

# 慢性疼痛における看護師の疼痛緩和方法の実施状況と 効果の認識の関連

Relations between the Implementation Status of Nurse's Pain Relief Method and  
Recognition of the Effects in Chronic Pain Relief

中島 真由美<sup>1)</sup>, 西田 直子<sup>2)</sup>  
Mayumi Nakajima, Naoko Nishida

キーワード 慢性疼痛, 疼痛緩和方法, 効果の認識

Key Words Chronic Pain, Pain Relief Method, Recognition of the Effects

## 抄 録

**背景** 高齢化の進展は更なる慢性疼痛患者の増加をもたらすと予測される。このような状況のなか、看護師は慢性疼痛に対する治療・対処法についての知識を整理しておく必要がある。鎮痛薬以外の方法での介入方法の実施が重要になると考えられる。

**目的** 本研究の目的は、疼痛緩和の介入方法の実施状況を明らかにし、さらに介入方法の実施の有無と、効果の認識の関連を明らかにすることである。

**方法** 質問紙を用いた郵送による質問紙調査を行った。調査期間は平成24年3月～平成24年4月。対象は病床数300床以上の病院のうち、研究協力の承諾の得られた15施設21病棟で勤務する看護師とした。調査項目は「慢性疼痛に対し実践している介入方法」14項目について、実施したことがあるかどうかと、それぞれの介入方法の実感している効果について問い、IBM SPSS Ver.20 for Windows を用いて分析した。有意水準は5%とした。

**結果** 回収数は214部、回収率は43.9%であった。有効回答は194部、有効回答率は90.7%であった。鎮痛薬以外の疼痛緩和方法に関しては、それぞれの疼痛緩和方法を実施した群は実施していない群と比較して鎮痛効果を有意に認めていた。

**考察** 鎮痛薬以外の疼痛緩和法の鎮痛効果について実感できれば、鎮痛薬以外の方法も実施する看護師が増える可能性が示唆された。

**結論** 慢性疼痛の疼痛緩和方法として、鎮痛薬以外の方法をとっている看護師が対象者の半数以上いた。また、鎮痛薬以外の疼痛緩和方法を実施している看護師は、実施していない看護師と比較してその疼痛緩和法の鎮痛効果を有意に認めていた。鎮痛薬以外の介入方法の鎮痛効果に関する教育を受けることにより、疼痛緩和のための看護技術として実施する看護師が増える可能性がある。

## Abstract

**Background** Progression of aging is expected to further increase the number of chronic pain patients. In this situation, nurses will need to organize knowledge on treatment / coping methods for chronic pain. Implementation of intervention methods other than analgesics is thought to be important.

**Objective** To clarify the status of use of various methods to manage chronic pain, focusing on the relation between their use and recognition of their effects.

**Methods** A mail-based questionnaire survey was conducted within the period between March 5 and April 22, 2012, involving nurses working on 21 wards of 14 facilities with more than 300 beds. The questionnaire sheet contained questions to clarify the status of use of 14 different methods to manage chronic pain, as well as recognition of their effects. For analysis, IBM SPSS Ver. 20 for Windows was used, with the significance level set at 5%.

**Results** Responses were obtained from 214 nurses (response rate: 43.9%), 194 of which were valid (valid response rate: 90.7%). On comparison of recognition of the pain-relieving effects, significant differences were observed between those with and without experience of using pain-relieving methods other than analgesic administration.

**Discussion** It may be possible to increase the number of nurses who use pain-relieving methods other than analgesic administration by improving their recognition of the effects of these methods.

**Conclusion** More than half of the subjects took a method other than analgesic for relieving chronic pain. In addition, nurses carrying out pain relief methods other than pain medications significantly recognized the analgesic effect of the pain alleviation method, to be compared with the nurses who did not use. Education of the analgesic effect of interventional methods may increase the number of nurses who implement them as nursing skills.

1) 聖泉大学 看護学部 看護学科 Faculty of Nursing, Seisen University

2) 京都学園大学 健康医療学部 看護学科 Faculty of Health and Medical Sciences, Kyoto Gakuenn University

\* E-mail nakaji-m@seisen.ac.jp

## I. 緒言

アメリカ連邦議会は慢性疼痛を社会的問題ととらえ、2001年からの10年間を「the Decade of Pain Control and Research」(「痛みの10年」宣言)を採択し、痛みをめぐる様々な問題に国家規模で取り組むことを宣言し、痛みを体温、血圧、呼吸、脈拍に続く5つめのバイタルサインとした(熊澤, 2004)。その背景には、1998~1999年の全米における実態調査により、程度の高い慢性痛に悩まされている患者が成人人口の9%を上回っていたこと、無効な治療やドクターショッピングによる医療費の浪費、痛みによる就労困難、介護費用などによる社会経済の損失が年間約650億ドル(9兆円)と推計されたことが挙げられる。

日本でも、2009年12月から厚生労働省が「慢性の痛みに関する検討会」を発足させ、2010年9月「今後の慢性の痛み対策について(提言)」が出された(厚生労働省, 2010)。そのなかでは、がん以外の慢性疼痛患者が日本でも多く、慢性疼痛に関する医療、研究、教育の必要性が謳われている。2013年「国民生活基礎調査」によると、受療率が高い上位5位疾病に腰痛症が含まれ、また、有訴率の高い症状として、腰痛、肩こり、手足の関節痛が上位を独占している(厚生労働省, 2014)。別の調査では、日本では慢性疼痛を抱える患者は人口の約22.5%、日本人成人の4.4人に1人にあたり、2315万人存在すると推計されている(ムンディファーマ, 2010)。今後日本では、2025年には団塊の世代が後期高齢者になり、高齢化が一層進むことが予測されている。高齢化の進展は慢性疼痛保有者の増加をもたらすと予測されるが、慢性疼痛患者の増加は医療費を圧迫しかねない。このような状況のなか、看護師は慢性の痛みに関する原因や診断、治療・対処法についての知識を整理し理解しておく必要があり、医療費の抑制のためにも薬剤以外の方法での介入方法の実施が重要になると考える。

慢性疼痛のケアには看護師の資格、ケアにかかわった経験年数、慢性疼痛について勉強した経験が影響しているとの報告がある(Takai, Uchida, 2009)。看護師の慢性疼痛についての知識について、伊藤らは、一般総合病院病棟看護師の慢性疼痛に対する意識調査から、慢性疼痛疾患について理解は十分ではなかったと報告している(伊藤,

岡崎, 加藤, 2001)。疾患や症状に関する知識は看護介入を行う上で必要なものであるが、看護師の慢性疼痛に対する知識が十分でない現状がある。看護師の共感性と慢性疼痛に対する看護介入には関連があるのかどうかを調査した研究では、患者の痛みに対して共感することが患者の痛みのケアに直接つながらない可能性が示唆された(中島, 西田, 2015)。中島らの研究で使用された共感性の尺度は、共感を経験としてとらえた尺度である。そのため、痛みの経験はほとんどの人があるものであるが、たとえばマッサージによって痛みが軽減することを看護師が経験していないと、鎮痛のためのケアとしてマッサージを実施しないこともあると考えられた。そのため、鎮痛薬以外について、痛みに対する介入として効果があると判断しているのかどうか、また、効果があると考えている場合に、実践しているのかどうかを明らかにしたいと考える。これらを明らかにすることにより、今後の疼痛緩和の看護師の効果的な教育への示唆を得られると考える。

本研究の目的は、看護師の慢性疼痛に対する疼痛緩和のための介入方法の実施状況と、その介入方法の実施の有無により効果の認識に違いがあるかを明らかにすることである。

## II. 用語の定義

### 1. 慢性疼痛

国際疼痛学会(1994)は、慢性疼痛とは「治療に要すると期待される時間の枠組みを超えて持続する痛み、あるいは進行性の非がん性疾患に関連する痛み」と定義している。また、Bonica(1987)は、慢性疼痛とは「急性疾患の通常の経過あるいは創傷の治療に要する妥当な時間を超えて持続する痛み」と定義している。

本研究における「慢性疼痛」は、「治療に要すると期待される時間の枠組みを超えて持続する痛みであり、非がん性疾患に関連する痛み」と定義する。

本研究の慢性疼痛の具体的なものとして、関節リウマチや椎間板ヘルニア、脊柱管狭窄症などによる関節痛や、坐骨神経痛や帯状疱疹後神経痛による神経痛、クローン病などによる長期間続く消化器系の疼痛、手術や外傷の創治療後も遷延化している疼痛などとし、また頭痛・偏頭痛、四十肩・

五十肩・肩こりなどの原因がはっきりしない疼痛も含めた。疼痛の持続期間は、3ヶ月以上は持続しており、治療に要すると期待される時間の枠組みを超えて持続するものとした。

### Ⅲ. 方法

#### 1. 研究方法

質問紙を用いた郵送による質問紙調査である。

#### 2. 調査期間：平成24年3月5日～平成24年4月22日

#### 3. 対象者

対象者はA県における病床数300床以上の病院全22施設のうち、研究協力の承諾の得られた15施設21病棟で勤務する看護師とした。対象者の条件は、慢性疼痛を持つ患者が多く入院していると考えられる、内科、整形外科などの病棟に勤務している看護師とし、年齢、性別、常勤・非常勤などの勤務形態の別は問わなかった。

#### 4. 調査項目

##### 1) 調査対象に関する基本事項

年齢、性別、教育、資格などの基本属性と、看護業務での経験（年数、診療領域）、を問うた。

##### 2) 慢性疼痛の緩和のための介入方法

慢性疼痛への介入方法として、「慢性疼痛に対し実践している介入方法」について、MaCaffery (1995) の文献を参考に看護師により実施される可能性のある方法として、医師の指示による投薬、罨法、マッサージ、タッチング、傾聴など14項目を挙げ、実施したことがあるかどうかを問い、また、それぞれの介入方法の実感している効果について問うた。介入方法の実感している効果に関しては、「かなり効果がある」、「まあまあ効果がある」、「効果はない」の3段階で問うた。

##### 3) 慢性疼痛を抱える患者について

過去1か月の間に関わった慢性疼痛を抱える患者の特性から、どのような慢性疼痛を持つ患者に関わっているかを判断するため、慢性疼痛を抱える患者の疾患についても質問項目を設けた。

#### 5. 調査の手続き

まず、対象の条件を満たす施設の施設長または

看護部長に依頼状を送付した。次に、研究協力の依頼に承諾が得られた施設に、質問紙と返信用封筒を郵送した。調査用紙の対象病棟は各病院の看護部長に選定を委任し、対象病棟の条件として「関節リウマチやクローン病、腰痛などの慢性疼痛を抱える患者が多いと考えられる病棟（内科・整形外科など）」とした。調査を依頼する病院の責任者へは直接説明を行い、病棟への調査用紙20部の配布を依頼し、書面にて同意を得た。看護師への調査は回答をもって同意が得られたこととした。質問紙への回答期間は4週間以内とし、無記名自記式での記入を求めた。回収方法については、質問紙に切手を貼付した返信用封筒を同封し、個人別に郵送で返送してもらった。

#### 6. 分析方法

看護師の基礎教育や経験などの背景に関しては記述統計で整理した。また、看護師の慢性疼痛に対する介入方法の実施の有無を独立変数とし、慢性疼痛に対する介入方法の効果の認識を従属変数とした。慢性疼痛に対する介入方法の効果の認識については、「かなり効果がある」を2点、「まあまあ効果がある」を1点、「効果はない」を0点として点数を配した。対象者を慢性疼痛に対する看護介入を実施している群と実施していない群に分け、平均値と標準偏差を算出した。また、慢性疼痛に対する看護介入を実施している群と実施していない群でその慢性疼痛に対する介入方法の認識に違いがあるかを、Mann-Whitney-U検定を用いて検討した。分析には統計解析ソフトIBM SPSS Ver.20 .for Windowsを使用し、有意水準は5%とした。

#### 7. 倫理的配慮

本研究は、京都府立医科大学の医学倫理審査委員会の許可を得て行った（受付番号 E-361）。研究対象者には、研究目的と協力依頼、協力は自由意思であり、協力が得られなかった場合でも不利益を被ることはないこと、個人が特定されることはないことを記した文書を質問紙に添えて配布した。質問紙は無記名とし、質問紙の返送をもって研究協力の同意を得たと判断した。



## IV. 結果

### 1. 対象者の概要

#### 1) 調査対象施設と対象者

調査対象施設は300床以上を持つ A 県内の病院で、協力の得られた15施設21病棟に勤務する看護師487名に調査用紙を配布した。調査用紙の回収数は214部、回収率は43.9%であった。質問紙の途中で回答が途切れているものや看護師の背景における回答の整合性がないものは無効回答とし分析対象から除外した。また、看護の所有資格が准看護師のみにチェックがついているものは分析に含めなかった。無効回答を除いた有効回答は194部、有効回答率は90.7%であった。

#### 2) 個人属性

対象者の平均年齢は33.1±8.9歳(平均±SD)、性別は女性184名(94.8%)、男性8名(4.8%)、無回答2名(1.0%)であった。看護基礎教育の背景は、看護専門学校(2年課程)29名(14.9%)、看護専門学校(3年課程)128名(66.0%)、短期大学6名(3.1%)、4年制大学6名(3.1%)、であった。看護以外の領域で学び、大学・専門学校などを卒業している人は27名(13.9%)いた。

臨床経験期間は、130.1±101.5ヶ月(10.8±8.5年)(平均±SD)、最短期間11ヶ月、最長期間508ヶ月(42.3年)であった。現在勤務する病棟にお

表1 対象者の勤務経験のある診療科

	回答数	%
整形外科	148	76.3
消化器内科	85	43.8
消化器外科	64	33.0
神経内科	52	26.8
呼吸器内科	48	24.7
循環器内科	47	24.2
泌尿器科	47	24.2
脳神経外科	34	17.5
腎臓内科	32	16.5
内分泌	32	16.5
血液内科	30	15.5
呼吸器外科	25	12.9
婦人科	18	9.3
心臓血管外科	17	8.8
眼科	16	8.2
皮膚科	10	5.2
小児科	9	4.6
耳鼻科	8	4.1
形成外科	6	3.1
リウマチ科	5	2.6
精神科	5	2.6
その他	30	15.5

注) 回答数は対象者 194 名の複数回答の結果である。

表2 慢性疼痛を訴える患者の多かった疾患

	回答数 <sup>注1)</sup>	%
脊柱管狭窄症	122	62.9
変形性関節症	114	58.8
関節リウマチ	110	56.7
手術	104	53.6
椎間板ヘルニア	92	47.4
坐骨神経痛	54	27.8
頭痛・偏頭痛	43	22.2
外傷	42	21.6
四十肩・五十肩・肩こり	32	16.5
帯状疱疹後神経痛	25	12.9
脊柱側弯症	22	11.3
腱鞘炎	10	5.2
クローン病	7	3.6
化膿性脊椎炎	5	2.6
圧迫骨折	3	1.5
繊維筋痛症	2	1.0
その他 <sup>注2)</sup>	12	6.2

注1) 回答数は対象者 194 名の複数回答の結果である。

注2) その他: 子宮内膜症, がん性疼痛, 骨折, くも膜下出血後の頭痛, 下腿潰瘍(ASO), 偽痛風, 筋肉痛, 月経困難症, 腰痛, 脊椎カリエス, 腸管浮腫, 褥創

る勤務期間は、47.6±37.1ヶ月(4.0±3.1年)(平均±SD)であり、最短期間1ヶ月、最長期間203ヶ月(16.9年)であった。

経験したことがある診療科の内訳を表1に示す。経験したことのある診療科は整形外科が最も多く148名(76.3%)、次いで消化器内科85名(43.8%)であり、消化器外科64名(33.0%)、神経内科52名(26.8%)、呼吸器内科48名(24.7%)と続いていた。

最近1ヶ月の間に受け持っていた慢性疼痛をもつ患者の疾患について(複数回答)の内訳を表2に示す。慢性疼痛をもつ患者は、脊柱管狭窄症が最も多く122名(62.9%)、以下、変形性関節症114名(58.8%)、関節リウマチ110名(56.7%)と続いていた。

## 2. 慢性疼痛に対する介入の実際

### 1) 慢性疼痛軽減のための介入方法の実践について

慢性疼痛を軽減するために行った事のある介入方法について、表3に示す。医師の指示のもと鎮痛薬(内服)が188名(96.9%)と最も多かった。次いで温罨法144名(74.2%)、傾聴137名(70.6%)、医師の指示のもと鎮痛薬(注射薬)134名(69.1%)と続いていた。少数であるが、音楽療法6名(3.1%)、自律訓練法1名(0.5%)も実施されていた。

### 2) 疼痛緩和のための介入方法の効果の認識

疼痛緩和のための介入方法の効果の認識について表4に示す。最も効果があると答えているのは鎮痛薬(内服)であり、次いで安静、マッサージ、

表3 実施経験がある慢性疼痛緩和のための介入方法  
(複数回答可)

	回答数 <sup>注1)</sup>	%
鎮痛薬 (内服)	188	96.9
温罨法	144	74.2
傾聴	137	70.6
鎮痛薬 (注射薬)	134	69.1
安静	120	61.9
冷罨法	111	57.2
タッチング	102	52.6
気分転換を促す	94	48.5
マッサージ	93	47.9
足浴	62	32.0
運動療法	19	9.8
アロマセラピー	9	4.6
音楽療法	6	3.1
自律訓練法	1	0.5
その他 <sup>注2)</sup>	12	6.2

注1) 回答数は対象者 194 名の複数回答の結果である。

注2) その他：興味があることに気を紛らわす，呼吸法，座薬，湿布，体位(姿勢)の工夫

表4 慢性疼痛緩和のための介入方法の効果の実感 (n=194)

	かなり効果がある		まあまあ効果がある		効果はない		無回答	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%	回答数	%
鎮痛薬 (内服)	134	69.1	59	30.4	0	0.0	1	0.5
安静	45	23.2	108	55.7	15	7.7	26	13.4
マッサージ	44	22.7	122	62.9	10	5.2	18	9.3
温罨法	43	22.2	135	69.6	5	2.6	11	5.7
冷罨法	43	22.2	113	58.2	19	9.8	19	9.8
傾聴	41	21.1	124	63.9	15	7.7	14	7.2
タッチング	34	17.5	116	59.8	23	11.9	21	10.8
足浴	32	16.5	122	62.9	14	7.2	26	13.4
気分転換を促す	30	15.5	116	59.8	24	12.4	24	12.4
鎮痛薬 (注射薬)	11	5.7	162	83.5	21	10.8	0	0.0
アロマセラピー	11	5.7	86	44.3	33	17.0	64	33.0
音楽療法	9	4.6	80	41.2	44	22.7	61	31.4
運動療法	9	4.6	93	47.9	34	17.5	58	29.9
自律訓練法	5	2.6	75	38.7	35	18.0	79	40.7
その他 座薬	2	1.0					192	99.0
体位の工夫	1	.5					193	99.5
湿布			2	1.0			192	99.0

温罨法，冷罨法と続いている。

### 3. 慢性疼痛に対する疼痛緩和のための介入方法の実施と効果の認識の関連

慢性疼痛に対する疼痛緩和のための介入方法を実施している群と実施していない群における，その効果の認識の違いについて，Mann-Whitney-U 検定による分析結果を表5に示す。自律訓練法とその他の介入方法に関しては，実施したことがあると答えた対象者数が1名と少なかったため，分析対象から除外した。

鎮痛薬 (内服) と鎮痛薬 (注射薬) は，慢性疼痛に対する使用の有無による有意差はみられなかつ

た。一方，鎮痛薬以外の疼痛緩和方法に関しては，それぞれの疼痛緩和方法を実施した群は実施していない群と比較して鎮痛効果の評価の平均値が高かった。さらに Mann-Whitney-U 検定の結果，温罨法 ( $p=0.025$ )，冷罨法 ( $p<0.001$ )，足浴 ( $p=0.001$ )，マッサージ ( $p<0.001$ )，タッチング ( $p<0.001$ )，気分転換 ( $p=0.017$ )，アロマセラピー ( $p=0.031$ )，音楽療法 ( $p=0.015$ )，運動療法 ( $p=0.003$ )，安静 ( $p<0.001$ )，傾聴 ( $p=0.005$ ) と鎮痛薬以外のすべての疼痛緩和方法に関して有意差を認めた。実施した群は実施していない群と比較して，介入方法の鎮痛効果の認識が有意に高かった。

表5 疼痛緩和のための介入方法の実施の有無と鎮痛効果の認識

介入方法	実施した群 mean±SD (n)	実施しない群 mean±SD (n)	検定
鎮痛薬(内服)	1.69 ± 0.46 (n=188)	1.80 ± 0.45 (n=5)	n.s.
鎮痛薬(注射薬)	1.90 ± 0.30 (n=134)	1.84 ± 0.37 (n=49)	n.s.
温電法	1.25 ± 0.45 (n=141)	1.05 ± 0.50 (n=41)	*
冷電法	1.28 ± 0.53 (n=110)	0.89 ± 0.59 (n=65)	**
足浴	1.28 ± 0.49 (n=61)	1.01 ± 0.50 (n=107)	**
マッサージ	1.34 ± 0.48 (n=89)	1.05 ± 0.53 (n=87)	**
タッチング	1.21 ± 0.54 (n=100)	0.86 ± 0.56 (n=73)	**
気分転換	1.13 ± 0.54 (n=91)	0.92 ± 0.57 (n=79)	*
アロマセラピー	1.25 ± 0.46 (n=8)	0.80 ± 0.56 (n=122)	*
音楽療法	1.33 ± 0.52 (n=6)	0.71 ± 0.56 (n=127)	*
運動療法	1.17 ± 0.38 (n=18)	0.76 ± 0.53 (n=118)	**
安静	1.30 ± 0.53 (n=114)	0.93 ± 0.58 (n=54)	**
傾聴	1.21 ± 0.54 (n=131)	0.96 ± 0.50 (n=49)	**

注1) Mann-Whitney-U検定  
注2) n.s.: not significant, \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

## V. 考 察

### 1. 対象者の背景

対象者の性別は女性94.8%, 男性4.8%であった。この性別割合は、平成22年度の就業男性看護師の割合は5.6% (厚生労働省, 2011) であったことから、全国の分布と大きな違いはない。対象者の所属していた診療科は整形外科が最も多く、慢性疼痛を訴える患者の疾患も脊柱管狭窄症、変形性関節症、関節リウマチと整形外科関連の疾患が上位を占めた。2013年の調査では「受療率が高い疾患」に腰痛症があり、頻度の高い自覚症状として手足の関節痛があり (厚生労働省, 2014)、今回の調査で整形外科病棟が多かったことは、調査対象の慢性疼痛を抱える患者を看る看護師への調査が行えたと考えられる。

### 2. 慢性疼痛に対する疼痛緩和方法の実際

疼痛緩和方法として、最も多かったのは鎮痛薬 (内服) であった。次いで温電法、傾聴と続き、次に鎮痛薬 (注射薬) となっている。鎮痛薬の使用が上位にあり、使用者の割合も多いことから、

疼痛緩和の主な介入方法は医師の指示のよりの鎮痛薬の使用であると言えるだろう。また、鎮痛薬 (内服) と比較して鎮痛薬 (注射薬) の使用者が少ないことは、がん以外の慢性疼痛に対する介入方法としたため、緊急性がない疼痛に対する疼痛緩和方法と判断された可能性もある。

薬剤以外の疼痛緩和方法として、温電法、傾聴、安静、冷電法、タッチングなどは、半数以上の対象者が実施していると答えている。このことから、慢性疼痛に対する疼痛緩和方法として何らかの鎮痛薬以外の方法も実施していることがうかがえる。また、実施したことのある介入方法の上位に温電法や安静、冷電法が入っているのは、調査対象者の経験したことのある診療科に整形外科病棟が半数以上を占めていることによる考えられる。これは、術後の侵襲による痛みからリハビリによる疼痛に対するケアとして実施されていることが考えられる。

### 3. 慢性疼痛に対する疼痛緩和のための介入方法の実践と効果の認識の関連

鎮痛薬 (内服) と鎮痛薬 (注射薬) のそれぞれの効果の認識について、「効果がない」とした対象者はおらず、実施の有無別にみても有意差を認めなかったことは、鎮痛薬の鎮痛効果を認めていることがわかる。しかし、すべての痛みが鎮痛薬で鎮痛できるわけではないことは、対象者の3割が「効果がある」よりも「まあまあ効果がある」を選択していることからいえるだろう。

鎮痛薬以外の疼痛緩和方法については、それぞれの介入方法を実施している群は、実施していない群と比較すると、それぞれの方法の疼痛緩和効果を有意に認めている。これは、それぞれの介入方法の効果を認識しながら疼痛緩和方法として実践していると言える。先行研究において、温電法、冷電法やマッサージなどは鎮痛効果が認められている疼痛緩和方法である (深井, 2006)。また、疼痛の閾値に影響する因子として、怒りや不安などの心理的要因や緊張感、睡眠なども影響することが言われている (Twycross, Wilcock, Toller, 2010)。薬剤以外の疼痛軽減に対する軽減方法を看護技術として普及していくことが必要であると考えられる。

看護師の臨床判断に影響する因子として医学的知識、経験、推論や予測能力、価値観、看護に対する姿勢などがあり、熟練看護師は新人看護師と



比較すると多くの推論も持つとされる（藤内，宮腰，2005）．今回は対象数が少なくこれらの検討ができないが，今後は知識や経験による影響を調査する必要があるだろう．また，患者の痛みに対して共感することが患者の痛みのケアに直接つながらない可能性が示唆されている（中島，西田，2015）．新人看護師に対し疼痛緩和についてインタビューを行った研究では，マッサージやタッチングなどの鎮痛効果があるのかわからないと答えているものもある（中島，2015）．患者の痛みを何とかしたいと考えていても，実際に鎮痛薬以外の疼痛緩和方法を選択するには，その方法の効果を実感している必要があるのではないか．鎮痛薬以外の介入方法にも鎮痛効果が認められていることを知る臨床教育や，鎮痛薬以外の疼痛緩和方法を実施する機会を増やす働きかけにより，疼痛緩和のための看護技術として実施する看護師が増える可能性がある．

#### 4. 研究の限界

疼痛緩和のための介入方法の実施の有無別に対象を分けると，介入方法によっては実施したことがあると回答した対象者数が10名を下回るものがあり，自律訓練法については実施したことがある対象者数が1名であった．そのため，今後は対象者数を増やし検討していく必要がある．鎮痛薬の使用は多くの患者に行われていると考えられ，今回の疼痛緩和方法の効果の認識は鎮痛薬との併用の効果である場合も考えられる．また，本研究では実施の有無別で効果の認識に違いがあることは明らかになったが，介入方法実施後の効果の実感によるものか，鎮痛効果に関する知識があることによる鎮痛効果の判断であるのかの判断がつかない．看護師は効果があると判断して介入を行い，実践したケアの効果を自己評価しているために肯定的評価へ傾きやすいとも考えられる．そして，疼痛の種類を慢性疼痛としたことにより，様々な疼痛が含まれている．疼痛の種類により，鎮痛効果は変わってくるのが考えられるため，今後はさらに対象を絞り検討していきたい．

## VI. 結 語

慢性疼痛の疼痛緩和方法として，鎮痛薬以外の方法をとっている看護師が対象者の半数以上い

た．また，鎮痛薬以外の疼痛緩和方法を実施している看護師は，実施していない看護師と比較してその疼痛緩和方法の鎮痛効果を有意に認めていた．鎮痛薬以外の介入方法の鎮痛効果に関する教育機会を設けることにより，疼痛緩和のための看護技術として実施する看護師が増える可能性がある．

## 謝 辞

本研究にご協力いただいた A 県内15病院の看護師の皆様，病院看護管理者の皆様，病棟管理者の皆様にご心より感謝申し上げます．

本研究は，京都府立医科大学保健看護研究科において提出した修士論文の一部に加筆修正を行ったものである．

## 文 献

- Bonica, J. J. (1987) : Chronic Non-Cancer Pain, MTA Press, Lancaster-Boston-The Hague-Dordrecht, 11-14.
- 深井喜代子 (2006) : 痛みケアのエビデンス，深井喜代子，実践へのフィードバックで生かすケア技術のエビデンス（第1版），280-291，へるす出版，東京．
- International Association for the Study of Pain (IASP) (1994) : Classification of Chronic Pain, Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy, H. Merskey and N. Bogduk, IASP Press, Seattle, 209-214.
- 伊藤和美，岡崎敦，加藤進太 (2001) : 慢性疼痛に対する看護と介護 一般総合病院病棟看護婦の慢性疼痛に対する意識調査，慢性疼痛，20 (1)，58-61.
- 厚生労働省「慢性の痛みに対する検討会」(2010) : 今後の慢性の痛み対策について (提言)，<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000ri9u-att/2r9852000000ribb.pdf> [検索日：平成23年11月20日]．
- 厚生労働省 (2014) : 国民生活基礎調査，<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001031016> [検索日：平成28年9月15日]
- 熊澤孝朗 (2004) : “痛みの10年” 宣言と脳の世紀，医学の歩み，211 (5)，605-609.
- McCaffery, M., Beebe, A. (1989) ; 季羽倭文子 (1995) : 痛みの看護マニュアル，メヂカルフレンド社，57-288.
- ムンディファーマ (2010) : 痛みに関する大規模調査「Pain

in Japan 2010], <http://www.mundipharma.co.jp/docs/101020pressrelease.pdf> [検索日：平成23年11月18日].

中島真由美, 西田直子 (2015) : 内科, 整形外科患者の慢性疼痛に対する看護介入と看護師の共感性との関連, 日本看護技術学会誌, 14 (1), 78-85.

中島真由美 (2016) : 新人看護師の慢性疼痛のアセスメントに関する研究—新人看護師に対するインタビュー調査より—, 聖泉看護学研究, 5, 35-44.

Takai Yukari, Uchida Yoko (2009) : Frequency and type of chronic pain care approaches used for elderly residents in Japan and the factors influencing these approaches, Japan Journal of Nursing Science, 6 (2), 111-122.

藤内美保, 宮腰由紀子 (2005) : 看護師の臨床判断に関する文献的研究—臨床判断の要素および熟練度の特徴—, 日本職業・災害医学会会誌, 53 (4), 213-219.

Twycross, R., Wilcock, A., Toller, C. T. (2009) / 武田文和 (2010) : トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント, 東京, 医学書院, 13.