

がん性疼痛看護の質評価指標の作成に関する研究

愛知県立大学大学院
博士前期課程 成人慢性期看護学
研究コース 2年
堀部 恭子

1. 研究の背景・目的

【研究の背景】

近年がんの早期発見や集学的治療の向上により、がん罹患した患者の生存期間が長期化している。2006年から2008年にがん罹患した患者の全がん部位の5年相対生存率は62.1%（対象者数644,407人）であり（国立がんセンター研究所, 2016）、罹患患者数は2013年では862,452人であり、2018年は予測値で1,013,600人である（国立がんセンター研究所, 2018）。生存率向上とともに罹患患者が増加していることは明らかであり、がんサバイバーが今後も増加することが予測される。

本邦のがん対策は、2012年6月に閣議決定されたがん対策推進基本計画に沿って行われている。2017年には、第3期がん対策推進基本計画が策定され、プランの3つの柱は、がん予防、がん医療の充実、がんとの共生、である。その中の、がんとの共生のプランには、がんと診断された時からの緩和ケア、相談支援、情報提供、社会連携に基づくがん対策・がん患者支援、がん患者等の就労を含めた社会的な問題、ライフステージに応じたがん対策、が含まれている。緩和ケアに関しては、がんと診断された時から全人的な苦痛を軽減するためにがん診療拠点病院では緩和ケアチームを設置することが義務付けられており、入院時にはがん性疼痛をはじめとする苦痛のスクリーニングを行うなど、治療と並行して緩和ケアを組み入れた診療体制の整備が行われている。

腫瘍縮小目的の抗がん治療を受けているがん患者の3分の1は既に疼痛を有しており、進行がん患者では3分の2が痛みを経験しているといわれている（武田, 2016）。また、がん性疼痛は終末期に限らずどの病期であっても出現する可能性がある症状であり、診断時から適切な疼痛マネジメントが必要である（上垣, 2013）。

診断時から治療期にあるがん患者の苦痛として、診断期の患者の痛みは《痛みによる恐怖、原因不明の継続する痛み》を有することが明らかであり、治療期の患者の身体的苦痛の内容は〈鎮痛薬の効果がなく痛みが続く〉〈がんの痛みはゼロにはできない〉

などの《鎮痛薬の効果がなく続く痛み》を有することが示されている（熊谷，満身，天尾，中尾，2015）。

また、外来通院をしているがん患者は、〈痛みにより日常生活動作が安楽に行えない〉、〈痛みにより活動することに苦痛を感じる〉ことを含めた《痛みの存在による活動の困難》を体験している（平岡，2015）。さらに、患者は〈思うように動けない〉ことのほか、〈睡眠・休息が十分に取れない〉、〈入浴・更衣は助けが必要になる〉、〈生活行動が狭まる〉などの体験をしている（高山，2016）。がん治療が長期化することによる患者の心理社会面への影響は、疼痛の閾値を大きく下げするために痛みが慢性化するといわれている（伊藤，春原，2016）。患者は入院中には医療者ととも疼痛マネジメントを行うことが可能であるが、退院した後に療養先において医療者がいない環境で疼痛マネジメントを主体的に行っていかなければならない。疼痛を体験しているがん患者が疼痛緩和において直面する困難に主体的に対処するためには、信頼できる医療者の存在が大きく影響していると報告されている（平岡，2015）。

がん性疼痛看護を行う看護師の役割は、医療用麻薬や、疼痛に関する患者の認識、医療者への効果的な疼痛の伝え方に関する指導、患者の疼痛に合わせたレスキュー薬の具体的な使用方法などである（片倉，佐藤，濱本，2015）。また、がん性疼痛看護において、〈患者の痛みの表現を助けること〉、〈患者の症状体験をより深く理解すること〉、〈症状緩和や QOL (Quality Of Life) 向上のために患者が行う方策を認めて支持、促進すること〉が看護援助になる（山中，2014）。

しかしながら、がん性疼痛看護を実践している看護師の種々の困難が報告されている。ひとつとして、〈医療用麻薬に関する知識がなくどう対応したらよいかわからない〉がある（藤原ら，2012）。また、看護師は患者との関わりにおいて、疼痛の客観的な把握の難しさを感じている（岩脇，藤本，関川，2012）。そして、がん性疼痛看護以外の処置・業務などで患者に対応する時間がないことが困難につながっている（久米，小笠原，馬場，山中，安藤，1999；岩脇，藤本，関川，2012；直成，小幡，原島，富山，角田，2016）。さらに看護師間で生じる困難について、〈看護師間の意見の違い・温度差〉などの《痛みに関する看護師間の意見の相違》がある（岩脇他，2012）。

以上の知見から、がん性疼痛看護を直接患者に提供しているジェネラル看護師の困難について明らかにされており、円滑ながん性疼痛看護が提供されていない現状が示されている。

がん患者の疼痛マネジメントにおいて、種々の困難が明らかにされているため、がん性疼痛に関する高い知識と技術を持つ看護師の育成が課題である。日本看護協会は

認定看護師の育成を手がけており、2009年のがん性疼痛看護認定看護師が輩出され、2018年現在では769名が日本看護協会に登録され臨床でリーダーシップを取り、卓越した看護実践を提供している。彼等のリーダーシップのもとジェネラル看護師は、疼痛マネジメントに関する質の高い看護を提供するための知識を高めていくことが求められる。しかしながら、実際どのような看護が提供されているかは明らかにされていない。

そのため、がん性疼痛看護の具体を示し、どのような看護を提供すると質の高い看護実践を行っていると言えるのかを明らかにする必要がある。つまり、看護の内容と根拠が明確になった質評価指標を作成し看護実践を評価する必要があると考える。がん看護領域で開発された質評価指標には、一般病棟におけるがん患者の家族に対する看護ケアの実践評価指標（長，河本，中野，2009）、緩和ケアのQI（Quality Indicator）（宮下，佐藤，森田，濱島，祖父江，2009）、がん放射線療法看護の質評価指標（日浅，片岡，2017）である。

また、2013年に緩和ケアの質評価指標に関するシステマティックレビューがされている（Maaike et al. 2013）。そのうち身体症状緩和のための質評価指標が含まれている論文は17件であった。なお、がん性疼痛看護の質評価指標に関して特化した論文は見当たらなかった。

そこで本研究はがん性疼痛看護の質の向上を目的に、ジェネラル看護師を使用対象者とするがん性疼痛看護の質評価指標を作成する。ジェネラル看護師は、がん患者が入院中には24時間にわたり直接的に疼痛マネジメントを提供する役割を担っている。がん性疼痛の身体的苦痛の側面を中心に看護実践の質について指標を用いて評価することで、自身の看護実践の不足部位が明確化し看護を振り返ることができ、より質の高い看護実践へ改善することが期待される。また、施設単位でがん性疼痛看護の質評価指標を用いることで疼痛マネジメントの現状を把握することができ、自施設の強みや弱みが明確となりスタッフ教育の一助となることが期待される。

【研究目的】

本研究はジェネラル看護師のがん性疼痛看護のプロセスに焦点を当てた質評価指標の作成を目的とした。

2. 研究の対象ならびに方法

【研究方法】

がん性疼痛看護の質評価指標を3段階の手順を踏み作成した。

第1段階：質評価指標項目の抽出

先行研究・商業誌・がん疼痛のガイドライン・テキスト等を参考にして、がん性疼痛看護において必要とされる看護実践の内容を質評価指標項目として抽出した。項目には、質評価指標を使用する者が項目の意図と根拠を理解できるように、1つの思考と行為が含まれるように表現した。なお、がん性疼痛看護における質評価指標の目標を、患者の療養場所を問わず「がん性疼痛が患者が望む状態まで緩和され、疼痛マネジメントに患者が主体的に参加できる」と設定した。また、がん性疼痛の定義は、原発腫瘍及び転移・浸潤を含めた直接的ながんによる痛みとした。がん性疼痛看護と緩和ケア看護の指標と区別するために、がん性疼痛の中でも身体的苦痛に焦点を絞る必要があると考えた。しかし、がん性疼痛は全人的苦痛が増強因子となることは視野に入れて指標の作成を行った。抽出した項目を質評価指標原案とした。

第2段階：質評価指標原案の修正・精選（専門家パネル会議）

質評価指標原案の表面妥当性および内容妥当性について専門家パネル会議で検討した。専門家は、がん性疼痛看護認定看護師資格取得10年以上が経過した3名の専門家とし、専門家パネルと研究者により、2時間の会議を1ヶ月間隔で2回開催した。会議では、用語のわかりやすさ、質評価指標項目の適切性・重要性・実施可能性を検討し専門家から出された意見を参考に項目を吟味し、修正したものを質評価指標案とした。

第3段階：質評価指標項目の修正・精選（全国の認定看護師を対象にした質問紙調査）

日本看護協会のホームページに氏名及び所属施設を公表している全国のがん性疼痛看護認定看護師639名を対象に質問紙調査を郵送法で実施した。調査の内容は質評価指標案について、質評価指標項目の内容妥当性として、適切性・重要性・実施可能性を9段階で問う方法とした。質問紙には不足している項目、項目ごとの文章表現について意見をもらえるように記入欄を設けた。分析は適切性・重要性・実施可能性について項目ごとの回答を集計して中央値を算出し、中央値が7未満の項目を削除、検討の目安とした。

【倫理的配慮】本研究は、愛知県立大学研究倫理審査委員会の許可を受け実施した（30愛県大学情第6-16号）。

3. 研究結果

【結果】

第1段階：質評価指標項目の抽出

質評価指標原案は、3つの構成概念 [がん性疼痛を緩和するための信念・態度]、[が

ん性疼痛看護に関する十分な知識]、[薬剤の使用・疼痛緩和看護技術・チームアプローチ・患者のセルフケア支援を包含した看護実践] から成り、14 の構成要素、89 の質評価指標項目で構成された。

第 2 段階：質評価指標原案の修正・精選（専門家パネル会議）

構成概念の修正はなく、構成要素と質評価指標項目の修正をした。がん性疼痛看護に関する知識を持っていたとしても実践に結びついていないことが問題と考えるとの意見をもとに、構成概念 [薬剤の使用、疼痛緩和看護技術、チームアプローチ、患者のセルフケア支援を包含した看護実践] に関して、看護過程に沿うよう構成要素の追加と順番を入れ替えた。また、質評価指標項目は専門家の意見をもとに、内容が重複している項目の削除と、文章・用語の理解しやすさを優先して修正した。その結果、質評価指標案は構成概念 3、構成要素 15、86 項目で構成された。

第 3 段階：質評価指標項目の修正・精選（全国の認定看護師を対象にした質問紙調査）

有効回答数は 144 件であった（有効回答率 23.0%）。検討基準の中央値 7 未満の項目は、適切性および重要性においてひとつもなく、実施可能性において 5 項目であった。中央値が 7 未満の項目の内容を確認したところ、指標の目標を達成するために必要な項目であると考え項目自体の削除はせず、自由回答をもとに修正した。中央値について、適切性はすべて 9 であり、重要性は 8~9 であった。実施可能性は 6~9 であり適切性と重要性と比較して低い評価であった。項目の修正は第 2 段階と同様、臨床で活用されるように自由回答に寄せられたコメントをもとに用語の理解しやすさを優先し、項目の統合と表現の修正をした。

以上の結果、構成概念 [がん性疼痛を緩和する信念・態度] の構成要素は《信念》《態度》、[がん性疼痛看護に関する十分な知識] は《がん性疼痛の特徴》《がん性疼痛のメカニズム》《薬剤の使用に関すること》、[薬剤の使用、疼痛緩和看護技術、チームアプローチ、患者のセルフケア支援を包含した看護実践] は、《除痛目標の把握》《痛みの観察》《アセスメント》《医療用麻薬によるマネジメント》《医療用麻薬による副作用の観察》《副作用のマネジメントとセルフモニタリングに向けた支援》《疼痛緩和看護技術》《セルフケアを高める支援》《看護チーム内・他職種連携》《評価》で構成された。

以上の手順により、構成概念 3、構成要素 15、質評価指標項目 85 で構成されるがん性疼痛看護の質評価指標が完成した。

4. 考察

質評価指標項目を作成する際に、がん性疼痛看護の目標を達成するためにテキストおよびガイドラインに記述されている看護実践の内容を行動の具体的にそろえて示した。

さらに、実践を行う際の思考を含めて表現しているため、看護実践の意図と根拠が明確となり指標を用いて自らの看護を振り返り発展させていくことで看護の質が保証されると考える。

質評価指標を作成する手順を3段階とし、第2、第3段階の調査において表面妥当性と内容妥当性を確認した。専門家パネル会議では、専門家へ質評価指標作成の意図を伝え質評価指標の目的を共通理解した上でディスカッションを行った。がん性疼痛看護に関して2回の会議により、専門家から時間をかけて意見を聞くことができたため質評価指標について十分な検討がされたと考える。

また、第3段階の質問紙調査では、適切性・重要性・実施可能性の回答を全国のがん性疼痛看護認定看護師に依頼した。ジェネラル看護師が使用する質評価指標であるが、認定看護師に依頼した根拠は、項目の適切性と重要性を専門的な立場からの確に評価できることを期待したからである。それに加え、臨床の現任教育に携わる立場にあるため、ジェネラル看護師の実施可能性を客観的に評価ができると考えた。よって、第3段階では適切な評価がされ表面妥当性と内容妥当性が確認されたと考える。

本質評価指標の特徴として、すでに作成されている質評価指標と比較し項目数が多いことが挙げられる。がん性疼痛看護のプロセスであるアセスメントから実践、評価の項目が含まれたことが一因である。また、がん性疼痛には心理的・社会的・実存的苦痛が影響することも視野に入れているため、12項目に全人的苦痛の視点が含まれたことも理由となる。さらに、薬剤に関する看護実践の項目が大半を占めている。それは、医療用麻薬の種類と剤形が増えていることから医療用麻薬の使用方法が複雑化しているためである。併せて、医療用麻薬の副作用に対しての支持療法に関する必要な知識及び看護実践が含まれるためであると考えられる。

がん患者の療養場所は一般病院・緩和ケア病棟・がん診療拠点病院、在宅など多様であるが、療養場所にかかわらずがん性疼痛が緩和され、QOLが保たれるように実践される看護の内容は変わらないと考える。看護師は所属する各々の立場で、看護実践を評価する必要があると考える。多様な療養場所において質評価指標を活用してもらい、自らの看護を振り返り、より質が高いがん性疼痛看護が提供されることに期待する。

5. 文献

Donabedian, A. (2007). (東尚弘, 翻訳). 医療の質と定義と評価方法. (pp. 84-143).

東京: 認定NPO 法人健康保険医療評価研究機構 (iHOPE).

林直子. (1998a). がん患者のPain Managementに影響を及ぼす看護婦の判断根拠及び

因子の検討. 日本がん看護学会会誌, 12 (2), 45-58.

林直子. (1998b). がん患者の Pain Management に必要な看護知識の検討—学習教材における教育項目の選定—. 日本がん看護学会会誌, 12 (2), 59-74.

日浅友裕, 片岡純. (2017). がん放射線療法看護の質評価指標の開発. 日本がん看護学会会誌, 31, 1-11.

東尚弘. (2011). QI 作成の基本的考え方と方法 診療の質指標 (Quality Indicator) 作成の基本的考え方と方法. http://gi.ncc.go.jp/pdf/QI_chap-01.pdf (2018. 12. 01 検索)

平岡玲子, 佐藤禮子. (2012). がん患者のペインマネジメントに関する主体的取り組み. 日本がん看護学会誌, 26 (3), 23-33.

Maaik, L. D., Kathleen, L. S., Joachim, J. J., Roeline, C., Deliens, L., & Anneke, L. F., (2013). Quality Indicators for Palliative Care : Update of a Systematic Review. 51 (4), 652-661. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.09.013>

宮下光令, 佐藤一樹, 森田達也, 濱島ちさと, 祖父江友孝. (2007). 緩和ケアの Quality Indicator. Palliative Care Research. 2 (2), 401-415.

宮下光令, 佐藤一樹, 森田達也, 濱島ちさと, 祖父江友孝. (2007). 緩和ケアの Quality Indicator. Palliative Care Research, 2(2), 401-415. 諸橋賢人, 岸本桂子, 嚮基治, 金子健, 福島紀子. (2015). 中年生活者を対象とした医療用麻薬の誤解に影響を及ぼす要因解明に関する予備的研究. 医療薬学. 41, (3), 179-190.

Nakazawa Y., Kato M., Yoshida S., Miyashita M., Morita T., and Kizawa Y. (2016). Population-Based Quality Indicators for Palliative Care Programs for Cancer Patients in Japan: A Delphi Study. J Pain Symptom Manage. 51(4):652-61 doi : <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.11.011>

6. 論文発表

2020年 日本がん看護学会誌に投稿予定。また、2020年2月22または23日 第34回日本がん看護学術集会で発表予定