

看護師が捉えた重症心身障害児の痛みのサインと原因

大 北 真 弓

Nurses' perceptions about the signs and causes of the pain experienced by children with severe motor and intellectual disabilities

Mayumi OKITA

Abstract

The aim of this study was to clarify how nurses perceived the signs and causes of pain experienced by children with severe motor and intellectual disabilities (SMID). Eight visiting nurses participated in a semi-structured interview. The extracted qualitative data was analyzed using Berelson's Content Analysis. As a result, the causes of pain recognized by nurses were 11 categories, including "sputum and suction" and "body position changing". The signs of pain recognized by nurses were 8 behavioral responses, including "crying", "frowning" and "tensing," and 3 physiological responses such as "increased heart rate". To prevent or relieve the pain of children with SMID, it is necessary to understand for nurses the pain of children with SMID, and to assess their pain correctly.

Key Words: severe motor and intellectual disabilities, pain, causes, signs

1. 序論

重症心身障害児（以下、重症児とする）とは、肢体不自由と知的障害を併せ持つ子どもであり、福祉施設入所のための要件として用いられた日本独自の概念である。千葉県の調査（2018）では、医療的ケアを必要とする子ども（533名）の64%は重症心身障害があり、重症児（621名）の55%は医療的ケアが必要な子どもであった。医療の進歩に伴い、医療依存度の高い重症児が増加している。

重症児は、言葉で自分が体験している痛みを説明することが難しい。痛みは主観的なものであり、言語表出できない重度の神経障害や認知障害をもつ子どもの痛みは、非典型的で個人差があり、長い間理解されず、疼痛管理も不十分であったこと（Oberlander et al., 2006）、小児領域の中でも彼らに対する疼痛緩和ケアが最も難しいこと（Warlow et al., 2018）が言われている。重症児とのコミュニケーションや感情を捉える難しさ

に関する先行研究では、看護師は重症児の反応を理解する方法が見つからず、戸惑いや不安、困難を抱き（落合ら, 2010；甲斐ら, 2011）、それは、重症児看護経験年数が少ない看護師ほど強く（亀山, 2010）、看護師は重症児が表すサインを捉えることに自信を持つことができていなかった（大北, 2019；市江, 2008）。また、重症児の反応が乏しいと目が向きにくくケアに積極的になれず（永瀬, 2007）、看護に空虚感や苦手意識を持ち、自己満足なケアとなっているのではないかと不安を感じていたこと（福山ら, 2009）が報告されている。

一方で、重症児の痛みの原因やどのように彼らの痛みのサインを捉えるのかについて明らかにした研究は見当たらない。海外では、重度神経障害児は筋骨格系の障害やけいれんなどに起因した多くの痛みを抱えていることが明らかにされており、その原因の多くは、①胃食道逆流症、便秘などの消化器症状に関連した痛み、②けいれん、股関節脱臼、同一体位による関節や背部痛み、③耳や歯の痛みなどの偶発的な痛み、④理学療

法などの補助具や装具に関連した痛みであった (Hunt, 2003)。看護師が重症児の痛みの原因や痛みのサインを知ることで、重症児の痛みを早期に発見し、疼痛緩和ケアにつながることを期待される。

そこで本研究では、在宅療養中の重症児をケアする訪問看護師が捉えた重症児の痛みのサインとその原因を明らかにすることを目的とし、重症児の痛みの評価方法について検討する。

2. 用語の操作的定義

本研究における痛みとは、重症児が経験する不快な感覚・情動体験とし、全身を使って表出している痛み行動反応および生理学的反応を痛みのサインとして捉えることとする。

3. 研究方法

1) 研究デザイン

質的記述的研究

2) 研究対象者と調査依頼方法

対象者は、重症児 (18 歳未満, 大島分類 1~4) の看護経験が 1 年以上ある訪問看護師とした。A 県内 5 か所の訪問看護ステーション管理者にご紹介いただいた看護師 8 名に対して研究内容を文書と口頭で説明し、書面にて同意を得た。

3) 調査期間

2018 年 3 月から 5 月

4) 調査方法

インタビューガイドを用いた半構造化面接を行った。インタビュー内容は、本人の承諾を得たうえで IC レコーダーを用いて録音した。音声データは匿名化し、逐語録を作成した。質問項目は、看護経験年数と小児訪問看護経験年数、訪問したことのある重症児 1 名について、①そのお子様にはどのような痛みがありましたか、②その痛みの原因は何だと考えられましたか、③お子様のどのような反応を観察して痛みがあると判断しましたか、であった。

5) 分析方法

重症児のサインと原因に関するデータは、Berelson の内容分析法に基づいて分析した。この内容分析法は、表現されたコミュニケーション内容を客観的、体系的、かつ数量的に記述する調査技法である。逐語録から重

症児の痛みのサインと原因を表している文脈を抽出し、その内容を損なわないように意味単位ごとにデータ化し、それを記録単位とした。全ての記録単位を内容の類似性に従って分類し、抽象度を高めて同一記録単位群とした。同一記録単位群は、個々の内容と全同一記録単位群の中での位置づけ、データの分類やネーミングの適切性について検討した上で決定した。同一記録単位群は、さらに類似性に従って分類し、高次概念でカテゴリー化した。信頼性と妥当性の確保のため、データ分析の過程において Berelson の内容分析法を熟知した小児看護学研究者にスーパービジョンを受けた。分析結果の信頼性を確保するために、小児看護学研究者 2 名によるスコットの一致率を算出した。本研究でのスコットの一致率は痛みのサインが 79.7~86.5%、痛みの原因が 82.4% であり、一致率 70% 以上で信頼性を確保していると判断する舟島 (2007) の見解に基づき信頼性が確保された。

6) 倫理的配慮

本研究は、三重大学医学部附属病院医学系研究倫理審査委員会の承認を得て実施した (承認番号: No.1781)。A 県内の訪問看護ステーション管理者および協力候補者に、文書および口頭で研究の主旨を説明し、書面にて同意を得た。その際に、研究参加は任意であり、参加・不参加による不利益が生じないこと、いつでも中止・中断できること、データの管理は厳重にして匿名化を保持すること、音声データは逐語録を作成後に破棄すること、研究成果を発表した後にデータを破棄することなどを説明した。インタビューは研究協力者の希望の日時に、希望場所に研究者が赴き、個室で実施した。

4. 結果

1) 研究参加者の概要

研究参加者は A 県 5 か所の訪問看護師 8 名であった。看護師経験年数は平均 21.9 年 (11~27 年)、小児訪問看護経験年数は平均 7.0 年 (3~17 年) であった。面接時間は平均 54 分 (41~63 分) であった。

2) 訪問看護師が認識した重症児の痛みのサイン

重症児の痛みのサインを表 1 に示す。痛みのサインは、80 記録単位が抽出され、内容の類似性に従って抽象度を高めた結果、24 同一記録単位群と 11 のカテゴリーが得られた。以下、記録単位数の多いものから順に、カテゴリーの意味内容を説明する。なお、カテゴリーを【】、同一記録単位群を<>、参加者の発言を「」で示し、() 内にはカテゴリーを形成した記録単位

数とそれが記録単位総数に占める割合を記した。

(1) 【筋緊張が強くなる】(16 記録単位, 20.0%)

このカテゴリーは、「上肢がぎゅーっとねじれる感じになる」「力が入って足がぴんと伸びてしまう」「身体に触れると、全身に力がぎゅーっと入るのは苦痛なのだと思う」など、痛み刺激が加わった際に、手足にぎゅーっと力が入ったり、全身を硬直させたりする行動反応を表していた。

(2) 【感情を表した表情になる】(13 記録単位, 16.3%)

このカテゴリーは、「痛い時、苦しい時に顔をしかめる」「子どもは不快なことがあると、怒ったような表情になる」「つらい時は悲しそうな表情になる」など、痛みによって表情が変化した様子を表していた。表情の変化は、＜険しい表情になる＞＜怒った表情になる＞＜悲しい表情になる＞などがあり、顔全体で表される反応であった。

(3) 【涙を流したり、泣き顔になったりする】(11 記録単位, 13.8%)

このカテゴリーは、「つらい時は声にならない声で泣く」「痙攣でつらい時は涙がじわっとにじむ」など、痛みによって泣く様子を表していた。

(4) 【心拍数(脈拍数)が増加する】(11 記録単位, 13.8%)

このカテゴリーは、「苦痛を感じている時は、心拍数が20~30回/分くらい上昇する」など、痛みの生理学的反応として、SpO₂モニターを見て心拍数の増加を捉えていた。

(5) 【いつもより元気がなかったり、じっとして動かなくなる】(10 記録単位, 12.5%)

このカテゴリーは、「つらい時は動かない」「不快に感じている時は、何となく元気がない」など、＜動きが弱くなる＞＜何となく元気がなくなる＞など、普段の様子と比べて行動が低下した様子を表していた。

(6) 【口や舌の動きが止まったり、活発になったりする】(5 記録単位, 6.3%)

このカテゴリーは、「痛い時、苦しい時に口をすばめる」「嘔吐前は舌の動きが活発になる」など、痛みの行動反応として口や舌の動きが変化したことを表していた。

(7) 【目ぢからがなくなったり、目を見開いたりする】(5 記録単位, 6.3%)

このカテゴリーは、「苦痛を感じている時は、視線がうつろな感じになる」「痛いときは、カッと目を見開

表1 重症心身障害児の痛みのサイン

同一記録単位群	記録単位数	カテゴリー	記録単位数(%)
身体全体に緊張が入る	8	筋緊張が強くなる	16 (20.0)
下肢の緊張が増強する	5		
上肢の緊張が増強する	3		
険しい表情になる	7	感情を表した表情になる	13 (16.3)
表情が固まる	3		
怒った表情になる	2		
悲しい表情になる	1		
泣く	8	涙を流したり、泣き顔になったりする	11 (13.8)
心拍数が増加する	6	心拍数(脈拍数)が増加する	11 (13.8)
脈拍数が増加する	5		
動きがなくなる/固まる	6	いつもよりも元気がなかったり、じっとして動かなくなる	10 (12.5)
何となく元気がなくなる	2		
動きが弱くなる	1		
身体を丸くする	1		
口の動きが固まる	3	口や舌の動きが止まったり、活発になったりする	5 (6.3)
舌の動きがいつもと違う	2		
大きく目を見開く	3	目ぢからがなくなったり、目を見開いたりする	5 (6.3)
SpO ₂ が低下する	2	呼吸状態が悪くなる	4 (5.0)
呼吸が苦しくなる	2		
全身を使って抵抗する	2	全身で抵抗する	2 (2.5)
手足が振戦する	2	手足が振戦する	2 (2.5)
体温が上昇する	1	体温が上昇する	1 (1.3)
		記録単位総数	80 (100.0)

く」など、痛みの行動反応として目の動きが変化したことを表していた。

(8)【呼吸状態が悪くなる】(4 記録単位, 5.0%)

このカテゴリーは、「嫌がる時に SpO₂ が低下する」「痛がっている時は、呼吸が苦しそうにみえる」など、痛みによって気管内分泌物が増加して〈呼吸が苦しくなる〉ことや、SpO₂ モニターを見て SpO₂ の低下を捉えていた。

(9)【全身で抵抗する】(2 記録単位, 2.5%)

このカテゴリーは、「身体を大きく動かして抵抗する」など、顔も手足もすべてを激しく動かして痛み刺激から逃げようとする行動反応を表していた。

(10)【手足が振戦する】(2 記録単位, 2.5%)

このカテゴリーは、「嫌な時は、手足を振戦させる」など、痛みによって手足が小刻みに震える様子を表していた。

(11)【体温が上昇する】(1 記録単位, 1.3%)

このカテゴリーは、「痛い時は、体温が上昇する」という痛みによって全身に力が入り、体温が上昇する生理学的反応を表していた。

3) 訪問看護師が認識した重症児の痛みの原因

重症児の痛みの原因を表 2 に示す。痛みの原因は、

63 記録単位が抽出され、内容の類似性に従って抽象度を高めた結果、21 同一記録単位群と 11 のカテゴリーが得られた。以下、記録単位数の多いものから順に、カテゴリーの意味内容を説明する。なお、カテゴリーを【】、同一記録単位群を<>、協力者の発言を「」で示し、() 内にはカテゴリーを形成した記録単位数とそれが記録単位総数に占める割合を記した。

(1)【痰の貯留や吸引】(11 記録単位, 17.5%)

「痰がゼロゼロしてくると苦痛が大きい」「吸引刺激で緊張が強くなる」など、気管切開の有無に関係なく、気道クリアランスの不良が重症児の痛みの原因であると認識していた。

(2)【嘔吐】(10 記録単位, 15.9%)

「嘔吐前に四肢の緊張が強くなる」「嘔吐が頻回で、苦しそうに絞り出すようにして吐く」など、頻回な嘔吐が痛みの原因であると認識していた。

(3)【感覚刺激が加わった時】(9 記録単位, 14.3%)

「身体に触れると全身にぎゅっと力が入るのは苦痛だからである」「声の入った音楽を聞くと不快な顔になる」「冷たいガーゼが口に当たるのを嫌がる」など、感覚過敏性がある重症児の<身体に触れられる苦痛><音の不快さ><体感温度の不快さ>を認識していた。

(4)【体位変換】(8 記録単位, 12.7%)

表 2 重症心身障害児の痛みの原因

同一記録単位群	記録単位数	カテゴリー	記録単位数 (%)
痰の吸引による苦痛	9	痰の貯留や吸引	11 (17.5)
痰の貯留による不快感	2		
嘔吐に伴う苦痛	10	嘔吐	10 (15.9)
身体に触れられる苦痛	3	感覚刺激が加わった時	9 (14.3)
音の不快さ	3		
体感温度の不快さ	3		
苦手な体位をとる苦痛	3	体位変換	8 (12.7)
体位変換の苦痛	3		
脱臼による痛み	2	痙攣	7 (11.1)
痙攣による身体の痛み	4		
痙攣発作が起こる苦痛	3		
治療に伴う苦痛	2	治療・処置・ケア	6 (9.5)
気管切開管理に関する苦痛	2		
口腔内保清に関する苦痛	1		
検温測定時の苦痛	1	長時間の同一体位	5 (7.9)
長時間の同一体位による痛み	5		
呼吸状態で感じる不快感	3	呼吸苦	3 (4.8)
リハビリ時の苦痛	2	リハビリ	2 (3.2)
不眠に伴う苦痛	1	不眠	1 (1.6)
感染に伴う苦痛	1	感染	1 (1.6)
記録単位総数			63 (100.0)

「不得手な体位をとると痛がる」「急に体の向きを変えると緊張が入る」「オムツ交換の際に、下半身を動かすと痛がる」など、拘縮や側彎、骨折や脱臼のある身体を、強制的に体位を変えられ保持される重症児の苦痛を認識していた。

(5) 【痙攣】(7 記録単位, 11.1%)

「寝ていても痙攣が入ると起きてしまう」「痙攣の時かなり苦痛そうな表情をする」など、痙攣発作によって顔や手足がつっぱって硬直することで強い痛みを生じていると認識していた。

(6) 【治療・処置・ケア】(6 記録単位, 9.5%)

「採血や注射の回数が多く、針がささる痛みがある」「気管カニューレが押されて痛いと感じる」「看護師が口腔内保清するのを嫌がる」「バイタルサインの測定が嫌いである」など、重症児が受けた〈治療に伴う苦痛〉〈気管切開管理に関する苦痛〉〈口腔内保清に関する苦痛〉〈検温測定時の苦痛〉を認識していた。

(7) 【長時間の同一体位】(5 記録単位, 7.9%)

「同一体位の持続で痛がる」「寝ていても痛くて泣き出すことがある」など、自ら体位を変えることができない重症児の〈長時間の同一体位による痛み〉を認識していた。

(8) 【呼吸苦】(3 記録単位, 4.8%)

「人工鼻をつけると呼吸が苦しくなって苦痛である」など、気管切開管理に伴う呼吸苦を認識していた。

(9) 【リハビリテーション】(2 記録単位, 3.2%)

「手足のリハビリを嫌がる」など、拘縮した手足や側彎のある体感を動かすリハビリテーションが重症児の痛みの原因であると認識していた。

(10) 【不眠】(1 記録単位, 1.6%)

「痙攣や嘔吐などで眠れていないときに辛そうである」という、症状によって睡眠が阻害されてしまう状況が重症児の苦痛であると認識していた。

(11) 【感染】(1 記録単位, 1.6%)

「尿路感染で心拍が上昇した」という、重症児が感染症に罹患することで、痛み反応が生じると認識していた。

5. 考察

1) 重症児の痛みの原因

本研究参加者が認識した重症児の痛みの原因は、「痰の貯留や吸引」「呼吸苦」「リハビリ」「体位変換」「感覚刺激が加わった時」「長時間の同一体位」「嘔吐」「けいれん」「不眠」「治療・処置・ケア」「感染」の11場面を捉えていた。重度の神経障害をもつ子どもの痛みは、「GERD」,「便秘」,「けいれん」,「股関節脱臼」,「同

一体位」,「頭や耳、歯の痛み」,「理学療法」が明らかにされており(Hunt, 2003; Steele et al., 2014), 本研究で得られた結果とほぼ一致した。一方で、「吸引」「気管切開管理に関する苦痛」は先行研究では明らかにされておらず、医療的ケアを必要とする子どもが多い、日本の重症児の特徴的な痛みの原因である。また、「吸引」「体位変換」「感覚刺激が加わった時」「リハビリ」「治療・処置・ケア」は、重症児に対する看護実践によってもたらされる苦痛であり、日常的にくり返されるものである。看護師はこのことを自覚して、これらの痛みの強さや頻度が軽減できるように看護ケアの工夫を追求していかなければならない。そして、看護師と同じように侵襲的なケアを実践する養育者に対しても、重症児の痛みを代弁し、緩和ケアの方法をともに考えていく必要がある。

痛みの場所を言葉で伝えることができない重症児においては、齲歯、中耳炎、尿路結石、虫垂炎、生理痛、骨折、関節炎などは特に疑って観察しないと痛みの原因に気づくことは難しく、痛みや発熱が筋緊張の症状であることも多いため、結果なのか原因なのか判断に悩むことも多いことが言われている(石井, 2016)。個々の子どもの痛みの原因を考える際には、その子どもの診断名だけでなく、必要な医療的ケアとすべての障害部位・程度、障害によって生じる合併症の有無や発生するリスクなどを把握している必要がある。個々の痛みで生じる行動反応をデータとして蓄積し、痛みの行動反応の特徴から痛みの原因を推測および特定できるかを検証していく必要がある。重症児は筋緊張が強く、誤嚥性肺炎や股関節脱臼、側彎、GERDからの嘔吐・逆流性食道炎などを合併しやすい(平元, 2015)。それらは相互に関連し、悪循環を来す。これらの合併症や合併障害は、成長、加齢とともに悪化していく場合が多く(北住, 2015)、そのことを見据えながら適切なケアと支援をしていく必要がある。

2) 重症児の痛みサインと評価方法

看護師は、重症児の痛みのサインとして、「口や舌の動きが止まったり、活発になったりする」「目ぢからがなくなったり、目を見開いたりする」「涙を流したり、泣き顔になったりする」「感情を表した表情になる」「全身で抵抗したり、逃げたりする」「筋緊張が強くなる」「いつもよりも元気がなくなったり、じっとして動かなくなる」「手足が振戦する」といった行動反応8項目と「心拍数(脈拍数)が増加する」「呼吸状態が悪くなる」「体温が上昇する」といった生理学的反応3項目の計11項目を、普段の子どもの様子との違いから痛みのサインを捉えていた。この結果は、重症児の痛み評価尺

度 Paediatric Pain Profile (以下, PPP とする) 日本語版 (Okita et al., 2020) の「目を見開く」「口を動かす」「泣く」「触られた時に離れる または 身を引く」「不随意 または 動作を繰り返す」「緊張している」「眉をひそめる」と一致する。「いつもよりも元気がなくなったり, じっとして動かなくなる」は, PPP 日本語版の「愛想がよいか または 反応がよいか」で測ることができる。本研究は, PPP 日本語版が開発される前の研究であり, 尺度を用いて重症児の痛みを評価したことがない参加者であった。尺度を使用せずに観察できていた痛み行動反応は 8 項目であり, 個人差の大きい重症児の痛み行動反応を網羅して観察できているとは言い難い。PPP 日本語版は 20 項目の痛み行動反応を観察して評価する尺度であるため, 痛みの表出に個人差が大きい重症児の場合は, 尺度を用いた観察の方がより適切に痛みを評価でき, 重症児のサインを捉えることに自信がない看護師でも, 統一した尺度を用いて観察することで, より確信をもって痛みを理解し, ケアにつなげることができると考える。また, 今回の結果は訪問看護師 8 名分のデータを合わせた結果であり, それぞれの看護師が捉えた重症児の痛み行動反応は平均 5.0 個であった。つまり, 複数の医療者がチームで痛みの評価に関わることは, 子どものサインに気づきやすくなり, 痛みの緩和方法についてチームで議論することにつながると期待する。

一方, 尺度を用いた痛みの評価は, スコアを算出して記載する負担があり, 看護師の時間的負担が大きい (Hunt et al., 2011)。術後急性期など短時間での評価を求められる場合は, 5 項目 (表情, 下肢, 活動性, 啼泣, 安静度) の行動反応を評価する FLACC 行動スケール (Matsuishi et al., 2018) を用いるなど, 慢性疼痛では PPP 日本語版, 急性疼痛では FLACC 行動スケールと尺度を使い分けることを我々は推奨する。

看護師はこれらの行動反応の他に, 呼吸状態の悪化, 脈拍数, 体温の増加といった生理学的反応を観察していた。PPP (Hunt et al., 2007) の類似尺度である Non-communicating Children's Pain Checklist-Revised (Breau et al., 2002) では, ①声, ②食事と睡眠, ③社会性, ④表情, ⑤活動性, ⑥身体と手足の動き, ⑦生理学的サインの 7 つのカテゴリ-30 項目を観察できる。①~⑥までは PPP と類似した痛み行動反応であり, ⑦生理学的サインは, シバリング, 皮膚色の変化, 汗, 涙, 吸気が鋭い, 息をとめるがあった。本研究における生理学的反応は呼吸状態としての SpO₂ や心拍数であり, パルスオキシメーターから把握できる情報であった。痛みは感覚的体験であり, かつ情動体験であり, 侵害刺激は大脳辺縁系や視床下部にも入り, さらに血管運動

中枢にも入力されるため, 心拍数や血圧に影響を及ぼす。重症児の場合, 痛みによって交感神経が優位になると筋緊張が起こり, 下顎や舌根の後退による咽頭狭窄, 喉頭部の狭窄, 気管狭窄の悪化 (気管軟化症の場合) などをきたす上に, 緊張により胸廓の動きが抑えられて呼吸障害を招く。常時, パルスオキシメーターを装着していることが多い重症児では, 心拍数や呼吸状態などの生体機能情報をパルスオキシメーターから得ることは, 彼らの痛みの存在に気づく契機となる (勝二, 2018)。特に, 全く反応がない子どもに対する看護では, モニターアラームやわずかな変化から読み取ったことに感情や意思を結び付けていくことが重要であり (平野, 2005), 重症児の痛みの観察では生理学的反応と行動反応を併せて評価する必要がある。また, Worlow ら (2018) は, 心理社会のおよび精神的苦痛に関連する行動を含む幅広い行動反応を評価できる PPP と, 痛みの強さと部位を説明する Body maps (Von-Baeyer et al., 2011) を同時に使用することを推奨している。個々の重症児がどのような痛み行動反応や生理学的反応を示すのか, その強さ, 部位はどうかを総合的に判断して評価することは, より子どもの痛みの体験を他者が理解することにつながる。

言葉で伝えるのが難しい子どもの痛みの代理評価は, 観察者の特性や子どもが自分自身を表現する能力など潜在的なバイアスによっても影響を受ける (大北, 2021; Craig et al., 2010)。そのため, 観察者の主観や先入観の混入を避けるために行動尺度を用いることの有用性が言われている (Breau et al., 2002)。ペインスケールを用いる場合, 使用する尺度の特性を理解し, 尺度を用いた痛み評価の経験をより多く積むことが重要である (Barney et al., 2018)。PPP 日本語版は異なった観察者による評価は中等度の一致率であったのに対し, 同じ観察者による評価は高い一致率であった (Okita et al., 2020)。つまり, 在宅療養児の保護者など同じ観察者による継続的な評価に適している。病棟で多数のスタッフによって使用する場合は, その子どもをよく知るスタッフの評価を基準として他のスタッフと共有することと, 基準となるスタッフは主観や先入観を入れずに観察したままを評価することを意識して使用することを推奨する (大北, 2021)。

重症児の障害の部位や程度, 成長や年齢に応じた痛みの原因を認識した上で, 看護師が適切に痛みを観察できることで, 痛みの早期発見と緩和ケアの速やかな導入, 介入効果の判定につながる。つまり, 適切な痛みの評価は効果的な緩和ケアにつながるため, 看護師は重症児の痛みを予防または緩和するために, まず, 重症児の痛みに関する知識を持ち, 痛みを正しく捉える

力を習得する必要がある。その手段として、重症児など痛みを言葉で伝えることが難しい子どもの場合、特に尺度を用いた痛み評価が重要であると考えられる。

3) 研究の限界と今後の課題

本研究参加者は8名であったため、個人差の大きい重症児の痛みのサインをすべて抽出できていない可能性がある。また、本研究は、看護師が捉えた痛みの原因とサインを明らかにしたものであり、捉えた後の具体的な対処については明らかにしていない。今後、対象者を増やして検証するとともに、痛みの予防や緩和につなげるための看護師介入の実態についても調査する必要がある。

6. 結論

看護師が捉えた重症児の痛みのサインは、8つの痛み行動反応と3つの生理学的反応であり、11の痛みの原因を認識していた。看護師がより自信をもって重症児の痛みのサインを捉えるためには、尺度を用いて痛み行動反応を評価することと、生理学的反応と併せて評価することが重要である。

謝辞

本稿をまとめるにあたり、ご協力を賜りました訪問看護師の方々、および、ご指導いただきました三重大学大学院医学系研究科仁尾かおり教授、村端真由美准教授に深く感謝いたします。

本研究は、三医会（2018年度）による助成を受けて実施した。なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

文献

Barney, C.C., Stibb, S.M., Merbler, A.M., et al. (2018). Psychometric properties of the brief pain inventory modified for proxy report of pain interference in children with cerebral palsy with and without cognitive impairment, *PAIN Reports*, 3(4), e666.

Breau, L.M., Finley, G.A., McGrath, P.J., et al. (2002). Validation of the Non-communicating Children's Pain Checklist- Postoperative Version, *Anesthesiology*, 96, 528-535.

Craig, K.D., Versloot, J., Goubert, L., et al. (2010). Perceiving pain in others: automatic and controlled mechanisms, *The Journal of Pain*, 11(2), 101-108.

千葉県福祉事業課 (2018). 重症心身障害児者及び医療的ケ

ア児者実態調査概要. <https://www.pref.chiba.lg.jp/shoji/shingikai/sougoushien/ikea/documents/6kekkagaiyo.pdf> (閲覧日: 2019年5月3日).

福山真奈美, 工藤靖子 (2009). 意思疎通が困難な重症心身障害児(者)のケアに携わる看護師が抱く思い, *日本看護学会論文集小児看護*, 40, 51-53.

舟島なをみ (2007). 質的研究への挑戦 (第2版), 医学書院, 東京.

平元東 (2015). 重症心身障害児(者)の状態像の診断と評価, 岡田喜篤監修, 新版重症心身障害療育マニュアル, 34-41, 医歯薬出版社, 東京.

平野美幸 (2005). 人工呼吸器を装着し, 脳障害のため意識も反応もない子どもへの看護師の関り— '子どもの声' を聞き分ける—, *日本看護科学会誌*, 25(4), 13-21.

Hunt, A., Mastroyannopoulou, K., Goldman, A., et al. (2003). Not knowing-the problem of pain in children with severe neurological impairment, *International Journal of Nursing Studies*, 40, 171-183.

Hunt, A., Wisbeach, A., Seers, K., et al. (2007). Development of the Paediatric Pain Profile: Role of video analysis and saliva cortisol in validating a tool to assess pain in children with severe neurological disability, *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(3), 276-289. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2006.08.011.

Hunt, A., Franck, S. (2011). Special needs require special attention: A pilot project implementing the paediatric pain profile for children with profound neurological impairment in an in-patient setting following surgery, *Journal of Child Health Care*, 15(3), 210-220.

市江和子 (2008). 重症心身障害児施設に勤務する看護師の重症心身障害児・者の反応を理解し意思疎通が可能となるプロセス, *日本看護研究学会雑誌*, 31(1), 83-90.

石井光子 (2016). 側彎・緊張と姿勢を整えるためのケア・移動介助, 倉田慶子, 樋口和郎, 麻生幸三郎編集, 177-193, へるす出版, 東京.

甲斐恭子, 佐藤朝見, 草柳浩子他 (2011). 重症心身障害児者とその家族への外来看護師の思いの変化—アクションリサーチを通して—, *日本小児看護学会誌*, 20(1), 70-77.

亀山千里 (2010). 重度・重複障害のある子どもの意思の表出に対する看護師の受け止め方, 第40回日本看護学会論文集小児看護, 42-44.

北住映二 (2015) 合併障害の相互関連とライフサイクルにおける状態の変化, 北住映二, 口分田政夫, 西藤武美編集, 重症心身障害児・者診療・看護ケア実践マニュアル, 11-13, 診断と治療者, 東京.

Matsuishi, Y., Hoshino, H., Shimojo, N., et al. (2018). Verifying the validity and reliability of the Japanese version of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) Behavioral Scale,

- PLoS One, 13(3), e0194094. doi: 10.1371/journal.pone.0194094.
- 永瀬由紀子 (2007). 一般病床に長期入院する重症心身障害児の「最善の生活」に対する看護師の認識とケアの実際, 日本小児看護学会誌, 16(2), 17-23.
- Oberlander, T.F., Symons, F.J. (2006). The problem of pain in developmental disability, Pain in developmental disabilities, In Paul, H. Brookes Publish Co. Baltimore, 67-87.
- 落合三枝子, 富永孝子 (2010). 重症心身障害児看護の困難さ・魅力・専門性に関する施設看護職員の意識調査, 重症心身障害の療育, 5(2), 257-260.
- 大北真弓 (2019). 重症心身障害児をケアする訪問看護師の思い, 日本重症心身障害学会誌, 44(3), 615-621.
- 大北真弓 (2021). 看護師の特性が重症心身障害児の痛みの評価に与える影響 - Paediatric Pain Profile 日本語版を使用して -, 日本重症心身障害学会誌, 46(3), 341-348.
- Okita, M., Nio, K., Murabata, M., et al. (2020). Reliability and validity of the Japanese version of the Paediatric Pain Profile for children with severe motor and intellectual disabilities, PLoS One, 15(12), e0243566. doi.org/10.1371/journal.pone.0243566.
- 勝二 博亮 (2018). 重症心身障害への生理心理学的アプローチ, 室橋春光, 苧阪満里子編集, 生理心理学と精神生理学 第三巻展開, 287-297, 北大路書房, 京都.
- Von-Baeyer, C.L., Lin, V., Seidman, L.C., et al. (2011). Pain charts (body maps or manikins) in assessment of location of pediatric pain, Pain Management, 1(1), 61-68. doi: 10.2217/pmt.10.2.
- Warlow, T.A., Hain, R.D.W. (2018). 'Total Pain' in Children with Severe Neurological Impairment, Children, 5(1), 13. doi: 10.3390/children5010013.

要 旨

本研究の目的は、重症心身障害児が経験する痛みのサインと原因を看護師がどのように捉えているのかを明らかにすることであった。重症心身障害児を看ている訪問看護師 8 名を対象に、面接調査を実施した。抽出された定性データは、Berelson の内容分析法を用いて分類した。結果、看護師が認識した痛みの原因は、「痰の貯留や吸引」「体位変換」など 11 カテゴリーであった。痛みのサインは、「涙を流したり、泣き顔になったりする」「筋緊張が強くなる」などの 8 つの行動反応と、「心拍数の増加」など 3 つの生理学的反応であった。看護師は、重症心身障害児の痛みを予防または緩和するために、痛みに関する知識を持ち、痛みを正しく捉える力を習得する必要がある。

キーワード：重症心身障害, 痛み, 原因, サイン