

## 日本のがん性疼痛治療の現状

—インタビュー、アンケートの結果より（1995年4月1日～1997年3月31日）—

The Present Situation to Analyze in Japanese Cancer of Pain Relief -Interview and questionnaires from doctors of clinical oncology (1, April, 1995～31, March, 1997)

内田 隆治

Ryuji UCHIDA

（平成9年11月12日受理）

### はじめに

がんに侵された患者にとって、間断なく持続しその心身機能を著しく荒廃させ、また全身状態をも悪化させることが少なくない。根治的に、外科的、あるいは内科的ながんの除去ないし縮小がもたらされれば、がん性疼痛は速やかに軽減するが、再発や転移を起こしてしまえば、もはや外科的、あるいは内科的治療の及ぶところではなくなってしまう。しかも、終末期におけるがん性疼痛や精神的苦悩にたいする医療は複雑にして微妙な多面的な問題であり、その医療体系も必ずしも確立されているとは言えず、患者とその家族にとって大変大きな問題となっており、このことは医療者側である医師や看護者にとっても治療上重要な問題となっている。このことは、従来の医療が目指しているものが、がんのCUREに偏向しており、がん終末期におけるCUREに対してその視野から欠落していたためと思われる。近年、がん終末期医療において、肉体的な疼痛や精神的な苦痛に対しそれらを緩和させ、残された日々をより充実させ、安らかな中にも、人の生命にたいする尊厳を保ちつつ人生のフィナーレに立ち向かわせることを目指して、包括的なCUREEが実践されつつあることは、きわめて意義深いことといえる。

今回、がん性疼痛治療に現場の第一線で携わっている諸先生がたにご多忙中にもかかわらず過分の協力を得て、その現状と疼痛治療の考え方について調査し、現況とがん性疼痛治療に対してどのように考え、また、疼痛治療の今後の課題について若干の知見を得たので報告する。

### 対象と方法

がん性疼痛治療現場の第一線で携わっている諸先生の方々に協力をいただき平成7年4月1日から平成9年3月31日の期間について調査した。先生方の勤務先である病院の形態、科別（専門領域）、年齢、経験年数、経験した症例数、薬物治療について、薬物治療以外の方法について、現在おこなっている治療手順についてどのような基準をもとに考え、今後期待する治療法などについてインタビューとアンケートによって調査した。

表(1) 主たる勤務先 人数(n=286)

基幹型総合病院(200床以上)	148
癌専門病院	33
一般病院(200床未満)	68
単価病院	8
老人専門病院	7
小児専門病院	3
一般診療所	21

表(2) 外科系医師の専門領域 人数(n=74)

消化器, 一般外科を含む	42
脳外科	8
心臓血管外科	5
肺、乳腺外科	7
小児外科	6
眼科	3
耳鼻咽喉, 気管食道外科を含む	3
泌尿器科	4
産婦人科	3
整形外科	3

表(3) 内科系医師の専門領域 人数(n=183)

消化器, 一般内科含む	72
神経内科	23
循環器内科	26
呼吸器内科	8
小児科	8
内分泌, 膠原病内科	11
血液内科	10
心療内科	8

表(4) 外科, 内科系以外 人数(n=65)

皮膚科	3
放射線科	17
精神科	3
老年科	4
麻酔科(ペインクリニック料含む)	34
口腔外科(歯科)	4

表(5) 医師の年齢 人数(n=286)

20歳代	57	50歳代	51
30歳代	43	60歳代	38
40歳代	85	それ以上	12

表(6) 臨床経験年数 人数(n=286)

～5年未満	66
5年～10年未満	39
10年～20年未満	57
20年～30年未満	68
30年～40年未満	34
40年以上	16

表(7) 経験した症例数 人数(n=286)

～5例未満	28
5例～15例未満	33
15例～30例未満	96
30例～50例未満	67
50例以上	62

表(8) 使用した薬剤別 人数(n=286)複数回答可

非麻薬系鎮痛剤	286
抗精神薬(マイナーおよびメジャートランキライザー)	286
抗うつ薬	80
麻薬系鎮痛剤	286
漢方薬	69

表(9) 薬物療法以外の除痛法 人数(n=286)複数回答可

末梢神経ブロック(神経破壊剤含まず)	174
末梢神経ブロック(神経破壊剤含む)	79
硬膜外ブロック (局麻剤および鎮痛剤のみ)	127
硬膜外ブロック (マイナートランキライザー含む)	19
その他の交感神経ブロック	65
脳, 硬膜外通電法	2
中枢神経破壊法	3
東洋医学的療法	79
心理学的療法	43
芸術療法ほかその他	21

表(10) W.H.O.に提唱する方法について 人数(n=286)

常に準じている	84
主に準じている	112
自分なりに工夫している	69
知らなかった	21

## 結果と考察

今回の我々のおこなったこの調査に対象者として協力を快く引き受けて下さった医師たちの多くは基幹型全科総合病院に勤務しているものももっとも多くこのなかには大学病院も含まれている。一般病院、がん専門病院がこれに続き、さらに個人診療所となっており、老人専門病院や単科病院、小児病院そのほかはやや少なかった(表1)。

科別(専門領域)では、外科系では消化器外科および一般外科が最も多く、他の領域は今回の調査では少なかった(表2)。内科系では専門領域が重なる割合も多く、消化器内科、一般内科が圧倒的に多く呼吸器内科、循環器や神経内科も約一割を占めていた(表3)。それ以外では麻酔科が約六割を占め放射線科がほぼ約半数でその他の科も少数ながらそれぞれ数名づつ協力していただいた(表4)。

医師達の年齢分布をみると、40歳代が最も多く、20歳代と50歳代ほぼ同数に並び、ついで30歳代、60歳代と続き、70歳以上が少数ながらそれらに続いていた(表5)。経験年数もそれに準じて20年以上30年未満が圧倒的に多く、ついで5年未満、さらに10年以上20年未満と続いていた(表6)。

症例数では15例から30例未満が96名と最も多く、30例から50例未満と50例以上がほぼ同数で並び、数多くの症例を経験した若手と中堅から熟練した医師達が多きも全体の約半数以上を占めたことは注目に値することであろう(表7)。

この調査を思い立った要因の一つであるがん性疼痛治療の実際について調べたところ、非麻薬系鎮痛剤と麻薬系鎮痛剤が全例で使用されていることは予測できたが、その使用量が適切かどうかはまだまだ今後検討されてしかるべき問題といえる。さらに抗うつ薬や、マイナートランキライザーおよびメジャートランキライザーがこれに続き、漢方薬は25%をこえていることは注目に値する(表8)。薬物療法以外では硬膜外ブロック、末梢神経ブロックが中心的で麻薬系鎮痛剤の全身投与がそれらに続いている。東洋医学的治療や種々の心理学的治療等もこれらについて数多くおこなわれている(表9)。WHOが掲げている方法に準じておこなう医師達が9割くらいを占めるものの、治療効果の評価の点について言えば、適切な治療を受けていないか、あるいは、まずまず治療効果が上がっていると答えた医師達が6割にしか達していなかった。痛みの強さの判定のひとつをとっても医師達は患者中心のチーム医療が益々重要視される中で今後の課題といえる(表10)。また、治療目標の設定や鎮痛薬投与量をきめるさい非麻薬系鎮痛剤の有効限界を知り、一段強い鎮痛薬なり鎮痛方法に切り替えることも重要である。副作用を恐れるあまり十分なモルヒネの使用に踏み切ることも大切なことと思われる。麻薬の我が国における使用量の少なさは、十分な患者観察と個別的な必要量の決定が不可欠と思われる。また、全人的な痛みという概念への配慮不足も心の問題の解決も軽視しては十分な治療効果は望めない。耐性や薬物依存の問題に関して言えば、本来、正しく用いればその発生頻度は1%以下であり、正しい知識の普及が望まれる。現時点においては、痛みの診断をよりの確におこない患者の訴えに耳を傾け、強さを正確に把握しその目安として日常生活上の行動をどれだけ妨げているか、たとえば、睡眠はどれだけ妨げているか過去に体験した痛みと比べてどうかなど治療方針をたてる上で大変重要である。原因について言えば、詳細な病歴と理学的所見を知ることは重要であり全身状態、日常の動作、知覚異常や筋力低下など局所の神経学的所見などを見る必要がありその上でそれらの所見を裏付けるレントゲン検査血液検査など必要に応じて

検討することが大切である。心理状態について言えば患者のタイプを念頭に置いて患者の気分、心理状態に注意を払う必要がありとくに、不安やうつ程度、病状の経過についての受け止め方、人生についての考え方などに注意することが重要である。痛みの経過については、痛みが「いつから」「どこに」「どの範囲で広がっているか」また「痛みの性状」「体動との関係」「放散性か」などを注意深く聞き取る。また、痛みをまず軽くしてあげてからのちに痛みの詳しいアセスメントを進め、十分なラポールを得られるよう様々な工夫が試みられるべきであり、痛みの治療を開始したら繰り返し効果を判定し、たとえば、処方の変更が必要かどうか治療効果のきめの細かい観察と効果の向上と維持に必要な配慮を常におこない、薬物以外に治療法の適応があるかを常に患者と話し合うことは大切である。また、処置を必要とする病的骨折や腸閉塞など特定の治療を必要とする緊急事態のサインとしての痛みではないことを確認することが肝要である。今後さらに、より多くの協力者を得てアンケート法の充実を図り対象者群を増やして詳細な研究を積み重ねて継続していくことが課題である。また、看護者側から見たがん性疼痛治療の現況についてチーム治療とより良い医療体系の確立に向けて本学看護学科藤田、阿部らによって現在続々とデータを解析中であることを付け加えておきたい。最後にこの稿を終えるにあたり今回御協力いただいた多くの諸先生方に深く感謝の意を申し上げますとともに、この研究に際し文部省科学研究費の援助を頂いたこと、また、本論文の要旨は第27回日本慢性疼痛学会総会にて発表したことを付け加えさせていただきます。

### 参考文献

- 1) 武田文和：がんの痛みの鎮痛薬治療マニュアル—すべてのがん患者の痛みからの開放のために・金原出版、東京、1994、p3-34
- 2) 武田文和：W. H. O. Pain Relief Programについて、ペインクリニック、7：p91-97
- 3) 柏木哲夫：癌性疼痛の診断・JJnスペシャルno.1 p10-12
- 4) 鈴木太：悪性腫瘍に伴う痛み・ペインクリニック、2、p391-399

(高知女子大学家政学部看護科)