東Bチーム)

調査日 2014/12/11 該当者 6 名

No.	患者ID	患者氏名	困っていること	NRS最大値		痛みの原因	主治医	痛みの期間
				安静	動作			
1	1234567		会話	1	5	がん、がん治療・検査		22
2	1122334		眠る、飲食	10	10	がん治療・検査		11
3	7654321		眠る、飲食	0	3	がん、がん治療・検査		44
4	7766554		座る、起きる、その他(体動時) (OP)12/8	不明	不明	がん、がん治療・検査		1
5	987654		飲食	1	2	がん治療・検査		11
6	012345		飲食	2	3	がん、がん治療・検査		28

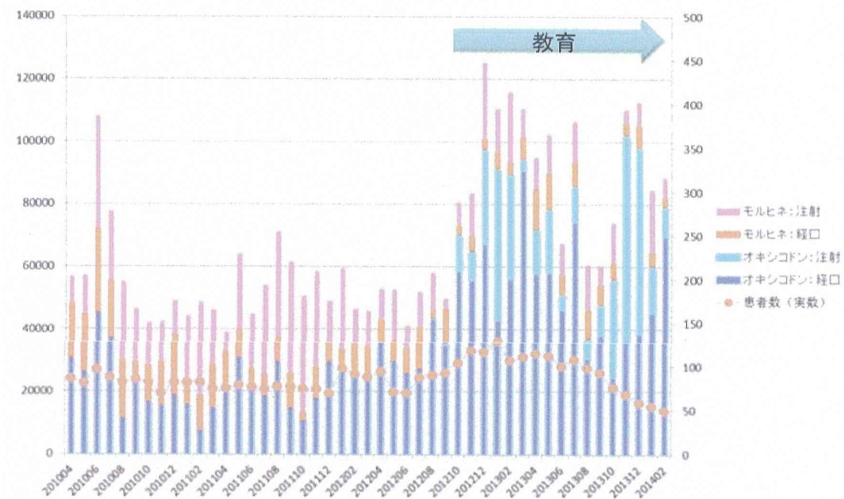
除痛率(がん性痛)



プレを元に、連続はNS。2013年度、2014年度 $P < 0.05$
 連続を元に、2014年度 $P < 0.01$ 、2013年度はNS
 2013年度を元に、2014年度 $P < 0.001$

院内の医療用麻薬処方量(モルヒネ オキシコドンPO IV)

入院がん患者における麻薬処方量(2010.4~2014.2)



測定の日を決めて除痛率を測ったら？

日ごとの推移



乱高下するので、解釈がむずかしいか…

→「測定の日」なら？

週単位の横断的除痛率の推移



がん患者の苦痛のスクリーニングに求められるもの

- 評価方法が一定であること
- すべてのがん患者を対象にすること
- 痛みによる生活の障害を評価できること
- **結果が担当医に定期的にフィードバックされること**
- **評価結果が治療に反映できること**
- 施設としての取り組み結果を確認できること

疼痛評価☆疼痛治療 地域統一プロジェクト

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 北島滋郎

2014/12/13 青森県観光物産館アスパム

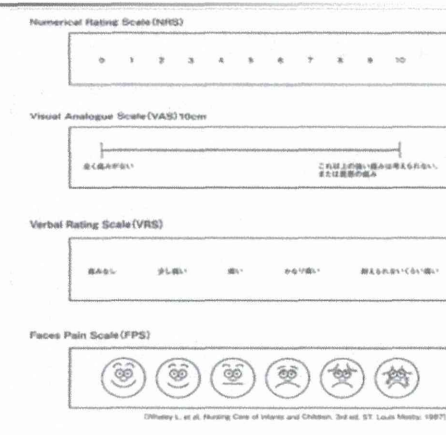
当院における訪問件数の推移

	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年 1～11月
訪問件数	24	63	137	184	426

当院における看取りの状況

	看取り数	在宅死 (緩和ケア件数)	在院死 (緩和ケア件数)	緩和ケア件数
平成22年	21	6 (5)	15 (5)	10
平成23年	15	1 (1)	14 (6)	7
平成24年	33	6 (5)	27 (16)	21
平成25年	43	17 (17)	26 (15)	32
平成26年 (1月～11月)	57	24 (23)	33 (31)	54

痛みの評価のスケール



痛み以外のつらさの症状

- 呼吸困難感
- だるさ
- 吐き気
- 倦怠感
- 食欲不振
- 気持ちのつらさ

青森医療圏域の緩和ケア

- 青森市医師会
平成25年11月
在宅医療・在宅緩和ケアマップ
- 青森県立中央病院
(在宅緩和ケア地域連携事業企画会議)
平成26年3月
在宅緩和ケアマップ

地域での痛みの評価は 統一されているか？

在宅緩和ケアマップにおける、青森医療圏域かかりつけ医の在宅医療実施項目
(登録医療機関 59施設)

- がんの症状緩和
- 医療用麻薬の処方と調整

がんの症状緩和(42施設)

- | | |
|--------------|----|
| ■ がん疼痛の対応 | 34 |
| ■ 呼吸困難の対応 | 29 |
| ■ 倦怠感の対応 | 30 |
| ■ イレウスの対応 | 24 |
| ■ 抑うつ・不安への対応 | 33 |
| ■ せん妄・不穏への対応 | 26 |
| ■ 終末期鎮静の対応 | 28 |

医療用麻薬の処方と調整

- 経口薬 34
- 貼付薬 34
- 坐薬 34
- 注射薬 27



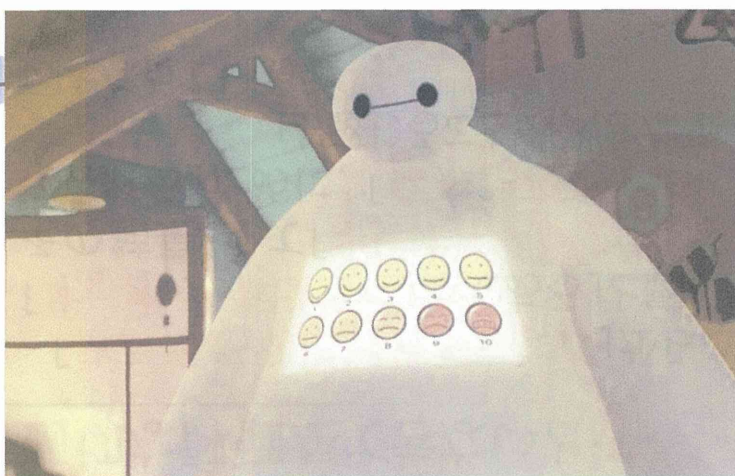
持続皮下注射の管理 24
PCAポンプの管理 20

在宅患者に評価スケールを用いて がんの痛みを適切に表現できる？

- その場での説明、痛みの表現は困難



- 表情, 家族, 介護者の意見
- 患部をさする, かばう, 姿勢
- 睡眠状況, 活動性
- 食事摂取量
- 血圧, 脈拍, 呼吸



ディズニー映画「ベイマックス」

痛みの共通評価ができれば・・・

- 包括ケアシステムのなかでみると・・・

拠点病院→在宅かかりつけ医のながれの中で、拠点病院で治療中に痛みの評価がある程度できていれば・・・

かかりつけ医も麻薬の調整や、疼痛のコントロールは可能であり、どこにいても痛みの症状緩和はできるのでは？

適切な評価ができないと・・・

「痛みが適切に評価できない」から、「オピオイド調節が困難である」と感じ、その結果として「オピオイドの使用が躊躇される」ために、「疼痛治療がうまくいっていない」と感じることの大きな要因となっている。

- 症例:67歳 男性
- 診断:直腸癌術後, 骨盤内再発, 多発性骨転移, 多発性肺・肝転移
- 既往歴:特に(-)
- 現病歴:平成22年7月直腸癌→低位前方切除術, その後肺・肝転移のため外来で化学療法を続けた.
- 平成24年5月に第10椎体, 右第7肋骨に転移を認め, 入院のうえ放射線療法を行うも効果なく, 背部痛, 骨盤痛, 下肢のしびれ, 体動困難, 不眠などの症状が続いた. 疼痛のコントロール不良であったが, 本人から退院の希望があり, 当院に在宅緩和ケアの依頼.
- 平成24年8月20日退院, 23日より在宅緩和開始

共通の痛み評価スケール

- 拠点病院, かかりつけ医など同じ医療圏域の中に共通したスケールが必要



- 地域で統一された疼痛評価, 疼痛治療



- 医師, コメディカルの教育, 研修が大切

- 退院時の薬剤状況:

麻薬:デュロテップMTパッチ16.8mg 5枚貼付

レスキューとしてオキノム50mgを3回/日程度使用.

点滴:CVポートより高カロリー輸液(24時間持続)

内服:マイスリー10mg 1錠, テバース0.5mg 1錠(就前)

ガスターD20mg 2錠 2x

マグミット330mg 3錠 3x

⇒疼痛コントロールは全く不良(NRS7~8/10)

- 8月23日より往診開始。デュロテップパッチからモルヒネにローテート(450mg/日)に変更したが疼痛のコントロール不良, 27日から600mg/日に増量。突出痛も強くPCA, オキノーム服用の他にテゲレール, デガドロン, ロキソニンの処方を追加。
- 8月30日訪問したところ, 一昨日から痛みがだいぶ楽になったと笑顔が見られるようになった。
- 9月3日, 痛みスケール(NRS)は1/10。体を動かした際に腰痛強いほかは痛みはおさえこめているとのことで, 奥さんと二人でゆっくりTVを見たり, 談笑している。
- 突発痛が強いため11日よりケタラール50mg/日の投与開始
- 9月12日にかけてのNRSは1~3程度で, 夜間もよく眠れている。訪問入浴も利用してゆったりをした時間を過ごされている。

- 9月15日より疼痛が強くなり, 自発痛, 体動時痛とも自制困難(NRS 5) オキノームが服用しづらいとのことで オプソ内服液に変更
- 9月20日疼痛強く, 点滴モルヒネ量を700~800mg/日, ケタラール100mg/日に増量したほか, オプソ内服とPCAを使用するようにしたところNRSは2程度に落ち着いた。
- 9月25日より痛みがさらに増加, ほとんどベッド上で唸っている状況。NRSスケールで6~7とコントロール不良。家族も見ることを見かねない状況であり, セデーションを提案, ドルミカムの持続投与を開始。
- 27日頃より傾眠傾向が強くなったが, 覚醒時の痛みはまだ強いとの連絡があり, ドルミカム投与量を増加
- 29日午後6時過ぎに呼吸停止に至り御逝去

まとめ

- 青森医療圏域の緩和ケアマップから, 圏域内での緩和ケア, 麻薬の使用, 処方, 調整方法などを検討した。
- 緩和医療において, 経口麻薬, 貼付薬, 坐薬は使用頻度が高いが, 持続皮下注, PCAポンプを利用する注射薬の使用は若干少なかった。
- 圏域で統一された痛みや苦痛の評価スケールはない, もしくは普及していないと思われる
- 地域内で統一された痛み評価スケールの考え方を広く普及させ, どこにいても十分な緩和が得られるように研修会など啓蒙活動を進める必要がある。

疼痛評価☆疼痛治療 地域統一プロジェクト

「地域での痛みやつらさの情報共有の在り方」

2014年12月13日(土)

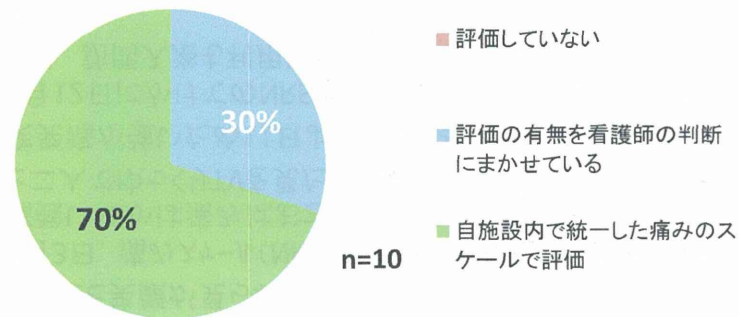
14:00～18:00

(株)あんさん訪問看護ステーション
緩和ケア認定看護師 沼倉 昌洋

がん患者の症状評価におけるチーム 医療に関するアンケート調査 【訪問看護ステーション版】

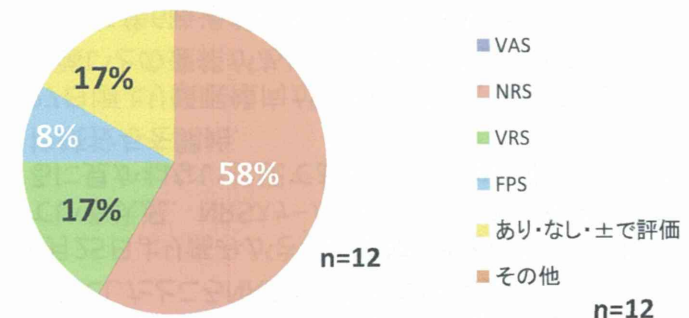
の結果分析

がん患者の痛みの評価の有無



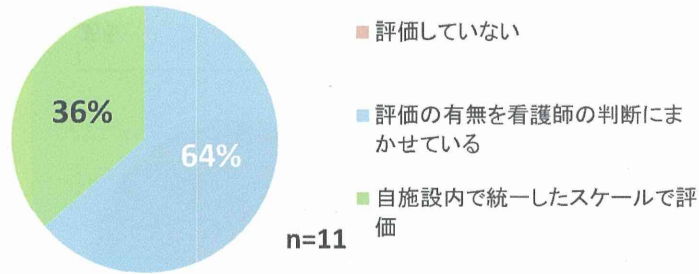
	n=10
評価していない	0
評価の有無を看護師の判断にまかせている	3
自施設内で統一した痛みのスケールで評価	7

痛みの評価をしている場合のスケール



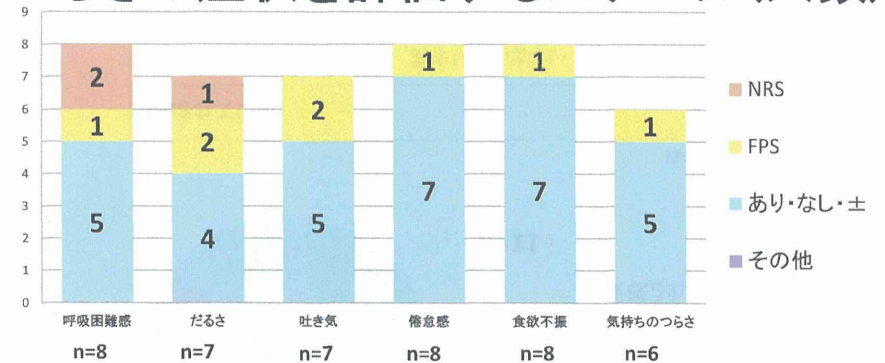
	n=12
VAS	0
NRS	7
VRS	2
FPS	1
あり・なし・±で評価	2
その他	0

痛み以外の身体症状の評価



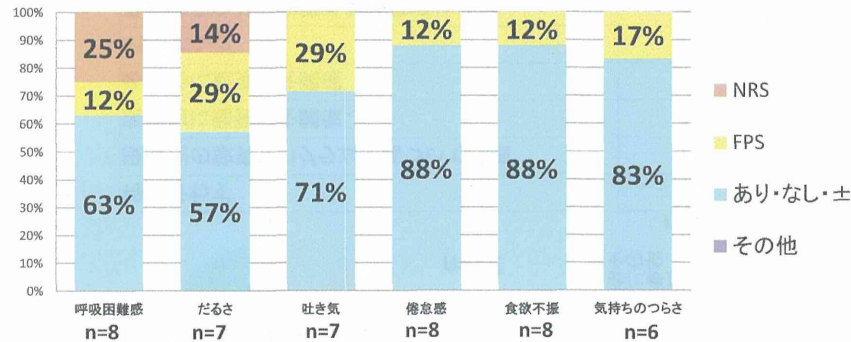
評価方法	人数
評価していない	0
評価の有無を看護師の判断にまかせている	7
自施設内で統一したスケールで評価	4

つらさの症状を評価するスケール(人数)



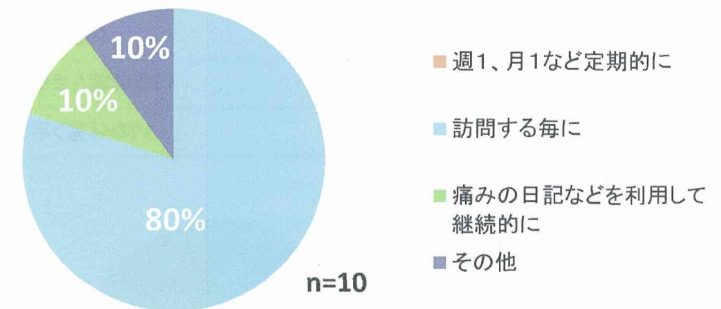
	呼吸困難感 n=8	だるさ n=7	吐き気 n=7	倦怠感 n=8	食欲不振 n=8	気持ちのつらさ n=6
NRS	2	1	0	0	0	0
FPS	1	2	2	1	1	1
あり・なし・±	5	4	5	7	7	5
その他	0	0	0	0	0	0

つらさの症状を評価するスケール(割合)



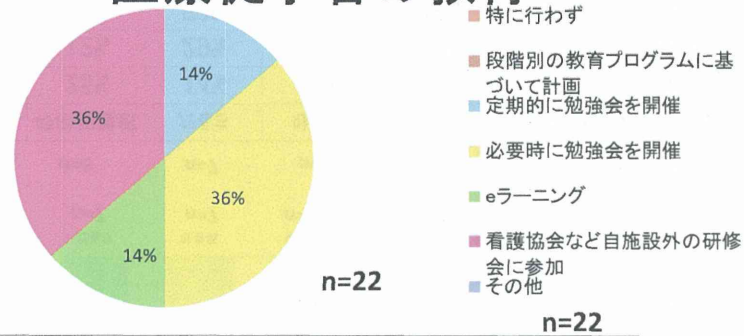
	呼吸困難感 n=8	だるさ n=7	吐き気 n=7	倦怠感 n=8	食欲不振 n=8	気持ちのつらさ n=6
NRS	25%	14%	0%	0%	0%	0%
FPS	12%	29%	29%	12%	12%	17%
あり・なし・±	63%	57%	71%	88%	88%	83%
その他	0%	0%	0%	0%	0%	0%

痛みや痛み以外の身体症状を評価するタイミング



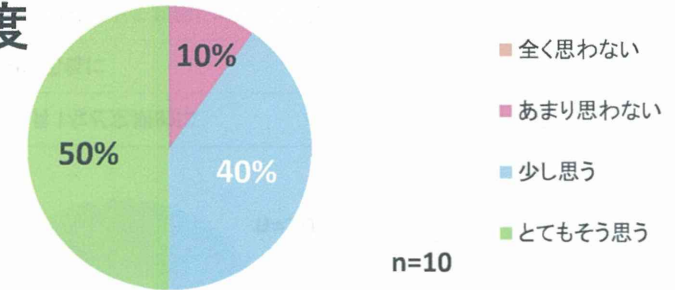
評価タイミング	人数
週1、月1など定期的に	0
訪問する毎に	8
痛みの日記などを利用して継続的に	1
その他	1

医療従事者の教育



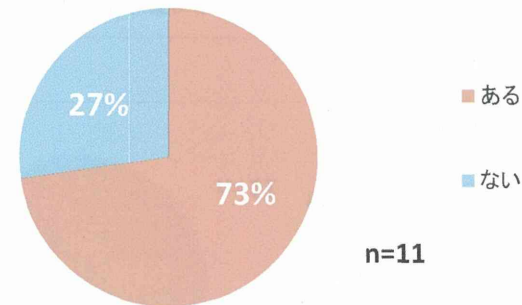
n=22	
特に行わず	0
段階別の教育プログラムに基づいて計画	0
定期的に勉強会を開催	3
必要時に勉強会を開催	8
eラーニング	3
看護協会など自施設外の研修会に参加	8
その他	0

緩和ケア研修会による訪問看護への役立度



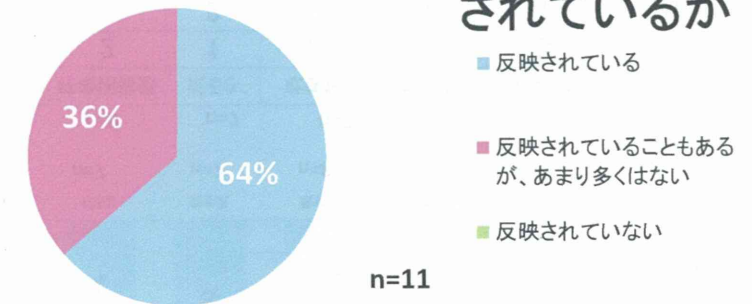
n=10	
全く思わない	0
あまり思わない	1
少し思う	4
とても思う	5

医師の受け止めや対応のギャップ



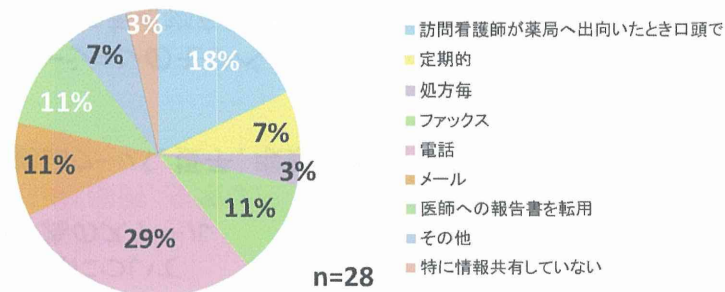
n=11	
ある	8
ない	3

訪問看護師の報告が在宅医療に反映されているか



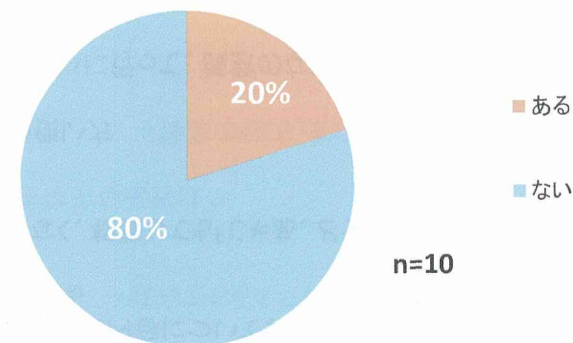
n=11	
反映されている	7
反映されていることもあるが、あまり多くはない	4
反映されていない	0

薬局とどのような情報共有をしているか



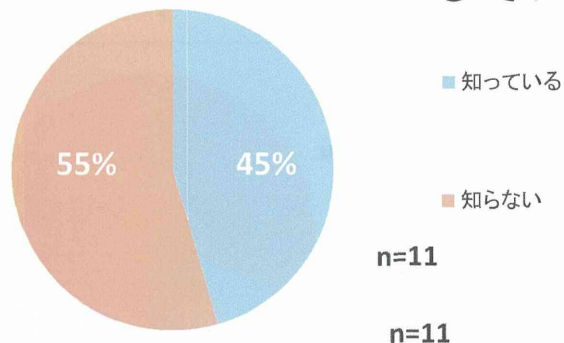
訪問看護師が薬局へ出向いたとき口頭で	5
定期的	2
処方毎	1
ファックス	3
電話	8
メール	3
医師への報告書を転用	3
その他	2
特に情報共有していない	1

薬局との評価の相違



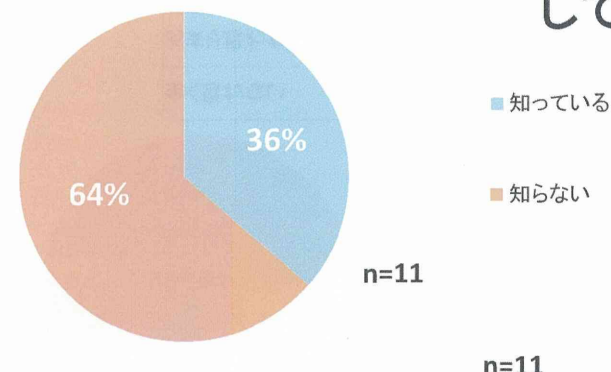
ある	2
ない	8

他の訪問看護師がどのように情報共有しているか



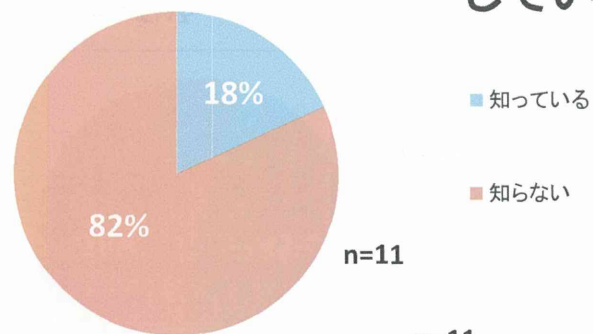
知っている	5
知らない	6

他の薬局がどのように情報共有しているか



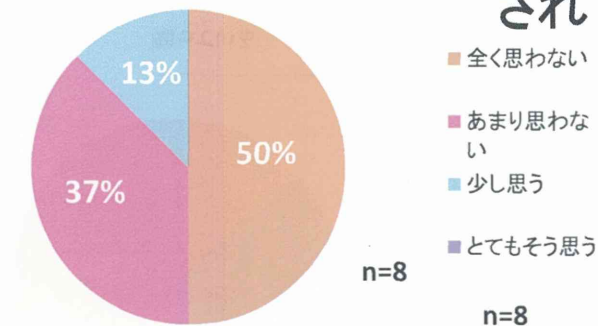
知っている	4
知らない	7

他の診療医がどのように情報共有しているか



n=11	
知っている	2
知らない	9

地域内での身体症状の情報は統一されているか



n=8	
全く思わない	4
あまり思わない	3
少し思う	1
とても思う	0

薬剤管理において、どのような教育が必要か

患者さんへのケアに必要な教育

・身体的なこと

- 基本的な麻薬についての取り扱い方 → 数をこなして
- リンパマッサージ → セラピストを活用
- 医療機器について → MEやメーカーを活用
- 評価の為のスケール → 今回の研修会
- 基礎知識(解剖、生理など) → 自己学習・実習生の受け入れ
- 医療物品クーパ、摂子、喉頭鏡等、バイドブロック

その他

- 各ステーションのモチベーションを上げる
- 在宅で家にある物を利用し、なるべく家族がお金を掛けずに済む方法

地域におけるチーム医療について

訪問診療医と訪問看護ステーションについて医師の受け止めや対応にギャップを感じることはありますか？

- 状態報告に記載した内容について、利用者宅への訪問診療時、説明されないことがある → 読んでもらえる報告書になっているか？
- Drに主体性がなく、相談しても「じゃあ、どうすれば良い？」と言われる → Nsとしての主体的な返答は？
- 医療用麻薬の使い方 → 提案の仕方・ネゴシエーション能力、開始の時期
- 看護師が話を伺いに行き、誠意のない対応をさせる事がある → 優先順位・タイミングは？
- 病院と違い、ある程度で苦しんでいても終了するため意見が割れる → チームとしての統一したゴール設定が重要

訪問看護ステーションと薬局間で評価が違うことはありますか？

- 薬局と看護師の視点・評価基準の違い
 - どのような違いなのでしょう？
 - その違いを埋める為に意見交換は？
 - 薬剤師はどのような視点・評価基準を用いているのか？
- 薬局の方は直接本人を話す事が少ない為、家族からの報告が多いと思われる
 - Nsは直接本人が多いので、合わせれば両方の情報が得られる
- 家族のとらえ方により、訪問看護師の判断とギャップが生じる
 - 家族をどうとらえるかが違いの始まり？
 - Nsはマンパワーや精神的なPtの支えになれるかで判断するが、薬剤師は内服管理できるかどうか？

青森県立中央病院にどんなサポートを求めますか？

- ・がん患者の依頼を特定の事業所に集中させないで欲しい
 - CADD・カフイーポンプなどをどこのStも使いこなせる必要がある
 - 逆に県病が依頼できない
- ・紹介した患者のアフターフォロー
 - 必要でしょうか？
- ・外来患者の情報も欲しい。特に入院時の状態や治療について
 - 連携室から最低限はもらえます
- ・麻薬のコントロールができる掛かりつけ医が、もっと増えてもらいたいです(地域の開業医)→全くその通りだと思います
- ・やはり教育面についてだと思います。現在も毎月17:45から実施されている**連携室主催の研修会**は、新しい情報等得られるのでとても良いと思っております
 - 教育面でME機器などの学習会もして欲しいです

- ・外来(各科)の医師が緩和医療導入する時期を、患者、家族から訴える前(本当にギリギリの状態)に匂わせておく等です
 - 各科通院中から統一した評価の仕方です突然の緩和ケア介入を避けられる
- ・外来の看護師さん、医療連携部の皆さんのサポート、御配慮は地域で動いている者としては、大変心強いです。
 - ホントにそう思います
- ・母体のないステーションでは、利用者が少なく困っています。利用者紹介をお願いします
 - 各Stが得意な疾患や分野を持つことが必要です。紹介されない原因を考えましょう
 - 母体(病院)がないのであれば、地域の開業医と組むしかない
 - 特定の開業医と組む方が連携が取りやすい

- ・往診、在宅患者への点滴指示
- ・物品の簡潔な払い出し
- ・訪看にも学習会などの機会を作って欲しい
- ・新しい情報を伝えて欲しい
- ・退院後の定期ケアもして欲しい

・県病からの紹介はほとんど最近なし。数年前にPCAポンプを少し使用したが、それ以降なく忘れてしまう。緩和ケアの患者も現在なし。経験しなければやはり戸惑うことが多い。しかし、当訪看は常勤換算2.5名のギリギリの人数で行っており、緊急の呼び出しが多いと看護師へ負担となることあり。緩和ケアのケースを持ち、勉強していきたいと思う気持ちはあるが、難しいところもある。

青森県立中央病院から紹介される患者、地域連携について要望があれば教えてください

【外来患者における地域連携】

- ・居住地のステーションに依頼してもらいたい
- ・訪問看護指示書について
「依頼」「受け取り」の窓口を連携室一本化にして、指示書ができあがったら電話を頂きたい。理由は、現在は「依頼」も「受け取り」も各々外来の窓口であり、その科によっては一週間後位に確認(できているか否か)の電話を下さいと言われる。だが、その科によりできておらず、10日位かかることもあるため。科により対応が異なる為統一して欲しい。(依頼方法、受取方法、指示書等支払い)
- ・月1回などの受診なので、チャンスを逃すと1ヶ月間進行しない。
- ・複数科受診している場合の連携に悩むことがある。利用者(患者)の考え方により対応しているが全体を把握し、コーディネートする総合医としての関わりを強化して欲しいと感じるときがある

- ・病院スタッフとの担当者会議の開催
- ・患者に対する情報をもう少しほしいと思う

【入院患者における地域連携】

- ・末期の方でも、ADLの良いうちに退院させて欲しい
- ・退院時カンファレンスにDrも参加して頂きたい
- ・サブ担当と実際が違う事が多い
- ・良い面ばかりでなく、悪い面もちゃんと教えて欲しい

提案と課題

- ・痛みの評価スケールはNRSで統一する
- ・県病で定期的に、外部をも招いて研修会を企画する
- ・訪問看護指示書は連携室で一括管理する

- ・NRSは答えるPtも練習が必要である
- ・痛みをきく側(Dr・Ns等)も練習が必要である
- ・全Stのレベルアップを図る
- ・St同士で指導・協力ができるようにする
- ・地域での往診医やStの偏りを改善する





家に帰ってきたよかった

- 入院中から痛みのコントロールが悪く、夜も眠れずにベッド上で唸っていたことを思うと、家に帰ってからは痛みが軽減し、笑顔が見られるようになった。
- 夫婦二人で会話をしたり、一緒にテレビを見たりなど思ってもみなかった濃密な時間を過ごすことができた。
- 訪問看護ステーションの看護師さんがいつでも訪問してくれて、思ったほど不安はなかった。
- 子供・孫たちやレインとも一緒に過ごすことができて、本当に家に帰ってよかったと感じている。



青森在宅緩和ケア懇話会

- **歴史・沿革:** 本会は平成18年5月発足の「青森在宅緩和ケア勉強会」と、平成15年7月26日発足の「青森緩和ケア懇話会」の合併により平成21年2月18日に発足した会である
- **会の趣旨・目的:** 本会は青森県における緩和ケアの充実、普及、啓発を図り、がん医療の地域連携を推進し、在宅緩和医療の提供に貢献する
- これを達成するために次の事業を行う
 - (1) 青森在宅緩和ケア懇話会を定期的を開催する(年9-11回)
 - (2) その他本会の目的を達成するために必要な研修、研究、検討等
 - (3) 本会の目的に賛同する医療介護福祉関係者等の参加を広く募る

連絡先

あんさん訪問看護ステーション
〒030-0856
青森市西大野4丁目12-2
Tel 017-718-3757
Fax 017-718-3758
Mail: numakura@ansan.jp
携帯 090-3128-3989
担当: 沼倉 昌洋



疼痛評価☆疼痛治療地域統一プロジェクト ～薬局で得た苦痛の情報を活かす～

平成26年12月13日

安田調剤薬局

緩和薬物療法認定薬剤師

岡野 聡



アンケート結果についての報告

- 無記名のアンケート用紙を東青地区全ての薬局に送付し、回答をお願いした。
- 95施設に送付したが、回答が得られたのは37施設であった。
- アンケート回収率は39%でした。

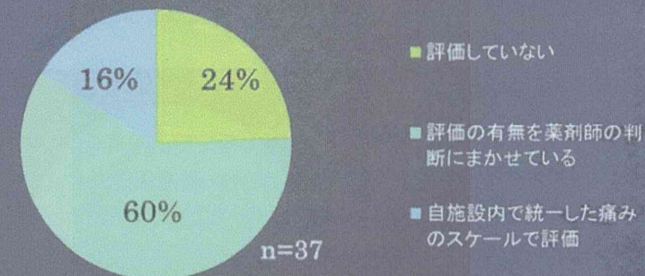
御礼の挨拶

みなさん、忙しい中、
協力してくれて
あいがとなっしー

あいがとにゃー



がん患者の痛みは、評価していますか？



評価方法	人数	合計 (n=37)
評価していない	9	n=37
評価の有無を薬剤師の判断にまかせている	22	
自施設内で統一した痛みのスケールで評価	6	