

痛みを知り看護の本質を探る

小玉美智子・岡野初枝*・谷口敏代**

I はじめに

人口の高齢化・疾病構造の変化など、社会構造や医療環境の変化と共に医療の高度化・多様化が認められる¹⁾。これらに伴って看護する者にとっても、その内容の大幅な変容が余儀なくされる。それは単なる「看護技術援助」にとどまらないで、幅広い知識が必要である。

健康障害を持つ多くの者は自覚的・他覚的かつ多種多様の症状を示すが、中でも「痛み」は医療する者が日常的に経験する最も多い訴えであり、生命危機度とも深く関係し、主観的苦痛を代表する症状である。また自覚される症状は病人にとって大きな苦しみとなっている。

最近では痛みを起こす仕組みはかなり明らかになり、痛みを和らげる新しい薬や治療法も次々と開発されている²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾。しかし、痛みはそれを訴える本人にしか解らない、個人的かつ主観的な感覚である。どんなに「痛い」と訴えられても、それを聞く側にはその人の感じている痛みを全く同じ様に感覚し、体験する事は不可能と考えられる。それだけに医療者側では患者の痛みに対する訴えを十分に観察し、耳を傾けないと患者の把握あるいは患者の対応に適切さを欠くことになる。すなわち永田の述べているように、痛みの訴えの中には「①バイタルサインとして、②クオリティ・オブ・ライフの基幹を形づくるものとして、③患者のコミュニケーションの手段として、④またその人の人生の反映として」⁶⁾の意味を見ることが出来る。筆者らは痛みの共有を試みることで、患者を全人的に捉え⁷⁾、心身共に痛み苦しむ人間についての理解を深められると考える。

II 「痛み」の病態生理的知見

1. 痛みの発生と痛みの原因

人間は誰も無病息災を願っているが「生・病・老・死」の現実の中で生きている。風邪を引いたり、頭痛・発熱・腹痛など一度も病気を体験せず生涯を終えることはない。病気とは身体の異常もしくは身体的状態の正常状態からの逸脱として解釈できる。しかし病人にとっては「痛い」という不快感、気分が悪い、あるいは体が

うまく動かないなど、主観的な身体的精神的苦痛を伴うことが問題となる。そして、この心身共に痛み苦しむ苦痛は人間には避けられないことの一つである。中でも痛みは誰もが体験する普遍的なものであり、大きな苦痛である。すなわち「痛み」は病気そのものからくる直接的な痛み、術後の痛み・癌による痛み・長期臥床による腰・背部痛などの二次的な痛み、不安や精神的な要因からくる痛みなど、様々な痛みが患者を日夜苦しめている。

痛みは何らかの侵害刺激が末梢組織に加えられると、痛みの刺激として末梢神経を通り脊髄を伝わって脳の中樞に伝達される。それらは①炎症症状と、それに付随するもの、②血行不全による「筋肉」による痛み、③骨性強直に起因する慢性的な「関節」の痛み、④椎間関節障害などによる「脊髄神経根」への圧迫による痛み、⑤末梢神経損傷によるカウザルキヤ、⑥「三叉神経痛」による痛み、⑦「狭心症」の痛み、⑧「痛風」による痛み、⑨頭痛、⑩歯の痛み、そして⑪関連痛、あるいは⑫幻視痛、などが区別される。さらに⑬産みの苦しみ（痛み）も考えられる。本稿ではこれらを解明する生体機構・機序について、その一つ一つを詳述する訳にはゆかないが、その根幹を成すものは【A】大脳皮質・体性感覚領野の判断に基づくもの、【B】頭頂葉・連合野によるもの、【C】前頭葉への刺激によるもの、そして【D】大脳辺縁系が広く関与するものが考えられる。また【E】視床、【F】脊髄伝導路、【G】末梢神経系、などとして区分される。またこれらと反対に、【H】頭痛緩和への生体機構（痛覚伝導路でのシナプス伝達抑制によるものと、モルヒネ様疼痛抑制物質の放出など）が加味される²⁾。

2. 「痛み」の分類

もともと痛みには身体的精神的に傷ついたことを示す危険・警告信号としての意味を持っている。そして痛みには大きく分けると二種類のものがある。「急性痛」と「慢性痛」である。急性痛は病気が原因となって痛み、身体が傷ついたことを示す信号としてキャッチされ、手遅れにならないよう処置できるものが多い。しかし、慢性痛は原因が解っていてもそれを除去することが不可能

*倉敷環境保健所 **岡山看護専門学校

な場合が多く、対症療法的に痛みに対処していく他はない。末期癌の痛みなどがそのよい例である。悲しみや嘆きや恐れといった苦痛に満ちた感情が伴ってくるので、信号というよりも患者を必要以上に苦しめる可能性をもっている（表1）。

表1 痛みの分類

1 体性痛
(1)表面痛：皮膚や粘膜の痛み
(2)深部痛：骨膜、靭帯、関節囊、腱、筋膜、骨格筋の痛み
2 内臓痛
(1)狭義の内臓痛：内臓自身の痛み
(2)体壁痛：胸、腹膜の痛み

横田敏彦⁴⁾

1) 「痛み」の意味するもの

痛みの訴えの中にはさまざまな意味があり、多くの因子が含まれている。従来はバイタルサインという呼吸・脈拍・血圧・体温を指したが、痛みという自覚症状も意識状態以上に重要なバイタルサインとなる。痛みが続く毎日の生活では食欲が障害され、睡眠が妨げられ、排尿・排便までも妨げられ、異常な状態となる。当然、心理的には不安定になり、社会的活動性や人間としての尊厳性を保つことまで障害されるようになる。このように病気は人生の生活過程における出来事の一部である。しかし痛みはその内容によっては人生を左右するほどの出来事にもなり、今まで生きてきた世界を変えてしまうこともある。たとえば小野寺他の報告によると「痛みの程度で人格までも変えてしまう」⁸⁾場合さえ存在する。従って痛みがないということは、患者の生命あるいは生活の質（QOL）を満足させるための大切な条件の一つでもある。

さらに痛みの訴えの持つ意味を別の角度から見ると、患者から看護婦へのコミュニケーションの手段であるとも考えられる。すなわち自分の体の中に何が起きているのか解らない不安、癌の恐怖、入院中の経済的不安、また患者を取り囲む人々、たとえば職場、家庭、地域社会、病棟・病室内の人間関係に関する事柄からも「痛い」という言葉で表現されることがある。

2) 「痛み」の質とその対応

痛みを表現する言葉には、チクリと痛む、キリキリと

痛む、さし込むように痛む、引きつるように痛む、気分悪く痛む、等々数え挙げればきりが無い。どの様に表現されようとも、体温測定のように計測する器具はないので、訴えや表情などの患者の行動から判断しなければならない。また、痛さの内容はその部位により、痛みの性質により千差万別である。従って万人に共通する痛みの基準や物差しは存在しない。患者の痛みを解ろうとするとき、自分の尺度で患者の痛みを推し量り、理解できたと思うのは危険である。

人間はこの世にたった一度きりの生を受け、取り替えのきかない独自性を持った生物的有機体として存在する。「人間は部分の総和以上の存在として捉えられ、統合された全体として理解される。また、常に環境と相互にかかわり作用し合いながら生きている」⁹⁾のである。単なる細胞や器官が集まって作られているのではなく、物事を感じたり、考えたり、自己実現に向けて生きようとするものである。そこに存在し生きていることに価値を見いだすことができ、一人一人違った人生を生きている。従って痛みの尺度は一方では、その人の生きてきた文化的背景や生活習慣、また過去の痛みの体験など、その人の人生体験によって作られたものであるとも考えられる。人生経験豊かな老人の訴える痛みと、幼児のそれとは自ずと異なる。痛みの訴えには、患者の人生のすべてが反映され凝縮されていると思う。

また「痛い」と訴えられた時、まず身体的には医学的原因を探ることが先決となる。どこかに炎症はないか、腫瘍はないか、外傷はないかと、あらゆる手段を駆使して原因の究明に努め、治療する。現在では痛みを専門とする「ペインクリニック」も設けられ³⁾、痛みの治療法が多く開発されている。すなわち薬剤使用、神経ブロック、東洋医学的療法、理学的療法、手術的療法、心理的療法とさまざまである²³⁾。

1982年WHOは癌による痛みの治療に対しての指針を出した。これによると段階的にアプローチを行い鎮痛薬を正しく使用すれば、90%以上の癌患者の痛みをコントロールできるまでになっている⁵⁾。

III がん患者の痛みと、その対応

がん腫による痛みはその直接的侵襲によるものが考えられるが、むしろガン細胞の増殖・腫大によるものの方が原因となる。すなわちガン腫による『深部痛』や、『内臓痛』であり、人間生活で経験する多くの痛みの原因に基づくものである。そしてガン患者自身の『苦痛』がそれらに大きく関与している。

がん患者をはじめとして、治癒の見込みのない病気に

表2 WHO方式癌疼痛治療法の基本的鎮痛薬 (WHO 1989)

—— 武田文和・訳⁵⁾ ——

群	標準薬	代替薬
I 非オピオイド鎮痛薬	アスピリン アセトアミノフェン イブプロフェン インドメタシン	アスピリン誘導体 ジフルニサル フェンプロフェン ナプロキセン
II 軽度・中等度の痛みに用いるオピオイド鎮痛薬 (弱オピオイド)	コデイン	ブプレノルフィン* (デキストロプロキソフェン) ジヒドロコデイン オキシコドン* アヘン末
III 中等度・高度の痛みに用いるオピオイド鎮痛薬 (強オピオイド)	モルヒネ	(ヒドロモルフォン) (レボルファノール) (メサドン) オキシコドン* ペチジン

() : 日本で入手できない薬 * : 日本では経口製剤が入手できない薬

侵された人々がもつ種々の悩み・死への恐怖と不安・孤独感などを考えると、痛みは単なる「警告信号」とは別のものであり、しかも慢性的な苦痛である。こうした観点からWHOの提唱する「疼痛治療法の基礎的鎮痛薬 (表2)」の活用が位置付けられている⁵⁾。またガン患者には精神的に種々の問題が潜んでいる事も知らねばならないだろう。しかしガン腫による疼痛はあくまでも肉体的なものであり、この疼痛を緩和しないわけにはゆかない。これに関して武田文和は「精神的ケアが効果を上げる前提は肉体的症状のコントロールを十分に行うことである」との主旨を述べ、肉体的な症状の代表である「痛みの治療」の重要性を強調している¹⁰⁾。

またC. S. Saundersも人の精神状態が第三者によって左右されるものではないと強調し、「何をしたいか判らないときには、患者のところへ行って、話をしてみるのだ」と述べている¹¹⁾。

最近のホスピスでは肉体的苦痛の除去をホスピス活動の重要なものとして、ブロンプトン・カクテルを活用している²⁾¹²⁾。それはただ単に、安易に疼痛を緩和するのではなく、終末期患者の第一義的な苦痛である〈疼痛〉緩和によって、他の多くの悩みから患者自身を解放し、人間としての尊厳を保たせる事に意義がある。従ってこの問題は医療従事者のフィロソフィーにかかわる事であり、死生観の確立を必要とし、疼痛教育に精通する要件が求められる。

【事例】 (1) 報告事例からの検索

1) K氏：肺癌・切除術後の患者¹³⁾

この事例 (1989年) は1987年に入院していた患者であり、当時62才の男性・K氏である。【既往症】5年前に『肺癌』の手術 (左上葉切除術)。術後に骨転移 (腰椎) が認められ、2度の放射線治療を受け、短距離なら歩行可能な状態であった。

今回は『肺癌の再発』と『骨転移』および『腎不全』の診断による入院である。しかし患者本人には肺腫瘍、および腎不全の治療の必要性を告げ、家族には『肺癌の再発』と『腎不全』と説明されている。

入院時は車椅子を利用している。排尿がないため、留置カテーテルを挿入し、ループ利尿剤 (ラシックス) や昇圧剤 (ドパミン) を使用しても腎血流量の増加は認められていない。従って「人工透析」を行う。透析6回目から排尿がみられるまでに回復した。しかし、入院10日目になって、一夜の内に左下肢に腫脹を認め、体動が自由にできなくなった。それまでは腰背部の痛みを訴えており、合成麻薬鎮痛剤 (ソセゴン) の筋肉内注射を就寝前に使用した。また患者はこれを機に「寝たきりになるのではないか」という不安と癌性疼痛の増大により、鎮痛剤を昼夜の区別なく希望し、次第に頻回の鎮痛剤を要求するようになる。また一方では「いつになったら、歩けるようになるのか。退院は何時頃か」などを看護婦に尋ねている。

病状の進行とともに、上記の症状は強くなり、全身状態が悪化していった。とくに下肢・腰・背部にかけての疼痛は頻回となり、その強さも増加しているようであった。鎮痛剤の使い分け (ソセゴン・ベンタジン) や容量増加を行うが、本人は「効いていない」と訴える。しかし、夜間には精神安定剤や入眠剤を活用し効果が得られた時もみられた。もちろんマッサージの施行と、安楽肢位には十分な配慮をしている。さらに看護婦はK氏と同じ目の高さで痛みの訴えを聴き受容的態度で接し、傍にいた時間を多くした。家族の協力も得て気分転換をはかり、精神安定をはかるよう配慮したが、完全な除痛は得られていない。しかし、排泄に関しては、自分の力で満たしたいという希望があり椅子にゴム製便器を置き、腰をかけ殆ど体動できない中でも欲求を受けとめ排泄を試みている。

2) 術後疼痛のアンケート調査報告¹⁴⁾

次に術後疼痛の個人差による違いや、術後疼痛緩和における看護問題を目的に質問紙法によるアンケート調査を行った研究報告 (1987年) から検索してみる。すなわち外科56名泌尿器科13名婦人科18名で、年齢は30代~70代を対象としている。

術後の苦痛では①創痛が最も多いが、②腰背部痛、③体動制限、④手術侵襲による体のだるさ、⑤口渴等が複合的に合わさり痛みとして表現されている。また術前の説明を受けて、患者は痛みに対して処置してもらえるという安心感と、看護婦に言いやすくなるだろうなど、術後の疼痛緩和に対する大きな期待をもっている。さらに術後の疼痛緩和に対しては、注射や座薬などの与薬、体の向きを変えたり、枕やタオルを使って安楽な姿勢、医師や看護婦による説明、家族の励ましなどが効果があった、と報告している。

さらに術後の疼痛は年齢・性別・性格・術式・手術経験の有無の違いによって影響されると考えたが、明かな有意差はみられていない。しかし手術に伴って生じる諸因子（安静、禁食、麻酔の影響など）や、不安などが複雑に関与している。その表現においても、その時々状況により大きく変化し看護婦のかかわり方によっても異なってくる。ただ患者全体にいえることは「a術後疼痛は術後3日間が最も疼痛のある時期である。b術前に、術後の疼痛に対して我慢が必要だととらえている人が多い。c術後の痛みは90%の人が我慢できる痛みだと思っていた。」ということである。しかし、個々の患者の痛みを表現しやすい場を作り出し痛みに伴う行動の観察が必要となると述べている。

【事例】（2）体験例からの検索

1) H氏（84才）：末期の胃癌・切除術後、訪問看護の例

患者の背景：元・銀行員で3年前に妻と死別。次男夫婦と同居。生来の健康体で、極めて几帳面な・気丈な性格で、体力・気力・行動力など非常に良好な人である。後期老年で『胆石症（73才）』及び『白内障（80才）』の手術を受けている。

昭和59年に主治医から「胃の精密検査」を勧められて、末期・胃癌（肝転移あり）と判明（本人に「胃潰瘍」と告知）、大出血の恐れがあって「胃の切除術」を受ける。術後2カ月で本人の希望で退院、自宅療養を行なう。その後、3カ月で家族に見守られて大往生する。

退院後は自らの意志で、散歩や体操などを行っていたが次第に衰えを認める。食嗜は次第に減少するが、最後まで『疼痛』を訴えない。しかし「内服薬（鎮痛剤）」の服用は続ける。腹部の膨満著しく、自らは「尿失禁」を恥じ、水分の摂取も控え目にしていた。しかし最後まで、入院する事を拒否する。

.....

訪問看護では患者の話を十分に聴き、我慢をせず「自然体」であるように勧める。また、家族も患者の意志を尊重して「思うに任せる」対応をする。もちろん家族は「入院・加療」を勧めたが、本人に容認されないまま自宅療養を続ける。

2) F氏（47才）女性：上顎骨の癌、または上顎洞腫瘍（「はなたけ」の手術・放射線療法）、自殺未遂を3回→死亡。

【病歴の概要】『鼻閉』及び『頬部腫脹』で受診の後、1カ年を経過。『上顎解放術』を受け、2カ月間の「放射線療法」を受ける。退院2カ月で、再入院し・放射線療法を受ける（1カ月）。この間、短期間の内に3回の「自殺未遂」を行っている。

「痛み」の訴えが常にあり、鎮痛剤・鎮静剤・睡眠剤などを大量に服用。

この事例ではガンである事を知らせてはいないが本人は薄々感じていたかも知れない。

自殺企図や、痛みの訴えに対して医療者側は「神経過敏」の傾向にあって、鎮痛剤などは与薬していた。従って患者は一日中浅眠・傾眠状態にあり、自分では洗面・食事などは行っていない。看護婦の観察によると「癌による痛み」よりも、施術や放射線療法などの治療・処置によって〈自暴自棄〉になり、過去の自分の〈美貌〉の損ないにこだわっていたようである。もちろん看護婦は清拭・洗髪には留意し、化粧を奨め、服装の事などに興味をそそり、一時的には車椅子で散歩したり・鎮痛剤の使用が減じた事もある。

.....

この患者は始めは「はなたけ」の診断で手術（上顎開放術）を受けていたが、2カ月後に上顎癌であることが判明している。次男が医師である事もあって「葉漬け」の状態で、食嗜なく・疼痛の訴えが強く鎮静剤・鎮痛剤・睡眠剤を多用していた。

がんの診断から2カ年後に『全身衰弱』そして『肺炎』を併発して、死亡している。

【事例】（3）看護学生の体験からの検索

定時制2年課程の65名を対象に、自分自身及び患者を通して体験した痛みの場面の中から印象に残っていることを各個人→小グループ→全体討議の順に話し合い、痛みの認識を深める検討会を行った。その結果、次のようなことが特筆される。

学生自身が体験した痛みの内容には、腹痛・頭痛・歯

痛・生理痛・腰の痛み・骨折時の痛みなど65人65様の痛みを体験している。その痛みの表現には肉をもぎとられた様な痛みとか、痛みを表現する言葉は多くあるが、どの言葉も適確に痛みを表現できていないようである。また、自分の体験した痛みは絶対人には解ってもらえないことに関して、痛みを言葉で表現することのむずかしさを実感している。痛みの体験を話すのは自分の内面を見られるようで、なかなか切り出せなかったと言った学生もいる。また、痛みに伴った感情としては、身体のどこの部分でも痛いという体験はいやだと言う。その部分がなくなってしまえばいいと思い、どうにでもなれという気分が陥るといった意見が多かった。その他に薬に頼るのはあまり好きではないが、痛みが激しいときには自制不能となったり、何でもいから今の痛みを取り除いて欲しい。どんな痛みでも痛いということは辛い。いつまで続くのか、ますます不安になり心細くなる。そして気弱になり不安が強まる。そんなとき、一人だと悪化することばかり考えてしまう。誰かが側に居て声をかけてくれると安心できた。さすってくれる手が、大きな励ましとなった。痛みは我慢できれば涙が出るくらいで終わるが、我慢できなければ声に出てしまう。また、眠れば痛くなくなると考え、眠ろうと努力するが、なかなか眠れない。

さらに、「生理痛くらい」と、今苦しんでいる痛みを否定された経験から、同じ痛みを味わう訳にはいかないが解り合えるようになりたい。自分は痛みを感じているのに、第三者から否定されるとますます痛みが強くなる。話かけられる内容によって安心できる場合と不安・不快になる場合とある。また、自分が痛みで苦しんでいる時、周囲で楽しそうにしている人がとても羨ましく思えた。痛みそのものよりも、それに伴う精神的苦痛が辛かった。などの意見が出された。

患者の痛みに関する学生の体験場面としては、「癌による痛み」が圧倒的に多かった。その他、術後の痛み・不定愁訴の痛み・陣痛・下腿切断後の幻視痛・バルンカテーテル挿入による痛み・点滴もれによる痛みなど、様々であった。

例えば、辛らそうな顔をして「お腹がいたい」と言う以外に訴えない患児を目の前にして、痛みをどのように理解しているのかわからなかったという体験。また、安静を強いられていた患者から「体を動かさんから腰が痛い。さすってくれんか」と言われて初めて患者の痛みを察し、原疾患にばかり目が行き安静による他部位への弊害に気づけなかった事を反省している。さらに、口に出さず我慢できるまで我慢して痛みを表現する患者の居る事を教えられている。また激しい痛みのあまり嘔吐す

る場面に会った学生は、その痛みに驚くと共にどの様に対処していいかわからず「大丈夫ですか」としか声かけできなかった自分の無力さを嘆いている。しかしその後患者から苦しかった時に声をかけられたことで気持ちが軽くなったと伝えられ、患者の苦しんでいる場面での声かけの大切さに気づかされている。

癌に伴う随伴症状で苦しんでいる患者から、「どうして私がこんな思いをしなればいけないのでしょうか」と問いかけられ一瞬息を飲み込んだ場面で、「そうですね、不公平ですね。代わってあげることはできないけど、きっと痛みはとれるから頑張って下さい。」と精一杯考えて応答したが、安易な励ましでしか伝えられなかった自分を振り返る学生。また、るい瘦と腹水を伴い、癌が体全体をむしばみ、痛み苦痛があるはずなのに「いい看護婦におなり」と、自分の痛みを見せようともせず励ましてくれた祖母での体験を語った学生。「この痛みはわかるはずがない」と訴える患者。麻薬にて鎮痛を試みていたが15分間隔、5分間隔と、頻回にコールされ「痛い、痛い」と訴え続ける患者。昼間は訴えが無いのに消灯後は「痛い」と訴え、看護婦の手をつねる患者。癌患者の痛みに対する悲痛の反応は様々であったが、亡くなるまで痛みと戦っている場面が多く、自分の力ではどうする事もできなかった悔しさと無力さを感じている。痛みは絶対に取り除きたい、また取り除けるようになるために正しい知識と技術を身につけたいという意見が多く見られた。

さらに今まで痛みがある時は薬剤の投与をすればよいと簡単に考えていたが、グループ内での話の中から看護婦の配慮がどれだけ大切かわかった。頻回に痛みを訴えられる患者を“わがまま”と捉えたり、いま痛いと訴えている患者に「あとで！」と自分の行っている業務を優先したことがある。自分の体験した痛みを考えると、患者のことを理解できていなかったと反省している。一人一人の人間が違うように、痛みにも個人差がある。同じ病名の人でも痛みの訴え方が異なる。一人一人の痛みとして受けとめていきたい。自分が痛みを体験してその大変さがわかったが、痛みはその人にしかわからない。訴えた一言を真剣に親身になって考えなければならない。まずは患者の訴えに耳を傾けることから始めたい。また自分だったらどのようにして欲しいかを、常に考え看護したい。痛みは身体的苦痛だけでなく、精神的にも大きく影響を与えてしまう。痛みを取り除いて欲しい時は薬剤の投与を確実に・早く施行するだけでなく、痛いところに手をさしのべる配慮を忘れたくない。さらに患者が痛いと感じた時、我慢せず自然に訴えられる様な雰囲気

を作らないといけない。患者に適切な看護がなされないと、痛みを体験している患者からはうとううしがられる。日頃の患者の観察を積み重ね、変化が見られる時はこちらから声かけを先にしたい。患者が苦しんでいる時ほど傍に居て一人にさせないなど、学生たちは看護する者の患者への対応を考えている。

Ⅳ 考 察

1) 報告事例からは急性痛の代表である術後痛と慢性痛の代表である癌性痛が表出されている。

術後痛の場合は身体の防衛反応としての意味が強いが、創があるから痛いのは当然と安易に取り扱うのではなく、訴えがあればまず痛みの原因を調べ・早急に対処しなければならない。施術によるものか、腹帯が強すぎるか、チューブ類の刺激による場合もあるだろう。また同一体位による腰・背部痛があるかもしれない。すなわち疼痛の原因や見通しの説明、深呼吸・体位変換の援助など、術後の肺合併症の予防など、看護婦は患者への対応が重要となる。さらに、痛みが強くなるうちに、鎮痛剤を使用して痛みによるストレスや不安感を和らげる必要がある。どの患者も痛みが最小限で安楽に術後を過ごすための身体的精神的援助が実践されると、積極的に離床を望み、自信をつけて早期回復が図れる。そのためには、痛みの原因探索とその対応が必要である。とともに、患者と看護婦との信頼関係を確立しておくことが重要であると考えられる。

癌性疼痛は想像を絶するものだと言われている。事例のK氏は癌末期の痛みに加えて、病状・病名に対する疑問・不信心・死への恐怖で最後まで苦められている。一方では鎮痛効果が得られないことへの苛立ち、怒り、不安などが疼痛の閾値を低くしたとも考えられる。癌性疼痛は疾病そのものからくる痛み、合併症からくる痛み、衰弱からくる痛み、不安からくる痛みが入り混じっている。除痛はもちろんのことだが、体位の工夫、清潔、排泄、睡眠、病床を取り巻く環境の調整など、日常生活を過ごすうえで、基本的ニーズを充実できるような看護援助が重要となる。「せめて排泄だけは」という患者の欲求を満たした看護行為は、死にゆくまでの生活をその人らしく、人間の尊厳を保とうとする看護の大切さを学ぶことができている。

癌性疼痛に限らず、「痛み」は患者の人間性までも破壊する。人間の尊厳性を保ち、生きる意味を見失わないように、できるだけ質の高い生活が送れるように援助することが基本にあると、筆者らは考える。

M・McCaffery は痛みを持つ看護において看護婦が

その患者のために実際に行う活動という視点から13の活動項目を挙げ、それらは個々に独立している訳ではなく相互に共存すると述べている¹⁵⁾。グループ・ワーク結果及び報告事例の中の特に重要であると思われる項目について挙げると①患者と看護婦の人間関係の確立、②痛みについての指導、④患者と接する人々の管理、⑧薬剤の投与、⑩侵害刺激の軽減、⑬患者の側にいること、である。痛みを訴える患者を目の前にし、何とか楽にならないものかと願う気持ちは急性痛・慢性痛ともに同じである。M・McCaffery は「痛みとは現にそれを体験している人が表現する通りのものであり、それを表現した時にはいつでも存在するものである」¹⁵⁾と、定義している。痛みを客観的に捉えることが不可能である以上、患者の言うことを信頼をもって聴き、患者の行動をよく観察し患者は何を言いたいのかを探っていくかねばならない。今、この瞬間に患者は痛くて辛いのだという苦痛を受けとめ、その痛みに影響を及ぼしていると思われる一つ一つの問題に対し、真に理解を示すことが看護婦に求められているのではないだろうか。それは訴えを聴こうとする姿勢から、痛みへの緩和が図られ患者の安心感へとつなぐことができる考える。

2) 体験事例ではH氏のように末期癌特有の「激痛」は、全くといっていい程認められていない。患者は家族にも、保健婦にも「自分の子供の時のこと」を話し、「墓参を楽しむ」にし、自分の子供たちのことを常に気遣うなど、会話をよく交わしている。このような訳で、家族や保健婦は、患者の痛みについては全く気付いていない。

またFさんの事例では「疼痛の苦しみ」よりも、自殺企図の原因はむしろ「ガンで治らない」という絶望感あるいは、依存的な性格と豊かな家庭生活の結果が大きく影響しているようである。現在では『悪性腫瘍』については、種々の治療法が行なわれ、治療率（5年生存率など）は良いという報告が多いが、一般的には「ガンは不治」と考えられている。従って患者の精神・心理的な方面の変化に十分な配慮が医療者側に求められるようである。反面、『ガン告知』についても配慮されねばならないだろう。

これらの症例のように、今後は次第に高齢・終末期・自宅での看護が増えてくる事が予想されるし、施設内・終末期看護も少なくはない。筆者らは患者本人の「生活の質」から考えて、施設内・自宅の何れにしても「疼痛緩和」の方策による「患者の尊厳」を第一に優先する反面では「ガンは治る」という医療者側の確信に基づく援助方法の確立へ努力が払わねばならないと考える。

表 3

痛みのある癌患者のケアのポイント

- ・患者との人間的なかわりが基本—痛みは心理面、社会面、経済面、対人関係などに悪影響を与え、逆に痛みがこれらの因子で増強されることを理解しておく。
- ・患者と家族に対する良いコミュニケーションの確立—よく話す前に、よく聞く。
- ・患者指導—痛みの有無を問ひかけ、訴えを促す。痛み治療法の信頼性内容、効果の見通し、副作用対策など。
- ・痛みの適切なアセスメント、痛み治療の早期開始（アセスメントのときから鎮痛薬を投与して、痛みの軽減をはかる）。
- ・日常生活の質を高める援助。

— 武田文和・訳（『末期癌患者の診療マニュアル』⁵⁾ —

それにしてもH氏の事例では武田氏らの提唱する『痛みのある癌患者のケアポイント』に例示されている5項目（表3）のうち⁹⁾①人間的な関わり合い、②患者と家族との良いコミュニケーション、⑤生活の質を高める援助、などについては実行されている。しかし疼痛緩和については十分であるとは思えない。

癌患者に関しては、O大学でプロンプトンカクテルを11例（最多160日～最小3日の使用）に与薬して、例外2例（患者の拒否、及び退院）を除いては効を奏している¹²⁾。事例H氏の場合でも患者の痛みを読み取って、このカクテルの常用を行っていたならば、更にH氏の「生活の質」を向上したのであろうと、今になって考えると悔やまれる。それにしてもH氏は家庭で家族に見守られての大往生であり、H氏自身も「疼痛を訴えないでいた」ことに満足だった事を考えると、一概にカクテルによる疼痛緩和が最良とは言えないとも考える。Fさんのように「薬漬け」状態は全身衰弱へ導くことになるので、計画的な与薬（例・WHO方式の採用など）が必要である。

痛みに加えてボディイメージの変容は、Fさんにとっては強烈な不安であり、自己の存在が脅かされる程の心理的衝撃があったと想像できる。このような患者への援助は、安全に対する手段を講じるとともに、暖かい誠実な思いやりのある態度で患者のそばに付き添い静かに見守ることが大切である¹⁰⁾。

高齢化・終末期の患者が一層の増加を示す現今、そして今後の対応にはWHO提唱の「疼痛緩和（表2）」とともに、全人医療への道が選択され「生活の質」の向上を志向けねばならない⁷⁾。

3) 看護学生の体験は真正面から「痛み」と対峙している姿がよく伺われる。学生の粗野で、真摯な姿はこれを

導き・知識の開発にとって最良の効果が期待される。すなわち教員・教官の大きな課題として、今後の各方面における研鑽が期待できる。

4) 看護婦に求められる姿勢

痛みを訴える患者の看護は、まず患者の「痛い」という訴えを受け入れることから始まる。痛みの訴えの中に、患者は「何を言いたいのか」「何を求めているのか」を探し出さなければならない。G. Burtonは「患者がもつ恐れや不安を敏感に感じとり患者がそれに対処できるように、援助することもナースの責任の一つである。その援助の方法の一つとして最も効果的なのは、患者の話をよく聞く、すなわち傾聴することである」¹⁷⁾と述べている。非指示的に耳を傾けて聴く姿勢を持ち、患者の痛みを自らの痛みとして受け止められるかどうかが大切になる。患者は自分の耐えられない痛みを看護婦に熱心に聴いてもらうことだけでも孤独感が癒される。この事はC. Saundersの示唆に富む内容がある¹¹⁾。

しかし、人間同士のかかわりである患者と看護婦の間には、健康に過ごせていることと病に苦しんでいることとの大きな違いを考えさせられる。病んでいる人の心を理解する事は至難の技の様に見える。

神谷氏は頼の患者に出会った時、「なぜ私たちではなくあなたが？」¹⁸⁾という強い衝撃を受け、以後頼療養所の精神科医として活躍している。しかし、筆者らは頼療養所を訪れた時、伝染することを恐れることはあっても、健康である自分に安堵し「何故あなたが病んで自分が健康でいられるのか」という考えに思いもつかなかったことがある。患者と自分自身とを切り離して接していたことに気づかされた。病んでいる人の存在が側に立つ私に、何を語りかけ何を問いかけているのかということも患者との関係の中で気づけなければ真の看護は成立しない。

看護は人間同士のかかわりの連続である。さらに看護は患者の生きざまにかかわる仕事である。患者の痛みだけに目を向けるのではなく、患者は痛みをどの様に認識し・意味づけ・価値づけているのか、またそれを表現できているのか・いないのかなど、感知して痛みをまるごと捉えることに大きな意味がある。久保氏は「人間は主体的な存在であるが故に苦悩や哀しみはその人のものであるので、人間の悲惨を引き受けることはできない。しかし、苦悩の意味を知るための努力をし、生と死の間を葛藤しているひとりの孤独な人間として在るその人、人間の在りようをそのまま受け入れることがケアという援助行為なのであり、看護婦に求められている」と指摘している¹⁹⁾。ケアという援助行為はどの様な場合でも人間

らしく生きられるよう、暖かい配慮を持って援助することである。そして、人間は生まれてから死が訪れるまで、いかなる時もケアしケアされる存在である。M. Mayeroffは「ケアをするということは、相手が成長し自己実現することを助けることの一つの過程であり、人間に關与するあり方だ」²⁰⁾さらに「自分以外の人格をケアするには、相手の世界で相手の気持ちになることができなければならない。ケアにおいて相手とともにいるということは、相手のためにいるということでもある。」²⁰⁾と指摘している。

人間は決して一人では生きることのできないのである。誰かと、また何かとかかわりあって生きている。こうしたことから考えると、かかわりの基本は看護婦である自分自身のあり方だと思える。しかし、日常的な人々とのかかわりを考えると、利害の相違や立場の違い、また様々な先入観や偏見にとらわれるという危険にさらされている。そのうえ、人と人のかかわり、つまり人間同士の関係は見ようと思っても目には見えないものがある。この見えない部分を見ようとする時こそ自分の意識や考えを超えて現実をそのものとして受け入れる姿勢を持ち、自分自身の陥りやすい行動傾向や、相手に対してとりやすい態度について正しく自分を知り相手を人間として心から尊敬し、深く理解しようとする姿勢が問われることになる。そしてこの見えない部分、患者と看護婦の間をつなぐ一つに、こころを聴く・聴かれるという行為がある。

聴くというのは、行動の背後にある感情を体全体で受けとめることだと思ふ。言動にのせられた患者の自己を自己として認めることである。患者の痛みを同情で受けとめるのではなく、患者の痛みをまるごと感じられることが、真の聴くということである。

時間に追われ、人間本来の生き方を忘れてる人々に真の生きる意味と勇気を教え続けた『モモ』²¹⁾は、まさに相手の話を聴ける人である。この小説に出てくる登場人物は聴く人『モモ』が居るという関係性の中で次々と生きる価値を見いだしていく。看護婦をはじめ、患者を取り巻く人々とのかかわりの中から、病気を自分の人生にとって有意義な体験として捉え、病気とともに生きる価値を見出し、前向きに生きていく患者も少なくない。J. Travelbeeは「看護の機能とは病気や苦難に立ち向かい、その中に意味を見出す様に援助することである」²²⁾と述べている。しかし、痛みの中に意味を見つけることは容易なことではない。細川氏の詩集「病者・花」²³⁾からは、末期癌の痛みをまさに今生きているあかしとして捉え、病いを耐え忍ぶ人生の中に意味をみることができ

る。

「痛みは強い孤独の体験である」²⁴⁾患者の主観的な感覚が強い。看護婦からの一方的な働きかけではなく、患者からも教えられながらよりよいケアができるように努めなければならない。関係性の中で相手に変化し、また看護婦自身も変化成長できるものである。患者と看護婦との間に信頼関係が成立した時は、患者が安心して本音を語れる。またどのように表現しても受けとめてくれるという実感と、自分の存在価値が尊重されるという感覚がもて、苦悩の中に意味を見い出せるのではないかと考える。

患者の心も看護婦の心も常に動いており、決してとどまってははいない。今、その時の出会いの積み重ねによって、関係性は日々新しく作りかえられていくものである。そして、その関係性の中で、痛みという感覚を一瞬一瞬受容できるということが基本となる。そのためにも看護者である自分がどのような人間であるのかということを知り、相手の心をありのままに感じとれる感性を豊かにできるよう訓練し続けなければならない。

患者にとって苦痛を伴う病床生活のある瞬間・瞬間を看護婦が共有できるとき、患者は自己の存在を認めることができ、安心して安らげるのではないかと考える。自ずと患者の日常生活の条件を整えることが必要となる。そうすることによって、人間は自分の持っている能力を最大限に発揮できると思う。看護とは、人間関係を基盤におき、さまざまな健康レベルにおいて人間が持っている基本的ニードが充足され、患者自身が自立できるように援助していくことであると考えられる。

V 要 約

「痛み」に関して、体験例をもとに考察を試みて、今更ながら「全人医療」への指向を認識している。とくに看護学生の粗野な表出の中には「痛み」が人間生活の中で普遍的なものであり、しかもその存在価値の大きいことを示唆するものがある。看護婦は日常業務の中で、又しても「痛み」への対応を疎遠なものとしていることに気付かねばならない。以下要点を次の通りに括める。

- ① 病気になることはその人の人生を左右し、存在感を失ってしまう程重大なことである。その中でも痛みは主要症状の一つであり大きな苦痛を伴う。
- ② 痛みは個別的かつ主観的な感覚であり、一人一人のもつ尺度はそれぞれの人生経験によって作られているものであり、測定不可能である。

- ③ 痛みは生体の危険・警告信号としての意味を持っているが、その訴えの中にはバイタルサインの一つとして、コミュニケーションの手段として、生活の質の基幹を形づくるものとして多くの因子が含まれている。
- ④ 疼痛時に行われた看護援助として、術後痛では疼痛の原因や見通しの説明や、深呼吸・体位変換の援助等、術後の合併症予防ともなる援助が重視され、癌性痛では除痛はもちろんのことだが、体位の工夫・清潔・排泄・睡眠・病床を取り巻く環境の調整など、日常生活を過ごすうえでの、基本的ニーズを充実できるような看護援助が重視される。
- ⑤ どの痛みにも共通していえることは、患者の痛みに目を向け、その訴えを聴こうとする姿勢から痛みの緩和が図られ、患者の安心感へと結びつけることができる。
- ⑥ 患者と看護婦の関係性は日々新しく作りかえられていく。その関係性の中で心から患者を敬愛し、自分の枠組みに相手をはめ込もうとせず、言動の背後にある感情を体全体で受けとめようとする姿勢が求められる。
- ⑦ 痛みの中に生きる価値を見い出せるよう援助することは、「痛みを訴える患者」の看護の中の基本となるものである。そして、患者との関係の中で、患者が変化すると同時に看護婦自身も変化し成長することができる。と考える。
- ⑧ WHO方式がん疼痛治療法に代表される鎮痛薬の規則的な投与により、痛みの大幅な緩和や消失が得られるようになった。しかし痛みは単に身体的なものだけではなく全人的なものであるため、一人一人の患者の痛みに影響を及ぼしていることに、看護婦は目を向けなければならない。
- ⑨ 上記の内容を勘案して、特にガン患者の痛みにおいては『癌患者の痛みの種類と治療法(表4)』の活用が期待される。また終末期看護にあっても、

表4 癌患者の痛みの種類と治療法

痛みの種類	オピオイド反応性	薬による治療法
侵害受容性		
内臓	+	非オピオイド+オピオイド
軟部組織	+/-	
骨	+/-	
神経圧迫	+/-	
痛覚求心路遮断による痛み (神経破壊)	-	三環系薬(抗うつ薬) または抗痙攣薬
交感神経が関与した痛み	-	または局所への麻酔薬
筋の攣縮による痛み	-	筋弛緩薬

—— 武田文和¹⁰⁾ ——

苦痛の緩和を一義的なものとして「生活の質」を優先しなければならないだろう。

VI おわりに

看護を実践している時はいつでも患者と看護婦の間には共有場面がある。しかし、その場面の中で体験される事柄は、例えば「援助すること—援助されること」というように、患者と看護婦にとっては違った意味を体験している。それだけに、痛みの看護を通して患者の世界に近づくことの大切さ、むつかしさを痛感する。心を込めた配慮ある態度でかわわり・患者と本音を伝え合い・どんなに苦痛があってもホッと一息つけるような瞬間を作り出せる努力と、研鑽とが必要である。

一方では、WHOの提唱する「疼痛治療法・基本的鎮痛薬」の活用は医師の業務にかかわる問題ではあるが、「生活の質」を重視するときには等閑視できない。また、これに基づく看護援助を考えると、筆者らは看護職には肩を張らないで「人間と人間」との関係で看護援助を通して「人生を語る」ことが可能だと考える。

謝辞

筆を擱くにあたり、医学的・専門的な分野に関しては、筆者らにその内容の十分な解説を頂き、その上推稿など指導的役割を頂きました岡山県立短期大学教授・三木福治郎博士に深く感謝いたします。

引用文献

- 1) 三木福治郎ら：1) 脳死について、研究紀要, 35, 岡山県立短期大学(1991)
- 2) 横田敏勝：痛みと脳, 紀伊国屋書店(1988)
- 3) 兵頭正義：痛みの専門科(ペインクリニック), からだの科学, No.34, p7~21(1900)

痛みを知り看護の本質を探る

- 4) 横田敏彦：痛み、からだの科学増刊2, P215~224(昭和59年4月)
- 5) 武田文和：トワイクロス・末期癌患者の診療マニュアル(第2版), 医学書院(1991)
- 6) 永田勝太郎：痛みとその訴えをどう捉えるか, クリニカルスタディ, Vol.6, No2(1985)
- 7) 高橋紀美子ら：ヒトの死, 人の死(その三), 研究紀要, 35, 岡山県立短期大学(1991)
- 8) 小野寺綾子, 長場直子他：痛みの表現と個別性を探って, クリニカルスタディ, Vol.6, No.12(1985)
- 9) 野島良子, 三木福治郎：看護の理論と構造式, 医学書院, p89(1988)
- 10) 武田文和ら編集：癌患者の症状コントロール, 医学書院(1991)
- 11) Cicely.Saunders：死に向かって生きる, 医学書院(1990)
- 12) 片山徳子：ブロンプトンカクテル使用の現状と考察, 岡山県看護研究, 第3号, P25~29(昭和59年4月)
- 13) 前川チカ子, 越中早苗：血栓性静脈炎を併発した疼痛のある患者の看護, 臨床看護, Vol.15, No.5(1989)
- 14) 宮本典子, 青木尚子他：術後疼痛を訴える患者への援助, 看護技術, Vol.33, No.13(1987)
- 15) Margo.McCaffery, 中西睦子訳：痛みをもつ患者の看護, 医学書院, P303~308 P11(1975)
- 16) 小島操子：不安を伴った患者への援助の技術, 現代のエスプリ, No179, P161
- 17) GENEVIEVE.Burton, 大塚寛子・武山満智子訳：ナースと患者, 医学書院, p128(1982)
- 18) 神谷美恵子：遍歴, みすず書房, p189(1990)
- 19) 久保茂子：看護実践の哲学を求めて, 医学書院, p24(1981)
- 20) Milton.Mayeroff, 田村真, 向野宣之訳：ケアの本質, ゆみる出版, p14, p93, (1987)
- 21) Michael.Mnde, 大島かおり訳：モモ, 岩波書店(1987)
- 22) Joyce.Travelbee, 長谷川浩, 藤枝知子訳：人間対人間の看護, 医学書院, P43, P104(1979)
- 23) 小川鼎三, 中井準之助編：詩集病者・花, 現代社(1980)

平成3年10月29日受付

平成3年11月7日受理