

厚生科学研究補助金
医療技術評価総合研究事業
平成 13 年度 研究報告書

専門看護師の看護ケア技術とその効果
および疼痛マネジメント事例の分析

主任研究者 小 迫 富 美 恵

平成 14 年 3 月

研究組織

主任研究者：小迫 富美恵

(横浜市立市民病院 オンコロジー看護担当係長)

共同研究者：近藤 まゆみ (北里大学病院)

中村 めぐみ (聖路加国際病院)

濱口 恵子 (静岡県がんセンター開設総室)

吉田 智美 (神戸大学医学部附属病院)

田村 恵子 (淀川キリスト教病院)

角田 直枝 (筑波メディカルセンター訪問看護ステーション)

伊奈 侑子 (三重大学医学部看護学科)

梅田 恵 (昭和大学病院)

岡田 美賀子 (聖路加国際病院)

大谷木 靖子 (昭和大学横浜市北部病院)

千崎 美登子 (北里大学東病院)

豊田 邦江 (細木病院)

松本 仁美 (新日鐵広畑病院)

花出 正美 (日本看護協会)

目次

研究の概要	1
I. はじめに	2
II. 研究目的	2
III. 研究方法	3
1. 対象者	3
2. データ収集方法	3
3. 分析方法	3
4. 倫理的配慮	3
5. 用語の解説	4
1) CNSとは	
2) 疼痛マネジメントとは	
3) トータルペイン (total pain)	
4) WHO 3段階除痛ラダー	
IV. 結果	
1. 事例A	6
1) 事例の概要	6
2) 事例の分析	6
(1) CNSの疼痛マネジメント技術の要素	7
(2) CNSの機能からみた疼痛マネジメント技術	16
2. 事例B	19
1) 事例の概要	19
2) 事例の分析	19
(1) CNSの疼痛マネジメント技術の要素	20
(2) CNSの機能からみた疼痛マネジメント技術	36
3. 事例C	40
1) 事例の概要	40
2) 事例の分析	40
(1) CNSの疼痛マネジメント技術の要素	40
(2) CNSの機能からみた疼痛マネジメント技術	51
4. 事例D	54
1) 事例の概要	54
2) 事例の分析	54
(1) CNSの疼痛マネジメント技術の要素	54
(2) CNSの機能からみた疼痛マネジメント技術	59
V. 考察	
1. がん看護専門看護師が行う疼痛マネジメントの技術の特徴	61
2. 専門看護師に期待されている機能から見た疼痛マネジメント技術	62
VI. 結論	64
引用・参考文献	65

専門看護師の看護ケア技術とその効果

および疼痛マネジメント事例の分析

主任研究者 小迫富美恵

研究の概要

平成10年度の厚生省医療技術評価総合研究事業において共同研究者として「専門看護師・認定看護師の看護ケア技術とその結果および退院促進事例の分析」を行い、がん看護専門看護師の退院援助における看護ケア技術と高度な実践能力を明らかにし、退院促進事例について卓越した看護技術を特定した。その中でがん看護専門看護師は、退院に関わるとき、専門的な知識と技術に裏付けられた非常に優れたケースマネジメント能力を発揮していた。特に苦痛症状のコントロールに対して適切なアセスメントを行うことで、がん看護専門看護師は、末期がん患者の在宅療養、必要最小限の入院期間で生活の質を重視した療養の場の選択、また患者・家族の意思が尊重される納得した終末期医療を可能にしていることが示された。

これらの研究結果を踏まえて本研究では、がん看護専門看護師が行う疼痛マネジメント機能についてその実態を明らかにした。そしてがん看護専門看護師が関わった疼痛マネジメントの実践事例をもとにその中にある特有な看護ケア技術を抽出した。

次に日本看護協会の規定による専門看護師に期待される機能の観点からそれらの技術を分類し、疼痛マネジメントの看護ケア技術の特徴を考察した。

その結果、がん看護専門看護師は、疼痛マネジメントに関わる人々の認識のズレをリソースを活用して調整し、患者・家族が痛みと共存した生活ができるように支援を行うこと、正確な疼痛アセスメントに基づいて家族の凝集性が疼痛に影響していることを見抜き、スタッフの力量とケアのタイミングを見定めて、患者・家族に最大の効果をもたらすケアを吟味すること、疼痛マネジメントのプロセスで患者にとっての「痛みのもつ意味」を見い出し、ナースに教育的に関わること、外来という限られた時間の中で瞬時に疼痛マネジメントの優先性を判断し、協働者とのアクセスを開始すること、といった実践過程の中で複数の技術を統合して駆使していることが明らかになった。本研究で明らかになったがん看護専門看護師の疼痛マネジメント技術は、患者・家族に対する直接ケアの側面、ナースの実践を支え、教育するという間接的な側面の双方からわが国のがん疼痛緩和の困難性の解決に貢献していると考えられた。

I. はじめに

1981年以降、我が国の死因の第一位はがんで、21世紀を迎えて三人に一人はがんによって亡くなっており、がんの予防、治療、また苦痛緩和のための保健医療は最重要課題である。そして、がん病変の治療と同時に、早期から諸症状や心理社会的問題に対する緩和ケアが不可欠であり、それが患者の回復や生活の質を左右していると言っても過言ではない。緩和ケアにおける疼痛緩和については、1987年に世界保健機関（WHO）の「がんの痛みからの解放」が邦訳、紹介され¹⁾、全ての医療機関において、がん患者の疼痛マネジメントに関する情報を得ることが可能になった。しかし、医療従事者の疼痛マネジメントに関する知識や実践は十分であるとは言い難く、現実には、疼痛に苦悩しているがん患者は少なくない。^{2) - 5)}

このような現状において、専門職能団体である日本看護協会は、社会から求められる独立した専門看護分野として「がん看護」を特定している。そして1996年より卓越した看護実践能力を有する者を、専門看護師（Certified Nurse Specialist；CNS）として認定しており、2002年3月現在、15名のがん看護専門看護師が活躍している。

がん看護専門看護師は、疼痛緩和に関して、患者の状態を見て薬剤の処方内容を医師に提示し、疼痛緩和効果を上げているという報告（岡谷ら、1997）もあり、がん看護専門看護師は、がん患者・家族の複雑な問題に取り組み、疼痛マネジメントの重要な推進者となっているのである。今回は、こうした報告を踏まえて「がん看護」の領域の中でもがん患者の多くが体験し、未だ有効で効率的な除痛がはかかれていないがん性疼痛に焦点をあわせ、がん看護専門看護師が痛みを包括的に捉えて苦痛の緩和にかかわっている現象とその中で発揮される卓越した疼痛マネジメントの技術を明らかにすることにした。

がん看護専門看護師の疼痛マネジメント技術の卓越性とはどのようなものであるのだろうか。看護職者の行う急性の痛みの緩和に関する技術⁷⁾や一般病院のがんの疼痛緩和の実態調査を通しての看護技術の研究⁸⁾は散見されるが、がん看護専門看護師の疼痛マネジメント技術を明らかにした研究は、みあたらない。

がん看護専門看護師の疼痛マネジメント技術が明らかになることは、看護職のみならず、医療全体における疼痛マネジメントの普及と向上につながり、ひいては医療の効率化につながると考える。また、がん看護専門看護師の看護実践がもたらす成果が明らかになることは、保健医療システムの中に新しい人的資源としてがん看護専門看護師を位置づけ、その活用を促進し、我が国の保健医療福祉の発展に貢献するであろう。

II. 研究目的

本研究の目的は、がん看護専門看護師の疼痛マネジメントの実践過程を記述し、がん看護専門看護師の疼痛マネジメント技術を明らかにすることである。

Ⅲ. 研究方法

がん看護専門看護師の疼痛マネジメント技術は、未だ明らかにされてはおらず、またわが国で活躍する日本看護協会の認定を受けたがん看護専門看護師はわずか15名である。このような現状においては、実際ががん看護専門看護師が行っている臨床実践の中から疼痛マネジメント技術を抽出することが急務であり、本研究には、質的帰納的デザインが有効であると考えられた。

1. 対象者

対象者は、日本看護協会の認定を受けているがん看護専門看護師で、がん看護専門看護師自身が関わった疼痛マネジメントの実践事例を提供することに、同意が得られた4名であった。

2. データ収集方法

対象者に疼痛マネジメントの実践事例を語ってもらい、がん看護専門看護師10～12名による事例検討を行なった。対象者及び事例検討の参加者の同意を得て、対象者の語りと質疑応答を含む事例検討の様子をテープ録音し、逐語録を作成した。

3. 分析方法

まず対象者の語りを一次データとした。質疑応答で追加された情報は、一次データとは区別して扱い、事例の全体像を理解するための参考資料とした。

分析は、対象者ごとに、以下の手順に従って、質的帰納的に行った。

- ① 事例の様子が全体的に把握できるまで、逐語録を繰り返して読む。
- ② 疼痛マネジメント技術に関連する対象者の発言を示す文章を抽出する。
- ③ 抽出された文章に含まれる疼痛マネジメント技術をコード化する。
- ④ 類似のコードをまとめ、カテゴリ化する。
- ⑤ 得られたカテゴリに基づき、事例における疼痛マネジメント技術の特徴を記述し、テーマとする。

尚、分析過程においては、当該事例提供者を除く他の研究者複数で繰り返し逐語録との照合を行なうこと、また研究者間で検討を重ねること、さらに、分析過程及び分析結果を最終的に事例提供者と共有し相互に確認することによって、分析の信頼性の確保に努めた。

4. 倫理的配慮

対象者およびその所属施設に、研究の趣旨や目的、方法などについて説明し、必要に応じて所属施設の倫理委員会の承認を得て、研究協力への同意を得た。データ収集、データの保管、分析、また研究結果の報告などの全研究過程において、個人が特定されないように匿名性の確保に配慮した。さらに、研究結果の公表については、改めて対象者の同意を得た。

5. 用語の解説

本研究においては用語を次のように定義する。

1) CNS (Certified Nurse Specialist) とは

日本看護協会の専門看護師制度の認定試験によって、認定された専門看護師である。本研究ではがん看護分野の専門看護師を指している。

2) 疼痛マネジメントとは

CNS が行なうがん性疼痛に関連するトータルペインへのケアをさす。

3) トータルペイン (total pain) (図1)

トータルペインとは、がん患者が経験している複雑な苦痛を表した概念であり、患者の苦痛は単に身体的(physical)な側面だけでなく、精神的(psychological)、社会的(social)、霊的(spiritual)な側面から構成されているという全人的な視点である。

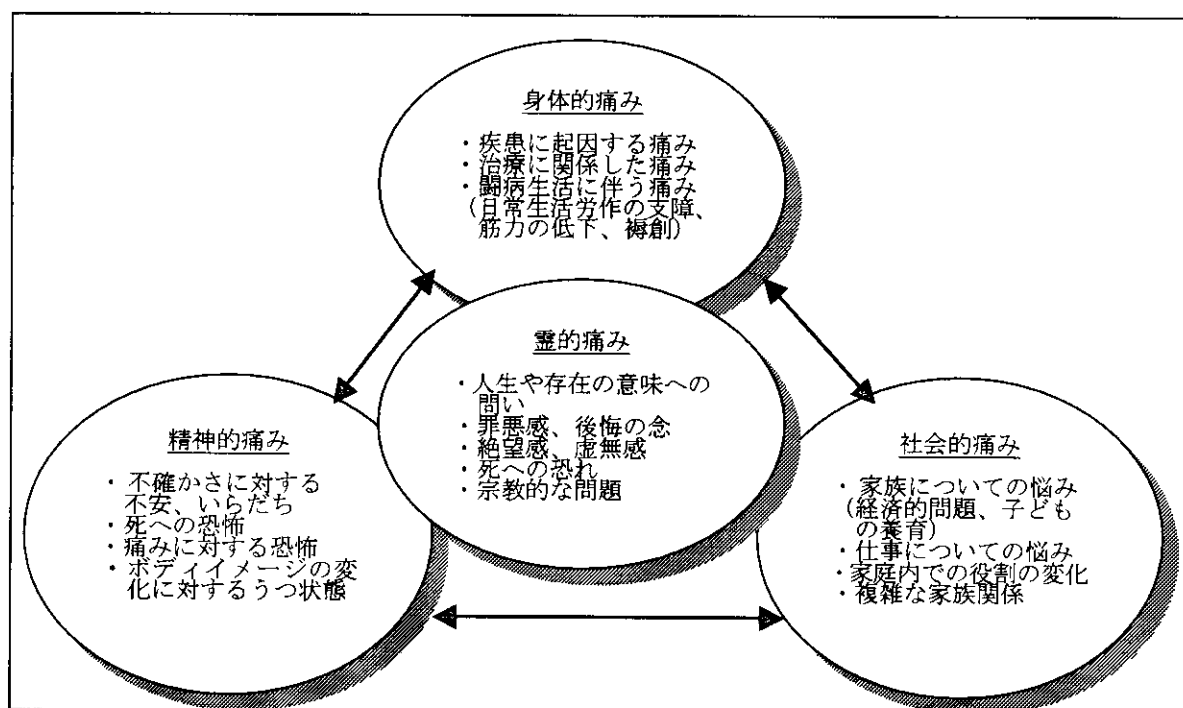


図1. トータルペイン (文献9)より引用)

4) WHO 3段階除痛ラダー (図2)

WHO 3段階除痛ラダーはWHOがん疼痛治療法の中心となる考え方であり、鎮痛薬を鎮痛効果によって3段階に分け、それぞれを痛みの強さや性質によって鎮痛薬を使い分ける考え方である。

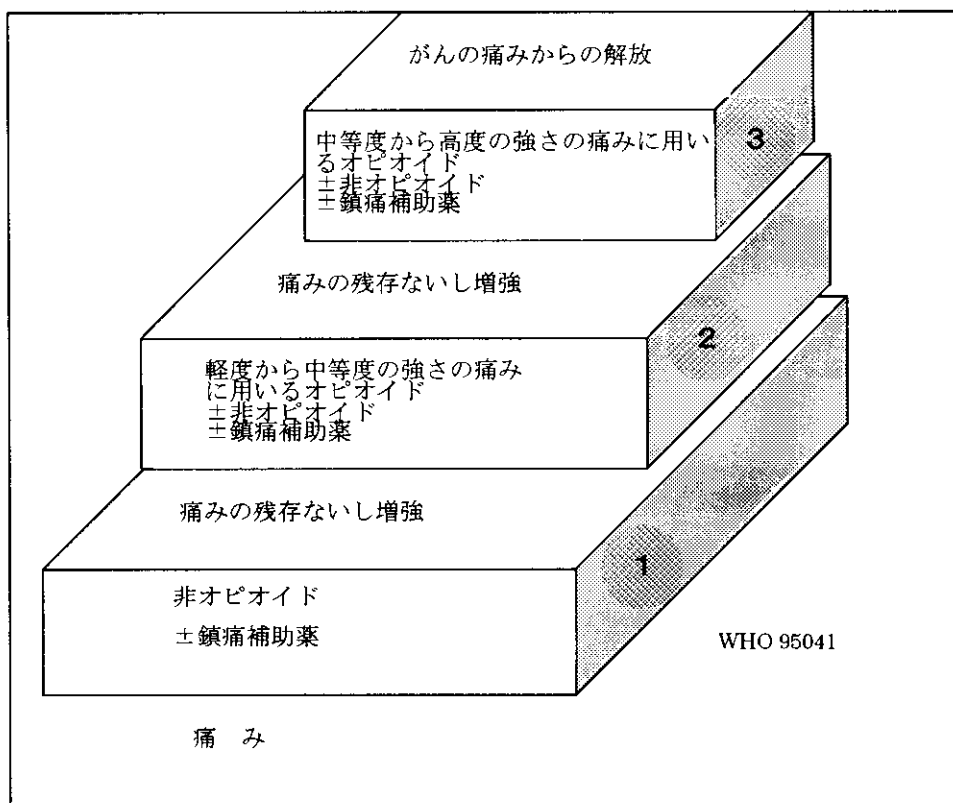


図2. WHO 3段階除痛ラダー（文献10）より引用）

本研究の結果は、以下のように報告する。

がん看護専門看護師の疼痛マネジメントに関する実践事例4例について、事例A、事例B、事例C、事例Dの順に各々の「事例の概要」、「分析によって抽出された疼痛マネジメントの技術の要素」、「CNSの機能からみた技術の分類」を示し、その結果を踏まえて最後に4事例を総合してがん看護専門看護師の疼痛マネジメントに関する技術の特徴について考察し、今後の課題を述べる。

IV. 結果

1. 事例A

テーマ：疼痛マネジメントに関わる人々認識のズレをリソースの活用をして調整し、患者・家族が痛みと共存した生活ができるように支援する

1) 事例の概要

A氏、70歳代男性、がんの肺転移で化学療法を受けたあとに、在宅療養を希望して外来での化学療法を継続していた。疼痛マネジメントは、WHO三段階除痛ラダー（以下、疼痛ラダー）ステップIの状況であった。妻と長男と同居し、長女は同一の市内在住。A氏の病気と痛みへの思いは「がんで死ぬのはしかたがない。戦争の後の命はおまけみたいなもの。痛いだの辛いだの言ってもしかたがない」で、妻の思いは「あと6年は生きてほしい。自分がかんばらないといけない」というものであった。在宅療養におけるA氏の介護者は妻であり、長男は妻のサポート的な役割を果たしていたが長女の協力は得られない状況であった。

CNSは病棟ナースからA氏の疼痛マネジメントの依頼を受けた時に、病棟ナースのアセスメントとA氏自身の疼痛に対する認知のズレを発見した。そして、依頼を受けた当初から、「疼痛マネジメントに関わるA氏とその妻および医療従事者の認識のズレがA氏の痛みに影響しているのではないか」という予測をもっていた。

CNSは訪問ナースと連携をしながら、在宅でA氏の疼痛マネジメントを行っていった。そして、外来で化学療法を受けるA氏の疼痛マネジメントのフォローアップを行いながら、疼痛ラダーにそってステップⅢまですすめた。その過程は、A氏の疼痛マネジメントに関わった当初からCNSが感じていた「疼痛マネジメントと治療選択に関わるA氏とその妻および医療従事者の認識のズレ」を明らかにして、A氏のトータルペインを焦点化しながら介入した疼痛マネジメントであった。

CNSは、患者・家族に直接会って疼痛マネジメントの必要性をアセスメントするが、自分だけで問題を解決することはない。疼痛マネジメントに関わる人々とCNS自身との間でリソースの相互活用をはかっていた。関わる人々の力量を常に査定しながら疼痛マネジメントの実現のために適切なリソースを選択して、情報の交換、指導、疼痛マネジメントの結果を確認していた。そして、最終的にA氏の看取りを目的とした在宅ケアへの調整を行い、患者と家族が痛みと共存した生活ができるような支援をしていった。

2) 事例の分析

CNSの疼痛マネジメントは、A氏の経過から下記の9つの過程をたどった。

- ①疼痛マネジメントに関わる人々との関係づくり
- ②疼痛マネジメントの方向性の決定
- ③今後の疼痛マネジメントを見すえたチームの関係づくり
- ④在宅における疼痛マネジメントの体制づくり
- ⑤外来受診時のフォローアップと激痛への応急処置

- ⑥疼痛ラダーステップⅡへの移行
- ⑦トータルペインの焦点化
- ⑧疼痛ラダーステップⅢへの移行
- ⑨看取りを前提とした在宅療養への移行

(1) CNSの疼痛マネジメント技術の要素

事例AにおけるCNSの疼痛マネジメント技術の要素は、表A-1のように抽出された。以下、前述した9つの過程にそってCNSの疼痛マネジメント技術の要素について逐語データと共に説明する。

表A-1. 事例AにおけるCNSの疼痛マネジメント技術

カテゴリ	サブカテゴリ
関係づくりの方向性の決定	<ul style="list-style-type: none"> ・疼痛アセスメントのために患者と直接面談する ・ナースのアセスメントと患者自身の疼痛に対する認知のズレを発見する ・患者の対人関係パターンや家族関係の査定する ・患者の気持ちや察して痛みが問題にあえて触れない。 ・家族とのコミュニケーションをかける
治療プロセスを視野に入れた疼痛マネジメントの方向性の決定	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医の見解を明らかにする ・病状や治療に関連させた疼痛の要因を分析する
患者と家族の痛みの認知評価反応のアセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の痛みへの対処方法を発見する ・疼痛に対する家族の反応を探る
疼痛マネジメントに関するリソースの活用	<ul style="list-style-type: none"> ・ナースの力量を査定し、疼痛マネジメントに関する指導をする ・医師の対人関係パターンを査定して緩和ケア依頼時期の約束をとりつける ・患者の痛みを代弁している妻からの情報を活用する
ナースへの教育的な働きかけ	<ul style="list-style-type: none"> ・効果的な鎮痛薬の投与方法の指導をする ・疼痛モニタリングの指導をする
患者との関係性を見計らった関わり	<ul style="list-style-type: none"> ・患者との距離感を保つ ・患者の意思を尊重する ・患者の要請に応じる ・関係性の進展を確認する
在宅ケアの具体的な問題の整理	<ul style="list-style-type: none"> ・患者と妻の痛みに対する構えの相違に気づく ・在宅ケアの鍵となる妻と面談する ・適任の訪問ナースを選定する ・当事者間のカンファレンスを開催する
リソース間の相互活用	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医からの依頼を受けて患者・家族の意思確認を行う ・家族と本音で話し合える訪問ナースと連携する
疼痛マネジメントの緊急性の判断	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅疼痛マネジメントのフォローアップ体制をつくる ・電話で訪問ナースと疼痛マネジメントの調整をする ・事態の深刻さをキャッチする ・患者と直接会い痛みの性質をアセスメントする ・外来医師への応急的鎮痛剤の処方依頼する
疼痛ラダーステップⅡへの移行を目指したリソースの活用	<ul style="list-style-type: none"> ・患者・家族への相談指導や疼痛マネジメントに関する指導をする ・リソースを活用して、疼痛を評価する ・リソースを活用して、疼痛マネジメントを実施する ・緊急時の外来連絡ルートづくりの再確認をする ・主治医の疼痛マネジメントの力量を査定する ・主治医へ「問合い」をとって情報提供をする
疼痛ラダーのステップアップの判断	<ul style="list-style-type: none"> ・病態に関連させた疼痛アセスメントをする ・かみ性疼痛の判断をする ・疼痛ラダーのステップアップの決意をする

表A-1 (続き). 事例AにおけるCNSの疼痛マネジメント技術

カテゴリ	サブカテゴリ
疼痛ラダーステップIIへの移行	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医に、緩和ケア専門医への併診を依頼する ・ステップIIの鎮痛剤処方を実現する ・処方変更に伴って患者・家族に服薬指導をする ・患者自身が疼痛マネジメントに参画するように促す ・妻がオピオイドを絞って服薬の確認と排便コントロールの役割を与える ・鎮痛剤変更後の効果を直接確認する
患者の意思を把握するためのチャンスを見極め	<ul style="list-style-type: none"> ・潜在的な恐れがあることを察する ・患者の反応をアセスメントする ・患者の意思を把握するためのチャンスを見極める ・QOLを考慮した治療が決定されるように流れをつくる
個別性をふまえた簡潔な疼痛マネジメント指導	<ul style="list-style-type: none"> ・個別性をふまえた簡潔な指導をする ・患者の次期行動をサポートする
患者・家族間の疼痛対策におけるズレの調整	<ul style="list-style-type: none"> ・対処法として薬よりも妻によるマッサージを好むことを明確化する ・夜間の薬量の調整をして薬以外の対処法にそうすることで、マッサージの効果の意味を妻が理解できるようにする
疼痛に影響する要因の統合的な査定	<ul style="list-style-type: none"> ・患者ががん治療の継続を望む意味についても査定する ・痛みを要因として妻の反応を考慮に入れる ・痛みを要因として病気の理解度を考慮に入れる ・痛みを要因として主治医との関係性を考慮に入れる
疼痛マネジメントとがん治療とのバランスの検討	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の希望を、段階を追って確認する必要性を判断する ・患者の病気ががん治療のとらえ方を現実に合わせることの必要性を判断する ・患者の今後の方針に関して主治医と意見交換をする ・訪問ナースへも今後の方針を連絡する
疼痛ラダーステップIIIへの移行の準備	<ul style="list-style-type: none"> ・疼痛マネジメントのために仕切り直しを模索する ・緩和ケアカンファレンスをおこなう ・コスト面を考えたIVHポート挿入の依頼をする
予定外の在宅療養中のステップIIIへの移行	<ul style="list-style-type: none"> ・予定外の事態に対応する ・緩和ケア外来への受診をすすめる ・緩和ケア専門医と処方についての調整をする ・鎮痛剤の効果を確認する
入院による疼痛マネジメントの確立	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟ナースの力量を査定して、個別性をふまえた疼痛マネジメントを指導する ・ナースの行った疼痛マネジメントの効果を確認する ・疼痛マネジメントに効果があった要因をアセスメントする
疼痛治療の進捗に伴った疼痛マネジメントの予測	<ul style="list-style-type: none"> ・疼痛緩和目的の放射線照射の効果をみてモルヒネ減量の必要性を判断する ・緩和ケアチームに情報を提供する
トータルペインのマネジメントにおけるリソース間の相互活用	<ul style="list-style-type: none"> ・適任者を選定し、音楽療法士を導入する ・トータルペインへの介入効果を確認する
療養のすすめ方と治療選択の意思決定を促す関わり	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医から患者・家族の意思確認の仲介の依頼を受ける ・患者と家族の意思決定を促す
家族の不安への対応と対処方法を高める関わり	<ul style="list-style-type: none"> ・家族への緊急時の対応指導をする ・妻を支える家族員を交えて話し合う ・詳細な打ち合わせは訪問ナースと妻が行えるように調整する
看とりを前提とした在宅療養のサポートシステムの整備	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅の支援システムに在宅診療を導入する ・当事者間のカンファレンスをおこなう ・在宅システムと短期入院の保証をして、在宅での看とりの可能性を探る ・医療チーム内の共通理解を促す ・患者と家族に適切な社会資源の活用をすすめる

以下、それぞれについて説明する。

注) 事例Aの経過に伴った9つの過程を網掛けとし、CNSの疼痛マネジメント技術のカテゴリを囲みとし、サブカテゴリには下線を引いている。また、元となった主要な逐語データは簡条書き(・)で掲載した。

疼痛マネジメントに関わる人々との関係づくり

関係づくりの方向性の決定

CNSは依頼にもとづき、疼痛アセスメントのための患者面談をおこなうが、ナースのアセスメントと患者自身の疼痛に対する認知のズレを発見すると同時に患者の対人関係パターンや家族関係の査定をおこなう。患者自身の「今はまだ痛みに関して聞いてほしくない」という気持ちを察して、まず妻とのコミュニケーションをはかるという関係づくりの方向性を決定している。

- ・ ナースの方から「(A氏が) 痛いので疼痛コントロールを始めてほしい」ということでアセスメントにでかけたんですが、患者さんの方は「調子は変わりないです。昨日はおなかが痛いと言っていましたが今は治っています。」とあまり疼痛マネジメントを受けることに積極的ではありませんでした。それでCNS訪問に打ち解けた感じはなく、具合悪そうにはされているのですが、あまりいろいろ聞いてほしくないというオーラが出ていました。

疼痛マネジメントの方向性の決定

CNSはA氏の痛みのアセスメントを、「病状や治療を関連させた分析」と「患者自身がどのように痛みに向き合っているか、家族がどのように対応しているか」という両方の視点からあわせておこない、疼痛マネジメントの見通しをもっている。

治療プロセスを視野に入れた疼痛マネジメントの方向性の決定

CNSは、A氏の治療に対する主治医の見解を聴き、病状や治療を関連させた疼痛の要因を分析している。

- ・ 痛みの原因は、化学療法によって腹鳴が亢進し、そのことにより腸にある腫瘍が刺激されてこのような状況を引き起こすのではないかと考えています。
- ・ 疼痛の原因についても化学療法の副作用とも考えられる。抗がん剤で腸蠕動の亢進という副作用がかなり出るのでその痛みを「痛み」と言っているのか、その辺ははっきりしないので、まだがん性疼痛というよりは化学療法維持のための症状緩和という目的をあわせてみています。
- ・ 疼痛マネジメントをすすめていくためには、化学療法をどこまで続けていくのかを検討していく必要があるだろうし…

患者と家族の痛みの認知・評価・反応のアセスメント

CNSは患者との面談で、患者自身が痛みに対しての対処に戸惑っており、痛みを少なく見積もろうとしたり、原因について何も聞いてこないことから、痛みが増強していく意味について思考をあえてストップさせていることを発見し、それ自体が今の患者の痛みへの対処となっていることを認めている。そして、疼痛に対する家族の対応を探った。

- ・ 患者が痛みについてどのように対処しているのか、戸惑っているのではないかと、また痛みを少なく見積もろうとしたり、痛みの原因について何も言ってくれない、聞いてくれない、進行性の病気であることは理解されているので痛みが増強していく意味について思考をあえてストップさせているのではないかと、そうすることで対処しようとしているのではないかと考えて、まず妻とのコミュニケーションを深めて疼痛マネジメントを円滑にすすめていくように考えました。
- ・ 妻は涙ぐみながら「この人は我慢ばかりしていて本当のことを言ってくれないんだ」と訴えていました。

今後の疼痛マネジメントを見据えたチームの関係づくり

疼痛マネジメントに関わるリソースの活用

今後のチーム関係づくりのために、ナースの力量を査定してそれに応じた疼痛マネジメントに関する指導をおこなっている。また、医師の対人関係パターンを査定して、今後の症状変化を予測して緩和ケア依頼時期の約束をとりつけている。また、患者の痛みを代弁している妻からの情報を活用している。

- ・ 依頼を出してきたナースの病棟は認定看護師も活動している病棟で、緩和ケアチームとの協働の仕事ではかなりの経験をもつ病棟になります。
- ・ 担当医は緩和ケアチームに信頼性の高い医師で…かなり早口で一方向的に話をすすめていくので一部の患者さんからは怖がられている…
- ・ 主治医の方には、「もしこの薬が効かなくなったら緩和ケアの先生の方に依頼を出してくださいね」という約束をとりつけています。
- ・ ナースと「痛くなったら（頓用の鎮痛剤を）使うというよりも、定期的に早めに使いましょう」と話を決めた…ナースサイドに「痛みについての経過観察とアセスメントを定期的におこなっていくこと」をお願いして…痛みを訴える時間が記録から大体わかってきたので、その時間帯に「早めに薬を使いましょう」と（A氏に）もっていってもらうようにナースの方にすすめていきました。

ナースへの教育的な働きかけ

CNSは病棟ナースへ、効果的な鎮痛薬の投与方法、疼痛モニタリングの指導をおこなった。

患者との関係性を見計らう

CNSは、患者自身に「痛みや命に関する思い」を直接確かめることはあえてしないという距離感を保ちながらA氏の意思を尊重することにつとめた。一方で、患者自身がCNSに対して「妻に意向を確かめておいてほしい」という要請をしてきたことを受けて、CNSは患者との関係性を見計らいその関係性が進展してきたことを確信している。

- ・ 患者さんは、このような（病気の今後の経過）不安や恐怖について話すこともあまり得意ではなく、またそこまでCNSとの関係もできていたとは考えられませんでした。
- ・ 直接的に患者の話を聞くことについてはやっちゃいけないのではないかと位置からみていました。
- ・ 退院が決まって、患者さんが直接奥さんと話すというよりは家に帰ることの可能性について、CNSに確認してほしいという願いが（患者から）ありました。
- ・ 患者さんと家族と自分の距離は、関わり続けていく過程でドンドン近いところに歩み寄れたような印象があります。

在宅における疼痛マネジメントの体制づくり

在宅ケアの具体的な問題の整理

CNSは、痛みに対する患者と妻の構えの相違に気づいている。患者自身の要請を受けて、まず妻と面談して、適任の訪問ナースを選定・導入して、患者、妻、訪問ナースと共にカンファレンスを開いている。在宅へ移行するにあたって、整理された具体的な問題を見据えて関わるためには「誰が適任者であるのか」を判断して他者に依頼するという適任者

の選定が核となる。

- ・ 妻から「在宅の体制はとれるだろう」という話を聞いて、訪問看護の導入を決定して退院されています。
- ・ (がん患者の訪問看護の実績がある) 訪問ナースを選定して、奥さんを含めたカンファレンスを外来で設けています。そこで奥さんは「…あと 6 年は生きていてほしい。ストマのこともあるし、私が最後までみてあげないといけないと思う」、患者さんは「この病気になったのだから死ぬのはしかたがない。どうせ戦争の後の命はおまけみたいなものだから、痛いだの辛いだのいってもしようがない」と。この方の痛みに対する気持ちみたいなものをぼちぼち話していただけるようになっていきます。

リソース間の相互活用

CNS 自身もまた 主治医からの依頼 に応じて、状態が悪化した場合の療養の場に関する患者と家族の意思確認を 訪問ナースとの連携 でおこなっている。

- ・ 訪問ナースの方は、妻とかなりざっくばらんに毎日ぐらい会って話を詰めてくれ、経済的な問題もあり、入院せずこのまま在宅を続けることを希望されていて、ただ長くなってきた場合は、ホスピスの入院も考えるということに…

外来受診時のフォローアップと激痛への応急処置

疼痛マネジメントの緊急性の判断

CNS は在宅での疼痛マネジメントのフォローアップ体制をつくっており、突然の激痛の出現に対して、まず、訪問ナースと疼痛マネジメントの調整を電話でおこなった。しかし、妻が緩和ケア外来に飛び込んできて激痛の深刻さを訴えたという現象をうけて、即座に患者と会い、痛みの性質のアセスメントをおこない、疼痛マネジメントの緊急性を判断して外来医師への応急的な鎮痛剤の処方を依頼した。

疼痛ラダーステップⅡへの移行を目指したリソースの活用

CNS は応急処置の後に、患者・家族に対して臨時に処方された鎮痛剤の服薬指導や疼痛マネジメントに関する指導をおこなった。そして、CNS はリソースである訪問ナースを活用して疼痛評価と疼痛マネジメントを実施した。また、緊急時には電話で外来に連絡できるルートづくりを再度確認した。そして効果的な薬剤の処方のために、主治医の疼痛マネジメントの力量を査定して、間合いをとって主治医への情報提供をおこなっている。

- ・ 訪問ナースに対しても疼痛対策に関してお願いをして、妻へも必要性を説明し、本人にも「痛みを我慢しないで」というふうには話しています。
- ・ 私としては痛みの出具合だとか転移部位を考えてもがん疼痛の可能性は否めないと思いましたが、直接主治医に検索を依頼しても余裕がない時に話すともた立ち消えになってしまっても嫌なので、ちょっと間をみて対処をすすめていこうということにしました。

疼痛ラダーステップⅡへの移行

疼痛ラダーのステップアップの判断

CNS は自ら患者の病態を関連させた疼痛アセスメントをおこない、患者家族共にこの激痛に対処できずに混乱していることを認識した。今までと違ってがん性疼痛であること

を確信し、ステップⅡへの移行を決意する。

- ・ また妻が緩和ケア室に飛び込んできまして… 電話でと言っているのですが…夫婦で混乱している様子でした。
- ・ 疼痛対策は全然間に合っておらず、持続性の痛みで、肺転移、リンパ節転移もあるということで、腕神経叢への転移を予測して、この（痛みの原因の）診断を待つよりはステップⅡへ移っていかうと考えました。

疼痛ラダーステップⅡへの移行

主治医には緩和ケア専門医への併診依頼をし、同時にステップⅡの鎮痛剤処方を実現している。処方の変更に伴って患者・家族に服薬指導をおこなうと共に、患者自身が疼痛マネジメントに参画するように促している。また、妻にはポイントを絞って服薬の確認と排便コントロールについて役割を与えている。

そして、このような働きかけの結果である鎮痛剤変更後の効果を、自ら確認している。

- ・ 外来主治医にお願いして緩和ケア医師への依頼を出してもらっています。
- ・ 緩和ケア医がこの日いなかったで、直接弱オピオイドと NSAID s を処方してもらってその飲み方は、妻と相談することになりました。
- ・ …このあと電話で弱オピオイドの効果を確認しているんですけども効いたようでした。

トータルペインへの焦点化

患者の意思を把握するためのチャンスを見極め

CNSは当初から患者と家族の疼痛の認知や対策へのズレを感じていたが、積極的に鎮痛剤を使おうとしない患者自身と、痛みを我慢させたくない妻との間のズレには病気や命に関わる潜在的な恐れがあることを察している。

- ・ 妻は患者さんに鎮痛薬の連用をすすめるが、「痛くなってから使う」と言って本人が我慢してしまっているので心配している。「本当はあんたも痛くなるのが心配なんでしょう」とちょっと攻撃的な発言だったのですが患者さんは「俺は全然そんなふうに考えていない」と。「何を」かは意味がかなり深いかなと思うんですけど…。

しかしCNSは、ここで直接的に患者に迫ってこの意味を追求するのではなく、患者の疼痛マネジメントへの姿勢や日常生活が変化することへの抵抗、治療への取り組みなどの患者の反応をアセスメントすることをとうして患者の意思を把握するためのチャンスを見極めている。

- ・ 患者さんは疼痛対策への抵抗を強めてしまうので、まず痛みが安定してから疼痛対策がとれてから患者さんの疼痛への思いや、あと何が一番いい方法なのか、治療を継続するのか、しないのか、疼痛対策を含めての話をしていこうと考えました。

具体的な方針としてはまず「痛みが安定するのを待つ、患者の疼痛への思いを聴く」ということで、「疼痛マネジメントをおこなってから患者のQOLを考えた治療継続に関して話をしていく」というように、当初からのねらいどおりにQOLを考慮した治療が決定されるような流れをつくっている。

個別性をふまえた簡潔な疼痛マネジメント指導

疼痛マネジメントに関する指導は一貫して個別性をふまえた簡潔なものである。

また、家族には見通しをもって患者の対処行動をサポートするように説明している。

- ・ ご本人は痛い時に飲むという感覚だったので、痛そうな時間帯を言ってもらって、飲む間隔を決めるようにしました。服薬指導もあまり複雑にはおこなわず、簡単な副作用についてのみをしています。しかし妻には少し強迫的に(痛みを)とらなければいけないという様子があったので、「痛みがだんだんとれてくるのでご本人がとられている痛みに対する対処行動をサポートした方がいいだろう」と説明しています。

患者・家族間の疼痛対策におけるズレの調整

訪問ナースからの情報により、新たに患者自身の対処法として薬よりも妻によるマッサージを好むことが明らかになった。また、妻の疲労に対して訪問ナースは夜間の薬剤の調整を望んでいたが、CNSはさらにこのマッサージの効果の意味を妻が理解できれば、薬以外の対処法にそうすることで患者・家族の疼痛対策に関するズレが調整できるのではないかと考えている。

- ・ 訪問ナースから連絡があり、夜間の痛みが強いと。患者さんは痛くなると夜間でも妻を起こしてさずってもらっているようで、そうしている間に痛みに耐えることができるようだが、妻の方がまいってきているのもう少し鎮痛薬で調整できないかと…
- ・ 疼痛対策が追いついていないが、薬よりも人為的な行為が効果的と感じているかもしれない。妻の疲労についても配慮が必要であるが、妻がその行為についてももう少し意味が理解できれば協力できるのではないか。患者さんとの意識のズレを小さくできるかもしれないというように考え、そのことを電話で妻に伝えたあとに、夜間の弱オピオイドを増やしました。

疼痛に影響する要因の統合的な査定

トータルペインの明確化を目指して、CNSは患者が治療の継続を望む意味についても査定していく。A氏の病気の理解度、妻の反応、A氏と主治医との関係性などを「痛みへの影響要因」として考慮に入れている。

- ・ 今まで昼間の痛みはなかったのがこの日の外来に限って痛くなり、私としては主治医と患者さんの関係が多少痛みに関係しているのかなと感じています。
- ・ 患者さんは痛みについて主治医の前では積極的に話そうとせず、妻ばかりがつらさを訴えている印象。患者は痛みを耐えて治療の継続を希望し、妻は本人の苦痛をとることを優先しているのではないか。どちらの思いも重要だが、患者が無理をしていることは事実だと考えています。

疼痛マネジメントとがん治療とのバランスの検討

CNSは患者の希望を、段階を追って確認することの必要性と患者の病気とがん治療のとらえかたを現実にむけるような関わりの必要性を判断している。

主治医は、いったん化学療法を中断したので、CNSは患者の今後の方針に関して主治医との意見交換をして、治療再開については次回の検査結果をみて再検討という結果を得ている。訪問ナースへも今後の方針を連絡したが、通院がなくなってむしろ患者・家族の在宅療養は安定している。

- ・ 患者が無理をして治療の継続を求めるベースになる「病気の理解」を、一体どのように現実につなげていけるかが今後のポイントになる。もともと口数が少ないことにあわせて病気や疼痛について話したがない様子も察知でき、段階を追って患者の希望を確認していく必要があるだろうと考えています。

疼痛ラダーステップⅢへの移行

疼痛ラダーステップⅢへの移行の準備

患者は痛みのために腕を延ばせず、点滴による治療が受けられないと訴えたため、主治医が点滴ルートを変えるために入院することを提案した。CNSは疼痛マネジメントのためにも仕切り直しが必要だと考え、疼痛マネジメントを予測した投与ルートについて緩和ケアカンファレンスでコストの配慮を話し合い、IVHポート挿入を主治医に依頼した。

- ・ 疼痛マネジメントについてもモルヒネの導入をしないといけないだろうという考えもありましたので、それを在宅でお二人でするのは難しいだろうということがあったので、ごく普通に入院してしきり直しをしようというふうに考えました。話し合いのテンポが週に一回では追いつかなくなっていました。
- ・ 主治医の方には今後在宅療養を続けること念頭においてIVHはポート式でお願いしたり、疼痛マネジメントもモルヒネに切り替えが必要ですが、緩和ケアカンファレンスで「コストが高くないように注意していきましょう」という話をしています。

予定外の在宅療養中のステップⅢへの移行

入院予約をして待機していたが、「患者の痛みが増強して主治医の外来に來られない状態になった」という訪問ナースからの電話連絡に応じて、予定外ではあったが在宅療養中のステップⅢへの移行を決定するという判断を下した。

患者・家族には緩和ケア外来に受診することをすすめ、CNSは緩和ケア専門医と処方についての調整をおこない、モルヒネと鎮痛補助薬を追加後、鎮痛剤の効果確認をおこなった。

入院による疼痛マネジメントの確立

個別性を考慮した疼痛マネジメントとして、鎮痛薬の基本処方量を補う頓用を患者自身から依頼しにくいことをふまえて、また、ナースの力量を査定してあらかじめ頓用の投与時間をナースと共に話し合い決定している。

患者の痛みは、入院して適切な薬剤が投与されたことで安定してきた。また、妻の方も患者が入院したことで落ち着きを取り戻した。このことから、「患者の痛みに妻の存在が影響している」と疼痛マネジメントに効果があった要因をアセスメントしている。

- ・ モルヒネを導入したこともあるのでどういう感じで飲んでいくかということを病棟ナースとも打ち合わせて…増量も考慮しながら頓用薬をすすめる時間などを打ち合わせています。声をかけてあらかじめナースがもってきてくれたことに対して、患者さんの評価としては「ナースさんがもってきてくれてそれを飲んだので痛みがひいてよかった」と。
- ・ 妻の方も薬を変えてから夜も眠れるようになってホッとしている。疼痛マネジメントができたことと入院したことで妻もかなり冷静になるというか落ち着かれたようで、そのことがまた患者さんの疼痛にも影響してきていると考えています。

疼痛治療の進展に伴った疼痛マネジメントの予測

疼痛緩和目的の放射線照射の効果を見てモルヒネ減量の必要性を判断し、緩和ケアチームへの情報提供をおこなった。

トータルペインのマネジメントにおけるリソース間の相互活用

トータルペインのマネジメントにおけるリソース活用として適任者を選定し、音楽療法士を導入した。患者は、昔の仕事のことを回想し、楽しい時間を過ごすことができている、CNSはこのトータルペインへの介入効果を確認している。

- ・ だんだん患者さんも落ち着いてきたのもあって気分転換も含めて（緩和ケアチームに音楽療法士がいるので）白衣を来た人と話しにくいんじゃないかという思いもあって音楽療法士に入ってもらっています。

看取りを前提とした在宅療養への移行

身体的な痛みの緩和は完全ではなかったが、タイミングを逃さず、患者・家族の意思決定を促し、患者・家族が痛みと折り合いをつけて共存しながら生活ができ、その人らしい最期を迎えることができるような支援を目指した。その結果、その後痛みのマネジメントに難渋することなく、数カ月の在宅ケアが実現でき、家で最期を迎えることができた。

療養のすすめ方と治療選択の意思決定を促す

主治医からの依頼に応じて退院に関する患者と家族の意思を確認し、ケアの継続を意図して往診医を導入して在宅への移行を決定した。

- ・ 主治医からは、「僕たちの口から話すすと妻がびっくりするかもしれないので、家に連れて帰る気があるのかどうか私（CNS）の方で相談してほしい」ということを言われました。
- ・ 妻は、「先生から退院してもいいと言われている。様子をみてやはり連れて帰りたい。痛くなった時のことが心配」と言っていました。
- ・ A氏は、痛みの方も激痛が続くこともなく、落ち着いてきまして「家に帰りたい気持ち」をナースに話されていることあり、痛みはこの調子でいだろうと、まだ見切り発車なんすけれども、家に帰るように決めています。

家族の不安に対応し、対処方法を高める

妻は、退院が近づくにつれて緊張が高まり、CNSは妻の不安への対処が必要であると判断している。患者の容態の急変に遭遇して、妻は在宅死を考慮に入れる覚悟が決まった。

家族への緊急時の退院指導を訪問ナースの進言によって息子を交えておこない、詳細な打ち合わせは訪問ナースと妻が行えるように調整した。

- ・ ご本人も含めて在宅療養を控えて緊張感が高まっていると感じていまして、患者さんの病状の変化に対する不安は妻の方が患者さんより強くなっていました。在宅時も同じように対策がとれることや、再入院の体制について話をしていく必要があると考えました。
- ・ もっと具体的に奥さんに見える形ですすすめないといけないということで、緊急時の対応について細かく詰めることと妻と訪問ナースに一度病院に来ていただいて、連携がとれていたところなので基本的にはそういう時にはカンファレンスをしないのですが、もう一回来てもらって訪問ナースと打ち合わせをしてもらっています。

- ・ …かえって私が入ると奥さんの本音も聞けないかと思ったので、奥さんと訪問ナースで話す時間をもってもらったのですが…
- ・ 訪問ナースのアセスメントでは、妻はかなり混乱しているので妻だけの判断では無理だろうということで息子も話しに入れてほしいと…

看とりを前提とした在宅療養のサポートシステムの整備

CNSは、在宅の支援システムである往診医の導入を決めて、訪問ナースと共に主治医と妻をも含めたカンファレンスを開催した。そして、在宅システムと短期入院の保証があれば、在宅での看取りまで可能性であると判断して、主治医とA氏に関わるナースたちに報告書で共通理解を得た。また、経済的な問題に対して介護保険の利用を家族にすすめた。

- ・ 往診医を入れていく時は、往診医の依頼もあって、訪問ナースと往診医ともう一度主治医を入れての連携のカンファレンスを始めていて、ここで奥さんも含めてですけれども、疼痛マネジメントをしていくことと、在宅の看取りを目的に在宅ケアを始めるということになりました。
- ・ 息子を入れての話し合いの報告書を（主治医に）送っています。こういう報告書は、私が話したことについて、主治医と受け持ちナースと外来ナースのみんなが共通して理解してもらうようにつくっています。

(2) CNSの機能からみた疼痛マネジメント技術

事例Aの中で明らかになったCNSの疼痛マネジメント技術を、CNSに期待されている機能の観点から分類してみると表A-2のようになった。

表A-2. 事例AにおけるCNS機能からみた疼痛マネジメント技術

機能	カテゴリ	サブカテゴリ
直接的ケア	関係づくりの方向性を決定する	<ul style="list-style-type: none"> ・疼痛アセスメントのために患者と直接面談する ・患者の対人関係パターンや家族関係を査定する ・患者の気持ちを察して痛みの看護にあわせて触れ合い
	治療プロセスを視野に入れた疼痛マネジメントの方向性を決定する	<ul style="list-style-type: none"> ・病状や治療に関連させた疼痛の要因を分析する
	患者と家族の痛みの認知評価反応をアセスメントする	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の痛みへの対処方法を発見する ・疼痛に対する家族の対応を探る
	疼痛マネジメントに関わるリソースを活用する	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の痛みを代弁している妻からの情報を活用する
	患者との関係性を見計らう	<ul style="list-style-type: none"> ・患者との距離感を保つ ・患者の要請に応じる ・患者の意思を尊重する ・関係性の進展を確言する
	在宅ケアの具体的な問題を整理する	<ul style="list-style-type: none"> ・患者と妻の痛みに対する構えの相違に気づく ・在宅ケアの鍵となる妻と面談する
	疼痛マネジメントの緊急性を判断する	<ul style="list-style-type: none"> ・事態の深刻さをキャッチする ・患者と直接会い痛みの性質をアセスメントする
	疼痛ラダーのステップアップの判断する	<ul style="list-style-type: none"> ・病態に関連させた疼痛アセスメントをする ・がん性疼痛の判断をする ・疼痛ラダーのステップアップの決意をする

表A-2 (続き). 事例AにおけるCNS機能からみた疼痛マネジメント技術

機能	カテゴリ	サブカテゴリ
直接的ケア	疼痛ラダーステップIIへ移行する	<ul style="list-style-type: none"> ・処方変更に伴って患者・家族の服薬指導や疼痛マネジメントに関する指導をする ・患者自身が疼痛マネジメントに参画するように促す ・個性をふまえた簡潔な指導をする ・妻とポイントを絞って服薬の確認と排便コントロールの役割を与える ・鎮痛剤変更後の効果を直接確認する
	患者の意思を把握するためのチャンスを見極める	<ul style="list-style-type: none"> ・潜在的な恐れがあることを察する ・患者の反応をアセスメントする ・患者の意思を把握するためのチャンスを見極める
	患者・家族間の役割分担におけるズレを調整する	<ul style="list-style-type: none"> ・対処法として薬よりも妻によるマッサージを好むことを明確にする ・患者の対処行動をサポートする ・夜間の薬物の調整をして薬以外の対処法こそうことで、マッサージの効果の意味を妻が理解できるようにする
	疼痛に影響する要因を統合的に査定する	<ul style="list-style-type: none"> ・患者ががん治療の継続を望む意味こつても査定する ・疼痛に影響する要因を考慮に入れる <ul style="list-style-type: none"> — 妻の反応 — 病気の理解度 — 主治医との関係性
	疼痛マネジメントとがん治療とのバランスを検討する	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の希望を、段階を追って確認する必要性を半断する ・患者の病状とがん治療のとらえ方を現実に合わせることの必要性を半断する
	予定外で在宅療養中にステップIIIへ移行する	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケア外来への受診をすすめる ・鎮痛剤の効果を確認する
	入院により疼痛マネジメントを確立する	<ul style="list-style-type: none"> ・疼痛マネジメントで効果がなかった要因をアセスメントする
	疼痛治療の進展に伴って疼痛マネジメントを予測する	<ul style="list-style-type: none"> ・疼痛管理目的の放射線照射の効果をみてモルヒネ減量の必要性を半断する
	療養のすすめ方と治療選択の意思決定を促す	<ul style="list-style-type: none"> ・患者と家族の意思を確認する ・患者と家族の意思決定を促す
家族の不安への対応と対処方法を高める	<ul style="list-style-type: none"> ・家族への緊急時の対応指導をする ・妻を支える家族員を交えて話し合う 	