

がん性疼痛の緩和が困難な一事例を振り返って

A Case Study Of a Cancer Patient with the Pain that Relaxation was Difficult

東3階病棟 春日 美紀 永田賢子

東8階病棟 伊藤 紗弥香

要旨

がん性疼痛の緩和が困難な一事例に関わった看護師へ、半構成法によるグループインタビューを実施した。看護師は疼痛、Activities of Daily Living（以下ADLとする）や生活、表情や不安といった情報からがん性疼痛をアセスメントしていた。そして、がん性疼痛に関する知識不足やスタッフ個々での観察項目と観察内容の相違、またチーム内での情報と解釈の共有ができていないことや、Magnetic Resonance Imaging（以下MRIとする）やレントゲンなどの検査所見に関する情報活用がなされていないことが、がん性疼痛の緩和を困難にする影響を及ぼしていたのではないかとということが示唆された。

key word:がん性疼痛、アセスメント、疼痛緩和

I. 研究目的

看護師がどのような情報から、がん性疼痛のアセスメントを行なっているのかを明らかにする。そして、そのことががん性疼痛を緩和することにどのような影響を及ぼしているのかを明らかにする。

II. 用語の定義

がん性疼痛：身体的な疼痛だけではなく、トータルペインを意味する。

III. はじめに

がん患者の20%~50%は診断時に疼痛をすでに感じており、進行がん患者においては75%にも及ぶといわれている。がん患者にとって、疼痛はとても深刻な問題である。

当院は都道府県がん診療拠点病院に指定されているが、緩和ケア病棟はない。がん性疼痛を抱えているがん患者は、一般病棟で治療を受けている。がん性疼痛の評価とケアの質は、それぞれの病棟看護師にゆだねられている。疼痛は患者の主観的な体験であり、他者には理解しにくい。そのた

め看護師ががん性疼痛をどのように捉えているのかが、がん性疼痛の緩和に大きな影響を及ぼすと考えられる。

今回整形外科病棟に入院したがん患者で、がん性疼痛の緩和が困難な事例を通し看護師によるがん性疼痛の捉え方に差があるのではないかと感じた。そこで当病棟の看護師ががん性疼痛をどのような情報からアセスメントしているのかを明らかにし、そのことががん性疼痛を緩和することによつたような影響を及ぼしているのかを明らかにしたいと考えた。

IV. 事例紹介

M氏 64歳 男性 会社役員

同居：妻(専業主婦、面会あり、キーパーソン)

性格：礼儀正しく、几帳面な性格。会社役員という職業柄、看護師の対応などで気がついたことを指導的に話してくれる。仕事を生きがいに生きてきて、後輩に自分の経験を伝えたいと語っていた。

診断名：左鼠径部軟部線維肉腫(骨盤内壁、大腿近位筋肉に広がっている)、左後腹膜・十二指腸水平脚近傍転移。

経過：200X年10月、上記診断をされて術前化学療法施行された。200X年1月、肉腫広範囲切除術施行され、その後化学療法施行されていた。2008X年7月、左後腹膜転移にて放射線照射され200X年8月には左後腹膜転移部切除術施行される。術後、左大腿部痛あり。9月よりオキシコンチン 20mg/日開始となる。がん性疼痛ではなく筋肉痛であると診断され、オキシコンチン 30mg/日へ増量となる。「こんなに痛みが強いのは、病気が悪くなっているんじゃないか?」「なぜこんなに痛いのに、何もしてくれないんだ」といった不安の言葉あり。緩和ケアチームへの依頼を看護師から主治医へ提案するが、がん性疼痛ではいからと見送られた。オキシコンチン 80mg/日まで増量されるが疼痛緩和せず、Magnetic Resonance Imaging (以下MRIとする) 施行されて左鼠径部軟部線維肉腫再発と診断された。

V. 研究方法

1. 研究方法：半構成法によるグループインタビュー
2. 研究対象選出：看護記録から患者が疼痛を訴えている場面を選出。患者に関わったことのある看護師を研究対象として選出。
3. 研究対象者：上記で選出した看護師で、同意が得られた看護師4名。

4. インタビュー内容：インタビューガイド参照。

<インタビューガイド>

場面を振り返ってもらい、患者と関わった感想や困ったこと、患者・家族の印象、難しいと感じた場面などを何でも話してもらおう。

1) Mさんの痛みを、どのように判断していましたか？

- ・ 痛みの原因
- ・ 痛みの強さ/性質/緩和因子/増強因子/鎮痛剤の効果/我慢できる痛みの強さ/痛みの緩和に期待する痛みの強さ/など
- ・ 痛みの変化(再発とわかった前後で違いがあった?)
- ・ 精神状態
- ・ 痛みが患者に与えている影響
身体面/精神面/社会面など

2) Mさんの痛みを、どのように評価していましたか？

- ・ 評価方法
- ・ 評価の基準

3) 痛みに対する考え

- ・ 患者が「痛みがある」といえば、痛みを信じるか？
- ・ 患者の言葉で言った痛みの強さと、患者の様子から看護師が判断する痛みの強さにズレがあると感じる時があるか？
- ・ Mさんとの関わりの時はどうだったか？

4) 痛みに対する専門知識

- ・ 原因別にケア方法の選択をしていたか？
- ・ 原因別にケア方法を選択する知識があったか？

5) 薬物療法について知識

- ・ 1stキューはすすめた？どんな判断で？どんな時に？効果はいつ評価？
- ・ 患者の痛みを緩和させるのに十分な薬物療法がされていた？

6) 患者の痛みを緩和することが、困難だった要因は？

- ・ 患者/家族/看護師/医師

7) 患者の痛みを緩和することが、困難に感じた時どうしたか？

- 行動/相談者

8) 患者の痛みを緩和するために必要だったことは？

5. データ収集方法：インタビューアー1名、筆記記録と観察担当者1名。対象者の了解を得た上で、テープレコーダーに録音。独自に作成したインタビューガイドに沿って、グループインタビューを実施。

6. データの分析方法

- 1) テープレコーダーに録音したものを逐語録に作成。
- 2) 内容における類似のものをカテゴリー化してまとめ、分析。

VI. 倫理的配慮

1. 対象者に口頭で研究の目的、方法を説明。研究への参加は自由意志であり、断ったからといって不利益を被らないことを説明。また、途中で参加を中止しても不利益を被ることはないことを説明。
2. 研究終了後、録音テープは消去するとともに逐語録などの関係書類はすべて研究者が責任を持ってシュレッダーで処分することを説明。
3. 研究対象者が特定されるような分析はしないことを説明。
4. 院内研究発表会で研究結果を発表することを説明。

VII. 研究結果

1. 看護師が得ている情報

がん性疼痛のアセスメントのために、看護師が得ている情報として【疼痛】、【ADL・生活】、【薬物療法】、【その他】の4つにカテゴリーが抽出された。

【疼痛】は（変化）、（強さ）、（部位）、（性質）、（増強因子と緩和因子）の5つサブカテゴリーに分類された。（変化）は鎮痛剤を使用したことでの変化や、体動による変化、前日との比較による変化を観察していたが、3名の看護師によって内容は異なった。（強さ）は、4名の看護師が疼痛スケール numerical rating scale（以下NRSとする）を用いて観察していた。（部位）は、1名の看護師のみ観察していた。（性質）は、常に観察している看護師は1名のみであった。

【ADL・生活】は（会話）、（行動・姿勢）、（睡眠・休息）、（食事量）の3つのサブカテゴリーに分類された。（会話）は、会話時の疼痛の有無や口調や会話の内容が明るいかどうかなどを2名の看護師が観察していた。（行動・姿勢）は、スケールを用いて安静時と端座位での疼痛の強さを観察してい

たり、ADLの低下や入浴ができたかできないかで疼痛の強さの予想を3名の看護師が行っていた。1名の看護師は、看護師の観ている時と観ていない時で患者の行動が異なると、観察の範囲を広くすると話していた。

【薬物療法】は（レスキューの効果）、（鎮痛剤の効果）、（麻薬に対する患者の抵抗）の3つのサブカテゴリーに分類された。（レスキューの効果）は4名の看護師が観察していたが、レスキューの効果の出現時間や患者が効果が出たと感じた時間など、看護師によって観察する時間は異なっていた。（鎮痛剤の効果）はオピオイド導入時、ベースが増えた時に1名の看護師が観察していた。麻薬に対する患者の抵抗）は、2名の看護師が観察していた。

【その他】は（表情）、（不安）の2つサブカテゴリーに分類された。4名の看護師が疼痛には身体面と精神面と疼痛があることを知識として持っていたが、（不安）の観察をしていたのは2名の看護師だった。（表情）は笑顔や穏やかさ、前日との違いを2名の看護師が観察していた。1名の看護師は、表情から疼痛の強さを予想していた。1名の看護師は、「本当に痛そうな顔の時もあるし、不安そうな時もある。痛かったらどうしようという不安」と話し、身体面と精神面の疼痛の違いを認識して観察していた。

2. 不足している情報

レントゲンやMRIなどの検査所見に関する情報は抽出されず、がん性疼痛のアセスメントにおいて不足する情報であった。

3. アセスメントに影響を及ぼしていたこと

- 1) 看護師の知識
- 2) スタッフ個々での観察項目・観察内容の相違
- 3) 検査所見の情報活用がない

看護師の知識として【疼痛について】、【がん性疼痛について】、【薬物療法について】の3つにカテゴリー化された。【疼痛について】は（主観的なもの）、（個人差がある）、（身体面と精神面がある）、（緩和すればQuality of Lifeはあがる）の4つのサブカテゴリーに分類された。4名の看護師は、疼痛には身体面と精神面の疼痛があることを知識として持っていた。だが、社会面やスピリチュアル面の疼痛には触れられておらずトータルペインに関する知識は抽出されなかった。また不安の観察をしていた看護師は2名だけで、知識を持っていても観察に結びついていない観察もあった。【がん性疼痛について】は「痺れの疼痛」と「ただ痛い」という疼痛があるという知識にとどまり、侵害受容性疼痛や神経障害性疼痛に関する知識は抽出されなかった。【薬物用法について】は「痛みの種類によって効く薬が違う」、「骨転移には麻薬じゃなくてNSAIDsが効く」という知識はあったが具体

的な知識ではなかった。疼痛のアセスメントは上記の知識を基に行われており、知識がアセスメントに影響を及ぼしていた。また、すべての看護師が疼痛スケールNRSを用いて疼痛の強さを観察していたが、そのほかの観察項目と観察内容はスタッフ個々で異なっており、検査所見に関する情報の活用もないことがアセスメントに影響を及ぼしていた。

VIII 考察

看護師はがん性疼痛のアセスメントのために、疼痛、ADL や生活、薬物療法、表情や不安に関する内容を観察していた。しかし、レントゲンやMRIなどの検査所見に関する情報は得ていなかった。がん性疼痛は、原因によって効果的な薬物療法や看護が異なる。そのため、観察から得た情報と検査所見との照らし合わせを行い、疼痛の原因を明らかにしていくアセスメントが重要である。高橋は、がん性疼痛のアセスメントにおいて神経学的なアセスメントや画像診断を活用するとよりの確な判断が行える¹⁾ といっている。患者のがん性疼痛の原因を明らかにするためには、カンファレンスを通して医師と情報交換を行うことが必要だと考えられる。

看護師の知識は、アセスメントに影響を及ぼしていた。看護師の知識としてトータルペインや侵害受容性疼痛、神経障害性疼痛に関する知識は抽出されず、それらの知識を活用したアセスメントはされていなかった。これらのアセスメントができなかったことが、患者のがん性疼痛の緩和を困難にしていた一因と考える。高橋は、「患者の精神面・社会面・スピリチュアルな側面つまり人間としてあらゆる側面が、その人の痛みの感じ方に影響を及ぼす²⁾」 といっている。このことから事例検討を通してがん性疼痛に関する知識を深め、アセスメント能力を高めていけるように学んでいく必要がある。

看護師は同じ疼痛スケールNRSを用いて観察していたが、3人の看護師が疼痛の捉え方に違いを感じていた。その原因として、スタッフ個々での観察項目や観察内容の相違があり、観察から得た情報と解釈の共有がチーム内でできていなかったために統一したアセスメントに至らなかった。このことも、患者のがん性疼痛の緩和を困難にしていた一因と考える。スタッフ個々が、患者から得た情報と解釈を共有するためにカンファレンスを実施していく必要がある。

IX 結論

看護師は、疼痛、ADL や生活、表情や不安といった情報からがん性疼痛をアセスメントしていた。そして、がん性疼痛に関する知識不足、スタッフ個々での観察要目や観察内容の相違、チーム内の情報と解釈の共有ができていないこと、また検査所見の情報活用がないことががん性疼痛の緩和

を困難にする影響を及ぼしていたと考える。

X. 引用文献

- 1) 高橋美賀子:ナースによるナースのためのがん患者のペインマネジメント:36, 2007
- 2) 高橋美賀子:ナースによるナースのためのがん患者のペインマネジメント:30, 2007