

表2 | 日本で使用できるオピオイド製剤

	モルヒネ	オキシコドン	フェンタニル
徐放剤	ビーガード パシーファプセル MSコンチン カティアン MSツワイスロン モルベス細粒	オキシコンチン	デュロテップ パッチ
速放剤	塩酸モルヒネ錠 塩酸モルヒネ末 オプソ内服液	オキノーム	△ (海外では アクティック)
坐薬	アンバック坐薬	×	×
注射薬	塩酸モルヒネ注 アンバック注	バピナール注 (注射薬開発中)	フェンタニル

トレスによって起こる体の痛みのことであり、患者自身は実際に体の痛みとして感じているのです。その特徴は、局在性に乏しい、現症と臨床所見が一致しない、疼痛部位が移動するなどが挙げられます。決して「気のせい」として扱うのではなく、他の痛みと同様に原因の除去、いわゆる精神的ストレスの改善(抗不安薬の投与など)が、その治療法となります。

臨床分類

がんの痛みをその出現パターンで分類すると、持続痛と突出痛に分けることができます(図5)。

持続痛は文字どおり、持続的にある痛みで、突出痛は突然起こってくる強い痛みや、動作時の痛みに分けることができます。持続痛に対しては長時間安定して鎮痛効果を与える薬剤(1日1回投与のNSAIDsや徐放性オピオイドなど)を、突出痛に対しては迅速に効いて効果時間の短い薬剤(速効性オピオイド、オピオイド注射薬など)を使用します(表2)。疼痛治療薬剤の詳細については、他項で詳細に記してあるので参照してください。

痛みの評価

がん性疼痛の痛みの評価方法を表3に示しました。がん患者に限らず痛みの評価法は、臨床の現場ではペインスコアとして単純に点数化することが多く、なかでも小児や高齢の患者にも共通して使用することができるフェ

表3 | 痛みの評価方法

・簡易的な痛みの評価法には、 -Categorical rating scale -Verbal rating scale (VRS) -Face scale -Numerical rating scale (NRS) -Visual analogue scale (VAS)	・包括的アセスメント -MDACC Symptom Inventory -EORTIC QLQ-30 ・痛みを中心にしたアセスメント -Brief Pain Inventory(BPI) -がん疼痛治療ガイドライン
---	--

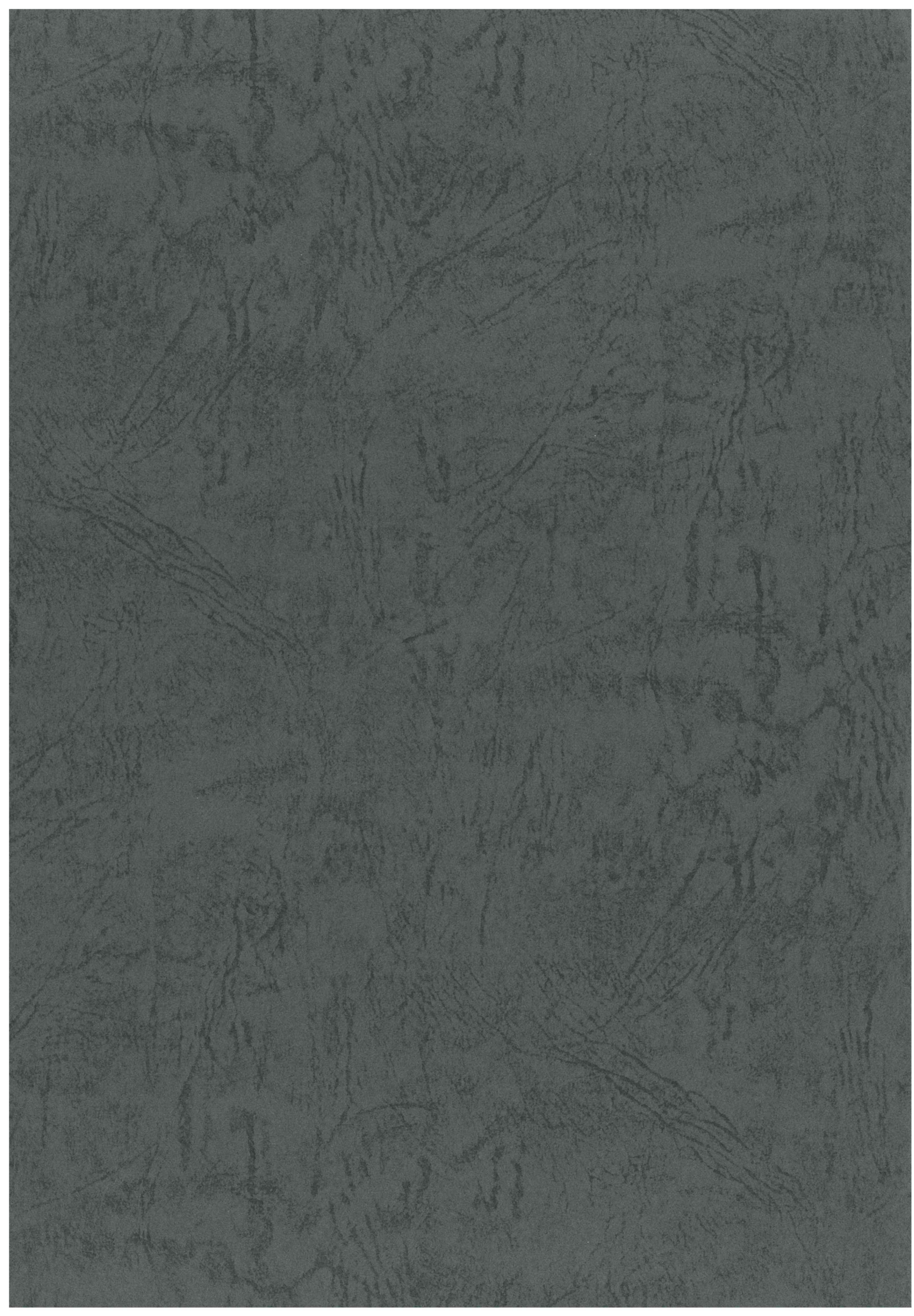
イススケールがよく使用されています。

ところが、がん患者では、体の痛みのスコアに不安などの精神的要因が入ってしまうため、痛みの評価としては客観性に乏しい場合も少なくありません。そこで有用なのが、ADLを加味して総合的に判断するスコアです。がん患者は、痛みだけを主訴に生活しているわけではなく、消化器症状や精神症状など多くの要素が入ってくるので、「痛み」だけを見るのではなく、全体の生活を通して評価するほうが治療効果もわかりやすいことでしょう。どのような治療をしてもペインスコアが6点(10点満点)以下に下がらない患者でも、ADLの改善が見られれば疼痛治療効果としては有効と判断してよいでしょう。

紙数の関係でそれぞれのスコアの詳細は省かせていただきますが、筆者らの施設ではMDアンダーソン・キャンサーセンター(MDACC)のSymptom Inventoryを使用しています。毎日の臨床で得ているペインスコアに加えて、ADLを評価するスコアを取り入れることをお勧めします。

おわりに

がんの治療をしている患者、不幸にも治療を断念せざるを得ない患者、どちらにも共通して現れ、共通して実施しなくてはならない治療が、がん性疼痛管理です。がんの痛みにも最も有効であるオピオイドは、死の前に使用される薬剤と誤解している一般の患者が多く、その使用を拒むケースも少なくありません。医療者が、患者の痛みを客観的かつ適正に評価して、鎮痛薬を上手に使用することで、患者や家族も痛みの治療に対して納得してくれるものです。痛みの治療も疾患の治療と同様に、診断なき治療とならないように心掛けなくてはなりません。



第3次対がん総合戦略研究事業

「がん性疼痛患者のQOL向上のための橋渡し研究連携拠点の構築」

平成21～23年度

研究成果の刊行物・別冊

がん性疼痛治療の最前線 ——在宅への導入

服部政治

痛研究会有明病院麻酔科(ペインクリニック)医長 がん治療支援緩和ケアチームリーダー

がんの痛みはおおよそ8割の患者に現し、かつその5割には満足のいく痛緩和がされていないと言われてい。WHO(世界保健機関)は、1986年に提唱したがん疼痛治療の指針によって90%以上の患者の痛みを軽減できるとしているが、これは軽減であり満足のいく鎮痛とは必ずしも言えないかもしれない。

わが国でもがん対策基本法が制定され、がんの治療とともに痛みの緩和も重要な事項として取り上げられている。また、在宅医療の推進が叫ばれる現在、がんの痛みの治療も居宅で可能な方法を考えていかななくてはならない。

今回、病院で行われているがん性疼痛治療をいかにして居宅に持って帰るかを考えてみることにした。

がん性疼痛治療の基本

がん性疼痛の治療に用いる薬剤は、大きく分けて非オピオイド鎮痛薬とオピオイド鎮痛薬に分けられる。痛みが軽度の時には非ステロイド性消炎鎮痛薬(NSAIDs)を使用し、中等度から高度の痛みにはオピオイドを使用する。わが国で使用できるオピオイドは、モルヒネ、オキシコドン、フェンタニルであり、経口薬、注射薬、貼付薬がある(表)。

内服や貼付薬で痛みが軽減し、居宅

において苦痛なく過ごせるのであれば特に問題はないが、がんの痛みはときにこのような全身投与では太刀打ちできないものがあり、患者は痛みの治療のために入院を継続することになる。

その他のがん性疼痛の治療

オピオイドの全身投与では、痛みの軽減が図れない、動作時の痛みがとれない、痛みを軽減するのに必要な量では副作用が強くて継続できないなど、実際の臨床の現場では悩みの種が尽きない。そこでときに必要となるのが、各種神経ブロック、脊髄鎮痛法など局所の痛みを軽減させる方法である(図1)。神経ブロック(アルコール、フェノール、高周波熱凝固などによる神経破壊)で局所の痛みを軽減または消失させることができれば、オピオイドの全身投与は最小限ですみ、在宅での療養が可能となるであろう。

局所の痛みを軽減できたとしても、がんが多く部位に転移している場合や、動作時の痛みが強い場合は、神経ブロックでは対応できる範囲が不十分なこともある。増強する痛みや広範囲に及ぶ痛みに対応できるようにするために脊髄鎮痛法がある。脊髄鎮痛法には、硬膜外腔鎮痛法と脊髄クモ膜下腔鎮痛法がある。

モルヒネを硬膜外腔に投与した時、その鎮痛効果は経口投与の約30倍、脊髄クモ膜下腔に投与した時は約300倍になると言われている。このことから、経口で大量のモルヒネを使用している患者を居宅に移す場合、脊髄鎮痛法により極めて少ないモルヒネ量で最大限の鎮痛効果を上げることが可能となる。実施例を紹介する。

●硬膜外腔および脊髄クモ膜下モルヒネ投与の実例

[現症] 60歳代男性。胆管がん術後に

表 日本のオピオイド製剤

	モルヒネ	オキシコドン	フェンタニル
徐放剤	ピーガード®錠 MSコンチン®錠 カディアン®スティック、カプセル MSツワイスロン®カプセル モルベス®細粒 パシーフ®カプセル	オキシコンチン®錠	デュロテップ®MTパッチ
速放剤	塩酸モルヒネ(錠) モルヒネ塩酸塩水和物(末剤) オプソ内服液®	オキノーム®散	△ (海外ではアクティック®)
坐薬	アンバック®坐剤	×	×
注射薬	モルヒネ塩酸塩注 アンバック®注	パビナール®注	フェンタニル注

図1 がんの痛みに行う神経ブロック

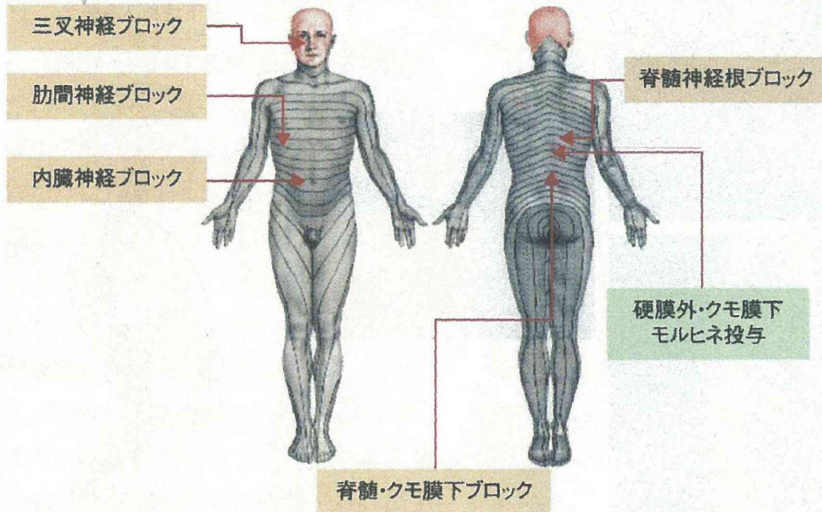
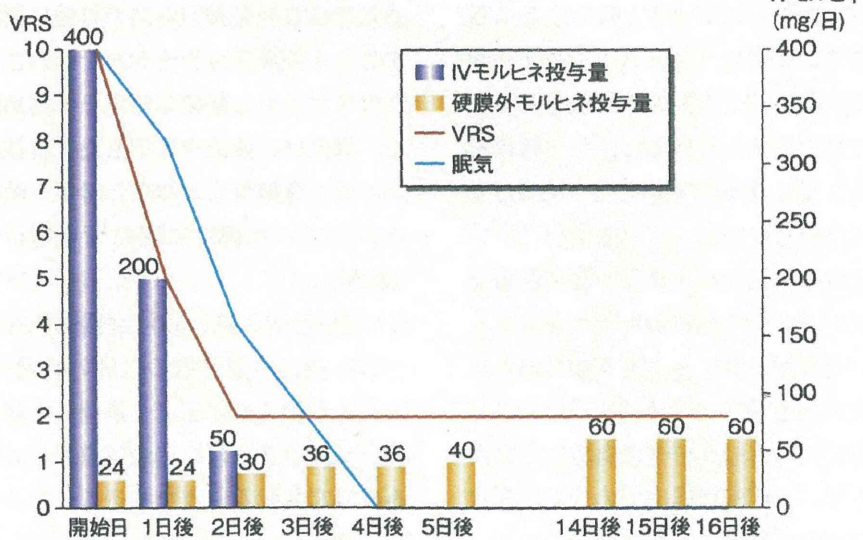


図2 硬膜外腔モルヒネ開始後の経過



再発し、腹部の違和感と強い痛みで仰臥することができず、苦悶様の表情でじっと座っている状況であった。NSAIDsは使用していたが、全く鎮痛効果が得られていないとのこと。原疾患の治療はできず、痛みの治療が優先されるとの主治医からの依頼があり疼痛管理を開始した。

本人の希望は、「痛みさえ軽くなれば

なるべく家で過ごしたい」。

〔疼痛治療経過〕 オキシコドン® 160mg/日まで増量しても、痛みの軽減は得られず、経口不可となったため、モルヒネ皮下投与を開始した。モルヒネ皮下投与も400mg/日まで増量したが、痛みの軽減にはいたらず、不快な眠気だけが先行していた。

硬膜外腔にカテーテルを留置し、モ

ルヒネ投与を開始した直後から痛みは軽減し、それまで使用していた皮下注射も中止した。痛みが安定した時点での硬膜外腔モルヒネ投与量は60mg/日、0.05%レボブピバカイン（ポプスカイン®注）であった。その鎮痛効果は図2から、4日後には眠気はほぼなくなり、痛み（VRS；口頭評価尺度）も2と、落ち着いていることが分かる。〔在宅への移行計画〕 本症例では、オピオイドの内服や皮下注射のような全身投与では対応できず、この硬膜外腔モルヒネ投与が不可欠であることが分かる。

硬膜外腔モルヒネPCA（patient controlled analgesia；自己調節鎮痛法）を在宅で継続する方法を考えると、問題点が3点浮き上がった。以下、それぞれ問題点とその解決策を示す。

(1)硬膜外腔への薬液投与を可能とするPCAポンプは最大で300mL容量のものがあるが、4mL/時で継続するためには1日約100mLの投与、2～3日に1回の薬液補充が必要となる。これでは2日ごとに外来受診または訪問診療を受けなくてはならず、現実には困難である。

⇒脊髄クモ膜下腔へのモルヒネ投与であれば、その10分の1の量で同様の鎮痛効果が得られ、髄液内で拡散するため、硬膜外と異なり高濃度のものを少量投与（モルヒネ1mg/mLを0.5mL/時）すればこと足りる。100mL充填で1週間継続可能である。

(2)硬膜外腔カテーテルが体外に出ている場合、感染しやすく、離断したり引き抜けたりと思わぬ事故で再挿入を余儀なくされる可能性がある。

三井のリフォーム®

三井のリフォームは、ワンストップで解決します。
ドクターズ・コンシェルジュ
 Doctor's Concierge

医院承継

新規開業

ニューアル

IT化

医院併用住宅

ご自宅

『医院承継・医院併用住宅なら 三井のリフォームへ。』



メディカル
 リフォーム
 パンフレット
 プレゼント

1.『メディカルリフォーム』
 ご案内



2.『メディカルリフォーム』
 HOW TO BOOK



お問い合わせ・パンフレットのご希望は

☎ **0120-331-154**

受付時間/10:00~18:00(土・日・祝日も受付しています)

ホームページ

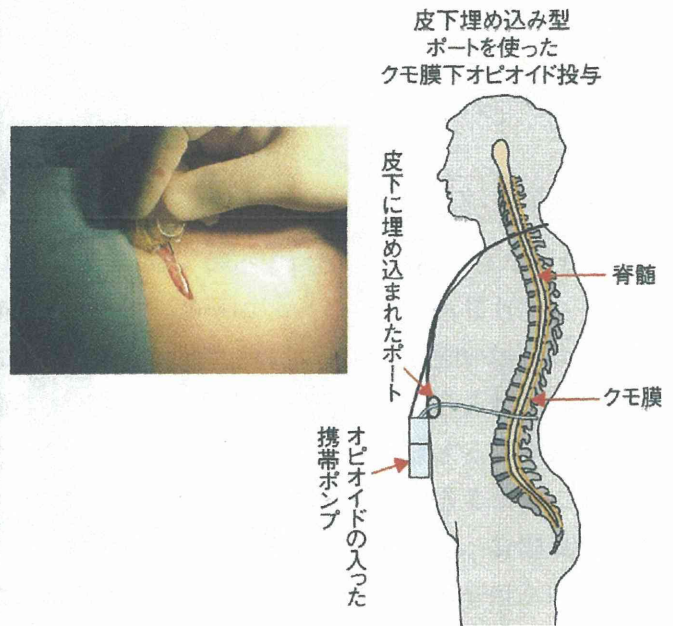
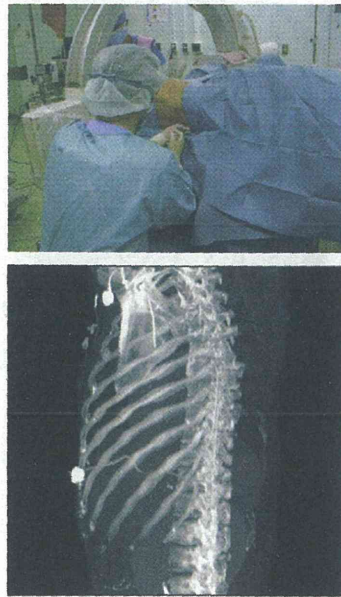
www.mitsui-reform.com/medical/

三井ホームリモデリング株式会社

兼推進グループ

162-0825 東京都新宿区神楽坂1丁目15番地 神楽坂1丁目ビル8階

図3 脊髄クモ膜下カテーテルと皮下アクセスポート設置術



⇒皮下アクセスポートと接続することにより、感染のリスク低下やカテーテルの事故、抜去の問題が解決される。
 (3)脊髄鎮痛法を理解して観察・管理を実施してくれる訪問診療先を見つけなくてはならない。

⇒筆者の私見ではあるが、在宅診療をしている医師はあらゆる治療に対して、それが患者にとって有益であれば寛大に引き受けてくれることが多い。実際に初めてのケースであるにもかかわらず、本症例は居宅での脊髄鎮痛法を快く引き受けてもらえた。

〔脊髄クモ膜下カテーテル留置と皮下アクセスポート設置術〕がん性疼痛を持つ患者の中で、既存の疼痛治療(オピオイドの全身投与)では、どうしても除痛が困難な症例が適応となることが多い。がん疼痛患者の約3~5%にそのような症例が存在するとされている。

脊髄クモ膜下腔にカテーテルを挿入し、透視下にカテーテル先端を痛みを

感じている脊髄神経の高さ付近に留置する。その後、カテーテルを進め、アクセスポートと接続して皮下に埋め込む。投薬は、薬液を充填した微量注入が可能な機械型またはディスプレイポンプに接続して疼痛管理を行う(図3)。

〔在宅移行後の痛みの治療経過〕在宅へ移行後、訪問診療の医師の管理下、モルヒネ約3mg/日、1週間に1回の薬液交換で2カ月間の余生を激しい痛みで悩まされることなく過ごした。



オピオイドを使用しても除痛が不十分な患者は数多くいる。その多くは大量のオピオイドや鎮痛補助薬を投与され、鎮静状態または副作用対策に多量種類の投薬を余儀なくされ、入院継続しか手がなくなる。脊髄鎮痛法は主に入院中の治療のように思われがちだが、筆者の施設では、在宅への移行を可能とするための疼痛管理の一手法と位置付けて取り組んでいる。

ペインクリニック

Vol. 30 別冊
春号

Pain Clinic® 2009.4

神経障害性疼痛の基礎と臨床 I

編集／花岡一雄 (JR 東京総合病院)

目次

- I. 慢性疼痛患者の疫学的調査
- II. 神経障害性疼痛に関する
基礎研究
- III. 神経障害性疼痛の治療
 - A) 治療の基礎
 - B) 外科的治療
 - C) 薬物療法
 - 1. 抗うつ薬
 - 2. NMDA antagonists
 - 3. 抗てんかん薬
 - 4. 交感神経関連薬
 - 5. 各種鎮痛薬
 - D) 神経ブロック
 - E) 脊髄刺激療法



I. 慢性疼痛患者の疫学的調査

日本における慢性疼痛を保有する患者に関する大規模調査

服部 政治¹⁾

佐野 博美¹⁾ 田中 清高¹⁾

横田 美幸¹⁾ 野口 隆之²⁾

小川 節郎³⁾ 花岡 一雄⁴⁾

¹⁾癌研有明病院麻酔科・ペインクリニック

²⁾大分大学医学部脳・神経機能統御講座麻酔学

³⁾日本大学医学部麻酔科学系麻酔科学分野

⁴⁾JR 東京総合病院

要 旨

本邦で「慢性の痛み」を抱えた国民の実態について大規模な調査 (n=18,300) を実施した。慢性疼痛保有率は13.4%で、疼痛の原因として腰痛症が最も多かった。慢性疼痛保有者の約70%は病院・医院の受診経験を持つが、満足のいく程度に痛みがやわらいだ人は22.4%と低く、半数以上の人で通院を継続することを止めていたことがわかった。専門科でみると整形外科が45%で最も多く、ペインクリニック科を受診した人は0.8%で、疼痛専門医への受診率が低いことから、全国的な疼痛治療の啓蒙活動が必要と思われた。

(ペインクリニック 25: 1541-1551, 2004 掲載)

(ペインクリニック 30: S3-S14, 2009 改訂)

キーワード: 慢性疼痛, 全国調査, 疼痛保有率

はじめに

近年、疾患自体の予防、治療とともに、症状マネジメントで「痛み: pain」が5番目のバイタルサインとして、治療の質向上のため重要視されるようになった¹⁾。欧州や米国では患者の pain に関する大規模調査が行われ、国民の pain 保有率や患者意識調査の報告がなされている。わが国では、がん性疼痛におけるモルヒ

ネ製剤服用患者の意識調査²⁾や除痛率の報告^{3,4)}が行われているが、慢性疼痛を有する患者に関する大規模な実態調査報告は行われていない。そこで、痛みからの解放を目指した医療の質向上のための基礎的資料作成のため、わが国での慢性疼痛の有病率の推定、および慢性疼痛の原因となっている疾患、部位の特定、慢性疼痛保有者の医療機関への通院治療状況に関する大規模調査研究を実施した。

The clinical perspective on chronic pain management in Japan

Seiji Hattori, et al

Department of Anesthesiology and Pain Service, Cancer Institute Hospital, Japanese Foundation for Cancer Research

表1 「慢性疼痛に関する実態把握調査」調査概要

1. 調査地域・対象者 日本全国・304,209名	5. スクリーニング条件 ① 18歳以上男女 ② 病気・健康上の理由により最低6カ月以上の疼痛経験がある ③ 最近1カ月以内に疼痛を感じた人 ④ 最低でも週2回以上疼痛を感じた人 ⑤ 疼痛の10段階評価「1：全く痛みはない」～「10：想像を絶する最悪の痛み」で、「5」以上の回答をした人
2. 調査実査手法 インターネット調査	
3. サンプルング方法 層別化無作為抽出 (30,000名)	
4. 一次調査 ・2004年4月19日～5月7日 ・有効回収サンプル数 21,669名： 回収率 72.2% ・調査割付に合わせて 18,300名	6. 二次調査 (上記スクリーニング通過者 2,455名) ・2004年5月18日～6月7日 ・有効回答サンプル数 1,877名： 回収率 76.5%

表2 サンプル割付表

地域	総計 (名)		内訳：男性 (名)				内訳：女性 (名)			
	(男女計)	構成比	計	18～29歳	30～49歳	50歳以上	計	18～29歳	30～49歳	50歳以上
北海道	400	2.2%	200	40	60	100	200	40	60	100
東北	2,700	14.8%	1,350	270	410	670	1,350	270	410	670
関東	2,700	14.8%	1,350	270	410	670	1,350	270	410	670
北陸・甲信越	2,300	12.6%	1,150	230	350	570	1,150	230	350	570
東海	1,500	8.2%	750	150	230	370	750	150	230	370
関西	2,300	12.6%	1,150	230	350	570	1,150	230	350	570
中国	1,900	10.4%	950	190	290	470	950	190	290	470
四国	1,500	8.2%	750	150	230	370	750	150	230	370
九州	3,000	16.4%	1,500	300	450	750	1,500	300	450	750
全国	18,300	100.0%	9,150	1,830	2,780	4,540	9,150	1,830	2,780	4,540

サンプルング方法：層別化無作為抽出

サンプル割付表の各セルの割付値を満たすまで実態調査を行った結果、21,669名の回収を終えた時点で、表の全セルにおいて割付値に達した

1. 対象および方法

調査概要を(表1)に示した。調査実施にあたっては外部調査機関(日本エル・シー・エー)に協力を依頼し、同機関が有する総務省統計局発行「日本統計年鑑(平成16年度版)」に基づく「年齢」、「性別」、「地域」、それぞれが現在の日本全国の人口分布に沿った304,209名の一般生活者パネルから層別ランダムサンプルングによって30,000名を抽出し、インターネット

上で質問票に回答する形式で実施した。

調査は、第一次調査として一般生活者30,000名の中から慢性疼痛保有者を抽出するためのスクリーニング調査、第二次調査として一次調査で抽出された慢性疼痛保有者の疼痛に関する詳細と治療状況の調査の2段階で行った。

1) 一次調査

30,000名の対象者から回収できた回答の中から不明な内容のみられたものを除外し、層別化無作為抽出を行い、サンプル割付表(表2)の

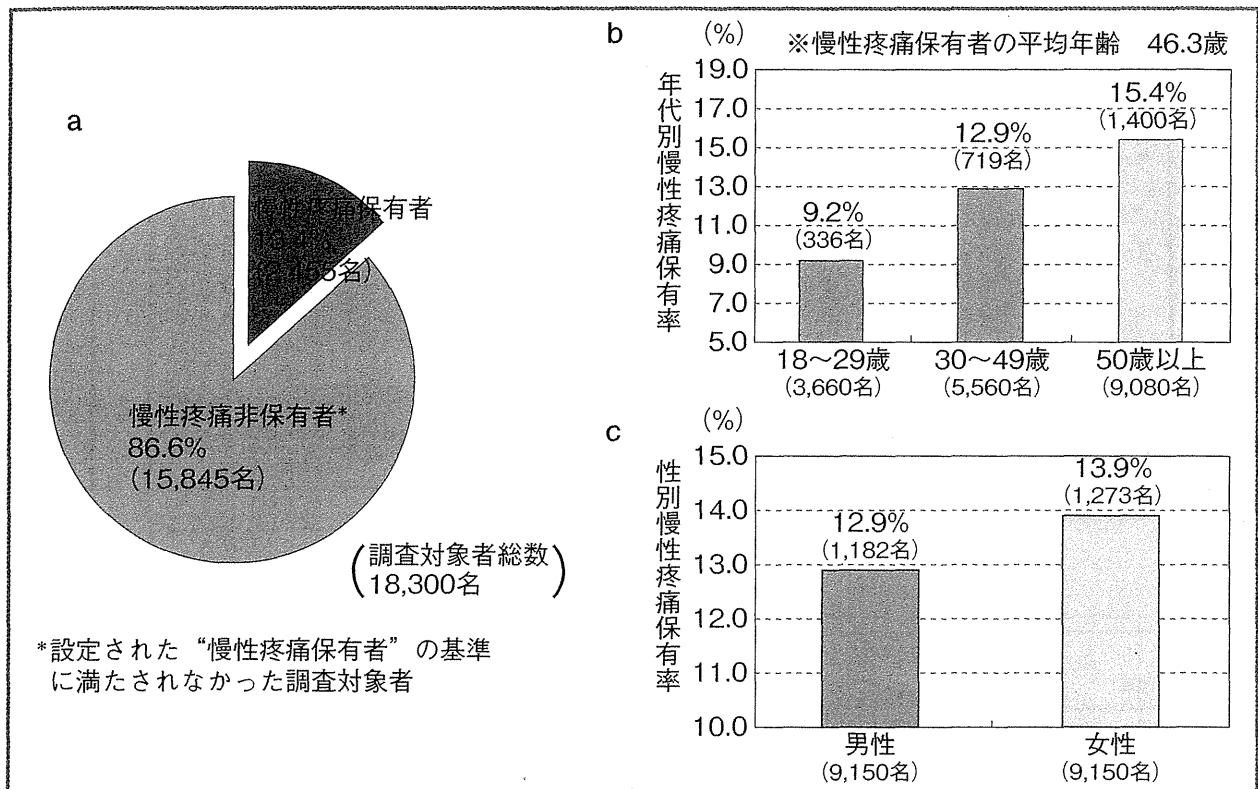


図1 全国慢性疼痛保有率 (年齢別/性別)

各セルの割付値を満たすまで実態調査を行った。21,669名からの回答を回収した時点で、全セルで割付値に達したため一次調査を終了した。

男女別の割付では、男性48.3%、女性51.7%とほぼ均等になっていることから、割付表に基づき男性、女性各々9,150名の合計18,300名を調査研究対象とした。

対象者18,300名から、慢性疼痛保有者を割り出すためのスクリーニング調査(表1)を行い、慢性疼痛保有者の背景因子としての慢性疼痛保有率、慢性疼痛保有者の年代別分布、性別分布、地域別分布、疼痛の評価としての疼痛強度、疼痛頻度、疼痛保有期間、疼痛部位と原因疾患についての調査を実施した。

2) 二次調査

一次調査で抽出された慢性疼痛保有者2,455名を対象として二次調査を実施し、回答の得ら

れた1,877名から、痛みとその治療に関する意識としては痛みの受け止め方、治療に対する姿勢・懸念と、治療効果に関しては通院状況、通院診療科、通院医師数、通院治療期間、疼痛治療効果、治療に対する満足度、不満についての実態を解析した。

2. 結果

1) 一次調査

① 慢性疼痛保有患者

回答を得られた18,300名の回答から、表1に示したスクリーニング条件を満たすものを「慢性疼痛保有者」と定義した結果、2,455名、13.4%が「慢性疼痛保有者」(図1a)となった。

年代別分布は18歳以上29歳以下では9.2%、30歳以上49歳以下では12.9%、50歳以上では15.4%と年齢とともに増加し、慢性疼痛保有者

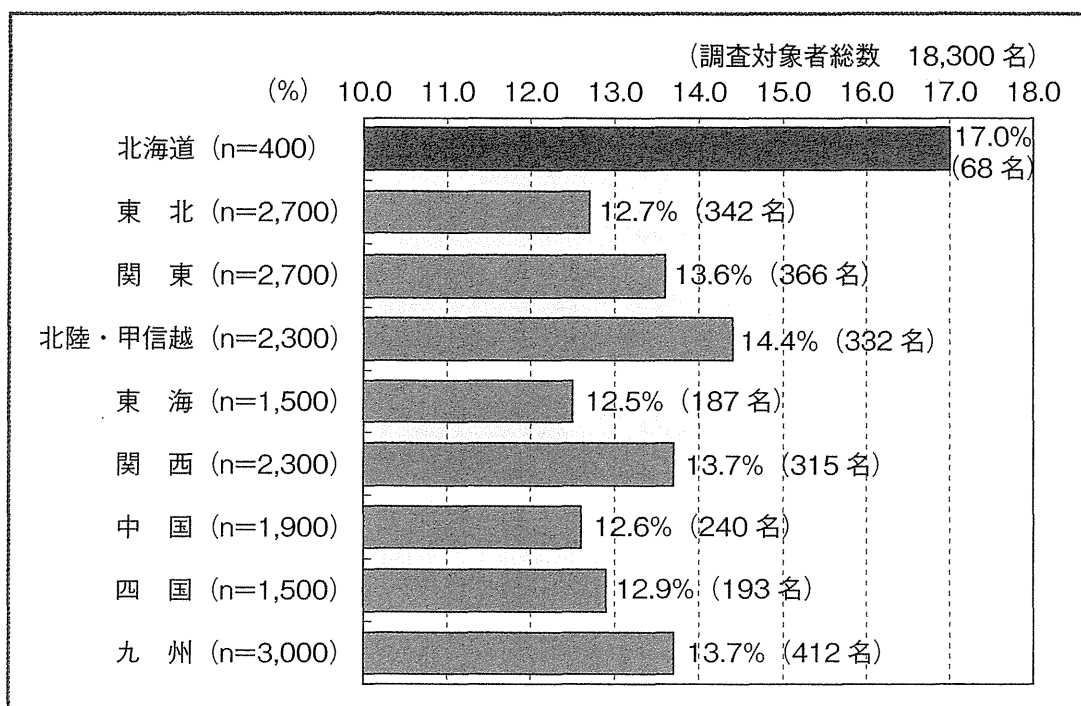


図2 地域別慢性疼痛保有率

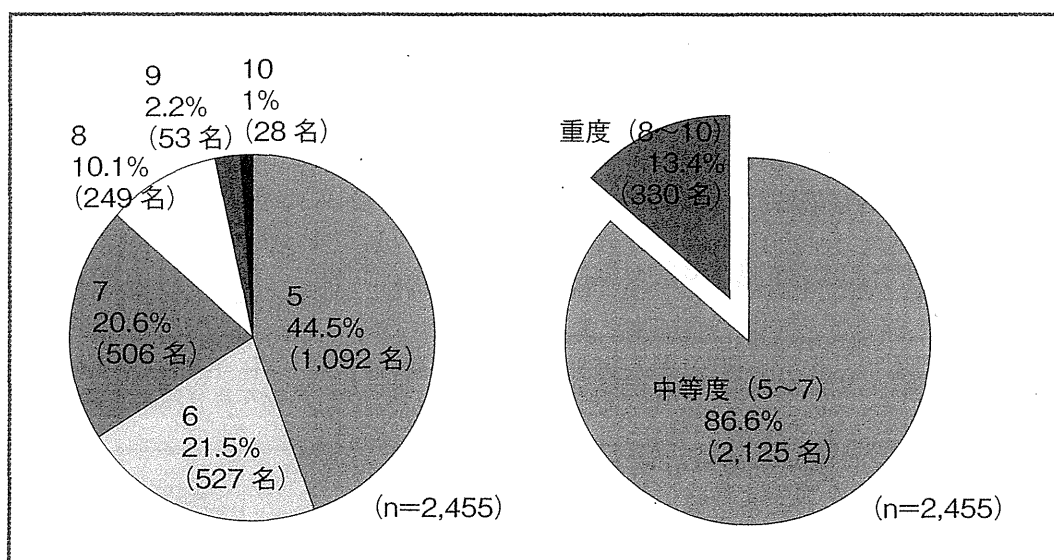


図3 疼痛強度

の平均年齢は46.3歳であった。性別分布は男性で12.9%、女性で13.9%であったが性別の有意差はみられなかった(図1b, c)。地域別分布は、北海道が17.0%と最も高い慢性疼痛保有率を示し、次いで北陸・甲信越が14.4%で、最も保有率が低いエリアは東海で12.5%であった

(図2)。

② 慢性疼痛の痛みの評価

疼痛強度は1~10(1:全く痛くない, 10:想像しえる最悪の痛み)の10段階の疼痛スケールを用い、2~4を軽度の痛み、5~7を中等度の痛み、8~10を重度の痛みに分類したが、

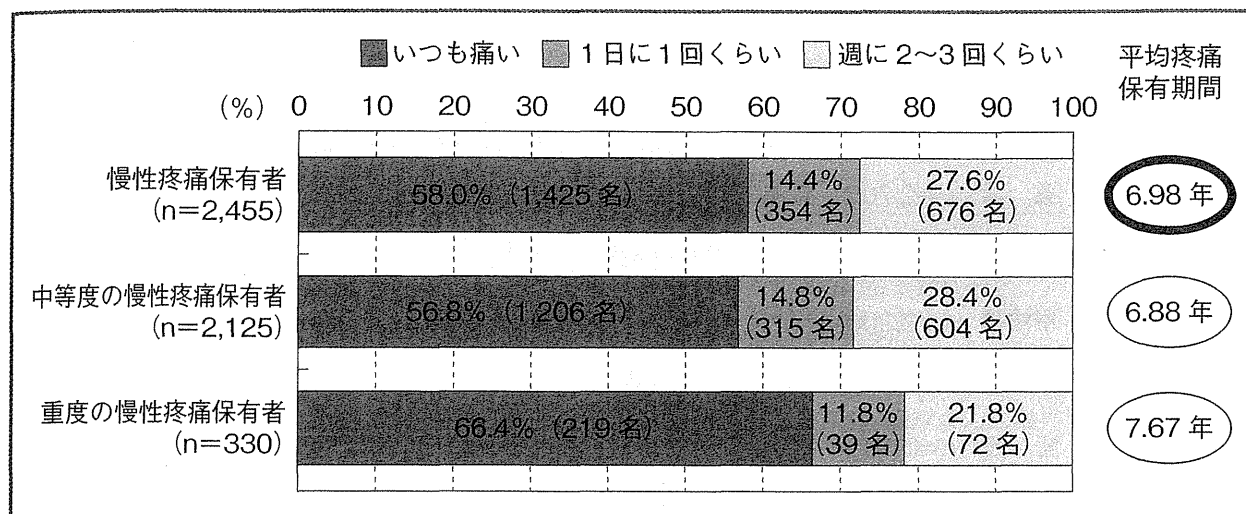


図4 慢性疼痛頻度と保有期間

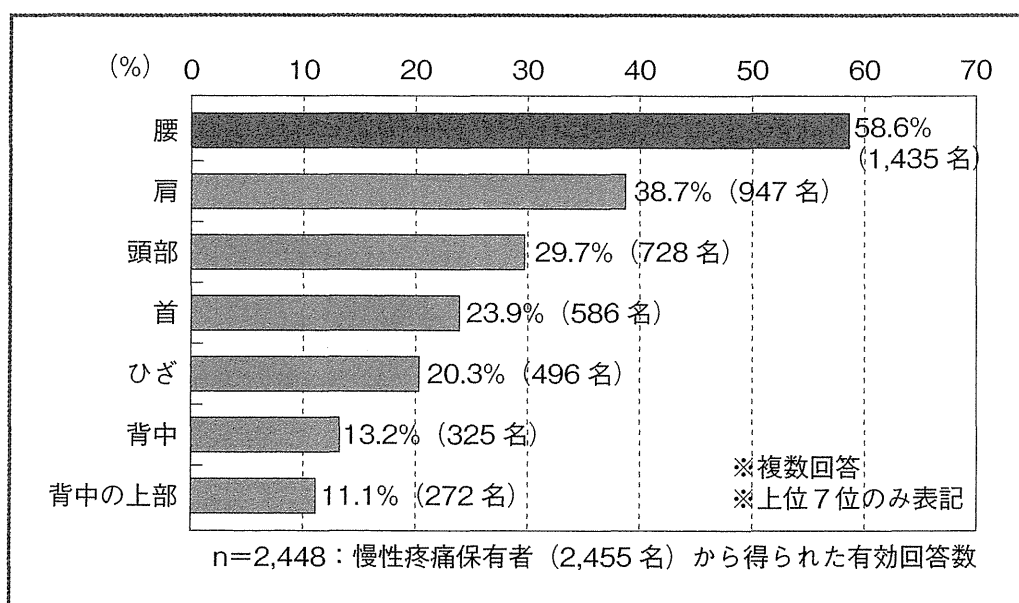


図5 慢性疼痛部位

「慢性疼痛保有者」2,455名のうち中等度の痛みを示した人は86.6%、重度の痛みを示した人は13.4%であった(図3)。疼痛頻度で「常時痛い」は58.0%、中でも重度の疼痛保有者では66.4%を占めていた。また、疼痛保有期間は平均で6.98年であった(図4)。疼痛部位は、図5に示すように「腰部」58.6%と最も多く、「肩」38.7%、「頭部」29.7%の順であった。

③ 慢性疼痛の原因

原因別でみると、疾患名の特定できない腰背部痛が48.9%と最も多く、次いで頭痛・片頭痛、関節炎・変形性関節症、椎間板ヘルニア、骨や筋疾患、変形性膝関節症・人工膝関節置換術後、坐骨神経痛、神経原性疾患の順であった(図6)。

2) 二次調査

① 痛みとその治療に関する意識

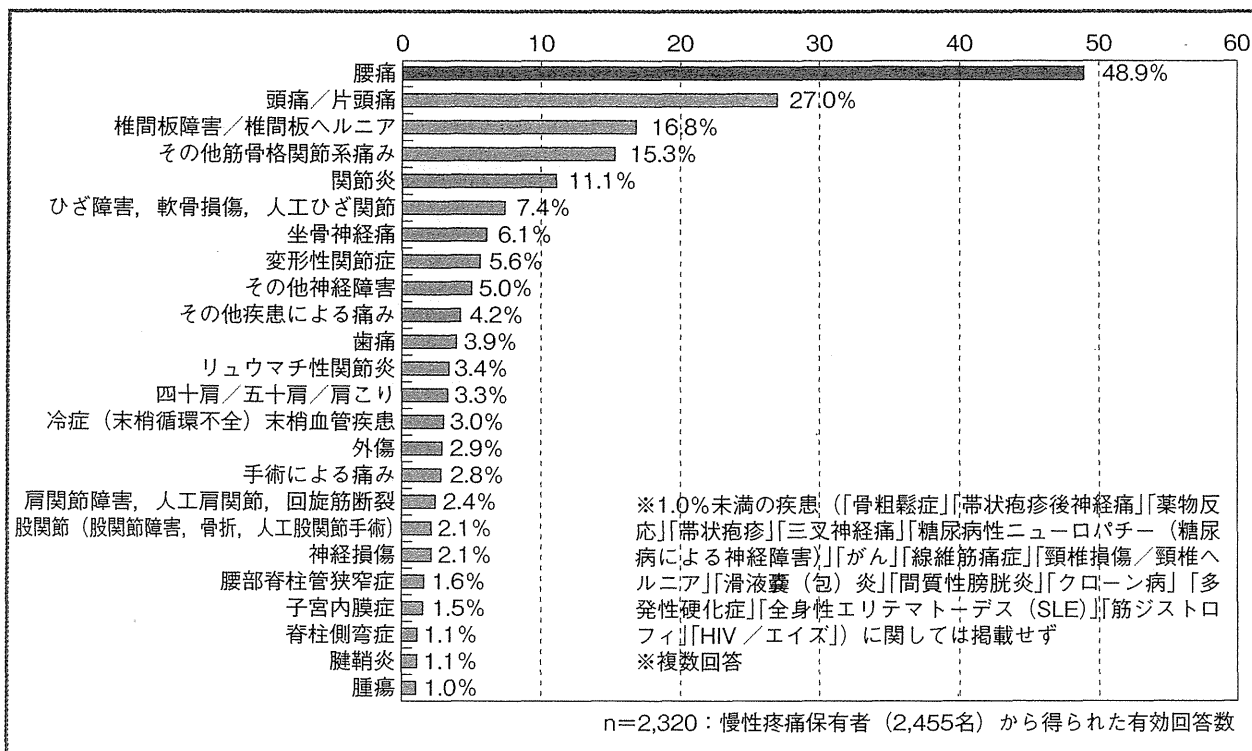


図6 慢性疼痛原因疾患

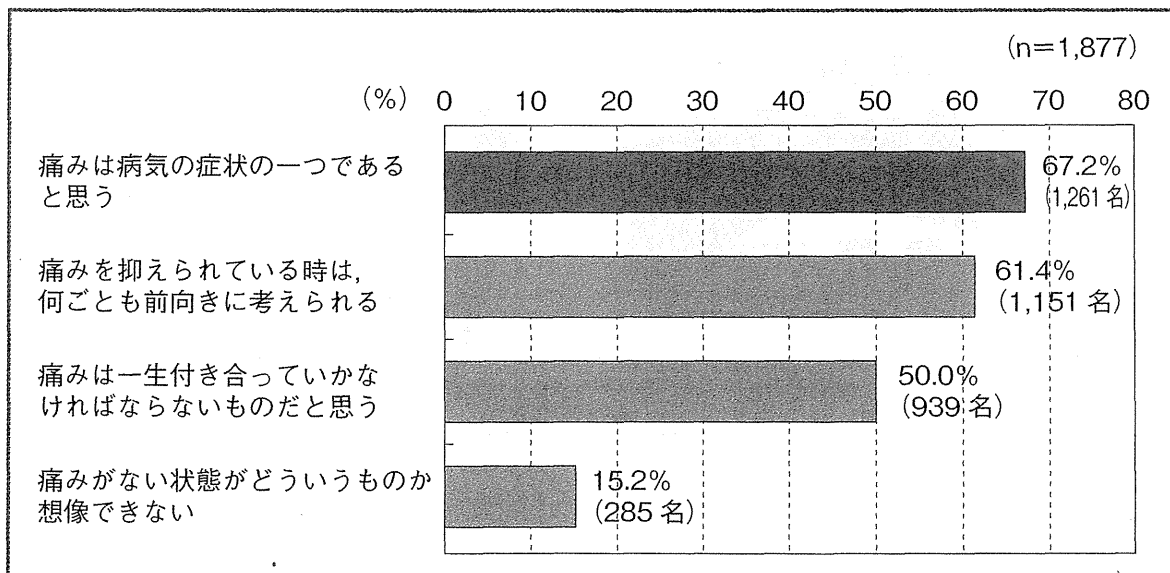


図7 疼痛に対する意識

図中の割合は「1:全くそう思わない」～「5:非常にそう思う」の5段階評価のうち、「4」と「5」を合算して算出

1,877名の慢性疼痛保有者の痛みに対する受け止め方は、「痛みは病気の症状の一つであると思う」が67.2%で最も高く、次いで「痛みを

抑えられている時は、何ごとも前向きに考えられる」が61.4%であった(図7)。

慢性疼痛保有者の治療に対する姿勢や薬物の

I. 慢性疼痛患者の疫学的調査 日本における慢性疼痛を保有する患者に関する大規模調査

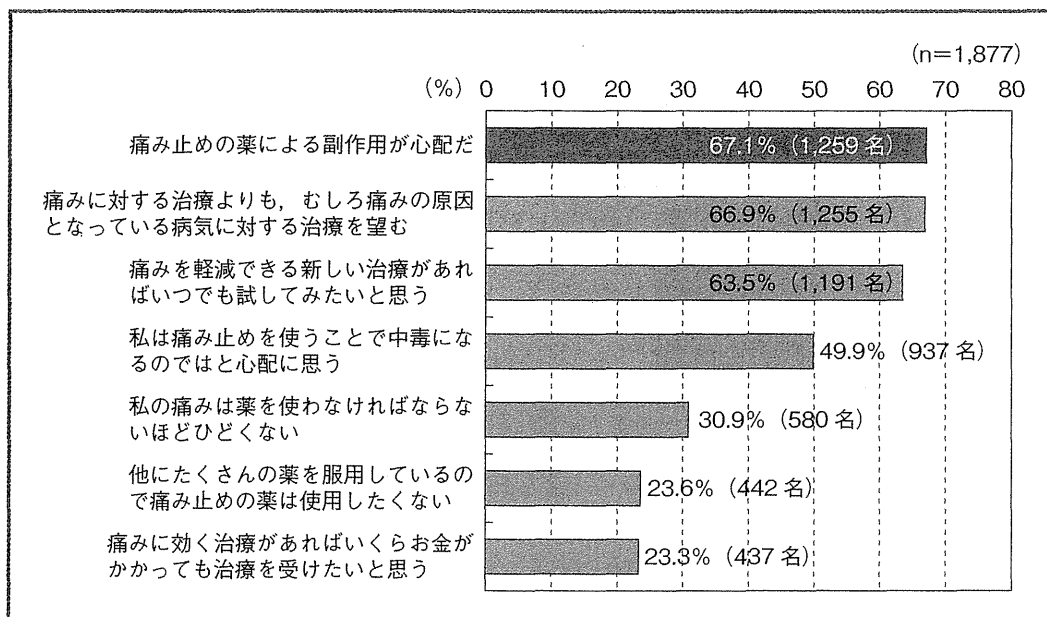


図8 疼痛治療に対する意識

図中の割合は「1：全くそう思わない」～「5：非常にそう思う」の5段階評価のうち、「4」と「5」を合算して算出

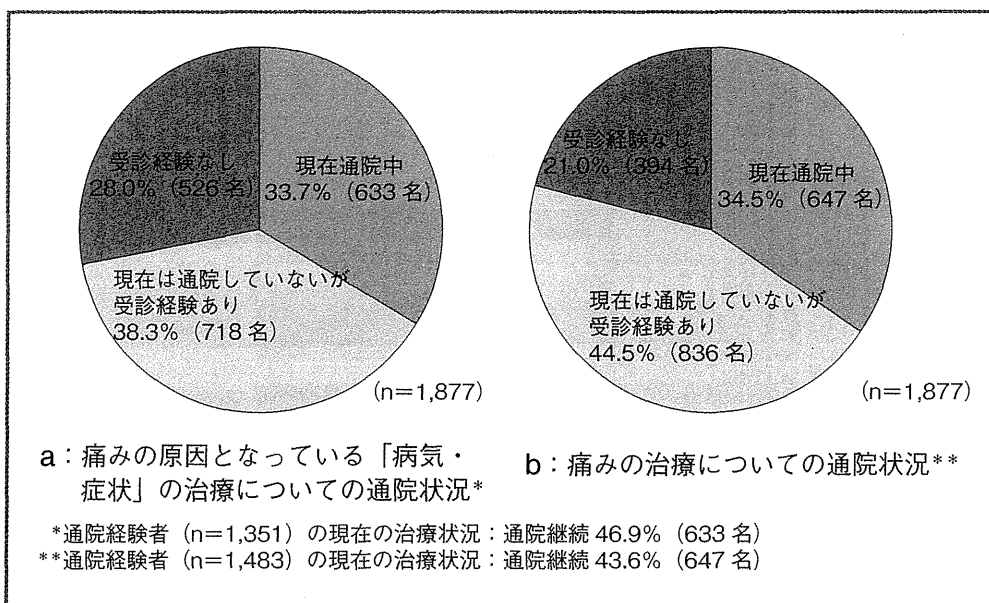


図9 慢性疼痛の原因疾患・病状の治療と痛み自体の治療のための通院状況

副作用に対する懸念は、「痛み止めの薬による副作用が心配だ」との回答が67.1%で最も高く、次いで「痛みに対する治療よりも、むしろ痛みの原因となっている病気に対する治療を望む」との回答が66.9%であった(図8)。

② 痛みの治療効果

痛みの原因となっている疾患・病状に対する治療と痛み自体の治療のための通院状況は、慢性疼痛保有者の70%程度の方が受診経験を持つが、通院継続率はそれぞれ46.9%、43.6%と

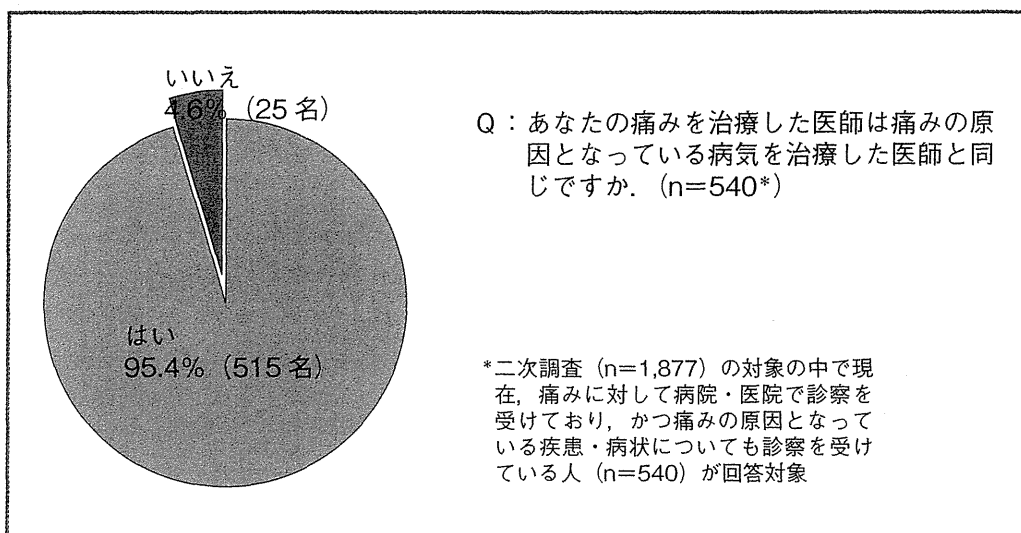


図 10 慢性疼痛治療で診察を受けている医師について

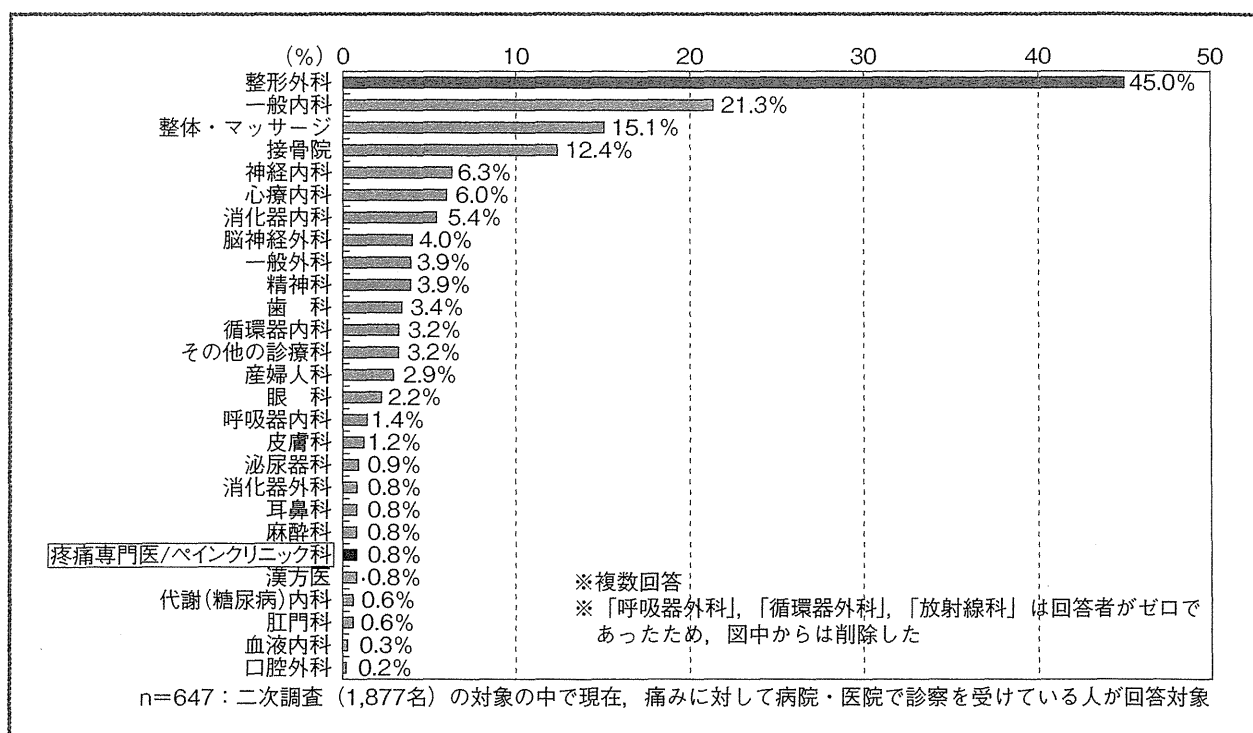


図 11 慢性疼痛治療のための通院診療科

半数以上の方が通院を中断していた (図 9)。

図 9a, b に示したが、現在、痛みに対して病院・医院で診察を受けており、かつ痛みの原因となっている疾患・病状についても診察を受けている人 (n=540) のうち、95.4%が同一医師により治療を継続されていた (図 10)。また、

通院診療科は、疼痛に対する通院治療を継続している人 (n=647) の中では「整形外科」を受診している人が 45.0%と最も多く、次いで一般内科が 21.3%であったが、「疼痛専門医/ペインクリニック科」を受診している人は 0.8%と少数であった (図 11)。

I. 慢性疼痛患者の疫学的調査 日本における慢性疼痛を保有する患者に関する大規模調査

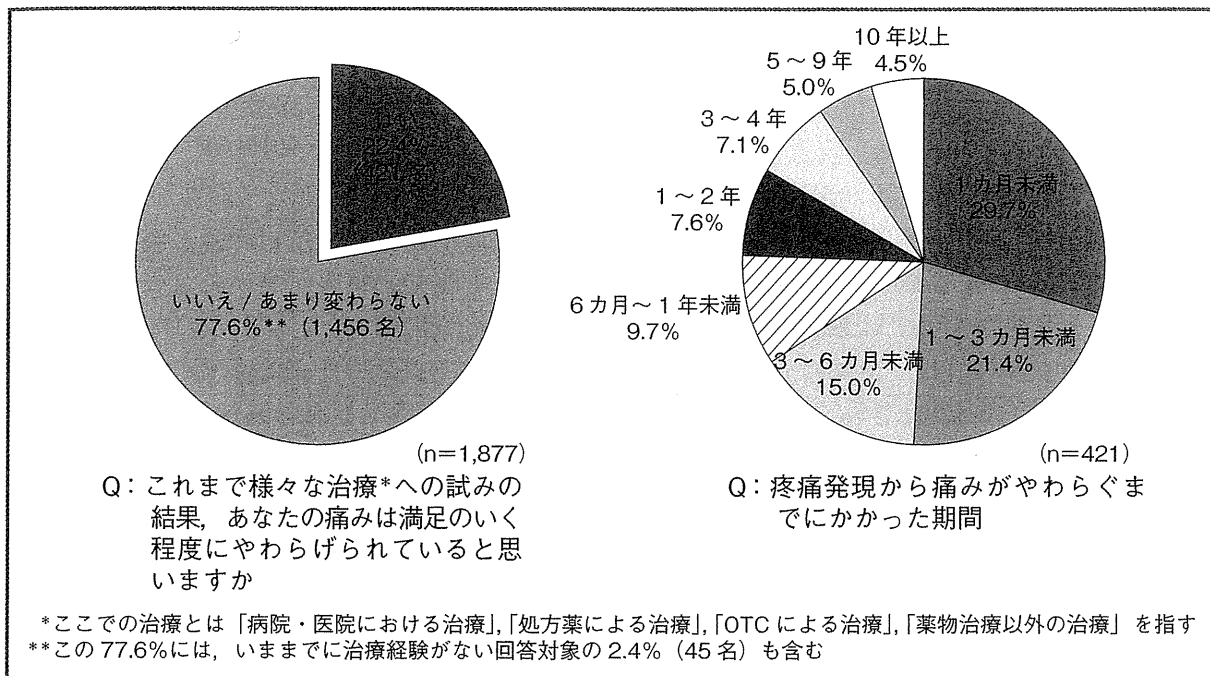


図 12 慢性疼痛治療の効果と必要期間

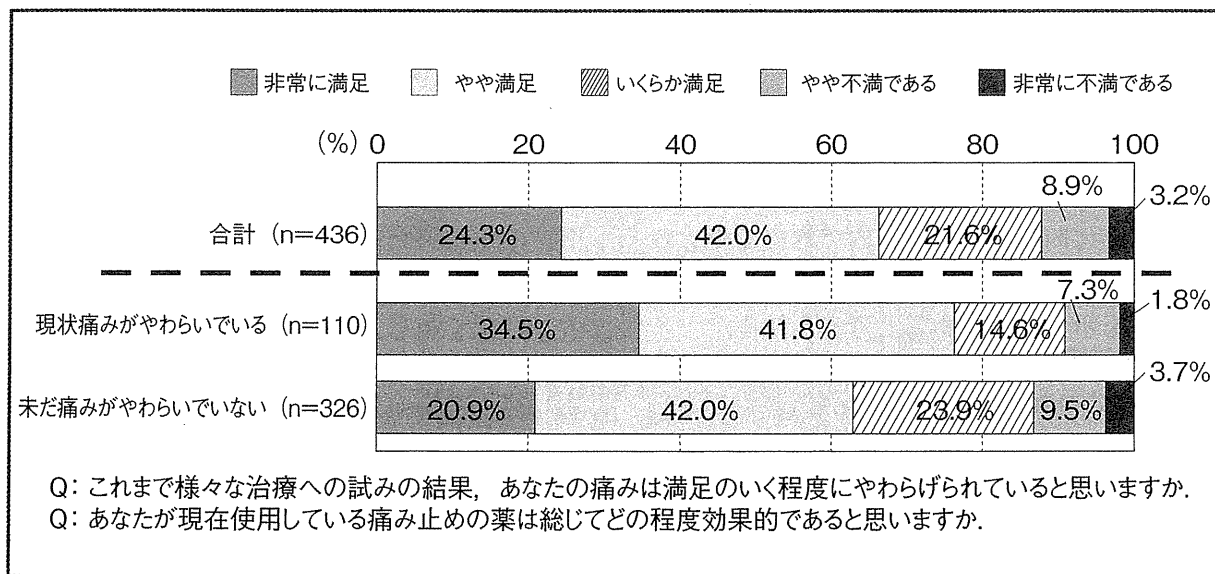


図 13 慢性疼痛治療の満足度

現在痛みの治療を受けており, かつ処方薬を使用している 436 名を対象に, 痛みの治療による除痛効果と痛みの治療に対する満足度をクロス分析

疼痛治療による痛みの軽減は 22.4% が治療の結果, 満足のいく程度に痛みがやわらいだと回答し, 治癒にかかった期間は平均 1.50 年であった (図 12).

疼痛治療に対する満足度の評価は回答者 (n=436) の調査結果 (図 13) では, 「非常に満足」, 「やや満足」, 「いづらか満足」とした人は 87.9% で, 「不満」とした人は 12.1% であった。

3. 考 察

近年、がん性疼痛をはじめ、疾患自体の治療のみでなく、治療と日常生活の質改善・向上が望まれ、症状マネジメントのための「痛み：pain」が5番目のバイタルサインとして重要視されている。欧州や米国では患者のpainに関した大規模調査が行われ、国民のpain保有率や患者意識調査の報告がなされ、適切なコントロールを行うための基礎資料となっている^{5,6)}。わが国では、慢性疼痛を有する患者に関する実態調査研究は皆無で、多くの人々の痛みからの解放を目指した医療の質向上のための基礎的資料が存在しない。今回の研究で、日本全国を対象とした一次調査は総務省統計局発行「日本統計年鑑（平成16年度版）」に基づいて「年齢」、「性別」「地域」がそれぞれ現在の日本全国の人口分布に沿った母集団を想定し、その調査結果が全国の実態を反映できるようにシミュレーションした。慢性疼痛保有者の背景因子、慢性疼痛の痛みの評価、慢性疼痛の原因、二次調査で行われた痛みとその治療に関する意識、痛みの治療効果に関する結果は国内で初めてのもので、少なくとも日本全国の慢性疼痛保有者の実情の一端を示すものであると考えられる。

図1に示した本調査の慢性疼痛保有率(13.4%)から推定すると、日本全国で約1,700万人程度の人が慢性疼痛を保有すると考えられ、ヨーロッパ諸国の平均疼痛保有率19%よりやや少なかった。慢性疼痛保有者の背景因子では保有率は年代とともに増加し、18~30歳では性差はないが、30歳以上になると男性より女性でやや多くなる傾向がみられた。(表3)。

地域別分布では、北海道17.0%、北陸・甲信越14.4%と寒冷地域で高い傾向にあったが、地域人口で補正すると、推定される慢性疼痛保有者数自体は関東で約554万人、関西で約286万

人と当然ではあるが人口の密集地帯に多かった(表4)。

疼痛の評価では、疼痛強度が重度の痛み(評価⁸⁻¹⁰⁾と答えた人では、7割弱が「常時痛い」と持続的な痛みを保有し(図4)、その保有期間も7.67年と痛みの強い人ほど疼痛にさらされている頻度・期間が長いことが判明した。ヨーロッパ諸国では全体で「常時痛い」と回答した人が35.0%⁵⁾で最も多く、日本の疼痛保有者の方が痛みを感じる頻度が多いことが明らかとなった。

疼痛部位では60%程度の人が腰部の痛みを訴えているものの、原因疾患からみると「腰痛」という症状名でしか知らされていないことが多く、明確な診断名を慢性疼痛保有者本人が知らされていないままであることが推測された。一方、ヨーロッパ諸国では、部位別では日本と同様「腰部」が第1位であるが⁵⁾、原因疾患は骨関節炎が34%で最も多く、椎間板ヘルニア/椎間板障害が15%と、本人が病名を認識している割合が日本と比べて高いことがわかった。

二次調査では、慢性疼痛保有者の治療の実態を詳細に知ることができた。痛みとその治療に関する意識調査では、図7に示されているように、慢性疼痛保有者の半数以上が、痛みは病気の一症状であり、一生付き合っていかなければならないとなかばあきらめている。これはヨーロッパ諸国でも同様に75%の人が「痛みは病気の一症状」と捉えている。しかし、痛みが抑えられている時は前向きな考え方ができるとの回答も多く、十分な疼痛治療が患者の精神面に良好な結果を及ぼし医療の質改善・向上につながる可能性が示唆される。

痛みの治療に対する意識を示した図8では、鎮痛薬による副作用を心配し、鎮痛治療よりも原因疾患の治療を優先させることを望む声が70%程度である一方で、痛みを軽減できる治療があればいつでも試したいと考える人も63.5%と、鎮痛薬使用や鎮痛治療に対しては不

表3 推定全国慢性疼痛保有者数（年齢別/性別）

	人口（千人）	慢性疼痛保有率	推定慢性疼痛患者数（千人）
日本全国	127,435	13.4%	17,096
18～30 歳未満	20,465	9.2%	1,879
30～50 歳未満	33,702	12.9%	4,358
50 歳以上	50,995	15.4%	7,863
男性合計	62,252	12.9%	8,042
18～30 歳未満	10,437	9.1%	947
30～50 歳未満	16,952	12.6%	2,140
50 歳以上	23,458	14.6%	3,436
女性合計	65,183	13.9%	9,069
18～30 歳未満	10,028	9.3%	932
30～50 歳未満	16,750	13.2%	2,217
50 歳以上	27,537	16.2%	4,458

表4 推定地域別慢性疼痛保有者数

	人口（千人）	慢性疼痛保有率	推定慢性疼痛患者数（千人）
日本全国	127,435	13.4%	17,096
北海道	5,670	17.0%	964
東北	9,778	12.7%	1,239
関東	40,871	13.6%	5,540
北陸・甲信越	8,698	14.4%	1,256
東海	14,881	12.5%	1,855
関西	20,893	13.7%	2,861
中国	7,718	12.6%	975
四国	4,137	12.9%	532
九州	14,786	13.7%	2,031

安と期待が両方存在するということが伺えた。痛みの治療効果に関しては、その原因疾患の治療、疼痛の治療ともに慢性疼痛保有者の中で通院している人は30%程度と少なく、一度は通院したものの半数は通院を止めてしまうということがわかった（図9）。また、通院中の患者では原疾患の治療を行う医師が疼痛治療も行っており、疼痛専門医やペインクリニック科に通院する人はわずか0.8%と少なく、疼痛治療による痛みの軽減では満足はいく程度に軽減した人は22.4%しかいなかった（図10, 11, 12）。ヨーロッパ諸国では疼痛専門医やペインクリニック科に通院する人は23%⁵⁾で、疼痛保有

者の60%で痛みがやわらいだと回答しており、日本では専門医受診率、疼痛治療に対する満足度が大きく下回っていた。一方、痛みの治療に対する満足度調査では、「いくらか満足」、「やや満足」、「非常に満足」とした人は87.9%と高く、十分な鎮痛を得られなくても治療に対しては満足しているという矛盾した結果が得られた。これは疼痛専門医の数が絶対的に少ないことと、痛みとその治療に関する意識でのあきらが原因として考えられ、現状では多くの人々の痛みからの解放を目指した医療の質向上とは程遠く、慢性疼痛保有者に対する薬物治療を含めた疼痛に関した正しい啓発活動の必要性が認

識された。

まとめ

日本全国に1,700万人いると推定される慢性疼痛保有者の中で、通院加療を受けている人34.5%、疼痛がやわらいでいる人22.4%に対して、受診経験がない、または通院をあきらめた人65.5%、痛みが変わらない人77.6%と、通院しても痛みが変わらない人が多いことが本調査でわかった。疼痛専門医・ペインクリニック医がこれからより一層必要とされ、その養成、啓発が緊急課題であることを改めて考えさせられる調査結果であった。

本稿の要旨は、11th International Pain Clinic World Society of Pain Clinicians (2004, 東京)で発表した。

謝辞

本大規模調査実施にあたり、ムンディファーマ株式会社よりご支援をいただきました。

文献

- 1) <http://www.ampainsoc.org/advocacy/fifth.htm>
- 2) 村川和重：モルヒネ製剤服用がん患者の意識調査. 緩和医療学 4：69-73, 2002
- 3) 厚生省・日本医師会昭和63年厚生科学研究(特別研究事業)「プライマリ・ケアに関する総合的研究」プライマリ・ケアにおけるがん末期医療のケアの在り方研究班. 1988
- 4) 平賀一陽, 武田文和：緩和医療 1：134-142, 1999
- 5) Pain in Europe A 2003 report (<http://www.painineurope.com>)
- 6) Lazarus H, Neumann CJ: Assessing under treatment of pain: the patients' perspectives. J Pharm Care Pain Symptom Control 9：5-34, 2001

※ ※ ※

GASTROINTESTINAL
SYMPOSIUM
2009

外科医にとっての緩和医療の在り方

ACHIEVING A BALANCE IN THE APPROACH TO PALLIATIVE MEDICINE:
THE DESIRABLE DIRECTIONS FOR SURGEONS

がん対策基本法(2007年4月施行)では「早期からの症状緩和」が取り組むべき最重要課題のひとつに挙げられており、がんの診断時から痛みなどの症状緩和を積極的に行うことが治療医に求められる時代を迎えている。そこで、主治医としてがんの診断時からがん患者の治療に携わる外科医にとっての緩和医療の在り方についてお尋ねした。



東口 高志 先生 藤田保健衛生大学医学部 外科・緩和医療学講座 教授
TAKASHI HIGASHIGUCHI, M.D., PH.D.

外科医は身体にも精神(こころ)にも優しいがん治療を

外科治療は侵襲的な治療である。侵襲的な治療を行う際には、精神(こころ)には勿論のこと、身体にも優しい緩和的な医療が行われるべきである。そのためには、代謝・栄養学を駆使して早く傷が修復できる身体を作り上げるとともに、代謝学的に傷の治療を遅延させる疼痛を少しでも早く緩和させることが不可欠である。そうすれば、栄養管理も疼痛制御も経口で可能となる。外科医にとっての緩和医療とは、身体にも精神にも優しい医療である。

山口 佳之 先生 川崎医科大学 臨床腫瘍学 教授
YOSHIYUKI YAMAGUCHI, M.D., PH.D.

外科医が緩和医療のABCを担う

がん治療の3本柱が手術、放射線、化学療法であるなら、緩和ケアはグラウンドゼロの医療である。いわゆる5大がん診療において、外科医はそのフロントラインに立つ機会が多い。3本柱とともにあるべき緩和ケアの早期導入および切れ目ないケアの継続を考えると、緩和ケアのABCに対する外科医の意識、知識、技術は極めて重要となる。WHO方式がん疼痛治療法に沿ったオピオイドの使用法は、外科医こそ習熟しなければならない。



田中 俊行 先生 前橋赤十字病院 消化器病センター かんわ支援チーム
TOSHIYUKI TANAKA, M.D.

外科医が緩和ケアチームのリーダーあるいは一員に

外科医は、手術等の経験から痛みをはじめとする身体的な症状の訴えを理解しやすい。また、診断時から終末期まで患者をトータルに診ることが求められているため、緩和ケアチームのリーダーあるいは一員として関わるのが望ましい。がんによる痛みを伴う患者の主治医である外科医が、抗がん治療とともに早期から緩和医療を行うためには、外科医も適切にオピオイドを使用できるようになる必要がある。

鍋谷 圭宏 先生 千葉大学大学院医学研究院 先端応用外科学 講師
YOSHIHIRO NABEYA, M.D., PH.D.

緩和外科手術で経口摂取が可能に

外科医ができる緩和医療の一つに緩和外科手術がある。緩和外科手術は、経口摂取不能の切除不能進行/再発がん患者を経口摂取可能にする手術で、それにより生存期間の延長が期待できる。食事や服薬も経口で行うことが可能になれば、在宅への移行も行きやすい。さらに経口剤を用いることができれば、痛みなどの症状コントロールも行きやすく、良好なQOLが得やすいという利点がある。

