

ことに危惧があったと表現したが、実際にアウトリーチを受けた患者はおおむね肯定的な評価をし、やりがいになると述べた。ある看護師は、「意外だったのは患者が喜ぶのです。実際に行くまでは何をしてくれるんだというのがありますが、『よかった』っていつてくるのですね。患者や家族がよかったっていつてくれるので本当によかったって思いました」と述べた。違う参加者は、「多人数で最初はえってびっくりするけれど、何か救われるというのか、気持ちを大事にもらえるというのか、みていて思いました。表情もとても穏やかになる」と述べた。患者や家族が肯定的な評価をする理由として、「行き詰まっている時にいろいろな視点からみてもらい次に進める感じがある」、「違う目線で話をする人がくるのが新鮮」、「多勢でいくことで自分を注目してくれて大事にされていると思える」からではないかと述べた。

4) 連携ができる

多くの参加者が、アウトリーチは緩和ケアの知識や技術の向上だけに役立つのではなく、地域の関係者の「顔のみえる関係」作り、役割を知る場、情報交換の場、精神的なサポートを得る場として非常に重要であると述べた。

参加者は、「連携室をとおして連絡してもなかなか難しいが、顔を合わせて会うことが多いから相談がしやすくなっている、それがいちばんよい」、「訪問看護はこういうことをやって、医師はこう処方をして、ケアマネジャーはこうしているというのがすごく明確になり、相談は誰にしたほうがよいとわかるようになってきた」、「保険薬局を利用することがたいへん多くなり、薬局がここまで動いてくれるのだということがわかって助かった」、「同じ職場以外の同職種の人や、違う職種の人に会えて気軽にいろいろなことを相談できる」、「一人ではなく一緒に頑張れる仲間がいると思えることがとても心強い」と述べた。

5) かかっている患者の情報を共有してケアに生かせる

多くの参加者が今かかっている患者の情報（病態、精神的な状態、家族の情報）やかかっている医療福祉従事者についての情報を共有し、ケアに生かせると評価した。

参加者は以下のように述べた。「その人がやりたいことは何で、どうやって症状コントロールが具体的にできるのかそこをみんなで考えられる、同じ目標に向かえることがとてもよい」、「どんな病状かわからないで訪問するのが当たり前と思っていたが、情報を得て訪問に行くとうごく見方も変わるし看護の方針も立てやすい」、「目的を共有することで、患者が亡くなった時も、さびしい

な、これで終わりではなく、これができましたと振り返れる、それは必要だと思う」、「自分たちが行き詰まっている時に、客観的な視点で、看護ではこういうふうにし声かけをしてみたら、と助言をもらえるのがとてもよい」。

6) アウトリーチの相談内容が症状から包括的なこと に変わってくる

アウトリーチの対象患者を選択していた看護師が、アウトリーチの対象として選択する患者の問題が期間中に変わってきたことを、「最初は痛みや呼吸困難など症状が中心であったが、徐々に精神的なことや家族のことが多くなっていった」と述べた。その理由として、「患者のいろいろなことを考えて、痛みだけを緩和するのではない、いろいろな背景を含めてすべて一緒に悩んで相談していくというのがわかってきた」と視点が症状から患者全体に及んできたと述べた。

また「自分たちでは解決できないことを、悩みを共有できるというか、訪問看護師は長くかかっている患者の『人の歴史』を教えてもらえてとてもよい」と、地域というチームのなかで考えるようになったと述べた。

7) もっと広げたい

診療所のスタッフからは開始当初の戸惑いと地域関係者が多く参加してくれるようになったことへの驚きが聞かれた。開始から参加していた医師は、「うちにきてもらっても何か恥ずかしい。でも、やっていることが専門家からみてどうか教えてほしいという気持ちもあって始めた。最初は少しレクチャーにきてもらえればよいくらいで、こんなに大きくなるとは思っていなかった」と述べた。継続できた原因として、「話しやすい」ことが繰り返してあげられた。

参加者はアウトリーチプログラムを広げたいという希望を述べ、「相手があることだから難しい」としつつも、①他の診療所にも声をかけてみたい、②病院の看護師や医師が参加できるか声をかけてみたい、③他の職種（栄養士、皮膚・排泄ケア認定看護師）にもきてほしい、④看護師だけでアウトリーチに取り組みたい、⑤がん以外の他の疾患の患者にも行いたい、⑥カンファレンスだけでも参加しやすい夜間に行きたいと述べた。

4. 在宅死亡患者数

アウトリーチを受けた診療所の在宅死亡患者は64名から110名に増加した。

V. 考 察

本研究はわれわれの知る限り、わが国で緩和ケアチームの地域へのアウトリーチを評価した初めての研究である。アウトリーチプログラムは実施可能であり、参加者

から高い有用性を得た。

扱われた問題は初期には疼痛が多かったが、徐々に精神・スピリチュアルな問題や家族の問題、療養場所の問題も扱われるようになり、この変化はフォーカスグループでも抽出された。推奨された内容は、身体的なものではオピオイドの開始・増量、向精神薬の開始・増量、ステロイドの使用が多かった。これらは院内緩和ケアチームや欧米における地域緩和ケアチームにおける依頼内容の傾向と同様であるため、わが国の地域での緩和ケアチームの依頼内容と院内緩和ケアチームの依頼内容とに大きな差はないことが示唆される^{17,18)}。疼痛および精神的問題やコミュニケーションの問題は、アウトリーチを受ける医療者の最も希望する領域であることから^{12,14)}、地域へのコンサルテーションに当たるには、疼痛と精神的問題の両方に対応できるチームが必要とされていると考えられる。

アウトリーチについて参加者からみた有用性の研究はほとんどないが、看護師による緩和ケアのアウトリーチを評価した予備的な研究では、参加した看護師の90%が何らかの役に立ち、77%が「自分の看護実践に何らかの影響を受けた」と評価している¹⁴⁾。特に、「自分たちのしていることの裏付けや自信になる」、「緩和ケアチームのもっている知識や技術が困難な事例に役に立つ」と述べている。本研究では70%が「とても役に立った」、30%が「役に立った」と回答したことより有用性は高いと考えられる。フォーカスグループでは、「選択肢が広がりあきらめなくなる」、「実際に体験しながら症状緩和とコミュニケーションの方法を身につける」、「連携ができる」、「かかわっている患者の情報を共有してケアに生かせる」といったいずれも肯定的な意見があげられた。特に講義など一方向的な教育方法と異なり、実際の現場での患者とのやり取りをみるという点において、「選択肢が広がりあきらめなくなる」、「実際に体験しながら症状緩和とコミュニケーションの方法を身につける」という「実感を伴う」効果がアウトリーチプログラムにあると考えられる。

本研究で特徴的であると思われたことは、初期には、「症状マネジメントについて知ること」の有用性が高かったが、後半では、「精神的支援や家族ケア・コミュニケーションについて知ること」の有用性が増加したことであり、フォーカスグループでの参加者の実感としても語られた。これはプログラムの前半では症状緩和や薬物療法の検討をすることで時間が費やされるが、アウトリーチを繰り返すことで薬物療法について共通の認識が得られると、次に精神的問題を検討する時間が生まれ、より包括的な問題をチームが扱うようになることを示唆してい

る。

本研究では、「連携ができる」、「かかわっている患者の情報を共有してケアに生かせる」という「連携」にかかわる効果がフォーカスグループで繰り返して語られた。地域における緩和ケアの普及は、単に症状緩和やコミュニケーションの技術の普及で改善されるものではなく、患者にかかわっている職種間の連携と、患者の情報共有が重要であることを示唆している。病院内においては患者の情報(病態、精神的な状態、家族の情報)やかかわっている職種についてのリアルタイムの情報を得ることが可能であるが、地域でこれらの情報を共有することは容易ではなく、アウトリーチプログラムがその機会を提供したと考えられる。アウトリーチプログラムを通じて知り合った地域の医療福祉従事者が、その後「顔のみえる関係」を作り、お互いの役割を知り、他の患者についても相談や連携を始めるきっかけとなっていることがフォーカスグループから示唆された。これらは地域での緩和ケアの教育活動を考える時の主要なアウトカムの一つとして、連携の促進が含まれるべきであるということを示唆する。

本アウトリーチプログラムは、質問紙調査とフォーカスグループの結果から総じて成功したと考えられる。今後、他の診療所への展開、病院の看護師や医師の参加、栄養士などの参加、看護師のアウトリーチの実施、がん以外の他の疾患の患者での実施などが次のプログラムで検討されるべきである。アウトリーチプログラムを成立させる条件として、①参加者の希望をあらかじめ評価しておくこと、②目的を明確にすること、③信頼関係を築くこと、④時間をかけて何回も繰り返して重要なメッセージを反復すること、⑤フォローアップを行うこと、⑥参加者が自発的に参加できるようにし技術を「分かち合う」ようにして代わりにやっしまわれないこと、などがあげられている^{11,14)}。本プログラムでもこれらの原則を事前に理解してプログラムが行われており、今後他のアウトリーチプログラムでの実施可能性が検討されるべきである。

本アウトリーチでは患者・家族の評価を正式な形では行っていないが、フォーカスグループでは、患者・家族にとってもよい影響を与えたとの肯定的な意見が多く聞かれた。特に比較的多数で患者を訪問することが患者にどのような負担をもたすかが懸念されたが、今回の経験では「みんなだみてくれている」という安心感につながっていることも示唆された。患者評価は今後の研究に含まれる必要がある。

在宅死亡患者が増えたことがアウトリーチプログラムの成果であるとは単純には解釈できないが、緩和ケアの

技術やスキルの提供が終末期の症状コントロールの選択肢を多くしたことに加え、連携が進んだ結果として紹介患者の増加をもたらした可能性があると考えられる。

本研究の限界として、アウトリーチプログラムは在宅支援診療所1か所を対象とした評価であり、一般化はできない。患者・家族に及ぼした効果は評価されておらず、アウトリーチが患者・家族にとって有効であったと結論付けることはできない。

まとめ

地域の専門緩和ケアサービスによるアウトリーチは地域医療者から有用と評価されていた。アウトリーチの対象となる問題は、身体・薬剤の問題（疼痛、嘔気、呼吸困難）、精神・スピリチュアルな問題（不安、不穏・せん妄）、家族の問題、療養場所の問題であった。アウトリーチの初期には、「症状マネジメントについて知ること」、「顔のみえる関係になること」に役立つとの評価が多く、徐々に「精神的支援や家族ケア、コミュニケーションについて知ること」、「連携の課題を共有すること」に役立つとの評価が増えていった。今後、アウトリーチの患者に対する有用性を評価する研究が必要である。

謝辞 本研究のとりまとめは財団法人笹川医学医療研究財団の支援により行われた。

文 献

- 濱口恵子, 小迫富美恵, 坂下智珠子・他編: がん患者の在宅療養サポートブック 退院指導や訪問看護に役立つケアのポイント. 日本看護協会出版会, 東京, 2007.
- 片山 壽 (監修/執筆): 地域で支える患者本位の在宅緩和ケア. 篠原出版新社, 東京, 2008.
- 宮崎和加子・監: 在宅での看取りのケア 家族支援を中心に. 日本看護協会出版会, 東京, 2006.
- 吉田利康: がんの在宅ホスピスケアガイド. 日本評論社, 東京, 2007.
- 大木純子, 古村和恵, 野末よし子・他: がん患者に今求められる支援・サポートとは～地域医療者のブレインストーミングの結果から～: OPTIM STUDY. 第13回日本緩和医療学会学術大会, 静岡, 2008.
- 日本医師会: がん医療における緩和ケアに関する医師の意識調査. 2008.
- がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」対象地域に対する予備調査. <http://gankanwa.jp/tools/pro/survey.html>.
- Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, *et al*: Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA* 282(9): 867-874, 1999.
- O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, *et al*: Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Review). The Cochrane Collaboration. <http://www.thecochranelibrary.com>. 2007.
- Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, *et al*: Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings (Review). The Cochrane Collaboration. <http://www.thecochranelibrary.com>. 2007.
- Soumerai SB and Avorn J: Principles of educational outreach ('academic detailing') to improve clinical decision making. *JAMA* 263(4): 549-556, 1990.
- Broadbent A and McKenzie J: Wagga Wagga specialist outreach palliative medicine service: a report on the first 12 months of service. *Aust J Rural Health* 14(5): 219-224, 2006.
- La Fosse H, Schwartz CE, Caraballo RJ, *et al*: Community outreach to patients with AIDS at the end of life in the inner city: reflections from the trenches. *Palliat Support Care* 2(3): 305-314, 2004.
- Sharp J and Oldham J: Developing a palliative care outreach service. *Nurs Stand* 18(32): 33-37, 2004.
- Abernethy AP, Currow DC, Hunt R, *et al*: A pragmatic 2 × 2 × 2 factorial cluster randomized controlled trial of educational outreach visiting and case conferencing in palliative care—methodology of the Palliative Care Trial [ISRCTN 81117481]. *Contemp Clin Trials* 27(1): 83-100, 2006.
- がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」: 緩和ケアチーム登録シート. <http://www.gankanwa.jp/tools/pro/pdf/entry.pdf>.
- Morita T, Fujimoto K and Tei Y: Palliative care team: the first year audit in Japan. *J Pain Symptom Manage* 29(5): 458-465, 2005.
- Schrijnemaekers V, Courtens A, Kuin A, *et al*: A comparison between telephone and bedside consultations given by palliative care consultation teams in the Netherlands: results from a two-year nationwide registration. *J Pain Symptom Manage* 29(6): 552-558, 2005.

オピオイド服用患者の 便秘のモニターとマネジメント

Monitoring and management of bowel movements in patients receiving opioids

聖路加国際病院オンコロジーセンターがん看護専門看護師 高橋美賀子 Mikako Takahashi

Key Words

オピオイド (opioid)
下剤 (laxative)

便秘 (constipation)
排便コントロール (defecation control)

Summary

便秘はさまざまな消化器症状の原因となり、患者のQOLに大きな影響を及ぼす。便秘のモニタリングとアセスメントは心理・環境的要因を含めて継続的に行う必要がある。オピオイドによる便秘では、下剤の適切な使用が不可欠であり、緩下剤と大腸刺激性下剤を日々の排便状況に応じてきめ細かに調整することが望まれる。マッサージや温罨法、食事療法が可能であれば用いる。また、排便の問題は患者にとって心理的負担が大きく、プライバシーの確保、スピリチュアルペインに対する配慮もしながら、適切な便秘マネジメントを行うことが大切である。

Constipation causes various gastrointestinal symptoms and significantly affects the quality of life (QOL). Monitoring and assessment of bowel movements, including psychological and environmental factors, should be carried out on a continuous basis. It is crucial to use appropriate laxative for opioid-induced constipation, and it is desirable to switch carefully between stool softener and stimulant laxative depending on daily bowel movement status. Massage, hot fomentation, or diet therapy can be used if possible. As issues involved with defecation are associated with significant psychological burden on the patient, it is important to manage bowel movements appropriately with due attention to privacy protection and spiritual pain.

はじめに

オピオイドを使用するうえで、便秘の副作用対策は必須である。便秘マネジメントがうまくいかないと、食欲不振、腹部膨満感、腹痛、場合によっては嘔気に至ることもあり、患者のQOLに大きな影響を及ぼす。副作用で生じた便秘のために患者がオピオイドを自己中断することさえある。また、下剤の調整方法がうまくいかず

下痢になり失便してしまうと、患者の心理的なショックは非常に大きい。不適切な便秘のマネジメントは思った以上に患者を苦しめることになるため、きめ細かな便秘のマネジメントが求められる。特に看護師は日々の排便状況や便の性状を最も把握しており、便秘マネジメントの中心的役割を担っている。

オピオイド使用中の便秘のメカニズム

健康時の排便頻度も人によって多様であり、便秘の定義もさまざまであるが、一般に「数日以上便通がない状態」や「通常より排便が少ない状態」、「(排便があっても)排便が困難な状態」などをいう¹⁾⁻³⁾。オピオイドの副作用としての便秘の出現頻度は50~90%¹⁾とされるが、経口投与では腸管において消化液の分泌を抑制するため、腸管に直接作用しない注射投与よりも便秘の作用は強いとされている²⁾。

また、 $\mu 1$ 受容体選択性オピオイド(フェンタニル)では腸管蠕動抑制作用が少ないため便秘の頻度が低いが、オキシコドンを含むそれ以外のオピオイドではほとんどの患者に便秘が起こると考えられる(図1)。

さらに、オピオイドによる便秘作用は鎮痛作用の50分の1の投与量でも起こるため⁴⁾、少量でも便秘を生じる可能性があり、オピオイド開始と同時に便秘対策を行う必要がある。

オピオイドの便秘以外の副作用では耐性が生じるものが多いが、便秘の副作用は耐性が生じないため、オピオイドを使用するかぎり便秘対策が必要である。しかし、オピオイドの量とは比例しないともいわれており、臨床的にも便秘の程度と下剤の必要量については個人差が大きい印象がある。

その他の便秘の原因には表1⁵⁾のようなものが挙げられる。オピオイド服用中の患者では他の要因が複数関与する可能性が高く、ADL低下に伴う排便環境の変化などの心理的な要素も加わり、便秘が高頻度に生じやすい状況がある。

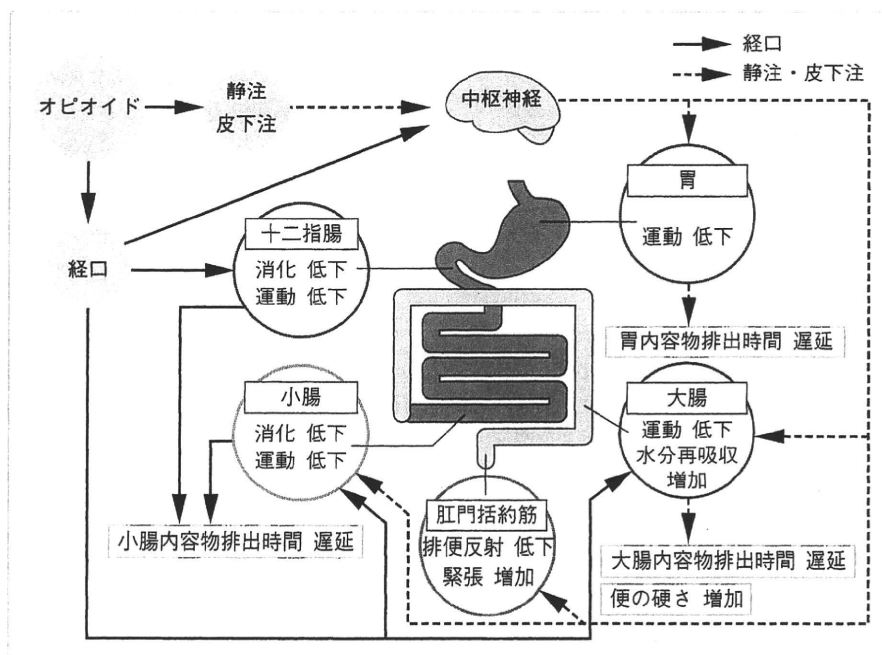


図1. オピオイドの消化管に対する作用機序

(加賀谷肇, 他: オピオイドの消化管に対する作用機序. 緩和ケアにおける便秘の理解とケア. 東京, インターサイエンス社, 15, 2004より)

便秘のモニタリングとアセスメント

1. モニタリング

便秘の副作用に関しては耐性が生じないため、オピオイド服用中は継続して便秘対策が必要である。また、排便状況はさまざまな要因によって日々異なるため、毎日のモニタリングが重要になってくる。入院中では一般的に体温表に排便回数を継続的に記録しているが、硬さを含む性状についても継続的に把握できるようにするとマネジメントしやすい。在宅患者でも日々の体調などとともに排便状況を記入できる冊子を作成している施設もある。

2. アセスメント(表2)

便秘の要因は個々の状況によってさまざまであるため、まずそれらアセスメントし、環境要因や心理的要因、水分摂取など改善できる部分を検討する。この際、客観的な情報だけでなく、患者の主観的な情報、なかでも患者の苦痛となっている要因を明らかにしていくことが大切である。特に排泄介助を要する患者の場合、ベッド上排泄への抵抗感、スタッフや周囲の患者への遠慮などがあり、心理的にさらに排便を困難にする要因が加わ

る。また、便秘の要因や状態をアセスメントするためにフィジカルアセスメントを行い、適切な薬剤や処置を選択していく。

オピオイド使用中の便秘マネジメント

1. 下剤による排便コントロール

1) 下剤の種類と特徴

オピオイド使用中の下剤の基本は、浸透圧性緩下剤(緩下剤)と大腸刺激性下剤の併用である。この2種類を調整しながら良好な便秘が得られるようにマネジメントしていく(表3)²⁾。

・浸透圧性緩下剤(緩下剤)

便中に水分を引き寄せ便を柔らかくし、それにより腸蠕動を亢進する作用をもつ。水分を同時に摂取することで作用が高まるため、毎食後の服用が基本となる。比較的緩やかな効果であるため、夕食後の服用でも夜間に下痢となる心配はあまりない。嚥下機能が落ちている場合などでは水溶液が勧められる。便の通過を助けるために、消化管の通過障害がある場合でも、完全閉塞でなく腹部膨満や腹痛がなければ服用を試みることもある⁶⁾。

・大腸刺激性下剤

大腸を刺激し、腸蠕動を亢進させることで排便を促す。効果出現まで半日程度かかるため、朝に

表1. 便秘の原因

がん	高カルシウム血症、腸閉塞、腫瘍随伴症状
薬剤性	オピオイド鎮痛薬、抗うつ薬、フェノチアジン系薬、抗コリン薬、制酸薬、ベンゾジアゼピン系薬、非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)、5-HT ₃ 受容体拮抗薬、ビンカルカロイド系抗がん剤、利尿薬、気管支拡張薬、筋弛緩薬 など
神経性	自律神経障害、抑うつ、せん妄、環境の変化
代謝・内分泌系	糖尿病、高カルシウム血症、低カリウム血症、甲状腺機能低下
症状	身体機能低下、食事摂取低下、水分摂取不足
その他	放射線治療、痔核、腹水

(文献5より一部引用・改変)

表2. 便秘のアセスメント

客観的情報	フィジカル	アセスメント項目	具体例	注意点・対応策
	排便・排ガス状況 腹部の聴診 腹部の触診 腹部の視診 腹部の打診	排便・排ガス状況 腹部の聴診 腹部の触診 腹部の視診 腹部の打診	排泄経路、頻度、量、硬さ、色、におい、排ガスの有無 腸蠕動音の聴取(亢進・減弱、金属音、流水音) 腹壁の硬さ、圧痛・便塊の有無 膨満の程度 鼓音、波動の有無 直腸内の便塊の有無、痔核や腫瘍の有無 排便に必要な体力、怒責が可能か 食欲低下、嘔気、嘔吐、腹痛、腹部膨満感の有無	頻度が多くても患者の不快や苦痛がなければ様子を見る場合もある。 金属音や流水音ではイレウスの可能性あり。 腹部腫瘍や腹水に伴う腸管圧迫による便秘もある。 腹部膨満が客観的にどの程度あるかを確認する。 鼓音がある場合、ガスの貯留が考えられる。波動がある場合、腹水貯留の可能性がある。 腫瘍がある場合、浣腸や摘便は慎重に行う必要がある。 怒責がかけづらい場合、摘便や浣腸などで補助が必要。 便秘による症状の有無、腸閉塞の有無を確認する。
データ	X-P, CTの所見	便秘を生じる薬剤 便秘を生じやすい病態	便塊やガスの貯留の程度、腸閉塞の有無 オピオイド、抗うつ薬、ベンゾジアゼピン系薬、制酸薬など 高カルシウム血症、低カリウム血症、甲状腺機能低下、腫瘍随伴症状	便塊が多量の場合、浣腸など積極的な対応が必要。腸閉塞では大腸刺激性下剤、浣腸は禁忌。 中止・変更が難しい場合も多いため、下剤による便通マネジメントが必要。 治療可能ななら治療を行い、そのうえで下剤の調整を行う。
その他	経口摂取状況 排泄環境 精神症状	食事摂取量、水分摂取量、食欲 ポータブルトイレ、ベッド上排泄、大部屋など いらいら感やせん妄の有無	食物繊維の摂取や水分摂取が可能であれば勧める。 排便後の換気、短時間で排便のため下剤調整。 排便に関するストレスはないか、ニーズを表示できるか、便秘がせん妄の原因になっていないか。	患者の希望が可能な範囲で尊重する。 患者の思いを受け止めながら下剤やケアの調整をする。
主観的情報	患者の希望	排便方法 排便に関する期待	頑張っってトイレに行きたいか、ポータブルトイレ、ベッド上排泄 便秘で苦しみたくない、失便は絶対にしたくないなど	患者の希望が可能な範囲で尊重する。 患者の思いを受け止めながら下剤やケアの調整をする。
	苦痛の程度	排便体勢 排便困難感 肛門痛 心理的苦痛	座位保持など排便を行う体勢が苦痛でないか 便意があるが出ない場合 排便時の肛門痛の有無 他者への気兼ね、プライバシー、失便への不安、過去の体験	るい瘦や痛みのため硬い便座に長時間座れない場合には便座の工夫をする。 必要に応じて摘便、坐剤、浣腸。 痔核の場合は治療薬の使用、必要時鎮静下での摘便など。 患者が負担に思っていることに十分に配慮し、声かけをする。

表3. 便秘に用いる主な下剤

分類	作用機序・特徴	薬剤名		用法・用量	効果発現時間	注意
		一般名	商品名			
浸透圧性下剤	腸内の水分再吸収を防ぎ腸蠕動を亢進	酸化マグネシウム	重カマ マグラックス® ミルマグ®	2g/分1または3/日 2g/分1または3/日 0.9~2.1g/頓用または数回/日	8~10時間	1)腎機能障害時 2)ニューキノロン系、テトラサイクリン系抗菌薬の吸収阻害をするので同時併用しない 糖尿病
		水酸化マグネシウム	モニラック®・シロップ ラグノス®ゼリー カロリール®ゼリー	30~60mL/分2/日 48.1~96.2g/分2/日	1~3日	
機械的下剤	浸透圧または腸内分解による有機酸で腸蠕動を亢進	ラクツロース	バルコーゼ®	1.5~6g/分3/日	12~24時間	1)作用が緩徐 2)尿の色調変化
膨張性下剤	腸内の多量の水分で膨張させ腸蠕動を亢進	カルメロース		15~30mL/回	2~6時間	慢性便秘には有効ではない
小腸刺激性下剤	小腸を刺激し腸の蠕動運動を亢進	ヒマシ油				
		センノシド	ブルゼニド®錠 アローゼン®	1~4錠/回/就寝前 0.5~1g/回, 1日1~2回 0.7~1.4g/回	8~10時間 8~10時間	電解質変動 尿の色調変化
大腸刺激性下剤	大腸粘膜を刺激し腸の蠕動運動を亢進	ダイオウ				
		ピコスルファートナトリウム	ラキシバロン®液 ラキシバロン®錠	10~15滴/分1/日 2~3錠/分1/日	7~12時間	15滴 = 1 mL 1錠 = 内用液5滴分
消化管運動調整薬	消化管運動を亢進	イトプリド塩酸塩	ガナトン®錠	150mg/分3/日	0.5~1時間	抗コリン性薬剤との併用
		モサプリドクエン酸塩	ガスモチン®錠	15mg/分3/日	0.5~1時間	
自律神経作用薬	迷走神経刺激作用	ジノプロスト	プロスタルモン®・F注	1~2mg/回, 1日2回 点滴静注	15~20分	緑内障, 喘息, 心疾患, 高血圧症
		パンテノール	パントール®注	持続静注50~500mg/回, 1日1~3回		緩下剤の適応なし(適応: 術後腸管麻痺)
漢方薬	消化管運動促進作用 弛緩性便秘に有効 ストレス性直腸型便秘 高齢者に有効 痔疾患に有効 痙攣性便秘で更年期女性に有効	大建中湯	大建中湯	7.5~15g/分2~3/日	8~12時間	複数の漢方製剤併用の場合, 重複生薬成分に注意
		大黃	大黃甘草湯	7.5g/分2~3/日		
		麻子仁	麻子仁丸	7.5g/分2~3/日		
		地黃, 当帰	潤腸湯	7.5g/分2~3/日		
		当帰, 芍薬	乙字湯 加味逍遙散	7.5g/分2~3/日 7.5g/分2~3/日		
坐剤	二酸化炭素を発生し腸管を刺激 大腸の蠕動運動を誘発	炭酸水素ナトリウム・無水リン酸二水素ナトリウム	新レシカルボン®	1~3個/回	10~30分	肛門疾患
		ピサコジル	テレミンソフト®	1個/回	5分~1時間	
浣腸	腸管内の水分吸収による刺激作用と浸潤作用	グリセリン	グリセリン浣腸	10~150mL/回	直ちに	高齢者

(文献2より引用・改変)

排便があるように就寝時に服用するのが基本である。翌日排便がなければさらに5～10滴増量し、1～2日ごとに排便があるように適量まで増量する。特に上限はなく、患者によっては1回に100滴以上服用する場合もある。水溶液では微調整がしやすいうえ、高用量になっても飲みやすい。嚥下機能が落ちた患者でも飲みやすいため、オピオイド服用患者では水溶液での調節が勧められる。

消化管の狭窄や通過障害が生じている患者では腸蠕動の亢進により腹痛を生じる場合もあるため、腹痛の発生や悪化を認める場合には直ちに使用を中止する必要がある。

・坐剤

排便を促す坐剤には二酸化炭素を発生させ、腸管を刺激することで便の排出を促すタイプ(炭酸水素ナトリウム)と、大腸の蠕動亢進作用のあるタイプ(ピサコジル)がある。主に直腸内に便塊があるが、怒責がかけにくく出しづらい場合に用いられる。ピサコジルは大腸刺激性下剤の服用が困難な場合の代替薬となりうる。

・浣腸

浣腸にはグリセリン浣腸とオリーブ油停留浣腸などがある。グリセリン浣腸は、直腸内に注入することにより浸透圧で腸管内の水分を吸収し、便を軟化させ、その刺激により腸管蠕動運動を亢進させる。腸管内圧の上昇による腹腔内圧や頭蓋内圧亢進、体力的な負担を考慮し、終末期患者では低用量(60mL)のグリセリン浣腸を使用することが勧められる。また、停留浣腸は患者の負担や不快感が大きいため、終末期患者ではあまり勧められない。

2) 下剤の調整方法(図2)

・基本ベース

緩下剤を毎食後に定期服用し、日中の排便状況をみながら就寝時の大腸刺激性下剤を増減量することを基本とするとシンプルで管理しやすい。当院での下剤の調整方法に基づいて以下に解説する。

・硬便が続く場合

まず大腸刺激性下剤を調節したうえで、1～2

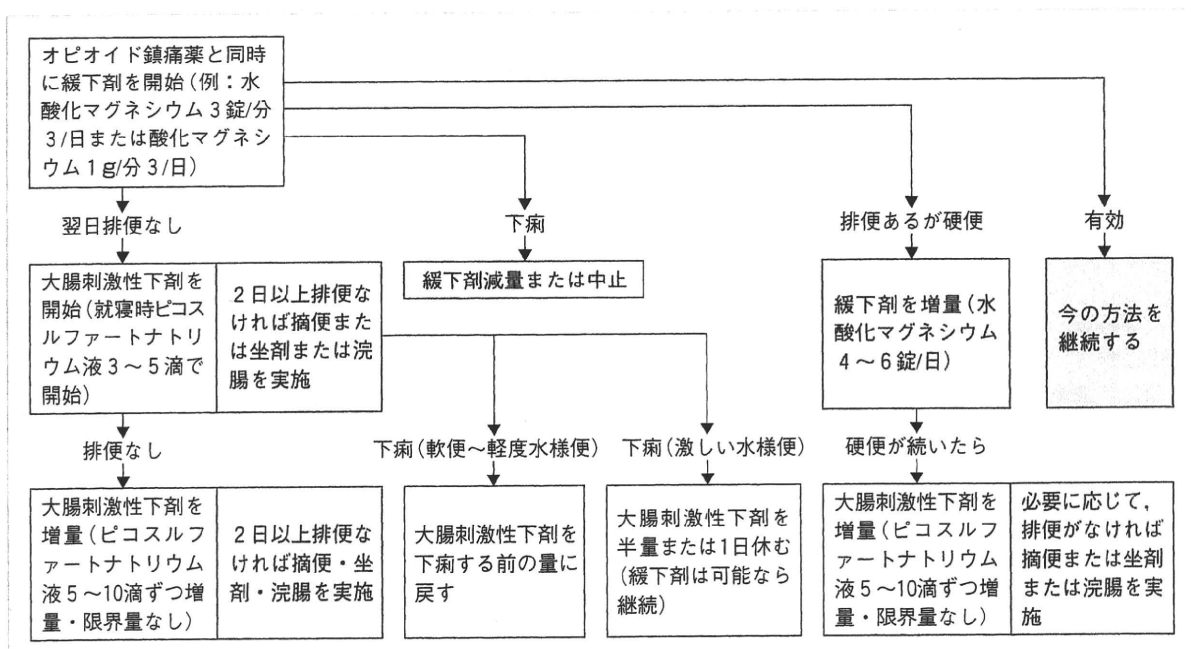


図2. 下剤の調整方法フローチャート(当院の方法)

日ごとに排便があっても硬便である場合には、毎食後の緩下剤を1.5～2倍量にするなど、増量を検討する。緩下剤と大腸刺激性下剤を同時に調整するとコントロールが難しくなるため、緩下剤の増減量は数日間の状況をみて判断するとよい。

・下痢になった場合

下剤を全部休むのではなく、まずは大腸刺激性下剤のみ減量することが望ましい。目安としては下痢をする前の量に戻すことが勧められる。水様便で下痢がひどい場合に限って、大腸刺激性下剤を一時的に完全に中止することも検討する。このとき緩下剤はそのまま継続するのが基本である。緩下剤のみ服用している場合には、緩下剤を1～2回のみ中止し、下痢が治まればすぐに再開する。

いずれにしても、オピオイド使用中の場合、下剤を休むとすぐに硬便ができ上がってしまう。排便がなくなってから下剤を再開しても、硬便が栓となって押し出すのが困難になり、硬便が出るまで下剤を増量しつづけると、最終的に硬便が出た後に下痢便が続けて出てくることになる。したがって、硬便を作らないようにするために、下痢

になっても少なくとも緩下剤は継続することが望ましい。患者は失便を恐れるために下剤の中止を強く希望することもあるが、硬便を作らない必要性を十分に説明し、協力を得ながら微調整を図る。

2. 便秘に対するケア

1) 摘便

直腸内の硬便を摘除することで排便を促す手技である。怒責がかけられない患者や硬便が栓になり自力では出せない患者では摘便は有用な処置である。また、下剤が服用できない患者では、定期的に摘便を行うことが直腸への刺激になり排便を促すことができる。しかし、摘便は患者にとって苦痛を伴い、心理的にも非常に負担が大きいいため、患者と十分に相談したうえで実施するべきである。硬便が多量に貯留している場合や、痔核があり苦痛が強い場合には、浣腸と併用したり、鎮静薬を投与しながら行うこともある。

2) マッサージ・温罨法

便秘に効果的なマッサージ法や指圧法は、科学的機序やエビデンスについてまだ明らかにはなっ

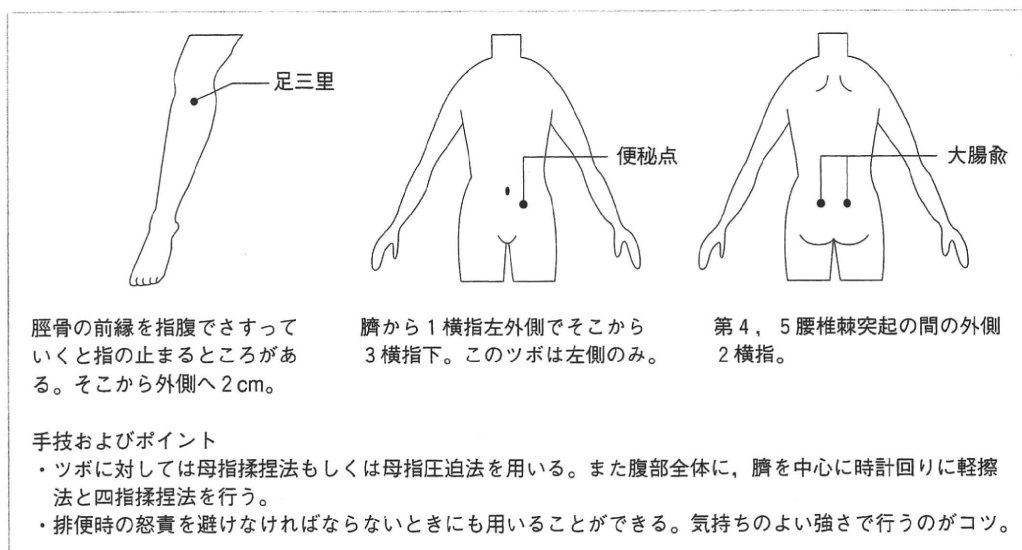


図3. 便秘を改善するツボ

(文献7, 8を参考に作図)

ていない部分が多いが⁸⁷⁾、心身の緊張緩和にもつながり、臨床に取り入れやすい方法であると思われる(図3)⁷⁾⁸⁾。

温罨法については、看護領域での研究が多数行われている。方法論や対象者がさまざまであり、現状ではエビデンスレベルは低いとされているものの、腹部や腰背部への40~60℃の温罨法(乾熱・湿熱とも)で便秘の自覚症状の軽減や排便が促進される可能性が示唆されている⁹⁾。臨床で簡便に行える方法であり、個々の患者で不快でなく効果があれば取り入れる意義はあると考えられる。ただし、低温やけどに十分に注意する必要がある。

3) 食事療法

便秘予防の食事には、これまでも水溶性食物繊維、水分摂取などが効果があることがわかっている。さらに近年ではココア飲用による便秘改善効果も報告されている¹⁰⁾。食事療法は、薬剤を用いない自然な方法での便通マネジメントとして積極的に行うべきであるが、がんの終末期では食欲が低下している患者も多く、食事療法を中心とした便通マネジメントは難しい。また、オピオイドの副作用で生じる便秘は食事療法のみでは改善が期待できないため、患者の希望する範囲で行う程度にとどめるほうがよいだろう。

4) 心理的援助

排便に関する問題は患者にとって羞恥心を伴い心理的負担が大きい。特に、終末期患者では他者に排泄介助をしてもらうことそのものでスピリチュアルペインを生じるほど、患者にとっては繊細な問題である。当たり前のことではあるが、気兼ねなく介助を依頼できる雰囲気と声かけ、プライバシーの確保、換気など、排泄環境に十分に配慮する必要がある。便通のマネジメントがうまくいかないと便秘で長時間便座に座ったり、逆に下痢となって失便することになり、患者に心理的負担を感じさせることになる。たとえ失便しても薬や病気の影響によるもので、決して患者のせいでは

はないことを伝える。パッドや紙パンツなどを使用すると安心感が得られる場合も多い。患者の心理的負担を軽減させるためにも、十分な話し合いを行ったうえで薬剤やケアの調整をきめ細かにを行い、適切な便通のマネジメントを行いたい。

おわりに

「たかが便秘」と思われがちであるが、「されど便秘」である。快便は人間の基本的欲求の1つである。羞恥心やプライバシー、ときにスピリチュアルな側面にも関わってくる問題であり、痛みだけでなく排便も患者のQOLの大切な一要素として医療者が十分に配慮していきたい。

文献

- 1) Watson M, Lucas C, Hoy A, et al : Oxford Handbook of Palliative Care(2nd ed). New York, Oxford University Press, 316-319, 2009
- 2) 高瀬久光, 加賀谷肇: 便秘の薬物療法—緩下剤の薬理作用と特徴—. *がん看護* **13**: 246-254, 2008
- 3) 前田耕太郎, 花井恒一, 佐藤美信, 他: 便秘のアセスメント. *EB NURS* **9**: 284-289, 2009
- 4) 鈴木 勉, 武田文和: モルヒネ低用量投与では、なぜ副作用しかでないのか? オピオイド治療—課題と新潮流—, 鎮痛薬・オピオイドペプチド研究会 編. 東京, エルゼビア・ジャパン, 31, 2001
- 5) 世界保健機関 編(武田文和 訳): 終末期の諸症状からの解放. 東京, 医学書院, 26, 2000
- 6) 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). 東京, 最新医学社, 99, 2007
- 7) 安野富美子, 高梨知揚, 坂井友実: 便秘に効くマッサージ. *EB NURS* **9**: 314-322, 2009
- 8) 寺澤捷年, 津田昌樹: 絵でみる指圧・マッサージ(JJNブックス). 東京, 医学書院, 81-83, 1995
- 9) 牛山杏子, 菱沼典子: 便秘ケアとしての“温罨法”の知識と技術. *EB NURS* **9**: 306-312, 2009
- 10) 林 裕子, 紙屋克子: 便秘予防のための食事, 水分, 運動. *EB NURS* **9**: 290-296, 2009

心の痛み

高橋美賀子 聖路加国際病院オンコロジーセンターがん看護専門看護師

はじめに

この数年、オピオイド製剤の選択肢が増えたことによりオピオイドローテーションが可能になり、また貼付剤によって簡便化が図られ、疼痛マネジメントは飛躍的に普及した。やや安易にオピオイドが使用されるようになった感も否めないが、がん対策基本法により、がん診療に携わる医師全員が緩和ケアの基礎研修を受けることが目標に掲げられたこともあり、オピオイドを適切に使える医師も確実に増えてきているのではないだろうか。

とりきれない痛み

疼痛マネジメントの普及により、身体的痛みに関してはかなり改善されるようになってきていると思われる。以前のように、痛みで七転八倒するということはおそらくほとんどなくなった。しかし、心の痛みはどうだろうか。強い不安を訴える患者さん、生きる意味をなくしている患者さん、いくら鎮痛薬を適切に使っても痛みがとりきれず、医療者も打つ手がなくなっている患者さんもいるのではないだろうか。心の痛みが強ければ、患者さんの痛みはとりきることができない。

心の痛みをキャッチする

患者さんの中には心の痛みをうまく表出するこ

とができず、身体的な痛みとして表現する場合も少なくない。そのような患者さんの場合、患者さんとじっくりと向き合わなければ患者さんの心の痛みはなかなか表出されない。入院が短縮化され慌ただしい臨床の中で、患者さんの心の痛みをうまくキャッチすることは容易ではないだろう。

では、心の痛みをどのようにキャッチしていったらよいだろうか。もちろん、最初から患者さんとじっくりと向き合えばよいのだが、多くの臨床の場では身体症状や患者さんの態度からキャッチしていくことが多い。特に、適切に鎮痛薬を使用しても痛みがなかなかとれず、痛みの訴えに合わせてレスキュードーズを使用していくと眠気や呼吸抑制などの過量投与の徴候が出現する場合、ときどき焦ったりいらいらした様子を見せる場合、投げやりであったり現状を嘆くような発言がある場合などが心の痛みのサインであろう。このようなサインをキャッチしたら、忙しい中でも業務の落ち着いたときに少し時間をとって患者さんとじっくりと話をすると患者さんの心の痛みの様相がみえてくる。

話に耳を傾ける

最近、私に関わった患者さんの何人かが異口同音に同じような感想を話された。それは、ちょっと気になっていた患者さんとの何気ないきっかけで始まった会話に、筆者がじっくりと耳を傾けて話を聞いたときのことである。話し終わったとき

に患者さんが「こうやって話を聴いてもらえるだけでもうれしい」といった言葉であった。

1人の70代の女性は、老老介護となっている今の世の中を単なる社会問題として捉えていた自分が、実際にその現実亲身を置いて、いかに年寄りのがん患者が生きていくことは大変であるか、思うように動けなくなって生きていることがよいのかどうかわからなくなったといった内容を切々と語った。ある70代の男性は、仕事で大きなプロジェクトを任されていたが、脳転移のために四肢麻痺となり、最後の仕上げができなかったという悔しい思いを語った。またある60代の女性は、夫に虐げられて人生を過ごし、子育てもすべて自分ひとりでしてきたこと、夫は自分が死んではじめて自分の存在の意味に気づくであろうという切ない思いを涙ながらに語っていた。ある40代の女性は、両親に愛情を注がれてこなかったさびしさや夫に罵声を浴びせられたこと、病気になってはじめて夫が優しい言葉をかけてくれたことなどを語った。

どの患者さんもそれぞれにスピリチュアルベインや家族関係からくる社会的苦痛を抱えてきていたが、それをじっくりと話す場がもてずにいた。決して、筆者が患者さんの問題を解決したわけでもなく、また特別なケアをしたわけでもない。だが、患者さんが「わかってもらえた」、「聴いてもらえた」と感じてくださったことが、患者さんが「うれしい」と感じることに繋がったのでは

ないかと思っている。

医療者にできること

私たち医療者は、いつも何か特別なケアをしなければならないという責任感に追われているように思う。また、患者さんの問いかけに何か答えを出さなければならないという義務感に追われているようにも思う。もちろんカウンセリングやスピリチュアルケアを必要に応じて提供すべきである。解決できる問題であれば必要なサポートを提供し、解決に導くべきである。しかし、慌ただしい医療現場の中で自分の思いをじっくりと表出する機会すらもてずにいる患者さんがいる。簡単には解決できない問題を抱えている患者さんがいる。その患者さんの話に耳を傾けて、答えを出さずに受け止め、患者さんが「わかってもらえた」と思える、シンプルかつ重要なケアも大いに求められているのではないかと改めて感じさせられた。

おわりに

患者さんの話に耳を傾け、「わかってもらえた」と感じられるプロセスと、そこから生まれる信頼関係がメンタルケアにつながり、患者さんの心の痛みを少しでも和らげられるのではないかと思うのである。

