がん治療における疼痛と苦痛の心理的評価指標に関する文献検討

藤澤　美穂[1)]，横田眞理子[2)]，松浦　誠[3)]

（受理　2020年12月４日）

Literature review of psychological evaluation indicators of pain and distress in cancer treatment

Miho FUJISAWA, Mariko YOKOTA and Makoto MATSUURA

キーワード：がん治療，疼痛，苦痛，心理的評価

Keywords：cancer, pain, mental distress, psychological evaluation indicators

Ⅰ．はじめに

人口動態統計における死因順位では、悪性新生物（腫瘍）は昭和56年以降第一位となっており、令和元年においても37万人強の方ががんで亡くなっている（厚生労働省，2020)。医学の進歩に伴いがん患者の社会復帰も増加しており、がん患者のQOL（quality of life）が大きな課題となっている。がん患者は全人的苦痛（total pain）を経験するとされ、これは身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアル・ペインの４つが相当する。ここでのpainには「痛み」だけではなく、苦痛・苦悩（distress, suffering）も含められており、４つの苦痛を総体として捉えることが重要とされている（國末，2015)。

身体的苦痛にはがん性疼痛や疾患に伴う他の身体症状、日常生活動作等の支障が含まれる。がん患者の経験する痛みは、その原因から４つに分類され、１つ目はがん自体が原因となった痛み、２つ目はがんに関連した痛み、３つ目はがん治療に関連して起こる痛み、４つ目は併発したがん以外の疾患による痛みである（武田他，2016)。多くのがん患者は複数の痛みを経験するとされ（武田他，2016)、これらを総称して「がん性疼痛」や「がんの痛み」と呼び、痛みへの医学的対処が検討され、除痛ラダーに沿って鎮痛薬・医療用麻薬等による痛みの緩和が図られる。

がん患者の精神的苦痛には、不安、恐怖、怒り、抑うつなどがあり（保坂，2017)、がん患者の精

１）岩手医科大学　教養教育センター　人間科学科　心理学・行動科学分野
２）岩手医科大学　看護学部　共通基盤看護学講座
３）岩手医科大学　薬学部　臨床薬学講座　地域医療薬学分野

神症状は身体的苦痛・社会的苦痛・スピリチュアル・ペインと関連することが指摘されている（清水, 2011a）。がん患者において、うつ病および適応障害は高頻度で合併する精神症状であり、それによる負の影響として、自殺の選択、QOLの全般的低下、治療コンプライアンスの低下、入院期間の延長、家族の精神的負担増大などが挙げられる（清水他，2018）。

本稿では、がん患者が経験する精神的苦痛の心理的評価指標及び疼痛・苦痛の把握のために用いられる心理的評価指標に関する文献検討をおこない、現状の把握を試みたい。

Ⅱ．精神的苦痛の心理的評価指標について

がん患者の精神的苦痛には抑うつ等の精神症状が含まれ、このスクリーニングには“HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale”（Kugaya et al, 1998）や“つらさと支障の寒暖計 DIT: Distress and Impact Thermometer”（Akizuki et al, 2005）などが用いられる（清水, 2011 b）。特に“つらさと支障の寒暖計”は短時間で施行可能であることから、がん患者に大きな負担を要することなく実施できるスクリーニングツールとされる。

国立がん研究センター先端医療開発センター精神腫瘍学開発分野では、医療従事者向けに、9種類の心理的評価指標と1種類の使用マニュアルをホームページで公開しており（https://www.ncc.go.jp/jp/epoc/division/psycho_oncology/kashiwa/020/index.html，2020年10月1日閲覧）、“つらさと支障の寒暖計”は抑うつ・不安のスクリーニングとして掲載されている。公開されている心理的評価指標を表1に示す。

表1　国立がん研究センター先端医療開発センター精神腫瘍学開発分野が公開する心理尺度

尺度名	用途	施行法、項目数、施行時間等	作成
コンサルテーションシート	精神科にコンサルテーション依頼となった患者情報の記載．生活歴、治療歴、がんの部位、病気、転移、痛み、精神科的診断、精神症状と程度、Perfoemance Status等を一覧にまとめる	医療従事者による記載	国立がんセンター精神腫瘍学グループ編
Mental Adjustment to Cancer Scale（MAC scale）	がんに対する心理的適応の評価．がん診断を告知されている場合に使用	自記式、40項目	明智、久賀谷他（1997）
Cancer Fatigue Scale（CFS）	がん患者の倦怠感（身体的・精神的消耗を含む衰弱として特徴づけられる主観的症状）の評価	自記式、15項目、約2分間	Okuyama, Akechi et al.（2000）
Cancer Dyspnoea Scale（CDS）	がん患者の呼吸困難（呼吸に関する不快な感覚）の評価	自記式、12項目、約25分間	Tanaka, Akechi et al.（2000）
ワンクエスチョン・インタビュー／つらさと支障の寒暖計	がん患者の適応障害、うつ病のスクリーニング評価	口頭での得点回答、自記式、2項目、約2分間	Akizuki, Yamawaki et al.（2005）
M.D.アンダーソンがんセンター版症状評価票	がん患者の複数の症状の重症度の評価	自記式、19項目	Okuyama, Wang et al.（2003）
Brief Fatigue Inventory（簡易倦怠感尺度）	がん患者の倦怠感と重症度、生活への支障の評価	自記式、10項目	Okuyama, Wang et al.（2003）
Good Death Inventory（遺族の評価による終末期がん患者のQOL評価尺度:GDI）	終末期のがん患者へのケアの質やQOL関する、遺族による評価	遺族による自記式、54項目、短縮版実施も可能	Miyashita, Morita et al.（2008）
エドモントン症状評価システム（ESAS-r-J）　進行がん患者さんのための症状強度の自己報告ツール	がん患者が頻繁に経験する9つの症状とそれ以外の症状のアセスメント	自記式、10項目	Yokomichi, Morita et al.（2015）

（https://www.ncc.go.jp/jp/epoc/division/psycho_oncology/kashiwa/020/index.html.を参照し作成）

Ⅲ．疼痛や苦痛に関する心理的評価指標を用いた評価について

１．医学中央雑誌検索による調査

１）対象文献の検索方法

論文データベース医学中央雑誌Web版「医中誌Web」にて、［がん治療］［疼痛］［苦痛］［質問紙］のキーワードにて検索し、会議録を除き抽出した（検索実施日2020年８月22日、10月２日）。

２）分析方法

対象論文の精読から本研究との関連を検討し、関連があった文献を採用した。除外基準は、①医療従事者や医療系学生を調査対象とし、疼痛・苦痛に関する意識を検討するもの、②質的検討を主目的としているもの、③疼痛・苦痛の評価が含まれないものとした。抽出された論文について、（１）対象疾患・測定対象、（２）質問紙の種類について内容を整理し、検討した。

３）倫理的配慮

文献要約･引用にあたっては､述べられている意味内容を損なわないようにし､出典を必ず明記した。

４）結果

論文数は、［がん治療］［疼痛］［質問紙］の検索で18件、［がん治療］［苦痛］［質問紙］の検索で16件が検出され、うち２件の文献が重複していた。除外基準の適用および本研究との関連を検討した結果、対象文献は５件となった。表２に示す。

表２　医中誌Web検索に基づいた、疼痛・苦痛の心理的評価を扱った文献

タイトル、著者、発行年	研究の目的	対象疾患、測定対象	質問紙の種類
消化器癌患者に対するがん疼痛管理に関するアンケート調査（廣川他，2007）	一般外科医を対象としたアンケート調査による、疼痛管理状況の把握	がんの種類は問わず．一般外科医に対するアンケート	アンケート内で、痛みの評価で用いる判断基準の質問：〔選択肢〕痛みのフェイススケール、患者の訴え、家族からの情報、医療従事者からの情報、医師の客観的判断、その他
乳がん術後リンパ浮腫を発症した患者のQOL評価（作田他，2007）	乳がん術後のリンパ浮腫患者のQOL評価をし、看護ケアの必要性を検討	乳がん、術後にリンパ浮腫と診断され治療中の患者	QOLの評価：SF-36
包括的アセスメントについて（森，2015）	がん患者の4つの苦痛のアセスメントについて、緩和ケアコンサルテーションの立場から包括的アセスメントを説明	がんの種類は問わず	身体症状：ESASr日本語版、日本語版MDASI-J、生活のしやすさに関する質問票、代理症状評価尺度としてSTAS-J. 精神症状：前述の身体症状評価尺度（ESASr日本語版、日本語版MDASI-J、生活のしやすさに関する質問票）に含まれる。スピリチュアルペイン：FICA尺度
がん患者に対する苦痛スクリーニングの分析　入院目的別のつらさ・ニードの特徴（井上他，2018）	苦痛スクリーニングを通して把握できる感派のつらさやニードの特徴を明らかにし、スクリーニング活用のあり方を検討	がんの種類は問わず．筆者所属の病院で入院治療をし、苦痛スクリーニングを実施した患者	生活のしやすさに関する質問票、STAS-J、つらさと支障の寒暖計
がん治療におけるpatient-reported outcome（土井他，2020）	患者の主観的評価としてのPRO概念の整理や評価の方法の概説	がんの種類は問わず	QOLの評価：SF-36、EQ-5D、EORTC-QLQ、FACT-G、がん種別のEORTC-QLQ、ESAS

表１と同様、エドモントン症状評価システム（ESAS-J)、M.D.アンダーソンがんセンター版症状評価表（MDASI-J)、つらさと支障の寒暖計の使用が確認できた。他、「痛みのフェイススケール」（表情の異なる７つの顔のイラストを提示し、現在の痛みに最も近い顔を選んでもらうことで痛みの評価をするもの)、OPUTIMプロジェクトによる「生活のしやすさに関する質問票」（がん対策のための戦略研究　緩和ケア普及のための地域プロジェクト　ホームページ）も使用されていた。STAS-Jと

はSupport Team Assessment Scheduleの日本語版で、痛みのコントロールや患者の不安などの９項目について、医療者が５段階で評価するもので、今回の調査においてもその使用が報告されていた。

患者のQOLの検討については、健康関連QOL（health-related QOL）の測定尺度のSF-36（36-Item Short Form Health Survey）やEQ-５D（Euro QOL 5 Dimension）などがあった。また土井他（2020）では、QOL評価のがん領域における症状特異的な尺度としてEORTC-QLQ（European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire）、FACT-G（Functional Assessment of Cancer Therapy-General）、がんの種別や治療別、症状別に特有な要素を備えた尺度として、EORTC-QLQ-BR23（乳がん）やEORTC-QLQ-LC13（肺がん）を挙げていた。

２．実務者による選定

医中誌による検索ではピックアップされない論文について、がん看護専門看護師による論文検索をおこない、関連論文を抽出した。結果、２件の論文が検出され、（１）対象疾患・測定対象、（２）質問紙・評価方法の種類から整理した。表３に示す。

表３　実務者の検索による、疼痛・苦痛の心理的評価を扱った文献

タイトル、著者、発行年	研究の目的	対象疾患、測定対象	質問紙の種類
化学療法・放射線療法を行うがん患者における痛みの有無が運動機能、ADL、身体・精神症状におよぼす影響（福島他，2020）	化学・放射線療法実施中のがん患者における痛みの有無が運動療法実施前後の運動機能、ADL、身体・精神症状におよぼす影響の検討	がんの種類は問わず。筆者所属病院に入院、リハビリが処方された患者	痛みの評価：EORTC-QLQ C-30。精神症状の評価：HADS.倦怠感の評価：CFS
がん性神経障害性疼痛における神経障害性疼痛スクリーニング質問票の妥当性の検討（池尻他，2020）	慢性神経障害性疼痛患者をスクリーニングする目的で開発された神経障害性疼痛スクリーニング質問票のがん性神経障害性疼痛への使用に関する妥当性の検討	がんの種類は問わず。筆者所属病院緩和ケアチーム介入時にスクリーニングを行った患者	神経障害性疼痛スクリーニング質問票

福島他（2020）では、痛みの評価としてEORTC-QLQを用いており、精神症状の評価にはHADSを、倦怠感の評価には表１に含まれるCFSを用いた評価をおこなっていた。池尻他（2020）では、慢性神経障害性疼痛患者スクリーニングのために開発された神経障害性疼痛スクリーニング質問票（小川，2010）をがん性神経障害性疼痛に適用し、妥当性を評価した。結果、がん性疼痛では慢性痛よりもカットオフ値が低いこと、疼痛の存在を疑うべきスコアについて明らかにされた。

Ⅳ．考察

１．「つらさ」の心理的評価に関する動向

本稿においては、がん患者が経験する精神的苦痛と疼痛・苦痛について、それらの把握のために用いられる心理的評価指標を文献的に検討した。

まず研究の年次推移について、表1で発表年が明示された論文と表２、表３で挙げた計15本の研究は、1990年～2000年の報告が３件、2001年～2010年の報告が６件、2011年～2020年の報告は６件であった。がん患者の痛みや苦痛の評価とそれへの対応については、がん治療に携わる医療者において常に重要なテーマであり、また判断と対応の難しさをはらむものであることがわかる。

今回の文献調査でも報告があった、ESAS-J や生活のしやすさの質問票、つらさと支障の寒暖計やQOL関連尺度等は、患者報告型アウトカム（Patient-Reported Outcome : PRO）と称され、被験者の

症状やQOLに関して、自分自身で判定し、その結果に医者をはじめ、他のものが一切介在しないという評価方法と定義される（宮下，2020）。土井他（2020）は、“患者中心の医療”概念の浸透とあわせ、がん治療においても、患者の主観的な評価を尊重すべきとの考えに焦点が当てられ、PROの重視が推奨されるようになった経緯にふれている。がん患者は疾患特性上、何らかの苦痛を有していることが多いため、受診時に苦痛をアセスメントすることは重要な取り組みとなり、苦痛が生じている場合の適切な対応をおこなうことが肝要である。その意味からすれば、いずれの心理的評価指標を選択するとしても、どのタイミングで、どのような説明にて患者に取り組んでもらうか、そして得られた結果をその後の治療にどう活かすかの視点を忘れてはならない。患者の主観的症状である疼痛・苦痛であるからこそ、患者からの報告が得られた際には、個別性を考慮したかかわりが求められる。

また池尻他（2020）のように、がん以外の疾患への適用を想定し作成されたスケールの応用可能性の検討も、今後重要となってくるであろう。がん性疼痛以外の疼痛を扱った研究として、例えば野村他（2014）は高齢者の運動器疾患における慢性疼痛で用いられる疼痛アセスメントスケールを文献検討しており、本稿調査では把握されなかったマクギル疼痛質問票が多く使用されていることを指摘している。また中島（2015）は疼痛アセスメントとしてVAS（visual analogue scale）が用いられた研究を文献検討しており、VASの値表記に関する整理（例）最小値の説明として「まったく痛くない」や「痛みなし」、最大値の説明として「かなり痛い」、「これまでに経験した最も激しい痛み」、「これ以上の痛みはないくらい強い状態」等）をおこなっている。がん性疼痛のVAS評価において、どういった表現であればより患者が回答しやすく、また患者の疼痛・苦痛の実感により近いものになるかの検討に役立てることが可能であろう。

また、病状の進行や治療内容に応じ、今後生じると想定される痛みに関する患者の恐怖へのサポートも、苦痛軽減のためのアプローチとして考えられる。手術患者に対する術前心理的評価として「痛みに対する不安症状尺度：Pain Anxiety Symptoms Scale : PASS」－20の使用は大谷（2018）の報告等があるが、本稿調査においては、がん患者への使用報告は確認されなかった。このPASS-20は日本語版が作成され、高い信頼性・妥当性が確認されていることから（松岡他，2008）、今後のがん治療領域での活用の検討が必要である。

2. がん治療における心理的評価指標の限界

柏木他（2008）によるがん患者への調査では、「苦痛のために治療を中断しようと思ったことがある」との質問に対し、30％程の患者がそう考えたと回答していることから、治療継続において苦痛や痛みの軽減は大きな鍵となる。一方、同調査では、治療中の苦痛について「我慢すべき」と回答した患者が8.9%いた。大多数の回答者からは「我慢すべきではない」（90.9%）の回答が得られてはいるが、苦痛や痛みを我慢し、主治医や医療スタッフに告げずに過ごす患者も存在する。このことから、主観的な報告が主体となる心理的評価における、苦痛・痛みの過小報告をする患者への対応の課題が指摘できる。また伊藤（2020）は緩和ケアチーム・病棟・外来等を対象としたPRO活用状況の実態調査を実施し、患者が自己評価できるスケールに使用について８割以上の施設における「患者の症状緩和に有用」の回答と、患者の自己評価スケールの使用中断理由として「病状が進行すると患者が評価できなかった」「患者の負担が大きかった」が多くみられたことを報告している。

これらより、複数の評価指標の特性を理解した上で患者の負担とならないような方法を選択することや、STAS-Jのような医療者による評価も並行して実施すること、そして主観的評価の結果傾向と連動するような客観的評価指標の解明が求められる。

謝辞

本研究は、科学研究費補助金（JSPS科研費20K10721　基盤研究（C）「唾液アミラーゼ活性は痛みの客観的指標となるか？」研究代表者：松浦誠、研究分担者：藤澤美穂、横田眞理子）の助成により行われたものである。

引用文献

明智龍男，久賀谷亮，岡村仁，三上一郎，西脇裕，福江真由美，山脇成人，内富庸介　1997　Mental Adjustment to Cancer（MAC）scale 日本語版の信頼性・妥当性の検討．精神科治療学，12，1065-71.

Akizuki N, Yamawaki S, Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y. 2005 Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. Journal of Pain and Symptom Management, 29(1), 91-99.

土井綾子, 堀江良樹, 中島貴子　2020　がん治療におけるpatient-reported outcome．腫瘍内科, 25(1), 78-83.

福島卓矢，中野治郎，石井瞬，夏迫歩美，坂本淳哉，沖田実　2020　化学療法・放射線療法を行うがん患者における痛みの有無が運動機能、ADL、身体･精神症状におよぼす影響．保健医療学雑誌，11(1)，9 -16.

がん対策のための戦略研究　緩和ケア普及のための地域プロジェクト　生活のしやすさに関する質問票．http://gankanwa.umin.jp/pdf/tool01.pdf　2020年10月 6 日閲覧

廣川高久，岡田祐二，坂本雅樹，高橋広城，若杉健弘，高山悟，山本稔，沢井博純，佐藤幹則，赤毛義実, 竹山廣光, 真辺忠夫　2007　消化器癌患者に対するがん疼痛管理に関するアンケート調査．日本臨床外科学会雑誌，68(4)，805-811.

保坂隆　2017　心の痛み（精神的苦痛）―悲哀･悲嘆．保坂隆（編）がんリハビリテーション心理学．医歯薬出版，79-83.

池尻佑美，大下恭子，中村隆治，濱田宏，林優美，倉田明子，岡本泰昌，河本昌志，堤保夫　2020　がん性神経障害性疼痛における神経障害性疼痛スクリーニング質問票の妥当性の検討．Palliative Care Research，15(1)，15-20.

井上智恵，仁井山由香，武藤純，三原環，倉田明子　2018　がん患者に対する苦痛スクリーニングの分析 入院目的別のつらさ・ニードの特徴．広島市立広島市民病院医誌，34(1)，55-61.

伊藤奈央　2020　わが国の臨床におけるPRO活用状況．がん看護，25(7)，618-620.

柏木雄次郎，赤垣裕介，川田美也子，寒川恵理子　2008　がん患者の心身苦痛と緩和ケアへの理解・需要　患者アンケートから．心療内科，12(1)，73-79.

厚生労働省　2020　令和元年（2019）人口動態統計月報年計（概数）の概況 https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai19/dl/gaikyouR1.pdf　2020年10月 6 日閲覧

國末充央　2015　チーム医療について．ペインクリニック，36，別冊秋号，586-592.

Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, Okumura H, Uchitomi Y. 1998 Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. Japanese Journal of clinical Oncology.

松岡紘史, 坂野雄二　2008　痛みに対する不安症状尺度（PASS）-20日本語版の作成と妥当性の検討．

行動医学研究，14(1)，1－7．

Miyashita M, Morita T, Sato K, Hirai K, Shima Y, Uchitomi Y. 2008 Good Death Inventory: a measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. Journal of Pain and Symptom Management, 35(5), 486-498.

宮下光令　2020　患者報告型アウトカム（PRO）とはなにか．がん看護，25(7)，613-617.

森雅紀　2015　包括的アセスメントについて．ペインクリニック，36（別冊秋），604-612.

中島真由美　2015　疼痛アセスメントにおけるVisual Analogue Scale　VAS使用に関する文献レビュー．聖泉看護学研究，4，83-89.

野村佳香，松井美帆　2014　高齢者の運動器疾患における慢性疼痛に関する文献的考察．奈良県立医科大学医学部看護学科紀要，10，11-19.

小川節郎　2010　日本人慢性疼痛患者における神経障害性疼痛スクリーニング質問票の開発．ペインクリニック，31(9)，1187-1194.

Okuyama T, Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Shima Y, Maruguchi M, Hosaka T, Uchitomi Y. 2000 Development and validation of the Cancer Fatigue Scale : a brief, three-dimensional, self-rating scale for assessment of fatigue in cancer patients. Journal of Pain and Symptom Management, 19(1), 5-14.

Okuyama T, Wang XS, Akechi T, Mendoza TR, Hosaka T, Cleeland CS, Uchitomi Y. 2003 Japanese version of the MD Anderson Symptom Inventory : a validation study. Journal of Pain and Symptom Management, 26(6), 1093-1104.

大谷晃司　2018　手術患者に対する術前心理的評価法．脊椎脊髄ジャーナル，31(4)，295-302.

作田裕美，宮腰由紀子，片岡健，坂口桃子，佐藤美幸　2007　乳がん術後リンパ浮腫を発症した患者のQOL評価．日本がん看護学会誌，21(1)，66-70.

清水研　2011a　精神症状とチーム医療の全体像．清水研（編）がん診療に携わるすべての医師のための心のケアガイド．真興交易，68-70.

清水研　2011b　精神症状スクリーニング．清水研（編）がん診療に携わるすべての医師のための心のケアガイド．真興交易，71-74.

清水研，柳井優子，伊藤嘉規，岩満優美　2018　がん医療領域における精神医学と心理学の協働．精神神経学雑誌，120(10)，914-920.

武田文和，的場元弘，鈴木勉　2016　よくわかるWHO方式がん疼痛治療法．金原出版.

Tanaka K, Akechi T, Okuyama T, Nishiwaki Y, Uchitomi Y. 2000 Development and validation of the Cancer Dyspnoea Scale: a multidimensional, brief, self-rating scale. British Journal of Cancer, 82(4), 800-805.

Yokomichi N, Morita T, Nitto A, Takahashi N, Miyamoto S, Nishie H, Matsuoka J, Sakurai H, Ishihara T, Tarumi Y, Ogawa A. 2015 Validation of the Japanese Version of Edmonton Symptom Assessment System-Revised. Journal of Pain and Symptom Management, 50(5), 718-723.