

痛みのマネジメントは、自分自身が一人で行うものと思っていないか

- ・ 患者は、自分の痛みを他者にわかって欲しいと思っているか？
痛みのある状況を、患者は他者に理解してもらいたいと思っているか
痛みのある状況を、患者は他者に共感してもらいたいと思っているか

以上のような質問を通し、痛みを表現することが困難な状況にある患者を理解する。とくに、痛みのとらえ方・表現の仕方に焦点をあて傾聴する。傾聴を通し、痛みが表現できないことの原因を明らかにし、主観的な痛みをマネジメントをしていくには“痛みを表現すること”が重要であるということを伝えていく。また、痛みを表現するための行動変容は、価値観や信念を変容させることにもつながるため、このことを考慮して関わっていく必要がある。

看護師が提供する知識、技術、サポートの内容を決定し実施する

<基本的知識>

- ・ 痛みの程度が他者に適切に伝わらなければ、十分な痛みのマネジメントができないこと
- ・ 痛みを他者に伝える方法としては、Face Scale や VAS があること
- ・ 痛みを経時的に記録し、外来受診時にそれを伝えることの必要性
- ・ 痛みの性質により使用する薬剤が異なること（内臓痛と神経因性疼痛）
- ・ 痛みの部位により使用する薬剤が異なること（内臓痛と骨転移）
- ・ 薬効を知ることにより痛みの性質が分かること
- ・ 痛みの性質を知ることにより、痛みのメカニズムが分かり適切な鎮痛剤の使用方法が見いだせること

<基本的技術>

- ・ 痛みを医療者に表現する技術（表現方法・スケールの使い方）
- ・ 薬効を評価する技術（痛み日記の記載方法）

<基本的看護サポート>

- ・ 患者の痛みを取りたいと思っていることを伝える
- ・ 疑問や質問があるときにはいつでも相談にのれることを伝える
- ・ 患者の目標にあわせて、痛みのマネジメントをしていきたいことを伝える
- ・ 患者が躊躇する原因を受け止め、そのような気持ちになることは人間の反応として自然なことであるということを伝える

看護師は、以下のようなリソースを活用するための調整機能とシステムの構築においてリーダーシップを発揮する。

1 病院内の人的リソースの活用

外来看護師は、通院中の患者・家族の疼痛マネジメントをモニタリングし、セルフケアを支援する責任がある。疼痛アセスメントや患者・家族のセルフケアにおいて通常の看護ケアで解決困難な問題が生じた場合は、病院内の人的リソースを活用して協働する。

1) 継続看護担当看護師・訪問看護師の活用

退院後外来通院する患者については、退院サマリー等で病棟の退院指導内容を確認する。必要に応じて継続看護担当看護師や訪問看護師と連携して在宅ケア中の疼痛マネジメントの情報を共有する。症状が変化した場合の緊急対応や連絡窓口の決定をしておく。

患者が通院できない状態で在宅ケアを継続する場合は、往診医や訪問看護ステーションの利用手続きをとる。

2) 薬剤師の活用

外来患者に処方されたオピオイドや他の薬剤との併用の注意点、副作用対策、服薬指導において必要な情報を薬剤師と共有する。患者・家族の相談が可能ならば薬剤相談窓口を紹介し、疼痛マネジメントに必要な基本的な知識として薬物の作用や注意点などを補足してもらう。服薬指導情報を記載した薬剤手帳や患者・家族のセルフケア日誌をお互いに共用して疼痛マネジメントの結果を総合して評価する。

3) 主治医・他科医師の活用

疼痛、その他の諸症状の発生機序や疼痛マネジメントと治療の影響について確認する。疼痛の原因や誘因、疼痛の性質などを明確化する際に医学的な所見を活用する。

患者・家族の望む生活の目標を伝え、それが実現できるような治療、通院スケジュールやマネジメント方法を共に決定する。特に夜間や在宅ケア中に痛みが急激に変化した場合や副作用の出現時の対策を取り決めておく。

4) 栄養士・PT・OT等の活用

疼痛マネジメントに伴って諸症状を合わせ持つ患者には、効率的な栄養摂取、便秘、下痢の予防につながる食生活の工夫について栄養相談につなげる。

疼痛のために日常生活行動に制限が生じている場合は、痛みを誘発しない移動の技術、生活動作の工夫や在宅ケアの環境の工夫についてPT・OTの指導を患者・家族が受け

られるようにする。

5) MSW の活用

外来通院中に在宅介護が必要になったり、医療費の負担が大きくなった場合は、社会資源の活用についてソーシャルワーカーに相談できるようにする。

6) 看護スペシャリストの活用

院内独自の看護スペシャリストや日本看護協会認定の専門看護師・認定看護師などがある場合には、外来カンファレンスへの参加を依頼する。集中的な疼痛マネジメントが必要なケースを選定し、ケア方針、方法のアドバイスを受けて看護計画を修正する。また、患者・家族が看護スペシャリストとの相談を希望する場合は、相談時間を調整する。

～解説～

日本看護協会は、看護の質の向上を目指して 1996 年から以下の 2 種類の認定制度を設けている。

専門看護師： ① 複雑で解決困難な看護問題を持つ個人・家族や集団に対して水準の高い看護ケアを効率よく提供する。②保健医療福祉の発展に貢献し、併せて看護学の向上を図ることを目的とする。

認定看護師： ① 特定の看護分野において熟練した看護技術と知識を用いて水準の高い看護実践を提供できる ② 看護現場における看護ケアの広がりや質の向上を図ることを目的とする。

疼痛マネジメントに関わる看護スペシャリストの役割 (2003 年現在) は、

がん看護専門看護師： 複雑な問題を抱えるがん患者・家族に対する看護ケアの提供、看護職を含むケア提供者からの相談への対応、患者・家族・看護職・医療職への教育活動、他職種間の調整、研究活動

がん疼痛認定看護師： がん疼痛をもつ患者・家族に対する熟練した看護ケアの提供、看護職からの相談への対応、患者・家族、看護職への疼痛看護の指導

ホスピスケア認定看護師： 終末期のがん患者・家族に対する熟練した看護ケアの提供、看護職からの相談への対応、患者・家族、看護職への看護の指導

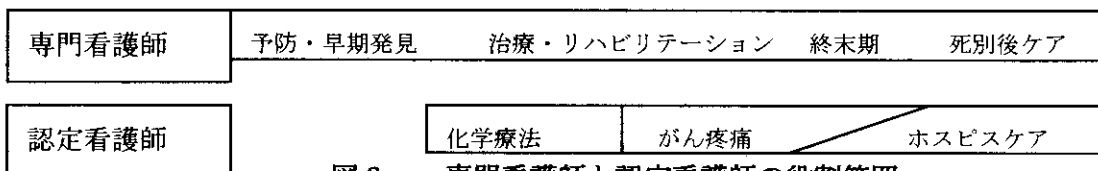


図 6 専門看護師と認定看護師の役割範囲

2 必要なシステム

1) 電話相談

外来受診日以外でも、看護師が疼痛マネジメントの相談ができる窓口を決めておく。電話で状態を話しやすいように質問項目を決めておくことが望ましい。新たな痛みや副作用が出現したのか否か、処方薬剤の残数など短時間で必要な情報を得て外来受診が必要か否かを判断する。受診の必要がなければ、電話で対応策を指導する。

2) 外来相談室

各科の外来看護師の対応のみでなく、専門職が疼痛マネジメントについて対応する相談室または緩和ケア外来を設ける。外来相談室の利用法について患者・家族、院内職員に周知しておき、円滑に利用ができるようにしておく。相談に応じた人は、相談室での対応内容を主治医や外来看護師にフィードバックする。

3) 地域連携システム

病棟と外来の連携、外来と地域の開業医、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター等の地域の社会資源をつなぐ継続看護担当看護師・訪問看護師などが、リーダーシップを発揮して地域連携のネットワークをつくる。地域の開業医や訪問看護ステーションとの定期的なカンファレンスを設けることが望ましい。開業医の協力を得て、診療圏の病診連携リスト、訪問看護ステーションリストをつくり、往診対応の有無、オピオイド処方の可否、訪問看護の有無等の情報を供覧できることが必要である。

4) 緊急対応システム

夜間、休日に痛みが急激に変化したり、副作用が強く現れた場合、救急外来での対応システムと緊急入院、短期入院ができるバックベッドの確保が必要である。

5) 院外専門職との協働体制

・保険薬局

外来では院外処方が主であり、患者が保険薬局を選ぶ。そのため院外の薬剤師からの服薬説明の内容を個々に把握することが困難である。院内の看護師や医師からの説明と院外での説明の矛盾を生じないように、保険薬局で受けた説明内容、資料等を患者・家族に持参してもらう。

・開業医・訪問看護ステーション

外来受診時に訪問看護指示書、報告書等を活用して一貫した疼痛マネジメントを行う。変更が生じた場合は、速やかに双方で連絡をとれるように体制を整えておく。

看護師が、非薬物治療を患者に適用しようとする場合、また患者や家族からこのような非薬物治療の適用について相談があったとき、どのような基本的考えのもとに対応すればよいか戸惑うことも多い。この章では、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ンスを提示した。

がん患者や家族は、代替療法に大変興味がありながら、医療従事者に相談する勇気を持たないかもしくは相談するという意識が薄い場合がある。看護師は医学的治療だけでなく代替療法など医療サービス以外の療法に関する患者の価値観を尊重して、患者が納得して選択することができるように、情報を提供し、決定するプロセスを踏めるようにサポートする役割を持っており、特に医療以外の療法については、医師と患者が十分ディスカッションできるように場を設定し、意見の調整を行う。

1

非薬物療法の位置づけ

非薬物治療の範囲は非常に広く、例えば電法、マッサージ、リラクゼーション、瞑想法（イメージ療法）、鍼灸など東洋医学の考えに基づくもの、宗教的な方法など様々なものが存在する（表3）。（もちろん手術療法や放射線療法も薬物以外の方法であるという意味では非薬物療法といえるかもしれないが、医学的介入であるのでこの看護指針(案)では除外する。）

がんによる痛みはトータルペインととらえることが推奨されているので、痛みへの介入もまた様々な方法が試みられるのはむしろ好ましいことである。しかし、がんという病気の性質上、痛みは、確実に原因があって生じているものである。一般的に、原因であるがんの進行が止まり、サイズの縮小がおきなければ痛みが消えることはない。したがって、痛みのマネジメントは痛みの知覚を何らかの方法で遮断することが主流となるので、薬物療法が用いられる。非薬物療法を考慮するとき、薬物療法に代わるのではなく、薬物療法に併用してあくまで補助的に非薬物療法を用いるのが原則である。看護はオピオイドをはじめとする薬物療法の管理を中心において、患者の状況に応じて非薬物療法を提供する。また患者が希望した非薬物療法について、相談に応じる。

この看護指針(案)で取り扱う非薬物療法の位置づけを、新たに考案した「トータルペインマネジメント」（図5）のなかに位置づけると薬物による身体介入以外の部分が非薬物療法と理解される。（注；トータルペインの考え方は、Twycross 1997 参照）

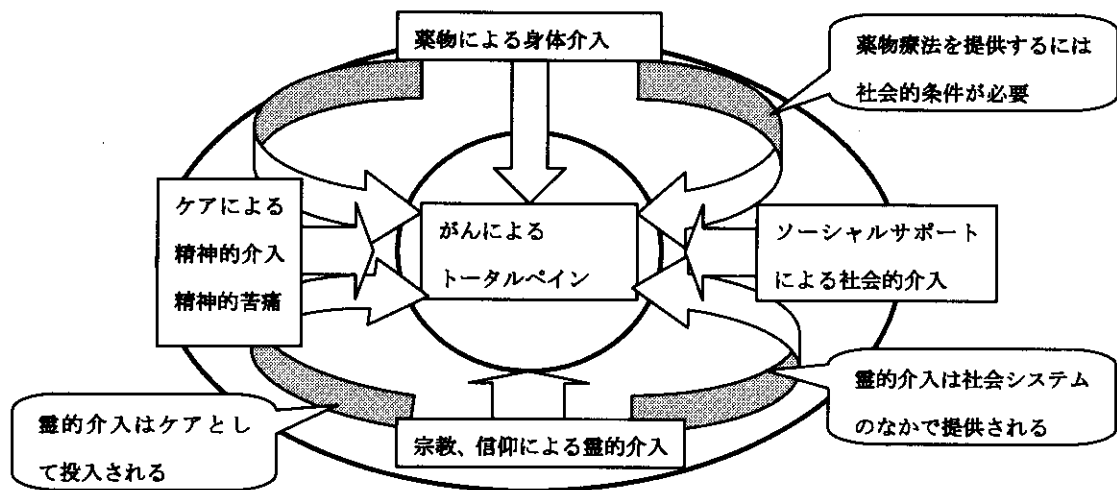


図7. トータルペインへの包括的介入＝トータルペインマネジメント

がん患者の痛みは多面的な解釈が必要であり、介入も図1のように包括的である必要がある。もちろん薬物療法が適切に行われることがまず重要であるが、同時に多面的な介入によって症状をマネジメントすることも重要である。特に緩和することが困難な痛みやレスキューの投薬が効果を見せ始めるまでの間、または個人の価値観によって薬物療法を受け入れられない場合は、理学的療法、心理的介入など薬物以外の方法を取り入れる。痛みがある程度緩和されてもとりきれない違和感が残るときはリラクゼーションなどの精神機能に作用する療法も効果を発揮する。またソーシャルサポートや宗教などのスピリチュアルなサポートが痛みのマネジメントに役に立つこともあるので、あきらめることなく様々な方法を試み、痛みをマネージすることに取り組む姿勢を持ち続けることが重要である。

2 非薬物療法、代替・補完療法に対する看護のありかた

看護師はがんによる痛みに対してこのような①包括的視点でアプローチ(図5)することを基本とする。

またアプローチの方向性としては、身体機能が低下していく過程ではあっても、できるだけ患者本人のセルフケア能力を生かすようにアプローチすることが患者の尊厳につながる。この看護指針(案)は、がん患者のセルフケア能力を発揮させながら支援していく看護モデルとして提案されているラーソンの②An Integrated Approach to Symptom Management(統合的的症状マネジメントのアプローチ)を看護提供の枠組みとして採用する。このアプローチに関しては、本看護指針(案)のはじめに理論的枠組みを説明している。このように非薬物療法、代替・補完療法に対しても以下の2つの考え方を基盤にする。

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。

②An Integrated Approach to Symptom Management（統合的症候マネジメントのアプローチ）の考えに基づき、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。

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

表3は、文献を参考に、がん患者の痛みに対して用いられる可能性のある非薬物療法、代替・補完療法についてまとめたものである。がん患者が興味を持つ代替・補完療法は数多くあるが、痛みのマネジメントに関係する療法だけを選別して掲載している。代替・補完療法の信頼性については、①米国 NIH(National Institute of Health)の代替・補完療法のホームページ、②「アメリカ医師会がガイドする代替・補完療法の医学的証拠」田村康二訳、③「看護職のための代替療法ガイドブック」今西二郎、小島操子編集、④「別冊・医学のあゆみ 代替医療のいま」今西二郎編集（参考文献として巻末に掲載）を参照されたい。

表3. がんの痛みにも用いられる可能性のある非薬物、代替・補完療法

療法	作用メカニズムに関する見解	がん疼痛に関する考えられる効果
理学的	カイロプラティック 脊椎指圧療法は脊椎の亜脱臼を矯正することによって治療する方法である。科学的な論文は示されていないが、効果のあった事例の報告は行われている。米国では、一部の保険が適用され、社会的活動が認められている。日本では国家資格は与えられておらず医療行為として認められていない（今西 2001）。がん疼痛に適用する報告はない。	がん疼痛の原因に直接作用することは考えにくい。治療効果のメカニズムも科学的説明が困難であり、科学的検証はまだ不十分である。長期にわたる慢性の腰痛などには効果が見られる事例が報告されているが、がんの転移に伴う痛みでは、骨転移巣周辺の病的骨折の危険があり、試す場合は主治医への相談を十分行う必要がある。
療法的	マッサージ 皮膚に加える触圧刺激をコントロールして治療的反応を引き出す。触圧による刺激は皮膚に存在する受容体を変形させて興奮させる。この興奮が求心性伝導路を経て大脳皮質の感覚野で感知される。マッサージによる副交感神経優位（自律神経の安定）効果が検証されている（森 1995, 坂口 2000）。 乳がん患者や婦人科がんでの上肢、下肢の浮腫に対するリンパマッサージは効果が報告されており、患者が自分で行う方法を組み合わせて用いられている（鈴木 2001）。	がんに伴う諸症状に対して対処療法として用いられている。リンパ浮腫に対する効果は介入研究によって検証されているので信頼性があるものと思われる。がんの痛みに対しては補助的効果（痛みのために筋の緊張などに対する効果）を期待できるが、痛みそのものを軽減することは、原理的にむずかしいものと思われる。副交感神経優位になることによってリラクゼーション効果を期待することは妥当である。 強い圧を加える指圧などは、病的骨折の危険がある場合適切ではない。

表3のつづき

療法	作用メカニズムに関する見解	がん疼痛に関する考えられる効果
理 学 的 療 法	<p>温電法 物理的な組織温度上昇作用とヒスタミン様物質の作用により、炎症産物、老廃物の溶解吸収が促進され、局所の栄養、回復力が強まる。同時に疼痛、知覚の異常を緩和し、筋の痙縮、痙直をとる（服部,1996）。</p> <p>冷電法 疼痛閾値の上昇、反応性充血による発痛物質の除去、充血による組織温度の上昇で温熱効果が得られることによる。また、筋痙性抑制による筋緊張低下が血液循環の改善や、血行増加をもたらし鎮痛効果につながる（浅見,渡邊,1996）</p>	<p>温電法は、がん疼痛への効果は確証的ではないが患者が好んで用いていれば支持する。創傷や炎症がある場合は不適切である。</p> <p>湿熱は乾熱より熱伝導が良く有効である（Margo 1995）。</p> <p>冷電法のがん疼痛への効果は確証的ではないが、炎症性の変化をとまなう場合は有効である。</p>
東 洋 医 学 療 法	<p>科学的根拠は検証されていないが多くの方が関心を示しており、日本ではあんまマッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律で活動が公認されている（米国医師会編 1993 訳者田村注）。治療に用いられる針による感染を問題にする文献もあるが、使い捨てや滅菌の針を用いている施設所が多くなった。</p>	<p>がんの痛みに対する直接的な効果について実証した論文は見あたらない。施術者によって技術の質にばらつきがある可能性もあり、新たに始める場合はよく吟味しなければならない。がん疼痛のメカニズムを考慮すると、鍼治療の効果として、原因の除去を期待することは考えにくい。ただし痛みによって周辺筋肉組織が持続的な緊張をきたしている場合は緊張緩和に効果があり、間接的に痛み緩和をはかることができるものと思われる。</p>

表3のつづき

療法	作用メカニズムに関する見解	がん疼痛に関する考えられる効果
精神・神経機能に 関与する療法	<p>アロマセラピー</p> <p>植物のオイル（精油）を用いて「生物学的なバランスをとる」、「細胞を活性化」、「自律神経に作用する」と言った効果をねらっている。治療による成果を検証した質の良い論文はない（米国医師会編 1993）。</p> <p>植物から抽出された精油を用い効能は薬理的に確認されている（今西，小島編 2001）が、あくまで鎮静などの気分に対する作用であり、がん疼痛への直接的な効果は示されていない。</p>	<p>精油のにおい物質は鼻腔粘膜を刺激し嗅神経→大脳辺縁系→感情領域に作用し、気分の安定などをもたらす。効能に合わせて精油を選別すれば抗細菌、免疫上昇、鎮座、抗炎症、ステロイドホルモン様作用、女性ホルモン様作用、などが立証されている。がんによる痛みを直接緩和することは期待できないが気分の調整などに活用することは問題がない。血中濃度が変化するほどの作用はないので安全であるが、一部直接吸入したり、皮膚に接触させる場合はアレルギーに注意が必要である。</p>
リラクゼーション	<p>自律訓練法、催眠療法、座禅、マッサージなどを取り入れた方法などが用いられる。療法によってα波の出現がみられ、脳の新皮質活動が抑制され皮質内部の生命調節機構が活性化すると推測されている（今西編 2000）。</p>	<p>α波の出現が、がん疼痛の緩和に直接関与するという実証的研究はみあたらない。しかし病気や治療による不快な症状（痛み、不眠、吐き気、気分の落ち込みなど）には脳の活動が関与しているので、リラクゼーションによって起こる脳波の変化による症状マネジメントを期待することは妥当である。</p>
イメージ療法	<p>自分にとって望ましい心のあり方をイメージすることによって、病状の好転をねらった療法である。サイモントン療法はがん患者がみずからのガン細胞が治療によって破壊されていくイメージを描き、がんに対するおそれや不安を調整し、生存期間を延長することができたと報告されている（今西，小島編 2001）。がん疼痛に関する効果の報告はない。</p>	<p>米国で化学療法を受けているがん患者には看護師によって頻繁にイメージ療法が用いられている。生存期間の延長を検証した論文は信頼性がある。ただし、イメージ療法ががんの痛みを軽減することに有効であるという直接的なエビデンスを提示した質の高い論文はみあたらない。</p>

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

痛みを継続的に軽減するには薬剤投与をはじめとする医学的治療が主流であるが、看護師はさらに理学的な方法や精神療法的な方法を用いて安楽を提供することができる。これらの方法の効果は、患者の主観的反応がその結果であるために、客観性を重視する科学検証の基準では低く評価される。しかし現実には患者は頻繁に用い、日常的に行われる方法として評価している。特にがんに関連した痛みのマネジメントには、理学的療法を中心としてよく用いられている。

5 代替・補完療法に対する看護師の対応

1) 看護師自身の非薬物、代替・補完療法に対する認識を確認しておく

看護師は、医療で提供している治療方法の他に代替療法をやってみたいという患者の声をよく耳にし、相談も受ける立場にある。しかしながらどのように相談に応じるのが看護として適切と言えるのか指針を持っていないのが実情である。患者の相談に応じる前に自分自身の持っている医療従事者としての知識、立場を明確に認識しておくことが、患者への適切な対応を行う前提となる。

代替療法を考えると同時に詐欺的な療法についても考えねばならない。科学的に実証できない高価で何の価値もない、時には害のある療法を区別する。詐欺療法はほとんどの場合淘汰されるが、淘汰されるまでの間、被害にあう患者がいる。もしそのような詐欺療法に加担するようなことがあれば看護の社会的な責任は果たせない。看護師は、代替療法の現状をよく知って、患者からの相談に応じる必要がある。

サービスとして看護側から提供する場合においてはさらに考慮する点がある。専門職というものは免許制度に守られているが故に社会に対して責任がある。看護師は、批判の多い療法に関しては医学、看護学の視点で考えて十分耐えうるものかどうかよく吟味して、見解を述べる必要がある。特にサービスとして提供するときは、効果が検証されていないことを含めてよく説明を行い、相手の自由意志によってその療法が選択されるような仕組みを作って提供することが求められる。

2) 患者自身の方で判断ができるように支援する。

患者が納得のいく判断ができるように看護師は患者を支援する。以下に示す看護の活動は、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たものである。患者や家族から代替・補完療法について相談されたとき、看護師がどのような態度や考え方で対応するか参考にすることができる。

◆（態度として）患者が代替・補完療法を考えることに対してオープンであること

患者や家族が代替・補完療法を相談してきたとき、看護師は医療以外の相談は自分の仕事の範疇ではないという態度をとってしまう。療法の是非はともかく、患者や家族が何を希望しているのか、良く聴き理解することが必要である。

◆興味のある代替・補完療法について主治医や看護師と相談することは非常に大切なことを伝える。

患者や家族は、「代替・補完療法は医療に反した方法であり、そのことについて医師や看護師に相談することは、現在受けている医療を信頼していないと思われるのではないかと危惧し、医療者に何も相談しないまま、代替・補完療法をはじめてしまうことがある。日頃から希望する代替・補完療法があれば遠慮なく相談して欲しいということを伝えておくことによって、患者や家族は躊躇せず相談することができる。患者から代替療法の相談を受けたら、まず相談してくれたことを高く評価し、「代替・補完療法をあなたが考えていく上で必要な行動として以下のことを考えてみましょう。必要なら一緒に考えます。」と伝える。

◆患者が興味を持っている代替・補完療法について次のような項目を考慮して代替・補完療法を自分なりに点検するリストを作ることを勧める。

代替・補完療法点検リスト

- *その療法についてどのような研究がされているか？
- *それは科学的な方法で検証された論文か？
- *施療者はどのようなところで訓練を受けているか？
- *施療者は免許など技術を保証するものを持っているか？
- *費用はどれくらいか？

◆患者がある療法を受けるために初めて施療者のところに行くときは不確かな情報について患者が確認できるように質問を用意するよう勧める。

代替・補完療法について質問リスト

- *この療法に期待できることは何ですか
- *この療法の危険性（副作用）は何ですか
- *治療効果のほうが危険性を上回るでしょうか
- *私のような病状に使うて効果があったという科学的な根拠（発表されている論文など）はありますか
- *現在受けている医学的治療になにか影響がありますか
- *この療法をやってはいけないのはどのような状態（または病気）の時ですか
- *どれくらい長く続けるのでしょうか
- *何か機材やものを買う必要がありますか

◆つぎのような準備が患者にできているか確認しておく。

- ・ 質問されたら答えられるように自分の病気の歴史（いつ診断されて、どのような治療を受けて、現在に至ったか）、現在の治療、飲んでいる補助食品、をまとめておく。
- ・ 一緒に行ってくれる友人や家族をたのんでおく

◆初めての相談に行ったときにすぐに契約などしないで、一度帰ってから次のようなことを思い出しながら点検してみるように伝える。

相談に行った後、振り返って点検するリスト

- *勧められたやり方は自分に合っていると思えるか？（効果の説明は納得がいくか？受け入れやすいか？）
- *それをすると楽になると思えるか？
- *施療者と話をしたときに不愉快ではなかったか？（話しやすいか？質問しやすいか？医学的治療にもオープン値度を持っているか？あなたの体に状態を丁寧にわかろうとするか？あなたのような患者に慣れているか？）
- *施療者はあなたの疑問に適切に答えたか？
- *施療者の態度は信頼できたか？

◆選んだ療法や施療者は不都合ならいつでも変えることができることを伝える。

引用・参考文献リスト

<第1章>

引用文献

Twycross,R,G.,Lack,S,A.(1984)／武田文和(1993). 末期がん患者の診療マニュアル 痛みの対策と症状のコントロール<第2版>、医学書院 (E-1)

馬場直子(2001). がん疼痛緩和ケアを実践する際の困難と課題、神奈川県立看護教育大学校紀要 24, 43-48 (B)

長谷川慧重、中野寛、渡辺真俊、藤井紀男、森光敬子、前田幸雄、大橋正、成田昌稔、大鶴知之、宮澤福弘、菅原英夫、宇都宮啓、今村知明、岩崎康孝、杉山龍司、田村哲也、宮崎雅則、衣田紀彦、下島敦、田仲文子、中林圭一、椎葉茂樹、桑島昭文、高橋司、小田野幸枝 (2002). 厚生指標(臨時増刊) 国民衛生の動向、厚生統計協会 (A)

平賀一陽、並木昭義、福井次矢、飯野京子、内富康介、小川節郎、喜多みどり、君島伊造、近藤仁、篠道弘、樽見葉子、恒藤暁、濱口恵子、松本真希、向山雄人、山室誠、渡辺昭彦、瀬戸山修(2002). Evidence-based Medicine に則った がん疼痛治療ガイドライン、日本緩和医療学会「がん疼痛治療ガイドライン」作成委員会(編)、真興交易医書出版部 (PC)

小迫富美恵、近藤まゆみ、中村めぐみ、濱口恵子、吉田智美、田村恵子、角田直枝、伊那侑子、梅田恵、岡田美香賀子、大八木靖子、千崎美登子、豊田邦江、松本仁美、花出正美(2003). がん看護専門看護師の疼痛マネジメントのプロセス—患者・家族が痛みと共存した生活ができるようにするための支援—、日本がん看護学会誌 17, 61 (B)

片田範子、大崎富士代、高谷裕紀子、鈴木真知子、村田恵子、岩井さよ子、亀谷文子、檜垣美香子(1996). 「痛みの緩和」における看護技術、看護研究 29(1), 5-21 (B)

清水奈緒美(2002). 第14回プロの技術癌性疼痛看護解説編、Nursing Today 17(8), 64-67 (E-3)

参考文献

Spross.J.A.,Mcguire.DB.,Schmitt.R.M.,(1990). Oncology Nursing Society Position Paper on Cancer Pain Part 1,Oncology Nursing Forum 17(4),595-614 (PC)

<第Ⅱ章>

引用文献

平賀一陽、並木昭義、福井次矢、飯野京子、内富康介、小川節郎、喜多みどり、君島伊造、近藤仁、篠道弘、樽見葉子、恒藤暁、濱口恵子、松本真希、向山雄人、山室誠、渡辺昭彦、瀬戸山修(2002). Evidence-based Medicine に則った がん疼痛治療ガイドライン、日本緩和医療学会「がん疼痛治療ガイドライン」作成委員会（編）、真興交易医書出版部（PC）

<第Ⅲ章>

引用文献

Dennis,C.M./ 小野寺杜紀（1999）. オレム看護論入門セルフケア不足看護理論へのアプローチ、医学書院(E-1)

Orem,D(1995).Nursing:Concepts of practice(4th ed.).St.Louis,MO,Mosby

WHO 専門委員会(1990)/武田文和（訳）(1995). がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア—がん患者の生命へのよき支援のために—、WHO（編）、金原出版株式会社（E-1）

後明郁男(2003). 発痛のメカニズムと治療, がん看護 8(1), 15-20 (E-3)

佐藤英俊（2003）. がん疼痛の特徴(3) チームで取り組む全人的な痛み, がん看護 8(3), 170-173 (E-3)

上島悦子(2003). 薬剤師からみたがんの痛みの緩和ケア, がん看護 8(2), 109-114 (E-3)

内布敦子、Larson.P.J. 河野文子、和泉成子、遠藤久美、岡野好恵、柴田秀子、沼田靖子、Carrieri-Kohlman.V.(1998). 別冊ナーシング・トゥデイ⑩患者主体の症状マネジメントの概念と臨床応用、Larson.P.J.、内布敦子（編）、日本看護協会出版会（E-1）

参考文献

Orem,D/小野寺杜紀（2001）. オレム看護論—看護実践における基本概念（第3版）、医学書院

<第Ⅳ章>

ICN 看護師の倫理綱領(2000). ICN-International Council of Nurses(E-2)

McCaffery,M., Ferrell,B.R., and Turner,M. (1996). Ethical issues in the Use of Placebos in Cancer Pain Management, Oncology Nursing Forum 23,(10), 1587-1593 (D)

Spross,J.A., McGuire,D.B., and Schmitt,R.M.(1990).Oncology Nursing Society Position paper on Cancer pain Part I. Oncology Nursing Forum, 17,(4),595-614 (E-2)

患者の権利に関するリスボン宣言 1981,1995, (2003). インターナショナルナーシングレビュー23,(3), 47-49(E-2)

小西恵美子(1998)/坂川雅子(2002).第 16 章 DNR の意思を患者に問うことをめぐって・ナースの意見, アン J. デーヴィス(監), 見藤隆子, 小西恵美子, 坂川雅子(編) (p203-212),日本看護協会出版会(E-3)

小島操子(1997). 終末期医療における倫理的課題。 ターミナルケア 7,192-199(E-3)

片田範子(2002). 21 世紀に問う看護の倫理性、 日本看護科学会誌 22,(2),54-64(E-3)

南裕子(1985) / 坂川雅子(2002). 第 1 章 東西文化の出会い 倫理的視点からの考察, アン J.デーヴィス (監), 見藤隆子, 小西恵美子, 坂川雅子 (編), 看護倫理、理論・実践・研究 (p25-35), 日本看護協会出版会(E-3)

岡田美賀子(2003). 疼痛マネジメントにおける倫理的問題と看護の役割, がん看護 8(3),178-182(E-3)

渡辺孝子・武田文和、Margo MacCaffery, Betty R. Ferrel (1995) 日本の看護婦の癌疼痛治療についての意識の現状, 死の臨床 18,54-58(C)

<第V章>

小林晶子 (2001) ,専門外来取り組みの実際 がん疼痛外来,看護技術, 47 (7) ,75-79. (E-3)

佐藤美紀、阿部恵江 (2003) ,効果的なチームアプローチを考える、 ターミナルケア、13 (4)、257-261. (E-3)

内布敦子、荒尾晴恵、滋野みゆき、大塚奈央子、川崎優子、宇野さつき (2003) ,平成 14 年度厚生科学研究費補助金 (医療技術総合) 外来化学療法をうけるがん患者の自己管理能力の開発プログラム臨床応用. (C)

<第VI章>

荒尾晴恵 (2002) , 症状マネジメントにおける IASM の有効性の検討-がん性疼痛の症状マネジメントにおける比較から, 看護研究, 35(3), 213-227. (D)

荒尾晴恵他 (2000), 終末期がん患者の症状マネジメントに関する研究, 財団法人笹川医学医療研究財団研究業績年報, 16 (1), 135-141. (C)

Bookbinder, M., Coyle, N., Kiss, M., Goldstein, M., Holritz, K., Thaler, H., Gianella, A., Derby, S., Brown M., Racolin, A., & Ho, M. (1996). Implementing national standers for cancer pain management: program model and evaluation, Journal of Pain and Symptom Management, 12(6), 334-47. (E-1)

Bucher, J., Trostle, G., & Moore, M. (1999). Family reports of cancer pain, pain relief, and prescription access. Cancer Practice, 7(2), 71-77. (E-3)

Clotfelter, C. (1999). The effect of an educational intervention on decreasing pain intensity in elderly people with cancer, Oncology Nursing Forum, 26(1), 27-33. (E-3)

Dodd, M., Janson, S., Froelicher, N., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowaki, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of Symptom management, Journal of Advanced Nursing, 33(5), 668-676. (C)

Ferrell, B., & Rivera, L. (1997). Cancer pain education for patients, Seminars in Oncology Nursing, 13(1), 42-48. (E-3)

Gift, A, G. (1990). Dyspnea, Nursing Clinics of North America, 25, 955-965. (E-3)

Gilliss C L, Gortner S R, Hauck W W et al (1993), A randomized clinical trial of nursing care for recovery from cardiac surgery, Heart and Lung, 22, 125-133. (C)

Glajchen, M., & Fitzmartin RD, Blum D, et al (1995). Psychosocial barriers to cancer pain relief, Cancer Practice, 3(2), 76-82. (E-3)

Gortner J, Gillis C L, Shinn J A, et al (1988) Improving recovery following cardiac surgery : A randomized clinical trial, Journal of Advanced Nursing, 13, 649-661. (C)

Grant, M., Golant, M., Rivera, L., Dean, G., & Benjamin, H. (2000) Developing a community program on cancer pain and fatigue, Cancer Practice, 8(4), 187-194. (C)

Hogan, M, C. (1997). Cancer nursing the art of Symptom management, Oncology Nursing Forum, 24 (8), 1335-1341. (E-3)

厚生労働省：平成14年度社会保険診療報酬等の改定概要(Accessed:2004.3) [On-line]
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2002/02/tp0222-1a.html>

Larson PJ 著/和泉成子訳 (1997), Symptom management – 看護師の責任と役割, インターナショナルナーシングレビュー, 20 (4), 29-38. (E-1)

McCaffrey, M., & Beebe, A. (1989). Pain: clinical manual for nursing practice, St Louis, Mosby. (E-1)

Orem D E 著/小野寺杜紀訳 (1995), オレム看護論, 看護実践における基本概念, 第3版, 医学書院, 149-223. (E-1)

奥出有香子 (2002), 外来における PRO-SELF プログラム有効性の検討・痛みをもつがん患者にアプローチしてー, 2002年度兵庫県立看護大学修士論文. (D)

Rhodes, V., & Watson, P.,(1987). Symptom distress the concept: past and present, Seminars in Oncology Nursing, 3(4), 242-247. (E-3)

Riddell, A., & Fitch, M. (1997). Patient's knowledge of and attitudes toward the management of cancer pain, Oncology Nursing Forum, 24(10),1775-1784. (E-3)

Schumacher K, Koresawa, S., West, C., Dodd, M., Paul, S., Tripathy, D., Koo, P., & Miaskowaki, C. (2002). Putting cancer pain management regimens into practice at home, Journal of Pain and Symptom Management,23(5),369-382. (E-3)

Schumacher, K., Koreaw, S., West, C., Hawkins, C., Johnson, C., Wais, E., Dodd, M., Paul, S., Tripathy, D., Koo, P., & Misakowski, C. (2002). The usefulness of a daily pain management daily for outpatients with cancer-related pain, Oncology Nursing Forum, 29(9),1304-1313. (E-3)

Sorofman B, Reimer T, Lauer T et al (1990) Symptom self-care, Holistic Nursing Practice, 4(2), 45-55. (E-3)

下妻晃二郎 (2001) 第3部 疾患特異的尺度 がん 池上直己他 (編) 臨床のための QOL 評価ハンドブック (第1版 52-61) 医学書院

The University of California San Francisco School of Nursing Symptom management

Faculty Group.(1994). A Model for Symptom management, IMAGE, Journal of Nursing Scholarship, 26(4),272-276. (E-2)

UCSF 症状マネジメント教員グループ著/河野文子訳 (1997), 症状マネジメントのためのモデル, インターナショナルナーシングレビュー, 20(4), 22-28. (E-2)

内布敦子他 (1999) IASM のための記録用紙、分析スタンダードの開発, がん看護, 4(5), 414-417. (C)

内布敦子 (1998) 臨床看護師のための Symptom management, 別冊ナーシング・トゥデイ⑫, 126-134. (E-1)

West, C., Dodd, M., Paul, S., Schumacher, K., Koo, P., & Miaskowaki, C. (2003).The PRO-SELF: Pain control program: an effective approach a for cancer pain management, Oncology Nursing Forum,30(1),65-73. (E-3)

Yeager, K., Miaskowski, C., Dibble, S., & Wallhagen, M. (1997). Differences in pain knowledge in cancer patients with and without pain, Cancer Practice, 5,19-45. (E-3)

<第四章>

参考文献

荒川唱子, 小板橋喜久代 (編) (2001) . 看護に生かすリラクゼーション技法 ホリスティックアプローチ 医学書院 (E-1)

浅見豊子、渡邊英夫 (担当) 十時忠秀, 並木昭義, 花岡一雄 編 (1996) . ペインクリニック療法の実際・痛みをもつ患者への集学的アプローチ □疼痛患者の治療総論 4 リハビリテーション療法 南山堂 (E-1)

米国医師会 (編) (1993) / 田村康 (2000) . アメリカ医師会がガイドする代替療法の医学的証拠 泉書房 (E-1)

Complementary/alternative medicine use in a comprehensive cancer center and the implications for oncology. Journal of Clinical Oncology 18(13):2505・514. (C)

服部一郎 (1996). リハビリテーション技術全書 第3部一般物理療法 □ 第1章 温熱療法序論 医学書院 (E-1)

今西二郎、小島操子編集 (2001). 看護職のための代替療法ハンドブック 医学書院 (E-1)

今西二郎編集 (2000). 別冊・医学のあゆみ 代替医療のいま 医師薬出版株式会社(E-1)

Margo McCaffery, Alexandra Beebe (1989) / 季羽倭文子 (1995). 痛みの看護マニュアル メジカルフレンド社 (E-1)

Mariah Snyder, Ruth Lindquist (1998) / 野島良子、富川孝子 (1999) 心とからだの調和を生むケア 看護に使う28の補助的/代替的療法 へるす出版 (E-1)

マライア・スナイダー (1990) / 早川和生、尾崎フサ子 (1994). テキスト看護介入 ナースの自主的診断による患者へのアプローチ メディカ出版 (E-1)

元雄良治、水島貴明 (2002). 代替療法による悪性腫瘍へのアプローチ, 治療, 84(1), 044-048 (E-1)

森信夫、後藤治久、近藤貴子 (1995). 手技療法による副交感神経機能への影響について, 日本手技療法学会雑誌, 6(1), 46-52 (C)

岡田美賀子、梅田恵、桐山靖代 (2002). 別冊ナーシングトゥデイ 13 最新ナースによるナースのためのがん患者のペインマネジメント 日本看護協会出版会 (E-1)

Richardson MA, Sanders T, Palmer JL, Greisinger A, Singletary SE. (2000)

坂口定子 (2000). 乳癌術後上肢リンパ浮腫に対するマッサージ療法の効果, 看護実践の科学, 25(9), 6-7 (C)

鈴木明美、川平康子、長谷川尚子 (2001). 骨盤内リンパ節郭清術を受けた婦人科がん患者の下肢浮腫に対するつぼ指圧の効果 臨床看護研究の進歩, 12, 38-42 (C)

Twycross RG. (1997). Oral Morphine in Advanced Cancer, 3rd Edition. Beaconsfield, Bucks, UK: Beaconsfield Publishers, 1-42 (E-1)

参考としたホームページ

National Center for Complementary and Alternative Medicine:米国の国立研究所の代替補完療法部門(Accessed:2003.10)

[on-line] http://cis.nci.nih.gov/fact/9_14.htm