

それぞれのケア提供者が日々進歩する疼痛治療の考え方や方法など学びを続ける必要があると考える。

本看護指針(案)が倫理原則としてあげた「がんの痛みをもつ者は、最適の痛み除去をうける権利がある。ケアをする看護師は痛み除去のために、看護実践の範囲内で可能なすべてのことを探求する倫理的な義務がある」は、患者の疼痛マネジメントに関わる医療従事者のみならず、患者、家族ともに認識することができるよう、活用していただきたい。

5 倫理的な問題を含めた事例

患者 Y さんは、37 歳の女性で、半年前に子宮頸癌の II b 期と診断され、手術、化学療法を行い、退院した。腰部痛、下肢痛、腹部膨満感が出現し、検査の結果、骨盤への骨転移が発見され、腹膜播種による腹水の貯留であることがわかった。現在、骨転移巣の痛みが強度になっている。イレウスの所見はないが、腹水のために腸蠕動は抑制されており、内服薬を嘔吐してしまう。最初の診断時には病名を告げたが、今回の症状悪化については、「術後の癒着で腸がひきつれていて、動くときに痛みが出ている」と説明している。痛みに対して、アンペック[®]坐剤 10mg (塩酸モルヒネ) が 12 時間間隔で開始されたが、痛みは 5/10 と軽減されていない。嘔吐で経口投与が難しいので NSAIDs としてロピオン[®]注 1 アンプル (フルルビプロフェンアキセチル) を点滴によって投与している。オピオイドを使っていることは夫の希望もあって本人には伝えていない。夜間は頻繁にナースコールがあり、点滴がなくなるとすぐに次の薬を要求する。あまりに間隔が短いときは、看護師はプラシーボを使っているが、眠ってしまうときがたまにあるが、すぐに目覚めて鎮痛薬を要求してきている。「いつになったら症状が改善するのだろうか？ どんどんひどくなっているような気がする」と不安そうに看護師に話すが、看護師はそのたびに「しばらく様子を見ましょう」と答えている。

事例の倫理的問題点 (経時的)

1) “今回の症状悪化については、「術後の癒着で腸がひきつれていて、動くときに痛みが出ている」と説明している。”

実際は、骨転移が発見され、腹膜播種による腹水の貯留がみられるという、新たな病状悪化の事実があるが、真実を告げていないという、倫理的原則とのずれがある。

2) “痛みは 5/10 と軽減されていない。”

この看護指針(案)での考え方として、「がんの痛みをもつ者は、最適の痛み除去を受ける権利がある。ケアをする看護師は痛み除去のために、看護実践の範囲内で、可能なすべてのことを探求する倫理的な義務がある」としているが、この事例では、患者の最適な痛み除去をうける権利が侵されている。先にあげた、実際の現場でのジレンマ (岡田, 2003) の、

「1) 鎮痛薬を使用せず、我慢させること」に当てはまる。

3) “オピオイドを使っていることは夫の希望もあって本人には伝えていない。”
真実を患者に伝えていない。岡田(2003)の、「3) 麻薬であることを告げずに使用すること」、
に当てはまる。患者の権利に関するリスボン宣言には、「患者は自己決定の権利がある」と
しているが、その権利が侵されている。

4) “夜間は頻繁にナースコールがあり、点滴がなくなるとすぐに次の薬を要求する。あまり
に間隔が短いときは、看護師はプラシーボを使っている。”
プラシーボの使用は、患者に真実を伝えるという基本倫理に反するだけでなく、患者の尊
厳を傷つける行為である。患者の痛みを除去する権利にも反する。痛みが 5/10 であれば、
プラシーボではなく、モルヒネの量を増やすことができるはずである。患者が痛みをもっ
ていることが問題であるという認識が徹底されていない。

5) “いつになったら症状が改善するのだろうか？ どんどんひどくなっているような気が
する」と不安そうに看護師に話すが、看護師はそのたびに「しばらく様子を見ましょう」
と答えている。”

なぜ痛くなっているのか、という説明を患者にしていない。1 にあげた、患者に真実を伝
えるということがここでもなされていない。2 であげているが、「患者の痛みを除去される
権利」と「ケアをする看護師は痛み除去のために、看護実践の範囲内で、可能なすべての
ことを探求する倫理的な義務がある」が守られていない。看護師は、痛みをとるため行動
を行っていない。

事例への具体的ケア

患者の痛みの緩和に関しては、チームでかかわることが不可欠であると、岡田(2003)は述べている。倫理的問題を解決するために、看護師は、以下のような行動をとることが考えられる。

- 1) 痛みがあることは問題であるという意識をもつ。
- 2) 患者に真実を伝えることに関しては、夫の意見が尊重されているが、患者の意向と、
家族の意向を調整する役割をとる。具体的には、患者、家族が、病気のことをどう思
っているのか、痛みをとることにに対してどう思っているのかを確認する。
- 3) 薬剤の使用の確認。アンペック[®] 坐剤 10mg の使用を増やすことを医師と確認する。
薬剤の処方医師とともに見直すことで、プラシーボの使用を防ぐことができる。
- 4) 患者に痛みの原因を説明する。
- 5) 患者の痛みに対する考え方に対して、看護師間でコンセンサスを得る。

などの対策が考えられる。

1) 疼痛緩和のための外来看護ケアの特殊性

がん患者が在宅で療養する意義はQOLの観点から考えると非常に大きい。また、医療技術の進歩により、今までは医療機関に入院して行われていた治療が、外来、在宅へと移行している。さらに医療機関の入院日数の短縮などの背景から外来において疼痛緩和を受ける患者は増加の傾向にある。

従来の外来看護は診察の補助を主体としたケアを提供してきたが、各医療機関の外来は様々な専門外来が設けられ、療養相談の窓口が作られるなどの変化が見られている。それに伴い看護師の役割も診察の補助にとどまらず、患者と家族を中心とした相談、患者や家族が習得する必要がある事柄についての知識や技術の教育、生活中で具体的に実行できるための支援などの個別的なケアが必要とされる、さらに、患者や家族が地域で生活するために必要な社会資源を明らかにして、患者と家族を取り巻く保健医療福祉チームの調整をすることも必要とされてきており、看護師の役割は多様化してきている。

がん疼痛緩和の外来をみると「疼痛・緩和ケア外来」として独立して外来をもつ医療機関も見られ始めたが、多くの医療機関においては患者が従来治療を受けていた診療科の医師によって行われていることが多い。そのため、看護師も病気を診断される前の患者から治療後のフォローアップを受けている患者、終末期にある患者といった様々な病期にある患者を対象とし、がんに限らず様々な疾患を持つ人を対象としてケアを提供することが求められている。

外来でのがん疼痛緩和の治療目的は、患者の痛みや痛みに伴う苦痛を取り除くことであるとされているが、疼痛緩和を受ける患者も、がんの治療を続けながら疼痛緩和の治療を行っている場合やがんに対する治療はなく、疼痛緩和のみを行っている場合など様々である。このような治療形態の違いは患者の精神状態にも影響をしており、疼痛緩和外来の看護は患者の痛みをトータルペインとして捉えてケアを提供することが求められている。

外来で、疼痛緩和ケアの専門性を発揮するには、多くの患者の中から短時間のうちに情報を収集し、援助を必要とする人を見極める必要がある。患者は痛みなどの症状をもったまま診察を待っていることも多いため、看護師は患者の様子に常に注意を払っておく必要がある。

看護師が、疼痛緩和のための外来において援助の見極めをするということは、患者や家族が痛みに対処していくための症状マネジメントに対するセルフケア能力を査定し、そのレベルに応じて、必要な知識や技術は何かを明らかにすることである。患者や家族が症状

マネジメントに対して十分にセルフケア能力を持っていて在宅療養できるか、あるいは患者や家族だけでは十分な対処ができないため定期的な電話での状況確認や訪問看護師などの援助を受けることが必要であるのかなどを見極めていくことが必要である。疼痛緩和外来でのケアにおいて看護師は、患者のもつ痛みを軽減する倫理的責務を持っており、痛みを体験している患者と家族を理解したうえで、患者と家族のセルフケア能力を査定して、彼らが痛みをマネジメントできるようにケアを提供することが必要とされる。

痛みは主観的なものであるため、痛みのマネジメントにおいては痛みを体験している患者が自身の痛みをマネジメントしていくという捉え方をすることが必要である。そのため、患者と家族が自らの症状をマネジメントしていくことができるようなケアを提供することがポイントになる。また、患者や家族はどのようなソーシャルサポートを持っていてサポートを受けることができるのかについても確認することが重要である。在宅で療養するがん患者や家族は、常時医療と接点があるわけではないので、彼らが自身のセルフケア能力をいかにしながら症状マネジメントに取り組むことが要求される。そして、その取り組みの結果、その人らしい生活を送れるというゴールを目指す。看護師が、患者や家族に疼痛緩和のために提供する内容については、患者がどのような生活を送っており、今後どのようにしたいと思っているのかを確認したうえで、個々の患者にあった内容にすることを心がける必要がある。

これら一連のプロセスは、患者が受診に訪れ帰宅するまでの短時間の間に提供することが必要である。そのため、看護師はどのようにしたら効果的に疼痛緩和のケアが提供できるのかを十分に理解しておく必要があり、本看護指針(案)のVI章において看護実践について述べている。

2) 服薬管理とレスキュー・ドーズを用いた対処法の獲得への援助

疼痛緩和を行う上で、患者や家族が服薬管理を確実にに行えることは非常に重要なことである。しかし、服薬管理を確実に行うことは難しく、個々の患者の生活のリズムや障害の程度、介護人の有無などによって影響を受けるため、看護師はこれらの情報を確認して、患者自身が服薬管理できる方法や、受けられることができる支援の内容について具体的に指導する必要がある。服薬の必要性は頭で理解できていても、スムーズに行動化できないこともあるため、経口のオピオイドを管理するための服薬管理箱を準備したり、飲み忘れを防ぐ方法について患者と共に考えることも必要となる。

がん疼痛は不規則な痛みをもたらすため、在宅でがん疼痛が増強したときには、患者と家族はレスキュー・ドーズを用いてその痛みに対処しなくてはいけない。適切なレスキュー・ドーズの使用によってがん疼痛が軽減すれば、患者や家族は在宅で生活することに自信がもてる。そのため、レスキュー・ドーズの使用は不可欠であり、患者と家族にはその必要性や方法を確実に習得してもらうことが必要である。

患者や家族に対するレスキュー・ドーズの指導については、資料の2のVI.鎮痛剤の上手な使い方を参照する。

3) 外来看護システムの構築

医療機関においては、外来の持つ役割が変化しつつあるのに対応して、看護相談室を設けたりするなどの工夫がなされてきている。しかし、多くの病院では、外来看護師は患者と短時間のかかわりにおいて、ケアを提供する環境にある。

内布ら（2002）が行った外来化学療法を受ける患者のニーズ調査では、患者は外来の看護師にプライマリー制を求めており、自分のことを良く知っている看護師が外来に居てくれることの必要性を感じていた。外来での疼痛緩和ケアを実践していくためにも、従来の看護システムに変革をもたらすことが必要とされる。

入院から外来への継続看護、医療機関と地域との継続看護などの点からみても患者がいる場の調整をして患者に必要なケアの情報を継続でき、調整のできる看護師の存在も必要とされている。

また、がん疼痛のケアにはがん疼痛看護認定看護師、ホスピスケア認定看護師、がん看護専門看護師などの看護スペシャリストも参画しており、ジェネラリストとの役割分担を明確にすることも必要である。

看護相談室については在宅療養支援室として確立していて看護師がその役割を果たしているところもあるが、窓口をもたない医療機関においてはその確立が望まれるところである。さらに、相談窓口という点では、受診後自宅へ帰宅した患者が薬物の副作用や症状の変化により判断に迷うこともあり、外来に相談をしたいという場合がある。一部の病院では、電話による相談を受けているところもある。このような電話相談の窓口を開設する必要もある。患者や家族がいつでも医療者から支援を受けられる環境を整え在宅療養に安心を与えるシステムを作っていくことが必要である。

4) 他職種との協働

疼痛緩和外来を訪れる患者には、医師、看護師、薬剤師、医療社会福祉士(medical social worker:MSW)など患者や家族の状況に応じて様々な専門職が協働してチームで関わることになる。このようなチームアプローチは単一の職種では見えてこなかった問題がみえてきたり、複雑な患者の在りようを捉えることができ、非常に重要なことである。しかし、専門職はそれぞれが患者の疼痛緩和を治療目標として痛みのない生活をおくれることを第1目標におきながらも、各々の専門的な見地からの意見の相違やコミュニケーションの不足によって十分な意見交換ができず、患者にとって望ましい状態を提供できないこともある。これらの専門職の中で看護師の求められる役割は、専門職間の調整と患者の代弁者（擁護者）となつて必要なときには患者の希望を医師に伝えていくことなどである。調整の役割においては、チーム内ではパワーバランスが重要であり、決まった専門職の決定権が強い場合などはチームのバランスがくずれやすい。そのため、必要に応じてケースカンファレンスの設定なども行い専門職間で十分なコミュニケーションをとり、各々の専門職が持っている情報を十分に交換し、専門的立場からの見方を共有することが必要である。

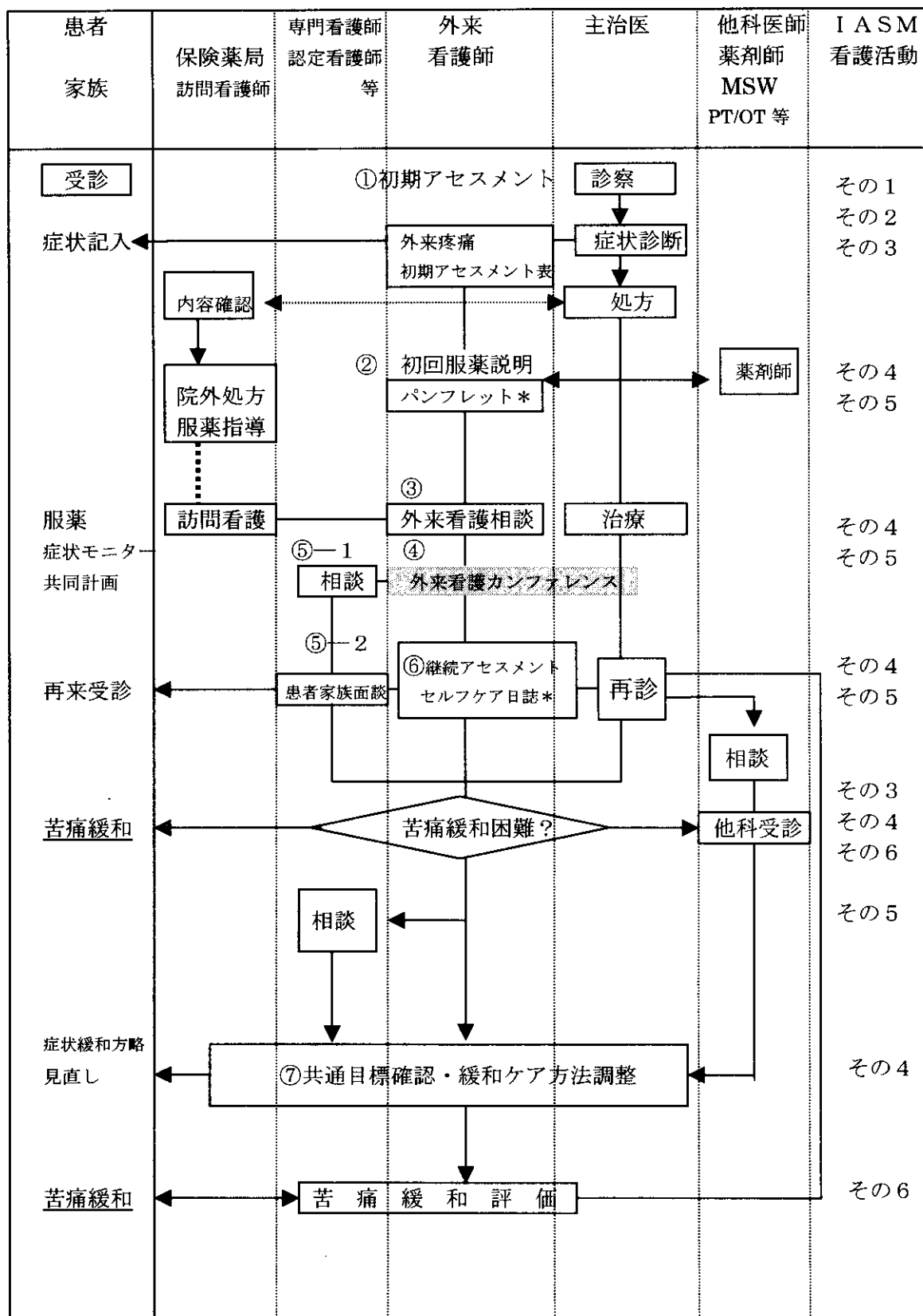
医療機関によっては、院外処方になり薬剤師とうまく連携がとれない場合もあるが、その

場合は患者や家族の症状マネジメントに取り組むセルフケア能力を伸ばし、戦略的なコミュニケーションをとることも必要である。

2. 外来通院中の疼痛マネジメントフロー

患者・家族に対する直接対応	チームとしての対応
<p>①初期アセスメント 受診時に疼痛のある患者に対して</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主治医と外来看護師が初期アセスメントをする。 ・主治医がWHO方式に基づく薬剤処方をする。 <p>②初回服薬説明</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険薬局で処方される場合はどのような服薬指導を受けたか患者・家族から聞く。 ・外来でオピオイドを導入したときは、パンフレットを用いて服薬や副作用の対策について説明を行う。 ・疼痛の強さについては患者・家族の使いやすいスケールを用いて表現する。 ・セルフケア日誌のつけ方を説明する。 <p>⑤-2 看護スペシャリストの患者・家族相談</p> <ul style="list-style-type: none"> ・面談を希望する患者・家族に対して看護スペシャリストが直接看護相談を行う。 <p>⑥継続アセスメント 再受診時、患者・家族のセルフケア日誌をもとに在宅での疼痛マネジメントを再評価する。</p>	<p>③継続的な相談体制の明確化 外来では在宅における疼痛マネジメントについて相談できる窓口を明確にしておく。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院の電話相談窓口や外来看護相談室などの利用法について説明する。 ・訪問看護を利用しているケースでは外来受診と在宅ケアの情報を双方で共有できるようにする。 <p>④外来看護カンファレンス 外来看護カンファレンスで疼痛緩和の必要な患者・家族をピックアップしてケア計画を共有する。</p> <p>⑤看護スペシャリストの相談</p> <p>⑤-1 看護カンファレンス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケア計画を立てた上で対応の難しいケースについては、看護スペシャリストに相談する。 ・看護スペシャリストと共に疼痛緩和における問題の整理を行う ・ケア方針、方法についてのアドバイスを受けて計画を修正する。 <p>⑦多職種間の緩和ケア方法の調整と共通目標の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬物療法以外の緩和方法について他の診療科の併診や相談の調整を図る。 ・その他のリソース（MSW、PT、OT等）の対応を依頼する。 ・患者・家族と共に症状緩和方略の見直しをする。

図3 外来疼痛マネジメントフロー図



フロー図中の I A S M看護活動の対応表 p21 表2 参照

1 スタンダード事例への介入

がん疼痛を持つ患者のケアにおいて看護師は、患者のもつ痛みを軽減する倫理的責務を持っている。痛みを体験している患者と家族を理解したうえで、彼らのセルフケア能力を査定した上で、個別的な生活に即して痛みをマネジメントできるようなケアを提供することが必要とされる。在宅で療養するがん患者や家族は、常時医療と接点があるわけではないので、彼らが自身のセルフケア能力をいかにしながら症状マネジメントに取り組むことが非常に重要となる。

患者と家族のセルフケア能力を活用した症状マネジメントの看護活動モデルとして、Larson によって開発された症状マネジメントの統合的アプローチ（以下 IASM）がある。IASM は看護師が直接的に症状をマネジメントしたり、患者・家族が症状をセルフケアできるように指導する上で必要となる、症状の定義や機序、患者・家族の体験を理解することなどが枠組みの中にある。看護介入としては、患者・家族が主体的に症状マネジメントに取り組み、患者・家族のセルフケア能力を促進するように、基本的知識・基本的技術・基本的看護サポートを提供することに重点をおいている。

IASM で提供する基本的知識・基本的技術・基本的看護サポートは、患者が自身の症状をマネジメントしていくために必要最低限のものである。オピオイドを用いてがん疼痛を緩和する患者や家族が症状マネジメントに取り組むに当たり、必要な知識や技術を系統立てて提供し、サポートしていくこの介入方法は有効なものである。基本的看護サポートでの看護師の継続的な支援は、患者・家族が医療者に支援してもらっているという安心感を感じることができ、安心して在宅療養に取り組むことができる。

一方、外来でのがん疼痛のケアにおいては、患者・家族の個別の状況があまりにも複雑で、セルフケア能力に働きかけるケアに困難を来たす場合もあるが、その場合は専門看護師やがん疼痛看護認定看護師の活用、外来相談室の利用、訪問看護との調整など個別の対応を考慮する必要がある。

そのため、本指針(案)の看護実践では、IASM の考え方に基づいて外来看護師が通院をしているがん患者・家族のがん疼痛の症状マネジメントに対して実践する標準的ながん疼痛ケアの指針(案)について記述する。この章では、標準的な看護実践を取り扱うため、困難事例については別途記述する。

IASM による看護介入を外来がん疼痛用に改変して表 2 に示した。以下、IASM の看護活動にそって、外来で疼痛マネジメントを行うスタンダード事例への介入について述べる。

表2 IASMによる外来疼痛マネジメント

看護活動その1	がん疼痛を定義する
看護活動その2	がん疼痛の機序と出現形態を理解する
看護活動その3	患者・家族の症状体験（知覚、評価、反応）を理解する
看護活動その4	症状マネジメントの方略を明らかにする
看護活動その5	患者・家族のセルフケアを促進するために基本的知識、 基本的技術、基本的サポートを提供する
看護活動その6	活動による効果を明らかにし、継続ケアについて検討する

看護活動その1 がん疼痛を定義する

がん疼痛の定義が曖昧だと看護活動の評価の焦点が明確にならないため、がん疼痛を定義する。定義は患者に関わる専門家の間で共有する。

在宅で療養している患者の疼痛管理には、主治医、看護師、薬剤師などの専門家に関わる。保健医療福祉チームメンバーの協力を得て、症状マネジメントにつとめることの重要性は強調すべきことである。しかし、個々の専門家はそれぞれの専門的視点で症状にアプローチするため、その結果、症状のある側面だけに介入していたという現象がおこる。がん疼痛は多次元の側面を持つ症状であるため、症状マネジメントに関わる専門家はがん疼痛について共通の認識をもつことが重要である。

がん疼痛の定義は既存のものを活用してもよいし、各チームで作成してもよい。重要なのは専門家の間で共通の理解がはかられていることである。

例) 痛みとは、それを体験している人が「痛い」と訴えるものすべてである。それは痛みを体験している人が痛みがあると訴えるときにはいつでも存在しているのである。

(McCaffery M, Beebe A, 1989)

また看護師は保健医療福祉チームメンバーの調整（ケアコーディネーション）をする責務をもつ。そのため、各専門家に症状の定義を共通理解してもらえるように働きかける（コミュニケーションをとる）役割があるという自覚をもつ必要がある。とくに医師との間のコミュニケーションは重要である。

看護活動その2 がん疼痛の機序と出現形態を理解する

患者の症状体験の原因となっている生理的、病理的、心理的な機序について理解する。どのような機序で症状が起こっているのかを理解していなければ、それに対してどのような対処が有効なのか検討できない。症状の機序と出現形態を理解することによって、看護師は、その症状に伴って見られる徴候に気づくことができる。さらに、看護師自身がその特定の症状に関連する身体や心理的变化を正しく理解していなければ、患者や家族が理解できるように説明し指導することはできない。

特に外来での看護師は短時間で患者の状態を理解する能力が求められているため、がん疼痛に対する基本的な知識を持つておく必要がある。がん疼痛の基本的な知識の理解には、資料にある「痛みを感じるメカニズム」「痛みの分類とメカニズム」を参考にする。

看護活動その3 患者・家族の症状体験(知覚、評価、反応)を明らかにする

外来での限られた時間のかかわりで患者の体験を理解することには限界があるが、看護師は自分と異なる他者に対して、個別の関心を寄せることにより他者の痛みや苦痛に近づくことができるということを自覚して患者の主観的な痛みの訴えを理解する。患者個人の内容から、その患者個人の世界に近づき、その体験を理解しようとする姿勢をもちながら患者に関わる。

患者の痛みを理解するために「外来疼痛初期アセスメント表」(VI.1 巻末参照)「外来疼痛継続アセスメント表」(VI.1 巻末参照)を用いて患者の痛みを引き出す。外来での実際的なかかわりを図4のフローチャートに示した。

1. 初期アセスメント

がん疼痛の緩和には、患者の痛みの理解とそのアセスメントが重要である。外来に訪れた患者のがん疼痛について初回のアセスメントで「外来疼痛初期アセスメント表」(VI.1 巻末参照)を用いて以下の8項目について明らかにする。入院から通院になり入院時に受けていた疼痛ケアを外来に移行する場合は、病棟での看護サマリーなども活用して患者の理解に務める。

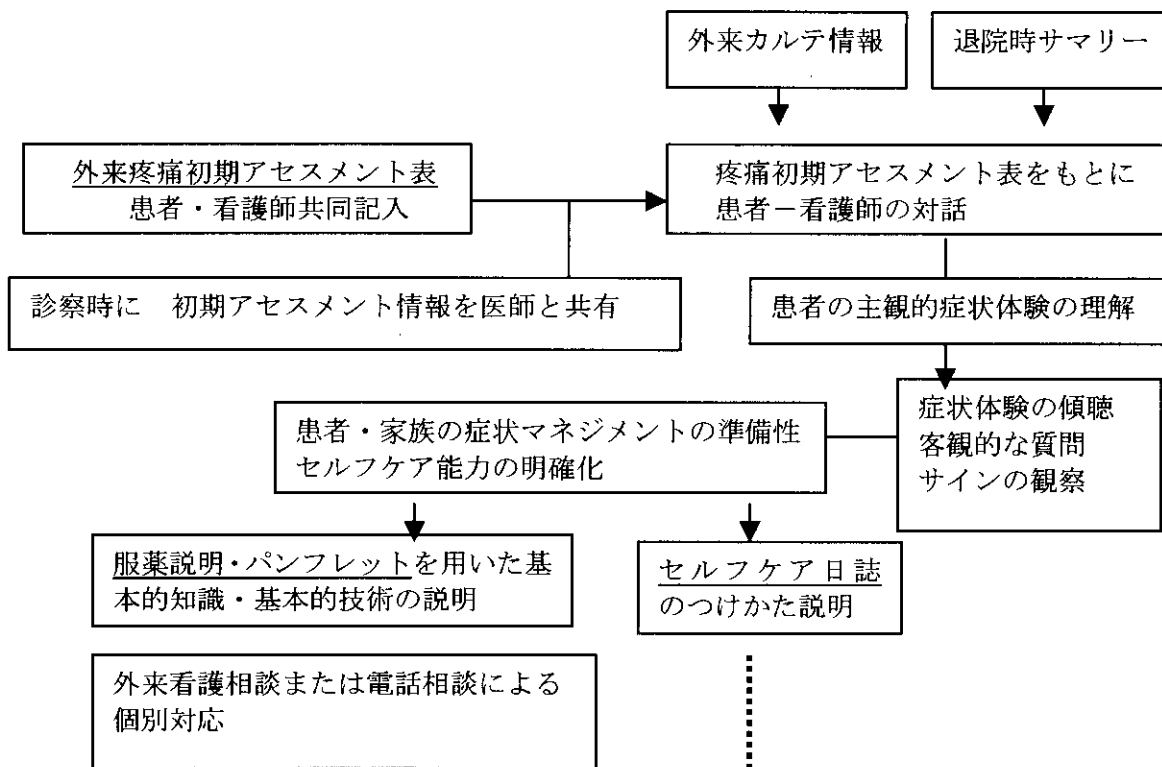
症状は非常に主観的なものであるため、他者にはわかりにくい。そのためできるだけ痛みを体験している患者自身に自分の感じている痛みを表現してもらうように対話をもつことが重要である。看護師は患者と対話をしながらアセスメントをすすめる。ここで行ったアセスメントの結果は医師と共有できるようにアセスメント表を共有する。短時間のかかわりでも、看護師が患者の痛みを理解しようとしてコミュニケーションを持つよう心がけることが重要である。

1) 痛みの部位

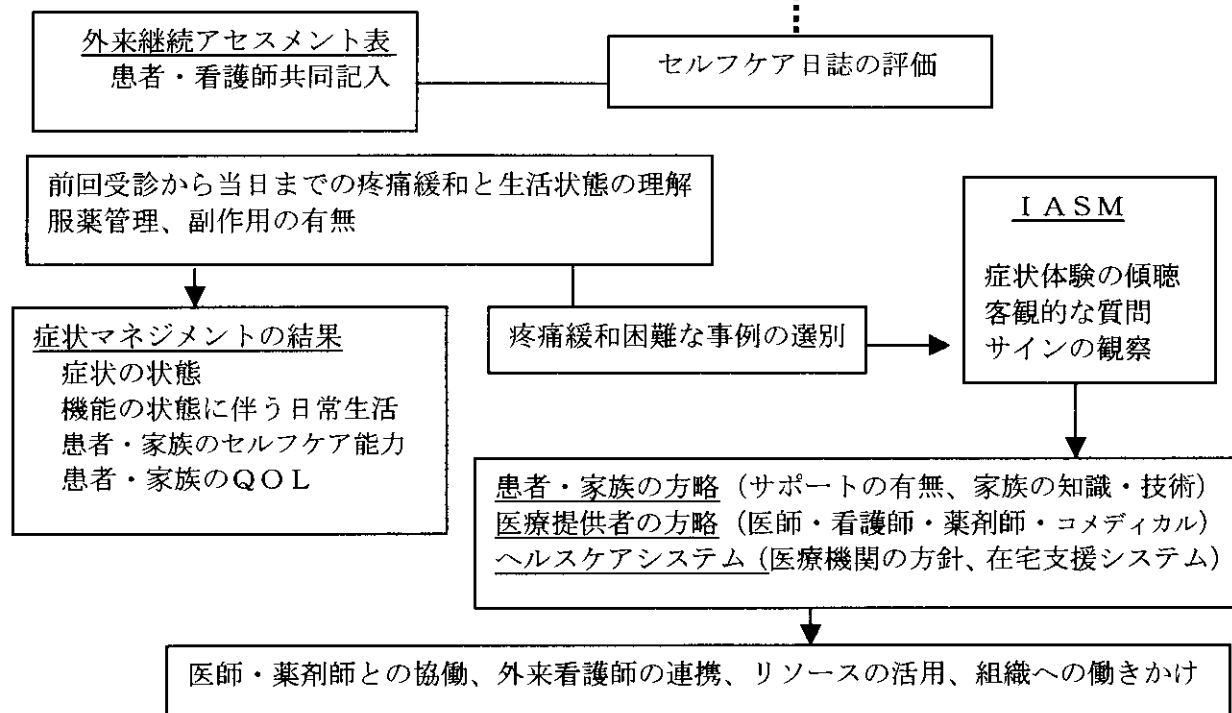
ボディチャート(VI.1 巻末参照)を用いて痛みのある部位に印をつける。がん疼痛は複数の箇所に痛みが出現するため、患者の体験しているすべての部位の痛みについてボディチャートを指し示してもらいながら記入する。

図4 外来での疼痛アセスメントのすすめかた

I 初期アセスメント 【患者・家族の症状体験を明らかにする】



II 継続アセスメント【IASM】



2) 痛みの程度・強さ・性質

「どのように痛みますか？」と問いかけ、患者の言葉で痛みを表現してもらう。現在だけでなく、24時間以内の痛みの強さや最悪の痛みと最も緩和されている痛みについても明らかにする。

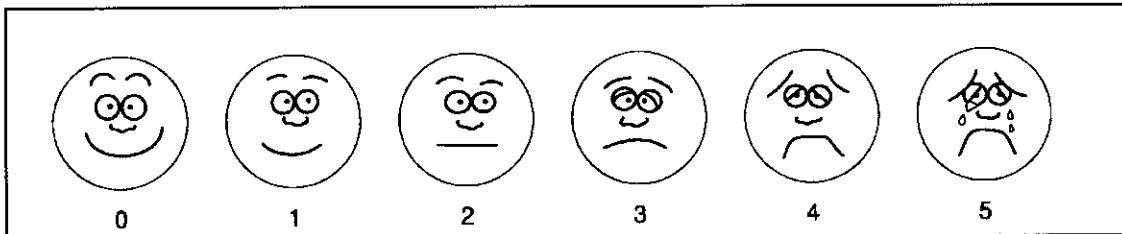
患者が痛みを表現するのを助ける方法としてペインスケールを活用する。ペインスケールは患者と看護師が痛みについて話すコミュニケーションのツールにもなるし、医療従事者同士のコミュニケーションのツールにもなる。患者にとっては、自分自身の痛みに向き合うためのツールともなる。

主なペインスケールとしては、FS(Wong-Baker Faces Rating Scale)、VAS (Visual Analogue Scale)、NRS(Numeric Rating Scale)がある(図5)。それぞれのペインスケールの特徴を把握した上で、患者が利用しやすいものを用いる。

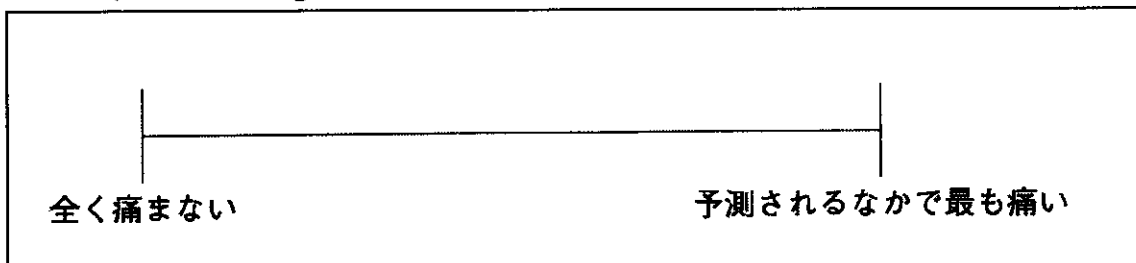
また、患者が体験している痛みの性質を把握することで、痛みのメカニズムの予測がつく。できるだけ患者の言葉で表現してもらうことが重要である。しかし、痛みの種類によっては口では言い表せない痛みの場合もあるため、例えばこのような痛みですかと、客観的に問いかけることも重要である。

図5：主なペインスケール

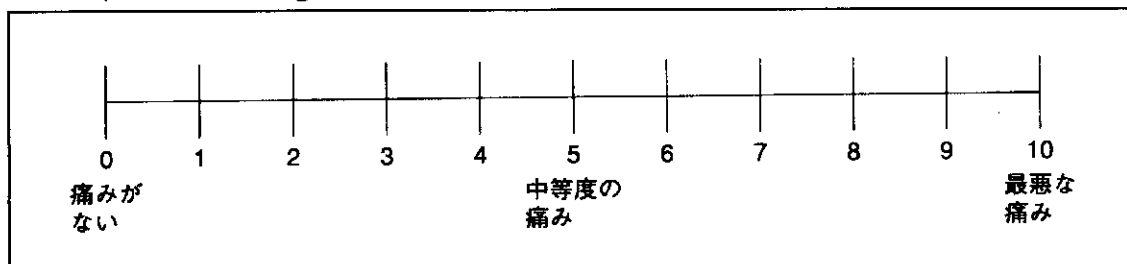
FS(Wong-Baker Faces Rating Scale)



VAS (Visual Analogue Scale)



NRS (Numeric Rating Scale)



3) 痛みの開始、持続時間、1日の変化・リズム

痛みの出現はいつごろからか、どのくらい持続するのか、1日のうちで痛みの変化はあるのか、特定の時間に強くなったり、弱くなったりするのかなどを明らかにする。

4) 痛みの増強因子・緩和因子

どうすると痛みがよくなるのか、どうすると痛みが強くなるのかについて明らかにする。

5) 痛みや鎮痛薬に対する認識

痛みを表現することへの躊躇、痛み止めを使用することについての懸念について明らかにする。現在服用している鎮痛薬があればその効果をどのように評価しているのかも明らかにする。

6) 痛みによる生活および気持ちの変化

痛みによって日常生活がどのように変化しているのか、痛みによって起こっている気持ちの変化があるのかについて明らかにする。

7) 疼痛マネジメントを助けてくれる人がいるか

疼痛マネジメントをするにあたってのソーシャルサポートについて明らかにする。

8) 疼痛マネジメントに対する患者の希望（患者・家族が望むQOL）。

痛みの緩和についてどのような希望をもっているのかを明らかにする。

以上、看護師は「外来疼痛初期アセスメント表」をもとに患者が現在体験しているがん疼痛について理解する。常に、「症状は患者のものである」という考えを念頭におき、患者・家族との会話をとおして、客観的データには反映されない患者の主観的な痛みの体験を明らかにするようにすることが重要である。

初期アセスメントを通して、患者と家族の症状マネジメントへの準備性、症状マネジメントに対するセルフケア能力（症状を表現する能力、薬剤を評価する能力など）も明らかにする。

2. 継続アセスメント

患者が継続して通院している場合には「外来疼痛継続アセスメント表」を用いて患者の症状体験理解を行う。前回の受診から、外来受診の当日までの在宅での疼痛マネジメントの状態と生活の状態を理解する。服薬の管理、副作用の有無についても明らかにして患者と家族に提供するケアを見出す。継続アセスメントの詳細については、本章の看護活動 6 に示す。

3. 症状マネジメントが困難な場合

初期アセスメント及び継続アセスメントで患者の症状マネジメントが困難な場合は、アセスメント表を用いた看護アセスメントのみではなく、「どのように痛んでいるのか？」という問いかけから、さらに詳しく患者の痛みの体験を明らかにしていく介入を行うことが必要である。現在の外来看護のシステム上、看護師が患者のために話を聴く時間を確保することは困難を伴うと思われるが、システムの改善も含めて体制を検討することも必要である。

IASM では看護師は患者の症状を理解するために「傾聴する」、「客観的に問う」、「サインをモニタリングする」という技術を用いる。がん疼痛のケアにおいてそれぞれの技術がもつ意味について看護師は理解をしておき、必要に応じて活用する。

1) 痛みの体験を傾聴すること

がん疼痛には身体的な要因だけでなく、心理的な要因や患者の個人的な経験、社会文化的背景が影響している。そのため、看護師は傾聴という技術を通して、症状をもつ患者個人を理解する。それまで痛みを抱えてきた患者の思いに共感しつつ、患者の表出する気持ちに焦点をあてる。また、看護師は積極的な傾聴を用いて患者の語ることを要約して確認したり、理解できたことを言葉で返していくことが重要である。看護師が傾聴の技術を通して患者にかかわることで、患者は自分の痛みを理解してくれる人がいると思え、主体的に症状マネジメントに取り組めるようになる。

2) 痛みを客観的に問うこと

看護師はがん疼痛についての基本的知識をもとに、患者の痛みについて客観的な質問を行う。傾聴では聞き出せなかった患者の痛みの表出を助ける。患者が表現に困ったら痛みの発生機序から考えて予測できる痛みについて、たとえばこのような痛みですか？と問いかけてみる。また痛みの程度の理解にあたっては、主観である痛みを客観的に理解するために、ペインスケールを有効に活用する。

さらに、食事、睡眠、排泄、清潔、移動など痛みによる日常生活の変化を明らかにする。看護師は痛みによって変化している患者の日常生活について、できるだけその人もとの生活習慣に近づけるよう、または痛みを持ちながらの生活を再構築できるように具体的な生活の様子をきき、方略を患者と共に考える。

3) 痛みに伴うサインをモニタリングすること

がん疼痛に伴い患者が表現するサイン(徴候)を観察する。患者の外観、皮膚の状態、浮腫の有無、服薬できているかどうかなど。そのためには患者の痛みの発生機序の理解が不可欠である。

看護活動その4 症状マネジメントの方略を明らかにする

がん疼痛の症状マネジメントを行うために関係する患者、家族、医療提供者、ヘルスケアシステムがどのような方略をとっているのかを明らかにする。症状マネジメントの方略には医療機関の方針や患者の文化的な背景、患者や看護師が有している資源などが影響している。

在宅でのマネジメントにおいては家族をはじめとするソーシャルサポートがどのようになっているのかを明らかにする必要がある。家族の協力は得られるのか、得られない場合、それを補う専門職の介入は可能であるのかなどを検討する。

がん患者と共に生活する家族は、80%以上が痛みは問題のある症状だと捉えており、在宅療養や終末期では、痛みにたいして効果的な介入をすることは困難だと感じている (Bucher JA et al, 1999)。また家族は、患者よりも患者が知覚している痛みを強く捉えているという報告もある (Ferrell, Rhiner, et al, Yeager et al, 1995)。

がん患者の痛みの緩和の方略を検討するうえでは、家族が痛みをどのように捉え、痛みに対しどのような問題解決のための知識、技術を持っているのかを明らかにすることが重要といえる。

「外来疼痛初期アセスメント表」を用いて患者と家族が症状マネジメントのために用いている方略を明らかにする。アセスメント表の4. 痛みの増強因子・緩和因子のところで患者と家族が行っていることをもとにする。症状が緩和しないときに、誰かに助けを求めることができているかどうかを明らかにする。また 7). 疼痛マネジメントを助けてくれる人がいるか、について、患者をサポートする人はいるのか、患者と家族をサポートするソーシャルサポート機能をもちあわせているのかどうかについても明らかにする。

さらに、症状マネジメントが成功するためには、患者、家族、医療提供者の連携が必要である。そのため、医師、薬剤師と連携をとりお互いの方略についての範囲を規定しておくことも重要である。

1) 医師との協働

医学モデルによる症状マネジメントでは、薬物の処方によって対処されることが多い。そのため、わが国においては薬剤の処方権をもっているのは医師であるために、医師が症状マネジメントで重要な役割を担っている。医師が症状マネジメントにどのように取り組んでいるのかという医師の方略を分析することは大変重要なことである。

医師が、患者の痛みのメカニズムをどのように捉えているのかについて病態学的に確認することは、看護師が患者へのケアを論理的に導くために非常に有効である。そのため、医師に積極的に見解を聞きくように努める。同時に、看護師は医師に対して、患者の日常生活上の痛みに対する反応を詳細に伝え、医師ができるだけ患者の実情に即した判断ができるようにサポートする。

以下に医師との具体的な協働活動について記述する。

- ・ **医師に対してサポートを申し出る**

痛みのマネジメントができていないとき、医師は不全感や患者への申し訳なさを感じているが、一緒に対策を考えてくれるパートナーがいないためにますます力をなくしている。看護師から医師に対して、痛みをマネジメントするのに看護師にできることはないか、是非協力したい旨を申し出る。例えば、知っている緩和ケア専門医を紹介する、患者の生活の状況に関する情報を提供する、患者と一緒に痛みの評価をする、あるいは患者の代弁をする、処方を変更したときは観察を十分に行い、副作用を管理する、記録を整えるなど、看護が提供できることを具体的に提示して、「こういうことができます、一緒に取り組みましょう」と申し出る。

- ・ **カンファレンスを設定する**

痛みのマネジメントに苦慮する事例について、カンファレンスを開くことを提案して、場所や時間の調整、記録、連絡係などを積極的に看護師が引き受ける。実際に開催し、司会、進行を行って、記録をまとめ、決まったことが実行できるように関係部署に声を掛ける。

2) 薬剤師との協働

薬剤師は、患者がオピオイドを内服するにあたっては服用に関する注意事項、副作用の管理など専門的な立場で患者指導を担うことが多い。薬剤師の指導後、患者がその内容をどのくらい理解しているのか、自宅に帰って継続していける方法であるか、より患者の生活に即して再検討することが重要である。

外来での服薬指導は院外薬局の薬剤師によって行われる可能性も高いため、可能であれば、院外薬局でどのような内容の服薬指導が行われているのかを把握しておくことも必要である。

3) 外来看護チーム内の連携

看護師自身も一部の施設を除き、外来でのプライマリー看護を提供することは難しい状況がある。そのため、指針(案)に基づいた初期アセスメントを行い、さらに継続アセスメントの項目を共通に使用することが重要である。看護師も自らの方略を分析することにより看護師同士の連携を深めることができ、症状マネジメントにおけるケアを振り返ることができる。

このように、症状マネジメントに関係する人々の方略を明らかにすることによって、それぞれの専門性を活かしたケアが提供できる。方略を明らかにした後、それぞれの専門家と連携をとり意見調整をはかることが重要である。

4) 現在行っている方略によってどのような症状マネジメントの結果がおこっているのかを明らかにする。

初期アセスメントの結果として、症状の状態はどのようになっているのか、機能の状態に伴う日常生活はどのようになっているのか、症状マネジメントにとりくむ患者と家族のセルフケア能力はどうか、患者と家族の QOL はどのようになっているのかを評価する。評価にあたっては、がんの特異的な QOL 尺度も開発されているため活用することもできる。特に国際的な共同研究では FACT (Functional Assessment of Cancer Therapy)、EORTC QLQ (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire) が勧められている (下妻, 2001)。

しかし、日常の外来看護の中で簡便に QOL を評価する時は、尺度を用いるというよりはむしろ、患者に生活の様子や気分を聞き簡単な文章で記録を残しておく方が実用的である。

症状マネジメントに取り組む患者・家族のセルフケア能力の評価にあたっては、疼痛マネジメントに必要な知識を理解できるか、症状を表現する能力や症状を評価する能力はどうか、医療者にお任せでなく自らが主体となって疼痛マネジメントに取り組もうとしているのか、自らの症状を緩和するための方略に工夫がみられているか、自分にできないことは他者に依頼することができているのかなどについて検討する。

5) 医療提供者が所属している組織への働きかけ

痛みをマネジメントするには、患者への個別の働きかけはもちろんであるが、マネジメントが効率よくしかも上手に行えるようなシステムを作ることが重要である。平成 14 年度から、緩和ケア診療報酬が保険点数として認められ、そのために緩和ケアチームを作ることが条件付けられている (平成 14 年度厚生労働省診療報酬改定概要厚生労働省 HP <http://www.mhlw.go.jp/topics/2002/02/tp0222-1a.html> 参照)。病院の組織全体のコンセンサスを得て、診療科を超えて緩和ケアのために活動すれば、痛みのマネジメントの向上に大きな貢献が期待できる。このような組織を立ち上げていく際に看護師が率先してリーダーシップを取り、チームの運営、管理を実質的に行うことも可能である。チームを運営するには、部門や診療科を超えて相談できる仕組み作りが必要であり、チームの広報活動を行い、コンサルテーションの申し込み方法などをわかりやすく病院スタッフに提示していく。

この他に必要な組織として、施設内でとどまるのではなく地域連携連絡会などの外部とつながる組織も設ける必要がある。このような会を通して地域の開業医や訪問看護師と一緒に痛みのマネジメント勉強会を開催するなど、地域全体の取り組みを支援することができる。

看護活動その5

患者・家族のセルフケアを促進するために基本的知識、基本的技術、基本的サポートを提供する

がん疼痛の症状マネジメントに必要な基本的知識、基本的技術、基本的看護サポートを提供する。

患者・家族の多くは、疼痛マネジメントに関しての情報がほしいと思っている。また、痛みに対する知識の不足や鎮痛薬に対する誤った認識は、疼痛マネジメントの障害になることが明らかになっている (Glajchen, M., 1995, Bookbinder, M., 1996, Riddell, A., 1997)。高齢者は若い人よりも重要な痛みや疼痛マネジメントの知識が少ないことが明らかになっている。さらに、外来患者のもっている痛みや痛みのマネジメントの知識には限界があり患者の疼痛マネジメントに消極的な姿勢は疼痛を緩和の障害となっている。また、患者は痛みと痛みのマネジメントの方略についての教育を受けたいと思っている (Yeager, Miaskowski, Diddle, & Wallhagen, 1997)。適切な知識の提供については、65歳以上の高齢者でも、教育によって知識を与えたグループは、教育的介入のないグループより有意な疼痛の軽減をすることが明らかになっている (Clitferter, 1999)。

看護師が、痛みのマネジメントの情報を増やして提供すれば、患者の痛みの体験による苦痛を軽減できる。しかし、一度に多くの知識を提供すれば患者は混乱してしまうことも明らかにされており、患者が知識をもつことは疼痛マネジメントにとって非常に重要であるが、その際は必要最低限の知識から提供することが重要である。

患者の個別性を考慮してその患者個々にあった情報の提供、すなわち患者のセルフケア能力の状態により個人に提供する知識の量や技術の量を調整することが望ましいが、外来での短時間のかかわりで、個々のセルフケア能力が明確にならない場合は、疼痛マネジメントに必要な最低限の知識をまず提供し、その効果を評価する。

効果的な介入にあたっては、患者の年齢や、病期、文化、学習に影響を与える環境など患者の個別性に目を向けて介入する内容を決定する (Ferrell, B, & Rivera, L, 1997)。

痛みについての知識や症状マネジメントの方略についての知識を提供することに加えて、医師との効果的なコミュニケーション手段についての情報を与えることも痛みのマネジメントにおいては重要である (Grant M, Golant, M, 2000)。

症状マネジメントの技術に関しては、痛み日記を患者自身が記載することについての研究が積み重ねられてきた。日記の記載することは、患者の痛みに対する気持ちに変化を与え、痛みをマネジメントする意識を高める。また患者が記載した痛み日記をもとに医療者とのコミュニケーションかはかれ、医療者の側は患者を理解する資料として活用できる。家族にとっても痛み日記をつけることは患者の痛みのマネジメントに役立っていた (Schumacher, K et al 2002)。

看護サポートとしては、看護師による電話によるコーチングはサイコエディケーションナ

ルな介入としての効果をあげている (Gortner,1988, Gillis, 1993)。より熱心なコーチングを看護師が行うことで患者の行動の変容が期待できるとされている。また、強い痛みを体験している人ほど、抑うつ、不安、混乱が強い (Spiegel,1983) ことから、痛みの軽減が図られないときや、どうしたらよいか迷うときなど、いつでも相談可能な状態を提供することは、重要な看護サポートとなる。

以上をふまえて、米国では、外来の骨転移による痛みのある患者に対して PRO-SELF プログラムでの介入が試みられ、プログラムを用いた一定の介入で、効果がえられている。PRO-SELF プログラムは、知識 (情報)、技術、看護サポートを包括的なアプローチで提供している。PRO-SELF の要素は基本的知識 (情報) として、疼痛マネジメントに必要最低限の知識を小冊子にして提示し知識の確認を行い、不足している知識を補う。基本的技術としては、痛み日記を継続して書くこと、1 日の中の痛みを感じる時間数、最大、最小、平均の痛みの記録方法や鎮痛薬が痛みを和らげるのに効果的かどうか評価する方法、鎮痛薬を服薬管理箱 (1 週間分、1 日の回数ごとに仕分けしてある) に入れて飲み忘れないように管理する方法、医師や看護師などの医療提供者と話をする方法の習得である。

基本的看護サポートとしては、患者が痛みをコントロールする上で質問が生じたときには看護師と連絡がとれるように連絡方法を教える。その後、看護師から電話による連絡を行い、患者の痛み日記、鎮痛薬の日誌、副作用チェックリストは継続できているか確認する。その後、疼痛マネジメントに関して定期的に看護師が電話または面談によって確認して、フォローする。電話の際、必要時は家族とも話しをして、患者と家族の双方と痛みについての話し合いをするというものである (Miaskowski, C.1996, West,M, 2003)。

我が国の外来疼痛マネジメントにおける PRO-SELF プログラムの有効性については、奥出 (奥出,2002) によってその有効性が検討されている。PRO-SELF プログラムの画一的な介入は、患者の個別性が強く、効果にばらつきがあるため、パッケージとしての画一的な介入の効果には限界があるとしながらも、PRO-SELF プログラムは、知識、技術、看護サポートが連動しており、パッケージプログラムになっているため、セルフケア能力を高めるプログラムとしての有効性をもつとしている。

また外来においての有効性として、介入時より一貫して誰か一人の看護師が関わるというものではないため、汎用性がある、効率性はよいなど、多忙な外来においての適応の価値があることが示唆されている。

以上のことから、以下にオピオイドを初回に使用する患者と家族に提供する基本的知識、基本的技術、基本的看護サポートについて示す。

(1) 基本的知識

患者が自分のがん疼痛を理解するために必要な知識であり、その症状をマネジメントするための技術習得のために必要な知識、そして到達すべき結果を理解するための知識に限定して提供する。

患者が必要としている最低限の知識は何であるかを見極めることが重要である。