

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

看護研究集録(2012.09) 平成21年度:21～22.

末期がんにある統合失調症患者の「慢性疼痛」——事例の実践報告——

石川千恵、若井明子

末期がんにある統合失調症患者の「慢性疼痛」

— 事例の実践報告 —

10 階西ナーステーション ○石川 千恵、若井 明子

1. はじめに

NANDA-NOC-NIC (以下 NNN) を適応する時、NOC-NIC の共通言語をそのまま使用するのではなく、患者に合わせた具体的な表現が必要になることは、精神科領域でも同様である。

今回、統合失調症で末期がんが発見され緩和医療中の A 氏に、「慢性疼痛」を看護診断した。緩和医療を受ける中で、疼痛を適切に表現できない A 氏が、どう表現すれば疼痛コントロールができていないと判断できるのか、カンファレンスを活用し患者の疼痛表現について焦点アセスメントを行った。その結果、A 氏に必要な NOC-NIC を見出すことができ、A 氏は目標達成することができた。

また、緩和ケアを受けることで、他職種との協働も増え、より精神科看護の専門性を表現する機会が増えた。そして、精神障害者に必要な特有の「慢性疼痛」に対する看護介入も明らかにする必要性、患者に合わせた具体的な NOC-NIC 立案には、アセスメントの重要性を感じた事例であった。以上より、精神障害者に対する新たな看護介入の示唆が得られた事例の報告をする。

2. 方法

① 研究方法

(ア) 事例検討

② 倫理的配慮

(ア) 研究目的、方法について、患者と家族に文書を用いて口頭で説明した。

(イ) A 氏は説明を聞くことができるが、判断能力は不十分であるため家族から同意を得た。

3. 事例紹介

① A 氏、老年期女性、統合失調症、口腔底癌

② NNN

A 氏に適応していた NNN を表 1 に示す。

4. 結果と考察

A 氏は、数年前より「食べられない」を主訴に精神症状が悪化し、入退院を繰り返していた。十数回目の入院時に頬部腫脹を認め、検査により口腔底癌と診断されたという経過がある。そして、精神科では、「向精神薬の影

響」や「自覚症状を訴えられず身体疾患の発見が遅れ重症化しやすい」「精神疾患、身体疾患それぞれの症状がお互いの症状に影響しあう」傾向があることにも注意しなければならない¹⁾。これらから、疼痛の表現ができず、疼痛の増強を示す徴候は精神症状で現れていることが予測された。疼痛管理が開始されてから、疼痛のアセスメントにフェイススケールの活用をしたが、A 氏は常に「0:痛みがなくとても幸せ」を指し示した。しかし、発語も減りコントロールできている徴候は観察されなかった。フェイススケールでは A 氏の疼痛コントロールは評価できず、どのような指標で A 氏の疼痛の程度をアセスメントするか、疼痛がコントロールされていると判断するかを知るという NOC を設定した。その結果、A 氏がいつどのような時にどのような表情や態度を示すか、疼痛が緩和されていると判断できるかなど、変化を詳細に記録に残しアセスメントした。そのことにより、A 氏は、疼痛をはじめ身体に起こっている苦痛を上手く他者に伝えることができず、焦燥感や易怒性で表現されていることがわかってきた。このような表現が明らかになり、疼痛評価にフェイススケールを使用するだけでは不十分であることがわかった。

A 氏の疼痛が緩和されていると判断される表情や態度が明らかになり、どのタイミングで鎮痛剤を使用していくかを検討していき、これまで不穏の時に使用していた抗精神病薬を鎮痛剤に変えて使用した。この介入で精神状態が安定してきた A 氏は、自ら疼痛を表現し、鎮痛剤を希望するという行動がとれるように変化した。この状態になり初めて、以前行っていた生活行動が観察されるようになった。よって、疼痛コントロールを行うことが精神症状を安定させることに繋がり、精神症状が安定すれば、本来の患者らしさが回復することを実感した。この看護介入により更に高い目標値で NOC が達成できた。A 氏にとって適切な NOC を設定するためにも、より専門的なアセスメントが必要である。

がん患者の治療やケアの目標は、「生存期間の延長」、そして次に「健康状態や生活・生命の質 (quality of life: QOL) の維持・向上」があげられる²⁾と言われている。精神症状が QOL に与える影響をより専門的にアセスメントするためには、日常行動水準評価表³⁾などの尺度ス

ケールの活用を組み入れていれていくことでより QOL を維持・向上を目指した疼痛コントロールが可能になるのではないかと考える。今回、A氏のNICに取り入れることはできなかったが、NIC 疼痛管理の「疼痛の包括的なアセスメントを行う」ことに繋がり、また、NIC 疼痛管理の「不快を示す非言語的な手がかりを観察する」手段として今後活用していき、有効性を評価していきたい。

5. 結論

A氏の看護過程を振り返り、末期がんにある統合失調症患者に対する疼痛管理は、日常行動水準評価表などの指標も活用したアセスメントを実施することが、疼痛の包括的なアセスメントを十分に行え、精神症状の改善にもつながり患者のQOLも維持・向上できるという示唆を得た。今後事例を重ね、活用していき、有効性を評価していきたい。

6. 引用文献

- ① 野中浩幸ら：精神科看護業務指針、p46、日本精神科看護技術協会、2007.
- ② 下妻晃二郎：緩和医療における QOL の評価と対応、緩和医療学 10(1)、p31、2008.
- ③ 荒木とも子：日常生活能力ー生活行動水準評価表を用いた患者能力評価、精神看護エクスペール 4、p112-119、中山書店、2004.

表1 ND 慢性疼痛 看護計画

	NOC-NIC の表現		コメント：個別性の表現
関連因子	□慢性の身体的／心理社会的な障害		口腔底癌
診断指標	□言語的または合図による防御的行動、保護的行動、苦悶様顔貌、イライラ（焦燥感）、自分への注意の集中、落ち着きがない（ソワソワ）、抑うつ の証拠		口腔内保清の際手を払いのける。
	□以前の活動を継続する能力の変調		トイレ以外は臥床傾向
NOC	□疼痛レベル	1 疼痛についての表情での訴え【目標値：4】	易怒性がみられず、家族や医療者と会話できる
NIC	□疼痛管理	1 疼痛の包括的なアセスメントを行う(疼痛部位、特徴、発症時/持続時間、頻度、性質、疼痛の強度または重症度、引き金となる要因)	B 氏の細かな表情や態度の変化を記録に残し、詳細にアセスメントする。
		2 不快を示す非言語的な手がかりを観察する(効果的なコミュニケーションができない患者はとくに)	必要時レスキュー使用できているかモニターする。
		3 患者が必ず適切な鎮痛ケアを受けられるようにする	鎮痛剤レスキューを使用することに消極的な家族へ疼痛コントロールの必要性を説明する。
		4 処方された鎮痛薬を使って、患者に最適な疼痛緩和を提供する	易怒性や口腔ケア、経管栄養に許否が認められた時は、鎮痛剤レスキューを与薬する。