

原著論文

熟練看護師が行う全人的呼吸困難感を体験している
がん患者のアセスメント

Expert Nurses' Assessment of Cancer Patients
Experiencing Total Dyspnea

庄司麻美 (Mami Syouji)*¹ 藤田佐和 (Sawa Fujita)*¹

要 約

本研究の目的は、熟練看護師が全人的呼吸困難感を体験しているがん患者の苦痛緩和に向けて、どのようなアセスメントを行っているのかを明らかにすることである。専門看護師5名と認定看護師2名を対象に半構成的面接調査を実施し、質的帰納的に分析した。分析の結果、熟練看護師が行う全人的呼吸困難感を体験しているがん患者のアセスメントとして、【病状を把握し今後の経過を予測する】【呼吸困難感が身体・心理・社会・スピリチュアルな側面に及ぼす影響を評価する】【呼吸困難感の多様な要因の相互作用を評価する】【適切な薬剤・投与方法を判断する】【常にせん妄の発症や鎮静の必要性を予測する】【苦痛の中で少しでも安楽が得られる環境を探る】【実現可能な患者の希望を見極める】の7カテゴリーが抽出された。全人的呼吸困難感を体験しているがん患者の苦痛緩和に向けたアセスメントにおいて、患者の病態把握と経過の予測、促進可能なComfortニードの判断、患者のQOLを重視したアセスメントを統合し、患者にとっての最善を判断することが重要になると示唆された。

Abstract

The purpose of the present study is to clarify how expert nurses perform assessments for palliative care in cancer patients experiencing total dyspnea. A semi-structured interview survey was conducted with five certified nurse specialists and two certified nurses, and the results were analyzed qualitatively and inductively. Based on the results of the analysis, the following seven categories on the assessment of cancer patients experiencing total dyspnea performed by expert nurses were extracted: understanding the pathological condition and predicting future progress, assessing the effects of dyspnea on physical, psychological, social and spiritual aspects, assessing the interaction between various factors and dyspnea, determining the appropriate drug and/or administration method, predicting the onset of delirium and the necessity for sedation, search for a little comfortable environments in distress, and determining feasible patient hope. These findings suggest that in the assessment for palliative care in cancer patients experiencing total dyspnea, it may be important to integrate the assessment of the patient's condition and progress with an assessment that focuses on the patient's quality of life to determine what is best for the patient.

キーワード：全人的呼吸困難感 熟練看護師 看護アセスメント がん患者

*¹高知県立大学看護学部

I. はじめに

がん患者において、呼吸困難の発生頻度は46～59%であり、肺がん患者に限るとその頻度は増加し、75～87%となる(茅根ら, 2016)。がん患者が体験する呼吸困難感とは、器質的障害に留まらず多岐にわたり、難治性で患者のQOLを低下させるため、多職種によるマネジメントが必須の症状の一つである。がん患者が体験する呼吸困難感には、不安や抑うつ、倦怠感や疼痛などが関連することが示されており(Bruera E, et al, 2000; Tanaka K, et al, 2002; Gift AG, et al, 2003)、精神的因子が呼吸困難感の認知を増幅させると考えられている(Bruera E, et al, 2002)。

呼吸困難は、「呼吸時の不快な感覚」と定義される主観的な症状(Manning HL, et al, 1995)であり、特にがん患者の呼吸困難は、Total Painと同様に身体的側面だけでなく、精神的・社会的・霊的な側面も含む多面的なものであり、Total Dyspneaとして総合的、包括的にとらえること(田中, 2004)が重視される。先行研究において、橋本ら(2011)は、呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者が身体的苦痛による活動困難にとどまらず、自己概念や生きがい、不確かさに関する心理・社会、スピリチュアルな側面の苦悩にまで及ぶ体験として呼吸困難を捉えていたことを明らかにしている。さらに、橋本ら(2017)はがん患者の呼吸困難感について概念分析を行い、「多因子間の相互作用により発生する呼吸に関連した不快あるいは苦痛のこと。また、それに伴う制御不能な認知および主観的評価と、身体・心理・社会・スピリチュアリティの側面にみられる反応を含むがん患者の症状体験のこと」と定義している。つまり、がん患者が体験している呼吸困難感とは、全人的呼吸困難感であると言える。

Kolcaba(2003a)は、Comfortニードについて「人間の経験の身体的、サイコスピリットの、社会文化的、環境的コンテクストにおける、緩和・安心・超越への要求もしくはその不足」と定義し、Comfortが生じる前提としている。従って、がん患者の呼吸困難感を多面的に捉えてアセスメントすることが重要であり、全人的呼吸困難感を体験しているがん患者の苦痛緩和は、

Comfortにつながると考えられた。そのため、看護師は、看護の専門的な視点からのアセスメントを基盤に全人的呼吸困難感を体験しているがん患者の介入の焦点を見極めることが重要になると考えられる。しかし、全人的呼吸困難感を体験しているがん患者のアセスメントは明らかでなく、呼吸困難を訴える患者に直面した看護師は、患者を看る辛さ、怖さ、対応が分からない戸惑いや無力感を体験していることが明らかにされている(才智ら, 2010; 宮坂ら, 2013; 木村, 2015)。

そこで、本研究は、経験豊富な熟練看護師が全人的呼吸困難感を体験しているがん患者の苦痛緩和に向けて、どのようなアセスメントを行っているのかを明らかにすることを目的とした。全人的呼吸困難感を体験しているがん患者のアセスメントを明らかにすることは、全人的呼吸困難感を体験しているがん患者の看護を担うジェネラリストの視点を養い、がん患者の心身の安楽およびQOLの維持・向上に繋がることと期待できると考える。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

質的帰納的研究デザイン

2. 用語の定義

1) 全人的呼吸困難感：呼吸時の不快な感覚とされる主観的な症状で、身体的側面だけでなく、精神的・社会的・霊的な側面も含む多面的なものであり、これらの側面が互いに影響し合い、全体として形成される。

3. 研究対象者

病院施設に勤務し、10年以上の臨床経験があり、専門看護師または認定看護師の資格を有する看護師で、以下の条件を満たす者とした。

①全人的呼吸困難感を体験しているがん患者の呼吸困難感のマネジメントを行っている。

②研究の主旨を理解し、研究の協力が得られる。

熟練看護師とは、Benner(2001)が「膨大な経験を積んでいるので、多くの外的診断や

対策を検討するという無駄をせず、一つひとつの状況を直感的に把握して正確な問題領域に的を絞る。」と述べている達人レベル (Expert) とした。一方で、「達人の実践の説明を理解するのは難しい。達人は、状況全体の深い理解に基づいて行動するからである。」と述べられている (Benner P, 2001)。そのため、本研究の対象者を豊富な実践知だけでなく、専門看護師または認定看護師の資格を有する看護師とすることで、全人的呼吸困難感を体験しているがん患者の苦痛緩和に向けて、看護ケアの方向性を導くまでのアセスメントが可視化できると考えた。

4. データ収集方法

文献検討に基づいて作成した半構成的インタビューガイドを用いて、面接調査を行った。面接は、プライバシーが確保できる場所で1人1回40分程度の面接調査を実施し、対象者の承諾を得てICレコーダーに録音を行った。

面接では、全人的呼吸困難感を体験しているがん患者への事例を通して、実践した看護を具体的に語ってもらい、その都度看護実践の根拠や判断、思考プロセスなどを尋ねた。できるだけ自由に語ってもらうことを優先し、対象者の語りの内容に応じて補足的に質問し、語りを促した。また、対象者の背景を明らかにするために、看護師経験年数、専門看護師または認定看護師としての経験年数、活動の場や立場について質問を行った。

データ収集期間は、2018年6月～12月であった。

5. データ分析方法

面接で得られたデータを逐語録とし、全人的

呼吸困難感を体験しているがん患者のアセスメントについて語っている部分を抽出し、意味内容が損なわれないように簡潔な一文に表現し、コードとした。コードを比較検討し、意味内容の類似性に従って抽象化をあげて、サブカテゴリー、カテゴリーに分類した。分析過程においては、がん看護分野の専門的知識をもつ研究者間で意味内容の類似性に従って分類できているか検討し、真実性の確保に努めた。

6. 倫理的配慮

本研究は、高知県立大学研究倫理委員会の承認 (看研倫17-70) を得て実施した。対象者に対して、研究の主旨、研究協力の自由意思と撤回の自由、プライバシー保護、心身の負担や不利益への配慮、受ける利益や看護上の貢献、データの管理方法、研究結果の公表について文書を用いて説明し、署名による同意を得た。また、面接において、実際の事例を通して実践した看護を語ってもらうため、事例の情報について口外しないことを説明した。結果における記載データは、看護師のアセスメントが患者の状態や状況により異なるため、個人が特定されず、事例の状態や状況が分かる最小限の内容とした。

III. 結 果

1. 対象者の概要

本研究の対象者は、専門看護師5名、認定看護師2名であった (表1)。看護師としての経験年数は平均20.4年 (10～28年)、専門看護師および認定看護師としての経験年数は平均8.9年 (6～17年) であった。

表1 対象者の概要

	専門看護師または認定看護師資格	看護師経験年数	専門または認定看護師経験年数	語られた主なケース
A	緩和ケア認定看護師	28年	17年	肺がん治療期 (化学療法)、並存症状あり
B	がん看護専門看護師	18年	8年	60歳代男性、大腸がん終末期、並存症状あり
C	がん性疼痛看護認定看護師	10年	3年	60歳代男性、肺がん終末期、PS4
D	がん看護専門看護師	19年	11年	70歳代女性、卵巣がん終末期、精神症状あり
E	がん看護専門看護師	23年	9年	70歳代女性、腎臓がん終末期、精神症状あり
F	がん看護専門看護師	18年	6年	肺がん、緩和ケア主体の治療への移行期
G	がん看護専門看護師	27年	8年	肺がん終末期、精神症状あり

2. 熟練看護師が行う全人的呼吸困難感を体験しているがん患者のアセスメント

全人的呼吸困難感を体験しているがん患者のアセスメントとして、7つの大カテゴリー、28の中カテゴリー、61の小カテゴリーが抽出された(表2)。以下、大カテゴリーを【】、中カテゴリーを〈〉、語りを「」で示す。

1) 【病状を把握し今後の経過を予測する】

【病状を把握し今後の経過を予測する】は、全身状態の評価をもとに呼吸困難感の原因・要因となる病態と病状を把握し、今後の経過を予測するアセスメントであった。これには、〈呼吸困難感の原因・要因と改善可能性を把握する〉〈全身状態の評価し、身体症状を把握する〉〈現時点の病期を把握する〉〈今後の病状経過を予測する〉〈患者の病状認識を把握する〉の5つの中カテゴリーが含まれた。対象者は、「がん性リンパ管症も分かりづらいことがあるので、自分で画像を見た上で、きちっと先生に病態と不可逆的なのか、何か治療によって改善可能なのか、何で起こっているのかということを知りたいです。例えば、胸水貯留の呼吸困難であれば、胸膜癒着術とかによる改善可能性があったりもするので(ケースE)」と語り、〈呼吸困難感の原因・要因と改善可能性を把握(する)〉していた。また、「緊急入院で来た時点で、SPO₂70%台、突然呼吸苦が強くなった状態で、るい瘦もありPS4で、呼吸状態の悪化を契機に抗がん剤の治療自体もこれ以上効果が望めないと判断された時点で、主治医の予想でも1週間もたないだろうということがあったので、看取りを意識してのサポート開始の状態とアセスメントしました(ケースC)」と語り、〈今後の病状経過を予測する〉アセスメントを行っていた。

2) 【呼吸困難感が身体・心理・社会・スピリチュアルな側面に及ぼす影響を評価する】

【呼吸困難感が身体・心理・社会・スピリチュアルな側面に及ぼす影響を評価する】は、呼吸困難感による日常生活動作の支障をはじめとする身体面や精神症状などの精神面、家族への影響などの社会面、今後の希望への影響などのスピリチュアルな側面に及ぼす影響を幅広く

アセスメントすることであった。これには、〈日常生活動作への支障を評価する〉〈呼吸困難感に伴う精神症状を評価する〉〈患者の呼吸困難感が家族の精神面に及ぼす影響を評価する〉〈呼吸困難感が患者の希望に及ぼす影響を評価する〉〈呼吸困難感により今後の課題への取り組みが困難になるリスクを予測する〉の5つの中カテゴリーが含まれた。対象者は、「緩和ケアチームの視点で見ている時は、呼吸困難によってどの程度生活に支障を起こすのかということを見ますね。息苦しくても生活動作とか、その本人の希望、いわゆる、やりたいことができているのかとか(ケースG)」と語り、〈呼吸困難感が患者の希望に及ぼす影響を評価(する)〉していた。また、「咳嗽が頻発して、呼吸困難感という非常に不快な症状があったので、それを少しでも緩和しないと、この人が今後どう過ごしたいかということも決定できないので、まず、そこ(呼吸困難感の緩和)が必要ですね(ケースE)」と語り、〈呼吸困難感により今後の課題への取り組みが困難になるリスクを予測(する)〉していた。

3) 【呼吸困難感の多様な要因の相互作用を評価する】

【呼吸困難感の多様な要因の相互作用を評価する】は、多様な要因が関連しあって生じる呼吸困難感について相互作用の視点から評価し、呼吸困難感の要因を見極めるアセスメントであった。これには、〈呼吸困難感と咳嗽との関連を評価する〉〈不安や死への恐怖と呼吸困難感との関連を見極める〉〈患者の呼吸困難に対する家族の関連を評価する〉〈患者の呼吸困難感と医療職者のあり様との関係性を評価する〉〈呼吸困難感と居室環境との関連を評価する〉〈患者が呼吸困難感に対して発揮している力を評価する〉の6つの中カテゴリーが含まれた。対象者は、「本人の自覚症状の呼吸困難だけど、想像しているほどのSPO₂の下がりがないとか、呼吸促迫がないとか、苦しいと言う割にずっとしゃべれるとか、自分のイメージと合致しないときは、何が関係しているのだろうか、そこが不安なのか、さみしくて構ってほしいのかとか、恐怖心があるのかとかは、アセスメントしたり、本人に聞いてみたりします(ケースB)」と語り、呼吸困難

表2 熟練看護師が行う全人的呼吸困難感を体験しているがん患者のアセスメント

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
病状を把握し今後の経過を予測する	呼吸困難感の原因・要因と改善可能性を把握する	呼吸困難感の原因・要因を把握する 呼吸困難感の原因・要因の介入可能性を見極める
	全身状態を評価し、身体症状を把握する	全身状態を評価し、身体的な苦痛症状を把握する 呼吸困難感のフィジカルアセスメント
	現時点の病期を把握する	現在の治療の時期を見定める 患者の病みの軌跡を把握する
	今後の病状経過を予測する	病状悪化の見通しを立てる 病状の成り行きを予測する
	患者の病状認識を把握する	呼吸困難感を伴う病状に対する患者の認識を把握する 患者の病状認識のずれを把握する
呼吸困難感が身体・心理・社会・スピリチュアルな側面に及ぼす影響を評価する	日常生活動作への支障を評価する	呼吸困難感による食事や排泄、移動、睡眠への支障を評価する 抑うつや不安による睡眠、食欲への支障を評価する
	呼吸困難感に伴う精神症状を評価する	呼吸困難感に伴う抑うつ症状を評価する 呼吸困難感に伴う不安や死への恐怖を評価する
	患者の呼吸困難感が家族の精神面に及ぼす影響を評価する	患者の呼吸困難感が家族の精神面に及ぼす影響を評価する
	呼吸困難感が患者の希望に及ぼす影響を評価する	呼吸困難感が患者の欲求に及ぼす影響を評価する 呼吸困難感が患者の自分らしさに及ぼす影響を評価する
	呼吸困難感により今後の課題への取り組みが困難になるリスクを予測する	呼吸困難感により今後の過ごし方の決定が困難になるリスクを予測する 呼吸困難感により仕事の整理が困難になるリスクを予測する
呼吸困難感の多様な要因の相互作用を評価する	呼吸困難感と咳嗽との関連を評価する	呼吸困難感と咳嗽との関連を評価する
	不安や死への恐怖と呼吸困難感との関連を見極める	呼吸困難感に不安や死への恐怖が関連している可能性を疑う 不安や死への恐怖を呼吸困難感と関連させて評価する
	患者の呼吸困難に対する家族の関連を評価する	患者の不安に影響する家族とのサポート関係を把握する 患者の不安を和らげる家族の関わりを評価する 患者の呼吸困難感に対する家族の不安や葛藤の関連を評価する
	患者の呼吸困難感と医療職者のあり様との関係を評価する	患者の呼吸困難感と看護師の抵抗感や戸惑いとの関係を評価する 患者の呼吸困難感と急性期病棟の特徴との関係を評価する 患者の呼吸困難感と医師の薬剤調整との関係を評価する
	呼吸困難感と居室環境との関連を評価する	患者の精神症状に対して専門家につなぐ必要性を評価する 呼吸困難感と排泄環境や排泄行動との関連を評価する 呼吸困難感と臭いや温度、閉鎖空間との関連を評価する
適切な薬剤・投与方法を判断する	患者が呼吸困難感に対して発揮している力を評価する	患者の呼吸困難感に対する自己コントロール感を評価する 患者の呼吸困難感に対処する力を評価する
	モルヒネ製剤の副作用症状による影響を評価する	モルヒネ製剤の副作用症状を把握する モルヒネ製剤の副作用症状と効果のバランスを評価する
	病態と経過の予測から適切な薬剤・投与方法を判断する	モルヒネ製剤による便秘や眠気が身体症状や生活に与える影響を評価する 呼吸困難感の原因や病態から、苦痛緩和に効果的な薬剤を検討する 病状や今後の経過を見据え適切な薬剤の投与経路や投与方法を判断する
	せん妄の発症リスクを予測し、発症を見極める	せん妄の発症リスクを捉える せん妄の発症を疑う せん妄の発症を見極める せん妄と抑うつを判別する
	鎮静の必要性を予測し、時機を見極める	せん妄に対するスタッフの認識やアセスメントを評価する 呼吸困難感が増悪し、苦痛緩和が困難になる時期を見据える 呼吸困難感の増悪による鎮静の必要性を予測する 鎮静に対する患者や家族の思いを把握する 鎮静に対する本人の意思を推定する 鎮静のタイミングを見極める
苦痛の中で少しでも安楽が得られる環境を探る	呼吸困難感に対する治療やケアの効果を評価する	治療やケアによる呼吸困難感の変化を評価する 治療やケアによる精神面への効果を評価する 治療による睡眠や活動の変化を評価する
	患者が落ち着ける心地よい環境を探る	患者に限られた生活空間の中で落ち着ける寝具やものを探る 日常の過ごし方や姿勢・体位から心地よい環境を探る
	安楽な体位や排泄行動を可能にする居室環境を探る	安楽な体位や排泄行動を可能にする居室環境を探る
	これまでの生活やその人となりを理解する	これまでの生活やその人となりを理解する
	日常生活や今後の過ごし方における希望を把握する	日常生活や今後の過ごし方における希望を把握する 患者の希望を阻害する要因を評価する
実現可能な患者の希望を見極める	患者の希望の実現可能性を見極める	患者の希望の実現と呼吸困難感や不安の増強を天秤にかける 患者の希望に見合う呼吸困難感の緩和の実現可能性を見極める
	希望を踏まえた患者の現実的な目標を見定める	患者の希望を踏まえ、実現可能な目標を見極める 呼吸困難感の改善可能性に応じて患者の希望と目標を擦り合わせる

感に不安が関連している可能性を疑い、〈不安や死への恐怖と呼吸困難感との関連を見極め(る)〉ていた。また、「モルヒネのフラッシュに対するスタッフの抵抗感が大きくて、夜間になればなるほど控えがちになり、この方の場合、夜、楽にいたいということがあったので、昼間にできたことが夜にできないとマイナスでしかなかった。夕方以降もケアが継続できることを大事にするために、スタッフの指導と何のために使うかということ共有していきましました(ケースC)。」と語り、〈患者の呼吸困難感と医療職者のあり様との関係の評価(する)〉していた。

4) 【適切な薬剤・投与方法を判断する】

【適切な薬剤・投与方法を判断する】は、モルヒネ製剤の副作用症状とその影響を評価し、病状や今後の経過の予測に基づいて適切な薬剤や投与方法を判断するアセスメントであった。これには、〈モルヒネ製剤の副作用症状による影響を評価する〉〈病態と経過の予測から適切な薬剤・投与方法を判断する〉の2つの中カテゴリーが含まれた。対象者は、「NSAIDsとトラマールしか使っていなかった、モルヒネ製剤だったら痛みも呼吸困難も両方の緩和が期待できるので、モルヒネ製剤がいいと考えて主治医と相談しました(ケースA)」、「薬のチョイスは、医師がするところかと思うんですけど、例えば、飲めるかとか、きちっと適切に患者さんに投与されるかとか、内服がいいのか、点滴がいいのかとか。点滴にしても、患者さんが自分でボラスを使えるような機械を使った方がいいのか、看護師が患者さんに聞いて適切に評価して使った方がいいのかとかの判断は、やっぱりCNSがどうか、チームが介入できる場所かなと思って、薬をどう投与するかというところのアセスメントはしています(ケースF)。」と語り、〈病態と経過の予測から適切な薬剤・投与方法を判断(する)〉していた。

5) 【常にせん妄の発症や鎮静の必要性を予測する】

【常にせん妄の発症や鎮静の必要性を予測する】は、呼吸困難感と並存しやすいせん妄の発症を常に想定し発症を見極めるとともに、呼吸

困難感の増悪により苦痛緩和が困難になる時期を見据え、鎮静の必要性を予測しつつ開始のタイミングを計るアセスメントであった。これには、〈せん妄の発症リスクを予測し、発症を見極める〉〈苦痛緩和が困難になる時期を見据える〉〈鎮静の必要性を予測し、時機を見極める〉の3つの中カテゴリーが含まれた。対象者は、「肺がんの患者さんは、結構呼吸困難がある患者さんが多くて、うつの人もいるんですけど、抗鬱薬とか逆にそれがせん妄の直接因子になって、促進因子か、直接因子になってしまうので、そこは結構気をつけています(ケースF)。」と語り、〈せん妄の発症リスクを予測し、発症を見極め(る)〉ていた。また、「息苦しくて、せん妄が起きてあたまふたしている姿を見ると、やっぱりどうしても鎮静のことも考えるタイミングですね。そろそろ鎮静について話し合っておく。早晩起きますねっていうようなことは、提案することが多いかな(ケースG)。」と語っており、〈鎮静の必要性を予測し、時機を見極め(る)〉ていた。

6) 【苦痛の中で少しでも安楽が得られる環境を探る】

【苦痛の中で少しでも安楽が得られる環境を探る】は、治療やケアによる呼吸困難感と呼吸困難感をもたらす生活や精神面への効果を評価しながら、呼吸困難感による強い苦痛がある中でも患者に安楽と安心感をもたらすことが可能な環境要因を模索するアセスメントであった。これには、〈呼吸困難感に対する治療やケアの効果を評価する〉〈患者が落ち着ける心地よい環境を探る〉〈安楽な体位や排泄行動を可能にする居室環境を探る〉の3つの中カテゴリーが含まれた。対象者は、「呼吸状態を見ることとあわせて本人が楽になったかどうか、本人の自覚症状を反応としてみるかな。あと、眠れたのかとか、それに伴って本人が安心できたという言葉があるのかとか(ケースB)。」と語り、〈呼吸困難感に対する治療やケアの効果を評価(する)〉していた。そして、「意図的に(情報を)とったところでは、本人の好む寝具、体位で、家が好きで家に帰りたかった方だったので、枕や何か本人が落ちつくものがないか探りました。ベッドの上の限られた空間での生活になったときに、慣

れた枕や寝具は、人の癒やしにもなるので、自宅と同じ環境を用意することはできないからこそ、限られた中で何ができるのかという視点ですよね（ケースC）」と語り、〈患者が落ち着ける心地よい環境を探（る）〉っていた。

7) 【実現可能な患者の希望を見極める】

【実現可能な患者の希望を見極める】は、患者の価値観や生活における希望を把握し、実現可能性を丁寧に吟味して現実的な目標を判断するアセスメントであった。これには、〈これまでの生活やその人となりを理解する〉〈日常生活や今後の過ごし方における希望を把握する〉〈患者の希望の実現可能性を見極める〉〈希望を踏まえた患者の現実的な目標を見定める〉の4つの中カテゴリーが含まれた。対象者は、「ADLだけでなく、どこに出かけたい、どういう活動がしたいなどのしたいことやニーズも含めて、それに見合う呼吸困難感の緩和が可能かどうか、というところ（を考えています）（ケースA）」と語り、〈患者の希望の実現可能性を見極め（る）〉ていた。また、「ほんとに息苦しさが強かったので、できることが限られて食事をとること自体もしんどくなる。Aさんの場合はトイレに行ったり、必要最低限自分でできることは自分でしたいとおっしゃられていたので、限界の中で何を大切にしたいか、その目標の達成が難しければ達成可能な目標に気持ちをすりかえていけるような誘導をしたりは意識しています（ケースD）。」と語り、〈希望を踏まえた患者の現実的な目標を見定め（る）〉ていた。

IV. 考 察

1. 熟練看護師が行う全人的呼吸困難感を体験しているがん患者のアセスメントの全体像

看護師は、全人的呼吸困難感を体験しているがん患者の苦痛緩和に向けて、【病状を把握し今後の経過を予測する】アセスメントを基盤に【呼吸困難感が身体・心理・社会・スピリチュアルな側面に及ぼす影響を評価する】ことで、呼吸困難感の緩和を優先させる必要性を判断していた。そして、全人的呼吸困難感のマネジメントに向けて、看護師は、【呼吸困難感の多様な要因

の相互作用を評価する】、【適切な薬剤・投与方法を判断する】、【苦痛の中で少しでも安楽が得られる環境を探る】アセスメントを繰り返し、【呼吸困難感が身体・心理・社会・スピリチュアルな側面に及ぼす影響を評価する】ことによって、治療やケアの効果を評価していると考えられた。一方で、【常にせん妄の発症や鎮静の必要性を予測（する）】していたことから、看護師は、全人的呼吸困難感のマネジメントに向けたアセスメントとケアの評価から、苦痛症状の緩和が困難になる時期が近い将来に訪れることを見据え、その時期を見極めていると考えられた。そして、看護師は、これらすべてのアセスメントをもとに【実現可能な患者の希望を見極め（る）】、全人的呼吸困難感を体験しているがん患者の苦痛緩和に向けて看護の方向性を判断し、個人を尊重した看護目標の設定につながっていると考えられた（図）。

2. 熟練看護師が行う全人的呼吸困難感を体験しているがん患者のアセスメントの特徴

1) 全人的呼吸困難感を体験しているがん患者のComfortを促進するためのアセスメント

看護師は、【適切な薬剤・投与方法を判断する】などの呼吸困難感のマネジメントに向けたアセスメントの他、【苦痛の中で少しでも安楽が得られる環境を探る】ことや、【実現可能な患者の希望を見極める】ことをしていた。これらのアセスメントは、心身の苦痛緩和だけでなく、患者の自尊心が保たれていることやWell-Being（繩, 2006）などを含むComfortを促進する視点から、がん患者の苦痛緩和を捉えていることを示していると考えられた。Comfortは、「緩和、安心、超越に対するニードが、経験の4つのコンテキスト（身体的、サイコスピリットの、社会的、環境的）において満たされることにより、自分が強められているという即時的な経験である」（Kolcaba, 2003b）と定義されている。看護師が、病態把握と経過の予測をもとに【適切な薬剤・投与方法を判断（する）】していたことは、主に身体的緩和のComfortを満たすアセスメントであると考えられる。同時に、【常にせん妄の発症や鎮静の必要性を予測（する）】しており、看護師は、患者の苦痛や苦悩、利害のバランスや家族

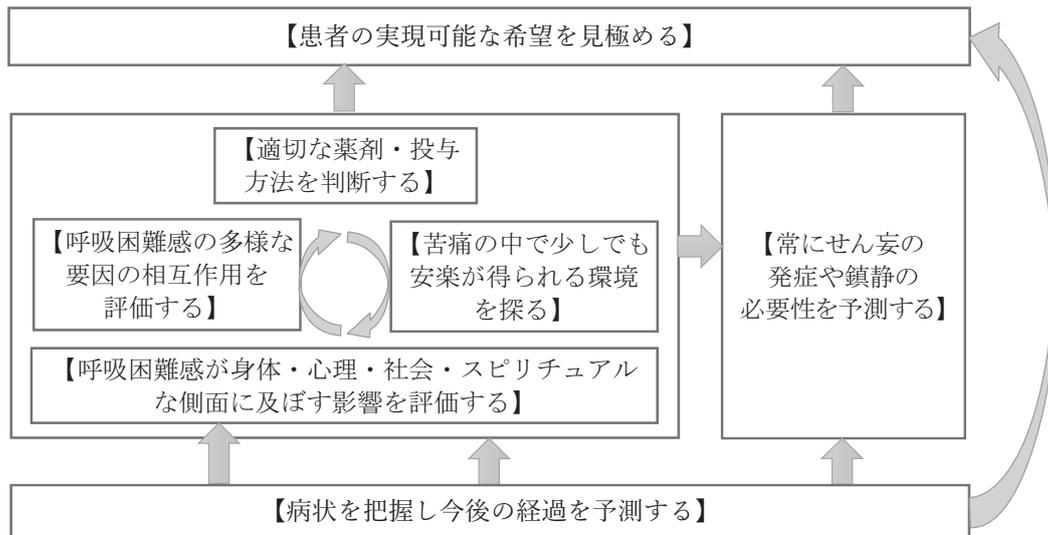


図 熟練看護師が行う全人的呼吸困難感を体験しているがん患者のアセスメントの全体像

との関係等を考慮し、身体的・サイコスピリットの・社会文化的緩和や安心のComfortを満たす包括的アセスメントであると考えられた。また、看護師は、全人的呼吸困難という苦痛が大きい中で、少しでも〈患者が落ち着ける心地よい環境（を探る）〉や〈安楽な体位や排泄行動を可能にする居室環境を探る〉っていた。そして、〈日常生活や今後の過ごし方における希望を把握（する）〉し、【実現可能な患者の希望を見極める（る）】ていた。これらは、Comfortの概念分析において、金正（2016）が明らかにした【体が心地よい】というComfort、そして、人が自分を支えてくれていることに気づき、人から尊重されていると思える状態である〈大切にされている〉を含む【つながりを感じている】というComfortを促進するアセスメントであると考えられた。

本研究では、終末期にあるがん患者への看護実践が多く語られており、濱田ら（2002）が明らかにした終末期がん患者の希望は、安楽に生きること、家族とのつながりの中で生きること、他者とのつながりの中で自分らしい人生を締めくくるなどのように、Comfortに関連するものが多い。特に終末期にあり、様々な要因と相互作用する全人的呼吸困難感を体験しているがん患者においては、身体面だけでなく、心理、社会、スピリチュアルな側面の安楽を包含するComfortを促進するアセスメントは、患者の希望やQOLを支える重要なアセスメントになると考えられ

た。

全人的呼吸困難感を体験しているがん患者のアセスメントにおいて、看護師は、まず、〈呼吸困難感の原因・要因と改善可能性を把握（する）〉し、そのうえで、【呼吸困難感の多様な要因の相互作用を評価する】ことで要因を見極めていた。このことから、看護師は、病態把握に基づき、様々な要因が関連する呼吸困難感を相互作用の視点から評価し、混沌とした状況の中から呼吸困難感の要因を見極めることで、促進可能なComfortニーズを判断していると考えられた。これらのことから、病態把握を基盤にComfortを促進する視点からアセスメントすることは、積極的ながん治療が困難になり、症状緩和にも限界が生じる全人的呼吸困難感を体験しているがん患者の苦痛緩和において、身体面だけでなく、心理、社会、スピリチュアルな側面からのアプローチを可能にし、新たな看護実践の糸口を見出すことにつながると考えられた。

2) 予測的な視点から潜在する問題・課題を捉えるアセスメント

看護師は、患者の病態把握をもとに〈現時点の病期を把握（する）〉し、病状悪化の見通しをもちながら〈今後の病状経過を予測（する）〉していた。宇佐美ら（2013）が、専門看護師が医療ニーズに対して、患者の苦痛と病状・生活能力を過去－現在－今後の時間軸で総合的にアセ

メントしていることを明らかにしているように、本研究の看護師は、患者のこれまでの経過をプロセスで捉えることで現在の病態を正確に把握し、今後の病状経過を見通して現在介入が必要な潜在的な問題や課題を抽出していると考えられた。

看護師は、呼吸困難感の増悪などにより〈苦痛緩和が困難になる時期を見据え(る)〉、〈鎮静の必要性を予測し、時機を見極め(る)〉ていた。さらに、使用薬剤などから〈せん妄の発症リスクを捉え(る)〉、コミュニケーションを通して〈せん妄の発症を見極める〉など、【常にせん妄の発症や鎮静の必要性を予測(する)】していた。これらのアセスメントは、【病状を把握し今後の経過を予測する】ことをもとに将来患者に起こり得ることを想定し、最悪に備えつつ、患者にとっての最善が得られるように予防的観点に立ったアセスメントであると考えられた。

呼吸困難とせん妄は、終末期がん患者における鎮静の対象となる主要な治療抵抗性の苦痛であり(関本, 2018)、呼吸困難は、特に死亡の1~2週間前から頻度も程度も高まる(Currow DC, et al, 2010)。そのため、全人的呼吸困難感を体験している患者は予後が限られ、病状が変化しやすく、悪化するリスクを伴う時期にある。そして、せん妄の有病率は、緩和ケア病棟への入院時に42%、死亡直前には88%に達するという報告もあり(Lawlor PG, et al, 2000)、全人的呼吸困難感を体験しているがん患者は、せん妄による苦痛を併せ持つことも多くなる。看護師は、このような状況をあらかじめ想定して〈鎮静の必要性を予測し、時機を見極め(る)〉ていた。しかし、呼吸困難に伴う苦痛緩和のために選択される持続的鎮静の開始に対して、看護師は葛藤が生じたり、薬剤を使用する判断責任を感じたりしていることが報告されている(吉村ら, 2015)。そのため、看護師が、患者にとっての最善となるようにタイミングを逃さず鎮静の開始を判断するためには、ケアとキュアを統合した専門的知識を基盤に、よりキュアに踏み込んだアセスメントが必要になると考える。

一方で、青木ら(2017)は、看護師が、終末期がん患者の生活歴や希望に目を向けて症状やせん妄体験を意味づけ、患者の体験を理解する

ためのアセスメントを行っていたことを報告している。本研究の看護師も、〈鎮静に対する患者や家族の思いを把握(する)〉したり、〈鎮静に対する本人の意思を推定(する)〉したりして、〈鎮静のタイミングを見極め(る)〉ていた。このことから、看護師は、全人的呼吸困難感をもつ患者の症状体験を理解してニーズを汲み取り、患者のQOLを重視したアセスメントを行っており、キュアに踏み込んだアセスメントを統合して潜在する問題や課題を捉えていると考えられた。

これらのアセスメントは、看護師が、より多角的に患者にとっての善や悪を検討し、判断することを可能にすると考えられる。このことは、患者の意思を尊重し、尊厳を守ることにつながり、全人的呼吸困難感を体験するがん患者が、苦痛が大きい終末期を最期まで自分らしく生きることを支えると考えられる。

看護実践への示唆

全人的呼吸困難感を体験しているがん患者の苦痛緩和に向けて、すべてのアセスメントの基盤として専門的知識に基づいた患者の病態把握、および経過の予測をもつことが重要であると示唆された。その上で、Comfortを促進する視点からアセスメントすることは、身体面だけでなく、心理、社会、スピリチュアルな側面からのアプローチを可能にし、患者の希望やQOLを支える看護実践の糸口を見出すことにつながると考えられた。促進可能なComfortニーズの判断とともに、患者のQOLを重視した看護独自のアセスメントとキュアに踏み込んだアセスメントを統合し、予防的観点から患者にとっての最善を判断する必要があると示唆された。

V. 結 論

本研究の結果、熟練看護師が行う全人的呼吸困難感を体験しているがん患者のアセスメントとして、【病状を把握し今後の経過を予測する】【呼吸困難感が身体・心理・社会・スピリチュアルな側面に及ぼす影響を評価する】【呼吸困難感の多様な要因の相互作用を評価する】【適切な薬剤・投与方法を判断する】【常にせん妄の発症や

鎮静の必要性を予測する】【苦痛の中で少しでも安楽が得られる環境を探る】【実現可能な患者の希望を見極める】の7カテゴリーが抽出された。全人的呼吸困難感を体験しているがん患者の苦痛緩和に向けたアセスメントにおいて、患者の病態把握と経過の予測、促進可能なComfortニードの判断、患者のQOLを重視したアセスメントを統合し、患者にとっての最善を判断することが重要になると示唆された。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、対象者が限られているため、熟練看護師が行う全人的呼吸困難感を体験しているがん患者のアセスメントを網羅しているとは言い難い。また、対象者の経験や活動の場の違いにより、データに偏りが生じた可能性がある。しかし、全人的呼吸困難感を体験しているがん患者に対して、熟練看護師が行っているアセスメントを可視化することができた。今後は、対象者を広げて調査を継続していくとともに、参加観察法により熟練看護師が意識せずに実践している看護のアセスメントを明らかにすることが課題である。

謝 辞

本研究の実施にあたりご協力くださいました対象者の皆様に心より感謝申し上げます。本研究は、平成28～30年度「科学研究費助成事業（科学研究費補助金）若手研究B」の助成を受けて実施し、第34回日本がん看護学会学術集会で一部を発表したものである。

本研究において申告すべき利益相反事項はない。

<引用文献>

青木美和, 荒尾晴恵: 終末期がん患者のせん妄ケアを実践している看護師のアセスメントの視点, *Palliative Care Research*, 12 (2), 203-210, 2017.

Benner P (2001)/井部俊子 (2005). ベナー看護論 新訳本 初心者から達人へ, 26. 東京: 医学書院.

Bruera E, Schmitz B, Pither J, et al (2000). The

frequency and correlates of dyspnea in patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(5), 357-62.

Bruera E, Sweeney C, Ripamonti C (2002). Management of dyspnea. Berger AM, Shuster JL, Von Roean JH eds. Principles and practice of palliative cares and supportive oncology (2nd ed), Lippincott Williams & Wilkins, 357-371.

Currow DC, Smith J, Davidson PM, et al (2010). Do the trajectories of dyspnea differ in prevalence and intensity by diagnosis at the end of life? A Consecutive Cohort Study. *Journal of Pain & Symptom Management*, 39(4), 680-690.

Gift AG; Stommel M; Jablonski A, et al (2003). A cluster of symptoms over time in patients with lung cancer. *Nursing Research*, 52(6), 393-400.

濱田由香, 佐藤禮子 (2002). 終末期がん患者の希望に関する研究. *日本がん看護学会誌*, 1(2), 15-25.

橋本晴美, 神田清子 (2011). 呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者の体験. *日本看護研究学会雑誌*, 34(1), 73-83.

橋本晴美, 吉田久美子, 神田清子 (2017). 「がん患者の呼吸困難感」の概念分析. *日本看護研究学会雑誌*, 40(1), 45-56.

木村美香 (2015). 一般病棟において終末期肺がん患者に関与する看護師の戸惑い. *日本赤十字看護学会誌*, 15(1), 39-46.

金正貴美 (2016). Comfortの概念分析. *香川大学看護学雑誌*, 20(1), 1-14.

Kolcaba K (2003a)/太田喜久子 (2008). コンフォート理論—理論の開発過程と実践への適用 (第1版), 119・267. 東京: 医学書院.

Kolcaba K (2003b)/太田喜久子 (2008). 前掲書, 15.

Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, et al (2000). Occurrence, causes, and outcome of delirium in advanced cancer patients: a prospective study. *Archives of Internal Medicine*, 160, 786-794.

Manning HL, Schwartzstein RM (1995). Pathophysiology of dyspnea. *New England journal of Medicine*, 333, 1547-1553.

宮坂仁美, 石井三由紀, 池田奈保他 (2014). 呼吸困難がある肺がん患者と関わる看護師の苦

- 悩. 長野赤十字病院医誌, 27, 61-65.
- 縄秀志 (2016). 看護実践における“Comfort”の概念分析. 聖路加看護学会誌, 10(1), 11-22.
- 才智葉子, 田村恵子, 福村寛子他 (2011). 吸困難感を訴える患者に関わる看護師の語りの内容グループでの語りを通して. 日本看護学会論文集成人看護II, 41, 183-186.
- 関本剛 (2018). 1. 治療抵抗性の苦痛はどのような苦痛か?. 日本緩和医療学会ガイドライン統括委員会 (2018). がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き2018年版, 104, 東京: 金原出版株式会社.
- 田中桂子 (2004). がん患者の呼吸困難の特性. 田中桂子 (2004). がん患者の呼吸困難マネジメント, 2-4, 東京: 照林社.
- Tanaka K, Akechi T, Okuyama T, et al (2002). Factors correlated with dyspnea in advanced lung cancer patients: organic causes and what else ?. Journal of Pain and Symptom Management, 23(6), 490-500.
- 茅根義和, 松田能宣 (2016). 呼吸困難の原因. 日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン委員会 (2016). がん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン2016年版, 23, 東京: 金原出版株式会社.
- 宇佐美しおり, 吉田智美, 市原真穂他 (2013). 医療ニーズに対する高度看護実践家としての専門看護師(CNS)の活動と評価に関する研究: 包括的アセスメントと診断、介入評価. 看護, 65(14), 23-27.
- 吉村公一, 吉田稔恵, 無漏田泰代 (2015). 持続的鎮静を開始する時に生じる看護師の消極的感情. 看護実践の科学, 40(12), 70-74.