

表4 評価(エヴァリュエーション)シート

条件	内容	評価	理由
条件1	本人や家族の明確な意思表示		
条件2	ケアを支える介護力や周りの人々のサポートがあること		
条件3	終末期ケアを支える医学医療ケアが受けられること		
条件4	本人や家族の願いを実現するために、利用できる資源を結びつけるケアマネジメントがなされること		
	総合評価		

質の高い在宅終末期ケアマネジメントを支援するプログラムの開発と検証
(第2報) 妥当性の検証

分担研究者 樋口京子

大阪市立大学看護学研究科 教授

研究要旨

質の高い終末期ケアを実現するための4条件を鍵にした「終末期ケアマネジメント・ツール」を開発した。本研究の目的は、その妥当性を検証することである。在宅、グループホーム、療養型病床群等でパイロットスタディを実施し、フォーカスインタビュー等でツール評価の修正を行った。10月の公開研究会でケアマネジメント支援プログラムとして公表し、参加者からのフィードバックを得て妥当性を検証した。

A. 研究目的

日本福祉大学終末期ケア研究会では、①在宅高齢者の終末期ケア～全国訪問看護ステーション調査に学ぶ（中央法規，2004）、②公開事例検討会、③緩和ケア用MDS-PC日本語版の作成と検証（杉本浩章他，2007）などに取り組んできた。その中から、「質の高い終末期ケアを実現するための4条件」-①本人家族の明確な意思表示、②介護を支える介護力や周りの人々のサポートがあること、③終末期ケアを支える医学医療ケアが受けられること、④これらをつなぎつけるケアマネジメントを引き出した（樋口，2007）。

第1報で、①質の高い終末期ケアを実現するための4条件の妥当性を検証し、②それらを意識しながらケアマネジメントを進めるための「終末期ケアマネジメント・ツール」を開発した。

第2報告の目的は、1)パイロットスタディにより、ツールの改善を図ると共に妥当性を検証することである。

B. 方法

1) ケアマネジメント支援プログラムの作成とパ

イロットスタディの実施

- (1) 質を高める4条件の妥当性の検証とケアマネジメントを鍵にした「終末期ケアマネジメント・ツール」を開発した（第1報参照）
- (2) ツールを用いたパイロットスタディを在宅、療養型病床群、特別養護老人ホーム、グループホームの4カ所で実施した
- (3) フォーカスインタビューの実施、ツールの評価、修正
- (4) 公開研究会でケアマネジメント支援プログラムとツールを公表し、参加者からフィードバックを受けた
- (5) 評価指標の作成準備のために文献をレビューし、その信頼性と妥当性の検証のためのフィールドの確保に向けた検討会を持った。

C. 研究結果

1. 質を高める4条件の妥当性の検証とケアマネジメントを鍵にした「終末期ケアマネジメント・ツール」を開発した（第1報参照）

2. パイロットスタディの実施

開発にあたっては、実際の終末期ケアの実践場面および公開事例研究会において試用を重ねてきた。ほぼ完成段階に入ったと思われるところで、

在宅・療養病床・特別養護老人ホーム・グループホームの4か所で、1-2例ずつに対してツールを使ってもらうパイロットスタディを実施した。その一例の概要を次に示す。

CASE1 最期まで特別養護老人ホームでの生活を望んだ利用者への終末期ケア

利用者は95歳の女性、Aさん（要介護度5、認知症高齢者自立度I）。2000年1月（87歳）、脳梗塞を発症。6カ月の入院生活ののち、老人保健施設に入所。その後、病院や老人保健施設を転々とし、2003年11月（90歳）、特別養護老人ホーム（以下、「本園」）に入居となる。

入所時から、Aさんは「病院や老人保健施設を転々としたときの苦しい検査は二度と経験したくない。最期まで特別養護老人ホームで生活したい」と希望しており、家族も同じ思いをもっていた。

入所から6年半が経過した2006年7月（93歳）、2度目の脳梗塞症を発症。生活全般に一部または全介助が必要となる。2007年2月（94歳）頃より食事摂取量が減少し、徐々に衰弱がみられてきた。食欲不振になって経口摂取不能となるまで約半月、それから亡くなるまで3日間という、終末期から亡くなるまでの期間が短かったケースである（2007年8月死去）。

この事例の導入期、安定期、臨末期への移行期、臨末期、死別期ステージごとに「4条件」の視点を取り入れたモニタリングシートの作成と振り返りを行ってもらった。

3. 実施後のフォーカスインタビューの実施

その結果をもとにフォーカスインタビューを行い、有用性についての意見交換とツールの評価、修正をした。

そこで得られた意見には、次のようなものがあった。

①管理者が多職種協働の取り組みを意識してケアマネジメントを行うことができる

このケースでは、事例の展開に沿ってモニタリングシートを使うことで、さまざまな効果を生み出した。なかでも、「条件4」の職種間の連携を見

直すとき、このシートは非常に有効であった。特別養護老人ホームのスタッフは多岐にわたる職種から構成されているが、日常的に本当の意味で「協働」できているかどうかは微妙である。その点、モニタリングシートをきちんとまとめるためには、項目として挙げられているがゆえに、常に「h. 職種間、地域資源」を意識することになり、多職種による協働の具体的なかたちと、それを実現するためのマニュアルをどのようなかたちで揃えていくかを考えるようになった。結果的に、このケースにおいても、各ステージで職種間の連携を実現することができたと思う。そうした実践を通じて、私は「条件4」は特別養護老人ホームにおいて終末期を支えていく際に非常に重要な要素であると、改めて強い印象を受けた。また、多職種協働の取り組みは必然的に施設全体の力量を上げていくことにもつながる。そういった意味でも、モニタリングシートは終末期ケアの質のみならず、日常的な施設ケアの質そのものを向上させ、業務の改善にも資するものであると実感している。

②インフォーマルサポートを含めた視点を学べる

今回のシート記入で一番難しかったのは「条件2」であった。というのは、これまでの慣習的な考えからなかなか抜け出せず、ついつい「施設の中でのサービス」という考え方に陥りがちだったためである。インフォーマルなサポートをどう捉えていくかが突き付けられ、現在の当園におけるサービス技術としては最も足りない部分であるという確認ができた。また、本人と家族とのつながりが濃厚に感じられたケースであったため、「d. 福祉サービス」の欄には、施設に入所された後、本人と家族との結びつきのなかにかに職員が入っていけるか、入所された後だからこそ「いかに家庭につながるサービスができるか」を意識して「プラン」を挙げていった。

③安定期のアセスメントへの気づきを得られる「安定期」に入ると、ケアマネジメントの達成状況についての記載量が多くなり、「どのようなかたちで生活を送っているのか」という情報が中心となっている。一方、それに伴う「プラン」は空白

が非常に多い。逆に言うと、「新たなニーズに着目して、本人にどのようにアプローチをしていくのか」が日常のアセスメントにおいてなされていなかったということになる。つまり、ADLが（ある程度）高い人については、個別的なケアを行わずに放っていることがここでは露見している。状態が安定していればいるほど、より深いアセスメントをしなければならない。この点は大いなる反省事項であるとともに、そのことに気づかせてくれるこのシートの教育的効果ということもいえるのではないだろうか。

④特別養護老人ホームにおける「看取り」の質を向上させる

Aさんと最後のお別れをした後、同室だったSさんが「オレも病院じゃなくて、こんな感じで、ここで死にてえな」と言われた。この言葉に、私たちは少なからず衝撃を受けた。一般的に「死」はタブーで、日常においてオープンに話すことは少ないが、特別養護老人ホームでの日常生活においては「死が身近にある」ことを示唆しているのではないだろうか。同時に、「4条件」に沿ってプランニングとモニタリングを繰り返してきたAさんの終末期ケアが、決して間違っただけではなかったのだという「保証」もしくは「励まし」をいただいたような気持ちにもなった。

早速、Sさんにそのように言われたことを全職員で共有し、月にお一人ぐらいの方が亡くなられる本園のこれからの終末期ケアの質を高めていくためには、どんな取り組みが展開できるのかを一層追求していくことを今後の課題とした。

4. 公開事例研究会の実施

パイロットスタディとその後のフォーカスグループインタビュー結果を踏まえてさらにツールを改良した。それを公表して参加者からの評価を知る目的でフィードバックを受けた。

公開事例研究会を2008年10月25日13時から17時に開催した。4条件を整えるために開発した「終末期ケアマネジメント・ツール」の紹介と有用性の検証を目的とした。東海地方を中心に訪問看護ステーションや福祉施設から128名の参加が

あった。

ツールを用いた「療養病床における終末期ケア」「最期まで特別養護老人ホームでの生活を望んだ利用者への終末期ケア」の事例を検討した。総合討論では近藤がコーディネーターとなり、活発な意見交換が行なわれた。

5. 評価指標の作成準備と信頼性と妥当性の検証のためのフィールドの確保

(1) 国内外の高齢者のエンドオブライフ・ケアの質の評価に関する研究の文献レビュー

高齢者本人と家族の視点に基づく評価指標について海外の文献を検討した。がんに特化しない高齢者の終末期ケアの評価についての論議は、北米において1995年前後から本格的に始まった。特に、慢性疾患患者や死別後の家族や重要他者に、インタビューやフォーカスインタビューを行う質的な研究が積み重ねられている。その結果、従来の医療従事者の評価の視点と、本人や家族の視点には相違があることが実証されている^{4)~6)}。高齢者のエンドオブライフ・ケアでは、余命予測が難しく長期化することが多い。そのため、Teno (2002) は、高齢者や家族の思いを重視し、その視点を中心において臨床的に大事な点をケア提供者が追加した多軸で評価する重要性を指摘している。

また、終末期ケアの質やエンドオブライフの自体の質の構成要素も探求されている。それらの指標は、次の主に5つの構成要素に分類することができた(表1)。

- A. 患者に関する要素
- B. 家族の要素
- C. 患者・家族両方に関する要素
- D. 関係に関する要素
- E. 行った治療やケアに関する要素

本人と家族の視点に基づく評価指標について文献検討した結果、構成要素は高齢者、介護者、高齢者・介護者の関係、ケア提供者に関するものの4つの要素があった。また、3次にわたって実施した調査結果と北米で作成されたエンドオブライフ・ケアの質の評価指標と比較すると、われわれ

の結果では、「家族・社会との関係」をより重視する傾向があり、逆に安定期からの「症状マネジメント」や、死に対する意思決定だけではなく「日々の中での自己決定の保障」の視点が不足していることが明らかになった(表2)。

(2) 評価指標の検証のためのフィールドの確保に向けて、NPO 法人在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワークと予備検討会をもった。

D. 考察

終末期ケアの質を高める4条件である「本人・家族の明確な意思表示」「ケアを支える介護力やサポート」「医学医療ケア」「本人・家族の願いと社会資源を結びつけるケアマネジメント」をふまえた実践を支援する目的で、「終末期ケアマネジメント・ツール」を開発した。ツールの修正を繰り返し、公開研究会でケアマネジメント支援プログラムとして公表し、有用性を検討した。その結果、主に以下の3点が明らかになった。

① 導入期、安定期、臨末期への移行期、臨末期、死別期に各期に必要なケアマネジメントが明確になり、予測したケアの実施につながることで、特に第一条件である本人の意思決定を中心に、インフォーマルサポートを含めた他の条件をマネジメントすることの重要性が明らかになった。

② ツールの実践への活用では、公開研究会のアンケート回答者65名中54名(83.0%)が実践への導入を検討すると回答していた。「多職種で今重要なことを理解し共有するために有用」「誰が見てもわかりやすい書式である」など活用に向けて前向きな意見が得られた。

③ ツールの一つである「ふりかえりシート」を用いた事例検討を通して、支援チームはチームの力量を知り、取り組むべき課題を見出すことができていた。「終末期ケアマネジメント・ツール」を用いた実践は、その支援チームの成長にも貢献するということが明らかになった。

④ 今後、活用マニュアルの作成、普及、評価指標の検証などが課題となる。

E. 結論

どこで亡くなるかという場所の違いを超えて、どのように死を迎えるのかそのプロセスを「終末期ケアマネジメント・ツール」を用いて予測し整えることで、終末期ケアの質や支援チームの力量を高める可能性が示された。次年度は、書籍にまとめること、ケアの質の評価指標の作成およびツールの有用性の検証を行うことを課題としたい。

文献

1. 宮田和明, 近藤克則, 樋口京子編: 在宅高齢者の終末期ケア—全国訪問看護ステーション調査に学ぶ—. 中央法規出版. 2004
 2. 杉本浩章, 近藤克則, 樋口京子, 篠田道子, 五十嵐智嘉子, 池上直己. 緩和ケア用 MDS-PC 日本語版の信頼性と有用性. 病院管理 2007; 44(3):243-250.
 3. 樋口京子: 質の高い終末期ケア 4 つの条件. 月刊ケアマネジメント 18(9): 30-32, 2007
 4. Emanuel, E. J. and Emanuel, L. L. (1998) The promise of a good death. *Lancet* 351(Suppl 2), 21-29.
 5. Lynn, J. (1997) Measuring quality of care at the end of life: a statement of principles. *J Am Geriatr Soc*, 45(4), 526-7.
 6. Teno, J. M., Casey, V. A. and Welch, L. C. et al. (2001) Patient-focused, family-centered end-of-life medical care: views of the guidelines and bereaved family members. *J Pain Symptom Manage*, 22(3), 738-51.
 7. Singer, P. A., Martin, D. K. and Kelner, M. (1999) Quality end-of-life care: patients' perspectives. *JAMA*, 281(2), 163-168
 8. Steinhauser, K. E., Clipp, E. C. and McNeilly M. et al. (2000) In search of a good death: observations of patients, families, and providers. *Ann Intern Med* 132, 825-832.
- G. 研究成果発表
(論文発表)
1. 樋口京子: 第14章2節 終末期ケア 新・社会福祉士養成講座⑬ 高齢者福祉論. 中央法規出版東京, p8-16(印刷中).

表1-1-5 高齢者のエンドオブライフ・ケアの質の評価の指標一覧

要素	項目	医療者が作成した指標	患者・家族の視点から作成された指標	参考				
A 患者	症状マネジメント	アメリカ老年医学会(Lynn 1997) QOLを備えよう身体的・精神的 症状の管理	IOM(Field 1997) 身体機能	Emanuel and Emanuel (1998) 身体的症状	Singer(1999) 痛みと症状に別して 十分な治療を受ける こと	Steinhauser(2000) 死にゆく人が身体的に 苦しまなかった	Teno (2001)	NHO(全米ホスピス 協会1997)
	患者の尊厳と自己決定を尊重	人間としての尊厳と自尊心を守る ために自己決定を尊重する	心理的な状態(自己 統制感・尊厳など)	心理的な状態、霊的 状態・信念	自分の意思で物事 を決定できること	人生の最期まで生き きつたという感覚を 味わえたか	医療処置や日常生活方 法を死にゆくものが自 由意志で選べた	安全な安楽な死のプロ セス
	全般的QOL	全般的QOLが良好に保てる	全般的QOL	死にゆく過程の全般 的な状況				
B 家族	家族の負担感の軽減	家族の精神的・経済的負担感 への対策	死別後の家族の 健康状態と感じ方	経済的必要・ケア提 供の二一ド	愛するものへの重荷 を軽減させること		愛するもののために費 やしたケアの苦勞を してくれた	
	死別および死別後の 家族へケア	死別後の家族をもケアする				死の準備ができてい たか	死前だけでなく死別 後も家族の精神的支え になってくれた	悲嘆からの回復
C 両方	希望と期待			希望と期待				
D 関係	満足度	患者と家族も満足(残された期 間をいかに実りあるものにして 過ごせる機会を与えられたか)						
	患者と家族・社会との 関係			社会関係・サポート	愛する人との心の絆 を深めること			
E 行った治療・ケア	ケア提供者との関係		患者のケアに対する 感じ方(満足度を含 む)					
	質の高いケア技術の 実施	ケア提供者が質の高い技術を 継続的に提供する						
	予測したケアの実施	一貫したケアができるように事 前にケアを立てる						
F 治療・ケア	積極的な治療	死が間近になれば積極的な治 療は避ける						
	みなし末期	医療資源の不足などの理由で、安 楽に死を選ばないことがないように する						

表2 北米のエンドオブライフ・ケアと3次にわたる調査結果のアウトカム評価の指標との比較

	文献より抽出した要素	調査結果から抽出された内容	調査結果に不足していた内容
1	症状マネジメント	安らかな死であった 予測どおりの臨死期の経過であった	痛みと症状に対して十分な治療を受けること
2	高齢者の尊厳や自己決定を尊重	在宅療養を始めた理由や希望が叶えられた	人生の最期まで生ききったという感覚を味わえたか
		死の迎え方の希望や一時的に自宅で過ごしたいという希望が叶えられた	自分の意思で物事を決定できること
		介護者への気兼ね、慮る様子があった	医療処置や日常生活方法を死にゆくものが自由意志で選べた
3	全般的QOL		
4	死にゆく過程の全般的な状況	死にゆく過程の全般的な状況の受け止め方と介護者自身の老後を重ねての思い	
5	家族の負担感の軽減	介護者の介護負担軽減のためのインフォーマルサポートがあった	愛するものために費やしたケアの苦労をいつも癒してくれた
6	死別および死別後の家族へケア	死別の準備ができるよう支えてくれた 死別後にフォーマルサポートからの慰めがあった 死の意味づけができた	
7	<u>希望と期待</u>	介護の見通しや期待に沿ったサポートがあった	
8	満足度	在宅療養に対する本人の希望や介護への期待や捉え方に応じた満足度評価	
9	<u>患者と家族・社会との関係</u>	最期まで心の絆が深められた	
		見守りの中での死であった	
		本人の希望の実現や励みになるようなインフォーマルサポートがあった	
		介護者を見守り、慰めるインフォーマルサポートがあった	
		介護以前からの人間関係や介護の長期化による関係の変化に配慮があった	
10	ケア提供者との関係	ケア提供者が安心感を与えてくれた	愛するものの在宅ケアの方法を自信を持ってできるよう教えてくれた
11	予測したケアの実施	ゴール設定 余命予測	
12	積極的な治療		
13	みなし末期	入院させないことで、みなし末期になる可能性があること	
14	<u>ケアマネジメント</u>	<u>ケアマネジメントの実施、モニタリング</u>	

※下線および斜字は、われわれの結果に特徴的に見られた要素と内容を示す

Ⅲ 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
安藤 祥子	慢性疼痛の治療における医療連携—6. 看護師の立場から	宮崎東洋 北出利勝	慢性疼痛の理解と医療連携	真興交易 (株)医書 出版部	東京都	2008	321-327

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻・号	ページ	出版年
Kuzuya M Hirakawa Y Suzuki Y Iwata M Enoki H Hasegawa J Iguchi A	Association between unmet needs for medication support and all-cause hospitalization in community-dwelling disabled elderly people	Journal of the American Geriatrics Society	56 (5)	881-886	2008 May
Kuzuya M Enoki H Iwata M Hasegawa J Hirakawa Y	J-shaped relationship between resting pulse rate and all-cause mortality in community-dwelling older people with disabilities	Journal of the American Geriatrics Society	56 (2)	367-368	2008 Feb
Hirakawa Y	Effects of Acupuncture/Moxibustion and/or Massage Program on Levels of Health-related Quality of Life and Symptom Distress in Frail Elderly	Japanese Acupuncture and Moxibustion	1	13-18	2008
Hirakawa Y Kuzuya M Enoki H Hasegawa J Iguchi A	Caregiver burden among Japanese informal caregivers of cognitively impaired elderly in community settings.	Archives of Gerontology and Geriatrics	46	367-374	2008
平川 仁尚	高齢者介護施設における終末期ケア	日本老年医学会雑誌	45 (6)	612-614	2008
小坂 陽一 佐藤 琢磨 藤井 昌彦 佐々木 英忠	高齢者終末期医療への提言	日本老年医学会雑誌	45	398-400	2008

IV 研究成果の刊行物・別刷

慢性疼痛の理解と医療連携

Chronic Pain : its Understanding and Cooperative Care

編集／宮崎 東洋 順天堂大学名誉教授
北出 利勝 明治国際医療大学教授



真興交易(株)医書出版部

目次

序文 iii

執筆者一覧 iv

第1章 慢性疼痛疾患の病態—評価と診断基準—

1. 侵害受容性慢性疼痛疾患 花岡一雄, 有田英子, 井手康雄, 田上 恵 2
2. 神経障害性疼痛における医療連携 住谷昌彦, 柴田政彦, 山田芳嗣, 眞下 節 14
3. 身体的, 精神的原因による疼痛疾患 宮崎東洋, 木村信康 23
4. 心身症としての慢性疼痛の病態 中井吉英, 阿倍哲也, 水野泰行 35

第2章 慢性疼痛研究—臨床との関連を中心に—

1. 慢性疼痛研究 南 敏明, 荘園雅子, 藤原俊介 48
2. 慢性疼痛の発生・維持の機序 伊藤誠二, 大西隆之 57
3. 慢性疼痛の動物モデル 倉石 泰, 佐々木淳 70
4. 神経障害性疼痛の分子機構 植田弘師, 永井 潤 81
5. 慢性疼痛とオピオイド 朝戸めぐみ, 成田 年, 鈴木 勉 90
6. 鎮痛の機序 川喜田健司, 岡田 薫 101

第3章 慢性疼痛の治療方法

1. 薬物療法
 - 1) NSAIDs 佐伯 茂 114
 - 2) ステロイド薬・生物製剤 高崎芳成 129
 - 3) オピオイド 井関雅子 141
 - 4) 整形外科的疾患と帯状疱疹関連痛に対するモルヒネ内服治療法
..... 加藤佳子, 山川真由美, 加藤 滉 152
 - 5) 漢方系 福森耕平 163
2. 神経ブロック 宮崎東洋, 木村信康 177
3. 神経刺激療法
 - 1) 末梢刺激による鎮痛法 北出利勝, 角谷英治, 新原寿志 188
 - 2) 脊髄刺激による鎮痛法 森本昌宏 200
 - 3) 中枢刺激による鎮痛法 山本隆充, 片山容一 210
4. 鍼治療
 - 1) 筋骨格系の痛みと鍼治療 伊藤和憲 220
 - 2) 炎症性疼痛と鍼治療 粕谷大智 228
 - 3) 神経障害性疼痛と鍼治療 石丸圭荘 239

- 5. リハビリテーション……………平澤泰介, 松本和久, 内座保弘…245
- 6. 慢性疼痛の心理療法……………永田勝太郎…256
- 7. 慢性疼痛に対する生体内再生治療 …………… 稲田有史, 中村達雄, 市原理司,
諸井慶七郎, 橋爪圭司, 古家 仁, 森本 茂…268

第4章 慢性疼痛の治療における医療連携

- 1. 慢性疼痛治療における連携医療の現状……………山口佳子, 熊澤孝朗…280
- 2. 麻酔科医の立場から……………智原栄一…288
- 3. 整形外科の視点からみた集学的治療……………牛田享宏, 大須賀友晃…296
- 4. 理学療法士・作業療法士の立場から……………肥田朋子…305
- 5. ペインクリニックにおける鍼灸療法の実践……………河内 明…315
- 6. 看護師の立場から……………安藤詳子…321

おわりに……………329

キーワード索引……………330

6. 看護師の立場から

安藤 祥子

(名古屋大学医学部保健学科看護学専攻)

1. 看護領域における慢性疼痛の捉え方

看護師は患者のベッドサイドに24時間居合わせる職種であり、患者が抱えるあらゆる苦痛に関わってきた。特に、疼痛に対して、深井¹⁾が言及しているように、看護師は積極的に援助する必要があると捉えている。看護師は、国際疼痛学会 (IASP) による疼痛の定義「組織の実質的あるいは潜在的な損傷に関連するか、またはそのような損傷に関して説明された不快な感覚と感情経験である」に基づき、疼痛は極めて個人的な主観的経験であると理解している²⁾。患者は痛みを体験している時、その痛みの体験世界に存在し、自分らしい思考や生活から遠ざかり、著しくQOLは低下する。したがって、看護師はそのような状況にある患者に対して、その疼痛に関する情報を収集し、アセスメントした上で、適切なアプローチについて検討し、その看護援助を実施して成果を評価する。

看護師がいかにか判断し看護行動をとるべきか、思案する時、拠り所となるものに看護診断がある。看護診断は、1970年代に日本に紹介され、80年代に導入されたが、当初、看護師が診断することに非難や抵抗の声もあった。現在、北米看護診断学会 (North American Nursing Diagnosis Association: NANDA)³⁾やカルベニート⁴⁾などの看護診断が知られている。NANDAは、「看護診断とは実在あるいは潜在する健康問題/ライフプロセスに対する個人、家族、地域の反応についての臨床判断である。看護診断は、看護婦が責任を負っている目標を達成するために、看護介入の選択の基礎を提供する。」と定義している。慢性疼痛と急性疼痛については看護診断名として取り上げ、IASPの定義を基に、疼痛の持続期間6カ月と疼痛消失の予期を目安に区別し、診断指標と関連因子を各々明示している (表1)。慢性疼痛について、「実在または潜在する組織損傷から生じる、

Chronic pain management nursing

Shoko Ando

Nagoya University School of Health Sciences, Department of Nursing, Division of Clinical Nursing.

キーワード：慢性疼痛看護・トータルケア・協働チーム

表1 NANDAによる疼痛に関する看護診断の定義・診断指標・関連因子

	慢性疼痛	急性疼痛
定義	実在または潜在する組織損傷から生じる、あるいはそうした損傷に関連して説明される不快な感覚と情動的な経験。持続期間が6カ月より長く、終わりが予期できないかあるいは予測不可能で、持続または再燃し、軽度から強度までの強さがあり、突然または徐々に発症する。	実在または潜在する組織損傷から生じる、あるいはそうした損傷に関連して説明される不快な感覚と情動的な経験。持続期間が6カ月より短く、終わりが予期できるかあるいは予測可能で、軽度から強度までの強さがあり、突然または徐々に発症する。
診断指標	<ul style="list-style-type: none"> ・以前の活動を継続する能力の変調 ・食欲不振・罹患している筋群の萎縮 ・睡眠パターンの変化 ・合図による疼痛の訴え ・抑うつ ・苦悶様顔貌 ・倦怠感 ・再度身体損傷を受けることに対する恐怖 ・保護的行動 ・焦燥感 ・疼痛部位をかばおうとする行動の観察 ・人との相互作用の減少 ・落ち着きがない ・自分への注意の集中 ・交感神経系の反応 ・言葉による疼痛の訴え 	<ul style="list-style-type: none"> ・筋緊張の変化 ・食欲の変化 ・血圧の変化 ・心拍数の変化 ・呼吸数の変化 ・合図による疼痛の訴え ・発汗 ・注意をそらすための行動 ・苦悶様顔貌 ・保護的行動 ・注意の及ぶ範囲の狭まり ・疼痛の証拠の観察 ・疼痛を避けるために体位づけ ・疼痛部位をかばおうとするしぐさ ・散 瞳 ・自分への注意の集中 ・睡眠障害 ・言葉による疼痛の訴え
関連因子	<ul style="list-style-type: none"> ・慢性の身体的な障害 ・慢性の心理社会的な障害 	<ul style="list-style-type: none"> ・損傷の原因となるもの (生物学的・科学的・物理的・心理的)

抜粋：日本看護診断学会・監：中木高夫・訳：NANDA-I看護診断一定義と分類 2007-2008. 東京、医学書院、310-312, 2007

あるいはそうした損傷に関連して説明される不快な感覚と情動的な経験。持続期間が6カ月より長く、終わりが予期できないかあるいは予測不可能で、持続または再燃し、軽度から強度までの強さがあり、突然または徐々に発症する。」と定義している³⁾。看護診断は、NANDAによって2年ごとに修正され、常に更新されて、看護基礎教育にも導入されている。これまで長い間、看護問題について共通用語をもたなかった看護領域で、看護学の構築に貢献しているといえる。岡崎³⁾は、看護診断に基づく痛みのケアについて取り上げている。

実際の臨床においては、急性疼痛と慢性疼痛が混在している場合が多く、また、がん患者が増加し、緩和ケアの必要性が強調される中で、がん性疼痛緩和に関する議論は盛んであり、がん患者の全人的苦痛⁴⁾(図1)の概念が普及している。慢性疼痛をもつ患者は、死に直結しなくとも痛みによる心理・社会的苦痛やスピリチュアルペインを体験していることが多く、こ

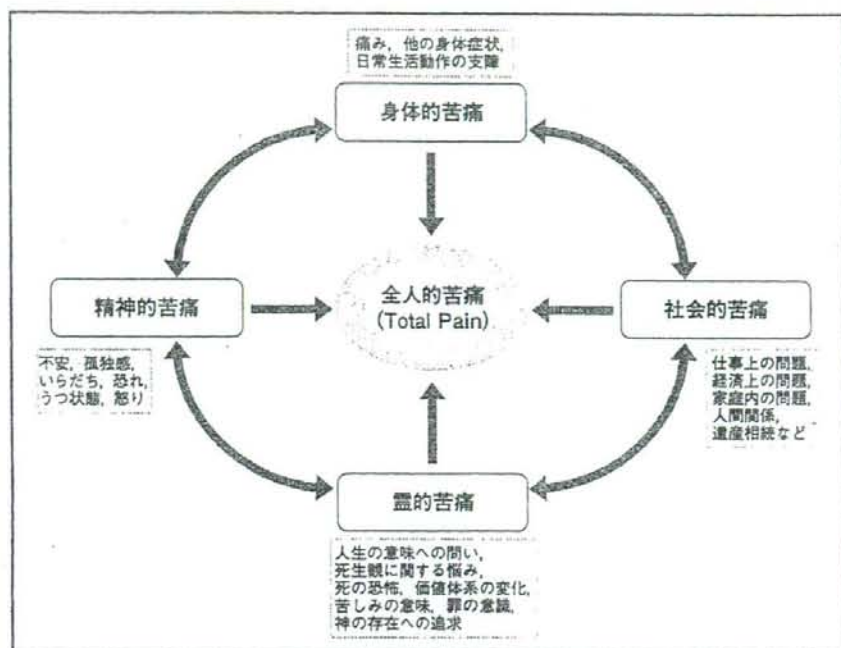


図1 全人的苦痛の理解 (文献6より引用一部改変)

の枠組みを活用することはできる⁷⁾。これまで、難渋する慢性疼痛に対して踏み込めない現実があったが、近年、痛みメカニズムの解明が進んでいることから、今後、慢性疼痛と急性疼痛についてアセスメントを深めて、患者が体験している疼痛をより正確に捉え、慢性疼痛患者に対して適切なアプローチで積極的に介入するように強化していくことが求められる。

2. 慢性疼痛患者に対する看護アプローチ

疼痛を持つ患者に対して、いかにアプローチするか、その第一歩は疼痛の観察に始まる。患者がどのように疼痛を体験しているか、急性疼痛か慢性疼痛か、痛みの現象を把握することは、特に患者・家族と生活場面も含めて時間を共有することが多い看護師に期待されている。痛みの測定についてはVAS (visual analogue scale), NRS (numeric rating scale), フェイススケールなど、よく知られている。筆者らは、アセスメントツールとして「痛み計」(図2)を開発中である^{8,9),12)}。痛み計(6 cm×23 cm×2 cm, 160 g)は、主観的な痛みの強さを記録するための電子機器で、0(全く痛みが無い)から10(最悪の痛み)の(NRS)を採用し、患者が電源を入れ、痛みの強さに該当する数値ボタンを押すと、痛みの強さと同時に、その年月日と時刻を記憶する器具で、1日単位のグラフを表示窓に出力できるよ

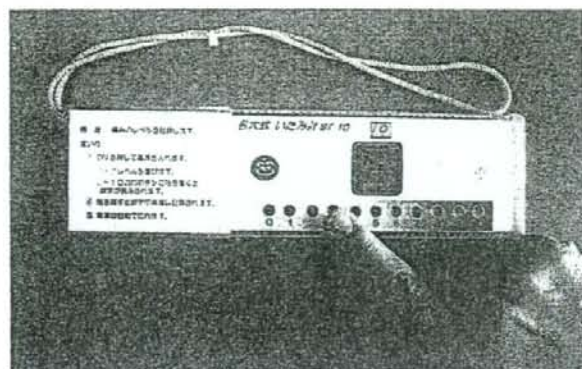


図2 痛み計

うになる。ねらいは、どのような時に、どの程度の痛みが起きているのか、タイムリーに記憶できる簡便な道具があることで、患者が痛みをあきらめることなく、医療スタッフとともにその傾向をつかみ、疼痛コントロールに役立てようとするものである。患者が書くという面倒な作業をしなくても、または、看護師に毎回痛みの度合いを口頭で告げるという心理的な負荷を患者にかけることなく、簡易に利用できる点にメリットがある。現在のフォーカスはがん性疼痛であるが、状況に合わせて他の症状にも応用できるツールとしたい。慢性疼痛の場合、さらに痛み行動や心理状態のアセスメントが重要となる。

そして、慢性疼痛を持つ患者へのアプローチについて、カルベニートは慢性疼痛の看護診断に対する看護の目標や一般的看護介入を併せて掲載している。急性疼痛との相違がわかるように表2に示した。本稿では省略したが、最近、看護介入によって現れる成果の範囲と、評価方法の枠組みである看護成果分類 (Nursing Outcome Classification; NOC) と看護方法論の枠組みである看護介入分類 (Nursing Interventions Classification; NIC) を、看護診断とリンクさせて活用すること¹⁰⁾が、看護診断学会を中心に推奨されている。学際的に検討を進め、日本の状況に合わせて用語を開発し、実践を共有していくことが望まれる。慢性疼痛の一般的看護介入(表2)として、具体的に「家族療法、集団療法、行動修正、バイオフィードバック、催眠療法、指圧、運動プログラム、認知療法」が明記されているが、これらの介入はリハビリテーション科等¹¹⁾において、チームを組んで実施している。看護師独自では、タッチング・マッサージ・温療法・アロマセラピー・音楽療法などや、呼吸法や自律訓練法などのリラクゼーション技法¹²⁾が実践されてきている。

表2 カルペニートによる疼痛に関する看護の目標・指標・一般的看護介入

	慢性疼痛	急性疼痛
目標	・患者は疼痛が改善され、日常活動が増加したことを説明する(証拠となる事実を示す)	・患者は十分な疼痛緩和を実施した後、疼痛が緩和したことを話す(証拠となる事実を示す)。
指標	・疼痛があることを他者が認めてくれると話す ・疼痛を管理するための非侵襲的疼痛緩和の方法を選んで実施する	・疼痛を増強する活動を言える。 ・疼痛に効果的な介入を言える ・疼痛があることを他者が認めてくれると話す
一般的看護介入	<ol style="list-style-type: none"> 知識不足を改善する <ol style="list-style-type: none"> 原因がわかっている場合、患者に疼痛の原因を説明する。 原因がわかっている場合、どのくらい疼痛が持続するか述べる。 検査や処置による苦痛・感覚を詳しく説明し、それが持続するおおよその時間を伝える(例:「経静脈的腎盂造影をする間、瞬間的に全身に熱い光が走るように感じるかもしれません」)。 慢性疼痛が患者の生活に及ぼしている影響を調べる。患者と家族の両方に聞く。 <ol style="list-style-type: none"> 仕事や役割責任達成度 社会関係 経済面 日常生活活動(睡眠、食事、身体的活動、性生活) 認知/情動(注意集中、抑うつ) 家族の結束(家族の反応) 痛みの成り行きや治療、副作用についての期待を調べる。非現実的な期待を持っていないか調べる。 身体的・精神的な緩和法と薬剤を組み合わせることの効果について話し合う。 さまざまな治療法について患者や家族と話し合う。(家族療法、集団療法、行動修正、バイオフィードバック、催眠療法、指圧、運動プログラム、認知療法) 痛みによる苦痛について話し合う: 持続力の低下、食欲不振、睡眠妨害、楽しいことが減る、不安、恐怖、注意散漫、社会関係や性関係の喪失。 	<ol style="list-style-type: none"> 知識不足を改善する <ol style="list-style-type: none"> 原因がわかっている場合、患者に疼痛の原因を説明する。 原因がわかっている場合、どのくらい疼痛が持続するか述べる。 検査や処置による苦痛・感覚を詳しく説明し、それが持続するおおよその時間を伝える(例:「経静脈的腎盂造影をする間、瞬間的に全身に熱い光が走るように感じるかもしれません」)。 薬物依存に対する恐怖を弱めるため、正確な情報を提供する。疼痛に対する患者の反応を看護師が受容していることを述べる。 <ol style="list-style-type: none"> 疼痛の存在を認める。 疼痛に関して注意深く聞く。 疼痛をもっとよく理解するために(疼痛が実際に存在しているかどうかを明らかにするためではなく)疼痛をアセスメントしていることを患者に伝える。 疼痛とその治療に関して誤った理解をしていないか、家族をアセスメントする。 なぜ疼痛が増強するのか、あるいは緩和するのか、その理由について話し合う(例:「疲労」「疼痛の増強」、気晴らしの存在「疼痛の緩和」) <ol style="list-style-type: none"> 家族の不安が患者に伝わらないよう家族を指導する(例:「家族が注意を払いすぎると、患者が疼痛を二次的利得のために利用するおそれがある。」) 家族が疼痛を疑っているかどうかアセスメントし、患者の疼痛および患者と家族との関係にこのことが与える影響について話し合う。 疼痛が出現していないときも注意を払うよう家族を指導する。 昼間には休息する機会を、そして夜間には中断されない睡眠時間を提供する(疼痛が弱まっている時には、休息しなければならない)。 その他の疼痛緩和法と併せて気晴らしの治療的活用について患者や家族と話し合う。 急性疼痛(例:強い疼痛を伴う処置)の間の、負担にならない気晴らしの方法について指導する(例:絵や写真の中の品物を数え上げる、壁紙のパターンの様な部屋の中のもの数え上げる。あるいは黙って頭の中で数を数える。規則的に呼吸する。音楽に耳を傾け、疼痛がますます従って音量を上げる)。 非侵襲的疼痛緩和法を指導する。 <ol style="list-style-type: none"> リラクゼーション <ul style="list-style-type: none"> 骨格筋の緊張を緩和する方法を指導する。それによって疼痛が緩和する。 背中をさすったり、マッサージをしたり、温浴することによってリラクゼーションを促す。 特別なリラクゼーション法を教える(例:ゆっくりとした規則的な呼吸または深呼吸をし、こぶしを握り、あくびをする)。 皮膚刺激 <ul style="list-style-type: none"> 種々の皮膚刺激法と疼痛に対するその作用について患者と話し合う。 以下の方法及び予防措置について話し合う。 タオル(ぎゅっと絞った)、小さな部位は冷水に浸す、氷嚢、冷ジェルパック、冷マッサージ メントール薬、あるいはマッサージ/背部摩擦などの治療的活用について説明する。 処方された鎮痛薬を用いて、最適な疼痛緩和を患者に提供する。 疼痛を緩和する薬物を投与したあと、30分後にその効果のアセスメントに戻る。 家族の誤解を訂正するために、正確な情報を提供する(例:薬物依存、疼痛に対する疑い)。 恐怖や怒り、欲求不満について、人のいない所で話し合う機会を患者に提供する。状況の困難さを認める。

抜粋: リンダ J. カルペニート=モイ E. 著: 新藤幸江・監: 竹花富子・訳: 看護診断ハンドブック第7版。東京、医学書院。276-285。2006

3. 連携医療における問題点と課題

看護師は、様々な障害や疾患に関連して長い経過で疼痛を抱える患者に関わっている。外来においては、主に神経ブロックや検査の介助を通して、患者の安全安楽を図るように援助している。また、腰痛や肩痛など筋骨格系障害に関連して入院している患者に対し、マッサージや電法など苦痛の軽減を図り、また、帯状疱疹後神経痛や幻肢痛に苦悩する患者に対し、その患者が置かれた状況に合わせて環境調整を工夫して、日常生活動作を援助している。しかし、疼痛治療が難渋する中で、必ずしもケアの方向性を明確にして、計画的にアプローチするまでには至っていないのが現状である。

最近、がん性疼痛に対しては、がん看護専門看護師¹³⁾、がん性疼痛看護認定看護師、緩和ケア認定看護師等が、緩和ケアチームのコーディネーターとなって、具体的に患者の疼痛緩和やQOLの向上に貢献している。慢性疼痛に対しても、その患者が体験している痛みを正確にアセスメントして、適切にアプローチする専門的な医療チームによる実践が望まれる。専門看護師と認定看護師は、医療現場において各々の役割を遂行し、患者・家族や他の医療職から認知され、評価されるようになって発展している。2007年4月施行の改正医療法により、専門性の広告が看護師に拡大され、一般市民の病院選択時の指標として「専門看護師と認定看護師の配置状況」が位置づけられることになった。認定看護師の目的は、「特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて、水準の高い看護実践ができ、看護現場における看護ケアの広がりや質の向上を図る」ことにあり、現在、救急看護、皮膚・排泄ケア、集中ケア、緩和ケア、がん化学療法看護、がん性疼痛看護、訪問看護、感染管理、糖尿病看護、不妊症看護、新生児集中ケア、透析看護、手術看護、乳がん看護、摂食・嚥下障害看護、小児救急看護、認知症看護、脳卒中リハビリテーション看護の18領域が特定され、全領域で3,367名(2008年3月現在)が活躍している¹⁴⁾。この動向から考えると、慢性疼痛看護認定看護師を育成することが、看護領域における慢性疼痛の専門的な臨床実践の第一歩となるであろう。医師・理学療法士・作業療法士・臨床心理士・看護師等の専門家が共同して関わるinterdisciplinary team¹⁵⁾が構成される時、看護師は複雑に要因が絡む慢性疼痛患者に対して専門的な視点で関わりと同時に、チームの潤滑油として有効に機能すると期待できる。

文 献

- 1) 深井喜代子:看護者発-痛みへの挑戦。東京、へるす出版、2004
- 2) IASP: Pain Term: a list with definitions and notes on pain. Pain. 3

- (Suppl): 216-221, 1986
- 3) 日本看護診断学会・監: 中木高夫・訳: NANDA-I看護診断-定義と分類 2007-2008. 東京, 医学書院, 2007
 - 4) リンダ J. カルベニート=モイエ・著: 新道幸恵・監: 竹花富子・訳: 看護診断ハンドブック. 東京, 医学書院, 2006
 - 5) 岡崎寿美子・編著: 看護診断にもとづく痛みのケア. 東京, 医師薬出版株式会社, 2002
 - 6) 淀川キリスト教病院ホスピス・編: 緩和ケアマニュアル, 第4版. 東京, 最新医学社, 34, 2003
 - 7) 熊澤孝朗・監・編: 痛みのケア-慢性痛, がん性疼痛へのアプローチ. 東京, 照林社, 189-216, 2006
 - 8) 深谷陽子, 安藤祥子, 稲垣聡美, 他: がん性疼痛マネジメントにおける痛み計の効果に関する検討. Palliative Care Research 2: 223-230, 2007
 - 9) 光行多佳子, 安藤祥子, 深谷陽子, 他: 患者参加型アセスメントツール「痛み計」の取り組み. 看護学雑誌 72: 80-86, 2008
 - 10) 熊澤孝朗・監・編: 痛みのケア-慢性痛, がん性疼痛へのアプローチ. 東京, 照林社, 78-92, 2006
 - 11) マリオン・ジョンソン, 他・著: 藤村竜子・監訳: 看護診断・成果・介入 NANDA, NOC, NIC のリンケージ第2版. 東京, 医学書院, 2006
 - 12) 荒川唱子, 小坂橋喜久代・編: 看護に生かすリラクゼーション技法-ホリスティックアプローチ. 東京, 医学書院, 2001
 - 13) <http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/senmon/index.html> (2008. 3.)
 - 14) <http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/index.html> (2008. 3.)
 - 15) 近藤まゆみ, 的場元弘編: ナースが向き合うがんの痛みと看護の悩み. 東京, エルゼビア・サイエンス, 116-128, 2000

*注1: 本研究は, 愛知県 H19 年度「健康長寿産業育成のための地域連携実証事業」を受託し, 厚生労働科学研究費補助金や文部科学省科学研究費の助成を受けて取り組んでいる