

■特集・緩和医療～在宅ケアと地域連携、がん対策基本法の施行を見据えて～

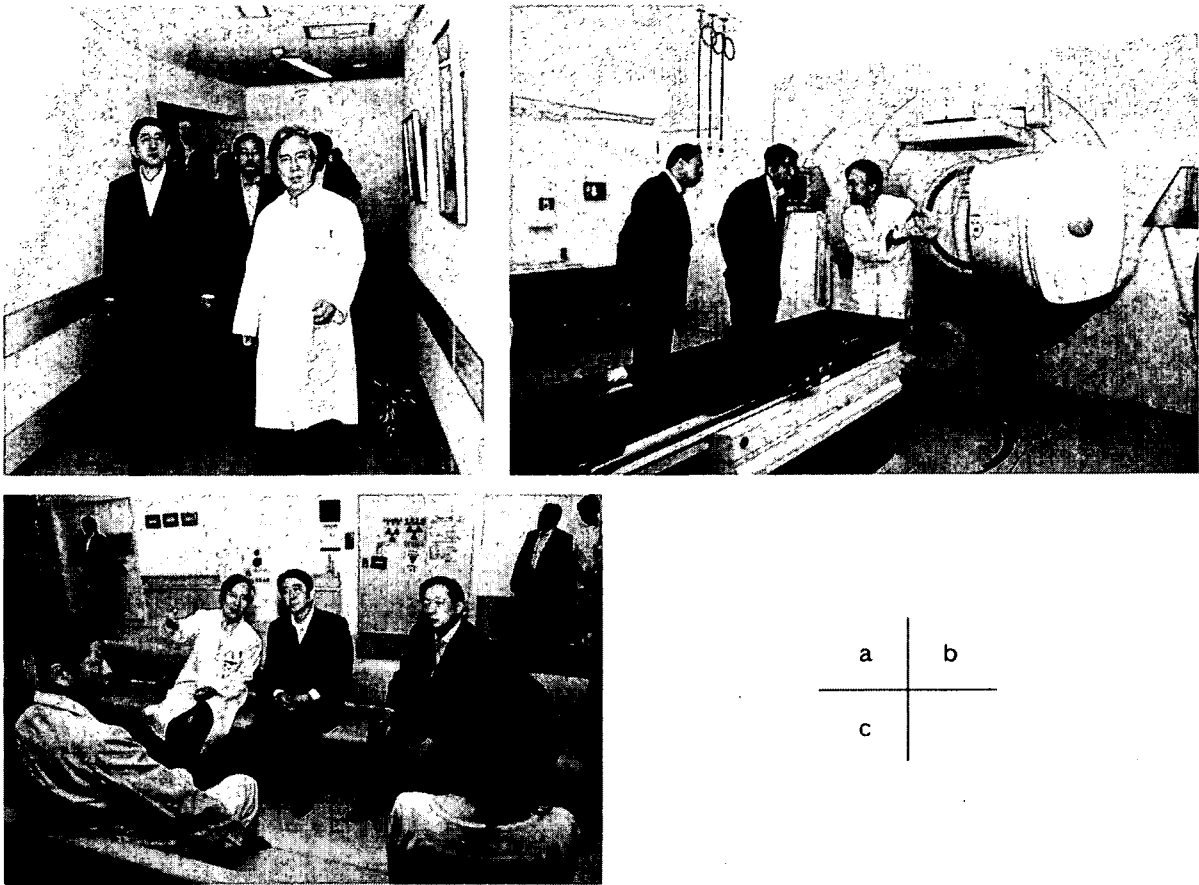


図1 東京大学医学部附属病院放射線治療部視察の様子

最新の放射線治療の視察のため安倍総理および公明党太田代表が当院を訪れた。放射線治療室へ案内し(a)、治療装置の解説を行い(b)、症状緩和目的を含む放射線治療中の患者との懇談の場を設けた(c)。

(筆者提供)

めた全人的な緩和ケアの提供体制を整備するとともに、より質の高い緩和ケアを実施していくため、緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師や看護師等の医療従事者を育成していく必要がある。

また、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も選択できるよう、在宅医療の充実を図ることが求められており、がん患者の在宅での療養生活の質の維持向上を図るため、在宅医療と介護を適切に提供していく体制を整備していく必要がある。

3. 緩和ケア分野での目標

さらに、全体目標の1つとして、以下のような緩和ケア分野での目標が掲げられている。

基本計画では、すべてのがん患者およびその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上を

あげている。がん患者の多くは、疼痛等の身体的な苦痛だけでなく、がんと診断された時から不安や抑うつ等の精神心理的な苦痛を抱えている。また、その家族も、がん患者と同様にさまざまな苦痛を抱えている。

また、がん患者およびその家族は、療養生活において、こうした苦痛に加えて、安心・納得できるがん医療を受けられないなど、さまざまな困難に直面している。こうしたことから、治療の初期段階からの緩和ケアの実施はもとより、基本計画では、がん医療の更なる充実、がん医療に関する相談支援や情報提供等により、「すべてのがん患者およびその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を実現することを目標としている。

4. 緩和ケアで取り組むべき施策

さらに、取り組むべき施策としても、以下を掲

1. がん対策基本法と緩和ケア

げている。

緩和ケアについては、治療の初期段階から充実させ、診断、治療、在宅医療など、さまざまな場面において切れ目なく実施される必要があることから、拠点病院を中心として、緩和ケアチームやホスピス・緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所等による地域連携を推進していく。その際には、一般病棟や在宅医療との間に垣根を作らないホスピス・緩和ケア病棟や、在宅における緩和ケアの在り方について検討していく必要があり、緩和ケア病棟には、一般病棟や在宅では対応困難な症状緩和、在宅療養の支援および終末期のケア等の機能をバランスよく持つことが期待される。

身体的な苦痛に対する緩和ケアだけではなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアを、患者の療養場所を問わず提供できる体制を整えていく。

全国どこでも緩和ケアをがん診療の早期から適切に提供していくためには、がん診療に携わるすべての医師が緩和ケアの重要性を認識し、その知識や技術を習得する必要があることから、緩和ケアに関する大学の卒前教育の充実に努めるとともに、医師を対象とした普及啓発を行い、緩和ケアの研修を推進していく。より質の高い緩和ケアを実施していくため、緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師、精神腫瘍医、緩和ケアチームを育成していくための研修を行うとともに、地域における緩和ケアの教育や普及啓発を行っていくことができる体制を整備していく。

また、拠点病院において、緩和ケアの専門的な知識および技能を有する医師や看護師が専従的に緩和ケアに携わることができる体制の整備について検討していく。

在宅においても適切な緩和ケアを受けることができるよう、専門的な緩和ケアを提供できる外来

を拠点病院に設置していく。

また、地域における在宅療養患者等に対する支援を行うことを目的に在宅緩和ケア支援センターを設置し、必要に応じて介護サービスとも連携していく。拠点病院における緩和ケアの実施状況を評価するための指標を作成し、当該指標を用いつつ、緩和ケアを適切に提供する体制を整備していく。

5. 緩和ケアの個別目標

個別目標は、以下のように設定されている。

10年以内(総理が5年以内に前倒しを指示。前述)に、すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得することとする。原則として全国すべての2次医療圏において、5年以内に、緩和ケアの知識および技能を習得しているがん診療に携わる医師数を増加させるとともに、緩和ケアに関する専門的な知識および技能を有する緩和ケアチームを設置している拠点病院等、がん診療を行っている医療機関を複数箇所整備することを目標とする。なお、医療用麻薬の消費量については、緩和ケアの推進に伴って増加するものと推測されるが、それ自体の増加を目標とすることは適当ではないことから、緩和ケアの提供体制の整備状況を計るための参考指標として用いることとする。

6. おわりに

このように、がん対策基本法および、その基本計画では、緩和ケアをがん治療の柱として位置づけており、日本のがん治療体系が大きく転換する可能性がある。筆者もその成立過程では大いに関与したが、この法律と基本計画が遵守されて、現実にはわが国のがん医療がよい方向に舵を切ることを切に希望する。



8. がん治療における地域連携 ～東京大学医学部附属病院を事例として～

岩瀬 哲*¹⁾・村上 忠*²⁾
 安田 恵美*³⁾・中川 恵一*⁴⁾

本稿では、東京大学医学部附属病院（以下、当院とする）地域医療連携部を通じて、他院ないしは在宅医へ紹介された当院の入院がん患者 186 人の転帰を調査分析し、がん治療における当院の地域連携について考察した。がん患者の転帰は、地域の紹介先を分類して集計された。結果は「依頼中の患者死亡」が 68 人 (36.6%)、「一般病棟へ転院」が 27 人 (14.5%)、「ホスピスへ転院」が 24 人 (12.9%)、「在宅へ移行」が 30 人 (16.1%)、「他院の外来へ移行」が 35 人 (18.8%)、「中断」が 2 人 (1.1%) であった。地域連携を準備している間に 36.6% の患者が当院で死亡しているという統計は、がん治療における当院の課題が「早期の地域連携」であることを明らかにしたと言える。また、なぜホスピスや在宅医療を希望した患者の多くが退院することなく、病院死を迎えたのか考察する必要がある。

1. 調査目的

大学病院を利用するがん患者は医療依存度が高く、ホスピスや在宅ケアへの移行が十分に行われていないと考えられる。そこで、我々は東京大学医学部附属病院（以下、当院とする）地域医療連携部を通じて、他院ないしは在宅医へ紹介されたがん患者の転帰を分析し、がん治療における当院と地域連携の実態を調査して、当院における地域連携の現状と、わが国の終末期医療について考察することを調査の目的とした。

2. 方法と対象

2004 年 4 月 1 日から 2006 年 3 月 31 日までに当院地域医療連携部を通じて、他院ないしは在宅医へ紹介された入院がん患者 186 人を対象と

し、患者のがんの部位（表 1）、男女比（表 2）、平均年齢、転院先（表 3）を分類して集計した。がんの部位は肺がんが最も多く、次いで胃がん、肝がんが多かった。男女比は男性がやや多く、平均年齢は 62.9 歳（11～93 歳）であった。

3. 考察

当院では、がん治療を担当する診療科が地域の医療施設にがん患者を紹介する場合、地域医療連携部が診療科より依頼を受けて転院や在宅医療への移行を担当する。当院地域医療連携部には、2004 年 4 月から 2006 年 4 月までに当院の各診療科から 186 人の依頼があった。内訳は、「依頼中の患者死亡」が 68 人 (36.6%)、「一般病棟へ転院」が 27 人 (14.5%)、「緩和ケア病棟/ホスピスへ転院」が 24 人 (12.9%)、「在宅へ移行」が 30

*東京大学医学部附属病院緩和ケア診療部 ¹⁾ 副部長 (いわせ・さとる) ²⁾ (むらかみ・ただし)

³⁾ (やすだ・めぐみ) ⁴⁾ 部長 (なかがわ・けいいち)

■特集・緩和医療～在宅ケアと地域連携，がん対策基本法の施行を見据えて～

表1 入院がん患者のがんの部位

東京大学医学部附属病院地域医療連携部より他院あるいは在宅医へ紹介された入院がん患者 186 人のがんの部位の内訳を示す。最も多いのは肺がんであった。

がんの部位	患者数	(%)
肺がん	34人	(18.3)
前立腺がん	6人	(3.2)
腎がん	6人	(3.2)
膀胱がん	2人	(1.1)
精巣腫瘍	0人	(0.0)
胃がん	29人	(15.6)
食道がん	9人	(4.8)
大腸がん	10人	(5.4)
肝がん	18人	(9.7)
胆のうがん	2人	(1.1)
膵がん	14人	(7.5)
乳がん	7人	(3.8)
甲状腺がん	2人	(1.1)
頭頸部がん	5人	(2.7)
子宮がん	9人	(4.8)
卵巣がん	6人	(3.2)
白血病	2人	(1.1)
悪性リンパ腫	1人	(0.5)
悪性骨髄腫	0人	(0.0)
脳腫瘍	2人	(1.1)
皮膚がん	1人	(0.5)
その他のがん (原発不明がんを含む)	5人	(2.7)
がん診断なし	13人	(7.0)
精査中	3人	(1.6)
合計	186人	-

(筆者ら作成)

人 (16.1%)，「他院外来へ移行」が 35 人 (18.8%)，「依頼の中断」が 2 人 (1.1%) であったが，「依頼中の患者死亡」が 36.6% であったという統計は特筆すべき問題であると考えられる。この偏りがんの部位，性別，年齢との関係は明らかにできなかった。

がんの根治を諦めて，地元の病院やホスピス，在宅ケアを希望した患者がそのまま病棟で死亡す

表2 入院がん患者の男女別患者数

東京大学医学部附属病院地域医療連携部より他院あるいは在宅医へ紹介された入院がん患者 186 人の男女別患者数を示す。男性の割合がやや多かった。

性別	患者数	(%)
男性	105人	(56.4)
女性	81人	(43.6)
合計	186人	(100.0)

(筆者ら作成)

表3 入院がん患者の転院先

東京大学医学部附属病院地域医療連携部より他院あるいは在宅医へ紹介された入院がん患者 186 人の転院先の割合を示す。転院することなく当院で死亡した例が最も多かった。

転院先	患者数	(%)
依頼中死亡	68人	(36.6)
一般病棟	27人	(14.5)
緩和ケア病棟/ホスピス	24人	(12.9)
在宅	30人	(16.1)
他院外来	35人	(18.8)
中断	2人	(1.1)
合計	186人	-

(筆者ら作成)

るということが，患者やその家族の「望ましい死」であるはずがなく，その原因は考察される必要がある。我々は，その原因が必ずしも医療サイドにだけあるとは考えていない。日常診療の中で「患者の医療への依存」を強く感じるからである。どんなにがんが進行しても（根治が望めない状態になっても），がん患者が常に「治りたい」と考えることを当然の心理として，医療者は患者とその家族に協力して医療環境を作っていかなければならない。個々の死生観が問われる時代に入ってきたように思える。医療サイドの原因としては，医療

SPIKES : Setting/Perception/Invitation/Knowledge/Empathy and Exploration/Strategy and Summary

QOL : quality of life

8. がん治療における地域連携～東京大学医学部附属病院を事例として～■

者が「悪い知らせ」を患者に正しく伝えていないことが考えられる。がん治療の現場には SPIKES (Setting/Perception/Invitation/Knowledge/Empathy and Exploration/Strategy and Summary) のような「悪い知らせを伝えるプロトコル」¹⁾ や医療者のコミュニケーション・スキルをアップさせるプログラムの導入が望まれる。

当院は 2003 年に緩和ケア診療部を設立、2004 年から緩和ケアチームが活動を開始し、2005 年 4 月から緩和ケア診療加算の承認を受けている。緩和ケアチームの構成要員は、緩和ケア医 1 名 (専従)、サイコオンコロジスト 1 名 (専任)、ホスピスケア認定看護師 1 名 (専従)、リエゾン看護師 1 名 (専任)、麻薬専門薬剤師 1 名 (専任)、漢方専門医 1 名 (専任) である。2004 年 6 月 9 日から 2006 年 12 月 31 日までに当院に入院していたがん患者で、主治医から緩和ケアの適応があると判断され、緩和ケアチームにコンサルトされた患者は 571 人であった。そのうち在宅緩和医療に移行できた患者はわずか 14 人 (2.5%) であった。緩和ケア病棟 / ホスピスへの移行は 5 人 (0.9%) とさらに低く、一般病棟への転院は 37 人 (6.5%) であった。

緩和ケアチームが診療したがん患者の約半数 (281 人 / 49.2%) が死亡退院していること、転帰として外来へ移行した患者の比率 (154 人 / 27%) が高いことを考え合わせると、当院でがん治療を受けた患者は、入退院を繰り返して、最終的には当院で死亡するというケースが大半を占めると考えられる。そして、緩和ケアチームの平均診療日数が 30.5 日で、死亡患者の平均診療日数が 32.7 日であることを考えると、がん患者とその家族が在宅緩和医療を知り、在宅緩和医療に移行するための時間は極めて少ないと言える。

当院では、厚生労働省の指導に従って各病棟に緩和ケアチームのポスターが提示されており、緩和ケアの情報が入院患者に提供されているが、緩和ケアチームへのコンサルテーションは 99% 以

上主治医からの依頼である。(がん患者からの直接依頼は 571 人中 1 人)。従って、主治医が早期から緩和ケアの必要性を考え、がんの治療中から緩和ケアチームにコンサルテーションしないと、がん患者が在宅緩和医療やホスピスへ移行することは困難と考えられた。また、緩和ケアチームは、がん患者には早期から緩和ケアチームの介入が必要であることを院内のがん治療担当医に理解してもらえるように、常に緩和ケアの情報を院内で発信する必要があり、がん治療過程で入院から外来へ移行する患者には主治医と協力して在宅緩和医療の啓発を行う必要がある。

現在、がんはわが国の死亡原因の第 1 位であり、これは少なくとも 3 人に 1 人ががんで死亡していると考えられ、さらには 2 人に 1 人ががんで死亡する時代が近づいていると考えられている。1960 年代は、自宅における死亡が 7 割あったと報告されているが²⁾、当時より国民の医療への依存度が高くなっているとしても、最終的に自宅で療養したいという希望がなくなっているとは考えられない。終末期を迎えるがん患者の QOL (quality of life) を上げるためには、一般病棟においても緩和ケアの概念が浸透し、在宅医療への移行が早期に実現できるネットワークの構築が必要と考えられる。

補注：

民俗学者の柳田邦男氏は「終末期」という表現を不適切とし、「完成期」³⁾と呼んでいるが、筆者らはこの表現に賛同している。

文 献

- 1) http://www.cancerit.jp/cancer_references/archive/spikes.pdf
- 2) 厚生労働省：平成 13 年 人口動態統計調査。2001。
- 3) 柳田邦男：「死の医学」への日記。新潮社、東京。1999。

綜合臨牀 第56巻第5号
(平成19年5月1日発行 別刷)

緩和ケア・医療の新しい流れ
New trend in palliative medicine

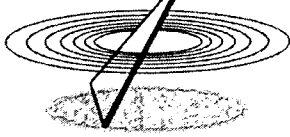
中川 恵一
NAKAGAWA Keiichi

永 井 書 店

緩和ケア・医療の新しい流れ

New trend in palliative medicine

診断の指針 治療の指針



中川 恵一
NAKAGAWA Keiichi

2006年6月16日に成立した「がん対策基本法案」の骨子は、①放射線治療、②緩和ケア、③がん登録、④患者家族の参加—の4点になります。緩和ケアに関しては、第十六条(がん患者の療養生活の質の維持向上)に、「国及び地方公共団体は、がん患者の状況に応じて疼(とう)痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること、医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保することその他のがん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとする」とあります。早期からの緩和ケアの導入と在宅緩和ケアが法律で定められたこととなります。とくに重要なのは、がんの治療と緩和ケアの両立ということなのです。

今の日本は死を認めない傾向にあります。社会も自分も「死なない」ということを前提としていますので、がんの患者さんも医師も、ともかくがんを治すことだけを考えています。その結果、日本のがん治療は今、キュア(がんを治すこと)とケア(患者さんを癒すこと)のバランスが極端にキュア側に偏っています。しかし、がんの完治には初回治療がほとんどすべてで、再発するとそのがんが数年以内に亡くなるという厳しい現実があります。治すことだけを考えると、亡くなる前の日まで苦しみながら、意味の乏しい抗がん剤を打ち続けるということにもなってしまいます。

「治癒」という言葉が、治(キュア)と癒(ケア)から成り立っているように、医師だけいてキュアを行う病院もなければ、ナースだけがケアを行う病院もあり得ません。つねに、その両方が提供されるべきなのです。そもそも、今の医療の原型は、中世ヨーロッパの修道院に起源を持ちます。修道女たちが、貧者や病人を修道院のなかにかくまって、ケアを行いました。近代医学の技術は、このケアという基盤に付け足される形で、提供されてきたのです。ケアこそが、医療の基盤なの

です。

筆者は、放射線治療から緩和ケアの世界に足を踏み入れました。放射線治療こそが、がんの治療と緩和ケアの架け橋となります。放射線治療は、がんの治療法のなかでとくに副作用が少ないので、進行・末期がんにも使えます。たとえば、脳や脊髄に転移して麻痺などが出た時に、放射線を転移部位にかけるとその麻痺が改善します。がんは完治しないけれど、症状の進行を防ぎ、QOLを高めることにつながります。放射線治療は、末期の患者さんにも使えるほど、身体的負担が軽いのです。最新鋭の高度な放射線治療は早期がんを切らずに完治させるためのものと考えがちですが、全身状態の悪化した末期の患者さんにこそ、高精度なピンポイント照射が行われるべきでしょう。逆に、早期がんでも、緩和ケアが必要な局面があります。たとえば、医師の自己防衛的な「告知」を受けて痛んだ心にはケアが必要です。

日本では、抗がん剤を徹底的に行い、骨髄抑制などで治療手段がなくなると、ホスピスを紹介されるケースが多いようです。しかし、がんの治療とがんのケアは対立するものではありません。治療とケアは、つねに、両方とも必要で、病状によって、ウェイトが変わってくるだけなのです。ホスピス型の「終末期ケア」では、治療行為は基本的に行いません。このことは、診療報酬面でも、はっきりと表れています。ホスピスの「緩和ケア病棟入院料」は、「定額制」です。患者のために高い薬を使ったり、手厚い体制を整えたりすれば赤字になります。放射線治療などが有効であったとしても、経営的には行いにくいと言えます。これでは、ケアとキュアのバランスはとれません。

現在、ホスピス型の「徹底した抗がん治療から、匙を投げる形で、ホスピスに紹介される」といった、不連続な終末期医療が見直されつつあります。緩和ケアチーム(承認基準を満たした病棟を持たない施設などで、緩和ケアに関する専任のスタッフがチームとして

東京大学医学部附属病院緩和ケア診療部 部長
Key words 緩和ケア がん対策基本法 放射線治療 キュアとケア 在宅緩和ケア

0371-1900/07/Y50/頁/JCLS

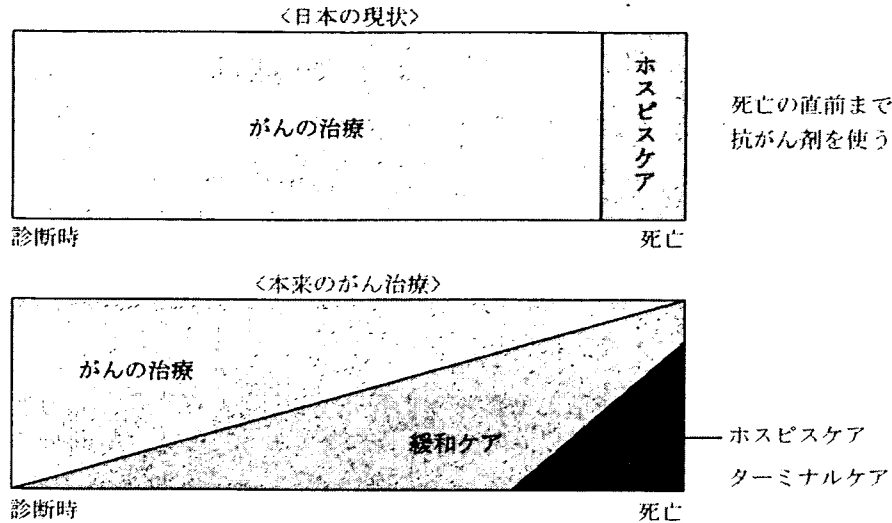


図1 がん治療のあり方

緩和ケアを提供する形態)では、主治医によるがんの治療に、緩和ケアの視点を加えることで、がんの治療と緩和ケアの両立が図られます。東大病院でも、緩和ケア専用病床は廃止して、緩和ケアサービスは、緩和ケアチームによるものに絞っています。さらに、在宅緩和ケアを推進しようと思っています。

がんの在宅ケアは、医療機関の外来や病棟ではなく、患者の自宅を医療現場と考えて、訪問診療や訪問看護を中心に緩和ケアを提供する形態です。在宅緩和ケアの長所としては、「自分のペースを守ることができる」、「家族と過ごすことができる」などの利点がある反面、「病状の急変に対し、迅速な対応をとることができない」、「家族への介護負担が過大となりやすい」などの短所があるとされています。患者の病状や療養環境の変化などに応じて、在宅ケアと病院機能の双方の長所を生かしていくことが重要となります。コミュニティーとの連携も欠かせません。

一方、学問として緩和医療を考えることも重要です。緩和ケアも、臨床腫瘍学の一部であるという考えのもと、エビデンスを重視する流れもできつつあります。一見、ホスピス精神と対立するようにも見えますが、このことも、ケアとキュアの両立の構図のなかで捉え

るべきでしょう。筆者も、JPCAN (Japan Palliative Care Audit Network: 日本緩和ケア検証ネットワーク)を立ちあげて、緩和ケアにおける多施設共同の調査・研究に関する支援体制を確立しつつあります。こうした活動は、結果的に、最良の緩和ケアおよび標準的ケアを確立するとともに、根拠に基づいた医療 (evidence-based medicine: EBM)を確立するために必要な根拠 (evidence)を創ることにつながります。

生命が永遠であれば、完治だけが重要になるでしょうが、人間の死亡率は100%です。そもそも、超高齢化社会では、治癒をめざす治療と緩和ケアの境はあいまいとなってきます。緩和ケアでは、人生の豊かさは、時間の長さとは別であると考えます。一瞬、一瞬を大事に生きるしか、人生を豊かにする方法はありません。「命には限りがあり、それ故、尊い」ということを、もう一度考える必要があります。「がんになって、このことに気づいた、がんになってよかった」と言う患者さんは少なくありません。自分の死生観にしたがって、人生の時間を、各人に与えられた資源と考え、大事に使っていくというが、「がんの壁」を乗り越えるためには必要でしょう。

痛みの治療記録ノート

名前 _____

私の情報

名前： _____

生年月日：大・昭・平 _____ 年 月 日 歳

連絡先 住所 _____

電話番号 _____

治療中の病名： _____

アレルギー体質（ あり なし）

アレルギーのある薬剤名

重要なことを伝えて欲しい家族、友人等

名前 _____

連絡先 _____

サポートの医療者とその連絡先

四国がんセンター

担当医師 _____

担当看護師 _____

担当薬剤師 _____

かかりつけ医療機関、訪問看護ステーション、薬局

医師 _____ 所属・連絡先 _____

看護師 _____ 所属・連絡先 _____

薬剤師 _____ 所属・連絡先 _____

目次

痛み止めの説明

1. がんに伴う痛み
2. 痛みの評価と疼痛コントロールの目標
3. オピオイドの導入、使い方について
4. オピオイドの副作用について
5. 痛みの記入方法について
6. 経過記録表 サンプル
7. オピオイド服用開始当日の説明
8. オピオイド服用開始後の確認
9. 緊急連絡の方法

記録表

1. 問診票
2. アセスメントシート（医療者用）
3. 経過記録表（外来・一般用）
主に外来、共同診療中の経過記録、患者が携帯する
4. 経過記録表（入院・病院医療者用）
主に入院、医療者用の経過記録カルテに綴じ込む

オピオイド使用に関する説明書 同意書付き

疼痛コントロールマニュアル四国がんセンター版

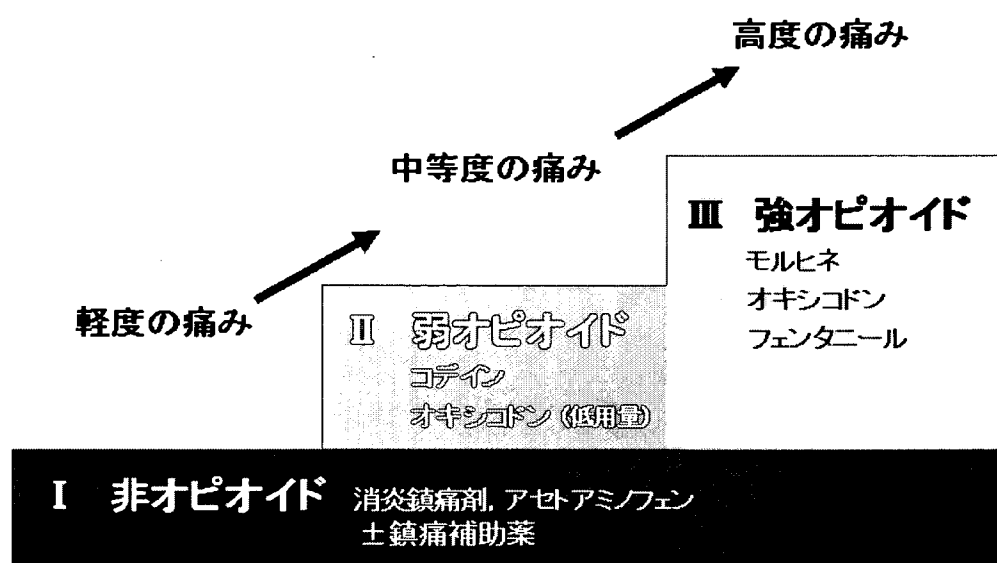
1. がんに伴う痛み

がんに伴う痛みはあなたの日常生活や気持ちを大幅に制限しあなたらしさを奪います。がんの痛みの感じ方には個人差があり、また がんの痛みにはがん自身による痛みと2次的に生じる痛みがあります。しかしがんの痛みは鎮痛剤をうまく調整することによりほぼ取れてしまうことがわかっています。私たちは痛みを和らげるお手伝いをします。はやく以前と変わらない穏やかな生活を取り戻しましょう。

「がん患者には痛みを除去するために痛み止めを要求する権利がある。医師はそれを投与する義務がある」

「有効な治療法が存在するのに、それを実施しない医師には弁明の余地がなく、倫理的に許されないことである」

WHOレポート（1993年）からの引用



WHO三段階の除痛ラダー

2. 痛みの評価と疼痛コントロールの目標

痛みは私たちがみても客観的に判定できませんのであなたから伝えていただくことが大切です。診療の時にはまず痛みの状態について私たちがお尋ねしますので、痛みの部位、強さ、その性質、起こり方などありのままをお答えください。

あなたには、このパンフレットを利用して

1. 痛みの程度を記入していただきます。
2. 痛み止め（オピオイド）服用に伴う副作用症状も記入していただきます。
3. 私たちと一緒にもっともよく合うオピオイドの使用量、使用方法を決めていきます。

目標は、

1. 痛みが全くない、またはむりなく過ごせる程度に痛みが和らぐこと
 2. 痛み止めが自分で管理できること
- です。以上を通してあなたには痛み止めの使用方法についてよく理解していただきたいと思います。

3. オピオイドの導入、使い方について

あなたの場合はこれまで使用している痛み止めの効果が不十分と考えられますので次の（ ）段階の痛み止め（オピオイド）が必要です。オピオイドは医療用麻薬製剤です。少量から使えば鎮痛効果が強力で胃腸や肝臓、腎臓に悪影響をおよぼすことが少ない特徴を持っています。正しく使えば中毒症状や依存症が生じる心配ありません。ただし導入時に使い方をよく習熟していただくことが大切です。

1. 服用は 1日 回（ 時間ごと）
（ ） です。

嘔まずに服用してください。痛みがなくても決められた量を定期的に服用することが大切です。痛みが十分軽減するまで数日ごとに増量します。

2. 副作用症状を抑える薬を同時に必ず併用します。

オピオイドは導入時に不快な副作用を伴いやすいという特徴があるので予防対策が必要です。

3. これまでの消炎鎮痛剤は原則中止しません（継続します）。

4. 途中で痛みが出れば速く効くタイプのオピオイド（ ）または（ ）を頓服します。

5. 経口薬以外のオピオイド（坐剤、貼り薬、注射等）について
痛みがない状態を維持するために時間を決めて使用するという原則は同じです。使用時にはそれぞれ個別に使用法、注意点などを追加説明します。

4. オピオイドの副作用について

オピオイドの副作用として便秘・吐き気・眠気などの症状が起こる事がありますが、どれも軽減する事が可能な症状です。痛みの治療を目的として用いる限り中毒症状や依存症が生じる心配はありません。オピオイド自体の安易な中止や減量は症状を悪化させる危険がありますので、副作用のためにオピオイドが飲めない場合は中止・減量する前に私たちに相談してください。

<便秘> 発生頻度（モルヒネ経口投与ではほぼ 100%）

ほとんどの人に起こるため、便を軟らかくする薬「マグミット錠」（）が処方されます。効果が不十分な時は大腸を刺激するタイプの「プルゼニド錠」（）が追加されます。

「痛み止めを服用する前の便通」を保つことを目標としてください。下剤は多目の水で服用すると効果的です。下痢になれば一旦下剤の服用を止めて医師や看護師に相談してください。

<吐き気> 発生頻度（モルヒネ経口投与では 20～70%）

吐き気予防のため吐き気止め「ノバミン錠」（）が処方されます。なお食事を取らずに服用しても胃を痛めることはありません。多くの場合 2 週間程度で吐き気はなくなります。

<眠気> 発生頻度（20%程度）

痛み止めを飲み始めた時や、量が増えた時に起きることがあります。数日で気にならなくなりますが、この間ふらつきなどに注意してください。また乗り物の運転は控えてください。

* その他にも副作用（掻痒感、口渇、発汗、排尿障害など）があります。気になる症状があれば伝えてください。

5. 痛みの記入方法について

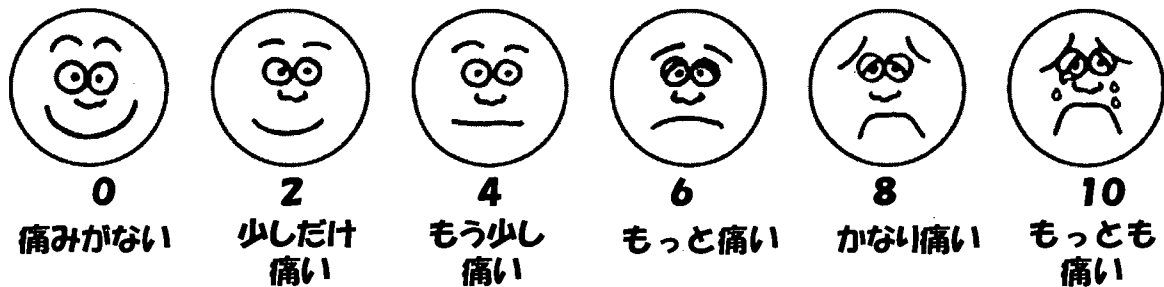
痛みやその他の症状の記入の仕方を説明します。はじめは私たちがいっしょに記入します。服用時間：下記について服用の記録を記入します。

●痛みの表現と痛み止め

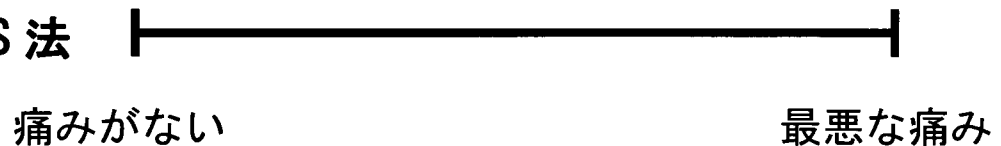
痛みの程度： 痛みの強さを数字で表現します。

痛み止めを内服する直前の痛みの状態をお書き下さい。

1. FACE スケール



2. 10cmVAS 法



●下剤： 薬剤名と服用した記録を記入します。

お通じの有無： お通じの回数、性状、量を記入します。

●吐き気止め： 薬剤名と服用した記録を記入します。

吐き気の程度： 吐き気の強さを数字で表します。

- 3 むかつき感だけでなくもどしてしまった
- 2 むかつき感が強く、食事ができない
- 1 むかつき感はあるが食事に影響ない
- 0 まったくむかつき感がない

●眠気の程度： 眠気の強さを数字で表します。

- 2 眠くてたまらない
- 1 少し眠い
- 0 眠気なし

備考：その他（対応への希望など）を記入します。

6. 経過記録表 サンプル

経過記録表(外来・一般用)								主に外来、共同診療中の経過記録 患者携帯または外来カルテに保管	
氏名		主治医			看護師				
目標									
月/日		/	/	/	/	/	/		
●痛みコントロールの目安:									
服用時間									
飲む間 痛みを 決め 止めて									
痛み 追加 止め									
痛みの程度	10								
	8								
	6								
	4								
	2								
	0								
●便秘コントロールの目安:									
下 剤									
お通じの回数									
お通じの性状、量									
●吐き気コントロールの目安:									
吐 き 気 止 め	3								
	2								
	1								
	0								
吐き気 評価: 0:なし 1:少しむかつく 2:強い吐き気で食事できない 3:実際に嘔吐した									
吐き気の程度									
●眠気コントロールの目安:									
眠 気 の 程 度	2								
	1								
	0								
日中の眠気 評価: 0:眠気なし 1:少し眠い 2:眠くてたまらない									
その他									
1. 現在の方法で満足している									
2. 我慢できる方法があるなら 考えてほしい									
3. 我慢できないことがあり、 対応してほしい									
4. 我慢できない症状が ずっと続いている									

7. オピオイド服用開始当日の説明

(平成____年____月____日、 週目) 氏名 _____様

今日は、

1. 痛みの状態 について伺いました。

また

2. オピオイドの飲み方

3. オピオイドの副作用とそれを抑える併用薬

4. 痛みと他の症状の記入方法

等について説明しました。

内容が多くてたいへんですが、心配無用です。ゆっくり時間をかけて理解していけるようにお手伝いします。困ったことやわからないことがあればいつでも遠慮なくおたずねください。

8. オピオイド服用開始後の確認

(平成____年____月____日、 週目) 氏名 _____様

オピオイドを服用し始めてから気になること、心配なことはありませんか。なにかあればいつでもお伝えください。

1. 痛みについて

今の服用方法で痛みは十分収まりますか。

2. 薬について

薬の量や内服時間は分かりますか。

頓服薬の使い方は分かりますか。

痛みが無くても必ず飲むようにしましょう。

3. 食事について

痛み止めのために制限はありません。

食事を取らなかった場合でも服用してください。

4. その他：仕事、車の運転、飲酒、旅行などの注意点

9. 緊急連絡の方法

氏名 _____ 様

痛み止め（オピオイド）やその副作用を抑える薬、頓服薬について、よく理解できないうちの増減や中止は体調の不良や危険な事態を招きかねません。服薬上の疑問や体調で困ったことがあればいつでも遠慮なく下記にご相談ください。

緩和ケア外来：平日 月、水、金の午前中

平日（月から金 午前8時30分～午後5時まで）の場合

089-999-1111（四国がんセンター代表電話）に電話し、緩和ケア外来の看護師（ _____ ）を呼び出してください。

休日&夜間（午後5時以降翌日午前8時30分まで）の場合

089-999-1111に電話し、当直看護師長を呼び出してください。

連絡時には次の順序で用件を伝えてください。

私は _____（あなたのお名前） _____ です。

診察券の番号は _____ です。

_____科 _____先生と緩和ケア外来に相談しています。

私の病気は _____ です。

今困っていることは _____ です。