

2. 富安志郎: がん疼痛管理に必要な知識 V. その他の鎮痛法 3) 持続皮下・静注法. *ペインクリニック* 2010;31: S145-S155.
 3. 富安志郎: よくある神経障害性疼痛の診断と初期治療. *がん患者と対症療法* 2010 21(2):132-139.
 4. 富安志郎: 痛みのパターンに基づくがん疼痛治療 - 持続痛と突出痛に分けて治療を考える -. *緩和ケア* 2010;Vol. 20 Suppl:122-128.
 5. 富安志郎: がんの疼痛緩和. *PharmaTribune* 2010;2(12):51-58.
 6. 吉本鉄介, 久田純生, 余宮きのみ, 富安志郎, 長谷川徹, 村上敏史, 的場元弘: がん性疼痛治療を目的とした複方オキシコドン注射液の有効性と安全性 - 他施設での処方調査 -. *癌と化学療法* 2010;37(5):871-8.
 7. 今井哲司, 成田年, 富安志郎, 的場元弘, 木下浩之, 上園保仁, 葛巻直子, 鈴木勉: オピオイドの薬理学. *Mebio* 2010;27(8):70-78.
 8. 服部政治, 吉澤一巳, 益田律子, 富安志郎, 鈴木勉, 成田年: がん性疼痛に対するくも膜下鎮痛法. *日本緩和医療薬学雑誌* 2010;3:31-36.
 9. 特定非営利法人日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会 編集「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン」共同執筆
 10. 富安志郎, メカニズムに合わせて突出痛を見極める. 森田達也, 新城拓也, 林ふり子: 編集. 臨床が変わる緩和ケアのちょっとしたコツ. 2010年、青海社、東京。(分担執筆)
2. 学会発表
吉本 鉄介
なし
富安 志郎
 1. 富安志郎: がん疼痛治療におけるレスキュー・ドーズの役割. 第30回日本臨床麻酔学会、11月5日、徳島市 (ランチョンセミナー)
 2. 富安志郎: 緩和ケアチームによる一歩上を行くがん疼痛治療. 第48回日本癌治療学会、10月29日、京都府 (シンポジウム)
 3. 富安志郎: がん疼痛の評価と治療. 第48回日本癌治療学会、10月29日、京都府 (教育セミナー)
 4. 富安志郎: 臨床における鎮痛補助薬選択の現状と将来の展望～神経障害性疼痛における選択～. 第4回日本緩和医療薬学会年会、9月25日、鹿児島市. (シンポジウム)
 5. 富安志郎: 戦略研究における長崎市の取り組みと今後の展望. 第4回日本緩和医療薬学会年会、9月25日、鹿児島市. (シンポジウム)
 6. 富安志郎: がん疼痛治療におけるフェンタニルの役割. 第4回日本緩和医療薬学会年会、9月25日、鹿児島市. (ランチョンセミナー)
 7. 富安志郎: がん疼痛治療におけるオピオイドの選択 - ATC 製剤と R00 製剤のコンビネーション治療. 日本ペインクリニック学会第44回大会、京都市. (ランチョンセミナー)
 8. 富安志郎: R00 製剤を中心とした突出痛治療の新しい展開. 第15回日本緩和医療学会、6月19日、東京 (ランチョンセミナー)
- 研究会
1. 富安志郎: がん疼痛治療の現状と今後の展望 - 新規薬剤と地域包括の観点から -. 平成22年度医療用麻薬適正使用推進講習会、12月25日、京都府. (講演)
 2. 富安志郎: 一般病院における緩和ケアチーム活動とスピリチュアルケアの現状. 第4回スピリチュアルケア研究

会、10月2日、大阪府、(シンポジウム)

H. 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む。)

1. 特許取得
なし

2. 実用新案登録
なし

3. その他
なし

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

がん患者の除痛を評価する自記式質問票の妥当性研究

山口拓洋 東北大学病院医学統計学医学研究支援 教授
岩瀬 哲 東京大学医学部付属病院緩和ケア診療部 副部長

研究要旨：APS (American Pain Society)は疼痛管理のガイドラインの中で、pain intensity（疼痛強度）と pain relief（除痛程度）をヘルスケア・チームが定期的に評価することを推奨しており、患者自身の継続的な記録と統合(incorporate)されるべきとしている。また、pain intensity（疼痛強度）と pain relief（除痛程度）の評価方法については、シンプルで妥当性のあるツールの使用を薦めている。そして、患者の自己評価スケール（a level of “5” or above on a scale from 0 to 10）が患者の機能をよく反映するという報告（Cleeland, 1984）を紹介している。

そこで、疼痛治療後の除痛効果の有無を患者自身によって評価することが可能となるような、APS recommendations に準じた自記式質問票を開発し、作成した質問票の妥当性と再現性の検討を行うことを目的とする。

A. 研究目的

疼痛治療の必要ながん患者 300 人を対象に、除痛の自己評価のための自記式質問票の妥当性の検討を行う妥当性研究を行う。

B. 研究方法

下記の除痛評価方法を用い、除痛を「疼痛強度：なし、あるいは除痛程度：良い」と定義。

Q. 自記式質問票

- 疼痛強度 Q_i , 除痛程度 Q_r

A. 緩和ケアチームによる包括的な評価

- 疼痛強度 A_i , 除痛程度 A_r

1) 妥当性

妥当性については、同時期の質問票への回答および緩和ケアチームの評価を用いる。

(1) 自記式質問票による疼痛強度 (Q_i) Vs 緩和ケア専従医師が評価する疼痛強度 (A_i)

(2) 自記式質問票による除痛程度 (Q_r) Vs 緩和ケア専従医師が評価する除痛程度 (A_r)

2) 信頼性 (再現性)

(1) 質問票 (Q) の評価者 (対象者)

内の信頼性

直近の 2 回分 (2W と 4W) の質問票の回答を用いる。

• Q_{i1} Vs Q_{i2}

• Q_{r1} Vs Q_{r2}

(2) 評価者 (緩和ケアチーム) 内の信頼性

直近の 2 回分 (2W と 4W) の各評価者の評価を用いる。

• A_{i1} Vs A_{i2} , A_{r1} Vs A_{r2}

(倫理面への配慮)

本班研究に関係する全ての研究者はヘルシンキ宣言および関係する指針（「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床試験に関する倫理指針」など）に従って本研究を実施する。また、本班研究は、プロトコル審査委員会、臨床試験参加施設の倫理委員会 (IRB) の承認が得られた場合のみ対象者の登録を可能とする。研究計画書には、対象者の安全やプライバシーの保護、説明文書を用いた自由意思による同意の取得を必須としており、登録に先立って患者より同意を得、同意文章を保管する。

C. 研究結果

なし

D. 考察

なし

E. 結論

なし

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

研 究 成 果

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
奥坂 拓志, 的場元弘, 他,	疼痛に対する治療	奥坂 拓志 /羽鳥 隆	膀胱癌 診療 ポケットガイド	医学書院	東京	2010	248-253
的場 元弘, 他	がん患者のための 体と心の緩和ケア 痛みと悩みをやわ らげて自分らしい 療養生活を送るた めに	的場 元弘	がん患者のた めの体と心の 緩和ケア 痛みと悩みを やわらげて自 分らしい療養 生活を送るた めに	社会福祉 法人NH K厚生文 化事業団	東京	2010	1-40
的場 元弘, 志真 泰夫, 森田 達也, 戸 谷 美紀, 他,	がん疼痛の薬物療 法に関するガイド ライン,	特定非営利 法人日本緩和 医療学会, 緩和医 療ガイドライ ン作成委 員会	がん疼痛の薬 物療法に関す るガイドライ ン,	金原出版	東京	2010	

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
Y. Takemura, A. Yamashita, H. Horiuchi, M. Furuya, M. Yanase, K. Niikura, S. Imaid, N. Hatakeyama, H. Kinoshita, Y. Tsukiyama, E. Senba, M. Matoba, N. Kuzumaki, M. Yamazaki, T. Suzuki, M. Narita,	Effects of gabapentin on brain hyperactivity related to pain and sleep disturbance under a neuropathic pain-like state using fMRI and brain wave analysis.	Synapse	65	668-676	2011
宮崎 東洋, 並木 昭義, 小川 節郎, 北島 敏光, 増田 豊, 巖 康秀, 内田 英二, 井関 雅子, 的場元弘, 橋爪 隆弘,	がん疼痛に対するHT-290の第Ⅲ相臨床試験,	臨床医薬	26巻9号	649-660	2010

吉本 鉄介, 久田 純生, 余宮 きのみ, 富安 志郎, 長谷川 徹, 村上 敏史, 的場 元弘,	がん性疼痛に対する治療を目的とした複方オキシコドン注射液の有効性と安全性—多施設での処方調査—	癌と化学療法	第37巻5号	871-878	2010
宮崎 東洋, 並木 昭義, 小川 節郎, 北島 敏光, 増田 豊, 巖 康秀, 内田 英二, 井関 雅子, 的場 元弘, 橋爪 隆弘	がん疼痛に対する1日1回貼付のフェンタニル含有経皮吸収型製剤の第II相臨床試験	癌と化学療法	第37巻9号	1748-1752	2010
国分 秀也, 的場 元弘, 山田 安彦, 矢後 和夫	わが国のがん疼痛治療薬における問題点とその解決方法,	YAKUGAKU ZASSHI	131 (1)	113-127	2011
的場 元弘, 小川 節郎, 井関 雅子	新しいフェンタニル含有経皮吸収型製剤の臨床的有用性	Pharma Medica	28(8)	126-131	2010
内田 英二, 宮崎 東洋, 並木 和義, 小川 節郎, 北島 敏光, 増田 豊, 巖 康秀, 井関 雅子, 的場 元弘, 橋爪 隆弘, 鈴木 克己	フェンタニル含有経皮吸収型製剤 (HFT-290) のがん疼痛患者における薬物動態の検討,	臨床医学	第26巻 第5号	335-351	2010

膀胱診療 ポケットガイド

編集 奥坂拓志 / 羽鳥 隆

医学書院

6 疼痛に対する治療

A ペインコントロール

1. 癌性疼痛とは

癌性疼痛とは、癌患者が療養経過中に体験する痛みのすべてを指し、癌自体による痛み(腫瘍の浸潤や増大、転移)、癌治療による痛み(術後痛、化学療法による末梢神経障害や口内炎など)、癌に関連した痛み(筋の攣縮、リンパ浮腫、便秘、褥瘡など)、癌患者に併発した癌以外の疾患による痛み(変形性脊椎症、骨関節炎など)の4種の原因を含んでいる。日常の臨床では、癌自体により引き起こされた疼痛のみを指すこともあるが、癌患者が療養中に経験する苦痛としてとらえ、それぞれの

MEMO 関連痛

関連痛は痛みを訴える周辺に病変を認めず、離れた場所に位置する内臓などの病変が原因となる疼痛である。胆石に伴う右肩痛や心筋梗塞に伴う左肩や上肢への放散痛がよく知られているが、膵臓が原因となる疼痛では、膵臓の神経支配領域の第5～第11胸髄の高さの範囲に関連痛として認められる。疼痛の原因診断が問題になることは少ないが、関連痛の随伴症状として認められる筋収縮などによって呼吸困難が生じるなど症状が修飾されやすい。

第5～第11胸髄からの支配を受ける胸壁や腹壁の筋群の収縮によって吸気の抵抗感が増し、呼吸困難を生じたり、外腹斜筋などの収縮による疼痛や圧痛を認める場合もある。また、同じレベルに限局した交感神経の緊張に伴い、局所の冷感や発汗、立毛筋収縮(鳥肌)が認められる場合もある。これらの随伴症状からこの神経支配領域の内臓(肝臓、膵臓など)の病変の診断につながる場合もあり、重要な概念である。

表 3-28 癌性疼痛のメカニズムと治療への反応

	痛みの性質	原因	治療への反応
体性痛	部位が明確 動作時の痛み	胸壁や腹壁などの 転移・浸潤、骨転 移など	NSAIDs、オピオ イドなどの鎮痛薬 に反応する
内臓痛	疼痛の局在が不明 瞭 鈍痛が多い	内臓などの胸膜・ 腹膜への転移・浸 潤	NSAIDs、オピオ イドなどの鎮痛薬 に反応する
神経障害性疼痛	独特の性質 しびれ、焼ける、 走る、刺す、ビリ ビリなど	神経の損傷、麻痺 や感覚異常を伴う ことが多い	鎮痛薬への反応が 悪い 鎮痛補助薬を必要 とすることが多い

原因に合わせた治療が行われるべきである¹⁾。

癌自体による痛みのメカニズムは、体性神経などを介した「体性痛」、内臓神経を介した「内臓痛」、神経損傷に伴って生じる「神経障害性疼痛」に分類される。癌性疼痛ではこれらの三つの原因の複数が原因となることがある。特に神経障害性疼痛では、鎮痛薬や、鎮痛補助薬を組み合わせた治療が必要な場合が多く、メカニズムの理解は重要なポイントである(表3-28)。

本項においては、膵臓癌による疼痛とその治療を中心に解説する。

2. 膵臓癌の疼痛

膵臓癌は、診断後の手術あるいは化学療法前の時点では、37%の患者には疼痛はない、34%の患者が中等度未満、29%が中等度以上～高度あるいは激しい疼痛を訴える²⁾。また、疼痛の頻度や発生パターンなどは腫瘍の発生部位によって異なり、膵頭部では約7割、体尾部では約9割に疼痛が発生する。体尾部での疼痛発生は胃や後腹膜へ浸潤に伴って生じると考えられる。腹膜や肝などの腹腔内への転移では、癌性腹膜炎による広範囲な腹痛、腹水貯留に伴う腹膜や腹壁の過進展による腹満感や疼痛を生じやすい。

後腹膜リンパ節への転移では大血管への浸潤や圧迫に伴うリンパ浮腫の原因となったり、神経根の圧迫や炎症による疼痛の

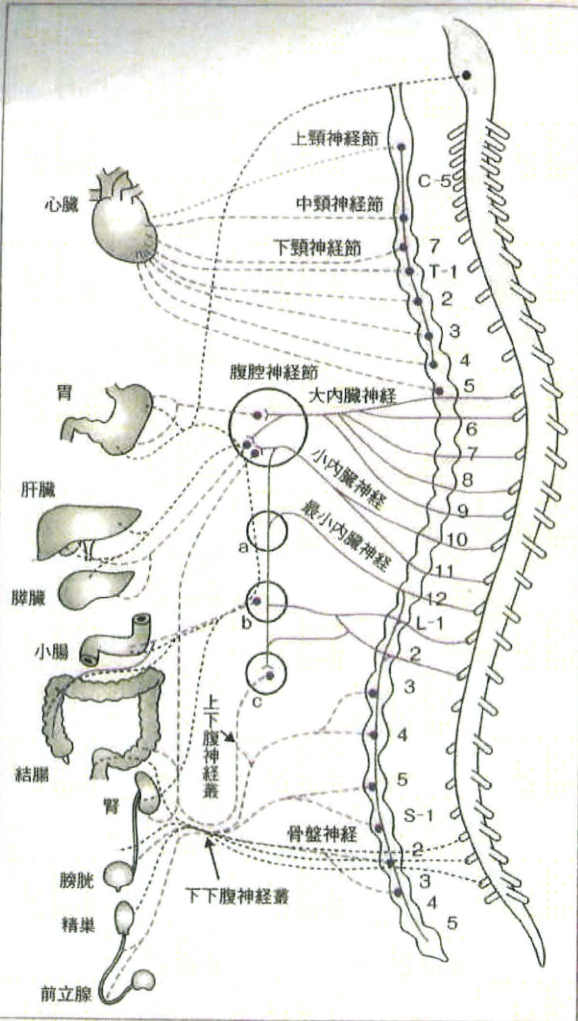


図 3-92 内臓感覚の脊髓への入力

- a: 大動脈腎動脈神経節.
- b: 上腸間膜動脈神経節.
- c: 下腸間膜動脈神経節.

原因となる。また脊椎骨への浸潤が認められる場合には脊髄管内への浸潤を生じ、神経圧迫によって神経障害性疼痛などの原因となる場合もある。

3. 膵臓の関連痛と随伴症状

膵臓や肝臓、胆道の疼痛の信号は、大・小内臓神経を經由して T5~T11 の脊髄レベルに入る(図 3-92)。疼痛としては比較的上腹部や背部にある程度の広さをもった(漠然とした)疼痛として感じられる。疼痛の程度が強くなると、このレベルの皮膚の感覚異常(痛覚過敏など)や前側壁筋群や後壁筋群の収縮を伴うようになる(表 3-29)。この筋収縮によって、胸郭の拡張が制限を受け呼吸困難を訴える場合もある。膵臓の浸潤が広範囲に及び横隔膜の中心部に及ぶようになると、菱形筋(第 4 頸髄神経の支配)などの肩の筋群の圧痛などを生じる場合もある³⁾。

また、神経支配の領域の交感神経の緊張によって、血管収縮(局所の冷感として認める)や発汗、立毛筋収縮(鳥肌)などが認められる場合がある。これらの随伴症状は内臓痛の発生後、一

表 3-29 内臓痛に関する神経支配

筋	神経支配	脊髄レベル
前側壁筋群		
外腹斜筋	肋間神経, 腸骨下腹神経	T5~L1
内腹斜筋	肋間神経, 腸骨下腹, 単径神経	T10~L2
腹横筋	肋間神経, 腸骨下腹, 単径神経	T5~L2
腹直筋	腸骨単径神経	
精巣挙筋	肋間神経, 腸骨下腹神経	T2~L1
錐体筋	陰部大腿神経	L1~L2
	肋間神経, 腸骨下腹神経	T12~L2
後壁筋群(胸部)		
肋骨挙筋	脊髄神経後枝内側枝	C8~T11
内外肋間筋	肋間神経	T1~T11
多裂筋	脊髄神経後枝内側枝	T1~T12
後壁筋群(腹部)		
腰方形筋	腰神経叢	T12~L3
大・小腰筋	腰神経叢, 大腿神経	T12~L4
腸骨筋	腰神経叢, 大腿神経	T12~L4

(的場元弘, 置安志郎: 見つけよう! がんの痛みと関連痛, pp2-4, 春秋社, 2004 年より)

6

定の持続期間を経て発生すると考えられ、長期間の疼痛の存在を示唆する。

4. 膵臓癌の疼痛治療

1) 薬物療法

神経などへの浸潤を伴っていない膵臓癌の基本的な疼痛はNSAIDsやオピオイドに反応性のある内臓痛である場合が多く、WHO方式がん疼痛治療法に従った治療が基本になる。

膵臓癌では疼痛の程度が高度である場合が多く、できる限り早期から十分な鎮痛を行うべきである。

一般的に内臓痛の発生から、痛覚過敏や筋収縮、血管収縮などが認められる場合には、強い疼痛の持続によって、脊髄後角の活性化(NMDA受容体の活性化)が関与していると考えられ、本来の刺激以上に疼痛が強くとらえられている可能性が高い。このような状況では、通常以上のオピオイドの投与が必要となったり、大量投与でも十分な鎮痛が得られにくい場合がある。したがって、できる限り早期からオピオイド鎮痛薬などによって十分な疼痛治療を行い、脊髄後角の活性化などによる疼痛の増強や随伴症状の発生の予防に努めるべきである。

膵臓癌等の疼痛に対して、モルヒネなどのオピオイドを用いる場合には、Oddi括約筋の収縮作用が問題になる場合がある。このような場合には、持続硬膜外ブロックや、下記の腹腔神経叢などのブロックも検討されるべきである。

オキシドロンやフェンタニルなどの比較を行った報告はなく、いずれのオピオイドを使用する場合においてもOddi括約筋の収縮作用については念頭に置く必要がある。

2) 腹腔神経叢、内臓神経ブロック

膵臓を含む上腹部内臓(胃、小腸、肝臓、胆嚢、胆道、膵臓、脾臓、腎臓、副腎)の痛覚は、腹腔神経叢から大・小内臓神経を経由するため、この部分での神経ブロックによって鎮痛を行う方法である(図3-93)。横隔膜脚を越えて腹腔神経叢まで針を進める腹腔神経叢ブロックと、横隔膜脚、椎体、大動脈で囲まれるコンパートメント内で内臓神経をブロックする内臓神経ブロックがある。いずれの場合でも神経破壊薬を注入する解剖学的な構造が保たれている必要があり、この部分への腫瘍の浸

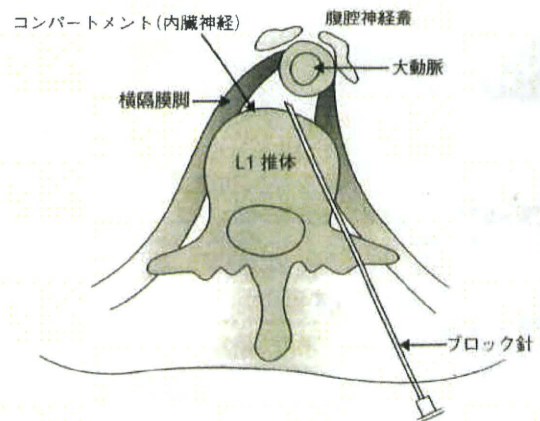


図3-93 腹腔神経叢ブロック、内臓神経ブロックの際の解剖学的構造(経椎間板法)

潤が高度になると実施が困難になる。

有効率は高く、約90%の患者で部分的な改善を含めて3カ月あるいはそれ以上の効果が認められている。短期的には89%に有効であり、59%では完全な除痛が2週間認められている。また、73~92%の症例では死亡までの期間で一定の効果が継続したと報告されている⁵⁾。

(的場元弘)

■文献

- 1) 世界保健機関編。武田文和訳：がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア—がん患者の生命へのよき支援のために。金原出版。1993。
- 2) Kelsen DP, Portenoy RK, Thaler HT, et al: Pain and depression in patients with newly diagnosed pancreas cancer. *J Clin Oncol* 1995; 13: 748-755.
- 3) 的場元弘, 富安志郎：見つけよう！ がんの痛みと関連痛。pp2-4. 春秋社。2004。
- 4) Bonica JJ: *Cancer Pain: Current Status and Future Needs*. Bonica JJ (ed): *Management of Pain*. 2nd ed. pp400-455. Lea & Febiger, Philadelphia, 1990.
- 5) Eisenberg E, Carr DB, Chalmers TC: Neurolytic celiac plexus block for treatment of cancer pain: a meta-analysis. *Anesth Analg* 1995; 80: 290-295.

執筆者一覧 (執筆順)

- 池永 直樹 九州大学大学院院生
 水元 一博 九州大学病院がんセンター長
 柳澤 昭夫 京都府立医科大学大学院医学研究科教授・人体病理学
 江川 新一 東北大学医学部准教授・肝胆膵外科
 吉田 輝彦 国立がんセンター研究所腫瘍ゲノム解析・情報研究部部長
 山田 哲司 国立がんセンター研究所化学療法部部長
 中泉 明彦 京都大学大学院医学研究科教授・内科系
 高山 敬子 東京女子医科大学医学部消化器内科
 白鳥 敬子 東京女子医科大学医学部教授・消化器内科
 田原 純子 東京女子医科大学医学部消化器内科
 坪井 順哉 松阪市民病院内科
 山雄 健次 愛知県がんセンター中央病院消化器内科部長
 田中 幸子 大阪府立成人病センター検診部部長
 蒲田 敏文 金沢大学大学院医学系研究科経血管診療学(放射線科)
 糸井 隆夫 東京医科大学講師・消化器内科
 祖父尼 淳 東京医科大学消化器内科
 森安 史典 東京医科大学教授・消化器内科
 松原 淳一 国立がんセンター研究所化学療法部
 松本 和也 鳥取大学附属病院第二内科
 光永 修一 国立がんセンター東病院肝胆膵内科
 古瀬 純司 杏林大学医学部教授・腫瘍内科
 鈴木英一郎 杏林大学医学部腫瘍内科
 長島 文夫 杏林大学医学部准教授・腫瘍内科
 羽鳥 隆 東京女子医科大学医学部講師・消化器外科
 上坂 克彦 静岡県立静岡がんセンター肝胆膵外科部長
 大東 弘明 大阪府立成人病センター消化器外科部長

贈呈

腫瘍診療ポケットガイド

発行 2010年3月15日 第1版第1刷©

編者 奥坂 拓志・羽鳥 隆

発行者 株式会社 医学書院

代表取締役 金原 優

〒113-8719 東京都文京区本郷 1-28-23

電話 03-3817-5600(社内案内)

印刷・製本 大日本法令印刷

本書の複製権・翻訳権・上映権・譲渡権・公衆送信権(送信可能化権を含む)は医学書院が保有します。

ISBN978-4-260-00951-5 Y5000

JCOPY (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、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構(電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, info@jcopy.or.jp)の許諾を得てください。

- 高橋 秀典 大阪府立成人病センター消化器外科医長
 石川 治 大阪府立成人病センター院長
 谷 眞至 和歌山県立医科大学医学部講師・第2外科
 山上 裕機 和歌山県立医科大学医学部教授・第2外科
 奈良 聡 国立がんセンター中央病院肝胆膵外科
 小菅 智男 国立がんセンター中央病院副院長
 大川 伸一 神奈川県立がんセンター消化器内科部長
 井口 東郎 四国がんセンター臨床研究部長
 奥坂 拓志 国立がんセンター中央病院肝胆膵内科医長
 井岡 達也 大阪府立成人病センター消化器検診科副部長
 中村 聡明 大阪府立成人病センター放射線治療科医長
 船越 顕博 九州がんセンター消化器内科医長
 赤木 徹 国立がんセンター中央病院薬剤部
 戸高 明子 静岡県立静岡がんセンター消化器内科
 福富 晃 静岡県立静岡がんセンター消化器内科医長
 朴 成和 静岡県立静岡がんセンター消化器内科部長
 荒井 保明 国立がんセンター中央病院放射線診断部部長
 的場 元弘 国立がんセンター中央病院緩和医療科医長
 秋月 伸哉 千葉県がんセンター精神腫瘍科部長
 梅澤 志乃 国立がんセンター中央病院精神看護専門看護師
 清水 研 国立がんセンター中央病院精神腫瘍科
 上野 秀樹 国立がんセンター中央病院肝胆膵内科
 平家 勇司 国立がんセンター中央病院臨床試験・治療開発部
 幹細胞移植療法室医長
 小郷 祐子 国立がんセンターがん対策情報センター
 森 文子 国立がんセンターがん対策情報センターがん看護
 専門看護師
 宮倉 美里 前・国立がんセンター中央病院相談支援センター
 眞島 喜幸 PanCAN Japan 理事・事務局長
 石井 浩 癌研究会有明病院消化器内科副部長
 青木 一教 国立がんセンター研究所がん宿主免疫研究室室長

推薦の序

本書は、研修医およびこれから肝胆膵専門を目指そうという若手の医師らに、膵癌の診療のポイント、コツを要領よくマスターすることができるように工夫されている。それぞれの項目は第一線で活躍しておいでの方々の第一人者、それも実際の診療で指示を出したり化学療法のレジメンを考えたりしている方々の執筆によるので具体策に富み、特に化学療法などは投与方法、副作用とその対策、休薬の判断などが具体的に記されていて実際の役に立つ。

検査の項目では、各検査法の限界も余すところなく語られ、処置の項目では処置後の患者に対するケアの仕方までが詳細かつ簡潔に記載されていて日々の苦勞がにじみ出ているように思う。全体的に文章も簡潔で無駄がなく、読み進みやすい。各所に配置されたMEMOが、多少本筋を離れたポイント、執筆者の感想や思い出などを補完しているのも面白い。

一般的なマニュアル本と異なり、日本でも活動し始めたがん患者に対する相談支援センター、ソーシャルワーカーや、日本でも増えてきているがん看護専門看護師やがん領域の認定看護師の紹介、そして我が国でもようやく活躍するようになってきた患者支援団体など、まだこれから充実させていかなければならない局面についても述べられていて、本書を読んで膵癌専門医を目指そうという医師らに、将来に向かっての方向性まで示している。

最後にTOPICSとしてあげられているのは、臨床研究、一次抗癌剤が無効となった場合の二次治療薬、分子標的治療薬、悪液質症候群の治療、遺伝子治療、免疫療法、発癌因子や腫瘍マーカーについての研究などに関する専門家の将来への展望である。膵癌診療ガイドラインをまとめたときにも感じたことであるが、膵癌の診療について語るときにはこの将来への展望が欠かせないように思われる。膵癌診療ガイドラインでは「明日への提言」と銘打ったが、執筆している専門家も日々の現実

ISBN978-4-260-00951-5
C3047 ¥5000E

定価5,250円
(本体5,000円+税5%)

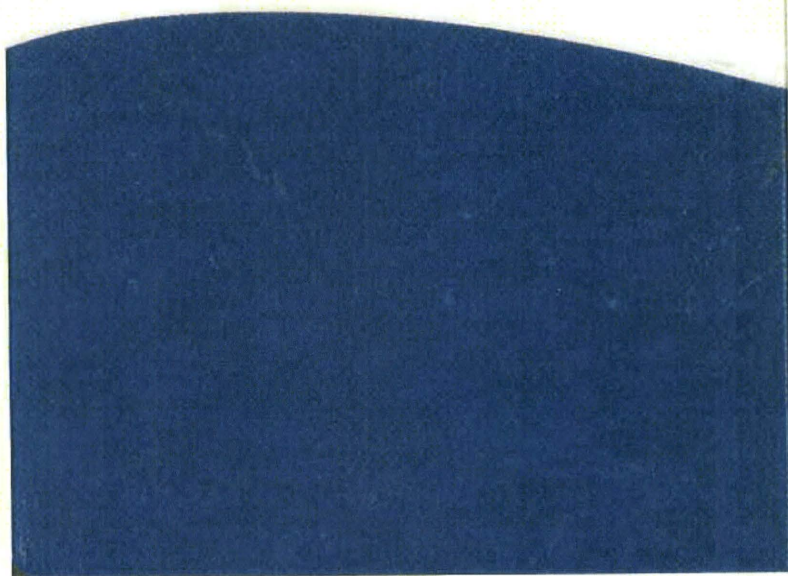
消費税変更の場合
上記定価は税率の増減分変更になります



9784260009515



1923047050007



がん患者のための 体と心の緩和ケア

痛みと悩みをやわらげて
自分らしい療養生活を送るために



発行・社会福祉法人 **NHK** 厚生文化事業団
監修・的場元弘 (国立がん研究センター中央病院 緩和医療科・精神腫瘍科科長)

がん患者のための 体と心の緩和ケア

痛みと悩みをやわらげて
自分らしい療養生活を送るために

目次

がんと診断されたあなたへ	2
大切なのは、自分の病気を知ること	4
がんの治療がはじまった—	6
がまんはストレス、ストレスは治療や療養の最大の敵	8
がんを抱えていても、自分らしく豊かに暮らすには	10
緩和ケアを積極的に利用しましょう	
緩和ケアはあなたの痛みや悩みのすべてに対応します	12
緩和ケアは治療の初期から取り入れられます	13
緩和ケアは体の痛みや心の悩みにトータルに対応します	14
痛みや症状を最大限にやわらげる緩和ケアの治療と対処法	16
自分でできる・自宅でできる療養生活の簡単セルフケア	20
上手な痛みの伝え方	22
緩和ケアを実際に受けるには？	24
緩和ケアを受けられる場所は？	25
緩和ケアチーム	27
在宅での緩和ケア	30
緩和ケア病棟（ホスピス）	32
家族や友人として患者さんを支えるには？	34
家族の方へ——患者さん本人が病状を理解していることが大切です	36
重要情報——がんに関する相談は相談支援センターへ	38
知っておくと役に立つインターネットサイト	39
推薦図書	40

この冊子づくりは、ひとりのがん患者さんの思いからはじまりました

がんと診断された あなたへ

まさか私が、という信じられない気持ち。
これからどうしたらいいんだろう……。
がんと診断されて、とほうにくれていたとき、
主治医の先生から、

「少し見方を変えてみたら」とアドバイスされた。

「わたしという存在のすべてががんになっただけではないし、
がんはわたしの体の一部にだけ起こっていること。
がんになっただけからといって、
人生のすべてを変えてしまう必要もないのだから」と。

体の痛みと心の悩みをやわらげるために

がんの療養中には、体の痛みや心の不安が生じる人もいます。

がんにかかったとわかると、「こんなにがんばって生きてきたのに」「もう何もできないのか」と落ち込んで、何が悪かったのだろうと思いつめたり自分を責めたりする人もいます。また、そうした思いを長く抱きつづけてしまう人もいます。

体や心のつらさは、できるだけとりのぞいていきましょ。それは、患者さんの生活の質（QOL）*を高め、がんの治療の効果を高めることにもつながります。体の痛み、心の悩みをとりのぞくためには、医師や看護師をはじめとする、緩和ケアの専門家の力を借りていくことが大切です。

*生活の質（QOL）についてはp.10をご覧ください。



大切なのは、 自分の病気を知ること

がんは怖い、だから病気のことなんて知りたくない……

そんな気持ちになってしまうこともある。

でも、自分の体のことをいちばん知っているのは

他の誰でもない、わたし自身。

たしかに、がんは種類も多く、人によって経過もさまざまな病気。

がん患者と一言で言っても

誰ひとりとして同じ人生を送っている人はいない。

わたしらしい療養生活を送るためには、

自分のがんと向き合って、がんと知らなくては、と気づいた。



自分のがんを知ることが安心できる療養生活の基礎になります

がんと知ってから生活をしていくうえで、いちばん大切なのは「自分のがんを知ること」です。がんは種類も多く、人によって経過が異なります。原因や病気の進み方、症状や痛みもそれぞれです。自分のがんとどんな状態にあるのかをしっかりと把握しておくことは、がんと向き合う人生を送る上で、とても重要です。

また、患者さんひとりひとりの生活や人生もそれぞれに違うもの。だから、最適な療養生活のあり方も、患者さんによって違います。がんという病気や治療・療養の方法については、たくさんの方があふれていますが、信頼できる情報を見きわめましょう。あなたらしい療養生活を送るためには、まず自分の病気をしっかりと見つけなくては必要です。

がんの治療が はじまった――

治療の開始とともに、急に生活が慌ただしくなっていく。

通院や入院にも時間がかかるし、

決めなければならないことがつきからつきへと出てくる。

どこで治療するの？

病院はどこにしよう？

どんな治療をするの？

お金はどのくらいかかるの？

職場や友人にはどう伝えたらいい？

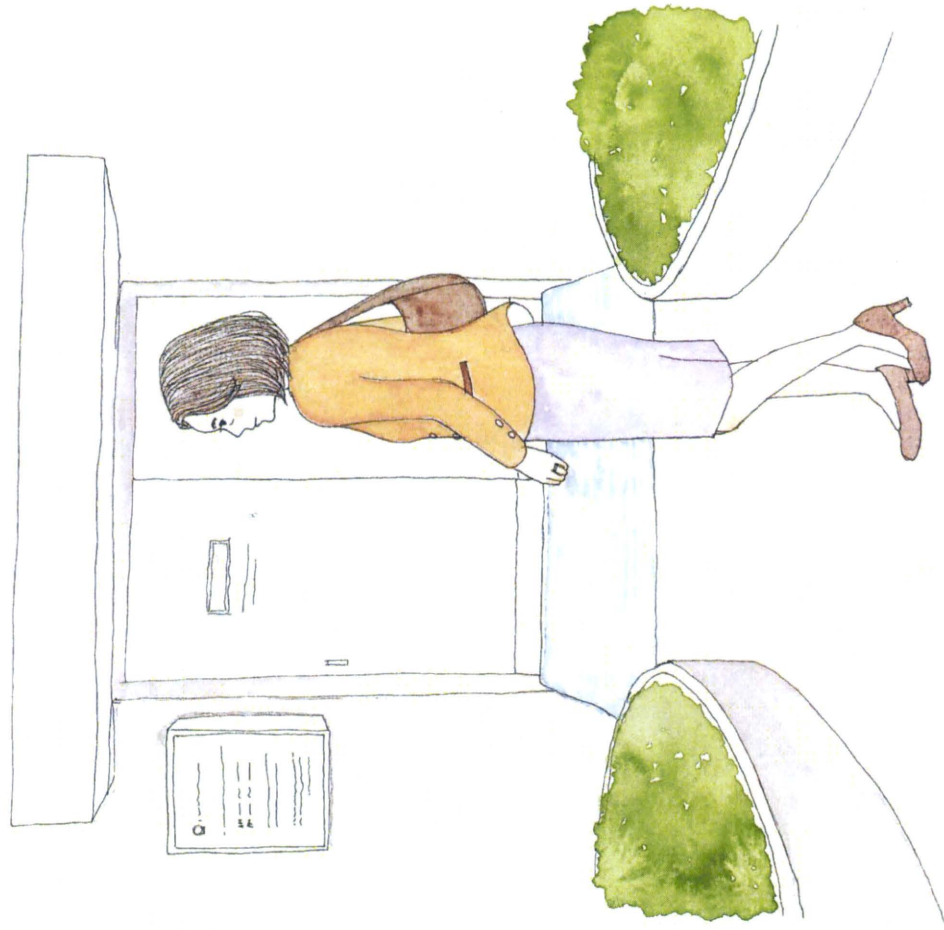
仕事はどうしよう？

がんの治療にとりくむために――医学の力を最大限に活かすには？

がんと診断された患者さんのほとんどは、手術、抗がん剤治療（化学療法など）、放射線治療といった、「三大療法」と呼ばれる治療を受けます。がんの種類と進行度などに応じて、「標準治療」と呼ばれる、効果が確認された治療方法があります。これに沿って、三大療法の一つ、あるいは複数を組み合わせて治療が行われます。

治療が始まると、検査や専門的な説明をたくさん受けます。「自分のがんを知って落ち込んでいられるのはほんの数日だった」と振り返る患者さんもたくさんいます。また、治療や療養生活にそなえて仕事や家庭の準備を整えたり、保険などの手続きを行ったり……。大きなことから日常の身の回りのことまで、考えたり、決めたりしていくこととなります。

慌ただしいなかで混乱してしまわないためには、メモをとっておくことやよいでしょう。病気のこと、薬のことはもちろん、質問したいこと、わからないことなど、なんでもよいので、気になることは書き留めておきましょう。後々とても役に立ちます。



がまんはストレス、 ストレスは治療や療養の最大の敵

「病気なんだから、痛いのも当然なのかな」
そう思うのがまんしていた。
でも痛いとか力も体力もなくなるし、
何も考えられなくなってしまった。
先生に相談したら「痛みはぜったいがまんしないで。
がまんしてもストレスにしかならないから。
不安や悩みも、ひとりで抱えこまないで」と言ってくれた。
がまんしなくていい、と思ったら少し気持ちが楽になった。

緩和ケアの力を借りよう

がんは痛みやつらさを伴うことがある病気です。患者さんには、がんそのものによる痛み、手術後の痛み、抗がん剤や放射線治療の副作用のつらさがあります。痛みやつらさは無理をしがまんする必要はありません。日常生活を送ることができなくなることのほうがむしろ問題です。また、痛みはがまんすればするほど慢性化して、患者さんの健康状態によくない影響を与えます。痛いとき、苦しいとき、つらいときには、主治医や看護師に伝えましょう。

また、緩和ケアの専門家の力を上手に借りましょう。現在では、がん診療連携拠点病院を中心に、「緩和ケアチーム」*が設置されています。体のつらい症状を緩和する専門の医師や看護師、精神的ケアを行う専門の医師、リハビリの支援に当たる専門療法士や社会的な悩みの解決を支援するソーシャルワーカーなどがチームを組んで、患者さんの体の痛みや心の悩みだけでなく、生活上のつらさもやわらげる手助けをします。治療の初期の段階から、緩和ケアをぜひ積極的に利用してください。

*緩和ケアチームについては25～26ページをご覧ください。

