

II. 緩和ケア概論

佐藤 哲 観 (弘前大学医学部附属病院麻酔科)

はじめに

緩和ケアは、患者やその家族が抱える様々な苦痛や苦悩に対して、丁寧な評価を行って対処していくことの積み重ねである。WHOによる緩和ケアの定義によれば、生命を脅かす疾患による諸問題に直面した患者や家族が対象とされるが、本質的には医療の全ての領域において常に必要な医療従事者の基本的な心構えであるとも考えられる。

ここでは、特に需要の高いがん医療における緩和ケアについて概説する。

1 緩和ケアとは

1) 緩和ケアの定義

WHOによる緩和ケアの定義(2002年)を以下に記す。

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.

すなわち、要点を列挙すると以下のようになる。

- ①生命を脅かす疾患に伴う諸問題に直面した患者とその家族がケアの対象となる。
- ②患者と家族のQOLを改善することがケアの目標となる。
- ③患者や家族が抱える諸問題をできるだけ早期から正確にアセスメントする。
- ④疼痛、身体的な問題、心理精神面の問題、社会的な問題、スピリチュアルな苦悩について評価とケアを行い、苦痛の予防と軽減を図る。

1990年における定義では、「治癒不能となった患者とその家族」が対象とされており、緩和ケア＝病気が治らない状態あるいは末期状態になってから提供されるケアと解釈される傾向があったが、2002年の改訂により、「疾患の早期からアプローチを行う」ということがより明確に示された。

2) 緩和ケアにおける理念

WHOはさらに以下の点を緩和ケアの理念として掲げている。

- ①痛みやほかのつらい症状から解放する
- ②生命を尊重し、死を自然の過程として認める
- ③恣意的に死を早めたり、引き延ばしたりしない
- ④提供されるケアの心理的、スピリチュアルな面を統合する
- ⑤死を迎えるまで患者が人生を積極的に全うできるように支える

- ⑥家族が患者の病気や死別後の生活に適応できるように支える
- ⑦患者や家族のニーズを満たすためにチーム・アプローチを適用する
- ⑧QOLを高めて、病気の過程に良い影響を与える
- ⑨病気の早い段階にも適用する
- ⑩延命を目指すそのほかの治療とも結びつく
- ⑪それによる苦痛な合併症をより良く理解し、管理する必要性を含んでいる

3) 緩和ケアの歴史

近代的な緩和ケアの歴史は、1967年の英国St. Christopher's Hospiceのシシリー・ソングラス博士による活動に端を発するといわれる。英国ではキリスト教的なチャリティやボランティア活動を底辺に市民活動として広がってきた。米国では1969年にキューブラー・ロス医師が「死ぬ瞬間」を出版し、ホスピス啓蒙運動の契機となった。1986年にはWHOが「がんの痛みからの解放」を発表し、がん性疼痛の緩和について世界的に関心が向けられるようになった。コンサルテーション型の緩和ケアチームによる活動は1970年代にニューヨークのSt. Luke's Hospitalでのホスピスチームの活動が端緒とされる。1981年にはロンドンのSt. Thomas Hospitalで本格的な緩和ケアチーム活動を開始している。その後、欧米のみならずアジアの国々においてもホスピス・緩和ケア活動が広く展開されるようになった。

わが国においては、1977年に「日本死の臨床研究会」が発足し、終末期や臨終期の患者や家族のケアに関して議論の場が持たれることとなった。これと前後して、淀川キリスト教病院におけるThe Organized Care for Dying Patients (OCDP)、聖隷三方原病院におけるわが国初のホスピス病棟発足など、ホスピス・緩和ケア運動の端緒が開かれた。1980年代までは経営的に厳しい環境での活動を余儀なくされていたが、1990年に旧厚生省が「緩和ケア病棟入院料」の名目で診療報酬の算定を決定し、一定の基準を満たす施設においては定額の収入が確保されるに至った。1991年には日本ホスピス・緩和ケア協議会の前身である全国ホスピス・緩和ケア連絡協議会が発足し、緩和ケア病棟の増加と質の確保を目標に発展してきた。1996年には日本緩和医療学会が発足し、緩和医療・緩和ケアの学際的发展を支えている。

2 がん対策基本法と緩和ケア

2006年6月に「がん対策基本法」が成立し、2007年4月に施行された。この法律は全国のがん医療の均てん化を図ることとともに、がん研究の推進、がん患者の意向を十分尊重したがん医療提供体制の整備を理念として掲げ、第16条にはがん早期からの緩和ケアの必要性が明言されている。またがん対策推進基本計画においては、がん死亡者数の減少、すべてのがん患者およびその家族の苦痛の軽減ならびに療養生活の質の維持向上を全体目標として掲げている。

この法律のもと2008年に厚生労働省健康局長通知として、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」が出され、緩和ケアに関する最低限の基本的な知識、技術、態度の習得を目標とした緩和ケア研修会が全国各地で開催されている。

3 全人的な痛み(図1)

緩和ケアは、疾患そのものというよりは、患者や家族の「つらさ」に焦点をあてる。そのつらさは患者ごとに異なるが、生命を脅かす疾患を抱えた患者のつらさは全人的なものとして捉えることが重要である。

- 1) 身体的な苦痛 (physical pain)
 - 痛み、痛み以外の身体症状、身体機能の低下によるつらさ
- 2) 精神・心理面の苦痛 (psychological pain)

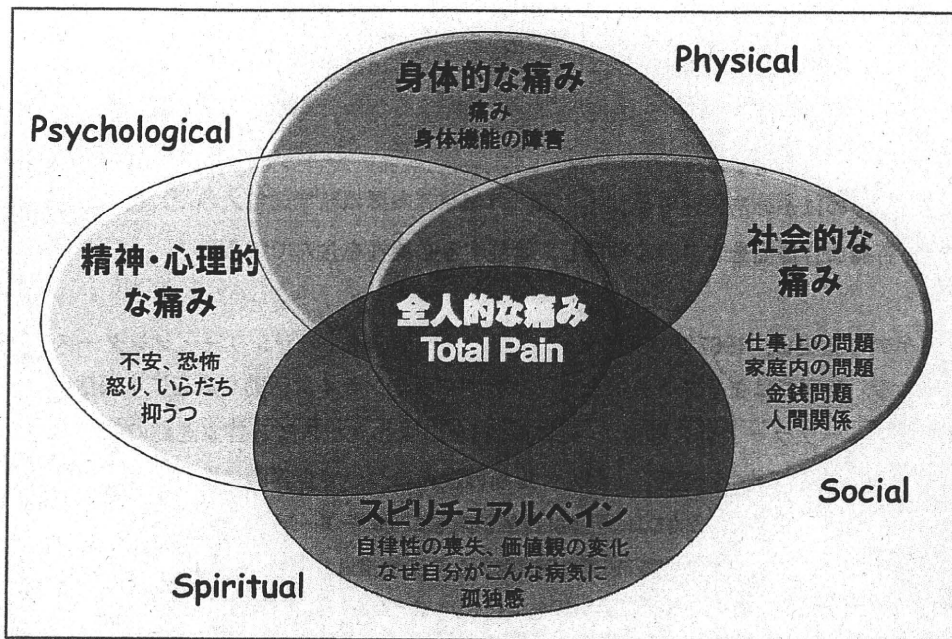


図1 全人的な痛み (total pain) の概念

不安、恐怖、抑うつ気分、せん妄などの精神症状

3) 社会的苦悩 (social pain)

経済的負担、家族・職場・地域などにおける役割の喪失、遺産相続の問題など

4) スピリチュアル・ペイン (spiritual pain)

生きている価値への疑問、なぜ自分がこのような状況におかれなくてはならないのか、過去の人生における罪悪感、死後自分はどうなるのか、といった思い

医療の現場においてはとかく個々の症状にだけ目が向けられがちだが、患者の抱える苦痛は上記のような側面が互いに絡み合うため、常に全体として把握する必要がある。

4 包括的がん医療モデル

従来のがん医療においては、がんに対する治療が終了した時点で緩和ケアへと切り替わる分断的な構図が一般的であった(図2a)。しかし、がん患者は診断時から大きなストレスにさらされ、患者ごとに軽重の差はあるが治療・療養中であっても全人的な苦痛を抱えながら生活していくこととなる。したがって、がんに対する治療と緩和ケアとは常に双方が有機的な車の両輪として提供されてはじめて患者や家族の安心につながる。すなわち、疾患の診断時を含む早期から、手当ての必要につらさに対してはいつでも緩和ケアが提供される体制が求められ、これが包括的がん医療モデルとして提唱されている(図2b)。

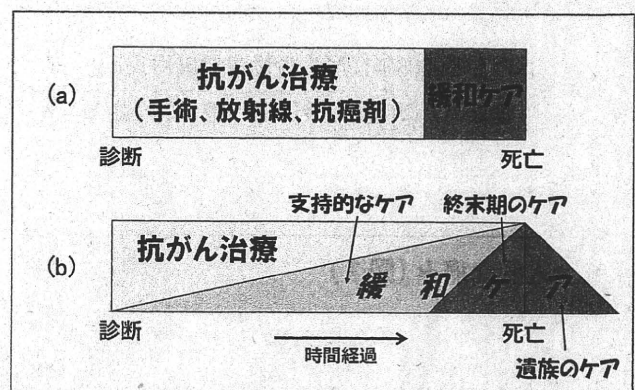


図2 従来のがん医療モデル (a) と現在の包括的がん医療モデル (b)

5 緩和ケアのリソース

がん患者およびその家族の全人的苦痛に対して包括的なケアを提供するためには、チーム・アプローチが必須である。

病院内においては、医師、看護師、薬剤師、理学療法士・作業療法士、管理栄養士、臨床心理士、ボランティアなどの様々な職種がそれぞれの専門性を発揮し、チームとして情報を共有してケアプランを作成し、患者とその家族を支えることが望ましい。また医学的な側面だけでなく、生活

という視点に立って、地域内のリソースの有機的連携を図り、福祉・介護を含めた緩和ケアの提供体制を整備する必要がある。地域内のリソースとしては、地域がん診療拠点病院、一般病院、緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所といった医療機関、訪問看護ステーション、保険調剤薬局、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所などがあり、これらを担う各職種が顔の見える関係性を構築して、いつでも、どこでも、切れ目のない、質の高い緩和ケアを提供できるように行政を含めた地域内でのネットワーク作りが重要となる(図3)。

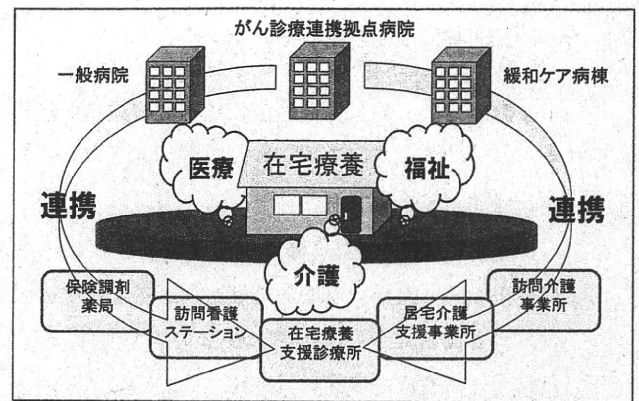


図3 地域内緩和ケアネットワークの構築
(PEACEプロジェクト「M-9 地域連携と治療・療養の場の選択」スライドより引用)

6 緩和ケア病棟と緩和ケアチーム

緩和ケア病棟は、悪性腫瘍および後天性免疫不全症候群の患者およびその家族を対象としてケアを行う施設であり、入院の上苦痛緩和を図ることはもちろん、看取りの場であるだけでなく、外来や在宅への療養場所の円滑な移行を支援する機能も有する。入院料は定額制(3,780点/日)で、原則としてがんに対する積極的な治療は行わず苦痛の緩和を中心に行う。承認施設の数は全国に195施設、病床数の合計は3,834床(2009年10月1日現在)である。

緩和ケアチームは、一般病院に入院中あるいは外来通院中の患者やその家族を対象として、院内の他職種チームにより緩和ケアを提供する。チームメンバーとして、身体症状の緩和を担当する医師、精神症状の緩和を担当する医師、緩和ケアの経験を有する看護師および薬剤師が必須で、その他に臨床心理士や歯科医師、理学療法士や作業療法士、管理栄養士などが施設のマンパワーに応じて参画し、定期的なカンファレンスを開催して個々の患者や家族に関する情報を共有し、有機的なチーム力を発揮して緩和ケアを提供する。患者や家族に対するケアの提供だけでなく、病棟や外来の主治医や看護スタッフへの支援、緩和ケアに関する教育・啓蒙活動も緩和ケアチームの担う重要な役割である。一定の条件を満たしていれば、緩和ケア診療加算として300点/日が算定される。

7 緩和ケアの質的評価

緩和ケアの質的な評価の方法として、1990年代初頭に英国でSTAS (Support Team Assessment Schedule)が開発され、その日本語版がSTAS-Jである。STAS-Jは、患者やその家族の心身の状態やチームケアの機能をみることで、提供されているケアの質を評価するためのツールである。

患者の身体症状について(2項目)、患者の不安や病状認識について(2項目)、家族の不安・病状認識(2項目)、コミュニケーションについて(3項目)の計9項目を0~4の整数値5段階で評価する。医療スタッフが自己評価するので、質問票などによる検査と異なり、患者への直接的な負担がかからないというメリットがある。

個々の患者や家族に関して、チームとしての活動が機能的に行われているか、チームとしての介入が患者や家族の状況にどのような影響を与えているか、が評価され、その後のケアプランの再設定に役立てることができる。

8 わが国における緩和ケアの課題

わが国においては、欧米先進諸国に比べて緩和ケアに関する普及、教育、啓蒙活動が遅れており、その結果現在においても様々な課題を抱えている。

1) 症状緩和が不十分である

1986年にWHOがん疼痛治療法が発表されてから20年以上経過した現在でも、疼痛治療は十分に行われているとはいえない。医療用麻薬の消費量は、緩和ケアの質に関する国際的評価基準の一つとなるが、わが国におけるそれは欧米各国と比較して非常に少ないのが現状である(図4)。医療用麻薬の適応範囲が国ごとに異なり、痛みの文化における民族間の違いはあるものの、医療用麻薬の消費量における差を説明するだけの根拠とはならず、多くのがん患者は痛みを我慢しているものと考えられる。

痛み以外の諸症状に対する緩和も同様に十分とはいえない。がん患者は特に終末期に近づくほど身体的あるいは精神的症状が累積的に増加するが、呼吸困難や消化器症状など、様々な症状緩和のための治療法が確立されているとはいえ、今後の研究が待たれるところである。

2) 緩和ケアに関連する教育体制の不備

緩和医療あるいは緩和ケアを講座として有する医科系大学はいまだ少数であり、医学部における緩和ケアの卒前教育は質的にも量的にも大学間格差が大きいと思われる。

2007年のがん対策推進基本計画にある、「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」ことを目標に、2008年の厚生労働省健康局長通知「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠した標準的教育プログラム(PEACEプロジェクト:Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education)を用いた緩和ケア研修会が全国各地で展開されている。

日本緩和医療学会では、緩和ケアの専門性を担い後進を育成するため、2010年度から専門医制度を発足させる。

3) 切れ目のない質の高い緩和ケアを提供する体制が整備されていない

がん患者の希望する療養場所は、病状によって変化する。厚生労働省が一般市民を対象に実施したアンケート調査によれば、余命の限られたがんと告知された場合、療養の場としては63%が自宅を希望しているが、看取りの場としては47%が緩和ケア病棟、32%がそれまで通っていた病院への入院を希望し、最期まで自宅で過ごしたいと考えているのは11%であった(図5)。この結果には、比較的状态が落ち着いていれば自宅で療養したいと考える人

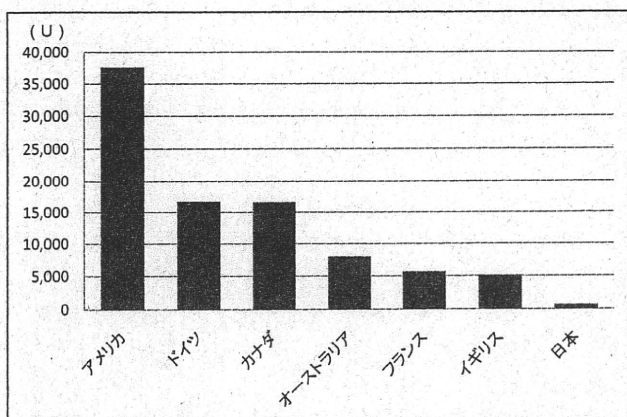


図4 医療用麻薬消費量の国際間比較
(The Report of the International Narcotics Control Board for 2007より引用)

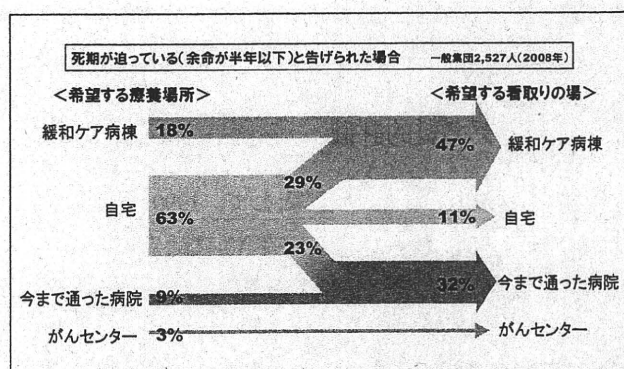


図5 患者が希望する療養場所と看取りの場
(PEACEプロジェクト「緩和ケア概論」スライドより引用
(一部改変))

が多いが、終末期となり状態が不安定になった場合は周囲に迷惑を掛けたくないという思いも見えてくる。いずれにしても、患者が心から願う療養場所がどこであっても、いつでも切れ目のない、質の高い緩和ケアが提供される体制を整備することが必要であるが、様々な医療機関や介護事業所の連携による地域内ネットワークの構築が立ち遅れているのが現状である。

まとめ

緩和ケアは、病気の時期や治療の段階、治療・療養の場所を問わずに提供され、「苦痛(つらさ)」に焦点をあてた全人的なケアである。生命を脅かす疾患を抱えた患者とその家族が対象となるが、わが国の現状においてはがん患者が対象の大きな割合を占めている。いつでも、どこでも、質の高い緩和ケアを提供できる体制の整備が急務となっている。

参考文献

- 1) World Health Organizationホームページ：<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- 2) 日本ホスピス緩和ケア協会ホームページ：<http://www.hpcj.org/what/definition.html>
- 3) Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K. Introduction. In: Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K, eds. Oxford Textbook of Palliative Medicine 3rd ed. New York. Oxford University Press Inc, 2005
- 4) 「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会(編):ホスピス緩和ケア白書2009. (財)日本ホスピス緩和ケア研究振興財団, 2009
- 5) エリザベス・キューブラー・ロス:死ぬ瞬間—死とその過程について—. 中公文庫, 中央公論社, 2001
- 6) David Clark, Franco de Conno, Heidi Blumhuber, et al. The development of palliative medicine. In: Bruera E, Higginson IJ, Ripamonti C, von Gunten C, eds. Textbook of Palliative Medicine. London: Hodder Arnold Publishers, 2006
- 7) 大学病院の緩和ケアを考える会(編):臨床緩和ケア 第2版. 青海社, 2009
- 8) Yanagimachi A, Morita T, Miyashita M, et al: Palliative Care in Japan; Current Status and a Nationwide Challenge to Improve Palliative Care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) Study. Am J Hosp Palliat Care 25: 412-418, 2008
- 9) 並木昭義, 川股知之(編):すぐに役立つ緩和ケアチームの立ち上げと取り組みの実際. 真興交易医書出版部, 2007
- 10) STASワーキング・グループ(編):STAS-J(STAS日本語版)スコアリングマニュアル 緩和ケアにおけるクリニカル・オーディットのために 第3版. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2007
- 11) 医師に対する緩和ケア教育プログラムホームページ (PEACE): <http://kanwaedu.umin.jp/peace/index.html>

設問

1. 正しいものを1つ選べ

- 1) 緩和ケアの対象は悪性腫瘍の患者とその家族に限定される。
- 2) 緩和ケアは疾患の終末期から臨終期に提供されるものである。
- 3) 緩和ケアにおいては、多職種で関わるチーム・アプローチは患者や家族にとって対人関係のストレスを増加させるため望ましくない。
- 4) 緩和ケアの目標は、患者およびその家族のQOLの維持向上にある。
- 5) 緩和ケアはホスピスや緩和ケア病棟などの専門の施設において専門の医療チームによってのみ提供されるものである。

2. 緩和ケアについて正しいものを1つ選べ

- 1) 精神・心理的な苦痛の評価やケアが優先され、身体的な苦痛へのアプローチは付随的なものである。
- 2) 緩和ケア病棟における入院料は出来高制である。
- 3) 緩和ケア診療加算を算定できる緩和ケアチームの必須構成メンバーは、医師(身体症状担当1名および精神症状担当1名)と看護師のみである。
- 4) いつでも、どこでも、質の高い緩和ケアを提供するためには、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション、保険調剤薬局、居宅介護支援事業所などの地域内の緩和ケアリソース同士が有機的に連携することが重要である。
- 5) 緩和ケア病棟やホスピスの対象として、在宅療養中の患者は含まれない。

Ⅲ. がん性疼痛

佐藤 哲 観 (弘前大学医学部附属病院麻酔科)

はじめに

がん患者の70%から80%はその経過中に何らかの痛みを経験するといわれ、痛みは身体機能や精神状態の失調を招き、QOLを低下させ、がん治療に対する意欲、生きることへの希望をも減退させる要因となる。しかし、がん性疼痛の大部分は適切な疼痛治療により緩和可能であり、がん診療に携わる全ての医師には、がん性疼痛に対する標準的治療への理解と実践力が求められる。ここでは、がん性疼痛治療における基本的な考え方、疼痛の評価、特殊な技術を必要としない標準的な疼痛治療法について概説する。

1. がん患者に生じる痛み

1) がん自体に起因する痛み (=がん性疼痛)

内臓、筋・骨格系、神経系といった組織が腫瘍細胞によって障害を受けて生じる痛み

2) がん治療に伴う痛み

手術後の創痛、化学療法による口内炎や末梢神経障害、放射線治療による皮膚・粘膜障害、など

3) 消耗や衰弱に関連する痛み

長期臥床に伴う筋肉・関節の拘縮、褥瘡、带状疱疹痛、など

4) がんとは直接関係のない痛み

既往疾患や加齢に伴う関節痛や神経痛、偶然に併発した疾患や外傷などによる痛み

ここで大切なのは、がん患者の訴える痛みが全てがんに起因する痛みとは限らないということで、疼痛治療においても痛みの診断が非常に重要であることを強調したい。

2. がん性疼痛の評価

手術や化学療法、放射線療法といった抗腫瘍治療を行った際と全く同様に、疼痛治療においても治療前と治療開始後の痛みの評価が常に必要となる。疼痛の評価は治療方針を決定する際に必須である。疼痛を評価する際のポイントを以下に列挙する。

1) 患者の訴える痛みを信じる

2) 患者と痛みについて話し合う

患者本人の訴えはもちろん、患者と過ごす機会の多い家族や看護師から得られる情報も重要な手掛かりとなる。

また、患者自身の疼痛治療に対する考え方や希望についても聞く。

3) 疼痛が日常生活に与える影響

睡眠や日常生活動作に対する痛みの影響を必ず聞く。その他にも、患者の望む生活状況や様々な意欲が痛みによってどのように変化しているかを尋ねる。

4) 疼痛の強さ

Numeric Rating Scale (NRS), Visual Analogue Scale (VAS), Face Rating Scaleなどを用いて、数値として痛みの強さを患者と医療者の間で共有する(図1)。

5) 痛みのパターン

持続痛なのか、突出痛(普段は落ち着いているが急に出現する痛み)なのか、あるいはその両者が混在しているのか。

6) 疼痛の部位と経過

痛む部位を確認して丁寧に診察する。この際、患者の訴えに耳を傾けながら痛む部位に大いなる関心を寄せることが大切である。痛みを説明できる病変の有無について必要に応じた画像検査などを行って確認する。

7) 疼痛の性状

痛みの性状を把握することにより、痛みの原因をある程度類推することが可能である(表1)。

8) 疼痛の増強因子と緩和因子

痛みを強く感じる要因と和らぐ要因とを尋ねる。例えば、時間帯による変化、動作との関連性、温めたり冷やしたりした際の効果、鎮痛薬の使用時刻との関連性、などは診断にも治療方針決定にも重要な手掛かりとなる。

9) 疼痛治療への反応

鎮痛薬の使用状況、各薬剤の効果と副作用、副作用の程度と新たな副作用対策の要否、疼痛治療全般への満足度や要望について聞く。

10) 認知能力や心理状態、社会的背景、療養環境に配慮する

痛みの原因や治療方針についての説明に対する理解力、痛み閾値を低下させる不安などの精神心理状態を評価し、家庭や職場における患者の役割や、治療や療養の場における援助者の有無などに配慮し、治療方針を決定する。

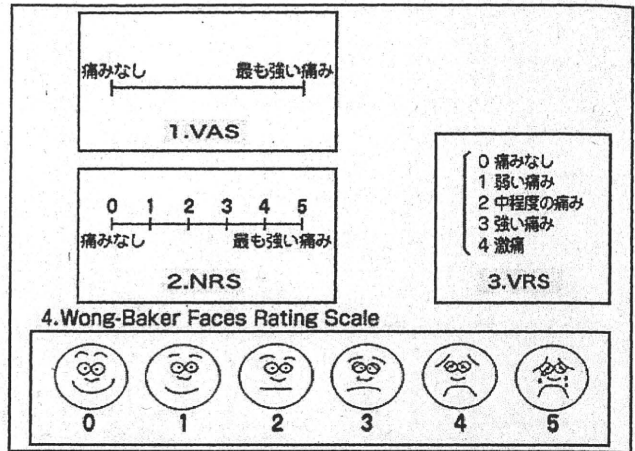


図1 各種ペインスケール

VAS(visual analogue scale)は、10cmの線上で痛みの程度を数値化する。NRS(numerical rating scale)は0~10の数字を用いて、VRS(verbal rating scale)は痛みを言葉で表現して、痛みの程度を評価する。フェイススケールは痛みの程度を顔の表情から選択する。いずれも患者自身が評価するものである。

表1 疼痛の分類とそれぞれに特徴的な性状

侵害受容性疼痛	内臓痛	腹部腫瘍の痛みなど局在があいまいで鈍い痛み。ズーンと重い	オピオイドが効きやすい
	体性痛	骨転移など局在がはっきりした明確な痛み。ズキッとする	突出痛に対するレスキューの使用が重要になる
神経障害性疼痛		神経叢浸潤、脊髄浸潤など、びりびり電気が走るようなしびれる・じんじりする痛み	難治性で鎮痛補助薬を必要とすることが多い

(PEACEプロジェクト「M-3がん性疼痛の評価と治療」スライドより引用)

3. がん疼痛緩和の実際 (WHOがん疼痛治療法を中心に)

1) 薬物療法に関する5原則

①なるべく簡便な経路を選択する

経口摂取が可能であれば内服薬を第一選択とする。内服薬は自己管理が最も容易であり、患者の自立を促す。内服が困難な場合は経皮吸収剤の貼付、坐剤の経直腸投与、注射薬を用いた持続注入といった代替経路を用いる。

②規則正しく定時的に投与する

鎮痛薬の血中濃度を常に有効治療域内に保つように、薬剤の作用時間に合わせて定時的に投与する。ここで大

切なのは、適切な鎮痛が得られるまで1回投与量を調整することである。突然の痛みに対応できるように、定時投与の鎮痛薬に加えて即効性の鎮痛薬を頓用（レスキュードーズ）として別途処方しておくことも大切である。

③痛みの程度に合わせて段階的に薬剤を選択して組み合わせる

WHO 3段階除痛ラダー(図2)として普及している。

比較的軽度の痛みに対しては、まず非オピオイド鎮痛薬を投与する。非オピオイド鎮痛薬を十分な量投与しても十分な鎮痛が得られない場合は、非オピオイド鎮痛薬にオピオイドを加える。オピオイドには、軽度から中等度の痛みを用いるオピオイド(コデイン)と、中等度から高度の痛みを用いるオピオイド(モルヒネ、オキシコドン、フェンタニル)がある。これがWHOの3段階除痛ラダーである。どの段階の薬剤を投与するかは、がんの病期や抗がん治療の内容にかかわらず、痛みの程度と鎮痛薬への反応によって決定されるべきである。すなわち、非オピオイドによる十分な鎮痛が得られないときが、オピオイド導入のタイミングである。

④個々の患者に合わせて投与する

鎮痛薬のうちオピオイドには標準治療量というものがない。オピオイドの至適投与量は、患者の痛みが緩和され、かつ急性中毒症状(傾眠や呼吸抑制)がみられない量であり、これは患者ごとに、さらには同じ患者でも病状や精神心理状態の変化により、不定である。したがって、その時のその患者の訴える痛みを緩和できる量が適切な投与量となる。

⑤その上で細かい点に留意する

患者の生活状況に合わせて、鎮痛薬の剤型や投与方法を選択する。鎮痛薬の有効性や副作用について患者に詳しく説明し、不安や気掛かりに理解を示しつつ、誤解があればそれを解くように努める。鎮痛薬によって起こりうる副作用について確認し、十分な対策を講ずる。

2) 非オピオイド

非ステロイド性消炎鎮痛薬(NSAID)またはアセトアミノフェンが用いられる。

作用時間に合わせて定時投与を行う。わが国では多数のNSAIDが選択可能であるが、鎮痛効果と副作用の程度をみながら十分な量投与する。胃粘膜障害と腎機能障害が主たる副作用だが、前者に対しては予防的にプロトンポンプインヒビターまたはミソプロストールを投与する。

アセトアミノフェンは胃粘膜障害を生じにくく幅広い年齢層に用いやすいが、わが国における常用量では鎮痛効果は不十分であり、1日量として2,000~4,000 mgを分4で投与することが必要である。

経口投与が困難な場合は、ジクロフェナクナトリウム坐薬やフルルビプロフェンアキセチル注射薬を用いる。

3) オピオイド

わが国においてがん性疼痛治療に使用できるオピオイドは、コデイン、モルヒネ、オキシコドン、フェンタニルの4種類である。ペンタゾシンやブプレノルフィン(ブレンデル)は緊急避難的な場合を除き、常用薬としては用いない。

オピオイドを安全かつ有効に用いるためには、タイトレーションという作業が必須となる。タイトレーションとは、少量から開始して十分な効果が得られるまで丁寧に増量していくことである。Oncology emergencyの場合を除けば、高度の疼痛が急激に出現することは少なく、軽度の痛みが徐々に中等度、高度、へと増強するのが通常の

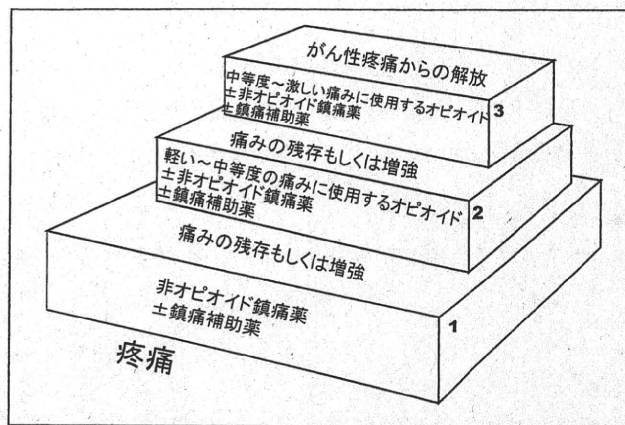


図2 WHO's three-step analgesic ladder

パターンである。したがって、痛みが比較的軽度な早い段階で鎮痛薬を開始したほうがタイトレーションしやすい。もちろん、必要量までの増量という初期のタイトレーションののち、患者と常に痛みについて話し合って必要に応じた増量や減量を図る継続的なタイトレーションも非常に重要である。

繰り返しとなるが、オピオイドの至適投与量とは、患者自身が満足できる鎮痛状態を達成した際の投与量である。

①コデイン

3段階除痛ラダーの第2段階で用いられるオピオイドである。

コデインはモルヒネの前駆体といえる薬剤で、肝臓でモルヒネへ、さらにモルヒネ-6-グルクロナイド(M-6-G)へと代謝されてオピオイド受容体に作用する。

20 mg/Tの錠剤と、100倍散および10倍散とがある。100倍散は麻薬及び向精神薬取締法による規制を受けないので麻薬処方箋を必要としないが、1回の内服量が数グラムになってしまうため患者の負担が大きい。したがって、がん性疼痛治療には20 mg錠または10%散薬を用いる。錠剤、散薬、いずれも即効性だが作用時間が短いため、4時間ごとの服用が基本となる。深夜の服用は患者の睡眠を阻害するため、眠前の服用量を日中の定時1回服用量の2倍にしておき深夜～未明の服用をスキップするという方法もある(いわゆる特分服)。

鎮痛効果をみながら、必要に応じて1日量として300mg程度まで増量していく。この程度の量を超えると、鎮痛効果の増強が増量比ほど得られないことが多いため、天上効果と考えられる。1日量300 mg程度を投与しても十分な疼痛緩和が得られない場合には、モルヒネやオキシコドンといったWHOラダー第3段階のオピオイドに切り替える。

世界的にみるとモルヒネのような作用の強力なオピオイドが使用困難な国や地域がまだまだ残されており、コデインは世界で最も大量に使われているオピオイドで、WHOはオピオイドの基本薬の一つとして推奨している。しかし、多くの先進国では作用の強力なオピオイドを必要量処方することが可能であり、また剤型も豊富に揃っているため、わが国においてはラダーの第2段階をスキップして、すぐにモルヒネやオキシコドンを少量から開始することが多くなっている。

②モルヒネ

モルヒネは全てのオピオイドの基準となり、鎮痛薬として最も長い歴史を誇る薬剤であり医学的知見が最も集積されているオピオイドである。コデインとならび、アヘンから抽出される天然のオピオイドである。オキシコドンやフェンタニルとならんで、中等度から高度の痛みに対して用いる。

鎮痛作用が強力である一方、多様な薬理作用が有害事象の原因となるため、使い方に習熟が必要である。肝臓で代謝されてグルクロン酸抱合体となり尿中へと排泄されるが、代謝産物のうちM-6-Gは強力な μ 作動薬であるため、腎機能低下時や尿量減少時にはモルヒネの薬理作用が延長しやすい。したがって、通常量を通常間隔で内服したり持続投与を行っていたりすると徐々に蓄積を生じ中毒作用が出現する。中等度以上の腎機能低下時にはモルヒネの使用は避けたほうが無難である。

モルヒネの利点は多彩な剤型が揃っていることで、患者の特性、療養環境や服薬コンプライアンスといった様々な要素を勘案して様々な剤型の選択が可能である。また、投与経路を変更する際の換算比も確立されている。

経口製剤として即効性のものと長時間作用性のものとがある。坐剤もある。注射薬として標準的に用いられるのは1%製剤で、10 mg/Aのアンプル製剤と50mg/5 mlと100 mg/10 mlのシリンジタイプのプレフィルド製剤とがある。また高用量が必要な場合には4%製剤(200 mg/5 ml/A)を用いることもできるが、1%と4%製剤とを誤って使用すると重大な事故につながる場合もあるので注意が必要である。

モルヒネは呼吸困難を緩和する薬剤としても有効性が証明されている。

③オキシコドン

オキシコドンは半合成麻薬で、強力な μ 作動薬であり、中等度から高度の疼痛に対して用いられる。

わが国では5 mg徐放錠が早くから発売されたため、非オピオイドによる鎮痛が得られないときには、非オピ

オイドにWHO除痛ラダー第2段階のコデインでなく、ただちに低用量オキシコドン併用するという代替方法が好んで選択されているものと思われる。コデインは作用時間が短いため服用回数が多くなるが、オキシコドン徐放錠は1日2回の服用で鎮痛効果が安定するため、コデインよりも便利である。適切な量を適切な投与回数で処方するのであれば、コデイン、オキシコドンのどちらを選択しても構わない。

内服薬としては即効性の散薬と長時間作用性の錠剤が使用できる。注射薬としては鎮咳薬であるヒドロコタルニンとの配合薬である複方オキシコドン注が使用できるが、この注射薬に関してはがん性疼痛治療における安全性や有効性が確立されているとは言い難い。

オキシコドンの利点は、モルヒネと異なり活性代謝産物による効果の蓄積が臨床的にはほとんど問題にならない点で、腎機能低下例でも安全に使用できる。

④フェンタニル

フェンタニルは合成麻薬で、現在は長時間作用性の経皮吸収剤(貼付剤、パッチ)と注射薬の両方ともがん性疼痛に保険適応となっている。

フェンタニルは副作用がモルヒネやオキシコドンと比較して軽微であり、便秘や眠気を生じにくい。

貼付剤は内服が困難な患者においても安定した鎮痛効果を得られるのが最大の利点である。その一方で、貼付部位の皮膚の状態や密着性により鎮痛効果にバラつきが見られること、効果の安定性には優れているが調節性には劣ること、当然ながら皮膚から浮き上がったり剥がれたりすれば効果が減弱すること、が欠点である。貼付薬を用いる場合には、まず内服薬または注射剤によるタイトレーションを行い、安定した鎮痛効果が得られた場合において、換算表を用いて切り替えを図るのが基本である。貼付薬を初めて用いる際には鎮痛効果が得られるまでに12時間以上を要すること、減量する場合皮膚から剥がしてから血中濃度が低下するまでに少なくとも数時間以上を要すること、すなわち血中濃度の変化に長時間を要することを忘れてはならない。

フェンタニル貼付剤は安定した鎮痛効果を保つが、即効性の剤型が本邦では使用できないため、突出痛に対してはオキシコドンやモルヒネの即効製剤を用いることとなる。

注射薬を用いる際に注意したいのは、モルヒネやオキシコドンと比較して投与後速やかに中枢神経系へと移行するため急速な投与は呼吸抑制を生じやすいという点である。

4) オピオイドの副作用とその対策

オピオイドの薬理作用は非常に多彩である。鎮痛という薬理作用を発揮する血中濃度(有効鎮痛域)を基準とすると、それよりも低い濃度(無効域)においてすでに便秘や嘔気・嘔吐は出現する。したがって有効鎮痛域まで血中濃度を立ち上げるためには、便秘や嘔吐は必ず対策が必要な副作用であることが理解できる。便秘はほぼ必発で耐性が形成されないが、嘔気・嘔吐は3割程度の患者に出現し約2週間で耐性が形成されるといわれる。しかし、いずれも頻度が高く出現すると信頼性やコンプライアンスの低下を招き、その後の疼痛治療に困難を生ずるので、オピオイド開始時には必ず緩下剤と制吐剤とを併用するのが基本である。制吐薬は2週間程度継続後に中止してよい。

一方、血中濃度が有効鎮痛域を超えて中毒域に入ると傾眠状態を生じ、さらに上昇すると呼吸抑制が発生する。がん患者に傾眠を生じさせる原因は多数挙げられるが、意識レベルの低下が観察された場合はオピオイドを減量したほうが安全である。また、傾眠状態となっても痛みを訴えている場合は、オピオイドの効きにくい痛みが存在することを意味しているため、オピオイドの増量ではなく鎮痛補助薬の併用や非薬物療法の適応を考慮する必要がある。オピオイドの過量になると呼吸運動の全ての相が抑制されうが、呼吸抑制は呼吸数の低下が特徴的で、無呼吸が観察されるようになる。1分間の呼吸数が6回未満となった場合にはただちにオピオイドを減量し、酸素投与を行いながら呼吸状態を厳重に観察する。重篤な呼吸抑制と意識低下がみられた場合にはナロキソン投与の適応となる。ナロキソンを少量ずつ投与すると、呼吸数、意識状態の順に回復が見られる。ナロキソンは半減期が短いので、長時間作用性のオピオイド製剤を用いていた場合には1日以上嚴重な呼吸状態の監視が必要であり、必要に応

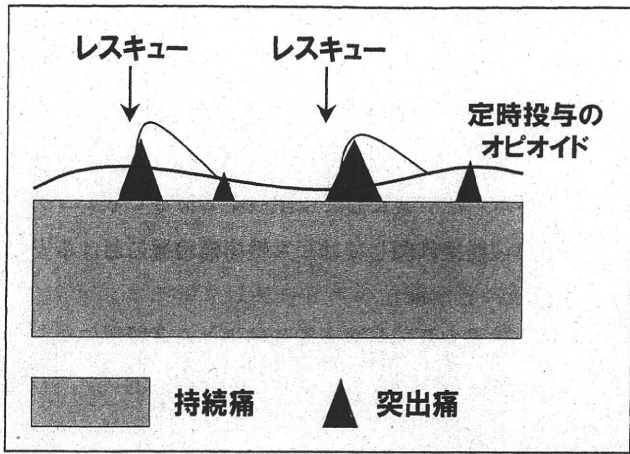


図3 レスキュードーズの概念

じてナロキソンを繰り返し投与する。

5) 鎮痛補助薬

非ステロイド性消炎鎮痛薬やオピオイドといった基本薬を十分に用いても疼痛が緩和されない場合には、鎮痛補助薬の使用を検討する。

腫瘍によって神経系に圧迫や浸潤を生じると難治性疼痛を生じる。これは脊椎転移や主な神経叢への腫瘍の浸潤が原因となることが多く、しびれや知覚障害ときには運動機能低下を伴う。こういった神経障害性疼痛は鎮痛補助薬を必要とする代表的な病態である。

抗けいれん薬、抗うつ薬、ステロイド剤、などがよく用いられる。それぞれに副作用もあり鎮痛薬としての保険適応がほとんどないため、使用に当たってはペインクリニック医師や緩和ケア医師に相談することを推奨する。

骨転移による骨破壊を抑制するビスフォスフォネート製剤や、腸閉塞時の嘔吐や膨満感を伴った腹痛に対するオクトレオチドも、鎮痛補助薬の範疇に入る。

6) レスキュードーズ

持続する疼痛に対しては定時的または持続的な鎮痛薬投与が必要だが、突出痛に対しては即効性の鎮痛薬を頓用として処方しておく。これをレスキュードーズと呼ぶ(図3)。

オピオイドを経口投与中であれば、1日投与量の1/6程度を一回量として即効製剤を用いる。レスキュードーズには定時の徐放性内服薬と同じ種類のオピオイドを用いるのが分かり易い。ポンプを用いてオピオイドを持続注入している際には、1時間量を目安として早送りする。レスキュードーズを頻繁に必要とする場合は病状の変化を確認するとともに、定時のオピオイド投与量を再検討する必要がある。

7) オピオイドローテーション

モルヒネ、オキシコドン、フェンタニル、いずれかのオピオイドを十分に使用しても満足な鎮痛が得られない場合や、副作用対策に難渋した場合には、オピオイドの種類を変更することでより質の高い鎮痛が得られる場合がある。こういった目的でオピオイドを変更することをオピオイドローテーションという。中等度から高度の痛み用いられる3種類のオピオイドの特性比較を表2に示す。

表2 中等度から高度の痛み用いられる3種類のオピオイドの特性比較

	モルヒネ	フェンタニル	オキシコドン
剤型	徐放剤、末錠坐剤、注射剤	パッチ、注射剤	徐放剤、速放散(注射剤)
活性代謝産物	M-6-G	—	(オキシモルフォン)
腎障害の影響	+++	—	±
便秘	++	±	++
吐き気	++	±	+
眠気・傾眠	++	±	+
せん妄	++	±	+
呼吸抑制	+	±	+
ミオクローヌス	+	±	±
レスキュー	コデイン モルヒネ	コデイン モルヒネ オキシコドン	コデイン モルヒネ オキシコドン

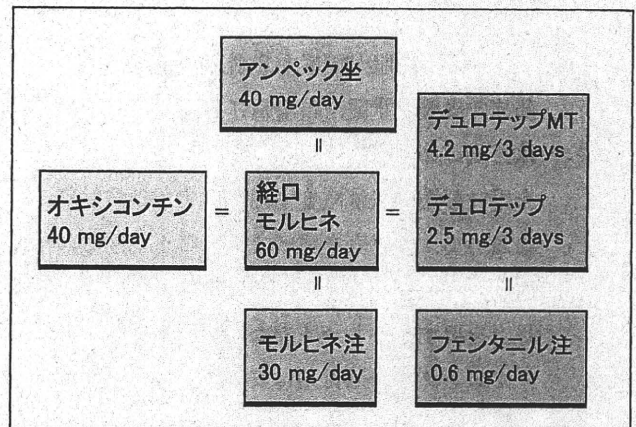


図4 オピオイド変更時の簡易換算表 (PEACEプロジェクト「M-3 がん性疼痛の評価と治療」スライドから引用)

オピオイドローテーションは安易に行うべきではなく、鎮痛効果や副作用を丁寧に評価したうえで考慮すべきである。

実際にオピオイドローテーションを行う際には、変更時の換算(図4)によって新たなオピオイドの必要量を決定するが、種類の異なるオピオイドへの感受性には個人差が大きく現れるため、あらたなタイトレーションが必要である。特に高用量のオピオイドを必要としている場合には段階的にローテーションを進めたほうが安全で確実である。

4. 非薬物療法とケア

薬物療法は比較的簡便で特殊な技術を必要としないが、その鎮痛効果には限界もある。骨転移や病的骨折が原因となった体動時の激痛や、薬物療法に抵抗性の神経障害性疼痛、腫瘍が皮膚や筋肉を破壊した際の体性痛などがその典型例である。

こういった激しい難治性疼痛に対しては、非薬物療法として、緩和的外科治療、放射線療法、神経ブロック療法が奏功する場合があるため、その適応について各領域の専門家になるべく早い段階で相談することが望ましい。

また、医学的な治療のみならず、痛みの閾値を高める、すなわち痛みを感じにくくするような日常生活上のケアや工夫も重要である。環境調整、冷却や温罨法、安静や適度な運動、マッサージ、不安への傾聴、などが挙げられる。

まとめ

疼痛緩和は緩和ケアの実践に不可欠であり、その成否が患者や家族のQOLや医療に対する満足度を大きく左右する。WHOがん疼痛治療法による薬物療法は特殊な技術を必要とせず、有効性も非常に高い。患者の痛みに関する訴えに真摯に耳を傾け、継続的に痛みについて話し合っより質の高い疼痛緩和を目指したい。

参考文献

- 1) World Health Organization. Cancer pain Relief 2nd Ed. Geneva, 1996
- 2) Zech DF, Grond S, Lynch J, et al : Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief : a 10-year prospective study. Pain 63 : 65-76, 1995
- 3) 武田文和 : がんの痛みを救おう ! 「WHOがん疼痛救済プログラム」とともに. 医学書院, 2002
- 4) 日本医師会 (監修) : がん緩和ケアガイドブック. 青海社, 2008
- 5) Mercadante S, Reddy SK, Sjogren P et al : Pain. In : Bruera E, Higginson I, Ripamonti C, Gunten C eds. Textbook of Palliative Medicine. London : Hodder Arnold Publishers, 2006
- 6) Forbes K. Opioids in Cancer Pain. New York : Oxford University Press Inc, 2007
- 7) 的場元弘 : がん疼痛治療のレシピ. 春秋社, 2007
- 8) 有賀悦子 : さらに上級なスキルをめざす がん疼痛緩和. 日本放射線技師会出版会, 2007

設問

1. 正しいものを1つ選べ

- 1) フェイススケールを用いる場合は、患者の表情を観察して医師や看護師が疼痛程度を評価する。
- 2) ビリビリと電気が走るような痛みを訴える際には神経障害性疼痛の可能性が高く、オピオイドが劇的に奏功する。
- 3) 鎮痛薬を投与する際には原則として疼痛時の頓用が推奨される。
- 4) オピオイドはがん治療と並行して投与すべきではない。
- 5) 疼痛が高度の場合は、当初からオピオイドを投与しても構わない。

2. オピオイドの使い方として正しいものを3つ選べ

- 1) 必要量が判明するまでは持続静注や持続皮下注などの非経口投与が望ましい。
- 2) オピオイドは適切な量で用いても呼吸抑制を生じることが多いため、酸素飽和度などの定期的な測定が必須である。
- 3) オピオイドを初回投与する際には、緩下剤と制吐剤を予防的に投与する。
- 4) 突発痛への対策として、即効性のオピオイドをレスキュードーズとして処方しておく。
- 5) モルヒネの代謝産物であるモルヒネ-6-グルクロナイド(M-6-G)はオピオイド受容体への親和性が高く、尿中に排泄されるため、腎機能障害例ではモルヒネの薬理効果が遷延、蓄積しやすい。

3. オピオイドローテーションについて正しいものを3つ選べ

- 1) モルヒネを内服していた患者が内服困難となったので、ペンタゾシンの間欠的な筋注に変更した。
- 2) オキシコドン[®]を80 mg/day服用していた患者が内服困難となったので、モルヒネ[®]注60 mg/dayの持続静注に切り替えた。
- 3) 嚥下困難のためモルヒネ[®]30 mg/dayの持続静注で疼痛緩和を図っている患者の在宅への移行を考えて、デュロテップMTパッチ4.2 mgの貼付に切り替えて3日ごとの貼り替えとした。
- 4) モルヒネ[®]内服薬からフェンタニル[®]貼付剤へ切り替えたので、緩下剤の投与量を減量して様子を見た。
- 5) オピオイドの切り替え後は、換算比に準拠して変更したのであれば鎮痛効果の再評価は必要ない。

痛みのアセスメントとは① アセスメントの重要性

Points

- 適切なアセスメントは、がん性疼痛ケアの重要な第一歩である。個々の患者の痛みの特徴を明確にしたうえで、痛みのマネジメントを実施する。
- アセスメントとは、情報を収集することだけを指すものではない。得た情報を総合的に判断することこそが、アセスメントである。
- 痛みのアセスメントは、身体的（器質的）な痛み→全人的な痛みの順番で、ていねいに行っていく。器質的な痛みの原因が見つからない場合でも、患者は痛みを感じていることを忘れてはならない。

痛みのアセスメントとは

- 痛みのアセスメントとは、痛みの診断や、痛みのマネジメントを円滑に行うために、個々の患者の痛みの特徴を明確化することである。
- 適切なアセスメントを行うことは、痛みからの解放への重要な第一歩である。また、痛みのアセスメントを行うことで、患者と医療者が痛みの問題を共有することができる。

1. 痛みのアセスメントの原則

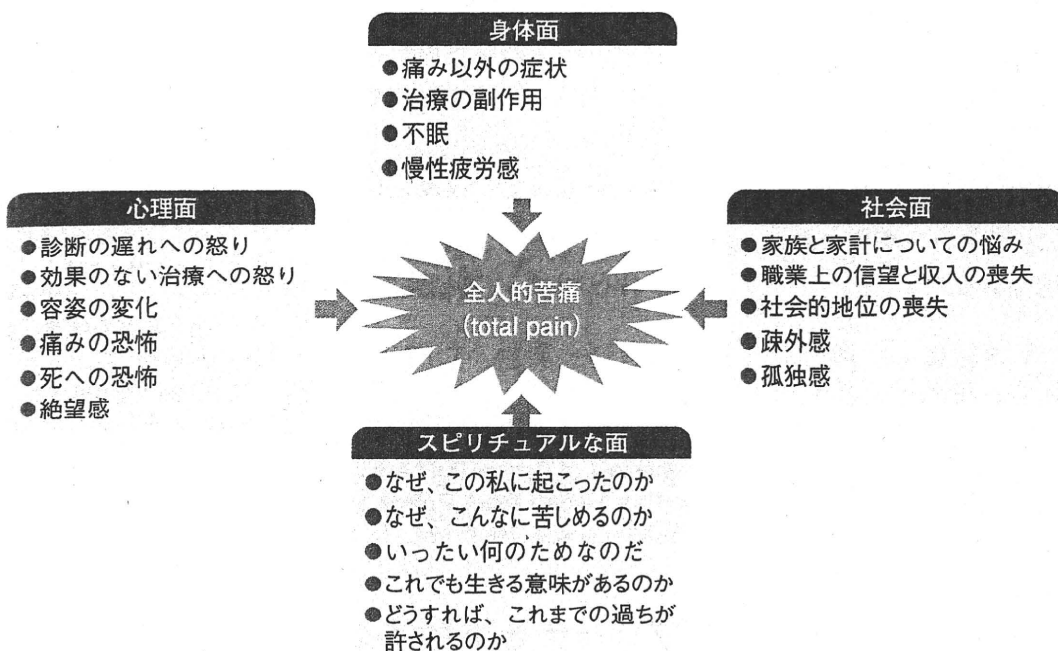
- 痛みは、患者本人にしかわからないものである。たとえ家族であっても、患者の痛みを正確に理解することはできないため、本人に表現してもらうことが何より大切である。
- 患者は、医療者への遠慮などから、自分から痛みを訴えないこともある。そのため、定期的に医療者から痛みを尋ねるようにする。
- 痛みは、身体的要因のみならず、精神面・社会面・スピリチュアルな面が影響するため、全人的な苦痛（total pain、トータルペイン図1）の観点から、包括的にアセスメントすることが非常に重要である。したがって、身体的な側面からのアセスメントをしっかりと行ったうえで、患者の痛みを全人的な苦痛の観点からとらえることが求められる。
- 同じ痛みの原因や状況であっても、痛みに伴う体験は個々の価値観などによって大きく異なる。そのため、患者個々の体験を理解するように努める。
- 医療者は、客観的に痛みの状況をアセスメントしながら、患者と十

COMMENTS

痛みのアセスメントを行う医療者の姿勢²

- 定期的に痛みについて尋ねる。
- 系統的に痛みをアセスメントする。
- 患者の痛みの訴えを信じる。
- 患者や家族、状況に応じて適切なペインマネジメントの選択肢を選ぶ。
- タイムリーに、論理的で、洗練された介入を提供する。
- 患者や家族の能力を高める。
- 患者や家族が経過を最良のものにコントロールできるようにする。

図1 痛みを構成する4つの因子



Twycross RG, Wilcock A 著, 武田文和訳:トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント. 医学書院, 東京, 2003: 18より引用.

分にコミュニケーションを取り、的確に痛みのアセスメントを行っていく必要がある。

2. 痛みのアセスメントにおける看護師の役割

- 看護師は、患者にとって最も身近な医療専門職である。患者の痛みの変化や日常生活、全人的な苦痛に関して、継続的にさまざまな側面から観察できる立場にあるため、痛みのアセスメントにおいて重要な役割を担っている。
- 看護師は、鎮痛薬使用後や痛みが出現したときにタイムリーに痛みの状況を観察し、痛みの増強因子や薬剤の効果のアセスメントをていねいに行っていく。
- アセスメントした情報は、他職種に非言語的サインなどの客観的情報とともに伝え、情報を共有する。

痛みのアセスメントの留意点

- 漠然と痛みを尋ねるのではなく、アセスメントツールなどを活用しながら、系統的に情報収集を行うことが大切である。
- アセスメント項目の情報を埋めただけではアセスメントにはならな

い。得た情報を包括的に判断することが、アセスメントである。

- まず第一に、病態などから身体的痛みの原因を推測しながら、アセスメントの結果と照らし合わせていく。
- 身体的原因だけでは説明がつかない場合や、標準的な疼痛緩和治療を行っても痛みが取りきれない場合には、全人的苦痛の観点から再度アセスメントをていねいに行う。
- もし、器質的に痛みの原因が見つからない場合でも、患者が痛みを感じていることは事実であり、そのつらさに共感し、寄り添うことが大切である。
(高橋美賀子)

文献

1. Twycross RG, Wilcock A 著, 武田文和訳: トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント. 医学書院, 東京, 2003: 18
2. Jacox A, Carr DB, Payne R, et al. ed. Management of Cancer Pain-AHCPR Clinical Practice Guideline No.9. Agency for Health Care Policy and Research. U.S. Department of Health and Human Service, 1994: 24.

COMMENTS

全人的苦痛の観点が特に重要になる場合

- 以下のような場合には、全人的苦痛の観点で身体面以外の要因を探り、重点的アプローチを行う必要がある。
- 〈例〉
- ・ 痛みの訴えとともに不安の徴候（焦燥感やパニック状態など）が見られる。
 - ・ ペインスケールによる痛みの評価と苦痛表情が、あまりにもかけ離れている。
 - ・ 存在価値の低下や、生きる意味の喪失など、スピリチュアルペインの訴えが強い。
 - ・ 原因に合った鎮痛薬を使用しているにもかかわらず、効果が薄い。

など

Column 外来でチームアプローチを実践するコツ

チームアプローチの基本は、場所の如何にかかわらず、患者のQOLの維持・向上を目的に多職種が協働しながら、それぞれの専門的な知識や技術を提供することである。

外来では通常、大勢の患者の診療をこなしていかなければならず、個々の患者に十分な時間を取って個別的な対応をすることや、多職種で話し合う場を持つことは、なかなか難しい。だからこそ、さまざまな専門職の強みを生かし、相互に補い合うことが功を奏すといえる。以下に、外来でチームアプローチを実践するコツをまとめる。

- ①体制を整える：多職種がかかわりやすい体制を整えることが必要である。たとえば、痛み治療中の患者に対しては、看護師による問診→医師の診察・処方→薬剤師による服薬指導が、スムーズに流れるようにする。また、各診療科で疼痛緩和に難渋している場合は緩和ケア科やペインクリニックなどへ依頼したり、精神的要因が強い場合には精神科や心療内科へ依頼したり、タイムリーな依頼を実現できる仕組みづくりが重要である。
- ②患者情報の共有：かかわる職種間で患者情報を共有することが重要である。「多職種による協働」は、単なる役割分担＝分業ではない。患者の病状、痛みの原因や痛みの性状、患者の期待や目標、鎮痛薬に対する認識、除痛対策と効果など、それぞれの立場で得た情報を分かち合い、可能な範囲で意見交換（こうしてはどうか、こうしてほしいなど）がなされることが望ましい。在宅での様子などは、患者・家族による記録や訪問看護師からの情報をうまく活用したい。
- ③正しい知識の普及・提供する情報の標準化：疼痛マネジメントに関する医療者側の知識そして患者・家族への情報提供の標準化を図ることが重要である。「医療者によって言うことが違う」ことは、患者の戸惑い・混乱・不適切な服薬行動を招くので、極力避けたい。痛みのマネジメントに関する正しい知識については、専門家を中心として院内で講習会を開催し、誰もが実践可能なレベルでのマニュアルを作り、それを普及させることが肝要である。また、多種多様な患者用パンフレットを用いるとかえって混乱を招くので、専門職種が出所・内容を吟味して適切と判断したものを配布し、問い合わせ先を明らかにしておくことが望まれる（→p55コラム）。

チームアプローチの効果を上げるには、責任ある言動、互いの信頼、そしてコミュニケーションが欠かせない。これらを基盤にさまざまな専門職が連携し、より水準の高いレベルでの疼痛緩和を実現させてほしい。
(中村めぐみ)

痛みのアセスメントとは② アセスメントで把握すべき内容

Points

- アセスメントは、初期アセスメント（はじめての痛み出現時、入院時、痛みのアセスメントが不十分な場合、新たな痛みの出現時などに実施）と、継続アセスメント（痛み治療の効果・影響の評価時に実施）に分けられる。
- 初期アセスメントでは、痛みの部位・性質・強さ・パターン・増強/減弱因子、今までの痛み治療の効果、日常生活、精神・社会・スピリチュアル面を系統的にアセスメントし、痛み治療の目標や治療の方向性を決定する。
- 継続アセスメントでは、痛みの強さと日内変動、痛みの部位や性質、副作用（過量投与の有無）、日常生活への影響、精神・社会・スピリチュアル面をくり返しアセスメントしていく。

アセスメントの分類

1. 初期アセスメント

- 患者がはじめて痛みを訴えたときや、痛みのある患者が入院してきたときなどに、初期アセスメントを実施する。痛みのアセスメントが十分に行われていない場合には、随時行う。
- 初期アセスメントでは、個々の痛みの特徴を明確化し、痛み治療の目標や治療の方向性を定めるために、初期アセスメントシートの項目に沿って、系統的に痛みのアセスメントを行う。

2. 継続アセスメント

- より適切な痛みのマネジメントを図る目的で、痛み治療の効果や影響について、繰り返し評価を行う。
- 新たな痛みが出現した場合や、痛みのマネジメントがうまく図れていない場合には、適宜、初期アセスメントに戻り、再度系統的な情報収集から行う必要がある。

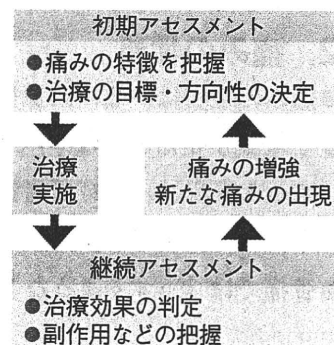
初期アセスメントの内容

1. 痛みの部位

- 痛みの部位が、複数箇所にあたる患者も多い。患者は、一番強い痛みについてのみ訴えることが多いため、すべての部位について確認する。

COMMENTS

アセスメントの流れ



「痛みの部位」に関する報告

- がん患者の40%に4か所以上の痛みがあるという報告がある。(Twycross R, Harcour J, Bergl S. A survey of pain in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 1996;12:273-282)

表1 痛みの種類と部位・性質のアセスメント

	体性痛	内臓痛	神経障害性疼痛
部位	●局在性が明確（限局した痛み）	●局在性が不明確 ●関連痛は、離れた部位に出現	●神経分布に沿って出現
性質	●うずくような	●鈍痛 ●重苦しい	●持続的：しびれるような・しめつけるような ●発作的：電気が走るような・刺すような
その他の特徴	●骨痛は、体動時や叩打時に増強 ●NSAIDsが奏効	●オピオイドが奏効	●オピオイド・非オピオイド鎮痛薬が効きにくく、鎮痛補助薬を併用
主な原因	●骨転移・皮膚転移など	●実質臓器・管腔臓器の腫瘍	●脊椎転移による脊髄圧迫、肺がんによる腹腔神経叢障害、パンコースト型肺がんによる腕神経叢障害など

- 「痛みの範囲が皮膚神経分布（デルマトーム [→p59 図2]）に沿っているか」など、痛みの範囲についても尋ねる。
- 神経障害性疼痛や関連痛（→p11「COLUMN」）など、痛みの原因と異なる部位に痛みが発生する場合があることを念頭に置く。
- 体性痛は限局した痛みだが、内臓痛は局在性が不明確なのが特徴である。
- 最終的には、痛みの性質と部位（範囲）、画像診断などの情報を統合して痛みの原因を見きわめ、鎮痛薬を選択することになる（表1）。

2. 痛みの性質

- 痛みの性質は、痛みの原因を推測するのに役立つことが多い。
- 「電気が走るような」「ピリピリするような」「しびれるような」といった表現は、神経障害性疼痛に特徴的である。
- 「重苦しいような」「鈍い」痛みは、内臓痛であることが多い。
- 骨痛では「うずくような」痛みが多く、局所の叩打痛を認める。

3. 痛みの強さ

- ペインスケール（→p46）を用いて痛みの強さを評価する。
- 患者は、痛みを控えめに訴えることが多い。また、医療者は患者の痛みを過小評価しやすい。痛みを正しく評価するためには、ペインスケールで尋ねることが必要である。
- ペインスケールでうまく表現できない患者や、認知力が低下している患者の場合は、必ずしもペインスケールで評価しなくてもよい。痛みの有無だけでも答えてもらい、痛みがあればレスキューを使用し、その鎮痛効果や過量投与の目安（眠気・呼吸回数など）を参考

COMMENTS

「痛みの性質」のアセスメントの注意点

- 「しめつけられるような」痛みを、痛みとして認識していない患者もいるが、神経障害性疼痛である場合も多いため、見のがさないように注意する。

「医療者による過小評価」の危険性

- 医療者は、患者が痛みを訴えていても、あまり表情に現れていなかったり、動けていたりすると、過小評価しやすい傾向がある。
- 患者に「大丈夫」と言われると、痛みがないと勘違いしてしまうが、患者は多少痛みがあっても「大丈夫」と答えてしまうことが多いため、スケールで尋ねることが大切である。