

# がん患者におけるがん性疼痛と QOL の関係性

武田 紀子<sup>1</sup>, 大面 和子<sup>2</sup>

## Abstract

This study aimed to clarify relationships between the pain and the quality of life (QOL) of cancer patients taking analgesics, and between a patient's characteristic and QOL.

Instruments used for measurements were pain level, SF-36 for the QOL and patient demographics. Data was collected in patient interviews and from medical and nursing records. For data analyses, a correlation coefficient was used for pain level and QOL. The Man-Whitney test was used for patient characteristics and QOL. Data collation was begun after receiving approval from the RIB of Mie University and the patient's agreement to participate.

Twenty-nine patients from the same hospital participated this study. Pain level was found to correlate with "Mental Health". The QOL of "Mental Health" fell as pain became more severe. Also, patients at home had significantly better QOL of "Social Functioning" than those staying in hospital during the past month.

These findings suggested that more attention needs to be given to pain assessment considering mental as well as physical states. Moreover, that fact patients at home have better QOL than those in hospital should also be taken into consideration.

**Key Words:** Cancer pain, QOL, SF-36

## I. 緒言

がん性疼痛は、治療を受けているがん患者の3分の1、進行がん患者の3分の2以上におこり<sup>1)</sup>、その痛みのレベルも深刻である<sup>2)</sup>。日本では終末期の除痛率も不十分である<sup>3)</sup>。しかし近年では、緩和ケアに対する関心も高まり、2002年4月から入院患者に対するがん緩和ケアチームの保険診療加算が開始され、2006年に成立したがん対策基本法<sup>4)</sup>の中で、がん患者の療養生活の質の向上の維持として、治療の初期段階からの緩和ケアの実施を明文化し、緩和ケアを取り巻く医療情勢も変化してきている。

痛みは主観的な感覚であり、その体験している者のみが感じている症状である<sup>5,6)</sup>。がんの痛みは「Total Pain」といわれ、侵害的な身体的因子のほか、心理的、社会的、Spiritualな諸因子が包含されている<sup>7)</sup>。がんの痛みは多次元なものに影響を受け<sup>8)</sup>、がん性疼痛の体験が認知にも影響を与えている<sup>9)</sup>。つまり、がん性

疼痛は身体面のみならず、心理的、社会的、Spiritualな諸側面から生じ、がん患者の人生に影響を及ぼしているといえよう。したがってがん性疼痛ががん患者のQuality of Lifeに与える影響は多大なものであると考えられる。

Quality of Life (以下 QOL) は保健医療分野において重要なアウトカム指標として取りざたされている。がん治療も単に生命予後や、生存率のみをアウトカム指標とすることは求められなくなり、患者が受けている医療に対する満足度、幸福度を基盤とした患者の生活・生命の質の維持、向上を考慮に入れる<sup>10)</sup>ことが求められるようになってきた。日常生活の中で何ができるかといった患者の機能状態 (functional status) や、自分の身体や精神の状態を個人がどのように感じているか (well-being) が重要視されつつある。こうした患者の機能状態や健康状態に着目した QOL を、健康関連 QOL としている。機能状態 (functional status) や健康状態 (well-being) を包括的に捉え、生命を有

1 JA 三重厚生連松阪中央総合病院

2 三重大学医学部看護学科

する人間がいかに毎日を充実させて満足感を持って生活を送ることが出来るか<sup>11)</sup>ということがQOLになる。がん患者のQOLに関する研究<sup>12-16)</sup>も複数あり、QOLによる評価が重要視されていることがうかがえる。

がん性疼痛のある患者を対象にした看護介入<sup>17-19)</sup>では、痛みの体験として、患者が知覚した痛み、その痛みにもどのような反応を示し、痛みをどう評価したかについて様々な痛みの体験が述べられている。その中で痛みに対する反応としてADLの低下や自己価値観の低下も見られ、痛みは患者の生活や気持ちを蝕んでいる。

がん性疼痛が生活へどのような影響を及ぼしているかの調査<sup>20)</sup>では、日常生活・仕事・睡眠に影響があった。また、痛みの増強は病気の悪化を意味するものと捉え、痛みの強さの増強と、疲れやすさ、体力・気力の低下、心理的な苦痛の増強との間には、有意な相関が示された<sup>21)</sup>。痛みのある外来通院中のがん患者にとって痛みが苦痛そのものであり、その痛みが日常生活に影響を及ぼしていた<sup>22)</sup>。以上より、痛みが患者の日常生活に大きな影響を及ぼしていることが示唆される。日常生活に影響を及ぼすということは、患者の生活の質、QOLが問われることになる。

QOLと疼痛の関係について外来がん患者の疼痛と、身体機能や社会機能や精神面における関係性を調査したもの<sup>23)</sup>、疼痛コントロールによるQOLの変化を調査したもの<sup>24)</sup>、疼痛がある人と疼痛がない人のQOLの比較調査<sup>25)</sup>、疼痛の程度とQOLの関係に疾患の重症度がどのように影響をしているのかを調査したもの<sup>26)</sup>、などがある。しかしこれらはいずれも海外における研究であり、日本におけるがん性疼痛とQOLについての研究についてはまだ少ない。

人間は日々の生活をよりよく生き、より豊かに送れることを願っている。がん性疼痛は、そうしたよりよい生活や豊かな生活、つまりQOLに影響を及ぼしている。がん患者のQOLのどの部分に疼痛が影響を与えているのかを明らかにすることで、がん性疼痛を持つ患者にどのような看護介入が必要になるのかを示唆できるのではないかと考える。

## II. 研究目的

本研究の目的は、がん患者のがん性疼痛とQOLの関係性、また、個人特性とQOLの関係性を明らかにし、ケアへのあり方を考えることである。

## III. 方法

### 1. 調査方法

がん性疼痛とQOLの測定については、質問調査票を用いた面接調査によりデータ収集を行った。また、診療記録や看護記録より個人特性の調査を実施した。

### 2. 調査対象

がん性疼痛を有する、もしくはがん性疼痛のコントロールのために鎮痛剤（オピオイドや非ステロイド性抗炎症薬）を内服している者、日本語での会話が可能な者、面接調査に耐えうる者を病棟の看護師長に選定してもらい、選定した対象者の中から、研究者が診療記録や受持ち看護師から情報を得、本研究の対象者に適しているかを判断した上で協力依頼を行った。

質問調査の実施にあたり、がん性疼痛を有する患者の多い病棟（消化器内科病棟、血液・腫瘍内科病棟、婦人科病棟、耳鼻科病棟、外科病棟）を選定し、A病棟の緩和ケアチームのメンバーに確認した。

### 3. 研究期間

本研究における調査期間は2006年6月5日から2006年9月28日であった。

### 4. 測定用具

がん性疼痛の程度については、過去1ヶ月間の身体の痛みを6段階評価で答えてもらった。なお、この項目はSF-36における「体の痛み」の項目のひとつである。

がん患者のQOL指標は、The Medical Outcome Study Short-Form 36 (Japanese edition of SF-36) version 2 Standardを用い、過去1ヶ月間の振り返りができるスタンダード版を使用した。SF-36では人の健康に関するQOLは「身体的な側面」と「精神的な側面」の2つの因子によって規定され、それら2つの因子は8つの下位尺度（身体機能・日常役割機能（身体）・体の痛み・全体的健康感・活力・社会生活機能・日常役割機能（精神）・心の健康）をもって表示される概念構築である<sup>27)</sup>。本研究では全体的健康感についての質問項目は患者への心理的負担が高いと判断し、全体的健康感を除く7つの下位尺度を用いることとした。以下に7つの各下位尺度の得点が表す意味について述べる。

身体機能（PF）は、階段昇降や歩行距離や入浴動作について活動が実施できるか否かを評価する。質問項目数は10項目である。日常役割機能（身体）（RP）は、仕事や普段の活動をしたときに身体的な理由で問

題があったか否かを評価する。質問項目数は4項目である。体の痛み (BP) は体の痛みの程度とその痛みのために日常生活が妨げられたか否かを評価する。質問項目数は2項目である。社会生活機能 (SF) は家族、友人、近所の人、その他の仲間との普通の付き合いが、身体的あるいは心理的理由で妨げられたか否かを評価する。質問項目数は2項目である。活力 (VT) は活力にあふれていたか否かを評価する。質問項目数は4項目である。日常役割機能 (精神) (RE) は仕事や普段の活動をした時に心理的な理由で問題がなかったか否かを評価する。質問項目数は3項目である。心の健康 (MH) は神経質で憂うつであったか、もしくは落ち着いていて楽しくおだやかな気分であったか否かを評価する。質問項目数は5項目である。

個人特性の調査については、SF-36での質問項目が、過去1ヶ月間の状態についての調査を行うため、個人特性においても過去1ヶ月間、大きな変動のないものを採用した。性別・年齢・職業の有無・過去1ヶ月間の治療内容・過去1ヶ月間の療養場所・ソーシャルサポートの人数・配偶者の有無・過去1ヶ月間の疼痛以外の症状の有無と疾患名について、診療録から情報を得た。

SF-36v2™日本語版の使用にあたり、NPO 健康医療評価研究機構へ使用登録申請をウェブサイトより行い、使用登録を行った。

SF-36の7つの下位概念についての調査項目におけるクロンバッハ $\alpha$ 係数は、以下のように算出されている。身体機能 (PF)=0.87, 日常役割機能 (身体) (RP)=0.93, 体の痛み (BP)=0.87, 活力 (VT)=0.77, 社会生活機能 (SF)=0.76, 日常役割機能 (精神) (RE)=0.93, 心の健康 (MH)=0.83<sup>28)</sup>であった。

## 5. 分析方法

- 1) 得られたデータから過去1ヶ月間の疼痛の程度と個人特性の概要を記述した。
  - 2) 過去1ヶ月間の疼痛の程度とQOLの7つの下位尺度、身体機能・日常役割機能 (身体)・体の痛み・活力・社会生活機能・日常役割機能 (精神)・心の健康の各項目は標準スコア算出法を用いてスコア化した。
  - 3) 疼痛の程度とQOLの7つの下位尺度との相関関係を Pearson の積率相関係数を用いて分析を行った。
  - 4) 各個人特性によるQOLの7つの下位尺度への影響の差をみるために各個人特性と7つの下位尺度について Mann-Whitney 検定を用いて比較分析を行った。
- 統計ソフトは SPSS version 15.0 を使用した。

## 6. 倫理的配慮

本研究は三重大学医学部研究倫理委員会の審査を受け、承認された。本研究の調査にあたり対象者へは、書面と口頭で説明し同意を得た。説明内容には本研究への参加が対象者の自由意思であること、研究に参加しなくとも治療上ならん不利益をこうむることのない旨を説明した。また、面接調査を行う際には対象者の都合のよい時間と場所を提供できるように配慮した。質問項目の中で答えたくない質問内容については、答えなくていいこと、調査への参加は途中で取りやめることも可能であることを説明した。データは全てコード化し個人が特定されることがないように処理した。

## IV. 結果

### 1. 対象者の概要

A 病院入院中の患者 29 名 (男性 16 名, 女性 13 名)。概要は表 1 に示す。対象者の平均年齢は 62.59 (SD $\pm$  8.76) 歳であった。何らかの職業に従事しているものは 9 名いたが、対象者の半数以上は職業に従事していなかった。主要疾患別では、肺がんが最も多く、次いで乳がん、咽頭がん、悪性リンパ腫であった。その他の疾患は膀胱がん、卵巣がん、食道がん、胆嚢がんが各 1 名ずつであった。

配偶者の有無では、配偶者がいる者が半数以上であり、配偶者がいない 10 名のうち、内縁関係のパートナーが存在している者が 1 名、死別は 6 名であった。家族形態は、単身世帯は 1 割のみで、それ以外の者は何らかの形で誰かとともに暮らしていた。ソーシャルサポートの人数では 6 割近くが 6 人以上いると答え、ソーシャルサポートがないと答えた者はいなかった。

調査時点では 7 割強の対象者がオピオイドを内服しており、オピオイドを内服していない者は、非ステロイド性抗炎症薬を内服していた。

過去1ヶ月間に受けていた治療方法では化学療法が最も多く、次いで放射線療法であった。また、化学療法と放射線療法の併用者もいた。過去1ヶ月間の療養場所は、自宅と病院での生活を送っていた者が 15 名と、1ヶ月以上入院生活が続いている者が 14 名であった。

### 2. がん性疼痛とその他の症状

過去1ヶ月間の疼痛の程度については表 2 に示す。痛みが「中くらいの痛み」以上であったという者は 82.8% を占めている。一方、「痛みがぜんぜんなかった」という者も 2 名いた。

過去1ヶ月間に疼痛以外の症状があった者は 29 名

表1 対象者の概要

| 特 性                      |                     | 人数(%)     |
|--------------------------|---------------------|-----------|
| 職 業                      | あり                  | 9 (31.0)  |
|                          | なし                  | 20 (69.0) |
| 疾患名                      | 肺がん                 | 9 (31.0)  |
|                          | 乳がん                 | 4 (13.8)  |
|                          | 咽頭がん                | 4 (13.8)  |
|                          | 悪性リンパ腫              | 4 (13.8)  |
|                          | 子宮がん                | 2 ( 6.9)  |
|                          | 多発性骨髄腫              | 2 ( 6.9)  |
|                          | その他                 | 4 (13.8)  |
|                          | 配偶者                 | あり        |
|                          | なし                  | 10 (34.5) |
| 家族形態                     | 単身                  | 4 (13.8)  |
|                          | 夫婦のみ                | 8 (27.6)  |
|                          | 夫婦と子供               | 12 (41.4) |
|                          | その他                 | 5 (17.2)  |
| ソーシャルサポートの人数             | 1人                  | 2 ( 6.9)  |
|                          | 2人                  | 4 (13.8)  |
|                          | 3人                  | 1 ( 3.4)  |
|                          | 4人                  | 2 ( 6.9)  |
|                          | 5人                  | 3 (10.3)  |
|                          | 6人以上                | 17 (58.6) |
|                          | 治療内容<br>(過去1ヶ月間の状態) | 化学療法      |
| 放射線療法                    |                     | 6 (20.7)  |
| 手術                       |                     | 1 ( 3.4)  |
| 精査                       |                     | 9 (31.0)  |
| 化学療法と放射線療法               |                     | 3 (10.3)  |
| オピオイド内服の有無               | あり                  | 21 (72.4) |
|                          | なし                  | 8 (27.6)  |
| 疼痛以外の他の症状<br>(過去1ヶ月間の状態) | 症状あり                | 19 (65.5) |
|                          | 症状無し                | 10 (34.5) |
| 療養場所<br>(過去1ヶ月間の状態)      | 病院                  | 14 (48.3) |
|                          | 自宅と病院               | 15 (51.7) |

のうち19名で6割強であった。疼痛以外の症状の内訳を表3に示す。過去1ヶ月間の疼痛以外の症状で、最も多かった症状は吐き気と食欲不振であり、次いで倦怠感であった。

### 3. 疼痛の程度とQOLの相関関係

1カ月間の疼痛の程度とQOLの相関性について、表4のような結果となった。

1ヶ月間の疼痛の程度と強い相関を示したのは、「体の痛み (BP)」と「心の健康 (MH)」であった。「疼痛の程度」と「心の健康」については正相関が認められた。つまり「心の健康」と「疼痛の程度」の相

表2 過去1ヶ月間の疼痛の程度

| 疼痛の程度    | 人数 (%)    |
|----------|-----------|
| 非常に激しい痛み | 7 (24.1)  |
| 強い痛み     | 6 (20.7)  |
| 中くらいの痛み  | 11 (37.9) |
| 軽い痛み     | 2 ( 6.9)  |
| かすかな痛み   | 1 ( 3.5)  |
| ぜんぜんなかった | 2 ( 6.9)  |
| 合 計      | 29        |

表3 過去1ヶ月間の疼痛以外の症状  
(複数回答)

| 症 状           | 人数 (%)   |
|---------------|----------|
| 吐き気           | 5 (19.2) |
| 食欲不振          | 5 (19.2) |
| 倦怠感           | 4 (15.3) |
| 皮膚発赤 (放射線照射部) | 3 (11.4) |
| 味覚異常          | 2 ( 7.6) |
| 血痰            | 1 ( 3.9) |
| 不眠            | 1 ( 3.9) |
| 便秘            | 1 ( 3.9) |
| さ声            | 1 ( 3.9) |
| 四肢のしびれ        | 1 ( 3.9) |
| 耳漏            | 1 ( 3.9) |
| 舌の動きの鈍さ       | 1 ( 3.9) |
| 合 計           | 26       |

関性においては、疼痛の程度が低ければ低いほど、「心の健康」のQOLが高いという関係性が認められた。

また、「身体機能 (PF)」と「日常役割機能 (身体) (RP)」,「日常役割機能 (身体) (RP)」と「日常役割機能 (精神) (RE)」,「活力 (VT)」と「社会生活機能 (SF)」に強い相関性が認められ、「身体機能 (PF)」と「日常役割機能 (精神) (RE)」,「日常役割機能 (身体) (RP)」と「社会生活機能 (SF)」に弱い相関性が認められた。

### 4. 各個人特性とQOLの関係

各個人特性が、QOLに影響を与えていないかをMann-Whitney検定を用いて比較分析をした。個人特性のうち「過去1ヶ月間の療養場所」において「社会生活機能 (SF)」で有意差が認められた (表5)。病院で生活していた者より、自宅と病院で生活していた者のほうが「社会生活機能」においては得点が高かった。他の項目については有意差が認められなかった。



表 4 疼痛の程度と QOL の相関関係

|            | 疼痛の程度 | SF-36 下位尺度 |       |          |      |          |          |          |
|------------|-------|------------|-------|----------|------|----------|----------|----------|
|            |       | BP         | PF    | RP       | VT   | SF       | RE       | MH       |
| 疼痛の程度      | 1     | .961(**)   | -.022 | .074     | .160 | .140     | .069     | .894(**) |
| SF-36 下位尺度 | BP    | 1          | .082  | .229     | .259 | .191     | .199     | .901(**) |
|            | PF    |            | 1     | .552(**) | .029 | .166     | .374(*)  | .126     |
|            | RP    |            |       | 1        | .264 | .468(*)  | .650(**) | .201     |
|            | VT    |            |       |          | 1    | .491(**) | .145     | .168     |
|            | SF    |            |       |          |      | 1        | .240     | .237     |
|            | RE    |            |       |          |      |          | 1        | .263     |
|            | MH    |            |       |          |      |          |          | 1        |

Pearson 積率相関係数

\*p<.05 \*\*p<.01

表 5 療養場所と QOL の関係

| SF-36 QOL 下位尺度   | 療養場所              |                      |
|------------------|-------------------|----------------------|
|                  | 病院 (n=14)<br>M±SD | 自宅と病院 (n=15)<br>M±SD |
| 身体機能 (PF)        | 13.64±19.10       | 15.70±13.65          |
| 日常役割機能 (身体) (RP) | 22.14±11.74       | 29.42±15.19          |
| 体の痛み (BP)        | 29.96±11.48       | 32.38±12.79          |
| 活力 (VT)          | 39.48± 6.47       | 40.40± 7.19          |
| 社会生活機能 (SF)      | 29.85±16.89*      | 45.26±15.76*         |
| 日常役割機能 (精神) (RE) | 28.02±13.38       | 36.44±10.34          |
| 心の健康 (MH)        | 32.21± 9.92       | 36.18±12.13          |

Mann-Whitney 検定

\*p<.05

## V. 考 察

### 1. がん患者の痛み

本研究において、過去 1 ヶ月間の疼痛の程度では 80% 強の対象者が「中くらいの痛み」以上の疼痛を感じていた。過去 1 ヶ月間の痛みを調査しているため、疼痛コントロールがなされていなかった状態の者や、入院前の状態が不安定な時の疼痛の程度を表現した対象者もいる。がん性疼痛による痛みの程度はほとんどのものが中程度以上の痛みがあり、非常に厳しい痛みであることがうかがえる。がん性疼痛はどの病期にも痛みが発生し、がんの進行とともに痛みの発生は多くなり、がんを有している限り慢性的に続く痛みである。がんに関わる患者の苦悩について金子<sup>29)</sup>らは身体面に関連する苦しみとして「身体に痛みがありつらい」という因子をあげている。がん患者にとって「痛み」というものは大きな苦しみであり、この「痛み」を軽減することは大きな意味を持つものであると考える。

がん性疼痛による「痛み」はただ単に身体の痛みのみを指すものではない。がんの発痛メカニズムはがん

特有のものではなく、良性疾患による痛みなどとも共通のものである<sup>30)</sup>。メカニズムに差異はないが、がん性疼痛は良性疾患の痛みと明らかに異なる。その違いについて後明<sup>31)</sup>は、がんの痛みの背景には「絶望感・挫折感」と、様々な苦悩（収入の途絶、療養費の工面、家族の生活費の確保、子供の教育の問題、家事や育児の問題など）や苦痛（検査や手術や化学療法に伴う苦痛、がんの進行に伴う苦痛特に激痛）、そしてこれらが死ぬまで持続するであろうこと、こうした事を「予期しての不安感」が極度に高まることでがん特有の痛みが現れる、と述べている。日々の患者との関わりの中で、「死ぬことは仕方がないが死ぬ時に痛い思いをするのは怖い。」とか「がんになったら痛みがひどくなるんだよね、そう思うと心配だ。」などと訴えられたことがある。この世に生を受けた人間は、いつか亡くなるということは理解できていても、その過程において、身体面のみで現れる苦痛以外にも様々な要素がつきまとい、がん患者におけるがん性疼痛等の症状も、複雑な様相を呈する。がん患者の発する「痛い」という言葉には、様々な含意があることを念頭においてお

かなければならない。

こうした苦痛を和らげる介入を緩和ケアと称して久しいが、まだまだ緩和ケアがターミナルケアやホスピスケアと同じ意味としてとらえられている状況である。しかし、がん患者は終末期のみにこうした苦痛を抱えるのではなくがんが診断されたその時から、様々な苦痛を抱えている。その苦痛を緩和し、その人らしく過ごしてもらうためにも早期からの緩和ケアの提供が必要とされる。がん対策基本法にもあるように早期から緩和ケアの提供がなされる事は、がん患者のQOL向上のために必要であろう。

## 2. がん性疼痛のあるがん患者のQOL

1ヶ月間の疼痛の程度と強い相関を示したのは、「体の痛み (BP)」と「心の健康 (MH)」であった。しかし、この疼痛の程度は「体の痛み」の質問項目のうち1項目であるため、疼痛の程度と「体の痛み」に強い相関性が認められたと考える。したがって本結果からは「心の健康」が疼痛の程度と相関性があったといえる。

アメリカ合衆国厚生省公衆衛生局健康管理政策研究機関により出版されたがん疼痛の治療ガイドラインでは、除去できない慢性の痛みが続くと患者は積極的な治療計画を拒否したり、痛みが激しく患者が鬱的であると自殺を考へることがある<sup>32)</sup>と記されている。Akechiら<sup>33)</sup>の調査では、精神科へのコンサルテーション依頼があったがん患者の60%ががん性疼痛を持っていた。また、がん性疼痛のあるがん患者のQOLS得点において、痛みの強さと「痛みによる心理的苦痛」と「体力・気力」と「疲れやすさ」に有意な相関<sup>34)</sup>を認めている。本研究結果からも、疼痛の程度ががん患者のQOLに影響を及ぼしていることが示唆された。

がん性疼痛は主観的な症状であり、痛みを感じている本人が認知し、評価することで初めて存在する。痛みの閾値を低下させる因子として不安、恐怖、悲しみやうつ状態<sup>35)</sup>がある。つまり疼痛を評価する際に、これらの因子が存在すると、より痛みを強く感じるようになる。本研究結果からも、疼痛の程度が強くなるにしたがい「心の健康」のQOLが阻害されるため、疼痛の程度が強い患者ほど、疼痛の評価がより深刻なものになることが考えられる。がん性疼痛は、がん患者の精神的側面へ影響を及ぼしており、精神的側面ががん性疼痛にも影響を及ぼすというように、相互に影響しあっている。したがって、患者が疼痛の評価を行う段階で精神的側面の影響を受けるため、患者の疼痛についてアセスメントを行うときには、患者の疼痛の程度を考慮したうえで、患者の疼痛の評価を理解する必

要がある。一方、こうした評価において、医師は患者の評価に比べて全般的に過小評価し、患者の訴えが強くなるほど過小評価の傾向が強くなった<sup>36)</sup>という研究報告もある。患者と医療者側の症状に対する評価の不一致を改善するためにも多角的な視点による評価は、不一致の回避に有効であると考えられる。医療は患者を中心としたチーム医療で行われており、チームメンバーによる多角的な視点による患者評価が行われる。複数のチームメンバーが互いの評価を共有することで、評価の偏りが解消されるのではないかと考える。

以上のことから、がん性疼痛をケアする者には痛みについての十分な知識が必要であるといえる。こうした知識に基づきアセスメントを行わないと、痛みの存在を認識出来ずに、ただ単なる「精神的な問題」として扱ってしまう危険がある。痛みを訴える患者に生じている痛みの機序をアセスメントすることは、痛みの存在を正確に認識するために重要である。そして、痛みの評価を生理的側面の評価を行うことはもちろんであるが、精神的側面における評価を行うことが求められる。「疼痛の程度」と「心の健康」の相関性が示されたことで、強い痛みを訴える患者であればあるほど、精神面への影響を十分に考慮すべきであることを示唆している。強い痛みを訴える患者の精神的側面の状態はどうであるのか、そのような精神的状態の患者の訴える痛みとはいったいどのような状態になっているのか、相互の影響を考えた上でのアセスメント力が必要になる。また、評価の偏りを防ぐためにも、患者を中心としたチーム医療の提供が重要であると考えられる。

## 3. 個人特性とQOL

個人特性のうち「過去1ヶ月間の療養場所」は、「社会生活機能」におけるQOLにおいて有意差を認めた。本研究結果では、社会生活機能におけるQOLは、病院で過ごしていた者よりも自宅と病院で過ごしていた者のほうが高い、という結果であった。療養場所における環境が家族や友人との付き合いに影響を及ぼしていることが考えられる。社会生活機能はがん患者の予後指標になる<sup>37)</sup>ため、社会生活機能を高めることは、がん患者にとって予後因子を強化することになる。本研究の対象者の家族形態は、独居生活者が1割強しかおらず、ほとんどの対象者に同居者がいる家族形態であった。したがって、入院となると、同じ屋根の下での関わりが出来なくなる。このような家族形態の特徴を持つ対象者であったために、「社会生活機能」におけるQOLでは有意差が出たと考えられる。

診察報酬において、外来化学療法加算が認められるようになり、がん患者の療養場所も病院から外来へと

シフトしてきている。そして在宅療養における整備もがん対策基本法<sup>38)</sup>の中で述べられているものの、24時間体制での往診に応じられる診療所の不足や、マンパワーの不足など整備すべき課題は山積みである。しかしながら、患者のQOLを考えるときに療養場所という環境は重要な要素であり、これらの環境を整えることで患者のQOLの向上を目指すことが出来ると思われる。

## VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、対象者の少ない標本数であったこと、QOLは揺れ動く変数<sup>39)</sup>でありその測定を1回の定点での測定としており、継続的な中での解釈ができないことに限界がある。

また対象者の疼痛は主観的な症状であり、いろいろな要因に影響を受けるところが大きい。したがって、対象の背景をさらに絞り込み、統制をかける必要がある。今後は対象者数を増やすことと、QOLやがん性疼痛といった刻々と変化する変数を継続的に測定することで、その変化による関係性を見ていくこと、が必要であると思われる。

## VII. 結 論

- 1) がん性疼痛がひどくなれば「心の健康」におけるQOLも低下していた。がん性疼痛は精神的側面へ影響を与え、精神的側面ががん性疼痛に影響を与えるという、双方向性の影響を十分に考慮することが大切である。がん性疼痛のある患者の精神状態のアセスメントには、疼痛の程度にも注目して行う必要がある。
- 2) 療養場所として、病院で生活を送る患者に比べ、自宅と病院で生活を送る患者の方が、「社会生活機能」におけるQOLが高かった。療養環境を整えることの重要性が示唆される。

## VIII. 謝 辞

研究にご協力くださいました患者様に深く御礼申し上げます。また、病院のスタッフの皆様、ご指導を賜りました三重大学大西和子教授に深謝申し上げます。なお本研究は、2006年三重大学大学院医学系研究科修士課程看護学専攻に提出した修士論文に加筆・修正したものであり、第22回日本がん看護学会で本研究の一部を発表したものである。

## 引用・参考文献

- 1) 世界保健機構 (武田文和訳): がんの痛みからの解放—WHO方式がん疼痛治療法—. 第2版, 3-42, 金原出版, 東京. (1996)
- 2) Augustro Caraceni: An international survey of cancer pain characteristics and syndromes. PAIN, 82, 263-274 (1999)
- 3) 張虎彦: がん研究の動向およびがん体験者へのケア, 高知女子大学紀要 看護学部編, 第54巻, 43-53 (2005)
- 4) 法務省. 法令データ提供システム, がん対策基本法, (2007). <http://law.e-gov.go.jp/announce/H18HO098.html>
- 5) 世界保健機構 (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—, 第1版, 13-17, 金原出版, 東京. (1993)
- 6) Margo McCaffy, (中西睦子訳): 痛みを持つ患者の看護, 第1版, 11-49, 医学書院, 東京. (1975)
- 7) Robert Twycross (武田文和監訳): トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント, 第1版, 15-38, 医学書院, 東京. (2003)
- 8) Chia-Chin: Effect of cancer pain on performance status, mood status, and level of hope among taiwanese cancer patient, Journal of Pain and Symptom Management, 25 (1), 29-37 (2003)
- 9) Nessa Coyle: In their own words: seven advanced cancer patients describe their experience with pain and the use of opioid drugs, Journal of Pain and Symptom Management, 27 (4), 300-309 (2004)
- 10) 大場正巳 編著: 新しいがん看護, 第1版, 72-169, プレーン出版, 東京. (1999)
- 11) 日野原重明 監修: 看護に生かすQOL評価, 第1版, 1-18, 中山書店, 東京. (2003)
- 12) 末次典恵: 癌ペプチドワクチン療法中の再燃性前立腺がん患者のQOLについて, 九州大学医学部保健学科紀要, 第4号, 47-56 (2004)
- 13) 松下年子: 手術を受ける消化器がん患者のQOLと心理特性, 癌と化学療法, 32 (2), 209-214 (2005)
- 14) 松下年子: 手術を受ける婦人科腫瘍患者のQOL, 臨床婦人科産科, 59 (6), 919-925 (2005)
- 15) 吉村弥須子: 胃がん術後患者の食生活および術後症状と精神的健康との関連からみたQuality of Life, 日本看護科学会誌, Vol.25, No.4, 52-60 (2005)
- 16) 今井奈妙: 低位前方切除術・前方切除術を受けた大腸癌患者のQuality of Life (QOL) —排便機能障害とQUIK-Rの関連—, 日本看護科学会誌, Vol.21, No.3, 1-10 (2001)
- 17) 竹本明子: IASMを概念枠組みとして行った事例分析, がん看護, 4 (5), 418-424 (1999)
- 18) 荒尾晴恵: IASMに基づく看護活動の有効性—がん性疼

- 痛のある1事例への適応一, がん看護, 5 (3), 246-252 (2000)
- 19) 荒尾晴恵: 症状マネジメントにおける IASM の有効性の検討ーがん性疼痛の症状マネジメントにおける比較からー, 看護研究, Vol.35, No.3, 213-227 (2002)
- 20) 新貝夫弥子: がん性疼痛に対する患者の疼痛評価と対処行動, 日本がん看護学会誌, 13 (2), 38-47 (1999)
- 21) 吉田みつ子: 痛みのあるがん患者の日常生活の安寧感と痛みのコントロール, 日本看護科学会誌, 17 (4), 56-63 (1997)
- 22) 水野照美: 痛みのあるがん患者の在宅療養における苦痛とセルフケア, 千葉大学看護学部紀要, 第25号 (2003)
- 23) Tone Rustoen: Predictors of quality of life in oncology outpatients with pain from bone metastasis, Journal of Pain and Symptom Management, 30 (3), 234-242 (2005)
- 24) Pal Klepstad: Effectson cancer patient's Health-Related Quality of Life after the start of morphine therapy, Journal of Pain and Symptom Management, 20 (1), 19-26 (2000)
- 25) Suzanne M. Skevington: Investigating the relationship between pain and discomfort and quality of life, using the WHOQOL, PAIN, 76, 395-406 (1998)
- 26) Xin S. Wang: The effects of pain severity on Health-Related quality of life, American Cancer Society, 86 (9), 1848-1855 (1999)
- 27) 福原俊一編著: SF-36v2 日本語版マニュアル 健康関連 QOL 尺度, 89-98, 健康医療評価機構, (2004)
- 28) 前掲 26)
- 29) 金子真理子: Suffering 調査票の開発, 日本看護科学会誌, Vol.26, No.3, 3-12 (2006)
- 30) 後明郁男: 発痛のメカニズムと治療, がん看護, 8 (1), 15-20 (2003)
- 31) 後明郁男: 隠喩としての“がん”を背景に, がん看護, 8 (1), 6-8 (2003)
- 32) がん疼痛の治療ガイドライン作成委員会委員, 井上勝一, 武田文和訳: がん疼痛の治療ガイドライン, 癌の臨床, 第49巻, 第2号, 147-158 (2003)
- 33) Akechi T: Psychiatric disorders in cancer patients: Descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospital, Japanese Journal of Clinical Oncology, 31 (5), 188-194 (2001)
- 34) 前掲 21)
- 35) 下山直人訳, Twycross R: トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント, 18, 医学書院, 東京 (2003)
- 36) Shirley S. Hwang: Dynamic cancer pain management outcomes: The relationship between pain severity, pain relief, functional interference, satisfaction and global quality of life over time, Journal of Pain and Symptom Management, 23 (3), 190-200 (2002)
- 37) 黒田裕子: クオリティ・オブ・ライフ (QOL) その測定方法について, 看護研究, Vol.25, No.3, 182-202 (1992)
- 38) 前掲 4)
- 39) 松下年子: がん患者の QOL (quality of life), 臨床精神医学, 33 (5), 541-545 (2004)



## 要 旨

本研究の目的は、がん患者のがん性疼痛と Quality of Life (以下 QOL とする) の関係性、また、個人特性と QOL の関係性を明らかにし、ケアへのあり方を考えることである。

対象者は、A 病院に入院中の患者でがん性疼痛を持つ者、もしくは疼痛コントロールのために鎮痛薬を内服している者とした。調査項目は疼痛の程度、QOL、個人特性とした。QOL の測定尺度は SF-36 を用いた。調査方法は面接及び診療記録・看護記録によりデータを収集した。分析は、疼痛の程度と QOL については相関関係を、個人特性と QOL については Mann-Whitney 検定を用いて比較分析を行った。なお、本研究は研究実施施設の倫理委員会の承認を受けるとともに、対象者には書面と口頭で研究参加の同意を得た上で実施した。

結果は、対象者は 29 名 (平均年齢 62.59±8.76 歳、男性 16 名、女性 13 名) であった。疼痛の程度と「心の健康」に相関関係が認められた。疼痛の程度が強くなると「心の健康」の QOL が阻害される、という関係が認められた。また、過去 1 ヶ月間を通して病院で過ごしていた人よりも、自宅での療養期間があった人の方が、社会生活機能の QOL が高く、療養場所における「社会生活機能」に有意差が認められた。

がん性疼痛のある患者の「心の健康」には疼痛の程度が関係していることもあり、精神状態のアセスメントは、疼痛の程度にも注目して行う必要がある。また、「社会生活機能」の QOL には、療養場所が関係しているため、在宅療養が可能な患者には QOL を高めるために在宅ケアを検討する必要がある。

キーワード : がん性疼痛, QOL, SF-36