

緩和ケアマニュアル統合版 2023 年度 Ver.

目次	
1. はじめに	1
2. 「生活のしやすさに関する質問票」の使用方法	2
3. 痛みのマネジメント	6
4. がん性疼痛に対する薬物療法	11
別表 オピオイド換算表・切替表	22
持続皮下注射の投与法	23
5. 難治性疼痛に対する治療	25
6. 骨転移に対する治療 薬物療法	27
放射線治療	28
7. 呼吸困難の緩和	30
8. 消化器症状への対策	39
9. 口腔ケア	47
10. 緩和ケアにおける栄養	59
11. 緩和ケアにおけるリハビリテーション	61
12. 浮腫のケア	67
13. 精神症状と心のケア	72
14. 悪い知らせを伝える	82
15. アドバンス・ケア・プランニング	85
16. DNAR 説明と確認の手続き	87
17. 治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方	91
18. 終末期・臨死期のケア	99
これからの過ごし方（印刷してお使いください）	巻末
19. 緩和ケア病棟（7C 病棟）の入院申し込み	104
20. 緩和ケアチームに依頼するとき	107

（巻末付録）

疼痛アセスメントシート（3 痛みのマネジメント）

抑うつチェックシート（13 精神症状と心のケア）

鎮静とは何でしょうか（17 治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方）

これからの過ごし方（18 終末期・臨死期のケア）

改訂履歴

	発行日	主な改訂内容
2021 年度	2021 年 6 月 30 日	初版発行
2022 年度	2022 年 5 月 16 日	非がん患者の呼吸器症状に対するオピオイド投与法（7 章追加） 緩和ケアにおける口腔ケア（9 章新規追加） リハビリテーション（11 章新規追加） 浮腫のケア（12 章新規追加） DNAR 説明・確認の手引き（16 章新規追加） 終末期・臨死期の緩和ケア（18 章新規追加）
2023 年度	2023 年 5 月 31 日	緩和ケアにおけるリハビリテーション（11 章）大幅加筆

1 はじめに

緩和ケアセンターにおいて毎年の改訂、編集作業を終えた 2023 年度 Ver をお届け致します。

『緩和ケアにおけるリハビリテーション』、大幅な追記がなされ、緩和ケアを主体とする時期にあって適応されるリハビリテーションの実際について解説されています。

『オピオイド換算表・切替表』に関しては、安全管理対策委員会において、院内でのインシデント事例を受けて、医療用麻薬の種類変更、投与ルート変更時について現場で確認しやすいように、2023 年度版安全管理ポケットマニュアルにも掲載されることになりました。

なお、このマニュアル全体で推奨している薬剤名は、一般名で解説している箇所と当院採用の商品名が挙げられている箇所がございます。薬剤選択時にご留意をお願いします。

【2021 年度 Ver はじめに (再掲) 2021 年 6 月 30 日】

この度、緩和ケアセンターによって『緩和ケアマニュアル 統合版 2021 年度 Ver.』が編纂されました。

目次をご覧くださいと、緩和ケアは広い分野で応用されることがおわかりと思います。

がん診療における緩和医療・ケアを中心に論じておりますが、非がん診療においても適用できる点が多いと思われ、多くの患者さんの症状緩和にお役立ていただければ幸いです。

基本的事項を網羅するよう各編著者にはお願いしました。引用・参考文献を記し、著者名も記載してあります。さらに詳細を知りたい場合には、文献をご参照くださるか、著者、担当者にお問い合わせください。

“いつでも、どこでも、誰でも” 緩和ケアを受けることができるには、“いつでも、どこでも、誰でも” 緩和ケアを提供できるようになることが求められます。この緩和ケアマニュアルが、安全で質の高い緩和ケアの提供につながることを祈念しております。

緩和ケアセンター長

緩和ケア内科 斎藤 真理

緩和ケアマニュアル 統合版 2023 年度 Ver.

緩和ケアセンター 編

2023 年 5 月 31 日 発行

2 「生活のしやすさに関する質問票」の使用方法

生活のしやすさに関する質問票

記入者 患者さん ご家族 医療者 ()

記入日

氏名

■この1週間で、以下の症状が一番強いときは、どれくらいの強さでしたか？

	← 全くなかった →										これ以上、考えられないほどひどかった
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
痛み(一番強いとき)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(一番弱いとき)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
しびれ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ねむけ(うとうとした感じ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
だるさ(つかれ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
息切れ(息苦しさ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
食欲不振	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
吐き気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1 気になっていること、心配していることをご記入下さい

病状や治療について、詳しく知りたいことや、相談したいことがある……… あり

経済的な心配や制度で分からないことがある………

日常生活で困っていることがある(食事・入浴・移動・排便・排便など)………

通院がたいへん………

2 からだの症状についておうかがいします

現在のからだの症状はどの程度ですか？

4 我慢できない症状がずっとつづいている

3 我慢できないことがしばしばあり対応してほしい

2 それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい

1 現在の治療に満足している

0 症状なし

↑

↓

最高につらい

中くらいにつらい

つらさはない

症状は何ですか？

3 気持ちのつらさについておうかがいします

この1週間の気持ちのつらさを平均して、最もあてはまる数字に○をつけて下さい。

4 我慢できない症状がずっとつづいている

3 我慢できないことがしばしばあり対応してほしい

2 それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい

1 現在の治療に満足している

0 症状なし

↑

↓

最高につらい

中くらいにつらい

つらさはない

つらさは？

4 専門のチームへの相談を希望しますか？

希望する

■痛みなどからだの症状や気持ちのつらさに対応する緩和ケア医師、看護師………

■経済的な問題や、制度の疑問に対応する医療ソーシャルワーカー………

■自宅での生活がしやすいように、利用できるサービスがあるかを相談したい………

からだの症状が 2 以上のときは、詳しく症状をうかがうため右ページにご記入下さい。

■1日を通して症状の変化はどのパターンに近いですか？ (一番困っている症状についてご記入下さい)

1. ほとんど症状がない

2. 普段おぼとけと症状がほぼ毎日、何回か強い症状がある

3. 普段から強い症状があり、1日の間に強弱がたり弱くなったりする

4. 強い症状が、1日中続く

症状の強さを点数で伝えるのは、難しいと思います。しかし、血圧と同じように数字で伝えていただくことで、医師や看護師があなたの症状を理解しやすくなります。

A 目的

がんとともに生きる人とその大切な人のからだや心のつらさを早期にキャッチし、適切な医療や看護介入につなげる

B 対象

- (1) がんの検査や治療で入院・通院している患者
- (2) 他疾患で入院、または通院しているが、既往にがんがある患者

C 使用する機会

- (1) 外来や入院中にがんの告知を受けたとき
- (2) 手術、化学療法、放射線治療などの治療開始時、治療中、治療の変更や中止となったとき
- (3) 麻薬導入時、使用中
- (4) 疼痛コントロールの必要なとき
- (5) 化学療法の副作用、疾病からくる症状があるとき
- (6) 症状緩和目的で入院になるとき
- (7) 気持ちの落ち込みや不安がみられるとき
- (8) PS (Performance Status) が低下したとき

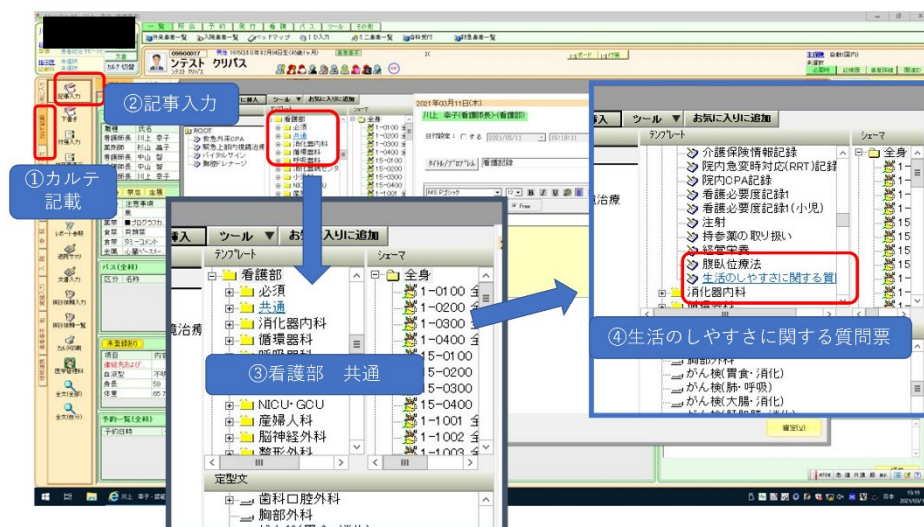
Score	定義
0	全く問題なく活動できる。発病前と同じ日常生活が制限なく行える。
1	肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる（例：軽い家事、事務作業）。
2	歩行可能で自分の身の回りのことはすべて可能だが作業はできない。日中の50%以上はベッド外で過ごす。
3	限られた自分の身の回りのことしかできない。日中の50%以上をベッドかいで過ごす。
4	全く動けない。自分の身の回りのことは全くできない。完全にベッドかいで過ごす。

D 使用方法

- (1) 看護師は、使用の機会を判断する。
- (2) 患者に、「生活のしやすさに関する質問票」を渡し記入してもらう。
 - ① 患者が記入できない場合は、家族や医療者が代筆する。
 - ② 患者が記入を希望されないときは、その意思を尊重する。
- (3) 看護師は、患者（家族）と共に結果を確認する。
- (4) 看護師は、「生活のしやすさに関する質問票」の内容を、テンプレートを使用しカルテに記載する。

（記事入力>テンプレート>看護部>共通>「生活のしやすさに関する質問票」

 - ① タイトル入力は、「苦痛スクリーニング」とする。
 - ② テンプレートは、データ抽出に影響するため、コピー&ペーストはせず、「新規」にて作成する
 - ③ 数値は、患者が選択した数字の最高値を入力する
- (5) 「生活のしやすさに関する質問票」は、スキャンする。



生活のしやすさに関する質問票

記入者: 患者本人 家族 医療者 外来 入院 入力日付 2021/

① 気になっていること、心配していることをご記入下さい

症状や治療について、知りたいことや、相談したいことがある

経済的な心配や制度でわからないことがある。

日常生活で困っていることがある（食事・入浴・移動・排尿・排便など）

通院がたいへん

② からだの症状についておうかがいします

現在のからだの症状はどの程度ですか？

4 我慢できない症状がずっと続いている

3 我慢できないことがしばしばあり対応してほしい

2 それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい

1 現在の治療に満足している

0 症状なし

症状はなんですか？

③ 気持ちのつらさについておうかがいします

この1週間の気持ちのつらさを平均して、最もあてはまる数字を選んで下さい

つらさはない 中くらいにつらい 最高につらい

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

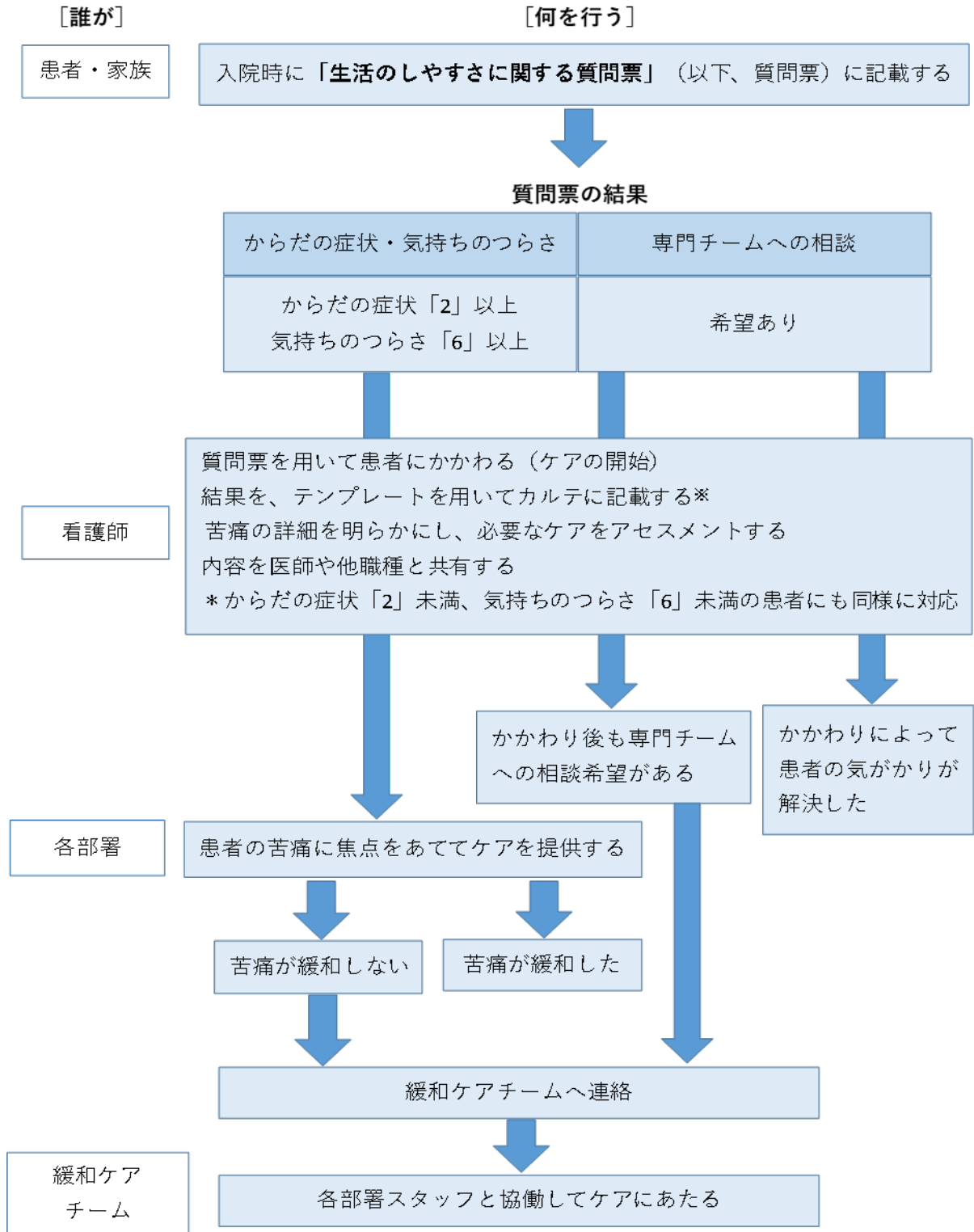
数値は、選択された中から最高値を入力する。

E 結果に基づく対応

- (1) 主治医と情報を共有する。

「身体的苦痛」2以上（0～4）、「気持ちのつらさ」6以上（0～10）については必ず共有する。
- (2) 苦痛に対する、医師は治療方針、看護師は看護計画を立てる。
- (3) 必要時、緩和ケアチーム等の介入を依頼する。
- (4) 「身体的苦痛」「気持ちのつらさ」を継続的に評価する。

苦痛スクリーニングのフローチャート



3 痛みのマネジメント

A 痛みとは

患者自身が「痛い」と言うことそのものである。

「組織損傷が実際に起こった時、あるいは起こりそうな時に付随する不快な感覚および情動体験、あるいはそれに似た不快な感覚および情動体験」（2020年 国際疼痛学会）と定義されている。

痛みは主観的な物であり、第3者が客観的に評価できないことを十分に認識することが疼痛治療の出発点である。評価に基づいて痛みの種類と原因を診断し速やかに痛みの原因と痛みのアプローチを開始する事が重要である。 1) 緩和医療学 P60改編

B 痛みの病態による分類

(1) 侵害受容性疼痛と神経障害性疼痛に分けられる

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痛	・食道、小腸、大腸などの管腔臓器 ・肝臓、腎臓などの被膜を持つ固形臓器	・末梢神経、脊髄神経視床、大脳（痛みの伝達路）
侵害刺激	・切る、刺す、叩く等の機械的刺激	・管腔臓器の内圧上昇 ・臓器被膜などの急激な伸展	神経圧迫、断裂
例	・骨転移に伴う骨破壊 ・術後早期の創傷痛 ・筋膜や筋骨格の炎症に伴う筋攣縮	・がん浸潤による食道、大腸などの通過障害 ・肝臓の腫瘍破裂などの急激な被膜伸展	・がんの腕神経叢、腰仙部神経叢浸潤 ・脊椎転移の硬膜外浸潤 脊椎圧迫 ・化学療法、放射線治療後の神経障害
痛みの特徴	・疼くような持続痛と体動時の鋭い痛みが混在する	・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を伴う痛み ・電気が走るような痛み
随伴症状	・骨転移における関連痛	・悪心嘔吐発汗の自律神経症状 ・関連痛	・知覚低下 知覚異常、運動障害
鎮痛薬の効果	・非オピオイド鎮痛薬、オピオイドが有効 ・体動時痛に対するレスキューがポイント	・非オピオイド鎮痛薬、オピオイドが有効	・非オピオイド鎮痛薬、オピオイドが効きにくく、鎮痛補助薬の併用が有効的な場合がある

図1 1) 緩和医療学 P60改編

(2) 痛みの時間経過による分類：

- ① 急性痛：身体損傷に続いて生じる痛み、痛み刺激の解除や損傷の治癒に伴い消失する
- ② 慢性痛：急性疾患の通常の経過または外傷の治癒に相当する期間を超えて持続する痛み
進行がんによる痛みや治癒後に遷延する神経障害性疼痛などが含まれる

(3) 痛みの原因による分類

- ① がんによる痛み
- ② がん治療による痛み（外科手術、放射線治療、化学療法治療によるもの）
- ③ がん、がん治療と無関係の痛み（良性の骨・関節疾患や帯状疱疹痛、三叉神経痛など）

(4) 痛みのパターンによる分類

1日のうちに12時間以上続く持続痛と一過性の痛みの増強である突出痛がある（図2）

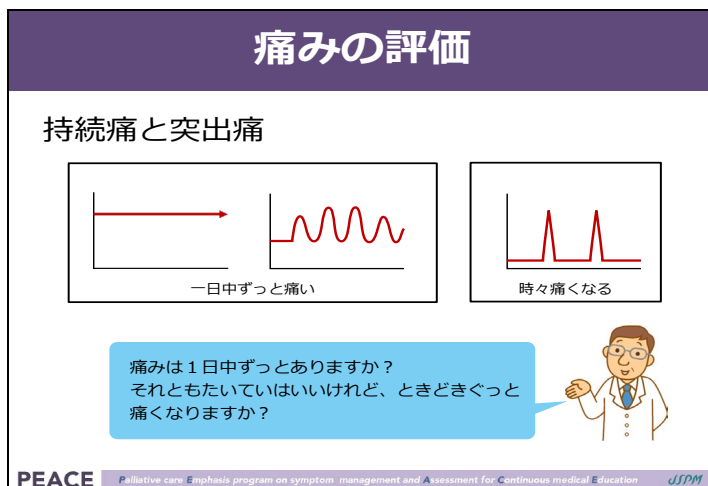


図2 PEACE

C マネジメント

(1) 基本原則：

- ① 疼痛治療の目標：患者にとって許容可能な生活の質を維持できるレベルまで痛みを軽減する
- ② 包括的な評価：詳細な病歴、身体診察、心理状況の評価、適切な疼痛測定ツールを用いた痛みの重症度の評価を行う
- ③ 安全性の保障：患者の安全性を担保し、オピオイド鎮痛薬が社会に流出することがないように鎮痛薬を適切に管理しなければならない
- ④ がん性疼痛マネジメントは薬物療法が含まれるが心理社会および精神的ケアも含まれる
- ⑤ オピオイドを含む鎮痛薬はいずれの国でも使用されるべきである
- ⑥ 鎮痛薬は「経口的に」「時間を決めて」「患者ごとに」「細かい配慮を持って」：ラダーについては教育のためのツール（図3）として有用だが、患者毎の個別性を重視した疼痛治療が重要視される
- ⑦ がん疼痛治療はがん治療の一部として考えられる：終末期でない場合であっても必要に応じてがん治療に組み込まれる（図4）

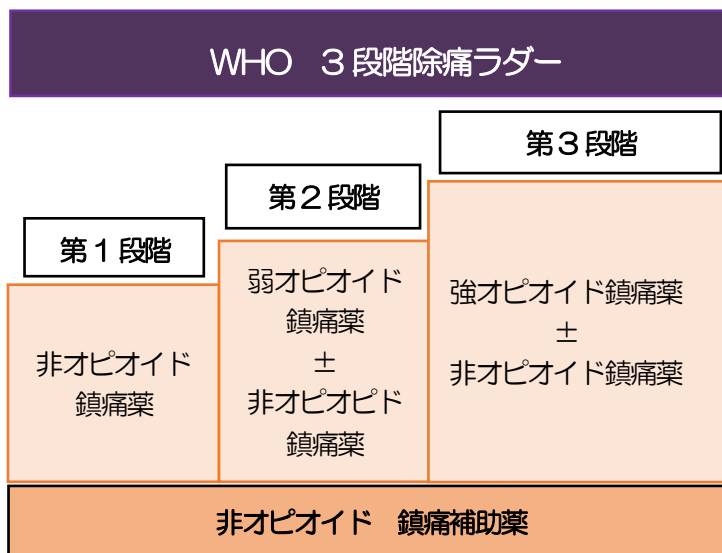


図3

がん疼痛治療の概要としては以下を参考にする。

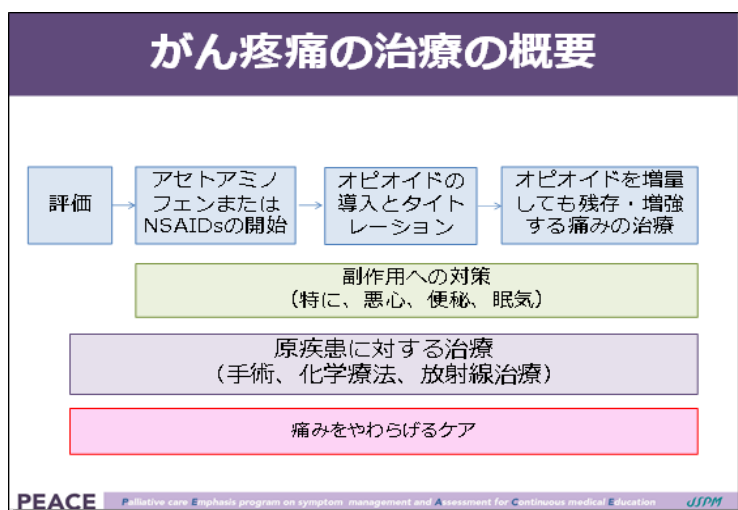


図4

(2) 痛みの原因を診断し、治療計画を立てる

病態、機序に応じた鎮痛薬での治療を計画し、増悪軽快因子(図5)の調整や、痛みに影響を与えている全人的苦痛(図6)への対処を行う

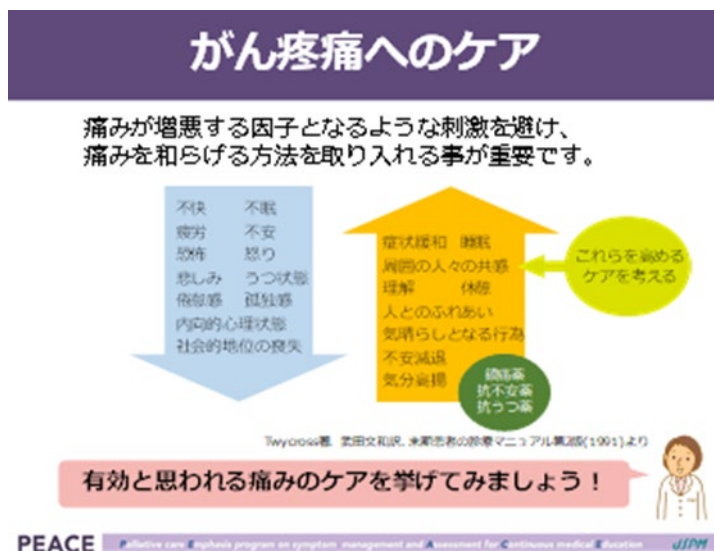
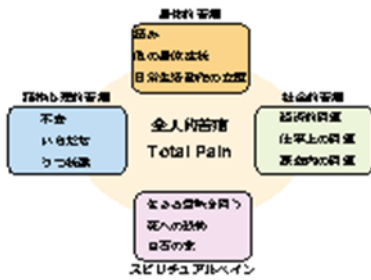


図5

全人的苦痛とは



緩和ケアは身体的苦痛のみでなく、患者と家族の様々な苦痛に対処し、QOLを改善することが目的である。苦痛を身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルペインに分類し、全人的苦痛として捉える。

PEACE Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education JSPM

図6

D 痛みのアセスメント

患者の主観的である痛みを、がん患者に関わる医療者が可能な限り理解して適切な疼痛マネジメントを行うためには、痛みについてきちんとアセスメントすることが非常に重要である。疼痛アセスメントシートなどを用いて、系統的に痛みを評価することは、医療者が患者の痛みをトータルペインとしてとらえ、痛みの全体像を把握するのに役立つ。

*疼痛アセスメントシートの活用：

電子カルテ上：経過記録 > 文書 > 看護 > 疼痛アセスメントシート（巻末付録参照）

E ケア

(1) アセスメントを行った上で、日常生活上の影響を評価する。

疼痛の看護計画立案を行う。

- ① がん疼痛の表現を助ける：客観的に表現できるように NRS、VAS、Face scale などの利用（図7）

痛みの評価

痛みの強さの評価スケール

Numerical Rating Scale (NRS)：症状の程度を数値化して聞く

← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →

Hjermstad MJ. J Pain Symptom Manage 2011

症状が全くないときを0、これ以上ひどい症状が考えられないときを10とすると、今日の（症状の）強さはどれくらいになりますか？

PEACE Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education JSPM

図7

当院では:疼痛において NRS の評価は原則として下記の言葉で統一

「考えられるなかで最悪の痛みを 10 として」現在の痛みがいくつであるか、確認をする

- ② がん疼痛に伴う個別的な変化を知り、継続的な観察を行う
 - ③ がん疼痛の体験の意味を理解する：患者に関心を寄せ、疼痛について聞く事でその意味を理解する
 - ④ がん疼痛の伴う日常生活の変化を知り生活調整をする
 - ⑤ 患者自身のがん疼痛をマネジメントする能力に合わせた援助
 - ⑥ 薬物療法を確実に実施できるように支援する
 - ・オピオイド導入時：
 - 入院の場合：薬剤師指導有り
 - 外来の場合：外来で医師と看護師の説明を実施。
 - ・感情のマネジメントができていないか確認する
 - ・持続するがん疼痛は気持ちの落ち込みや自己効力感の低下を招く、患者の心理面にも目を向ける
 - ・疼痛閾値を高くする様な援助を行う。
- *疼痛治療における経時的なシートの利用
痛みの治療シート（薬剤の記録、痛み NRS、副作用、排便スケール）（巻末付録参照）
- ⑦ 非薬物的な介入を取り入れる
 - ・ポジショニング、温罨法、マッサージ、イメージ療法などがあるが、科学的根拠は検証が行われているところである。適応や患者の嗜好を確認しつつ取り入れる。
 - ・がんリハビリテーションの併診依頼を行う
 - ・日々のケアで疼痛の起きにくい体勢の工夫を一緒に検討する。

【引用文献】

- 1) 専門家をめざす人のための緩和医療学 第2版 南江堂 P60 図1, 2
- 2) 緩和ケア研修会 PEACE 資料 : 図2, 4, 5, 6, 7.

【参考文献】

- 3) がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2020年 金原出版株式会社
- 4) 専門家をめざす人のための緩和医療学会 第2版 南江堂
- 5) 緩和ケア2021, Vol 31, NO. 1
- 6) がんの痛みからの解放: WHO 方式がん疼痛治療法 第2版 1996年 金原出版株式会社

4 がん性疼痛に対する薬物療法

A 非オピオイド鎮痛薬（アセトアミノフェン、非ステロイド性消炎鎮痛薬（NSAIDs））

（1）アセトアミノフェン[カロナール[®]錠 200mg、アセトアミノフェン[®]ドライシロップ 40%、アンヒバ坐薬[®]50mg・100mg・200mg、アセリオ[®]静注用 1000mg]

- ① 胃の障害作用はなく、腎障害も起きにくい。
- ② 作用時間が短く、4～6 時間ごとに（1 日 4～6 回）経口投与する必要がある。
- ③ 保険上の用量では少なく、500mg/回くらいから始める。1000mg/回ほどが有効限界とされている。最大 4000mg/日まで投与が可能。アセリオ[®]注を使用する患者の体重が 50kg 未満の場合は最大 15mg/kg の投与量とする。

（2）NSAIDs[ロキソプロフェン[®]錠 60mg、セレコックス[®]錠 100mg、エトドラク[®]錠 200mg、ナイキサン[®]錠 100mg、ジクロフェナクナトリウム[®]錠 25mg・SR カプセル 37.5mg、ボルタレン[®]坐剤 25mg・50mg、ジクトルテープ[®]75mg、ロピオン[®]静注 50mg]

NSAIDs は、ステロイド構造以外の抗炎症作用、鎮痛作用、解熱作用を有する薬物の総称である。

- ① 癌の転移や浸潤は組織障害による炎症を伴うため、多くのがんの痛みにも有効である
- ② 副作用として、消化器障害、腎機能障害、血小板・心血管系障害などがある
- ③ 投与の際は、消化性潰瘍の予防のため、プロトンポンプ阻害剤、高用量 H₂ 受容体拮抗薬のいずれかを使用する。なお、H₂ 受容体拮抗薬を使用する場合は、せん妄症状や腎機能障害に注意する。
- ④ 効果が十分に得られない場合は、速やかにオピオイドの追加を考慮する。

B 弱オピオイド鎮痛薬

実際では、使用されるケースは少なく、とばして強オピオイド鎮痛薬を使用することが多い。

（1）トラマドール[トラマール錠[®]]

- ① オピオイド作用およびモノアミン増強作用により鎮痛効果を示す。神経障害性疼痛に効果的。
- ② 主な副作用として、悪心・嘔吐、眠気があるが、便秘の発生頻度は低い。
- ③ CYP2D6 により M1 に代謝され、部分作動薬として作用する。日本人の約 20～40% は、活性が低く M1 が生成されにくいいため、鎮痛効果が発揮されない場合がある。

■使用方法例

開始量は 1 回 25mg を 1 日 4 回内服する。維持量は 1 日 100～400mg

(注意) 維持量として 1 日 300mg 以上を必要とする場合は、強オピオイドなどへの切り替えを考慮する。

(2) リン酸コデイン (末)

- ① 弱オピオイドの代表薬でアゴニスト。濃度により麻薬に指定されている。院内採用品は 1%散と 1%液で、家庭内麻薬の指定となり、一般薬と同様の処方が可能
- ② 1/6 程度が体内でモルヒネに変換されることにより効果が発揮される。
- ③ モルヒネと同様の副作用を発現するので注意する。

■使用方法例

経口投与開始量は 20~30mg/回を 4~6 時間ごと。120mg/回がほぼ有効限界。

(3) アヘンチンキ

- ① 疼痛コントロールより、下痢に対し処方されるケースが多い。
- ② 苦みが強く、飲みにくい。
- ③ 当院では、保存と内服のしやすさ改善のために、キシャク液-S(院内製剤)を用いて調製する。

C 強オピオイド鎮痛薬

麻薬性鎮痛薬やその関連合成鎮痛薬などのアルカロイドおよびモルヒネ様活性を有する内因性または合成ペプチドの総称。当院採用品は(表 1)の通りである。

換算比・切替え方法は麻薬換算表(表 2)を参照。

(1) モルヒネ

モルヒネは、主に肝臓で代謝されモルヒネ-6 グルクロニド (M6G) 及びモルヒネ-3 グルクロニド (M3G) に変換される。呼吸困難にも有効。

■注意

腎機能障害では M6G が蓄積して鎮静や呼吸抑制、せん妄などの副作用が生じやすくなることに注意する。

(2) フェンタニル

- ① 肝臓で代謝(チトクロム P450 の CYP3A4)され、便中・尿中に排泄されるので、薬物相互作用や肝機能障害(肝血流量低下時)には要注意だが、腎機能障害時ではモルヒネよりも安全に使用できる。
- ② 副作用は、便秘、嘔気・嘔吐、眠気、呼吸抑制などモルヒネと変わらないが、消化器系の副作用(便秘、嘔気・嘔吐)の発生頻度はモルヒネよりも少ない。
- ③ フェントステープ導入前にオピオイド(トラマドールなどを含む)を使用していない場合、フェントステープは必ず 0.5mg から開始する。

- ④ 貼付剤は初回、血中濃度が上昇するまで 24 時間ほど要するため、評価は 24 時間～48 時間で行う。
- ⑤ フェンタニル注は、持続静注、硬膜外注、くも膜下注が可能である。

(3) オキシコドン

- ① 肝臓で代謝され、腎臓から尿中に排泄される。代謝物のほとんどが不活性体なので、腎機能障害時ではモルヒネより安全に使用できる。
- ② 副作用はモルヒネと変わらず、便秘、嘔気・嘔吐、眠気、呼吸抑制などである。

(4) ヒドロモルフォン塩酸塩

- ① ほとんどが肝臓で代謝されるため、腎機能障害時ではモルヒネよりも安全に使用できる。
- ② 徐放性製剤は 24 時間毎、1 日 1 回の使用でコントロールできる。
- ③ ヒドロモルフォンの注射製剤は、2mg/1mL (0.2%)、20mg/2mL (1%) と濃度が違う製剤のため注意が必要である。

(5) メサドン

- ① NMDA の受容体拮抗薬としての作用と、シナプス前のセロトニン再取り込み阻害作用があり、神経傷害性を伴う難治性がん疼痛のみ使用する。
- ② 半減期が約 30～40 時間と長いため、投与後徐々に血中濃度は上昇し、定常状態に達するまでに約 1 週間を要する。
- ③ QT 延長の増大を引き起こす TORSADES DE POINTES 症候群の報告がある。

■注意

メサドンを使用するためには、e-learning を受講し登録を行わなければ処方することができない。

表 1.市民病院麻薬採用一覧

横浜市立市民病院麻薬採用一覧

一般名	商品名	剤形	規格・濃度	Tmax(hr)	t1/2(hr)
モルヒネ硫酸塩	MSツワイスロン	カプセル	10mg	1.9±1.3	ND
			30mg		
	モルベス (臨時採用薬)	散剤	10mg(2%)・30mg(6%)	2.4~2.8	6.9~8.7
モルヒネ塩酸塩	モルヒネ	散剤	10%	0.5~1.3	2.0~3.0
		液剤	1%シロップ(院内製剤)		
		錠剤	10mg錠(臨時採用)		
	オブソ	液剤	5mg内服液	0.5±0.2	2.9±1.1
			10mg内服液		
	アンバック	坐剤	10mg坐剤	1.3~1.5	4.2~6.0
	モルヒネ塩酸塩注	注射剤	10mg/1mL/A(1%)	静脈内 <0.5	静脈内 2.0
50mg/5mL/A(1%)					
アンバック	注射剤	200mg/5mL/A(4%)			
オキシコドン	オキシコドン 徐放カプセル	カプセル	5mg	2.7±1.6	6.1±1.5
			20mg		
			40mg		
	オキノーム	散剤	2.5mg/包(0.5%)	1.7~1.9	4.5~6.0
			5mg/包(0.5%)		
オキシコドン	注射剤	10mg/1mL/A	-	3.3±0.8	
		50mg/5mL/A			
フェンタニル	〈3日製剤〉 デュロテップMTパッチ 慢性疼痛は登録医師のみ使用可	貼付剤	2.1mg	30~36	21~23
			4.2mg		
	〈1日製剤〉 フェントステープ 慢性疼痛は登録医師のみ使用可	貼付剤	0.5mg	18~26	20~26
			1mg		
			2mg		
	イーフェン (臨時採用薬) ※使用時は 緩和ケアチームに相談	バツカル錠	100μg	0.59~ 0.67	3.37~ 10.5
	フェンタニル	注射剤	0.1mg/2mL/A	静脈内 投与直後	3.65± 0.17
0.5mg/10mL/A					
ベチジン	ベチジン	注射剤	35mg/1mL/A	-	-
アヘンチンキ	アヘンチンキ	液剤	10%	-	-
ケタミン塩酸塩	ケタラール ※使用時は 緩和ケアチームに相談	注射剤	200mg/20mL	速やか	4
ヒドロモルフォン塩酸塩	ナルサス	錠剤	2mg	3.3~5.0	8.9~16.8
			6mg		
	ナルラピド	錠剤	1mg	0.5~1.0	5.3~ 18.3
ナルバイン	注射剤	2mg/1mL(0.2%)	皮下 0.083~ 0.28	皮下 5.1±3.5	
		20mg/2mL(1%)			
メサドン	メサバイン 登録医師のみ使用可 ※使用時は 緩和ケアチームに相談	錠剤	5mg	4.9±2.1	37.2± 4.6

参考: がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2020年版、各種添付文書・インタビューフォーム

R3年05月 薬剤部

D その他

ブプレノルフィン（レパタン[®]注 0.2mg）

※WHO のラダーに含まれることがあるが、モルヒネ等の麻薬製剤を使用できない国がある
国際事情を考慮しての対応である。有効限界があるため、強い痛みには対応できないことがある。坐剤では 1 日量 4mg 付近、注射では 1 日量 2mg 付近が有効限界とされている。

■注意

他のオピオイド鎮痛薬として、ペンタゾシン（ソセゴン[®]注射用製剤）がよく知られているが、国際学会等では副作用（依存性が高いなど）の点から反復投与は推奨されていない。

E 代表的な副作用とその対応

（1）悪心

オピオイド投与開始時や増量時に悪心が起こりやすい。特に、投与開始時に悪心が出現すると拒薬につながる場合があり、状況に応じて制吐剤の併用が必要とされる。

■治療のポイント

- ① 抗ヒスタミン薬(トラベルミン配合錠[®])が推奨。
- ② ドパミン受容体拮抗薬(ノバミン[®]錠 5mg など)を用いる場合は、薬剤性錐体外路症状の発現に注意し、短期の使用とする。
- ③ 持続する悪心は数日～1 週間で耐性が生じ、消失することが多い。

（2）便秘

オピオイドによる便秘はオピオイド誘発性便秘(opioid-induced constipation:OIC)といわれている。排便頻度の低下、いきみ・より強いいきみを伴うようになる、残便感、便習慣を苦痛に感じるなどの症状を伴う。便が硬いときは浸透圧性下剤、腸蠕動が弱いときは大腸刺激性下剤（センノシド[®]錠、ピコスルファート[®]内用液）を用いる。

■治療のポイント

- ① 浸透圧性下剤の酸化マグネシウム 2～3g/日で処方し、便が軟らかくなったら減量。腎機能障害時の高マグネシウム血症に注意
- ② オピオイドによる便秘には経口 μ 受容体拮抗薬のナルデメジン(スインプロイク[®]錠)が選択肢となっている。
- ③ クロライドチャンネルアクチベーターのアミティーザ[®]カプセルは腸管内に腸液の分泌を増加させて便を柔らかくし排便を促進する。

（3）眠気

オピオイドによる眠気は、投与開始初期や増量時に出現することが多いが、耐性を生じ、

数日以内に自然に軽減ないし消失することが多い。

■治療のポイント

- ① オピオイドが原因の不快感がある場合は、オピオイドの減量を考慮する。
- ② 痛みによって、オピオイドの減量が困難な場合には、オピオイドスイッチングを検討する。
- ③ オピオイド以外の原因で生じている眠気の原因を探索し、特に薬剤（抗精神病薬等）、脳メタ、高Ca血症、高アンモニア血症、感染症、低酸素血症が原因の場合は治療出来る可能性がある。

F オピオイドの増量・減量方法

NCCNの臨床ガイドラインには、増量・減量について以下のように示されている。

・増量：必要に応じて、直近24時間の使用量（定時投与量＋レスキュー薬投与量）をもとに増量する。増量の速さは痛みの重症度、効果発現時間や持続時間などにより異なる。

・減量：①レスキュー薬を必要としない場合、②急に痛みが消失した場合、③非オピオイド鎮痛薬併用により鎮痛効果が改善した場合、④病状が安定して、痛みが制御された場合には、10～20%のオピオイドを減量することを検討する。マネジメントできない副作用があり、痛みが ≤ 3 （軽度）の場合には、薬10%のオピオイド減量を検討する。

ただし、増量においてはせん妄等による疼痛閾値の低下などでレスキュー回数が増加することがある。レスキューが頻回に使用された場合には、痛みの正常とレスキューの効果を含めた評価を行い、増量検討することが必要である。

G オピオイドスイッチング

オピオイドの副作用により鎮痛効果を得るだけのオピオイドを投与できないときや、鎮痛効果が不十分なときに、投与中のオピオイドから他のオピオイドに変更することをいう。

■オピオイドスイッチングの実際

換算するオピオイドの計算上、等力価となる換算量を求める。換算表（別表・表2）に従い、現在のオピオイドと新しいオピオイドの1日投与量を計算する。計算上の換算量は「目安」であり、患者個人に合わせた投与量へ調整することが重要である。現在のオピオイドが大量の場合は、一度に変更せず数回に分けてオピオイドスイッチングを行う（別表・表3）。

■注意

換算表・切り替え方法は、当院の実績から安全に使用出来る方法を明示しており、個々の患者病態を考慮し、最終的な方針を決定して頂きたい。なおコントロールに難渋する場合には緩和ケアチームの活用を検討してほしい。

H 鎮痛補助薬 (adjuvant drugs)

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である。

(1) 神経障害性疼痛

適応や使用法は臨床経験に基づいたもので、痛みへの保険医療上の適応がない薬が多い。主な薬を示すが、抗うつ薬などでは抗うつ効果を起こす量よりも少ない量で鎮痛効果が得られる。カッコ内に推奨されている投与開始量を示すが、効果に応じて増量調整する。基本的には、3～5日で効果判定を行うこと。

① 抗うつ薬 SNRI の デュロキセチン (サインバルタ[®]カプセル 20mg) [20mg/日 1 日 1 回経口投与、維持量：40～60mg/日経口投与]

② 三環系の アミトリプチリン (トリプタノール[®]錠 25mg) (10～25mg、1 日 1 回経口投与；鎮静作用があるので就寝時に) いずれの薬剤も副作用の問題から、抗うつ薬として使用する場合よりも低用量から使用する。

③ ガバペンチノイド (Ca²⁺チャネル $\alpha_2\delta$ リガンド)

ミロガバリン (タリージェ[®]錠 5mg) [10mg/日 1 日 2 回、維持量 30mg/日経口投与]
プレガバリン (リリカ[®]OD 錠 25mg・75mg) [50mg～150mg/日、維持量 300～600mg/日経口投与]

腎機能により投与量調節

④ 抗不整脈薬：

メキシレチン (メキシチール[®]カプセル 50mg) [50～100mg/回を 1 日 3 回経口投与]
リドカイン (キシロカイン[®]静注用) [注射用製剤 3～5mg/kg を 40～50 分かけて静脈内点滴または 30～50mg/時間の持続静脈内ないし皮下注入]

⑤ 抗けいれん薬 (とくに放散性の痛みにも有効)：

バルプロ酸ナトリウム (デパケン[®]錠 200mg) [200mg/回を 1 日 2～3 回投与]
カルバマゼピン (テグレート[®]錠 100, 200mg) [100～200mg/回を 1 日 1～2 回投与]

クロナゼパム (リボトリール[®]錠 0.5mg・細粒 0.1%) [0.5mg/回を 1 日 1～2 回経口投与]

⑥ N-メチル-D-アスパラギン酸 (NMDA) 受容体拮抗薬

ケタミン (ケタラール[®]静注用) (0.1～0.15mg/kg/時間の持続静脈内注入)

(2) 骨転移痛

詳細は骨転移に対する治療を参照

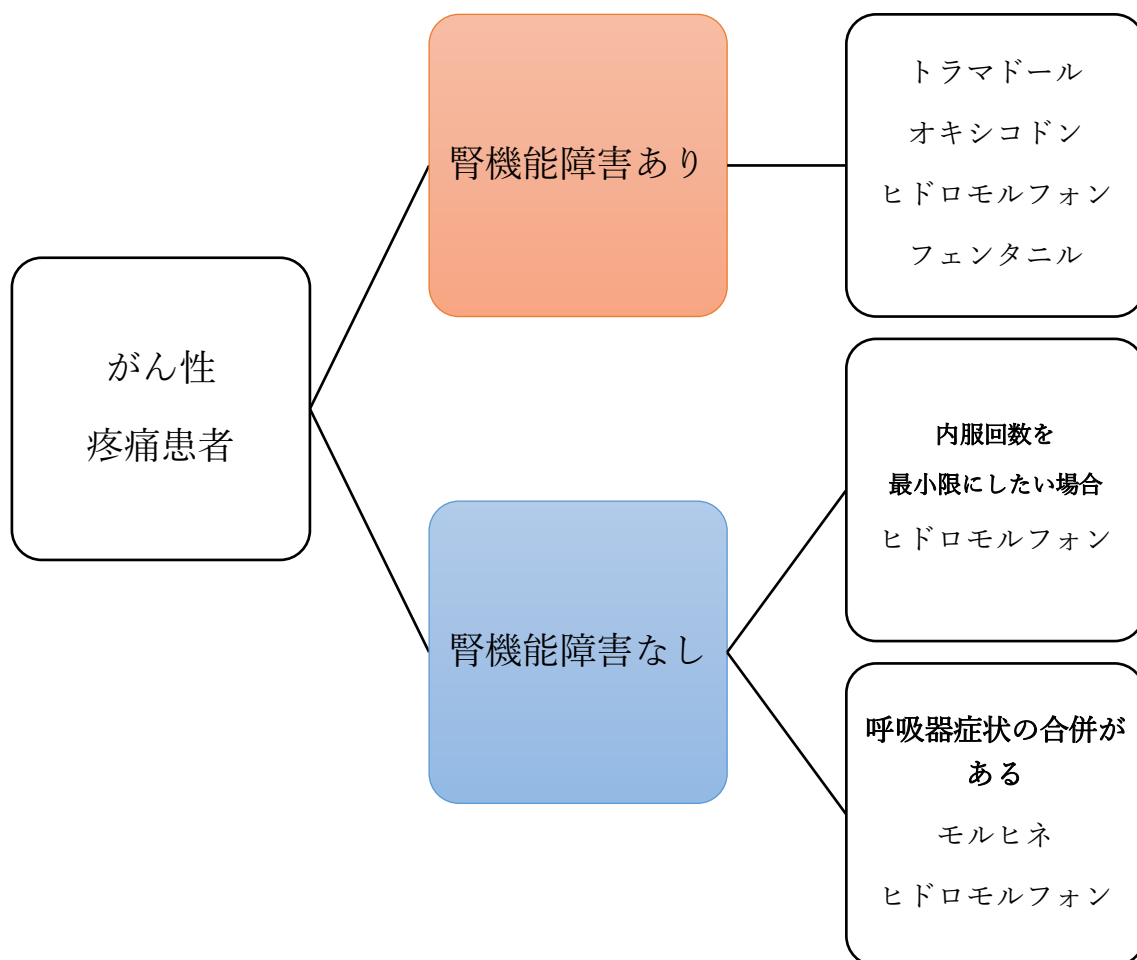
(3) 脊髄圧迫や頭蓋内圧亢進による痛み

コルチコステロイド（ベタメタゾン、デキサメタゾン、プレドニゾン）の大量投与。次いで維持量に漸減する方法で用いる。

(4) 消化管の痙痛

腸閉塞による蠕動痛では、オクトレオチド（サンドスタチン[®]皮下注用）、臭化ブチルスコポラミン（ブスコパン[®]錠 10mg、注 20mg）などを用いる。

I オピオイドの選択



【参考文献】

- 1) 日本緩和医療学会 がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2020 年度版 金原出版
- 2) 厚生労働省医薬・生活衛生局 医療用麻薬適正使用ガイダンス
- 3) 東北大学大学院 医学系研究科 緩和医療学分野 緩和ケアマニュアル 2021

オピオイドの指示コメントテンプレート

● オキシコドン注指示コメント

オキシコドン__A+生食__mL、計__mLに調整

上記を__mL/h(=__mg/日)で持続皮下注開始、疼痛 or 呼吸困難増悪時レスキュー__mL (15分おいて繰り返し可)

1時間に3回以上レスキュー必要なら、

ベースを__mL/h(=__mg/日)に増量、増量後はレスキュー__mL (15分おいて繰り返し可)

さらに1時間に3回以上レスキュー必要なら、

ベースを__mL/h(=__mg/日)に増量、増量後はレスキュー__mL (15分おいて繰り返し可)

● フェンタニル注指示コメント

フェンタニル__+生食__mL、計__mLに調整

上記を__mL/h(=__mg/日)で持続皮下注開始、疼痛時レスキュー__mL (15分おいて繰り返し可)

1時間に3回以上レスキュー必要なら、

ベースを__mL/h(=__mg/日)に増量、増量後はレスキュー__mL (15分おいて繰り返し可)

さらに1時間に3回以上レスキュー必要なら、

ベースを__mL/h(=__mg/日)に増量、増量後はレスキュー__mL (15分おいて繰り返し可)

● 塩酸モルヒネ注指示コメント

塩酸モルヒネ__A+生食__mL、計__mLに調整

上記を__mL/h(=__mg/日)で持続皮下注開始、疼痛 or 呼吸困難増悪時レスキュー__mL (15分おいて繰り返し可)

1時間に3回以上レスキュー必要なら、

ベースを__mL/h(=__mg/日)に増量、増量後はレスキュー__mL (15分おいて繰り返し可)

さらに1時間に3回以上レスキュー必要なら、

ベースを__mL/h(=__mg/日)に増量、増量後はレスキュー__mL (15分おいて繰り返し可)

● ナルベイン注指示コメント

ナルベイン__A+生食__mL、計__mLに調整

上記を__mL/h(=__mg/日)で持続皮下注開始、疼痛 or 呼吸困難増悪時レスキュー__mL (15分おいて繰り返し可)

1時間に3回以上レスキュー必要なら、

ベースを__mL/h(=__mg/日)に増量、増量後はレスキュー__mL (15分おいて繰り返し可)

さらに1時間に3回以上レスキュー必要なら、

ベースを__mL/h(=__mg/日)に増量、増量後はレスキュー__mL (15分おいて繰り返し可)

■ テープ剤から注射への切替時

テープ剤__mg に対し、(切替先の注射)__mg/日

(切替先の注射)__A+生食__mL、計__mL に調整

上記をテープ剤剥離 6 時間後に、__mL/h(=__mg/日)で持続皮下注開始、疼痛 or 呼吸困難増悪時レスキューのみ使用可。レスキューは__mL (15 分おいて繰り返し可)

1 時間に 3 回以上レスキュー必要なら、

ベースを__mL/h(=__mg/日)に増量、増量後はレスキュー__mL (15 分おいて繰り返し可)

さらに 1 時間に 3 回以上レスキュー必要なら、

ベースを__mL/h(=__mg/日)に増量、増量後はレスキュー__mL (15 分おいて繰り返し可)

■ 内服から注射への切替時

(切替先の注射)__A+生食__mL、計__mL に調整

次回の定時内服時間に、__mL/h(=__mg/日)で持続皮下注開始、疼痛 or 呼吸困難増悪時レスキュー__mL (15 分おいて繰り返し可)

なお、持続投与開始までは、先にルート留置し、レスキューのみ__mL で使用可

1 時間に 3 回以上レスキュー必要なら、

ベースを__mL/h(=__mg/日)に増量、増量後はレスキュー__mL (15 分おいて繰り返し可)

さらに 1 時間に 3 回以上レスキュー必要なら、

ベースを__mL/h(=__mg/日)に増量、増量後はレスキュー__mL (15 分おいて繰り返し可)

■ 注射から内服への切替時

内服開始とともに、注射剤終了

■ 注射からテープ剤への切替時









テープ剤貼付 6 時間後に、(注射薬剤名)を(流量を半量)mL/h に減量、疼痛増悪時レスキュー(流量を半量)mL 使用

更に 6 時間後に持続皮下注射 Off

2021 年 6 月 24 日

Ver. 4__

オピオイド切替表

現在の薬剤A	変更薬剤B	切り替え方法
全ての経口剤A 	経口剤B 	次のAの予定時刻にBを開始、Aは中止
	持続静注・皮下注B 	次のAの予定時刻にBを開始、Aは中止
	フェンタニル貼付剤B 	Aの最終投与と同時にBを貼付 (1日1回製剤は A服用 12時間後に貼付) 注:最低2日は増量しない
持続静注・皮下注A 	全ての経口剤B 	Aの中止と同時にBを開始
	持続静注・皮下注B 	Aの中止と同時にBを開始
	フェンタニル貼付剤B 	Bを貼付 6時間後に Aを半量、 12時間後 A中止
フェンタニル貼付剤A 	全ての経口剤B 	Aを剥離後 6時間後からBを開始
	持続静注・皮下注B 	Aを剥離後 6時間後からBを全量から開始

成分	定時投与										レスキュー				
	モルヒネ		オキシコドン		フェンタニル			ヒドロモルフォン		トラマドール	モルヒネ	オキシコドン	ヒドロモルフォン	モルヒネ	
製剤	経口	注射	経口	注射	貼付剤	注射	経口	注射	経口	注射	経口			坐剤	注射
採用 (mg)	MS ツワイソン 10	モルヒネ注 50/100 200	オキシコドン カプセル 5 / 20 40	オキシコドン 注 10 50	フェントス 0.5 1 / 2	デュロ テップ 2.1 4.2	フェンタニル 0.1 0.5	ナルサス 2 / 6 24	ナルベイン 2 20	トラマール 25	オプソ 内服液 5 10	オキノム 散 2.5 5	ナルラビド 1 4	アンベック 坐剤 10	
換算比	1	1/2~ 1/3	2/3	1/2	1/100	1/100	1/100	1/5	1/25	5	定時用量の1/4~1/8				
投与	1日2回	持続	1日2回	持続	1日毎	3日毎	持続	1日1回	持続	1日4回	1時間あける				
換算 用量 (mg)	20	10	15	10	0.5	/	0.2	4	0.8	100	5	2.5	1	5 10半割	ベースの 1時間量 15分 あけて 繰り返し 使用可
	30	15	20	15	1	2.1	0.3	6	1.2	150		5			
	60	30	40	30	2	4.2	0.6	12	2.4	300	10	10	2	5~10	
	90	45	60	45	3	6.3	0.9	18	3.6	/	15	10	3	10	
	120	60	80	60	4	8.4	1.2	24	4.8	/	20	12.5	4	15~20	
高用量使用の際は、緩和ケアチームにご相談ください															

表1.持続皮下注射の投与法(モルヒネ、オキシコドン)

	下記皮下注速度における1日あたりのモルヒネ・オキシコドンベース量						
	0.1mL/h	0.15mL/h	0.2mL/h	0.25mL/h	0.3mL/h	0.4mL/h	0.5mL/h
塩酸モルヒネ(10mg) 2A +生食6mL、計8mL	6mg	9mg	12mg	15mg	18mg	24mg	30mg
塩酸モルヒネ(50mg) 1A +生食5mL、計10mL	12mg	18mg	24mg	30mg	36mg	48mg	60mg
塩酸モルヒネ(50mg) 2 A =10mL	24mg	30mg	36mg	48mg	60mg	96mg	120mg
オキシコドン(10mg) 2A +生食6mL、計8mL	6mg	9mg	12mg	15mg	18mg	24mg	30mg
オキシコドン(50mg) 1A +生食5mL、計10mL	12mg	18mg	24mg	30mg	36mg	48mg	60mg
オキシコドン(50mg) 2A =10mL	24mg	36mg	48mg	60mg	72mg	96mg	120mg
カ価換算めやす モルヒネ注射 15mg ≒ モルヒネ内服 30mg ≒ オキシコドン内服 20mg ≒ オキシコドン注射 15mg							

2022年04月. Ver2

表1.持続皮下注射の投与法(ナルベイン)

	下記皮下注速度における1日あたりのヒドロモルフォンベース量						
	0.1mL/h	0.15mL/h	0.2mL/h	0.25mL/h	0.3mL/h	0.4mL/h	0.5mL/h
ナルベイン(2mg) 1A +生食9mL、計10mL	0.48mg	0.72mg	0.96mg	1.20mg	1.44mg	1.92mg	2.40mg
ナルベイン(2mg) 2A +生食8mL、計10mL	0.96mg	1.44mg	1.92mg	2.40mg	2.88mg	3.84mg	4.80mg
ナルベイン(2mg) 5A +生食5mL、計10mL	2.4mg	3.6mg	4.8mg	6.0mg	7.2mg	9.6mg	12mg
ナルベイン(20mg) 1A +生食8mL、計10mL	4.8mg	7.2mg	9.6mg	12.0mg	14.4mg	19.2mg	24.0mg
ナルベイン(20mg) 3A +生食4mL、計10mL	14.4mg	21.6mg	28.8mg	36.0mg	43.2mg	57.6mg	72.0mg
ナルベイン(20mg) 5A =10mL	24.0mg	36.0mg	48.0mg	60.0mg	72.0mg	96.0mg	120mg
カ価換算めやす 注射モルヒネ30mg = 経口モルヒネ60mg = ナルサス12mg = ナルベイン3mg ※経口モルヒネから注射ヒドロモルフォンに切り替える場合は60mg=1.5mgとする。							
※ 添付文書上はナルベイン注はモルヒネ注の1/8となっています。上記換算は院内の緩和療法部会で承認された換算値です。							

表2.持続皮下注射の投与方法(フェンタニル)

	下記皮下注速度における1日あたりのフェンタニルベース量					
	0.15ml/h	0.2ml/h	0.25ml/h	0.3ml/h	0.4ml/h	0.5ml/h
フェンタニル0.2mg +生食4ml、計8ml	0.09mg (=90 μ g)	0.12mg (=120 μ g)	0.15mg (=150 μ g)	0.18mg (=180 μ g)	0.24mg (=240 μ g)	0.3mg (=300 μ g)
フェンタニル0.5mg =10ml	0.18mg (=180 μ g)	0.24mg (=240 μ g)	0.3mg (=300 μ g)	0.36mg (=360 μ g)	0.48mg (=480 μ g)	0.6mg (=600 μ g)
	フェンタニル0.3mg/日 ≡デュロテップMTパッチ2.1mg/3日 ≡フェントステープ.1mg/日			フェンタニル0.6mg/日 ≡デュロテップMTパッチ4.2mg/3日 ≡フェントステープ.2mg/日		

2018年10月. Ver1

5 難治性疼痛に対する治療

麻薬性鎮痛薬や鎮痛補助薬を使用しても、眠気や嘔気などの副作用で継続困難になっている場合や、薬剤増量の効果が乏しい場合は、“難治性疼痛”と認識し、メサドン・ケタラール、放射線治療、神経ブロックといった他の選択肢を考慮したい。いずれも一般的な麻薬性鎮痛薬や鎮痛補助薬より導入ハードルは高いが、例えば麻薬性鎮痛薬を段階的に増量するよりも、他の手段を早期導入した方が患者満足度に直結する事例もある。“難治性疼痛”が頭をよぎったらぜひ、早めに当院緩和ケアチームへ相談いただきたい。この項では、神経ブロックについて記載する。

神経ブロック

痛みの場所が限局されている場合、神経ブロックで鎮痛が得られる可能性がある。局所麻酔薬の単回投与により一時的な鎮痛効果が得られた例では、カテーテル留置による持続的な薬剤投与でより長期間の鎮痛を検討することができる。投与する薬剤は、局所麻酔薬の他にも麻薬性鎮痛薬やフェノール・エタノールなどの神経破壊薬を選択することもある。痛みの場所と痛みの原因に対する主な神経ブロック方法は以下にまとめた。

痛みの場所	原因例	神経ブロック例
上肢	<ul style="list-style-type: none"> 腫瘍やリンパ節腫脹による腕神経叢圧排 骨転移 	<ul style="list-style-type: none"> 腕神経叢ブロック 神経根ブロック 硬膜外ブロック
胸部	<ul style="list-style-type: none"> 胸壁、肋骨への転移 胸椎転移による神経浸潤 	<ul style="list-style-type: none"> 肋間神経ブロック 硬膜外ブロック 神経根ブロック
上腹部	<ul style="list-style-type: none"> 肝がんの皮膜進展 腸間膜浸潤、大動脈周囲リンパ節腫大 	<ul style="list-style-type: none"> 硬膜外ブロック 腹腔神経叢ブロック
下腹部	<ul style="list-style-type: none"> 結腸、膀胱、子宮、卵巣のがんによる内臓痛 	<ul style="list-style-type: none"> 硬膜外ブロック 下腸間膜動脈神経叢ブロック
骨盤	<ul style="list-style-type: none"> 直腸、前立腺、膀胱、子宮がんによる内臓痛 	<ul style="list-style-type: none"> 上下腹神経叢ブロック
肛門、会陰	<ul style="list-style-type: none"> 直腸がんの局所再発 会陰部へのがん浸潤 	<ul style="list-style-type: none"> 仙骨硬膜外ブロック くも膜下サドルブロック
腰下肢	<ul style="list-style-type: none"> 悪性腸腰筋症候群 腰仙椎への骨転移 	<ul style="list-style-type: none"> 硬膜外ブロック くも膜下モルヒネ投与 大腿、坐骨神経ブロック

一般的な禁忌は、①ブロック針刺入部に腫瘍や感染巣がある ②出血・凝固機能異常 ③鎮痛効果判定が不可能な意識レベル ④薬剤アレルギーである。

当院での神経ブロック施行にあたっては、技術的に施行可能か、神経ブロックのリスクを患者・家族が許容できるかなどの点で総合的検討し選択肢とする。適応症例と判断される場合には、緩和ケア内科医や緩和ケアチームへ相談していただきたい。特に神経破壊薬に関しては、恒常的な片麻痺リスクや膀胱・直腸障害の発症があるため、生命予後も含めた慎重な判断を要する。当院で施行不可能な神経ブロックについては、他施設へご紹介することもある。

6-1 骨転移に対する治療（薬物療法）

A 骨転移の診断

骨転移の初期には無症状の場合も多いが、一般的には疼痛、病的骨折、脊髄圧迫による神経障害等の症状があげられる。上記症状を認めた時には骨転移を疑い下記の検査を行う。

- (1) 血液検査：高 Ca 血症、骨代謝マーカー
- (2) 画像検査：X 線、CT、MRI、骨シンチグラフィー、FDG-PET/CT などの検査も万全ではないため複数のモダリティーを併用する。

B 骨転移の治療

- (1) 骨修飾薬（bone modifying agents；BMA）投与

- ビスフォスフォネート製剤：

破骨細胞の機能障害及びアポトーシスを誘導することで破骨細胞による骨吸収を抑制する。

〔処方例〕ゾレドロン酸（ゾメタ）4mg1v+生食 100ml

15 分以上かけて点滴静注（4 週間ごと）

- 抗 RANKL 抗体：

RANKL 経路を阻害し破骨細胞の活性化を抑制することで骨吸収を抑制する。

〔処方例〕デノスマブ（ランマーク）120mg 皮下注射（4 週間ごと）

*BMA 投与時の注意

- 低 Ca 血症：ゾレドロン酸で 4-7 日、デノスマブで 8-10 日頃に最も低 Ca をきたしやすく、Ca500mg/日、ビタミン D400IU/日の投与が必要である。デノスマブ投与の場合にはデノタスチュアブル配合錠 1 日 1 回 2 錠の内服が可能。
- 顎骨壊死：抜歯、歯性感染、義歯使用が顎骨壊死のリスク因子であるため、BMA 製剤の使用前には歯科検診、予防的歯科処置を受ける必要がある。
- 腎機能障害：65 歳以上、NSAIDs、シスプラチン併用、糖尿病、長期投与（2 年以上）にて腎機能障害を生じる可能性があり、腎機能に応じた減量が必要である。

- (2) 放射線照射

- (3) 外科的治療：

骨転移の進行による脊髄麻痺は原則 48 時間以内の緊急手術を行う。

病的骨折も可及的速やかな手術を検討する。

【参考文献】

- 1) 骨転移診療ガイドライン 南江堂

6-2 骨転移に対する治療（放射線治療）

A 放射線治療の意義と適応

(1) 疼痛緩和目的

- 有痛性骨転移で放射線治療の適応がある。
- 放射線治療は侵害受容性疼痛だけでなく、神経障害性疼痛にも有効である。
- 放射線治療により、短い治療期間と軽微な有害事象で、高率に疼痛の改善と消失が期待できる。

(2) 骨折予防目的

- 長管骨の溶骨性骨転移で、骨皮質が3 cm以上あるいは50%以上破壊されている場合には、骨折の危険が高いため、予防的固定術を行った上で術後照射を行うことが推奨される。
- 比較試験による証明はされていないが、全身状態などから手術適応のない高リスク症例に対する骨折予防目的の放射線治療は意義があると考えられる。
- 放射線治療により溶骨性骨転移が高率に再石灰化することが知られている。

(3) 脊髄圧迫予防あるいは脊髄圧迫症状緩和目的

- 放射線治療により腫瘍を縮小させ、脊髄の圧迫を解除し、疼痛および神経症状を改善して生活レベルを改善することを目的として施行される。
- 症状出現後、できるだけ早期の治療開始が症状の改善に重要である。特に完全麻痺や急速な症状悪化を伴う場合には、早急に治療を開始しなければならない。このような場合は整形外科医と除圧術の適応についても検討する。除圧術を行った場合は術後照射を行うことが推奨される。

(4) オリゴ転移（少数個転移）に対する腫瘍制御目的

- オリゴ転移で予後改善を期待する場合、放射線抵抗性腫瘍（腎癌、大腸癌、悪性黒色腫など）などでより高率に局所制御を期待したい場合は、定位照射を考慮する。

(5) 再照射

- 外照射を施行した部位に疼痛が生じた場合や疼痛が再燃した場合には、再照射を考慮する。
- 転移性脊椎腫瘍の場合、定位照射を考慮する。

B 線量分割

(1) 疼痛緩和目的

- 未治療有痛性骨転移に対しては、30Gy/10fr、24Gy/6fr、20Gy/5fr、8Gy/1 fr などどれも同等の疼痛緩和とされている。
- 痛みの再燃による再照射の割合が複数回照射は8%だが、1回照射は20%とされている。

- ・最終的にはPS、予後、正常臓器の照射線量等を考慮し、放射線治療医が個々の症例に対する線量を決定する。

[例] 重要な正常臓器が腫瘍近傍にない、または高精度放射線治療を用い正常臓器への線量低減が可能な場合・・・25Gy/5fr

[例] PS不良、予後不良例・・・8Gy/1fr

(2) 骨折予防、脊髄圧迫予防、脊髄圧迫症状緩和目的

- ・基本的に疼痛緩和目的の場合と同様だが、単回照射(8Gy/1fr)は理論的に腫瘍制御が乏しく、20Gy/5fr と比べ 8 週後の歩行率で非劣性が証明されなかったとの報告(SCORAD randomized trial)もあることから、用いられないことが多い。しかし、反対に単回照射と複数回照射で同等の運動機能、膀胱機能を保つと報告されているものもあり、予後不良例では選択肢として考慮してよい。
- ・一方で、37.5Gy/15fr や 40Gy/20fr などの高線量の方が局所制御率が高いとの報告があり、長期予後が期待できる場合では考慮する。当院では、37.5Gy/15fr や 40Gy/20fr と同様の効果、有害事象で、短期で終了する 36Gy/12fr を用いることが多い。

(3) 定位照射

- ・照射歴がない場合・・・24Gy/2fr (隔日照射)、35Gy/5fr など
- ・照射歴がある場合・・・27Gy/3fr (隔日照射)、30Gy/5fr など

C 有害事象

- ・放射線治療開始後数日以内に、一過性に疼痛が増強すること(フレア現象:Pain flair)がある。フレア現象によるデキサメタゾン予防投与の有効性が報告されている。
[処方例] デカドロン 4-8mg, 朝 1 回
- ・その他、照射部位に依りて、粘膜炎、皮膚炎、腸炎、骨髄抑制などが起こりうるが、概して軽微であり、照射後しばらくすれば改善する。

【参考文献】

- 1) 放射線治療計画ガイドライン 2020 年版
- 2) Lutz, et.al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2011;79:965 (ASTRO 骨転移緩和照射ガイドライン)
- 3) Hoskin, et.al. JAMA 2019;322:2084 (SCORAD randomized trial)
- 4) Tang, et.al. Pocket Radiation Oncology 2020
- 5) SABR UK Consortium ガイドライン Version 6.1
- 6) Chow, et.al. Lancet Oncol 2015;16:1463
- 7) van der Linden Int J Radiat Oncol Biol Phys 2020;108:546

7 呼吸困難の緩和

A. 呼吸困難の定義

「呼吸時の不快な感覚」と定義される主観的な症状であり、低酸素血症 ($\text{PaO}_2 < 60 \text{ Torr}$) で定義される呼吸不全とは必ずしも一致しない。呼吸困難は身体的な側面だけでなく、精神的・社会的・スピリチュアルな側面を持つ「Total Dyspnea」として多面的に捉えることが提唱される。

B. 呼吸困難の評価

呼吸困難の量、質、生活への影響、軽快・増悪因子を同定する。

身体所見と呼吸数・酸素飽和度を確認する。必要に応じて動脈ガス分析、血液検査、画像検査を行い、呼吸困難の原因となりうる病態を総合的に判断する。

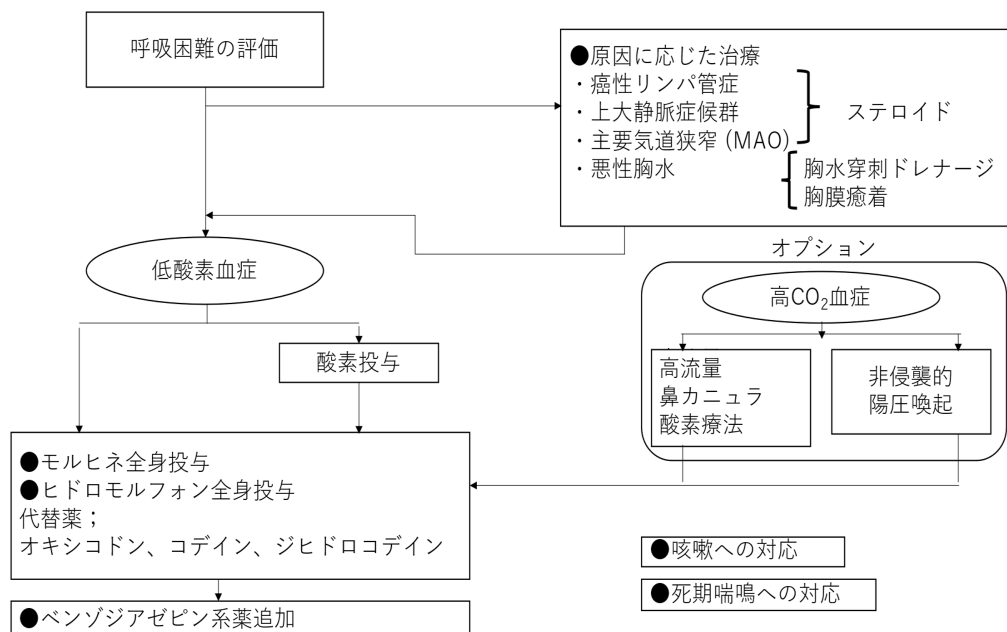
量的評価；NRS (Numerical Rating Scale)、VAS (Visual Analogue Scale)、修正Borgスケール、修正MRC (modified British Medical Research Council) スケールを用いる。

質的評価；身体的側面と心理的・情緒的側面を含めた多面的評価が必要であり、Dyspnea-12 (D-12) が多用される。

機能的評価；オープンクエスチョンで生活への影響(食事、排泄、睡眠、社会的参加)について尋ねる。

C. 治療方針の検討

「呼吸器症状の緩和に関するガイドライン 2016年版」による推奨治療は以下。



D. 呼吸困難の原因

	局所における原因	全身状態による原因
がんに直接関係した原因	<ul style="list-style-type: none"> • 肺実質への浸潤 肺癌、肺転移 • 胸壁への浸潤 胸壁の腫瘍、中皮腫 悪性胸水 • 心嚢 悪性心嚢水 • 主要気道閉塞 (MAO) 気道や上気道の圧迫 • 血管性 上大静脈症候群 腫瘍塞栓 • リンパ管性 がん性リンパ管症 • 気胸 • 肺炎 閉塞性肺炎 気管食道瘻による肺炎 日和見感染 	<ul style="list-style-type: none"> • 全身衰弱に伴う呼吸筋疲労 がん悪液質症候群 腫瘍随伴症候群 • 血液 貧血、過粘調症候群 • 横隔膜の挙上 横隔膜麻痺 大量腹水 肝脾腫 • 発熱
がん治療に関連した原因	<ul style="list-style-type: none"> • 外科治療 片肺切除 肺葉切除 • 化学療法 薬剤性肺障害 心毒性 • 放射線治療 放射線肺臓炎 放射線性心膜炎 	<ul style="list-style-type: none"> • 貧血 • ステロイドミオパチー

<p>がんとは直接関連しない原因</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 基礎肺疾患 <li style="padding-left: 20px;">COPD <li style="padding-left: 20px;">気管支喘息 <li style="padding-left: 20px;">間質性肺炎 • 心疾患 <li style="padding-left: 20px;">うっ血性心不全 <li style="padding-left: 20px;">不整脈 <li style="padding-left: 20px;">肺塞栓 	<ul style="list-style-type: none"> • 不安、抑うつ、精神的ストレス • パニック発作 • 神経筋疾患
----------------------	---	---

非がん性呼吸器疾患は COPD や間質性肺炎、気管支拡張症などの慢性経過の呼吸器疾患を包括し、緩和ケアを必要とする約 1 割が非がん性呼吸器疾患患者であるとされる。

- (1) がんに関連した原因 → 癌に対する治療
- (2) 慢性閉塞性肺疾患や間質性肺炎等の背景肺が原因 → 背景肺の治療
- (3) 肺炎や気胸などの呼吸器合併症が原因 → 原疾患の治療
- (4) 癌性リンパ管症・上大静脈症候群・腫瘍気道閉塞(MAO)が原因 → ステロイド全身投与
- (5) 悪性胸水が原因 → 胸腔穿刺ドレナージ・胸膜癒着を適宜検討する。

E. 呼吸困難に対する治療

(1) 酸素療法

低酸素血症がある場合にのみ酸素療法を推奨する。但しチューブ類の増加や気道の乾燥・刺激・拘束感に配慮する。

同様の条件下で、高流量鼻カニューラ酸素療法(HFNC)を検討する。

NPPV は急性呼吸不全があり、高 CO₂ 血症を伴う患者に限り、適切なモニタリングを行うことが出来る体制下で検討する。

(2) 薬物療法

MST—モルヒネ・ステロイド・トランキライザー を主体に考える。

オピオイド；分時換気量を減少・安静時/労作時の酸素消費量を減少・脳内受容体に作用し低酸素血症/高二酸化炭素血症に対する感受性を低下・呼吸と気管支収縮効果に対するドライブを減少→呼吸困難の改善に至る。

オピオイドに対するアレルギーや麻痺性イレウス、オピオイド依存症などの禁忌事項がなく、原疾患の標準治療がなされている上で進行期にある場合、投与を検討する。患者本人もしくは家族に説明し同意を取得する。

オピオイド開始後は呼吸困難改善の有無を評価する。NRS や VAS で評価するが、自己表現できない患者では表情の変化などから総合的に判断する。

コルチコステロイド；呼吸困難に対するエビデンスは乏しいが、食欲不振や倦怠感の改善効果が期待できる。また非がん性呼吸器疾患の終末期においてはステロイドが症状緩和に有効であることがしばしば経験される。

トランキライザー；中枢神経系のGABA受容体にアゴニストとして働き、催眠・鎮静作用、抗不安作用、筋弛緩作用、抗痙攣作用を示す。呼吸困難に対するエビデンスは乏しいが、非薬物療法に抵抗性の不安や不眠に対して使用される。傾眠・持越し効果、転倒、せん妄、依存形成、呼吸抑制によるⅡ型呼吸不全におけるCO₂ナルコーシスに注意する。

	一般名	処方例	院内採用品
オ ピ オ イ ド	モルヒネ	<p>【経口】</p> <p>モルヒネ 2～5mg/回の屯用から開始、あるいは徐放性製剤 10～20mg/日から定期投与。</p> <p>非がん→モルヒネ塩酸塩（保険適応）</p> <p>がん→モルヒネ徐放性製剤</p> <p>【注射】</p> <p>モルヒネ注 0.25mg/時以下の投与速度から持続注射もしくは皮下注射で開始する。</p> <p>【座薬】</p> <p>5～10mg 座薬をレスキューで使用する。</p>	<p>【速放性経口製剤】</p> <p>モルヒネ塩酸塩錠、オプソ内服液</p> <p>【徐放性経口製剤】</p> <p>MS ツワイスロン</p> <p>【注射】</p> <p>モルヒネ塩酸塩注、アンパック注</p> <p>【坐薬】</p> <p>アンパック坐剤</p>
	ヒドロモルフォン	<p>【経口】</p> <p>1mg/回の屯用から開始、あるいは 2mg/日から定期投与。定期投与中の増量は 25%ずつとし上限を 10mg/日程度とする。</p> <p>【注射】</p> <p>0.5～1mg/日の持続静注もしくは皮下注から開始し効果をみて増量する。</p> <p>モルヒネ注の 1/8 倍、ヒドロモルフォン内服の 1/5 倍が目安。</p>	<p>【速報性経口製剤】</p> <p>ナルラピド錠</p> <p>【徐放性経口製剤】</p> <p>ナルサス錠</p> <p>【注射】</p> <p>ナルベイン注</p>
	オキシコドン	<p>【経口】</p> <p>速放性製剤 2.5～5mg を屯用、あるいは徐放性製剤 10～20mg/日から定期投与。</p> <p>【注射】</p> <p>5～10mg/日から持続注射もしくは皮下注射を開始する。</p>	<p>【速放性経口製剤】</p> <p>オキノーム散</p> <p>【徐放性経口製剤】</p> <p>オキシコドン徐放カプセル</p> <p>【注射】</p> <p>オキシコドン柱</p>
	コデイン	<p>1 回 10～20mg を 4～6 時間毎に経口投与。120mg/日まで増量しても効果不良の場合、モルヒネ 20mg/日あるいはオキシコドン 10～15mg/日へ変更。</p>	<p>【経口】</p> <p>コデインリン酸塩</p>

	ジヒドロコデイン	1回 10mg を 1日 3回経口投与。	【経口】 採用薬なし
ベンゾジアゼピン	ジアゼパム	【経口】 1回 2~5mg を 1日 2~4回投与 【注射】 1回 2~5mg を 1日 2~4回投与 【座薬】 1回 4mg を 1日 1~3回投与	【経口】 ジアゼパム錠、 【注射】 ホリゾン注射液 【坐薬】 ダイアップ坐剤
	アルプラゾラム	1回 0.2~0.4mg を 1日 2~3回経口投与	【経口】 アルプラゾラム錠
	ロラゼパム	1回 0.5~1mg を 1日 1~3回経口投与	【経口】 ロラゼパム錠
	エチゾラム	1回 0.5~1mg を 1日 1~3回経口投与	【経口】 エチゾラム錠
ステロイド	ベタメタゾン	①漸減法 開始量として 4~8mg/日を経口投与あるいは点滴静注。 効果を認めたら 0.5~4mg を維持量として漸減する。 ②漸増法 開始量として 0.5mg/日を経口投与あるいは点滴静注。 効果を認めるまで 4mg/日を目標に漸増する。	【経口】 リンデロン錠、 デカドロン錠 【注射】 リンデロン注 デキサート注射液

★非がん性呼吸器疾患終末期による呼吸困難に対しては、基礎疾患に対して標準的治療、及び非薬物療法（NPPV/HFNC/多職種介入等）が最大限施行されていることが必須である。それでも持続・悪化する場合にオピオイドが考慮され、「激しい咳嗽発作における鎮咳」の効能効果が通った速放性製剤であるモルヒネ塩酸塩の使用を基本とする。

① 塩酸モルヒネ末もしくはシロップ 3mg 1P 頓用 効果あれば定時内服 1日

4回=12mg/日（保険適応）

② オブソ[®]内服液(5mg) 1P 頓用 1時間あけて使用（保険適応外）

③ ナルラピド[®]錠(1mg) 1T 頓用 1時間あけて使用（保険適応外）

なお、リン酸コデインを使用中の患者は相応のモルヒネ製剤への切り替えを検討する。コデインリン酸塩 180mg≒経口モルヒネ 30mg・注射モルヒネ 15mg
更に、患者の苦痛が強く治療抵抗性が確実であり、死亡が数時間から数日以内に生じることが予測され、患者の希望が明らかな場合は、持続的鎮静を選択しても良い。

投与薬剤	開始量	投与量	投与経路	利点	欠点
ミダゾラム	0.2～1mg/時間 持続皮下・静注。 1.25～2.5mgの追加投与を行っても良い。	5～120mg/日 (通常は 20～40mg/日)	静脈、皮下	水溶性で他剤と混注可能。 抗痙攣作用、短作用時間、拮抗薬があること。 用量依存性の鎮静効果。	耐性、離脱症状、 奇異性反応、 舌根沈下、 呼吸抑制。

(3) 輸液

生命予後が数週間と考えられる患者では、胸水、気道分泌、肺水腫による呼吸困難の悪化を防ぐために 500～1000ml/日以下に減量する。

(4) 咳嗽・喀痰への対応

COPD 患者の咳嗽・喀痰に対しては LABA/LAMA 配合薬が、喘息と COPD のオーバーラップ(ACO)に対しては ICS/LABA もしくは ICS/LABA/LAMA が有効である。慢性気道感染を併発する COPD や気管支拡張症、びまん性汎細気管支炎にはマクロライド療法と肺痰療法取得のための呼吸リハビリテーションが有用である。

F ケア

(1) 看護ケア

COPD に対する口すぼめ呼吸などの呼吸法トレーニング、扇風機やうちわなどでの顔への送風、看護師がケアを立案して提供する包括的看護アセスメント（入院中のケアコーディネート、退院支援の一環としてのケースカンファレンス開催、退院後のフォローアップケア）が有用である。

(2) 呼吸リハビリテーション

呼吸機能障害による労作時呼吸困難の緩和、呼吸困難による日常生活動作低下の改善、気道感染による急性増悪の予防を目的として、慢性呼吸器疾患患者（主に COPD 患者）を対象として行う。禁煙指導、患者教育、栄養指導、運動療法が含まれる。持久力および筋力トレーニングとしての歩行や自転車エルゴメータの使用、排痰法が含まれる。

（3） 精神療法

不安によって呼吸困難が増強している患者に対しては、不安などの精神的負担の軽減を目的に精神療法を行う。患者と信頼関係を構築する中で感情表出の促進をしつつ、傾聴、受容、共感して患者を支持する。

（4） リラクゼーション

快適なイメージの想起や腹式呼吸を指示したリラクゼーションテープ・ビデオを利用する呼吸困難に対してのイメージ療法（guided imagery）、規則的な呼吸に合わせて筋肉の緊張と弛緩を繰り返していく漸進的筋弛緩法（progressive muscle relaxation training; PMRT）があるが、長期的予後は不確定である。

【参考文献】

- 1) がん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン 2016 年版
- 2) がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き 2018 年版
- 3) 非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針 2021 年版

非がん患者の呼吸苦緩和のための医療用麻薬の使用法

- オピオイド未使用患者で、内服困難な場合はモルヒネ注の持続投与を検討する

塩酸モルヒネ 10mg/1mL 2A+生食 6mL、計 8mL に調整

上記を、0.10mL/h(=6mg/日)で持続皮下注開始、呼吸困難増悪時レスキュー0.10mL(15分おいて繰り返し可)

*ベースアップは状況を見ながら検討

- オピオイド未使用患者で、内服可能な場合はモルヒネ製剤の経口投与を検討する

麻)塩酸モルヒネ末 3mg 主薬量 症状に応じて 1回1包 呼吸が苦しいとき

(院内処方の場合、麻)塩酸モルヒネ(シロップ)も考慮する)

頓用の最大処方回数は10回まで。

→効果があれば、定時内服(1回3mg主薬量を1日4回=12mg/日)も検討

- リン酸コデイン使用中の患者は、モルヒネ製剤への切り替えを検討する

内服困難な場合は、相応のモルヒネ注に変更を検討する

内服可能な場合は、経口モルヒネに変更を検討する

いずれの場合も、状態に応じて増量を検討する

※コデインリン酸塩 180mg に対して、経口モルヒネ 30mg・注射モルヒネ 15mg

※オプソ内服液、MS ツワイスロン、アンペック坐剤は非がん患者に適応がなく、適応外使用申請等が必要。

なお、呼吸困難の評価法として(表1)が用いられる。

グレード 分類	症状
0	激しい運動をしたときだけ息切れがある
1	平坦な道を早足で歩く、あるいは緩やかな上り坂を歩くときに息切れがある
2	息切れがあるので、同年代の人よりも平坦な道を歩くのが遅い、 あるいは平坦な道を自分のペースで歩いているとき、 息切れのために立ち止まることがある
3	平坦な道を100m、あるいは数分歩くと息切れのために立ち止まる
4	息切れがひどく家から出られない、あるいは衣服の着替えをするときにも 息切れがある

表1 呼吸困難(息切れ)を評価する mMRC 質問票

[日本呼吸器学会・日本呼吸ケア・リハビリテーション学会合同 非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針 2021
作成委員会・編：非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針 2021 より]

また、心不全の場合は NYHA 心機能分類Ⅲ/Ⅳ度の小規模研究¹⁾で、経口モルヒネの少量投与が安全かつ有意に呼吸困難の改善をもたらしたとされている。

1)Johnson MJ, et al: Morphine for the relief of breathlessness in patients with chronic heart failure: a pilot study. Eur J Heart Fail, 4(6):753-756, 2002

8 消化器症状への対策

A 悪心・嘔吐

(1) 悪心・嘔吐の病態生理

悪心 (nausea) とは、消化管の内容物を口から吐出したいという切迫した不快な感覚である。嘔吐 (vomiting) とは消化管の内容物が口から強制的に排出されることである。悪心・嘔吐の主な原因には以下のようなものがあり、単独又は複数の要因が関与している可能性がある。

① 大脳皮質の刺激：

頭蓋内圧亢進、髄膜刺激、精神・感情（予期性嘔吐、不安）

② 化学受容器引金帯 (chemoreceptor trigger zone ; CTZ) の刺激

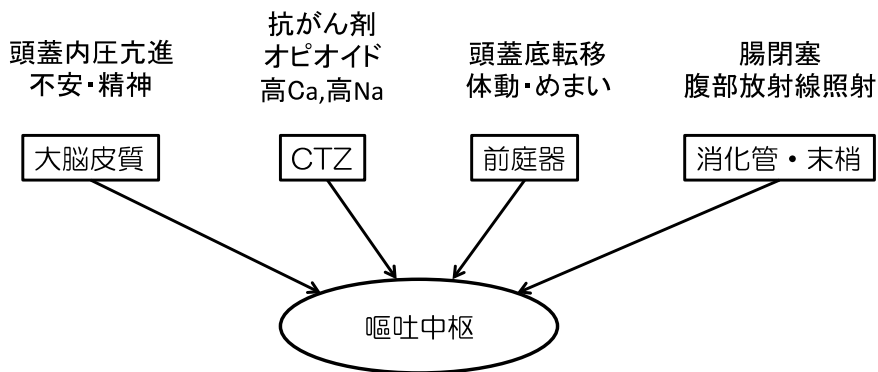
薬物（抗がん剤、オピオイドなど）、肝・腎機能障害による代謝物・電解質異常

③ 前庭器の刺激

頭蓋底（前庭）への転移、オピオイド、頭位変換

④ 消化管・末梢の刺激

消化管伸展、蠕動低下、消化管閉塞、消化管粘膜障害



(2) 悪心・嘔吐の診断

悪心・嘔吐のマネジメントは他の症候に対するマネジメントと同様に、問診から始まり、身体所見や検査所見を合わせシステムティックに行う。

① 問診

悪心・嘔吐がいつから、どんな時に、どの程度起こるのか、軽快・増悪因子はあるか、食事との関連はあるか、随伴する症状はあるか、投与中の薬剤（市販薬含め）などを問診する。

② 身体所見

腹部膨満の程度、蠕動の亢進・減弱・消失、自発痛・圧痛の有無、肝腫大の有無、波動

(腹水)の評価、必要に応じて直腸診による腫瘍や残留便の評価を行う。

③ 検査所見

血液検査

- 電解質 (特にナトリウム、カルシウム)
- 血糖値
- 腎機能
- 肝機能
- 炎症反応
- シゴキシン、テオフィリン、抗けいれん薬の血中濃度

画像検査

- 腹部単純 X 線：ニボー、腸管のガス・便貯留を評価しイレウスの確認を行う。
- 腹部超音波検査：腹水貯留や肝腫大の評価を行う。
- CT：
 - 頭部：頭蓋内病変、脳浮腫、頭蓋内圧亢進、頭蓋骨転移の有無を評価する。
(癌性髄膜炎の診断には造影 MRI が有用である。)
 - 腹部：腸管拡張、腸管内容物貯留、腸管浮腫、癌性腹膜炎などを評価し、消化管閉塞とその閉塞部位、腹部膨満の原因が診断できる。

(3) 悪心・嘔吐の治療

STEP1 原因に応じた治療

脳転移：画像評価を行い脳神経外科へコンサルト

オピオイド：オピオイドの変更

高カルシウム血症：ビスフォスフォネート製剤

便秘：排便コントロール

消化管閉塞：ドレーナージ、手術、オクトレオチド皮下注射、点滴の減量

STEP2 病態に応じた制吐薬の選択 (表 1)

[第一選択薬]

- ① 化学的要因、薬物・生化学的異常：ハロペリドール
- ② 中枢神経、体位により増悪する前庭系、内臓刺激：ヒスタミンH1受容体拮抗薬
- ③ 消化管運動低下：メトクロプラミド

STEP3 制吐薬の変更、抗精神薬、ステロイドの併用 (表 1)

[第二選択薬]

第一選択薬の最大投与量で緩和されない場合は別の作用機序の制吐薬、フェノチアジン系抗精神病薬、非定型抗精神病薬、ステロイド (デキサメタゾン、ベタメタゾン)、セロトニン5HT₃受容体拮抗薬の併用を行う。

表1 作用機序に応じた制吐薬の処方

作用機序	病態	症状	薬剤	当院での処方例
CTZ	薬物 肝・腎機能障害 電解質異常 (高 Na,Ca)	1日を通して 気持ちが 悪い	ドーパミン受容体拮抗薬 ・ハロペリドール	セレネース注 5mg0.5A+ 生食 50ml 点滴静注
前庭器	脳転移 癌性髄膜炎 オピオイド	動くと悪心 が悪化 めまい	ヒスタミン H1 受容体拮 抗薬 ・ジフェンヒドラミン・ ジプロフィリン配合錠 ・クロルフェニラミン ・ジフェンヒドラミン	トラベルミン配合錠 1 回 1錠 1日3回 ポララミン 1回2mgを1 日3回 レスタミン 1回 30mg1 日2-3回
消化管蠕動 の低下	オピオイド 肝腫大、腹水 による影響	食後に増悪 便秘や腸管 ガスの増加	ドーパミン、セロトニン 受容体拮抗薬 ・メトクロプラミド ・ドンペリドン	プリンペラン 錠 1回5mg を頓用また は 1日3回食前 注射 10mg1A+生食 50ml 点滴静注 ナウゼリン 錠 10mg1 回 1錠頓用 または1日3回食前 坐剤 30mg 1回 1個頓 用
消化管蠕動 の亢進	消化管閉塞	蠕動痛	抗コリン薬 ・ブチルスコポラミン	ブスコパン注 20mg1A+ 生食 50ml 点滴静注
ドーパミン、 セロトニン、 ヒスタミン等 複数の受容体	原因が複数 または特定 できない			ノバミン錠 5mg1 回 1錠 頓用または 1日3回 ジブレキサ錠 2.5mg を 1 日1回

* ドパミン受容体拮抗薬は錐体外路症状、アカシジアの副作用に注意する。

(4) 悪心・嘔吐のケア

- ・嘔吐物、食品（特に暖かいもの）、排泄物、薬剤、化粧品、芳香剤などの匂いも悪心嘔吐を引き起こす刺激になるため避ける。
- ・嘔吐時は誤嚥を防ぐため座位や側臥位にする。
- ・ベッドのギャッチアップやクッションを用い安楽な姿勢をとる。
- ・衣類や下着で締め付けないようにする。
- ・ガーグルベースン、ティッシュ、ゴミ箱、飲料水、ナースコールなどを患者の手の届きやすいところに準備する。
- ・口腔ケアは必要だが、口腔ケアが悪心・嘔吐を誘発する可能性もあるため、少量の冷水やレモン水などで数回に分けてうがいする。
- ・背中をさすったり、ゆっくり声を変え不安や苦痛の軽減を図る。

B 食思不振

(1) 食思不振の病態生理

[腫瘍による影響]

- ・腫瘍から産生される炎症性サイトカインが視床下部の摂食促進作用を阻害する。
- ・食欲亢進作用を有するグレリンの抵抗性が出現する。
- ・脳内のセロトニンが増加する。

[二次性]

- ・消化器：胃炎、逆流性食道炎、消化管閉塞、便秘、下痢など
- ・代謝異常：電解質異常（特に高Ca血症、低Na血症）、肝不全、腎不全など
- ・口腔内：味覚障害、口腔内乾燥、う歯、義歯不適合など
- ・精神症状：不安、抑うつ、せん妄など
- ・治療関連：薬剤（オピオイド、抗がん剤）、放射線治療、高カロリー輸液など
- ・その他：疼痛、呼吸困難感、嚥下障害、療養環境

(2) 食思不振の治療

STEP1 原因に応じた治療

治療可能な食思不振の原因があれば治療する。また食思不振は身体的・精神的な苦痛を生じるため、包括的な支援が必要である。

STEP2 消化管運動改善薬、ステロイドの使用

[処方例]

消化管運動改善薬：プリンペラン錠 5mg 1回 1錠頓用または 1日3回毎食前内服

ドンペリドン錠 10mg1 回 1 錠頓用または 1 日 3 回毎食前内服
ステロイド：デカドロン錠 0.5mg1 回 2 錠 1 日 2 回朝昼食後
デキサート注 1.65mg1A+生食 50ml1 日 1 回点滴静注

(3) 食思不振のケア

- ・ 食事摂取ができないことの辛さや不安を共感する。
- ・ 少量で栄養価の高いものを選択する。
- ・ 食べたい時に食べられるよう病棟に好みのものを準備しておく。
- ・ 冷たいもの、喉越しの良いもの、柔らかいもの、匂いの少ないものなどを試す。
(具体的にはアイスクリーム、シャーベット、プリン、ゼリー、麺類など)
- ・ 安楽な体位や家族と一緒になど食事が楽しみやすい環境にする。

C 便秘

(1) 便秘の病態生理

緩和ケアを受けているがん患者の便秘の頻度は32-87%と多く報告されており、常に排便状態の評価が必要である。便秘の原因としては以下のようなものが挙げられる。

- ① がんによる直接の影響：消化管閉塞、脊髄（腰仙部）損傷、高カルシウム血症
 - ② がんによる二次的な影響：経口摂取不良、低残渣食、脱水、活動性の低下、抑うつ、せん妄、排便環境の不整備（トイレに行けないこと）
 - ③ 薬剤性：オピオイド、抗コリン薬、抗精神病薬、利尿薬、抗けいれん薬、鉄剤、降圧薬、抗がん剤
 - ④ 並存疾患：糖尿病、甲状腺機能低下症、低カリウム血症、憩室、肛門疾患
- *がん患者の場合、これらの原因が複合的に関与することが多い。

(2) 便秘の治療

STEP1 消化管閉塞や直腸の宿便の有無を評価する

下剤開始前に経口下剤の使用が可能か、消化管閉塞の有無と直腸内の宿便の有無を、問診、身体所見（直腸診）、画像所見（Xp、CT）を評価し判断する。

直腸内の宿便を認める場合は、摘便、座薬、浣腸などの経直腸的な処置を検討する。

STEP2 浸透圧性下剤、大腸刺激性下剤を使用

[処方例]

浸透圧性下剤：マグミット錠 330mg1 回 1-2 錠 1 日 3 回毎食後

ラクツロースシロップ 65%30-60ml を 1 日 2 回朝夕食後

大腸刺激性下剤：センノシド錠 12mg1 回 2 錠

ピコスルファートナトリウム内容液 0.75% 1 回 10 滴から適宜増減

*酸化マグネシウムは腎機能低下時には内服中止する。

STEP3 効果不十分の場合ルビプロストン、ナルデメジンを併用

[処方例] アミティーザカプセル 24 μ g1 回 1 錠 1 日 1-2 回内服

スインプロイク錠 0.2mg1 回 1 錠 1 日 1 回内服

(3) 便秘のケア

- 身体活動の維持、運動促進
- 水分、食物繊維の積極的な摂取
- 安全、安楽な排泄方法の工夫
- 排便習慣の確立

D 悪性腹水

(1) 悪性腹水の病態生理

悪性腹水は、①腫瘍細胞から産生される血管内皮増殖因子による腹膜血管新生や透過性亢進で生じる滲出性腹水、②肝転移や肝硬変による門脈圧亢進で生じる漏出性腹水、③腫瘍によるリンパ管閉塞で生じる乳糜腹水などがある。

(2) 悪性腹水の診断

問診（腹囲増加、腹部膨満感）、身体所見（波動、濁音界の移動）、画像検査（腹部超音波、腹部 CT）を行い、腹水の有無、量を評価する。診断的腹水穿刺を行った場合、腹水細胞診、細胞数、腹水中のアルブミン値、総蛋白値、腹水培養検査を検査する。血清腹水アルブミン勾配（serum-ascites albumin gradient；SAAG）が 1.1 g/dL 以上では門脈圧亢進が疑われる。

SAAG=血中アルブミン濃度（g/dL）-腹水アルブミン濃度（g/dL）

(3) 悪性腹水の治療

STEP1 利尿薬の使用

- スピロラクトン 50-100mg/日
- フロセミド 20-80mg/日
- トルバプタン（科限定薬のため使用については緩和ケアチームへコンサルト）

STEP2 腹腔穿刺ドレナージ

利尿薬が効果不十分または早急な症状緩和が必要な場合は、腹腔穿刺を行い腹水をドレナージする。また病態に応じて CART (Cell-free and Concentrated Ascites Reinfusion Therapy : 腹水濾過濃縮再静注法) を検討する。

(4) 悪性腹水のケア

- 頭位挙上や両上肢をクッションで支えるなど安楽な体位の確保
- 腹部をホットパックで温める
- 排便コントロール
- 腹部の皮膚の過伸展による乾燥や掻痒感を防ぐためクリームやローションで保湿
- 陰部から下肢にかけての浮腫ケア
- 食事の1回量を少なくする

E 悪性消化管閉塞

(1) 悪性消化管閉塞の病態生理

悪性腫瘍が原因で発生する消化管閉塞で、食道、胃、十二指腸の閉塞を上部消化管閉塞、十二指腸より肛門側の小腸と大腸の閉塞を下部消化管閉塞とよぶ。

(2) 悪性消化管閉塞の治療

- ① 手術：全身状態、生命予後などを考慮しバイパス術の可否についてコンサルトする。
- ② 内視鏡的ステント：手術に比べて低侵襲であり、食道、胃、十二指腸、大腸閉塞で適応。
- ③ 経鼻胃管：頻回の嘔吐を認める場合、速やかに消化管を減圧し症状緩和を行えるが、挿入や留置の苦痛や長期留置による有害事象（鼻翼潰瘍、誤嚥、食道炎など）もある。
- ④ 輸液量の調整：1000ml/日を目安に行う。2000ml/日以上の場合、胸腹水、浮腫を悪化させることが多い。

⑤ 薬物療法：

- 酢酸オクトレオチド：

酢酸オクトレオチドは消化管の分泌抑制作用があり腹満や嘔気症状の緩和が期待される。皮下注射後3-7日で効果判定（腹満、嘔気症状の改善、胃管を挿入していれば排液量の減少があるかなど評価）を行い投与継続の是非を検討する。

[処方例] サンドスタチン 300 μ g/日 持続皮下注射

- ステロイド：消化管閉塞改善効果が期待される。

[処方例] デキサメタゾン・ベタメタゾン 2-8mg/日

- H2 ブロッカー、プロトンポンプ阻害薬
胃酸分泌抑制による消化管内容物減少や逆流性食道炎症状の緩和が期待される。
- 制吐薬：
制吐薬に明らかなエビデンスはなく、完全閉塞の場合はメトクロプラミド投与によって疼痛悪化、消化管穿孔を引き起こす可能性があるため禁忌である。

【参考文献】

- 1) がん患者の消化器症状の緩和に関するガイドライン 2017年版 金原出版株式会社
- 2) 緩和ケア研修会 PEACE
- 3) 専門家をめざす人のための緩和医療学会 第2版 南江堂

9 口腔ケア

緩和ケアの対象者には様々な病期の方が含まれ、病状の変化に伴い様々な口腔の問題が出現する。その様な口腔のトラブルは口腔内だけの問題にとどまらずQOLを悪化させる。

口腔ケアは口腔の不快症状を取り除き「食べる」、「話す」機能を支持することによりQOLを維持する上で非常に重要である。

A 口腔ケアの意義・目的

(1) 症状緩和

- ・ 口内の乾燥や粘膜のただれ、感染による口内の不快感や疼痛を緩和できる。
- ・ 口腔内の疼痛や出血の緩和および感染予防に有効（感染播種の原因として慢性歯周疾患は重要）。

(2) 経口摂取の支援

終末期の経過におきまして、食事は亡くなる5～10日前あたりから急速に困難になる事が多い。多くの患者さんでは最後のギリギリまで経口摂取は維持され、その支援は重要である。

(3) 感染制御

口腔内は非常に多くの常在菌が存在し、慢性の感染巣も高頻度で存在する。感染播種の原因器官となる可能性が高い。

B 緩和ケア中に注意すべき口腔トラブル

口腔乾燥	口腔内の出血
口腔内の感染（カンジダ、歯肉炎など）	口臭
義歯の不具合・動揺歯・う蝕歯	舌苔
味覚障害	口腔粘膜炎
顎骨の壊死	

(1) 口腔乾燥

① 原因

唾液分泌そのものの低下
加齢変化 放射線治療&化学療法による唾液腺障害 薬剤性
水分摂取不足
口呼吸
マスク、カヌラによる酸素投与

② 対策

原因に応じた対応が基本であるが、特に終末期においては対症療法が中心となる。

口腔乾燥に対し保険適応のある薬剤

塩酸セビメリン水和物 (院内採用薬：サリグレン®)	カプセル	シェーグレン症候群
アネトールトリチオン※	錠剤	肝疾患、シェーグレン症候群
塩酸ピロカルピン※	錠剤	放射線治療に伴う口腔乾燥、Sjögren症候群
サリベート	噴霧剤	唾液腺障害、Sjögren症候群
白虎加人参湯エキス※	顆粒	喉のかわき、ほてり
麦門冬湯エキス	顆粒	気管支炎、たんの切れにくい咳

※院内採用薬なし

口内保湿 (誤嚥しないよう水分量、姿勢の考慮)

- 水、レモン水、2%重曹、氷片
- 人工唾液
- 保湿剤
- ごま油

市販されている保湿剤

商品名	成分	剤形	小売価格
オーラルバランス	ラクトフェリンリゾチーム	ジェル、液状	1995 円
リフレケアH	ヒノキチオール	ジェル	2100 円
うるおーら	ラクトフェリン	ジェル	1580 円
ヒノーラ	ヒノキチオール イソプロピルメチルフェノール	ジェル	1500 円
マウスピュア	水・グリセリン	ジェル、液状	1400 円
ビバジェルエット	水・グリセリン	ジェル	1890 円

*乾燥の強いケースでは白ごま油を口腔内に塗布する方法も有効である。

院内製剤としては、アズレンスルホン酸ナトリウム（ハチアズレなど）にグリセリンを混入し保湿効果を高めた含嗽剤も使用されている（国立がん研究センターなど）。

特に終末期においては最頻度の口腔トラブルであるが、対応をすれば確実に症状緩和が得られる口腔症状である。

*口渇

輸液治療は口渇を改善しない事が多く、看護ケア(口腔ケアなど)が最も重要である。

-終末期癌患者に対する輸液治療のガイドライン.日緩和学会.2007-

●患者の好むものをすすめる

- ・含嗽
- ・氷片を頻回に口に含ませる。
- ・噴霧器を用い口内に噴霧する。
- ・加湿器を適応する。
- ・ネブライザーの使用

●唾液の分泌促進

- ・レモン水、酸味のあるドロップ、パイナップルの小片を含む。
- ・顎のマッサージ（顎下部および耳前下部）
- ・人工唾液の使用（サリベートなど）
- ・保湿用ジェルや洗口液の使用

(2) 口腔感染症

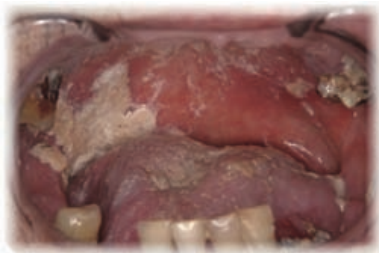
①一般細菌感染

口腔衛生状態の不良によるものが多い。

口腔ケアの徹底、適切な抗菌薬の使用、歯科的消炎処置の適応（不適合な義歯などの調整、動揺歯の対応、歯周炎処置）を検討する。

②真菌感染

口腔カンジダ症が主たるものとなる。日和見感染であり、特に終末期の患者には30～50%の発現率で認められる。



偽膜性カンジダ症

最も典型的な病態。疼痛を伴うことが多く、白苔は拭い取ることができる。



紅斑性（萎縮性）カンジダ症

舌乳頭が萎縮し、赤い光沢のある舌を呈する。疼痛は必ずしも伴わない。



肥厚性カンジダ症

慢性型であり、時に悪性転化をすとの報告があり、組織生検を要することがある。



難治性口角炎

カンジダの関与があることがあり、漫然としたステロイド軟膏の塗布は時に症状を悪化させる。

表在性口腔カンジダ症によく用いられる抗真菌剤

アンホテリシン B(ハリゾンシロップ®)

原液を 10~20 倍希釈し 4 回/日含嗽



ミコナゾールゲル(フロリードゲル経口用®)

4~5 回/日口腔内全体に塗布。

使用量/日が多く使用しきれないこともしばしば経験される。



イトラコナゾール(イトリゾール内用液[®])
 血中半減期が長いので 1 回/日投与が
 可能。



口腔カンジダ感染の治療には抗真菌剤が奏功するが、軽症例では口腔ケアのみでも改善する。保湿と義歯の管理が重要である。

③ウイルス感染症

ヘルペスウイルス感染症が代表的である。持続性の鋭痛があり食事摂取に影響し消耗状態を助長してしまう。抗ウイルス薬の使用を積極的に考慮する。

(3) 口腔粘膜炎

がん治療の副作用としての粘膜炎と全身状態の低下に伴う免疫能の低下による粘膜炎があるが終末期に認められるものは大半が後者である。

粘膜炎に対しては感染制御、疼痛緩和、そして保湿がポイントとなる。

①感染制御

粘膜炎の疼痛を助長する因子となり QOL の低下を招く。口腔ケアで感染予防を図る。

②疼痛緩和

粘膜炎の痛みは侵害受容性疼痛であるので NSAIDs やアセトアミノフェン、オピオイドが奏功する。

③保湿

乾燥は疼痛を悪化させ、治癒の遅延の原因となる。時に保湿の徹底のみで粘膜炎は軽減する。

生理食塩水	NaCl9g を水 1000ml に溶解	粘膜の刺激は少ない
ハチアズレ [®] ※	1 包を水 100ml に溶解 (2%重曹水)	軽度な粘膜炎 粘膜保護、治癒促進作用
キシロカイン含有食塩水	塩 9g+水 1000ml+4%キシロ カイン 5~15ml	20ml/回を 1~2 分口内に含 む 食前に使用し疼痛の麻痺
ハチアズレ※+ グリセリン	ハチアズレ 5 包+グリセリン 60ml+水 500ml	口腔乾燥を伴う粘膜炎 疼痛 (+) →キシロカイン入 りへ変更

ハチアズレ※+ グリセリン+ キシロカイン	上記にキシロカインを添加する	
アイスボール		ハチアズレを入れると苦味が出てしまう クーリング効果
アルロイドG		10~20ml/回嘔下痛を伴うもの 粘膜保護作用、止血作用
アズノール+キシロカイン軟膏	キシロカインゼリー30ml+アズノール軟膏 150g を混合	口唇粘膜などが適応 持続時間は 10~15 分程度

※院内処方の場合、ハチアズレ 1 包あたり、

アズレン含嗽用散 0.4%「トーフ」1 包+炭酸水素ナトリウム 2g

(4) 口腔内の出血

QOL の観点より対応は必要になる。口腔、咽頭部腫瘍からの出血はリスクが高い。

原因：清掃不良などによる感染巣、粘膜炎などの潰瘍

止血困難の原因：血小板異常がほとんどであり、その他 DIC、肝機能壊による凝固因子関連

口腔内の止血方法

圧迫止血が基本

ガーゼ、サージセル、ボスミンガーゼ、トロンピン末を生食に混和し湿潤させたガーゼ

*NSAIDs による血小板凝集抑制の影響

→アセトアミノフェン等への変更

*凝血塊（痂皮）の除去

保湿剤で痂皮をふやかし、生食に浸した綿球で愛護的に除去、またはオキシドール液（10~20 倍希釈）綿球で除去。

(5) 口臭

①生理的口臭の憎悪

口腔乾燥、清掃不良（舌苔など）

②全身状態からくるもの

肝臓疾患のアミン臭、腎臓疾患のアモニア臭、糖尿病のアセトン臭 など

③壊死臭、感染臭

肺炎の感染臭、口腔癌および口腔への転移腫瘍の壊死臭 など

④その他

胃の排出障害に起因した胃内容物に起因するもの



対 応

- 口腔ケア 舌苔が口臭の60%の原因を占める
口腔内の汚れを物理的に除去 保湿剤で粘膜を保湿後施行
- 口臭予防剤の使用 ハイザック®など
補助的に使用する。口腔ケア施行後に数回/日使用する。
- 抗菌薬の使用
腐敗臭には嫌気性菌の感染が関与することがある。
処方例：ダラシン 600mg 分4
フラジール 1500mg 分3 など

(6) 舌苔のケア

舌ブラシ、スポンジブラシを使用し、舌後方から前方に向けて刷掃する。

日数をかけて少しずつ除去をしていく。

10~20倍希釈のオキシドール液、ハチアズレ（重曹を含有）、白ごま油、保湿剤を用い舌苔を軟化させる。

(7) 味覚障害

食思不振に直結し、栄養状態の悪化を招く。

がん治療に伴う味覚異常の原因

1. 運搬障害

唾液の減少による味覚物質の運搬能の低下

2. 神経伝達障害

味蕾や神経細胞の損傷、腫瘍の浸潤

3. その他

亜鉛不足—抗がん剤の亜鉛キレート作用や代謝の変化

以上の複合変化が考えられている。

対処方法

1. 口腔内の環境の改善
衛生状態の改善—口腔ケアの徹底
感染巣の改善（特にカンジダ症）
歯科疾患の改善
2. 食事環境の改善
孤食を避ける—食堂での摂取、家族や友人との食事
3. 食品の整備
うま味の適応—だしを利かせる
食形態の工夫—きざみ、ミキサー
人肌にする—味覚を感じやすい温度
4. 亜鉛の補充—経験的な補充
ノベルジンの適応—2～4 週間の継続投与

C 口腔ケアの実際

①患者さんによるケア（セルフケア）

セルフケアが基本

- 毎食後が理想だが、困難の際には1回/日。
- 口腔ケア用品の選択も時に必要。
- 歯ブラシのヘッドはなるべく小さめ
- 毛質はナイロン
- 毛の硬さはふつうからやわらかめ
- 柄はストレートで持ちやすいもの



ワンタフトブラシの使用例

②介助者による口腔ケア

口腔観察のポイント

- 乾燥状態の有無
- 口角部の赤いただれ—カンジダの可能性あり
- 歯肉の発赤、腫張、歯の動揺の有無、歯牙の鋭縁部
- 口腔粘膜への痂皮や白苔の付着、発赤やびらん、潰瘍の有無
- 義歯の汚染度—義歯の汚染の殆どは細菌塊、カンジダの温床
- 口臭の具合
- 歯科への相談の検討

歯科への依頼は「口腔内アセスメント表」を参考にする。

すべてのスコアが1

良好であり、現行のまま口腔ケアの続行。

1項目でもスコア2がある

緊急性は低いが、歯科への併診の検討を考慮。

1項目でもスコア3がある

積極的に歯科への併診を検討する。

口腔内アセスメント表

		スコア
歯肉	痛みなし	1
	違和感がある／噛むと少し痛む	2
	歯がグラグラする	
	歯肉の腫脹／発赤	
	歯ブラシで出血がある	
	痛くて噛めない	3
	自発痛がある	
	排膿がある	
	あごの痺れまたは腫張	
歯牙	痛みなし	1
	時々痛むが咬める	2
	噛むと痛いところがある	
	痛くて噛めない	3
	自発痛がある	
義歯	義歯は使用していない	1
	調子は良い	
	必ずしも調子は良くないが使用はできる	2
	合わなくて使用できない・痛い	3
粘膜	痛みやしみる感じは無い	1
	痛みはあるが、食事は可能	2
	痛みで食事ができない	3
	自然出血する	
乾燥	乾燥なし	1
	少しネバネバする	
	乾燥の自覚あり	2
	食事や会話に支障がある	3
衛生状態	目立った汚れはなし	1
	口臭なし	
	一部に汚れが残っている	2
	舌苔がある	
	口臭が気になる	
	大量の汚れがる	3
	強い口臭がある（近づいただけでわかる）	

口腔ケアグッズ

(1) 舌ブラシ

舌表面の汚れを掻き取ります。
デリケートな舌の粘膜を傷つけることなく清掃できますが、力の入れ過ぎ時には舌を痛めることがあります。
ワイヤーにナイロン毛が植立されているものが推奨されます。



(2) 歯間ブラシ

歯間の大きさにあったサイズを使用する。



(3) タフトブラシ

植毛部の非常に小さなブラシ。
粘膜炎が顕著で通常のブラシでは粘膜刺激が強すぎる時に有効。歯牙に強固に付着した痂皮や出血塊の除去にも有効。



(4) 粘膜清掃用ブラシ

スポンジブラシは有用であるがディスポ製品が多い。



(5) 開口器

開口を維持することで時に患者さんの負担を軽減し、操作の効率をあげられる。



(6) その他

口腔粘膜炎時用に開発されたブラシ。
毛の台座が粘膜を刺激しないよう形態が工夫されている。(静岡がんセンター式)



【参考資料】

- 1) 口腔ケア実践マニュアル 国立がん研究センター編
- 2) 全国共通がん医科歯科連携テキスト 国立がん研究センター編
- 3) がん治療の口腔ケア 県立静岡がんセンター編

10 緩和ケアにおける栄養

緩和ケアを必要とする患者は経口摂取量が低下しやすく、長期化すると栄養状態が悪化する。全身状態が低下すると、精神面にも悪影響をきたすので、経口摂取量が減ってきたらなるべく早く食欲低下の原因をさぐり、評価して対応する必要がある。

また病状の進行にともない、様々な手立てをとっても栄養状態が改善しない場合もある。その場合は、現状維持を目標にして、患者（家族も含め）の満足度をいかに保てるかという視点でかかわるようにする。

食べられないことを気にしている患者は多い。「食べたいと思っているが食べられない」とはよくきく言葉で、思いを聞きながら少しでもその方にとって良い方向に向かえるよう、かかわることが大切である。

食欲低下をきたしやすい症状別の、全般的な食事の留意点と入院中の食種例。

（『 』は食種でなく特別指示）

① 吐き気・嘔吐

【留意点】消化が良いもの、さっぱりした口あたりのもの、飲みこみやすいものにする。少量ずつにして食べる回数を増やす。胃もたれにつながるような油っぽい料理は避ける。臭いが辛くなる時は、温かい料理は少し冷まして時間をおいてから食べるとよい。臭いが強い料理は避ける。

【食種例】軟菜食^{*1}（全粥食・5分等）、はま食 1～3^{*2}（冷たいデザート類が毎食つく）。量を減らしたい時は『全量 1/2』にしパックのものを間食に勧める。粥や米飯の臭いが辛い時は、はま食で主食は「冷たい麺類」等。魚料理の臭いが辛く感じる時は『魚禁』。

② 腹満感、サブイレウス

【留意点】消化のよいものを少しずつ食べる。脂肪の多い食品は控える。柔らかく煮る・蒸す・茹でる調理法にする。ゆっくりよく噛んで食べる。便秘の時は水分をこまめにとる。

【食種例】軟菜食（全粥食・5分等）、低残渣食、はま食 1・3。『全量 1/2』にしてテルミールミ二等の経口栄養飲料をつける。

③ 下痢

【留意点】柔らかく煮込んだ消化のよい食事にする。香辛料、脂肪が多い料理や食品は控える。食物繊維が多い食品（海藻類・きのこ・こんにゃく・ごぼう・筋っぽい野菜類）は避ける。水分をこまめにとる。冷たいものを一気に飲まない。

【食種例】全粥食、5分、易消化食^{*3}等。『刺激物禁』。

④ 味覚障害

【留意点】味付けのはっきりした料理を試してみる。酢飯や香辛料を利かせた料理が食べやすいことがある。口腔内を清潔に保つ。食事量が低下しているときは、経口栄養飲料を組み合わせると良い。

【食種例】（個人差が大きいので患者と相談しながら食べやすいものを探していく）
はっきりした味だと食べられそうな時は、制限の少ない一般常食、はま食の主食麺類等。
塩分が辛く感じる時は、減塩常食、減塩軟菜等。

⑤ 口内炎

【留意点】軟らかい食事にする。香辛料が多く使っている料理、酸味が強い柑橘類や酢の物は避ける。極端に熱いもの・冷たいものは避ける。容易に咀嚼できる料理にする。

【食種例】軟菜食（全粥食・5分等）で『刺激物禁』、『一口大』。
咀嚼困難な時は5分『きざみ』。さらに困難な時は、流動＋経口栄養飲料、5分『ミキサー』等。

⑥ 嚥下障害

【留意点】さらさらした液体はむせやすくなるので、液体にはとろみをつける。
パサパサしたものは口の中でまとまりにくいので、柔らかく滑らかなものやしっとりした料理がよい。

【食種例】嚥下軟菜食、嚥下食等。
開口障害がある時は5分『ミキサー』（粥もミキサーにしたい場合は、主食を「全粥ミキサー」等にする）。誤嚥のリスクが高い患者は嚥下評価して決めることが望ましい。

注*1 軟菜：流動食から普通の食事（常食）にあがる過程の3分、5分、全粥食等をいう。

3分粥は重湯（おもゆ）と全粥が7:3の比率。重湯は粥を作る時にできる上澄みをいう。

注*2 はま食：食思不振者向けの食事で、麺類や味付けした粥などが選べる。副食（おかず）の形態により、はま食1からはま食4まで4種類ある。詳しくは食事栄養基準参照。

注*3 易消化食：消化器疾患用の食事。消化の悪い食材は使用せず柔らかく調理した食事。

食欲低下をきたす原因は多様であり、入院中の食事は制約がある中での対応になる。
食事の選択に迷う場合は、病棟担当栄養士または栄養部へ連絡し調整するとよい。

栄養部内線(5501、5502)。

【参考文献】

- 1)新版 がん緩和ケアガイドブック 日本医師会 青海社 2017年
- 2)国がん東病院初 抗がん剤・放射線治療をしている人のための食事 ナツメ社2020年
- 3)食事に困った時のヒント 公益財団法人がん研究振興財団 2012年

11 緩和ケアにおけるリハビリテーション

A 目的と意義

緩和期におけるリハビリの目的は、「余命の長さにかかわらず、患者とその家族の希望を十分に把握したうえで、その時期におけるADLを維持、改善することにより、できる限り最高のQOLを実現するべくかかわること」に集約される。病状が漸次悪化する過程においても、生きる希望をもって日々を過ごしていけるように支援を行う。

B リハビリテーションの目標設定

患者の病状は日々変化しており、長期的な目標設定は現実的ではない。数日程度を見越した短期的な目標設定を行い、患者と目標を共有していくことが望ましい。目標に問題があれば、カンファレンスなどを通じ、多職種と協議して修正していく。病状の進行に伴い目標は変わるため、目標の到達による終了という明確な線引きは難しい。患者の希望にそって、生命予後が日単位でも心理支持を目的に介入を継続することもある。

C リスク管理

リハビリに際しては、全身状態、がんの進行度、がん治療の経過を把握し、リスク管理を行うことは非常に重要である。疼痛、呼吸苦、疲労感などの自覚症状、バイタルサイン、血液所見(ヘモグロビン、血小板、白血球、電解質など)に注意し、血栓、塞栓症、脳転移、骨転移、胸水、腹水、がん悪液質症候群(倦怠感、食欲不振、体重減少など)の進行程度に注意を払い、リスク管理に努める。表1は、安全にリハビリを行えるかどうかの目安である。現実的には、この基準をすべて満たさなくても必要な訓練を継続することが多いが、その場合は、医師に運動負荷量や運動種類についての明確な指示や注意事項を確認する必要がある。訓練時は全身状態を注意深く観察し、異常がある場合は、躊躇なく訓練を中止する。

表1 がん患者におけるリハビリテーションの中止基準

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1.血液所見：ヘモグロビン 7.5/dL 以下、血小板 50,000/μL、白血球 3,000/μL 以下2.骨皮質の 50%以下の浸潤、骨中心部に向かう骨びらん、大腿骨の 3cm 以上の病変などを有する長管骨の転移所見3.有腔内臓、血管、脊髄の圧迫4.疼痛、呼吸困難、運動制限を伴う胸膜、心嚢、腹膜、後腹膜への浸出液貯留5.中枢神経系の機能低下、意識障害、頭蓋内圧亢進6.低・高カリウム血症、低ナトリウム血症、低・高カルシウム血症7.起立性低血圧、160/100mmHg 以上の高血圧8.110/分以上の頻脈、心室性不整脈 |
|---|

D がん性疼痛に対するリハビリテーション

がん性疼痛においては、リハビリが薬物の代替になるものでなく、必要十分な薬物で鎮痛が行われていることが基本である。そのうえで侵襲性が少なく、多くの症例に適応となるリハビリの介入は、疼痛緩和に有用である。

(1) マッサージ

マッサージは、機械的効果(間質液の移動や静脈・リンパ液系の還流の促進、局所血流の増加、筋攣縮の軽減)、神経反射的効果(触覚などの太い神経を通して脊髄に至り、そこで疼痛神経線維をブロックする gate control theory)、タッチングによる心理的効果が期待できる。マッサージはがん性疼痛に有効という報告は多い。

(2) 関節可動域(range of motion:ROM)訓練とポジショニング

長期の安静臥床や不動による関節拘縮は疼痛を引き起しやすく、関節可動域訓練を行い予防する必要がある。予防には、各関節を1日2回、各3回ずつ全可動域を動かす、または1日1回、各関節を10回ずつ動かすことが推奨される。但し、骨転移近傍の関節に対しては、施行時に十分な注意が必要である。ポジショニングでは、臥位や座位において、体重支持面を広くとり、クッションやピロー、タオルなどを使用し、患者にとって最も安楽な姿勢、肢位となるように支援する。

(3) ADL 動作指導

歩行やADLで疼痛が生じる場合は、疼痛部への負荷を軽減させる動作の指導や、杖などの歩行補助具や自助具の使用を検討し、必要に応じて環境設定を行う。

E 呼吸困難へのアプローチ

呼吸困難は、緩和期において頻度の高い症状であり、生きる意欲を阻害するため、その対処法を知っておくのは非常に大切である。患者の呼吸困難が起こりやすい状況、呼吸困難の程度を評価し、アプローチの前後には、呼吸状態に関する身体所見の評価を行う事が重要である。また、呼吸困難は主観的な症状であり、低酸素状態と必ずしも関連しないため、自覚症状の評価をするのが望ましい。

(1) 安静時の呼吸困難に対して

患者とともに、呼吸困難を軽減する体位を検討しておくことは、呼吸困難によるパニックの予防や不安軽減に有用である。一般に臥位より、座位や立位が横隔膜が下降して呼吸しやすいため、ギャジベットや椅子にオーバーテーブル、クッションなどを利用し、安楽な体位を作ると良い。また、頸部、肩甲帯、胸郭上部のマッサージやストレッチは、呼吸困難時に過度に緊張しやすい呼吸補助筋群の緊張緩和に有用である。

(2) 呼吸法の練習・パニックコントロール

呼吸困難時は、上部胸郭の動きによる胸式呼吸が主体となり、不安になるため、ますます早く息を吸い込もうとして、さらに呼吸困難が増大しパニックに陥ることもある。

この場合は、患者自身で気持ちを落ち着かせ、ゆっくり腹式呼吸をする方法を指導しておく。呼吸法の練習として、口すぼめてゆっくり息を吐き出す「口すぼめ呼吸」は、呼気時に末梢起動に圧を加えてその虚脱を防ぐことにより、無気肺の予防として有用である。しかし呼吸の仕事量を増やすので、患者の疲労に注意して行う必要がある。

(3) 気道分泌物の貯留、喀出困難による呼吸困難

自己排痰方法では、気道分泌物の貯留が中枢気道である場合は、強い1回で行う咳嗽が有効であるが、術創や胸壁湿潤があると、侵襲が大きく痛みを伴いやすいので、大きく息を吸った後に、咳を2~3回に分けて行う。末梢からの分泌物は、強制呼気法（ハフティング）が有用である。体位排痰法は、排痰させたい肺区域を上にし、末梢気道に貯留する分泌物を主気管へ誘導し排出される方法である。末期がん患者には、負担とならない側臥位・腹臥位を組み合わせた「修正された体位排痰法」が推奨される。

(4) 日常生活における呼吸困難

動作に伴う呼吸困難の増強と、身体活動性の低下による身体機能低下から、さらに呼吸困難が増強するという悪循環の中で、ADLや活動性を維持していくには、日常生活での呼吸困難の状態を把握することが必要である。実際に動作を行い、①呼吸困難が増強する動作とその強さ ②その動作方法とスピード ③呼吸困難回復までの時間を評価する。

日常生活で呼吸困難が生じやすい動作は、洗髪や頭上の物をとるなどの上肢挙上を含む動作、重量物の運搬や排便などの息を止めて力む動作、拭き掃除や洗体などの反復動作、靴下やズボンを履くなどの体幹の前屈を含む動作である。これらの動作では、呼吸に合わせてゆっくり行い（呼吸と動作の同調、動作スピードの調整）、それでも息切れが強い場合は動作変更を試みる。また、使用物品の軽量化による負担軽減や、無駄な動作を省き、動作を単純化できるような病室環境の工夫も必要である。

F 廃用症候群へのアプローチ

廃用症候群とは、長時間の安静臥床や不活動によって二次的に生じたさまざまな機能低下の総称である。がん患者は、悪液質による食欲不振と進行性の異化亢進に伴う全身機能低下の影響や、化学療法や放射線治療の副作用などから廃用症候群に陥りやすいことが特徴である。また、疾患を宣告された精神的苦痛や、がんの進行や再発、生活に対

する不安などが心理的に影響し、身体機能低下に対する意識が希薄になりやすい。このため、可能な限り廃用症候群を予防し、体力維持の重要性が理解できるようにアプローチする必要がある。

(1) 筋力維持へのアプローチ

緩和期には、ROM 訓練、筋力増強運動を区分せず一緒に行うことが、疲労軽減や限られた実施時間の有効利用となる。関節運動時に筋収縮が伴うことで、いわゆる「筋肉のギプス」効果が高まり、病的骨折のリスク軽減となる。廃用症候群の患者の筋肉疲労はとても早いため、関節の全可動域を 10 回程度は反復できるよう、運動スピードや負荷を調整するのが望ましい。また、臥床により、抗重力筋群（体幹筋群・大腿四頭筋・下腿三頭筋）は有位に筋萎縮が進むとされている。これら筋群のトレーニングとして臥床でもできる腹筋運動、四頭筋トレーニング、足関節底屈運動が推奨される。

(2) 離床支援

一般的には、離床に向けてギャジアップ座位から開始し、60 度でバイタルサインに異常がなければ腰掛け座位に移行し、車椅子乗車や歩行に向けていく。腰掛け座位に移行できない場合は、リクライニング車椅子乗車を目指し、院内散歩に出かけるなどで座位耐久性や刺激入力を図る。トイレ歩行や最低限の ADL は自立しているが、易疲労や倦怠感から臥床傾向である場合は、意欲づけの観点からも、短時間でもデイルームやリハ室での訓練を促していく。また、患者の疲労度を参考に、病棟と連携を図り、離床時間を決めて自主練習の方法なども指導する。

G 日常生活動作（ADL）へのアプローチ

ADL は、終末期まで比較的保たれており、生存期間が残り 2 週間頃より動作が困難となり始め、次第に排泄や食事、コミュニケーションなどに障害が出現する（図 1 参照）。一方、腫瘍の進行、手術などの治療によって運動麻痺や感覚障害、骨・関節の障害を呈した場合は、早い時期に ADL の障害が生じる。また化学療法や放射線治療の効果や副作用の影響、疼痛などの全身状況により、ADL の自立度が変動しやすいことが特徴である。

(1) ADL アプローチの実際

がんの進行により ADL の障害が生じると、患者は、自身の不全感と周囲に負担をかけているという心理的苦痛を抱き「せめて〇〇だけは自分で行いたい」という希望を持つことが多い。リハ介入時は、なるべくその希望に沿い、安全で無理のない動作で自立を促していく。自立困難な場合は、本人と相談しながら福祉用具や自助具を導入し、少しでも長く自立できるように支援する。「自分でできている」「まだ自分にできることがある」ということが、患者の自己コントロール感や自尊心の維持にも繋がる。

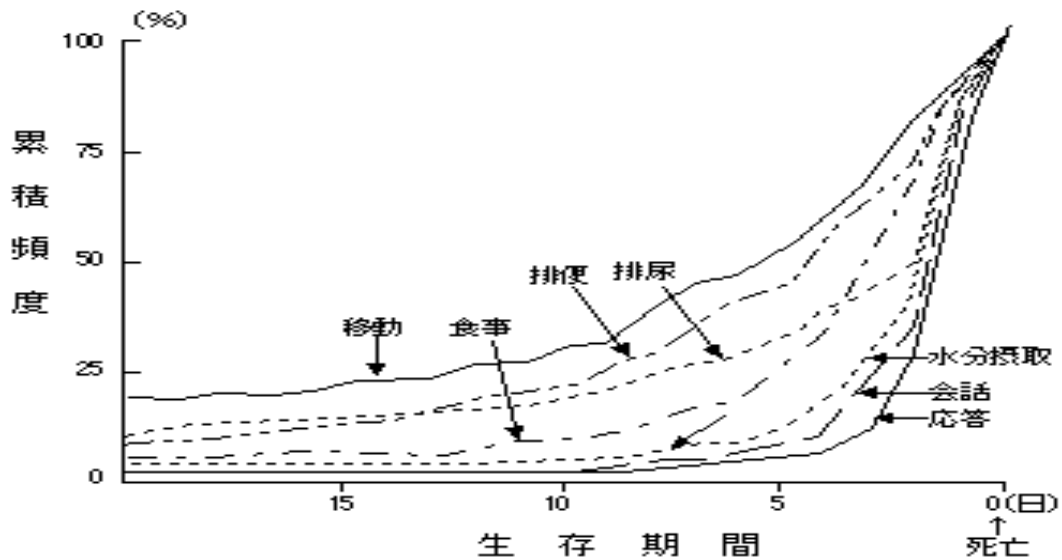


図1 日常生活動作の障害の出現からの生存期間(206例)

恒藤暁 他:末期がんの患者の現状に関する研究 ターミナルケア 6;486.1996

(2) 嚥下障害への支援

食事は、食べる楽しみが生きている実感といった QOL にも繋がる行為であり、最後まで食べたい、食べて欲しいと希望する患者・家族も多い。緩和期の嚥下障害への関わりとしては、嚥下機能を正確に評価し、その機能にあった姿勢調整や食事形態の工夫を行うことが重要である。経口摂取はリスクも伴うものであり、患者・家族ともリスクについて共有しながら、医師・看護師・栄養士など多職種で検討していく必要がある。

(3) コミュニケーション障害への支援

コミュニケーション障害には頭頸部がんや脳腫瘍などによる発声障害や構音障害、失語症が挙げられる。緩和期においては、がんの進行による症状の進行や全身筋力低下による呼吸量の低下に伴い、可能であったコミュニケーション方法も徐々に困難となり、患者は、訴えや思いを理解してもらえない苦痛が増大する。リハ介入時は、本人・家族・医療者からも情報収集を行い、現在のコミュニケーション障害の状況と残存機能を把握し、患者にあったコミュニケーション手段をなるべく早期に提案し、対応方法を統一することが大切である。

H その人らしい生活を維持する ―QOL の維持―

ADL の維持は重要であるが、逆にそれだけにこだわってしまうと余力が無くなり、その人らしい生活が過ごせなくなってしまうこともある。例え ADL に介助が必要であっても、患者が、今一番したいこと、大切に思っていることを、丁寧に聴取し、作業活動を提供できるように努めることも必要である。患者は、身体機能・ADL が低下し、仕事や家庭内での役割、趣味など大切にしていた生活が困難になることで、様々な喪失体験を繰り返し、精神的な苦痛を抱えている。患者には「やり残している仕事をかたづけたい」「家族を喜ばせたい、感謝の気持ちを伝えたい」「もともとやっていた趣味を楽しみたい」など、さまざまな思いがある。これらの希望に沿った活動に取り組むことで、仕事での役割を再確認する、家族との絆を実感する、充実した時間を過ごして精神的に安定するなどの心理的効果が期待できる。その人にとって有意義な活動を行い、少しでもその人らしい生活を維持し、QOL の維持に繋げていくことも重要である。

I 在宅復帰支援

緩和期で、症状が比較的落ち着いている場合は、少しでも在宅で過ごすため、または在宅で看取することを目的に退院をすることもある。この時期の在宅復帰支援は、退院調整に時間を要していると、患者の状態が悪化してタイミングを逃してしまうこともある。そのため必要最低限の準備を急ぎ、退院後でも対応できることは順次整えていくなどのスピードが要求される。リハ専門職の役割は、患者の機能・ADL 能力の評価と今後の予測も行い、必要な福祉用具の準備、環境調整やサービスの検討、家族指導などを行い、迅速に対応することが求められる。

【参考文献】

- 1) がんのリハビリテーションマニュアル 周術期から緩和ケアまで 医学書院
- 2) 緩和ケアが主体となる時期のがんのリハビリテーション 中山書店
- 3) がん患者のリハビリテーション リスク管理とゴール設定 メジカルビュー社
- 4) 緩和ケアと QOL -リハビリテーション医療現場でどうアプローチするか-
Medical Rehabilitation 2020 ; 247

12 浮腫のケア

A 浮腫とは

浮腫とは皮下組織に水分(組織間液)が過剰に貯留した状態であり、全身どの部位でもみられ全身浮腫と局所浮腫があり、全身性浮腫は起立性浮腫、心性浮腫、腎性浮腫、肝性浮腫や抗癌剤などの薬物性浮腫や、低タンパク(アルブミン)性浮腫などが挙げられ、局所性浮腫はリンパ浮腫、静脈性浮腫などがある。

表1. 浮腫の原因となる疾患

浮腫の成因	全身性浮腫	局所性浮腫
毛細血管内圧の上昇	心不全 腎不全 など	静脈性浮腫 (静脈瘤・深部静脈血栓症)
血漿膠質浸透圧の低下	肝不全 ネフローゼ症候群 その他 (熱傷・栄養障害など)	
血管浸透性の亢進		アレルギー性・炎症性 血管性浮腫
皮下支持力の低下		高齢者など
その他	内分泌疾患による浮腫 (甲状腺機能低下・亢進症 クッシング症候群 など) 薬剤性浮腫 など	脂肪性浮腫 妊娠に伴う浮腫 リウマチ・膠原病 悪性腫瘍の進行 薬剤性浮腫 など
リンパ管の異常		リンパ浮腫(原発性・続発性)

表2. 全身性浮腫との鑑別

	リンパ浮腫	心不全・腎不全・肝障害
部位	片側性または左右差のある両側性 (上肢は片側性)	多くは両側性(両下肢)腹水・胸水を伴うこともある ときに上肢や顔面にも浮腫
触診	初期は柔らかい 進行すると圧痕の残らない硬い浮腫	圧痕の残る柔らかい浮腫 緊満感がある薄い皮膚
薬剤効果	利尿剤の効果は少ない	利尿剤の効果期待できる (場合によっては抵抗性)

B リンパ浮腫とは

原発性リンパ浮腫と続発性リンパ浮腫に分けられる。

原発性では原因が不明で、リンパ液の生産性の増加、リンパ還流の低下、リンパ管閉塞や狭小化あるいはリンパ管の異常部位の皮下組織と皮下にリンパ液貯留性の浮腫を生じることであり、生後2年以内におこる先天性リンパ浮腫、35歳までに発症する早発性リンパ浮腫、35歳以後におこる遅発性リンパ浮腫がある。

続発性リンパ浮腫は原因が明らかで、発症のリスク因子としては、がんの進行、リンパ節の郭清範囲、術後補助療法(放射線療法・抗癌剤治療等)、婦人科がん術後の骨盤内リンパ嚢胞や乳がん術後の漿膿疱、立ち仕事、肥満などがある。

表 3. 国際リンパ学会によるリンパ浮腫病気分類

病期	症状
0期	リンパ液の輸送に障害があるが、腫脹が明らかではなく無症状浮腫を認めるまでに数ヶ月から何年にもわたって続くことがある
I期	疾患の発生初期にあたる 組織液の貯留は拳上により軽減する
II期	拳上のみにより腫脹が軽減することはほとんどない 圧迫痕が明らかである
II期後期	組織線維化が明らかになっているため、圧迫痕が生じることも生じないこともある
III期	線維が硬くなり(線維性)圧迫痕は生じない 肥厚、色素過剰、脂肪沈着、皮膚の増殖、過成長などの皮膚変化を認める

表 4. リンパ浮腫の鑑別に必要な検査

項目	目的
血液検査	アルブミン、肝腎心機能、内分泌
心電図	心不全の除外
胸部X線	心不全の除外
胸部CT	リンパ流を妨げる腫瘍がないか
下肢静脈エコー	静脈疾患の除外

C リンパ浮腫に有効な治療

リンパ浮腫治療の基本は、日常生活指導とともに用手的リンパドレナージ、圧迫療法を用いた複合的理学療法を中心とする保存的治療(複合的治療)がある。

複合的治療は、一般的なむくみや、静脈性浮腫、進行癌や終末期の浮腫に対しても、病状を把握し適切に行われる限り有効な治療法である。

また、リンパ機能改善を目的としたリンパ管吻合術やリンパ節移植、症状改善を目的とした浮腫組織除去術などの外科的手術がある。

表 5. 複合的治療の主な内容

日常生活指導	リンパ浮腫の主な悪化要因を指導して、日常生活にも注意を促す
スキンケア	炎症はリンパ浮腫の発症・増悪のきっかけとなるため、患肢の感染予防が必要である
用手的リンパドレナージ	リンパ流障害部位を迂回し、正常なリンパ管まで患肢のリンパ液を誘導する また患肢の状態を確認出来る
圧迫療法	弾性包帯や弾性着衣による圧迫が、複合的治療のなかで一番効果がある
圧迫下での運動療法	筋肉の動きがリンパ管を刺激して、患肢のリンパ液がより多く排出される

D 複合的治療

C「リンパ浮腫に有効な治療」で治療法について述べたが、日本ではさらに広い概念として「複合的治療(複合的理学療法を中心とする保存的治療)」がある(図1)

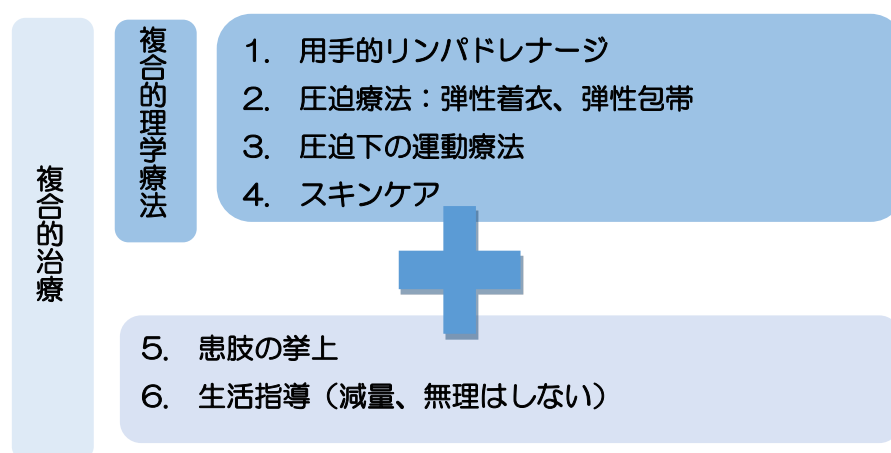


図 1 複合的治療の考え方の概念

(1) 日常生活指導

リンパ浮腫の悪化要因として、長時間の座位や立位、重労働は休息をとり患肢の安静をはかる又、過度の筋肉運動や球技などはできるだけ避けるなど、本人の生活に応じて調整する。肥満はリンパ浮腫の悪化に繋がるため、体重管理は充分に行っていく。

(2) スキンケア

皮膚の生理機能を良好に維持する、あるいは向上させるために行うケアの総称

①皮膚の洗浄：よく泡立てた洗浄剤で汚れを包み込む様に洗浄し、余分な摩擦を加えず(ナイロンタオル等は皮膚の角質を痛めるため使用しない)、十分に洗浄剤を洗いながし、自分の肌に合った物を選択する。

②皮膚の保湿：皮膚のバリア機能を保守するために行う。

入浴後は皮膚の浸透作用が高いためなるべく早く塗布する事が望ましいティッシュペーパーが付着する程度に塗布する。

③皮膚の保護：皮膚の損傷は蜂窩織炎を引き起こすリスクがあり、蜂窩織炎を起こすとリンパ浮腫が悪化し、一度発症すると繰り返しやすい傾向にあるため、皮膚障害をもたらす物理的・化学的要因から遮断する。

深爪防止・搔抓傷予防のための爪の手入れ

ガーデニングやペットからの物理的刺激があるときは衣類で保護する。

日焼け予防

(3) 用手的リンパドレナージ

皮膚や皮下組織に貯留している組織間液をゆっくりと柔らかい圧でマッサージすることにより、リンパ管の収縮運動を高め、リンパの流れを促進し正常に機能しているリンパ管に組織間液を誘導する手法である。

患者本人が行うドレナージ効果にはエビデンスがないが、当院では患肢を触る事で症状の変化を早期に気づくことが出来るため指導している。

(4) 圧迫療法・圧迫下での運動療法

①継続可能な圧迫療法を提案

- ・弾性着衣・包帯共に正しく着用出来ているか確認
- ・サイズや買い換え時期を確認
- ・季節に合わせた対応を考慮

②負担の少ない運動を提案

- ・筋ポンプ作用を意識しての運動
- ・日常生活動作を運動の一部として活用
- ・腹式呼吸・深呼吸・肩の自動運動

E リンパ浮腫の合併症

リンパ浮腫の合併症を以下に示す。

- 患肢の炎症(丹毒・リンパ管炎・蜂窩織炎)
- 急性皮膚炎(患肢の発赤・急激な浮腫の進行)
- 皮膚の硬化・角化
- 血管肉腫
- リンパ小疱・リンパ漏
- 皮膚潰瘍

F 複合的治療の禁忌

- (1) 禁忌事項：複合的治療を行うべきでない状況は
蜂窩織炎急性期：発熱や痛みがある時期
深部静脈血栓症急性期：治療で血栓が飛びやすい時期
- (2) 注意事項：治療法を選んで行う状況は
心不全、腎不全、肝不全などの全身疾患：胸水や腹水の状況により緩めの圧迫や用手的リンパドレナージは可能
- (3) 血流障害：動脈血流の状況を確認して虚血にならない程度の緩めの圧迫や用手的リンパドレナージは可能
- (4) 進行がん：腫瘍の状況を確認して可能な治療のみ可能

【参考文献】

- 1) 一般財団法人 ライフ・プランニング・センター新リンパ浮腫研修 Step1
- 2) 一般財団法人 ライフ・プランニング・センター新リンパ浮腫研修 Step2
- 3) リンパ浮腫の手技とケア 学研

13 精神症状とこころのケア

A. うつ病への対応

うつ病はがんの臨床経過のあらゆる時期に生じる最も多い精神疾患の1つである。がん患者のうつ病は6~42%に生じることが報告されている。抑うつ状態にある患者は、不安の場合と異なり、患者自らが苦痛を訴えてくることが少ないため、医療者に見過ごされやすいことが知られている。抑うつ状態に苛まれている患者は、目立たない反面で内面的に苦悩していることが多く、見過されると自殺という悲痛な結果を迎えることもあるので、特にうつ病レベルのものに対する適切な対応は、患者のQOLの維持や医療安全上から重要である。

「このような疾患だから、落ち込んでいても当然である」とか、「こんなに辛い状態だから、元気がないのは当然」と、早分かりしすぎるのは危険である。表情が冴えない・不眠が続いているなどの変化がみられたら、身体症状も含めて抑うつかどうか評価することが大切である。生活のしやすさに関する質問票を用いてスクリーニングし、医師・看護師・コメディカルが連携を図りながら、早期に必要なケア・治療を提供し、患者のQOLの向上を図る。

(1) 治療・ケアのプロセス

① 初期評価

- 生活のしやすさに関する質問票を用いて、「体調はいかがですか?」「昨晚は眠れましたか?」といった身体症状や睡眠状態についての質問から入り、「最近気持ちの面でもつらそうにみえますかいかがですか?」などと開かれた質問をして、気持ちのつらさを評価する。
(詳細は、「生活のしやすさ質問票」の〇頁を参照のこと)

② 抑うつ状態だと感じたら

- 開かれた質問のやり取りを通じて、患者が精神的苦痛を訴える場合は、抑うつ状態に焦点をあてた評価に移行する。(次の影響要因の検討を行ってもよい)
- 抑うつチェックシート<一般病棟用>を用いて評価する。すべての項目を評価しなくても、「抑うつ気分」と「興味喜びの喪失」に関して定期的に聞いてみるのもよい。例)「一日中気分が落ちこんでいませんか」「今まで好きだったことが楽しめなくなっていますか」など
- 身体疾患・治療薬の影響・喪失体験・うつ病の既往歴などを検討する
影響要因を可能な限り除去・緩和する

身体要因： 身体疾患 → 電解質異常、内分泌障害（特に甲状腺機能障害）、感染症、
中枢神経疾患（特に脳卒中・頭蓋内転移）など
不眠（寝付けない、朝早く目が覚めその後眠れない）→ 睡眠薬を検討
痛み → 疼痛マニュアル参照

薬物の使用： β 遮断薬、降圧剤、避妊薬、ステロイド剤、インターフェロンなど
アルコール・薬物依存とその離脱

喪失体験： 身体機能の喪失・低下、身近な人の死、離婚、役割の喪失など

社会的要因： 経済・家族の問題、乏しいソーシャルサポート など

- 看護計画の活用
- 抑うつ状態に影響していると思われる要因によって薬剤師・リエゾン精神専門看護師・オンコロジー専門看護師・がん性疼痛看護認定看護師などを活用

③ 自殺念慮がある、うつ病の可能性があると判断されたら

- 精神科併診依頼 心理士との連携
- 看護計画の活用
- リエゾン精神専門看護師の活用
- 抑うつに影響していると思われる要因によって薬剤師・オンコロジー専門看護師・がん性疼痛認定看護師などを活用

④ 抑うつ症状の5つを満たさなくても、抑うつが疑われて気になったら

- カンファレンスにあげて関係者間で話し合い、経過を追う。

(2) 治療

① 精神的援助 ～ 支持的精神療法的アプローチ

ひとくちに精神療法といってもさまざまな技法がある。ここでは、がん患者に最も用いられることの多い支持的精神療法の概略を紹介し、医療者が同様の接し方ができるように目指す。

支持的精神療法では医療者との関係・コミュニケーションを通して、がんに伴って生じた役割変化、喪失感、不安感、抑うつ気分をはじめとした精神的苦痛を軽減することを目標とする。その基本は、患者の言葉に対して批判・解釈することなく、非審判的な態度で支持を一貫して続けることにある。最も重要なことは、患者をよく理解することであり、この理解しようとする態度こそが患者のために医療者がないうる最も支持的なことである。したがって、現在の問題・過去の問題・これまで患者が歩んできた人生の歴史を十分に聴くことが重要である。

病気を受容を目標にするのではなく、個々の患者にとっての病気の意味を探り、その人なりの病気の理解の仕方や病気との取り組み方によって当面した問題を、その人なりに乗り越え、あるいは適応していけるよう援助していく。このためにはまず、患者に関心を寄せ、病気とその影響について患者が抱いている感情、特に恐れを表出を促し、それらを支持・共感しながら現実的な範囲で保証を与えていく。非現実的な保証は治療的に働かない。患者個人をよく理解した上で、そのニーズを十分くみとり行う必要がある。自分の感じるままを言葉にしても常に支持しようとする医療者に接することは、非日常的な体験であり、患者の自己評価を高め、対処能力を強化する。

「病気に負けないでがんばりましょう」と安易に励ますことは、患者の精神的負担や自責感をかえって増幅してしまうため好ましくない。医療者は自らの人生観や死生観を押し付けることなく、患者の個性、信条、価値観を尊重する。

非言語的コミュニケーション（手をにぎる、髪をなでるなど）も有効である。ただ、治療的タッチであっても身体接触を心地よく思わない場合もあるので、患者の反応に留意しながら行なう必要がある。家族の協力を得ながら患者に孤独を感じさせないようにする。

② 薬物療法

☆全般的な注意

ア 癌患者は高齢者、身体的な問題をもつ患者が多い→ 副作用に注意し通常量より少ない投与量より始め、漸増する

- ・向精神薬を使用する際確認すべき事項：排尿障害、眼圧亢進、狭心症・不整脈などの心疾患、甲状腺機能亢進症、糖尿病、重篤な肝・腎機能障害、脳器質性精神疾患

イ 投与経路の問題：経口投与が不可能な場合は、精神科医と相談の上点滴などを考慮

ウ 薬剤選択

(ア) 重症度による治療選択 (下記参照)

(イ) 第一選択は新規抗うつ薬 (SSRI、SNRI、NaSSA)

<薬剤選択の例>

- a. 食欲低下・不眠への効果を期待→ レメロン®15~45mg/day
- b. 意欲低下・疼痛への効果を期待→ サインバルタ®40~60mg/day
- c. 低用量からの投与が可能→ ジェイゾロフト®25~100mg/day
- d. 速やかな効果を期待 (開始用量から治療用量に到達) → レクサプロ®10~20mg/day
- e. 不安障害への適応→ SSRI (レクサプロ®, ジェイゾロフト®)

(ウ) 回避したい副作用による選択

例: SSRI/SNRIによる消化器系副作用の回避→ レメロン®15~45mg/day

エ 重症度による薬物治療選択

(ア) 状況や場面に反応した不安や不眠を訴えるが症状は持続しない場合

→抗不安薬、睡眠薬の一時的な使用

a. 抗不安薬: 作用時間や代謝経路を考慮して選択

例) 不安時ロラゼパム0.5mg 1日3回まで 2時間あけて

b. 睡眠薬: 作用時間やせん妄のリスクを考慮して選択

例) 不眠時ルネスタ®1~2mg 1日3mgまで

例) 定時ロゼレム®8mg または ベルソムラ®15~20mg または デエビゴ®5~10mg

※ベルソムラ®とデエビゴ®は、いずれもオレキシン受容体拮抗薬のため併用を避ける

※ベンゾジアゼピン系薬剤は耐性や認知機能低下・転倒・せん妄のリスクがあり漫然と投与することは避けるべきである

(イ) 抑うつチェックシート該当5項目未満で、苦痛は感じているが機能障害はわずかな状態

→必要に応じ新規抗うつ薬の導入

a. 新規抗うつ薬 (SSRI、SNRI、NaSSA)

(a) 最小用量から1~2週かけて漸増し、効果が得られなければ 最大量まで増量する

(b) 十分量で2週以上観察して効果に乏しい場合は抗うつ薬を変更する

(c) 投与初期の消化器症状 (気分不快・嘔気・下痢など) は数日で改善することが多い
その他副作用として血球減少・SIADH・セロトニン症候群等に注意する

(d) 原則として寛解後4~9カ月、またはそれ以上の期間同用量で維持する

(e) 中止時は離脱症状予防のために1~2週ごとに漸減して中止する

(ウ) 抑うつチェックシート5項目以上該当し、症状は極めて苦痛で機能が著明に損なわれている状態

または自殺念慮を伴う場合

→精神科併診の上で専門的加療を開始

a. 新規抗うつ薬 (SSRI、SNRI、NaSSA)、三環系/四環系抗うつ薬

b. ベンゾジアゼピン系薬剤の併用

c. 非定型抗精神病薬による増強療法

(3) 看護のポイント

- ①患者の状態に揺れることなく、落ち着いた態度でゆっくりじっくりと関わる
- ②辛い気持ちを受け止め、支持的・受容的態度で接し、「がんばりましょう」などの過度な激励は避ける
- ③自己肯定感が回復し、より適切な対処行動がとれるように援助する
- ④セルフケアニードを満たすことができるようにする
- ⑤服薬管理と薬の効果・副作用の観察をする
- ⑥危険物を除外して安全な環境をつくり、保護する
- ⑦医療者がバーンアウトしないよう、医療者自身の感情体験を語りサポートし合うカンファレンス開催

(4) 患者とのコミュニケーションの基本

①そばに座り、話をよく聴く

対応時にまずベットサイドに座るという行為は、一定の時間ここに留まるという意志を示す。患者は間接的に時間の保障を与えられたことで落ち着き話しやすくなる。また、座ることによって医療者と患者の視線が水平になりそこに平等意識が生まれる。患者との対話には対等の人格として接することが不可欠である。

②感情に焦点をあてる

会話には内容と感情が存在する。良いコミュニケーションは感情に焦点をあてることによって成立する。「今日はいかがですか？」という医療者の問いかけに、患者が「眠れませんでした」と答えたとしよう。患者は「眠れなかった」という内容と同時に「つらかった」という感情を受け取って欲しいという気持ちを抱いているかもしれない。「それはつらかったですね。どのような眠りだったのですか？」と患者の両方の訴えに応答することでケアの質が高まる。

ただし、感情のみに焦点があてられた会話は、逆に患者にとっては苦痛なものであることに留意する。患者にとっての困り事・気がかりなど日常生活に寄り添って、内容と感情の両方の訴えにバランスよく呼応していくことが大切である。

③安易な励ましを避ける

安易な励ましは患者とのコミュニケーションを遮断することになりかねない。「私はもう治らないのでしょうか？」といった患者の問いかけに、医療者が、「そんなことはないですよ。もっとがんばりなさい」と言えば、患者は「はあ」と答えて会話が終わってしまう。患者はその弱音を医療者にもっと聴いて欲しいのである。

例えば、

医療者「治らないのではないかと感じてしまうのですね。」

患者「そうなんです。とっても不安なんです。こんな状態で本当に元気になれるのかと思うのです。」

医療者「もう元気になれないのではないかと心配されているんですね。」

患者「ええ、やり残している仕事の事が気になって・・・」

患者の質問に直接的な答えを返すことよりも、患者の感情に焦点をあてて話し合うことが大切である。

④最期まで見捨てずつきあっていくことを伝える。

日々の定期的なラウンドは患者に安心感を与える。忙しいから、患者のところに行っても状態が変わるわけではないからなどの理由で、患者のもとを訪れる回数が少なくなることがあるかもしれない。しかし、患者は「自分が悪い状態だから先生は来てくれないのではないかと疑心暗鬼に陥り、見捨てられ感や孤独感を強めていくかもしれない。患者は、毎日変わらず自分のもとに足を運んでくれる人を信頼し、見捨てられていないことを確認し、安心するのである。

⑤希望を支持する

どれだけ弱っていても、原則として患者は回復の希望をもっている。病気や予後について、良く知っている患者でもひょっとすると何か奇跡的なことが起こるかもしれないという希望をもつ場合がある。「私の病気、治るでしょうか？」と問われた時は、「どんな時でも体には治ろうとする力があるんですよ」、「治って欲しいと私も思っています」、「最善を尽くしましょう」など、患者の期待や希望がたとえ非現実的でも、それを支える必要がある。「きっと治りますよ」と口先だけの安易な保障は避けなければならない。

⑥ 患者のためになることを1つでもみつける

患者のために何かやれることを具体的にみつけることが重要である。身体的なこと、生活に密着した何か、患者が価値をおいていること、などについて会話に盛り込み、1つでも患者のためになることを共にさがしてみつけ、かなえることである。また、たとえかなえることが困難であったとしても、その実現のために、一緒に考えたり、手をかけ、あれこれ工夫する、そのプロセスが大きな支援になりうる。

<引用・参考文献>

- 1) 明智龍男：がん患者の精神症状の診断と治療, *がん看護*, 7(6), 475-481, 2002.
- 2) 内富庸介：がん患者の精神症状対策, *癌と化学療法*, 29(7), 1306-1310, 2002.
- 3) 精神科薬物療法研究会編、責任編集；佐藤光源、樋口輝彦、山脇成人編：精神分裂病と気分障害の治療手順：薬物療法のアルゴリズム, 星和書店
- 4) 宮岡 等：内科医のための精神症状の見方と対応, 医学書院, 1995.
- 5) 淀川キリスト教病院ホスピス編：緩和ケアマニュアル ターミナルケアマニュアル改訂第4版, 2001.
- 6) Harvey M. Chochinov, William Breitbart: Handbook of in Palliative Medicine 内富庸介監訳：緩和医療における精神医学ハンドブック, 星和書店, 2001.
- 7) 高橋三郎他訳：DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き, 医学書院, 2002.
- 8) 日本うつ病学会治療ガイドライン 2016
- 9) 国立がん研究センター がん情報サービス

抑うつチェックシート

ID

「ほとんどいつも該当する」：◎ 「しばしば、いくらか該当する」：○ 「該当しない」：×

症 状	評価日 /	評価日 /	評価日 /
I. 抑うつ気分： （本人の言明 or 他覚的でも可） 本人自身の言明： <input type="checkbox"/> 気持ちが落ち込む <input type="checkbox"/> 減入る <input type="checkbox"/> 憂うつ <input type="checkbox"/> 淋しい <input type="checkbox"/> もの悲しい <input type="checkbox"/> 心細い 他覚的： <input type="checkbox"/> いまにも泣き出しそうな印象 <input type="checkbox"/> 憔悴しきった雰囲気			
II. 興味・喜びの著しい減退： （本人の言明 or 他覚的でも可） 本人自身の言明： <input type="checkbox"/> 普段楽しみにしていることに興味がもてない <input type="checkbox"/> 何をしてもつまらない。今まで好きだった新聞、 テレビ、音楽、おしゃべりなどを楽しめない 他覚的： <input type="checkbox"/> 自分の世界に引きこもっているようにみえる			
上記のいずれかに該当する場合は次に進む			
1. 食欲低下（時に増加）・体重減少（時に増加）： <input type="checkbox"/> 食欲が出ない <input type="checkbox"/> 何を食べてもおいしくない <input type="checkbox"/> 最近体重が減った <input type="checkbox"/> いつもより食欲が増えた <input type="checkbox"/> 食欲が非常に増進して、体重が増えた			
2. 不 眠： <input type="checkbox"/> 毎晩眠れない <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 夜中に何度も目が覚める <input type="checkbox"/> 非常に朝早く目が覚める <input type="checkbox"/> 目が覚めたらその後眠れない <input type="checkbox"/> 熟睡感がない あるいは <input type="checkbox"/> 眠気が強くて、毎日眠りすぎている			
3. 精神運動機能の制止・焦燥： <input type="checkbox"/> 客観的に、体の動きが悪くなり、反応や動作がのろくなった。 <input type="checkbox"/> 逆にいらいらしてじっとしてられない。落ち着かず動き回る。			
4. 疲れやすさ、気力の減退： <input type="checkbox"/> いつもより疲れやすくなった <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 気力がでない			
5. 無価値感・罪責感： <input type="checkbox"/> 自分は価値のない人間だと思う <input type="checkbox"/> 悪いことをしたと罪悪感を感じる			
6. 思考力・集中力・決断力の低下： <input type="checkbox"/> なかなか物事に集中できなくなっている <input type="checkbox"/> 普段より考えが遅くなったり、考えがまとまらない。 <input type="checkbox"/> 普段なら問題なくきめられることが、なかなか決められない			
7. 自殺念慮・自殺企図： <input type="checkbox"/> 気分がひどく落ち込んで死んだほうがましだと思う <input type="checkbox"/> 死について何度も考えるようになっている <input type="checkbox"/> 自殺企図			
判 定 I. またはIIに該当しており、 <u>5つの症状がほとんど毎日、</u> <u>2週間</u> 以上続いた場合、うつ病の可能性があると判断する。	サイン	サイン	サイン
	評価：		再評価：

B せん妄への対応

以下のマニュアルは本格的な精神科コンサルト前に、まず病棟でいつからでも始められる方法である

(1) せん妄とは

せん妄は、**身体疾患を基盤として急性に発生する一過性の器質性の症候群**であり、意識水準の低下・広範な認知障害・注意力障害・精神運動活動の亢進/低下、睡眠サイクルの障害などがある

特にせん妄ハイリスク群では注意深い観察が望まれる。

***せん妄ハイリスク：以下のうち1つでも該当する場合**

- | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 70 歳以上 | <input type="checkbox"/> 認知症 | <input type="checkbox"/> 脳器質性疾患 | |
| <input type="checkbox"/> せん妄の既往 | <input type="checkbox"/> アルコール多飲 | <input type="checkbox"/> 睡眠薬の内服 | <input type="checkbox"/> 視聴覚障害 |

(2) せん妄を疑ったら

表1に示したような患者のサインには留意する。いつものこの人と異なり“何か変”と感じたら、後述の**せん妄スクリーニングツール (ICDSC)**を用いて、せん妄の可能性を判断する。せん妄と考えられた場合、原因となる身体疾患の治療・原因薬剤の減量/中止・環境調整を行いながら、緊急性に応じた薬物的介入を行う

表1 軽い意識障害を見極めるためのサイン

話のまとまりが悪い
話題がとびやすく注意がそれる
単語の取り違い、不注意が目立つ
不機嫌で怒りっぽい
何もせずぼんやりしている

(3) 原因となる身体疾患の治療を行う

表2 せん妄に関連する主な病因

脱水、低酸素血症、低 Na 血症、高 Ca 血症、貧血、低 Alb 血症、慢性硬膜下血腫 → 頭部CTチェック

(4) 原因となる薬剤の特定と対応

①治療薬

表3 せん妄に関連する主な薬剤

ベンゾジアゼピン系薬物 (抗不安薬・睡眠薬)、抗コリン薬 (アタラックス ^{PR} 等)、鎮痛薬 (オピオイド、NSAIDs)、抗パーキンソン病薬、副腎皮質ステロイド薬 (高用量)、H ₂ ブロッカー、など

②急激な薬物の中断による離脱せん妄

飲酒歴・飲酒量、眠剤・安定剤などの使用歴の確認

(5) 環境的配慮と支持的介入

①安全の確保

- ア ベッドはなるべく低くし、ベッド柵を用いる
- イ ライン類は整理して目に入らないようにし、拘束感を和らげる
- ウ オキタくんやマツタくんなど、可能な限り抑制以外の方法を用いる

②見当識の補強

- ア 大きな文字盤のカレンダー・時計を設置する
- イ 場所、現在の日時などを日常会話に織り込む
- ウ 眼鏡、補聴器を確認し使用する

③適切な感覚刺激・運動負荷

- ア 昼夜の刈刈がつくように照明を調整する。夜間は真っ暗ではなく、薄明かりが望ましい
- イ 午前中の日光浴（可能であれば窓際のベッドに移動する or 車椅子乗車する）
- ウ 病態にあわせて日中の活動プログラムを立てる（車椅子での散歩、可能ならばリハビリ）
- エ 夜間の処置は回避し日中に行い、睡眠を確保する
- オ 清拭、足浴など心地よさを感じるケアを行う
- カ 身体の痛み、便秘に伴う腹満感、シーツのしわなど、苦痛、不快な刺激を緩和・除去する

④患者を理解し安心感・親しみやすさを与える

- ア 穏やかな口調・トーンで話しかける
- イ 患者の混乱を避けるために、患者の名前を呼び患者の注意がこちらに向いてから近づいたり・身体に触る
- ウ 起こっている状況、これから行うケア・処置などを、あらかじめ簡潔に具体的な言葉で伝える
- エ 使い慣れた身の回りの品、家族写真などを置く
- オ 妄想には無理な訂正は避け、受け流す

⑤家族への適切な説明

- ア せん妄の病態を説明し誤解や不安を軽減する
- イ 患者が安心する環境作りや可能な範囲でのケアへの参加を奨める

(6) 対症的薬物療法

①不眠時の推奨指示：せん妄ハイリスクの患者の場合

*ベンゾジアゼピン系薬剤は原則中止する（エチゾラム、プロチゾラム、ゾルピデム、ルネスタ、ゾピクロンを含む）

ア ロゼレム®（8mg） 1錠 もしくは ベルソムラ®（15mg） 1錠

*3日間使用し、効果不十分の場合、下記に変更もしくは追加する

イ トラゾドン（25mg） 1錠/回（1時間あけて 1日2回まで使用可能）

*3日間使用し効果不十分の場合、平日の日中に認知症・せん妄サポートチームもしくは神経精神科に相談する。

②不穏時の推奨指示

ア 内服可能な患者の場合。

・リスパリドン® 内用液（0.5mg/0.5ml） 1包/回（1時間あけて1日3回まで使用可能）
もしくは

・クエチアピン (25mg) 1錠 /回 (1時間あけて1日3回まで使用可能)

*糖尿病のある患者にはクエチアピン不可のため、リスパリドン®を選択する。

*効果が不十分の場合、同一薬剤を追加で使用する。いずれかを2回使用しても効果不十分の場合、平日の日中に認知症・せん妄サポートチームもしくは神経精神科に相談する。

イ 内服不可能な患者の場合

・セレネース® (5mg) 0.5A+生食 50ml DIV 10分程度で投与 (2時間あけて 1日2回まで使用可能)

もしくは

・セレネース® (5mg) 0.5A 筋注 (2時間あけて 1日2回まで使用可能)

*効果不十分の場合、平日の日中に認知症・せん妄サポートチームもしくは神経精神科に相談する。

ウ 興奮が強く急激な鎮静が必要な時

・サイレース® (2mg) 1A + 生食 50ml DIV 10分で投与 (300ml/時)

※ 入眠した時点で投与を中止する。

※ 投与中は付き添い呼吸状態を観察する。投与中止後10分程度は付き添い観察を継続する。

※ 処方の際の投与量は、全身状態、年齢、体重等を考慮すること。

※ サイレース®は麻酔導入剤であり、使用に際しては呼吸抑制の出現に厳重に注意すること。

※ 緊急時対応への体制を整えた上で、パルスオキシメータを装着し、可能な限り心電図モニターを装着するとともに、呼吸数に注意し、十分に観察を行うこと。

※ 投与開始から入眠して投与を中止するまでと、投与中止後少なくとも10分程度は付き添って呼吸状態を観察すること。

※ 上記薬物治療に加え、身体抑制・家族の付き添いなどを適宜組み合わせる。

参考：せん妄スクリーニングツール

(せん妄スクリーニングツールは、電子カルテの記事入力→テンプレート→看護部→必須→せん妄ハイリスク加算→下の方の「入院」にチェックを入れると出てきます)

ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist)

このスケールは、8時間のシフト、あるいは24時間以内の情報に基づき完成される。

明らかな徴候がある = 1ポイント、徴候がないorアセスメント不能 = 0ポイントで評価する。

① 意識レベルの変化

ア 反応がない場合は、ダッシュ(ー)を入力し、それ以上評価を行わない。

イ 何らかの刺激を得るために強い刺激を必要とする場合は、ダッシュ(ー)を入力し、それ以上評価を行わない。

ウ 傾眠あるいは、反応までに軽度ないし中等度の刺激が必要な場合は、1点

エ 覚醒あるいは容易に覚醒する睡眠状態は、正常のため0点

オ 過覚醒は、意識レベルの異常と捉え、1点

② 注意力欠如

会話の理解や指示に従うことが困難。外からの刺激で容易に注意がそらされる。話題を変えることが困難。これらのうちいずれかがあれば、1点。

③ 失見当識

時間、場所、人物の明らかな誤認。これらのうちいずれかがあれば1点

④ 幻覚、妄想、精神障害

臨床症状として、幻覚あるいは幻覚から引き起こされていると思われる行動(例えば、空をつかむような動作)が明らかにある、現実見当能力の総合的な悪化。これらのうちいずれかがあれば1点

⑤ 精神運動的な興奮あるいは遅滞

患者やスタッフの危険を予防するために、追加の鎮静剤あるいは身体抑制が必要となるような過活動(例えば、静脈ラインを抜く、スタッフを叩く)、活動性の低下、臨床上明らかな精神運動遅滞。これらのうちいずれかがあれば1点

⑥ 不適切な会話あるいは情緒

不適切、まとまりのない、一貫性のない会話。出来事や状況にそぐわない感情の表出。これらのうちいずれかがあれば1点

⑦ 睡眠/覚醒サイクルの障害

4時間以下の睡眠。頻回な夜間覚醒(医療スタッフや大きな音で起きたときの覚醒を含まない)、ほとんど一日中眠っている。これらのうちいずれかがあれば1点

⑧ 症状の変動

上記の徴候や症状が、24時間の中で変化する場合は、1点。

→合計1点以上あれば、せん妄状態と判断。環境的配置・支持的介入・対症的薬物療法を行う。

14 悪い知らせを伝える

がんの告知、再発や転移の告知、積極的治療の中止など、「悪い知らせ」を伝える際に役立つコミュニケーション技術の例として、「SHARE」という技術を紹介します。

SHAREは、日本人のがん患者、がん治療医を対象とした面接・アンケート調査の結果から、「悪い知らせ」を伝えられる際に患者が医師に対してどのようなコミュニケーションを望んでいるのかをまとめ、それを基に開発されました。

A) SHAREとは

- | | |
|---------------------------------------|-------------|
| (1) Supportive environment | 支持的な場の設定 |
| (2) How to deliver the bad news | 悪い知らせの伝え方 |
| (3) Additional information | 付加的な情報 |
| (4) Reassurance and Emotional support | 安心感と情緒的サポート |

B) 支持的な場の設定 (Supportive environment)

(1) 落ち着いた環境を整える

プライバシーが保たれる場所／座る位置／余裕を持った時間の確保
医療者の同席に対する患者の意向の確認／家族の同席の有無

(2) 信頼関係の構築

礼儀／身体の向き／アイコンタクト／初対面は避ける／直接会う
電話が鳴らないように配慮する／電話が鳴った場合は患者にことわってから電話に出る

意思決定支援のための End of Life Discussion (EOLD) は早めに行った方が、
患者の QOL や家族の抑うつにとっていいとの報告はあるが、面談の初期に重視すべきは
ラポール形成であることを忘れてはならない

C) 悪い知らせの伝え方 (How to deliver the bad news)

(1) 患者に対して誠実に接する

- 悪い知らせを伝える前に、患者が心の準備ができるような言葉をかける
「大切なお話しです」「少し残念なお話しをさせていただきます」「お時間はありますか」
- 正直にわかりやすく明確な言葉で
- 家族の意見を尊重しながらも、本人が何をどの程度知りたいと思っているかを最優先にする
- 基本的には患者には「知らないでいる権利」もある
- 患者から聞かれてもないのに、余命について安易に口に出さないほうがよい
- 余命について聞かれた場合、それを知りたい背景についても尋ねる

(2) 患者の納得が得られるような説明をする

伝える前に患者の理解を確認／専門用語を避ける／丁寧に／いつでも質問してよいと伝える
繰り返し理解を確かめる／話の進行が速くないか確かめる／
要点をまとめる／画像やデータを使う／紙に書いて渡す

D) 付加的な情報 (Additional information)

(1) 治療方針に加えて、患者が望む話題を取り上げる

意思決定は誰とするか／さらなる医学的情報／社会的情報／日常生活や仕事

(2) 相談できる雰囲気を作る

「気になっていることはどんなことですか？」／他の患者さんからのよくある質問

E) 安心感と情緒的サポート (Reassurance and Emotional support)

(1) 患者の気持ちを理解する

気持ちを探索する／オープンクエスチョン／心の準備ができる言葉

「がん」と何回も強調して言わない／情報を小分けに段階的に

抗がん治療以外に可能な治療／希望を持てる情報／患者を支える姿勢

病気の告知直後や癌の進行を告げられたときなど、大きなストレスがかかった際に、患者が精神的に不安定になることは正常な心理反応の一つである。自らの欲求と現実との葛藤があるとき、そのストレスから心を守るために、様々な心理的反応を無意識におこすことがあり、それを「防衛機制」と呼ぶ。防衛機制を理解することは、患者の心理状態を把握するの役立つ。

否認：ストレスが起きた原因に対し「見なかった・聞かなかったことにする」という反応。医師が悪い話をしたにもかかわらず、次の面談の時にはその話をすっかり忘れていく（ようにみえる）場合などがある

置き換え：ストレスを受けた対象に感情をぶつけるのではなく、別の対象に向けて解消を図ること。「八つ当たり」「身代り」

投影：自分自身が抑圧している感情や思考について、他の人が持っているかのように感じる。自分自身が「自信がない」と思っているのに、それを「周囲の人は私を笑いものにしているんだ」と感じてしまう反応。

退行：現在の年齢や状況よりも未発達な状態に、精神的に逆戻りすること。「子供がえり」

(2) 感情を表に出しても受け止める

沈黙の時間をとる／患者の言葉を待つ／オープンクエスチョンで気持ちを聞く

いたわりの言葉をかける

(3) 患者と同様に家族にも配慮する

家族にも目を配る／理解度の確認／質問を受け付ける

F) 悪い知らせを伝えるコミュニケーション・スキル実践

準備	日頃から、患者とのラポールの形成に努める 事前に重要な面談であることを伝える 家族の同席についてふれる プライバシーの守られた場を準備する
STEP1	オープンクエスチョンで気がかりを知り、気持ちを和らげる 経過を振り返り、病気に対する患者の認識を知る
STEP2	心の準備の言葉かけ 悪い知らせをわかりやすくはっきりと伝える 気持ちを受けとめる（沈黙、保証、共感の言葉） 理解の確認
STEP3	治療を含め今後のことについて話し合う （治療、セカンドオピニオン、生活面への影響など）
STEP4	面談のまとめ（理解の確認）

【参考文献】

- 1) 内富庸介、藤森麻衣子：がん医療におけるコミュニケーション・スキル、医学書院、2007
- 2) Fujimori et al：Psycho-Oncology 2007
- 3) 西 智弘 et al：緩和ケアレジデントの鉄則、医学書院、2020
- 4) 厚生労働省：人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン、2018

15 アドバンス・ケア・プランニング

A アドバンス・ケア・プランニングとは

自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、医療・ケアチームなどと繰り返し話し合い共有する取組であり、目的は、人生の最終段階において、本人の人生観や価値観を含め、希望に沿った医療・ケアが行われることである。

B 必要性和背景

誰でも、いつでも、命に関わる大きな病気やケガをする可能性をもっている。そして、いざ命の危険が迫った状態になると約70%の人が、これからの医療やケアなどについて自分で決めたり、人に伝えたりすることができなくなるといわれている。そのため、もしものためのために、自身の大切にしていることや望み、どのような医療やケアを望んでいるかについて、前もって自ら考え、また、家族や信頼のおける人、医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組、アドバンス・ケア・プランニング（ACP：Advance Care Planning）が重要となる。ACPは、厚生労働省により「人生会議」という愛称で呼ばれており、普及啓発活動が盛んに行われている。

C 重要なこと

（1）本人が主体である

ACPは、あくまで個人の主体的な行いによって考え、進めるものであり、知りたくない、考えたくない人への十分な配慮が必要となる。そのため、本人が話し合うことを希望するかどうかを確認してから実施する。時には、本人・家族などが傷つくことがあるため、ACPの話し合いの後の心のケアをきちんと行う。

（2）定期的に見直し、繰り返し話し合う

ACPのタイミングは、本人の意識が低下する前、状態が悪化する前、身体的・精神的状態が「少し先を考えることが可能」と思われる時期が重要とされている。そのときどきの身体的状況や環境の変化などによって、本人・家族などの意向は変化することを理解し、そのつど意向を確認する。

（3）本人の考え・価値観を家族や信頼のおける人、医療・介護従事者が共有する

家族や信頼のおける人については、可能ならば状態が安定している時期から、ACPの話し合いが、本人の気持ちを話せなくなった「もしものとき」に、自分の心の声を伝えることができるかけがえのないものになり、そしてまた自分の大切な人の心の負担を軽くすることを伝える。ACPにおいては、単なる治療方法の選択ではなく、最期を迎える際に本人が何を重要視するか、人生観や価値観を踏まえた話し合いを繰り返し行う必要がある。また、家族などの信頼のおける人とも話し合い、考えを共有し、家族や後見人、医療・ケア従事者との関係性づくりを進めておくことが推奨される。

(4) 話し合った内容を記録に残す

話し合った内容や本人・家族などの気付きや価値観などは、記録に残すことで医療・ケアチームの継続支援につながる。横浜市で配布されている「医療・ケアについてのもしも手帳」(人生の最終段階での医療・ケアについて、市民の方それぞれが元気なうちから考え、希望を意思表示できるような啓発ツール)やエンディングノートなどを活用し、電子カルテタイトル「ACP」で記録することが望ましい。

D 話し合う内容

- (1) 状況(病状、今後の見とおし、家族構成、介護サービスなど)
- (2) 価値観・目標(大切にしていること、気付きなことなど)
- (3) 意向(希望する医療・ケア、最期を過ごす場所など)
- (4) 意思決定できなくなったときに代わりに医療・ケア従事者と話し合ってもらいたい人

【参考文献】

- 1) 厚生労働省・神戸大学：ゼロからはじめる人生会議
<https://www.med.kobe-u.ac.jp/jinsei/index.html>
- 2) 厚生労働省：人生会議してみませんか
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html
- 3) 横浜市医療局：アドバンス・ケア・プランニング(ACP)“人生会議”について
<https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/kenko-iryo/iryo/zaitaku/acp/>
- 4) 緩和ケアはじめの一步 第1版(照林社)

16 DNAR 説明と確認の手続き

*倫理委員会制定「医療倫理に関する課題への対応について」（平成31年4月1日版）内
Ⅲ-9 DNAR 指示 を受けて、臨床での実践に応用できるためのガイドを策定した。

A DNAR の説明と確認の手続きにおける留意点

- (1) DNAR の定義を正確に伝えてください【内容】
- (2) 通常の医療・ケアは継続することを伝えてください【内容】
- (3) 今後予想される心肺停止時のときの相談をする本人・家族の負担を考慮してください【内容、場の設定】
- (4) 複数の医療・ケアチームで行うようにしてください【場の設定】
- (5) 確認書の作成だけでなく、指示を明確に出してください【書面】
- (6) 蘇生処置を希望される場合、患者家族の意向が未確認である場合などの対応を考慮しておいてください【患者意向】
- (7) 事前指定書、尊厳死協会宣言書、リビング・ウィル、もしも手帳などの所持を確認してください【患者意向】

B まず、医療・ケアチームによる DNAR 対象であるかどうかの検討を行う。

・終末期にある患者の病状が進行し、その時点で提案できる治療法で回復の見込みがなく、心肺停止に至った際、CPR を行わないことが医学的に妥当であると主治医が判断した場合に、主治医以外の医師や他職種を含む医療・ケアチームによって DNAR の対象とすることが妥当であるかどうか検討する。患者の病状が急激に悪化した場合など十分な話し合いの場や時間が持てない場合には、医師のみで DNAR の対象と判断することも可能とする。

C 次に、患者および家族等と医療・ケアチームとの間で、将来的な心肺停止時の心肺蘇生術を行うかどうかについての話し合いを行い、合意（インフォームド・コンセント）を得る。

- ・面談はできるだけ予定して行うが、緊急で面談を行う場合もある
- ・面談は、入院病棟あるいは外来でプライバシーの保たれる場所で行われる
- ・医師だけではなく、医療・ケアチームとして複数の職種が原則同席する
- ・患者に自己決定能力が無い場合には、代理決定が可能な家族あるいは関係者に対して行う

D 話し合いにおいては、

- 心肺蘇生術（心臓マッサージや人工呼吸など）について
- 終末期医療における心肺蘇生術以外の医療/ケアについて

- 患者の現在の病気が進行した場合予測される病態について
 - 心肺停止時の心肺蘇生術に対する患者・家族等の考え、希望について
- 以上の説明を行い、理解を確かめ、希望を聴取し、診療録に記載する。

E 話し合いの結果、心肺蘇生術を行わないことを選択された場合には

「DNAR 説明書・確認書」（文書入力＞その他＞DNAR 説明書・同意書）等を使って必要事項を記入し、患者・家族に手渡し確認したうえで署名をいただく。

原本は患者/家族に渡し（必要時提示できるように）確実な保管を依頼する。コピーを病院控えとしてスキャンに回す。

文書は可能な限り作成することが望ましいが、状況によっては困難な場合も考えられる。その場合、口頭により行われた意思確認を診療録に記載することで代用できるものとする。

- ・口頭同意の場合：診療録には、①病状が終末期であり CPR の適応がないこと、②合意形成に至った過程（話し合いの参加者、場所、説明内容）、③患者及び家族等の意思に基づいた同意であるかどうか、の 3 点を必ず記載する。

F 確認書が提出された場合には、DNAR 指示を指示コメントに明示する。

その上で、付箋機能を使って「DNAR、確認日、指示医師名」を提示。
転科した場合やいったん退院した後の通院中、そして再入院の際は、DNAR 指示が継続しているか明らかにして、指示を改めて出す。

- *なお、この付箋による明示だけでは正式な表明には当たらないため、DNAR のサイン、あるいは no code/full code/未確認の表示ができるように整備して行く必要がある。

G 次の場合の対処も検討しておく必要がある

- ・病状の変化等により再度話し合いを行い、心肺蘇生術を希望する場合
- ・DNAR に関する話し合いが行われていない、あるいは結論が出ていない場合
- ・外来通院中、院外で病状悪化した場合の対応
- ・訪問診療に移行し、主治医（訪問診療医）が院外にいる場合の対応
- ・倫理委員会の判断が必要と考えられる場合
- ・未成年患者への対応

DNAR 説明書・同意書

ディー・エヌ・エイ・アール

D N A R (Do Not Attempt Resuscitation) とは

「患者さんの心肺停止時に心肺蘇生術（心臓マッサージや人工呼吸など）を行わない」という意味です。

- DNAR に同意した後でも、通常の医療・看護・ケア（点滴、感染症治療、緩和医療、褥瘡ケアなど）は引き続き行います。
- DNAR 指示を出す際には、医療・ケアチームと患者さんご本人・ご家族等の間で合議をし、「医学的妥当性がある」「患者さんの意思が確認できる」「いったん方針決定しても、病状変化などにより見直す可能性もある」について確認をします。

病 名： _____

病 期： 再発・進行期、 終末期

説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

横浜市立市民病院 _____ 科

説明者(医師)署名 _____

同席者署名 _____

(立会い医師・看護師がいる場合に署名)

同 意 書

医師から「心肺蘇生術」と「DNAR」について十分な説明を受け理解しました。
今後、現在の病気の進行の結果、心肺停止状態に陥った場合には DNAR を選択します。

患者本人による署名.....

ご家族等による署名.....

患者本人との続柄 ()

※患者自署の場合、家族等の署名は省略可

同意日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

横浜市立市民病院

DNAR 指示コメント (例)

DNAR 説明後、同意取得されています。(〇年〇月〇日記録参照)
心肺停止時に、心肺蘇生術(心臓マッサージ、人工呼吸など)を行いません。

17 治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方

当院の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方は「がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き 2018 年度版」に準ずる。但し、非がん患者も適用可能である。

A 治療抵抗性の苦痛・耐えがたい苦痛の定義

治療抵抗性の苦痛 (refractory symptom)	患者が利用できる緩和ケアを十分に行っても患者の満足する程度に緩和することができないと考えられる苦痛
耐えがたい苦痛 (intolerable symptom)	患者が耐えられないと明確に表現する。または、患者が苦痛を適切に表現できない場合には患者の価値観や考えをふまえて耐えられないと想定される苦痛

B 鎮静薬

ミダゾラム

【ミダゾラム皮下注射による間欠的鎮静の処方・指示例】

ミダゾラム 3A=6ml を 0.2ml/h で持続皮下注開始、最初に 0.2ml フラッシュ併用

その後は苦痛時・不穏時に 0.2ml フラッシュ、10 分おいて繰り返し可

翌朝 AM7 にミダゾラム皮下注終了（家族来院時に合わせて遅らせても可）

- ・1 時間に 3 回以上のフラッシュが必要ならベースを 0.1ml/h ずつ増量（最大 0.4ml/h）

- ・SpO₂ 低下を伴う呼吸抑制が見られればミダゾラム投与を一旦中止

（ベース量変更後のフラッシュ量は、新たに決定された 1 時間量）

* 上記組成は鎮静の一例のため、ミダゾラム使用時には緩和ケアチームへコンサルト

*ハイスコは、2022 年 10 月で販売が中止されているため、マニュアルより削除した

C 実施方法

皮下注射 静脈注射

D 鎮静の分類

間欠的鎮静		鎮静薬によって一定期間（通常は数時間）意識の低下をもたらしたあとに鎮静を中止して、意識の低下しない時間を確保しようとする鎮静
持続的鎮静	調節型鎮静 苦痛に応じて少量から調節する鎮静	苦痛の強さに応じて苦痛が緩和されるように鎮静薬を少量から調整して投与すること ▶治療目標：苦痛が患者にとって耐えられる程度になる (STAS \leq 2) ¹⁾
	持続的深い鎮静 深い鎮静に導入して維持する鎮静	中止する時期をあらかじめ定めずに、深い鎮静状態とするように鎮静薬を調節して投与すること ▶治療目標：患者は深い鎮静状態となる (RASS \leq -4) ²⁾

※持続的深い鎮静：最初から持続的深い鎮静を選択する状況もありえるが、原則、調節型鎮静では緩和することができないと見込まれる苦痛に対して検討する

- 1) Support Team Assessment Schedule (STAS)日本語版 症状版 <資料：1 >
「がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き 2018 年度版」P80,84
- 2) 緩和ケア用 Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) 日本語版 <資料：2 >
「がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き 2018 年度版」P80,84

E 鎮静開始・実施後の評価までの手順

耐えがたい苦痛・治療抵抗性の苦痛と考えられた場合または予測される場合

■チームによる鎮静開始前の評価

- ・病状評価と予後予測
- ・治療可能な原因がないか評価し、治療を検討したか
- ・原因となる薬剤調整を検討したか
- ・原因となる苦痛症状は緩和されているか
- ・抗精神病薬投与は検討したか
- ・環境整備を行ったか

■鎮静実施における意思確認

患者・家族への病状説明および鎮静の説明と意思確認
(診療録に記録)

●パンフレット

「これからの過ごし方について」
OPTIMプロジェクト<資料:3 >
「鎮静とは何でしょうか」
緩和ケア病棟作成<資料:4 >
を用いて説明を行う場合あり

■鎮静実施に向けたカンファレンス

セデーションカンファレンスのテンプレート(臨床倫理 Jonsen4 分割法に基づいたもの)に沿ってチームで鎮静実施が妥当なのか、また鎮静方法(分類)について検討する。<資料:5 >

※ 持続的鎮静の場合、メリット・デメリットを考慮して検討する<資料:6 >
(検討内容は鎮静開始時テンプレートに記録)

★テンプレート格納場所
看護部>緩和ケア内科>
セデーションカンファレンス

■鎮静開始前の最終確認

治療抵抗性の耐えがたい苦痛への対応に関するフローチャート<資料:7 >に沿ってチームで最終確認を行う(鎮静開始時テンプレートに検討済みのチェックを入れる)

■鎮静の実施評価と妥当性の検討

鎮静を実施している期間はセデーション・評価のテンプレートに沿って、日々チームカンファレンスを行い、鎮静の実施評価と妥当性について検討する

(検討内容は実施後のテンプレートに記録)

★テンプレート格納場所
看護部>緩和ケア内科>
セデーション・評価

< 資料：1 > Support Team Assessment Schedule (STAS) 日本語版 症状版

症状が患者の及ぼす影響 0・・・なし 1・・・時折、断続的。患者は今以上に治療を必要としない。 (現在の治療に満足している、介入不要) 2・・・中等度。時に悪い日もあり、日常生活に支障を来すことがある。 (薬の調整や何らかの処置が必要だが、ひどい症状ではない) 3・・・しばしばひどい症状があり、日常生活動作や集中力に著しく支障を来す。 (重度、しばしば) 4・・・ひどい症状が持続的にある。 (重度、持続的)
--

< 資料：2 > 緩和ケア用 Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) 日本語版

スコア	用語	説明	
+4	好戦的	明らかに好戦的、暴力的でスタッフに危険が迫っている	
+3	非常に興奮している	チューブやカテーテルを引っ張ったり抜く；攻撃的	
+2	興奮している	頻繁に目的のない動きがある	
+1	落ち着きがない	不安そうだが、動きは攻撃的でも活発でもない 完全に意識清明な状態ではない患者で、頻繁に動き、 攻撃的ではない	
0	意識清明でおちついている		
-1	傾眠	完全に意識清明な状態ではないが、呼びかけに 覚醒状態（アイコンタクト）が続く（≥10秒）	呼びかけ刺激
-2	浅い鎮静	呼びかけに短時間覚醒し、アイコンタクトはない	
-3	中程度鎮静	呼びかけに動きか、寝たい刺激に動きか開眼がある	
-4	深い鎮静	呼びかけに反応はないが、寝たい刺激に動きか 開眼がある	身体刺激
-5	覚醒不可能	呼びかけにも身体刺激にも反応がない	

RASS 評価手順	
1. 患者を観察する	
・意識清明、落ち着きがない、または興奮がある	Score 0～+4
2. 意識清明でない場合、患者の名前を呼び、目をあけてこちらを見るようにいう	
・覚醒し、開眼・アイコンタクトが持続する	Score -1
・開眼・アイコンタクトがあるが、持続しない	Score -2
・呼びかけに何らかの動きがあるが、アイコンタクトはない	Score -3
3. 呼びかけ刺激に反応がない時、肩をゆすることで身体に刺激する	
・身体刺激に何らかの動きがある	Score -4
・どの刺激にも反応しない	Score -5

< 資料：3 > 「これからの過ごし方について」パンフレット （巻末付録）

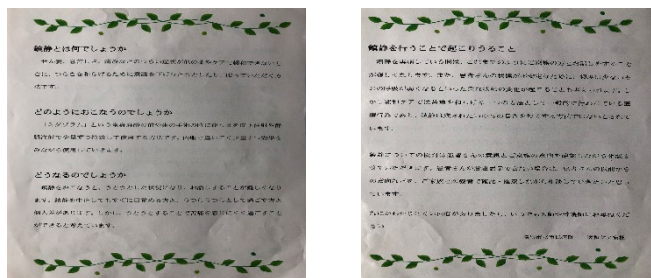


緩和ケア普及のための地域プロジェクト
 (厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究)
 ホームページパンフレットよりダウンロード可能

★電子カルテからも印刷可能

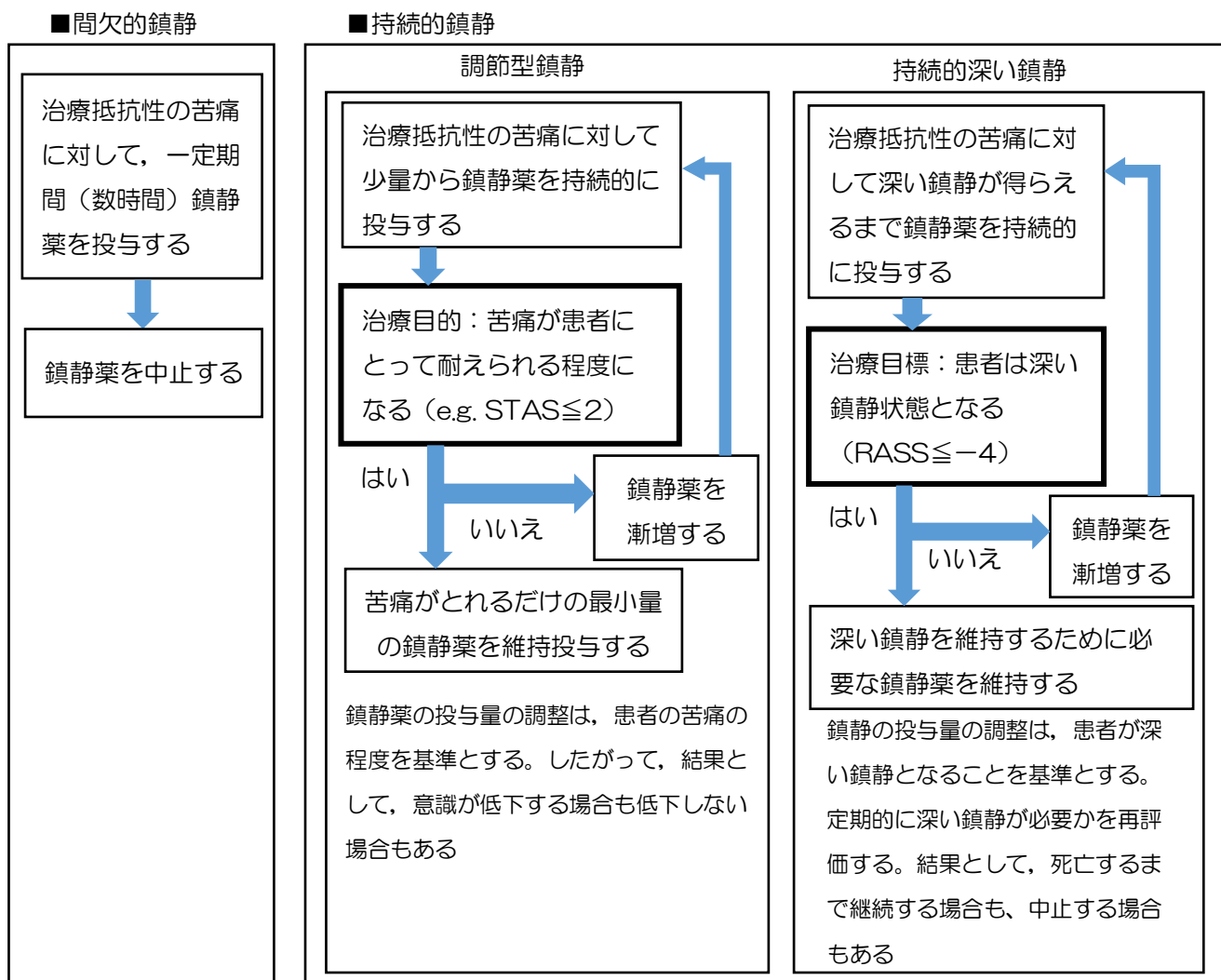
格納場所：ファイル管理>緩和ケア>看取りのパンフレット

< 資料：4 > 「鎮静とは何でしょうか」パンフレット 緩和ケア病棟作成 （巻末付録）



< 資料：5 > 鎮静の分類

「がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き 2018 年度版」 P.10



<資料：6> 持続的鎮静の2つの方法のメリットとデメリット

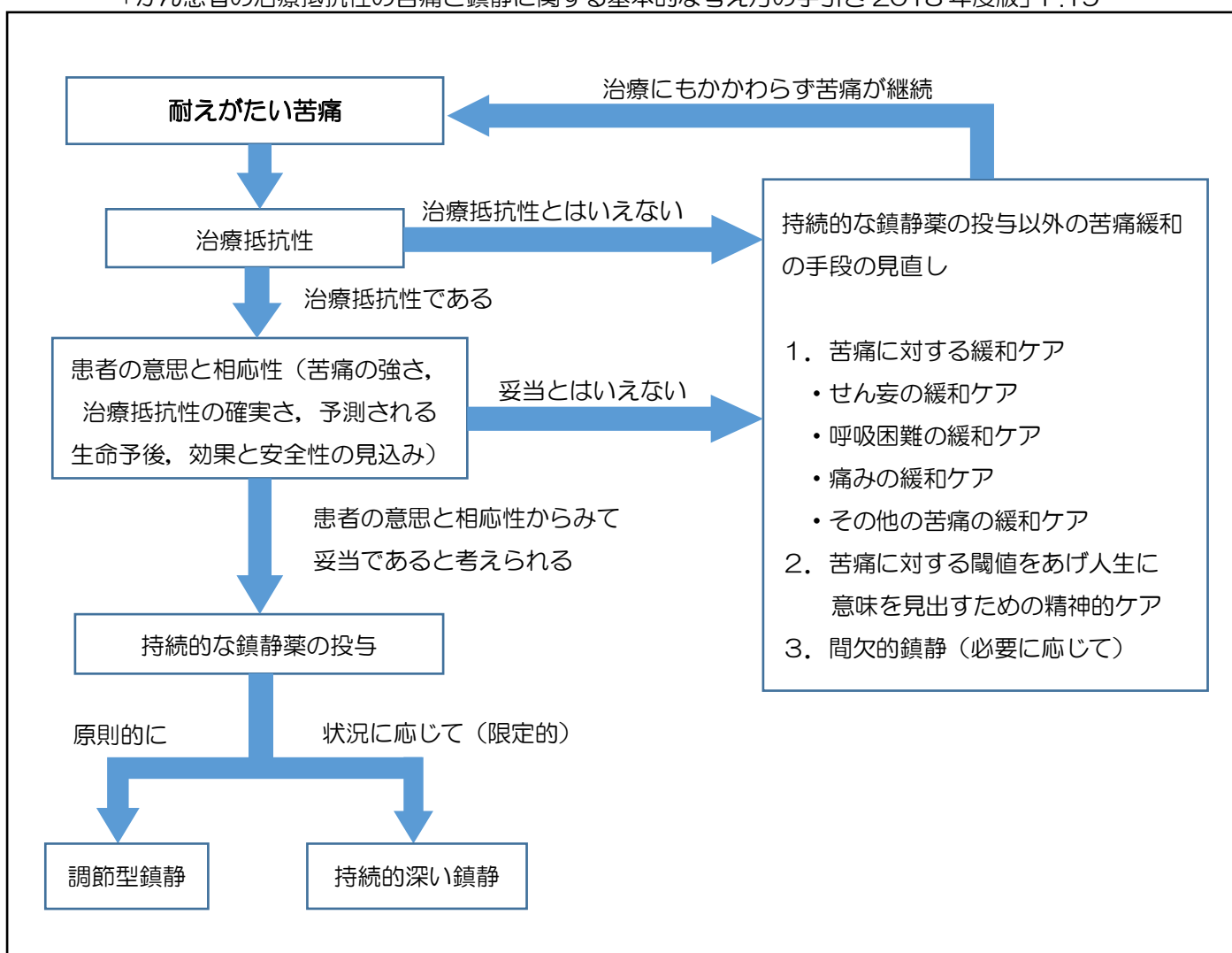
「がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き 2018年度版」P.19

	メリット	デメリット
調節型鎮静	コミュニケーションできる可能性がある	苦痛が十分に得られない可能性がある
持続的深い鎮静	確実な苦痛緩和が得られる可能性が高い	コミュニケーションできなくなる (意図されている)

原則的には調節型鎮静を優先して考慮し、持続的深い鎮静の使用は限定的である

<資料：7> 治療抵抗性の耐えがたい苦痛が疑われた場合の対応についての基本的なフローチャート

「がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き 2018年度版」P.19



【参考文献】

- 「がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き 2018年度版」
- 日本緩和医療学会 ガイドライン統括委員会 金原出版株式会社

鎮静指示コメントテンプレート

● ミダゾラム皮下注持続投与指示コメント

ミダゾラム 3A=6mL を 0.2mL/h で持続皮下注開始、最初に 0.2mL フラッシュ併用

その後は苦痛時・不穏時に 0.2mL フラッシュ、10分おいて繰り返し可

- ・ 1時間に3回以上のフラッシュが必要ならベースを 0.1mL/h ずつ増量（最大 0.4mL/h）
- ・ SpO2 低下を伴う呼吸抑制が見られればミダゾラム投与を一旦中止
（ベース量変更後のフラッシュ量は、新たに決定された1時間量）

● ミダゾラム皮下注間欠投与指示コメント

ミダゾラム 3A=6mL を使用

PM7:00 より（調整可）上記のミダゾラムを 0.2mL/h で開始、最初に 0.2mL フラッシュ併用

その後は不眠時・不穏時に 0.2mL フラッシュ、10分おいて繰り返し可

翌朝 AM7 にミダゾラム DIV 終了（家族来院時に合わせて遅らせても可）

- ・ 1時間に3回以上のフラッシュが必要ならベースを 0.1mL/h ずつ増量（最大 0.4mL/h）
- ・ SpO2 低下を伴う呼吸抑制が見られればミダゾラムを中止
（ベース量変更後のフラッシュ量は、新たに決定された1時間量）

● ミダゾラム皮下注間欠投与（入眠止め）指示コメント

ミダゾラム 3A=6mL を 0.2mL/h で持続皮下注開始、最初に 0.2mL フラッシュ併用、

不眠・不穏が続くなら 0.2mL フラッシュ、10分おいて繰り返し可

1時間に3回以上のフラッシュが必要ならベースを 0.1mL/h ずつ増量（最大 0.4mL/h）

入眠が確認されれば持続皮下注を中止

その後の覚醒に対して同様の手順で繰り返し可

● ミダゾラム静注持続投与指示コメント

ミダゾラム 2A+生食 36mL=40mL に調整し、持続静注開始、最初に 2.0mL フラッシュ併用

その後は苦痛時・不穏時に 2.0mL フラッシュ、10分おいて繰り返し可

- ・ 1時間に3回以上のフラッシュが必要ならベースを 1.0mL/h ずつ増量（最大 4.0mL/h）
- ・ SpO2 低下を伴う呼吸抑制が見られればミダゾラム投与を一旦中止
（ベース量変更後のフラッシュ量は、新たに決定された1時間量）

● ミダゾラム静注間欠投与指示コメント

ミダゾラム 2A+生食 36mL=40mL に調整

PM7 より（調整可）上記のミダゾラムを 2.0mL/h で開始、最初に 2.0mL フラッシュ併用

その後は不眠時・不穏時に 2.0mL フラッシュ、10分おいて繰り返し可

翌朝 AM7 にミダゾラム DIV 終了（家族来院時に合わせて遅らせても可）

- ・ 1時間に3回以上のフラッシュが必要ならベースを 1.0mL/h ずつ増量（最大 4.0mL/h）

- ・ SpO2 低下を伴う呼吸抑制が見られればミダゾラムを中止
(ベース量変更後のフラッシュ量は、新たに決定された1時間量)

- ミダゾラム静注間欠投与(入眠止め)指示コメント

ミダゾラム 2A+生食 36mL=40mL に調整

上記を 2.0mL/h で持続皮下注開始、最初に 2.0mL フラッシュ併用、

不眠・不穏が続くなら 1.0mL フラッシュ、10分おいて繰り返し可

1時間に3回以上のフラッシュが必要ならベースを 1.0mL/h ずつ増量 (最大 0.4mL/h)

入眠が確認されれば持続皮下注を中止

その後の覚醒に対して同様の手順で繰り返し可

★上記ミダゾラムでも十分な鎮静が得られない場合には、緩和ケア内科・7C病棟へ問合せてください。

18 終末期・臨死期のケア

A 終末期のケア(End of Life Care)

(1) 終末期ケアとは

1990年代から米国で使用されるようになった比較的新しい言葉だが、緩和ケア、ホスピスケアとほぼ同義である。疾患を限定していないことが特徴であり、ヨーロッパでは、死が差し迫った患者に提供される包括的なケアとされ、北米では患者・家族と医療スタッフが死を意識するようになったころから始まる年単位に及ぶ幅のある期間のケア¹⁾とされている。日本でも、「死に至るまでの時間が限られていることを考慮に入れる必要性のある状況下における医療」全てを含むケアとしている。よって、終末期といっても疾患を限定せず、がんによる死亡や高齢者の老衰死、小児の難病、神経難病、さらには救急医療の場面など多様な状況に対応するケアが求められている。

(2) 終末期ケアにおける課題

終末期に、日本人の多くが共通して大切にしていることとして表1の内容²⁾のケアを充分に提供していくことが課題である。

表1. 日本人が大切にしていること

日本人の多くが共通して大切にしていること	人によって重要さは異なるが、大切にしていること
苦痛がない	できるだけ治療を受ける
望んだ場所で過ごす	自然な形で過ごす
希望や楽しみがある	伝えたいことを伝えておける
医師や看護師を信頼できる	先々のことを自分で決められる
負担にならない	病気や死を意識しない
家族や友人と良い関係でいる	他人に弱った姿を見せない
自立している	生きている価値を感じられる
落ち着いた環境で過ごす	信仰に支えられている
人として大切にされる	
人生を全うしたと感じる	

(3) 終末期ケアにおけるアセスメント

①Quality of Life(QOL)とは

生活の質、人生の質、生命の質と訳され、その「いのち」を生きる本人にとっての「幸福」や「満足」を意味している。生活の質は、病気を抱えながらできるだけ普段通りの生活を送れること、自立して生きられることを意味する。人生の質は、生きがい、自分の人生観に沿った生き方が実現できるかを意味する。生命の質は、人間の生命の尊厳、苦痛のない「いのちの状態」を意味する。QOLは自分で感じ取り、自分で選び取るものであり、その人生

を生きる本人にしかわからないものである。

②QOL アセスメントの視点

身体面（各症状の項参照）・精神面（13章 精神症状と心のケア参照）・社会面・スピリチュアルな面を考慮した多面的な視点のアセスメントが必要である。

社会面：仕事上の問題、経済上の問題、家庭内の問題、人間関係、遺産相続など

スピリチュアルな面：穏やかさ、希望と絶望、痛みの意味、罪責感、宗教、基盤となる価値、信念、ライフストーリー

（４）多職種チームアプローチの必要性

ACP（15章 アドバンス・ケア・プランニング参照）を活用し、患者の望んでいる、大切にしていることについて話し合う必要がある。尊重した医療やケアを達成するには、多職種によるアプローチが重要だからである。単職では困難なケアも多職種でアプローチすることによって、患者・家族に質の高いケアを提供できる可能性が広がる。各職種が、個々の患者のケアの目標に合意した上で、そのケアを提供するために専門性を発揮し、協働することが望ましい。

（５）終末期ケアを提供する医療者に求められる基本的態度

終末期にある患者に対して、どのような状況にあっても寄り添い続けること、「何かをする」ことだけではなく、患者や家族と「共にいること」が重要である。（表2）³⁾

表2. 医療者に求められる基本的態度

要素	内容
思いやり (Compassion)	他者の経験に関与し答えること、他者の痛みや障害を感じ取ること
能力 (Competence)	職業者としての責任を適切に果たすために必要とされる知識、判断能力、技能、エネルギー、経験および動機付けを有している状態のこと
信頼 (Confidence)	依存することなく互いに信じ合うことを促し、相互に尊重しあう関係を築くこと
良心 (Conscience)	道徳的意識をもつ状態のこと。道徳的にふさわしい行動へと導くような羅針盤となる
コミットメント (Commitment)	課題や人や選択、職業に向けて自分自身を投じさせること

B 臨死期のケア

(1) 臨死期とは

予後1ヶ月(週単位)から亡くなるまでの時期⁴⁾とされている。死は誰にでも訪れるものであるが、死に対する受け止め方や死への向かい方は一人ひとり異なる。死への過程で、患者や家族は身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな苦痛を経験する。

(2) 患者・家族の擁護者となる

医療者は、いつでも患者・家族の立場に立ち、患者・家族の権利を守る責任がある。患者・家族の現状認識を確認し、わかりやすく説明する機会を作ること、今後の過ごし方を話し合い、意思決定できるように支援する。また、患者・家族の死への不安が最小限になるよう配慮し、患者・家族が安楽に過ごせるようにすることを保証する。

(3) 死が近づいた時期(週～日単位)の身体症状の変化

図1に主要な身体症状出現からの生存期間を示す⁵⁾。

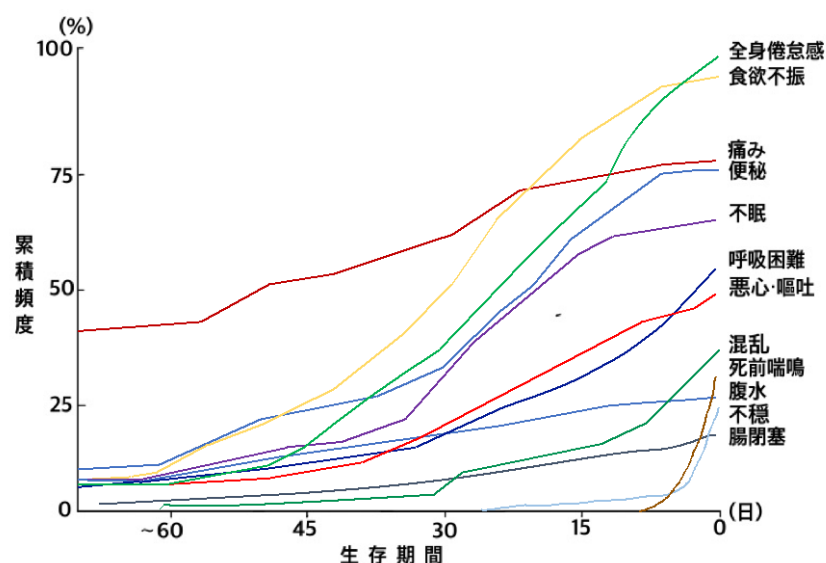


図1 主要な身体症状の発現からの生存期間

① 身体症状に対するケア

【痛み】薬物の投与方法が適切かどうか検討する、副作用に注意(腎機能、肝機能の低下により代謝物の蓄積が生じやすい)する、痛みの閾値を上昇させるケア(安楽な体位、温罨法など)の提供

【倦怠感】快の感覚を高めるケアの提供、エネルギーの消耗を防ぐ

【食思不振】患者の希望に合わせ、無理に勧めない、口腔ケアを積極的に行う

② 臨死期の輸液に関する対応

生命予後1～2週間のがん患者の輸液に関する推奨⁶⁾

- ・P S3～4：全身倦怠感の改善を目的とした輸液を行わない
- ・水分の経口摂取が可能な場合は、口渇の改善を目的として輸液を行わずに口腔ケアなどの看護ケアを行う。

(4) 死が近づいた時期（週～日単位）の家族のニーズ、ケア

終末期患者の配偶者の持つニーズとして、患者の状態を知りたい、そばにいたい、役に立ちたい、感情を表出したい、医療スタッフから受容と支持と慰めを得たい、患者の安楽を保証してほしい、死期が近づいたことを知りたいなどが挙げられる。患者の状況を理解できるように情報提供し、家族がケアに参加できるように配慮することが重要である。

また、亡くなる患者の家族としての役割（父親、母親、子どもなど）を加味したケアが必要となる。高齢な両親が子を看取る場面、若い子どもが親を看取る場面など様々だが、必要なケアはそれぞれの家族の個別性に合わせて提供する必要がある。

(5) 死が差し迫った時期（時間単位）の身体症状の変化

① 死亡前48時間以内に見られる兆候

1日中反応が少なくなってくる、脈拍の緊張が弱くなる、血圧の低下、尿量の低下、手足の冷感、手足のチアノーゼ、冷汗の出現、顔の相が変わる、死前喘鳴、身の置き所がないように手足をバタつかせる。

② 身体症状に対するケア

これまでと同様に苦痛症状の緩和に対するケアを継続する。

【死前喘鳴】輸液の適正化や口腔ケアを行った上でも喘鳴があり、家族の苦痛が強い場合には、抗コリン薬の投与を検討することは許容できる。患者は意識が低下しており、苦しくないこと必要以上の吸引は苦痛をもたらすことを説明する。

【眼球乾燥】開眼している場合には、目の保湿のための点眼薬の使用を行う

③ ケアの留意点

最期まで人格を持った一人の人として接することが大切である。患者の苦痛が最小限になるように、必要なケアを精選し、そのケアを継続して行う。患者自身が苦痛を正確に伝えることができない場合、表情や姿勢などからアセスメントを行う。また、家族に対しては、家族の意向を尊重し、症状の変化や兆候を共有し、適宜急速が取れるよう配慮する。

(6) 看取りのケア

家族は、最期まで奇跡を願っていることが多く、取り乱すことや医師の言葉の意味を理解できないことがある。現実には起きていることを落ち着いて伝え、家族が患者の一番近くにいられるように機器類の配置や医療スタッフの立ち位置に配慮する。患者・家族のこれまでの経過に経緯をはらい、ねぎらいを行う。

(7) 臨死期にある患者の急変時の対応

急変の要因には、出血、消化管穿孔、心不全、脳血管障害、肝不全、敗血症などがあり、救急搬送や主治医以外の医師が対応した場合、患者が意図しない救命処置が行われる場合がある。急変時に患者の意図しない対応がなされないように、事前に患者・家族と話し合い、調整しておく必要があり、ACP（15章参照）が重要である。

【文献一覧】

- 1) E P A C, White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care* 2009;16(6):278-289.
- 2) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Good death in cancer care: A nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 2007; 18: 1090-1097.
- 3) ローチ M 著(1992), 鈴木智之, 操華子, 森岡崇 訳(2002) アクト・オブ・ケアリング ケアする存在としての人間. 東京: ゆるみ出版.
- 4) E L N E C-J, コアカリキュラム講義資料(2018)
- 5) がん緩和ケアに関するマニュアル, 第3版, p.4-6, 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団(2010) 一部改変
- 6) 終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン, 特定非営利法人 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会. (2013) 金原出版株式会社.

19 緩和ケア病棟（7C 病棟）の入院申し込み

緩和ケア病棟への入院は、患者さんやその大切な人の希望で面談を行い、入棟判定会議を経て、入院を案内する。

A 入棟基準

下記該当し、理解が得られる場合に緩和ケア病棟に入棟できる

- (1) 悪性腫瘍もしくは後天性免疫不全症候群（AIDS）による身体的・精神的な苦痛を持ち、緩和ケアが必要と診断されていること
- (2) 患者さんとその大切な人が以下の内容を理解された上で入院を希望されていること
 - ① 病状の進行による身体的・精神的苦痛に対して症状緩和を目的とした医療が行われていること
 - ② 緩和ケア病棟入院中は抗癌剤を用いた治療を行わないこと
 - ③ 苦痛症状が緩和された時は退院していただくこと
- (3) 患者さん本人が病名・病状を理解しており、緩和ケアについての意見や希望を伝達できること
- (4) 以下の状況の患者の入院は受けない
 - ① 緩和ケアの対象となる症状が特になく、介護が入院の主な目的になる場合
 - ② 徘徊、大声をあげる、暴力行為を行うといった、他の患者さんの入院生活に影響を与えると判断される場合
- (5) 透析（血液透析、腹膜透析）および人工呼吸器、心電図モニターの使用はできない
- (6) 心肺停止状態に陥った場合の心肺蘇生術（心臓マッサージや人工呼吸等の延命処置）は控えている

※緩和ケア病棟入院前面談において、(1)～(6)を確認するため、事前に本人やその大切な人に了承を得ておくとよい。

B 緩和ケア病棟での特徴的な運用について

- (1) 個室について
入院時は、有料個室（14300 円のみ）の利用をご案内している。入院後は、希望で無料個室に移動することが出来る。無料個室への移動は、無料個室希望者の入院期間が長い方から案内している。生活保護受給者は、入院時より無料個室を利用可能である。
- (2) 入院期間について
おおよそ1ヶ月程度としている。（緩和ケア病棟入院料1の算定基準による）患者さんやその大切な人の希望に添って、積極的に退院支援を実施している。

- (3) 身体抑制について
体幹・四肢・ミトンなどの身体拘束は実施していない。危険回避のため、離床センサーを使用する場合がある。
- (4) 輸血について
病状により、貧血などの症状緩和に対し、赤血球輸血を実施する場合がある。ただし、血漿製剤や血小板輸血などの実施はしない。
- (5) 面会ルール
一般病床と同様である。病状によって適時対応。
- (6) リハビリテーションについて
主治医の判断により、リハビリテーションを継続することが出来る。

C 入院を希望する場合

がん診療担当医に相談し、緩和ケア病棟入院面談予約を本人もしくはその大切な人が電話予約する。(相談担当者が案内し、患者サポートセンターで直接予約を取得する場合もある)

D 入院までの流れ

- (1) 資料請求
 - ① 病院ホームページよりダウンロード
 - ② 来院の場合：がん相談窓口へ相談
 - ③ 郵送の場合：緩和ケア病棟医事クラークに依頼
- (2) 緩和ケア病棟入院前面談予約
予約センターでの電話予約：045-316-6541（平日9～17時）
※主治医は、緩和ケア病棟入院前面談の前までに「緩和ケア病棟用 診療情報提供書」を入力する。（「文書入力」→「他部門連絡票」）
- (3) 緩和ケア病棟入院面談
 - ① 当院に初めて受診される場合：かかりつけ医からの紹介状・画像データの持参
 - ② 当院に通院中の場合：外来で受付を行う
 - ③ 当院に入院中の場合：病棟で面談を実施する
- (4) 緩和ケア病棟入棟判定会議
毎週木曜日実施、あるいは必要時に臨時で判定会議を開催している
入棟判定「可」となってから、入院までの待機期間は、1週間以内である
（令和4年度実績）
入棟判定「保留」となった場合、入院が必要になった際に再度入棟判定会議を開催し、入棟判定「可」となれば入院を案内する
入院が必要であると判断した際には、7C看護師長もしくは7C病棟へ連絡を

- (5) 郵送で判定結果のご連絡
 即日入院が可能となる場合、電話での連絡となる
- (6) 入院日を電話でご連絡

こちらの記載内容などにつきましては、当院ホームページにも掲載があるので、ご活用いただきたい。また、患者さんへ説明の際には、三つ折りのパンフレットをご活用ください。

20 緩和ケアチームに依頼するとき

A 緩和ケアチームへの依頼

- (1) 電話連絡 緩和ケアチーム 専従看護師
緩和ケア内科 医師
- (2) 主に疼痛コントロールを主体とした併診：緩和ケア内科 医師
緩和ケア内科：ペインクリニック外来火曜日 午前中
初診は予約センターにて予約
- (3) 緩和ケアチーム回診時の依頼：
 - ・定期ラウンド：コアメンバーで毎週火曜日 14：00～16：00
病棟ラウンドの際
 - ・コンサルテーションの内容を経過記録に記載し返答

B 緩和ケアチーム体制

緩和ケア内科医師
緩和ケア外来医師（ペインクリニック担当）
精神神経科医師
緩和ケア専従看護師（がん性疼痛看護認定看護師）
兼任看護師（緩和ケア認定看護師）
緩和ケア兼任薬剤師
管理栄養士

C 緩和ケアチームの直接診療とチームの活動内容

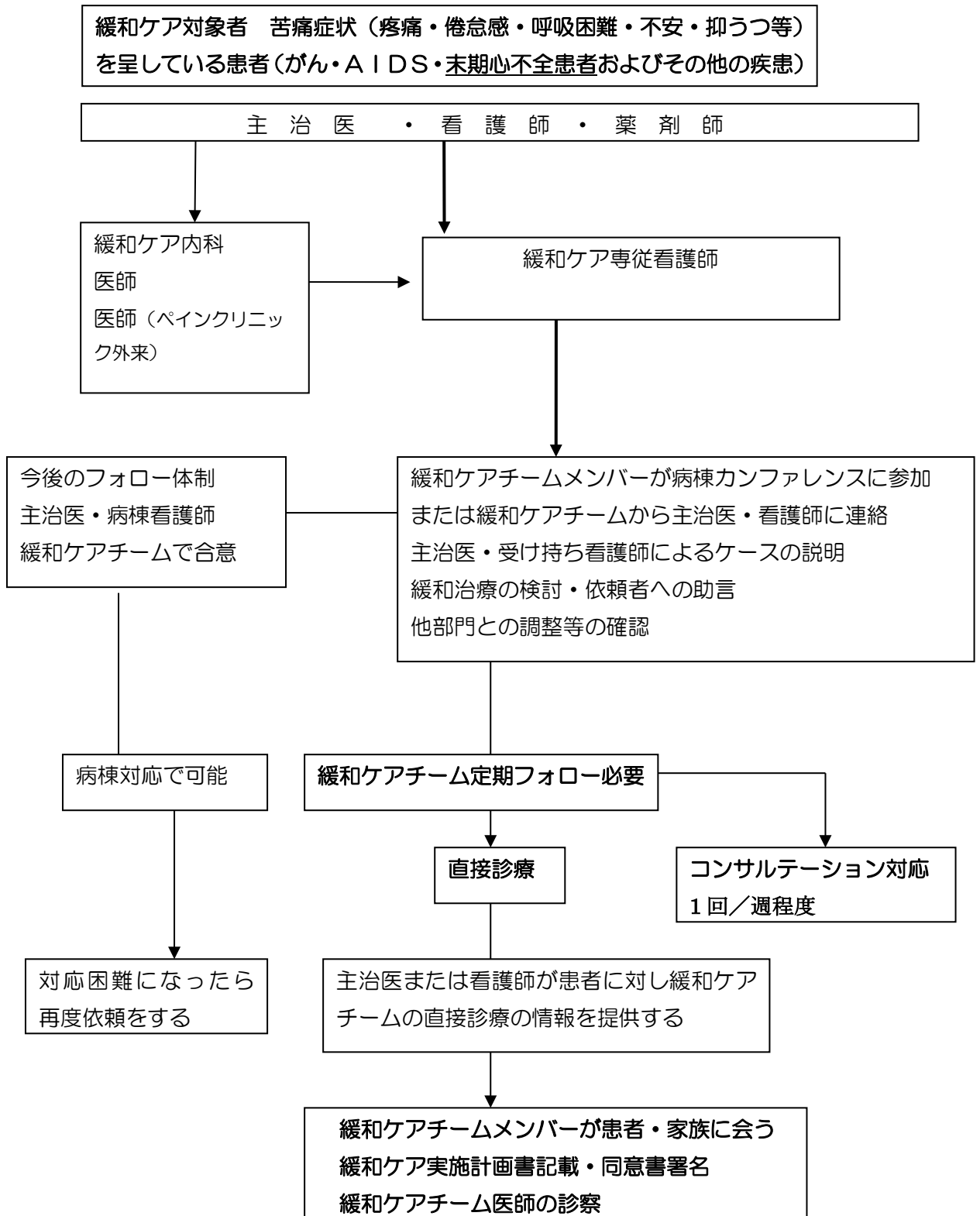
- (1) 緩和ケア直接診療
＜緩和ケア診療加算 390点/日 緩和ケアチームの医師、看護師、薬剤師＞
 - ・直接診療ケースの回診：平日：回診結果記録、ケアのアドバイスをを行い患者同意が得られれば緩和ケア実施計画書の作成
 - ・診療記録、アセスメントと対処方法を説明内容し、同意の上で署名をもらう
 - ・緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算70点を更に所定点数に加算する
- (2) 緩和ケアカンファレンス 週1回 火曜日：9：45～10：00
 - ・メンバーで、緩和ケアチームに依頼のあったケースの方針を検討する
 - ・カンファレンス記録、および電子カルテ内に方針を記載する
- (3) 病棟及び診療科カンファレンス参加（要請に応じて月～金 対応）

(4) 緩和ケア直接診療ケースの外来対応

<外来緩和ケア管理料 290点/月 緩和ケア内科医師、看護師、薬剤師>

- 緩和ケアチームの直接診療ケースは、主治医の診療科の外来で対応する

D 緩和ケアチームのコンサルテーション依頼と直接診療の流れ





治療中から「あらゆる苦痛症状」を和らげるサポートが受けられます
入院・通院中の患者さん、そのご家族が対象です
担当医師または看護師にお伝えください



横浜市立市民病院

疼痛アセスメントシート

ID:
氏名:

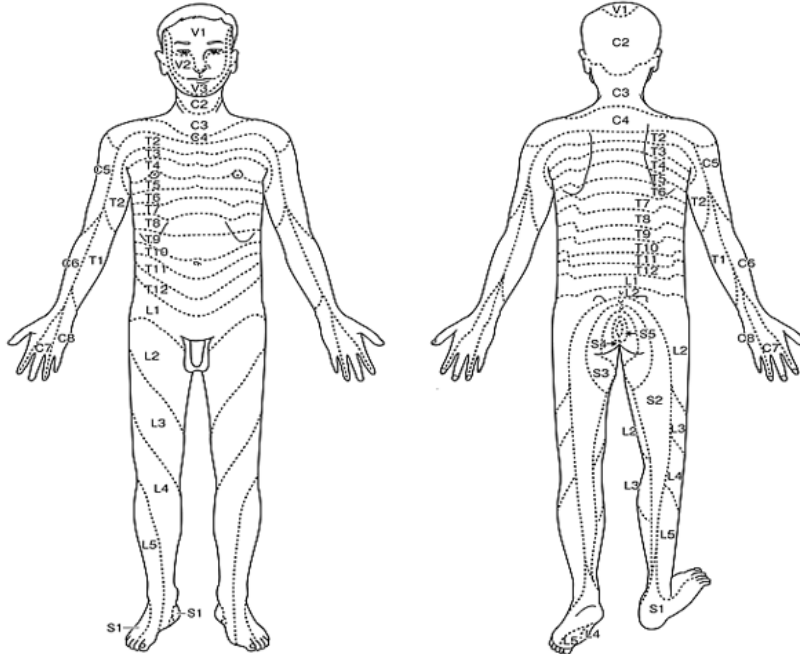
記入日:
診療科:

<<1. 痛みの状況>>

1) 痛みの部位 (下図に記入)



赤ワクを使って、疼痛部位を表示してください。
*複数場合はワクをコピーしてください。



2) 痛みの性質

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ちくちく | <input type="checkbox"/> 引っ張られるような | <input type="checkbox"/> 電気が走る | <input type="checkbox"/> 重苦しい |
| <input type="checkbox"/> きりぎり | <input type="checkbox"/> 熱いような | <input type="checkbox"/> 突き刺す | <input type="checkbox"/> 息づまるような |
| <input type="checkbox"/> ひりひり | <input type="checkbox"/> 焼けるような | <input type="checkbox"/> つねられる | <input type="checkbox"/> 激烈な |
| <input type="checkbox"/> ずきんずきん | <input type="checkbox"/> 鈍い | <input type="checkbox"/> 締め付けられる | <input type="checkbox"/> たまらない |
| <input type="checkbox"/> 不愉快な | <input type="checkbox"/> その他 (| | |

3) 痛みの強さ 数値スケールNRS Face Scale 次ページ参照

NRS (Numerical Rating Scale)

痛みがない

最も強い痛み

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4) じっとしていても痛いですか (痛くない・ 痛い)

5) どんな場合にひどくなりますか

寝ているとき 起き上がる時 歩き出したとき

その他 (

6) どんな場合に楽になりますか

寝ているとき 前屈み 体勢を変えたとき 温めたとき

その他 (

<<2. 鎮痛剤の評価>>

1)現在使用している鎮痛剤の種類と方法

NSAIDS アセトアミノフェン トラマドール 定時 頓服

その他(_____)

2)現在の鎮痛剤の効果 (あり ・ なし)

なしの場合 (_____)

3)現在の鎮痛剤の副作用 (あり ・ なし)

ありの場合 眠気 嘔吐 便秘

その他(_____)

<<3. 痛みが日常生活に及ぼす影響>>

1)食事への影響 (あり ・ なし) _____

2)睡眠への影響 (あり ・ なし) _____

3)排泄への影響 (あり ・ なし) _____

4)労作及び姿勢への影響 (あり ・ なし) _____

5)精神面への影響 (あり ・ なし) _____

<<4. 痛みに対する考え方>>

1)痛みに対する考え方

なるべく無くしたい 我慢するもの 考えた事が無い

その他(_____)

2)疼痛緩和の目標 (患者の言葉で)

Faces Scale



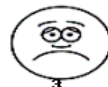
症状がない



弱い痛み



中程度の痛み



強い痛み



非常に強い痛み



我慢できない痛み

記入者:

緩和ケアマニュアル

作成者 緩和ケアチーム

2019年4月 改訂

様

	/ ()		/ ()		/ ()		/ ()		/ ()		/ ()	
	使用時間	痛みの評価 前 → 後	使用時間	痛みの評価 前 → 後	使用時間	痛みの評価 前 → 後	使用時間	痛みの評価 前 → 後	使用時間	痛みの評価 前 → 後	使用時間	痛みの評価 前 → 後
定期的に使 う薬												
痛い時に 使う薬												
痛みが 出たとき 使用した薬と その時間	:	→	:	→	:	→	:	→	:	→	:	→
	:	→	:	→	:	→	:	→	:	→	:	→
	:	→	:	→	:	→	:	→	:	→	:	→
	:	→	:	→	:	→	:	→	:	→	:	→
	:	→	:	→	:	→	:	→	:	→	:	→
	:	→	:	→	:	→	:	→	:	→	:	→
痛みの パターン	<input type="checkbox"/> 一日中痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない		<input type="checkbox"/> 一日中痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない		<input type="checkbox"/> 一日中痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない		<input type="checkbox"/> 一日中痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない		<input type="checkbox"/> 一日中痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない		<input type="checkbox"/> 一日中痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない	
眠気	<input type="checkbox"/> あり(不快感 あり・なし) <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり(不快感 あり・なし) <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり(不快感 あり・なし) <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり(不快感 あり・なし) <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり(不快感 あり・なし) <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり(不快感 あり・なし) <input type="checkbox"/> なし	
吐き気	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	
お通じの 回数・性状												
気づいたこと												

痛みの治療シートの書き方

横浜 太郎 様

	1 / 1 (日)		1 / 2 (月)		1 / 3 (火)		1 / 4 (水)		1 / 5 (木)		1 / 6 (金)		1 / 7 (土)	
	使用時間	痛みの評価 前 → 後	使用時間	痛みの評価 前 → 後	使用時間	痛みの評価 前 → 後	使用時間	痛みの評価 前 → 後	使用時間	痛みの評価 前 → 後	使用時間	痛みの評価 前 → 後	使用時間	痛みの評価 前 → 後
定期的に使う薬	オキシコドン5mg 1回1個 1日2回		オキシコドン5mg 1回1個 1日2回		オキシコドン5mg 1回1個 1日2回		オキシコドン5mg 1回2個 1日2回		オキシコドン5mg 1回2個 1日2回		オキシコドン5mg 1回2個 1日2回		オキシコドン5mg 1回2個 1日2回	
痛い時に使う薬	オキノーム散2.5mg 1回1包		オキノーム散2.5mg 1回1包		オキノーム散2.5mg 1回1包		オキノーム散2.5mg 1回1包		オキノーム散2.5mg 1回1包		オキノーム散2.5mg 1回1包		オキノーム散2.5mg 1回1包	
痛みが出たとき 使用した薬とその時間	9:00	5 → 3	7:00	6 → 4	1:00	10 → 5	2:22	6 → 4	:	→	:	→	:	→
	:	→	11:15	8 → 5	6:30	6 → 4	:	→	:	→	:	→	:	→
	:	→	:	→	15:15	8 → 5	:	→	:	→	:	→	:	→
	:	→	:	→	19:20	7 → 2	:	→	:	→	:	→	:	→
痛みのパターン	<input type="checkbox"/> 一日中痛い <input checked="" type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない	<input type="checkbox"/> 一日中痛い <input checked="" type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない	<input type="checkbox"/> 一日中痛い <input checked="" type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない	<input type="checkbox"/> 一日中痛い <input checked="" type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない	<input checked="" type="checkbox"/> 一日中痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない	<input type="checkbox"/> 一日中痛い <input checked="" type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない	<input type="checkbox"/> 一日中痛い <input checked="" type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない	<input type="checkbox"/> 一日中痛い <input checked="" type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない	<input type="checkbox"/> 一日中痛い <input checked="" type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない	<input type="checkbox"/> 一日中痛い <input checked="" type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない	<input type="checkbox"/> 一日中痛い <input checked="" type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない	<input type="checkbox"/> 一日中痛い <input checked="" type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない	<input type="checkbox"/> 一日中痛い <input checked="" type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない	<input type="checkbox"/> 一日中痛い <input checked="" type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない
眠気	<input type="checkbox"/> あり(不快感 あり・なし) <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(不快感 あり・なし) <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(不快感 あり・なし) <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(不快感 あり・なし) <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(不快感 あり・なし) <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(不快感 あり・なし) <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(不快感 あり・なし) <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(不快感 あり・なし) <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(不快感 あり・なし) <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(不快感 あり・なし) <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(不快感 あり・なし) <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(不快感 あり・なし) <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(不快感 あり・なし) <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(不快感 あり・なし) <input checked="" type="checkbox"/> なし
吐き気	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
お通じの回数・性状	なし	1日2回 4くらいの便	なし	1日1回 3くらい	なし	1日1回 3くらい	1日1回 3くらい	1日1回 3くらい	1日1回 3くらい	1日1回 3くらい	1日1回 3くらい	1日1回 3くらい	1日1回 3くらい	なし
気づいたこと			夜は痛くて目が覚めた。 オキノームを飲む回数が増えた。	身体を動かすと少し違和感。			薬の量が増えたら、痛くなくなった。							

痛みの程度・お通じの状態

痛みは数字で表します。
 考えられる中で最悪の痛みを10とします。
 0～10で表しましょう。
 痛みが少ないときや、
 レスキューを使った後の痛みの変化を
 記載してください。
 お通じについては、右の図を参考に、
 お通じの状態を記載してください。



ID:

「ほとんどいつも該当する」:◎ 「しばしば、いくらか該当する」:○ 「該当しない」:×

症 状	評価日 /	評価日 /	評価日 /
I. 抑うつ気分: (本人の言明 or 他覚的でも可) 本人自身の言明: <input type="checkbox"/> 気持ちが落ち込む <input type="checkbox"/> 減入る <input type="checkbox"/> 憂うつ <input type="checkbox"/> 淋しい <input type="checkbox"/> もの悲しい <input type="checkbox"/> 心細い 他覚的: <input type="checkbox"/> いまにも泣き出しそうな印象 <input type="checkbox"/> 憔悴しきった雰囲気			
II. 興味・喜びの著しい減退: (本人の言明 or 他覚的でも可) 本人自身の言明: <input type="checkbox"/> 普段楽しみにしていることに興味がもてない <input type="checkbox"/> 何をしてもつまらない。今まで好きだった新聞、テレビ、音楽、おしゃべりなどを楽しめない 他覚的: <input type="checkbox"/> 自分の世界に引きこもっているように見える			
上記のいずれかに該当する場合は次に進む			
1. 食欲低下 (時に増加)・体重減少 (時に増加): <input type="checkbox"/> 食欲が出ない <input type="checkbox"/> 何を食べてもおいしくない <input type="checkbox"/> 最近体重が減った <input type="checkbox"/> いつもより食欲が増えた <input type="checkbox"/> 食欲が非常に増進して、体重が増えた			
2. 不 眠: <input type="checkbox"/> 毎晩眠れない <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 夜中に何度も目が覚める <input type="checkbox"/> 非常に朝早く目が覚める <input type="checkbox"/> 目が覚めたらその後眠れない <input type="checkbox"/> 熟睡感がない あるいは <input type="checkbox"/> 眠気が強くて、毎日眠りすぎている			
3. 精神運動機能の制止・焦燥: <input type="checkbox"/> 客観的に、体の動きが悪くなり、反応や動作がのろくなった。 <input type="checkbox"/> 逆にいらいらしてじっとしてられない。落ち着かず動き回る。			
4. 疲れやすさ、気力の減退: <input type="checkbox"/> いつもより疲れやすくなった <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 気力がでない			
5. 無価値感・罪責感: <input type="checkbox"/> 自分は価値のない人間だと思う <input type="checkbox"/> 悪いことをしたと罪悪感を感じる			
6. 思考力・集中力・決断力の低下: <input type="checkbox"/> なかなか物事に集中できなくなっている <input type="checkbox"/> 普段より考えが遅くなったり、考えがまとまらない。 <input type="checkbox"/> 普段なら問題なくきめられることが、なかなか決められない			
7. 自殺念慮・自殺企図: <input type="checkbox"/> 気分がひどく落ち込んで死んだほうがましだと思う <input type="checkbox"/> 死について何度も考えるようになっている <input type="checkbox"/> 自殺企図			
判 定 I. またはIIに該当しており、 <u>5つの症状がほとんど毎日、2週間</u> 以上続いた場合、うつ病の可能性があると判断する。	サイン	サイン	サイン
	評価:		再評価:



鎮静とは何でしょうか

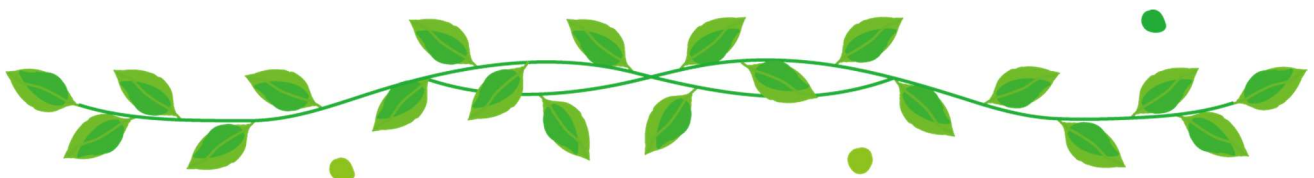
せん妄、息苦しさ、痛みなどのつらい症状が他の薬やケアで緩和できないときに、つらさを和らげるために意識を下げようとしたり、眠っていただく方法です。

どのようにおこなうのでしょうか

「ミダゾラム」という全身麻酔の前や歯の手術の時に使う薬を皮下注射や静脈注射で少量ずつ持続して使用する方法です。内服と違いごく少量ずつ効果を見ながら使用していきます。

どうなるのでしょうか

鎮静をおこなうと、うとうとした状況になり、お話しすることが難しくなります。鎮静を中止してもすぐに目覚める方と、うつらうつらとして過ごす方と個人差があります。しかし、うとうとすることで苦痛を感じにくく過ごすことができると思っています。





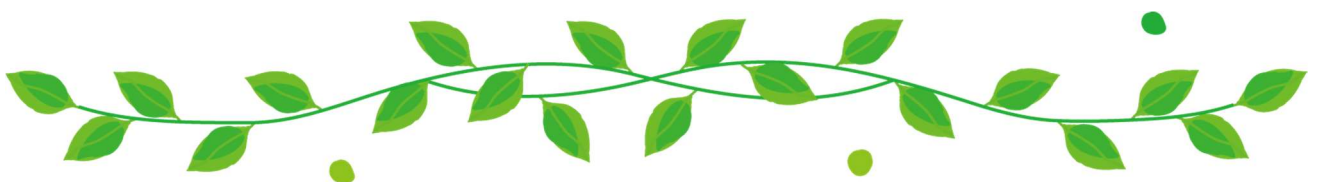
鎮静を行うことで起こりうること

鎮静を実施している間は、これまでのようにご家族の方とお話しをすることが難しくなります。また、患者さんの状態が不安定なために、頻度は少ないものの呼吸が弱くなるといった急な状態の変化が起こることも考えられます。しかし緩和ケアでは苦痛を和らげる一つの方法として一般的に行われている医療行為であり、鎮静は残されたいのちの長さを短くする方法ではないとされています。

鎮静についての検討は患者さんの意思とご家族の意向を確認しながら相談させていただきます。患者さんが意思表示できない場合は、患者さんの以前からの意向などを、ご家族と医療者で確認・推察しながら相談していきたいと思っています。

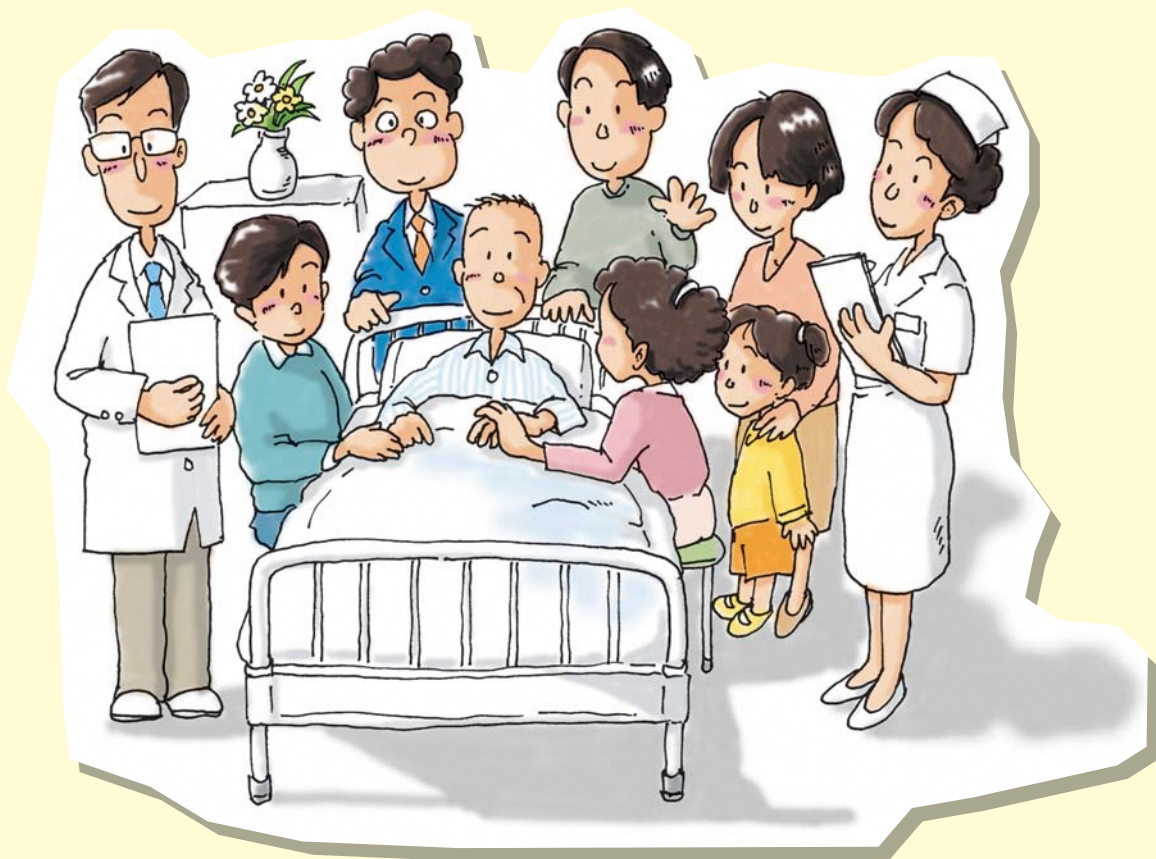
なにかわかりにくい内容がありましたら、いつでも医師や看護師にお尋ねください

横浜市立市民病院 緩和ケア病棟





これからの 過ごし方 について



- ほとんどの方がこのような経験は初めてだと思います。心配や不安なことを感じるのはあたりまえのことです。わからないことや相談したいことがあればその都度看護師や医師に声をかけてください。
- このパンフレットは自宅、病院など、さまざまな場面で使用します。
- 一般的な事項が書いてあります。患者さんによってはあてはまらないこともあります。

説明を
受けた方

説明を
した人

月 日

これからの過ごし方について

今、どのようなことがご心配ですか？

■患者さん・ご家族の心配・不安

苦しそうにしている…

意識がぼんやりしている

少しの水しか飲めない…



これからどのようになっていくのでしょうか？

【これからどうなるのでしょうか】 P3

苦しさは増えていくのでしょうか？
苦しさを和らげてもらえるのでしょうか？

【苦しさは増すのでしょうか】 P5

つじつまの合わないことを言ったり
手足を動かして落ち着きません。

【つじつまが合わず、
いつもと違う行動をとるとき】 P7

のどがゴロゴロしていて苦しそうです。

【のどが「ゴロゴロ」するとき】 P9

食べられないし水も飲めないので
衰弱していくのではないかと心配です。

【点滴について考えるとき】 P11

これからどこでどのように過ごしていきたいですか

※患者さんがお話できないときは、以前の意思をお知らせください

できるだけ苦しくなく穏やかに過ごしたい

ご家族に囲まれた中で過ごしたい

できるだけ家族でみてあげたい

■過ごしたい場所

病 院

自 宅

介護施設

そ の 他

()

■付きそいをしたい・一緒にいてあげたい人

●できるだけご希望に沿って過ごせるようにサポートしていきます。

●患者さんのお体の状態によっては、ご希望の療養場所への移動が負担となることもあります。

こんなケア・工夫をします

●定期的にお体の状態をみていきます

- ・脈の数や触れ方、手足の温かさ、息の仕方などからお体の状態を判断します。



●患者さんが苦しくなく過ごせるように、苦しさがある場合は薬をつかえるようにしておきます

- ・苦しさ（痛み・息の苦しさ・吐き気など）があるときには、必要な薬をあらかじめ使えるようにします。
- ・身の置き所がない、落ち着かない場合には、一時的にお休みできるように薬を使うこともできます。
- ・お体の状態にあわせて、適切で安全に薬が使われているかを観察します。
- ・患者さんのお体の状態によっては薬の作用が強く出ることがあります。予測される変化をその都度お知らせし、対応します。



●患者さんの負担になる検査や治療を見直します

- ・採血やレントゲンなどの負担になる検査は必要最少限にしていきます。
- ・痰の吸引が患者さんにとっては苦痛となることがあるので、吸引は控えて痰の分泌をおさえる薬を使うこともあります。
- ・点滴を行うことで、逆にむくみや息苦しさが増すことがあるので、点滴の量を調節します。



●日々の生活が安楽に過ごせるようにお手伝いします

- ・お体を動かさなくても床ずれができないように、定期的な体の位置やマットを工夫していきます。
- ・患者さんの状態にあわせて、お体を拭いたり髪や手足をきれいにします。
- ・お腹の張り具合などをみながら排便の調整をします。
- ・負担のない排尿や排便の方法を提案します。



●ご家族の心配事が少なく、ご希望がかなえられるようにお手伝いします

- ・ご家族の心配事・ご希望をその都度伺います。



こんな時は、連絡してください

- ・おくすりを使っても痛みや息苦しさが楽にならない。
- ・原因はわからないけど何か苦しそうで落ち着かない。

- ・

これからどうなるのでしょうか

1週間前頃～の変化



だんだんと眠られている時間が長くなっていきます

夢と現実をいったりきたりするような状態になることがあります。その時できること、話しておきたいことは先送りせず、今伝えておく様にしましょう。

1、2日～数時間前の変化



声をかけても目を覚ますことが少なくなります

眠気が増すことがあります。眠気があることで、苦痛がやわらげられていることが多くなります。

- 80%くらいの方はゆっくりとこのような変化がでてきます。20%くらいの方では上記のような変化がなく急に息をひきとられることがあります。

その他、よくある変化として…



食べたり飲んだりすることが減り、飲み込みにくくなったりむせたりする



おしっこの量が少なく濃くなる



つじつまの合わないことを言ったり、手足を動かすなど落ち着かなくなる



のどもとでゴロゴロという音がすることがあります

だ液をうまくのみこめなくなるためです。眠っていらっしやることが多いので苦しさは少ないことが多いですが、意識があり苦しさがあるときはだ液を減らす薬があります。



呼吸のリズムが不規則になったり息をすると同時に肩や顎が動くようになります

呼吸する筋肉が収縮するとともに、肺の動きが悪くなって首が動くようになるためです。「あえいでいるように見える」ことがあります、苦しいからではなく、自然な動きですので心配ありません。



手足の先が冷たく青ざめ、脈が弱くなります

血圧が下がり循環が悪くなるためです。

● 全ての方が同じ経過を経るものではなく、その方によって異なります。医師や看護師と一緒にその時の状態を確認してください。

心臓や呼吸がとまるとき / とまっているのに気付いたときどうしたらよいでしょうか？



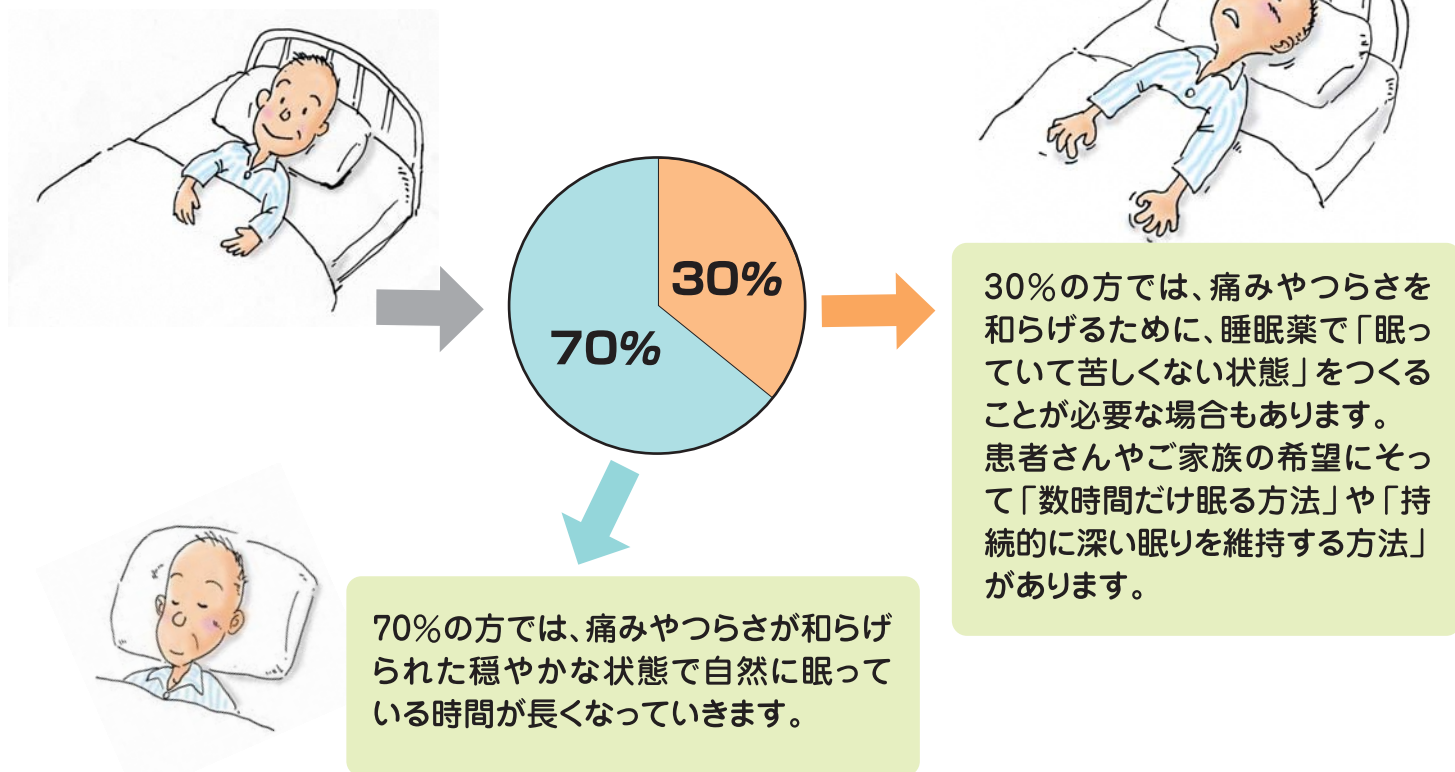
- 突発的な不整脈や事故ではなく、全身の状態が悪くなった患者さんの場合、人工呼吸や心臓マッサージなどの心肺蘇生で回復できることはほとんどありません。
- 人工呼吸や心臓マッサージそのものが患者さんにとっては苦痛となる可能性があります。
- 直前までお元気だった場合を除くと、心肺蘇生は行わずに静かに見守ってあげるのがよいと思います。
- 事前に医師や看護師と話し合っておきましょう。

■ 患者さん・ご家族のご希望

心臓マッサージや人工呼吸を 希望する 希望しない 今は決められない

苦しさは増すのでしょうか

この先はもっと苦しさが増すのでしょうか？



睡眠薬や鎮痛薬を使うと寿命が縮まるのでしょうか？

- ほとんどの場合、苦しさの原因となっていることそのものが生命機能の維持が難しいことを示します。例えば「呼吸が苦しい」のは体を維持するだけの酸素を肺にとりこめないことが原因なので、睡眠薬や鎮痛薬を使わなかったとしても生命の危機が訪れます。
- 睡眠薬や鎮痛薬を使った方と使わなかった方とで「いのちの長さ」に差はないことが確かめられています。
- 睡眠薬そのものによると考えられる致命的な合併症は数%以下であることが確かめられています。
- 使用する薬物の量は「苦痛のとれる最少の量」ですので、「寿命を縮める量の薬物を投与する安楽死」とは全く異なる行為です。



苦しいのを和らげるのに必要な鎮痛薬や睡眠薬をつかったとしても、そのために寿命が縮まるということはありません。

ご家族は次のことを知っておいてください

**Q. 寝ている状態で
 苦しさは感じてないの？**

A. 深く眠っている時は苦痛を感じていないと考えられています。眉間のシワや手足の動きなどから判断できます。



●一旦休まれた後も、半数ぐらいの方は意識が戻ります。

苦しくなければ…

そのときお話しができることがあります。様子をみて睡眠薬を中止することもできます。

苦しければ…

医師や看護師に相談をしてください。睡眠薬の量を調節して苦痛がないようにすぐに対応します。

**Q. 苦痛を和らげる方法は
 他になかったの？**

A. ご心配や質問がございましたらいつでもお声をかけてください。医療チームで十分に検討します。

Q. もう話ができないの？

A. 深く眠った場合、言葉で会話をするのは難しくなります。お話できる間に言葉で伝えておくのが良いでしょう。

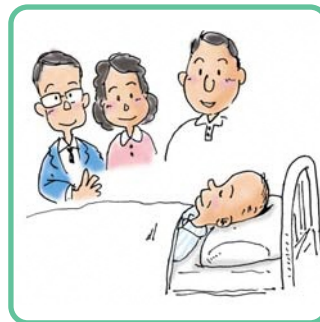
患者さんが休まれているときも、こんなことをしてあげてください



手足をやさしく
 マッサージする



患者さんのお気に入りの
 音楽を流す



いつものようにご家族で
 普段のお話をされる



唇を水や好きな飲物などで
 やさしくしめらせてあげる

眠っていても、ご本人が好きだったこと、気持ちが良かったことなどを一緒に考えながら看護させていただきます。

つじつまが合わず、いつもと違う行動をとるとき

このような状態をせん妄といいます

どうしてこんなことがおこるのでしょうか？

酸素が少なくなったり、肝臓や腎臓の働きが悪くなって有毒な物質が排泄されなくなるので、脳が眠るような状態になるからです。



3割の方は一時期「興奮状態」になります。

興奮が激しいときはお薬を使うことでウトウトしてきます。

7割の方は自然とウトウトされるようになります。



●がんが進行した方の70%以上の方におこります。

- * 「くすり」や「麻薬」が原因であることは多くありません。
- * 体の痛みが強すぎて興奮状態になるのではありません。
- * 患者さんの心が弱かったり、性格が原因ではありません。
- * 精神病や認知症(痴呆)や「気がおかしくなった」のではありません。

ご家族もつらいお気持ちになられると思います

例えばこのようなお気持ちを感じる方もいらっしゃいます。

代わりにいろいろなことを決めないといけないことが負担…

ひとりでみているのが心配…

十分なことをしてあげられない

こんなつらそうなら早く楽にしてあげたい…

他の人に迷惑をかけてしまう…

このようなお気持ちは当然のことです。

もうクタクタで休みたい!

どうしていいのかわからない

ひとりで考えこまずに、そばにいる誰かにお気持ちをお話してください。医師や看護師にいつでも相談してください。

ご家族はこんなふうにしてあげてください

何か話しているがよく分からない



- どのようなことを話そうとしているのか想像してみてください。本当にあった昔のこと、今気がかりになっていることやしておきたいこと、あるいは口の渇きやトイレに行きたいと伝えようとしていることもあります。
- 時間や場所が分かりにくくなることは多いですが、ご家族のことが分からなくなることはめったにありません。
- つじつまがあわない時は、患者さんの言うことを否定せずにつきあい、安心できるような会話をしてください。「間違いを正す」ことは患者さんを傷つけることがあります。

そばで何をしていたか分からない… 話しができないことがつらい…

- 普段の通りに声をかけたり、静かに足をマッサージしたり、ただ部屋の中でご家族でお話されている声が聞こえるだけでも患者さんはホッとされることが多いです。



疲れてクタクタになってしまった…

- まず、あなた自身が休めるような工夫を看護師とご相談ください。他のご家族にも協力してもらいましょう。看護師もお手伝いします。
- 日中患者さんが休まれているときは、それに合わせてお休みください。

興奮状態になるとどうしていいのか…

- すぐに看護師をお呼びください。
- 看護師は口の渇きや排泄などの不快なことがないかを確認して対応します。
- 何かお薬が必要か相談します。
お薬には、ウトウトできるくらいの弱いものから、完全に眠れるものまで何段階がありますので、ご意向と状態をみて決めます。



自分が決めることが負担だ…

- 「患者さんが以前に望まれていたこと」でご存知のことをお教えください。
ご家族に全て決めていただく必要はありません。
いっしょに相談して一番よいと思われることをしていきましょう。

のどが「ゴロゴロ」するとき

どうしてこのような症状が起こるのでしょうか？

- ・ からだが弱ると、うとうとと眠りが深くなるようになります。そうすると、唾液が上手く飲み込めなくなるため、のどにだ液がたまって「ゴロゴロ」する状態になります。



- ・ この症状は、約40%の方に起こります。
- ・ 自然な経過のひとつです。

症状を和らげるためにこのような方法があります

・ からだの位置を工夫します。

顔をしっかりと横に向け、上半身を少し上げます。どちらかの横向きの体位を取る場合もあります。

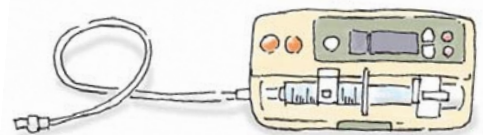


・ 点滴の量を調整します。

ご家族と目的や効果について相談して決めていきます。

・ 分泌物を減らす薬を使用します。

約40%の方に有効です。眠気が強まる場合があります。



・ 分泌物を細い管で吸い取ります。(吸引)

分泌物の状態によっては、繰り返しの吸引が患者さんにとって苦痛となる場合があります。吸引を行う場合にはよく相談して丁寧に行います。

ご家族も見ているとつらいお気持ちやご心配になられると思います

Q. 「ゴロゴロ」は苦しいんじゃないの？

- A. ・深く眠っている場合は、私たちが思うほど強く苦しさは感じていません。
 ・表情などからつらいかどうかを判断できます。ご家族が見ているとつらそうであれば、一緒に確認しますので医師や看護師にお伝えください。
 ・苦しさがあるかどうかを注意深くみます。

Q. おぼれるように息が詰まってしまうのでは？

- A. そのようなことが起こらないように患者さんの呼吸の様子や分泌物の状態を観察します。そして、体位や分泌物を減らす工夫をして、呼吸が分泌物によって妨げられないようにしていきます。

Q. 私たちにできることはないの？

- A. ・口の中にたまったものを綿棒などでそっとぬぐってあげてください。使用しやすい道具もありますので、看護師と一緒にこなしてみてください。
 ・胸に手をあててやさしくさするのによいです。
 ・症状がひどくなるようでしたら、早めに看護師にお知らせください。



Q. 吸引では楽にならないの？

- A. 一時的に分泌物を取り除いても、同じ状態になることが多いです。また、吸引することによる苦痛が強いことがあります。他の方法として、体の位置の工夫や、点滴の調節、分泌物を減らす薬の使用などがあります。患者さんにとってどの方法がよいか一緒に考えていきましょう。



どのような対処が良いかは、患者さんの状態によって違います。医師や看護師、ご家族一緒に話しあう機会を持ち、十分に相談して決めていきましょう。

点滴について考えるとき

からだにどのようなことが起きているのでしょうか？

- 病状が進んでくると、病気そのもののために、徐々に食事や水分を取る量が少なくなってきました

これは病気そのものに伴う症状で、「食事がとれないから、病気がすすむ」、「食べる気持ちがないから」ではありません。



ご家族もつらいお気持ちやご心配になられると思います

少しでも口からとらせてあげたい
食べさせてあげたい

元気になってほしい
がんばってほしい

できることは
すべてしてあげたい

何もしてあげられない
十分なことがしてあげられなかった



脱水になったら
苦しむのでは…？

何度も針を刺されて
かわいそう…

病気のためでなく
食べられないために
衰弱してしまう

このような
お気持ちは
当然のことです。

ひとりで考えこまずに、そばにいる誰かにお気持ちをお話してください。
医師や看護師にいつでも相談してください。

ご家族はこんなことをしてあげてください

少しでも食べさせてあげたい



- 食べやすい形、固さなどの工夫や、少量で栄養が摂れるもの（栄養補助食品）などもあります。栄養士や看護師と一緒に工夫してみましょう。
- 食事の時間を楽しくすることで、食欲に繋がることもあります。患者さんのお気に入りの食べ物を持ち寄ったり、ご家族と一緒に食事をされるのもよいでしょう。

できることはすべてしてあげたい

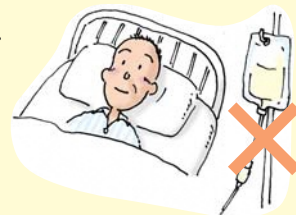
- 食事が十分とれなくても、口の渇きをいやすために、氷片、かき氷、アイスクリームを差しあげたり、うがいや口の中をきれいにする
と喜ばれることが多いです。
- 食事をすることは難しくても、マッサージ、ご家族のことを話す、お気に入りの音楽をかけるなど、食事のことのほかにも患者さんが喜ばれることがないか一緒に探しましょう。



知っておいてください

よく心配されることですが、これは医学的な事実ではありません

- 脱水傾向にあることが苦痛の原因になることはほとんどありません。むしろ、患者さんにとってやや水分が少ない状態のほうが、苦痛を和らげることが多いです。
- 逆に、むくみや胸水、腹水があるときは点滴を減らすことがつらい症状を和らげることになる場合があります。



- 点滴などで水分や栄養分を入れたとしても、うまく利用できないので、からだの回復にはつながりません。
- 逆に、お腹や胸に水がたまるなどの副作用が出る場合があります。



月 日()

月 日()

月 日()

月 日()

月 日()

月 日()



緩和ケア普及のための地域プロジェクト
(厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究)