

表 5 薬物療法で用いられる主な薬剤

一般名	定型抗精神病薬		非定型抗精神病薬			
	ハロペリドール	クロルプロマジン	リスベリドン	クエチアピン	オランザピン	アリピプラゾール
投与経路	経口, 静脈, 筋肉, 皮下	経口, 静脈, 筋肉, 皮下	経口	経口	経口	経口
初回投与量	0.75~5 mg	10~25 mg	0.5~1 mg	25~50 mg	2.5~5 mg	3~6 mg
常用量	0.75~10 mg	10~50 mg	0.5~4 mg	25~100 mg	2.5~10 mg	12~24 mg
半減期	10~24 時間	10~59 時間	4~15 時間	3~6 時間	21~54 時間	40~80 時間
代謝	肝	肝	肝	肝	肝	肝
代謝酵素	CYP 2D6, CYP 3A4	CYP 2D6	CYP 2D6	CYP 3A4	CYP 1A2, CYP 2D6	CYP 3A4, CYP 2D6
活性代謝産物	-	+	+	-	-	+
作用特性						
鎮静作用	低	高	低	高	高	ほとんどない
抗コリン作用	低	高	低	低	低	低
降圧作用	低	高	低	低	低	低
錐体外路症状	高	低	低	低	低	低
その他	標準的薬物 投与経路が広い	治療効果に対する エビデンスは同等	活性代謝産物の 排泄が腎のため 腎機能障害時には 減量して使用	パーキンソン病 のせん妄に対す る第1選択薬	口腔内崩壊錠 がある	鎮静作用がほとん どない

場合は薬物療法を併用する。

せん妄の病態は、薬理的には神経伝達物質の調節不全（特に脳内ドーパミン系の過活動とアセチルコリン系の低活動）が疑われており、抗精神病薬を用いる。せん妄は不安・興奮を伴うことから、しばしば鎮静を目的にベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠導入剤を処方しがちであるが、抗不安薬は脳皮質活動全般を低下させ、せん妄を悪化させるため単独使用は避けるべきである。

薬剤の選択に関しては、抗精神病薬の中ではせん妄に対する有効性はほぼ同等であると考えられている。抗精神病薬を選択するにあたっては、その薬剤の持つ鎮静作用の強弱、有害事象のプロフィール、作用時間を考慮する。

従来から、ブチロフェノン系抗精神病薬であるハロペリドール（セレネース[®]）が頻用されてきた。ハロペリドールは抗幻覚・妄想作用が強いこと、循環器への影響が少ないこと、錠剤のほかに注射製剤があり投与経路の自由度が高いといった特徴を持つ。がん終末期においては、経口投薬が制限されがちであり、その場合でも使用できる数少ない薬剤である。しかし、有害事象である錐体外路症状の発現率が10%程度と高いことから、経口投薬が可能な場合には錐体外路症状の発症率の低い非定型抗精神病薬が好まれている。

非定型抗精神病薬には、リスベリドン（リスパダール[®]）やオランザピン（ジプレキサ[®]）、クエチアピン（セロクエル[®]）、アリピプラゾール（エビリファイ[®]）などがある。リスベリドンには液剤が、オランザピンには口腔内崩壊錠があり、嚥下障害がある場合でも比較的使いやすい（表5）。

せん妄に対して抗精神病薬を用いる場合には、どの薬剤であっても少量から開始をし、少量の頻回投与をして必要量を見積もる。その必要量から翌日の投与量を決定する（滴定法）。特にハロペリドールの注射製剤の場合、1Aが5mgと大きい規格であること、血中濃度の半減期が短いことから、投薬を繰り返すうちに過量投与に陥りがちであるので注意をする。

抗精神病薬は、その認知改善作用が発現するまでには数日の時間を要する。せん妄症状が改善しても数日から1週間程度はその用量を維持し、症状が再燃しないことを確認した後、約1/3ずつ漸減を進めていく。

④ 環境調整

せん妄の誘発因子を除去することにより、症状の改善を図ることを目的に行う。具体的には睡眠覚醒リズムを回復させるように昼夜の照明のメリハリをつけたり、見当識を容易に保てるようにカレンダーや時計を目につきやすいところに置く。

また、せん妄症状を呈した患者を見て、家族が動揺することも多い。せん妄が身体原因で生じる症状であること、薬物療法を中心に治療内容を説明するとともに、家族のつらさを理解して声かけを行う。

おわりに

がん患者の認知症・せん妄の現状について概説した。今後、がんと認知症を合併した患者も増加することが見込まれる。身体治療と同時に精神科治療を並行して実施することが求められる機会も増える。

参考文献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed)-Text Revision. Arlington, American Psychiatric Pub, 2000
[高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸 訳: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル (新訂版). 東京, 医学書院, 2004]
- 2) Vardy J, Wefel JS, Ahles T, et al : Cancer and cancer-therapy related cognitive dysfunction : an international perspective from the Venice cognitive workshop. Ann Oncol 2008 ; 19 : 623-9
- 3) Gupta SK, Lamont EB : Patterns of presentation, diagnosis, and treatment in older patients with colon cancer and comorbid dementia. J Am Geriatr Soc 2004 ; 52 : 1681-7
- 4) Raji MA, Kuo YF, Freeman JL, et al : Effect of a dementia diagnosis on survival of older patients after a diagnosis of breast, colon, or prostate cancer : implications for cancer care. Arch Intern Med 2008 ; 168 : 2033-40
- 5) Meagher DJ, Moran M, Raju B, et al : Phenomenology of delirium. Assessment of 100 adult cases using standardized measures. Br J Psychiatry 2007 ; 190 : 135-41
- 6) Lawlor PG, Gagnon B, Mancini II, et al : Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advance cancer : a prospective study. Arch Intern Med 2000 ; 160 : 786-94



緩和ケアチームとの連携

小川朝生

はじめに

がん診療連携拠点病院の整備に関する指針が出され、全国の拠点病院において緩和ケアの実施体制の整備が急速に進んでいる。2002年に「緩和ケア診療加算」により制度化されたものの普及するには至らなかった緩和ケアチームも、「がん対策推進基本計画」が策定され、全体目標に「すべてのがん患者・家族の苦痛の軽減・療養生活の質の維持向上」が盛り込まれたことから大きく方向転換しつつある。2010年3月の時点で、全国612施設に緩和ケアチームが設置されていることが報告されている。

緩和ケアチームは、拠点病院において緩和ケアを展開するための礎として期待されている。この項では、わが国における緩和ケアチームの現状を考察し、チームと効果的に連携するための方法について考えてみたい。

【症例】 45歳、女性。乳がん（骨転移、肝転移、肺転移）。

乳がんでX-1年術前化学療法の後手術をしたが、半年後に局所再発した。その後、骨転移も発見され、放射線治療に引き続きホルモン療法、化学療法を受けた。しかし、転移は徐々に進行し、肺転移に加えて胸水も出現し、呼吸困難感が増悪したため症状コントロール目的で入院した。

胸水穿刺の後、胸膜癒着術を施行した。担当医から緩和ケアへの移行についての話が出た。面談の後から、「治療が何もなくなった。でも息苦しさがとれない。死の恐怖が迫ってくる。希望もない。体も思うように動かない。つらい。こんな体で家に帰っても家族の迷惑になるだけだ。いっそのこと死んでしまいたい」と病棟スタッフに泣きながら繰り返した。

病棟スタッフが確認したところ、夫とは離婚し、15歳の娘、10歳の息子と3人暮らしで、子どもにはがんの治療を受けていることは伏せていたという。

担当医は、今後の方向を考える上で、さまざまな視点から考えた方がよいだろうと判断し、緩和ケアチームに依頼をすることにした。

● 緩和ケアチームとは

まず、緩和ケアチームとは何かを概観する。

緩和ケアチームとは、一般病棟において担当医や病棟、患者からの依頼を受けて、入院患者の、

- ① 疼痛や倦怠感、呼吸困難感などの身体症状の緩和
- ② せん妄や抑うつ・不安などの精神症状の緩和
- ③ そのほか社会的問題を含めた包括的な支援

表1 緩和ケアチームに求められる役割（文献1より引用）

- | |
|-----------------------|
| ① 疼痛，身体症状マネジメント |
| ② 精神症状マネジメント |
| ③ 患者-医療者間コミュニケーションの支援 |
| ④ ケアの目標の設定 |
| ⑤ 洗練された退院支援の提供 |
| ⑥ 悲嘆への支援 |

を提供する複数の専門職から構成される集団である。

わが国において、緩和ケアチームが制度化された背景には、緩和ケアの中心を担ってきたホスピス・緩和ケア病棟で亡くなる患者が全体の5%に過ぎないこと、ほとんどのがん患者が一般病棟で亡くなる現状を踏まえて、一般病院で積極的に専門的な緩和ケアを提供する体制を整えることが求められていたことがある。

緩和ケアチームは、1976年にSt. Thomas' Hospitalの症状緩和チームに由来し、1980～1990年代を通して世界的に普及してきた。海外の緩和ケアチームの活動状況をみると、各国の医療制度の違いを反映し、米国では主に症状マネジメント、英国では在宅療養のコーディネートに関する対応が中心になるなどの違いがあるものの、大きくは表1の項目にまとめることができる¹⁾。

● 緩和ケアチームの構成

緩和ケアチームの構成は、緩和ケア医単独で構成される solo practitioner model と複数の職種で構成される full team model に分けられる。一般に包括的なケアを提供するためには、full team model が理想とされる。

わが国においては、緩和ケア診療加算に規定された

- ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師
- イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師
- ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師
- エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師

をコアメンバーとした緩和ケアチームの認定基準がある。

また、地域がん診療連携拠点病院の指定要件には、

1. 専任以上の身体症状の緩和に携わる専門的な知識および技能を有する医師
2. 精神症状の緩和に携わる専門的な知識および技能を有する医師
3. 専従の緩和ケアに携わる専門的な知識および技能を有する常勤の看護師と指定されている。

わが国の緩和ケアチームにおいては、コンサルテーション・リエゾン精神科医を必須のメンバーとして、精神心理的ケアを重視している点が特徴である。

④ 緩和ケアにおいてチーム医療を行う目的

一般に医療分野においてチームアプローチがとられる目的には、医療技術が高度化していくことに対応して各人が役割を分担し、高度な専門性を確立すること、また、専門性を確立した個々人が連携し医療の効率化を促進することがある。これは医療チームが実現すべき到達点であり、たとえば手術室や救急医療において実践されている。

一方、緩和ケアにおいては、専門性と効率の追求に加えて、包括的なアセスメントを行うことも目標に掲げられている。この背景には、緩和ケアにおいて、患者のQOLを向上させることを目標とした全人的な症状緩和が提唱されたことが背景にある。そこでは、患者や取り巻く問題を多職種による複数の視点から検討することにより、全体を俯瞰する視点を回復させることを目指した。

このように、緩和ケアにおける多職種チームには、それぞれの領域の高度化・専門化を推進する一方、細分化することによって失われた全体を見渡す視点を期待する面があることは注意が必要である²⁾。

緩和ケアチームの役割には、

- ① 高度で専門的な緩和ケアを効率よく提供する役割
- ② 患者をめぐる問題を多職種で多角的に検討し、包括的な評価とケアを提供する役割がある。

緩和ケアチームが提供できる役割を表2に挙げる³⁾。

表2 緩和ケアチームの役割 (文献3より引用改変)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> ① 身体・精神症状緩和に関する推奨・助言を行えるように用意をし、症状緩和に関する責任を担う ② 支援を通して勧められる治療プランを支援し、強化する ③ 患者-医師間、家族-医師間の葛藤のように、ケアの目標に関係する問題を解決するために時間を割く ④ 現実に生じるとは考えにくい(主に家族の)期待を扱う ⑤ 在宅や療養場所に関して利用できる資源や今後のプランに関する情報を用意する ⑥ 短時間の支持的なカウンセリングを行う |
|---|

④ 緩和ケアチームと連携して包括的なアセスメントを行う

患者・家族の苦痛を少しでも軽減するためには、その苦痛がどのようなものであるのか、確実に評価をしなければならないことは言を俟たない。特に、がん患者・家族を取り巻く問題は複雑である。その問題を見落とさずに把握すること、かつ緩和できる症状は確実に緩和することが臨床で実践されなければならない最重要の課題である。

患者を悩ますあらゆる問題を見落とさなく把握するための方法が、包括的なアセスメントである。これは、疼痛管理にとどまらず、「心のケア」、精神腫瘍学のかかわる問題に関し

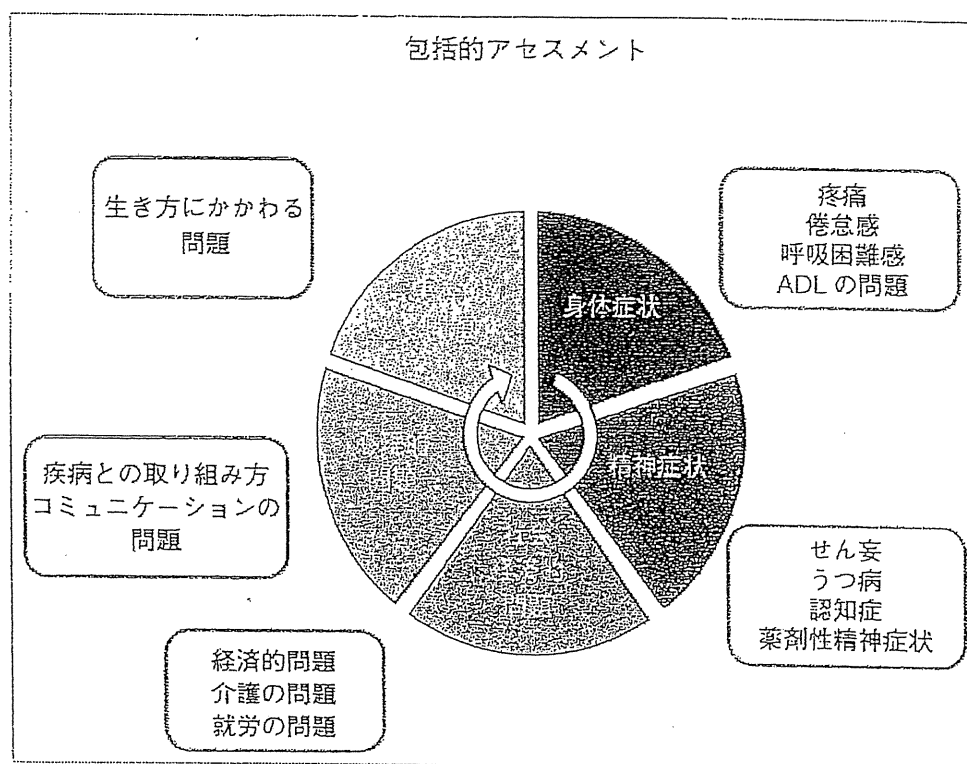


図1 「心のケア」のアセスメント

でも同様である。心理的な諸問題について考えると、その背景に身体症状や精神症状、経済的問題などさまざまな要因が修飾している。それぞれの問題に関して確実に対応・解決しなければ、心理的問題がどのようなものか評価することは困難である。

確実に対応しなければならない問題を把握するために、次のように段階を踏んで、おのおの問題があるか否かを判断し、対応する(図1)。

1. アセスメントで取りあげる問題

「心のケア」というと、身体症状緩和とは全く異なるケアとのイメージを持たれるかもしれない。しかし、「心のケア」は身体症状緩和と離して考えることはできない。

「心のケア」には表3のような問題が含まれる。

2. 症例のその後

担当医の依頼を受けて、緩和ケアチームも参加した。身体症状緩和担当医師、精神症状緩和担当医師、看護師が面談を行った。担当医と病棟スタッフとも相談して包括的にアセスメントをしたところ、以下の問題が抽出された。

- ① 身体症状：呼吸困難感の残存、動作時痛。
- ② 精神症状：パニック発作（動悸、呼吸困難感、恐怖感）を伴ううつ病。
- ③ 社会的苦痛：経済的問題（収入）、介護サポートの不足。
- ④ 心理的問題：子どもとのコミュニケーションの問題、医療者とのコミュニケーションの問題（家族関係の問題を医療者に相談することを躊躇した）。

表 3 緩和ケア領域における精神・心理学的な諸問題

1. 精神医学の問題
① うつ病・適応障害の診断とマネジメント
② せん妄の診断とマネジメント
③ 希死念慮・自殺企図への対応
④ 認知症の診断とマネジメント
⑤ 疼痛など身体症状に関連する精神症状のマネジメント
2. 社会的な問題・介護の問題
① 金銭的問題
② 介護上の問題（独居，老老介護）
③ 社会的支援
④ 家族間の問題
3. 心理的な問題
① がんに伴う心理的苦痛への対応
② 患者・家族間のコミュニケーション
③ 医療者・患者間のコミュニケーション
④ 悲嘆の理解・マネジメント
⑤ 医療者の燃えつき
4. 実存的な問題
① 倫理的問題
② 生命の危機に直面した状況での人格の成長と発達

⑤ 実存的問題：役割の喪失。

担当医と緩和ケアチームは問題点を確認するとともに、支援できることを提案した。患者は、「薬で少し休むことができました。息苦しさも減って、死ぬんじゃないかという恐怖も薄らいできました。痛みも減っています。余裕ができたなら、一度子どもに話をしたいと思います」と話した。子どもとどのように話をするか、チームの看護師が相談にのることになった。

国 文 献 題

- 1) Cintron A, Meier DE : The palliative care consult team. Textbook of Palliative Medicine. Bruera E, Higginson IJ, Ripamonti C, et al eds, London, Hodder Arnold, 2006 : 259-65.
- 2) 細田満和子：チーム医療とは何か？ チーム医療論。鷹野和美 編，東京，医歯薬出版，2002；1-10
- 3) Loscalzo MJ, von Gunten CF : Interdisciplinary teamwork in palliative care : compassionate expertise for serious complex illness. Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine (2nd ed). Chochinov HM, Breitbart W eds, New York, Oxford University Press, 2009 : 172-85

疼痛マネジメントにおいて、薬物療法以外のケアにエビデンスはあるのか？

痛みは患者・家族のQOLを著しく低下させるものです。看護師は伝統的に手当てを通して痛みを緩和することに努めてきた歴史があります。ここでは、看護で行える疼痛緩和技術の根拠を改めて見直したいと思います。

①マッサージ：マッサージの効果は、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セーション効果、リンパ球やNK細胞の産生増加やドーパミンレベルの上昇の効果があるともいわれています¹⁾³⁾⁴⁾。マッサージに関する複数のランダム化比較試験(RCT)¹⁾³⁾では10～50分間のマッサージを行った直後に痛みのスコアが有意に下がったと短時間の効果が報告されています⁵⁾⁷⁾。また、上記の研究を含め、種々のマッサージ(リフレクソロジーとアロマセラピーを含む)に関するレビュー⁴⁾では、幅広い症状(痛み、嘔気、不安、抑うつ、怒り、ストレス、倦怠感)を軽減すると考えられるが、質の高い研究が乏しく、さらなる研究が必要であるとしています⁸⁾。根拠としてはまだ不十分ですが、鎮痛薬が効いてくるまでの間など補完的に行う意義があると考えられます。

②加温：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拘縮を軽減させるとされています⁹⁾。臨床ではホットパックや蒸しタオルなどが日常的なケアとして用いられていますが、がん患者を対象とした研究はほとんどありません。急性腰痛に対する加温についてレビューした結果では、加温(温毛布など)を用いると有意に痛みが改善されたと報告されています⁹⁾。しかし、がん疼痛とは異なる機序が考えられ、今後、がん患者での研究の蓄積が必要と考えられます。

③その他のケア：新しい概念でMind-body interventionとして、リラクセーション/イメージ法、催眠法、認知行動療法(CBT)/コーピングスキルトレーニング

(CST)、瞑想、音楽、バーチャルリアリティについての効果をレビューした研究⁹⁾では、47の研究の結果から、イメージ法と催眠法、CBT/CSTは各々痛みと倦怠感、睡眠を改善しており、音楽も痛みと倦怠感を改善したと述べられています。日常の看護業務の中で実施するには難しいものもありますが、近年効果が期待されています。

疼痛マネジメントでは薬物療法が中心的役割を果たしていますが、その他のケアによって、さらに患者の苦痛を緩和できる可能性があります。ケアを提供するなかで患者とのスキンシップやコミュニケーションも促進されると思います。家族とも協力しながら多方面からアプローチを行い、患者のQOLを高めることができるとよいのではないのでしょうか。

●引用・参考文献

- 1) Gatlin C.G., et al. : When medication is not enough, nonpharmacologic management of pain, Clin.J.Oncol.Nurs., 11(5) : 699-704, 2007.
- 2) French S.D., et al. : Superficial heat or cold for low back pain (review), The Cochrane Collaboration, 2011.
- 3) Cassileth B.R., et al. : Massage therapy for symptom control : outcome study at a major cancer center, J.Pain Symptom Manage., 28 (3) : 244-249, 2004.
- 4) Calenda E. : Massage therapy for cancer pain, Curr.Pain Headache Rep., 10 : 270-274, 2006.
- 5) Wilkie D.J., 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, The Hospice Journal, 15(3) : 31-53, 2000.
- 6) Soden K., et al. : A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting, Palliat.Med., 18(2) : 87-92, 2004.
- 7) Post-White J., et al. : Therapeutic massage and healing touch improve symptoms in cancer, Integr.Cancer Ther., 2(4) : 332-334, 2003.
- 8) Ernst E. : Massage therapy for cancer palliation and supportive care : a systematic review of randomized clinical trials, Support Care Cancer, 17(4) : 333-337, 2009.
- 9) Kwelkeboom K.L., et al. : Mind-body treatments for the pain-fatigue-sleep disturbance symptom cluster in persons with cancer, J.Pain Symptom Manage., 39(1) : 126-138, 2010.

point of review

疼痛マネジメントにおけるケアはまだ根拠が不十分なものが多くありますが、マッサージの短時間の効果やイメージ法や音楽などの効果は、痛みだけでなく多くの症状をもつ患者の症状改善に期待できるかもしれません。標準的なケアとするには、今後のさらなる研究の蓄積を待ちたいところです。

をはかる必要があるため、さまざまな側面でコントロールを必要とする。長期に渡る治療や薬剤投与、自立した生活維持が必要であることから、看護師や医療者との信頼関係が基本になければならない。看護師は患者の生活の様子をよく理解し、具体的にどのような方法を取ることが可能か患者と一緒に考える姿勢が重要である。

なかでも薬剤投与は途中で症状が軽減したり緩和したりすると服薬を忘れていたり、中止して様子を見てしまうなどの自己判断をしやすい。薬剤に対する主作用はもちろん、副作用に関しても患者が理解できるように正確にわかりやすく説明すること、疑問が生じたときにはそのたびごとにていねいに説明をしていく姿勢が看護師への信頼につながり重要である。現在では、薬剤の長期服薬に対する自主性を尊重し患者と医療者が一緒に円滑に療法を継続できるようにドラッグアドヒアランス drug adherence を目指して援助することが重要であるといわれている。

I 安楽に関連する症状を示す対象者への看護

① 安楽に関連する症状のメカニズム

1 痛みのメカニズム

● 痛みとは

痛みはわれわれの身体の中でどのような役割を果たしているのだろうか。痛みは身体組織になにか有害な刺激が加わると、その刺激を神経の受容器が受け、脊髄を通して中枢へと伝達される。つまり、痛みは身体の中の異常の発生や危害が加わっていることを知らせる警告といえる。しかし、痛みは身体的にも心理的にもストレス因子となり、患者・家族のQOLを著しく低下させるため、できるだけ早急に取り除き、安楽に過ごせるように対策を講じることが求められる。

● 痛みの定義

国際疼痛学会では痛みを、「組織の実質的あるいは潜在的な傷害に結びつくか、このような傷害をあらわす言葉を使って述べられる不快な感覚、情動体験であり、つねに主観的なものである¹⁾」と定義している。

痛みの専門看護師のマカフェリ M. McCaffery は「痛みとは、現にそれを体

験している人が表現するとおりのものであり、それを表現したときにはいつでも存在するものである²⁾と定義している。また、アメリカ疼痛学会では「医療者は患者の痛みを信じなければならない³⁾」と述べている。

痛みを測定する方法はなく、あくまでも主観的な体験であり、感じている本人にしかわかり得ないものである。しかし、たとえ痛みの原因がはっきりしていなくても、医療者は患者の訴えを受けとめ、患者が痛いと感じている体験に寄り添い真摯に対応することが大切である。

◎ 痛みに影響する因子

痛みの感じ方はその人の経験や認識、置かれた環境、状況などさまざまな因子によって影響を受ける。心理的な要因は重要な因子になり、不安、恐怖、孤独感などが強ければ痛みは増大する。処置による痛みは、持続時間や痛みに関する情報がないと一般的には不安が増大し、痛みに対する反応は大きくなる。

痛みの感じ方に影響する因子としてトワイクロス R. Twycross は表 3-33 をあげている。痛みの感じ方を増強させる因子が強ければ痛みを感じやすくなり、軽減させる因子が強ければ痛みを感じにくくなるという考え方である。これは健康な人でも気分が落ち込んでいるときにはより一層痛みをつらく感じることもあり、人間誰にでもあてはまるものである。看護師は、安心感を与えるケアや気分転換となるかかわりなど、痛みの感じ方を軽減させる因子を少しでも増やし、増強させる因子を減らせるようなかかわりが求められる。

がん患者に対しては全人的苦痛(トータルペイン)(▶83 ページ, 図 2-7 参照)という考え方がよく用いられる。痛み以外の症状や心理, 社会的側面, スピリチ

▶ 表 3-33 痛みの感じ方に影響を与える因子

痛みの感じ方を増強する因子	痛みの感じ方を軽減する因子
怒り	受容
不安	不安や減退, 緊張感の緩和
倦怠	創造的な活動
抑うつ	気分の高揚
不快感	ほかの症状の緩和
深い悲しみ	感情の発散, 同情的な支援(カウンセリング)
不眠→疲労感	睡眠
痛みについての理解不足	説明
孤独感, 社会的地位の喪失	人とのふれあい

(R. Twycross ほか著, 武田文和監訳: トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント, 第2版, p.13, 医学書院, 2010 による)

- 1) Merskey, H. (Chairman): Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy, Pain6 (3): 249-252, 1979.
- 2) McCaffery M. Beebe A, 季羽倭文子監訳: 痛みの看護マニュアル, メヂカルフレンド社, p.10, 1995.
- 3) American Pain Society: Principles of Analgesic Use in the Treatment of Acute Pain and Cancer Pain, 3rd Edition, 2, 1992.

ユアル(霊的)な側面がその人の痛みなどの症状に影響を及ぼすという考え方である。とくに死が差し迫った患者では生きる意味を失ったり、自分で自分のことができなくなることから自己価値が低下することなどによりスピリチュアルペインが強くなる。つまり、身体的苦痛だけに焦点をあてて治療をしても、心の苦悩が緩和されなければ、その人の苦痛は取りきれないため、全人的なアプローチが非常に重要になってくる。これは悪性疾患の患者に限らず、すべての痛みのある人にあてはまるものである。慢性疼痛の人であっても社会的苦痛や心理的苦痛は非常に大きな問題だからである。

● 痛みの分類とメカニズム

● 痛みの分類

痛みは原因によって侵害受容性疼痛と神経障害性疼痛に分けられる。侵害受容性疼痛は侵害刺激による痛み、つまり身体の傷害に伴う痛みである(▶表3-34)。切傷や腹痛など私たちが日常的に経験する痛みのほとんどは、この侵害受容性疼痛である。

侵害受容性疼痛はさらに内臓痛と体性痛に分けられる。内臓痛は、内臓実質の炎症や皮膜の伸展、管腔臓器の攣縮・閉塞によって痛みが生じる。胃腸炎や

▶ 表3-34 痛みの神経学的分類

分類	侵害受容性疼痛		神経障害性疼痛
	体性痛	内臓痛	
障害部位	皮膚、骨、関節、筋肉、結合組織などの体性組織	食道、胃、小腸、大腸などの管腔臓器 肝臓、腎臓などの被膜をもつ固形臓器	末梢神経、脊髄神経、視床、大脳などの痛みの伝達路
痛みをおこす刺激	切る、刺す、叩くなどの機械的刺激	管腔臓器の内圧上昇 臓器被膜の急激な伸展 臓器局所および周囲組織の炎症	神経の圧迫、断裂
例	骨転移局所の痛み 術後早期の創部痛 筋膜や筋骨格の炎症に伴う筋攣縮	消化管閉塞に伴う腹痛 肝臓腫瘍内出血に伴う上腹部、側腹部痛 膵臓がんに伴う上腹部、背部痛	がんの腕神経叢浸潤に伴う上肢のしびれ感を伴う痛み 脊椎転移の硬膜外浸潤、脊髄圧迫症候群に伴う背部痛 化学療法後の手・足の痛み
痛みの特徴	局在が明瞭な持続痛が体動に伴って増悪する	深く絞られるような、押されるような痛み 局在が不明瞭	障害神経支配領域のしびれ感を伴う痛み 電気が走るような痛み
随伴症状	頭蓋骨、脊椎転移では病巣から離れた場所に特徴的な関連痛*をみとめる	吐きけ・嘔吐、発汗などを伴うことがある 病巣から離れた場所に関連痛*をみとめる	知覚低下、知覚異常、運動障害を伴う
治療における特徴	突出痛に対するレスキュー・ドーズの使用が重要	オピオイドが効きやすい	難治性で鎮痛補助薬が必要になることが多い

(日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会編：がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン，p.14，金原出版，2010による)

膵炎、尿管結石などによる痛みが内臓痛に含まれる。体性痛は骨、筋肉、粘膜が原因となって生じる痛みであり、骨折や筋肉痛、口内炎などがあてはまる。

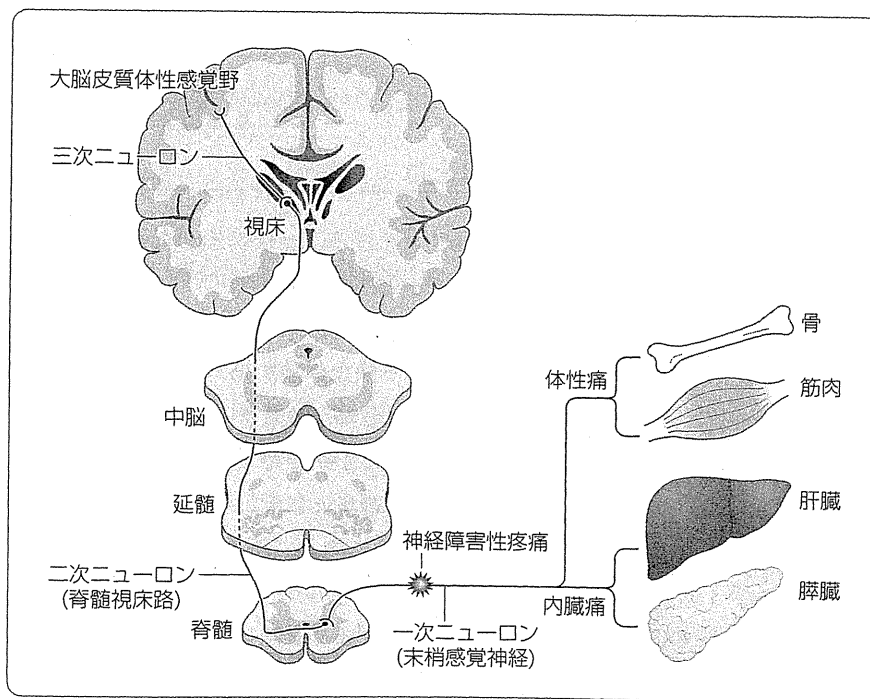
神経障害性疼痛は、神経の損傷に伴って発生する痛みである。帯状疱疹後神経痛、三叉神経痛、座骨神経痛がよく知られている。

●痛みがおこる機序

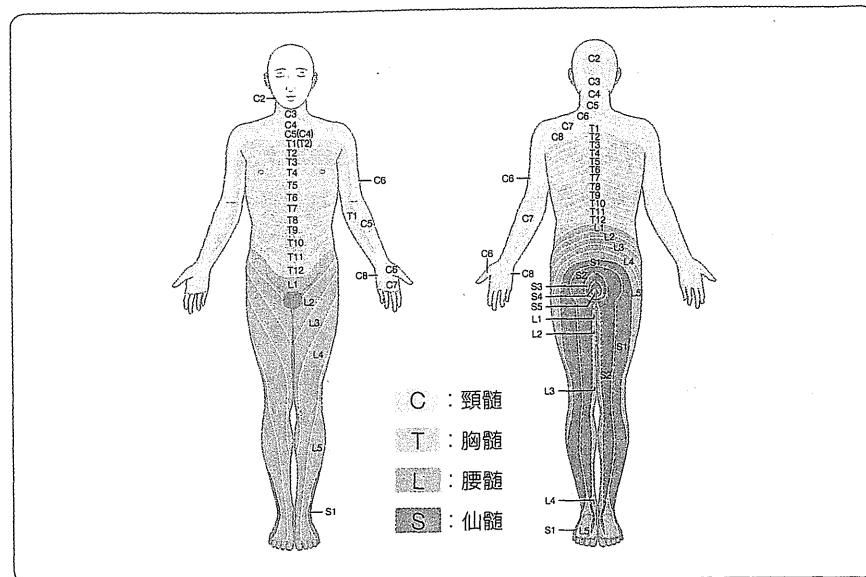
侵害受容性疼痛は、末梢の侵害受容器で感知された痛み刺激(侵害的機械刺激や熱刺激、発痛物質)が脊髄後角を通り、脊髄視床路を通過して大脳皮質の体性感覚野に伝達されることによって生じる(▶図3-25)。大脳皮質では痛みの場所や強さに、視床に到達した刺激は自律神経系の反応や不快感に関与する。

一部の侵害受容性疼痛では、病巣のまわりや病巣から離れた場所に発生する関連痛が生じることもある。心筋梗塞では左上腕に、虫垂炎では臍周囲、胃の病変で左背部に痛みが生じる。

神経障害性疼痛は、末梢の侵害刺激に関係なく、末梢神経や中枢神経そのものが損傷されたり圧迫されたりすることにより生じる。神経が障害されることにより異常なインパルス(自然発火)を生じ、神経支配領域(▶図3-26)に沿ってピリピリする痛みや電撃痛、やけるような痛みなど、特異的な痛みの性質を呈する。ときに痛みをおこさない刺激でも痛みを感じることもある。通常、神経障害性疼痛では障害された神経支配領域に沿って痛みが生じるのが特徴であるが、化学療法による末梢神経障害の場合は、神経毒性の蓄積により四肢末端に神経障害性疼痛を生じる。いずれも神経障害性疼痛では一般的な鎮痛薬の効果



▶ 図3-25 がん疼痛の種類と痛みの伝達



▶ 図 3-26 皮膚神経支配領域

が乏しく、異常なインパルスを抑える鎮痛補助薬(後述)の併用が必要となることが多い。

痛み刺激は、長く続くと過敏化(感作)が生じ、痛みの感じ方が増強したり、同じ強さの刺激でも痛みを強く感じたりするようになる。痛みをがまんすることの大きな弊害の1つはこれである。つまり、痛みをがまんすると痛みが悪化してしまうため、痛みをできるだけ早く取り除くことが重要なのである。

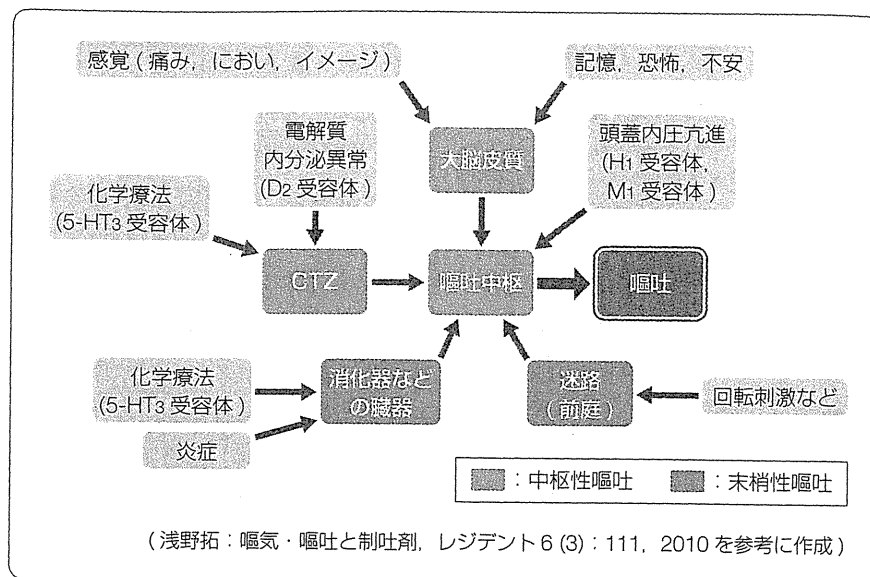
2 吐きけ・嘔吐のメカニズム

●吐きけ・嘔吐とは

吐きけとは、「吐きたくなるような切迫した不快な自覚症状」である。また、嘔吐とは「胃内容物を反射的に口から出すこと」とされる。吐きけ・嘔吐には唾液分泌亢進や冷汗、顔面蒼白、頻脈などの自律神経症状を伴うことが多い。吐きけ・嘔吐は非常に不快な体験であり、QOLを著しく低下させるため、早急に適切な対応を取ることが求められる。吐きけは痛みと同様に主観的な症状であり、感じている本人にしかわかり得ないものである。吐きけを感じている個々の患者の体験をありのままに受けとめる必要がある。

●吐きけ・嘔吐のメカニズムと原因

吐きけ・嘔吐は、さまざまな刺激により延髄外側網様体にある嘔吐中枢が刺激されることにより生じる。嘔吐中枢を刺激するものとしては、消化管の運動低下や腸閉塞などの末梢刺激、化学物質や代謝・電解質異常による刺激など



▶ 図3-27 嘔吐のメカニズム

CTZ(化学受容器引金帯)への刺激, 乗り物酔いや中耳の炎症など前庭刺激, 頭蓋内圧亢進や不安などの大脳皮質刺激がある。CTZは延髄の第4脳室底にあり, 薬物や毒物, 代謝異常に刺激され, 嘔吐中枢に刺激を伝達する。図3-27に吐きけ・嘔吐のおもな原因と作用部位を示す。

吐きけ・嘔吐の原因によって効果のある制吐剤が異なるため, 原因を明らかにしたうえで, それに合わせた治療・ケアを行うことが重要である。

② 安楽に関する看護上のニーズ判別のためのアセスメント

1 痛みのアセスメント

痛みのアセスメントは, 個々の患者の痛みの特徴を明確化することと, それにより痛みの種類を推察することが目的といえる。痛みのアセスメント項目に沿って系統的に情報を集め, 総合的にアセスメントする。看護師は患者と密接にかかわる職種であり, 痛みのアセスメントを的確に行う重要な役割がある。以下にアセスメント項目をあげる。

[1] 日常生活への影響 患者にとって痛みは, それ自体による苦痛はもちろんのこと, 日常生活の質(QOL)が低下することも重大な問題となる。患者がどの程度日常生活に支障があるかをアセスメントする。

[2] 痛みの部位 進行がん患者では複数部位に痛みがある場合も多いため, すべての部位について身体図を用いて確認する。体性痛では局在性がはっきりし

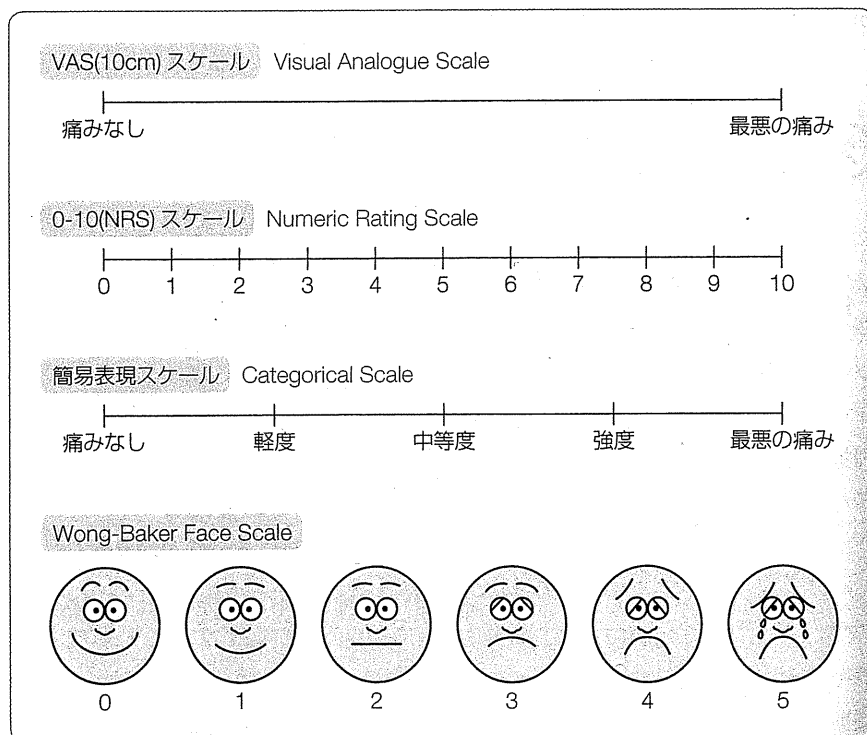
ており、内臓痛では局在性が乏しい。関連痛や神経障害性疼痛では原因とは離れた部位に痛みが生じるため、慎重にアセスメントを行う必要がある。

[3] 痛みの性質 痛みの性質から痛みの種類をある程度判断することができる。内臓痛ではおもに鈍い痛みや重苦しい痛みと表現されることが多い。体性痛では鋭い痛みであることが多い。神経障害性疼痛の場合は、前述のように電撃痛、焼けるような痛みなど特異的な痛みの性質であるため鑑別がしやすい。

[4] 痛みの強さ 強さはできる限りペインスケールを用いて評価をしてもらう。代表的なペインスケールは図3-28である。VAS, NRS, VRSの3つはどれを使用してもかまわない。フェイススケールは原則的に小児対象のスケールであり、成人では痛み以外の気分を反映する可能性など指摘されている。

痛みの強さは、痛みが出現したときと鎮痛薬の効果が最大となる時間などを目安に評価をする。看護師が鎮痛薬の効果をタイムリーに評価できると、疼痛緩和は促進される。

[5] 痛みの経過と1日のパターン 痛みが生じたきっかけと1日の痛みの変化のパターンをアセスメントする。1日の変化としては、たとえば、定時薬の切れ目に痛みが出現する、家族が帰ると痛みが悪化する、などがある。痛みのパターンがわかると、薬の投与量や投与時間を工夫したり、精神面でのアプローチを重点的に行うことができる。突然の痛みの場合、消化管穿孔や心筋梗塞などの緊急性を伴う疾患の可能性もあるので注意を要する。経時記録としてペ



▶ 図 3-28 代表的なペインスケール

Pain Flow Sheet

痛みの部位 ①腰部②左下肢 痛みの性質(患者の表現で) ①重い感じ②びりびりする
 処方されている鎮痛薬 MSコンチン40mg/日, 2回(9時, 21時)
 塩酸モルヒネ 10mg 必要時
 トリプタノール 25mg 1回就寝時

① ●—● ② ×--×

日時	痛みの強さ											使用した鎮痛薬など	コメント/プラン
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
21日													
9:00												MS コンチン 20mg	"少し痛むけど大丈夫だよ" 左下肢しびれ感変わらず
12:00													"ほとんど気にならない"
15:30													MRIへ
16:00												塩酸モルヒネ 10mg 腰部マッサージ	検査ですっと同じ姿勢でねていたら痛くなくなった★
16:30													"大分楽になったよ"
22日													
0:00													睡眠中
3:00													" "
6:00												塩酸モルヒネ 10mg	"少し痛くなってきた"
9:00												MS コンチン 20mg	"もう大丈夫だけどまた のんだ方がいいの?" ▲

注) ●MS コンチンは約3時間で血中濃度が最高になる。3時間後に必ずアセスメントする。
 ★同一体位の保持が必要な検査の前には、塩酸モルヒネを30分前に使用するとよい。
 ◆塩酸モルヒネは、約30分で血中濃度がピークに！
 ▲定期薬は、痛みを感じなくても必ず飲む。

(聖路加国際病院看護部緩和ケア検討委員会：がん疼痛マネジメントマニュアル,
 医学書院, 1999 による)

▶ 図 3-29 ペインフローシート

インフローシート(▶図3-29)を用いて記録すると痛みのパターンが把握しやすい。

[6] 痛みの増強因子・緩和因子 痛みの悪化のきっかけとなる因子を観察する。たとえば体動, 排泄, 食事, 精神面である。緩和因子としては安静, マッサージ, 加温, 冷却などである。悪化因子は日常生活の調整で極力少なくしたり, 予防的な鎮痛薬の使用を検討する。緩和因子は積極的にケアに取り入れていく。

[7] **治療の効果と副作用の評価** いままで受けた痛みの治療，あるいは現在の治療の効果をアセスメントする。痛みと日常生活の改善の程度，副作用の程度を患者とともに評価する。

[8] **心理・社会面，スピリチュアルな面** 心の苦悩は痛み大きく影響する。心の面にも目を向け，全人的苦痛の観点から痛みに影響する因子をアセスメントし，身体面への対応と並行して心のケアを行っていくことが不可欠である。

2 吐きけ・嘔吐のアセスメント

吐きけ・嘔吐のアセスメントは，痛みと同様に系統的に情報を集め，総合的に判断する。吐きけ・嘔吐のアセスメントは吐きけの原因を明らかにすることと，患者への影響を把握するために重要である。

[1] **吐きけ・嘔吐の発現時期** 吐きけ・嘔吐がいつから始まったか，きっかけがなかったかを確認する。

[2] **吐きけ・嘔吐の程度と頻度** 患者が感じている吐きけの程度や嘔吐回数を把握する。とくに嘔吐が頻繁である場合は体力の消耗や電解質バランスのくずれにも注意が必要である。

[3] **吐物の性状** 病態によって吐物の性状が異なるため，吐物の性状を把握する。消化管出血の場合には血性の吐物，消化管閉塞がある場合には緑色や茶色の吐物となる。

[4] **原因の把握** 図3-27(▶243ページ)に示した吐きけ・嘔吐のおもな原因がおこる状況がないかを確認する。とくに，代謝・電解質異常，薬物，胃腸刺激，脳圧亢進症状など，吐きけ・嘔吐の原因となる治療を確認する。薬物では，開始直後から出現するものもあれば，長期使用や血中濃度の上昇により出現する副作用もある。便秘のある患者では消化管蠕動が低下しており吐きけも出現しやすいため，排便状況も確認する。

[5] **吐きけ・嘔吐の出現パターン** どのようなときに吐きけ・嘔吐が出現するかを把握する。たとえば，前庭刺激による吐きけ・嘔吐では，頭を動かしたときや体動時に出現することもある。頭蓋内圧亢進症状としての吐きけ・嘔吐では，早朝に酸素低下に伴い脳圧が亢進しやすく，それによって出現する場合がある。

[6] **腹部の状態** 腸音，ガスの有無，腹部膨満の程度を確認する。腸蠕動が亢進しすぎても低下しすぎても吐きけの原因となり得る。金属音，流水音では腸閉塞の疑いがある。腹部腫瘤や腹水貯留，多量のガスの貯留により腹部膨満となる。

[7] **日常生活への影響** 吐きけ・嘔吐は食生活への影響のみならず，活動性の低下や不眠などQOLに大きな影響を及ぼす。患者が感じる影響の度合いをアセスメントする。

[8] **心理面・社会面・スピリチュアルな面** 吐きけ・嘔吐では心理面での影

響も大きく、不安、予期不安、恐怖感、さまざまな苦悩などが心因性に吐きけを引き起こすこともまれではない。とくに吐きけ・嘔吐の原因が明確にならない場合、心理面でのアセスメントを十分に行う必要がある。

③ 安楽に関連するニーズ充足に向けた看護援助

1 痛みの援助

● 薬物療法

● 鎮痛薬の分類

鎮痛薬は大きく分けて、非オピオイド鎮痛薬とオピオイド(麻薬性鎮痛薬、後述)に分類される。非オピオイド鎮痛薬には非ステロイド性消炎鎮痛薬 Non-Steroidal Anti Inflammatory Drugs (NSAIDs) とアセトアミノフェンがある。NSAIDs は、局所の発痛物質であるプロスタグランジンの産生抑制作用により鎮痛作用を発揮する。NSAIDs の連続使用では胃腸障害や腎障害、血小板減少などの副作用を生じやすく、胃粘膜保護剤の併用や血液学的検査を定期的に行う必要がある。アセトアミノフェンは抗炎症作用がほとんどないため NSAIDs とは区別される。大量投与による肝障害以外には、副作用はほとんどないため比較的安全に使用できる。

通常、最初に非オピオイド鎮痛薬が使用されるが、強い痛みを伴う処置や手術、がん疼痛に対しては、非オピオイド鎮痛薬とあわせてオピオイドを積極的に使用し、痛みをがまんさせないようにする。オピオイドについては 248 ページ NOTE の項で詳しく述べる。

● 鎮痛補助薬

鎮痛補助薬とは、主たる薬理作用には鎮痛作用を有しないが、鎮痛薬と併用することにより鎮痛効果を高め、特定の状況下で鎮痛効果を示す薬物とされる¹⁾。鎮痛補助薬には抗うつ薬、抗けいれん薬、抗不整脈薬、ステロイドなどが含まれる。糖尿病末梢神経障害や帯状疱疹後神経痛、がんによる神経障害性疼痛などに対しては、鎮痛薬とあわせてこれらの鎮痛補助薬がしばしば用いられる。看護師はこれらの薬物療法を理解し、薬の効果を判定する重要な役割を担っている。

● 痛みに対するケア

痛みを緩和するおもな非薬物的介入には以下のものがあげられる。非薬物的

1) 日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会編：がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン，p.66，金原出版，2010.

NOTE

がん疼痛治療

a. WHO がん疼痛治療法

がん疼痛に対しては、WHO がん疼痛除痛ラダー(▶図1)にのっとり鎮痛薬が選択される。WHO がん疼痛治療法の基本原則は表1の通りである。重要なのは、がん疼痛は持続する強い痛みであり、痛みが出現してからの頓用(必要時投与)ではなく、時間を決めて定期的に投与し、痛みがなるべく出現しないように予防することである。また、定期的に使用しても痛みがでる場合には(突出痛)、すみやかに追加鎮痛薬(レスキュードーズ)を使用して対応する。オピオイド鎮痛薬の必要量は個人差が大きく標準量は決まっていない。痛みが取れて眠けが最小限の量的那个人にとっての適量である。WHO が示すがん疼痛治療の最終目標は「動いても痛みがないこと」である。

b. オピオイドの作用と副作用

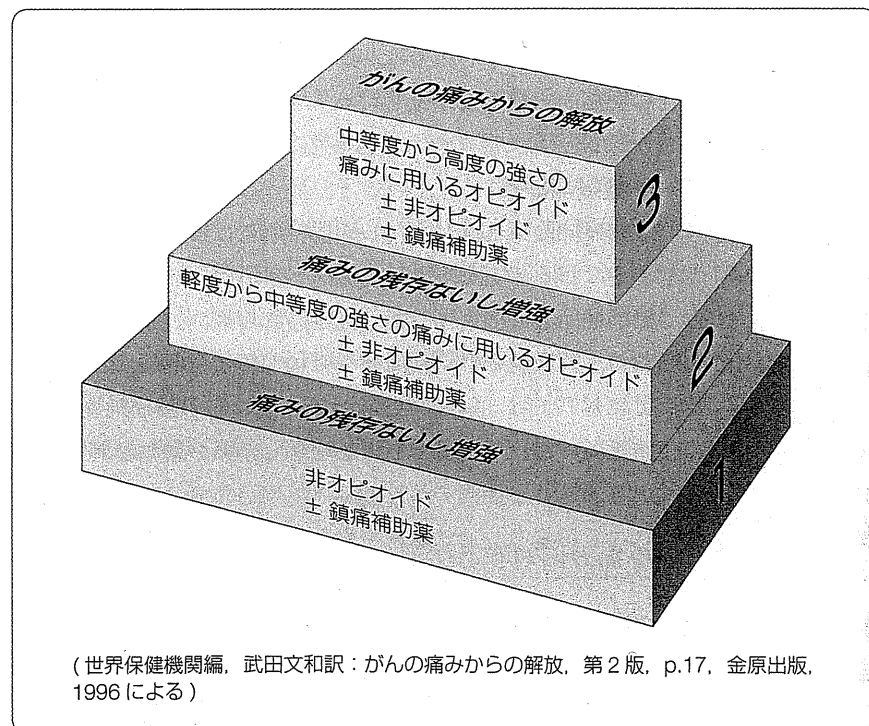
オピオイドとは、麻薬性鎮痛薬やその関連合成鎮痛薬などの総称で、おもに脊髄や大脳に分布するオピオイド受容体に対する高い親和性を持つ。したがって、脊髄や大脳での痛覚伝達抑制などにより鎮痛作用を発揮する。

代表的な薬剤はモルヒネ、フェンタニル、オキシコドンである。オピオイドはそれぞれの薬剤によって特徴が少しずつ異なるため、症状や病態にあわせて選択される。

オピオイドの副作用は、中枢性の作用による眠けや吐きけ(CTZ[化学受容器引金帯]への作用)、呼吸抑制作用などとともに、末梢性の作用として消化管運動抑制作用を持つ。これらの副作用は対策が可能である。もっとも頻度が高いのは便秘であり、ひどくなると吐きけや腹痛の原因ともなる。看護師は日々の排便状況を把握し、適切な排便管理を行う責任がある。吐きけに対しては、最初の1~2週間は予防的に中枢性吐剤を併用することが多い。眠けや呼吸抑制は、過量投与や急激な増量をしない限りは臨床的に問題にはならない(▶図1参照)が、看護師は日常生活の中で患者の強い眠けや呼吸状態を慎重に観察する必要がある。

c. オピオイドに対する誤解

オピオイドに関しては一般的に誤解されている面もいまだ多く、「がんの終末期に使うもの」「使ったらやめられない」「中毒になる」といった誤った認識から、その



▶ 図1 WHO 3段階除痛ラダー


NOTE
がん疼痛治療(続き)

使用をちゅうちよする患者も少なくない。しかし、オピオイドは痛みなどの症状がある患者では長期間使用しても精神的依存をおこしたり、効果がなくなることはない。少量から開始し、急激な増減量を避ければ呼吸抑制も臨床的に問題とはならない。また必要がなくなれば漸減・中止することも可能である。誤った認識は疼痛緩和の障

壁にもなるため、看護師は誤解の一因となる用語(▶表2)を正しく理解したうえで正しい情報を提供し、適切に使用できるようにはたらきかける必要がある。

▶表1 WHOの鎮痛薬投与の基本原則

- ・ by mouth (経口で)
- ・ by the ladder (段階的に)
- ・ by the individual (個人差を考慮して)
- ・ by the clock (定期的に)
- ・ attention to detail (細かい点にも気を配る)

(世界保健機関編、武田文和監訳：がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア, p.14, 金原出版, 1993による)

▶表2 オピオイドに対する耐性と依存性

用語	定義
耐性	初期に投与されていた薬物の用量で得られていた薬理学的効果が時間経過とともに減退し、同じ効果を得るためにより多くの用量が必要になる、身体の薬物に対する生理学的順応状態。
身体的依存	突然の薬物中止、急速な投与量減少、血中濃度低下、および拮抗薬投与によりその薬物に特有な離脱症候群が生じることにより明らかにされる、身体の薬物に対する生理的順応状態。
精神的依存	次のうちいずれか1つを含む行動によって特徴づけられる一次性的慢性神経生物学的疾患。①自己制御できずに薬物を使用する、②症状(痛み)がないにもかかわらず強迫的に薬物を使用する、③有害な影響があるにもかかわらず持続して使用する、④薬物に対する強度の欲求がある。

(日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会編：がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン, p11, 金原出版, 2010より作成)

介入で効果が証明されているものは少なく、単独で疼痛緩和をはかることはあまり期待できないが、個々の患者で効果をみながら、薬物療法とあわせて補完的な疼痛緩和方法として活用できる。

● マッサージ

痛みに対するマッサージの作用には、筋肉の緊張緩和、痛みの閾値の上昇、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る。マッサージには長期的な効果は期待できないが、レスキュードーズの効果が出るまでの間など、補完的な方法として有用である。また、患者とスキップをはかることを通しての効果も期待できる。マッサージには多様な方法があるが、看護ケアとしては個々の患者が心地よいと思える方法で行うのがよいであろう。骨病変や出血傾向、リンパ浮腫のある患者などでは病態に十分に注意し、強い刺激や叩打は避けるようにする。