

A県内のがん疼痛への看護ケアの実践状況

市川裕美子 坂本弘子 西川健 足澤ちか子

要旨

A 県内のがん看護に携わっている看護師が、がん疼痛に対して行っているケアの実践状況を明らかにすることを目的に、「がんの痛みへの看護ケア実践尺度」を用いて、A 県内の都道府県がん診療連携拠点病院など協力を得られた 11 施設の看護師を対象に調査を行った。実践状況は 5 段階評価の平均で $2.88 \pm 1.073 \sim 4.75 \pm 0.478$ の範囲の中であった。現在勤務している病棟のがん患者の割合、緩和ケア病棟経験、経験したがん患者のケアの人数、研修の受講経験でそれぞれ 1 項目から 6 項目に有意な差があった。ケアの実践は常に行っている、たいてい行っているが概ねであったが、がんの痛みに対するチーム医療についてやや低い傾向であり、今後強化していくことの必要性があると考えられた。

キーワード：がん疼痛 看護 がんの痛みへの看護ケア実践尺度

I. はじめに

日本の悪性新生物は死因の第 1 位であり、国民の 3 人に 1 人はがんで亡くなっているといわれている。がん疼痛は、痛みを主訴としてがんが発見されることも多く、診断時点で 20～50%、進行がん・末期がん患者の 80%前後にみられるとされている。疼痛は第 5 のバイタルサインともいわれ、それ自体による苦痛だけではなく、身体的・精神的・社会的な QOL を大きく低下させ、生きることや治療への意欲を低下させることもある。

がん疼痛は正しい鎮痛剤の使用によって、70～90%はコントロールできるといわれているが、我が国のがん患者の除痛率は 50～60%未満であり、教育不足や専門スタッフの不足、患者本人の偏見や誤解などからまだ十分行われていない現状にある。また、がん疼痛を抱える患者の看護において、薬剤の知識不足やアセスメントの不適切さなど、多くの看護師は

困難を感じていることや、一般病棟と緩和ケア病棟、大学病院などでの差異についての報告もされている。

我が国の緩和ケア病棟の届出病床数は、2022 年 6 月 15 日現在 9,579 床で年々増加の傾向にあるが、がんによる死亡数約 37～38 万人からみると、がん患者の看護実践の場は一般病棟で多く行われている現状にあることが推察される。特に一般病棟にはさまざまな疾患や異なる病期の患者が入院していることから、一般病棟でがん看護に携わる看護師は、急性期や回復期の治療や処置、援助を行いながら、終末期がん患者の精神的なケアにもかかわっていかねばならないため、多くの困難や戸惑いなどを感じながらケアしている現状にある。

本研究では、A 県内の都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん拠点病院、A 県がん診療連携推進病院、緩和ケア病棟がある病院、400 床以上の病院でが

ん看護に携わっている看護師を対象として、がん疼痛への看護ケアの実践状況を把握することを目的にアンケート調査を実施した結果を報告する。このことは、回答者個々の自己評価にもなり、今後のがん看護実践における課題と方策を検討し、より質の高い看護の実践への示唆を得ることに繋がると考えた。

II. 研究目的

A県内でがん看護に携わっている看護師が、がん疼痛に対して行っているケアの実践状況を明らかにする。

III. 研究方法

1. 調査対象・調査方法

1) 調査対象：A県内の都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん拠点病院、A県がん診療連携推進病院、緩和ケア病棟がある病院、400床以上の病院でがん看護に携わっている看護師を対象とした。

2) 調査方法：対象病院看護部門の長宛てにアンケート調査の依頼し、承諾を得られた病院に調査票を郵送した。アンケートへの回答は個別の返信用封筒で郵送にて回収した。

2. 調査内容と測定スケール

アンケートは基本情報として、属性のほか、看護師としての経験年数、がん看護に携わった年数やがん疼痛マネジメントに関連した研修の有無などについて調査した。また、高橋ら¹⁾が開発したがん疼痛に対する看護ケアの実践を自己評価するための「がんの痛みの看護ケア実践尺度」を用いた。この尺度は信頼性・妥当性は証明されており、5つの視点50項目で構成されている。1：行っていない、2：あまり行っていない、3：時々行っている、4：たいてい行っている、5：常に行っているの5段階で記入する。

3. 分析方法

1) 基本情報およびがん痛みの看護ケア実践尺度について単純集計を行った。

2) 看護経験年数およびがん看護に携わった経験年数、研修の有無との関係について、統計解析ソフト SPSS.ver26 を用いて、Mann-Whitney または Kruskal-Wallis にて検定し、有意水準は5%未満とした。

4. 倫理的配慮

対象者に研究目的および趣旨と研究参加への自由意思の尊重、調査は無記名であり、収集されたデータは統計的な処理を行い個人が特定されないこと、本研究以外に使用しないこと調査用紙への回答をもって同意を得たものとするをアンケートに文書を同封し説明した。本研究は、八戸学院大学・八戸学院大学短期大学部研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号 22 : 08）。

IV. 結果

A県内の都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん拠点病院、A県がん診療連携推進病院、緩和ケア病棟がある病院、400床以上の病院14施設にアンケート依頼の文書を発送し、承諾を得られた11施設に計258部を郵送し、2022年11月16日より2023年1月16日までの調査期間とした。

回収数は112部、回収率は43.4%であった。その中でがんの痛みの看護ケア尺度に欠損があった2部を除外し、有効回答数110部、有効回答率は42.6%であった。

1. 基本情報の結果 (表1)

回答者は、女性105名(95.5%)で、年齢40歳以上68名(61.8%)、看護師としての経験年数は20年以上53名(48.2%)であった。がん看護に携わった経験年数は、5年以上69名(62.7%)で、勤務場所は病棟や外来がほとんどで、現在緩和ケア病棟で勤務し

表1 基本情報の集計結果

		人		%				n=110		
		人	%	人	%	人	%	人	%	
性別	男性	4	3.6	緩和ケア病棟 経験	5年以上	5	4.5	5年未満 なし	11	10
	女性	105	95.5		94	85.5				
	無回答	1	0.9							
年齢	40歳以上	68	61.8	今までに経験 したがん患者 のケア	100人以上	49	44.5	50～99人 10～49人 1～9人 無回答	32	29.1
	30～39歳	14	12.7		26	23.6				
	30～34歳	11	10		2	1.8				
	25～29歳	11	10		1	0.9				
	25歳未満	6	5.5							
臨床経験年 数	20年以上	53	48.2	過去1年にケ アしたがん患 者	100人以上	22	20	50～99人 10～49人 1～9人 無回答	22	20
	15～19年	14	12.7		47	42.7				
	10～14年	15	13.6		18	16.4				
	5～9年	13	11.8		1	0.9				
	5年未満	15	13.6							
がん看護に携 わった経験年 数	5年以上	69	62.7	ケアの頻度	年に数回	10	9.1	月に数回 週に数回 ほぼ毎日 無回答	15	13.6
	2～5年	25	22.7		16	14.5				
	1年以上2年未満	8	7.3		68	61.8				
	1年未満 無回答	7 1	6.4 0.9		1	0.9				
現在勤務して いる病棟	一般(急性期・外科系)	47	42.7	研修の有無	ある	67	60.9	ない 無回答	41	37.3
	一般(慢性期、内科系)	35	31.8		2	1.8				
	緩和ケア病棟	1	0.9							
	その他	27	24.5							
病棟のがん 患者の割合	7割以上	34	30.9	研修有の研 修場所 n=67	院内	33	49.3	院内 院外 院内・院外	11	16.4
	5割以上7割未満	17	15.5		23	34.3				
	3割以上5割未満	27	24.5							
	1割以上3割未満	19	17.3							
	1割未満	11	10							
	無回答	2	1.8							
				専門・認定看 護師資格	がん化学療法看護認定 看護師	3		がん看護専門看護師	1	
					緩和ケア認定看護師	1				

ているのは1名(0.9%)であった。また、緩和ケア病棟での経験がないのは94名(85.5%)であった。がん患者に対するケアの頻度は、ほぼ毎日が68名(61.8%)であった。がん疼痛マネジメントに関する受講経験はある67名(60.9%)で、院内研修33名(49.3%)、院外11名(16.4%)、院内と院外では23名(34.3%)であった。今回の回答者には、がん化学療法看護認定看護師3名、がん看護専門看護師1名、緩和ケア認定看護師1名であった。

2. がんの痛みの看護ケア実践尺度 (表2-1、表2-2)

尺度の結果は、表2-1と表2-2に示す通りであった。

50項目中、平均点が4.5～4.9の項目は5項目、4.0～4.4は15項目で、4点以上が20項目(40%)、3.5～3.9は20項目、3.0～3.4

は9項目で3点以上は29項目(58%)、2.5～2.9は1項目であった。

平均点が最も高かったのは、患者が訴える痛みの部位を確認しているが4.75で、次いで痛みは我慢せず医師や看護師へ伝えるよう患者に説明している4.71、患者が訴える痛みの部位を記録している4.65、患者が訴える痛みの強さをNRS、フェイススケール、VASなどの疼痛スケールを使用し確認しているとそれを記録しているが同点で4.62であった。

平均点が最も低かったのは、患者が訴える痛みの軽減にマッサージが有効な場合は、ケアに取り入れている2.88で、次いで医療用麻薬の種類や投与経路変更の指示が出た時は、用量の換算が正しいかアセスメントしている3.05、患者が訴える痛みの原因を、レントゲンやCT、骨シンチなどの画像検査の結

果に関連づけてアセスメントしている 3.09、患者が訴える痛みは、侵害性受容性疼痛（体性痛か内臓痛）か神経障害性疼痛かアセスメントしていると患者が訴える痛みはがん治療（手術・化学療法・放射線療法）に関連した痛みかアセスメントしている 3.10 であった。

表2-1 がんの痛みの看護ケア尺度結果

	n=110					平均	標準偏差
	1(%)	2(%)	3(%)	4(%)	5(%)		
1:行っていない 2:あまり行っていない 3:時々行っている 4:たいてい行っている 5:常に行っている							
【がんの痛みの聴取・アセスメント】							
1. 患者が訴える痛みの部位を確認している	0	0	2(1.8)	24(21.8)	84(76.4)	4.75	.478
2. 患者が訴える痛みの強さをNRS、フェイススケール、VASなどの疼痛スケールを使用し確認している	1(0.9)	1(0.9)	6(5.5)	23(20.9)	79(71.8)	4.62	.717
3. 患者が訴える痛みはどのような時に増強するのか、軽減するのか確認している	1(0.9)	0	13(11.8)	49(44.5)	47(42.7)	4.28	.744
4. 痛みはどのようなときに増強するのか、軽減するのか確認している	1(0.9)	2(1.8)	11(10.0)	51(46.4)	45(40.9)	4.25	.780
5. 患者が訴える痛みの観察に、フィジカルアセスメント(視診・触診・聴診・打診など)を取り入れている	1(0.9)	13(11.8)	35(31.8)	40(36.4)	21(19.1)	3.61	.959
6. 患者が訴える痛みの原因を、レントゲンやCT、骨シンチなどの画像検査の結果に関連づけてアセスメントしている	2(1.8)	30(27.3)	42(38.2)	28(25.5)	8(7.3)	3.09	.944
7. 患者が訴える痛みは、侵害性受容性疼痛(体性痛・内臓痛)か、神経障害性疼痛かアセスメントしている	1(0.9)	35(31.8)	36(32.7)	28(25.5)	10(9.1)	3.10	.986
8. 患者が訴える痛みは、がん治療(手術・化学療法・放射線療法)に関連した痛みかアセスメントしている	1(0.9)	8(7.3)	30(27.3)	49(44.5)	22(20.0)	3.10	.986
9. 痛みがあることで支障となる日常生活について確認している	0	3(2.7)	11(10.0)	61(55.5)	35(31.8)	3.75	.890
10. 身体的な痛みを精神的、社会的、スピリチュアルな側面と関連づけてアセスメントしている	0	15(13.6)	33(30.0)	43(39.1)	19(17.3)	3.60	.931
【がんの痛みの薬物療法・非薬物療法】							
11. 患者の全身状態が変化している時は、医療用麻薬の投与経路が患者の状況に適しているかアセスメントしている	1(0.9)	6(5.5)	30(27.3)	52(47.3)	21(19.1)	3.78	.850
12. 痛み治療の開始時や痛みの状況の変化時は、痛みの種類(体性痛、内臓痛、神経障害性疼痛)に適した鎮痛薬が使用されているかアセスメントしている	3(2.7)	15(13.6)	28(25.5)	51(46.4)	13(11.8)	3.51	.965
13. 医療用麻薬の種類や投与経路変更の指示が出た時は、用量の換算が正しいかアセスメントしている	5(4.5)	40(36.4)	24(21.8)	27(24.5)	14(12.7)	3.05	1.144
14. 歩行や入浴、食事など、日常生活動作によって痛みの増強が予測される時は、前もって臨時追加投与薬(レスキュー薬)の使用を勧めている	1(0.9)	10(9.1)	16(14.5)	43(39.1)	40(36.4)	4.01	.981
15. 患者が使用した臨時追加投与薬の効果を30分以内に観察している	3(2.7)	8(7.3)	13(11.8)	54(49.1)	32(29.1)	3.95	.975
16. 医療用麻薬の開始時や増量時は、その効果を観察している	1(0.9)	1(0.9)	7(6.4)	48(43.6)	53(48.2)	4.37	.728
17. 患者が医療用麻薬を使用している場合は、その副作用として便秘になる可能性があることを意識して排便状況を観察している	0	1(0.9)	11(10.0)	45(40.9)	53(48.2)	4.36	.700
18. 医療用麻薬の開始時や増量時は、その副作用として悪心・嘔吐が出現する可能性があることを意識して観察している	0	2(1.8)	4(3.6)	64(58.2)	40(36.4)	4.29	.626
19. 医療用麻薬の開始時や増量時は、その副作用として眠気が出現する可能性があることを意識して観察している	0	3(2.7)	9(8.2)	53(48.2)	45(40.9)	4.27	.728
20. 医療用麻薬を使用している患者の意識レベルが低下している場合は、呼吸回数を観察している	1(0.9)	8(7.3)	13(11.8)	47(42.7)	14(12.7)	4.08	.930
21. 使用中の医療用麻薬の副作用で用量の増量が困難な場合や鎮痛効果が不十分な場合は、オピオイドの種類の変更についてアセスメントしている	2(1.8)	15(13.6)	26(23.6)	46(41.8)	21(19.1)	3.63	1.073
22. 時間を決めて使用する医療用麻薬の内服・貼付交換の時間は、患者の日常生活を考慮している	4(3.6)	20(18.2)	14(12.7)	43(39.1)	29(26.4)	3.66	1.160
23. 患者が訴える痛みの軽減にマッサージが有効な場合は、ケアに取り入れている	10(9.1)	31(28.2)	40(36.4)	20(18.2)	9(8.2)	2.88	1.073
24. 患者が訴える痛みの軽減に温・冷電法が有効な場合は、ケアに取り入れている	4(3.6)	22(20.0)	34(30.9)	38(34.5)	12(10.9)	3.29	1.026
25. 患者が訴える痛みの軽減に体位の工夫が有効な場合は、ケアに取り入れている	2(1.8)	1(0.9)	26(23.6)	58(52.7)	23(20.9)	3.90	.801
26. 患者が訴える痛みの閾値を上昇されるために、患者が安心、リラックスできるような関わりをしちえる(側にいる、気分転換として会話をするなど)	2(1.8)	7(6.4)	46(41.8)	37(33.6)	18(16.4)	3.56	.904
27. 患者が訴える痛みの軽減が困難な場合は、看護カンファレンスで痛みの評価や今後の方針を検討している	3(2.7)	10(9.1)	40(36.4)	37(33.6)	20(18.2)	3.55	.982
28. 現在の痛み治療やケアに対する患者の満足度を確認している	3(2.7)	22(20.0)	33(30.0)	34(30.9)	18(16.4)	3.38	1.066

表2-2 がんの痛みの看護ケア尺度結果

	n=110					平均	標準偏差
	1(%)	2(%)	3(%)	4(%)	5(%)		
1:行っていない 2:あまり行っていない 3:時々行っている 4:たいてい行っている 5:常に行っている							
【がんの痛みに関する患者・家族への教育・指導】							
29. 痛みは我慢せず医師や看護師へ伝えるよう患者に説明している	0	1(0.9)	3(2.7)	23(20.9)	83(75.5)	4.71	.564
30. 医療用麻薬の開始時に、医療用麻薬に対する誤解(中毒になる、徐々に効果がなくなる、副作用が強いなど)が患者にある場合は、その認識に至った背景を確認している	1(0.9)	14(12.7)	21(19.1)	45(40.9)	29(26.4)	3.79	1.005
31. 医療用麻薬の開始時に、医療用麻薬に対する誤解(中毒になる、徐々に効果がなくなる、副作用が強いなど)が患者にある場合は、正しい知識を説明している	1(0.9)	11(10.0)	18(16.4)	43(39.1)	37(33.6)	3.95	.994
32. 医療用麻薬の開始時に、医療用麻薬に対する誤解(中毒になる、徐々に効果がなくなる、副作用が強いなど)が家族にあるか確認している	5(4.5)	31(28.2)	30(27.3)	32(29.1)	12(10.9)	3.14	1.088
33. 医療用麻薬の開始時や種類の変更時は、患者にその使用方法を説明している	4(3.6)	6(5.5)	13(11.8)	38(34.5)	49(44.5)	4.11	1.052
34. 患者の外泊・外出時や退院時は、家族に医療用麻薬の使用方法を説明している	9(8.2)	9(8.2)	11(10.0)	30(27.3)	51(46.4)	3.95	1.281
35. 医療用麻薬の開始時は、患者に医療用麻薬の副作用(便秘、吐気、眠気など)について説明している	5(4.5)	5(4.5)	9(8.2)	39(35.5)	52(47.3)	4.16	1.063
36. 医療用麻薬の開始時は、家族に医療用麻薬の副作用(便秘、吐気、眠気など)について説明している	8(7.3)	17(15.5)	18(16.4)	37(33.6)	30(27.3)	3.58	1.244
37. 薬物療法以外の自分にあつた痛みのケア(趣味による気分転換、温める、マッサージをする、横になって休むなど)を見つけて行うように患者に指導している	3(2.7)	25(22.7)	32(29.1)	41(37.3)	9(8.2)	3.25	.990
38. 患者の外泊・外出時や退院時は、痛みで困った時の対処法について、患者に説明している	4(3.6)	10(9.1)	26(23.6)	38(34.5)	32(29.1)	3.76	1.083
39. 患者の外泊・外出時や退院時は、痛みで困った時の対処法について、家族に説明している	6(5.5)	12(10.9)	22(20.0)	43(39.1)	27(24.5)	3.66	1.127
【がんの痛みのカルテへの記録】							
40. 患者が訴える痛みの部位を記録している	2(1.8)	1(0.9)	2(1.8)	24(21.8)	81(73.6)	4.65	.737
41. 患者が訴える痛みの強さを、NRS、フェイススケール、VASなどの疼痛スケールを使用して記録している	1(0.9)	2(1.8)	2(1.8)	28(25.5)	77(70.0)	4.62	.704
42. 患者が訴える痛みの性状を記録している(ズキンとする、重苦しい、しびれるなど)	1(0.9)	7(6.4)	15(13.6)	39(35.5)	48(43.6)	4.15	.947
43. 医療用麻薬の開始時や増量した時、その効果について記録している	3(2.7)	3(2.7)	12(10.9)	36(32.7)	56(50.9)	4.26	.955
44. 患者が使用した臨時追加投与薬の効果について記録している	3(2.7)	3(2.7)	7(6.4)	31(28.2)	66(60.0)	4.40	.931
45. 医療用麻薬の副作用(便秘、吐気、眠気など)の有無を記録している	3(2.7)	4(3.6)	15(13.6)	37(33.6)	51(46.4)	4.17	.985
46. 痛みによる患者の不安の増強や日常生活への支障など、痛みに関する患者の気がかりについて記録している	2(1.8)	5(4.5)	20(18.2)	38(34.5)	45(40.9)	4.08	.969
【がんの痛みに対するチーム医療】							
47. 痛み治療の開始時や痛みの増強時は、患者の痛みの状況や治療(薬物療法や非薬物療法)の方針について医師に確認している	2(1.8)	4(3.6)	23(20.9)	47(42.7)	34(30.9)	3.97	.913
48. 患者に医療用麻薬についての知識不足、誤解がある場合は、その対応について薬剤師に相談している	1(0.9)	9(8.2)	21(19.1)	51(46.4)	28(25.5)	3.87	.920
49. 痛みへの対応が困難な時や悩んだ時は、痛みのアセスメント、治療、ケアなどについて、緩和ケアの専門家に相談している	6(5.5)	17(15.5)	28(25.5)	34(30.9)	25(22.7)	3.50	1.163
50. 痛みへの対応が困難な時や悩んだ時は、医師、薬剤師、緩和ケアチームなどの多職種でカンファレンスをしている	11(10.0)	22(20.0)	28(25.5)	30(27.3)	19(17.3)	3.22	1.237

全項目で、5の常に行っているが70%以上の項目は5項目であった。また各ドメインの平均点は、【がんの痛みの聴取・アセスメント】3.82、【がんの痛みの薬物療法・非薬物療法】3.75、【がんの痛みに関する患者・家族への教育・指導】3.82、【がんの痛みのカルテへの記録】4.33、【がんの痛みに対する

チーム医療】3.64であった。

3. Kruskal-Wallis または Mann-Whitney 検定の結果 (表3)

基本情報とがんの痛みの看護ケア実践尺度について、Kruskal-Wallis または Mann-Whitney 検定の結果、看護師としての経験年数、がん看護に携わった年数では、各項目と有

意な差はあるとは言えなかった。有意な差があったのは、現在勤務している病棟のがん患者の割合で 6 項目、緩和ケア病棟での経験年数で 4 項目、今までに経験したがん患者のケアの合計人数で 1 項目、過去 1 年間に経験したがん患者のケアの合計人数で 2 項目、がん患者のケアに携わる頻度で 1 項目、がん疼痛マネジメントに関する研修の受講経験で 1 項目であった。

V. 考察

1. がんの痛みの看護ケアの実践状況

今回得られたデータから、がんの痛みの看護ケアの実践状況は、概ね全項目において常に行っている、たいてい行っているという結果であった。以下、各ドメインごとに考察する。

【がんの痛みの聴取・アセスメント】では、痛みの部位の確認、痛みの強さはスケールを使用し、痛みの増強や軽快の確認は平均 4 点台であった。中でも常に行っているが 70%以上の項目は、痛みの部位の確認と痛みの強さは疼痛スケールを使用し確認しているであった。しかし、痛みのフィジカルアセスメントや検査結果、手術などと関連付けてアセスメントすることが 3 点台で低くなっていた。このことは、がんの痛みをアセスメントする上で、より専門的知識が必要な項目であったためと考えられた。痛みはその機序や性質により治療や対処方法が異なるため、正確に痛みをアセスメントし、情報を医療者間で共有することが重要であることから、がんの痛みについて学ぶ機会を作ることが、実践へとつながっていくと考えられる。

【がんの痛みの薬物療法・非薬物療法】では、レスキューの使用や医療用麻薬の副作用を意識して観察することは、平均 4 点台でたいてい行われていた。医療用麻薬の適切な使用や投与経路、治療効果のアセスメント、非薬物療法をケアに取り入れているのは 3 点台で時々行っているであった。このドメインのみならず

表3 基本情報とがんの痛みの看護ケア実践尺度の検定結果
有意水準<0.05のみ

質問項目	p値
●現在勤務している病棟のがん患者の割合	
13 医療用麻薬の種類や投与経路変更の指示が出た時は、用量の換算が正しいかアセスメントしている	0.032*
15 患者が使用した臨時追加投与薬の効果を30分以内に観察している	0.010*
22 時間を決めて使用する医療用麻薬の内服・貼付交換の時間は、患者の日常生活を考慮している	0.047*
24 患者が訴える痛みの軽減に温・冷罨法が有効な場合は、ケアに取り入れている	0.011*
45 医療用麻薬の副作用(便秘、吐気、眠気など)の有無を記録している	0.025*
49 痛みへの対応が困難な時や悩んだ時は、痛みのアセスメント、治療、ケアなどについて、緩和ケアの専門家に相談している	0.036*
●緩和ケア病棟での経験年数	
25 患者が訴える痛みの軽減に体位の工夫が有効な場合は、ケアに取り入れている	0.010*
36 医療用麻薬の開始時は、家族に医療用麻薬の副作用(便秘、吐気、眠気など)について説明している	0.044*
49 痛みへの対応が困難な時や悩んだ時は、痛みのアセスメント、治療、ケアなどについて、緩和ケアの専門家に相談している	0.008**
50 痛みへの対応が困難な時や悩んだ時は、医師、薬剤師、緩和ケアチームなどの多職種でカンファレンスをしている	0.005**
●今までに経験したがん患者のケアの合計人数	
11 患者の全身状態が変化している時は、医療用麻薬の投与経路が患者の状況に適しているかアセスメントしている	0.015**
●過去1年間に経験したがん患者のケアの合計人数	
2 患者が訴える痛みの強さをNRS、フェイススケール、VASなどの疼痛スケールを使用し確認している	0.006**
6 患者が訴える痛みの原因を、レントゲンやCT、骨シンチなどの画像検査の結果に関連づけてアセスメントしている	0.008**
●がん患者のケアに携わる頻度	
18 医療用麻薬の開始時や増量時は、その副作用として悪心・嘔吐が出現する可能性があることを意識して観察している	0.025*
●がん疼痛マネジメントに関する研修の受講経験	
18 医療用麻薬の開始時や増量時は、その副作用として悪心・嘔吐が出現する可能性があることを意識して観察している	0.036*

全項目の中で一番低かったのは、痛みの軽減にマッサージが有効な場合はケアに取り入れているが 2.88 であまり行っていないという結果であった。今回の調査は一般病棟で働いている看護師からの回答が多く、がん患者だけではないため、がん患者の痛み時間に時間的な制約などもあり十分に非薬物療法のケアができない状況があったのではないかと考えられた。痛みの苦痛はさまざまなものに装飾され、身体的・心理的に大きく影響する。看護師の手によるマッサージ、側にいる、リラックスできるような関わりや会話を持つことは、重要な援

助であり、意識してかかわっていくようにすることが望まれる。

【がんの痛みに関する患者・家族への教育・指導】では、痛みは我慢せず医師や看護師へ伝えるよう患者に説明しているは、平均4.71で、常に行っている、たいてい行っているで96.4%であった。その他、医療用麻薬使用開始時の認識の確認、正しい知識の説明、副作用、痛みに対する対応などについては、たいてい行っている、時々行っているであった。医療用麻薬は、痛みの緩和に対して効果が期待できるが、日本では医療用麻薬に対する理解度・認知度が低く、中毒になる、徐々に効果がなくなる、副作用が強い、麻薬はもうほかに治療方法がないために使うなどの間違ったイメージを持っている患者・家族も少なくない。痛みに対するケアを提供するためには、正確な情報提供と教育が必要である。心配の内容が誤解から生じている場合は正確な情報提供を行い、医療用麻薬に対するマイナスイメージを払拭できるように援助していく必要がある。したがって、医療従事者も正しい知識や適正な使用などについて理解を深めることも必要と考えられる。また、医療従事者と患者や家族の間には医療用麻薬の使用にあたって重要視する点に意識の相違を生じているとの報告もされており、医療用麻薬開始時や継続使用時の繰り返しの説明と理解の確認が重要と考えられる。

痛みに対する教育・指導は、薬物療法以外の自分に合ったケアを見つけて行うことや外出、外泊、退院後の痛みへの対処法についてたいてい行っている、時々行っているであった。患者と一緒に痛みを緩和するための方法を見つけ、日頃から指導を行うことで、痛みへの対応を早めに行うことができ、QOLの向上につながっていくと考えられる。

【がんの痛みのカルテへの記録】は、すべての項目で4点以上であり、常に行っている、たいてい行っているで概ね80%~90%超とい

う結果であった。その中で痛みによる患者の不安や日常生活への支障など、痛みに対する気がかりについて記載しているが4.08、痛みの性状を記録しているが4.15で、医療用麻薬の副作用の有無の記録4.17で、具体的な性状などの記録や心理面の記録がやや低い結果であった。情報収集やアセスメントして援助を行っていると思うが、カルテ上へは要点を簡潔に記載していると推察される。また、今回の調査では、一般病棟の看護師が多く、患者の不安や日常生活への支障、気がかりなどを聴くための十分な時間がとれていないことも考えられる。カルテ記載の方法、患者の思いの伝達方法、病棟看護師だけでは十分でない部分を他のスタッフや職種が関わるなどについて、組織的に取り組むことも必要と考えられる。

【がんの痛みに対するチーム医療】では、各項目の平均点は3点台であった。常に行っているは、17.3%~30.9%で、たいてい行っている27.3%~42.7%、時々行っている19.1%~25.5%であった。痛みへの対応や知識、ケアなどに悩んだ時、医師や薬剤師、緩和ケアの専門家にそれぞれ相談はしているものの、多職種でのカンファレンスは、4項目中最も平均点が低く、尺度50項目中唯一行っていないが10%となっていた。岩脇ら(2012)は、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の中で、医療チームの連携における困難をあげており、疼痛管理における医師との見解の違いとチーム成員間の調整の難しさがあるとしている。患者は痛みがどのように生活に影響しているか、痛みや苦しみやつらさを、医師の前では我慢したり、遠慮したりしてうまく伝えられていない場合もあると考えられる。看護師は24時間患者の側で援助を行っており、痛みの経過を把握・予測しながら医師と協調する体制を構築していくことが重要と考えられる。また、痛みに対する多職種での連携は重要であり、医療チーム間をつなぐことや患者を擁護することは看護師の役割

でもある。医師をはじめとする多職種との意思疎通を図り、情報提供し、カンファレンスの場を調整する等により、医療チームで共有し適切かつ迅速に対応できる連携体制の構築が重要である。

2. 基本情報とがんの痛みの看護ケア実践尺度の関係について

今回は基本情報の6項目、①病棟のがん患者の割合、②緩和ケア病棟経験、③今までに経験したがん患者のケア、④過去1年にケアしたがん患者、⑤ケアの頻度、⑥がん疼痛マネジメントに関する研修の有無と尺度の延べ15項目に有意な差があった。しかし、臨床経験年数やがん看護に携わった経験年数では有意な差があるとは言えなかった。がん患者の痛みに対するケアの実践は、病棟内のがん患者の割合、ケアの人数や頻度による看護師の経験や知識が関係していると考えられた。緩和ケアの実践は、終末期がん患者ケアの経験人数が関係しているという報告もあり、平山ら(2017)は、痛みのケアの実践を向上させるためには知識だけでなく終末期がん患者のケアを経験することが必要なのかもしれないと述べており、今回の結果からも同じようなことがいえると考えた。

3. 研究の限界と今後の課題

今回A県の調査病院においてのがんの痛みに対する看護ケアの実践状況は、一般病棟において概ね常に行っている、たいてい行っているという結果であった。調査は自己申告に基づく実践状況の測定であり、知識と経験が痛みのケアの実践にどのように関係しているかまでは明確にできなかった。しかし、尺度を使用して自己の実践状況を自己評価することは意味深く、今後のがん患者の痛みへのケアについて振り返り、ケア向上に活かすことに繋がっていくと考えられる。国民の2人に1人ががんに罹患するといわれている現在、がん患者につきまとう痛みに対するケアは今後も重要になってくる。WHOはがんの痛みはと

れる時代に突入したとしている。私たち看護師は、痛みをマネジメントするための知識や技術を向上させ、多職種とも連携しながら患者の痛み・苦痛が緩和するようケアを実践していくことが重要である。

VI. 結論

1. がんの痛みの看護ケア実践状況は、5段階評価の平均で $2.88 \pm 1.073 \sim 4.75 \pm .478$ の範囲の中であった。

2. 基本情報と尺度で有意な差があったのは、①現在勤務している病棟のがん患者の割合、②緩和ケア病棟での経験年数、③今まで経験したがん患者のケアの合計人数、④過去1年間に経験したがん患者のケアの合計人数、⑤がん患者のケアに携わる頻度、⑥がん疼痛マネジメントに関する研修の受講経験と尺度の延べ15項目であった。

3. がんの痛みに対するチーム医療についての看護実践がやや低い傾向であり、今後強化していくことの必要性があると考えられた。

謝辞

お忙しい中、本調査にご理解を示し調査票の配布等にご協力いただいた各病院の看護部長様、調査に回答していただいた看護師の皆様、調査に協力いただいた関係者の皆様に心より感謝いたします。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

引用・参考文献

- 1) 宮下光令編集、緩和ケア・がん看護臨床評価ツール大全、第1版第1刷：279-285、2020. 青海社. 東京.
- 2) 平山英幸、中條庸子、齋藤明美、畠山里恵他(2017). 東北大学病院の看護師野がん疼痛ケアの実践状況、東北大医保健学紀要. 26(1)：35-45.
- 3) 張彦虎、森下利子(2015). がん研究の動向及びがん体験者へのケア、高知女子大学紀要 看護学部編. 54：43-53
- 4) 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.
- 5) 玉木朋子、竹内佐智恵、犬丸杏里、辻川真弓他(2020). 看護師がおこなうがん患者の疼痛管理教育の効果と支援内容・方法の検討：無作為比較試験のメタアナリシス、三重看護学誌. 22：9-20.
- 6) 中橋淳子(2009). 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.
- 7) 岩脇陽子、藤本早和子、関川加奈子(2012). 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.
- 8) 渡辺穂野香、大矢耕志郎、小田島裕輝(2019). 看護師によるがん緩和ケアの介入内容と介入効果に関する文献的考察、なごや看護学会誌. 1：24-31.
- 9) 間瀬広樹、山下めぐみ、松本卓也他(2013). 一般市民を対象とした医療用麻薬に関する意識調査、IRYO. 67(7)：290-293.
- 10) 鈴木勉(2015). がん疼痛治療と医療用麻薬、薬学雑誌. 135(12)：1325-1334.
- 11) 榊原直喜、東尚弘、山下慈、三浦浩紀他(2015). がん患者の疼痛の実態と課題-外来/入院の比較と高齢者に焦点をあてて、Palliative Care Research. 10(2)：135-141.
- 12) 厚生労働省、がん診療連携拠点病院 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/gan/gan_bvoin.html (2021.12.17閲覧)
- 13) 日本病院会 会員一覧/青森県 <https://www.hospital.or.jp/> (2021.12.17閲覧)
- 14) 青森県がん情報サービス <https://gan-info.pref.aomori.lg.jp/public/index.php/ct03/a31.html> (2021.11.18閲覧)
- 15) 日本ホスピス緩和ケア協会、緩和ケア病棟入院料届け出受理施設数・病床数の年度推移 https://www.hpcj.org/what/pcu_sii.html (2023.7.11閲覧)

執筆者紹介(所属)

- | | | |
|-------|------------|-----|
| 市川裕美子 | 八戸学院大学看護学科 | 准教授 |
| 坂本弘子 | 八戸学院大学看護学科 | 准教授 |
| 西川 健 | 八戸学院大学看護学科 | 講師 |
| 足澤ちか子 | 八戸学院大学看護学科 | 助教 |