

に評価する。

4. 痛みのパターン

- 痛みのパターンを知ることは、痛みの原因・要因を推測する際や、それまでの鎮痛薬の効果を評価する際の参考になる。
- 家族が帰ると痛みの訴えが多くなる、いつも夜間に痛みが強くなる、鎮痛薬（定期処方）の時間が近づくと痛くなるなど、痛みが増強・出現するきっかけを観察する。
- 神経障害性疼痛では、発作性の電撃痛（突然痛みが強くなったかと思うと数秒～数分で治まるような痛み）の場合もある。

5. 痛みを増強する因子・減弱する因子

1) 痛みを増強する因子（→p18）

- 痛みが増強する因子を把握することで、予防的な対応策を計画することができる。
- 主な増強因子としては、体動や食事（腹痛）などがある。
- 不安や家族との関係性など、トータルペインの観点からも増強する因子をとらえる。

2) 痛みを減弱する因子（→p21）

- 薬物療法以外には、温めると楽になる、横になると楽になるなど、患者個々で痛みが緩和する因子を把握し、看護ケアに積極的に取り入れる。

6. 今までの痛み治療の効果

- 今までの鎮痛薬の使用頻度や効果を把握する。
- 定期的に鎮痛薬を使用しても効果が得られていない場合には、すみやかに次の段階の鎮痛薬に変更（オピオイドでは増量）することを検討する。

7. 日常生活への影響

- 痛みによって生じる日常生活への影響（つまりQOLへの影響）は多大である（図1）。
- 個々の患者がどのような影響を受けているかを把握し、日常生活（QOL）の改善を目標として、疼痛マネジメントを図る。
- 特に、WHOのがん疼痛マネジメントの第一目標となっている「夜間の睡眠確保」は重要である。いつも夜間に痛みが出現する場合には、就寝前の予防的レスキューの使用や、就寝時の投与量を多くすることも検討する。

COMMENTS

痛みを増強する因子と予防的な対応（例）

体動によって痛みが増強



体位や体動の工夫



食事によって痛みが増強

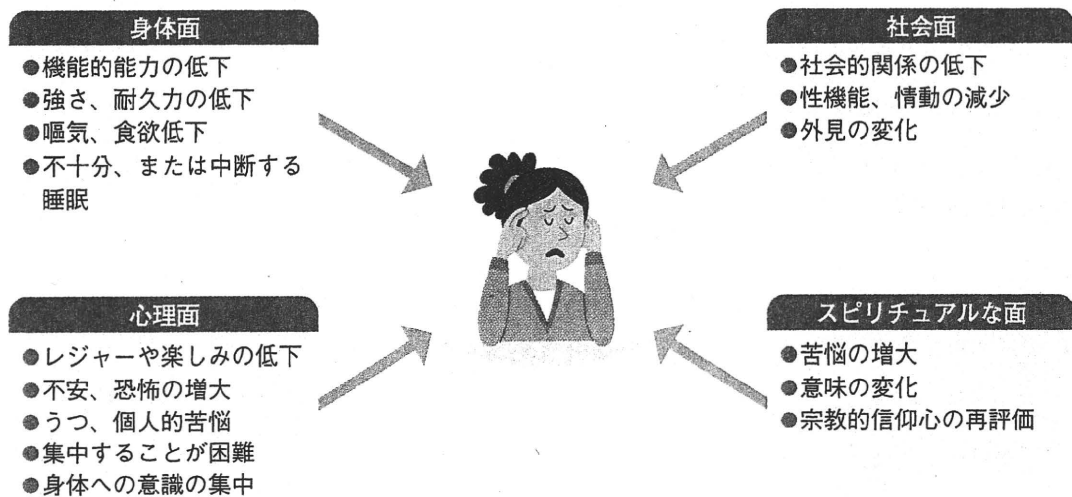


体動や食事前にレスキューを使用

WORDS

- QOL (quality of life) : 人生(生命)と生活の質
- WHO (World Health Organization) : 世界保健機関

図1 がん性疼痛がQOLに及ぼす影響



Ferrell BR, Rhiner M, Cohen MZ, et al. Pain as a metaphor for illness. Part I: Impact of cancer pain on family caregivers. *Oncol Nurs Forum* 1991; 18: 1303-1309より改変引用.

8. 患者の精神面・社会面・スピリチュアルな面

- 痛みは、身体的側面だけでなく、人間としてのあらゆる側面（精神面・社会面・スピリチュアルな側面）が、その人の痛みの感じ方に影響する。そのため、全人的苦痛（トータルペイン）としてとらえることが不可欠である（→p33）。
- 痛みの出現パターンを詳細に観察するとともに、現状の受け止め方や死に対する思い、家族関係など、患者の気がかりとなっていることを尋ね、患者の苦悩を理解し、スタッフで共有する。

継続アセスメントの内容

1. 痛みの強さ・1日の変化

- ペインフローシート（→p49 図3）を活用して、痛みの強さを経時的に記録し、1日の変化や痛みの出現パターンをアセスメントする。
- 特に、痛みが出現したときと、鎮痛薬の効果が最大になる時間を目安に評価すると、的確な評価が行える。
- 全人的苦痛の観点からも痛みの出現パターンを詳細にアセスメントしていく。

2. 痛みの部位・性質

- 複数の痛みが混在している患者も多いため、そのつど、痛みの部

COMMENTS

「痛みの出現パターン」の活かし方

- 次の鎮痛薬の服用時間が近づくと痛む場合：オピオイド基本処方量不足の可能性があるので、増量を検討する。
- いつも夜間に痛みが強くなる場合：痛みが現れる時間を把握し、その時間に併せて効果が出るように、オピオイド服用時間を変更したり、夜間の投与量のみ多くしたりする。

位を確認する。

- 病気の経過とともに、痛みの部位や性質が広がったり変化する場合がありますため、定期的に再アセスメントする。

3. 副作用 (→p159)

- オピオイド鎮痛薬の過量の目安は、眠気と呼吸抑制、縮瞳である。
- 強い眠気、呼吸抑制、縮瞳が見られる場合は、オピオイドが過量と考へ、減量を検討する。その際、急激に減量しないよう注意する。
- 痛みが取れていなくても、オピオイドが効きにくい種類の痛み（神経障害性疼痛など）では、オピオイド過量となることがある。

4. 日常生活への影響

- どの程度、日常生活が改善されたかを、患者とともに評価する。
- 患者の期待する目標まで疼痛緩和を図るよう努める。ただし、骨痛などでは体動時痛を完全に取りきるのは難しい場合もある。患者に現実を理解してもらい、折り合いをつけられるように目標を再設定することも求められる。

5. 精神面・社会面・スピリチュアルな面

- くり返し、全人的苦痛の観点から痛みに影響する因子をとらえ、痛みの出現パターンなどを丹念に観察する。
 - ・精神面：不安など、精神的な要因によって痛みが強く感じられることがある。痛みが出現したきっかけと、不安の徴候との関連などをアセスメントする。
 - ・社会面：家族がいないときに痛みが強くなる場合や、看護師がそばについていると痛みが治まってくる場合には、寂しさや孤独感が関連していることが多い。逆に、家族がいるときに痛みの訴えが強くなる場合には、家族との関係性の希薄さなどが関連していることがある。
 - ・スピリチュアルな面：ADL低下による自律性の低下や、生きる意味の喪失など、スピリチュアルペインが強い場合には、すぐに痛みを取りきることが難しい場合が多く、苦悩を明らかにすることが必要である。
- 患者の苦悩となっている部分をていねいにアセスメントし、重点的なアプローチを検討する。

（高橋美賀子）

文献

1. Ferrell BR, Rhiner M, Cohen MZ, et al. Pain as a metaphor for illness. Part I: Impact of cancer pain on family caregivers. *Oncol Nurs Forum* 1991; 18: 1303-1309.

COMMENTS

定期的再アセスメントの タイミング（例）

- 聖路加国際病院緩和ケア科では、痛みがなくても、入院中は1週間ごと、外来では2週間ごとに、定期的にアセスメントを実施している。

2

がん性疼痛のアセスメント

WORDS

- ADL (activities of daily living)：日常生活動作

痛みのアセスメントとは③

アセスメントツール使用の原則

Points

- 主観的な痛みをアセスメントし、その後の治療・ケアに活かすためには、客観性を高めるアセスメントツールの使用が有効である。
- アセスメントツールとしてよく使用されるのは、ペインスケール (VAS、NRS、VRS、フェイススケール)、初期アセスメントシート、ペインフローシートなどである。
- 1人の患者に対して同時に複数のペインスケールを併用してはならないこと、初期アセスメントシートを記入しただけで終わらせないこと、複数の部位に痛みがある場合には、各部位の痛みをアセスメントすることが必要となる。

アセスメントツールとは

- アセスメントツールは、痛みのアセスメントを、より客観的・効率的に行う手段である。加えて、患者と家族や医療者が、痛みの情報を共有する手段にもなる。
- アセスメントツールには、ペインスケールや、初期アセスメントシート、ペインフローシートなどが含まれる。
- アセスメントツールを用いると、痛みが有意に早く緩和するといわれている¹⁾。

1. ペインスケールの特徴と使用原則 (図1)

- ペインスケールは、痛みを数値化することで、主観的な痛みにある程度の客観性を与えるツールである。
- 痛みの評価は、患者-医療者間、あるいは患者-家族間で大きな差がある^{2,4)}。また、患者が「大丈夫です」と答えるような場合でも、痛みがゼロではないことが多いため、患者自身にスケールを用いて表現してもらうことが必要となる。
- ただし、痛みはあくまでも主観的なものであり、さまざまな因子の影響を受けてしまうため、ペインスケールには限界があることを認識しておく必要がある。
- ペインスケールには、VAS (視覚的アナログスケール [→p50])、NRS (数字評価スケール [→p52])、VRS (語句評価スケールまたは簡易表現スケール)、フェイススケール (→p56) などがある。
- VAS、NRS、VRSには、いずれも妥当性・信頼性があり、どれを

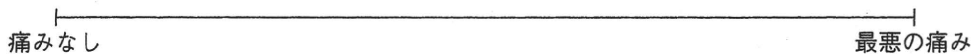
COMMENTS

その他のアセスメントツール

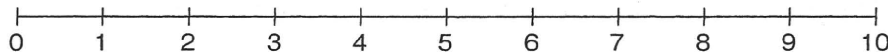
- McGill pain questionnaire (マクギル疼痛質問票)：痛みの性質を尋ねるアセスメントツール (→p60)
- BPI (brief pain inventory：簡便疼痛質問票)：過去24時間の痛みの強さや治療効果、日常生活への支障などをスケールで評価するツール (→p62)

図1 代表的なペインスケール

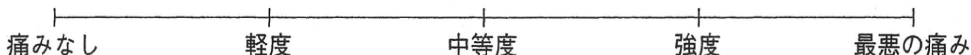
●VAS(10cm) visual analogue scale →p50



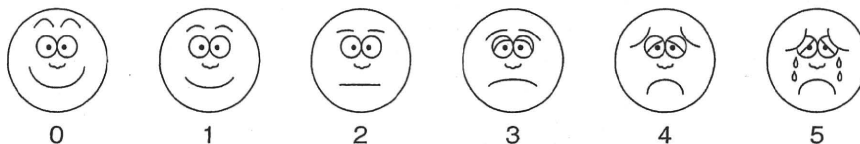
●0-10(NRS)スケール numeric rating scale →p52



●簡易表現スケール categorical scale



●Wong-Baker face scale →p56



*ペインスケールは患者自身に答えてもらうものである。フェイススケールであっても、他者が勝手にあてはめてはいけない。

使用してもよい。ただし、ペインスケール同士の互換性はなく、他のスケールを用いて評価した場合には比較することはできないため、1人の患者には決まったスケールを用いて評価する。

- フェイススケールを成人に対して用いた場合の信頼性は、確立されていない。

2. 初期アセスメントシートの特徴と使用の原則 (図2)

- 初期アセスメントシートを用いると、患者の痛みの情報を系統的に把握でき、患者・家族-医療者間で、痛みに関するその時点での情報を共有できる。
- 初期アセスメントシートは、はじめて痛みを訴えたとき、痛みのマネジメントを開始するとき、新たな痛みが出現したときなどに使用する。
- ボディチャート(身体図)を用いて、患者と一緒に痛みの部位を確認し、部位それぞれについて性質や強さを確認する。
- 初期アセスメントシートに記入しただけではアセスメントにはならない。部位や性質、その他の特徴などから総合的にアセスメントする(→p42表1)。

WORDS

- VAS (visual analog scale) : 視覚的アナログスケール
- NRS (numeric rating scale) : 数字スケール
- VRS (verbal rating scale) : 言語的表現スケール

図2 初期アセスメントシートの例

St. Luke's International Hospital
Pain Assessment Sheet

記入日〇〇年〇〇月〇〇日
病室番号 831 患者名 〇山〇彦 年齢 64
病名 前立腺がん 告知の状況 すべて知っている ▶ Check !
転移 骨
●病状をどの程度理解しているかによって、痛みの意味や、全人的苦痛への影響が異なってくる。

痛みの部位(→図に示す) 痛みの強さ 7 / 10
痛みの性質
(患者の表現、痛みのパターン、持続的な痛みか、間欠的な痛みか、など)
持続的に重い感じ、座ると痛みがひどくなる

痛みの増強因子(どんなときに強くなるか)
座ったり冷えたりするとひどくなる

痛みの緩和因子(どうすると楽になるか)
マッサージや温めることでよくなる

除痛対策
(使用中の鎮痛薬、効かなかった薬剤を含む)
ポルタレンSRを使用中(アセトアミノフェンは効果なし)

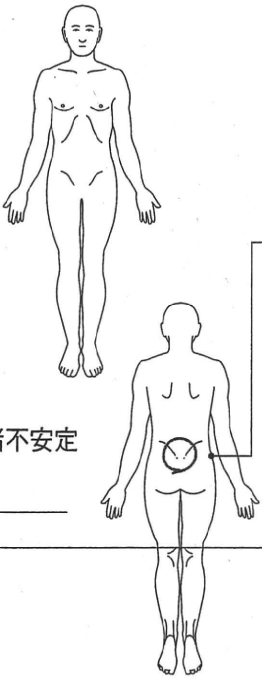
鎮痛剤による副作用の有無
なし

痛みによる行動制限
特になし
あり→活動の制約・不眠・食欲増進・情緒不安定
集中力の低下・社会的関係の変化
その他

これまでにあった痛みの経験
30代で骨折

除痛に関する患者の希望(患者の表現で)
トイレまで歩いて行きたい

担当看護師署名 _____



▶ Check !

●痛みが複数の部位に出現している場合は、すべての部位を記録すること。

▶ Check !

●過去の体験と比較して今の痛みをどうとらえているかを把握する。強い痛みを経験している場合、そのレベルに達していないと我慢してしまうことがある。

聖路加国際病院看護部緩和ケア検討会編：がん疼痛マネジメントマニュアル。医学書院，東京，1999：8より改変引用。

3. ペインフローシートの特徴と使用の原則 (図3)

- ペインフローシートでは、時系列で痛みの強さを記入する。経時的な痛みの変化を見ることができ、鎮痛薬の効果の評価、副作用、痛みの増強因子などを把握しやすくなる。
- 患者のベッドサイドにペインフローシートを置いて共有すると、患者にとっても痛みの経過を振り返るツールとなり、痛みのマネジメントの評価を医療者とともに客観的に行うことができる。
- ペインフローシートは、痛みが出現したとき、鎮痛薬を使用したとき、鎮痛薬の効果が最大になる時間を目安に記入すると、評価しやすい。
- 痛みの部位が複数箇所になる場合には、それぞれの部位について

日常的ケアとして実施できるもの①

罨法

Points

- 薬物以外の疼痛緩和技術は以前からよく知られており、日常の臨床現場でも自然と看護師が行っているものが多い。残念ながらエビデンスレベルの高い疼痛緩和技術はほとんどないのが現状であるが、臨床ではそれなりに効果を実感するものもある。
- 患者個々が心地よいと思えるケアを提供することが、結果的に痛みに苦しむ患者の疼痛ケアにつながる。
- 罨法（温罨法／冷罨法）は、明確なエビデンスこそないものの、簡便に実施でき、痛みの訴えが少なくなることが経験的に知られている。

温罨法（加温）

- 温罨法は、ホットパックや蒸しタオル、温熱毛布などで温めて症状を緩和する方法である。
- 温罨法（加温）の生理学的メカニズムは、加温により皮膚の血行改善、血管拡張、組織の酸素および栄養の供給を促進させ、筋肉の弾力性を増すことにより、関節の硬縮を軽減させることとされている（図1）¹。

1. 温罨法のエビデンス

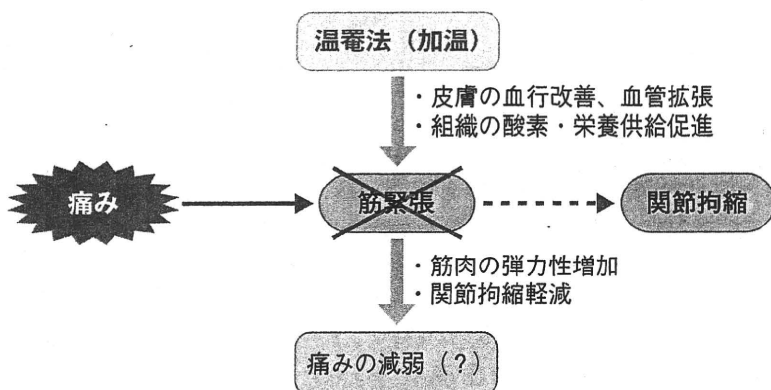
- 非常に簡便であり、臨床では日常的によく実施されているが、がん患者を対象とした臨床研究はごくわずかで、エビデンスレベルはいまだ低い。
- 非がん腰痛患者を対象とした3つの比較試験においては、温熱ラップや温かいブランケットで腰痛が短期間改善しており、中等度のエビデンスがあるとされている。しかし、対象数が少なく、さらに質の高い無作為化比較試験が必要であるとされている²。
- 現時点では、がん疼痛緩和において質の高いエビデンスがあるとはいいがたいが、臨床ではホットパックや蒸しタオルの使用によって痛みが改善したり、痛みの訴えが少なくなること、よく経験する。これは、温もりによるリラクセーション効果などが二次的に作用しているのかもしれない。

COMMENTS

さまざまな「加温」法

- 湯たんぽ、カイロ、温湿布などを用いたり、足浴を行ったりする場合もある。
- 可能であれば、入浴を勧めてみてもよい。入浴は、全身の緊張を和らげ、リラックス効果をもたらす。

図1 温電法（加温）



2. 「加温」実施のポイント

- 皮膚トラブルや出血、炎症がある場合や、フェンタニルパッチの貼付部位を避け（40℃以上で吸収量が高まるため）、個々の患者で心地よいと思えるようなら、積極的に使用してよいだろう。
- 病棟の保温庫にホットパックなどを常備しておく、鎮痛薬を投与してから効果が現れるまでの間などに、簡便に使用できる。
- 低温熱傷には、十分な注意が必要である。感覚が低下している部位は避け、必ずタオルや布で包んで使用する。

COMMENTS

温電法が有効な場面：
便秘への対応

- 腹部・腰部の温電法を行うと、オピオイドの副作用である便秘を軽減できる場合もある。

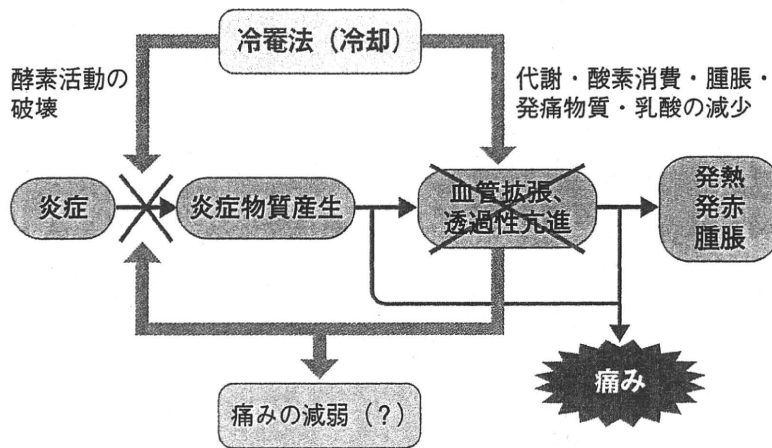
冷電法（冷却）

- 冷電法は、コールドパックやアイス枕などで冷やすことで症状を緩和する方法である。
- 冷電法の痛みを減少させる生理学的メカニズムは、血管を収縮させることで透過性を変化させ、代謝・酸素消費・腫脹・発痛物質や乳酸を減少させることや、炎症に対しては酵素活動の破壊によって効果をもたらすと考えられている（図2）^{3, 4}。

1. 冷電法のエビデンス

- 軟部組織の急性外傷患者では、痛みや筋肉の攣縮・浮腫を軽減したことが報告されている。また、別の研究でもコールドパッドが頭痛に対して、標準的な薬物療法よりも有意に効果があったとする報告があるため、がん患者でも頭痛や軟部組織の損傷のある患者では補助手段として適応となり得るともいわれている¹。
- 冷電法に関しても、いまだ小規模の研究しかなく、エビデンスレベルが高いとはいえない。

図2 冷罨法（冷却）



2. 「冷却」実施のポイント

- 血行障害がある場合を除き、患者が心地よいと思える場合には、積極的に実施してよいだろう。
- 強い炎症や腫脹・熱感がある場合、頭痛、灼熱痛（灼けるような痛み）などでは、冷罨法が効果的だと思われる。

（高橋美賀子）

文献

1. Gatlin CG, Schulmeister L. When medication is not enough, nonpharmacologic management of pain. *Clin J Oncol Nurs* 2007 ; 11 : 699-704.
2. French SD, Cameron M, Walker BF, et al. A Cochrane review of superficial heat or cold for low back pain. *Spine* 2006 ; 31 : 998-1006.
3. Puntillo K, Tesler MD. Pain. Carrieri-Kohlman V, et.al ed, *Pathophysiological phenomena in nursing 2nd ed.*, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1993 : 324-325.
4. Spross J, Burke MW. Nonpharmacological management of cancer pain, McGuire DB, et al ed, *Cancer Pain Management*, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, 1995 : 159-205.

COMMENTS

冷罨法が有効な場面：
5-FU投与時の口内炎対策（局所冷罨法）

- 5-FU（フルオロウラシル）の投与10分前から30分程度、氷片を口に含んで口腔内を冷却する方法をクライオセラピー（局所冷罨法）という。
- クライオセラピーを実施すると、5-FUによる口内炎の発生率が低下するとされている。

日常的ケアとして実施できるもの②

マッサージ

Points

- マッサージは、痛みの閾値を上げ、筋緊張の緩和・血行やリンパの流れを改善するだけでなく、リラクゼーション効果や免疫系への作用も併せもつ。
- 日常的に取り入れやすいケアであり、リスクも少ないが、リンパ節転移・リンパ節切除、下肢の血栓症・塞栓症がある場合には、患側へのマッサージは避ける必要がある。
- マッサージは、患者とのスキンシップやコミュニケーションの手段ともなるため、鎮痛薬投与後、効果が現れるまでの間に実施すると効果的なことが多い。

マッサージとは

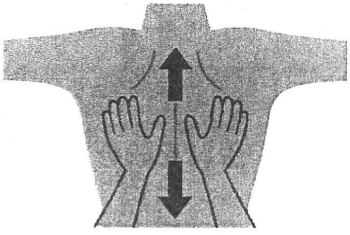
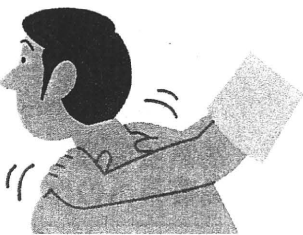
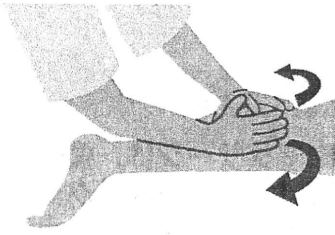


- マッサージとは、軟部組織に対して、手指でさする、揉む、圧迫するなどの刺激を与えることである。
- マッサージと類似する療法には、指圧、リフレクソロジー、ヒーリングタッチなどがあるが、考え方や手技が大きく異なる（表1）。
- マッサージの種類は多様である。詳細は他書に譲るが、西洋式マッサージは筋肉や組織をリラックスさせることを重要視しており、

表1 マッサージと類似する療法の特徴

種類	特徴
マッサージ	<p>東洋式マッサージ 身体のエネルギの回復を強調。タイマッサージ、バリニーズマッサージなどがある。</p> <p>西洋式マッサージ 筋肉や組織をリラックスさせることの重要性を強調。スウェーデン式マッサージが代表的である。</p>
指圧療法	「気」の概念を基礎として疾病の治療および予防を目的とする。主に指を用いて体表面の一点を垂直に圧することで、自然治癒力のはたらきを促進させる。
リフレクソロジー	反射療法と呼ばれる。足の裏を全身の地図のようにとらえ、足の特定の部位を押すことが、押した部位に対応する身体各部（臓器や器管）の症状の改善に役立つと考えられている。施術者は、足の裏の反射点に、手指を使って圧力を加えていく。
ヒーリングタッチ	セラピューティックタッチが発展したものとされる。セラピストの手から送られる気（エネルギー）によって人間のエネルギーシステムの清浄とバランス回復を図ることで疼痛や不安の軽減に役立つとされている。施術者は患者の身体に軽く触る程度、もしくは体表から5～15cm離れたところから意図的な手の動きで気のバランスを図る。

荒川唱子編：看護に活かす代替補完療法とその効果、EB Nursing 2004；4（3）：259-328。
Cassileth BR著、浅田仁子、長谷川淳史訳：代替医療ハンドブック、春秋社、東京、2000：294-459。をもとに作成。

表2 スウェーデン式マッサージの手技

軽擦法	揉捏法	強擦法
		
<p>手全体もしくは親指を大きく滑らせる方法</p>	<p>こねたり押したりする方法</p>	<p>最もよく知られているテクニックで、親指の腹または残り4本の指先に力を込めて円を描くように動かす方法</p>
振せん法	叩打法	
		
<p>細かく早く揺さぶる方法</p>	<p>両手を交互に素早く動かして、叩きつける方法</p>	

Cassileth BR著, 浅田仁子, 長谷川淳史訳:
代替医療ガイドブック. 春秋社, 東京, 2000:
294-459. をもとに作成.

東洋式マッサージは身体のエネルギーの回復を強調しているのが特徴である¹。

- 代表的なマッサージの手技を表2に示す。本項では、痛みの緩和につながるマッサージを中心とし、リンパマッサージとは区別して述べる。

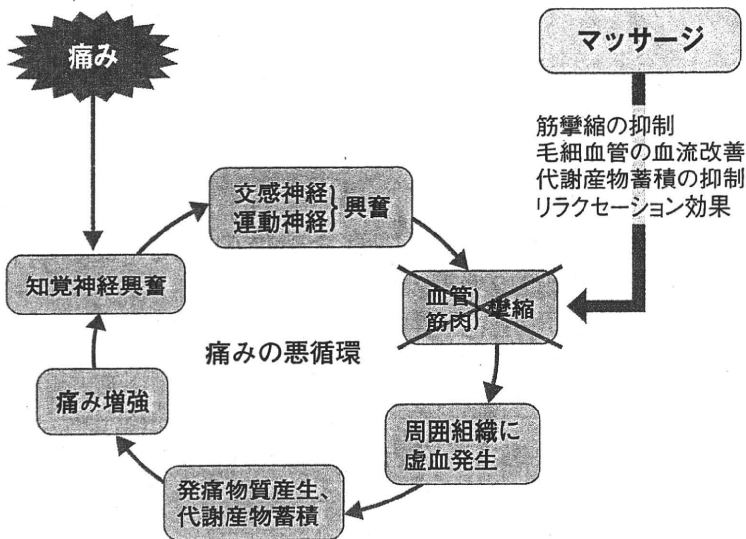
2. マッサージのエビデンス

- マッサージには、痛みの閾値の上昇、関節可動域の改善、筋肉の緊張緩和、血行やリンパドレナージの改善などの効果や、リラクゼーション効果があるとされている^{2,3}。また、リンパ球やNK細胞の産生増加、ドーパミンレベル上昇の効果があるともいわれている⁴。
- 複数の無作為化比較試験(RCT)では、10~50分間のマッサージにより、直後の痛みのスコアが有意に下がったとする報告がある^{5,7}。ただし、マッサージの方法や施行者(セラピストまたはナース)が統一されていないため、強いエビデンスとまではいえないが、短時間の有効性が示唆されている。

WORDS

- NK細胞：リンパ球の一種であるナチュラルキラー(natural killer)細胞のこと。強い細胞傷害能をもつ。
- リンパ球：白血球の25%を占め、B細胞、T細胞、NK細胞に大別できる。免疫系にはたらく主要因子である。
- RCT (randomized controlled trial)：無作為化比較試験、ランダム化比較試験

図1 マッサージ



3. マッサージ実施時の注意点

- マッサージによるリスクは少ないが、リンパ節切除を行った患者、リンパ節転移のある患者、下肢に血栓症や塞栓症のある患者では、患側へのマッサージは行うべきではない²。
- 骨転移のある患者や出血傾向のある患者では強い圧迫や叩打はさけるべきであり、病態に十分注意して行う必要がある。
- マッサージは、日常的に提供できるケアである。特に、鎮痛薬の効果が出るまでの間に実施するなど、短時間であっても効果が得られれば、疼痛緩和に役立つと思われる。
- なにより、マッサージをとおして患者とのスキンシップやコミュニケーションを図ることができるという二次的効果があると考えられる。
(高橋美賀子)

文献

1. Cassileth BR著, 浅田仁子, 長谷川淳史訳: 代替医療ガイドブック. 春秋社, 東京, 2000: 294-459.
2. Gatlin CG, Schulmeister L. When medication is not enough: nonpharmacologic management of pain. *Clin J Oncol Nurs* 2007; 11: 699-704.
3. Cassileth BR, Vickers AJ. Massage therapy for symptom control: Outcome study at a major cancer center. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28: 244-249.
4. Calenda, E. Massage therapy for cancer pain. *Curr Pain and Headache Rep* 2006; 10: 270-274.
5. Wilkie DJ, Kampbell J, Cutshall S, et al. Effects of massage on pain intensity, analgesics and quality of life in patients with cancer pain: a pilot study of a randomized clinical trial conducted with in hospice care delivery. *Hosp J* 2000; 15 (3): 31-53.
6. Soden K, Vincent K, Craske S, et al. A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. *Palliat Med* 2004; 18 (2): 87-92.
7. Post-White J, Kinney ME, Savik K, et al. Therapeutic massage and healing touch improve symptoms in cancer. *Integr Cancer Ther* 2003; 2 (4): 332-334.

COMMENTS

マッサージをケアに取り入れるコツ

- ① 痛みを正確にアセスメントする
 - 神経障害性疼痛の場合、触れるだけで痛みを増強させてしまうこともあるため注意する。
- ② マッサージを行う部位を考慮する
 - 痛みがある部位だけでなく、リラクゼーション目的で、肩・背部・手・足などに行うこともある。
 - 患者が「心地よい」と感じる刺激の程度を確認しながら実施する。
- ③ 統一した方法で援助する
 - マッサージの目的を、患者・家族・スタッフ間で共有する。
 - 定期的に行う場合は、かかわるナースによって差が出ないように、実施方法や実施時間・実施のタイミングは、ある程度統一しておく。

日常的ケアとして実施できるもの③ ポジショニング（体位調整）

Points

- 体位調整は、日常的に行う看護技術の1つであるが、「安楽な体位の保持＝疼痛緩和方法の一手段」であることを認識してケアを行う必要がある。
- 痛みをもつ患者の体位変換を行う際は、その患者の好む（痛みの少ない）体位を把握し、予防的レスキューなどを効果的に用いることが重要である。
- 体位調整は、コミュニケーションの一手段でもあることを認識し、ADL低下に伴う精神的な落ち込みやコントロール感覚の喪失などにも配慮する。

ポジショニング（体位調整）の重要性

- 体位調整は、褥瘡予防の目的だけでなく、安楽を保ち、循環や知覚・筋肉・認知を刺激するために行われる¹。
- 体位調整は、2時間ごとに必要とされているが¹、健康人でも同一体位を90分以上持続すると痛みを訴える人が増えるともいわれる²。臥床痛など新たな痛みが出現すると考えられるため、個々の患者の訴えに応じて、適宜、体位の調整を行っていく。
- 体位調整を行う際には、ボディメカニクスを用いることが基本である。ボディメカニクスを用いたスムーズな体位調整は、看護者だけでなく、患者にとっても安楽である。

痛みをもつ患者に対する体位変換のコツ

- 痛み（特に骨痛）をもつ患者は、体動で痛みが悪化するため、身体を動かすことを恐れ、体位調整をしたがらないことがある。このような場合、複数のスタッフで愛護的に身体を動かしたり、適宜レスキューも使用するなど、疼痛マネジメントを図りながら計画的に体位調整を行っていく。
- 痛みのある患者の体位調整時には、個々の患者が好む体位を把握しておく。また、患者に、痛みがある部位を把握していること、それに配慮しながら行うことなどを事前に伝えてから実施すると、恐怖感が少なくすむ（図1）。
- ベッド上の生活を強いられている患者の場合、視野が変わるだけでも気分転換となり、痛みの閾値の上昇につながると考えられる。

WORDS

- ボディメカニクス：力学的原理を用いた体位変換技術のこと。患者にとって安楽で、看護者の負担（腰痛など）が軽減されるのが特徴。

COMMENTS

患者の好む体位（例）

- 腹痛のある患者の場合：座位や前屈位で痛みが軽減することがある。
- 脊椎転移のある患者の場合：脊椎がねじれないよう、水平のまま体位変換をするとよい。

図1 ポジショニングの進め方

患者状態の把握

Check!

患者のコントロール感覚を傷つけないよう配慮する。

- 痛みの原因・場所をよく知る。
- 患者から、痛みが緩和される体位・痛みを増強させない体位を覚えてもらう（できれば複数の体位を覚えてもらうとよい）。



定期的に体位調整を実施

Check!

コミュニケーションの一手段でもあるため、こまめにベッドサイドを訪れ、微調整を行う。

- 予防的レスキューを効果的に用いる。
- 痛みが緩和される体位・痛みを増強させない体位を保てるように、クッション・枕・バスタオル・スポンジなどを用いて体位を調整する。
- 看護師は、ボディメカニクスを利用し、統一した手技で体位変換を実施するよう心がける。

そのため、窓から景色が見えるように調整したり、体位が変わってもテレビが見えるようにするなど、小さなことにも配慮する。

- 体位調整が必要な患者は、ADLが低下し、精神的に落ち込んだり、コントロール感を喪失していたりする状況である。体位調整を行いながら、さまざまな話題で会話をもつことも、患者とのコミュニケーションのきっかけになり、気分転換につながる。

（高橋美賀子）

文献

1. Gatlin CG, Schulmeister L. When medication is not enough : nonpharmacologic management of pain. *Clin J Oncol Nurs* 2007 ; 11 : 699-704.
2. 工藤恭子, 南沢汎美 : 仰臥位保持による心身の自覚的訴え. *日本看護研究学会誌*1987 ; 10 (3) : 16-23.

COMMENTS

話題選びのコツ

- お孫さんのこと、仕事のこと、出身地のことなど、患者の状況に合わせて話題を選ぶとよい。

日常的ケアとして実施できるもの④

気分転換法

Points

- 気分転換は、意図的に身体（痛み）から意識をそらすことで、痛みを緩和させるケアである。
- 会話、音楽、テレビ鑑賞、散歩など、身近に取り入れられる方法も多いことから、積極的に取り入れる。
- 特に散歩は、患者・家族・医療者のコミュニケーション手段ともなるため、うつ状態でない限りは積極的に取り入れていくとよい。

気分転換法とは

- 気分転換法は、感覚遮断の1つの方法である。痛み以外（聴覚、視覚、触覚など）に意識を集中させることにより、痛みの感覚から自己を遮断させる方法である。
- 病室のベッドで寝ている患者は、無機質な天井や壁しか見えず、自然と意識が身体のこと集中してしまう。そのため、ユーモア（ユーモアを含んだコミュニケーション）をはじめとする、意図的に痛みから意識をそらすケアが有効であることが報告されている¹。
- 痛みの閾値を上げる因子（→p21）のなかにも、気分転換に分類されるものが多く含まれており、看護ケアによって直接的に痛みを緩和することが可能となる重要なケアの1つである（表1）。

気分転換法を取り入れるコツ

- 構造化された気分転換法としては、音楽やユーモアがあるが、日常的に簡単に行えるものとして、テレビ鑑賞、会話、散歩なども含まれる（表2）。
- 病室でも、患者の趣味を考慮して、可能な限り気分転換が行えるように調整したり、ティータイムを作ったり、病気以外の話ができる時間を作ったりするなど、身近に行えるケアは多い。
- 散歩は、最も日常的な気分転換法の1つである。うつ状態でない限りは、車椅子やベッドのままでも散歩にでかけ、外の空気を吸ったり、景色を眺めたりすることを、患者や家族に積極的に勧めるとよい。患者の気分転換になるだけでなく、患者と家族あるいはスタ

COMMENTS

気分転換活動の実際

- 痛みのあるがん患者の多くは、痛みを紛らわせるために自然と気分転換を行っている。
- 気分転換の方法としては、音楽、気に入ったテレビやビデオの視聴、家族と過ごすなどが好んで行われている²。

表1 痛みの閾値を上げるケア

日常性の維持	<ul style="list-style-type: none"> ●患者を「病気をもつ患者」ではなく「1人の人間」として尊重する。 ●非日常である病院での生活を、できるだけ日常生活に近づける工夫をする（例：処置がない日は私服を着る、家庭での愛用品や趣味の物品を病室に持ち込む、など）。 ●点滴などによる不必要な拘束を避ける。
そばに居ること (presence)	<ul style="list-style-type: none"> ●看護師が、患者に関心を寄せていることを知らせる（例：頻繁に声をかける、患者のつらさに理解を示す、など） ●個人だけでなく、チームで共通したかわりをもつ。
リラクゼーション	<ul style="list-style-type: none"> ●深呼吸法 ●漸進的筋弛緩法 ●顎の力を抜く方法 ●イメージ法（平和で穏やかな過去のことを想起する）
気分転換法	(表2を参照)
音楽療法	(p260を参照)

高橋美賀子, 梅田恵: 痛みの閾値を上げるケア. 高橋美賀子, 梅田恵, 熊谷靖代編著, がん患者のペインマネジメント新版, 日本看護協会出版会, 東京, 2007: 70-74をもとに作成.

表2 気分転換法の例

- 人々や自然とふれあう（外出、外泊、散歩など）
- 趣味の活用（絵画・写真を飾る、読書など）
- 音楽療法
- テレビ・ビデオ鑑賞
- リハビリテーション
- 作業療法
- ユーモア、笑い
- 点滴による束縛を一時的に解除する

淀川キリスト教病院ホスピス編: 緩和ケアマニュアル第5版. 最新医学社, 大阪, 2007: 85を参考に作成.

ツフとのコミュニケーションの場にもなる。

（高橋美賀子）

文献

1. Christie W, Moore C. The impact of humor on patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs* 2005 ; 9 : 211-8.
2. Rhiner M, Ferrell BR, Ferrell BA, et al. A structured nondrug intervention program for cancer pain. *Cancer Pract* 1993 ; 1 (2) : 137-143.

5. がん性疼痛の評価と対応

Q17

痛みの訴えがはっきりとせず 評価が困難な時、どうすれば 良いのでしょうか？

A17

意識障害があっても、可能な限り痛みの有無の確認、レスキュー使用後の苦痛表情の変化をみます。意識障害がない場合には、系統的にアセスメントしたうえで、不安など痛みを増強させる因子も確認します。プラセボの使用は避けるべきです。



エビデンスレベルII

回答者

高橋美賀子

- 痛みの訴えがはっきりせず評価が困難なケースには、大きく分けて意識障害がある場合と、意識障害はないが訴えがはっきりしない場合があります。

1. 意識障害がある場合

- 意識障害があっても意思疎通が何とか可能である場合には、フェーススケールを用いるか、あるいは「痛みの有無」だけでも確認します。意識障害があると鎮痛薬の使用を控えてしまう傾向がありますが¹⁾、痛みがあれば、適切に鎮痛薬を使用する必要があります。
- 意思疎通がうまく図れなくても苦痛の徴候（表1）を示す場合には、レスキューを使用した後の表情や行動の変化、眠気の種類、呼吸回数を観察します。苦痛表情が取ればレスキューの効果があったと考えます。眠気や呼吸抑制が強くなければ、呼吸状態の観察を行いながら積極的にレスキューを使用していきます。

2. 意識障害がない場合

- 意識障害はないが、訴えがはっきりしないという場面は、「全身が痛いと表現する場合」、「その時々で痛みの部位が変わる場合」、「激痛を訴えたかと思うとすぐに治まってしまう場合」、「痛みの訴えに一貫性がなく、はっきりしない場合」などがあります。基本は、まず身体的痛みを系統的にアセスメントすることです。
- 「全身が痛いと表現する場合」や「その時々で痛みの部位が変わる場合」には、まず最も痛い部位を尋ねます。そして、順次痛い部位を一箇所ずつ確認していきます。複数の部位が痛くても、全身くまなく痛いということはまずないので、このような聞き方をすると明確になることがあります。
- 「激痛を訴えたかと思うとすぐに治まってしまう場合」には、神経障害性疼痛の発作性の電撃痛である可能性が

考えられます。神経障害性疼痛では、神経が損傷されたために電気がショートしたような状態になり、急激に痛みが起こったかと思うと数秒～数分で治まることがあります。この場合、「電気が走るような」「ビリビリするような」といった特徴的な痛みの性質を確認することで、ある程度判断ができます。

- 「痛みの訴えに一貫性がなく、はっきりしない場合」として、精神的な要素が強く影響している場合があります。このようなケースでは、痛みの系統的なアセスメントを行ったうえで、痛みを訴えるパターンを詳細に観察します。家族がいる時、あるいはいない時に限って痛みを強く訴える、痛みを強く訴えている時でも誰かがそばについていると治まる、気持ちをそらすと痛みの訴えがなくなるといったパターンがあります。また、痛みを増強させる因子として、不安や気がかりなこと、抑うつ気分などについても本人に尋ねて確認します。
- スケールのみで評価が難しい場合には、睡眠やADLがどの程度改善したかといった客観的評価を併せて行うことも必要です。患者さんが痛みの改善を自己評価し満足することが最も大切ですが、以前の状態と比べての客観的評価を伝えると、患者さんが改善の程度に気づくこともあります。

3. プラセボ（偽薬）について

- 医療者が、患者さんの訴える痛みが精神的な因子によると判断した場合に、鎮痛薬の代わりに乳糖や生理食塩水がプラセボとして使用されることが、残念ながら未だにあるかもしれません。そしてプラセボの効果があつた場合には、身体的痛みではなく、精神的因子が大きいと判断されるでしょう。
- しかし、プラセボの効果は30～55%の人で認められるとされており²⁾、プラセボの効果があつたからといって

精神的因子が大きいとは判断できません。

- プラセボ効果の機序は明らかになっていませんが、体内のモルヒネ様物質が関与している可能性や、鎮痛薬に対する期待感、医療者への信頼感が関係している可能性が示唆されています³⁾。初めは効果があるかもしれませんが、繰り返し使用した場合には、医療者が痛みを疑ってい

ることが自然と患者さんに伝わるため、次第に効果が乏しくなるはずですが。

- さらに鎮痛薬のプラセボは、患者さんを騙すことを意図しており、倫理的にも非常に問題があります。疼痛緩和において、プラセボを使用することは絶対に避けるべきです²⁾。

表 1 アルツハイマー患者における不快の非言語的表現

騒々しい呼吸	呼吸または吸気における好ましくない音や雑音；呼吸が努力様または荒い；呼吸が大きな音で、耳障りな、あえぐような呼吸；速い呼吸の一時的な出現、または過換気
好ましくない声	好ましくない、または受け入れがたい質の音や声；咽頭の定期的なゴロゴロとなる音；明らかに不快な音；会話よりも速いまたは延々と続くうなり声やうめき声；痛みを表現する悲しげなトーンと同じ言葉の繰返し
悲しげな表情	困ったような表情；痛そうな、心配そうな、心細いような表情、苦悩した様子；沈んだ様子；涙を流す；泣く
怯えた表情	怖がる、心配そうな顔つき；困った、怖がった、当惑した様子；目を見開いて懇願した表情で驚いた様子
顔をしかめる	緊張した顔つき；険しいまたは睨む顔つき；眉をひそめ、眉間にしわをよせた不快な表情；口角を下げた（口をへの字にした）表情
緊張した非言語的表現	四肢の緊張；こぶしを握る、または膝を硬く引き上げる；緊張した様子と硬直した姿勢
そわそわする	落ち着かないいらいらした動き；もじもじした、またはいらだったそぶり；傷つく場所から逃げ出そうとする様子；力にあふれた接触、身体の一部を強く引っ張る、またはこする

(文献3より引用、筆者訳)

ワンポイントアドバイス

意識障害があっても、痛みがあれば躊躇せず鎮痛薬を使用しましょう。意識障害がない場合には、まず系統的な痛みのアセスメントを行って身体的な痛みを整理したうえで、精神面の問題についても尋ねて確認しましょう。

参考文献

- 1) Mezinskis PM, Keller AW, Luggen AS : Assessment of pain in the cognitively impaired adult in team care. Geriatric Nursing 25 : 107-112, 2004
- 2) Wickham R : Developing an Institutional Placebo Policy. Clinical Journal of Oncology Nursing 6 (3) : 178-180, 2002
- 3) Marie BS ed : "Core Curriculum for pain management nursing, American Society of Pain Management Nurses" Saunders, pp417-426, 2002



Q98

外来での緩和ケアは、どのようなことができますか？

A98

外来ではできる限り在宅療養が継続できるように、患者・家族のセルフケア能力を高めながら症状緩和を図ります。また、電話相談を行うことで、不安の多い在宅療養をサポートすることができます。



エビデンスレベルⅢ

回答者

高橋美賀子

- 外来でも、症状緩和をはじめとする緩和ケアを行うことができます。筆者の勤務する緩和ケア科外来では、終末期の症状緩和を中心とした患者さんはもちろんのこと、がん治療中の患者さんの症状緩和も治療科との併診という形で積極的に行っています。できる限り在宅療養が継続できるように、心身両面からサポートします。

1. 症状緩和

- 1～2週間ごとに通院していただきながら、鎮痛薬など、症状緩和のための薬剤の調整を行います。基本的に経口薬や貼付剤、坐剤での症状緩和になりますが、訪問看護が介入する場合には注射（持続皮下注射や持続静脈注射）での在宅療養も可能です。
- 在宅での療養を継続させるためには、患者・家族のセルフケア能力を高めることが非常に重要です。鎮痛薬のレスキューを効果的に使いこなせるように指導したり、下剤の調節の仕方を具体的にアドバイスします。自宅に帰っても忘れないようにパンフレットも作成し、渡しています。
- また、通院患者からの電話相談も受け付けており、外来ナース（専門看護師）が対応しています。電話相談では症状が強くなってきた、あるいは薬の使い方がよくわからないなど、症状緩和に関する相談が最も多くなっています。症状が強くなった場合でも、レスキューの使用方法を再度指導したり、手持ちの薬剤で調整を図ったりすることで解決できる場合も多々あります。当院では、夜間も緩和ケア病棟のナースが初期対応し、医師と連絡がとれる体制になっているため、24時間いつでも電話相談ができるということで患者・家族も安心感を得られることが多いようです。
- 外来での症状緩和がなかなかうまくいかない場合や、患者さんが在宅療養の限界を感じた時には、入院へ移行す

ることになります。入院の時期は、原則的に医療者が決めるのではなく、患者さんが入院を希望する時としています。

- 患者さんが在宅療養を望む場合には、ソーシャルワーカーや訪問看護とも連携をとりながら、できる限りの社会資源を活用し、在宅療養が継続できるように援助します。

2. 精神的援助

- 筆者の施設では、初診時に専門看護師が問診を行っています。この際に病歴を確認しながら、患者さんや家族がどのような思いで病気のプロセスを歩んできたかを引き出し、気持ちを表出できるようにしています。この中では死に対する思いや不安、医療者への不信任感など、さまざまな思いが出てきます。多くの患者さんや家族は、それまで病気に対する思いをじっくりと聴いてもらう機会があまりなく、気持ちが楽になったという声をよく聞きます。
- 緩和ケア科では医師の診察もある程度時間をかけて行いますので、その中で精神面についても話題にします。普段、気持ちについて話さない患者さんも、質問されれば思いを表出してくれます。ナースもできるだけ患者・家族のさまざまな思いを把握し、継続的にフォローするようにしています。
- 電話相談にも、不安や在宅療養上の悩みや困難などさまざまな思いが、患者さん本人や家族から寄せられます。患者さんの病状や家庭環境などを踏まえ、患者・家族にアドバイスを行っています。
- 精神症状が強い場合には、適宜、精神科や心療内科、リエゾンナースと連携をとって精神面の治療・ケアを行っていくこともあります。

3. 今後の外来緩和ケア

- 英国や米国などでは、緩和ケアのデイケアを行っている施