

財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 御中

2013 年度前期 一般公募

在宅医療助成 勇美記念財団中間報告書

研究テーマ

在宅終末期がん患者に対する疼痛マネジメントにおける
専門看護師の教育的支援

Educational Support of Certified Nurse Specialist for Pain Management of
Cancer Patient at-home in The Terminal Stage

申請者 大阪府立大学大学院看護学研究科博士前期課程
生活支援看護学領域 在宅看護学 CNS コース
堂園 けい子

連絡責任者 大阪府立大学 看護学部
中村 裕美子

提出日 2014 年 8 月 25 日

目次

要約	1
第1章 研究の意義・目的	3
I. はじめに	3
II. 研究の意義	4
III. 研究目的	4
IV. 用語の操作的定義	4
第2章 文献検討	5
I. がん患者が行っている疼痛コントロールに関する研究	5
II. 患者に対する疼痛マネジメントの教育的支援に関する研究	6
III. 疼痛マネジメントについての訪問看護師の教育体制に関する研究	6
第3章 研究方法	8
I. 研究デザイン	8
II. 研究協力者	8
III. データ収集期間	8
IV. 研究協力者の選定と研究協力施設への研究協力依頼	8
V. データ収集方法	8
VI. 分析方法	9
第4章 倫理的配慮	10
第5章 結果	12
I. 研究協力者の概要	12
II. 在宅終末期がん患者に対する疼痛マネジメントに関連する専門看護師の教育的支援の結果	12
第6章 考察	26
I. 疼痛マネジメントにおける専門看護師の教育的支援による過程	26
II. 専門看護師の教育的支援の特徴	36
III. 研究の限界	37
第7章 結論	38
I. 本研究で得られた結果のまとめ	38
II. 終わりに	39
謝辞	39
文献	40
資料	

第1章 研究の意義・目的

I. はじめに

社会保障費の増加を背景とした在院日数の短縮化等により、がん患者の療養の場は、病院から在宅へとシフトしてきている。2007年がん対策基本法により、がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できるよう訪問看護の充実が図られている。2008年より40歳以上の末期がん患者に介護保険が適応となり、2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定により、終末期がん患者など医療ニーズの高い患者に対する訪問看護回数制限が撤廃され、介護保険との整合性を図り効率的かつ質の高い訪問看護が推進されている。また、日本看護協会では2012年に新たに在宅看護専門看護師が特定され、在宅看護訪問看護師に専門的な知識と技術を駆使し、対象者の生活調整を支援しセルフケア能力を高めるための指導、教育を行うことが期待されている。

終末期がん患者の2/3以上で痛みを体験していると報告されており(WHO, 1996)、痛みががん患者のQOLに大きな影響を及ぼす(武田ら, 2009)ことから、看護において疼痛マネジメントは重要となる。がん患者の疼痛マネジメントに関する問題としては、患者は痛みの訴えの躊躇や麻薬使用の躊躇(西川ら, 2004)があり、また、在宅終末期がん患者が医療用麻薬の勝手な服薬管理を行っている(難波, 2008)ことや、麻薬中毒になる(山江ら, 2009)という患者の誤解などによる医療用麻薬の知識不足が挙げられている。一方で、在宅がん患者および家族は医療用麻薬に関して医療者の支援を受けたいというケアニーズがある(佐々木ら, 2012)が、訪問看護師は症状緩和に関する知識や技術の不足がある(大園, 2009)報告されている。

疼痛マネジメントを行うためには、訪問看護師に基礎知識および手技や麻薬の誤解に関する教育的介入の技術が必要である(島内ら, 2006)と述べている。つまり、がんによる痛みを軽減し患者のQOLを維持・向上していくには、症状に応じた適切な医療用麻薬の選択や使用だけでなく、患者および家族への教育的支援が重要となる。

これまでの患者教育や教育・指導技術に関する研究では、看護学生を対象とした教授方法に関する研究(田中ら, 1999; 浜端ら, 2003; 長谷部ら, 2004)が殆どであり、看護職を対象とした研究としては、教育・指導技術の自己評価や実施状況(三浦ら, 2002; 河口, 2003; 中ら, 2005; 石岡ら, 2009; 川村ら, 2009; 小倉ら, 2009)などの報告がされている。

一方、訪問看護師を対象とした教育に関する研究について、訪問看護師による疼痛マネジメントの教育的介入の内容(島内ら, 2006)が報告されているが殆ど見当たらない。また、在宅終末期がん患者および家族に対して、訪問看護師の疼痛マネジメントの教育的支援が求められているが、専門看護師の教育的支援についての検討はなされていない。

II. 研究の意義

本研究の意義は、訪問看護に従事している専門看護師が増えていることから、在宅終末期がん患者の疼痛マネジメントにおける専門看護師の教育的支援による高度な実践を把握することで、在宅終末期がん患者に対する指導教育のあり方を見出し、訪問看護師の実践に貢献することである。

III. 研究目的

在宅終末期がん患者に対する疼痛マネジメントにおける専門看護師の教育的支援による高度な実践を明らかにすることである。

IV. 用語の操作的定義

終末期がん患者：予後 6 か月以内と診断されたがん患者。

疼痛マネジメント：身体的苦痛を持つ患者に対して、痛みの機序と出現形態・患者のセルフケア能力のアセスメントを行い、身体的苦痛緩和の方略を明らかにし、提供する知識、技術、サポート内容を決定し実施、評価すること。

教育的支援：患者自身（家族を含む）で疼痛管理や生活調整をするための知識・技術・態度の習得を助ける専門看護師の援助。

第2章 文献検討

I. がん患者が行っている疼痛コントロールに関する研究

西川ら(2004)のがん性疼痛管理の妨害因子に対する看護師の認識調査では、患者側の問題として患者は痛みの訴えの躊躇や麻薬使用への躊躇があることを明らかにし、これは医療者側の誤った認識が患者に反映していると示しており、看護師は、モルヒネに対する誤った認識を是正するとともに、患者には偏見や誤解があることを踏まえて、チーム医療におけるコーディネーターとしての役割を果たしていく必要がある。また、山江ら(2009)のがん性疼痛を有する患者の医療用麻薬に対する認識の調査では、「麻薬中毒になる」「長期使用により効果がなくなる」「病気が悪くなったら使う薬である」と、医療用麻薬に対して、否定的であり悪いイメージや間違った認識をもっていると述べており、西川らの研究結果と同様の結果であり、医療用麻薬に対する正しい使用方法を情報提供していくことが重要である。平岡ら(2006)のペインマネジメントに対する患者の主体的取り組みの調査では、問題を自らマネジメントする取り組みは、「自分に合った薬剤や除痛法を取り入れる」「痛みの原因と鎮痛効果を自己吟味する」であり、自己の取り組みへの影響は、「自分の痛みに対する豊富な知識」「医療者との信頼関係に基づく教育支援」であることを明らかにしており、全人的な痛みをマネジメントするためには、痛みを体験している患者が痛みを理解できることを納得して取り組む事が重要である。しかし、痛みへの知識の情報提供や支援に対しての具体的な内容は示されていない。

難波(2008)の複雑で困難な問題を抱えたがん末期在宅療養者の疼痛コントロールに関する調査では、不適切な疼痛コントロールとして、「がん末期在宅療養者が勝手な服薬管理」「療養者の心身状態と見捨てられ感による不安」が示されており、訪問看護師に対して、特に初段階では療養者の声に耳を傾け、複数で訪問するなどの手段をとり、見捨てられ感、罪悪感等の感情を受容することが大切であると述べており、がん末期在宅療養者が疼痛コントロールに求めている訪問看護師の役割が求められている。

がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン(2000)では、がん患者がもつ医療用麻薬の認識について、患者個々の背景などを十分に把握したうえで、がん疼痛や医療用麻薬についての情報を提供していくことや、副作用への配慮や対策を十分に行うことが必要であると述べており、がん疼痛マネジメントについての患者教育に含まれるべき教育内容を示唆しているが、その教育内容による研究はなされていない。

以上のことから、がん患者が行っている疼痛コントロールの問題として、医療用麻薬に対する誤解や誤った服用方法があることから、医療用麻薬の正しい理解を得るための説明や教育が重要である。

II. 患者に対する疼痛マネジメントの教育的支援に関する研究

中島ら(2011)の肺がん患者を対象とした麻薬性鎮痛薬勉強会の実施効果の調査では、医療用麻薬の勉強会は患者教育に有用であり、患者は勉強会後には認識の改善、知識の向上が認めら

れたことを明らかにしている。つまり、患者が医療用麻薬導入に抵抗を感じることは、医療用麻薬による緩和医療の遅れをきたし QOL の低下を招く恐れがあるため、事前の正しい知識の啓蒙が重要である。一方、廣岡ら(2012)のがん患者の家族に対する痛みのマネジメント教育の必要性の調査では、がん患者と家族の痛みの認識の相違があることや、家族の痛みのマネジメントにおける役割、医療用麻薬に関する懸念があることを明らかにしている。しかし、家族に教育プログラムを提供することで痛みに対する認識が改善されるなど、家族に対する痛みのマネジメント教育の必要性を示しているが、具体的な教育的支援内容までは検討されていない。がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン(2000)では、がん疼痛のある患者に対して、医療用麻薬についての認識を把握し誤解を修正することや内服方法をコーチングするなど、患者個々に応じた教育とフォローアップを行うことにより、痛みや医療用麻薬についての正しい知識の修得のみならず、痛みの改善にも効果的であると述べられている。

以上より、患者や家族に医療用麻薬などの疼痛マネジメントの教育を行うことは痛みを緩和する効果があることから、看護師の教育的支援が重要であると言える。しかし、在宅終末期がん患者に対しての疼痛マネジメントの教育的支援についての検討はなされていないため、疼痛マネジメントの教育的支援についての方略を明らかにする必要がある。

Ⅲ. 疼痛マネジメントについての訪問看護師の教育体制に関する研究

小島ら(2007)は 96 名の訪問看護師へ疼痛マネジメントに関する知識を調査し、医療用麻薬の換算や作用部位、骨転移の薬物使用法、医療用麻薬の副作用の耐性について知っているよりも説明できると答えた割合が低かったことを示しており、知識だけでなく実践力をつけるための教育が必要であると述べている。また、大園(2009)は 521 名の訪問看護師にがん患者への終末期在宅ケアに関して訪問看護師が感じている問題点と必要だと思う問題解決への取り組みの調査で、終末期がん患者の在宅療養継続の障害として、訪問看護師の症状緩和の知識や経験がないことが障害となることが多いと明らかにしている。つまり、効果的に終末期ケアを提供するためには、訪問看護師が症状緩和の知識や技術を持つことが不可欠であり、訪問看護師に対する終末期がん患者ケアの教育体制を整えなければならない。

島内ら(2006)の訪問看護ステーションで在宅がん終末期患者における疼痛マネジメントの調査では、「正しい投与間隔に関する知識」「使用後の評価法に関する知識」「メインドーズとの併用に関する知識」と、訪問看護師のレスキュー・ドーズに関する知識レベルの低さが明らかにされていた。訪問看護師による疼痛マネジメントに関する教育内容として、①WHO ラダー・オピオイドローテーションなどの疼痛マネジメントに関する基礎知識、②疼痛アセスメントの知識および手技、③レスキュー・ドーズの管理に関する知識、④麻薬の副作用の予防と対処法、⑤患者・家族の医療用麻薬の誤解に関する教育的介入の内容について示され、ケアの質の確保と標準化のためにも、エビデンスに基づく、ガイドライン等の普及が必要であると述べている。また、岩城ら(2012)の石川県のがん療養者の在宅緩和ケアに携わる看護師の求める教育支援の調査では、訪問看護師の学習ニーズと教育支援

について、「最新のがん治療についての知識」「CVC ポートについての知識」「疾患についての知識」「症状コントロールに必要な知識」に関して、訪問看護師は知識・スキルの不足を感じていることを明らかにしている。つまり、訪問看護師の質の向上をはかるためには、学習ニーズに沿った研修等を組み入れていくことが必要であると、島内ら(2006)の研究と同様の結果である。しかし、具体的な研修についての研究はされていない。

以上のことから、訪問看護師の疼痛マネジメントに対する基礎知識や技術の低い状況が考えられ、訪問看護師の質の向上を図るためには疼痛マネジメントの実践力を身につけるための教育的支援が求められている。

第3章 研究方法

I. 研究デザイン：質的記述的研究

II. 研究協力者

全国の訪問看護ステーション若しくはクリニックに勤務する専門看護師で終末期がん患者の支援経験のある者8名（在宅看護 CNS4名、地域看護 CNS4名）である。

III. データ収集期間：2013年6月～10月

IV. 研究協力者の選定と研究協力施設への研究協力依頼

1) 研究協力者の選定

日本看護協会のホームページより専門看護師（在宅看護 CNS、地域看護 CNS）の該当者を抽出した。

2) 研究協力施設管理者と研究協力者への研究協力依頼

直接、専門看護師と連絡をとり研究の主旨、倫理的配慮について口頭で説明した。研究協力の同意の得られた専門看護師および施設管理者に対して、研究協力依頼書に基づき研究の主旨、倫理的配慮について文書を郵送した。

研究協力の同意の得られた研究協力施設管理者と研究協力者に対して、面接前に研究協力への同意書を書面で得た。

V. データ収集方法

1) 面接調査：面接調査前の準備

研究協力の同意を得られた研究協力者の業務に支障がないように配慮し、面接の日程は研究協力者の希望に添うように事前に連絡を取り設定した。

2) 半構成的面接法

(1) 面接方法

個人面接にて、面接時間は40分程度とした。面接は個室で行い、承諾を得て、面接の内容をICレコーダーに録音した。

(2) 面接内容

面接はインタビューガイドに沿って、在宅終末期がん患者に対する疼痛マネジメントの困難事例の経緯を想起してもらいながら、次の内容について語ってもらった。

3) 属性調査：面接前に以下の項目を聞き取る。

看護師経験年数、訪問看護就業までの病棟等経験年数、訪問看護経験年数、専門看護師経験年数・専門分野、年齢、勤務形態

VI. 分析方法

1) 面接で得た録音記録から逐語録を作成し、コンテキストを理解しながら意味内容を損なわないようにコード化した。全コードより、専門看護師が行う疼痛マネジメントの教育的支援としての知識・技術・態度を習得するための援助内容を抽出し、類似性と関連性に基づき分析し、抽象度を上げサブカテゴリー化し、さらに類似したサブカテゴリーをまとめてカテゴリー化、局面化を行った。分析過程においては、信頼性・妥当性を高めるため、適宜、在宅看護学教授よりスーパーバイズを得た。

第4章 倫理的配慮

大阪府立大学看護学研究倫理委員会の承認を得て実施した。

研究協力者に、研究目的、意義、方法、自由意志の尊重、途中辞退の保障、不利益からの保護、データの厳重な管理、研究結果の公表を口頭および文書で説明し、文書で同意を得た。

第5章 結果

I. 研究協力者の概要

1. 研究協力者の属性 (表1)

研究協力者は、全国の訪問看護ステーション7施設とクリニック1施設に勤務する専門看護師で終末期がん患者の支援経験のある者8名（在宅看護 CNS4名、地域看護 CNS4名）である。研究協力者の年齢は30歳代～50歳代、平均年齢44 (SD±7.01) 歳であった。看護師経験年数は13～38年、平均年数23 (SD±9.47) 年であり、訪問看護師経験年数は12～23年、平均年数14 (SD±5.71) 年であり、専門看護師経験年数は1～8年、平均年数3 (SD±2.67) 年であった。半構成的面接の面接時間は1人30～45分、平均所要時間は38 (SD±4.7) 分であった。

表1 研究協力者の属性

看護師	年代	勤務形態	看護師 経験年数	訪問看護師 経験年数	訪問看護就業迄の 病棟等経験年数	専門看護師 経験年数	面接時間
A	40代	常勤	24年	12年	外科・内科・泌尿器科4年 教員4年	地域看護 3年	45分
B	50代	常勤	29年	23年	内科 6年	在宅看護 1年	42分
C	40代	常勤	19年	8年	呼吸器科・小児科・ ICC・CCU11年	地域看護 5年	35分
D	30代	常勤	13年	11年	外科 2年	地域看護 8年	37分
E	50代	常勤	38年	20年	内科・外科 5年	在宅看護 1年	42分
F	30代	常勤	17年	10年	内科 7年	地域看護 4年	30分
G	40代	常勤	18年	5年	皮膚科・精神科 12年	在宅看護 1年	30分
H	40代	常勤	24年	20年	整形外科 4年	在宅看護 1年	41分

Ⅱ. 在宅終末期がん患者に対する疼痛マネジメントに関連する専門看護師の教育的支援の内容の結果

専門看護師 8 名から得られた、在宅終末期がん患者に対する疼痛マネジメントに関連する教育的支援の内容として、102 コード、32 サブカテゴリー、13 カテゴリーが抽出できた。また、13 のカテゴリーより、『痛みの状況のアセスメント』、『疼痛管理の計画』、『教育的支援の実際』の 3 つの局面が抽出された（表 2）。

なお、本文中の局面は『 』、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは《 》で示す。

『痛みの状況のアセスメント』として、【痛みの病態を理解する】、【痛みの変化を生活動作との関連で見極める】、【患者の痛みの意味づけを理解する】、【医療用麻薬に対する受け止め方を理解する】、【痛みによる不安を理解する】の 6 カテゴリーが抽出された。『疼痛管理の計画』として、【患者と家族と共に疼痛管理の目標を立てる】の 1 カテゴリーが抽出された。『教育的支援の実際』として、【痛みの状況に応じた情報を提供する】、【痛みの調整に対する意思を尊重する】、【生活動作を見据えて痛みを調整する】、【患者や家族により痛みを管理できるよう促す】、【痛みの体験を表現できるよう促す】、【痛みを緩和できるケアを提供する】の 6 カテゴリーが抽出された。

表2 在宅終末期がん患者に対する疼痛マネジメントにおける専門看護師の教育的支援の内容

局面	カテゴリー
痛みの状況のアセスメント	痛みの病態を理解する
	痛みの変化を生活動作との関連で見極める
	患者の痛みの意味づけを理解する
	医療用麻薬に対する受け止め方を理解する
	痛みによる不安を理解する
	痛みに対する学習能力を判断する
疼痛管理の計画	患者や家族と共に疼痛管理の目標を立てる
教育的支援の実際	痛みの状況に応じた情報を提供する
	痛みの調整に対する意思を尊重する
	生活動作を見据えて痛みを調整する
	患者や家族により痛みを管理できるよう促す
	痛みの体験を表現できるよう促す
	痛みの緩和ができるケアを提供する

表3 痛みの状況のアセスメント カテゴリー表

カテゴリー	サブカテゴリー
痛みの病態を理解する	痛みの原因や性質を判断する
痛みの変化を生活動作との関連で見極める	生活動作による痛みを見極める
	痛みにより困っていることを把握する
患者の痛みの意味づけを理解する	患者の痛みの捉え方を判断する
	患者の生活の中の痛みをとらえる
医療用麻薬に対する受け止め方を理解する	医療用麻薬に対する不安がある
	医療用麻薬の効果への疑問がある
痛みによる不安を理解する	痛みにより生活行動への不安がある
	痛みにより他者へ負担をかけたくない
	痛みにより病状悪化への不安がある
	痛みにより死を連想する
痛みに対する学習能力を判断する	病状に対する患者や家族の理解度を判断する
	痛みに対する患者や家族の対処能力を判断する

表4 疼痛管理の計画 カテゴリー表

カテゴリー	サブカテゴリー
患者や家族と共に疼痛管理の目標を立てる	患者の意思を尊重して目標を立てる
	生活できることを目標に痛みを調整する

表5 教育的支援の実際 カテゴリー表

カテゴリー	サブカテゴリー
痛みの状況に応じた情報を提供する	患者や家族が求めている情報を提供する
	医療用麻薬の安全性の理解を促す
痛みの調整に対する意思を尊重する	患者の医療用麻薬の選択の意思を尊重する
	医療用麻薬以外の選択肢を提案する
生活動作を見据えて痛みを調整する	生活動作を基準に医療用麻薬を調整する
	患者が維持したい生活行動を考えてもらう
患者や家族により痛みを管理できるよう促す	患者や家族の対処について自己効力感を高めるようにする
	指示通り医療用麻薬が服用できるようにする
	レスキューの対応ができるようにする
	医療用麻薬の効果の評価ができるようにする
	痛みに対する予測的な対応ができるようにする
	痛みを言葉で表現できるようにする
痛みの体験を表現できるよう促す	患者が日々の痛みを記録できるようにする
	痛みを増強させないようケアの工夫をする
痛みが緩和できるケアを提供する	痛みを増強させないようケアの工夫をする
	リラクゼーションにより痛みの感じ方を軽減する

第6章 考察

I. 疼痛マネジメントにおける専門看護師の教育的支援の過程

本研究で明らかになった、「在宅終末期がん患者の疼痛マネジメントに対する専門看護師の痛みの状況のアセスメント、疼痛管理の計画、教育的支援の実際について検討していく。

1. 痛みの状況のアセスメント

Bonica(1990)は、がん疼痛はがんの診断時に 2～5 割、進行がんあるいは末期がんにおいては 8 割前後の患者にみられると述べている。また、Twycross(1982)はがん疼痛を訴える患者のうち、約 8 割は身体の 2 か所以上に痛みがあり、6 割の患者では痛みの原因は複数であると述べている。そして、柏木ら(2007)は疼痛の病態を、体性痛、内臓痛、神経障害性疼痛に分類すると理解しやすく臨床上有益であると述べている。

【痛みの病態を理解する】では、終末期がん患者の身体的な痛みに対して、患者が複数のがんを患っていることもあり、がん自体が原因となった痛みが 1 か所にとどまらず複数あることも考えられ、複数箇所の疼痛をそれぞれに分けて評価することが重要である。すなわち、《痛みの原因や性質を判断する》ことで、体性痛や内臓痛とは異なる痛みに関する情報を選択し、麻薬を増量しても鎮痛効果が得られていない状況より、腫瘍により神経が直接障害されたり圧迫を受けることによる神経障害性疼痛と的確な分析をしている。また、鎮痛補助薬の適応に合った疼痛かどうかを検討しながら薬の効果を判断している。疼痛緩和を行うために必要なことについて、東原ら(2007)は、がんの進行、それに伴う症状の病態生理を理解し、症状のアセスメントを的確に行うことであると述べており、専門看護師は、まず初めに疼痛の部位を特定し、どのような機序で現在の症状や徴候が生じているのか、今後に生じる可能性があるのかなどについて病態を分析している。そして、患者の症状や徴候から情報を収集し、必要に応じて触診や聴診を行い、患者の病状をフィジカルアセスメントで判断し、病態と併せて痛みを分析している。渡辺ら(2012)は訪問看護師の行うフィジカルアセスメントには、疾病の発見や経過の把握だけでなく、対象者の健康上の状況がその人の生活に及ぼす影響を判断し、在宅療養の継続や在宅療養生活の質の向上のために、どのような看護を提供するか決定するという目的を持つことが特徴であると述べている。このように、終末期がん患者の痛みには複数の機序が共存していることや、基本的な鎮痛薬による治療が困難な場合もあり、患者の身体的な痛みを緩和するために、専門看護師の病態生理に基づいた知識とフィジカルアセスメントによる技術を関連させながら痛みを分析していることは、ケア方針の明確化にも繋がると考えられる。また、基本的には医師が診断されるが、専門看護師は患者の痛みの状況を自律的に判断し、専門看護師自らが現状に対処する方策を考えたりしており、医師と同等の判断をしていると考えられる。

【痛みの変化を生活動作との関連で見極める】では、看護が対象とするものは痛みだけではなく、痛みをもちながら生活しているがん患者であり、入浴や散歩などの日常生活を送る中、

体位や体動の《生活動作による痛みを見極める》ことである。つまり、専門看護師は、どのような生活動作で痛みが誘発されているのか、痛みが軽減する、あるいは痛みが増強する姿勢や動作はどのような生活動作かを判断している。また、専門看護師は、患者の些細な表情や行動から痛みを把握しており、観察力や洞察力が優れていると考えられる。在宅療養における痛みのあるがん患者の苦痛に対して、水野ら(2003)は、患者の動作の工夫により痛みの発生と伝わり方を抑える活動が、痛み自体の苦痛の緩和を可能にすると述べており、本研究においては、患者が痛みにより日常生活が制限されることがないように、患者の生活動作により痛みがいつ増強するかを判断している。また、《痛みにより困っていることを把握する》ことで、痛みが患者の生活へ支障を与えていないか、自立を阻害する因子になっていないかなどを判断し、痛みのない生活を送るようになるためのケア方法の検討をしている。また、日常生活動作の評価は、疼痛マネジメントの目標を設定するためには重要である。

【患者の痛みの意味づけを理解する】では、患者自らの痛みに対する考え方であり、痛みのある自分に向き合う態度を示すものと考えられる。つまり、《患者の痛みの捉え方を判断する》ことで、患者の身体的な痛みに加え心理的な痛みを体験していることが理解でき、身体的な痛み以外にどのような影響を与えているかが推測でき、コミュニケーションを通して共有できると考えられる。主観的な体験である痛みのもつ意味について、Lipowski (1970)は罰や挑戦と述べており、患者は痛みには何らかの意味づけをしていることがあり、専門看護師は患者の苦悩を受けとめ、この痛みの意味づけは痛みが持続する限り続く可能性があり、専門看護師は、患者がどのように意味づけることにより自らの痛みの体験として引き受けていこうとしているのか、痛みをどのように理解しているかなどを判断している。その上で、患者が自分の痛みを客観的に理解、評価できるようにすることも重要と考えられる。

また、身体的な痛みは多種多様であり、《患者の生活の中の痛みをとらえる》ことは、患者を中心とした生活の視点で痛みを多面的に捉えることであり、痛みで侵される部位、神経などの程度でその性質と強さが異なるため、どのようなことが生活へ影響をきたしているかを判断している。

【医療用麻薬に対する受け止め方を理解する】では、患者が《医療用麻薬に対する不安がある》ため、不安の内容を確認し、どの程度医療用麻薬の使用に影響を与えるかを判断している。山江ら(2009)のがん性疼痛を有する患者の医療用麻薬に対する認識の調査では、「麻薬中毒になる」「病気が悪くなったら使う薬である」と、医療用麻薬に対して否定的であり悪いイメージや間違った認識をもっていると述べている。また、近藤ら(2002)はモルヒネ使用に対する懸念の内容として病気の進行の心配を述べており、本研究の結果と一致している。このように、患者側の麻薬に対する誤った情報が影響していることもあり、患者は《医療用麻薬の効果への疑問がある》と認識し、これは、痛みを緩和するための行動を起こしにくくさせ、疼痛マネジメントを阻害する要因となっている可能性があり、また、患者のもつ医療用麻薬への不安や疑問を理解した上で、疼痛マネジメントに向けてどのような目標をたてることができるかを判断している。吉田(1997)は、患者は痛みの増強を病気の進行ととらえており、鎮痛薬に対

する懸念が強いほど、日常生活の安寧が低いと述べており、単に医療用麻薬に関する正しい情報を提供するだけでなく、まず患者の《医療用麻薬に対する思いを判断する》ことで、医療用麻薬を飲みたくないのか、医療用麻薬への誤解があるのか、どのような理由で医療用麻薬を服用しないのかを確認し、患者の医療用麻薬への懸念を理解していると考えられる。

【痛みによる不安を理解する】では、患者は《痛みにより生活行動への不安がある》ことで、日常生活動作の低下への不安があり、痛みに派生する不安が痛みの感じ方を強めているといえる。さらに、ほとんどの患者はできる限り自分のことは自分でやりたいと願っているため、自尊心の低下が起きないように援助する必要がある。痛みが日常生活動作を妨げる作用因子となり、《痛みにより他者へ負担をかけたくない》という先々の不安を抱えていることが考えられる。また、痛みが長引くことにより複雑化、深刻化する可能性も含んでおり、専門看護師は、がん患者にとって単に日常生活が自立しているということだけではなく、患者がどのような日常生活を大切にしていたのか、痛みがなければどのようなことができていたのかを判断している。これにより、痛みの軽減を図ることで不安の軽減に繋がると考えられる。

一方で、患者は《痛みにより病状悪化への不安がある》や、《痛みにより死を連想する》ことは、患者が痛みによりスピリチュアルな苦痛に直面していると考えられる。専門看護師は、痛みが患者の心理面に及ぼす影響と、患者の痛みに対する理解度や患者の不安への対処法、そして痛みの結果として生じる不安の変化などのスピリチュアルな側面の痛みを判断している。

【痛みに対する学習能力を判断する】では、《病状に対する患者や家族の理解度を判断する》ことや、《痛みに対する患者や家族の対処能力を判断する》ことで、患者や家族の疼痛マネジメントに対する学習能力を判断している。また、アセスメントによって疼痛マネジメントに対する痛みや医療用麻薬の学習に対する患者の理解力が導き出されることにより、患者や家族の学習の準備状態や学習意欲を判断している。つまり、患者や家族がどのような学習方法を望んでいるのか、患者や家族の疼痛マネジメントに対する知識や技術を判断することで、その患者や家族に応じた具体的な学習内容が明確になると考えられる。武山ら(2004)は、アセスメントによって、まず患者は何を知りたいと思っているのか、何を知る必要があるか判断することができ、患者の準備状態や学習意欲、学習能力も判断でき、このような情報をもっていれば、指導がより迅速により容易に、より効果的になると述べており、アセスメント時に学習能力などを判断することで、患者や家族の学習ニーズが明確になると考えられる。また、田村ら(2010)は痛みの特徴や痛みのメカニズム、疼痛緩和方法などの知識・経験をもとに、その情報間の関連性や次に起こることの予測、有効なケア方法の検討を行う、この一連のプロセスがアセスメントとなると述べており、本研究においては、専門看護師は、痛みの状況をアセスメントする際、アセスメントの情報間の関連性や循環性を併せて痛みを判断している。

2. 疼痛管理の計画

武山ら(2004)は指導計画について、アセスメントに基づいて、患者が学ばなければならない

ことと、看護師がどのように指導を行うかということであると述べている。

【患者や家族と共に疼痛管理の目標を立てる】では、看護師が患者に習得して欲しいことだけを目標設定するほうが早いかもしれないが、痛みは主観的なものであり、患者がどのように計画を考えているのか学習目標の設定を患者や家族と共に相談して、《患者の意思を尊重して目標を立てる》ことで、患者や家族が主体的に疼痛マネジメントに参加できるようになると推測される。武山ら(2004)は、看護師の指導と患者の学習とは非常に複雑に絡み合っているので、目標設定に患者を関与させることにより患者と責任を分かち合うことは、指導を効果あるものにするために不可欠であると述べている。また、痛みの方況のアセスメントに基づいて、痛みによる不安を認知している患者に対して、《生活できるように痛みを調整を目標にする》ことは、患者や家族が痛みと向き合い痛みがなく穏やかに生活できるようにするには、どのような教育的支援を用いることができるかを判断している。専門看護師の一方的な目標の立案ではなく、患者や家族と共に考える姿勢で目標を立てることは、患者や家族の疼痛管理の学習を助けるような目標になると考えられる。

Knowles(1968)が提唱している成人教育理論であるアンドラゴジーの考え方では、人間が成長するにつれて、依存的状態から自己決定性が増大していくのは自然なことであり、一般的には自己決定的でありたいという深い心理ニーズをもっており、自分の生活上の可能性を開く力を高めていくプロセスであると述べている。また、佐藤ら(2011)はアンドラゴジーでは学習者は自己主導的に成熟していき、学習者が自らの学習ニーズを学習課題として取り組み、教師は学習のファシリテーターとして学習の方向付けを助け、環境や手法を提供する役割を果たすと述べている。在宅終末期がん患者においては、病状が進行し日常生活動作が低下していく中で、講習会やサポートグループに参加するには限界があるが、自宅でインターネットから自主的に情報を収集する患者や家族もおり、専門看護師は患者の学習意欲や学習能力を見極めたうえで目標の立案に繋がっていると考える。一方、Knowles(1968)のペダゴジーの考え方として、学習者にとって、教育とは教科内容を習得するプロセスであると述べており、在宅終末期がん患者の学習意欲や学習能力に応じて、アンドラゴジーとペダゴジーの考え方を対立させるのではなく、両者を取り入れて判断している。

3. 教育的支援の実際

【痛みの方況に応じた情報を提供する】では、疼痛マネジメントの教育的支援の知識・技術・態度を習得するための援助として、専門看護師は患者や家族に、《患者や家族が求めている情報を提供する》ことは、患者や家族が何を知りたいと思っているか、そして何を知る必要があるか、不安がないかを判断している。これらは、専門看護師が、日常的な看護行為の中で患者や家族の良い聞き手としての指導の機能や、患者や家族が必要とする時に必要とする知識と技術を教える機能を果たしていると推測される。安酸ら(1996)は、心配を示す、尊重するなど看護職者の雰囲気や姿勢は、看護師が専門的な知識や技術を使う前提として看護職者が身につけており、これがないと知識や技術だけでは効果的な患者教育となりにくいと述べている。

また、国のがん対策推進基本計画策定以降、がんに関する情報は増加したが、一方的な情報提供も多く、治療方法や療養生活の内容を、がん患者や家族が主体的に選択できるような情報の提供や、情報選択へのサポートが重要であると考えられる。専門看護師は、患者や家族が求めている知識や技術を提供することで、知りたくない権利にも配慮し、求められる痛みに対する情報を選択して情報を提供されていると考えられる。

そして、患者や家族が医療用麻薬を管理できるように、医療用麻薬の情報提供や正しい服薬のために、患者や家族の医療用麻薬に対する思いを聞き誤解や思い込みが解消できるような説明を行い、《医療用麻薬の安全性の理解を促す》ことで、患者や家族がともに納得して服薬ができるよう支援をされていると考えられる。難波(2008)はがん末期利用者の勝手な服薬管理を述べている。一方で、佐々木ら(2012)は在宅がん患者や家族は医療用麻薬に対して医療者の支援を受けたいというケアニーズがあると述べており、医療用麻薬を規則正しく使用し、副作用対策を十分に行えば安全な薬剤であることを理解してもらうことが重要である。

【痛みの調整に対する意思を尊重する】では、最終的に医療用麻薬を飲むか飲まないかは患者が決定されるので、患者の痛みの意味づけとの関連性も判断して、医療用麻薬の正しい服薬指導を行っても、麻薬を飲まない選択をされる患者もおり、《患者の医療用麻薬の選択の意思を尊重する》ことで、患者がどの程度の除痛を求めているのかを併せて判断している。また、医療用麻薬に対して抵抗感を示す患者の場合、非ステロイド系消炎鎮痛剤や鎮痛補助剤などによる《医療用麻薬以外の選択肢を提案する》ことで、疼痛緩和が図れることもあり患者の意思を尊重しながら患者に合った疼痛緩和方法を判断している。そして、がん患者をみるということは、《患者の人格を尊重する》ことでもあり、また、痛みは人格をも変えてしまう場合もあるため、病気や痛みが心理的な反応の仕方に影響を与え、痛みへの対応ができにくくなることも推測される。

【生活動作を見据えて痛みを調整する】では、患者の生活行動を確認し痛みを客観的に見極めて、《生活動作を基準に麻薬を調整する》ことで、専門看護師は、患者の生活行動に馴染みやすい麻薬の調整を判断している。また、《患者が維持したい生活行動を考えてもらう》よう促すことにより、患者が生活行動を振り返り考えることができる機会をつくり、患者の学習効果の向上に繋がると考えられる。学習効果を果たすためには、十分なアセスメントに基づいた症状マネジメント、正確な情報提供、家族支援などが重要であるが、病状や予後の予測が立たなければ時を得た介入にならない可能性がある。そのため、生活動作を見極めることは患者や家族の疼痛マネジメントにおいて把握すべき情報であると考えられる。日常生活への影響として、痛みにより日常生活にどの程度支障を来しているのか、睡眠への影響はないのか、どの程度の対応を希望しているかを確認する。具体的には、痛みに関しては、今の生活で満足されているのか、それとも痛みで日常生活に支障があって何か対応したほうがいいのかを確認する。そして、症状が患者にとって許容できるものなのか、それとも対応したほうがよいかという評価が重要であると考えられる。また、医療用麻薬を調整し生活行動を制限しないようにすることが重要と考えられる。

【患者や家族により痛みが管理できるよう促す】では、専門看護師は《患者や家族の対処について自己効力感を高めるようにする》ことを支援しており、自己効力感は、Bandura(1997)が社会的学習理論の枠組みの中で提唱した概念であり、個人の行動を予測し、情動反応を制御するためには、効力期待が重要な要因であると述べている。また、武山ら(2004)は望ましい行動を示したときは褒めるようにすると、患者はその行動を繰り返すようになると述べており、専門看護師の賞賛により患者は自らの行動を認め、知識や技術を習得したいという動機づけに繋がると判断している。そして、患者や家族が学習することを理解し判断できるようにすることや、社会的学習理論を活用して学習支援をすることは、自己効力感を高められるよう働きかけることで、教育的支援の知識や技術を習得させるためには重要であると考えられる。さらに、医療用麻薬の血中濃度を一定に保つためには、服薬時間を守ることは重要であり、《指示通り医療用麻薬が服用できるようにする》ことは、患者や家族が服薬管理能力を高められるよう、服薬アドヒアランスを良好に維持するためには不可欠であり、専門看護師は定期的医療用麻薬の服用が患者にとって実施可能か、服薬を妨げる因子があるとすればそれは何か、それを解決するためには何が必要かなどを判断している。

また、どのような時間を選択すれば、患者が服薬を忘れることなく生活に組み込むことができるか、服薬時間を生活のリズムに合わせて睡眠や生活活動を妨げない時間を患者や家族と相談して設定していると考えられる。そして、患者や家族が痛みを継続的に管理していくためには、不足を補うためのレスキュー・ドーズを使いこなすことが不可欠であり、《レスキューの対応ができるようにする》ことで、専門看護師は突出時痛に対して、体動のどのくらい前でレスキューを服用することが効果的なのか、レスキュー・ドーズで使用する薬物の最大効果時間を検討し、体動時がその最大効果時間に合うように突出痛時のレスキュー・ドーズを使うタイミングなど、効果的な使い方と患者の生活行動に馴染みやすい方法を支援している。がんの痛みには、持続的な痛みと突発的に強まる痛みがあるが、がん患者の痛みを少しでも早くとるには、患者が自分でモルヒネなどのレスキュー薬を持っていれば、突発的な痛みにもすぐ対処できるように、レスキュー・ドーズを十分に活用した方法が重要と考えられる。このような観点からも自己管理可能と判断した患者には積極的に自己管理を行うべきと思われる。患者自身が、自分の痛みに対して主体的に介入することで、痛みが起こることへの恐怖を少しでも軽減できると考えられる。

日本ホスピス・在宅ケア研究会(2004)では、レスキュー・ドーズについて、痛む時だけ使う頓用と不足を補うための頓用とでは鎮痛に対する姿勢が全く異なり、レスキューが痛む時だけ使う頓用と大きく異なるのは、1日あるいは数時間に必要としたレスキューの合計から、どの位鎮痛薬が不足しているかを予測し患者毎に異なる至適投与量を速やかに決定できるという点にあると述べている。専門看護師は患者に応じた服用方法を検討し薬理的な知識に基づいて支援している。また、患者や家族の情報より患者の痛みの性質や程度を判断し、主体的に医療用麻薬の管理を行うことができるようにするために、《医療用麻薬の効果の評価ができるようにする》ことで、患者や家族の主体的な疼痛マネジメントへの参加を促し、患者や家族が実

行しやすい方法を判断しており、高橋ら(2007)は患者や家族が疼痛マネジメントを学習する必要がある内容としては、医療者に任せきりにするのではなく、患者である自分自身ががん疼痛に対するペインマネジメントに積極的に参加する必要があることを理解することであると述べている。本研究で、痛みに対する患者や家族の不安が明らかにされたことも踏まえて、常に医療者が側にいないことを考慮して症状の一般的な経過と現状を説明していくことは前提であるが、患者や家族が《痛みに対する予測的な対応ができるようにする》ために、専門看護師は、将来予測される病状の経過や問題点について判断している。また、終末期のどの時期にどのようなことが起きるかを理解して行うケアの視点で援助することで、患者や家族が日常生活を続けることができるようになりやすいため、前もって対処法を伝えることにより患者や家族に与える安心感は大きいと考えられる。

【痛みの体験を表現できるよう促す】では、専門看護師は、患者や家族とコミュニケーションを図り、《痛みを言葉で表現できるようにする》ことを促しており、患者が体験している痛みと向き合うことにより、痛みのアセスメントができるようになると判断している。高橋ら(2007)はペインマネジメントについて自分の言葉できちんと表現することは、ペインマネジメントについて医療者が行う説明を理解するだけでなく、納得し、同意し、行動できるようにするための第一歩であり、ペインマネジメントが成功するために非常に重要なことであると述べている。また、伊藤(2009)は学習者に言語化を促すと学習効果が促進されることがあると述べており、患者や家族により突出時痛の対応ができるようになると推測される。また、専門看護師は、患者や家族が痛みの変化が詳細に把握でき、鎮痛薬の効果や副作用を評価しやすいようにするために、痛みの出現時間、痛みの程度、それに対するレスキュー使用、レスキューの効果など、《日々の痛みを記録できるようにする》ことを促している。伊藤(2009)は言語化を口頭とするのか、あるいは筆記にするのか、考えたことを言語化するのかなど目的や方法によって言語化の在り方が異なっても、いずれも学習効果を促す方法であると述べており、痛みの記録をつけることで現状を知ることができ、具体的な目標を決めることができ患者や家族の問題意識に繋がると考えられる。林ら(2012)は、特に在宅では日々の変化を記入してもらうことで医療従事者に痛みの推移が正確に伝わると述べており、専門看護師は、主観的な痛みを日々の痛みの記録より、どのような状況で痛みが増強したのか、どのレベルでレスキューを服用したのか等の痛みの変化を把握しやすく、共通理解が得られることで客観的に痛みを分析している。また、専門看護師は患者の言葉による痛みの表現と、日々の痛みの記録を併せて痛みを判断していることは、将来予測される病状の経過や問題点について把握し、患者や家族が対処できるよう支援することにより、痛みの対処能力も向上すると考えられる。

【痛みが緩和できるケアを提供する】では、薬物療法以外の緩和方法として、痛みの原因を作らないよう予防的に疼痛緩和を行うために、《痛みを増強させないようケアの工夫をする》ことが重要であり、ポジショニングや移動の工夫により、痛みを持つ患者にはどのような体位が好まれるのか、どこを動かすと痛みが増強するのかなどを判断している。また、温罨法は内臓痛や神経障害性疼痛に効果的であり、入浴や足浴などにより発痛物質の排泄を促し、痛みの

感じ方を緩和させたり、アロママッサージや《リラクゼーションにより痛みの感じ方を軽減する》ことで、薬物療法と看護技術を組み合わせることによって、痛みの閾値を上昇させ痛みの感じ方を変えられるかを判断している。高橋ら(2007)は看護師の力で痛みの閾値を下げる因子を少しでも減らし、上げる因子を少しでも増やすことによって、患者の痛みの感じ方そのものを変えることができると述べており、専門看護師は、がん患者が少しでも日常生活を維持して生活できるように、痛みの閾値を上げるケアの工夫を行い痛みの緩和に導いていたと推測される。

II. 専門看護師の教育的支援の特徴

3つの局面で抽出された、『痛みの状況のアセスメント』、『疼痛管理の計画』、『教育的支援の実際』における専門看護師の教育的支援の特徴について述べる。

1. 『痛みの状況のアセスメント』では4つ挙げられた。

- ①痛みの病態に関する高度な知識とフィジカルアセスメントにより、複雑な病態を理解することで、機序、症状、兆候より今後の病状を予測し、痛みに関する必要な情報を把握し分析する。
- ②痛みの変化を生活動作との関連で見極めることで、薬剤の調整と生活動作の工夫を図ることにより痛みを緩和する。
- ③患者の痛みの意味づけを理解することで、痛みに対する思いを把握し患者の意向を尊重した痛みの緩和方法を明確にする。
- ④患者や家族の学習能力と学習ニーズを判断し、具体的な教育的支援の内容を明確にする。

2. 『疼痛管理の計画』では、患者や家族と共に疼痛管理の目標を立てることで、患者と家族の学習目標を明確にする。

3. 『教育的支援の実際』では4つ挙げられた。

- ①患者や家族が求めている知識や技術を提供することで、知りたくない権利にも配慮し、求められる痛みに対する情報を選択して情報提供をする。
- ②生活動作を見据えて痛みを調整することで、医療用麻薬を調整し生活動作を制限しないようにする。
- ③患者や家族により痛みを管理できるようにすることで、学習が動機づけられるよう社会的学習理論を活用した支援や、医療用麻薬の服薬アドヒアランスが高められるようにする。また、レスキューの対応ができるよう薬理的な知識に基づいた服薬管理の支援や、予測される病状の経過や問題点等を把握し患者や家族が対処できるようにする。
- ④痛みの体験を表現ができるように支援することで、痛みの共通理解を得て適切な痛みへの対処方法を提案する。

以上より、専門看護師の高度な実践は、患者や家族の疼痛マネジメントに対して、適切な知識や判断技術により患者の認識に働きかけることで、効果的な学習を促す教育的支援がなされていると考えられる

Ⅲ. 研究の限界

本研究の協力者は、全国の訪問看護ステーションでおよびクリニックに従事している終末期がん患者の支援経験のある専門看護師であり、研究協力者が全体の11ヶ所のうち8ヶ所で、7割以上網羅しており、研究の意義は大きいと考えられる。

しかし、対象が少数のためさらに増やし、疼痛マネジメントに対する専門看護師の教育的支援の特徴を明らかにしていく必要がある。

今後は、在宅終末期がん患者の看護を行っている訪問看護ステーションに従事している専門看護師の教育的支援を十分に検討するためにも、さらに対象を増やし、その上で疼痛マネジメントに対する専門看護師の教育的支援の特徴を明らかにしていく必要がある。さらに、訪問看護ステーションに従事している専門看護師が、どのように訪問看護師へ疼痛マネジメントの教育を行っているのか検討する必要がある。

第7章 結論

I. 本研究で得られた結果のまとめ

本研究では、在宅終末期がん患者に対する疼痛マネジメントにおける専門看護師の教育的支援の特徴を明らかにするために、訪問看護ステーション若しくはクリニックで従事している専門看護師8名（在宅看護 CNS4名、地域看護 CNS4名）に対して、半構成的面接法により調査を行った。その結果、以下のことが明らかになった。

1. 『痛みの状況のアセスメント』では、【痛みの病態を理解する】、【痛みの変化を生活動作との関連で見極める】、【患者の痛みの意味づけを理解する】、【医療用麻薬に対する受け止め方を理解する】、【痛みによる不安を理解する】、【痛みに対する学習能力を判断する】の6カテゴリー、14サブカテゴリーで構成された。
2. 『疼痛管理の計画』では、【患者や家族と共に疼痛管理の目標を立てる】の1カテゴリー、2サブカテゴリーで構成された。
3. 『教育的支援の実際』では、【痛みの状況に応じた情報を提供する】、【痛みの調整に対する意思を尊重する】、【生活動作を見据えて痛みを調整する】、【患者や家族により痛みを管理できるよう促す】、【痛みの体験を表現できるよう促す】、【痛みの緩和ができるケアを提供する】の6カテゴリー、16サブカテゴリーで構成された。

II. 終わりに

本研究において、在宅終末期がん患者に対する疼痛マネジメントにおける専門看護師の教育的支援の特徴が明らかになった。しかし、専門看護師が捉えた患者や家族の疼痛マネジメントの教育的支援の知識・技術・態度を習得させるための指導過程を分析したが、患者の学習の準備状態や学習意欲、学習能力をアセスメントするための、学習ニーズの抽出が不十分であったことが把握された。今回の研究においては、教育的支援の評価までの抽出には至っていないこともあり、患者や家族で疼痛管理や生活調整をするための知識・技術・態度を習得するための援助として、アセスメント、計画、指導、評価の一連の指導過程を通すことで、疼痛マネジメントの効果的な患者教育への示唆が得られると考えられる。また、患者教育において、効果的な学習効果を得るためには、学習理論を含む教育方法に関する知識・技術・態度が重要であると考えられた。今後、訪問看護師に対する疼痛マネジメントにおける専門看護師の教育的支援を検証する必要がある。

謝辞

本研究において、貴重なお時間を頂戴いたしました専門看護師の皆さま、ご多忙な折にご協力とご配慮をいただきました訪問看護ステーション・クリニックの管理者の皆様へ心より感謝申し上げます。また、本研究に取り組むにあたり、終始ご指導いただきました、大阪府立大学大学院看護学研究科 在宅看護学 中村裕美子教授には、研究計画から論文の完成までの長きにわたり、多くの貴重なお時間を割いていただき、丁寧かつ熱心なご指導を賜りました。心より敬意を表し深く感謝申し上げます。

なお、本研究は、財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団から助成を受けて行った研究です。ここに深謝いたします。

引用文献

- Barbara, M. (2004): HOW TO TEACH PATIENTS/武山満智子訳(2004): 患者教育のポイントアセスメントから評価まで. 1-132, 医学書院, 東京.
- Bonica, j. j., Lea&Febiger (1990):Cancer pain, The Management of Pain. 400-460.
- 大地真樹, 吉田俊子, 佐藤ゆか, 松尾尚美, 岩岡美樹, 井口巴他(2010): わが国における患者教育に関する看護研究の動向と課題. 宮城大学看護学部紀要, 37-43.
- 林彰敏 編著(2012):がん疼痛マネジメント. 14-24, 学研メディカル秀潤社, 東京.
- 東原正明, 近藤まゆみ 編集(2006):緩和ケア. 180-191, 医学書院, 東京.
- 平岡玲子, 佐藤まゆみ, 佐藤禮子, 眞嶋朋子(2006):ペインマネジメントに対する患者の主体的取り組み. 日本がん看護学会誌, 20, 237.
- 廣岡佳代, 梅田恵, 林めぐみ, 射場典子, 坂元敦子(2012):がん患者の家族に対する痛みのマネジメント教育の必要性. Palliative Care Research, 701-706.
- 石岡薫, 一戸とも子, 阿部テル子, 齊藤久美子ら(2009):看護者の患者指導技術の構成要素と構造化の試み. 日本看護研究学会誌, 32(4), 77-87.
- 伊藤貴昭(2009):学習方略としての言語化の効果—目標達成モデルの提案—. 教育心理学研究, 57, 237-251.
- 岩城直子, 牧野智恵, 加藤亜妃子, 木村久恵, 浅見千江, 木村美代(2012):石川県のがん療養者の在宅緩和ケアに携わる看護師の求める教育支援—ケアの実施状況と困難感、学習ニーズの分析から—. 石川看護雑誌, 9, 71-80.
- 柏木哲夫, 佐藤暁監修(2007):緩和ケアマニュアル第5版 淀川キリスト教病院ホスピス編. 1-79, 最新医学社, 大阪.
- 河口てる子(2003):患者教育のための「看護実践モデル」開発の試み. 看護研究, 36(3), 3-10.
- 川越博美監修, 松村ちづか編著(2003):終末期の自己決定を支える訪問看護 療養者・家族がともに納得できる最期を迎えるために. 1-46, 日本看護協会出版会, 東京.
- 川村郁人, 川合甲祐, 佐野吉嗣, 久保川直美ら(2009):医師・薬剤師・看護師が行う医療用麻薬に関する患者教育の現状とパンフレットの評価. Palliative Care Research, 4(11), 212-227.
- 小島悦子, 川村三希子, 竹生礼子, 福田ひとみ(2007):訪問看護師の在宅疼痛マネジメントに関する知識の実態. 日本がん看護学会誌, 21, 115.
- 近藤由香, 渋谷優子(2002):痛みのある外来患者のモルヒネ使用に対する懸念と服薬行動に関する研究. 日本がん看護学会, 16, 5-16.
- 小倉能理子, 阿部テル子, 齊藤久美子, 石岡薫, 一戸とも子, 工藤せい子ら(2009):看護者の患者指導に対する認識と実施状況. 日本看護学研究学会雑誌, 32(2), 75-83.
- Lipowski, Z. J. (1970):Physical illness, The individual and the coping processes, Psychiatry Medicine, 1, 91-101.
- Malcolm Knowles(1975):THE MODERN PRACTICE OF ADULT EDUCATION From Pedagogy to

- Andragogy REVISED AND UPDATED/掘薫夫, 三輪建二監訳(2002):成人教育の現代的実践 ペ
ダゴジーからアンダラゴジーへ. 33-67, 鳳書房, 東京.
- 三浦弘恵, 亀岡智美, 定廣和香子(2002):看護職者の学習ニーズに関する研究. 看護教育学研究, 11(1), 40-53.
 - 水野照美, 佐藤禮子(2003):痛みのある患者の在宅療養における苦痛とセルフケア. 千葉大学看護学部紀要, 25, 1-7.
 - 中橋淳子(2009):麻薬性鎮痛薬によるがん性疼痛コントロールに対する看護師の認識と実践について. 山梨県立大学看護学部紀要, 11, 13-26.
 - 中島誠, 加藤浩充, 後藤拓也, 松本修一, 石井沙代, 舩稔隆ら(2011):肺がん患者を対象とした麻薬性鎮痛薬勉強会の実施効果. Palliative Care Research, 6(1), 109-118.
 - 中村悦子, 金子史代, 清水みどり, 石川操(2005):看護師の患者指導の機能に関する研究. 新潟青陵大学紀要, 5, 359-372.
 - Nancy I. Whitman, Barbara A. Graham(2004):Teaching in Nursing Practice/安酸史子監訳(2004):ナースのための患者教育と健康教育. 2-257, 医学書院, 東京.
 - 難波貴代(2008):複雑で困難な問題を抱えたがん末期在宅療養者の疼痛コントロールに関する検討. 武蔵野大学看護学部紀要, 4, 1-14.
 - 西川晶子, 安藤詳子, 神里みどり(2004):がん性疼痛管理の妨害因子に対する看護師の認識. がん看護, 9(1), 74 - 79.
 - 日本ホスピス・在宅ケア研究会(2004):退院後のがん患者と家族の支援ガイド. 111-131, プリメド社, 大阪.
 - 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集(2000):Evidence-Based-Medicine に則ったがん疼痛治療ガイドライン. 76 - 79, 178 - 182,
 - 大園康文(2009):がん患者への終末期在宅ケアに関して訪問看護師が感じている問題点と必要だと思ふ問題解決への取り組みの実態調査. 公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団.
 - 佐藤栄子 編著(2011):事例を通してやさしく学ぶ 中範囲理論. 453-465, 477-487, 日総研出版, 名古屋.
 - 島内節, 山岸暁美, 福井小紀子, 村上満子(2006):在宅終末期がん患者におけるペインマネジメント. 平成 18 年度在宅地域ケア研究センター研究費による研究報告書.
 - 新貝夫弥子, 渋谷優子(1999):がん性疼痛に関する患者の疼痛評価と対処行動. 日本がん看護学会誌, 13 (2) , 38-42.
 - 世界保健機構, 武田文和訳(1996):がんの痛みからの解放—WHO 方式がん疼痛治療法—(第 2 版) . 3-42, 金原出版株式会社, 東京.
 - 瀬山留加, 石田和子, 中島陽子, 吉田久美子, 角田明美, 神田清子(2008):大学病院における終末期がん患者が抱える日常生活動作の障害と看護支援の検討. 群馬保健学紀要, 31-38.
 - 高橋美賀子, 梅田恵, 熊谷靖代 編集(2007):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. 1-133, 日本看護協会出版会, 東京.

- 武田文和(1995):がん患者の痛みの治療にあたり改善すべき点. 武田文和編:がん患者の痛みに対するモルヒネの適応と実際, 30-34, 真興交易医書出版部.
- 田崎恵子, 稲垣美智子, 松井希代子, 村角直子(2006):糖尿病患者教育に携わっている看護師の実践に対する思い. 金大医保つるま保健学会誌, 30, 203-210.
- 田村恵子 編集(2010):がんの症状緩和ベストナーシング. 2-48, 学研メディカル秀潤社, 東京.
- 特定非営利活動法人 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会編集(2010):がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン, 92 - 103, 金原出版株式会社, 東京.
- Twycross, R. G., Fairfield, (1982):S.:Pain in far advanced cancer. *Pain*, 14:303-310.
- Twycross, Twycross, , Andrew Wilcock, Claire Stark Toller, (2011): Symptom Mangemet in Advanced Cancer 4th edition Robert/ 武田文和監訳(2011):トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント第2版. 13-53, 医学書院, 東京.
- 渡辺裕子監修(2012):家族看護学を基盤とした在宅看護論Ⅱ実践編 第2版. 日本看護協会出版会, 123-150, 360-371.
- 山江扶喜子, 深作麻衣子(2009):がん性疼痛を有する患者の麻薬性鎮痛剤に対する認識 効果的なペインコントロールにおける看護の役割. 第29回東京医科歯科大学病院看護研究集録, 101-103.

事業または調査研究を終えた感想

助成金をいただいたことで本研究の意義を認識していただいたと理解し、申請者としては看護研究に対する質の向上に寄与できればという動機づけになり研究に取り組むことができたと考えている。また、研究対象者を増やすことができ、少しでも多くの貴重な研究資料を得ることに繋がったと考えている。

研究助成金の使途については、データ収集や研究依頼者の交通費に使う結果となった。本研究をご支援下さいました 公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団関係者皆様に心よりお礼申し上げます。