

2013年3月1日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団
理事長 紀伊國 献三 殿

所属機関・職 北海道医療大学大学院

研究代表者氏名 兼平 奈美



2012年度研究助成に係る
研究報告書の提出について

標記について、下記のとおり報告いたします。

記

- 1 研究課題 認知症を伴う進行がん患者の苦痛のマネジメントに関する研究
- 2 研究期間 2012年4月1日 ～ 2013年2月15日
- 3 研究報告書 別紙のとおり

2013 年 2 月 20 日

2012年度笹川記念保健協力財団

研 究 報 告 書

研究課題 認知症を伴う進行がん患者の苦痛のマネジメントに関する研究

所属機関・職 北海道医療大学 大学院

研究代表者氏名 兼平 奈美



I. 目的

高齢化に伴い認知症とがんを持つ患者は増加傾向になることが予測される。がん患者においてがん疼痛は患者の尊厳をも脅かし、生活の質に影響を与えるため、取り組むべき重要課題である。痛みは、感覚的・情動的体験とされており、患者本人の痛みの訴えを信じ、痛みの程度を尋ね、それを基に治療を行う必要があるとされている。しかし、認知症を伴うがん患者の場合は、言語的な能力、記憶の保持、再生能力に後天的に障害が発生し、社会活動に支障をきたしているため、患者自身の言語による訴えで痛みの程度を評価していくことは困難であると考えられる。

一方、海外では、認知症患者の疼痛に対して行動評価スケールを用いて、痛みの有無や強さを客観的に評価する方法が報告されている。しかし、がん疼痛に見られる慢性疼痛と急性疼痛の混合などの複雑な痛みに対しての有効性は検証されていず、国外文献では認知症を伴うがん患者の痛みが過小評価・過少治療の現状が報告されている。

よって、本研究は、がん疼痛看護に熟練した看護師が、認知症を伴うがん患者に対してどのような根拠に基づいた判断をして疼痛のマネジメントを行っているか、その判断と根拠を明らかにすることを目的とした。

II. 研究の内容・実施経過

本研究は、認知症を伴うがん患者に対して看護師がどのような根拠に基づいて、どのような判断をして疼痛のマネジメントを行っているかを明らかにすることを目的としている。これは、看護師と患者との関わりの中で起こる体験に根差した複雑な判断に関わる根拠を明らかにするものであり、量的な研究では測定できない要素を含む。本研究では看護師の経験をありのままに記述し、分析、解釈することを目指していることから、質的帰納的研究を選択した。

対象者選定条件を先行文献から疼痛マネジメントにおける判断への影響がある項目について検討した。検討結果から得られた病棟管理者の疼痛マネジメントに対する考え方や病棟文化、がん疼痛に関する専門家の助言が求められる環境、認知症を伴うがん患者の疼痛マネジメントに関するこれまでの経験などを調査前に確認し、がん看護経験5年以上のがん疼痛マネジメントに熟練した看護師を選定した。

対象者がケアする認知症を伴うがん患者は、がん疼痛が有ると判断されており、認知症の診断がある、もしくは、認知症の疑いがあり DSM-IV-TR の診断基準を満たす患者から FAST4-6 に該当する患者とし、認知症重症度が中程度の患者を選定した。

本研究において疼痛マネジメントを“がん患者の疼痛のある生活の質を包括的に捉え、生活の質を向上させることを目的とした疼痛を緩和するための看護活動”と用語を定義した。

本研究では、看護師が直感的な判断を具体的に語ってもらうことが必要であるが、直感的な判断は、想起されにくい。よって、参与観察法と半構造化インタビュー法の2種類を用いてデータを収集し、研究者、対象者が同じ状況を想起しながら、疼痛マネジメントの判断とその根拠を収集できるようにした。データ収集期間は2012年5月～8月であり、1名の看護師に対し、計4回の参与観察と2回の半構造化インタビューを実施した。

参与観察では、病棟管理者と対象となる看護師に、研究者が研究主旨を説明し、同意の得られた看護師の業務時間内を共に行動し、認知症を伴うがん患者に対して行う疼痛マネジメント内容を観察した。場所は、病室および病棟ナースステーション、カンファレンスルームにおける看護師が疼痛マネジメントを行う場とした。期間は2～3週間程度とし、期間内で観察が可能な日を看護師と相談し、1回の時間を5～6時間程度、週に1～2回を目安とした。参与観察時は、“観察者としての参与者”に徹した。得られたデータは、インタビュー時に場面を想起するために使用した。それに加え、認知症を伴うがん患者もしくはその家族に研究者が研究主旨を説明し、同意が得られた患者のケアはベッドサイドでの観察を行い、看護活動をメモした。

半構造化インタビューでは、対象者が話しやすいと感じる場所で行い、1人につき1回30～60分、週に1回、計2回とした。インタビューガイドを用いて、研究者と看護師が参与観察した場面を想起しながら、認知症を伴うがん患者の疼痛緩和の目標や、がん疼痛があると判断するときには手がかりとしたこと、判断の根拠、行動選定の根拠、鎮痛薬使用後の評価や判断についてインタビューを実施した。インタビュー内容は、対象者の承諾を得てICレコーダーを使用し、録音した。

データ分析は、質的記述的研究方法を用いた。ICレコーダーに録音したインタビュー内容とインタビュー中に記載した対象者の表情やインタビュー時の状況も含め、逐語録を作成した。次に、逐語録を繰り返し読み、藤内、宮越(2005)の臨床判断の要素を参考に、看護師が判断したと思われる内容と根拠について文脈を損なわないように一語に切片化し、データを抽出した。その後、類似する内容をまとめてコード化し、1次コード、2次コードへと順に抽象度をあげた。その後、2次コードを共通する意味をまとめ、研究課題に沿ってサブカテゴリー化した。最後に、サブカテゴリーが説明している意味を吟味し、各カテゴリー間の関連性について、看護師が認知症を伴うがん患者に対して行う疼痛マネジメントの判断とその根拠の意味を損ねないようにカテゴリーを命名し、ストーリーとして説明できるかを検討した。すべての分析の過程では、がん看護学の専門家であり、質的研究の経験者から、データの解釈、コード、カテゴリー化の妥当性についてスーパーバイズを受け、信頼性を高めるように努めた。

北海道医療大学院倫理委員会に申請し、承認を得た研究計画書に基づき研究を行った。研究対象となる病院の看護管理者に、研究の概要を文書と口頭で説明し、許可を得てから、研究実施施設の倫理委員会の承認を得た。その後、病棟師長と病棟スタッフから対象者の推薦を得た。

対象者には、研究の意義・目的・方法などの研究の概要について説明を行い、参加に同意が得られた者から同意書にサインを得た。参与観察場面とインタビュー時は勤務上都合の良い時間を優先すること、いったん承諾した場合でも変更や中断は構わないこと、個人の情報や観察した内容を研究以外の目的では使用しないこと、研究に参加しない場合も不利益は被らないことを書面と口頭で説明した。

同意書は同じものを2通用意し、看護師・研究者が各々1通ずつ保管し、いつでも内容を確認できるように配慮した。なお、研究の同意を得ることが患者、もしくは家族に不利益を被ると病棟管理者が判断した場合は、参与観察を中止し、病室から看護師が退室した時点で、状況を確認していくこととした。

III. 研究の成果

対象者は、A市内2ヶ所の病院の緩和ケア病棟に勤務する看護師計7名で、女性5名、男性2名であった。年齢は、33～39歳で、平均年齢は36.1歳であった。看護師経験年数は9～16年で、平均経験年数は、13.3年であった。がん看護経験年数は、5～16年で、平均経験年数は10.9年であった。現在所属している緩和ケア病棟経験年数は1～8年で、平均経験年数は4.6年であった。

対象者が疼痛マネジメントを行った患者は、男性7名、女性4名の計11名であり、年齢は78～90歳の範囲で平均年齢82.6歳であった。認知症の診断名がついていた患者は、7名であり、認知症のタイプは脳血管性認知症が1名、アルツハイマー型認知症が1名であり、その他5名は不明(老年性、認知症)であった。

認知症という診断名がなくとも病棟医師、看護師が認知症であると判断しケアしている患者のうち患者選定基準に従い、DSM-IV-TRの診断基準に該当した患者は4名であった。よって11名を調査対象患者とした。その後、11名にFASTを用いて重症度を判定した結果、stage 4(中等度の認知機能低下)が3名、stage 5(やや高度の認知機能低下)が6名、stage 6(高度の認知機能低下)が2名であった。

原発臓器以外への内臓や骨転移の診断を受けている者は4名であった。対象患者のうち、がん疼痛に対する薬物療法を受けていた患者は9名であった。使用していた鎮痛薬の種類は1患者につき1～3種類であった。ECOG(Eastern Cooperative Oncology Group)によるPS(Performance status)はgrade 3(身の回りのある程度のことではできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している)が9名、grade 4(身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている)が2名であった。認知症高齢者自立度は調査時点でIが1名、IIが1名、IIbが1名、IIIが4名、IIIaが3名、IIIbが1名、IVが1名であった。

看護師7名に対して1名につき2回実施し、計14回行った。1回のインタビュー時間は19分57秒～1時間8分47秒で、平均時間は44分42秒であった。事例数を限定していなかったため、対象者の中には、数人の入院患者の事例を交えながら話す場合と、1～3事例について詳細にわたり語られる場合があった。

参与観察は7名の看護師に対して1名につき4～5回実施し、計30回行った。1回の参与観察時間は、2時間40分～6時間46分で、平均5時間43分であった。

データ分析の結果、熟練看護師の認知症を伴うがん患者に対する疼痛マネジメントの判断とその根拠として125個の2次コードと50個のサブカテゴリー、14個のカテゴリーが抽出された。以下、カテゴリーを【 】で示し、サブカテゴリーは《 》で示し、説明する。

はじめに、認知症を伴うがん患者に対して看護師が行う疼痛マネジメントの判断とその根拠に関するストーリー・ラインを14個のカテゴリー用いて説明する。

看護師はまず、患者が【つらそうか、調子が良いかどうかを見極める】ために【患者の言葉や表情、行動の微細なサインを観察し、一致度とギャップをみる】。言葉と行動、表情にギャップがある場合、【患者の訴えや行動の真意を探るため、多様なアプローチを動員(する)】し、つらそうか、調子がよいかどうかを見極めるために情報を再度吟味

する。一致した場合は、【患者の体験に看護師の感情を接近させ、患者のつらさを感じと(る)】りながら【患者のつらさの程度を推し量る】。そして、【いつもの患者と比べる】ことで、患者のつらさがあるのかを推し量り、【今すぐに対応せず、引き続きモニタリングするかどうかという判断をする】。今すぐに対応が必要だと判断した場合は、患者のつらさに対応しようと志向し、【痛みなのか、それ以外の原因でつらがっているのかを見極める】、【患者のがん性疼痛の成り行きを見通して痛みの原因の仮説を検証する】ことで患者の痛みの原因を特定していこうとする。この時、看護師は自らの手ですぐに患者の痛みに対応するため、痛みの閾値を上昇させるようなケアや湿布を貼るなど【看護師の裁量によって出来る範囲で患者を楽にし、いつもの患者らしい生活を維持する】と同時に【患者の予備能を見極め、副作用に用心しながら鎮痛薬を選択する】。一方、様子を見ることが出来ると判断した場合は、患者のつらさに対して関心を寄せ続けながら患者の生活を詳細に観察し、【チームで知恵をすり合わせ、患者から聞くことの出来ない痛みの満足度を評価する】。この時も【いつもの患者と比べ(る)】、いつもの患者らしい生活を維持出来ているかを基軸にし、今すぐに対応が必要なのかどうかを判断する。看護師は、患者の身体の痛みだけに目を向けるのではなく、患者の生活の質を上げようと、食事や排泄、睡眠を整え、その人にとって【小さな心地よさを積み重ね患者にとっての居場所をつくる】ことや、がんの病態から進行を予測し残された時間を換算し、今の生活がどう変化しそうかと、がんの成り行きと残された時間、患者らしい生活の実現性の3点をすり合わせ【残された時間の中でその人らしさを紡ぎながらケアを組み立て(る)】ていた。

次に各カテゴリーとサブカテゴリーについて説明する。

【つらそうか、調子が良いかどうかを見極める】は、痛みを自らの言葉で適切に表現できない患者に対して、患者の調子の悪さを連想させるような訴えや表情から患者がつらそうかどうかをキャッチすることを表しており、《つらそうかどうか、調子が良いかどうか》、《患者自ら“痛い”と訴える》、《患者特有の調子の悪さを連想させる訴え》の3個のサブカテゴリーで構成された。

【患者の言葉や表情、動作の微細なサインを観察し、一致度とギャップをみる】は、言葉だけでは苦痛を表出できない患者に対して、言葉による訴え、動作、表情が一致しているか、ギャップがあるかによってその真意を確かめていることを表しており、《曖昧な訴え》、《表情から緊張しているかリラックスしているかをみる》、《笑顔の質》、《サインを見逃さないよう想像力を組み立て、動き方や所作を細部に渡り観察する》、《言葉・動作・表情の一致度とギャップをみる》の5個のサブカテゴリーから構成された。

【患者の訴えや動作の真意を探るため、多様なアプローチを動員する】は、患者の言葉や動作の真意を知るために、患者に合わせた痛みの尋ね方をすることや、家族や他のスタッフから患者に関するより多くの情報を集めること等を表しており、《想像力を駆使して、不安や気持ちの落ち着きの無さの理由を探る》、《家族から見た患者のいつもの様子》、《患者の訴えや動作の真意を探るため、多様なアプローチを動員する》、《味方と思ってもらえるように関わる》の4個のサブカテゴリーから構成された。

【患者の体験に看護師の感情を接近させ、患者のつらさを感じとる】は痛みを表現

できない患者に対して、看護師が患者に成り代わって患者の体験を汲み取り、自分の体験に引き寄せていくことを表しており、《看護師が患者の体験や世界に近づく》、《患者の気持ちの余裕の幅》、《看護師が患者のつらさを感じとる》という3個のサブカテゴリーから構成された。

【患者のつらさの程度を推し量る】は患者が体験しているつらさをいつもの患者の生活の様子と比べて、つらさの程度を推し量ることを表しており、《これまでの患者と比較しながら、つらさの程度を推し量る》、《患者のこれまでの痛がり方》、《つらさの存在》という3個のサブカテゴリーから構成された。

【いつもの患者と比べる】は、患者のつらさがある生活を送っているのかを判断するためのいつもの患者らしい生活を基軸として比較していることを表しており、《患者が今まで通りの生活ができていないかを見極める》、《食事・排泄・睡眠の変化》、《本人らしい表情》、《普段の表情》、《患者がいつも通り周囲の人と交流できているか》の5個のサブカテゴリーから構成された。

【今すぐに対応せず、引き続きモニタリングするかどうかという判断をする】は、患者が不調を明確に訴えられずつらさの程度が曖昧な中で、異常なのか正常なのか、今すぐの対処が必要かどうかを決めかねた時に、対応すべきか様子を見て、引き続きモニタリングするかを判断することを表しており、《一時的に保留にするという判断をする》、《今、対応するかどうかを判断する》の2個のサブカテゴリーから構成された。

【痛みなのか、それ以外の原因でつらさがあるのかを見極める】は、看護師が患者につらさがあり、今すぐに対応したほうが良いと判断した後、患者のつらさの原因が、痛みなのか、それ以外の身体症状なのか、あるいはさみしさや不安といった心理的な影響なのかを見極めることを表しており、《つらさの原因が痛みなのか、それ以外の原因なのか複数の仮説を持って観察する》、《痛みの原因になる他の因子を探る》の2個のサブカテゴリーから構成された。

【患者のがん疼痛の成り行きを見通して痛みの原因の仮説を検証する】は、がん疼痛が起きている病態を痛みの発生メカニズムをアセスメントして仮説を検証することを表しており、《これまでのがんの痛みのケアの経験から、がんの痛みの成り行きを見通す》、《がん疼痛の特徴があるかを見極める》、《痛みの原因の仮説を立てる》、《推察した痛みの原因を、ひとつずつ消去する》、《患者のつらさの原因にあわせた手立てを考える》の5個のサブカテゴリーから構成された。

【看護師の裁量によって、できる範囲で患者を楽にし、いつもの患者らしい生活を維持する】は、看護師が患者のつらさをできるだけ早く緩和するために、考えうるできる限りのケアをその場で効果的に行うことを表しており、《看護師の裁量によってできる範囲で「何か」をする》、《一時でも患者が気持ち良さを感ぜられるように働きかける》の2個のサブカテゴリーから構成された。

【患者の予備能を見極め、副作用に用心しながら鎮痛薬を選択する】は、看護師が、年齢を重ねた患者の身体機能の低下に加え、がん進行に伴う全身状態の悪化を考慮しながら、がん疼痛の緩和のために使用される薬剤の副作用を最小限に食い止めようと、通常の患者に投与する以上に慎重に投与することを表しており、《使用する鎮痛薬の種類・量・投与経路を選択する》、《患者のリスクを最小限に生活スタイルに妨げに

ならない方法》,《患者の予備能を考慮し,副作用に用心した薬剤投与》,《痛みに早く対処しながら,いつもの患者らしい生活を維持したい》の4個のサブカテゴリーから構成された。

【チームで知恵をすり合わせ,患者から聞くことのできない痛みの満足度を評価する】は,患者自身から痛み治療の評価が得られないため,満足度や痛みの程度といった患者からの応答が出にくい中で,痛み治療の評価を医療チームで情報を寄せあいモニタリングしていくことを表しており,《チームで知恵をすり合わせ,患者から聞くことのできない痛みの満足度を評価する》,《次元を変えながら患者の変化をモニタリングする》の2個のカテゴリーから構成されている。

【小さな心地よさを積み重ね患者にとっての居場所をつくる】は,予後から予測される残された時間や,患者の体力を加味しながら,患者が生活の中で,心地よさや気持ち良さを味わう時間を積み重ねられるように生活環境を整えていくことを表しており,《日々の基本的な日常生活や心地よさを大事にする》,《患者の居場所となるような環境をつくる》,《患者の疲労度や苦痛を見極め,それらを最小限にする》,《患者に残された体力を推量し消耗度とのバランスを天秤にかける》の4個のサブカテゴリーから構成された。

【残された時間の中でその人らしさを紡ぎながらケアを組み立てる】は,《患者に残された時間を見積もる》,《患者が大事にしていることを看護師が大事にする》,《患者の調子に合わせてタイミングを逃さず,ケアを組み立てる》,《患者のケアに対する抵抗感を患者の意思と汲み取る》,《患者に残された能力に目を向ける》,《医療処置を実施することによる患者の生活へのメリットとデメリットを予測する》の6個のサブカテゴリーから構成された。

看護師の判断と根拠の特徴は,毎日の暮らしぶりから患者の微細な表情・行動・言葉の変化を“いつもの患者”と比較し,患者の痛みを捉えていた。患者の言葉・表情・行動のサインの一致度に着目し患者の訴えや行動の真意を探るため,多様なアプローチを動員し,情報の吟味することであった。早期に医療チーム内で“いつもの患者”像をすり合わせ,共有し続けることの必要性が示唆された。看護師は常に患者らしい生活を志向し,看護師の裁量の中で副作用の予防,リスクを最小限に抑えた薬物療法を実施し,患者の安全は元より患者の個別性を尊重していた。痛みや心身の状態を自らの言葉で適切に表現することが難しい認知症を伴うがん患者に成り代わりながら,その人らしさを紡ぎ,がん進行による残された時間による“これから”を予測し,小さな心地よさを積み重ね,“今”の患者にとっての居場所をつくることに専心していた。

IV. 今後の課題

本研究は,認知症という医学的診断がない患者も含まれており,すべての認知症を伴うがん患者に対して一般化することに限界がある。また,研究対象とした看護師はがん疼痛に対しては熟練しているが,認知症に対しては必ずしも熟練している看護師とはいえ,対象者の認知症患者に対するケアの経験知の中で語られたことである。また,本研究では中等度の認知症患者を対象にしたが,今後は重症度による比較をするなど対象者を広げること,さらに認知症専門病棟の看護師との比較を行うなどを行

い、海外で使用されている疼痛行動評価スケールのがん疼痛への適応について検討し、さらに結果の妥当性を高める必要がある。

V. 研究成果等の公表予定（学会、雑誌等）

日本緩和医療学会に演題を申請中である。