令和5年度　九州がんセンター　がん看護専門研修
-がん薬物療法看護コース-

がん薬物療法による副作用のアセスメントとセルフケア
支援副作用対策と対応①「便秘」

令和5年11月27日　13：50～14：50

国立病院機構九州がんセンター
がん化学療法看護認定看護師　鳥越 勇生

目標

研修目標

がん薬物療法による副作用のアセスメントとセルフケア支援について理解できる

単元目標

代表的な副作用症状について理解できる

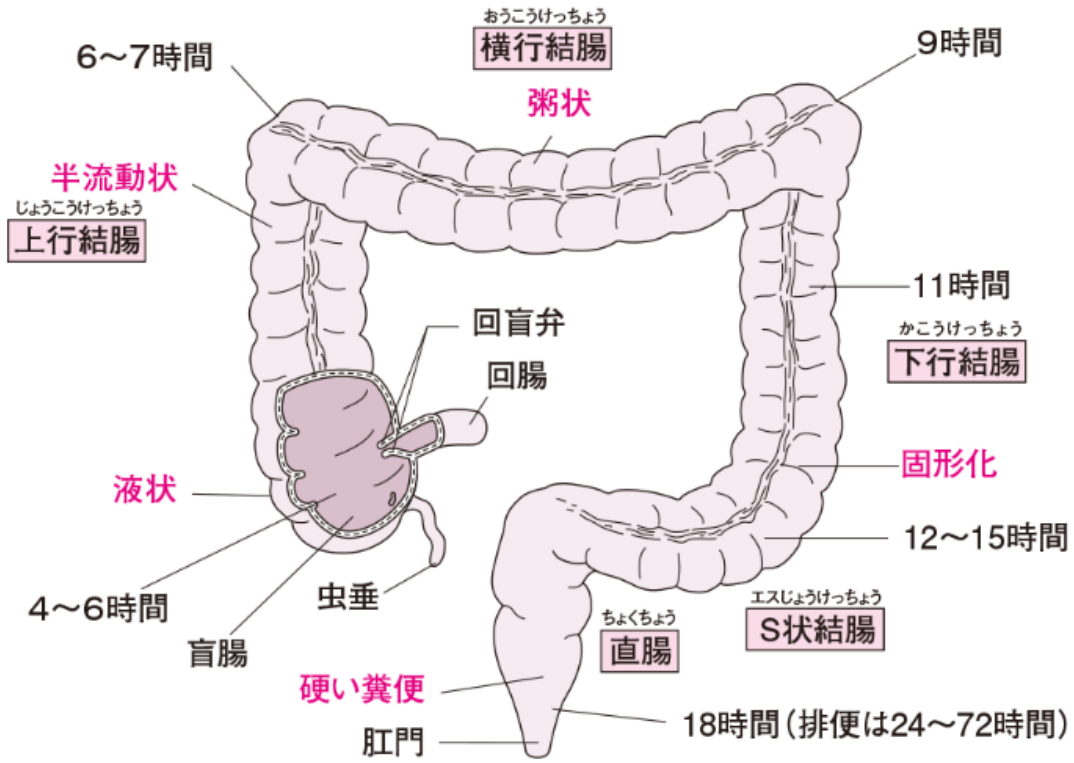
副作用に対するセルフケア支援について理解できる

本日の内容

1．排便のメカニズム
2．便秘とは
3．便秘の原因と分類
4．便秘の治療と予防
5．CTCAE
6．便秘のセルフケア支援
7．症状マネジメントの統合アプローチ（IASM）

排便のメカニズム

大腸の区分と内容物の症状



https://www.kango-roo.com/learning/3099/より引用

便秘

＜定義＞

大便が長い間腸管内にとどまり、水分が減少して固くなり
排便に困難を伴う状態

看護学大辞典　第２版より引用

便量が減少し、排便の回数が減少した状態
医学的には３日以上排便のない場合や１日の便量が３５g以下のとき

松枝 啓 下痢・便秘の処方の読み方・とらえ方,レシピvol,4 NO,3,2005より引用

便秘の原因と分類

- 便秘
  - ①機能性便秘
    - １.弛緩性便秘
    - ２.痙攣性便秘
    - ３.直腸性便秘
  - ②器質性便秘
  - ③症候性便秘
  - ④薬剤性便秘

日本臨床内科医会ホームページより一部改変

便秘の原因と分類

機能性便秘 大腸や直腸の働きが低下することで起こる便秘である。最も多いタイプで生活習慣やストレス、加齢などの影響を受けて、大腸や直腸、肛門の動きが乱れる結果出現する。	
弛緩性便秘	蠕動運動が低下して便を送り出す力が弱くなり、大腸の中に便が長く留まって過剰に水分が吸収されることで引き起こされる。主な原因としては、運動不足による筋肉量の低下、食生活の乱れ、過度なダイエット、水分不足である。高齢者が便秘しやすい原因の一つである。
痙攣性便秘	大腸の一部が痙攣して蠕動運動が不規則になり、スムーズに便が運ばれなくなることで起こる便秘である。腸の動きが悪くなるため、便秘と下痢を交互に繰り返すことがある。主な原因としては、ストレス（環境の変化、過敏性腸症候群）である。
直腸性便秘	大腸から直腸に便が送られると神経刺激が大脳に伝わり、便意を感じる排便反射が起きる。直腸性便秘は神経が鈍くなることで直腸に便が送られても便意を感じなくなり、腸内に便が長くとどまって起こる便秘である。
器質性便秘 腫瘍で腸管が狭くなるなど、物理的な障害によって便が通りにくくなって起こる便秘である。女性の場合、筋腫が腸管を圧迫する子宮筋腫や直腸が膣の方にせり出す直腸瘤により、排便しにくい状態になって器質性便秘を引き起こすこともある。主な原因としては、大腸がん、大腸ポリープ、潰瘍性大腸炎、クローン病、腸管癒着などがある。	
症候性便秘 内分泌疾患・膠原病、神経疾患など全身の病気によって起こる便秘である。主な原因として、甲状腺機能低下症、副甲状腺機能亢進症、神経損傷などがある。	
薬剤性便秘 薬剤の副作用によって大腸の蠕動運動が低下し、起こる便秘である。主な原因として、抗がん薬、抗コリン薬、咳止めなどがある。	

日本臨床内科医会ホームページより一部改変

薬剤の副作用に伴う便秘の原因

抗がん薬

- 腸への神経伝達が遅れ、便が腸を通過する効率が悪くなる
- ビンカアルロイド系やタキサン系薬剤は微小管を障害するため自律神経の機能異常を介して腸管運動の抑制をきたす

抗コリン薬、抗うつ薬、制酸薬

- 副交感神経のシナプスで伝達されるアセチルコリンの作用を遮断するための副交感神経が抑制され、腸蠕動の低下をきたす

オピオイド（麻薬性鎮痛薬）

- 腸内神経叢のオピオイド受容体を刺激し、腸の蠕動運動を阻害する

抗がん薬使用に伴う便秘

〇抗がん薬の副作用による自律神経の障害

〇制吐薬であるセロトニン(5-HT3)受容体拮抗薬による腸管運動の抑制

〇医療用麻薬（オピオイド）の使用による腸蠕動の低下

〇嘔吐や利尿剤の使用により電解質のバランス異常をきたし腸管運動の低下

〇がん薬物療法施行に伴う弛緩性便秘

- 共同トイレの使用による排便の意識的抑制
- 悪心や食欲不振による食事・水分摂取量の低下
- 入院生活や持続点滴などによる行動制限など

〇精神的ストレス(不安や緊張)による痙攣性便秘

便秘を起こしやすい抗がん薬

分類	ビンカアルロイド系			タキサン系
商品名 （一般名）	オンコビン （ビンクリスチン）	ナベルビン （ビノレルビン）	エクザール （ビンブラスチン）	タキソール （パクリタキセル）
頻度	３５％ 重度	３４％ 軽度～重度	２０％	５～２０％未満
主ながん種	非ホジキンリンパ腫 急性リンパ性白血病	非小細胞肺がん 乳がん	非ホジキンリンパ腫	胃がん 非小細胞肺がん 乳がん 卵巣がん

各薬剤インタビューフォームより部分引用、一部改変

添付文書、インタビューフォームの活用

https://www.pmda.go.jp/PmdaSearch/iyakuSearch/

エビデンスに基づいた
正しい情報収集を！

下剤の種類

種類	薬剤名	効能・効果
浸透圧性下剤	酸化マグネシウム	浸透圧により腸内の水分を引き寄せ便を軟化させるため、硬便を認める場合に使用する。腎機能障害のある患者や高齢者では、高Ｍｇ血症を生じやすく、重症化しやすいため慎重に投与する。効果発現まで、8～10時間かかる。
大腸刺激性下剤	ピコスルファートナトリウム センノシドなど	腸内細菌の作用で大腸の蠕動運動を亢進させるため、腸蠕動の低下が疑われる場合に使用する。効果発現までは、ピコスルファートナトリウムで6～12時間、センノシドで8～12時間かかる。 新レシカルボン座薬は、腸内ガスを発生させ、腸管壁を刺激して排便反射を起こす。直腸まで便が下りてきている場合に有効で、15～60分で効果がみられる。
その他	アミティーザ グーフィスなど	アミティーザは、小腸内の浸透圧を高めることで小腸の中で腸液の分泌を増やし、便を軟化させる。高Mg血症を生じないため、腎機能障害のある患者や高齢者にも使用できる。 グーフィスは、胆汁酸の輸送に関わる胆汁酸トランスポーターの働きを阻害し、大腸内への水分分泌や消化管運動を促進する。

がん薬物療法ケア　２０２０年 P98より一部改変

CTCAE v5.0

有害事象	Grade1	Grade2	Grade3	Grade4	Grade5
便秘	不定期または間欠的な症状；便軟化薬/緩下薬/食事の工夫/浣腸を不定期に使用	緩下薬または浣腸の定期的使用を要する持続的症状；身の回り以外の日常生活動作の制限	摘便を要する頑固な便秘；身の回りの日常生活動作の制限	生命を脅かす；緊急処置を要する	死亡

有害事象共通用語基準v5.0 日本語訳JCOG版より引用

便秘のアセスメント

便秘の観察項目

1．治療開始前後の排便の状態・パターンを比較
2．便の性状（ブリストルスケール）、量、回数、排ガスの有無
3．腹部症状（腹痛、腹部膨満感、腸蠕動音）
4．食事量、回数、水分摂取状況
5．他の内服薬の種類、排便への影響
6．排便に影響を及ぼすストレスの有無
7．検査データ（腹部X線写真、CTなど）

ブリストルスケール

1	コロコロ便		硬くてコロコロしたウサギの糞状の便
2	硬い便		小塊がくっついたソーセージ状の硬い便
3	やや硬い便		水分が少なく表面がひび割れているソーセージ状の便
4	普通便		ソーセージ状またはとぐろを巻いたヘビ状の便で表面は滑らかでやわらかい
5	やや軟便		はっきりとした境界があるやわらかい小塊の半固形便
6	泥状便		不定形で境界がはっきりしない、やわらかい粥状の便
7	水様便		固形物を含まない液体状の便

便秘の看護ケア

日常生活の工夫

- 生活習慣：生活習慣の変更（決まった時間に排便に行く、運動を増やす、水分を1.5～2L/日摂るなど）が有効である。

- 適度な運動：倦怠感から運動量が低下している場合があり確認する。

- 腹部マッサージ：腹部の温罨法や腸蠕動に沿ったマッサージを行う。

便秘の看護ケア

食事の工夫

１．食事の内容

・脂溶性・不脂溶性食物繊維を含む食品を、偏らないようにバランスよく摂取する。

・やわらかく調理し、よく噛み食べるとよい。

２．適量の水分摂取

・水分が少ないと便が硬くなり、排出しにくくなる。具体的な量や飲むタイミングを患者へ説明する。

便秘の看護ケア

患者指導のポイント

- 患者自身が排便状況をモニタリングして、セルフケアが実施できるようにすることが重要である。
- 食事や水分の摂り方や薬剤の調整など、個別性に応じて自己調整できるように説明する。
- イレウス症状について説明し、受診のタイミングがわかるように具体的な症状を伝える。

本日の内容

1．排便のメカニズム
2．便秘とは
3．便秘の原因と分類
4．便秘の治療と予防
5．CTCAE
6．便秘のセルフケア支援
7．症状マネジメントの統合アプローチ（IASM）

症状マネジメントとは？

「患者が症状についての苦痛を緩和、または軽減させるため、意図的に症状の発生を防ぐための活動を実行するか、直接他の何かを開始することである」

Fu,M.R.,LeMone,p.,MacDaniel,R.W.,2004

症状マネジメントにおける看護のアプローチ

①患者の症状と病態、生物学的側面からアセスメントする。

②患者が感じ、解釈したことを加えてアセスメントする。
→患者の症状体験をアセスメント
→患者や家族のセルフケアを促進する。

症状マネジメントの統合的アプローチ（The Model of Symptom Management：IASM）

The Model of Symptom Management（症状マネジメントモデル：MSM）は、人々の症状マネジメントが「症状の体験」「マネジメントの方略」「症状マネジメントの結果」の3つの大きな次元から成り立っている。MSMを看護活動として翻訳したものがDr.Larsonが提案したThe Integrated Approach to Symptom Managemento（症状マネジメントの統合的アプローチ：IASM）である。
患者の体験や方略にはセルフケア能力が大きく関与しており、症状緩和の主人公でありエキスパートは患者であるという考えで作成されている。患者の体験や方略をよく吟味して、患者のセルフケア能力によって提供する看護内容を決定するという考え方は、オレムのセルフケア理論に依拠している。

症状マネジメントモデルの3つの次元

3つの次元（dimension）	構成要素
症状の体験 （症状をどのように体験しているか）	症状の認知、症状の評価、症状への反応
症状マネジメントの方略 （症状に対してどのように取り組んでいるか）	なにを、いつ、どこで、なぜ、どれくらい、誰に対して、どのように
症状マネジメントの結果 （症状への対処をした結果、症状とその周辺の状況がどのように変化しているか）	症状の状態、身体機能の状態、セルフケア能力、情緒の状態、経済状態（費用）、QOL、死亡率、罹患率と併存病

症状マネジメントの3つの次元に影響を与える変数

変数	構成要素
人間	人口統計学的、心理的、社会的、身体的、発達的
環境	物理的環境、社会的環境、文化的環境
健康/病気	危険因子、健康状態、病気や傷病

臨床応用の前提

1.モデルの適応は患者の了解を得て始める

2.活動を始める前に医師の協力や看護チームのコンセンサスが得られるかどうか確認する

3.患者の主体性を確認する

4.症状マネジメントは患者にとってどの程度の優先順位であるかを確認する

IASMの流れ

１.症状の定義を明らかにする
２.症状のメカニズム（機序）と出現形態を理解する
３.患者の体験（認知、評価、反応）とその意味を理解する
４.症状マネジメントの方略を明らかにする
５.体験と方略、その結果を明らかにし、セルフケア能力の状態で
　該当するレベルを判断する
６.看護師が提供する知識、技術、サポートの内容を決定し実施する
７.看護活動による効果を判定する

IASMの流れ

１.症状の定義を明らかにする
２.症状のメカニズム（機序）と出現形態を理解する
３.患者の体験（認知、評価、反応）とその意味を理解する
４.症状マネジメントの方略を明らかにする
５.体験と方略、その結果を明らかにし、セルフケア能力の状態で
　該当するレベルを判断する
６.看護師が提供する知識、技術、サポートの内容を決定し実施する
７.看護活動による効果を判定する

IASMを活用してみよう！

事例　A氏　60歳代　女性

【現病歴】

食欲不振とリンパ節腫脹を主訴に受診。精査の結果、びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫（DLBCL）の診断。R-CHOP療法導入となった。もともと便秘傾向で、排便は3～4日に1回程度。市販薬の下剤を内服して排便コントロールしていた。PS1　理解力良好。

【既往歴】

高血圧症、便秘症

【家族背景】

夫と2人暮らし　近所に長女が住んでいる。キーパーソンは夫

患者・家族ともに初回がん薬物療法のため副作用に対する不安が強い。

IASMを活用してみよう！

事例　A氏　60歳代　女性

Day1　ビンクリスチン投与、最終排便は治療日前日。
Day3　便秘3日目のため看護師より下剤等の内服を提案するもいつもの便秘だからと拒否。お腹が動くようにと自ら歩く時間を増やしている。
Day5　腹部膨満感の主訴。経口摂取量の低下を認める。活動性の低下。ようやく下剤の処方を希望される。
Day6　下剤内服後も排便ないため、浣腸等の便処置を検討している。

症状の定義

便秘：便量が減少し、排便の回数が減少した状態

医学的には３日以上排便のない場合や１日の便量が
３５g以下のとき

症状のメカニズム（便秘）

機能性便秘 大腸や直腸の働きが低下することで起こる便秘である。最も多いタイプで生活習慣やストレス、加齢などの影響を受けて、大腸や直腸、肛門の動きが乱れる結果出現する。	
弛緩性便秘	蠕動運動が低下して便を送り出す力が弱くなり、大腸の中に便が長く留まって過剰に水分が吸収されることで引き起こされる。主な原因としては、運動不足による筋肉量の低下、食生活の乱れ、過度なダイエット、水分不足である。高齢者が便秘しやすい原因の一つである。
痙攣性便秘	大腸の一部が痙攣して蠕動運動が不規則になり、スムーズに便が運ばれなくなることで起こる便秘である。腸の動きが悪くなるため、便秘と下痢を交互に繰り返すことがある。主な原因としては、ストレス（環境の変化、過敏性腸症候群）である。
直腸性便秘	大腸から直腸に便が送られると神経刺激が大脳に伝わり、便意を感じる排便反射が起きる。直腸性便秘は神経が鈍くなることで直腸に便が送られても便意を感じなくなり、腸内に便が長くとどまって起こる便秘である。
器質性便秘 腫瘍で腸管が狭くなるなど、物理的な障害によって便が通りにくくなって起こる便秘である。女性の場合、筋腫が腸管を圧迫する子宮筋腫や直腸が膣の方にせり出す直腸瘤により、排便しにくい状態になって器質性便秘を引き起こすこともある。主な原因としては、大腸がん、大腸ポリープ、潰瘍性大腸炎、クローン病、腸管癒着などがある。	
症候性便秘 内分泌疾患・膠原病、神経疾患など全身の病気によって起こる便秘である。主な原因として、甲状腺機能低下症、副甲状腺機能亢進症、神経損傷などがある。	
薬剤性便秘 薬剤の副作用によって大腸の蠕動運動が低下し、起こる便秘である。主な原因として、抗がん薬、抗コリン薬、咳止めなどがある。	

日本臨床内科医会ホームページより一部改変

症状のメカニズム（便秘）

抗がん薬

- 腸への神経伝達が遅れ、便が腸を通過する効率が悪くなる
- ビンカアルロイド系やタキサン系薬剤は微小管を障害するため自律神経の機能異常を介して腸管運動の抑制をきたす

抗コリン薬、抗うつ薬、制酸薬

- 副交感神経のシナプスで伝達されるアセチルコリンの作用を遮断するための副交感神経が抑制され、腸蠕動の低下をきたす

オピオイド（麻薬性鎮痛薬）

- 腸内神経叢のオピオイド受容体を刺激し、腸の蠕動運動を阻害する

症状のメカニズム（機序）と出現形態を理解する

患者氏名	A氏	年齢	50歳	性別	女
病名	びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫				

症状の定義：便量が減少し、排便の回数が減少した状態
医学的には３日以上排便のない場合や１日の便量が３５g以下のとき

症状のメカニズムと出現形態：便秘は大きく急性便秘と慢性便秘の2種類に分けられる。また、慢性便秘は弛緩性便秘、痙攣性便秘、直腸性便秘の3種類に分けられる。

「弛緩性便秘」とは、蠕動運動が低下して便を送り出す力が弱くなり、大腸の中に便が長く留まって過剰に水分が吸収されることで引き起こされる。主な原因としては、運動不足による筋肉量の低下、食生活の乱れ、過度なダイエット、水分不足である。高齢者が便秘しやすい原因の一つである。「痙攣性便秘」とは、大腸の一部が痙攣して蠕動運動が不規則になり、スムーズに便が運ばれなくなることで起こる便秘である。腸の動きが悪くなるため、便秘と下痢を交互に繰り返すことがある。主な原因としては、ストレス（環境の変化、過敏性腸症候群）である。「直腸性便秘」は、大腸から直腸に便が送られると神経刺激が大脳に伝わり、便意を感じる排便反射が起きる。直腸性便秘は神経が鈍くなることで直腸に便が送られても便意を感じなくなり、腸内に便が長くとどまって起こる便秘である。「器質性便秘」は、腫瘍で腸管が狭くなるなど、物理的な障害によって便が通りにくくなって起こる便秘である。女性の場合、筋腫が腸管を圧迫する子宮筋腫や直腸が膣の方にせり出す直腸瘤により、排便しにくい状態になって器質性便秘を引き起こすこともある。主な原因としては、大腸がん、大腸ポリープ、潰瘍性大腸炎、クローン病、腸管癒着などがある。「症候性便秘」は、内分泌疾患・膠原病、神経疾患など全身の病気によって起こる便秘である。主な原因として、甲状腺機能低下症、副甲状腺機能亢進症、神経損傷などがある。「薬剤性便秘」は、薬剤の副作用によって大腸の蠕動運動が低下し、起こる便秘である。主な原因として、抗がん薬、抗コリン薬、咳止めなどがある。

抗がん薬は、腸への神経伝達が遅れ、便が腸を通過する効率が悪くなることで生じる。ビンカアルロイド系やタキサン系薬剤は、微小管を阻害するため自律神経の機能異常を介して腸管運動の抑制をきたす。

病気の経過
（R-CHOP療法）

びまん性大細胞型Ｂ細胞性リンパ腫

３週間ごと　限局期：３コース+放射線療法　進行期： ６～８コース

	Day1	Day2	Day3	Day4	Day5
リツキシマブ（Rit）：375㎎/㎡	↓				
エンドキサン（CPA）：750㎎/㎡	↓				
ドキソルビシン（DXR）：50㎎/㎡	↓				
ビンクリスチン（VCR）：1.4㎎/㎡	↓				
プレドニゾロン（PSL）：100㎎/body	↓	↓	↓	↓	↓
グラニセトロン （5-HT3受容体拮抗薬）	↓				
アプレピタント	125㎎	80㎎	80㎎		
デキサメタゾン	9.9㎎ IV	8㎎ PO	8㎎ PO	8㎎ PO	8㎎ PO

改訂第7版　がん化学療法レジメンハンドブックより一部改変

使用している薬剤（便秘リスク）

薬剤名	便秘リスク
リツキシマブ（Rit）	5%未満
シクロフォスファミド（CPA）	5%未満
ドキソルビシン（DXR）	頻度不明
ビンクリスチン（VCR）	5%以上、イレウス頻度不明
プレドニゾロン（PSL）	頻度不明

各薬剤インタビューフォームより部分引用、一部改変

症状のメカニズム（機序）と出現形態を理解する

症状のメカニズムと出現形態：

・病気の経過

びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫に対し、1次治療としてR-CHOP療法を実施している。3週ごとに6～8コース実施することが標準とされている。

・治療内容

Day1　リツキシマブ 375mg/㎡

Day2　シクロフォスファミド（CPA）　750mg/㎡、ドキソルビシン（DXR）　50mg/㎡、
　　ビンクリスチン（VCR）　1.4mg/㎡、プレドニゾロン（PSL）100mg/body（Day1～5）

・使用している薬剤（便秘のリスク）

Rituximab（5%未満）、CPA（5%未満）、DXR（頻度不明）、VCR（5%以上、イレウス頻度不明）、PSL（頻度不明）

・制吐対策

①　グラニセトロン（5-HT_3受容体拮抗薬）（Day1）②アプレピタント125mg（Day1）、80mg（Day2-3）③デキサメタゾン 9.9mg（Day1）、8mg（Day2-4）

A氏における症状のメカニズムと出現形態（抗がん薬使用に伴う便秘）

〇抗がん薬の副作用による自律神経の障害

〇制吐薬であるセロトニン(5-HT3)受容体拮抗薬による腸管運動の抑制

〇医療用麻薬（オピオイド）の使用による腸蠕動の低下

〇嘔吐や利尿剤の使用により電解質のバランス異常をきたし腸管運動の低下

〇がん薬物療法施行に伴う弛緩性便秘

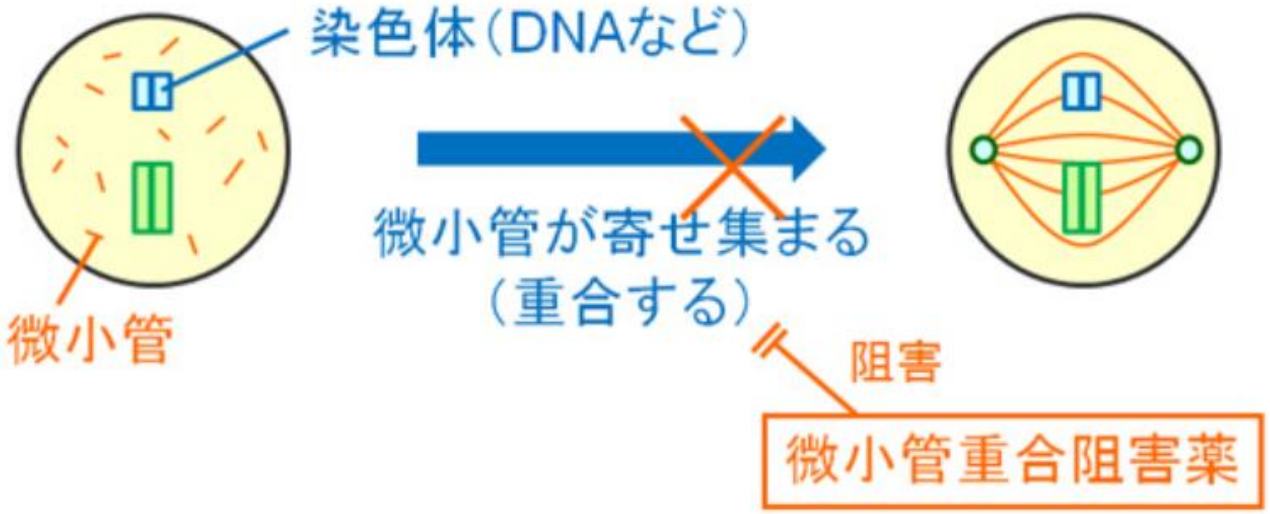
- 共同トイレの使用による排便の意識的抑制
- 悪心や食欲不振による食事・水分摂取量の低下
- 入院生活や持続点滴などによる行動制限など

〇精神的ストレス(不安や緊張)による痙攣性便秘

A氏における症状のメカニズムと出現形態（ビンクリスチン）

神経軸索の微小管の障害や神経細胞の直接障害などが関連

チューブリンに作用して微小管が働かなくする作用がある。



役に立つ薬の情報～専門薬学HPより引用

A氏における症状のメカニズムと出現形態（5-HT3受容体拮抗薬）

セロトニン：腸の蠕動運動を促す働き

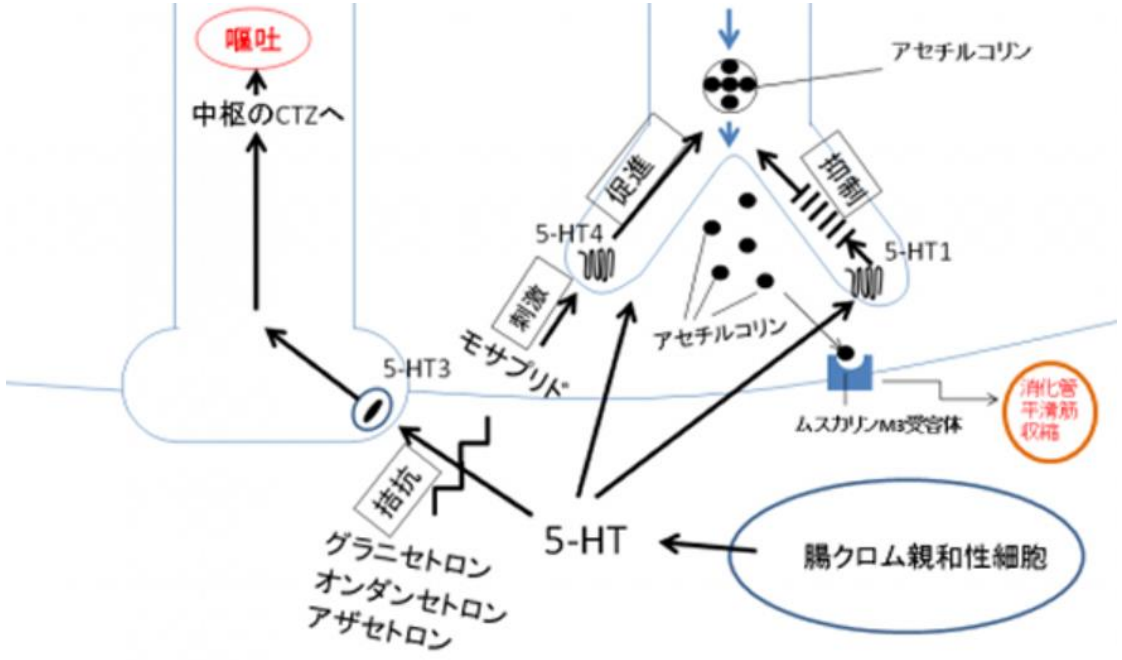
セロトニン放出抑制と
腹部迷走神経求心路末端に作用

↓

腸管運動を抑制

↓

便秘



症状のメカニズム（機序）と出現形態を理解する

症状のメカニズムと出現形態：

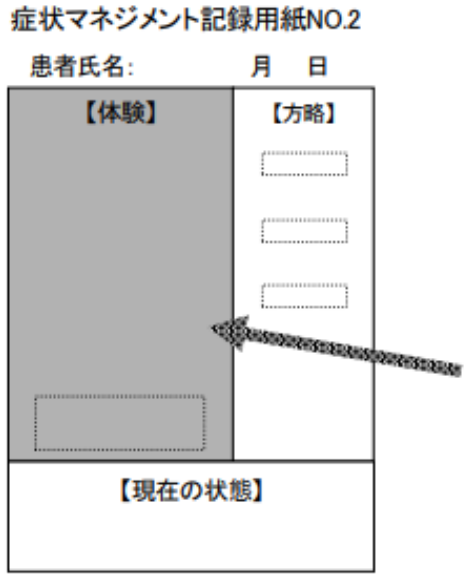
【A氏におけるメカニズムと出現形態】

A氏の便秘は、治療で使用したビンクリスチン、グラニセトロン（5-HT_3受容体拮抗薬）の副作用によって出現している薬剤性便秘と考える。抗がん薬に伴う便秘は、投与数日後に出現する。ビンクリスチンでは、自律神経障害による便秘が3～10日で最も出現しやすく、治療を重ねるごとに発生頻度は高くなる。便秘が重症化すると麻痺性イレウスを発症する可能性もある。制吐剤として使用されている5-HT_3受容体拮抗薬やNK1受容体拮抗薬では、腸管の蠕動運動を抑制するため便秘が出現する。また、食事摂取量の低下や水分摂取量の減少、活動性の低下も出現しており弛緩性便秘も影響していると考えられる。

患者の体験（認知、評価、反応）と その意味を理解する

患者の症状体験を正確に理解するために、(1)「傾聴する」(2)「客観的に問う」(3)「サインを モニタリングする」という３つの看護行為を組み合わせて行う。

患者が自由に表現した後に、体験（認知、評価、反応）の整理を行う。



患者の体験（認知、評価、反応）と その意味を理解する

（1）傾聴する

「症状をどのように感じているかできるだけ詳しくお話し下さい」

●患者の話を聴くポイント

- あらかじめ予定した時間を患者に告げ、了解を得る。
- 落ちついた口調でゆっくり質問する。
- 患者が話しを始めたら話を聞くことに集中し、適宜相槌をうって話し続けることを励ます。
  （ええ･･･、そうですか･･･、それで･･･、なるほど･･･）
- 患者が言葉を見いだせないでいる時は、きっかけになるような言葉を提案する。
  （答えにくいですか？ 例えば･･･）（誘導にならないように配慮する）
- 患者の表情に気を配り、苦痛なようであれば中断を提案する。
  （辛そうに見えますが、この辺で今日はやめましょうか）
- 予告した時間を極端に超過することのないように時間経過に気をつける。
- 予定した時間が来たら、一度確認する。
  （ご協力をお願いした時間は過ぎましたが大丈夫ですか）
- 話の流れで、患者が用いている方略について話す場合はそれも聞き、あとで方略の欄に記入する。

患者の体験（認知、評価、反応）と その意味を理解する

（2）客観的に問う

認知-1　どんなふうに症状が出ますか？

●ポイント

- 場所については、ほとんどの患者が回答できる。言葉での表現が難しそうであれば、「手でさしてみて下さい」と促したり、インタビュアーの手でさしながら「この辺ですか」と聞いてみる。
- どんなふうに痛むかについては様々な答えがあると思われる。「答えにくいですか」「鋭い痛みですか、鈍い痛みですか、その中間ですか」と質問し、「もっと詳しく表現できますか」と聞いてみる。
- 回答が出ない時は次のような言葉を提示する（回答がある場合は提示しない）。
  チクチク、ズキズキ、ビクッ、針を刺すような、刃物で切り裂かれるような、締め付けられる、つねられる、突っ張る、ヒリヒリ、擦りむいたような、うずく、重苦しい、身の置き所のない、不愉快な、など。
- 積極的に症状を表現する人、表現することに前向きな人は一般にセルフケア能力は比較的高いことが多い。
- 表現に消極的な人は、もともと自己表現が少ないか、他になにか気がかりなことがある場合がある。

患者の体験（認知、評価、反応）と その意味を理解する

（2）客観的に問う

認知-1　いつ頃から症状が出ましたか、その経過をお話しいただけますか？

●ポイント

- 症状の初発はいつか、症状の様子はどのように変化したのかを質問する。月日を正確に答えてもらう必要はない。ほぼ何年前か、またはほぼ何ヶ月前か、思い出してもらう。想起しにくいようであれば「最初から今の ような症状でしたか？変わってきた様子をお話しいただけますか？」と聞いてみる。

- 長い経過を覚えていて要領よく表現できる人は比較的セルフケア能力が高いことが多い。生活上のイベントなどと連動して覚えている人では心的エネルギーに余裕がある場合が多い。全く覚えていない人では、 症状マネジメントに関心が向けられていない場合があり、セルフケア能力が欠如している可能性があるので注意する。

患者の体験（認知、評価、反応）と その意味を理解する

（2）客観的に問う

評価-2　症状が出たらどれくらい長く続きますか？

●ポイント

・症状の持続時間を尋ねている質問である。何らかのマネジメントの方略を用いて症状が軽減するまでの時間か、自然に消失する時間を答えるだろう。「横になれば痛みがおさまる」など、マネジメントの方略に関連したことを患者が述べるようであれば、それも書き留めておき、後に方略の所に書き加える。

評価-3　どうしたら、またはどんな時に症状が強くなりますか？

●ポイント

・比較的容易に表現できるだろう。全く思いあたらない場合は、「食事、体位、環境（温度、湿度など）、心理状態 （心配事や不安）などは、症状に影響がありませんか」と聞いてみる。ここで患者が用いている方略があれば聞いておく。

患者の体験（認知、評価、反応）と その意味を理解する

（2）客観的に問う

評価-4　なぜ症状があるのか説明を受けましたか？その説明は理解できましたか？

●ポイント

・説明を受けていない場合：症状の原因を何だと考えておられますか？なぜこのような症状が出てきたのだと思いますか？などと聞いてみる。

反応-1　症状のために生活上でできなくなったことがありますか？

●ポイント

・食事・睡眠・趣味・入浴などの生活活動に障害がないか聞いてみる。
「症状のために食欲がなくなったりしますか」「夜は眠れますか」「趣味を楽しむことはできますか」など聞く

患者の体験（認知、評価、反応）と その意味を理解する

（3）「サインをモニタリングする」（質問によってではなく観察によって情報収集する）

反応-2　症状に対する反応として、患者に見られるサインを観察する

●ポイント

・症状のために顔面蒼白になる、震えだす、痛いところに手を持っていくなどの身体的なサインが観察される。身体的なサインには患者が認知していないような血液データなどもある。特定の症状は特定のサインを持っていることが多いので、看護師はその知識を持っておく必要がある。
・心理的なサインでは、怒りっぽくなっている、いらいらしている、不機嫌になる、抑鬱的になる、悲観的になる、感情的になるなどが観察される。

反応-3　症状のためにできなくなっていること、困っていること、など生活の様子を明らかにする

●ポイント

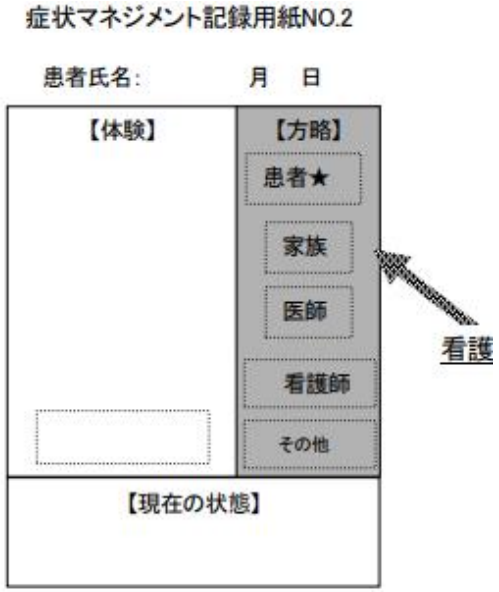
次のような視点で、患者の生活に現れたサインを捉える。
例）・食事が食べられているか？　・眠れているか？　・排便や排尿は自分でできているか？
　　・お風呂には入れるか、または自分で体が拭けるか？　・移動は今まで通りにできるか？

分析

分析の視点	
認知	表現や言葉の豊かさ、表現内容、表現する意欲があるか、症状に関心を向けているか
評価	症状と原因（疾患・生活行動など）を結びつけて評価しているか、症状の強度・頻度・持続時間を評価し ているか、症状の増強・軽減因子を評価しているか、薬剤の評価をしているか、これまでの症状の変化を、経過を追って説明できるか
反応	身体的な反応があらわれているか、症状の影響が生活行動に現れているか、症状によって情緒的な変化が起きているか、身体的反応、生活行動面の反応、情緒面の反応のバランスがよいか
意味	患者は体験している症状にどのような意味をみいだしているでしょうか （「評価」に含めても良い）

症状マネジメントの方略を明らかにする

①患者本人がとっている方略は何か、医療従事者にどのようなサポートを求めているか
②家族など身近な人々はどう対応しているか③医療従事者は何を行っているか、可能な限り患者と一緒に方略を考えているか（必要であれば家族も含めて）、ゴールを患者と共有しているか④ケアシステムの活用の状況はどのようであるか。



症状マネジメントの方略を明らかにする

患者の方略-1　症状があるときはどのようにしてらっしゃいますか？

●ポイント

- この質問は主に症状マネジメントの方略についての回答を得るものである。付随して症状の結果（温めたら良くなるなど）も語られるだろう。この質問だけで患者が語りだしたらそれに沿って聞く。そうでない場合は次の質問を行う。症状があるときに気をつけていることがありますか？さすったり温めたり自分でやっていることがあ りますか？食べるために何か工夫をしていますか？誰かに助けを求めていますか？
- 自分なりに工夫していることがあれば比較的容易に表現できるだろう。全く思いあたらない場合は、「体位、湿布、マッサージ、会話や音楽、気を紛わらすことで良くなったりしますか」と聞いてみる。

患者の方略-2　症状があるとき誰に助けてもらっていますか？どんなことをしてもらっていますか？

●ポイント

- 身近にいる人の具体的な援助（体位を変える、マッサージをしてもらうなど）は比較的表現できるだろう。相談に応じたり話を聞くなどの援助は、本人が「助け」と認識していないかもしれないので、表現がないときは、「痛みに関する相談相手や気を紛らわす話し相手になってもらっている人がいますか」と聞いてみる。医療従事者の活用についても表現がない場合は、「医師や看護師、保健師などの医療の専門家に助けを求めることはありますか」と聞いてみる。

症状マネジメントの方略を明らかにする

家族、医師、看護師、その他の人々は患者の症状にどのように対応していますか？

分析の視点

- 積極的な方略か（色々な工夫を行っている、専門職や家族を活用している）、消極的な方略か（我慢する、行動を縮小する）。患者によっては、ある部分は積極的に行え、ある部分は消極的なことがある。ここでは、セルフケア能力を活用して、どのようなことが行え、どのようなことが行えていないのか検討する。消極的なマネジメント方略になっている場合は、どうしてそうなっているのかを分析する。
- 方略の内容が理にかなったものであるか、症状のメカニズムに反していないか
- 症状マネジメントの方法の中から適切に選択し実施できるか
- 症状マネジメントをどのレベルまでにしたいと考えているか
- 症状をマネジメントする動機を持っているか
- 患者自身が症状マネジメントの主導権を持つということをどれほど認識しているか
- 症状マネジメントの優先順位は他の問題に比べて高いか
- 方略がこれまでの体験と関連しているか（これまで鎮痛の成功を体験したことがないなど）
- 医療者には適切な医療処置を提供できるだけの十分な知識、技術、対応能力、チームワークがあるか
- 家族の役割をどれほど期待できるか

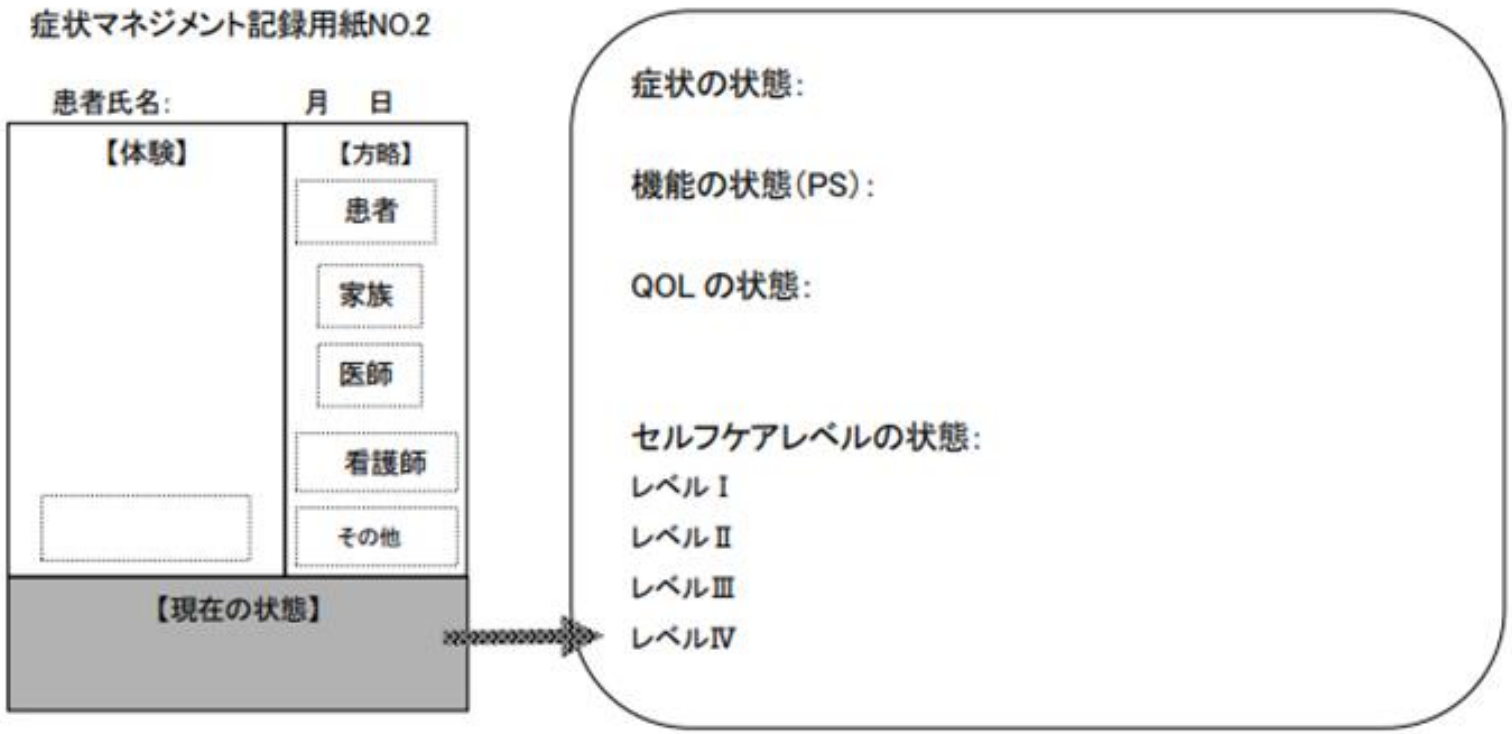
体験と方略の結果を明らかにし、セルフケア能力の状態で該当するレベルを判断する

症状の状態	症状の改善はあるかをできるだけ数値化して評価する。VASなど患者が記入できる場合はそれを用いて評価し、マネジメントできていなければその理由を記載する。
機能の状態	基本的日常生活行動、臓器の機能とその統合性を評価する。 簡易的にはPS（Ｐｅｒｆｏｒｍａｎｃｅ Ｓｔａｔｕｓ）を測定する。
QOLの状態	日常生活の障害、自己価値観の低下、無力感など情緒の状態などを評価する。できるだけ数値化しておいた方が、評価が明確となる。
セルフケア能力の状態	患者のセルフケア能力に焦点を当て、患者の潜在的な能力を明らかにする。

●結果分析の視点

上記４項目を分析する。なぜ症状が改善されないのか、ＱＯＬをどのように低めているのか、それはなぜか、セルフケア能力は高いのか、低いとしたらなぜか、分析の視点に示した点＜症状の表現能力、評価能力、「反応」の中の身体的反応・生活行動面の反応・情緒面の反応のバランス、行動や思考の論理性、マネジメント活動の評価能力、薬剤の評価能力、マネジメントの知識、セルフケア行動の実行力、リソースを使う能力など＞を検討した後に、セルフケア能力のレベルを判定する。

体験と方略の結果を明らかにし、セルフケア能力の状態で該当するレベルを判断する



現在の状態

症状の状態

Grade2の便秘が出現しており、経口摂取量の低下や活動性の低下がみられている。
緩下剤を内服しているが排便コントロールは不良である。

有害事象	Grade1	Grade2	Grade3	Grade4	Grade5
便秘	不定期または間欠的な症状；便軟化薬/緩下薬/食事の工夫/浣腸を不定期に使用	緩下薬または浣腸の定期的使用を要する持続的症状；身の回り以外の日常生活動作の制限	摘便を要する頑固な便秘；身の回りの日常生活動作の制限	生命を脅かす；緊急処置を要する	死亡

現在の状態

機能の状態（PS）

器質的な問題はなく、PSは良好である。呼吸や循環動態、肝・腎機能など主要臓器機能も正常に保たれている。便秘による経口摂取量の低下で低栄養状態となっている。

治療前	day6
WBC：7.83×10^3 、NEUT：7.38 10^3、HB：12.4g/dl PLT：285 10^3、Alb：4.2g/dl、AST：13U/L、 ALT：14U/L、CRE：0.73mg/dl、UN：12.0mg/dl	WBC：4.83×10^3 、NEUT：3.38 10^3、HB：12.0g/dl PLT：180 10^3、Alb：3.8g/dl、AST：20U/L ALT：22U/L、CRE：0.83mg/dl、UN：22.1mg/dl

現在の状態

QOLの状態

便秘により、日常生活が障害されQOLは低下している。A氏にとって現在の身体状況とそれによるつらさは脅威であり、そこに注意が集中している。

セルフケアレベルの状態

レベルⅢ

運動機能／知的判断／動機の３点においていずれかが部分的に不足している。 自らの健康のために必要な行動を部分的に判断できる、もしくはセルフケア行為が部分的に遂行できる。自立している部分が大きく、医療者が代償する部分は小さい。

看護師が提供する知識、技術、サポートの内容を決定し実施する

（1）必要な知識を提供する

患者として学ぶ知識の量は、患者の状況によって異なる。かなり専門的な知識のほうが理解しやすい人もいるのでいつも平易な説明の方が良いわけではない。患者の反応を見ながら、必要最小限の知識の量を決定し提供する。

①患者に必要な最小限の知識を提供する

＜例＞

モルヒネは血中濃度を維持して痛みをコントロールするので、痛みがなくても時間毎に飲む
モルヒネの副作用はコントロールができる
麻薬中毒になることはない
薬の効果や副作用についてなどその根拠をわかりやすく示す。図やパンフレットなどを用いる

看護師が提供する知識、技術、サポートの内容を決定し実施する

（2）必要な技術を患者に習得してもらう

必要な技術の量は患者の状況によって異なります。看護師は患者の能力をアセスメントして必要最小限の技術の量を決め、それを教える。患者は技術の正確さと継続性、行ったことの効果の評価方法について身につけることができるように配慮する。

①症状をマネジメントするためにこの患者に必要な技術は何か、患者の意見を聞きながら明らか にする。

＜例＞

①痛みのスケール表の記入方法　②伝えたいことを伝えられるような医師や看護師への言い方
③医師に伝えたいことをメモして伝える方法　④痛みを増強させないような体位の取り方、動き方
⑤吐き気を誘発させない食事の内容や取り方　⑥行った方略の効果を評価する方法
⑦症状の変化を見る方法

看護師が提供する知識、技術、サポートの内容を決定し実施する

（2）必要な技術を患者に習得してもらう

必要な技術の量は患者の状況によって異なります。看護師は患者の能力をアセスメントして必要最小限の技術の量を決め、それを教える。患者は技術の正確さと継続性、行ったことの効果の評価方法について身につけることができるように配慮する。

②継続して行えるようにその技術を訓練する。行ったことの効果を評価する秘術も訓練する。

＜例＞

何度か繰り返し行う
患者が実施しやすいように修正する

看護師が提供する知識、技術、サポートの内容を決定し実施する

（3）必要な看護サポートを提供する

看護師による専門的支援は、患者・看護師関係のもとで行われる。この活動には、患者が行えたことを認めたり、できるように励ましたり、できないことにつきあったり、できるまで待ったり、見守ったりする活動が含まれている。サポートは、患者にセルフケア能力があってもある程度提供する。自信のない患者や不安な患者にはより頻繁にサポートの提供が必要。

①患者を理解していることやサポートする意思があることを明確に示す。

＜例＞

「医療者もあなたの症状をとりたいと思っている」「表現してくれてよくわかった」と伝える。
できなかった場合は、「次回はできると思いますよ」「やり方を変えてみましょうか」と伝える。
在宅の患者では定期的に電話をかけ、状況を聞き、不都合があれば一緒に修正したり、「よくできていますね」「その調子で続けて下さい」と伝えたりする。

看護師が提供する知識、技術、サポートの内容を決定し実施する

（3）必要な看護サポートを提供する

看護師による専門的支援は、患者・看護師関係のもとで行われる。この活動には、患者が行えたことを認めたり、できるように励ましたり、できないことにつきあったり、できるまで待ったり、見守ったりする活動が含まれている。サポートは、患者にセルフケア能力があってもある程度提供する。自信のない患者や不安な患者にはより頻繁にサポートの提供が必要。

②患者ができていることを伝え、続けられるように励ます。

＜例＞

痛みが増強しないように体動を工夫している人には、加重を避けることは病態にかなっていることを話し、有効な対処方法であるのでつづけるように励ます。患者ができるようになったときは、一緒に喜び、前進したことを確認する。在宅の患者であれば、電話を定期的にして、様子を聞く。

③できていない部分は強要せず、代償を保証する。

看護師が提供する知識、技術、サポートの内容を決定し実施する

症状マネジメント記録用紙NO. 3

患者氏名:　　月　日

看護師の行う方略…アセスメント	
Ns が行う方略	実施と患者反応
必要な知識△	
必要な技術◇	
必要な看護サポート	
【改善された結果】	

計画した必要な知識、必要な技術、必要な看護サポートを記入します。

右欄に実施したこと、それに対する患者の反応を記入します。

看護師の行う方略を導き出すためのアセスメント

【看護師の行う方略を導き出すためのアセスメント】

・器質的な問題はなく、ADLは自立しており、主要臓器機能も保たれている。意識レベルは清明であり、理解力・記銘力も良好であることから、身体・認知機能的には十分にセルフケアを実施可能である。A氏は初発のびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫であり、診断後ただちに治療開始となった。そのため、疾患や治療を受容するための時間が少なく、セルフケアに必要な知識や技術も不足していると考えられる。

・患者の現在のセルフケアレベル：レベルⅢ

・看護の方針

① 便秘による苦痛が出現しておりA氏にとってはつらい時期である。そのため、下剤等を使用し排便コントロールを図り、A氏がセルフケアに関心を向けられるようにする。

② A氏のつらさに寄り添い、少しでも安楽に過ごせるようサポートしたいことを伝える。

③ A氏が「治療」「現在の状況」「セルフケアの重要性」を関連付けられるように説明し、A氏のこれまでのコーピングパターンなどを踏まえたセルフケアの動機づけを行う。

④ セルフケアの具体的な方法について説明し、A氏とともにどのように実施するか、どうすれば実施可能かなどA氏と一緒に話し合い、具体的行動レベルで計画を立案する。

⑤ A氏が計画に沿ってセルフケアを実践できているか確認し、できていることを積極的に承認する。

看護師の行う方略（計画）

看護師の行う方略(計画)	実施と患者の反応
A氏が習得することが必要な知識 A氏に以下の必要な知識を提供する ・疾患の特性 ・治療の内容 ・治療の副作用とその機序 ・排便コントロールの重要性 ・緩下剤、下剤の効果的な服用方法について	
A氏が習得することが必要な技術 A氏に以下の必要な技術を習得してもらう ・具体的なセルフケア方法 ・排便状況の観察ができる（便の性状、量、回数など） ・排泄チェック表を作成し、継続的な観察ができる	
A氏に必要な看護サポート A氏に以下の必要な看護サポートを提供する ・便秘時には迅速に下剤を使用し、便秘による苦痛を緩和する ・A氏の体験しているつらさに共感し、労う。 ・A氏が安全に治療を完遂し、一日も早く家族のもとへ戻れるようサポートしたいことを伝える。 ・A氏が自分なりに排便コントロールしようとしてくれていることを評価する。	

活動による効果を測定する

一定の期間活動を続けたら、もう一度、症状の状態、機能の状態、QOLの状態、セルフケア能力を明らかにする。期間は事例の状況によっても異なるが１週間または２週間など、病棟やチームで決めて行う。

＜例＞

①症状はどのように変わったか？
②機能の状態はどのように変わったか？
③QOLはどのように変わったか？
④セルフケア能力はどのように変わったか？

その他適切な指標があれば追加しても良い

活動による効果を測定する

介入後2週間程度で、モデルによる介入の効果を判断する。効果が見られない場合は、その原因を探索し問題解決に努める。

症状マネジメント記録用紙NO. 3

患者氏名:　　月　日

看護師の行う方略…アセスメント	
Ns が行う方略	実施と患者反応
【改善された結果】	

改善された結果
文章で記入しても構いません。
評価の際に、VAS、QOLなどの指標を用いて数値で示すことができる部分はそのように表示すれば、評価を他の専門職と共有しやすいでしょう。

引用・参考文献

- 山下達,三浦里織 編：がん薬物療法看護ベストプラクティス、照林社、2020年
- 国立がん研究センター内科レジデント編；がん診療レジデントマニュアル 第9版、医学書院、2022年
- 松枝 啓：下痢・便秘の処方の読み方・とらえ方 レシピvol,4 、南山堂、2005年
- 内布敦子他（１９９８）. The Integrated Approach to Symptom Management を応用した看護活動ガイドブッ ク. 別冊ナーシングトゥデイ. １２, 178-184
  内布敦子他（１９９９）. The Integrated Approach to Symptom Management（IASM）について(1)IASM のための記録用紙・分析スタンダードの開発. がん看護. 4(5), 414- 417
- 日本臨床内科医会HP