The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	頭頸部がん化学放射線療法に伴う口腔粘膜炎の疼痛に対する看護支援とその困難
Author(s)	髙志, 慈祥; 山下, 亮子; 小池, 万里子 他
Citation	大阪大学看護学雑誌. 2021, 27(1), p. 26-34
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/78979
rights	©大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

頭頸部がん化学放射線療法に伴う口腔粘膜炎の疼痛に対する看護支援とその困難

Difficulties and Nursing Support for Patients with Oral Mucositis and Head and Neck Cancer Undergoing Chemoradiotherapy

髙志慈祥[1)]・山下亮子[2)]・小池万里子[3)]・山本知美[4)]・荒尾晴惠[5)]
Jisho Takashi[1)], Ryoko Yamashita[2)], Mariko Koike[3)], Tomomi Yamamoto[4)], Harue Arao[5)]

要　旨

目的：化学放射線療法(chemoradiotherapy: CRT)を受ける頭頸部がん患者の口腔粘膜炎の疼痛に対する看護支援とその困難を明らかにする。

方法：2 施設の耳鼻咽喉科・頭頸部外科の看護師 7 名を対象に半構造化面接を行い、質的内容分析を行った。

結果：口腔粘膜炎の疼痛に対する看護支援は【粘膜炎に伴う疼痛の増強に備えるための治療前からの関わり】【疼痛の増強を見極めた疼痛緩和の支援】【効果的な疼痛緩和に向けた多職種との連携】【患者の主観に基づく情報と客観的な観察結果を考慮した疼痛アセスメント】に集約された。困難は【強烈な疼痛の管理しづらさ】【患者特性による効果的な支援の難しさ】【チーム内でケアの方向性・内容を共有する難しさ】【患者の主観的な疼痛を捉える難しさ】に集約された。

結論：看護師は、口腔粘膜炎の疼痛緩和のために治療前から疼痛の増強に備えた支援を行っていた。しかし、疼痛は医療用麻薬でも完全には緩和できず、疼痛の出現形態の複雑性から、患者の主観的な疼痛評価が困難であると捉えていた。看護師への教育的介入や専門チームの活用、疼痛の状況に応じた達成可能な目標設定、疼痛を表出しやすい支援が重要である。

キーワード：頭頸部がん、化学放射線療法、口腔粘膜炎、看護支援、困難
Keywords：head and neck cancer, chemoradiotherapy, oral mucositis, nursing support, difficulty

Ⅰ．緒言

化学放射線療法(chemoradiotherapy: CRT)は頭頸部がん治療で適用されるが、CRTを受ける患者は放射線と抗がん剤の影響を受け、急性粘膜炎、唾液分泌障害等の多様な有害事象を体験する。CRT を受ける頭頸部がん患者を対象とした調査では、口腔粘膜炎の発症率は 80%以上であり[1)]、照射量が増えるほど強い粘膜炎が高頻度に出現する[2)]。併用する薬剤によっては、Grade3 以上の粘膜炎を生じ[3)]、CRT に伴う口腔粘膜炎の疼痛は、医療用麻薬の使用を避けられないほど増強する。

口腔粘膜炎の疼痛は、発声困難や嚥下困難をきたし、感染リスクを高め、抗がん剤の減量や治療中断の要因ともなる[4)]。さらに、発声困難や経口摂取量の低下、睡眠障害等は患者の QOL(Quality of life: 生活の質)を低下させる[5)]。そのため、積極的な疼痛緩和や口腔合併症のリスク軽減のために口腔ケアを行い、患者の QOL を維持することが重要である。

先行研究では、放射線療法を受ける頭頸部がん患者の口腔粘膜炎の疼痛は、医療用麻薬を使用していても増強することが示されている。75 人の頭頸部がん患者を対象に CRT または放射線療法を実施した先行研究において、64 人（85%）に麻薬性鎮痛剤が処方されていたにも関わらず強い疼痛を感じていた患者の割合は治療前半では 25%だったが、治療後半では過半数まで増加した

[1)]元医療法人協和会千里中央病院、[2)]元大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻、[3)]市立豊中病院、
[4)]山口県立総合医療センター、[5)]大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
[1)]Former Senrichuo Hospital, [2)]Former Osaka University Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences,
[3)]Toyonaka Municipal Hospital, [4)]Yamaguchi Prefectural Grand Medical Center,
[5)]Osaka University Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences

[6]。このような中で、看護師は早期からの疼痛管理や、強い疼痛の中でも口腔ケアを継続させるため、経時的に増強する口腔粘膜炎の疼痛に対し、様々な看護支援を継続的に実施している。しかし、CRT を受ける頭頸部がん患者 5 名を対象に、口腔粘膜炎に伴う疼痛が出現し始めた時期と疼痛緩和が困難な時期に面接法による調査を行った先行研究では、治療開始時から看護師による口腔内及び疼痛の観察、鎮痛剤の調整、口腔ケアを継続する等の看護支援が提供されていても、治療後半から増強する疼痛の緩和は難しく、患者側は疼痛が緩和されていないと捉えており [7]、疼痛緩和自体の難しさが示唆された。

先行研究では、CRT の口腔粘膜炎の疼痛に対してケアを受けた患者が主観的に捉えた看護支援の状況は示されているものの、看護師が CRT の口腔粘膜炎の疼痛に対して、意図的に実施している看護支援及び、支援する上で看護師が感じる困難を取り上げた調査は、過去に実施されていない。これらを明らかにすることは、緩和が難しい口腔粘膜炎の疼痛に対する看護支援の課題を見出し、解決策を検討するために必要と考える。そこで本研究では、CRT を受ける頭頸部がん患者の口腔粘膜炎の疼痛に対して、看護師が実施している看護支援とその困難を明らかにすることを目的とした。

Ⅱ．研究方法

1．研究デザイン

本研究は質的記述的研究法を用いた。

2．用語の操作的定義

口腔粘膜炎の疼痛に対する看護支援とは、薬物療法・非薬物療法を含め、看護師が口腔粘膜炎の疼痛緩和を目的に実施している行為とした。看護支援の困難は、看護支援を行う上で支援の阻害要因となる困難、及び看護支援を行う上で看護師が疼痛緩和の効果を実感できずに感じる困難とした。

3．研究対象

類似の科で 3～5 年程度ケアしてきた看護師は、状況を局面でなく、全体や大局観として捉えることが可能と報告されている [8]。そこで本研究では、頭頸部がん CRT に伴う口腔粘膜炎の疼痛に対する看護を十分に語れるように、対象者の選定条件を当該領域の病棟で、日々の看護支援の経験を約 5 年以上もつ者とした。

4．調査内容

1)データ収集方法

がん診療連携拠点病院 2 施設で調査した。耳鼻咽喉科・頭頸部外科病棟の看護師長に文書及び口頭で研究の主旨と方法を説明し、協力の承諾を得た。看護師長から推薦された候補者に対し研究者が文書及び口頭で研究への参加を依頼し、文書で同意が得られた者を対象とした。対象者の基礎情報と、CRT の口腔粘膜炎の疼痛に対する看護支援とその困難の具体的な情報を収集するために、インタビューガイドを用いて個室で約 30～60 分の半構造化面接を実施した。また、対象者の同意を得て、面接内容を IC レコーダーに録音した。

2)対象者の基礎情報

面接時に口頭で(1)臨床経験年数、(2)CRT を受ける頭頸部がん患者の看護の経験年数を質問した。

3)口腔粘膜炎の疼痛に対する看護支援について

対象者に半構造化質問から成るインタビューガイドを使用して、CRT の口腔粘膜炎の疼痛に対して実施している看護支援について、面接を実施した。インタビューガイドの内容は、(1)看護支援の具体的な内容として、①口腔粘膜炎予防のために実施している看護支援の内容、②口腔粘膜炎に対する鎮痛剤の使用状況や使用を促すために実施している看護支援、(2)看護支援を行う上で感じる困難として、①早期からの口腔粘膜炎予防のための口腔ケア支援を行う上で感じる困難、②鎮痛剤を使用する上で感じる困難について、であった。

5．分析方法

Krippendorff [9]の内容分析法に基づき分析した。まず、IC レコーダーの録音内容を逐語録にし、逐語録から口腔粘膜炎の疼痛に対する看護支援について文章の意味内容を損なわないように抜き出し、簡潔な一文で表した。意味内容が類似する一文を集約しコードを抽出する過程で、各コードの意味により看護支援と看護支援の困難に分類し、コードからカテゴリ化を行った。分析の妥当性確保のため、分析の全過程で質的研究に精通したがん看護を専門とする研究者からスーパーバイズを受け、複数の研究者間でディスカッションを繰り返した。

6．倫理的配慮

本研究は、研究責任者の所属施設の倫理審査委員会での承認（承認番号：15519）及び、その審査

結果を以て、他方の施設長の承認を得た後に実施した。対象者には研究の主旨、個人情報の保護、自由意思による参加等を文書及び口頭で説明した。

Ⅲ．結果

1．対象者の概要

対象者は 7 名で全員女性、臨床経験年数の平均は 16.6 年、CRT を受ける頭頸部がん患者の看護の経験年数の平均は 5.5 年であった（表 1）。専門看護師、認定看護師の有資格者は含まれなかった。インタビュー時間は平均 38.7 分であった。

表 1　対象者の概要

施設	対象者 ID	臨床 経験年数	CRT[1)]を受ける 頭頸部がん患者の 看護の経験年数
X	A	19 年	6 年
	B	13.5 年	4.5 年
	C	22 年	5 年
	D	32 年	6 年
	E	17 年	5 年
Y	F	6 年	6 年
	G	7 年	6 年

1)CRT: chemoradiotherapy 化学放射線療法

2．CRT を受ける頭頸部がん患者の口腔粘膜炎に伴う疼痛に対する看護支援

看護支援として 270 のコード、60 のサブカテゴリ、14 のカテゴリ、4 の大カテゴリに集約された（表 2）。以下、大カテゴリに沿って看護支援の様相を記述する。文中では【】は大カテゴリ、《》はカテゴリを示す。

1)【粘膜炎に伴う疼痛の増強に備えるための治療前からの関わり】

≪疼痛の増強をイメージ付ける説明≫≪疼痛出現時の鎮痛剤使用に関する治療前からの説明≫を行い、早期より疼痛増強をイメージ付けていた。説明では≪患者に不安を与えない説明内容の精選≫、疼痛が発生しても緩和することを保証して表出を促す等の≪治療前からの疼痛緩和の保証≫が留意され、また、口腔ケアの必要性、具体的方法を説明する≪治療前から口腔ケアを継続してもらう関わり≫が行なわれていた。

2)【疼痛の増強を見極めた疼痛緩和の支援】

鎮痛剤使用に関する支援として、患者の医療用麻薬への抵抗理由を理解し一旦待つ対応、安全性や事例の説明等の≪医療用麻薬への抵抗がある患者が麻薬を受け入れるための援助≫が行われていた。そして疼痛が増強する中で、疼痛を緩和することを患者に伝えながら、疼痛に合わせた鎮痛剤の量及び種類を調整する≪患者の疼痛の増強に合わせた鎮痛剤の調整≫、疼痛増強のタイミングを考慮した≪患者の個別的な粘膜の刺激に応じたレスキューの使用≫があった。口腔ケア支援として、必要性を分かりつつもやめたくなる気持ちへの共感や、含嗽液を患者の代わりに作る等のセルフケア代償を含む≪強い疼痛の中でも口腔ケアを継続してもらう支持的援助≫があった。

3)【効果的な疼痛緩和に向けた多職種との連携】

≪医師と協働した疼痛緩和≫≪歯科の専門的知識の活用≫により、多職種で疼痛緩和のための連携が行われていた。薬剤師や緩和ケアチームからアドバイスを受け≪鎮痛剤使用時の他職種が持つ専門的知識の活用≫がされていた。

4)【患者の主観に基づく情報と客観的な観察結果を考慮した疼痛アセスメント】

Numeric Rating Scale(NRS)や患者の表現等を情報として≪コミュニケーションを通した患者の主観的疼痛評価の把握≫がされていた。含嗽や嚥下の状況、食事摂取量、視診等の観察結果から≪看護師の経験に伴う患者の客観的評価の把握≫がされていた。

表 2　CRT[1)]を受ける頭頸部がん患者の口腔粘膜炎に伴う疼痛に対する看護支援

大カテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ
粘膜炎に伴う疼痛の増強に備えるための治療前からの関わり	疼痛の増強をイメージ付ける説明	多職種による治療前から始める粘膜炎の説明
		疼痛を強調して覚悟を促す説明
		粘膜炎の発生に備えるイメージ付け
	疼痛出現時の鎮痛剤使用に関する治療前からの説明	治療前からの疼痛の増強に応じた医療用麻薬を含めた鎮痛剤の調整の説明
		疼痛出現後から行う医療用麻薬使用の説明
	患者に不安を与えない説明内容の精選	患者の精神状態に配慮した説明
		恐怖心を与えない説明
	治療前からの疼痛緩和の保証	治療前からの患者と共に疼痛を緩和する意思の表示
		疼痛緩和を保証した上で行う疼痛出現時の医療者への表出の促し
	治療前から口腔ケアを継続してもらう関わり	口腔ケアの必要性の説明
		具体的な口腔ケア方法の説明
疼痛の増強を見極めた疼痛緩和の支援	医療用麻薬への抵抗がある患者が麻薬を受け入れるための援助	患者が医療用麻薬に抵抗を示す要因の理解
		患者の医療用麻薬の捉え方に応じた説明内容の変更
		患者の意向に沿い医療用麻薬を開始せずに一旦待つ対応
		医療用麻薬増量時の安全性の説明
		レスキューを使用しやすいように促す説明
		医療用麻薬の受け入れを促すための事例紹介
		他職種から医療用麻薬について再度説明してもらう
		患者の理解力に合わせた医療用麻薬の説明
		麻薬という表現を使用しないことによる患者の受け入れ
		患者に適した麻薬管理方法の選択
	患者の疼痛の増強に合わせた鎮痛剤の調整	治療開始時からの鎮痛剤の導入
		疼痛を訴える患者に対する疼痛緩和の保証
		疼痛の増強に合わせた鎮痛剤の増量
		疼痛が出現してからの鎮痛剤の開始
		嚥下困難が出現するタイミングでの医療用麻薬の導入
		嚥下困難を想定した貼付剤の検討
		医療用麻薬に伴う副作用の観察
		経口摂取を目標とした疼痛緩和
		患者も巻き込んだ医療用麻薬の管理
		麻薬の副作用を考慮した医療用麻薬の調整と説明
	患者の個別的な粘膜の刺激に応じたレスキューの使用	食事摂取前のレスキュー使用
		回診前や夜間の疼痛増強に合わせたレスキュー投与
		患者の希望するタイミングに合わせたレスキューの提供
		経験に基づき実施している、胃瘻からの注入前のレスキュー投与
		レスキュー使用後の効果の確認
		レスキュー使用を保証する説明
	強い疼痛の中でも口腔ケアを継続してもらう支持的援助	口腔ケアの必要性を分かりつつもやめたくなる気持ちの共感的な理解
		患者が口腔ケアを継続するためのセルフケアの代償
		粘膜炎の状況に合わせた口腔ケア方法の調整
		疼痛を緩和できているタイミングでの口腔ケア実施の促し
		口腔ケアが難しい患者の、看護師による継続的な見守り
		患者にとって辛い口腔ケアを勧める時の家族との協力
効果的な疼痛緩和に向けた多職種との連携	医師と協働した疼痛緩和	円滑に疼痛緩和が実施できるための医師との連携
		鎮痛剤の調整をスムーズに行うための医師との情報共有
	歯科の専門的知識の活用	治療前から継続した歯科受診
		患者の状況に合わせた歯科受診回数の調整
		カルテや電話による歯科との情報共有
		歯科からの具体的な口腔ケア方法の教示
		粘膜炎の症状が悪化した患者への歯科による専門的な介入の依頼
	鎮痛剤使用時の他職種が持つ専門的知識の活用	医療用麻薬の副作用に対症療法を行う時の薬剤師からのアドバイス
		緩和ケアチームによる専門的な処方とアドバイス
		多職種参加型の勉強会からの、疼痛と医療用麻薬の知識の習得
患者の主観に基づく情報と客観的な観察結果を考慮した疼痛アセスメント	コミュニケーションを通した患者の主観的疼痛評価の把握	NRS[2)]を用いた疼痛評価
		患者の表現に基づく疼痛の強度の判断
		患者と一緒に疼痛の状況を整理することによる鎮痛剤使用方法の検討
		疼痛による話しづらさを考えた質問方法
	看護師の経験に伴う患者の客観的評価の把握	含嗽状況や嚥下状況からみた疼痛評価
		食事摂取量による疼痛評価
		視診による粘膜炎の継続的な観察

1)CRT: chemoradiotherapy 化学放射線療法, 2)NRS: Numeric Rating Scale

3. CRT を受ける頭頸部がん患者の口腔粘膜炎に伴う疼痛に対する看護支援の困難

看護支援の困難として 109 のコード、23 のサブカテゴリ、8 のカテゴリ、4 の大カテゴリに集約された（表 3）。以下、大カテゴリに沿って困難の様相を記述する。

1)【強烈な疼痛の管理しづらさ】

疼痛緩和のための看護支援の実施にも関わらず≪医療用麻薬でも緩和し切れない疼痛≫があった。また、看護師が医療用麻薬の副作用を懸念し、開始するタイミングが遅れる等の≪疼痛の変化に応じて医療用麻薬を管理する難しさ≫があった。

2)【患者特性による効果的な支援の難しさ】

規律を守ることが難しく、飲酒や喫煙を好んで続けてきたことや口腔ケアの習慣が無い等の≪生活習慣による口腔ケアの習慣づきにくさ≫があった。強い疼痛や食べられない苦痛から患者が対象者に当たる状況もあり、≪患者とのコミュニケーションの取りづらさ≫があった。

3)【チーム内でケアの方向性・内容を共有する難しさ】

経験が浅い看護師の、疼痛増強要因である精神面を考慮して鎮痛剤の使用を判断する難しさ及び疼痛がある中での患者への口腔ケアの勧めにくさ、看護師間で異なる口腔ケアの手技等の≪看護師の経験と知識の差から生じる鎮痛剤使用と口腔ケア方法の差異≫があった。緩和ケアチーム、歯科等の≪他職種とケアの方向性を共有できていない状況≫もあった。

4)【患者の主観的な疼痛を捉える難しさ】

NRS による評価や患者自身の言葉による主観的な疼痛表現の限界、患者の主観的評価と客観的情報の不一致、患者のパーソナリティや精神状況による疼痛表現の違い等の≪患者の表現に基づいて疼痛を評価する難しさ≫があった。≪認知機能の低下に伴う疼痛評価結果の不確かさ≫もあった。

表 3　CRT[1)]を受ける頭頸部がん患者の口腔粘膜炎に伴う疼痛に対する看護支援の困難

大カテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ
強烈な疼痛の管理しづらさ	医療用麻薬でも緩和し切れない疼痛	疼痛の増強による除痛効果の減少
		退院するまで完全になくならず長期化する疼痛
	疼痛の変化に応じて医療用麻薬を管理する難しさ	医療用麻薬開始のタイミングの遅れ
		医療用麻薬を減量するタイミングの難しさ
		医療用麻薬の特性による自己管理の難しさ
患者特性による効果的な支援の難しさ	生活習慣による口腔ケアの習慣づきにくさ	規律を守ることが苦痛な性格
		生活習慣になかった口腔ケアを受け入れられない患者
	患者とのコミュニケーションの取りづらさ	患者が苦痛に耐え切れず当たってくることによるストレス
		言語の違いによる表現の理解の難しさ
チーム内でケアの方向性・内容を共有する難しさ	看護師の経験と知識の差から生じる鎮痛剤使用と口腔ケア方法の差異	経験が浅い看護師の疼痛増強要因となる患者の精神面を考慮して鎮痛剤使用を判断する難しさ
		経験が浅い看護師の患者に口腔ケアを勧める難しさ
		看護師間で異なる口腔ケアの手技
		看護師間で、口腔ケアしづらい事例を共有する機会の不足
	他職種とケアの方向性を共有できていない状況	緩和ケアチーム等の専門リソースの活用不足
		歯科との情報共有の開始の遅れ
患者の主観的な疼痛を捉える難しさ	患者の表現に基づいて疼痛を評価する難しさ	NRS[2)]による評価の限界
		患者の主観的評価と客観的情報の不一致
		主観的な疼痛を患者自身の言葉で表現する難しさ
		患者の主観的評価を把握できないことによる鎮痛剤の調整の難しさ
		患者のパーソナリティによる疼痛の表現の違い
		患者の精神面に起因する疼痛の訴え
	認知機能の低下に伴う疼痛評価結果の不確かさ	認知機能が低下した患者の疼痛評価の難しさ
		患者の家族にとっての認知機能の低下の気付きにくさ

1)CRT: chemoradiotherapy 化学放射線療法, 2)NRS: Numeric Rating Scale

Ⅳ．考察

研究結果より、対象者らは、早期から疼痛管理を行うために【粘膜炎に伴う疼痛の増強に備えるための治療前からの関わり】を通して、疼痛の増強をイメージ付ける看護支援を行っていた。また、疼痛が増強する中で医療用麻薬の受容を促し、疼痛の出現状況に合わせた鎮痛剤の調整、強い疼痛の中でも口腔ケアを継続させるための看護支援等の【疼痛の増強を見極めた疼痛緩和の支援】や【効果的な疼痛緩和に向けた多職種との連携】を実施し、管理が難しい口腔粘膜炎の疼痛に対し、個別的な看護支援を継続して実施していることが明らかになった。しかし、治療前から疼痛緩和に向けた看護支援を実施してもなお【強烈な疼痛の管理しづらさ】を体験し、疼痛が増強する中で【患者特性による効果的な支援の難しさ】や【チーム内でケアの方向性・内容を共有する難しさ】があった。そのため、CRT に伴う口腔粘膜炎の疼痛緩和の 1 つ目の課題として、「チームで疼痛の増強に備えた関わりや状況を見極めた鎮痛剤の調整を実施しても緩和しきれないことによる疼痛管理の難しさ」が明確になった。

また、CRT に伴う口腔粘膜炎の疼痛に対する看護支援の特徴として【患者の主観に基づく情報と客観的な観察結果を考慮した疼痛アセスメント】が重要であったが、疼痛の出現形態の複雑さから【患者の主観的な疼痛を捉える難しさ】があった。そのため 2 つ目の課題として、「患者の主観と客観的情報に基づくアセスメント実施にも関わらず主観的疼痛を捉える難しさ」が明確になった。結果から明らかになったこの 2 つの課題について考察し看護実践について述べる。

1. チームで疼痛の増強に備えた関わりや状況を見極めた鎮痛剤の調整を実施しても緩和しきれないことによる疼痛管理の難しさ

対象者は、患者が強烈な疼痛をイメージできるよう、治療前から疼痛や鎮痛剤を説明し、早期から疼痛管理を行うために、医療用麻薬の受け入れの援助や鎮痛剤の調整、また、疼痛の増強後も口腔ケアを継続できるための支持的援助を行っていたが、強烈な疼痛を緩和できなかった。放射線療法を受ける頭頸部がん患者に系統的に鎮痛剤を使用していても、口腔粘膜炎の疼痛緩和は不十分であった [10]という報告があるが、本研究では鎮痛剤の使用だけでなく、看護師による疼痛の増強のイメージ付けを行い、疼痛の増強に備えさせ、口腔ケアを継続させるための支援等を行ってもなお、口腔粘膜炎による疼痛の緩和は難しく、強烈な疼痛の管理のしづらさや、チームとの協働に困難を抱いている現状が明らかになった。

今回の研究結果から、看護師が強烈な疼痛を管理しづらかった背景には、医療用麻薬開始のタイミングの遅れと、患者の生活習慣等による口腔ケア継続の難しさがあった。早期から医療用麻薬を開始するタイミングを遅らせる一因として、看護師の医療用麻薬の副作用への懸念があった。放射線療法を受ける頭頸部がん患者を対象とした調査で、口腔粘膜炎の疼痛に医療用麻薬を使用した患者の 26.2%に悪心・嘔吐が発生し、約 7%は悪心・嘔吐の強さから医療用麻薬に耐えられなかった [11]という報告もあり、看護師が、医療用麻薬の副作用から使いづらさを感じる時があると考えられる。口腔ケアでは、患者の性格や生活習慣による影響もあり、粘膜炎の予防や症状緩和のための口腔ケアを継続する支援が困難になっていた。対象者は、治療前から疼痛の増強への備えとして、口腔ケアの必要性や方法の説明、口腔ケアを止めたくなる気持ちへの共感や、セルフケア代償等の支持的援助も実施していたが、規律を守ることを苦痛に感じる患者も多く、口腔ケアを習慣づけてもらうことは難しかった。

増強する強烈な疼痛を緩和するためには、看護師が、早期より医療用麻薬の専門的知識を取り入れた支援を行うことと、患者にとって口腔ケアを継続しやすい支援を行うことが重要となる。看護師が治療期に医療用麻薬を使用するためには、医療用麻薬の使用に慣れている専門職による教育的介入が重要と推察される。具体的には、緩和ケアチームやがん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師及びがん性疼痛看護認定看護師等と早期から情報共有し、医療用麻薬の使用量及び方法の調整と、管理が難しい医療用麻薬の副作用への対処に際し、多職種と協働して診療科を超えた連携システムを構築することが求められる。先行研究では、看護師のがん疼痛マネジメントの知識は、看護師ががん看護に携わった経験量によって差が生じると示されており [12]、また、がん性疼痛のケアにおいて、薬剤師が看護師に教育支援を行うことにより、看護師が疼痛ケアに関する適切な知識を習得できたと報告されている [13]。CRT に伴う口腔粘膜炎の疼痛を緩和するための看護支援に

おいても、専門的知識の活用が求められる。また、口腔ケアの支持的援助では、患者が疼痛を感じる中で続けられるように、患者の「経口摂取を継続したい」「治療を完遂させたい」といった、口腔ケアの目的意識を持てる動機づけの援助[7]も重要となる。看護師は、患者と口腔ケアの目的を確認し、実施できたことを認め支持的に関わると共に、歯科とも協働し専門的知識を活用することで、疼痛で難しい口腔内洗浄や、含嗽液の調整等のセルフケアの代償において、効果的に支援しやすくなると考えられる。本研究の結果より、特に経験が浅い看護師にとっては、患者の精神状態を考慮して、総合的にアセスメントした上で鎮痛剤を使用する難しさに加え、疼痛を感じている患者に口腔ケアを勧める難しさもあった。口腔ケアを支持的に援助する際も、専門職が持つ知識、経験豊富な看護師が持つ実践的知識[8]が重要となる。

CRT に伴う口腔粘膜炎の疼痛緩和では、十分な対策を取ったとしても、治療中盤から増強する強い疼痛を完全に緩和することは難しく、患者が苦痛を抱えたまま治療を継続する現状が考えられるため、疼痛の増強に合わせた目標を設定する必要がある。例えば、治療中盤までは、鎮痛剤等を使用しながら経口摂取を維持することを目標とし、治療後半では、疼痛で経口摂取が難しい状況であれば他の方法での栄養摂取も考慮し、安静時の疼痛が増強しない、眠れる時間を確保する等、疼痛がある中で患者が大事にすることを維持できる援助が求められる。CRT に伴う口腔粘膜炎の疼痛緩和では、早期からの疼痛緩和が重要ではあるが、治療中盤からの強烈な疼痛は緩和しづらくなることを予測し、患者が生活を送りやすいよう支援する必要がある。

2. 患者の主観と客観的情報に基づくアセスメント実施にも関わらず主観的疼痛を捉える難しさ

対象者は、NRS や患者の表現といった主観的疼痛評価に加えて、含嗽状況・経口摂取量・口腔粘膜炎の視診等の客観的指標や、レスキュー等の医療用麻薬の使用状況をもとに、多面的に疼痛をアセスメントしていた。一方で、患者の主観的評価と客観的情報の不一致や、患者自身の表現から疼痛を捉える難しさを感じていた。理由として、患者は初めて体験する疼痛を NRS で評価することが難しいこと[7]、また、口腔粘膜の刺激による疼痛の増強で言語的コミュニケーションが阻害され、看護師が患者の言葉からアセスメントしづらくなることが挙げられる。このような状況で対象者は、患者の主観的情報を捉えることに看護支援の困難を感じ、鎮痛剤増量のタイミングが遅れた可能性も考えられる。

口腔粘膜炎の疼痛緩和では、看護師に疼痛を理解してもらえないと感じる患者もいる[7]ため、患者が疼痛を表出しやすい支援が必要である。具体的には、治療前から患者が唾液の分泌量や嚥下状態、発声状況に関心を持てるように接し、症状の変化を表出できるよう毎日確認する。患者が疼痛を NRS の 10 段階で評価しづらい時は、患者が疼痛を数値化しやすいように、基準となる数値を共に考える支援も有効である。患者自身で疼痛を評価できる方法として、患者報告型アウトカム(Patient-Reported Outcome: PRO)もあり[14]、口腔粘膜炎の疼痛で会話が難しい時に活用できると考えられる。一例として、マクギル疼痛質問票は様々な性質の疼痛が言葉で表現されており、患者が疼痛を表現する上で参考にできる。また、鎮痛剤等を使用し、患者が言葉で表出できる場合は「IASM（症状マネジメントの統合的アプローチ）看護活動ガイドブック〈口腔粘膜炎用〉Ver.2」の使用も症状体験の理解に有効である[15]。患者の疼痛の「認知」、経過や発生理由等の「評価及び意味づけ」、日常生活や心身への影響等の「反応」より、患者の体験する症状を多面的にアセスメントできる。また、痛み日記による疼痛評価は、がん患者の疼痛に対する意識を高め、疼痛マネジメントの行動を取ることに繋がり、コントロール感を増大させたと報告されている[16]。CRT に伴う口腔粘膜炎の疼痛緩和においても、患者が疼痛を表出し緩和できた体験を記録に残すことで、表出する意義を実感し、自己効力感の向上にも寄与すると考えられる。

3. 看護への示唆

看護師が支援しても緩和が難しい口腔粘膜炎の疼痛に対し、第一に、看護師が早期より疼痛を緩和するために、医療用麻薬の専門的知識を習得すると共に、緩和ケアチーム等と協働する必要性が示唆された。具体的には、特に経験が浅い看護師を対象に、治療期の医療用麻薬の使用についての勉強会、経験豊富な看護師を含めた事例検討、緩和ケアチームと合同のカンファレンス等を通した教育的介入を行い、知識を得られるようにす

る。そして第二に、治療中盤からの強い疼痛に対しては、疼痛の増強に合わせた目標を設定する必要がある。看護師が患者を日常的にケアする中で、患者と疼痛の発生状況を振り返り、経口摂取量の維持や睡眠時間の確保等の目標を、患者と共に考えて設定し、カンファレンスで他の看護師と共有する必要がある。

看護師が、患者の主観的な疼痛を捉える難しさに対しては、治療前から患者が症状に関心を持ち疼痛を報告する意義を理解できる患者教育を行うことと、PRO 等を取り入れて評価し、患者の主観的な疼痛を理解し、寄り添う姿勢が重要である。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、対象者の選定基準より、臨床経験が少ない看護師に特徴的な看護支援の困難についての十分な情報は収集できなかった。また、施設によって、看護師間の情報共有の程度や、ケア内容に差があった可能性があり、今後は多施設を対象に調査する必要がある。

Ⅴ．結語

頭頸部がん化学放射線療法に伴う口腔粘膜炎の疼痛に対する看護支援として、看護師は多職種と連携し、疼痛増強に備えた治療前からの説明や鎮痛剤の調整、口腔ケア援助を行っていたが、疼痛緩和の限界という困難を感じていた。また、看護師は、患者の主観と客観的観察結果に基づき疼痛をアセスメントしていたが、疼痛の出現形態の複雑性から、患者の主観的な疼痛評価が困難と捉えていた。そのため、看護師への教育的介入や専門チームの活用、疼痛の状況に応じた達成可能な目標設定、患者が疼痛を表出しやすい支援が重要と示唆された。

謝辞

本研究に御協力いただきました対象者の皆様、研究の御指導・御協力をいただきました関係者の皆様に深く感謝申し上げます。本研究は科学研究費補助金基盤研究 B（課題番号 25293441）の助成を受け実施し、第 31 回日本がん看護学会学術集会で一部を発表した。

利益相反

本研究には開示すべき COI 状態はない。

文献

1) 大鶴光信,太田嘉英,青木隆幸,山崎浩史 他(2013):口腔扁平上皮癌術後ハイリスク群における 3 週毎シスプラチンを用いた化学放射線療法の検討,日本口腔腫瘍学会誌,25(1),1-6.

2) 秦浩信,全田貞幹,山崎裕,北川善政 他(2007):頭頸部化学放射線療法における口腔粘膜炎とオピオイド使用頻度に関する調査,日本口腔粘膜学会雑誌,13(2),57-61.

3) 河端志保,中村安孝,松下直樹,高橋克之 他(2017):頭頸部癌における化学放射線療法に伴う粘膜障害に対するオピオイド疼痛管理,日本緩和医療薬学雑誌,10(1),13-18.

4) Murphy,B.A.(2007): Clinical and economic consequences of mucositis induced by chemotherapy and/or radiation therapy. The Journal of Supportive Oncology, 9 Suppl 4, 13-21.

5) 山本知美,北川善子,渡部昌美,得能裕子 他(2014):化学放射線治療を受けた頭頸部がん患者の口腔粘膜炎に伴う疼痛の実態調査,木村看護教育振興財団看護研究収録,21,80-117.

6) Murphy,B.A., Beaumont,J.L., Isitt,J., Garden,A.S., et al.(2009): Mucositis-related morbidity and resource utilization in head and neck cancer patients receiving radiation therapy with or without chemotherapy. Journal of Pain and Symptom Management, 38(4), 522-532.

7) 小池万里子,荒尾晴惠,田墨惠子,嘉戸怜子,山下亮子(2018):化学放射線療法を受ける頭頸部がん患者が捉える口腔粘膜炎に伴う疼痛への看護支援,日本がん看護雑誌,32(1), 148-158.

8) Benner, P.(2001/井部俊子(2005)):ベナー看護論　新訳版　初心者から達人へ,1-10,17-32,医学書院,東京.
9) Krippendorff,K.(1980/三上俊治,椎野信雄,橋元良明(1989)):メッセージ分析の技法—「内容分析」への招待,21-23,勁草書房,東京.
10) Ling, I.S., Larsson, B.(2011): Individualized pharmacological treatment of oral mucositis pain in patients with head and neck cancer receiving radiotherapy, Supportive Care in Cancer, 19(9), 1343-50.
11) 高橋淳人,庄司和彦,伊木健浩,水田匡信 他(2011):頭頸部癌放射線粘膜炎に対するオピオイド投与—副作用と依存性—,耳鼻咽喉科臨床,104(4),291-296.
12) 小島悦子(2009):がん疼痛マネジメントに関する知識と困難についての看護師の認識,天使大学紀要,9,43-55.
13) 今井智之,辻敏和,長坂明日香,内田まやこ 他(2012):疼痛ケアにおける看護師への薬学的教育支援とその効果,医療薬学,38(4), 237-245.
14) Food and Drug Administration.(2009): Guidance for industry patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims, Clinical/Medical, 1-2.
15) 兵庫県立大学看護学部　IASM 研究班(2017): IASM 看護活動ガイドブック〈口腔粘膜炎用〉 Ver.2,http://sm-support.net/program/spec03.html （閲覧日：2020 年 9 月 13 日）
16) Schmacher, K.L., Koresawa, S., West, C., et al.(2002): The usefulness of a daily pain management diary for outpatients with cancer-related pain, Oncology Nursing Forum, 29(9), 1304-13.