

綜 説

緩和ケアの理念とがん性疼痛の特徴

浜 善 久

信州大学医学部附属病院
がん総合医療センター緩和ケアチーム

The Idea of Palliative Care and Character of the Cancer Pain

Yoshihisa HAMA

Comprehensive Cancer Center, Palliative Care Team,
Shinshu University Hospital**Key words**: palliative care, total pain, cancer pain, analgesic therapy, pain assessment

緩和ケア, 全人的苦痛, がん性疼痛, 疼痛治療, 痛みのアセスメント

I はじめに

年間約30万人以上の人々が「がん」のために死亡する今日、「がん」はごく身近な疾患であり、他人ごとではなく自分や家族の問題となる可能性が高い。「がん」と診断された直後より、患者は根治性を目指した厳しい治療を行う一方で、多種多様な苦痛を有し、また周囲の家族も患者の状態の変化に従い、数々の悩みを抱えていくことが一般的である。このような状況の中で、近年ではがん患者のみならず、対応する我々医療スタッフにおいても緩和ケア (Palliative Care) に対する意識は必然的に高まっている。さらにがんの専門病院である「がん診療連携拠点病院」の認定や、今年4月より施行された「がん基本対策法」にみられる包括的緩和医療の社会的関心も大変高いものがあり、緩和ケアの認識を深めるとともに、その活動を後押ししている。信州大学病院でも2006年4月より緩和ケアチームが活動を開始し、実際の症状緩和やプライマリケアの普及活動を開始している。本稿では通年で行った院内勉強会の講義を基に緩和ケアの理念について概略を説明し、がん性疼痛の特徴についても述べてみたい。

II がん緩和医療の定義

緩和医療の歴史を振りかえると原点は中世ホスピスにまでさかのぼるとい¹⁾。当時のホスピスは教会な

どの施設が中心となり、疲れた旅人や巡礼者、病人、孤児や貧困者などを救済した。現在に繋がる近代ホスピス運動が始まったのは1967年にロンドン郊外にシシリ・ソングラス博士らにより設立されたセント・クリストファー・ホスピスの設立により世界的に広がったが、その中でソングラス博士は「あなたはあなたのままで大切です。あなたの人生の最後の瞬間まで大切なひとです。ですから、私たちはあなたが安らかに死を迎えられるだけではなく、最後まで生きられるように最善を尽くします²⁾」と患者の尊厳を尊重し、最後の瞬間まで生きることに焦点をあてた言葉を残している。厳密な意味ではホスピス＝緩和医療ではないが、患者が最後の生を過ごすために肉体や精神的な苦痛を取り除き、安らかな死を迎えいれることを援助する目的で作られたホスピスと根底には同じ精神が流れている。

一方、World Health Organization (WHO) では1990年に緩和医療に関する提言を行い、その概念を普及させてきたが、当初の緩和ケアの定義は「治癒不能な状態の患者および家族に対して行われるケア」とされており、このため、ホスピス (緩和ケア) というと「病気が治らない状態、すなわち末期状態にならないとかかることができないケア」という理解が定着してしまつたとされている。しかし、新しいWHOの提言 (2002年) は「緩和ケアとは、生命にかかわる疾病に直面している患者とその家族の痛みやその他の身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期より予防・評価・対応することによって Quality Of Life (QOL) を向上させるアプローチである」³⁾とされ、

別刷請求先: 浜 善久 〒390-8621

松本市旭3-1-1 信州大学医学部附属病院
がん総合医療センター

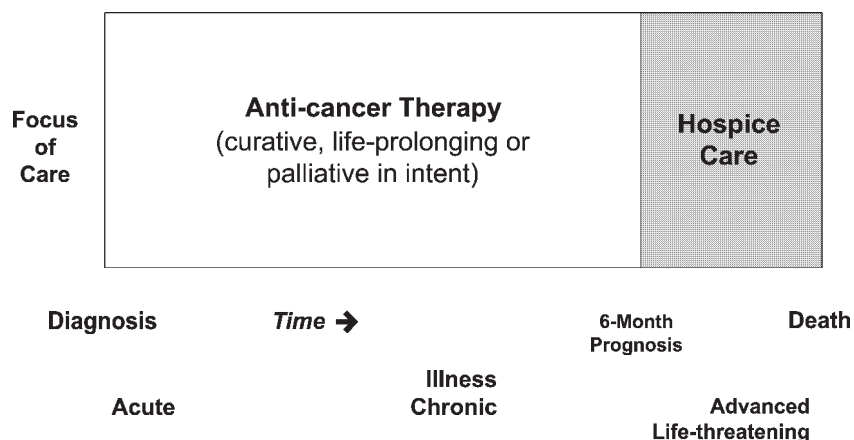


図1 従来のがん医療

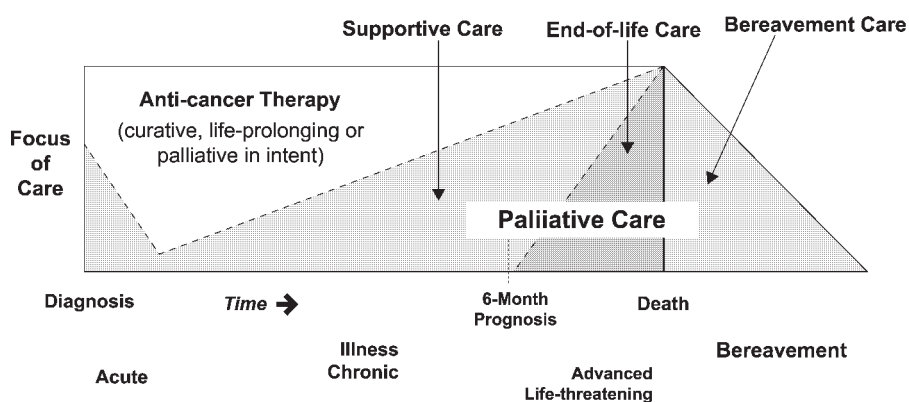


図2 緩和ケア

「命の終わりを見据えた医療」ではなく、「病気によって起きている問題や起きてくる問題に対応する医療」であるということを明確にし、治る状態か治らない状態かということは関係がなくなり、「疾患の早期から」緩和ケアが提供されるべきであるとも明記されることとなった。このためケアの対象となる患者はがんに限らない生命にかかわるいろいろな疾患に及ぶことになった。従来のがん医療とホスピス緩和ケアの関係を図1⁴⁾に示すが、病気が治療に反応しなくなり、余命も短いと判断された場合、医療そのものから見放されたように急速に終末期ケアに移行していたが、図2⁴⁾のごとく、新しい提言にしたがった理想的な緩和ケアはsupportive careを早期から行い、患者の死後も遺族に対するケア(bereavement care)を行っているのが特徴である。日本でも緩和ケアの定義・実践内容として表1のごとくの内容を掲げ推奨されている⁵⁾。

III 痛みの本質

痛みは常に本人にしか感じられない主観的な感覚である。したがってがん患者の身体的・精神的評価

表1 緩和ケアの定義・実践内容

1. 生きることを尊重し、誰にも例外なく訪れるものとして死にゆく過程にも敬意をはらう
2. 死を早めることも遅らせることにも手を貸さない
3. 痛みのコントロールと同時に、痛み以外の苦しい諸症状のコントロールを行う
4. 心理面のケアや霊的面のケアも行う
5. 死が訪れるまで患者が積極的に生きていけるよう支援する体制をとる
6. 患者が病気に苦しんでいる間も、患者と死別した後も家族の苦難への対処を支援する

(QOL)は医療者による客観的な評価だけでなく、患者の主観的な評価を重視して考える必要がある。それではがん患者にはどのような痛みが存在するのであろうか？ここでもソングース博士は終末期の患者にかかわった経験から全人的苦痛(total pain)と呼ばれる概念を提唱している⁶⁾。「pain」という単語には苦痛・苦悩の意味が含まれており、身体的(physical)な苦痛にとどまらず精神的(mental)苦痛や社会的(social)苦痛、霊的(spiritual)苦痛などを含めた総体として

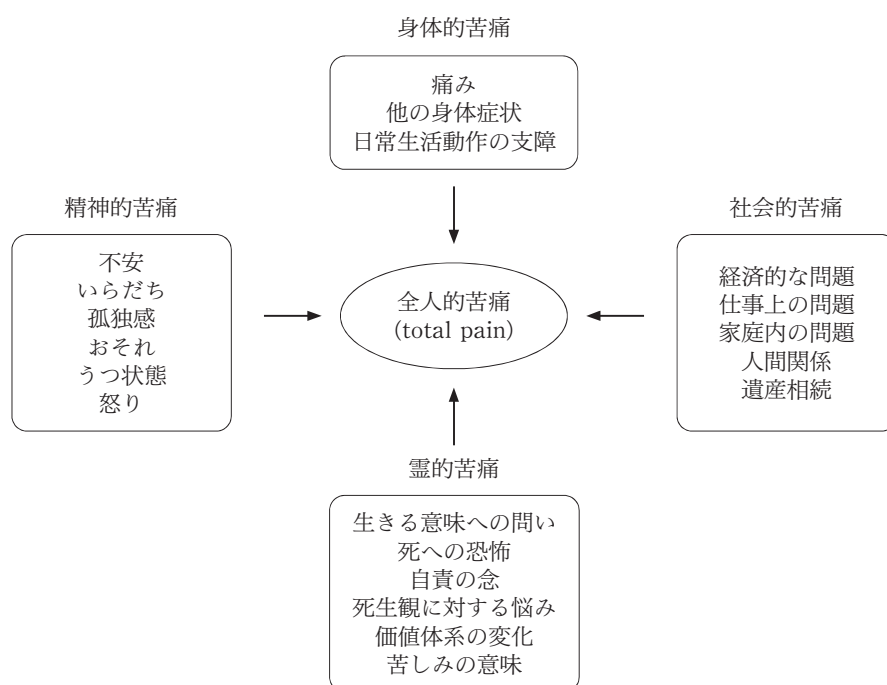


図3 それぞれの苦痛と全人的苦痛

捉えている。身体的苦痛とはがん性疼痛をはじめ、がんの進展に伴い排泄や移動といった日常動作の支障が含まれる。精神的苦痛とは不安やいらだち、孤独感、恐怖心、怒りなどに代表され、患者が納得するような病状の説明が行われていないと、この苦痛を強めてしまうことがある。患者の言葉を傾聴することが基本となるが精神科医の専門的治療が必要となる場合がある。社会的苦痛は医療費・生活費といった経済的問題や社会的地位や家庭での役割の喪失などによる人間関係、相続などの悩みである。ソーシャルワーカーや弁護士などの協力が必要となる場合がある。霊的苦痛とは「生きる意味への問いかけ」のように自己の存在に関係したり「死後の世界はどうなっているのか」など絶対的な事柄との関係の悩みをさす。医療者が患者の価値観を理解・尊重し、死生観を養う態度が大切である。実際にはこれらが複雑に影響しあって患者の苦痛を形成しているが、苦痛を分けて考えることで後述するアセスメントが行いやすくなり、この苦痛に対する適切なケアを提供することで全人的ながん医療の達成が可能となる(図3)。

IV がん性疼痛の頻度と種類

がんに伴う疼痛は、癌の診断時では30~40%の患者にみられ、進行癌患者では65~85%にみられるといわれるが、疼痛の85~95%は緩和可能であるとさ

表2 がん患者の痛みの原因

1. がん自体による疼痛 (がん性疼痛)	骨への浸潤, 内臓浸潤・圧迫, 軟部組織浸潤, 神経浸潤・圧迫, 血管・リンパ管浸潤, 脳腫瘍による頭痛など
2. がん治療によって生じる疼痛	術後の痛み, 化学療法の副作用 (末梢神経障害, 口内炎), 放射線治療の副作用など
3. がんに関連する衰弱による疼痛	便秘, 褥瘡, 長期臥床による筋緊張による痛み, 口内炎など
4. 合併症による疼痛	椎間板ヘルニア, 関節炎, 消化性潰瘍, 带状疱疹, 片頭痛など

れる。しかし実際の除痛率は40~50%であり、疼痛治療の障壁として疼痛治療の重要性が認識されていないことや教育が不十分であること、実践が不十分であることが挙げられている⁷⁾。このがんに伴う疼痛の原因は表2に示すごとく①がん自体による痛み(がん性疼痛)、②がん治療によって生じる痛み、③がんに関連する全身衰弱による痛み、④合併症による痛みの4つに分類できる。頻度としてはがん自体による痛み(がん性疼痛)が多いが、それ以外の痛みも治療の対象にすることでQOLの向上を見込むことができる⁸⁾。またがん性疼痛は病態生理機序により大きく侵害受容性疼痛 (nociceptive pain)と神経障害性疼痛

(neuropathic pain) 2つの痛みに分けることができる(表3)。侵害受容性疼痛とは切傷や炎症、機械的刺激などの侵害刺激によって生じる痛みで、さらにこの侵害受容性疼痛は体性痛(somatic pain)と内臓痛(visceral pain)に細分類される。体性痛は体性感覚線維が興奮して生じる痛みで、皮膚や体表の粘膜、骨などに分布する神経が関与し、疼痛の部位は限局性で持続的に「うずく」「さしこむ」と表現される痛みである。体動時などに痛みが増強し、骨転移の痛みが代表的である。内臓痛は内臓痛覚線維が興奮して生じる痛みで、消化管のほか肝臓、膵臓、腎臓などへの機械的・化学的刺激により生じる。痛みの局在が不明瞭で広範囲に痛みを感じる事が多く、「しめつけられる」「鈍い」痛みとして表現される。この痛みは脊髄神経を通る際に脊髄後角で皮膚の痛覚線維と収束しているため、傷害部位とかけ離れた位置に痛みを生じる関連痛が生じることがある。また嘔気・嘔吐、発汗などの自律神経症状を伴うことも多い。肝臓癌や膵臓癌が代表例である。これら2つの痛みはオピオイドが有効であるが、消化管閉塞の際の疝痛発作では鎮痙剤が有効である。一方、神経障害性疼痛は末梢神経や中枢神経の損傷や障害によって引き起こされる痛みで、「しびれる」「電気が走る」「刺す」痛みとして表現され、神経の支配領域に一致して表在性に放散する。また損傷された神経の支配領域の感覚鈍麻やしびれ感が生じるにもかかわらず痛みのある部位に感覚異常を伴ったり、通常は痛みを感じない程度の刺激で不快な感覚が生じる、アロディニアと呼ばれる症状を認める。直腸癌や子宮癌の骨盤内再発やパネコースト腫瘍が代表的で、オピオイドに反応しにくい痛みであり適切な鎮痛補助薬の使用が重要である。

V 疼痛治療の基本原則

がん患者における疼痛治療はWHOが「WHO方式がん疼痛治療法」として公表しており、世界で使用されるゴールドスタンダードである⁹⁾。

その概要は

- 1 痛みの診断は聞くことから始め、治療は説明からはじめるべきであり、心身両面からのアプローチが必要であること。
- 2 まず痛みに妨げられない睡眠の確保→次に安静にしていれば痛みが消えている状態の確保→その上で、身体を動かしても痛みが消えている状態の確保と段階的な治療目標を設けること(表4)。

表3 痛みの種類

1. 侵害受容性疼痛	<ul style="list-style-type: none"> ・痛みの受容体の活性が進行中 ・刺激性 ・鋭い、ズキズキするような、締め付けられる様な痛み
体性痛(somatic pain) ……限局的、叩打痛・体動で増強、骨転移など	
内臓痛(visceral pain) ……痛みの局在は不明瞭、圧痛・関連痛、疝痛発作など	
2. 神経障害性疼痛	<ul style="list-style-type: none"> ・中枢神経系あるいは末梢神経系における異常な神経興奮伝導 → 神経構造の損傷による ・通常は慢性的 ・やけるような、チクチクする、撃たれるような、刺すような痛み

表4 痛みの治療目標

第1目標：痛みに妨げられない夜間の睡眠時間の確保
第2目標：安静時の痛みの消失
第3目標：体動時の痛みの消失

3 がん自体の持続性の痛みには適切な鎮痛薬を用いて5つの原則に従い投与する。

① 経口投与を基本とする <by the mouth>

経口投与は最も簡便な方法で血中濃度が急激に上昇することがないため在宅でも使用できる。ただし嘔吐や嚥下困難が存在する場合には注射や座薬に変更する。

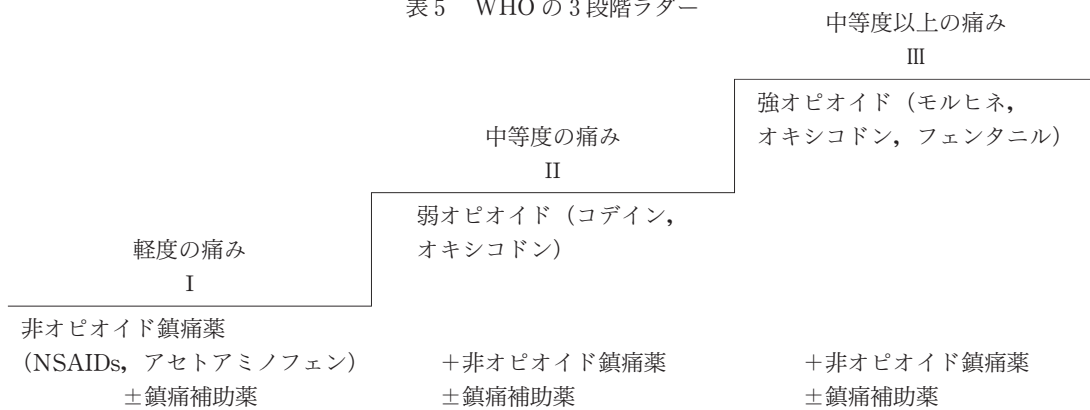
② 時間を決めて正しく投与する <by the clock>

がんの痛みが持続性であるため、鎮痛薬は頓用ではなく、効果の切れ間がないように定期的に使用すべきである。多くの患者では定期的な鎮痛剤投与で痛みが落ち着いている状態でも突然一時的な強い痛み(突発痛)が生じることがあるので臨時追加投与(レスキュー)の処方も行う必要がある。

③ 除痛ラダーにそって効力の順に薬を選ぶ <by the ladder>

WHOが推奨する鎮痛薬の3段階ラダーに従い、痛みの程度に応じて順次薬剤を選択していく(表5)。NSAIDなどの非オピオイド鎮痛剤の効果が不十分であれば弱オピオイドを使用し、痛みの原因によってははじめから鎮痛補助薬を使用していく。強オピオイドとしてはモルヒネ・オキシコドン(量によって弱オピオイドとしても使用)・フェンタニールが使用されており、それぞれの特性を理解した上で選択が必要である。

表5 WHOの3段階ラダー



④ 患者ごとに適量を決めて投与する
〈for the individual〉

鎮痛薬の適切な量は痛みが取れる量であり、その量は当然個々に異なる。

⑤ そのうえで細かい点に配慮する
〈with attention to detail〉

患者本人や家族に副作用の予防や説明を十分に行い、鎮痛剤使用の不安を軽減することにつとめる。また患者の個性や価値観を尊重し治療を行うことが大切である。

VI 痛みの評価・アセスメント

痛みは主観的症状であるため血圧や脈拍数、体温などのバイタルサインのようにとらえにくい。そのため状態を把握しにくい現実がある。しかし痛みを患者がどのようにとらえ、その結果どのような行動をしているかといった痛みの行動を評価することは可能である。このため痛みの評価（治療の効果を含む）をするために患者と医療スタッフの間で共通の尺度（スケール）が必要となってくる。現在は主に図4に示すごとく3つのスケールが使用されているがいずれも実施前に患者に十分な説明が必要である。

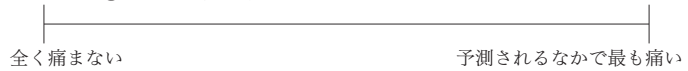
1 Visual Analogue Scale (VAS)

左端の「痛みがない」から右端の「これ以上の痛みは考えられない」までを両端として100 mmの直線上で痛みのレベルを印をしてもらい、右端からの長さを測定する。急性の疼痛評価では信頼性は高いが、慢性疼痛では信頼性が低下するといわれている。

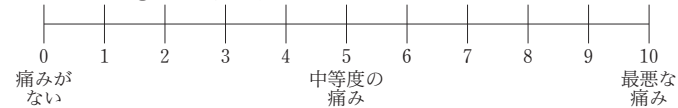
2 Numerical Rating Scale (NRS)

「0：痛みがない」から「10：これ以上の痛みは考

Visual Analogue Scale (VAS)



Numerical Rating Scale (NRS)



Face Scale

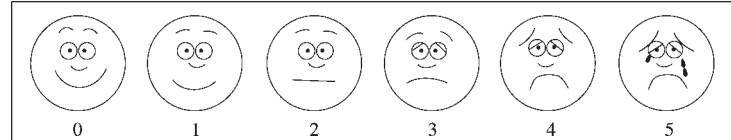


図4 代表的なスケール

えられない」までを両端とし、直線を0から10までの11段階に区切り、患者自身に痛みのレベルの数字に印をつけてもらう。示す数値が記載してあるためVASより患者は評価をつけやすい。

3 Face Scale

痛みのない顔から痛みの強い顔まであり、視覚的で年齢を問わず使用しやすいが、同時に痛みだけでなく「感情」の要素も入ってしまうことがある。

このようなツールを用いて実際はどのような痛みのアセスメント（原因を明らかにして治療の方針を立てる）を行っていったら良いのだろうか？ その要点を表6に示す。

① 痛みの部位

痛みの部位を示してもらい限局性か放散痛があるかなど範囲を確認する。また痛みの強い部位以外にも痛みがあるかどうかの評価も必要となる。触診で圧痛の有無やアロディアなどの痛覚過敏があるか確認する。

② 痛みの性質

表6 痛みのアセスメント

① 痛みの部位
② 痛みの性質
③ 痛みの強さ
④ 痛みのはじまりとパターン
⑤ 痛みに影響される増悪因子と緩和因子
⑥ 生活への影響
⑦ これまでの痛みの治療
⑧ 心理社会・霊的（スピリチュアル）面の理解

「鋭い」「うずく」「さしこむ」などの体性痛を示す表現や「鈍い」「重苦しい」「しめつけられる」内臓痛をあらわす言葉、「電気がはしる」「ちりちりやける」など神経因性疼痛を考える痛みなど患者自身の言葉で表現してもらう。

③ 痛みの強さ

前述のスケールを用いて、継続的に評価する。

④ 痛みのはじまりとパターン

痛みはいつからはじまって、間欠的か持続的か、きつかけはあったか、時間の経過とともに変化したか、どのくらいの頻度かなどを確認する。

⑤ 痛みに影響される増悪因子と緩和因子

なにが痛みを増悪させ、なにが痛みを緩和するかをたずねる。特に姿勢、体動、食事、排泄、入浴などとの関連性を確認するとともに、身体的要素以外の因子も確認する。

⑥ 生活への影響

睡眠や食事、排泄などの日常生活、仕事などの社会生活や気分などの精神状態にどのような影響があるか

把握する。

⑦ これまでの痛みの治療

現在までの治療方法やその効果の確認と副作用の確認を行う。

⑧ 心理社会・霊的（スピリチュアル）面の理解

患者・家族にとっての痛みの意味や治療に対する理解と見方、患者の痛みやストレスに対する対処行動や心配事など心理社会的な理解も必要である。

総合的なケアの評価（患者の状態を考慮し症状把握のための尺度やQOL評価尺度）として、医療者が提供する医療の質の評価を含む Support Team Assessments Schedule (STAS) の使用も試みられており、これには「痛みのコントロール」「症状が患者に及ぼす影響」「患者の不安」「家族の不安」「患者の病状認識」「家族の病状認識」「患者と家族のコミュニケーション」「医療専門職間のコミュニケーション」「患者・家族に対する医療専門職とのコミュニケーション」の項目が含まれている¹⁰⁾。

Ⅶ おわりに

がん緩和医療（緩和ケア）は本来独立したものでも特別なものでもなく、通常の連続した医療の一環である。この緩和ケアの理念は医療の原点でもあり、患者・家族と医療スタッフ相互の良好なコミュニケーションの上に信頼関係を構築することで成り立っている。また、いろいろな原因が存在するがん疼痛の特性を知ってアセスメントを行い、全人的なアプローチを行うことが重要である。

文 献

- 1) 恒藤 暁, 内布敦子: 系統看護学講座 別巻10 緩和ケア. 恒藤 暁, 内布敦子 (編), 緩和ケアの歴史, 第1版, pp 2-4, 医学書院, 東京, 2007
- 2) Saunders C: Care of the dying-1. The problem of euthanasia. Nurs Times 72 :1003-1005, 1976
- 3) <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (世界保健機関ホームページ)
- 4) Education for Palliative and End of life Care-Oncology (EPEC-O), 日本語版, plenary 1, 2006
- 5) 厚生労働省・日本医師会 (監): がん緩和ケアに関するマニュアル, 改訂第2版, pp 1-3, 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2005
- 6) Saunders DC (ed): The management of terminal malignant disease, 2nd ed, pp 232-241, Edward Arnold, 1984
- 7) ASCO Curriculum: Optimizing cancer care-the importance of symptom management, 2002
- 8) 松尾直樹: がん性疼痛の特徴と対策. 日本臨床 65: 17-21, 2007
- 9) 世界保健機関 (編): がんの痛みからの解放, 第2版, 金原出版, 東京, 1996
- 10) Miyashita M, Matoba K, Sasahara T, Kizawa Y, Maruguchi M, Abe M, Kawa M, Shima Y: Reliability and Validity of Japanese version STAS (STAS-J). Palliat Support Care 2: 379-384, 2004

(H 19. 7. 12 受稿)