

表 1-2 痛み計のデータグラフ(6～9日目)

		痛み計グラフ	主な症状
Ⅱ期	6日目		肛門周囲痛↑ 排尿時痛 異常な眠気
	7日目		肛門周囲痛↑ 排尿時痛↑ 尿失禁
	8日目		肛門周囲痛↑ 排尿時痛↑ 尿失禁 頻尿 【導尿】細菌尿 だるさ イライラ感
	9日目		肛門周囲痛↓ 排尿時痛 自然排尿 2時間毎 だるさ イライラ感↓ 不安 退院希望

(10/NRS). 今は7か8」と、側臥位でじっとして過ごし、レスキューを希望する時以外に自ら痛みを訴えることはなかった。しかし、座位をとるたびに前かがみになって陰部を押さえており、身体的苦痛が増強している様子がうかがえた。確認のため導尿を施行したところ、尿に強い混濁を認め、尿路感染に対する抗生物質を開始した。8日目、身の回りのことでイライラと不満を言っは後で落ち込むという、精神的不安定が見られた。B氏は「もう家に帰った

くて…。調子悪くて、不安、出てきた」と、険しい表情で退院を希望した。B氏の退院希望に沿ってオピオイドの投与経路をフェンタネスト持続皮下注からデュロテップパッチに変更した。

痛み計のデータは、2-10/NRSで、7日目以降1日に10～14回とそれまでより入力回数が増えた。夜間に6回入力(8日目;6-8/NRS)していることもあり、B氏は「トイレのたびに(痛み計を)押した」と報告した。

表 1-3 痛み計のデータグラフ(10～13日目)

		痛み計グラフ	主な症状
Ⅲ期	10日目		排尿時痛 だるさ
	11日目		【カンファレンス】 排尿時痛 だるさ 不安↓
	12日目		排尿時痛↓ 動作スムーズ 陰部を押さえず座れる
	13日目		退院希望

Ⅲ期：B氏の痛みの表現が減った時期(10～14日目)

抗生物質の効果により頻尿、尿失禁は改善したが、排尿時痛(6-7/NRS)はややレベルが低下したものの改善には至らず、レスキューが1日に3回程度必要であった。医療スタッフは、B氏の言動と行動、レスキューの希望回数だけでなく、痛み計のデータからペイン・レベルを経時的に検討し、デュロテップパッチが至適量に達していないと判断し倍増した。B氏は「貼り薬なら家でもやれる。増えても安心」と喜んだ。12日目以降、デュロテップパッチと1日に1回のレスキューで疼痛はコントロール(1-5/NRS)された。PSは2に改善した。B氏は「身体が楽になった分、気楽に帰れる」と改めて退院を希望

した。痛み計には、1-7/NRSで1日に2-4回入力されていた。B氏は「ほんとに痛くないの。(痛み計を)押そうか迷うくらい」と話した。

●ペイン・レベルと入力回数

B氏の14日間のペイン・レベルは6/NRS(14日間の中央値、範囲1-10/NRS)で、14日間の研究期間とペイン・レベルには、研究前半で正の相関( $r = .79$   $p < .05$ )があり、研究後半で負の相関( $r = -.91$   $p < .01$ )があった。1日あたりの入力回数は5回(14日間の中央値、範囲2-14回)で、14日間のペイン・レベルと入力回数には、正の相関( $r = .70$   $p < .01$ )があった。

## ●QOLの経過(表2)

QOLの質問は研究開始時、7日目、14日目に行なった。研究期間を通して「だるさ」が徐々に悪くなったが、「活動性」は大きく改善した。

### 考 察

## ●患者の視点からの痛み計の有効性

がん患者の痛みは、トータルペインという特性から、スケールで測定した数値だけでは評価できない。小迫<sup>8)</sup>は、スケールは、使用することが目的ではなく、それを媒介として話し合い、自分の痛みについて真剣に取り組んでもらえることが実感できてこそ意味を持つと述べている。この観点に立つと、本研究でも、痛み計だけで、B氏の疼痛を評価することは不十分と考えられる。そこで、痛み計による疼痛マネジメント活動の目的を「患者が痛み計を活用して痛みを表現し、医療スタッフに痛みが伝わりわかってもらえたと実感する」こととし、次に、患者の痛み計による疼痛マネジメント活動結果を「ペイン・レベルの変化」と「QOLの変化」として評価し、痛み計の有効性について考察する。

B氏の1日あたりの入力回数は5回(中央値)で、先行研究<sup>5)</sup>の1日あたりの入力回数(4.5回、10名の1日入力回数の中央値)とほぼ同程度となった。B氏は先行研究の対象者に比べ、がんが進行し身体状態が悪かったことを考慮すると、回数においては痛み計をよく活用したと言える。

B氏は14日間途切れることなく痛み計に入力した。しかし、I期では痛み計に入力したからといって医療スタッフに痛みが伝わるとは思っておらず、疼痛マネジメント活動に対し受身であった。B氏の主体性が芽生えたのはII期で、肛門周囲に新たな痛みが出現したことによる。B氏は、怒りの気持ちを抑えられない自分に落ち込み、痛みの訴えは最低限となったが、痛み計への入力回数はI期に比べ大幅

表2 QOLの質問：ケアノート Ver.3.0の得点

		1回目	2回目	3回目
症状尺度*1	息切れ	0	0	0
	食欲不振	5	0	0
	不眠	0	0	0
	便秘	0	0	0
	だるさ	1	2.5	2.5
心理状態*2		0	0	0
生活状況尺度*3	活動性	1	4	6
	社会性	10	10	10
	生活質	10	8.5	10

※1：0-10 NRSの得点が高いほど症状が強い。

※2：0-10 NRSの得点が高いほど心理状態が悪い。

※3：0-10 NRSの得点が高いほど生活状況が良い。

に増えた。親身に対応してくれている医療スタッフには訴えを躊躇しても、物を言わない機械になら遠慮なく痛みを訴えられたと考えられる。また、耐え難い痛み苦しんでいる時も痛み計に入力を続けた。

B氏の14日間の入力回数はペイン・レベルと正の相関があり、すなわち、痛みが強い時は痛み計への入力回数が多くなった。痛みを言葉にできない状況でも、「痛い、わかって、何とかして」と、データが疼痛緩和につながることを意識して痛み計に入力したと推測される。III期では、薬を増やしてもらえることを喜んでいたが、この時は、医療スタッフに自分が感じているレベルと同レベルで痛みをわかっている実感していたと思われる。このようなことから、B氏にとって痛み計は、主体的に痛みを表現できる唯一の身近なツールとなって、B氏の疼痛マネジメント活動を支えたと言える。

B氏のペイン・レベルは、研究前半で悪化、研究後半で改善して、その後は一定のリズムでコントロールされた。QOLは「活動性」が大きく向上した。12日目以降は、入院目標がほぼ達成され、退院に前向きになった。痛みの治療の最終目標は、「痛みの消失が続き、患者の生活状況が平常に近づくこと」<sup>9)</sup>であり、B氏の状態はこの目標に近づきつつあったと考えられる。

## ●医療スタッフにとっての有効性

多職種で構成するチームでは、メンバーの疼痛マ

ネジメントに関する知識や経験に違いがあり、価値観、倫理観、職種間の専門性やポリシーも異なる。近藤<sup>10)</sup>は、これらの違いが痛みの捉え方に差を作るので、チームのメンバーが共通して痛みを捉えるには、統一したアセスメントの手段や方法を取り、話し合えるシステムが大切になると述べている。本研究では、痛み計のデータの活用方法について、特にモデルを示さず医療スタッフに一任した。医療スタッフの痛み計の活用と疼痛マネジメントについて考察した。

I期で、当日の担当ナースは、B氏の訴えの状況と痛み計のデータを比較してアセスメントし、レスキューを要求するタイミングを指導した。痛み計のデータを活用して適切にアセスメントしケアを実践する能力が発揮された場面だが、個人レベルの行動であった。チーム医療では、行なったケアを評価してフィードバックすることが求められるので、さらに痛み計のデータで経過を追って評価する必要があるのではないだろうか。

II期では、突然出現した肛門周囲痛に対してのアセスメントは急を要し非常に困難であった。先行研究<sup>5)</sup>では、痛み計のデータのグラフは、患者がよく入力していれば経時的にペイン・レベルの変化を把握できアセスメントに役立つ効果が示唆されている。また、今回、ペイン・レベルとオピオイドの関係をわかりやすくするためにオピオイドの投与状況を表

に組み込んだ。しかし、急を要する場合、1日1回のグラフ化ではアセスメントにデータを活用できないことが示された。今後は、リアルタイムでデータを把握できるよう痛み計の改善が必要である。

III期で、医療スタッフはカンファレンスにおいて、痛み計のデータを疼痛治療の評価指標に用いアセスメントに役立てた。その後、B氏の痛みはコントロールされた。臨床実践能力が高いスタッフだけでなく、チーム全体で痛み計のデータをアセスメントに活用したことは評価できる。以上のことから、痛み計は、医療スタッフの臨床実践能力と相乗的に疼痛マネジメントに関する効果をもたらしたと考えられる。

## 結 論

本研究により以下の点が示唆された。

- 1) 痛み計は患者にとって主体的に痛みを表現する身近な道具となる。
  - 2) 症状が悪化した時に痛み計への入力回数は増加し、安定とともに入力回数は減少する。
  - 3) 痛み計は、患者の痛みをコントロールし、QOLの一部に緩和効果をもたらす。
  - 4) 痛み計は、医療スタッフの臨床実践能力と相乗的に疼痛マネジメントに関する効果をもたらす。
- 今回は1事例の研究であるため、今後より多くの患者の協力を得て、検討を重ねる必要がある。

## 参考・引用文献

- 1) 吉田みつ子：痛みのある癌患者の日常生活の安寧感と痛みのコントロール，日本看護科学会誌，17(4)，56-63，1997。
- 2) Sigridur Gunnarsdottir, Heidi S. Donovan, Ronald C. Serlin, et al. : Patient-related barriers to pain management : the barriers questionnaire II (BQ-II), Pain, 99, 385-396, 2002.
- 3) 久米弥寿子, 小笠原和枝, 馬場環他：がん患者の疼痛管理の妨害因子に対する看護婦・医師の認識と知識・態度・関心度, 大阪大学看護学雑誌, 5(1), 8-16, 1999.
- 4) 西川晶子, 安藤詳子, 神里みどり他：がん性疼痛管理の妨害因子に対する看護師の認識, がん看護, 9(1), 74-79, 2004.
- 5) 深谷陽子：がん性疼痛コントロールに役立つ「痛み計」の一般病棟における効果の検討, 名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻 2005 年度修士論文, 2005.

- 6) 深谷陽子ほか：簡便な操作で痛みの強さを記憶する痛み計の臨床試行, Palliative Care Research, (1), 201-205, 2006.
- 7) 小林国彦, 文元日和, 安藤 真弘：QOL 質問票の国際比較と緩和医療用 QOL 質問票の開発, 臨床薬理の進歩(23), 1-10, 2002.
- 8) 小迫富美枝：ナースが向き合うがんの痛みと看護の悩み(近藤まゆみ, 的場元弘編), 146, エンゼビア・ジャパン, 東京, 2000.
- 9) 武田文和：がんの痛みの鎮痛薬治療マニュアル, 22, 金原出版, 東京, 2005.
- 10) 近藤まゆみ：ナースが向き合うがんの痛みと看護の悩み(近藤まゆみ, 的場元弘編), 52, エンゼビア・ジャパン, 東京, 2000.