

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 29 年 6 月 15 日現在

機関番号：20105

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2014～2016

課題番号：26463452

研究課題名(和文) 認知症高齢がん患者の疼痛マネジメントの質向上を目指した疼痛アセスメント指標の開発

研究課題名(英文) Development of a pain assessment index aimed at improving the quality of pain management in elderly patients with dementia

研究代表者

川村 三希子 (Kawamura, Mikiko)

札幌市立大学・看護学部・教授

研究者番号：10405673

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,900,000円

研究成果の概要(和文)：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を明らかにするために、グラウンデッド・セオリーアプローチを用い、疼痛ケアに携わる看護師のケア場面の参加観察と半構造的面接をデータとし分析した。

対象看護師は25名。分析の結果、看護師が患者に痛みがあると判断するまでのアセスメントプロセスは、「様子の違いを察知」することから始まり、患者は痛みの程度を適切に訴えられないため、「今までの状態」「一般的な状態」「チームの見解」「サインの頻度、持続性」から苦痛の程度を判断していた。さらに「がんの病態と一致」がある場合はレスキュー鎮痛薬を試用し苦痛が緩和された場合はがん性疼痛があると判断していた。

研究成果の概要(英文)：The purpose of this study was to clarify the process of pain assessment of elderly cancer patients with dementia. Data was collected participant observation and semi-structure interviews. All of the data was then analyzed using a grounded theory approach. 25 nurses in their fifth or more years as nurses who have experience of managing pain in cancer patients with dementia. The assessment process until the nurse judges that there is pain in the patient begins with "detecting the difference in appearance", since the patient can not appropriately appeal the degree of pain, "State "" general condition "" the view of the team "" signature frequency, sustainability "judged the degree of distress. Furthermore, when there is "agreement with the pathological condition of cancer", rescue analgesic drugs. were tried and it was judged that there was cancer pain when pain was alleviated

研究分野：がん看護

キーワード：がん看護 認知症 疼痛マネジメント アセスメントプロセス

1. 研究開始当初の背景

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 of 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、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、がんの痛みによって出現している症状か、認知症の症状かの識別が困難であること、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、以上3点があげられる。痛みを適切に訴えることができない認知症を伴うがん患者の疼痛マネジメントの質は、日常生活全般のケアに継続的にかかわる看護師のアセスメント能力に左右されると考えられ、看護師の疼痛マネジメントの質の向上が喫緊の課題である。

2. 研究の目的

認知症を伴うがん患者のケアに熟練した看護師に対し、がん疼痛をキャッチするためのアセスメント項目、およびアセスメントのプロセスを明らかにする。

3. 研究の方法

- (1)調査期間：平成26年9月～平成28年9月
- (2)研究デザイン：グラウンデッドセオリーアプローチ (才木, 2013, 2014) .
- (3)研究対象者の選定：一般病棟、介護保険施設、緩和ケア病棟、訪問看護ステーションで療養する認知症を伴うがん患者をケアしている看護師で以下の条件に合致する対象者とする。
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。
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
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。
臨床経験が5年以上である。
研究調査時点で、対象施設での経験が1年以上。

患者の選定基準。

がんの診断を受けている患者
65歳以上
看護師ががん疼痛を有すると判断して、ケアが実施されている患者
認知症の診断を受けている患者、もしくは認知症の診断はされていないが看護師または医師が認知症があると判断し

ている患者。

～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

(2)データ収集方法

参与観察

参与と観察に同意の得られた対象看護師の看護業務に同伴し、“参加者としての観察者”として疼痛アセスメントやケア場面を観察する。観察した場面はメモをとりフィールドノートとして活用し観察後にデータ化する。

半構造化面接

参与観察をした同日に半構造化面接を行う。インタビューガイドに基づきケア場面を振り返り、何をどのように観察したのか、痛みの有無、程度をどのようにアセスメントしたのか、などを想起し語ってもらう。

対象看護師の性別、年齢、がん患者のケア経験年数、認知症患者のケア経験年数、および対象患者の年齢、性別、がん種、痛みの部位と痛みの原因、使用している鎮痛薬、認知症の重症度について聞き取りを行った。なお認知症の重症度については、施設によって使用している評価尺度が異なったため、その施設で使用している評価尺度で重症度を評価し、その評価を基に認知症の専門家が重症度を総合的に判定した。

(3)データ分析方法

データ分析方法は、才木(2010)の手法に基づき、以下の手順で行った。

データの読み込み

プロパティとディメンションの抽出
ラベル名をつける
ラベルをカテゴリーにまとめ命名
パラダイムを使いカテゴリーを現象ごとに分類
現象ごとにカテゴリー関連図を作成する。
カテゴリー関連図を説明したストーリーラインを作成する。
理論的比較と理論的サンプリング
カテゴリー関連統合図の作成

4. 研究成果

(1)対象者の背景

対象看護師は25名で女性24名、男性1名であった。年齢の平均43.2才、臨床経験の平均19.4年、がん看護経験の平均13.9年、認知症のケア経験の平均13.2年であった。

所属は、緩和ケア病棟9名、一般病棟8名、療養型介護病棟4名、訪問看護ステーション3名、サービス付高齢者住宅1名であった。

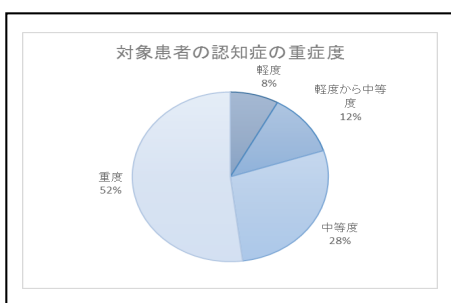
また、対象患者の年齢は平均82才(66～92才)、がんの原発部位は、大腸がんが最も多く8名であった。(表1)鎮痛薬はオピオイド鎮痛薬使用者が17名、Nsaid(非ステ

ロイド性鎮痛薬)のみが5名、使用なしが3名であった。

大腸	8
前立腺	4
膵臓	3
乳腺	2
肺	2
頭頸部	2
胃	1
胆のう	1
肝臓	1
子宮	1

患者の背景

認知症の診断がある者は20名、無いものが5名であった。認知症の診断のある者のうち、アルツハイマー型が7名、レビー小体型が1名、不明が11名であった。重症度は、重度が最も多く52%であった。(図1)



(2) 参加観察および半構造化面接時間

当初、全ての患者に対し参加観察を行う予定であったが、対象者の選定が困難なことから後半のデータ収集では参加観察を条件とはせず実施した。そのため参加観察を実施した対象者は11名であり参加観察時間の平均は12分であった。半構造化面接は1人1回実施し、平均時間は34分であった。

(3) 分析結果

分析の結果、看護師が行うアセスメントプロセスは、「表情」、「落ち着き」、「言語での苦痛表現」、「姿勢」、「機嫌」、「睡眠の質」から【サインの変化をキャッチ】し、「今までの状態」、「一般的な状態」、「チームの見解」、「サインの一致、頻度、持続性」から【変化の程度を比較、照合】していた。「がんの病態とサインの合致」がある場合は、確信が高まり、【がんによる苦痛がある】と判断し、穏やかに過ごせる方法として、【レスキュー鎮痛薬を試行】し、患者が穏やかになったことで、【がんの痛みがあった】と判断していた。

【サインの変化をキャッチ】し、「今までの状態」、「一般的な状態」、「チームの見解」、「サインの一致、頻度、持続性」から【変化の程度を比較、照合】サインの変化をキャッチするプロセス。

認知症を伴う高齢がん患者が何を不快と

感じ、どこに苦痛を感じているのかを言葉で適切に訴えることが出来ない場合が多い。また、不快や苦痛の原因は、必ずしも身体的な要因が影響しているわけではなく、寂しさや不安など情緒的な訴えがサインとして表出される場合もある。このように患者のサインには多様な意味があり、看護師は患者に何が起きているのかを見極めようと観察力を駆使し【サインの変化をキャッチ】していた。

看護師が意図的に観察するサインは、「表情」、「言語表現」、「睡眠の質」、「行動」、「姿勢」、「緊張」、「機嫌」、「食事」などで、看護師個によって指標となるサインが異なっていたが、「表情」と「言語表現」は全員がサインとしてキャッチしていた。また、単独のサインだけで不快や苦痛があると判断することは少なく、複数のサインを照合しサイン間の矛盾がないか、サイン間の一致度によってその確信を高めていた。Case10の看護師は、「表情から今日は割と楽そうかなとは思っていたんですけど、訪室の度に背中をずっと浮かせているので」と表情と姿勢に矛盾があると感じ、さらに観察を続けている。Case18の看護師は、「いつもなら10分~15分程度座っていることが出来るけど今日は出来ない、こんなに座っていれなかったことはない」と患者の「行動」の違いに着目し、変化が大きいと捉え痛みが強くなっているのではないかと推測していたが、「言語表現」でも痛みを確認し、さらに他の要因もあるのではないかと推測し観察を続けた。Case5の看護師は、最近、患者が背中の痛みを訴えていると「言語表現」に着目しているものの、痛みを訴える部位が一定していないため、がんによる痛みか、胸椎の圧迫骨折なのかの原因については判断を保留している。一方で、「最近、ベッドに横になっている時間が増えている」、「以前なら使わなかった歩行器を最近では促すと使う」といった「行動」を「今までの状態」と比較し、その変化から、痛みが強くなっているのではないかと推論している。また、多くのCaseの場合は、患者の言語表現のみでは患者の苦痛があると判断せず、行動や他のサインを補完し「サインの一致」があるかどうかを観察している。しかし、Case26の看護師のように、患者が過去の痛みは忘れてしまいが現在の痛みは訴えられることに気づき、頻回に患者に痛みを問いかけ確認している。そして患者が常に同じ部位に痛みを訴えることから患者の「言語表現」に信憑性が高いと判断し、他のサインは補完せずに、痛みがあると判断している場合もある。

Case24の看護師の場合は、サインの変化が一時的なのか継続しているかを確認するために何度も患者の傍で観察をしていた。このように、看護師は、「最近、笑顔が少ない」、「熟睡できていない日が増えている」などサインの頻度や持続性にも着目していた。さらに、自分の見立てたサインの変化について確信を得るために、チームカンファレンス

で患者の痛みについて話し合う、看護記録を確認し他の看護師はどのようにアセスメントしているのかなど、「チームの見解」と照合させていた。

がんの病態と照合させる

サインの変化があり、そのサインの変化とがんの病態と照合し、合致している場合には、【がんによる苦痛がある】と判断していた。一方でサインが複数存在していても、がんの病態と一致していない場合は、他の原因を探索し、がんによる苦痛があるとは判断していなかった。介護療養型施設の場合は、患者の病態のデータが少なく、サインに変化があってもタイムリーに検査を行うことが出来ず、病態と照合できない場合が多い。しかし Case 4 の看護師は、“前立腺がんだから（骨の転移が）腰とかにくることが多いので、ギヤッジアップしたときに足をさすることがないかとか、痛そうな様子がないかを観察しています”というように、病態が明確に分からない場合でも、前立腺がんは骨転移が起きることが多いことを予測し、意図的に観察をしている。

レスキュー鎮痛薬を試行し、がんの痛みかどうかを判断するプロセス。

患者の苦痛と病態の一致があった場合、特に、がん患者をケアした経験の多い看護師はがんによる痛みかどうかを判断するために、指示のなかからレスキュー鎮痛薬を試しに使う場合が多かった。その場合も副作用が生じることを懸念し、一般的に使用する量よりも少量から鎮痛薬を使用していた。さらに投与後は、鎮痛薬の最高血中濃度達成時間に合わせて観察し、サインが改善されたかどうかを観察している。改善された場合は、「がんによる痛みがあった」と判断していた。しかし、Case24 の看護師は、“レスキュー鎮痛薬を使用しても患者に効果を聞いても訴えられないし、少しだけ体動が落ち着いたとか、少しだけ眠れたというとかで、まあ少しは効果があったのかな、というのを積み重ねている”と効果が明確ではない場合は、がんの痛みかどうかの判断は保留にしている。

このように看護師は、適切に苦痛や痛みを区別して訴えられない、また、痛みがあっても過去の痛みは忘れてしまう認知症を伴う高齢がん患者に対して、痛みの程度や痛みのパターンなどを把握するために複数のサインを照合させ観察していた

文献

オ木クレイグヒル滋子編集 (2014). グラウンデッド・セオリー・アプローチ分析ワークブック. 日本看護協会出版会.

オ木クレイグヒル滋子 (2013). 質的研究法ゼミナール第 2 版. グラウンデッド・

セオリー・アプローチを学ぶ. 医学書院.

櫻井広樹,保坂隆,後藤朝香他 (2014). セン妄,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

5. 主な発表論文等

(学会発表)(計 2 件)

川村三希子,小島悦子 (2017). 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. 第 31 回日本がん看護学会. 2.4. かるぼーと (高知県, 高知市)

Kawamura M Kojima E (2016). The process of pain assessment in elderly cancer patients. 9th World Research congress of the European association for Palliative care. 6.9. Dublin, Ireland.

6. 研究組織

(1) 研究代表者

川村 三希子 (KAWAMURA, Mikiko)
札幌市立大学・看護学部・教授
研究者番号: 10405673

(2) 研究分担者

小島 悦子 (KOJIMA, Etuko)
日本医療大学・保健医療学部・准教授
研究者番号: 00326612

(3) 連携研究者

井出 訓 (IDE, Satoshi)
放送大学・教養学部・教授
研究者番号: 10305922