

景についてもっと知るといふ課題の絞込みを行っている。そして、痛みが生活に及ぼす影響に焦点をあてて入院記録から意図的に情報を収集し、ソーシャルサポートや生活状況など痛みを理解する上で焦点を当てるべき項目をナースとともに確認しながら情報を集めている。

- ・ 私と話をしているのが途中で中断するような形になってしまっていて、とても中途半端な、問題がたくさん感じられたのに、そこで終わってしまったような感じがありました。
- ・ 何せほとんどD氏のことが分からないと言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、(外来ナースと)話し合いをまずしました。
- ・ まず、D氏の背景についてもっと知らなければならないということと、それから痛みや便秘の症状に関してD氏がどのように取り組んでいるのか、自宅で薬剤の管理をどのようにしているのかということの関係把握をする必要性と、それからイレウスを繰り返す可能性があるというふう思ったので、便秘に予防的に取りくむ必要性というものを今後もう少し指導していく必要があるよね、というようなことを外来ナースに言っていたと思うんですけども、こういった話しをしました。
- ・ そこで、入院時はどうだったんだろうということで、前回のカルテを、実はこのとき始めてナースカルテを取り寄せて見たんですけども、入院生活では調子が良いときには部屋をほとんど離れていて、悪い時には「痛い痛い」ということでふさぎこんでいて、病棟のナースはD氏と必要な話しがほとんどできていない様子が伺えました。また、ソーシャルサポートに関してや、生活状況に関してやそういったことの記述はほとんどなかったです。

疼痛マネジメントに向けた効率的な介入方法の選択

問題解決のため患者の価値観を受け入れる

CNSは、問題解決に向けて、患者の行動に影響している患者の価値観を受け入れようとしている。

- ・ 友人の助けが今のD氏にとってはとても大事であったので、その友人の方との関係を壊さないためにも、D氏は早く帰りたいんですけども、その関係も大変理解できたので。

患者がうけいれやすい形で提示する

CNSは、行動可能な服薬方法を強制せずに具体的に提案する、患者が自分の行動として答えることができるように質問するなど、疼痛マネジメントに向けて患者の生き方のテンポに合わせてシンプルに、受け入れやすい形で提示している。

- ・ 通院手段についてD氏に情報提供を1つだけしました。
- ・ 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。
- ・ ただ、水薬の環下剤はどうしても飲みにくいということだったので、この薬は飲まずに他の環下剤を少し増量して飲もうということ話し・・・、
- ・ 疼痛マネジメントのプログラムがかなり複雑で、痛みの薬の使い方とか、レスキューの使い方とか、便秘の予防に関する事とか、いろんな複雑なプログラムと言ったことが、D氏にとってはいきなりそれを全部引き受けていくというのは難しいかもしれないので、物事をまずシンプルにできるのはしてあって、1度に色んなことを提供するのではなくて、1つ1つ大切なことを伝えて行くという。D氏のスピードとかそういったことも考慮しながら関わっていきたいね、という話しを(ナースに)しました。

(2) CNSの機能からみた疼痛マネジメント技術

事例D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D-2のようになった。

表D-2. 事例D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	気になる患者を直感的にキャッチし、接近する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来で待っている患者から痛みによる活動制限を予測する ・ 患者が過ごしている時間の経過を見る ・ 患者の状態をみる ・ 患者に注意を向けていることを示す
	患者との関係性づくり	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者に近づき、場を設定する ・ CNSの気になっていることを尋ねる ・ 患者との関係性を構築することの必要性の認知 ・ 関係性構築のための環境作り ・ 患者との関係性の構築 ・ それまでの患者の受けとめ、理解を確認する
	患者の全体像をつかむ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 予想を持ってきく ・ 患者の話題を開き出す ・ 患者の言語表現するのをそのまま聞く ・ 現在の痛みの状態と以前の状態を開き、退院時と退院後の生活の中における痛みの変化を推測し、注目する ・ 本人の痛みの感じ方に焦点を当てる ・ 必要な情報源を意図的に手元に取り込む ・ 必要な情報を短時間で収集する ・ 具体的な質問を投げかける
	入院時からの変化に焦点を当てた疼痛アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 痛みの部位を解剖学的に判断する ・ 以前の患者の状態と比較する ・ 痛みの性質を尋ねる（確認する） ・ 以前の状態との変化を確認する
	問題状況の明確化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 起こりうる副作用への関心がある ・ 起こっている副作用の程度の判断 ・ 判断に必要な情報源を知っている ・ 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 ・ 予測をもって身体を見る ・ 過去の客観的データを半読する（解釈する） ・ 過去の診断を意識する ・ 一般的な病態を推測する ・ 患者の状態ご当てお、リスクの高さを予測する
	患者のセルフケア行動を明らかにする	<ul style="list-style-type: none"> ・ 副作用に対する患者のセルフケア行動を探る ・ 患者の副作用対策への関心の強さを見る ・ 患者が大切にしているセルフケア行動を見いだす

表D-2 (続き). 事例D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	問題解決のための課題の絞り込み	<ul style="list-style-type: none"> 疼痛マネジメントにおける問題の認知 疼痛マネジメントにおける課題の絞り込み 入院記録から意図的に情報を収集する
	問題解決のため患者の価値観を受け入れる	<ul style="list-style-type: none"> 受診に影響している患者の価値観を受け入れる
	患者が受け入れやすい形で提示する	<ul style="list-style-type: none"> CNSの介入のタイミングを見計らう 患者が自分の行動として答えることができるように質問をする 患者が行動可能な服薬方法を、強制せずに具体的に提案する 患者の生き方のリズムにあわせた疼痛マネジメント <ul style="list-style-type: none"> 患者のテンポに合わせる シンプルにする 優先度をつけて伝えていく 患者が受け入れやすい形で提示する
コンサルテーション	—	—
コーディネーション	協働のための働きかけ	<ul style="list-style-type: none"> 外来ナースの業務運用に踏み込まない 協働のための情報共有 CNSの判断・行動を協働(医師)に伝達する CNSの関わりを医師に意図的に伝える
教育	ナースへの教育的働きかけ	<ul style="list-style-type: none"> 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する ナースの患者指導を観察する 患者の反応を通してナースの実践を評価する

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

看護技術とは、計画的で目的意識を持った看護行為の総称である。看護技術の熟達過程について村上は、手技的・身体的技術、知的技術、社会的・人間的技術が統合されて一体化されていくと述べている¹¹⁾。本研究では疼痛マネジメントという現象に焦点を絞って、がん看護専門看護師の実践事例を分析し、CNSが用いている技術を抽出した。それらの技術を実際にCNSがどのように駆使していったのかをできるだけその状況や文脈に忠実に記述するために、その技術が現れた典型的な逐語データを示して説明を加えた。その結果、CNSは多面的に複数の技術を駆使していることが明らかになり、それらが統合され、一体化されながら疼痛マネジメントが展開されていたことが明らかになった。すなわち、事例AのCNS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をおこなっていた。事例BのCNSは、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していった。事例CのCNSは、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っていた。事例DのCNSは、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していた。

わが国の疼痛マネジメントに関して専門看護師を対象とした研究はなかったが、エキスパートナース数名を対象として行われた疼痛緩和ケアの実践知に関する研究において久保らは、その卓越性には Carper の経験知、審美知、自己知、倫理知のパターンが統合されていることを示している¹²⁾。経験知とは伝統的自然科学の考え方に基づいた測定や観察といった方法が用いられ、審美知とは看護の中に潜む意味を個々の看護職者が直接体験によって創造的・個別的につかみとるものである。倫理知とは、看護職者が遭遇した複雑な状況において何をなすことが倫理的に正しいのかということについてその場で判断することであり、自己知とは患者との関係を通して看護職者の自己理解、自分自身のありようや存在の仕方について認識することである¹³⁾。

本研究で得られたCNSの疼痛マネジメント技術の中にもこれらの幅広い実践知が含まれていると考えられる。がん患者の疼痛マネジメントにおいて基盤となる専門知識としてWHO除痛ラダーにもとづく段階的な薬物療法の知識やがんの病態のアセスメント、またトータルペインとしての苦痛のアセスメントという技術は、経験知である。必要に応じてCNS自らが、医療情報を活用して詳細なフィジカルアセスメントを行い、治療や今後の見通しについて医師の見解を確認している。そしてCNSは、苦痛を身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛へと分割してアセスメントすることは決してなく、まさに分割不能な全体性を保持しながらトータルペインとして患者の個別的な痛みの現象を捉えている。

トータルペインへの焦点化の始まりは、CNSの「何かおかしい」という気づき、あるいは直観であり、CNSは、患者・家族に出会った時の現象を瞬時に捉えて、ある見通しを想定していた。これは、CNSが患者・家族との相互作用の中からつかみとる審美知に

相当し、患者の主観的な痛み体験を理解していくことである。患者の持つ潜在的な恐れを察知して、あえてそれに直接踏み込まずに心理的距離を保ったり、その人のもつ痛みの意味を見出してそれを尊重して見守る。また、家族のありようを認めてつきあう、患者の感情表出の真の意味を考える、など常に直面した現象の背後に潜む意味を探求していくのである。

しかしこのような経験知、審美知から想定された疼痛マネジメントの見通しは、固定的なものではなく、その後も新たに情報を得たり、疼痛マネジメントに関わる人々に情報を与えたりしながら修正もしていくという柔軟性をもっていた。これは、Benner が達人ナースの卓越性を認識する原点として述べている「達人の意思決定者は状況のゲシュタルトを捕えることができ、患者の状態がなんとなくかすかに変化してもヘルスケアチーム全体の協力で確固とした追求をしていくことが可能となる。達人はあいまいなひらめきを途中でやめてしまうことはしないばかりか、こうしたひらめきを無視せずにそれを早期に問題を明確にすることと確証を探すことにつなげていくことができる」¹⁴⁾ という特徴そのものであると考えられる。

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

日本看護協会が規定している専門看護師の5つの機能（実践、コンサルテーション、コーディネート、教育、研究）にあわせてそれぞれの事例に見られた技術を分類したところ、CNSは、その事例にかかわる問題のアセスメントをしながら、専門看護師として複数の機能を統合して発揮していることが明らかになった。

例えば、「ナースのコンサルテーションの依頼を受けて関わり始めたとしても、直接ケアが必要だと判断した場合は、即座にCNS自らが患者・家族に関わり、特に疼痛マネジメントの緊急性を要する場合は、短時間に適切な判断をして医療チームメンバーの力を引き出しながら疼痛治療そのもののターニングポイントを仕切っていく」というように、スピードと深さを併せ持つ技能が見出された。

また、実践、コンサルテーション、コーディネート、および教育という機能には分類されないものとして、すべての事例において、癌の病態に関する専門知識や疼痛マネジメントに必要な知識、倫理的実践能力、マネジメント能力が明らかになり、これらは、CNSの卓越した技術の源になると考えられる。

倫理的実践能力は、CNSが関わるあらゆる問題に対して必要な能力であるが、特に疼痛マネジメントにおいては、患者の意思、自律性の尊重、苦痛を最小限にすること、不利益な治療の強行を避けることなどを医療チームの中で具現化するために大きく影響し、前述のCarperの倫理知に相当する。例えば、事例Aや事例Bにあったように、CNSは疼痛マネジメントとがん治療のバランスを検討したり、緊急時の疼痛対策のステップアップを決断する、不適切な疼痛緩和としての安易なセデーション（鎮静）の阻止する。

マネジメント能力とは、看護管理者のみに必要なものとは限らず、むしろCNSとして疼痛緩和にかかわる重要な人的資源、物的資源、コスト、時間、場所、情報をうまく活用して方向づけをしていく能力である。CNSは専門職相互のリソースの活用を促進し、包括的な疼痛マネジメントを推進する役割を發揮していた。すべての事例においてCNSはトータルペインの理解を促し、癌性疼痛の判断や適切な薬剤の選択に関する情報を他の専

門職に提供し、時には緊急対応として処方権をもつ医師に働きかけて除痛や副作用のコントロールを図るための薬剤の変更を実現させていた。また、患者・家族に対しては反応を見ながら提供する情報の内容を限定し、しかもCNSが独走することなく、チーム医療を意識しながら介入の緩急を使い分けるとのできる卓越性があった。緩急の使い分けとは、具体的には「押すか、引くか」の判断である。CNSは、時間や場所、その状況にかかわる人などの制約条件を視野に入れつつ、専門的知識に基づいて事態の展開を予測して、介入の緩急を見極めるのであり、意識的な技術の適用といえる。これが最終的な成果として患者・家族の意思を尊重した疼痛マネジメントへと変化をもたらし、トータルな苦痛緩和の実現に結びついている。

さらに、日本看護協会の規定する5つの機能以外にも「変化を起こすチェンジエージェント (change agent) としての技能」や「自らの実践やコンサルテーションの評価を含む洞察」が見て取れる事例もあった。CNSが患者・家族の反応や状況に合わせて自分自身のありようを考え、振り返るということを繰り返しながら実践していく姿勢は Carper の自己知に相当するとも考えられた。

以上のようなCNSの機能は、アメリカのAPN (Advanced Practice Nurse) が行う疼痛マネジメントにおける役割機能 (Whedon 他, 1992)¹⁵⁾に加えて、Harmic (1996) の専門看護実践モデルの中で必要とされる8つの能力とほぼ一致するものであった¹⁶⁾。すなわち、患者・家族に対する臨床実践能力、教育指導の能力、コンサルテーションの能力、協働の能力、計画的変化促進の能力、倫理的ジレンマへの対応とその解決の能力、リーダーシップの能力、研究の能力である。本研究では、対象者であるCNSの実践事例の語りをデータとしてその中に現れる卓越した技術に焦点を当てたため、研究能力については具体的な言及はなかった。

一方、これまでのわが国の疼痛マネジメントに関する看護師の判断や技術の研究^{7), 8), 17)} (片田ら, 1996; 内田ら, 1998; 林, 1999) では明らかにされていなかったカテゴリとしては、「家族や社会的背景を含めた詳細なアセスメント」があった。CNSは、患者のみに注目するわけではなく、また痛みのみならず焦点をあてるのではなく、疼痛マネジメントへの主体的参加者として家族を捉えていた。

また、本研究の4事例ともに共通して現れた技術として、CNSがナースの力量を査定して、その力に応じた働きかけのタイミングや指導内容を吟味し、ナースに対する教育的機能を常に意識していたことが特徴であった。これは、高度なOJT (On the Job Training) であり、臨床教育において専門看護師が個々のナースに対してだけでなく、その看護チーム、セクション、病院組織全体の看護サービスの質の向上に貢献できることを示している。看護職の疼痛緩和ケアを促進する要因として内田ら (1998) は、看護者が「患者の痛み体験を理解しようとする姿勢を持つこと」、「疼痛緩和ケアの実践から満足感や肯定的な評価を得ていること」、「疼痛緩和ケア実践に対する辛さや意思の疼痛緩和治療に関する疑問などを解決できる環境が整っていること」をあげている⁸⁾。本研究で明らかになったCNS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いえよう。

技術を行使するための個別的で具体的な能力が技能であり、それが高度に熟達している

場合にスキルと呼ばれる¹⁸⁾ (岡谷, 1998)。本研究による疼痛マネジメントにおけるCNSの実践事例の分析は、臨床の個別性に基づいたスキルの一端を浮き彫りにしたといえよう。

VI. 結論

本研究では、CNSの疼痛マネジメント実践事例4例をとおして看護ケア技術を抽出し、その卓越性を明らかにした。がん看護におけるCNSの疼痛マネジメントは、実践、コンサルテーション、コーディネート、教育、の機能を多面的に駆使しながら患者・家族に対する直接ケアの側面、ナースの実践を支え、教育したり、他の専門職との協働を推進するという間接的な側面の双方からがん患者のトータルペインの緩和に貢献しているといえよう。

今後の課題としては、さらにCNSの実践事例を集積して疼痛マネジメント技術の内容の妥当性を高めることと、CNSがどのような状況でこれらの幅広いスキルを熟達させていくのか、その発展過程に注目した分析を行うことも必要である。

また、先行研究のCNSがかかわる退院促進事例の分析¹⁹⁾で明らかになった専門看護師の技術や能力と疼痛マネジメント事例の分析で得られた技術や能力を比較し、共通点、相違点を明らかにすることで、がん看護領域のどの分野においてもがん看護専門看護師の存在が患者・家族に効率的にケア効果をもたらすことや看護職の専門分化に伴うこのような人的資源の配置の意義が明らかにできよう。

引用・参考文献

- 1) 世界保健機関編 武田文和訳： がんの痛みからの解放 ―WHO方式がん疼痛治療法 第1版 金原出版, 東京 1987
- 2) 平賀一陽：臨床に必要な神経薬理 WHO方式癌疼痛治療法 本俸における癌疼痛治療の現状と問題点 *Clinical Neuroscience* 18(9), 988-989, 2000
- 3) McCaffery, M. Ferrell, B.R.: Nurses' Knowledge About Cancer Pain A Survey of Five Countries *Journal of Pain and Symptom Management*, 10(5), 356-369, 1995.
- 4) 武田文和、卯木次郎、渡辺孝子他：日本における医師と看護婦の癌疼痛治療に関する意識の現況 癌患者と対症療法 6 (1) 45-52、1995
- 5) 林 直子：がん患者の Pain Management に必要な看護知識の検討 ―学習教材における教育項目の選定― 日本がん看護学会誌 12 (2) p 59-74 1999
- 6) 岡谷恵子他 (1997). 日本における CNS 等の機能とその役割についての研究. 平成9年度厚生省看護対策総合研究事業報告書.
- 7) 片田範子他：「痛みの緩和」における看護技術 看護研究 29 (1) p 5-21 1996
- 8) 内田隆治他：がん患者の痛み体験への看護援助モデルの構築 平成8・9年度科学研究成果報告書
- 9) 田村恵子：痛みをもつがん患者の特徴, がん看護, 3(2) : 91-93, 1998
- 10) 世界保健機関編 (武田文和訳)：がんの痛みからの解放―WHO方式がん疼痛治療法, 第2版, 金原出版, 東京, 1996
- 11) 村上美好：臨床における看護技術の熟達 (日本看護協会編) 平成12年版 看護白書 38-55, 日本看護協会出版会
- 12) 久保五月、遠藤恵美子：がん患者の疼痛緩和ケアに携わるエキスパートナースの実践知 日本がん看護学会誌 14 (2), 55-65, 2000
- 13) Carper, B. A. : Fundamental patterns of knowing in nursing, *Advanced in Nursing and Science* 1(1), 13-24, 1978
- 14) Benner, P.: ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー 井部俊子他訳、医学書院 1992

- 1 5) Whedon M, Shedd P, Summer B. :The role of the Advanced Practice Oncology Nurse in Pain Relief Oncology nursing Forum 19(7), 12-19, 1992.
- 1 6) 佐藤直子：専門看護制度 理論と実践 72—123, 医学書院 東京 1999
- 1 7) 林 直子：がん患者の Pain management に影響をおよぼす看護婦の判断根拠及び因子の検討 日本がん看護学会誌 12 (2), 45-57, 1999
- 1 8) 岡谷恵子 (1998). 看護の技術、技能とは何か, 看護, 50 (7), 4—5, 1998
- 1 9) 岡谷恵子他 (1998). 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. 平成 10 年度厚生省医療技術評価総合研究事業報告書.
- 2 0) 菱沼典子：看護技術の科学性 日本看護協会編：平成 12 年版 看護白書 29—37 日本看護協会出版会
- 2 1) 桐山靖代：ペインコントロールにおける Clinical Judgement インターナショナルナーシングレビュー 23 (4), 49—52, 2000.
- 2 2) 内布敦子：熟練看護婦の臨床判断に関する研究, 日本看護科学会誌 14 (3), 224 1994
- 2 3) Cronin Y, Ladd L A. Utilizing the Clinical Nurse Specialist to Promote Interdisciplinary Pain Management, J. Florida .M.A., 84(1), 46-48 , 1997.
- 2 4) Spross, JA, McGuire, DB, Schmitt RM : Oncology Nursing Society Position Paper on Cancer Pain Oncology Nursing Society Oncology Nursing Press, 8-9, 1991.
- 2 5) Drrggers DL, Nussbaum JS, Haddock KS : Role modeling an educational strategy to promote effective cancer pain management Oncology nursing Forum 20(6) 959-962, 1993.
- 2 6) Duncan F : Clinical nurse specialist in acute pain management Proffesional Nurse 14(9), 607-610, 1999.
- 2 7) Cambitzi J : The role of Clinical nurse specialist in acute pain management , Nursing in Critical Care 1(4), 164-170, 1996.
- 2 8) O'Brien S , Dalton JA, Konsler G et al: The Knowledge and Attitudes of Experienced Oncology Nurses Regarding the Management of Cancer-related Pain, Oncology nursing Forum 23(3) 515-521, 1996.