

II 症状コントロール

1 医療倫理の基本原則	… 1
(1) 基本原則	
(2) 適切な治療	
(3) 患者、家族とケア担当チームとの協力関係	
2 痛みのケア	… 2
(1) 基本姿勢	
(2) 疼痛治療の目標	
(3) 疼痛の病態	
(4) 痛みの原因とオピオイドへの反応性	
(5) モルヒネの使用法	
(6) 鎮痛補助薬	
3 その他の身体症状のケア	… 9
(1) 全身倦怠感	
(2) 食欲不振	
(3) 悪心・嘔吐	
(4) 便秘	
(5) 呼吸困難	
(6) 浮腫	
4 精神症状のケア	… 22
(1) 不安	
(2) 抑うつ	
(3) せん妄	
5 参考になるホームページ情報等	… 25
(1) 終末期輸液のガイドライン	
(2) 終末期鎮静のガイドライン	
6 コミュニケーション技術	… 26
(1) 告知をするときの当面の課題	
(2) サポート関係を築くポイント	
(3) なぜ話すのか？なぜ聴くのか？	
(4) 対話における重要ポイント	
(5) Not doing but being	
(6) 的確に聴くこと	
(7) 援助する際のチェックリスト	
7 看取り	… 28
(1) 終末期・臨死期の経過（病態）と対処法	
(2) 死亡時の対処法	
参考資料：お別れのパンフレット（例）	… 30
薬局との連絡票（例）	… 32
WHO 方式がん疼痛治療法	… 33
麻薬取扱上の注意事項	… 34

症状コントロール

1 医療倫理の基本原則

(1) 基本原則

- ・ 自律性原則：患者の自由意志（患者による選択）の尊重¹
- ・ 与益原則：利益をもたらすこと（良いことをする）
- ・ 無加害原則：無害なこと（患者にとっての不利益を最低限に抑える）
- ・ 正義・公平原則：公正であること（活用できる資源の公平な使用）
- ・ 二重作用の原則：一つの行為から有益と有害という二重の影響が予測される場合、その行為が有害な影響を意図するものでなければ、倫理的には認められるべきである。

(2) 適切な治療

- ① 患者の回復につながらないような治療は、倫理的にも法律的にも控えるか中止した方がよく、医療の目標を諸症状のマネジメントに移すべきである。
- ② 緩和ケアでの治療の主目標は生命の延長ではなく、残されている生命の間をできるだけ快適で意味のあるものにするものである。
- ③ 適切な治療法を決定する際に、留意すべき重要なポイント
 - ・ 患者の生物学的な予後
 - ・ 治療目標とそれぞれの治療法がもたらす利益
 - ・ 治療法の副作用
- ④ 単に延命だけを目的とした処方をしてはいけないこと

(3) 患者、家族とケア担当チームとの協力関係

- ・ 日常的な礼儀作法を守る
- ・ 丁寧にする
- ・ 正直である
- ・ 謙虚である
- ・ 耳を傾ける
- ・ 説明する
- ・ 優先性と目的を一致させる
- ・ 治療法の選択肢について話し合う
- ・ 治療法の拒否を受け入れる

¹ 患者の自由意志が尊重されるためには、医療者からの適切な説明、情報開示、インフォームドコンセント、セカンドオピニオンなどが提供されることが必要である。

2 痛みのケア

(1) 基本姿勢

- ① 患者の訴えを聞き、信じる。
- ② 痛みの軽減のために最善を尽くす。
- ③ 痛みは常に感情的な体験であり、身体的影響だけではなく、感情的、社会的な要因による影響も受けることを理解し、痛み以外の症状、心理的社会的苦痛の評価を行う。
- ④ 患者が生きる・生活する上での総合的なQOLの向上を目指した上での痛みのマネジメントを考える。
- ⑤ 知識・技術が不足しているときにはそれを認め、専門家へ相談したり、教科書や文献をあたることを行う。

(2) 疼痛治療の目標²

- | | |
|------|------------------|
| 第一目標 | 痛みに妨げられない夜間睡眠の確保 |
| 第二目標 | 安静時の痛みの消失 |
| 第三目標 | 体動時の痛みの消失 |

痛みには波があり、更には突発痛と呼ばれる、急に増強するような痛みも4割以上の患者さんに存在する。そのため、一日中一度も痛いといわない状況を必ずしも目標とせず、疼痛時屯用薬（レスキュー³）を必ず準備し、それを疼痛時に速やかに投与することや、予測して投与すること。また、進行性がん患者においては、生命予後、治療のメリット、デメリット、本人の希望を十分に検討し、患者の総合的なQOLの向上改善を疼痛ケアの目標としなければならない。

疼痛緩和の処方原則＝モルヒネ＋NSAIDs（非ステロイド）＋鎮痛補助薬

(3) 疼痛の病態

- ① 体性痛(somatic pain)
- ② 内臓痛(visceral pain)
- ③ 神経因性疼痛(neuropathic pain)

(4) 痛みの原因とオピオイドへの反応性

鎮痛薬はオピオイドと非オピオイドに分類される。オピオイドは中枢神経や末梢神経にあるオピオイド受容体に結合して鎮痛効果を発揮する化学物質をいう。

オピオイドとは、従来“麻薬”といわれてきたが、誤解や偏見もあり、最近ではオピオイドと呼ぶようになってきている。

- ① オピオイドによく反応する痛み：内臓浸潤、軟部組織浸潤
- ② オピオイドにある程度反応する痛み：骨浸潤、神経圧迫
- ③ オピオイドに反応しにくい痛み：神経性疼痛、頭蓋内圧亢進による頭痛、緊張性の頭痛、筋の痙攣による痛み、交感神経由来の痛み、帯状疱疹後神経痛

² がん疼痛緩和に対しては、疾患の種類に関係なく WHO が公表した「WHO 方式がん疼痛治療法」に従った鎮痛法が標準的治療として確立している。(P29)

³ レスキュー：基本薬を投与していても、痛みが残ったり、急に増強したときにオピオイドを臨時投与する場合をレスキュードーズという。1回投与量は基本薬1日量の1/6が基準量である。

非オピオイド⁴ (NSAIDs)

品名	商品名	形状	使用法	効果、禁忌、使用上の注意等
ナプロキセン	ナイキサン®	錠剤、細粒	1回 200mg 1日3回	胃腸障害が少ない 禁忌：消化性潰瘍、アスピリン喘息
アセトアミノフェン	カロナール細粒®50% コカールドライシロップ®40%	300mg錠 坐剤 200mg		抗炎症作用がなく、胃の障害作用もないが、大量投与には肝毒性がある。
ロキソニン	ロキソプロフェンナトリウム	錠剤	1日3回 180mg/日	
モービック	メロキシカム	錠剤	1日1回 10～15mg	腎・胃腸障害が少ない
エトドラク	ハイペン®		1日2回 (400mg/日)	
フルルビプロフェナキセチル	ロピオン®	注射剤 50mg/5ml/A	静注	*禁筋注

弱オピオイド

品名	商品名	形状	使用法	効果、禁忌、使用上の注意等
ブプレノルフィン	レペタン®	坐剤	1回0.2～0.4mg 1日3回	直腸内、モルヒネ作用に拮抗する
リン酸コデイン® (末；麻薬指定)		錠剤または散剤	1回20mg 1日4回 (3～5割増減)	モルヒネの1/12の鎮痛効果
オキシドン (麻薬指定)	徐放性オキシドン®	錠剤 5、10、20、40mg		経口モルヒネの2/3の量がオキシドンの投与量である

⁴ 薬品名 (商品名®) については、例示として記載する。

強オピオイド

がん性疼痛の治療薬において投与方法、安全性が確立しているのはモルヒネだけである。

モルヒネには有効限界(ceiling effect)がないので、増量すれば必ず効果が増強するので、痛みに応じて増量し、痛みの緩和を図ることができる。

(5) モルヒネの使用法

① モルヒネの投与方法

【経口投与】原則として速効性の塩酸モルヒネ製剤で至適量を決め、その後に硫酸モルヒネ除放錠に切り替える。

* 塩酸モルヒネ水溶液の作り方

塩酸モルヒネ末 10mg+単シロップ 4ml+精製水 (合計 10ml)

速放性塩酸モルヒネ製剤

塩酸モルヒネ末	1回 3-5mg 1日 3-4回から投与開始(必ずしも4時間毎の投与でなくてもよい) 痛みの状態により随時追加投与する 1日投与量がわかったら、翌日からそれを投与(速効性でも徐放性でもよい) レスキューは1日投与量の1/6とする。レスキューを3回以上使用するときは、これまでの1日量に総追加総量を加えた量を新たな1日量とする。
塩酸モルヒネ錠	10mg/錠 レスキューとして用いられることが多い。 小さくて飲みやすい。
オプソ®内服液	5mg、10mg 中等度から高度の疼痛における鎮痛

徐放性塩酸モルヒネ製剤

MS コンチン®錠	10mg、30mg、60mg 1日2, 3回 12時間または8時間毎
カディアン®	カプセル 20mg、30mg、60mg スティック粒 30mg、60mg、120mg 1日1回 24時間毎
ピーガード®	20mg、30mg、60mg、120mg 1日1回 24時間毎
モルペス細粒	1日2回 12時間毎 胃管からの投与が可能
パシーフ	30mg、60mg、120mg 脱カプセル可 1日1回 24時間毎

塩酸オキシコドン

オキシコンチン®錠（徐放錠）	5mg、10mg、20mg、40mg 1日2回 12時間毎 オキシコンチンからモルヒネ製剤に変更するときには1.5倍（オキシコンチン10mgをモルヒネに変更するとき、モルヒネは15mgで同力価となる）
オキノーム（散剤）	2.5mg/包、5mg/包 レスキューとしての使用が多い 水溶性が高く内服しやすい

フェンタニル

デュロテップ®パッチ（経皮吸収型持続性がん疼痛治療剤）	2.5mg、5mg、7.5mg、10mg 3日(72時間)毎 モルヒネ製剤の25倍の鎮痛効果が期待できる フェンタニルからモルヒネ製剤に変更するときには、25倍する。
-----------------------------	--

【持続皮下注入法】

塩酸モルヒネ注射液	10mg、50mg、200mg 使用シリンジポンプ テルモ社製 TE-361 インフューザー：(例) バクスター社製マルチディタイプ2C1080KJ(0.5ml/h) 27G翼状針、エクステンションチューブ [®] 、10mgディスポ [®] シリンジ
-----------	--

【直腸内投与】

アンペック坐剤®	10mg、20mg、30mg 1日3回 8時間毎 経口できないときにはレスキューとして用いられることが多い
----------	---

② モルヒネの副作用対策

○ モルヒネの副作用（淀川キリスト教病院ホスピス）

便秘	95%
嘔気・嘔吐	30%
眠気	20%
せん妄	2%
幻覚	1%

便秘 ほぼ全例にみられる

酸化マグネシウム	原末：1回 0.5-1.0g、1日 2-3回 錠剤：(マグラックス®200,250,330mg、ミルマグ®350mg、ミグマツト®250,330mg) 腸管内に水分を移行させるために腸管内容が軟化増大し、その刺激で蠕動を促進する。(ミルマグ®は大きくて服用しにくい)
ピコスファートナトリウム(ラキソベロン®)	大腸刺激性下剤
センノシド(プルゼニド®)	大腸刺激性下剤

嘔気・嘔吐 モルヒネによる嘔気・嘔吐は中枢への直接作用であるため中枢作用の強いプロクロペラジン(ノバミン®)やハロペリドール(セレネース®)が用いられる。

*モルヒネ投与時は同時に制吐剤を用いる。投与後1, 2週間で耐性が生じるので後は不要になる。

ノバミン®	1回 5mg、1日 3回【適応外】 ⁵
ハロペリドール(セレネース®)	1回 0.75-1.5mg 1日 1回就寝前【適応外】

*上記で改善しないときは「モルヒネ不耐性」と判断し、他の製剤に切り替える。

眠気 眠気に対する耐性は早期(3-5日間)に出現する。

モルヒネによるものなのか、高カルシウム血症によるものかを鑑別する。

せん妄 モルヒネによるものなのか、高カルシウム血症によるものかを鑑別する。

- オピオイドローテーション

モルヒネ製剤→フェンタネスト、デュロテップパッチ、オキシコンチン、オキノーム

- モルヒネの減量：2, 3割減

ハロペリドール(セレネース®)	液剤、1%顆粒、錠【適応外】 1回 0.5-1.0mg、1日 3, 4回
-----------------	---

呼吸抑制 原則に従ってモルヒネを投与する限り、重篤な呼吸抑制は生じないが、万一生じたときは、①気道確保、②モルヒネの減量もしくは中止、③酸素吸入、④ナロキソン注射 0.2mg 静注(効果不十分の時には、2, 3分間隔で同量を1, 2回追加する)。

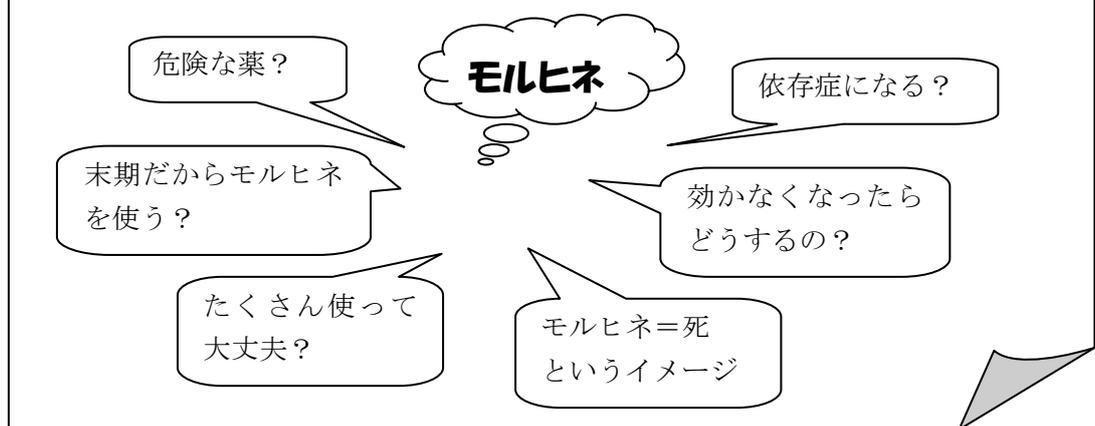
その他 口内乾燥、発汗、かゆみ、排尿困難、ミオクローヌスなど

⁵ 保険適応薬であるが、制吐剤としては適応外。処方にあたっては、患者さんの了解のもと、薬局と連絡を行い処方箋に使用目的を記載することが望ましい。(参考資料1 参照) 以下、【適応外】記載薬品については同様に取り扱うこと。

モルヒネに対する誤解

Q. モルヒネを使うと命が短くなるのではないですか？

A. 生命予後を短くすることはありません。かえって痛みがコントロールされることにより、不眠や全身状態が改善され、食欲が増すこともあって、延命効果が期待されることもあります。



(6) 鎮痛補助薬

鎮痛補助薬とは、

- ・ 痛みに伴う精神的症状の緩和
- ・ 鎮痛薬の副作用の予防
- ・ 神経障害性ないし神経因性の痛みなどの特殊な痛みの治療の目的で、痛みのマネジメントに使う。

メキシレチン (メキシチール®)	1回 50-150mg、1日3回【適応外】 ⁶ 心抑制作用は弱く安全面で優れている
デパケン®	抗痙攣薬 1回 200-400mg 1日2, 3回【適応外】
クロナゼパム (ランドセン®, リボトリール®)	抗痙攣薬錠剤 1回 0.25-1.0mg、1日1回就寝前【適応外】
アミトリプチン (トリプタノール®)	1回 10-25mg 1日1回 就寝前【適応外】
コルチコステロイド (リンデロン®)	1回 1-2mg 1日1回 腫瘍による神経圧迫、脊髄圧迫、頭蓋内圧亢進、軟部組織浸潤、リンパ浮腫などによる痛みにも有効
ガバペン (ガバペンチン)	200mg、300mg、400mg、600mg (1日量) を3回に分けて開始 維持量 1200-1800mg

⁶ 鎮痛薬としては保険適応外。

神経因性疼痛 neuropathic pain: 末梢または中枢神経が障害を受けることによって出現する疼痛群である。がん患者の場合、腫瘍が神経を浸潤・圧迫することによって出現する。

(7) 骨転移による痛みへの対応

骨転移の痛みに対しては

- ・放射線治療の検討
- ・ビスフォスフォネート製剤の使用
- ・レスキューは NSAIDs (Ex.ボルタレン座薬) 使用が効果的

(WHO 癌疼痛治療指針より)

ビスフォスフォネート製剤

アレディア®	乳癌の溶骨性転移に適応 1週間に 15-45mg
ゾメタ®	多発性骨髄腫及び固形癌骨転移による骨病変 3～4週間で 4mg 腎機能評価 (クレアチニンクリアランス)により1回投与量を減量

3 その他の身体症状のケア

(1) ケアの基本原則

- ①緩和ケアにおける症状マネジメントでは、疼痛のみならずその他の症状に対しても注目し、患者の QOL を保つ努力が求められる。
- ②進行がん患者の状態は刻一刻変化しており、日常生活を日々評価し、ケアを見直す必要がある。
- ③症状マネジメントは、医師のみ、看護師のみといった医療者の特定の職種が行うものではなく、チームで行うもの。(チーム員各々が自己の役割を認識し活動を)
- ④患者や家族と良好なコミュニケーションを保ち、症状が患者の生活に与えている影響は何か、患者がどの症状を最も苦痛と感じているのか、生活のどの場面で問題になっているのか、何が症状を悪化させるのかをよく確認していくことが重要。
- ⑤症状マネジメントの目標は、患者が苦痛に感じている症状をできる限り緩和し日常生活上の自立性ができるだけ長く維持され、患者の自尊心が保たれるように配慮する必要がある。

日常生活動作援助の基本

- i 移動・姿勢：痛みのある患者ではその部位と程度を理解してから日常生活動作の援助を行う。痛みの増悪、骨折、神経麻痺などを起こさないように注意する。

体力低下によって自力で寝返りすらできなくなれば、楽な姿勢で休めるように枕やクッション、タオルなどを利用する。どんなにいい姿勢を作っても、時間の経過とともに新たな姿勢を求めるようになる。このようなときは心身安定剤、夜であれば睡眠導入剤などを用いて楽な時間を多くとることができる。
- ii 保清：身体の各部を清潔に保つことは重要である。末期でも入浴は非常に喜ばれる。入浴ができない場合には清拭や足浴、洗髪などを行う。爪切り、耳の掃除、マッサージなども喜ばれる。補聴器を使っている場合は、耳垢が溜まっているとノイズが入るので、耳の掃除は大切である。
- iii 食事：栄養摂取に主眼をおくよりも、患者が食べたいものや好きな食べもの中心の献立、患者の好みの味付けでの調理など、少しでも食べられるように工夫する。食欲を少しでも高められるように、少なめの量で、彩りのある盛り付けを工夫したり、旬のものを取り入れたりして食事を楽しめるような配慮が必要である。
- iv 排泄：排便や排尿の生活習慣を理解し、自力でトイレに行けるかどうかを評価する。歩けなくなっても安易に膀胱留置カテーテルを使用せず自分で排尿できるように援助することが望ましい。多くのがん患者は自力でトイレに行けること、入浴ができること、おいしく食べることができることなどで、自分の体力を確認している場合が多いのでこれらの生活動作を援助する。
- v 気晴らしや気分転換：可能であれば、外出や外泊を計画する。車いすなどで出かけ、人や自然と触れあうようにする。音楽や趣味の活用、部屋に好きな絵を掛けたりする。

(2) 全身倦怠感 general malais

① 原因（緩和ケアマニュアル：淀川キリスト教病院ホスピス編）

- i 全身性 がん悪液質症候群、長期臥床、貧血
- ii 代謝性 脱水、電解質異常、血糖値異常
- iii 臓器不全 腎不全、尿毒症、肝不全、呼吸不全、心不全
- iv 感染症
- v 抑うつ
- vi 不眠

② 治療

- i 悪液質、原因治療不可能な全身倦怠感の場合

● ベタメタゾン（リンデロン®）：終末期になると体力の低下が目立つようになり、全身倦怠感、食欲不振が強くなってくる。これらに対してコルチコステロイドが有効である。腫瘍周囲の浮腫や炎症の減少、周辺組織の圧迫軽減など鎮痛補助剤としても有効である。さらに食欲増進効果、体蛋白の異化を抑制する働きもある。

長期服用によって口腔カンジダ症、皮下出血、不眠、抑うつ状態をきたすこともあり、漫然と投与を続けるべきではない。

錠剤：1回1mg、1日1回朝または1日2回朝、昼

注射：1日1回2-4mg、静注または筋注

※ 不眠を避けるために午後6時以降は投与しない。

※ 5日間程度使用し、効果がなければ中止する。効果があれば漸減・維持

- ii 貧血（anemia）の場合

末期がん患者にみられる慢性貧血の多くは無症状であり、特に輸血の必要はない。しかし失神、動悸、呼吸苦、全身倦怠感などの症状が強くと、輸血によって患者の苦痛が緩和される可能性があるときには適応を考慮する。

また一時的な出血による貧血症状の場合、輸血で病態の改善が得られると考えられる場合でも適応を考慮する。

- iii 脱水、電解質異常の場合

脱水（dehydration）：経口摂取が困難なために生じた全身倦怠感に対しては、補液が有効なことがある。しかし、終末期後期では補液や高カロリー補液は患者にとって苦痛が大きく、無効のことが多いので、必要最低限とする。

低ナトリウム血症（hyponatremia）：しばしばみられ、緩徐に発症した場合には無症状であり、特に補正する必要はない。しかしせん妄、意識障害をきたし、腎不全がある場合には、水分制限、あるいは血清Naの補正が必要な場合がある。

低カリウム血症（hypokalemia）：体液喪失、利用薬やコルチコステロイドを使用している場合にみられることがある。

- iv 血糖値異常（blood suger(BS)）：

インスリンや経口糖尿病薬を使用している場合には、低血糖に注意する。

また、コルチコステロイド投与中はステロイド誘発性糖尿病に注意し、その

場合にはコルチコステロイドの減量を考慮する。

③ ケア

- i 移動・姿勢：体力低下により自力で寝返りすらできなくなれば、楽な姿勢で休めるように枕やクッション、タオルなどを利用する。また、一定時間毎に体位変換を行い、圧迫による痛みや褥瘡を予防する。
- ii 保清：入浴は患者に気分転換や爽快感をもたらす。入浴ができない場合には清拭や手浴、足浴、洗髪など、患者の希望を確認しながら、必要な内容を検討し実施する。
- iii 排泄：できる限り患者の意向とプライバシーを尊重しつつ介助する。
- iv 気晴らしや気分転換：休息と運動のバランス、活動と睡眠のリズムを把握し、可能であれば、適度に身体を動かしたり、外出、趣味の時間、人や自然と触れあう時間などを計画していく。

高カルシウム血症

悪性腫瘍に併発し、しばしば見逃されやすい。進行がんでは、10-15%にみられる。なかでも肺がん、乳がんが最も多い。

発症機序はがん細胞により産生される副甲状腺ホルモン関連たんぱく質や様々なサイトカインなどによって骨吸収が促進されたり、腎臓でのカルシウムの再吸収が抑制されたりすることによって生じる。

急に出現し進行する傾眠、嚥下障害、口渇、多飲、多尿、嘔気・嘔吐、全身倦怠感、筋力低下、食欲不振、せん妄、意識障害などの症状がみられたら、これを疑い、検査にて確認する。一過性と考えられる場合には治療を検討する。本症と骨転移とは相関関係がない。したがって、骨転移がない場合でも発症する可能性がある。

補正 Ca 値 (mg/dl) = 実測 Ca 値 (mg/dl) + 【4 - 血清アルブミン値 (mg/dl)】

正常値 8.4-10.4mg/dl

治療：ビスフォスホネート（アレディア®）1回 30-45mg を生理食塩液 500ml に溶解し、4時間以上かけて点滴静注する。アレディア®は骨形成は抑制せず、骨吸収のみを抑制する。

エルカトニン、コルチコステロイド

(3) 食欲不振 anorexia

① 原因

- i がんによる症状：疼痛、嘔気・嘔吐、便秘、嚥下困難、口内炎、味覚異常、電解質異常など
- ii 消化器系の病変：胃内容停滞、腹水、消化管狭窄、閉塞など
- iii 治療によるもの：薬剤性（モルヒネ、抗がん剤など）、放射線治療、高カロリー輸液など
- iv 心因性：不安、抑うつ、対人関係など

v 環境の不備：食習慣の変化、住宅環境など

② 方針

食欲不振が誰にとって、何が問題なのかを明確にすることが重要である。患者や家族の「食べないと身体が弱る」という考えが、逆に患者の負担になっている場合がある。

死が近づいた場合（終末期後期）、食欲不振は自然なことと考えるべきである。がんによる症状緩和を第一として、食事の工夫とともに患者とその家族に精神的援助をすることが重要である。

③ 治療：原因を診断し治療方針を立てる

i 消化管運動改善薬

メトクロプラミド (プリンペラン®)	錠剤、シロップ 1回 10-20mg 1日 3, 4回 食前と就寝前	胃がんや肝腫大による通過障害、胃下垂全摘術を受けた患者などで、胃内容停滞のある患者に有効
クエン酸モサプリド (ガスモチン®)	錠 2.5・5mg 散 1% 1日 15mg 1日 3回 食前または食後	アセチルコリン分泌を増大させて消化管の運動を促進する。 抗コリン剤を使っているときには作用を弱める *鎮吐剤として別掲

ii プロゲステロン製剤

メドロキシプロゲステロン (ヒスロンH®)	【適応外】 ⁷ 錠剤 1日 200-400mg 1日 3回	プロゲステロンは、コルチコステロイドに比べて全身倦怠感に対する効果は弱い、安全性は優れている
-----------------------	---	--

iii コルチコステロイド

ベタメタゾン (リンデロン®)	錠剤 1日 1-4mg 1日 1回朝または1日 2回朝、昼注射 1日 1回 2-4mg、 静注または筋注 散 1%	強力な食欲増進作用がある
-----------------	--	--------------

⁷ 乳がん、子宮がんに適応

ヒント

ステロイド剤

ステロイド剤には、様々な働きがあり、適応は随所にある。

- 1 食欲増進
- 2 腫瘍に起因する炎症性変化を軽減
- 3 浮腫を改善するので、腸管、気道、尿路などの管腔臓器の狭窄を軽減し、症状を改善することがある。
- 4 倦怠感を軽減する作用があるともいわれている。

④ ケア

i 食事の工夫

- ・ 患者の嗜好に合い、食べやすいように工夫する（食べたいものを、食べたいときに、食べたい量だけ！）
- ・ 五感を刺激するように工夫する
- ・ 季節感を取り入れる
- ・ 唾液の分泌を促す（レモン、酢の物、梅干しなど）
- ・ 固形物が摂れなくなっても、果物や果汁を口にするができる（アイスを好む人が多い、エンシュアシャーベットなど）
- ・ 水が咽るようになっても、炭酸飲料は飲めることが多い

ii 身体的援助：味覚改善のために口腔ケア、うがいを行う。患者のペースで食事を介助する。

iii 精神的援助：患者の話をゆっくり聴き、気分転換や外食・外泊を試みる。

iv 環境整備：温度、湿度、換気、静粛さ、清潔、明るさを考慮する。悪臭を防止する。

ヒント 食欲不振への対応

患者さんに対して

今はあまり体を動かしていないので、そんなにたくさんのエネルギーを必要としないこと、無理をせずに欲しいものを欲しいときに食べたらいいことを伝える

患者さんや家族は「食べなくなると体が弱って早く死んでしまう」と思っていることが多い。

不安・心配をよく聴いて、末期の患者にとって食欲不振は自然であり、無理に食べることが患者にとって苦痛であることを伝える。

家族に対して

(4) 悪心・嘔吐 nausea/vomiting

① 原因

i 末梢の自律神経系の刺激

消化器系の異常、肝腫大・肝被膜の伸展、腹水、便秘、咽頭刺激、気管・気管支の刺激、薬剤

ii CTZ (chemoreceptor trigger zone) を介して

CTZ は延髄にあり、化学的刺激を受容して嘔吐刺激を嘔吐中枢に伝播する。

薬剤性、代謝異常 (尿毒症、高カルシウム血症、低ナトリウム血症、肝不全)、感染症、体液異常 (高カロリー輸液、過剰な輸液など)、薬剤

iii 前庭神経を介して

中耳感染症、迷路の炎症、聴神経腫瘍、薬剤

iv 大脳皮質の刺激などが相互に関係して引き起こされる

頭蓋内圧亢進、頭頸部の放射線治療、心因性 (痛み、不安、恐れ)

悪心・嘔吐は、痛みと同様に非常に苦痛であり、マネジメントが重要。
多くは複数の原因があり、適切な診断が鍵になる。

② 治療

i 病態に応じた対処法

胃粘膜刺激	酸化マグネシウム、水酸化アルミニウムゲル、水酸化マグネシウム (マーロックス®、マグテクトU®)、H ₂ ブロッカー等
胃内容停滞	上腹部痛、腹満感、むねやけ、しゃっくり、飽食、大量の嘔吐などの症状が見られる 消化管運動促進剤投与が有効
便秘・宿便	便秘の項参照
消化管閉塞	コルチコステロイドが腫瘍や消化管周囲の浮腫を軽減させて、閉塞が改善されることがある。 唾液・腸液分泌抑制剤 (抗コリン剤、サンドスタチン®)、可能な限り輸液減量、胃内容吸引
頭蓋内圧亢進	脳腫瘍、脳浮腫 コルチコステロイド、グリセオールの点滴、内服薬など
高カルシウム血症	悪心・嘔吐、傾眠、口渇、多飲、多尿、全身倦怠感、食欲不振、便秘、せん妄など、肺がん、乳がん、多発性骨髄腫などに見られる。骨転移とは相関関係がない。(高カルシウム血症を参照)
尿毒症・肝不全	薬物やその代謝物蓄積に注意
薬剤性	モルヒネ、ブプレノルフィン、ケタミン、ジゴキシン、カルバマゼピン (テグレートール®) などを投与して起こることがある。
心因性	予期嘔吐 (anticipatory emesis) 不安・抑うつ

ii 制吐剤の使用法

フェノチアジン系 薬剤	<p>オピオイドによる吐き気など 化学受容体トリガーゾーン(CTZ)に作用する。制吐作用の他に鎮静作用もある。 副作用：錐体外路症状（筋硬直、急性ジストニア、アカシジア、歯車様硬直、無動症）、低血圧等 ●プロクロルペラジン（ノバミン®） 1回 5mg 錠、1日 3-4回 【適応外】</p>
ブチロフェノン系 薬剤	<p>オピオイドによる吐き気など CTZを強力に抑制し、フェノチアジン系よりも心血管系の副作用が少ない。嘔気以外に幻覚、不穏、せん妄にも有効【適応外】 ●ハリペリドール（セレネース®） 液剤 1回 0.5mg(1ml=2mg) 1日 3-4回 錠剤 1回 0.75-1.5mg 1日 1回就寝前 注射剤 2.5-5mg/日、CSIまたはCIV</p>
抗ドパミン 薬	<p>上部消化管の運動促進剤、オピオイドその他の原因による胃内容停滞 ●メトクロプラミド（プリンペラン®） 錠剤・シロップ 1回 10-20mg 毎食前と寝る前 注射剤 60-180mg/日 CSIまたはCIV末梢性（消化管）および中枢性（CTZ）の制吐作用がある。錐体外路作用に注意 ●ドンペリドン（ナウゼリン®） 錠剤 1回 10-20mg 毎食前と寝る前 坐剤 1回 30-60mg 1日 2-3回直腸内投与 上部消化管とCTZに作用、抗ドパミン作用、錐体外路作用に注意</p>
抗ヒスタミン 薬	<p>体動時の吐き気 内耳迷路と嘔吐中枢に選択的に作用する ●クロルフェニラミン（クロールトリメトン®） 注射剤 1-2A 皮下・静注、1日 2-6A 持続皮下・静注 ●ジフェンヒドラミン・ジプロフィリン（トラベルミン®） 錠剤 1回 1錠、1日 3-4回 注射剤 1日 1-3A 持続皮下・静注</p>
コルチコステロイド	<p>抗がん剤による嘔吐（特に遅発性嘔吐）に対して有効、脳浮腫（頭蓋内圧亢進）や腫瘍による消化管閉塞の解除に有効 ●リンデロン® 4-8mg 皮下・静注（5日程度を目安に）</p>

抗コリン作 動薬	唾液・腸液を減らす ●臭化水素酸スコポラミン（ハイスコ®）【適応外】 舌下 注射剤 1回 0.15-0.25mg、1日 3-4回 持続皮下注 0.5-2mg/日 抗コリン作用を持ち、前庭神経や嘔吐中枢に直接作用して制吐作用を示す。消化管閉塞の「唾液があがる感じ」「生水の上がる感じ」「からえずき」の時に有効。唾液、腸液の分泌を抑える。
オクトレオ チド	●サンドスタチン® 注射剤 200-300 μ g/日 持続皮下注 ソマトスタチンのアナログであり、消化管における電解質や水の分泌を抑制することによって効果を示す。

③ ケア

- i 不快感を取り除くー口腔内清拭、乾燥を防ぐ
- ii 環境整備ー臭気、香りに注意、快適な環境
- iii 精神的援助を行うー不安、抑うつへの対処、リラクセーション
- iv 食の欲求を満たすー食感を楽しむ、吐くことを覚悟の上で食べる

(5) 便秘 constipation

① 原因

- i 消化管異常：腸管内腔の狭窄、閉塞、腸管癒着、腸管の外からの圧迫、宿便
- ii 薬剤性：オピオイド、抗コリン作動薬（向精神薬、抗うつ薬）利用剤
- iii 電解質異常：高カルシウム血症、低カリウム血症
- iv 全身性：全身衰弱、活動性の低下（寝たきり状態）
- v 食事性：食事、水分摂取量の減少、繊維質の少ない食事
- vi 神経因性：脊髄神経圧迫
- vii 心因性：不適切な環境、抑うつ

② 症状：便秘は腹部腫瘍、腹部膨満、食欲不振、嘔気・嘔吐、痛み、下痢、せん妄など、がんに似た症状を呈する。

③ 方針

今までの排便習慣、最終排便の日時、下剤使用の有無、排便状態（回数、量、性状）の観察を行う。直腸診によって宿便の有無を確認する。

*消化管閉塞の場合、刺激性下剤の使用は原則として禁忌である。

④ 治療

- i 宿便の除去：宿便とは糞塊の直腸や結腸における停留をいう。不完全な排便が糞便の蓄積につながる。宿便があるとき下痢（水様便の頻回排泄）がみられることがある。
 - ・ 摘便
 - ・ 坐剤の使用（レシカルボン®座薬、テレミンソフト®坐剤）
 - ・ 浣腸

- グリセリン浣腸：1日 30-150ml を直腸内に入れる
 - * 頭蓋内圧亢進、心疾患がある高齢者では慎重に行う
 - * 腸管出血、腹腔内炎症、全身衰弱の強い患者では禁忌
 - オリーブオイル浣腸：1回 30-100ml を直腸内に入れる

刺激性はない。翌日頃にスポンジ状になって排泄される
 - ii 下剤の使用：蠕動亢進薬と軟化剤を混ぜて使う
 - 酸化マグネシウム（マグラックス®）

原末 1回 0.5-1.0g 1日 2-3回

錠剤 1回 330-660mg 1日 2-3回

腸管内に水分を移行させる。腸管内圧が増し、腸蠕動が促進される。

ニューキノロン、テトラサイクリン系抗生剤の吸収を阻害することがあるので同時服用を避ける。
 - ビコスルファートナトリウム（ラキソベロン®）

液剤 就寝前もしくは朝・晩に使用。大腸刺激下剤で5滴程度ずつ増減する
 - センノシド（プルセニド®）

錠剤 1回 12-48mg（1-4錠） 寝る前
 - ラクトロース（ピアーレ®【適応外】、モニラック®）
- ⑤ ケア
- 腹部マッサージ、腹部・腰部を温める

(6) 呼吸困難 dyspnea

① 原因

- i 換気障害：肺腫瘍の増大、気胸、無気肺、肺気腫、胸水、腹水
- ii 炎症性：肺炎、気管支炎、がん性リンパ管症、発熱
- iii 肺気道系性：気管閉塞・狭窄、気管支痙攣、喘息、喀痰貯留
- iv 呼吸器筋性：重症筋無力症、筋萎縮性側索硬化症
- v 循環器障害：うっ血性心不全、心嚢炎、上大静脈症候群、出血
- vi 中枢性：脳血管障害、脳腫瘍、薬物
- vii 血液性：貧血
- viii 代謝性：尿毒症、糖尿病性アシドーシス
- ix 心因性：不安、抑うつ、精神的ストレス

必ずしも呼吸器・循環器の病変によるものとは限らず、全身の様々な要因に関連して生じることを念頭に置いて総合的に評価する。

② 方針

呼吸困難は「呼吸時の不快な感覚」と定義されるが、主観的な症状であり、客観的病態である呼吸不全とは必ずしも一致しないことを覚えておかなければならない。呼吸困難の頻度は 29-74%と文献により様々であるが、いずれ高率である。

呼吸困難感は不安や死の恐怖につながりやすく、十分な説明のもとに治療やケアを行うべきである。発症のしかたも病態理解の助けになる。

- ・ 突然発症するもの→気胸、気道閉塞や心不全
- ・ 数時間から数日 →肺炎、胸水貯留
- ・ 数週間 →肺腫瘍の増大、貧血

③ 治療：進行期がん患者における治療のターゲットは単に酸素飽和度を改善するのではなく「息苦しい」という自覚症状を緩和することである。

「息苦しさは取ることができる」と伝えるなど、患者や家族の不安を取り除くよう努める。

i 原因治療

呼吸困難の原因が治療可能である場合は原因治療が一番である。しかし、終末期の呼吸困難は、原因が複数存在し、不可逆で治療不適応な場合も多い。したがって、生命予後、治療の利点・欠点、本人の希望を十分に検討し原因病態に対する治療の限界を見極め、対症療法に切り替えていくという総合的な判断が必要である。

ii 酸素療法：基本的に低酸素血症がある場合が適応であるが、冷気そのものや流入感で安心できるという心理的効果もある。束縛感や口渇感などもふまえて、本人の改善感を指標にして適応や投与量を判断する。

iii 薬物療法

モルヒネ	<p>モルヒネの全身投与が呼吸困難を改善することは医学的に確認されている。</p> <p>痛みなどで既に使われているとき：現在の量を 25-50%増量 まだ使用されていないとき</p> <p>●塩酸モルヒネ原末：2-5mg に乳糖を加え 0.5g とする 1日 4-6回</p> <p>(モルヒネ水溶液：モルヒネ末 10mg+単シロップ 4mg+加水合計 10ml とする。オプソ内服液 5・10mg 製剤、塩酸モルヒネ錠剤 10mg</p> <p>*痛みの項参照</p>
コルチコステロイド	<p>がん性リンパ管症、がん性胸膜炎（胸水貯留）、肺炎、気管支炎などの炎症を抑えたり、気管・気管支の狭窄、上大静脈症候群などの腫瘍周辺の浮腫を軽減させるなど呼吸困難を改善する。</p> <p>●ベタメタゾン（リンデロン®） 錠剤・注射剤 1回 2-12mg 1日 1回朝または2回朝・昼</p> <p>*副作用は痛みの項参照</p>
抗不安薬	<p>不安や恐怖などによって呼吸困難が増強されている場合</p> <p>ベンゾジアゼピンは、抗不安薬として非常に効果のある薬剤である。薬物は、相対的に半減期が長い、それは血中濃度に山と谷が生じることで不安状態へ戻るのを避けるためである。少量から</p>

	<p>開始し、効果がみられるまで投与量を調整する。 以下の薬剤は、オピオイドと併用しても安全である。推奨するベンゾジアゼピンには以下のものがある。</p> <p>●ロラゼパム 0.5-2.0mg 経口、舌下、口腔粘膜に貼付または1時間毎に症状が安定するまで静注、その後4~6時間毎、症状が安定するように定期的に投与</p> <p>●ジアゼパム 5-10mg 経口、静注、症状が安定するまで1時間毎に投与、その後6~8時間毎に定期的に投与</p> <p>●クロナゼパム 0.25-2.0mg 経口 12時間毎</p> <p>●ミダゾラム 0.5mg 静注 症状が安定するまで15分毎に投与、その後持続皮下注射または静脈投与</p> <p>—ASCO 公式カリキュラム『がん症状緩和の実際』(2003),7,29—</p>
気管支拡張薬	<p>気管支痙攣の改善に有効 以下の薬剤は横隔膜の収縮力の改善をもたらす。 治療域が狭いために病態にあわせて必要時に使う。</p> <p>●テオフィリン徐放製剤 (テオドール®) 錠剤 1回 100mg 1日 2-3回</p> <p>●アミノフィリン (ネオフィリン®) 注射液 1回 250mg</p>
その他	<p>死前喘鳴 (death rattle) は補液を控えめにすることで予防する。 分泌抑制薬として臭化水素酸スコポラミン (ハイスコ®) が有効な場合がある。</p>

呼吸困難で酸素吸入は必要？

呼吸困難は、末期がんの患者さんの50-70%にみられ、死への不安、恐怖を増強し、さらに呼吸困難感を増悪させ、ときに痛みよりも対応に苦慮することがある。

呼吸困難は、「息苦しさ」と表現される症状で、肺機能障害の程度とは相関しない自覚症状なので、低酸素血症の治療目的で酸素療法をただけでは症状緩和がされない。快適な体位を促し、リラクゼーションなどを併用して不安の軽減を図る。薬物療法としては、モルヒネ・ステロイド・抗不安薬を用いる

④ ケア：以下の非薬物療法がきわめて重要

- i 体位の工夫：セミ・ファーラや起坐位など。枕、クッション、バックレスト、オーバーテーブル、ギャッジベッド、安楽いすなどの利用。
- ii 環境調整：室内温度・湿度の調整、換気や扇風機で冷風を顔に当てる（しかし空気が動くことを嫌うこともある）。冷たいぬれタオルを顔に当てる。呼吸困難があると暑がる傾向がある。

- iii 寝衣・寝具の工夫：ゆったりとした寝衣、軽くて保温に富んだ掛けもの。手足の保温に努める。
- iv 胸部の理学療法：深呼吸や口すぼめ呼吸、腹式呼吸の指導。体位ドレナージ。
- v 精神的ケア：患者のそばに座り、訴えを十分に聴き、不安感をなくし、安心感を与える。孤独感をなくする（一人にしない）。音楽や絵画鑑賞など気持ちを分散させる。
- vi リラクゼーション

リラクゼーション

「relax：緩める」の名詞形であり、ストレス反応である「tension：緊張」の対極の概念である。リラクゼーション反応を得るための技法には、呼吸法や筋弛緩法、自律訓練法、イメージ法などがあり、訓練によって身につけることができる。これらは心身の調和や適応を促進させる方法で、ストレスの緩和、苦痛症状の緩和、免疫機能の向上、安寧・幸福感や QOL の向上に効果が期待される。

(7) 浮腫 edema

浮腫には皮下組織の過剰な低蛋白液の貯留（末梢浮腫）とリンパ環流の障害による軟部組織のリンパ貯留（リンパ浮腫）とがある。

末梢浮腫

- ① 原因：いくつかの要因が重なり合う
 - i 不動：下位側の肢への重力作用、静脈やリンパ環流を促す筋肉活動の低下
 - ii 低蛋白血症：低栄養、腫瘍の代謝作用、肝機能不全、胸水や腹水などのサードスペースからの水分移動
 - iii 塩分と水分の貯留：ステロイド、NSAID、抗生物質、心不全、腎不全、肝不全
 - iv 腹圧上昇：腹水、肝腫
 - v 末梢静脈疾患
- ② 方針

末梢浮腫頻度は末期がん患者の約 20-80%にみられる。下肢が重苦しくなり、運動性が低下しやすい。また冷感、しびれ、痛みなどの知覚障害もみられる。

輸液を行っている場合は、輸液量を減らすか中止することで苦痛を軽減できる。
- ③ 治療

浮腫により著しい不快や運動制限が生じる場合は、利尿薬の適応となる。経口の水分や塩分の制限は QOL を低下させるので行わない。

 - フロセミド（ラシックス®）：錠剤、細粒 1回 20-80mg、1日 1回朝
 - スピロノラクトン（アルダクトンA®）：錠剤、細粒 1回 50-200mg、1日 1回朝または2回朝・昼
- ④ ケア
 - i 運動を促す（歩行）

- ii 腓骨筋のマッサージ
- iii 浮腫肢を心臓より高く挙上する
- iv 弾性ストッキングを着用する（夜間にははずす）
 - * 臥床患者では適応はない
- v 体液貯留の原因となるステロイド、NSAID を中止する
- vi 皮膚ケア：皮膚の緊張で破れたときには感染予防とともに漏出液をうけとめる。

リンパ浮腫

① 原因

乳がん女性の腋下リンパ節廓清後に多くみられる。手術、放射線、腫瘍浸潤による局所リンパ節損傷で生じ、また残存するリンパ管のうっ帯、リンパ管の弁機能不全、リンパクリアランスの低下、繊維化の進行などが原因となる。

② 方針

症状は肢に重く、動きにくく、緊満し、はち切れそうな感じがする。組織圧上昇により痛む。運動や暑い天候により悪化する。リンパマッサージはリンパ環流を助け、またスキニシップによる癒し効果が期待できる。

③ 治療

i 利尿薬

- フロセミド（ラシックス®）
- スピロノラクトン（アルダクトンA）
- ii 大量コルチコステロイド（デキサメタゾン®）8mg

利尿薬が無効のとき、リンパ環流を圧迫する腫瘍塊を減少させる。

④ ケア

- i 皮膚を清潔に保つ（清拭）
- ii 外傷から皮膚を保護する（患肢で血圧を測らない、注射をしない）
- iii 皮膚の保湿のために無香性オイルを用いる
- iv リンパ浮腫側の肢に紅班を認めたときは蜂巣炎を考慮して抗生剤を用いる
- v リンパマッサージ
- vi 圧迫包帯、サポーターの使用

輸液

一般に終末期になると、体内の水分調整機能は低下するので、過剰な水分投与は体内組織貯留を招き、患者を苦しめる場合が多い。たとえば、終末期・臨死期に輸液を行っているとう痰が多くて呼吸が苦しそうなことがあるが、輸液を行わない場合ではほとんど問題になることはない。

終末期輸液の欠点：①気道分泌物の増加、②消化管分泌物の増加により、腸管内圧が高まり、嘔吐、腹部膨満などが増強しやすい、③浮腫、胸水、腹水などが増加

4 精神症状のケア

精神的アプローチ

- i ベッドサイドに座り込む
- ii 傾聴し感情に焦点をあてる（聞きなさい！さもないとあなたの舌が…）
- iii 安易な励ましをさける
- iv 理解的態度で接する
- v とともに闘うことを知らせる
- vi 症状の変化に対する布石をする
- vii 質問の機会を与える
- viii 希望を支える（患者の希望が非現実的であっても、それを支える）
（希望とは病気を治すこととは限らない）
- ix 非言語的コミュニケーションを図る（NOT DOING,BUT BEING）

(1) 不安 anxiety

- ① 身体症状：皮膚の紅潮、蒼白、発汗、動悸、手指振戦、頭痛、口渇、嘔気、嘔吐、下痢、腹痛、尿意、便意、呼吸困難、胸内苦悶など

病的不安の特徴：

- i しかるべき理由、状況がない
- ii 言葉で表現するのが難しい
- iii 人にわかってもらえない
- iv 我慢しにくい
- v かなり長く続き、少なくとも簡単に消えない
- vi いったん消えても、また起こるのではないかと恐ろしい（久保木）

② 治療

- i コミュニケーションを図る
- ii 患者の自尊心と意欲が保たれるように配慮
- iii コルチコステロイド、メトクロプラミド、オピオイド、ベンゾジアゼピン系抗不安薬が過量に投与されていないか
- iv 原因を探り、解決できることは解決する
- v リラクゼーション、自律訓練法など
- vi 音楽療法、アロマセラピー、瞑想、マッサージなど

薬物療法

抗不安薬（ベンゾジアゼピン系が代表的）

* 高次の精神機能に影響せずに不安や緊張を改善できる
強い不安で呼吸困難、痛みが増強している場合は

- アルプラゾラム（ソラナック®コンスタン®）作用が強い
錠剤：1回 0.4mg、1日3回
- エチゾラム（デパス®）作用は強いが、作用時間は短い。筋弛緩作用がある。
錠剤：不安時頓用 または 1回 0.5-1mg、1日3回
- クロキサゾラム（セパゾン®）作用が強く長い。

錠剤：不安時頓用 または 1回 0.5-1 mg、1日3回

- オキサゾラム（セレナール®）副作用が少なく、高齢者、体力低下のある場合に有効 錠剤 1回 5-20mg、1日3回

(2) 抑うつ depression

がんの場合、抑うつは様々な喪失体験に関連していることが多い。患者自ら苦痛を訴えることは少ない。

以下をふまえて、患者との日常会話に「最近憂うつに感じたり、落ち込んだりする日が続いているようなことはありませんか？」というような気分を聞く質問を盛り込むことはスクリーニングとして重要である。

① 症状

- i 精神症状：基本症状 ①抑うつ気分 ②意欲・気力の低下 ③思考・行動の抑制
- ii 精神症状：その他の症状 悲哀感、希望喪失、敗北感、無価値感、負担感、集中力の低下、希死念慮
- iii 身体症状：早朝覚醒、不眠、食欲不振、体重減少、性欲低下、涙もろさ、無表情、感情表現が乏しい、罪悪感、無価値感、治療拒否、拒絶、無断外出、徘徊、自殺企図

② 治療

反応性うつ：多くの場合が該当する喪失や悲嘆の反応→不安の表出、そばについて話を聞く

準備性うつ：末期患者がこの世との決別を覚悟するために経験しなければならない準備的悲嘆→黙っていて、手を握るなどのスキンシップ、非言語的コミュニケーションが重要

患者を孤独にさせない配慮

薬物療法：抗うつ薬が中心

抗うつ薬の作用→①抑うつ気分の解消、気分高揚効果

②抑制の解除から欲動の回復

③不安、不穏、焦燥の除去

SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）

フルボキサミン	デプロメール® ルボックス® 錠剤	1回 25-75mg、1日2回
パロキセチン	パキシル® 錠剤	1日1回 10-40mg
セルトライン	ジェイゾロフト® 錠剤	1日1回 25-100mg

◇SSRI は初期に悪心の副作用が生じることがあるが、重篤な副作用は少なく、従来の三環系抗うつ薬と同等の効果があり使用しやすい。また、抗うつ作用だけでなく、抗不安効果もある。

SNRI (選択的セロトニンノルアドレナリン再取り込み阻害薬)

ミルナシプラン	トレドミン® 錠剤	1回 50-100mg、1日3回食後
---------	--------------	--------------------

◇SNRI は、SSRI に比べて気分高揚感がある。

(3) せん妄 delirium

① 原因

- i 脳腫瘍・脳血管障害
- ii 代謝性 (電解質異常時に高カルシウム血症)、肝性脳症、尿毒症、血糖異常
- iii 感染症 (肺炎、尿路感染、敗血症など)
- iv 薬剤性 (オピオイド鎮痛薬、抗コリン作動薬)
- v 外傷 (硬膜下血腫)
- vi 低酸素血症 (心不全、呼吸不全)
- vii 全身の不快感 (尿閉、便秘、かゆみ)

② 症状

急速に症状が発現し、日内変動がみられる。注意集中困難、失見当識、計算力などの高次認知機能障害が特徴的

Lipowski の分類：①多動・過覚醒型 (不穏、刺激に過敏に反応、幻覚、妄想を伴う) ②寡動・低覚醒型 (混迷、嗜眠、静穏) ③混合型

③ 治療

想定された原因の除去が原則

原因除去が困難なとき

向精神薬による治療 (有効率 1/4)

ハロペリドール	セレネース®	錠剤：1回 0.75mg、1日1回 (夕方か眠前) ~ 3回 液剤：0.5-1mg(1ml=2mg) 1日3-4回 注射剤：1/3-1A 眠前 10-30mg / 日 (CSI)
クロルプロマジン	ウィンタミン® コントミン®	錠剤：1回 12.5-25mg、1日1-4回 興奮性が強い場合に使用 副作用：パーキンソン症候群、アカシジア
リスペリドン	リスパダール®	錠剤または内用液：1回 1-3mg (ml)、 1日2回

5 参考になるホームページ情報等

(1) 終末期輸液のガイドライン

○終末期がん患者に対する輸液治療のガイドライン(日本緩和医療学会:PDF10MB)

<http://www.jspm.ne.jp/guidelines/index.html>

(2) 終末期鎮静のガイドライン

○苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン(日本緩和医療学会:PDF10MB)

<http://www.jspm.ne.jp/guidelines/index.html>

6 コミュニケーション技術

(1) 告知をするときの当面の課題

- ① 誰が伝えるのか
- ② 家族への告知
- ③ 症状の説明
- ④ サポートチームの協調
- ⑤ 十分なフォローアップをすること

(2) サポート関係を築くポイント（聴き手に求められること）

- ① 能動的な聞き手（積極的傾聴）
- ② 主な不安を明白にする
- ③ 感情に応える（ことばの背景にある感情に焦点を合わせて聴く）

(3) なぜ話すのか？なぜ聴くのか？

患者をサポートして苦痛を和らげれば、それを与えた人、与えられた人の双方に報いがあり、相互の関係を強めるという価値がある（関係性の強化）。

(4) 対話における重要ポイント

- ① 「話すこと」はコミュニケーションの最良の方法
- ② 苦痛について話すだけでも、それは苦痛を和らげるのを助ける
- ③ 会話を避けようとする考えは、結局有害である

(5) Not doing, but being

あなたが患者のためにできる最大の奉仕の一つは、彼の恐れを聴き、そのときそばにいてあげることである。

(6) 的確に聴くこと

- ① 患者のそばに坐り、目の位置は相手と同じ高さにする
- ② 患者が今、話したい気分だろうか？「お話ししたい気分ですか？」
- ③ ひたすら傾聴する。患者の話を中断しない
- ④ 話をするように患者を促そう 「もっとお話ください」（支持、エコー、質問、明確化）
- ⑤ 沈黙のとき、そっと手を握ったり、黙ってそばにいても、価値ある援助になる
- ⑥ 自分の感情を述べるのを恐れない 「なんとやらいいかわかりませんが...」
- ⑦ 誤解のないことをはっきり示す
- ⑧ 話題を変えてはいけない
- ⑨ 求めがないのにアドバイスすることは慎もう
- ⑩ 回想することを勧める
- ⑪ ユーモアの働き

(7) 援助する際のチェックリスト

- ① 援助を申し出よう「私にできることなら何でもおっしゃってください」
- ② 患者の病気に関する医学的情報を持つ
- ③ ニードを明確にし、整理しよう
- ④ 何をすることができ、何をしたいのかわかるよう

- ⑤ 実際的かつ些細なことから始めよう
- ⑥ 過剰な援助を慎もう
- ⑦ 傾聴しよう
- ⑧ 自分にできないことは他の援助者の力を借りよう



7 看取り

(1) 終末期・臨死期の経過（病態）と対処法

① 終末期・臨死期の経過（病態）

病状や死期については、原則的に医師（主治医）が判断し、本人あるいは家族に伝えていくことである。その他のスタッフが「命が危ない。死期が迫っている」などと、確定的なことを伝えることは控えなければならない。

しかし、だからと言って、何も気づかず、何も感じないというのではなく、患者の変化を感じとり必要なアクションをおこすことが必要である。

患者の死が数日以内に迫っていると客観的に判断したり、予測していくために必要（助け）となる症状・状態には下記がある。

- 食事摂取量、水分摂取量の減少はないか？
- 血圧低下はないか？
- 尿量の減少はないか？
- 頻脈、除脈はないか？
- 呼吸の乱れはないか？
- 傾眠状態か？ 昏睡状態か？
- 体温異常はないか？
- 本人の生氣
- いつもの様子と違う

② 終末期・臨死期の対処法

患者の死が真近に迫ってきたときには、そのことを家族に伝え、①親族への連絡 ②患者の身体的変化について説明し、どのように対処したら良いかを伝える（お別れのパンフレットを渡しておく、家族はいつでも読み返せるので安心して経過を見守ることができる－参考例：P29－30）。

(2) 死亡時の対処法

○患者の死に立ち会った場合は→**死亡診断書**

○死体として扱った場合は → **死体検案書**

ただし、診療中の患者が受診後 24 時間以内に当該の病気で死亡した場合には、改めて死体を診なくても**死亡診断書**を交付できる。

24 時間以上経っていれば、改めて死体を診てからでないと書類は交付できない。その際、本来は死体検案書であるが、実際には死亡診断書が使われることが多い。

（日本医師会雑誌 第123巻 第12号 医療の基本 ABC：松村理司）

医師法第20条（無診察治療等の禁止）

医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方箋を交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後24時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。

（解釈）医師は自ら診察しないで治療をしたり、診断書、処方箋、出生証明書、検案書などを交付してはならない。

死体を検分したときは検案書であるが、死後24時間以上経っていても、継続的に診療をしていた患者であった場合は、検分の上、当該疾患による死亡と認められるときには、慣例上、死亡診断書を交付する。

（3）死亡後のケア（グリーフケア）

患者が死亡した後、残された家族は、愛する人の別れによって悲嘆にくれることが多く、そのようなときに自分の生活を考えるゆとりはなく、さらに自分が介護に全力を注いだにもかかわらず、死に追いやったのは自分ではないかと自責の念に駆られることもある。こうしたときに同じ看取りに携わった者として医療者の支援があると、遺族は気持ちの整理がし易くなる。遺族が自分の生活の建て直しを図れるようになる時期は、一概には言えないが数ヶ月から数年を要することもある。

遺族会、偲ぶ会などを定期的で開催することもあるが、個別的な対応を行うこともあり、とくに決められたやりかたというものはない。

(参考資料1：お別れのパンフレット(例))

おわかれ

1. 臨終間近のケア

患者さんに死が近づいてくると、普段と違ったいろいろな変化がでできます。

ご家族の方はそれらの変化に遭遇したとき、不安と悲しみでどう対処してよいか戸惑われることと思います。しかし**落ち着いて患者さんの手を握り**、亡くなるまでの**自然の経過**として受けとめ、これらの変化に対処してください。

- (1) 手足が冷たくなったり、冷汗でじっとりしたり、手足の末端が紫色になったりします。この変化は血液の循環が悪くなったためですので、湯たんぽなどで暖めたり、**さすってあげたり**してください。
- (2) 眠っている時間が多くなります。ご家族の方は会話ができずに淋しい思いをするかもしれません。またしばしば目覚めが困難になったりします。これは、新陳代謝が悪くなってきたためですから**無理に起こしたりせず**眠らせてあげてください。
- (3) 時間や場所、名前、時として家族の人のこともわからないようなことを言ったりします。これも新陳代謝が悪くなったため自然の経過ですので、頭がおかしくなってしまったと嘆かずに見守ってあげてください。
- (4) 尿や便を洩らしてしまうことがあります。尿道や肛門を閉じる筋肉の働きの低下によるものです。柔らかい紙やウエットティッシュなどでやさしく拭き取ってください。
- (5) 口からの分泌物が多くなったり、痰があがってきて喉の奥でゼロゼロという音がしてきます。この症状は体力が低下して、自分で咳をして出せなかったり、身体の水分が呼吸器にたまることによるものです。**綿棒でぬぐってあげたり、拭いてあげ、清潔にしましょう**。看護師の判断で吸引器が必要な場合は、使い方を指導いたします。
- (6) 五感の働きが鈍くなっても、**最後まで聴力は残ります**。眠っているからといって、患者さんの前で病気のことや聞かれてはいけない話は慎んでください。
- (7) 身体がだるくて身の置き場がなくなると、じっとしてられず、始終手足を動かしたり落ち着きがなくなります。そういう時は背中をさすってあげたり、手足をさすってあげてください。下肢がだるいときは膝の下やふくらはぎの下に座布団を折って入れたりして、少し高くすると楽になります。
- (8) 食欲は低下し、ほとんど物を口にしなくなります。**氷や冷水、さっぱりした物が好まれます**。食べないからといって、無理にカロリーの高い物を食べさせたり、すすめたりすると、患者さんにとってはそれだけで苦痛になります。
- (9) 寝ているとき、急に呼吸が止まったようになり、驚くことがあります。呼吸が不規則になり、10～30秒くらいの**無呼吸状態**が起こります。これは死が近づいたときに起こる呼吸です。あまり長い間止まって心配なときは、胸をさすってあげると、呼吸が回復することもあります。

2. 死亡時のケア

亡くなるまでの患者さんの過程はさまざまです。ご家庭の方がおやすみになっている間に亡くなっている、ということもありうることです。そのようなときは、決してご自分を責めたりしないで、患者さんは苦しまずに安らかに亡くなられたと思ってください。

死亡時に確認すること

- (1) 声をかけ身体に触れてみても反応せず動かなくなります。
- (2) 眼を開いてみて瞳孔（黒い瞳の部分）が大きく拡がっているかどうか確認してください。
- (3) 息が止まり、心臓が止まります。胸に手をあてて（胸が）動いていないかみてください。鼻に手を当てても結構です。そして首の動脈に触れてみて触れなければお亡くなりになったと判断してください。

上記のことが確認された時間をみておき、看護師が傍らにいないときは電話でお知らせください。目が開いているときは、手でまぶたを抑え閉じてください。口が開いているときは、枕をやや高めにし、あごの下にタオル 1 枚丸めて入れておくと口が閉じます。 *ご家族だけで十分にお別れの時間をとってください。

3. 死後のケア

患者さんは亡くなられても生前と同じように、ご家族の方にとっては大切な存在です。身体を清めて、お化粧をして、みなさんとお別れできるようにします。看護師もお手伝いしますが、ご家族の方だけでなされたい場合には、次のようにしてください。

- (1) 手足をまっすぐにしてください。（ただし関節が硬くなって伸びない場合はそのまま結構です）
- (2) 下腹を軽く押して、たまっている尿や便をまず出してしまいます。
- (3) タオルを 2 枚準備してください。お湯で身体を拭いてきれいにします。よくしぼって顔から拭きます。
- (4) 胃内の停滞物が出てこないように口の中と鼻の穴に脱脂綿を詰めます。2 cm くらいに細く切って、割箸で顔の形が変わらない程度に詰めます。
- (5) 肛門がゆるんで便が出てしまうことがありますので、肛門にも綿を詰めます。たくさん入りますが、2 cm 幅で 20 cm 位で結構です。
- (6) お召しもの（着衣）は生前患者さんが好んだものでも、家族の方が準備したものでもよろしいと思います。ただし、袖口の狭いものやかぶり物は死後身体が硬くなると着せづらくなりますので避けたほうがよいでしょう。
- (7) 女性の方は、生前と同じようにお化粧をしてあげてください。男性の方はヒゲを剃り、ファンデーションとほほ紅、それに口紅をうすく塗ってあげると顔色も良くなり美しくなります。

*以上のことでお分かりにならないことがございましたら、遠慮なく医師または看護師にお尋ねください。
(医療法人社団 鈴木医院)

(参考資料 2 : 薬局との連絡票 (例))

平成 年 月 日

_____ 薬局殿

医療機関

住 所

電 話

医師氏名

印

患者	氏 名			
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		
	住 所			
	電話番号			
世帯主名		主たる 介護者		続柄
傷病名				
症状				
既往歴				
治療の状況				
在宅訪問薬剤管理指導に関する情報 現在服薬中の薬剤				
残日数		訪問開始日	年 月 日 予定	
調剤情報	一包化・粉砕・その他 ()			
その他 (今後使用希望薬剤等)				

(参考資料3) WHO方式がん疼痛治療法

がん性疼痛に対しては、疾患の種類に関係なくWHOが公表した「WHO方式がん疼痛治療法」に従った鎮痛法が標準的治療として確立している。この指針に従った治療を行うことで、80～90%のがん患者の疼痛緩和が可能である。

〈徐痛の目標〉

- | |
|-----------------------|
| 第一目標 痛みに妨げられない夜間睡眠の確保 |
| 第二目標 安静時の痛みの消失 |
| 第三目標 体動時の痛みの消失 |

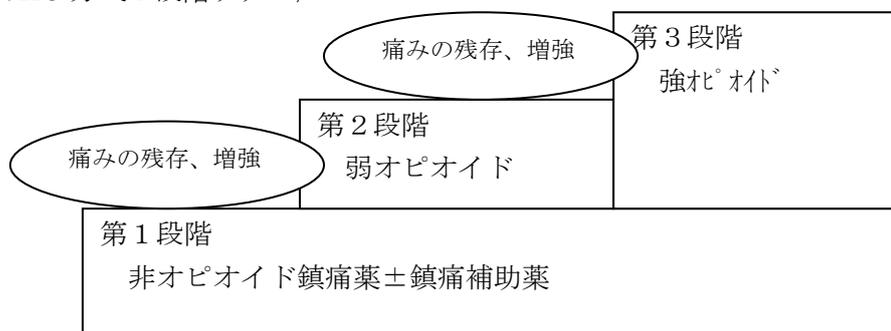
基本的にはWHO方式3段階ラダーに基づいて、どこでも入手できる鎮痛薬を用いて、専門病棟のみでなくどこでも投与可能で、痛みの強さに応じた十分量の鎮痛薬を薬理学的半減期を考慮した時間間隔で定時的に投与する。

なるべく非侵襲的な方法で投与することが望ましく、経口投与を基本として、それが好ましくない場合に、経直腸投与、静脈注射、皮下注射、硬膜外ないしくも膜下投与の適応を検討する。

〈投与の五原則〉

- 1 by the mouth:経口投与そのものが患者の自立を助ける。経口投与が不適切な時のみ非経口投与とする。
- 2 by the clock:薬物の作用時間を考慮し、効果の切れ目が生じないような時間間隔で継続投与する。
- 3 by the ladder:WHO方式3段階ラダーに従い、痛みの強さに相応した鎮痛効力の薬剤を選択する。痛みの強さによって、どの段階から開始してもよい。
- 4 for individual:適切な鎮痛薬の投与量は、痛みの和らぐのに十分な量であり、個人差が大きい。
- 5 with attention to detail:鎮痛効果を副作用のバランスを継続的にみる。また、持続的な痛みのみでなく、完結的に増強する痛みにも配慮する。

〈WHO方式3段階ラダー〉



(参考資料4) 麻薬取扱上の注意事項

1 在宅医療における看護師の麻薬取扱について

(H13.5.10 宮城県保健福祉部長からの照会に対する厚生労働省医薬局監視指導・麻薬対策課長回答)

(1) 麻薬診療施設に所属する看護師

ア 在宅医療のために麻薬施用者（主治医）が交付した麻薬処方箋によって調剤された麻薬は、原則をして患者または家族に直接交付されるものである。

しかし、患者または家族に直接麻薬を処方することが困難で、麻薬の交付がなければ医療上支障をきたす場合には、当該医療機関の患者を担当する看護師が主治医からの指示を受けて患者宅に搬送することを認めても良い。

イ 搬送途中の盗難、紛失などの事故については、麻薬施用者（主治医）が全ての責任を負う。

(2) 訪問看護ステーションの看護師

ア 麻薬を処方する主治医の指示を受けて患者の看護に当たる訪問看護ステーションの看護師が、患者宅に麻薬を搬送することは、主治医の麻薬交付の補助行為であるのでこれを認める。

イ 搬送中の盗難、紛失などの事故については、麻薬施用者（主治医）が全ての責任を負う。

ウ 訪問看護ステーションの看護師が患者宅に麻薬を届ける場合には次のように指導すること。

- ① 主治医は患者を担当する訪問看護ステーションの看護師以外のものに麻薬を交付はならない。
- ② 主治医は麻薬を交付するときには患者を担当する訪問看護ステーションの看護師であることを確認する。
- ③ 訪問看護ステーションの担当看護師が麻薬を搬送する際には、身分証明書、及び主治医の指示書を所持すること。
- ④ 交付された麻薬の搬送にあたっては紛失、盗難等の事故、届出先の誤りがないように留意し、麻薬を届けるべき患者宅に優先して訪問すること。
- ⑤ 搬送中の麻薬を訪問看護ステーション内など、患者宅以外の場所での留め置きや保管はできない。
- ⑥ 麻薬を患者宅に届けたときには患者から受領書を徴収し、主治医にすみやかに提出すること。

2 処方、調剤した麻薬の取扱について

(1) 在宅の患者が死亡し、飲み残した麻薬の取扱について

(麻薬及び向精神薬取締法第 29 条、第 35 条第 2 項、施行規則第 10 条 2)

在宅の患者が死亡した場合は、遺族から譲り受けた麻薬を廃棄することとなる。麻薬処方箋により調剤された麻薬となるので、他の職員の立ち会いのもとで焼却などの回収困難な方法で廃棄し、30日以内に都道府県知事に廃棄届を提出する。

また、麻薬管理簿にはその麻薬の口座に受け入れた数量を（ ）書で記し、残高

には加えず、備考欄に譲り受けた相手の氏名、廃棄年月日、廃棄届出年月日を記載し、廃棄の立会者が署名する。

- (2) 在宅でモルヒネ徐放錠を使用していた患者が死亡した場合、残った麻薬の取扱
(麻薬及び向精神薬取締法第 24 条第 1 項第 3 号)

飲み残した麻薬は、交付を受けた麻薬診療施設又は近くの麻薬診療施設、麻薬小売業者に返却または譲り渡してください。

3 在宅医療の推進のための麻薬の取扱いの弾力化について

(平成 18 年 3 月 31 日 薬食監麻発第 0331001 号 各都道府県衛生主管部(局)長・各地方厚生(支)局麻薬取締部(支所)長あて厚生労働省医薬食品局監指導・麻薬対策課長通知)

麻薬の取扱いについては、麻薬及び向精神薬取締法(昭和 28 年法律第 14 号)の趣旨を踏まえ、かねてより配慮いただいているところであるが、平成 17 年 12 月 8 日、社会保障審議会医療部会において「医療提供体制に関する意見」が取りまとめられ、麻薬が適切かつ円滑に提供される体制整備等を含めた在宅医療の推進の環境整備を図ることとされた。これを受け、麻薬が適切かつ円滑に提供される体制の整備に資するよう麻薬の取扱いの弾力化について下記のとおり示すので、麻薬診療施設等への適切な指導をお願いしたい。

なお、本通知は地方自治法(昭和 22 年法律第 67 号)第 245 条の 4 第 1 項に規定する技術的助言である。

記

- 1 患者の健康状態等に配慮した麻薬の取扱い
患者の健康状態等から、患者が麻薬を受領することが困難であると認められる場合には、現に患者の看護等に当たる看護師、ホームヘルパー等で患者又はその家族等の意を受けた者を、平成 10 年 12 月 22 日付け医薬麻第 1854 号医薬安全局麻薬課長通知にいう「患者等」に該当するものと解して差し支えないこととすること。なお、前記通知に掲げるバルーン式ディスプレイタイプの連続注入器に入った麻薬注射薬以外の麻薬についても同様に取り扱って差し支えないこととすること。
- 2 患者等が麻薬を受領する際の待ち時間の改善
麻薬小売業者が、ファクシミリで電送された麻薬処方せんの処方内容に基づいて麻薬の調製等を開始することを認めることとし、患者等が麻薬処方せんを持参した場合に、速やかに当該処方せんを確認し、麻薬を交付することを可能にし、患者が麻薬を受領する待ち時間の改善を図ることとすること。
- 3 麻薬の保管設備に係る麻薬診療施設の負担の軽減
麻薬診療施設の開設者が麻薬を所有又は管理しない場合は、麻薬診療施設内の麻薬保管設備の設置を不要とすること。

- 4 「病院・診療所における麻薬管理マニュアル」（平成18年12月改訂）
（「マニュアルは国立がんセンターがん対策情報センター」ホームページからダウンロードできます <http://ganjoho.ncc.go.jp>）

（改訂のポイント）

- （1）患者の健康状態等に配慮した麻薬の取扱い
- （2）患者等が麻薬を受領する際の待ち時間の改善
- （3）麻薬保管設備にかかわる麻薬診療施設の負担の軽減
 - ・麻薬施用者である医師の指示によって、病院や診療所の薬剤師または患者の看護に当たる看護師が麻薬及び麻薬処方せんを患者宅に届けることができます。
 - ・病棟での注射剤以外の内服、坐剤、貼付剤の定数保管が可能になりました。
 - ・夜間、休日の対応としての仮払いが注射剤以外でも可能になりました。
 - ・看護師が医師の指示で設定を変更することは以前から可能でしたが、今回の改訂ではっきりとしました。薬液が取り出せない構造であること、注入速度が変更できないものであることについては変更ありません。
 - ・内服あるいは坐剤（レスキュー・ドーズを含む）を、入院中であっても患者さんが最小限の量を自己管理することが可能になりました。休日や連休前への対応のために数日分を自己管理用として渡しておくことが可能です。また、自己管理の場合の保管場所は患者さんの身の回りで、他の薬剤を保管する場合と同じでかまいませんが、紛失などがないように患者さんに指導する必要があります。

- 5 「薬局における麻薬管理マニュアル」（平成18年12月改訂）
（「マニュアルは国立がんセンターがん対策情報センター」ホームページからダウンロードできます <http://ganjoho.ncc.go.jp>）

（改訂のポイント）

- ・在宅患者さんの麻薬を受け取る場合に、看護に当たる看護師やヘルパーが患者さんやご家族の補助者として薬局に受け取りにいけるようになりました。
- ・看護師が医師の指示で設定を変更することは以前から可能でしたが、今回の改訂ではっきりとしました。薬液が取り出せない構造であること、注入速度が変更できないものであることについては変更ありません。
- ・薬局から麻薬注射剤を渡す場合に、麻薬施用者である医師から医療上の指示を受けた看護師に対して、アンプルのまま渡すことができます。この場合は薬局で行う場合と、薬剤師が患者さん宅に持参して麻薬施用者である医師から医療上の指示を受けた看護師に対して直接手渡す場合のいずれも可能です。医療上の指示を受けた看護師以外（患者さんや家族）にアンプルのまま渡すことは絶対にできません。また、麻薬処方せんに基づいて調剤した麻薬を薬剤師が患者さん宅に届けることは今までどおり可能です。