

がんと認知症を併せもつ高齢者に対する
がん疼痛緩和実践モデルの構築

Practice model of Pain management
for older Adults with cancer and Dementia.

令和元年度

北海道医療大学看護福祉学研究科

博士後期課程 看護学専攻

櫻庭 奈美

目 次

第1章 序論

I. 研究の背景	1
II. 概念枠組み	4
III. 用語の操作的定義	6
IV. 本研究の目的	7
V. 研究の意義	7
VI. 倫理的配慮	7

第2章 文献検討

I. 高齢社会がもたらすがん患者の変化と課題	8
II. 認知症がん高齢者に対するがん疼痛治療	10
1. がん疼痛のアセスメントとその治療の変遷	10
2. 認知症高齢者の疼痛治療の現状と課題	13
III. 認知症がん高齢者のがん疼痛緩和における困難	16
IV. 認知症がん高齢者に対して看護師が実践する疼痛緩和	18

第3章 研究1

認知症がん高齢者に対する「がん疼痛緩和モデル」の作成	20
I. 目的	20
II. 方法	20
III. 結果	21
1. 「がん疼痛緩和モデル」の作成	21
2. 「がん疼痛緩和モデル」のプロトコールの作成	25
3. 教育プログラムの作成	26
4. 実践評価項目の作成	27

第4章 研究2

認知症がん高齢者に対する「がん疼痛緩和モデル」の有用性の検証・29

I. 目的	29
II. 方法	29
1. 研究デザイン	29
2. データ収集期間	29
3. 対象	29
4. データ収集	30
5. データ分析	31
6. 教育プログラムの実施	32
III. 倫理的配慮	32
1. 研究参加に関する自己決定権の保証	32
2. 個人情報の取り扱い	33
3. 対象者の不利益や負担に関する説明と対応	33
IV. 結果	34
1. 対象者の所属施設の特徴	34
2. 対象者の概要	34
3. 認知症がん高齢者の疼痛緩和実践に対する自信度の得点（表4）	35
4. 認知症がん高齢者の疼痛緩和に対する実践評価項目の得点	36
5. 教育プログラムの実施	38
6. 「がん疼痛緩和モデル」の理解度と活用可能性（図6）	38
7. 対象者の疼痛緩和に対する考えの変化（表8）	39
V. 考察	42
1. 「がん疼痛緩和モデル」の構造がもたらした有用性	42
2. 教育プログラムの実施が有用性に与える影響	46
3. 「がん疼痛緩和モデル」の活用への展望	48
VI. 研究の限界と今後の課題	50

第 5 章 結 論	51
第 6 章 謝 辞	52
引用文献	53

第1章 序論

I. 研究の背景

わが国では、がん患者の高齢化により、がん患者の治療、療養支援に関してこれまでは想定しきれなかった新たな課題が散見され始めている。中でも認知症のある高齢がん患者に対して、優先的に解決されるべき課題のひとつにがん疼痛緩和がある。厚生労働省では、2015年に今後のがん対策の方向性として認知症対策を含んだライフステージに応じたがん対策推進を掲げたところであり（厚生労働省，2015），がんと認知症を併せもつ高齢者のがん疼痛に対する対策は、緒に就いたばかりである。

がん疼痛は、がん患者の生活の質に大きな影響を与える（Ferrell, Grant, Padilla, Vemuri, & Rhiner, 1991；佐藤，1992；横山・高橋・木戸・原，2014）。1970年にWHO方式がん疼痛治療法（WHO，1986/1996）が公開され、がん疼痛に対する医療用麻薬を始めとした鎮痛薬の使用方法が全世界に普及した。使用する鎮痛薬の種類，剤形は、がん患者の状態や生活に合わせて投与できるよう進歩しており，新薬が次々と開発され続けている。このような世界的標準治療を日本でも普及させるため，日本緩和医療学会では，2008年から，症状の評価とマネジメントを中心とした緩和ケアに携わる医師，看護師のための集合教育が始めた。受講者は12万人以上となり，がんに関連した認定看護師，専門看護師の活躍も報告されるようになった。そして，現在では，医療用麻薬を使用した疼痛コントロールは緩和ケア病棟のみならず，介護施設や在宅療養中の患者でも可能となっている。諸外国，国内でも，がん疼痛の除痛率，医療用麻薬消費量は増加していることから全世界的にがん疼痛は緩和することができる症状であり，いまや，特別な治療やケアではないと考えることができる。

しかしながら，がんと認知症を併せもつ高齢者では，がん疼痛治療において，過小評価，過少治療の指摘があり（Davies & Higginson, 2004；Iritani, Thogi, Miyata, & Ohi, 2011）より深刻な課題が生じている。認知症高齢者の疼痛が緩和されない状態が長引くと，行動症状の出現（野口，2009；田村・東

門・知念・川満，2010；塩塚・山岸・遠藤・桑田，2011)，療養場所の限定（畑田，2011；山口他，2013）を招き，認知症高齢者の生活の質を低下させる．さらには，認知症高齢者の家族の介護負担，医療費の増大を招くことにもつながるであろう．

このようながんと認知症を併せもつ高齢者の疼痛の過小評価，過少治療の要因は，痛みのアセスメントの複雑さと医療用麻薬の使用時の判断の難しさにある．痛みのアセスメントにおいては，がん疼痛の有無，部位，強さ，性状，がんの浸潤度などから統合的に侵害受容性疼痛もしくは神経障害性疼痛を判断する必要がある．さらに，がん疼痛を緩和するために使用される鎮痛薬は，WHO 方式がん疼痛治療法で推奨されている三段階除痛ラダー（WHO，1986／1996）に従い，痛みの種類と強さに合わせ，非ステロイド性消炎鎮痛薬や医療用麻薬，さらには抗うつ薬や抗けいれん薬といった鎮痛補助薬が選択，投与される．さらに，がん疼痛治療の主軸である医療用麻薬は，鎮痛必要量が個人によって異なるため滴定調整することが求められている．患者本人が感じている以上の鎮痛薬が過量投与された場合，呼吸抑制をきたし（日本緩和医療学会，2014），意図としない過鎮静となる場合もある．したがって，看護師の疼痛マネジメントにおける役割は非常に重要となる．常に患者の主観による痛みのアセスメントを実施し，患者の痛みに合わせて適切な鎮痛薬を選択し，投与し，副作用をモニタリングし，疼痛が緩和されているかどうか一連のアセスメントが求められているといえる．

しかし，がんと認知症を併せもつ高齢者からこれらの情報を得ることは難しく，アセスメントを複雑にさせている．木林・佐々木（2015）の報告によると，医療者および介護職の約 8 割ががんと認知症を併せもつ高齢者への関わりに苦手意識をもっていること，さらに，がん疼痛管理の難しさや認知症高齢者の理解の程度が分からず，判断に困ることなどへの不安があることが明らかにされている．さらに，看護師は，認知症とせん妄の判別が困難であること，認知症高齢者特有の取り繕いや場合わけ反応（田中他，2006；後他，2008）がみられることによって患者の変化や反応がつかみにくく，痛みをアセスメントす

ることが困難な状況（久米，高山，小河，加藤，久保田，2015；西脇・片岡，2016）にあることも報告されている．一方で，看護師は，「いつもの状態」を基軸（櫻庭，2018）に患者との対話や患者固有の微細なサイン（田中他，2006；塩塚他，2011）から痛みをアセスメントする試みも報告されている．今後，がんと認知症を併せもつ高齢者の疼痛緩和に対する看護実践を確立していくためには，看護実践を構造化し，機能的要素について検討し，看護実践の効果を検証することが必要と考える．

したがって，本研究では，がんと認知症を併せもつ高齢者に対するがん疼痛緩和に対する看護実践上の判断を補助する実践モデルを構築し，その有用性について検討する．実践モデルの構築においては，これまで明らかにされているがん疼痛マネジメントに関する研究結果と認知症高齢者への疼痛アセスメントに関する既知の結果をもとに，看護実践の内容と方法，成果を設定する．それにより，本研究結果は，がんと認知症を併せもつ高齢者の生活の質（**quality of life**：以下，QOLとする）の維持，向上につながる看護実践を検証するための一助となると考える．

II. 概念枠組み

本研究では、がんと認知症を併せもつ高齢者のがん疼痛に焦点をあてるため、1997年に University of California San Francisco の教員グループが開発した The Model of Symptom Management (Larson, et al., 1994. 以下、MSM とする) とその MSM を看護実践へ応用できるように開発された看護活動モデルである An Integrated Approach to Symptom Management (Larson et al, 1999, : 以下、IASM とする) を理論的背景として用いた。

MSM は、Orem のセルフケア理論を基盤とし、症状を「生物的・心理的・社会機能や感覚、認知の変化を反映した主観的な体験」と定義している。このモデルは、「症状の体験」と「症状マネジメントの結果」、「症状マネジメントの方略」の3つの大きな概念から成り立っている。これらの3つの概念は相互に関連しあっており、患者の症状体験はその人が行う方略に影響し、その方略の結果は次の体験に影響するとしている。中心概念のひとつである「症状の体験」は、症状の認知、症状の評価、症状の反応から構成されている。「症状マネジメントの結果」は、機能的状態、セルフケア能力、経済状況、QOL、罹患率・随伴症状、症状の出現率、死亡率、医療サービスの利用、情緒状態から構成されている。「症状マネジメントの方略」は、誰が、どのような方法で、どのように実施するのか、なぜその方略を用いているのか、どの程度のコストがかかるのかといった方略に関する情報から構成されている。このモデルは、2001年に2点の修正が追加されている。ひとつは、看護学の重要概念である「人間」「健康と病気」「環境」の3つの領域の影響が追加された点である。もうひとつは、「症状マネジメントの方略」と「症状の結果」の関連が「アドヒアランス」として明示された点である。このアドヒアランスとは、患者自身が症状の方略を理解し、必要性を感じ、積極的にマネジメントに取り組むことが症状の結果に密接に影響することを示している (Dodd, et al., 2001)。MSM の特徴は、患者の症状体験そのものに着目し、理解することである。また、患者が症状によってどのような体験をし、どのような評価、反応をしているのか、その結果、患者にどのような結果をもたらすのかということが理解しやすい。

本研究のモデルを適用するがんと認知症を併せもつ高齢者は、見当識障害があるため自身のがん疼痛を他者が理解できるように言語的に説明することが困難な場合が多いと考える。さらに、自身のがん疼痛を緩和するための方略を実行することも難しい場合が多い。そのため、看護師は、がんと認知症を併せもつ高齢者の微細な変化を反応として察知し、その反応の意味を解釈し、がん疼痛の体験を推測し、痛みの緩和を図る責務がある。よって、本研究で用いる理論的背景として適していると考えた。

IASMは、MSMを臨床の場に適用できるように開発された看護活動モデルである。まず、患者自身の症状の認知や体験、周囲のサポート状況などを明らかにし、患者のセルフケア能力に応じた個別的な症状マネジメントの方略を導く。患者の症状体験を捉えた後、看護師は、基本的知識・基本的技術・基本的看護サポートの3つのアプローチを用いて、患者の症状マネジメントをサポートする。この一連のアプローチが帰結するとアウトカムとして症状の緩和やQOLの向上が設定されている。このIASMは、臨床活用する研究も行われ始めており、効果的な症状マネジメントにつながることで、潜在的なセルフケア能力に働きかけることを可能にしたことが示唆されている（竹本他，1999；荒尾，2002；内布，2008）。

これらを理論的背景とし、本研究における概念枠組みを図1に示した。上段には、がん疼痛を認知し、反応を示しているがんと認知症を併せもつ高齢者を配置した。がんと認知症を併せもつ高齢者は、個人的要因、環境要因、病気関連要因によって影響を受ける存在であるとした。下段には、がんと認知症を併せもつ高齢者の疼痛緩和に対して困難を感じている看護師を配置した。看護師は、個人的要因、環境要因によって影響を受ける存在であるとした。この看護師が、がんと認知症を併せもつ高齢者に対するがん疼痛緩和のための実践モデルを患者に適用することにより、疼痛緩和の実践ができるようになるとした。

III. 用語の操作的定義

【がんと認知症を併せもつ高齢者】

本研究では，以下の3点に該当する者をがんと認知症を併せもつ高齢者（以下，認知症がん高齢者とする）とした．

1. 75歳以上である．
2. がんによる疼痛があるという医学的判断があり，定期的もしくは臨時に使用する鎮痛薬が処方されており，研究開始1か月前まで鎮痛薬の使用がある．
3. 認知症の診断がある．

IV. 本研究の目的

本研究では、認知症がん高齢者に対するがん疼痛緩和のための看護実践の確立を目指して、認知症がん高齢者に対するがん疼痛緩和のための実践モデル（以下、「がん疼痛緩和モデル」とする）の有用性を検証することを目的とした。研究目的を明らかにするため、具体的な目標を研究1および研究2として設定し、図2のプロセスに従い、調査、分析を実施した。

研究1：

認知症がん高齢者に対する「がん疼痛緩和モデル」を作成する。「がん疼痛緩和モデル」作成にあたり、「がん疼痛緩和モデル」の仕様となるプロトコール、「がん疼痛緩和モデル」の有用性を検証するための指標のひとつとなる実践評価項目を作成する。

研究2：

認知症がん高齢者に対する「がん疼痛緩和モデル」の有用性を検証する。認知症がん高齢者の疼痛緩和に携わる看護師に対し、教育プログラムを実施し、「がん疼痛緩和モデル」を活用した看護師における有用性について検証する。

V. 研究の意義

社会構造の変化から、認知症がん高齢者のがん疼痛緩和が重要な課題となっている。本研究において、「がん疼痛緩和モデル」を作成し、その有用性を明らかにする。それにより、認知症がん高齢者のがん疼痛緩和にむけた実践方法を提示することが可能となる。さらに、認知症がん高齢者の生活に合わせたがん疼痛の緩和につなげる看護実践の質向上への示唆が得られると考えた。

VI. 倫理的配慮

調査にあたっては本学看護福祉学部・看護福祉学研究科の研究倫理委員会に申請し承認を得た（承認番号 16N032031）。

第2章 文献検討

I. 高齢社会がもたらすがん患者の変化と課題

わが国は、総人口が減少する中、65歳以上の高齢人口は増え続け、統計開始後、最も高い高齢化率となっている。内閣府（2019）の発表によると、2018年の高齢化率は28.1%であり、2036年には33.3%、2065年には38.4%にまで達し、約2.6人に一人が65歳以上の者となる社会が到来すると推計されている。さらに、人口における高齢者が増加するだけでなく、高齢化の速度も世界に類をみない速さである。わが国を含むアジア圏の高齢化の速度は、欧米諸国に比べると2~5倍以上であり、医療や福祉の手本としてきた諸外国が経験していないような高齢化が起こっている。

この高齢化は、がん患者にも波及している。全がんの罹患率では、男女ともに50歳代から増加し、高齢になるほど罹患率は高くなる。2014年と2016年の全がんの年齢階級別罹患患者数を比較すると、65歳以上の数は、63万人から73万人と2年の間に10万人増加している。さらに、全罹患患者数に占める割合では、72.1%から73.7%と1.6%増加している（国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」, 2014）。これは、15~65歳の生産年齢人口に比べても倍以上の罹患患者数である。75歳以上になると、41.4%から42.5%と1.1%の上昇、85歳以上にいたっては12.8%から13.6%と0.8%上昇している。がん罹患患者数を現在と将来で比較した推計では、75歳以上の患者は、2035年から2039年には47%の増加率が見込まれ、高齢者ががんの診断を受けることが多くなっていることが予測される。

そして、高齢者ががんに罹患するだけでなく、がん患者も高齢化しやすい状況がある。がん医療が進歩し、相対生存率を用いた5年生存率が延長している。相対生存率とは、がんと診断された年から5年後に患者が生存している割合を示す。胃がんの相対生存率は60%、大腸がんでは50%を超えていることから、約半数の患者は5年後にも生存していることを意味している。もちろん、がん診断時の播種や転移の有無により相対生存率は異なるが、がん検診の

普及により早期のがんが見つかり、治療を受けることで、がんと共に生きる期間が延長していくことが予測される。このように、わが国では、がん患者の高齢化とがん患者の生存率の延長していることにより、高齢のがん患者が増加してきている。

さらに、高齢がん患者は個体差が大きくなるとともに、フレイル（荒井，2014）といった加齢に伴う身体の予備能力の低下を呈することや記憶障害を中心とした認知機能低下を主症状とする認知症疾患の割合が増加する。現在、わが国の認知症高齢者の数は、2012年に約462万人となり、65歳以上の高齢者の約7人に1人が認知症であると推計されている。2025年には認知症の人は約700万人前後になり（二宮，清原，小原，米本，2015）、65歳以上の高齢者の5人に1人、約15%（朝田，2013）に増加する見込みともいわれている。このように、わが国のがん患者を取り巻く人口動態は、これまで医療、福祉の見本としてきた先進国と異なる。エビデンスの乏しい中、わが国の認知症がん高齢者が、がんと共にどのように共生していくかを示すことが求められているともいえる。

わが国におけるがん対策は推し進められているものの、認知症がん高齢者への対応は注目され始めたばかりである。2006年のがん対策基本法の施行を皮切りに、がんに対する啓発活動、医療者へのがん教育が盛んになり、がんに関連する診療加算も新設された。近年では、がん治療の選択肢の増加、がん治療の低侵襲化、外来化学療法の普及など、がん治療に専念する入院期間は短縮し、治療をしても在宅で過ごす期間が長くなっている。その流れを受け、2012年に行われたがん対策の見直しでは、全体目標として「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が掲げられた（厚生労働省，2012）。次いで、2015年のがん対策加速化プラン（厚生労働省，2015）ならびに第3期がん対策推進基本計画（厚生労働省，2017）では、実施すべき具体策として高齢者や他疾患をもつ患者への標準的治療の検証、高齢期のライフステージに応じたがん対策が盛り込まれた。つまり、これからのがん対策に求められる計画は、今までのがんによる死亡者数の減少やがん治療の成績向上だけを目標とした支援

ではない。がんを抱えながら生活する人およびその家族の苦痛軽減，ならびに療養生活の質の維持向上への支援というようにがんとともに長く共生できる幅広い支援が求められているといえる。

II. 認知症がん高齢者に対するがん疼痛治療

1. がん疼痛のアセスメントとその治療の変遷

これまでの痛みに対する考え方は，痛みをもたらす源と生理学的変化が同量と考えられ，刺激が多ければ多いほど，痛みも強くなるという強度説が主流であった。そのため，疼痛刺激による脈拍の増加，発汗といった客観的に評価できる生理学的変化に焦点があてられ，主に身体的変化から患者の痛みを査定していた。1903年には侵害刺激，侵害受容器，侵害受容性反射がイギリスの生理学者により発表され，痛みの伝達のメカニズムが解明されるようになる。1950年代では，痛みの強さに対する患者の反応によって鎮痛効果を比較する方法が用いられるようになり，痛みの強さに焦点があてられ始める。その後，国際疼痛学会（International Association for the Study of Pain，以下，IASPとする）により，痛みは「感覚・情動体験」（sensory and emotional experience）であり，「常に主観的である」とされた。痛みは，発痛源の有無に関わらず，個人が脳で感覚する知覚であり，組織障害の有無に依存せず，身体的変化を伴わないことが定義として明記された（IASP，1986）。痛みは，生命の危機に直結するような生体防御のための有用な反応のひとつであると同時に，同じ刺激でも人によって，また同じ人でも時間と場合によって感じ方は異なる個別性の高いものであるという考え方が主流となった。

進行期がん患者の痛みに関する研究では，がん患者の75%が痛みを体験するとされている（Twycross, Harcourt, & Bergl, 1996）。さらに，がん疼痛は，原因や機序が異なる侵害受容性疼痛と神経障害性疼痛が同時に混在する場合も多く（American Pain Society, 2009；Caraceni & Portenoy, 1999；IASP, 1986；Portenoy & Hagen, 1990），疼痛のある部位も複数に及ぶことが特徴である

(McCaffery & Beebe, 1989/1995 ; World Health Organization [WHO], 1986/1996).

このような複雑な痛みを特徴とするがん疼痛治療において、痛みのマネジメントの基盤は、患者の主観的評価である (McCaffery, & Beebe 1989/1995 : WHO, 1986/1996; Cancer Care Nova Scotia, 2005; 高橋, 2007). 本来、痛みは、その個人に依拠する主観的なものであるため、第三者が客観的に判断するのは非常に難しい。そのため、第三者と痛みを共有するための手段として主観的評価法が開発された。McGill Pain Questionnaire (Melzack, 1975) は、主観的評価によって多次元的な痛みを測定する方法として初めて発表された質問紙である。質問内容は、痛みの感覚的側面と感情的側面、評価的側面などの領域に分けられており、患者自身が、自分の体験している痛みを記入する。医療者は、患者が記載した内容から、痛みの強さと質的な側面もあわせて患者の痛みを捉えることができるとされており、痛みの評価尺度として信頼性と妥当性の高い尺度であることが明らかにされている (Hasegawa et al, 2001). それ以来、Verbal Rating Scale (以下、VAS とする) や Numerical Rating Scale (以下、NRS とする) などの自己記入式の質問紙への回答や線や数値で痛みを表現する疼痛評価スケールが用いられ始めた。近年では、痛み日記といった患者自身が痛みの強さや鎮痛薬の服用状況を記入し、医療者と共有するための方法も普及している。

しかし、がん患者の全身状態が悪化した場合は、これまでのような自己記入式が困難となることが多い。そのため、現在では、他者が代理評価する方法として客観的評価法も普及している。Higginson and McCarthy (1993) により開発された Support Team Assessment Schedule (以下、STAS とする) は、他者が、患者の痛みと日常生活への支障度を「治療を必要としない痛みである」「痛みのため日常生活に支障をきたしている」「日常生活動作や物事への集中力に著しい支障がある」といった 5 段階で評価するものである。2004 年には、宮下らにより STAS 日本語版 (以下、STAS-J とする) も開発され (Miyashita et al., 2004), わが国の緩和ケア病棟でも使用されている。いま

や、がん診療連携拠点病院では、苦痛のスクリーニングとその結果に応じた症状緩和が整備されていることが要件となっており、早期に痛みを評価し、適切ながん疼痛治療を行うことは、医療者の責務であるといえる。

がん疼痛治療の主軸は、薬物療法である。1986年に発表されたWHO方式がん疼痛治療法（WHO 1986/1996）により、がん疼痛治療は大きく進歩を遂げた。WHO方式がん疼痛治療法は、全世界のあらゆる国に存在するがん患者を痛みから解放することを意図として作成されたがん疼痛マネジメントの根幹をなす治療戦略である。患者の痛みが強さと性質に合わせて医療用麻薬や鎮痛補助薬を調整することで約8割の苦痛を取り除くことができるとされ、国内でも普及している。がん疼痛の第一選択とされる薬剤は、医療用麻薬、非ステロイド性鎮痛薬、抗うつ薬や、抗けいれん薬を含む鎮痛補助薬など（WHO, 1986/1996）多岐にわたる。それらの薬剤使用において原因や個別性に応じた種類選択、投与量調整などの適切性が求められ、判断を誤ると効果的な鎮痛が得られない。さらに、医療用麻薬の増量は、意図としない鎮静状態や意識低下を招く可能性もあることから、患者の生活の質の低下を引き起こす危険性が高い（Coyle, Breetbart, Weaver & Portenoy, 1994）。

つまり、疼痛マネジメントにおいては、痛みは主観的なものであることが前提とされ、疼痛の主観的、客観的評価法が進歩してきている。さらには、WHO方式がん疼痛治療法で推奨される主要薬剤は医療用麻薬であり、患者の主観に合わせた滴定使用が求められている。疼痛マネジメントを成功させるためには、医療者が、患者本人が認識している痛みを日常生活への影響度、苦痛の程度から勘案することが必要である。さらに、医療者は、疼痛を緩和するために必要な薬物、非薬物療法を選択し、実行するといった一連の判断と行動が問われているといえる。よって、近年、増加してきている認知症がん高齢者に代表されるような見当識障害がある場合のがん疼痛マネジメントでは、痛みの有無を判断するだけでは疼痛を緩和するには至りにくい。医療者には、医療用麻薬が必要な痛みであるか、日常生活動作やQOLにどれほどの影響があるのかといった複雑な判断が必要であり、その質の高さが求められている。

2. 認知症高齢者の疼痛治療の現状と課題

認知機能が低下している場合、医療者をはじめとした第三者が、認知症高齢者の疼痛緩和方法を代わりに実践することも多い。しかし、医療者が代行する疼痛緩和方法の質は、医療者の認知症高齢者に対するある種の慣習的な信念、疼痛緩和能力の低さに加えて、既存の疼痛測定法の不適切さに影響を受けることが指摘されている (Frampton, 2003)。以下では、認知症高齢者の「痛みの認識」と「認識した痛みの自己報告」の能力について既知の文献を整理し、疼痛アセスメントへの影響について検討する。

電氣的刺激は、侵害受容器から末梢神経、脊髄後角、第二ニューロンといったいくつかの神経を介し、最終的に大脳にある海馬や扁桃体により痛みの記憶の修飾を受け、痛みとして認識される。高齢者では、自由神経終末の閾値が高くなり、下行抑制系の減弱、末梢神経線維数の減少、皮膚の痛点分布の減少、神経伝達速度の低下 (仙波, 2005) がみられるため、加齢に伴い視覚、聴覚などの知覚や感覚が低下する。さらに、認知症が加わると、海馬や扁桃体の萎縮も見られることがあるため、認知症高齢者は、痛みを感じにくいことが予測される。しかし、認知症高齢者と痛みに関する実験研究では、これらの予測に反する結果が示されている。Iwata et al. (2004) が行った老齢マウスを用いた実験では、脊髄後角ニューロンの活動が高くなり、痛みのような知覚にはむしろ過敏になるといった末梢神経損傷時に類似する神経活動が明らかにされ、認知症高齢者は、刺激以上の痛みを感じることを示唆されている。さらに、Benedetti et al. (1999) の研究では、アルツハイマー型認知症高齢者 (以下、AD 群とする) の痛みの閾値と耐性を明らかにするために、電気刺激と虚血刺激の2種類の刺激を用いて非認知症高齢者と比較した。結果、痛みの閾値は、AD 群と非認知症高齢者群に差がなかった。痛みの耐性は、AD 群が高く有意差を認めた。Rainero, Vighetti, Bergamasco, Pinessi, and Benedetti (2000) のAD 群の電気刺激に対しての疼痛閾値と生理的反応に関する実験研究では、疼痛閾値内の痛みを与えた時にはAD 群と対照群ともに血圧や心拍数などの生理的反応の変化はなく、対照群との比較でも有意差はなかったことを明らかにしてい

る。つまり、痛み刺激に関する生理的反応は、認知症者も非認知症者も変わらない。これらの実験研究の結果からは、認知症高齢者が痛みを感じやすいとも、痛みを感じにくいとも結論づけることは難しく、再考の余地がある。

次に、「認識した痛みの自己報告」の能力について検討する。自己報告 (self-report) とは、認識した痛みを他者に説明、報告することとされている。認知症高齢者の痛みの自己報告の可否について調査した Ferrell, B. A., Ferrell, B. R. and Rivera (1995) の研究では、Mini-Mental State Examination (以下、MMSE とする) 平均 12.1 点の認知症高齢者 217 名のうち、62% の認知症高齢者が、最近の痛みについて自己報告できたことを明らかにしている。Pautex et al. (2006) は、重症認知症高齢者 129 人を対象に痛みの自己報告について調査し、61% の認知症高齢者が、Verbal Rating Scale (以下、VRS とする) と VAS, Face Rating Scale (以下、FRS とする) のうち少なくとも 1 つ疼痛評価スケールに理解を示したことを明らかにしている。つまり、認知症高齢者は、痛みの自己報告が可能であること、疼痛評価スケールを使用が可能であることが示唆されている。さらに、Reynolds, Hanson, DeVellis, Henderson, and Steinhauser (2008) は、軽度群、中等度群、重度群に層別化した認知症高齢者 551 名を対象に、痛みの自己報告が認知症の重症度によって差があるのか調査している。結果、軽度群 31%、中等度群 24%、重度群 10% が疼痛を報告でき、認知機能低下が重度であればあるほど疼痛の自己報告が減少するものの、認知症高齢者が痛みを自己報告できていることを明らかにしている。これらの結果を踏まえると、10~60% の認知症高齢者は、痛みを自己報告が可能

(Horgas, Elliott, & Marsiske, 2009) と考えることができる。しかし、報告可能とする割合の幅が大きく、自己報告が疼痛緩和に反映できるとは言い切れない。医療者は、認知症高齢者に「痛みはありますか?」と「痛み」という言葉を用いて尋ねることが多いが、認知症高齢者と非認知症高齢者では「痛み」という言葉から連想する状況に違いがあることが示唆されている。AD 患者と非 AD 患者に「これから痛み刺激を加えます」と説明した場合の生理的反応を比較した結果、AD 者は、心拍数などの生理的反応は変わらなかったが、非 AD

者は、痛み刺激を加える前から心拍数や最高血圧の上昇がみられていた

(Rainero et al., 2000 ; Benedetti et al., 1999). つまり、認知症高齢者は、痛み刺激と痛みの表現は必ずしも一致しないといえる。つまり、非認知症高齢者は「痛み」という言葉から痛みに伴う過去の体験をイメージし、疼痛を体験しているかのような生理的反応をおこすが、認知症高齢者は、「痛み」の概念が縮小 (Oosterman et al., 2014) ないし変化 (山田, 1995) しているため生理的反応がおこらなかった可能性がある。そのうえ、どの研究においても、データ収集時の状況が明記されていない。認知症高齢者は、周囲の環境や人的環境の影響を受けやすい。他者が認知症高齢者の自己報告をもとに疼痛アセスメントする際には、報告を受ける側の関わり方や報告の引き出し方が自己報告の内容に影響をあたえること、さらには、報告の受け取り方がアセスメントの結果を左右し、評価が一致しない (Ferrell et al., 1995) ことにも注意が必要である。つまり、自己報告の能力は個体差が大きいこと、自己報告を引き出す際のコミュニケーションの仕方によっても自己報告が可能かどうか変化しやすいため、一様に認知症高齢者は、痛みの自己報告が可能であると結論付けることは難しい。

認知症高齢者のように言葉に依拠した疼痛アセスメントが難しい場合の代替案 (Herr et al., 2006) として、痛みを客観的な変化から評価する試みが始まっており、信頼性・妥当性の検証が実施されている (Abbey et al., 2004 ; Corbett et al., 2014; Feldt, 2000; Fuchs-Lacelle & Hadjistavropoulos, 2004 ; Snow et al., 2004). いずれも American Geriatrics Society (以下、AGS とする) が推奨している項目 (表情, 声, 動作) を網羅したものであり、医療者用, 介護スタッフ用と使用者が拡大するとともに多様な療養場所での使用が期待される。しかし、観察された行動に依拠する疼痛評価スケール (以下、観察式疼痛評価スケールとする) の妥当性における課題が、いくつかの研究から報告されている。研究方法に関して、サンプルサイズの小ささ、観察される行動項目の少なさ、不安などの感情を反映してしまうといった感度・特異度に関する課題

(Manfredi, Breuer, Meier, & Libow, 2003; Zwakhalen, Hamers, Abu-Saad, & Berger, 2006), ツールを使用した対象者が限定的であること (Lichtner,

Dowding, & Closs, 2015) が指摘されており, 妥当性が検証できないという方法論的限界 (Ferrell, Kats, & Helme, 1996) も指摘されている. さらに, 痛み指標となっていた行動が認知症の悪化により減少してしまう (Monroe, Carter, Feldt, Tolley, & Cowan, 2012) といった使用方法に関する課題もある. つまり, 臨床において非言語的な行動指標に基づく信頼性, 妥当性がある標準化されたスケールはいまだ存在していない.

痛みとは, 痛みの経験とその文脈, その意味や信念によって形作られる個人的経験であり, 患者固有のものである. 患者が体験した痛みは, 患者が VAS や NRS を用い, 数値化した時点で言語機能などの影響を受け, 痛みを体験していない他者が目視でき, 共有できる客観情報と変化する. つまり, スケールの開発が進み, 疼痛による行動の変化やサインがわかったとしても, 鎮痛剤を使うかどうかの指標の決定的な証拠にはなり得ない. 認知症高齢者の痛みの緩和には, 医療者の継続的なかかわりと詳細な観察によって変化の意味を考えながら痛みをアセスメントし, 薬剤効果を評価していくことが必要と考える.

III. 認知症がん高齢者のがん疼痛緩和における困難

認知症がん高齢者に対するがん疼痛緩和に携わる医療スタッフ困難感は, 認知症がない場合よりも大きくなることが予測される. Iritani et al. (2011) は, 看護師の記録をもとに認知症がん高齢者と非認知症がん高齢者の痛みの訴えの記載内容を比較し, 非認知症がん高齢者に比べ, 認知症がん高齢者の痛みの記録が少なかったことを明らかにしている. さらに, Monroe, Carter, Feldt, Dietrich and Cowan (2013) らは, 緩和ケア病棟における認知症のある終末期がん患者に対する医療用麻薬の投与量を調査し, 非認知症の終末期がん患者よりも少ないことを報告している. さらに, Scherder and Bouma (1997) は, 認知症重症度と鎮痛薬の使用量に関する調査を行い, 認知症重症度と鎮痛薬の使用量は正の相関も負の相関もない無相関であったことを明らかにしている. これは, 看護師が認知症高齢者の痛みの訴えを捉えられていない可能性も考えられる.

がん疼痛に使用する鎮痛薬は、WHO方式がん疼痛除痛ラダーに則ると（WHO, 1986/1996）医療用麻薬や非ステロイド性鎮痛薬、鎮痛補助薬、コルチコステロイド、筋弛緩薬、ベンゾジアゼピンなど多岐にわたる。特に医療用麻薬は、疼痛の強さによって薬剤の種類、量の増減が必要であり、鎮痛十分量は、個人差が大きく用量に依存しないため、投与量から鎮痛に必要な投与量を推測できないといった特徴がある。それに加え、認知症がある場合は、必要に応じた鎮痛薬を要求できない、もしくは鎮痛薬の要求が適切かの評価も難しいという報告が散見される。医療用麻薬の副作用としての便秘や眠気は、高齢者によくみられる症状である（AGS, 2009 ; WHO, 1986/1996）が、便秘や眠気は医療用麻薬を使用していない高齢者においても見られる症状である。従って、薬剤性の症状であるかの見極めは、これまでの排泄リズムと投与時期と副作用の出現時期から判断していくことが必要である。さらに、高齢者にみられる生理的变化により、薬物の生体内蓄積が起りやすく、経皮剤の場合も末梢血流量が低下しているため、組織透過性が低下することから薬効発現の遅延や減少も起こることが予測される（大西, 2008）。半減期の延長だけでなく代謝産物も蓄積しやすいため、過量投与となりやすい状態であり、呼吸抑制といった死に直結する症状の出現も否定できない。つまり、認知症がん高齢者の疼痛緩和においては、患者のがんの病態を医学的事実から把握した上でがん疼痛をアセスメントに疼痛緩和のために薬物療法が必要となる。

しかし、痛みのサインを受け取る看護師の判断には、管理者の認知症高齢者に対する認識といった環境要因や、これまでの認知症に関する教育を受けた経験（Neville, MaCarthy, & Laurent, 2006）、認知症高齢者に対する誤解（森本・坂本, 2006）といった個人的要因が、影響を与えている可能性もある。痛みの表現や言葉を受け取る看護師の技術や洞察次第で、個々人によって認知症高齢者に「痛みがある」とする判断が異なり、疼痛のアセスメントが複雑化し、患者の疼痛治療の成否、ひいては生活の質が低くも高くもなる（Ferrell et al., 1996）。

つまり、認知症がん高齢者に対する疼痛マネジメントに携わる看護師がになう役割は大きく、疼痛マネジメントを成功させるための知識や経験も幅広いため、認知症がん高齢者への鎮痛薬投与は、がんのない認知症高齢者よりも困難であることが推測される。

IV. 認知症がん高齢者に対して看護師が実践する疼痛緩和

認知症がん高齢者に関する研究では、患者のがん疼痛の過小評価、過少治療が報告されている。認知症のある高齢者が痛みに対処されない状態が続くと行動症状が出現しやすく、介護負担、医療費の増大を招き、患者の QOL を低下させるため対策が必要である。しかし、痛みの自己報告が難しい高齢がん患者の場合、痛みを特定し、鎮痛手段を講じることには慎重さを伴う。

そのような難しい中でも、看護師のいくつかの工夫が明らかにされている。塩塚他（2011）は、患者の微細なサインに気づくことが患者の痛みのサインをとらえる手がかりになることを明らかにしている。さらに、田中他（2006）は、日常生活の過ごしやすさや居心地を整えた上で、患者の行動を観察し、患者固有の痛みのスケールを作成したことで疼痛緩和に成功している。櫻庭（2018）は、看護師が、患者の痛みの有無の基準を、患者のいつもの状態を比較することが痛みのアセスメントに役立つとしているが、いずれの報告も看護実践として一連の看護過程として体系的に示されているものはない。

AGS（2002）は、上述した内容を認知症患者の疼痛管理におけるアルゴリズムとして判断の順序をしめしている。AGS のアルゴリズムでは、移動中の痛み行動が出現しているかどうかを始点とし、つぎに、安静時に特定の痛みが予測されるような行動が出現するかを見極めたのちに、基本的な快適さのニーズが満たされているか、痛みの原因疾患は特定できるかを見極めるという判断順序を提案している。また、さらに、Kovach, Noonan, Schlidt, Reynolds, and Wells（2006）は、体系的なアプローチとして図式化している。Kovach らの開発した Serial Trial Intervention（以下、STI とする）では、患者の行動の変化を認めたときに、看護師は、認知症高齢者の基本的な生活へのニーズ、身体的な

アセスメント、感情のアセスメントを通して患者のいつもの状態をベースラインに定めること、さらに、非薬理的介入、鎮痛薬の試用、向精神薬の使用を段階的介入として示している。この STI は、特別養護老人ホームに入居している重度認知症高齢者 114 名を対象にランダム化比較試験 **randomized controlled trial**（以下、**RCT** とする）を行っており、有効性が検証されている（Kovach, et al., 2006）。STI を用いた群は、対照群よりも不快感が有意に少なく、行動症状がベースラインに戻る頻度も高かったことを明らかにしている。さらに、STI を用いた看護師群は、対照群の看護師よりも評価や介入の持続性を示した薬理的もしくは非薬理的な快適さへの援助において、統計学的な有意差があったことから STI が有効であるとしている。

つまり、認知症がん高齢者のがん疼痛は医療スタッフの認識やサインへの気づきが重要であり、さらにそのサインの見極めには妥当性のある判断が必要とされているといえる。

第3章 研究1

認知症がん高齢者に対する「がん疼痛緩和モデル」の作成

I. 目的

認知症がん高齢者の疼痛ケアに携わる看護師が、認知症がん高齢者の疼痛緩和の実践ができるための「がん疼痛緩和モデル」およびその教育プログラムを作成することを目的とする。

II. 方法

文献検討を通して、認知症がん高齢者の疼痛緩和に対する看護師の看護実践と患者の置かれている状況を構造的に捉え、実践を構造化した。まず、前提となる理論を設定し、その理論を説明するための構成概念を決定する。次に、その構成概念を具体的に説明する概念を決定し、さらに、概念を具体的に説明する指標、概念を測定・記述する変数を尺度として決定する。この過程によって、認知症がん高齢者に対するがん疼痛緩和の看護実践を図式化した。

4つのデータベース（J-DreamⅢ，医学中央雑誌 web 版 ver.4，DiaL，最新看護索引 web）を用いた。検索範囲は、web 版で遡及可能であり、事例研究の報告がされ始めた 1986 年から 2016 年までとした。最終的な検索を 2017 年 8 月中旬に行った。検索式は“(認知症 or 認知機能低下) and (がん or 腫瘍) and (看護 or ケア)”とした。該当した 35 件に対し、①1 事例に対し 3 ページ以上の研究論文、②目的、方法、結果が述べられていることを最終選定条件とし、14 件を分析対象論文とした。結果、前述した 14 文献について分析を試みたが多くの論文が実践報告であり、準実験研究デザインによる成果研究としての要素を満たさなかった。よって抽出した 14 文献を精読し、概念とその下位となる構成概念、あるいは構成概念と指標との関係が明確に記述されているかを区別し、文献を分析した。

III. 結果

1. 「がん疼痛緩和モデル」の作成

理論的背景として MSM と IASM を置き，14 文献の分析を通して認知症がん高齢者の疼痛緩和における看護師の実践（図 3）を 3 つの構成概念を用いて図式化した．認知症がん高齢者の疼痛緩和における看護師の実践は，「認知症がん高齢者の疼痛緩和に携わる看護師」が「がん疼痛緩和モデルの使用」によって，「認知症がん高齢者の疼痛緩和が実践できる看護師」に帰結するとした．

「認知症がん高齢者の疼痛緩和に携わる看護師」の下位にあたる概念として，個人的要因，環境要因を位置づけた．個人的要因の指標には，年齢，看護師経験，がん看護と認知症ケア研修会受講経験，認知症がん高齢者のがん疼痛緩和の経験を含めた．環境要因は，専門家への相談体制と看護師間の情報共有体制を含めた．

また，「がん疼痛緩和モデルの使用」の下位にあたる概念として，「患者のレディネス（準備状態）を確認する」，「「いつも」の生活を捉える」，「痛みの原因を探索する」を位置づけ，それぞれの概念における指標を下段に設定した．

「患者のレディネス（準備状態）を確認する」では，「会話形式の識別」，「The Confusion Assessment Method（以下，CAM とする）日本語版」を設定した．「「いつも」の生活を捉える」では，「コミュニケーション障害を持つ高齢者の痛み行動観察尺度日本語版 DOLOPLUS-2」（安藤，2016；Ando & Hishinuma，2010）を設定した．「痛みの原因を探索する」では「Serial Trial Intervention（STI）」を設定した．

さらに，「認知症がん高齢者の疼痛緩和が実践できる看護師」の下位にあたる概念として，患者の「「いつも」の生活がわかる」，「がん疼痛の有無がわかる」，「認知症がん高齢者の生活に合わせた非薬物療法，薬物療法が実施できる」を設定した．

図 3 で示した構造ならびに，Snow, Rapp, and Kunik（2005）が提唱している痛みの診断アプローチの順序に基づき，「がん疼痛緩和モデル」を構成する要

素と順序を検討し、以下 3 ステップから成る「がん疼痛緩和モデル」を作成した (図 4)。

1) 患者のレディネス (準備状態) を確認する (第 1 ステップ)

認知症高齢者であっても自らが体験している痛みを他者に伝えるのが可能な場合もある (日本緩和医療学会, 2014)。認知症高齢者は、環境要因や人的要因の影響を強く受け (片丸・宮島・村上, 2008; 久津見・山田・伊藤・三上, 2008) 会話の内容やコミュニケーションのスタイルが変化する。そのため、認知症のない高齢者と同様の関わり方を実践すると、認知症がん高齢者の認知、評価に影響を及ぼし、反応の原因が特定しにくいことが考えられる (Chibnall, & Tait, 2001)。よって、本モデルでは阿保 (2011) の文献を参考に、会話形式から患者の状態を 3 段階に分類し、言葉による痛みの情報収集が可能である状態なのか、まず看護師が判断することとした。加えて、認知症がん高齢者は、せん妄を併せもっていることが多く、せん妄を除外できない状態であることも多い。そのため、せん妄であるか否かの判断を渡邊 (2013) の CAM を用いて、スクリーニングした。せん妄であると判断される場合は、すみやかにせん妄の診断と治療のため医師に相談できるようにした。これらを第 1 ステップと位置づけ、この関わりにより、認知症がん高齢者の痛みを伝える力を見過ごさずに傾聴する、客観的に問うことが可能になり、既存の疼痛評価スケールの使用が可能であるかを判断することができると考えた。

2) 「いつも」の生活を捉える (第 2 ステップ)

認知症がん高齢者の痛みのサインは、微細かつ個別的で多彩 (田中他, 2006; 田中, 2008; 村上他, 2012) である。その微細な変化に気づくためには、患者が痛みや苦痛がなく過ごしている日常の生活を「いつも」の生活として可視化すること、および看護師同士が「いつも」の生活を情報として共有するための方法が必要と考えた。国内外では患者から客観的な指標が得られ、かつ変化をモニタリングできる道具として、いくつかのスケールが開発されている。その中から信頼性、妥当性が検証されており、日本語に翻訳されている「コミュニケーション障害のある患者の痛みのシート」(安藤, 2016) を著作

者から使用許可を得た上で、参考とした。この尺度はオランダで開発された認知症高齢者の慢性疼痛を第三者の観察によって検出する DOLOPLUS 2

(Lefebvre-Chapiro, & The DOLOPLUS Group, 2001) を翻訳したものである。DOLOPLUS 2 は、患者の日常生活行動を身体の反応 5 項目（言葉による表出、体の動き、体を守る動き、表情、睡眠）、身体の活動の反応 2 項目（整容・衣服の着脱、活動）、心理社会的反応 3 項目（コミュニケーション、社会生活、行動症状）の計 10 項目から構成されている。専用のシートを用いて各項目を 0 点から 3 点の 4 段階でチェックする。満点は 30 点であり、5 点をカットオフ値とし、5 点以上であれば“痛みがある”と判断することになっている。しかし、このシートの適用において、失語症など痛みの自己報告が使用できない患者も含まれており、認知症ががん高齢者のがん疼痛の検出が可能かは明らかとなっていない。そのため、日常生活行動の変化を検出することは可能であるが、シートでは検出できない看護師の痛みの判断、非薬理的介入を押し留めてしまう可能性がある。よって、カットオフ値を採用せず、「いつも」とどのように違うのかを書き込める欄を設けたシート（以下、「いつも」の生活観察シートとする）を作成した（資料 1）。この「いつも」の生活観察シートを記入することによって、患者の「いつも」の生活の基準を決定することで、看護師が患者の変化を検出することができるようになると考えた。基準決定の期間は、DOLOPLUS 2 の基準に則り、2 週間程度とし、患者に大きな変化がなければその時点で記録を中止するとした。

3) 痛みの原因を探索し、介入する（第 3 ステップ）

患者の行動の変化の意味を探究する方法として、前述した STI と STI の改良版である STA OP! (Pieper et al., 2011)、AGS (2002) が推奨している持続性疼痛をマネジメントするためのアルゴリズムを参考とした。

STI は、5 つのアセスメント項目とその順序が段階 1 から 5 で示されている。段階 1 としてフィジカルイグザミネーションを用いた身体のアセスメント、段階 2 として怒りや悲しみ、不安などの感情のアセスメント、段階 3 として温・冷罨法、傍に付き添う、マッサージをするといった非薬理的介入、段

階 4 として医師の指示のもとでの鎮痛薬を試用，段階 5 として専門家への相談もしくは向精神薬を試用が配置されている．各段階において，患者のニーズが満たされていても，患者の行動変化が続く場合に，次の段階に移行する．このような順序での介入を繰り返し，患者の変化ががん疼痛によるものであるのか，そのほかの要因によるものなのかを判断する．Pieper et al. (2011) が開発した STA OP! は，STI を使用する看護師の知識，技術の程度が諸国では異なるため，新たに段階 0 を設定し，食事や睡眠，排泄などの患者の基本的ニーズのアセスメントを追加している．AGS (2002) でも，高齢者の持続性疼痛の管理において感情的な影響の検討，基本的ニーズの充足や痛みの原因の査定，鎮痛薬の試験投与を示している．

これら STI，STA OP!，AGS の慢性疼痛管理のアルゴリズムのいずれにおいても，構成内容は類似している．しかし，この判断の順序においては，研究者の予備調査では，異なる場合も明らかとされている．高齢者の生理学的な変化として肝臓，腎臓機能の低下や薬剤代謝の遅延（大西, 2008）があり，鎮痛薬使用には，慎重さが求められる．よって，第 3 ステップでは，疼痛緩和の方略として明確な判断順序を打ち出しており，かつ有効性の検討がなされている STI を基本とし，作成した．使用にあたっては，開発者である Kovach から許諾を得て翻訳し，以下の順序に従って，痛みの原因を探索し，介入することを第 3 ステップと位置付けた．

- (1) 基本的な生活ニーズの充足の確認
- (2) 身体的のアセスメント
- (3) 感情面のアセスメント
- (4) 非薬理的介入の実施
- (5) 鎮痛薬の試験投与

2. 「がん疼痛緩和モデル」のプロトコルの作成

次に、「がん疼痛緩和モデル」を確実に実行するための仕様について、プロトコルを作成した。内容は、「がん疼痛緩和モデル」の目標、適用患者、使用方法の3つを設定した（表1）。

1) 目標

「がん疼痛緩和モデル」の目標として、モデルを使用する看護師が、認知症がん高齢者の「いつも」をベースに、がん疼痛の有無、患者の生活をアセスメントし、非薬物療法、薬物療法を選択して疼痛緩和の実践ができるとした。

2) 適用患者

日本語版 DOLOPLUS-2（安藤，2016）では、疼痛を測定できる対象者について、Functional Assessment Staging（本間・臼井，2004）（以下、FAST とする）1～6 の認知機能を保持しており、かつ、初回の測定時に「痛みの訴え」が点数化できる認知症高齢者としている。日本語版 DOLOPLUS-2 の妥当性の検証（Ando & Hishinuma, 2011）では、認知症がん高齢者を対象としていないため、本研究で対象としている認知症がん高齢者に適用できるかは不明である。本研究では、看護師が疼痛緩和のための看護実践に苦慮していると考えられる認知機能の状態を DMS-IV の診断基準を参考に、以下3項目を満たす患者を本モデルの適用患者とした。

- (1) 75 歳以上であり、これまでにがんと診断されたことがある
- (2) がんによる疼痛があると医学的判断がなされており、定期的もしくは臨時に使用できる鎮痛薬が処方されている
- (3) これまで認知症の診断がある、もしくは記憶障害、失語、失行、失認、実行機能障害に該当する状況が2つ以上みられる

3) 使用方法

実践モデルは、午前、午後の1回ずつ1日計2回、第1ステップから第2ステップまでを実施する。第1ステップおよび第2ステップを実施する場面は限定せず、検温時、排泄介助時など看護師が適用患者とかわる時とする。さらに、鎮痛薬を使用すべきか判断に悩む場合には、躊躇せず第3ステップに入

り、患者が「いつも」の生活がおくれていると判断できるまで第3ステップを繰り返すとした。「いつも」の生活におくれていると判断できた際には、第2ステップに戻り、「いつも」の生活観察シートを記入する。

3. 教育プログラムの作成

「がん疼痛緩和モデル」を看護師が使用するにあたり、「がん疼痛緩和モデル」のプロトコール（表1）に基づく教育プログラム案（以下、教育プログラムとする）を作成した。作成した教育プログラム案を2名の緩和ケア認定看護師に対し実施した。実施後に臨床における実施可能性、改善について意見を求めた。「がん疼痛緩和モデル」のそれぞれのステップ間の関連、判断に迷うとの意見が聞かれた。そのため、判断アルゴリズム（図5）を作成し、教育プログラムを補足する資料として加え、教育プログラムを作成した。

1) 教育プログラムの目標

目標は、「認知症がん高齢者のがん疼痛を適切に緩和し、日常生活の質の維持・向上につなげる看護実践ができるために、がん疼痛緩和モデルの内容と方法が理解できる」とした。

2) 教育プログラムの内容

内容は、導入、レクチャー、「いつも」の生活観察シートの記入練習の以下3部構成とした。

(1) 導入；これまでの実践の振り返り

これまでの認知症がん高齢者のがん疼痛緩和の経験や痛みに対する考え方、実践上の判断に苦慮する場面、困難さについて語り合うことを通して、「がん疼痛緩和モデル」使用への動機付けの機会とする。

(2) レクチャー ; 「がん疼痛緩和モデル」の全体の構成と使用意義, 実際の活用方法の説明

看護師の実践は, その時々状況下で観察する視点や得られる情報が異なるため, どの情報を選択するかは看護師の考えた方法で良いこと, 考え方の基本原則であることを伝える.

(3) 「いつも」の生活観察シートの記入練習

看護師に入院患者の中から, 痛みがあると判断できる認知症がん高齢者を想定してもらい, その患者の「いつも」の状態について情報共有を行う. その後, 「いつも」の生活観察シートを記入してもらい, 具体的にどのようにチェックしていくのか, 迷う場面ではどのように考えたらよいのか確認する. 記入結果は, 参加者で共有し, 異なる点の理由を伝えあい, 妥当な評点になるまで話し合いを繰り返す.

4. 実践評価項目の作成

図3に示したように「認知症がん高齢者の疼痛緩和が実践できる看護師」の下位にあたる概念として, 患者の「いつも」の生活がわかる, 「がん疼痛の有無がわかる」, 「認知症がん高齢者の生活に合わせた非薬物療法, 薬物療法が実施できる」を設定している. しかし, それらの指標, 尺度は明らかになっていない. そこで, これらの3つの視点から, 「がん疼痛緩和モデル」の有用性を検証するための客観的指標として測定用具を作成した.

1) 実践評価項目の生成

既存の看護師の自律的判断尺度 (菊池・原田, 1997), 「緩和ケアに関する医療者の知識・態度・困難感尺度のホームページ」, がん看護に対する困難尺度 (小野寺他, 2013) をもとに, 研究者が独自に作成し, 認知症がん高齢者に対するがん疼痛緩和のための実践評価項目 (58項目) を案として作成した. 案をもとに, がん看護の専門家4名から意見を聴取し, 実務経験がある看護師27名にパイロットスタディを実施し, 項目の検討と修

正を行った。最終的に認知症がん高齢者に対するがん疼痛緩和のための実践評価項目を計 48 項目作成した。

2) 実践領域の生成 (表 2)

48 の実践評価項目から看護実践の内容に合わせ 7 領域 (以下, 実践領域とする) [変化の意味を考え介入できる], [身体状態を判断する], [感情の変化を捉えることができる], [今後の変化を予測できる], [広い視点で生活全体を評価する], [介入の順位付けができる], [薬剤試用の判断ができる] を生成した。

実務経験のある看護師に対して, 認知症がん高齢者に対するがん疼痛のための実践評価項目について回答を求め内容妥当性を検証した。さらに, 認知症がん高齢者の疼痛緩和に携わっている認定看護師が在籍している施設の看護部門管理者に口頭にて研究の趣旨と方法について説明し, 各施設の倫理審査の承認を得て, 調査を実施し, 実践領域内の内的整合性を検証した。検証には, 各質問項目が全体として同じ概念や対象を測定したかどうかを評価する信頼係数として, Cronbach の α 係数を用いた。

結果, 看護師 69 名に 48 実践評価項目を付した質問紙を配布し, 回答を得た。その結果, 回収数 59 部のデータを分析し, 48 実践評価項目全体, 各実践領域の Cronbach の α 係数を算出した。48 実践評価項目全体 (有効回答数 69 名) 0.96 であった。以下, 係数が高い順に [広い視点で生活全体を評価する] 有効回答数 63 部 0.87, [薬剤試用の判断ができる] 有効回答数 66 部 0.86, [変化の意味を考え介入できる] 有効回答数 66 部 0.83, [身体状態を判断する] 有効回答数 65 部 0.80, [介入の順位付けができる] 有効回答数 66 部 0.79, [感情の変化を捉えることができる] 有効回答数 66 部 0.75, [今後の変化を予測できる] 有効回答数 65 部 0.67 であった。よって, 作成した実践評価項目は, 看護師の実践を説明できており, 大きな偏りがないことが確認された。

第4章 研究2

認知症がん高齢者に対する「がん疼痛緩和モデル」の有用性の検証

I. 目的

認知症がん高齢者の疼痛緩和に携わる看護師による「がん疼痛緩和モデル」の活用を通して、臨床における有用性について検討する。

II. 方法

1. 研究デザイン

本研究では、「がん疼痛緩和モデル」の介入効果を検討するために事前事後比較研究デザインを採用した。介入前後での看護師の変化は、実践評価項目による数量的測定と看護師へのインタビューにより得られた質的データから解釈を統合する混合研究法を用いた。

2. データ収集期間

データ収集は、2018年1月～2018年12月に実施した。

3. 対象

サンプルサイズは、効果サイズを0.40、両側有意水準を0.05、検出力0.80で算出した（Cohen, 1988）。教育プログラムに参加した後に、認知症がん高齢者に対して実際に「がん疼痛緩和モデル」を使用したかどうかデータとなるため、脱落率を3割に見込み、50名を研究対象とした。

1) 対象病棟の選定

研究対象施設の選定では、がん診療連携拠点病院もしくはがん患者の入院が多い病院を抽出するためA市とB市を対象とし、便宜的標本抽出法を実施した。まず、看護部長もしくは病棟責任者に連絡をとり、認知症がん高齢者の入院の有無、認知症がん高齢者の疼痛ケア経験の有無を尋ね、研究について口頭で説明した。許可を得た後、研究依頼書、説明書、同意書と撤回書

(資料 2～5) を同封した。研究協力が得られた病棟責任者と病棟医，外来担当医に対し研究者から研究の説明を行い，同意が得られた病棟を研究対象病棟として登録した。

2) 対象者の選定

登録した対象病棟に所属している認知症がん高齢者の疼痛緩和に携わる看護師全員を対象者とした。

4. データ収集

調査開始時に，対象者の属性データを収集した。さらに，「がん疼痛緩和モデル」使用前（以下，介入前とする），使用 16 週間後（以下，介入後とする）の計 2 回，認知症がん高齢者の疼痛緩和に対する自信度および実践評価項目の得点を収集した。さらに，教育プログラム受講後に，教育プログラムの内容とその理解に関する質問紙を作成し，配布，回収した。最後に，本モデルを実際に使用した対象者に，自身の看護実践への考えがどのように変化したのかインタビューを実施した。

1) 対象者の属性

看護師の属性データとして，個人属性（年齢，性別，これまでの教育歴，看護師経験年数，がん看護経験年数，認知症ケア経験年数，所属場所，所属年数，職位，がん看護に関する研修会の受講の有無，認知症に関する研修会の受講の有無）と環境属性（専門家への相談体制，認知症がん高齢者へのがん疼痛緩和経験の有無）を教育プログラムの参加前に尋ねた。質問紙には，対象者のみが知る識別番号を記入できる欄を設け，研究期間中は，回答のたびに，同じ識別番号を記載するように依頼した。

2) 認知症がん高齢者の疼痛緩和に対する自信度

認知症がん高齢者の疼痛緩和に対する自信度を 0「自信がない」から 10「自信がある」の 11 段階リッカートスケールを用いて回答を求め，自信度とした。

3) 認知症がん高齢者の疼痛緩和に対する実践評価項目の得点

48 実践評価項目に対する得点を 1「容易」、2「少し容易」、3「どちらでもない」、4「やや困難」、5「困難」の 5 段階のリッカートスケールを用いて回答を求め、実践評価項目の得点とした（資料 6）。実践評価項目の得点は、7 実践領域ごとの得点を領域得点とし、48 項目の合計点を実践評価項目の総得点とした。

4) 「がん疼痛緩和モデル」の理解度と活用可能性

教育プログラム後に「がん疼痛緩和モデル」の理解度と活用可能性について 10 の質問項目を設け、1「そう思う」、2「どちらかというと思う」、3「どちらかというと思わない」、4「そう思わない」の 4 段階のリッカートスケールを用いて回答を求めた。質問項目 5～7 の 3 項目は、黙従傾向のような回答バイアスを避けるため、逆転項目とした。

5) 対象者の疼痛緩和に対する考え

「がん疼痛緩和モデル」を使用した対象者に、インタビューへの協力を依頼し、同意が得られた者に半構造化インタビューを実施した。インタビューガイド（資料 7）を用いて、介入前、介入後の疼痛緩和に対する考えを尋ね、対象者の疼痛緩和に対する考えの変化とした。

5. データ分析

分析には統計パッケージ IBM® SPSS® Statistics Ver.24 を用いた。分析内容を以下に示した。

1) 認知症がん高齢者の疼痛緩和に対する自信度と実践評価項目の得点の変化

(1) 対象者の介入前後の疼痛緩和に対する自信度を Wilcoxon 符号順位検定を用いて、有意水準 1%、5%にて比較した。

(2) 対象者の介入前後の疼痛緩和に対する実践評価項目と総得点、実践領域得点を Wilcoxon 符号順位検定を用いて、有意水準 1%、5%にて比較した。

(3) 看護師の介入前と介入後の7実践領域ごとの得点を、Wilcoxon 符号順位検定を用いて、有意水準 1%、5%にて比較した。

2) 認知症がん高齢者の疼痛緩和に対する考え

得られたデータを IC レコーダーに録音し、逐語録を作成した。分析過程全般において、質的研究者にスーパーバイズを得た上で質的帰納的に分析した。分析手順は以下である。

(1) 逐語録を読み直し、語られている内容を熟読した。

(2) 対象者ごとに、「がん疼痛緩和モデル」使用前後での実践に対する考えの記述部分を抽出した。

(3) 意味内容を損ねないように抽象度を上げコード化し、同じような内容のコードをまとめカテゴリー化した。

6. 教育プログラムの実施

対象者に対し、研究者が教育プログラムを実施した。実施にあたり、対象者の都合に合わせ業務に無理のない時間を病棟責任者と調整した。教育プログラムの実施時間は 45～60 分程度とし、対象病棟内で開催した。実施にあたっては、対象者がこれまでの実践とその時の感情に気づけるような問いかけ、発問を行い、参加者間で苦悩や困難が共有できるようファシリテートした。さらに、教育プログラム実施後に、教育プログラム内容についての理解度と活用可能性に対するアンケートを配布し、その場で回収した。

III. 倫理的配慮

本研究は、本学看護福祉学部・看護福祉学研究科の研究倫理委員会の承認（承認番号 16N032031）、各施設の倫理委員会（承認番号 29-13，001）の承認を得て実施した。具体的には以下の配慮を行った。

1. 研究参加に関する自己決定権の保証

対象者に研究説明書と同意書、撤回書を用いて口頭により、研究の目的、意義、研究方法、協力していただきたい内容について説明した。同意書は、対象

者，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．さらに，研究スケジュール中は，研究参加の同意を得た後の途中辞退，中断の自由があることを確認した．

2. 個人情報の取り扱い

調査データは，個人と病院に関する情報が特定できないよう個人名はアルファベット，病院名は番号で記載した．個人名，病院名データの対応表などの物理的な調査データは，他者の目に触れないように鍵のかかる場所で保管した．

分析を含めた研究の全過程で使用するパソコン，ハードディスク，フラッシュメモリーは，ファイル交換ソフト，スパイウェア等の影響を排除できるようなセキュリティ対策を講じた．データファイルにはパスワードを設定し，パスワードは第三者の目につきにくい形でデータファイルとは別に保管した．なお，データはクラウド上に保管せず，パソコンはインターネットに接続しない環境で管理した．調査データやデータ処理のためにプリントアウトされたものなどは研究発表や研究論文執筆後，必要がなくなった時点で破棄すること，研究結果が研究発表や学術論文として公表される際には個人が特定されないように提示することを文書と口頭で説明した．

3. 対象者の不利益や負担に関する説明と対応

「がん疼痛緩和モデル」を使用する対象者には，研究過程全体において，病棟管理者，研究対象者の業務負担となっていないか，強制力が働いていないかを確認した．

IV. 結果

1. 対象者の所属施設の特徴

研究を行った施設は 2 施設であった。

C 病院は、病床数約 100～250 床のがん診療連携拠点病院であり、看護体制は、7 対 1 であった。70 歳以上の入院患者は全体の 43% を占めていた。平均在院日数は 14.5 日であった。

D 病院は、病床数約 100 床であり、がん診療連携拠点病院ではなかったが、がん治療連携指導料、がん性疼痛緩和指導管理料、認知症ケア加算 2 を算定していた。看護体制は 10 対 1 であった。

2. 対象者の概要

1) データ分析対象者の抽出

対象者 62 名のうち研究途中で異動した看護師 2 名を除外した。教育プログラムに参加した 60 名のうち、「がん疼痛緩和モデル」未使用者 2 名、介入前と介入後の追跡番号の照合が不可能であった 10 名、実践評価項目における未回答率が 3 割以上の 4 名を除外した。結果、44 名のデータを分析対象とした。

2) データ分析対象者の概要（表 3）

性別は女性 40 名（90.9%）、男性 4 名（9.1%）であった。年代は、20 代が 18 名（40.9%）、30 代が 7 名（15.9%）、40 代が 9 名（20.5%）、50 代が 10 名（22.7%）であり、平均年齢 36.8 歳（標準偏差±12.70、以下、SD とする）であった。職位はスタッフが 36 名（81.8%）、主任・副師長が 4 名（9.1%）、無回答が 4 名（9.1%）であった。最終学歴は専門学校・短大が 29 名（65.9%）、大学が 10 名（22.7%）、その他が 5 名（11.4%）であった。

これまでのがん看護に関する研修の受講経験は、「経験あり」が 12 名（27.3%）、「経験なし」が 32 名（72.7%）であった。認知症ケアに関する研修の受講経験は「経験あり」が 21 名（47.3%）、「経験なし」が 23 名（52.3%）であった。

看護師経験年数は、5年未満が16名（36.4%）、5年以上10年未満が6名（13.6%）、10年以上15年未満が2名（4.5%）、15年以上20年未満が5名（11.4%）、20年以上が6名（13.6%）、無回答9名（20.5%）であった。看護師経験年数の平均年数は13.6年（SD±12.19）であった。これまでのがん看護の経験年数は、5年未満が23名（52.3%）、5年以上10年未満が4名（9.1%）、10年以上15年未満が3名（6.8%）、15年以上20年未満が4名（9.1%）、20年以上が3名（6.8%）、無回答7名（15.9%）であった。がん看護の経験の平均年数は5.9年（SD±7.32）であった。認知症看護の経験年数は5年未満が16名（36.4%）、5年以上10年未満が7名（15.9%）、10年以上15年未満が4名（9.1%）、15年以上20年未満が5名（11.4%）、20年以上が5名（11.4%）、無回答7名（15.9%）であった。認知症看護の経験の平均年数は8.1年（SD±7.78）であった。

現在の所属部署の経験年数は、5年未満が29名（65.9%）、5年以上10年未満が10名（22.7%）、10年以上15年未満が2名（4.5%）、15年以上20年未満が2名（4.5%）、無回答1名（2.3%）であった。所属部署の経験の平均年数は4.0年（SD±3.85）であった。

専門家への相談体制について「あり」とした者は16名（36.4%）、「なし」としたものは20名（45.5%）、無回答と回答したものは8名（18.1%）であった。これまで認知症がん高齢者へのケア経験は「あり」が35名（79.5%）、「なし」が9名（20.5%）であった。

3. 認知症がん高齢者の疼痛緩和実践に対する自信度の得点（表4）

認知症がん高齢者の疼痛緩和に対する自信度の平均値（±SD）は、介入前2.52（±1.90）、介入後3.02（±1.82）であった。介入前と比較し、介入後の実践に対する自信度は上昇し、統計学的有意差を認めた（ $p=.017$ ）。

4. 認知症がん高齢者の疼痛緩和に対する実践評価項目の得点

1) 実践評価項目の総得点 (表 5)

総得点の平均値 (±SD) は、介入前 157.93 (±31.19), 介入後 148.57 (±26.91) と低下し, 5% 以下の統計学的有意差 ($p = .033$) を認めた.

2) 実践領域の得点 (表 6)

介入前後の実践領域の得点の変化は, 7 領域すべてで平均得点が低下した. 7 領域中, 有意確立 1% 以下の統計学的有意差を認めたのは 1 領域, 有意確立 5% 以下の統計学的有意差を認めたのは 2 領域であった. 有意性の度合いが高い順に [介入の順位付けができる] ($p = .004$), [感情の変化を捉えることができる] ($p = .019$), [変化の意味を考え介入できる] ($p = .032$) であった.

3) 実践評価項目の得点 (表 7)

(1) 介入前の平均値

平均値が 3.0 を上回った項目は, 48 項目中, 44 項目あった. 最も得点が高かった項目は, 「自分の予測を超えた患者の反応にも対処できる」 3.84 (±0.91) であり, 次いで「患者の苦痛を伴うであろう医療行為 (身体拘束、点滴、安静度など) を中止、変更する」 3.75 (±0.81), 「患者の言葉と行動の不一致に気づく」 3.74 (±0.88), 「看護師同士で自分たちの判断をすり合わせる」 3.70 (±1.01), 「患者が安心できるような自宅に近い生活に環境を整える」 3.68 (±0.96) であった.

平均値が 3.0 を下回った項目は, 4 項目あった. 最も得点が低かった項目は, 「他職種チーム (医師や薬剤師など) で患者の痛みについて話し合いをもつ」 2.61 (±0.87) であり, 次いで「患者に非薬理的介入 (マッサージやタッチングなど) を実施する」 2.84 (±0.96), 「患者を見て辛いのか調子が良いのかを見極める」 2.86 (±1.13), 「看護師が患者に安心を与える存在であることを伝える」 2.86 (±0.93), 「これまでの経過から患者がとるであろう行動や動作を予測する」 2.98 (±1.09) であった.

(2) 介入後の平均値

平均値が 3.0 を上回った項目は、33 項目あった。最も得点が高かった項目は、「看護師同士で自分たちの判断をすり合わせる」3.56 (±0.96) であり、次いで「患者の苦痛を伴うであろう医療行為（身体拘束、点滴、安静度など）を中止、変更する」3.55 (±0.82), 「患者に残されている能力に目を向けて関わり方を工夫する」3.53 (±0.88), 「患者が安心できるような自宅に近い生活に環境を整える」3.49 (±0.88), 「自分の予測を超えた患者の反応にも対処できる」3.48 (±0.90) であった。

平均値が 3.0 を下回った項目は、15 項目あった。最も得点が低かった項目は、「他職種チーム（医師や薬剤師など）で患者の痛みについて話し合いをもつ」2.48 (±0.82), 次いで「看護師が患者に安心を与える存在であることを伝える」2.57 (±0.73), 「患者のいつもの生活（食事・排泄・睡眠・活動などの生活全体）を把握し、変化に気づくことができる」2.75 (±0.69), 「患者を見て辛いのか調子が良いのかを見極める」2.82 (±1.02), 「患者に非薬理的介入（マッサージやタッチングなど）を実施する」2.84 (±0.86) であった。

(3) 介入前後の得点の変化

介入前と介入後の実践評価項目の得点の変化は、48 項目中 44 項目で平均得点が低下した。平均得点が低下した 44 項目中、有意確率 1%以下の統計学的有意差を認めた項目は 4 項目、有意確立 5%以下の統計学的有意差を認めた項目は 3 項目あった。有意性の度合いが高い順に、「患者が抱える多くの問題の中から最も優先すべき問題を選択する」($p=.003$), 「患者が拒否や抵抗を示す理由がわかる」($p=.005$), 「患者が落ち着いて過ごせるように患者の情動の変化（怒り、悲しみ、不安など）に対処する」($p=.006$), 「患者のいつもの生活（食事・排泄・睡眠・活動などの生活全体）を把握し、変化に気づくことができる」($p=.009$), 「患者のニーズに一致した介入をする」($p=.012$), 「あまり時間をかけずに患者の疼痛を緩和する」($p=.016$), 「自分の予測を超えた患者の反応にも対処できる」($p=.020$) であった。

5. 教育プログラムの実施

対象者に対し、研究者が教育プログラムを実施した。教育プログラム実施にあたり、対象者の都合に合わせて業務に無理のない時間を病棟責任者と調整した。教育プログラムの実施時間は45～60分程度とし、対象病棟内で開催した。実施にあたっては、対象者がこれまでの実践とその時の感情に気づけるような問いかけ、発問を行い、参加者間で苦悩や困難が共有できるようファシリテートした。

6. 「がん疼痛緩和モデル」の理解度と活用可能性（図6）

教育プログラム終了後に、「がん疼痛緩和モデル」の理解度と活用可能性について質問紙を用いて回答を得た。「認知症がん高齢者と関わるコツが理解できた」の問いに、「そう思う」「どちらかと言えばそう思う」と回答したのは計34名（77.3%）であった。教育プログラム内で伝えた内容に対し、「これから取り入れたい新たな知識があった」の問いに、「そう思う」「どちらかと言えばそう思う」と回答したのは計30名（68.2%）であった。CAMを用いた「せん妄のアセスメントの仕方が理解できた」の問いに、「そう思う」「どちらかと言えばそう思う」と回答したのは計40名（90.9%）であった。「「いつも」の生活観察シートの記入方法は理解できたか」の問いに、「そう思う」「どちらかと言えばそう思う」と回答したのは計38名（86.4%）であった。

以下、3つは逆転項目とした。「「いつも」の状態を思い出すのが難しい」の問いに、「そう思う」「どちらかと言えばそう思う」と回答したのは計22名（50.0%）であった。「「いつも」の状態について他の看護師と話し合うのが難しい」の問いに、「そう思う」「どちらかと言えばそう思う」と回答したのは計4名（9.1%）であった。「「いつも」の生活観察シートを記入する時間を業務内で捻出するのが難しい」の問いに、「そう思う」「どちらかと言えばそう思う」と回答したのは計16名（36.4%）であった。

「鎮痛薬を使用する時の考え方が理解できた」の問いに、「そう思う」「どちらかと言えばそう思う」と回答したのは計38名（86.4%）であった。「実際に

認知症がん高齢者と関わりながら判断していくことが難しい」の問いに、「そう思う」「どちらかと言えばそう思う」と回答したのは計 26 名 (59.1%) であった。「がん疼痛緩和モデル」は今後、看護実践に活用できると思う」の問いに、「そう思う」「どちらかと言えばそう思う」と回答したのは、計 40 名 (90.9%) であった。

7. 対象者の疼痛緩和に対する考えの変化 (表 8)

同意が得られた 5 名のインタビュー内容を分析し 9 カテゴリーが抽出された。以下に【 】はカテゴリー名、〈 〉をコードとして、以下に内容を示す。

【他の看護師のしている「いつも」がわかる】は、2つのコードから抽出された。看護師は、「いつも」という言葉を日ごろから使用することが多いが、他スタッフが記載している「いつも」の生活観察シートの内容から〈他者の「いつも」の捉え方がわかる〉機会となっていた。さらに、他の看護師が考える「いつも」の意味に触れることで〈「いつも」は見るスタッフによってバラバラになる〉といった他人と「いつも」の捉え方が自分と異なる場合があることに気づいていた。

【他の看護師と協力して「いつも」を探る】は 4つのコードから抽出され、患者の日常生活の様子について、一人ではなく他者と連日にわたる観察から患者の「いつも」が生成されることを実感していた。「いつも」の生活観察シートを書くために看護師は、「いつも」について、〈他の看護師と話しながら「いつも」を探る〉ことや、〈見たことがない状況は先輩に聞く〉こと、〈家族の協力を得る〉ことを通して、患者の「いつも」を模索し、〈相談して「いつも」が書ける〉ことにつながっていた。

【「いつも」の定義を考え直す】は 3つのコードから抽出された。「がん疼痛緩和モデル」を使用することにより、〈「いつも」の言葉の捉え方が広すぎる〉といった使い慣れた言葉への新たな疑問が生じること、さらには〈「いつも」通りとは自分でできることである〉、〈生きている上での人間としての基本と比較してしまう〉といった、自分が考える「いつも」を問い直し、言葉で表現す

ることを通して、自分が表現している「いつも」が本当にその患者にとってのいつもののかといった思考を深めていた。

【言葉の意味に目を向ける】は3つのコードから抽出された。看護師は「がん疼痛緩和モデル」の患者のレディネスの確認を通して、〈患者の会話を無意識に一樣と考える〉ことにつながり、〈会話で意味が通じているか意識する〉といった志向に変化していた。その結果、〈痛みを言葉でしか聞いていない〉というように患者の言葉を踏まえた看護師の問いかけの重要性に気づくことができていた。

【これまでの無意識な行動に気づく】は4つのコードから抽出された。看護師は、〈痛みの有無と薬の必要性のみ見ている〉、〈「痛い」という反応に鎮痛薬を使う前でできることを考えていない〉というように鎮痛剤が必要か否かだけに目を向けがちであったが、「がん疼痛緩和モデル」を使用することで、〈ここまでニーズを考えていない〉、〈無意識にやっていたことに気づく〉といった自らの無意識な実践に気づいていた。

【これまでとは違う視点から痛みに注目する】は2つのコードから抽出された。痛みを緩和したいという思いから、痛みが有るか、鎮痛薬が必要かといったアセスメントから、一歩立ち戻り、〈痛みと体位の変化を結び付けて考える〉といったアセスメントのし直しや、〈痛みに集中していた視点が広がる〉というように多角的な視点に変化していた。

【痛みがあるかももう一度見直す】は2つのコードから抽出された。看護師は、「疼痛緩和実践モデル」を使用することにより、いつも通りだと感覚的に感じていた患者の「いつも」が〈もしかしたら痛みがあるのかもしれないと思う〉、〈観察シートの結果からもう一度患者をみようと思う〉というように自身の感覚的判断を問い直すことにつながっていた。

【できることが他にもあることがわかる】は2つのコードから抽出された。看護師は、患者の痛みに対し鎮痛薬を使用するという限定された疼痛緩和への介入から、〈先に自分でできることをする〉といった、患者の変化から痛みの

強さを読み取り，介入し，患者の変化が消失した手応えを感じ，〈薬の前にできることがあるとわかる〉ことにつながっていた。

【今まで通りの関わりを再確認する】は3つのコードから抽出された。看護師は，患者のレディネスを確認する際の安心を伝えるケアについて，〈安心できる存在として伝えることは大事である〉，〈普段のコミュニケーションの中でタッチしている〉と自らのケアを振り返り，疼痛緩和に有効なかかわりであったことを再確認し，〈いつも通りの関わり方で良いと振り返る〉とこれまで実践していたケアに意味づけをしていた。

V. 考察

本研究では、認知症がん高齢者に対する「がん疼痛緩和モデル」を作成し、その有用性を検証した。結果、モデル使用後において、48 実践評価項目の総得点の低下および実践に対する自信度の上昇が見られ、いずれも統計学的有意差を認めた。また、48 実践評価項目から構成される 7 実践領域中、[変化の意味を考え介入できる]、[介入の順位付けができる] [感情の変化を捉えることができる] の 3 実践領域においても統計学的有意差を認めた。加えて、48 実践評価項目のうち「患者のいつもの生活を把握し、変化に気づくことができる」「患者が抱える多くの問題の中から最も優先すべき問題を選択する」を含む 7 項目で統計学的有意差を認めた。これは、本モデルを使用した看護師が、認知症がん高齢者の「いつも」の生活に着目し、個々の生活をベースラインとした疼痛アセスメントを実施し、非薬物療法、薬物療法につなげられたことを意味する。

この章では、看護師の行動を変化させた要因を本モデルの構造の意味から考察する。さらに、今後、本モデルの有用性の検討に向けて、教育プログラムの実施が有用性に与える影響、臨床での活用に向けた展望について述べる。

1. 「がん疼痛緩和モデル」の構造がもたらした有用性

本モデルでは、図 4 に示すようにがん疼痛がある認知症がん高齢者に対する介入目標を「がん疼痛がありながらも「いつも」の生活が送れる」と設定し、目標に向かう看護師の実践について“「いつも」の生活”をキーワードに 3 つのステップで提示している。すなわち、第 1 ステップでは、痛みの申告が困難と言われる認知症がん高齢者への関わりの第 1 歩として申告が可能な認知状態を確認し、第 2 ステップでは「いつも」の生活の観察から患者の変化を捉え、第 3 ステップでは第 1・2 ステップでの関わりを手掛かりに痛みの原因を探りながら緩和方法を検討する。このように、第 1 ステップは本モデルの基軸として、その後の第 2 ステップ、第 3 ステップの解釈にも影響を与えるものとして

位置づいており、これらの構造が、看護師の行動を変化させた要因であったといえる。以下、各ステップの特徴とステップのつながりについて述べる。

第1ステップは、患者のレディネスを確認するとし、本モデルの基軸となるステップとして位置付けている。ここでいうレディネスとは、せん妄のスクリーニング、会話形式から認知症がん高齢者が自らの痛みを看護師に伝えることが可能な状態であるのか確認することを設定している。これまでのがん疼痛の評価は、まずは痛みを感じている本人からの申告に基づきアセスメントすることがゴールドスタンダード（WHO, 1986/1996）とされている。日本緩和医療学会（2014）でも、疼痛評価のガイドラインとして軽度から中等度の認知症であれば自己報告式の疼痛スケールの使用が可能としており、がん疼痛アセスメントにおいて自己報告が重要であることがわかる。しかし、認知症がん高齢者は、状況や感情による影響を受けやすいため、看護師からの痛みの問いかけに相応しない返答をすることもある。認知症がん高齢者と滞ったコミュニケーションを繰り返した看護師は、認知症がん高齢者とのコミュニケーションに対して陰性感情を抱くようになる。そのような体験をした看護師は、認知症がん高齢者に痛みをたずねても「答えられないだろう」といった先入観や思い込みなどのパターン化した見方となり、疼痛の強度をモニタリングし、鎮痛薬の適切性を検討するといった一歩踏み込んだ介入につなげにくい（上野他, 1998）。本モデルの第1ステップでは、患者の今、目の前の状況から、自己報告が可能であるのか、問いかけに相応する返答ができるのかを判断することができる。せん妄の疑いがある場合は、いち早くせん妄治療につなげ、患者が疼痛スケールを使用できる身体状態に整えるアプローチが速やかに開始できる。さらに、看護師は、会話形式の確認により患者の言葉の意味に目を向けるようになり、看護師のパターン化した行動や痛みの尋ね方を見直す機会となったといえる。

第2ステップでは、患者の反応、行動、発言の変化を生活全体から捉えることを目的とし、「いつも」の生活観察シートの記入を設定している。認知機能障害のある高齢者の痛みは、顔の表情、発語、発声の仕方などの行動から評価することが推奨されている（AGS, 2002）が、認知症者の行動と疼痛に関する

研究では、体の緊張、悲しい表情などの行動症状が減少し、鎮痛薬の使用や量の増加はなかったこと（Kovach, et al., 1999 ; Ando & Hishinuma, 2010 ; Rostad et al., 2018）や、既存の VRS, FPS, NRS と Dolopius2 の一致度を検証した研究（Pautex et al., 2006）では、VRS と Dolopius2 は相関係数が 0.47, FPS と Dolopius2 では 0.36 とかなり低い相関しか示していなかった。さらに、認知症者は、行動の変化の原因が痛みであるとは限らず、表情や発声は文化的な違いがある（曹・杉森・高, 2017）ことから、患者の言語的な痛みの表現と行動の変化における外的妥当性の検証が、十分に行われているとは言い難い（Zwakhaleh, et al., 2006）。認知症者の疼痛について研究を重ねている Pieper et al. (2017) も、認知症者の行動評価スケールによる行動の減少を、あくまでも”observed” pain（観察された痛み）と記載しており、患者の体験している痛みとは一線を画した表現を敢えて用いている。つまり、すべての認知症者の疼痛に対して行動評価を推奨するほどのエビデンスは乏しい。本モデルでは、日本語版 DOLOPLUS-2（安藤, 2016）の観察項目を採用している。日本語版 DOLOPLUS-2 は、痛みの表現として表情や言語のみに限定していないこと、患者の他者とのかかわり方、睡眠や食事といった観察者の判断、裁量が反映される生活を見る視点が含まれており、痛みだろう、痛みではないだろうといった観察者の前提を排除し、患者の変化をアセスメントすることにつながると考えたためである。ただし、DOLOPLUS-2（Lefebvre-Chapiro, & The DOLOPLUS Group, 2001）は、失語症といった痛みを自己報告できない患者も対象としていること、がん疼痛の検出についてのデータがないこと、本研究で明らかにしたい看護師の非薬理的介入の開始と終了を明確に区切ることができないという理由から DOLOPLUS 2, 日本語版 DOLOPLUS-2 のカットオフ値は採用しなかった。

認知症がん患者の「いつも」の生活や異常の有無を把握するために必要とされる看護師の判断は、これまでの患者との関係性、看護師の多忙さ、煩雑な判断を求められている状況（森本・坂本, 2006）、疼痛緩和の経験（杉本, 堀越, 高橋, 齋藤, 2005）に影響される（Tanner, 2006）。しかし、本モデルを使

用した看護師は、【言葉の意味に目を向ける】【これまでとは違う視点から痛み
に注目する】のように患者の状態の捉え方、患者の変化の意味の再考といった
パターン化した見方から脱却する手ごたえを感じていたと言える。そのことに
より、患者の反応の意味や反応の変化を捉えることにつながり、自分の予測を
超えた患者の反応にも対処できるという困難を越えた関わりを可能にしたと考
えることができる。認知症がん高齢者が、痛みの自己報告ができる、できない
に関わらず、「いつも」の生活観察シートによる生活全体から評価する視点を
日々のアセスメントに含めることで、より妥当な疼痛アセスメントにつながる
可能性がある。

第3ステップでは、痛みの原因を探索し介入することを設定している。本モ
デルを使用した看護師の中には、鎮痛剤の試用までには至らず、看護師による
感情ニーズへのサポートでとどまったケースもあった。そのため、第3ステッ
プの有用性について検証することは難しい。しかし、本モデルを使った看護師
のインタビュー内容では、【痛みがあるかもう一度見直す】といった痛みと患
者の体位の変化を結び付けて考える、患者の疼痛を緩和するために【できるこ
とが他にもあることがわかる】といった多角的な視点をもつように変化してい
る。さらに、実践評価項目のうち「患者が抱える多くの問題の中から最も優先
すべき問題を選択する」「患者が拒否や抵抗を示す理由がわかる」「患者が落ち
着いて過ごせるように患者の情動の変化（怒り、悲しみ、不安など）に対処す
る」といった得点も減少している。看護師は、第1、第2ステップを通して得
た患者の状況から、患者に起きた変化の原因を本モデルの第3ステップによっ
て患者に直接かかわりながらアセスメントの優先順位を整理し、実行可能な疼
痛緩和のための実践につなげている。これら、看護師の一連の行動により、患
者の行動の意味を探究し、理解することが可能となり、非薬理的介入という
形で患者の疼痛を軽減させた可能性もある。さらに、認知症者は、ストレスの
多い状況を避けようとするために、会話の主題を変更する、気晴らしをするな
どして、ストレスとの距離を保ち、事前に回避することがある（Bjørkløf et

al., 2019) と述べられており、看護師は、認知症がん高齢者のセルフケアを代行したという結果であるとも考えることができる。

今回、第1ステップを基軸とした3つのステップの有用性について示唆が得られた。しかし、第2ステップから第3ステップの順序性が看護師の疼痛緩和のための実践にどのように寄与したか、認知症がん高齢者のがん疼痛緩和に対し、どの程度有用であったかは明らかにできていない。これら順序性については、看護師と患者にどのように有用なのかを複合的に検証できるような研究方法の設計が必要と考える。

2. 教育プログラムの実施が有用性に与える影響

本モデルの使用においては、モデルの特徴および活用方法を理解することが重要と考え、教育プログラムを作成し実施している。「いつも」の生活観察シートの原型である DOLOPLUS 2 (Lefebvre-Chapiro, & The DOLOPLUS Group, 2001), 日本語版 DOLOPLUS-2 (安藤, 2016) の仕様によると、尺度を理解するために使用前1回以上の練習、もしくは勉強会の開催が推奨されており、本モデルでも、「いつも」の生活観察シートの記入練習を教育プログラム内に組み込んでいる。それに加え、本研究の教育プログラムでは、記入練習前に、これまでの実践の振り返りからなる導入とモデル使用の意義と活用方法の説明を行っている。

看護師に対する教育プログラムは、多くの研究で開発、実施されてきている。その多くは、看護実践を「知識」・「技術」・「態度」の3つを重要な要素であると捉え、「知識」の伝達、「技術」の習得の機会を設定している。さらに、「態度」教育の方法には工夫が必要であり、課題解決型学修 (Problem-based learning : PBL) をはじめとしたさまざまな能動的学修が試みられている。しかし、看護師が行う実践は、患者の状況に合わせたタイムリーな判断が不可欠であり、形式通りの状況になることは少ない。つまり、知識、技術、態度の型を学び、実践において、その型を壊し、目の前の患者に合わせ、生み出していく思考と実践が求められているといえる。本研究で実施した教育プログラムの

導入部では、モデル使用への動機付けを目的とし、複数のスタッフで、自身のこれまでの実践の振り返り、実践に伴う感情の共有の機会とした。研究者は、看護師が内省できるよう質問をし、時にはスタッフ間で共有できるようにファシリテートしている。この導入部が患者と看護師の関係性の見直し、これまでの意味付けた文脈の再吟味、自身の感情の再確認の役割を担っていたと考える。つまり、教育プログラムの導入部のファシリテーターの役割が、看護師の「気づき」につながる先行要因（Tanner, 2006）に働きかけ、看護師自身が実践を生み出していくための成長と学びの機会を提供したと考えることができる。よって、この導入部は、本モデルの有用性をもたらすためには除外できない要素であると考えられる。

また、本モデルの使用にあたっては、認知症がん高齢者の疼痛マネジメントの状況と本モデル使用の是非も含め、チームメンバーで話し合う必要があると考える。さらに、モデルを継続的に使用する際には、前述した教育プログラム内の導入部の有用性を踏まえ、定期的に適用患者への有用性について1週間に一度、がん疼痛がありながらも「いつも」の生活が送れているか評価をしながら終了のタイミングを見極める必要がある。それにより、本モデルは、「いつも」の生活観察シートを書くだけに終始する、介入順序に従うだけの単なるツールではなく、看護師のこれまでの学びや経験を、即座に目の前の患者に合わせた判断から疼痛緩和につなげることが可能になれば、個々の認知症がん高齢者にあわせ、オーダーメイド（Fletcher, Hawkes, Williams-Rosenthal, Mariscal & Cox, 2007）な疼痛治療が可能になる見込みがある。

教育プログラムの実施者は、がん疼痛、薬理的知識、認知症ケアに関する基本的知識を有しているがん関連もしくは認知症ケア関連の認定看護師、専門看護師が適格であると考えられる。また、導入部分では、これまでの実践や困難場面、判断に苦慮した場面などの語り合いを通じた動機付けを行うため、使用病棟以外、できれば所属外の者で使用する看護師と利害関係のない者を選出する必要がある。

今後、本モデルが広く臨床で活用されることで、在宅療養を支援している看護職や家族、介護施設の介護職員も教育プログラムに参加できるように発展させていくことが可能となる。その結果を蓄積していくことで、療養の場に左右されない認知症がん高齢者の疼痛緩和の質の向上につながると考える。

3. 「がん疼痛緩和モデル」の活用への展望

1) 「がん疼痛緩和モデル」を使用する看護師の選定基準

本モデルでは、認知症がん高齢者の疼痛緩和に対して困難を感じている看護師が活用することを想定し考案した。看護師が認知症がん高齢者の疼痛緩和に携わる際に生じる困難は、その後の看護師の行動や推測に影響を及ぼす。患者の発する言葉の意味がわからず答えを見いだせない状況や、患者が困惑している状況を解決できず看護師も困惑してしまうという引きずられ感情（多久島，山口，水主，2005）は、認知症がん高齢者への陰性感情につながり、その後の実践が途切れるという悪循環を引き起こす。本モデルの活用では、実践に伴う看護師の困難が軽減されることにより、非薬物療法、薬物療法の実施につながるという結果が得られている。今後は、教育歴や年齢、認知症がん高齢者の疼痛緩和の経験の有無といった困難に影響をあたえる因子の特定、ならびに実践評価項目による看護師の困難さの層別化など検定条件を変え、看護師の実践への影響を明らかにすることが可能と考える。

有用性の指標の中で「患者のがん疼痛の有無がわかる」を裏付ける結果は得られなかった。その理由として、看護師は、認知症がん高齢者に対して疼痛があるかもしれない、ないのかもしれないという仮説を瞬時に繰り返し検証しているため、「わかる」という確信が得られるタイミングが様々であることが考えられる。今後は、がん疼痛の緩和ならびに認知症者の痛みの緩和経験の豊富な医師もしくは看護師の協力を得て、評定尺度を検討する。さらには、モデルを使用した看護師へのインタビュー回数とタイミングを検討したうえで、質的

データを用いて、がん疼痛の有無がわかるという指標となりえるかを検討する必要がある。

2) 「がん疼痛緩和モデル」を適用する患者の選定基準

本研究では、モデル適用患者を75歳以上のがん患者で、がん疼痛に対する鎮痛薬が処方されている認知症の既往がある者とした。しかし、患者における有用性に関しては調査していない。患者に対する有用性を検証する際には、患者が体験している痛みの種類、疼痛治療を限定することによって、本モデルの患者における有用性を明らかにできると考える。例えば、疼痛の存在、増強の可能性を担保する指標として骨転移など疼痛の原因が明らかな病態の者を選定する、レスキュー・ドーズなど鎮痛薬の使用状況を選定条件に追加する、もしくは鎮痛効果が得られている鎮痛薬から患者の痛みを推測（西田他，2009）し適用患者とすることが必要と考える。

また、適用患者の認知機能の条件設定も行う。現在、認知症診断率は伸び悩んでおり、認知症の種類や重症度も個人差が大きく一概に自己報告の能力がないと判断することはできない。さらに、認知症の診断がなくとも看護師が疼痛緩和に困難を感じている状況がある。これらの状況を鑑みると認知症の診断名の有無で適用患者を限定することは、痛みを伝える能力があるにも関わらず、能力がないとみなされ、行動評価だけで痛みを判断されてしまうといった事態も予測される。本モデルは、認知症がん高齢者の認知能力をタイムリーに把握しながら、変動しやすい痛みの表現を捉え、がん疼痛緩和のための看護実践を生み出していくことを可能にする実践モデルである。よって、このモデルを看護実践として患者に資する効果とその内容を明らかにするために、患者選定基準を明確にし、継続して研究する。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究において、実践モデルの有用性を検証するために3つの指標を設定し、2つの指標において有用性の示唆が得られたが、残る1つの指標である「患者のがん疼痛の有無がわかる」では、有用性が検証できていない。今後、この指標の妥当性について検討する必要がある。

さらに、看護師のこれまでの経験や教育経験など看護師の因子を特定した上で、有用性について検証していく必要がある。それに加えて、看護師が捉えた状況とその場の行動、思考を詳細に記述できるような動画撮影や質的なデータ収集によって、看護師の連続性のある実践への有用性を検討することが可能になると考える。

最終的には、本モデルを適用する患者選定条件を疼痛の原因、鎮痛薬の使用状況から設定し、患者に対する有用性を明らかにする。さらに、非認知症高齢者やがん以外の整形疾患に限定した認知症高齢者群との比較検討を行うことで、本モデルの有用性を検証する。

第5章 結論

本研究の目的は、認知症がん高齢者のがん疼痛を緩和するための看護実践の確立のため、「がん疼痛緩和モデル」を開発し、その有用性を検証した。

研究1.「がん疼痛緩和モデル」では、適用患者にもたらされる結果を介入目標「がん疼痛がありながらも「いつも」の生活が送れる」と設定し、介入目標に向かう看護師の実践を3つのステップで提示した。さらに、モデル使用による有用性として看護師が「患者の「いつも」の生活がわかる」「患者のがん疼痛の有無がわかる」「患者の生活に合わせた非薬物療法、薬物療法が実施できる」の3つの指標を設定した。

研究2.「がん疼痛緩和モデル」介入前後で、3つの指標に対応する実践評価項目の総得点、実践領域の得点、各項目得点、実践に対する自信度を比較した結果、以下のことが明らかとなった。

1) 介入前後、看護師の実践に対する自信度は上昇し、実践評価項目の総得点は減少がみられ統計学的有意差を認めた。また、実践領域〔感情の変化を捉えることができる〕、〔介入の順位付けができる〕、〔変化の意味を考え介入できる〕の3領域、および「患者のいつもの生活を把握し、変化に気づくことができる」「患者が抱える多くの問題の中から最も優先すべき問題を選択する」を含む7項目で統計学的有意な得点の減少が認められた。

2) モデルを使用した看護師に対するインタビューでは、患者の「いつも」の捉えの変化、これまでの実践の振り返り、患者の痛みを見極めるための新たな視点の獲得といった効果が示された。

以上の結果より、本研究で開発した「がん疼痛緩和モデル」は、看護師が、個々の認知症がん高齢者の「いつも」の生活をベースラインとした疼痛アセスメントを実施し、非薬物療法、薬物療法を可能にするという効果を示すことができた。今後は、適用患者、患者における有用性を示し、がん疼痛緩和のための看護実践を生み出していくことを可能にする実践モデルとしての有用性を高めていく。

第 6 章 謝辞

稿を終えるにあたり，調査にご協力いただきました患者の皆様とそのご家族の皆様，研究参加者の皆様，看護部門の管理者様，病棟管理者様，病棟職員の皆様に深甚の敬意を表します。

本研究にあたり，直接のご指導を頂きました北海道医療大学 看護福祉学部看護学科教授 平典子先生には，指導教授として本研究の実施の機会を与えていただき，その遂行にあたって終始，ご指導をいただきました。ここに深謝の意を表します。

さらに，北海道医療大学看護福祉学部 臨床看護学講座教授 塚本容子先生，生命基礎科学講座教授 小林正伸先生，日本赤十字看護大学看護学部老年看護学特任教授 太田喜久子先生にもご助言を頂くとともに，本論文の細部にわたりご指導いただきました。ここに深謝の意を表します。

また，本研究の解析にあたり，有益なご助言を頂いた北海道医療大学看護福祉学部看護学科 生命基礎講座教授 西基先生，臨床福祉学科教授 志渡晃一先生，地域保健看護学（老年看護学） 山田律子先生にご助言を賜りました。感謝の意を表します。そして，博士前期課程ならびに後期課程の同級生，先輩から，有益な情報や実施に関するアドバイス，たくさんの励ましをいただきました。ありがとうございます。

最後に，この博士論文の執筆にあたり，精神的，時間的に支えてくれた家族に感謝します。

本研究の一部は，日本学術振興会科学研究費（若手（B）JP26870519 および若手（B）JP17K17447）の助成を受けたものです。

引用文献

- Abbey, J., Piller, N., De Bellis, A., Esterman, A., Parker, D., Giles, L., & Lowcay, B. (2004). The abbey pain scale : A 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. *International Journal of Palliative Nursing, 10*(1), 6-13.
- 阿保順子(2011). 認知症の人々が創造する世界 第四章 会話アラカルト 東京, 岩波書店,119-150.
- American Pain Society. (2009). Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain. 6th. Skokie, IL: American Pain Society.
- American Geriatrics Society (2002). Management of Persistent Pain in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society, 50*, S205-S224.
- American Geriatrics Society. (2009). Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society, 57*(8), 1331-1346. doi: 100.1111/j.1532-5415.2009.0276.x
- 安藤千晶 (2016). コミュニケーション障害を持つ高齢者の痛み行動観察尺度 : 日本語版DOLOPLUS-2の紹介. *Palliative Care Research, 11*(3), 910-915.
- Ando, C., & Hishinuma, M. (2010). Development of the Japanese DOLOPLUS-2 : A pain assessment scale for the elderly with Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics, 10*(3), 131-137. doi: 10.1111/j.1479-8301.2010.00324.x
- 荒井秀典 (2014). フレイルの意義. 日本老年医学会雑誌, 51(6), 497-501.
- 荒尾晴恵 (2002). 症状マネジメントにおけるIASMの有効性の検討 がん性疼痛の症状マネジメントにおける比較から. 看護研究, 35(3), 213-227.
- 朝田隆 (2013). 都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応. 厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業 平成23年度～平成24年度. 総合研究報告書, 1-49. < http://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report_Part1.pdf > [2015,October 11]

- Benedetti, F., Vighetti, S., Ricco, C., Lagna, E., Bergamasco, B., Pinessi, L., & Rainero, I. (1999). Pain threshold and tolerance in Alzheimer's disease. *Pain, 80*(1-2), 377-382.
- Bjørkløf, G.H., Helvik, A., Ibsen, T.L., Telenius, E.W., Grov, E.K., & Eriksen, S.(2019). Balancing the struggle to live with dementia: a systematic meta-synthesis of coping. *BMC Geriatrics, 19*(1), 1-24. doi:10.1186/s12877-019-1306-9
- Cancer Care Nova Scotia.(2005). Best practice guidelines for the management of cancer-related pain in adult.Full version.Halifax (NS) : *Cancer Care Nova Scotia*, < <http://www.cancercare.ns.ca/media/documents/CancerPainApprovedDec05.Pdf>> [2019, November 10].
- Caraceni, A. & Portenoy, R. K.(1999). An international survey of cancer pain characteristics and syndromes. IASP task force on cancer pain. International association for the study of pain. *Pain, 82*(3), 263-274.
- Chibnall, J. T., & Tait, R. C.(2001). Pain assessment in cognitively impaired and unimpaired older adults: a comparison of four scales. *Pain, 92*(1-2), 173-186.
- Cohen, J(1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.), Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale.
- Corbett, A., Achterberg, W.P., Husebo, B.S., Lobbezoo, F., de Vet, H., Kunz, H., Strand, L., Constantinou, M., Tudose, C., Kappesser, J., de Waal, M., & Lautenbacher, S.(2014). An international road map to improve pain assessment in people with impaired cognition: the development of the Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC) meta-tool. *BMC Neurology, 14*, 1-14.
- Coyle, N., Breotbart, W., Weaver, S., & Portenoy, R.(1994). Delirium as a contributing factor to “crescendo” pain : Three case reports. *Journal of Pain Symptom Management, 9*, 44-47.

- Davies, E., & Higginson, J. I.(2004). Better palliative care for older people (pp. 20-25). World Health Organization regional office for Europe Scherifigsvej 8 < http://www.euro.who.int /__ data/assets/pdf_file/0009/98235/ E82933.pdf > [2019, November 10]
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, S.E., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S. & Taylor, D.(2001). *Advancing the science of symptom management. Journal of Advanced Nursing, 33*(5), 668-676.
- Feldt, K. S.(2000). The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). *Pain Management Nursing, 1*(1), 13–21.
- Ferrell, B., Grant, M., Padilla, G., Vemuri, S., & Rhiner, M.(1991). The Experience of Pain and Perceptions of Quality of Life: Validation of a Conceptual Model. *The Hospice Journal, 7*(3), 9-24.
- Ferrel, M. J., Kats, B., & Helme, R. D.(1996). The impact of dementia on the pain experience. *Pain, 67*, 7-15.
- Ferrell, B. A., Ferrell, B. R., Rivera, L.(1995). Pain in cognitively impaired nursing home patients. *Journal of Pain and Symptom Management, 10*(8), 591-598.
- Fletcher, K., Hawkes, P., Williams-Rosenthal, S., Mariscal, C.S., & Cox, B.A.(2007). Using nurse practitioners to implement best practice care for the elderly during hospitalization: the NICHE journey at the University of Virginia Medical Center. *Critical Care Nursing Clinics of North America, 19*(3), 321-337.doi: 10.1016/j.ccell.2007.05.007
- Frampton, M.(2003). Experience assessment and management of pain in people with dementia. *Age and Ageing, 32*(3), 248-251.
- Fuchs-Lacelle, S., & Hadjistavropoulos, H. D.(2004). Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with

- limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain Management Nursing*, 1(5), 37–49.
- 畑田知佐 (2011). 認知症患者の退院支援を通して学んだこと 患者の思いに寄り添って. *日本精神科看護学会誌*, 54(3), 119-123.
- Hasegawa, M., Mishima, M., Matsumoto, I., Sasaki, T., Kimura, T., Baba, Y., Senami, K., Kanemura, K., Takano, O., & Shibata, T. (2001). Confirming the theoretical structure of the Japanese version of the McGill Pain Questionnaire in chronic pain. *Pain Medicine*, 2, 52-59.
- Herr, K., Coyne, P. J., Key, T., Manworren, R., McCaffery, M., Merkel, S., Pelosi-Kelly, J., & Wild, L. (2006). Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 7(2), 44–52.
- Higginson, I. J. & McCarthy, M. (1993). Validity of the support team assessment schedule: do staffs' ratings reflect those made by patients or their families? *Palliative Medicine*, 7(3), 219-228.
- Horgas, A. L., Elliott, A. F., & Marsiske, M. (2009). Pain assessment in persons with dementia: Relationship between self-report and behavioral observation. *Journal of American Geriatrics Society*, 57(1), 126-132.
- International Association for the Study of Pain. (1986). Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*, Suppl 3, S1–S226.
- Iritani, S., Thogi, M., Miyata, H., & Ohi, G. (2011). Impact of dementia on cancer discovery and pain. *Psychogeriatrics*, 11(1), 6–13. doi:10.1111/j.1479-8301.2010.00344.x
- Iwata, K., Tsuboi, Y., Shima, A., Harada, T., Ren, K., Kanda, K., Kitagawa, J. (2004). Central neuronal changes after nerve injury: neuroplastic influences of injury and aging. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*, 18(4), 293-298.

- 片丸美恵, 宮島直子, 村上新治(2008). 精神科看護における認知症高齢者の
BPSDへの対応と課題:「問題行動」をキーワードとしたケーススタ
ディの文献検討から. 看護総合科学研究会誌, 11(1), 3-13.
- 木林節子, 佐々木啓 (2015). 高齢化社会における「がんと認知症の合併」
問題～北海道旭川市における実態調査、分析と提言～. 2014年度一般
公募 公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団 完了報告書. 1-47.
- 菊池昭江, 原田唯司 (1997). 看護の専門職的自律性の測定に関する一研究.
静岡大学教育学部研究報告. 人文・社会科学篇47. 241-254.
- 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」.地域がん登録
全国合計によるがん罹患データ (2014年～2015年)
<<http://ganjoho.jp/professional/statistics.html>>[2019,June 22]
- 厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業. (2013). 都市部にお
ける認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応 平成23年度～平成
24年度 総合研究報告書, 1-49.
- 厚生労働省.(2012).がん対策推進基本計画, 1-36. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/gan_keikaku02.pdf
- 厚生労働省. (2015).がん対策加速化プラン, 1-22. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000107766.pdf>
- 厚生労働省. (2017).がん対策推進基本計画, 1-81.<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000196973.pdf>
- Kovach, C.R., Logan, BR, Noonan, PE, Schlidt, AM, Smerz, J., Simpson, & M.,
Wells T.(2006). Effects of the Serial Trial Intervention on Discomfort and
Behavior of Nursing Home Residents With Dementia. *American Journal of
Alzheimer's Disease & Other Dementias*. 21(3), 147-155.
- Kovach, C. R., Noonan, P. E., Schlidt, A. M., Reynolds, S., & Wells, T(2006). The
Serial Trial Intervention: An Innovative Approach to Meeting Needs of
Individuals with Dementia. *Research in Gerontological Nursing*, 32(4), 18-
25.

- Kovach, C. R., Weissman, D. E., Griffie, J., Matson, S. & Muchka, S.(1999).
Assessment and Treatment of Discomfort for People with Last-Stage
Dementia. *Journal of Pain and Symptom Management*, 18(6), 412-419.
- 久米真代, 高山成子, 小河育恵, 加藤泰子, 久保田真美(2015). がん罹患
した認知症高齢者に対する疼痛の観察・判断に関する看護師の困難と
工夫. 石川看護雑誌, (12),45-52.
- 久津見雅美, 山田綾, 伊藤美樹子, 三上洋(2008). 施設入所認知症高齢者にみ
られるBPSDケアのための新たな概念の構築：問題行動パラダイムを
越えて日本看護研究学会雑誌, 31(1), 111-120.
- Larson, P. J., Uchinuno, A., Izumi, S., Kawano, A., Takemoto, A., Shigeno, M.,
Yamamoto, M., & Shibata, S. (1999). An Integrated Approach to Symptom
Management. *Nursing & Health Sciences*, 1(4), 203-210.
- Larson P.J., Carrieri-Kohlman, V., Dodd, M.J., Douglas. M., Faucett, J., Froelicher
E., Gortner, S., Halliburton, P., Janson, S., Lee, K.A., Miaskowski, C.,
Savendra, M., Stotts, N., Taylor, D., & Underwood, P. (1994). A Model for
Symptom Management. *IMAGE. Journal of Nursing Scholarship*. 26(4),
272-276.
- Lefebvre-Chapiro S., The DOLOPLUS Group. (2001). The Doloplus 2 scale-
evaluating pain in the elderly. *European Journal of Palliative Care*, 8,
191-194.
- Lichtner, V., Dowding, D. & Closs, S.J.(2015). The relative meaning of absolute
numbers: The case of pain intensity scores as decision support systems for
pain management of patients with dementia. *BMC Medical Informatics and
Decision Making*, 15,111,1-11.
- Manfredi, P. L., Breuer, B., Meier, D.E., & Libow, L. (2003). Pain assessment in
elderly patients with severe dementia. *Journal of Pain and Symptom
Management*, 25(1), 48-52.

- McCaffery, M., & Beebe, A. (1989).／季羽倭文子（監訳）（1995）. 痛みの看護マニュアル. : メヂカルフレンド社, 8-46.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*. 1(3), 277-299.
- Miyashita, M., Matoba, K., Sasahara, T., Kizawa, Y., Maruguchi, M., Abe, M., Kawa, M., & Shima, Y. (2004). Reliability and validity of the Japanese version of the Support Team Assessment Schedule(STAS-J). *Palliative and Supportive Care*. 2(4), 379-385.
- Monroe, T. B, Carter, M. A, Feldt, K.S, Dietrich M. S & Cowan, R. L.(2013). Pain and hospice care in nursing home residents with dementia and terminal cancer.*Geriatrics & Gerontology International*, 13, 1018-1025.
- Monroe, T., Carter, M., Feldt, K., Tolley, B., & Cowan, R. L.(2012). Assessing advanced cancer pain in older adults with dementia at the end-of-life. *Journal of Advanced Nursing*, doi:10.1111 / j. 1365-2648.2011.05929. x
- 森本淳子, 坂本洋子(2006). 看護場面における認知的煩雑性がステレオタイプの判断に及ぼす影響. 日本看護研究学会雑誌, 29 (2) , 33-39.
- 村上真基, 山本直樹, 佐藤裕信, 川島和子, 清水芳, 小林友美(2012). 高齢者のがん疼痛表出に認知症が及ぼす影響に関する検討. 緩和ケア, 22(3), 290-294.
- 内閣府. (2019). 平成30年度版高齢社会白書（全体版）平成30年度 高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況.< http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/zenbun/28pdf_index.html> [2019,June 22]
- Neville C., McCarthy A. & Laurent K. (2006). Pain management skills of regional nurses caring for older people with dementia: a needs analysis.*Collegian*, 13(2), 31-36.
- 日本緩和医療学会. (2014). 痛みの包括的評価. 緩和医療ガイドライン作成委員会, がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2014. 金原出版株式会社. 29-36.

- 二宮利治, 清原裕, 小原知之, 米本孝二 (2015). 日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金構成労働科学特別研究事業 平成26年度 総括・分担研究報告書, 1-29.
- 西田希久代, 遠山幸男, 久野久美, 平野茂樹, 出口裕子, 松田唯子, 渡辺貴志, 山関知恵, 板倉由縁, 斎藤寛子, 長谷川高明(2009). がん患者が訴える痛みの表現と鎮痛薬の効果. *Palliative Care Research*, 4(1), 207-213.
- 西脇可織, 片岡純 (2016). ホスピス・緩和ケア病棟のがんと認知症を併せもつ患者の看護における困難と対処過程. *日本がん看護学会誌*, 30(2), 23-62.
- 野口智子 (2009). 認知症に乳がんを合併した患者の在宅看護 .*認知症ケア事例ジャーナル* 2(3), 231-235.
- 小野寺麻衣, 熊田真紀子, 大桐規子, 浅野玲子, 小笠原喜美代, 後藤あき子, 柴田弘子, 庄子由美, 仙石美枝子, 山内かず子, 門間典子, 宮下光令 (2013). 看護師のがん看護に関する困難感尺度の作成. *Palliative Care Research*, 8(2), 240-247.
- 大西明弘 (2008). 高齢者における薬物動態の特徴.*臨床薬理*, 39(1), 1-5.
- Oosterman, J.M., Hendriks, H., Scott, S., Lord, K., White, N., & Sampson, E.L. (2014). When Pain Memories Are Lost: A Pilot Study of Semantic Knowledge of Pain in Dementia. *Pain Medicine*, 1-7.
- Pautex, S., Michon, A., Guedira, M., Emond, H., Le Lous, P., Samaras, D., Michel, J.P., Herrmann, F., Giannakopoulos, P., & Gold, G.(2006). Pain in severe dementia: Self-assessment or observational scales? *Journal of the American Geriatric Society*, 54 (7) , 1040-1045.
- Pieper, M. J, Achterberg, W. P., Francke, L. A., van der Steen, J. T., Scherder, E. J., & Kovach, R. C. (2011). The implementation of the serial trial intervention for pain and challenging behavior in advanced dementia

- patients (STA op!): a clustered randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 1-11.
- Pieper, M. J., van der Steen, J. T., Francke, A. L., Scherder, E. J., Twisk, J. W. and Achterberg, W. P. (2017). Effects on pain of a stepwise multidisciplinary intervention (STA OP!) that targets pain and behavior in advanced dementia : A cluster randomized controlled trial. *Palliative Medicine*, 1-11.
- Portenoy, R. K., & Hagen, N. A. (1990). Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. *Pain*, 41(3), 273–281.
- Rainero, I., Vighetti, S., Bergamasco, B. Pinessi, L. & Benedetti, F.(2000). Autonomic responses and pain perception in Alzheimer's disease. *European Journal of Pain*, 4(3):267-74.
- Reynolds, K. S., Hanson, L. C., DeVellis, R. F., Henderson, M., & Steinhauser, K. E. (2008). Disparities in pain management between cognitively intact and cognitively impaired nursing home residents. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(4), 388–396.
- Rostad, H.M., Utne, T., Grov, E.K., Småstuen, M.C., Puts, L., & Halvorsrud, L.(2018) . The impact of a pain assessment intervention on pain score and analgesic use in older nursing home residents with severe dementia: A cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 84,52-60.
- 櫻庭奈美 (2018). 認知機能低下を伴う高齢がん患者に対するがん疼痛アセスメント. *日本がん看護学会誌*, 32, 109-117.
- 佐藤禮子 (1992). がん患者の心身状態把握のための基礎的研究. *日本がん看護学会誌*, 5(1), 45-57.
- Scherder, E. J., & Bouma, A.(1997). Is decreased use of analgesics in Alzheimer disease due to a change in the affective component of pain?. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 11(3), 171-174.

- 仙波恵美子 (2005). 痛みの分子医学 その到達点と今後の展望. 日本老年医学会雑誌, 42(4), 392-398.
- 塩塚優子, 山岸小夜子, 遠藤三恵子, 桑田美代子 (2011). 大腸がんが発見された重度認知症高齢者のターミナルケア 亡くなるその日まで食べる楽しみを支える. 認知症ケア事例ジャーナル, 3(4), 347-355.
- Snow, A. L., Weber, J. B., O'Malley, K. L., Cody, M., Beck, C., Bruera, E., Ashton, C., & Kunik, M. E. (2004). NOPPAIN: A nursing assistant-administered pain assessment instrument for use in dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 17, 240–246. doi:10.1159/000076446
- Snow L, Rapp M. P., Kunik M. (2005). BODIES mnemonic helps caregivers relay pain-related signs, symptoms to physicians and nursing staff. *Geriatrics*, 60(5), 22-25.
- 曹蓮, 杉森伸吉, 高史明 (2017). 中国人と日本人の感情認知における表情と声の相互干渉性. 心理学研究, 88(1), 1-10.
- 杉本厚子, 堀越政孝, 高橋真紀子, 齋藤やよい (2005). 異常を察知した看護師の臨床判断の分析. *The Kitakanto Medical Journal*, 55, 123-131.
- 高橋美賀子 (2007). 痛みのアセスメント. 高橋美賀子, 梅田恵, 熊谷靖代, ナースによるナースのためのがん患者のペインマネジメント. 新版, 日本看護協会出版会. 29–40.
- 竹本明子, 内布敦子, 山本真澄, 滋野みゆき, 吉田智美, パトリシアJラーソン (1999). IASMを概念枠組みとして行った事例分析. *がん看護*4(5), 418-424.
- 多久島寛孝, 山口裕子, 水主いづみ (2005). 痴呆性高齢者のケア提供に影響する要因について : ケア・スタッフの対応場面の分析から. *保健科学研究誌*, 2, 7-16.
- 田村初枝, 東門佳代子, 知念衣都子, 川満尚子 (2010). 認知症をもつ患者の緩和ケアと看取りについての事例研究. 沖縄県看護研究学会集録, 26, 67-71.

- 田中正孝, 松比良彩, 桐原本佳代, 井上由佳, 藤田歩, 諫早智宏, 河合美佐 (2006). 認知症で疼痛を的確に表現できない口腔がん患者の疼痛コントロール 点数式アセスメント表と写真版フェイススケールの有効性を考える 国立病院看護研究学会誌, 2(1), 9-13.
- 田中美穂(2008). 入院・治療中の超高齢者がもつめる看護～体験の記述と解釈～. 日本看護研究学会雑誌, 31 (2), 37-46.
- Tanner, A.C. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211.
- Twycross, R., Harcourt, J., & Bergl, S. (1996). A survey of pain in patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 12(5), 273–282.
- 内布敦子(2008). The Integrated Approach to Symptom Management看護活動ガイドブック改訂版ver.7. unpublished.
- 上野亜希子, 和泉香代子, 佐久本淳子, 長澤仁美, 永田磨紀, 樋口すみ江, 本田るい, 徳居みのり, 芳賀百合子, 岡田ルリ子, 中西純子(1998). 対応困難を感じる看護体験の要因と構造. 看護総合, (29), 162-164.
- 後智子, 米倉靖子, 本間千代子, 滝澤うめ子, 塩塚優子, 桑田美代子 (2008). 膀胱癌を抱えた認知症高齢者のケア～終末期の病状変化に添うケアを模索した事例を通して. 認知症ケア事例ジャーナル,1(3), 341-349.
- 渡邊明 (2013). The Confusion Assessment Method(CAM)日本語版の妥当性. 総合病院精神医学, 25(2),165-170.
- World Health Organization (1986) 武田文和 (訳) (1996). がんの痛みからの解放 : WHO方式がん疼痛治療法. 第2版, 金原出版株式会社. 6.
- 山口友恵, 近藤美恵子, 上田信恵, 今井浩平, 山口崇, 岡部町子 (2013). 認知症に進行がんを合併した独居療養者の服薬アドヒアランスを高めるための在宅看護の実際. 緩和ケア, 23(5), 416-419.
- 山田智子(1995). 痛みへの対処行動の異常 精神分裂病, 老年期痴呆の急性腹症の手術例をとおして東邦医学会雑誌, 41(6), 579-591.

横山智央, 高橋美賀子, 木戸毅, 原俊昭 (2014). がん患者の痛みが健康関連 Quality of Lifeに及ぼす影響に関する検討. *癌と化学療法*, 41(8), 987-993.

Zwakhaleh, M. S., Hamers, P. H. J., Abu-Saad, H. H., & Berger, P. F. M. (2006). Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatrics*, 6(3), 1–15.
doi:10.1186/1471-2318-6-3

表目次

表 1	「がん疼痛緩和モデル」のプロトコール.....	1
表 2	実践領域と実践評価項目	2
表 3	対象者の概要.....	3
表 4	「がん疼痛緩和モデル」介入前後の実践に対する自信度の得点.....	4
表 5	「がん疼痛緩和モデル」介入前後の実践評価項目の総得点.....	5
表 6	「がん疼痛緩和モデル」介入前後の実践領域の得点.....	6
表 7	「がん疼痛緩和モデル」介入前後の実践評価項目の得点.....	7
表 8	「がん疼痛緩和モデル」介入前後の疼痛緩和に対する考えの変化.....	8

表 1 「がん疼痛緩和モデル」のプロトコール

目標	看護師：認知症がん高齢者の「いつも」をベースに、がん疼痛の有無、患者の生活をアセスメントし、非薬物療法、薬物療法を選択して疼痛緩和の実践ができる。
適用患者	<p>認知症がん高齢者（以下の3点すべてに該当する方）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 75歳以上であり、これまでにがんと診断されたことがある。 2. がんによる疼痛があるという医学的判断を受けており、定期的もしくは臨時に使用する鎮痛薬が処方されており、鎮痛薬の使用が1か月の間に1回以上ある。 3. 認知症の診断がある、もしくは記憶障害、失語、失行、失認、実行機能障害に該当する状況が2つ以上みられる。
使用方法	<ul style="list-style-type: none"> ・午前、午後の1回ずつ1日計2回、検温時、排泄介助時など看護師が適用患者とかわる時に、第1ステップから第2ステップまでを実施する。 ・鎮痛薬を使用すべきか判断に悩む場合には、躊躇せず第3ステップに入り、患者が「いつも」の生活がおこなれていると判断できるまで第3ステップを繰り返す。 ・患者が「いつも」の生活がおこなれていると判断できた場合、第2ステップに戻り、「いつも」の生活観察シートを記入する。 <p>第1ステップ：対象者のレディネス（準備状態）を確認する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・安心できる存在であることを伝えるように関わる。 （目線、声のトーン、笑顔、身体への触れ方） ・会話から疼痛を表現することを可能な条件、環境が整っているのかを査定する。 ・せん妄の治療が必要であるのかを判断する。 <p>第2ステップ：「いつも」の生活を捉える</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「いつも」の生活観察シートを用いて、患者の「いつも」を探索する。 ・患者の生活に変化が見られない場合は、記入を2週間継続した後、終了する。 変化に気づいた時に記入を再開する。 <p>第3ステップ：痛みの原因を探索し、介入する</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 基本的な生活ニーズ（食事、睡眠、排泄など）が充足しているかを確認する。 2. 身体的ニーズ（イレウス、腹水、整形疾患など）が充足しているかを確認する。 3. 感情的ニーズ（怒り、悲しみ、不安、気がかりにつながるようなイベントの有無）が充足しているかを確認する。 4. 非薬理的介入（タッチング、電法、傍に付き添う、マッサージなど）を実施する。 5. 試験的に鎮痛薬（医師の指示量）を投与する。

表 2 実践領域と実践評価項目

実践領域	実践評価項目
変化の意味を考え介入できる	<p>患者が安心できるような自宅に近い生活に環境を整える</p> <p>患者に残されている能力に目を向けて関わり方を工夫する</p> <p>患者のニーズに一致した介入をする</p> <p>これまでの経過から患者がとるであろう行動や動作を予測する</p> <p>自分の予測を超えた患者の反応にも対処できる</p> <p>患者が落ち着いて過ごせるように患者の情動の変化（怒り、悲しみ、不安など）に対処する</p> <p>看護師が患者に安心を与える存在であることを伝える</p> <p>患者に非薬理的介入（マッサージやタッチングなど）を実施する</p> <p>疼痛緩和のために鎮痛薬投与と非薬理的介入を組み合わせる</p>
身体状態を判断する	<p>今現在のがんの進行度や転移の状況を把握する</p> <p>患者の腎臓や肝臓の機能の低下を判断する</p> <p>患者が体験している複数の身体症状を見極める</p> <p>せん妄であるかどうかを判断する</p> <p>患者の検査結果と症状との関連を理解する</p> <p>患者の認知機能の変化を正確に把握する</p> <p>患者の疲労の強さ（疲労度）がわかる</p> <p>患者の痛みの原因を明らかにすることができる</p>
感情の変化を捉えることができる	<p>患者が余裕のない（切迫した）状態であることがわかる</p> <p>患者の取り繕った笑顔がわかる</p> <p>患者の言動の背景にある患者の真意やニーズを理解する</p> <p>患者が拒否や抵抗を示す理由がわかる</p> <p>患者に尋ねなくても患者が内心抱いている情動（怒り、悲しみ、不安など）を推測する</p>
今後の変化を予測できる	<p>患者に残された時間を見積もる</p> <p>患者が痛み前から患者が感じるであろう痛みを予測する</p> <p>患者との会話がかみ合わない状況でも患者が体験している痛みを推測する</p> <p>十分な情報がない中でも患者に今後どのようながん疼痛緩和方法が適切か見通しを立てる</p>
広い視点で生活全体を評価する	<p>認知機能が低下する前の患者の状態を知る</p> <p>患者のいつもの生活（食事・排泄・睡眠・活動などの生活全体）を把握し、変化に気づくことができる</p> <p>患者の今の生活に対する満足度を判断する</p> <p>患者の好きなことや趣味についての情報を得る</p> <p>患者が用いる言葉の特徴（よく使う言葉や言い回し）がわかる</p> <p>患者の活動と休息のバランスが取れているかを判断する</p> <p>患者の言葉と行動の不一致に気づく</p> <p>患者が周囲の人々（医療者や家族）との交流の仕方の変化に気づく</p> <p>患者を見て辛いのか調子が良いのかを見極める</p> <p>家族から見た患者の辛さを家族に直接尋ねることができる</p> <p>患者の痛みが生活に支障をきたしているかどうかを判断する</p> <p>他職種チーム（医師や薬剤師など）で患者の痛みについて話し合いをもつ</p> <p>看護師同士で自分たちの判断をすり合わせる</p>
介入の順位付けができる	<p>患者が抱える多くの問題の中から最も優先すべき問題を選択する</p> <p>患者の変化に気づいた時に、今は様子が見られる状態（介入や対処が不要）であることを判断する</p> <p>患者の苦痛を伴うであろう医療行為（身体拘束、点滴、安静度など）を中止、変更する</p> <p>がん疼痛緩和のための介入の優先度を決定する</p>
薬剤試用の判断ができる	<p>がん疼痛緩和のための介入後の患者の変化を予測して介入する</p> <p>使用した鎮痛薬が疼痛緩和に過不足のない量であったのか判定する</p> <p>鎮痛薬による副作用の出現を見極める</p> <p>あまり時間をかけずに患者の疼痛を緩和する</p> <p>次の疼痛緩和の介入に向け、自分が実施した非薬理的介入の効果の有無を判定する</p>

表 3 対象者の概要

		N (%)	平均値	標準偏差
性別	男性	4 (9.1)		
	女性	40 (90.9)		
年代	20代	18 (40.9)	36.84	±12.7
	30代	7 (15.9)		
	40代	9 (20.5)		
	50代	10 (22.7)		
	無回答	0 (0.0)		
職位	スタッフ	36 (81.8)		
	主任・副師長	4 (9.1)		
	無回答	4 (9.1)		
最終学歴	専門学校・短大	29 (65.9)		
	大学	10 (22.7)		
	その他	5 (11.4)		
がん看護の研修	受講経験あり	12 (27.3)		
	受講経験なし	32 (72.7)		
認知症ケアの研修	受講経験あり	21 (47.3)		
	受講経験なし	23 (52.3)		
看護師経験年数	5年未満	16 (36.4)	13.61	±12.19
	5年以上10年未満	6 (13.6)		
	10年以上15年未満	2 (4.5)		
	15年以上20年未満	5 (11.4)		
	20年以上	15 (34.1)		
	無回答	0 (0)		
がん看護 経験年数	5年未満	23 (52.3)	5.85	±7.32
	5年以上10年未満	4 (9.1)		
	10年以上15年未満	3 (6.8)		
	15年以上20年未満	4 (9.1)		
	20年以上	3 (6.8)		
	無回答	7 (15.9)		
認知症看護 経験年数	5年未満	16 (36.4)	8.08	±7.78
	5年以上10年未満	7 (15.9)		
	10年以上15年未満	4 (9.1)		
	15年以上20年未満	5 (11.4)		
	20年以上	5 (11.4)		
	無回答	7 (15.9)		
現在の所属部署での勤務年数	5年未満	29 (65.9)	3.96	±3.85
	5年以上10年未満	10 (22.7)		
	10年以上15年未満	2 (4.5)		
	15年以上	2 (4.5)		
	無回答	1 (2.3)		
専門家への相談体制	あり	16 (36.4)		
	なし	20 (45.5)		
	無回答	8 (18.1)		
認知症がん高齢者 ケア経験	あり	35 (79.5)		
	なし	9 (20.5)		

表 4 「がん疼痛緩和モデル」介入前後の実践に対する自信度の得点

	介入前(N= 42)	介入後(N= 42)	<i>p</i>
	平均値 (標準偏差)		
自信度	2.52 ±1.903	3.02 ±1.828	0.017 *
Wilcoxon signed-rank test			* <i>p</i> < .05

表 5 「がん疼痛緩和モデル」介入前後の実践評価項目の総得点

	介入前(N= 44)	介入後(N=44)	P
	平均値 (標準偏差)		
総得点	157.93 ± 31.19	148.57 ± 26.91	0.033 *
Wilcoxon signed-rank test			* p < .05

表 6 「がん疼痛緩和モデル」介入前後の実践領域の得点

領域	介入前(N=44)	介入後(N=44)	p
	平均値 (標準偏差)		
介入の順位付けができる	13.32 ± 2.62	12.26 ± 2.5	0.004 **
感情の変化を捉えることができる	16.93 ± 3.69	15.58 ± 3.14	0.019 *
変化の意味を考え介入できる	30.14 ± 6.25	28.35 ± 5.22	0.032 *
薬剤試用の判断ができる	17.00 ± 3.73	15.91 ± 3.37	0.068
身体状態を判断する	26.76 ± 6.24	25.26 ± 5.25	0.086
広い視点で生活全体を評価する	41.07 ± 8.98	38.90 ± 7.43	0.101
今後の変化を予測できる	14.20 ± 3.08	13.44 ± 2.47	0.152

Wilcoxon signed-rank test

* p < .05, ** p < .01

表 7 「がん疼痛緩和モデル」介入前後の実践評価項目の得点

実践評価項目	介入前(N=44)	介入後(N=44)	p
	平均値 (標準偏差)		
1 今現在のがんの進行度や転移の状況を把握する	3.26 ± 1.22	3.05 ± 1.02	0.208
2 患者の腎臓や肝臓の機能の低下を判断する	3.48 ± 0.98	3.27 ± 0.95	0.303
3 患者に残された時間を見積もる	3.14 ± 0.93	2.95 ± 0.91	0.542
4 患者が体験している複数の身体症状を見極める	3.59 ± 0.82	3.41 ± 0.84	0.253
5 せん妄であるかどうかを判断する	3.32 ± 0.91	3.09 ± 0.81	0.133
6 患者の検査結果と症状との関連を理解する	3.10 ± 1.01	3.11 ± 0.84	0.840
7 認知機能が低下する前の患者の状態を知る	3.20 ± 0.85	3.16 ± 0.81	0.642
8 患者の認知機能の変化を正確に把握する	3.16 ± 0.86	2.98 ± 0.79	0.120
9 患者が安心できるような自宅に近い生活に環境を整える	3.68 ± 0.96	3.49 ± 0.88	0.179
10 患者に残されている能力に目を向けて関わり方を工夫する	3.66 ± 0.86	3.53 ± 0.88	0.426
11 患者のいつもの生活（食事・排泄・睡眠・活動などの生活全体）を把握し、変化に気づくことができる	3.11 ± 1.02	2.75 ± 0.69	0.009 **
12 患者の今の生活に対する満足度を判断する	3.34 ± 0.81	3.11 ± 0.75	0.095
13 患者の好きなことや趣味についての情報を得る	3.09 ± 0.91	3.00 ± 0.78	0.633
14 患者が抱える多くの問題の中から最も優先すべき問題を選択する	3.55 ± 0.79	3.09 ± 0.80	0.003 **
15 患者のニーズに一致した介入をする	3.58 ± 0.91	3.25 ± 0.75	0.012 *
16 これまでの経過から患者がとるであろう行動や動作を予測する	2.98 ± 1.09	2.90 ± 0.93	0.669
17 自分の予測を超えた患者の反応にも対処できる	3.84 ± 0.91	3.48 ± 0.90	0.020 *
18 患者が用いる言葉の特徴（よく使う言葉や言い回し）がわかる	3.09 ± 1.03	2.91 ± 0.88	0.349
19 患者が余裕のない（切迫した）状態であることがわかる	3.49 ± 0.88	3.20 ± 0.85	0.061
20 患者の取り繕った笑顔がわかる	3.16 ± 0.94	3.05 ± 0.68	0.449
21 患者の疲労の強さ（疲労度）がわかる	3.14 ± 0.93	2.98 ± 0.83	0.396
22 患者の活動と休息のバランスが取れているかを判断する	3.00 ± 1.03	2.88 ± 1.00	0.595
23 患者の言葉と行動の不一致に気づく	3.74 ± 0.88	3.48 ± 0.85	0.117
24 患者が周囲の人々（医療者や家族）との交流の仕方の変化に気づく	3.59 ± 0.92	3.41 ± 0.76	0.308
25 患者の変化に気づいた時に、今は様子がみれる状態（介入や対処が不要）であることを判断する	3.25 ± 0.75	3.12 ± 0.73	0.201
26 患者の言動の背景にある患者の真意やニーズを理解する	3.36 ± 1.16	3.11 ± 0.97	0.140
27 患者を見て辛いのか調子が良いのかを見極める	2.86 ± 1.13	2.82 ± 1.02	0.947
28 家族から見た患者の辛さを家族に直接尋ねることができる	3.09 ± 0.88	3.00 ± 0.84	0.455
29 患者が拒否や抵抗を示す理由がわかる	3.55 ± 0.85	3.05 ± 0.84	0.005 **
30 患者に尋ねなくても患者が内心抱えている情動（怒り、悲しみ、不安など）を推測する	3.63 ± 1.00	3.45 ± 0.79	0.280
31 患者が落ち着いて過ごせるように患者の情動の変化（怒り、悲しみ、不安など）に対処する	3.48 ± 0.79	3.07 ± 0.66	0.006 **
32 看護師が患者に安心を与える存在であることを伝える	2.86 ± 0.93	2.57 ± 0.73	0.060
33 患者が痛み前から患者が感じるであろう痛みを予測する	3.36 ± 0.91	3.09 ± 0.91	0.141
34 患者との会話がかみ合わない状況でも患者が体験している痛みを推測する	3.09 ± 0.95	2.84 ± 0.83	0.061
35 患者の痛みが生活に支障をきたしているかどうかを判断する	3.52 ± 0.90	3.30 ± 0.70	0.141
36 患者の苦痛を伴うであろう医療行為（身体拘束、点滴、安静度など）を中止、変更する	3.75 ± 0.81	3.55 ± 0.82	0.129
37 患者の痛みの原因を明らかにすることができる	3.19 ± 0.91	2.95 ± 0.78	0.151
38 他職種チーム（医師や薬剤師など）で患者の痛みについて話し合いをもつ	2.61 ± 0.87	2.48 ± 0.82	0.571
39 看護師同士で自分たちの判断をすり合わせる	3.70 ± 1.01	3.56 ± 0.96	0.558
40 がん疼痛緩和のための介入の優先度を決定する	3.20 ± 0.88	2.95 ± 0.81	0.081
41 がん疼痛緩和のための介入後の患者の変化を予測して介入する	3.57 ± 0.95	3.32 ± 0.77	0.154
42 患者に非薬理的介入（マッサージやタッチングなど）を実施する	2.84 ± 0.96	2.84 ± 0.86	0.902
43 疼痛緩和のために鎮痛薬投与と非薬理的介入を組み合わせる	3.27 ± 0.92	3.16 ± 0.94	0.369
44 使用した鎮痛薬が疼痛緩和に過不足のない量であったのか判定する	3.07 ± 1.26	2.88 ± 0.98	0.312
45 鎮痛薬による副作用の出現を見極める	3.34 ± 0.91	3.41 ± 0.92	0.689
46 あまり時間をかけずに患者の疼痛を緩和する	3.50 ± 0.88	3.11 ± 0.89	0.016 *
47 十分な情報がない中でも患者に今後どのようながん疼痛緩和方法が適切か見通しを立てる	3.36 ± 1.06	3.43 ± 0.95	0.670
48 次の疼痛緩和の介入に向け、自分が実施した非薬理的介入の効果の有無を判定する	3.18 ± 0.87	3.02 ± 0.67	0.340

Wilcoxon signed-rank test

* p < .05, ** p < .01

表 8 「がん疼痛緩和モデル」介入前後の疼痛緩和に対する考えの変化

カテゴリー	コード
他の看護師のしている「いつも」がわかる	他者の「いつも」の捉え方がわかる 「いつも」は見る者によってバラバラになる
他の看護師と協力して「いつも」を探る	他の看護師と話しながら「いつも」を探る 見たことがない状況を先輩に聞く 相談して「いつも」が書ける 家族の協力を得る
「いつも」の定義を考え直す	「いつも」の言葉の捉え方が広すぎる 生きている上での人間としての基本と比較してしまう 「いつも」通りとは自分でできることである
言葉の意味に目を向ける	患者の会話を無意識に同様と考えている 会話で意味が通じているか意識する 痛みを言葉でしか聞いていない
これまでの無意識な行動に気づく	痛みの有無と薬の必要性のみ見ている ここまでニーズを考えたことがない 「痛い」という反応に鎮痛薬を使う前にできることを考えていない 無意識にやっていたことに気づく
これまでとは違う視点から痛みに注目する	痛みに集中していた視点が広がる 痛みと体位の変化を結び付けて考える
痛みがあるかももう一度見直す	もしかしたら痛みがあるのかもしれないと思う 観察シートの結果からもう一度患者をみようと思う
できることが他にもあることがわかる	薬の前にできることがあるとわかる 先に自分でできることをする
今まで通りの関わりの大切さを再確認する	いつもの通りの関わり方で良いと振り返る 安心できる存在として伝えることは大事である 普段のコミュニケーションの中でタッチしている

図目次

図 1	概念枠組み	1
図 2	研究プロセス	2
図 3	認知症がん高齢者に対するがん疼痛緩和実践の構造	3
図 4	認知症がん高齢者に対するがん疼痛緩和実践モデル	4
図 5	「がん疼痛緩和実践モデル」の判断アルゴリズム	5
図 6	「がん疼痛緩和モデル」の理解度と活用可能性	6

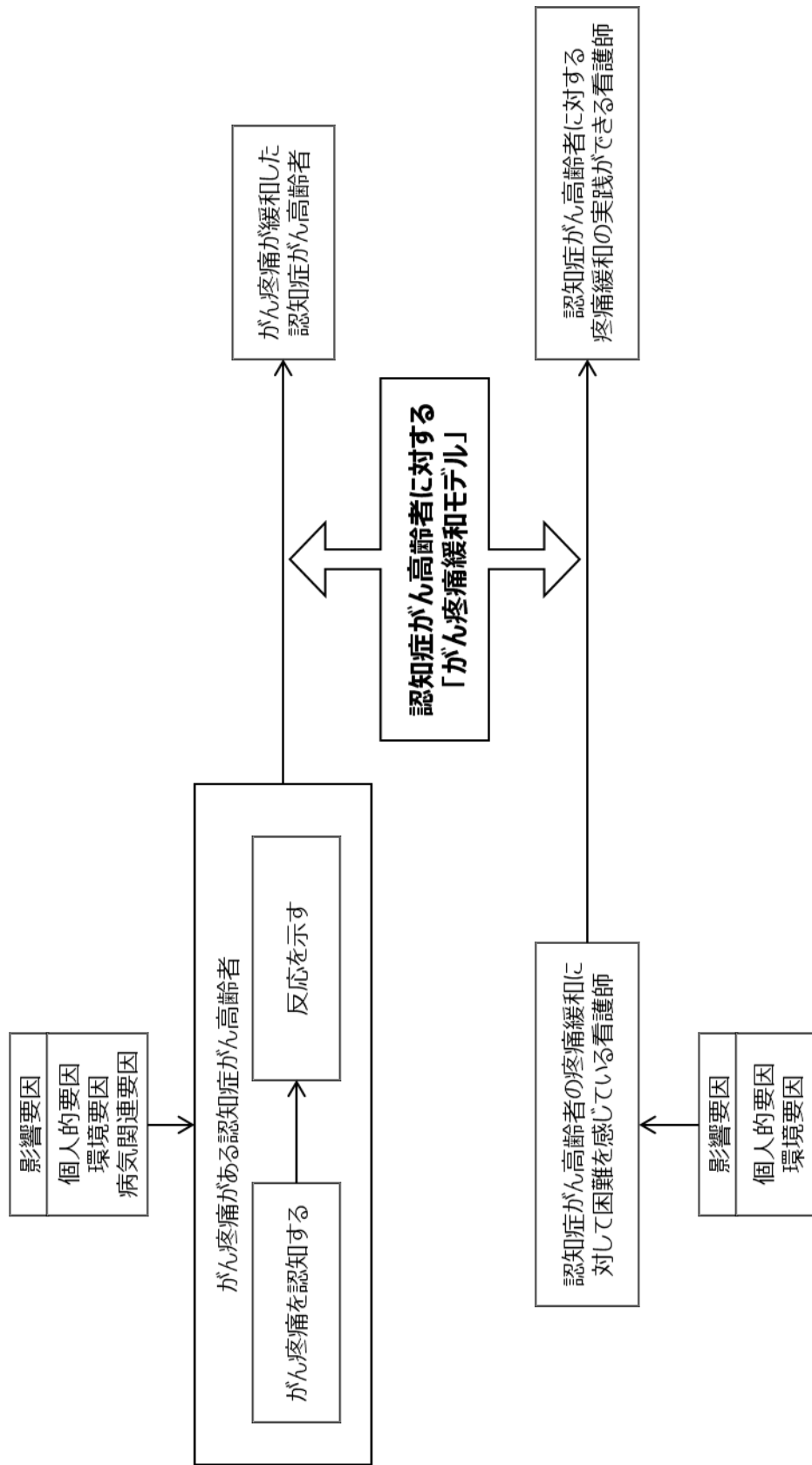


図 1 概念枠組み

研究 1

認知症がん高齢者に対する「がん疼痛緩和モデル」の作成

- 「がん疼痛緩和モデル」の作成
- 「がん疼痛緩和モデル」のプロトコールの作成
- 「がん疼痛緩和モデル」の有用性検証のための指標の作成
(実践評価項目)

研究 2

認知症がん高齢者に対する「がん疼痛緩和モデル」の有用性の検証

- 「がん疼痛緩和モデル」の教育プログラムの実施
- 「がん疼痛緩和モデル」の実施

図 2 研究プロセス

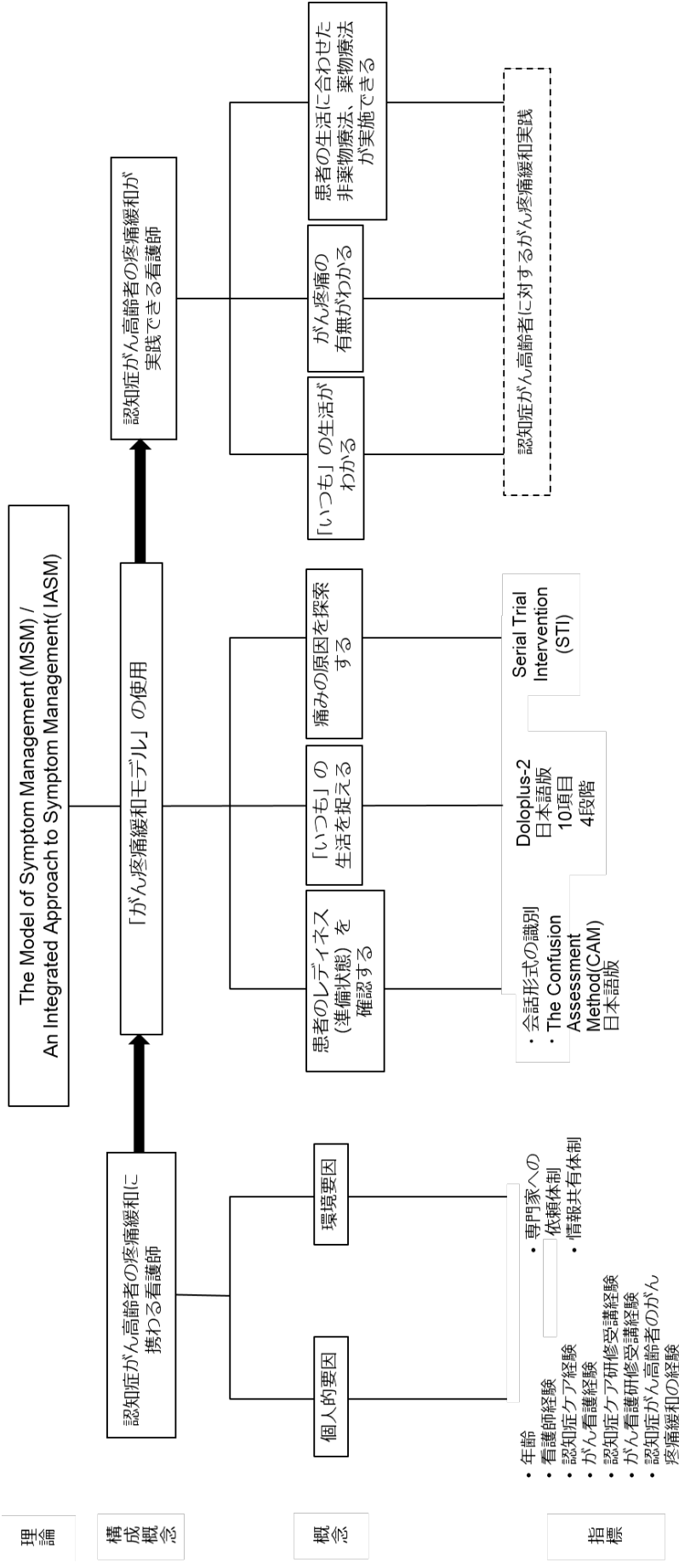


図 3 認知症ががん高齢者に対するがん疼痛緩和実践の構造

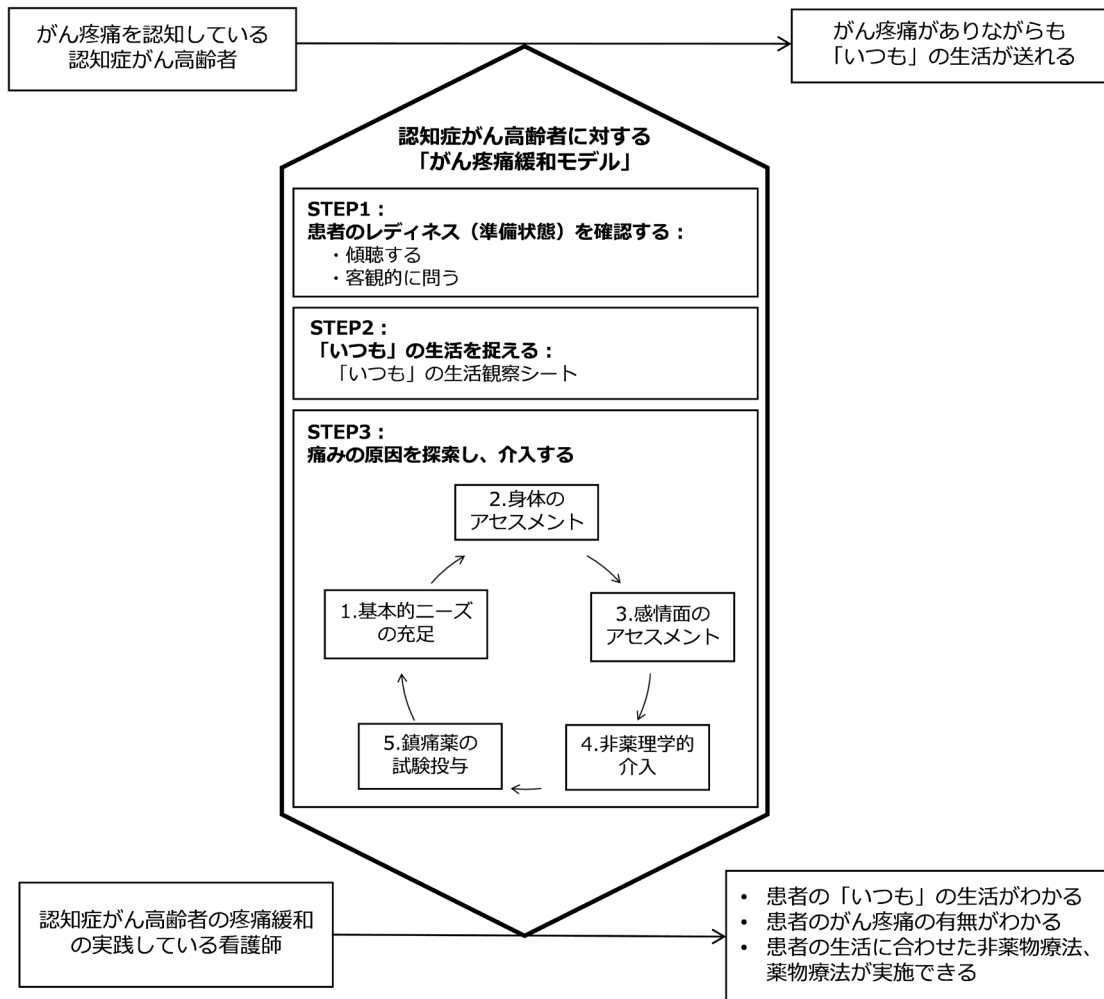


図4 認知症がん高齢者に対するがん疼痛緩和実践モデル

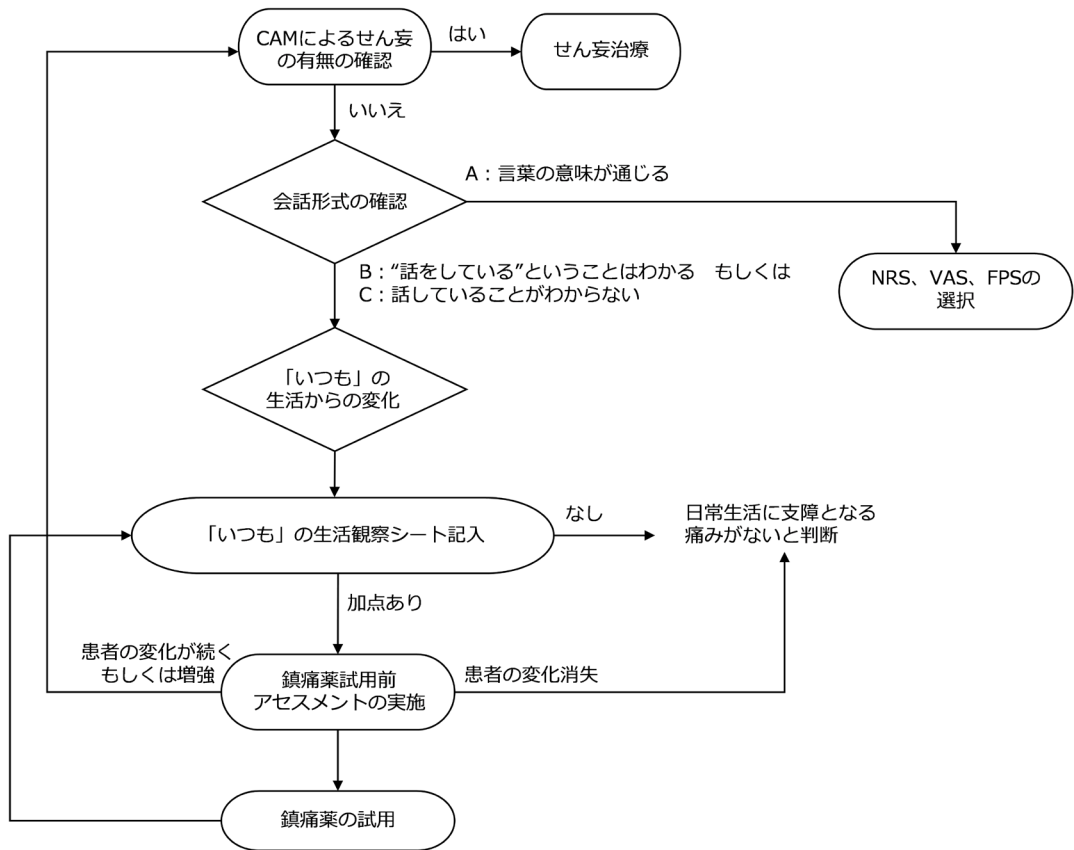
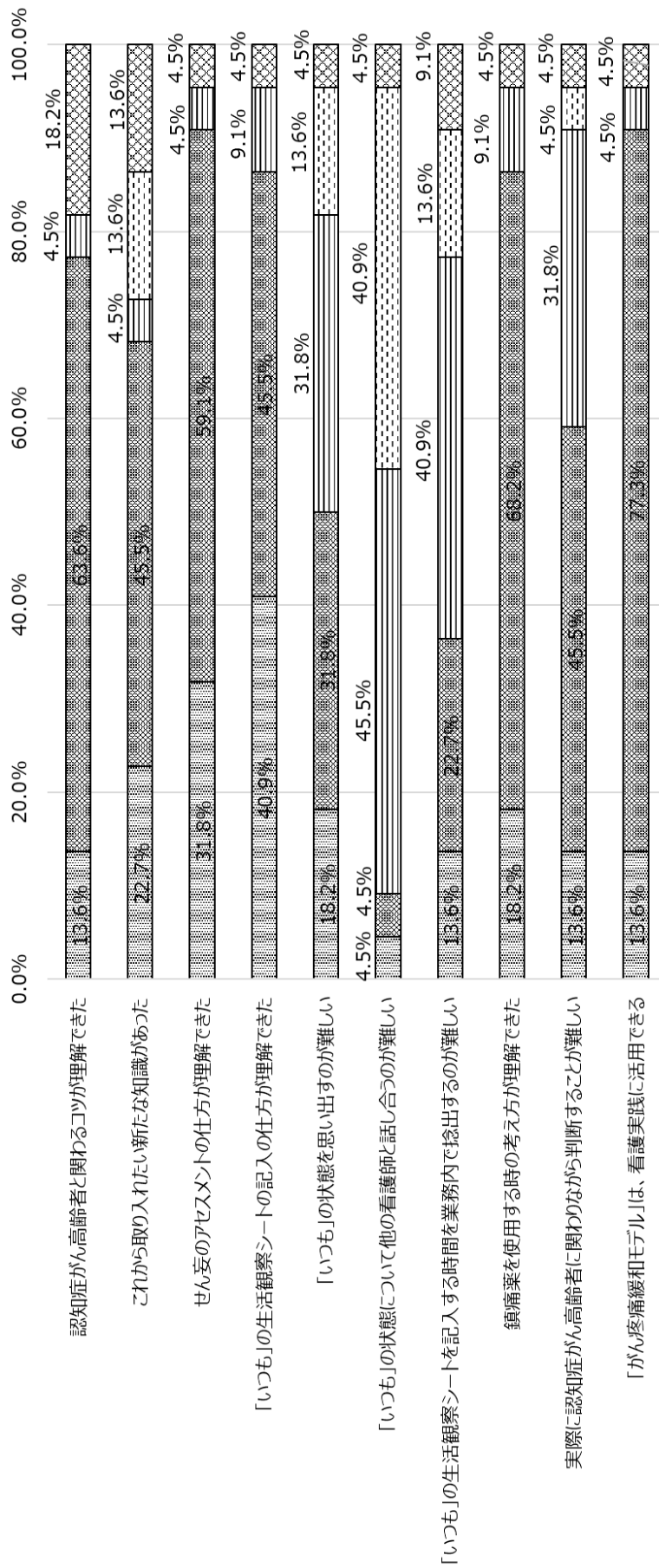


図5 「がん疼痛緩和実践モデル」の判断アルゴリズム



■ そう思う ■ どちらかというと思う ■ どちらかというと思う ■ そう思わない ■ 無回答

図 6 「がん疼痛緩和モデル」の理解度と活用可能性

資料目次

資料 1	「いつも」の生活観察シート	1
資料 2	研究依頼文（施設用）	2
資料 3	研究説明書（対象者用）	3
資料 4	同意書（対象者用）	5
資料 5	同意撤回書（対象者用）	6
資料 6	認知症がん高齢者の疼痛緩和に対する自信度と実践評価項目	7
資料 7	インタビューガイド	8

資料1 「いつも」の生活観察シート

患者氏名 _____ 記入日時 _____ 年 月 日 時頃 _____ 観察者 _____

痛みの強さ VAS () / NRS () / FACE () / 口頭 有り・無し / 不明・不可能

I. 痛みの訴え

	言葉	ジェスチャー	声をあげて泣く	涙が出ている	うめき	その他
0. 訴えない						
1. 聞くと訴える						
2. 時々訴える/観察される						
3. 常に訴える/観察される						

II. 安静時に痛みを防ぐような体位をしている (いつもと異なるのは痛みを避け、緩和するためである)

0. 安静時、いつもの体位である		安静時、いつもの体位は
1. 安静時、時々ある (特定の) 体位を避ける		
2. 安静時、いつも痛みを避けるような体位をとっている		
3. 安静時、痛みを避けるような他院を絶えず探している		

III. 痛みの部位の保護

0. 痛みの部位をかばおうとする行動はみられない		痛みがある時は、いつも
1. どんなケアにも抵抗しないが、痛みの部位をかばおうとする		
2. ケアに対して抵抗し、痛みの部位をかばっている		
3. ケアしていない時でさえ、痛みの部位をかばっている		

IV. 表情、視線

	しかめ顔	ひきつった顔	だるそうな顔	凝視	ぼんやりした目つき	涙目	その他
0. いつもと変わらない (いつもは右記)							
1. ケアする時に (右記のような) 表情がみられる							
2. ケアしていない時も (右記のような) 表情がみられる							
3. 常に (右記のような) 表情がみられる							

V. 睡眠

0. いつもと変わらない		いつもは _____ 時頃に入眠する
1. 寝つきが悪い		
2. 夜間覚醒が多い		
3. 夜間十分な睡眠がとれないため、日中の覚醒レベルが低い		

VI. 排泄、着脱

0. 排泄・着脱はいつもできることは出来ている		いつもは _____
1. 排泄・着脱は気をつければ出来る		
2. 排泄・着脱が非常に困難である		
3. 患者が抵抗するので排泄・着脱が出来ない		

VII. 移動動作

0. いつもどおりに出来る		いつもは _____
1. 移動動作が減る		
2. 手助けしても、移動動作が減る		
3. どんな移動動作も不可能であり、説得しても動くことを拒否する		

VIII. コミュニケーション

0. いつもと変わらない		いつもは _____
1. いつもより大きき		
2. いつもより少ない		
3. 誰とどんな方法でもコミュニケーションしない		

IX. 食事、レクリエーション、アクティビティ、リハビリ、行事・外出などへの参加

0. いつもと変わらない		いつもは _____
1. 促すと、いつも通り参加する		
2. 時折、拒否する		
3. すべて拒否する		

X. 行動心理症状 (攻撃的・興奮・混乱・無関心・心理的対応・希死念慮など)

0. いつもの行動と変わらない		いつもは _____
1. 何かした後、上記のような行動がその度に見られる		
2. 何かした後、上記のような行動がずっと続く		
3. きっかけがなくとも、常に上記のような行動が続く		

資料2 研究依頼文（施設用）

研究参加をご検討くださる看護部の方へ

看護研究へのご協力をお願い

近年、高齢のがん患者、特に認知症のような認知機能低下を伴うがん患者に関する報告が散見されております。2016年には厚労省でもライフステージに合わせたがん医療の提供を重点課題としており、高齢がん患者へのがん医療の実態把握、質の向上が早急に求められております。一方、高齢がん患者、とくに認知機能低下を伴う場合はがん疼痛に対する過小評価、過少治療ならびに看護師のがん疼痛アセスメント、実践に対する困難も国内外で報告されており、臨床での難しさががん疼痛緩和の障壁になっていると考えています。

今回は、がんと認知症を併せもつ高齢者がん患者に対して看護師が実践する疼痛アセスメントと介入、評価の一連の過程に焦点をあてた「疼痛緩和モデル」を作成し、その効果を検証していこうと考えております。今後は、がん看護の経験や認知症看護の経験に関わらず看護師やご家族ががん疼痛をアセスメントやマネジメントに役立てられる地域や在宅でも使用できるツールにしていきたいと考えております。

お忙しい中、恐縮ではございますが、研究へのご協力をご検討いただけますようお願い申し上げます。

なお、本研究調査におきましては、北海道医療大学大学院看護福祉学研究科倫理委員会の承認（承認番号 16N032031）を得て、実施しております。さらに、平成29年度科学研究費助成事業（課題番号 JP26870519、JP17K17447）の一環として実施するものです。

1. ご協力をお願いしたい方

- 1) 師長様、もしくは主任様（研究者との調整をご担当いただける方）
- 2) 認知機能低下のある高齢がん患者のがん疼痛緩和に携わる看護師（20名程度）

2. ご協力いただきたい内容

- 1) 調整担当の方
 - ・ 研究者との日程調整（病棟にお伺いする日程などの調整）
 - ・ 患者選定（75歳以上、固形がん、認知機能低下がある）を研究者とともに実施
- 2) 看護師の方
 - ・ 看護実践に対する困難感に関する質問紙（所要時間10分程度）へのご記入
 - ・ 30分程度の説明会への出席（下記観察シートの使用方法の説明含む）
 - ・ 対象患者様に対して午前・午後（2回/日）「いつも」の生活観察シートの記入
(2週間程度の予定)
 - ・ 「がん疼痛緩和モデル」を使用してのご自身のお考えの変化（インタビュー）

3. ご協力いただきたい期間

2018年8月～2週間程度（ご都合の宜しい時期をご指定いただきたいと存じます）

○お問い合わせ先

研究責任者 東邦大学 看護学部 がん看護学研究室
北海道医療大学大学院看護福祉学研究科 看護学専攻 博士後期課程
櫻庭 奈美
〒0143-0015 東京都大田区大森西 4-16-20 電話 03-3762-9881
メールアドレス：nami.sakuraba@med.toho-u.ac.jp

資料3 研究説明書（対象者用）

研究にご協力いただく看護師の方へ

2017年11月22日
所属機関：北海道医療大学大学院 看護福祉学研究科
看護福祉学専攻博士課程
研究者：櫻庭 奈美
電話：080-8759-0455
E-Mail：nami@hoku-iryu-u.ac.jp

「認知機能低下のある高齢がん患者に対するがん疼痛緩和」に関する 看護研究へのご協力をお願い

このたびは、調査研究の実施のご協力をお願いしたく存じます。

近年、がん対策基本法やWHO方式がん疼痛治療法の普及などにより、がん患者を取り巻く環境は変化しています。最近では、高齢のがん患者、特に認知症といった認知機能低下を伴うがん患者に対応する医療者による論文、研究が散見されるようになり、2016年には厚労省でライフステージに合わせたがん医療の提供を重点課題としています。

私は、これまで修士課程から認知症とがんを併せもつ高齢者のがん疼痛マネジメントをテーマとした研究を重ねております。認知症にみられるような認知機能低下のある患者とのコミュニケーションが難しい場合は、痛みに関する情報が得られにくく、国内外では過小評価や過少治療の報告もされており、実態の把握の改善策が早急に求められております。

これまでの研究結果からは、緩和ケア病棟に勤務するがん疼痛マネジメントの経験が豊富な看護師を対象にインタビューと参加観察を行い、「いつもの患者を見極めること」や「スタッフ同士が痛みの判断ができるように基軸を設けること」、「いつもの生活を基盤に快適さや辛さを推察しながら痛みを判断していること」などをがん疼痛マネジメントの示唆として得ることができました。今回は、認知機能低下のある高齢がん患者に対して看護師が実践する疼痛アセスメントと介入、評価の一連の過程に焦点をあて構造化し、効果を検証していこうと考えおり、がん患者の疼痛マネジメントに携わる看護師の方を対象に研究調査をお願いしております。

本研究分野は、海外での研究も少ない中ですが、現在は、いくつかの認知症患者用の客観的疼痛スケールも翻訳しており、今後は、がん看護の経験や認知症看護の経験に関わらず看護師が患者のがん疼痛をアセスメントしマネジメントに役立てられるツールにしていきたいと考えております。さらに将来的には介護施設や在宅における疼痛マネジメントにも反映させていきたいと考えております。

お忙しい中ご面倒をおかけいたしますが、ご理解のうえ、ご協力をお願い申し上げます。

1. 研究テーマ：

認知機能低下のある高齢がん患者に対するがん疼痛緩和実践モデルの構築

2. 研究目的：

認知機能低下のある高齢がん患者に対するがん疼痛緩和実践モデルを構築し、その効果を看護師の実践から明らかにすること。

3. 研究方法：

対象

認知機能低下のある高齢がん患者のがん疼痛緩和に携わる看護師数名
(看護師の方のケアの質や正しさを評価するわけではありません。)

モデル適用患者選定方法

がん疼痛があるもしくは、がん疼痛に対しての薬物療法を行っている患者であり、認知症の診断がある、もしくは認知機能認知機能低下が見られていると判断できる患者とします。

・データ収集方法

研究者が作成した実践モデルを看護師の方に説明します。その後、説明を受けた看護師の方に患者のがん疼痛をマネジメント（アセスメント、介入、評価）していただきます。

さらに、実践モデルを使用した前と後に認知機能低下のある高齢がん患者のがん疼痛緩和に関して質問紙の回答とインタビューガイドに基づいたインタビューも予定しております。

・データ分析方法：

看護師の方に記入していただいた質問紙の回答の前後比較を行います。インタビューで得られたデータは質的帰納的に分析します。

4. 倫理的配慮

この調査にご協力いただける看護師の方のプライバシー・個人情報は固く守ります。面接はないようを正確に理解するためにICレコーダーを使用し録音させていただきますが、研究の目的以外には使用いたしません。また、得られた情報は個人が特定されないよう番号表記とし、照合表は研究者だけで管理いたします。データは外部に漏れることがないよう厳重に保管し、研究結果がまとまった時点で消去・破棄いたします。また、研究結果を学会や論文などで公表しますが、個人が特定されないよう配慮することをお約束いたします。

また、本研究への参加は、看護師の方の自由意志によるものであり、看護師の方の同意をいただいて初めて実施させていただきます。また、同意した後でも同意をいつでも撤回することができます。調査中、ご都合の悪いとき、ご協力をご負担になる場合にはいつでもお断りになって構いません。研究の参加に拒否・撤回した場合でも、不利益を被ることは絶対にありません。

本研究の同意書は、研究者が5年間保管後破棄させていただきます。研究の途中や終了後にご不明な点については、いつでも上記連絡先へお問い合わせください。研究の結果につきましては、研究終了後に報告書を提出させていただきます。

資料4 同意書 (対象者用)

同意書

北海道医療大学大学院看護福祉学研究科
櫻庭 奈美 様

私は、「認知機能低下のある高齢がん患者に対するがん疼痛緩和に対するがん疼痛緩和実践モデルの構築に向けた調査ご協力をお願い」ならびに「協力依頼内容と倫理的配慮」にもとづいて十分に説明を受け、その趣旨を理解したうえで、以下の点に自由意志をもって「結果の公表協力」を承諾します。

① 回答した質問紙の内容を活用することに

() 承諾します () 承諾しません

② インタビューの内容を活用することに

() 承諾します () 承諾しません

ご署名年月日 平成 年 月 日

協力者 ご署名 (自筆)

説明年月日 平成 年 月 日

説明者 (署名)

研究責任者 北海道医療大学大学院看護福祉学研究科
博士後期課程 櫻庭奈美

〒030-8505 青森市浜館字間瀬 58-1
青森県立保健大学健康科学部看護学科
TEL : 080-8759-0455
(E-Mail) nami @hoku-iryo-u.ac.jp

本同意書は、研究対象者と研究責任者が一部ずつ保管する。

資料5 同意撤回書（対象者用）

同意撤回書

北海道医療大学大学院看護福祉学研究科
櫻庭 奈美 様

私は、「認知機能低下のある高齢がん患者に対するがん疼痛緩和に対するがん疼痛緩和実践モデルの構築に向けた調査ご協力のお願い」ならびに「協力依頼内容と倫理的配慮」にもとづいて十分に説明を受け、その趣旨を理解したうえで、以下の点に自由意志をもって「結果の公表協力」を承諾いたしましたが、それを取りやめます。

同意年月日 平成 年 月 日

撤回年月日 平成 年 月 日

ご署名 (自筆)

結果の公表協力に関する同意が撤回されたことを確認いたしました。

平成 年 月 日

研究者所属

研究責任者 (署名)

本同意書は、研究対象者と研究責任者が一部ずつ保管する。

資料6 認知症がん高齢者の疼痛緩和に対する自信度と実践評価項目

記入日: 年 月 日 任意の6桁の英数字

このたびは、研究にご協力頂きありがとうございます。この用紙は、3ページから構成されています。アンケートに落丁がないか確認して下さい。読み落とし、記載忘れなどに注意しながら回答して下さい。なお、このアンケートはあなた個人の看護実践の質や経験を測定し、評価することを目的として行っているものではありません。

上記の【任意の6桁の数字】はこの調査終了時にもう一度記載いただきますのでお忘れになりませんようご注意ください。

該当する項目にをつけ、()には数字を記入して下さい。回答は、一つの設問に対して一つだけ選択して下さい。

1. 回答者ご自身に関して

性別 男 女 非回答

年齢 ()歳

所属先 病院 診療所・クリニック 訪問看護ステーション 介護施設 その他

職位 スタッフ / 主任・副師長 / 師長 / その他

2. これまでの教育歴

最終学歴 専門学校・短大(3年制) 大学(4年制) 大学院 その他

がん看護に関する研修・
プログラム受講経験 なし 12時間以内 12～24時間以内
1日以上 1週間から10日程度

認定看護師もしくは専門看護師課程の教育受講経験 その他

認知症に関する研修・
プログラムの受講経験 なし 12時間以内 12～24時間以内
1日以上 1週間から10日程度

認定看護師もしくは専門看護師課程の教育受講経験 その他

3. これまでの看護師として患者に直接的なケアをしていた経験と体制について教えてください。

がん看護経験と認知症看護経験期間は重複しても構いません。目安でご回答ください。

看護師臨床経験 ()年

がん看護経験 ()年

認知症看護経験 ()年

現在の病棟(所属部署)
の経験年数 ()年

専門家への相談体制 なし

あり → 「あり」に回答された方は、相談相手に該当する職種全てに○を付けて下さい。

(医師 / 看護師 / 認定看護師 / 専門看護師)

4. これまで【認知機能低下のある高齢がん患者】に対するがん疼痛緩和にたずさわったことはありますか？

なし

あり → 「あり」に回答された方は、受け持った患者様の人数を目安でお答えください。(約 人)

5. 【認知機能低下のある高齢がん患者】に対するがん疼痛緩和の実践に対する自信度を0から10で印をつけてください。

自信がない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 自信がある

次のページへお進みください。

6.【知機能低下のある高齢がん患者】に対するがん疼痛緩和を実践する際の容易さ、困難さについて伺います。あまり深く考えず、第一印象を大切にしてください。

	1 容易	2 少し容易	3 どちらでもない	4 少し困難	5 困難
1. 今現在の患者のがんの進行度や転移の状況を把握する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 患者の腎臓や肝臓の機能の低下を判断する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 患者に残された時間を見積もる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 患者が体験している複数の身体症状を見極める	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. せん妄であるかどうかを判断する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 患者の検査結果と症状との関連を理解する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 認知機能が低下する前の患者の状態を知る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 患者の認知機能の変化を正確に把握する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 患者が安心できるように自宅に近い生活に環境を整える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 患者に残されている能力に目を向けて関わり方を工夫する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 患者のいつもの生活（食事・排泄・睡眠・活動などの生活全体）を把握し、変化に気づく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 患者の今の生活に対する満足度を判断する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 患者の好きなことや趣味についての情報を得る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 患者が抱える多くの問題の中から最も優先すべき問題を選択する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 患者のニーズに一致した介入をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. これまでの経過から患者がとるであろう行動や動作を予測する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 自分の予測を超えた患者の反応にも対処できる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 患者が用いる言葉の特徴（よく使う言葉や言い回し）がわかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 患者が余裕のない（切迫した）状態であることがわかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 患者の取り繕った笑顔がわかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 患者の疲労の強さ（疲労度）がわかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 患者の活動と休息のバランスが取れているかを判断する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 患者の言葉と行動の不一致に気づく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 患者が周囲の人々（医療者や家族）との交流の仕方の変化に気づく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. 患者の変化に気づいた時に、今は様子がみれる状態（介入や対処が不要）であることを判断する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 患者の言動の背景にある患者の真意やニーズを理解する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

次のページへお進みください。

	1 容易	2 少し容易	3 どちらでもない	4 少し困難	5 困難
27. 患者を見て辛いのか調子が良いのかを見極める	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. 家族から見た患者の辛さを家族に直接尋ねる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. 患者が拒否や抵抗を示す理由がわかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. 患者に尋ねなくても患者が内心抱いている情動（怒り、悲しみ、不安など）を推測する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. 患者が落ち着いて過ごせるように患者の情動の変化（怒り、悲しみ、不安など）に対処する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. 患者に看護師は安心を与える存在であることを伝える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. 患者が痛む前から患者が感じるであろう痛みを予測する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. 患者との会話がかみ合わない状況でも患者が体験している痛みを推測する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. 患者の痛みが生活に支障をきたしているかどうかを判断する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. 患者の苦痛を伴うであろう医療行為（身体拘束、点滴、安静度など）を中止、変更する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. 患者の痛みの原因を明らかにすることができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. 他職種チーム（医師や薬剤師など）で患者の痛みについて話し合う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. 看護師同士で自分たちの判断をすり合わせる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. がん疼痛緩和のための介入の優先度を決定する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. がん疼痛緩和のための介入後の患者の変化を予測して介入する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. 患者に非薬理的介入（マッサージやタッチングなど）を実施する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. 疼痛緩和のために鎮痛薬投与と非薬理的介入を組み合わせる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. 使用した鎮痛薬が疼痛緩和に過不足のない量であったのか判定する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. 鎮痛薬による副作用の出現を見極める	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. あまり時間をかけずに患者の疼痛を緩和する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. 十分な情報がない中でも、患者に今後どのようながん疼痛緩和方法が適切か見通しを立てる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. 次の疼痛緩和の介入に向け、自分が実施した非薬理的介入の効果の有無を判定する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

お忙しい中、ご協力いただき誠にありがとうございました。

資料7 インタビューガイド

認知機能低下のある高齢がん患者に対して、「がん疼痛緩和モデル」を使用し、疼痛緩和について感じたこと、考えをお聞きます。

1. モデル使用前と比較し、自身の実践で変化したこと、気づいたことはありますか

その内容、理由

自身の実践で変化しない内容、その理由

2. 認知機能低下のある高齢がん患者に対する疼痛緩和として、大切だと考えていることを教えてください。

モデル使用前からの考えか、使用後の考えか

その理由

3. モデルに対して期待すること、改善したほうが良いと思うことを教えてください。

内容、使用方法など