

原 著

# 一般病棟に所属する看護師が捉える がん患者のオピオイド使用に対するバリアと介入方法 ～質問票をもとにインタビューを行い 質問紙法による質的内容分析した意識調査～

佐渡総合病院、5階東病棟；看護師

大崎 絢也、齋藤 蛭子、本間 和世

目的：1. がん患者のオピオイド使用に対するバリアを明らかにする。

2. バリアを取り除くためにどのような看護介入が必要であるかを明らかにする。

方法：平成27年9月～10月の期間当院一般病棟に所属する看護師21歳～55歳（平均34.2歳）、経験年数1年～33年（平均11.65年）の20名を対象に質問票をもとにインタビューを実施、質問紙法による質的内容分析（コーディングとカテゴリー化）を行った。

成績：15個のコードから11個のサブカテゴリー、5個のカテゴリーが抽出された(表1)。カテゴリーは、【Ⅰ. 疼痛に対する個々の価値観の相違】、【Ⅱ. オピオイドに対する誤解】、【Ⅲ. 副作用対策が不十分】、【Ⅳ. 希望するタイミングでレスキューができていない】、【Ⅴ. オピオイドを使用しても痛みがとれない】であった。

結論：1. がん患者のオピオイド使用に対するバリアには【Ⅰ. 疼痛に対する個々の価値観の相違】、【Ⅱ. オピオイドに対する誤解】、【Ⅲ. 副作用対策が不十分】、【Ⅳ. 希望するタイミングでレスキューができていない】、【Ⅴ. オピオイドを使用しても痛みがとれない】があった。

2. オピオイドへの抵抗感を軽減するには、患者それぞれの価値観に共感の姿勢を示しながら関わりを続け、信頼関係を築くことが重要である。また、十分な副作用対策と、日常生活への影響をアセスメントし、レスキューの自己管理等を活用して痛みに対し早期に対応していくことが必要である。

キーワード：看護師、がん性疼痛、オピオイド、バリア、オピオイド使用に関する意識調査、質問紙法、質的内容分析、コーディング、カテゴリー化

率は33.3%と低い水準であることがわかった。当院一般病棟の平成26年度のがんによる入院患者は全体の約4割を占めており、必然的にオピオイドを使用する機会が多い。しかし、痛みを我慢し訴えない患者や、説明を行ってもなお痛みを我慢し医療者に伝えない患者が多いという所感がある。そこで、看護師が患者と関わってきた経験からがん患者のオピオイドの使用を妨げる要因（以後バリアと表記する）を明らかにし、介入方法を検討することでより良い疼痛マネジメントに繋がると考え本研究に取り組んだ。

## 対象と方法

1. 対象：平成27年9月～10月の期間当院一般病棟に所属する看護師21歳～55歳（平均34.2歳）、経験年数1年～33年（平均11.65年）の20名を対象にインタビュー調査を行った。
2. 研究期間：平成27年9月～10月に行った。
3. 調査方法：がん疼痛マネジメントを阻害する因子に関する先行研究と既存の文献をもとに、鎮痛を行うことにバリアのある患者との関わりについて質問票を作成した。作成した質問表を用いて当院一般病棟の看護師に対しインタビューを行った。インタビューでは、オピオイド使用に対するバリアのある患者との関わりがあるかを振り返ってもらい、バリアを取り除くために行った看護実践があれば自由に語ってもらった。インタビューの内容は録音した。録音した内容から逐語録を作成し、がん患者のオピオイド使用に対するバリアとなるものをまとめ、コード化・カテゴリー化した。
4. 倫理的配慮：研究目的と方法・調査への参加は自由意思であること、調査内容は本研究以外には使用しないこと、個人のプライバシーを保持することを説明し、インタビュー前に口頭で参加への同意を得た。

緒 言

結 果

当院一般病棟では平成27年3月に入院患者を対象に除痛率調査を実施した結果、当院一般病棟全体の除痛

以下カテゴリーを【 Ⅰ 】、サブカテゴリーを『 Ⅰ-1 』、コードを〈 Ⅰ-1-1 〉と記す。当院一般病棟に所属する看護師20名

を対象に実施した質問紙法による質的内容分析により、【Ⅰ. 疼痛に対する個々の価値観の相違】には、『痛みによって生きていることを実感する』、『我慢を美德とする』があり、〈「痛みを感じないと生きている意味がない。」と言っている人がいた。〉、〈高齢者の方は「この程度の痛みは鎮痛剤はいらない。」と言う人もいた。〉、〈「これくらいなら我慢できるよ。」と言う人がいた。〉があった。【Ⅱ. オピオイドに対する誤解】には、『混乱や幻覚に対する不安がある』、『依存に対する不安がある』、『耐性に対する不安がある』があり、〈麻薬と言うとそれだけびっくりする。「頭がおかしくなるんじゃないか?」とイメージする人がいた。〉、〈せん妄や幻視、幻覚が出てくるのが心配と言う人がいた。〉、〈「クセになるんでしょ?」と話す人がいた。〉、〈「薬が効かなくなるとどうしたらいいのか?」と心配する人がいた。〉があった。【Ⅲ. 副作用対策が不十分】には、『便秘が出現する』、『嘔気が出現する』、『眠気が出現する』があり、〈「便秘になるから嫌だ。」と言う人がいた。〉、〈(レスキューを行うと)「吐き気が来るから嫌だ。」と言う人がいた。〉、〈「眠いんだけどいつまで続くの?」と聞かれたことがあった。〉があった。【Ⅳ. 希望するタイミングでレスキューができない】には、『レスキュー施行まで時間がかかる』、『レスキューの自己管理が普及していない』があり、〈(レスキューを)「欲しい時に持ってきてもらえない。」と言われた。〉、〈「痛い時の5分間が長く感じた。〉、〈「看護師に言ってもすぐに処置してくれないか言っても無駄だ。」と言う人がいた。〉、〈(レスキューは)「自分で管理できるのに。」と言っていた。〉、〈「薬を飲んでも効かないから鎮痛剤はいらない。」と言う人がいた。〉があった。

## 考 察

### 【Ⅰ. 疼痛に対する個々の価値観の相違】

WHOによると、がん患者の70%に主症状として痛みが生じ、その痛みの大半は中等度以上といわれている。さらに、病状の進行とともに増強する痛みは日常生活にも影響を及ぼす。しかし今回のインタビューでは「この程度の痛みなら鎮痛剤はいらない。」や「痛みを感じないと生きている意味がない。」という語りがあり、患者は痛みを感じても我慢してしまう傾向にあることがわかった。岡崎は「痛みが長期に及ぶと周囲に対しても無気力や無関心となるが、痛みがコントロールされると人間としての欲求が出る。」(1)と述べている。痛みを我慢することは睡眠・活動などの日常生活行動に対しても影響を及ぼし、患者が望む生活を送ることができなくなる可能性が考えられる。痛みを我慢することの弊害と、オピオイドを使用することで患者の生活にどのようなメリットがあるか、患者と共に考えながらオピオイドの有用性を理解してもらうことが必要と考える。

しかし、人生経験から培われた価値観は人それぞれであり、苦痛を取り除くことが患者にとっての最善とは限らない。患者の価値観を否定せず、意向に沿ったケアを提供することが必要であると考える。

### 【Ⅱ. オピオイドに対する誤解】

基本原則を守った鎮痛目的の使用では、依存や精神症状が出現することは皆無に等しい。また、オピオイ

ドを適切に使用していれば、鎮痛耐性は形成されにくく、もし耐性が認められた場合でもオピオイドローテーションを行うことで対応できる。しかし、今回のインタビューから「麻薬」という言葉に対する誤った認識は根強く残っており、オピオイドに対する正しい知識の定着を妨げている要因となっていることがわかる。オピオイドが導入されるタイミングで、患者がオピオイドを使用することに対する認識を確認し、必要に応じて誤解を解いていくことが必要となる。[Evidence-Based Medicineに則ったがん疼痛治療ガイドライン]では、オピオイドの服薬指導には繰り返し読むことのできる印刷物の配布が推奨されている。当院一般病棟の緩和ケアチームが作成した「がんの痛み治療パンフレット」を活用し、患者に説明を行うことで、患者が正しい知識を獲得できるように援助する必要があると考える。患者に説明する際には、看護師がオピオイドについての正しい知識をもつことも重要であると考える。

### 【Ⅲ. 副作用対策が不十分】

今回のインタビューでは、嘔気・便秘・眠気を訴えるケースが多かった。嘔気・眠気はオピオイドの副作用である眠気・嘔気は数日から1週間程度出現することがあるが、その後耐性がつくと言われていた。便秘については耐性がつくことはなく、オピオイド使用中はほとんどの患者に出現する。オピオイドの使用に伴い不快な副作用を経験すると、オピオイドの使用を躊躇してしまう要因となる。患者には便秘以外の副作用には耐性がつくこと、副作用を軽減するために、制吐剤や緩下剤も処方されることをあらかじめ説明しておくことで、実際に症状が出現した際に動揺せずに対処できると考える。また、オピオイドを導入されている患者の排便状況、眠気が不快となっていないかなど、日常生活への影響をアセスメントしていく必要がある。また副作用だと思われていた嘔気・便秘・せん妄などの症状の原因がオピオイドだけでなく、他にも原因がある可能性があるため全身状態を評価していくことが必要である。

### 【Ⅳ. 希望するタイミングでレスキューができない】

当院一般病棟では、ほぼ全患者のオピオイド管理を看護師が行っており、患者が疼痛を訴えてからレスキューに至るまでに時間がかかっている。特に人手の少ない夜間はその傾向が顕著である。インタビューでは「(レスキューを)欲しい時に持ってきてくれない」、「看護師に言ってもすぐに処置してくれないから言っても無駄だ」という語りがあり、疼痛が出現していても看護師がすぐに対応できていないことから、看護師に痛みを伝えることを諦めている現状が明らかとなった。看護師はこの現状を受け止め、患者にレスキューを使用することは優先度の高いケアであることを今一度認識する必要があると考える。

当院一般病棟ではレスキューの自己管理について「オピオイド・レスキュー患者管理フロー」が構築されているが、当院一般病棟においてレスキューの自己管理は主流にない。平成26年度の当院一般病棟の入院患者平均年齢は72.4歳であり、加齢に伴う認知機能の低下から自己管理が困難な場合も考えられる。しかし、自らの痛みに対して患者自身が服薬を管理することは患者の良好な痛みのコントロールを可能にするだけでなく、退院後の自己管理への不安をなくすことにもつながる。まずはオピオイド導入中の患者には、介

入フローに沿って積極的にスクリーニングを行い、レスキューの自己管理が可能であるか見極める必要があると考える。

【V. オピオイドを使用しても痛みが取れない】

患者がオピオイドの鎮痛効果を十分に実感できていない背景には、看護師が患者の痛みについて十分に評価できていない現状があると考えられる。症状に対する理解や知識が曖昧であると観察やアセスメントに影響し、適切な薬剤の選択ができない。吉田はがん患者を対象に面接調査を行っており、痛みのコントロールに対して「痛みが強いほど不満も強く、医療者には何もしてもらえないので痛みを訴えても無駄であると捉えていた。」(2)と述べている。患者が痛みを訴えるのをやめてしまうと、医療者は患者の痛みに気づくことができず、患者はさらに苦痛を我慢してしまうという悪循環に陥ってしまう。患者に痛みをありのままに伝えるよう説明するとともに、看護師は患者を観察し、患者が感じている痛みを捉えることが重要であると考えられる。痛みの観察を行うツールとして当院一般病棟には緩和ケアチームが作成した「痛みの観察シート」がある。「痛みの観察シート」を用いて得た情報から評価を行い、痛みの緩和が不十分であれば緩和ケアチームリンクナースに伝達しコンサルテーションしていくことが有効であると考えられる。看護の経験年数や勤務してきた部署の違いにより疼痛緩和の経験にもばらつきがある一般病棟では、緩和ケアチームへのコンサルテーションを活用することで疼痛緩和の経験を積むことができ、個人のスキルアップにつながるかと考える。

文 献

1. 岡崎寿美子. 痛みが及ぼす日常生活行動の変化と対処行動. *Pharma Medica* 1995; 13: 221.
2. 吉田みつ子. 痛みのある癌患者の日常生活の安寧感と痛みのコントロール. *日本看護化学会誌* 1997; 17: 62.
3. 武田文和. がんの痛みからの解放—WHO方式がん疼痛治療法. 2版. 東京: 金原出版株式会社; 1996. 3-41頁.
4. 日本緩和医療学会・がん疼痛治療ガイドライン作成委員会. Evidence-Based-Medicineに則ったがん疼痛治療ガイドライン. 東京: 真興交易(株)医書出版部; 2000. 92頁.

英 文 抄 録

Original article

The nurse's qualitative content analysis about the barrier and its intervention to opioid use to patients with cancer in a general ward by the questionnaire method

Sado General Hospital, the fifth-floor eastern ward; nurse Junya Osaki, Keiko Saito, Kazuyo Honma

Objective: 1. Determine a barrier to the opioid use of patients with cancer. 2. Determine what kind of nursing intervention is necessary to remove a barrier.

Study design: An interview based on questionnaire was done to 20 nurses in our ward about the opioid usage in 2015. They were 21 to 55 year-old, an average of 34.2 year-old, and had an experience of nursing service of 1 to 33 years, an average of 11.7 years. The questionnaire method involved the qualitative content analysis: coding and categorization.

Results: Five categories, 11 subcategories, and 15 codes were found (Table 1). The categories included: I. the difference in individual sense of values for the pain], II. the misunderstanding for opioids, III. the insufficient measures against side effects, IV. the inadequate timing to rescue, and V. the failure of opioid effects.

Conclusions: Categories of barriers to the opioid use in patients with cancer were as follows: I. the difference in individual sense of values for the pain], II. the misunderstanding for opioids, III. the insufficient measures against side effects, IV. the inadequate timing to rescue, and V. the failure of opioid effects. It was important to establish relationship of mutual trust between the patients and us by showing sympathetic posture. Also, it is necessary to make the self-care of the rescue and cope for a pain early.

Key words: nurse, cancer pain, opioid, barrier, consciousness investigation about the opioid use, questionnaire method, qualitative content analysis, coding, categorization

表1. 当院一般病棟の看護師が捉える、がん患者のオピオイド使用に対するバリア

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
I. 疼痛に対する個々の価値観の相違	1. 痛みによって生きていることを実感する	「痛みを感じないと生きている意味がない。」と言っている人がいた。
	2. 我慢を美德とする	高齢者の方は「この程度の痛みは鎮痛剤はいらない。」と言う人もいた。 「これくらいなら我慢できるよ。」と言う人がいた。
II. オピオイドに対する誤解	3. 混乱や幻覚に対する不安がある	麻薬と言うとそれでびっくりする。「頭がおかしくなるんじゃないか？」とイメージする人がいた。 せん妄や幻視、幻覚が出てくるのが心配と言う人がいた。
	4. 依存に対する不安がある	「癖になるんでしょ？」と話す人がいた。
	5. 耐性に対する不安がある	「薬が効かなくなるとどうしたらいいのか？」と心配する人がいた。
III. 副作用対策が不十分	6. 便秘が出現する	「便秘になるから嫌だ。」と言う人がいた。
	7. 嘔気が出現する	(レスキューを行うと)「吐き気が出るから嫌だ。」と言う人がいた。
	8. 眠気が出現する	「眠いんだけどいつまで続くの？」と聞かれたことがあった。
IV. 希望するタイミングでレスキューができない	9. レスキュー施行まで時間がかかる	(レスキューを)「欲しい時に持ってきてもらえない。」と言われた。
		「痛い時の5分間が長く感じた。」と言われた。 「看護師に言ってもすぐに処置してくれないから言っても無駄だ。」という人がいた。
	10. レスキューの自己管理が普及していない	(レスキューは)「自分で管理できるのに。」と言っていた。
V. オピオイドを使用しても痛みがとれない	11. 鎮痛効果を十分に実感できない	「薬を飲んでも効かないから鎮痛剤はいらない。」と言う人がいた。

15 のコードから 11 個のサブカテゴリー、5 個のカテゴリーが抽出された。

(2012/12/22受付)