

## 1. 自分の病気を知り、治療法の選択についてのサポートを受ける。

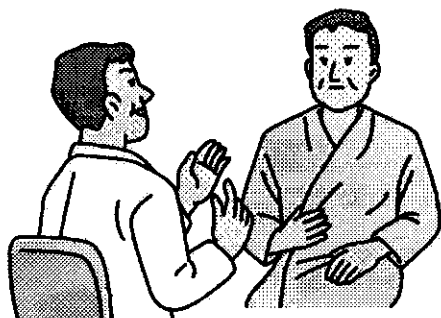
患者様の選択されたことや人生観などを尊重した治療を行うには、患者様に真実を伝えるということが不可欠となります。（もちろん、患者様が知りたくないと思表示された場合にはその状況にあった対応をいたします。）真実を知ることによって納得して治療やケアを選択することができ、家庭内の問題、仕事や財産の問題を整理し、残された時間を有意義に過ごすことができます。

このために、医師と看護師は、患者様やご家族と十分な話し合いができるような時間を設け、プライバシーの確保を行い、患者様のお気持ちにできるだけ配慮するようにしています。また、一度お聞きになられた説明や話し合いについても何度も時間を設け、繰り返して話し合いができるようにいたします。

どの病期においても、がんの治療法には選択肢があるので、患者様が治療法の利点と欠点を十分理解し、選択することがとても重要となります。そのためには、病名だけではなく、病状も患者様に伝えて、最終的に納得した治療法の選択が行えるようにサポートいたします。

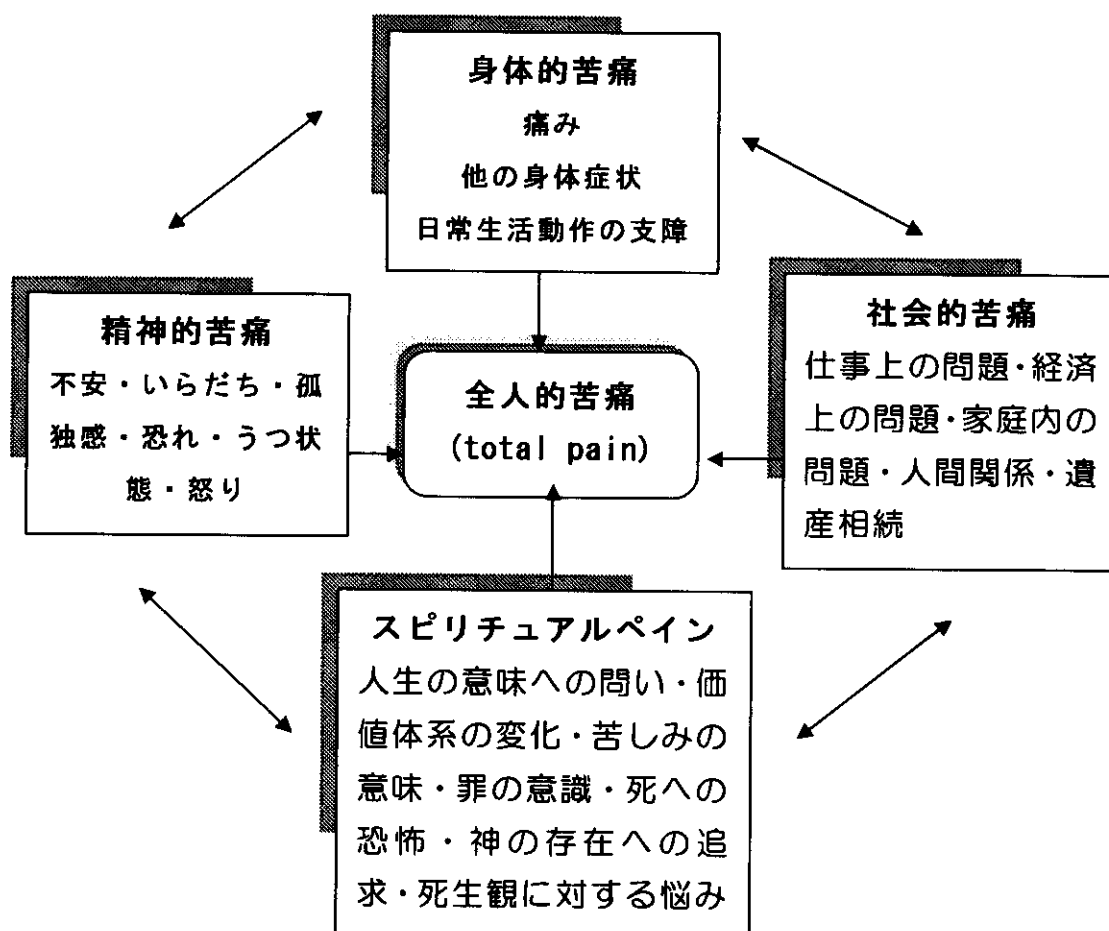
また、現在行っている治療や対処法、ケアについても、何度も説明し、納得して受けていただけるようにいたします。一度説明を受けたが、治療を受けている間も、「これでいいのか」、「ちっともよくなる」、「何のためにしているのか」と疑問がわいてくることは、ごく自然なことです。疑問をもったままの状態では、病気に立ち向かう気力がなくなり、こころの安定を保つことができず、非常に辛い状態となります。疑問をもっていることやそのときのお気持ちを患者様のことばでそのまま看護師や他の医療スタッフにお伝えください。お互いの信頼関係のためにとっても重要なことです。

真実を知ることによって、患者様やご家族は、心に大きな衝撃を受けます。そういった時には、患者様やご家族とよくお話をし、気持ちが落ちつかれることをサポートいたします。（心のふれあいを大切にし、元気になるケア p13 参照）



## 2. 痛みなどの苦痛な症状を取り除くケアを受ける

痛みはたえがたいものです。また、その痛みが病状の進行に伴って強くなったり、痛み以外にも身体がだるくなったり、食欲がなくなったり、息苦しく感じたり、様々な症状が出現します。そのために、仕事ができなくなったり、収入のことが気になったり、気分が憂鬱になり、漠然と不安になったり、突然イライラしたり、どうしてこんな目にあうのかという気持ちが起こったりします。これらは、あなたにだけに起こってくる状況ではありません。緩和ケアでは、患者様は、痛みなどの苦痛だけではなく、精神的な苦痛や心の痛みを抱えており、それらを包括的にケアをしていく必要があると考えています。患者様を全人的に理解し、様々な問題に対応したケアを行います。



## ①痛みを取り除く

緩和ケアでは、痛みを取り除くことを第一に考えて行われます。痛みそのものを対象とした治療を行い、患者様の痛みの訴えにはすぐに対応いたします。「痛みに対応しない医師は倫理的に許されない」とWHO（世界保健機構）は述べています。患者様の痛みは、取り除くことができ、そのための治療やケアを受ける権利があります。中には、取り除くことが難しい痛みの種類もありますが、それを緩和するための積極的なケアやキュア（医学的治療のこと）を受けることができます。

まずは、がんの痛みは取り除くことができる症状であるということを知り、痛みを取り除くことで、日常生活を取り戻すことができ、前向きに過ごすことができることを理解しておいてください。

そのためには、患者様と一緒に段階的な目標を設定します。

- \* 痛みに妨げられない睡眠時間の確保
- \* 安静にしていれば痛みが消えている状態の確保
- \* 起立したり、身体を動かしたりしても痛みが消えている状態の確保

（WHO 世界保健機関編,武田文和訳,1996.がんの痛みからの解放第2版,金原出版 p40.より）

患者様には痛みを表現してもらうことが重要となります。痛みの強さや痛みの状態を表現するための用紙が病棟で用意されていますので、それを用いてあなたの痛みを表現してください。

看護師は、患者様の痛みの訴えに耳を傾け、痛みの観察と評価を行い、薬剤の与薬量を医師と相談し痛みをコントロールしていきます。気分転換やマッサージを行ったり家族との時間を持つことで、痛みの間隔をやわらげる効果があります。医療チームに情報を提供して、このような痛みの閾値を上げる（感じにくくすること）ケアを行うなど、症状のコントロールに必要なケアを行います。



## 痛みに対するお薬（モルヒネ）の誤解

痛みのコントロールには、モルヒネが使われることが多くあります。（従来、麻薬と言われているものです。）モルヒネはがんの痛みにとっても有効であり、使う量に上限がないので、痛みが増強すれば、それに合わせて増量することができます。しかし、これまでの麻薬中毒のイメージやモルヒネの副作用に十分対応できなかった経験などから、モルヒネの使用が敬遠され、痛みが取れないで過ごしている患者様がおられます。

モルヒネは、がんの痛みに対して使用した場合には中毒はおこらないことがわかっています。また、副作用に対して、様々な薬や対処法が開発され、十分に対応できるようになっています。錠剤や1日1回の内服でよい薬、貼ることによって皮膚から吸収される薬など開発され、その人の痛みに応じた鎮痛剤を提供できるようになっています。

まず、医師や看護師と痛みについて話し合い、痛みのコントロールを行うことがとても重要です。

### ②痛み以外の様々な症状を取り除く

痛み以外にも様々な症状をもちながら療養している場合があります。私たちは、これらをどのように取り除くかだけでなく、そのことがどのように日常生活やこころの面に影響をおよぼしているかを知り、患者様のケアを行います。

例えば…

食欲がない、吐き気がする、お腹がはる、息が苦しい、咳が止まらない、しゃっくりがとまらない、尿がもれる、尿が思うようにでない、身体がだるい、からだのあちこちがむくむ、何もする気がおこらない…など

このような症状に対しても、痛みと同様に、患者様と相談しながら、チームでケアを行います。こんなことは相談しても仕方がないと思わずに、どんな症状でもすぐに相談してください。私たちは、どんな症状が今後起こってくるのかを患者様に伝えて、患者様と一緒に対策を考え、そうなった時に困らないように準備をします。そうすれば、患者様もパニックを起こさず、おちついて対処できるようになります。悩みは一人で抱え込まないで是非相談してください。

### 3. 日常生活を取り戻すケアを受ける

日常生活を妨げている症状をできるだけ改善し、その人らしい快適な生活を送るための援助をいたします。その際には、ボランティアを活用することもできます。



#### ① お食事を楽しむケア

お食事を楽しんでいただける配慮をいたします。病状が進み、食欲がなくなったり、治療の副作用で吐き気などのために食べる気がしないということがあります。

食欲がなくなったら、無理に食べることをすすめず、患者様の好みにあったものを用意します。また、そのときに食べられるものを工夫したり、その間の栄養管理をいたします。また、食事の臭いで食欲が低下したり、吐き気がする場合には、臭いを配膳する前になくしてから患者様のところへお持ちします。

椅子に座ってお食事をすることが難しくなっても、食べていただけるように、お部屋の環境を整えたり、食事をとりやすい姿勢をとるケアをいたします。

その他に、季節感を味わうため、季節に応じた料理を用意し、お食事を楽しんでいただけるように工夫している施設もあります。お茶会を催している施設もあります。

また、ご家族と一緒に食べていただけるような環境を提供することもできます。



## ②苦痛や不快感を最低限にするように努力した排泄のケア

おしものお世話は、身体的にも精神的にもとてもつらい体験です。プライバシーを尊重し患者様の負担や不快感ができるだけ少なくなるように配慮して行います。

体力の衰えに伴って、歩いてトイレに行けなくなったりします。その時の患者様の状況をよく判断しその状況に応じた排泄ケアを患者様のお気持ちや意向を十分に尊重して行います。

便秘に対しては、くすりによるコントロールだけではなく、お腹を温めたり、マッサージを行ったりすることができます。



## ③夜にぐっすり眠れるようにするためのケア

からだの具合がよくない場合には、睡眠のリズムが乱されます。また眠れないことが身体のだるさを増したり、食欲低下を強めたりし、そのことがまた、眠れないことにつながるという悪循環となります。

まずは、不眠の内容を把握し、不眠の原因となっているものを除去します。また、睡眠を助けるお薬を使ったり、足を暖めて睡眠を促すことができます。不安や恐怖感のために眠れない時には、看護師にそのことを話すことで、気分がすっきりしたり、不安を少しでも軽減することができ、眠ることができることもよくあります。遠慮なさらずに、なんでもお話しください。



#### ④好きな姿勢をとったり、自然な体位や寝返りをうつケア

身体の衰弱が進むと、自分で楽な姿勢をとることや、寝返りをうつことが難しくなります。同じ姿勢でいることで痛みを感じたり、床ずれが起きたりします。

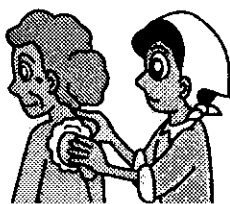
看護師は、患者様の好みを尊重しながら、楽な姿勢をとることをサポートし、一定時間ごとに体位を変えるお手伝いをすることができます。また、そうすることで床ずれの予防になり、痛みを軽減することができます。患者様が寝ている間も継続して体位を変えるケアを行います。

骨転移があって腕が痛む場合、からだがむくんで重たい感じがする場合など、患者様の状況に応じた姿勢や寝返りのケアを行います。

#### ⑤からだをきれいに保つケア

からだを清潔にするケアは、日常生活の基本であり、気分の爽快感や気分転換をもたらします。患者様のプライバシーを尊重し、お疲れにならないような配慮をしてケアを行います。

お風呂に入る場合は、入浴時間を患者様と相談し疲労感が強くないように配慮します。手際よくからだを洗い、湯船につかる時間を短くします。入浴剤を使用する施設もあります。入浴後は、休息をとれるようにし、水分の補給をします。



身体のだるさがあったり、お風呂にはいることが負担になるような場合は、お部屋にお湯を運び、身体を拭いたり、足や手を洗ったりすることができます。

おしもをきれいに保つために、トイレに洗浄機能がついているものを使用することができますが、ベッドの上での排泄を余儀なくされた場合には、患者様のお気持ちに十分配慮し、お湯をお部屋に運んで、洗浄用のボトルにお湯を入れて洗うことができます。

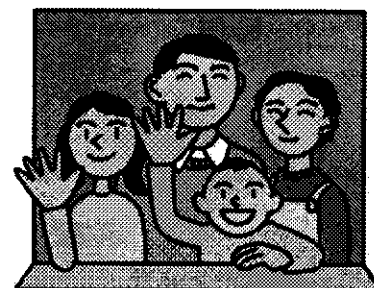
からだの具合が悪くなると、口の中の唾液が減ったり、乾燥することで舌がよごれたり、口内炎がおきたりします。患者様のそれまでの習慣を尊重しながら、歯磨きのお手伝いや、うがいのお手伝いをすることができます。

## ⑥あなたにとっての心地よい環境を提供するケア

家庭的で暖かい環境となるようにしています。療養生活を送るなかで、患者様らしい生活環境で過ごすことはとても重要なこととなります。患者様にとっての心地よさのために、緩和ケア病棟では、普通の一般病棟よりも、看護師の配置が多く、面会時間の融通がきいており、お部屋の内装が明るく静かで温かい家庭的な雰囲気となるように配慮されています。使い慣れた家具や衣類を病室に運ぶことができる施設もあります。

そのほか、明るい環境や過ごしやすい環境のためには、家で使用しているものを運んで使っていただくような物質的なことのほかに、人間関係がとても重要です。看護師をはじめとした医療スタッフは、患者様とよい関係を築けるように最大の努力を行います。

また、ご家族との団欒ができるような環境を提供し、病棟にいても、家で療養なさる場合も、心地よい家族との時間が過ごせるような援助をいたします。

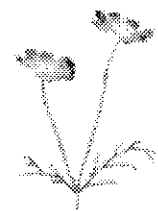
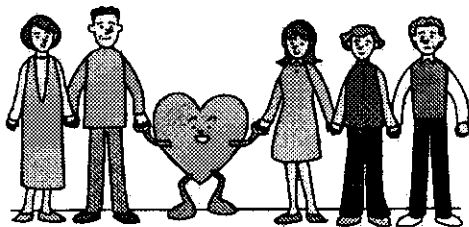




#### 4. こころのふれあいを大切にし、元気になるケア

病名や病気のことを知ることでのショックを受け、こころのケアが必要になることがあります。病気によって、職場や家庭内での役割を失ったり、思うように動けないことによる苦しさも起こります。これらの心の衝撃や思うように動けなくなることや痛みや他の症状によって、死への不安で胸が一杯になったり、一人ぼっちになったような気がしたり、なにもする気が起こらなったり、怒りが急にこみ上げてきたりします。これでも生きる意味があるのか、なぜこんな目に会うのかななどの気持ちが起きてきます。心と身体はつながっており、片方が悪くなるともう一方も不調となります。このような変化は、自分の身に悪いことが起こったときに起こる人間の反応としては非常に自然なもので、家族や看護師など身近な人に気持ちを話したりすることで気持ちを持ち直したりすることができます。それでも気持ちが持ち直せないときや辛い体験が続き気持ちの落ち込みが激しく続く時は、薬の手助けや専門家に相談することができます。看護師は、患者様の言葉に耳を傾け、一緒に問題を整理し解決を図るケアを行います。こんなことを話しても仕方がないと思わずに、話したくなったら、そのときにあなたが話しかけられる看護師に声をかけてみてください。

緩和ケアでは、気分転換を図るために、家族や友人との時間を大切にし、患者様の1日の過ごし方にリズム感をもたせるようなケアをします。外にでて散歩をすることなどをサポートすることができます。家族のような存在のペットとの時間を過ごすことができる施設もあります。また、飲酒や嗜好品に関して相談することができます。施設によっては、患者様同士のふれあいの場を設定したり、音楽会や季節ごとの行事を開いている施設もあります。

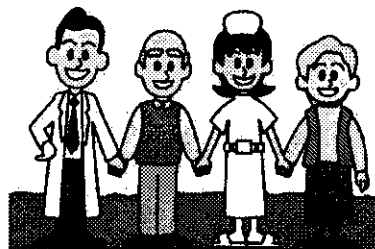


#### 4. ご家族へのケア

患者様のケアだけではなく、ご家族の心身のサポートもいたします。

患者様にとって御家族などの存在は大きな支えとなります。しかし、ご家族の方も患者さんと同様に不安、悲しみを抱かれ、また介護疲れ、経済的負担等のお悩みもおありでしょう。ご家族が持つておられる悩みをお聴きし、悩みを共有したり、必要な公共の支援が受けられないか相談いたします。

また、緩和ケア病棟には、家族室というものが設けられており、ご家族の宿泊、遠方からの来客の宿泊、長期の付き添いの家族の休息のために利用することができます。



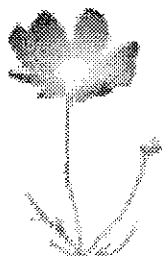
#### 5. ケアを家でも受けられるようにする

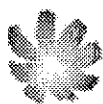
病棟からお家で療養をしたいと思われた場合に、病棟で行われていたケアをそのまま在宅で受けることができるような手配をすることができます。

在宅ケアを受ける場合には、上記のような日常生活ケアや症状コントロールのほか、ホスピス・緩和ケア外来にて、症状のコントロールを受けたり、看護師による訪問を受けたりすることができます。また、緩和ケアの訓練を受けた医療従事者への相談ができ、ショートステイを受けることができます。

また、患者様の状態によっては、日常生活を維持するための理学療法士によるリハビリテーションを受けることもできます。

このように、病棟で受けておられたケアが在宅でも受けられるように手配をすることができますし、在宅でケアを受けておられて、そのケアを病棟で引き続き受けることもできます。そのときの患者様のご希望にあわせて、地域で連携をとり、どこにいてもケアが十分に受けられるような配慮をしていきます。





## V. 緩和ケアにはどのぐらいの費用が

### かかりますか？

入院費用には、入院医療費、食事医療費、室料差額、雑費の合計です。負担額は負担割合によってこととなります。また、社会保険や国民健康保険の各種健康保険が適用されます。

緩和ケア病棟への入院は、「緩和ケア病棟入院料」という定額制で医療保険が適用されます。一定額を超えた患者負担額は、高額療養費制度が適用されますので、申請すれば払い戻しがされます。2003年現在、一般の人の場合、1ヶ月で72300円+ $\alpha$ （計算式参照）以上の費用は公的に負担され、払い戻しを受けることができます。また高額療養費貸付制度（一部負担金の支払いに必要な資金を貸し付ける制度）を利用することもできます。

室料差額は、各施設ごとに異なっており、差額料が無料の部屋から20000円の部屋まであり、金額は一律ではありません。広さや設備などにより一般の部屋とは異なっています。厚生労働省の基準では、室料差額が必要な部屋は全部屋数の半分以下と決められています。

雑費も各施設によって定められており、テレビ代、電話代、リネン代、家族の食事・宿泊代などがあります。

各施設ごとに雑費に含まれるものや必要な金額がわかるようになっていますので、問い合わせることができます。

在宅ケアの場合も国民健康保険、社会保険、介護保険を使うことができますが、24時間、緊急対応の場合などで料金体系が変わります。訪問看護ステーションに問い合わせせて相談することができます。

#### 70歳未満の方の自己負担限度額表

（2003年度11月現在）

	自己負担限度額
上位所得者（月収56万円以上）	139,800円+（総医療費－466,000円）×1%
一般	72,300円+（総医療費－241,000円）×1%
住民税非課税者	35,400円

\*高額医療費の支給は、役所の窓口で申請することになります。詳しくは、市町村の担当窓口へご相談ください。



## VI. 緩和ケアを受けるシステム

緩和ケアを受けるシステムには、入院をする施設とお家でケアを受けるシステムがあります。

入院をする施設には、3つの種類があります。

- \* 病院内の1つの病棟を緩和ケア病棟とした「院内病棟型」施設
- \* 病院の同じ敷地内に分棟で建築されている「院内独立型」施設
- \* 一般病棟を持たない「独立型」施設

「院内独立型」施設は、現在最も多いタイプの緩和ケア施設です。

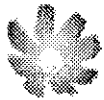
在宅で過ごしたい場合には、訪問看護を受け、ホスピス・緩和ケア外来と連携してケアを受けることができます。

施設緩和ケアと在宅緩和ケアは、それぞれ利点があり、どちらがよいということではありません。患者様のそのときの状態やご希望にあった方法で緩和ケアを受けることができます。

一般に、在宅緩和ケアでは、家族と一緒に過ごすことができ、その家庭のペースを守ることができます。緩和ケア病棟では、緊急の病状の変化に迅速な対応を受けることができます。

また、様々なご家族の事情にあわせるために、家族の休養などの目的で、デイケアやショートステイを利用することもできます。

このような情報を看護師は提供することができます。また、インターネットや保健所などでも情報を得ることができます。(情報p17参照) 看護師は、患者様がお住まいの地域にどのような施設があるのか、どのような地域の連携があるのかを把握し、患者様に合わせてコーディネートすることができますので、どうぞご相談ください。



## VII. 情報

### インターネット情報

国立がんセンター (<http://www.ncc.go.jp/jp/>)

一般向けがん情報・看護・支持療法の緩和ケアの中では、痛み止めの薬についての説明や呼吸困難をどのように軽減する工夫についての情報を得ることができる。また、全国の緩和ケア病棟の情報を提供している。

### ホスピスケア研究会

(<http://www006.upp.so-net.ne.jp/thospic/home2.html>)

「がんを知って歩む会」は、4回の会合を通して、がんを持ちながら、『前向きに生活していく姿勢を強める』ことを目的とした会で、その会の情報が載っている。

### 全国の緩和ケア病棟を有する病院一覧

([http://www.ncc.go.jp/jp/ncc-cis/pub/index/hospitals\\_k.html](http://www.ncc.go.jp/jp/ncc-cis/pub/index/hospitals_k.html))

国立がんセンターのホームページ上にある。緩和ケア病棟を有する病院のホームページや緩和ケア病棟設備、病室設備、各室料、利用できる患者様の地域、入院までの待機時間、訪問ケアや電話相談の有無など細かい情報を得ることができる。

### 緩和ケア関連リンク集

([http://www.geocities.co.jp/Technopolis/5541/link/link\\_1.html](http://www.geocities.co.jp/Technopolis/5541/link/link_1.html))

ホスピス・緩和ケア関連の病院や研究会のサイトがのっており、各患者にあった地域情報を得ることができる。

### がん治療・緩和ケア・ホスピス関係のサイト

(<http://www.hss.shizuoka.ac.jp/shakai/ningen/hamauzu/gate-hospice.html>)

学会、研究会などのサイトから、薬剤や代替療法のサイトまでをリストにしてある。

### 全国ホスピス・緩和ケア施設、関連団体リスト

(<http://www.st.kufm.kagoshima-u.ac.jp/~1997st/Group/presentation2/list.htm>)

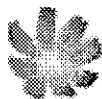
全国の緩和ケア病棟を有する施設や在宅ケアの有無とその施設に関連した団体がリストになっている。都道府県別になっており、検索がしやすい。

がん・ガン・癌スーパーリンク

(<http://www.humanbalance.net/gan3/data39/data39.html>)

がんの各種情報を得ることができる。緩和ケアのサイトリストが載っている。

(これらのサイトは、2003年11月現在で作成したものです。サイトが何らかの障害で開くことができない場合や内容の変更があることをご了承ください。)



## 参考書籍

世界保健機構編(1990).がんの痛みの解放とパリアティブケア,武田文和訳,金原出版.

厚生科学研究「緩和医療供給体制の拡充に関する研究」班編(2001).ホスピス・緩和ケア病棟の現状と展望.

柏木哲夫,末舛恵一,武田文和,中瀬郁雄,永瀬正巳(2002).がん緩和ケアに関するマニュアル,ーがん末期医療に関するケアのマニュアル改訂版ー,厚生労働省・日本医師会監修,日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団.

柏木哲夫,恒藤暁,池永昌之,大山直子,新田美鈴(2002).緩和ケアマニュアル,ターミナルケアマニュアル改訂第4版,淀川キリスト教病院ホスピス編,最新医学社.

外来化学療法を受けるがん患者のサポートプログラムの開発研究班

代表：内布敦子

連絡先：〒673-8588 明石市北王子町 13-71 兵庫県立看護大学内

電話・fax：078-925-9435

e-mail: [atsuko\\_uchinuno@cnas.hyogo.ac.jp](mailto:atsuko_uchinuno@cnas.hyogo.ac.jp)

## **研究課題 2**

**外来及び在宅でのがん終末期の疼痛コントロールを行うための  
麻薬の使用に関する看護ガイドラインの作成**



## 研究課題2：外来及び在宅でのがん終末期の疼痛コントロールを行うための麻薬の使用に 関しての看護ケアガイドラインの作成について

### I. はじめに

日本のがんの死亡総数は、平成14年は304,286人(23.6%)となっている。死因順位としては昭和56年以来第1位となっている。

がん患者は、病気のいかに関わらず、痛みからの解放を必要としている。痛みの出現頻度はがんの原発部位や病期、病態、転移などにより異なるが、がんの進行に従って高くなる。がんと診断された時点で痛みを経験する患者は30%といわれるが、進行がんにおいては60~70%、末期がんにおいては75%と報告されている。痛みの原因が治療法を決める大きな要因になるので、痛みの原因をできる限り正確に診断することが重要であり、多くのがん患者の痛みには鎮痛薬による治療が主軸である。

現在のがん医療の状況は、在院日数の削減、治療技術の進歩および副作用の少ない抗がん剤の開発により外来通院治療の割合が増加してきている。そのため、がん疼痛治療も外来で導入されるケースが増えてきている。そのような現状の中で、がん疼痛治療に関するガイドラインは存在するが、看護に関しては指針は存在せず、疼痛緩和に関する看護技術のEvidenceも十分には確立されていない状況にある。また、がん疼痛看護の認定看護師の抱える困難さや、がん看護専門看護師の疼痛マネジメントのプロセスは明らかになりつつあるが、一般の看護師が疼痛緩和を図っていく上での指標となるものは存在しない。そのため、今回は、外来で疼痛コントロールを導入する患者のケアを対象とした看護指針(案)を作成することとした。

### II. 研究目的

外来で疼痛マネジメントを導入する患者が増加傾向にある現状の中で、医療者が用いるガイドラインとしては、日本緩和医療学会の作成したがん疼痛治療ガイドラインが存在するが、看護指針は存在しない。そのため、本研究では、外来で疼痛マネジメントを導入する患者のケアを対象とした看護指針を作成することを目的とした。これは疼痛を持つがん患者のセルフケア能力を支える標準的な外来看護の基準を提示するものであり、外来でのがん疼痛マネジメントの看護ケアを標準化し症状の緩和を図ることで、がん患者のQOLの向上を目指す指針(案)である。

本稿では、研究テーマの標記について、用語の使い方等の混乱を避けるため、現状に即したものに変更し「外来でがん疼痛マネジメントを行うための看護指針(案)」とした。

### Ⅲ. 研究方法

#### 1. 研究期間

2003年4月から2004年3月

#### 2. 研究方法

基本的な作成方法は、①当該領域の研究班を設置、②当該テーマに関する文献を医中誌およびCINAHLにて検索、③患者のセルフケア能力を焦点をあてて、症状の緩和をはかることを前提として看護指針(案)を構成、④疼痛マネジメントに関する医学的な知識は、日本緩和医療学会のガイドラインに準ずることとし、看護に必要な医学的・薬学的知識については2次資料を参考に巻末資料を作成、⑤国内外、病院単位で用いている疼痛マネジメントの資料の中で、研究班が有用と判断したものについては積極的に取り入れ、⑥看護指針(案)作成過程において使用した文献については、エビデンスの質の分類(AHCRQ: Agency for Health Care Research and Quality)のランクづけをした引用・参考文献を巻末に記載、⑦がん看護専門看護師、緩和ケアの専門医および薬剤師にエキスパートパネル協力を依頼し、看護指針(案)の妥当性を高めるという段階を踏んだ。

#### 3. 倫理的配慮

今回の研究は直接的な患者、家族への調査は行ってはいないが、研究の産物としての看護指針(案)は、今後臨床で活用される可能性が高いため、臨床現場で提供される看護については、患者、家族に害を及ぼさないよう、「外来でがん疼痛マネジメントを行うための看護指針(案)」の中にも、看護倫理の章を設けた。さらに、看護指針(案)の内容については、倫理的側面についても各段階で十分に討議した。討議の過程では、研究班のみにとどまらず、がん医療及び緩和ケアの専門家にエキスパートパネル協力依頼を行い、同意の得られた専門家に協力者となってもらい洗練作業を行った。

### Ⅳ. 研究結果

研究方法で述べた7つの作成手順の中で得られた研究結果について、以下にその概要を述べる。

#### 1. 当該領域の研究班の設置

がん看護の専門家、がん看護専門看護師により研究班を構成し看護指針(案)の作成に着手した。研究会議は、月に1回行い調整を図りながら分担作業を行った。

#### 2. 当該テーマに関する文献検索

「外来看護」「がん疼痛」「疼痛マネジメント」「疼痛管理」「看護指針」「症状マネジメント」をキーワードとして入力し、医中誌およびCINAHLにて検索したところ、日本のがん看護の現状としては、がん疼痛看護認定看護師の抱える困難さや、がん看護専門看護師の疼痛マネジメントのプロセスは明らかになりつつあるが、一般の看護師が疼痛緩和を図

っていく上での指標となるものは存在しないことが明らかとなった。

### 3. 看護指針(案)の構成。

患者のセルフケア能力を焦点をあてて、症状の緩和をはかることを前提として、第Ⅷ章までの構成とし、以下のような内容について記述した。

#### 1) I. 経緯—日本の現状

がん疼痛緩和の看護ケアについては、2003年11月1日現在の時点で、日本がん看護学会の認定する、がん疼痛看護認定看護師120名、がん看護専門看護師32名が活躍し、認定看護師が現在抱えている問題や専門看護師の疼痛マネジメントのプロセスについての研究結果が明らかになってきている。しかし、一般の看護師が疼痛緩和を図っていく上での指標となるものは存在しないという日本の現状について記述した。

#### 2) II. 本看護指針(案)の目的と適応範囲

本看護指針(案)は、病期を問わず外来で疼痛マネジメントを行っている患者を対象としたものである。そのため、治療期から終末期に至るまでのいずれの段階にある患者も含んでいる。また、本看護指針(案)は疼痛マネジメントに携わる看護師の指針となることを基本に作成しており、一般看護師が疼痛マネジメントを行う際の役割と手順を明確化していることを記述した。

#### 3) III. 用語の定義

本看護指針(案)の中でキーワードとなる、がん疼痛・トータルペイン(total pain)・オピオイド(opioid)・がん疼痛マネジメントに関わる看護スペシャリスト・セルフケア能力・セルフケア理論・IASM (An Integrated Approach to Symptom Management) 以上の7項目について定義し記載した。

#### 4) IV. 疼痛緩和に関わる看護倫理

臨床で生じる疼痛緩和に関する倫理的ジレンマおよび、疼痛マネジメントに関して看護師がとる倫理的行動について具体的に記載し、後半では倫理的な問題を含めた事例を提示し倫理分析を行った。

#### 5) V. 疼痛緩和のための外来看護ケア

従来の外来看護は診察の補助を主体としたケアを提供してきたが、現在では各医療機関の外来は様々な専門外来が設けられ、療養相談の窓口が作られるなどの変化が見られている。それに伴い看護師の役割も診療の補助にとどまらず、患者と家族を中心とした相談、患者や家族が習得する必要がある事柄についての知識や技術の教育、生活の中で具体的に実行できるための支援などの個別的なケアが必要とされる、さらに、患者や家族が地域で生活するために必要な社会資源を明らかにして、患者と家族を取り巻く保健医療福祉チームの調整をすることも必要とされてきており、看護師の役割は多様化してきている。

よって本看護指針(案)では、疼痛緩和の外来看護ケアの特殊性として、服薬管理とレスキュー・ドーズを用いた対処法の獲得への援助方法や外来看護システム構築の必要性、他職種との協働の必要性について記載した。また、外来通院中の疼痛マネジメントフロー図を作成し、疼痛マネジメントをする時に、他職種がチームとしてどのように関わっていったらよいかを経時的に、図で表記した。

#### 6) VI. 看護実践

外来での疼痛マネジメントに関して、スタンダード事例への介入方法と、問題をもった事例への介入方法について2つに分けて記載した。

スタンダード事例への介入については、Larson によって開発された症状マネジメントの統合的アプローチ (IASM : An Integrated Approach to Symptom Management) に基づき、患者・家族が主体的に症状マネジメントに取り組み、患者・家族のセルフケア能力を促進するように、基本的知識・基本的技術・基本的看護サポートを提供することを重点に記載した。本看護指針(案)では、IASM の看護活動を外来疼痛マネジメント用に改変した。その看護活動は、6つである。

①がん疼痛を定義する、②がん疼痛の機序と出現形態を理解する、③患者・家族の症状体験(知覚・評価・反応)を明らかにする、④症状マネジメントの方略を明らかにする、⑤患者・家族のセルフケアを促進するために基本的知識、基本的技術、基本的サポートを提供する、⑥活動による効果を明らかにし、継続ケアについて検討する。これらの6つの看護活動の順に具体的介入方法を記載した。また、章末には「外来疼痛初期アセスメント表」「外来疼痛継続アセスメント表」を作成し、看護師が患者との面談を通して、アセスメント項目を確認しながら、記載していくことができるツールを作成した。

外来看護師の対応する疼痛マネジメントに関する問題をもった事例への介入方法については、臨床場面において困難事例としてあげられることの多い以下の6事例をあげた。①オピオイドの副作用(便秘)が管理できない事例、②レスキュー・ドーズがうまく使えない事例、③オピオイドに対する抵抗感を持つ事例、④オピオイドの副作用に抵抗感を持つ事例、⑤服薬の技術が伴わず自己管理ができない事例、⑥痛みの表現が困難な事例。それぞれの事例について、スタンダード事例と同様に IASM を用いて看護活動を具体的に記載した。

#### 7) VII. 外来患者の疼痛マネジメントにおけるリソースの活用と必要なシステム

病院内の人的リソースの活用として、継続看護担当看護師、主治医、他科医師、薬剤師、栄養士、理学療法士、作業療法士、ソーシャルワーカー、がん看護に関する認定看護師や専門看護師などの専門家をあげ、それぞれの活用法について記載した。

また、必要なシステムとしては、電話相談、外来看護相談室、地域連携システム、緊急対応システムあげた。さらに、院外専門職(保険薬局・開業医・訪問看護ステーション)との連携についても記載した。

#### 8) VIII. がん疼痛に対する非薬物的介入における看護師の役割

痛みをはじめとしたがん患者の症状マネジメントを目的に、医療以外の療法(非薬物、代替・補完療法など)を用いようとするときに、参考にする看護の基本的な考え方やスタ