

# 認定看護師がとらえる一般病棟に所属する看護師の がん性疼痛マネジメントを阻害する因子

## Perceptions of Barriers to Cancer Pain Management of Certified Expert Nurses Outside of Palliative Care

小島悦子

Etsuko KOJIMA

菊地美香

Mika KIKUCHI

The purpose of this study was to identify barriers to cancer pain management based on the perceptions of certified expert nurses outside of palliative care with implications for nursing education. Data were obtained from four certified expert nurses, who agreed to participate in this study using a semi-structured interview, and analyzed using qualitative content analysis. We found seven categories as barriers to cancer pain management related to nurses. They included; lack of pain assessment; obscure evidence; negative attitudes; failure to discuss about pain; misunderstanding about analgesics; difficulty in assessment of complicated pain; and differences vis-a-vis the situation. The findings from this study suggest that; (a) nursing records should be improved to always check the degree of pain; (b) education for pain management needs to be done on different levels; (c) expert nurses in pain management must set an example in their practice; (d) certified expert nurses help train capable nurses on all units; and (e) all nurses are obligated to learn about pain management.

Key words: cancer pain management (がん性疼痛マネジメント)  
barriers related nurses (看護師阻害因子)

## I. はじめに

終末期の全人的ケアを目的に、1990年以降ホスピス・緩和ケア病棟が増加し続けているが、がんによる年間の死亡数は32万人<sup>1)</sup>に対し、ホスピス・緩和ケア病床数は3085床<sup>2)</sup>のため、全がん患者の約1%しかその恩恵を受けられない。そのため多くのがん患者は、一般病棟で療養を続けることになる。がん患者は終末期に向かうほどさまざまな苦痛症状を抱えるが、なかでも疼痛はほとんどのがん患者が有する辛い症状であるため、一般病棟における疼痛マネジメントは重視されるべきケアの1つとなる。

疼痛マネジメントの実践には専門的な知識を基盤にした判断が求められる<sup>3)</sup>といわれているが、一般病棟の看護師の知識は十分とはいえない状況<sup>4) 5)</sup>や、看護師自身も知識不足や限界を感じている<sup>6)</sup>ことが報告されている。また、一般病棟では末期がん患者に対する鎮痛剤の使用が少ない<sup>7)</sup>ことから、一般病棟で疼痛マネジメントが十分に行われていない状況が推測される。一般病棟における疼痛マネジメントを阻害する因子として、医療者側の知識不足やアセスメント能力の不足、モルヒネ使用への躊躇<sup>8)</sup>があり、痛みの理解をゆがめる因子として看護師の先入観や慣れ、ケアの優先性、鎮痛薬に対する偏見、痛み観があった<sup>9)</sup>と報告されている。しかし、これらの研究はいずれも実践に携わっている看護師の認識から明らかにされたものである。一般病棟において疼痛マネジメントが実践されるためには、病院内で客観的な立場から疼痛マネジメントに携わっている認定看護師の認識に焦点をあてることで新たな阻害因子が明らかになり、疼痛マネジメントの教育を考えるための示唆が得られると考える。

よって、本研究の目的は、一般病棟に所属する看護師のがん性疼痛マネジメントを阻害する因子について認定看護師の認識から把握し、一般病棟の看護師に適した疼痛マネジメント教育を考えるための示唆を得ることである。

## II. 研究方法

### 1. 研究参加者

北海道内の2つの政令指定都市の病院で、がん

性疼痛認定看護師あるいはホスピス認定看護師として働いている4名の看護師とした。

### 2. 研究期間

研究期間は、2003年11月から2004年1月までの3ヶ月間であった。

### 3. 研究方法

1名につき平均81分(63分から115分)のインタビューを、1回から2回実施した。インタビューでは、病院での認定看護師としての活動や研修会の講師の経験から、一般病棟で働く看護師が疼痛マネジメントを実践する際に何に困難を感じていると考えるかについて自由に語ってもらった。インタビューの内容は承諾を得てテープに録音した。

### 4. 分析方法

一般病棟に所属する看護師のがん性疼痛マネジメントを阻害する因子について、認定看護師の視点から明らかにした研究はない。よって、データ分析は、質的・帰納的方法を用いることが妥当と考えた。具体的には、テープに録音したインタビューデータは事例ごとに逐語録を作成し、何度も内容を読み返した。その後、がん性疼痛マネジメントを阻害する因子について書かれてある内容を抽出し、文脈を適切に表す表現をレコード化した。抽出したコードをサブカテゴリー、カテゴリーの順に抽象度を上げ分類した。抽象化の信頼性を高めるために、がん看護の教育や実践に携わり、質的研究の経験がある2名の研究者で内容を吟味した。

### 5. 倫理的配慮

認定看護師に対し、研究の目的と内容、プライバシーの保持、インタビューの拒否や中断が可能なことについて書面をもって説明し同意を得た。

### 6. 用語の定義

疼痛マネジメント：疼痛のあるがん患者に対し疼痛をコントロールするために行われる全てのケア

## III. 結果

### 1. 研究参加者の概要

参加者は、2名のホスピス認定看護師と2名のがん性疼痛認定看護師で、全員女性であった。平均年齢は35.75歳(32歳から43歳)で、看護師の平均経験年数は12.1年(10年8ヶ月から13年6ヶ月)、がん患者の平均看護経験年数は9.9年(8年10ヶ月から11年3ヶ月)、認定看護師の平均経験

表 1. 認定看護師が認識する一般病棟看護師の疼痛マネジメントを阻害する因子

サブカテゴリー	カテゴリー
痛みがわからない	痛みをキャッチできない
鎮痛剤を使用すべき痛みなのかわからない	
多方面からアセスメントできない	
看護師が痛みの程度を判断してしまう	
痛みの表現を助けられない	
的確な情報収集ができない	
生活という視点がない	
医師が納得するような説明ができない	根拠が曖昧
患者に的確な説明ができない	
根拠を考えながら実践しない	
鎮痛剤の種類に応じたアセスメントがわからない	
治療や処置が優先される	疼痛緩和に消極的
痛みに関心がない	
自信がない	
チームで情報が共有されない	話し合えない
疼痛コントロールの目標が共有されない	
プラセボに鎮痛効果があると考える	鎮痛剤に対する誤解
モルヒネに対する誤解がある	
モルヒネが効かない痛みに対応できない	複雑な痛みに困惑
1つの方法に固執する	
病棟格差がある	場に影響される
効果のある鎮痛剤が施設にない	

年数は3.1年（2年4ヶ月から4年4ヶ月）であった。

2. 認定看護師がとらえる一般病棟に所属する看護師のがん性疼痛マネジメントを阻害する因子

認定看護師がとらえる一般病棟に所属する看護師のがん性疼痛マネジメントを阻害する因子は、80コードから、最終的に22のサブカテゴリー、7のカテゴリーが導き出された（表1参照）。以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〔 〕で示し、「 」は認定看護師の語りを表し、補足が必要な箇所は（ ）で示し、語りの内容を一部略した箇所は<中略>で示す。

1つめのカテゴリーは、【痛みをキャッチできない】であり、これは患者の日常生活のさまざまなあり様を通して痛みを意識的に観察することができないために、痛み自体を捉えることができないというものである。これには、〔痛みがわからない〕〔鎮痛剤を使用すべき痛みなのかわからない〕〔多方面からアセスメントできない〕〔看護師が痛みの程度を判定してしまう〕〔痛みの表現を助けられない〕〔的確な情報収集ができない〕〔生活という視点がない〕という7つのサブカテゴリーが含まれていた。〔痛みがわからない〕は、痛み

自体を漠然と捉えているために痛みがあっても見過ごしてしまうというものであり、「（痛みについて）聞きますよね、そしたら、あら、どこだったかなって、こうカルテを見たりとか。（ケース2）」というように、受け持ち患者の痛みの部位を把握していない状況が語られた。〔鎮痛剤を使用すべき痛みなのかわからない〕は、痛み以外に不安や傾眠などの症状があったり、痛いと直接的に表現しない場合に適切な鎮痛薬を選択できないというものであり、「何か困難になってくればくるほど、やっぱり気持ち的な部分が、気持ち的な部分もじゃなくて、気持ち的な部分があつて痛いんだよね、っていう言葉がやっぱり出ちゃうんで。（ケース4）」とトータルペインの視点がない状況が語られた。〔多方面からアセスメントできない〕は、痛みの原因を1つと考えたり、自分もっている情報のみから痛みを捉えようとするもので、「一人は痛いって言っても、もう一人はいやあそんなに痛みはないと思うよっていう風に言う人がいると、何かごちゃごちゃになっちゃうんですよ。（ケース2）」と痛みを総合的に捉えられない状況が語られた。〔看護師が痛みの程度を判定してしまう〕は、客観的に変化が観察できない患者の痛みの訴えに疑問をもったり軽視するという

ものであり、「痛いって言いながらテレビ見たり、痛いって言いながら何かしたりすると、みんな本当に痛いのかなって思うみたいなんですよ。(ケース2)」と語られた。〔痛みの表現を助けられない〕は、患者に適した方法で痛みの表出を助けられないというものであり、「どうやって痛みのアセスメントをとる時に患者さんに説明しますかとか、VASスケールの使い方とか何て説明しますかっていうふうに質問されるのが多くて。(ケース1)」というように、具体的な説明に苦慮している状況が語られた。〔的確な情報収集ができない〕は、変化する病状に合わせた意図的な観察ができないため必要な情報を得ることや識別することができないというものであり、「情報がたくさんあっても上手く活用できていないっていうようなことだと思うんですよ。(ケース3)」と語られた。〔生活という視点がない〕は、生活という視点から痛みをとらえたり、ケアを考えられないというもので、「ただ痛みをなんとかしなきゃっていうことばかりで、痛みがありながらももっと楽に生活できる方法はないかって、その工夫がないんですよ。(ケース3)」と語られた。

2つめのカテゴリーは【根拠が曖昧】であり、これは疼痛マネジメントに必要な根拠を十分に理解していないために、相手が納得するような説明ができない、あるいは根拠を考えた実践ができないというものである。〔医師が納得するような説明ができない〕は、曖昧な表現を用いたり、必要となる根拠を提示することができないために医師に状況が伝わらないというものであり、「いいみたいですよっていう風に看護婦さんが(鎮痛補助薬を)提示しても、指示する主治医とかが、そんなのなんかこう効果ははっきりしないから使えないとか。(ケース1)」と語られた。〔患者に的確な説明ができない〕は、患者を不安にさせずに納得できる説明が行えないというものであり、「ただ便秘と吐き気と眠気がありますからぐらいな感じで、〈中略〉患者さんが不安になるんですよ、いつ起きるんだろう、いつ起きるんだろうっていうような。(ケース3)」と語られた。〔根拠を考えながら実践しない〕は、痛みの原因や鎮痛剤使用の根拠を自ら考えて実践しないために、疼痛がコントロールできず、次の場面にも応用できないというものであり、「痛くってモルヒネを開始したら、あの一痛いからずっとモルヒネばかり、

それだけをこうただ増量してるだけのケースが結構多いんですよ、そして、その増量していつてるのに患者さんは寝てしまって、何ていうか痛みは、痛いと言えなくなってしまった状態だとか。(ケース3)」と語られた。〔鎮痛剤の種類に応じたアセスメントがわからない〕は、鎮痛剤の効果や種類に応じたアセスメントの方法を理解していないために必要な判断をしたり行動することができないというものであり、「ベースで何を使ってたのかっていう風に聞いても、それがわからなかったり、それに何かその、レスキューはじゃあ何回使ってどんなものを使ってたんですかねって聞いても、何かそれがわからなかったり、それが受け持ち。(ケース4)」と語られた。

【疼痛緩和に消極的】とは、他の治療やケアが優先されたり、疼痛マネジメントに対する関心の低さ、自分への自信のなさから、疼痛マネジメントに積極的に関わることができないというものである。〔治療や処置が優先される〕は、忙しいことや治療や処置があるために疼痛マネジメントが後回しになるというものであり、「忙しいからやれなくて当然っていうようなことをやっぱり平気で口に出して言うような病棟に、いくら緩和ケアのことを言っても通じないんですよ。(ケース3)」と語られた。〔痛みに関心がない〕は、現状のケアに疑問を感じないため、改善方法に興味を示さないというものであり、「(経験の長い看護師が多い病棟は)いつまでたっても交代者の人ってなかなか来なかったりして、新しい風が入ってこないんですよ、その痛みに関しての。(ケース2)」と語られた。〔自信がない〕は、自分の疼痛マネジメントに自信がないため、質問されないように認定看護師との関わりを回避するというものであり、「(情報収集のために看護師が近づくと)何かこう逃げる人もいますよね、私が行ったら、聞かれたら困るからか、えーっ聞かれてもわからないっていう感じで。(ケース2)」と語られた。

【話し合えない】とは、疼痛マネジメントに必要な情報がチーム内あるいは患者と共有されないために、共通の視点でケアが行えないというものである。〔チームで情報が共有されない〕は、説明したことがチーム内で共有されないためにケアが継続されないというものであり、「そのときいる看護婦さんで、そうなんだってこうわかってくれる人もいれば、やっぱりそれがみんなに伝わ

ていないと、次の日同じことを言われたりするんですよね。(ケース2)」と語られた。〔疼痛コントロールの目標が共有されない〕は、患者と看護チーム内で疼痛コントロールの目標が共有されていないためにケアの方向性がずれるというものであり、「(鎮痛剤の使用で)寝てしまって、こう、全然その痛みが緩和したことによる生活の質の改善っていうところに全然こう目がいていないんですよね、だから何を目標に痛みを緩和したいのかも、まあチームでわかっていないし、何かそういう話し合いがだいたいできていなくて。(ケース3)」と語られた。

【鎮痛剤に対する誤解】とは、鎮痛剤はなるべく使用しないほうがよいと考えたり、モルヒネの副作用を懸念するためにモルヒネの使用を躊躇するというものである。〔プラセボに鎮痛効果がある〕と考える〕は、プラセボに効果があれば優先して使いたいと考えることであり、「プラセボで効くんなら、効くんならいいんじゃないかって言ってたんで、その朝のカンファレンスのときに、いや、プラセボは効くもんだからっていうことを言ってたんですよね。(ケース2)」と語られた。〔モルヒネに対する誤解がある〕は、説明し難い症状が出現したり、副作用が強くなる、あるいは鎮痛剤で疼痛がコントロールされるとモルヒネを中止する方向で検討するというものであり、「何かちょっとこう(患者が)変なことを言ったりとかしたら、モルヒネが悪さしてるんじゃないかとは言うんですよ、みんな、であの溜まってきてるんじゃないかって、多いんじゃないかって言うんですよね。(ケース2)」と語られた。

【複雑な痛みに関する困惑】とは、モルヒネのみでコントロールできない複雑な痛みに対し、さまざまな症状を訴えるためにどう対応してよいかわからない、あるいは効果のある1つの方法に固執するためにトータルケアが行えないというものである。〔モルヒネが効かない痛みに対応できない〕は、神経因性疼痛などモルヒネのみではコントロールできない痛みにも効果のある薬物やケアがわからないために困惑していることであり、「骨メタの痛みもそうだけど、神経因性疼痛とか、体性痛とかよりも、その神経的な痛みの、神経学的な痛みでどういう対処をしていいのかわからなくて困っているんだけど、何か良い方法はないだろうかという。(ケース1)」と語られた。〔1つの方法に

固執する〕は、複雑な痛みに対し薬物のみでコントロールしようと考えたり、反対にマッサージなどで痛みが軽減すると身体的痛みのアセスメントが疎かになるというものであり、「他のケアで何かできないのかっていう、要するに薬ばかりなんですよ、薬のことはやれるんだけど、それでうまくいかなかったらどうしていいかわからないって感じなんですよね。(ケース3)」と語られた。

【場に影響される】とは、がん性疼痛マネジメントに必要な知識や実践はその場の状況に影響されるということである。〔病棟格差がある〕は、病棟により看護師の知識に違いがあるというものであり、「初期アセスメントをもう当たり前のようにとってる病棟もあるんですよ、そしてフローシートもつけるっていう風に標準的にこう病棟でやっているところもあれば、スケールって言葉が通用しなかったり。(ケース3)」と語られた。〔効果のある鎮痛剤が施設にない〕は、教科書で効果があるといわれている薬剤が施設にないために使用できないというものであり、「こういう薬を使ってみたらとか、例えば具体的に出しても、その薬うちにないだとか。(ケース1)」と語られた。

#### IV. 考察

がん患者の疼痛マネジメントを阻害する要因として、看護師の知識やアセスメントの不足<sup>10) 11)</sup>がいわれており、今回の結果からも【鎮痛剤に対する誤解】【痛みをキャッチできない】【根拠が曖昧】など知識やアセスメントの不足を示す要因があげられ、なかでも【根拠が曖昧】なことは、適切に実践できない原因となっていた。また【疼痛緩和に消極的】のサブカテゴリーである〔治療や処置が優先される〕は看護師が認識する痛みの理解をゆがめる要因と共通するものであったが、〔痛みに関心がない〕〔自信がない〕という新たな側面が明らかになった。また【話し合えない】や【場に影響される】のサブカテゴリーである〔病棟格差がある〕は阻害因子の新たな側面をあらわしていた。以上の結果をもとに、一般病棟に所属する看護師のがん性疼痛マネジメントの教育方法を検討していく。

林<sup>12)</sup>は疼痛緩和ケアをもたらず判断根拠には、

疾患や薬剤、痛みの閾値に関する専門的知識と患者のアセスメントによって得られる情報が必ず含まれていたと述べている。今回抽出された【鎮痛剤に対する誤解】や【根拠が曖昧】は、林の述べる専門的知識に含まれ、【痛みをキャッチできない】は患者のアセスメントによって得られる情報に含まれるものであり、疼痛緩和をもたらすために欠かせない要素となる。

【鎮痛剤に対する誤解】に関しては、約10年前のマニュアルの中で「精神依存の発生は基本原則を守った鎮痛目的の使用では皆無に等しい」<sup>13)</sup>と述べられている事柄である。茶園<sup>14)</sup>は鎮痛薬の選択や麻薬の依存性に関する正しい知識をもっていることが鎮痛剤を使うべきであるという信念に関連していたと述べている。しかし一般病院の看護師の5割以上が半数以上の患者に精神的依存がおこる印象をもっている<sup>15)</sup>という報告を考えると、実践の中で精神依存の症状を有する患者を体験していることが正しい知識の定着を妨げている要因となっている可能性もある。よって【鎮痛剤に対する誤解】を解くためには、正しい知識を習得するための講義形式の教育と平行して、正しい知識を用いた実践では精神依存はおきないということを認定看護師などのエキスパートが実践の中で証明していく必要があると考える。

【痛みをキャッチできない】には、痛みの存在を意識していないあるいは痛みの存在に疑問をもつレベルから、痛みの存在を意識していても観察できないレベルまでさまざまであった。茶園<sup>16)</sup>は、綿密な情報収集には看護婦のがん性疼痛ケアへ取り組む意思やうまくできそうな期待が高いことが必要で、それには痛みはとれるものという信念にもとづいた知識が必要と述べている。よって観察視点を増やすためには、知識を基盤とした実践から成功体験を培うことが必要と考える。しかし、ベナー<sup>17)</sup>は経験を積んだ専門看護師であっても、他の領域に移ればそこでの実践は初心者レベルになる。そして、新人レベルの看護師が看護ケアをする場合は、少なくとも一人前の技能レベルに達した看護師のバックアップが必要であると述べている。そのため、認定看護師のような疼痛マネジメントの知識や技術のある看護師が、必要な情報や判断について適宜指導できる体制をとっていき、その中で多くの経験を積んでいくことにより疼痛マネジメントの能力が高まると考える。

しかし6ヶ月間の集中的な講義を受けた認定看護師であっても、訴えが変化する患者の場合、周囲の見方や過去の経験が影響し患者の痛みを信じられなくなる状況がある<sup>18)</sup>という報告もある。これは一般的なガイドラインのみでは対応できない複雑な状況が、アセスメントをゆがめる可能性があることを示唆している。ベナー<sup>19)</sup>は、一人前の段階のナースには、多様で複雑な患者ケアを計画し調整する練習になるような意思決定ゲームやシミュレーションが役に立ち、中堅レベル看護師を教育する最善の方法は状況把握能力が最も要求される事例研究を行うことであると述べている。よって、看護師のレベルに応じた教育を展開していくことが必要であり、そのことを通して、必要な観察から最善の判断をしていくプロセスが養われ、【根拠が曖昧】という点も改善されていくであろう。さらに、一般病院の看護師の中には、疼痛緩和の経験をもたない者も含まれていることが推察され、また、看護師の【疼痛緩和に消極的】な面があったことから、取り組む意思が高いとはいえない状況が考えられた。米国では5つ目のバイタルサインとして痛みをとらえ、日常的にチェックを行い、痛みがあれば即応しようという運動が行われている<sup>20)</sup>という。優先されるべき治療やケアがあろうとも、痛みに関心が向くためには、痛みの存在を意識化していく必要があり、そのためには治療中のがん患者の痛みを必ずチェックするような記録物の改善を検討していくことも必要である。もっとも早い病期で、がん病変の治療を受けている患者の3分の1にも痛みが発生するといわれている<sup>21)</sup>ことから、日常的なチェックは看護師ががん患者の痛み気づくことを促し、そのことが患者や看護師間で疼痛緩和について話し合う機会を増やし、【話し合えない】という側面も改善していくと考えられる。一方、【疼痛緩和に消極的】のサブカテゴリーである〔自信がない〕は、病棟の看護師が認定看護師を脅威の存在と捉えている状況が考えられた。長谷川は、「コンサルタントとなる看護師が、集団を客観的に分析するとともに、自分が脅威の存在ではないことや、患者にとってどのような役割の違いがあるのかなどを、言葉や態度で常に表現していく必要がある」<sup>22)</sup>と述べている。また、Edlundら<sup>23)</sup>はコンサルテーションの落とし穴として、相談者あるいはシステムに関する知識または理解が不足してい

る場合をあげている。よって、認定看護師の個人的な努力としては、各病棟の特徴やコンサルテーションの依頼ルートを踏まえながら、自分の役割を常に表現し続ける必要がある。また、病院管理者は病棟の看護師がコンサルテーション活動を理解し、活用できる体制を整える必要がある。そのことにより、病棟の看護師と認定看護師は効果的にお互いを活用し合うことができるようになると思われる。

【場に影響される】に関しては、病院全体として疼痛マネジメントに重点をおくことが求められるが、これに関しては2006年6月にがん対策基本法が制定されたこともあり、病院全体あるいは地域全体として疼痛マネジメント能力の向上がはかれる契機となることが期待される。一方、看護師の疼痛マネジメントに必要な能力を向上するためには、病棟格差があることを踏まえると、病院単位の講義形式の研修だけでなく、病棟単位で全員が疼痛マネジメントの知識と関心がもてるような方法を検討していく必要がある。そのためには、各病棟で疼痛マネジメントのコアとなる看護師の育成や、基準を設けた段階別教育の必修化なども必要となると考える。

## V. 結論

1. 認定看護師がとらえる一般病棟に所属する看護師のがん性疼痛マネジメントを阻害する因子として、【痛みをキャッチできない】【根拠が曖昧】【疼痛緩和に消極的】【話し合えない】【鎮痛剤に対する誤解】【複雑な痛みに困惑】【場に影響される】の7つのカテゴリーが明らかになった。
2. 鎮痛剤に対する誤解を解くためには、講義形式の教育だけでなく、認定看護師などの疼痛マネジメントの能力が高い看護師が実践の中で証明していくことが必要である。その際、認定看護師は脅威の存在とならないように自分の役割について言葉や態度で常に表現をし、看護管理者は病棟の看護師が認定看護師の役割を理解し活用できる体制を整える必要がある。
3. 一般病棟の看護師が痛みをキャッチするために、がん性疼痛を必ずチェックする記録類の改善、疼痛マネジメントに卓越した看護師による指導体制の強化、レベル別の教育方法を検討する必要がある。

ある。

4. がん性疼痛マネジメントの病棟格差を是正するために、病棟ごとにコアとなる看護師を育成すること、基準を設けた段階別教育の必修化が必要である。

## 謝辞

本研究にあたり、お忙しい中インタビューを快く引き受けてくださった認定看護師の皆様と、そのことに理解を示してくださった各病院の看護部長様にこの場をかりて感謝をいたします。また本研究は、2003年度～2005年度文部科学省科学研究費補助金（若手研究 B-課題番号：15791324）の助成を受けて実施した研究の一部である。

## 引用文献

- 1) 財団法人厚生統計協会：国民衛生の動向，52(9)，45，2005.
- 2) 全国緩和ケア病棟承認施設一覧，緩和ケア，16(5)，448，2006.
- 3) 林 直子：がん患者の Pain Management に影響を及ぼす看護婦の判断根拠及び因子の検討，がん看護学会誌，12(2)，45-58，1998.
- 4) 水木よう子他：がん性疼痛マネジメントに関する調査研究報告第1報，秋田桂城短期大学紀要，6，35-45，1999.
- 5) 足立誠司他：山陰地方における癌性疼痛に関する看護職の意識調査，月刊地域医学，16(2)，88-96，2002.
- 6) 藤田佐和他：一般病院におけるがん患者の疼痛緩和についての看護者の捉え，高知女子大学看護学会誌，24(2)，1-10，1999.
- 7) 藪下和久他：当院緩和ケア病棟における終末期医療の現状—一般病棟と比較して—，富山県立中央病院医学雑誌，28，37-41，2005.
- 8) 西川晶子他：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)，74-79，2004.
- 9) 前掲書 6)
- 10) 前掲書 8)
- 11) 岡田美賀子他：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，P10，日本看護協会出版会，1999.
- 12) 前掲書 3)
- 13) 武田文和：がんの痛みの鎮痛薬治療マニュアル

- ル, P70, 金原出版株式会社, 1994.
- 14) 茶園美香: 看護婦のがん性疼痛緩和ケア行動に影響する要因と要因間の関連, 日本がん看護学会誌, 14(1), 15-24, 2000.
- 15) 前掲書 5)
- 16) 前掲書 14)
- 17) Patricia Benner : From novice to expert, Prentice-Hall, 2001, 井部俊子 監訳: ベナー看護論新訳版, 18, 医学書院, 2005.
- 18) 長場直子: がん性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, 2001.
- 19) 前掲書 17), P22-25.
- 20) 武田文和: がんの痛みを救おう! 157, 医学書院, 2002.
- 21) 前掲書 20), 191.
- 22) 長谷川久巳: 看護コンサルテーションにおける「看護師-看護師関係」. ナーシング・トゥデイ, 19(4), 46-49, 2004.
- 23) Edlund B.J.他: コンサルテーションよりうまく行うために. 和泉成子訳, インターナショナルナーシングレビュー, 18(5), 31-37, 1995.