

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

— 一般病院・大学病院・がん専門病院・緩和ケア病棟の比較検討から —

中橋 淳子

要 旨

麻薬性鎮痛薬によるがん性疼痛コントロールについて、一般病院・大学病院・がん専門病院・緩和ケア病棟に勤務する看護師の認識・実践の差異と、明らかになった差異から看護師の課題を考察するために、自由記載による質問紙調査を実施し907名から回答を得た。看護師の認識と実践については、がん性疼痛コントロールの妨害因子とされている医療者の麻薬に対する躊躇・がん性疼痛のアセスメント・患者と家族に対する関わりに焦点を当てた。

看護師が勤務している病院の違いによる、がん性疼痛コントロールに対する認識と実践の差異から、一般病院と大学病院に勤務する看護師の課題を考察した結果、次のことが明らかとなった。がん性疼痛コントロールに関する知識について、大学病院では麻薬による呼吸抑制など副作用に対して誤った認識を持っており ($p = .000 \sim .003$)、この誤った認識はがん性疼痛コントロールを妨害すると考える。看護師の患者と家族への関りについて、がん専門病院と緩和ケア病棟と比較して、一般病院では看護師自身の患者と家族への働きかけよりも、医師に報告するという姿勢が強かった ($p = .001$)。しかし、一般病院と大学病院の看護師は、医師の麻薬に対する躊躇の原因として、患者と家族の考え方や思い・家族の同意を強く認識しており ($p = .000 \sim .001$)、この結果から、医師は患者と家族に対する十分な説明と同意を得るという取り組みが不足している可能性がある。そこで、看護師は、医師に患者と家族との関わりを任せるという受身の姿勢ではなく、チーム医療の中でカンファレンスなどの場を活用し、患者理解を深めながら看護師自身が十分な説明と教育的な関わりを行い、患者と家族の主体的なケアへの参画を促さなければならない。

キーワード：麻薬性鎮痛薬によるがん性疼痛コントロール、身体的疼痛、看護師の認識と実践、一般病院・大学病院、がん専門病院・緩和ケア病棟（ホスピス）

I. 緒言

1990年緩和ケア病棟の施設基準の設定後、緩和ケア病棟（ホスピス）は急増し2008年には177施設3405床となった¹⁾。また、緩和ケアチームにおいては、2002年に新設された緩和ケア診療加算を受け、2007年緩和ケアチームの届出受理施設数は79施設となった。しかし、悪性新生物による死亡者数も増加しているため²⁾、がんの進行に伴う苦痛症状に対して、緩和ケア病棟でケアを受ける事ができる患者は4%前後と試算される。また、18府県には緩和ケアチームを設置している病院がないため、患

者ががん性疼痛に対して専門家からケアを受けることができる機会は限られており、がん性疼痛に対して一般病院を中心に試行錯誤しながら取り組んでいると考えられる。緩和ケア病棟への入院を希望する理由の第1位は、身体的苦痛の軽減にあり³⁾、緩和ケア病棟でケアを受けている患者と家族の満足度は高いと言われている^{4) 5)}。また、がん性疼痛の緩和率は、がん専門病院の60%程度に対して、大学病院は50%程度に留まっていることから^{6) 7)}、がん専門病院と緩和ケア病棟においては、一般病院と大学病院と比較して、患者のがん性疼痛を緩和するこ

とが出来ているのではないかと考える。

多くの先行研究において、がん性疼痛コントロールを妨げる要因が検討され、医療者の麻薬に対する躊躇・患者ががん性疼痛の訴えを躊躇すること・がん性疼痛を適切にアセスメントすることができないこと・臨床経験が少ない看護師に対する教育的な関わり不足・専門家への相談体制と教育体制が整備されていないことが、がん性疼痛コントロールを妨害する因子として明らかになっている^{8)~11)}。しかし、がん性疼痛コントロールを妨害する因子は明らかになっているものの、看護師がこの妨害因子に対してどのように問題解決に取り組み、患者の疼痛緩和に活かしているのか明らかになっていない。医療者の麻薬に対する躊躇から、十分に患者と家族に対する麻薬の説明を行うことができず、患者の意思を確認することなく薬剤の開始と増量を行うことや、疼痛に見合う適切な量の麻薬を用いることなく、鎮静を行うことは倫理的に問題である¹²⁾。また、40.3%の看護師が偽薬を有効と考えている研究結果があり¹³⁾、偽薬に対する問題意識は持っていると考えられるが、医療現場でがん性疼痛に対して偽薬を用いている可能性がある。しかし、一般病院・大学病院・がん専門病院・緩和ケア病棟が担っている機能と使命は異なるため、病院によってがん性疼痛コントロールの看護実践には違いがあると考えられるが、大学病院とがん専門病院の比較や、一般病院とがん専門病院での実践の比較は行われているが、複数の施設間で実践の差異を明らかにした先行研究はない。

本研究では上述のがん性疼痛コントロールの現状を踏まえ、がん性疼痛コントロールの妨害因子の中で、麻薬性鎮痛薬（以下、麻薬とする）の適切な判断に影響すると考えられる、医療者の麻薬に対する躊躇・アセスメント・患者と家族の麻薬に対する躊躇に焦点を当て、一般病院・大学病院・がん専門病院・緩和ケア病棟に勤務している看護師の認識と実践の差異について明らかにする。更に、明らかとなった問題と実践での差異から、一般病院と大学病院でがん性疼

痛に苦悩する患者の疼痛を緩和するために看護師の課題を考察する。

II. 研究目的

一般病院・大学病院・がん専門病院・緩和ケア病棟に勤務している看護師が、麻薬によるがん性疼痛コントロールに対してどのような認識を持ち、どのように実践に取り組んでいるのか差異を明らかにする。その上で、明らかとなった差異から、がん性疼痛を緩和するために必要な看護師の課題について考察する。

III. 研究方法

1. 調査対象

一般病院（6施設）と大学病院（4施設）、がん専門病院（5施設）と緩和ケア病棟（19施設）に勤務し、がん性疼痛コントロールに携わる臨床経験が2年目以上の看護師1150名を対象とした。手術室・救命救急・外来・産科・HCU/ICU/CCUに勤務する看護師は対象から除外した。属性の分類で、一般病院は、大学病院とがん専門病院に属さず、80以上の病床数を有する病院とした。また、一般病院と大学病院、がん専門病院の緩和ケア病棟で勤務している看護師は、緩和ケア病棟に分類した。経験年数については、がん性疼痛に携わる専門病院で勤務している看護師の場合、1年間でがん性疼痛コントロールに携わる頻度も多く、新人看護師に対する働きかけも行っていると考えたため臨床経験2年目以上とした。

2. 調査期間

平成20年6月～7月

3. 調査方法

書面による研究協力の依頼に承諾が得られた病院に、質問紙と返信用封筒を郵送し、各病棟に10～15部の配布を依頼した。質問紙への回答期間は2週間以内とし、指定の場所に設置した回収箱への留め置き法で回収した。

4. 調査内容

がん性疼痛コントロールで行っている看護実践の実態を問うために、1. 対象者の基本属性、

2. 麻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は、以下①～⑧の質問内容とした。医師と看護師の麻薬に対する躊躇ががん性疼痛コントロールを妨げていると感じていると回答した者に対して、①医師が麻薬を使用することに躊躇する理由、②医師の麻薬使用の躊躇に対する看護師の働きかけの内容、③看護師が麻薬を使用することに躊躇する理由、④看護師の麻薬への躊躇に対する働きかけの内容について質問した。がん性疼痛を適切にアセスメントできていないと回答した者に対して、⑤がん性疼痛に対するアセスメントでの問題点、⑥がん性疼痛のアセスメントを行うための課題について質問した。⑦患者や家族が痛みの訴えを躊躇することに対する関わり、⑧患者や家族が麻薬の使用を躊躇することに対する関わりについては、全ての対象者に回答を依頼した。①～⑧の問いは、自由記載にて回答を得た。

5. データの分析方法

看護師の認識と実践での取り組みを明らかにするために、自由記載の記述はWinCha2000を用いてテキストマイニング手法で解析した。自由記載から構成要素を抽出するために形態素解析を行い、形容詞（自立・接尾・非自立）・動詞（自立）・副詞（助詞類接続）・名詞（サ変接続・一般・形容動詞語幹・固有名詞：組織）を選択すべき品詞としキーワードを抽出した。勤務病院による看護実践の差異を明らかにするために、SPSS for Windows 16.0Jを用い、「1. 対象者の基本属性」についてはt検定（有意確率<5%）を行い、「2. 麻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」については、抽出されたキーワードを多変量解析用のデータに加工し、Kruskal Wallis検定とMann-Whitnnyによる多重比較を行った（漸近有意確率<.0125%）。多重比較においては、一般病院と大学病院・一般病院とがん専門病院・一般病院と緩和ケア病棟・大学病院とがん専門病院・大学病院と緩和ケア病棟・がん専門病院と緩和ケア病棟を比較した。

6. 倫理的配慮

ヘルシンキ宣言に則り、協力者に対して書面にて研究の主旨の説明、任意による質問紙調査への協力と無記名での回答を依頼した。記載された質問紙は各自が封をした状態で、留め置き法で回収した。本研究によって得られたデータは、統計的に処理するため病院施設や個人が特定できないように配慮した。本研究は、山梨県立大学看護学部の研究倫理審査委員会の承諾を得て実施した。

IV. 結果

1. 対象者属性

1150名の看護師に質問紙を配布し、907名（78.9%）から研究協力を同意を得た。対象者の属性については、表1に示す通りである。対象者属性では、年齢、経験年数、がん看護の頻度、がん性疼痛に関する知識について、勤務病院の種類による差異が認められた。年齢は、一般病院と比べてがん専門病院の看護師の年齢が高く（ $p = .008$ ）、経験年数については、一般病院と比較して大学病院の看護師の経験年数が低かった（ $p = .026$ ）。がん看護の頻度については、一般病院と比較して、大学病院・がん専門病院・緩和ケア病棟での頻度に違いがあり（ $p = .000$ ）、更に、大学病院と比較して緩和ケア病棟での頻度にも差異が認められた（ $p = .030$ ）。がん性疼痛に関する知識では、一般病院に勤務する看護師が最も低く、一般病院と大学病院は、がん専門病院・緩和ケア病棟と有意な違いがあった（ $p = .000$ ）。

2. 医師が麻薬を使用することに躊躇する理由

医師の麻薬に対する躊躇が、がん性疼痛コントロールを妨げていると感じていると回答した看護師625名中495名から回答が得られ、看護師は医師の麻薬使用の躊躇に関して30の要因を記述していた。その中で、勤務している病院の種類によって、5要因に有意な違いが認められた（表2）。知識不足については、一般病院と大学病院と比較して、がん専門病院と緩和ケア病棟に勤務している看護師が強く認識して

表1 対象属性

属性	分類	一般 病院(%)	大学 病院(%)	がん専門 病院(%)	緩和ケア 病棟(%)	合計	勤務病院の種類による差異 (有意確率)
性別	男	4	0	2	4	10	
	女	258	203	231	187	892	
	無回答					5	
年齢	21～30歳未満	101	126	69	31	327	*一般病院<がん専門病院 (0.008)
	30～40歳未満	88	59	109	111	367	
	40～50歳未満	56	14	51	37	158	
	50～60歳未満	17	5	2	13	37	
	無回答					6	
経験年数	5年未満	66	74	41	9	190	*一般病院>大学病院 (0.026)
	5年以上10年未満	65	73	70	52	260	
	10年以上20年未満	85	46	88	98	317	
	20年以上30年未満	35	11	33	29	108	
	30年以上	10	2	1	4	17	
がん看護 の頻度	1年に数回	44	7	3	1	55	*一般病院<大学病院・がん専門病院・緩和ケア病棟 (0.000)
	半年に数回	31	13	3	1	48	大学病院<緩和ケア病棟
	月に数回	78	41	24	1	144	
	毎日	99	143	202	189	633	
	無回答					5	
がん性疼痛に関する知識 (全9問中)	4.62	5.48	6.36	6.70	5.73	*一般病院<大学病院 (0.000)	
					(平均)	大学病院<がん専門病院・緩和ケア病棟 (0.000)	

* p < 0.05

表2 医師が麻薬を使用することに躊躇する理由 (495/625名: 回答率79.2%)

内容	一般 病院 n = 122	大学 病院 n = 105	がん専門 病院 n = 134	緩和ケア 病棟 n = 134	合計 495	勤務病院の種類による差異 (有意確率)
知識不足	37	33	66	74	210	*一般病院・大学病院<がん専門病院・緩和ケア病棟 (0.000～.002)
副作用の出現	21	22	23	12	78	
呼吸抑制	13	25	8	14	60	*一般病院・がん専門病院・緩和ケア病棟<大学病院 (0.000～.001)
薬剤の知識と管理方法	12	7	12	17	48	
生命の短縮	13	13	11	10	47	
患者・家族の考え方と思い	17	2	8	8	35	*一般病院>大学病院 (0.001)
経験不足	3	2	10	19	34	*一般病院・大学病院<緩和ケア病棟 (0.000)
医師の考え方・認識	7	5	8	9	29	
意識レベルの低下や鎮静	9	8	5	6	28	
患者と家族への説明不足	4	7	6	7	24	
患者との関わりが少ない	4	5	5	4	18	
その他の副作用	3	3	3	9	18	
状態悪化の懸念	5	2	5	4	16	
面倒(業務・処方・説明)	4	5	3	3	15	
医師のためらい・あきらめ	4	3	4	2	13	
アセスメント不足	2	2	5	3	12	
痛みの程度の把握	1	2	5	4	12	
治療や疾患を優先	3	3	2	3	11	
患者と家族の同意	2	6	2	0	10	*大学病院>緩和ケア病棟 (0.000)
麻薬の導入への迷い	2	3	1	3	9	
偏見や中毒	2	1	3	3	9	
精神症状	4	2	1	0	7	
自信がない	0	0	3	4	7	
医療者の連携	3	0	2	2	7	
関心が低い	0	3	0	3	6	
家族との対話が減る	4	0	0	1	5	
患者と家族に関する理解	2	0	2	0	4	
不十分な教育	1	0	2	1	4	
技術不足	0	1	0	2	3	
鎮静を優先する	0	2	0	0	2	

* 漸近有意確率<.0125

いた (p = .000 ~ .002)。呼吸抑制に関しては、一般病院・がん専門病院・緩和ケア病棟と比較して、大学病院に勤務している看護師が強く認識していた (p = .000 ~ .001)。患者と家族の麻薬に対する考え方と思いについては、大学病院よりも一般病院の看護師が強く認識していた (p = .001)。経験不足に関しては、一般病院と大学病院と比較して緩和ケア病棟で認識されていた (p = .000)。患者と家族への同意に関する要因では、緩和ケア病棟と比較して大学

病院の看護師が強く認識していた (p = .001)。

3. 医師の麻薬使用への躊躇に対する看護師の働きかけ

医師が麻薬を使用することに対して躊躇していると回答した看護師625名中402名から回答があり、看護師は医師の麻薬使用に対する躊躇への働きかけとして11通りの働きかけを行っていた (表3)。その中で、勤務病院の種類によって差が認められた内容は4通りであった。医師に報告するという行動に関しては、一

表3 医師の麻薬使用への躊躇に対する働きかけ (402/625名：回答率64.3%)

内容	一般病院	大学病院	がん専門病院	緩和ケア病棟	合計	勤務病院の種類による差異 (有意確率)
	n = 102	n = 96	n = 118	n = 86		
医師に報告	71	55	48	40	214	* 一般病院 > がん専門病院・緩和ケア病棟 (.000 ~ .001)
専門家への相談を提案・活用	19	20	24	8	71	
カンファレンスの活用	3	3	19	14	39	* 一般病院・大学病院 < がん専門病院・緩和ケア病棟 (.001 ~ .002)
薬剤調整の依頼	8	10	8	7	33	
考えやアセスメントを伝える	2	11	6	12	31	* 一般病院 < 大学病院・緩和ケア病棟 (.002 ~ .007)
患者や家族との関わりを調整	8	10	5	6	29	
知識の共有	1	2	4	8	15	* 一般病院 < 緩和ケア病棟 (.008)
躊躇の理由を聞く	2	4	3	4	13	
協働	3	5	0	4	12	
知識を深めるための働きかけ	1	0	2	4	7	
指示に従う	0	1	1	0	2	

* 漸近有意確率 < .0125

一般病院に勤務している看護師に有意に認められ、がん専門病院と緩和ケア病棟では低かった ($p = .000 \sim .001$)。カンファレンスの活用については、がん専門病院と緩和ケア病棟で積極的に行っていたが、一般病院と大学病院では十分に活用されていなかった ($p = .001 \sim .002$)。看護師のアセスメントを医師に伝えるという働きかけは、大学病院と緩和ケア病棟に勤務する看護師が行っていたが、一般病院では有意に低かった ($p = .002 \sim .007$)。医師と知識を共有するための働きかけとしては、緩和ケア病棟で勤務している看護師に認められ、一般病院に勤務している看護師では有意に低かった ($p = .008$)。

4. 看護師が麻薬に対して躊躇する理由

看護師が麻薬の使用に躊躇していると回答

した看護師483名中370名から回答が得られ、看護師は麻薬を躊躇する理由として26の要因を記述していた(表4)。26の要因の中で、勤務病院の種類によって6要因に差異が認められた。知識不足については、一般病院・大学病院と比較して、がん専門病院と緩和ケア病棟に勤務している看護師が強く認識し ($p = .000$)、経験不足については、一般病院・大学病院と比べて緩和ケア病棟での認識が強かった ($p = .004 \sim .007$)。一般病院に勤務している看護師は、状態悪化についてがん専門病院の看護師より強く懸念しており ($p = .011$)、副作用の出現については緩和ケア病棟の看護師より強く感じていた ($p = .012$)。呼吸抑制に関しては、がん専門病院と比較して大学病院の看護師が強く認識していた ($p = .003$)。麻薬の使用に対

表4 看護師が麻薬を使用することに躊躇する理由 (370/483名：回答率76.6%)

内容	一般病院	大学病院	がん専門病院	緩和ケア病棟	合計	勤務病院の種類による差異 (有意確率)
	n = 89	n = 80	n = 94	n = 107		
知識不足	31	25	60	69	185	* 一般病院・大学病院 < がん専門病院・緩和ケア病棟 (.000)
副作用の出現	21	16	12	11	60	* 一般病院 < 緩和ケア病棟 (.012)
アセスメント不足	7	8	8	12	35	
呼吸抑制	7	13	3	8	31	* 大学病院 > がん専門病院 (.003)
経験不足	2	2	10	15	29	* 一般病院・大学病院 < 緩和ケア病棟 (.004 ~ .007)
意識レベルの低下	7	7	1	6	21	
薬剤の知識と管理方法	5	4	7	5	21	
患者・家族の考え方と思い	4	5	7	4	20	
生命の短縮	3	5	2	5	15	
医師の指示やためらい	5	3	3	3	14	
その他の副作用	5	4	0	4	13	
看護師の考え方・認識	1	4	2	6	13	
痛みの程度の把握	4	2	2	3	11	
状態悪化の懸念	6	3	0	2	11	* 一般病院 > がん専門病院 (.011)
看護師のためらい・あきらめ	7	0	1	3	11	* 一般病院 > 大学病院 (.011)
偏見や中毒	1	5	1	1	8	
患者の訴えを信じる	3	1	3	1	8	
技術不足	0	3	1	3	7	
医療者の連携	2	2	3	0	7	
精神症状	5	0	0	0	5	
自信がない	1	0	2	2	5	
面倒(業務・処方・説明)	2	3	0	0	5	
患者に関わるる悩み	2	0	2	1	5	
患者・家族の同意	1	1	0	1	3	
患者関わり少ない意思疎通	0	0	2	1	3	
効果が分からない	1	1	1	0	3	

* 漸近有意確率 < .0125

表5 看護師の麻薬への躊躇に対する働きかけ (243/483名: 回答率50.3%)

内容	一般	大学	がん専門	緩和ケア	合計	勤務病院の種類による差異 (有意確率)
	病院 n=52	病院 n=59	病院 n=70	病棟 n=61		
話し合い・カンファレンスの活用	11	11	14	14	50	
知識の共有や提供	10	10	16	13	49	
研修・勉強会の開催や参加	7	10	15	13	45	
疼痛の確認・評価	8	10	4	17	39	* がん専門病院<緩和ケア病棟 (0.01)
専門家への相談を提案・活用	9	9	12	1	31	* 一般病院・大学病院・がん専門病院>緩和ケア病棟 (0.03~.007)
患者や家族との関わり	8	6	3	5	22	
医師に相談	7	3	2	3	15	
麻薬の安全性を説明	1	4	7	3	15	
疼痛緩和の重要性を伝える	1	3	9	1	14	
一緒に取り組む	1	3	1	9	14	* がん専門病院<緩和ケア病棟 (0.04)
麻薬の効果やメリット伝える	1	5	2	6	14	
患者にとっての疼痛緩和について考える	1	4	3	3	11	
情報収集や観察	4	1	1	4	10	
副作用への対策	4	3	0	0	7	
看護介入の検討	0	1	3	1	5	
資料や情報提供	0	2	0	2	4	
指示に従う	1	2	1	0	4	
医師と連携・協働	0	0	2	1	3	
家族への働きかけ	0	0	1	1	2	

* 漸近有意確率<.0125

するためいや、がん性疼痛をコントロールすることの困難さについては、大学病院に勤務している看護師よりも一般病院に勤務する看護師が感じていた (p=.011)。

5. 看護師の麻薬への躊躇に対する看護師の働きかけ

看護師が麻薬の使用に躊躇していると回答した看護師483名中266名から回答があり、看護師の麻薬使用に対する躊躇に対して19通りの働きかけを行っていた(表5)。その働きかけの中で、勤務病院の種類による有意差が3通りに認められた。患者の疼痛について確認・評価を行う働きかけは、緩和ケア病棟で行われており、がん専門病院では有意に低かった (p=.001)。専門家への相談を促す働きかけについては、一般病院・大学病院・がん専門病院で行われており、緩和ケア病棟では有意に低かった (p=.003~.007)。がん性疼痛コントロールと一緒に取り組みながらの働きかけについては、緩和ケア病棟において行われており、がん専門病院においては有意に低かった (p=.004)。

6. がん性疼痛を適切にアセスメントするための問題点と課題

がん性疼痛を適切にアセスメントできていないと回答した493名中、アセ

スメントの問題点については295名から回答が得られ、アセスメントの課題については266名から回答が得られた。アセスメントの問題点として、33の問題点が記述されていたが(表6)、p=.014~1.000と有意差は認められなかった。よって、アセスメントでの問題点に対する看護師の認識は、勤務している病院の種類による違いはなく共通していた。がん性疼痛を

表6 がん性疼痛のアセスメントでの問題点 (295/493名: 回答率59.8%)

内容	一般	大学	がん専門	緩和ケア	合計
	病院 n=101	病院 n=80	病院 n=69	病棟 n=45	
知識の不足・活用	42	26	24	17	109
アセスメント	15	18	11	7	51
疼痛の種類・程度の判断	16	14	8	7	45
患者の病態・病状の理解	2	7	8	3	20
薬剤の知識	9	8	0	3	20
確信や自信がない	4	4	7	2	17
患者の痛みの訴えを引き出す	3	2	7	1	13
複雑な要因	0	2	5	6	13
スケールが活用できない	3	6	1	0	10
情報不足	2	4	3	1	10
精神や心理	0	1	5	4	10
スタッフ間の共有	2	2	3	2	9
患者と家族の理解	5	2	2	0	9
薬剤の効果判定	2	2	4	1	9
経験不足	2	2	3	1	8
患者の訴えを受け止める	2	2	1	2	7
薬剤の開始・レスキュー増量の判断	3	3	0	0	6
患者と目標の共有	0	3	2	1	6
疼痛コントロール方法が分からない	3	2	1	0	6
アセスメントツールがない	3	0	1	1	5
医師と看護師の協働	2	1	1	1	5
業務	2	2	1	0	5
継続性	1	3	1	0	5
意識レベルが低下している患者	4	0	0	1	5
勉強不足	0	0	3	2	5
神経因性疼痛	0	1	2	1	4
薬剤の効果薄い	0	2	2	0	4
疼痛コントロールの困難	0	0	2	1	3
システムの不足	1	0	0	1	2
患者と家族との関係	1	0	1	0	2
観察力不足	0	0	0	2	2
治療に結び付かない	0	0	2	0	2
検査が不足	1	0	0	1	2

コントロールするために、適切なアセスメントを行うための取り組みとして、21の課題が記述されていた(表7)。21の課題の中で、勤務病院の種類によって有意な差異が認められた取り組みは、以下の3つの課題であった。事例・症例検討会等を活用し、アセスメント力を身に付ける取り組みについては、一般病院よりも緩和ケア病棟の看護師が強く認識していた(p=.001)。がん性疼痛コントロールに対する経験の積み重ねについては、大学病院よりも緩和ケア病棟で勤務している看護師が課題として挙げていた(p=.005)。観察力を高めることに

については、一般病院の看護師よりも緩和ケア病棟において強く認識されていた(p=.012)。

7. 患者と家族の躊躇に対する関わり

がん性疼痛の訴えを躊躇する患者と家族への働きかけとして907名中529名から回答があり、10の内容が抽出されたが(表8)、勤務病院の違いによる差は認められなかった(p=.024~1.000)。患者と家族が麻薬の使用を躊躇することに対して907名中557名から回答が得られ、看護師は10通りの関わりについて記述していた(表9)。その中で差異が認められた内容は、麻薬を躊躇する理由の把握と介

表7 適切にアセスメントを行うための課題 (266/493名：回答率54.0%)

内容	一般病院	大学病院	がん専門病院	緩和ケア病棟	合計	勤務病院の種類による差異(有意確率)
	n=93	n=67	n=61	n=45		
研修・勉強会の開催や参加	61	36	36	26	159	
チームで関わる	15	6	12	4	37	
カンファレンスの活用	5	5	5	6	21	
専門家の活用	5	8	5	3	21	
患者・家族との信頼関係	7	7	4	2	20	
アセスメントツールの活用	3	8	4	1	16	
アセスメント力	7	3	1	5	16	
事例・症例検討会	0	4	3	5	12	* 一般病院<緩和ケア病棟 (0.001)
全人的苦痛の観点	3	3	3	2	11	
経験	2	0	1	5	8	* 大学病院<緩和ケア病棟 (0.005)
疾患の理解	2	2	3	1	8	
疼痛への関心	3	3	1	1	8	
患者理解	3	1	2	1	7	
技術の習得・実践力	4	2	1	0	7	
観察力	0	0	1	3	4	* 一般病院<緩和ケア病棟 (0.012)
効果の評価	0	3	0	1	4	
マニュアルなどのシステム	2	0	0	1	3	
目標の設定・共有	1	1	1	0	3	
コミュニケーション力	1	1	0	0	2	
記録の改善	0	0	1	1	2	
教育システム	1	0	0	1	2	

*漸近有意確率<.0125

表8 患者や家族が痛みの訴えを躊躇することに対する関わり

(529名/907名：回答率58.3%)

内容	一般病院	大学病院	がん専門病院	緩和ケア病棟	合計
	n=149	n=149	n=110	n=121	
疼痛や薬の説明	81	75	47	69	272
患者理解・気持ちを受け止める	40	46	38	32	156
痛みの表出	26	37	33	28	124
疼痛の評価	14	13	6	2	35
疼痛は取れることを話す	7	9	6	7	29
信頼関係	5	8	5	10	28
スケールの活用	4	7	8	5	24
医師など他職種との連携・協働	9	4	1	6	20
疼痛に対処	2	3	3	5	13
話し合う	1	2	3	2	8

表9 患者や家族が麻薬の使用を躊躇することに対する関わり (557/907名：回答率61.4%)

内容	一般病院	大学病院	がん専門病院	緩和ケア病棟	合計	勤務病院の種類による差異(有意確率)
	n=115	n=146	n=153	n=143		
疼痛や麻薬の説明	80	102	116	106	404	
躊躇する理由を把握し介入	28	50	54	65	197	* 一般病院<緩和ケア病棟 (0.000)
躊躇の理由を共有する	115	0	7	3	125	* 大学病院<緩和ケア病棟 (0.009)
医師など他職種の介入	35	31	21	19	106	* 一般病院>がん専門病院・緩和ケア病棟 (0.001)
待つ	3	1	1	4	9	
関係形成	0	0	2	4	6	
話し合う	0	1	2	1	4	

*漸近有意確率<.0125

入についてであり、一般病院よりも緩和ケア病棟の看護師は、麻薬を躊躇する理由を把握した上で介入を行っていた ($p = .000$)。また、躊躇する理由をチームで共有することについても、緩和ケア病棟の看護師は大学病院と比べて、多職種によるチームで躊躇する理由を共有しながらチーム医療に取り組んでいることが明らかとなった ($p = .009$)。一方で、一般病院の看護師は、医師など他職種の介入を挙げており、がん専門病院と緩和ケア病棟と比べて、看護師自身が患者と家族の躊躇に対して関わる姿勢が低かった ($p = .001$)。

V. 考察

麻薬によるがん性疼痛コントロールについて、一般病院・大学病院・がん専門病院・緩和ケア病棟に勤務している看護師の認識と看護実践の差異から、一般病院と大学病院に勤務する看護師の課題について考察する。

1. がん性疼痛コントロールに関する看護実践

1) 看護師が認識している実践での問題点

医師と看護師に共通している麻薬に対する躊躇と、がん性疼痛のアセスメントに関する記述から、看護実践での問題点が明らかとなった。麻薬に対する医療者の躊躇は、疼痛に見合った適切な量の薬剤使用の判断ができず、患者を疼痛から解放することができないためQOLを低下させる。医師と看護師は、がん性疼痛と麻薬に対する知識不足・疼痛のアセスメントができないなどの実践能力に関する内容や、患者や家族に対する関わり方の難しさを躊躇の原因と考えていた。更に、医師と看護師の感情として、がん性疼痛へのあきらめ・ためらいや自信のなさ、患者と家族に対する説明や処方と管理の手間など業務が面倒になることが麻薬の使用を躊躇する原因として挙げていた。しかし、がん性疼痛は放置するほど疾病の進行に伴い確実に増強し、患者のQOLは著しく低下するため、疼痛が軽度の状態からコントロールに取り組まなければならない。また、チーム医療が機能してい

ないことは、麻薬使用に対する躊躇の原因と認識しており、がん性疼痛をコントロールするためにチーム医療の体制を整備することは課題である。

医師の麻薬に対する躊躇の原因としては、副作用の出現や状態悪化の懸念、関心の低さや不十分な教育、疼痛の緩和よりも疾病や治療に目が向く、鎮静を優先にするという記述が見られた。この結果は、患者のがん性疼痛が放置されているだけではなく、いかなる方法においても患者の疼痛を緩和することができないと判断された時に、最終的な方法として選択されるべき鎮静が安易に行われている可能性があり倫理的に問題である。看護師が麻薬を躊躇する原因としては、患者の訴えを信じることの難しさと、麻薬の効果が分からないという記述があった。この医師と看護師の躊躇から、患者の訴えや客観的情報から疼痛を評価し適切に麻薬を用いることで、麻薬の効果と副作用に対処することができたという経験が少ないことが考えられる。よって、患者の疼痛を緩和することができたという経験の不足は、麻薬に対する医療者の躊躇に影響を与え、患者のがん性疼痛をコントロールすることができない。

アセスメントに関する問題点は、知識不足などの実践能力に関することや、チーム医療の体制が整っていない・患者と家族への関わり・看護師の自信のなさなど感情に関する内容であった。また、患者の疼痛を把握するためのスケールに関して、スケールがあっても活用できない・スケールと表情に差があるという記述があった。スケールは患者の疼痛を捉えることを助け、スタッフが患者の疼痛を共通理解するためにスケールの活用は有効である。しかし、疼痛を捉えただけでは、アセスメントに結びつかず¹⁴⁾、どのようにスケールから得た情報をアセスメントに活かすことができるのかという問題を抱えていた。その他の問題としては、麻薬の開始とレスキュー増量の判断・薬剤の効果を判定することがで

きず、アセスメントが治療に結び付かない現状や、継続性がないという問題が挙げられていた。

2) 看護師の実践での取り組み

医師と看護師の麻薬に対する躊躇と、患者・家族のがん性疼痛の訴えと麻薬の躊躇に対する看護師の働きかけから、看護師が実践で行っている取り組みが明らかとなった。医師と看護師の麻薬に対する躊躇ががん性疼痛コントロールを妨げていると感じている場合でも、医師に対して働きかけを行っている看護師は約80%、看護師に対して働きかけを行っている看護師は約65%に留まっていた。医師と看護師の麻薬に対する躊躇への働きかけとして、患者と家族との関わりを意識する・患者に関わる医療スタッフが知識を深める努力をすることが挙がっていた。しかし、看護師自身の判断を医師と話し合うことなく、指示に従うという実践も記述されていた。この姿勢は、医師との関係性などから生じていると考えられるが、全人的疼痛には、従来の上意下達的な医療では対応できず、情報を共有することができるチーム医療が必要である¹⁵⁾。更に、医師に対する働きかけとして、チーム医療の必要性を働きかけ掛けるという内容があり、医師には医療チームとして患者のがん性疼痛に対峙するという意識が低い可能性がある。この現状は、がん性疼痛を緩和するために不可欠なチーム医療の取り組みとは言えず、不適切であると考えられる指示に従うことは、専門職としての倫理規定にも反しているため看護師の葛藤を生む。患者と家族の躊躇の理由を聞き、相互理解を深めるという内容については、1人の患者について医師と看護師などの専門職がそれぞれの立場で患者を捉えているため、医療チームの中でお互いがどのような考えや、専門職としての価値観を持って患者と関わっているのか、意見を交換しながら相互理解を深めるという姿勢が大切である。看護師の躊躇に対する働きかけからは、問題解決のためにカンファレンスを活用

し、患者にとって疼痛緩和の重要性を考えるために話し合う場を設け、患者について理解を深めながら適切な関わりを検討していた。

患者と家族の疼痛の訴えと麻薬の使用の躊躇に対する看護師の関わりから、疼痛や薬剤について十分に話し合いや説明を行い、時には待つ姿勢を示し、患者の気持ちを受け止めながら関わっていた。その上で、痛みの表出や疼痛は取れることを話し、疼痛に対処することで麻薬の効果を患者と家族に実感してもらうことができるように介入していた。この関わりによって、1つ1つ患者の希望に沿うことができ、患者と看護師の信頼関係を構築することができると思う。しかし、看護師の麻薬に対する躊躇の原因として、麻薬の効果が分からないという記述があり、自信を持って患者と家族に麻薬による疼痛緩和を勧めることが難しい現実も否めない。WHOによる疼痛緩和の普及によって、知識としてがん性疼痛は緩和することができるという理解は持っているものの、実際ががん性疼痛のある患者と関わる中で、疼痛を緩和することができたという経験の不足は、がん性疼痛コントロールに対する看護師の認識と感情の乖離となり葛藤やジレンマとなる。

2. がん性疼痛コントロールの看護実践を向上させるための課題

看護師が勤務している病院による、がん性疼痛コントロールの看護実践の差異を検討した結果、一般病院と大学病院は、がん専門病院と緩和ケア病棟と比較して実践に関する違いがあった。そこで、がん性疼痛コントロールでの看護実践を改善するために、本研究で明らかとなった差異について取り組むことで、一般病院と大学病院でのがん性疼痛の緩和に寄与することができると思う。

1) がん性疼痛コントロールでの経験

医師と看護師の麻薬に対する躊躇について、がん専門病院と緩和ケア病棟の看護師が知識不足を、緩和ケア病棟の看護師においては経験不足も強く感じていた。副作用など否

定的な経験が、医師と看護師の躊躇に影響しており、麻薬による呼吸抑制については、大学病院の医師と看護師が強く認識していた。この結果は、大学病院において呼吸抑制を引き起こすような麻薬の使い方によって、呼吸抑制を経験している可能性を示唆しており、生命に直結する呼吸抑制の出現は麻薬に対する躊躇の原因となる。WHOの取り組みによってがん性疼痛に対する知識は高まってきていると考えていたが、麻薬に対する誤った認識と偏見は根強く残っている。また、看護師の麻薬に対する躊躇についても、一般病院に勤務している看護師が、麻薬による状態悪化の懸念・副作用の出現・麻薬に対するためらいと、がん性疼痛を緩和することの困難さを感じていた。よって、WHOによるとがん性疼痛の70～90%はコントロールすることができると言われていたが^{16～18)}、一般病院と大学病院に勤務している看護師の誤った知識と認識を是正しない限り、がん性疼痛から患者を解放することはできない。一般病院ではがん性疼痛コントロールに携わる頻度が最も少なく、経験を積むことの困難さはあるが、臨床の実践において、知識よりも経験が優先されるという先行研究の結果もあり¹⁹⁾、正しい知識に基づく実践を行う中で、1人1人の患者との関わりを通して経験を蓄積することが必要である。

2) がん性疼痛のアセスメントでの課題

がん性疼痛を緩和するために、適切にアセスメントすることが看護実践での課題である。がん性疼痛を適切にアセスメントするために、医療チームの協働・患者と家族との関わり・勉強会等による知識と技術の向上が挙げられていた。チーム医療の中で、カンファレンスなどを通して、設定した目標の共有とケアの効果を評価し、患者に対して継続性のあるアセスメントと介入を行うために、記録の改善にも取り組んでいた。患者と家族との関わりでは、関わりを通して患者理解を深め、信頼関係を構築することと、がん性疼痛に対

する関心を持ち、患者のがん性疼痛を全人的苦痛の視点で捉え、技術力と実践力の獲得を課題としながらアセスメントに取り組んでいた。

緩和ケア病棟の看護師は、一般病院の看護師と比較して観察力を高める・事例検討会等の活用・アセスメント力を身に付けること、大学病院の看護師と比較して経験の積み重ねをより重視していた。この結果から、緩和ケア病棟の看護師は、患者のがん性疼痛をコントロールするために、スタッフ間でアセスメントを共有しながら患者理解を深め、患者が必要としているケアを検討し、ケアの評価・修正を行っていた。この過程を繰り返すことで、1人1人の事例を通じた経験が実践の知となり、その知を患者の個別性に合わせて実践で活かすことができていると考える。実践の知によって、個々の患者に合った適切なケアの提供が可能となり、患者の疼痛を緩和することができたという結果から、看護師が疼痛緩和の経験と実践力を高めることができると考える。そこで、一般病院と大学病院で勤務する看護師の課題としては、観察力とアセスメント力などの知識と実践力を身に付け、がん性疼痛を緩和することができたという1人1人の事例を通じた経験から、知識と実践力を実践の知に高めることが必要である。

3) がん性疼痛コントロールに携わる医療者の協働

患者のがん性疼痛を緩和するための医療者間での協働について、適切にアセスメントするための知識と、一緒に取り組みながらモデルを示す、チーム医療のあり方と看護師の専門職としての姿勢に課題が考えられた。一般病院に勤務する看護師は、医師に対する報告は行っているものの、患者のがん性疼痛をアセスメントし、その結果を医師に伝えるという働きかけが不足していた。看護師は協働者としての医師に働きかけを行い、医師と共にがん性疼痛や麻薬への理解を深めていくことが必要である¹⁷⁾。そこで、看護師は報告で

はなく、患者の情報を看護の視点でアセスメントし、医師にアセスメントを伝えながら、がん性疼痛の緩和と共に取り組む実践力が必要である。しかし、一般病院と大学病院に勤務している看護師の知識は、がん専門病院と緩和ケア病棟に勤務する看護師より低く、医師とがん性疼痛に関する知識とアセスメントを共有するレベルに到達しておらず、実践に必要な知識を身に付けなければならない。そこで、一般病院と大学病院に勤務する看護師の課題は、がん性疼痛コントロールに関する知識を深め、カンファレンスなどの機会を活用し、アセスメントを多職種のスタッフと共有しながら、一緒に取り組む姿勢が必要である。

4) 患者と家族への関わり

患者と家族の麻薬に対する躊躇では、一般病院の看護師が医師などによる介入を挙げていたが、緩和ケア病棟の看護師は、麻薬を躊躇する理由の把握・介入や、理由をチームで共有した上で看護師自身が躊躇に対して関わっていた。患者の疼痛をアセスメントし疼痛を緩和するためには、患者と疼痛について語り合いながら共有していく作業が必要であり²⁰⁾、患者の訴えが医師と看護師を動かす²¹⁾。しかし、医師の麻薬使用に対する躊躇として、大学病院に勤務している看護師は、患者と家族への説明と同意について強く認識し、一般病院においても、患者と家族の麻薬に対する考え方や思いが、医師の躊躇に影響していると記述していた。この結果から、医師は患者と家族への十分な説明を行うことができおらず、患者と家族の麻薬に対する理解を得ることができていない。そのため、医師の説明不足によってがん性疼痛に対して麻薬を適切に用いることができず、患者の疼痛を緩和することができないという悪循環が生じている可能性がある。そこで、看護師は、患者と家族が疼痛の訴えと麻薬に対する躊躇を払拭し、がん性疼痛に対して適切なケアを行うことができるように、単に医師に介入を

任せてはならない。看護師は、多職種のスタッフと協働しながら患者についての理解を深め、看護師自身が患者と向き合い、患者と家族への十分な説明と教育的な関わりなど意図的な介入を行う姿勢が必要である。

患者と家族への関わりについては、上述の教育的な関わりと疼痛を表出することができるように関わるのが土台になると考える。患者と家族には、どのように疼痛と折り合いを付けながら、疼痛と共存していくのか考えて行くために十分な説明を受ける権利がある。医療者は、病状の変化は推測の難しさがあるものの患者の状態が良い時から、患者がどのようにがんと共に生きて行きたいと考えているのか死生観や思いを知ることと、十分な説明を行うことについては、看護師の取り組みによっても解決可能な実践であると考えられる。そこで、看護師は、患者と家族と十分に話し合いを行うことができている医師の指示に従うだけでなく、医師と看護師が患者と家族の気持ちを受け止め、共有するためには十分な話し合いを行い、その上で患者と家族に対する説明を繰り返し行う必要がある。その取り組みの結果、患者と家族が納得した上でケアに参画することができ、患者のがん性疼痛を緩和できると考える。

VI. 結論

麻薬によるがん性疼痛コントロールについて、勤務病院の違いによる看護師の認識と実践の差異から、一般病院と大学病院に勤務する看護師の課題として以下のことが明らかになった。

1. 医療者の麻薬に対する躊躇とアセスメントでの問題点から、知識と実践能力の向上・チーム医療の体制の構築・患者と家族への関わり・看護師の自信などの前向きな態度が必要である。
2. 医療者の麻薬に対する躊躇への働きかけから、医師の指示に従うという受身の姿勢ではなく、チーム医療の中でカンファレンスなど

の話し合いの場を活用し患者理解を深めながら適切な関わりを検討しなければならない。

3. 看護師は、患者と家族に対して十分な説明を行い疼痛の緩和に努めていた。しかし、がん性疼痛は緩和することができるという知識はあるものの、実際の患者への関わりで疼痛を緩和することができたという経験が少ないため、認識と感情の乖離となり看護師の葛藤となる。
4. 麻薬による生命の短縮や呼吸抑制など副作用に対する誤った認識を持っており、その認識を払拭するために、正しい知識に基づくチーム医療を展開する中で副作用に適切に対処し、その上で患者の疼痛を緩和することができたという経験が必要である。
5. 看護師は、がん性疼痛をコントロールするために、患者と家族の思いや疼痛の訴えを意図的に引き出しながら、十分な説明と教育的な関わりを行い、患者と家族の主体的なケアへの参画を促さなければならない。

VII. 研究の限界と課題

本研究での医師の麻薬に対する躊躇に関しては、看護師が医師と協働する中で看護師が考えている医師の躊躇の理由であり、医師から回答を得た結果ではない。また、本研究で取り上げた麻薬に対する看護師の認識と実践は、がん性疼痛コントロールの妨害因子の1部に過ぎず、経験が少ない看護師に対する関わり・がん性疼痛に対する教育体制・専門家との連携と協働のあり方については、今後の研究の中で看護師の認識と実践を明らかにしていく。

引用文献

- 1) 日本ホスピス緩和ケア協会：緩和ケアを受けられる医療機関，ワールドワイドウェブより (<http://www.hpcj.org/> 2008年1月27日閲覧)，2008.
- 2) 厚生統計協会：国民衛生の動向・厚生指標・臨時増刊号，54 (9)，47-54，2007.
- 3) 志水友加，松本麻里，岡田純也，他：緩和ケア病棟に対する満足度：遺族へのアンケート調査による，長崎大学医療技術短期大学部紀要，13 (1)，53-67，1999.
- 4) 瀬川裕子，野口多恵子：緩和ケア病棟で患者を看取った家族の死別期の看護，家族看護学研究，9 (2)，94，2003.
- 5) 高橋悦子，佐竹みゆき，森田純子，他：一般病院におけるグリーフケアの探求：遺族アンケートからみる悲嘆の分析，日本がん看護学会誌，17巻増刊，131，2003.
- 6) 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.
- 7) 平賀一陽，武田文和：日本におけるがん疼痛治療の現状と今後の展望—大学病院におけるがん疼痛治療の推移を主に，緩和医療，1 (2)，132-134，1999.
- 8) 西川晶子，安藤祥子，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.
- 9) 馬場環，中山登喜子，安藤昌代，他：末期がん患者の疼痛管理と緩和ケアに対する妨害因子：大学病院における医師および看護婦の認識に基づく分析，日本看護学会論文集第29回成人看護Ⅱ，64-66，1998.
- 10) 久米弥寿子，小笠原知枝，馬場環，他：がん患者の疼痛管理の妨害因子に対する看護婦・医師の認識と知識・態度・関心度，大阪大学看護学雑誌，5 (1)，8-16，1999.
- 11) 小笠原知枝，田中結花，久米弥寿子，他：痛み管理の妨害因子と看護婦の知識・態度に関する日米比較研究，日本看護科学会誌，17 (3)，338-339，1997.
- 12) 岡田美賀子：疼痛マネジメントにおける倫理的問題と看護の役割，がん看護，8 (3)，178-182，2003
- 13) 水木暢子，上野玲子，奈良知子，他：がん性疼痛マネジメントに関する調査研究第1報：看護職者の意識について，秋田桂城短期大学紀要，(6)，33-45 (1999)
- 14) 小迫富美恵：ナースが向き合うがんの痛みと看護の悩み—ナースはどう考えどう行動するか，144-153，ミクス，2000.
- 15) 佐藤英俊：チームで取り組む全人的な痛み，がん看護，8 (3)，170-173.
- 16) World Health Organization (武田文和訳)：がん痛みからの解放—WHO方式がん疼痛治療法，1-40，金原出版，2001.
- 17) 林直子：がん患者のPain Management に影響を及ぼす看護婦の判断根拠及び因子の検討，日本がん看護学会誌，12 (2)，45-58，1999.
- 18) 茶園美香：看護婦のか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)，15-24，2000.
- 19) 山口早月，高橋百合子，月田幸枝，他：癌性疼痛患者への看護婦のペインマネジメントに対する意識の現状—効果的なペインマネジメントをするために，日本看護学会論文集第32回成人看護Ⅱ，162-164.
- 20) 内田香織，田村恵子：IASMを取り入れた全人的苦痛としてのがんの痛みのアセスメント，がん看護，8 (1)，9-14，2003.
- 21) Howell, D., Butler, L., Vincent, L., et al: Influencing nurses' knowledge, attitudes, and practice in cancer pain management, Cancer Nursing, 23(1), 55-63, 2000.

Nurses' Perceptions and Practice to Cancer Pain Control by Opioidos Medicine

**— Comparison of nurses in general hospitals, university hospitals,
cancer hospitals and palliative care units —**

NAKAHASHI Junko

Key words : cancer pain control by opioidos medicine, physical pain, nurses' perceptions and practice,
general hospitals and university hospitals, cancer hospitals and palliative care units