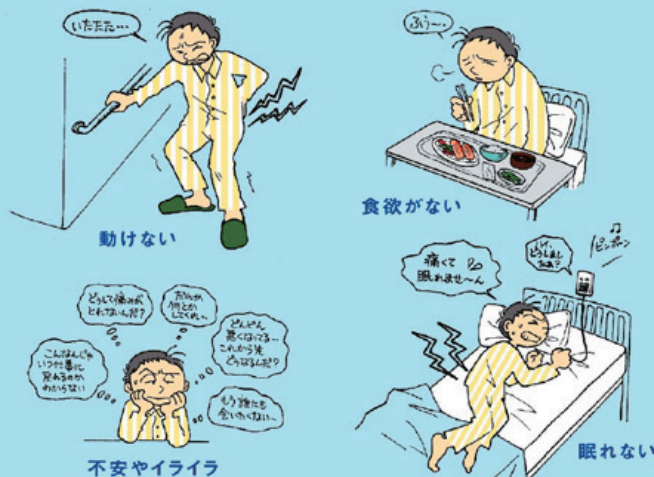


入院、外来全患者に対する苦痛のスクリーニングを
実践するためのプロセスと現場の変化

青森県立中央病院
緩和ケアセンター
緩和ケア認定看護師
山下 慈

2016年11月12日

痛みが少なく、生活がしやすくなるように目標を設定



スクリーニング実施までに聞かれる医療者からの声

「時間がない、絶対に無理。」
「みんなに聞くななんて、大変だ。」
「患者さんが、必要あれば言うんじゃない？」
「看護師の人数が足りない。」
「業務が増える、残業代が増える」

ちょっと立ち止まって考えよう！

- ・誰のために医療を提供しているのか。
患者さん、第一に考えてケアを提供することが一番大事。
- ・時間をつくることはできないのか。
看護師の本来の業務は何かを考える。
- ・スクリーニングをきっかけに何かを変えることができる。
一人一人の小さな言動が、
がん患者の痛みやつらさの解放を目指す社会運動になる。

2016年11月12日

3

がん患者の痛みやつらさのスクリーニングのコンセプト

- ・がん患者の **全ての療養過程** でスクリーニングする
- ・スクリーニングされた結果には、
緩和ケアチーム等が必ず対応する
- ・主治医や看護師を巻き込みながら **必要なリソースへ繋ぎ、解決していくようアプローチする**
- ・スクリーニングが患者、医療者の負担にならないよう、精度の高い質問を検証し、評価していく

痛みやつらさのスクリーニングと対応は
緩和ケアチームだけの役割ではない
病院、地域の医療者等に求められるみんなの役割

2016年11月12日

4

青森県立中央病院(都道府県がん診療拠点病院)

病床数:695床

年間新入院がん患者数(平成26年1月1日～12月31日):3419人

年間外来がん患者のべ数(平成26年1月1日～12月31日):154314人

年間院内死亡がん患者数(平成26年1月1日～12月31日):170人

医師 人数:168名

看護職員 人数:826人(看護助手74名含む)
内訳:外来班130名(看護助手8名含む)
病棟503名(看護助手63名含む)

緩和ケアセンター専従看護師:5名(内1名地域派遣)

青森県立中央病院 緩和ケアセンターの紹介

役割

- 入院/外来のスクリーニング体制整備
- 患者対応
緩和ケアチーム介入患者/入院・外来スクリーニング結果への対応患者
緩和ケア看護外来/テレビ会議症例カンファレンス(1回/週)
- 教育(地域を含めた研修会の企画運営)
緩和ケア勉強会(11回/年) ELNEC-J研修会(1回/年)
医科歯科連携研修会(1回/年) 各職能団体との緩和ケアに関する委員会(1回/年)
- 地域連携
地域症例検討会(2回/年) 緊急緩和ケア病床(2床) 地域への医療機器貸出管理
在宅緩和ケアマップ作成(病院/歯科/訪問看護/訪問リハ/保険調剤)
- 緩和ケア普及活動
厚労科研がん対策推進事業「緩和ケアセンターを軸としたがん疼痛の評価と治療改善の統合に関する多施設研究」、けんみん公開講座の企画、医療者・患者を対象にしたニュースレターの発行青森県がん診療連携拠点病院緩和ケア部会の企画・運営



配置人数:専従看護師5名/事務員2.5名
GM/SM/緩和ケアCN2名/がん性疼痛看護CN1名
(内1名緩和ケアCNIは教育支援を目的に現在地域の緩和ケア病棟へ派遣)

スクリーニング対象患者(入院・外来)の把握する

誰が困っているのかを集団からみつける

病院、医師・看護師(病棟・外来)らの理解、教育

スクリーニング結果に対応するリソースの発掘

緩和ケアの客観的な指標の確立と効果の検証

7

スクリーニング対象患者(入院・外来)を把握する

2011年12月初旬～中旬 関係者で方法論を検討

2012年1月初旬～1月30日

スクリーニング導入に向けての説明会

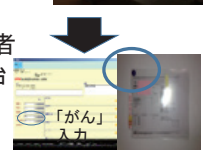
対象: 医師・看護師・医事会計事務・医療情報部・がん登録担当者・医師事務作業補助者等

2012年1月30日

対象患者を抽出するため入院・外来・がん登録患者に電カル、紙ファイルにマーキングする作業開始

2012年2月14日～

入院がん患者を対象にスクリーニングを開始



関わった職種・部署

・医療情報部(SE)→マーキングされたがん患者を抽出し母数を把握

・がん登録担当者

→がん登録済患者の把握(3～4か月前に診断された患者)

・看護師、医師事務補助者

→入院、外来で最近がんと診断されや患者の把握

準備には1か月～2か月を要する

8

シートを活用したスクリーニングのデメリット



普段聞いているあたり前のことを
スクリーニング項目にしよう!

- ★毎日、毎回聞き取るには項目が多すぎて現場に負担が大きい
- ★Data入力する人がいないと評価が大変
- ★患者さんが回答するためには解説が必要
- ★シートの記載、提出忘れが多く、限界がある
- ★医師の抵抗「緩和ケアチームが来るから書かなくていい」
- ★提出忘れがある、患者に負担がある

11

2016年11月12日

入院患者のスクリーニング項目

1. 昨日から今日にかけて痛みはありましたか(毎日)
2. 痛みでできないことや困っていることはありませんか(毎日)
3. だまっている時の一番強い痛みはいくつですか(NRS・VRS)
4. その部位はどこですか
5. 何かした時に痛みが強くなりますか(NRS・VRS)
6. その部位はどこですか
7. 昨日から今日にかけての痛みの平均の強さはいくつくらいですか(NRS・VRS)
8. 体がだるいと感じますか
9. この1日でお通じはありましたか
10. 食欲はありますか
11. 口やのどが渇きますか
12. 吐き気や嘔吐がありますか
13. よく眠れましたか(毎日)

その他につらい、気がかりな症状
はありませんか(毎日)

1. 気持ちが落ち込んでいますか
2. 不安やイライラを感じますか
3. 治療や検査のことでわかりにくいことや聞きたいことはありますか
4. 現在、受けられている治療について納得していますか
5. 家族や仕事、経済的なことのどれかについて気がかりはありますか(入院)

1回/週

外来患者のスクリーニング項目

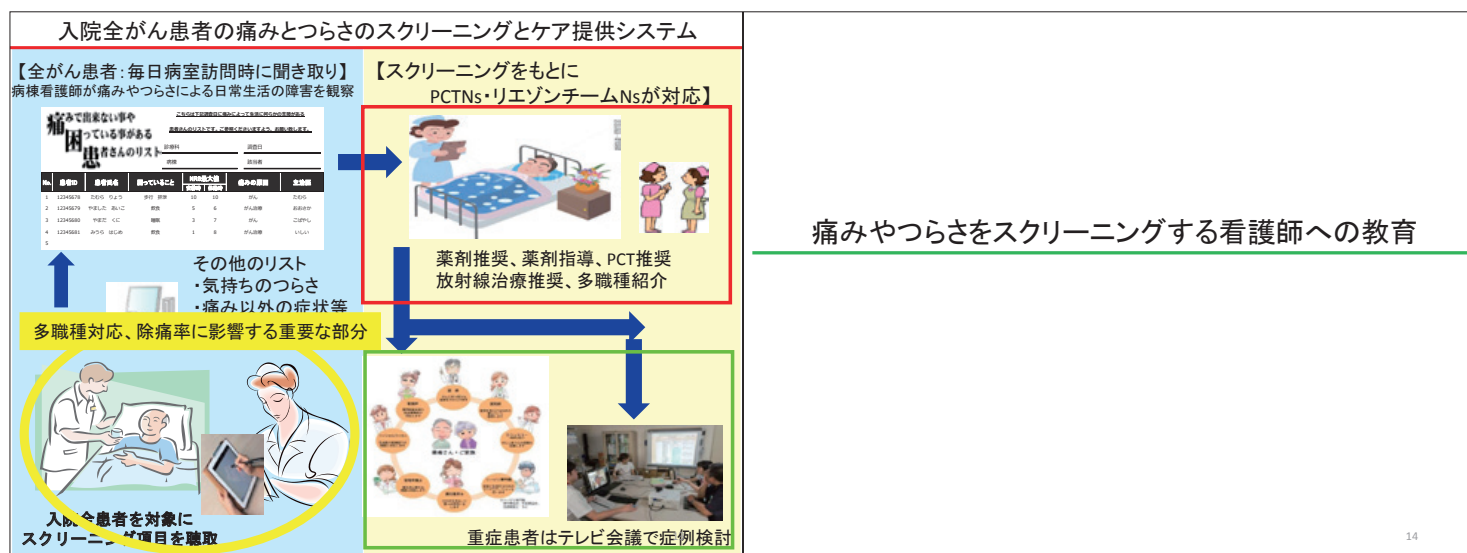
1. 痛みでできないことや困っていることは、ありませんか
2. 痛み以外につらい症状は、ありませんか
3. 気持ちの落ち込みや不安、イライラなどはありますか
4. 家族や仕事、経済的なことで気がかりはありますか
5. 治療や検査のことでわかりにくいことや聞きたいことはありますか

青森県立中央病院

痛みやつらさの解放を目指した緩和ケアチームの取り組み
入院

2016年11月12日

12



14

NRS“10”をどのように説明していますか？

1. この病気になって一番強い痛みを10として……
- 2.我慢できない強い痛みを10として……
- 3.人生で一番強かった痛みを10として……
- 4.何もできない強い痛みを10として……
- 5.最近一番痛かったときを10として……
- 6.入院してきたときの激痛を10として……
- 7.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？

15

“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？

2016年11月12日

16

痛みの記録シート連続測定・書き換え例

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”

VRS NRS 再びVRS そしてNRS MIX

スクリーニング導入時の青森県立中央病院での教育



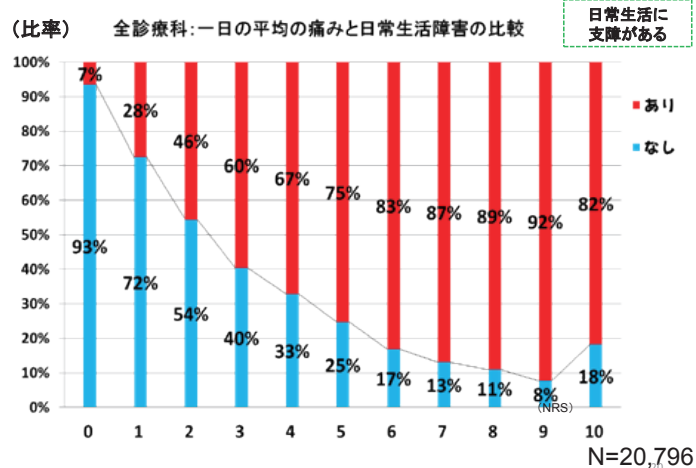
- ・30名の病棟看護師に同行し痛みの問診方法をアドバイス
- ・痛みの聞き取りシートを毎日評価し直接指導
- ・12回/月 勉強会開催延べ116名が参加

痛みやつらさの問診のロールプレイ

- ・津軽弁
- ・標準語
- ・高齢者への対応



2013年度の痛みの聞き取り結果



痛みやつらさの聞き取りで対応が困難に感じること

- ・「だるさ」がある人と言われても、何も対応できない
- ・「不安やイライラを感じますか？」
この質問を自分の言葉で言い換えて聞くことが難しい
- ・イライラする、不安、つらいと言われた時に、対応できない
- ・経済的な問題、社会的な問題(家族・就労)は
個人的なこともあるので聞きにくい
- ・「相談できる人はいますか」と質問された時に
「いない」と言われた時にどう対応していいかわからない

2016年11月12日

21

スクリーニング導入前の看護教育

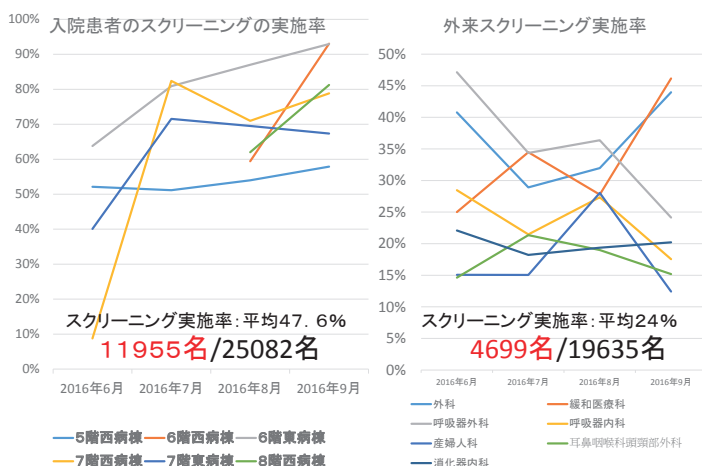
- ・病棟看護師の年代、診療科の経験年数
- ・各診療科・病棟の強みと弱みは何か
例えば
乳癌外科・婦人科疾患の看護師は、**気持ちのつらさや家族の問題をよくとらえている**が、患者・家族のつらさにどう対応するか**コミュニケーションに悩んでいる**
消化器内科の看護師は、**今後の療養場所の意思決定支援の重要性を認識し**医師に働きかけているが、**在宅での療養環境のイメージがつかず、在宅に向けた退院支援に難渋している**
- ・がんの痛みの評価、病態のアセスメント力
- ・痛み以外の症状の評価、病態のアセスメント力
- ・痛みと痛み以外の身体症状へのケアに関する実践能力
- ・**コミュニケーションスキル**
- ・**リソースを活用できる力**

2016年11月12日

22

スクリーニング結果からみえたこと、現場の変化

入院・外来患者のスクリーニング実施率(2016年6月～9月)



23

青森県立中央病院

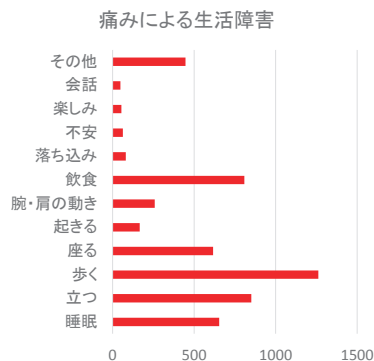
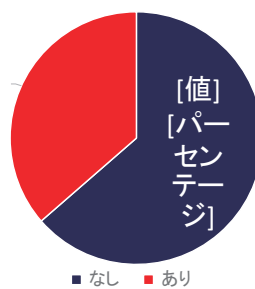
痛みやつらさの解放を目指した緩和ケアチームの取り組み 入院

2016年11月12日

25

入院患者のスクリーニング結果: 痛み

【痛みによる生活障害(n=8637)】
2015.10.1~2016.9.9

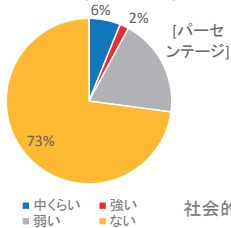


5人に2人が痛みによる生活障害

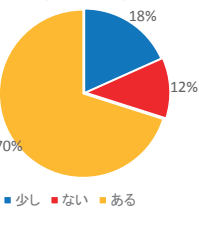
26

入院患者のスクリーニング結果 痛み以外の身体症状や社会的な気がかり

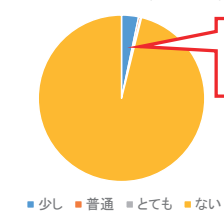
倦怠感(n=20689)



食欲(n=20586)



社会的な気がかり(n=9528)



家族、経済、仕事への気がかりが強いと回答した患者は17名

入院全がん患者の痛みやつらさのスクリーニングとケア提供システム

【全がん患者: 毎日病室訪問時に聞き取り】
病棟看護師が痛みやつらさによる日常生活の障害を観察

★痛みで困っていることがある患者
★痛み以外の症状(中程度以上)で困っていることがある患者
★気持ちのつらさ軽度2回、中程度以上は1回訴えられた患者

【スクリーニングをもとに
PCTNs・リエゾンチームNsが対応】

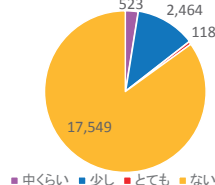
薬剤指導、PCT推奨
推奨、多職種紹介

入院全患者を対象に
スクリーニング項目を聴取

重症患者はテレビ会議で症例検討

入院患者のスクリーニング結果: 不眠と気持ちのつらさ

睡眠で困っている患者(n=20654)



気持ちの落ち込み(n=10318)



精神科認定看護師が気持ちのつらさがあると回答した患者をラウンド

平成28年1月~3月

※ラウンド基準: 気持ちのつらさ軽度2回、中程度以上1回

全がん患者956名の内、

精神科認定看護師のラウンド対象になった患者は32名、全体の3%

実際に面談したのは32名中19名(62%)

★フォローアップ不要14名

★精神科看護師による面談継続3名

★精神科医師の医学的な診察2名

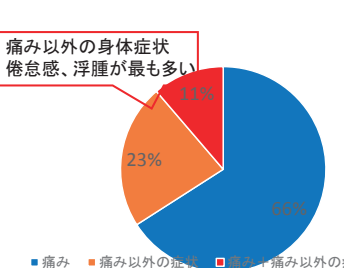


腫瘍心療科
鈴木医師 (Onco-Psychiatry
Dr. Suzuki)

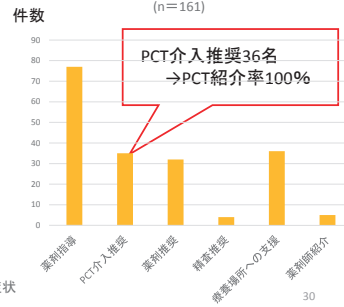
緩和ケアチーム看護師がラウンドで対応した内訳

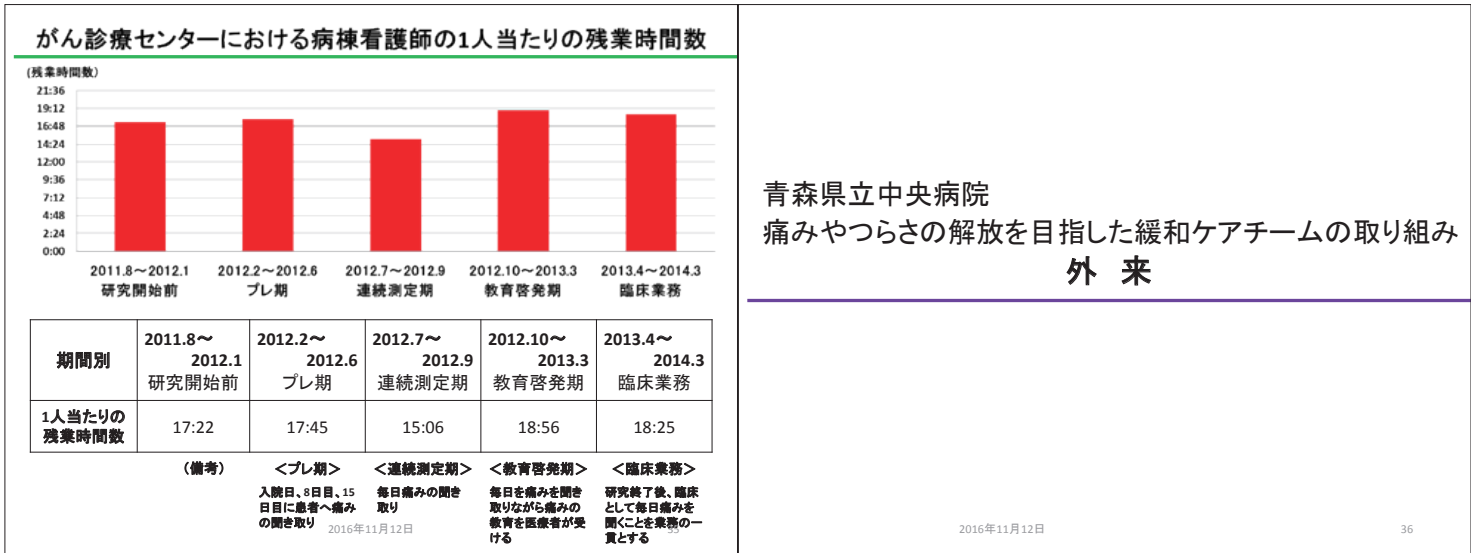
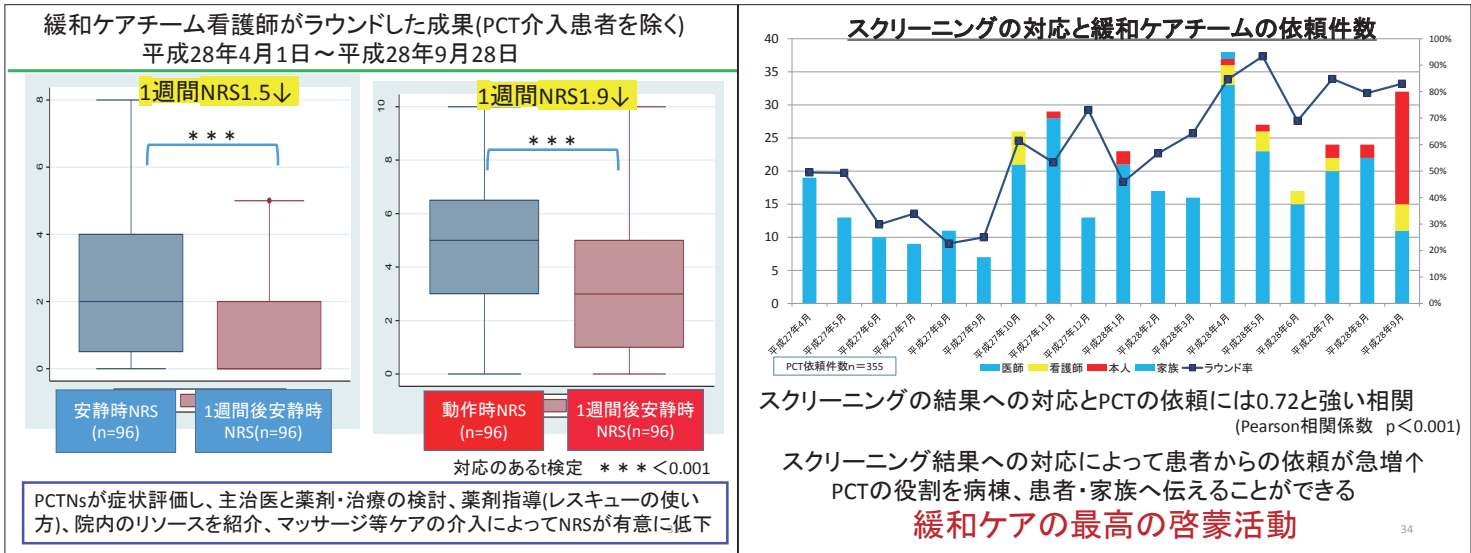
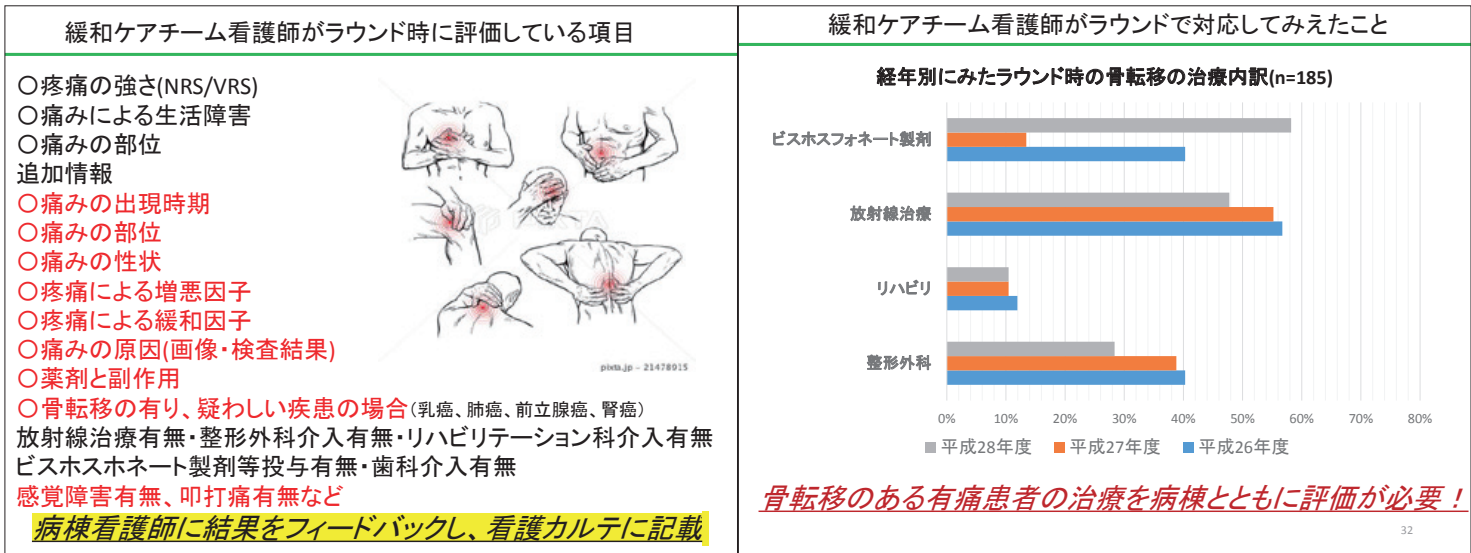
408名の患者面談した内、対応が必要な患者190名(全体の46%)
ラウンドした408名の内、9%(36名)はPCTの介入が必要であった
PCT介入が必要と判断した36名の患者は
痛み、浮腫、倦怠感を主症状、今後の療養場所への支援が必要!

平成28年度入院スクリーニングで対応した問題
(n=408)
平成28年4月1日~10月31日



PCTNsがスクリーニング結果を基に対応した内容
(n=161)



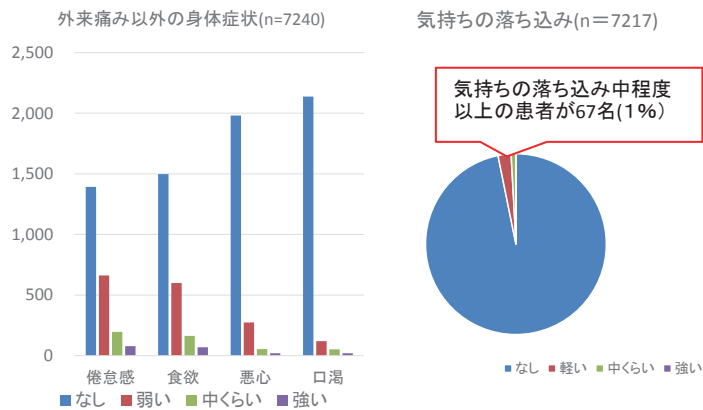


外来スクリーニング導入前の準備として必要なこと					外来患者待ち時間の調査				
外来に対象となるがん患者数の把握									
非がん/がん患者と区別する方法の検討									
外来看護師の業務内容、動き									
外来患者待ち時間の調査									
外来で利用できるリソースの発掘									
外来スタッフ(看護師・看護助手・事務担当者)への教育									
2016年11月12日					2014年11月外来待ち時間調査				

外来に対象となるがん患者数の把握					外来看護師の業務内容、動き				
月 火 水 木 金 消化器内科 乳 腺 外 科 67 (22.19%) 55 (18.21%) 65 (21.52%) 54 (17.88%) 61 (20.20%) 0 22 (19.13%) 62 (53.91%) 9 (7.83%) 22 (19.13%) 0 37 (27.21%) 46 (40.00%) 38 (27.94%) 15 (11.03%)					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次回受信確認 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 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診療情報提供書事務処理 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. 新患患者の検査など院内場所案内 5. その他 医師診療録介助 テンプレート作成 サマリなど文書類介助				
★曜日によって受診患者数、受診している患者の特徴が異なる(化学療法、ホルモン療法、手術予定/術後患者など)									
★外来でのスクリーニングに要する人数、対応を検討するための基本的な情報となるため、各外来に事前にヒアリングをする必要がある									
39									

外来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					痛みでできないことや困っていた患者の内訳				
痛みで出来ない事や困っている事がある患者さんのリスト 氏名 年齢 性別 病期 治療 担当 1 12345678 田中 75 男 がん 化学療法 2 12345678 田中 75 男 がん 化学療法 3 12345678 田中 75 男 がん 化学療法 4 12345678 田中 75 男 がん 化学療法 【スクリーニングをもとに緩和ケアチームが対応】 痛みやつらさの症状評価 診察に同席しサポート 外来看護師間カンファレンス					昨年度:痛みによる生活障害患者3.3%(n=10255) 今年度:痛みによる生活障害4%(n=7240) 外来痛みによる生活障害患者(n=7240)平成28年4月1日～10月7日 4% 96% 経年別にみた痛みによる生活障害 気持の落ち込み 腕の動き 飲食 座る 歩行 立つ 睡眠				
【外来スクリーニング結果を電子カルテ端末から把握】					同様の傾向				
【全がん患者：外来看護師受診時間き取り】					平成28年度 平成27年度				
2016年11月12日					2016年11月12日				

痛み以外の身体症状がある患者の内訳



外来スクリーニングと緩和ケア看護外来の対応

痛みでできないことや困っていることがある患者 または その他の身体症状がある患者
平成27年度2600名/10255名(23.4%)
平成28年度1628名/20058名(8%) 期間平成28年4月1日～10月7日

内容や程度に応じて**医師の診察前**に緩和ケアチーム看護師に依頼

緩和ケア看護外来患者数 平成27年度267名 平成28年度321名
平成28年～緩和ケア看護外来専従看護師配置
10人に1人から、5人に1人を対応することが可能

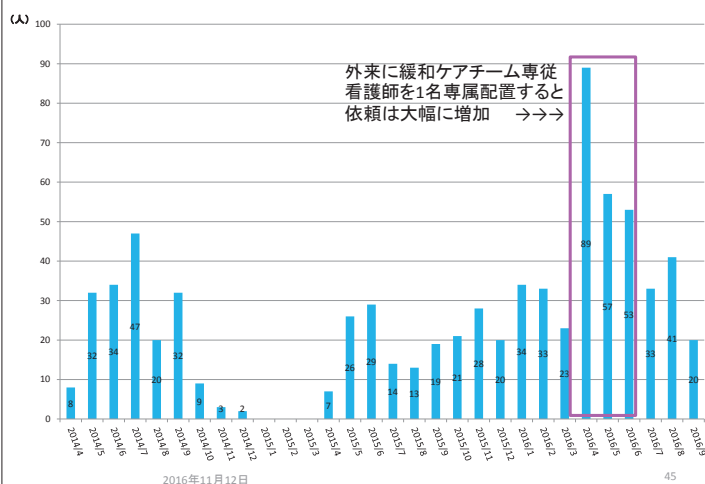
7割は医師と連携対応
4割は医師の診察同席

処方調整・検査実施・
入院・他科紹介
放射線治療・レジメン
変更など

3割は職種別対応

薬剤指導・がん相談/
他CN/多職種への依頼
訪問看護ステーション
との情報共有

2014年～2016年緩和ケア看護外来依頼件数(n=747)



スクリーニングによる外来の変化

【外来でスクリーニングを初めてみて感じた事】

女性膀胱がん 外来化学療法通院中

「今まではずっとつらくても待合室で待っていた。でも(スクリーニングを始めてから看護師が)声をかけてくれて、待ち時間に疲れたといえれば休ませてくれる。(看護師に)話しやすくなった。」

「診察の時に自分で言わなくても、看護師さんに話せば(医師が)そのことを聞いてくれるようになった。」

「毎回同じことを聴いている、前回と同じことを。前のこともふまえて聴いてほしい。」

「氣にかけてくださっているのがわかる。安心する」

【スクリーニング後の外来看護師の変化】

消化器内科外来看護師1名

「(スクリーニング開始前は)事務業務が多くて何が看護がわからなかった。(スクリーニングを初めて)看護師の意識は変わったと思う。患者と直接話す時間が増えた。」

「(スクリーニングを初めて)患者さんの溢れてくる思いが一杯あるんだけど、それに入り込むのは難しい。(緩和ケアチームの看護師が)それを継続的にみて、対応してフィードバックしてくれると外来看護師のストレスも減って、つなげてよかったなって思える。」

「患者に聞いたことが直接治療に生かされている。緊急入院になったり、化学療法中止になったり。」

【医師が感じていること】

「看護師が患者のことを診察前に相談するようになった」

「聞きにくいこと、時間がかかる内容を診察前に緩和ケアチームの看護師が聞いてくれる。(患者・家族の気持ち)が整理されるから、診察時に時間がからず方向性が決まる」

「診察前に(情報)わかるからどうするか、考えることができる」

「(医師が)わからないことを進めてくれるから助かる。介護保険とか、地域の現状(紹介先)を開けるから助かる」

スクリーニング結果をもとにした今後の療養場所の意思決定支援

当院の看取りの現状

(平成28年4月1日～9月30日)

- ・平成26年度の院内看取りの件数:170名
- ・緩和ケア目的での転医患者数252名
- ・転医した患者の内、40名は在宅医療を受ける患者



緩和ケアチーム、医療連携部、地域の医療者と連携して
どこに行っても安心して療養できる体制づくり

平成28年4月1日～9月30日

支援が必要であった入院患者36名、外来患者70名

スクリーニングされた患者をラウンドする際は、今後の方針を確認
地域に今後の療養で何を大事にしたいか、患者・家族の思いを伝える

★転院用緩和ケア連絡票(資料6):62名

★在宅緩和ケア連絡票(資料7):7名(入院6名、外来1名)

当院及び多施設からみえる今後の課題

★活用できるリソースの拡大とシステム化

例)・口渇等口腔内トラブルで困っている

→歯科口腔外科チーム連携

・他CN間との連携強化

・社会的な気がかり→MSW連携

★スクリーニングに対応する

PCTNs育成と支援、人員の確保

PCTNsから聞かれる声

「治療に関することを推奨する抵抗」「症状アセスメント、どう対応していいかわからない」「横断的に活動することの難しさ」「周囲の理解が得られない」「業務が多い」

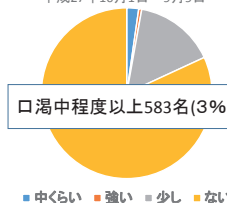
★外来の痛みやつらさの拾い上げと対応の充実

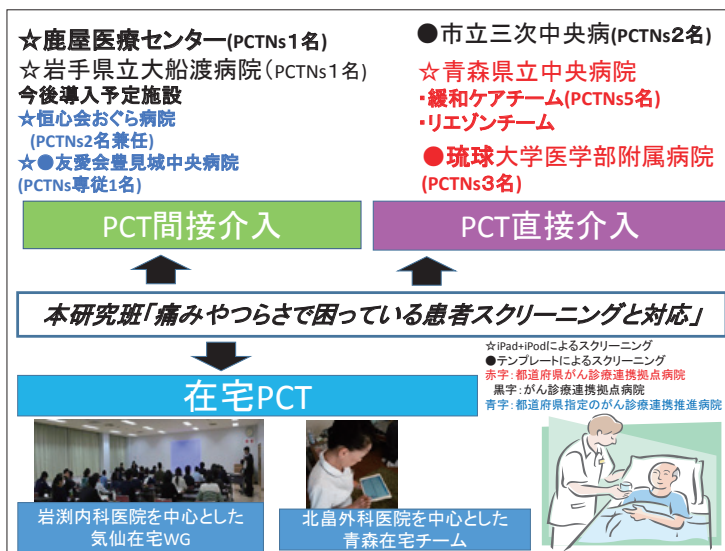
患者から聞かれる声 「もっと外来での声を聴いてほしい」

「生活で困っていること、話したいことがたくさんある」

口渇(n=20621)

平成27年10月1日～9月9日





ご清聴ありがとうございました

今、がん診療連携拠点病院以外の施設でも取り組みを始めています。
 ぜひ全国の仲間とともに、がん患者の痛みやつらさからの解放に向けた取り組みを始めてみませんか。
 できない理由ではなく、できることの方法を探ることが前に進む一歩だと思います。



恒心会おぐら病院(鹿児島県)

友愛会豊見城中央病院/南部病院(沖縄県)

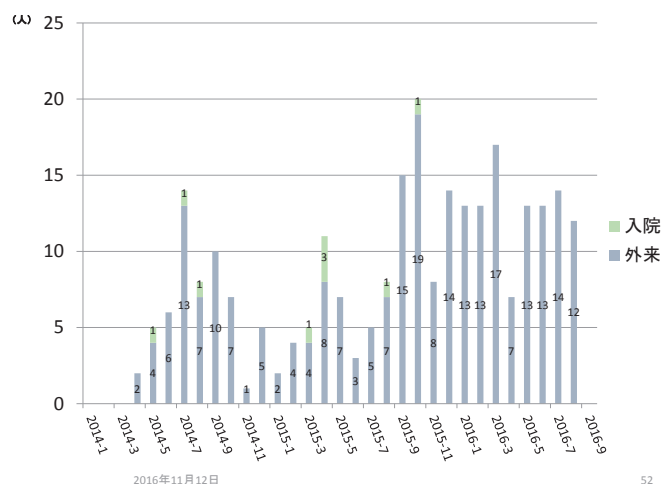


参考資料

2016年11月12日

51

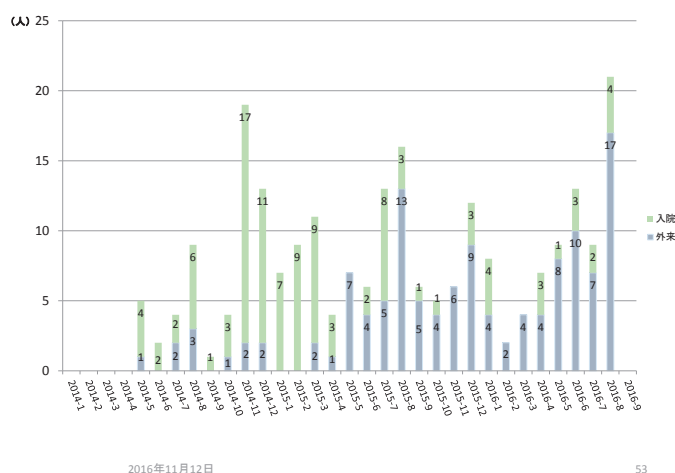
がん患者指導管理料1 2014年～2016年



2016年11月12日

52

がん患者指導管理料2 2014年～2016年



2016年11月12日

53

平成28年11月12日(土)
全がん患者の苦痛のスクリーニングを実践に活かす！

全がん患者のスクリーニング導入によって見えてきたこと 患者さんのためにさらに何が必要か



県民健康プラザ鹿屋医療センター
緩和ケア認定看護師 西小野 美咲

鹿児島県内の人口

鹿児島県内の人口	(万人)
鹿児島県	170.6
鹿児島市	60.5
肝属	16.4
曾於	8.6
大隅(肝属・曾於)	25.0

鹿屋医療センター概要

病床数	186床 (150床で運用)
医師数 診療科	22名 内科2、循環器科4、外科4、小児外科1、脳神経外科2 産婦人科2、放射線科2、小児科4、腫瘍科1

診療件数の状況(平成27年度)

年間新入院患者数	3,494人
年間入院患者数	801人
年間入院患者数に占めるがん患者割合	22.9%
年間外来がん患者のべ数	10,360人
年間院内死亡がん患者数	66人



がんの診療分類と当院での診療

消化管	肝胆膵	内分泌	呼吸器	婦人科	頭頸部	骨軟部	泌尿器	血液
食道	肝	甲状腺	肺	子宮	脳	骨	腎	リンパ腫
胃	胆嚢	乳腺	縦隔	卵巣	耳鼻	筋肉	尿管	白血病
大腸	胆管		気管		咽頭		膀胱	
小腸	膵				喉頭		前立腺	

手術は大学病院主体
化学療法・放射線治療は可能

診療困難ながん診療
放射線治療は可能

がん患者苦痛のスクリーニング運用の流れ

H27年～

スクリーニング開始について緩和ケア担当医との話し合い
県下統一シート
「生活のしやすさに関する質問票」の使用(紙問診)を検討
医局会・師長会で承認を得る
緩和ケアチーム委員会で承認を得る
緩和ケアチーム委員への使用方法についての説明実施
院内全体研修会開催・クラーク研修開催

鹿児島県がん拠点病院部門会 県下統一シート

院内講堂でグループ討議:問題点の抽出
どうやったら 運用がうまくいくか。
どんな工夫ができるかという視点で
話し合ってもらった。
外来・病棟
すべてのがん患者さんへ
スクリーニングを開始
外来:毎回来院時施行
病棟(入院中):週1回施行



院内講堂でグループ討議:問題点の抽出

どうやったら スクリーニングの運用がうまくいくか。
どんな工夫ができるかという視点で話し合う

→ 外来NSより
「わたしたちが一生懸命スクリーニングをするのに、
先生たちが見てくれない(対応してくれない)なんて
いやだな!」という意見あり。

医師への説明

1. 医師は診察前に「スクリーニングの結果」を確認する
2. 診察を行い、症状や問題に対応方法を検討する
3. 質問票に方針・サインを記載する

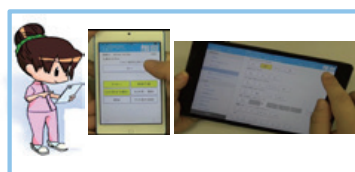
上記を周知徹底した

がん患者苦痛のスクリーニング運用の流れ

H27. 10～

タブレット端末を利用したがん患者スクリーニングを開始へ
医局会・師長会・緩和ケアチーム委員会で承認を得る
各セクションで個別の研修会も行う
※現在まで継続して毎日すべてのがん患者さんの
苦痛のスクリーニングを施行
(軌道に乗るまでは各セクションに常駐して指導した)

平成27年10月から
タブレット端末を使用し、苦痛スクリーニングを開始



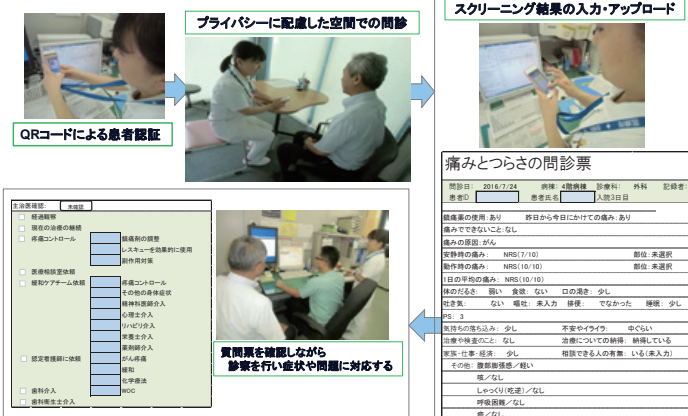
iPodは『医療用』ストラップをつけています



外来患者のスクリーニング項目

1. 痛みでできないことや困っていることは、ありませんか
2. 痛み以外につらい症状は、ありませんか
3. 気持ちの落ち込みや不安、イライラなどはありますか
4. 家族や仕事、経済的なことで気がかりはありますか
5. 治療や検査のことでわかりにくいことや聞きたいことはありますか

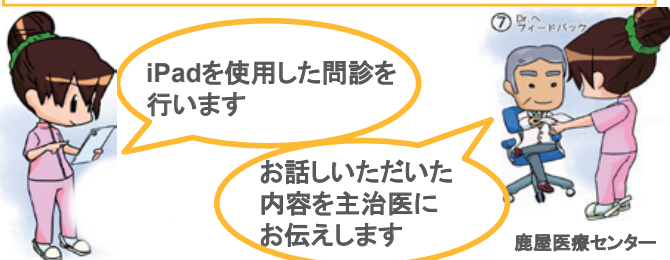
外来スクリーニングの流れ



患者様・ご家族の皆様へ

院内掲示板に ポスター掲示しています

当院では 病気に伴う 心や体の痛みを和らげることを目的に iPadを使用した聞き取り調査を行っております。診察の待ち時間に 看護師により患者さんの体のつらさや心の痛みについてお伺いいたします。『なんとなく不安です』『体がいたいです』『気持ちが悪いです』などいつでも看護師にお聞かせください。



外来患者のスクリーニング結果

対象期間
H28/4/1～H28/9/30

診療科	問診実施数	痛みでできないことや困っていることがある患者数	痛み以外の身体症状を有する患者数	家族や仕事、経済的な悩みを有する患者数	治療や検査でできたいことがある患者数
外科	2212	234(10.6%)	328(14.8%)	58(2.6%)	96(4.3%)
婦人科	180	24(13.3%)	53(29.4%)	25(13.9%)	42(23.3%)
内科	386	72(18.7%)	28(7.3%)	36(9.3%)	41(10.6%)
循環内科	1	0	0	0	1(100%)
放科	393	54(13.7%)	317.9%	9(2.3%)	8(2.0%)
合計	3172	384(12.1%)	440(13.9%)	128(4.0%)	188(5.9%)

入院患者のスクリーニング項目

1. 昨日から今日にかけて痛みはありましたか(毎日)
2. 痛みでできないことや困っていることはありますか(毎日)
3. だまっている時の一番強い痛みはいくつですか(NRS・VRS)
4. その部位はどこですか
5. 何かした時に痛みが強くなりますか(NRS・VRS)
6. その部位はどこですか
7. 昨日から今日にかけての痛みの平均の強さはいくつくらいですか(NRS・VRS)
8. 体がだるいと感じますか
9. この1日でお通じはありましたか
10. 食欲はありますか
11. 口やのどが渇きますか
12. 吐き気や嘔吐がありますか
13. よく眠れましたか(毎日)

その他につらい、気がかりな症状はありますか(毎日)

1. 気持ちが落ち込んでいますか
2. 不安やイライラを感じますか
3. 治療や検査のことでわかりにくいことや聞きたいことはありますか
4. 現在、受けられている治療について納得していますか
5. 家族や仕事、経済的なことのどれかについて気がかりはありますか(入院)

1回/週

入院患者のスクリーニング結果

対象期間
H28/4/1～H28/9/30

病棟名	問診実施数	問診実施率	痛みでできないことや困っていることがある患者数	痛みでできないことや困っていることがある患者率
3階東	1046	89.3%	151	14.4%
3階西	967	86.0%	104	10.8%
4階	4168	84.9%	650	15.6%
合計	6181	85.8%	905	14.6%

3階東:血液内科・内科
3階西:産婦人科
4階:外科・放射線科・脳外科

情報共有の工夫
患者さんの痛みや気がかりを確実に主治医へ伝える

痛みとつらさの問診票

医師氏名: 診療科: 患者氏名: 患者ID: 記録者:

痛みでできないこと: ☐ 痛みによってできないこと: ☐ 寝る/飲食

痛み以外の症状: ☐ だるい(軽い)/食欲不振(軽い)

落ち込み: ☐ 軽い 家族・仕事・経済: ☐ ない 治療や検査のこと: ☐ ない

同診コメント: 左乳房、左腋窩、左背部の痛みあり。この頃強くなってきた。夜も眠れずに食欲低下。右乳がんでopeをした時みたいな痛みだから心配。

主治医方針

☐ 緩和ケアチーム依頼 ☐ 緩和ケアチーム依頼 ☐ 緩和ケアチーム依頼

主治医へ注目サイン！
蛍光ペンで
注目してもらいたい所に
しるしをつけます

痛みでできないこと:ある 痛みによってできないこと:眠る/飲食
痛み以外の症状:だるい(軽い)/食欲不振(軽い)
落ち込み:軽い 家族・仕事・経済:ない 治療や検査のこと:ない
同診コメント:左乳房、左腋窩、左背部の痛みあり。この頃強くなってきた。夜も眠れずに食欲低下。
右乳がんでopeをした時みたいな痛みだから心配。

スクリーニング後のリソース表 参考資料1参照



転勤者でも新人看護師でも誰もが
リソースを活用できるよう周知

- ラミネート加工
- 各部署に掲示

スクリーニング後の対応や相談の流れ(表)を作成後

スクリーニングを行ったスタッフが迅速に適切な対応を行える
ようになった

【事例】
今後の生活が年金暮
らしなので相談したい
です」と相談あり

担当看護師が
医療相談員へすぐに
連絡しその日に対応

痛みとつらさの問診票

医師氏名: 診療科: 患者氏名: 患者ID: 記録者:

痛みでできないこと: ☐ 痛みによってできないこと: ☐ 寝る/飲食

痛み以外の症状: ☐ だるい(軽い)/食欲不振(軽い)

落ち込み: ☐ ない 家族・仕事・経済: ☐ ある 治療や検査のこと: ☐ ない

同診コメント: 散歩時や、時に立ったり、座ったりしたときに息切れがある。時に、イライラする、今後の生活が、年金暮らしなので、心配。相談したい。

主治医方針

☐ 緩和ケアチーム依頼 ☐ 緩和ケアチーム依頼 ☐ 緩和ケアチーム依頼

散歩時や、時に立ったり、座ったりしたときに息切れがある。
時に、イライラする、今後の生活が、年金暮らしなので、心配。
相談したい。

主治医方針がその日のうちに 検討される(入力される)
緩和ケアチームへの依頼もスムーズ

痛みとつらさの問診票

医師氏名: 診療科: 患者氏名: 患者ID: 記録者:

痛みでできないこと: ☐ 痛みによってできないこと: ☐ 寝る/飲食

痛み以外の症状: ☐ だるい(軽い)/食欲不振(軽い)

落ち込み: ☐ ない 家族・仕事・経済: ☐ ない 治療や検査のこと: ☐ ない

同診コメント: 現在痛みはそんなに気にならない。
胃の痛み、吐き気がきつい。

主治医方針

☐ 緩和ケアチーム依頼 ☐ 緩和ケアチーム依頼 ☐ 緩和ケアチーム依頼

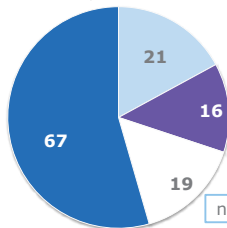
痛み以外の症状:食欲不振(中くらい)/口の渇き(中くらい)/吐き気(強い)/排便(便秘)
落ち込み:ない 家族・仕事・経済:ない 治療や検査のこと:ない
同診コメント:現在痛みはそんなに気にならない。
胃の痛み、吐き気がきつい。

こんな風に活用できています

スクリーニング結果をもとにした医師の対応

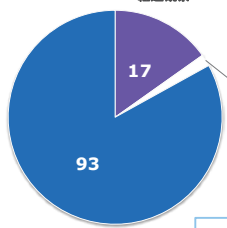
医師の対応 外来

*現在の治療を継続 2,069人
*経過観察 1,852人



医師の対応 入院

*現在の治療を継続 346人
*経過観察 285人

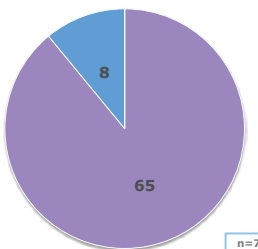


入院→週1回医師がスクリーニング結果をみて対応を
外来→毎回来院時スクリーニング結果をもとに医師が対応した内容を事務が

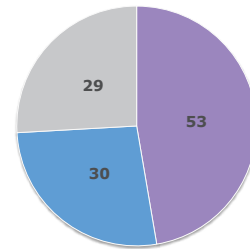
患者満足度調査

平成28年9月26日～30日

スクリーニングの満足度

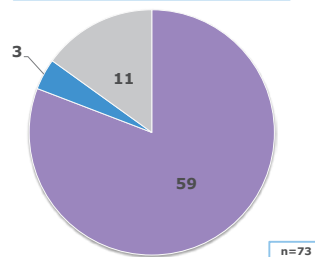


満足していると回答した方のその理由

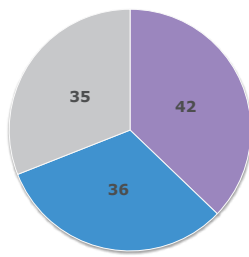


患者満足度調査

スクリーニング後の対応に関する満足度



満足していると回答した理由



満足していないと回答した理由

- 痛みやつらさを分かってもえない 1人
- 痛みやつらさの対応まで至らない 2人

スクリーニングを開始してよかったこと

【看護師】

- 患者さんと直接話す機会が増えた。
- 患者さんのあふれてくる思いが引き出される。
- 患者さんに聞いたことが、直接治療に生かされていると感じる。
- 看護のやりがいを感じる事ができる。
- 化学療法認定看護師や薬剤師・緩和ケアチーム・地域連携室への連携もスムーズにできるようになった

【医師】

- 聞き取りに時間のかかる内容を診察前に看護師さんが聞いてくれるので助かる。
 - 診察前に(情報)が分かるからどうするか、考えることができる。
 - 自分で対応しきれないことについて、アドバイスをもらえるのでとても助かる。
- 痛みで困っている患者さんが外来でそのままにならないで済む。
長い時間痛みを我慢しながら外来を待っている方がいなくなった。

患者満足度調査 自由意見

平成28年9月26日～30日

- 痛みがある時、共感するような言葉をかけていただき適切に対応していただいております。
- 周りの目や耳を感じる時があります。
- 精神的なつらさや心の落ち込みなどのケアをもっとしてほしい。
- 問診があることで自ら言い出せないことなどほかのことでも相談ができる。ストレス解消になります。
- 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。今まで言えなかったことも、診察の時には先生が伝えている状態なのでありがたく思います。
- ささいなことであれはるほど、言わずらい。聞いてもらえるのと助かっています

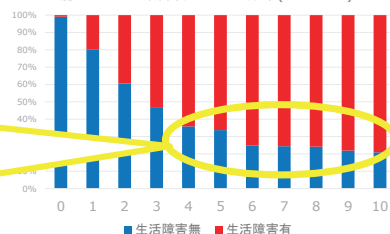
今後の課題

① 看護師への痛みやつらさの評価を教育

★ロールプレイを取り入れた定期的な研修会の開催

② 痛みやつらさのスクリーニング/対応の結果をフィードバック

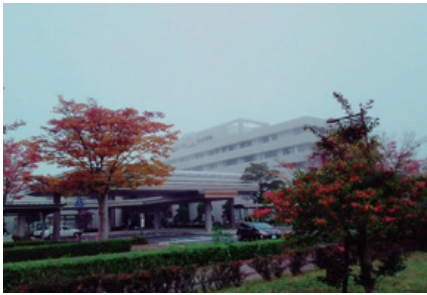
痛みによる生活障害とNRSの分布(n=9862)



NRS4以上と痛みが強くなっているが痛みによる生活障害はないと回答している患者が3割いる。

- 痛みの評価
- 痛み以外を原因にした生活障害を拾い上げている可能性がある

全てのがん患者を対象としたスクリーニングの実際と
昨年度までの結果および現場での活用

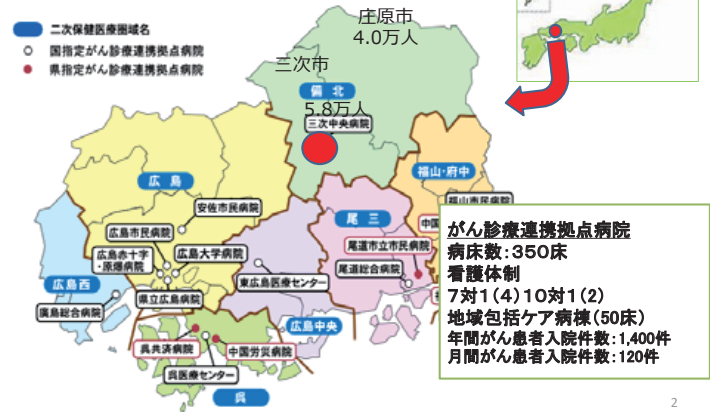


市立三次中央病院
緩和ケアセンター
新濱伸江



市立三次中央病院

広島県総人口280万人



全入院がん患者をスクリーニングするまでの道のり



入院のスクリーニングの対象条件

- (1)がんと診断されている患者
- (2)病棟看護師が評価可能と判断した患者
- (3)判断基準は「痛みでできないことや困っていることはありませんか」に回答できる患者とし、その他の項目は評価の基準とはしない
- (4)がん治療・がん以外の治療を目的として入院している場合も含む

* (1)～(4)上記全てに該当患者は対象とする。

入院のスクリーニング非対象者

- (1)がん疑いの患者
- (2)非がんの患者
- (3)入院当日(緊急・臨時入院含む)
- (4)退院日当日
- (5)対象診療科以外の診療科に入院している場合
- (6)ICU・HCUなど特殊な状況下に入院している場合
- (7)手術当日
- (8)病棟看護師がスクリーニング困難と判断した患者
- (9)3日以内のパス入院患者

* (1)～(9)のいずれかに該当の場合は、非対象者とする。

市立三次中央病院スクリーニングテンプレート



カルテ展開時



データ新規登録 - 三次 かりに



データ新規登録 - 三次 かりに



データ新規登録 - 三次 かりに



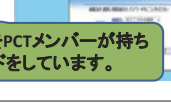
データ新規登録 - 三次 かりに



データ新規登録 - 三次 かりに



データ新規登録 - 三次 かりに



データ新規登録 - 三次 かりに

テンプレートのメリット・デメリット

<メリット>

- ・直接カルテに記載→多職種で情報共有ができる
- ・電子化されたデータを集計できる

<デメリット>

- ・データ利用者(PCTNs)が毎日作業所要時間3～5分/日
- ・院内のみのシステムに限定される→地域展開に限界
- ・優秀なSEの協力が必要

当施設の場合は電子カルテ担当者
と診療情報管理士が協力している



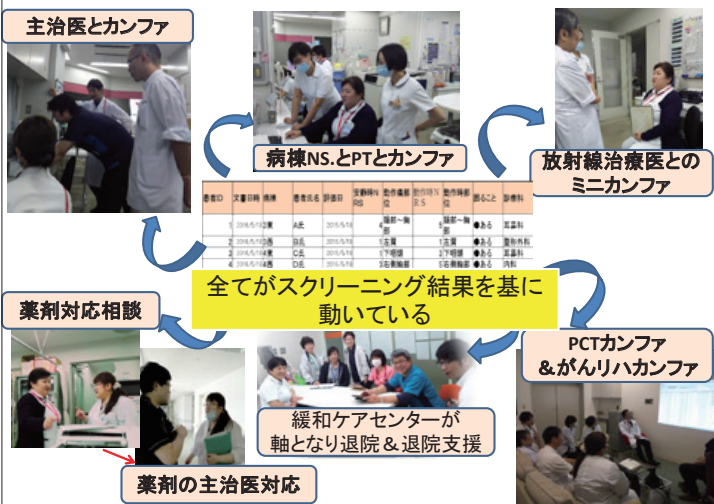
- ・電子カルテのメーカーによっては予算がかかる場合がある
- 当施設は、予算は0円でこのシステムを作成した
- ・外来展開は困難である→テンプレート入力の手間がない



緩和ケアチームのスタッフ



スクリーニング結果を基にした緩和ケアチームの動き



スクリーニングからの介入事例

疼痛のケースの場合

- ★骨転移の治療提案(整形外科/放射線療法)、がんリハ紹介。
- ★末梢神経障害性疼痛、鎮痛剤の処方提案

気持ちのつらさ対応したケース

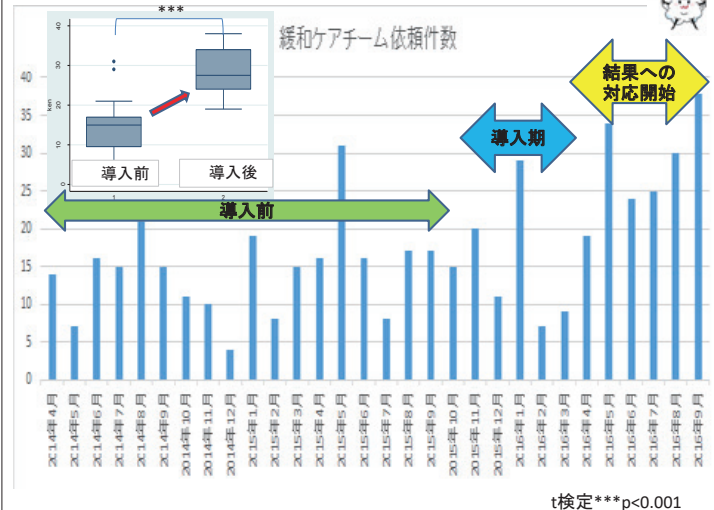
意識障害、嘔吐のケース

今後の療養場所への支援

痛みが強く自宅退院困難の退院調整に介入。退院後は当科の訪問診療で、在宅看取り

病棟看護師は、症状観察で「何かおかしい」と思っているが、
生活の視点での具体的介入までには結びついていない
**緩和ケアチームでは、何がおかしいのか問題を明確化
し、改善に向けてをサポートすることを大事にしている！**

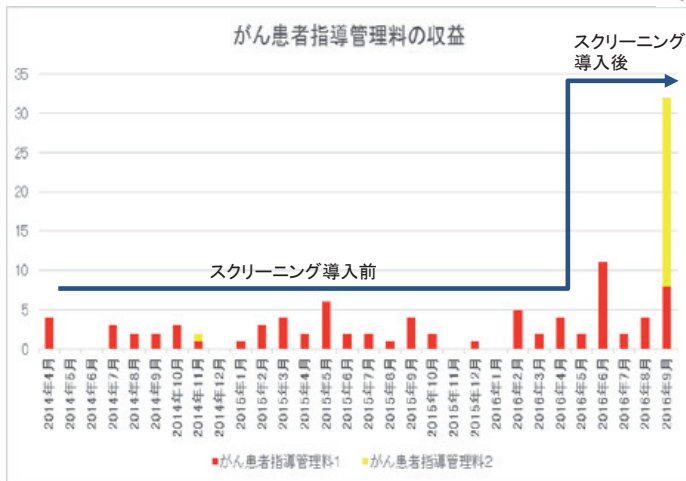
スクリーニング開始してからの変化～緩和ケアチーム依頼件数～



緩和ケア内科外来患者数とスクリーニング

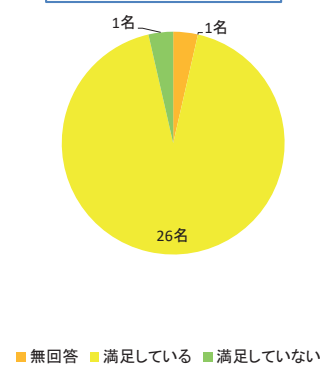


スクリーニング開始後変化～がん患者指導管理料の収益～

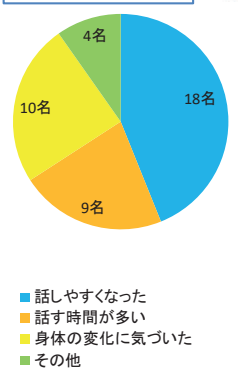


スクリーニング患者満足度アンケート結果(n=28)

看護師が毎日何う点について
どう思われますか。



満足している理由
(複数回答)



今後の課題

痛みやつらさで困っている患者への対応が困難

★PCTNsの依頼増加→ラウンド時間が足りない→すぐ対応できない

対応できる病棟看護師の育成が重要

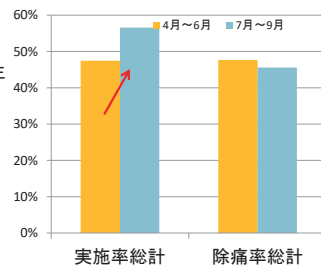
痛みやつらさを適切な評価できているのか

スクリーニングの実施率は50～60%
ラウンドしていると、痛みによる生活障害がないが
だるくて動けなくなっているなど他の症状による生
活障害もみられる。

痛みの生活障害以外も拾い上げ
ている可能性がある

看護師教育

- * がん関連CN会の研修会
- * 病棟単位での勉強会
- * ポケットガイド等ツール作成



私から皆さんに伝えたいこと



★病棟Nsは、何かおかしい？何かできないか？と
気づいている。

★PCTNsはスクリーニングデータを生かし、ケアへ
展開するきっかけを作るのが緩和ケアチームのNs

★病棟看護師でも、周囲の理解があればスクリー
ニングをすすめ、痛みやつらさから解放できる体制
を整備することができる。

★困難はあるけど、あきらめしないで頑張してほしい

★必要があれば皆さんをサポートしていきたい

ご清聴ありがとうございました。



最終演題 15:50~16:20

スクリーニングで抽出された 難しい問題への対応とサポートの在り方



中京病院 緩和支援診療科
吉本 鉄介

がん患者へのスクリーニングにおいて

- 「難しい問題」を抽出する事がなぜ重要か？
⇒抽出する方法（トリアージ）について
- 「難しい問題」に対するフィードバックの方法と成績は？
⇒多施設ウェブ症例検討会の成績レポート
⇒抑うつ・不安を早期発見し専門ケア

がん患者へのスクリーニングにおいて

- 「難しい問題」を抽出する事がなぜ重要か？
⇒抽出する方法（トリアージ）について
- 「難しい問題」に対するフィードバックの方法と成績は？
⇒多施設ウェブ症例検討会の成績レポート
⇒抑うつ・不安を早期発見し専門ケア

1998年 Cancer Pain Reliefに続いて出版
症状コントロールのWHOガイドライン

アセスメントで最優先されるべきは
(身体)主訴と(心の)最大懸念を明らかにする事

The priorities of evaluation are:

- to identify the patient's main symptoms and concerns;
- to listen carefully to what the patient is saying;
- to believe what the patient is saying.

A detailed history should be taken, which should include specific questions about the main symptom(s) (see Box A.1)

Box A.1 Routine questions to evaluate the and severity of a symptom

- How does the symptom affect the patient's
- How does the symptom affect the patient's physical function and mobility?

がん関連症状で常時
質問すべきこと

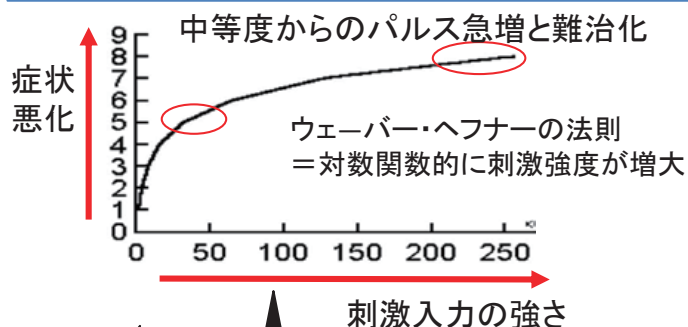
- 生活で困っている事は？
- できない事は？



この研究班の除痛定義： 生活視点で目標を



中等症以上の症状を早期発見し対応すべき理由



- 1) 100より200を優先(トリアージ)
- 2) ADL障害率は中等度以上から増加 (Cleelandら)

カナダの取り組み: COSTaRSやVIHAなど

Pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support (COSTaRS) Project
www.ktcanada.ohri.ca/costars

Translating evidence from guidelines for remote symptom assessment, triage and support:

COSTaRS Workshop for Nurses
(Pan)Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support

Dawn Stacey, RN, PhD, CON(C), Ottawa Hospital Research Institute, University of Ottawa
Myriam Skrutkowski, RN, MScN, CON(C), McGill University Health Centre, Montreal
Barbara Ballantyne, RN, BNSc, MScN, CON(C), Health Sciences North, Sudbury
Meg Carley, BSc, Ottawa Hospital Research Institute
Erin Kolari, RN, BScN, CVA, Health Sciences North, Sudbury
Tara Shaw, RN, CON (C), Capital Health, Halifax

March 20, 2014, Version 1.0

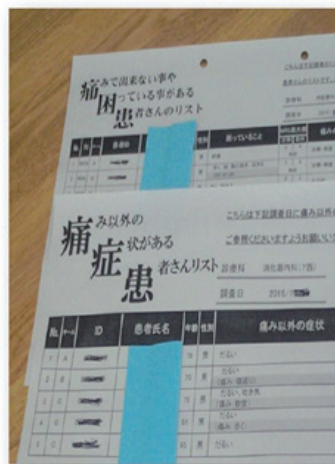
本報告の背景: トリアージとフィードバックの意味

- トリアージと対応は、スクリーニングの重要な目的・利点の1つ
- 専門家(医師・薬剤師)アドバイスが望ましい症例が存在する
- スクリーニングの現場「負担感軽減」にトリアージ例の改善体験が有効かもしれない。
- 緩和医療の専門家は、医療過疎地域では特に不足がちで、カナダ・オーストラリアではネットによるリモート・アシスタンスで対応しているが、日本での報告はない。
- 国内有数のがん死亡多発および医療過疎である青森県の都道府県拠点病院でリモート・アシスタンスの実施可能性・有用性・持続性を検証することの意義は大きい。

がん患者へのスクリーニングにおいて

- 「難しい問題」を抽出する事がなぜ重要か？
⇒抽出する方法 (トリアージ)について
- 「難しい問題」に対するフィードバックの方法と成績は？
⇒多施設ウェブ症例検討会の成績レポート
⇒抑うつ・不安を早期発見し専門ケア

1) 身体の「難しい問題」をどうやって見つけるか？



- 1) 痛みで困っている全例
- 2) 痛み以外の重症難治例 (3日以上中等度 or 重度)

双方を網羅したリストを緩和ケアセンター(チーム)の認定看護師が週1回作成
＝看護師介入の母集団

リストの患者に面接して主治医と解決相談(1次介入)
改善ない、または重篤例での専門家コンサル許可

1) 精神の「難しい問題」を早期発見するために

抑うつ・不安等で困っている患者

検索条件を指定/入力してください
日付: 2016 検索: [検索]

<< 前のページ 4件中1-4件を表示 次のページ >> 28 / 31 ページ

No.	患者ID	患者氏名	科	年齢	身体の問題			精神の問題		
					発症日	程度	不安やイライラ	発症日	程度	不安やイライラ
1	C-5	70歳男性	消化器科	2016	中程度	強い	少し	2016	少し	いいえ
2	C-1	70歳男性	消化器科	2016	少し	いいえ	少し	2016	少し	いいえ
3	C-3	60歳男性	血液内科	2016	ない	強い	いいえ	2016	ない	いいえ
4	C-3	60歳男性	血液内科	2016	中程度	少し	少し	2016	中程度	少し

<< 前のページ 4件中1-4件を表示 次のページ >> 28 / 31 ページ

「Web症例検討会」のやり方

- #1
有料の高強度暗号化 クラウドサービス
V-CUBE™ <https://jp.vcube.com/>による電子会議システム

画像検査などカルテ情報は盗聴不能な専用回線経由

端末には患者情報残らない

議事録をチャット入力してクラウドへ保管

最大表示でカルテ記載レントゲン画像採血結果などを参加者で議論できる

電子会議のホワイトボード

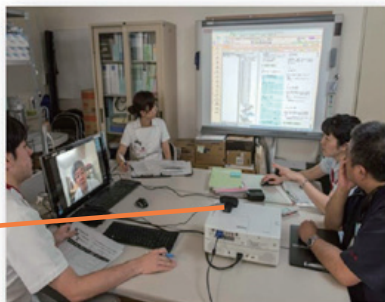
検討会での推奨を記載印刷し現場へのFeedbackに使用できる

#2

症例提示する施設での端末イメージ

トリアージされた看護師介入ケースおよび重症・難治性の緩和ケアチーム公式介入ケースを、電子カルテプレゼンして週1回（木曜夕方）多施設で解決方法を議論し、推奨結果を主治医・担当看護師に伝達（カルテメールか印刷手渡し）

スクリーン画面を送信するためのウェブカメラ



#3 ノートPCやスマホでの会議参加用ガジェット



● 電子会議室に端末から参加者の画像や音声を送るためのWeb Camera



● ハウリングや音声での機密漏えい防止でヘッドセットが必要

● 通信用のPCは専用が原則
最新のアンチウィルスソフト
定期クリーニング

#4 専門家としてアドバイスする施設での端末イメージ



中京病院の会議・面談室
（時間決めて個別使用）

V-CUBE社の公式端末

ノートPCやスマホで参加可能
（機密保持の誓約書必要）

現時点でのアドバイザー
吉本@名古屋（緩和医療の専門家）
龍@長崎・塩川@浜松（緩和医療薬学の専門家）

外部専門医によるRemote Assist の対象と方法

患者

2016年1月29日～同9月15日までに緩和ケアセンターNsが非除痛（痛みでできない、困っている）スクリーニングPtを対象として疼痛ADL障害のためにTV会議推奨を要する*ケースをトリアージ
* 主治医と「専門家のアドバイスが望ましい」という合意形成

方法

原則週1回、WHOガイドライン（ALPHAプロトコル）で外部専門医と緩和ケアチームPHC・NSによる合議による推奨を主治医・担当Nsに行った。

そのプロセス評価（採用の有無）とアウトカム評価（疼痛強度の測定をスクリーニングデータから、生活支障改善は複数名の合議で

外部専門医によるRemote Assist 対象例の抽出

8637 件の聞き取りが行なわれて
痛みの生活障害あり(痛困Pt) は3144 件
→36.4%は痛みによる→

オベ、移植、すでにチーム介入

513件に痛みによる何らかの生活障害があった
痛みでこまっている(少しでも)＝308 件
痛みもあるが、他の症状が中等以上＝50件
痛みなく、他の症状が中等以上＝105件*

* 痛み以外の抽出は7/13から開始

7/13～10/27 155件
(痛み以外の母集団)

曜日を決めて直接センター看護師が面談し
病棟NS身体症状を伝えて主治医の許可をとって
209 件 (ナースオンリーは161件)

看護介入と正式チーム介入あわせて265件
うち、ナース介入単独が 1月から現在まで165

TV会議に難治・重症例として46件が検討された

「痛困る」へのウェブ症例検討会の結果(今年1月～10月)

【患者の背景】

30例 46エピソード 男性 75.5%
年齢:62.4±12.3歳(34～89) 中央値61歳

原発巣 上部消化管12件 肝胆膵 9件 気管支7件
など

ECOG-PS: 2.5±0.9 中央値2 PS不良(3と4)58.7%

痛みによって障害されたADLの内容

座る 13 歩行 12 立ち上がり 10 起き上がり8
飲食 10 睡眠 8 排泄3 寝返り 3

「痛困る」へのウェブ症例検討会の結果(今年1月～10月)

【推奨の内容と採用】

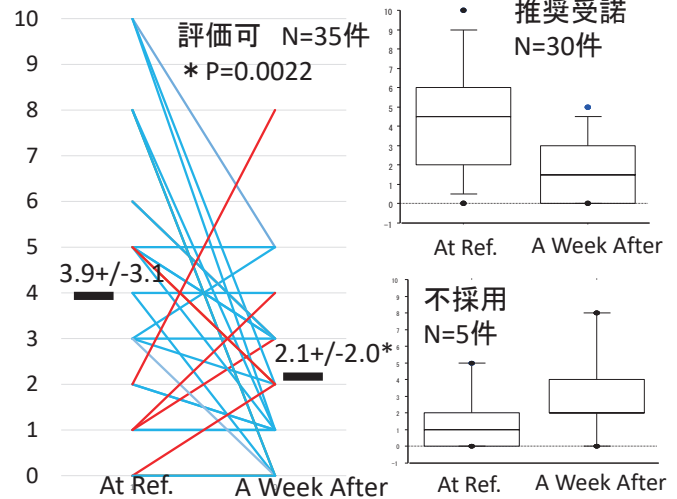
除痛のための麻薬処方に関する推奨が最多 **78.2%**

除痛できるまで増量する(For the Individual) 56.5%
副作用対策の強化と説明(With Attention to Detail) 40.0%
痛み強度に応じたクラス鎮痛薬推奨(By the Ladder) 23.9%
疼痛の原因病態へのアプローチ **16.1%**

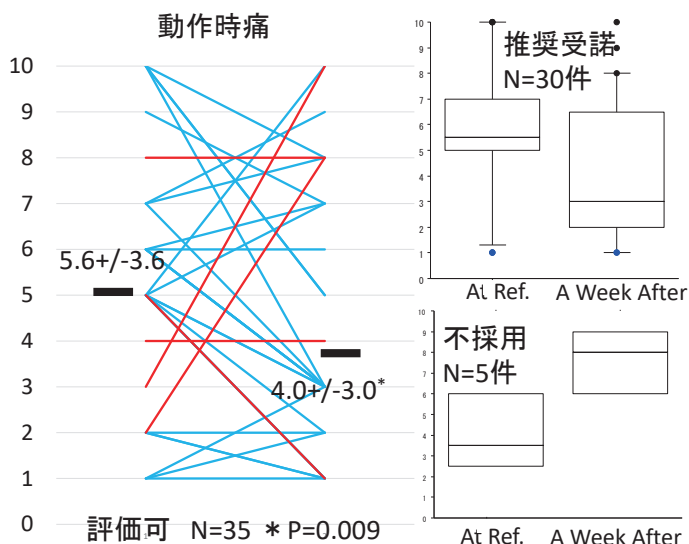
TV会議の推奨採用率(少なくとも1つ以上)=**84.8%**

生活障害の軽減という看護師評価=**73.9%**

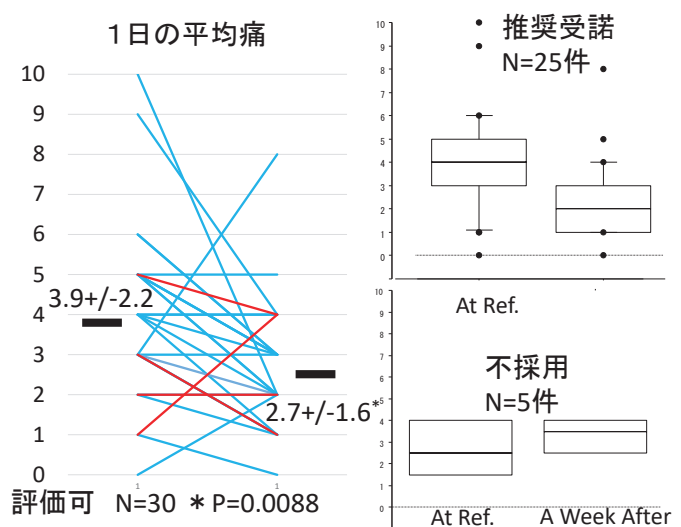
安静時の痛み NRS



動作時痛

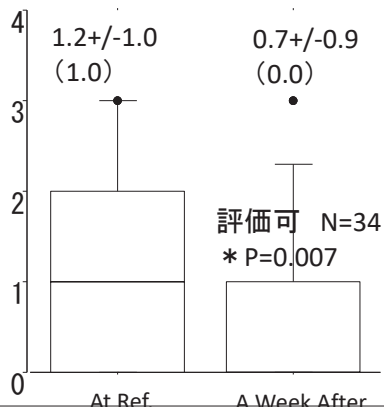


1日の平均痛



外部専門家Remote Assist = 痛み以外の症状改善効果

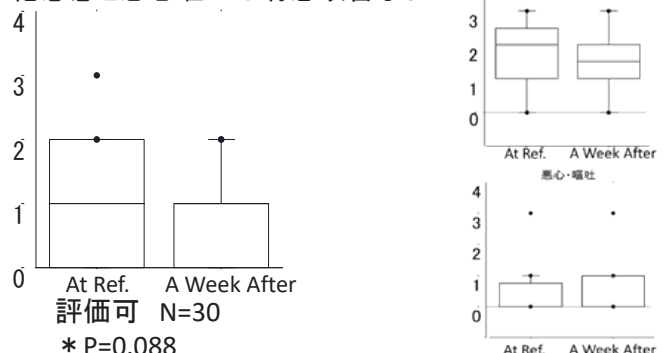
口渇感(口の渇きのつらさ、生活障害)は、看護師介入により改善



口渇は約80%かつ最大の「つらさ」の1つという報告あり(マクミラン, 2002)

外部専門家Remote Assist = 痛み以外の症状改善効果

睡眠障害は、改善傾向があるが倦怠感と悪心嘔吐は有意改善なし



Frontline Stuff (認定Ns) 主導トリアージ ＝アシストする技術と対応情報を提供すべき

スクリーニングによるトリアージ研究は、カナダやオーストラリアから報告＝先進国モデルでは、**統一したプロトコルをスタッフに前もって提供している**

- 1) スクリーニングプログラムを提供するフロントライン・スタッフへの訓練は必須である
Carlson LE. J Clin Oncol 2012
- 2) スクリーニングが患者アウトカムを改善するには介入につながる包括プログラムが必須
Lazenby, Curr Oncol Rep, 2015

緩和ケア専従医不在地域への支援の 具体策

- 1) 病棟NSが 心身の生活障害・苦痛をウオッチ
 - 2) 強度 or 中等度症状が3日以上持続ケースを原則としてトリアージ、**1次対応**
＝提供プロトコル情報をもとに解決をトライ
 - 3) 1次対応で改善しない難治・重症例、を外部専門家とのTV会議で推奨、主治医へFeedback
 - 4) 半年ごとプロセスとアウトカム評価Auditを管理者報告
- ★ **エンド・ユーザーには優しいが前線にたつ認定ナースに大きな負担がかかるであろう**

2016年1月からの前向き研究の予備調査結果 (2015年4月～12月)

1st Approach

主治医に：苦痛の存在をフィードバック
病棟Nsに：緩和ケアチームNsがアドバイス

- 治療に難渋し改善しない
- 症状による生活障害が強い

2nd Approach

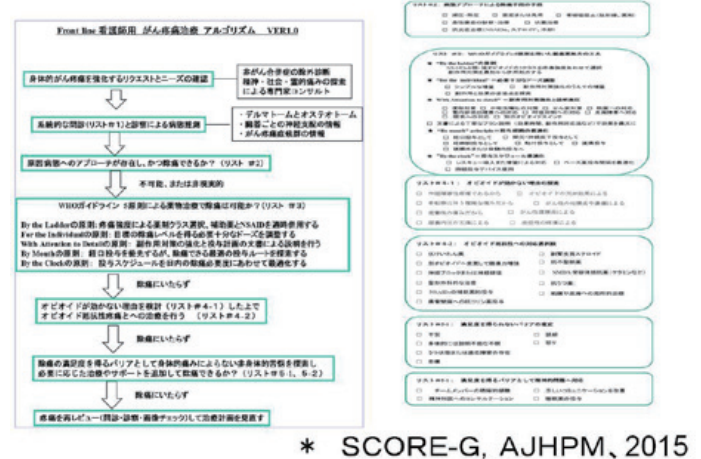
テレビ会議システムによる診療支援
● 他施設の専門家が参加
● 症例検討と治療推奨
● 結果は緩和ケアチームを通じて提供

Webカンファレンス(名古屋-青森-長崎)



最頻推奨は麻薬関連78.1% (25/32)	
①用量調整 52% (13/25)	
②副作用対策強化 32% (8/25)	
	採用:20件 (62.5%)
	非採用:12件 (37.5%)
改善	75%
不変/悪化	15%
判定不能	10%

アシストツール ALPHAプロトコル *



* SCORE-G, AJHPM, 2015

ウェブリモート・アシスト用の治療医用FAQ

- Q 1 : 緩和専門家の推奨とは、結局何が出来る？
- Q 2 : 直接患者を診察せずに推奨ができるのか？
- Q 3 : 患者や主治医の同意・個人情報保護は？
- Q 4 : 推奨記載がカルテ開示時に問題になる？



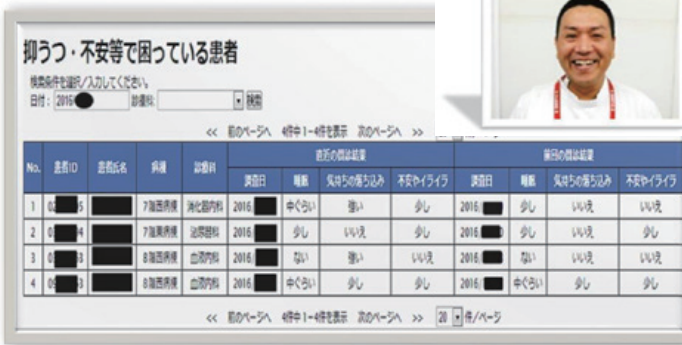
青森県立中央病院のパイロット調査
治療医からの「疑義」「議論」から
FAQを作成した

痛み以外の症状スクリーニング、ケースシリーズ

TV会議における問題点	推奨と介入	アウトカム
#1 身の置き所のない 腹のだるさ	放射線による止血と 貧血の治療	改善
#2 意識レベル低下 原因探求 脳OTなど	パッチをやめて CSIへ	効果不明
#3 せん妄リスク回避	せんもう予防	レスキュー多めベース減量で改善
#4 麻薬拒否への対応	薬剤師説明と資料配布	拒否感の軽減により投与可能となる
#5 サンドスタテン 不応性のイレウス	輸液減量他 文脈のプロトコル提示	改善 嘔吐なくなりNG抜去
#6 倦怠感	せん妄と筋緊張治療	改善
#7 腹部膨満	巨大肝転移による圧迫	ロビオンで腹壁痛治療したが無効
#8 重症便秘	努責できないため	ルートスイッチで除痛と便秘ケア双方が成功
#9 嚥下困難	嚥下リハの導入	転院のため不明
#10 大量腹水腫満	CARTの導入のため転院促進	便秘のケアと腹壁痛の治療強化

症状スクリーニングで抽出された精神的な問題への対応

全がん患者に行う週1回のスクリーニングの結果を閲覧して「中等症以上または重症ケース」を 県病メンタルヘルス科 所属の**精神科認定看護師** 1名がウオッチ&ラウンド



抑うつ・不安等で困っている患者

検索条件も選択/入力してください
日付: 2016 診療科: 精神科

<< 前のページ 4件中1~4件を表示 次のページ >>

No.	患者ID	患者氏名	年齢	性別	診療科	既往の精神状態			現在の精神状態				
						発症日	経過	気持の落ち込み	不安やイライラ	発症日	経過	気持の落ち込み	不安やイライラ
1	0005	田中 太郎	70	男	消化器科	2016	中くらい	強い	少し	2016	少し	強い	少し
2	0004	山田 花子	70	女	消化器科	2016	少し	強い	少し	2016	少し	強い	少し
3	0003	佐藤 一郎	60	男	消化器科	2016	ない	強い	少し	2016	ない	強い	少し
4	0001	鈴木 次郎	60	男	消化器科	2016	中くらい	強い	少し	2016	中くらい	強い	少し

<< 前のページ 4件中1~4件を表示 次のページ >> 28 件/ページ

がん患者に対して行ったうつ症状スクリーニングと介入の報告



青森県立中央病院
野澤 淳一

Ⅱ.方法

- 対象
平成28年1月から3月までの3カ月間で、A病院へがん治療のため入院した全患者
- 1次スクリーニング
病棟看護師による抑うつ、不安の聞き取り
- 2次スクリーニング
1次スクリーニングの結果を基に、精神科認定看護師による面接
- 対応の分類
2次スクリーニングの結果を基に、5つの群に分類し対応

Ⅱ.方法

- 1次スクリーニング
病棟看護師による抑うつ・不安の聞き取り
 - 毎日の聞き取り
Q睡眠で困っていることはありませんか？
・ない・少し・中位・とても
 - 1週間に1度の聞き取り
Q気持ちが落ち込んでいますか？
・いいえ・少し・中位・強い
Q不安やイライラを感じますか？
・いいえ・少し・中位・強い
Q 家族や仕事、経済的なことで気がかりはありますか？
・ない・少し・普通・とても

Ⅱ.方法

2次スクリーニング

1次スクリーニングの結果を基に精神科認定看護師による面接を行い、以下の尺度で評価

- HADS(Hospital Anxiety and Depression Scale)
抑うつの評価項目で11点以上をスクリーニング陽性とした
- つらさと支障の寒暖計
つらさ ≥ 4 点 かつ 支障 ≥ 3 点 の場合、スクリーニング陽性とした

2次スクリーニング

HADS(Hospital Anxiety and Depression Scale)



抑うつの評価項目の11点以上をスクリーニング陽性とした

2次スクリーニング

つらさと支障の寒暖計



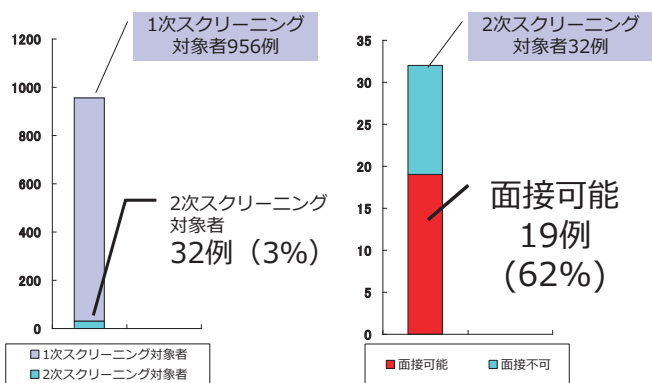
Ⅱ.方法

対応の分類

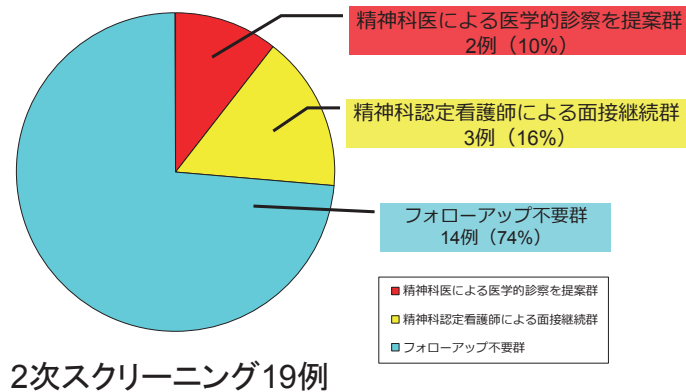
■ 2次スクリーニングの結果を基に5つの群に分類

- ①フォローアップ不要
- ②精神科認定看護師による面接の継続
- ③臨床心理士による心理介入
- ④精神保健福祉士による社会的介入
- ⑤精神科医による医学的診察の提案

Ⅳ.結果 (スクリーニング)



Ⅳ.結果 (対応の分類)



がん疼痛スクリーニングシステムについて

青森県立中央病院
医療情報部 三浦浩紀
平成28年11月12日



システムの導入により可能となること

- ・ スクリーニングデータのデジタル化と蓄積
- ・ 痛みでできないことや困っていることのある患者のリスト化
- ・ スクリーニング結果(紙)の医師へのフィードバック
- ・ 主治医対応の記録 (データ化)
- ・ 医療用麻薬処方量の積算 (要EFファイル)
- ・ がん患者の除痛率改善のためのPDCAをサポート

PDCA

- (1) 痛みとつらさに関するスクリーニング
- (2) 『痛みでできないことや困っていることはありませんか?』という質問で介入対象患者の見える化
- (3) 多忙な現場で遅滞なく医師に痛みでできないことや困っていることのある患者をフィードバック
- (4) 医師が医療用麻薬の処方量を増やすなどの緩和的介入または緩和ケアチームによる対応
- (5) 上記(1)~(4)までのプロセスを毎日繰り返す。数カ月後、医療用麻薬処方量や除痛率を算出し、医師に行動変容が起きたか否か及び改善サイクルが機能しているかなどを確認

青森県立中央病院の場合 (初期バージョン)

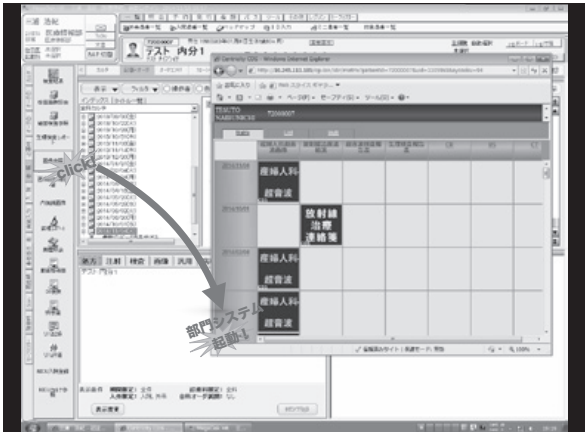
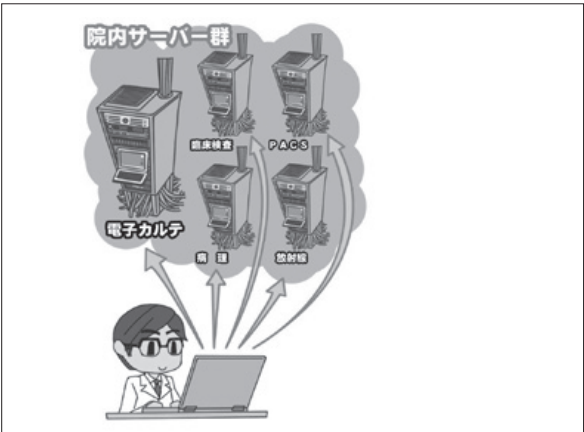
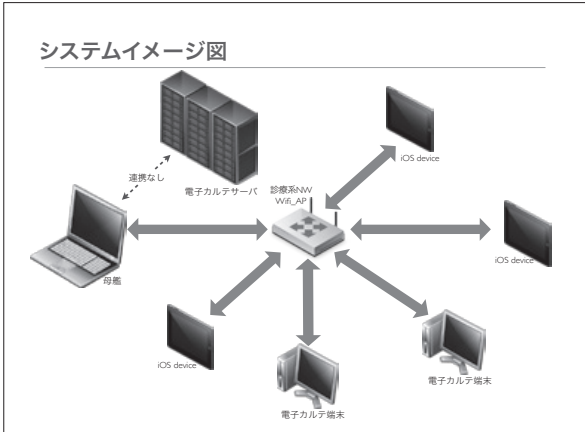
病棟 東・西 患者ID		患者氏名		【医師/PM・看護師】痛みとつらさの記録シート	
病棟	患者ID	氏名	性別	医師	看護師
東	1001	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1002	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1003	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1004	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1005	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1006	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1007	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1008	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1009	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1010	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1011	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1012	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1013	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1014	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1015	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1016	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1017	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1018	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1019	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1020	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1021	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1022	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1023	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1024	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1025	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1026	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1027	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1028	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1029	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1030	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1031	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1032	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1033	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1034	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1035	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1036	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1037	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1038	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1039	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1040	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1041	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1042	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1043	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1044	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1045	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1046	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1047	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1048	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1049	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1050	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1051	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1052	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1053	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1054	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1055	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1056	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1057	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1058	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1059	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1060	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1061	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1062	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1063	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1064	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1065	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1066	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1067	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1068	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1069	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1070	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1071	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1072	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1073	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1074	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1075	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1076	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1077	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1078	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1079	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1080	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1081	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1082	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1083	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1084	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1085	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1086	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1087	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1088	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1089	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1090	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1091	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1092	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1093	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1094	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1095	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1096	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1097	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1098	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
東	1099	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎
西	1100	山田 太郎	男	山田 太郎	山田 太郎



デジタルデータが蓄積されると
どんなことができる？

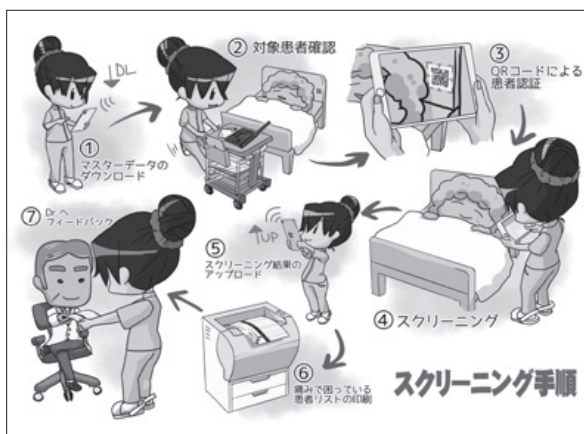
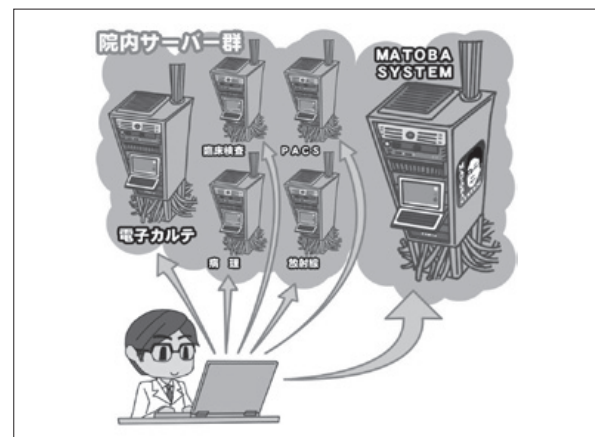
[illegible]

iOS版システム概要

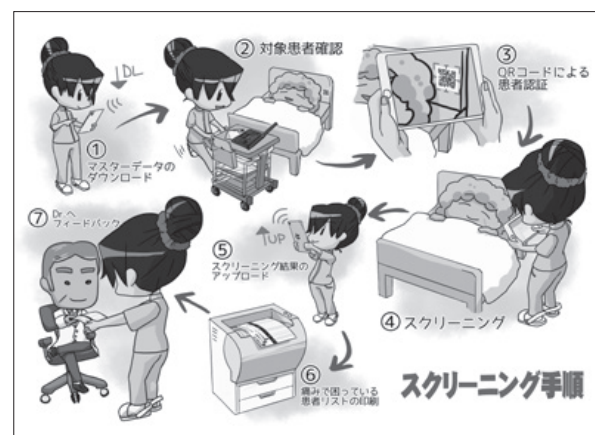
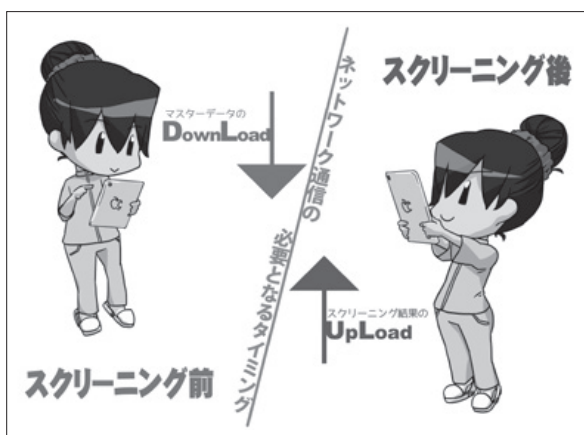


問診結果 < 2014-10-15 >

No.	患者ID	患者氏名	誕生日	診療科	診療時間
1	00000001	田中 一郎	2014-10-15	内科(内科)	08:00
2	01234567	山田 花子	2014-10-15	内科(内科)	08:00
3	01444443	佐藤 正一郎	2014-10-15	内科	08:00
4	00000008	鈴木 次郎	2014-10-15	内科(内科)	08:00
5	00177440	田中 花子	2014-10-15	内科(内科)	08:00
6	00000005	佐藤 健太	2014-10-15	内科(内科)	08:00
7	00010003	山田 花子	2014-10-15	内科(内科)	08:00
8	00000006	田中 健太	2014-10-15	内科	08:00
9	00000004	山田 花子	2014-10-15	内科	08:00
10	00000002	田中 健太	2014-10-15	内科(内科)	08:00



WIFIが必要なタイミング



システムでできないこと（制限事項）

- ・ 電子カルテへのデータ書込み(記事や看護記録への書出し)
- ・ 過去日のスクリーニング内容の修正はできません(入力内容の修正は当日のみ可能)
- ・ 外字は文字化けします

開催結果報告書

1、研修会開催者

所属・職名
氏 名
青森県病院事業管理者
吉田 茂昭

2、開催日時

平成28年11月12日(土) 9時00分～16時30分

3、開催場所

名 称
所 在 地
青森県立中央病院
青森県青森市

4、参加者数

34人

5、研修テーマ

全がん患者の苦痛のスクリーニングを実践に活かす
～入院・外来のスクリーニング導入から対応、評価までのプロセス～

6、研修内容

講演1

「何が県病で変わったか？青森県の緩和ケアを変えるためには何が必要なのか？」(25分)

青森県病院事業管理者 吉田茂昭

〈内容〉痛みやつらさからの解放を青森県立中央病院の文化とすべく、病院管理者としてのこれまでの取り組みを紹介した。具体的には、一般総合病院において外来・入院部門でがん患者を抽出するために電子カルテ、がん登録、医事課 Data 等院内拡散している情報を統合化したがん総合データベースの構築、痛みを評価し対応する医療者への教育、効率的・効果的な医療を提供するためのがん診療センターの立ち上げ等である。病院経営・管理の視点で一般総合病院の組織化を図ることが、痛みやつらさを緩和する文化を醸成する上で必須であることを提言した。

講演2

「痛みやつらさのスクリーニングは何のためにあるのか」(30分)

日本赤十字社医療センター緩和ケア科部長 的場元弘

〈内容〉2010年～2012年厚労科研「がん疼痛の除痛率を含めた緩和ケア提供体制の評価に関する研究」で明らかになった痛みの問診の仕方「痛みでできないことや困っていることはありませんか」と除痛率の検証、医療者への疼痛評価の教育を振り返り

ながら、痛みだけでなくつらさを評価するための本研究班の取り組みと2014年～2015年までの本研究班の成果を紹介した。

講演3

「じゃあスクリーニングのデータはどうなっているの？そこから何が見えるのか」(30分)

国立がんセンターがん対策情報センター研究員 榊原直喜

〈内容〉研究者の立場から、客観的な指標として除痛率の定義、除痛率の測定方法(日、月単位では数値の乱降化がみられるため入院の日数を横軸とし除痛率の変化をみる評価の方法)を紹介し、施設単位でのPDCAサイクルの評価に用いることを紹介した。

講演4

「入院・外来の全がん患者のスクリーニングを現場で実践運営するためのプロセスと現場の変化」(40分)

青森県立中央病院緩和ケアセンター 山下慈

〈内容〉多施設で痛みやつらさのスクリーニングの導入と対応を担当している経験から、実際に全がん患者にスクリーニングのための準備、導入による現場の変化、青森県立中央病院を主に緩和ケアチーム・精神科認定看護師によるリエゾンチームがスクリーニング結果に対応した成果について報告した。スクリーニングの準備では、シートを活用したスクリーニングは提出率が悪く、毎日患者訪問時に痛みやつらさを聞き取りする質問項目を統一化したこと、スクリーニング導入前に入院、外来で事前に調査した内容、スクリーニング導入後は患者からの緩和ケアチームに直接依頼する事例が増加し、実際に400名の患者をラウンドするとその1割が緩和ケアチームの介入が必要であった等の報告があった。

講演5

「全例がん患者のスクリーニング導入によって見えてきたこと、患者さんの為にさらに何が必要か？」

〈内容〉

1)岩手県大船渡病院緩和医療科長 村上雅彦(20分)
緩和ケアチーム専従看護師が1名のため、緩和ケアチーム医師・薬剤師もサポートし、スクリーニングされた結果に対応している事例が紹介された。具体的には、毎日病棟看護師がスクリーニングした結果から、痛みで困っている患者を対象に緩和ケアチーム専従看護師は固定受け持ち看護師とカンファレンスを行い、ケアを推奨する他、薬剤の推奨が必須な場合は緩和ケアチーム医師・薬剤師がカルテまたは電話にて推奨内容を主治医に提案している。スクリーニング導入前、スクリーニング導入後(痛みやつらさを毎日病棟看護師が聞き取る)は緩和ケアチームの依頼件数に変化は見られなかったが、スクリーニング結果への対応を始めてから緩和ケアチームの依頼件数が1.5倍へと急増した等の報告があった。また患者を対象にアンケートを実施し、こうした取り組みへの満足感が高いことが示された。

2) 鹿屋医療センター緩和ケアチーム 西小野美咲 (20 分)

緩和ケアチーム専従看護師が 1 名のため、スクリーニングされた結果に病棟・外来が対応できるよう活用できるソースをフロー図の作成、スクリーニング結果に医師がどのように対応していたか事例の紹介、スクリーニング結果に対応した医師の集計結果、患者を対象にしたアンケート調査の結果を報告した。外来では医師が緩和ケアチーム紹介や薬剤の調整等、スクリーニング結果に全体の5%が対応しており、患者を対象にしたアンケートには相談しやすくなった等満足度の高い結果が示されていた。

3) 市立三次中央病院緩和ケアチーム 新濱伸江 (20 分)

電子カルテのテンプレート方式を活用し、痛みで困っている患者リストの作成や除痛率の算出等集計機能を展開している施設である。多機能携帯端末と比べたテンプレート式のメリット、デメリットを紹介した他、毎日痛みで困っている患者をラウンドした結果、緩和ケアチームの依頼件数等が2 倍近く増加したことが報告されていた。さらに骨転移を有する患者をがんリハビリテーションチームとも情報共有するなど多職種とスクリーニング結果へ対応している取り組みが紹介された。

講演6

「スクリーニングで抽出された難しい問題への対応とサポートの在り方」 (30 分)

JCHO 中京病院緩和支援診療科 吉本鉄介

スクリーニング結果から抽出された重症患者の症例を青森・名古屋・長崎をテレビ会議のツールを活用してケアを検討し、主治医に推奨することによって疼痛、口渇等の症状緩和に有効であることが報告された。こういった遠隔システムの体制整備によって、緩和ケアの専門医がいない施設であっても、重症患者に対応できることが報告された。午後のグループワークの概要は、資料1を参照とする。

7. 研修会の成果

研修会の成果詳細は、資料1(グループワーク)と資料2(アンケート)を参照とする。

グループワーク参考資料として、スクリーニングシステムの概要の説明(10 分)と、問診の様子をローレブレイ(10 分)で提示した。本研修会への参加をきっかけに、全がん患者へのスクリーニングの意義、実際に外来・入院でスクリーニングを導入するまでの準備やそれに緩和ケアチームを含め医療者がどう対応していけばいいかを学ぶことができたという感想が多く聞かれた。特に、外来でのスクリーニング導入に悩んでいる施設が多く、入院と外来のスクリーニング項目を統一化する必要はないことや、簡易な質問を現場の流れに組み込むことによって導入可能であるという示唆を得たという意見が聞かれた。また、実際に本研修会で開発している多機能携帯端末を導入したいと要望する施設が2 施設あったほか、テンプレートに入力したデータをソースとなる職種が活用できるよう体制を整備したいという要望する施設が1施設あった。さらに、継続して情報提供を含めた当研究班から支援を9 施設 11 名が要望し、今後も現場の悩みや解決策などを支援していく予定である。

全がん患者に苦痛のスクリーニングをするためにはどうしたらよいか（問題点）

- ・病棟でプレテストを行い、今年から実施。外来はしていない。
- ・外科病棟・外来でがんと診断された患者に、問診票を書いて来てもらいスクリーニング（初回）。
- ・外科病棟で紙を使ってクラークに書いてもらい、回収している。
- ・消化器内科病棟でプレテスト。
 がんと診断された初入院 Pt 今年 6 月全病棟 → 何人かがいてスクリーニングの数を出している（初回と 1 週間後のスクリーニングの数）。スクリーニングシート・評価シートをどのように活用しているのかを認定 Ns に連絡。
- ・規定はない。各病棟で用紙に書いてもらい、介入を要する患者の連絡をしてもらっている。
- ・全患者 → 消化器・外科系は出来ている。判断はスタッフに任せているが、曖昧な部分もある（がんと診断された時、病棟 Ns に時間がある時）。
- ・告知されるのは外来 → 時間が不足、業務は困難。

苦痛のスクリーニングのどう対応したらいいか

- ・症状評価は病棟・外来別でも良いのではない（外来・病棟の項目を別にする）
- ・患者のことを考えると、入院から定期的にスクリーニングを始めた方がよい（患者が医療者に相談しやすい意識付け）。
- ・マニュアルなどを整備し、アセスメント毎に症状評価を出来るようにする。
- ・医局のカンファレンスで、スクリーニングの重要性を周知徹底し、スクリーニングシートにサインしてもらい、評価を行っていく。
- ・スクリーニングシートと評価シートをワンセットにし、スクリーニングシートで問題点を認定、NS に提出し介入。→ 点数で評価シートのチェック、リソースが分類されている。→ 2W に 1 回 CNS がチェック。病棟に介入 → 間接介入（専従ではないため、リアルに介入するためには定期的な活動日が必要）。

スクリーニングの導入・対応・評価

- ・仕事の流れに組み込んでいく（周囲のスタッフを巻きこんで）
- ・スクリーニングすることで、医師が把握できるようになった。良い所をスタッフに伝えていく。
- ・症状マネージメントの良し悪しを持っている医師がいるので、個々の Dr 要望に折り合いをつけながら接していく。
- ・問題点に対応できるリソースを発掘しておく。対応に時間が掛からないようにする。
- ・外来・病棟の項目を別にし、マンパワーを考える。
- ・患者を第一に考える意識ケア
- ・適切な所に相談できるようフロー図の作成。
- ・紙シートで評価しているので、患者の継続的評価が見えない。
- ・外来はシートを書く時間がないので、端末がほしい。
- ・評価をするための集計が緩和ケアセンターの趣味ではない。
- ・PDCA のサイクルの基となる評価の指標がない。
- ・システム導入の予算がない。

2G

① 全がん患者に苦痛のスクリーニングをするにはどうしたら良いか

- ・がん PT の母数を知る → どれ位の割合でいるか。
 - ・マンパワーに必要 → アプリ → 患者によっては自分で入れることが出来るかも。
 - ・スタッフへの周知（一部にしか知らされていない）
- 成功体験
(外科入院・外科ケモの PT 限定にしている)
- ・病棟に色々な疾患の人がいるので、対象者の選択が困難。→ 自分の所属する病棟から始めている。作業を自分以外に頼むのに悩んでいる。実際聞き取りをするとタイミングなど、スクリーニングの必要性が認識されていない。
 - ・限定して始めた紙ベース、意外とすんなり出来た。それぞれの病棟にオリエンテーションに行った（小児・循環器など除く）。
 - ・外来は時間がなくて、来ていない。反発に落ち込んだ。がんだけに限らず、難病にもしてほしいという声もあった。
 - ・協力病院・薬剤師に NS の思いが伝わらない。

② 苦痛のスクリーニングにどう対応したらいいか

- ・結果をカンファレンスに出したり、記録をする。→ 段階を踏む（みんなで考えて無理ならリソースに繋げる）。
- ・困ったのは、緩和に全て廻ってくるのに、そうならないように自分達（病棟）で解決できるようにする。
- ・Pt に緩和ケアチームに紹介してほしいか意思確認して、直接介入か間接介入を決めている（後から情報提供しておく）。
- ・緩和だけでなく、薬・MSW・Ns など決めている体のつらさだけで相談しないのはなぜか？ → （ケモ導入時に説明用紙を作成）
- ・「緩和ケア」に戻込みする。
- ・気持ちのつらさの拾い上げ方。→ 化学療法室で数字が高い人を介入したりする。

解決策

- ・集約する中心の人がいる、
- ・ハード面のシステム化。
- ・地道な作業の積み重ね課題を返してもらう。

トップダウン

- ・影響力のある人に味方についてもらう（連携の方法）

① 全がん患者に苦痛のスクリーニングをするにはどうしたら良いか

- ・一部外来にてテンプレートで使用して行っている
- ・入院 Pt では行えているが、非がん・がん Pt と分けるのが難しい。
- ・業務内容で全 Pt のスクリーニングの対応は現状的に難しい。
- ・紙ベースのスクリーニング、がん Pt が入院した際にスクリーニングを行っている。
- ・初診の外来でスクリーニングを行い、少しずつ広めていく (Pt に書いて頂いている) 気持ちも。
- ・スクリーニングをしても Ns 介入の場がなく、入力になってる → 対応をして引かかる Pt は、次回受診時に評価して欲しいとの申し送りし、介入している (困っている Pt を見つけたときの介入になる)。
- ・発展途上の段階で、経済的スクリーニングのシステムにお金は掛けられない。テンプレート運用。
- ・Pt をトリアージしての対応・全 Pt 対応は困難。病棟の室・アセスメントの問題。
- ・評価がルーチンにならないように。
- ・痛みのスクリーニング以外にも、デクビ、転倒などの評価も行うため、Ns が Pt のケア評価日に混乱する。
- ・入力を Pt 前で行うと Pt が気にする様子があるため、Pt 前で行わないようにしている。
- ・スクリーニングをしても対応する人がいなく、漏れてしまう不安。

②スクリーニングの対応

- ・マンパワーの改善、外来で対応できる人を設置する。
- ・地域へ繋げて支援するため、訪看や往診医での評価。
- ・地域へ繋げるカルテ (ネットワーク) を使って、スクリーニングも繋げていく。
- ・病棟で困っている対応についてはチームにかえて対応。(病棟スタッフは負担にならないように)
- ・Pt が自由に答えられるベースが良いか。

解決策

- ・国と病棟にスクリーニングの定義・方法を決めて欲しい (予算の設定を含めて)。
- ・スコア別では、Pt が簡単に出来るスクリーニングの作成。

①全がん患者苦痛のスクリーニングをするためにはどうしたらいいか

- ・対象者（がん患者）をどうやって拾い上げるか。
- ・人員・場所（プライバシーを保てる）場所の確保。
- ・組織全体が目的を共有。
- ・誰がどのような役割をするか体制づくり。
- ・時間の確保（1人の患者に対応する時間）。
- ・システムの問題（ピックアップの方法など）
- ・受付・DCさんにも協力してもらおう（がん患者をカルテ、マーキングなどで拾う）。
- ・リンクナースを活用し、各部署でスクリーニング。
- ・良性・悪性腫瘍をDrに確認。
- ・Drと連携が必要
- ・評価のばらつきがある。（Nsの評価の質・精度を上げる）

PSの評価、質問の仕方、患者さんの動き方など評価するNsによって違う。

- ・対象者リストから漏れると、1度も評価されなくなる。
- ・スクリーニングする職種はNsだけなのか？（薬剤師・患者自身が記入）
- ・実施率を上げるためには・・・。

②苦痛のスクリーニングにどう対応したらいいか

- ・スクリーニングの対応。（苦痛に対応するためにPCT介入など）
- ・他職種の介入。
- ・我慢している人へ早期に対応していく。
- ・苦痛をとるための方法を説明
- ・顔の見える関係性。
- ・患者さんが「言っても変わらない」と思わせないようにする。

③スクリーニングの導入・対応・評価において問題点とその解決策

問題点

- ・がんPtの拾い上げ（対象）をどうすればいいのか？
- ・人員確保・時間確保（特に外来Nsの時間を確保）。
- ・主治医との連携の困難さ、全てのPtさんをスクリーニングする大変さ。
- ・スクリーニングの精度を上げるには？ → 自分の体のことを上手に伝えられるようになる患者教育も必要。
- ・コミュニケーションのとり辛いDr。

解決策

- ・病名登録を工夫、受付担当への協力。
- ・病院全体で取り組むことを明確化し、組織に協力してもらう。
- ・丁寧な説明、目的を明確にする！
- ・リンクナースの活用、主体的に活動。
- ・緩和チームの週一のカンファレンスにリンクナースを参加してもらう。
- ・緩和チームとリンクナースがリンクしていなかった！ → ここを改善した！
- ・聞き取りはNsがするもの！？先に質問票を渡しておいたら時間短縮！？
- ・薬剤師を活躍したい！
- ・的場システムを導入したらどうしたら良い？
- ・スクリーニングの実際を継続してやってみせる。
- ・スクリーニングが当たり前の文化に！
- ・緩和ケアチームに介入してもらって成功体験を！

県病 → NRSとVRSが入り乱れる・・・認定Nsが、評価の質を上げるかわり・・・
続けることに意味がある！！

おぐらHP → 1病棟にがん病棟が集中して入院するので教育はしやすい。
実施率は100%だが、精度をあげる必要がある。
実施率100%が良いとは評価できないのでは？

5G

①全がん患者に苦痛のスクリーニングをするためにはどうしたらいいか

〈現状〉

- ・チームがスクリーニングをやっている。
- ・受付 → 採血 → 結果が出るまでの待ち時間に行う。
- ・患者ファイルにがんマークをつけて抽出の工夫。
- ・初診の患者・未診断の方をどうするか？診断ついた後は？
- ・全患者に問診シート、医事の方が渡してPtが記入する。
- ・がん患者がどれだけの把握できない（がんセンター）。
- ・既往患者ががん以外の症状で入院していても再発もある。 → がん病名・既往はスクリーニングする。
- ・早期がんも聞くのか？（Drから）
- ・定期受診時でも必要か。
- ・告知直後と2Wに問診するNsらが変わる、PCTにつながりにくい。

誰が。どの時期に。

困難

病棟は把握しやすい
外来のがん患者把握

〈病棟Ns(現場)中心〉

- ・スクリーニング、PCTに介入を依頼する。
- ・マニュアルを作る+PCTのNsが動いてみる。

スクリーニングの目的はすくい上げ → 聞かれるのが当たり前の病院になっていけば、院内告知 → 全てに・・・

司会：柳本 発表：二見

②苦痛のスクリーニングにどう対応したらいいか

〈現状〉

- ・PCT依頼があつて対応 → 病棟Nsへのフォロー。
- ・主科がスクリーニング結果を得て対応する。
- ・スクリーニングスコアⅡ以上は担当Drへ（ファーストタッチは病棟で）。
- ・主科の指示で対応している → その後の評価の追いかけては明らかな要介入よりも、その一歩手前の状態をどう判断するか（拾い上げ）。
- ・気持ちのつらさは、気持ちのスクリーニングがどの程度行われているか。結果を報告された主治医は、どうするといいの？がん看護に困難感を抱いている。
- ・対応に関するリーフレットを配布したが、それだけでいいのか。
- ・誰でもPCTに依頼できる1つの基準以上を、自動的に介入する。
- ・担当Nsの気づきがあるのなら、リソース（フロー図など）活用できる → 病棟スタッフが自主的に相談できる（窓口）

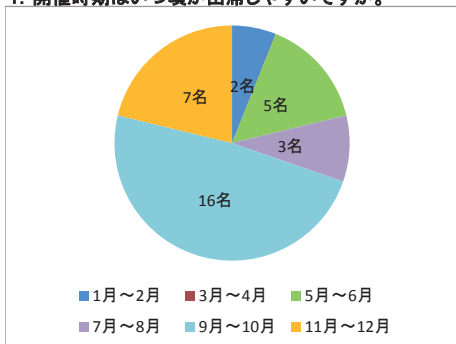
③スクリーニングの導入・対応・評価の問題点と解決策

- ・困っていることを明確に見える化 → 対応をプラン出来る。
- ・治療に没頭していた。 → 患者を“診る”ことが出来る。
- ・とりっぱなしにしない。「気持ちのつらさ」聞いたけど、どう対応するべきか。外来Nsが抱え込み（PCT介入に主治医同意が必要だった）。
- ・間接介入での困難さ。

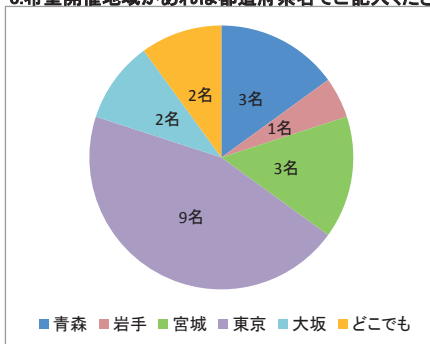
がん医療従事者等研修会ご来場アンケート

平成28年11月12日(土)実施

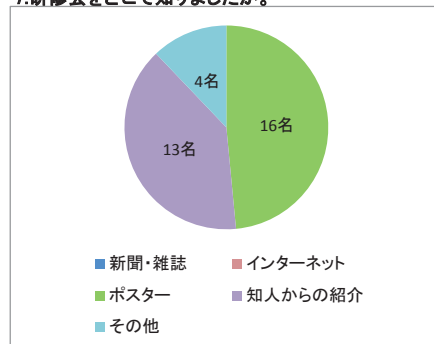
1. 開催時期はいつ頃が出席しやすいですか。



3. 希望開催地域があれば都道府県名でご記入ください。

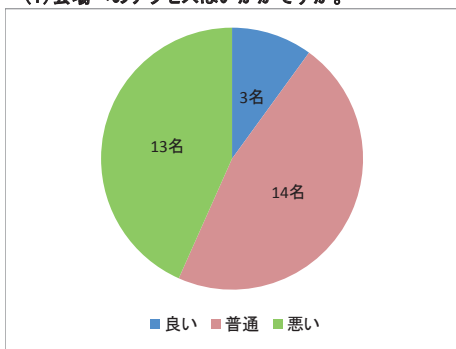


7. 研修会をどこで知りましたか。

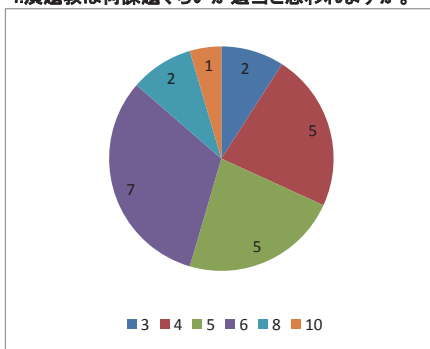


2. 会場の印象をお聞かせください。

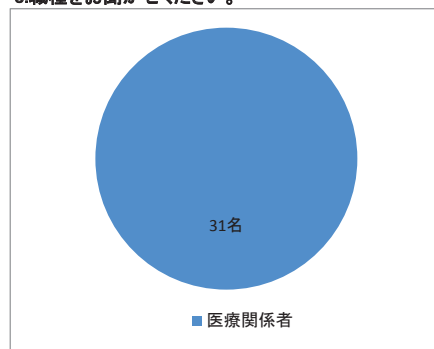
(1) 会場へのアクセスはいかがですか。



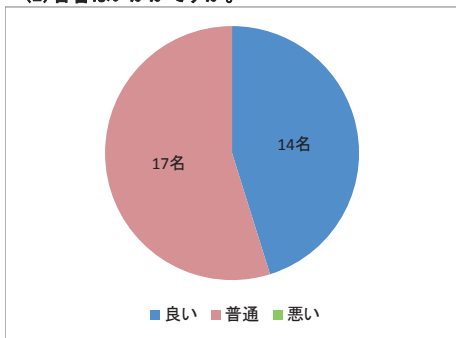
4. 演題教は何課題ぐらいが適当と思われますか。



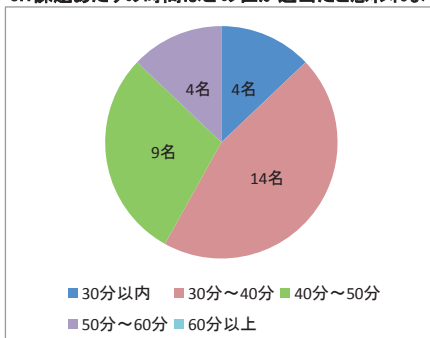
8. 職種をお聞かせください。



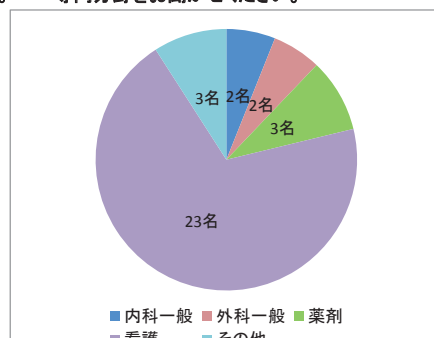
(2) 音響はいかがですか。



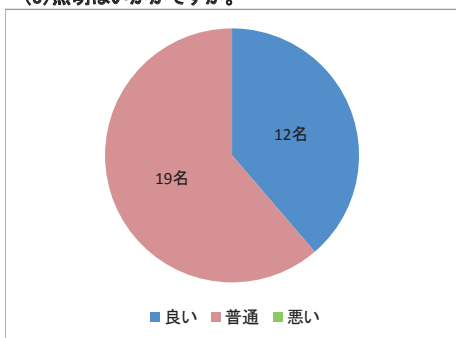
5. 1課題あたりの時間はどの位が適当と思われますか。



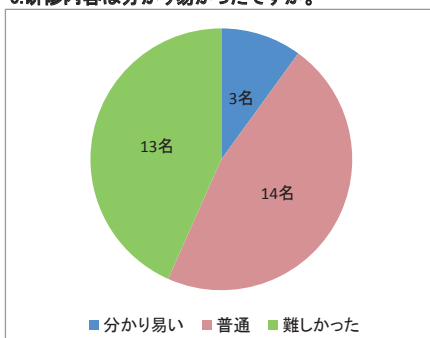
9. 8で医療関係者にチェックされた方、専門分野をお聞かせください。



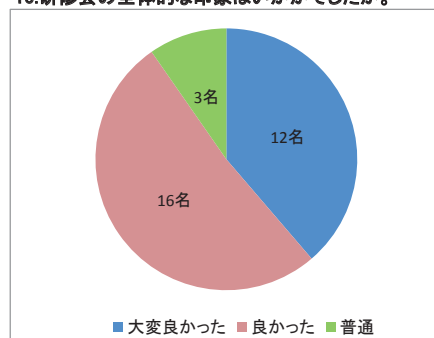
(3) 照明はいかがですか。



6. 研修内容は分かり易かったですか。



10. 研修会の全体的な印象はいかがでしたか。



アンケート集計

～入院・外来のスクリーニング導入から対応、評価までのプロセス～

1. 全がん患者の苦痛のスクリーニングを、今後進めていきたいと思われましたが、率直な感想をお聞かせ下さい

- ・今後も外来導入等で様々なグループワークでいただいた意見も演題内容と課題・問題点に対応しながらスクリーニングを進めていきたいと思っています。また、スクリーニングする中で、チーム医療としても患者様やご家族に貢献できること、サポートできる事を行っていただけらと思います。
- ・患者さんにとって、メリットのある取り組みだと思うので、そのことを目的として取り組んでいきたいと思っています。
- ・他病院の運用や問題点を参考にして自院に活かしたいと思っています。
- ・現在一部のがん患者さんにはしか実施できていません。いずれ全がん患者さんを対象にと考えていたので、平日の研修は今後の参考になりました。
- ・スクリーニングをするとなるとマンパワーを考えていましたが、本当に大事な事はチーム全体・病棟全体で取り組んでいくことで解決する事も多いのではないかと感じました。
- ・患者さんの苦痛が評価され、生活しやすくなるのであれば、スクリーニングは重要だと思うので、進めていきたいと思う。
- ・（外来：初診時に導入・入院：今年度中に全患者導入予定）スクリーニングしたままとならないように対処方法を考えながら行っていきたい。ただ実際初期対応する治療・外来スタッフの負担感だけが増さないように進めていきたい。
- ・Patient is our top priority.痛みがあるのに、治療のチャンスを逃すことは許容されるべきではない。スクリーニングは進めるべきである。
- ・全ての苦痛を取り除くためには、スクリーニングは必ず行わなければならないプロセスです。今後も全国へ広がるよう願っています。
- ・患者さんの QOL に反映できる様な医療者が主体的にやりたくなる様なスクリーニング（トリアージ+アセスメント+対応）を広めたい。
- ・毎日評価していくことも大切と思いました。痛み以外の症状などもどうしているのか知りたかったです。
- ・入院患者の苦痛のスクリーニングを開始したばかりであり、定着されていないところもありますが、今後も進めていきたいと思っています。
- ・病院の前がん患者の教育を把握。除痛率と医療用麻薬の使用量の把握。まず基礎データをまずは把握すること。
- ・今後全がん患者を対象出来るようにしていきたいとは思いました少しずつ拡大できれ

-1-

ばと思います。

- ・外来で今後導入する予定だったため、それぞれの施設での取り組みを共有でき参考になった。
- ・進めていきたいがやはり絶対的なマンパワー不足を感じた。時間はかかるかもしれないが、出来ることから一つずつ継続していきたいと強く思えた。本日得たことを今後に活かしていきたいと思う。
- ・患者さんのことを考えれば当然必要なことなのでぜひ進めていきたいと思いますが、主治医の積極性やモチベーション・プライド…が最終的なカベになるように思いました。なので、仲間作りをしながら少しずつ進めていきたいです。
- ・スクリーニングから、データ抽出し、どのようにニーズをひろいあげていくか考えていかなければいけないと思います。
- ・進めなければならないと思います。そのためには、自分のコミュニケーションスキルを上げなければと思っています。
- ・受講者の方々が同じように悩みながら取り組んでいることを伺い、率直に自分も頑張ろうと思いました。外来で、どのように取り組みればいいのか、ヒントを頂きました。ありがとうございます。
- ・外来導入をどのように開始するのが良いのか現在検討中です。
- ・やった方がよいと思うが、全がん患者を対象とするためには、マンパワーやシステムの簡略化などまだまだ改善が必要だと思います。
- ・多くの病棟で同じような悩みを抱えていることが分かった。Pt さんの苦痛を緩和できるよう苦痛のスクリーニングをすすめたい。
- ・全がん患者に行うよりも毎日スクリーニングを行っていることに興味がありました。ふだん病棟で NS が行っている痛みの評価を本日発表されたスクリーニングの方法をいかしたいで行えれば良いなと思いました。
- ・全がん患者でもどの時期に行うのか、どのように継続して実施するのか検討する必要がある。
- ・苦痛のスクリーニングの対象を擇って実施しているが、実施件数も少なく定着していない。苦痛のスクリーニングが院内においてあたり前のように実施される風土ができるように着実に根気強く、対策を考えたいと思う。H29 年 5 月に電子カルテが導入されるが、今後それらをどう活用できるかが全く分からず不安だ。協力してくれるシステムエンジニアや事務がいないので、これからどうしたらいいと思う。
- ・できるところから始めて精度をあげていき、現場の状況をみながらすべての患者さんに介入していければ理想と感じました。
- ・苦痛のスクリーニングを、より効果的に、短時間でできるように進めていきたいと思っています。
- ・どのスタッフも同じ認識でいるとは限らない所が難しい。同じ方向を向いていけるに

-2-

こしたことはないが、そこまで地道に教育・周知を続けていくことが大切だと感じた（NS ばかりではなく Dr も）。

2. 苦痛のスクリーニングの結果への対応は、今後どのように進めていきたいと思われましか。率直な感想をお聞かせください。

- ・カンファレンスでの活用・入院・外来の継続的なサポートになるような情報共有。PCTNS の直接介入・ラウンド等を行いつながりながら対応も行っていきたいと思っています。
- ・まずは、自分の所属するスタッフと共同し、患者さんの苦痛に対応する力をつけていくようにしていきたい。そして次にリンクナースも活用しながら、他の職種もまきこんでつながっていききたいと思う。
- ・誰かが一人だけ、チームだけが関わり負担にならない様に、組織全体で行っている事をみなで認識できる様、システムの導入だけではなく広報活動なども行っていききたいと思う。
- ・多職種と連携する事が必要。医師とのコミュニケーションのとり方、患者のスクリーニングの活かし方（スクリーニングだけで終わらせない）。
- ・すくいあげた辛さに早急に対応できるようなフローをつくりなおしてみる。結果を公開し、どう対処したらよいか現場スタッフと考え、医療の質も向上させていきたい。
- ・ハード・ソフトの更なる効率化・教育。
- ・電子カルデで、誰もが参照しやすいよう継続する。
- ・主治医チームや病棟・外来スタッフが、基本的な内容ができるように、スクリーニングが根づくまで地道に活動したいと思いました。また、一緒に進めてくれる仲間がいることをありがたく思いました。試行錯誤しながらやっていこうと思います。
- ・緩和ケアチームの対応を希望するかしないかで認定看護師・PCT の対応をふり分けする方向でやっています。しかし、それだけでは苦痛に対する対応が不十分であると感じたので、スクリーニングを元にリソースを活用できる方法の提示や PCT に相談する基準などを検討していききたいと思います。
- ・医療用麻薬の地域での使用量をスクリーニングの結果に反映できればと思います。何かいい方法があればお教え下さい。
- ・評価が出来ていないのを評価して対応ができるようにしていく。基準の作成し、定期評価ができる仕組みづくりをおこなっていく。今おこなっている部署でのスクリーニングを 100% を目指していきたいと思っています。
- ・病棟・外来で質問項目を検討する。（スタッフの負担↓）院内全体をまきこんで、すすめる（緩和ケアチームだけで動くのではなく）→患者への啓蒙にもつなげる。フローシート・マニュアルの明確化。（精度を上げる）関わる人たちと顔のみえる関係性を築く。メリットを共有しながら、モチベーション UP につなげる。
- ・フローチャートなどどう対応していくか、フィードバックした内容を反映するためにどのように評価していくかの徹底が重要だと感じた。苦痛を知ってどの程度でどう対

応するか院内で意識を統一していきたいと思った。

- ・腫瘍内科 Dr は、診察においてスクリーニングと同様のことをしている様だったが、他科 Dr の中には、スクリーニングのシートを見ないケースもある現状もあり、院内でのご理解と周知を進める必要がありそうです。緩和ケアチームとリエゾンチームとの協力も、必要になってくると考えました。
- ・患者さんとやりとりしたことは、「主治医に伝えますよ」ということを、患者さんに伝える。医師・看護師だけでなく、かわつてくれる人がいることを伝える。ということができるように医療者作りが目標を同じにもてるような研修が必要だと思います。
- ・院内の CNS・CN・リソースが活用できるように、スタッフへ周知しながら、対応していける様に考えていきたいです。多忙なスタッフに負担がかからないようサポート体制をしめしながら…。
- ・主治医・認定のコンサル。まずは看護師各々のスキルアップかなと思います。
- ・リソースリストは参考になりました。
- ・陽性ニーズのひろいあげをやっていききたい。
- ・陽性になった患者への関わりを自分で行うようにしているが、他の業務で対応できないことが増えている。現場の NS の力で対応してもらええる様に教育したり、自分の業務をみなおし対応したいと思う。
- ・PCTNS として、主科 NS の対応についての何らかの支援体制を整える。リソースへのフロー図をさらにわかりやすく、具体的なものにする。
- ・次年度リンクナースを立ち上げるので、その方たちの力をかりて、苦痛のスクリーニング実施していく。紙ベースで手入力で評価することになるが、協力をさがしたいと思う。全体的には参加してすごく良かったです。今後とも情報交換よろしくお願ひします。
- ・現場のスタッフへのアセスメントや初期対処法を周知しながら、PCT スタッフの専門的な対応の運用システムやスキルアップを図っていききたい。
- ・どう対応するか、スタッフと相談しながら、行っていききたいと思います。
- ・フィードバックをどんどんしてもらえれば…スタッフも気づくことができ、スクリーニングにつなげることでもできる。

がん医療従事者等研修会ご来場アンケート詳細

【ご意見・ご要望】

- ・とても参考になりました。
- ・とてもわかりやすく、研修を受けた。
- ・新幹線などのアクセスで間に合う時間からの開催時間であればもっとよかった。スクリーニングのシステムについてはとても詳しく参考になりました。判断基準や具体的な対策などを今後教えて頂きたいです。
- ・つめこみすぎの感があり、疲れました。お昼休いの 1 時間はちゃんと確保してほしい。
- ・伝えたいことが沢山あると思うが、昼休憩の時間に大幅にぐいこんだ研修は好ましくないとします。ipad などを使用し、データの管理・集計・スクリーニング時間の短縮ができていることは、素晴らしいと思います。ただ多くの施設では、ipad で行っていることを手集計しなければならぬ現状なので、そのあたりを詳しく知りたいと思いました。

1. 全がん患者の苦痛のスクリーニングを、今後進めていきたいと思われましたか。

スクリーニングをすすめていく	課題はあるがすすめていく	今後の展望	学び・意義を得る	課題
患者さんの苦痛が評価され、生活しやすくなるのであれば、スクリーニングは重要だと思うので、進めていきたい	課題・問題点に対応しながらスクリーニングを進めていきたい	チーム医療としても患者様やご家族に貢献できること、サポートできる事を行っていただけたい	本当に大事な事はチーム全体・病棟全体で取り組んでいくこと	全がん患者を対象とするためには、マンパワーやシステムの簡略化など改善が必要
外来：初診時に導入・入院：今年度中に全患者導入予定	現在一部の患者のみ実施。いづれ全がん患者さんを対象に	患にとつてメリットのある取り組み、目的にして取り組んでいきたい	毎日評価していくことも大切	電子カルテが導入をどう活用できるか。
痛みがあるのに、治療のチャンスを逃すことは許容されるべきではない。スクリーニングは進めるべき	実際初期対応する治療・外来スタッフの負担感が増えないように進めていきたい	他病院の運用や問題点を参考にして自院に活かしたい	痛み以外の症状などもどうしているのか	協力してくれるシステムエンジニアや事務がいらない不安
全ての苦痛を取り除くためには、スクリーニングは必ず行わなければならない	絶対的なマンパワー不足を感じたが出来ることから一つずつ継続	今後全がん患者を対象出来るようにしていきたい	全がん患者の教育を把握。除痛率と医療用麻薬の使用量の把握。まず基礎データを把握する	スクリーニングからデータ抽出し、どのようにニーズをひろいあげていくか
患者さんのQOLに反映できる、医療者が主体的にやりたくなる様なスクリーニング(トリアージ+アセスメント+対応)を広めたい	患者さんのことを考えれば必要なこと。進めていきたいが、主治医がカベになる	外来で今後導入する予定参考になった	仲間作り	
入院患者のスクリーニングを開始したばかり今後も進めていく	進めなければならない、そのために自分のコミュニケーションスキルを上げる	できるところから始めてすべての患者さんに紹介したい理想を感じた	外来でどのように取り組みかたでヒントを得た。	
より効果的に短時間でできるように進めたい	外来導入をどのように開始するのか現在検討中	風土ができるように着実に根気強く、対策を考えたい	毎日スクリーニングを行っていることに興味	
患者の苦痛を緩和できるよう苦痛のスクリーニングをすすめたい			スクリーニングの方法を活かして	
			どの時期に行うのか、どのように継続して実施するのか検討する	
			同じ方向を向いていけるまで地道に教育・周知を続けていくことが大切	

2. 苦痛のスクリーニングの結果への対応は、今後どのように進めていきたいと思われましたか。

PTCNSの具体的方法 継続的なサポートになるような情報共有、直接介入・ラウンド等を行いながら対応	現場看護師の対応	多職種	組織全体	院内システム	地域
	現場のNSの力で対応してもらええる様に教育	多職種活用	組織全体で行っている認識、広報活動	ハード・ソフトの更なる効率化・教育	医療用麻薬の地域での使用量をスクリーニングの結果に反映
すくいあげたつらさに早急に対応できるフロー	看護師各々のスキルアップ	多職種と連携	院内全体をまきこんで	電子カルテで、誰もが参照しやすい	患者への啓蒙
地道に活動、仲間	スクリーニングを元にリソースを活用できる方法の提示	リンクナースを立ち上げ、その力をかりて苦痛のスクリーニング実施	院内での理解と周知	陽性ニーズのひろいあげ	
CNSが対応する力をつける	現場のスタッフへのアセスメントや初期対処法を周知	顔の見える関係性	スクリーニング含め緩和ケアの体制などを患者に伝えることができる医療者作りのための研修	紙ベースで手入力で評価することになる、協力者をさがす	
かかわってくれる人がいることを患者に伝える	サポート体制をしめしながら	PCTとリエゾンチームとの協力		基準の作成と定期評価ができる仕組みづくり	
スタッフと相談して対応	フローチャートなど対応			苦痛に、どの程度でどう対応するか統一	
PCTスタッフの専門的な対応の運用システムやスキルアップ	結果公開して現場Nsと協働			病棟・外来で質問項目を検討する	
自分の業務をみなおし対応	リンクナース			リソースへのフロー図わかりやすく具体的なものに	
主科NSの対応についての何らかの支援体制を整える	フィードバックをどんどんしてもらえればスタッフも気付き			フローシート・マニュアル	
主治医・認定のコンサル				リソースリスト	
「主治医に伝えますよ」ということを、患者さんに伝える				PCTに相談する基準を検討	
				CNS・CN・リソースが活用できるよう周知	

ご意見・ご要望	
とても参考になりました	
とてもわかりやすく、研修を受けた	
新幹線などのアクセスで間に合う時間からの開催時間であればもっとよかった	
スクリーニングのシステムについてはとても詳しく参考になりました	
判断基準や具体的な対策などを今後教えて頂きたいです。	
つめこみすぎの感があり、疲れました。お昼休いの1時間はちゃんと確保してほしい	
屋休憩の時間に大幅にぐいこんだ研修は好ましくない ipadなどを使用し、データの管理・集計・スクリーニング時間の短縮ができていることは、素晴らしい。多くの施設では、ipadで行っていることを手集計しなければならない現状なので、そのあたりを詳しく知りたい	