

難波貴代（武蔵野大学） ， 北山秋雄（長野県看護大学）

要旨：がん末期利用者における疼痛コントロールのあり方を検討するために、がん末期の女性 2 事例の受け持ち訪問看護師 3 名に対する半構成的面接を行い、そのあと質的帰納的分析を行った。その結果、がん末期にある利用者の不適切な疼痛緩和パターンのカテゴリとして{主治医と利用者の不適切な疼痛コントロール}{主治医と利用者との嗜癮的治療関係}{不完全なチームケア}があげられた。主治医による『過剰投与』、利用者自身による『麻薬や非麻薬の過剰服用』などから[呼吸抑制の出現][疼痛コントロールが不可能]となることがわかった。がん末期利用者の在宅死を可能にするためには、主治医の適切な疼痛緩和処置(麻薬処方)のほか、訪問看護師との疼痛コントロールに対するチームケア体制が重要であることが示唆された。

キーワード：がん末期、在宅利用者、疼痛コントロール

#### A. 目的

がん末期の利用者が在宅で安心して療養するには、疼痛コントロールが重要である。しかし、利用者自身が不適切に鎮痛剤を服薬してしまい疼痛コントロールがうまくできないことが多い。そこで、本研究は、在宅におけるがん末期利用者の疼痛コントロールのあり方について検討することを目的とした。

#### B. 方法

- ① 対象者：訪問看護師 3 名
- ② 方法：A 訪問看護ステーションに勤務し、対象となる 2 事例の受け持ち担当である 3 名の訪問看護師に半構成的面接を行った。面接内容は、具体的な麻薬の服薬経過と主治医とがん末期療養者との関係、訪問看護師の看護介入について等であった。
- ③ 研究期間：平成 19 年 5 月～平成 20 年 3 月
- ④ データの収集
  - a. 年齢、性別、主介護者、家族構成、日常生活動作、診断名、疼痛の程度および非麻薬・麻薬の使用状況、訪問看護師の看護介入状況、主治医の有無、訪問期間、提供サービス、インフォーマルな支援について訪問看護記録から収集した。

b.2 事例の疼痛に対し「どのような処方によって疼痛コントロールがなされているか」「疼痛に対して利用者はどのような行動をとっていたか」「利用者の疼痛状況を専門職、特に主治医や訪問看護師はどのようなケアをしていったか」をインタビューで収集した。

#### ⑤ 分析

- a. インタビューから得た疼痛状況や疼痛状況に対するケアについて、その場で記録し不確実な内容に関しては事実確認を行った。
- b. 疼痛コントロールの経過および利用者の状況経過について整理した。
- c. 研究者の分析について訪問看護師 3 名に再度面接し、その妥当性を確認した。

#### ⑥ 倫理的配慮

本研究は、事例が特定されないよう一部、属性について加筆修正し、訪問看護師にはインタビュー中に研究への参加を拒否・中断が可能であることを口頭および書面で説明し、了解を得た場合は同意書に署名し調査への協力を依頼した。さらに訪問看護ステーションの上部組織である統括部門において研究目的・方法を説明し、研究の承諾を得た。収集データは、研究者以外閲覧することができないよう配慮した。

## C. 結果

### ① 事例概要(表1)

表1 事例概要

事例	性別/ 年齢	疾患名	主介護 者/年齢	利用 サービス
①	女性 50歳代	直腸癌 躁鬱病	夫 50歳代	訪問看護 往診 訪問介護
②	女性 40歳代	乳がん 統合失調症	なし	訪問看護 訪問介護

表1は、がん末期にある女性2事例の概要である。2事例とも精神障害を伴い、がん末期を在宅で療養している。

②がん末期にある利用者の不適切な疼痛緩和パターンのカテゴリとして{主治医と利用者の不適切な疼痛コントロール}{主治医と利用者との嗜癮的治療関係}{不完全なチームケア}があげられた。そこから疼痛コントロールにおける適切な支援について検討した。{ }はカテゴリ、『』はサブカテゴリ、[ ]はコードを表し、コードを導いた事例を共通番号①,②で示した。{主治医と利用者の不適切な疼痛コントロール}では、がん末期では激しい疼痛を緩和させるために、非麻薬や麻薬を処方して疼痛コントロールを図る。痛みが出現したら、利用者は主治医に疼痛に対して訴えるが、主治医による『麻薬の過剰投与』-[疼痛開始からオキシコンチン 800mg/日処方-①]や利用者自身の痛みの訴えに対し、[疼痛アセスメントせずに麻薬の増量-①,②]、さらに利用者自身による『麻薬や非麻薬の過剰服用』-[痛いからオキシコンチン 110錠服用-②]、『2週間分の麻薬処方により1日分の過剰服用および貼付』-[過剰服用および貼付による呼吸抑制の出現-①,②]が起きた。利用者は痛いからたくさん飲んだというが、①の事例では、[利用者と夫との関係に不安定さ]による過剰貼付ということになり、②の事例の場合は、[一人暮らしだから不安になる]ため麻薬を過剰投与する傾向にあった。そのような時は、訪問看護師に緊急連絡し[早く訪問に来てくれ!-①,②]

と2事例とも緊急訪問の依頼があった。①の事例の場合は、麻薬を処方していない主治医がいたため不適切な麻薬の服用に対して相談するが、[ホームドクターは関知せず-①]ということで、訪問看護師およびホームドクターも何もできなかった。また{主治医と利用者との嗜癮的治療関係}では、主治医の麻薬処方を思い通りにできると考えており、『MS コンチン 60mg からデュロテップパッチ 10mg の急激な変更』-[主治医に嘔吐や嘔気がつらいからデュロテックパッチに変えてくれ-①]、このように利用者の夫から言われた通りに処方変更してしまう。そのため『医師の不許可で麻薬の併用』-[不適切な疼痛コントロール-①, ②]となるため、利用者自身の除痛がコントロール不可能となる。そのため訪問看護師がサービス担当者会議の開催予定をしても{不完全なチームケア}となり[利用者自身および夫の勝手な解釈-①]によって再び過剰服用・貼用されてしまうという悪循環である。

## D. 考察

がん末期の利用者が在宅で安心して生活していくためには、疼痛コントロールは不可欠である。そのためには疼痛を担当する医師のきめ細かい麻薬処方が期待される。除痛のためにオキシコンチンを開始するには、通常 5mg×2回/日から始める<sup>1)</sup>。疼痛の訴え開始から 800mg/日のオキシコンチンが処方されていると、その後の疼痛コントロールが困難になる。岡部の調査によると WHO 方式がん疼痛治療ガイドラインを実施していない診療所が 73.7%あったと報告している<sup>2)</sup>。がん末期利用者の在宅死を可能にするためには、主治医の適切な疼痛緩和処置(麻薬処方)のほか、訪問看護師との疼痛コントロールに対するチームケア体制が重要である。

### 文献

- 1)的場元弘：がん疼痛治療のレシピ、pp98-99、春秋社、2007
- 2)岡部健：地域における緩和ケア提供体制を変える、pp485-487、緩和ケア、2006