

患者による入院中の痛みに対する医療者への期待と 医療者による患者の痛みへの対応の相違について

聖路加国際病院 医療情報課
診療情報管理士 堀川 知香

(共同研究者)

聖路加国際病院 ヘルニアセンター

センター長 嶋田 元

聖路加国際大学公衆衛生大学院 公衆衛生学研究科

教授 大出 幸子

はじめに

厚生労働省の調べによると、現役世代の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年頃から75歳（後期高齢者）へ到達するようになり、2040年頃に65歳以上人口の増加がピークを迎える。これに伴い、入院患者数・手術件数など医療需要のさらなる増加が見込まれている⁽¹⁾。周術期に頻発する術後疼痛は患者の状態を著しく低下させ、ことさら高齢者における持続的な疼痛は、高頻度で術後せん妄の発症を誘発し、入院期間の延長につながる。このため、疼痛に対する適切なケアは重要であり、良好なコントロールは、在院日数の短縮、日常生活動作（ADL）の改善、他院への転院率が減少に寄与するとされている⁽²⁾。しかしながら、疼痛は主観的であり、客観的な評価が非常に難しい。多くの医療者が「NRS（Numeric Rating Scale）4以上が対処すべき痛みの対象」と考えていると予測する一方で、病院事務職員を対象としたアンケート調査によると、夜間入院中にナースコールをする痛みの強さはNRS7以上が60%、痛みの持続時間は20～30分以上が66%、鎮痛薬の使用後20～30分以内に効果がでると考えているのは81%、鎮痛薬を使用すると次回以降効きにくくなると考えている人が41%であり、医師・看護師と病院事務間には基礎知識や実臨床の経験によって、痛みに対する対応やケアの期待に違いがある可能性が示された⁽³⁾。そこで本研究では、調査パネルを用いた過去1年以内に入院手術を行った経験がある一般の方と都心および地方の3施設に勤務する医師・看護師を対象に、周術期の疼痛評価と鎮痛薬に対する価値観の相違を明らかにすることを目的にアンケート調査を実施した。調査項目は、それぞれの背景因子として、共通項目は性別、年齢、包括的な健康関連QOLを評価するSF-8⁽⁴⁾、一般の方のみの項目は職業、住まいの都道府県、医療者のみの項目は職種、医療者としての経験年数とした。内容は、一般の方は自身のこと、医療者は患者のことを想定した痛みと鎮痛薬に関する共通項目を設定した。SF-8は、8つの設問回答結果からスコアリングプログラムを用いて、「身体機能」、「日常役割機能（身体）」、「体の痛み」、「全体的健康感」、「活力」、「社会生活機能」、「日常役割機能（精神）」、「心の健康」の8つの健康概念を下位尺度として算出し、さらにこれをもとに2つのサマリースコアである「身体的サマリースコア」と「精神的サマ

リースコア」を算出した。分析方法は、一般の方と医療者の2群に分け、両群間の比較を行い、痛みの程度をアウトカムとし、多変量ロジスティック回帰分析を用いて、疼痛評価に対する価値観の相違について評価した。

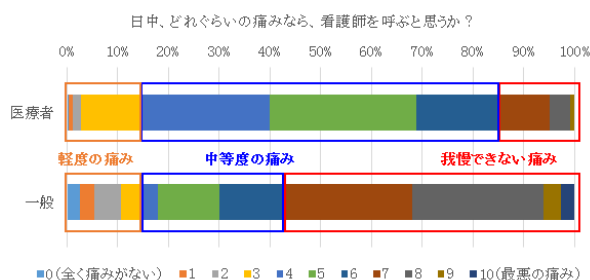
結 果

調査パネルは150名の回答で打ち切り、2施設は最低50人の回答で打ち切りとし、A病院は54名、B病院は52名、C病院は常勤医師・看護師を対象に送付し144名(回答率12.5%)から回答を得た。

表1 背景因子

	医療者 (n=250)	一般 (n=150)
年齢 (y, mean±SD)	37.0±11.7	55.6±17.9
性別：男性	77名(30.8%)	88名(58.7%)
：女性	173名(69.2%)	62名(41.3%)
身体的サマリースコア	49.75±6.49	47.81±6.99
精神的サマリースコア	48.65±6.59	48.01±7.15

図1 痛みに関する設問



サマリースコアは値が高いほどQOLがよいと評価され、日本国民全体の標準値が50点である。表1より、医療者の身体的サマリースコアは一般の方より2点高く、精神的サマリースコアは同等の結果を示した。医療者は、医師86名、看護師164名、経験年数0～3年52名、4～6年44名、7～10年24名、11～15年28名、16～20年32名、20年以上70名、一般の方の職業は上位から会社員48名、定年退職28名、専業主婦・主夫24名、住まいは上位から東京都24名、大阪府17名、神奈川県13名であった。図1より、医療者の70%は中等度の痛みで患者は看護師を呼ぶだろうと考えているのに対し、一般の方が中等度の痛みで看護師を呼ぶのは28%であった。そこで、軽度の痛みと中等度の痛みと回答した2群を対象に比較した結果、医療者であるか一般の方であるかと年齢において、有意な差を認めた。また、医療者に限定しても年齢では有意差を認めたものの、職種では認められなかった。(表2)

表2 看護師を呼ぶ痛みの強さをアウトカムとした背景因子

	軽度の痛み (n=59)	中等度の痛み (n=217)	p-value
年齢 歳	48.7±16.0	39.7±14.7	<0.001
医療者 n, (%)	37(62.7)	175(80.6)	0.004
男性 n, (%)	26(44.1)	84(38.7)	0.456
	軽度の痛み (n=37)	中等度の痛み (n=175)	p-value
年齢 歳	41.3±10.9	36.6(11.6)	0.027
医師 n, (%)	13(35.1)	60(34.3)	0.921

アウトカムを中等度の痛みにして、多変量解析を行うため、変数として、区分(医師または一般)、性別、年齢区分(20～34歳、35～44歳、45～64歳、65歳以上)、看護師を

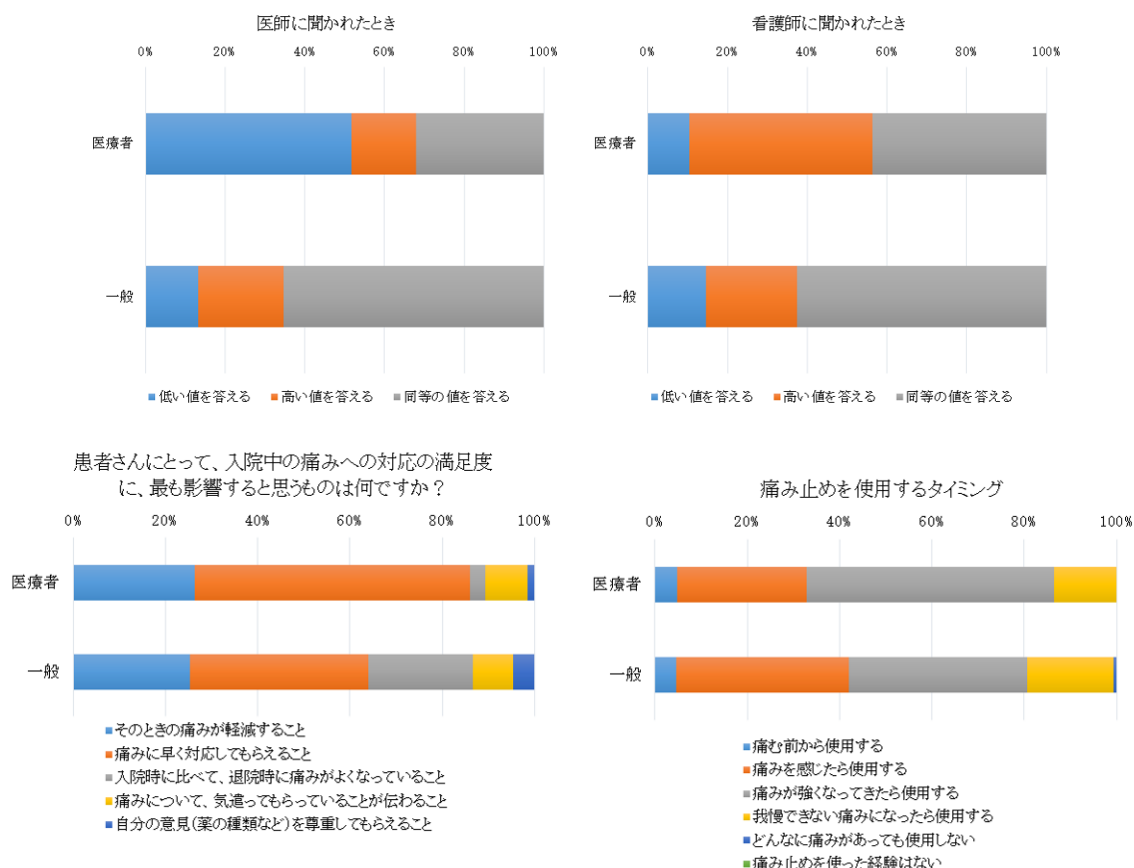
呼ぶタイミング（30分未満、30分以上）、鎮痛薬使用に対する抵抗の有無を選択した。多変量解析の結果、年齢が上がると軽度の痛みでも看護師を呼ぶ確率が高くなり、20～34歳と比べて、45～64歳では3.5倍、65歳以上では4倍となった。また、30分以上経過してから看護師を呼ぶに比べて、30分未満で看護師を呼ぶが3.5倍、さらに、鎮痛薬使用における抵抗があるに比べて、なしが3倍となった。（表3）

表3 看護師を呼ぶ痛みの強さ「中等度の痛み」をアウトカムとしたロジスティック回帰分析

	オッズ比(95%信頼区間)	p-value
区分:一般	1.827(0.779-4.285)	0.166
性別:女性	1.398(0.694-2.818)	0.348
年齢:34～44歳	0.789(0.296-2.108)	0.637
:45～64歳	3.525(1.588-7.824)	0.002
:65歳以上	4.002(1.217-13.154)	0.022
看護師を呼ぶタイミング:30分未満	3.548(1.346-9.353)	0.010
鎮痛薬使用における抵抗の有無:なし	3.044(1.317-7.036)	0.009

図2 アンケート調査結果

痛みについて聞かれたとき、実際の痛みより低い値を答えると思うか？高い値を答えると思うか？



アンケート調査項目においては、医師に聞かれた場合と看護師に聞かれた場合に、実際の痛みより高い値を答えるか、または低い値を答えるかの設問を用意したところ、医療者は、医師に聞かれた場合は低い値を答え、看護師に聞かれた場合は高い値を答えるだろうと回答したが、一般の方は職種に関係なく、実際の痛み同等の値を答えると回答した割合が最も高い結果であった。入院中の痛みへの対応の満足度と痛み止めを使用するタイミングについては、医療者と一般の大きな違いはない結果であった。(図2)

考 察

入院手術患者における術後急性疼痛の頻度は100%との報告もある通り、頻度の高い状態であり、近年、術後疼痛管理チーム(APS: Acute Pain Service)の活躍が期待されている。しかしながら、日本麻酔科学会の調査によると術後疼痛管理チームを導入している施設はまだ3割程度であり、その体制はまだ十分とは言えない⁽⁵⁾。そのため、効率よく回診するためにも、医療者と患者の認識の相違については把握することが重要である。図1より、患者に呼ばれた場合の痛みは中等度であろうと考えている医療者が多い一方で、一般の結果を見ると、呼んだ時点で我慢できない痛みである可能性が示されている。入院中の痛みへの対応の満足度に影響するものとして、「そのときの痛みが軽減すること」、「痛みにも早く対応してもらえらること」と回答が多いことを考えると、患者の背景や状態を把握し、より早く介入することが満足度向上につながることを考える。乳房一次二期再建におけるエキスパンダー挿入術の術後疼痛に対して、持続前胸壁ブロックによる疼痛管理⁽⁶⁾や人工膝関節全置換術患者の神経ブロック併用により術直後の疼痛が緩和された⁽²⁾など、疾患や術式によって、医療者側は術後疼痛管理を様々な角度から行っており、研究も多くなされている。疼痛とは、「実際の組織の損傷または潜在的な組織の損傷と関連した、またはそのような損傷によって特徴づけられる情緒的な体験」と定義されている⁽⁷⁾。すなわち、疼痛には多面性があり、1つは身体における痛みの部位、強度、持続性などを識別した痛みの感覚の面、もう1つは過去に経験した痛みの記憶、注意、予測などに関連して身体にとっての痛みの意義を分析する認知の面、さらにもう1つはそれを不快に感じる情動・感情の面である。つまり、これらの多面性が客観的に評価することを困難にしており、同じ疾患や術式の患者であっても、痛みの度合いが異なる所以である。今回、経験した手術内容は問わず、入院手術を行った一般の方と日々患者を診ている医療者を対象に調査しており、基本となる調査ができたと考える。職種や性別は問わず、45歳以上の中高年・高齢者は、20～34歳に比べると、軽度な痛みでも看護師を呼ぶことが明らかとなった。また、看護師を呼ぶまでの痛みの継続時間は30分未満と短いこと、鎮痛薬使用の抵抗がないことのほうが、軽度な痛みでも看護師を呼ぶことがわかった。呼ばれる看護師側の意見として、山本らによると、鎮痛管理の限界と困難感、医療者の疼痛管理の認識不足、緩和ケア不足とジレンマ、医療者の協働不足、疼痛管理システムの未整備の5カテゴリーが術後疼痛管理における問題であることを明らかにしている。これら

を解決するためには、積極的に鎮痛緩和が図れるよう医療者の認識を高めていく必要があり、術後疼痛管理に関する組織的な基準整備とともに、多職種チームによる情報共有や検討会の拡充、医療者への術後疼痛管理に関する教育体制の確立が急務であると述べられている⁽⁸⁾。図2に示したように、医療者は医師と看護師に聞かれた場合、患者の答えが変わるであろうと考えているが、一般、つまり患者は職種による違いは無いことが明らかになった。しかし、医師、看護師どちらに聞かれても、約1割の患者は実際より低い値を答え、約2割の患者は実際より高い値を答えることもわかった。痛み止めを使用するタイミングとしては、「痛みを感じたら使用する」、「痛みが強くなってきたら使用する」の割合が高く、痛みへの対応の早さと痛みの軽減が満足度に影響すること、術後急性疼痛の頻度は100%であることから、医療者は、術後早期に鎮痛薬処方など、痛みの軽減に向けた対応を行うことが必要である。患者が評価する疼痛コントロールに対する満足度が向上した改善策として、1.痛みの評価を統一するため看護師向けの運用マニュアルを作成し周知する、2.薬剤師からの手術前説明時にNRSについて、鎮痛薬の効果の発現時期などについて説明する、3.クリニカルパスに組み込まれている薬剤について、疼痛軽減を目的とした他剤への変更もしくは用法用量の変更が可能か、各診療科へ個別ヒアリングを実施する、4.院内勉強会を開催し、これまでの知見を共有する、5.麻酔科を中心とした院内統一の鎮痛プロトコルを作成する、6.麻酔科による術後疼痛管理チームの作成と術後病棟ラウンドを実施する、といった方法が挙げられている⁽³⁾。本研究においては、医療者と患者の異なる考え、共通する考えを明らかにすることができた。すでに報告されている改善策などもあることから、医療者はいち早く患者の痛みに対して対応し、患者の生活の質の向上に繋がることを期待する。

要 約

本研究の目的は、周術期の疼痛評価と鎮痛薬に対する医療者と一般の方の価値観の相違を明らかにすることである。団塊の世代が高齢化する中、入院患者の疼痛管理は重要であり、特に高齢者における適切な疼痛管理が求められている。調査結果では、医療者の70%は中等度の痛みで患者は看護師を呼ぶだろうと考えているのに対し、一般の方が中等度の痛みで看護師を呼ぶのは28%であった。また、年齢が上がるほど軽度の痛みでも看護師を呼ぶ傾向があることが示された。痛み止めを使用するタイミングとしては、「痛みを感じたら使用する」、「痛みが強くなってきたら使用する」の割合が高く、痛みへの対応の早さと痛みの軽減が満足度に影響すること、術後急性疼痛の頻度は100%であることから、医療者は、術後早期に鎮痛薬処方など、痛みの軽減に向けた対応を行うことが必要である。

文 献

1. 厚生労働省、第8次医療計画及び地域医療構想に関する状況、令和4年9月15日
2. 川井 俊介ら、持続大腿神経ブロックと座骨神経ブロックを併用した人工膝関節全置換術の検討：
倉敷中央病院年報74巻 27-30、2011
3. 嶋田 元、疼痛コントロールにおけるPX（患者経験）、PRO（患者報告アウトカム）による質改善、
日本クリニカルパス学会誌 Vo.22 No.3、2020
4. 福原俊一、鈴嶋よしみ SF-8™日本語版マニュアル：Qualitest株式会社、京都、2004、2019
5. 公益社団法人日本麻酔科学会、術後疼痛管理チーム（APSチーム）運営に関する実態調査結果のご
報告、2024
6. 尾上貴紀ら、乳癌術後エキスパンダー挿入術における持続前胸壁ブロックによる術後疼痛管理の有
用性について、Oncoplastic Breast Surgery 5 (4) : 82-87、2020
7. Merskey H, Bogduk N : Classification of Chronic Pain, IASP Task Force on Taxonomy. 2nd Ed,
IASP press, Seattle, 1994
8. 山本 奈央ら、外科系病棟看護師が捉える術後疼痛管理における問題、Journal of Japan Academy
of Critical Care Nursing Vol.10, No.3 : 35-44、2014