

2009 37015A

厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

高齢者の在宅終末期ケアの標準化及び

指針策定に向けた基礎的研究

平成20年度・21年度 総合研究報告書

研究代表者 葛谷雅文

平成22(2010)年3月

目 次

I. 総合研究報告書

高齢者の在宅終末期ケアの標準化及び指針策定に向けた基礎的研究・・・1

葛谷 雅文

II. 研究成果の刊行に関する一覧表・・・・・・・・・・・・・・7

III 研究成果の刊行物・別刷・・・・・・・・・・・・・・9

I 総合研究報告書

高齢者の在宅終末期ケアの標準化及び指針策定に向けた基礎的研究

研究代表者 葛谷雅文

名古屋大学大学院医学系研究科健康社会医学専攻発達・加齢医学講座老年科学 准教授

研究要旨

根拠に基づいた多職種参加型の包括的在宅終末期ケアガイドラインの作成を行うことを主目的に、医療・看護・福祉分野の研究者が共同で基礎調査を実施してきた。その結果、人工栄養療法、事前の意思表示、苦痛症状の評価、家族のケア、在宅療養への移行、ケアマネジメントなど幅広い分野において、高齢者の在宅終末期ケアの標準化に資する基礎データの蓄積、教育ガイドラインの整備、ツールの開発を行うことができた。

研究分担者名

植村和正 名古屋大学医学部附属病院総合医学教育センター 教授

平川仁尚 名古屋大学医学部附属病院卒後臨床研修・キャリア形成支援センター 特任助教

安藤詳子 名古屋大学医学部保健学科 教授

飯島 節 筑波大学大学院人間総合研究科 教授

小坂陽一 東北大学病院老年科 助教

近藤克則 日本福祉大学社会福祉学部 教授

樋口京子 大阪市立大学看護額研究科 教授

化による家族介護力の質・量の低下、在宅終末期ケアに精通する医師・看護師の不足、一般・療養病床の削減などによる早期の退院を余儀なくされる入院中の病弱な高齢患者の増加などの問題点が指摘されている。こうした問題点を解決するためには、在宅ケアに携わる医師・看護師の確保の他、24時間体制の地域連携、ケアの提供者及び患者・家族に対する教育が重要である。そして、大多数のケア従事者が一定の水準、つまり科学的根拠に基づく水準で教育を受け、ケアを実践する必要がある。本研究は、医療・看護・福祉分野の研究者が協働して実施し、根拠に基づく多職種参加型包括的在宅終末期ケア指針の立案に向けた基盤データの構築を行うことを主目的としている。

B. 方法

班員が広範な領域の調査研究を分担して行い、班会議・研究会・学会等で議論を重ね、在宅終末期ケアに関連する基礎資料の蓄積と様々な実践的ツールの開発を行った。主な領域は、次の通りである。

1. 高齢者の主体的な症状マネジメントをサポートするアセスメントツールの開発
2. 在宅における人工栄養療法・輸液に関する研究
3. 在宅における事前の意思表示に関する研究
4. 在宅療養への円滑な移行のための支援に関する

A. 研究目的

我が国の年間死亡者数は増え続け、2039年には約170万人とピークを迎えるとされる。そして、その増加は主に高齢者によるものである。昨今の経済状況から考えて一般病床数が今後増加することは考えにくいことから、理論上、病院以外の場所での看取りが増加していくと予想される。特に、在宅での看取りを希望する高齢者が多いため、在宅における高齢者終末期ケアは注目されている。しかし、在宅での看取りを推進する上で、核家族

研究

5. 高齢者の終末期にみられる症状とケアに関する研究及び家族への心理的ケアに関するガイドライン策定に関する研究

6. 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

C 結果

1. 高齢者の主体的な症状マネジメントをサポートするアセスメントツールの開発

1) 高齢者苦痛可視化スケールの開発

全人的苦痛を正しく評価することは、高齢者医療・ケアを提供する際に重要であるが、一般的に高齢者は、我慢することが美德と考えて苦痛を医療者や周囲に訴えることに遠慮しがちである、難聴や認知機能低下などによりコミュニケーション能力が低下している、訴えが多岐にわたるなどの特徴があり、苦痛の正確な評価が困難かつ時間がかかることが多い。そのため、愛知淑徳大学文化創造学部との共同で、高齢者とのコミュニケーションを円滑にし、苦痛症状を短時間で正確に評価するためのツール「名古屋式高齢者苦痛可視化スケール」the Nagoya Graphical Symptom Scale for Elderly (NGSSE)を開発した

(<http://hirakawa-lab.org>)。

2) 改良型痛み計の開発と痛み日記の活用

H19-20年度、改良型の開発に取り組み、H21年度内に作成を完成した。H21、「痛み計」の対照として「痛み日記」を臨床で用いて調査した。本調査は、疼痛のあるがん患者に症状アセスメントツール「痛み日記」を用い、その記入状況と患者のペイン・レベル、QOL尺度、「痛み日記」による疼痛マネジメントに関する評価の関連を明らかにすることを目的に実施した。「痛み日記」を用いた結果、疼痛緩和やQOL改善という効果には至らなかったが、「痛み日記」の記入総回数が多い患者は、看護師との会話の頻度を高くし、疼痛マネジメントに参加する姿勢を促進した。また、患者が「痛み日記」にペイン・レベルを疼痛時に即時記入する回数が多い場合、患者は自分自身で痛みの変化を

認知することができた。

2. 在宅における人工栄養療法・輸液に関する研究

1) 人工栄養療法啓発パンフレットの製作

高齢者及び家族に正確で分かりやすく、偏りが無い情報提供を行うことで、食べられなくなった際のインフォームドコンセントを円滑にすることを目的に多施設協働で人工栄養療法啓発パンフレットを製作した。

2) 高齢者の経管栄養法の“保留 (Withholding)”に関する研究

平成19年度より過去7年間に渡り調査した、経管導入・継続の状態で死亡した患者163名(以下継続群)と、経管導入後、嚥下性肺炎等の感染症や、重篤な嘔吐・下痢等の消化器症状を繰返すため経管を中断 (Withdrawing) した患者38名(以下中断群)、同時期何らかの理由で経管導入を保留 (Withholding) した患者36名(以下保留群)についての比較検討を行った。その結果、経管導入の保留 (Withholding) や、経管導入後、嚥下性肺炎等の感染症や、重篤な消化器症状を繰返すため経管を中断 (Withdraw) した患者群では、重篤な感染症による死亡率が低下し、ゆるやかな衰弱死に至る割合が増加した。

3. 在宅における事前の意思表示に関する研究

1) リビングウィル啓発パンフレットの作成

リビングウィルに関する医師の説明を標準化することを目的に、名古屋大学医学部附属病院老年科において主に入院患者とその家族向けの啓発パンフレットを作成した。

2) 認知症外来の患者・家族の情報ニーズに関する研究

認知症外来の実態および初診患者・家族の情報ニーズについて調査した。その結果、施設入所の希望については全体の約15%が、主治医と延命・救命処置について話し合いたいというリビングウィル相談の希望については全体の約22%が持っていた。今回の結果から、施設入所、リビングウィルなど具体的な情報ニーズが明らかになった。

4. 在宅療養への円滑な移行のための支援に関する研究

1) 高齢者総合機能評価に対応した退院支援ツールの開発

虚弱または要介護状態で退院した後の在宅での生活・看取りを充実させるためには、急性期疾患で入院した際の退院前に質の高いケア計画・教育計画を立案しておく必要がある。そこで、高齢者総合機能評価 CGA に対応した在宅復帰支援をするためのケアコード一覧「CGA 対応在宅復帰 LTC コード一覧」を作成した (<http://hirakawa-lab.org>)。これは、CGA を用いたスクリーニングにより課題が抽出された場合、各課題に対応したケアコードを参照し、標準的方法で詳細な評価やケアを多職種で実施できるように工夫したものである。

2) 高齢者介護施設におけるターミナル支援パスの作成

医療・ケアの質の向上のためには、「標準化」が必要であるため、重要性が増している高齢者介護施設における終末期ケアの標準化の試みとして、名古屋市北区にある生協わかばの里介護老人保健施設と共同で、高齢者介護施設におけるターミナル支援パスを作成した。高齢者介護施設における終末期ケアの標準化・図式化を試みた。

5. 高齢者の終末期にみられる症状とケアに関する研究及び家族への心理的ケアに関するガイドライン策定に関する研究

1) 在宅終末期高齢者の家族の教育に関する指針について

介護のストレスの要因は多岐にわたる。在宅介護家族にやりがいを持って介護にあたってもらうために、「在宅終末期高齢者の家族の教育に関する指針について」と題したガイドラインの策定を行った。

2) 在宅介護家族のストレスを軽減する携帯システムの開発

介護ストレスの早期発見のためのチェックリストとストレス軽減法をまとめ、相互の関係づけを行った。携帯版として、広く利用してもらえようにし、データ収集も容易にした。

6. 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

質の高い終末期ケアを実現するための 4 条件に基づいて、質を評価する指標の作成を試みることを目的に、①国内外の文献レビューから抽出した高齢者の終末期ケアの質の評価指標の構成要素と日本福祉大学終末期ケア研究会が 3 次わたって実施した調査結果と比較、②終末期ケアの質を高める 4 条件に基づき構成要素を整理、③終末期の各ステージ別 4 条件別に評価の視点を抽出し総合評価表の作成を行った。それらを書籍「高齢者の終末期ケアの質を高める 4 条件とケアマネジメント・ツール」(中央法規)にまとめた。

D. 考察

本研究により、人工栄養療法、事前の意思表示、苦痛症状の評価、家族のケア、在宅療養への移行、ケアマネジメントなど幅広い分野において、高齢者の在宅終末期ケアの標準化に資する基礎データの蓄積、教育ガイドラインの整備、ツールの開発を行うことができた。本研究の成果は、医療・介護・福祉の専門職を対象とした高齢者の終末期ケアに関する教育・研修・啓発ガイドラインを策定に資すると考える。また、次年度以降に、多職種参加型終末期ケアワークショップ開催の準備に資するものとする。

E. 結論

医療・看護・福祉分野の研究者が共同で基礎調査を実施してきた。その結果、在宅高齢者の終末期ケアに関する幅広い分野において、高齢者の在宅終末期ケアの標準化に資する基礎データの蓄積、教育ガイドラインの整備、ツールの開発を行うことができた。

G. 研究成果発表

論文発表

1. Kuzuya M, Enoki H, Izawa S, Hasegawa J, Suzuki Y, Iguchi A. Factors associated with nonadherence to medication of community-dwelling disabled elderly in Japan. *J Am Geriatr Soc.* 2010 in press.

2. Kuzuya M, Hirakawa Y. Increased caregiver burden associated with hearing impairment but not vision impairment in disabled community-dwelling older people in Japan. *J Am Geriatr Soc.* 2009 Feb;57(2):357-8.
3. Hirakawa, Y; Kuzuya M; Uemura, K. Opinion survey of nursing or caring staff at long-term care facilities about end-of-life care provision and staff education. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009 Jul-Aug;49(1):43-8.
4. Hasegawa J, Kuzuya M, Iguchi A. Urinary incontinence and behavioral symptoms are independent risk factors for recurrent and injurious falls, respectively, among residents in long-term care facilities. *Arch Gerontol Geriatr.* 2010 Jan-Feb;50(1):77-81.
5. Izawa S, Enoki H, Hirakawa Y, Iwata M, Hasegawa J, Iguchi A, Kuzuya M. The longitudinal change in anthropometric measurements and the association with physical function decline in Japanese community-dwelling frail elderly. *Br J Nutr.* 2009 Sep 14;111:1-6.
6. 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. *J Am Geriatr Soc.* 2008 May;56(5):881-886.
7. 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. *J Am Geriatr Soc.* 2008 Feb;56(2):367-368.
8. Hirakawa Y, Kuzuya M, Masuda Y, Enoki H, Iguchi A. Influence of Diabetes Mellitus on Caregiver Burden in Home Care: A Report based on the Nagoya Longitudinal Study of the Frail Elderly (NLS-FE). *Geriatrics and Gerontology International* 2008; 8(1): 41-47.
9. Kimata T, Hirakawa Y, Uemura K, Kuzuya M. Absence of outcome difference in elderly patients with and without dementia after acute myocardial infarction: An evaluation of TAMIS-II data. *International Heart Journal* 2008; 49(5): 533-543.
10. 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* 2008; 46: 367-374.
11. 平川仁尚、葛谷雅文、植村和正. 高齢者の終末期ケアに関する教育内容について. *医学教育* 2009;40(1):61-64.
12. 平川仁尚、葛谷雅文、加藤利章、植村和正. 高齢者ケアに関わる職員を対象とした絵本を用いた死の教育の効果. *ホスピスケアと在宅ケア* 2009;17(1):14-16.
13. 平川仁尚、葛谷雅文、植村和正. 介護老人保健施設の介護職員を対象とした終末期ケア教育の効果. *医学教育* 2009;40(3):197-200.
14. 平川仁尚、植村和正、葛谷雅文. 高齢者介護施設における終末期ケアの実施および施設長向け教育に関する課題. *医学教育* 2008;39(4):245-250.
15. 平川仁尚、葛谷雅文、加藤利章、植村和正. 高齢者の整容・美容ケアに関する看護・介護職員の意識. *ホスピスケアと在宅ケア* 2008;16(1):10-15.
16. 平川仁尚、葛谷雅文、加藤利章、植村和正. 介護老人保健施設1施設における看護・介護職員の終末期ケアに関する意識と死生観. *ホスピスケアと在宅ケア* 2008;16(1):16-21.
17. 平川仁尚、植村和正、加藤利章、葛谷雅文. リビングウィルに関する患者・家族向け啓発パンフレットの作成～大学医学部附属病院老年科病棟における試み. *ホスピスケアと在宅ケア* 2008;16(3):209-212.

- 18 平川仁尚、葛谷雅文、植村和正. 日本の終末期ケアおよび老年医学に関する教科書の内容－高齢者の終末期ケアに関する内容分析. ホスピスケアと在宅ケア 2008 ; (3) 213-217
19. 平川仁尚、葛谷雅文、植村和正. 高齢者の終末期ケアに関する教育内容について. 医学教育 2009;40(1) 61-64

学会発表

- 1) 長谷川潤, 平川仁尚, 井澤幸子, 榎裕美, 井口昭久, 葛谷雅文. 在宅療養要介護高齢者の死亡場所ならびに死因についての検討. 第51回日本老年医学会学術集会 2009年6月
- 2) 井澤幸子, 榎裕美, 平川仁尚, 長谷川潤, 井口昭久, 葛谷雅文. 在宅要介護高齢者の Instrumental ADL 低下の要因についての検討. 第51回日本老年医学会学術集会 横浜 2009年6月
- 3) 葛谷雅文, 平川仁尚, 榎裕美, 井澤幸子, 長谷川潤, 広瀬貴久, 井口昭久. 介護負担感と要介護者の健康との関係. 第51回日本老年医学会学術集会 横浜 2009年6月
- 4) 葛谷雅文、平川仁尚、鈴木裕介、榎裕美、長谷川潤、井澤幸子、岩田充永、井口昭久、在宅要介護高齢者への不適切な服薬管理とその入院リスク 在宅要介護高齢者の3年間の縦断調査より 第50回日本老年医学会学術集会 2008年6月

II 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
安藤詳子	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 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
Kuzuya M Hirakawa Y	Increased caregiver burden associated with hearing impairment but not vision impairment in disabled community-dwelling older people in Japan.	Journal of the American Geriatrics Society	57 (2)	357-358	2009 Feb
Hirakawa Y Kuzuya M Uemura K	Opinion survey of nursing or caring staff at long-term care facilities about end-of-life care provision and staff education	Archives of Gerontology and Geriatrics	49 (1)	43-48	2009 Jan-Aug
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

近藤 克則	在宅エンド・オブ・ライフ ケアの課題ー全国調査と イギリスの取り組みを踏 まえてー	ホスピスケアと在宅 ケア	16 (3)	244-256	2008
飯島 節	高齢者の終末期の医療 およびケアに関する日 本老年医学会の立場表 明とその後の展開	Geriatric Medicine	47 (4)	443-447	2009
小坂 陽一 佐藤 琢磨 佐々木英忠 荒井啓行	胃ろう造設と家族への 教育	日本老年医学会雑誌	46	521-523	2009
樋口京子	高齢者の終末期における ケアマネジメント	ケアマネジメント学	8	31-38	2009

Ⅲ 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, 莊園雅子, 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. 鍼鎮痛の機序 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 稲森耕平 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

第4章 慢性疼痛の治療における医療連携

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⁾やカルペニート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

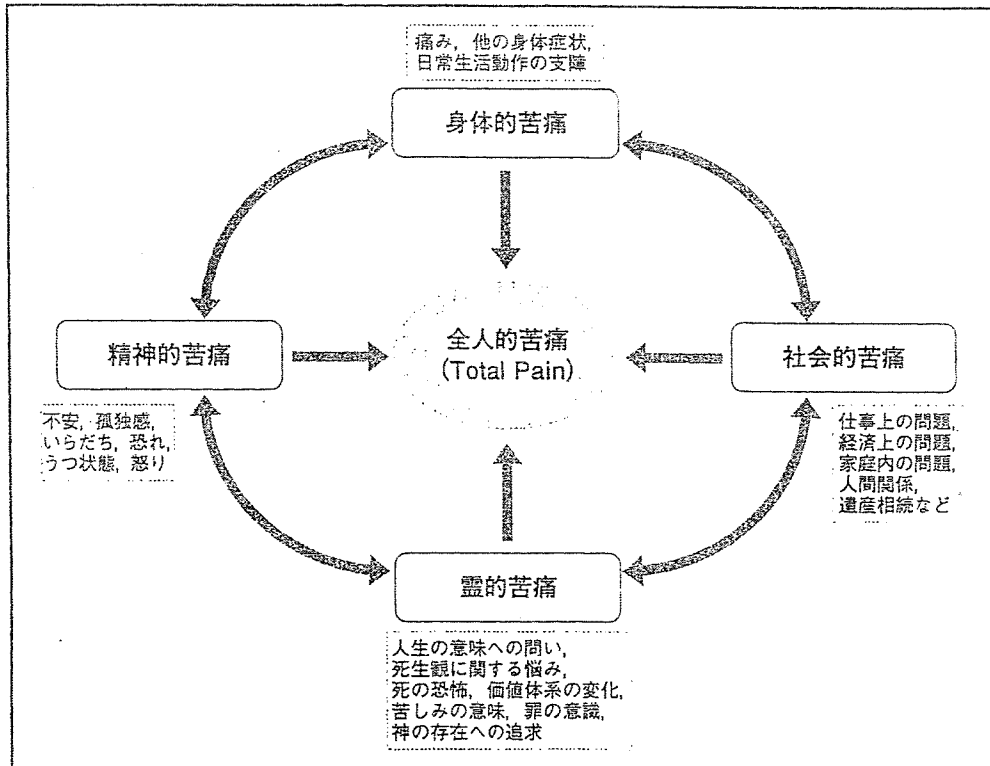


図1 全人的苦痛の理解 (文献6より引用一部改変)

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), 註1)}。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

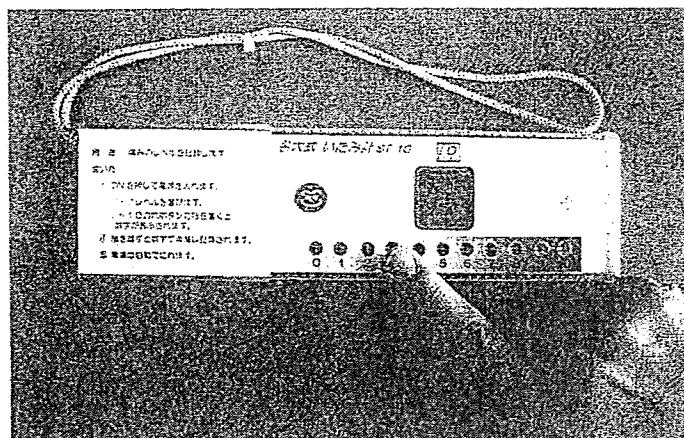


図2 痛み計

うになる。ねらいは、どのような時に、どの程度の痛みが起こっているのか、タイマ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、カルペ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・温電法・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方法を実施した後、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ていると話す ・疼痛を管理するための非侵襲的疼痛緩和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) 痛みへの成り行きや治療、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したいために(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に)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: 家族が注意を払いきると、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。壁紙の模様の中のものを数え上げる。あるいは黙って頭の中で数を数える。定期的に呼吸する。音楽に耳を傾け、疼痛がますます従って音量を上げる)。 非侵襲的疼痛緩和方法を指導する。 <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。 <ul style="list-style-type: none"> 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=モイエ・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