

2013年2月15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 大阪大学大学院医学系研究科  
保健学専攻博士前期課程2年  
研究代表者氏名 大友 絵利香 (印)

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 認知症のある患者のがん療育理解に関する記述的研究
- 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15日

2012年度笹川記念保健協力財団

研究報告書

研究課題

認知症のある患者のがん疼痛理解に因る記述的研究

所属機関・職

大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻 博士前期課程

研究代表者氏名

大友 絵利香



## I 研究の目的

本研究は、看護師が、言葉で疼痛を表現することが難しい認知症のある患者のがん疼痛を把握するために、患者が示すどのような反応を手がかりにして疼痛を理解しているのかを明らかにすることを目的とした。

## II 研究方法と研究内容

### 1. 研究デザイン

Sandelowski (2000) の Qualitative Description を用いた。Qualitative Description (質的記述的研究法) の特徴は、明らかにしたい内容が具体的な現象であるときに用いられる方法である。本研究では、看護師が認知症のあるがん患者の疼痛をどのような視点で捉えているかという限局した現象であるため、本研究法を用いることとした。

### 2. 研究対象

#### 1) 対象施設

認知症のある患者のがん疼痛ケアを看護師が行う機会が多い一般急性期病院とした。

#### 2) 対象者数

認知症のある患者のがん疼痛ケアを行っている臨床経験5年以上の看護師30名程度とした。研究テーマに関してはまだ先行研究がされておらず、研究対象者の言葉を用いた記述によって現象を明らかにする質的記述的研究法であること、認知症のある患者のがん疼痛ケアを経験している看護師を対象に行うグループインタビュー法であることから分析に必要なデータ量を確保するために対象者数を、5名程度を6グループとした。

#### 3) 対象者の選択基準と除外基準

Benner (2005) が「習得した経験に基づいて全体像を把握する能力がある」としている中堅以上の看護師とし、技能習得発達モデルの第3段階以上のレベルに位置づけられる看護師であることを基準として、看護師経験5年以上でありがん疼痛看護の経験が3年以上であるとした。病棟の選択基準は、西川、佐藤、宮原、的場 (2010) の先行研究によって重度の認知症患者の入院から在宅療養支援までを受け持つ機能が他の病床群と比較して高いとされている在宅療養支援の機能を持つ一般病棟とした。

除外基準は設けなかった。

### 3. データ収集期間

2012年2月～6月

#### 4. 対象者選択の手順

研究者が、研究対象施設の看護部長に看護部長用研究協力依頼書を用いて口頭で研究について説明し、研究協力の同意を得た。研究施設に研究協力者を設けた。看護部長または施設の研究協力者が、師長会において、対象となりうる病棟の看護師長に看護師長用研究協力依頼書を用いて口頭で研究について説明し、各病棟において研究協力を依頼することについて同意を得た。看護師長の同意が得られた病棟には、看護師長から、選択基準を満たす候補者に看護師用研究協力依頼書と研究参加希望調査書およびインタビューガイドの配布を依頼した。候補者に研究協力の意思がある場合には、各候補者が研究協力者に研究参加希望調査書を提出することとした。日程調整とグループ構成は、研究協力者に依頼し、研究者と研究協力者の間で最終調整を行った。

#### 5. 調査項目と調査方法

##### 1) 基礎情報

対象となる病院・病棟について、以下の調査項目をあげ、看護部長の許可を得て、研究者が資料を閲覧し、それぞれ病院の概要、病棟の概要に記載した。また、対象者には、以下の調査項目について、個人票への記入を依頼した。

##### (1) 対象となる病院についての調査項目

施設の機能、病床数、認知症患者の年間の入院数

##### (2) 対象となる病棟についての調査項目

病床数、入院診療科、がん疼痛緩和ケアを必要とする患者の年間の入院数、認知症のあるがん患者の年間の入院数、緩和ケア専従医の有無、緩和ケアチーム介入の有無、専門分野の看護師の有無とその分野および人数、多職種カンファレンスの有無

##### (3) 研究対象となる看護師のデモグラフィックデータ

年齢、経験年数、調査時点における所属病棟での経験年数、認知症のある患者のケア経験年数、がん疼痛のある患者のケア経験年数

##### 2) 認知症のある患者のがん疼痛を捉える看護師の視点

研究対象者に半構成的質問からなるインタビューガイドを用いてフォーカスグループインタビューを行った。グループインタビューには、特定のテーマについて参加者がどのように解釈したか、その理由は何かという情報が比較的短時間で豊富に得られるという特徴がある。また、参加者同士の相互作用によって、豊富で詳細なデータが得られるという利点がある。

インタビュー調査の内容は、図 1 に示す研究の概念枠組みから、表情や発声の様子、身動きの様子、ケアの受け入れの様子や看護師に対する接し方の様子、精神的な変化、日常生活におこる変化の様子、睡眠パターンの変化の 6 項目とした。

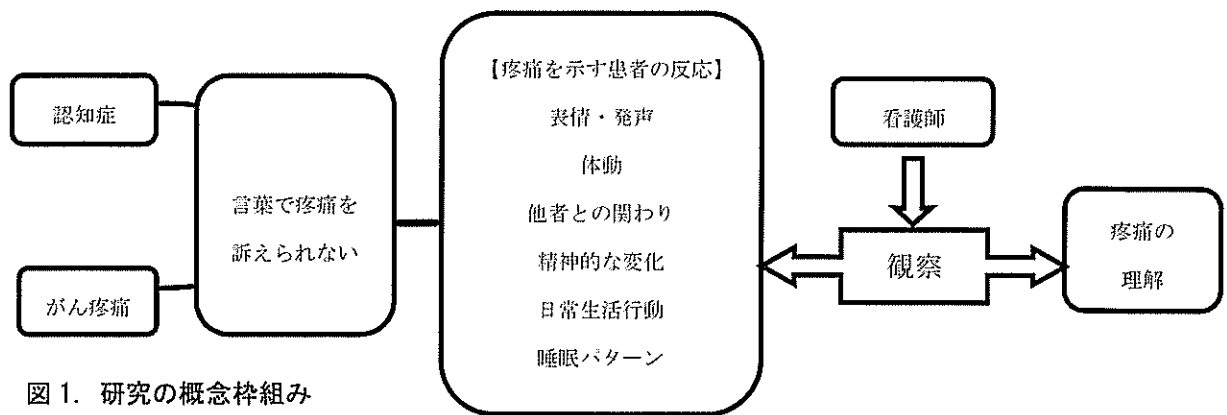


図 1. 研究の概念枠組み

## 6. 分析方法

- 1) 録音したグループインタビューの内容を逐語録にし、認知症のある患者のがん疼痛を捉える看護師の視点として語られているものを一文化した。一文化した内容は、コード化し、分析単位とした。
- 2) コード同士を見比べ相違点・共通点ごとにまとめたものをサブカテゴリー化した。
- 3) サブカテゴリー同士を比較・分類しカテゴリー化したものをさらに類似したデータを整理して大カテゴリー化した。

## 7. 質的研究における信用性と確実性の確保

インタビュー内容は、対象者の同意を得て録音し、録音内容はすべて逐語録にした。分析は、全過程において、質的研究に精通した、がん看護を専門とする指導教官のスーパーバイズを受け、実施した。また、認知症の BPSD についてカテゴリー化する際に、精神科医師の助言を一度うけた。

## 8. 倫理的配慮

本研究の実施に際しては、大阪大学保健学倫理委員会の承認と、研究対象施設の倫理審査委員会の承認を得た。研究対象者には、本研究の参加は自由意思であること、研究参加の中断が可能であること、得られた情報は口外しないことを口頭及び書面で十分に説明し同意を得た。

### Ⅲ 研究の実施経過

#### 1. 研究対象の概要

対象の施設は、一般急性期機能をもつ3施設であった。施設の概要は表5に示す。A施設は、病床数250床で、認知症患者の年間入院数は84名であった。B施設は、病床数360床で、認知症患者の年間入院数は470名程度、ホスピス病棟を持っており緩和ケア専従医がいた。C施設は、がん診療連携拠点病院に指定されており、病床数470床で、認知症患者の年間入院数は350名程度、緩和ケア病棟を持っており緩和ケア専従医がいた。

対象者は31名であった。対象者の概要を表6に示す。認知症のある患者のケア経験年数は平均12.7±7.1(1~28)年、がん疼痛のある患者のケア経験年数は平均10.1±6.3(3~24)年であった。

表5. 研究施設の背景と対象者の属性(施設別)

	A施設	B施設	C施設
施設の機能	一般急性期病院	一般急性期病院	一般急性期病院
病床数	250床	360床	470床
認知症患者の年間の入院数	84名	470名程度	350名程度
緩和ケア専従医の有無	無	有	有
緩和ケアチーム介入の有無	有	有	有
認定看護師/専門看護師他の有無	緩和ケア認定看護師1名 がん化学療法看護認定看護師1名 皮膚・排泄ケア認定看護師2名 認知症ケア専門士1名	老年看護専門看護師1名 緩和ケア認定看護師2名 認知症看護認定看護師2名 皮膚・排泄ケア認定看護師2名 感染管理認定看護師1名 訪問看護認定看護師1名	緩和ケア認定看護師1名 がん化学療法認定看護師1名 皮膚・排泄ケア認定看護師2名 感染管理認定看護師2名 透析看護認定看護師1名 糖尿病看護認定看護師1名
対象者の経験年数(平均)	22.8±5.4	14.8±7.5	14.1±7.3
(最大値)	30	32	28
(最小値)	14	5	5
認知症のある患者のケア経験年数(平均)	12.8±10.9	13.4±6.1	11.7±6.4
(最大値)	24	22	28
(最小値)	1	5	5
がん疼痛のある患者のケア経験年数(平均)	13.7±9.6	10.2±6.2	7.7±2.2
(最大値)	24	20	10
(最小値)	3	3	4

表6. 対象者の属性(グループ別)

	A施設	B施設			C施設		全体
		1グループ	2グループ	3グループ	1グループ	2グループ	
経験年数(平均)	22.8±5.4	13.8±6.0	15.8±10.5	14.8±7.0	13.0±4.3	15.2±9.9	15.8±7.2
(最大値)	30	17	32	22	17	28	32
(最小値)	14	6	5	6	6	5	5
認知症のある患者のケア経験年数(平均)	12.8±10.9	13.8±6.0	12.6±7.3	13.8±6.4	10.8±3.3	12.6±9.0	12.7±7.1
(最大値)	24	17	20	22	15	28	28
(最小値)	1	6	5	6	6	5	1
がん疼痛のある患者のケア経験年数(平均)	13.7±9.6	11.2±5.8	10.8±8.5	8.6±5.0	8.4±1.8	7.0±2.4	10.1±6.3
(最大値)	24	20	20	16	10	10	24
(最小値)	3	6	3	3	6	4	3

#### 2. データ収集・分析・論文作成の経過

- 1) 対象者の選択手順に沿って、抽出した研究対象者に対するフォーカスグループインタビューを2012年4月から6月までの期間で行った。

- 2) インタビュー内容のテープ起こし、逐語録作成は、3月から着手し、6月末までに終了した。
- 3) 逐語録のコード化からカテゴリー化に至るデータ分析は、7月から12月末までに期間で行った、その際は、質的研究に精通したがん看護を専門とする研究協力者からの指導を受けた。
- 4) データ分析から得られた結果を考察し、大阪大学大学院の修士論文としてまとめ、2013年1月31日に提出した。
- 5) 修士論文は、複数の指導者からの助言をもとに加筆修正し、2月15日研究終了に至った。

## IV 研究の成果

### 1. 認知症のある患者のがん疼痛を理解する看護師の視点の特徴

看護師が認知症のある患者のがん疼痛理解の視点としている患者の反応や行動は、【痛みを顔貌で表す】【声を上げる】【筋の緊張】【生理的反応】【日常生活の変化】【防衛】【認知症周辺症状の変化】【認知症周辺症状の変化（焦燥性興奮の出現）】の8つの【大カテゴリー】で示された。それらは、看護師が痛みを理解するための明確な視点と痛みの反応かどうか明確でない視点に分けられた。

#### 1) 明確な痛みの反応として捉えられる視点

本研究では、看護師がどのような視点で認知症のある患者のがん疼痛を捉えているかを明らかにした。痛みと捉えた視点の特徴は、普段との違いや突然の変化であった。

普段との違いは、【痛みを顔貌で表す】や【声をあげる】の中で語られ、普段の表情や発声をよく知る看護師にとって、痛み刺激による変化が捉えやすく、痛みを理解するための視点になっていたと考える。泣き声のような発声（Jordan et al.,2011）や痛いと呼ぶ発声（Husebo et al.,2007）は観察者にとって聞き取りやすく、痛みが関係した騒ぎかどうか評価しやすい指標であると報告されているように、先行研究においても発声の変化は、認知症の患者の痛みを示す指標になると述べられている。

看護師は患者の日常生活を支援しており、援助を通して普段内服できている患者が内服できない様子や患者の関心が普段と変わる様子を捉えて痛みを把握する視点としていた。これらは、患者の身近でケアを提供している看護師がキャッチしている視点の特徴である。

同様に、【防衛】の中に表された〈普段なら受け入れるケアの拒否〉があり、患者がいつもなら好んで受ける特定の看護師からのケアであっても拒否する様子が語られた。この反応は、痛みによって患者が自分自身を守るために示す過剰な防御反応であると考えられ、普段から患者が安心してケアを受けることができる関係を構築している看護師特有の視点であるといえる。さらに【防衛】の中では、〈リハビリの拒否〉〈歩行訓練の拒否〉が痛みの視点とされていた。これらについても、痛みから自分自身を守るための、動きの制限に

よる防御であると考えられ、患者が普段は積極的に取り組む行動が何かを把握している看護師独自の視点であると考えられる。

また、援助を通して普段との違いを捉える視点として、【筋の緊張】があり、患者の姿勢を整えようとしたときに看護師の手に伝わる普段とは違う重量感について、〈力みで普段より重たい〉様子を痛みの視点としていた。骨格筋の緊張による筋や筋膜の痛みでは筋の緊張がみられ、これらは進行がん患者においてはよくみられる機能的な疼痛である（武田,1996）とされている。看護師は、他の医療者とは異なり、ケアのなかで頻繁に患者の姿勢を整えたり、体を抱えるという機会がある。その中で捉えた体を固くして動きに抵抗したり、体に力が入っている様子は援助を通して痛みを知る看護師独自の視点であると考えられる。

次に、突然の変化では、【焦燥性興奮の出現】の中で多く視点となって語られていた。

【焦燥性興奮の出現】を痛みの反応として捉えるときには、〈突然暴れだす〉という行動や〈突然の感情失禁〉という精神的な変化に焦点を当てた視点が語られた。

焦燥性興奮は、前頭側頭型の認知機能障害として出現し、認知症の周辺症状として高頻度に観察される症状である。また、焦燥性興奮では、ほとんどの場合に精神的な動揺と不快や不満の訴えが出現する（山下、天野,2008）とされている。また、日本神経学会は、周辺症状の悪化要因の23%は身体合併症であると報告していることから、今回の研究で看護師が視点としていたことの特徴である突然の変化は、がん疼痛が患者の身体に不快な感覚をもたらすことによる反応であるといえる。常に患者のそばでケアする看護師は、普段から認知症によってもたらされる変化でおきている特有な反応を把握した関わりを持っている。それゆえに、痛みを含めた身体的な不快が背景にあって引き起こされる突然の変化が明確な痛みの反応として捉えられる視点になったと考える。

## 2) 明確な痛みの反応として捉えられない視点

痛みを理解するための視点として明らかになった結果のなかには、相反して【理解の困難】に属するものが複数みられた。Iritani, Tohgi, Miyata,& Ohi (2011) は、認知症のある患者は強い痛み刺激に対する身体的な痛みの感覚は経験しているが、不安のような感情的な要素の影響を受けやすいがん疼痛については、痛みの訴えが少なくなっている可能性を示唆している。このことから認知症のある患者が示す特有の痛み刺激への反応が、明確な理解の視点を得ることに影響を与えていることが考えられる。

《バイタルサインの変化》では、脈拍数の増加や血圧の上昇と呼吸の性状が変化することを痛みの反応と捉えていたが、バイタルサインが変化することだけでは痛みの指標として不十分であるという結果も示された。その中で看護師は、呻吟のように長く弱い性状の呼吸を観察することや呼気が延長してため息混じりになるという細かい観察と普段の呼吸状態を把握することや〈鎮痛剤の使用後にバイタルサインが正常化することを確認して痛みによる反応であったことを理解〉するという思考をたどって《バイタルサインの変化》を



痛みの反応と捉えていた。このことは、Joudan et al. (2011) が PAINAD スケールの信頼性と妥当性の検討の中で報告した、呼吸の変化は有用性に欠けているという結果と類似している。終末期のがん患者は、病状の進行により、呼吸状態の変化が現れるため、痛みによる呼吸の変化と明確に区別することが困難であった。【日常生活の変化】においても、《痛みを回避する動作》《活動性の低下》《食事摂取の変化》《睡眠の変化》は、痛みの反応として捉えられた一方で、痛みの指標としては不十分であるという相反する結果も得られた。認知症の患者の日常生活行動に影響する要因は様々であり、痛みの指標としては不十分であると考えられる。例えば、本研究において《食事摂取の変化》を痛みの反応と捉えるかどうかの見解は看護師によって個人差が大きかった。認知症のある患者にありがちな食事摂取のムラやその時の気分によって食べ方が違うという特徴から、明確な痛みの反応としての視点にならなかったと考える。

次に、看護師は、【認知症周辺症状の変化】を痛みの反応として捉えていたが、一方で、痛みとの識別が困難な反応であるとも捉えていた。認知症では、何か言おうとしても言葉が出てこないなどの発語の困難さや混乱の出現、興奮、睡眠障害、さらに進行すると理解力の障害を伴う認識欠損や日常生活に必要な事柄を認識できなくなり、介護者の提供しようとするケアに抵抗する、終末期では無言になったり言葉による会話ができなくなる、視線を合わすことができなくなる場合もあるといわれている（守本,2003）。これらの症状と【認知症周辺症状の変化】で示された結果は、極めて近いものであることから、痛みの反応と認知症の進行を識別することは非常に困難であるといえる。既存の認知症の慢性疼痛を評価するスケールにおいても、精神的側面の変化として、混乱の出現・妄想・幻覚・恐れが尺度化されているが、具体的な行動指標は明確でない。このことから、周辺症状の変化を痛みの反応であると明確な視点にすることは難しいことがうかがえる。

## 2. 認知症のある患者のがん疼痛を捉えるための新たな視点となり得る知見

今回の研究では、認知症特有の反応が痛みを捉えるための視点となっていた。【認知症周辺症状の変化（焦燥性興奮の出現）】では、攻撃性の高まりや暴言や暴力が痛みの反応として語られた。認知症のある患者に出現する周辺症状の中でも、焦燥性興奮は大声で叫ぶ・罵る・かんしゃくを起こすなどの暴言やたたく・押す・ひっかく・噛みつくなどの暴力を振るうという攻撃性が観察されるのが特徴であり、なかでも暴言や暴力は、認知機能障害の程度が高度な場合に見られやすいとされている。

《看護師への攻撃》では、そばに行った看護師にたたく・かきむしるなどの攻撃を加える様子が痛みによる変化と捉えられていた。【認知症の周辺症状の変化】に含まれる視点の多くは、痛みの指標であると捉えられる反面、痛みを明確にする視点とすることが難しいという語りがあったが、《看護師への攻撃》は、インタビューを行った6グループすべてにおいて痛みの反応として捉えられていた。このことは、看護師が認知症の程度が高度なために痛みを訴える手段が限られた患者との関わりの中で、自分に向けられる攻撃を数少ない

痛みの手がかりと理解していたためであると考え。既存の尺度においても他者との関係性の変化の行動指標のなかで、攻撃的なふるまいや破壊的な行動が下位尺度となっているものがあるが、それらの変化が痛みによるものかどうかを判断する看護師によって捉え方に個人差があると Herr et al. (2006) は報告している。このことは、認知症のある患者の疼痛スケールが標準化されていないことと関係していると考え。この結果を踏まえて、今後さらに多くのデータを集積し検証を続ける必要がある視点であることが示唆された。

### 3. 看護師が痛みの視点を得るための理解のプロセス

本研究では、看護師が認知症のある患者のがん疼痛を理解する視点についての語りと共に、がん疼痛を理解するプロセスについても述べられた。看護師が認知症のある患者のがん疼痛をどのように理解しているかのプロセスは、177 コードから類似した 100 の〈サブカテゴリー〉に分類され、32 の《カテゴリー》が抽出された。カテゴリーは、さらに類似した視点で【理解の基盤となるもの】【独自の思考過程による理解】【痛みの識別】【理解の困難】の 4 つの【大カテゴリー】に整理された。

痛みの反応を捉えるとき、看護師は《理解の姿勢》を持って向き合い、《病態との関連》や《出現形態》、《認知機能の変化》について【理解の基盤となるもの】として、【痛みの識別】を行っていた。その過程において、看護師は【独自の思考過程】に加えて他職種や家族から得る《他者からの情報》を助けとしていた。しかしながら、認知症がある患者が示す反応は周辺症状に影響されることから、現象の一部を捉えるだけでは【理解の困難】を感じていることが語られた。

それらの大カテゴリーには順序性があり、看護師の知識や経験に基づいた視点や痛みの可能性を考えた意図的な視点が含まれていると考えられた。それらを分析する過程において、看護師が患者の反応や行動を痛みの表現であると把握するときに辿っている思考過程が明らかになり、看護師が患者の反応や行動を捉えて痛みを理解するプロセスは図 2 に示すように構造化することができた。

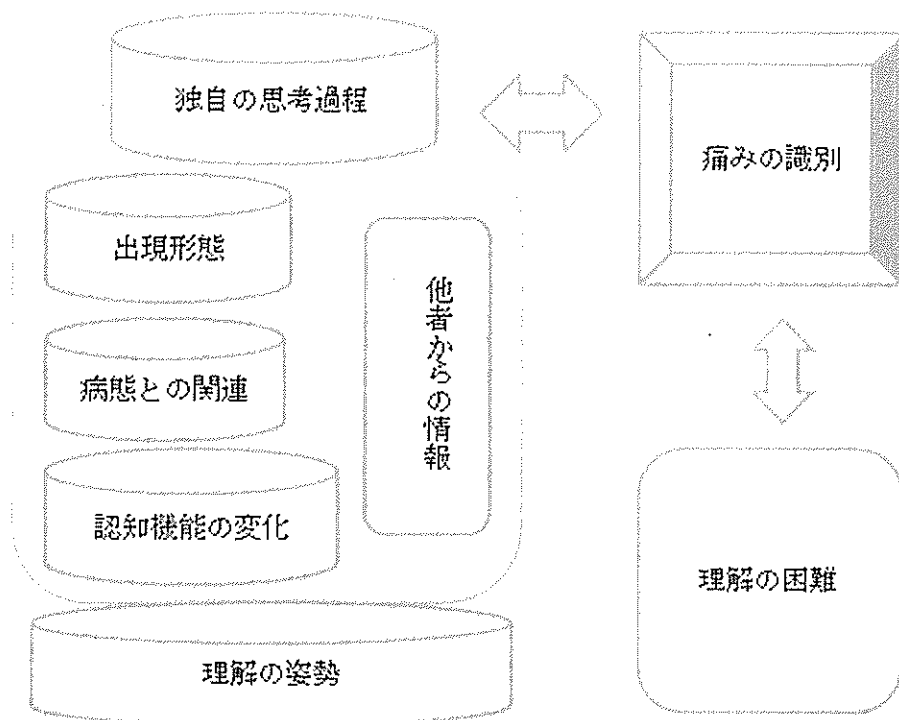


図2. 看護師が認知症のある患者のがん疼痛を理解するプロセスの構造

## V 今後の課題

1. 今回の研究で痛みを捉える視点として多くの語りを得た認知症の行動心理症状は、事例を想起した対象者の認知に基づいた語りのみでは、具体的な変化の様子を把握することが難しかった。今後は、参与観察法を加え、より詳細な痛みが出現している時の患者の反応を明らかにする必要がある。
2. 今回の研究では、ケアの対象となる患者について認知症の程度および腫瘍の部位やステージを限定していなかった。そのため、認知症の程度によって痛みの表現能力に差があり、腫瘍の部位によって反応の出現形態が異なっていた。反対に痛みの機序から考えた反応の出現形態の特徴として、骨転移の痛みによる活動性の変化があり、痛みの視点となっていた。活動性の変化は、行動として看護師が捉えやすいものであることから、今後痛みの指標となりうるものと考えられる。

## VI 研究の成果等の公表予定

- 1.学会発表 本研究の成果は、2013年 日本がん看護学会学術集会において口演発表予定である。
- 2.雑誌 がん看護および緩和ケア関連雑誌(国内発行)への投稿を検討中である。

## VII 謝辞

本研究をまとめるにあたり、データ収集に協力してくださった関連施設の看護師の皆様に深く、感謝いたします。

研究に着手する段階から、完成に至るまで丁寧にご指導いただきました大阪大学大学院の荒尾晴恵教授に心より感謝いたします。