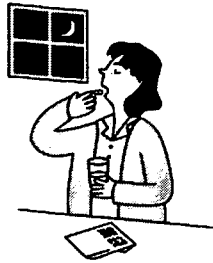


生活習慣や代替療法に関する調査研究 へのご協力をお願い

乳がん患者の多目的コホート研究実行委員会

1. 研究の目的



乳がんは比較的治療後の経過のよいがんですが、再発を防ぐために、患者さんがどのような生活（食事や運動など）を送ればよいのか、サプリメントや健康補助食品、ヨガ、鍼（はり）などの代替療法を利用することは良いのか悪いのかなど、治療以外の健康情報に関して、科学的根拠は十分には得られていません。

そこで私たちは、乳がん患者さんの生活習慣や代替療法、ストレスなどの心理状態とその後の経過（再発までの期間など）やQOL（クオリティオブライフ、生活の質）との関連を調べる研究を企画いたしました。この研究で得られる結果は、患者さんご自身やご家族、医療従事者などへの重要な情報発信となるとともに、重要な科学的根拠にもなります。

さらに、生活習慣や代替療法などとともに、術後の痛みやそれに対するケアの状況、情報や支援への要望についてもお尋ねし、患者さんの支援に役立てていく予定です。

2. 研究を行う理由

1) 生活習慣

乳がんの予防については、これまでたくさんの研究が行われ、低脂肪食や大豆製品の摂取、肥満防止や運動などと、乳がんの予防との関連に関する科学的根拠が蓄積されています。それに比べると、乳がん患者さんにおける再発予防と食事や運動などの生活習慣との関係については、患者さんの関心が高いにも関わらず、十分に研究が行われていません。



2) 代替療法

生活習慣と並んで乳がん患者さんの関心が高いのが代替療法です。多くの患者さんが、再発や進行を予防するために、サプリメントや健康補助食品、ヨガ、鍼などさまざまな代替療法を利用されているようです。私たちがこの研究に先駆けて行った乳がん患者さん125名を対象とした研究では、半数の方が代替療法を利用した経験があり、そのうち3割以上の方が1カ月あたり1万円～5万円、1割の方が5万円以上の費用をかけていたことが明らかになりました。



しかし、今のところ、再発を予防する効果について十分な科学的根拠のある代替療法はなく、また、乳がん患者さんに効果があることを調べた研究はほとんどありません。さらに、代替療法は費用が高額であるということだけではなく、逆に治療に悪い影響を与えてしまう可能性があることや、副作用の情報が不足していることも問題となっています。

そのため、さまざまな代替療法の効果を調べることは、患者さんにとっても重要であると言えます。



3) ストレスなどの心理状態

乳がん患者さんの生活には、治療に関するだけでなく、仕事や家事、家庭生活、周囲の人たちとの関係などにおいて、さまざまなストレスが伴うことが知られています。また、将来に対して希望が持てなくなったり、うつ状態になってしまう患者さんも少なからずいらっしゃいます。

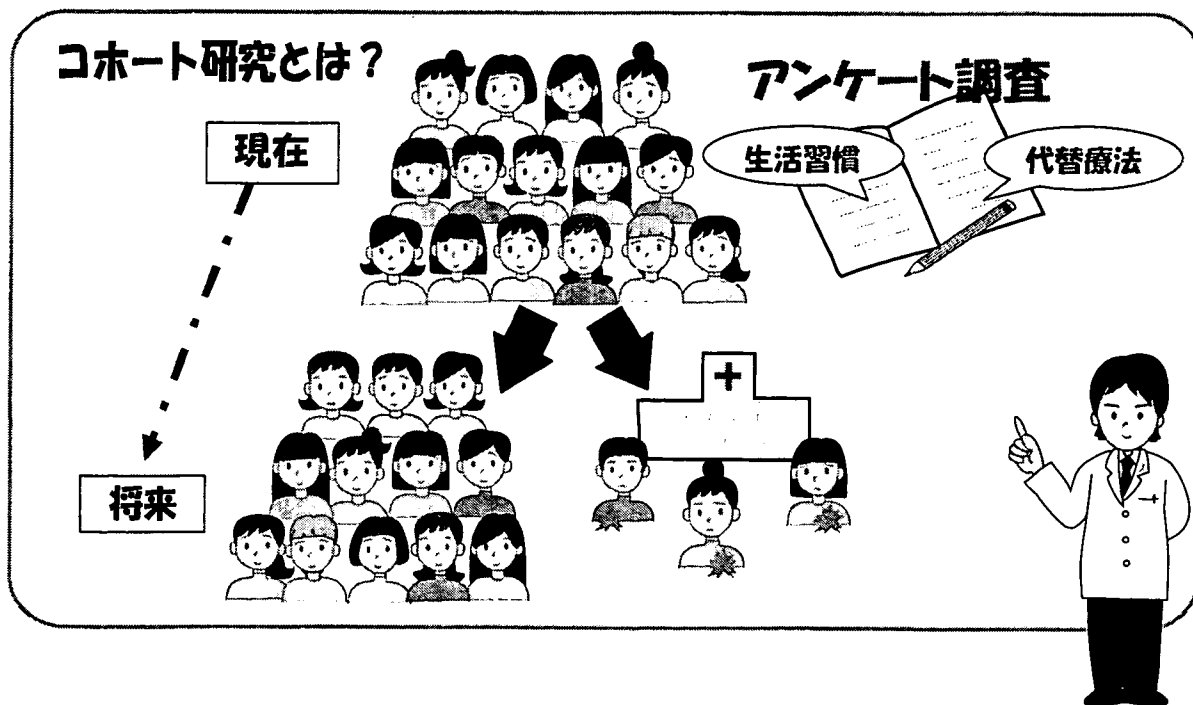
しかしながら、ストレスが多いことや将来に希望がもてないこと、うつ傾向にあることなどが、患者さんのその後の経過に影響を与えるのかどうかを明らかにする研究は十分に行われていません。そのため、患者さんの支援において、そのような心理状態に対するサポートが後まわしにされてしまう傾向にあります。

4) 本研究の概要

私たちは、以上のような現状を背景として、患者さんがご自身で行える再発予防の方法や QOL を高めるような方法を明らかにし、科学的な根拠に基づいた情報を提供するとともに、患者さんの支援に役立てるために、この研究を企画しました。

この研究では、乳がん患者さんにご協力いただき、診断を受ける前の1年間や手術を受けた後の1年間の、生活習慣や代替療法利用などの状況を調べ、その後、長期間にわたってその方々の健康状態を追跡して把握していきます。そのようにすることによって、生活習慣や代替療法、心理状態などと、その後の経過（再発までの期間など）や QOL との関連を明らかにします。

研究のために新たに何かを行っていただく必要はありませんので、普段どおりに生活していただいてもかまいません。この研究のように、その後の追跡を行っていく特定の方々の集団をコホートとよび、大規模なコホートに基づいた追跡研究は、質の高い研究であると認められています。



3. 研究の方法

この研究は、あなたが参加する CSPOR（財団法人パブリックヘルスリサーチセンターがん臨床研究支援事業）の臨床試験（N-SAS BC06：レトロゾールによる術前内分泌療法が奏効した閉経後乳がん患者に対する術後化学内分泌療法と内分泌単独療法のランダム化比較試験）との共同研究です。臨床試験に参加する方全員に、この研究へのご協力をお願いしています。研究期間は臨床試験と同じ8年間を予定しています。

4. あなたに関すること

この研究の期間は8年間ですが、あなたに実際にお願いしたいことは、①臨床試験に参加するとき（手術前）、②術後1、2カ月ごろ、③術後1年～1年3カ月ごろの3回、「生活習慣や代替療法に関する質問票」に回答していただくことだけです。3回すべてへのご回答をお願いしておりますが、体調がすぐれないなどの事情でどうしてもご回答いただけない場合は、無理をせず、可能な範囲でもかまいません。



質問票は、ご自宅などでお時間があるときに回答してください。1回目と3回目の質問票には多くの質問が盛り込まれているため、回答には1時間程度かかると思います（2回目の質問票は比較的短めです）。しかし、お尋ねする質問はいずれも、生活習慣や代替療法利用の実態を知るために最低限必要な情報です。また、これまでの研究によって、無駄な項目はなく、優れた質問票であることが確かめられています。研究の趣旨をご理解いただき、ぜひご協力くださいますようお願いいたします。

なお、この研究では、ご協力に対する謝礼として、1回のご協力につきそれぞれ図書カード（1000円分ずつ）をご用意させていただきました。

本研究に含まれる質問は、すべて乳がんの方の生活習慣に関連していると考えられているものです。ご回答いただくことによって、あなたご自身の生活習慣を考えるきっかけにいただければと思います。特に食事に関しましては、食品の摂取状況についておひとりずつ分析した結果を、担当医師を通じて毎回ご返却させていただくことを予定しております。質問票に正しくご回答いただくことによって、ご自身の食生活やその変化などを把握することができますので、食生活の維持や改善への情報として、お役立てください。

5. 研究に参加されなくても、治療上の不利益をこうむることはありません

研究への参加は、あなたご自身が決めることであり、あなたの自由です。研究への参加を拒否したら担当医師に悪いのではないだろうか、適切な治療が行われなくなるのではないだろうか、臨床試験に支障がでるのではないだろうかといった心配をされるかもしれませんが、決してそんなことはありません。たとえ研究への参加に同意しない場合でも、あなたの治療や看護の内容が変わるようなことはありません。あなたがゆっくりお考えになり、必要があればご家族とも話し合った上で自由にお決めいただいてもかまいません。

6. 研究の参加への同意について

質問票に回答し、データセンターに郵送返却していただくことで、あなたが研究参加に同意くださったことの意味表示の確認とさせていただきます。同意書などはありませんので、お名前やご連絡先を記入していただく必要はありません。

また、質問票に回答し、質問票を郵送返却した後でも、研究への参加をやめたいと思われる場合はいつでもやめることができます。担当医師にご連絡いただければ、データセンターが責任をもってデータを破棄します。

7. あなたのプライバシーを守ります

質問票には、あなたのお名前やご連絡先などの個人情報を記入する質問は一切含まれていません。この研究に必要な臨床情報やその後の健康状態に関する情報は、共同研究である臨床試験で集められた情報の一部を使わせていただきます。情報の照合には研究に固有の番号を用い、データセンターが照合を行います。そのため、回答いただいた内容から個人が特定されることはありません。また回答いただいた質問票は直接データセンターにお送りいただき、食品摂取状況の分析結果は、番号のみ記して厳封した封筒に入れてお返ししますので、内容を担当医師に知られることもありません。この研究ではあなたのプライバシーを守るために細心の注意を払います。

最終的な研究結果は、学術雑誌や学会にて公表し、乳がん患者さんの支援や医学の発展に役立てていく予定ですが、公表する際にあなたのお名前や個人を特定できるような情報が使用されることはありません。また、ご希望の場合には、担当医師を通してご連絡いただければ、あなたにもその結果をお知らせします。



8. 倫理審査委員会の承認を受けました

この研究は、「疫学研究に関する倫理指針」を遵守して行います。また、研究に参加するすべての医療機関で倫理審査委員会の審査を受け、この研究が参加するみなさんの不利益にならないかということや、目的や方法が科学的に妥当であるか、結果として医学の発展に役立つ情報が得られるかどうかなどが確認され、承認を受けました。

9. 研究の責任者とお問い合わせ先

この研究は、国立がんセンターがん対策情報センターがん情報・統計部が研究事務局を担当し、「乳がん患者の多目的コホート研究実行委員会」を組織して運営にあたっています。研究責任者は、山本精一郎（国立がんセンターがん対策情報センターがん情報・統計部）です。また、この研究は、厚生労働省から研究助成を受けて実施されます（平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金がん臨床総合戦略研究事業（主任研究者：山本精一郎））。

この研究に関するより詳しい説明や、この研究の途中経過、研究結果をご覧になりたい方は、CSPOR ホームページ (<http://www.csp.or.jp/network/cohort>) をご参照いただくか、下記までご連絡ください。また、ご不明な点や疑問、不安があるときなども、コールセンターにいつでもお気軽にご連絡ください。

コールセンター コホート06担当

NPO 法人日本臨床研究支援ユニット (J-CRSU) 内

電話：0120-717-411, 0120-711-595

受付時間：平日 10 時～17 時（祝祭日、年末年始を除く）

住所：〒113-0034 東京都文京区湯島 1-9-5 御茶ノ水小柳出ビル 5 階

この研究についてご理解のうえ、ご協力いただける場合は、質問票にご回答いただき、返信用封筒にてご郵送ください。なるべく、2 週間以内にご投函くださいますようお願いいたします。ぜひとも研究にご協力いただけますようよろしくお願い申し上げます。



IV. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
<u>下山直人</u>	がん患者の苦痛に対する鍼灸の効果	日本統合医療学会, 渥美和彦	統合医療基礎と臨床	ゾディアック	静岡	2007	66-73
<u>下山直人</u>	緩和治療・痛みのケア	暮らしの手帖ブックス編集部	別冊暮らしの手帖 がん安心読本	暮らしの手帖社	東京	2007	76-81
高橋秀徳, <u>下山直人</u>	Ⅱ. 緩和ケアにおけるコンサルテーション活動の専門性 2. 緩和ケアチームで活躍する医師の役割と実際-1) 緩和ケア担当医の立場から	(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会	ホスピス緩和ケア白書 2007	(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団	神奈川	2007	24-7

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Inoue M, Iso H, <u>Yamamoto S</u> , Kurahashi N, <u>Iwasaki M</u> , Sasazuki S, Tsugane S.	Daily total physical activity level and premature death in men and women: Results from a large-scale population-based cohort study in Japan (JPHC Study).	Ann Epidemiol.	[in press]		
<u>Iwasaki M</u> , Inoue M, Otani T, Sasazuki S, Kurahashi N, Miura T, <u>Yamamoto S</u> , Tsugane S.	Plasma Isoflavone Level and Subsequent Risk of Breast Cancer Among Japanese Women: A Nested Case-Control Study From the Japan Public Health Center-Based Prospective Study Group.	J Clin Oncol.	[Epub ahead of print]		2008, 3

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Iwasaki M, Otani T, Inoue M, Sasazuki S, Tsugane S, for the Japan Public Health Center-Based Prospective Study Group.	Body Size and Risk for Breast Cancer in Relation to Estrogen and Progesterone Receptor Status in Japan.	Ann Epidemiol.	17(4)	304-12	2007
Iwasaki M, Otani T, Inoue M, Sasazuki S, Tsugane S, for the Japan Public Health Center-based Prospective Study Group.	Role and impact of menstrual and reproductive factors on breast cancer risk in Japan.	Eur J Cancer Prev.	16(2)	116-23	2007
Marugame T, Yamamoto S, Yoshimi I, Sobue T, Inoue M, Tsugane S, for the Japan Public Health Center-based Prospective Study Group.	Patterns of alcohol drinking and all-cause mortality: results from a large-scale population-based cohort study in Japan.	Am J Epidemiol.	165(9)	1039-46	2007
Matsuno RK, Anderson WF, Yamamoto S, Tsukuma H, Pfeiffer RM, Kobayashi K, Devesa SS, Levine PH.	Early- and late-onset breast cancer types among women in the United States and Japan.	Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.	16(7)	1437-42	2007
中山理加, 高橋秀徳, 村上敏史, 服部政治, 下山直人	癌性疼痛	臨牀と研究	84(6)	57-61	2007
中山理加, 高橋秀徳, 下山直人	QOL 維持のための疼痛管理	からだの 科学	253	178-82	2007

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
<u>山本精一郎</u>	病院訪問「国立がんセンターがん対策情報センター」がん対策情報センターにおける科学的根拠に基づくエビデンスデータベースの構築とその評価、発信について	Monthly IHEP	2月号 No.150	20-7	2007
<u>山本精一郎</u>	第5回がんの予防と検診に関する講演会②サプリメントとがん	診療と 新薬	44(8)	985- 1000	2007

V. 研究成果の刊行物・別刷

はじめに

WHO がん疼痛治療指針が発表されて以来¹⁾、がん患者の痛みに対してはモルヒネを中心とした治療法が普及し始め、多くの患者が痛みから解放されるようになってきている。しかし、モルヒネの効きにくい痛みや、調節しにくい副作用、化学療法時の末梢のしびれなど治療に伴う副作用対策は十分ではなく、QOL 向上にむけての検討が行われている。またがん患者の苦痛は末期になると痛み以外の様々な症状を呈し、精神的なサポートを含めた全人的な苦痛の緩和が必要である。それにあたっては、薬物療法のみでは限界を感じる事が多く、鍼灸をふくめた東洋医学的な非薬物療法は西洋医学だけでは不十分な点を補う可能性がある。西洋医学と東洋医学の統合による包括的な苦痛の緩和は今後の緩和医療の発展に寄与する部分が多い。鍼灸は漢方と同様に長い歴史をもった東洋医学の柱である。鍼も灸もそれぞれが多くの臨床的な経験を基に体系づけられた治療法であり、その作用は痛みに対してのみでなく、しびれ、便秘などを含んだあらゆる身体症状に対して何らかの効果があるといわれている。特に鍼治療の痛みに対する効果は、身体に刺入された鍼によって与えられる刺激が内因性の鎮痛機序を賦活化して身体的な症状を緩和すると言われている。本稿では鍼療法を中心としてがん患者の苦痛に対する役割を述べる。

がん患者の呈する苦痛と鍼灸の役割

◎がん性疼痛と薬物療法の限界

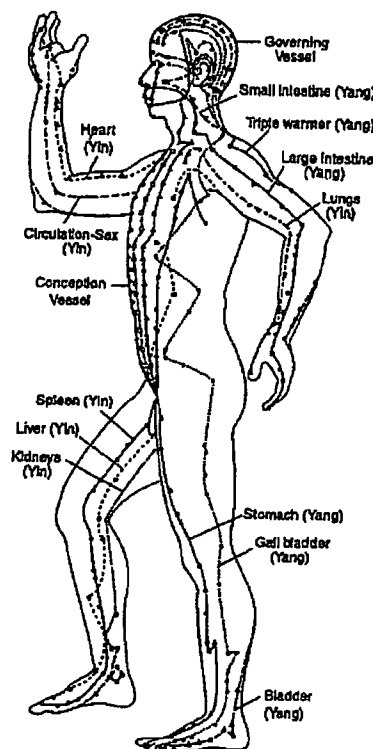
がんの痛みは診断時から存在し、末期になると約70%の患者が持っていると言われている。過去にはその痛みを取るだけでも不十分な時代があったが、現在では医療麻薬性鎮痛薬であるモルヒネを適正に使用することにより¹⁾、がん患者の痛みの約80～90%を和らげることが出来ると言われている。しかし、その現在でも残りの10～20%の痛みはモルヒネが効きにくい難治性の痛みであると考えられる。その痛みに対してはモルヒネの他に抗けいれん薬、抗うつ薬といった鎮痛補助薬が使用され一定の効果をあげているが、抗うつ薬などは眠気、便秘などの副作用を起し、モルヒネの副作用とあいまってそれらが増強することが多い。そしてその副作用の増強に対しては、副作用対策となる薬剤の投与が必要である。そして副作用対策として投与された薬剤による副作用の出現が起こるという負の連鎖が生まれ

る場合もある。副作用の少ない有効な薬剤の使用、新しい薬剤の開発は急務であるが、現状で使用可能な方法として非薬物療法の有効性を知ることは大切である。米国ではすでにかん疼痛治療ガイドラインの中で推奨している²⁾。がん性疼痛に対する鍼の有効性に関しては、科学的な根拠を示す報告がほとんどなく、がん性疼痛に対する臨床試験を行う必要があるゆえんである。

◎鍼療法の日本における歴史

西洋医学がはじめられる以前に、東洋医学である鍼灸はすでに江戸時代において全盛期を迎えていた、と言われている。杉山和一による杉山流を開始として、現代に至までに多くの流派を生み出している³⁾。西洋では1972年の米国大統領ニクソンの訪中により、鍼麻酔が中国より伝えられ全世界に衝撃を与えた。それ以来、西洋においても科学的な根拠を求める研究が開始されるようになってきている。鍼療法の鎮痛機序は、内因性の鎮痛機序を介した下行性抑制系の賦活化が機序として考えられている。しかし、針の刺入法、刺入部位においても多くの方法があり、これらが身体に対してどのような刺激を与えているかは明確ではない。体系づけられた治療指針はすでに作成されているが、臨床試験による科学的な裏付けが必要である。また鍼療法 (acupuncture therapy) として臨床的に認識されている方法としては、古典的な鍼療法、トリガーポイント療法、電気刺激療法、薬物による刺激療法に分類されている。鍼を刺入しない表皮の刺激法はあるが、厳密に言えば鍼療法とはいえない。古典的な鍼療法における刺入部位に関しては、内臓器の名前が記された経絡 (meridian) に基づく部位が知られている⁴⁾ (図1)。刺入法としては、皮下組織まで鍼を到達させない浅刺鍼法と中国伝来の深刺鍼法がある。深刺鍼は、効果の指標ともされる“ひびき”という感覚が得られることが必要であると言われている。電気刺激法においては、1対に鍼を電気刺激器に接続し、刺激は矩形波刺激で行い、1 - 4 Hz の低頻度刺激として行うことが推奨されている。この刺激による効果は、ナロキソンにより拮抗されるため、いわゆる内因性オピオイドを介した鎮痛機序に基づくものとされている。鍼を施行している患者の髄液の中から内因性のオピオイドが検出されたという報告もある。このように鍼治療は、科学的な裏付けが証明されている反面、がん臨床のなかで使用されていないのが現状である。

図1 経絡 (刺入部位) 文献4) より抜粋



がん性疼痛の分類と鍼の適応

がん患者にみられる痛みには、発生原因別に分けると以下の種類がある。

- A. がん自体が原因となっている痛み
- B. 化学療法、放射線療法、手術療法など治療によって起こる痛み
- C. その他の痛み

である。A としては、軟部組織浸潤、骨浸潤、骨転移の痛みがある。強い痛みに対しては、非ステロイド性消炎鎮痛薬にモルヒネ、フェンタニル、オキシコドンなどの強いオピオイドを組み合わせ対応する。骨の痛みに関しては、初期の頃の骨膜の刺激の痛み（体性痛）に対しては同様に、転移が増大し神経を圧迫することによって起こるしびれ、痛み（神経障害性疼痛）に対しては適宜、鎮痛補助薬（抗うつ薬、抗けいれん薬、など）を併用して対応する。四肢の骨の病的な骨折による急激な激しい痛み（急性痛、体性痛）などに対しては上記に加え、可能な限り外科的な対応が必要となる。内因性の疼痛機序をもつと考えられる鍼治療の適応は、急性の激痛によりも、神経圧迫などによるしびれやだるさといった症状に対して行われることが多い。腫瘍の神経圧迫によって生じた神経障害には、感覚神経のみでなく運動神経、自律神経も同時に障害されることがある。特に、上肢、下肢の痛みとしびれに運動神経麻痺がともなった場合には薬物療法の効果は低く、患者のQOLが著しく障害されるため、非薬物療法である鍼灸との併用は疼痛治療の質を高めるものと考えられる。

B の治療に伴う痛みの例としては、腫瘍切除に伴う上肢、下肢切断後の幻肢痛、断端肢痛、肺の手術後の開胸後痛などであり、いずれも神経障害性疼痛であり難治性である。治療によって生じる痛みは純粋な神経障害性疼痛であることがほとんどである。また、化学療法によって引き起こされる神経障害は、しびれ、痛みを起こすことが知られている。ビンクリスチン、シスプラチン、パクリタキセル、オキサリプラチンなどによる末梢神経障害による神経障害性疼痛が典型的である。通常、これらの痛み、しびれは治療の終了とともに減退していくが、難治性のしびれ、疼痛を長期間残すこともある。いずれにしても内因性疼痛機序（図2）を持つ鍼灸の有効性が発揮できる可能性があり、現在臨床試験を計画中である。

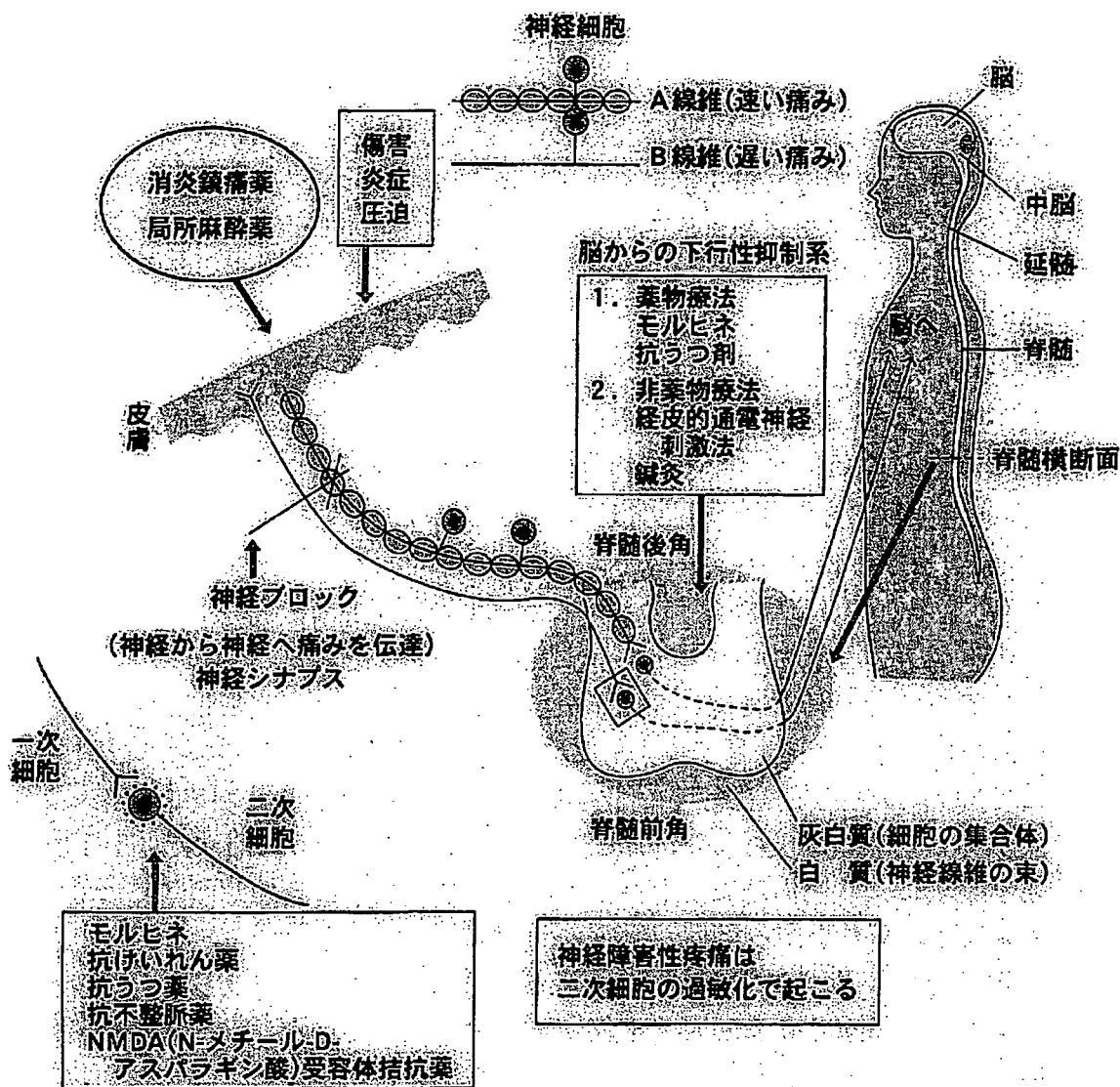
C のその他の痛みとしては、褥創の痛み、筋肉痛など、疾患とは直接関係のない痛みがある。その中で特に筋肉痛は、モルヒネによる薬物療法があまり有効でなく、むしろ非薬物療法である鍼灸のほうが有効であることが多い。

このようにがんの痛みに対しては、

1. 原因の治療法（手術療法、化学療法、放射線療法）
2. 対症療法としての薬物療法
3. 非薬物療法（神経ブロック療法、鍼灸、認知療法など）

などを組み合わせ包括的な治療を行うべきである。その中でがん性疼痛、苦痛に対する鍼灸の役割は即効性の強い効果というよりも患者のQOL向上において、支持療法としての役割が大きいと考えられる。

図2 内因性鎮痛機序（下行性抑制系）



当院での現状

当病院で1985年にがん患者に鍼灸治療を開始してから、今年で21年目を迎え、鍼灸治療を行った患者の総数は1,200人を超えている。現在では緩和医療の一部、代表的な非薬物療法としての位置づけを担っている。

鍼灸治療の方法は経絡治療により診断し、小野文恵考案接触鍼法⁵⁾と赤羽幸兵衛考案皮内鍼法⁶⁾を中心に行っている。鍼の調整の1つとして灸法も患者の状態に応じて加えている。

がん患者の苦痛に対して当院での対象、方法を述べる。

対象

◎痛み

鎮痛薬による薬物療法によって期待しうる効果が得られない症例や、より状態の向上を望んでいる患者に鍼灸治療を併用することによって、患者の症状コントロールが容易になった症例が多くみられた。

◎長期臥床に伴う痛み

病期が進むと、1日中臥床の状態を過ごすことを余儀なくされる患者が多い。たとえば、長期臥床による腰痛や背部痛などは耐え難いつらさになり不眠を生ずるほど悩まされる患者が少なくない。その苦痛は医療者の想像以上に達していることも多く、鎮痛薬を投与しても副作用のほうが前面に出てしまい、かえって苦痛を増す症例もある。次に紹介する症例のように特に、マッサージによって鎮痛効果が得られるような痛みに対しては特に鍼灸治療の効果が期待できる。

症例：63歳、男性、肺がん・多発脳転移

1989年1月他院にて肺がん・多発脳転移と診断され、脳転移に対して放射線治療がなされた。1月下旬、左上肢麻痺が出現。2月上旬、ストレッチャーにて当院に入院し、全脳照射、化学療法が施行された。2月下旬、背部・下肢痛が時々生ずるようになり、ほとんど臥床ですごすようになった。3月2日、化学療法による白血球減少が生じ、だるさや腰痛を訴えたが腰部にはなんら異常は認められなかった。

腰部をマッサージすると腰痛が軽減することから、3月3日からマッサージを希望するようになった。家族は常に付き添っていたが、腰痛の訴えは日増しに増え、看護記録に記録されたマッサージ希望のナースコール回数も同時に増加し主治医から鍼灸治療の診療依頼があった。患者は1日中、ほとんど仰臥位ですごし、少しでも体動するときには介助が必要であった。腰部に鍼灸治療を行う際、家族に支えられて側臥位になった。疼痛を訴える部位には硬結があり、圧迫すると快感が得られ、痛みと同時にだるさも生じていた。VASは7cmで痛みのために睡眠が十分にとれていなかった。

鍼灸治療を行った結果、硬結は和らぎ、腰痛は軽快し、気分の改善も得られ、その夜は久しぶりによく眠ることができた。患者は毎日鍼灸治療を希望し、3日後のVASは治療前に5cm、治療直後に0cmになった。症状の軽快とともにナースコールの回数は顕著に減少した。その後、化学療法が行われたが、3月24日には腰痛は全く消失した。鍼灸治療を行っている時、化学療法によるだるさやつらさが軽快し、気分の改善が得られたため、患者は鍼灸治療の継続を強く希望し、自宅近くに転院する6月16日まで鍼灸治療を続けた。その後、6月下旬に呼吸不全のため死亡された。

◎がんの治療に関係する痛み

手術療法をはじめとして、化学療法、放射線治療などがんの治療に関与して多様な痛みが生ずる。術後疼痛に対しては硬膜外モルヒネ注入法はそれ以前の治療法と比べて格段の鎮痛効果をもたらすようになった。しかし、頭頸部領域の手術後には創部痛自体より、後頭部から後頸部・肩にかけての疼痛に悩む患者が少なくない。術直後から術後長期にわたってひきつれ、突っ張るような疼痛が継続する。このような症例に対しては鍼灸治療によって鎮痛効果が得られる症例が多い。

◎浮腫に伴う痛み

一般に、浮腫にはしびれや痛みを伴うことが多いが、現在、浮腫に対する治療法は確立されていない。清潔操作のもとに行う必要があるが、鍼灸治療によって浮腫が期待した以上に改善されることが多く、科学的に検証されるべきと感じている。浮腫そのものには効果がなかった患者でも、浮腫による不快感、しびれ、痛み、はった感じが軽快することが多く、継続を望む患者が多い。

◎しびれ

しびれの原因はがん患者においては多彩であり、がん患者のしびれを改善させる方法は未だ確立されていない。しびれに対しては鎮痛補助薬が投与されることが多いが、いずれも不十分であることが多く、薬物療法に加え、鍼灸治療の効果が期待されている。長期的な効果の持続はみられないものの、施術当日は気持ちがリラックスし、つらさが和らぐ患者が多い。

◎腹部膨満感、便秘

がんの病期が進むと腸管の動きが悪くなり、下剤を投与されなければ、通常の排便が得られない患者が多い。鍼灸治療では必ず腹部、背部に治療を行い、腹部臓器の調整を行うことを基本としている。鍼灸治療のみで頑固な便秘を解消することは不可能だが、便通を整えやすい状態にするとされている。

◎呼吸困難

呼吸困難は痛みよりつらい症状である。呼吸困難感を和らげるために、鎮痛目的で必要とされるよりもモルヒネを増量する必要があることが多い。鍼灸治療のみでは呼吸困難感を消失させることはできないが、治療中は呼吸が楽になる患者が少なくない。

当院での鍼灸治療の方法

接触鍼法と刺入鍼法を取り入れている。接触鍼法の技術的な面は近年になって体系付けられた鍼法であるが基本理論は東洋医学の概念に基づく経絡治療である。その特徴は直接「気」を対象とし、体表の衛気を通じて経絡の気・臓腑の気・正気・元気・陰陽の気を動かすことにより、病と病人に対処する方法である。目的とする気により表1のように9種類の鍼法に分類されている。すべて、鍼を刺入せずただ皮膚面に鍼尖を接触させ、種種の気を動かす鍼法であり、無痛を目的としている。

刺入鍼法も適応に応じて取り入れている。刺入鍼法は時にだるさを起こすことがあるが、接触鍼法は「気」を補うことを目的としているのでたとえ鍼灸専門家でない術者が臨死患者に行ってもきわめて安全に症状の改善が得られるといわれている。

がん患者に対する西洋医学のアプローチの方法は個々の症状ごとに個々の治療を当てはめることが一般的である。東洋医学では症状一つ一つを重要視するばかりではなく、それらを包括的に考えることからひとつの治療法に結びつける方法と考えられている。東洋医学の適応症は、だるさ、こり、四肢の冷え、しびれ、圧迫感、膨満感、いらいら、食欲不振、咳嗽、呼吸困難感、悪心、便秘、排尿異常、のぼせ、月経異常、不眠、不安などの症状であり、末期がん患者によく見られる症状と一致している。しかし、鍼灸治療を末期患者に長期間にわたって行ったという報告は少ない。いずれも臨床試験による裏付けが必要である。

まとめ

がん患者は、身体症状、精神症状を含め多くの苦痛を持つことが多い。オピオイドによる疼痛治療によって強い痛みに対してはほぼ対抗できるようになっている。しかし、薬物療法が効きにくい苦痛に対しては、非薬物療法中でも人間が元々持っている内因性鎮痛機序⁷⁾(図2)を介した鍼灸が患者のQOLの向上に貢献する可能性が高い。古くから非がん疼痛、基礎研究における有効性は示されているからである。緩和医療は決して末期だけでなく、治療に伴う苦痛緩和も緩和医療において重要な課題であると認識されるようになっており、タキサン系、オンコピン系などの化学療法によって頻発する末梢神経障害のしびれに対する研究も開始されている。今後、臨床試験を中心とした鍼灸の有効性に関する研究の推進が望まれる。

●文 献●

- 1) 武田文和(訳): WHO方式がん疼痛治療法(がんの痛みからの解放). 金原出版、東京、1987, p45
- 2) Jacox A, Carr DB, Payne R, et al: Management of Cancer Pain. Clinical Practice Guideline No9, p44-45. AHCPR Publication, Rockville, USA, 1994
- 3) 本間祥伯: 誰にもわかる鍼灸治療講話. 神奈川. 医道の日本社、1980

- 4) Butler SH, Chapman CR: Acupuncture, Bonica' s Management of Pain (editor: Loeser JD), p1833-1834, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2001 .
- 5) 小野文恵：経絡治療、鍼灸臨床入門。神奈川、医道の日本社、1988
- 6) 赤羽幸兵衛：皮内鍼法。神奈川、医道の日本社、1986
- 7) 下山直人、下山恵美：14. QOL の改善—①痛みの対策（2）、p34、インフォームドコンセントキット、肺がんの治療、医薬品ジャーナル社、2002

緩和治療・ 痛みのケア

国立がんセンター中央病院麻酔・緩和ケア部長

下山直人

緩和医療が変わりました。というより、本来あるべき姿を再認識したといえるでしょう。

緩和ケアというと、今でもターミナルケア、看取りと同義語だと考える人が少なくありません。たしかに日本での緩和ケアは、末期の患者さんの苦痛を和らげ、残された日々を少しでもいい状態で送っていただけようという、末期医療から始まりました。

今でも、これは大切な分野です。しかし、これだけが緩和治療ではありません。現在、私たち緩和ケアチームは、がんがどんな状態でも、とにかくこの病院に来られたすべての患者さんを対象に、がんを診断された時点から関わっています。

私どものようながん専門病院に来られる方は、診断がつくその前からいろいろな症状に悩まれていることがあります。

息苦しさとか、おなかが痛いとか、また、がんが広がらそうという不安で、夜も眠れない方もおられるかもしれません。

また、診断がついて治療が始まれば、治療による新たな症状が加わります。

肺がんの手術で胸を開けると、術後の痛みの処置を終えた翌日から、手術操作で生じる肋間神経の障害で、しびれと痛みが出る場合があります。

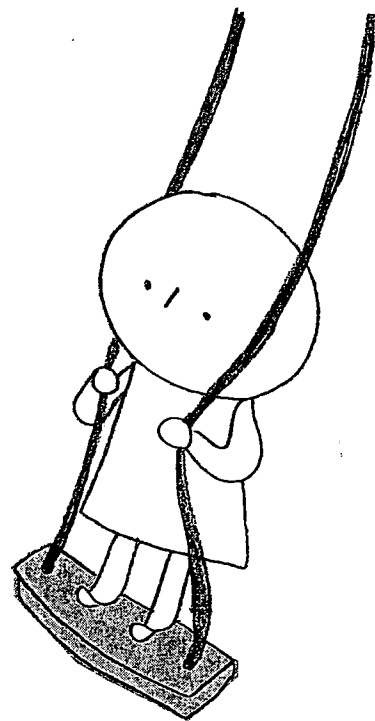
化学療法で点滴が始まって、末梢神経障害による激しいしびれや痛みが出現すると、身のまわりのことを

するのさえつらいと感じることもあります。

さらに治療が終わっても、将来が心配になったり、本当に治ったのだろうかとか、不安にかられたり、からの不調を再発かと疑ったりします。

こんな痛み、しびれ、吐き気、不安などにきちんと対応しなければ、患者さんは治療に前向きに取り組む気持ちになれません。

そんな気持ちが増幅し、それがさらに気力を奪うという悪循環に陥ったら大変です。逆に、痛みや苦しさがなくなれば、食欲が出たり、眠れるようになったりして、もとのふつうの生活がとりもどせます。これが早期からの緩和治療を行なっている意味です。



緩和ケア医と 精神科医と看護師が チームを組む

私たちの緩和ケアチームは、基本的に、緩和ケア医と精神科医と看護師でチームを組んでいます。毎日行なっている緩和ケア外来で、外来の患者さんも診ますが、主体は入院している患者さんの病室を訪ねて、診察や症状の緩和をすることです。

訴えの頻度が高いのは、体の痛みや息苦しいという症状で、精神的な症状では、適応障害に分類される気分の落ち込みが目立ちます。

痛みが問題なら、緩和ケア外来に依頼していただきますし、眠れないとか不安が強いというときは精神科医に、まだ医者にはかかりたくないが、ちよつと悩みを相談したいという場合は、看護師がお話をお聞きする看護相談に依頼してもらいます。それぞれが緩和ケアチームの入り口となっており、依頼されたことに早速に対処したあと、全人的なチーム医療が開始されます。

がんの痛みの多くは、比較的簡単にとれます。しかし、それだけで関わりは終わりません。多くの場合、

そのあとに隠れていた別の悩みがみえてきます。一人の患者さんが抱えている悩みが一つだけのことは、まずありません。心身両方のいろいろな苦痛が混在している中で、いちばんつらい悩みから解決していく……というわけで、緩和ケア医と精神科医と看護師がチームを組んでいるのです。

地域の医師との 連携が不可欠

いま年間30万人が、がんで亡くなっている、そのうち緩和ケア病棟で亡くなるのが3パーセント、ご自宅で亡くなるのが5パーセント、あとの90パーセント以上の方は一般病院で亡くなっています。

つまり、緩和医療がもつとも必要とされるのは一般病院ですから、そこで、当たり前のように緩和治療がなされていくためのさまざまなノウハウを、私たちは蓄積したいのです。

私どもでも一年に350人の患者さんを看取っていますが、その数倍の患者さんを、地域の一般病院やホスピス、在宅ケアの先生方にお願ひしています。ですから、毎月、連携先の医師や在宅医療の医師たちとカ

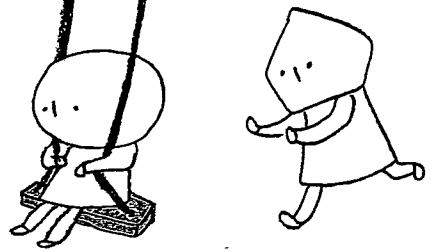
ンファレンスを開き、お送りした患者さんの様子を聞いたり、先進的な鎮痛技術や放射線療法、あるいは骨セメントを使う治療などを引き受けられるシステムを作っています。

化学療法を受ける患者さんには、治療の最初から、地域の医師たちと連携しようとも考えています。化学療法も外来で行なう場合がふえ、来院頻度も、毎日のことになれば何日も間があくこともあります。その間のケアをしていただく地域の医師との連携が非常に重要になるからです。

ただ、このあたりは、本当に細かい神経を使う難しいところです。地域の病院へお願いしますというと、国立がんセンターに見放されたと誤解する患者さんが珍しくありません。そうではないと納得していただくためにも、私たちは受け入れてくれる病院や在宅ケアの施設を探し、担当医になる方と連絡をとり、患者さんの病歴などの情報を送り、私どもと同じようなケアができる準備を整えます。

こんなふうには患者さんにいいです。「がんの治療には、がん自体を攻撃する治療と、がんに伴う苦痛をとりのぞく治療があり、これまでは、がんセンターでがんを攻撃していま

*緩和ケアチームの診療費●一日あたり2500円の緩和ケア診療加算が加わります。三割負担なら750円というわけです。



した。ここで一息入れて、お住まいの近くで苦痛を取り除く緩和治療を主体にしましょう。状態が回復したら、また攻撃する治療に移ればよい。私たちはお待ちしています」

そうしてお住まいの近くの病院をご紹介します。

必要なとき 必要なスタッフで かけつける

私は1990年、千葉大学にいたときから、緩和ケアチームを作っていました。ちょうど麻酔科医でペインクリニックをやっている医師に、がん性疼痛の治療がまかされたころで、できることはやっていました。専門外である譫妄^{せんもう}とかひどい抑鬱状態の患者さんには、なかなか対応しきれませんでした。

抗うつ薬とか抗けいれん剤などを使うのですが、本来なら精神科医が向精神薬を処方するべきだろうという考えもあって、精神科の医師に、ぜひ一緒にやってくれようとお願いをしたのです。

すると、二つ返事で引き受けてくれて、そこに看護師が加わった三者が一組になって回診を始めました。

これが三者がそろった日本で最初の緩和ケアチームです。

それから9年後、私は麻酔と緩和ケア担当というかたちで国立がんセンターに移り、病棟から要請を受けられたら、緩和ケアを始めました。がんセンターでは、その前から精神科の医師と薬剤師の二人が、精神的なケアをされていて、私が回診をしていると、自然にその精神科医と一緒に移動していくことになりました。

それならということ、ここでもしげんに緩和ケアチームができました。いま緩和ケアチームは、緩和ケア医と精神科医、看護師のほか、薬剤師、ソーシャルワーカー、理学療法士、放射線治療医、放射線診断医たちが、必要に応じて集まってくるようになっていきます。そして、毎週金曜にミーティングをして、いろいろ打ち合わせをしています。

このチームに専用の病棟はありません。必要な患者さんのところに、必要なスタッフ編成でかけつけ、担当医といっしょに治療をし、患者さんにも、苦痛や不安をとることができれば生活の質を上げるのに効果的か、どれだけ治療を受ける気持ちは変わるかを実感としてわかっていた。そのためにも、治療が始まる

前に、主治医から、これから起こる予測とともに、緩和ケアチームのことを、患者さんによくお話しして聞いてもらいます。

たとえば、化学療法の場合、多くの方は、目的は治療ではないという前提で始まっています。いつ化学療法が効かなくなるのか、そのあとどうなるのか、痛みで苦しまないかなど、多くの方が心配し不安にかられています。そういう患者さんに、「でも大丈夫、痛みが出ても、不安になっても、それを和らげる緩和ケアチームが関わってくれます」と治療の前にいっておいていただければ、不安や恐怖もへるはずですよ。

緩和医療とは、死に向かっている苦痛をできるだけとりのぞくという終末期限定の後ろ向きなものではなく、苦痛の早期発見・早期治療によって、がんに立ち向かう気力を養い、将来を前向きに見てもらおう、そんな積極的な医療なのです。そして、緩和ケアチームは、主治医と連携して、それをやっていくのです。

WHO方式が 緩和ケアを変えた

緩和ケアが事実上始まったのは、