



Title	がん患者の痛みの管理と緩和ケア：フィールド・スタディを通して
Author(s)	小笠原, 知枝
Citation	大阪大学看護学雑誌. 1997, 3(1), p. 3-10
Version Type	VoR
URL	<a href="https://doi.org/10.18910/56807">https://doi.org/10.18910/56807</a>
rights	©大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
Note	

*The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA*

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

## がん患者の痛みの管理と緩和ケア

—フィールド・スタディを通して—

小笠原 知 枝\*

## PAIN MANAGEMENT AND PALLIATIVE CARE FOR CANCER PATIENTS — BASED ON EXPERIENCES FROM FIELD STUDY —

C. Ogasawara

### 1. はじめに

痛みは身体の異常を知らせるアラームの役割をしているから、痛みの原因がはっきりするまで鎮痛すべきではないという考え方が医療関係者の間にはある。また、麻薬の副作用や中毒作用を必要以上に恐れて、鎮痛剤の使用に躊躇する傾向もみられる。しかし、診断が確定するまで鎮痛すべきではないとするこのような態度に、十分な科学的な根拠はないのではないだろうか。ましてやがんの痛みに対して警報信号としての役目は全くないし、麻薬についても、十分な配慮の中で使えばめったに中毒症状が出るものではない。このように考えると、がん患者の訴える頑強な痛みに対して、医療関係者は、先ず痛みを除去し、症状の緩和ケアに努めることが第一と考えられる。

癌患者の痛みに対してコントロールと緩和ケアが重要な理由は以下の3点にある。第1の理由は、痛みは不必要的苦痛の原因となるからである。痛みの持続は食欲や睡眠を低下させ、衰弱している患者をさらに衰弱させてしまう。生活活動の範囲を縮めるに止まらず、人のコミュニケーションも阻害してしまうのである。痛みを適切にコントロールし、症状の緩和ケアが十分に実施されるならば、苦痛は除去され、本を読んだり、普段の生活を維持することが可能である。つまり、痛みをコントロールすることにより、一番大切な人間らしい生活を取り戻すことができる。

第2の理由は、癌の痛みが病気や死のことを絶えず考

えさせるからである。多くのひとは死ぬ前に痛みが耐えられなくなることを恐れている。痛みを感じたときには、その痛みを、これから体験して行かなければならぬがんという病気の容赦のない経過の先ぶれと信じ、心理的に打ちのめされ、希望を失ってしまうのである。つまり、がんによる痛みはあまりにも強烈であると信じているために、その心理的な影響は非常に強く破壊的なものになっている。このような不必要的恐怖や誤解を生じさせないように、がん患者には、痛みの特徴とともに、これをコントロールできるということを衆知させる必要がある。しかし、現状では、十分な情報が患者や家族に与えられず、また痛みのコントロールが不十分であるために、患者や家族に不必要的恐怖や不安を与えていたと言っても過言ではない。

苦痛を和らげるための痛みコントロールと緩和ケアが重要な第3の理由は、たとえ病気の進行が安定していてもコントロールされていない痛みは、仕事をすることを妨げ、レクリエーションや生活を楽しむことを妨げ、家族や地域社会の中で得られる楽しみをも妨害するからである。だからこそ、痛みのコントロールは、病気の進行中はいうまでもなく、たとえ病気が安定していても最優先の課題とならなければならない。

ターミナル期にあるがん患者の痛みのコントロールと緩和ケアは、アメリカでは在宅で行われているが、日本では医療施設内的一般病棟で実施されているのが現状である。一般病棟では積極的ながん治療が最優先されており、治療効果が期待できないターミナル期に患者が入ると、がん患者から医師は遠ざかり、看護者さえもケアの

\* 大阪大学医学部保健学科 基礎看護学講座

難しさから、逃避しがちである。日本ではホスピス施設はわずかであり、また在宅ホスピスケアも現状では難しい状況にあることを考えると、一般病棟においてこそ、がん患者の痛みのコントロールと緩和ケアを積極的に取り組まなければならない。

筆者は昨年 Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) とミネソタ大学で、University Fellowとしてがん患者の痛みのコントロールと緩和ケアの実態をフィールドスタディする機会を得た。端的にいうと、そこではがんという病気がオープンに扱われていた。The American Cancer Society (ACS) を始めさまざまな医療機関は、患者や家族に対して、がんについての多くのパンフレットを出版し啓蒙教育を実施していた。そして、それが患者や家族の自立を促しているのである。

社会文化的背景の違いも考慮しながら、がんの宣告という仰々しい捉え方ではなく、オープンにがんを話題にし、がんやその痛みの特徴、治療やケアについて学ぶ教育プログラムを作成したり、地域全体で治療やケアに取り組み、生活を維持できるようなサポートシステムづくりをすることなどが緊急の課題であろう。

## 2. 癌の痛みの特徴

Sternback, R. A. (1968) は、「痛みとは、感覚、刺激、反応に関する抽象化された概念である」と定義する<sup>1)</sup>。また McCaffery, M. (1972) は、「痛みとは現にそれを体験している人が表現する通りのものであり、それを表現したときにはいつでも存在するものである」と定義している<sup>2)</sup>。この 2 つの定義から、痛みは感覚から反応に至る広範な主観的な感覚であり、客観的に捉えることの困難さが示唆されている。また痛みはいつ、どのように、どこに感じるかは患者自身であり、患者にしか本当の意味でわからないことを示している。とすれば、患者の訴えをそのままに受け止めることが、看護者の基本的な態度と言える。訴えがない場合には、言葉で痛み体験を説明してもらうことの必要性を伝え、痛み体験の表出を促すことも大切であろう。

医学では侵害受容性疼痛、神経性疼痛、心因性疼痛に分類される<sup>3)</sup>。しかし、看護場面では痛みの原因やメカニズムという観点よりも、むしろ持続期間やその特徴によって、急性痛と慢性痛に分けられている。慢性痛は 6 ヶ月以上持続するが、その起り方は連続的にも間欠的にも起りうる。慢性痛は不可逆的、進行的、無意味であり、急性痛に比べ特別な注意を必要としている。がん

の痛みは持続的でしかも強い慢性痛に属する<sup>4)</sup>。

がん患者の痛みへのアプローチでは、痛みの分類や原因の追求よりも、患者にどのような苦痛をもたらすかに注目して、がんによる痛みの特徴を把握することが、患者の意に添うものと考えられる。WHO から出版されている Management of Cancer Pain の中では、がんの痛みの特徴について、Cassel, E. J. (1982) の文献を用い次のように強調されている。「がん患者は、セルフイメージと生命に対する脅威の感情、がんによる症状や問題に対処するための選択肢の欠如感、個人的なものの喪失感、希望の喪失感などの苦痛を体験している」という。また、「患者が治療に失敗したり再発した場合には、無力感、不安、抑鬱などが強くなつて、患者の苦痛をさらにいっそう激しくしたり、いらいら感、食欲不振や睡眠障害、集中力の低下や日常生活行動の低下をもたらすことになる」という<sup>5)</sup>。

がん患者の体験する痛みは全人的な痛みと捉えられ以下のようないくつかの痛みを含んでいる<sup>6)</sup>。表 1 はがんの痛みによる QOL 4 領域における影響を挙げている。これは癌の患者が体験する苦痛を全般的な痛みとして捉え、この 4 つの側面から捉えることの必要性を示唆している。

表 1 がんの痛みによる QOL 4 領域の影響

身体的 QOL
機能的低下
強さや忍耐力の低下
吐き気、食思不振
睡眠障害
心理的 QOL
レジャーや楽しみの減少
不安や恐怖の増加
抑うつ、個人的な苦しみ
集中力の減退
身体に気をとられていること
社会的 QOL
社会的関係の低下
性的機能や愛情の低下
ケア提供者の重荷の増加
霊的 QOL
苦痛の増加
存在の意味の変調
宗教的信念に対する再評価

Ref.: (Ferrel, Rhiner, Coben, et al. 1991)

**(1) 身体的な痛み**

これは、痛みの他に、全身倦怠感、食欲不振、便祕、不眠、呼吸困難、恶心嘔吐などの症状も含まれ、日常生活活動作の支障などをもたらす。

がんによる痛みの原因は、神経の浸潤、臓器の痛み、脈管系の浸潤、管腔臓器の通過障害、感染・炎症、骨の破壊浸潤、髄膜・硬膜への浸潤などによって生じる。

**(2) 精神的な痛み**

この痛みは、恐怖、怒り、フラストレーション、悲しみ、不安、退屈、憂鬱などから生ずる。

**(3) 社会的な痛み**

これは、仕事上の問題、経済上の問題、家庭内の問題、人間関係、遺産相続など社会的な関わりの中で生じ、痛み、悲嘆、恐怖、罪、怒りなどの苦痛を体験する。これらは患者や家族と話し合うことによって軽減することができる。

**(4) 靈的な痛み (spiritual pain)**

これは、人生の意味への問い合わせ、価値体系の変化、苦しみの意味、罪の意識、死の恐怖、神の存在への追求、死生観に対する悩みなどを含んでいる。

表2 MPQの痛み測定尺度

1群	時間的	6群	牽引感	11群	緊張感	17群	その他-1
			1.ひっぱられるような 2.ひきぬかれそうな 3.ひきちぎられそうな				1.じわっとじむような 2.ひろがるような 3.しみこむような 4.つきさすような
2群	空間的な広がり	7群	熱感	12群	自律神経的	18群	その他-2
			1.熱い 2.焼けるような 3.やけどするような 4.焼きこがされるような		1.気分が悪くなる 2.息苦しいような		1.きゅうくつな 2.しびれたような 3.ひきしめられるような 4.しめつぶされるような 5.ひきさかれるような
3群	点状加圧	8群	鈍痛感	13群	恐怖感	19群	その他-3
			1.ヒリヒリ 2.むずむず 3.バーンとうたれるような 4.ずきずき		1.おののくような 2.ギョットする 3.足のすくむような		1.ひややかな 2.つめたい 3.こおるような
4群	切り込むような加圧	9群	鈍痛感	14群	罪責感	20群	その他-4
			1.にぶい 2.はれたような 3.きずのついたような 4.うずくような 5.おもくるしい		1.こりごりするような 2.さいなむのような 3.むごたらしい 4.残忍な 5.殺されそうな		1.しつこい 2.むかつくような 3.もだえるような 4.おそるべき 5.拷問のような
5群	締めつけ	10群	その他	15群	その他	PPI (現在の痛みの強さの程度は次の6段階のうちどれか、○印をつけてください)	
			1.さわられるといたい 2.ほてるような (陽けした時のような) 3.きしるような 4.われるような		1.ひどく不快な 2.目のくらむような		0:痛みなし 1:軽度 2:不快 3:苦しい 4:強い痛み 5:強烈な痛み
				16群	量的評価		
					1.うるさい 2.わずらわしい 3.なさけない 4.はげしい 5.耐えがたい		

痛みの評価法は、PRI、NWC、PPIで示す。

1. 痛痛指数：Pain Rating Index (PRI) : S (1群～10群)、A (11群～15群)、E (16群)、M (17群～20群)、T (1群～20群)  
なお、Sは感覚的、Aは情動的、Eは量的評価、Mはその他などの痛み領域を示し、Tは選ばれた痛みの領域の合計を示す。

2. 選ばれた言葉の数：Number of Words Chosen (NWC)

3. 検査時の痛みの強さ：Present Pain Intensity (PPI)

例：患者が“しめるような、うずくような、息苦しいような、はげしい、苦しい”の痛みを表現語をえらんだとすれば、

PRIは<S = 6、A = 2、E = 4、T = 12>、NWCは4、PPIは<3:苦しい>によって、痛みが評価される。

### 3. 痛みのアセスメント

痛みのアセスメントは、先ず患者自身の痛みに関する報告から始まる。したがって、痛み管理のあらゆる段階において、患者や家族の痛みについて情報を提供してもらうことの重要性を、看護者は認識しておくことが重要である。具体的には、痛みの有無、その部位や程度、痛みの閾値に影響を与える因子、痛みに対する認知反応などについて看護者に情報を提供することが、痛みの管理上、非常に重要となる。

痛みの強さを簡単にアセスメントする方法がある。患者に今体験している痛みの程度を0から10の範囲の数字で評定してもらう方法である。これはどのような場面でも簡単に実施でき、痛みの強さの変化を知ることができる。MSKCCでは0から10で表された痛みの強さを、TPRと血圧に続く第5のバイタルサインとして位置づけ(p.21の体温表を参照)。

また、表2はMelzack, R. (1975)によって開発された痛み尺度MPQ (McGill Pain Questionnaire) である<sup>9</sup>。表中の痛み表現語の訳は佐藤を参照にし<sup>8</sup>、その測定の仕方を加えた。これは痛み表現語による感覚的、情動的、評価的痛み測定尺度として高く評価されている。しかし、がん患者の痛みについては、情動的側面の痛み表現が少ないこと、また、痛み表現語の配列が評定尺度になっていないことが、筆者らの研究「MPQの信頼性と妥当性に関する研究」において示唆されている<sup>9</sup>。痛みの部位については、身体のシェーマ図に痛みの場所を示すよう尋ねる。

その他には、痛みが及ぼす影響、すなわち、QOL 4領域の影響や痛みの増減因子についてアセスメントする。表3の痛み閾値の増減因子<sup>10</sup>は、患者のアセスメントだけでなく、痛みの緩和ケアを実施する際にも大いに参考になるので重要である。

表3 痛みの閾値を影響する因子

<b>痛みの閾値を低下させる因子 (痛みを感じ易くするもの)</b>
①不快感、②不眠、③疲労、④心配、⑤恐怖、⑥怒り、 ⑦抑うつ、⑧精神的孤独感、⑨内向的心理状態、 ⑩社会的地位の喪失性など
<b>痛みの閾値を上昇させる因子 (痛みを感じにくくするもの)</b>
①症状の緩和、②睡眠、③休息、④共感、⑤理解、 ⑥気分転換、⑦気分の高揚、⑧鎮痛薬、⑨抗不安薬、 ⑩抗うつ薬など

### 4. アメリカにおけるフィールドスタディ

MSKCCやミネソタ大学周辺の医療施設で実施されている痛みの管理や緩和ケアも、また在宅でのホスピスケアでも、多くの専門家から構成されたチーム・アプローチが行われていた。中でもユニークなのは、チャプレンやソーシャルワーカーの存在である。

チャプレン(司祭あるいは牧師のような人)は患者や家族の心理的および靈的な側面をサポートする。聴くことを中心にした心のケアを主な役割としているが、宗教的な儀式やサポートもしているという。リハビリテーション施設内に設けられているホスピスのチャプレンが、身よりのない人々には葬儀の世話をえしていたのには驚かれた。

ソーシャルワーカーは主に在宅ケアで活躍しており、患者や家族の実際的な心理・社会的な問題に対処することを主な役割としている。患者がターミナル期に入った時、通常、患者と家族はこのまま治療を続けるかホスピスケアに切り替えるかの選択に迫られる。筆者はこの心理的に緊迫する場面に立ち会う機会があった。ソーシャルワーカーとRN(登録看護婦)が丁寧に説明しているが、非常に苦しい選択の場面であった。日本では見られない光景である。主旨は無意味な治療を続けるよりも残された「時」を、個人や家族にとって最も有意義に過ごすためにはどうすべきかを考えるのである。もちろん、その間の痛みのコントロールは徹底的になされることが強調されていたし、また、さまざまな問題に援助することも加えられていたのであるが……。

看護職者ではCNS(クリニカル・ナース・スペシャリスト)やナース・プラクティショナー、そして経験豊富なRNらが主に活躍していたが、その役割は主として痛みのコントロールと緩和ケアに関する具体的な処置および治療と教育に携わっていた。しかも、彼らは24時間オーソンコールの勤務体制で、患者や家族からの要請があれば、いつでも即応する。このようなCNSやソーシャルワーカーを中心としたチームは、ケアの対象を患者だけでなく家族への心理的サポートも採られていることを聞き、日本の実状との違いを感じさせられた。

以下はMethodist Hospitalに所属するあるRNと在宅ホスピスケアを受けている胃切除術後の老人を訪問したときのことである。この老人は看護婦の娘と2人で暮らしていた。玄関で筆者らを出迎えたのはボランティアの学生であった。患者はきれいに片づいた温かい雰囲気の部屋でベッドに横になっていた。表情はおだやかで、筆

者のためにボランティアの学生にイスを持ってこさせるなどの配慮を示した。RNは痛みの程度を尋ね、身体診察をし、苦痛はないか、何か問題はないかを尋ねた。PCAポンプ(Patient Controlled Analgesia)によって痛みが十分にコントロールされ痛みの管理が完全であるかを患者に確認した。薬剤の增量については事前にミーティングで検討している。また患者のそばにいたボランティアの学生にどんなことをしているかと尋ねると、患者と話をしたり、トイレを助けたり、気分のいいときは介助をして庭へ出ることもあるという。また何も用事のないときは向かいの部屋で本を読んでいるという。学生の姿勢を眺めると、ターミナルの患者に接しているという

緊張した身構えは見られず、自然な印象を受けた。このようにアメリカの在宅ケアは、専門職者以外のボランティアや様々な患者団体からなる地域社会のサポートシステムが、機能していることを示している。日本の在宅ケアにおいても是非このようなサポートシステムについて考える必要がある。

## 5. がん患者の痛みの管理

頑強な痛みの管理については、図1に示したフローチャートが参考になる<sup>11)</sup>。これはU.S. Department of Health and Human Servicesから出版されたがん患者の

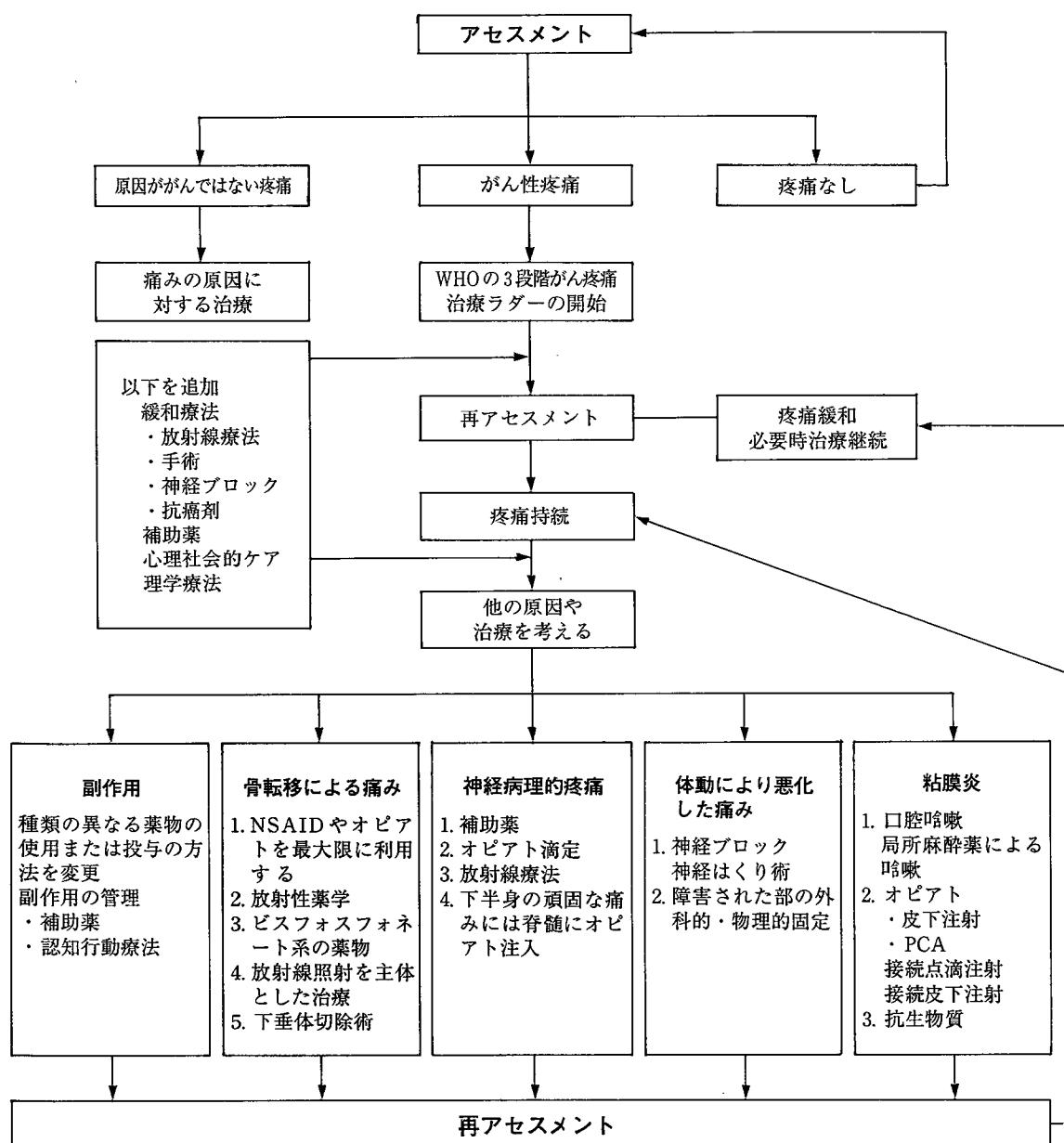


図1 がん患者の継続的疼痛管理

痛みを管理するための実際的なガイドラインである。

アセスメントの結果、WHOの3段階がん疼痛治療ラダーを基本にして、疼痛コントロールを開始する。第1段階では、アスピリンやインドメタシンなどの非麻薬系鎮痛剤と補助薬を用いて鎮痛を図る。その結果、痛みが持続あるいは悪化するなら、第2段階へ進む。ここでは軽度あるいは中等度の痛みに対して弱い麻薬と非麻薬系鎮痛剤を使用、場合によっては補助薬も使う。それでも痛みが増強するならば、第3段階に進む。ここでは中等度から強度の痛みに対して強い麻薬と非麻薬系鎮痛剤を用いる。補助薬を使うこともある。このようにして、がん性疼痛からの解放を図るのである。実際的には、患者が望んでいるコントロールの目標に合わせて、薬剤とその量、与薬ルートなどを選択してゆくことになる。

柳田はモルヒネを使用する場合の基本的原則を挙げているが、中でも、頓服の指示をしないで時間を決めて規則正しく与薬すること、モルヒネ使用の可否は痛みの強さで決め、予後の長短で決めてはならないことを強調している<sup>12)</sup>。

薬剤以外の痛みのコントロールとしては、痛みの原因に対する治療が挙げられるが、患者の安楽を考慮して、緊張をとったり、リラックスを目的とするマッサージや指圧、弱くなった筋肉を強めたり、硬くなった関節を可動させ、患者を安楽にさせる運動、身体を良肢位に維持し、痛みの緩和や予防を目的とした体位変換などのさまざまな理学療法も効果的である。リラクゼーション（自律訓練療法）や気分転換も効果がある。

クライエントや家族への人間関係を重視した治療的コミュニケーション、すなわち、傾聴し、共感的理解、肯定的な受容的態度によるカウンセリングも看護の観点から重要視されなければならない。表3に示したような痛みの閾値を上下する因子を考慮したケアも併せて行う。

## 6. 痛みの管理と緩和ケアのための教育

痛みの管理と緩和ケアのためのスタッフ教育は、痛みの管理を改善する第一歩である。しかし教育は非常に多くの時間とエネルギーを要する。教育内容、指導の時期や方法を計画し、院内の教育スタッフを組織し実行するのは簡単ではないからである。

教育のプロセスは、先ず学習・教育ニーズを明確にすることから始める。最近の痛み管理の実際について基礎データを集め教育が必要かどうか、また、どのような内容を必要としているかを決定する。そしてその結果をも

とに、臨床の実際に関連した重要な教育ニーズを明らかにする。あるいは、痛みの管理や緩和ケアに関する知識、態度、技術に関して評価テストを実施するのも教育ニーズを明確にする1つの方法である。評価テストとして例えば、Pre-test : Pain Resource Nurse Training Programが開発されている<sup>13)</sup>。

スタッフへの教育ニーズが明確になれば、次に、これらのニーズの優先度を決め、教育計画のアウトラインを挙げる。具体的な教育計画には、教育計画の対象はだれか、教育目的、内容と時間、指導フォーマット、オリエンテーションや継続教育プログラムのような指導の機会を利用するのか、責任者や指導者、教育評価などが含まれる。計画に際してはそれが実際的で現実的であることを確認すること、また、さまざまな領域について教育の機会が含まれていることに留意する必要がある。

痛み管理に関する専門家への教育内容については、Cancer pain assessment and treatment curriculum guidelinesが参考になる<sup>14)</sup>。MSKCCでは、これに以下の内容が加えられている。痛み管理の障害、痛みのアセスメントと記録、痛みの薬物管理上の基本原則、副作用の管理、薬物以外の管理、痛み管理の倫理的問題などである<sup>15)</sup>。

教育の具体的な方法は、その人に応じた、あるいはその場に応じたものを選択する必要がある。例えば、個別的な学習法（①pre-test、②作成された学習パッケージの準備、③自己学習、④post-test、⑤結果のフィードバックからなる一連のプロセス）は、各々の学習ペースで確実に学習できる。いわゆる Skinner, B.F.によって提唱されたプログラム学習の形態である。ケーススタディによる学習法は、問題解決のプロセスを分析したり、知識をどのように応用するかの学習に適している。技術の体験学習はPCA pump setの作動の仕方などを学習するのに適している。ロールプレイングは患者や医師らとの葛藤場面における態度学習に効果的であろう。

教育計画には、痛みの管理の障害（妨害因子）についても留意することが重要である。医療関係者に関連した妨害因子は、①痛みの管理についての不適切な知識、②不十分な痛みのアセスメント、③コントロールされた薬物の調整についての心配、④患者の麻薬中毒症の恐れ、⑤鎮痛剤の副作用についての心配、⑥鎮痛剤の耐性についての心配、などが報告されている<sup>16)</sup>。

患者に関連した妨害因子としては、①痛みを伝える事に対する躊躇、②本来の疾病治療に関して医師を混乱させるのではないかという心配、③痛みは病気が悪くなつ

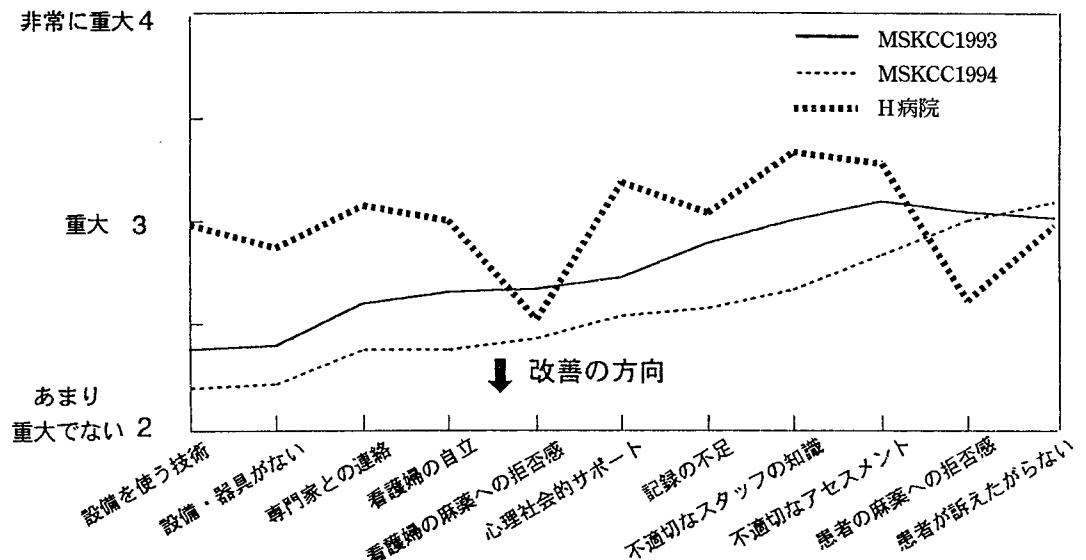


図2 痛み管理の妨げとなる諸要因の日米比較

ていることを意味する恐れ、④いい患者ではないことについての心配、⑤鎮痛剤を服用することに対する躊躇、⑥中毒に対する恐れ、⑦副作用についての心配、⑧鎮痛剤の耐性についての心配、などが挙げられている<sup>16)</sup>。

図2は痛みの管理を妨げる諸因子について、MSKCCと本学医学部附属病院を比較したものである。痛みの管理の妨げとなっている諸因子はMSKCCに比べH病院は高く検討課題であろう。逆に看護者と患者の麻薬に対する拒否感が低い。しかし、これは麻薬を拒否するほど使いしていないことを示唆しているように思われる。

痛みの管理のための直接的な教育の他に、クライエントや家族とのコミュニケーションを重視した教育や死ぬこと生きることについての根本的な教育なども重要である。

## 7. おわりに

わが国においてがん患者の痛みコントロールと緩和ケアが一般病棟でいっこうに実行されない背景には、医療現場のがんの痛みに対する治療の優先度が非常に低いことと大きく関係していると思われる。がんに対する治療に根強いこだわりが医療従事者全体にあることに加えて、今回のフィールド・スタディで明らかになったことは、がん患者を支えるのは医師や看護者らの専門家だけではないということであり、もっと幅広い専門家によるサポートケアも活用することである。患者や家族の苦痛やQOLの観点から真のニーズに焦点を当てるならば、

痛みのコントロールと緩和ケアが自ずと重要視されるはずである。そして痛みのコントロールと症状緩和ケアが、がん患者の最後の「時」を意味あるものとするために、不可欠であると云っても過言ではないだろう。

## 引用文献

- 1) McCaffery, M., 中西睦子訳：痛みをもつ患者の看護，医学書院, p.11, 1975.
- 2) 同上, p.11
- 3) 柳田尚：看護に役立つ臨床疼痛学，日本看護協会出版会, p.92, 1993.
- 4) Thompson, J.M. (1986), 石川稔生他監訳：クリニカルナーシング1 看護診断－診断分類の理論的背景と診断名一覧, 医学書院, p.205 - 206, 1991.
- 5) U. S. Department of Health and Human services Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research : Clinical Practice Guideline, Management of Cancer Pain No.9, p.9, 1994.
- 6) 馬場一雄, 松下和子他：看護MOOK No.3. ターミナルケア, 金原出版, p.96 - 101, 1983
- 7) Melzack, R. : The McGill Pain Questionnaire-Major properties and Scoring methods, Pain, 1, p.277 - 299, 1975.
- 8) 佐藤愛子：人の痛みを調べる, 現代のエスプリ, 268, p.88 - 101, 1988.
- 9) 小笠原知枝, 渡邊憲子, 岩崎弥生, 山本洋子：がん患者の痛みの測定に関する研究：質的評価に基づく測定尺度の開発－McGill痛み質問紙の信頼性と妥当性の検討, 名古屋大学医療技術短期大学部紀要, 6, p.1 - 11, 1994.
- 10) 武田文和：痛みの対策と治療法の選択にあたっての留意点, 臨床看護, 15 (5), p.663 - 668, 1989.
- 11) U.S. Department of Health and Human services Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research : Clinical Practice Guideline, Management of Cancer Pain No.9, p.9, 1994.

- 12) 柳田 尚 : 看護に役立つ臨床疼痛学, 日本看護協会出版会,  
p.322 - 327, 1993.
- 13) Ferrell, B. : PRE-TEST Pain Resource Nurse Training  
Program, University of Wisconsin Hospital & Clinics,  
1992.
- 14) Ad Hoc Committee on Cancer Pain of the American  
Society of Clinical Oncology : Cancer pain assessment and  
treatment curriculum guidelines, Journal of Clinical  
Oncology, 10 : 1976 - 1982, 1992.
- 15) Gordon, D.B., Dahl, J.L. and Styevenson, K.K. : Building  
An Institutional Commitment to Pain Management, p.27,  
1996.
- 16) U. S. Department of Health and Human Services Public  
Health Service Agency for Health Care Policy and  
Research : Quick Reference Guide for Clinicians No.9  
Management of Cancer Pain : Adult, AHCPR Publication  
No.94-Q593, p.2, March 1994.