

東北大学病院の看護師のがん疼痛ケアの実践状況

平山英幸¹, 中條庸子², 齋藤明美², 畠山里恵²
飯沼由紀恵², 大桐規子², 志田智子², 庄子由美²
門間典子², 宮下光令¹

¹東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野

²東北大学病院 看護部

Self-reported Practices of Cancer Pain Management among Nurses in Tohoku University Hospital

Hideyuki HIRAYAMA¹, Yoko NAKAJO², Akemi SAITO², Rie HATAKEYAMA², Yukie IINUMA²,
Noriko OGIRI², Tomoko SHIDA², Yumi SYOJI², Noriko MONMA² and Mitsunori MIYASHITA¹

¹*Division of Palliative Nursing, Health Sciences, Tohoku University Graduate School of Medicine*

²*Division of Nursing, Tohoku University Hospital*

Key words : Practice, Cancer Pain, Nurse, Palliative Care

The aims of this study were to describe self-reported practices of cancer pain management among nurses in Tohoku University Hospital and to explore related factors. Anonymous questionnaires were distributed to 524 nurses who are engaged in cancer and 331 (63%) were analyzed. As for self-reported practice, only 3 of 34 items, such as assessment of site of pain, assessment of efficacy of analgesics, and nursing-care plan for pain, were performed enough over 80% of participants. On the other hand, assessment about cause of pain, assessment of total pain, communication about pain with patient and family, and discussion about medical treatment with medical staff (except for the doctor) were especially low response (less than 50%). Self-reported practice of cancer pain management was higher as experience of terminally ill cancer care ever or in the last year was more. Although knowledge about cancer pain was significantly affected self-reported practice, the correlation coefficients were low.

はじめに

現在、日本ではがんが死因の第1位となり、国民の3人に1人はがんで亡くなっている¹⁾。一般的にがん性疼痛の発現頻度は、診断時点で30%、進行がんで60~70%、終末期では75%以上であるとされているが^{2,3)}、WHO方式がん疼痛治療法によって70~80%以上の鎮痛効果が得られると

国際的な調査で示されている⁴⁾。痛みは患者のQOLを著しく損なうものであり、これまでの研究から、日本でのがん患者の疼痛緩和が不十分であること²⁾や、看護師による緩和ケアの実践は十分であるとは言えず、教育が必要であることが明らかになっている^{5,7)}。

WHOによる緩和ケアの定義は「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に

対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、QOLを改善するアプローチである」とされている⁸⁾。厚生労働省は平成24年のがん対策推進基本計画において、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」を重点課題としており、5年以内のがん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得することを目標としている⁸⁾。したがって、都道府県がん診療連携拠点病院である東北大学病院をはじめとしたわが国の緩和ケアに携わる医療従事者にとって、痛みの緩和は非常に重要な課題である。

Hirookaらによる医師・看護師の緩和ケアに関する自信と困難感に関する全国的な調査⁹⁾や、Satoらによる看護師の緩和ケアに関する困難感・知識・実践に関する全国的な調査¹⁰⁾によると、日本の看護師はがん疼痛ケアに関して自信がなく、知識不足や困難感を抱えていることが明らかになっている。また、Sasaharaらによる調査¹¹⁾では、一般病棟に勤務する看護師は終末期がん患者のケアで全体的に高い困難感を感じていた。東北大学病院においては、2010年に行われたがん看護の困難感に関する調査で、疼痛や治療・ケア、副作用に関する知識や技術が不十分であると回答した看護師が71%であった¹²⁾。これらの先行研究から、日本におけるがん疼痛ケアの実践は全国的に不十分な状態であり、東北大学病院においても同様の状況が予想される。今後、東北大学病院においてがん疼痛ケアの実践を向上させるために教育計画を立案するためには、その現状を詳細に把握することが有益と考えられる。

そこで、本研究では東北大学病院における看護師のがん疼痛ケアの実践状況とその関連要因について明らかにすることを目的とした。

研究方法

1. 対象者

対象者は東北大学病院で、がん患者のケアに携わる病棟で働く看護師524人とした。がん看護に

携わる病棟は、緊急入院やベッドコントロールを除き、がん患者を日常的に診療している病棟とした。

2. 調査方法

調査方法は、無記名の自記式質問紙法とし、調査は2016年1月～2016年3月に実施した。質問紙の配布と回収は病棟単位で行われた。調査票および依頼状・趣意書を病棟師長を通して各病棟・部門に配布した。回収は各病棟・部門に設置した回収袋・回収箱などを用いて留め置き法で回収した。2週間後に全員を対象に督促を行った。

3. 調査内容

(1) 痛みのケアに関する実践

本項目は、がん疼痛ガイドライン⁴⁾と緩和ケアの看護師向けの教科書¹³⁾を参考に項目抽出し、院内の認定看護師と研究者による協議によって作成した。「痛みの聴取・アセスメント」「痛みの薬物療法」「痛みのケア」「痛みのある患者・家族への指導」「記録」の5ドメイン34項目から構成される。回答方法は「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. たいいてい行っている」「5. 常に行っている」の5段階のリッカート尺度である。それぞれのカッコ内の数字が各項目の得点であり、得点が高いほど痛みのケアを実践していることを示す。

(2) 痛みのケアに関する認識

本項目は、院内の認定看護師と研究者の協議によって作成したものである。「全般的な痛みの緩和の状況」「医師のがん疼痛の意識など」「看護師のがん疼痛の知識など」「緩和ケアチーム」「院内の痛みや治療やケアに関するルール」「その他」の6ドメイン24項目から構成される。回答方法は「1. 全くそう思わない」「2. そう思わない」「3. あまりそう思わない」「4. ややそう思う」「5. そう思う」「6. 非常にそう思う」の6段階のリッカート尺度である。それぞれのカッコ内の数字が各項目の得点であり、得点が高いほどケアが不十分であるという認識を持っていることを示す。

(3) 痛みのケアに関する知識項目

本項目はNakazawaらによるPalliative Care Knowledge Test¹⁴⁾とELNEC-J CQ¹⁵⁾からそれぞれ2項目、10項目として項目を作成した。がん

患者の痛みのケアに関する 24 項目の設定で構成される。回答方法は「正しい」「間違っている」「わからない」の 3 択である。

(4) 背景要因

対象者の背景要因として年齢、勤務病棟、職位・資格、臨床経験年数、ホスピス・緩和ケア病棟の経験年数、今までおよび過去 1 年に経験したがん患者のケアの合計人数、今までおよび過去 1 年に経験した終末期がん患者のケアの合計人数を尋ねた。

4. 分析方法

調査票の回答で今までがん患者のケアの経験がないと回答した看護師を除外して分析対象とした。

最初に、がん患者の痛みのケアに関する実践のそれぞれの回答分布および各ドメインの平均点とクロンバックの α を求めた。次のがん患者の痛みのケアに関する実践の関連要因を単変量解析（平均 \pm SD とピアソンの積率相関係数； P 値は職位・資格は分散分析，その他はピアソンの相関係数に基づき算出）および多変量解析（重回帰分析）によって検討した。関連要因の分析を行うにあたり、背景要因の「ホスピス・緩和ケア病棟の経験年数」が 15 年以上の人が 1 人いたが、5 年以上にまとめた。また、「職位・資格」のうち専門看護師と認定看護師（がん性疼痛・緩和ケア）をまとめた。重回帰分析に用いる要因の決定は、多重共線性の可能性を考慮し、項目同士の相関係数が高かったものや非常に近い概念を示すものは解釈のしやすさや単変量解析の有意性検定の結果などをもとに、どちらか一方のみを選択して使用した。具体的には年齢と臨床経験年数は相関が高かったので臨床経験年数を選択した。がん患者のケア経験と終末期がん患者のケア経験も相関が高かったので、これは終末期がん患者のケア経験を選択した。なお、分析前に分布のヒストグラムやモーメントから、痛みのケアに関する実践に関する変数が正規分布から大きく外れていないことを確認した。

最後に、がん患者の痛みのケアに関する実践とがん患者の痛みのケアに関する認識および知識に関する項目の相関を検討した。これはがん患者の

痛みのケアに関する認識によって実践に影響があるのか、知識が高いことで痛みのケアの実践が行われるようになるかといったがん患者の痛みのケアに関する実践項目の性質を検討する目的で行った。具体的には、がん患者の痛みのケアに関する認識では「看護師のがん疼痛の知識など」「緩和ケアチーム」の 2 ドメイン、知識では正答数の合計とのドメインごとのピアソンの相関係数を求めた。

すべての分析において JMP Pro 12 を使用し、有意水準 0.05 とした。相関係数の大きさの記載に関しては、 $r < 0.2$ の場合は相関なしと考え、 $0.2 < r < 0.4$ を弱い相関があったと標記した。

5. 倫理的配慮

本研究は、東北大学大学院医学系研究科の倫理審査委員会の承認後に実施した。

結 果

1. 対象者背景

524 人に調査票を配布し、332 人から回収した（回収率 63%）。そのうち、今までにがん患者のケアの経験がないと回答した看護師 1 人を対象から除外し、331 人を分析対象者とした。

対象者の背景を表 1 に示す。年齢が 30 歳未満の看護師が 51.5% であり、臨床経験年数が 10 年未満の看護師が 61.9%、ホスピス・緩和ケア病棟の経験がある看護師が 9.9% であった。今までにがん患者のケアを経験した人数を 10 人以上と回答した看護師が 93.3%、100 人以上と回答した看護師が 57.1% であった。

2. がん患者に対する痛みのケアの実践の各項目の分布

がん患者に対する痛みのケアの実践の各項目の分布を図 1~5 に示す。80% 以上が実践している（「常に行っている」と「たいてい行っている」の合計）は「痛みの部位を確認している（93%）」「使用している鎮痛剤（ベースのオピオイド、NSAIDs、アセトアミノフェン）の効果を確認している（80%）」「痛みのある患者全員に痛みのケアの看護計画を立案している（80%）」の 3 項目のみであった。

表 1. 対象者背景

	全体 (N=331)		全体 (N=331)	
	n	%	n	%
年齢				
～24 歳	89	26.8%	がん患者のケア 今までに経験した合計人数	
25～29 歳	82	24.7%	1～9 人	14 4.2%
30～34 歳	48	14.5%	10～49 人	51 15.4%
35～39 歳	28	8.4%	50～99 人	69 20.8%
40 歳以上	75	22.6%	100 人～	189 57.1%
職位・資格			がん患者のケア 過去一年間に経験した人数	
師長	10	3.00%	なし	6 1.80%
主任・副師長	34	10.30%	1～9 人	27 8.20%
がん看護 AOBA ナース (受講中含む)	8	2.40%	10～49 人	117 35.30%
専門・認定看護師 (がん性疼痛・緩和ケア)	4	1.20%	50～99 人	89 26.90%
認定看護師 (その他の分野)	7	2.10%	100 人～	77 23.30%
臨床経験年数			終末期がん患者のケア 今までに経験した合計人数	
～4 年	142	42.90%	なし	2 0.60%
5～9 年	63	19.00%	1～9 人	89 26.90%
10～14 年	29	8.80%	10～49 人	127 38.40%
15～19 年	28	8.50%	50～99 人	41 12.40%
20 年～	60	18.10%	100 人～	66 19.90%
ホスピス・緩和ケア病棟の経験年数			終末期がん患者のケア 過去 1 年間に経験した人数	
なし	290	87.60%	なし	18 5.40%
～4 年	23	6.90%	1～9 人	178 53.80%
5 年～	11	3.30%	10～49 人	85 25.70%
			50～99 人	19 5.70%
			100 人～	21 6.30%
			平均±SD	
痛みケアに関する認識				
自分のがん疼痛に関する知識が不十分だと感じる				4.48±0.95
自分の痛みのアセスメント能力が不十分だと感じる				4.23±0.98
自分がどういうときに緩和ケアチームへの紹介を医師に提言していいかわからない				3.76±1.25
看護業務が忙しくて、十分ながん疼痛のケアができない				3.83±1.14
薬物療法以外の疼痛ケア (看護ケアや患者の不安をじっくり聞くなど) をしたくても方法がわからない				3.69±1.17
痛みの治療やケアで困ったときに相談できる相手がいない				3.00±1.17
もっと緩和ケアチームに積極的に病棟にラウンドして欲しいと思う				3.94±1.01
緩和ケアチームに定期的に病棟で勉強会をして欲しい				4.36±0.96
知識項目の合計点				14.87±5.04

欠損値によって合計で 100% とならない項目がある

東北大学病院の看護師のがん疼痛ケアの実践状況

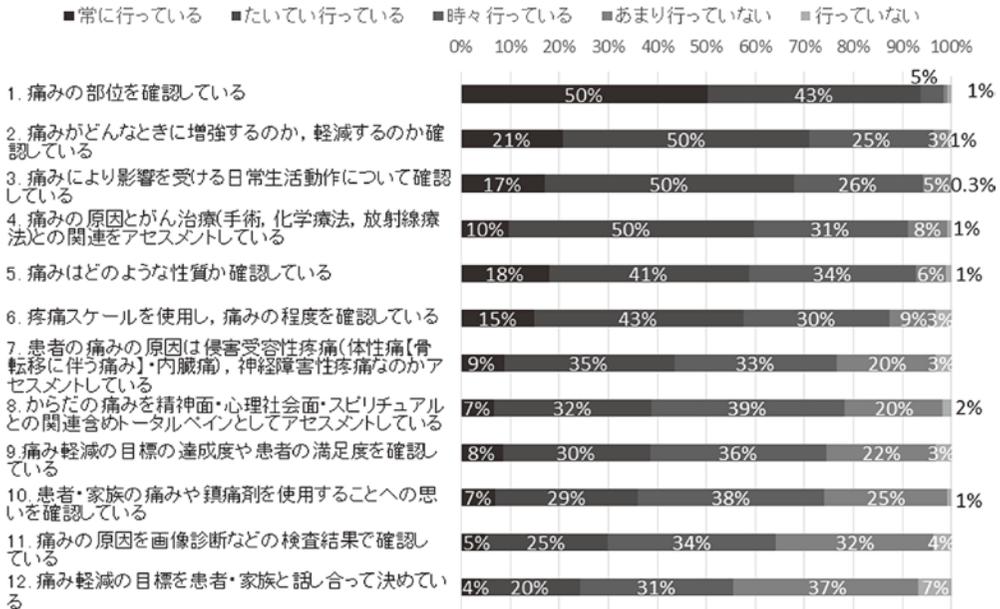


図 1. 痛みの聴取・アセスメントの実践状況

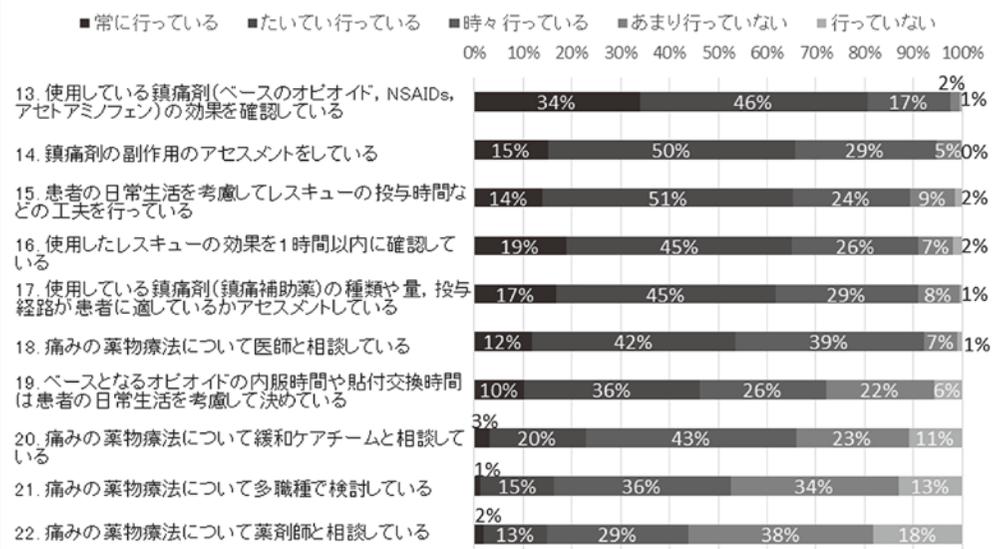


図 2. 痛みの薬物療法の実践状況

一方で、50%未満しか実践していると回答しなかった項目は、「痛みの聴取・アセスメント」では「患者の痛みの原因は侵害受容性疼痛、神経

障害性疼痛なのかアセスメントしている (44%)」「からだの痛みを精神面・心理社会面・スピリチュアルとの関連を含めトータルペインとしてアセスメ

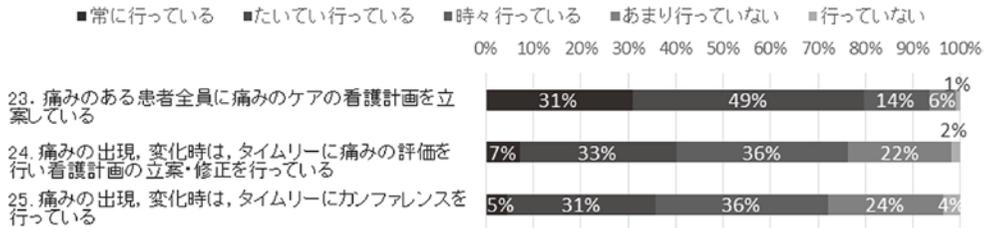


図 3. 痛みのケアの実践状況

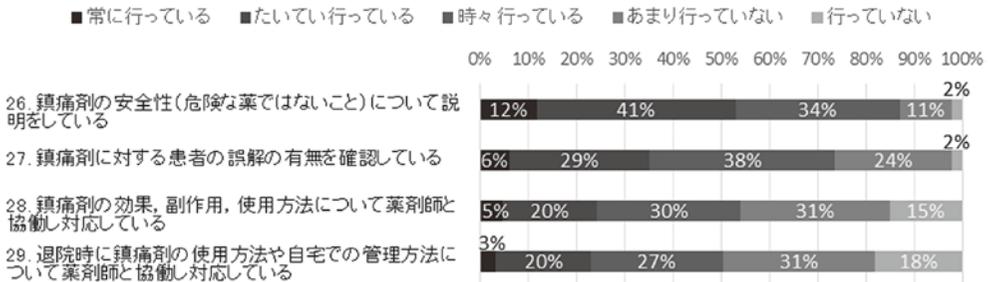


図 4. 痛みのある患者・家族への指導の実践状況

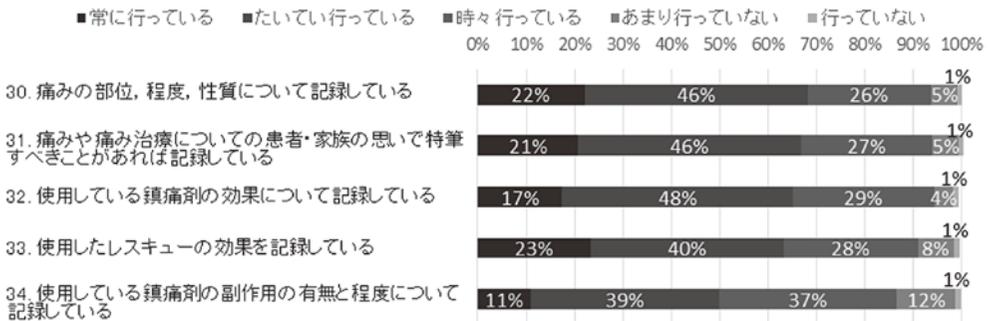


図 5. 記録の実践状況

ントしている (39%)」「痛みの軽減目標の達成度や患者の満足度を確認している (38%)」「患者・家族の痛みや鎮痛剤を使用することへの思いを確認している (36%)」「痛みの原因を画像診断などの検査結果で確認している (30%)」「痛み軽減の目標を患者・家族と話し合っていて決めている (24%)」であった。

「痛みの薬物療法」では、「ベースとなるオピオイドの内服時間や貼付交換時間は患者の日常生活

を考慮して決めている (46%)」「痛みの薬物療法について緩和ケアチームと相談している (23%)」「痛みの薬物療法について多職種で検討している (16%)」「痛みの薬物療法について薬剤師と相談している (15%)」であった。

「痛みのケア」では、「痛みの出現, 変化時はタイムリーに痛みの評価を行い看護計画の立案・修正を行っている (40%)」「痛みの出現, 変化時は, タイムリーにカンファレンスを行っている (36%)」

であった。

「痛みのある患者・家族への指導」では、「鎮痛剤に対する患者の誤解の有無を確認している(35%)」「鎮痛剤の効果、副作用、使用方法について薬剤師と協働し対応している(25%)」「退院時に鎮痛剤の使用法や自宅での管理方法について薬剤師と協働し対応している(23%)」。

「記録」では50%未満の項目はなかった。

各ドメインの合計点の平均±SD〔取り得る値の範囲〕を以下に示す。「痛みの聴取・アセスメント」は41.4±7.0〔12～60〕,「痛みの薬物療法」は33.5±5.4〔10～50〕,「痛みのケア」は10.4±2.2〔3～15〕,「痛みのある患者・家族への指導」は11.9±3.1〔4～20〕,「記録」は18.6±3.6〔5～25〕であった。クロンバックの α は「痛みの聴取・アセスメント」は0.77,「痛みの薬物療法」は0.72,「痛みのケア」は0.82,「痛みのある患者・家族への指導」は0.80,「記録」は0.77であり、セット全体で0.82であった。

3. がん患者に対する痛みのケアの実践の関連要因

がん患者に対する痛みのケアの実践の関連要因を表2に示す。単変量解析では、「痛みの聴取・アセスメント」には今までの終末期がん患者のケア経験の合計人数が関連した。「痛みの薬物療法」には今までのがん患者のケア経験の合計人数と、今までの終末期がん患者のケア経験の合計人数が関連した。「痛みのケア」には過去1年間のがん患者のケア経験の合計人数と、今まで及び過去1年間の終末期がん患者のケア経験の合計人数が関連した。

重回帰分析の結果を表3に示す。「痛みの聴取・アセスメント」は今までに経験した終末期がん患者の合計人数が多いほど実践されていた($p=0.01$)。「痛みの薬物療法」は今までに経験した終末期がん患者の合計人数が多いほど実践されていた($p=0.01$)。「痛みのケア」は過去1年間に経験した終末期がん患者の合計人数が多いほど実践されていた($p=0.04$)。「痛みのある患者・家族への指導」は今までに経験した終末期がん患者の

合計人数が多いほど実践されていた($p=0.008$)。「記録」は統計的に有意な項目はなかった。

4. がん患者の痛みのケアに関する認識・知識項目との相関

がん患者の痛みのケアに関する認識・知識項目との相関を表4に示す。「看護師のがん疼痛の知識など」は「痛みの聴取・アセスメント」「痛みの薬物療法」「痛みのケア」に対して弱い相関($0.2 < r < 0.4$)がみられた。「緩和ケアチーム」は実践との相関はみられなかった。また、知識項目は「痛みの聴取・アセスメント」「痛みの薬物療法」「記録」に弱い相関がみられた。

考 察

本研究の主たる知見は、以下の2点である。

1) 看護師のがん疼痛ケアの実践について、80%以上が実践しているものは痛みの部位の確認、使用している鎮痛剤の効果の確認、痛みのケアの看護計画の立案の3項目であった。一方で、特に実践している割合が低かったものとして、痛みの原因やトータルペインのアセスメント、患者・家族との痛みに関するコミュニケーション、痛みの薬物療法について医師以外との相談・検討、鎮痛剤に関する薬剤師との協働が挙げられた。

2) 痛みのケアの実践は今まであるいは過去1年間に経験した終末期がん患者の合計人数が多いと頻度が高くなる傾向にあった。また、痛みのケアの実践は「看護師のがん疼痛の知識など」に対する認識や、知識項目と弱い相関があったがその程度は低かった。

痛みのケアの実践で、痛みの部位の確認、使用している鎮痛剤の効果の確認、痛みのケアの看護計画の立案が行われる割合が高かったことは、最低限行うべきことができていることを示している。しかし、80%を超える項目が3つのみであったことは、がん疼痛ケアが全体として十分とはいえないかもしれない。痛みの原因やトータルペインのアセスメントは、がん疼痛ガイドラインにおいて、がん患者の痛みを様々な所見を組み合わせ、痛みの原因を総合的に判断することの重要性や、痛みは身体的苦痛としてのみではなくトータルペ

表 2. 痛みのケアの実践の関連要因

	痛みの聴取・アセスメント		痛みの薬物療法		痛みのケア		痛みのある患者・家族への指導		記録		実践の合計	
	平均±SD	相関係数 p値	平均±SD	相関係数 p値	平均±SD	相関係数 p値	平均±SD	相関係数 p値	平均±SD	相関係数 p値	平均±SD	相関係数 p値
全体	41.4±7.0	[12~60]	33.5±5.4	[10~50]	10.4±2.2	[3~15]	11.9±3.1	[4~20]	18.6±3.6	[5~25]	115.8±17.5	[34~170]
年齢												
~24歳	39.0±6.7	r=0.17	32.3±5.8	r=0.07	10.2±2.2	r=0.14	11.6±3.0	r=0.05	18.3±3.3	r=0.04	111.1±17.5	r=0.11
25~29歳	42.4±6.6	p=0.003	34.6±5.2	p=0.23	10.1±2.1	p=0.01	12.4±3.0	p=0.40	18.8±3.5	p=0.47	118.4±16.9	p=0.04
30~34歳	41.7±6.7		33.7±5.3		10.0±2.5		11.6±3.1		18.4±3.7		115.2±17.0	
35~39歳	43.1±7.0		32.5±4.2		10.0±2.0		11.0±2.4		18.3±3.7		115.1±15.1	
40歳~	42.6±7.6		34.0±5.3		11.1±2.1		12.4±3.4		18.9±3.9		118.9±18.8	
臨床経験年数												
~4年	39.7±6.6	r=0.17	32.6±5.5	r=0.08	10.0±2.2	r=0.19	11.7±2.9	r=0.07	18.3±3.5	r=0.05	112.1±17.0	r=0.14
5~9年	43.4±7.3	p<0.002	35.3±5.4	p=0.14	10.3±2.4	p<0.01	12.3±3.1	p=0.21	18.9±3.5	p=0.36	120.0±17.8	p=0.02
10~14年	42.2±6.4		33.1±4.7		10.1±1.9		11.6±3.1		18.6±3.7		115.8±15.0	
15~19年	42.3±6.4		33.3±4.6		10.4±2.3		11.4±2.8		18.3±4.0		115.3±15.8	
20年~	42.9±7.3		34.1±5.3		11.2±2.1		12.6±3.4		19.0±3.8		119.7±18.6	
ホスピス・緩和ケア病棟の経験年数												
なし	41.0±6.7	r=0.17	33.3±5.3	r=0.08	10.2±2.2	r=0.14	11.9±3.0	r=0.01	18.4±3.5	r=0.16	114.7±17.0	r=0.14
~4年	46.2±8.8	p=0.002	35.7±5.7	p=0.16	11.3±3.1	p=0.01	11.8±3.9	p=0.94	20.9±3.5	p=0.005	125.7±20.9	p=0.009
5~9年	44.2±6.3		34.0±4.9		11.4±1.7		11.9±2.6		19.9±4.0		121.3±14.4	
がん患者のケア 今までに経験した合計人数												
1~9人	36.5±9.3	r=0.19	29.5±7.5	r=0.22	9.6±2.4	r=0.19	10.2±3.7	r=0.19	16.1±5.8	r=0.14	100.1±24.4	r=0.23
10~49人	39.6±6.9	p<0.01	31.9±5.3	p<0.01	9.5±2.3	p<0.01	11.3±2.6	p<0.01	18.1±3.7	p=0.01	110.3±17.4	p<0.01
50~99人	41.4±6.7		32.2±5.7		10.2±2.0		11.4±3.1		18.6±3.2		114.9±17.0	
100人~	42.3±6.8		34.3±4.9		10.7±2.2		12.4±3.1		18.9±3.4		118.4±16.3	
がん患者のケア 過去1年間に経験した人数												
なし	43.7±11.0	r=0.14	35.7±8.3	r=0.18	11.3±2.1	r=0.21	12.3±3.9	r=0.18	19.3±7.3	r=0.13	122.3±27.4	r=0.20
1~9人	37.0±8.2	p=0.01	29.5±5.9	p<0.01	9.5±2.6	p<0.01	10.7±3.4	p=0.002	16.2±4.7	p=0.02	102.0±22.0	p<0.01
10~49人	41.3±6.6		33.1±5.1		9.9±2.2		11.4±3.1		18.7±3.4		114.4±16.5	
50~99人	41.5±6.4		33.6±5.4		10.4±1.9		12.0±2.7		18.3±3.2		115.6±15.6	
100人~	42.9±7.1		35.0±4.8		11.2±2.3		12.7±3.2		19.3±3.4		121.1±16.4	
終末期がん患者のケア 今までに経験した合計人数												
なし	35.5±6.4	r=0.26	26.0±7.1	r=0.20	9.0±4.2	r=0.24	11.0±2.8	r=0.19	14.0±5.7	r=0.13	95.5±26.1	r=0.25
1~9人	38.6±6.6	p<0.01	31.4±5.7	p<0.01	9.7±2.4	p<0.01	10.9±2.8	p<0.01	17.9±4.0	p=0.02	108.6±17.4	p<0.01
10~49人	41.8±6.4		34.2±4.9		10.2±1.9		12.1±2.9		18.6±3.2		116.7±15.5	
50~99人	42.9±6.5		34.0±5.2		10.6±1.9		12.6±3.2		19.3±2.9		119.3±16.1	
100人~	43.8±7.6		34.6±5.2		11.3±2.4		12.5±3.3		19.1±4.1		121.2±18.8	
終末期がん患者のケア 過去1年間に経験した人数												
なし	42.2±9.3	r=0.19	34.4±7.0	r=0.13	9.2±2.5	r=0.24	10.8±3.0	r=0.13	18.1±4.5	r=0.16	113.3±22.6	r=0.20
1~9人	40.2±6.1	p<0.01	32.9±5.1	p=0.02	10.1±2.2	p<0.01	11.7±3.0	p=0.02	18.2±3.6	p=0.005	113.0±16.2	p<0.01
10~49人	42.1±7.5		33.7±5.6		10.2±1.8		12.0±2.8		18.7±3.1		116.8±17.2	
50~99人	44.2±5.8		35.5±5.8		12.1±1.6		13.8±3.0		20.0±3.8		125.5±14.8	
100人~	45.2±8.6		35.6±5.7		11.6±2.9		12.1±3.8		20.0±4.1		124.4±20.7	
職位・資格												
師長・副師長	38.0±9.9	p=0.002	31.4±7.3	p=0.51	10.1±3.3	p=0.40	12.5±4.4	p=0.15	16.1±6.9	p=0.07	107.9±30.6	p=0.20
主任	42.9±6.1		34.0±3.9		11.1±1.8		12.4±2.8		19.3±2.6		119.6±13.6	
がん看護AORAナース	45.2±7.1		34.3±3.9		9.9±2.3		10.6±2.7		19.9±3.6		120.0±14.0	
専門認定看護師(がん性疼痛・緩和ケア)	51.5±7.2		37.0±7.8		10.7±2.0		14.0±3.3		20.0±5.6		132.8±20.9	
認定看護師(その他)	41.6±8.1		34.0±3.4		10.6±2.6		13.3±2.9		18.4±3.2		119.6±20.1	

相関係数 (r) はピアソンの積率相関係数, P 値は職位・資格は分散分析, その他はピアソンの相関係数に基づき算出。

東北大学病院の看護師のがん疼痛ケアの実践状況

表 3. 痛みのケアに関する実践の重回帰分析

	痛みの聴取・アセスメント			痛みの薬物療法			痛みのケア			痛みのある患者・家族への指導			記録		
	β	SE	p 値	β	SE	p 値	β	SE	p 値	β	SE	p 値	β	SE	p 値
臨床経験年数	0.13	0.29	0.67	-0.16	0.23	0.49	0.14	0.09	0.13	-0.13	0.13	0.34	-0.03	0.16	0.84
終末期がん患者のケア 今までの経験人数	1.46	0.56	0.01	1.14	0.44	0.01	0.20	0.18	0.26	0.67	0.25	0.01	0.14	0.30	0.65
過去 1 年間の経験人数	0.24	0.56	0.66	-0.05	0.44	0.92	0.36	0.18	0.04	-0.06	0.25	0.82	0.50	0.29	0.09
	R2	Adj-R2		R2	Adj-R2		R2	Adj-R2		R2	Adj-R2		R2	Adj-R2	
	0.07	0.06		0.04	0.03		0.08	0.07		0.04	0.03		0.02	0.02	

表 4. 痛みのケアに関する認識・知識との相関

	痛みの聴取・アセスメント	痛みの薬物療法	痛みのケア	痛みのある患者・家族への指導	記録
認識項目					
看護師のがん疼痛の知識など					
自分のがん疼痛に関する知識が不十分だと感じる	-0.31***	-0.26***	-0.20***	-0.18**	-0.11*
自分の痛みのアセスメント能力が不十分だと感じる	-0.34***	-0.27***	-0.25***	-0.19***	-0.13*
自分がどういうときに緩和ケアチームへの紹介を医師に提言していいかわからない	-0.24***	-0.25***	-0.19**	-0.14*	-0.16**
看護業務が忙しくて、十分ながん疼痛のケアができない	-0.26***	-0.20***	-0.19***	-0.10	-0.18**
薬物療法以外の疼痛ケア（看護ケアや患者の不安をじっくり聞くなど）をしたくても方法がわからない	-0.33***	-0.28***	-0.25***	-0.20***	-0.21***
痛みの治療やケアで困ったときに相談できる相手がいない	-0.25***	-0.25***	-0.18**	-0.08	-0.17**
緩和ケアチーム					
もっと緩和ケアチームに積極的に病棟にラウンドして欲しいと思う	0.05	-0.02	0.07	0.07	0.08
緩和ケアチームに定期的に病棟で勉強会をして欲しい	-0.04	-0.03	-0.03	-0.02	0.04
知識項目合計点	0.21***	0.22***	0.15**	0.13*	0.21***

数字はピアソンの相関係数 * <0.05 ** <0.01 *** <0.001

インとしての理解の必要性が言及されている⁴⁾。
患者・家族との痛みに関するコミュニケーションの割合が低かったが、具体的には、痛み軽減の目標の話し合いによる決定や、目標の達成度や満足度の確認、痛みや鎮痛剤を使用することへの思いの確認、鎮痛剤に対する患者の誤解の有無の確

認が行われていなかった。患者が治療について主体的に目標設定や評価を行うことは自己効力感を高めるために重要であり、看護師は患者・家族の思いや訴えを意図的に引き出ししながら、十分な説明と教育的関わりによって患者・家族の主体的なケア参画を促す役割がある^{6,16)}。中橋による研究

では、患者・家族ががん性疼痛の訴えや麻薬使用を躊躇することへの関わりにおいて、説明や患者理解・気持ちの受け止めは比較的行われているが、話し合いはほとんど行われていないという結果が出ており⁶⁾、看護師と患者・家族の話し合いが不十分である点で今回の結果と一致する。よって、患者・家族との痛みに関するコミュニケーションを促す教育が必要であると考えられる。

痛みの薬物療法について特に薬剤師との協働が行われておらず、患者・家族への指導における薬剤師との協働も行われている割合が低いことから、改善が必要であると考えられる。東北大学病院において病棟薬剤師は現在ほぼすべての病棟に配置されているが、配置から年数が浅く、その業務のあり方を構築している段階である。そのため、看護師のみではなく薬剤師にも痛みのケアにおける協働を促すような取り組みが必要であると考えられる。また、薬剤師による患者向け説明資料の運用と看護師に対する講習会を実施したところ、疼痛ケア実践の向上につながったとする報告もあり¹⁷⁾、薬剤師による教育が実践を向上させる可能性が考えられる。

痛みの薬物療法において薬剤師以外の職種との協働もあまり行われていなかったが、ガイドラインや先行研究では緩和ケアにおいて多職種チームで関わるのが重要であると言及されており^{4,6,7,16)}、改善が必要であると考えられる。また、二見による報告¹⁸⁾では、看護師のがん緩和ケアにおいて多職種チームで協働しながら実践現場において互いに学習を深め合えるチームづくりが重要であると考察されている。したがって、他職種での協働の必要性や方法の教育に加えて、協働しつつ学習し合えるシステムの構築が必要であると考えられる。

痛みのケアの実践は臨床経験年数とは関連せず、「看護師のがん疼痛の知識など」に対する認識や、知識項目とは弱い相関しかみられなかったが、終末期がん患者のケアの経験が多いほど実践される傾向にあった。Nakazawaらの研究⁷⁾とSatoらの研究¹⁰⁾において、緩和ケアの実践は終末期がん患者のケア経験の人数が関連していると

いう結果が示されている。これらの結果から、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かもしれない。ただし、この点に関しては今回の調査は自己申告に基づく実践の測定であり、痛みの知識より客観性が乏しいが故に関連が小さかった可能性も否定できない。知識と経験が痛みの実践にどのように関連しているかは、痛みの実践を客観的に測定できる方法の開発とともに今後とも検討が必要な課題である。

本研究の1つの限界は本研究は東北大学病院の1施設で行われたものであるが、このようながん疼痛ケアの実践状況の調査はわが国ではほとんどなく、今後、わが国でがん疼痛ケアの実践状況を測定する尺度を開発したり実態調査を行う場合には、この研究の知見が参考になると思われる。1施設の結果では単純に一般化するには注意が必要ではあるが、わが国の病院間でがん疼痛ケアの状況が全く異なることは考え難く、程度の差はあるかもしれないが、本研究で達成度が高かった項目は他の病院でも高く、低かった項目は低いことが予想される。それは単なる基礎教育や卒後教育で何を教えられたかだけではなく、個々の実践内容の本質的な難しさがあるからである（たとえば一般的に患者・家族はオピオイドに抵抗や誤解があるものが少なくなかったり、看護師が画像診断を用いてアセスメントすることは難しいなど）。そのため、本研究の成果は他の病院でがん疼痛ケアの教育や普及に携わる看護師にとっても参考になるものだと思う。

また、本研究のもう1つの限界として、がん疼痛ケアに関する実践、認識の項目はがん疼痛ガイドラインや教科書、院内の認定看護師と研究者による協議を参考にして作成したが、信頼性・妥当性の検討が十分に行われていないことが挙げられる。前述のとおり今回の検討を参考にして、がん疼痛ケアの実践を測定できる信頼性・妥当性を有する尺度を開発することが必要である。

結 論

東北大学病院で看護師のがん疼痛ケアの実践状

況を検討した結果、看護師の実践は、痛みの部位確認、使用している鎮痛剤の効果の確認、痛みのケアの看護計画の立案は行われる割合が高かったが、実践全体としては十分とは言えない現状が明らかになった。一方で、痛みの原因やトータルペインのアセスメント、患者・家族との痛みに関するコミュニケーション、痛みの薬物療法について医師以外との相談・検討、鎮痛剤に関する薬剤師との協働は行われる割合が特に低く、改善の必要性が示唆された。

がん疼痛ケアの実践は終末期がん患者のケア経験の合計人数が多いと割合が高くなる傾向にあった。今後はアセスメント能力、コミュニケーション能力の向上や、薬剤師・緩和ケアチーム・多職種との協働システムの構築、痛みのケアの実践の測定尺度の開発などが課題である。

文 献

- 1) 厚生労働省：平成 27 年人口動態統計の年間推計，<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suikai15/>
- 2) 張彦虎，森下利子：がん研究の動向およびがん体験者へのケア，高知女子大学紀要 看護学部編，**54**，43-53，2005
- 3) Teunissen, S.C., Wesker, W., Kruitwagen, C., de Haes, H.C., Voest, E.E., de Graeff, A. : Symptom Prevalence in Patients with Incurable Cancer : A Systematic Review, *Journal of Pain and Symptom Management*, **34** (1), 94-104, 2007
- 4) 日本緩和医療学会：がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2014 年版：<http://www.jspm.ne.jp/guidelines/pain/2014/pdf/pain2014.pdf>
- 5) 小島悦子，菊地美香：認定看護師がとらえる一般病棟に所属する看護師のがん性疼痛マネジメントを阻害する因子，天使大学紀要，**7**，77-84，2007
- 6) 中橋淳子：麻薬性鎮痛薬によるがん性疼痛コントロールに対する看護師の認識と実践について——般病院・大学病院・がん専門病院・緩和ケア病棟の比較研究から一，山梨県立大学看護学部紀要，**11**，13-24，2009
- 7) Nakazawa, Y., Miyashita, M., Morita, T., Umeda, M., Oyagi, Y., Ogasawara, T. : The Palliative Care Self-Reported Practices Scale and the Palliative Care Difficulties Scale : Reliability and Validity of Two Scales Evaluating Self-Reported Practices and Difficulties Experienced in Palliative Care by Health Professionals, *Journal of Palliative Medicine*, **13** (4), 427-437, 2010
- 8) 厚生労働省：がん対策推進基本計画〈平成 24 年 6 月〉，http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf
- 9) Hirooka, K., Miyashita, M., Morita, T., Ichikawa, T., Yoshida, S., Akizuki, N., Akiyama, M., Shirahige, Y., Eguchi, K. : Regional Medical Professionals' Confidence in Providing Palliative Care, Associated Difficulties and Availability of Specialized Palliative Care Services in Japan, *Jpn. J. Clin. Oncol.*, **44** (3), 249-256, 2014
- 10) Sato, K., Inoue, Y., Umeda, M., Ishigamori, I., Igarashi, A., Togashi, S., Harada, K., Miyashita, M., Sakuma, Y., Oki, J., Yoshihara, R., Eguchi, K. : A Japanese Region-wide Survey of the Knowledge, Difficulties and Self-reported Palliative Care Practices Among Nurses, *Jpn. J. Clin. Oncol.*, **44** (8), 718-728, 2014
- 11) Sasahara, T., Miyashita, M., Kawa, M., Kazuma, K. : Difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in general hospitals in Japan, *Palliative Medicine*, **17**, 520-526, 2003
- 12) 宮下光令，小野寺麻衣，熊田真紀子，大桐規子，浅野玲子，小笠原喜美代，後藤あき子，柴田弘子，庄子由美，仙石美枝子，山内かず子，門間典子：東北大学病院の看護師のがん看護に関する困難感とその関連要因，*Palliative Care Research*, **9** (3), 158-166, 2014
- 13) 宮下光令：ナーシンググラフィカ成人看護学⑥緩和ケア，第 1 版，メディカ出版，大阪，2015
- 14) Nakazawa, Y., Miyashita, M., Morita, T., Umeda, M., Oyagi, Y., Ogasawara, T. : The palliative care knowledge test : reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals, *Palliative Medicine*, **23** (8), 754-766, 2009
- 15) 日本緩和医療学会：エンド・オブ・ライフ・ケアの知識・態度に関する評価尺度 ELNEC-J CQ，<https://www.jspm.ne.jp/elnecc/pdf/elneccq.pdf>
- 16) 山崎祥子：がん性疼痛ケアにおける看護の役割，*インターナショナルナーシングレビュー*，**30** (4), 33-36, 2007
- 17) 今井智之，辻敏和，長坂明日香，内田まやこ，渡邊裕之，末安正典，江頭伸昭，大石了三：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, 2012
- 18) 二見典子：がん緩和医療における看護師教育の現状と課題，*緩和医療学*，**8**，27-36, 2006