

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：H26～H27には、外来では痛みまたは痛み以外の症状がある10名に1名が緩和ケアチーム等のリソースが必要であること、痛みでできないことや困っていることがある患者の7割は動作時の breakthrough pain であり多職種介入が必要であることが示唆され、これら結果を踏まえ H27～多施設で緩和ケアチーム看護師を主体とし3つの対応方法を検討した。その結果、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（ $P < 0.001$ ）、特に患者・家族、看護師からの依頼が半数を占めた。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える。

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。

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）を実施した結果、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。今後は、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。

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。

平成 26 年度

B. 研究方法

2007 年度から疼痛初期アセスメント表のシートを活用し、入院時及び症状出現時に病棟看護師がシートを記載し緩和ケアチームに提出、緩和ケアチーム専従看護師は患者面談し痛みを評価し介入するスクリーニングと、スクリーニング結果への緩和ケアチームの対応について整備してきた。そこで、スクリーニングの抽出率を検証するために、2013 年度のシートの提出率を算出した。シートの提出率を算出するため、まず 2013 年 4 月 1 日から 2014 年 3 月 31 日までに青森県立中央病院に入院した全がん患者を対象に DPC-EF ファイルからオピオイド処方患者数を抽出、疼痛初期アセスメント表提出件数／オピオイド処方患者数と定義し、全体及び各診療科を比較した。次に、2014 年 10 月 6 日から毎日病棟看護師が痛みやつらさを聞き取りしている結果を各診療科 1 週間に 1 回、緩和ケアセンターに情報を集約し『痛みでできないことや困っている患者リスト』を作成、病棟にフィードバックした他、緩和ケアチーム専従看護師らが介入するシステムを整備した。2014 年 10 月 6 日から 2 月 16 日のフィードバックの対象日に入院した全がん患者数と痛みやつらさの聞き取り結果の集計人数からスクリーニング実施率を算出した。さ

らにスクリーニングの方法について病棟看護師 6 名を対象にインタビュー調査を行い検討した。

平成 26 年 10 月 6 日から入院全がん患者を対象に病棟看護師が『痛みでできないことや困っていることの有無』を聴取、その結果を各診療科 1 回／週、緩和ケアセンターに情報を集約し『痛みで困っている患者リスト』を作成、病棟配布した他、緩和ケアチーム専従看護師らが『痛みで困っている患者(術後疼痛患者と緩和ケアチーム介入患者を除く)』をラウンドし患者と面談し疼痛を含めた痛みやつらさの評価、緩和ケアチーム介入の有無に関わらず緩和ケアチーム内で症例を検討し、緩和ケアチーム専従看護師らが介入するシステムを構築した。そこで痛みで困っていることの有無、痛みによる日常生活障害への影響、痛みがある場合はその強度を Numeric Rating Scale (以下 NRS) の 0~10 の 11 段階での評価など、病棟看護師の毎日の聞き取り結果からのデータ、及び緩和ケアチーム専従看護師の推奨内容とそれに対する主科の対応、その後の Numeric Rating Scale(以下 NRS) の変化などプロセスとアウトカムのデータを収集した。なお、緩和ケアチーム専従看護師らによる痛みの評価はカナダ VHA がん疼痛治療ガイドラインを基に痛みが出現した時期、痛みの悪化・緩和因子、痛みの強さと性状、痛みの部位と感覚の障害、鎮痛剤の効果及び副作用有無の情報を収集した他、悪心・嘔吐などの身体症状、口腔内の状態、今一番つらいことについて評価している。本研究は 2014 年 10 月 6 日から 2015 年 2 月 16 日の期間に情報収集した。

(倫理面への配慮)

本研究は青森県立中央病院の承認を得ている。データ収集にあたっては匿名化を行い、研究のためだけに使用する患者番号を割り付けてデータの管理を行った。

C. 研究結果

1. スクリーニングの方法

2013年度の疼痛初期アセスメント表の提出率は32%(疼痛初期アセスメント表提出件数422件/オピオイド処方患者数1315名)、各診療科85%~13%と偏りがみられた。提出率が低い要因について病棟看護師6名にインタビュー調査した結果、1人当たり10分程度要し痛みを毎日評価している事に加えシートを記載することが【業務の負担】であること、シートの種類が多く【記載・提出忘れ】があること、緩和ケアチームへコンサルテーションしていないのに何故緩和ケアチームの看護師が来るのかという【医師の反対】、患者の症状の変化が著しく一時点でのスクリーニングは意味があるのかという【患者の症状変化に対応困難】の4つの影響を受けていることが明らかになった。2014年10月6日から開始した、毎日病棟看護師が臨床業務として観察している結果を緩和ケアセンターに集約するシステムでは、入院がん患者延3332名の内内状態の悪化や1泊2日の検査入院等を除外した延2977名が、毎日病棟看護師が痛みやつらさを評価する対象となった。スクリーニングの実施率は89%であった。

2. スクリーニングされた結果を基にした緩和ケアチーム看護師らが介入した効果

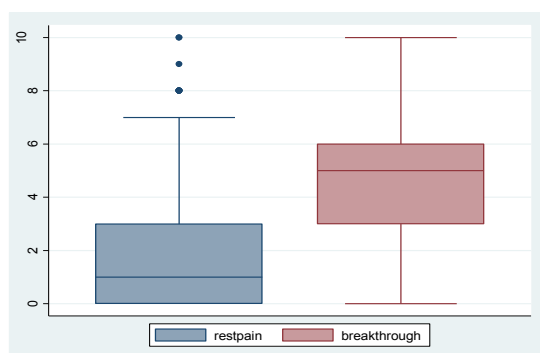
(1)対象患者の概要

2014年10月6日~2015年2月16日の期間、各診療科1週間、緩和ケアセンターで『痛みで困っている患者リスト』を作成し主科に配布した。この対象期間、対象日に入院していた患者数は延3332名、その内状態の悪化や1泊2日の検査入院等を除外した延2977名が、毎日病棟看護師が痛みやつらさを評価する対象となった。延2777名の内、『痛みでできないことや困っている患者』に抽出された患者は延670名、約4人に1人が痛みによる日常生活障害を抱えていることが明らかになった。

抽出された患者は延670名(平均年齢65.6歳±11.9、男性418名・女性252名)の内、術後疼痛延136名と緩和ケアチーム介入患者延55名を除く延479名(66.4歳±11.5、男性305名・女性174名)をラウンド対象とした。緩和ケアチーム介入患者の11倍の患者が痛みでできないことや困っていることを抱えていることが明らかになった。

ラウンド対象の診療科は、消化器内科と血液内科が全体の54.7%(262名)を占め、痛みで困っていると回答していた平均日数(入院日から痛みで困っている患者リストに抽出までの期間)は16.6日±17.4(Min1~Max89)、痛みの原因(複数回答可)は、がん自体が延279名(58.5%)、化学療法・放射線療法等の治療(手術を除く)延134名(28%)、その他が延151名(31.6%)、痛みによる日常生活障害は睡眠40名(20%)、座る、歩行等動作の障害は409名(85%)であった。安静時と体動時のNRSの比較は図1に示す。

図1 対象患者の安静時と体動時 NRS の比較



(2) 緩和ケアチーム専従看護師らによる痛みで困っている患者の評価・介入結果

ラウンド対象患者延べ 499 名中、緩和ケアチーム専従看護師らがラウンドし患者面談・評価した患者は 198 名(ラウンド率 40%)、介入患者の平均年齢は 66 歳±9.8、男性 126 名・女性 72 名、消化器内科が全体の 40%(81 名)、痛みで困っていると回答していた日数は平均 18.9(±18.8)であった。痛みの原因は、がん自体 138 名、化学療法・放射線療法等の治療(手術を除く)延べ 51 名、その他 45 名であった。NRS5 以上の痛みがある患者は全体の 52%を占め、安静時と体動時の NRS は図 2 参照とする。痛みによる日常生活障害は、座る、歩行等動作による障害が全体の 7 割を占めていた。

緩和ケアチーム専従看護師らが『痛みで困っている患者』リストに抽出されてから介入するまでの平均日数は 2.9 日±2.6 であった。

緩和ケアチーム専従看護師らと病棟看護師による痛みの評価の差異は全体 3 割(59 名)で認められ、8.5%(17 名)は痛み以外の身体症状によって困っている患者が抽出され、21%(42 名)は病棟看護師の過少評価で

あった。また 18%(36 名)の患者は、緩和ケアチーム専従看護師らの介入前に痛みの聞き取り結果を基に主科で治療がなされ改善が認められていた。

緩和ケアチーム専従看護師らが介入必要と判断した患者は 131 名と全体の 66%を占め、そのうち 81 名を緩和ケアチームで症例検討、71 名は治療・精査の推奨(緩和ケアチームへのコンサルテーション、薬剤の処方及び増量、精査推奨、整形外科や放射線科など専門家へのコンサルテーション)を行った。精査・治療推奨有無と痛みで困っている平均日数の有意差はなく、精査・治療推奨有群は精査・治療推奨無群に比べ平均 NRS5.1 と有意に高く NRS 中程度以上の患者がトリアージされていた。(ttest, p<.001)。

治療を推奨した 71 名の患者を 1 週間後再評価した結果、推奨の受託率は 40.8%、受託による疼痛の改善は 64%であった。推奨の受託有無と疼痛改善有無を Fisher の正確検定した結果有意差が認められた (p<.001)。

表 1 精査・治療推奨受諾有無と疼痛改善有無

	症状改善	症状改善無/不変
推奨受諾有	18	11
推奨受諾無	5	37

Fisher の正確検定 p<.001 (N=71)

また、主治医にとって PCT 推奨を受諾する疼痛改善のオッズ比 = (18/11) / (5/37) = 12.1 であった。

(3) 精査・治療の推奨以外の緩和ケアチーム専従看護師らの介入

痛みでできないことや困っている患者の介入が 198 名の 141 名、約 7 割の患者が動

作に伴う **breakthrough pain** でできないことや困っていた。治療・精査の推奨以外の介入としては、レスキュー等の使い方等に関する薬剤指導及び薬剤師の紹介に関する介入 106 名、生活をしやすくするための介護保険制度に関する MSW の紹介 13 名等、その他がんリハビリテーション、NST や歯科口腔外科など薬物療法以外にも多職種の介入に繋ぐ役割としての対応が必要であった。

(4) 疼痛治療に影響を及ぼすバリア

1) 患者バリア

緩和ケアチーム看護師らの介入では、薬剤指導及び薬剤師の紹介など薬剤に関する患者説明の介入は 145 名、全体の 73% を占めた。その内 101 名(7 割)は、疼痛時の麻薬の使用について怖い、痛みで困っているがもう少し我慢する、麻薬=安全と説明されても自分の中でイメージが払拭できないなど麻薬への抵抗感を表現された。さらに、遺族 2 名のインタビュー調査においても、家族として頓服の麻薬を使うと楽になる、一方で麻薬の使用、麻薬の増量時にいつも罪悪感を抱くという患者と同様に家族も麻薬に対するイメージを払拭できないことを表現された。

D. 考察

1. スクリーニングされた結果に対応するための体制整備

病棟看護師が毎日痛みとつらさを全がん患者に聴きとりをし、各診療科 1 回/週、緩和ケアセンターに情報を集約化した結果、『痛みでできないことや困っていることがある』延患者数は、緩和ケアチーム介入延患者数の 11 倍いることが明らかになった。

また緩和ケアチーム専従看護師らのラウンド率 4 割であった。スクリーニングをしてもそれに適切・迅速に対応することができなければ除痛率の改善を含めた緩和ケア提供体制の充実には繋がらない。従って、緩和ケアチーム専従看護師らによる介入プログラムの開発と併行し、『痛みでできないことや困っている患者』に対応するためには、体制整備を含めた以下の 3 点が必要と考える。まず体制整備としては、①都道府県がん診療連携拠点病院の整備に関する指針では、緩和ケアセンターに専従看護師 2 名の配置が明記されているが、外来及び入院患者のスクリーニング結果に迅速かつ適切に対応するためには緩和ケアセンターに 2 名以上の専従または緩和ケアリンクナース、院内の CNS・CN、多職種等の介入などマンパワーの確保が必要であること、②本研究では病棟看護師と緩和ケアチーム専従看護師らの評価に差異があり、より精度の高いスクリーニングを行うためには病棟看護師の聞き取りの評価を定期的に行い、聞き取り結果をフィードバックする継続教育体制、③スクリーニング結果をトリアージするため情報収集項目及び統一した指標、これら 3 課題について来年度検討する予定である。

2. 緩和ケアチーム専従看護師らの介入プログラムの開発

抽出された対象患者、及び介入患者の面談等の結果から、8 割以上の患者が安静時の痛みではなく、動作時の **breakthrough pain** でできないことや困っていることがあることが明らかになった。主科での疼痛治療においては安静時の痛みのマネジメント

は行われているが、動作に伴う breakthrough pain は薬物療法に加え、整形外科、リハビリテーション、放射線療法等の多職種介入及び患者自身が breakthrough pain を control するための rescue の使い方や、荷重のかけ方など生活のしやすさに関する教育、及び介護保険制度等の社会資源を利用した環境の整備が必要であることが多い。今後、緩和ケアチーム専従看護師らの介入プログラムを開発していく上で、多職種を含めた breakthrough pain のマネジメントについて検討する必要があるが、今年度の研究結果から示唆を得た。

3. 緩和ケアチーム専従看護師らの介入効果

緩和ケアチーム専従看護師らが評価した結果を基に緩和ケアチームで症例検討し、主科が推奨を受諾することで約 12 倍と非常に高いオッズ比率をもった症状・問題点のアウトカム改善が得られた。しかし、緩和ケアチームや放射線治療等専門家へのコンサルテーションを推奨しても、それが活用されない症例は半数以上あった。さらに患者・家族においても麻薬による抵抗感を表現され、麻薬初回処方からの継続的サポート体制についても検討し、医療者・患者のバリアの介入方法の検討が必要である。

E. 結論

痛みでできないことや困っていることがある患者の 7 割は動作時の breakthrough pain であり多職種介入が必要であること、緩和ケアチーム専従看護師らの精査・治療推奨の介入によって推奨受諾患者の 6 割に改善が認められ、介入が有効であることが示唆された。

平成 27 年度

B. 研究方法

1. 対象と研究期間

各施設の対象と研究期間は以下である。

(1)入院患者

市立三次中央病院(広島県)は 2015 年 10 月 17 日～2016 年 1 月 31 日に外科・地域包括ケア病棟に入院していたがん患者、鹿屋医療センター(鹿児島県)は、2015 年 8 月 29 日～2016 年 2 月 12 日に入院していたがん患者を対象にした。尚、2 施設とも 1 日 1 回、聞き取りを行っている。

(2)外来患者

鹿屋医療センター(鹿児島県)は、2015 年 8 月 30 日～2016 年 2 月 12 日に外来受診したがん患者、青森県立病院は、2015 年 4 月 1 日～2016 年 2 月 12 日にがん診療センターの外来を受診したがん患者を対象にした。尚、2 施設とも外来受診時に毎回聞き取りを行っている。

(3)医療者

2015 年 5 月 1 日～2016 年 1 月 31 日に青森県立中央病院、鹿屋医療センターに通院した外来患者、外来看護師を対象にした。

2. 調査内容

1)痛みとつらさのスクリーニング項目

痛みによる日常瀬生活障害の有無(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

(1)緩和ケアチームの活動に関する項目
緩和ケアチーム依頼件数、がん看護外来(緩和ケアチーム専従看護師による対応)件数

(2)インタビュー

外来看護師、外来患者を対象に半構成的面接を行った。インタビュー内容は以下である。

1)外来患者

外来で看護師が痛みとつらさを聞き取りした前後の変化、在宅でがんと共に生活することで困難に感じていること、良かったと思うこと、要望

2)外来看護師

外来で看護師が痛みとつらさを聞き取りした前後の変化、緩和ケアチーム専従看護師らリソースナースへの要望

(3)分析方法

収集したデータは、記述統計を算出、痛みによる生活障害の有無を独立変数、NRS 値を従属変数とし T 検定を用い平均値を比較した。

インタビュー内容は、逐後録にし、カテゴリー化した。

C. 研究結果

1. 入院患者

対象は、市立三次中央病院延べ 230 名、鹿屋医療センター延べ 5258 名のデータを収集した。

(1). 病棟看護師の痛みとつらさの評価

図1～図4は、各施設の痛みによる日常生活障害の有無(痛みによってできないことや困っていることはありませんか)と NRS の平均値の比較である。2施設とも、痛みによる生活障害

が有る患者は NRS 平均値が有意($p<0.001$)に高く、その差は市立三次中央病院では 1.55、鹿屋医療センターでは 2.57 であった。

研究協力 1 施設の病棟看護師 22 名を対象に痛みの強さを測定する NRS の説明方法について問題を提示したところ、正解率は 20%であった。

図 1 痛みによる生活障害と平均 NRS 分布
鹿屋医療センター N=3664

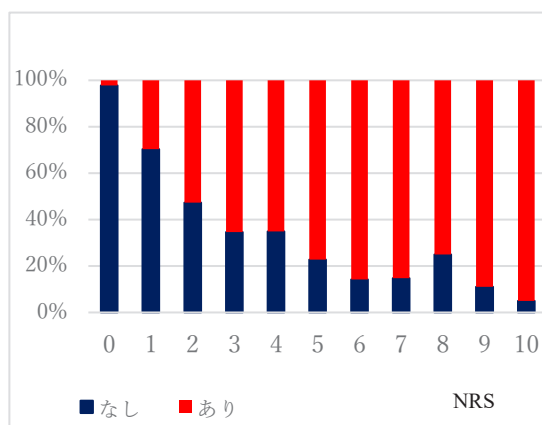


図 2 痛みの日常生活障害の有無と NRS
鹿屋医療センター N=3664

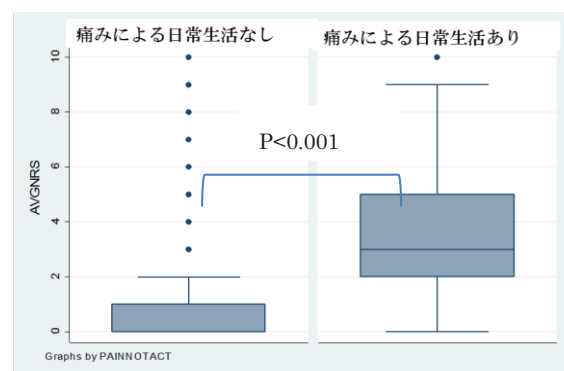


図3 痛みによる生活障害と平均NRS 分布
市立三次中央病院 N=173

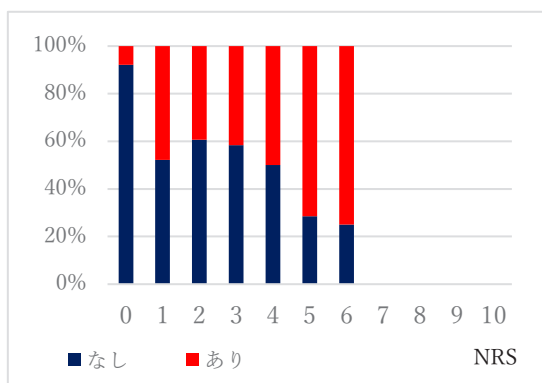
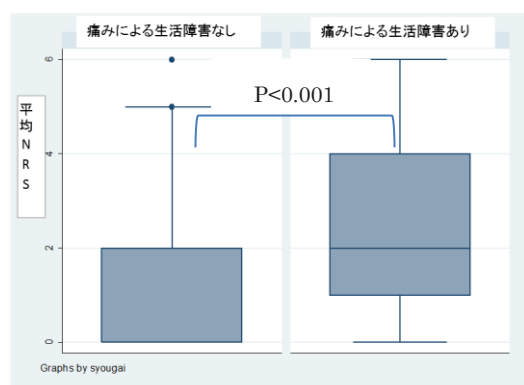


図4 痛みの日常生活障害の有無と NRS
市立三次中央病院 N=173



(2)スクリーニング後の病棟看護師の変化

研究協力1施設の病棟看護師30名にアンケート調査をした結果、スクリーニング導入後、“気もちのつらさや経済的なことの聞き取りが難しい”、“終末期に症状の訴えが多く難渋する”、“口数が少ない患者につらさを聞き出す方法がわからない”、“ゆっくり患者と話す時間がない”ことを困難に感じている一方で、“コミュニケーションの時間が増えた”、“患者の症状や生活背景が把握しやすくなった”、“主治医に的確な情報が報告できるようになった”ことが良かったこととして挙げられた。

2. スクリーニングから見えた外来患者の実態

対象は鹿屋医療センター2182名、青森県立中央病院は10255名であった。

(1)外来患者の痛みやつらさの実態

痛みでできないことや困っていると回答した患者は、鹿屋医療センターは全体の15%(328名)、青森県立中央病院は3.3%(338名)、痛み以外の身体症状によって困っていると回答した患者は、鹿屋医療センターは26.9%(587名)、青森県立中央病院は28.2%(2874名)、中程度以上の気持ちのつらさがあると回答した患者は鹿屋医療センターでは8%(175名)、青森県立中央病院は1.3%(138名)、家族や経済的な気がかりを訴えた患者は鹿屋医療センターでは9.2%(200名)、青森県立中央病院では246名(2.4%)であった。

痛みまたは痛み以外の症状を有する患者は、鹿屋医療センターでは34.6%(754名)、青森県立中央病院は22.6%(2315名)であった。

(3)外来で求める緩和ケアチームの対応

今年度は青森県立中央病院の緩和ケアチームをモデルとし、外来のスクリーニング結果をもとに緩和ケアチーム専従看護師がリアルタイムで介入するシステムを整備した。このシステムでは、外来看護師が多機能端末を使用しスクリーニングした結果を診察前に情報収集し、診察前に緩和ケアチーム専従看護師が対応、診察前・診察時に主治医に相談することを主としている。

このシステムを導入した結果、“痛み、または痛み以外の症状がある”患者は2315名、その内緩和ケアチーム専従看護師が介入した件数は230名おり、約10人の内1

人は対応が必要な事例であった。また、本システム導入前後(システム導入前：外来看護師が気がかりな事例を電話依頼し介入する)と緩和ケア看護外来の依頼件数を比較した結果、前年度比 3.5 倍増の依頼件数であった(p<0.001)。

緩和ケアチーム専従看護師が対応した内訳では医師との連携が 160 名と全体の 7 割を占めていた。医師との連携が必要であった事例では、患者が治療とは関係ないと判断していた抗癌剤(TS-1)の有害事象である流涙(Grade2)の事例、痛みや痛み以外の症状による生活障害があり薬剤調整または精査(骨転移の有無)、放射線治療が必要とアセスメントした事例、在宅医療の調整が必要な事例(訪問診療医・訪問看護ステーションや介護保険制度)などが挙げられた。

(4)外来スクリーニング導入による変化

研究協力施設の外来患者 2 名、外来看護師 1 名を対象に、半構成的にインタビュー調査を実施した。

1) 外来患者

対象は、膵臓がんの治療(外来化学療法)で通院中の 70 代女性 A 氏、B 氏の 2 名である。インタビューした患者 2 名を紹介する。

A 氏は F 病院で外来化学療法を施行、G 診療所・H 訪問看護ステーションを利用し地域の緩和ケアチームが症状緩和を担当している。現在、PCA ポンプによる疼痛治療を行っている。

B 氏は、C 病院で外来化学療法(経口の抗癌剤)、D 病院で骨転移による圧迫骨折の治療、E 病院に抗癌剤による口腔内粘膜障害のため通院している。1 週間前まで、D 病院に入院していたが C 病院の通院があり、

一時退院する。2 週間後に D 病院に再入院の予定である。

スクリーニング導入後の変化

スクリーニング導入後の変化では、6 つの【】コードが抽出された。

以前は診察時に伝えることを忘れる、思い出せない時があったが、今は診察前に看護師から声をかけて聞いてくれるから、【看護師に話しやすくなった】し、【伝えたいことを忘れずに伝えることができるようになった】。質問(症状によってできないことや困っていることはありませんか)は、以前より【生活のことなので答えやすくなった】。外来看護師にそれを伝えると、診察時に先生(医師)が聞いてくれる、【医師に前は相談できなかったことも相談できる】ようになった。体調が悪い時は待ち時間がつらかったが、今は待ち時間、外来看護師がベッドで休ませてくれる、【身体のつらさに気づいてくれるようになった】、【きめ細やかな対応になった】。

改善して欲しいこと

改善して欲しいこととしては、【】の 2 つのコードが抽出された。

外来看護師は毎回受診時に同じことを聞ける、前回(外来受診)のことなど【経時的な情報を把握】して欲しい。

地域の病院 3 か所に通院している A 患者は、「痛みのことでも聞き方が違えば、答え方も違ってくる」から【聞き方を地域で統一】して欲しい。

2) 外来看護師

対象は、消化器内科 5 年目の 50 代の看護師である。所属する外来は 1 日 130 人の患者

が受診しており、4名の看護師(4名の内3名は非常勤の看護師)が配置されている。受診患者の内6割はがん患者であり、外来化学療法のため通院している患者が主である。

インタビューでは、【】の4コードが抽出された。

外来看護師は、スクリーニング導入によって【患者の全体像がみえるよう】になり、【患者の溢れる思いを受け止める、外来看護師の役割を見いだした】。そして、待ち時間が長い中で、患者の体調の変化を把握し、対応できる、【トリアージができるようになった】。

その一方、外来には1人の看護師が対応する患者は30名おり、患者の痛みやつらさに対応するマンパワー不足、複雑な問題に対応することのスキルと知識の不足に限界を感じ、緩和ケアチーム看護師には、【スクリーニング結果を基に迅速に対応して欲しい】、具体的には【患者の抱える問題を明確化】し、【必要なリソースのアドバイス】、薬剤管理や生活の工夫など【患者・家族へのセルフケア支援】、外来治療センターや病棟など【他部門・多職種と情報共有を促進する】役割を求めている。また、抗癌剤・分子標的剤の新薬など【外来看護師の知識・技術が向上するための教育支援】が挙げられた。

外来看護師がインタビューで語った、具体的な内容は以下に示す。

スクリーニング導入前は、事務業務に追われ患者の病気、治療、生活の様子がわからなかった。スクリーニングを始めて、【患者の全体像がみえる】ようになった。具体的には、《病気の受け止め方》、《先の見通しが立たない治療への不安》、《医療者への気兼ねから訴えることができなかつた痛みや気持ちのつら

さ》、《医療費から生活していくことへの苦慮》があった。

そして患者と話をする時間が増え、患者のつらさを理解し、【患者の溢れる思いを受け止める、外来看護師の役割を見いだした】。

また、待ち時間が長い待合室の中で、患者の体調の変化を把握し、診察前に医師に報告する、環境を整えるなどの対応ができる、【トリアージができるようになった】。その一方で、外来看護師は、患者の溢れる思いを聴き、それに対応できないことにジレンマを感じていた。緩和ケアチーム看護師には、症状評価だけでなく、具体的には【患者の抱える問題を明確化】し、【必要なリソースのアドバイス】、薬剤管理や生活の工夫など【患者・家族へのセルフケア支援】、外来治療センターや病棟など【他部門・多職種と情報共有を促進する】役割を求めている。また、抗癌剤・分子標的剤の新薬など【外来看護師の知識・技術が向上するための教育支援】が挙げられた。

D. 考察

1. 入院スクリーニングの体制整備

入院スクリーニングでは、多施設において“痛みでできないことや困っていることはありませんか”の質問が、痛みを評価する上で有用であることが検証された。しかし、スクリーニング導入後に病棟看護師にアンケート調査した結果、痛みの評価の正答率は2割であり、患者に気持ちのつらさを訴えられた時の対応に難渋している意見が聞かれた。また、痛みによる生活障害の有無とNRSの分布においても、NRS0、NRS1～3の弱い痛みを訴える患者が生活障害有と評価されていたこと等からも、NRSでの評価方法を再度確認する必要性

が示唆された。

がん診療拠点病院の要件にトータルペインの視点でのスクリーニングが明記され、各施設でその体制を整備しているが、それを評価する看護師の教育はまだ進んでいないのが現状である。これらのことから、来年度は多施設の緩和ケアチーム看護師と“痛みとつらさを評価するための看護教育”について検討していく予定である。

2. 外来スクリーニングの体制整備

外来では、診察という限られた時間に痛みやつらさの対応が求められている。しかし、医師一人あたり 30 名の患者を担当している外来では、限られた診療時間と医師不足というマンパワーの問題から、トータルペインの視点で情報を収集し対応するには限界がある。外来看護師もまた、非常勤・パートの看護師が勤務していることが多く、1人あたり 30 名の患者を担当しているのは医師と同様である。こうした外来の体制から、患者が“訴える”ことを待つ、患者の主体性を尊重した対応が外来の文化となっており、多施設調査でスクリーニングを進めていく上で大きな課題であった。外来患者は、“多忙な医療者の様子から相談しにくい、迷惑をかけられない”、“伝えようと思っても、忘れてしまい、診察時に伝えられなかった”などの声をあげている。これらのことから、先だって外来スクリーニングを充実するためには、外来の体制を整備する指針等の対策を求めたい。また、スクリーニングの受け手であるリソースの確保も重要である。モデルとして本システムを導入した青森県立中央病院は、緩和ケアチーム専従看護師

2 名を緩和ケアセンターに配置し、内 1 名が外来を担当し、痛みまたは痛み以外の症状がある患者 10 名に 1 名の割合で外来診察前という限られた時間の中で対応していた。地域がん診療拠点病院では、緩和ケアチームに専従看護師 1 名が配置されているが、外来のスクリーニング結果に対応する人員については明記されず、確保されていない施設が大部分である。スクリーニング結果の受け手である緩和ケアチーム専従看護師等、リソースの人員の確保が重要と考える。また、外来スクリーニングでは各施設間の痛みやつらさの症状に特徴がみられる。通院する外来患者の背景が異なることが予測され、求められる対応も施設間によって異なると考えられる。来年度は、本調査の結果を踏まえ各施設間の緩和ケアチームと対応について検討していく予定である。

外来患者は地域との連携が不可欠である。本研究でインタビューした 2 名の患者は、在宅緩和ケアチームまたは他医療機関に通院している患者であった。「痛みのことでも聞き方が違えば、答え方も違ってくる」と患者の語りにもあるように、各施設で痛みとつらさの評価が統一されていなければ、患者の状態と評価・治療に矛盾が生じてくる。患者の視点に立ち、地域と連携しスクリーニング項目を検討していくことが今後の課題と考える。

E. 結論

外来看護師が痛みやつらさを受診時に聞きとりする方法は、患者が気持ちやつらさを表出する上で有効である。痛みまたは痛み以外の症状がある 10 名に 1 名が緩和ケアチーム等のリソースが必要であることが示唆された。外来

患者は地域との連携が不可欠であり、地域と連携しスクリーニング項目を検討していくことが今後の課題として示唆された。

入院では、多施設において“痛みでできないことや困っていることはありませんか”の質問の有用性が検証された。痛みとつらさのスクリーニングと併行しそれを評価する看護教育の必要性が示唆された。

平成 28 年度

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

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手順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

ップ(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ミュレーションでは、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は緩和ケアセンター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)。

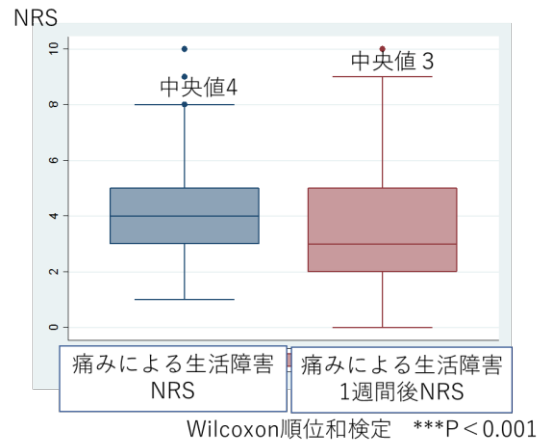


図1 緩和ケアセンター専従看護師ラウンド未患者の NRS の変化(n=76)

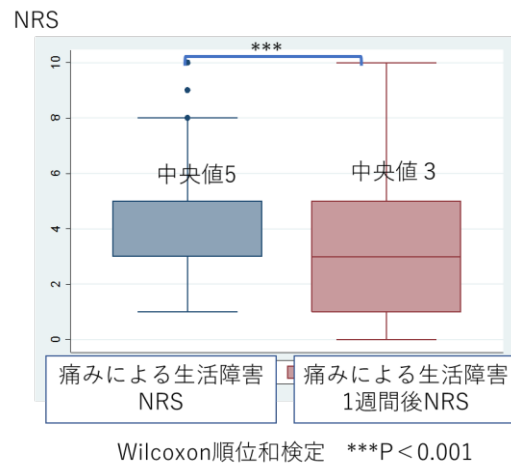


図2 緩和ケアセンター専従看護師がラウンドした患者の NRS の変化(n=206)

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)

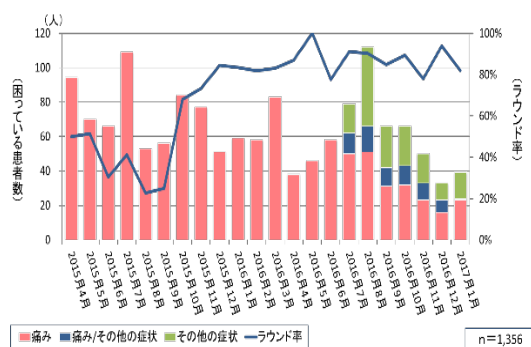
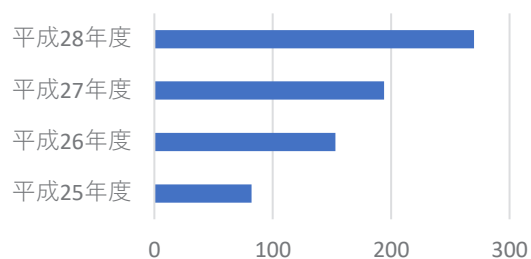


表3-3 経年別にみた緩和ケアチーム依頼件数(n=699)



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。

表3-4 外来青森県立中央病院

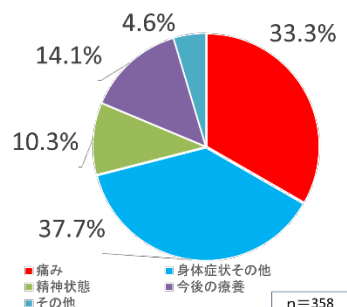
項目 (実数)	有症率
外来スクリーニング期間 (集計対象期間)	2015/3/16～2017/1/20
外来スクリーニング実施数/スクリーニング患者実数	24221件/4998人
外来平均年齢	67.5 (SD 11.4) 歳
外来高齢者の割合	64.9% (3241)
外来性別人数: 男/女	2386(47.7%)/2612(52.3%)
外来疼痛による生活障害者数	10.8% (539/4988)
外来食欲不振有症者数	18.4% (922/4998)
外来倦怠感有症者数	19.1% (956/4998)
外来嘔気有症者数	10.2% (509/4998)
外来口渴感有症者数	7.6% (378/4998)
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%)、社会的な気がかりは、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年度依頼内容



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 (SD 4. 8) vs 後平均 28. 7 件 (SD 3. 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。

表4-1 入院市立三次中央病院

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

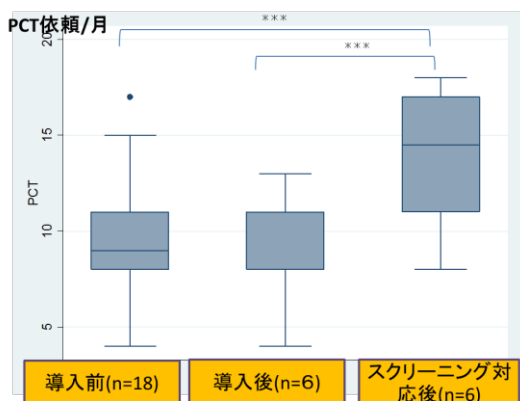
対象期間の入院患者のスクリーニング結果を、表 5-1 に示す。対象期間期間の入院スクリーニング実施数は、17952 件(患者実数 1304 人)、入院平均年齢 71.1(SD11.4)、男性は 797 人、61.1%を占めた。疼痛の有症数は 629 人(48.2%)、食欲不振の有症数は 677 人(51.9%)、気持ちのつらさの有症数は 370 人(28.4%)であった。

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伺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
に実施し、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。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しうる方法と考える。

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、外来窓口で受け付けする際に、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。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的所有権の取得状況

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。

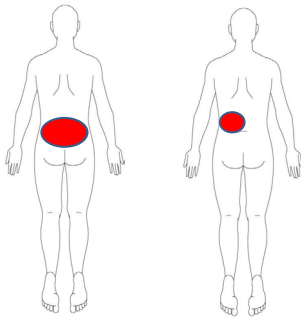
“そんなに痛くないはず”というコメントはありえない。

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

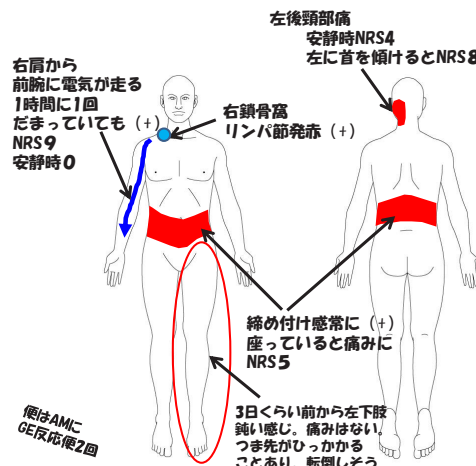
A看護師の評価 B看護師の評価



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

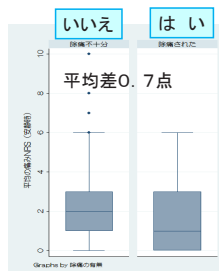
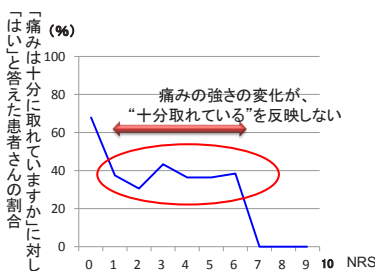
頸椎転移、第10~12胸椎転移



・オキノーム飲むと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

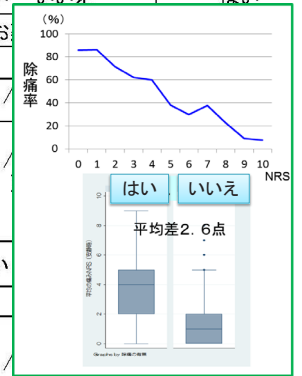


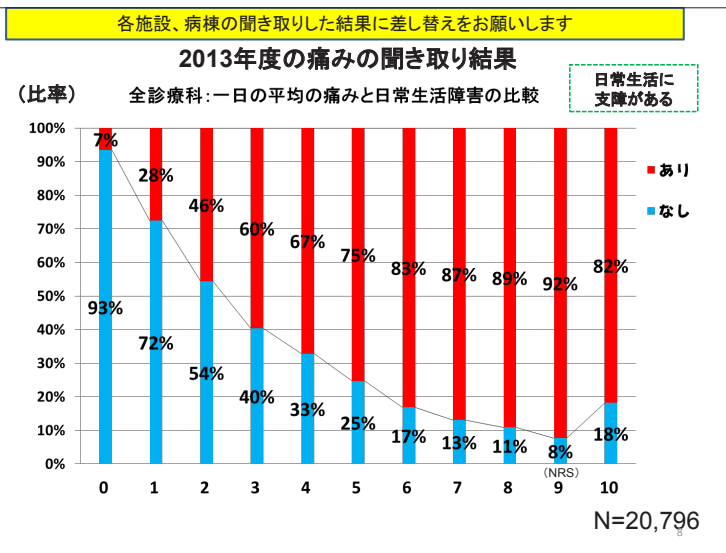
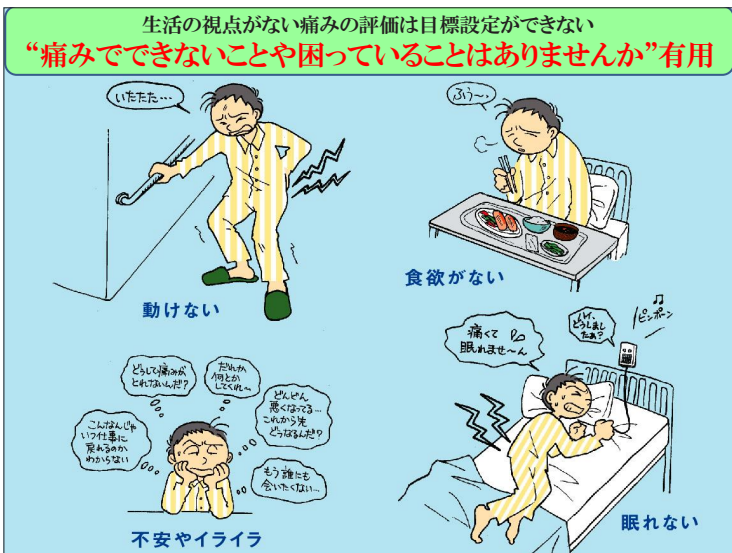
- 痛みの強さの変化と、「十分痛みが取れている」の相関がみられない。
- 患者さんたちのインタビューからは「十分」ということが、どれくらいの痛みの改善の状況なのか、わかりにくいという声があった。

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 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)		
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思いますか？

VRS(痛みを言葉で表現): なし、弱い、中くらい、強い

数値による尺度

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

言葉による痛みの強さの尺度 NRS

痛みなしを“ゼロ”として、あなたが想像できる最高の痛みを“10”とすると、今の痛みはいくつですか？

フェイスペインスケール

小児患者では有用性が確立しているが
 成人では満足度などの影響が入ってしまいやすい

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 → 痛みでできないことや困っていることがなくなった

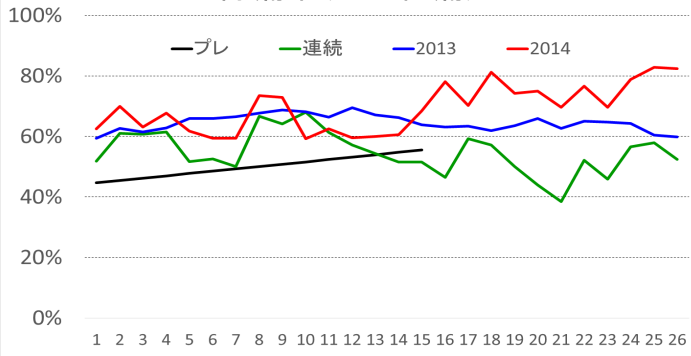
	できない/困っている	痛み/困り無し
痛みの治療有	①分母	②分母・分子
痛みの治療無	③分母	除外

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

＝ 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<0.001¹²⁻²⁰¹⁴

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りがありました。
- ・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。
- ・先生と会話しやすい。
- ・皆さん優しい。
- ・痛いところしゃべることできる。
- ・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よ。
- ・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ただけで、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っている。
 - ・しびれ痛みは受け入れ慣れるしかないと思っっている。
 - ・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きましよう、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、わかっただきたい。
- ・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・伝達力のなさと、うまく伝えられない事にもどかしさを感じる。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、検査されるのかわるか？趣旨と離れた意見かと思いますが、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が、他の部屋の人達もいる中で、今で言う個人情報のような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、ベッドを囲んだ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した。詳しくは分かっている事なので、私の思い込みの間違ひであれば、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り、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ことを感じる。やはり人の話をきちんと聞いてくれる人の方が、対応もきちんとしていますし、共感して、先を読んで対応していただいて、本当に今感謝している、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と同じ質問を受け、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。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、患者を第一に考えないといけない。痛み、つらさはありませんでしたから特にはありませんが、その都度、看護師さんに話し対処していただきました。家に戻ってから介護について、看護師さん・ケアマネージャーさんからいろいろ説明してもらい、私達に知らない事ばかりで、良かったと思っています。手紙も手配してもらい、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すぐ言っ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きました。私は、先生の言い方、気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、急に症状が落ち着い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、それを言うと思う話し出したが、聞いてもらえず、私は困ったなと思ひ帰っ

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「代金はいい」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る。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、受け持たし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ではなくなり薬な方です。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なんとと言っても食事が楽しみでなくはいけません。楽しく食べられるよう一同頑張ってください。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れば、不安が大きいの。今回腸のOPでの入院ではあるが、もとの病名の治療はどうなっているのだろうかと思っている。

- ・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っています。

- ・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。つらさはいいやだ。

- ・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。ペンを握つとしびれて字にならない。

- ・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決して自分を飾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への対応には感謝すらおぼえました。訴えてもつきない感謝の気持ちを伝えて、おわりにします。本当にありがとうございますました。
- ・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、5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。聞いてもらえら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らいい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。
- ・痛みやつらさの問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、話しにくい看護師がいます。ゾウエイ箱の時ですが、針をさす説明の時と、実際の時は違い、すぐ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。
- ・皆様のおかげで元氣になりました。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 毎回元氣ですごしています。
- ・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言うのは分りにくい。
- ・常に前向きで、元氣よく、楽しく毎日を送る。
- ・複合して病氣をかかえているので自分自身どれだけの薬とかは良くわからな

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次第であって選択がわからない。一番はやはり気持ちの持ち方なのか、緩和ケアはとて大切なのかなど。いろいろありますが結局は一人で悩んでいます。痛みつらさは話す事で少しは楽になります。すべての対応に満足、感謝しています。

- ・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。