

研究報告

一地域医療支援病院における看護師の がん疼痛マネジメントに関する実態調査

Survey related to cancer pain management by nurses in a regional medical support hospital

青木ひとみ¹⁾

Hitomi Aoki

千葉 由美²⁾

Yumi Chiba

片桐嘉奈子³⁾

Kanako Katagiri

佐藤久美子³⁾

Kumiko Sato

キーワード：疼痛マネジメント、地域医療支援病院、看護師、態度、知識

Key Words：pain management, regional medical support hospital, nurse, attitude, knowledge

【目的】一地域医療支援病院における看護師のがん患者に対する疼痛マネジメントの実態を把握し、地域における急性期病院での看護師の活動するがん対策に関する示唆を得ることを目的とする。

【方法】看護師430名を対象に自記式質問紙調査を行った。調査項目は、対象の基本属性、態度（Nurses Pain Management Attitude Survey (NPMAS) 25項目）、がん疼痛マネジメントにおける知識（Pain Management Principle Assessment Test (PMPAT) 31項目）等であった。

【結果】有効分析回答数は197（45.8%）で、疼痛マネジメントへの興味・関心は157名（79.7%）、疼痛マネジメントが必要な患者の受け持ち経験は146名（74.1%）、がん性疼痛を有する患者の受け持ち経験者は97名（49.2%）であった。NPMASで、8割以上の適切な回答が得られたのは11項目で、PMPATでは、正答率が40%を超えたのは8項目のみであった。

【結論】今回、対象となった地域医療支援病院では、がん疼痛マネジメントが可能な看護師は半数に満たず、今後、看護師への教育や体制づくりを強化する必要があると考えた。

Abstract

【Purpose】

To clarify actual situation of cancer patients who need pain management by nurses at a regional medical support hospital, and to get suggestions about cancer control in this acute hospital.

【Methods】

Self-administered questionnaires were sent to 430 nurses. The survey items were the nurses' basic characteristics, their attitudes (Nurses Pain Management Attitude Survey (NPMAS) / 25 items), their knowledge about cancer pain management (Pain Management Principle Assessment Test (PMPAT) / 31 items), and etc.

【Results】

There were 197 valid answers (45.8%). Of them, 157 patients (79.7%) were interested in pain management, 146 patients (73.1%) were needed pain management, and 97 patients (49.2%) had pain due to cancer.

11 items in NPMAS were answered appropriately by over 80% of the respondents. Only 8 items in PMPAT had over 40% of correct answers.

【Conclusion】

In the regional medical support hospital in this survey, the nurses who can carry out cancer management were less than half. In the future, it needs to strengthen the education for nurses, and appropriate responses.

Received : October. 30, 2015

Accepted : February. 17, 2016

1) 公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター看護部

2) 公立大学法人横浜市立大学大学院医学研究科看護学専攻

3) 社会医療法人財団石心会川崎幸病院

I 緒言

現在、わが国において、がんは死亡原因の第一を占めている¹⁾。今後、この数は、さらに増加することが予測される。近年の対がん戦略として、平成20年には“がん診療連携拠点病院の整備に関する指針”により、本格的ながん対策の必要性が示された²⁾。その具体的内容には、がん診療連携拠点病院整備の推進とともに、地域の医療機関とのがん患者の紹介体制といった病病連携・病診連携の協力体制の整備等についても言及されている。がん患者の在宅医療等の推進が図られる中で、様々な患者の受け入れを行っている地域医療支援病院における病院全体の看護師のがん看護に関する実態を把握することによって、地域レベルでのがん医療体制への示唆を得ることにつながると考える。その際、地域における個々の病院の看護師がどのように機能や役割を果たすかといったことは、医療政策上、地域全体の看護支援体制を検討する上で、重要な資料になると考えられる。

なお、1986年のWorld Health Organization (WHO) 方式ががん疼痛治療法に基づいた適切な治療により、7～9割のがん患者の疼痛を消失させることができると言われている³⁾。世界的には、がん疼痛治療におけるガイドラインの有効性が示されているが、一方で不十分な疼痛緩和の現状が指摘されている⁴⁾。我が国でも患者の平均除痛率が4～6割と低値であることが報告されており⁵⁾、除痛に関する対応は十分とは言えない。1990年代には、不十分な除痛の主原因として看護師の知識不足が報告され⁶⁾、看護師自身もこれを強く認識しているとの報告がある^{6) 7)}。また、多くの看護師が麻薬性鎮痛薬（以下オピオイドとする）への誤った知識等からがん疼痛マネジメントに関して否定的感情を抱いているとの海外報告もみられる⁸⁾。

米国では、2000年以降、熟練看護師や看護学生に対するがん疼痛マネジメントの知識等に関する調査が行われている^{9) 10)}。我が国でも岩脇や小島ら^{11) 12)}が、看護師のがん疼痛マネジメントにおける困難の程度や内容について言及しており、がん疼痛マネジメントは看護師にとって、困難度が高くストレスを伴うケアであることを示唆している。しかし、がん疼痛マネジメントにおける看護師の知識等に関する本邦における調査⁵⁾は、信頼性・妥当性のある評価ツールを用いて実施されていないことから、定量化された結果に基づく知見は十分とはいえない。加えて、近年、我が国では、地域医療支援病院でがん患者を受け入れ対応することが求められてきており²⁾、これらの病院でのがん疼痛への看護の実態について知見を深めることが重要と考えた。特に、日本においては、地域医療支援病院や急性期病院における疼痛マネジメントに関する有用な論文は、見られなかった。

そこで、本研究では、米国で2000年に開発されたがん疼痛マネジメントの知識・態度に関する評価ツール¹⁰⁾を参考とし、一地域医療支援病院における看護師のがん患者への

看護に関して疼痛マネジメントを必要とする対象数、および知識・態度等の実態を把握し、地域における急性期病院での看護師のがん医療・看護のあり方の示唆を得ることを目的とする。

用語の定義

本研究において、疼痛マネジメントとは「適切で効果的な疼痛緩和を行うために、包括的な痛みの治療やケア（薬物療法、その他の治療、非薬物療法、ケア）、および継続的な評価である（特定非営利活動法人 日本緩和医療学 緩和医療ガイドライン作成委員会編¹³⁾を一部改変）」とする。

II 方法

1. 研究デザイン

自記式質問紙調査による量的研究である。

2. 研究方法

1) 実施場所と対象者

調査施設は、政令指定都市A市B区にある326床、集中治療室24床を有する救急患者の受け入れが可能な地域医療支援病院で、手術部を除く全看護師430名を対象に実施した。なお、A市の救急告示医療機関は27施設あり、B区における3施設の中で、本調査実施病院は病床数が最も多く、救急車搬送は、年間9500件以上受け入れている。また、診療科は、消化器病センター等の6センターを有し、消化器内科、泌尿器科、麻酔科、放射線治療科、放射線診断科、放射線IVR科等21科を有する。平均在院日数（平成26年9月末）は、内科16.0日、外科11.2日で、紹介率、逆紹介率（平成26年9月末）は順に83.0%、121.5%である。がん総合診療体制として、手術療法、放射線療法、化学療法による集学的治療が可能で、緩和ケア病棟はないものの、認定看護師（がん化学療法、緩和ケア等）や臨床心理士等の専門スタッフが緩和チーム等で支援にあたるとともに、院内研修を行うとともに、医療相談科、地域医療連携室を有し、検診から退院後の療養生活を支援している。

2) データ収集期間

平成26年9月19日～10月7日に実施した。

3) データ収集方法

調査実施機関に依頼書を提出し、看護部長より文書による同意を得た。調査票の配布は調査実施者が予め部署毎に対象人数分の説明書と調査票、回収用封筒一式を袋に入れておき、科長に直接配布した。その後、科長から各対象者に配布するよう依頼した。回収方法は、回収用封筒に調査票をいれ、各病棟に設置した回収用袋に入れるように対象者に説明書にて依頼した。

4) 調査内容

調査項目は看護師の基本属性、疼痛マネジメントに対する興味・関心や経験、がん疼痛マネジメントにおける態

度・知識、実践能力の自己評価、疼痛マネジメントの実践に対する自信、疼痛マネジメントの実践における困難感、および疼痛マネジメントに対する満足感等である。態度、知識に関する評価ツールは米国で開発されたものであるが、その内容より、日本の一般病院の看護師がどの程度疼痛ケアに関して理解しているのか現状を把握することが可能と考えた¹⁰⁾。なお、本研究者は、著者より日本語の版權を得て日本語へ翻訳した後、日本語版(案)を作成し、設問や回答について3名の専門内外から表現の確認、修正を何度か行った後、業者へ依頼し逆翻訳を行い、その後、開発者に英語表記による内容の確認を行ってもらった。この評価ツールの態度に関するNurses Pain Management Attitude Survey (NPMASと略す)は25項目からなっており、知識に関するPain Management Principle Assessment Test (PMPATと略す)は31項目の多肢選択式テストとなっている。なお、本調査ではNPMASの各項目に対して原文に合わせて4段階リッカート尺度(1:全くそう思わない~4:かなりそう思う)で回答を求めた。さらに、PMPATについては、知識を問うもので、設問に対する正誤が明確な内容となっている。疼痛マネジメントに関する実践能力の自己評価は、最小値0、最大値100としVisual Analog Scale (VASと略す)にて回答を求めた。疼痛マネジメントに対する興味・関心や経験(1:まったくない~4:かなりある)、疼痛マネジメントの実践に対する自信(1:とても自信がある~4:まったく自信がない)、疼痛マネジメントの実践における困難感(1:かなり感じている~4:まったく感じていない)、疼痛マネジメントに対する満足感(1:かなり満足している~4:まったく満足していない)は、各々4段階リッカート尺度で回答を求めた。

5) 分析方法

本研究の使用評価ツールの信頼性について、NPMASは、内的整合性を確認する信頼性係数クロンバック α 、PMPATは、正誤の2分判定のためKuder-Richardsonの公式20係数を求めた。その後、既知グループ技法により構成概念妥当性を確認するために、両ツールの正答の合計数(以下、正答合計数とする)と疼痛マネジメントが必要となる患者の受け持ち経験の有無について独立したサンプルのt検定、およびがん看護に携わった合計経験月数とのPearsonの積率相関係数にて検討した。なお、NPMASとPMPATのPearsonの積率相関係数についても確認した。さらに、現状を把握するために、記述統計を算出した。その後、NPMASとPMPATと職位については、独立したサンプルのt検定、NPMASとPMPATと疼痛マネジメントに対する興味・関心やがん性疼痛を有する患者の受け持ち経験、疼痛マネジメントの実践に対する自信、疼痛マネジメントの実践における困難感、および疼痛マネジメントに対する満足感については、一元配置分散分析を行った。統計ソフトはSPSSstatistics21 (IBM社製)を使用した。

6) 倫理的配慮

対象病院の看護部長に対し、倫理的配慮に関して、文書と口頭で説明し、同意を得た。また、各対象者の調査参加への同意は、調査票回収をもって得られたとした。なお、本研究は調査実施機関の倫理審査委員会の承諾のもと実施した(C病院倫理審査委員会承認番号26-14)(平成26年9月9日)。

III 結果

回答は、204名(47.4%)から得られた。なお、そのうち准看護師を除く看護師197名(45.8%)を分析対象とした。

1. 対象の基本属性(表1)

分析対象者の性別は、女性185名(93.9%)と多く、平均年齢は32.6 \pm 7.2歳であった。最終学歴は、専門学校卒152名(77.2%)、短期大学卒16名(8.1%)、四年制大学卒21名(10.7%)であった。平均合計勤務月数は119.6 \pm 84.3ヶ月、現在の勤務体制は常勤193名(98.0%)であった。疼痛マネジメントに対する興味・関心は、「ある」が合計150名(77.2%)であった。

表1 対象者の基本属性

		n=197	
		n (%)	mean \pm SD
性別	女性	185 (93.9)	
	男性	11 (5.6)	
年齢			32.6 \pm 7.2
有資格・職位	認定看護師	6 (3.0)	
	専門看護師	2 (1.0)	
	管理者(主任、副師長、師長以上)	21 (10.7)	
	その他(保健師等)	3 (1.5)	
最終学歴	専門学校卒	152 (77.2)	
	短期大学卒	16 (8.1)	
	四年制大学卒	21 (10.7)	
	大学院卒	3 (1.5)	
	その他(五年一貫コース卒等)	5 (2.5)	
これまでの合計勤務月数			119.6 \pm 84.3
現在の勤務体制	常勤	193 (98.0)	
	非常勤	4 (2.0)	
現在の勤務時間	日勤一夜勤(二交替)	140 (71.1)	
	日勤のみ	34 (17.3)	
	夜勤のみ	17 (8.6)	
	その他の勤務(短時間等)	6 (3.0)	
疼痛マネジメントに対する興味・関心	まったくない	6 (3.0)	
	あまりない	35 (17.8)	
	すこしある	117 (59.4)	
	かなりある	35 (17.8)	

※無回答を除く

2. 疼痛マネジメントに関する経験(表2)

疼痛マネジメントが必要となる患者を受け持った経験は、「ある」が146名(74.1%)であった。そのうち、がん性疼痛を有する患者が94名(47.7%)であった。さらに、がん看護に携わった経験月数は病棟が平均30.6ヶ月で、過去一ヶ月に疼痛マネジメントが必要な患者を受け持った数は平均3.0名、そのうちがん性疼痛マネジメントが必要な患者を受け持った数は平均0.6名、麻薬性鎮痛薬が必要な患者を受け持った数は平均1.6名、そのうちがん性疼痛のある患者を平均0.7名受け持っていた。

表2 疼痛マネジメントに関する経験

		n=197	
		n (%)	mean (range)
疼痛マネジメントが必要な患者を受け持った経験	一ヶ月以内にある	90 (45.7)	
	一ヶ月より前にある	56 (28.4)	
	いいえ	51 (25.9)	
(上記であると答えた人のみ回答) 担当したことがある疼痛の種類(複数回答)	がん性疼痛	94 (47.7)	
	心筋梗塞の急性疼痛	20 (10.2)	
	骨折による疼痛	44 (22.3)	
	術後疼痛	94 (47.7)	
	その他の疼痛	8 (4.1)	
がん看護に携わった経験月数	病棟	30.6	(0-276)
	外来	1.0	(0-65)
	緩和ケア病棟(同機能病棟を含む)	3.5	(0-120)
過去一ヶ月以内に受け持った患者数	疼痛マネジメントが必要な患者	3.0	(0-50)
	そのうちがん性疼痛のある患者	0.6	(0-25)
	麻薬性鎮痛薬が必要な患者	1.6	(0-30)
	そのうちがん性疼痛のある患者	0.7	(0-25)

※無回答を除く

3. 疼痛マネジメントに関する実践能力 (表3)

疼痛マネジメントに関する実践能力の自己評価について回答を求めたところ、「全体的な看護実践能力」は0-100の範囲で57.6±21.9であった。疼痛マネジメントの実践に対して、自信が「あまりない」「まったくない」の合計が120名(61.0%)、困難感に関しては、「かなり感じている」「少し感じている」が122名(61.9%)、満足感では、「あまり満足していない」「まったく満足していない」が126名(63.9%)であった。

表3 疼痛マネジメントに関する実践状況

		n=197	
		n (%)	mean ± SD
自身の疼痛マネジメントに関する看護実践(VAS)	全体的な看護実践能力		57.6 ± 21.9
自身の疼痛マネジメントの実践に対する自信	とても自信がある	0 (0.0)	
	すこし自信がある	26 (13.2)	
	あまり自信がない	100 (50.8)	
	まったく自信がない	20 (10.2)	
自身の疼痛マネジメントの実践に対する困難感	かなり感じている	17 (8.6)	
	すこし感じている	105 (53.3)	
	あまり感じていない	22 (11.2)	
	まったく感じていない	1 (0.5)	
自身の疼痛マネジメントの実践に対する満足感	かなり満足している	1 (0.5)	
	すこし満足している	17 (8.6)	
	あまり満足していない	108 (54.8)	
	まったく満足していない	18 (9.1)	
疼痛マネジメントに関する相談相手(複数回答)	主治医	105 (53.3)	
	薬剤師	41 (20.8)	
	同僚看護師	81 (42.6)	
	先輩看護師	79 (41.1)	
	専門看護師	11 (5.6)	
	認定看護師	50 (25.4)	
	緩和ケアチーム	38 (19.3)	
	その他	3 (1.5)	
疼痛マネジメントに関する相談環境	とても相談しやすい	28 (14.2)	
	すこし相談しやすい	68 (34.5)	
	すこし相談しにくい	39 (19.8)	
	とても相談しにくい	8 (4.1)	
疼痛マネジメントに関する情報源(複数回答)	研修会	38 (19.3)	
	学会	9 (4.6)	
	雑誌	42 (21.3)	
	インターネット	47 (23.9)	
	主治医	52 (26.4)	
	薬剤師	30 (15.2)	
	同僚看護師	45 (24.0)	
	先輩看護師	54 (27.4)	
	専門看護師	13 (6.6)	
	認定看護師	45 (22.8)	
緩和ケアチーム	24 (12.2)		
その他	4 (2.0)		

※無回答を除く

疼痛マネジメントに関する相談相手は、主治医が105名(53.3%)で最も多かった。また、疼痛マネジメントに関する相談環境は、「とても相談しやすい」「すこし相談しやすい」との回答が、合計96名(48.7%)と約半数であった。疼痛マネジメントに関する情報源は、先輩看護師が54名(27.4%)、次いで、主治医、同僚看護師、インターネット、認定看護師、雑誌が20%台で上位を占めた。

4. 評価ツールにおける態度(NPMAS)、知識(PMPAT)について

評価ツールについて、NPMASは内的整合性を確認するクロンバックα、PMPATは正誤の2分判定のためのKuder-Richardsonの公式20係数を見ると、NPMASは0.867、PMPATは0.772となっていた。さらに構成概念妥当性を確認するために、既知グループ技法を用いて、各評価ツールの正答合計数と疼痛マネジメントが必要となる患者の受け持ち経験の有無について独立したサンプルのt検定で確認すると、NPMAS ($t=3.920, p<0.05$)、PMPAT ($t=2.210, p<0.001$)ともに、ツールの正答合計数は、受け持ち経験のある者ほど有意に多く、さらに、がん看護に携わった合計経験月数とのPearsonの積率相関係数を見ると、NPMAS ($r=0.195, p<0.01$)、PMPAT ($r=0.311, p<0.001$)ともにがんに関わった合計経験月数が長い程、ツールの正答合計数は、有意に多かった。なお、NPMASとPMPATのPearsonの積率相関係数 ($r=0.467, p<0.001$) においても有意な関連性が見られた。

1) がん疼痛マネジメントに関する態度 (表4)

疼痛マネジメントに関する態度(25項目)において、適切な回答選択で80%を超えたのは11項目で、そのうち90%以上の高率を示した項目は、「疼痛や薬の有効性の継続的評価は良好な疼痛管理のために必要である」(93.9%)、「気晴らしや患者の注意をそらすこと(音楽の使用、リラクゼーション)で疼痛の知覚を減少できる」(93.9%)、「もし患者が鎮痛剤を投与された後に疼痛が継続している場合、看護師は医師に連絡すべきである」(91.8%)、「患者は疼痛のない状態を維持されるべきである」(90.4%)の4項目であった。一方、40%未満であった項目は、「患者を疼痛のない状態に維持できる」(32.0%)、「がん性疼痛のために昼夜オピオイドを投与されている患者は、常用する可能性がある」(14.2%)、「昼夜オピオイドを投与されている患者は、鎮静および呼吸抑制のリスクがある」(12.2%)に加え、「がん性疼痛を有する患者が臨時処方で鎮痛剤を投与されている場合、追加の鎮痛剤を要求する最初の適切な不快感のレベルは、どの段階か」に対して「疼痛が戻る前」と正答した者は10.2%のみであった。最も割合の低かった項目は、「疼痛を有する患者は、鎮静または呼吸抑制することなく、高用量のオピオイドに耐えられる」(8.6%)であった。

2) がん疼痛マネジメントに関する知識 (表5)

疼痛マネジメントに関する知識(31項目)において、正答率が40%を超えた項目は合計8項目であり、そのうち「慢

表4 疼痛マネジメントに関する看護師の態度

n=197

項 目	1. 全くそう思わない		2. そう思わない		3. そう思う		4. かなりそう思う	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1 持続痛への定期的なオピオイド投与は、臨時処方よりも好ましい。	1	(0.5)	24	(12.2)	128	(65.0)	35	(17.8)
2 患者は、痛みなどの不快感を体験してから次の鎮痛剤を投与されるべきである。*	49	(24.9)	119	(60.4)	24	(12.2)	1	(0.5)
3 疼痛や薬の有効性の継続的評価は、良好な疼痛管理のために必要である。	0	(0.0)	2	(1.0)	85	(43.1)	100	(50.8)
4 患者(および/または家族)は、治療目標として完全な除痛を求める権利を持つ。	1	(0.5)	15	(7.6)	106	(53.8)	67	(34.0)
5 患者(および/または家族)はオピオイド使用への危惧により、鎮痛剤の要求を躊躇するかもしれない。	0	(0.0)	21	(10.7)	150	(76.1)	22	(11.2)
6 臨時処方でオピオイド投与されている患者は、クロックウォッチング(※時計観察)行動をとりやすくなる可能性がある。	2	(1.0)	55	(27.9)	114	(57.9)	13	(6.6)
7 医師または看護師による疼痛評価は、患者の自己申告よりもより妥当な測定である。*	21	(10.7)	144	(73.1)	25	(12.7)	4	(2.0)
8 疼痛を有する患者は、鎮静または呼吸抑制することなく、高用量のオピオイドに耐えられる。	29	(14.7)	145	(73.6)	15	(7.6)	2	(1.0)
9 患者を疼痛のない状態に維持することができる。	13	(6.9)	112	(56.9)	56	(28.4)	7	(3.6)
10 もし患者(および/または家族)が除痛や幸福感を報告してきた場合、患者は低用量の鎮痛剤を投与されるべきである。*	3	(1.5)	99	(50.3)	78	(39.6)	9	(4.6)
11 慢性疼痛を有する患者は、不快感のあるなしに関わらず定期的に鎮痛剤を投与されるべきである。	4	(2.0)	81	(41.1)	95	(48.2)	10	(5.1)
12 昼夜オピオイドを投与されている患者は、鎮静および呼吸抑制のリスクがある。*	1	(0.5)	23	(11.7)	139	(70.6)	29	(14.7)
13 ひどい慢性疼痛を有する患者は、急性疼痛に比べ、より高用量の鎮痛剤を必要とする。	1	(0.5)	83	(42.1)	97	(49.2)	7	(3.6)
14 患者は疼痛のない状態を維持されるべきである。	0	(0.0)	13	(6.6)	131	(66.5)	47	(23.9)
15 疼痛表出の欠如は、必ずしも疼痛の欠如を意味していない。	2	(1.0)	20	(10.2)	137	(69.5)	29	(14.7)
16 がん性疼痛は、抗がん剤、放射線療法および/または鎮痛剤を用いた適切な治療によって緩和できる。	1	(0.5)	39	(19.8)	127	(64.5)	25	(12.7)
17 もし患者が鎮痛剤を投与された後に疼痛が継続している場合、看護師は医師に連絡すべきである。	0	(0.0)	12	(6.1)	137	(69.5)	44	(22.3)
18 がん性疼痛のために昼夜オピオイドを投与されている患者は、常用する可能性がある。*	1	(0.5)	27	(13.7)	140	(71.1)	21	(10.7)
19 気晴らしや患者の注意をそらすこと(音楽の使用、リラクゼーション)で、疼痛の知覚を減少できる。	2	(1.0)	6	(3.0)	146	(74.1)	39	(19.8)
20 効果的に疼痛を制御するために、血中の鎮痛剤を一定レベルに維持すべきである。	2	(1.0)	17	(8.6)	143	(72.6)	27	(13.7)
21 増大する鎮痛剤要求と身体症状は患者が麻薬常用癖になってきている兆候である。*	3	(1.5)	94	(47.7)	87	(42.1)	8	(4.1)
22 がん患者と家族は、医療専門家よりも鎮痛剤スケジュールをより詳細に管理する必要がある。	4	(2.0)	96	(48.7)	78	(39.6)	11	(5.6)
23 看護師は、患者/家族よりも患者の疼痛のより正確な評価ができる。*	23	(11.7)	130	(66.0)	38	(19.3)	3	(1.5)
24 皮膚刺激(例えば熱、マッサージ、氷)は、軽度の疼痛にのみ有効である。*	5	(2.5)	94	(47.7)	84	(42.6)	5	(2.5)
	1. 疼痛が戻る前		2. 疼痛が軽度の時		3. 疼痛が中等度の時		4. 疼痛が重度の時	
25 癌性疼痛を有する患者が臨時処方で鎮痛剤を投与されている場合、追加の鎮痛剤を要求する最初の適切な不快感のレベルは、どの段階か。*	20	(10.2)	53	(26.9)	84	(42.6)	22	(11.2)

* 回答として「1. 全くそう思わない」「1. 疼痛が戻る前」)がとるべき態度とされる項目で、*印のないそれ以外の項目は「4. かなりそう思う」がとるべき態度である。

※無回答を除く

表5 疼痛マネジメントに関する看護師の知識 (正答率)

n=197

項 目 (概略)	n	%
1 慢性疼痛の関連症状(11)	115	(58.4)
2 安定した鎮痛状態を提供する主な利点(25)	112	(56.9)
3 骨転移した前立腺癌を有する患者に対するケア計画で考慮する主な要因(19)	102	(51.8)
4 刺繍やクロスワードパズル、好きな本を読むなどの作業に集中する方法名(30)	99	(50.3)
5 がん患者の疼痛の強さを判断する上でもっとも正確で信頼できる人(6)	95	(48.2)
6 転移性乳癌を有し、脊髄病変による疼痛があり、麻薬(モルヒネ)使用に消極的な患者の背中をさすり、温かいパッドを使用した際の処置名(29)	90	(45.7)
7 がん患者への麻薬性鎮痛薬の好ましい投与方法(4)	80	(40.6)
8 鎮静剤の反復投与後、それまでの投与量では効果がなくなり、より多量の投与が必要となる。はじめは、鎮痛剤の持続時間が減少し、鎮痛作用の低下へと進行する。この定義は何を示すか。(28)	79	(40.1)
9 腹式子宮摘出術後24時間たった患者に対する硫酸モルヒネ筋肉注射後に、再度、疼痛を訴えた場合に疼痛と関係が深いもの(17)	72	(36.5)
10 鎮痛剤の作用機序(8)	70	(35.5)
11 骨盤転移のある乳癌とやや重症の関節炎を有する患者への疼痛管理(31)	65	(33.0)
12 がん患者が1か月以上にわたって疼痛に苦しむ割合(2)	63	(32.0)
13 患者の疼痛を評価する上で、疼痛表出に影響する可能性がある要因(20)	60	(30.5)
14 最大量の鎮痛剤を投与しても疼痛が継続する場合に看護師がすべき対応(3)	56	(28.4)
15 皮膚刺激(やさしく肌をなでる)による治療が可能な疼痛の種類(9)	49	(24.9)
16 がん患者が病中に疼痛を経験する割合(1)	47	(23.9)
17 疼痛が調節される部位(16)	45	(22.8)
18 急性疼痛によって頻りに伴う内容(13)	42	(21.3)
19 疼痛管理における投薬計画でもっとも権限を有する人(27)	41	(20.8)
20 ナロキソンの作用(21)	39	(19.8)
21 がん患者が頓用の鎮痛剤を使用している場合、次の薬剤投与の適切な不快感のレベル(5)	29	(14.7)
22 調査により示されている内容(22)	24	(12.2)
23 鎮痛剤投与に関する看護の決定における基本(26)	18	(9.1)
24 安定した鎮痛状態を提供できる麻薬管理法(24)	17	(8.6)
25 ゲートコントロール理論による「ゲーティング(門)」の責任を担っている神経組織(15)	13	(6.6)
26 腹式子宮摘出術後の患者に対する疼痛管理の目標(18)	12	(6.1)
27 進行がんによる疼痛を有する患者への鎮痛剤投与における原則(10)	11	(5.6)
28 メペリジンのある重大なデメリット(23)	9	(4.6)
29 鈍くうずくような疼痛の責任部位(14)	8	(4.1)
30 もっとも作用時間が長い薬剤(12)	6	(3.0)
31 24時間体制で麻薬性鎮痛剤を使用している患者が中毒になる割合(7)	6	(3.0)

*項目の括弧内の数字は調査票の設問番号を示している。実際の回答は選択制となっている。

性疼痛の関連症状」(58.4%)、「安定した鎮痛状態を提供する主な利点」(56.9%)、「骨転移した前立腺癌を有する患者に対するケア計画で考慮する主な要因」(51.8%)、「刺繍やクロスワードパズル、好きな本を読むなどの作業に集中する方法名」(50.3%)の4項目が50%を超えた。一方、正答率が10%未満であった項目は全9項目で、鎮痛薬等、薬剤管理に関する項目や疼痛のメカニズムに関わる内容であった。

5. 評価ツールにおける態度 (NPMAS)、知識 (PMPAT) に関連する要因

NPMASの正答合計数と職位(スタッフ、主任以上の管理者)について見ると、スタッフ17.7±2.0、管理者15.8±2.9で差が見られた($t=2.885, p=0.004$)。またPMPATの正答合計数とがん性疼痛を有する患者の受け持ち経験では「あり」9.0±4.2、「なし」8.0±4.4で差が見られた($F=15.365, p<0.001$)。しかし、PMPATと職位、NPMASとがん性疼痛マネジメントに対する経験、NPMASやPMPATと疼痛マネジメントに対する興味・関心、疼痛マネジメントの実践に対する自信、疼痛マネジメントの実践における困難感、および疼痛マネジメントに対する満足感との関連は見られなかった。

IV 考察

1. 対象者の特性について

対象者の74.1%が疼痛を有する患者への対応経験があり、うち「がん性疼痛」は47.7%と約半数であった。また、疼痛マネジメント全般に対し、77.2%が関心を示し、看護師の関心の高さは中橋らと同様の結果であった¹⁴⁾。おそらく本対象となった地域医療支援病院では、がんに限らず心疾患等により疼痛マネジメントを必要とする患者が身近に存在し、そのことが疼痛マネジメントへの関心の高さに反映したと考えられた。

一方で、疼痛マネジメントに関する実践に対しては、自信が無く、困難感を抱いている状況が示され、先行調査と類似していた^{8) 12) 14) 15)}。また、満足感の結果にも示されたように、看護師自身が満足できるケア・支援が十分に行えていないと感じている可能性が示された。これら看護師の主観的評価を見ると、疼痛マネジメントにおける「看護実践の全体的な能力」は、平均値が57.6と高い値とはいえなかった。しかし、実践能力が低い一般看護師に対して、教育的な介入を行うことで、施設全体の実践力向上につながる可能性があると考えられる。また、相談相手や情報源は、医師や看護師が多い傾向にあり、緩和ケアチームや認定看護師といった職種へのアプローチを利用するよりも、第一に病棟内での解決を図る状況があると示唆された。C病院では認定看護師(がん化学療法、緩和ケア等)や臨床心理士等の専門スタッフが支援にあっている現状から、看護師への情報の周知や現行の相談体制を有効利用することがさらに必要と考えられた。

2. 評価ツールを用いた態度 (NPMAS)、知識 (PMPAT) について

米国で開発された評価ツールの日本語版(案)を用いて調査を実施した。

1) がん疼痛マネジメントに関する態度 (NPMAS) の具体的内容

疼痛や薬の有効性の継続的評価、疼痛知覚の減少のためのケア、疼痛管理の内容については、肯定的な回答が多く得られた。しかし、「がん性疼痛のために昼夜オピオイドを投与されている患者は、常用する可能性がある」(14.2%)、「昼夜オピオイドを投与されている患者は、鎮静および呼吸抑制のリスクがある」(12.2%)、および「疼痛を有する患者は、鎮静または呼吸抑制することなく、高用量のオピオイドに耐えられる」(8.6%)といった調査結果から、オピオイドへの中毒等に対する懸念や副作用の発生に関する正しい認識は十分とはいえなかった。先行調査においても、20年以上もの間、オピオイドに対する医師や看護師を含む医療者の誤った認識が指摘されており^{6-10) 12)}、患者への不十分な薬物療法の改善が急務であるといえる。また、除痛が十分でない背景に患者のオピオイドに対する危惧も明らかになっており¹⁶⁾、そのことが原因で使用を躊躇することが考えられる。McMillan¹⁰⁾は「患者が鎮痛剤の服用に対し消極的である場合、看護師は教育する立場にある」と言及しており、近藤ら¹⁶⁾も、看護師は「患者の懸念をアセスメントし、服薬指導などにより正しい知識を患者に提供することによりこれらの懸念や誤解を軽減していく必要がある」と述べており、医療者は、患者自身が疼痛管理を適切にかつ積極的に臨めるような援助ができるよう、改めて医療者への薬剤に関する知識普及を促進する必要があると考えられた。

さらに、本調査で、患者が少しの疼痛も感じるべきではないとした態度を示す一方で、「追加の鎮痛剤を投与される際の基準」として患者が「疼痛を感じる前」との正答割合は10.2%と低く、予防的に鎮痛剤を使用するというタイミングに正しく実施されていないことが推測された。戸谷¹⁷⁾は、「鎮痛薬の作用時間が切れる前に次回分が投与されているか再評価が不可欠である」と述べており、患者の疼痛緩和をはかる具体的な取り組みを検討する必要性が明確になったといえよう。

また、非薬物療法(音楽、リラクゼーション)による疼痛緩和の効果を対象の90%以上が知っていたが、本調査の使用評価ツールの設問にある皮膚刺激(例えば熱、マッサージ、氷)は疼痛の程度に関係なく効果が期待できるといったことへの理解は、上記の非薬物療法と比較し50.2%の回答となっており、十分に浸透していないと思われる。非薬物療法に対するエビデンスは現在、十分に得られているとは言えないが、適切な薬物療法の上、非薬物療法を行うことで患者の心理的な安寧やその人らしく生きる支えにも

なり得る手段となるため¹⁷⁾、看護実践として展開することが重要である。これらを実践として活かす具体的手段として、病棟における看護師へのがん疼痛マネジメントに関する知識や態度に対して、さらなる理解を深め患者ケアを向上させるために、院内の認定看護師や専門職のチームなどを介した教育的支援によって充実をはかる必要性があると考えられる。なお、疼痛マネジメントで重要とされる¹⁶⁾「疼痛や薬の有効性に対する継続的評価」は9割超が必要と回答しており、先行研究と類似の結果であった¹⁰⁾。

2) がん疼痛マネジメントに関する知識 (PMPAT) の具体的な内容

疼痛マネジメントに関する知識の全項目で、正答率が6割を超えるものはなく、全体的な知識不足が明らかになった。また、これらは対象の疼痛への捉え方や教育背景などの違いによりその違いを精査する必要性があるもの、米国¹⁰⁾よりも低い割合であった。正答率が1割未満であった9項目中、麻薬性鎮痛薬の常用性に関する問いでは、正答率が約3%と低く態度の項目と同様に、中毒や依存等麻薬性鎮痛薬に対する懸念があることが示された。

また、疼痛強度の問いでは、患者の主観が重要であり医療者による客観的評価はすべきではないとの正答は約半数にとどまっており、看護師は、医療者の視点から疼痛強度を評価している現状があることが推察された。がん性疼痛の捉え方として、患者の主観的評価が基本となるべきであるといわれており¹⁹⁾、患者に寄り沿った適切な疼痛緩和に向けて、現状をさらに改善する必要性が示唆された。

ゲートコントロール理論や疼痛感覚の責任部位など疼痛のメカニズムや、薬理学に関する項目の正答率はいずれも20%以下で、米国での調査同様に低かった¹⁰⁾。

疼痛管理の目標においても「完全な除痛」と正答した人は6.1%で、患者に疼痛を感じる程度の管理を目標と考えている人が多く存在することが示された。また、態度の項目においては、患者が疼痛のない状態を維持されるべきであると9割が回答する一方、維持できると回答したのは3割であった。これは完全な除痛が理想であるが、実際には、疼痛を取り除き、維持するということが経験から不可能であると感じている看護師が多く、疼痛マネジメントに対する困難感として現れたと考えられる。がん性疼痛は、適切な治療により9割が消失すると言われているが³⁾、実際の現場では除痛が難しい状況があり^{11) 12)}、こうした認識が強くなっていると考えられる。

一地域医療支援病院では、他の病院との連携等の体制整備が必要とされている²⁾。看護師は、疼痛マネジメントに関する興味・関心を有する一方で、知識や態度に関する項目で適切とされる回答の割合にばらつきがみられた。がん疼痛マネジメントに関する先行調査^{10) 20) 21)}とは、医療事情の違いから項目の厳密な整合性を図ることは難しいが、緩和ケア病棟を有する病院や総合病院との比較においては、疼痛マネジメントに関する知識の正答率は低い傾向が推察され

た。現在の日本のがん医療においては、在宅医療推進等が重視されていることから、疼痛マネジメントなどのがん緩和ケアを必要とする患者の在宅医療をさらに推進する上でも、地域医療支援病院における看護師の役割が重要であると考えられる。

研究の限界と課題

今回の調査では、対象施設が単一施設であったことから、本調査で採用した日本語版の評価ツールの一般化には限界が見られる。しかし、疼痛マネジメントの各項目の結果などを検討しながら、知識・態度として強化すべき地域医療支援病院のがん患者の受け入れ対応のあり方に鑑み¹⁶⁾、さらに地域レベルでのがん医療システムの促進をはかる教育および体制づくりを推進する必要性があると考えた。

なお、本論文は、平成26年度横浜市立大学医学部看護学科卒業研究論文集の内容の一部、修正・加筆したものである。

謝 辞

本調査に際し、多大なるご尽力を頂きましたC病院スタッフ皆様に心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) 厚生労働省. 平成26年人口動態統計月報年計(概数)の概況. (2017/01/02) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saishin/hw/jinkou/geppo/negai14/dl/gaikyou26.pdf>.
- 2) 厚生労働省健康局長. がん診療連携拠点病院の整備に関する指針. 平成20年3月1日通知.
- 3) 武田文和. 世界保健機関編. がんの痛みからの解放—WHO方式がん疼痛治療法 第2版. 東京: 金原出版, 1996.
- 4) Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E, et al. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology* 23(7): 139-154, 2012.
- 5) 林直子. がん患者のPain Managementに必要な看護知識の検討 学習教材における教育項目の選定. *日本がん看護学会誌*12(2): 59-74, 1999.
- 6) 武田文和, 志真泰夫, 丸口ミサエ, 他. 座談会: 癌疼痛マネジメントの現状とこれからの課題. *がん看護*3(6): 437-448, 1998.
- 7) 西川晶子, 安藤詳子, 神里みどり, 他. がん性疼痛管理の妨害因子に対する看護師の認識. *がん看護* 9(1): 74-79, 2004.
- 8) Murad AK, Mohammad AQ. Barriers to cancer pain management: Jordanian nurses' perspectives. *Int J Palliat Nurs* 18(11): 535-536, 538-540, 2012.
- 9) Latchman J. Improving pain management at the nursing education level, evaluating knowledge and attitudes. *J*

- Advanced Practitioner Oncol 5(1) : 10-16, 2014.
- 10) McMillan SC, Tittle M, Hagan S, et al. Knowledge and attitudes of nurses in veterans hospitals about pain management in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum* 27(9) : 1415-1423, 2000.
 - 11) 岩脇陽子, 藤本早和子, 関川加奈子. がん疼痛を抱える患者の看護実践において看護師が体験している困難. *日本がん看護学会誌* 26(2) : 86-92, 2012.
 - 12) 小島悦子. 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, 2009.
 - 13) 特定非営利活動法人 日本緩和医療学 緩和医療ガイドライン作成委員会編. がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2010年版.
(http://www.jspm.ne.jp/guidelines/pain/2010/chapter01/01_04.php)
 - 14) 中橋淳子. がん性疼痛コントロールに関する知識・態度・看護実践についての実態調査 (第1報) — 一般病院・大学病院・がん専門病院・緩和ケア病棟 (ホスピス) の比較検討から —. *日本がん看護学会誌* 23(3) : 33-41, 2009.
 - 15) 茶園美香. 看護婦のがん性疼痛緩和ケア行動に影響する要因と要因間の関連. *日本がん看護学会誌* 14(1) : 15-23, 2000.
 - 16) 近藤由香, 渋谷優子. 痛みのある外来がん患者のモルヒネ使用に対する懸念と服薬行動に関する研究. *日本がん看護学会誌* 16(1) : 5-15, 2002.
 - 17) 戸谷美紀. がん疼痛管理「再考」—がん疼痛の評価と治療・管理の実際—I.疼痛管理における諸問題 3.非薬物療法による緩和ケアの実践. *Progress in Medicine* 26(10) : 2385-2388, 2006.
 - 18) Vallerand AH, Musto S, Polomano RC. Nursing's role in cancer pain management. *Curr Pain Headache Rep* 15(4) : 250-262, 2011.
 - 19) 小早川晶. なぜ、9割取れると言われるがんの痛みが取りきれないのか 痛みを10割とるために押さえないがん性疼痛ケアの基本. *ナーシング* 33(8) : 12-43, 2013.
 - 20) 小島悦子. 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, 2009.
 - 21) 奥坂喜美子, 加藤美鈴, 前川智子, 他. 一般病院におけるがん性疼痛マネジメントに関する実態調査. *日本看護学会論文集 : 成人看護II* 38 : 56-58, 2008.