

## 原著論文

# 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

久米真代<sup>1</sup>, 高山成子<sup>1§</sup>, 小河育恵<sup>2</sup>, 加藤泰子<sup>3</sup>, 久保田真美<sup>4</sup>

## 概要

本研究は、緩和ケア病棟で看護している看護師が、がん疾患に罹患した認知症高齢者に対して、がん性疼痛の緩和についてどのように困難を感じ、どのように観察の工夫をしているのかを明らかにすることが目的である。5名の看護師に個別インタビューを行った。その結果、5つの大カテゴリーが抽出された。緩和ケア病棟の看護師は【疼痛表現の多様さによる症状の見逃し】、【訴えを中心とした判断による鎮痛薬投与の遅れと過量】といった認知症高齢者の訴えに伴う観察と判断の困難を感じていた。そして、看護師は【痛みがある前提で反応を引き出す】【客観的な指標と行動変化の照合による疼痛の判断】【複数の目で判断する】と、疼痛の部位、程度の観察の視点と、鎮痛薬投与の判断の視点を持って、実践していた。

キーワード 認知症, がん, 疼痛, 高齢者

## 1. はじめに

65歳以上の死亡原因の第1位はがんである。がん罹患した患者のQOLに破滅的な影響を及ぼすものは、がん性疼痛（神経障害疼痛、内臓痛、体性痛）である。近年はがん性疼痛緩和のガイドライン<sup>1)</sup>に沿って、鎮痛薬による積極的疼痛コントロールが行われ、緩和ケア病棟では、看護師が患者の自覚症状としての疼痛の強さや部位、性状、パターンを査定し、医師の包括指示のもと鎮痛薬投与が積極的に実施されている。WHOの報告によれば、このような積極的な鎮痛薬使用で約8割の苦痛を取り除くことができる<sup>2)</sup>とされる。

ところが、がん罹患した認知症高齢者の場合には、認知症のない人と比べると、がん性疼痛が1/3にしか認められておらず、鎮痛薬が1/6程度しか投与されていない<sup>3)</sup>との報告がある。このことは、認知症、特にアルツハイマー型認知症の場合、前帯状回、一次体性感覚野神経細胞の脱落と青斑核の機能低下により、痛み刺激が感知されにくくなり、痛みの識別が困難になる<sup>4)</sup>とも考えられる。それと同時に、記憶障害や見当識障害のために、疼痛の様相を言語的に適切に訴えることが困難となることで、看護師が疼痛を適切に捉

えきれていない可能性も示唆している。

2009年頃より、がん罹患した認知症高齢者の疼痛緩和の研究が散見されるようになった。国内の研究では、事例報告が6件見られ、共通していたのは、がんの認知症高齢者に対し、看護師が困難感を強く抱いていたこと、言葉ではなくわずかな表情や行動の変化を疼痛評価指標として疼痛の緩和につなげていたことであった<sup>5)-10)</sup>。しかしながら、これらの報告は1事例毎の報告で、また、緩和ケア病棟の看護師のように疼痛緩和のための研修を受けた看護師からの報告ではない。

そこで、本研究は、緩和ケア病棟の看護師が、がん罹患した認知症高齢者のがん性疼痛の緩和についてどのように困難を感じ、どのように観察の工夫を行っているのかを明らかにすることを目的とした。がん性疼痛に関する基本的な知識を持ち、疼痛コントロールを実施している看護師からこれらの結果を得ることで、認知症高齢者のがん性疼痛の観察方法の構築のための根拠が得られると考える。

## 2. 研究方法

本研究は、がんの認知症高齢者に対する疼痛緩和についての看護の実態がまだほとんど報告されていないため、質的帰納的研究法を用いた。この方法は、看護師の語りから、認知症高齢者のがん

<sup>1</sup> 石川県立看護大学 <sup>2</sup> 元関西福祉大学 <sup>3</sup> 兵庫県立大学

<sup>4</sup> 神戸在宅ケア研究所 しあわせ訪問看護ステーション

<sup>§</sup> 責任著者

性疼痛緩和に関する具体的な困難の所在と、有効な観察方法を抽出するのに適切であると考えた。

### 2.1 研究協力者

研究協力者は、以下の3条件に該当する看護師5名である。①緩和ケアの研修を受講、②5年以上緩和ケア病棟に勤務、③65歳以上のがんに罹患した認知症高齢者3名以上のケアを経験。認知症のケア経験については、医師の診断の有無にかかわらず、記憶障害、見当識障害のいずれかがあると看護師が判断した高齢者のケア経験とした。

### 2.2 調査期間

平成23年3月から5月までの期間であった。

### 2.3 調査場所・方法

調査は緩和ケア病棟5か所で行った。調査方法は、基本属性(年齢、勤務経験、がん疾患に罹患した認知症高齢者の看護経験、ケアした高齢者のがんの種類など)について質問をした後、インタビューガイドを用いて、協力者が所属する施設の個室で半構造化面接を行った。

インタビューガイドは、「がんに罹患した認知症高齢者の疼痛緩和のケアは何が難しいか」「疼痛はどのようにアセスメントしているか」「認知症の方とそうでない方では疼痛の訴えに違いがあるか」「認知症の方の痛みを評価するための工夫があるか」である。協力者の語る内容の流れに沿って質問を加えながら進めた。面接時間は60分とし、事前に協力者の同意を得てから面接内容をICレコーダーに録音した。また、インタビュー中の協力者の表情や会話の流れを適宜ノートに記録した。

### 2.4 分析方法

分析は、インタビュー内容を全て逐語録にして、できる限り協力者の言葉を用いてラベル化し、協力者ごとに進めた。それらのラベルを類似性、相違性、関連性を検討しながら分類し、カテゴリー化を進めた。分析の全行程において、随時逐語録にもどり、分析内容が適切であるかを検討し修正

を加えた。抽象度をあげる時には、がんに罹患した認知症高齢者の疼痛緩和に対する困難と観察の工夫を適切に表現するようにした。分析結果の信頼性・妥当性を確保するために、認知症看護の教育研究者および臨床家と、がん看護の教育研究者4名と共同して、著者が行った分析結果をもとに複数回検討を行った。また、研究協力者数名に分析結果をみてもらい、理解可能な記述であること、「現場でよく見られる」というように支持されることの2点について客観的な意見をもらうことで、多角的な視点からの検討を行った。

### 2.5 倫理的配慮

書面に研究の主旨を記し、研究への参加は自由意思に基づいて決定されるもので、施設責任者の影響は受けないこと、拒否によって不利益を受けないこと、守秘義務ならびに機密保持の義務を遵守すること、インタビューは個室で行い承諾が得られた場合のみICレコーダーを使用すること、得られた結果は論文として発表をすることなどを記した。口頭で説明後、署名にて同意を得た。インタビューにおいては、精神的負担を感じないようにインタビュー時間に留意した。

本研究は、研究者の所属施設の倫理委員会ならびに研究協力病院の倫理委員会の承認を得て実施した。

## 3. 結果

### 3.1 研究協力者の概要

協力者の概要を表1に示す。研究協力者は5名であった。全員が女性、年齢は29～51歳であった。看護師としての経験年数は8～30年、緩和ケア病棟の経験は5～25年であった。また2名は緩和ケア認定看護師であった。

### 3.2 緩和ケア病棟看護師の認知症高齢者の疼痛緩和の看護における困難

インタビューの逐語録から5つのカテゴリーを導き出した(表2)。以下、大カテゴリーを【】、中カテゴリーを《》、語られた言葉を『』で示す。

表1 研究協力者の概要

研究協力者	A	B	C	D	E
年齢	40代	30代	20代	30代	50代
看護師経験年数	27年	8年	8年	18年	30年
緩和ケア病棟経験	8年	5年	8年	10年	25年
病棟内の認知症患者数	約2割	約5割	約4割	約2割	約2割

表2 がん罹患した認知症高齢者に対する疼痛の観察・判断に関する困難と工夫 カテゴリー化の過程

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー	
疼痛表現の多様さによる症状の見逃し	痛みをストレートに表現せず言葉や行動が多様な表現になるので難しい	痛みや呼吸困難があると言葉では言わず、行動が落ち着かなくなる	
		緩和ケアでは症状コントロールが重要だが表現ができないので予測がつかず難しい	
		痛いと言わず、「辛い・苦しい」ということが多く痛みが分かりにくい	
	痛みの表現が少なく分かりにくい	痛みの訴えがなく表情や行動でも分かりにくい	
		認知症の人は身体の辛さの訴えは少ない	
	がんの部位で痛みの表現が変化し悪循環になることを知らないと見逃す	がんの部位で痛みの表現が変化し悪循環になることを知らないと見逃す	肺がんだと痛みがわかりにくい
肺がん人の辛さがでやすい行動を知っていると行動調整しやすい			
呼吸困難は加減ができず悪循環になる			
がんの部位（直腸がんは立ったり座ったり）で痛みを訴える行動が違うので判断が難しい			
訴えが少ないと鎮痛薬の使用が遅れる	訴えが少ないと見守ることが増え痛み止めの使い方が遅れる	乳がんの皮膚転移は痛みの訴えができないので発見が遅れる	
		訴えが少ないと見守ることが増え痛み止めの使い方が遅れる	
		認知症の人は痛みが少ない人が多い反面、自制がきかず鎮痛薬の要求が大の人もいる	
		緩和ケアの理念「受け止める」は認知症の人の言葉に合わせてしまい、薬を多くする	
		薬の使い方、痛みの判断、行動の判断が難しくこれでいいのかと悩む	
		鎮痛薬の決定と評価は反応が得られないため非常に困難	
訴えを中心とした判断による鎮痛薬投与の遅れと過量	本人の言葉を受け止めすぎると鎮痛薬の量が多くなる	緩和ケアは個別の価値観に合わせる看護が重要だが価値観が分かりにくい	
		鎮痛薬の決定と評価は反応が得られないため非常に困難	
		鎮痛薬の決定と評価は反応が得られないため非常に困難	
痛みの判断や鎮痛薬使用後の評価が困難で悩む	痛みの判断や鎮痛薬使用後の評価が困難で悩む	鎮痛薬の決定と評価は反応が得られないため非常に困難	
		鎮痛薬の決定と評価は反応が得られないため非常に困難	
		鎮痛薬の決定と評価は反応が得られないため非常に困難	
		鎮痛薬の決定と評価は反応が得られないため非常に困難	
		鎮痛薬の決定と評価は反応が得られないため非常に困難	
		鎮痛薬の決定と評価は反応が得られないため非常に困難	
痛みがある前提で反応を引き出す	痛みがあることを前提に行動、表情をいつもと比較してみる	痛みがあることを前提に行動をみるとその意味がみえる	
		痛みが出る時期を知り痛みがあることを前提にしないと行動への対応に看護師が疲弊する	
		痛み・呼吸困難などがおかしな行動につながることを理解し対応することが大切	
		訴えが明確でないので、痛みがあることを前提に行動の意味を多面から考える	
	行動を観察するだけでなく聞き方を変えて真意を探る	行動を観察するだけでなく聞き方を変えて真意を探る	痛みがあることを前提に行動、表情、日頃とちがう「ひっぱる、叩く、手、そわそわ」といった細かな情報を重ねてみて考える
			言葉の真意を捉えにくいので聞きなおす、行動をみて痛みを判断する
	症状の判断には本人に聞く、からだに触れる、何らかの反応は逃さずに対応する	症状の判断には本人に聞く、からだに触れる、何らかの反応は逃さずに対応する	痛みを判断する
			認知症の症状の変動があるのでその都度聞いて判断する
			「嫌」「つらい」「痛い」「怒る」の反応は、何が原因であれ取り上げて必ず対応する
			言葉から真意がつかめない時はふれる、ケアをする、そのときの反応がその人の意思を表している
	がんの知識と認知症の人を全体にみる力が重要	がんの知識と認知症の人を全体にみる力が重要	からだをみる、触れてみる
			がん終末期の認知症の看護には認知症の人をみる視点を知っていることが重要
看護師には患者を全体にみる力とがんを専門的にみれる人に相談できることが特に重要			
認知症の症状や対応を知っている看護師、がんの痛みを知る看護師の両方が必要			
		認知症の専門家がいると相談でき助かる	

客観的な指標と行動変化の照合による疼痛の判断	検査所見や薬効は予測したケアのために重要	行動変化の原因が認知症の人の場合分かりにくく検査データは重要
		痛みをうまく表現できないので身体面、行動、検査所見、薬効の出る時間と切れる時間から判断する
		薬の副作用など予測した観察や対応が大切
		正しく訴えられないので血液データは重要となる
	薬を使ってみて表情・夜間の睡眠などで評価する	言葉での評価がないので、試しに薬を出してひとつ一つ評価することが大事
		鎮痛剤など少し使って評価することが大切
		やってみて評価するのが大切であり穏やかな表情は指針となる
		夜間の睡眠状況を認知症の人の症状コントロールの指標としている
複数の目で判断する	疼痛コントロールにはチームでの情報共有と検討が欠かせない	痛みに関する行動の観察はチームで情報共有して次にいかす
		痛みの表現が多様なので、鎮痛薬を使うタイミングや鎮痛薬を投与した後の表情や行動の変化を丁寧にチームで共有してその後のケアにつなぐ
		症状コントロールするうえでの困難をチームで共有し、皆で援助方法を検討する
	鎮痛薬の評価には入院前を知っている家族の協力が重要	家族からみた表情や行動の変化を情報交換して鎮痛薬の効果を評価する
		普段を知っている家族の情報を参考に痛みの評価をする

緩和ケア病棟の看護師は、認知症高齢者の疼痛緩和の看護について、【疼痛表現の多様さによる症状の見逃し】、【訴えを中心とした判断による鎮痛薬投与の遅れと過量】と認知症高齢者の訴えに対する観察と判断の困難を感じていた。そして、これらの困難のなかで、【痛みがある前提で反応を引き出す】というがん性疼痛の専門的知識に裏付けされた予測的観察の方法と、【客観的な指標と行動変化の照合による疼痛の判断】という鎮痛薬投与後の判断の視点をもっていた。そして、【複数の目で判断する】と認知症高齢者の疼痛の観察・判断がよりの確にできるような工夫をしていた。

以下に、看護師の認知症高齢者の疼痛緩和の看護における観察と判断の困難（2 カテゴリー）、疼痛緩和の看護における観察と判断の工夫（3 カテゴリー）について示す。

● 認知症高齢者のがん性疼痛緩和看護における観察と判断の困難

(1) 【疼痛表現の多様さによる症状の見逃し】

疼痛の早期発見は緩和ケアの第一歩であるが、疼痛の表れ方は多様である。このカテゴリーは、そのがんの疼痛表現の多様さ、高齢者の個別性の多様さ、そして認知症の行動の多様さのなかでの疼痛判断の困難を示している。看護師は、《痛みをストレートに表現せず言葉や行動が多様な表現になるので難しい》《痛みの表現が少なく分かり

にくい》と、認知症高齢者が疼痛を的確に言わない、予測のつかない行動をとることに疼痛の観察の困難を強く感じていた。また、《がんの部位で痛みの表現が変化し悪循環することを知らないと見逃す》と、がんの部位と疼痛表現の知識、痛いと動く・動くと痛いという悪循環の理解が前提ないと判断が難しいとした。

『痛いと言う人はいない。表情、言葉にならない言葉で訴える、手を叩く、私たちの体をひっぱるとか、その人その人なので難しい』

『直腸がんの方は、ずっとトイレに座ったり、お尻がよいじするので座ったり立ったりを繰り返すだけで上手に痛みが表現できなかった。どこがと言うのが難しかったので、いじいじし始めたら痛みが強いのかなと考えていくしかなかった』

『肺がんの人は呼吸困難と痛みが判断し辛い。困るのは、辛いだろうけれど、なかなか言えないので、多くが落ち着きのない行動になる。「辛い、辛い」と言って、横になる、端座位になる、の繰り返しで判断がつかない』

『認知症の方の呼吸困難の特徴は、ぜいぜい言っても行動を抑制できない。そして、歩いたり動いたりして一層辛くなる。』

『乳がんの皮膚転移で皮膚がただれるのは、痛いとか辛いとか表現がなかなかできないので、治療開始が遅れてしまう』

## (2) 【訴えを中心とした判断による鎮痛薬投与の遅れと過量】

緩和ケアではがん性疼痛への鎮痛薬使用を行っているが、その判断の中心は患者の訴えである。このカテゴリーは、認知症のコミュニケーション障害の多様性ゆえに彼らの疼痛の訴えが判断できない難しさを示している。認知症高齢者の場合、《訴えが少ないと鎮痛薬の使用が遅れる》、《本人の言葉を受け止め過ぎると鎮痛薬の量が多くなる》と、本人の訴えを中心とする鎮痛薬投与の判断の原則が適用できないことによる難しさを述べた。さらに、鎮痛薬を使用しても効果を自ら訴えないため《痛みの判断や鎮痛薬使用後の評価が困難で悩む》と、次のケアに活かし辛い状況に困難を感じていた。

『緩和の大前提が、「本人の訴えはそのまま受け取る」ことで、認知症の方の「痛い」「苦しい」の訴えに合わせてあまりにも飲ませすぎると、今度は眠気がきて（転倒）事故につながったりするので、とっても苦労した』

『本人に合わせるので、痛みをあまり訴えない場合はちょっと見ていく。だから（鎮痛薬を）使う量が少ないのかもしれない。そのままを見守っていくため、どう判断するかは難しい』

『「つらい、つらい」と言っている時に、坐薬を入れようと言っても「いい、いい」となると、時間をおいての対応になる』

『日常動作の具合とか表情とか、細かいところを見て、洞察するというか、うかがう。見ていて辛いかなと薬を使うけど、一般の人達から見ると使い方が遅れる、少なくなっていると感じる』

### 3.3 緩和ケア病棟看護師の認知症高齢者の疼痛緩和の看護における工夫

#### ● 認知症高齢者の疼痛緩和の看護における観察と判断の工夫

##### (1) 【痛みがある前提で反応を引き出す】

このカテゴリーは、訴えの少なさ・不正確さにより疼痛の判断が困難となる認知症高齢者に対する、看護師のがん性疼痛の知識に基づいた専門的な観察方法である。看護師は、《痛みがあることを前提に行動、表情をいつもと比較してみる》、《行動を観察するだけでなく聞き方を変えて真意を探る》、《症状の判断には本人に聞く、からだに触れる、何らかの反応は逃さずに対応する》と、がん性疼痛があることを前提とした観察だけでなく、聞く、触れるという関わりを通して認知症高齢者

の言葉や反応を引き出す工夫を行っていた。看護師は、これらの工夫には、《がんの知識と認知症の人を全体にみる力が重要》と述べた。

『観察が重要。辛くなってきた時に、表情や手がいくとか、体が縮こまるとか伸ばすとかを見る』

『「痛い」「辛い」と訴えがあった時は「ある」という前提で動いていく。「気持ちのせいで痛いのか」と対処しないので、認知症の有無に関係はしない。』

『正解かどうか言えない人ばかりではないので、表現をかえて聞いて「うん」というかを見る。』

『症状が出てきてもおかしくない時期を分かっておかないと、（認知症の人は）大暴れする人、認知症が悪化した人になってしまう。症状のコントロールが必要な人であると見ないと、（疼痛に対する）反応の強さと頻度に疲れきってしまう』

『がんによって起こってくる症状を視点において患者さんを見るので、（がんの知識は）絶対に必要だと思う。それに、認知症の人を見る視点をもっている人がいると違う。本人は言わないので、患者さんを総合的に見れること、全体的にアセスメントできる能力が大事。』

##### (2) 【客観的な指標と行動変化の照合による疼痛の判断】

これは、認知症高齢者の訴えの判断の難しさに対する、客観的指標と組み合わせた専門的看護を示したカテゴリーである。看護師は、疼痛の訴えや反応が少なく的確な答えが返ってこない認知症高齢者に対し、《検査所見や薬効は予測したケアのために重要》、《薬を使ってみて表情・夜間の睡眠などで評価する》と、薬効の発現時間や消失時間という客観的指標と生活行動の照合によって疼痛の程度を判断するという工夫をしていた。

『薬剤の血中濃度が高い時間に痛い場所をかばうことがないとか、薬が切れる時にそわそわしていたら足りないと考えて、レスキューを使うかどうかの判断をする』

『医師の判断と看護師が見ている様子から、痛み止めの薬を試しに試ってみて、後の反応をみる』

##### (3) 【複数の目で判断する】

これは、認知症高齢者の疼痛判断における、一人の看護師の判断の限界を示したカテゴリーである。看護師は、認知症高齢者の場合、《疼痛コントロールにはチームでの情報共有と検討が欠かせない》《鎮痛薬の評価には入院前を知っている家族の協力が重要》と述べて、疼痛の緩和には家族

を含めたチーム全体で一人一人が得た情報をつなぎあわせていく必要性を示した。このことにより、少しでも疼痛コントロールがしやすくなる状況を作れるとした。

『家族の人にどんなふう映っているのかを指標にする。普段の表情とか、もともと～だからという情報や、一だからそんなに辛そうではないという家族だからできる判断がある』

『一人ひとりが丁寧にみてきて、こういう薬を使うと楽そうな顔になった、使うと楽そうになったと言う、その時の表情とかその時の様子を共有していく。』

#### 4. 考察

がん性疼痛は、がん細胞の浸潤による組織損傷が原因で生じ、身体的苦痛だけでなく心理面や生活面への影響が非常に大きい。そのため、緩和ケアでは全人的ケアを謳いながらも、「痛みに対応しない医師は倫理的に許されない」<sup>11)</sup>と疼痛緩和の重要性が示されている。がん性疼痛は除痛ラダーに従って治療が行われれば、取り除くことができる症状である。そして、そのためのケアを受ける権利は誰にでもある。しかし、認知症の疾患ゆえに、医療従事者が疼痛を適切にとらえることができず、疼痛緩和が十分に行われていなければ、がん疾患と認知症疾患に罹患した患者のケアを受ける権利は奪われてしまう可能性がある。

このような考えに基づいて、本研究では緩和ケア病棟の熟練した看護師へのインタビューから、認知症高齢者の疼痛緩和の観察の困難と工夫を明らかにした。結果に基づき、認知症高齢者特有の困難と有効な観察の視点について考察する。

##### 4.1 認知症疾患による言語表現の少なさ・多様さによる疼痛観察の困難

緩和ケア病棟の基本理念は、本人の疼痛の訴えを受けとめて対処することである。本研究では、【疼痛表現の多様さによる症状の見逃し】【訴えを中心とした判断による鎮痛薬投与の遅れと過量】の2つの困難が示された。これは、本人の疼痛の訴えはそのまま受けとめるという疼痛緩和の原則が適用できにくいという問題だけでなく、見逃しによる認知症高齢者の苦痛増大、鎮痛薬投与による危険性の増大という深刻な問題に至ることを示した。カテゴリーにある多様な疼痛表現、鎮痛薬投与の遅れ・過量につながる訴えとは、「手を叩く」「ひっぱる」「訴えが変わる」「落ち着きのない行動」であった。これらは、認知症の中核症状の言語障

害及び、行動・心理症状 (BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) である。特にアルツハイマー型認知症では、初期から記憶障害を基盤にした喚語困難、適切に言えない代わりに理解しにくい会話 (迂言) が見られ、進行すると理解障害に伴う語彙の減少や代名詞の増加が著明となる。そして、これらのコミュニケーション障害による心理的負担は、叩く、喚くなどのBPSDとして表れ、それは認知症の中等度において最も激しい。すなわち、認知症高齢者のがん性疼痛の観察・判断を困難にさせているのは、認知症の症状の多様さである。

しかし、認知症と一括りにせず、認知症の原因疾患の違いによるコミュニケーションの特徴、重症度による言語障害の進行、BPSDの変化についての知識を看護師が学んでゆくことによって、多様さの一言ではなく表現された言動を個別にアセスメントし、対応することが可能になるといえる。本人の訴えが疼痛緩和の重要な一歩であることを考えると、緩和ケア病棟においても認知症の知識は必要不可欠である。

##### 4.2 客観的指標と生活行動の照合による疼痛観察の必要性

塩塚らは、介護療養型医療施設に入院しているがん終末期の認知症高齢者の事例報告で、血液データやがんの進行によって起こり得る問題を予測し予防することの重要性を述べている<sup>8)</sup>。本研究の5名の協力者に共通した疼痛の観察・判断の視点は、【客観的な指標と行動変化の照合による疼痛の判断】と、【痛みがある前提で反応を引き出す】であった。つまり、緩和ケアで最も重視される本人の訴えが、認知症では不確実となるため、客観的指標 (薬効発現時間、消失時間) と行動変化との照合による疼痛の判断方法は非常に有用と考えられた。これらは、主観的指標だけでは疼痛観察が行えない認知症高齢者への看護の困難から生まれた、がん疾患の病態の知識、使用する薬剤の知識に基づいた専門的な看護師独自の観察方法である。

##### 4.3 訴えを引き出していく必要性

緩和ケア病棟の熟練した看護師は、《痛みがあることを前提に行動、表情をいつもと比較》《聞き方を変えて探る》《聞く、触れる》と、痛みがあることを前提として、聞く、触れるという関わりを通して、認知症高齢者の言葉や反応を引き出

していた。認知症高齢者に対して、観察するだけでなく「聞く」「触れる」「表現を変えて聞く」という方法は、認知症看護において基本的なケア技術である。これらの方法は、認知症ケアを専門とする看護師による事例報告<sup>5)-10)</sup>でも示されており、がんの認知症高齢者の疼痛緩和を行うための基本的な観察点とケアであると考ええる。

しかし、「中等度から重度の認知症高齢者の経験を知るためには、“今”その瞬間に言葉の意味を聞き返したり、問い直したりすることでわずかの言葉ではあるが、経験している世界を示すことができる」<sup>12)</sup>と報告されていることから、記憶障害のある認知症高齢者の訴えを引き出すためには、“いつ聞くか”が重要である。本研究のインタビューのなかでは、認知症高齢者に対して、いつ・どのような時に様々な工夫をしながら聞いているかを明らかにすることができなかつた。そのため、緩和ケア病棟の看護師が、認知症高齢者の疼痛緩和をより効果的に行うためには、引き出すタイミングもふまえた観察方法を作成することが必要であると考ええる。

### 謝辞

本研究にご協力いただきました協力者の皆様、施設の皆様に深く感謝いたします。本研究は平成22年度安田記念医学財団の痛看護研究助成を受けて実施いたしました。

### 利益相反

利益相反なし。

### 引用文献

- 1) 緩和医療ガイドライン作成委員会編：がん苦痛の薬物療法に関するガイドライン 2010年版。金原出版，34，2010。
- 2) World Health Organization：Cancer Pain Relief with a guide to opioid availability.1987.
- 3) Shuji, Iritani, Mizuho, Tohgi., Hiroaki, Miyata., et al.：Impact of dementia on cancer discovery and pain. *PSYCHOGERIATRICS*. 11, 6-13, 2011.
- 4) Erik, JA. Scherder., Joseph, A. Sergeant., Dick, et al.：Pain processing in dementia and its relation to neuropathology. *THE LANCET neurology*. 2, 677-686, 2003.
- 5) 阿部久美子，妹尾弘幸，仲肥好美，他8名：グループホームでのターミナル期における入居者の身体的苦痛への対応と課題。認知症ケア事例ジャーナル，

- 1 (4)，463-469，2009.
- 6) 市原美宏，吉村照代，河島光彦，他1名：痴呆を合併した末期癌患者のケアホームでの緩和ケアと臨終治療学，136 (3)，301-303，2002.
- 7) 野口智子：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)，231-235，2009.
- 8) 塩塚優子，山岸小夜子，遠藤三恵子，他1名：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)，347-353，2011.
- 9) 田中正孝，松比良彩，桐原本佳代，他4名：認知症で苦痛を的確に表現できない口腔がん患者の苦痛コントロール—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，1 (1)，9-13，2006.
- 10) 後智子，米倉靖子，本間千代子，他3名：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)，341-349，2008.
- 11) 世界保健機関編，武田文和訳：がんの痛みからの解放第2版。金原出版，40，1996.
- 12) 高山成子，水谷信子：中等度・重度痴呆症高齢者が経験している世界についての研究。老年看護学，5 (1)，88-95，2000.

## **The contrivance and the difficulty of nurses about an observation and a judgment of a pain for a dementia elderly with cancer**

Masayo Kume, Shigeko Takayama, Ikue Ogawa, Yasuko Kato, Mami Kubota

### **Abstract**

This study is to clarify how nurses caring in a palliative care unit feel the difficulty about a relief of a cancer pain and how they contrive ways to observe it. We interviewed individually 5 nurses. As a result, 5 large categories were extracted as follows. Nurses in a palliative care unit felt the difficulty for their observation and judgment in the elderly dementia's compliant such as "overlooking symptoms by the variety of an expression of the pain.", "an overdose and a delay of a medication of an analgesic because of the judgment focused on their compliant". Thus, with having a point of view about the observation of a degree and a region for the pain and another point of view about the judgment of the use of analgesic, they contrived ways to observe and judge such as "excluding the response on condition that the elderly dementia felt the pain", "judging the pain by an objective index and a comparison of a behavioral effect", "judging by multiple people".

**Keywords** dementia, cancer, pain, elderly