

1 がん疼痛や呼吸困難などに対する症状緩和や医療用麻薬の適正使用を目的とした院内マニュアルを整備すると共に、院内クリティカルパスを整備し活用状況を把握

2 緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、がん診療に携わる全ての診療従事者により、以下の緩和ケアが提供される体制を整備する。

(1) がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来および病棟にて行っている。また、院内で一貫したスクリーニング手法を活用している。

(2) 緩和ケアチームと連携し、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に対して、迅速かつ適切に緩和する体制を整備している。

スクリーニング後の緩和ケアチーム等の専門家への迅速な患者紹介の基準と手順

(3) 医師から診断結果や病状を説明する際に、以下の体制を整備する。

① 看護師や医療心理に携わる者等の同席を基本としている。ただし、患者とその家族等の希望に応じて同席者を調整している。

② 説明時には、初期治療内容のみならず長期的視野に立ち治療プロセス全体について十分なインフォームドコンセントに努めている。

③ 必要に応じて看護師等によるカウンセリングを活用する等、安心して医療を受けられる体制を整備している。

(4) 医療用麻薬等の鎮痛薬の初回使用や用量の増減時には、医師からの説明とともに薬剤師や看護師等による服薬指導を実施し、その際には自記式の服薬記録を整備活用することにより、外来治療中も医療用麻薬等の使用を自己管理できるよう指導している。

3 緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、緩和ケアチームにより、以下の緩和ケアが提供される体制を整備する。

(1) 緩和ケアチーム専従看護師は、苦痛のスクリーニングの支援や専門的緩和ケアの提供に関する調整等、外来看護業務を支援・強化すること。また、主治医及び看護師等と協働し、必要に応じてがん患者カウンセリングを実施している。

4 2及び3の連携を以下により確保する。

(1) 緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する手順には、医師だけでなく、看護師や薬剤師など他の診療従事者からも依頼できる体制を確保している。

(2) 緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する手順など、評価された苦痛に対する対応を明確化し、院内の全ての診療従事者に周知するとともに、患者とその家族に緩和ケアに関する診療方針を提示している。

(3) がん治療を行う病棟や外来部門に、緩和ケアの提供について診療従事者の指導にあたり、緩和ケアの提供体制について緩和ケアチームへ情報を集約するため、緩和ケアチームと各部署をつなぐリンクナース(医療施設において、各種専門チームや委員会と病棟看護師等をつなぐ役割を持つ看護師のことをいう。以下同じ。)を配置している。

# がん拠点病院 4割適さず

## 要件厳格化 指定取り消しも

### 本社分析

来年度の指定更新時から適用される。10月に今年度実績を提出し、更新の審査を受ける。人員については来年度末まで猶予がある。過疎など地域事情も考慮されるが、著しくかけ離れた病院は指定されない。

一時的にはがん患者の不安を招く可能性もある。厚生省は、拠点病院の要件に満たなくても基本的ながん診療を行う病院を新たに「地域がん診療病院」に指定し、近隣の拠点病院と連

携させる方針。個々の病院単位ではなく、ネットワークで地域のがん医療の質確保を図る。

国が指定するがん診療連携拠点病院（全国407病院）の4割が、治療件数などの点で厳格化された新要件を満たしていないことが、国立がん研究センターが今月公開した拠点病院の最新情報を読売新聞が分析し、判明した。「拠点」に求められる医療の質を確保できず、来春の指定更新時に看板を返上する病院が多く出る可能性がある。〈解説36面〉

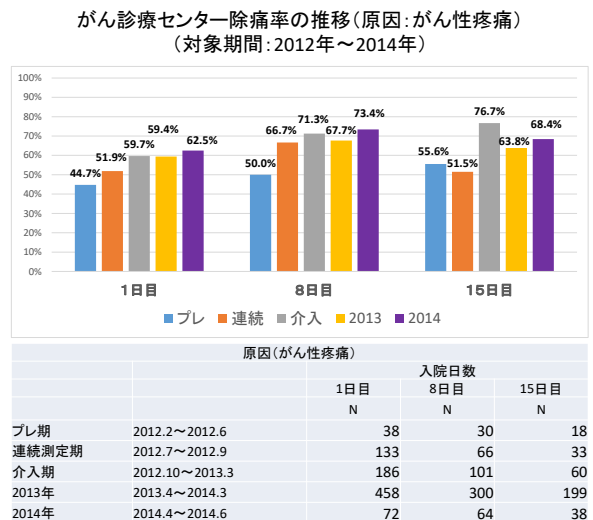
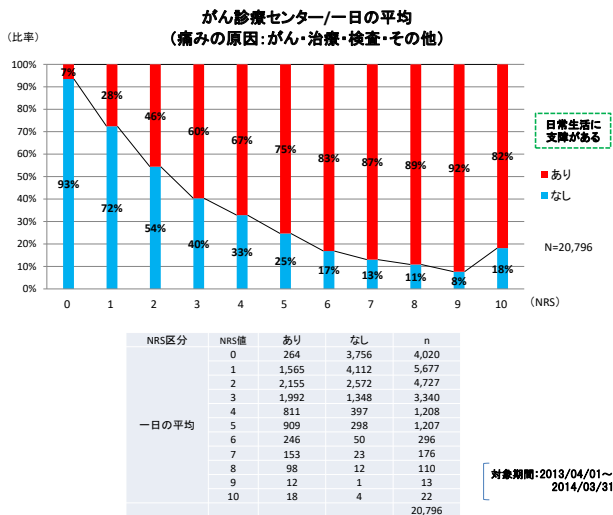
拠点病院は、2001年から指定が始まったが、治療実績が少なく、十分機能していない病院があると指摘されていた。このため、厚生労働省の有識者検討会で昨年議論し、①がん手術

年間400件以上②化学療法（4か月のべ333人以上）③放射線治療のべ患者年間200人以上④常勤病理医の必須化―など、要件の厳格化が決まった。

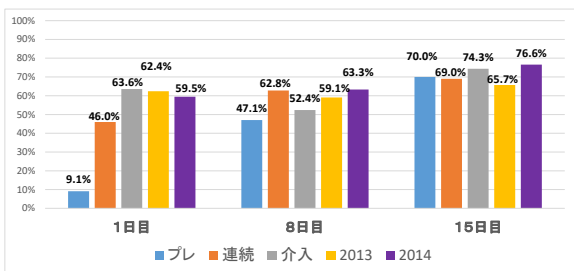
一方、各拠点病院の治療実績（手術、化学療法は4か月分）などは国立がん研究センターのホームページで公表されている。

その情報を分析すると、放射線治療の昨年実績では、109病院（27%）が要件に満たなかった。化学療法（4か月のべ333人以上）では108病院（27%）。手術（4か月133件以下）では60病院（14%）。常勤病理医不在は38病院（9%）。

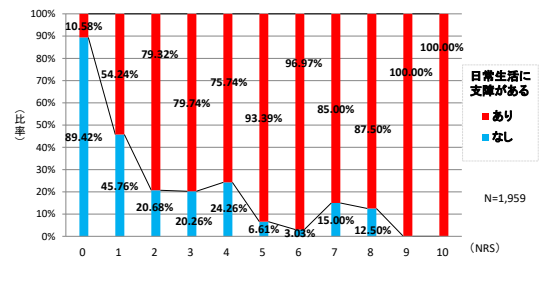
がん診療連携拠点病院 肺、胃、大腸、乳房など主ながんに対し、手術、放射線治療、化学療法などを総合的に提供できる病院。どこでも質の高いがん医療を受けられることを目標に、交通事情や人口などを目安に設定される「2次医療圏」（現在344）に原則1か所整備することを目指していたが、今も105の医療圏で指定されていない。



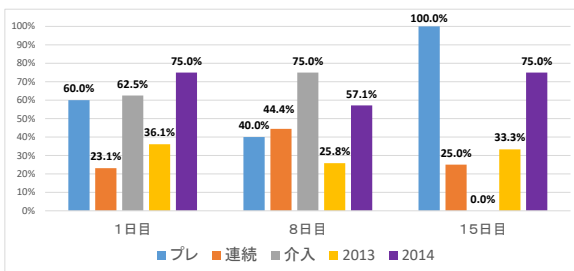
### がん診療センター除痛率の推移(原因:治療検査に伴う疼痛) (対象期間:2012年~2014年)



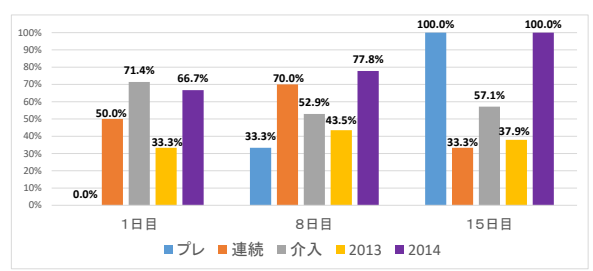
### 耳鼻咽喉科頭頸部外科/一日の平均 (痛みの原因:がん・治療・検査・その他)



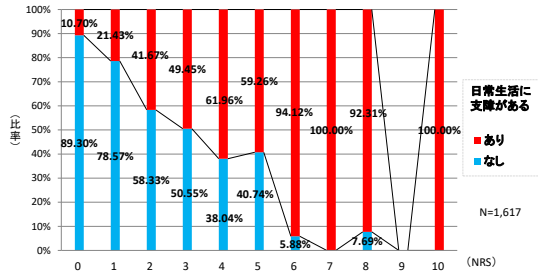
### 耳鼻咽喉科頭頸部外科除痛率の推移(原因:がん性疼痛) (対象期間:2012年~2014年)



### 耳鼻咽喉科頭頸部外科除痛率の推移(原因:治療検査に伴う疼痛) (対象期間:2012年~2014年)



泌尿器科/一日の平均(痛みの原因:がん・治療・検査・その他)

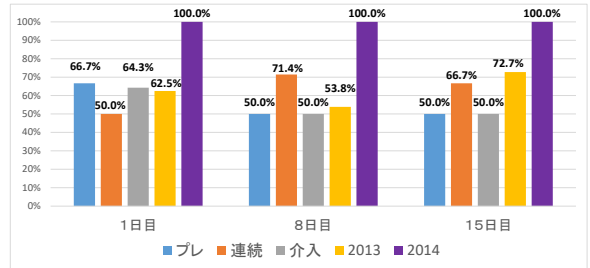


NRS区分	NRS値	一日の平均		N
		支障あり	支障なし	
	0	29	242	271
	1	93	341	434
	2	145	203	348
	3	138	139	275
	4	57	35	92
	5	80	55	135
	6	32	2	34
	7	14	0	14
	8	12	1	13
	9	0	0	0
	10	1	0	1

対象期間:2013/04/01~  
2014/03/31  
実数:124

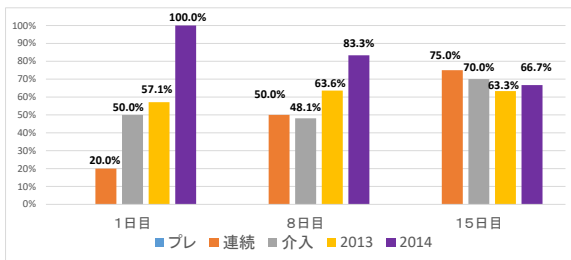
1,617

泌尿器科除痛率の推移(原因:がん性疼痛)  
(対象期間:2012年~2014年)



		泌尿器科(がん)		
		1日目	8日目	15日目
		N	N	N
プレ期	2012.2~2012.6		3	2
連続測定期	2012.7~2012.9		8	7
介入期	2012.10~2013.3		14	6
2013年	2013.4~2014.3		24	13
2014年	2014.4~2014.6		2	3

泌尿器科除痛率の推移(原因:治療検査に伴う疼痛)  
(対象期間:2012年~2014年)



		泌尿器科(治療検査)		
		1日目	8日目	15日目
		N	N	N
プレ期	2012.2~2012.6		2	0
連続測定期	2012.7~2012.9		5	8
介入期	2012.10~2013.3		10	27
2013年	2013.4~2014.3		21	55
2014年	2014.4~2014.6		1	6

外来受診状況

※がん患者受診患者数、(外来治療センター患者数)

受診日	10/29(水)	10/30(木)	10/31(金)	11/4(火)	11/5(水)	11/6(木)		
外科								
消化器内科	10/1(水)	10/2(木)	10/3(金)	10/6(月)	10/7(火)	10/8(水)	10/9(木)	10/10(金)
がん患者								
外科 ※	108(8)	47(11)	37(12)	59(5)	80(11)	35(4)		
内訳								
外科消化器	46(3)	38(11)	15(2)	37(3)	43(4)	28(4)		
外科乳腺	62(5)	9(0)	22(10)	22(2)	37(7)	7(0)		
消化器内科 ※	70(20)	52(9)	69(15)	67(12)	55(7)	65(9)	54(18)	61(12)
非がん患者								
外科非がん患者	10	12	5	32	12	10		
消化器内科非がん患者	64	52	31	50	49	47	62	42
受診外来者数								
外科外来受診者数	118	62	42	91	92	45		
消化器内科外来受診者数	134	104	100	117	104	112	116	103

2013年度外来受診状況

外来(がん診療センター)混雑状況[がん患者のみ抽出]

診療科	平成25年6月平均患者数						
	月	火	水	木	金	土	日
外科	48	100	146	75	53		
消化器内科	63	55	63	63	60		
緩和医療科	7	9	9	7	2		
呼吸器科	24	32	23	29	21		
泌尿器科	15	56	53	6	47		
耳鼻咽喉科頭頸部外科	6	21	6	33	14		
婦人科	44	7	24	18	11		
血液内科	30	26	43	42	26		
合計(人)	237	306	367	273	234		

※各診療科において受診患者数の ◎多い、○普通、△少ない 曜日

外来(医師・看護師)勤務状況

診療科	月						
	火	水	木	金	土	日	
外科	2	5	4	2	2	2	
看護師	4	4	4	4	4	4	
消化器内科	4	4	4	4	4	4	
看護師	3.8	3.8	3.8	3.8	3.8	3.8	
緩和医療科	1	2	1	1	1	1	
看護師	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	
呼吸器科	3	3	2	3	2	2	
看護師	3	3	3	3	3	3	
泌尿器科	2	4	3	休診	4	4	
看護師	2.8	2.8	2.8	1.8	2.8	2.8	
耳鼻咽喉科頭頸部外科	3	3	3	3	3	3	
看護師	2.8	2.8	2.8	2.8	2.8	2.8	
婦人科	3	1	3	3	3	3	
看護師	2	2	2	2	2	2	
血液内科	3	3	3	3	3	3	
看護師	3.8	3.8	3.8	3.8	3.8	3.8	
合計(人)	45	49	47	42	42	46	

※6時間勤務の看護師は0.8人で換算

外来待ち時間

外科外来調査日10/29、消化器内科外来調査日10/2

		患者数	予約-診察	来院-診察	診察-会計
がん患者	外科	108	0:47	1:59	0:50
	内訳				
	外科消化器	46	0:27	1:13	0:53
	外科乳腺	62	1:02	2:32	0:48
	消化器内科	52	0:42	1:34	1:25
非がん患者	外科	10	1:06	1:26	2:18
	消化器内科	52	0:35	2:05	0:46
受診外来者数	外科合計	118		1:56	0:57
	消化器内科合計	104		1:49	1:05

外来看護の処置件数

外科

外科処置件数	10/29(水)	10/30(木)	10/31(金)	11/4(火)	11/5(水)	11/6(木)	11/7(金)
造影					1		1
生検		1				6	
試験							
超音波新層撮影	3	14					
直腸診				4	1		
留置・交換・抜去				1			
ブザー		1					
吸引		4	1	4	2		
止血	9	1				2	1
教育							
その他の処置			2				
外来手術	5				6	1	
検査・治療に関する説明	34	6	4	26	19	15	6
入院に関する説明	5	3	1	6	1	2	1
他院紹介			1		1		
セカンドオピニオン				1			
予約外入院		1		1			

消化器内科

	10/1(水)	10/2(木)	10/6(月)	10/7(火)	10/8(水)	10/9(木)	10/10(金)
内視鏡 エコー等	32	33	39	31	25	31	30
CT MRI	19	8	11	17	15	12	15
記録	6	6	18	7	8	10	8
処置室へ	11	12	15	6	16	14	15
臨時入院	1	1	0	1	1	0	1
医療連携部へ依頼	0	0	0	0	0	0	0

外来看護業務の人員配置

(外科)看護師4名+看護助手1名(消化器内科兼務)  
DC2名(ただし火・水・金:乳がん対応DC+1名)

(消化器内科)看護師3.8名 DC3名が分担

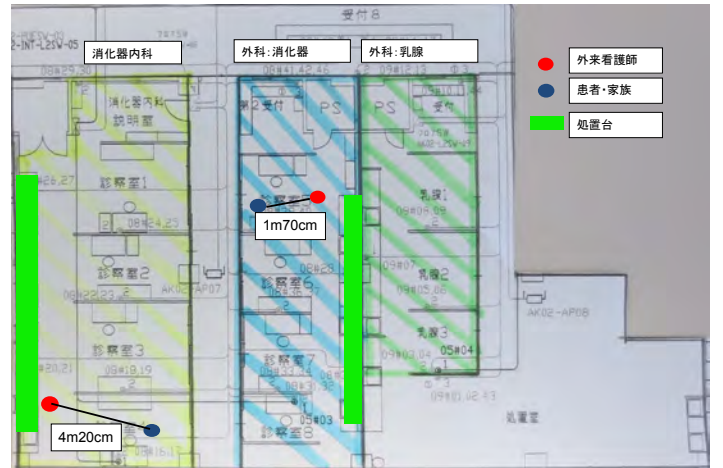
外科外来看護業務を整理した結果

看護師	看護師でなければいけない業務	DC	看護師以外で可能な業務/施行している業務	看護助手	看護助手でなければいけない業務
1.	外来班長への申し送り		1. カルテ準備		1. 臨時入院患者の移送
2.	MRI・CTの前処置準備と放射線科申し送り		2. 診察後の確認事項と事務処理		2. 外回り
3.	診療中の診療の介助 フキター、創部処置など		①診察記事確認 ②次回診察確認 ③CTなど画像予約確認 放射線科電話予約 同意書有無確認 同意書の文書処理 ④外来化学療法患者の事務処理		
4.	面談の同席		指示傳達局へFAX 治療行有無外来治療センター電話連絡 指示傳達局へ送る		
5.	処置が必要な患者の指示受け 処置室への申し送り		⑤他診療科の紹介患者の対応 他診療科予約 再来受付など ⑥診療情報提供書事務処理 宛名作成		
6.	医療連携部へ紹介患者の調整依頼				
7.	ポットなどの処置介助				
8.	手術決定、入院日の電話連絡		3. その他 医師診察観介助 テンプレート作成 サマリーなど文書書類介助		
9.	化学療法患者の指示受け		4. 電話対応		
			5. 新患患者の検査など院内場所の案内		

消化器内科外来看護業務を整理した結果

看護師	看護師でなければいけない業務	DC	看護師以外で可能な業務・施行している業務
	1. 外来班長への申し送り 2. MRI・CTの前処置準備と放射線科申し送り 3. 面談の同席 4. 抗がん剤・麻薬の服薬指導→薬剤師Best 5. 処置が必要な患者の指示受け 処置室への申し送り 6. 医療連携部へ紹介患者の調整依頼 7. 臨時入院患者・検査患者の移送・申し送り 8. 化学療法患者の指示受け		1. カルテ準備 ①化学療法予定患者の採血結果の確認と紙カルテ準備 2. 夜間や休日の救命受診、入院した患者の把握 3. 診察後の確認事項と事務処理 ①診察記事確認 ②次回受診確認 ③CTなど画像予約確認 ④外来化学療法患者の事務処理 指示簿薬局へFAX 治療施行有無外来治療センター電話連絡 指示簿気送子で送る 指示簿コピー ⑤他診療科の紹介患者の対応 他診療科予約 再来受付など ⑥診療情報提供事務処理 宛名作成 ⑦CT・MRIのオリエンテーション ⑧当日内視鏡がある患者の問診 ⑨内視鏡オリエンテーション 次回内視鏡予約確認、オリエンテーション用紙準備と説明 4. 新患者の検査など院内場所案内 5. その他 医師診療録助手 テンプレート作成 サマリーなど文書書類助手

消化器内科・外科外来看護業務の違い



外来患者のスクリーニングの結果

表1 痛みで困っている患者の割合

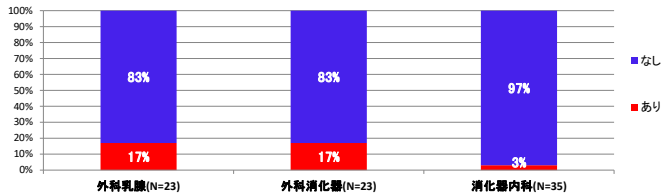
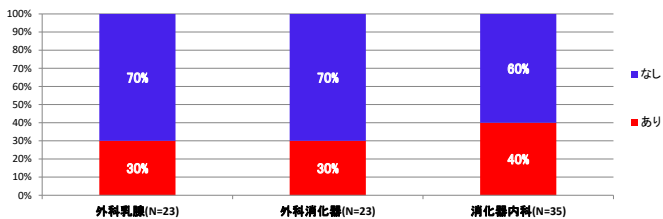


表2 痛み以外の症状がある患者の割合



外来患者のスクリーニングの結果

表3 気持ちの落ち込みや不安、イライラがある患者の割合

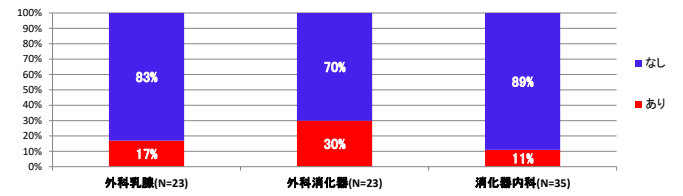
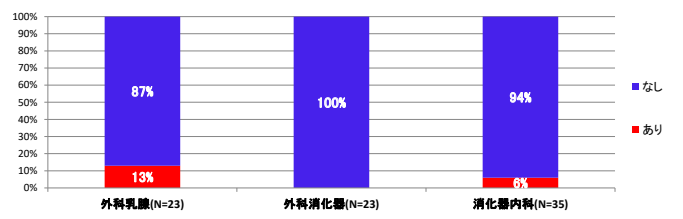
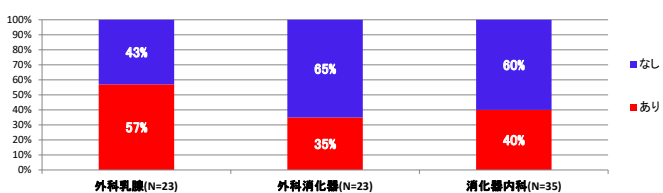


表4 家族、仕事、経済的なことで気がかりがある患者の割合



外来患者のスクリーニングの結果

表5 治療や検査についての質問がある患者の割合

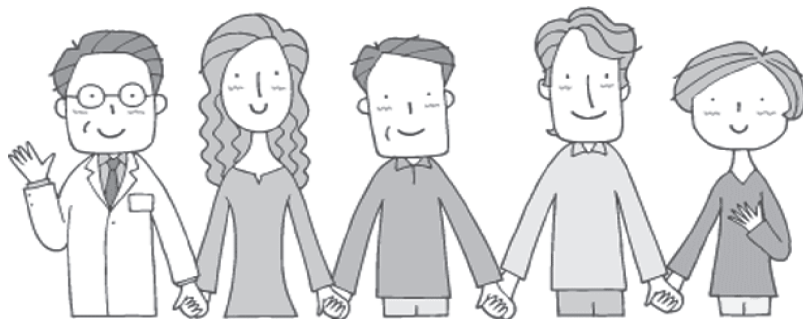


実際にどのような対応をしたのか

- ① 化学療法の有害事象
  - 例) 涙の目で困っている
    - 抗がん剤の有害事象のため眼科紹介、化学療法は休薬
- ② 治療に対する思い
  - 例) 抗がん剤をしてがんが少なくなったら、がんを抑制する免疫力が回復するのか
    - 医師からの説明
- ③ 痛みに関すること
  - 例) 骨転移による痛みが増強
    - 腫瘍放射線科来診、薬剤の調整
- ④ 医師の説明に対する不満
  - 例) CTの報告書だけではわからない、具体的に説明してほしい
    - 再度、患者・家族へこれまでの経過を説明
- ⑤ 家族への病名告知
  - 例) 1年半夫へ病名を伝えてない、地域のかかりつけ医にも病名はしられたくない
    - 医師と面談し、対応を検討
- ⑥ 痛み以外の症状
  - 呼吸困難があり、診察まで長い時間待つことができないう→処置室での対応 肺炎

#### スクリーニング上での外来の問題点

- (1) 患者が待合室に不在のことが多く、待合室に戻ってきたことがわかる体制が必要
- (2) がん患者を特定したリストが必要
- (3) スクリーニング、対応をするシステムの方法を検討することが必要
  - ① 診療に反映するためのスクリーニング方法
  - ② 診療録に記載するタイミング
- (4) 事務業務が多く、患者の名前と顔が一致しない 誰を診察しているかわからない  
→業務整理が必要
- (5) 名前を知られたくない、呼ばないでほしい、偽名を使っている患者への個別対応も検討が必要



## 痛みに対する治療成績評価向上のための 調査実施のお知らせ



当院では、「痛みに対する治療がどれだけ適切に処置されているか」を知り、その治療方法や診療体制を改善していくことを目的として、いくつかの病院と協力して共同調査を行う事になりました。

当院では、2012年4月より入院中や外来の患者さんに痛みの有無やその強さについてお伺いしておりますが、今回の調査ではそれらの資料を元にして、痛みの治療の効果を知る最も良い方法を検討してまいります。それぞれの患者さんの診療データを用いますが、個々の患者さんが特定されることがない形で検討させていただきます。



診療データが調査に利用されることを同意いただけない場合には、担当看護師にお知らせください。その場合でも、今後の診療等で不利益になることは一切ありません。

調査期間中に当院で入院あるいは外来受診した方を対象にご協力をお願いしております。この研究のお願いと現在のあなたの病状とは関係がありません。

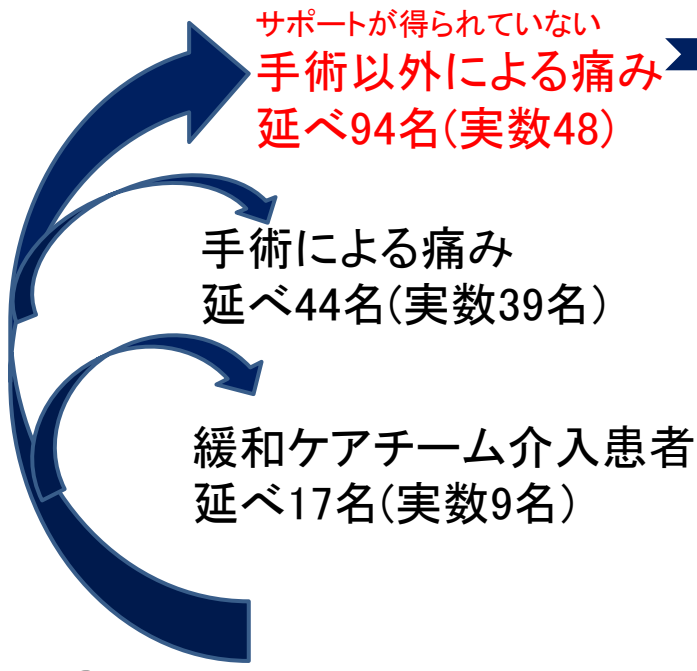
### あなたのプライバシーは保護されます



- ◆この調査は、ご協力いただく方の不利益が無いよう慎重に検討し、当院の倫理委員会の承認を得て実施しております。
- ◆研究に使用する痛みや病状に関する記録、アンケート、診療情報は、氏名やカルテ番号を切り離し、研究だけに使用する番号により管理されます。
- ◆結果は病院・病棟全体として集計するので、ご自身の情報が外部に漏れることはありません。また、あなたの情報が調査目的以外で使用されることはありません。

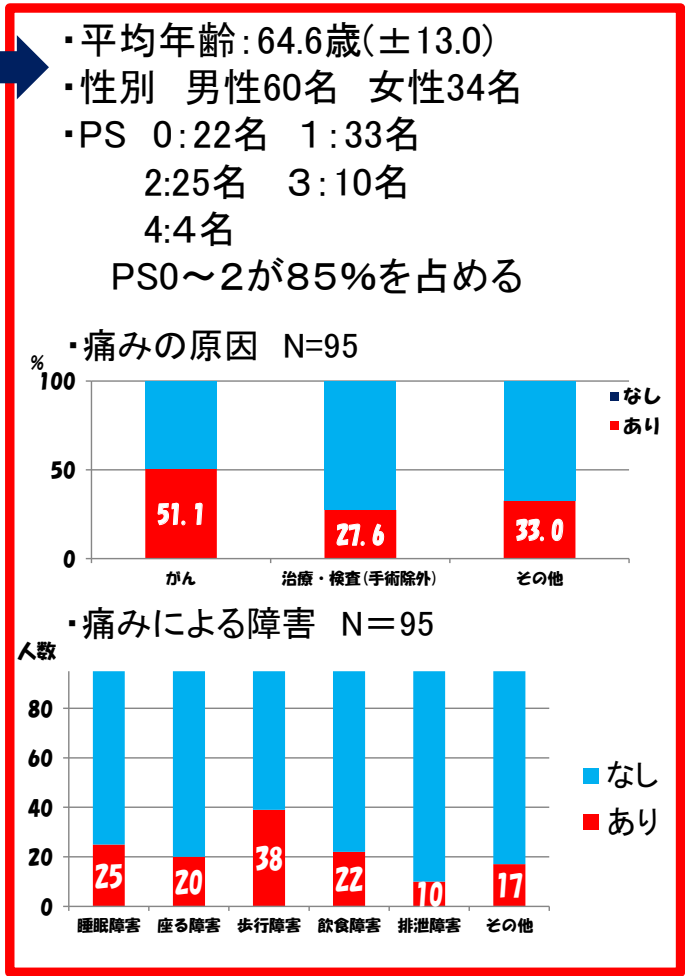


入院全がん患者の痛みとつらさのスクリーニング結果 10月6日～30日の内の15日間



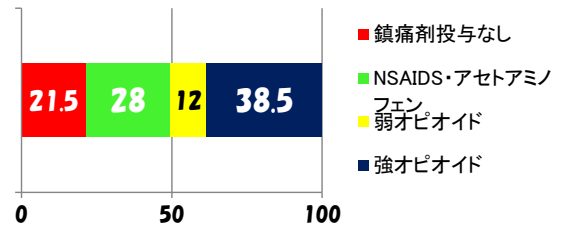
痛みやつらさ症状出現

延べ154名  
(実数96)

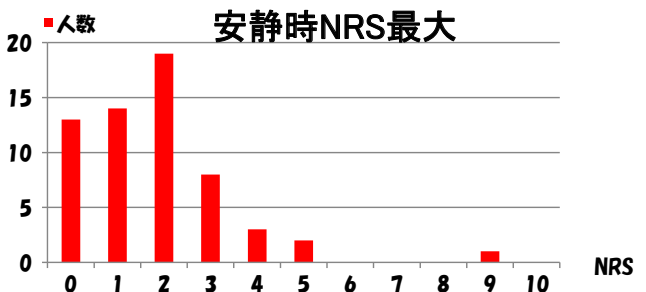
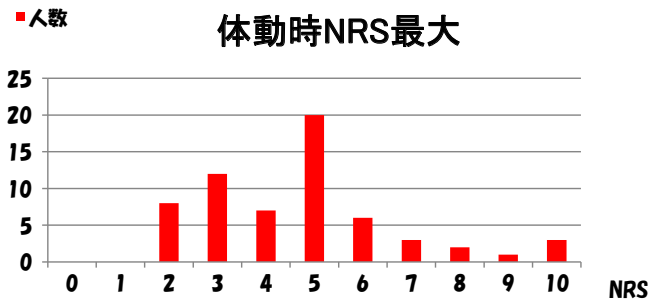
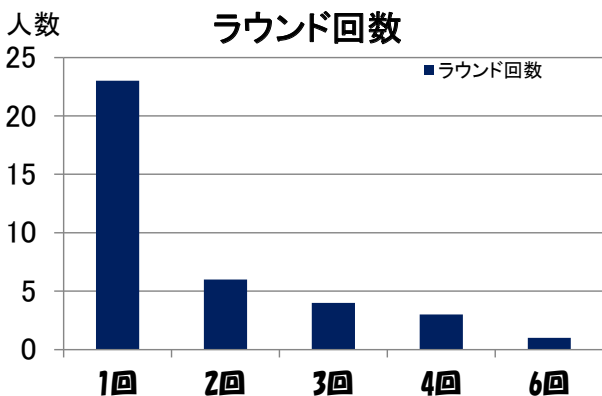


『手術・PCT介入患者を除く痛みで困っている患者』ラウンド率

94名内、65名ラウンド  
 29名は退院、状態悪化、永眠でラウンドできず  
 ラウンド率: 69.1%  
 痛みで困っていると連続して回答していた期間  
 (入院してから10月31日まで)  
 連続回答平均日数 19.3日(±14.9)



65名を対象に  
 延べ95回ラウンド  
 患者・家族との面談延べ66回



がんの

けんみん公開講座

# 痛みでできないことや 困っていることは ありませんか？

～痛みを伝え、聴くこと～

2014年 11月8日 (土)

<日時> 14:00～16:00 (開場13:30)

<会場> 県民福祉プラザ

住所：青森県青森市中央3-20-30

申し込み不要！参加費無料！



講演 1 青森県のがん対策と緩和ケア

青森県健康福祉部 がん・生活習慣病対策課 課長 工藤俊幸

講演 2 緩和ケアセンターと地域連携

青森県立中央病院 緩和ケアセンター ゼネラルマネージャー 早坂佳子

講演 3 ちゃんと伝えてつらくない療養を

NPO法人 愛媛がんサポートおれんじの会 理事長 松本陽子

講演 4 痛みを聴き、受け止め、痛みからの解放のために取り組んだこと

青森県立中央病院 緩和ケアチーム 緩和ケア認定看護師 山下慈

講演 5 痛くない、つらくないを県病の文化に！

青森県立中央病院 院長 吉田茂昭

〔主催〕厚生労働科学研究（がん政策研究）推進事業 的場班

〔共催〕公益財団法人 日本対がん協会，青森県，青森県立中央病院

〔お問い合わせ〕〒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）

けんみん公開講座  
おしらせページ



<http://aomori-kenbyo.jp/archives/25698>



# 緩和ケアセンターと地域連携

緩和ケアセンター ジェネラルマネージャー 早坂佳子



## 本日の内容

1. 緩和ケア
2. 緩和ケアセンター
3. 緩和ケアセンターと地域連携



## 本日の内容

1. 緩和ケア
2. 緩和ケアセンター
3. 緩和ケアセンターと地域連携

## がんの特徴

1. **身近な病気である。**
  - 生涯でがんに罹患する確率： 男性60%(2人に1人)、女性45%(2人に1人)
2. **死因の第1位である。**
  - 生涯でがん死確率： 男性26%(4人に1人)、女性16%(6人に1人)
3. **苦痛を伴う病気である。**
  - 痛み(がんの進行に伴う痛み・治療に伴う痛みなど)、倦怠感などの症状
  - 落ち込み、悲しみなどの精神的な苦痛
  - せまりくる「死」への恐怖 などなど

## 新がん対策推進基本計画 (平成24年6月)

**重点的に取り組むべき課題**

(1) 放射線療法、化学療法、手術療法の異なる充実とこれらを専門的に行う臨床研修者の育成

(2) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(3) がん診療の推進

新(4) 働く世代や小児へのがん対策の充実

**全体目標【平成19年度からの10年目標】**

(1) がんによる死亡者の減少 (75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)

(2) すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と生涯生活の質の維持向上

(新) (3) がんになっても安心して暮らせる社会の構築

**分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標**

<p><b>1. がん診療</b></p> <p>① 放射線療法、化学療法、手術療法のさらなる充実とチーム医療の推進</p> <p>② がん診療に携わる専門的な臨床研修者の育成</p> <p>③ がんと診断された時からの緩和ケアの推進</p> <p>④ 地域の医療・介護サービス提供体制の構築</p> <p>⑤ 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組</p> <p>⑥ その他(がん、癌診断、リハビリテーション)</p>	<p><b>5. がんの早期発見</b></p> <p>がん検診の受診率を5年以内に50%(胃、肺、大腸は当量40%)を達成する。</p>
<p><b>2. がんに関する知識と物産供給</b></p> <p>患者とその家族の痛みや不安を減らし、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を実現する。</p>	<p><b>6. がん研究</b></p> <p>がん対策に関する研究をより一層推進する。2年以内に、関係者が連携して、がん研究の今後の方向性と、各分野の具体的な研究事項等を明示する新たな総合的な研究戦略を策定する。</p>
<p><b>3. がん診療</b></p> <p>遠隔医療への検討も含め、効果的な後援体制の構築や院内がん登録を実施する医療機関の増加を通じて、がん登録の精度を向上させる。</p>	<p><b>7. 小児がん</b></p> <p>5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機能の整備を開始する。</p>
<p><b>4. がんの予防</b></p> <p>平成24年度までに、成人喫煙率を12%、未成年の喫煙率を0%、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は20%、家庭は3%、飲食店は15%、職場は平成22年までに受動喫煙の無い職場を実現する。</p>	<p><b>8. がんの啓発・普及啓発</b></p> <p>子どもに対するがん教育のあり方を検討し、健康教育の中でがん教育を推進する。</p>
	<p><b>9. がん患者の経済生活を社会が支えること</b></p> <p>就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場における理解の促進、相談支援体制の充実を通じて、がんになっても安心して働き続ける社会の構築を目指す。</p>

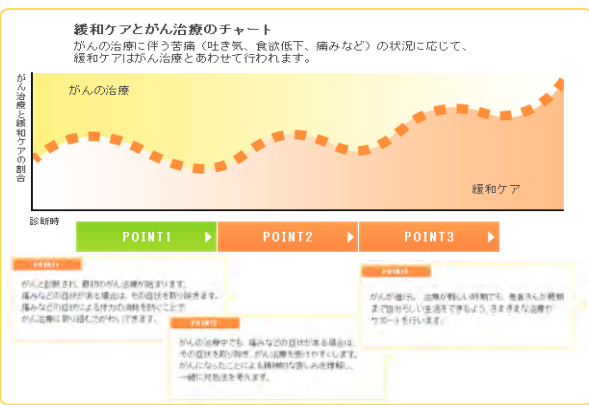


## 緩和ケア

緩和ケアとは、重い病を抱える患者やその家族一人一人の身体や心などの様々なつらさをやわらげ、より豊かな人生を送ることができるように支えていくケア

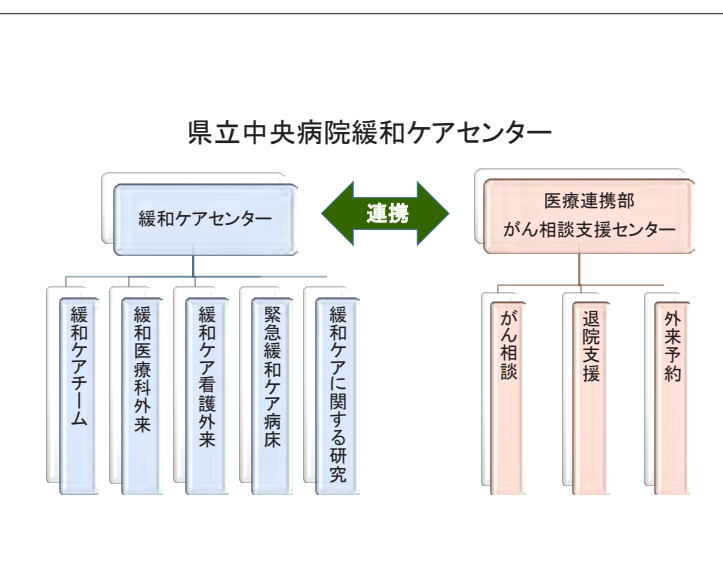
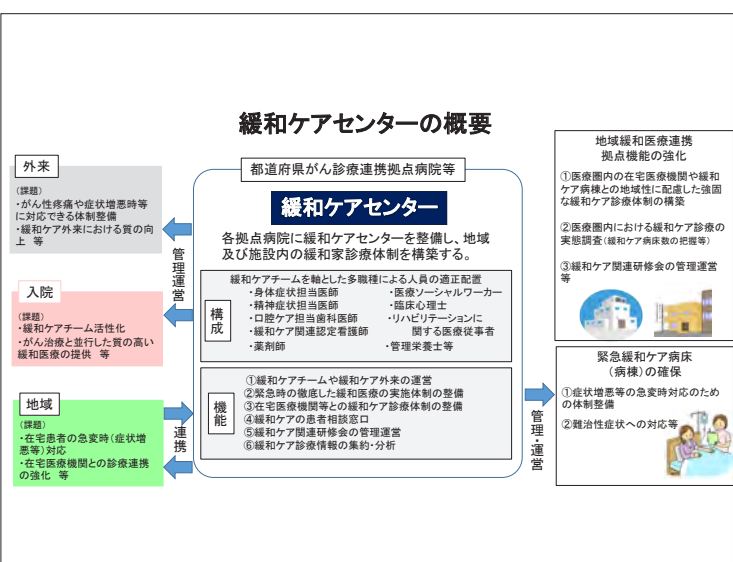
(日本緩和医療学会)





## 本日の内容

1. 緩和ケアとは
2. 緩和ケアセンターとは
3. 緩和ケアセンターと地域連携



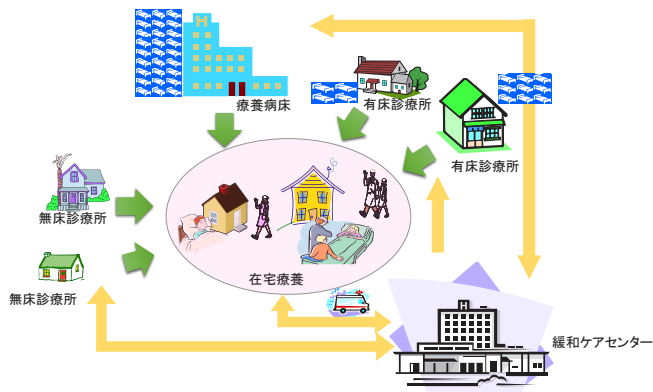
## 本日の内容

1. 緩和ケアとは
2. 緩和ケアセンターとは
3. 緩和ケアセンターと地域連携

## 緊急緩和ケア病床：2床

1. 対象  
 緊急緩和ケア病床登録医※が、訪問診療を行っている患者で在宅での対応困難な症状が出現したとき  
 ※緩和ケアについて、当院で定めた研修を修了し、登録医として申請した医師
2. 退院  
 症状が緩和するまで、緊急の処置が終了するまで、おおそ1週間  
 退院後は、在宅、または、入院加療が必要な場合は転院

**地域連携が重要**  
 ・在宅緩和ケアマップの作成  
 ・緩和ケアに関する研修会の開催等



御清聴ありがとうございました。

**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**

**がんになって、  
痛みがでてきたときに思う  
患者さんや家族の体験**

### **秋元美津子さん**

**2012年、すい臓がんと診断、抗がん剤治療を受けていました。**

**4月にお腹が痛くなり、主治医から医療用麻薬が処方されました。**

**でも、痛みをずっと我慢していました。**



**なぜ、私たち医療者に  
痛みを伝えることができないのか**

**患者さんや家族が私たちに伝えることが  
できなかった理由**

**それは、二つありました**

### **青森県の文化**

**患者・家族が抱く医療者への思い**



**なぜ、痛いのに痛み止めを使わないのか**

**麻薬という言葉のイメージ**

## 麻薬に対するイメージ



中毒になって、気が狂ってしまうのではないか



寿命が縮むのではないか



いつか効かなくなるのではないか



もうおしまいだ



痛みからの解放のために  
青森県立中央病院が  
これまで、今、取り組んでいること



## 今はこんなことにも取り組んでいます

「聴いてください、  
わたしの痛み。」

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 外科 該当者 8名  
調査日 2014/05/20

No.	患者ID	患者氏名	困っていること	NRS 疼痛レベル	痛みの原因	主治医
1			その他(自壊部処置)	5	がん治療・検査	
2			腫脹、座る、歩く	6	がん	
3			排泄	0	がん治療・検査	
4			その他(咳、くしゃみ、嘔吐)	4	がん治療・検査	
5			怒る	1	がん治療・検査	
6			寝る、歩く	1	がん治療・検査	
7			その他(起き上がる時)	4	がん治療・検査	
8			寝る	2	がん治療・検査	

患者さんの氏名 ↑  
痛みによって何かが障害されているか ↑  
痛みの強さ ↑  
痛みの原因 ↑  
主治医名 ↑

病棟看護師が全がん患者に痛みとつらさを聴き取り、それを基に痛みで困っている患者リストを作成

作成されたリストは、医師へ渡し、治療に役立ててもらえるようにしています

わかりやすく伝える工夫をしてみてください

もし、医療者にうまく伝えられないのであれば**日記**を診療の時に見せてください。そして、聞きたいことを整理してみてください。

時間がない中でも、日常のことを医療者に伝えることができます。

もし、可能であれば家族も一緒に診察室に入ってください。遠慮はいりません。

一人で聴くことよりも家族が一緒だと、代弁してくれることもあります。そして心強いです。



医師も、看護師も

患者さんの痛みを聴き、受け止めたいと思っています。

「ぜひあなたの声を伝えてください」

その声は、かならず届きます。

ご協力いただいた

秋元さん

貝吹さん

そして、当院で治療を受けられている  
患者さん・ご家族の方  
ありがとうございました



## 青森県の厳しい医療状況

**現状**

- 平均余命:男女とも最下位(平成17年生命表)
- 三大死因を除いた予測延命率  
男性:9.36歳(第1位) 女性:8.32歳(第4位)
- がん死亡が高率で多彩(消化器がんも肺がんも)

**問題点**

- 医師の県外流出による絶対的医師不足
- 広い県域と乏しい医療資源(医療へき地の存在)
- 勤務医の疲弊による開業志向

**三大死因の克服にむけた高度医療の集中化と拠点化**

## 政策医療の推進

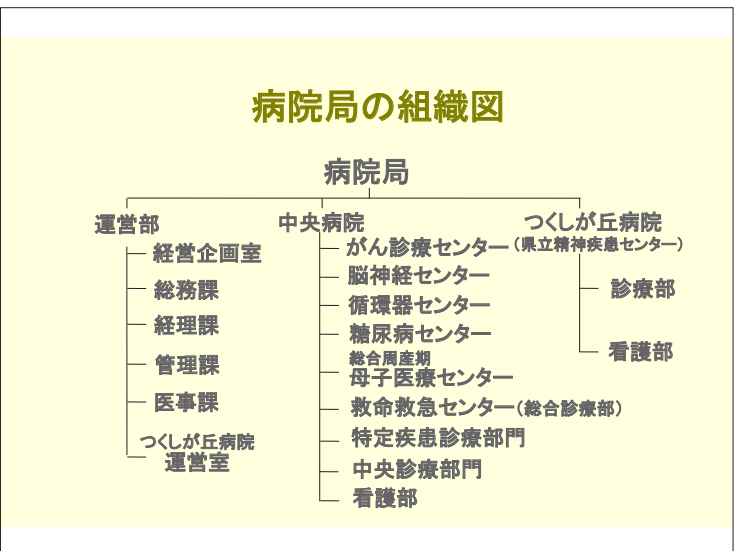
政策医療とは

- 5疾病(がん、心筋梗塞、脳卒中、糖尿病、認知症\*)
- 5事業(母子、小児、救急、災害、へき地の各医療)

国の対応

- 国立高度医療研究センター(ナショナルC)  
 →がんC、循環器C、成育医療C、精神神経医療C、  
 長寿医療C、国際医療C
- 救急/災害、へき地医療対策  
 →各都道府県に拠点病院を指定

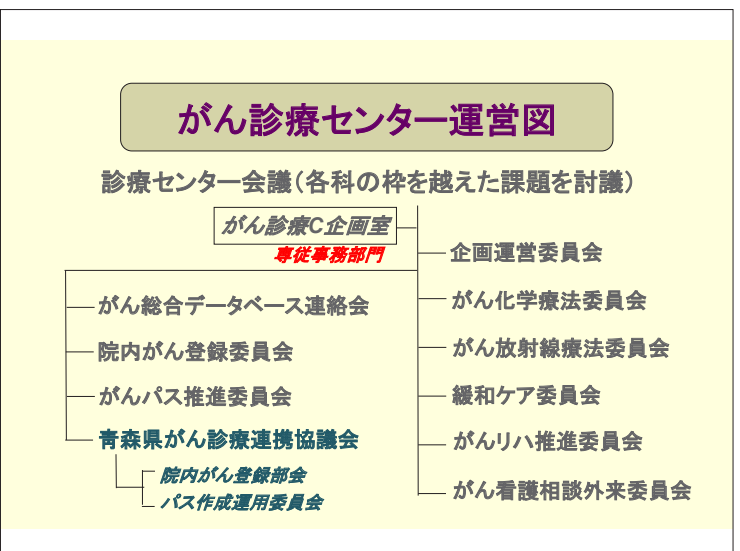
※平成25年度より精神医療として追加



## 院内センターの概要

青森県立中央病院

名称	病床数	医師数	関連診療科
がん診療C	284	45	消化器科、呼吸器科、血液内科、緩和医療科 泌尿器科、耳鼻咽喉科、口腔外科、
脳神経C	79	17	脳神経外科、神経内科、
循環器C	59	12	循環器内科、血圧腎臓内科、心臓外科
糖尿病C	55	12	内分泌内科、眼科、皮膚科、整形外科
周産期C*	49	10	産科、新生児科
救命救急C	24	18	救急部、総合診療部、ICU、EICU
<b>550</b> (79%)	<b>114</b> (80%)		※周産期母子総合医療センター





## センター化・部門化の評価

- 診療機能向上に伴う入職希望医師の増加  
・平成19年度:130名～平成24年度:161名

### 新しい医療文化の萌芽が形成

- チーム医療の普及  
・各科別対応(大学のコピー)からの脱却(横断思考)  
・メディカルスタッフの専門分化と育成
- 職員間の意思疎通の改善  
・事務方を含め医療現場のニーズの全体感を共有  
・自己中心的対応の改善(互いの立場を尊重)

## 医療文化とは

### 病院等の施設で受け継がれている医療行動のあり方

- 佐久総合病院(若月俊一院長)  
・農村医学、住民の保健指導、住民のおはよう検診  
・コミュニティセンター(生活の場)としての院内外活動
- 国立がん研究センター  
・診断治療のプロを養成する、標準的治療を拡充する  
・新規の診断治療法を開発する(チャレンジ精神)  
・臨床研究が必須(研究志向のない医師は評価せず)
- これまでの青森県立中央病院  
・最新医療の提供と臨床研究(大学付属第二病院)  
・県下最大の病床数:保守的で気位の高い病院  
・全病院的な取り組みに乏しい:各科個別の文化

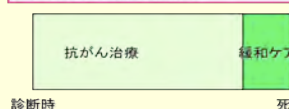
## 医療文化となる要件

- 施設の設定目的(Mission)に合致していること  
・施設内の創造的なニーズに合致している  
・地域内の医療ニーズにも応えられる
- 多くの職員が価値観を共有していること  
・職域を超えて参加する意義を見いだしていること  
・心情的に熱意を傾けられる内容であること
- 維持、継続しようとする方向性が見えること  
・日常的な行動として定着(常識化、習慣化)  
・自主性があること(嫌々やらせられるのではない)

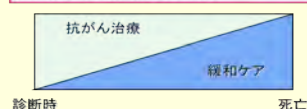
### 緩和ケアとは? ~WHOの定義~

- 「延命＝抗がん治療、QOLの向上＝緩和ケア」ではない  
・目的は同じQOLの向上でも、がんに対する治療(Disease-modifying treatment)によるか、症状緩和・心理社会的介入により目標を達成するかによってちがう
- WHOの定義  
・生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族に対し、疼痛や身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期から正確にアセスメントし解決することにより、苦痛の予防と軽減を図り、生活の質(QOL)を向上させるためのアプローチである。

従来のがん医療のモデル



理想のがん医療のモデル



## がん対策推進基本計画 重点的に取り組むべき課題 (平成24年度～28年度)

- 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門に行う医療従事者の育成
- がんと診断された時からの緩和ケアの推進
- がん登録の推進
- 働く世代や小児へのがん対策の充実

## “がんと診断された時からの” 求められる要件

- がん患者の全数把握(総合病院では一般に困難)  
・がん患者データベースの構築
- 誰がどうやってスクリーニングを行うのか  
・病棟:看護師のラウンド時  
・外来:看護師、担当医、ドクタークラーク、臨床心理士  
→いずれにせよシステム構築が必要
- 要介入患者の受け入れ先が用意されているか  
・緩和ケアチーム、担当医、がん相談



厚労科研究費

### がん疼痛治療の施設成績を評価する 指標の妥当性を検証する研究

#### Special Project for Awareness and Relief of Cancer Symptoms (SPARCS)

大目的: 社会単位としてがん性疼痛制御を実現する

今回の目的: 施設評価基準(除痛率)の妥当性評価  
院内除痛患者率=パラメーターとなり得るか  
(全がん患者の実態把握)

<平成20年11月開始>

### 苦痛に対する患者の対応

SPARCUSの取り組みによって判ったこと

- とりあえず我慢
  - ・患者は何とかなるものか、そうでないかが判らない
  - ・人の世話はできるだけ受けたくない
- 看護師に訊かれれば答える
  - ・医師とは会話時間が限られるので全てを語れない
  - ・結果的に看護師側と医師側で持つ情報が異なる
- 自己診断に基づいて対処する
  - ・売薬、食思不振(15.6%)、呼吸困難(15.2%)等



- ・30名の病棟看護師に同行し  
痛みの問診方法をアドバイス
- ・痛みの聞き取りシートを毎日  
評価し直接指導
- ・12回/月 勉強会開催  
延べ116名が参加

### 痛みの問診の ロールプレイ



### 医療者が誰でも評価できる痛みの質問方法

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たことはありましたか？  
睡眠 座る 歩く 飲食 排泄 その他
3. 痛み止めを使っていますか？
4. 痛みの強さについて
  - ① 休んでいる時の一番強い時の痛み
  - ② 動いた時の一番強い痛み
  - ③ 一日の平均の痛み

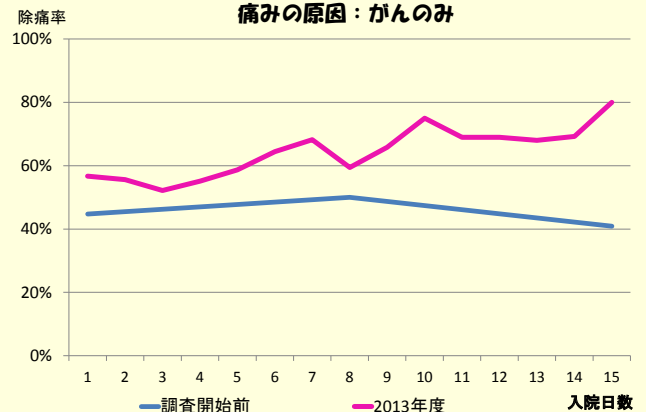
### Painful Truth About Pain Screening

最もすばらしい質問は、

“痛みは生活に影響していますか？  
何か生活上支障があれば教えてください”

この、たった1つの質問である。


### 2012~2013年度における入院患者除痛率の変化 痛みの原因：がんのみ



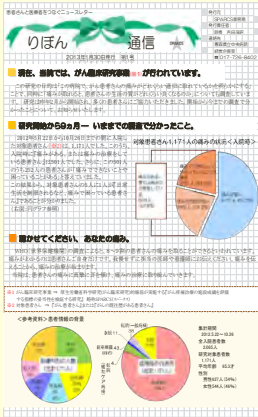
## SPARCS本部の活動内容

- 人員配置
  - ・医師事務2名 研究事務員3名
- 活動内容
  - ・入院SPARCS患者のスケジュール管理
  - ・外来SPARCS患者への説明と対応
  - ・入院・外来におけるデータ入力
  - ・調査用紙の準備
  - ・調査における医療者・患者からの相談窓口
  - ・入院・外来における院内説明会や各種勉強会の準備
  - ・その他
    - 各種会議議事録作成
    - SPARCSニュースレターの作成と発行
    - りぼん通信の作成と発行

## 医療者向けのNEWS LETTER

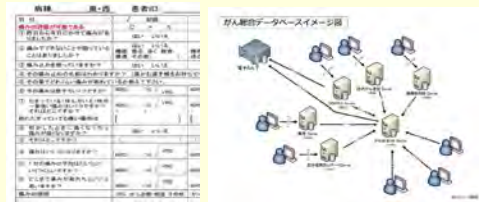
- SPARCSの
  - 院内の骨幹
  - ヒヤリハット  
スク、フェン
  - 院内におけ  
・オピオイドス
- 
- 過量投与のり  
法について  
 取り組みなど

## SPARCS活動 患者への周知



- ★りぼん通信naming  
患者・家族と医療者をつなぐ『りぼん』としてのNewsletter
- ★SPARCSの解析結果
- ★医療者に痛みを訴えることの重要性
- ★院内の取り組み

## 痛みでできないことや困っていることを 医師にフィードバック



痛みでできないことや困っていることがある患者さんのリストを毎日、毎週、毎月出せる。  
 更に・・・  
 痛みで何ができないのかも、NRSの変化も、痛み止めの増量の状況も、副作用の状況も  
 痛いの薬の対応がいつからされていないかが、病棟、診療科、病院単位で見える。

俺の患者...ではなく、みんなで患者さんの困った！  
 に気を配り、速やかに対応するためのシステム。

## 県立中央病院における 医療文化醸成の契機

- 診療システムの再構築(横串の導入)
  - ・電子カルテのパス化(危機管理の共有)
  - ・センター化(診療科の壁の克服)
  - ・コメディカルによる専門外来の設置
- 臨床研究/疾病対策事業
  - ・がん疼痛からの解放(SPARCS)
  - ・健康増進事業(メタボ対策)
  - ・在宅医療ネットワーク、地域包括ケア
- 県民・市民との交流
  - ・ボランティアの受け入れ
  - ・市民公開講座等による住民教育

## まとめ

- SPARCSの手法は、がん緩和療法の早期介入を展開する上で、きわめて有効な方法論と考える
- SPARCSの活動は、がん診療拠点病院としての使命に合致し、多くの職員の関与を促すとともに、継続性を求められることから、県立中央病院における医療文化として定着していくことが望まれる
- 今後は、方法論の簡便化、効率化を図ることにより、青森県内はもとより、全国的な普及、展開をめざすべきと思われる

# がん疼痛など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

青森県立中央病院  
山下 慈

## はじめに

厚生労働省は平成26年1月10日、がん診療連携拠点病院等の整備に関する新たな指針

### ●苦痛のスクリーニング

- ①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行う
- ②院内で一貫したスクリーニング手法を活用する
- ③緩和ケアチームと連携し、スクリーニングされた苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備する

●2009年から青森県立中央病院で入院患者を対象に「疼痛初期アセスメント表」のツールを活用して緩和ケアチーム専従Nsがスクリーニングと介入を行ってきた

●これまでの効果の検証と今後のスクリーニングの方法について検討した

## 「疼痛初期アセスメント表」のツールを活用した スクリーニングと介入の効果の検討

## 疼痛初期アセスメント表の使用法

### ◆対象：鎮痛剤を使用中又は痛みを訴えるがん患者

1. 病棟看護師は疼痛初期アセスメント表を記載し緩和ケアチームNsに提出する。
2. 緩和ケアチームNsは、アセスメント表が提出された全患者をラウンド。病棟看護師から情報収集後患者と面談し「痛みの評価」や「今、一番辛いこと」について確認する。面談回数は0～7件/日、1件当たり15～60分
3. 緩和ケアチームNsは、収集した情報を病棟看護師に報告し、必要時は緩和ケアチーム依頼を提案する。チーム非介入の場合でも病棟看護師の相談に随時対応する。必要な場合は、主治医とも直接カンファレンスする。また、カルテには面談内容を記載する。

## 疼痛初期アセスメント表の概要

疼痛初期アセスメントシート

患者ID: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_ 性別: \_\_\_\_\_

1. 痛名

2. 痛みの部位、強さ

3. 痛みの性状

4. 痛みの持続時間

5. 痛みの増強・緩和因子

6. 痛みが日常生活に及ぼす影響

7. 痛みに関して使用している薬剤と効果

8. 副作用についての理解

9. 痛みのスケールについての理解

10. 主治医と痛みについて十分話し合っているのか

11. 患者の目標

アセスメント表の内容

- ◆痛名
- ◆痛みの部位、強さ
- ◆痛みの性状
- ◆痛みの持続時間
- ◆痛みの増強・緩和因子
- ◆痛みが日常生活に及ぼす影響
- ◆痛みに関して使用している薬剤と効果
- ◆副作用についての理解
- ◆痛みのスケールについての理解
- ◆主治医と痛みについて十分話し合っているのか
- ◆患者の目標

## 研究方法

### 1. 後ろ向き調査の項目

- (1) モニタ体制(疼痛初期アセスメント表提出)の前後比較
  - ①2009～2011年のPCT介入件数、②アセスメント表の提出件数、③PCT・Nsが提案し介入に至った件数、④入院からPCT依頼までの日数、⑤PCTNsのラウンド形態
- (2) 医療者へのアンケート調査の前後比較
 

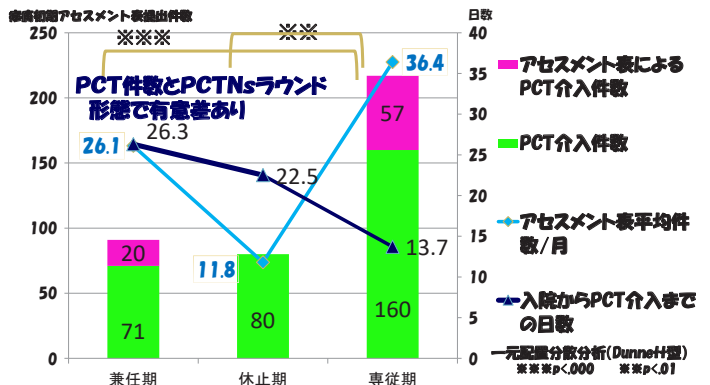
2011年9月にがん診療センターに勤務する医師・病棟看護師を対象にアセスメント表導入後のPCT活動の評価、アセスメント表の効果について無記名自記式でアンケート調査を行った。

## 研究方法

### 2. 統計解析

集計された情報は統計解析ソフトPASW18.0を用いて記述統計、単回帰分析、一元配置分散分析(Dunnett型)を使用して、解析した。

### PCTNsラウンド形態とPCT介入・アセスメント表件数との関連



アセスメント表提出件数とPCTNsラウンド形態において有意差あり専従期×休止期<sup>\*\*\*</sup>、専従期×兼任期<sup>\*</sup>  
一元配置分散分析(Dunnett型) ※※※p<.000 ※※p<.01 ※p<.05

### 疼痛初期アセスメント表活用によるPCT介入の実態

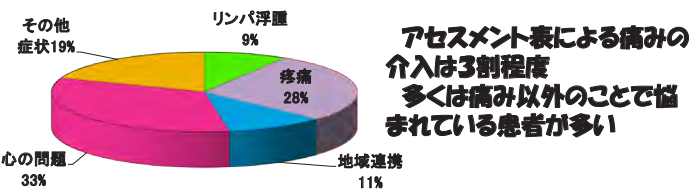
R	R2乗	調整済みR2乗	標準偏差推定値の誤差
.728 <sup>a</sup>	.530	.519	4.51991

a. 予測値(定数) 疼痛初期アセスメント表提出件数  
b. 従属変数:PCT介入件数

#### 単回帰分析(強制投入法)の結果

PCT介入件数 =  $300X + 4.528$  ( $p = .000$ )

### 疼痛初期アセスメント表活用によるPCT介入の実態



### 疼痛初期アセスメント表が有効だった例

#### ◆患者の意志決定支援のサポート

病棟Ns: 希死念慮のため手術結果を患者に伝えられない  
⇒ 緩和ケアチームNsが患者の思いを傾聴、自殺希死念慮はなく告知することになる

#### ◆患者・家族の緩和ケア = 終末期のイメージを払拭

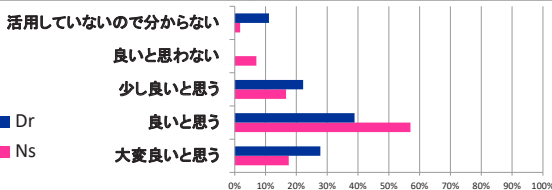
病棟Ns: 緩和ケア = 終末期というイメージがあり緩和ケアチームへコンサルできない  
⇒ 緩和ケアチームNsが時間をかけて患者・家族へ緩和ケアについて説明、緩和ケアチーム介入となる

#### ◆患者の麻薬への誤解を解消

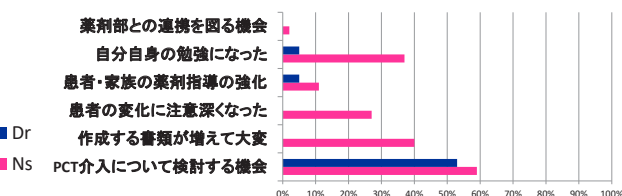
病棟Ns: 患者は麻薬 = 終わりと思って使いたがらない  
⇒ 緩和ケアチームNsが麻薬について説明し誤解解消

### 医師・病棟看護師を対象にしたアンケート結果(n=163)

#### 疼痛初期アセスメント表の導入についてどのように思われますか？



#### 疼痛初期アセスメント表の導入によって変わったことはありますか？



### これまでの結果でわかったこと

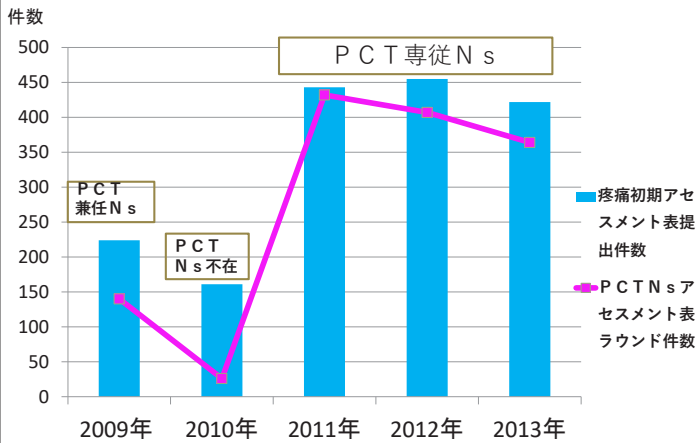
#### 緩和ケアスクリーニングに必要な2つのシステム

- ◆システム1 「緩和ケアNsの重要性」  
緩和ケアチームNsのラウンド形態が疼痛初期アセスメント表提出件数と緩和ケアチーム介入件数に関連していた。緩和ケアチーム専従Nsの位置づけが重要である
- ◆システム2 「病棟Nsと緩和ケアチームNsを繋ぐツールを活用した直結型システム」

患者に最も近い医療者である病棟看護師の評価とそれに随時対応できるPCT専従Nsが直結できるシステムの整備が重要である。

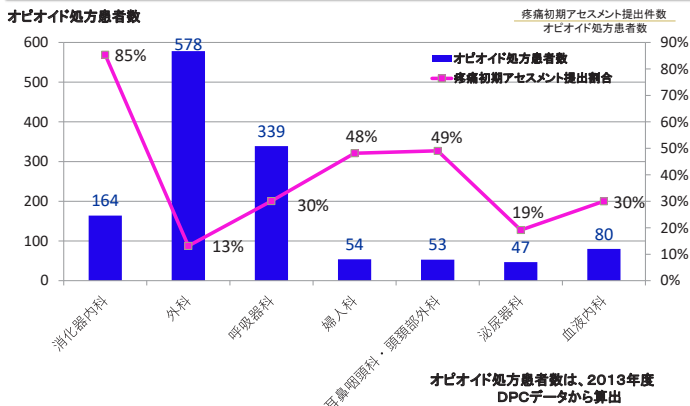
アセスメントツールを作成するだけでなくそれを活用するシステムの整備が非常に大事!!

**疼痛初期アセスメント表提出件数とPCTNsによるラウンド件数**



**疼痛初期アセスメント表のツールを活用したスクリーニングは適切な方法なのか？**

**疼痛初期アセスメント表提出件数とオピオイド処方患者数との比較**



オピオイドが処方されていない「痛みで困っている」患者もいることから、疼痛初期アセスメント表を活用したスクリーニング率はもっと悪いことが予測される

**疼痛初期アセスメント表を活用している病棟看護師の声**

- ◆痛みとつらさの聞き取りシートの項目と重なる点が多い
  - 病棟看護師の業務の負担
- ◆診療科によって提出件数が差がある
  - 病棟看護師の記載忘れ
  - 病棟看護師の提出忘れ
  - 緩和ケアチームNsが病棟に来るから、疼痛初期アセスメント表を書くなという医師がいる

**疼痛初期アセスメント表のツール以外に効果的な方法はないか？**

**全がん患者の痛みとつらさのスクリーニングとケア提供システム**



では、ツールを活用したシステムがあれば適切に痛みを評価できるのか？

SPARCS開始前の病棟看護師の痛みの評価

昨日から今日にかけて痛みがあった

しかし、痛みの評価は"0"

SPARCS開始前の病棟看護師の痛みの評価

VRS

NRS

再びVRS

そしてNRS

MIX



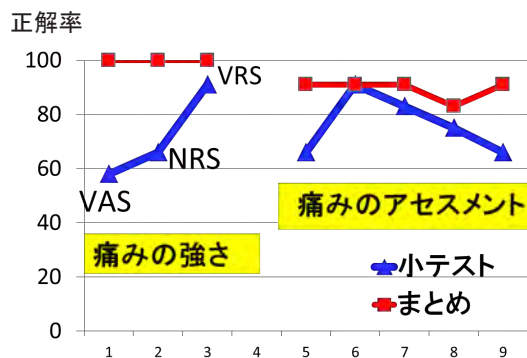
- ・30名の病棟看護師に同行し痛みの問診方法をアドバイス
- ・痛みの聞き取りシートを毎日評価し直接指導
- ・12回/月 勉強会開催 延べ116名が参加

痛みの問診の  
ロールプレイ

- ・津軽弁
- ・標準語
- ・高齢者への対応

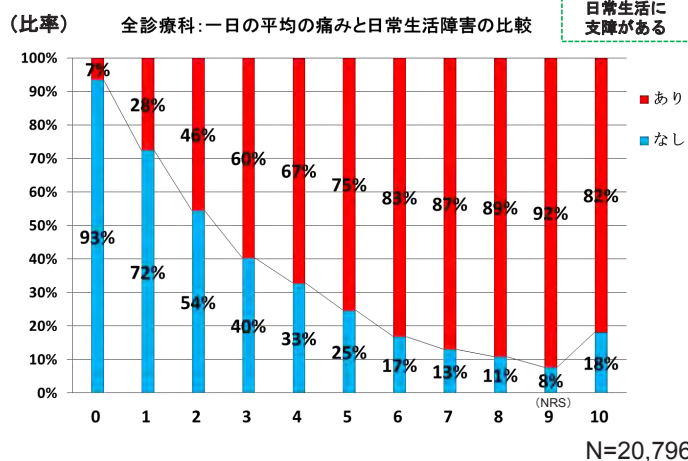


SPARCS教育介入後の病棟看護師の知識レベル



緩和ケアリンクナース(15名)を対象にした教育啓発前後の痛みの小テストの結果

2013年度の痛みの聞き取り結果



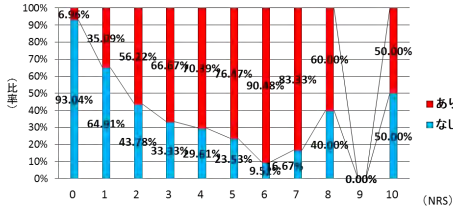
### 病棟看護師からの声

「患者の痛みの訴えを医師に話しても大丈夫じゃないかと治療に反映してもらえないことがある」

「聞き取りシートは患者・看護師・緩和ケアチームのもの。主治医にはこれを活かすという認識がまだまだ足りないような気がする」



消化器内科/一日の平均

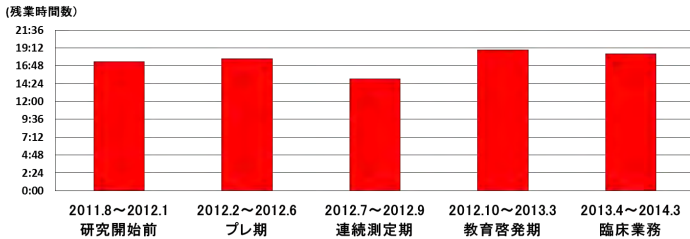


### カンファレンスでわかった今後の課題

- ・主治医と病棟看護師では患者の訴える痛みにギャップがある
- ・患者と看護師・医師のコミュニケーションのツールとしてシートを活用していくシステムが必要

## 病棟看護師が毎日スクリーニングをしたら 業務量は増えませんか？ 残業時間は増えませんか？

### がん診療センターにおける病棟看護師の1人当たりの残業時間数



期間別	2011.8~2012.1 研究開始前	2012.2~2012.6 プレ期	2012.7~2012.9 連続測定期	2012.10~2013.3 教育啓発期	2013.4~2014.3 臨床業務
1人当たりの残業時間数	17:22	17:45	15:06	18:56	18:25

(備考)

<プレ期> 入院日、8日目、15日目に患者へ痛みの聞き取り

<連続測定期> 毎日痛みの聞き取り

<教育啓発期> 毎日を痛みを聞き取りながら痛みの教育を医療者が受ける

<臨床業務> 研究終了後、臨床として毎日痛みを聞くことを業務の一貫とする

### 2014年度~2016年度の活動予定

#### 2014年度

- ★「疼痛初期アセスメント表」と「痛みとつらさの聞き取りシート」を統合
- ★痛みとつらさの聞き取りシートの項目の再評価
  - ↓ 多機能型の携帯端末運用開始後
- ★緩和ケアチーム専従看護師による「痛みで困っている患者リスト」を用いた介入開始
- ★多施設の研究フィールドの確保と病棟看護師の痛みの評価と教育の開始
- ★痛みとつらさのスクリーニング抽出率と弱点の検証

#### 2015年度~

- ★客観的指標をもとに、スクリーニングと介入プログラムの効果を検証

### PCT専従Nsによるスクリーニングと介入プログラムを検証するための客観的指標

#### 評価のための指標

- ①痛みとつらさのスクリーニング抽出件数・割合  
痛みで困っている患者数/痛みの治療を受けている患者数又は痛みがある患者数
- ②緩和ケアチーム専従Nsのラウンド件数、割合
- ③緩和ケアチーム専従Ns推奨件数、率、推奨後の経過、依頼内容
- ④スクリーニング・介入前後の病棟・緩和ケアチームのインタビュー
- ⑤緩和ケアチームコンサルテーション件数、コンサル内容
- ⑥麻薬消費量



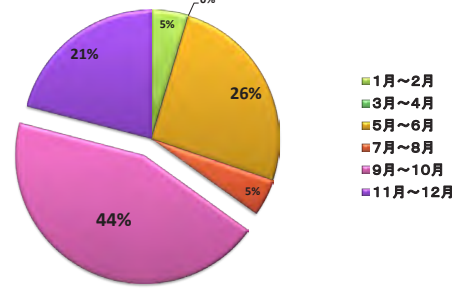
# がん医療従事者等研修会 ご来場アンケート

対象者:「けんみん公開講座」  
ご来場者  
実数:37人

## Q1. 開催時期について

開催時期について

n=43



Q1	1月~2月	3月~4月	5月~6月	7月~8月	9月~10月	11月~12月	合計
%	5%	0%	26%	5%	44%	21%	100%
人数	2	0	11	2	19	9	43

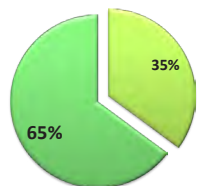
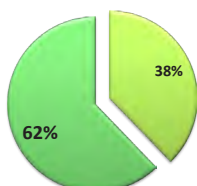
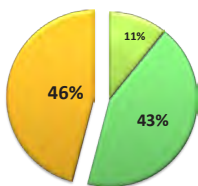
## Q2. 会場の印象について

n=37

(1)会場へのアクセス

(2)音響について

(3)照明について



Q2(1)	良い	普通	悪い	合計
%	46%	43%	11%	100%
人数	17	16	4	37

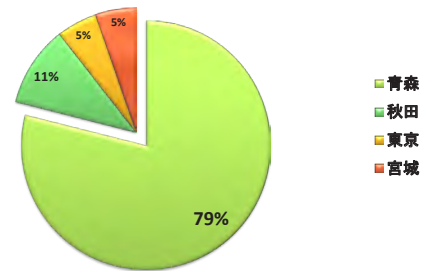
Q2(2)	良い	普通	悪い	合計
%	62%	38%	0%	100%
人数	23	14	0	37

Q2(3)	良い	普通	悪い	合計
%	65%	35%	0%	100%
人数	24	13	0	37

## Q3. 希望開催地について

n=19

希望開催地

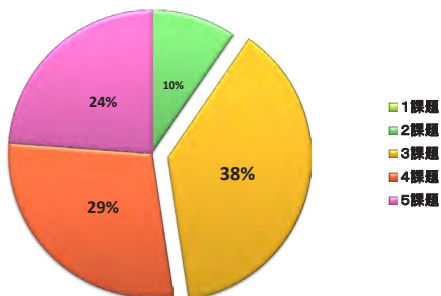


Q3	青森	秋田	東京	宮城	合計
%	79%	11%	5%	5%	100%
人数	15	2	1	1	19

## Q4. 適当と思われる演題数は？

n=42

適当だと思う演題数

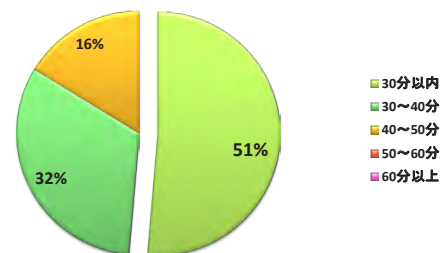


Q4	1課題	2課題	3課題	4課題	5課題	合計
%	0%	10%	38%	29%	24%	100%
人数	0	4	16	12	10	42

## Q5. 1課題あたりの時間はどの位が適当か？

n=37

1課題あたりの時間

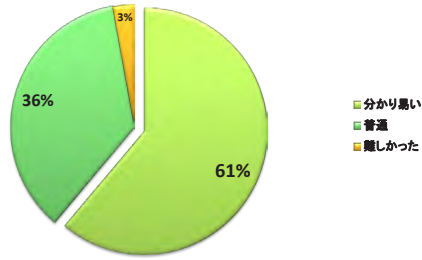


Q5	30分以内	30~40分	40~50分	50~60分	60分以上	合計
%	0%	51%	32%	16%	0%	100%
人数	0	19	12	6	0	37

## Q6. 研修内容について

研修内容について

n=36

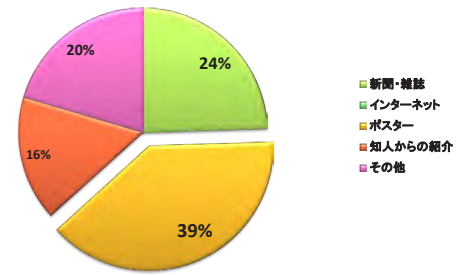


Q6	分かり易い	普通	難しかった	合計
%	61%	36%	3%	100%
人数	22	13	1	36

## Q7. 研修会をどこで知りましたか？

「けんみん公開講座」を知った媒体

n=49

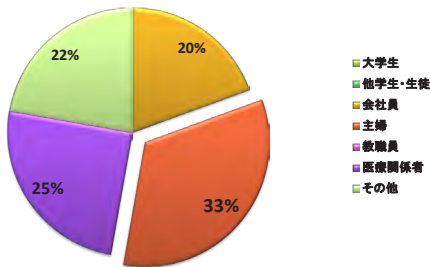


Q7	新聞・雑誌	インターネット	ポスター	知人からの紹介	その他	合計
%	24%	39%	16%	20%	0%	100%
人数	12	0	19	8	10	49

## Q8. 職種をお聞かせ下さい

「あなたの職種をお聞かせ下さい」

n=36

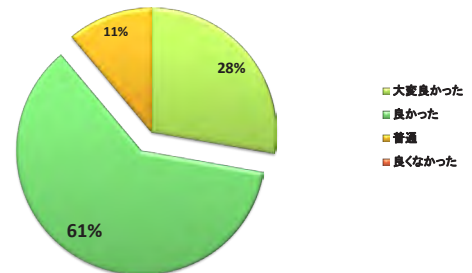


Q8	大学生	他学生・生徒	会社員	主婦	教職員	医療関係者	その他	合計
%	0%	0%	19%	33%	0%	25%	22%	100%
人数	0	0	7	12	0	9	8	36

## 研修会の全体的な印象について

全体的な印象

n=36



	大変良かった	良かった	普通	良くなかった	合計
%	28%	61%	11%	0%	100%
人数	10	22	4	0	36

## ご意見・ご要望

- 痛みを上手にとってもらえるならがんで死ぬのもいいかと思いました。もっと深く話を聞きたいと思いました。
- 医療現場(医療スタッフ)側からの発信だけでなく、がん体験者の生の声、行政の取り組みと異なる立場からの発表で色々な方向から考えることができました。目からウロコが落ちました。
- がんなので人のこととは思えなかった。自分のこれからを考えたい。
- 緩和ケアを知りたいと思い参加しました。痛みさえなければどんなに楽かと思いつきながら聞きました。患者が言わなければ、痛くないのだと思っているのでしょうか。もっと多くの医師や看護師が痛みに注意深く欲しい。
- 血液測定コーナーとかあると思ってきましたが、なかったのが少し残念でした。
- 県内の病院で母を看取りましたが、緩和ケアはトラウマになりました。講演を聞いて、こんな緩和ケアを受けさせたかったと思いました。県病だけでなく、他の病院も変えてほしい。

## ご意見・ご要望

- 県病の取り組みが他の病院にも広がれば良い
- 松本さんの発表がとても良かった。山下さんの発表したご家族や患者さんの映像がとても心にしみて良かった。待ち時間は外来の工夫して欲しい。
- 松本さんの話が、患者さんの気持ちや医療者に対してどんなことを思っているのか、知ることが出来て、参考になった。
- 分かりやすく良かったのですが、もう少し詳しく説明してもらいたい言葉がいくつかありました。松本さんの講演がとても良かったです。

# 「がんの痛み」伝えて

## 青森 元患者・松本さん講演

がんの痛みを正しく伝える大切さを強調する愛媛がんサポートおれんじの会の松本理事長



「がんの痛み」をテーマにした県民公開講座が8日、青森市の県民福祉プラザで開かれた。参加した約150人が講演を通して、がん患者が痛みを医療者に正しく伝える大切さや、医療者が患者の視点に立つ

て、がん医療に取り組む重要性について再確認した。公開講座は、がん政策にかかわる研究を行っている「厚生労働科学研究 的場班」（主任研究者・的場元弘 県立中央病院緩和医療科部長）が主催した。

がん患者を支えるNPO「愛媛がんサポートおれんじの会」理事長で、15年前に子宮頸がんを患った松本陽子さんは、手術後の激しい痛みと精神的な孤独を医師につまく伝えられなかった体験を紹介し「医療者に痛みを理解してもらい、痛みを和らげてもらうには、第一歩として私たち患者側から痛みを伝えることが大切」と強調した。

法として、診察時に自身の日記を提示すること、家族も一緒に診察室に入って状況を説明することなどを提案した。

県病の吉田茂昭院長は、がん治療の早期から、痛みを和らげる緩和医療を県病で取り入れていることを紹介し、「『がんは痛くない』を県病の文化にした。緩和医療の早期介入のためには、患者、家族、市民の協力が不可欠」と強調した。

（菊谷賢）

県病の緩和ケア認定看護師・山下慈さんは、本県のがん患者の特徴として①医師の多忙を気にしてがんの痛みをなかなか訴えない②医療用麻薬を使うことに抵抗がある③ことなどを説明。痛みを正しく伝える方

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】**12月13日(土)**  
2014年  
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

〈定員120名〉



## 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 青森市東造道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