笹川記念保健協力財団　研究助成　　［様式Ｅ－１］
助成番号：2014A-003

2014年　2　月　20日

公益財団法人　笹川記念保健協力財団
理事長　　喜 多　悦 子 殿

2014年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成

研　究　報　告　書

研 究 課 題
認知症を伴う高齢がん患者の疼痛アセスメントのプロセス

所属機関・職　　札幌市立大学　看護学部　教授
研究代表者氏名　　川村　三希子

I. 目的

我が国のがん患者の 6 割が高齢者であり，高齢者の 15%が認知症であると報告されている．すなわち認知症を伴うがん患者が増加していることは自明である．

認知症を伴うがん患者は医療用麻薬の投与量が非認知症患者に比べ少なく，痛みの過小評価，過少治療が報告されている（Bernabei et al., 1998 ; Davies & Higginson, 2004 ; Iritani, Thogi, Miyata, & Ohi, 2011）． 認知症を伴うがん患者の疼痛アセスメントを困難にさせている要因として，①認知症患者は心身の状態を自らの言葉で適切に表現できず，主観的評価に基づくアセスメントと評価が困難であること，②認知症の症状との関連や識別が困難であること，③既存の認知症の痛みの評価指標は，行動指標による評価であるため，行動学的反応が乏しい慢性疼痛が混在するがん疼痛に使用するには限界があることがあげられる．

兼平，川村他（2012）は，認知症を伴う高齢がん患者の疼痛マネジメントに成功した緩和ケア病棟の熟練練護師の疼痛マネジメントの判断とその特徴を質的記述的方法によって明らかにした．その結果，認知症を伴う高齢がん患者の疼痛マネジメントを成功させる鍵は，看護師の微細かつ継続的なアセスメントにあること，加えて認知症を伴うがん患者の場合は，がん疼痛があるかどうかをキャッチするまでには複雑なアセスメントのプロセスがあることが示唆された．しかしこの研究は 2 施設の緩和ケア病棟に勤務するがん看護に熟練した看護師を対象とした調査であったため，必ずしも認知症看護に精通している対象ではなかった．また，疼痛ケアの対象は中等度の認知症を対象とした結果であった．以上から本研究では，対象と施設を拡げ調査を行ない，認知症を伴う高齢がん患者のがん疼痛を判断するまでのプロセスを明らかにし一般化を目指す．

II. 研究の内容・実施経過

１．研究方法

１）研究デザイン：グラウンデッドセオリーアプローチ

本研究は，認知症を伴うがん患者に対して看護師が，患者の何を観察し，どのような判断をして疼痛アセスメントを行っているか，そのプロセスを明らかにしすることが目的である． よって，看護師と患者との関わりといった相互作用のプロセスで生じる行為の解釈や行動，体験を調査するのに適しているグラウンデッドセオリーを選択した．

２）対象施設と研究対象者の選定

<u>対象施設の選定：</u>ネットワーク標本抽出法により行う．がん診療連携拠点病院の一般病棟,日本ホスピス緩和ケア協会に登録している緩和ケア病棟,訪問看護ステーションおよび療養型病床で以下の研究対象者が存在する施設．

対象者の選定：対象看護師の選定は, 以下の基準に満たした者とする.

(1) 認知症を伴うがん疼痛マネジメントに優れていると所属する管理者が評価し推薦する看護師.
(2) 認知症を伴うがん疼痛マネジメントに優れているとスタッフから認められている看護師.
(3) 認知症を伴うがん患者の疼痛マネジメントに成功した経験がある看護師.
(4) 調査時，認知症を伴う高齢がん患者をケアしている看護師.
(5) 看護師としての臨床経験が 5 年以上ある.
(6) 研究調査時点で，対象施設での臨床経験が 1 年以上ある.

参与観察の対象となる認知症を伴う高齢がん患者（以下, 対象患者とする）の選定 は以下の基準を満たした者とする.

(1) 65 歳以上でがんの診断を受けている患者.
(2) 看護師または医師が,がん疼痛を有すると判断して，治療・ケアが実施されている患者.
(3) 認知症の診断を受けている患者,もしくは診断はされていないが看護師または医師が認知症の疑いがあると考えている患者.
(4) (1）～(3）に該当する患者で,看護師による 3DST スケール（櫻井，2014）で過活動せん妄,低活動せん妄が除外されている患者.

３）データ収集方法

半構造的インタビューでは看護師の意識化された思考しか得ることができないため，看護師の潜在的な思考や暗黙知の行動を捉えるため，許可が得られた場合，参加観察をした場面を通してインタビューを実施し，その行動の意味や目的を聞きとった.

看護師の業務時間内に行動を共にし，ケア場面を参加観察し. その後, ケア場面を振り返りながら半構造的インタビューを 1 人につき 1 回実施した.

４）分析方法

(1) 録音したインタビューデータから逐語録を作成する.
(2) データから看護師が観察した内容，観察した理由，看護師の考えと行動に関連があると思われる部分に着目し，その意味を適切に表現するラベル名を生成する.
(3) 参加観察で得たデータを看護師の言動，看護師の行動，患者の言動，患者の行動に着目し，その意味を適切に表現するラベル名を生成する.
(4) 生成したラベルにプロパティとディメンションをつけ類似性と差異性を見ながらカテゴリーを生成する.

(5) カテゴリー間の関係を比較し現象の構造とプロセスをとらえる

２．倫理的配慮

研究者の所属する施設の倫理委員会の承認（通知No.1420-1）を得た後に，各施設の倫理的な手続きを得て実施した．研究対象者には，研究目的および方法，研究参加に関する人権擁護，研究の意義および予測される成果，予測される不快または危険とその対応，プライバシーの保全，データの保管と廃棄，研究成果の開示について書面と口頭で説明し同意を得た．参与観察の対象として選定された対象患者に対しても対象者の認知機能の程度に応じて理解しやすいよう書面と口頭で説明した．必要に応じて代理人にも書面と口頭で説明し同意を得た．

III. 研究の成果

１．対象施設・対象者および患者の概要

対象施設は一般病棟 4 施設，訪問看護ステーション 2 施設，在宅支援診療所 1 施設，療養型介護施設 1 施設，計 8 施設であった．対象看護師は 9 名で全員女性であり，年齢は，32～57 歳で平均 45.4 歳，看護師経験は 10.5 年～37 年で平均 21.3 年，がん看護経験は 9.7 年～37 年で平均 16 年，認知症看護の経験は 9.7 年～22.5 年で平均 15.3 年であった．9 名のうち緩和ケア認定看護師 2 名，認知症看護認定看護師が 2 名であった．結果を表１に示す．

また，参加観察または看護師が特定して語った患者 8 名の背景は，膵臓がん，前立腺がんが各々2 名，肺がん，胃がん，乳がん，舌がんが各々1 名で 7 名が進行がんであった．がんに対する治療は行っていなかった．鎮痛剤を使用している患者は 7 名で，Nsaids のみを使用している患者が 5 名，オピオイドのみを使用している患者が 2 名で併用している患者はいなかった．認知症の確定診断がついている者は 5 名であった．

２．参加観察と半構造化インタビューの概要

9 名の対象者のうち参加観察が可能だったのは 5 名であり 1 人に対し 1 回実施した．参加観察の時間は平均 15 分であった．4 名の対象者は参加観察が出来なかったため半構造化面接の際に可能な限り特定の患者を想起し語ってもらった．面接は 1 人につき 1 回実施しインタビュー時間は 15 分～62 分で平均 33 分であった．

３．認知症を伴う高齢がん患者の疼痛アセスメントのプロセスについて

認知症を伴う高齢がん患者の疼痛アセスメントのプロセスは，180 コード，70 サブカテゴリー，13 カテゴリーが抽出された．結果を表２に示す．

以下，カテゴリーを【　】，サブカテゴリーを『　　』，コードを「　　」で示し，アセスメントプロセスのストーリーラインを説明する．

認知症を伴う高齢がん患者の疼痛アセスメントのプロセスは,「元々どういう人だったのか，どういう話し方をしていたのかを家族に聞く」など家族から情報を得るなどして**【患者の元々の人となりを把握する】**．そして「普段はなごやかな感じの表情だが今日は目が寄っている」「いつも自力で食べていた人が食事介助を受け付ける」など**【いつもの状態の指標と比べ違いをキャッチする】**そのうえで,「以前の採血データと比較する」など**【いつもとの違いの原因を探る】**ことを行っていた．また，いつもとの違いをキャッチするだけではなく『周囲の音や医療者の存在を気にすることができるか』『会話の多さや話す内容』などの指標を観察し**【患者が穏やかなのか不快なのかを判断（する）】**していた．不快だと判断した場合は,**【患者の個々の痛みの表現方法・能力をアセスメントし，その患者個々の痛み指標を探索（する）】**したうえで,**【がん性疼痛の可能性を頭に入れ観察する】**,**【痛みか痛み以外の症状かを判断する】**．また自分だけの診立てではなく**【チームで患者の人となりや痛みに関する情報を共有する】**ことを通して**【患者個々の痛み指標を基に，患者のいつもの状態や以前の状態と比べ患者に痛みがあると判断する】**,**【痛みの指標が複数ある，持続している場合は痛みが増強していると判断する】**,**【患者のいつもの状態の指標や痛みの指標と比べ，患者に痛みがない・緩和されたと判断する】**という判断を行っていた．さらに同時に今の**【患者の記憶力と認知力を評価する】**,**【情報の不一致がある際はあらゆる角度から再評価する】**という再評価を行うプロセスであった．

４．考察

本研究結果を緩和ケア病棟の看護師を対象にした疼痛マネジメントの判断と根拠（兼平，川村他，2012）と対比させ考察する．共通点は，看護師は患者に不快や苦痛があるか，それを患者のいつもの状態と比較するという**【いつもの状態の指標と比べ違いをキャッチする】**という点,**【チームで患者の人となりや痛みに関する情報を共有する】**という点であった．本研究で明らかになった特徴は,**【患者の個々の痛みの表現方法・能力をアセスメントし，その患者個々の痛み指標を探索する】【患者の記憶力と認知力を評価する】**といった認知症患者の認知力のアセスメントを継続的に行っていることであった．さらに**【痛みの指標が複数ある，持続している場合は痛みが増強していると判断する】**という点であった．しかしこの根拠となるデータは限られた対象のものであるため，さらなる検討が必要である．

先行研究や本研究で明らかになっていない点は，看護師がどのように患者個々の**いつもの状態**の指標を作っているのかという点である．看護師個々の暗黙知であるのか，チーム全体で共有した指標を構築しているのかなどは本研究からも明らかになっていない．野中ら（1996）の組織的知識創造理論では，知識には暗黙知と形式知があり，それを個人・集団・組織の間で，相互に絶え間なく変換・移転することによって新たな知識が創造されるとされている．先行研究や本研究でも**【チームで患者の人となりや痛みに関す**

る情報を共有する】ことが示されている．これは共体験などによって，暗黙知を獲得・伝達するプロセス「共同化（Socialization)」を意味すると推測されるが，十分なデータに基づいていないため，この点についてはさらなる検討が必要である．

Ⅳ. 研究の限界と今後の課題

考察で述べた本研究の未解明点や結果の妥当性を深めるために，対象を増やし検討を重ねていく必要がある．また，本研究で語られた患者は疼痛がコントロールされていたため，疼痛増強時の判断プロセスや鎮痛剤をタイトレーションするプロセスについては明らかになっていないため，この点を明らかにするために対象を絞りサンプリングを行う必要がある．さらに，認知症の重症度による違いについても検討を重ねる必要がある．

Ⅴ. 研究成果等の公表予定

2016 年日本緩和医療学会，またはがん看護学会，ヨーロッパ緩和医療学会にて公表予定．

文献

Bernabei, R., Gambassi, G., Lapane, K., Landi, F., Gatsonis, C., Dunlop, R., … for the SAGE Study Group. (1998). Management of pain in elderly patients with cancer. *JAMA, 279*(23), 1877–1882.

Davies, E., & Higginson, J. I. (2004) . Better palliative care for older people (pp. 20-25). World Health Organization regional office for Europe Scherifigsvej 8

Iritani, S., Thogi, M., Miyata, H., & Ohi, G. (2011). Impact of dementia on cancer discovery and pain. *Psychogeriatrics, 11*(1), 6–13.

兼平奈美，川村三希子，内ヶ島伸也，木村公実（2012）．認知症を伴うがん患者の疼痛マネジメントに関する研究．平成 24 年度笹川記念保健協力財団ホスピス緩和ケアにおけるＱＯＬの向上に関する研究助成報告書

櫻井広樹,保坂隆,後藤朝香他（2014）．せん妄，うつ，認知症を同時にスクリーニングするツールの開発．がん看護，19(4)，434-439.

野中郁次郎，竹内弘高，梅本勝博（1996）．知識創造企業．東洋経済新報社.

表1：対象者の背景

データ番号	施設区分	性別	年齢	看護師経験	がん患者のケア経験	認知症のケア経験	専門資格
01DCG	一般病棟	F	32	9年8ヶ月	9年8ヶ月	9年8ヶ月	緩和ケアCN
02DCG	一般病棟	F	34	14年2ヶ月	3年	11年2ヶ月	
03DCV	訪問看護ステーション	F	54	33年6ヶ月	33年6ヶ月	21年10ヶ月	
04DCG	一般病棟	F	41	19年5ヶ月	8年	3年5ヶ月	
06DCG	一般病棟	F	45	22年6ヶ月	22年6ヶ月	22年6ヶ月	
12DCV	訪問看護ステーション	F	57	37年	15年	15年	
15DCV	在宅支援診療所（訪問看護）	F	43	20年	17年	13年	緩和ケアCN
16DCN	療養型介護施設	F	53	20年	20年	16年	認知症看護CN
17DCN	療養型介護施設	F	50	17年	3年	13年9カ月	認知症看護CN

表2：認知症を伴う高齢がん患者の疼痛アセスメントのプロセス

カテゴリー	サブカテゴリー	データ番号	コード
患者との元々を把握する	自分から訴える人かどうか	12DCV	患者自身が元々寡黙な人であれば看護師から痛みについて問いかけるようにする。
	性格	12DCV	性格や患者の個別性は一番大事な情報なので家族から聞き、早い時期に把握する
	音楽などの好み	4DCG	患者のいつもを知る手段：どんな人なのか、もともとどんな音楽を聴いていたのかを家族から聞く
	話し方	4DCG	患者のいつもを知る手段：元々どういう人だったのか、どういう話し方をしていたのかを家族に聞く
	趣味	4DCG	元々の患者の趣味を知っている
いつもの状態の指標と比べ違いをキャッチする	返答の早さ・声の大きさ・トーン	4DCG	いつもとの違い：看護師が話しかけた時に返答する速さ・声のトーン・声の大きさ
	目つき・顔色・表情	2DCG	普段はなごやかな感じの表情だが今日は目が寄っている
		1DCG	痛みに関係なく表情にはわりとムラがある
		4DCG	いつもの様子との違い　目が開くかどうか
		17DCN	いつもとの違い：顔色・
	看護師とのコミュニケーション	4DCG	挨拶をするか、
		4DCG	視点を合わせるか
		4DCG	看護師に興味を示すかを以前と比べる　（40各々を以前と比べる）
		4DCG	ありがとうという気遣いができるか
	姿勢の保持	4DCG	いつもの様子との違い　座位の時の体の傾き
		17DCN	いつもとの違い：体を支えられない・姿勢が崩れる
		17DCN	いつもとの違い：昨日までトイレ立てていたのに今日は全然立てない
	睡眠パターン	4DCG	いつもの様子との違い：日中の睡眠時間
		17DCN	いつもとの違い：夜寝ない
	食事の動作	17DCN	いつもとの違い：いつも自力で食べていた人が食事介助を受け付ける
		4DCG	食事のスプーンをすぐに口に運んだか,
いつもとの違いの原因を探る	せん妄から体調不良を予測する	17DCN	せん妄を起こすと体調不良を予測する
	バイタルサインをチェックする	17DCN	いつもとの違い：何か気になってバイタルはかるけど正常値。でも何か違うときは他の原因を探る
		17DCN	いつもと違う　その原因を探る手段としてバイタルを測定する
	過去の経過表を見ていつ頃から変化したのかを比較する	17DCN	いつもと違うその原因を探る：食事量が少ないことが続いているのかどうか経過表を見る
		17DCN	経過表を見て、この時期から何か起きているのかもしれないと判断する
		17DCN	以前の採血データと比較する
	昨日からの急な変化は身体に異常がある	17DCN	昨日までとれていた行為が急に出来なくなる場合は身体的に具合が悪く行動を遂行できないという気がする
患者が穏やかなのか不快なのかを判断する	周囲の音や医療者の存在を気にすることができる	2DCG	穏やかな状態のときは，周りの音に反応して周囲を見渡している感じ
		2DCG	医療者を気にしている時は穏やかで落ち着いているときだと思う
	痛みを言語で表現できる	1DCG	聞くと痛みの表現が具体的に言えるようになったので 精神状態が凄く安定していると感じる
	表情	2DCG	苦悶の表情があるので，どこかに不快感があるのではないかと思う
		2DCG	眉間のしわ，目を見開いているような表情から創部に違和感を感じていると思う
		4DCG	安楽のサイン：睡眠時の眉間のしわの有無
		3DCV	快・不快：笑顔などの表情
	会話の多さや話す内容	3DCV	快・不快：会話の内容、会話の量
	意欲	6DCG	薬の影響なのか意欲が低下していたとき苦痛があったが、今はリハビリにも意欲的になっているので苦痛はないと思う
	動作	3DCV	快・不快をとらえる→動作
患者の個々の痛みの表現方法・能力をアセスメントし、その患者個々の痛み指標を探索する	痛みがある時、言葉で表現ができるか、	1DCG	傷口の痛みは表現ができる
		1DCG	動ける程度に痛みが軽減すると聞くと痛みを表現する
		1DCG	手術前後の様子が結構違うので問いを理解して表現できているかは心配
		15DCV	歯の痛みを訴えたので、歯肉の腫脹を確認し歯科受診の手続きをする
		17DCN	痛いという患者からの訴えはあった
		15DCV	痛いことは訴えれらた
		17DCN	家族が痛みを繰り返し効くとうなずく（けど痛いかは疑わしい）
		4DCG	気遣いがある人なので理解しなくてもハイという可能性がある
		16DCN	痛い・痛くないはオウム返しの状況なので言葉での痛みの観察は難しいと判断
		17DCN	言葉の表現は曖昧だと判断：痛いと訴えていたが、痛みどめが効いていますよというとそうですかという感じだった
		15DCV	下肢の浮腫による痛みを訴える
	痛みの性質を表現できるか	3DCV	痛い時に痛みの性質をいくつかあげると答えられるだろう
		15DCV	看護師が痛みの性質を表現して尋ねると今感じている痛みは答えられる
		4DCG	足をさすっていた際に，痛みがあるのかを本人に尋ねると辛いと言った
		6DCG	足がだるい、かゆいなどは訴えられるので痛みかそれ以外の快は不快かは判断できる
	痛みの強さを表現できるか	3DCV	今の痛みの強さは訴えられるだろう
		17DCN	フェイススケールは曖昧だと判断：フェイススケールを使用したがいつも一番痛いを選んでいた
	患者なりの痛み指標を把握する	3DCV	痛いときは、動くのが大変になり鎮痛薬を探す、困ったと言うだろう
		6DCG	痛みは表情と払いのけたりする態度で訴えるだろう
		16DCN	言葉による判断が難しいので主に表情と動作で痛みを判断
		16DCN	聞いても通じないので痛みがあると思われる場所を触って確認
		17DCN	NCを押して痛みを訴えることはない
がん性疼痛の可能性を頭に入れ観察する	骨転移による症状を推測し観察する	3DCV	多発骨転移があるかもしれない
		4DCG	骨の転移があるので体動時に痛いのではと推測する
		4DCG	前立腺がんなので腰椎転移を予測し，足のしびれの有無観察
		15DCV	骨転移の可能性を考える
	神経障害性疼痛を推測し観察する	1DCG	痛みがないという情報があったが、がんの神経叢浸潤に伴う痛みがあってもおかしくない状態という情報
		16DCN	痛みの性質はわからない
		15DCV	痛みの性質は、触ってしびれるかどうかたずねる
		4DCG	以前は，ギャッジアップした際に足をさすっていたが最近はその様子がないので足の感覚が鈍くなっているのではと推測する
	がんの進行や痛みの原因について医師の診立てを参考にする	15DCV	触診と採血データ（腫瘍マーカー・貧血）で病態を予想する
		12DCV	病状の進行度などについては医療連携がとれている
		12DCV	痛がっている部位があれば医師に報告し医師の診立てを聞く
	痛みが持続するかどうかを観察する	16DCN	痛みの持続はないので医師と話しがん性疼痛ではなさそうだと判断
	がん以外による痛みの可能性を考える	16DCN	前立腺がんがあるのでバルーンカテーテル挿入による痛みの可能性も考える
	がんの進行の有無により痛みの強さの変化を予測する	2DCG	がんなのでこれ以上痛みが強くなる可能性があると思う
		6DCG	がんが進行していないのでがんの痛みではないと思う
痛みか痛み以外の症状かを判断する	食事量の減少・ADLの低下があるか	12DCV	痛みかどうかの違いは、食事の量
		12DCV	痛みかどうかの違いは、食事ADLがどのくらい低下しているかどうか
	いつも受け入れていたケアを拒否するか	12DCV	痛みかどうかの違いは、いつも受け入れていた清拭を拒否するかどうか
	イライラしているか	4DCG	痛みか痛み以外か：いらいらした言動か
		16DCN	不満によるイライラと痛みのイライラはちょっと違う
		4DCG	痛みか痛み以外か：元々穏やかな人だったのに口調が変わる（イライラする）と変だと思う
	食事・睡眠・リハビリの意欲	4DCG	痛みか痛み以外か：リハビリに意欲的か、食事を食べる意欲はあるか、睡眠の状況など日常生活に支障が出ていないか
	不安はないか	12DCV	痛みとの違い：睡眠状態や不安状態を観て、不安が強ければ安定剤を投与し対応する
	精神的要因かどうか	12DCV	家族内の争い事であれば安定剤。お腹を押さえながら騒いでいたら痛みと判断して対応する

患者個々の痛み指標を基に、患者のいつもの状態や以前の状態と比べ患者に痛みがあると判断する	表情の変化	1DCG	術後の痛い時は無表情で家族以外に反応を示さなかった
		1DCG	術後の痛い時は表情が暗かった
		17DCN	自分の痛みを訴えられない人でも体動時には声や表情でわかる
		17DCN	認知症で痛みを言葉で表現できなくても痛いときは顔をしかめると思う。そういうのがなければ痛くないと思う。
		16DCN	穏やかでニコニコしている顔から，眉間にしわが寄り，顔をすごくしかめるという苦痛に歪む顔へ変化する
		16DCN	もともと穏やかで笑顔の多い患者だったのに排ガス・排便時に穏やかな表情から凄く苦痛な表情に一変した
		17DCN	顔をしかめて食事を飲みこむのに顔を押さえてうずくまる
		16DCN	痛みが出てきた様子：なんとなく冴えない表情，笑顔が少ない
		1DCG	術後の痛い時は顔をしかめていた
		1DCG	術後に痛みがある時は動かず無視することで痛みを表現していた
	問いかけへの反応	1DCG	術後の痛い時はコミュニケーションがとれなかった
		6DCG	(痛い時は)ナースコールを押して足の痛みやだるさを頻繁に訴えていた
	言葉以外の表現がある	6DCG	更衣時に腕が痛いと訴えたり、顔をちょっとしかめる
		6DCG	歯磨きで脱んでいたのは痛かったためだろう
		6DCG	痛みの表現：壁を叩く
		6DCG	痛みの表現：ベッド柵を叩く
	呼吸と体の緊張	2DCG	呼吸の吐きだし音と下肢の緊張亢進が同時に起きるときは劇的に痛みを感じていると思う
		2DCG	体全体に力が入り緊張している
		2DCG	苦悶の表情とともに足が跳ね上がる
		2DCG	力んだときの呼吸音（気管切開部）
	食事量の減少と食事に要する時間	17DCN	ゼリーを数口食べるのを何時間もかかるくらい痛そうだった
		17DCN	食事時間が普段は1時半班要していたのが40分で食べられると（痛みが緩和されたと思う）
		17DCN	痛みの程度　食べる時間と量
	落ち着きのなさ	17DCN	痛いとは言えないが行動で現れる。座っていられる人がそわそわしてじっとしていられない
		16DCN	穏やかな方がいつもと違うイライラを示す
		16DCN	何とも言えず落ち着かない，とにかくじっとしていられない，腰を押さえる，嫌だというように顔をしかめる
	動き方	4DCG	ケア時に患者がしびれた足を動かすかどうか
		15DCV	レスキューの効果が切れると動き始めるという家族からの情報
		1DCG	痛みがあると歩き方が変化する
	同じ部位を触る	16DCN	腹部と腰部を手で押さえて確認すると痛いと言う
		17DCN	痛みの判断：同じ部位をずっと触っている

チームで患者の人となりや痛みに関する情報を共有する	患者の人となりをチームで共有する	12DCV	カンファレンスでチームで患者の人となりの情報を共有する
	ノートや記録に残し情報を共有する	12DCV	介護日誌で情報を共有する
		12DCV	患者の情報が行き渡らない場合もあるのでノートを使用している。
		4DCG	痛みのことで引継ぎが必要な時は申し送りや記録に残す
	チーム内で患者の状態を直接見て共有する	12DCV	必ず全員のスタッフが患者を1度は訪問するようにする
		12DCV	複数で訪問するようにして情報を共有する
	痛みの部位・発生要因についてチーム内で共有する	16DCN	苦痛表情時に痛みの部位や程度をよく観察することをチームで共有
		16DCN	チーム内で痛みの程度を共有するためにフェイススケールを使用して痛みの経過を追う
		15DCV	常に看護、ヘルパーさん、家族など全部の情報を入れながら何がおきているのかを判断する
		16DCN	どういうときに、どんな風に痛いのかを睡眠状況を含めてチームで共有
	チーム内で痛みの評価を共有していない	2DCG	痛みの評価や推察がチーム内で一定ではない
		2DCG	痛いか痛くないのかチームで同じ物差しを持つのが難しい
		2DCG	患者の痛みの感じ方がスタッフ個々に違うのでケアの仕方も違ってくる
		4DCG	チーム内で痛みの有無について確認していない

痛みの指標が複数ある、持続している場合は痛みが増強していると判断する	睡眠・休息がとれない	16DCN	痛みの増強のサイン：しっかり休息が取れていない
		16DCN	痛みの強さのサイン：鎮痛剤を使用しても眠剤を使用しても効果がなく眠れない
	姿勢の保持が不能な状態が続く	16DCN	痛みの増強のサイン：座位保持ができなくなったので座位で苦痛があるようだ
		16DCN	痛みの強さのサイン：座って食事が食べれなくなった状況が続いた
	イライラすることが増える	16DCN	痛みの強さのサイン：イライラしていることが増えた
	体を揺らしながら顔がゆがむ	16DCN	痛みがひどい時は体を揺らしながら顔が歪む
	周囲からの接触を拒む	16DCN	痛みが強い時は話しかけられるのもうっとうしいといわんばかりにうるさいと言う
		16DCN	痛みが強くない時は医療者に注意を向けて返答してくれる
	痛い部分を押さえ表情が苦しそうで落ち着きがない	16DCN	痛みの強さのサイン：左側腹部や腰部を押さえながら前屈みになってこらえるようにぐるぐる歩き回る

患者のいつもの状態の指標や痛みの指標と比べ、患者に痛みがない・緩和されたと判断する	歩き方の変化	1DCG	朝から自分で歩いている
		1DCG	落ち着くにつれて足取りも問題なくなっていった
		3DCV	痛みはない→かばう様子もなく普通に歩く、
	動き方の変化	1DCG	食後30分間の座位保持が可能な状態
		6DCG	車いすからベッドに移乗できたので痛みはないと判断する
		3DCV	痛みはない→いつもと同じ動き方、、
		1DCG	手術前は小刻みで不安定な歩き方だった
	表情の変化	16DCN	痛みが楽になったサイン：何時間かの間椅子に座れる，
		1DCG	表情も良い
		16DCN	柔和な顔になる
		6DCG	無表情な中に笑顔が見られるようになっているので楽になっているのだろう：痛みの有無
		1DCG	術後は穏やかな様子で意思疎通がはかれる
		3DCV	表情が明るい、、表情が穏やか
		6DCG	痛い時はナースコールで訴えてくるか、痛い表情をするが、今日は笑顔があったし
	食事量	1DCG	食事摂取量も良好
		3DCV	食事が摂れている
	穏やかさ	1DCG	痛みはないだろう→穏やかに過ごしている、
	薬が使用されていない	3DCV	痛み止めと認識した上でレスキューが減っていない
	言語による表現がない	3DCV	痛みはないと言う
	睡眠がとれている	6DCG	楽になったサインは寝ること

患者の記憶力と認知力を評価する	現在の記憶力・認知力を評価する	4DCG	最近のことをどのくらい覚えているか，記憶力を確認する(患者の言動を信じる度合いにつながる)
		4DCG	家族からの質問にどう答えているか把握し，同じ質問を看護師からもする．時間をおいて質問をしてみる
		15DCV	関わり始めは痛み以外はいろいろな話をしていた
		1DCG	術前は痛みも含めていろんなことが訴えられないのかなと思った
		3DCV	新聞で日にちを確認しているので薬の日付も理解できる
		15DCV	その場の会話は成立する：認知力
		15DCV	幻覚がありちょっと会話が成立しなくなってきた：認知力
	痛みの時間経過や時系列の評価が出来ない	15DCV	さっき痛かったことを覚えていない
		3DCV	ちょっと時間が経つと痛かったことも忘れる
		12DCV	鎮痛薬が効いているときは、痛かったことも忘れている
		17DCN	記憶がないため時間経過を追えない
		17DCN	短期記憶しかないから薬の効果を患者自身は評価できない
		17DCN	（短期記憶しかなく薬の効果を自己評価できないので）鎮痛剤の効果の評価は看護師が観察していかなければならない
		12DCV	（患者が忘れているので）過去の痛みがどうだったかの評価は出来ない
		15DCV	痛みがおさまれば、痛かったことを忘れている
		17DCN	痛みを時系列で評価出来る人はいない

情報が不ゆるぎない評価は一度は再考する	家族の診立てと一致しない時に再度確認する	15DCV	家族の見立てと一致しないときは、家族同席のもと医師が身体診査しながら痛みの有無を家族と一緒に確認する
		15DCV	医師と話していて患者が痛くないと言っても、背後で家族がサインを出す場合は、別室で話を聞く
	あらゆる角度から患者の痛みの情報を収集する	15DCV	ここで話せないことも違うところでは話すことがあるのでいろいろなチャンネルを持つことが必要
		15DCV	医師が患者と話している際に家族の様子を観たり、家族と話している時に患者の表情がどう動くのかを観る
	言葉の訴えと痛みの部位の不一致	16DCN	言葉で表現する痛みの部位と実際の部位が異なるので手で触って確認が一番よい
	痛みの判断がつきかねる時	17DCN	痛みの判断がつきかねるときは、どういう時に痛みを訴えたかを観察する