

緩和ケアマニュアル 統合版 2021年度 Ver.

目次

1.	はじめに	2
2.	「生活のしやすさに関する質問票」の使用方法	3
3.	痛みのマネジメント	7
4.	がん性疼痛に対する薬物療法	16
	別表 ポケットオピオイド換算表・切替表 (印刷してお使いください)	23
5.	難治性疼痛に対する治療	26
6.	骨転移に対する治療 薬物療法	28
	放射線治療	29
7.	呼吸困難の緩和	31
8.	消化器症状への対策	36
9.	精神症状と心のケア	44
10.	悪い知らせを伝える	54
11.	治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方	57
	これからの過ごし方 (印刷してお使いください)	巻末
12.	緩和ケアにおける栄養	65
13.	アドバンス・ケア・プランニング	67
14.	緩和ケア病棟(7C病棟)の入院申し込み	69
15.	緩和ケアチームに依頼するとき	71

(巻末付録)

抑うつチェックシート(9 精神症状と心のケア)

これからの過ごし方(11 治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方)

鎮静とは何でしょうか(11 治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方)

1 はじめに

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 2021 年度 Ver.

緩和ケアセンター 編

2021 年 6 月 30 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 ()

ID:

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
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(うつとした感じ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
だるさ(つかす)	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 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・排気など)………

通院がたいへん………

2 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 それほどつづか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

症状は何ですか？

3 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はQをつけて下さい。

最高につらい

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

中くらいにつらい

つらさはない

4 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………

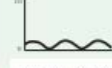

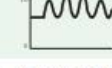

からだの症状が 2 以上のときは、詳しく症状をうかがうためおページにご記入下さい。

嘔吐 なし 1日に1回 2~5回/日 6回/日以上 頻回 よく嘔れる 時々起きるがたいへん嘔れる 嘔れない

便秘 毎日 週4~6回 週1~3回 なし 硬い 普通 やわらかい 下痢

口の中の痛みや不快感 なし あるが普段どおり食べられる 食事の工夫が必要 十分に食事ができない

■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)

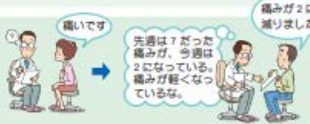
1. ほとんど症状がない

2. 普段おほとんど症状が収むが日に、何回か強い症状がある

3. 普段から強い症状があり、1日の間に強くなっ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

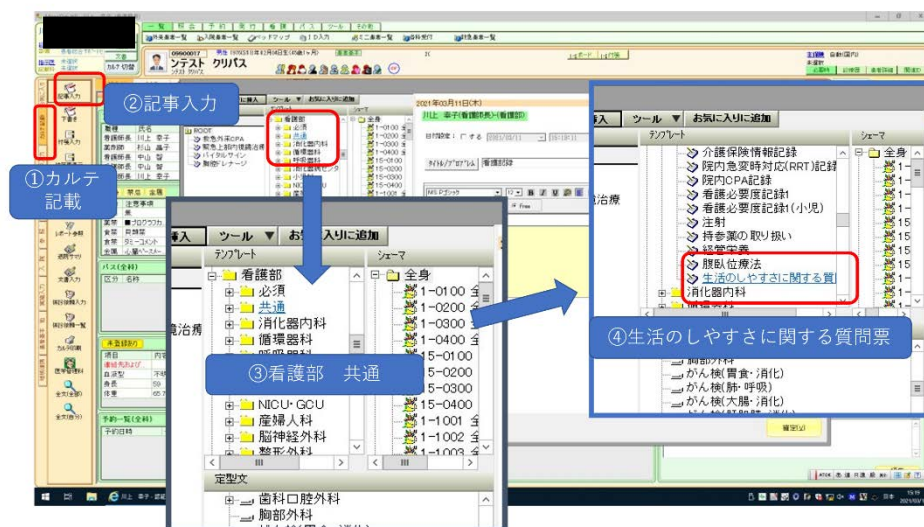
Score	定義
0	全く問題なく活動できる。発病前と同じ日常生活が制限なく行える。
1	肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる（例：軽い家事、事務作業）。
2	歩行可能で自分の身の回りのことはすべて可能だが作業はできない。日中の50%以上はベッド外で過ごす。
3	限られた自分の身の回りのことしかできない。日中の50%以上をベッドかいですで過ごす。
4	全く動けない。自分の身の回りのことは全くできない。完全にベッドかいですで過ごす。

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

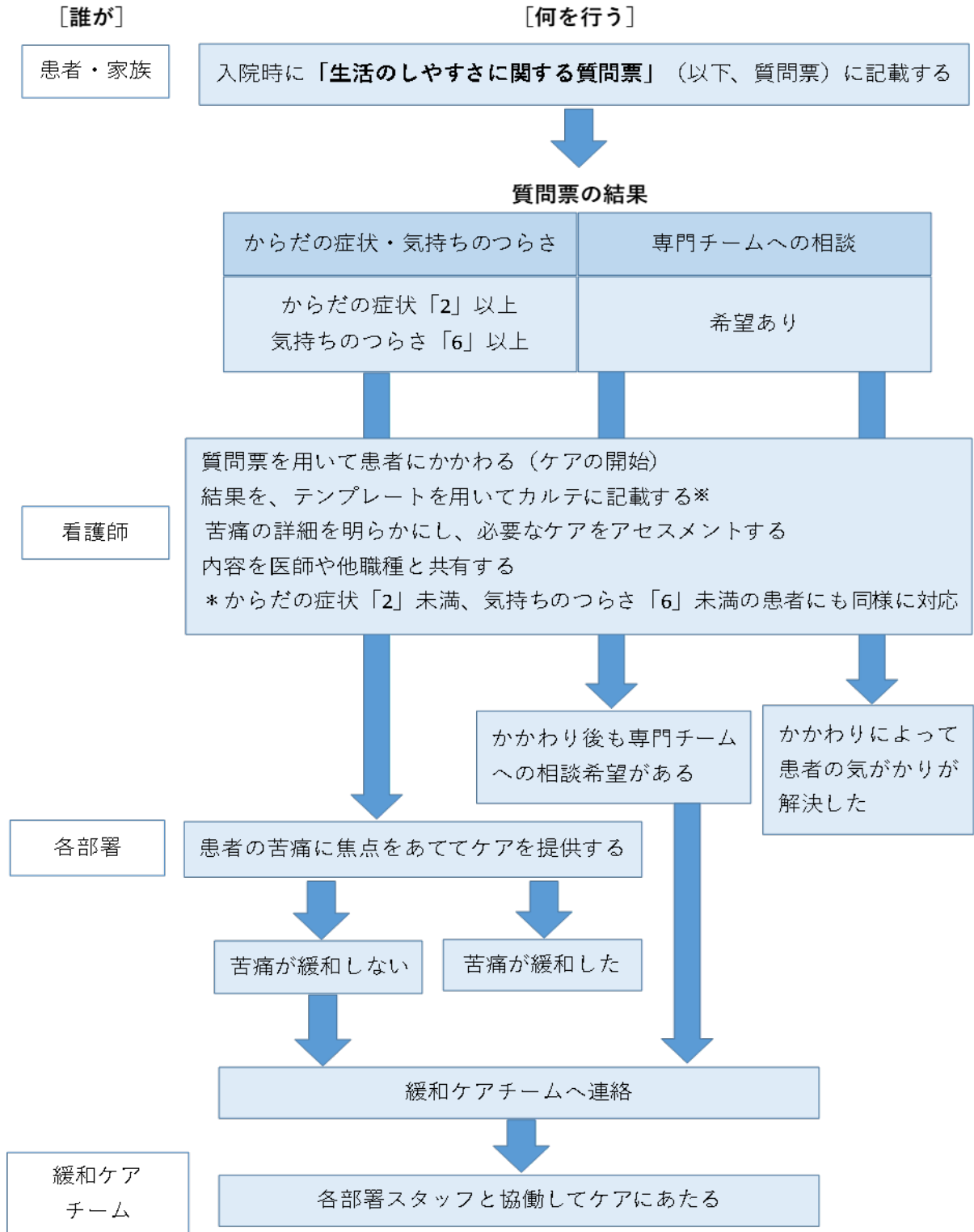
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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 P61 抜粋

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	内臓痛	神経障害性疼痛
	体性痛		
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

② 図1：緩和医療学 P61 抜粋

(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

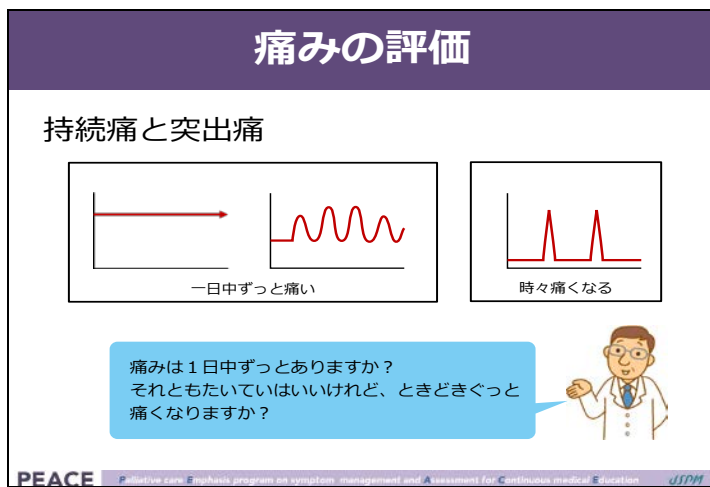


図2 PEACE

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として有用だが、患者毎の個別性を重要視されている。(図2)
- 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

(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3)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

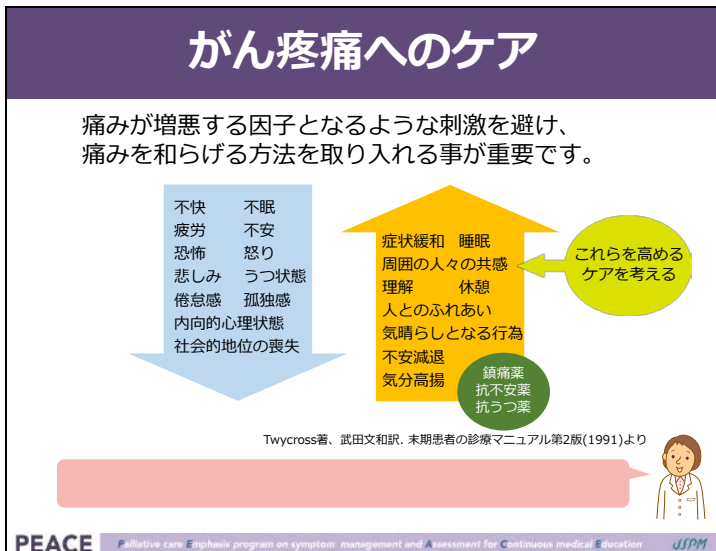


図3 PEACE

がん疼痛治療の概要としては以下を参考にする。

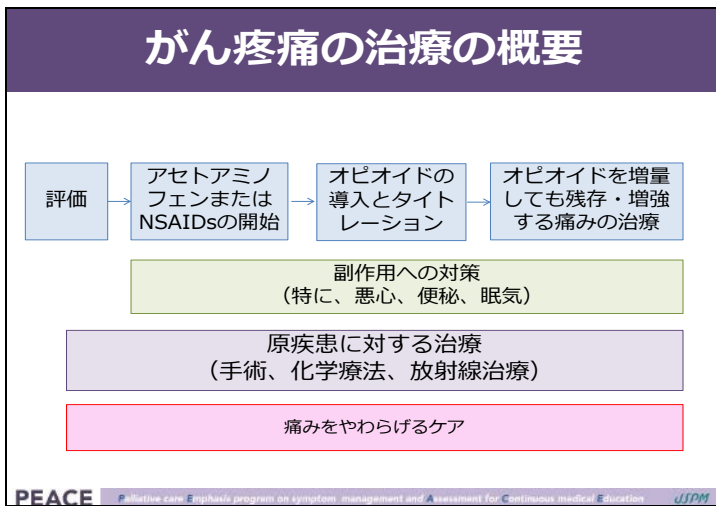


図4 PEACE



図5 PEACE

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。

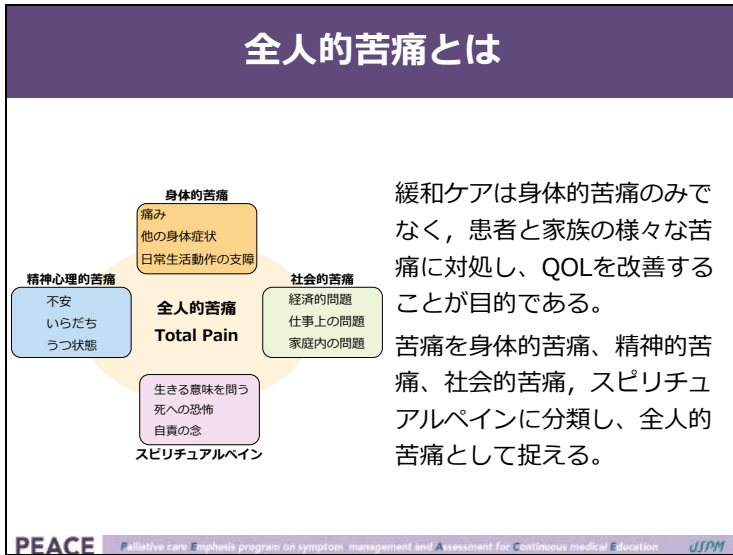


図6 PEACE

*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

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

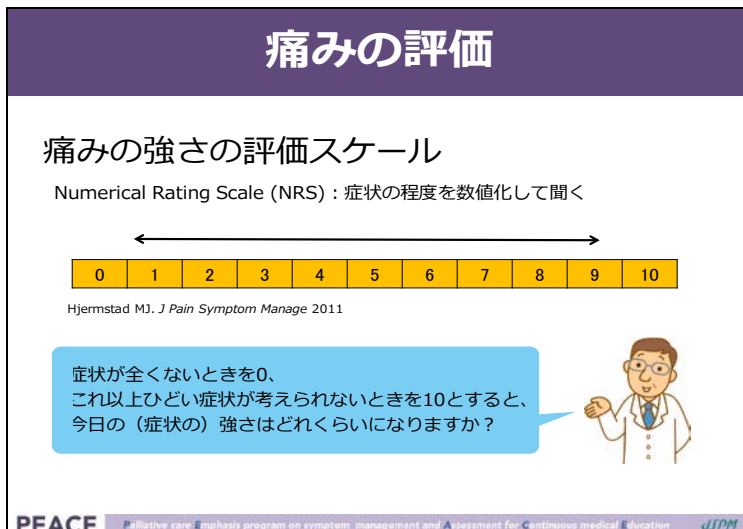
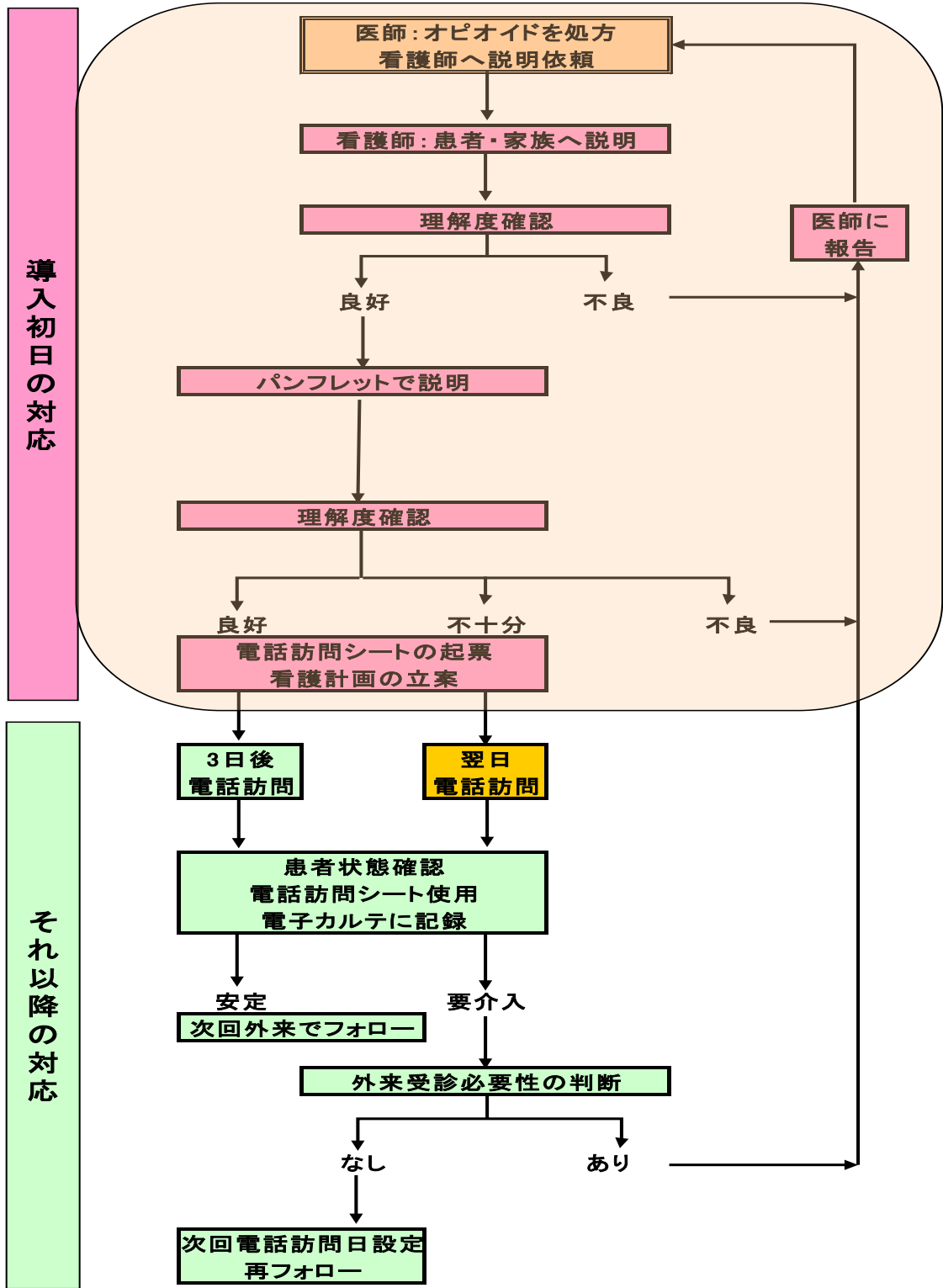


図7 PEACE

- 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：外来でのオピオイド導入の対応（図7）
 - ・感情のマネジメントができているか確認する
 - ・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。
- 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

図7

外来でのオピオイド導入の対応



(令和3年6月現在、C外来のみで運用中。他については今後導入予定)

図8

疼痛アセスメントシート

ID:
氏名:

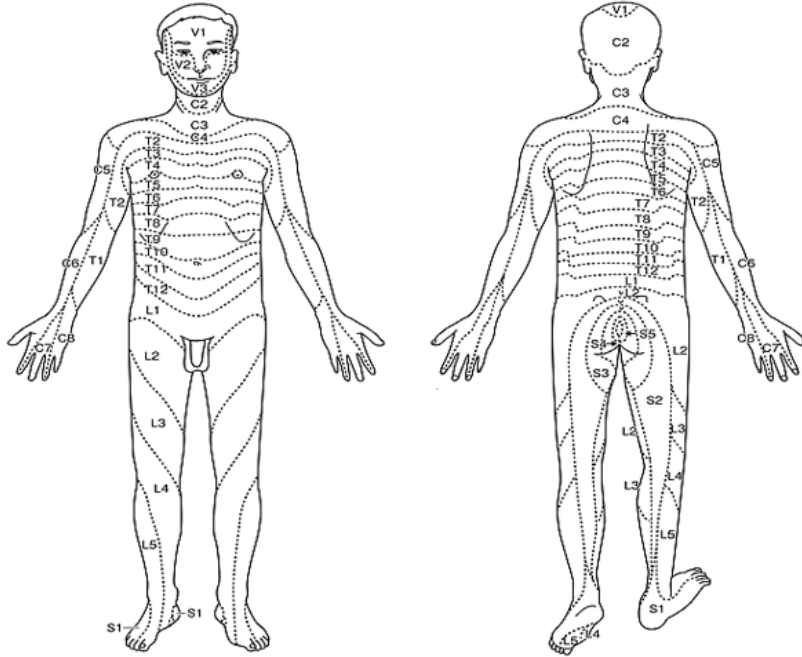
記入日:
診療科:

<<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。

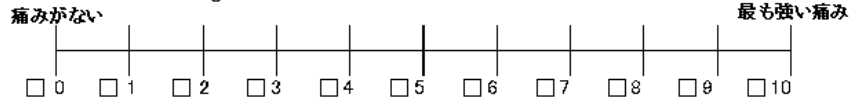


2) 痛みの性質

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <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)



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 起き上がるとき 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) _____

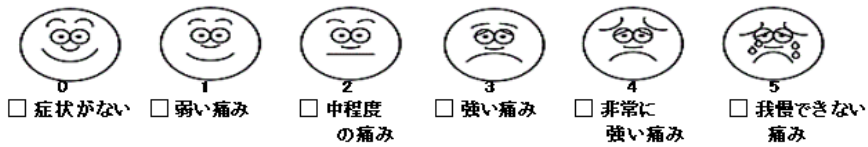
<<4. 痛みに対する考え方>>

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



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

【引用文献】

- 1) 専門家をめざす人のための緩和医療学会 第2版 南江堂 P61 1, 2 図1
- 2) 緩和ケア研修会 PEACE 資料 : 図2 3 4 5 6 7

【参考文献】

- 1) 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
- 2) 専門家をめざす人のための緩和医療学会 第2版 南江堂
- 3) 緩和ケア2021, VOL31,NO.1

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、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。
- 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。

(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	バックル錠	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[®]坐剤 0.2mg、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 第一選択薬として抗ヒスタミン薬（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、便が柔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。

G 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、プレドニゾロン) 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。

【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

別表 ポケットオピオイド換算表・切替表 としてお使いください。 (表 2.3)

		成分名	製剤名[服用回数]	換算比(mg)			
定時薬	経口剤	トラマドール	トラマールOD錠[1日4回]	150	300	—	—
		モルヒネ	MSツワイスロンカプセル[1日2回]	30	60	90	120
		オキシコドン	オキシコドン徐放カプセル[1日2回]	20	40	60	80
		ヒドロモルフォン	ナルサス錠[1日1回]	6	12	18	24
	貼付剤	フェンタニル	フェンタステープ[1日1回]	1	2	3	4
			デュロテップMTパッチ[3日1回]	2.1	4.2	6.3	8.4
	注射剤	モルヒネ	モルヒネ塩酸塩注[持続]	15	30	45	60
		オキシコドン	オキファスト注[持続]	15	30	45	60
		フェンタニル	フェンタニル注[持続]	0.3	0.6	0.9	1.2
		ヒドロモルフォン	ナルベイン注[持続]	1.2	2.4	3.6	4.8



レスキュー	経口剤	トラマドール	トラマールOD錠	25	50	—	—
		モルヒネ	オプソ内服液	5	10	15	20
		オキシコドン	オキノーム散	2.5-5	5~7.5	10	10~20
		ヒドロモルフォン	ナルラピド錠	1	2	3	4
	坐剤	モルヒネ	アンパック坐剤	5 10mgを半分	10	10	10~20
		注射	モルヒネ	モルヒネ塩酸塩注[持続]	1時間分早送り		
	オキシコドン		オキファスト注[持続]				
	フェンタニル		フェンタニル注[持続]				
	ヒドロモルフォン		ナルベイン注[持続]				
	口腔粘膜 吸収剤	フェンタニル	イーフェンバック錠 *使用時は緩和ケアチームに連絡	推奨しない	100 μgから開始 4時間あけて1日4回まで		

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

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__

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。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] ソレドロン酸（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：ソレドロン酸で 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/1fr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、呼吸不全とは必ずしも一致しない。

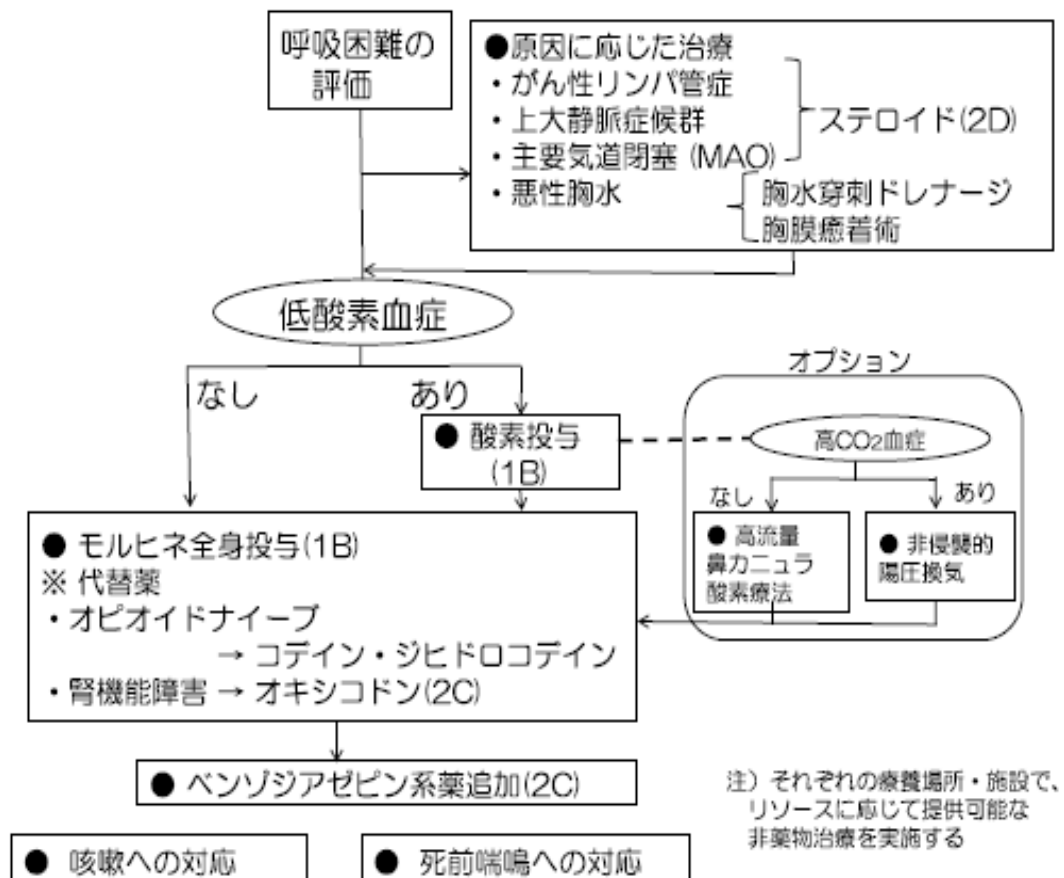
B 呼吸困難の評価

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。

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。



原因治療が最優先であり、併せて酸素療法と理学療法を基本的対応とする。

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
がんに直接関連した原因	<ul style="list-style-type: none"> ・ 肺実質への浸潤 肺がん、肺転移 ・ 胸壁への浸潤 胸壁の腫瘍、中皮腫 悪性胸水 ・ 心 囊 悪性心嚢水 ・ 主要気道閉塞 (MAO) 気管の圧迫 上気道 (咽頭, 喉頭, 鼻腔, 口腔) での圧迫 ・ 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 過粘稠症候群 ・ 横隔膜の挙上 横隔膜麻痺 大量腹水 肝腫大 ・ 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 (筋症)
がんとは直接関連しない原因	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基礎肺疾患 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) 気管支喘息 間質性肺炎 ・ 心疾患 うっ血性心不全 不整脈 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

- (1) がんに直接関連した原因であれば、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であれば、それに対する治療
- (3) 気胸などの呼吸器合併症であればその治療
- (4) 癌性リンパ管症・上大静脈症候群・腫瘍気道閉塞(MAO)の場合はステロイド全身投与
- (5) 悪性胸水の場合は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。

分類	一般名	標準的な処方例	代表的な商品名
オピオイド	モルヒネ	【経口】 呼吸困難時に内用液剤など速放性製剤 5～10 mg を頓用あるいは 10～20 mg/日から徐放性製剤などで開始し、適宜増量。 【注射】 呼吸困難時に 2～3 mg を静注または皮下注あるいは 5～10 mg/日から持続静注または皮下注を開始し、適宜増量。 【坐剤】 呼吸困難時に 5～10 mg 坐薬を開始し、適宜増減する。	【速放性経口製剤】 モルヒネ塩酸塩、オプソ® 【徐放性経口製剤】 MS コンチン®, モルベス®, ビーガード®, パシーフ® 【注射】 塩酸モルヒネ、アンベック®, プレベノン® 【坐剤】 アンベック®
	オキシコドン	【経口】 呼吸困難時に速放性製剤 2.5～5 mg を頓用あるいは 10～20 mg/日から徐放性製剤などで開始し、適宜増量。 【注射】 呼吸困難時に 2～3 mg を静注または皮下注あるいは 5～10 mg/日から持続静注または皮下注を開始し、適宜増量。	【速放性経口製剤】 オキノーム® 【徐放性経口製剤】 オキシコンチン® 【注射】 オキファスト®
	コデイン	1 回 10～20 mg を 4～6 時間毎に経口投与 120 mg/日まで増量しても効果不良の場合、モルヒネ 20 mg/日あるいはオキシコドン 10～15 mg/日へ変更	【経口】 コデインリン酸塩
	ジヒドロコデイン	1 回 10 mg を 1 日 3 回経口投与	【経口】 ジヒドロコデインリン酸塩
ベンゾジアゼピン	ジアゼパム	【経口】 1 回 2～5 mg を 1 日 2～4 回投与 【注射】 1 回 2～5 mg を 1 日 2～4 回投与 【坐剤】 1 回 4 mg を 1 日 1～3 回投与	【経口】 【注射】 ホリゾン®, セルシン® 【坐剤】 ダイアアップ®
	アルプラゾラム	1 回 0.2～0.4 mg を 1 日 2～3 回経口投与	【経口】 ソラナックス®, コンスタン®
	ロラゼパム	1 回 0.5～1 mg を 1 日 1～3 回経口投与	【経口】 ワイバックス®
	エチゾラム	1 回 0.5～1 mg を 1 日 1～3 回経口投与	【経口】 デバス®
	ミダゾラム	2.5～5 mg/日を持続静注あるいは皮下注から開始し、脈気を観察しながら 5～10 mg/日まで増量する。	【注射】 ドルミカム®
コルチコステロイド	ベタメタゾン ①漸減法 開始量として 4～8 mg/日を経口投与あるいは点滴静注(夕方以降の投与を避ける)。効果を認めたら 0.5～4 mg を維持量として漸減する。 ②漸増法 開始量として 0.5 mg/日を経口投与あるいは点滴静注(夕方以降の投与を避ける)。効果を認めるまで 4 mg/日を目標に漸増する。	【経口】 【注射】 リンデロン®, デカドロン®	
鎮痙薬	デキストロメトर्फアン 【経口】 1 回 15～30 mg を 1 日 1～4 回経口投与 【注射】 1 回 10 mg を 1 日 1 回皮下または筋肉内注射	【経口】 メジコン® 【注射】 デキストロメトर्फアン臭化水素酸塩	

・モルヒネは呼吸困難に対してエビデンスが確立された唯一の薬剤であるが、2017年3月に徐放製剤/速放製剤が承認されたヒドロモルフォンも選択肢に上がる。(ESMOのガイドラインでは2nd-lineに位置づけ。)

経口モルヒネ 20mg = 経口ヒドロモルフォン 4-5mgの換算比で計算する。

＜処方例＞ヒドロモルフォン開始量（経口）

頓用：1mg/回、定期：2mg/day、定期投与中の増量：25%

・抗不安薬はオピオイドとの併用で有効であり、単独投与はしない。特に不安が強い患者に効果的である。

＜処方例＞

ロラゼパム 0.5mg-1mg/回

アルプラゾラム 0.4mg/回

頓用で開始、効果があれば2-3回/dayの定期投与へ。

・さらに、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、持続的鎮静を選択することも考慮。(参照：11 治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方)

(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。

F 咳嗽・死期喘鳴への対応

- ・湿性咳嗽は鎮咳せず排痰を優先し、体位ドレナージを検討する。痰が多い場合は輸液量の過多がないか確認する。
- ・死期喘鳴は、出現すると数時間~数日の予後と考えられる。吸痰は患者負担になるため積極的には行わない。口腔ケアは家族ケアに繋がるため継続する。抗コリン薬は、適応を選んで慎重に使用する。

G 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) 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン 2010 年版

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

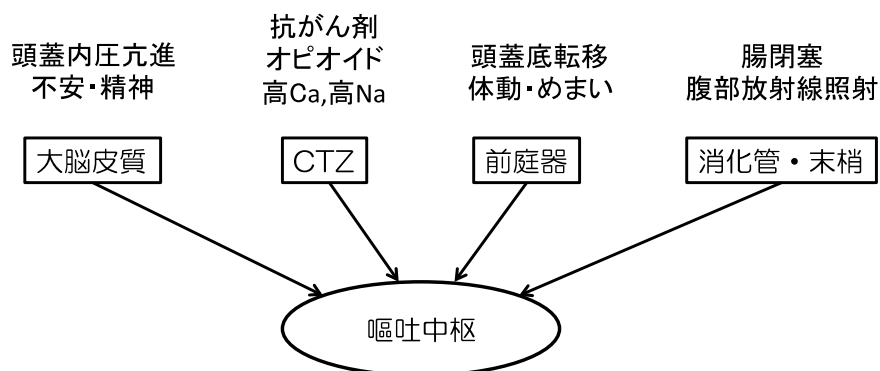
薬物 (抗がん剤、オピオイドなど)、肝・腎機能障害による代謝物・電解質異常

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マティックに行う。

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瘤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

STEP 1 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

STEP 2 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

STEP 3 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

STEP 1 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。

STEP 2 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 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?」「昨晩は眠れましたか?」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、2『生活のしやすさに関する質問票』参照)

② 抑うつ的だと感じたら

- 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、うつ病に焦点をあてた評価に移行する。
- 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）→ 眠剤検討
痛み →「3 痛みのマネジメント」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・がん性疼痛看護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、抑うつ感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す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。

病気の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きよう援助していく。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、脳器質性精神疾患、統合失調症、重篤な肝・腎機能障害

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. 食欲低下・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

※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/非三環系抗うつ薬
- 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セルフケアニーズ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を開く

（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

<一般病棟用>

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> 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 P [®] 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 昼夜のメリハリ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。

・リスペリドン® 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、リスペリドン®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（-）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（-）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。

10 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／話の進行が遅くないか確かめる／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患者を支える姿勢／希望を持てる情報

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て（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

1 1 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・ハイスコ

【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、ミダゾラムやハイスコ使用時には緩和ケアチームへコンサルト

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 ≤ 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 ≤ -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 テンプレート (臨床倫理 Jonsenn4 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)

■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)

< 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）

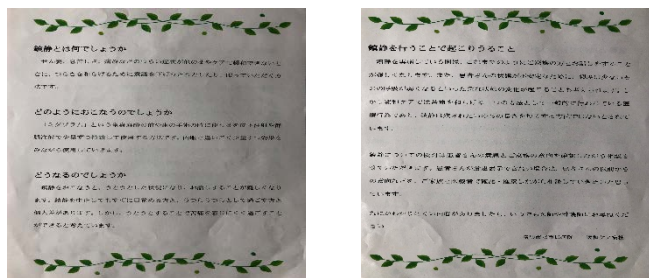


緩和ケア普及のための地域プロジェクト
 (厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究)
 ホームページパンフレットよりダウンロード可能

★電子カルテからも印刷可能

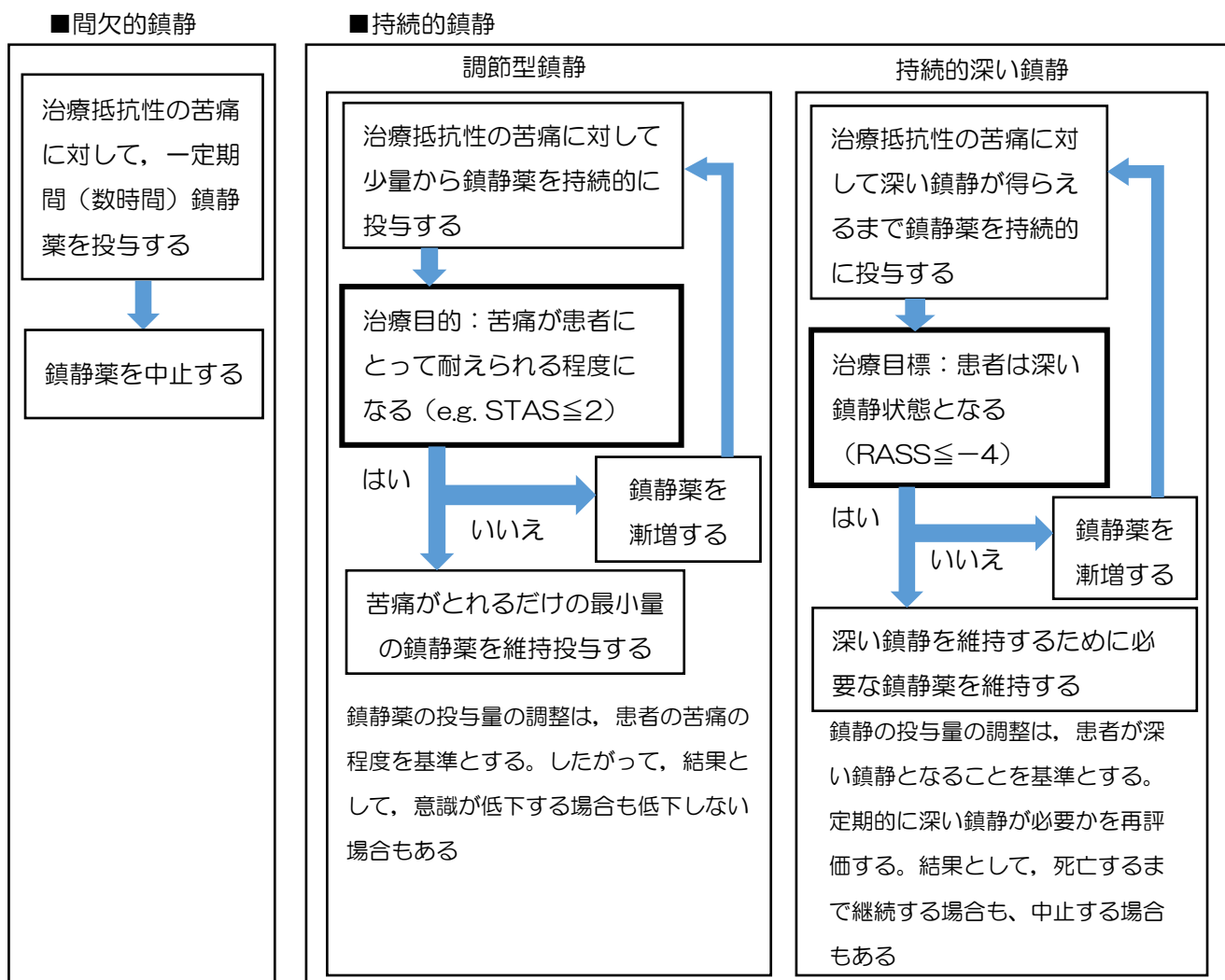
格納場所：ファイル管理>緩和ケア>看取りのパンフレット

< 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

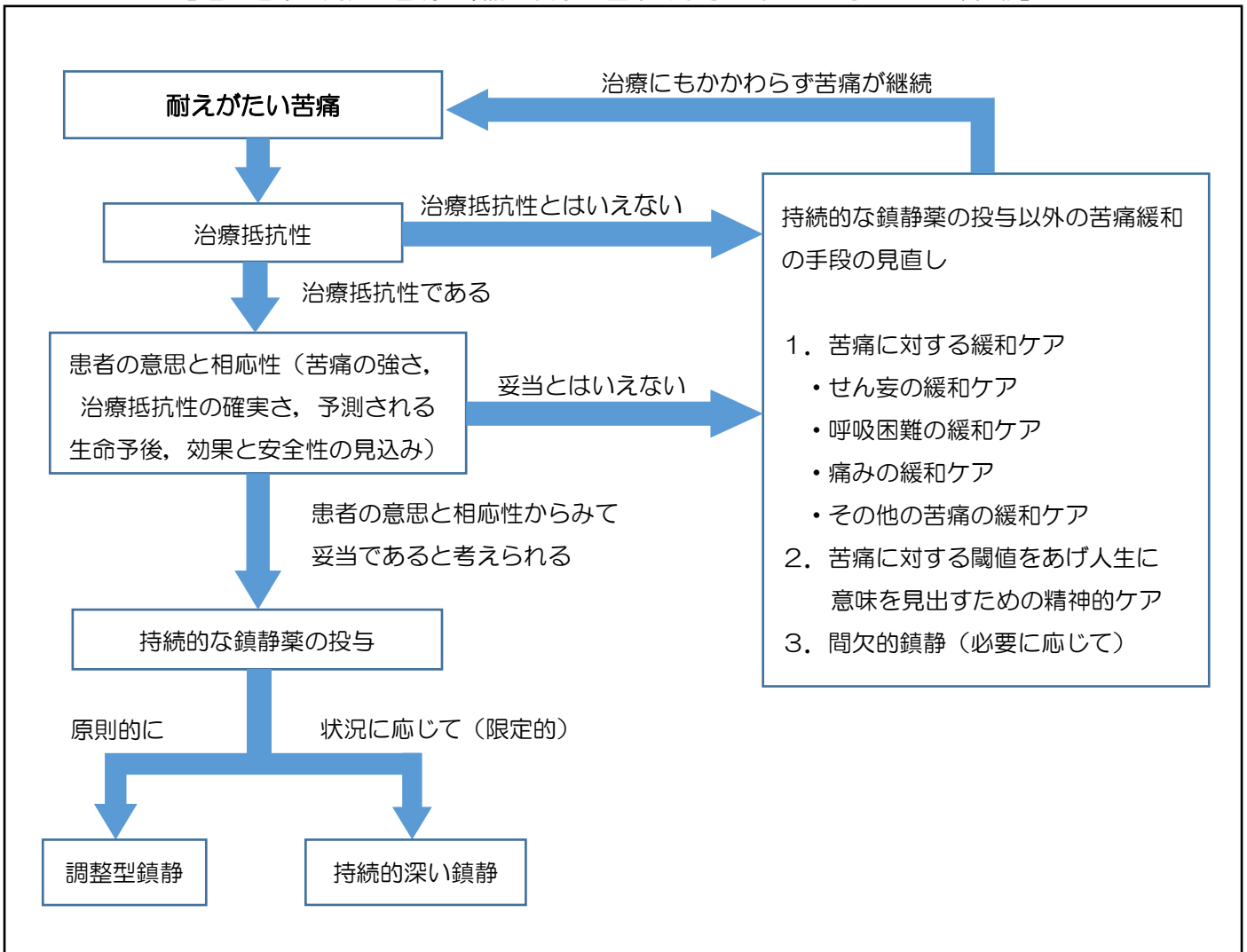
「がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き 2018年度版」P.19

	メリット	デメリット
調整型鎮静	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)

原則的には調整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】

- 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」
- 2) 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、ハイスコ皮下注 0.5mg(スコポラミン臭化水素酸塩水和物)を使用する場合もあり。詳細は緩和ケア内科・7C病棟へ問合せてください。

12 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

13 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・ケアチーム等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、もしものときのために、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。

当院においては、「横浜市立市民病院 医療倫理指針」「横浜市立市民病院における終末期医療に関する対応指針」「医療倫理に関する課題への対応について」「横浜市立市民病院 重篤症例検討チーム設置・運営要綱」に基づきACPを支えている。

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、人生観や価値観などのバックボーンとなる考え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・ケアチームで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する。

D 話し合う内容

- (1) 状況（病状、今後の見とおし、家族構成、介護サービス等）
- (2) 価値観・目標（大切にしていること、気付きなこと等）
- (3) 意向（希望する医療・ケア、最期を過ごす場所等）
- (4) 意思決定できなくなったときに代わりに医療・介護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/about/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：人生の最終段階での医療・ケアに関する検討について
<https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/kenko-iryo/iryo/zaitaku/jinseisaishudankai.html>
- 4) 緩和ケアはじめの一步 第1版（照林社）

1.4 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3年6月現在)
- (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

15 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	
臨床心理士	

C 緩和ケアチームの直接診療とチームの活動内容

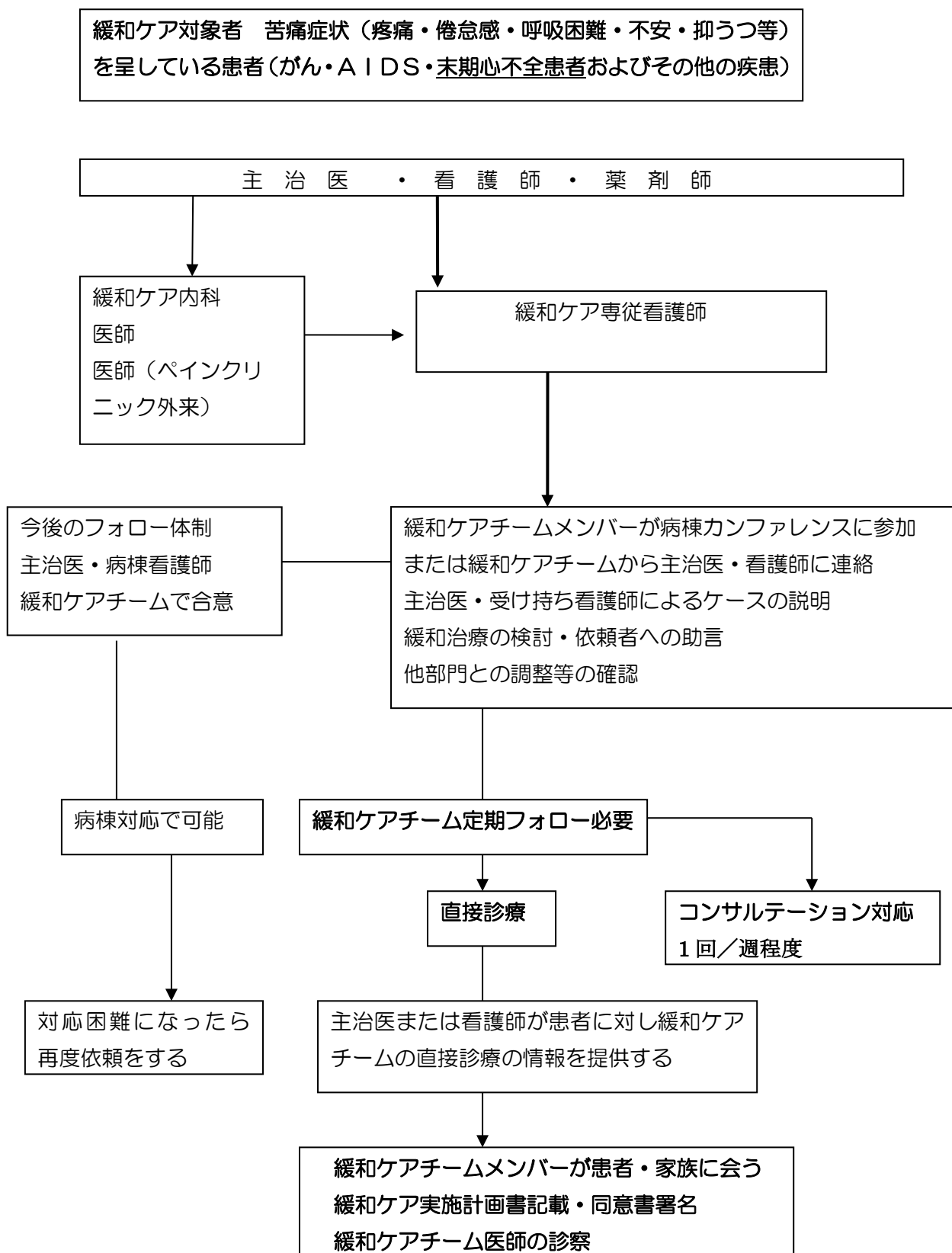
- (1) 緩和ケア直接診療
＜緩和ケア診療加算 390点/日 緩和ケアチームの医師、看護師、薬剤師＞
 - ・直接診療ケースの回診：平日：回診結果記録、ケアのアドバイスをを行い患者同意が得られれば緩和ケア実施計画書の作成
 - ・診療記録、アセスメントと対処方法を説明内容し、同意の上で署名をしてもらう
 - ・緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算70点を更に所定点数に加算する
- (2) 緩和ケアカンファレンス 週1回 火曜日：9：45～10:00
 - ・メンバーで、緩和ケアチームに依頼のあったケースの方針を検討する
 - ・カンファレンス記録、および電子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





緩和ケア医師

「緩和ケア」専門の医師

薬剤師

くすりのご説明・ご提案

専従看護師

「緩和ケア」専門の看護師

その「つらさ」 緩和ケアチームに 相談してみませんか？

精神科医師・心理士

気持ち・眠りなどの困り事

管理栄養士

日々の食事のアドバイス

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



横浜市立市民病院 緩和ケアセンター

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

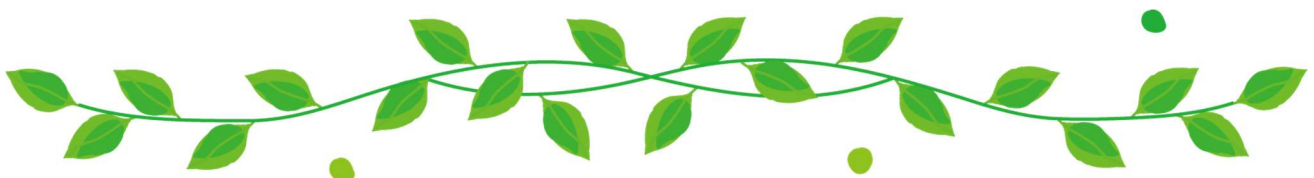
せん妄、息苦しさ、痛みなどのつらい症状が他の薬やケアで緩和できないときに、つらさを和らげるために意識を下げようとしたり、眠っていただく方法です。

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。





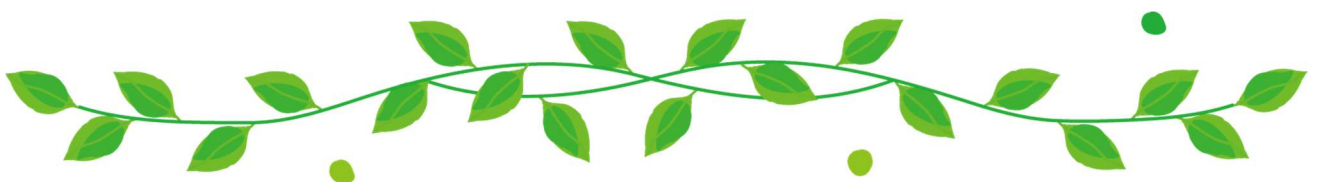
鎮静を行うことで起こりうること

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。

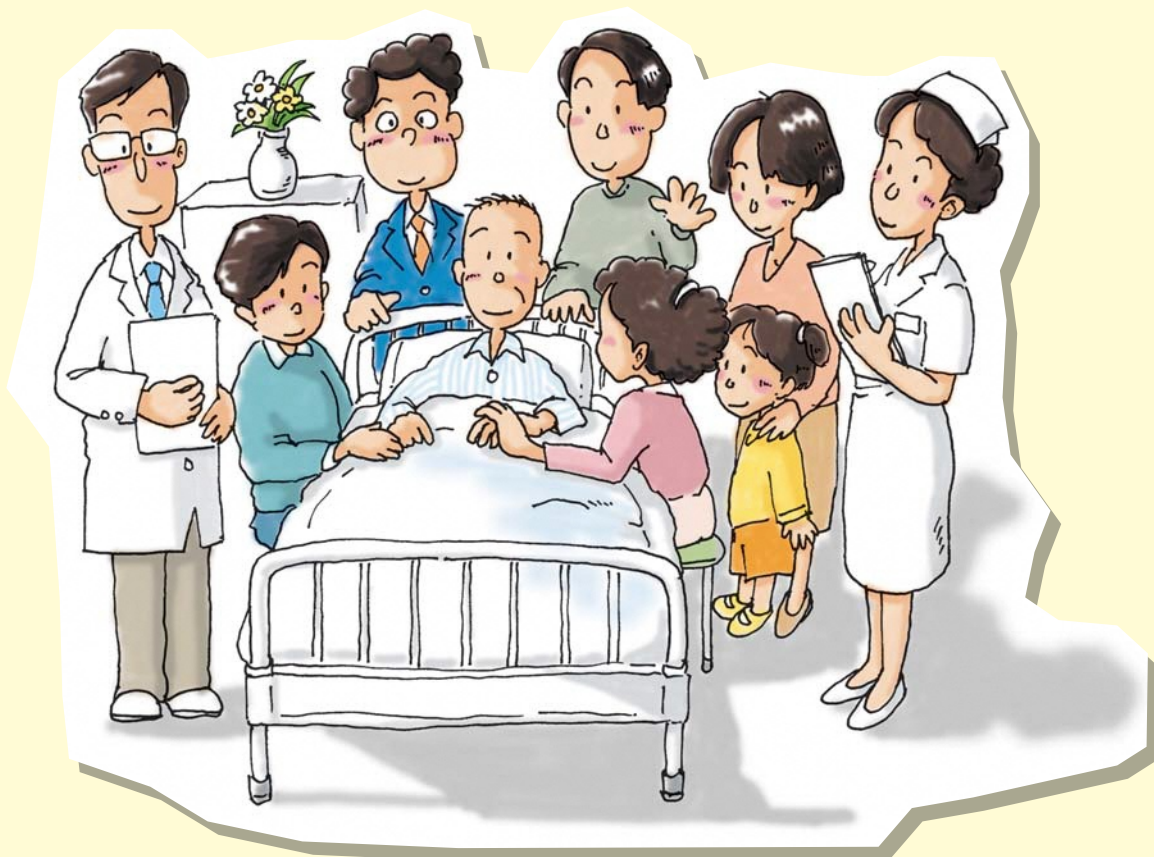
なにかわかりにくい内容がありましたら、いつでも医師や看護師にお尋ねください

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。

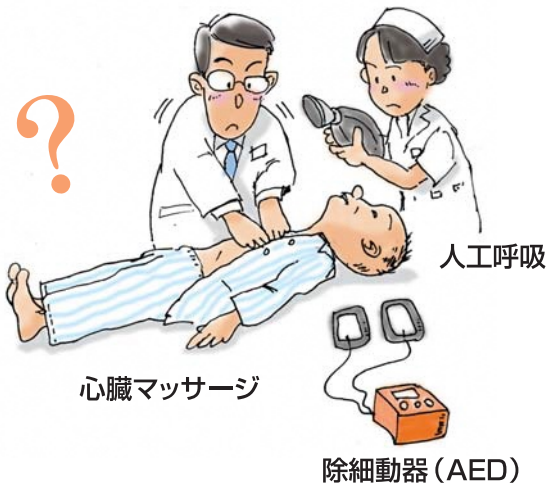


手足の先が冷たく青ざめ、脈が弱くなります

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？



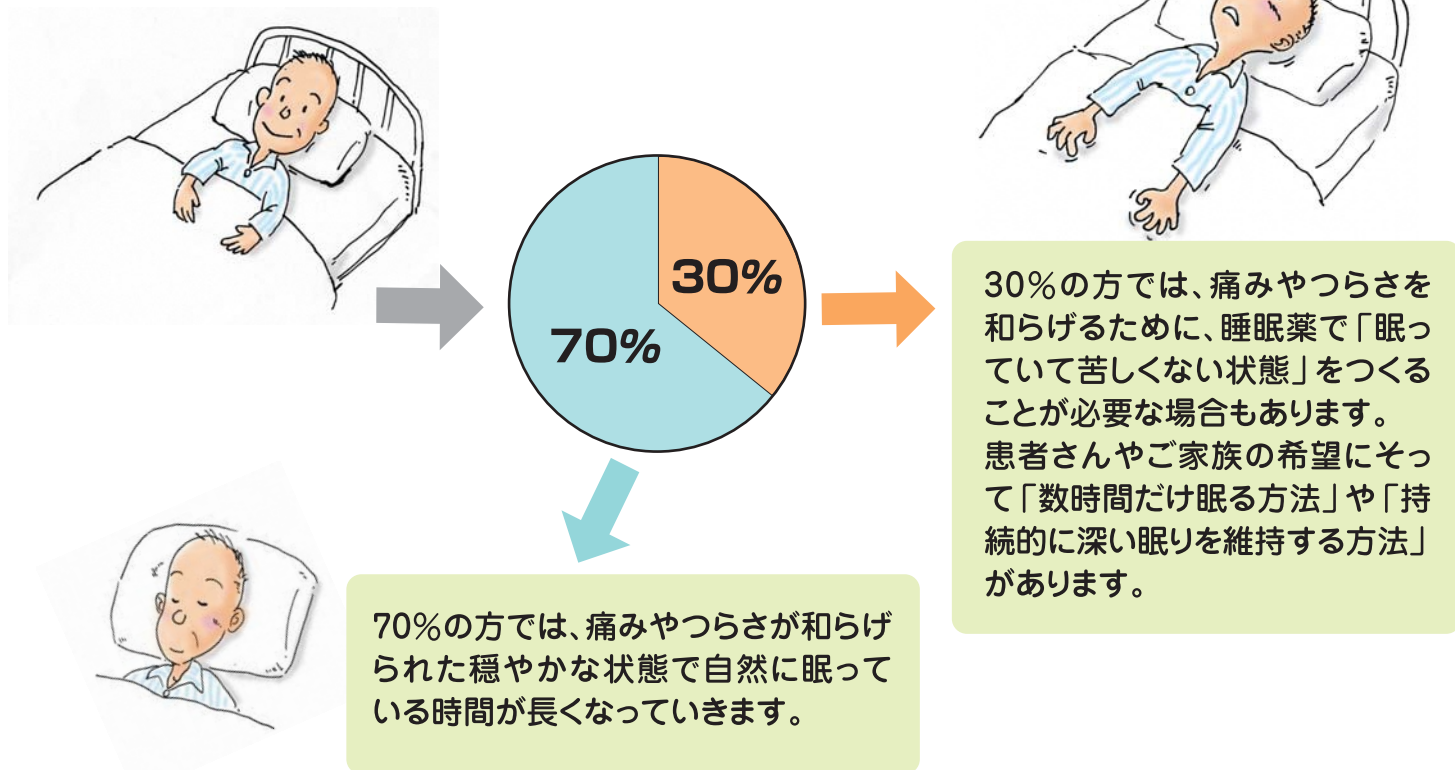
- 突発的な不整脈や事故ではなく、全身の状態が悪くなった患者さんの場合、人工呼吸や心臓マッサージなどの心肺蘇生で回復できることはほとんどありません。
- 人工呼吸や心臓マッサージそのものが患者さんにとっては苦痛となる可能性があります。
- 直前までお元気だった場合を除くと、心肺蘇生は行わずに静かに見守ってあげるのがよいと思います。
- 事前に医師や看護師と話し合っておきましょう。

■ 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

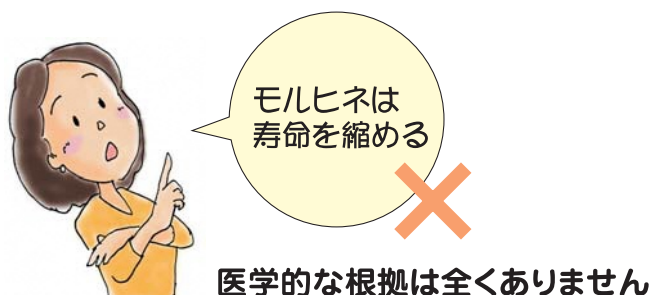
苦しさは増すのでしょうか

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。

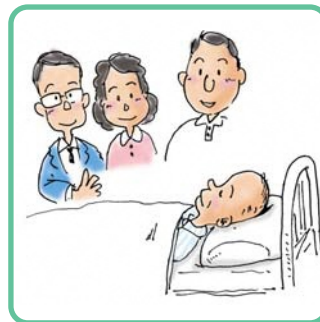
患者さんが休まれているときも、こんなことをしてあげてください



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。

そばで何をしていいか分からない… 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？

- ・ からだが強弱と、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。

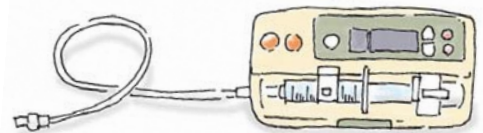


・ 点滴の量を調整します。

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。



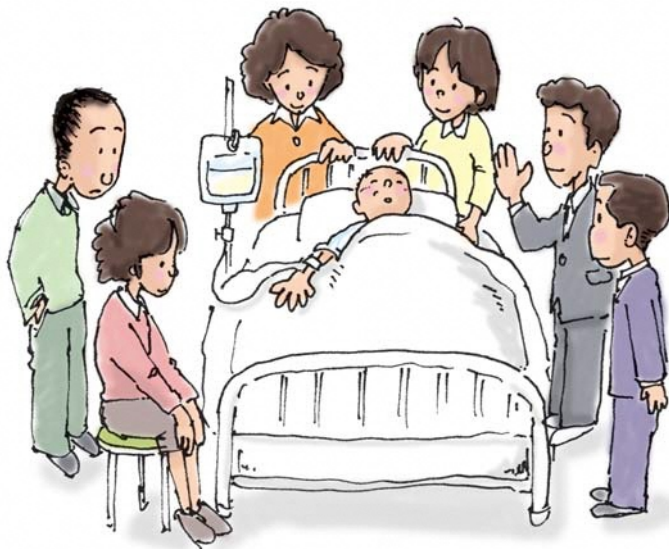
ご家族もつらいお気持ちやご心配になられると思います

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

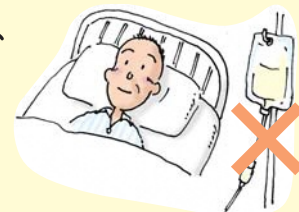
- 食事が十分とれなくても、口の渇きをいやすために、氷片、かき氷、アイスクリームを差しあげたり、うがいや口の中をきれいにするとう喜ばれることが多いです。
- 食事をすることは難しくても、マッサージ、ご家族のことを話す、お気に入りの音楽をかけるなど、食事のことのほかにも患者さんが喜ばれることがないか一緒に探しましょう。



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)