

ベスト・
プラクティス
コレクション

がん疼痛 ケアガイド

編集

角田直枝

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター看護局長

濱本千春

YMCA訪問看護ステーション・ピース所長

中山書店

序文

あたりまえの話だが、痛みの原因は「がん」だけではない。良性疾患でも悪性疾患でも痛みは出現する。看護師には、痛みを訴える患者の体験を理解し、痛みが発生している原因を分析して、痛みの緩和や苦痛を最小限にとどめながらも、今後起こりえる事態を予測したうえでのケアの提供が求められている。看護による「痛み」へのケアは、確定診断されるよりも前の過程から、患者が「痛み」を表現した瞬間から始まっているともいえる。

患者の生活の場での「痛み」を考えてみよう。患者が痛みを訴えたとき訪問看護師は、限られた医療情報のなかで自分の五感を最大限に使い、時折、ふとひらめく第六感も参考にしながら、いろいろな病態を最大限予測して対応する。患者と家族に代表される患者の支援者は、看護がかかわるきっかけとなった「疾患」だけを抱えているのではない。さまざまな健康問題を複合的に抱え、長い経過のなかで新たな疾患や障害を抱えることもあるのだ。

たとえば、終末期の神経難病患者が上顎がんになったり、認知症患者に膀胱がんが発見されたりするなど「がん以外の疾患で療養する過程のなかで痛みが出現し、がん」と診断されるケース」がある。また、甲状腺がんで10年経過した患者が口腔底がんになったり、がん化学療法を繰り返しながら延命を試みる過程のなかで痛みが出現したりするなど「既にごんと診断されていて、がんの進行に伴い徐々に痛みが出現・増悪するケース」もあれば、がん患者が原疾患に関連しない外傷で骨折するなど「原疾患にまったく関係ない痛みが出現するケース」もある。さらに、寝たきりの重度心身障害児を介護する母親が子宮がんになったり、終末期の小児がん患者と同居する祖母が不整脈による胸痛を生じ、その後に脳梗塞を併発したりするなど、「患者以外が痛みを伴う重篤な状態に陥ったりするケース」もある。そのような場面に遭遇すると、医学的診断を前提に「痛み」をみるのではなく、看護の知識と技術を用いて身体を看ながら、原因を読み解く必要性を実感する。これらの体験の積み重ねとさまざまな人とのご縁から、本書が誕生することになった。

本書では、生活支援の現場で遭遇するあらゆる「痛み」を体験する患者に対して、身体を「診る・看る」ことができ、そのなかでもがんに関連した身体変化を抱える患者への「痛み」やそれに伴う負担を最小限にしながら提供できるケアのポイントが述べられている。

できるだけ、明日から使える内容で、看護の初学者にも介護関係者にも関心を寄せていただけるように構成している。生活から身体を読み取れる現場の看護師の手助けとなれればと願っている。

瀧本千春、角田直枝

CONTENTS

序文—— iii

1 章 総論

1	がんの痛みと看護	角田直枝	2
---	----------	------	---

2 章 身体部位別疼痛アセスメント

1	頭痛（髄膜炎も含む）	新田都子	8
2	口の中の違和感	山本知美	12
3	目・耳の感覚異常	新貝夫弥子	14
4	手足の痛み	山本知美	18
5	胸痛	濱本千春	22
6	背部痛	向井未年子	26
7	腹痛	根岸 恵	30
8	排泄に関連する痛み	仁井山由香、濱本千春	36

3 章 病態別疼痛アセスメント

1	脳腫瘍	吉田 環	40
2	頭頸部がん	橋口周子	44
3	肺がん	濱本千春	48
4	乳がん	細田志衣（case file 源 典子）	52
5	食道がん	佐々木由紀	58
6	胃がん	菊地里子	64
7	大腸がん	松田美保子	68
8	肝がん	北川善子	74
9	婦人科がん	新貝夫弥子	80
10	脾臓がん	根岸 恵	84
11	前立腺がん	内海明美	90
12	膀胱がん	内海明美	92
13	腎がん	内海明美	94
14	造血器腫瘍（血液がん）	川波利子	96
15	小児に多いがん	田村恵美	102
16	高齢者やさまざまな障害をもつ人のがん	濱本千春	106

4 章 患者・家族のセルフケア支援

1 セルフケア支援に欠かせない視点	角田直枝	112
2 治療の「場」ごとの支援の実際	角田直枝	115
3 終末期の支援のありかた		
① 医療施設での支援	神戸早苗	121
② 在宅での支援	田代真理	124
③ 医療施設と在宅との連携	田代真理	127

5 章 痛みの治療・ケア

1 治療・ケアの方針の立て方	藤田 恵	130
2 痛みへの治療		
① 薬物療法	濱本千春	135
② 放射線療法	橋口周子	143
Column 放射線療法における有害事象	佐々木由紀	150
③ 神経ブロック	向井末年子	151
④ 化学療法	新貝夫弥子	156
3 生活を支えるために必要な痛みへのケア		
① 食べるときの痛み	藤田 恵	160
② 動くときに生じる痛み	丸倉直美	168
③ 動けないことによる痛み（麻痺、変形など）	藤田 恵	174
④ 排泄に伴う痛み	濱本千春	182
⑤ 自壊創の痛み	関 知子	187

6 章 精神的な痛み・スピリチュアルペインへの理解

1 0～18 歳	田村恵美（case file 濱本千春）	194
2 19～39 歳	濱本千春	199
3 40～64 歳	丸倉直美	203
4 65～74 歳	野口 忍、濱本千春、角田直枝	207
5 75歳以上	野口 忍、濱本千春、角田直枝	211

付録	217
----------	-----

索引	227
----------	-----

1 がんの痛みと看護



緩和ケアの普及には、専門看護師、認定看護師のかかわりが大きいとされています。がん看護専門看護師やがん看護領域の認定看護師も急速に増え、緩和ケアの推進においてリーダーシップをとっています。

また、一般看護師に対するがん看護やホスピスケアに関する教育も積極的に行われてきました。厚生労働省で予算化されたものでは「専門分野（がん・糖尿病）における質の高い看護師育成事業」や、訪問看護推進事業における「在宅ホスピスケア研修事業」などがあります。これらは、痛みのケアにおける看護師への期待を表しています。

◎ 痛みのケアについての日本の現状

● 痛みのケアの対象はがん患者中心に拡大

1985年以降、がんは日本における死因の第1位を占めています（厚生労働省調査より）。特に疼痛は、がん患者の90%以上にあるとされ、大きな問題となっています。そのため、1990年代後半には、日本でも緩和ケア病棟の設置が始まり、がん患者への緩和ケアが次第に広がっていきました。なかでも、専門看護師^{*1}や認定看護師^{*2}のかかわりは大きいとされています。その後もがん医療に関する取り組みは次々と整備され、2007年にがん対策基本法が施行されると、すべてのがん診療連携拠点病院に緩和ケアチームが設置されるようになり、緩和ケアが一層普及されました。がん対策基本法の基本理念には、専門職のみならず、患者や国民へもその責務が明記されています。その結果、緩和ケアについても、一般への周知を広げる取り組みが実施されていきました。

● 緩和ケアの普及とともに対象はがん以外にも拡大

このように日本における痛みのケアは、がん性疼痛の緩和として、がん医療のなかで発展してきました。一方で緩和ケアの普及とともに、がん以外の疾患の痛みについても関心が高まりました。

痛みの特徴は、疾患や患者によってさまざまであり、生活に与える影響も異なります。そのため、痛みへのケアは^{*3}、医療として実施するもの、ケアとして行

*1 専門看護師

2012年5月1日の時点で、がん専門看護師は327人です¹⁾。

*2 認定看護師

2012年5月1日の時点で、緩和ケア（分野認定時はホスピスケア）認定看護師は1,089人、がん性疼痛看護認定看護師は558人です¹⁾。これら認定看護師の所属は、病院だけでなく訪問看護ステーションまで広がり、多くの施設で痛みのケアの質向上に貢献しています。

*3 医療として実施するものの例：鎮痛薬投与、放射線照射、ドレーン挿入など。ケアとして行うものの例：電法、マッサージ、寝具の選択、体位変換など。日常生活で患者自身が工夫して対処するものの例：痛みの記録、安静保持、入浴や足浴、治療計画の遵守など。

5 胸痛



患者から「胸が痛い」と訴えられたとき、緊急性が高いか否かについて即座に判断する必要があります。一般に胸痛とは、胸部の不快感や圧迫感、絞扼感、灼熱感、激痛などの症状を含めた総称で、主な原因は、循環器系と非循環器系に区分されます。循環器系の場合は、緊急性の高い疾患であることが多いので、注意しなければなりません。

POINT

- 痛みの種類・部位・経過時間から緊急性の高い「急性心筋梗塞」「大動脈解離」「肺梗塞症」の見極めが必要である

◎ 痛みの原因

胸痛は、気道・肺・胸膜などの呼吸器に関連する臓器を有する胸腔、心臓・血管・リンパなどの縦隔、肋骨・胸椎・呼吸器筋などが関連する筋・骨格、食道などの上部消化管、などの障害や疾患が原因と考えられます。呼吸に関連する神経は、延髄に存在する呼吸中枢、迷走神経、舌咽神経、頸髄にある横隔膜神経、胸髄にある横隔膜神経、交感神経（内臓神経など）があります。

● がんに伴う痛み

- 肺実質よりも、がん性胸膜炎、胸水貯留、心嚢水の貯留、骨転移や病的骨折、開胸術や食道再建術後の

通過障害などの痛みがあります。

● がん以外の痛み

- 循環器疾患に関連した痛みがあります。胸痛をきたす主な疾患としては、心臓（狭心症、心筋梗塞、心膜炎、大動脈弁狭窄、心筋症など）、血管（大動脈解離、肺梗塞症、肺高血圧など）、呼吸器（肺炎、気胸、胸膜炎など）、消化器（食道炎、食道けいれん、胆石、潰瘍、膵炎など）、胸壁（带状疱疹、骨折、肋間神経痛など）、臓器に関係ない胸痛（過換気など）を想定して考えます。

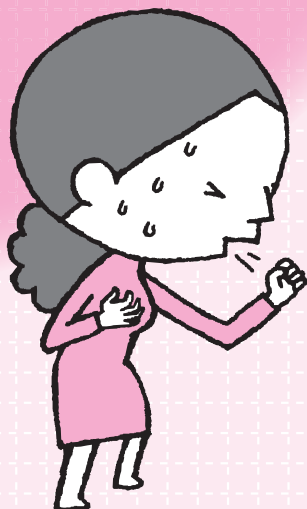
◎ 命にかかわる痛み

- 基礎疾患の種類にかかわらず、循環器系による胸痛は、緊急性が高い可能性があるので注意します。
- 急性心筋梗塞、大動脈解離、肺梗塞症が疑われた場合は、早急に循環器内科または救命救急科での対処

が必要です（表1）。患者の自覚症状とバイタルサインに十分に注意しながら、患者に状況を説明しながら速やかに専門医へ依頼します。

- 判断：痛みや随伴症状から病態を予測します。

3 肺がん



肺がんは 2010 年度、厚生労働省によると日本におけるがん死の第 1 位です。40 歳代から増加し、60～70 歳代に最も多くみられます。男女比は約 3.5 : 1 で、5 年生存率は 25～30 % 台です。若年性（40 歳以下・女性）の発症には受動喫煙が影響しているといわれています。また、肺がんは小細胞がんと非小細胞がんに大別され、疾患の進行と治療方法が大きく異なります。脳骨などへの遠隔転移も多いため、呼吸器症状以外にも症状緩和への対応が必要です。

POINT

- 肺がんの種類によって治療が異なる
- 遠隔転移しやすいため早期より症状緩和を目的とした治療が必要である

◎ 肺がんの種類と特徴

肺がんは、非小細胞がんと小細胞がんに分けられ、非小細胞がんにも腺がん、扁平上皮がん、大細胞がん

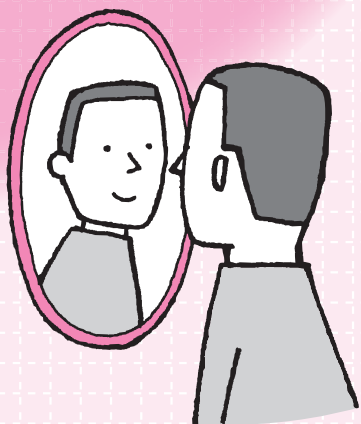
などがあります（表 1）。それぞれ病態により治療方針が異なり、そのため患者の痛み・苦痛も異なります。

表 1 肺がんの種類と特徴

分類	患者の特徴	病態の特徴
非小細胞がん	腺がん (40 %)	• 喫煙との関連はない • 喫煙歴のない 60～70 歳代女性に高分化腺がんが多い • 40 歳以下の女性の発症には受動喫煙の影響がある
	扁平上皮がん (35 %)	• 喫煙との関連がある • 喫煙歴のある 40 歳以上の男性に多い • 喫煙者の罹患率は 5～25 倍
	大細胞がん (10 %)	• 喫煙との関連はなし
小細胞がん (15 %)	• 喫煙との関連がある • 喫煙歴のある中年以降の男性に多い • 喫煙者の罹患率は 5～10 倍 • 中間生存期間が 2～4 か月	• がんが組織間隙を伝わって進展したり、小血管の閉塞でうっ血を生じたりする • 気管支肺胞上皮がんが、腺がんの 10 % を占める • 太い気管支に発生する中枢型が多く、腫瘍を形成しやすい • 気管支内腔の狭窄や閉塞による無気肺をきたす • 大きくなった腫瘍の中心部はしばしば壊死を起こし、空洞を形成する • 肺尖部にがんがある場合、パンコースト症候群発症のリスクが大きい • 遠隔転移よりも局所内で進展する傾向がある • 増殖が速いため、診断時に治療困難なことが多い • 大型のがん細胞からなる • 末梢型に多く、周囲に圧排性に増殖して巨大腫瘍を形成しやすい • 診断時に肺門縦隔リンパ節転移、遠隔転移している可能性がある • 遠隔転移から診断されることが多く、5 年生存率は 5～10 % と予後不良 • 閉塞性肺炎や無気肺の合併が少ない • 扁平上皮がんや腺がんとの混合型小細胞がんの増殖速度が速い • 上大静脈症候群などの腫瘍随伴症候群を合併しやすい

1 セルフケア支援に欠かせない視点

具体的な痛みをはじめ、さまざまな苦痛のケアにおいてセルフケアは重要です。セルフケアを高めるためには、患者や家族のこれまでの生活を知り、承認することが必要です。疾患の進行や治療のためにできなくなったセルフケアがあっても、それに対する思いを尊重すると、自己決定つまり自律の支援につながります。これは、治療期でも、また終末期であっても共通する基本の視点です。



POINT

- 痛みのケアには、セルフケア支援が重要である
- セルフケア支援には、まず患者や家族の理解と承認が必要である
- 治療期も終末期もセルフケア支援は自律の支援として共通の基本的な視点である

◎ セルフケアとは

セルフケアが看護の目標の一つであることは、これまで多くの看護理論において、述べられてきています。がん患者にとってのセルフケアとは、単に ADL が自立していることではなく、患者の意思を実現したその人らしい生活という意味があるといえます。

◎ セルフケアをなぜ支援するのか

セルフケア支援は自律を促すことであり、療養生活においては治療の自己決定を促し、その結果として治療に主体的に参加することにつながります。特に痛みのケアにおいては、痛みが主観的な体験であり痛みの治療への各自の価値観が反映されることから、患者が主体的に参加することが非常に重要です。

● 治療において自己決定を促す

治療における選択

がん患者は自分の疾患の軌跡のなかで、治療について選択を求められる場面が多くあります。治療方法や医療機関、また医師の選択で悩むこともあります。

自己決定は生活の満足度を高める

選択には迷いや悩みを伴います。しかし、熟慮したうえで自己決定し、それが尊重されるとき、患者の療養生活の満足度が高まり、心理的・社会的・スピリチ

1 薬物療法



がん性疼痛が緩和・除去されるのであれば、原疾患の治療が第一選択です。しかし、治療による除痛効果を得るまでには時間がかかり、場合によっては、新たな苦痛が発生することもあるため、痛みに対する薬物療法を併用しましょう。最近では、がんと診断されたときから、痛みを緩和する薬物療法を積極的に実施することが推奨されています。

POINT

- 痛みの部位・種類のアセスメントと目標設定
- 病態から考えられる事態の予測
- 痛みの種類に応じた薬剤の選択
- 効果や有害事象などの正しい評価と対策の検討
- 痛みの閾値を上げる看護（ケア）

◎ 薬物療法による疼痛緩和の流れ

患者のそばに行く前に確認すること

患者の関連する医療施設で利用できる鎮痛薬の種類、また、協働する医師のアセスメント方法や鎮痛薬の選択、使用量などの裁量範囲を確認します。

アセスメント(ポイント)

- 痛みの部位・種類・程度
- 患者のセルフケア能力
- 症状マネジメントに患者および家族がどの程度参加できるか

疼痛緩和の目標設定

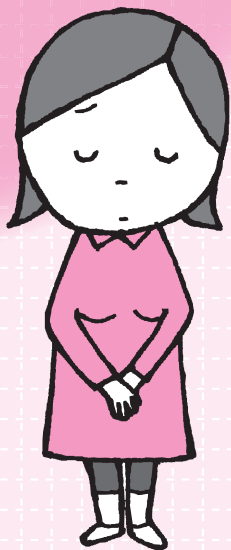
目標設定は、患者や家族と一緒にを行います。一般には、① 痛みがなく夜間の睡眠が確保できる、② 安静時の痛みがない、③ 労作時の痛みがない、の3段階で目標設定を行うとされています。実際には、患者の痛みの表現のあり方や生活環境などに沿って、より個別的な目標を設定する必要があります（「個別的な目標設定の例」p.136 参照）。

WHO 除痛ラダーに基づいた薬剤と投与方法の選択

薬物療法は必ず WHO 除痛ラダーにて対応します（図1）^{*1}。合併症や有害事

^{*1} オピオイドが効きにくい痛みもあります。たとえば、しびれを伴う神経障害性疼痛には鎮痛補助薬（抗けいれん薬や抗不整脈薬）との併用が有効です。

2 19～39歳



高等教育を終え、社会人として経済的にも自立し、さらに、仕事を任されてステップアップしていくなど社会的役割が拡大していく時期です。また、結婚などにより、新たな家庭を築き始める時期でもあり、親やきょうだい以外に重要な家族の存在も増えます。

近年は、晩婚化や離婚の増加などで、家族関係は複雑化しており、支え合う家族がいない場合も考えなければなりません。

POINT

- 疾患の進行が速いため、意思決定や経済的・社会的な側面などでの支援のあり方について能動的に行動しないと対処が遅れてしまう可能性がある
- 制度の狭間に陥りやすい世代である
- 患者および家族を支える家族が複数の問題を抱えることが多い

◎ 19～39歳の患者の思い

19～39歳は、社会や家庭で果たす役割が大きいために、がんに伴うこれら役割の喪失体験に対する衝撃も大きいものです。「どうして自分だけがこんなことになってしまったのか」という思いや、進学、仕事、結婚、出産などの人生設計や、自己実現に向けての活動を大幅に変えなければならないことへのつらさを体験しています。また、「家族に迷惑をかけてしまう」「もっと家族のために○○したい」と思っているのに、できない自分が情けない」など、家族との関係についての苦悩は強く、そのうえ、そのつらさを共有できる同世代のがん患者やサバイバー^{*1}が少ないことから、不確かな未来への不安と孤独な戦いを強いられています。

◎ 19～39歳のがん患者が抱える精神的痛みにつながる問題

身体的な問題

- がんの進行が速く、予後が不良な場合が多くみられます。
- 治療に伴い性生活が難しくなり、不妊になりやすくなります。
- 治療によってボディイメージが変容すること、見た目が変わってしまうことへの不安、自分の身体感覚が変わることでの不便さを感じます。
- 延命に対する期待が強いため、症状緩和に向けた治療方針の意思決定や治療参加のあり方などについて、十分な情報提供がされにくいこと（DNAR^{*2}につ

*1 サバイバー

アメリカで生まれたがん患者についての新しい生存の概念のこと。がんになった後の長期生存者という意味ではなく、がんの治療を乗り越えた状態の人を示しています。意味としては「がんとともに、生あるかぎり人間らしく、自分らしく生き抜くこと」が含まれています。



看護のポイント

排泄経路の変更や運動機能障害など、他者からはわかりにくい部分でのボディイメージの変化も不安の原因となることに注意しましょう。

ベスト・プラクティス コレクション

がん疼痛ケアガイド

2012年 7 月 2 日 初版 第 1 刷発行©〔検印省略〕

編 者.....かく た なお え はまもと ち はる角田直枝, 濱本千春
発行者.....平田 直
発行所.....株式会社 中山書店
〒113-8666 東京都文京区白山 1-25-14
TEL 03-3813-1100 (代表)
振替 00130-5-196565
<http://www.nakayamashoten.co.jp/>
DTP制作・装丁白井弘志+藤塚尚子 (公和図書デザイン室)
印刷・製本三松堂印刷株式会社

ISBN978-4-521-73493-4

Published by Nakayama Shoten. Co., Ltd. Printed in Japan

落丁・乱丁の場合はお取り替え致します

- 本書の複製権・上映権・譲渡権・公衆送信権 (送信可能化権を含む) は株式会社中山書店が保有します。

-  <(社)出版者著作権管理機構 委託出版物>

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、そのつと事前に、(社)出版者著作権管理機構 (電話 03-3513-6969. FAX 03-3513-6979. e-mail: info@jcopy.or.jp) の許諾を得てください。

- 本書をスキャン・デジタルデータ化するなどの複製を無許諾で行う行為は、著作権法上での限られた例外 (「私的使用のための複製」など) を除き著作権法違反となります。なお、大学・病院・企業などにおいて、内部的に業務上使用する目的で上記の行為を行うことは、私的使用には該当せず違法です。また私的使用のためであっても、代行業者等の第三者に依頼して使用する本人以外の者が上記の行為を行うことは違法です。