

原著

## Cancer Pain Assessmentツールの臨床への普及プロセス

吉澤 龍太<sup>1</sup> 神里 みどり<sup>2</sup>

【目的】 WHOラダーに準じた疼痛緩和のプロセスを行うために、A病院に適したCancer Pain Assessmentツール(以下CPAツール)を作成し、臨床で活用していく中で、どのように普及していくかというプロセスを明らかにすることを目的とした。

【方法】 がん患者が入院する3病棟の看護師を対象として、研究者がガイドラインなどを参照に作成したCPAツールを臨床に導入し、3カ月のフォローアップを行い、期間中の看護師との関わりを参与観察した。また導入後、計9名の看護師に対して、半構成的面接法を行った。それらのデータを元に質的帰納的分析を行った。

【結果】 抽出された8つのカテゴリーはツールの普及状況を表す4つの時期に分けられた。普及準備期では〈看護師を含む多職種へのCPAツールの広報不足〉〈CPAツールの使用方法の不統一と戸惑い〉という問題があった。普及促進期では、〈CPAツールを普及させるための病棟での取り組み〉が行われた。普及分岐点ではCPAツールが普及した病棟では〈看護師が使用して感じたCPAツールの有用性の実感〉があり、普及しなかった病棟では〈CPAツールの有用性を実感できなかった背景〉があった。浸透期では〈CPAツールの活用で生じた症状コントロールに対する看護師の意識と行動の変化〉と〈看護師が使用して感じた患者にとってのCPAツールの有用性〉がみられた。継続・発展への課題では〈CPAツールの活用を継続していくための教育の必要性〉が明らかになった。

【結論】 CPAツールが病棟へ普及していくプロセスは、リーダーやリンクナースなどの推進力となるスタッフとの協働、CPAツールを効果的に活用するための病棟システムの調整やツールの簡便性への工夫が必要であり、看護師がCPAツールを活用して臨床の中で意義あるものとして有用性を実感することが重要なプロセスであった。

キーワード：アセスメントツール、がん性疼痛、Translational Research

### I. はじめに

我が国の優先すべき健康問題とされているがんによって、多くの患者が身体だけでなく、心理社会面、スピリチュアルな痛みを苦しんでいると言われている<sup>1)</sup>。その中で、がん性疼痛は持続する痛みのため、がん患者のQOLを著しく低下させる<sup>2)</sup>。そのため、痛みの症状は迅速、また適切な対処が必要とされている。その対処法として、1982年に発表された「WHO方式がん疼痛治療法」(以下、WHOラダー)は、がん性疼痛を70~90%除痛する方法であり、臨床試験で実証されたガイドラインとして世界中に普及している<sup>3)</sup>。しかし、日

本におけるWHOラダーの認識度調査では、看護師も含めた医療従事者への認識度が低いことが報告されている<sup>4,5)</sup>。また、一般的に知られているWHOラダーは基本的に効果の弱い鎮痛薬から投与し、段階的に弱オピオイド、強オピオイドへと変更していくこと、NSAIDsとオピオイドは併用であることが望ましいことが言われている。しかし、実際の臨床においてオピオイドの調整は、WHOラダーによる方略がそのまま当てはまるわけではなく、基本的な方略としたうえで、患者の個性性を捉えたアセスメントと慎重な薬剤調整が必要とされている。しかし、甲斐<sup>6)</sup>らの急性の痛みを伴う患者のアセスメント過程を明らかにした研究では、一連のアセスメント過程に要する時間が約30分で

<sup>1</sup> 独立行政法人 那覇市病院

<sup>2</sup> 沖縄県立看護大学

あったと述べられている。このことから、WHOラダーはそのエビデンスが実証されているガイドラインでありながら、臨床で効果的に活用するには正確かつ熟考されたアセスメントが求められ、業務過多な臨床で日常的に活用するには困難と言える。

本研究のフィールドであるA病院においても、看護師または医師にWHOラダーが周知されているとはいえ、独自の判断で薬剤が使用されている現状である。また臨床において、患者一人ひとりから痛みの情報を収集し、アセスメントを行い、鎮痛薬を調整したりと、これらのことを多忙な業務内で行うのは困難な現状である。実際にWHOラダーのようなEvidence-Based Practice (以下、EBP) の実践を妨げる要因に「時間が足りない」ことも要因とされている<sup>7,8)</sup>。

このような現状において、効果的な疼痛緩和を行うため、看護師は患者の痛みについて正確なアセスメントとWHOラダーに準じた薬剤調整を一連のプロセスで行う必要があり、この一連のプロセスを臨床の全ての看護師が簡便に、同じレベルで実施するために、がん性疼痛のアセスメントツールやWHOラダーに準じたガイドラインを臨床現場で有効に活用できる介入が必要であると考えた。実際に、小児のがん患者を対象にした有田<sup>9)</sup>や笹木<sup>10)</sup>の研究では、痛みアセスメントツールを用いることで、患者の痛みは軽減し、患者・家族の満足度を高めることが明らかにされている。

しかし、我が国ではツールを用いた痛みのアセスメントに関して多くの研究がされており<sup>11-14)</sup>、様々な痛みのアセスメントシートが開発されているが、それらのほとんどがアセスメントから薬剤調整までを一連のプロセスとしてつなげられる内容のツールではない。そのため、臨床の看護師が痛みのアセスメントを行った後に円滑に薬剤調整が実践できるよう、ガイドラインを基としたツールの必要性が考えられた。

これらのことから、がん性疼痛のアセスメント

ツールやガイドラインを臨床に普及させることを目的としたTranslational Researchの必要性があったが、我が国において、褥瘡ケアや小児の疼痛緩和でしか行われていない現状である。そこで本研究では、成人がん患者のがん性疼痛へのケアを主体としたTranslational Researchを行った。

## 研究目的

WHOラダーに準じた疼痛緩和のプロセスを行うためのがん性疼痛アセスメントツールやガイドラインを作成し、臨床現場へ導入していくことで、A病院に適したツールとして普及していくプロセスを明らかにすることである。

## Ⅱ. 研究方法

### 1. 研究デザイン

Translational ResearchをTitler<sup>15)</sup>は、ヘルスケアにおいて、個人や組織による臨床的決定を向上させるために、EBPの実行に影響する方略、介入、変数を明らかにすることであり、さらにEBPの実行を促進、維持する介入の効果を検証することも含むと定義している。

本研究では、その効果が実証されている痛みアセスメントシート、ガイドラインを基に研究者が、臨床において看護師が活用できるようツールとして作成し、簡便でより有効なものへと修正を繰り返す。これにより、ツールを臨床に普及させ、疼痛緩和を行っていくプロセスを明らかにすることで、ツールの活用に影響する要素とその効果を検証することである。

### 2. 研究対象

#### 1) 研究場所

研究者が勤務するA病院のがん患者が入院している外科病棟と2つの内科病棟の計3病棟で実施した。A病院は沖縄県における二次救急医療機関であり、また同時に地域がん診療連携拠点病院としての役割をもつ。

#### 2) 研究期間

研究期間は準備期間と導入期間を含み、平成22年6月～平成22年10月末までの約5カ月間であった。

### 3) 研究参加者

外科病棟、内科2病棟の計3病棟へのフォローアップ期間では、研究者が病棟ラウンドを行う日に勤務している看護師の中の約2～3名を対象とし、フォローアップ終了後に各病棟の看護師長と2名の看護師の計9名にインタビューを行った。

## 3. Cancer Pain Assessmentツールの内容

### 1) 痛みアセスメントシート（図1）

痛みの部位、性質、強度と痛みによる睡眠障害の有無、痛み増強の有無、痛みに対する患者の思いや対応方法を確認する内容となっている。痛みの性質は稲垣ら<sup>16)</sup>の先行研究や短縮版McGill痛み質問票（日本語版）<sup>17)</sup>を参考にした。痛みの強度はガイドライン<sup>18)</sup>からNumeric Rating Scale、Verbal Rating Scale、Wong-Baker Face Scaleの臨床ですでに普及している痛みの強度を測定する3つのスケールを合わせたものを作成した。WHOのがん疼痛治療の目標である3段階を参考にして、痛みの強度を安静時の痛みと体動時の痛みの2つの項目にし、睡眠障害の有無の項目を加えた。

この痛みアセスメントシートは患者自身による自己記入を基本とするため、対象となる患者は意識障害や精神疾患のない成人のがん患者とした。記入方法はチェックシート方式で簡便性を重視し、記入時間は約5分程度であった。痛みアセスメントシートに記入した内容を、看護師が電子カルテに簡便に取り込めるよう、研究者が作成したEXCELチャートへ入力することとした。

### 2) ガイドライン・フローチャート（図2）

痛みアセスメントシートで得られた情報から、疼痛緩和に向けたアセスメントと薬剤調整の指標となることを目的としている。ペインスケールによって痛みを定量化し、その数値からフローチャートに沿って看護師がアセスメントを行い、主治

医と連携して疼痛緩和を行っていくためのガイドラインである。

ガイドラインは米国のNational Comprehensive Cancer Network（以下NCCN）<sup>19,20)</sup>やがん性疼痛治療ガイドライン<sup>18)</sup>を参考にした。NCCNガイドラインを選択した理由は、WHOラダーは痛みの強さによる鎮痛薬の選択ならびに鎮痛薬の段階的な使用法を示しており、NCCNガイドラインは痛みを数値化することでWHOラダーが示している使用法をより詳細に明記しているからである。ガイドラインはフローチャート形式となっており、痛みの数値を軽度（1～3）、中等度（4～6）、重度（7～10）の3段階に分類され、鎮痛剤の最高血中濃度に達する時間で適切な痛みの評価が行われるようになっている。さらに、神経障害性疼痛を予測するために、痛みアセスメントシートの項目で判断できるようフローチャートに追加した。

この「ガイドライン・フローチャート」と前述した「痛みアセスメントシート」の2つを総称して、Cancer Pain Assessment（がん性疼痛アセスメント）ツールとし、本文中ではCPAツールと名称する。

## 4. CPAツール導入の流れ

- 1) ツールを臨床で活用するにあたり、A病院の緩和ケアチームに属する医師や薬剤師によって、CPAツールの信頼性について確認した。
- 2) CPAツールを各病棟から選出された看護師によって構成されている緩和ケア委員会で検討し、修正を行った。緩和ケア委員会に属する各病棟の看護師にはリンクナースとしての役割を依頼した。
- 3) CPAツール導入前、研究者が各病棟の看護師を対象に、がん性疼痛アセスメントとWHOラダーの必要性についての約30分間のミニレクチャーを計3回実施した。

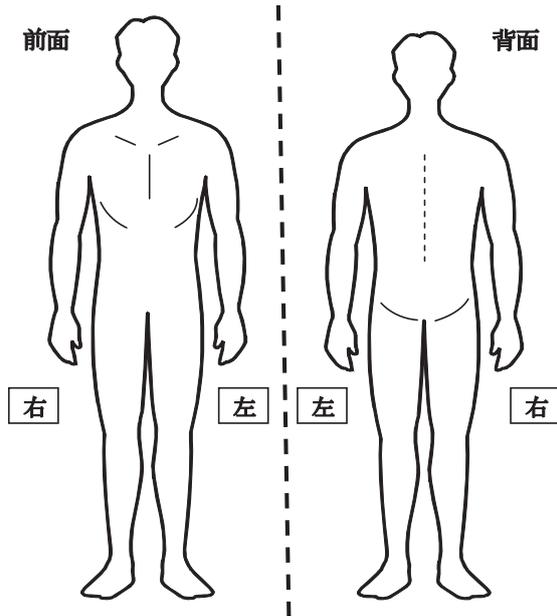
また7月下旬、対象となる看護師と院内の医師を含む他職種を対象とした講義を、院外の緩和ケア専門医師を講師として招聘して、WHOラダーとオ

### 痛みアセスメントシート

あなたの痛みについて教えてください。ご自身で記入が難しければ、家族か看護師に書いていただいても良いです。書き方がわからない時は看護師に聞いて下さい。

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 記入日時：平成 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

1. 痛みのある部分を○で囲んでください。痛みがあればいくつでも記入していいです。



2. どんな痛みか教えてください。あてはまる表現の項目に✓をしてください。

- ①  ズキンズキンと脈打つ痛み
  - ②  ギクッと走るような痛み
  - ③  突き刺されるような痛み
  - ④  鋭い痛み
  - ⑤  しめつけるような痛み
  - ⑥  食い込むような痛み
  - ⑦  焼けつくような痛み
  - ⑧  うずくような痛み
  - ⑨  重苦しい痛み
  - ⑩  さわると痛い
  - ⑪  割れるような痛み
  - ⑫  心身ともうんざりするような痛み
  - ⑬  気分が悪くなるような痛み
  - ⑭  恐ろしくなるような痛み
  - ⑮  耐えがたい、身のおきどころのない痛み
  - ⑯  しびれ、またはしびれるような痛み
  - ⑰  びりびりした痛み
- (ほかの痛みの表現があれば記入してください)

3. 痛みの強さを教えてください。あてはまる強さを表す数字の部分に○をしてください。

現在の痛み (安静時の痛み)	
動いた時の痛み	
	痛みなし      軽度の痛み      中度の痛み      高度の痛み      最悪の痛み

4. 痛みで眠れないことがありますか？  
 ある       ない

5. 突然痛みが強くなる時はありますか？  
 ある (1日に \_\_\_\_\_ 回くらい)       なし

6. あなたが今までどのように痛みに対応してきたか、また痛みに対するあなたの思いを教えてください。

図1：痛みアセスメントシート

ピオイド・鎮痛補助薬の使用法についての講義を行った。講義時間は約90分間であった。

4) CPAツール導入1~2週間前に、各病棟に研究者がおもむき、約15分で研究の目的と内容、ツール導入の説明を行い、代表者として病棟の看護師長に口頭と書面で研究参加の同意を得た。研究の協力依頼とCPAツールのオリエンテーションは各病棟で計2回実施した。

5) CPAツールを導入してから1か月は週2回、導入後2~3か月間は週1回、病棟ラウンドを研究者が行い、CPAツールの評価やアセスメントへのフォローアップを行いながら、参与観察法でインフォーマルにデータ収集を行った。

6) CPAツール導入後の3ヶ月月上旬から中旬にかけてインタビューを行った。緩和ケア委員会で、CPAツール導入の対象となった各病棟の看護師から、ツールを使用して疼痛緩和が図れた症例報告会が行なわれた。

5. データ収集

1) 病棟ラウンドでの参与観察

研究者はCPAツール導入期間中、各病棟にラウンドを行い、その際、看護師との関わりの中で、看護師の意識や行動の変化、CPAツールへの評価や意見をフィールドノートに記録した。ラウンドをする時間帯はケア業務が集中する午前を避け、14時から16時の間に各病棟約20~30分間であった。

2) CPAツール導入の対象となった各病棟の看護師への半構成的インタビュー

インタビューは、CPAツールが導入された3病棟の看護師、計9名を対象に行った。対象となる看護師は、看護師長に複数の候補者の選定を依頼し、その中から、幅広い意見が得られるよう経験年数やCPAツール活用に取り組む姿勢から研究者が決定した。また各病棟の看護師長も管理者としての研究への取組みやスタッフとは異なる視点からの評価を聞くため、インタビュー対象者として依頼した。インタビューの場所はプライバシーが守られる個室で行い、対象者が負担にならないよう約30分以内で行った。インタビューの内容は半構成的面接法で行った。面接内容は録音し、録音を拒

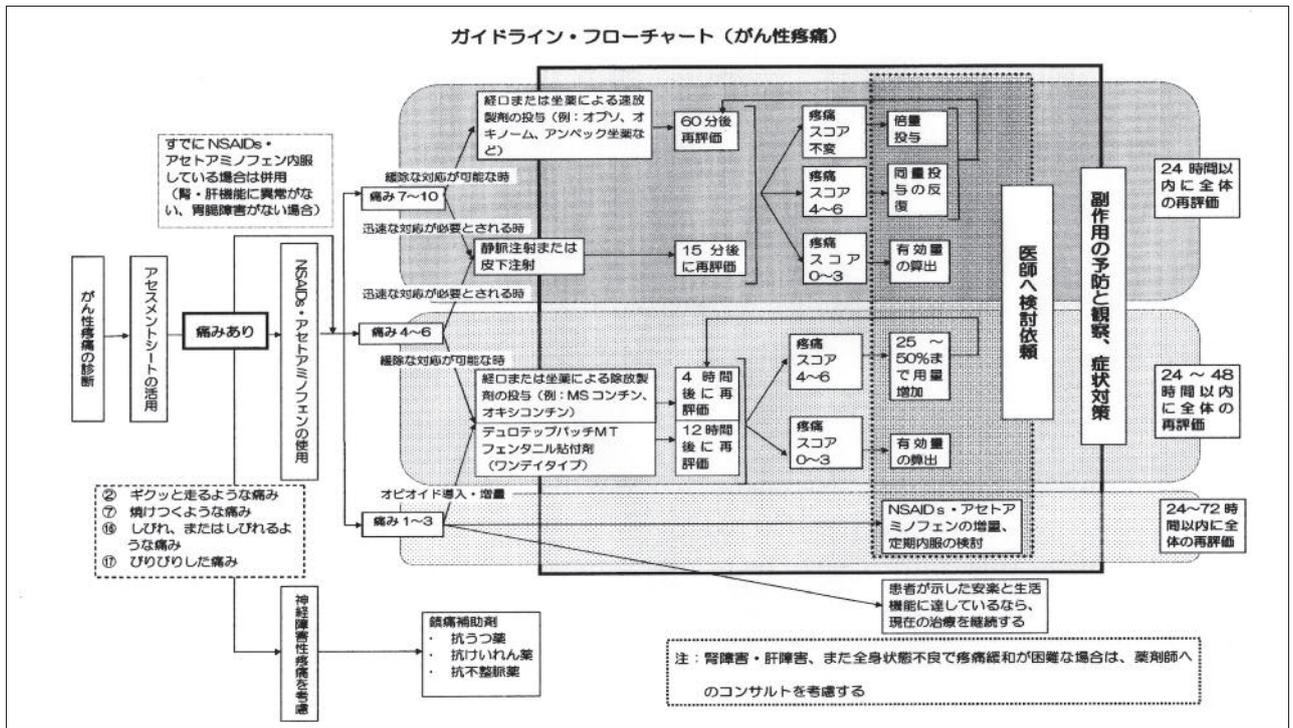


図2 ガイドライン・フローチャート

否した対象者は許可を得て、面接中にフィールドノートに記録した。収集したデータを逐語録に作成し質的帰納的に分析を行った。

## 6. データ分析

### 1) 質的帰納的分析

対象病棟でのインタビューと病棟ラウンドの際の参与観察から得られたデータは質的帰納的に分析を行った。

(1) 逐語録から、CPAツールが臨床でどのような効果をもたらしたか、また看護師によるCPAツールの評価などをテーマとして内容を抜粋、要約した。これらのデータで類似しているものをまとめ、サブカテゴリーを抽出した。

(2) 抽出したサブカテゴリーから、CPAツールの導入以前の問題や現状、経時的な変化や背景、今後の課題を明らかにしながら抽象度を上げ、更に同様のプロセスでカテゴリー化を行った。

(3) 真実性の確保は、がん看護に精通した大学教員や大学院生と逐語録やカテゴリーのピアレビューを行い、スーパーバイズを受けた。

## 7. 倫理的配慮

対象者に対し、研究の参加・不参加は自由であること、インタビュー申いつでも不参加を申し出ることができること、得られた情報は研究者以外に流出しないよう保管すること、情報は個人が特定されないようコード化することを説明し、同意を得た。本研究は沖縄県立看護大学倫理審査委員会の承認を得た。

## Ⅲ. 結果

### 1. 対象者の基本的属性

インタビュー対象者の基本的属性は男性1名(11.1%)、女性8名(89.9%)の計9名であった。そのうち3名が看護師長で1名が主任、5名がスタッフの職位であった。平均経験年数は13±9.9年(範囲：3-30)であった。インタビューは各対象者1回ずつ、要した時間は平均で23分であった。

対象となった病棟は、外科病棟、呼吸器・消化器内科病棟、血液内科病棟で、各病棟の在院日数は約11日間、約16日間、約32日間であった。

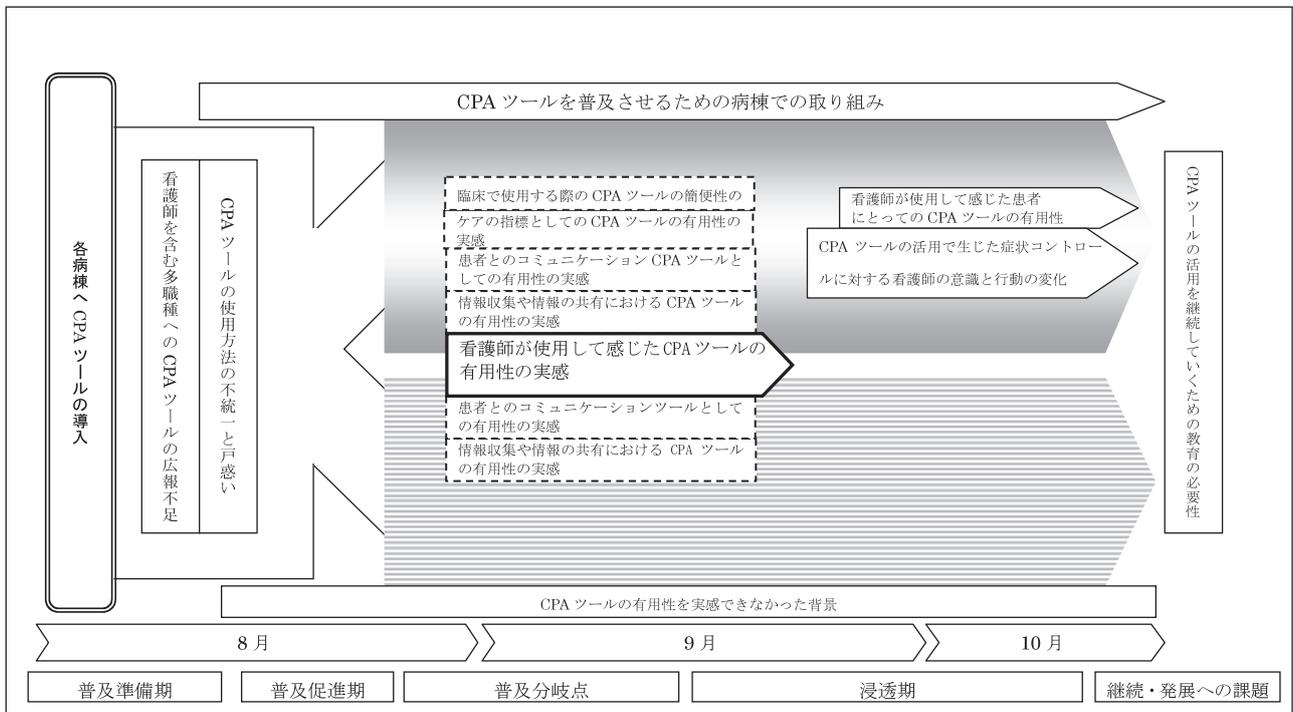


図 3. 看護師の有用性の実感に伴う CPA ツール普及状況プロセス



2. 臨床でのCPAツール普及状況のプロセス (表1、図3)

CPAツールの普及状態と対象となった病棟の看護師の変化を述べる。

以下、カテゴリーは【 】で、サブカテゴリーは〈 〉で、具体例を「 」で示した。カテゴリー

はそれぞれが個別なものではなく、時間の経過と共に影響しあい、進行している傾向があったため、時期によって場面を分けて示した。時期はCPAツールの普及状況を表す内容で、CPAツールを導入した直後の普及準備期、普及するための取り組みが行なわれた普及促進期、各病棟の普及状況に違いがみられた普及分岐点、CPAツールが普

表1 看護師の有用性の実感に伴うCPAツールの普及状況プロセス

	カテゴリー	サブカテゴリー	具体例
普及準備期	看護師を含む多職種へのCPAツールの広報不足	病棟看護師へのCPAツールの認識不足	CPAツールを認識していない、またはCPAツールを認識しているが、使用していない
		医師へのCPAツール周知不足	ガイドライン・フローチャートを医師は使っていない
	CPAツールの使用方法の不統一と戸惑い	対象となる患者の不特定とCPAツール活用の未熟性	CPAツールの使用方法と対象患者が統一できない
普及促進期	CPAを普及させるための病棟での取り組み	CPAツールをアピールすることによる看護師や医師への意識づけ	ガイドライン・フローチャートを目につく場所に設置している
		CPAツールを有効に使用するための病棟システムの調整	週1回、痛みの再評価する日を設定する
		CPAツールの活用を促進するリンクナースの存在	緩和ケア委員会のメンバーが痛みの評価日にスタッフに声をかけていた
普及分岐点	看護師が使用して感じたCPAの有用性の実感	患者とのコミュニケーションCPAツールとしての有用性の実感	痛みアセスメントシートがあると、患者と痛みについて話がしやすかった
		情報収集や情報の共有におけるCPAツールの有用性の実感	チーム間で痛みの視点を細かくアセスメントし、情報がとれるようになった
		ケアの指標としてのCPAツールの有用性の実感	今まではスケールまでだったが、ガイドラインを使用することでスケールから次の行動が見えるようになった
		臨床で使用する際のCPAツールの簡便性の実感	業務の中で使用するのには、記入するのに短時間だから大変じゃない
	CPAツールの有用性を実感できなかった背景	CPAツールを用いての情報共有へのカンファレンス不足	痛みアセスメントシートの使用と評価が定着しないのは、カンファレンスがないから
		継続しない記録や評価	再評価は誰もやっていないと思います
	リンクナースの役割不足	患者の問題を提示できる人がいなかった	
	看護師が実感できなかったCPAツール活用の必要性	看護師の痛みへの問題意識が低い	
浸透期	CPAツールの活用で生じた症状コントロールに対する看護師の意識と行動の変化	看護師の疼痛コントロールに対する意識と行動の変化	以前は痛いかわからないだったが、今は痛みの部位や感じ方を聞くようになった
		痛み以外の症状に対するケアの必要性についての意識の向上	呼吸苦や倦怠感を訴える人も多くて、どうしたらって思うようになった
	看護師が使用して感じた患者にとってのCPAツールの有用性の実感	CPAツールによる患者と医療者との痛みについての共有	痛みアセスメントシートを使用することで、患者も見てくれているんだなって、喜んでます
		疼痛緩和へつなげられた看護師の実感	痛みで苦しむ人が少なくなってきた
継続・発展への課題	CPAツールの活用を継続していくための教育の必要性	事例を用いた継続的な教育プログラムの必要性	定期的なスタッフの教育とCPAツールの説明、モデル患者を使用した予行演習があればいいと思う

及した病棟で看護師からCPAツールの有用性の実感がみられた浸透期、また今後の課題を表した継続・発展への課題として分類した。ここでは、8つのカテゴリと19のサブカテゴリが明らかになった。

### 1) 普及準備期 (8月上旬)

導入前に各病棟2回ずつ、CPAツールの使用方法のオリエンテーションを実施したが、各病棟で共通して、CPAツールを認識していない、または認識しているが使用していないという《病棟看護師へのCPAツールの認識不足》がみられ、また薬剤を処方する医師も認識していない《医師へのCPAツール周知不足》という現状であった。この現状から【看護師を含む多職種へのCPAツールの広報不足】という問題が明らかになった。またCPAツールを認識している看護師でも、対象者がわからない、使用方法が看護師間で一致していないという《対象となる患者の不特定とCPAツール活用の未熟性》がみられ、【CPAツールの使用方法の不統一と戸惑い】が明らかになった。

「え？(ツールのことを)聞いていないけど、なんだろう？まだ見てないはず・・・」

「誰が対象者かわからない。入院患者全員にこのアセスメントシートを取るの？」

### 2) 普及促進期 (8月中旬)

看護師や医師へCPAツールが認識されていない、使用方法が統一されないという状況の中でも、看護師長を中心として【CPAツールを普及させるための病棟での取り組み】が行なわれていた。それは《CPAツールをアピールすることによる看護師や医師への意識づけ》から始まり、各病棟が自発的に《CPAツールを有効に使用するための病棟システムの調整》をする場面がみられた。このような取り組みをスムーズに進めることができた背景には、緩和ケア委員会メンバーや経験年数が豊富な看護師などによる《CPAツールの活用を促進するリンクナースの存在》が重要な役割を担っていた。

「うちができるのはフローチャートをまずはドクターの目のつく所に、(ナースステーションの)テーブルの上にドカンと大きいのを(A3サイズ)いつも置いている。これ(フローチャート)はずっと置いとく。わかってくれるまで、置いとく。」

「アセスメントシートとかあって、(病棟で)火曜日に痛みの評価をしましょうって決めたので、そうやって決められていると、やらないっていうのがあるので、ちゃんと時間を作ってゆっくり痛みについて話すことができた気がします。」

「IさんとかAさんとかも(緩和ケア委員会メンバー)結構、積極的に皆に言ってくれているので、定期的に、あと掲示板とかにも残してくれたりとか、なんか、痛みの評価ありますとか掲示板に入っていると、朝来て受け持ちで見て、あ～あるんだな～って、多分それもあると思います・・・中略・・・実際、今日やってねって、こんなやってやるんだよって教えてくれる人がいないと、多分なんかちゃんとできないのかなって・・・何か、頼りになります。(緩和ケア委員会メンバーが)いるだけで、多分違うと思います。」

### 3) 普及分岐点 (8月中旬～9月中旬)

徐々にCPAツールが病棟へ普及してくると、臨床場において、【看護師が使用して感じたCPAツールの有用性の実感】が現れた。それは患者に痛みアセスメントシートを用いることがきっかけとなり、《患者とのコミュニケーションツールとしての有用性の実感》であったり、痛みアセスメントシートが看護師間で情報を共有するツールとして《情報収集や情報の共有におけるCPAツールの有用性の実感》がみられた。また、ガイドライン・フローチャートは《ケアの指標としてのCPAツールの有用性の実感》をもたらし、痛みアセスメントシートの記入の簡便さやEXCELチャートを用いて記録の重複を避ける工夫は《臨床で使用する

る際の簡便性の実感》をもたらした。

「やっぱり痛みとか、がんっていうのを切り込むのって、意外とこの人に触れていいのかなって思ったりしてる…中略…今、実はこういうアセスメントシートを使っているんで、ちょっとお話聞かせてもらえませんかって言って、なんかきっかけになったりしますね。こういう物差しでうちはやってるんですけどって言って・・・」

「看護師には直接言わないけど、（痛みアセスメントシートを）書かせたら痛みがあったと初めてわかったことがある。（痛みアセスメントシートは）必要なと思いました」

「あの表（ガイドライン・フローチャート）とか見て、痛み止めとか必要だったりするときは、先生には相談しやすくなった。チームで見て、あ、じゃあ先生にあの表を（ガイドライン・フローチャート）持って行って、実際にこんなやっているんですけどって、先生にその場（看護師のチームカンファレンス）に入ってきてくれたことがあります。」

「このアセスメントシートは、前にも出でたんですけど、毎回やらなくてもいいっていうことで、痛みの種類が変わった時に口頭で聞いて、（EXCELチャートに）入力すればいいっていうことで、必ずこのシートを使わなくてもいいっていうことで、できるだけ紙は利便性を考えたら、できるだけ無くして、本人たちがこなしていけば、これでいいのかなって思います。」

効果的にCPAツールが普及した病棟では、看護師の行動にいくつかの変化やCPAツールの有用性への実感がみられたが、反対にCPAツールの普及が困難だった病棟もあった。その背景には《CPAツールを用いての情報共有へのカンファレンス不足》《継続しない記録や評価》《リンクナースの

役割不足》《看護師が実感できなかったCPAツール活用の必要性》が挙げられた。それらは【CPAツールの有用性を実感できなかった背景】として、CPAツールが普及しない具体的な要因として明らかになった。

「痛みアセスメントシートの使用と評価が定着しないのは、カンファレンスがないから。通常は、カンファレンスへつなげるために、患者を評価する。そのカンファレンスがないため、病棟看護師の患者への問題意識が薄いのではないかと思う。〇〇さんは患者の声を聞いているが、その内容を他のスタッフと共有し、ケアに活かすことができていないと思う。」

「どっかの病棟は（再評価を）週一でやっているって言っていて・・・そういう評価をしないから結局、1回（痛みアセスメントシートを）とって、終りになってしまっているのが病棟の現実だと思うので・・・もし経過的に評価してみているのであれば、（再評価する）曜日をつけたりだとか、受け持ちがちゃんと評価をするっていう形で持っていくよりしないと継続することは絶対に無理だと思います・・・だって、私もやりましたけど、その後誰もやっていないと思います。」

「患者の問題を提示する要となる人がいなかった。だから、評価が継続しない。」

「自分はペインスケールは好きじゃない。ペインスケールを使用することに納得できない。人によって痛みの程度や感じ方は違うし、例えば、老人とかはうまく評価することもできない。ペインスケールを使うことよりも、看護師が患者個人を見て評価することが必要なのではないかと思う。痛みは数字で表すものではないと思う。評価することで痛みを表せるのか、また数字で患者の内面までみることができるとか疑問を感じている…中略…アセスメントシートがないと患者の痛みの声

が聞けないの？看護師が患者の本質、その人自身を見ないと、いけないんじゃないの？」

#### 4) 浸透期（9月中旬～10月）

看護師がCPAツールの有用性を感じていると、それは直接、患者へのケアにも影響がみられた。痛みについて以前は漫然とスケールを確認していたが、《看護師の疼痛コントロールに対する意識と行動の変化》がみられ、CPAツールを使用しながら積極的に痛みをコントロールするよう働きかけるようになった。痛みについてコントロールができるようになると、看護師は痛み以外の症状にも視点が向けられるようになった。「呼吸苦や倦怠感を訴える人も多くて、どうしたらって思うようになった」と《痛み以外の症状に対するケアの必要性についての意識の向上》がみられ、これらの意識と行動は【CPAツールの活用で生じた症状コントロールに対する看護師の意識と行動の変化】として見られるようになった。

「今まで皆、ペインスケールまでは見ていたんですよ。でもペインスケールを見て、次の行動のどこに目をつけたらいいのか、がわかっていなかったんで、次の段階、（ガイドライン・フローチャートの痛みの評価から、医師への報告まで）目の付けどころが見えてますよね…中略…スケール表は6なのに、そこから先が動けない私たちが、経験年数でね。今はそうじゃない、新人看護師が確実に動いていますからね、これ（ガイドライン・フローチャート）を見て。」

「あと痛みと呼吸苦だったり、あと倦怠感とかって評価がよくわからなくて、結構、痛みではないけど、倦怠感として訴える人も多いなってというのあって、それはどうしたらいいんだろうって、このアセスメントシートを通して思うようになった。…中略…で、そういう時にはまたどうしようかなとか、どうしたらいいのかなとかって、

思ったりとかもして、それってどうしたらいいんですか？なんだろう・・・倦怠感とか、問診をとりながら、痛くはないんだけどみたいな、ただだるくてって、これってとれるの？とかって、言われた時とか・・・」

看護師がCPAツールの有用性を実感し、実際に臨床現場での意識と行動が変化することで、患者からの良好な反応を感じ取ることができるようになった。「アセスメントシートを使用することで、患者も見てくれているんだなって、喜んでいきます」と、以前よりも患者の痛みの声を聞くことができ、《CPAツールによる患者と医療者との痛みの共有》へとつながっていた。また看護師長は、ラウンドしていると以前に比べ、「痛みに苦しむ人が少なくなってきた」と実感していた。CPAツールを使用することで、《疼痛緩和へつなげられた看護師の実感》となり【看護師が使用して感じた患者にとってのCPAツールの有用性】が感じられるようになっていた。

「これやることで患者さんとかも見てくれているんだなって分かるみたいで、今いますけど、一人使っている人が・・・ちょっと難しい人なので・・・でも、結構喜んで、結構喋ってくれているみたい、って言っていました。」

「（痛みがコントロールできたことで）表情が変わったのは驚きましたよ。あ、この人こんな風な穏やかな表情があるんだ～、ずっと眉間が寄っていて、いつも私たちに当たっていたんですけど・・・先生には痛みを言わないで我慢してて、で、ナース皆に当たって、あんまり笑ったりとか、ありがとうとか言わなかったんですけど、（患者が）動けるようになりましたって・・・」

#### 5) 継続・発展への課題

看護師長を始め、看護師もCPAツールの有用性を感じ始めたが、今後も継続的に活用していくた

めに、必要としていることは看護師への教育であった。「定期的なスタッフの教育とCPAツールの説明、モデル患者を使用した予行演習があればいいと思う」など《事例を用いた継続的な教育プログラムの必要性》が聞かれ、それは【CPAツールの活用を継続していくための教育の必要性】として明らかになった。

「でも勉強会あったら参加したい。…中略…やっぱり触らなくなる（勉強会に参加しない）とわからなくなるし、しょっちゅう触っている（勉強会に参加する）とこういう意識づけはあるし・・・定期的にあったほうが、まあ多すぎてもまた多分大変だと思うかもしれないけど、ただ短時間とかであればいいかもと思う。」

#### IV. 考察

##### 1. CPAツール普及の促進要因

CPAツールの導入直後に直面した問題では、【看護師を含む多職種へのCPAツールの広報不足】と【CPAツールの使用方法の不統一と戸惑い】がみられた。導入前に講義の実施やオリエンテーションを実施していたにも関わらず、看護師間でCPAツールを認識されていない現状があった。準備期間が1か月と短い期間であったことが原因であると考えられる。ツールの存在や使用方法をスタッフに認識されることは、ツールを活用するうえでの重要要素である。Titlerら<sup>21)</sup>もケア提供者がそれぞれの臨床現場において、研究結果に裏付けされたツールを使用するには、そのツールの知識と技術を持つことが重要であると述べている。そのためには、ツールを使用するスタッフへの教育、看護師長やリンクナースの活用、またコンサルテーションを通しての伝達、ポスターなど視覚的な広報も方法の一つとして述べている。CPAツール導入までには、十分な準備期間を確保し、これらの方法を組み合わせたCPAツールの広報が必要であると考えられる。

【CPAツールを普及させるための病棟での取り

組み】では、看護師長とリンクナースが中心となり、医療者へのCPAツールのアピールや活用しやすいようなシステムの調整などCPAツール導入のための様々な取り組みを行っており、導入を促進する大きな要因であったと考える。Titlerら<sup>21)</sup>が述べるように、リーダーやリンクナース達の取り組みが、看護師によるツールの活用という行動の変容に、効果的に作用していったと考える。濱田ら<sup>22)</sup>も、ツール導入後、研究者がケア効果の共有とその評価を看護師に伝達しながら、推進力となるスタッフを支援することの重要性を述べている。

CPAツールが普及した病棟の特徴として、【看護師が使用して感じたCPAツールの有用性の実感】がみられた。看護師は実際の業務で活用するうえで、統一した視点での情報収集とアセスメントを行い、薬剤の調整や医師との連携を行うという一連の過程において看護師自身の行動が疼痛緩和へつながっていると意識することができたと考える。有田<sup>9)</sup>の研究でも、看護師がツールを活用することで、患者の疼痛緩和につながっていると実感でき、ケアを継続するための力や自信につながっていくことを明らかにしている。このように、CPAツールの活用が効果的なケアへとつながるといふ有用性の実感が成功体験となり、看護師のケアへの意識向上を導くと考える。また、この期間にみられたCPAツールの簡便性も導入における重要な要素である。CPAツールを活用するために、業務の負担が増加する、また時間がかかると、看護師はCPAツールを使用しなくなる恐れがある。そのため、本研究においてCPAツールは簡便性を重視して、短時間で活用できるように作成したことが効果的であったと考える。濱田ら<sup>22)</sup>も研究において、開発されたエビデンスに基づくツールをそのまま臨床で当てはめるのではなく、原理原則を大事にしながら、臨床に適する形で使いやすいツールにするため、可能な範囲でスタッフと共に修正することが必要と述べられている。

これらのことから、CAPツールが病棟へ普及す

る促進要因には、スタッフに認識されるよう十分な広報と情報提供、管理者・リンクナースなどの推進力となるスタッフとの協働、成功体験によるCPAツールの有用性の実感、CPAツールの簡便性が重要であると考えられる。

## 2. CPAツール普及の阻害要因

CPAツールが普及しなかった病棟の特徴には、【ツールの有用性を実感できなかった背景】がみられた。CPAツールを用いたカンファレンスがなく、痛みについての評価や記録が単発的であることは、看護師間での連帯感を生みず、CPAツールを活用しても、その後ケアが継続しないことが考えられる。有田<sup>9)</sup>の研究でも、実際にツールを活用してもタイムリーなカンファレンスが行われず、効果的な緩和ケアにつながっていない場面があり、タイムリーなカンファレンスの場を設定する技術、緩和ケアがチームで行える環境を整える技術の重要性を述べている。また、先述したCPAツール普及の促進要因からもわかるように、CPAツール導入の推進力となるリンクナースの不在や看護師がCPAツールの必要性を実感できていないことは、CPAツール普及に関して影響が大きいことが考えられる。

ただ各病棟の特徴から、がん患者の在院日数に明らかな差があり、在院日数が長期である病棟は、それぞれのがん患者を長期でケアを繰り返す中で、CPAツールの必要性を実感することができたが、在院日数が短期の病棟では、必要性を実感する時間が足りなかったことも影響していると考えられる。

## 3. CPAツール導入による看護師の変化

【CPAツールの活用で生じた症状コントロールに対する看護師の意識と行動の変化】では、疼痛緩和への積極的な行動と痛み以外の症状に対する意識の変化がみられた。これまで患者の痛みをスケール化しても、先に進めないでいた看護師がCPAツールをケアの指標として活用することで、

自信を持ち、疼痛緩和への意識を高めたと考える。松岡ら<sup>23)</sup>の研究においても、痛みのアセスメントツールを導入したことで、看護師が実践の場でその効果を体験し、患者や家族、看護師間で効果を共有することが知識的側面での変化の強化につながったと述べている。疼痛以外の症状に対する意識は、このような積極的な疼痛緩和を行うことで、患者にとっても優先すべき問題であった痛みが解消され、患者や看護師が共に痛み以外の症状に視野を広げることができたと考える。つまり、CPAツールを導入したことで、ある程度の疼痛緩和の効果があつたと評価できる結果であったと考える。また同時に痛みアセスメントシートを用いての患者からの詳細な問診は、看護師の聴くという姿勢を形成し、患者の潜在していた、倦怠感など疼痛以外の問題を表出しやすい環境作りにつながると考える。

【看護師が使用して感じた患者にとってのCPAツールの有用性の実感】では、看護師は、CPAツールを活用することで、痛みの問題を看護師と共有できたという患者の喜びを感じることで、また実際に患者の疼痛緩和が行なっていると実感している場面がみられた。痛みアセスメントシートを用いて、患者と共に痛みや抱えている問題を話し合うことによって、患者は「看護師にわかってもらっている」と感じることで信頼関係が構築されたと考える。また実際に、患者の疼痛緩和となったという実感は、非常に重要である。松岡ら<sup>23)</sup>の研究でもケア効果を高めるツールを導入する場面での看護師の注目すべき変化として、看護師の意識・態度・ケアの変化が患者のケア参加を高め、苦痛の緩和につながり、患者のそうした良い変化を捉えた看護師が、自分たちのケアを再度評価し、看護の喜びを感じるという相互的な関係があることを明らかにしている。本研究においても、CPAツールを活用し疼痛緩和を行うことで、患者の反応と相互作用によって、看護師の意識の向上と成長につながったと考える。

#### 4. 今後の課題

【CPAツールの活用を継続していくための教育の必要性】では、今後もCPAツールを継続、発展させ、さらにアセスメントを深めるための教育の必要性が求められた。インタビューの中で看護師は、短時間で、定期的に繰り返し行う講義や勉強会を希望していた。またイメージしやすいように、事例を用いる提案も聞かれた。Marlies<sup>24)</sup>やMacLaren<sup>25)</sup>らは、看護師への短時間での教育プログラムは、その後の継続的な実践サポートとコンサルテーションを必要としているが、知識向上に有効であると述べている。また事例による演習は、看護師の過去の経験を振り返り、評価することで新しい見解と行動の変化につながると考える。山本<sup>26)</sup>も良い看護教育には「例を用いて学習内容への理解を促す」「モデルを示す」「経験から学習を促す」ことを挙げている。このように短時間での教育プログラムと過去に経験した事例による演習を組み合わせた教育プログラムの構築が今後の課題として必要とされている。

#### V. 結論

本研究でWHOラダーに準じたCancer Pain Assessmentツールを臨床に普及させるプロセスを明らかにすることができた。このプロセスの中で、リーダーやリンクナースの推進力となるスタッフとの協働、CPAツールを効果的に活用するための病棟システムの調整やツールの簡便性への工夫が必要であり、看護師がCPAツールを活用して臨床の中で意義あるものとして有用性を実感することが重要な促進要素であった。

このプロセスの中で、看護師は自信をもって痛みへのケアを行い、患者の身体症状に対する意識の向上と患者との相互作用による成長していく変化をみる事ができた。

#### 研究の限界

本研究では対象者が看護師のみであったが、今後は医師や他職種を巻き込むことで、CPAツールを洗練し、病院全体でのシステムとして組み込んでいく必要がある。

また本研究では3か月間という短期間のフォローであったが長期間でのフォローアップと継続的な教育を行っていき、CPAツールの活用によるがん患者の疼痛緩和への影響を評価していくことが課題である。

#### 謝 辞

本研究にご協力いただいたA病院看護部長、各病棟看護部長、インタビュー対象者の方々、ツールを活用していただいた各病棟看護師の皆様、また本稿をまとめる際ご指導をいただいた指導教員に心より感謝いたします。本論文は、平成22年度沖縄県立看護大学大学院保健看護研究科の修士論文の一部を修正したものである。

#### 引用文献

- 1) Twycross R, Wilcock A : Symptom Management in Advanced Cancer, third edition (2002) / 武田文和 (2003) : トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント, 医学書院, 東京.
- 2) 日本緩和医療学会「がん性疼痛治療ガイドライン」作成委員会 (2000) : Evidence-Based Medicineに則ったがん疼痛治療ガイドライン, 真興交易(株)医書出版部, 東京.
- 3) 森田雅之, 松本禎之 (2008) : ナースのための鎮痛薬によるがん疼痛治療法 (第2版), 1-26, 医学書院, 東京, 21-26.
- 4) 三木徹生, 中條政敬, 愛甲孝, 岩城周子, 上原充世, 江口恵子, 小倉雅, 落合美智子, 上村裕一, 上湊博美, 斎藤裕, 迫田喜久男, 高平百合子, 種村完治, 堂園晴彦, 中俣直子, 長倉伯博, 平川忠敏, 牧角寛朗, 牧野正興, 松崎勉, 的場康徳, 宮崎康博, 吉田恵子, 吉見太郎 (2006) : がん性疼痛緩和についての医師へのアンケート

- 結果 - WHOラダーの医師の認知度 -, 緩和医療学, 8(4), 385-392.
- 5) 野上龍太郎, 樋口マキエ (2006) : 麻薬性鎮痛薬使用に関する看護職の認識 - WHOラダーを基に -, 九州看護福祉大学紀要, 8(1), 59-68.
- 6) 甲斐仁美, 桜井礼子, 藤内美保, 草間朋子 (2007) : 「急性の痛み」を伴う患者のアセスメント過程の分析ーアセスメントシート作成に必要な情報入手のためにー, 看護教育, 48 (3), 257-264.
- 7) Parahoo K, Barr O, McCaughan E (2000) : Research utilization and attitudes towards research among learning disability nurses in Northern Ireland, Journal of Advanced Nursing, 31(3), 607-613.
- 8) Retsas A (2000) : Barriers to using research evidence in nursing practice, Journal of Advanced Nursing, 31(3), 599-606.
- 9) 有田直子 (2009) : 痛みアセスメントツールを使用した痛み緩和ケアの効果, 看護研究, 42(6), 397-407.
- 10) 笹木忍 (2009) : 子どもとその家族中心の疼痛緩和ケアをめざして, 看護研究, 42(6), 419-424.
- 11) 片田範子 (2009) : translational researchとしての小児の疼痛緩和方法の開発, 看護研究, 42(6), 387-396.
- 12) 桑田由佳 (2009) : がん性疼痛コントロールについての看護介入を考えてー疼痛アセスメントシートを作成してー, 通信医学, 61(1), 38-43.
- 13) 長澤昌子, 熊谷妃小江, 立花弘子 (2002) : 一般病棟のがん性疼痛患者に疼痛アセスメント用紙と標準看護計画を活用した効果, 日本看護学論文集：成人看護Ⅱ, 33, 383-385.
- 14) 門倉さゆり, 渡部和子, 星野早苗 (1999) : 小児の痛みのコントロールーアセスメントツールを用いることの効果ー, 日本看護学術論文集：小児看護, 30, 103-105.
- 15) Titler MG (2010) : Translation Science and Context, Research and Theory for Nursing Practice, 24 (1), 35-55.
- 16) 稲垣聡美, 加藤勝義, 丸山昌広, 新美雅規, 斎藤寛子, 中野一子, 野田幸裕, 鍋島俊隆 (2006) : がん患者が訴える痛みの表現に基づく痛みの評価 (第2報) - 愛知県病院薬剤師会疼痛質問票 (APQ) を用いた鎮痛薬・鎮痛補助薬選択方法の検討 -, 医療薬学, 32(8), 788-804.
- 17) Yamaguchi M, Kumano H, Yamauchi Y, Kadota Y, Iseki M (2007) : The development of a Japanese version of the Short-form McGill Pain Questionnaire, The Journal of the Japan Society of Pain Clinicians, 14(1), 9-14.
- 18) 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会 (2010) : がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2010年版, 金原出版株式会社, 東京.
- 19) National Comprehensive Cancer Network - Clinical Practice Guidelines in Oncology Adult Cancer Pain Vol.2010.  
[http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp) (2010年5月現在)
- 20) 井上勝一, 武田文和訳 (2003) : NCCN 2002年版実地診療ガイドラインがん疼痛, 癌の臨床, 50(2), 155-174.
- 21) Titler MG, Everett LQ (2006) : Making EBP Part of Clinical Practice-The IOWA Model, Teaching Evidence-Based Practice in Nursing, New York, 295-324.  
<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=1618350381&SrchMode=2&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1296108844&clientId=67232> (2011年1月現在)
- 22) 濱田米紀, 有田直子, 笹木忍, 田村恵美, 西原佳奈美, 松岡真里, 内正子, 三宅玉恵, 三宅

- 一代，片田範子（2009）：小児の痛み緩和ケアツール導入過程におけるCNSの技術と役割の明確化，看護研究，42(6)，445-457.
- 23) 松岡真里，加藤真知子，鎌田真紀（2009）：子どもと親の痛み緩和ケアへの評価および看護師の意識・態度・ケアの変化，看護研究，42（6），409-417.
- 24) Marlies E.J.de Rond, Rianne de Wit, Frist S.A.M.van Dam, Brigitte Th.M.van Campen, Yvonne M.den Hartog, Rietje M.A.Klievink(2000)：A Pain Monitoring Program for Nurses-Effects on Nurses' Pain Knowledge and Attitude-, Journal of Pain and Symptom Management, 19(6), 457-467.
- 25) MacLaren JE, Cohen LL, Karkin KT, Shelton EN（2008）：Training Nursing Students in Evidence-Based Techniques for Cognitive-Behavioral Pediatric Pain Management, NursingEducation, 47(8), 351-358.
- 26) 山本裕子（2009）：アメリカの看護教員の視点からみた良い看護教育ストラテジー，日本看護学教育学会誌，19(1)，61-69.

Original Article

## The Utility and Dissemination Process of Cancer Pain Assessment Tools into Clinical Practice

Ryuta Yoshizawa<sup>1)</sup> Midori Kamizato<sup>2)</sup>

### **【Purpose】**

The purpose of this study was to explore the utility and dissemination process of Cancer Pain Assessment (CPA) tools that adapted to clinical setting to relieve cancer pain in accordance with WHO ladder.

### **【Methods】**

The researcher introduced original assessment tools to clinical nurses, who have been working three wards in a hospital. After introduction, the researcher supported clinical nurses for three months as a participant observation.

After three months, data was collected by semi-structured interviews from nine nurses of three wards, and analyzed by qualitative and inductive methods.

### **【Results】**

Dissemination process of assessment tools found four stages with eight categories. A stage of the preliminary dissemination, the wards had problems of “a lack of information of CPA tools for multidisciplinary and includes nurses”, “inconsistency and confusion of how to use CPA tool”. A stage of the promotable dissemination, the nurses of each wards practiced “approach to disseminate CPA tools for nurses on wards”. A stage of the Junctional dissemination, the wards that CPA tools were disseminated had “actually feeling of utility for nurses use CPA tool”, whereas the wards that CPA tool were not disseminated had “background in which utility of CPA tool were not able to be actually felt”. A stage of the dissemination, the wards had “the nurse's action and consideration change into symptom control caused by use of CPA tool” and “Utility of CPA tools for patients who felt it by using”. Subject to continuance and development, the wards explored “necessity of education to continue use of CPA tool”.

### **【Conclusions】**

It was necessary for the process of CPA tools' dissemination into clinical settings as follows ; first, collaboration with the staff such as the leaders and link nurses who will be the driving force to disseminate CPA tool ; second, adjustment system to make best use of CPA tool, and device of ease for CPA tool. Finally, it was important that nurses who were using CPA tools realize feeling of utility and meaning into clinical settings.

**Key word :** assessment tools, cancer pain, translational research

---

<sup>1</sup> Naha City Hospital

<sup>2</sup> Okinawa Prefectural College of Nursing