

【研究ノート】

地域で暮らす在宅がん患者の痛みの体験と認識の様相：文献検討

吉澤 龍太, 玉井なおみ, 神里みどり

Aspects of the experience and perception of pain in homecare cancer patients living in the community: a literature review

YOSHIZAWA Ryuta, TAMAI Naomi, KAMIZATO Midori

要旨

本研究は、在宅がん患者への教育的介入に関する理論的枠組み構築の示唆を得るため、在宅がん患者の痛みの認識と体験の様相を明らかにすることを目的とした。

国外論文はPubMed, CINAHLから“Cancer Pain” & “Patient OR Family OR Caregiver” & “Perception OR Experience OR Interpret”のキーワードで検索した。国内論文は医中誌Webを用いて、「在宅医療or在宅看護」「がん患者or家族」「がん性疼痛」「認識or体験」のキーワードで検索し、国内外で19件の論文を対象とした。在宅がん患者の痛みの体験には、【制御困難な耐え難い疼痛体験】【痛みと生活の折り合いをつけた対処行動】など6つのカテゴリーが抽出された。痛みの認識には、【過去の痛みと向き合った体験から得られる自己効力感】【痛みの増悪に伴う自律の喪失】【痛みと折り合いをつける肯定的な人生の再構築】など6つのカテゴリーが抽出された。

在宅がん患者の痛みの体験の様相は、複数の要因と多様な変化で制御困難ながん性疼痛特有の疼痛体験に対し、生活と折り合いをつけた対処行動を行っていた。痛みの認識の様相は、過去の痛みへの対処行動から得られた自己効力感が分岐点となり、人生の喪失というネガティブな認識と人生の再構築というポジティブな認識が生じていた。

キーワード：在宅がん患者、がん性疼痛、体験、認識

I. 緒言

わが国においてがんによる死亡は全死亡者数の3割を占めており、1981年から死因第1位であり続けている。2021年がんによる死亡者数394,988人であり、第2位の心疾患357,561人を大きく上回っている（厚生労働省, 2021）。多様ながんの発生要因の中でも、加齢は主要な発生要因であり、高齢化が進む我が国においてがんは重大な健康問題である。しかし、近年、医療の進歩で5年生存率が68.9%と改善しており（国立がんセンター, 2021）、がん患者は疾患を抱えながら治療と生活の両立を求められている。2006年に制定されたがん対策基本法は現在、「がんになってもその人らしく生きていける地域共生社会の実現」を目標として掲げている第3次がん対策推進基本計画が施行され、がん患者が住み慣れた地域社会で生活するために、緩和ケアの質向上や相談支援・情報提供システムの整備が進められている（厚生労働省, 2017）。一方で、がん患者は疾患による身体

への影響、または治療の合併症など、様々な苦痛症状を抱えているため、切れ目のないシームレスながん医療と緩和ケアの提供に向けて、地域で在宅医療を担う医療従事者への教育体制の整備が求められている（厚生労働省, 2017）。このように、今後の我が国のがん医療体制は、「がんとの共生」を全体目標に掲げ、がん患者それぞれが「住み慣れた地域」で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境整備を目指している（厚生労働省, 2017）。そのため、地域で暮らす在宅がん患者（以下、在宅がん患者）には、地域単位で治療と緩和ケアが連携した医療サービス体制を整えることは喫緊の課題である。

一方で、外来に通院する多くのがん患者は十分な疼痛管理がされておらずQOLが低下し（榊原, 2015）、持続する痛みは在宅療養の継続を困難とさせている（橋本, 2015）との報告がある。近年、在宅がん患者が家族と住み慣れた地域で過ごせるよう地域緩和ケアの推進が図られているものの、がん性疼痛の緩和の難しさが在宅がん

患者のQOLの障壁となっているのが現状である。

在宅がん患者の疼痛について、海外では1960～2000年代の40年間の疼痛有症率は6割であったと報告している(van den Beuken-Everdingen, 2007)。その後、医療用麻薬の推奨や開発、放射線治療や神経ブロックなど疼痛に対する治療は進化しているが、2010年代の調査においてもがん性疼痛の有症率は6割以上と改善されておらず、その原因として、がん患者の生存期間の延長に伴う併存疾患の増加や神経障害などの新たな機序の疼痛が生じていると報告されている(Marieke, 2016)。5年生存率が向上している我が国でも、多くのがん患者に新たな機序の痛みが発症することが予測される。そのため、在宅がん患者は在宅療養中に、患者自身と家族介護者が自立してその時々に応じた痛みへのマネジメントが必要となる。

在宅がん患者の疼痛管理の課題として、サービス体制の情報不足や病院・訪問に関わる医療者の知識や技術不足の問題はあるが(柄澤, 2017; 2020)、がん患者の体験している痛みの特徴も影響している。がん患者の痛みは、複数の要因が混在しながら、その原因や部位、強度が経時的に変化するダイナミック(動的)な現象とされている(Schumacher, 2021)。さらに、痛みは予期せぬタイミングで出現と増強を繰り返し、生活動作や全人的な側面と影響し複雑な様相を呈する。このような特徴をもつがんの痛みには、患者が疼痛を自己管理できるよう個別性に応じた教育的介入が適していると考えられている(山中, 2018)。しかし、これまでがん患者と家族を対象とした多くの教育的介入研究がされてきたが、痛みの軽減や日常生活の改善の効果については、介入方法や測定方法が統一されておらず、その効果は十分に評価できない現状にある(Adam, 2015; Oldenmenger, 2018)。評価できない原因として、がん性疼痛の教育的介入に関する全体的な理論的枠組みがないことで、一貫としたアウトカムが得られないことが指摘されている。そのため、Adamは(2015)、がん性疼痛の教育的介入に関する34件のRCTから、教育的介入の4つの段階的な構成要素を提案している。その構成要素は、1) 患者が痛みを体験し、痛みを解釈する、2) 患者と医療従事者との相互作用、3) 薬理的療法の開始と変更、非薬理的療法の検討、4) 再評価の4段階を提案し、最初の段階で患者が痛みをどのように体験し、解釈しているかを把握する必要性を挙げている。

Doddら(2001)は、症状とは個人の生物心理社会的機能、感覚、認識の変化を反映した主観的な体験と定義しており、痛みという症状を理解するには個人がどのように症状を体験し、認識したかを明らかにする必要がある。また、先述したように、がんの痛みは多面的でダイナミックな特徴があるため、痛みの体験を理解するには

がん患者自身の痛みの体験を考慮した新しいパラダイムが必要とされている(Schumacher, 2021)。そこで本研究では、在宅がん患者の痛みの体験(Experience)と認識(Perception)について国内外の先行研究をレビューし、在宅がん患者の痛みの体験と認識の様相を明らかにするものである。在宅がん患者の痛みの体験と認識の様相が明らかにすることで、がん患者の痛みの体験を理解し、がん患者の個別性のある教育的介入の示唆が得られるものと考えられる。

II. 研究目的

本研究の目的は、国内外の先行研究をレビューし、在宅がん患者の痛みの体験と認識の様相を明らかにすることである。

III. 研究方法

1. 文献検索方法および研究文献の選定方法

国外論文はPubMed, CINAHLのデータベースから検索した。検索キーワードは、がん性疼痛を対象とするので“Cancer Pain”とし、在宅のがん患者の症状体験は同居する家族または介護者の存在に影響すること(Smyth, 2018)を考慮し、“Patient OR Family OR Caregiver”を用いた。国外では、がん患者は在宅で訪問診療や看護のサポートを受けながら治療を続けるのが一般的であり、がん患者の痛みに関するレビューにおいても9割以上が在宅で療養するがん患者が対象であったことから(Marieke, 2016)、“home”などの在宅を示す単語を含めなかった。次に、がん患者の痛みに対する認識と体験を目的としているため、“Perception”“Experience”とした。さらに先述したAdam(2015)がモデル化した痛みの教育的介入における最初の主要構成要素である痛みの解釈“Interpret”も追加し、“Perception OR Experience OR Interpret”とした。文献検索では、認識を意味する“Perception”と解釈の“Interpret”の両方を用いたが、Larson(2009)は、症状の認識を、様々な要因の影響を受けながら、感覚によって集められた症状に関する情報を解釈して認知するものとしている。そのため、本レビューでは症状の認識である“Perception”に解釈の“Interpret”の意味も含まれるとした。国内論文は医中誌Webのデータベースを用いて、「在宅医療or在宅看護」「がん患者or家族」「がん性疼痛」「認識or体験」の検索キーワードで検索した。在宅で暮らし、また痛みを有するがん患者が自身の痛みをどのように認識し、体験しているかを明らかにするため、1) 小児のがん患者、2) 医療機関に入院している

がん患者、3) 痛みを有していないがん患者、4) 非がん患者、5) 家族のみや医療者のみを対象としている文献、6) レビュー論文、事例報告、会議録などを除外基準とした。在宅がん患者とその家族介護者の両方を対象としている文献は、がん患者の痛みの認識・体験に家族介護者による影響が関与していると推察されることから該当文献として採用した。

2. 用語の定義

本研究における用語の定義はがん対策基本計画の考え方や先行研究を基に下記の通りとする。

地域：がん患者それぞれの住み慣れた地域のことであり、都市や地方など地理的な環境は問わないものとする（厚生労働省、2017）。

痛みの体験：個人によって異なり、多様に変化することで身体的および感情的な悪影響を及ぼす不快な経験と痛みに対する反応・行動とする（Erol, 2018）。

痛みの認識：個人的要因、環境要因、生物心理社会的要因の影響を受けながら感覚によって集められた痛みに関する情報の認知と解釈とする（Larson, 2009）。

3. 分析方法

選定した文献の概要を整理するためにマトリックスシートを作成した。次に、在宅がん患者が自身の痛みの体験と認識の語りに関する内容に焦点をあてデータを抽出し、意味や内容ごとにまとめてカテゴリー、サブカテゴリーを抽出した。抽出したカテゴリーは、Doddら（2001）のSymptom Managementモデルを参考に概念図を作成した。分析は、研究者間でカテゴリーの意味内容を検討し、真実性の確保に努めた。

IV. 結果

1. 対象文献の概要

対象文献のダイアグラムを図1に示す。

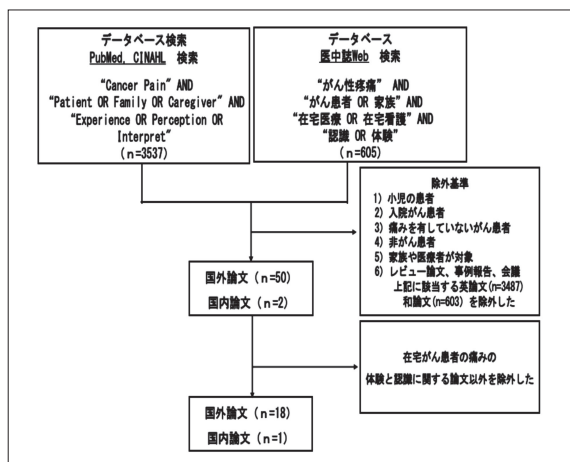


図1 対象文献のダイアグラム

研究方法の検索キーワードから国外論文は、上記の検索キーワードからPubMedとCINAHLで3,537件が検索された。そこから除外基準で精査し、該当する論文は50件となった。さらに本文を精読し、研究目的に該当する文献18件を分析対象とした。国内論文も医中誌Webで検索キーワードから605件が検索され、除外基準で精査し該当論文は2件であった。精読した結果、1件を分析対象とした。国外論文・国内論文を合わせて19件の論文を対象文献とした。

対象文献を出版年代でみると、1990年代は1件のみで2000～2010年は6件、2010～2020年代は10件と大きな変動はなかった（図2）。

国別でみると、国外で米国が7件、イギリスが4件、カナダ・ブラジルで2件、スウェーデン、ノルウェー、オーストラリアは1件であり、日本は1件のみであった（図3）。

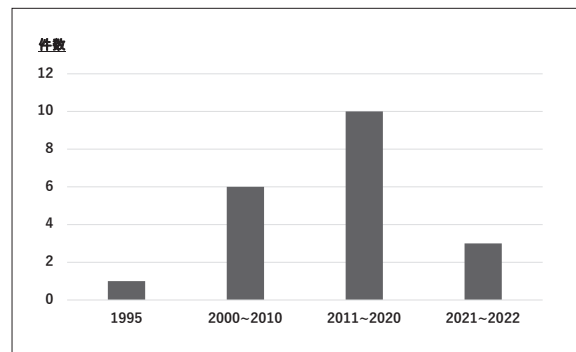


図2 対象文献の年次推移

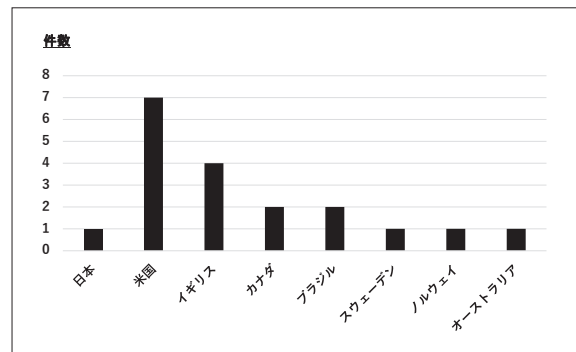


図3 対象文献の国別件数

対象文献の概要を表1と表2に示す。研究目的では、がん患者の疼痛体験が7件と最も多かった。研究デザインは質的研究が多く、対面でのインタビューの他に、患者が記録した痛みの日記をデータとしたものがあった。対象者のがん腫別でみると、乳がんが117名と最も多く、次に肺がん、前立腺がんの順であった。がん腫を特定していない2つの論文を含めて、がん腫が不明な対象者は147名であった。19文献中、対象者のがん転移の有無が明記されていたのは6文献であった。

表 1 対象文献の一覧

文献番号	著者/年代/国	目的	対象	研究デザイン	結果
1	Tim Luckett / 2022 オーストラリア	僻地で暮らす患者および介護者のがん性疼痛に関する経験と疼痛管理について調査した。	外来患者21名と介護者16名	質的研究 インタビュー調査	地域環境に住むことは、限定された地域住民と医療提供者と間で、意見の相違があるが、確立した関係性の基、患者中心のケアに有利であると認識されていた
2	Karen L. Schumacher / 2021 アメリカ	疼痛自己管理介入中の在宅のがん患者の継続的な疼痛体験を明らかにした	進行がん患者42名	質的研究 10週間の介入時の音声記録と看護師のフィールドノート	個々の患者の痛みとは、痛みの部位と強さのパターンが時間とともに変化すること、複数の痛みの原因が重複しており、複雑な痛みの動的変化が生じる体験であった
3	川村 三希子 / 2021 日本	在宅療養中の高齢がん患者のがん疼痛の体験と方略を明らかにした	高齢がん患者9名	質的研究 インタビュー調査	【常に痛みを意識し暮らしの自らが妨げられる】 【日々暮らす中で、痛みの緩急がわかる】 などの6つのカテゴリで体験していた
4	Sara E. Appleyard / 2018 イギリス	高齢がん患者が在宅での痛みの自己管理に関連する経験を明らかにした	70歳以上の高齢がん患者8名	質的研究 インタビュー調査	高齢がん患者は最初、耐え難い痛みを経験することで、人生のコントロール感を喪失し、家族への負担を感じるようになった。その後、高齢がん患者は過去の経験から痛みを自己管理することで自己効力感を得るプロセスであった
5	Margaret Dunham / 2017 イギリス	高齢者は痛みの体験をどのような思いや経験によって構築しているかを考察した	高齢がん患者9名	質的研究 インタビュー調査と痛み日記	高齢がん患者は、がんで死ぬより老衰が良い、コントロールと自立の維持、アイデンティティの喪失一以前の自分への適応と悲嘆、鎮痛剤への否定、痛みの否定が確認された。
6	Berit T. Valeber / 2016 ノルウェー	外来がん患者とその介護者の痛みに対する考え方と対処法を比較した	外来でがんの治療をしている患者71名と介護者71名	量的研究 質問紙調査	患者と介護者の痛みの管理の障壁となる信念は4つの項目で一致しており、医療用麻薬に関する中毒を最も懸念していた。
7	Julia Hackett / 2016 イギリス	進行がん患者と介護者の痛みの体験と、痛みを管理するプロセスを探索した	進行がん患者21名、介護者16名	質的研究 2回のインタビュー調査	痛みの複雑性、重症度、痛みの遷移性とコントロールの度合いという、3つの異なる痛みのパターンが明らかになった。痛みを管理するプロセスとして、鎮痛薬の効果を反映してダイナミックな変化があった。
8	Kesley de Oliveira Reticensa / 2015 ブラジル	高齢者ががん性疼痛と共存するための主観を、痛みの経験から明らかにした	中等度の痛みをもつ高齢がん患者12名	質的研究 インタビュー調査	高齢がん患者の痛みの体験は、痛みによる拘束と強制であり、がんの痛みとともに生きる意味を問いかけるという苦悩を明らかにした。
9	Christine J McPherson / 2014 カナダ	在宅での疼痛管理における高齢進行がん患者とその介護者の役割と認識について記述した	18名の進行がん患者と15名の介護者	質的研究 インタビュー調査・フィールドノート	対象者は痛みの評価を自分の役割とし、痛みの識別と表現を行うという「痛みの伝達」を認識していた。また、疼痛管理に関する信念、副作用の経験、治療の目標から「解決策の発見」について述べられた。

表 1 対象文献の一覧 (続き)

文献番号	著者/年代/国	目的	対象	研究デザイン	結果
10	Gillian Bedard / 2013 カナダ	がん患者の突発痛に対する認識と経験を調査した	94名のがん患者	量的研究 質的調査	半数の患者が突発痛は60分以上続き、痛みのスコアは7.8/10で、通常の仕事や一般的な活動に影響を与えていた。鎮痛薬の効果に満足していたのは35%だけであった。
11	Cristine J McPherson / 2013 カナダ	進行がん患者とその介護者のがん性疼痛に関する認識と経験を記述した	65歳以上の進行がん患者18名と介護者15名	質的研究 インタビュー調査	メインカテゴリーである「がんの痛みの経験」には、痛みの感覚的な側面、痛みの起源、痛みに起因する意味の3つのテーマが含まれていた。
12	Katherine Webber / 2011 イギリス	がん患者における突発痛と共に生きる個人の経験を探究した	突発痛が診断されている10名のがん患者	質的研究 インタビュー調査	突発痛による日常生活への圧倒的な影響と、医療者とのコミュニケーションの困難さ、突発痛の管理のためのオピオイドの懸念という包括的なテーマが浮かび上がった。
13	Eon-ok Im / 2013 アメリカ	がん患者の痛みの感じ方の民族的な違いを探究した	アフリカ系アメリカ人のがん患者11名	質的研究 オンラインフォーラム による記述的調査	がんを人生における挑戦と捉える反面、彼らの文化ではがんはステイグマとされ、痛みの訴えをせずに耐えることが疼痛管理を阻害していた。
14	April Hazard Vallerand / 2007 アメリカ	在宅ケアの場における痛みの管理の認識に関する理解を明らかにした	がん患者10名、介護者10名	質的研究 インタビュー調査	患者は痛みによって単純な作業や喜びを奪われ、痛みに圧倒されることで絶望を感じていた。しかし、自身で痛みを管理できているという自覚が癒やしとなった。
15	Carole Kimberlin / 2004 アメリカ	がん患者と医療者の、がん疼痛の自己管理に関連したコミュニケーションに関する促進要因、障壁を検討した	治療中、または過去に治療をしていたがん患者22名、介護者15名	質的研究 フォーカスグループと 個別面接	コミュニケーションの障壁は、医療従事者に対する感情に悪影響を及ぼし、疼痛管理を含むすべてのケアの質にも影響を及ぼした。
16	Barbro Bostrom / 2004 スウェーデン	緩和ケアの場で、がん性疼痛のある患者が疼痛管理をどのように認識しているかを説明した	緩和ケアチームが介入している患者30名 (10名の入院患者を含む)	質的研究 インタビュー調査	患者は痛みに関する問題について、医療者と率直に対話する必要性、痛みに関する治療計画の立案、医療者への信頼など、これらが実感できると自身の疼痛管理への参加能力と意欲が向上することが示された。
17	Karen L. Schumacher / 2002 アメリカ	強い痛みがあるがん患者がオピオイドの使用に消極的である理由を明確にした	骨転移がある11名の進行がん患者と6名の介護者	質的研究 インタビュー調査	鎮痛薬やオピオイドを服用したくない理由として、1) ステイグマのような慢性疼痛管理の経験、2) 重度の便秘などの悪い体験、3) 全ての薬物は避けるべき「毒物」であるという信念などが明らかになった
18	Wendy Duggleby / 2000 アメリカ	終末期の高齢がん患者の疼痛体験を明らかにし、記述すること	高齢の進行がん患者11名	質的研究 複数回のインタビュー 調査	終末期の高齢がん患者は痛みを身体的な痛みと精神的痛みで区別していた。また、精神的痛みは何もできないと認識し、最も悪い痛みとされていた。
19	Katherine A Yeager / 1995 アメリカ	がん性疼痛を経験している外来がん患者と介護者の痛みに関する知識と体験の認識の違いを明らかにした	がんの治療中で、がん関連痛を有するがん患者と介護者の86組	質的研究 質的調査	痛み体験の認識では、介護者のほうが患者よりも痛みを深刻に認識しており、介護者の訴える患者の訴えは、介護者自身のために痛みを訴えていた

表2 対象文献の概要：研究の目的・対象・デザイン・結果

研究目的	文献No	件数 (n=19)	%
がん患者の疼痛体験	2, 3, 4, 7, 8, 12, 18	7	37
患者と介護者のケアに関する体験と疼痛管理	1, 5, 11, 19	4	21
痛みへの対処法	6, 14, 15	3	16
疼痛管理における認識	9, 16, 17	3	16
痛みの認識と体験	10	1	5
民族間・文化的の痛みの違い	13	1	5
研究デザイン			
質的研究	1,2,3,4,5,7,8,9,10,12,13,14,15,16,17,18	16	84
量的研究	6,10,19	3	16
がん種		患者数 (n=491)	%
乳がん		117	23.8
肺がん		61	12.4
前立腺がん		55	11.2
大腸がん		34	6.9
腎・泌尿器がん		26	5.3
胃・消化器関連がん		23	4.6
頭頸部がん		9	1.8
骨髄腫		6	1.2
肝臓・胆管・膵臓		5	1
婦人科系		5	1
脳腫瘍		3	0.6
がん腫特定なし		147	29.9
転移がある		78	15.9

2. 在宅がん患者の痛みの体験

在宅がん患者の痛みの体験では、6つのカテゴリーが抽出された(表3)。以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〈 〉で示す。

在宅がん患者の痛みの体験では、9件の文献で〈複数の要因が混在する多様な疼痛パターン〉〈予測不能な変化を続ける痛み〉が分類され、【複数の要因で多様な変化による予測不能な痛み】が抽出された。また、4件で〈制御できない耐え難い痛み〉が分類され、【制御困難な耐え難い疼痛体験】が抽出された。このようながん性疼痛特有の苦痛体験に対し、12件の文献で〈痛みに応じた生活パターンの修正〉〈生活を整えるための鎮痛薬の活用〉〈情動志向型の痛みへの対処行動〉〈非薬理的な疼痛管理の実践〉に分類され、【痛みと生活の折り合いをつけた対処行動】が抽出された。在宅がん患者の痛みの対処行動には、医療者や家族介護者のサポートが必要だが、

10件の文献で〈疼痛管理に対する医療者との不十分な話し合い〉〈家族介護者の心的負担への気遣いによる痛みの伝達の妨げ〉という障壁があり〈医療者へ主導的に関わる姿勢〉〈自らのために自信をもった医療者との話し合い〉を行うことで【痛みに対して異なる認識をもつ医療者と家族介護者に能動的にコミュニケーションする姿勢】が抽出された。痛みへの対処行動にはオピオイドの活用は必要だが、11件の文献で〈地域の暮らしを妨げるオピオイド特有の副作用〉〈オピオイド服用に対する心理社会的な抵抗感〉〈鎮痛効果の実感のなさから鎮痛薬服用の疑問〉が分類され、【副作用と実感できない薬効に葛藤しながら服用するオピオイド】が抽出された。2件の文献で〈家族への気遣いのためにがんの痛みを語らずに耐える〉が分類され、【大切な人のために語らず耐える疼痛】が抽出された。

表3 在宅がん患者の痛みの体験

	文献No	件数 (%)
【複数の要因で多様な変化による予測不能な痛み】		9 (47)
〈複数の要因が混在する多様な疼痛パターン〉		
経時的に変化する痛みの部位、重複した原因、パターンの多様性	2	
痛みの原因や部位を特定できない	4	
神経性、炎症性、骨性の痛みが重なる	7	
多様な痛みの性質と一定しない痛みの頻度、他疾患や精神的な苦痛との関連	11	
複数の異なる部位の痛みがある	18	
〈予測不能な変化を続ける痛み〉		
痛みは動的な性質をもつcomplex pain dynamics	2	
普段は軽い痛みも時折、強い痛みが発生する	7	
痛みの頻度の時間的变化、2~3カ所の異なる部位の痛みがある	11	
痛みの部位は移動するし、急激に始まる	18	
【制御困難な耐え難い疼痛体験】		4 (21)
〈制御できない耐え難い痛み〉		
痛みで自分の体がコントロールできない	12	
痛みをコントロールできないことを痛感	14	
生き地獄、あまりにも痛いので怖くもある	16	
耐えられない、あまりにも痛いので怖くもある	17	
【痛みと生活の折り合いをつけた対処行動】		12 (63)
〈痛みに応じた生活パターンの修正〉		
暮らしの中で痛みのパターンを認識し、無理ない生活をする	3	
ネットで買い物するなど最低減のサポートで負担を減らす	5	
〈生活を整えるための鎮痛薬の活用〉		
鎮痛薬の効果時間に合わせた生活の再構築	1	
自分の体の声に耳を傾け、自分なりの薬物療法に関するシステムを確立する	4	
1日のなかで大事なことを行うためにオピオイドを飲む	7	
〈情動志向型の痛みへの対処行動〉		
過去の自分や他者の痛みと比較して、今の痛みは耐えられるものと合理化する	11	
痛みを完全にではなく、一部でもコントロールできると思うことが鎮痛薬となる	14	
〈非薬理的な疼痛管理の実践〉		
医療者から提示される薬物療法のみでなく、自分でできる非薬理的ケアを模索する	1	
マッサージや自身の好むものを取り入れることで痛みに対応する	7	
うづくまる、押える・さする、マッサージをする	9	
突出痛の根本的な原因を理解することで治療が改善する	12	
最も有効な非薬理的戦略は、瞑想と気晴らしである	18	

【 】カテゴリー、〈 〉サブカテゴリー

表3 在宅がん患者の痛みの体験（続き）

	文献No	件数 (%)
【痛みに対して異なる認識をもつ医療者と家族介護者に能動的にコミュニケーションする姿勢】		10 (53)
〈疼痛管理に対する医療者との不十分な話し合い〉		
オピオイドについて医師と議論ができないまま処方されないよう痛みを伝えない	1	
痛みを医師に伝わるように工夫するが、うまく伝えられない	3	
コミュニケーションの欠如が痛みについて話し合うことを妨げる	14	
〈家族介護者の心的負担への気遣いによる痛みの伝達の妨げ〉		
家族介護者への負担を考慮して痛みを伝えない	9	
介護者と同居している場合、患者は自立したい思いから、痛みを伝えることに消極的	11	
介護者は患者より痛みを苦痛と捉えている	19	
〈医療者へ主導的に関わる姿勢〉		
かかりつけ医との付き合いが長い、医療者とのコミュニケーション経路が確立しているという小規模のコミュニティの利便性を生かして医療者へ相談する	1	
患者自身が積極的に医療者に関わり伝える	15	
〈自らのために自信をもった医療者との話し合い〉		
患者が自分を信じて痛みを伝える	16	
痛み日記で医療者と鎮痛薬の調整について話し合う	17	
【副作用と実感できない薬効に葛藤しながら服用するオピオイド】		11 (58)
〈地域の暮らしを妨げるオピオイド特有の副作用〉		
オピオイドを使うと気分不良になって食事ができない	5	
オピオイドを服用すること便秘する	9	
(オピオイドの影響) 眠気で何度も交通事故を起こす	17	
〈オピオイド服用に対する心理社会的な抵抗感〉		
(オピオイドの眠気で) ゾンビになるくらいなら痛いほうがマシ	1	
オピオイドは最悪の痛みのときにとっておくもの	5	
オピオイドを飲み続けると効かなくなる	6	
オピオイドの副作用よりは痛みのほうがマシ	9	
〈鎮痛効果の実感のなさから鎮痛薬服用の疑問〉		
鎮痛薬の効果を実感できないから飲むのをためらう	5	
複数の鎮痛薬を使うが一貫とした効果を実感できない	7	
複数の鎮痛剤を服用しているが鎮痛効果が実感されずに服用することに疑問をもつ	9	
突出痛にレスキュー剤を服用しても完全には痛みは取れない	10	
【大切な人のために語らず耐える疼痛】		2 (10)
〈家族への気遣いのためにがんの痛みを語らずに耐える〉		
家族の負担を増やしたくない、不満を言う人と思われたくないから痛みを語らない	6	
家族のために、生き残るために痛みを耐え強くなることを求める文化と教育	13	

【】カテゴリ、〈〉サブカテゴリ

3. 在宅がん患者の痛みの認識

在宅がん患者の痛みの認識では6のカテゴリーを抽出した(表4)。在宅がん患者は、痛みへの対処行動を行うことで、4件の文献で〈過去の痛みに向き合った体験〉〈可視化することで実感する疼痛管理に対する自己効力感〉が分類され、【過去の痛みと向き合った体験から得られる自己効力感】が抽出された。しかし、9件の文献で〈これまでの日常生活の喪失〉〈家族や社会との関係悪化〉〈痛みに関連する心身への悪影響〉が分類され、【痛みで消耗する心身によってこれまでの日常生活と社会関係の喪失感】が抽出された。また、6件の文献で〈痛み

による自律の喪失〉〈痛みの自己コントロール感の喪失〉が分類され、【痛みの増悪に伴う自律の喪失】が抽出された。さらに6件の文献で〈痛みの増強に伴い実感する疾患の進行と死〉〈痛みによって失う生きる意義〉が分類され、【痛みによって意識させられるがんの進行と避けられない死】が抽出された。また、〈がんの痛みから逃れられない〉〈痛みを宿命と思いながら緩和を諦めない〉が分類され、【痛みを受容しながらも緩和を諦めない】が抽出された。4件の文献では〈痛みと向き合うことで見出した希望と感謝〉が分類され、【痛みと折り合いをつける肯定的な人生の再構築】というカテゴリーも抽出された。

表4 在宅がん患者の痛みの認識

	文献No	件数 (%)
【過去の痛みと向き合った体験から得られる自己効力感】		4 (21)
〈過去の痛みに向き合った体験〉		
過去の経験や内なる力、他者のサポートを活用して取り戻したポジティブな心の状態	4	
これまでの闘病生活で得られた痛みへの耐性	11	
〈可視化することで実感する疼痛管理に対する自己効力感〉		
問診表に痛みについて書いていると、自身の痛みのコントロールのレベルを知ることができる	15	
自身の疼痛管理記録を振り返ることで対処行動が決定する	16	
【痛みで消耗する心身によってこれまでの日常生活と社会関係の喪失感】		9 (47)
〈これまでの日常生活の喪失〉		
継続する痛みに自立が妨げられる	3	
痛みがあると趣味も娯楽もできない	4	
痛みに対処するための変更を余儀なくされた生活習慣	12	
洗濯や着替え、散歩など基本的行動を奪われる	14	
〈家族や社会との関係悪化〉		
食事・睡眠ができない、社会的に孤立する	8	
痛みで不安定な精神状態による介護者との関係の悪影響	11	
〈痛みに関連する心身への悪影響〉		
痛みで身体機能が著しく低下する、平常心が保てない	11	
疲労感や睡眠不足で痛みがさらに悪くなる	14	
全てのエネルギーが痛みに関与するので抵抗力が落ちる	16	
【痛みの増悪に伴う自律の喪失】		6 (32)
〈痛みによる自律の喪失〉		
一家の稼ぎ手というアイデンティティの喪失	5	
機能低下を伴う痛みの存在で他者へ依存する生活で人生を喪失する	11	
無力感、他者へ依存しないといけないことが身体の痛みより辛い	18	
〈痛みの自己コントロール感の喪失〉		
痛みをコントロールできないことが無力感と絶望感を悪化させる	7	
物忘れ、認知機能の低下から鎮痛薬の服用が管理できない	9	
部分的でも痛みがコントロールできれば怖くないが、現在の人生は悲惨なもの	14	

【】カテゴリー、〈 〉サブカテゴリー

表4 在宅がん患者の痛みの認識 (続き)

	文献No	件数 (%)
【痛みによって意識させられるがんの進行と避けられない死】		6 (32)
〈痛みの増強に伴い実感する疾患の進行と死〉		
痛みが強くなると人生には限りがあると思う	7	
がんの痛みは生存の可能性が低く、恐ろしい、末期的なもの	11	
新しい部位の痛みだと、なにか別のことが起きている	11	
突出痛の発生はがんの存在を思い起こさせる	12	
〈痛みによって失う生きる意義〉		
痛みで苦しむ中、治療を諦めないが、死を望むこともある	8	
信仰をもたないと心がもたない	18	
【痛みを受容しながらも緩和を諦めない】		4 (21)
〈がんの痛みから逃れられない〉		
がんがある限り痛みとは縁が切れない	1	
痛みから逃れようとするが、逃げ切れないときもある	14	
〈痛みを宿命と思いながら緩和を諦めない〉		
患者は痛みを宿命と思っているが、家族介護者よりも、痛みを軽減できると認識している	6	
痛みは避けられないものと受容し、疼痛管理の目標は「我慢できるレベルまでの軽減」であった	9	
【痛みと折り合いをつける肯定的な人生の再構築】		4 (21)
〈痛みと向き合うことで見出した希望と感謝〉		
痛みで制限のある中でも小さな楽しみをみつけて過ごす	3	
痛みと戦うために将来の希望と楽観を持つ	4	
がんは神への信仰を試すため、他者を助けるための人生の挑戦、がんという体験を通して人生への感謝	13	
痛みを介護者と共有することでより親密になる	12	

【】カテゴリー、< >サブカテゴリー

V. 考察

1. 在宅がん患者の痛みの体験と認識の様相

症状体験には、症状の知覚・意味の評価・反応が含まれているとされ (Dodd, 2001), 本レビューも痛みの体験の中に痛みの認識が包含されていた (図4). 痛みの体験と認識について考察する.

1) 在宅がん患者の痛みの体験

在宅がん患者はがん性疼痛特有の苦痛体験をしていた。まず、自身のがんによる痛みを【複数の要因で多様な変化による予測不能な痛み】として体験し、その複雑性によって【制御困難な耐え難い疼痛体験】であった。がん性疼痛は、がん疾患だけでなく、治療や併存疾患が

混在する身体的な痛みに加えて、心理社会的な要素が混在する全人的な苦痛であることから、病態だけでは理解が難しい痛みである (日本緩和医療学会, 2020)。また、治療による予後の延長で、がん性疼痛は動的で複雑な変化をする痛みとなり、特に重度の痛みをもつ患者にとっては、痛みを制御できないという感覚を悪化させることが明らかになっている (Hackket, 2016)。本レビューにおいてもがん患者は制御できない痛みを体験していることが複数報告されていた。制御できない原因として、痛みの評価や治療が不十分であること、多くの臨床医が痛みよりもがんの治療を優先している傾向があること、オピオイドに関して医療者も含め患者・家族も知識不足や誤った認識から鎮痛薬の服用への障壁や不適切な活用な

ど、多くの課題が明らかにされている (Breivik, 2009)。在宅がん患者は、自身の痛みをその状況に応じて適切な評価ができず、また痛みの対応方法について即座に相談できる医療者や専門家が身近にいないことから、今後も継続する課題であることが予測される。

このような痛みに対し、在宅がん患者は制限された日常の中で痛みへの対処行動を取っていた。在宅がん患者は自身に負担をかけない生活パターンの修正を行うことで、【痛みと生活の折り合いをつけた対処行動】を取っていた。川村 (2021) は、在宅療養中の痛みを持つがん患者は、生活体験を通して、痛みが増強しないよう安全な範囲と無理な範囲を見極めた生活の組み立てを行っているとして述べている。在宅がん患者は、痛みや病状の進行によって日常生活が制限されたことを実感しながらも、少しでも生活を維持しようと対処行動を行っていると考えられる。対処行動の一つとして、がんの痛みにはオピオイドなどの鎮痛薬が必要だが、【副作用と実感できない薬効に葛藤しながら服用するオピオイド】という現状であった。在宅がん患者は自身の痛みと共に生きていくために、オピオイドの副作用に葛藤しながら服用することを選択していた (吉田, 2021)。しかし、葛藤しながら服用したオピオイドも、その鎮痛効果を実感できない状況であった。張替らの調査 (2008) では、オピオイドを処方された地域のがん患者の半数が鎮痛薬を無効と感じ、さらにその半数が副作用を体験しており、オピオイドの適切な副作用対策と適切な投与量の調整が必要であることを指摘している。さらに、在宅がん患者は【大切な人のために語らず耐える疼痛】という行動も取っていた。がん患者は家族など親しい人を動揺させたくない、お互いのウェルビーイングを優先するために痛みを語らず、耐える行動を取っており (Zhang, 2003)、痛みのコミュニケーションが妨げられることが示唆された。実際に、在宅がん患者とその家族介護者、そして医療従事者は、それぞれが痛みについての認識や管理方法、オピオイドの活用方法が異なることで、痛みに関するコミュニケーションがとれず、効果的な疼痛管理に至っていないのが現状である (Potter, 2003)。このような問題に対し、がん患者だけでなく、医療従事者や家族介護者にも総合的に教育を行い、知識を共有すること、がん患者それぞれに応じた個別性のある痛みの評価と管理方法を行うことの重要性が強調されている (Luckett, 2013)。本レビューにおいて、在宅がん患者は医療従事者と関係性を構築するために様々な配慮や感情面を整えることで、【痛みに対して異なる認識をもつ医療者と家族介護者に能動的にコミュニケーションする姿勢】で、痛みに関するコミュニケーションを図っていた。在宅がん患者の痛みへの対処行動を促進するために、医療従事者はがん患

者・家族介護者と信頼関係構築と共感的なコミュニケーションを続け、患者中心の疼痛管理が行えるよう患者・家族介護者それぞれの役割を支持しながら、個別性のある疼痛管理を継続的に提供する必要がある。在宅がん患者の【痛みと生活の折り合いをつけた対処行動】には、【副作用と実感できない薬効に葛藤しながらのオピオイド服用】【大切な人のために語らずに耐える疼痛】【痛みに対して異なる認識をもつ医療者と家族介護者に能動的にコミュニケーションする姿勢】が相互に影響することが考えられた。

2) 在宅がん患者の痛みの認識

在宅がん患者の痛みの認識には自己効力感の有無による分岐点があった (図4)。在宅がん患者は、その痛みの体験の中で様々な対処行動を行うが、効果的に働き、自身で痛みを管理できたという手応えを経験すると【過去の痛みと向き合った経験から得られる自己効力感】を実感していた。これまでも、がん患者は疼痛管理日記などを振り返ることは痛みを減少させること (Valenta, 2022)、痛みに対する取り組みを強める働きがあること (平岡, 2011)、その結果、自宅での痛みの対処に有用であること (Eksted, 2019) が明らかにされている。さらに、在宅がん患者の痛みに対する自己制御感の有無は苦痛の強度に影響を与える (Mary, 2013) と言われており、在宅がん患者が主体的に自身の痛みに対処できた成功体験から、自己効力感を得られるように可視化できる取り組みを提案していくことは苦痛を和らげることにつながる。

しかし、がんの痛みは複雑であり、対処行動で自己効力感が得られない場合、在宅がん患者は痛みによる日常の喪失と認識していた。在宅がん患者は、【痛みで消耗する心身によってこれまでの日常生活と社会関係の喪失感】を覚え、これまでに営まれてきた家事や仕事、趣味や娯楽など日常生活や社会活動を喪失していた。水野らは (2003)、在宅療養中のがん患者は痛みを中核とした多様な苦痛を感じていると述べており、在宅がん患者は痛みによって制限される日常、またはできなくなった日常の喪失体験を繰り返すことで、痛みそのものの苦痛と同時に、痛みから派生する新たな全人的苦痛を認識していると考えられる。また、在宅がん患者は、痛みで日常生活と社会関係を喪失することは、【痛みの増悪に伴う自律の喪失】という実存的な苦痛とも関連すると考える。Yamagishiら (2012) は、在宅がん患者は自立しているにも関わらず、半数以上が他者への負担となっていると実存的な苦悩を感じていると報告している。また村田 (2003) は、終末期がん患者が疾患により自身でできないことが増えると自立と生産性を失う自律喪失のスピリチュアルペインが生じるとしている。Chenら (2022)

のがん患者の実存的苦痛の概念分析では、先行要件に、制御不能な身体的苦痛、重篤な心理的病的状態、他者にとっての負担という自覚の3つの要件が述べられており、今回のレビューにおけるがん患者の痛みの認識において、進行がん、または終末期患者の苦悩の内容とも一致する。多くの在宅がん患者は、これまでの日常であった地域や在宅での生活から、痛みによって制限された身体機能によって、家庭内や社会の中で生産的な役割を喪失すること、家族などの親しい者への負担となっている感覚はこれまでの自律を保っていた日常を崩壊させ、実存的な苦悩につながると考える。さらに、自律を喪失した在宅がん患者は【痛みによって意識させられるがんの

進行と避けられない死】という認識に至ることが示唆された。

しかし、このような過酷な痛みと共存せざるを得ない生活の中でも、自身の対処行動で痛みをコントロールしていると実感できる在宅がん患者もいる。在宅がん患者は複数のアプローチで痛みの対処行動を取ることで【痛みから逃れられないが緩和を諦めない】という思いで痛みと向き合っていた。山中ら(2016)は、がん患者が痛みを自己コントロールすることが生きる意欲となっており、がんが完治できなくともできる限り心身を穏やかに保ち自律した存在として生活を成り立たせたいという願いがあると述べている。また、痛みに対処する自己効力

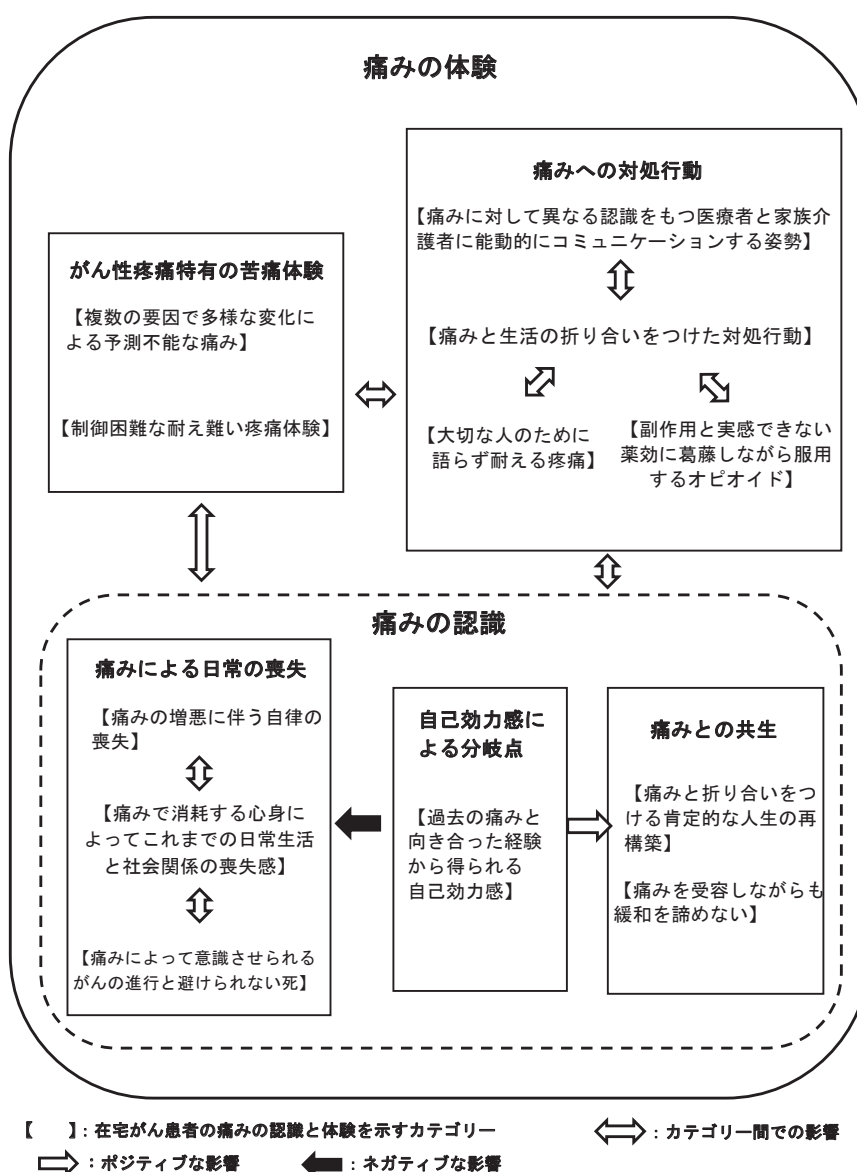


図4 がん患者の痛みの体験と認識の様相

感を得ることで、制限された日常生活の中でも【痛みと折り合いをつける肯定的な人生の再構築】となり、新たな生き方を模索し見出していた。山中は(2016)、がん性疼痛が緩和されていることを前提として、がんや死に抗うのではなく、自身の内面を見つめ直すことで、残された命に新たな意味付けを行うと述べている。以上のことから、在宅がん患者は痛みと共存した生活を過ごすことができる考える。医療従事者は、在宅がん患者が痛みと共存する生活の中で新たな人生の意味付けができるよう、痛みを最大限に軽減させると同時に、在宅がん患者に共感的な姿勢を保ちながら、がん患者と家族介護者が自己効力感を獲得できる教育的支援を行っていくことが必要である。

3. 看護の示唆

本レビューから、看護の示唆を2つ提示する。1つ目は、本レビューでは、多くの先行文献から制御できない痛みによる患者・家族の苦悩が述べられていた。制御できない痛みについては「予想できない」「急激な激しい痛み」「鎮痛薬を服用してもタイミングが合わない」という記述がみられ、突出痛(Breakthrough Pain)の可能性が示唆された。突出痛の特徴として、症状の出現が予測不能であること(Gonella, 2019)、持続痛の不十分なコントロールが背景にあること、発症した際に強い痛みであること(Mercadante, 2009; 2015)が言われている。がん患者の生存期間の延長に伴い、脊椎転移による神経症状や骨転移が発症することも増えている。表2の本レビューの概要からも、乳がん、肺がん、前立腺がんと骨転移の発症頻度が高いがん種が占める割合が高いことも影響していると考えられる。安静や活動に関係なく突発的に強い痛みが生じる突出痛の対応として、従来の鎮痛薬での疼痛管理では限界がある。このような特徴をもつ突出痛を緩和するには、患者自身がその状況に応じた痛みにタイムリーに対応する必要がある。実際に突出痛をもつ在宅がん患者は、薬理的または非薬理的な対処行動をそれぞれ、または組み合わせで行っており(Davies, 2013)、在宅がん患者は偶発的に生じる突出痛に自己管理できるよう、適切な薬理的対処行動と、暮らしの中で実践できる非薬理的な対処行動が行えるよう教育的介入が求められ、その理論的枠組みを早急に構築する必要がある。

2つ目に、在宅がん患者が痛みへの対処行動を行いながら生活していくなかで、人生を再構築するポジティブな側面と、自律を失い、自身の病気の進行と死を強く意識するというネガティブな側面に分かれた。この2つの側面での分岐点として、自身の痛みへの対処行動から得られる自己効力感が関わっているものと推察された。山中(2018)は、がん性疼痛の自己管理の定義を「がん患

者が医療従事者との交流を通じて、痛みを管理することを意思決定し、痛みによる問題を解決して自己効力感を高め、日常生活に痛みを緩和する方略を取り入れるプロセスである」としている。がん患者が日常生活での痛みの自己管理には、医療従事者と協働して得られる自己効力感を高める支援が求められる。

4. 研究の限界と課題

本研究の対象文献では、国内論文は1編のみであり、本結果は我が国の在宅がん患者の痛みの状況を説明するには限界がある。本レビューでは、痛みの体験と認識の関係をDoddsのSymptom Managementモデルを参考に概念図を作成した。高齢化が進みがん患者が増加している我が国において、がんになっても地域で安心して暮らせるようさらなる研究が必要である。

VI. 結論

1. 在宅がん患者の痛みの体験の様相は、複数の要因と多様な変化で制御困難ながん性疼痛特有の疼痛体験に対し、生活と折り合いをつけた対処行動を行っており、医療従事者や家族とのコミュニケーション、葛藤しながらのオピオイドの服用、大切な人のための痛みを耐えることが相互に影響していた。
2. 在宅がん患者の痛みの認識の様相は、過去の痛みへの対処行動から得られた自己効力感が分岐点となり、自己効力感が得られない場合は痛みによる人生の喪失と認識され、得られた場合は肯定的に人生の再構築を認識することで痛みと共生していた。
3. 在宅がん患者は、制御困難な痛みに対し、家族介護者や医療従事者と協働して、自己効力感を獲得できる薬理的・非薬理的な対処行動を強化する教育的介入の必要性が示唆された。

引用文献

- Appleyard, S. E., & Claeke, C. (2018). An interpretative phenomenological analysis of the experiences of older people self-managing cancer pain at home. *Journal of Psychosocial Oncology*, 36(3), 333-349.
- Bedard, G., Slaven, M., Bennett, M. (2013). A survey of canadian cancer patients' perspectives on the characteristics and treatment of breakthrough pain. *Supportive Care in Cancer*, (21), 2557-2563.
- Bostrom, B., Sandh, M., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2004). Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management. *Journal of Advanced Nursing*, 45(4), 410-419.

- Breivik, H., Cherny, N., Collett, B., De Conno, F., Filbet, M., Foubert, A. … & Doe, L. (2009). Cancer-related pain: a pan-european survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Annals of Oncology*, 20, 1420-1433.
- Chen, W., Chen, Y., & Xiao, H. (2022). Existential distress in cancer patients. *Cancer Nursing*, 45(2), E471-E486.
- Davies, A., Buchanan, A., Giovambattista, Z., Porta-Sales, J., Likar, R., Weismayr, W., Slama, O., Korhonen, T., Filbet, M., Poulain, P., Mystakidou, K., Ardavanis, A., O'Brien, T., Wilkinson, P., Caraceni, A., Zucco, F., Zuurmond, W., Andersen, S., Damkier, A., … & Stenberg, M. (2013). Breakthrough cancer pain: An observational study of 1000 european oncology patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, (46)5, 619-628.
- Dodd, M., Janson, S.L., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E.S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., Taylor, D. (2001). *Advancing the science of symptom management*, *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Duggleby, W. (2000). Elderly hospice cancer patients' descriptions of their pain experiences. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 17(2), 111-117.
- Dunham, M., Allmark, P., Collins, K. (2017). Older people's experiences of cancer pain : A qualitative study nursing older people. *Nursing Older People*, 29 (6), 28-32.
- Dunham, M., Ingleton, C., Ryan, T., Gott, M. (2013). A narrative literature review of older people's cancer pain experience, *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2100-2113.
- Jeon, O., Unsar, S., Yacan, L., Pelin, M., Kurt, S., Erdogan, B. Experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study, *European Journal of Oncology Nursing*, 33, 28-34.
- Ekested, M., Rustoen, T. (2019). Factors that hinder and facilitate cancer patient's knowledge about pain management-A qualitative study, *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(4), 753-760.
- 平岡玲子, 佐藤禮子 (2012). がん患者のペインマネジメントに対する主体的取り組み, 日本がん看会誌, 26 (3), 23-33.
- 川村三希子, 小島悦子 (2021). 在宅療養中の高齢がん患者のがん疼痛の体験と方略, 日本がん看会誌, 35, 20-28.
- Luckett, T., Davidson, P. M., Green, A., Boyle, F., Stubbs, J., Lovellet, M. (2013). Assessment and management of adult cancer pain: A systematic review and synthesis of recent qualitative studies aimed at developing insights for managing barriers and optimizing facilitators within a comprehensive framework of patient care, *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(2), 229-253.
- Luckett, T., Read, A., Hosie, A., Edwards, L., Phillips, J., Agar, M., Lovell, M. (2021). Patient and cancer experiences of pain care in an Australian regional comprehensive cancer care setting: A qualitative study, *Rural and Remote Health*, 22(2)
- Schumacher, K. L., Plano Clark, V. L., Rabow, M. W., Paul, S. M., Miaskowski, C. (2021). The experience of complex pain dynamics in oncology outpatients: A longitudinal qualitative analysis, *Cancer Nursing*, 44(2), 136-144.
- Schumacher, K.L., West, C., Dodd, M., Paul, S. M., Tripathy, D., Koo, P., Miaskowski, C. A. (2002). Pain management autobiographies and reluctance to use opioids for cancer pain management. *Cancer Nursing*, 25(2), 125-132.
- Hackett, J., Godfrey, M., Bennett, M. (2016). Patient and caregiver perspectives on managing pain in advanced cancer: A qualitative longitudinal study, *Palliative Medicine*, 30(8), 711-719.
- 橋本晴美, 神田清子 (2011). 治療過程にある進行肺がん患者の症状体験に伴う情緒的反応, 日本看護学会誌, 31(1), 77-85.
- 張替ひとみ, 吉田久博, 片山ひろみ, 他 (2008) 地域医療におけるがん疼痛管理に関する実態調査と問題点の検討, 医療薬学, 156-164.
- Im, E. (2008). African-american cancer patients' pain experience, *Cancer Nursing*, 31(1), 38-48.
- Kimberlin, C., Brushwood, D., Allen, W. (2004). Cancer patient and caregiver experiences: Communication and pain management issues. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28(6), 566-578.
- 厚生労働省 (2021). 令和3年(2021)人口動態統計(確定数)の概況, https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei21/dl/11_h7.pdf (2022, 12月閲覧)
- 厚生労働省 (2017). 地域共生社会の実現に向けて,

- <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html>
(2022, 12月閲覧)
- 国立がん研究センター (2021). 全がん協加盟がん専門診療施設の5年生存率, 10年生存率. https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr_release/2021/1110/index.html
(2021, 12月閲覧)
- Larson, P. J.(2009). 症状マネジメントのための統合的アプローチ. In:内村敦子, Larson, P.J.(Eds.) 実践基礎看護学, 株式会社建泉社, 164-173.
- McPherson, C., Hadjistavropoulos, T., Devereaux, A., Lobchuk, M, M.(2014). A qualitative investigation of the roles and perspectives of older patients with advanced cancer and their family caregivers in managing pain in the home. *BMC Palliative Care*, 13(39), 1-14.
- McPherson, C., Hadjistavropoulos, T., Lobchuk, M.(2013). Cancer-related pain in older adults receiving palliative care: Patient and family caregiver perspectives on the experience of pain, *Pain Research & Management*, (18)6, 293-300.
- 村田久行 (2003). 終末期がん患者のスピリチュアルペイントそのケア：アセスメントとケアのための概念的枠組みの構築, *緩和医療学*, 5(2), 61-69.
- Smyth, A.J., Dempster, M., Warwick, I., Wilkinson, P., McCorry, N. K.(2018). A systematic review of the patient- and carer-related factors affecting the experience of pain for advanced cancer patients cared for at home. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(2), 496-507.
- Oldenmenger, W. H., Geerling, J. I., Mostovaya, I., Vissers, K. C.P., de Graeff, A., Reyners, A. K. L., van der Linden, Y. M.(2018). A systematic review of the effectiveness of patient-based educational interventions to improve cancer-related pain, *Cancer Treatment Reviews*, 63, 96-103.
- Potter, V. T., Wiseman, C. E., Dunn, S. M.(2003). Patient barriers to optimal cancer pain control. *Psychooncology*, 12(2), 153-160.
- Reticena, K. O., Beuter, M., Sales, C. A.(2015). Life experiences of elderly with cancer pain: The existential comprehensive approach, *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(3), 417-423.
- 特定非営利活動法人日本緩和医療学会ガイドライン総括委員会. *がん疼痛の薬物療養に関するガイドライン*, 金原出版株式会社, 東京, 2020.
- 吉田詩織, 佐藤富美子, 高橋千賀子 (2021). 在宅進行がん患者のがん疼痛緩和に向けたオピオイド服用セルフマネジメントの試み, *日がん看会誌*, 254-260.
- Valenta, S., Miaskowski, C., Spirig, R., Zaugg, K., Denhaerynck, K., Rettke, H., Spichiger, E.(2022). Randomized clinical trial to evaluate a cancer pain self-management intervention for outpatients, *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 9(1), 39-47.
- Valeberg, B. T., Miaskowski, C., Paul, S. M.(2016). Comparison of oncology patients' and their family caregivers' attitudes and concerns toward pain and pain management, *Cancer Nursing*, 39(4), 328-334.
- Vallerand, A. H., Saunders, M. M., Anthony, M.(2007). Perceptions of control over pain by patients with cancer and their caregiver, *Pain Management Nursing*, (8)2, 55-63.
- Webber, K., Davies, A. N., Cowie, M. R.(2011). Breakthrough pain: A qualitative study involving patients with advanced cancer, *Supportive Care in Cancer*, 19, 2041-2046.
- Yamanaka, M. (2018). A concept analysis of self-management of cancer pain, *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(3), 254-261.
- 山中政子, 鈴木久美, 佐藤禮子 (2016). がん疼痛のある進行肺がん患者の情動体験, *日がん会誌*, 23(1), 23-33.
- Yamagishi, A., Morita, T., Miyahita, M., Igarashi, A., Akiyama, M., Akizuki, N., Shirahige, Y., Eguchi, K.(2012). Pain intensity, quality of life, quality of palliative care, and satisfaction in outpatients with metastatic or recurrent cancer: A Japanese, nationwide, region-based, multicenter survey, *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(3), 503-514.
- Yeager, K. A., Miaskowski, C., Dibble, S., Wallhangen, M.(1995). Difference in pain knowledge and perception of the pain experience between outpatients with cancer and their family caregivers. *Oncology Nursing Forum*, 22(8), 1235-1241.
- Zhang, A., Siminoff, L. A. (2003). Silence and cancer: Why do families and patients fail to communicate?, *Health Communication*, 15(4), 415-429.

Aspects of the experience and perception of pain in homecare cancer patients living in the community: a literature review

YOSHIZAWA Ryuta, TAMAI Naomi, KAMIZATO Midori

Abstract

The purpose of this study was to identify aspects of homecare cancer patients' perceptions and experiences of pain in order to suggest the construction of a theoretical framework for educational interventions for homecare cancer patients.

The international articles were from PubMed, CINAHL, "Cancer Pain" & "Patient OR Family OR Caregiver" & "Perception OR Experience OR Interpret". Domestic articles were searched using the Ichushi Web with the keywords "home health care OR home nursing," "cancer patient OR family," "cancer pain," and "perception OR experience," and 19 domestic and foreign articles were included.

Six categories were extracted for the experience of pain with homecare cancer patients, including [experience of unbearable pain that is difficult to control] and [coping behaviors to come to terms with pain and life]. Six categories of pain perception were extracted, including [self-efficacy from the experience of dealing with past pain], [loss of autonomy associated with worsening pain], and [positive life restructuring to come to terms with pain].

Aspects of the pain experiences of the homecare cancer patients were coping behaviors that reconciled their lives with the unique experience of cancer pain, which was difficult to control due to multiple factors and various changes. Aspects of pain perception were based on the sense of self-efficacy gained from past pain coping behaviors, which became a turning point, resulting in negative perceptions of loss of life and positive perceptions of rebuilding life.

Keywords: homecare cancer patients, cancer pain, experience, perception