

がん性疼痛の

発生機序

がん患者の
疼痛アセスメントについて

最新がん統計

日本の最新がん統計

2019年にがんと診断された数

→999,075例(男性566,460例、女性432,607例)

2021年にがんで死亡した人数

→381,505人(男性222,467人、女性159,038人)

日本人が一生のうちのがんと診断される確率は（2019年データに基づく）

男性65.5%（2人に1人）

女性51.2%（2人に1人）

日本人ががんで死亡する確率は（2021年のデータに基づく）

男性26.2%（4人に1人）

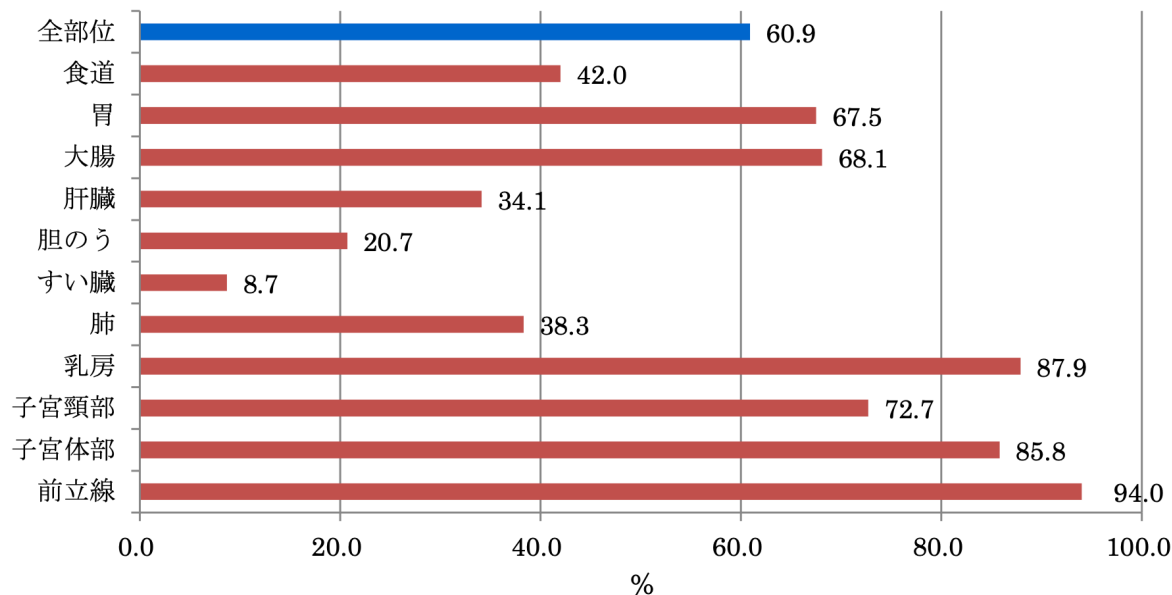
女性17.7%（6人に1人）

山口県のがん統計

2019年のがんと診断された数
→12,208例(男性6,910例、女性5,298例)

2021年のがんで死亡した人数
→4,909人(男性2,801人、女性2,108人)

山口県の総人口
1,298,572人
(令和5年8月1日現在)



出典：山口県がんサーベイランスセンター「山口県がん登録 令和元年罹患集計」(2014年診断例)

統計上、

がんと診断されて5年以内に亡くなるのは

約4割

がんと診断されてから、

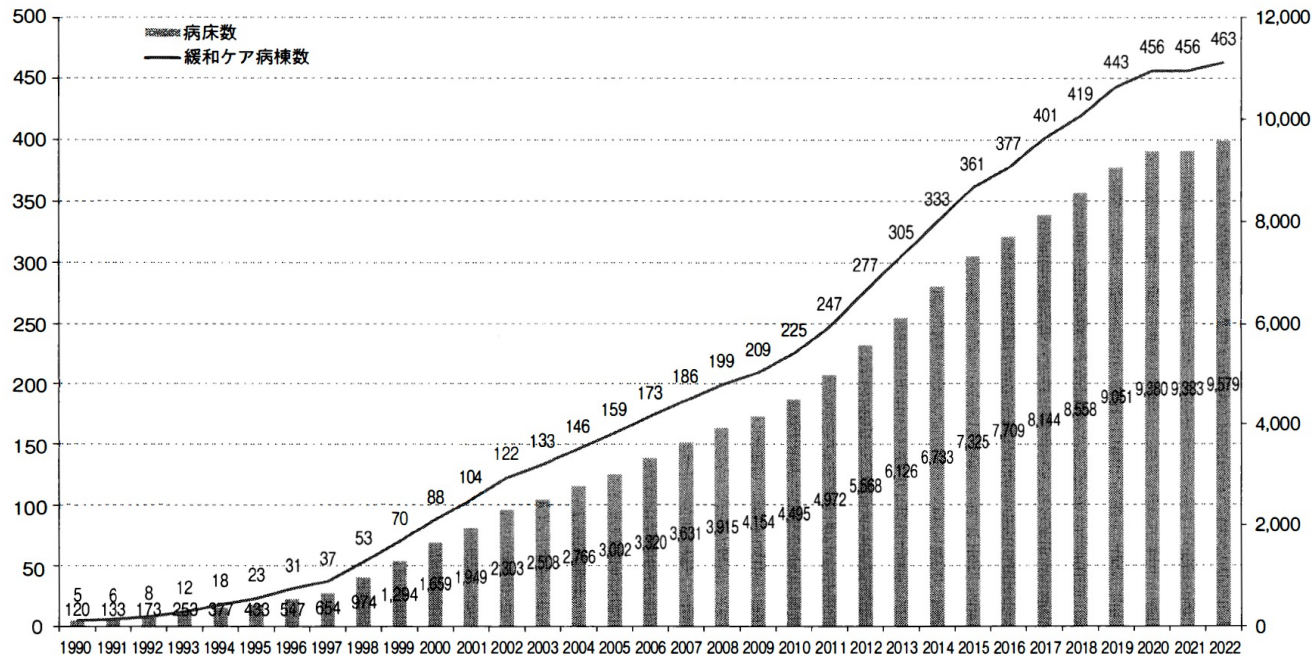
治療も含めて **どう過ごしていくか** が重要

何を **大事** にしたいのか？

どこ で過ごしたいのか？

データでみる 日本の緩和ケアの現状

緩和ケア病棟



(日本ホスピス緩和ケア協会, 2022年6月15日現在)

図1 緩和ケア病棟数・病床数

ホスピス緩和ケア白書2023

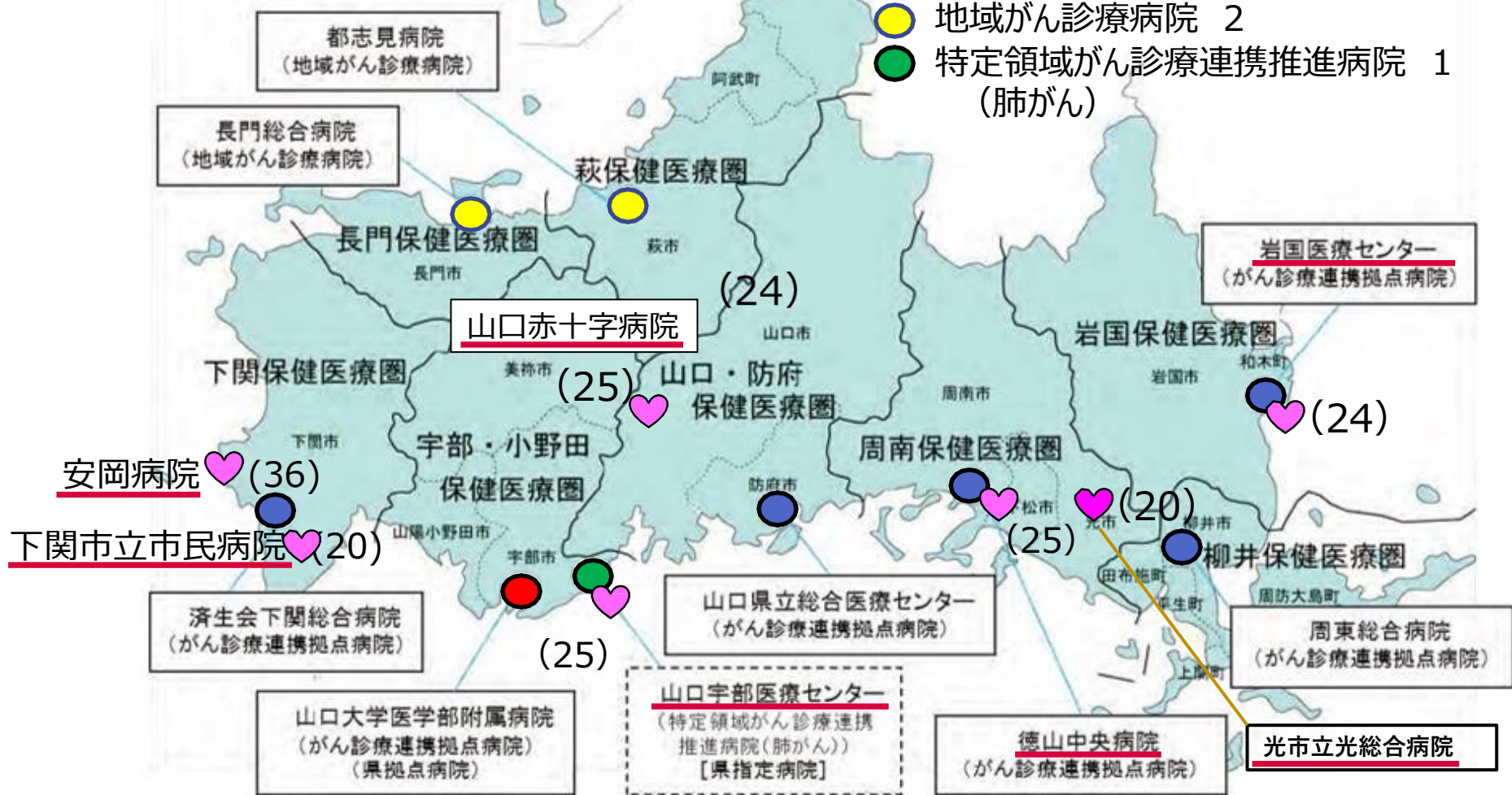
緩和ケア病棟数・緩和ケア病床数は増加してきており、
2022年には**463**施設、**9579**床になっている

山口県内の緩和ケアに関する医療資源の分布

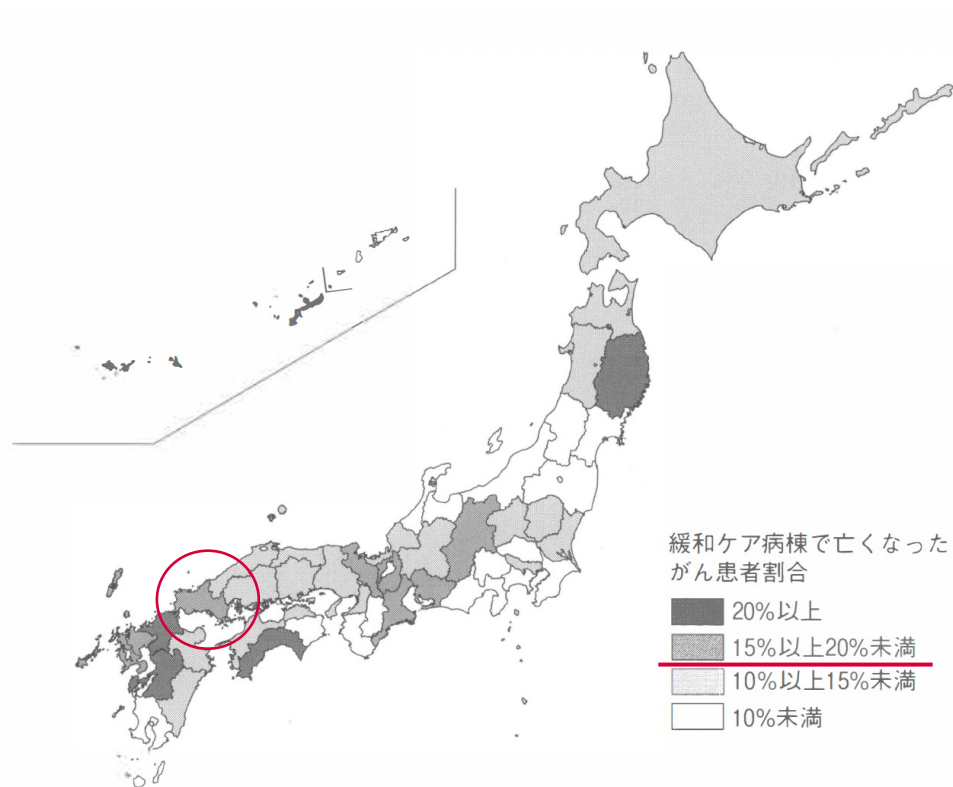
2021年

♡ 緩和ケア病棟を有する施設 7
(計195床)

● 都道府県がん診療連携拠点病院 1
● 地域がん診療連携拠点病院 5
● 地域がん診療病院 2
● 特定領域がん診療連携推進病院 1
(肺がん)



緩和ケア病棟



(日本ホスピス緩和ケア協会, 2021年度)

※日本ホスピス緩和ケア協会正会員 385 施設のうち 65 施設未回答, 12 施設公開不承諾, 5 施設一部未回答のため, 実際の数とは異なる

図2 緩和ケア病棟で死亡したがん患者の割合(都道府県別)

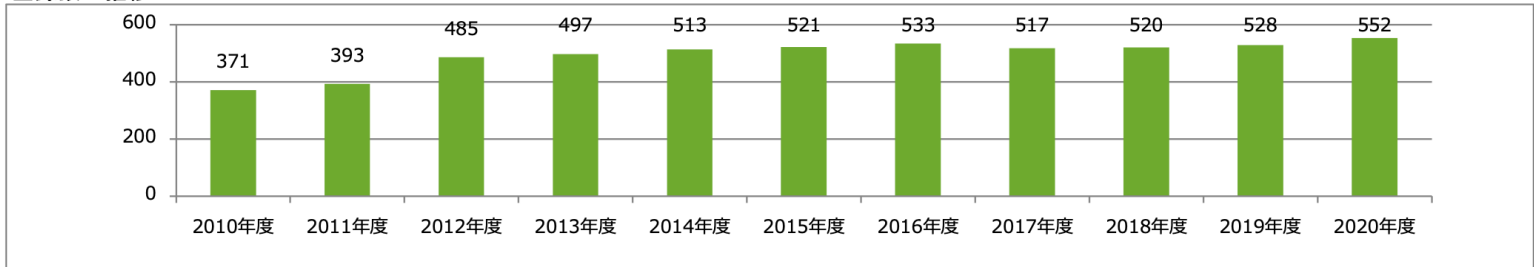
緩和ケアチーム

2021年度緩和ケアチーム登録（2020年度チーム活動）

登録数
552

※2021年7月31日時点

登録数の推移

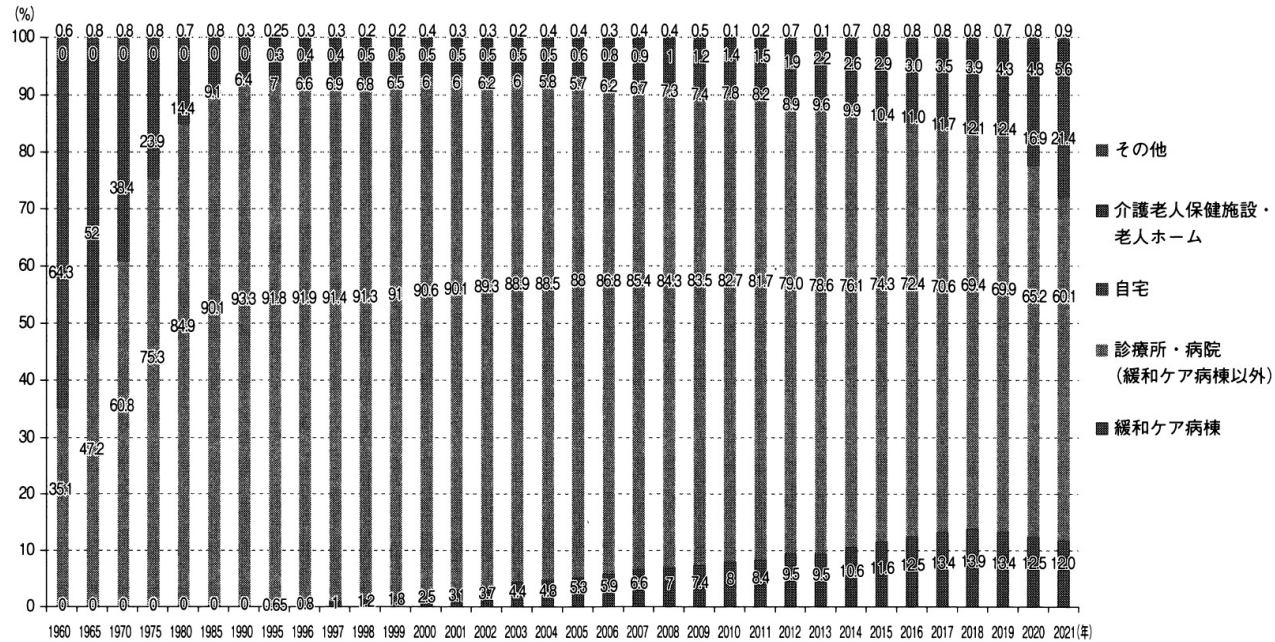


日本緩和医療学会

山口県で

緩和医療学会の緩和ケアチーム登録を行なっているのは **7** 施設

死亡場所の推移



(厚生労働省, 人口動態統計, 2021 年度)

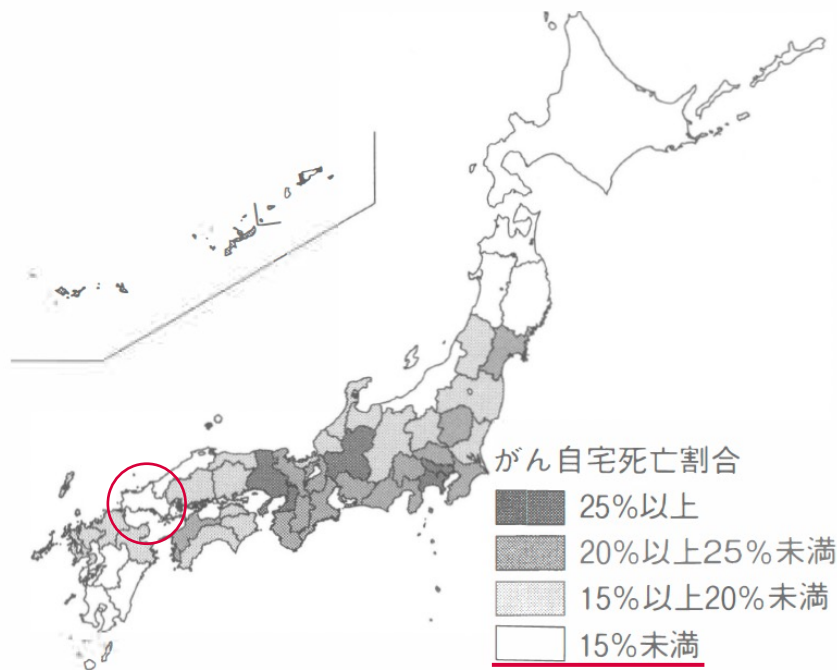
図9 死亡場所の推移 (がん)

ホスピス緩和ケア白書2023

最期まで自宅で過ごす割合は増えてきており、
2021年には**21.4%**の方が自宅で最期を迎えている

山口県のがん患者の自宅死割合

自宅死を希望して叶えられた数ではないので評価は難しいが、在宅での看取りは不十分な可能性がある



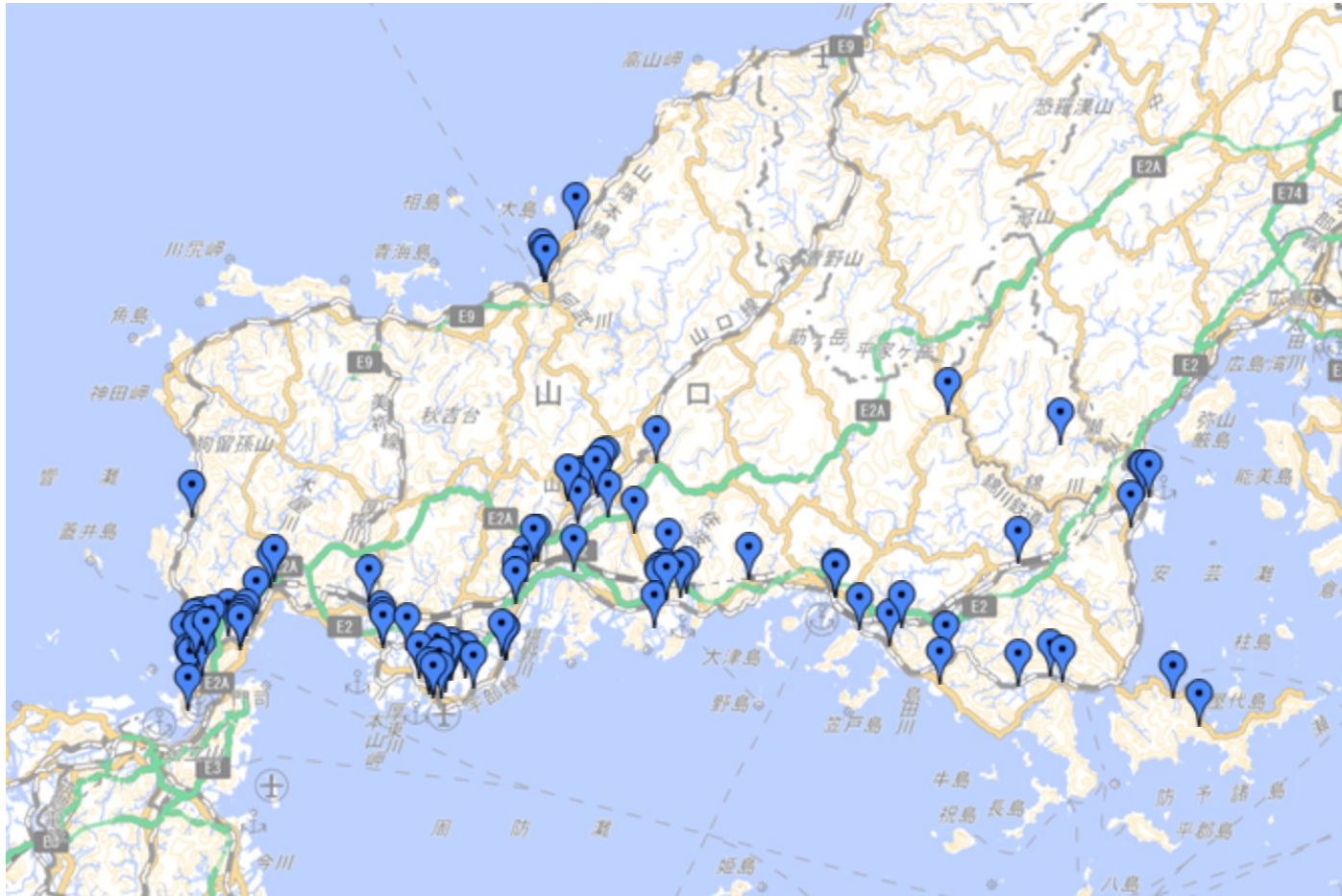
山口県内の在宅療養支援診療所は、**140** 施設

日本医師会地域医療情報システム

(厚生労働省, 人口動態統計, 2021 年度)

図 11 都道府県別自宅死割合 (がん)

山口県内の 在宅療養支援診療所



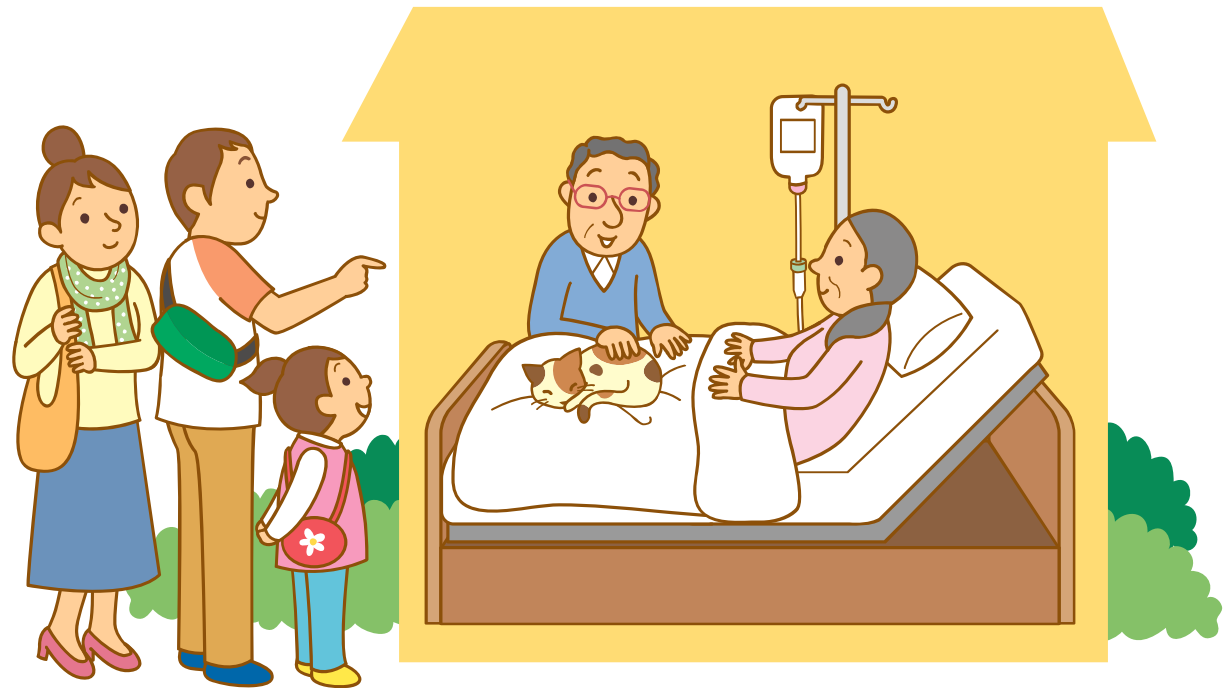
在宅療養支援診療所は山陽側に偏在

在宅移行へのバリア

最期まで自宅？

終末期に自宅療養を希望

63.3%

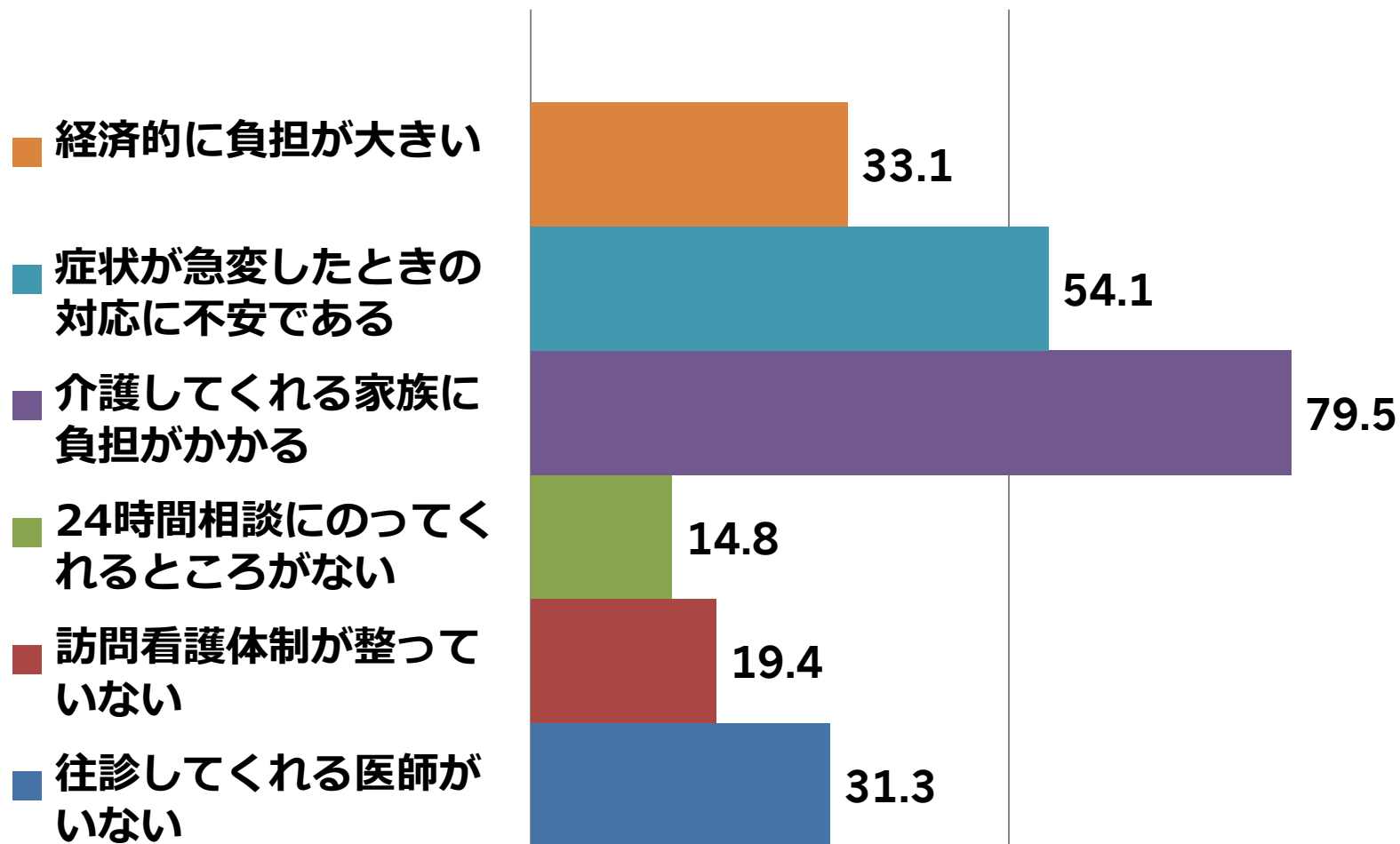


66.2%

自宅で最期まで療養するのは実現困難

厚生労働省「終末期医療に関する調査」平成20年調査結果

なぜ実現困難なのか？



厚生労働省「終末期医療に関する調査」平成20年調査結果

在宅移行へのバリア

- **医療資源の問題**

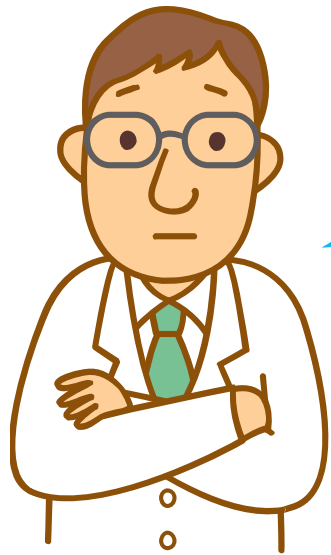
- 在宅医療を支える病院・診療所や訪問看護ステーションがない

- **本人や家族の不安や誤解**

- 家族に迷惑をかける
- 病院にいたほうが良い治療が受けられる

- **医療スタッフの認識不足や誤解**

ある臨床場面



こんな状態では、
退院はとても無理だね

ご家族は、ご自宅に
連れて帰りたいた
言っていたけど...



忘れてはいけないこと

- **家に帰れない患者はいない**

- 全ての患者が自宅に戻ることを希望しているわけではないが、自宅に帰りたいと希望する患者であれば全て在宅ケアに移行できる可能性がある

- **医療者がバリアとならない**

- 医療者側で「退院できない」と判断するのではなく、「どうすれば自宅に帰すことができるだろうか？」とまず考えてみる

緩和ケアとは？

「緩和ケア」の定義

疾患自体ではなく、疾患によって生じる問題に焦点を当てている

生命を脅かす疾患による問題に直面している

本人だけでなく
家族も対象

患者とその家族に対して、

痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、

痛みだけではない

的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、

苦しみを予防し、和らげることで、

最終目標はQOLの改善

クオリティ・オブ・ライフ（QOL）を改善するアプローチである

WHOによる緩和ケアの定義（2002）
日本ホスピス緩和ケア協会訳

分かりやすい「緩和ケア」の 説明

医療の目的 は、重い病を抱える患者やその家族一人一人の
身体や心などの様々なつらさをやわらげ、
より豊かな人生を送ることができるよう
支えていく **ことである**

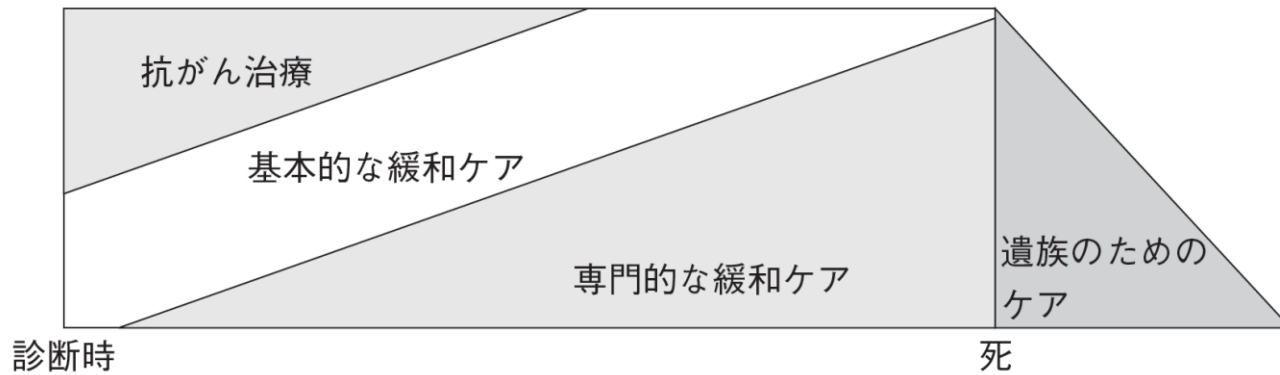
日本緩和医療学会 2014年

医療者の目指す原点では？

緩和ケア = 専門的な分野？

- 扱う症状が多彩で、
対象となる患者も早期からいわゆる末期まで幅広い
- 緩和ケアは、専門的に勉強しなければならない
特殊な分野と思われがち
- でも、すべてのがん患者の困りごとが対象であり、
緩和ケアスタッフでなければ対応できないわけではない

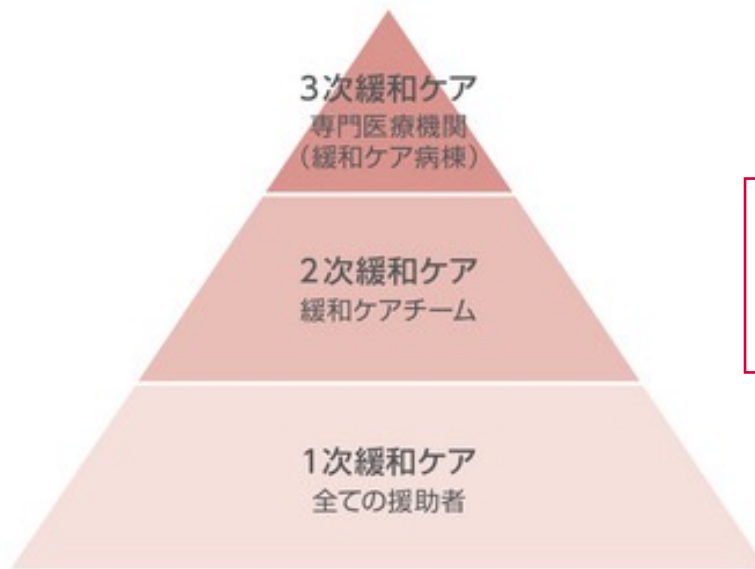
緩和ケアの専門性



これからのホスピス緩和ケア—専門性の確立と地域への普及：ホスピス・緩和ケア白書
2007

この考え方は、感染症の診断と治療のように、多くの医師に必須とされる技術・能力と、困難で複雑な病態に対応するために必要な専門医の技術・能力と分けることと同様とされている

緩和ケア診療の段階



救急医療の概念と類似していますが、緩和医療を1次、2次、そして3次という異なる3つのレベルに分けることもあります。

1次緩和ケア すべての医療者

すべての医療者に求められる
基本的な緩和ケアの能力

- 基本的な疼痛、症状コントロール
- オピオイド鎮痛剤の知識
- コミュニケーション力、チームワーク
- 活用できる医療資源の知識

1次緩和ケアはがん医療と密接な関係にある領域のひとつ

がん診療連携拠点病院指定要件

⑤緩和ケアの提供体制					
ア	緩和ケアチームを整備し、当該緩和ケアチームを組織上明確に位置付けるとともに、がん患者に対し適切な緩和ケアを提供すること。	○	○	○	○
イ	緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、がん診療に携わる全ての診療従事者により、以下の緩和ケアが提供される体制を整備すること。				
i	がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来および病棟にて行っている。また、院内で一貫したスクリーニング手法を活用すること。	○	○	—	—
ii	アに規定する緩和ケアチームと連携し、スクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛に対して、迅速かつ適切に緩和する体制を整備すること。	○	○	—	—
iii	医師から診断結果や病状を説明する際に、以下の体制を整備すること。				

がん診療において、

“すべての診療従事者に緩和ケアを提供できること”

が求められている

2次緩和ケア 緩和ケアチーム

緩和ケアの専門家による相談業務
施設内外での緩和ケアチームによる活動

心と体のサポートチーム

専門職員が連携してあなたの辛さを和らげるサポートをします！

- 専門的な痛み治療の相談
- 心のケア
- 在宅ケアとの架け橋
- チーム医療



薬剤師



身体症状担当医師
精神症状担当医師



がん性疼痛看護認定看護師
緩和ケア認定看護師



医療ソーシャルワーカー



患者さん・ご家族



管理栄養士



臨床心理士



作業療法士・理学療法士
言語聴覚士

1次緩和ケアと2次緩和ケア

1次緩和ケア

2次緩和ケア

定義

・主治医など主治療チームが行う緩和ケア

・主治療チーム以外の緩和ケアチームやがん相談、専門看護師らが行う緩和ケア

メリット

・自然で、効率が良い

・専門的な知識や技術をもとに提供される
・治療構造の外にある

デメリット

・主治医の遭遇する機会が少ない苦痛や状況がある

・信頼関係の構築に時間を要し、効率が悪い

- ・疼痛があるときにすべての患者を緩和ケアチームが診療することは効率が悪く、患者がいちいち待たされた挙句に同じ治療を受けるのでは意味がない
- ・主治医の専門によっては、遭遇する機会が少ない苦痛や状況があり、そのようなときに2次緩和ケアサービスはより豊富な経験から適切な対応を取りやすくなる
- ・ただし、2次緩和ケアの担い手は診断から治療という一連の経過を必ずしも患者と共有していないので、患者との信頼関係の構築に時間が必要であり、また複数の職種が関わることによる効率の悪さを避けられない

3次緩和ケア 緩和ケア病棟・研究機関

緩和ケアの専門入院施設
緩和ケアの教育・研究施設

- 入院での症状緩和治療
- 看取り
- 介護中の家族の休息
- 教育と研究

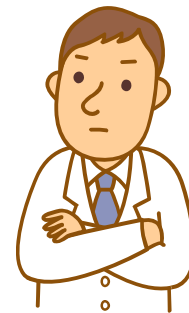
ある臨床場面

- 抗がん剤治療中の患者さん、最近痛みでつらくなった



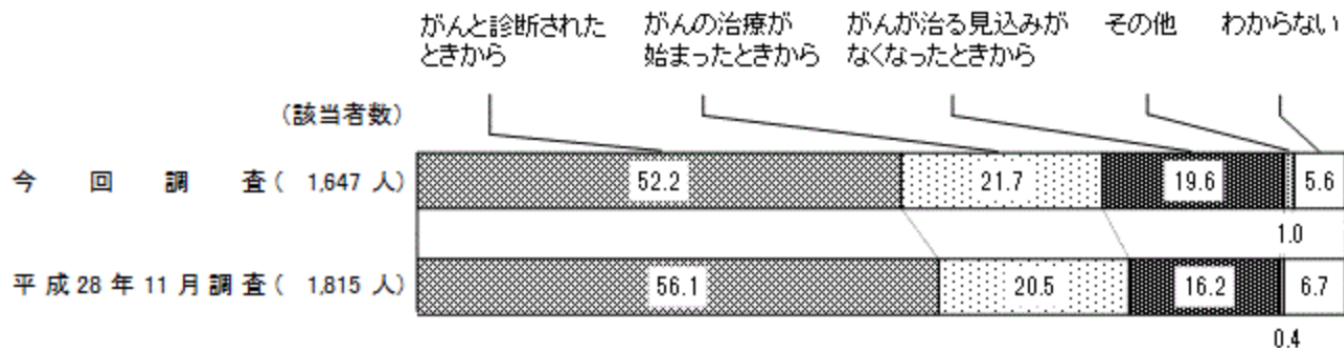
まだ抗がん剤治療中だから
痛いのは仕方ないかしら

まだ、がんの治療中だから
緩和ケアは早いな



緩和ケアのイメージ

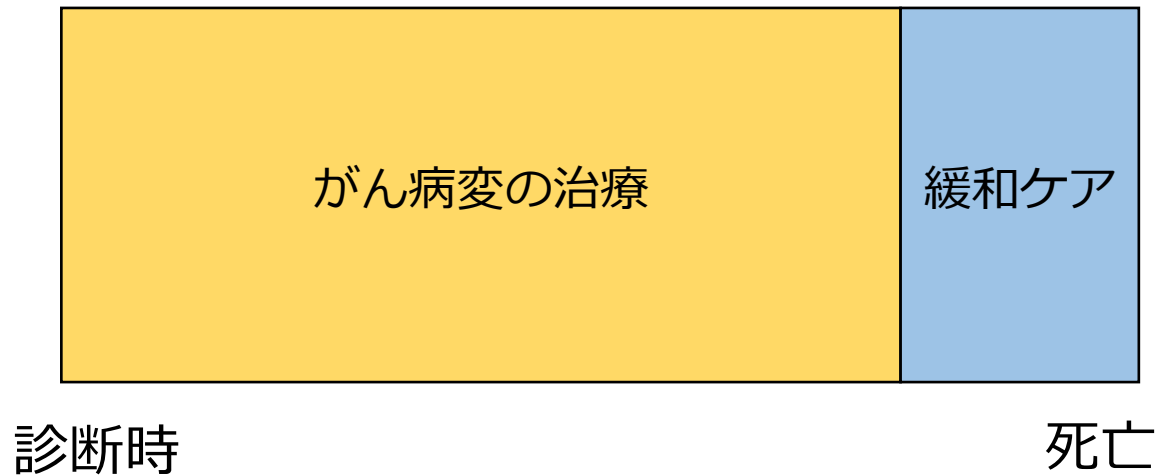
2019年度がん対策・たばこ対策に関する世論調査



「緩和ケアを開始すべき時期」について質問したところ、
「がんと診断されたときから」と回答したのは**52.2%**、
「がんが治る見込みがなくなったときから」と回答したのは**19.6%**

まだ2割近くの人が、
”緩和ケアは治療ができなくなってから受けるもの”
と認識している

従来のがん医療のモデル



世界保健機関; 武田文和・訳. がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア
ーがん患者の生命のよき支援のためにー(1993)

従来のがん医療

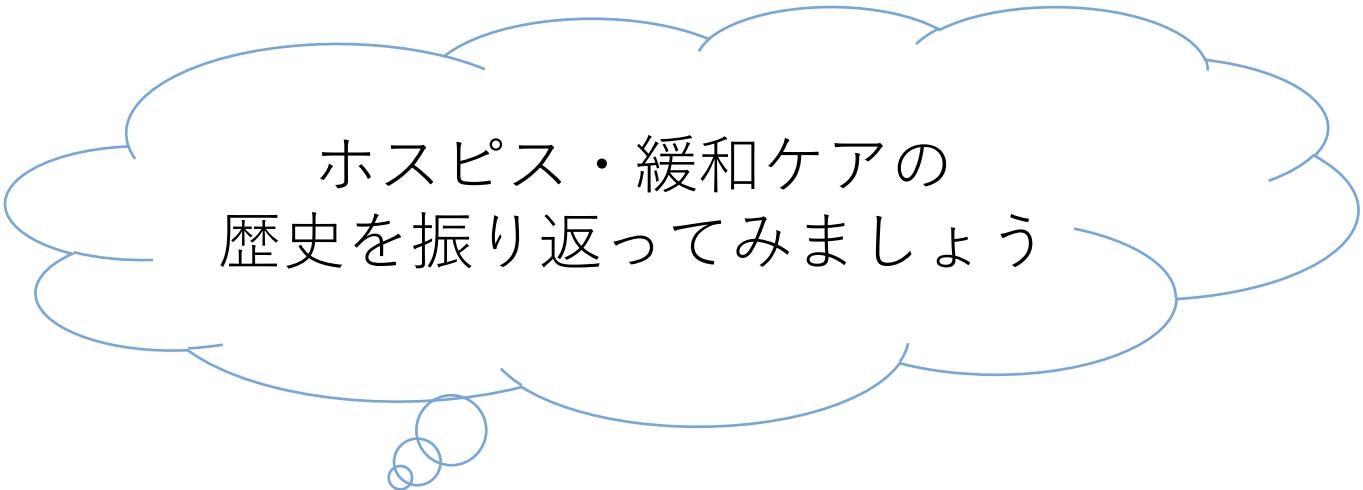
- 治療至上主義

- 治療するから緩和ケアは必要ではない
緩和ケアに対する誤解

治るためなら本当に仕方ないのか？

治療だけしておけばいいのか？

なぜこのようなイメージが
あるのか？



ホスピス・緩和ケアの
歴史を振り返ってみましょう

ホスピスのはじまり

- ホスピス

- 中世ヨーロッパで、旅の巡礼者を宿泊させた小さな教会に附属した施設
- 十字軍の遠征で傷ついた兵士
- 治療手段は限られており、自然治癒が基本
- そこで看病や看取りをしたことから、看護収容施設全般をホスピスと呼ぶようになった

対象は傷ついた巡礼者、旅人、兵士

近代のホスピス

- 1879年 アイルランド：メアリー・エイケンヘッドによる、Our Lady's Hospice 設立
(ホスピスの原型)
- 英国の植民地下で重税に苦しむ
- 飢饉や結核の蔓延
- 亡くなっていく貧しい路上生活者に安らぎの時を与えるために修道女が設立

対象は飢えと結核にさらされた人々

現代のホスピス

- 1967年 シシリー・ソンドースが現在のホスピスの礎となるセント・クリストファーホスピスを設立
- それまでがん疼痛など症状の緩和方法は確立されていなかった
- 症状緩和や緩和ケアに関する研究と実践、教育が始まった

対象はがんなど不治の病を持つ人々へ

緩和ケアに対する誤解

傷ついた人や飢えや結核に苦しむ人々に対して
限られた医療資源を用いて看病や看取りを中心とした
医療が提供されることから始まったので
治療ができなくなった人に対するケアというイメージ

わが国の緩和ケア発展の歴史

わが国の緩和ケア発展の歴史は、およそ40年余りであり、その歴史は大きく4つの時期に区分できる

- 揺籃期（1973-1980年）
- 創成期（1981-1989年）
- 成長期（1990-2006年）
- 発展期（2007年-）

わが国の緩和ケア発展の歴史 — 揺籃期

- 1973年に**柏木哲夫**が**淀川キリスト教病院**で病院内の多職種に呼びかけて始めた「死に逝く人たちのための組織されたケア」（Organized Care of Dying Patients）というチームの活動に始まる
- これがわが国で**最初のホスピスの実践**とあってよい
- その意味で、**1973年**からの**8年間**が、いわば、わが国の緩和ケアの「揺りかご」の時期、すなわち**揺籃期**である

わが国の緩和ケア発展の歴史

—創成期

- 1981年に浜松の**聖隷三方原病院**に「**聖隷ホスピス**」が開設され、そこからの**10年間**がわが国の緩和ケアの歴史における創成期
- 聖隷ホスピスは、わが国で**最初の施設型ホスピス**で、聖隷三方原病院内の病棟の**1つ**として開設された
- 1987年に「**がんの痛みからの解放—WHO方式がん疼痛治療法**」がわが国に紹介され、同時期にWHOがホスピスから発展した**緩和ケアの概念**を国際的に普及させようとして、**緩和ケアという言葉**が**1990年前後**にわが国に紹介され、使われるようになった

わが国の緩和ケア発展の歴史

— 成長期

- 1990年に健康保険の診療報酬に「緩和ケア病棟入院料」が新たに設けられ、それを契機にわが国で緩和ケアは緩和ケア病棟という病院内の施設を中心に急速に発展した
- 1990年以降は、緩和ケア病棟に医療保険による財政基盤ができた、わが国の緩和ケアにとって画期的な時期であった
- 英国をはじめ欧州や米国ではホスピスは、それまで主として寄付を財政基盤として運営されることが多かったが、緩和ケアを医療の一部として取り入れた日本、カナダ、オーストラリアなどでは医療保険や公的医療に組み入れて普及が進んだ

わが国の緩和ケア発展の歴史

— 発展期

- 2007年4月のがん対策基本法施行とそれに基づくがん対策推進基本計画策定は、わが国の緩和ケアが成長期から発展期へと変わる転換点となった
- 2007年以降、緩和ケアは医療保険の診療報酬のみならず、がん医療政策の重点課題として取り組まれるようになった
- そして、緩和ケアを提供する場所は緩和ケア病棟だけでなく、緩和ケアチームにより病院内の一般病棟へと広がった

わが国の緩和ケア発展の歴史

—特徴

- ① 病院の入院施設としての緩和ケア病棟から始まり、それが中心となって発展してきた
- ② 医療保険の診療報酬に緩和ケアが導入され、財政的にも制度的にもそれが基盤となって発展してきた
- ③ 緩和ケアの対象疾患は主にがんであり、そのためがん医療の政策的な重点課題として発展してきた

がん対策基本法

- がん対策基本法の基本理念

- がんに対する研究の推進

- がん医療の均てん化の促進

- がん患者の意向を十分尊重したがん医療提供体制の整備**

がん対策推進基本計画

重点的に取り組むべき課題

- 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実
とこれらを専門的に行う医療従事者の育成
- **がんと診断された時からの緩和ケアの推進**
- がん登録の推進
- 働く世代や小児へのがん対策の充実

(平成24年6月 閣議決定)

診断時からの緩和ケアの効果

- 診断時から、治療と並行して外来で、緩和ケア診療を実施すると...
 - 抑うつ、不安を持つ患者が有意に減少
 - QOLが良好に保たれる
 - 予後が2.7ヶ月延長

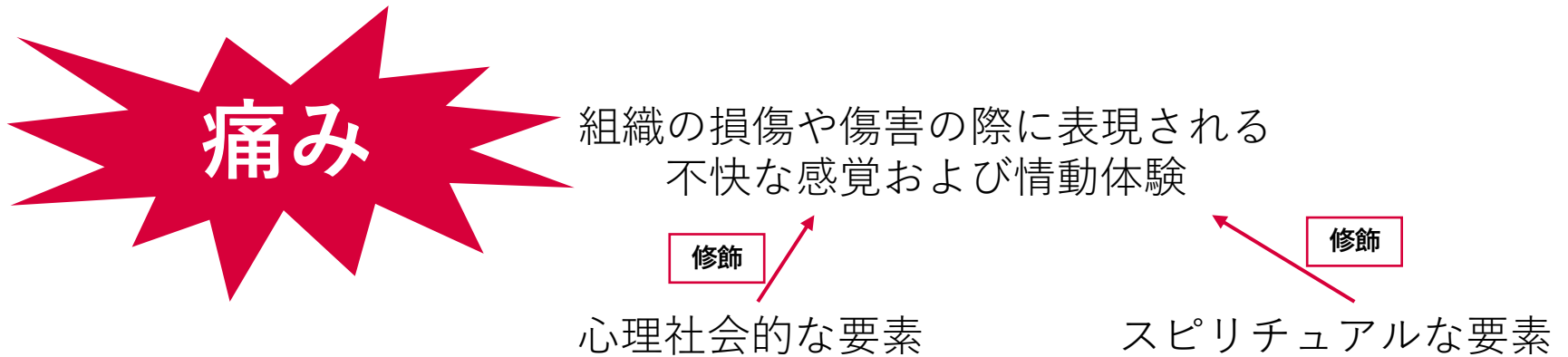
診断時からの緩和ケア

- 根治目的の化学療法副作用コントロール
- 長期間の治療の精神面のサポート
- 手術前の化学療法施行中の痛みのコントロール
- 小児がんの子供をもつ親のサポート ...etc

いわゆる終末期に生じるつらさだけではなく、
がんと診断されてから治るまで、天寿を全うするまでの
すべての期間のつらさが対象になります

疼痛緩和の 基本的な考え方

痛み



適切に痛みの原因やその特徴を診断し、速やかに痛みへのアプローチを開始することが肝要である。痛みは主観的なものであり、客観的には十分に評価できないことを認識する。

痛みの分類

- 体性痛
- 内臓痛
- 神経障害性疼痛

体性痛

定義

皮膚や骨、関節、筋肉、結合組織といった体性組織への機械的刺激（切る、刺す、破壊する・される、重力がかかる、など）が原因で発生する痛み

痛みの特徴

術後早期の創部痛、筋膜や筋骨格の炎症や損傷、攣縮に伴う痛み、がんの場合には腫瘍の浸潤（骨転移など）によるものなどが挙げられ、組織への損傷が原因となる。多くは、痛みが損傷部位に限局しており圧痛を伴う。持続痛に加えて、体動や荷重に随伴して痛みが増強することや、短時間で悪化する拍動性の痛みやうずくような痛みが起こる。

治療薬の選択

一般的に非オピオイド鎮痛薬・オピオイドが有効である。たびたび短時間で増強する一過性の強い痛みが生じるため、効率的なレスキュー薬の使用方法を検討する。また、骨転移痛ではデノスマブ、ビスホスホネートなどのbone-modifying agents (BMA)、筋攣縮による痛みでは筋弛緩作用のある薬剤、さらに鎮痛薬では十分な効果が得られないような痛みには病態に基づいた判断のもとで鎮痛補助薬などの併用を検討する。

内臓痛

定義

内臓は体性組織と異なり、切る、刺すなどの刺激では痛みを起ささない。食道、胃、小腸、大腸、胆嚢、胆管、尿路、膀胱などの管腔臓器は炎症や狭窄・閉塞による内圧の上昇、肝臓や腎臓では周囲の被膜への炎症の波及や臓器腫大による伸展、膵臓は周囲の神経叢に炎症の波及や腫瘍浸潤、腸間膜・腹膜や胸膜では炎症の波及や腫瘍浸潤、伸展が生じた際に痛みが引き起こされる。

痛みの特徴

体性痛に比してC線維を介して痛み刺激を脊髄に伝えることから、痛みの性状がはっきりしないことが多い。また一次ニューロンから複数の脊髄レベルに分散して入力されることや関連痛を引き起こす（例：肝胆道系の内臓痛で右肩に放散痛が生じるなど）こともあり、体性痛に比べて痛みの局在が不明瞭になりやすい。

治療薬の選択

腫瘍などによる浸潤・炎症によって生じる痛みには非オピオイド鎮痛薬・オピオイドが有効である。管腔臓器が炎症や狭窄・閉塞によって内圧が上昇して生じる痛みには減圧処置、感染を伴っているならば感染症の治療を行う必要がある。便秘による腸管内圧の上昇には便秘に対する治療を行う。腫瘍浸潤などにより腸管の狭窄・閉塞を来している場合には、消化液分泌量の減少や消化管蠕動低下を期待して鎮痛を目的にオクトレオチドやブチルスコポラミンなどを用いることも選択肢の一つである。また腫瘍により臓器被膜や管腔臓器に炎症が波及し浮腫による痛みや狭窄・閉塞が生じている場合には、鎮痛目的としてコルチコステロイドを用いることも選択肢の一つである。

神経障害性疼痛

定義

体性感覚神経系の病変や疾患によって引き起こされる痛みと定義され、痛覚を伝導する神経の直接的な損傷やこれらのする痛みである。がん患者では腫瘍の増大とともに末梢神経や脊髄神経、脳、軟髄膜の圧迫、巻き込みなどが生じると神経障害性疼痛が生じるほか、手術療法、化学療法、放射線治療などが神経障害性疼痛の原因となりうる。

痛みの特徴

損傷された神経の支配領域にさまざまな痛みや感覚異常が生じ、しばしば運動障害や自律神経系の異常（発汗異常、皮膚色調の変化）を伴う。刺激に依存しない「刃物で刺すような」、「焼けるような」、「ビーンと走るような」痛みや、通常では痛みを引き起こされないような刺激によって誘発されるアロディニアが生じる。通常、神経が損傷されると、その神経の支配領域の感覚は低下するが、痛覚過敏やしびれ感などの感覚異常が認められる。がんによる神経障害性疼痛では、神経周囲の体性組織や内臓にも浸潤し侵害受容性疼痛が混在していることが多い。加えて腫瘍は進行性に進展・浸潤していくため痛みの病態は変化しやすいことなどから、神経障害性疼痛の診断が難しいことがある。

治療薬の選択

非オピオイド鎮痛薬・オピオイドの効果が乏しい際には、鎮痛補助薬の併用を考慮する。

関連痛

そんなところに病変はないのに、なぜ！？

関連痛

病巣の周囲や病巣から離れた場所に発生する痛みを関連痛と呼ぶ。

内臓のがんにおいても病巣から離れた部位に関連痛が発生する。

内臓が痛み刺激を入力する脊髄レベルに遠心路核をもつ筋肉の収縮に伴う圧痛、交感神経の興奮に伴う皮膚血流の低下や立毛筋の収縮を認める。

上腹部内臓のがんで肩や背中が痛くなること、

腎・尿路の異常で鼠径部が痛くなること、

骨盤内の腫瘍に伴って腰痛や会陰部の痛みが出現すること

などが挙げられる。

デルマトームとヴィセロトーム

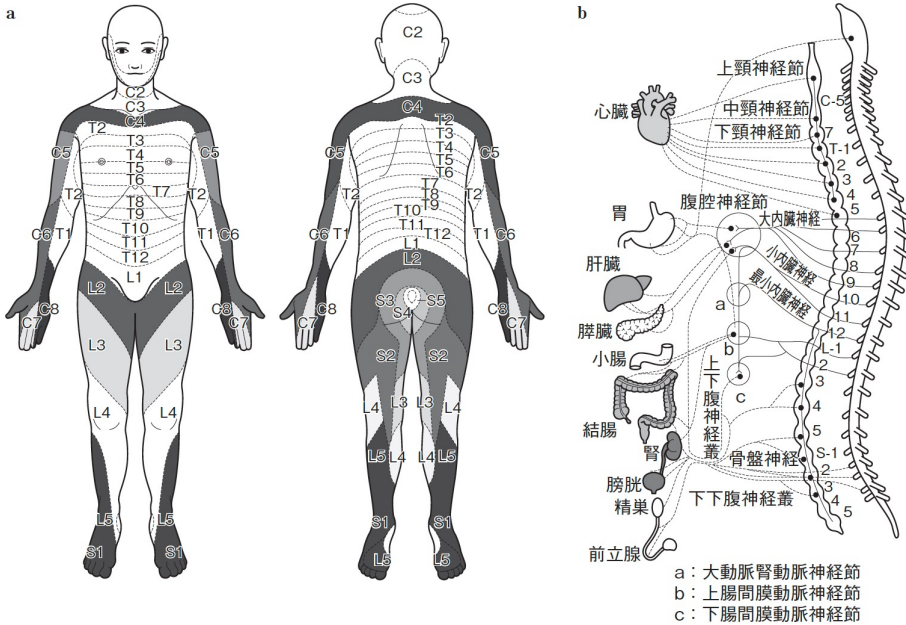


Fig. 1 デルマトーム (a) とヴィセロトーム (b)

表1 内臓と筋収縮に伴う痛みの出現部位

内臓と痛み入力	収縮筋群	支配神経	関連痛の出現場所
上腹部 (胃、肝・胆・膵、脾)	胸部後壁筋群 肋骨挙筋・胸多裂筋 内・外肋間筋	脊髄神経後枝内側枝 肋間神経	背部
肝臓	胸部前側壁筋群 内・外腹斜筋	肋間神経	側腹部
膵臓	腹直・腹横筋	腸骨下腹神経, 腸骨鼠径神経	
小腸			
結腸			
腎	腰部後壁筋群 腰方形筋 腸腰筋	腰神経叢 腰神経叢, 大腿神経	腰背部
膀胱			
精巣			
前立腺			
骨盤	直腸・会陰部筋群	骨盤神経叢	臀部・会陰部
会陰 (膀胱, 直腸, 前立腺)	肛門挙筋 肛門・尿道括約筋		

骨転移痛症候群と内臓痛症候群

表3 骨転移痛症候群（脊椎）

腫瘍の部位	痛みの特徴	随伴症状・その他	
脊椎	頸椎	後頭部の痛み、頭頂部に放散する痛み 肩や上肢に放散する痛み、びりびりした痛み	運動による痛みの悪化 上肢の進行性の感覚・運動機能障害
	腰椎	腰部正中の痛み、仙腸骨、鼠径部痛 下肢に放散する痛み、びりびりした痛み	運動や重力のかかる体制で痛みの悪化 上肢の進行性の感覚・運動機能障害
	仙骨	腰部正中の痛み 臀部や下肢に放散する痛み、びりびりした痛み	肛門周囲や下肢の感覚・運動機能低下 膀胱・直腸障害
硬膜外脊髄圧迫	背部痛 障害脊髄レベルの神経根痛領域の締め付ける痛み 障害脊髄レベル以下のびりびりした痛み	進行性対麻痺、感覚障害、膀胱・直腸障害 脊髄や神経根が離断する際には非常に強い痛みが生じる	

表4 主な内臓痛症候群

症候群名	原因	痛みの特徴
肝拡張症候群	肝被膜の急激な伸展 圧迫による胆管、血管内圧上昇	右季肋部・側腹部・背部痛 右頸部、肩、肩甲骨部の関連痛
正中後腹膜症候群	膵臓がん、後腹膜、腹腔リンパ節転移 膵・胆管などの脈管閉塞 腹腔神経叢浸潤	上腹部・背部の局在不明瞭な鈍痛 仰臥位で増悪、坐位で改善
がん性腹膜炎	腹部・骨盤腫瘍の体腔への広がり 腹膜炎、腹水 腸間膜の癒着	腹部膨満感を伴う痛み 腸閉塞に伴う間欠的疝痛*
悪性会陰部痛	大腸・直腸、泌尿生殖器系のがんの骨盤底浸潤、深部筋層への浸潤	うずくような持続痛が坐位や立位で増強 テネスムス、膀胱攣縮に伴う頻尿を伴うことがある
尿管閉塞	小骨盤、後腹膜内の腫瘍、リンパ節の圧迫や浸潤	側腹部の鈍痛 鼠径部・性器に関連痛 腎盂腎炎併発で下腹部、排尿時痛を伴う
卵巣がんに伴う痛み	卵巣がんの浸潤、転移	中等度以上の下腹部、殿部痛 痛みのみが再発の唯一の徴候のことがある
肺がんに伴う痛み	肺がんの浸潤、転移	上葉のがんは肩に、下葉のがんは下胸部に関連痛を起こす 副腎転移を起こしやすく、側腹部痛の原因となる

*疝痛：消化管の攣縮に伴う激しい痛み

関連痛を念頭においた がんの痛みの診断

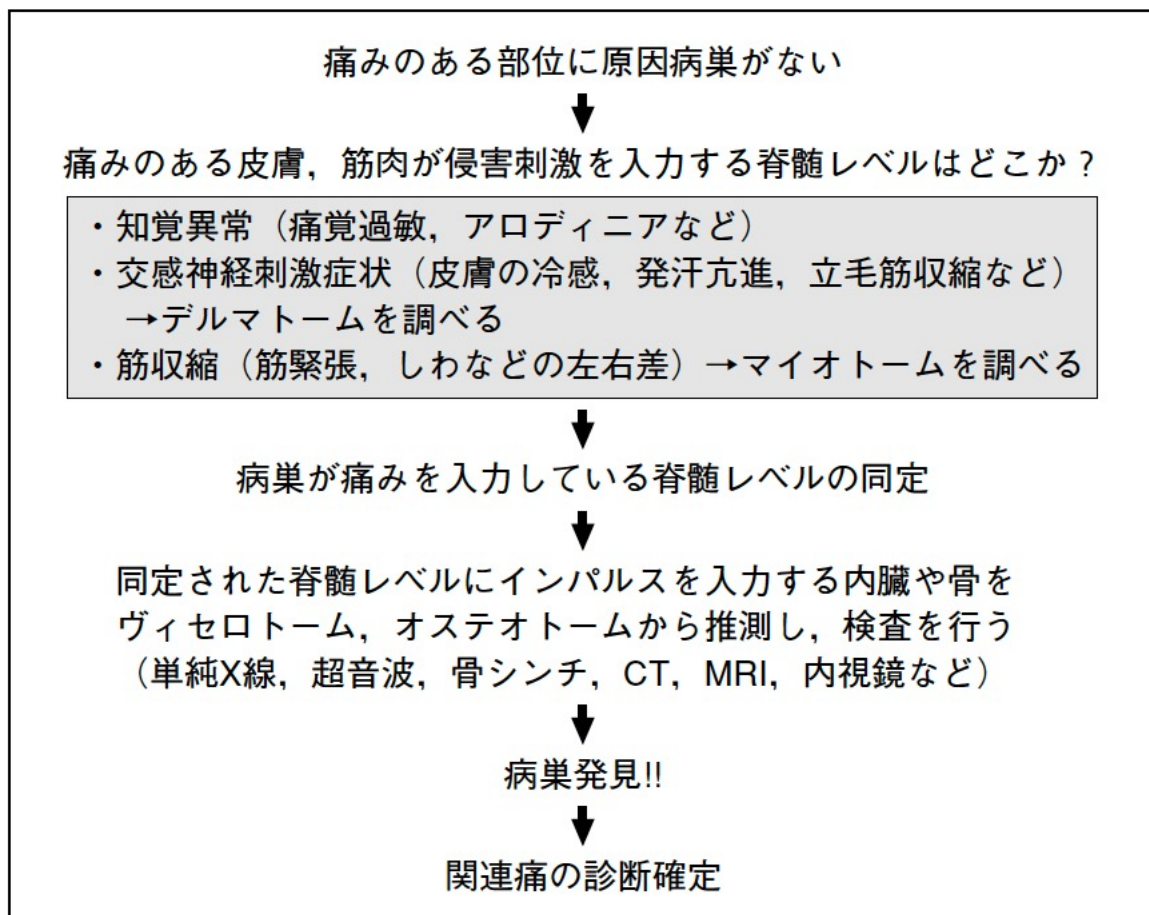


図6 関連痛を念頭においたがんの痛みの診断

痛みの パターンによる分類

持続痛

定義

「1日のうち12時間以上持続する痛み」として患者によって表現される痛み。

特徴

持続痛は定期的に投与される鎮痛薬を用いて緩和する。しかし病状や全身状態の変化、治療の状況により、持続痛が徐々に悪化していく場合や急激に悪化する場合がある。そのため鎮痛薬の投与量が不十分になる可能性を念頭において定期的な評価を行う。また定期的に投与される鎮痛薬の血中濃度の低下によって鎮痛薬の投与前に痛みが出現する場合（鎮痛薬の切れ目の痛み）があり、その際は定期鎮痛薬の増量や投与間隔の変更を検討する。

突出痛

定義

定期的に投与されている鎮痛薬で持続痛が良好にコントロールされている場合に生じる、短時間で悪化し自然消失する一過性の痛み。

特徴

痛みの発生からピークに達するまでの時間の多くは5～10分程度と短く、持続時間は30～60分程度である。痛みの発生部位は約8割が持続痛と同じ場所であり持続痛の一過性増強と考えられているため、レスキュー薬を頻繁に使用している場合には、持続痛が増悪していないか再評価する。

表2 突出痛のサブタイプ

突出痛	体性痛	内臓痛	神経障害性疼痛
予測できる突出痛	歩行、立位、座位保持などに伴う痛み（体動時痛）	排尿、排便、嚥下、咳嗽などに伴う痛み	姿勢や体動による神経圧迫などの刺激に伴う痛み
予測できない突出痛			
・痛みの誘因があるもの	ミオクローヌス、咳嗽など不随意的動きに伴う痛み	腸管や膀胱の攣縮などに伴う痛み（疝痛 ^{*1} など）	脳脊髄圧上昇や、不随意的動きによる神経の圧迫
・痛みの誘因がないもの	特定できる誘因がなく生じる突出痛		

※痛みの誘因のある、「予測できる突出痛」と、「予測できない突出痛」のうち「痛みの誘因があるもの」をあわせて、「随伴痛」^{*2}と呼ぶことがある。

痛みの包括的評価

痛みの包括的評価

痛みの治療は評価から始まる。

包括的評価は疾患の診断過程と同様に、病歴聴取、身体診察、検査結果などから総合的に行う。

痛みの包括的評価の主たる目的

- ①痛みの原因、病態を同定する
- ②疼痛強度や生活への影響をふまえて治療目標を設定する
- ③適切な痛み治療を計画・調整する

治療は鎮痛薬だけでなく、原因に対する治療や痛みに影響を与える因子に対するアプローチを含み、**多職種での取り組み**を要する。継続した評価のなかで、新たな痛みの病態が出現し治療計画の変更を要したり、オンコロジーエマージェンシーが診断されて治療につながることもある。また適切な評価を行う過程で、**やり取りを通じて患者との信頼関係の構築**が促進され、その過程自体がケアになり得る。

観察

痛みは主観的な症状であり、患者自身の痛みの表現を尊重すべきであるが、表情や日常生活動作の観察は、痛みの強さや日常生活への影響などの評価に寄与する。また、家族・多職種で情報を共有することで観察の継続性を得ることができる。客観的な観察と患者自身の表現との間に大きな乖離があった場合には、せん妄や抑うつ、強い心理社会的苦痛などがないか注意する。

問診

問診

1. 痛みの部位・範囲
2. 痛みの経過
3. 痛みの強さ
4. 痛みのパターン
5. 痛みの性状
6. 痛みの増悪因子・軽快因子
7. 痛みによる日常生活への影響
8. 痛みに影響を与えるその他の因子
9. 現在行っている治療への反応、有害事象
10. 治療目標を設定する

痛みの部位・範囲

痛みの部位・範囲は、その原因を考えるうえで最も有用な情報源となりうる。局在する痛みでは体性痛、局在が不明瞭な痛みでは内臓痛、デルマトームに一致する痛みでは神経障害性疼痛を考える。

患者は最も強い疼痛部位のみを申告していることがあるので、他にも痛い場所がないか確認する。経過やその後の診察の所見、画像検査所見などをあわせて痛みの原因となる病変、病態を推定する。

痛みの経過

いつから痛みがあるのか、どのように痛みが始まり、その後増悪、不変、軽快しているかについて確認する。

以前からの痛みであれば整形外科的疾患や術後の慢性痛など
がん疼痛でないことがある。

突然の強い痛みや急激な増悪傾向は骨折、消化管穿孔、感染症、出血などの合併症が出現した可能性があるため、必要に応じて
検査を行う。

痛みの強さ

痛みの強さは**主観的評価**が基本となる。
治療効果判定に必要なため**初診時に適切に評価**しておくことが重要である。

痛みの強さは、現在の痛み、一番強い時の痛み、一番弱い時の痛み、1日の平均の痛みに分けて評価するとよい。
さらに、安静時の痛み、体動時の痛みに分けて評価することも治療法を決めるうえで参考となる。

評価法としては、**Numerical Rating Scale (NRS)**が一般的である。
NRSは、痛みが全くないのを**0**、考えられるなかで最悪の痛みを**10**として点数を問い、痛みの強さを評価する。

痛みのパターン

痛みのパターンは、1日のうち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。痛みのパターンを知ることは治療方針の決定に役立つ。

持続痛に対しては鎮痛薬の定期投与や増量、突出痛に対してはレスキュー薬および突出痛の病態に応じた治療を検討する。

突出痛は、増悪因子があるものは増悪因子を同定し、予測できる増悪因子は避けるもしくは予防的に対処することを検討する。

痛みの性状

痛みの性状は病態を同定する有用な情報となる。体性痛では「ズキズキする」「鋭い」など、内臓痛では「鈍い」「重い」「押されるような」など、神経障害性疼痛では「ビリビリ」「ジンジン」「電気の走るような」などと表現されることがある。がん疼痛では病態は単一ではないことも多いが、優位な痛みの病態を推定することが薬剤選択の参考となる。「狂いそうな」「死にたくなるような」といった表現は非常に高度な痛みである他に、心理社会的な苦しみ¹が背景にある場合がある。

痛みの性状

鋭い	ズキズキ	脈打つような（ズキンズキン）		体性痛
ヒリヒリ	しみるような			
鈍い	重い	ズーン	ギューツ	内臓痛
圧迫されたような				
電気が走るような（ビリビリ）		キリキリ	ジンジン	神経障害性疼痛
ビーンと走るような		正座をした後のしびれるような		
締めつけられるような		針で刺すような	チクチク	
チリチリ	ビリビリ	引きつるような	突っ張るような	
焼けるような				筋れん縮による痛み
こるような	筋肉がけいれんするような			

余宮きのみ:ここが知りたかった緩和ケア, 増補版, 南江堂, 東京, p80, 2016より

**検査を行わずに痛みの種類が推測できるので、
診察時に性状を尋ねるのは重要です**

痛みの増悪因子・軽快因子

痛みが強くなる、または和らぐ要因について質問する。
これらを把握し、増悪する要因を避ける、
予防的に鎮痛薬を使用する、軽快する方法を検討する。

増悪因子

体動、姿勢、食事、排泄、時間（夜間など）、
鎮痛薬の効果の切れ目など

軽快因子

安静、保温・冷却、マッサージなど

痛みによる日常生活への影響

痛みにより日常生活（睡眠、食事、排尿・排便、移動、入浴、更衣など）にどの程度支障を来しているのかを評価する。

また社会生活（全般的な活動、外出、仕事、他人との関係、趣味・娯楽など）への影響も評価する。

痛みに影響を与えるその他の因子

全人的苦痛の枠組みを参考に、痛みに影響を与える因子を評価する。

不安、抑うつ、不眠、せん妄などの精神的苦痛、経済的な不安、孤立、社会的役割の喪失などの社会的苦痛、苦悩や絶望感などのスピリチュアルペインは痛みの感じ方を増強させる。

一方、楽しみ、睡眠、支持的な関わり、家族や人との交流などは痛みの感じ方を軽減する。

現在行っている治療への反応、有害作用

現在行っている痛みの治療の効果を評価する。

これまでの処方内容と指示どおり服用できているかを確認のうえ、持続痛の強度、突出痛の頻度と強度、レスキュー薬の使用回数と効果について評価する。

服用ができていないときは、その理由や痛みの治療薬についての認識を評価する。オピオイドを用いていれば主たる有害作用として悪心、便秘、眠気について確認する。また、内服が負担になっていないか確認し、不要な薬剤はないか、投与回数や錠数を減らせる工夫がないかなども検討する。

薬物療法以外に放射線治療や神経ブロックなどが行われていればそれについても効果や有害事象の有無について評価する。

治療目標を設定する

患者がどの程度の痛み、影響であれば許容できるのかを確認し、価値観を尊重したうえで現実的な治療目標を立てる。

治療目標はNRSなどの疼痛強度だけでなく、

例えば、

睡眠がとれるようになる

→座って食事がとれるようになる

→移動が可能になる

といった生活の改善について段階的な形で目標を設定すると、患者との目標の共有や積極的な治療への参加につながりやすい。

お金も大事

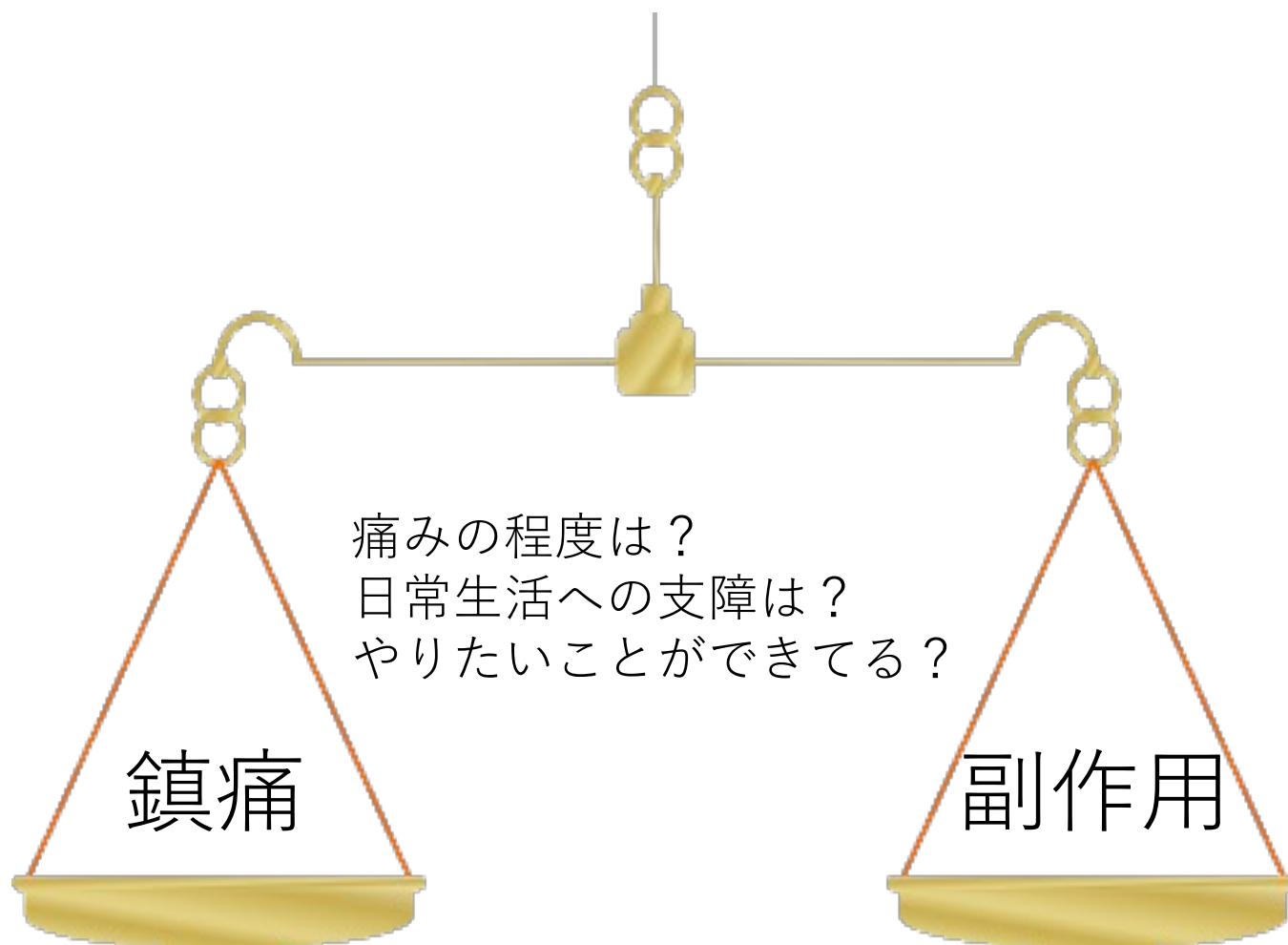
- がんの治療自体にもお金がかかるし、症状緩和のためのお金もかかります。
- ナルデメジン＋リナクロチド
→約470円/日 →3割負担で約140円/日
→便秘対策だけで約4200円/月
- MSコンチン®120mg/日（30mg 4錠） 約2800円/日
- オキシコンチン®80mg/日（10mg 8錠） 約2000円/日
- 高額療養費制度などサービスの調整が必要

MSWなど専門家との連携が必須

がん性疼痛と慢性疼痛

- がん性疼痛と慢性疼痛は元々は全く異なるものですが、似ている要素も多くあります
- また、がん治療が終了し、慢性疼痛へと移行する場合があります
- 痛みに関しては、慢性疼痛の考え方の中でがん性疼痛へと通じるものもあるので紹介したいと思います

痛みの治療はバランスが大事



痛みの治療の目標設定

CQ A-4 慢性疼痛治療における目的と最終目標は？

慢性疼痛患者の痛みをゼロにすることは困難である。痛みの軽減は慢性疼痛治療の最終目標の一つではあるが、**第一目標ではない**。医療者は患者の痛みの管理を行いながら、患者の生活の質（**QOL**）や日常生活動作（**ADL**）を向上させることを治療の目的とすべきである。

痛みの治療の目標設定

慢性痛患者さんのゴール設定

患者のイメージするゴール → **完全除痛**
医療者のイメージするゴール → **痛みの緩和、ADL、QOLの改善**



医療者と患者の認識共有が重要



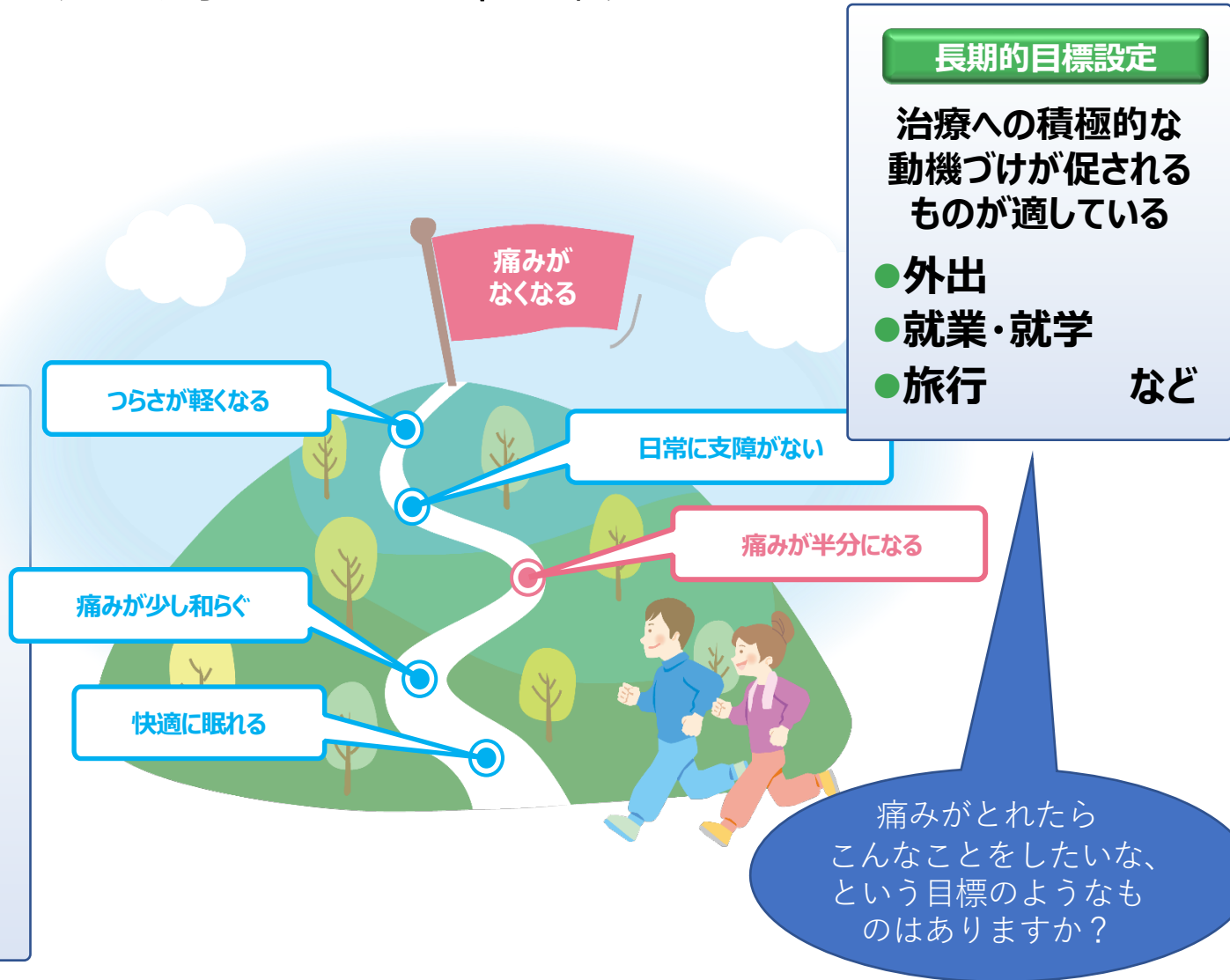
ゴール：QOLやADLを最大限に改善すること

痛みの治療の目標設定

短期的目標設定

日常動作の改善が
指標として適している
(無理なく達成しやすい目標にする)

- 睡眠 (質と時間)
- 起床
- 着替え
- 座位保持時間
- 歩行距離
- 家事動作 など

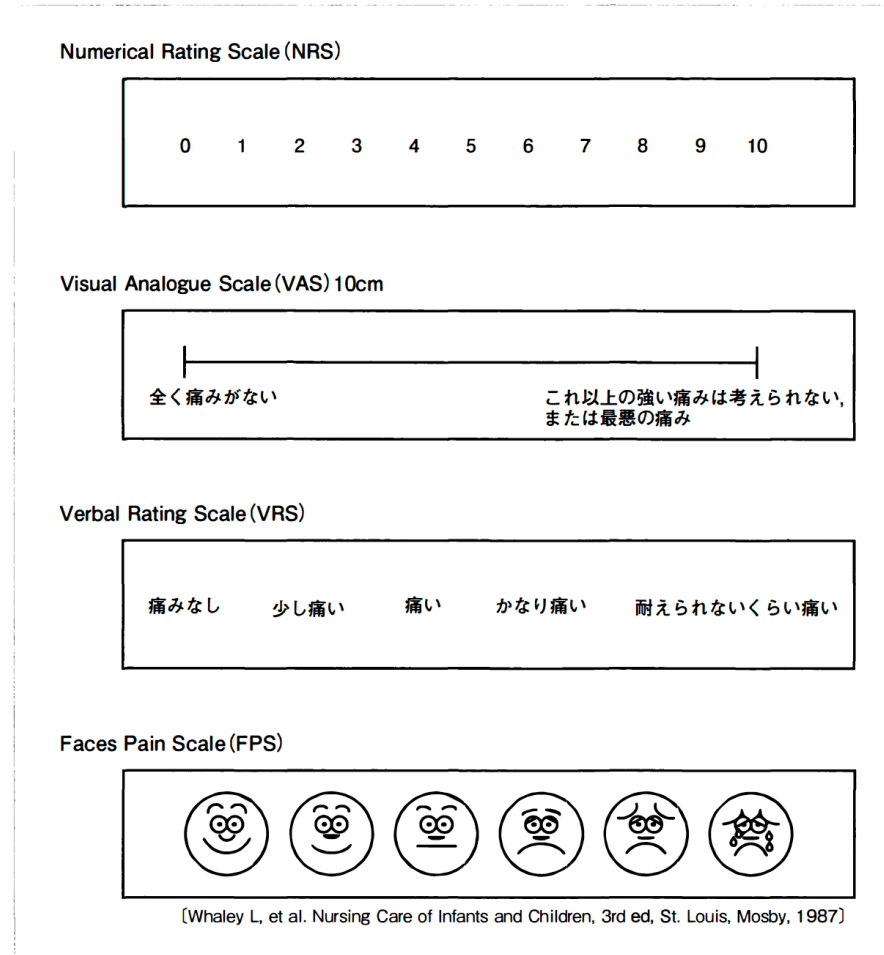


疼痛

アセスメントツール

痛みの強さの評価表

図1 痛みの強さの評価法



BRIEF PAIN INVENTORY (BPI)

成人および青年の疼痛尺度で痛みを評価するために最も一般的に使用されているツールの一つは、**Brief Pain Inventory**すなわち**BPI**である。**BPI**は、痛みの場所や痛みに対する治療を簡潔に把握し、痛みの強さや日常生活に対する影響も評価する。この質問票は、多くの言語で、がんと非がんの両方の痛みについてその妥当性が確認されている。

日本語版の出典は、
Uki. Mendoza. Cleeland et al.1998
事前に必ず使用許諾が必要です。

連絡先
卯木次郎(ukij@jcom.home.ne.jp)
または、
埼玉県立がんセンター事務局総務・職員担当（西嶋拓）
(n221111@saitama-pho.jp)

BRIEF PAIN INVENTORY (BPI)

登録番号 _____ 病歴番号 _____ P S _____ 施設番号 _____
 _____ (上欄には記入しないでください) _____

簡易疼痛調査用紙 (縮小版)
 Brief Pain Inventory (Short Form)

調査年月日: _____年 _____月 _____日 時刻: _____: _____

あなたの氏名: _____

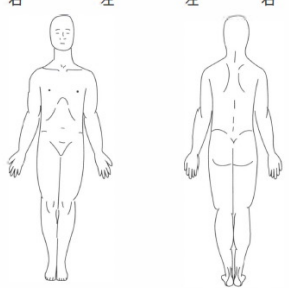
1) だれでも一生のうちには、軽い頭痛、ねんざ、歯痛などの痛みを経験することがありますが、今日、このような日常的な痛みとは違う痛みがありますか？

1. はい 2. いいえ

2) 下の身体図に、あなたの痛みの範囲を斜線で示し、最も痛むところに × をつけてください。

右 左 左 右

部位



3) この24時間にあなたが感じた最も強い痛みはどの位でしたか？最も近い数字を○で囲んで下さい。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 痛くない 以上この痛みは考えられない

4) この24時間にあなたが感じた最も弱い痛みはどの位でしたか？最も近い数字を○で囲んで下さい。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 痛くない 以上この痛みは考えられない

5) あなたが感じた痛みは平均するとどの位でしたか？最も近い数字を○で囲んで下さい。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 痛くない 以上この痛みは考えられない

6) あなたが今感じている痛みはどの位ですか？最も近い数字を○で囲んで下さい。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 痛くない 以上この痛みは考えられない

7) あなたは、痛みをとるためにどのような治療や投薬を受けていますか？

8) この24時間に、その治療や投薬はどのくらい痛みを軽減させましたか？最も近いと思われる数字 (%) を1つ○でかこんでください。

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
 少しでも軽減しなかった 完全に和らいだ

9) この24時間のうちで、痛みがどれほどあなたの生活に支障となりましたか？適切な数字を1つ○で囲んでください。

日常生活への影響

A. 日常生活の全般的活動

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 支障なし 完全な支障となった

B. 気分・情緒

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 支障なし 完全な支障となった

C. 歩行能力

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 支障なし 完全な支障となった

D. 通常の仕事 (家庭外および家庭内での仕事をふくむ)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 支障なし 完全な支障となった

E. 対人関係

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 支障なし 完全な支障となった

F. 睡眠

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 支障なし 完全な支障となった

G. 生活を楽しむこと

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 支障なし 完全な支障となった

強さ

CRITICAL-CARE PAIN OBSERVATION TOOL (CPOT)

Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)は重症患者や口頭でのコミュニケーションが困難な患者の痛みに対してエビデンスに基づいた評価ができるようにするために開発された。

CRITICAL-CARE PAIN OBSERVATION TOOL (CPOT)

指標	説明	得点	
表情	筋の緊張が全くない	リラックスした状態	0
	しかめ面・眉が下がる・眼球の固定、まぶたや口角の筋肉が委縮する	緊張状態	1
	上記の顔の動きと眼をぎゅっとするに加え固く閉じる	顔をゆがめている状態	2
身体運動	全く動かない(必ずしも無痛を意味していない)	動きの欠如	0
	緩慢かつ慎重な運動・疼痛部位を触ったりさすったりする動作・体動時注意をはらう	保護	1
	チューブを引っ張る・起き上がろうとする・手足を動かす/ばたつく・指示に従わない・医療スタッフをたたく・ベッドから出ようとする	落ち着かない状態	2
筋緊張(上肢の他動的屈曲と伸展による評価)	他動運動に対する抵抗がない	リラックスした状態	0
	他動運動に対する抵抗がある	緊張状態・硬直状態	1
	他動運動に対する強い抵抗があり、最後まで行うことができない	極度の緊張状態あるいは硬直状態	2
人工呼吸器の順応性(挿管患者)	アラームの作動がなく、人工呼吸器と同調した状態	人工呼吸器または運動に許容している	0
	アラームが自然に止まる	咳き込むが許容している	1
	非同調性：人工呼吸の妨げ、頻回にアラームが作動する	人工呼吸器に抵抗している	2
または 発声(抜管された患者)	普通の調子で話すか、無音	普通の声で話すか、無音	0
	ため息・うめき声	ため息・うめき声	1
	泣き叫ぶ・すすり泣く	泣き叫ぶ・すすり泣く	2
合計、範囲			0～8

図 A 1.3. Critical-Care Pain Observation Tool(日本語版)*

出典：Gélinas et al. 2006⁴⁾

*訳者注：山田章子先生、池松裕子先生の許諾を得て日本語版を掲載

PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENTIA tool (PAINAD)

Pain Assessment IN Advanced Dementia tool (PAINAD)は、高度の認知症患者の疼痛を評価するために開発されたいくつかのツールのひとつである。

PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENTIA tool (PAINAD)

■ 使用法

患者の様態をスコアリングする前に5分間患者を観察して下さい。その後、以下の表に従って各項目に関してスコアリングして下さい。各項目の定義は次ページにあります。異なる条件下(例：安静時、心地よい活動を行っている時、ケアを受けている時、鎮痛剤投与後)で患者を観察していることに留意して下さい。

■ スコアリング法

数値の合計は0~10の範囲となります。この数値は1~3：軽度の痛み、4~6：中等度の痛み、7~10：高度の痛みと解釈できます。これらの範囲は標準的な0~10の疼痛スケールに基づくもので、このツールに関する妥当性は文献上示されていません。

	0	1	2	評点
呼吸 (非発声時)	・正常	・時折の努力呼吸 ・短時間の過換気	・雑音を伴う努力呼吸 ・長時間の過換気 ・チューン・ストークス呼吸	
ネガティブな 発声	・なし	・時折うめく、うなる ・ネガティブで批判的な小 声での発話	・不安げな言葉を大声で繰 り返す ・大声でうめく、うなる ・泣く	
顔の表情	・微笑み、無表情	・悲しい表情、怯えた表 情、しかめっ面	・顔を歪める	
ボディ ランゲージ	・リラックスして いる	・緊張している ・落ち着かない ・そわそわしている	・硬直する、拳を握る、膝 を抱える ・逃げようとする、相手を 突き飛ばす ・殴りかかる	
慰めやすさ	・慰めを必要とし ない	・声をかけられたり触れら れたりすると気が紛れ る、安心する		

合計

用語の定義

■ 呼吸

1. 正常な呼吸とは、無理なく、穏やかで規則的に(スムーズに)行われる呼吸を指す。
2. 時折の努力呼吸とは、苦しそうで困難な、もしくは弱々しい呼吸が時折突発的に行われることを指す。
3. 短時間の過換気とは、短時間、速く、深い呼吸が続くことを指す。
4. 雑音を伴う努力呼吸とは、雑音を伴う吸気または呼気を指す。雑音は、ゴホゴホという咳のような、あるいはゼーゼーあえぐような音がはっきりと聞こえることがあり、非常に激しく、疲れやすい。
5. 長時間の過換気とは、非常に速く深い呼吸がかなりの時間続くことを指す。
6. チューン・ストークス呼吸とは、呼吸が非常に深くなるまで大きくなった、非常に浅くなるまで弱くなったりを繰り返す、時に無呼吸(呼吸停止)になることを指す。

■ ネガティブな発声

1. なしとは、自然で心地よい発話または発声を指す。
2. 時折うめく、うなるとは、悲しげなもしくは不満げな発声をしたり、うめいたり、嘆いたりすることを指す。うなるとは、通常無意識に行う不明瞭な発声より大きい声を出すことであり、突然始まって突然終わることが多い。

3. ネガティブで批判的な小声での発話とは、低い声で、不満げな、皮肉的な、または辛辣な口調で、ブツブツ言ったり、つぶやいたり、めそめそしたり、愚痴をこぼしたり、悪態をついたりすることを指す。
4. 不安げな言葉を大声で繰り返すとは、不安な、不快な、または苦しそうな様子で、同じフレーズや語句を何度も繰り返すことを指す。
5. 大声でうめく、うなるとは、通常より大きく、悲しげなもしくは不満げな声を出したり、うめいたり、嘆いたりすることを指す。大声でうなるとは、通常無意識に行う不明瞭な発声より大きい声を出すことであり、突然始まって突然終わることが多い。
6. 泣くとは、涙を流しながら感情を口に出すことを指す。すすり泣きや静かに涙を流すこともある。

■ 顔の表情

1. 微笑みとは、口角が上がリ、目が輝き、喜びや充足の表情を指す。
2. 無表情とは、特定の表情がみられず、緊張感がなく、弛緩した、またはうつろな表情を指す。
3. 悲しい表情とは、不幸で、心細く、悲嘆に暮れ、意気消沈した表情を指す。目に涙が浮かんでいることもある。
4. 怯えた表情とは、恐れや心配、不安の高まりなどの表情を指す。目は大きく開かれている。
5. しかめっ面とは、口角が下がった表情を指す。顔や口のまわりにシワが増えることもある。
6. 顔を歪めるとは、悩みなどで顔が歪んだ状態を指す。口の周りよりも額部分にシワがよる。目はぎゅっと閉じられることもある。

■ ボディランゲージ

1. リラックスしているとは、静かで、リラックスして、穏やかな様子を指す。人がくつろいでいる様子。
2. 緊張しているとは、張り詰め、恐れを感じている、もしくは心配している様子を指す。歯を食いばっていることもある(拘縮の場合を除く)。
3. 落ち着かないとは、動揺している様子を指す。怯え、心配、イライラなどがみられることもある。行動のスピードは速くなることも遅くなることもある。
4. そわそわしているとは、落ち着かない動きを指す。うろろう歩きまわったり、座ったままじもじもしたりすることもある。部屋の椅子の位置を変えることもある。身体の一部を触ったり、引っ張ったり、こすったりを繰り返すこともある。
5. 硬直するとは、身体を硬くした状態を指す。腕や脚は強張っている。胴体はまっすぐで硬直している(拘縮の場合を除く)。
6. 拳を握るとは、硬く握られた拳を指す。拳は開いたり握ったりを繰り返したり、ぎゅっと握られたままのこともある。
7. 膝を抱えるとは、膝を曲げ、胸のあたりに抱え込んだ様子を指す。全体的に不安な様子が見受けられる(拘縮の場合を除く)。
8. 逃げようとする、相手を突き飛ばすとは、人との接触や人の気遣いに対する抵抗の様子を指す。人から自分の身体を離したり、よじったり、相手を突き飛ばしたりする。
9. 殴りかかるとは、叩く、蹴る、つかみかかる、拳で殴る、噛み付くなど、他人に対する攻撃を指す。

■ 慰めやすさ

1. 慰めを必要としないとは、安心している状態で、満足している様子を指す。
2. 声をかけられたり触れられたりすると気が紛れる、安心するとは、話しかけられたり触れられたりしている間は、症状がみられなくなることを指す。人と交流している間は、苦しんでいる様子はまったく現れない。
3. 慰めたり、気を紛らわしたり、安心させたりできないとは、言葉や行為によって慰めたり、その人の行動を止めたりすることができない状態を指す。その行動を減らすための言語的または身体的手段が全くない状態。

出典：Warden et al. 2003⁹⁾. Used with permission.
※訳者注：関根龍一先生の許諾を得て日本語版を掲載

INTEGRATED PALLIATIVE CARE OUTCOME SCALE (IPOS)

Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS)
などの一般的な緩和ケア評価ツールには、
疼痛評価尺度が含まれている。

IPOSは
患者報告型アウトカム(Patient Reported Outcome:PRO)
として注目されている。

INTEGRATED PALLIATIVE CARE OUTCOME SCALE (IPOS)

IPOS 患者版

この回答は、あなたと他の患者さんのケアの向上のために役立てられます。ご協力ありがとうございます。

Q1. この7日間、主に大変だったことや気がかりは何でしたか？

1. _____
2. _____
3. _____

Q2. 以下はあなたが経験したかもしれない症状のリストです。それぞれの症状について、この7日間、どれくらい生活に支障があったか最もよく表しているものの一つだけチェックしてください。

	全く支障は なかった	少しあった (気にならな かった)	中くらいあった (いくらか支障 がでた)	とてもあった (大きな支障が でた)	耐えられない くらいあった (他のことを考 えられなかった)
痛み	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
息切れ(息苦しさ)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
力や元気が出ない感じ (だるさ)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
吐き気(吐きそうだった)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
嘔吐(実際に吐いた)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
食欲不振 (通常の食欲)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> (食欲が全くない)
便秘	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
口の痛みや渴き	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
眠気	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
動きにくさ	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

上記以外の症状があれば記入し、この7日間、どれくらい生活に支障があったか一つだけチェックしてください。

1. _____ 0 1 2 3 4
2. _____ 0 1 2 3 4
3. _____ 0 1 2 3 4

出典：Cicely Saunders Institute. The Palliative Care Outcome Scale (POS)
(<https://pos-pal.org/maix/>). Used with permission.
※訳者注：宮下光令先生の許諾を得て日本語版を掲載

この7日間についてお聞きします

	全くなし	たまに	ときどき	たいてい	いつも
Q3. 病気や治療のことで不安や心配を感じていましたか？	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q4. 家族や友人は、あなたのことで不安や心配を感じていた様子でしたか？	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q5. 気分が落ち込むことはありましたか？	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	いつも	たいてい	ときどき	たまに	全くなし
Q6. 気持ちは穏やかでいられたらいいですか？	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q7. あなたの気持ちを家族や友人に十分に分かってもらえましたか？	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q8. 治療や病気について、十分に説明がされましたか？	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	全て対応されている／問題がない	大部分対応されている	一部対応されている	ほとんど対応されていない	全く対応されていない
Q9. 病気のために生じた、気がかりなことに対応してもらえましたか？(経済的なことや個人的なことなど)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	自分で	友人や家族に手伝ってもらって	スタッフに手伝ってもらって
Q10. どのようにしてこの質問票に答えましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

この質問票について心配なことがあれば、医師や看護師に伝えてください。

がん疼痛マネジメントの 基本原則

がん疼痛マネジメントの基本原則


2018年に改定されたWHOのガイドラインの7つの基本原則

- ① 疼痛治療の目標
- ② 包括的な評価
- ③ 安全性の保障
- ④ がん疼痛マネジメントは薬物療法が含まれるが、心理社会的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できるべきである
- ⑥ 鎮痛薬は、「経口的に」「時間を決めて」「患者ごとに」「細かい配慮をもって」投与する
- ⑦ がん疼痛治療は、がん治療の一部として考えられる

WHOガイドラインの基本7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。

 痛みがなくなることを目指すわけではない

② 包括的な評価

がん疼痛マネジメントの最初のステップは常に、患者を評価することである。詳細な病歴、身体診察、心理的状況の評価、適切な疼痛測定ツールを用いた痛みの重症度の評価などが含まれる。

安全かつ適切ながん疼痛治療を維持するためには、定期的に再評価を行う必要がある。

③ 安全性の保障

がん医療におけるオピオイドの適切かつ効果的な管理は、患者の安全の確保と薬物の社会への転用リスクを減らすために不可欠である。

④ がん疼痛マネジメントは薬物療法が含まれるが、社会心理的および精神的ケアも含まれる

WHOガイドラインの基本7原則

⑤ オピオイドを含む鎮痛薬は、いずれの国でも使用できるべきである

⑥ 鎮痛薬は、

「経口的に」「時間を決めて」「患者ごとに」「細かい配慮をもって」投与する

<経口的に>

可能な限り、経口投与で行う。

<時間を決めて>

投与は適正な決まった時間に投与する。痛みがとれるまで段階的に増量する。薬の効果がなくなる前に次の投与を行う。患者にあった投与スケジュールを決めて、規則正しく服用する。

<患者ごとに>

患者個々の痛みのマネジメントは、上記の2つの事項とともに、痛みの種類、痛みの場所、最適な治療の決定について、注意深く評価する。

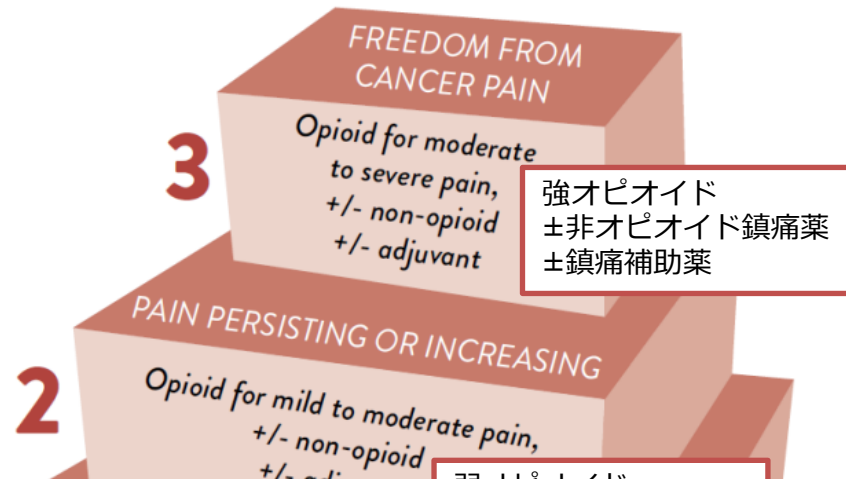
適切な投与量とは、その患者が納得するレベルまで痛みがとれる量である。

<そのうえで細かい配慮を>

理想的には、患者とその家族が使用できるように、薬品の名前、使用理由、投与量、投与間隔を含め鎮痛薬のレジメンを書き出すべきである。

それぞれの薬の副作用について、患者に注意するように指導する。

WHOがん疼痛ラダー & 5原則



WHO方式によるがん疼痛に対する薬物療法の5原則

- by mouth
- by the clock
- by the ladder
- for the individual
- with attention to detail

ADMINISTRATION OF ANALGESIC MEDICINE

BY MOUTH

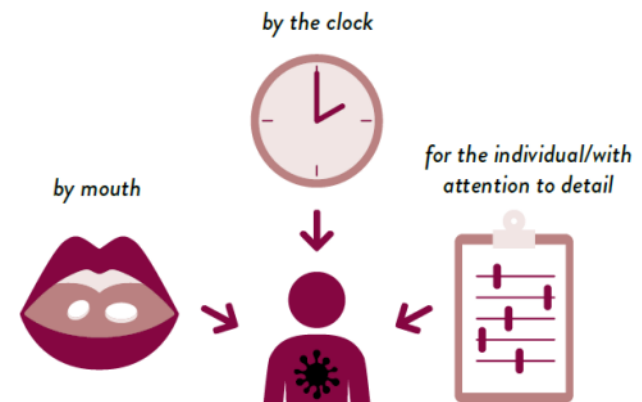
Oral administration is preferred to parenteral administration.

BY THE CLOCK

Analgesics should be given on a regular basis **by the clock** rather than **on demand**.

FOR THE INDIVIDUAL, WITH ATTENTION TO DETAIL

The dose of an analgesic should be determined on an individual basis.



<https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/Infographic-cancer-pain-lowres.pdf?ua=1>

WHOガイドラインの基本7原則

⑦ がん疼痛治療は、がん治療の一部として考えられる

終末期であるかどうかに関係なく、がん治療の計画に統合されるべきである。患者が痛みを感じている場合は、抗がん治療とがん疼痛マネジメントを同時に行う必要がある。