

成人期がん患者の緩和ケアにおける「苦痛」の概念分析

中原 美穂

I. 緒 言

近年、がん患者の緩和ケアに関する考え方が変化している。シシリー・ソングダースの「身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな要素がお互いに影響し合い苦しみを形成する全人的苦痛」という概念は、現在の緩和医療学に影響している¹⁾。WHOは1990年に「緩和ケアとは、治癒を目指した治療が有効でなくなった患者に対する積極的な全人的ケアである。痛みやその他の症状のコントロール、精神的、社会的、そして霊的問題の解決が最も重要な課題となる。」²⁾と定義した。同年に日本でも「緩和ケア病棟入院料」が医療保険診療報酬として設けられたことにより、緩和ケア病棟の開設が全国に広がった¹⁾。

さらに、2002年にWHOは緩和ケアの定義を見直し「緩和ケアは生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理・社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処を行うことによって、苦痛の予防と軽減を図り、QOLを改善するアプローチである」³⁾とした。緩和ケアは病気を診断されたときから最期を迎えるまで継続するケアであり、苦痛を緩和するためだけのケアから、QOLの維持をゴールとしたケアへと変化した。

日本の死因は時代とともに変化し、1981年以降、がんによる死亡者数が死因順位1位となった⁴⁾。年々がん患者数が増加していく中で、2006年に「がん対策基本法」、2012年には「がん対策推進基本計画」が制定⁴⁾され、診断時からの緩和ケアが重要視されるようになった。日本緩和医療学会では緩和ケアに関する様々なガイドラインを提示している⁵⁾。ガイドラインはあくまでも基本的な指針を示したものであり、実際の適応において、個々の患者ごとに適切な対応をする必要があり、看護職にはそれぞれの知識及び経験に基づいた臨床判断が求められる。特にがん患者が死に向かっていく終末期において、患者と家族の苦痛は多様化するため、様々な視点からアセスメントすることで患者と家族のニーズに近づくことができる⁶⁾。緩和ケアにおいて、苦痛を取り除くことが最も重要であり、看護をする上で、苦痛が患者にとってどのようなものか理解する必要がある。そこで、ここでは成人期がん患者の緩和ケアにおける「苦痛」について理解

するために、その概念を検討することを目的として研究を行う。

II. 目 的

成人期がん患者の緩和ケアにおける「苦痛」の概念に関して検討を行う。

III. 研究方法

Rodgers⁷⁾は、概念は開発されるものであり、時間の経過の中で使われ、適応され、再評価され、精錬されると述べている。概念が使用される文脈を省察し、最終的にはより有用な概念の開発へと向かうこと目的としており、概念を革新的な視点でとらえている。そこで、本研究の「苦痛」の概念分析ではRodgers⁷⁾の手法が有効であると考え、この手法を用いて検討を行った。

1. 対象文献の選定

Rodgers⁷⁾は、分析には少なくとも30文献、あるいは母集団の20%を占める文献のどちらか大きい方を選別すると述べられている。30文献を目標とし、分析文献を検索した。検索データベースは「医中誌Web」と「CINAHL」を用いた。

「医中誌Web」での検索用語は「がん」、「苦痛」とし、看護論文と成人期を対象としたもののうち、検索条件を「症例報告・事例除く」「原著論文」とした。1990年のWHO緩和ケアの定義から現在に至るまでの『苦痛』の定義に関して明らかにしたいため検索期間は1990～2020年とした（検索日：2020.6.17）。その結果該当する文献は336件であり、「苦痛」に関しての記載がないもの、定義の一貫性がないものを除いた23件を対象とした。

「CINAHL」での検索用語は「cancer pain」「palliative care」「distress」とし、検索条件は「English」「Adult+Middle Aged」、検索期間は1990～2020年とした（検索日：2020.6.19）。その結果該当する文献は24件あり、「苦痛」に関しての記載がないものを除いた4件を対象とした。計27文献と関連書籍や文書を10件加え、対象文献を計37件とした。

本研究において、苦痛に対して小児・老年期は年齢特

有の影響があると考えため、成人期を対象として文献検討をした。

2. データ分析

Rodgers⁷⁾の手法を参考に、各文献において、成人期がん患者の緩和ケアにおける「苦痛」の定義、特性、先行要件、帰結、関連する概念に関して抽出した。

IV. 結 果

成人期がん患者（以下、患者とする）の緩和ケアにおける「苦痛」の定義、特性、先行要件、帰結、関連する概念は以下のとおりであった。

1. 定義および特性

分析の結果、【不快な身体症状に伴う苦痛】【社会的役割を果たすことのできない苦痛】【不確かな状況による苦痛】【実存的な苦痛】【4つの側面から見た複合的な苦痛】【家族が感じている苦痛】の6つの特性が明らかとなった。

(1) 不快な身体症状に伴う苦痛

がん患者の8割以上にがん性疼痛があり、その他の症状として倦怠感、食欲不振、呼吸困難、嘔気・嘔吐、腹部膨満感、便秘、下痢などの症状があった²⁾。身体的苦痛は「身体症状の出現頻度の増加」⁸⁾、「身体症状による日常生活への支障」⁹⁾、「耐えがたい身体症状」¹⁰⁾と定義されていた。ほとんどの文献で苦痛は疼痛をはじめとするその他の不快な身体症状が含まれていた⁸⁻¹⁹⁾。

(2) 社会的役割を果たすことのできない苦痛

日常生活の社会的役割は経済面、仕事上や家庭内などの人間関係の中で決まっていき、がんの進行に伴い社会的役割が十分果たせないことが生きがいを失うことにつながっていた²⁾。社会的苦痛は「自己と他者との関係性の中で生じる否定的感情」²⁰⁾、「自らの役割や生活の変化に関する葛藤」²¹⁾と定義されており、他者との関係性や日常生活が変化することで起こる制約や障壁が含まれていた²⁰⁻²²⁾。

(3) 不確かな状況による苦痛

治療を続けていく中、身体的苦痛の出現や予後予測が不明確なことによる不確かな状況が続くことで、不安、苛立ち、孤独感、おそれ、うつ状態、怒りなどの感情が表出された²⁾。精神的苦痛は現実と理想が合致せず葛藤し感じる孤独な状況であり「非身体的要因の一つである心理的因子」²³⁾と定義されていた。

(4) 実存的な苦痛

がんと診断されてから死について考える機会が増え、人生の意味、死生観、死の恐怖を考えることにより、自分の存在価値について問う実存的な苦痛を意識的あるいは無意識的に持つ²⁾。一方、嶋田ら²⁴⁾は実存的な

苦痛と同じような意味でスピリチュアルペインを「生命の危機の恐怖や病気の進行による身体機能の衰えに伴い無力感を抱くことによって、生きること、存在すること、苦悩することの意味、死への不安、尊厳の喪失、罪責意識、現実の自己への悲嘆、関係性の喪失、超越的存在への希求等について問い続けざるを得ない苦痛」と定義していた。その他にも「相反する症状や感情の中で生じる戸惑い」²⁵⁾、「魂の奥底にある痛みであり、肉体的ではない存在」²⁶⁾と述べられており、自分の生きる意味や目的について考えることで生じる戸惑いや混乱が含まれていた²⁴⁻²⁷⁾。

(5) 4つの側面から見た複合的な苦痛

患者にみられる「全人的苦痛」は身体的側面だけでなく、精神面、社会面、スピリチュアル面を含め、全人的に患者の苦痛をとらえる必要があり、これらが互いに影響しあい、患者の苦痛が形成されていることが挙げられた²⁾。大野ら²⁸⁾、村木ら²⁹⁾、渡邊ら³⁰⁾、迎川ら³¹⁾の研究でも、WHOが緩和ケアの定義で取り扱っている4つの側面から見た複合的な苦痛として定義づけていた。

内山³²⁾、Ya-Ping Leeら³³⁾、Adir Shaulovら³⁴⁾はWHOの緩和ケアの定義で示した4つの側面を使用せず苦痛を定義していた。内山³²⁾は乳がん患者の心身苦痛体験を構造的に研究することで「英語における“suffering”に該当するもの」と定義していた。Ya-Ping Leeら³³⁾は疼痛と精神的苦痛が関係しており、「複雑な多次元の主観的体験である」と定義し、Adir Shaulovら³⁴⁾は苦痛とQOLの関係は年齢とともに具体化されていくものであり、「疾患に関連する以前の経験に基づいて再概念化されるもの」と定義づけていた。

(6) 家族が感じている苦痛

家族の苦痛は患者の苦痛によって変化しやすく、在宅療養している患者は家族という社会の中で生活しているため、特に互いが影響し合っていた²⁰⁾。治療中の患者に対する家族のサポートが必要である一方、患者の苦痛を家族が理解していないことや患者の苦痛によって家族の苦痛が増強することもあった^{8, 19, 20, 29)}。

2. 先行要件

WHOは緩和ケアをがんの診断されたときから早期に開始すべきケアとしており、「必要に応じた症状の緩和ケア」と「症状の緩和を中心としたケア」に分類されていた⁸⁾。緩和ケアにおける「苦痛」の先行要件として、「必要に応じた症状の緩和ケア」を行う必要のある【がん罹患すること】【治療の開始】、「症状の緩和を中心としたケア」が必要である【がんの悪化】が挙げられた。

「必要に応じた症状の緩和ケア」を行う必要のある【がん罹患すること】はがんの出現による身体症状や先行きの見えない漠然とした不安などが出現すること^{22, 23, 30)}、

【治療の開始】は化学療法による副作用や手術による合併症などが出現すること^{8, 11-13, 16-19, 21, 25, 26, 29, 31, 32)}が苦痛につながっていた。

転移の発見や症状悪化、すなわち【がんの悪化】では新たな症状の出現が苦痛につながっていた^{9, 10, 14, 15, 20, 24, 27, 28, 33, 34)}。

3. 帰結

緩和ケアにおける「苦痛」の帰結は【苦痛が軽減されること】であった^{9, 10, 15, 17, 20, 23, 26-28)}。一方で苦痛が軽減されることで、さらにその先の【QOL維持・向上】^{9, 10, 15, 17, 23, 26-28)}を帰結にしている文献もあった。多くの文献では苦痛に対する介入方法の記載はあったが、介入の結果まで言及している論文は少なく、【死】を帰結として扱っている論文はなかった。

4. 関連する概念

緩和ケアの根底にある「苦痛」は、患者の主観に基づき評価されるものであり、厳格な量的評価は困難である。また、文献などにおいて様々な言葉で示されており、関連する概念として「苦悩」「苦難」「苦しむ」が挙げられていた。

「苦悩」は精神的な苦しさ³⁵⁾という意味であり、精神面のみに焦点を当てているものであった。

トラベルビーは「人間対人間の看護」³⁶⁾の中で「苦しむ」と「苦難」について比較し、「苦しむ (suffer)」は「悲しみを持って耐えしのぶような、身体的もしくは心理的痛みさらされること」、「苦難 (suffering)」は「不快感情であり、それは単なる過渡的な心理的・身体的・精神的不快から、極度の苦悶そして苦悶の彼方の諸相つまり絶望的な無配慮の悪性の位相・無感動的無関心の終末的位相にまでわたっている。」と定義していた。

V. 考 察

1. 4つの側面から見た複合的な苦痛

「苦痛」の定義として、WHOが緩和ケアの定義に含んでいる4つの苦痛要素を扱っている文献が多かった。本研究では、医中誌とCINAHLを用いて文献の検索を行い、医療領域に絞り検討を行ったため、結果として、身体的苦痛に関して述べている文献が多かった。身体的苦痛は原因が明確であり、共通の指標があるのに対し、社会的苦痛・精神的苦痛・スピリチュアルペインは原因が患者によって異なり、多様であるため、研究者独自の見解によりそれぞれが異なる定義をしていた。また、それらの定義においても、社会的苦痛・精神的苦痛・スピリチュアルペインを客観的に表現することは困難であり、漠然とした表現や主観的な表現が多く用いられていた。

一方で、Ya-Ping Leeら³³⁾、Adir Shaulovら³⁴⁾は苦痛

を4つの概念に分けて考えておらず、様々な側面が絡み合って一つの苦痛となると述べており、その複合性を示していた。患者はがんと診断されたことにより、今まで考えていなかった「死」が身近になり、混乱している状況である。がん患者は症状出現時に伴い自分の病状を認識し、理想と現実の中で葛藤しており、その葛藤が「苦痛」につながっていた。

WHOは緩和ケアでの定義において苦痛の4側面を示している。苦痛は“4側面”から整理できる概念である一方、“複合的”な側面も同時に持ち合わせた概念でもある。

2. 家族へのグリーフケア

苦痛が軽減するためには、【症状緩和】と【病気からの開放】の2つが挙げられる。【症状緩和】に関しては多くの文献でも言及していた。一方で死による【病気からの開放】によっても苦痛はなくなるが、死について言及した文献はなかった。

患者と家族の苦痛は互いに影響しあっており、時に苦痛は家族に転移し、家族の苦痛を増強させる。患者の死後、その転移した苦痛が家族を苦しめることもある。時間とともに苦痛が軽減することもあるが、長引くことで家族が日常の生活に戻れないこともあり、さらに周囲へ影響していく可能性がある。そのため、患者の死後、家族の苦痛を緩和するためにも、最期の時間をどのように過ごすかが重要である。患者と家族が共に過ごすことで、互いの感情を確認し合い、今まで過ごしてきた時を振り返ることができる。この時間が現在の状況を認識し、苦痛を受け入れる過程でもある。

多くの文献では患者の苦痛に焦点を当て研究していたが、患者だけでなく、家族の苦痛に対しても寄り添い、ありのままを受け入れることが必要であり、その過程がグリーフケアにつながる。患者の苦痛を考える上では、共にいる家族の苦痛、そして、患者の死を見据え、残された家族の苦痛も含め、苦痛の概念について考えていく必要がある。

3. 今後の看護への展望

看護師は日々関わっていく中で、苦痛の根源に何があるのか明確にし、患者のみならず、共にいる家族を含め、その中で、苦痛について考えていく必要がある。患者の苦痛は複合的であり、時に客観的に苦痛を捉えることが困難になる。WHOは苦痛の4つの側面を示しているが、それぞれの側面を見て、それらを単に合わせるだけでは、患者の全体像をとらえることができない。苦痛を4つの側面からとらえ、さらに苦痛の全体像を複合的に捉えることで、患者の多様な苦痛を理解することが可能になる。

また、多くの文献では今ある患者の苦痛に焦点を当て研究していた。一方で終末期や臨死期の患者の苦痛は時

に家族に影響するものであることを理解する必要がある。徐々に体調が悪化し、苦しむ患者を目の前に家族は何もできないという喪失感を味わう。患者の苦痛を考えるうえで、相互に影響しあう家族の苦痛も含めて考えていく必要がある。

一方で中川ら³⁷⁾は『季節や人生そのもののうつろいを諸行無常ととらえた日本人から、無意識的な宗教観がなくなって「死」は日常にも、人々の意識の中にもありません。』と述べていた。生活している中で死生観について考える機会が減っており、がんと告知され、死を認識することや喪失感を味わうことが意味するものは何か考えていかなければいけない。患者が感じている苦痛の先に死があり、死を見据えた苦痛があることを踏まえておく必要がある。

VI. 結 論

本研究において、成人期がん患者の緩和ケアにおける「苦痛」とは「がんの罹患によって始まり、死によって終わる身体、精神、社会、スピリチュアル4つの側面を併せ持った複合的な苦しみ」であった。

患者個人によって感じている苦痛は異なり、医療技術の進歩や多様化していく社会の中で新たな視点が明らかになることもある。今後とも、その変化に応じ、苦痛の概念を具体的に記述して、苦痛を明確にしておくことが、患者の緩和ケアをすすめていくためにも重要である。がんは2人に1人が罹患していると言われており、治療薬の進歩により、がん患者やがんサバイバーの人口は増えていく。そのため、成人期がん患者の緩和ケアにおける「苦痛」の概念に対して共通認識を持つことで経験知に頼った看護ケアではなく、理論に基づいたケアを行うことが求められている。

参考文献

- 1) 安達 勇. がん緩和医療学の歴史的背景と現状. *Skin Cancer* 2006; 21 (3): 252-260.
- 2) 恒藤 暁, 内布敦子. 系統看護学講座別巻: 緩和ケア. 第2版. 東京: 医学書院; 2014. p.2-269.
- 3) World health organization [Internet]. Palliative Care. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [accessed 2020-8-10]
- 4) 厚生労働統計協会. 国民衛生の動向: 2019; 66 (9). p.61-70.
- 5) 日本緩和医療学会 [Internet]. ガイドライン. <https://www.jspm.ne.jp/guidelines/> [accessed 2020-8-10]
- 6) 岩崎紀久子, 酒井由香, 中尾正寿. 一般病棟でもできる! 終末期がん患者の緩和ケア. 第3版. 東京: 日本看護協会出版会; 2014. p.6-7.
- 7) Rodgers, B. L. & Knaf, K. A. Chapter 6 Concept Analysis: An Evolutionary View. In: Rodgers, B. L. Concept Development in Nursing: Foundation, Techniques and Applications, Second edition. Philadelphia, Pennsylvania: W. B. Saunders; 2000. p.77-102.
- 8) 小西敏子, 丸口ミサエ. 看護師から見た山間へき地の病院・診療所におけるがん患者の緩和ケア及びがん性疼痛緩和の現

状と課題-身体的苦痛の緩和に焦点をあてて-. 獨協大学看護学部紀要 2015; 9: 35-45.

- 9) 前澤美代子. 腹水を伴うがん患者の苦痛に対するラベンダー精油を用いた腹部温湿布の効果. *せいいい看護学雑誌* 2015; 6 (1): 8-13.
- 10) 坂尻明美. 一般病棟においてセデーションを受けている終末期がん患者に対する看護師の対応. *成人看護Ⅱ* 2002; 33: 186-188.
- 11) 長 光代, 一ノ山隆司, 若林健治 ほか. がん化学療法を受ける患者の治療延期によって生じる思いの分析. *富山大学看護学会* 2016; 15 (2): 127-136.
- 12) 新井敦美, 塚越徳子, 堀越政孝 ほか. 診断が不確かなまま手術を受ける卵巣がん患者の苦痛と対処. *群馬保健学紀要* 2014; 35: 81-92.
- 13) 飯岡由紀子. 婦人科がんサバイバーの術後の苦痛と心配事の実態. *聖路加看護学会誌* 2018; 21 (2): 39-47.
- 14) 二宮一美, 大谷哲也, 田中裕子 ほか. 外来がん化学療法患者を対象とした苦痛スクリーニングの導入-苦痛対応に必要なリソースに関する分析-. *Palliative Care Research* 2019; 14 (1): 15-21.
- 15) 北村祐子. 肛門周囲に自壊創がある患者の身体的苦痛の緩和に向けた皮膚・排泄ケアの認定看護師の介入. *日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌* 2017; 21 (4): 318-322.
- 16) 田中康平, 佐藤 温, 高畑武功 ほか. 癌化学療法施行患者における安全性評価と苦痛度評価の差異に関する患者因子の検討. *癌と化学療法* 2018; 45 (6): 955-960.
- 17) 江藤美和子, 吉野 葵, 周治規子 ほか. がん化学療法中の排便障害と日常生活への影響. *兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要* 2020; 27: 65-75.
- 18) 佐藤富美子. 術後1年までの乳がん体験者における患側上肢の苦痛に関連する要因の検討. *日本保健医療行動科学学会年報* 2012; 27: 157-170.
- 19) 齊田菜穂子, 森山美知子. 外来で化学療法を受けるがん患者が知覚している苦痛. *日がん看護学誌* 2009; 23 (1): 53-60.
- 20) 瀬山瑠加, 吉田久美子, 神田清子. 語りにみる進行がん患者の社会側面の変化と苦痛. *群馬保健学紀要* 2005; 26: 61-70.
- 21) 中 滉子, 大石ふみこ, 大西和子. 外来化学療法患者の苦痛と困難に関する看護師と患者の認知の比較と看護のあり方. *三重看護学* 2007; 9: 41-54.
- 22) 田口賀子. がん診療連携拠点病院を受診した乳がん患者が初診時に抱えている社会的苦痛. *日本看護学会論文集慢性期看護* 2017; 47: 15-18.
- 23) 片山美子, 小笠原昭彦. がん患者の入院治療経験によるこころの苦痛と看護介入に関する仮説. *日本看護科学学誌* 2008; 28 (3): 52-58.
- 24) 嶋田由枝恵, 宮脇美保子. 日本人の「終末期がん患者のスピリチュアルペイン」概念分析. *日本看護科学学誌* 2017; 37: 456-463.
- 25) 飯岡由紀子, 梅田 恵. ホルモン療法中の閉経前乳がん女性の苦痛と対処の構造. *日がん看護学誌* 2013; 27 (2): 16-26.
- 26) Pedro E. Pe´rez-Cruz, Paola Langer, Cecilia Carrasco et. Spiritual Pain Is Associated with Decreased Quality of Life in Advanced Cancer Patients in Palliative Care: An Exploratory Study. *JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE* 2019; 22: 663-669.
- 27) Yagi Toshinari, Sakamoto Tomoko, Nakai Keiko et. A Questionnaire-based Assessment of the Anxiety, Satisfaction and Discomfort Experienced by Japanese Cancer Patients during the Use of Central Venous Ports. *Internal Medicine* 2016; 55 (17): 2393-2399.
- 28) 水野輝美, 佐藤玲子. 痛みのあるがん患者の在宅療養における苦痛とセルフケア. *千葉大学看護学部紀要* 2003; 25: 1-8.
- 29) 村木明美, 大西和子. 外来化学療法を受けている非細胞がん患者の苦痛に関する研究. *三重看護学誌* 2006; 8: 33-41.
- 30) 渡邊美保, 福田和美. がん患者を対象とした全人的苦痛に対するターケティールケアの効果. *日本看護医療学会雑誌* 2014; 16 (2): 40-48.
- 31) 迎川ゆき, 小林恭子, 木下真由美. がん患者が迎える全人的苦痛に対する看護師の役割 外来がん化学療法をうける患者の意識調査より. *広島県立病院医誌* 2009; 41 (1): 73-78.

- 32) 内山美枝子. 治療過程で生じる乳がん女性の心身苦痛体験の構造モデル. 日がん看護誌 2011 ; 25 (2) : 24-34.
- 33) Ya-Ping Lee, Chih-Hsun Wu, Tai-Yuan Chiu et. The relationship between pain management and psychospiritual distress in patients with advanced cancer following admission to a palliative care unit. BMC Palliative Care 2015 ; 14 (69) : 1-7.
- 34) Adir Shaulov, Gary Rodin, Gordana Popovic et. Pain in patients with newly diagnosed or relapsed acute leukemia. Supportive Care in Cancer 2019 ; 27 : 2789-2797.
- 35) 新村 出. 広辞苑. 第四版. 東京 : 岩波書店 ; 1991. p.745.
- 36) Joyce Travelbee, 長谷川 浩 (訳). 人間対人間の看護. 東京 : 医学書院 ; 2010. p.87-104.
- 37) 中川恵一, 養老孟司, 和田秀樹. 命と向き合う : 老いと日本人とがんの壁. 東京 : 小学館 ; 2007 : p.22-25.