

疼痛緩和が困難であったがん患者 一事例を全人的に捉え有効な介入方法を考える

キーワード：がん患者・全人的苦痛・疼痛緩和

1 病棟 6 階東

松本佳奈枝 川神雅美 田中京子 芝田明子 増井美由紀 齊藤恵子

I. はじめに

全人的苦痛とは、患者の苦痛は身体的・精神的・社会的・霊的の4つの側面から構成されているという、シシリー・ソンドースが提唱した概念である。がん患者の苦痛を理解・アセスメントするためには、この4側面から患者を捉える必要があるとされている¹⁾。

以前、持続した疼痛に苦しむがん患者の看護を経験した。麻薬の使用や医療処置・看護ケアを行ったが、患者から疼痛が緩和されたという発言や表情を得ることができなかった。そこで今回この一事例を振り返り、痛みを全人的に捉えることで、どのような介入が疼痛緩和に繋がるのかを分析し、疼痛緩和が困難な患者に対する看護ケアの方法を考察したのでここに報告する。

II. 研究方法

1. 事例紹介

A 氏、57 歳、男性、職業は元大工で入院時は無職、妻と娘（17 歳）と義父と同居、実兄が近くに在住、診断名は喉頭がん

経過：平成 X-1 年 放射線治療

平成 X 年 1 月 喉頭摘出術を受け、永久気管孔造設

平成 X 年 6 月 両頸部郭清術を受けたが、術後縫合不全を起こす。術前より頸部の疼痛があった。術後両肩の疼痛が出現し、増強した。

平成 X 年 8 月 化学療法

平成 X 年 10 月中旬 左頸動脈周囲に再発が認められる

平成 X 年 10 月下旬 咽頭食道瘻閉鎖術、術中気管側への再発も認められる。また創部治癒せず、経口摂取不可能となる。

平成 X 年 11 月中旬 緩和ケア病院へ転院となる

2. 研究期間

平成 19 年 8 月～11 月

3. 方法

1) 頸動脈周囲に再発が認められてから転院までの患者の入院期間を病期別に3期に分ける。各期の痛みに関する情報とそれに対応する看護ケアやアセスメント内容を診療録とチームでの事例検討を行った参考資料より抽出する。

2) 抽出したものを全人的苦痛の指標である4側面（身体的・精神的・社会的・霊的）に分類し、内容を分析する。

3) 疼痛緩和の困難な患者に対する看護ケアの方法を明らかにする。

4. 倫理的配慮

患者の家族へ研究の主旨、プライバシーの保護について説明し、文書で同意を得た。

III. 結果および考察

疼痛緩和が困難であったがん患者の入院期間の一部を病状別に次のように3期に分けた。

1期；頸動脈周囲へ再発したことを告知した後から咽頭瘻閉鎖術まで

2期；咽頭食道瘻閉鎖術から縫合不全を起こすまで

3期；積極的治療困難なことを説明し、緩和ケア病院へ転院になるまで

次に全人的苦痛の指標である4側面（身体的・精神的・社会的・霊的）に分類し、内容を分析した。その結果を図1および表1に示す。病期別、苦痛の種類別に患者との関わりを振り返り考察した。

1. 1期

1期では、身体的苦痛が最も強く、身体の除痛を行うことが最も重要であった。しかし、麻薬を増量しても痛みを取り除くことが困難で、患者からは「痛い」という訴えしか聞かれなかった。看護師は、苦痛を表出する患者の痛みを取り除くことができず、看護師としての役割を発揮できていないと思い、患者と接しにくく逃げ出したいという思いが存在していた。その結果、患者へ関心を寄せることができず、患者との十分な時間を作ることができなかつたと考えられる。ナイチンゲール²⁾は、看護を行うための不可欠の要素として患者に対する関心であり、優れた看護師は3つの関心を合わせ持つ。それは、最も基本となる底辺に心のこもった個人的な関心をおき、その上に理性的で知的な科学的論拠に基づいた関心、さらに技術的な関心である、といている。看護師は患者に対して苦手意識を持たず、まずはその人自身へ関心を持ち、ありのままを受け入れることが必要であった。また身体的苦痛を緩和するために、早期に主治医・ペインクリニック医師・精神科医師・看護師間でカンファレンスの場を設け、除痛を目的とした症状緩和方法について話し合う必要があった。

2. 2期

2期では、持続する肩の疼痛などに加え、術後の創部痛も加わり、身体的苦痛が大きく支配していた。ここでも麻薬の増量を行ったが、呼吸困難感が出現したこともあり、身体的苦痛を取り除くことは困難であった。患者から「食べることよりも痛みのほうが先」と訴えもあり、患者がそのとき望むものとして身体的苦痛が一番であったことが分かる。術後の変化を捉えるための観察や介入を手掛かりとして、看護師は患者のベッドサイドに行くことができ、意図的に患者に問いかけ、訴えの傾聴を行った。それによって患者に対して少しずつ関心を持ち、意図的に関わることができた。また患者からも精神的苦痛についての訴えが増えていった。中山³⁾は、「痛い」といっている患者の言葉を信じることが重要である、といている。患者と接するとき、先入観を持たず、患者の訴えをそのまま受け入れることが大切である。

3. 3期

3期では、呼吸困難感が最も辛く、「このまま呼吸が止まってしまうのでは」と訴えていることから、「死」への恐怖や不安があったことが伺える。主治医より具体的に現状と今後の治療について説明を受け、ホスピスへ行くという方向性が決まったことにより、患者は具体的に「死」について考え始めたと推測される。実際に SpO₂ が低下し始めたこと

もあり、酸素吸入や超音波ネブライザーを使用し呼吸困難感に対する援助も増えていった。また呼吸困難感に対する看護介入として、吸引・吸入・ポジショニングなどを行ったが、看護介入そのものの評価を行うまでには至っていなかった。実際に援助を行い、その都度看護介入の評価を行う必要があった。またこの時、チーム看護師で話し合い、患者の訴えや状態、看護ケアを意識的に記録に残すようにし、なるべくベッドサイドにいる時間を増やした。その結果、患者から精神的・霊的苦痛に対する訴えが多く聞かれるようになった。看護師は患者に関心を寄せ、患者のありのままを受け入れる姿勢を持つことができるようになったため、自然と患者の下へ足が向くようになり、少しでも苦痛を緩和してあげたい、と思うようになった。梅澤³⁾は、がん患者に対する心のケアを行う際の基本姿勢は支持的な関わりであり、支持的な関わりを行う上で重要な技法の1つとして積極的傾聴がある、といている。ここでも、意図的に関わり、積極的傾聴したことがよかったと思われる。また、チーム看護師全員が、患者の訴えや状態、行った看護ケアを意識的に記録に残すことで、看護の統一を図り、チームとしてよい関わりができたと考えられる。

4. 苦痛の種類別

1) 身体的苦痛について

全人的苦痛を理解し、患者の苦痛を軽減するためには、第一に身体的苦痛を取り除くことが大切である。そのためには、身体的苦痛を正確にアセスメントし、痛みの種類と特徴を正確に理解しておく必要がある。患者が「痛い」と訴えたとき、どういう痛みなのか、どのくらい持続するのか、麻薬の増量により痛みはどのくらい変化したか、少しでも楽に感じるときはどんなときかなど、具体的に患者に問いかけていく必要があった。また医師と情報を共有し医療チーム全体で関わっていく必要があった。大谷⁴⁾らは、『疼痛スケール表』を作成、活用することで、看護計画の具体化、患者・医療者間での共通の認識を得ることができる、としている。現在当科には『疼痛スケール表』がないため、医療チーム全体で共通の認識を持ちにくい。今後看護計画の具体化とケアの統一、患者・医療者間での共通認識を得るために『疼痛スケール表』を活用し、身体的苦痛を取り除いていく必要がある。

2) 精神的・霊的苦痛について

精神的・霊的苦痛については、積極的傾聴が重要であり、なるべく患者の傍にすることが必要である。患者はナースコールを「命綱」と表現しており、看護師の存在が患者にとって安心感を与えていると推測される。そのためにナースコールにはできるだけ早く対応することが大切である。また、発声ができない患者が、筆談で思いを告げることは言葉で発する以上に困難であり、労力のいるものである。患者が何かを訴えようとしているシグナルの見逃さず、諦めずに根気よく患者と向き合っていく必要がある。中山⁵⁾は、見捨てられ恐怖を少しでも緩和するために、「どんな状況でもあなたを見捨てない。最期まで支援させていただきます」ということを真剣に伝えることが重要である、といている。患者の傍にいたる時間を増やすことは、全人的苦痛の緩和に繋がる。しかし、ただ傍にいたるだけでなく、具体的に言葉にして患者へ「あなたを理解し、支援していきます」と伝えることが重要であった。またその日の担当でなくても、すれ違う際や同室患者の訪室の際などに少し声を掛けることが、患者に安心感を与えると考えられる。患者と家族、また医師、看護師、患者に関わる全員が同じ方向で痛みと向き合っていくことが重要であることがわか

った。

3) 社会的苦痛について

3期を通じて、患者には毎日実兄の面会があった。患者の「入浴は家族と一緒にがいい」との訴えからも、患者にとって実兄は頼りにしている存在であり、一番の理解者であることが伺える。ターミナルケアにおいて、家族の存在は重要であり、患者と家族を一単位として援助する必要があると言われている。今回の事例では実兄の思いを聞き、実兄を含めた援助を行うことはできなかった。患者と家族がよりよい時間を共有するために、看護師は家族の思いも受け止めることで、家族もケアの対象者として援助していく必要がある。今回社会的苦痛については実際患者から訴えられることは少なかった。しかし、病気のために職を失い、残された家族のことを思うと、辛い気持ちがあったと推測される。家族面会時に互いの思いを確認したり、患者とは別に家族と個人面談を行う必要があった。

IV. 結論

今回、疼痛緩和が困難であったがん患者の苦痛を振り返り、全人的苦痛の指標である4側面（身体的・精神的・社会的・霊的）に分類し、内容を分析した。その結果、以下のことがわかった。

1. 患者を全人的に捉えることは、苦痛を正確に理解・アセスメントし、具体的な看護ケアを提供するために有効である。
2. 第一に身体的苦痛を取り除くことが重要である。そのために医療チームと患者また家族で症状緩和について話し合い、共通認識を得ることが必要である。
3. 患者自身に関心を持ち、先入観や苦手意識を持たず、ありのままを受け入れることで、精神的・霊的苦痛の側面が多くみえ、有効な介入が行える。
4. 意図的に患者と関わり、患者の訴えや看護ケアを意識的に記録に残すことで、看護の統一を図り、行った看護介入をその都度評価することが重要である。
5. 患者の家族もケアの対象者として援助していく必要がある。

引用文献

- 1) 中山法子：一般病棟で進めるターミナルケアの視点と具体策—全人的な患者理解とコミュニケーションスキル，こころケア，Vol9，No2，p4-14，2006
- 2) 小玉香津子：ナイチンゲールの看護，看護理論とその実践への展開，看護MOOK35，金原出版，p8-12，1990
- 3) 梅澤志乃：がん疼痛のトータルケアを目指して 全人的疼痛に対する心のケア，がん看護，12巻，2号，p242-247，2007
- 4) 大谷奈緒，吉崎恵，水野千恵子ら他：がん性疼痛の緩和ケアへの試み—アセスメントツールの作成と疼痛スケール表の改訂—，日本看護学会論文集 第36回成人看護Ⅱ，日本看護協会出版会，p57-59，2005

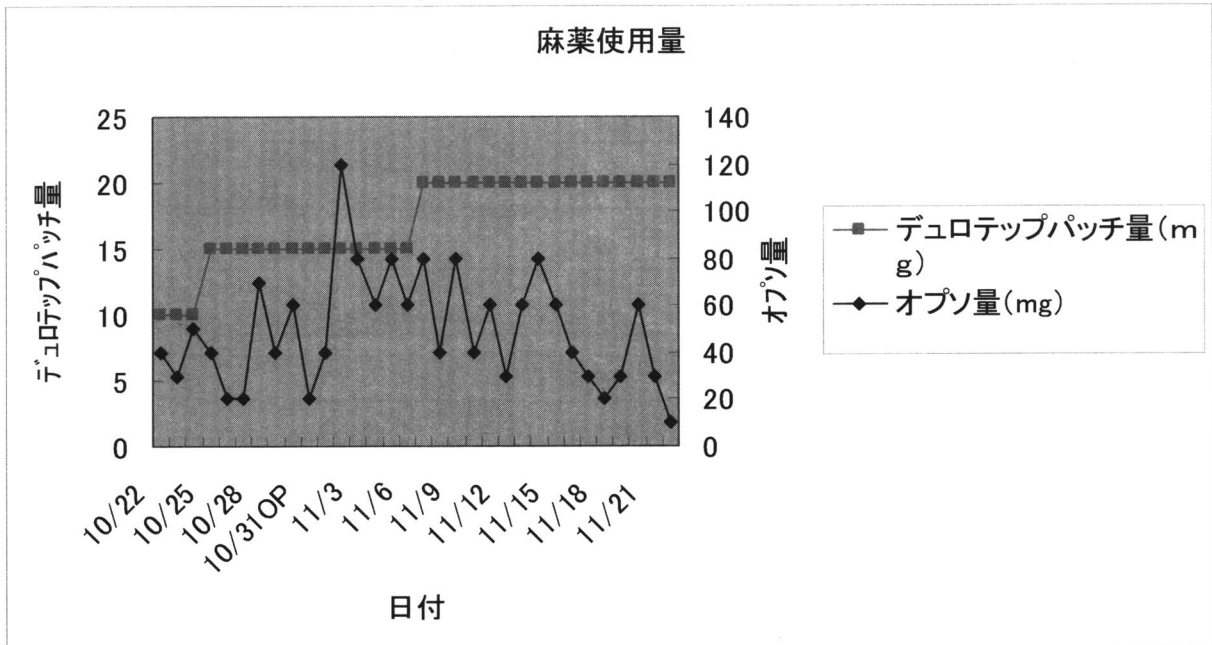


図 1. 各期における麻薬の使用量の変化

表1. 各期における全人的苦痛とそれに対応する看護ケア、アセスメント内容

	身体的苦痛		精神的苦痛		社会的苦痛		認知苦痛	
	患者	医療者	患者	医療者	患者	医療者	患者	医療者
1期	<ul style="list-style-type: none"> ・両肩関節痛(筋切)除痛剤投与後による、肩の拳上筋離れ、肩の痛 ・再発による左肩関節痛 ・麻薬使用による(便秘、嘔気、頭痛(3日前発症)) ・左の肩と右の首も痛くなってきた ・頭、肩が痛い 	<ul style="list-style-type: none"> ・鎮痛剤(筋切)の使用 ・体動にて疼痛増強しているとアセスメントし、適時主治介助を行った ・麻薬投与5mg増量 	<ul style="list-style-type: none"> ・再発の説明(再発)はわかっていた。左の首が痛いのはそのせい ・「レキブを20mg入れてみて、かたまりから10mgでいい」 ・「レキブが10mgじゃ効かないよ。左肩と右首も少し痛くなった。息も重苦しいよなけど、痛いからだろ」 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者が訴えた時のみ傾聴 ・手術説明時、患者本人は特に質問もな、頷くのみであり、看護婦は「患者は治療に対して、救済やりになっているのではなないか」とアセスメントした ・検査やコールで解まればこそししか足が向かない 	<ul style="list-style-type: none"> ・「こつすり寝るといい」 ・「全然良くならない。やばい。とにかく体がえらい」 	<ul style="list-style-type: none"> ・「こつすり寝るといい」 ・「全然良くならない。やばい。とにかく体がえらい」 	<ul style="list-style-type: none"> ・「こつすり寝るといい」 ・「全然良くならない。やばい。とにかく体がえらい」 	<ul style="list-style-type: none"> ・「こつすり寝るといい」 ・「全然良くならない。やばい。とにかく体がえらい」
2期	<ul style="list-style-type: none"> ・以前から疼痛する頸部(頸部の痛、頸部痛) ・頸部の痛、呼吸困難 ・頸部の痛、呼吸困難、発熱、血痰 ・頻回の嘔、呼吸苦、血痰 ・発熱、倦怠感、嘔気 ・頻回(2回)に嘔吐がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・術後の疼痛に対し、適量レキブ投与5mg使用 ・呼吸困難に対し、オア 20mg使用 ・前編カール、肩コック ・リハビリは中止 ・ADL 扱えなくなったが、疼痛や倦怠感の訴え多く、なかなか前に進まなかった ・ベン・Dr-A、枕身の効果あり ・呼吸困難のときもオア使用しているが、オアの投与は困難、抗感染薬投与開始し、効果を見る。また次回レキブをオアよりレキブ水へ変更して様子を見る ・麻薬投与5mg増量 	<ul style="list-style-type: none"> ・「オアを10mg入れてみて、かたまりから10mgでいい」 ・「レキブが10mgじゃ効かないよ。左肩と右首も少し痛くなった。息も重苦しいよなけど、痛いからだろ」 	<ul style="list-style-type: none"> ・「オアを10mg入れてみて、かたまりから10mgでいい」 ・「レキブが10mgじゃ効かないよ。左肩と右首も少し痛くなった。息も重苦しいよなけど、痛いからだろ」 	<ul style="list-style-type: none"> ・「こつすり寝るといい」 ・「全然良くならない。やばい。とにかく体がえらい」 	<ul style="list-style-type: none"> ・「こつすり寝るといい」 ・「全然良くならない。やばい。とにかく体がえらい」 	<ul style="list-style-type: none"> ・「こつすり寝るといい」 ・「全然良くならない。やばい。とにかく体がえらい」 	
3期	<ul style="list-style-type: none"> ・以前から疼痛する頸部(頸部の痛、頸部痛) ・頻回の嘔、呼吸困難 ・発熱、倦怠感、嘔気 ・便秘(2日前発症) ・一日の辛さは①呼吸困難 ・②疼痛と訴える 	<ul style="list-style-type: none"> ・パシ、サトック、モーゼック開始 ・リアファン開始 ・呼吸困難、痰がカニューレに詰まることを不安に感じていたため、夜間呼吸器科アクリル開始 ・レキブをセメルネ水に変更すること、再度オアの方がよいとのことで、再度オアへ戻る ・SpO2低下あり、酸素吸入開始 ・麻薬投与5mg増量 	<ul style="list-style-type: none"> ・「オアを10mg入れてみて、かたまりから10mgでいい」 ・「レキブが10mgじゃ効かないよ。左肩と右首も少し痛くなった。息も重苦しいよなけど、痛いからだろ」 	<ul style="list-style-type: none"> ・「オアを10mg入れてみて、かたまりから10mgでいい」 ・「レキブが10mgじゃ効かないよ。左肩と右首も少し痛くなった。息も重苦しいよなけど、痛いからだろ」 	<ul style="list-style-type: none"> ・「こつすり寝るといい」 ・「全然良くならない。やばい。とにかく体がえらい」 	<ul style="list-style-type: none"> ・「こつすり寝るといい」 ・「全然良くならない。やばい。とにかく体がえらい」 	<ul style="list-style-type: none"> ・「こつすり寝るといい」 ・「全然良くならない。やばい。とにかく体がえらい」 	