

表 B-2 (続き). 事例 B における CNS の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
コーディネーション	疼痛コントロールの主導権の所在を見抜く	<ul style="list-style-type: none"> 疼痛コントロールの主導権の所在を見抜く
	効果的な薬物処方を引き出す	<ul style="list-style-type: none"> 患者の薬物の好みを把握する 医師に情報を提供し、効果的な薬物処方を引き出す 根拠を示しながら医師に薬物処方の変更を提案する 根拠を示しながら医師に薬物処方を提案する 疼痛管理時の薬物選択の決め事をつくる
	患者・家族のニーズとチームメンバーの力量、問題の複雑さに応じて、誰が、いつ、どこで関わるのが効果的かを吟味し、チームメンバーを巻き込む	<ul style="list-style-type: none"> 病棟の風土、人間関係の特徴を知る チームの注目を患者に集める チームメンバーの状況認識を確認する チームメンバーの力量を査定する チームの目標を統一する タイミングを見極める
	患者・家族とメンバーを仲介し、人間関係を調整する	<ul style="list-style-type: none"> CNSと患者・家族との関係性を調整する CNSと医師との関係性を調整する 患者・家族と医師との関係性を評価し、調整する 患者・家族とチームメンバーとを仲介する
	チームの状況に応じてCNSとしての役割を変える	<ul style="list-style-type: none"> ナースの力量と問題の困難さ、時間や関係性の制約とケアの優先性を吟味し、CNS自身が動く ナースが他職種を巻き込むよう促す
コンサルテーション	依頼までの経過から疼痛への影響要因を予測する	<ul style="list-style-type: none"> 依頼までの経過から疼痛への影響要因を予測する
	CNSの解釈や判断プロセスを共有する	<ul style="list-style-type: none"> ナースと情報交換する CNSによる今起こっていることの解釈や判断プロセスを共有する ナースにトータルペインの考え方を伝える
	ナースが実践できるように助言する	<ul style="list-style-type: none"> ナースが実践できるように、ケア方法やケアのポイントを明確に伝える ナースが他職種を巻き込むよう促す
	ナースにスピリチュアルケアの体験を促す	<ul style="list-style-type: none"> ナースにスピリチュアルケアの体験を促す
	制約条件を考慮して介入の緩急を見極める	<ul style="list-style-type: none"> ナースの力量と問題の困難さ、時間や関係性の制約とケアの優先性を吟味し、CNS自身が動く
教育	ケアの優先性とのバランスをとりながらナースへ教育的に働きかける	<ul style="list-style-type: none"> ナースと情報交換する CNSによる今起こっていることの解釈や判断プロセスを共有する ナースが実践できるように、ケア方法やケアのポイントを明確に伝える ナースにトータルペインの考え方を伝える ナースにスピリチュアルケアの体験を促す ナースが他職種を巻き込むよう促す

表 B-2 (続き). 事例 B における CNS の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
倫理的判断	安易なセデーションを阻止する	<ul style="list-style-type: none"> ・セデーションの条件を照らし合わせて状況を判断し、医師の安易なセディエーションを阻止する
変革	変化を捉え、変化要因を分析し、働きかけの方向性を吟味する	<ul style="list-style-type: none"> ・患者・家族の反応を確認し、CNSの働きかけの方向性を吟味する ・患者・家族の反応を確認し、チーム働きかけの方向性を吟味する ・ナースの変化を確認し、CNSの働きかけの方向性を吟味する ・人間関係の変化を捉えて、働きかけの方向性を吟味する ・場の移行による変化を捉えて、働きかけの方向性を吟味する ・治療・ケアの変化を捉えて、働きかけの方向性を吟味する
	ポジティブな側面を志向する	<ul style="list-style-type: none"> ・患者のよいところを認める ・家族のよいところを認める ・チームメンバーのよいところを認める
	タイミングを見極める	<ul style="list-style-type: none"> ・最良のタイミングを見極める
	他者の視点を取り入れて視野を拡大する	<ul style="list-style-type: none"> ・他者の視点を入れて視野を拡大する
	トータルペインで思考する	<ul style="list-style-type: none"> ・トータルペインの思考で現象を捉える
	現象の背景にある根拠を探求する	<ul style="list-style-type: none"> ・現象の背景にある根拠を探求する

3. 事例C

テーマ：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、ナースに教育的にかかわる

1) 事例の概要

C氏、50歳代男性、5年前に軟骨肉腫と診断され手術を受け、半年前より下肢痛出現、股関節転移と診断され、疼痛が増強してきたため精密検査目的で入院となっている。一人暮らしで、両親のサポートは受けてはいない。休職中。

CNSは、病棟主任よりC氏についての相談を非公式に受け、コンサルテーションを開始している。その後正式に「患者は病状説明が十分ではなく今後の生活設計が立てられない状態であり、今後の治療選択ができず希望を失っている状態で、ナースの関わりについて相談をしたい」との依頼を受け、CNSの介入が始まる。

まず、CNSは病棟ナースへのコンサルテーションを中心に行い、ナースへC氏の真の問題点についての問いかけをし、C氏について情報を整理していく中で、疼痛マネジメントが不足していることを直観的に見据え、段階的な関わりを計画的に進めて行った。医療チーム内での話し合いを促進し、ナースとしての姿勢、具体的な疼痛マネジメント方法の伝授など、より実践的な疼痛マネジメントをナースが行っていくための実践現場での教育を展開した。

C氏には、下肢切断術を受けるかどうかの選択が主治医より提示されていたが、手術は行わないという選択をし、疼痛緩和目的で放射線治療を行ったが、十分な疼痛緩和には至らなかった。

当初、病棟ナースはC氏の治療の選択、痛みの増強、今後のサポートに悩んでいたが、疼痛マネジメントとへの関わりを深めることで、ナースとして優先して取り組む内容が少しずつ明確になり、C氏とのコミュニケーションも深められていった。そのことと平行して疼痛への薬物療法は、緩和ケア医師のコンサルテーションも受け、積極的に進められた。しかし、それでもとり切れない疼痛が残った。そこで、より専門的な疼痛マネジメント目的に緩和ケア病棟への転科も検討され始め、CNSが実際にC氏と面接を行うこととなる。緩和ケア病棟への疼痛緩和目的の転科についての話し合いをきっかけに、C氏の過去の体験を聴き、そのことと現在の疼痛とをC氏が関連付け、疼痛を我慢することに意味を見出していることをキャッチした。C氏の疼痛マネジメントの難渋する要因が、単に身体面のみにあるのではなく、スピリチュアルな側面が大きいことを確認し、その痛みの意味を大切にすることの重要性をナースに伝えていった。

その後、C氏は緩和ケア病棟へ転科となり、療養を続けることになった。

2) 事例の分析

(1) CNSの疼痛マネジメント技術の要素

事例CにおけるCNSの疼痛マネジメント技術の要素は、表C-1のように抽出された。

表 C-1. 事例 C 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
ナースのとらえた状況に対して、患者の真の問題が何かを問 かける	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の真の問題を察知する ・真の問題で視点を向けるようアセスメントを示唆する
主観的な痛み体験を客観的・系統的に分析する	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の痛みの体験や処方法についての情報を収集する ・痛み副作用に対する患者の取り組み方をとらえる ・痛みの種類の査定 ・鎮痛薬の効果を系統的に分析する
疼痛マネジメント技法をナースに教育する	<ul style="list-style-type: none"> ・難しい状況下における痛みのアセスメント技法を示す ・痛みへの効果的な処方法を提案する ・痛みへの影響要因（不安、こだわり、痛みのもつ意味）を明らかにする必要性を伝える ・治療の目的をナースが意味づけできるように確認する ・痛みの意味を伝えて、介入の方向性を示す
鎮痛薬の有効な処方方を判断し、医師に働きかける	<ul style="list-style-type: none"> ・変更の時期を見極め、医師に働きかける ・増量の必要性を判断し、医師に働きかける ・痛みの種類に適合した薬物検査し、医師に働きかける ・鎮痛薬の効果と副作用のバランスを考慮する
病態をもとに今後の変化やゴールを予測する	<ul style="list-style-type: none"> ・病態と痛みの程度から変化やゴールを予測する ・QOL と病状変化のリスクを考慮した話し合いの必要性を認識する
痛みのマネジメントに対する患者のこだわりを注 目する	<ul style="list-style-type: none"> ・患者のこだわりを察知する ・ナースの力量を判断して患者への直接介入の移行を決定する
退院後の生活について、現実と患者の認識とのずれに 着目する	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の生活場や病態を確かめるようにナースに介入の方向性を示す
患者の生活背景・家族構成から、サポートシステムに 着目する	<ul style="list-style-type: none"> ・疼痛マネジメントの影響要因としてサポートシステムに着目する ・家族との話し合いの促進とサポート体制の再構築の必要性を判断する
状況に応じて介入や評価の時期を見極める	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の心身の状況、医師・ナースの動きを念頭置きながら介入・評価の時期を考える
患者の現状認識と現実とのずれをとらえ、ずれを修復 するための情報提供をする	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の現状認識と現実とのずれをとらえる ・患者の反応をキャッチして情報提供の内容を限定する ・スタッフ間のコンセンサスを考慮して提供する情報量を調整する
患者が痛みを我慢する真の意味を確認する	<ul style="list-style-type: none"> ・患者にとっての痛みのもつ意味を明らかにする ・痛みの意味を踏まえて、疼痛マネジメントのゴールを探る ・患者と共に痛みに向き合うことを覚悟する

以下、それぞれについて説明する。

注) 事例 C における CNS の疼痛マネジメント技術のカテゴリを網掛けとし、サブカテゴリは囲みとした。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。

ナースのとらえた状況に対して、患者の真の問題は何かを問いかける

CNSは、ナースがコンサルテーションを出すまでに得ている患者の情報を確認し、それが、ナース側の主観である可能性を指摘し、患者に生きる意味や目的を聴いた上で、本当に希望を失っている状態なのかを査定した方がよいことを伝えている。また、患者の『希望』といったスピリチュアルな問題へのナースの取り組みについての教育的な働きかけも行っている。この場面では、実際CNSは、C氏の優先して関わるべき問題（真の問題）は、患者の希望よりも、まず、がん疼痛が問題であることを察知しつつ、そのことにナースが自ら、視点を向けて行くことができるようアセスメントのポイントを示唆している。

- ・ 「希望を失っている状態」というふうに主任さんがアセスメントしているんですけども「じゃあこの人についての生きる意味とか目的とかは何か聞いたことはある？」と言ったら、それはまだ聞いたことないということだったので、それはご本人に確認して、今が本当に希望を失っている状態かどうかというのをきっちりとアセスメントしたほうがいいねというふうに、出されたコンサルテーションの内容に関しては答えました。

主観的な痛みの体験を客観的・系統的に分析する

患者の痛みの体験や対処方法についての情報を収集する

CNSは、痛みの訴えがはっきりせずアセスメントが困難な状況にある患者の痛みを効果的にマネジメントするために、患者に直接関わるナースに意図的に質問したり、記録を分析したりすることによって患者の痛みの体験や痛みへの対処方法に関する情報を客観的かつ系統的に収集していた。

- ・ 患者さんは左の股関節から臀部にかけて、大体10分の4ぐらいで自己評価しています。夜は訴えが一定していないことがあって、アセスメントが難しい状況が続いていたようです。
- ・ 記録を見ると、10分の2から急に10分の5～6もしくは7ぐらいまで上ってるんですが、本当にこういうのがぐっと上がるという感じの評価をされていたようでした。16日からはモルヒネは40mgに増量していますが、(中略)効果がなく、服薬時刻よりも早め早めに服用している状況でした。
- ・ ナースから痛みについて「なぜ我慢するんですか」というふうにCさんに尋ねたら、その時には00年に軟骨肉腫を発病したときから手術のあともずっと痛みがあって、そのことを主治医に伝えたが「多少痛むのは仕方ない」というふうに言われたからということと、それから入院してからもレスキューを使いましょうというふうに提案する前までは、ナースに訴えても結局は「我慢しましょう」みたいなそういう曖昧な返事で何もしてもらえなかったから我慢するのは仕方ないというふうに考えていらしたようです。
- ・ 痛みの訴え自体は少なくなっているけれども、このところ夜間に転倒しているようだということで、朝はやっぱりぼーっとしているというふうなことが再度ここでも問題になったので、抗うつ薬の影響がやっぱり大きいと思われるということと～
- ・ 痛みと夜間の不眠についてはやっぱり夜間に急に痛みが出現しているということで、Cさんの希望でレスキューとしてモルヒネを10mg使用したり使用しなかったりという状態です。

痛みや副作用に対する患者の取り組み方をとらえる

CNSは疼痛マネジメントに関する情報を収集する中で、患者が夜間に痛みから気を紛

らわすために喫煙に行っていること、鎮痛薬の増量への同意を得にくいこと、鎮痛薬の副作用に対して自分なりの考えを持って対処していることなど、患者のこだわりに常に注目しつづけ、それには何らかの意味があることを確信しつつ、C氏なりの痛みや副作用への取り組み方をしっかりととらえている。

- ・ 排便コントロールもうまくいってなくて、この人なりの考え方があって、牛乳を飲めばお通じが出るので、何日かに一回牛乳を何百ccか飲むというふうを考えていらっしゃるようで、なかなか下剤を行っています、それ以上の下剤の服用は拒否をされているようです。
- ・ 痛みに関してはCさんの考え方があって、レスキューの使用や「レスキューがうまく使用できないならペースを上げていくしかないのでは？」という話もしたんですけども、増量に関してはやっぱり同意を得にくい、そんな状況でした。何をそんなにこだわっているのかなと私は非常にもやもやとした感じでしたが、これは本人に聴くしかちょっと、スタッフナースを通してでは難しいなと思って、「でも何か理由があると思うんだけどね。何だろうね」といいながら～
- ・ 痛みと夜間の不眠についてはやっぱり夜間に急に痛みが出現しているということで、Cさんの希望でレスキューとしてモルヒネを10mg使用したり使用しなかったりという状態です。

痛みの種類の査定

CNSは、痛みに関する正確な知識に基づいて、MRIと骨シンチなどの画像診断から得た情報、および、痛みの性質や鎮痛薬に対する患者の痛みの反応など、様々な情報から痛みを客観的に分析し、痛みの種類を正確に査定していた。

- ・ 16日からはモルヒネは40mgに増量していますが、これは整形の先生の指示で増量したようですけれども、効果がなく、服薬時刻よりも早め早めに服用している状況でした。
- ・ 痛みがやっぱり突発的に、それから電撃痛ということから、鎮痛補助剤をもう少し工夫しないと、最終的にコントロールは難しいということも併せて伝えました。
- ・ MRIを見ると、骨頭部分がほとんど溶解していて、たぶん骨頭のところ自体も刺激になって痛みが起こって、いわゆる骨痛に近いものがあるんじゃないかなと思いましたが～

鎮痛薬の効果を系統的に分析する

CNSは、患者の痛みの訴えがはっきりしないことから、系統的なアセスメントのためにアセスメントチャートを導入し、初回から継続的に鎮痛薬の使用状況と痛みの評価をきめ細かに系統立てて行っている。さらに、他の鎮痛補助薬との関連を考慮したうえで、副作用の程度を見ながら、鎮痛薬の効果を分析している。

- ・ 患者さんは左に股関節から臀部にかけて、大体10分の4ぐらいで自己評価しています。夜はかなり痛みが増強するようですけれども、やっぱり訴えが一定していないことがあって、アセスメントが難しい状況が続いていたようです。
- ・ 記録を見ると、10分の2から急に10分の5～6もしくは7ぐらいまで上ってるんですが、本当にこういうのがぐっと上がるという感じの評価をされていたようでした。16日からはモルヒネは40mgに増量していますが、(中略)効果がなく、服薬時刻よりも早め早めに服用している状況でした。
- ・ レスキューはその間、夜間、日中ともに1～2回ぐらいなので、大体10～40mgぐらいの増量でいけているようでした。痛みはゼロになっていないが、痛いときには追加して飲めるようになったので、患者の表情はよくなっているということです。夜間も4時間程度は続けて入眠できているということ

聞きました。

- ・ 抗うつ薬と抗不安薬を服用しはじめてからやはり午前中の眠気が強いということですし、モルヒネの影響がどうなのかなどというのを心配していましたが、レスキューを使用しても眠気自体は変わっていないということなので、レスキューの分は増量した方がいいかなというふうに私自身は考えました。

疼痛マネジメント技法をナースに教育する

難しい状況下における痛みのアセスメント技法を示す

CNSは、患者の痛みの訴えがはっきりせず、ナースがアセスメントに困難さを感じていたことから、アセスメントチャートの導入を提案している。また、抗不安薬の効果の高さから、患者の不安が非常に強いことにCNSは気づき、その観点からも観察が必要であることをナースに指導している。

- ・ ご本人の痛みの訴えがはっきりしないということなので、アセスメントチャートを使用してほしいということをお話して～
- ・ やっぱり転移の状態をアセスメントすることがまず一つは十分できていないということと、それからこの処方の意味がナースたちが十分わかっていないので、その辺があるので、たぶん何をどういうふうにして関わった方がいいのかというのがこの処方だけを見たらわかっていないというふうに思ったんですね。なので、何で抗けいれん薬が出ているのか、それから病態生理はどうなっていて、どこまで広がっているのかというのを、そのとき一緒にMRIを見たんですけども、(中略)「これ考えて。こういうふうになっていたら絶対神経に当たってないということはないよね。」とって～
- ・ 抗不安薬を飲んでいたときの方が、どうも聞くと寝られているんですね。なので、やっぱり不安も強いのかなというふうに思って、ご本人がよければ今晚は抗不安薬をもう一回飲んでみましょう。今まで2mgを飲んでいたので、2mgではちょっと多いかなというふうな感じがしたので、一応2mgの分を半分にして飲んでいただくことにしました。それで寝られるようになったら、またもう一度考えて見ます。～
- ・ この人はすごく抗不安薬が効いたんですね。なので、やっぱりかなり不安が強いなというふうに。(中略)抗不安薬2mgがこんなに効くというのはかなり精神的に。「これは私たちに見せている姿よりも心はずごい不安でいっぱいなんだね。やっぱり〇〇(抗不安薬)ってそういうお薬なのよ。(中略)いわゆる眠剤では効かなくて、そういうものが効いたというのはやっぱり精神的なものがとても影響しているなというのはお薬でもわかりましたね。

痛みへの効果的な対処方法を提案する

CNSは、痛みのマネジメントが困難である現状において、病棟の状況やシステムをふまえたうえで効果的な対処方法を具体的に提案している。

- ・ とにかく痛いときにはモルヒネ10mgをレスキューで使おうというふうに私の方が提案して～
- ・ ちょうど土曜日だったので、ちょっといろんな薬剤のことを変更するのが非常に難しかったので、週末はレスキューを使用して様子を見ようということにしました。来週モルヒネの増量の方向で検討しましょうというふうに主治医と、それから病棟のナースには伝えて、それからレスキューの使い方を指導して帰ってきました。
- ・ 準夜だったのでスタッフに言うと非常に混乱するので、師長さんを探して、師長さんに主治医にモルヒネを増量してほしいというふうに伝えました。私が本当は直接言いたかったんですが、主治医がう

まくつかまらなくて、師長さんに「とりあえずこういう処方にしてはどうかと言って下さい」といって、処方量も全部書いて、こういうふうにしたらぶんすこしこれでしばらく痛み自体は楽になるんじゃないかということを行いました。

痛みへの影響要因を判断し、明らかにする必要性を伝える

CNSは、夜間の痛みと不眠、鎮痛薬の使用に対して同意が得られないこと、患者の行動などから患者の不安が強く、痛みの認知に影響を及ぼしていることを予測し、抗不安薬の再開を提案し、その効果を評価することを計画し、痛みの影響要因を明らかにする必要性をナースに伝えている。

- ・ 手術をしないということで、主治医からはリニアックを勧められたようです。Cさんは「片足では生きていく意味がない。人に頼って生きていたくない」というふうに言われたようです。…治療とペインコントロールがどういうかたちでするかが決まると思うとのこと～
- ・ 痛みと夜間の不眠については、やっぱり夜間に急に痛みが出現しているということで、Cさんの希望でレスキューとしてモルヒネを10mg使用したり使用しなかったりという状態です。ここ数日は睡眠薬を寝る前に使用しているが、ほとんど眠れていないということでした。抗不安薬を飲んでいたときの方が、どうも聞くと寝られているんですね。なので、やっぱり不安も強いのかなというふうに思っ、ご本人がよければ今晚は抗不安薬をもう一回飲んでみましょうと。今まで2mgを飲んでいたので、2mgではちょっと多いかなというふうな感じがしたので、一応2mgの分を半分にして飲んでいただくことにしました。それで寝られるようになったら、またもう一度考えて見ます。
～

治療の目的を意味づけできるように確認する

CNSは、放射線療法の目的や鎮痛補助薬の意味など、患者の疼痛マネジメントの一環として行われている治療の目的をナースが明確に意味づけできるように確認する作業を行っている。

- ・ この時点では一つはいわゆる手術療法の代わりに治療していくということと、それからもう一つはペインコントロールをするというのが目的ということを再度確認しました。
- ・ これは絶対神経因性疼痛で、今はひどくないけど、もっとひどくなると思うし、抗けいれん薬はそういう方向で出されているので、きちっとそれを見てほしいし～

痛みの意味を伝えて、介入の方向性を示す

CNSは、患者のもつ痛みの意味を患者との面談の中からとらえ、患者は痛みは過去の体験の罰であると感じているために、ナースが痛みとどう向き合うのかがこの患者の痛みのマネジメントにおいて鍵となることをナースに伝え、介入の方向性を示している。

- ・ 逆に私の中では過去の体験の罰ということはわかったんですけども、逆にその痛みを感じる人がその人にとっては生きる意味に近いことがあるので、非常に難しいなというふうにして、(中略) 時間かけてケアしていくことが必要だなというふうにして判断しました。
- ・ ここからは本当に私たちがナースとして本当に患者さんの痛みとどう向き合っていくかが正念どころだねというふうにして～
- ・ そのことについて折を見て話を聴いてみたらどうかというふうにして勧めましたが～

鎮痛薬の有効な使い方を判断し、医師に働きかける

変更の時期を見極め、医師に働きかける

CNSは、鎮痛薬の変更に関して、病棟の状況やシステムをふまえたうえで、適切な変更時期を見極め、主治医や緩和ケア医への働きかけを行っている。

- ・ ちょうど土曜日だったので、ちょっといろんな薬剤のことを変更するのが非常に難しかったので、週末はレスキューを使用して様子を見ようということにしました。来週モルヒネの増量の方向で検討しましょうというふうに主治医と、それから病棟のナースには伝えて、それからレスキューの使い方を指導して帰ってきました。

増量の必要性を判断し、医師に働きかける

CNSは、患者の痛みの推移やレスキューの使用状況、副作用の程度などを系統的に分析し、鎮痛薬の増量の必要性を判断している。

- ・ 前回と同じように、夜になると痛みが強くて眠れていない。痛みは急激に出現するようで、記録を見ると、10分の2から急に10分の5～6もしくは7ぐらいまで上ってるんですが、本当にこういうのがぐっと上がるという感じの評価をされていたようでした。16日からはモルヒネは40mgに増量していますが、(中略)効果がなく、服薬時刻よりも早め早めに服用している状況でした。(中略) 眠前にはモルヒネを16mg服用しているんですが、それでは不足しているようなので～
- ・ レスキューはその間、夜間、日中ともに1～2回ぐらいなので、大体10～40mgぐらいの増量でいけているようでした。痛みはゼロになっていないが、痛いときには追加して飲めるようになったので、患者の表情はよくなっているということです。夜間も4時間程度は続けて入眠できているということを開きました。
- ・ レスキューを使用しても眠気自体は変わっていないということなので、レスキューの分は増量した方がいいかなというふうに私自身は考えました。

痛みの種類に適合した薬剤を検討し、医師に働きかける

CNSは、疼痛マネジメントに関する正確な知識から、痛みの病態、性質、鎮痛薬の効果から種類が神経因性疼痛であると判断しており、神経因性疼痛に効果のある薬剤を使用することを検討し、担当医や緩和ケア医に働きかけている。

- ・ 痛みがやっぱり突発的に、それから電撃痛ということから、鎮痛補助薬をもう少し工夫しないと、最終的にコントロールすることは難しいということ併せて伝えました。
- ・ 鎮痛補助薬の検討については、緩和ケアのドクターがほとんど処方権を握っているという感じだったので、戻ってきて、増量しましたということと、鎮痛補助剤をもうちょっと考えてほしいということをブッシュしました。
- ・ やっぱり現実的に痛いので、もうちょっと痛みを何とかしないといけないということで、緩和ケアのドクターに、やっぱり病棟が違うのでここで持続皮下注はちょっと簡単に始められないんですね、保険上の問題もあって。それで私はNMDA受容体拮抗薬(鎮痛補助薬)を内服させてほしいというふうに言って～

鎮痛薬の効果と副作用のバランスを考慮する

CNSは、患者のQOLが最も高まるように、鎮痛薬および鎮痛補助薬の効果とその副

作用である眠気の出現状況とのバランスをアセスメントし、対策を検討している。

- ・ 抗うつ薬と抗不安薬は服用を始めてからやはり午前中の眠気が強いということですし、モルヒネの影響がどうかというのを心配していましたが、レスキューを使用しても眠気自体は変わっていないということなので、レスキューの分は増量した方がいいかなというふうに私自身は考えました。
- ・ 痛みの訴え自体は少なくなっているけれども、このところ夜間に転倒しているようだということで、朝はやっぱりぼーっとしているというふうなことが再度ここでも問題になったので、抗うつ薬の影響がやっぱり大きいと思われるということと、それからそれを一度中止してみたので、さらに眠気が続くようであれば、ドクターの方からもOKを取っていたので、抗不安薬をやめてみてはどうかというふうにお話して～

病態をもとに今後の変化やゴールを予測する

CNSは、患者の病態と痛みの程度から、疼痛マネジメントのゴールや日常生活動作の限度、今後の変化を的確に予測し、ナースと共有している。また、患者のQOLと病状からみたりリスクとの兼ね合いからゴール設定について話し合う必要性を早い段階で認識している。

- ・ 痛みがやっぱり突発的に、それから電撃痛ということから、鎮痛補助薬をもう少し工夫しないと、最終的にコントロールすることは難しいということ併せて伝えました。
- ・ 手術しないのであれば後は坐骨神経を巻き込んで激痛になる可能性があるということで、ペインコントロールは難しくなるでしょうねというお話をここで皆さん（ナース）にしました。この時もMRIを見ると、骨頭部分がほとんど溶解していて、たぶん骨頭のところ自体も刺激になって痛みが起こって、いわゆる骨痛に近いものがあるんじゃないかなと思いましたが、動くなどは言えないので、その辺のところ、どこでOKするかというあたりをもっと話し合いしないといけなんじゃないかなというふうに感じていました。
- ・ やっぱり転移の状態をアセスメントすることがまず一つは十分できていないということと、それからこの処方の意味がナースたちが十分わかっていないので、その辺があるので、たぶん何をどういうふうにして関わったらいいのかというのがこの処方だけを見たらわかっていないというふうに思ったんですね。なので、何で抗けいれん薬が出ているのか、それから病態生理はどうなっていて、どこまで広がっているのかというのを、そのとき一緒にMRIを見たんですけども、(中略)「これ考えて。こういうふうになっていたら絶対神経に当たってないということはないよね。」といって～

痛みのマネジメントに対する患者のこだわりに注目する

CNSは、鎮痛薬の増量にC氏が同意をしないことに、彼なりの何らかの理由（意味・こだわり）があることを察知する。これは、個別性に応じた疼痛マネジメントを展開していくためにも重要な要因への模索であるが、病棟ナースには情報を得たりアセスメントすることは困難と考え、CNS自身が直接介入していく必要性を感じ、実践に移行していく。

- ・ 痛みに関してはCさんの考えがあって、レスキュー（頓用薬）の使用や「レスキューがうまく使用できないのならペースを上げていくしかないのでは？」という話しもしたんですけども、増量に関してはやっぱり同意を得にくい、そんな状況でした。何をそんなにこだわっているのかなと私は非常にもやもやとした感じでしたが、これは本人に聞くしかちょっと、スタッフナースを通してでは難しいなと思って、「でも、何か理由があると思うんだけど何だろうね」と言いながら～

- ・なんでこんなに痛みのコントロールに参加しないんだろうと。何がこだわりなのかなというのがずっと私の中でひっかかっている～

退院後の生活について、現実と患者の認識とのずれに着目する

CNSは、ナースからC氏が退院後の生活をどう考えているのかを聞き、それが病態から予測して現実的ではないことを判断する。CNSはC氏の非現実的な病識や退院後の今後の生活設計が疼痛マネジメントに影響することを認識し、トータルペインとしてC氏の痛みが理解できるようにナースに働きかけ、介入の方向性を示唆している。

- ・ 主治医から手術を勧められたときには、Cさんは「片足では生きていく意味がない。人に頼って生きていきたくない」というふうに言われたようです。
- ・ 問題となっている、結局治療が終わった後の生活なんですけれども、(中略) しばらくは病院の近くに引っ越してもいいというふうな話も出ていたようです。ただ、その時のADLはやっぱりほとんどウォーカーを使っている状態に下がっていましたので、一人暮らしは現実的ではないというふうに思うことと、その点についてCさん自身がどんなふうに考えているのかということをもう一度確認して欲しい旨を伝えました。…たぶんこの病態と痛みの程度からいくと、ゼロになることは非常に難しい、それからADLが改善したとしても、松葉杖なしに動くことは難しいではないかという予測をお話ししました。
- ・ 退院後の生活について、(中略) 今の状態では一人で生きていく自信はないが、入院前の状態(痛みはあるが歩行は可能)にまで戻れたら一人でも大丈夫だというふうに考えていらっしゃる。援助者は誰もいない。1～2ヶ月なら病院の近くに越してきて生活は可能というふうな、非常に私から見ると病状の認識にかなり現実とのずれがあるなというふうな受け止め方をされていることがわかりました。

患者の生活背景・家族構成から、サポートシステムに着目する

CNSは、ナースからC氏と家族(両親)の関わりについて確認し、サポートが不足しているといったナースやC氏の表面的な現実認識にとどめるのではなく、もう少し現実的な問題解決を目指していくために、家族との話し合いを促進し、サポート体制の再構築にむけた介入が必要であることに気づく。現在のナースのアセスメントでは、このような社会背景とC氏の疼痛の関連性は明確にされていないが、C氏の疼痛マネジメントが難渋する要因の一つとしてサポートシステムが重要になってくることを視野に入れたCNSの現状の分析である。

- ・ ご両親にどんなふうにされているのかなということなんですけど、入院を今回されてからは、全く説明はしていない。Cさん自身「両親は高齢で、そんなことを伝えたら両親は気が振れるか、おかしくなると思うので伝えたくない」というふうに言われたということです。様子を見ながら自分で考えて伝えるんだったら伝えるという返事だったそうです。今までコンサルテーションを受けて私自身が感じたCさんの状況からは、非常に、これは難しいなというふうに予測されたんですが～

状況に応じて介入や評価の時期を見極める

CNSは、疼痛マネジメントを図るプロセスにおいて、疼痛に関する情報の収集・分析、ナースへの教育、鎮痛薬の使い方の判断を行った後、患者の心身の状況、医師やナースの動きを常に念頭に置きながら、評価の時期や介入の方法を考え、実行している。

- ・ モルヒネ10mgをレスキューで使おうというふうに私のほうが提案して、明日の朝、病棟に来て主治

医に（薬剤の変更について）一緒に主治医に伝えるからということまで～

- ・（変更の2日後の）夜に時間が取れたので病棟へ行ってペインコントロールの状態を確認しました。
- ・ 私がその日に考えたことは、（中略）準夜だったのでスタッフに言うと非常に混乱するので、師長さんを探して看護師長さんに主治医にモルヒネを増量してほしいというふうに伝えました。
- ・ 私の中で、いつ誰がどの程度まで話を進めるかについては、もう少し慎重に考えたいと思って～
- ・ これは（患者）本人に聞くしか、スタッフを通してでは難しいなと思って、その日はそれ以上は深追いしない～
- ・ 「CNSの方で（面談）してください」と（主治医に）いわれたので、私が「ナースと一緒にしましょう」といって（プライマリーナースと）看護師長さんにも加わっていただきました。
- ・ 痛みを我慢していることに関して、それがなかなかいつ聞こうかと思っていたのですが、面談の間に（患者が）ご自分から「自分が逃げたからこういうふうになった」というふうに言われて、私が「逃げたというのはどういう意味ですか」ということをお尋ねしたら、ちょっと一瞬こまった顔をされたんですけども、なんかちょっと、たぶん私がなんかグッと迫ったので～
- ・（面談が）終わった後に、プライマリーナースがずっとそばで聞いていたので「どう思った？」と言ったら～これからが本当に私たちがナースとしてどう向きあっていくかが正念どころだねと話をして～

患者の現状認識と現実とのずれをとらえ、ずれを修復するための情報提供をする

CNSは、病態や痛みの程度からみた現実と、患者自身の病状認識や希望とにずれがあることを患者との面談前からとらえており、ナースに確認を依頼するとともに、面談時にCNS自身が患者に直接情報提供している。この際、C氏の反応を即座にキャッチし、情報提供の内容については、スタッフ全体でのコンセンサスを十分に考慮して行っている。

- ・ 痛みのコントロールを目的とした緩和ケアへの転科を説明するとCさんから「何年先かわからないけれど、もう死ぬことはわかっている。それまではがんばりたい。今はリハビリもしていないし、動かないから余計に弱っている。自分としては後であるときに頑張っておいたら良かったのにと後悔しないようにしたい」というふうなことが言われました。言われた意味は良くわかったんですが、やっぱり現実認識が出来ていないなということが、逆に私自身は、これがちょっと問題というふうに感じました。
- ・ ADLが改善されて、病態的には痛みも緩和されて帰れるというふうにどうもCさんが思っているのではないかなというのがみんなの話から感じたので、そこは非常に大事なことなので確認してほしいということでお話しました。たぶんこの病態と、それから痛みの程度からいくと、ゼロになることは非常に難しいし、それからADLが改善したとしても、松葉杖なしで動くことは難しいんじゃないかという予測をお話しました。
- ・ やっぱり現状認識ができていないなということが、逆に私自身はこれが問題というふうに感じました。そのときには、まだ疼痛自体のコントロールが十分できていませんし、本人には疼痛がまだ増強傾向にあるので、今はリハビリテーションが有効ではなく、むしろ安静の方がいいかもしれないということを伝えました。ご本人はやっぱり動きたいというのがあって、表情からは納得できていない様子でしたけれども、ちょっとこれ以上進めるとかなり病気のことを具体的に説明しないと納得していただけないなと思って、そのことに関してはまだみんなのコンセンサスを得ていなかったもので、私一人暴走はできないので、ちょっと不満を残しながらそのことについてはお気持ちをよく確認したということであきらめました。

患者が痛みを我慢する真の意味を確認する

患者にとって痛みのもつ意味を明らかにする

CNSは、C氏との面接の中で、C氏が引っかかっている体験や思いをタイミングを逃さずに引き出し、これまでのナースのアセスメントでは理解しきれなかった、C氏のこだわりや難渋していた疼痛マネジメントとを絡めて、過去の体験の罰がC氏の痛みの意味となっていることを確認する。CNSはC氏の痛みの意味を知り、痛みを感じることをその人にとっては生きる意味に近いことがあり、このような痛みを取り除くことは非常に難しく、時間をかけてケアを行っていく必要があると判断している。

- ・ 痛みを我慢していることに関して、それがなかなか、いつ聞こうかと思ったんですが、面談の間にご自分から「自分が逃げたからこんなふうになった」と言われて、私が「逃げたとはどういう意味ですか」とお尋ねしたら、ちょっと一瞬困った顔をされたんですけども、なんかちょっと、たぶん私がなんかグッと迫ったので逃げられないとおもったふう思うんですけども、学生時代の体験を話されて……でもあのときに逃げたからということをちょっと言われて「今の痛いのはしかたがない。このぐらいの痛みは我慢できないといけない」というふうに話されて、私は「じゃあ今の痛みというのはそのときの罰というふうに思っているんですか」と言ったら「うーん」と言われたんですね……逆に私の中で過去の体験の罰ということはわかったんですが、逆にその痛みを感じることをその人にとっては生きる意味に近いことがあるので非常に難しいなと思って～

痛みの意味を踏まえて、ゴールを探る

CNSは、患者が痛みに意味を見出していることから、時間をかけてケアし、患者にとっての痛みの意味を大切に、不用意に痛みを取ることは得策ではないことを判断し、痛みを耐えているC氏を見守ることも重要であることをナースにも伝えている。C氏の痛みを十分緩和したことを患者やナース達と共有できるようになるためには、C氏の過去の経験の罰としての痛みに代わる何かを提供していく必要があると考え、それが何かを模索し続けている。痛みが無くなった状態を看護のゴールとして考えるのではなく、トータルペインとしての痛みを緩和していくために、患者と共にスピリチュアルな痛みを耐えること、その痛みと向き合うことが看護の正念場となることを、自らもモデルとなり他のナース達にも伝えている。

- ・ ここからは本当に私達がナースとして本当に患者さんの痛みとどう向きあっていくかが正念どころだねと言うふうに話をして、緩和ケア病棟に来られるという事は決まったんですが～
- ・ レスキューはやっぱりイヤで、グーと痛くなったら四つんばいになって、ベッドのところに顔をうつ伏せになってグーッと我慢しているのですが、行ってそのときに話しをしても全然「もういい」という感じで～
- ・ これ（痛み）をこの人から取るとしたら変わりのものを何かこちらが提供できるかどうかというあたりがやっぱり私の中ではまだ十分確信が得られていない状況です。一応放射線療法も終わったので、今ジムでリハビリをしてもらって、帰ってもらう方向で話しは進めています、みんなが非常に不安がっているのが現状です。
- ・ やっぱり痛んでいることが生きていることの実感なんですよ、話をしていると。だから痛んでいることは彼にとってはやっぱり意味があって、じゃあ今の生活の中で痛むこと以外に彼にとって生きていく意味のあることがあるかと言われれば、残念ながら私たちはまだ見出せていないですよ。

(2) CNSの機能からみた疼痛マネジメント技術の要素の分類

次に事例Cの中で明らかとなった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C-2のようになった。

表 C-2. 事例 C における CNS の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	主観的な痛みを客観的・系統的に分析する	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の痛みの体験や対処方法についての情報を収集する ・痛みや副作用に対する患者の取り組み方を捉える ・正確な知識に基づき痛みの種類を査定する ・鎮痛薬の効果を系統的に分析する
	患者の痛みをトータルペインとしてとらえ、包括的なアセスメントを行う	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の痛みをトータルペインとしてとらえる ・多面的に包括的なアセスメントを行う
	鎮痛薬の有効な処方方を判断する	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤の変更や増量の必要性を判断する ・疼痛の種類に適合した薬剤を判断する ・鎮痛薬の効果と副作用のバランスを考慮する
	疼痛マネジメントについて評価する	<ul style="list-style-type: none"> ・初期アセスメント後、時期を考え、継続アセスメントを繰り返す ・アセスメントのプロセスの中で患者の痛みの認知・評価・反応に影響する要因（不安・こたわり・痛みの意味）を明確化する
	病態をもとに今後の変化やゴールを予測する	<ul style="list-style-type: none"> ・病態や痛みの程度から疼痛マネジメントのゴールやADLの限界を予測し、ナースと共有する ・QOLとリスクとの兼ね合いからゴール設定を話し合う必要性を認識する
	痛みのマネジメントに対する患者のこだわりを注目する	<ul style="list-style-type: none"> ・患者が鎮痛薬の増量に同意しないことへの理由を重要視する ・患者への直接介入の必要性を認識し、実践する
	患者が痛みを我慢する真の意味を明らかにする	<ul style="list-style-type: none"> ・きつかけを上手につかんで、患者へ問いかける ・痛みが存在が生きる意味となっていたことを引き出す ・痛みを踏まえて、ゴールを探る
	患者が現実に向き合うための適切な情報提供をする	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の認識と希望のずれに着目し、現実的な認識を促すために、適切な情報を提供する

表 C-2 (続き). 事例 C における CNS の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
コンサルテーション	ナースから相談を受ける	<ul style="list-style-type: none"> ・ナース側の要望に合わせて、随時相談に応じる ・非公式な相談を公式なルートにのせ依頼内容を明確化する
	依頼者の情報から痛みの体験や対処方法について系統的に分析する	<ul style="list-style-type: none"> ・一つ一つの事実を確認し、疼痛マネジメントにかかわる問題点を抽出する ・痛みや副作用について患者の取り組み方を捉える ・問題を整理しながらナースにアドバイスを行う
	社会的な問題を視察し入れ、実現可能な方向性を示唆する	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の生活について現実と患者の認識とのずれに着目する ・非現実的な知識や生活環境の疼痛マネジメントへの影響を考慮し、介入の方向性を示唆する ・患者の生活背景や家族構成からサポートシステムに着目する ・サポートの再構築に向けた介入の必要性を示唆する
コーディネート	リソースを選択し活用する	<ul style="list-style-type: none"> ・鎮痛薬の処方の変更についての医師への伝言を婦長に依頼する ・患者との面談にはプライマリーナースの同席を勧める ・術後の患者の生活範囲について専門科のナースに説明を依頼する
	専門的な観点から医師と働きかける	<ul style="list-style-type: none"> ・鎮痛薬を有効に使用するために、痛みの種類に適合した薬剤の選択や増量、変更を検討し、医師と働きかける
	問題の大きさ、複雑さを見極め、適切な介入者を判断する	<ul style="list-style-type: none"> ・問題の大きさや複雑さ、優先順位を考慮し、最も効果的な介入者を判断する ・CNS自身が介入したほうがよい内容(医師への処方の変更・患者の家族についての情報収集・患者の鎮痛薬へのこだわりなど)を見極める
教育	スタッフ間のコンセンサスを踏まえて患者への情報提供内容を判断する	<ul style="list-style-type: none"> ・医療チーム内のコンセンサスを得た上で情報提供を実施すべきことをわきまえ、個人としての言動のあり方をコントロールする
	ナースがとらえた状況に対して、患者の真の問題は何かを問う	<ul style="list-style-type: none"> ・優先して取り組む問題が必ずしも疼痛であることを察知しつつ、そのことにナース自らが視点を向けられるようにアセスメントのポイントを示唆する
	身体的疼痛のマネジメント技法に関する知識を提供する	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の痛みの訴えがはっきりしないことに対して、アセスメントチャートの導入を提案する ・効果的な疼痛マネジメント技法(レスキュードーズの使い方など)を具体的に提案する ・痛みへの影響要因を判断し、それに関する対処方法をアドバイスする ・非薬物療法や鎮痛補助薬の目的を意味づけるよう確認する

表 C-2 (続き). 事例 C における CNS の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
教育	スピリチュアルな痛みに向き合う必要性を伝える	<ul style="list-style-type: none"> 患者のもつ痛みの意味をナースに伝え、それに向き合う 必要性と介入の方向性を示唆する
	問題の整理、病態や今後の予測、治療の目的を明確化する	<ul style="list-style-type: none"> コンサルテーション内容から問題点を整理し、一つ一つについて状況を配慮しながらナースにフィードバックする 病態を元に今後の変化やゴールを予測してナースに伝えたり、行われている治療の目的を説明する
	患者への関わり方についてのロールモデルとなる	<ul style="list-style-type: none"> 直接患者と面談を行う際、プライマリーナースを同席させる 緩和ケアへの転科の目的や現状を説明したり、患者が痛みを我慢する理由を引き出す コミュニケーションスキルをナースに示す 面談で明らかになった内容についてナースと共有する場をもつ
	インフォームド・コンセントに関するナースの疑問に応じる	<ul style="list-style-type: none"> 医師の説明と患者の意思決定に関してナースが抱いた疑問に対して、時間をかけて話し合う 治療に関する患者の選択をサポートするのがよいことを伝える
洞察	介入や評価の時期を見極める	<ul style="list-style-type: none"> 疼痛マネジメントのプロセスにおいて、患者の心身の状況、医師やナースの動きをも念頭に置きながら、介入の方法や評価の時期を吟味する
	予測を立てながら、介入の方向性を探る	<ul style="list-style-type: none"> 患者の特性 (病態、痛みへの取り組み方、現状認識、生活背景など) を踏まえながら、今後の変化や疼痛マネジメントのゴールを予測し、介入の方向性を見出す

4. 事例D

テーマ：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

1) 事例の概要

D氏、60歳代の男性。前立腺がんで骨転移、リンパ節転移がある。本人の性格は楽天的。妻とは離婚して一人暮らしで、生活保護を受けている。半年前から腰痛が出現し、近医整形外科にて鎮痛薬を処方されたが自己判断で量を調節し服用していた。2ヶ月後に無尿となり緊急入院。その後泌尿器科に転科し、麻酔科に疼痛コントロール依頼となった。入院中は疼痛コントロールが中心に行われ、CNSが属する緩和ケアチームもかかわっていたが特別な問題もなく経過。入院2ヶ月後に生じた麻痺性イレウスも軽快し、退院となる。CNSは、退院2週間後と3週間後の2回の外来受診でD氏と会っている。

事例DにCNSがかかわるきっかけは、緩和外来での患者の様子の違いにCNSが気づき、声をかけたことである。CNSは、緩和外来という限られた時間と周囲の制約の中で、患者にとって一番最優先すべきことを判断し、集中して力を注いでいる。CNSが、患者にとって必要かつ優先される情報を意図的に収集し、看護スタッフのエンパワーメントを視野におきながら協働者との調整作業を行い、患者自身が実行可能な具体的なアドバイス（教育）を行った事例である。

2) 事例の分析

(1) CNSの疼痛マネジメント技術の要素

事例DにおけるCNSの疼痛マネジメント技術の要素は、表D-1のようなサブカテゴリとさらに抽象化されたカテゴリが抽出された。以下それぞれについて説明する。

表D-1. 事例D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
疼痛マネジメントに関わる人々との関係づくり	<ul style="list-style-type: none"> ・気になる患者を直感的にキャッチし、接近する ・時機をのがさず協働のための働きかけを行う ・患者との関係構築のための環境づくり
ナースの対する教育的働きかけ	<ul style="list-style-type: none"> ・具体的な介入方法を提示 ・ナースの患者指導の観察 ・間接介入効果の確認
生活状況を通した患者の疼痛マネジメントの把握	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の全体像をつかむ ・入院時からの変化に焦点をあてた疼痛アセスメント
外来で解決可能な問題の焦点化	<ul style="list-style-type: none"> ・問題状況の明確化 ・患者のセルフケア行動を明らかにする ・問題解決のための絞込み
疼痛マネジメントに向けた効率的な介入方法の選択	<ul style="list-style-type: none"> ・問題解決のため患者の価値観を受け入れる ・患者がうけ入れやすい形で提示する

注) 事例 D における CNS の疼痛マネジメント技術のカテゴリを網掛けとし、サブカテゴリは囲みとした。また、元となった主要な逐語データは箇条書き（・）で掲載した。

疼痛マネジメントにかかわる人々との関係づくり

気になる患者を直感的にキャッチし、接近する

CNSは緩和外来でフリーに患者や家族へのケアや指導を行っているが、その中で直感的に様子の異なる患者を見分けて自ら声をかけ、患者に注意を向けていることを示しながら接近している。

- ・ このD氏は一番最後にこられたんです。11 時ぎりぎりに来られたので、かなり前に何人もの患者さんが待っている状況でした。車椅子で来られていたんです。腰痛がやはりあって、長くは歩行できないとおっしゃって、車椅子で来られていたようです。
- ・ 30 分も待合室にいらっしゃってとてもそわそわしていらっしゃったので、私はちょっと声をかけてみました。

時機を逃さない協働のための働きかけ

CNSは、患者が望んでいた診察の順番の調整に関しては外来ナースに伝えるなど、外来ナースの業務範囲には踏み込まないように役割分担を明確にしている。そして、医師には、CNSの判断や行動などを意図的に伝え、時機を逃さず副作用対策を実現するための協働に向けた情報の共有をおこなっている。

- ・ （D氏は）早めの診察は可能かどうかということで、外来のナースにその旨を伝えました。
- ・ 外来ナースから、医師が患者の診察を早めに行わないということを聞き、また、今日は、薬だけの処方になるということを知りましたので、今の患者さんの痛みの問題と、それから便についての問題を医師に伝えておかないと、そのままの処方になってしまうのでそのことを医師に伝えました。
- ・ （その日夕方のカンファレンス時）私は今日の患者さんの痛みの状況と便秘の状況について外来ナースに話をし、私のかかわりについても話をしたんですが、何せほとんどD氏のことが分からないという状況からスタートしておりましたので、今後の課題について話し合いをまずしました。
- ・ （緩下剤を少し増量して飲もうということの話し）、これを医師に報告しています。

患者との関係構築のための環境づくり

CNSは患者に近づき、ゆっくり話の聞ける場を設定し、自分が気になっていることを尋ねている。その中で、疼痛管理における問題点を感じ、そのためにはまず患者との関係作りが必要であることを認知し、意図的に関係構築のための環境を作っている。

- ・ その間に、待合室の隅の方で患者さんからの調子を尋ねたんです。
- ・ 次回もこんな状況だとじっくり患者さんに関われないと思いましたので、通院手段についてD氏に情報提供を 1 つだけしました。…次回はそういったことがないように、こういった方法も利用できるといいなと思って話しをしました。

ナースに対する教育的働きかけ

具体的な介入方法の提示

CNSは、ナースの能力や関心をアセスメントし、具体的な介入方法を提示している。

- ・ 外来ナースの積極的にかかわりを感じたので 前は私（CNS）がD氏に会って様子や体の調子を自分の目で判断したり見たりしようという行動をとったんですけども、ここは少し外来のナースに登場してもらってもいいのかなというふうに思って外来ナースに 「診察が終わったら面接してはどうか、医師の話を理解できたかを知る機会となるのではないかと、下剤も新しく数種類出ているのでD氏と確認してはどうか」というメモを渡しています。

ナースの患者指導の観察

- ・ ナースとD氏の面談の最後のほうにちょっと入ってみました。外来ナースがわかりやすく紙に書いて下剤の説明をしていることを確認しました。しばらく2人のやりとりを観察していました。

間接介入効果の確認

CNSは、診察後の患者に再度近づき、CNSが外来ナースに具体的な介入方法を示唆した効果を患者の受け止めや理解をとおして確認しようとしている。

- ・ 今日から下剤をどのように服用していくつもりかということD氏に尋ねてみました。今日の医師の診察、そして外来ナースのかかわり、それがD氏にどのような影響を与えたかということとをちょっと聞いてみようと思ったんです。すると外来ナースが作成した紙を見せ「これに沿って飲んでみるよ」という風に言われました。

生活状況を通じた患者の疼痛マネジメントの把握

患者の全体像をつかむ

CNSは、疼痛マネジメントに関する患者の全体像を掴むため、CNSなりの予測を持って患者に話しを聞きながら、現状での問題点を聞き出している。

また、本人の痛みの感じ方に焦点をあて、患者が言語表現するのをそのまま聞きながら、現在の痛みの状態と以前の患者の痛みの状態、つまり入院時と退院後の生活の中における痛みの経過（変化）を推測している。さらに、限られた外来場面で効率良く患者の全体像をつかむため、必要な情報源を意図的に手元に取りこむ、短期間に収集するなどを行っている。

- ・ （患者に様子を聞いてみた）すると、痛みがやはりまだ残っているということと、便秘について訴えられました。
- ・ ただ、「退院の時からこの痛みは実はずっと続いていたんだ」というふうに患者さんが言われていて、その痛みと今もほとんど変わっていないということでした。ですから、退院後2週間ぐらい経っているんですけども、入院生活における痛みの様子、感じ方と、退院後の生活の中における痛みとはほとんど変化がないんだなと思いました。
- ・ このときにレントゲンと入院カルテ、そういったものが全く上がってきませんでしたので、それを取り寄せて見たら・・・
- ・ 下剤の話をしたり、それからマッサージは何かやっているかと、食事はどうかと言う風なことを質問しました。

入院時からの変化に焦点を当てた疼痛アセスメント

CNSは、痛みの部位を解剖学的に判断すると同時に、以前の患者の状態と比較している。さらに、痛みの強さだけでなく痛みの性質を尋ね、以前との変化を確認している。

- ・ その痛みというのはL3～5のあたりで、あまり痛みの位置というのは変わっていない。また性質も尋ねてみたんですけども、特に変化はないということでした。

外来で解決可能な問題の焦点化

問題状況の明確化

CNSは、便秘やイレウスなど、その患者に起こりうる副作用への関心があり、すでに起こっている副作用の程度の判断を行っている。その判断を行うために必要な情報源を知っており、情報の意味を解釈する、過去の病名から今必要な身体所見をとる、予測を持って身体をみるなどを行っている。さらに、過去の客観的データを判読する、過去の診断を意識する、一般的な病態を推測する、患者の状態からリスクの高さを予測するなど、フィジカルアセスメントを行い、患者に生じている問題状況の明確化を図っている。

- ・ 便秘についてなんですけれども、(レントゲンとカルテを取り寄せて見たら)カルテから退院直前にイレウス症状があったということが分かったので、お腹の方の様子を見てみた所、お腹は特に張ってもないし、腹満と言う様子もないし、腸蠕動もしっかりあった。
- ・ ただ、(退院直前の)レントゲンの様子では、少量の小腸ガスと、それから横行結腸と下行結腸に、それほど多くはないんですけども、便の塊があるということが分かりました。また、以前イレウスもされたことがあるし、そのイレウスは繰り返される危険性というがあるので、その可能性が考えられました。

患者のセルフケア行動を明らかにする

CNSは、患者のセルフケア行動を明らかにしようと、モルヒネの副作用に対する患者のセルフケア行動を探ったり、副作用対策への関心の強さを見たり、患者が大切にしているセルフケア行動を見出すなどを行っている。

- ・ 下剤の話をしたり、それからマッサージは何かやっているかとか、食事は動かと言う風なことを質問した時にも、ほとんどそれに対する答えも返ってこなくて、「浣腸を出してもらえばいいから」ということを何度も言われるんですね。
- ・ 飲み薬も、D氏の話しの様子だと、決められたようにとか、処方されたようには飲んでいない様子だったんです。それを明確には答えられなかったんですけども、彼の様子からあまり薬剤を飲んで出すというふうには考えておられなくて、浣腸で自分は便のコントロールをしたい、そのことを何か大切にしていらっしゃるということがこのときに分かりました。

問題解決のための課題の絞り込み

CNSは、問題解決に向け、限られた場面でどこに焦点をあてて介入していくのかの絞り込みを行っている。外来で患者に注目した場面では、ゆっくり関わられる時間が持てないという疼痛管理における問題の認知を行い、その後の緩和外来カンファレンスでは患者の背