

ンスを提示した。

非薬物的療法、代替・補完療法に対する看護のありかたとしては、①包括的アプローチが必要であるという考えに基づき、柔軟に痛みのマネジメントに貢献できる非薬物、代替・補完療法は吟味してこれを取り入れる。②IASM の考え方に基づき、非薬物療法や代替・補完療法を吟味する患者の能力、意志決定能力を高めるアプローチを行い、患者が適切にこれらの療法を活用できるように（または中止するように）支援する。以上の2つの考え方を基盤に記載した。

がん患者の痛みに関連した非薬物、代替・補完療法としては、理学療法としてのカイロプラクティック、マッサージ、電法。東洋医学としての、鍼治療。精神・神経機能に関与する療法として、アロマセラピー、リラクゼーション、イメージ療法、をあげた。それぞれの療法について、作用やメカニズムに関する見解、がん疼痛に対して考えられる効果を具体的に記載した。

代替・補完療法に対する看護師の対応については、NIH(National Institute of Health)の代替・補完療法部門が代替・補完療法を取り入れるとき考慮すべきこととして提案している項目を看護活動の視点から捉えなおして記載した。また、章末に「代替・補完療法点検リスト」「代替・補完療法についての質問リスト」などを提示し、看護師が代替・補完療法の現状を正確に理解し、患者の相談に応じられるように工夫した。

4. 疼痛マネジメントに関する医学的な知識の掲載方法

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次資料を参考に資料を作成。巻末に掲載した。

1) 資料1：がん疼痛の基礎知識

痛みの捉え方をはじめ、看護師が痛みの性質をアセスメントできるように、痛みのメカニズムおよび分類について記載した。

2) 資料2：がん疼痛に対する薬物療法

実際に日本の臨床で用いられているオピオイド鎮痛剤の種類をあげ、WHO3段階除痛ラダーに基づいた鎮痛剤投与方法について記載した。また、鎮痛剤を上手く使用していく方法として、レスキュー・ドーズ、鎮痛補助薬、オピオイドローテーションを別記した。

3) 資料3：モルヒネの副作用に対するケア

モルヒネによる副作用として頻度の高い、便秘、嘔気・嘔吐、眠気、せん妄をとりあげ、それぞれについて定義、メカニズム、対策について記載した。

5. 国内外、病院単位で用いている疼痛管理の資料の活用

エキスパートパネル協力者の所属する施設において、実際に活用されている疼痛緩和に関するマニュアルや患者用パンフレットを同意のもとに取り寄せ、その中で、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た。また、米国がん看護学会(ONS:Oncology Nursing Society)の作成した Oncology Nursing Society Position Paper on Cancer Pain

も作成過程にいて参考にした。

6. 引用・参考文献リストの掲載方法

看護指針(案)作成過程において使用した文献については、活用する際に内容の詳細について調べることができるように、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・参考文献リストを巻末に記載

7. エキスパートパネル協力による洗練作業

看護指針(案)の妥当性を高めるために、がん看護専門看護師および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た。

1) がん看護専門看護師

共同研究者や研究協力者であるがん看護専門看護師を除く 14 名のがん看護専門看護師の協力を得て以下の通りにエキスパートパネル会議を行った。

第1回：2003/7/5(土)研究の趣旨説明を行い、エキスパートパネルとしての協力依頼を口頭で行い、後に同意を得た。協力者からは、本看護指針(案)作成に着手する経緯についての質問があり、それに回答する形で会議が進められた。

第2回：2003/11/2(日)研究班にて作成した看護指針(案)を協力者にあらかじめ送付し、外来でのがん疼痛マネジメントの看護ケアを標準化するのに適切な内容であるか、当日の会議にてヒアリングを行った。ヒアリングの結果としては、医学・薬学的知識が混在しているため、実際には使用しにくいこと。現在の日本の現状としては、がん疼痛看護認定看護師、がん看護専門看護師の数が少ないことを踏まえて、看護指針(案)をどの施設に置いても活用できる形にするために、内容を検討する必要があるという意見が得られた。

その後、研究班でこの意見を参考に洗練作業を行い、看護指針(案)は本文と資料の2部構成とし、医学・薬学的知識については資料の部分に掲載し、あくまでも看護指針(案)を活用する時の参考資料という形にした。また、がん看護の認定看護師や専門看護師の配置されていない施設においても、本看護指針(案)が活用できるようにジェネラリスト対象に内容を修正した。

2) 緩和ケアの専門医および薬剤師

資料の部分に掲載した医学・薬学的知識に関しての妥当性を高めるために、緩和ケアの専門医4名、薬剤師3名に事前に送付し、後日それぞれの協力者に対してヒアリングを行った。ヒアリングの結果としては、実際に臨床で使用されている薬剤や使用頻度の高い薬剤についての具体的な使用方法についての意見が得られた。また、医学・薬学的知識を指針として掲載するのか、それともマニュアルとして掲載するのかによって記載方法や活用方法が異なってくることについての指摘があった。7名の専門家のヒアリングの後、研究班会議を行い、洗練作業に取りかかった。最終的には、がん疼痛緩和に関する医学・薬学的知識を臨床現場で活用できる形にして、使用頻度の高い薬剤を中心に掲載した。また、本看護指針(案)は、医学・薬学的知識に関してもマニュアルではなく、あくまでも指針とスタンスで掲載することとした。

V. 今後の展望

この看護指針(案)はオピオイドを使用して外来で疼痛マネジメントを行う患者・家族に対して、外来看護師が提供する看護の内容を明らかにしたものである。

これまでの外来の疼痛マネジメントは、医師が主導となり薬剤を処方することが主流であり、看護ケアは、施設ごとの格差があるとはいえ、十分とはいえなかった。そのため、患者・家族は痛みのマネジメントについて十分な指導や教育も受けないまま個々の患者・家族が試行錯誤しながら生活をしているのが現状であった。

そこで、本看護指針(案)では、外来看護師によるケアが充実すれば、患者・家族の QOL (生活の質) に大きく貢献できると思い、患者・家族が自らの症状マネジメントに取り組むセルフケア能力を活用するという症状マネジメントモデルを枠組みとしながら、看護が提供する標準的なケアの内容を記述した。

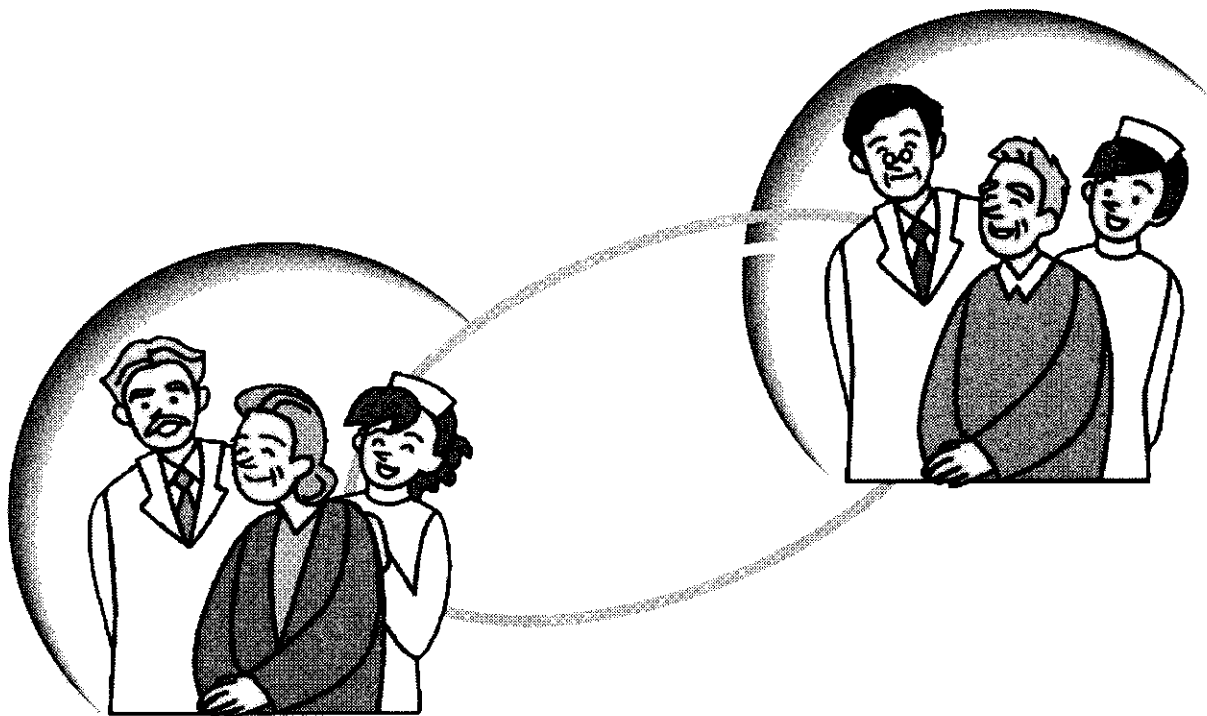
今後、本看護指針(案)にそった看護を提供することにより、患者・家族を主体とした症状マネジメントを行うにあたり、提供すべき、知識や技術、サポートを明確にすることができ、限られた外来の時間のなかにあっても、効率よく個別性の高い看護を提供することができる。

また、本看護指針(案)は看護師が疼痛マネジメントを行うにあたり必要最低限の知識を資料として掲載している。その他、疼痛マネジメントがうまくいかない事例へのケアについての具体的な介入方法、外来で効果的な疼痛マネジメントを行うための他職種との連携や施設のシステムへの働きかけについても記述している。したがって、臨床での活用性が高いといえる。

研究課題 2 : 資料

オピオイドを使用したがん疼痛マネジメントにおける外来看護指針(案)

オピオイドを使用したがん疼痛マネジメント における外来看護指針（案）



平成15年度厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）

代表者：荒尾晴恵

主任研究者：内布敦子

はじめに

オピオイドを使用したがん疼痛マネジメントにおける外来看護指針（案） 活用の目的

この看護指針(案)はオピオイドを使用して外来で疼痛マネジメントを行う患者・家族に対して、外来看護師が提供する看護の内容を明らかにしたものです。患者・家族が在宅で疼痛マネジメントを行い、その人らしい生活を継続することは大変重要なことであり、そのために看護ができることは何かを明確にする必要があります。

これまでの外来の疼痛マネジメントは、医師が主導となり薬剤を処方することが主流でした。看護師によって提供される看護ケアは、施設ごとの格差があるとはいえ、十分とはいえませんでした。患者・家族は痛みのマネジメントについて十分な指導や教育も受けないまま個々の患者・家族が試行錯誤しながら生活をしているのが現状です。外来看護師によるケアが充実すれば、患者・家族のQOL（生活の質）に大きく貢献できると思われまます。

本看護指針(案)は、患者・家族が自らの症状マネジメントに取り組むセルフケア能力を活用するという症状マネジメントモデルを枠組みとしながら、看護が提供する標準的なケアの内容を記述しています。

本看護指針(案)にそった看護を提供することにより、患者・家族を主体として症状マネジメントを行うにあたり、提供すべき、知識や技術、サポートが明確にすることができ、限られた外来の時間のなかにあっても、効率よく個別性の高い看護を提供することをめざしました。看護指針(案)の資料には看護師が疼痛マネジメントを行うにあたり必要最低限の知識を掲載していますので、ぜひ参考にさせていただきたいと思ひます。

また、疼痛マネジメントがうまくいかない事例へのケアについても具体的な介入方法を記述していますので、臨床での活用性が高いと考えます。

その他にも本看護指針(案)は、患者・家族への直接ケアのみではなく、外来で効果的な疼痛マネジメントを行うための他職種との連携や施設のシステムへの働きかけについても記述しています。

これらの内容が、皆様の日常の外来疼痛マネジメントのお役に立つことができればうれしく思ひます。

2004年3月

研究班一同

目次

I. 経緯—日本の現状	1
II. 本看護指針(案)の目的と適応範囲	
1. 本看護指針(案)の目的	4
2. 本看護指針(案)の適応範囲	4
3. 本看護指針(案)の作成手順	4
III. 用語の定義	
1. がん疼痛	6
2. トータルペイン(total pain)	6
3. オピオイド (opioid)	6
4. がん疼痛マネジメントに関わる看護スペシャリスト	6
5. セルフケア能力	7
6. セルフケア理論	7
7. IASM (An Integrated Approach to Symptom Management)	7
IV. 疼痛緩和に関わる看護倫理	
1. 本看護指針(案)の考え方	11
2. 臨床で生じる疼痛緩和に関する倫理的ジレンマ	11
3. なぜジレンマが生じるか	13
4. 疼痛マネジメントに関して看護師がとる倫理的行動	13
5. 倫理的な問題を含めた事例	14
V. 疼痛緩和のための外来看護ケア	
1. 痛緩和外来看護ケアの特殊性	16
2. 外来通院中の疼痛マネジメントフロー	20
VI. 看護実践	
1. スタンダード事例への介入	21
看護活動その1 がん疼痛を定義する	22
看護活動その2 がん疼痛の機序と出現形態を理解する	23
看護活動その3 患者・家族の症状体験(知覚・評価・反応)を明らかにする	23
看護活動その4 症状マネジメントの方略を明らかにする	29
看護活動その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	32
看護活動その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	35
2. ジェネラリスト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	
1) オピオイドの副作用(便秘)が管理できない事例	37
2) レスキュー・ドーズがうまく使えない事例	40
3) オピオイドに対する抵抗感を持つ事例	43
4) オピオイドの副作用に抵抗感を持つ事例	45
5) 服薬の技術が伴わず自己管理ができない事例	47
6) 痛みの表現が困難な事例	49

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	
1. 病院内の人的リソースの活用	51
2. 必要なシステム	53
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	
1. 非薬物的療法の位置づけ	54
2. 非薬物的療法、代替・補完療法に対する看護のありかた	55
3. がん患者の痛みに関連した非薬物、代替・補完療法のカテゴリー	56
4. がん疼痛に対して看護の領域で提供の可能性がある代替・補完療法	60
5. 代替・補完療法に対する看護師の対応	60
引用・参考文献リスト	63

資料

- 資料1：がん疼痛の基礎知識
- 資料2：がん疼痛に対する薬物療法
- 資料3：モルヒネの副作用に対するケア

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。痛みのすべてが、がん病変に起因するわけではない。70%の痛みは、がん自体が原因となった痛みで、がんの軟部組織、内臓、骨への浸潤・転移、神経の圧迫や損傷、頭蓋内圧亢進などによることが多い。残りの 30%の痛みの原因としては、①筋の攣縮、リンパ浮腫、褥瘡などのがんに関連した痛み、②手術、化学療法、放射線療法などの治療に関連した痛み、③変形性脊椎症、関節炎、などのがん患者に併発したがん以外の疾患による痛みが挙げられる。進行がんの患者においては、複数の痛みが出現し、1つ1つの痛みの原因が異なることが多い。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る。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（平賀一陽ら，2002）。

1982年、イタリアのミラノで開かれた WHO 協議会にがん疼痛治療の専門家が招かれた。麻酔学、神経内科学、脳神経外科学、臨床腫瘍学、薬理学、精神医学、外科学、看護学の各分野からの専門家である。これらの専門家の協議によって WHO がん疼痛治療暫定指針が作成された。この暫定指針には、限られた数の薬を使うことにより、大多数のがん患者を痛みから解放することができ、それは実現可能な目標との合意が述べられている。暫定指針の有効性と世界各地で実施可能か否かの検討は、WHO およびミラノ国立がんセンター所在のがん疼痛治療に関する WHO 指定研究協力センターの指導のもとに、医療体制の異なる数カ国で実施された。1984年、ジュネーブで「がん疼痛の包括的治療に関する WHO 会議」が開催された。この会議の成果は、WHO 編集の「がんの痛みからの解放」としてまとめられ、1986年に出版された。この中に付属文書として 1982年の暫定指針の改定版である「WHO 方式がん疼痛治療法」が公表された（Twycross,R,G.,Lack,S,A., 1984/武田文和，1993）。

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。政府は、昭和 58 年「対がん 10 年総合戦略」を策定した。関係省庁は、この戦略に基づき昭和 59 年以来、がんの本態解明を目指した研究や事業を展開してきたが平成 6 年からは「がん克服新 10 年戦略」に引き継がれている（長谷川慧重ら，2002）。

厚生労働省は平成元年に「末期医療に関するケアのあり方の検討会」の報告書を発表し、並行して第一戦の医療従事者の手引きとして「がん末期医療に関するケアのマニュアル」を作成した。そして、平成二年には、がん患者の痛みの除去に必要なモルヒネを医療従事者が使用しやすくするために、麻薬取締法の改正を行った。

WHO方式がん疼痛治療法が日本に紹介されて久しくなるが、全国的には痛みの治療は

不十分である。米国において医師・看護師へのがん疼痛の治療の教育やガイドライン作成が効果を奏しつつある。日本緩和医療学会の発足を機に、日本の実情にあった実践的なガイドラインを作成し、実際の症例に適應させ、科学的に評価するとともに、痛みの治療の向上を目指すこととした。米国においては疼痛の治療の向上のためのガイドラインが提唱されている。そこで、日本緩和医療学会では、日本の状況に適應させた **Evidence-Based Medicine(EBM)**に則ったがん疼痛治療ガイドラインの作成した（平賀一陽ら，2002）。

がん疼痛緩和の看護ケアについては、1997年に日本がん看護学会が、がん看護の現場で働く看護師を対象に「必要な専門看護領域」を調査した結果では、「がん疼痛ケア」が必要であると多くの看護師が考えていることが示され、日本の臨床現場では十分な除痛が困難な状況にあることが示唆された。1999年に最初のがん疼痛看護認定看護師が誕生して以来2003年11月1日現在まで、120名が認定看護師として認定を受け、病棟や外来でまた、緩和ケアチームの一員として、それぞれの施設で活動をしている（清水奈緒美，2002）。認定看護師を育成するコースの学生（5年以上の臨床経験、3年以上のがん疼痛患者の看護経験）ががん疼痛緩和ケアを実践する際に困難に感じていることは、①病状の進行、②神経因性疼痛、③個別な価値観、④精神的・社会的苦痛、⑤訴えが信じられない、⑥訴えない患者、⑦副作用、⑧チームアプローチの不足、⑨患者への説明不足、⑩長期の疼痛、⑪他の苦痛症状、であった（馬場直子，2001）。

また、専門職業団体である日本看護協会は、社会から求められる独立した専門看護分野として「がん看護」を特定している。そして、1996年より卓越した看護実践を有するものを、専門看護師（Certified Nurse Specialist：CNS）として認定しており、2003年11月1日現在32名のがん看護専門看護師が活躍している。がん看護専門看護師（Oncology Certified Nurse Specialist：OCNS）は、患者家族の複雑な問題に取り組み、疼痛マネジメントの推進力となっている。CNSの疼痛マネジメントの局面としては①疼痛マネジメントに関わる人々との関係作り、②疼痛マネジメントの方向性の決定、③今後の疼痛マネジメントを見すえたチームの関係性づくり、④在宅における疼痛マネジメントの体制作り、⑤外来受診時のフォローアップと激痛への応急処置、⑥除痛ラダーステップⅡへの移行、⑦トータルペインへの焦点化、⑧除痛ラダーステップⅢへの移行、⑨看取りを前提とした在宅療養への移行、の9点が上げられている（小迫富美恵ら，2003）。

看護ケアの質を構成する要素のひとつに「痛みの緩和」における看護技術があるが、構成する看護技術としては、①痛みの読み取り技術②患者がいる場の調整技術③患者の内なる力を強める技術④患者の痛み刺激への介入技術がある（片田範子ら，1996）。

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（Certified Expert Nurse：CEN）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。また、看護指針により、疼痛をもつがん患者の在宅療養を支える標準的な外来看護の基準を提示することにより、外来でのがん疼痛の看護ケアを標準化し、患者のセルフケア能力に焦点化した症状緩和をはかることで、がん患者の QOL の向上を目指すこととした。

II

本看護指針(案)の目的と適応範囲

1 本看護指針(案)の目的

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、今回は、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とした。

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である。

2 本看護指針(案)の適応範囲

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まれている。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たものである。したがって、がん疼痛看護のCEN、ホスピスケアのCENやOCNSなどの看護スペシャリストの役割については、所属施設にCENやCNSが配置されている場合は、一般の看護師がどのように活用したらよいかという形で、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についての項に記載している。また、巻末には資料の項をもうけ、看護指針(案)を利用する際に必要ながん疼痛の基礎知識、がん疼痛に対する薬物療法、モルヒネの副作用に対するケア、について記載している。

3 看護指針(案)作成の手順

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化し、症状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E-1レベルのものを2次資料として資料を作成、⑤国内外、病院単位で用いている疼痛管理の資料の中で、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(表1)のランクづけ

をした引用・参考文献を巻末に記載、⑦OCNS および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。

<エキスパートパネル協力者：OCNS>敬称略

赤羽寿美、伊奈恍子、梅田恵、岡田美賀子、小澤桂子、大八木靖子、角田直枝、勝部晃子、坂下智珠子、千崎美登子、田村恵子、中村めぐみ、濱口恵子、本山清美、

<エキスパートパネル協力者：緩和ケア専門医および薬剤師>敬称略

安保博文、岩川清吾、加堂哲治、新藤正人、関本雅子、恒藤暁、平井みどり

A	無作為化比較試験
B	非無作為化比較試験
C	症例報告以外の臨床研究
D	症例報告
E-1	オーソドックスな教科書、AHCRQなどのガイドラインに記載
E-2	複数の専門家が総説に記載または勧告および本委員会の合意
E-3	専門家の個人的な意見
PC	Panel Consensus 本委員会の合意

*AHCRQ(Agency for Health Care Research and Quality)

表1：エビデンスの質の分類（平賀一陽ら，2002）

1 がん疼痛

がんが体内に存在することで生ずる生理学的な痛みは、がん以外のさまざまな疾患に際して生ずる痛みと、その発痛のメカニズムにおいて同様であり、がん特有の発痛メカニズムというものはない(後明郁男, 2003)。しかし、がんの痛みは進行性であり、急性憎悪を起こしたり、持続的な慢性の痛みに移行したりする。また、がんは身体のあらゆる場所に発生し、他の場所にも転移するため、がんの原発部位だけでなく転移部位にも痛みや感覚・運動神経障害をきたすことがある(上島悦子, 2003)。従って、がん疼痛とはキュア(治療)を目指して積極的な治療(手術療法、化学療法、放射線療法)を行っているときの痛みも、キュアが望めなくなってケア(症状緩和治療や社会的・心理的サポート)が中心となっている時期の痛みも、がんの経過中に経験する痛みのすべてをいう(後明郁男, 2003)。

2 トータルペイン (total pain)

がんによる痛みや苦痛は、病気の進行とともにさまざまな側面が絡み合って複雑な様相を呈してくる。すなわち、①がん自体あるいはがんの治療に関連して起こる苦痛(身体的側面)、②苦悩、孤独、絶望感、葛藤、死に対する恐怖などにより起こる苦痛(精神心理的側面)、③社会的な地位の喪失、経済的な問題、家族の問題などにより起こる苦痛(社会的側面)、④罪悪感や生きる意味、自己の尊厳、信仰心などの問題により起こる苦痛(スピリチュアルな側面)、などあらゆる側面を包括したトータルペインとして捉える必要がある(佐藤英俊, 2003)。

3 オピオイド (opioid)

コデイン、モルヒネ、その他の天然の薬ないし合成の薬で、中枢神経系および末梢神経系にある特異的な受容体を介して効果が現れる薬の総称である(WHO 専門委員会, 1990/武田文和, 1995)。

4 がん疼痛マネジメントに関わる看護スペシャリスト

がん疼痛緩和に関わる看護スペシャリストとは、日本看護協会が認定している、がん疼痛看護認定看護師、ホスピスケア認定看護師やがん看護専門看護師、または施設毎にジェ

ネラリスト（一般看護師）と区別して認定しているがん看護の専門家をさしている。

5 セルフケア能力

セルフケアとは、その人自身の機能と発達を調整するために、自分自身や自分の環境に向けた活動を自発的に開始し実践することであり、生命、健康、安寧の維持を目的としている（Orem,D,1995）。このように、調整のために自発的に実施する力をセルフケア能力という。

6 セルフケア理論

セルフケア理論の中心的な考え方では、人は、自分自身や自分の環境に向けて、個々の行動あるいは一連の行動をとることが強調されている。この行動がセルフケア行動である。人は日常生活の中で毎日、継続的にセルフケア行動をとる。セルフケアを構成する個々の活動や一連の行動は意図的に成される。個々で基本的な前提となるのはセルフケア行動には目的があり、その目的とは、自己の日常的なケアに必要な不可欠なセルフケア要件を満たす、ということである。セルフケアに関する要件を満たせば、構造的・機能的統合性や人間の発達を調整することになる。調整的行動には、①すべての人に普遍的なもの、②人間の発達過程に特有のもの、③健康状態からの逸脱に関連したもの、の3つのタイプの要件を満たすように努めることである。セルフケア行動の全体的な目的は、その人自身の生命と自己維持に寄与し、自己の健康と安寧を増進することである（Dennis,C.M./ 小野寺杜紀,1999）。

7 IASM (An Integrated Approach to Symptom Management)

UCSF(the University of California,San Francisco) の教員によって開発された MSM (The Model of Symptom Management)の概念枠組み（図1）は、看護学の領域で作られたものであり、徹底した患者中心の考え方、緻密なメカニズムの理解、そしてセルフケアの理論がその背景にある。モデルは、「症状体験」・「症状マネジメントの方略」・「症状の結果」の3つの大きな概念から成り立っている。しかし、MSM を使って患者の症状マネジメントの状況が理解できても、看護介入がすぐに導かれるわけではない。臨床での看護実践に MSM を活用するために Larson.P.J. によって IASM(An Integrated Approach to Symptom Management)（図2）が作られた。これは、モデルを用いた看護師の活動の具体的な提示を試みたものである。「症状体験」に対応する部分で行う看護活動は、患者の体験を理解するということであり、そのために看護師は①傾聴する、②客観的に問う、③サインをモニタリングする、という主に3つの活動を行う。「症状マネジメントの方略」に対応する部分で行われる看護師の活動は、望ましい結果を明らかにして、症状マネジメント

のために患者に必要な①基本的な知識、②基本的な技術、③基本的看護サポートを患者に提供すること、である。この時、患者のセルフケア能力をアセスメントする看護師の能力が要求される。看護師は、患者が実現できるレベルを患者とよく相談しながら知識や技術の質や量を決定する。個々の患者のセルフケア能力に応じて知識や技術、基本的サポートが提供され、患者との協働でマネジメント活動は進んでいく。最後に看護師は、患者と一緒に「症状マネジメントの結果」として症状緩和の効果を評価する（内布敦子ら，1998）。

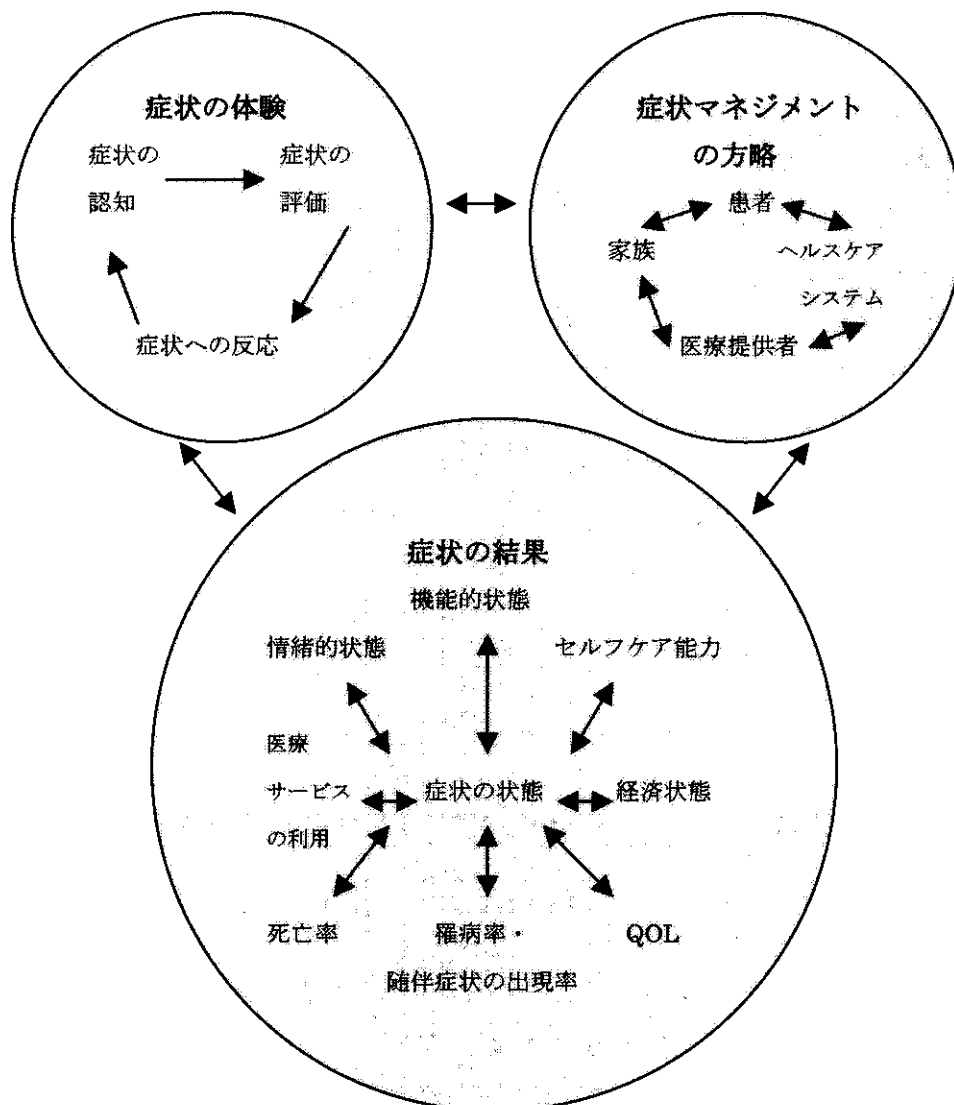


図1：症状マネジメントの概念モデル (MSM)

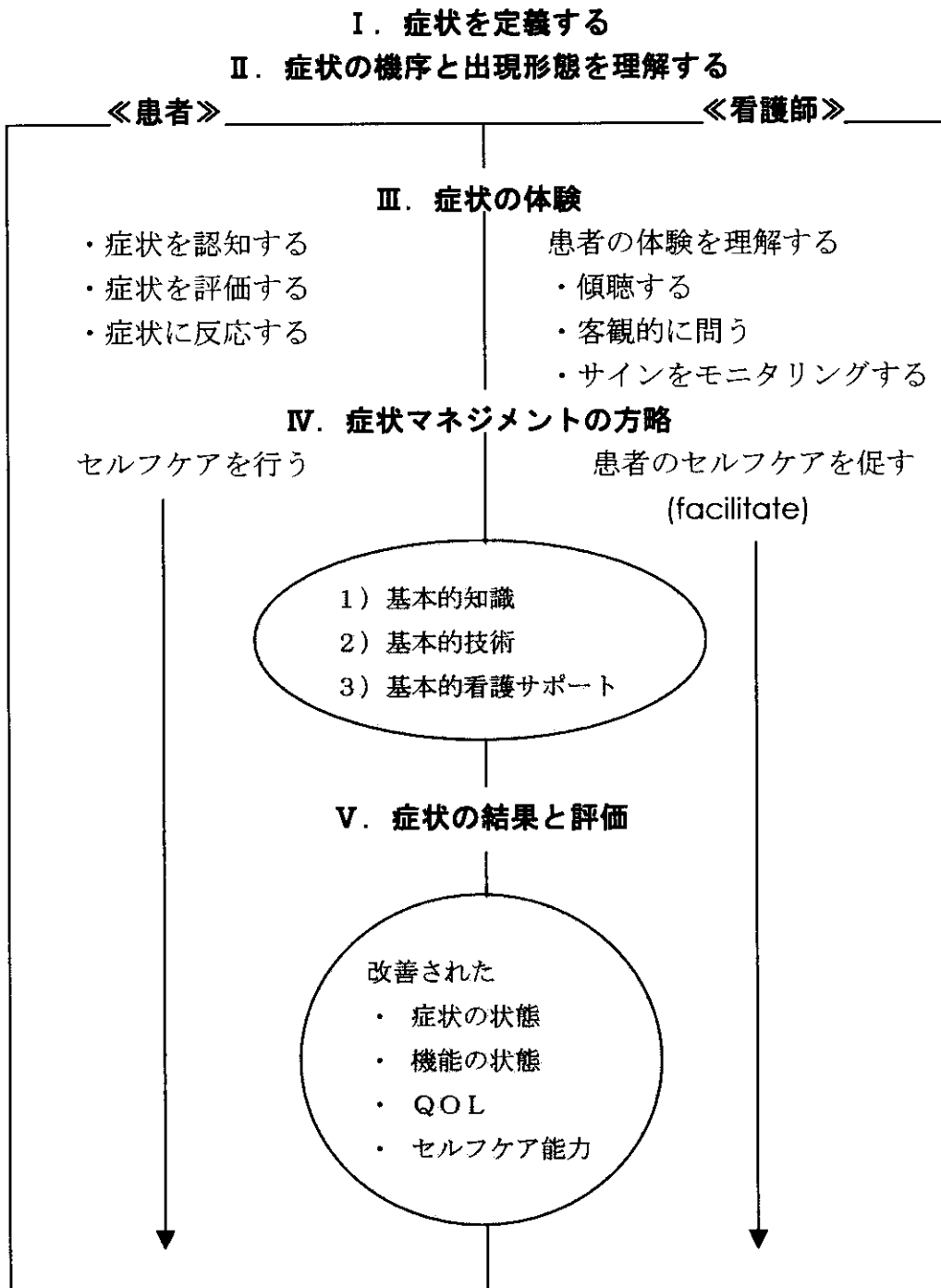


図 2 : 症状マネジメントの統合的アプローチ(IASM)

1 本看護指針(案)の考え方

この看護指針(案)では、疼痛に関して、

「がんの痛みをもつ者は、最適の痛み除去をうける権利がある。ケアをする看護師は痛み除去のために、看護実践の範囲内で可能なすべてのことを探求する倫理的な義務がある」(Spross, McGurire, and Schmitt,1990)と考える。

また、「患者の権利として、患者は痛みがあることは、問題であり、痛みは除去されなければならないと、看護師、医療従事者から認識される権利がある。この最適な痛み除去に対する重要なニーズは、個人の権利、また看護師の倫理義務として、認識され、実施されなければならない」(Spross, McGurire, and Schmitt,1990)と考える。

上記にあげた疼痛に関する考え方は、欧米の倫理の基本原則である「人を尊重すること」そこからあげられた自律、善行、無害、正義、真実、忠誠の6つの原則と、効用の原則が加えられている(小島 1997)、という考え方が元になっている。また、この考え方の背景には、患者の権利(リスボン宣言, 1995)、看護倫理規定(ICN, 2000)、看護のアドボカシーの役割(片田, 2002)などがあげられる。

2 臨床で生じる疼痛マネジメントに関する倫理的ジレンマ

さて、これらの倫理は、看護師が普段持ち合わせているものだが、疼痛マネジメントに関して、患者が痛みをもっていることが問題だと認識することや、疼痛マネジメントされることが患者の権利であり、それを行うことが医療従事者の倫理的義務であるという考え方は、浸透していない状況が考えられる。

実際の現場でのジレンマとして岡田(2003)は、以下のようなものをあげている。

- 1) 鎮痛薬を使用せず我慢させること
- 2) プラシーボの使用
- 3) 麻薬であることを告げずに使用すること
- 4) 患者の意思に反して鎮痛薬を使用すること
- 5) 鎮痛を目的とした薬剤の使用により QOL の低下がさけられない場合
- 6) 鎮静の実施

1) に関しては、患者が痛み止めを使いたくないからと知っているのに痛みを取らないで我慢させるなどの状況が考えられる。これは、患者に「痛みはとってもらえることができる」という事実を伝えていないことや、疼痛マネジメントに対する最善を尽くしていないことが倫理的に問題となりえる。

2) のプラシーボの使用は、患者の痛みの訴えを信じないで、患者にうそをついて与薬をすることで、これは上記の倫理規定や、患者の権利に明らかに反している。日本の看護師のがん疼痛治療についての意識の現状についての調査をおこなった渡辺ら(1986)は、偽薬の使用がある現状を明らかにし、偽薬の使用は、倫理的にゆるされないことであり、偽薬を使うことなく患者の訴えを信じるところから痛みの治療が満足な成果が得られるのであると述べている。

米国の研究者もプラシーボ使用の現状を報告(McCaffery, Ferrell and Turner 1996)し、プラシーボの使用は、患者の生命倫理原則である、自律、善行、誠実、忠誠を外れていると指摘し、Oncology Nursing society の姿勢として、疼痛マネジメントやアセスメントのためにプラシーボを使用してはいけない、という見解をあげている(1996)。

3) 麻薬であることを告げずに使用すること、4) 患者の意思に反して鎮痛薬を使用することは、上記の患者の権利に反するばかりでなく、倫理規定の原則である真実を告げること、患者の意思決定に基づいていることに反している。

5) 鎮痛を目的とした薬剤の使用により QOL の低下がさけられない場合、6) 鎮静の実施にあたっては、患者が、どのような医療をうけたいのかという意思決定に関する倫理に関係すると思われる。

このように倫理的に困難な状況は、疼痛マネジメントに関わらず様々な臨床の場で起こっていると考えられる。片田(2002)は 1990 年代の日本のいくつかの実態調査の結果を考察し、看護する上で倫理的行為が困難になる状況として、

- 1) 医師との関係—治療方針や治療を受ける患者に対する姿勢が、看護が行うべき、行いたいと思っている方向と異なる状況。
- 2) 患者への情報提供—看護職としてどこまで患者へ状況を提供できる権限があるのか、告知されていない患者の治療選択などの状況。
- 3) 患者の思いと家族の思いが異なることでどちらを尊重するかで迷う状況。
- 4) 看護者間の問題—看護者間でも患者への思い入れが異なりその調整が困難、チームでのケアの統一に影響する状況。
- 5) 看護者自身と能力と業務の困難さ—自分の能力の不足や業務が過重なために患者が必要なことができないと感じていることや、自分の未熟さを感じている状況。

以上の 5 つの状況をあげている。

片田(2002)があげている、5つの状況は、疼痛マネジメントに限らない臨床現場での倫理的ジレンマだが、疼痛緩和が必要な患者にもおこりうる問題である。

3 なぜジレンマが生じるか

このような、現状はなぜおこるのだろうか。南(1985)は、日本の看護師が、日本古来の伝統的価値観を個人的にもちながら、欧米の影響を大きく受けた看護教育を与えられていることを指摘し、その結果、価値観の混乱がみられることを指摘している。これは、特に、周りとのつながりを大切にする日本の文化と、個人の意思や考えを尊重するという欧米からの考え方の違い、自律という言葉のとらえ方がアメリカと日本では異なっており、このことが、告知や自己決定を巡る問題を生じさせたり、看護理念を身につけた新卒看護師が、現場で患者や世間の価値観との食い違いを経験することがあると指摘している。

確かに、看護倫理や、患者の権利は、欧米の文化から発生してきたもので、日本の文化とは異なる部分もある。小西(1998)は、「個人の自己決定は欧米の倫理原則である。」(p.209)と述べている。彼女は、「自己決定、あるいは、個人の自律は、日本では比較的新しい概念ではあるが、その基盤は、“すべての国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする”という日本国憲法13条にある、と解釈することができる。」(p.209)と述べている。これらの考え方をもとに、患者の疼痛マネジメントのみに限らず、患者のケアに当たり、医師や、医療従事者が、患者の為と行って行う行為が、患者の望むものであるかどうかの確認が必要になる。

4 疼痛マネジメントに関して看護師がとる倫理的行動

上記のような日本の医療現場にあり、患者の疼痛マネジメントにたずさわる看護師は、どのような行動をとることが求められているかは、以下に示される(岡田2003)。

- 1) 倫理的視点・観点を身につける。
- 2) 患者家族と密なコミュニケーションをとる
- 3) チームで話し合う環境を作る
- 4) ケアの質を高める

岡田が示したこれらの役割の根拠になる倫理的観点は、前述した看護倫理に関わる規定から導かれる。がん疼痛マネジメントのケアを提供するにあたり、それに関わる看護職、医療職は、それぞれの職業倫理を心にとめ、患者の権利を尊重するため、患者家族とのコミュニケーションはもとより、チームの間での開かれたコミュニケーションをもち、それ