

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

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

研究分担者 山下 慈（青森県立中央病院 緩和ケアセンター 主任看護師）

研究要旨：今年度は、県指定のがん診療連携推進病院(以下県指定病院)2施設で苦痛のスクリーニング(以下スクリーニング)を開始、その結果痛みの有症率は入院が69.2～69.6%と、地域がん診療連携拠点病院よりも高値であった。療養場所を問わない、スクリーニングの実施と対応が求められる。

スクリーニング結果への対応では、緩和ケアチーム専従看護師(以下 PCT 看護師)によるトリアージ、または担当看護師・PCT 看護師間のカンファレンスを基に PCT がケアを推奨した計3施設では、対応前に比べ PCT への依頼が1.5～2倍へと有意に増加($P<0.001$)、依頼者は患者・家族、看護師が半数を占めた。その中でも、PCT 看護師によるトリアージを実施した2施設は、スクリーニング結果への対応件数と PCT 依頼件数に強い正の相関が認められた他、がんリハビリテーションチームやリエゾンチームの活動拡大にも繋がっていた。また、スクリーニングで抽出された「痛みや痛み以外の症状で困っている患者」の3割が PCT 等の介入を要する事例であり、PCT にコンサルテーションされる事例は氷山の一角にすぎないことも示唆された。

人員不足でスクリーニング結果に対応できない緩和ケアチームの体制が問題視されている中で、スクリーニング結果に一次緩和ケアの対応を入力する機能が本研究班で開発した多機能携帯端末に付加されたことは、PCT のマンパワーに左右されないスクリーニングへの対応・評価を可能にするものと考えられる。

これら取り組みについて、4施設に入院するがん患者の9割が対応に満足していると回答しており、本研究班で開発した緩和ケアチーム等による介入方法は、各施設の特徴に合わせて展開できる、かつ患者の満足度を高める方法と考える。

A. 研究目的

本分担研究の目的は、痛みやつらさの苦痛患者を抽出するために、看護師が痛みやつらさを適正に評価できること、その評価をもとに緩和ケアチーム看護師等が介入するプログラムの開発である。

今年度は、6施設をスクリーニング導入施設とスクリーニング導入後の2つに分類し、痛みやつらさの苦痛がある患者を抽出するために、スクリーニング導入までの方法、看護師の痛みやつらさスクリーニング導入後の効果を評価し、介入プログラム開発のための方法論を検討し

た。

B. 研究方法

1. 対象と研究期間

1)今年度スクリーニング導入施設

対象は、豊見城中央病院の外来、恒心会おぐら病院の外来・入院の2施設である。各施設の研究期間は以下である。

(1)豊見城中央病院

外来 2016年9月16日～2017年1月24日

入院 2014年11月1日～2017年1月20日

(2)恒心会おぐら病院

入院:2016/10/25～2017/1/24

外来:2016/12/26～2017/1/24

2)スクリーニング導入後の施設

対象は、青森県立中央病院、市立三次中央病院、鹿屋医療センター、岩手県立大船渡病院である。各施設の研究期間は、以下である。

(1)青森県立中央病院

入院:2014/4/1～2017/1/20

外来:2015/3/16～2017/1/20

(2)市立三次中央病院

入院:2016/1/9～2017/1/20

(3)鹿屋医療センター

入院:2015/8/29～2017/1/23

外来:2015/8/30～2017/1/23

(4)岩手県立大船渡病院

入院:2015/10/31～2017/1/24

2. 調査内容

まず全施設苦痛の評価を統一するために、

各施設の実務責任者(緩和ケア認定看護師等)と検討し、準備期間に資料1を基に教育支援を行った。準備期間における苦痛の評価に関する研修会及び参加者は、資料2を参照とする。

1)痛みとつらさのスクリーニング項目

痛みによる日常生活障害の有無(痛みの強さ NRS・VRS)、食欲不振、悪心、倦怠感などの身体症状、気持ちのつらさの有無、程度、家族や仕事に関する社会的なつらさの有無等

2)緩和ケアチーム等の活動に関する項目

全施設共通した調査内容は、緩和ケアチーム依頼件数である。がん看護外来(緩和ケアチーム専従看護師による対応)、リエゾンチーム、がんリハビリテーションチーム等のリソースを有する施設は依頼件数、依頼者、相談内容を調査項目とした。

研究協力施設4施設の内、緩和ケアチームの専従看護師の配置をみると複数配置は1施設、1名配置は3施設であった。そこで、緩和ケアチームの専従看護師の配置人数から、各施設の特徴に合わせた3つの対応方法を取り入れた。

① 緩和ケアセンターに複数の認定看護師を配置している施設:青森県立中央病院

2016年度から青森県立中央病院では、緩和ケアセンターに3名の認定看護師を配置している。緩和ケアセンターでは、2名の専従看護師を緩和ケアチームにコンサルテーションされた患者を担当とし、他1名を外来・入院のスクリーニング結果に対応する看護師(以下緩和

センター専従看護師)とし業務分担している。緩和ケアセンター専従看護師 1 名を主とした対応は、以下の手順に従って実施した。

入院患者にスクリーニングした結果を緩和ケアセンター専従看護師(緩和ケア認定看護師)が 1 週間 1 回把握し、手術や移植に伴う痛み、緩和ケアチームが既に介入している患者を除いた「痛みによる生活障害患者、または、その他の身体症状(倦怠感、悪心)中程度以上の患者」を対象に、直接、患者の症状を評価し、重症度をトリアージ、薬剤指導や必要なリソースへ紹介する等の対応を行う。以下、上記の対応を「実践型」とする。

本研究では、緩和ケアセンター専従看護師がラウンドし対応した患者と非対応患者の NRS(1 日で最も強い値)を把握日と 1 週間後の値を後方視的に収集した。なお、緩和ケアセンター専従看護師がラウンドしなかった患者は、病棟看護師から主治医に状態報告し治療が施されている。

② 緩和ケアチーム専従看護師 1 名配置の施設：市立三次中央病院、岩手県立大船渡病院、鹿屋医療センター

緩和ケアチーム専従看護師 1 名配置の 3 施設は、各研究協力施設の実務責任者らと検討し、以下に示す 3 つの方法を用い、スクリーニング結果に対応した。

② -1

市立三次中央病院は、入院がん患者に電子カルテのテンプレートを活用した。毎日病棟看護師が苦痛の評価を行い、緩和ケアチーム

専従看護師は毎日 CSV にスクリーニングデータをはきだし「痛みによる生活障害患者のリスト」を作成、リストを基にラウンドし、直接患者の身体症状を評価し、薬剤指導や緩和ケアチームコンサルテーションの推奨等を行った。以下、上記対応は、青森県立中央病院のと同様であることから、実践型とする。

② -2

岩手県立大船渡病院は、入院がん患者に多機能携帯端末によるスクリーニングシステムを導入し、1 週間に 1 回緩和ケアチーム専従看護師が痛みによる生活障害患者を把握し、受け持ち看護師とカンファレンスを実施した。受け持ち看護師とカンファレンスし、薬剤の調整を含めた治療的な介入が必要と判断した事例については、緩和ケアチームの医師及び薬剤師が診療録に推奨内容を記載するなどの対応をした。以下、上記の岩手県立大船渡病院の対応を推奨型とする。

② -3

鹿屋医療センターでは、入院患者は 1 週間に 1 回、外来は受診時にスクリーニング結果に対応した内容を多機能携帯端末のシステムに病棟看護師、外来は医師事務作業補助者が入力した。なお、スクリーニングを実施している看護師が対応を要すると判断した事例を従来通り緩和ケアチーム専従看護師に相談する体制とした。以下、上記の鹿屋医療センターの対応を一次緩和ケア重視型とする。

3)患者を対象にした満足度調査

青森県立中央病院、岩手県立大船渡病院、市立三次中央病院、鹿屋医療センターに入院した患者を対象に痛みやつらさのスクリーニングや対応に関する満足度を無記名自記式の質問紙を用いて調査した。質問紙は、資料3参照とする。

(3)分析方法

収集したデータは記述統計を算出した。また、スクリーニング実施前後の緩和ケアチーム、がんリハビリテーション依頼件数は Wilcoxon 順位和検定、PCT 依頼件数と対応件数とは Spearman 相関係数を算出した。又、患者を対象に満足度調査を実施した。

緩和ケアセンター専従看護師の対応有無と対応前後の NRS(Max)は Wilcoxon 順位和検定により解析した。尚、対応後とは、スクリーニング結果を把握した 1 週間後とした。また、有症者数(実数)は、一度でもその症状を有したことがある患者数とした。

C. 研究結果

1. スクリーニング導入施設

1)豊見城中央病院

豊見城中央病院(376 床)は、がん患者が延べ 1600 人/月に通院し、スクリーニング対象診療科は 11 科、看護師は 18 名の配置である。人員不足から看護師が外来受診時に毎回スクリーニングする事に限界があり、事務職や看護助手など医療職以外(以下スタッフ)がスクリー

ニングできるよう体制を整備した。具体的な準備作業としては、外来がん患者約 2700 名を非がん患者と区別し抽出作業、スタッフへの教育を実施、60 日(作業 70 時間)を要した。スクリーニング導入までの具体的な作業は以下に示す。

(1)外来通院がん患者を把握する作業

まず、外来患者からがん患者を抽出する作業では、2つのリストを作成した。1つは、がん登録から対象患者を把握しリスト、2つめはがん登録未登録患者(現在から 6 か月前までに遡りがんと診断された患者)のリストである。がん登録未登録患者のリストは、外来スタッフが手作業で対象患者のリストを作成し、この作成した2つのリスト(2700 名のがん患者)を基に電子カルテに“がん”のマーキングと本研究班で開発した多機能携帯端末に対象患者を登録する作業を併行して実施した。電子カルテに“がん”のマーキングを実施したのは、受診受付時に事務職ががん患者であることを把握するためである。この一連の作業は、6名のスタッフが通常業務と併行して実施し、トータル 60 時間を要した。

(2)スクリーニング実施するための外来スタッフ(看護助手・事務職等)への教育支援

スクリーニング導入前に実施したシュミレーションでは、外来スタッフからは、社会的・精神的苦痛への対応の難しさ、身体症状の聞き方等について不安の訴えが聞かれた。そこで、外来スタッフへの教育は、スクリーニングの目的、各疾患に特異的な症状とそれによる生活

障害、医療費等社会的問題を中心に行った。前立腺癌を一例にあげると、骨転移が多いことから腰痛など体動時による疼痛、頻尿による夜間の睡眠不足などの症状による生活障害の評価、がん治療に要する医療費と高齢がん患者が利用できる社会資源(介護保険制度等)、それに対応するがん相談の機能等の知識について講義した。また、スクリーニングし要対応患者と判断した場合はプリントアウトし、看護師、担当医に繋げるフロー図を作成し、周知徹底した。

(3)外来

(1)と(2)の準備を終え、対象期間

に延べ836人(実数533人)に外来スクリーニングを実施、スクリーニングの結果の概要は表1-2に示す。

表1-2 外来 豊見城中央病院

項目(実数)	有症率
外来スクリーニング期間(集計対象期間)	2016/9/16~2017/1/24
外来スクリーニング実施数/スクリーニング患者実数	836件/533人
外来平均年齢	68.3 (SD 13.1) 歳
外来高齢者の割合	64.5% (344)
外来性別人数:男/女	58.8%(313)/41.2%(219)
外来疼痛による生活障害者数	32.6% (174/533)
外来食欲不振有症者数	9.9% (53/533)
外来倦怠感有症者数	11.6% (62/533)
外来嘔気有症者数	3.9% (21/533)
外来口渇感有症者数	5.1% (27/533)
外来不安やイライラ有症者数	20.3% (108/533)
外来気持ちのつらさ有症者数	30.2% (161/533)

対象の平均年齢は 68.3 歳(SD13.1)、男性 999 人、58.6%を占めていた。

外来の有症率は、痛みによる生活障害が 32.6%、痛み以外の身体症状は倦怠感が 11.6% (62 人)、口渇感が 5.1%(23 人)、悪心が 3.9% (21 人)である。精神的苦痛の有症率は、気持ちのつらさが 30.1% (161 人)、不安やイライラが 20.3%(108 人)であった。

(4)入院

入院の苦痛のスクリーニングは、テンプレートを活用し、2014 年 11 月 1 日～開始している。対象期間のスクリーニングの結果を表 1-2 に示す。

対象期間に、延べ 20203 人(患者実数 1705 人)に実施、疼痛の有症率は 69.2%(1180 人)であった。

表 1-2 入院 豊見城中央病院

項目(実数)	有症率
病床数	376床
入院スクリーニング期間(集計対象期間)	2014/11/1~2017/1/20
入院スクリーニング実施数/スクリーニング患者実数	20203件/1705人
入院平均年齢	68.4 (SD 13.7) 歳
入院高齢者の割合(≧65)	63.2% (1078)
入院性別人数:男/女	58.6%(999)/41.4%(706)
入院除痛率 (Day1-16の全体)	51.6%
入院除痛率 (過去6ヶ月間におけるDay1-16の全体)	52.6%
入院疼痛有症者数	69.2% (1180/1705)
入院食欲不振有症者数	-
入院倦怠感有症者数	-
入院嘔気有症者数	11.3% (192/1705)
入院不眠有症者数	-
入院気持ちのつらさ有症者数	-

2)恒心会おぐら病院

恒心会おぐら病院)は、がん患者が外科の 1 診療科を主に入院、通院治療している背景から、外科の病棟、外来に多機能携帯端末によるスクリーニングシステムを導入した。

対象診療科は、入院患者は 10~13 名/日、外来は 3~5 名/日であった。対象患者が少人数かつ 1 診療科に集約化しており、把握しやすい点から、対象患者の登録作業はがん登録のリストを基に電子カルテ及び多機能携帯端末に登録し、がん登録未登録患者については受診、入院の度にリアルタイムに多機能携帯端末及び電子カルテに登録する作業とし、準備は 2 週間(作業時間 10 時間)を要した。

(1)入院

対象期間に延べ 1129 人(実数 92 人)にスク

リーニングを実施、スクリーニングの結果の概要は表 2-1 に示す。

対象の平均年齢は 71.9 歳 (SD11.8)、男性 44 人、47.8%を占めていた。

入院の有症率は、痛みによる生活障害が 62.7%、痛み以外の身体症状は倦怠感が 79.3% (73 人)、悪心が 33.7% (31 人)である。精神的苦痛の有症率は、気持ちのつらさが 8.2% (93 人)であった。

表 2-1 入院おくら病院

項目 (実数)	有症率
病床数	216床
入院スクリーニング期間 (集計対象期間)	2016/10/25~2017/1/24
入院スクリーニング実施数/スクリーニング患者実数	1129件/92人
入院平均年齢	71.9 (SD 11.8) 歳
入院高齢者の割合(≧65)	73.9% (68)
入院性別人数: 男/女	47.8%(44)/52.2% (48)
入院除痛率 (Day1-16の全体)	62.7%
入院除痛率 (過去6ヶ月間におけるDay1-16の全体)	62.7%
入院疼痛有症者数	69.6% (64/92)
入院食欲不振有症者数	68.5% (63/92)
入院倦怠感有症者数	79.3%(73/92)
入院嘔気有症者数	33.7% (31/92)
入院不眠有症者数	64.1% (59/92)
入院気持ちのつらさ有症者数	41.3% (38/92)

(2) 外来

対象期間に延べ 184 人 (実数 136 人) にスクリーニングを実施、スクリーニングの結果の概要は表 2-2 に示す。

表 2-2 外来恒心会おくら病院

項目 (実数)	有症率
外来スクリーニング期間 (集計対象期間)	2016/12/26~2017/1/24
外来スクリーニング実施数/スクリーニング患者実数	184件/136人
外来平均年齢	71.4 (SD 9.8) 歳
外来高齢者の割合	76.5% (104)
外来性別人数: 男/女	51.5%(70)/48.5%(66)
外来疼痛による生活障害者数	19.9% (27/136)
外来食欲不振有症者数	11.0% (15/136)
外来倦怠感有症者数	16.2% (22/136)
外来嘔気有症者数	3.7% (5/136)
外来口渇感有症者数	9.6% (13/136)
外来不安やイライラ有症者数	15.4% (21/136)
外来気持ちのつらさ有症者数	23.5% (32/136)

対象の平均年齢は 71.4 歳 (SD9.8)、男性 70 人、51.5%を占めていた。

外来の有症率は、痛みによる生活障害が 19.9%(27 人)、痛み以外の身体症状は倦怠感が 16.2%(22 人)、口渇感が 9.6%(13 人)、悪心が 3.7%(5 人)である。精神的苦痛の有症率は、気持ちのつらさが 23.5%(32 人)、不安やイライラが 15.4%(21 人)であった

2. スクリーニング結果に基づいた緩和ケアチーム等による対応の成果

1) 青森県立中央病院

(1) 入院

対象期間に延べ 106395 人 (実数 7153 人) にスクリーニングを実施、スクリーニング結果の概要は表 3-1 に示す。

表 3-1 入院青森県立中央病院

項目 (実数)	有症率
病床数	694床
入院スクリーニング期間 (集計対象期間)	2014/4/1~2015/9/1
入院スクリーニング実施数/スクリーニング患者実数	2016/8/10~2017/1/20 106395件/7153人
入院平均年齢	65.8 (SD 11.9) 歳
入院高齢者の割合(≧65)	58.8% (4208)
入院性別人数: 男/女	51.5% (3684) /48.5% (3469)
入院除痛率 (Day1-16の全体)	50.1%
入院除痛率 (過去6ヶ月間におけるDay1-16の全体)	62.2%
入院疼痛有症者数	61.8% (4424/7153)
入院食欲不振有症者数	61.8% (4338/7153)
入院倦怠感有症者数	56.9% (4068/7153)
入院嘔気有症者数	32.5% (2325/7153)
入院不眠有症者数	57.9% (4139/7153)
入院気持ちのつらさ有症者数	65.5% (4687/7153)

痛みによる生活障害患者を緩和ケアセンター専従看護師がラウンドし対応した患者と非対応患者の NRS(1 日で最も強い値)の値を比較した。図1は、緩和ケアセンター専従看護師が対応せず、病棟看護師が主治医に痛みによる生活障害があることを報告した患者の NRS 値の 1 週間後の変化、図2は緩和ケアセンタ

一専従看護師が痛みによる生活障害患者を把握し対応した患者の NRS 値の 1 週間後の変化を示す。

痛みによる生活障害患者の 1 日で最も強い NRS の中央値は、緩和ケアセンター専従看護師が直接患者の症状を評価、トリアージし、必要なケアを推奨する等の対応した場合、痛みの強さは対応前 NRS 中央値5が 1 週間後 NRS3に有意に改善した(P<0.001)。

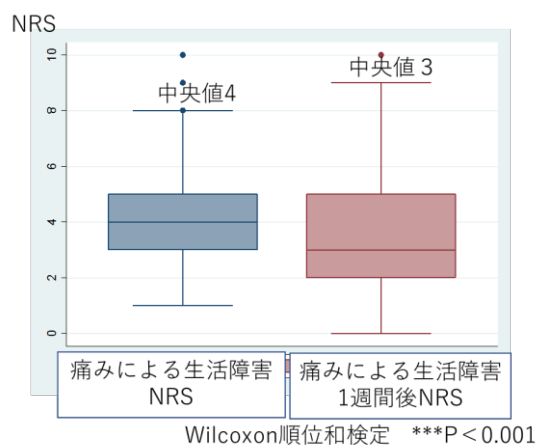


図 1 緩和ケアセンター専従看護師ラウンド未患者の NRS の変化(n=76)

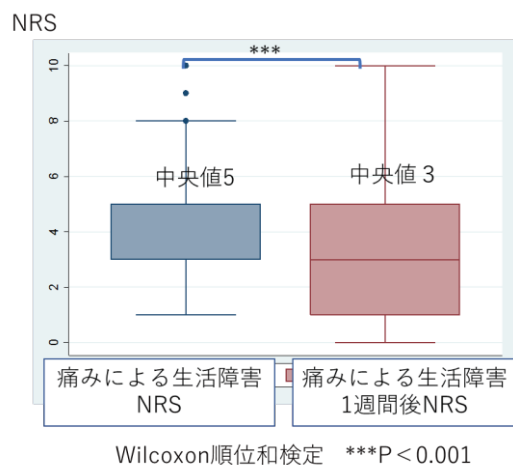


図 2 緩和ケアセンター専従看護師がラウンドした患者の NRS の変化(n=206)

次に、スクリーニングから抽出された患者を緩和ケアセンター専従看護師がラウンドした割合と対応を要した患者数を表 3-2、経年別にみた緩和ケアチームの依頼件数を表 3-3 に示す。

2016.4~2017.2 にスクリーニング結果から抽出された患者の症状による生活障害をみると、655 人の内、405 人(61.8%)が痛み、75 人(11.5%)が痛みとその他の身体症状、175 人(26.7%)が痛み以外の身体症状であった。

スクリーニング結果に対応する専従看護師の配置形態別にみると、専従配置した 2016 年度ラウンド率は 87.9%(対応患者数 576 人)、兼任配置していた 2015 年度のラウンド率 55.1%(対応患者数 424 人)と比べ 32.8%急増した。

緩和ケアセンター専従看護師が実際に患者の症状を直接評価(2016.4~2017.2)した結果、567 件ラウンドした患者の内、199 人が対応を要する患者であり、対応した内容では 90 人(15.8%)が薬剤指導、171 人(30.2%)が患者・家族に確認し緩和ケアチームへのコンサルテーションを主治医他に調整した事例であった。

緩和ケアチーム依頼件数(月別)と緩和ケアセンター専従看護師がスクリーニング結果を基に患者に対応したラウンド率(月別)間の spearman 相関係数(n=18)は、0.727(P = 0.0006)強い正の相関が認められ、実際に、スクリーニング結果を基に緩和ケアチームにコンサルテーションされた件数(2016.4~2017.2)は、270 件の内 171 名と全体の 63.3%を占めてい

た。

表 3-2 スクリーニングから抽出された患者を緩和ケアチーム看護師がラウンドした割合と対応を要した患者数(n=1356)

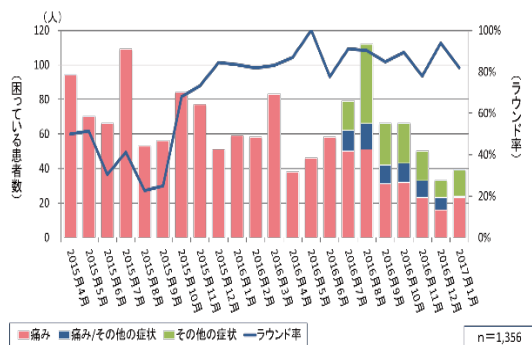
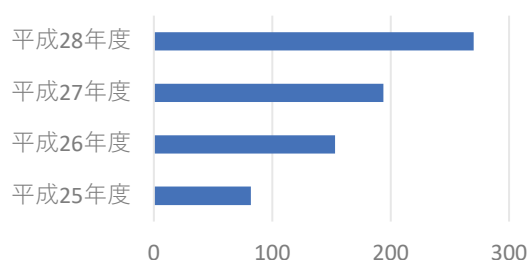


表 3-3 経年別にみた緩和ケアチーム
依頼件数(n=699)



青森県立中央病院では、リエゾンチームと気持ちのつらさがある患者のスクリーニング結果を共有し、対応に取り組んでいる。平成 28 年 1 月～3 月に全がん患者延べ 956 名の内、気持ちのつらさ軽度連続して 2 回、または中程度 1 回と回答した患者は 32 名、その内患者から同意が得られた 19 名に精神科認定看護師が面談し、内 2 名が精神科医師の診察が必要な症例であり、リエゾンチームが介入した。

(2)外来

対象期間の外来のスクリーニング結果を表

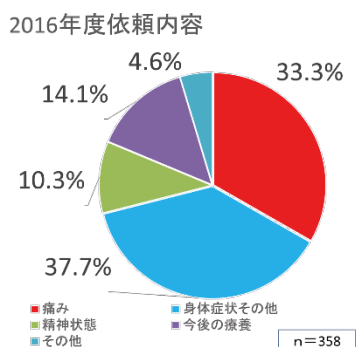
3-4 に示す。

項目 (実数)	有症率
外来スクリーニング期間 (集計対象期間)	2015/3/16～2017/1/20
外来スクリーニング実施数/スクリーニング患者実数	24221件/4998人
外来平均年齢	67.5 (SD 11.4) 歳
外来高齢者の割合	64.9% (3241)
外来性別人数：男/女	2386(47.7%)/2612(52.3%)
外来疼痛による生活障害者数	10.8% (539/4998)
外来食欲不振有症者数	18.4% (922/4998)
外来倦怠感有症者数	19.1% (956/4998)
外来嘔気有症者数	10.2% (509/4998)
外来口渴感有症者数	7.6% (378/4998)
外来不安やイライラ有症者数	7.4% (370/4998)
外来気持ちのつらさ有症者数	10.5% (527/4998)

年度別にみると、2015 年度 (2015. 4. 1～2016. 3. 31) 延べ 12386 人、2016 年度 (2016. 4. 1～2017. 1. 12) 延べ 11157 人にスクリーニングを実施、その内身体症状を有する患者は 2015 年度 12386 人 (29.2%)、2016 年度 11157 人 (25.4%)、気持ちのつらさは、2015 年度は 743 人 (6.0%)、2016 年度は 471 人 (4.2%)、社会的な気掛かりは、2015 年度は 365 人 (2.9%)、2016 年度は 86 人 (0.8%) であった。

緩和ケア看護外来では、スクリーニング結果を基に痛み等の苦痛症状を有する患者を把握し、2015 年度は 267 名、2016 年度 (2016.4.1～2017.1) は 358 名に対応、2016 年度は身体症状を有する 11157 名の 3.2% に緩和ケア看護外来が介入していた。2016 年度の緩和ケア看護外来の依頼内容は表 3-5 に示すように痛みまたは痛み以外の身体症状に関する相談が全体の 71% と最も多く、次いで今後の療養に関する選択は 14.1%、精神的状態に関する事が 10.3% であった。

表 3-5 緩和ケア看護外来依頼内容(n=358)



2016年度の緩和ケア看護外来の対応内容をみると、195人(49.6%)は処方調整等医師との連携を要し、249人(63.4%)は医師の診察に同席した。また、38人(9.7%)は、がん相談など他部門との連携を要した。緩和ケア看護外来の依頼件数は、スクリーニングシステム導入前後の緩和ケア看護外来の依頼件数は、前平均15.6件(SD4.8)vs後平均28.7件(SD3.8)と有意に増加した(p<.0001)。

2)市立三次中央病院

対象期間の入院患者のスクリーニング結果を表4-1に示す。対象期間の入院スクリーニングの実施数は13371件(患者実数936人)に実施した。

項目(実数)	有症率
病床数	350床
入院スクリーニング期間(集計対象期間)	2016/1/9~2017/1/20
入院スクリーニング実施数/スクリーニング患者実数	13371件/936人
入院平均年齢	72.1(SD 12.3)歳
入院高齢者の割合(≧65)	76.0%(711)
入院性別人数:男/女	60.8%(569)/39.2%(367)
入院除痛率(Day1-16の全体)	54.3%
入院除痛率(過去6ヶ月間におけるDay1-16の全体)	53.7%
入院疼痛有症者数	69.0%(646/936)
入院食欲不振有症者数	-
入院倦怠感有症者数	56.8%(532/936)
入院嘔気有症者数	32.4%(303/936)
入院不眠有症者数	64.7%(606/936)
入院気持ちのつらさ有症者数	46.9%(439/936)

市立三次中央病院では、スクリーニング結果を基に緩和ケアチーム専従看護師が直

接患者の症状を評価し、薬剤指導及び緩和ケアチームの介入を推奨する等の対応を2016年度から開始した。その結果、対応の開始前後では、緩和ケアチーム平均依頼件数/月が、対応前23.3から対応後54.8と有意に増加した(P<0.001)。また、スクリーニングラウンド率と緩和ケアチームの依頼件数は0.69と中程度の正の相関(P<0.001)が認められ、依頼者別にみると患者からの依頼が急増した。

スクリーニングの結果は、がんリハビリテーションチームとも情報共有し、骨転移を有する患者等、リハビリを要する患者の早期発見・早期介入に活用されている。スクリーニング結果をがんリハビリテーションと情報共有する体制を構築した前後では、がんリハビリテーション延べ患者数は、構築前平均28.6人に対し構築後は45人と有意に増加していた(P<0.001)。がんリハビリテーションチーム新患件数は、平成27年度2.4人から平成28年度3.2人へと増加していた。

3)岩手県立大船渡病院

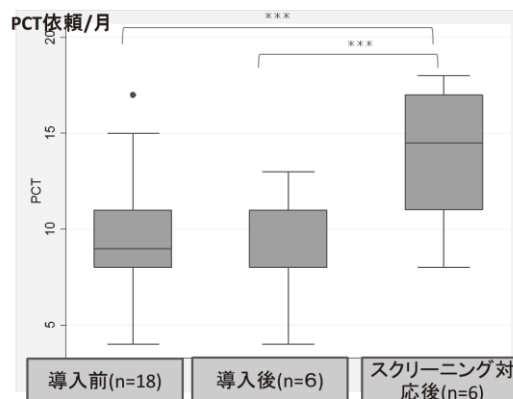
対象期間の入院患者のスクリーニング結果を、表5-1に示す。対象期間期間の入院スクリーニング実施数は、17952件(患者実数1304人)、入院平均年齢71.1(SD11.4)、男性は797人、61.1%を占めた。疼痛の有症数は629人(48.2%)、食欲不振の有症数は677人(51.9%)、気持ちのつらさの有症数は370人(28.4%)であった。

表5-1 入院岩手県立大船渡病院

項目(実数)	有症率
病床数	489床
入院スクリーニング期間(集計対象期間)	2015/10/31~2017/1/24
入院スクリーニング実施数/スクリーニング患者実数	17952件/1304人
入院平均年齢	71.7 (SD 11.4) 歳
入院高齢者の割合(≧65)	76.8% (1001)
入院性別人数:男/女	61.1%(797)/38.9%(507)
入院除痛率 (Day1-16の全体)	60.3%
入院除痛率 (過去6ヶ月間におけるDay1-16の全体)	65.6%
入院疼痛有症者数	48.2% (629/1304)
入院食欲不振有症者数	51.9% (677/1304)
入院倦怠感有症者数	46.0% (600/1304)
入院嘔気有症者数	19.3% (252/1304)
入院不眠有症者数	36.7% (479/1304)
入院気持ちのつらさ有症者数	28.4%(370/1304)

図3は、スクリーニング導入前・導入後・対応後の緩和ケアチーム依頼件数を示す。

スクリーニング導入前・導入後と緩和ケアチーム依頼件数は有意差がなく、スクリーニング導入前と対応開始後(P<0.001)、または導入後と対応開始後(P<0.001)では有意に緩和ケアチームの依頼件数が増加していた。2016年8月7日~9月25日間に抽出された痛みによる生活障害患者25名の内、緩和ケアチーム専従看護師が受け持ち看護師とケアについてカンファレンスできたのは17名、その内13名は緩和ケアチーム専従医師、薬剤師が診療録に薬剤調整等に関する推奨を実施し改善がみられた。



導入前:2014年4月~2015年10月

導入後(スクリーニングのみ開始):2015年11月~2016年3月

スクリーニング結果に基づいた対応開始:2016年4月~9月

Wilcoxon 順位和検定 ***P<0.001

図3 スクリーニング導入前・導入後・対応後の緩和ケアチームの依頼件数(n=30)

4)鹿屋医療センター

(1)入院

対象期間の入院患者のスクリーニング結果を、表6-1に示す。対象期間期間の入院スクリーニング実施数は、16055件(患者実数1244人)、入院平均年齢68.0(SD12.8)、男性は654人、52.6%を占めた。疼痛の有症数は654人(51.8%)、食欲不振の有症数は708人(56.9%)、気持ちのつらさの有症数は359人(28.9%)であった。

表6-1 入院鹿屋医療センター

項目(実数)	有症率
病床数	188床
入院スクリーニング期間(集計対象期間)	2015/8/29~2017/1/23
入院スクリーニング実施数/スクリーニング患者実数	16055件/1244人
入院平均年齢	68.0 (SD 12.8) 歳
入院高齢者の割合(≧65)	65.4% (813)
入院性別人数:男/女	52.6%(654)/47.4%(589)
入院除痛率 (Day1-16の全体)	61.5%
入院除痛率 (過去6ヶ月間におけるDay1-16の全体)	64.7%
入院疼痛有症者数	51.8% (654/1244)
入院食欲不振有症者数	56.9% (708/1244)
入院倦怠感有症者数	56.4% (701/1244)
入院嘔気有症者数	16.6% (306/1244)
入院不眠有症者数	41.8% (520/1244)
入院気持ちのつらさ有症者数	28.9% (359/1244)

2016.4.1～9.30 の期間の一次緩和ケアの対応を調査した。同期間に入院スクリーニングを延べ6181人に実施し、痛みによる生活障害者は905人、1週間に1回主治医にスクリーニングした結果を報告したところ、延べ743人の内、「現在の治療を継続」346人(46.6%)、経過観察285人(38.4%)、緩和ケアチーム依頼17人(2.3%)、疼痛コントロール調整93人(12.5%)、医療相談室依頼2人(0.2%)であった。

(2)外来

対象期間の外来患者のスクリーニング結果を表6-2に示す。

対象期間の外来スクリーニングは8214件(患者実数1244人)に実施、平均年齢は69.2歳(SD12.9)、男性は605人(48.6%)であった。疼痛による生活障害者数は31.4%(391人)、倦怠感383人(30.8%)、気持ちのつらさは390人(31.4%)が有していた。

表6-2 外来鹿屋医療センター

項目(実数)	有症率
外来スクリーニング期間(集計対象期間)	2015/8/30～2017/1/23
外来スクリーニング実施数/スクリーニング患者実数	8214件/1244人
外来平均年齢	69.2(SD 12.9) 歳
外来高齢者の割合	68.2%(848)
外来性別人数:男/女	48.6%(605)/51.4%(639)
外来疼痛による生活障害者数	31.4%(391/1244)
外来食欲不振有症者数	22.9%(285/1244)
外来倦怠感有症者数	30.8%(383/1244)
外来嘔気有症者数	12.0%(149/1244)
外来口渇感有症者数	8.6%(107/1244)
外来不安やイライラ有症者数	19.0%(236/1244)
外来気持ちのつらさ有症者数	31.4%(390/1244)

2015年8月30日～2016年9月30日の期間の一次緩和ケアの対応を調査した。同期間に外来スクリーニングを延べ6356人に実施し、痛みによる生活障害者は858人、外来受診時に主治医にスクリーニングした結果を報告した

ところ、延べ3946人の内、「現在の治療を継続」2069人(52.4%)、経過観察1852人(46.9%)、緩和ケアチーム依頼16人(0.4%)、疼痛コントロール調整67人(1.7%)、医療相談室依頼19人(0.48%)であった。

3. 患者満足度調査

4施設の207名の入院がん患者から回答を得た。

「看護師が毎日、痛みやつらさについて何うことについてどう思われますか」の質問は、187名(90%)が満足していると回答し、どちらともいえない15名(7%)、満足していない5名(2%)であった。満足している理由(複数回答)では、最も多かったのが「話しやすくなった」132名(44%)、次いで「自分の身体の変化に気づくことができた」76名(26%)、「話す時間が多くなった」70名(24%)であった。

痛みやつらさの対応については、満足していると回答した者が182名(87%)であり、満足していない10名(5%)、痛みやつらさがないためわからないが16名(8%)であった。対応が満足していると回答した理由(複数回答)では、「改善のために田泓してくれる」109名(34%)が最も多く、「医師に報告してくれる」104名(33%)、「共感してもらっている」98名(31%)であった。

D. 考察

1. 療養場所をとわないスクリーニングの必要性

積極的な治療を終え緩和ケア主体となったがん患者は、地域がん診療連携拠点病院から地域の基幹病院、診療所等の医療機関、または在宅へと療養場所を移行している。現に、今年度スクリーニングシステムを導入した、県指定病院2施設の入院患者の痛みの有症率は地域がん診療連携拠点病院よりも高値であり、緩和ケアを要する患者が高い割合で入院していることが伺えた。

平成26年1月に整備指針において、「がん診断時からの苦痛のスクリーニング」ががん診療連携拠点病院の指定要件として明記されたが、いつのまにか「がん診断時」という言葉が一人歩きし、診断時1回のみをスクリーニングしていると報告する施設は少なくない。スクリーニングを実施するノウハウ、明確な基準もない中で、各施設の努力に委ねられる苦痛のスクリーニングは、真の意味で患者を苦痛から解放できるのかが不透明と言わざるを得ない。

ヒト・モノ・オカネの資源が地域がん診療連携拠点病院よりも不足している県指定病院において、本研究班がスクリーニングの導入とその運用におけるノウハウを支援し、外来、入院の場で実施できたことは、療養場所を問わない苦痛のスクリーニング実施の可能性を示唆できた半面、その運用の継続には、今後も医療者や施設の努力に委ねられる部分が大きく、その基盤は脆弱である。現在、県指定病院に

はがん診療連携拠点病院に求められるような要件はないが、少なくとも緩和ケアを主体とするがん患者が多く療養するのであれば、県指定病院にも緩和ケアに関する一部分の要件を整備しなければ、終末期等を地域で過ごす患者の緩和ケアの標準化は図ることができない。また、苦痛のスクリーニングを連続的、定期的の実施し、その対応が一定の基準を満たし実施している施設には、診療報酬等のインセンティブを求めたい。これによって、「苦痛のスクリーニングと対応＝緩和ケアチームの業務」という努力義務の認識から、がんに携わる医療者、組織が一丸となって取り組むべく事業としての意識の変容を促すものになると考える。

2. スクリーニング結果を基にした緩和ケアチームの介入プログラム

スクリーニング結果への対応では、緩和ケアチームのマンパワー不足等の課題があり、一次緩和ケアを含めた対応を検討していく必要性が論じられている。以上の観点から、本分担研究では、実践型、推奨型、一次緩和ケア重視型の3つの方法からスクリーニング結果への対応を試みた。

実践型を導入した2施設で得られた成果としては、痛みやつらさを有する患者の3割が緩和ケアチーム等に紹介されないまま入院していることが明らかになった点である。緩和ケアチームにコンサルテーションされる患者は氷山の一角に過ぎず、また、緩和ケアチームの活動を知らない患者・家族も多かった。患者に直

接会い、実際に緩和ケアチームの看護師として活動を紹介することは、緩和ケアの啓蒙活動にも繋がり、早期からの緩和ケアを普及にも有用と考える。また、こうしたスクリーニング結果をリアルタイムに共有できる体制は、がんリハビリテーションやリエゾンチーム等の活動拡大にも繋がり、今後はがん相談や NST、歯科口腔外科チームなど横断的に活動する職種、部署と共有する体制づくりが必要と考える。ただし、実践型の課題としては、対応する緩和ケアチーム看護師の確保だけでなく、症状を評価する看護師の能力や負担感への対応が挙げられた。緩和ケアまたはがん性疼痛看護の認定看護師は、養成機関において緩和ケア病棟の研修はするものの、緩和ケアチームについて研修する場はない。あくまでも臨床での実践でどう活動していくかは、緩和ケアチームに配属になった段階で、各認定看護師が自己研鑽していくものと位置づけられている。しかし、緩和ケア分野の認定看護師の多くは、地域がん診療連携拠点病院等の医療機関において緩和ケアチームの一員として活動しており、多職種と密に連携し調整する役割が求められている。スクリーニング結果への対応は、緩和ケアチームのような依頼者、依頼目的はなく、あくまでも病棟看護師らの情報を基に、緩和ケアチーム看護師自らが患者の症状を含めた問題を評価し、ケアとして何が必要か、それを調整する力が必須である。今後、実践型の方法を多施設で展開する場合は、緩和ケアチーム専従看護師を教育するプログラムの開発を検討

するだけでなく、認定看護師を養成する機関にも緩和ケアチーム等横断的に活動する場での臨地研修を組み込む教育体制も併せて求めたい。

推奨型の導入した 1 施設では、緩和ケアチーム看護師が 1 名配置という人員不足の中で対応しうる方法であり、かつ担当看護師を主体とした教育支援も併行して実施していく点で有用と考える。また、こうした対応により緩和ケアチームの依頼件数も有意に増加しており、実践型と同様に現場に緩和ケアの普及を浸透させる効果があると考えられる。ただし、この推奨型は、緩和ケアチームが推奨したケアが実際の治療に反映されるかは主治医の判断に委ねられており、かつスクリーニングした看護師が苦痛が改善されない状態に対してジレンマを感じる意見も聞かれたことから、長期間苦痛のある患者への対応については実践型の方法も併せて取り入れる必要があると考えられた。

一次緩和ケア重視型を導入した 1 施設は、緩和ケアチーム看護師が 1 名配置という人員不足の中で、スクリーニングした看護師らが医師に定期的に確認し、どう対応したかを入力することで一次緩和ケアの実態を把握し、かつその結果を基に二次緩和ケアへと展開させることが可能な方法と考える。その反面、あくまでもスクリーニングと対応した医療者の評価と対応の判断基準には個人差があり、標準化という点で課題が残された。一次緩和ケア重視型では、スクリーニングする看護師への教育支援だけでは限界があり、スクリーニングで抽出され

た事例を詳細にアセスメントし、対応の標準化を図るための基準を明確にしていく必要がある。

患者満足度調査では、いずれの方法についても 9 割の患者が対応に満足していると回答が得られ、各施設の特性に合わせて展開する方法と考える。

3. 外来スクリーニングの導入と対応

外来のスクリーニングの導入には、看護師の人員不足が背景にあり、業務整理や多職種との協力が必須である。今年度、2 施設の外来に多機能携帯端末を導入しスクリーニングを開始したが、看護師だけでなく事務員や看護助手にもスクリーニングの実施を依頼し、導入までの準備期間には痛みやつらさを評価するための教育を実施した。また、外来窓口で受付けする際に、非がん患者とがん患者が区別できなければ、他患者の対応等で事務員が混乱する事が予測され、2 施設とも電子カルテ上に“がん”患者か否かを判別できる作業も併行して実施、院内の医療情報部の支援を受けながら外来スクリーニングの体制を整備した。

外来スクリーニングの対応では、スクリーニングを実施し、その結果を診察前に緩和ケア看護外来を始めとしたリソースに繋げなければ、診療に反映することは困難である。研究協力 1 施設では、外来では医師との連携を要した事例が多く、午前中など限られた時間での対応が求められた。外来のスクリーニング結果に対応する専従看護師の確保がなければ、二次緩

和ケアの提供には限界がある。今後整備されるがん診療連携拠点病院の指針において、がん関連の診療科を横断的に活動できる外来専従看護師の配置を求めたい。

E. 結論

1. 県指定のがん診療連携推進病院の痛みの有症率は入院が 69.2～69.6%と、地域がん診療連携拠点病院よりも高値であった。療養場所を問わない、スクリーニングの実施と対応が求められる。
2. 本研究班では緩和ケアチームの看護師が主体となりスクリーニング結果をトリアージする実践型の対応する方法、緩和ケアチームと担当看護師がカンファレンスした結果を基にケアを推奨する方法、一次緩和ケアの対応を多機能携帯端末に入力し評価、二次緩和ケアに繋げる一次緩和ケア重視型の方法の 3 つの方法を開発した。これら介入方法は、各施設の特徴に合わせて展開でき、かつ患者の満足度を高める方法である。
3. 外来スクリーニングの体制整備には、多職種、他部署の支援が必須であり、外来スクリーニング結果に対応できる専従看護師の配置が必要である。

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得申請

平成 27 年 3 月 30 日

特願番号 2015.070346

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

患者さんの痛みを評価する 教育スライド

痛みとは、なんだろう

Pain: An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage”

組織の実質的あるいは潜在的な障害に伴う、あるいはそのような障害を表す言葉で表現される不快な感覚あるいは情動体験

痛みとは

痛みは、見えない、測れない。

“痛そう”と“痛い”は違う。

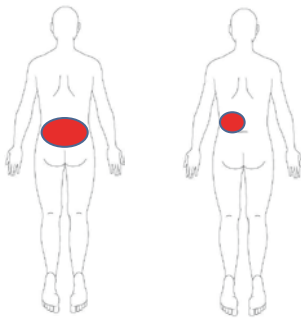
“そんなに痛くないはず”というコメントはありえない。

MATOBA MOTOHIRO 2014年11月15日 八戸市民病院緩和ケア研修会

痛みが取れるようになるためには？

- どこが(部位)
- いつから
- どんなふう(性状)
鈍い？刺すような？しびれた？
いつも？時々？
じっとしてても痛い？動くとき？
楽になる、つらくなるのはどんな時？
- どれくらい(強さ)
- 痛みで出来ないこと
眠れない、歩けない、座れない…
- 前に(今)使っている薬の効果は？
- 痛みの増悪因子
- 痛みの緩和因子
- 患者さんの目標、ゴールの設定

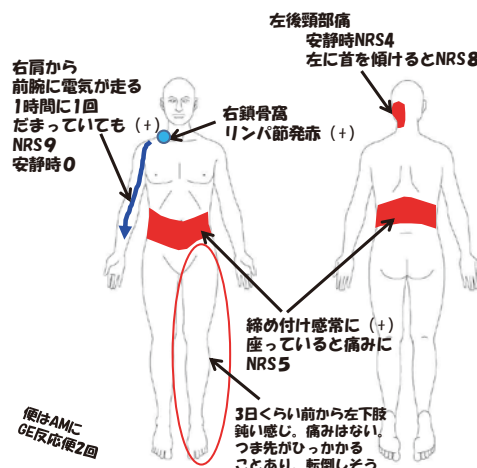
A看護師の評価 B看護師の評価



例)同一患者の腰部の痛みを評価した時に看護師によって痛みの部位が異なる部位は確認していない、患者さんが腰と言っていると話す看護師もいる。

看護師間でも患者の痛みの評価が違う

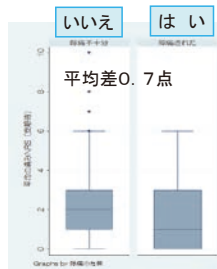
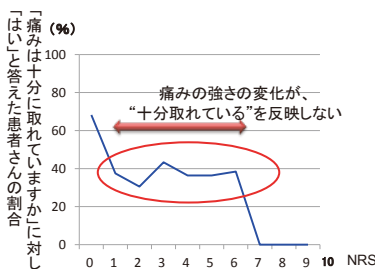
頭椎転移、第10~12胸椎転移



・オキノム飲むと20分後にめまい。飲みたくない。
・電気が走る痛みが一番つらいけど薬は効果ないと思う。
・痛みで夜中に3回くらい起きる。
退院は自信がない
痛みがこわい
麻薬 最後と思う

MATOBA MOTOHIRO

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

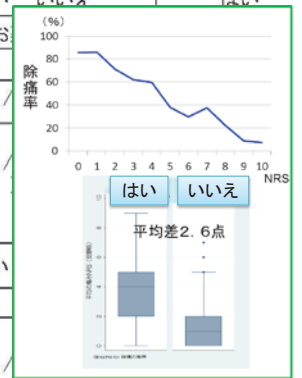


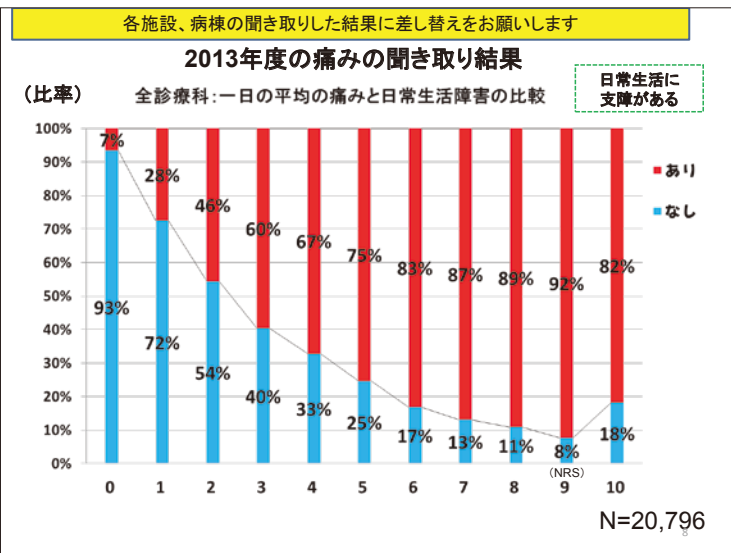
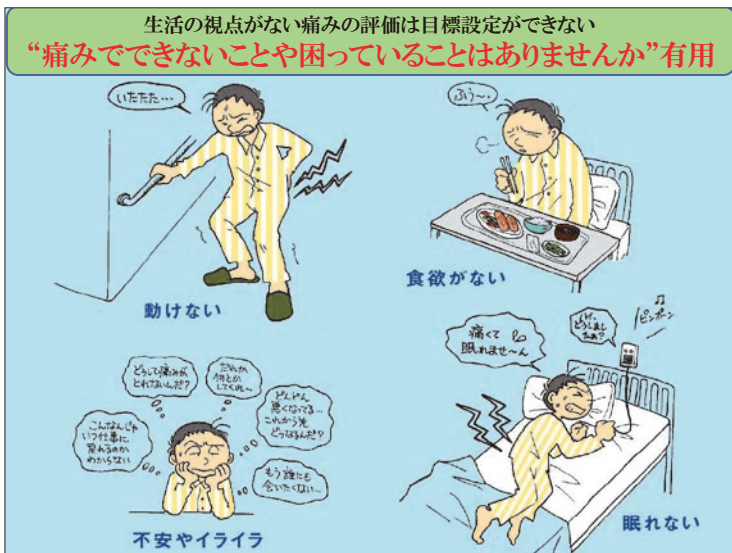
- 痛みの強さの変化と、「十分痛みが取れている」の相関がみられない。
- 患者さんたちのインタビューからは「十分」ということが、どれくらいの痛みの改善の状況なのか、わかりにくいという声があった。

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	はい	いいえ	はい
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)			
今日の痛み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 (



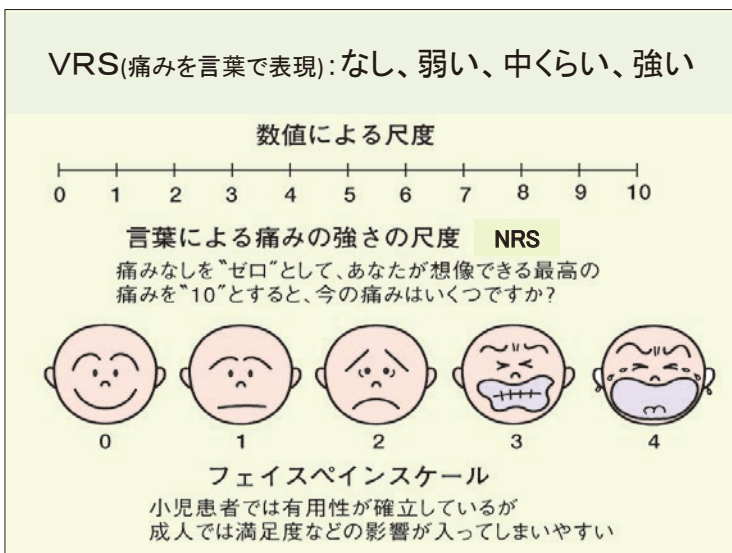


- 結果を集計し、看護師の理解度を確認し前後比較で教育の効果をみてください
- ## NRS“10”をどのように説明していますか？
- この病気になって一番強い痛みを10として……
 - 我慢できない強い痛みを10として……
 - 人生で一番強かった痛みを10として……
 - 何もできない強い痛みを10として……
 - 最近一番痛かったときを10として……
 - 入院してきたときの激痛を10として……
 - 想像できる最高の痛みを10として……
- どれが正しいと思いますか？(複数選択)

“痛みの強さ(NRS)”を説明する

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悪の痛みをイメージしてください。これ以上あり得ない程強い痛み、というイメージです。最近の痛みや、我慢できる出来ないなどにとらわれなくて、**あくまでも想像できる最悪の強さの痛みをイメージしてください。**その**イメージした最悪の痛みを「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？

難しく考えなくて、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思いますか？



除痛率の定義と測定法

概念的定義:
痛みの治療の必要ながん患者のうち、痛みによる生活への影響がない患者の割合

痛みでできないことや困っていることがある → できない/困っている

痛みの治療を行って痛みでできないことや困っていることがなくなった → 痛み/困り無し

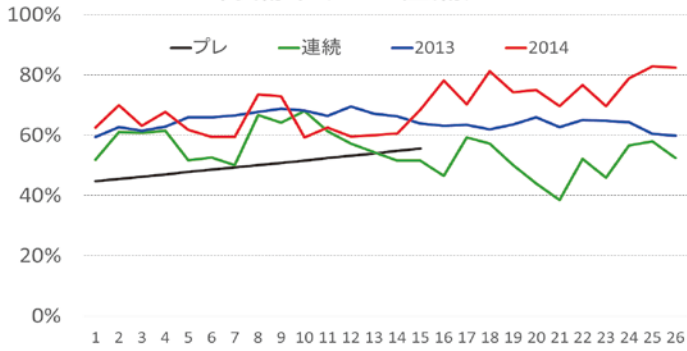
	できない/困っている	痛み/困り無し
痛みの治療有	①分母	②分母・分子
痛みの治療無	③分母	除外

$$\text{除痛率} = \frac{\text{②}}{\text{①} + \text{②} + \text{③}}$$

＝ 痛みの治療中で痛みでできないことや困っていることはない。

痛みの治療中で痛みでできないことや困っていることはない。 + 痛みの治療中で痛みでできないことや困っていることがある。 + 痛みの治療はしておらず、痛みでできないことや困っていることがある。

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 $P < 0.001$ ¹²⁻²⁰¹⁴

4. あなたが、日頃感じられている痛みやつらさのことで、何かお伝えしたことがあればご自由に記載してください。

質問は、これで終わります。
ご協力を頂き、ありがとうございました。

平成 28 年 10 月実施

痛みやつらさへの対応に関するアンケート

【1】『当院の看護師は、毎日痛みやつらさを伺っております。この点についてどのような思われますか。』

「満足している・その他」

- ・体調の内容によって答えてくれる。
- ・大変気の届く素早い気配がありました。
- ・やさしさを感じる。
- ・うるさいほど。
- ・色々教えてくれるので安心。
- ・応対してくれる事がうれしい。
- ・精神的に楽になる。
- ・先生と話しやすい。
- ・皆さん優しい。
- ・痛いところしゃべることができる。
- ・大変良く気を付けて頂けて満足しています。何でも質問できて大変良い。
- ・自分が痛みやつらさを訴えることがデーターとなり今後に反映されることがうれしいです。
- ・医師とか看護師の人たちが（私たちも含めて）、患者さん一人一人の身になって良く話をきいて下さるから安心できるんですよ、ほんとありがたいです。
- ・世間話をして話しやすくなった。
- ・看護師さんから気安く話しかけられると小さなことでも訴えられる。
- ・優しく接していただいている。
- ・看護師さんに話す方が先生よりも言いやすい。

「満足していない・その他」

- ・担当医以外の日は、挨拶もしない関係性（全員ではないが）。逆に総スタッフ緩和ケアも治療の一部と考えるならば、挨拶は、人としての基本！！仮に弱っている患者さんが返事をしなくても、誰にでも声をかけるべきでは。
- ・痛みが残っている。
- ・今日の採血はスムーズに入っついていかず、かねてに比べ時間が掛り心配しました。針の向きがどうかで私の血管が狭いのかもかもしれません。部分を押えていたのですが出血しました。（少し）

【2】『毎日の痛みやつらさを伺った後の対応に関する満足度についてお伺いします。』
「満足している・その他」

- ・若い看護師さん（男女）対応が早くすごく親切でありました。
 - ・ある程度満足。
 - ・共有できている感じがするから。
 - ・この病院に来て、本当によかったと思っている。
 - ・しびれ痛みは受け入れ慣れるしかないと思っている。
 - ・痛みはあるがまだ対応するまで時間がたっていないのでわからない。
- 「満足していない・その他」
- ・肉体的つらさ（筋肉痛など）を話してもあまりわからない様子。
 - ・患者の痛みではなく、自分の知識を優先する。人によるが！！
 - ・対応に時間、まつことがある。
 - ・軽度の時にもう少し何か対応はないものでしょうか…。重度になるまで対応されないことが多い。

【4】『あなたが、日頃感じられている痛みやつらさのことで、何かお伝えしたことがあればご自由に記載してください。』

- ・入院時に担当の先生や看護師さんから痛みは我慢しなくてもいい、痛み止めをきちんとして使って、痛みを気にしない生活できるようにしていきたい、と話してもらい、気持ちに楽になりました。今使っている薬も、とんぶくも強い薬ですが、安心して服用しています。
- ・睡眠対策では先生と看護師さんが、一緒に対処方法を考えていただき感謝します。食が進まない時、色々なメニューがあることを教えていただき助かりました。看護師さんはいつも明るく接してくれ、適切な指導もいただき大変助かりました。感謝します。
- ・色々詳しいことは分からない。疑問が出てきたとき答えてほしい（代筆）
- ・毎日夜遅く巡回診療、大変ですが、頑張ってください。でも、ここには書けない心の痛み（心理的なこと）も有ることを、わかっってください。
- ・痛みのある部分、治るのかなーと聞いてみたい。
- ・看護師の皆様に、感謝申し上げます。
- ・自分の表現力・伝達力のなさで、うまく伝えられない事にもどかさを感じる。患者が訴える症状から引き出せる疑わしい病名は、日々向上、検査されるのかどうか？趣旨と離れた意見かと思えますが、感じた事を書かせて頂きます。先日、大部

屋の胞へカウンセラーの人が3~4人来て、色んなことを聞かれています。周りの部屋の人達もいる中で、今で言う個人情報守秘義務もない状態で、周りの人の不安もおおるのではないかと感じました。私も途中から部屋に戻り聞いたし、個室での面談もあるかと思うのですが、ベッドを囲んで立ったままのカウンセラーに疑問を覚えました(そしてそのまま質問していた事)。但し、ケアチームの事は、先生からある旨だけは聞いていますが、詳しくは分かっていないので、私の思い込みの間違いであれば、撤回してお詫びします。生命に関わる事なので、かなり生意気な内容ですみません(期待・希望が由です)。乱文、乱筆失礼。

・毎日、毎回とても親切に対応して下さい、とても満足しています。ありがとうございます。

・言葉がけがよく大変助かります。忙しくて大変だと思えますけどこれからも頑張ってください。

・科によって対応が大きく異なる。医学と異なり、医療は、スピリチュアルなもの、重要と考えますが、そのためには、看護師のたまっている姿も重要と考えます。今回つくづく人によって対応が異なることを感じました。やはり人の話をききちゃんと聞いてくれる人の方が、対応もきちんとしていきますし、共感して、先を読んでも対応していただいて、本当に今回感謝している、プロフェッショナルな看護師さんが、いらっしやいました。逆に、担当の引継ぎの多い科では何度も同じ質問を受け、明らかに事務的対応が多く、だれに相談していいのかわかりませんでした。やはり、患者の立場で考えていただけたらいいのであれば、患者を第一に考えた仕組みや、体制も必要であるし、人材の育成も重要と考えます。

・我慢できないほどの痛み、つらさはありませんでした。家に戻ってからの介護について、看護師さん・ケアマネージャーさんからのいろいろ説明をしてもらい、私達の知らない事ばかりで、良かったと思います。手続きも手配してもらい、本当に感謝しております。多くの看護師さんに御世話になり、わがままも多々あったとは思いますが親切に対応していただき、ありがとうございます。

・去年のことですけれど、診察室に入り、先生(とは言わないかな)と話し始めると、すぐ写真を取りだし、胃癌ですと言われた。私は今年、友人が胃癌になったので、胃癌の場合は胃の組織を取って、検査すると聞いていたので、そういうこともなく写真を見ても言ってくれたので私の考えを言うと、「分かるんだ」と言った女の先生がいました。私は、先生の言い方、心配りも女性ではないと思ひ、早めに退散した。今年も悩ませてくれる先生に当たりました。診察室に入り、話し出すと私の症状も聞かず、私にとつては、急に症状が落ちているなら他の病院へ行ってくれと言われ、私はその頃、小さい坂道でも散歩(日課としていた)でも心臓が痛くなるので、それを言うと思つて話し出したが、聞いてもらえず、私は困ったなと思ひ帰つ

た。女の先生ばかりではなかった。初めての先生が前のカルテと違う症状で来たのに、私の話は全然聞きもせず、帰された。それで看護師さんが診察代を要求すると言うので、「何をしてくれただんだ」と語気を強めたら、その先生が来て「代金はいらぬ」と言った。当たり前だ！私、NHK放送の「ドクターG」という番組が好きで、見られる時は見るように心掛けていた。何故見るのかと言うと、各地の救命救急センターの立派な先生方が、患者との問診で病名を当て、治療する「治療する」。医者になって何年も経っていない先生方が悩んで解決するのが好きです。

・医師は来れば話でできる(来てくれるのをまっている)。
・男の看護師さん、体をふいてもらうのが苦痛だ。発熱が続いているが、受け持ちNsに相談して対処してくれた。

・手術をした上に重なる痛みやつらさはとてもつらいので、早く対応していただきたいです。

・強い痛みはあまり感じることにはなくなり楽な方です。便秘しないよう気を付けることが大切だと感じています。

・治療目的・検査目的を分かりやすく説明して欲しい。

・患者は痛みやつらさがつきものです。これを幾分でも軽減するのは、①医療者に現症状を伝え、理解してもらおうと同時に医療対応へ結びつけていただくこと。②なんと言っても食事が楽しみでなくてはいけません。楽しく食べられるよう一同頑張っていたらいいです。③便所・洗面所等の衛生に気を付けてもらいたい。これらが役立つでしょう！

・初めての入院・治療を受けて、看護師・先生方の痛みを緩和してあげたいという姿勢を感じています。ありがとうございます

・痛みやつらい事を聞いてもらおう事で気持ちが楽になりました。

・痛い時にくすりをもってきてくれるが、なかなかもってきてくれない時はくるう。

・直接の痛みではないが、つらさはどうかと聞かれば、不安が大き。今回腸のOPでの入院ではあるが、もともと病名の治療はどうなっているのだろうと思つている。

・痛みやつらさがある時に、安心して言える環境にあるからいいですね。この病院に来て本当に良かったと思つています。

・この文章は、高齢の人には、高度すぎて分かりづらい。

・早く検査してもらいたい。つらいばかりではないやだ。

・いつも何でも遠慮なしに言えるので自分の場合はよい。不自由なことはない
・後遺症が出てきて辛い。ペンを持としてびびるに字にならない。

・痛みやつらさの度が理解されれば良いのですがなかなか難しい事なので、痛みをおさえる薬を要求されたらまた投与してくれる(更に強い薬や量)のだろうか。

・病後の処置が良い為に痛みやつらさが今のところなにもないことに感謝しています。

- ・3週間の入院生活でしたが先生及び看護師の皆さんとても親切でやさしく頼りがいのあるものでした。私は今回の入院、そして全麻による手術は私の人生初経験のもので、それなりの覚悟を持って望んだものの手術後は想像以上に大変で辛いものでしたが、それを緩和してくれたのは看護師さんの献身的な看護でした。特に感じたのは患者に応じた言葉の使い方とか決して自分を断らない看護の姿でした。私は今回の入院生活において特に看護師さんの皆さんの対応には感謝すらおぼえました。訴えてもつまずかない感謝の気持を伝えて、おわりにします。本当にありがとうございました。
- ・1~10までで痛みを表現するのが難しい。同じ痛みだとしても、人によっては、3という人と6という人もいるのではないのでしょうか…。痛みの程度をみているのか、我慢強さをみているのか…。受け止める看護師側にとっても、5で対応してくれる方と、6なら大丈夫と思う方と…。
- ・現在は痛みがないので不明。今後痛みが出たとしてもスタッフの対応も適切に行われると思う。
- ・細かいことであればあるほど言いつらい。聞いてもらえると助かっています。
- ・毎回、看護師の方に痛みとか聞いてもらっているので質問されることで気づくことも多くあるように思います。先生に直接言えないことも診察のときは先生がわかっていたにいたっている状態なのでありがたいと思います。
- ・痛みがある時それに共感するような言葉をかけて戴き適切に対応して戴いております。全てにおいて満足しております。
- ・痛みやつらさの間診がある事で自ら言い出せない事等他の事でも、相談できる、ガマンしている事に対してのストレス解消にもなる。
- ・入院中、痛みなどあった時、話しやすい人と、話しくい看護師がいます。ゾウエイ剤の時ですが、針をさす説明の時と、実際の時は違い、すごくイヤな思いをしました。あまり、時間がかかったので悲しくなりました。
- ・ただ回りの目や耳を感じる感があります。
- ・皆様のおかげで元気になりました。大変感謝しております。いつも親切な対応していただいております。看護師さん、坂田先生ありがとうございます
- ・精神的な辛さその為の心の落ち込みなど、ケアしてほしい！少し味気ないかな？
- ・不眠時対応があれば？
- ・最高の医療機関で何も言う事なし 毎回元気で過ごしています。
- ・眠気がつよい。
- ・入院してすべてのことに大変満足しています。ありがとうございます
- ・痛みの強さをいくらかとと言うのは分りにくい。
- ・常に前向きで、元気よく、楽しく毎日を送る。
- ・複合して病気をかかえているので自分自身でどれだけの薬とかは良くわからない

それぞれに専門の所で診てはいただいたりしているけど薬も治療も自分の気持ち次第であって選択がわかからない。いろいろなストレスがあるのと体調は悪くなります。痛みつらさも大切なのかなど。いろいろありますが結局は一人で悩んでしまいます。

- ・特記ありません。すべての対応に満足、感謝しています。
- ・薬は身体にどのような影響がでるかかわからない。