

心療内科病棟における慢性疼痛患者の看護の問題と
心身医学的見地からのマネジメント：アンケート調査から

研究分担者 細井 昌子 九州大学病院 講師（診療准教授）

研究要旨

心身症的な慢性疼痛患者は、身体的な痛みを表面的に訴える一方で失感情や対人過敏のため、医療スタッフと交流不全が起こりやすい。特に入院中、患者と接する時間が長い看護師が、様々な場面で患者の怒りや医療者に対する否定的な評価に直面しやすく、患者の愁訴への対応に大きなストレスや無力感を抱いている。そこで看護師のストレス場面をアンケート調査で特定し、どのような対応をすれば効果的であるか検討した。その結果、状況についての傾聴、困惑する事態への共感、過去の経験などから本人に対処策を提案してもらい共に検討、現実的な対処策を実行、というステップを踏むことで、看護師が患者と良好な関係を築きながらセルフコントロールを身につけるための患者支援が可能となることが明らかになった。看護師は患者の表面的な訴えに振り回されないように留意し、その上での背景の不快感情に注目した支援が有用であった。

A．研究目的

慢性疼痛の難治化を促進する因子として、医療不信・疼痛行動（痛みの存在を示す行動）・破局化・依存性・怒りや攻撃性・対人過敏性・失感情（自身の感情への気づきが困難な心理特性）傾向・過活動などが挙げられる。これらの因子が影響して、心身症的な慢性疼痛患者は表面的に身体的な痛みを訴える一方で、医療スタッフとの交流不全を起こしやすい。医療スタッフの中でも特に看護師は、入院環境で患者と接する時間が長く、様々な場面で患者と交流を行っており、患者からの怒りや否定的な評価に直面しやすい。慢性疼痛患者の治療目標は、疼痛行動を減らし、疼痛行動を必要とする背景となる依存欲求を適応的な行動で満たすことができるように援助することである。つまり、痛みの完全な除去ではなく、痛みに対する耐性を高め、痛みのある生活を受容し、その自己コントロール感を獲得し、日常生活の行動範囲を広げて社会生活の適応を改善していくことである。

そのため、看護師は慢性疼痛患者が疼痛行動を訴えた時、患者と医師と話し合っ

て積極的に傾聴をしていく姿勢で対応する。九州大学病院心療内科（当科）の病棟では、慢性疼痛患者の心身医学的治療の際には、痛みがあると訴えるときのみ、急性疼痛の場合のように優しくタッチングをしたり歩行を支えて介助したりするような積極的な疼痛緩和のためのケアをあえて行わないという治療方針を医師と共有していることから、看護師として何もしていないのではないかと無力感やジレンマを感じる者もいる。また、慢性疼痛患者の感情的な愁訴への対応にも迷いや戸惑いがあり、大きなストレスを感じている。

そこで、心療内科病棟の看護師が行っている看護について患者支援の方法を具体化するために、慢性疼痛患者における看護のストレス場面を特定し、どのような対応をすれば効果的であるかを検討した。

B．研究方法

当科病棟看護師に対し自作質問用紙による自由記載でアンケート調査を実施した。

1．期間

第1回アンケート 2016年7月21日～7月31日

第2回アンケート 2016年8月11日～8月

18日

2. 対象

心療内科病棟看護師 22名(当科所属歴 1-8年目及び看護師経験歴 1-37年目)

3. 倫理的配慮

対象者には研究の説明を文書で行い、了承を得た。

4. アンケート内容

1) 第1回アンケート

心療内科病棟の看護師が患者と接する様々な場面、「入院時オリエンテーション」、「検温時間」、「配薬・定期薬の分包に関する事」、「食事、下膳や配茶に関する事」、「睡眠に関する事」、「退院時の対応」、「患者間のトラブルに遭遇したとき」、「その他」などで、患者から言われて困ったこと、看護師の言動の受け止められ方で困ったことなど対応や返答に困った点を具体的に記載してもらった。

2) 第2回アンケート

第1回のアンケートを参考に、慢性疼痛の患者への看護で陥りやすいジレンマを抽出するため、3項目の症例を作成した。

【症例1 強い怒りを表出する患者】

入院して間もないころの夜中に患者がナースステーションにきて、「眠れない、痛みが強く我慢できない。どうにかしてほしい。他の病院では注射を打ってもらっていた。何か注射を打って。」と訴えた。不眠時薬や疼痛薬はあるが、注射の指示はないため、できないことを答えると「ここでは何の対応もしてくれない。」と強い口調で怒りを表出した。

【症例2 依存がエスカレートする場合】

「ふらつきがあるから不安です。お風呂は看護師さんに見守ってほしい。」と入浴の見守りを希望した。入浴用椅子の準備だけを手伝うだけなら良いという主治医からの説明で納得しており、介助を行う場合は週に何回と決めていたが、「汗をかくから毎日入りたい。」と訴え、徐々に「背中を洗ってほしい。タオルで体を拭いてほしい。」などの様々な介助を要求するようになった。当初の治療方針とは異なる状態となったため、看護師から患者へ入浴回数を減らすように伝えると、「どうしてこんなにきついのには手伝わないのか。それく

らい手伝って。」と訴えた。

【症例3 他患者とのトラブルを訴える場合】

看護師が大部屋の病室に入ると、同室の患者同士がもめていた。看護師を見つけると一人の患者が小声で「(他患を指さして)あの人をどうにかして、ずっときついと繰り返して困る。夜も物音を立てるから眠れない。ずっと同じ部屋にいる私たちはどれだけ辛い。こういう人となぜ同じ部屋にしたんですか。我慢しているのはいつもこっち。ちゃんと注意してください。」と訴えた。

上記の3つの症例で、過去の看護場面で実際に上手くいかなかった対応と上手くいった対応方法について記載してもらった。

C. 研究結果

1. 第1回アンケート結果

看護のストレス場面で多かったものは、「痛み・不眠の愁訴に対する声かけ」12件、「依存的な態度への困惑」12件、「病棟の規則に理解を得ることが難しい」9件、「何度もバイタル測定を希望される」8件、「怒りを表出した患者への対応」6件であった。

1) 痛み・不眠の愁訴に対する声かけ(12件)

「痛くて眠れないからどうにかしてほしい。」など自分ではどうしたいかは言わずに看護師側に対応を考えるように促してくる。指示通りに内服するように提案しても、薬は内服したくないと拒否することがある。

2) 依存的な態度への困惑(12件)

患者自身のセルフケア能力を判断することが難しい。また、経験が浅い看護師は依頼する度合いが多かったり、複数の看護師に同じ依頼を繰り返したりなど、看護師を試すような言動がある。

3) 病棟の規則に理解を得にくい(9件)

当科では心身医学的対応を徹底するために、安静度や行動範囲、携帯電話の使用許可、面会制限など一般病棟と違い細かい治療契約に基づく規則があり、入院時に説明をして理解を得た後でもトラブルになることがある。注意を促すと怒りを表出したり、隠れて規則違

反を繰り返したりすることがある。治療契約を何度も説明しても、医師には相談せず看護師に意味があるのかと尋ねられることがある。

4) 何度もバイタル測定を希望する(8件)

血圧や体温の数値に執着し、看護師を変えては再測定を依頼する。繰り返し測定して一喜一憂するため、決められた時間帯以外は測定しないことを基本としているが、理解を得られない場合がある。

5) 怒りを表出した患者への対応(6件)

他患者に過干渉で、他患者の行動を気にしすぎることから当科では患者間のトラブルも多い。また、患者行動を指摘すると看護師に怒りを表出することもある。

以上の入院患者の苦情に対して看護師が対応に困ってしまう場面で、心療内科病棟での経験年数と看護師の経験年数とで内訳を見てみると、看護師の経験年数に関わらず心療内科病棟の患者への対応ではどのようにすればよいのか迷ってしまうことが分かった。一般病棟では大きな問題にならないようなやりとりであるが、当科病棟では対応が難しいと感じる看護師が多かった。

2. 第2回アンケート結果

1) 【症例1 強い怒りを表出する患者】

当病棟では、セルフコントロールの習得を重視しているため、疼痛時には指示された内服薬で対応しており、注射は行わない。また夜間は患者の訴えを長時間は聞いていない。入院して間もない時期は、患者との信頼関係の構築ができていない。それに加え、夜勤帯の出来事であり、主治医が不在ですぐに指示内容の変更や確認を行うことは困難である。その時にどのような対応をすれば良いかを検討した。

a) 上手くいかなかった対応

例1:「すみません。」

患者の勢いに圧倒されて謝ってしまうと何も対応しないことだけが印象として残ってしまう。理由があってできないことを理解してもらう必要がある。

例2:「今使える注射薬はないので、どうしようもないですね。」

医療者側の事情を端的に伝えてしまうと冷

たい印象を与えてしまう。

例3:「当直医に相談してみましよう。」

当直医に相談することは一般病棟では当然の対応であるが、当科病棟では、看護師が患者との関わりを避けようとしている印象を与えてしまう。また、主治医の治療方針を優先しているため、当直医に安易に対応を依頼することは責任転嫁の行為といえる。更に、セルフケアの学習が基本であるため、当直医が対応すると今後も同じような対応を求め続けることに繋がるため、基本的にはすぐに当直医を呼ばないように配慮している。

b) 上手くいった対応

患者の痛みや不眠に対しての思いを傾聴する。

例1:「眠れなくてつらかったのですね。」

患者の苦しみは、痛みや眠れないというだけでなく、根底に「自分のことをわかってもらえない。」という気持ちがあることに注目しながら、気持ちを傾聴することが必要である。自己肯定感が低い患者にとって、どれだけ敬意をもって受け止めてくれたかという言語的・非言語的な認証が重要である。患者が看護師に辛い気持ちを聞いてもらえた実感できることが大切である。

痛みや症状に対して家で行っている対処法を確認する。

例2:「普段の痛みよりも強いですか。このような時、家ではどうしていますか。」

ここでは、患者自身に話をしてもらうことが大切である。まず、自宅でのセルフケアとしての対処法を確認し、患者本人が工夫している点を聞きながらセルフコントロールを促す働きかけをすることが必要である。

入院中の対応方法について明確に伝える。

例3:「新しい薬や注射などは、一番理解している主治医と話し合った方が良い効果が期待できますよ。明日主治医に相談しましょう。」

対応は主治医に一本化しておくこと、夜中に新しいことは始めず、落ち着いて日中に行うことを説明し、セルフコントロールを高める方法も入院中に行う大切なことであると伝える。今後のことは主治医を交えて相談する

という方向へ話を進めることが大切である。
症状の訴え以外のやり取りでの対応を行う。

例4:「今日は、温かい白湯をお持ちしますので、まずはゆっくり休んでみませんか。」

症状そのものに対して直接的な対応は行わないが、患者自身の苦しみを受け止め、苦しみに配慮するメッセージを伝える。症状の訴えに対して間接的にできる情緒的な交流を心がけ、常に本人の感情に配慮しているということを言葉や態度で示すことが必要である。

2.【症例2 依存がエスカレートする場合】

患者は、生育歴上母親との葛藤により満たされなかった強い依存欲求が潜在していることがある。入院場面では、その依存欲求を看護師に投影し、擁護的で優しい反応を期待しており、要求がエスカレートしていると考えられる。ここでは自分でできることは自分で行うように促していく対応を検討した。依存することがコミュニケーションにならないように気を付けていく必要がある。

a) 上手くいかなかった対応

例1:「最初に椅子だけの準備って決めておきましたよね。介助が増えてくると毎日は難しいですし、これ以上はできませんよ。」

単にできないと伝えると、拒否的で冷たい印象になる。

例2:「先生とも約束しましたよね。」

医師の名前を出してしまうと患者の気持ちを追い詰め、看護師は関わりを持たないという印象を与えてしまう。

例3:「看護師の手が足りなくてすみません。」

医療者側が一方向的に悪いという印象を与えてしまう。

b) 上手くいった対応

現状を把握するために訴えを傾聴する。

例1:「お手伝いが必要なくらいきついのですね。」

患者にとって入浴が大変なことであることに理解を示す。無理をして入浴をするのは、体のためによくないこと、患者のことを心配している気持ちを伝える。

適切な方法を検討する。

例2:「毎日入ると疲労感が増しそうですから、毎日ではなく回数を減らしてみましょう。タオルで体を拭くという方法も良いと思いますよ。」

主体は患者であること、看護師は支援者であり、病院で生活を行う上での協力者・味方であるという姿勢を伝え、看護師の発言の背景にある患者への思いやりの気持ちを理解してもらうことが大切である。対応が難しい場合には、医師とのカンファレンスも行い、対応を確認することが必要である。

自分でできるようなサポートを一緒に検討する。

例1:「家ではどのようにお風呂に入っていましたか。難しいところはどこでしょうか。どのようにしたらやりやすいかを入院中から一緒に練習してみましょう。」

退院後にどのようにやっていけばよいのか自宅でする方法を具体的に患者とともに考えていく。特に、患者と一緒に考える行為そのものに治療的意味がある。また体調も変わるので、患者の状況に合わせ、評価しながら支援をする必要がある。一方で、医師とのカンファレンスも行い対応を確認することが必要である。

3.【症例3 他患者とのトラブルを訴える場合】

慢性疼痛患者は同胞葛藤を抱えているものも多く、看護師に自分の味方になって欲しい、自分を優先して欲しい、大事にされたいという思いが根底にある。しかし、看護師はどちらかの味方をするとはできない。中立的な立場での対応はどのように行えばよいかを検討した。

a) 上手くいかなかった対応

例1:「はあ、そうですか。」

どちらの味方もできず相槌を打ってしまうと、真剣に対応してくれないという印象を与えてしまう。

例2:「部屋移動は主治医にしかできませんから。」

現状を伝えているが、看護師はこの件から関わりを避けようとしている印象を与えてしまう。

b) 上手くいった対応

現状を把握するために訴えを傾聴する。

例1:「お部屋のことで辛かったですね。」

その患者自身が困った状況にあるという事実を認証したことを表明する。同室で話せない場合は、場所を移動して傾聴する。

状況を把握する。

例2:「どういう状況か教えてください。」

客観的に実際の状況を把握する。一方で、怒りを表出している患者には、一旦話をしてもらい、冷静に判断できるようになるまで間を置く。その場ですぐに対応せず、個々の患者の訴えを確認し、時間を空けて対応することも大切である。

どのように対処するのかをわかるように本人へ伝える。

例3:「実際の場面を確認できた方が良いでしょう、そのようなことがあった時にはナースコールをして下さい。部屋のことで、主治医にもお伝えしたいと思います。また何かありましたら、ご相談下さいね。」

ここでは、中立的な対応をする必要があるが、本人が辛かったという状況には共感を示すことが大切である。また対応を曖昧なままにしておくのではなく、主治医と相談した上で対応することを説明しておき、一人ではなく病棟全体で対応することを表明する。

D. 考察

九州大学病院心療内科は全国各地から、通常の慢性疼痛治療で満足を得られない慢性疼痛患者が受診され、その中でも外来診療で効果を得られにくい難治例が入院加療となっている。そういった難治で遷延化している慢性疼痛患者では、入院による病態評価がオーダーメイド医療で重要である。病態評価のなかでも、生物医学的評価はもとより、心理社会的評価が重要であり、入院生活のなかでの疼痛の訴えの性状、対人交流のパターン、行動様式、情緒的な表現の様式などが観察される。当科病棟の看護師は入院患者に一番近い医療スタッフとして、生物医学的評価としての1日のリズムのなかでの痛み症状の表現様式やバイタルサインのチェックとともに、これら

の心理社会的評価に重要な役割を果たしている。今回、我々はこういった難治化した慢性疼痛患者の入院生活における看護の問題点を、当科看護師22名の臨床体験をもとに、看護師が無力感を覚える実際の臨床場面を特定し、なかでも最も頻繁で重要な臨床場面を3つ選択し、その対応をさらに実体験から有用な対策を調査・選択し、対応の原則をまとめた。

その結果から、以下のような内容が得られた。つまり、多くの看護師が質問の言語的内容に依じて、咄嗟に答えてしまって失敗した経験を重ねている。慢性疼痛患者の特徴として、医療不信を抱えている患者も多く、看護師の微妙な表情の変化や言葉の音調に反応を示し、怒りを表出することが多い。看護師は患者の訴えを言葉通りに受け止めるのではなく、本人が言葉とは裏腹に本当に伝えたいことは何であるのか、根底にある苦しみは何であるのかに着目して対応を行うことが有効である。

本研究から、入院生活で患者が訴える問題場面で患者と良好な関係を構築するためには、事情について詳細に傾聴、困惑する事態への言語的・非言語的共感、過去の経験などから本人に対処策を提案してもらい、患者・看護師と一緒に、現状で適応可能かどうかを検討、現実的な対処策を実行、という段階的な対応が有用であることが明らかとなった。

痛みによる苦悩を受容・共感し、痛み以外の情緒的交流により信頼関係を形成し、痛み症状に対してはセルフケアを促していくことが大切である。患者が話を聞いてもらえてよかったと実感する条件は、聞いてもらった時間よりも聞いてもらった治療者の態度にあると考えられる。40歳以上の一般住民を対象とした研究で、自身の感情に気づきにくい特性である失感情症のスコアが高いほど慢性疼痛の有症率が高く、養育者の16歳までの養育についての被養育体験が本人の気持ちに配慮せず一方的な過干渉を受けたと感じている人ほど慢性疼痛の有症率が高いという結果も示されている。入院生活を必要とする慢性疼痛の難治例では、幼少期から繰り返されてきた両

親の養育態度が影響し自身の不快感情を言語的にすっきり表現できず不快情動の増大を身体的愁訴で表現しがちであるため、患者は養育者への思いを投影しやすい看護師に対して、言葉の内容だけではなく、仕草、視線などの非言語的アプローチに注目していることが多い。

これらの難治化した慢性疼痛患者の特質を理解し、その特性を有効利用して、看護師は本人が端的に表現できない患者の苦悩を言語的・非言語的に受け止めることが効果的であることが本研究から示された。患者との信頼関係を構築するために、痛みの訴え以外にどんな些細なことでも話してよいのだという雰囲気づくりに努め、この人なら話を聞いてくれるという思いを実感してもらいながらも自律性を高めることが、当科での心身医学的治療を促進する基本看護として大切である。

E . 結論

当科における慢性疼痛患者の心身医学的看護においては、慢性疼痛患者の言語的な訴えの背景に失感情的な患者の情動制御不全があるため、表面的な訴えにこだわって拙速に対応しまうと患者 看護師関係が悪化していた。そのため、訴えの背景の感情の表出を促し、共に対処策を考えるプロセスが重要であった。難治化した慢性疼痛患者の背景にある端的に表現されにくい患者の苦しみを全人的に理解し、情緒的に受け止め自律性を高めることが心身医療における看護のエッセンスとして大切であった。

F . 健康危険情報

総括研究報告書にまとめて記載。

G . 研究発表

1. 論文発表

- 1) 田代雅文, 有村達之, 細井昌子. 慢性痛患者の心理アセスメントのキーポイント 慢性痛と怒り . 日本臨床麻酔学会誌 2017;37(3):388-396.
- 2) 細井昌子. 慢性痛難治症例における過活動のメカニズム: 忍耐反応と過活動の

スクリーンセイバー仮説の観点から. ペインクリニック

2017;38(5):633-639.

- 3) 細井昌子. 慢性疼痛と幼少期の体験. ペインクリニック 2017;38(8):1025-1026.
- 4) 永富祐太, 本山嘉正, 藤田曜生, 飯盛美紀, 岡澤和哉, 塩川浩輝, 細井昌子, 木村慎二, 外須美夫. 段階的運動イメージ法といきいきりハビリノートの導入が有用であった複合性局所疼痛症候群に対する集学的マネジメントの1例. 日本運動器疼痛学会誌 2017;9(2):246-253.
- 5) 金沢文高, 嶋田佳樹, 細井昌子. 高齢者のための精神科医療: 高齢者の心気症と慢性疼痛 - 心療内科の立場から . 精神科治療学 2017;32:345-349.
- 6) 細井昌子, 柴田舞欧, 須藤信行. 痛みのトータルケア - 心身医学の観点から . 臨牀と研究 2017;94(10):1268-1272.
- 7) 細井昌子. 日本における慢性疼痛難治化の実態を考えるー心身医学の立場から. 一般社団法人医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス財団編. 日本は慢性疼痛にどう挑戦していくのか. 薬事日報社, 東京. 79-87, 2017.
- 8) 森崎悠紀子, 富岡光直, 安野広三, 早木千絵, 岩城理恵, 須藤信行, 細井昌子. 愛着の問題を抱えた慢性疼痛の症例報告: マインドフルネス瞑想法, 絵本, アサーショントレーニングを用いた対人交流を改善するための多面的な段階的心理療法の効果. 慢性疼痛 2017;36(1):57-62.
- 9) 岩下富士子, 柴田沙希, 山下敬子, 菊武恵子, 安野広三, 岩城理恵, 早木千絵, 須藤信行, 細井昌子. 心療内科病棟における慢性疼痛患者の看護の問題と心身医学的見地からのマネジメント: アンケート調査から. 慢性疼痛 2017;36(1):170-176.
- 10) 細井昌子, 他. 心理的アプローチ. 慢性疼痛治療ガイドライン作成ワーキン

- ググループ編. 慢性疼痛治療ガイドライン 真興交易, 東京. 2018:113-126.
2. 学会発表
- 1) 細井昌子, 安野広三, 富岡光直, 寺田悠紀子, 木下貴廣, 平林直樹, 藤井悠子, 足立友理, 荒木登茂子, 須藤信行. 痛みへの心身医学的治療 未来に向けて何が必要か 慢性疼痛難治例に対する段階的心身医学的治療: 愛着・認知・情動・行動の観点からのアプローチ. 第58回日本心身医学会総会ならびに学術講演会. 2017.6, 札幌
 - 2) 安野広三, 細井昌子, 早木千絵, 西原智恵, 柴田舞欧, 岩城理恵, 須藤信行. 痛みの破局化と痛みの受容の痛み関連臨床指標に対する影響の比較: 慢性疼痛患者における検討. 第58回日本心身医学会総会ならびに学術講演会. 2017.6, 札幌
 - 3) 義田俊之, 細井昌子, 安野広三, 岩城理恵, 富岡光直, 柴田舞欧, 早木千恵, 須藤信行. 慢性疼痛患者において痛みの破局化と相関する思考コントロール方略は何か?: 観察研究の結果から. 第58回日本心身医学会総会ならびに学術講演会. 2017.6, 札幌
 - 4) 義田俊之, 細井昌子, 安野広三, 岩城理恵, 富岡光直, 柴田舞欧, 早木千恵, 須藤信行. 医療不信が強い慢性疼痛患者は不快感情や痛みをどのように捉えているのか?: 観察研究の結果から. 第58回日本心身医学会総会ならびに学術講演会. 2017.6, 札幌
 - 5) 村上匡史, 細井昌子, 富岡光直, 足立友理, 安野広三, 須藤信行. 失感情傾向の強い青年期線維筋痛症患者における箱庭療法の意義: 2症例の治療経験から. PSMアーベント. 2017.7, 福岡
 - 6) 細井昌子. 痛みを苦しくする考え方とその癒し方 ~心身相関に関するサイエンスの進歩から~. 飯塚医師会市民公開講座. 2017.8, 飯塚(福岡)
 - 7) 細井昌子. 慢性疼痛の心身医療 ~ナラティブとエビデンス~. 運動器疼痛マネジメント研究会. 2017.8
 - 8) 細井昌子. 認知行動療法に基づく「いきいきリハビリノート」を用いた運動促進法講習会 認知・情動・行動へのアプローチ: 変化を促すために. 日本線維筋痛症学会第9回学術集会. 2017.10, 豊中
 - 9) 細井昌子. 心理療法に催眠をどう活かすか~慢性疼痛治療における活用を中心に~. 日本臨床催眠学会第19回学術大会・日本催眠医学心理学会第63回大会 合同学術大会. 2017.11, 鹿児島
 - 10) 細井昌子. 認知行動療法に基づく「いきいきリハビリノート」による運動促進法講習会 いきいきリハビリノートを使った認知・情動・行動へのアプローチ. 第10回日本運動器疼痛学会. 2017.11, 福島
 - 11) 安野広三, 細井昌子, 早木千絵, 西原智恵, 柴田舞欧, 岩城理恵, 須藤信行. 愛着スタイル別の線維筋痛症の割合 その他の慢性疼痛患者との比較 -. 第57回日本心身医学会九州地方会. 2018.1, 福岡
 - 12) 村上匡史, 細井昌子, 足立友理, 安野広三, 須藤信行. 箱庭療法の導入が有用であった線維筋痛症男性患者の1例. 第57回日本心身医学会九州地方会. 2018.1, 福岡
 - 13) 藤本晃嗣, 細井昌子, 安野広三, 藤井悠子, 日高大, 西原智恵, 早木千絵, 須藤信行. 父親との葛藤と過活動が弱オピオイド乱用傾向に關与していた男性線維筋痛症の一例. 第57回日本心身医学会九州地方会. 2018.1, 福岡
 - 14) 村上匡史, 森崎悠紀子, 足立友理, 安野広三, 富岡光直, 早木千絵, 岩城理恵, 須藤信行, 細井昌子. 失感情症傾向に対して箱庭療法の導入が有用であった線維筋痛症女性患者の1例. 第47回日本慢性疼痛学会. 2018.2, 大阪
 - 15) 細井昌子, 柴田舞欧, 安野広三, 早木千絵, 岩城理恵, 富岡光直, 須藤信行. 幼少期からの慢性疼痛予防: 養育スタイル

ルと家族機能の観点から．第47回日本慢性疼痛学会．2018.2，大阪

- 16) 木村慎二，大鶴直史，細井昌子，松原貴子，眞田菜緒，山崎遼．いきいきリハビリノートを用いた慢性疼痛患者に対する認知行動療法に基づく運動促進法．第47回日本慢性疼痛学会．2018.2，大阪 2018/2/17
- 17) 義田俊之，安野広三，河田浩，早木千絵，岩城理恵，西原智恵，柴田舞欧，須藤信行，細井昌子．慢性疼痛患者における感情同定困難と抑うつとの関連の背景を探る：愛情と思考コントロール方略．
- 18) 藤本晃嗣，安野広三，藤井悠子，日高大，西原智恵，早木千絵，須藤信行，細井昌子．弱オピオイド乱用傾向がみられた男性線維筋痛症患者に心身医学的治療が有効であった一例．第47回日本慢性疼痛学会．2018.2，大阪

H．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

- 1.特許取得
なし
- 2.実用新案登録
なし
- 3.その他
なし

研究協力者

- 1) 九州大学病院 看護部（心療内科）
岩下富士子，柴田沙希，山下敬子，菊武恵子，
- 2) 九州大学病院 心療内科
安野広三，富岡光直，柴田舞欧，岩城理恵，早木千絵，藤本晃嗣，村上匡史，森崎悠紀子，足立友理，藤井悠子，日高大，西原智恵，須藤信行