

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

Nurses' Perceptions of Knowledge and Difficulties in Cancer Pain Management

小島悦子
Etsuko KOJIMA

The purpose of this study was to identify nurses' perceptions of knowledge and difficulties in cancer pain management. Data were collected from nurses (N= 381) who provided care to cancer patients at hospitals in city A. The findings of this study were as follows: (1) Nurses who worked in non-palliative care units had lesser knowledge about cancer pain management than nurses who worked in palliative care units; (2) Nurses who worked in non-palliative care units, and had less than five years experience as a nurse, had lesser knowledge about cancer pain management than nurses who had more than five years experience as a nurse ; (3) Nurses who worked in non-palliative care units, about 60%, never were educated in cancer pain management, hence, these nurses had less knowledge about the characteristics of cancer pain and the use of analgesics; and (4) Of the total sample, about 98% of nurses reported some difficulties in cancer pain management, and these nurses had difficulties in caring for patients who could not express their pain, or those who had complicated pain.

The conclusion of the study is that nurses who worked in non-palliative care units, especially those nurses with less than five years experience, and who were never educated about cancer pain management, demonstrated the need to improve their knowledge of cancer pain management.

看護師のがん疼痛マネジメントに関する知識と困難に関する認識を明らかにすることを目的に、A市内でがん患者と関わる機会のある病院に所属する930名の看護師に対し、自記式質問紙調査を行った。381人（有効回答率40.9%）の回答を分析した結果、一般病棟は緩和ケア病棟に比べ、1項目を除く36の知識項目で「よく知っている」と回答した割合が少なく、痛みの特徴や鎮痛薬を含めた23項目で有意差が見られた（ $p < 0.05$ ）。特に、一般病棟で5年未満の看護師は、鎮痛薬の作用や副作用、モルヒネの中毒症状、プラセボの使用に関して「よく知っている」と回答した割合が5年以上の看護師より少なく、有意差が見られた（ $p < 0.05$ ）。また、一般病棟の看護師の61.0%はがん疼痛マネジメントに関する研修の受講経験がなく、全ての知識項目で受講経験がある看護師より「よく知っている」と回答した割合が少なく、有意差が見られた（ $p < 0.05$ ）。がん疼痛マネジメントに関して看護師全体の61.3%が困難を「よく感じる」と回答し、「少し感じる」の回答を併せると98.1%が困難を感じていた。困難に関する内容で多かったのは、「患者が痛みを表現できない」「複雑な痛みのある患者に対応すること」であった。

以上から、特に一般病棟で看護師経験が5年未満の看護師やがん疼痛マネジメントに関する研修の受講経験がない看護師に対し、がん疼痛マネジメントに関する知識を獲得できる方法を検討する必要があることが示唆された。

Key words : Cancer Pain Management (がん疼痛マネジメント)
Nurses' Perception (看護師の認識)
Knowledge (知識)
Difficulties (困難)

．はじめに

WHO が「がんの痛みからの解放」を公表してから、20年以上が経過した。痛みは、がん病変の治療を受けている患者の3分の1におこり、終末期患者の3分の2で主症状となる¹⁾。しかし適切な鎮痛薬を適切な量と適切な時間間隔で用いると、がん患者の痛みの大半は消失すると言われて²⁾。この20年間、緩和ケアに関する関心が高まり、現在緩和ケア病棟は全国で180施設を超えた³⁾。日本看護協会も緩和ケアやがん性疼痛看護に関する認定看護師の育成に力を注ぎ、2002年からは大学病院や一般病院において認定看護師がチームの一員となって緩和ケアチームの活動が開始され、症状コントロールが積極的に行われるようになってきた。しかしながら、一般病棟では末期がん患者に対する鎮痛剤の使用が少なく⁴⁾⁵⁾、看護師自身も知識不足を感じている⁶⁾という報告もあり、がん疼痛マネジメントは十分とはいえない現状にある。

がん疼痛マネジメントを阻害する看護師側の要因には、知識不足^{7) 10)}、アセスメント不足¹¹⁾¹²⁾、モルヒネ使用への躊躇¹³⁾があり、中でも一般病院における看護師の知識不足が問題視されている¹⁴⁾¹⁵⁾。疼痛緩和をもたらす看護師は、アセスメントで得られた情報と専門的知識の両方をもとに看護ケアを判断していること¹⁶⁾、がん疼痛マネジメントに関する知識は緩和ケアに対する関心度や疼痛管理に関する態度と関連していること¹⁷⁾からも、がん疼痛マネジメントにおいて知識は欠かすことができない。しかしながら、がん疼痛マネジメントに必要とされる知識や態度、信念について看護師はどの程度知っているのか、また、がん疼痛マネジメントを実践する上でどのような困難を感じているのかについての詳細は十分に明らかにされていない。

よって本研究の目的は、がん疼痛マネジメントに必要とされる知識や態度、信念、およびがん疼痛マネジメントの実践における困難の実態について看護師の認識から把握することである。また、属性との関連についても検討し、看護師ががん疼痛マネジメントの実践を向上していく上で必要となる方法を検討するための示唆を得ることである。

．研究方法

1．研究対象

調査対象を選定するに当たり、政令指定都市であるA市内にある外科系病棟もしくは内科系病棟を有する200床以上の病院、および緩和ケア病棟を有する病院の計27病院の看護部に、事前に文書で調査への協力を依頼した。その中で了承の得られた14病院で、看護部が選択した内科系と外科系の各1病棟、および緩和ケア病棟の計39病棟に所属する看護師930名を対象とした。

2．調査方法

がん疼痛マネジメントに関する先行研究と既存の文献を基に、がん疼痛マネジメントに必要な知識や態度、信念に関する内容、およびがん疼痛マネジメントを実践する上での困難に関する内容を抽出した。抽出した内容を検討し、最終的にがん疼痛マネジメントに必要な知識や態度、信念に関する37項目(以下、知識項目とする)と、がん疼痛マネジメントを実践する中で感じる困難の程度1項目と困難に関する内容19項目、および対象者の年齢、性別、看護師経験年数、所属病棟、学歴、がん疼痛マネジメントに関する研修の受講経験などの属性に関する12項目で構成する質問紙を作成した。回答は、知識項目は「よく知っている」「少し知っている」「知らない」の選択式とし、困難に関する項目は「よく感じる」「少し感じる」「感じない」の選択式とした。質問紙は、がん疼痛マネジメントの経験が豊富な看護師4名にプレテストを行い、修正したものを用いた。

質問紙は看護部に配布を依頼し、個別に郵送法にて回収した。調査期間は、2004年2月初旬から3月上旬であった。

3．分析方法

統計ソフトはSPSS12.0Jを使用し、全ての項目について単純集計を行った。その後、緩和ケア病棟(以下、PCUとする)と緩和ケア病棟以外の病棟(以下、一般病棟とする)に分けて単純集計を行い、関連を検討するために χ^2 検定を行った。

次に、一般病棟の知識項目および困難に関する内容の回答について、がん疼痛マネジメントに関

する研修受講経験の有無、看護師経験年数、看護師の最終学歴、所属病棟の種類、病床数、ケア頻度に分け、 χ^2 検定を行った。研修受講経験については、さらに「研修あり」と回答した群と「PCU」の2群に分け、 χ^2 検定を行った。

χ^2 検定は、知識項目の回答については「よく知っている」と「少し知っている～知らない」の2群に、困難に関する内容の回答については「よく感じる」と「少し感じる～感じない」の2群に分けて行い、 $p < 0.05$ を有意差ありとした。 χ^2 検定は、各属性の比較ごとに該当する属性に無回答があるものを除外して実施した。

4. 倫理的配慮

調査の趣旨、任意協力であること、プライバシー保護に関すること、無記名式であり、個人が特定できないように統計的に解析し、研究目的以外には使用しないことを文書で説明した。

結果

1. 対象者の概要

調査用紙は930人に配布し、一般病棟390人、PCU43人の合計433人から回答が得られた（回収率46.6%）。そのうち知識項目に無回答があった58人の回答、および最終学歴が准看護学校であった6人の回答を除いた381人の回答を分析対象とした（有効回答率40.9%）。

対象者の概要を表1に示す。対象者が所属する病棟は、一般病棟が341人（89.5%）、PCUが40人（10.5%）であり、一般病棟では、内科が111人（29.1%）と多く、次いで混合病棟が103人（27.0%）、外科病棟が67人（17.6%）であった。年齢は30歳未満が204人（53.5%）であり、男性は7人（1.8%）であった。看護師経験年数は「5年未満」が141人（37.0%）であり、看護の最終学歴は3年と4年課程の専門学校が216人（56.7%）と多く、がん疼痛マネジメントに関する研修（以下、研修とする）を受講したことがない人は218人（57.2%）であった。ベッド数は200床以上400床未満が198人（52.0%）、がん患者を「ほぼ毎日」ケアしている人は343人（90.0%）であり、病棟にがん患者が「7割以上いる」と回答した人は212人（55.6%）であった。

2. 看護師全体のがん疼痛マネジメントに関する知識項目の認識

知識項目に関する看護師の認識を表2に示す。全体では、「よく知っている」の回答が7割以上の項目は10項目であった。「よく知っている」の回答が5割未満の項目は16項目あり、中でも「12. モルヒネの適量」「21. レスキュードーズの1回量のめやす」「24. 体性痛の特徴」「25. 内臓痛の特徴」「26. NSAIDsの作用機序」に関する5項目は、「よく知っている」の回答が3割未満で、かつ「知らない」の回答が3割以上であった。

3. 一般病棟とPCUにおけるがん疼痛マネジメントに関する知識項目の認識

一般病棟とPCUの知識項目の認識を表2に示す。一般病棟における知識項目の認識では、「よく知っている」の回答が7割以上であったのは10項目で、「よく知っている」の回答が5割未満は16項目であった。また、「よく知っている」の回答が3割未満で、かつ「知らない」の回答が3割以上の項目は、「12. モルヒネの適量」「14. モルヒネ水溶液の投与間隔と効果発現時間」「21. レスキュードーズの1回量のめやす」「24. 体性痛の特徴」「25. 内臓痛の特徴」「26. NSAIDsの作用機序」「28. 内臓痛に有効な鎮痛薬」の7項目であった。

PCUにおける知識項目の認識では、「よく知っている」と7割以上が回答したのは28項目であり、「よく知っている」の回答が5割未満の項目は「12. モルヒネの適量」の1項目のみであり、「知らない」の回答が3割以上の項目はなかった。 χ^2 検定の結果、23項目で有意差が見られた（ $p < 0.05$ ）。

4. がん疼痛マネジメントに関する知識項目の認識と属性との関連

一般病棟で研修の受講経験の有無に無回答がなかった340人の回答を研修の受講経験の有無に分け、 χ^2 検定を行った。その結果を表2に示す。研修の受講経験がある人は、37項目全てにおいて「よく知っている」と回答した割合が研修の受講経験がない人より多く、全ての項目で有意差が見られた（ $p < 0.05$ ）。研修の受講経験がある人の中で「よく知っている」が5割未満の項目は、「12. モルヒネの適量」「14. モルヒネ水溶液の投与間

表 1 . 対象者の属性

	全体 N = 381		一般病棟 n = 341		PCU n = 40	
	人数	%	人数	%	人数	%
年齢						
20-24歳	64	16.8	61	17.9	3	7.5
25-29歳	140	36.7	127	37.2	13	32.5
30-39歳	109	28.6	89	26.1	20	50.0
40-49歳	46	12.1	42	12.3	4	10.0
50歳以上	22	5.8	22	6.5	0	0.0
性別						
女 性	373	97.9	337	98.8	36	90.0
男 性	7	1.8	3	0.9	4	10.0
無回答	1	0.3	1	0.3	0	0.0
看護師経験年数						
5年未満	141	37.0	135	39.6	6	15.0
5年以上10年未満	106	27.8	87	25.5	19	47.5
10年以上	133	34.9	118	34.6	15	37.5
無回答	1	0.3	1	0.3	0	0.0
がん疼痛マネジメントの研修受講						
あ る	162	42.5	132	38.7	30	75.0
な い	218	57.2	208	61.0	10	25.0
無回答	1	0.3	1	0.3	0	0.0
看護の最終学歴						
大学院	1	0.3	1	0.3	0	0.0
大 学	27	7.1	25	7.3	2	5.0
短期大学	53	13.9	46	13.5	7	17.5
3 / 4 年課程 看護専門学校	216	56.7	192	56.3	24	60.0
2 年課程 看護専門学校	74	19.4	68	19.9	6	15.0
無回答	10	2.6	9	2.6	1	2.5
所属病院の病床数						
200床未満	27	7.1	7	2.1	20	50.0
200床以上400床未満	198	52.0	178	52.2	20	50.0
400床以上	149	39.1	149	43.7	0	0.0
無回答	7	1.8	7	2.1	0	0.0
がん患者のケア頻度						
年に数回	18	4.7	18	5.3	0	0.0
月に数回程度	5	1.3	5	1.5	0	0.0
週に数回程度	13	3.4	13	3.8	0	0.0
ほぼ毎日	343	90.0	303	88.9	40	100.0
無回答	2	0.5	2	0.6	0	0.0
所属病棟のがん患者の割合						
1 割未満	17	4.5	17	5.0	0	0.0
1 割以上 3 割未満	48	12.6	48	14.1	0	0.0
3 割以上 5 割未満	47	12.3	47	13.8	0	0.0
5 割以上 7 割未満	55	14.4	54	15.8	1	2.5
7 割以上	212	55.6	173	50.7	39	97.5
無回答	2	0.5	2	0.6	0	0.0

隔と効果発現時間」「21. レスキュードーズの1回量のめやす」「23. レスキュードーズの繰り返し投与のめやす」「24. 体性痛の特徴」「25. 内臓痛の特徴」「26. NSAIDsの作用機序」「28. 内

臓痛に有効な鎮痛薬」の8項目であり、その中で3割以上が「知らない」と回答した項目は、「24. 体性痛の特徴」の1項目であった。一方、研修の受講経験のない人で「よく知っている」の回答が

表2 . がん疼痛マネジメントに関する知識項目の認識

		全 体 N = 381		一般病棟 n = 341		PCU n = 40		p 値	一般病棟 研修あり n = 132		一般病棟 研修なし n = 208		p 値
		人数	%	人数	%	人数	%		人数	%	人数	%	
1. 痛みはがんのどの病期にも発生するが、末期では70%の患者が痛みによる苦痛を経験する。	よく知っている 少し知っている 知らない	265 104 12	69.6 27.3 3.1	233 96 12	68.3 28.2 3.5	32 8 0	80.0 20.0 0.0	0.129	107 24 1	81.1 18.2 0.8	126 71 11	60.6 34.1 5.3	0.000 **
2. がん患者は複数の痛みをもっていることが多いため、全ての痛みについて尋ねることが重要である。	よく知っている 少し知っている 知らない	257 103 21	67.5 27.0 5.5	224 96 21	65.7 28.2 6.2	33 7 0	82.5 17.5 0.0	0.032 *	103 27 2	78.0 20.5 1.5	121 69 18	58.2 33.2 8.7	0.000 **
3. がん患者の痛みに対し、プラセボを使用することは不適切である。	よく知っている 少し知っている 知らない	218 107 56	57.2 28.1 14.7	184 102 55	54.0 29.9 16.1	34 5 1	92.5 7.5 2.5	0.000 **	93 24 15	70.5 18.2 11.4	91 78 39	43.8 37.5 18.8	0.000 **
4. 痛みの強さを判定できるのは、患者本人である。	よく知っている 少し知っている 知らない	302 70 9	79.3 18.4 2.4	265 67 9	77.7 19.6 2.6	37 3 0	92.5 7.5 0.0	0.029 *	116 14 2	87.9 10.6 1.5	149 53 6	71.6 25.5 2.9	0.000 **
5. がん疼痛はとれるものである。	よく知っている 少し知っている 知らない	175 177 29	45.9 46.5 7.6	155 160 26	45.5 46.9 7.6	20 17 3	50.0 42.5 7.5	0.585	81 47 4	61.4 35.6 3.0	74 113 21	35.6 54.3 10.1	0.000 **
6. がん患者は、身体的・心理的・社会的・霊的痛みの4つの要因が統合された全人的痛みを感じている。	よく知っている 少し知っている 知らない	265 100 16	69.6 26.2 4.2	231 94 16	67.7 27.6 4.7	34 6 0	85.0 15.0 0.0	0.025 *	108 21 3	81.8 15.9 2.3	123 73 12	59.1 35.1 5.8	0.000 **
7. がん患者の痛みに対し麻薬を使用した場合、中毒症状はほとんどおこらない。	よく知っている 少し知っている 知らない	186 125 70	48.8 32.8 18.4	155 117 69	45.5 34.3 20.2	31 8 1	77.5 20.0 2.5	0.000 **	89 31 12	67.4 23.5 9.1	66 86 56	31.7 41.3 26.9	0.000 **
8. WHO 3段階がん疼痛除痛ラダーでは、鎮痛薬の効力順に非オピオイド、弱オピオイド、強オピオイドに分けられる。	よく知っている 少し知っている 知らない	164 125 92	43.0 32.8 24.1	138 115 88	40.5 33.7 25.8	26 10 4	65.0 25.0 10.0	0.003 **	75 38 19	56.8 28.8 14.4	63 77 68	30.3 37.0 32.7	0.000 **
9. 鎮痛薬は、痛みの強さに応じて選択される。	よく知っている 少し知っている 知らない	274 94 10	71.9 25.5 2.6	244 88 9	71.6 25.8 2.6	30 9 1	75.0 22.5 2.5	0.646	106 22 4	80.3 16.7 3.0	138 65 31	66.3 31.3 2.4	0.005 **
10. モルヒネ(強オピオイド)は、経口投与から開始するのが通常である。	よく知っている 少し知っている 知らない	214 117 50	56.2 30.7 13.1	185 108 48	54.3 31.7 14.1	29 9 2	72.5 22.5 5.0	0.028 *	87 33 12	65.9 25.0 9.1	97 75 36	46.6 36.1 17.3	0.001 **
11. モルヒネ(強オピオイド)の投与間隔は、時刻を決めて規則的に行うことが望ましい。	よく知っている 少し知っている 知らない	298 74 9	78.2 19.4 2.4	260 72 9	76.2 21.1 2.6	38 2 0	95.0 5.0 0.0	0.007 **	109 23 0	82.6 17.4 0.0	150 49 9	72.1 23.6 4.3	0.027 *
12. モルヒネの適量とは、鎮痛が5時間続き眠気が現れない量である。	よく知っている 少し知っている 知らない	79 179 123	20.7 47.0 32.3	66 158 117	19.4 46.3 34.3	13 21 6	32.5 52.5 15.0	0.052	34 64 34	25.8 48.5 25.8	32 94 82	15.4 45.2 39.4	0.018 *
13. モルヒネ(強オピオイド)初回投与量は標準量から開始し、鎮痛効果と副作用を観察しながら増量していく。	よく知っている 少し知っている 知らない	236 129 16	61.9 33.9 4.2	208 118 15	61.0 34.6 4.4	28 11 1	70.0 27.5 2.5	0.267	99 31 2	75.0 23.5 1.5	108 87 13	51.9 41.8 6.3	0.000 **
14. モルヒネの水溶液は4時間ごとに投与し、投与後15-30分以内で痛みが軽減し始め、30分前後に最大効果に達する。	よく知っている 少し知っている 知らない	122 152 107	32.0 39.9 28.1	95 143 103	27.9 41.9 30.2	27 9 4	67.5 22.5 10.0	0.000 **	59 52 21	44.7 39.4 15.9	36 91 81	17.3 43.8 38.9	0.000 **
15. モルヒネ徐放剤(MS コンチン、オキシコンチン)は通常12時間ごとに投与し、投与後3時間くらいで最大効果が得られる。	よく知っている 少し知っている 知らない	208 136 37	54.6 35.7 9.7	179 126 36	52.5 37.0 10.6	29 10 1	72.5 25.0 2.5	0.016 *	92 33 7	69.7 25.0 5.3	86 93 29	41.3 44.7 13.9	0.000 **
16. モルヒネの使用により、半数の人に嘔気が出現し、ほぼ全員に便秘が現れる。	よく知っている 少し知っている 知らない	216 143 22	56.7 37.5 5.8	186 135 20	54.5 39.6 5.9	30 8 2	75.0 20.0 5.0	0.014 *	87 41 4	65.9 31.1 3.0	99 93 16	47.6 44.7 7.7	0.001 **
17. モルヒネ(強オピオイド)の血中濃度が鎮痛有効域にある場合は、嘔気・嘔吐や便秘の副作用が出現し、毒性発現域に達すると強い眠気や呼吸抑制の副作用がおこる。	よく知っている 少し知っている 知らない	266 106 9	69.8 27.8 2.4	235 94 28	68.9 28.4 9.6	31 9 0	77.5 22.5 0.0	0.263	103 29 0	78.0 22.0 0.0	132 67 9	63.5 32.2 4.3	0.005 **
18. モルヒネ(強オピオイド)を使用している患者で嘔気・嘔吐がある場合、中枢性の制吐剤(セレネース/ノバミン)による調整を行う必要がある。	よく知っている 少し知っている 知らない	170 142 69	44.6 37.3 18.1	142 132 67	41.6 38.7 19.6	28 10 2	70.0 25.0 5.0	0.001 **	74 39 19	56.1 29.5 14.4	68 92 48	32.7 44.2 23.1	0.000 **
19. 嘔気・嘔吐は、モルヒネ(強オピオイド)使用後2週間以内に耐性が生じることに伴い、過量使用ができるようになれば消失することが多い。	よく知っている 少し知っている 知らない	155 154 72	40.7 40.4 18.9	128 144 69	37.5 42.2 20.2	27 10 3	67.5 25.0 7.5	0.000 **	74 48 10	56.1 36.4 7.6	54 95 59	26.0 45.7 28.4	0.000 **
20. アンバック座薬を使用している患者が下痢をしている場合、薬物の吸収が不安定になるため、鎮痛薬の使用経路を変更する必要がある。	よく知っている 少し知っている 知らない	274 107 27	64.8 28.1 7.1	213 101 27	62.5 29.6 7.9	34 6 0	85.0 15.0 0.0	0.005 **	97 31 4	73.5 23.5 3.0	116 69 23	55.8 33.2 11.1	0.001 **
21. レスキュードーズ(臨時追加投与)の1回量は、経口であれば1日量の1/6、持続注射なら1時間量を目安に使用する。	よく知っている 少し知っている 知らない	109 134 138	28.6 35.2 36.2	80 125 136	23.5 36.7 39.9	29 9 2	72.5 22.5 5.0	0.000 **	54 46 32	40.9 34.8 24.2	26 79 103	12.5 38.0 49.5	0.000 **
22. レスキュードーズ(臨時追加投与)は、継続使用している鎮痛薬と同じ種類の鎮痛薬を用い、効果開始が早い剤形もしくは使用経路を選択する。	よく知っている 少し知っている 知らない	137 145 99	36.0 38.1 26.0	109 134 98	32.0 39.3 28.7	28 11 1	70.0 27.5 2.5	0.000 **	67 48 17	50.8 36.4 12.9	42 86 80	20.2 41.3 38.5	0.000 **

表2. がん疼痛マネジメントに関する知識項目の認識

		全体 N = 381		一般病棟 n = 341		PCU n = 40		p 値	一般病棟 研修あり n = 132		一般病棟 研修なし n = 208		p 値
		人数	%	人数	%	人数	%		人数	%	人数	%	
23. レスキュードーズ(臨時追加投与)使用後は、効果時間を目安にし、その時に痛みが残っていれば繰り返し使用する。	よく知っている	143	37.5	115	33.7	28	70.0	0.000 **	65	49.2	50	24.0	0.000 **
	少し知っている	160	42.0	150	44.0	10	25.0		54	40.9	96	46.2	
	知らない	78	20.5	76	22.3	2	5.0		13	9.8	62	29.8	
24. 侵害受容性疼痛の中でも体性痛は、部位が明確で鋭い痛みである。	よく知っている	80	21.0	60	17.6	20	50.0	0.000 **	41	31.1	19	9.1	0.000 **
	少し知っている	143	37.5	128	37.5	15	37.5		46	34.8	82	39.4	
	知らない	158	41.5	153	44.9	5	12.5		45	34.1	107	51.4	
25. 侵害受容性疼痛の中でも内臓痛は、部位が不明確で鈍い痛みである。	よく知っている	83	21.8	61	17.9	22	55.0	0.000 **	41	31.1	20	9.6	0.000 **
	少し知っている	154	40.4	140	41.1	14	35.0		53	40.2	87	41.8	
	知らない	144	37.8	140	41.1	4	10.0		38	28.8	101	48.6	
26. 非ステロイド系消炎鎮痛薬(非オピオイド / NSAIDs)は末梢に働いて発痛物質の産生を抑えることで鎮痛作用を示す。	よく知っている	97	25.5	76	22.3	21	52.5	0.000 **	48	36.4	28	13.5	0.000 **
	少し知っている	150	39.4	136	39.9	14	35.0		51	38.6	85	40.9	
	知らない	134	35.2	129	37.8	5	12.5		33	25.0	95	45.7	
27. 体性痛(骨転移の痛みなど)は、非ステロイド系消炎鎮痛薬(非オピオイド / NSAIDs)とモルヒネを併用すると有効である。	よく知っている	154	40.4	123	36.1	31	77.5	0.000 **	73	55.3	50	24.0	0.000 **
	少し知っている	121	31.8	114	33.4	7	17.5		35	26.5	79	38.0	
	知らない	106	27.8	104	30.5	2	5.0		24	18.2	79	38.0	
28. 内臓痛にはモルヒネが有効である。	よく知っている	126	33.1	100	29.3	26	65.0	0.000 **	59	44.7	41	19.7	0.000 **
	少し知っている	144	37.8	133	39.0	11	27.5		48	36.4	85	40.9	
	知らない	111	29.1	108	31.7	3	7.5		25	18.9	82	39.4	
29. 神経因性疼痛は、モルヒネ(強オピオイド)と抗うつ剤、抗けいれん剤、麻酔薬を併用すると有効である。	よく知っている	134	35.2	106	31.1	28	70.0	0.000 **	67	50.8	39	18.8	0.000 **
	少し知っている	132	34.6	123	36.1	9	22.5		43	32.6	80	38.5	
	知らない	115	30.2	112	32.8	3	7.5		22	16.7	89	42.8	
30. 痛みのアセスメントは、系統的・包括的に行う必要があり、そのためには痛みの性状・強さ・部位・経過、改善因子・増悪因子、日常生活への影響、薬物の効果、患者の思い・希望などの情報を得ていくことが大切である。	よく知っている	284	74.5	252	73.9	32	80.0	0.402	110	83.3	141	67.8	0.001 **
	少し知っている	91	23.9	83	24.3	8	20.0		22	16.7	61	29.3	
	知らない	6	1.6	6	1.8	0	0.0		0	0.0	6	2.9	
31. 疼痛緩和では、医療者がチームで取り組んでいくことが大切である。	よく知っている	338	88.7	298	87.4	40	100.0	0.001 **	125	94.7	172	82.7	0.001 **
	少し知っている	43	11.3	43	12.6	0	0.0		7	5.3	36	17.3	
	知らない	0	0.0	0	0.0	0	0.0		0	0.0	0	0.0	
32. 疼痛緩和における看護師の役割の1つとして、鎮痛薬の効果や副作用について経時的にアセスメントを行い、医師や薬剤師に鎮痛薬の効果を知らせることがあげられる。	よく知っている	306	80.3	270	79.2	36	90.0	0.103	117	88.6	152	73.1	0.001 **
	少し知っている	74	19.4	70	20.5	4	10.0		15	11.4	55	26.4	
	知らない	1	0.3	1	0.3	0	0.0		0	0.0	1	0.5	
33. 痛みは主観的なものであるため、その強さを測るときには、VAS(Visual Analogue Scale)、NRS(Nonverbal Rating Scale)などのスケールを用いると共通の認識をもつことができ、評価しやすい。	よく知っている	255	66.9	223	65.4	32	80.0	0.063	103	78.0	119	57.2	0.000 **
	少し知っている	92	24.1	85	24.9	7	17.5		22	16.7	63	30.3	
	知らない	34	8.9	33	9.7	1	2.5		7	5.3	26	12.5	
34. 看護師は、患者や家族が疼痛マネジメントに参加し、痛みを上手に表現し、副作用にうまく対処できる能力を高めるように関わっていく役割を担っている。	よく知っている	274	71.9	243	71.3	31	77.5	0.406	111	84.1	131	63.0	0.000 **
	少し知っている	103	24.1	94	27.6	9	22.5		21	15.9	73	35.1	
	知らない	4	8.9	4	1.2	0	0.0		0	0.0	4	1.9	
35. 看護師は疼痛マネジメントの中で、患者や家族の状況に合わせ、より負担の少ない投与経路を考えていく役割を担っている。	よく知っている	270	70.9	240	70.4	30	75.0	0.543	110	83.3	130	62.5	0.000 **
	少し知っている	100	26.2	91	26.7	9	22.5		22	16.7	68	32.7	
	知らない	11	2.9	10	2.9	1	2.5		0	0.0	10	4.8	
36. 看護師は、痛みが緩和され、患者や家族のQOLが最大限向上することを最終目標とするが、その経過が最良となるようにサポートしていくという役割を担っている。	よく知っている	291	76.4	259	76.0	32	80.0	0.569	115	87.1	143	68.8	0.000 **
	少し知っている	85	22.3	77	22.6	8	20.0		17	12.9	60	28.8	
	知らない	5	1.3	5	1.5	0	0.0		0	0.0	5	2.4	
37. 痛みのアセスメントでは、患者の言動だけでなく、患者の歩行状態がいつもとは異なるなどの行動上の変化や心理的変化などにも注意を向けていく必要がある。	よく知っている	305	80.1	275	80.6	30	75.0	0.398	121	91.7	153	73.6	0.000 **
	少し知っている	71	18.6	61	17.9	10	25.0		11	8.3	50	24.0	
	知らない	5	1.3	5	1.5	0	0.0		0	0.0	5	2.4	

* p < .05. ** p < .01.

注) ² 検定は「よく知っている」「少し知っている - 知らない」の2群に分けて実施

5割未満の項目は20項目あり、その中で3割以上が「知らない」と回答した項目は11項目であった。「よく知っている」の回答が5割未満の項目には、「3. プラセボの使用は不適切」91人(43.8%)、「7. モルヒネの中毒症状はほとんどおこらない」66人(31.7%)が含まれ、「知らない」との回答はそれぞれ39人(18.8%)、56人(26.9%)であった。

一般病棟で研修の受講経験がある人とPCUに分け、² 検定を行った。その結果、「14. モルヒネ水溶液の投与間隔と効果発現時間 (p = 0.012)」

「21. レスキュードーズの1回量のめやす (p = 0.000)」「22. レスキュードーズの鎮痛薬の選択 (p = 0.032)」「23. レスキュードーズの繰り返し投与のめやす (p = 0.021)」「24. 体性痛の特徴 (p = 0.028)」「25. 内臓痛の特徴 (p = 0.006)」「27. 体性痛に有効な鎮痛薬 (p = 0.012)」「28. 内臓痛に有効な鎮痛薬 (p = 0.024)」「29. 神経因性疼痛に有効な鎮痛薬 (p = 0.032)」「37. 痛みのアセスメントは患者の行動や心理にも注意を向ける (p = 0.005)」の10項目で有意差が見られ、「37. 痛みのアセスメントは患者の行動や心理にも注意

を向ける」を除く9項目でPCUの看護師の「よく知っている」と回答した割合が多かった。

一般病棟で看護師経験年数を「5年未満」「5年以上10年未満」「10年以上」に分けて^{χ²}検定を行った結果(表3参照)16項目で有意差が見られ(p<0.05)、15項目で5年未満の看護師の「よく知っている」と回答した割合が少なかった。

一般病棟を「内科系」「外科系」「混合」「その他」に分けて^{χ²}検定を行った結果(表4参照)13項目で有意差がみられ(p<0.05)、13項目全てにおいて「内科系」は「外科系」や「混合病棟」

より「よく知っている」と回答した割合が多かった。

一般病棟に所属する339人についてケア頻度を「年に数回～週に数回」と「ほぼ毎日」に分けて^{χ²}検定を行った結果、「1.痛みの発生頻度(p=0.036)」「7.モルヒネの中毒症状はほとんどおこらない(p=0.024)」「14.モルヒネ水溶液の投与間隔と効果発現時間(p=0.018)」「19.モルヒネによる嘔気・嘔吐の消失のめやす(p=0.020)」「20.アンペック座薬の使用(p=0.007)」「23.レスキュードーズの繰り返し投与のめやす(p=

表3. 一般病棟における看護師経験年数と知識項目の認識との関連 n=340

		5年未満		5年以上 10年未満		10年以上		p値
		n=135		n=87		n=118		
		人数	%	人数	%	人数	%	
1. 痛みの発生頻度	よく知っている	81	60.0	64	73.6	87	73.7	0.030 *
	よく知らない	54	40.0	23	26.4	31	26.3	
3. プラセボの使用は不適切	よく知っている	54	40.0	52	59.8	77	65.3	0.000 **
	よく知らない	81	60.0	35	40.2	41	34.7	
5. がん疼痛はとれる	よく知っている	49	36.3	35	40.2	70	59.3	0.001 **
	よく知らない	86	63.7	52	59.8	48	40.7	
7. モルヒネの中毒症状はほとんどおこらない	よく知っている	43	31.9	40	46.0	72	61.0	0.000 **
	よく知らない	92	68.1	47	54.0	46	39.0	
10. モルヒネは経口投与から開始する	よく知っている	52	38.5	50	57.5	82	69.5	0.000 **
	よく知らない	83	61.5	37	42.5	36	30.5	
13. モルヒネの初回投与量と増量について	よく知っている	63	46.7	54	62.1	91	77.1	0.000 **
	よく知らない	72	53.3	33	37.9	27	22.9	
15. モルヒネ徐放剤の投与間隔と効果発現時間	よく知っている	56	41.5	46	52.9	77	65.3	0.001 **
	よく知らない	79	58.5	41	47.1	41	34.7	
16. モルヒネの副作用の出現割合	よく知っている	54	40.0	47	54.0	85	72.0	0.000 **
	よく知らない	81	60.0	40	46.0	33	28.0	
19. モルヒネによる嘔気・嘔吐の消失のめやす	よく知っている	39	28.9	35	40.2	54	45.8	0.019 *
	よく知らない	96	71.1	52	59.8	64	54.2	
20. アンペック座薬の使用	よく知っている	70	51.9	61	70.1	81	68.6	0.005 **
	よく知らない	65	48.1	26	29.9	37	31.4	
21. レスキュードーズの1回量のめやす	よく知っている	21	15.6	26	29.9	33	28.0	0.018 *
	よく知らない	114	84.4	61	70.1	85	72.0	
22. レスキュードーズの鎮痛薬の選択	よく知っている	29	21.5	30	34.5	50	42.4	0.002 **
	よく知らない	106	78.5	57	65.5	68	57.6	
28. 内臓痛に有効な鎮痛薬	よく知っている	27	20.0	29	33.3	44	37.3	0.007 **
	よく知らない	108	80.0	58	66.7	74	62.7	
29. 神経因性疼痛に有効な鎮痛薬	よく知っている	31	23.0	32	36.8	43	36.4	0.030 *
	よく知らない	104	77.0	55	63.2	75	63.6	
33. スケールの活用	よく知っている	76	56.3	62	71.3	85	72.0	0.014 *
	よく知らない	59	43.7	25	28.7	33	28.0	
34. 患者や家族の対処能力を高める役割	よく知っている	90	66.7	58	66.7	95	80.5	0.027 *
	よく知らない	45	33.3	29	33.3	23	19.5	

*p<.05. **p<.01.

注) 質問項目は簡略化し、「少し知っている」と「知らない」をあわせて「よく知らない」と表記

表4．一般病棟における病棟の種類と知識項目の認識との関連 n = 341

		内科 n = 111		外科 n = 67		混合 n = 103		その他 n = 60		p 値
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	
		5．がん疼痛はとれる	よく知っている	58	52.3	23	34.3	41	39.8	
	よく知らない	53	47.7	44	65.7	62	60.2	27	45.0	
6．がん患者は全人的痛みを感じている	よく知っている	83	74.8	39	58.2	60	58.3	49	81.7	0.002 **
	よく知らない	28	25.2	28	41.8	43	41.7	11	18.3	
8．WHO 3 段階がん疼痛除痛ラダー	よく知っている	61	55.0	24	35.8	36	35.0	17	28.3	0.002 **
	よく知らない	50	45.0	43	64.2	67	65.0	43	71.7	
14．モルヒネ水溶液の投与間隔と効果発現時間	よく知っている	42	37.8	17	25.4	19	18.4	17	28.3	0.017 *
	よく知らない	69	62.2	50	74.6	84	81.6	43	71.7	
17．モルヒネの鎮痛有効域と毒性発現域の作用	よく知っている	83	74.8	42	62.7	62	60.2	48	80.0	0.018 *
	よく知らない	28	25.2	25	37.3	41	39.8	12	20.0	
18．モルヒネによる嘔気・嘔吐に有効な薬剤	よく知っている	58	52.3	25	37.3	26	25.2	33	55.0	0.000 **
	よく知らない	53	47.7	42	62.7	77	74.8	27	45.0	
19．モルヒネによる嘔気・嘔吐の消失のめやす	よく知っている	51	45.9	22	32.8	26	25.2	29	48.3	0.004 **
	よく知らない	60	54.1	45	67.2	77	74.8	31	51.7	
23．レスキュードーズの繰り返し投与のめやす	よく知っている	40	36.0	21	31.3	26	25.2	28	46.7	0.041 *
	よく知らない	71	64.0	46	68.7	77	74.8	32	53.3	
33．スケールの活用	よく知っている	78	70.3	40	59.7	59	57.3	46	76.7	0.037 *
	よく知らない	33	29.7	27	40.3	44	42.7	14	23.3	
34．患者や家族の対処能力を高める役割	よく知っている	86	77.5	39	58.2	69	67.0	49	81.7	0.008 **
	よく知らない	25	22.5	28	41.8	34	33.0	11	18.3	
35．患者や家族の負担の少ない投与経路を考える役割	よく知っている	85	76.6	45	67.2	62	60.2	48	80.0	0.017 *
	よく知らない	26	23.4	22	32.8	41	39.8	12	20.0	
36．経過が最良となるようサポートする役割	よく知っている	93	83.8	47	70.1	68	66.0	51	85.0	0.004 **
	よく知らない	18	16.2	20	29.9	35	34.0	9	15.0	
37．痛みのアセスメントは患者の行動や心理にも注意を向ける	よく知っている	97	87.4	49	73.1	76	73.8	53	88.3	0.012 *
	よく知らない	14	12.6	18	26.9	27	26.2	7	11.7	

*p < .05. **p < .01.

注) 質問項目は簡略化し、「少し知っている」と「知らない」をあわせて「よく知らない」と表記

0.023)」「25．内臓痛の特徴 (p = 0.043)」「27．体性痛に有効な鎮痛薬 (p = 0.029)」の 8 項目で有意差が見られたが、「1．痛みの発生頻度」と「20．アンペック座薬の使用」以外の項目については両群ともに「よく知っている」の回答は 5 割未満であった。

一般病棟に所属する 334 人について病床数を「400 床未満」「400 床以上」に分けて χ^2 検定を行った結果、「15．モルヒネ徐放剤の投与間隔と効果発現時間 (p = 0.039)」「16．モルヒネの副作用の出現割合 (p = 0.022)」「18．モルヒネによる嘔気・嘔吐に有効な鎮痛薬 (p = 0.020)」「19．モルヒネによる嘔気・嘔吐の消失のめやす (p = 0.021)」「20．アンペック座薬の使用 (p = 0.014)」「22．レスキュードーズの鎮痛薬の選択 (p = 0.038)」「31．医療者がチームで取り組む (p = 0.014)」「34．患者や家族の対処能力を高める役割 (p =

0.005)」「36．経過が最良となるようサポートする役割 (p = 0.037)」「37．痛みのアセスメントは患者の行動や心理にも注意を向ける (p = 0.020)」の 10 項目で有意差が見られた。「400 床以上」で「よく知っている」と回答した割合が 10 項目全てにおいて多かったが、嘔気・嘔吐に関する 2 項目とレスキュードーズに関する 1 項目については両群ともに「よく知っている」の回答が 5 割未満であった。

一般病棟に所属する 331 人について看護の最終学歴を「大学」「短大」「3 年と 4 年課程専門学校」「2 年課程専門学校」に分けて χ^2 検定を行った結果、「8．WHO 3 段階除痛ラダー (p = 0.007)」「15．モルヒネ徐放剤の投与間隔と効果発現時間 (p = 0.020)」「26．NSAIDs の作用機序 (p = 0.003)」「30．痛みのアセスメントは系統的・包括的に行う (p = 0.007)」「35．患者や家族に負担

の少ない投与経路を考える役割 (p=0.037) の5項目で有意差が見られた。5項目全てにおいて、最終学歴が「大学」は「3年と4年課程専門学校」「2年課程専門学校」より「よく知っている」と回答した割合が多かったが、「26. NSAIDsの作用機序」について「よく知っている」と回答した割合は全ての群で5割未満であった。

5. がん疼痛マネジメントにおける困難の認識について

「がん患者の疼痛マネジメントを実践する中で困難を感じるか」という質問に対し、「よく感じる」と回答したのは233人(61.3%)、「少し感じる」が140人(36.8%)であった(表5参照)。一般病棟で困難を「よく感じる」と回答したのは202人(59.4%)であり、PCUでは31人(77.5%)であり、 χ^2 検定を行った結果、有意差が見られた(p<.05)。

困難を「よく感じる」と「少し感じる」と回答した373人(98.1%)に対し、困難に関する内容について回答を求めた。困難に関する内容に無回答があったものを除外した348人の回答結果を表6に示す。5割以上が困難を「よく感じる」と回答したのは3項目であり、「2. 患者が痛みをうまく表現できない」が209人(60.1%)、「4. 医師が患者の痛みの状況を把握していない」が194人(55.7%)、「15. 複雑な痛みのある患者に関わること」が220人(63.2%)であった。

一般病棟とPCUの回答について χ^2 検定を行った結果(表6参照) 2項目で有意差が見られた(p<.05)。

一般病棟に所属する309人について研修の受講経験の有無で χ^2 検定を行った結果、「5. 医師が鎮痛剤の増量を躊躇する(p=0.049)」「8. 疼痛緩和の目標を患者と共有すること(p=0.041)」の2項目で有意差が見られ、「5. 医師が鎮痛剤

の増量を躊躇する」は研修の受講経験のある看護師が「よく感じる」と回答した割合が多く、「8. 疼痛緩和の目標を患者と共有すること」は研修の受講経験がない看護師が「よく感じる」と回答した割合が多かった。

一般病棟に所属する310人について「内科系」「外科系」「混合」「その他」に分けて χ^2 検定を行った結果、「4. 医師が患者の痛みの状況を把握していない(p=0.001)」「5. 医師が鎮痛薬の増量を躊躇する(p=0.007)」「6. 医師が鎮痛薬の使用を躊躇する(p=0.000)」「7. 医師が疼痛緩和を優先しない(p=0.009)」「13. 看護チームで方向性を共有すること(p=0.004)」の5項目で有意差が見られた。「13. 看護チームで方向性を共有すること」を除く4項目は、「内科系」「混合」が「外科系」「その他」より「よく感じる」と回答した割合が多かった。

一般病棟に所属する310人について看護師経験年数を「5年未満」「5年以上10年未満」「10年以上」に分けて χ^2 検定を行った結果、「2. 患者が痛みを表現できない(p=0.048)」「5. 医師が鎮痛薬の増量を躊躇する(p=0.001)」「6. 医師が鎮痛薬の使用を躊躇する(p=0.003)」「7. 医師が疼痛緩和を優先しない(p=0.019)」「16. 意識レベルが低下している患者の痛みを理解すること(p=0.021)」の5項目で有意差が見られた。「2. 患者が痛みを表現できない」「16. 意識レベルが低下している患者の痛みを理解すること」の2項目は、「5年未満」が「よく感じる」と回答した割合が多く、医師に関する3項目については「5年以上」の看護師が「よく感じる」と回答した割合が多かった。

一般病棟に所属する308人についてケア頻度を「ほぼ毎日」と「週に数回から年に数回」に分けて χ^2 検定を行った結果、「13. 看護チームで方向性を共有すること(p=0.009)」の1項目のみ

表5. がん疼痛マネジメントにおける困難の認識

	全体 n = 380		一般病棟 n = 340		PCU n = 40		p 値
	人数	%	人数	%	人数	%	
よく感じる	233	61.3	202	59.4	31	77.5	
少し感じる	140	36.8	131	38.5	9	22.5	0.026 *
感じない	7	1.8	7	2.1	0	0.0	

*p<.05.

注) χ^2 検定は「よく感じる」「少し感じる～感じない」の2群に分けて実施

表6．がん疼痛マネジメントにおける困難の内容に関する認識

		全体		一般病棟		PCU		p 値
		n = 348		n = 310		n = 38		
		人数	%	人数	%	人数	%	
1．患者と家族の疼痛緩和に関する意見が異なっているときに困難を感じる。	よく感じる	113	32.5	96	31.0	17	44.7	0.087
	少し感じる	183	52.6	168	54.2	15	39.5	
	感じない	52	14.9	46	14.8	6	15.8	
2．患者が痛みをうまく表現できないときに困難を感じる。	よく感じる	209	60.1	181	58.4	28	73.7	0.069
	少し感じる	130	37.4	120	38.7	10	26.3	
	感じない	9	2.6	9	2.9	0	0.0	
3．患者が鎮痛薬を使いたがらないときに困難を感じる。	よく感じる	156	44.8	138	44.5	18	47.4	0.739
	少し感じる	172	49.4	153	49.4	19	50.0	
	感じない	20	5.7	19	6.1	1	2.6	
4．医師が患者の痛みの状況を把握していないときに困難を感じる。	よく感じる	194	55.7	176	56.8	18	47.4	0.271
	少し感じる	130	37.4	117	37.7	13	34.2	
	感じない	24	6.9	17	5.5	7	18.4	
5．医師が鎮痛薬の増量を躊躇するときに困難を感じる。	よく感じる	155	44.5	144	46.5	11	28.9	0.040 *
	少し感じる	154	44.3	141	45.5	13	34.2	
	感じない	39	11.2	25	8.1	14	36.8	
6．医師が鎮痛薬の使用を躊躇するときに困難を感じる。	よく感じる	153	44.0	137	44.2	16	42.1	0.807
	少し感じる	149	42.8	140	45.2	9	23.7	
	感じない	46	13.2	33	10.6	13	34.2	
7．医師が疼痛緩和を優先課題として考えていないときに困難を感じる。	よく感じる	172	49.4	154	49.7	18	47.4	0.788
	少し感じる	129	37.1	122	39.4	7	18.4	
	感じない	47	13.5	34	11.0	13	34.2	
8．看護師として、疼痛緩和の目標を患者と共有することに困難を感じる。	よく感じる	59	17.0	52	16.8	7	18.4	0.798
	少し感じる	212	60.9	192	61.9	20	52.6	
	感じない	77	22.1	66	21.3	11	28.9	
9．看護師として、患者の痛みをアセスメントすることに困難を感じる。	よく感じる	122	35.1	102	32.9	20	52.6	0.016 *
	少し感じる	186	53.4	170	54.8	16	42.1	
	感じない	40	11.5	38	12.3	2	5.3	
10．看護師として、痛みのスケールを活用することに困難を感じる。	よく感じる	44	12.6	33	10.6	11	28.9	
	少し感じる	175	50.3	156	50.3	19	50.0	
	感じない	129	37.1	121	39.0	8	21.1	
11．看護師として、鎮痛薬の効果を判断することに困難を感じる。	よく感じる	91	26.1	80	25.8	11	28.9	0.678
	少し感じる	217	62.4	193	62.3	24	63.2	
	感じない	40	11.5	37	11.9	3	7.9	
12．看護師として、鎮痛薬の副作用を管理することに困難を感じる。	よく感じる	87	25.0	77	24.8	10	26.3	0.843
	少し感じる	209	60.1	187	60.3	22	57.9	
	感じない	52	14.9	46	14.8	6	15.8	
13．病棟の看護チームで疼痛マネジメントの方向性を共有することに困難を感じる。	よく感じる	58	16.7	49	15.8	9	23.7	0.219
	少し感じる	185	53.2	172	55.5	13	34.2	
	感じない	105	30.2	89	28.7	16	42.1	
14．看護師として、患者の全人的苦痛に対応することに困難を感じる。	よく感じる	157	45.1	137	44.2	20	52.6	0.324
	少し感じる	162	46.6	149	48.1	13	34.2	
	感じない	29	8.3	24	7.7	5	13.2	
15．看護師として、モルヒネのみで緩和できない複雑な痛みのある患者に関わることに困難を感じる。	よく感じる	220	63.2	195	62.9	25	65.8	0.728
	少し感じる	119	34.2	106	34.2	13	34.2	
	感じない	9	2.6	9	2.9	0	0.0	
16．看護師として、意識レベルが低下している患者の痛みを理解することに困難を感じる。	よく感じる	162	46.6	144	46.5	18	47.4	0.915
	少し感じる	157	45.1	142	45.8	15	39.5	
	感じない	29	8.3	24	7.7	5	13.2	
17．看護師として、患者とコミュニケーションをとることに困難を感じる	よく感じる	62	17.8	53	17.1	9	23.7	0.317
	少し感じる	176	50.6	161	51.9	15	39.5	
	感じない	110	31.6	96	31.0	14	36.8	
18．看護師として、疼痛マネジメントをする時間を確保することに困難を感じる。	よく感じる	88	25.3	78	25.2	10	26.3	0.877
	少し感じる	164	47.1	150	48.4	14	36.8	
	感じない	96	27.6	82	26.5	14	36.8	
19．看護師として、患者に関心を向けることに困難を感じる。	よく感じる	23	6.6	17	5.5	6	15.8	
	少し感じる	125	35.9	115	37.1	10	26.3	
	感じない	200	57.5	178	57.4	22	57.9	

* p < .05.

注) χ^2 検定は「よく感じる」「少し感じる～感じない」の2群に分けて実施

で有意差が見られ、「週に数回から年に数回」の看護師が「よく感じる」と回答した割合が多かった。

看護の最終学歴による有意差は見られなかった。

考 察

1. 看護師のがん疼痛マネジメントに関する知識項目の認識の実態

がん疼痛マネジメントに関する知識項目の認識の実態から、一般病棟の看護師で「よく知っている」と回答した割合が特に少なかったのは、痛みの特徴や、レスキュードーズを含む鎮痛薬に関する項目であった。特に、鎮痛薬に関する項目は看護師経験年数で有意差が見られ、5年未満の看護師で「よく知っている」と回答した割合が少なく、林¹⁸⁾の調査と同様の結果であった。林¹⁹⁾は、患者の疼痛を緩和することができたケアを行った看護師は、判断根拠として鎮痛薬に関する知識を多く用いていたと報告している。がん患者の20～50%は診断時にすでに痛みを経験している²⁰⁾と言われているが、調査対象となった一般病棟の66.5%にがん患者が5割以上入院し、88.9%の看護師が「ほぼ毎日」がん患者のケアを実施していると回答していたことから、がん疼痛マネジメントを実践する機会は少なくないと推測できる。よって、一般病棟の看護師は、鎮痛薬に関する知識をさらに獲得することが望ましい。特に、5年未満の看護師は「3. プラセボの使用は不適切」「7. モルヒネの中毒症状はほとんどおこらない」の項目についても「よく知っている」と回答した割合が少なかったことから、5年未満の看護師に対する対策が重要となる。

また、一般病棟の中で研修の受講経験がない看護師は6割おり、これらの看護師は全ての知識項目において「よく知っている」と回答した割合が研修の受講経験がある看護師より少なく、「3. プラセボの使用は不適切」について「よく知っている」との回答は43.8%であり、「7. モルヒネの中毒症状はほとんどおこらない」では31.7%という結果であった。1992年の調査では、プラセボに関する正解率は43.0%、中毒症状に関する正解率は17.2%と著しく誤った回答が多い²¹⁾と報告されており、10年以上前と状況は大きく変化していない。研修の内容や回数との関連については今後

検討していく必要があるが、研修の受講が知識の獲得と関連していたため、一般病棟における研修の必修化も視野に入れながら、がん疼痛マネジメントの実践を向上するための対策を考えていく必要がある。

がん疼痛マネジメントに関する知識項目について、「よく知っている」と回答した割合は1項目を除き一般病棟よりPCUで多く、主に鎮痛薬の作用や副作用に関する23項目で一般病棟とPCUとの間に有意差が見られた。PCUの看護師は一般病棟に比べ、がん疼痛マネジメントを実践する中で、鎮痛薬に関する知識を用いる機会が多いことが影響していると考えられる。PCUで「よく知っている」の回答が少なかった項目は、「5. がん疼痛はとれる」「12. モルヒネの適量」「24. 体性痛の特徴」「25. 内臓痛の特徴」「26. NSAIDsの作用機序」の5項目であった。「12. モルヒネの適量」についての設問は、モルヒネの種類により作用時間が異なるため、答え難かったことが影響していると考えられる。「5. がん疼痛はとれる」については、PCUにはモルヒネのみでは効かない複雑な痛みをもつ患者が多いため、がん疼痛がとれたという体験が少なく、そのことが回答に影響した可能性がある。茶園²²⁾は、「がん性疼痛はとれる」という信念をもった看護師がより正しい知識をもっていたと述べている。また、痛みの特徴や鎮痛薬の作用機序については、林²³⁾の調査で疼痛マネジメントに必要な知識として、特に重要とされた「痛みの原因」「薬物治療」に匹敵する内容である。よって、PCUの看護師は、痛みの特徴や鎮痛薬の作用機序に関する正しい知識を獲得することによって、実践の中で「がん疼痛はとれる」という体験を増やしていくことができると考える。

2. がん疼痛マネジメントにおける困難の認識の実態

看護師全体で60%以上ががん疼痛マネジメントを実践する中で困難を「よく感じる」と回答し、一般病棟よりPCUの看護師が「よく感じる」と回答した割合が多かった。一般病棟とPCUの看護師の半数以上が共通して困難を「よく感じる」と回答した内容は、「2. 患者が痛みをうまく表現できない」「15. 複雑な痛みのある患者に関わること」であった。がん疼痛マネジメントの第一

歩は患者の痛み体験を理解することにあるため、痛みをうまく表現できない患者への関わりについて理解が深まる方略が必要である。

一般病棟のみが困難をよく感じていた内容は、「4. 医師が患者の痛みの状況を把握していない」であり、半数には満たなかったが「5. 医師が鎮痛薬の増量を躊躇する」「6. 医師が鎮痛薬の使用を躊躇する」「7. 医師が疼痛緩和を優先しない」といった医師に関する内容について、一般病棟の看護師はPCUの看護師より困難を感じていた。また、「5. 医師が鎮痛薬の増量を躊躇する」「6. 医師が鎮痛薬の使用を躊躇する」に関しては、看護師経験が5年以上の看護師で「よく感じる」と回答した割合が多かった。5年以上の経験をもつ看護師はチームリーダーとして医師と連携する機会が多くなるため、より困難を感じやすいと考えられる。林²⁴⁾は、患者の疼痛を緩和した看護師は与薬内容の変更を自ら判断し、医師に変更を求める働きかけをしていたと述べている。よって、がん疼痛マネジメントを実践していくためには、判断能力とコミュニケーション技術を高めていく方略も必要になると考える。

また、PCUの看護師のみが半数以上困難を「よく感じる」と回答したのは、「9. 患者の痛みをアセスメントすること」「14. 患者の全人的苦痛に対応すること」であり、前者は一般病棟の看護師との間で有意差が見られた。PCUに入院している患者は、がんの進行に伴い複数の症状を体験し、それらの症状に伴い移動や排泄などの日常生活動作も困難になる²⁵⁾。そして、その人たちの苦痛は、身体的苦痛だけでなく精神的苦痛や社会的苦痛、スピリチュアルペインが複雑に絡み合って密接に関連しあう全人的苦痛である²⁶⁾。よって、複雑な痛みをもつ患者を全人的にアセスメントする方法について理解を深めることで、困難が軽減していくのではないかと考える。

結 論

本研究は政令指定都市A市にある200床以上の病院の内科系病棟と外科系病棟、および緩和ケア病棟に所属する381人の看護師のがん疼痛マネジメントに関する知識と困難の認識の実態について調査し、以下の点を明らかにした。

1. がん疼痛マネジメントに関する知識項目の認

識は、1項目を除いた全ての項目で一般病棟よりPCUの看護師が「よく知っている」と回答した割合が多く、鎮痛薬に関する知識を含む23項目で有意差が見られた($p < 0.05$)。

2. 一般病棟で看護師経験が5年未満の看護師は5年以上の看護師に比べ、鎮痛薬の作用や副作用、モルヒネの中毒症状、プラセボの使用に関する知識項目で「よく知っている」と回答した割合が少なく、有意差が見られた($p < 0.05$)。
3. 一般病棟でがん疼痛マネジメントに関する研修の受講経験がない看護師は61.0%おり、受講経験がある看護師に比べ全ての知識項目で「よく知っている」と回答した割合が少なく、有意差が見られた($p < 0.05$)。
4. がん疼痛マネジメントを実践する中で困難を「よく感じる」と回答したのは看護師全体の61.3%で、「少し感じる」と回答したのは36.8%であった。「よく感じる」の回答は、一般病棟で59.4%、PCUで77.5%であり、PCUの看護師の「よく感じる」割合が多く、有意差が見られた($p < 0.05$)。
5. 困難を「よく感じる」と回答した内容で多かった項目は、「患者が痛みを表現できない」「複雑な痛みのある患者に対応すること」であり、加えて、一般病棟では医師に関する内容が多く、PCUでは患者の疼痛アセスメントや全人的苦痛への対応が多かった。

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にご心より感謝申し上げます。本研究は、2003年度から2005年度文部科学省科学研究費補助金(若手研究B-課題番号:15791324)の助成を受けて実施した研究の一部であり、第20回日本がん看護学会学術集会で発表した内容を加筆・修正したものである。

引用文献

- 1) 武田文和：がんの痛みの鎮痛薬治療マニュアル，3，金原出版 株式会社，1994。
- 2) 武田文和：がんの痛みを救おう！「WHOがん疼

- 痛救済プログラム」とともに，194，医学書院，2002．
- 3) 全国緩和ケア病棟承認施設一覧，緩和ケア，18(5)，424，2008．
- 4) 松浦麻里子、本家好文：一般病院における疼痛マネジメントの推移，死の臨床，23(1)，116-121，2000．
- 5) 藪下和久 他：当院緩和ケア病棟における終末期医療の現状 - 一般病棟と比較して - ，富山県立中央病院医学雑誌，28，37-41，2005．
- 6) 藤田佐和 他：一般病院におけるがん患者の疼痛緩和についての看護者の捉え，高知女子大学看護学会誌，24(2)，1-10，1999．
- 7) 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．
- 8) 和泉成子：看護婦が疼痛緩和を難しいと感じる理由と疼痛緩和を難しくしている状況，日本がん看護学会学術集会講演集，11，134，1997．
- 9) 藤田佐和 他：がん患者の疼痛緩和についての看護者の捉えと関連要因，高知女子大学看護学会誌，25(1)，43-54，2000．
- 10) 西川晶子 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．
- 11) 前掲書．8)
- 12) 前掲書．10)
- 13) 前掲書．10)
- 14) 平安綾子 他：沖縄県内総合病院における看護者の癌性疼痛知識に関する調査研究，日本がん看護学会学術集会講演集，16，144，2002．
- 15) 久米弥寿子 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．
- 16) 前掲書．7)
- 17) 前掲書．15)
- 18) 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．
- 19) 前掲書．7)
- 20) 岡田美賀子 他：最新ナースによるナースのためのがん患者のペインマネジメント，7，日本看護協会出版会，1999．
- 21) 武田文和 他：日本における医師と看護婦の癌疼痛治療に関する意識の現況，癌患者と対症療法，6(1)，45-52，1995．
- 22) 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)，15-24，2000．
- 23) 前掲書．18)
- 24) 前掲書．7)
- 25) 柏木哲夫 監修：緩和ケアマニュアル ターミナルケアマニュアル，改訂第4版，2，最新医学社，2001．
- 26) 鈴木志津枝，内布敦子 編集：緩和・ターミナルケア看護論，53，ヌーヴェルヒロカワ，2005．