2 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は，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・調整することである。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。

1 痛みの包括的評価の実際

❶ 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。

❷ 問　診

1）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。

2）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。

3）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になる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。評価法としてはさまざまなツールが開発されており（P36，痛みのアセスメントツールの項参照），治療効果判定や情報共有に有用であり，患者の使える方法を選択し使用する。信頼性，妥当性ともに検証され，臨床で用いられているものとして，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。痛みの強さを軽度，中等度，高度と分ける考え方があり，NRSにおいてそれぞれのカットオフ値について検討されているが，現時点では統一した見解は得られていない。本ガイドラインでは，専門家の合意として1〜3を軽度，4〜6を中等度，7〜10を高度と便宜的に定める。

4）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。

5）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が背景にある場合がある。

6）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。増悪因子として，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が，軽快因子として，安静，保温・冷却，マッサージなどが挙げられる。

7）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。

8）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。

9）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（P93，Ⅱ章-7 患者のオピオイドについての認識の項参照）。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。

10）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。

11）痛みのアセスメントツール

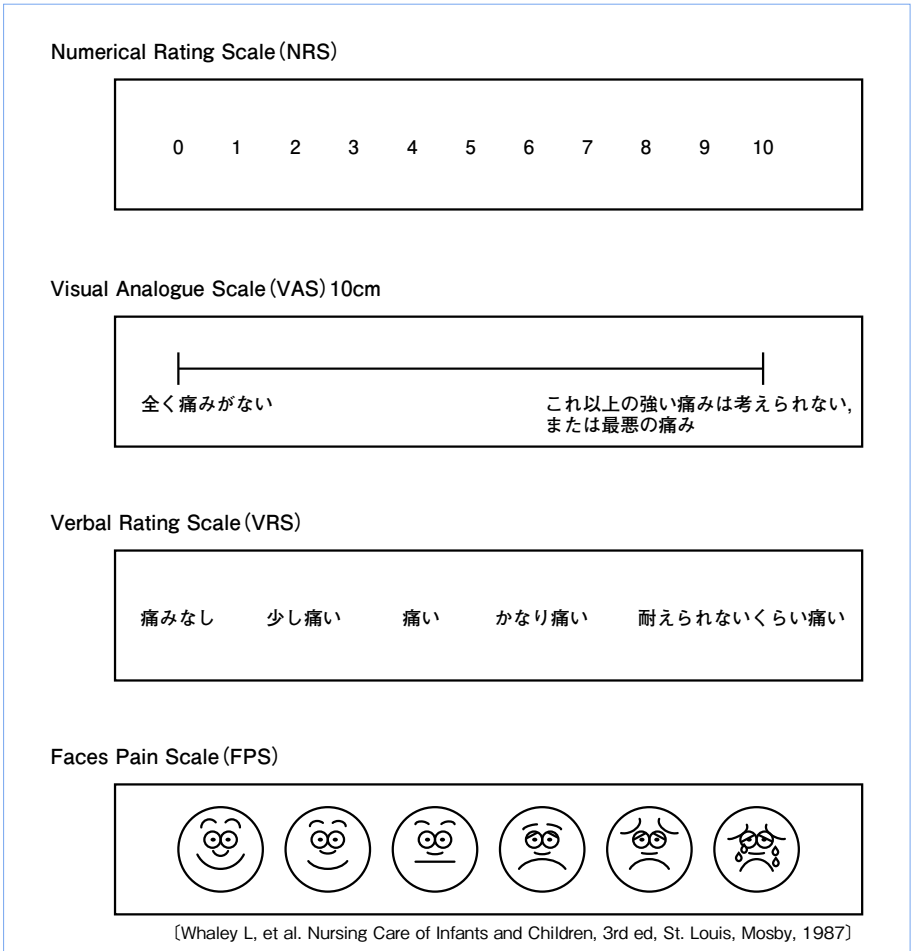
痛みのアセスメントツールは痛みの強さのみを評価するツールから，生活への影響もあわせて評価するツール，自分で痛みを訴えられない患者を評価するツールがある。痛みの強さを評価するツールとしてはNRS，Visual Analogue Scale（VAS），Verbal Rating Scale（VRS），Faces Pain Scale（FPS）がある（**図 1**）。NRSは，痛みを0から10の11段階に分け，痛みが全くないのを0，考えられるなかで最悪の痛みを10として，痛みの点数を問うものである。VASは，100 mmの線の左端を「痛みなし」，右端を「最悪の痛み」とした場合，患者の痛みの強さを表すところに印を付けてもらうものである。VRSは，痛みの強さを表す言葉を順に並べて（例：痛みなし，少し痛い，痛い，かなり痛い，耐えられないくらい痛い），現在の痛みを表している言葉を選んでもらうことで痛みを評価するものである。FPSは現在の痛みに一番合う顔を選んでもらうことで痛みを評価するものであり，3歳以上の小児の痛みの自己評価において有用性が報告されている。これらのうち一般的にはNRSが推奨される。

痛みに加え生活への影響も効率よく評価するツールとして，Brief Pain Inventory（BPI）がある。認知症で自分で痛みを訴えられない患者の痛みの強さの評価尺度として，Pain Assessment in Advanced Dementia Scale（PAINAD：日本語版は未検証）がある。

❸ 身体診察

系統的な全身の診察が，痛みの原因を検索・同定するために重要である。全身状

図1　痛みの強さの評価法



〔Whaley L, et al. Nursing Care of Infants and Children, 3rd ed, St. Louis, Mosby, 1987〕

態の把握が痛みの治療計画を立てるためにも重要であり，るい痩や衰弱の程度，筋萎縮，皮膚の状態などについても観察する。疼痛部位の視診では，褥瘡，帯状疱疹，蜂窩織炎，外傷など，がんに関連しない痛みの原因がみつかることがある。

神経障害性疼痛が疑われる場合は，病態を同定するうえで神経学的所見が特に重要である。障害が疑われる神経の支配領域に沿って，アロディニア（衣類の接触など通常では痛みを起こさない刺激によって引き起こされる痛み）や痛覚過敏（通常では痛みを感じるか感じないか程度の痛み刺激で，痛みを強く感じること），感覚鈍麻（通常では痛みが生じる刺激に対して痛みを感じない・感じにくいこと）などの感覚異常がないか確認する。また，障害が疑われる神経が支配する筋の筋力低下を徒手筋力テストなどで評価する。

骨転移を疑う場合には該当部位の圧痛や叩打痛の有無を評価する。内臓の関連痛の場合，異常のある臓器が侵害刺激を入力する脊髄レベルの皮膚の色調変化や立毛筋の収縮，発汗異常などを認めることがある。その他，内臓痛では腹部の圧痛の部位，炎症を示唆する腹膜刺激症状の有無，消化管の蠕動音の聴取が，病態の同定に

寄与する。

❹ 検　査

血液検査結果では，炎症や感染の評価のほか，肝臓や腎臓などの臓器障害を評価し，鎮痛薬の選択・量の調整の参考にする。画像検査は痛みの原因，病態の同定に有用である。一方，検査に必要な移動，時間，検査体位が患者の負担になり得る。その他，検査の感度・特異度や前回の検査からの期間をふまえたうえでの検査結果による治療内容への影響など，メリットとデメリットを熟考したうえで，検査を計画する。

単純 X 線検査はベッドサイドで行うことができ，胸部 X 線では，胸膜肥厚や胸水，肺うっ血，浸潤影など，腹部 X 線では腸管拡張（ガス，便秘，イレウス），腹水など，その他の部位では骨転移，骨折などの痛みの原因の検索ができる。超音波検査もベッドサイドで行うことができ，胸腹水，腸管浮腫，イレウス，水腎症の検索ができる。CT では腫瘍の位置や大きさ，性状から腫瘍と痛みの関連が評価できる。その他，膿瘍や骨，軟部組織などの詳細な情報が得られる。MRI では頭蓋内病変，頭蓋底浸潤，脊椎病変，脊髄圧迫や神経根障害などが評価できる。骨シンチグラフィーでは全身的な骨転移病変の検索が可能であるが，特異度が高くなく，他の画像所見などもあわせて総合的に評価する。

2　痛みの原因を診断し，治療計画を立てる

これまでの観察，病歴聴取，身体診察，検査結果から，痛みの原因・病態を診断する。直接，原因・病態に対する治療が可能なものはその治療を計画する。痛みが改善するまでの間，もしくは痛みが持続する場合には病態・機序に応じた鎮痛薬での治療を計画し，増悪軽快因子の調整や，痛みに影響を与えている全人的苦痛への対処を行う。介入後は，治療効果および有害作用の評価を中心に再評価を繰り返し行うことが，適切かつ安全に疼痛治療を行ううえで重要である。鎮痛薬の剤形・投与回数・時間・経路や経済的負担が日常生活に支障を来していないかなどの細かい点にも配慮する。効果を認めない場合，鎮痛薬が無効と判断し変更するのか，不足と判断し増量するのか判断が難しい際は，疼痛強度だけでなく日常生活の改善などを見逃さず，副作用とのバランスも参考に判断する。患者と設定した治療目標を共有しながら薬剤の調整を行う。