

論 文 要 旨

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

令 和 元 年 度

北 海 道 医 療 大 学 大 学 院 看 護 福 祉 学 研 究 科

看 護 学 専 攻

櫻 庭 奈 美

【研究目的】

認知症がん高齢者に対する疼痛緩和の看護実践を確立することを目指し、認知症がん高齢者に対する疼痛緩和のための実践モデル（以下、「がん疼痛緩和モデル」）の有用性を検証することを目的とした。研究遂行のため、具体的な目標を「がん疼痛緩和モデル」を作成する（研究1）、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を検証する（研究2）として設定した。

【用語の定義】 認知症がん高齢者：75歳以上の認知機能の低下が認められると判断されている悪性腫瘍の診断がある患者

【倫理的配慮】 北海道医療大学看護福祉学部・看護福祉学研究科倫理委員会（承認番号16N032031）の承認、各施設の倫理委員会の承認（承認番号29-13, 001）を得た。

【研究1, 2における方法と結果】

研究1：「がん疼痛緩和モデル」の作成

認知症がん高齢者の疼痛緩和に対する看護師の実践が記述されている14文献を精読し、がん疼痛緩和のための看護実践を構造化し、「がん疼痛緩和モデル」を作成した。モデルは、看護師の目標、および実践の内容から構成した。看護師の目標については「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。実践の内容では、The Confusion Assessment Method（CAM）、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およびSerial Trial Intervention（STI）を参考に「患者のレディネスを確認する」「いつも」の生活を捉える」「痛みの原因を探索し、介入する」の3つのステップを設定した。本モデルを活用するためのプロトコールおよび看護師に対する教育プログラムを作成した。さらに、疼痛緩和の実践評価項目として7領域からなる48項目を作成し、内容妥当性について検討（ α 係数0.67~0.87）した。

研究2：「がん疼痛緩和モデル」の有用性の検証

1. 研究デザイン：介入の事前事後比較研究デザイン、及び質問紙法による数量的測定と看護師へのインタビューによる質的データからの解釈を統合する混合研究法を採用した。

2. 対象者：認知症がん高齢者の疼痛緩和を実践しているA市C病院及びB市D病院の看護師44名とした。

3. 教育プログラムの実施：プログラム内容を導入、レクチャー、「いつも」の生活観察シートの記入練習の3つから構成した。実施時間は45~60分程度とし、「がん疼痛緩和モデル」のプロトコールと判断アルゴリズムに基づいて実施した。

4. データ収集手順と調査期間

1) 調査項目：①対象者の基本属性：性別、年齢、臨床経験年数、がん看護経験年数、認知症看護経験年数、がん看護および認知症看護の研修受講の経験の有無、認知症がん高齢者への看護経験の有無、専門家への相談体制の有無について収集した。②対象者の実践に対する自信度（以下、自信度）：0「自信がない」~10「自信がある」11件法を採用した。③実践評価項目：1「容易」~5「困難」の5件法を採用した。④認知症がん高齢者に対する看護実践への考え方：半構造化インタビューを実施した。

2) 調査期間とスケジュール：2018年1月~12月に教育プログラムを実施し、教育プログラム受講前（介入前）①~③、教育プログラム受講後16週間後（介入後）に、②~④

を収集した。調査用紙には個人識別番号を付与し、データ追跡が可能な状態とした。

5. データ分析法

介入前後の実践に対する自信度、実践評価項目と領域の得点、実践評価項目の総得点の比較について、Wilcoxon 符号順位検定を用い、有意水準 1%、5%未満とし分析した。さらに、対象者介入前後の看護師の実践に対する考えについては質的帰納的に分析した。

6. 結果

対象者は 44 名（女性 40 名、男性 4 名）であり、平均年齢 36.8 歳であった。自信度は、「がん疼痛緩和モデル」介入後、上昇した ($p < .05$)。介入前後における実践評価項目の変化では、「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）を推測する」、「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」（以上、 $p < .01$ ）、「患者のニーズに一致した介入をする」、「自分の予測を超えた患者の反応にも対処できる」、「あまり時間をかけずに患者の疼痛を緩和する」（以上、 $p < .05$ ）の 7 項目、および項目の総得点において得点が低下 ($p < .05$) した。介入前後の実践評価の領域では、[介入の順位付けができる] ($p < .01$) と [感情の変化を捉えることができる] [変化の意味を考え介入できる] ($p < .05$) の 3 領域において、得点が低下した。看護師の実践に対する考えでは、「他の看護師のしている「いつも」がわかる」、「他の看護師と協力して「いつも」を探る」、「「いつも」の定義を考え直す」、「言葉の意味に目を向ける」、「これまでの無意識な行動に気づく」、「これまでとは違う視点から痛み注目する」、「痛みがあるかも一度見直す」、「できることが他にもあることがわかる」、「今まで通りの関わりの大切さを再確認する」の 9 カテゴリーが抽出された。

【考察】

結果から、看護師は、患者の反応やその変化の意味を考えて介入することが容易になったと認識し、実践への自信度も上昇していると言える。がん疼痛の評価では、本人の申告からアセスメントすることがゴールドスタンダードとされる。しかし、認知症がん高齢者の場合、看護師は患者の表現の解釈に困難を感じていると言われている。本モデルの使用は、看護師の認知症がん高齢者に対する「痛みを感じていないのではないかと」いった先入観を緩和し、患者固有の微細な変化を捉えることを可能にするといった有用性を示唆している。痛みの評価と緩和では、痛みが主観的なものである以上、患者の反応や行動の変化はあくまでも観察された痛みであり、完璧なツールの開発は非常に困難だという指摘もある。その上で、認知症がん高齢者に対する本モデルは、患者が感じている痛みの強さを近似値として理解し、看護師の介入効果を継続的に測定できる指標として活用の可能性を示していると考えられる。

【研究の限界と今後の課題】

看護師の実践が患者にどのような影響を与えるのかを明らかにするために、患者選定条件を検討し、患者にとっての介入効果を明らかにする必要がある。さらに、看護実践の連続した判断、介入のサイクルにどのような効果をもたらしたかを示すために看護師の判断とその変化を質的に記述する必要がある。「がん疼痛緩和モデル」の有用性の検証に用いた実践評価項目を尺度として精錬させていく必要がある。