

第1章 背景と問題

1-1 慢性痛とは

痛みの研究のための国際学会 (International Association on Study of Pain : IASP, 1986)は、痛みを「実際のおよび潜在的な組織損傷に関係、あるいはそのような損傷に関連して述べられるような不快な知覚および情緒的な体験」と定義している。痛みには急性痛と慢性痛がある。一般的に急性痛は、痛み自体が生体への警告信号としての役割を持ち、局所への侵害刺激による痛みであり、多くは炎症症状が治癒するとともに痛みは消失する。これに対して、慢性痛の場合は痛みが警告信号としての役割を超え、慢性痛患者は身体感覚としての苦痛とともに持続的に不快な情動体験を強いられ、その結果として日常生活の行動様式の変容を迫られており、慢性痛の症状の悪化や維持に関する要因として、身体的、精神的、心理的、社会的、行動的といった複数の要因との関連が高いことが示されている (Engel, 1959 ; Fordyce, Fowler, & Lehmann, 1968, ; Fordyce, Fowler, & Lehmann, 1973, Sternbach, 1974 ; Fordyce, Shelton, & Dundore, 1982 ; Loeser, 1982 ; Turk & Meichenbaum, 1984 ; Turk, & Rudy, 1988 ; Turk, & Rudy, 1989; Barnes, Gatchel, Mayer, & Barnett, 1990 ; Affleck, 1994; Raspe, & Thomas, 1994 ; Burns, 1996 ; Kleinman, 1996 ; Corran, Farrell, & Helme, 1997; Verhaak, Lerssens, & Dekker, 1998 ; Melzack, 1999)。

急性痛と慢性痛は、痛みの継続期間という観点からなされた分類である。慢性痛の定義として多くの議論がなされてきているが、その定義は容易ではなく (Novy, Nelson, Francis, & Turk, 1995 ; 岡島・加藤, 2000), 「通常の治療時間を越えて続く痛み」とされているはいるものの、どの時点からを慢性痛とするのかということに関して、統一された見解は示されていないのが現状である。Bonica (1990) によれば、その期間に関しては急性疾患の通常経過あるいは傷害の治癒に十分な期間を越えて1ヶ月以上持続する痛み、もしくは継続する痛みの原因となる慢性の病理学的な過程と一体となっている痛み、または数ヶ月あるいは数年間隔で再発する痛みを慢性痛とするとされている。また、3ヶ月以上あるいは、

4ヶ月以上、6ヶ月以上を慢性痛とする（Mersky, & Bogduk, 1994）という説もあり、明確な基準が存在せず統一されていない。

また、慢性痛は、a. 原因となる病態が進行性のもの（侵害受容性痛）、b. 病態の消失後も痛みが遷延するもの（神経障害性痛）、c. 痛みを引き起こしている身体的原因の同定が困難なもの（心因性疼痛）、に大別される。

a. 原因となる病態が進行性のものとは、悪性腫瘍やリウマチなどにより組織損傷が繰り返されることによるもので、侵害受容性痛とよばれる。侵害受容性痛は、炎症や組織損傷などによって生じたブラジキニン、プロスタグランジン、サブスタンスPなどが末梢の侵害受容器を刺激する状態（Mayer, David, Cohen, Treede & Campbell, 1991）にある生理的疼痛である。また、侵害受容器の感受性の変化も関与する。侵害受容性痛には、急性痛と慢性痛があるが、悪性腫瘍悪性新生物やリウマチなどにより炎症や組織損傷が繰り返されるものが慢性の侵害受容性痛にあたる。

b. 病態の消失後も痛みが遷延するものとは、末梢神経から脊髄を経て脳に至る求心痛覚伝導路のいずれかに障害が生じたのちに出現する痛みであり、末梢神経終末に侵害刺激が加わらない状況下においても痛覚系の興奮が生じることによって痛みが発生するもので、神経障害性痛とよばれる。神経障害性痛は病的疼痛であり、生理的疼痛である侵害受容性痛と区別されるものである（Devor, 2005）。神経障害性痛は末梢から中枢神経系に及ぶ痛覚伝導路の機能的変化によって引き起こされる病的疼痛であるが、変化の生じる部位は末梢神経、脊髄、および脳の各レベルに及ぶものであり、それらの変化には、痛覚系ニューロンの感作や、神経線維の発芽を含む神経再構築、脱抑制や疼痛抑制系の変化、情動的・精神的変調などがあるとされている（眞下, 2003）。神経障害性痛にはいろいろな種類と病態が存在し（眞下, 2011）、脊髄損傷後痛や多発性硬化症、幻肢痛、腕神経叢引き抜き損傷後痛、帯状疱疹後神経痛、術後瘢痕性痛、三叉神経痛・舌咽神経痛、CRPS タイプ II（カウザルギー）等の求心路遮断性痛、腰下肢痛に伴う神経障害性痛、脳卒中後痛（視床痛、中枢性痛）、糖尿病性ニューロパチー、抗癌薬性ニューロパチーなどが含まれる（表 1-1）。

表1-1 神経障害性痛の疾患

脳卒中後痛(視床痛)
脊髄損傷後痛
多発性硬化症
幻肢痛
腕神経叢引き抜き損傷後痛
帯状疱疹後神経痛
三叉神経痛・舌咽神経痛
術後瘢痕性痛
CRPSタイプII(カウザルギー)
腰下肢痛に伴う神経障害性痛
糖尿病性ニューロパチー
抗癌薬性ニューロパチー
HIV性ニューロパチー

(真下(2011)より)

c. 痛みを引き起こしている身体的原因の同定が困難なものは、一般的には心因性疼痛とよばれているものである（土肥・松本，2002）．痛みの訴えに相對するような器質的疾患が認められないものであり，心因性疼痛をきたす疾患には，舌痛症，外傷性頸部症候群，慢性的な頭痛，慢性的な腰痛，胸痛，非定型顔面痛，原因不明の腹痛などが挙げられる．米国精神医学会における DSM（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders：精神疾患の診断統計マニュアル）第 3 版（DSM-III）では，心因性疼痛は心因性疼痛障害に分類されていたが，第 3 版改訂版（DSM-III-R）では心因性という言葉を含む項目が削除され，新たに身体表現性疼痛障害に分類された．さらに，第 4 版（DSM-IV）や最新の DSM-IV-TR（American Psychiatric Association, 2000）では身体表現性障害の項目において疼痛性障害と分類されている．また，WHO による国際疾病分類：ICD（International of classification of Disease）-10 では，心因性疼痛は身体的表現性障害に分類されている．

なお，本論文では痛みに関する用語を，原則的にペインクリニック用語集改訂第 3 版（日本ペインクリニック学会用語委員会，2010）に基づいて表記する．

1-2 慢性痛に対する治療法

慢性痛に対する治療法は，臨床面からその病態および診断に関して，慢性痛の原因別に，侵害受容性慢性痛，神経障害性痛，身体・精神的原因による痛みや心因痛に分類されているものに対して，それぞれの治療法が適用とされる．慢性痛に対する治療法には，身体面にアプローチする治療法と心理面ならびに精神面にアプローチする治療法がある．

身体面にアプローチする治療法には，各種鎮痛補助薬，消炎鎮痛薬，麻薬性鎮痛薬等による薬物療法や，神経ブロック療法や高周波熱凝固法，物理療法，各種神経刺激療法や脳脊髄電気刺激療法，光線療法，鍼治療などがあり，その他に神経破壊療法として Gamma knife による治療などがある．

薬物療法で使用される主な薬物を表 1-2 に示す．各種鎮痛補助薬は，ステロイド剤や消

表1-2 痛みに使用される主な薬物

	分類	成分名
非ステロイド性消炎鎮痛薬		アセトアミノフェン
	カルボン酸系	セレコキシブ
		ジクロフェナクナトリウム
	酢酸系	インドメタシン
		エトドラク
プロピオン酸系 オキシカム系	ロキソプロフェン メロキシカム	
その他の鎮痛薬		ノイロトロピン
抗うつ薬	三環系抗うつ薬	アミトリプチリン
		クロミプラミン
	四環系抗うつ薬	ミアンセリン
	SSRI	セルトラリン
		パロキセチン
		フルボキサミン
	SNRI	ミルナシプラン
デュロキセチン		
セロトニン5-H2拮抗薬	トラゾドロン	
抗不安薬	ベンゾジアゼピン系	ミタゾラム
		クロチアゼパム
		ジアゼパム
		エチゾラム
		プロマゼパム
		ロラゼパム
		クロナゼパム
		カルバマゼピン
		ガバペンチン
抗不整脈薬		塩酸リドカイン
		メキシレチン
麻薬性鎮痛薬		コデイン
		オキシコドン
		フェンタニル
		塩酸モルヒネ
		硫酸モルヒネ
		ケタミン
		ペンタゾシン
		ブプレノルフィン
		塩酸トラマドール
	副腎皮質ホルモン薬	
その他		プレガバリン

(樋口(2010)より改変)

炎鎮痛薬、麻薬性鎮痛薬、拮抗性鎮痛薬、鎮痛補助薬、漢方薬等である。消炎鎮痛薬は、解熱鎮痛消炎剤の大半を占める非ステロイド系消炎鎮痛薬である。麻薬性鎮痛薬は、モルヒネやコデイン等のオピオイドと称されるものなどである。鎮痛補助薬は、本来は鎮痛薬には分類されていないが、特定の痛みに対して鎮痛作用を発揮し、場合によっては他の鎮痛薬の鎮痛作用を増強させ、さらに痛みを増強させるような特殊な病態を改善したり鎮痛薬の副作用を軽減する薬物のことであり、抗うつ薬、抗不安薬、抗てんかん薬、抗不整脈薬、副腎皮質ステロイドホルモンなどが用いられる（佐伯，2003）。

神経ブロック療法は、脳神経の一部や脊髄神経、交感神経節等の神経に直接またはその近傍に局所麻酔薬または神経破壊薬を注入して、神経の伝達機能を一時的または永久的に遮断する療法で、交感神経ブロック、知覚神経ブロック、運動神経ブロックがある。痛みは末梢神経から脊髄を経由して中枢に伝達され痛みとして認識され、同時に、脊髄反射路を介して侵害部位を支配する交感神経および運動神経の興奮を引き起こす。このことにより、侵害部位およびその周辺の血管収縮や筋痙攣が生じ、局所血流低下や酸素欠乏による異常代謝が進行し、局所には発痛物質の生成や遊離が促進され、侵害レセプタの感受性が高まってさらに痛みが増悪するという一連の悪循環が成立する。この悪循環の長期持続は様々な肉体的、精神的障害を引き起こすが、神経ブロックはこの痛みの悪循環を断ち切るために、知覚、交感神経、運動神経に一度に働きかけることのできる手段である（宮崎，2003）。

高周波熱凝固法は、神経破壊薬を用いずに高周波により生じる熱を利用して神経組織を凝固させる方法であり、針先端に効果が限局されるため周囲に影響を及ぼすことが少なく神経破壊薬によるブロックよりも選択性に優れた点があり、三叉神経、脊髄神経、交感神経、椎間関節枝および末梢神経などの凝固に利用されている方法である（平川・十時，2003）。

物理療法は、痛みの治療を目的として物理的エネルギーを利用した手技や治療機器を適用するリハビリテーション医療のことであり、温熱や寒冷による温度治療、水治療、電気治療、磁気治療、徒手治療、牽引、マッサージなどが含まれる（江藤，2003）。

各種神経刺激療法や脳脊髄電気刺激療法は、脊髄もしくは視床や大脳皮質の特定部位を微小電極によって刺激する療法と、非侵襲的に低周波通電によって刺激する療法である(後藤, 2002; 濱口・北島, 2002; 片山, 2002; 加藤・加藤, 2002; 増田, 2002; 森本, 2002; 塩谷, 2002)。物理的刺激によって鎮痛を得る方法であり、物理的刺激には、機械的刺激、温熱刺激、電気刺激などがある(富田・下地, 2003)。電気を利用して鎮痛効果を得る試みは古代エジプトやギリシア時代からあり、電気エイを痛みのある個所に当てて治療した記録があり、ルネッサンス以降には人工的な電気刺激装置が作られ、痛みの治療のほかにも麻痺や循環障害、発汗制御などにまで治療の対象が広がった。19世紀以降は小手術の局所麻酔として様々な手術や分娩に応用され、19世紀末には電気による刺激を与える部位や刺激条件次第で、催眠効果や意識消失、全身麻酔作用が出現することも確認されるようになった(Kane, and Taub, 1975)。1970年には電極部と連結した受信器を皮下に植え込み、経皮的に電流刺激を送る装置により慢性痛患者の鎮痛効果を得た報告がある(Shealy, 1975)。しかしこの方法は脊髄背面に直接的に電極を装着する観血的なものであり、脊髄圧迫や髄液漏出などの合併症を伴うものであった。そして1971年には、持続硬膜外麻酔のカテーテル挿入の要領でカテーテル電極を経皮的に硬膜外腔に挿入し留置して脊髄を電気刺激する方法が開発された(下地, 1971; Shimoji, Kitamura, Ikezono, Shimizu, Okamoto, & Iwakura, 1974; Shmioji, Matsuki, Shimizu, Iwane, Takahashi, Maruyama, & Masuko, 1977)。Shealyらの植え込み型刺激装置と下地らの経皮的硬膜外腔電極挿入法を組み合わせた、より安全な刺激装置が市販されるようになり1992年には本邦でも難治性慢性痛の治療法として脊髄刺激装置植え込み術の保険診療が認められるようになった(富田他, 2003)。また、近年では頭部への通電による電気けいれん療法(electroconvulsive therapy: ECT)も難治性慢性痛の治療法として確立されてきている(土井・中村・一瀬・武山・鮫島・米良, 2003)。土井らは、難治性の慢性痛である神経障害性痛に対するECTの奏功機序として、その病態に脳機能の変調が関与していることを報告した(土井・米良, 1998, 土井・中村・一瀬・米良・長尾・武山・鮫島, 1999)。土井らの報告では、帯状疱疹後神経痛患者の脳

SPECT 画像上において、ECT 治療前には痛みと反対側の視床血流が低下していたものが治療後には改善し視床血流の左右差が消失し、同時に痛みの改善も認められたことが示された。これと同様の所見が視床痛や CRPStypeI などの他の求心路遮断性痛でも認められ、求心路遮断性痛の病態における視床の関与と、視床機能の改善を介した ECT の奏功機序が示唆され、求心路遮断性痛における痛み知覚の変容ならびに中枢性感作における病態に対して、他の治療法では得られない良好な治療効果を得たことを報告している（中村・土井・一瀬・米良・鮫島・諏訪・行実・樽矢・武山・前田・長尾，1999，中村・土井・一瀬・諏訪・杉原・米良・武山・鮫島・前田・長尾・矢野・及川・酒井・青木，1999）。

光線療法には、レーザー治療器および直線偏光近赤外線治療器などが用いられる。光線療法を神経ブロック療法と併用して神経ブロックの効果を高めたり、神経ブロックの代わりに光線療法を行ったりすることにより、複雑な手技や合併症を伴わずに神経ブロックに近い効果を得られることが可能な非侵襲的な療法である（有田・花岡，2003）。

鍼治療には、中医学的鍼治療と西洋医学的鍼治療の、二つの典型的な手法をもとにした様々な種類の治療法があり、ペインクリニック領域においては 1980 年代後半以降に痛みの治療に広く普及するようになった（菅原，2003）。

神経破壊療法は、長期間にわたり痛覚伝導路を遮断する目的で神経線維あるいは神経細胞を破壊する方法であり、外科的な神経切断術や神経節切除とほぼ同等の長期間の効果を得ることのできる療法である。神経の破壊による鎮痛効果は大きく半永久的なものであるが、不可逆的なものであるため運動機能障害の有無等に関して、慎重な適応の判別が必要となる療法である（塩谷・大瀬戸・十時，2000）。

痛みに対する代表的な治療法を挙げたが、これらのように身体面にアプローチする治療法には様々なものがある。

また、心理面ならびに精神面にアプローチする治療法は、DSM-IV-TR（American Psychiatric Association，2000）において疼痛性障害として分類されているもの、もしくは ICD-10 において身体表現性障害として分類されているものに該当する、身体・精神的原

因による痛みならびに心因痛に対する治療法であり、現在主流となっているものは、抗うつ薬などによる薬物療法や行動療法、認知行動療法、バイオフィードバック療法などである（中井・阿部，2002）。

1-3 難治性慢性痛に対する ECT

1-3-1 痛みの治療への ECT の応用

刺激療法のひとつに含まれる ECT は、近年、慢性疼痛のうち難治化した慢性痛患者の症状に対して肯定的な治療効果が報告されており、なかでも求心路遮断性痛による難治性慢性痛に対して選択的に鎮痛効果が得られることが示されている（土井・米良，1998；野田・木村・坂本・矢吹・秋山，1999；土井・米良，2002；Rasmussen, & Rummans, 2002；土井・鮫島・臼井・米良・諏訪，2005）。また、脳卒中後の後遺障害として痛みが遷延した視床痛にも効果的である。ただし、皮殻など視床周辺に病変のある視床痛には著効を示すが、視床そのものに病変があるものには著効を得られにくいことが報告されている。

ECT とは、経頭蓋的電気刺激により人工的にけいれん発作を誘発し、その後に生じる二次的脳内過程を介して脳機能を改善する治療法である。ECT は、うつ病・統合失調症などの精神神経疾患のうち、薬物抵抗性の一部の病態にも治療効果を示すことから、主にこれらの精神神経疾患に対する治療法として実施されている。現在、ECT の適応の対象項目に慢性痛が含まれてはいるものの、厚生労働省によって精神科において取り扱われるべき治療法として定められている。

慢性痛に対する ECT の治療効果に関しては、散発的な症例報告 (Bradley, 1963；Mandel, 1975, Pisetsky, 1946；Von Hagen, 1957) は古くからあったが、痛みの病態および治療経過についての詳細な記述ではなく、その病態などについての詳細な報告として痛みの治療として ECT が最初に報告されたのは本邦におけるものである（土井他，1998；土井他，1999；及川・土井，1999；鮫島・土井・中村・一瀬・米良・武山・小倉・諏訪・松浦・前

田, 2000). これらの報告では, 帯状疱疹後神経痛の痛みのためにうつ状態を呈し自殺を図ろうとした症例に対して ECT を施行し良好な鎮痛効果を得た経験を契機として, 種々の薬物療法や, 神経ブロック療法, 硬膜外電気刺激療法などに反応せず日常生活動作の著しい低下と抑うつ気分などを呈した慢性痛患者を主な対象としている. これらの報告の結果から, ECT の鎮痛効果が求心路遮断性痛に選択的であり, 求心路遮断性痛では痛みと反対側の視床機能が低下しており, ECT はこれを改善することにより治療効果を発揮することも判明されている. Loser(1982)によれば, 痛みは「侵害受容」, 「痛み知覚」, 「苦悩」, 「痛み行動」の4層構造を持つとされているが, 土井らは, ECT は Loser による痛みの多層モデルのうち, 主に「痛み知覚」の階層で作用するものと報告している. Loser の痛みの多層モデルの「侵害受容」とは, 侵害刺激が神経自由終末にある侵害受容器に生み出す電気インパルスのことであり, これが複数のニューロンを經由して大脳皮質に到達したときにさまざまな程度の「痛みとして知覚」される. 痛み知覚が引き起こした驚愕・不安・恐怖などの陰性感情が「苦悩」である. そして苦悩が引き起こすさまざまな言語的・行動的表現, および痛みを回避するための行動を「痛み行動」と呼ぶとしている. 土井・中村・一瀬・諏訪・渋井・武山・鮫島・米良・福林・佐伯・吉田(2003)はこのモデルに基づいて, ECT は主に「痛み知覚」の階層に作用するものとし, 痛みが長期間にわたって続く慢性痛では, ADL や QOL の低下に伴って「苦悩」が重症化し複雑化し, 「痛み行動」も respondent pain behavior から operant pain behavior へと変容していることも多いことを述べている(図1-1). また, ECT は慢性痛に伴う抑うつ気分や学習・強化された痛み行動を直接的に修正することがなく, 痛みが改善されない限りは痛みに伴う精神症状も改善されないことも述べている. これらのことから, ECT が生物・心理・社会的側面の評価も検討したうえで神経ブロックや薬物療法, 認知行動療法などとともに慢性痛の治療選択肢の一つとして活用されるものであるとしている.

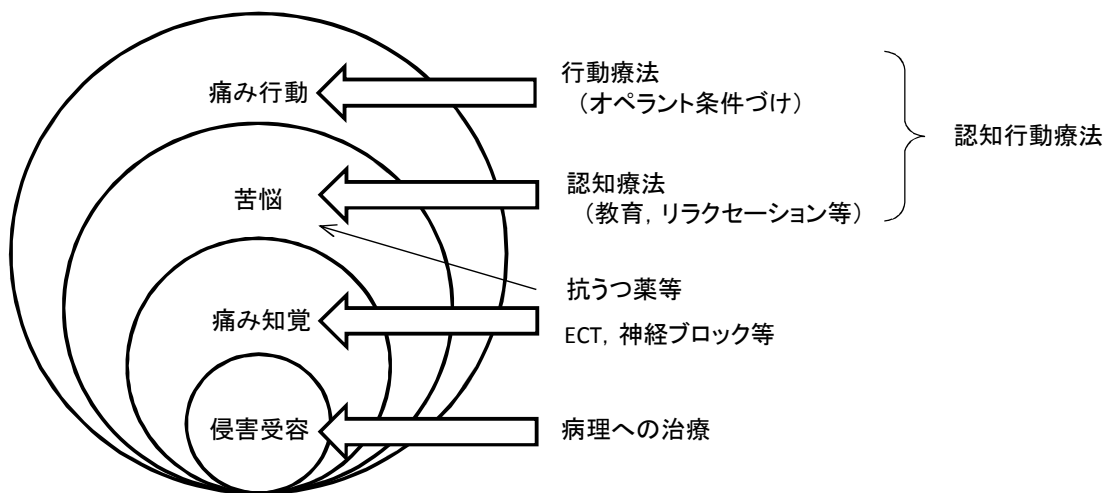


図1-1 Loserの多層モデルからみた各種療法の位置づけ

(土井(2003)より改変)

1-3-2 ECT を受ける難治性慢性痛患者の置かれている現状

現在、慢性痛は日本精神神経学会の定める ECT の適応の対象項目に、精神疾患ではない身体疾患として含まれ（粟田，2003）てはいるものの、その治療法自体は精神科において取り扱われるべき治療法として厚生労働省によって定められている。そのため、本邦で難治性慢性痛患者に対して ECT を実施する際には、精神疾患患者としてではなく身体症状の痛みに対する治療でありながら、痛みの治療を扱う麻酔科ペインクリニックの受診だけでなく精神科受診ならびに精神科病棟入院という状況が生じているのが現状である。また、紹介元の医療機関において、精神科受診となることに対する説明がなされていないまま精神科へ紹介されている患者も多いことから、「なぜ身体の痛みを抱えている自分が精神科を受診しなくてはならないのか」、「自分本人に伝えられていないだけで、実は精神病というレッテルを貼られてしまっているのではないか」、「身体の痛みを精神的な問題ということで片付けられてしまうのではないか」という不安などを感じていることが多い。そもそも患者の多くは、ECT そのものへの理解も十分ではないこともあり、痛みに対してこれから自身が受けようとしている治療がどのようなものであるのかという不安を抱えていることが多い。

ECT の対象である難治性慢性痛患者も含めて慢性痛患者は、全般的に不安や抑うつの高さや、心気症や神経症傾向の強さが著しいことが多数報告されており、慢性痛患者に対する心理的サポートの必要性も示唆されている（北島・奥田・緑川・松本，1995；福井・町田・竹山，1998；与倉・奥田・見塩・浜口・山口・和気，1999；原・久保，2002）。なかでも、ECT の対象となる難治性慢性痛患者は、慢性痛に対する諸治療法で症状が改善せず、ECT を受ける段階に至るまでに罹病期間が長期間に及んでいることに加えて他の一般的な慢性痛患者に比べて痛みの症状が出現する頻度と痛みの強度が高い（土井他，2005）ことがいわれている。これらの影響を受け、ECT の対象となる難治性慢性痛患者において、不安や抑うつ、絶望等の心理状態は、他の全般的な慢性痛患者に比べてより高いことが示された（Kobayashi, Mera, & Nomura, 2005；小林・土井・米良・野村，2006）。このように、心

理状態が不安定でありストレス脆弱性が高まっている状態にある難治性慢性痛患者が、不安を抱えたまま受診・入院することによって、更に不安定な心理状態へ進行する可能性があるものと考えられる。同時に、十分な理解が為されていない状態のまま長期にわたる入院に伴う過度のストレス負荷が、医師に対する不信感の増大や、患者の受療意欲の低下を招いたりする可能性があることが考えられる。しかし、これらの問題に対して、どのように対応するかという議論や対応策が設けられていることはほとんどないと思われる。

1-3-3 痛みの治療としての ECT に関する先行研究と問題点

これまで、難治性慢性痛患者に対して ECT を施行した内容を扱った先行研究は、ECT がどのようなタイプの慢性痛の症状改善に対して有効であるかということに関する報告や、難治性慢性痛の症状に対する ECT の治療効果そのものに関する報告、痛みに関連性のある脳機能に対する ECT の影響に関するものが多い。これらの文献の中で、患者の理解に関する事柄に触れる内容として、インフォームド・コンセントという語句が登場する文献(大森・長沼・大瀬戸・塩谷, 2000; 土井・米良・中村・諏訪・武山・藤井・嶋本・一瀬・鮫島, 2000; 土井・中村・一瀬・諏訪・渋井・武山・鮫島・米良・福林・石丸・吉田, 2003) が散見されるものの、そこで述べられているインフォームド・コンセントは、ECT を施術する際に全身麻酔管理下に置かれるということを説明して患者からその旨の同意を得ることについて言及したものであり、治療過程における痛みの症状の変化・予後等についてや、難治性慢性痛患者が ECT を受けるにあたって派生する一連の精神科受診ならびに精神科病棟入院に関する内容についてを言及したものではない。また、ECT に関する患者の理解度や、効果的な受療行動に結びつくような患者のための環境整備を視野に入れた研究はなされていない。ECT を受療する難治性慢性痛患者におけるニーズの内容を明確にし、患者の理解度を深めるような説明を定め受療環境を整備することによって、難治性慢性痛患者が ECT を受ける際の、患者ならびに医療サイドの双方にとって、より安定した環境整備につ

なげることができるものとする。ECT は慢性痛に対しての適応も現在では認知されており、全国的に施行されるものではないとはいえ、今後も痛みの治療の選択肢からなくなることはないと考えられる。

そのために、まずは痛みに対する治療を受ける慢性痛患者の心理状態を把握することが必要であるとする。後述の3章では、改めて慢性痛患者の心理に関する先行研究のレビュー（第3章第1節）を行ったうえで、慢性痛患者全体の心理状態に関する調査（第3章第2節）、ECTを受療する難治性慢性痛患者の心理状態に関する調査（第3章第3節）について述べる。

第2章 本研究の目的と意義

2-1 本研究の目的

現在、ECT は難治性慢性痛の治療法の選択肢の一つとして行われているものであり、痛みの治療を目的としてECTを行っている施設は全国的には少ないながらも、その治療成果には一定の成果が認められているといえる。しかし、痛みに対してECTを行う場合の患者への説明や受療の環境に関する統一された手続きの整備がなされるまでには至っていない問題がある。ECTを受ける難治性慢性痛患者は痛みだけでなく、強い痛みによって日常生活に支障をきたしており、それに加えて抑うつや不安が引き起こされていることが多く見受けられることから、生活の質（Quality of Life: QOL）が低下している場合が多い。このように、抑うつや不安を抱えた状態や治療への十分な理解が得られていない状態であると、患者自身が治療の必要性を理解したり治療成果への見通しを立てたりすることが困難なため、治療への積極性といったアドヒアランスが低下しやすいことが考えられる。

そこで本研究では、1) ペインクリニック領域の慢性痛患者全体の心理状態を把握すること、2) ECTを受療する難治性慢性痛患者の心理状態を把握すること、3) ECTを受療する難治性慢性痛患者の抱える不安の原因となっている問題点を明らかにすること、4) これらの問題点に関して痛みの治療を目的とするECTを施行する際のガイドラインを作成しECTを受療する難治性慢性痛患者の受療環境を整備すること、を通して、ECTを受療する難治性慢性痛患者のQOLを改善すること、受療環境や説明への満足度ならびに治療へのアドヒアランスを向上させることを目的とする。

これらの課題を解決するために、以下の研究を行う。身体症状としての痛みに対するECTを受ける難治性慢性痛患者は、基本的にペインクリニックを受診する慢性痛患者に含まれる。そこで、本研究では、まずは痛みに対する治療を受ける慢性痛患者の心理状態を把握することが必要であると考え、第一に、ペインクリニックを受診する慢性痛患者全体の心理状態について調査を行うこととする（第3章2節）。次に、慢性痛患者全体の中でも重症

である ECT を受ける難治性慢性痛患者の心理状態の評価を行うこととし、同時に、痛みに対する治療として ECT を行うこと自体が特殊な状況であることから、ECT を受ける難治性慢性痛患者が一般的なペインクリニックの治療（ECT 以外の治療）を受ける慢性痛患者と比べて特徴的な心理的諸問題を抱えていることが予想されるため、両者の心理状態を比較することとする（第 3 章 3 節）。また、ECT を受ける難治性慢性痛患者は、ECT 以外の治療を受ける慢性痛患者よりも単に精神症状の重篤度が高いというだけではなく、その治療の特殊性により独自の問題を抱えている可能性が考えられることから、ECT を受ける難治性慢性痛患者を対象を絞りその心理的特徴や抱える問題を調査することとする（第 3 章 4 節、5 節）。さらに、これらの問題に対して医療側の視点からはどのような対策が取られているのかということについての実態を調査することとする（第 4 章）。そして、これらの基礎的な調査により示唆された問題点を改善するために、難治性慢性痛患者が身体症状としての痛みの治療を目的とする ECT を受療する際に必要な知識や理解の状態や、精神科受診ならびに精神科病棟入院に伴って生ずる患者の不安や不満等の問題点を調査し、難治性慢性痛に対する ECT に際して医療者による施行ならびに患者の受療が効果的に遂行されるためのガイドラインを作成すること（第 5 章）、そしてその有用性を検討すること（第 6 章）、を目的とする（図 2-1）。

本研究の構成については、図 2-2 に示す。本章以降の概要を以下に示す。

第 2 章では、第 1 節に本研究の目的、第 2 節に本研究の意義を示す。

第 3 章では、第 1 節に慢性痛患者に関する先行研究のレビューを行う。第 2 節に、ペインクリニックを受療する慢性痛患者全体の心理状態を把握するための調査を行う。第 3 節に、ペインクリニックを受療する慢性痛患者のうち ECT を受療する患者の心理状態を把握するため、ECT 以外の治療を受ける慢性痛患者との比較による調査を行う。第 4 節に、ECT を受療する慢性痛患者の心理状態に原因疾患による差がないことを確認するための調査を行う。第 5 節に、心理面接のなかで述べられた ECT 患者の抱える問題を挙げる。

第 4 章では、第 1 節に痛みの治療として ECT を行ったことのある施設における痛みの治

療として特化した ECT 施行時の説明や患者の受け入れ態勢の整備の状態を調査し，第 2 節に，痛みの治療として ECT を実施している E 病院（以下，当院とする）における難治性慢性痛患者への ECT 施行時の説明の在り方等の実態を調査する．

第 5 章では，第 1 節に ECT 患者へのヒアリング調査を行い，第 2 節ではヒアリング調査の結果に基づくガイドラインを作成する．

第 6 章では，第 5 章にて作成したガイドラインの有用性の検討を行う．

第 7 章では，本研究の限界と今後の展望について言及する．

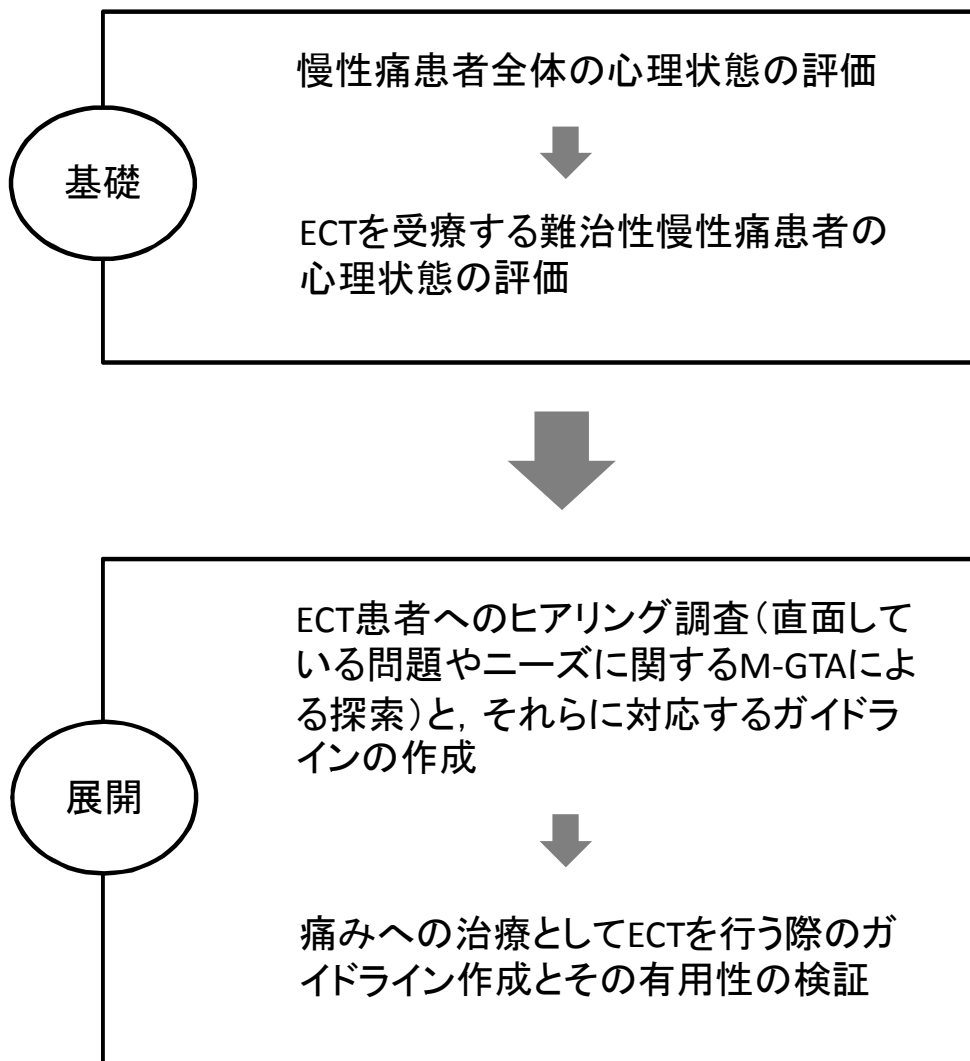


図2-1 本研究の概要

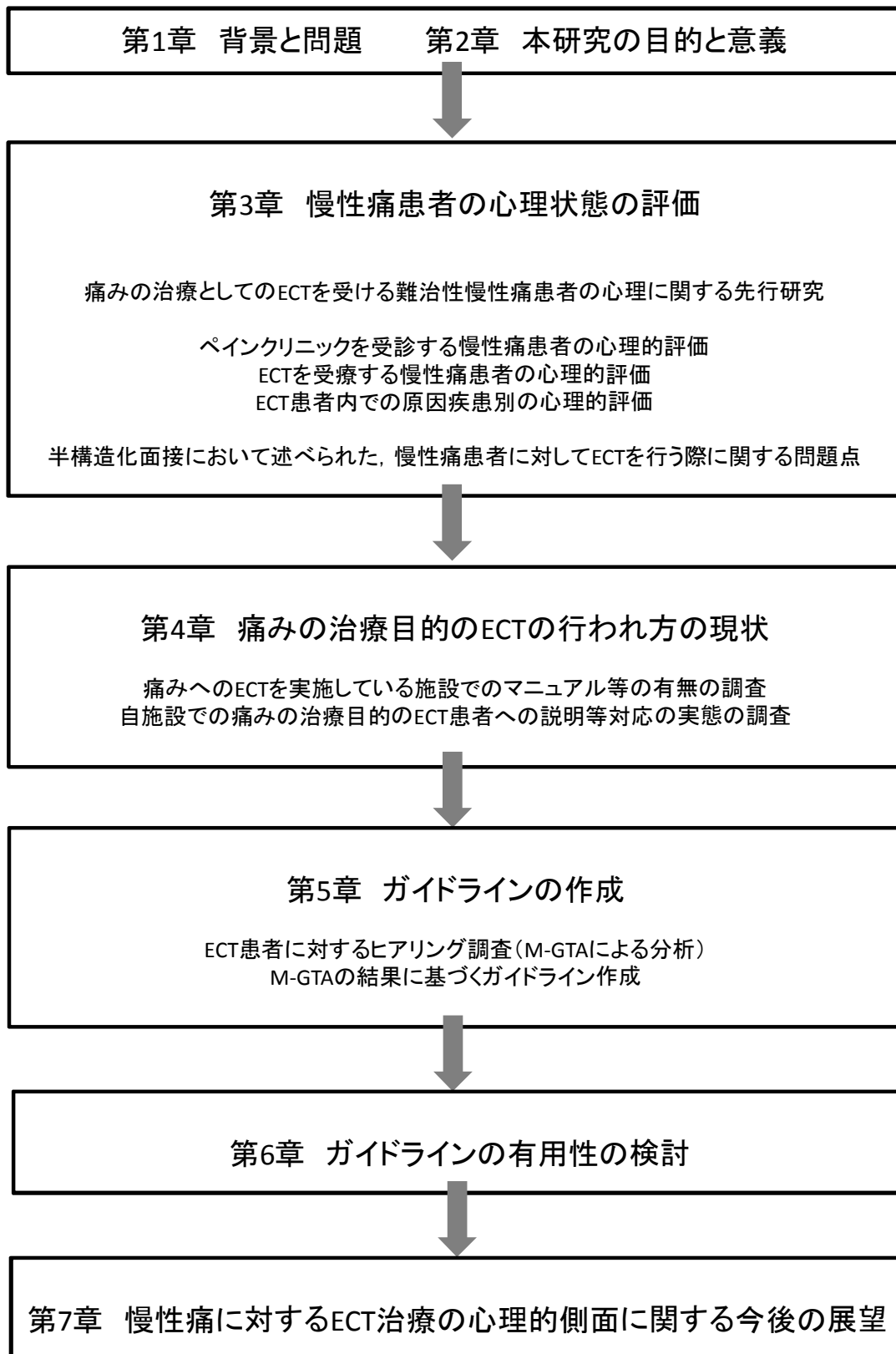


図2-2 本研究の構成

2-2 本研究の意義

ECTの対象となる難治性慢性痛患者は、慢性痛に対する従来の治療法で症状が改善せず、ECTを受ける段階に至るまでに罹病期間が長期間に及んでいることに加えて、他の一般的な慢性痛患者に比べて痛みの症状が出現する頻度と痛みの強度が高い(土井他, 2005)。これらの影響を受け、ECTの対象となる難治性慢性痛患者において、不安や抑うつ等の心理状態は、他の一般的な慢性痛患者に比べてより高いことが考えられる。このように、心理状態が不安定でありストレス脆弱性が高まっている状態にある難治性慢性痛患者が、痛みに対するECTに関する十分な理解を得られていないまま受療することは、治療効果や副作用等への不安や気分の落ち込みを招いたり、治療意欲を低下させたりすることにもつながり、更に不安定な心理状態へ進行する可能性があるものと考えられる。同時に、十分な理解が為されていない状態のままで長期間にわたる入院に伴う過度のストレス負荷が、医師に対する不信感の増大や、患者の受療意欲の低下を招いたりする可能性があることが考えられる。このような不安や抑うつの高まりはQOLを低下させることに影響を及ぼし、治療への意欲や積極性の低下はアドヒアランスの状態の悪さにも影響を及ぼすものと考えられる。

しかし、これらの問題に対して、どのように対応するかという議論や対応策が設けられていることはほとんどなく、治療過程の途中で患者がこれらのストレスを理由に、突然ドロップアウトしてしまう場合もある。このような問題には、自身が精神科の治療法であるECTを身体症状の治療として受けることや、ECTそのものに対する患者の理解を十分に得られていないという背景があるものと考えられる。同時に医療側にも、身体症状に対して精神科の治療を行うという特殊な状況への体制が整っていないという背景もあると考えられる。そのため、本邦でECTを受ける難治性慢性痛患者が、安定した心理状態で受療に臨むことができるような環境整備が必要であり、慢性痛治療に特化したECTを行うためのガイドラインを定めることが重要であると考えられる。

第3章 慢性痛患者の心理状態に関する調査

3-1 慢性痛患者ならびに痛みの治療としての ECT を受ける難治性慢性痛患者の心理に関する先行研究

ECT の対象である難治性慢性痛患者も含めて慢性痛患者は、全般的に不安や抑うつの高さや、心気症や神経症傾向の強さが著しいことが多数報告されており、慢性痛患者に対する心理的サポートの必要性も示唆されている。なかでも ECT の対象となる難治性慢性痛患者は、慢性痛に対する従来の治療法で症状が改善せず、ECT を受ける段階に至るまでに罹病期間が長期間に及んでいることに加えて、他の一般的な慢性痛患者に比べて痛みの症状が出現する頻度と痛みの強度が高い。

慢性痛患者は、身体的な感覚の苦痛と同時に、持続的に不快な情動体験を強いられることから、不安や抑うつ、緊張等の精神症状や社会的な機能不全を伴うことが多い。また、痛みによって通常の日常生活における行動様式の変容を迫られることや、周囲からの理解を得にくいこと、罹病期間ならびに治療期間が長期にわたる場合が多いことなどから、患者は恒常的に強度の心理的負担を強いられており精神的健康を損なわれている可能性もあると考えられる。慢性痛患者の精神心理的側面に関する研究は多数あり (Dersh, Polatin, Gatchel, 2002 ; Barnes, et al., 1990 ; 与倉他, 1999 ; 水野・福永・中井, 2005 ; 八反丸・増田・中山・黒木・鄭・八反丸, 2004 ; 長井, 2010 ; Poole, Blake, Murphy, et al., 2009, 原他, 2002 ; Gureje, Von Korff, Simon, & Gater, 1998), Barnes et al. (1990) は慢性腰痛患者に関する研究において、治療前には高値を示していたミネソタ多面人格目録 (Minnesota Multiphasic personality inventory : MMPI) の心気症尺度、抑うつ性尺度、ヒステリー性尺度のいわゆる神経症三尺度が、治療奏功後には正常化することを報告している。本邦においても、与倉他 (1999) により、ペインクリニックを受診する非がん性慢性痛患者の 53% で同三尺度が高値であった報告があり、水野他 (2005) も、心療内科を受診する慢性痛患者と他の心身症患者を比較した研究のなかで、慢性痛患者はこれらの

三尺度の上昇が特徴的であると述べている。与倉他（1999）は、ペインクリニックを受診する非がん性慢性痛患者を対象としたコーネル・メディカル・インデックス（Cornell Medical Index：CMI）による調査の結果、対象患者の49%が神経症傾向ないしは神経症（III・IV領域）の圏内にあり、易怒性や憂うつ、希望がない、自殺傾向などの多彩な精神症状がみられたことも報告しており、入院治療を受ける慢性痛患者の88%がIIIないしはIVであったという八反丸他（2004）の報告もある。長井（2010）による報告では、慢性痛を主訴に心身医療科を受診した患者のうち64%がCMIの結果III・IV領域であり、52%がうつ（気分障害）を合併していることが示されている。Dersh et al.（2002）は、慢性痛と精神病理の関連を扱った多数の研究のなかでも、うつとの関連が特に多いことをまとめており、うつを測定する尺度としてベック抑うつ質問表（Beck Depression Inventory-II：BDI-II）を用いて慢性痛に続いて抑うつが発症することを示したPoole et al.（2009）による報告や、慢性痛患者は抑うつ状態にあり不安傾向が強いことをSDSうつ性自己評価尺度（Self-rating Depression Scale）やSTAI状態-特性不安尺度（State-Trait Anxiety Inventory）を用いて示した原他（2002）による報告などがある。痛みは身体的な痛みの知覚だけでなくさまざまな精神症状を伴うものであるが、特に慢性痛患者は精神的社会的障害を伴うことや、不安や抑うつ障害や日常生活動作の制限、健康に関する歪んだ認知などが生じやすいことが世界保健機関（World Health Organization：WHO）の調査により報告されており（Gureje, et al., 1998）、慢性痛患者は精神的健康を損なわれていることが考えられる。

このように、慢性痛患者が心理精神的な諸問題を抱えているとの報告は多い。当院では、視床痛をはじめとする難治性慢性痛に対して、電気けいれん療法（Electroconvulsive Therapy：ECT）を行ってきている。ECTの適応となる患者（以下、ECT患者）は持続する激痛に対する有効な手段がなく、日常生活動作（Activities of Daily Living：ADL）や生活の質（Quality of Life：QOL）が著しく低下していることが多い。従って、一般的なペインクリニックの治療を受ける慢性痛患者（以下、非ECT慢性痛患者）に比べて多くの問題

を抱えていると考えられる。また ECT は本来は精神科の治療であり、痛みに対しては一般的には行われておらず、受療環境も整っていない。そのような状態で、いわゆる電気ショックを受けるということや精神科に入院するということが、さらに患者にとって精神的な負担となる可能性も考えられる。

このことから、ECT 患者の心理精神的な状況を把握しておくことが治療上極めて重要である。しかし、ECT 患者の心理面を扱った先行研究（木村・河西・高橋・川瀬・波木，2003；久保田・井上・後藤・藤原・関野・近藤・井関・小阪，2001；野田他，1999；竹内・高橋，2004）には、症例報告は散見されるものの多人数のサンプリングをもとに一般性のある結論を求める量的な研究や、非 ECT 慢性痛患者との比較を行った研究はない。

3-2 ペインクリニックを受診する慢性痛患者の心理的評価

【問題と目的】

慢性痛患者は、身体的な感覚の苦痛と同時に、持続的に不快な情動体験を強いられることから、不安や抑うつ、緊張等の精神症状や社会的な機能不全を伴うことが多い。また、痛みによって通常の日常生活における行動様式の変容を迫られることや、周囲からの理解を得にくいこと、罹病期間ならびに治療期間が長期にわたる場合が多いことなどから、患者は恒常的に強度の心理的負担を強いられており精神的健康を損なわれたり神経症状を呈したりする可能性もあると考えられる。

ペインクリニック領域における慢性痛患者の精神的健康や神経症状に関して、その原因疾患別に考察を行っている研究は少なく、精神的健康度の把握に有効な精神健康調査票 60 項目版（General Health Questionnaire：以下 GHQ）を用いて調査したものはなく、その神経症状の把握に CMI を組み合わせて調査を行ったものはない。さらにその症例数を統制して行われたものはないため、痛みの原因となる疾患別に人数を揃えてその心理状態を把握することで、より詳細な検討を行えるものとする。今回我々は、GHQ と CMI とハミル

トンうつ病評価尺度 (Hamilton' s Rating Scale for Depression : 以下 HRSD) を用いて、ペインクリニックに受診する慢性痛患者全体の心理的評価を行うことを目的とした。また、難治性の慢性痛患者にはいろいろな原因疾患があることから、原因疾患別に特徴があるのかをみるために原因疾患ごとに人数を揃えて比較した。

【対象と方法】

1. 調査対象

ペインクリニックを受診した、視床痛、帯状疱疹後神経痛 (postherpetic neuralgia : PHN)、脊椎疾患 (椎間板ヘルニア・脊柱管狭窄症等)、外傷後痛・手術後痛の複合性局所疼痛症候群 (complex regional pain syndrome : CRPS)、線維筋痛症 (fibromyalgia syndrome : FMS) の慢性痛患者について、各疾患につき 25 名ずつを無作為に抽出し、計 125 名 (男性 54 名、女性 71 名、平均年齢 58.4±16.0 歳) に対して心理検査を用いて調査を行った。調査は、当科での初診時もしくは 2 回目受診時 (長くても初診以降 2 週間以内) に行った。なお、統合失調症や知的障害等の精神疾患を有する患者は対象から除外した。

2. 調査方法

調査は、GHQ と CMI の自己記入式質問紙を用い、さらに、慢性痛患者は抑うつ状態を合併していることが多いことから HRSD に基づく半構造化面接を実施して客観的評価を行った。半構造化面接は、結果のばらつきを防ぐために全例に対して心理士が一貫してひとりで行った。また、痛みの程度は視覚アナログスケール (Visual Analog Scale : 以下 VAS) により評価した。VAS の記入には今までの一番強い痛みを 100 とし、痛みのない状態を 0 とした場合、最近の強い痛みの程度を 100mm の直線上に印を付けるように教示した。併せて、痛みの発症からペインクリニック受診までの期間 (罹病期間) を調査した。

3. 倫理的配慮

ペインクリニックを受診する慢性痛患者に対して心理検査の施行と調査研究に関する口頭および文書による説明を行い、十分なインフォームド・コンセントにより同意書に署名を得られた患者に対してのみ実施し、プライバシーの確保等の倫理的配慮を行った。同意ののち患者が調査を拒否した場合には調査を中止し、調査の対象から除外することとした。すべての調査結果について個人が特定できないように配慮した。なお、本研究は東京都保健医療公社荏原病院の倫理委員会の承認を得ている。

4. 統計処理

慢性痛患者全体(n=125)についてと、原因疾患ごとに視床痛群、PHN群、CRPS群、脊椎疾患(椎間板ヘルニア、脊柱管狭窄症等)群、FMS群の5疾患について以下の分析を行った。統計の処理は、対象患者全体の年齢と罹病期間の性別間の比較については、Mann-WhitneyのU検定を行った。原因疾患の5疾患群の比較については、患者背景、GHQの総合得点ならびに各下位尺度(「身体的症状」、「不安と不眠」、「社会的活動障害」、「うつ傾向」)得点、CMIの身体的自覚症ならびに精神的自覚症の各合計得点、HRSDの得点、VASの結果に関しては一元配置分散分析(ANOVA)を用いて群間比較を行った。等分散の検定にはLevene法を用い、等分散性が仮定できない場合はWelchの補正を行った。5群間に有意差の認められた項目に関してはTukey法による多重比較、Welchの補正を適用した場合はGames-Howell法による多重比較を行い各群間の検定を行った。CMIの神経症の領域と精神症状の特定質問項目についてはKruskal-Wallis検定を行い、5群間に有意差の認められた項目に関してはSteel-Dwass検定を行った。また、VASと各心理検査結果の関連について各心理検査得点結果との相関分析を行った(Pearsonの積率相関係数)。統計ソフトはSPSS version18.0(PASW)を用いた。

【結果】

1. 患者背景(表3-2-1)

表3-2-1. 年齢と痛み発症からの罹病期間

	全体 (n=125)		原因疾患				
	男性(n=54)	女性(n=71)	視床痛群 (n=25)	PHN群 (n=25)	CRPS群 (n=25)	脊椎疾患群 (n=25)	FMS群 (n=25)
年齢 (単位:歳)	58.4±16.0 62(24~86)		60.2±9.4 62(34~75)	71.7±10.5 75(46~86)	51.2±14.3 56(29~70)	63.3±18.6 71(24~85)	45.4±11.4 46(29~70)
	56.2±16.0 60(24~85)	60.0±15.9 64(29~86)	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> ** *** *** *** ** </div>				
	n.s.		n.s.				
痛み発症から の罹病期間 (単位:月)	54.8±49.4 43(3~336)		51.4±43.7 32(3~156)	36.8±38.9 32(3~133)	69.8±67.6 54(8~336)	63.4±46.5 50(3~156)	52.7±42.5 42(3~184)
	48.3±40.6 35(3~156)	59.8±55.0 50(3~336)	n.s.				
	n.s.		n.s.				

*** : p<0.001, ** : p<0.01

対象患者の年齢は 58.4 ± 16.0 (24~86) 歳であり, 痛み発症からの罹病期間は 54.8 ± 49.4 (3~336) ヲ月 (約 4.6 年) であった. 罹病期間が長く, 他院や他科を經由して当科を受診した難治化している患者が多かった. いずれも性別間で年齢と罹病期間に有意な差は認められなかった (Mann-Whitney の U 検定). 原因疾患群間における平均年齢の一元配置分散分析の結果, 5 群間に有意差が認められた ($F(4, 120)=19.75, p<.001$). 多重比較の結果, 視床痛群が FMS 群よりも ($p<.01$), PHN 群が視床痛群と CRPS 群と FMS 群よりも (いずれも $p<.001$), 脊椎疾患群が FMS 群よりも ($p<.01$), それぞれ有意に平均年齢が高かった. また, 痛み発症からの罹病期間は一元配置分散分析の結果, 5 群間に有意差は認められなかった ($F(4, 120)=1.67, n. s.$).

2. GHQ (表 3-2-2)

1) 総合得点

全体 ($n=125$) の総合得点の平均値は非常に高い値を示しており, 疾患別にみてもすべての群で臨床的な区分点 (中川・大坊, 1985) である 13 点を上回る結果を示した. 原因疾患群の一元配置分散分析の結果, 5 群間で得点に有意差が認められた ($F(4, 120)=11.48, p<.001$). 多重比較の結果, 視床痛群, CRPS 群, FMS 群は, 脊椎疾患群よりも有意に高く ($p<.01, p<.001, p<.001$), 同時に FMS 群は PHN 群よりも有意に高かった ($p<.001$).

2) 下位尺度「身体的症状」

全体の得点は 4.2 ± 1.9 点で, 得点による重症度は中等度以上に位置した. 原因疾患群の一元配置分散分析の結果, 5 群間で得点に有意差が認められた ($F(4, 120)=8.82, p<.001$). 多重比較の結果, CRPS 群は脊椎疾患群よりも有意に高く ($p<.01$), FMS 群は視床痛群, PHN 群, 脊椎疾患群よりも有意に高かった (いずれも $p<.001$).

3) 下位尺度「不安と不眠」

表3-2-2. GHQの得点結果

	全体 (n=125)	原因疾患				
		視床痛群 (n=25)	PHN群 (n=25)	CRPS群 (n=25)	脊椎疾患群 (n=25)	FMS群 (n=25)
得点結果 (単位:点)						
総合得点	30.4±15.0 34.0(0~58.0)	32.3±14.4 36.0(0~55)	25.7±16.1 29.0(0~54)	35.2±9.6 37.0(15~55)	18.5±12.9 14.0(3~47)	40.5±11.6 42.0(11~58)
下位尺度 身体的症状	4.2±1.9 5(0~7)	3.8±1.9 4(0~7)	3.6±1.9 3(0~7)	4.6±1.6 5(1~7)	3.2±1.9 3(0~7)	5.8±1.2 6(3~7)
不安と不眠	4.0±2.0 4(0~7)	3.9±2.0 4(0~7)	3.4±2.3 4(0~7)	4.7±1.3 5(2~7)	2.8±1.9 3(0~6)	4.9±1.8 5(0~7)
社会的活動障害	3.7±2.5 4(0~7)	4.5±2.3 5(0~7)	3.2±2.7 4(0~7)	4.1±2.0 4(1~7)	1.6±2.2 1(0~6)	5.0±2.1 5(1~7)
うつ傾向	2.9±2.6 2(0~7)	3.3±2.9 3(0~7)	1.8±2.2 1(0~7)	3.4±2.4 4(0~7)	1.7±2.4 1(0~7)	4.2±2.6 5(0~7)

***: p<0.001, **: p<0.01, *: p<0.05

全体の得点は 4.0 ± 2.0 点で、得点による重症度は中等度以上に位置した。原因疾患群の一元配置分散分析の結果、5 群間で得点に有意差が認められた ($F(4, 120) = 5.78, p < .01$)。多重比較の結果、CRPS 群と FMS 群が脊椎疾患群よりも有意に高かった (いずれも $p < .01$)。

4) 下位尺度「社会的活動障害」

全体の得点は 3.7 ± 2.5 点で、得点による重症度は中等度以上に位置した。原因疾患群の一元配置分散分析の結果、5 群間で得点に有意差が認められた ($F(4, 120) = 8.28, p < .001$)。多重比較の結果、視床痛群と CRPS 群と FMS 群が脊椎疾患群よりも有意に高かった ($p < .001, p < .01, p < .001$)。

5) 下位尺度「うつ傾向」

全体の得点は 2.9 ± 2.6 点で、得点による重症度は軽度に位置した。原因疾患群の一元配置分散分析の結果、5 群間で得点に有意差が認められた ($F(4, 120) = 4.88, p < .01$)。多重比較の結果、FMS 群が PHN 群ならびに脊椎疾患群よりも有意に高かった ($p < .01, p < .05$)。

3. CMI

1) 神経症の領域 (表 3-2-3-a)

慢性痛患者のうち 80 例 (64.0%) が、CMI の神経症の領域による判定で、III・IV (神経症傾向・神経症) 領域を示した。視床痛群の 68.0%、PHN 群の 32.0%、CRPS 群の 96.0%、脊椎疾患群の 44.0%、FMS 群の 80.0% が、III・IV 領域であり、CRPS 群と FMS 群が、PHN 群と脊椎疾患群よりも有意に III・IV 領域の人数分布が多かった (いずれも $p < .05$)。

2) 身体的自覚症合計得点 (表 3-2-3-b)

全体の身体的自覚症合計得点は 39.3 ± 17.8 であった。原因疾患群の一元配置分散分析の結果、5 群間で得点に有意差が認められた ($F(4, 120) = 6.750, p < .001$)。多重比較の結果、

表3-2-3-a. CMIの結果(神経症の判別の領域)

神経症の判別の領域	全体 (n=125)	原因疾患				
		視床痛群 (n=25)	PHN群 (n=25)	CRPS群 (n=25)	脊椎疾患群 (n=25)	FMS群 (n=25)
	例数(%)	例数(%)	例数(%)	例数(%)	例数(%)	例数(%)
I (正常)	16(12.8)	3(12.0)	7(28.0)	0(0)	6(24.0)	0(0)
II (正常傾向)	29(23.2)	5(20.0)	10(40.0)	1(4.0)	8(32.0)	5(20.0)
III (神経症傾向)	48(38.4)	11(44.0)	5(20.0)	15(60.0)	8(32.0)	9(36.0)
IV (神経症)	32(25.6)	6(24.0)	3(12.0)	9(36.0)	3(12.0)	11(44.0)

* : p<0.05

表3-2-3-b. CMIの結果(身体的自覚症状合計得点・精神的自覚症状合計得点)

	全体 (n=125)	原因疾患				
		視床痛群 (n=25)	PHN群 (n=25)	CRPS群 (n=25)	脊椎疾患群 (n=25)	FMS群 (n=25)
身体的自覚症状 合計得点	39.25±17.77	37.32±14.50	30.60±14.35	32.20±13.49	46.60±18.49	49.52±19.80
			**			
			**	*	**	
精神的自覚症状 合計得点	11.34±8.80	9.96±6.83	8.48±9.04	8.68±7.68	13.88±8.60	15.68±9.74
			*			
					*	

** : p<0.01, * : p<0.05

CRPS 群が PHN 群と脊椎疾患群よりも有意に高く ($p<.01$, $p<.05$), FMS 群が PHN 群と脊椎疾患群よりも有意に高かった (いずれも $p<.01$).

3) 精神的自覚症合計得点 (表 3-2-3-b)

全体の精神的自覚症合計得点は 11.3 ± 8.8 であった. 原因疾患群の一元配置分散分析の結果, 5 群間で得点に有意差が認められた ($F(4, 120)=3.723$, $p<.01$). 多重比較の結果, FMS 群が PHN 群と脊椎疾患群よりも有意に高かった (いずれも $p<.05$).

4) 精神的自覚症の特定質問項目 (表 3-2-3-c)

全体では, 精神的自覚症の特定質問項目に肯定的な回答を示したのは, 「憂うつ」では 25 例 (20.0%), 「希望がない」では 31 例 (24.8%), 「自殺傾向」では 42 例 (33.6%), 「神経症の既往」では 18 例 (14.4%), 「精神病院入院既往」では 13 例 (10.4%), 「家族の精神病院入院既往」では 6 例 (4.8%), 「易怒性」では 42 例 (33.6%), 「強迫観念」では 11 例 (8.8%), 「理由のないおびえ」では 8 例 (6.4%) であった.

特定質問項目全 9 項目の各項目について, 原因疾患群の Kruskal-Wallis 検定の結果, 「希望がない」, 「自殺傾向」, 「精神病院入院既往」, 「強迫観念」において, 5 群間で有意差が認められた ($F=4$, 有意水準は順に $p<0.01$, $p<0.05$, $p<0.01$, $p<0.01$). 多重比較の結果, 「希望がない」では FMS 群が PHN 群ならびに脊椎疾患群よりも有意に高かった (いずれも $p<.05$). 「自殺傾向」, 「精神病院入院既往」, 「強迫観念」の多重比較の結果に有意な差は認められなかった.

4. HRSD (表 3-2-4)

全体の得点は, 11.4 ± 6.5 点と高く, HRSD の得点による重症度 (中島・子安・繁桝・箱田・安藤・坂野・立花編, 2002) では中等度に位置した. 原因疾患群の一元配置分散分析の結果, 5 群間で得点に有意差が認められた ($F(4, 120)=8.56$, $p<.001$). 多重比較の結果,

表3-2-3-c. CMIの結果(精神的自覚症に関する特定質問項目に肯定的な回答を示した例数)

	全体 (n=125)	原因疾患				
		視床痛群 (n=25)	PHN群 (n=25)	CRPS群 (n=25)	脊椎疾患群 (n=25)	FMS群 (n=25)
	例数(%)	例数(%)	例数(%)	例数(%)	例数(%)	例数(%)
憂うつ	25(20.0)	4(16.0)	2(8.0)	8(32.0)	3(12.0)	8(32.0)
希望がない	31(24.8)	6(24.0)	2(8.0)	8(32.0)	3(12.0)	12(48.0)
自殺傾向	42(33.6)	7(28.0)	5(20.0)	14(56.0)	5(20.0)	11(44.0)
神経症の既往	18(14.4)	1(4.0)	1(4.0)	6(24.0)	4(16.0)	6(24.0)
精神病院入院既往	13(10.4)	0(0)	0(0)	5(20.0)	1(4.0)	7(28.0)
家族の精神病院入院既往	6(4.8)	1(4.0)	0(0)	3(12.0)	0(0)	2(8.0)
易怒性	42(33.6)	11(44.0)	5(20.0)	10(40.0)	8(32.0)	8(32.0)
強迫観念	11(8.8)	1(4.0)	0(0)	4(16.0)	0(0)	6(24.0)
理由のないおびえ	8(6.4)	1(4.0)	1(4.0)	3(12.0)	0(0)	3(12.0)

* : p<0.05

表3-2-4. HRSDの結果

	全体 (n=125)	原因疾患				
		視床痛群 (n=25)	PHN群 (n=25)	CRPS群 (n=25)	脊椎疾患群 (n=25)	FMS群 (n=25)
得点結果 (単位:点)	11.4±6.5 10(1~29)	11.0±5.3 11(1~23)	8.8±5.4 8(1~20)	13.6±5.6 14(3~27)	7.8±6.1 6(2~23)	16.0±6.6 16(5~29)
重症度の人数分布 (単位:名)						
最重症 (31点以上)	0	0	0	0	0	0
重度 (21-30点)	12	1	0	3	2	6
中等度 (11-20点)	47	11	6	15	3	12
軽度 (5-10点)	44	9	13	5	10	7
軽度未満 (0-4点)	22	4	6	2	10	0

***: p<0.001, **: p<0.01, *: p<0.05

CRPS 群が PHN 群ならびに脊椎疾患群よりも有意に高く ($p < .05$, $p < .01$), FMS 群が視床痛群ならびに PHN 群, 脊椎疾患群よりも有意に高かった ($p < .05$, $p < .001$, $p < .001$).

5. VAS (表 3-2-5)

全体の VAS の値は 75.1 ± 24.5 であった. 原因疾患群の一元配置分散分析の結果, 5 群間で VAS の値に有意差が認められた ($F(4, 120) = 10.58$, $p < .001$). 多重比較の結果, 視床痛群が PHN 群ならびに脊椎疾患群よりも有意に高く ($p < .001$, $p < .01$), CRPS 群が PHN 群ならびに脊椎疾患群よりも有意に高く ($p < .001$, $p < .05$), FMS 群が PHN 群ならびに脊椎疾患群よりも有意に高かった ($p < .001$, $p < .01$).

また, 慢性痛患者全体では VAS と, GHQ の下位尺度「身体的症状」以外のすべての心理検査得点結果に有意な正の相関が認められた. PHN 群と FMS 群で VAS と GHQ 総合得点ならびに HRSD 得点の間に有意な正の相関が認められ, CRPS 群で GHQ 下位尺度うつ傾向の得点との間に有意な負の相関が認められた. 視床痛群と脊椎疾患群では心理検査得点結果と VAS に有意な相関関係は認められなかった.

【考察】

これまでの研究から, 慢性痛と精神・心理的要因が関連していることはよくいわれており (Dersh, et al., 2002 ; Barnes, et al., 1990 ; 与倉他, 1999 ; 水野他, 2005 ; 八反丸他, 2004 ; 長井, 2010 ; Poole, et al., 2009 ; 原他, 2002 ; Gurehe, et al., 1998) うつや不安の尺度として, HADS 尺度 (Hospital Anxiety and Depression Scale : HADS), SDS, BDI, CES-D うつ病自己評価尺度 (Center for Epidemiological Studies-Depression: CES-D), HRSD, STAI, 顕在性不安尺度 (Manifest Anxiety Scale : MAS) などをはじめとし, 他に MMPI, CMI, 谷田部ギルフォード性格検査 (Yatabe-Guilford Personality Inventory : YG 性格検査) などにより, 慢性痛患者のさまざまな精神心理的側面の評価が行われてきている. 本研究では, 精神的健康度の測定に GHQ を, 神経症の測定に CMI を, うつの測定に HRSD

表3-2-5. VASの結果, VASと各心理検査得点との相関

	全体 (n=125)	原因疾患						
		視床痛群 (n=25)	PHN群 (n=25)	CRPS群 (n=25)	脊椎疾患群 (n=25)	FMS群 (n=25)		
VASの値(単位: mm)	75.1±24.5 80.0(10~100)	86.8±18.0 100(30~100)	54.0±25.7 50(14~100)	83.4±20.8 100(36~100)	65.3±23.4 65(15~100)	86.2±15.1 87.5(45~100)		

					*			
						**		
VASとの相関(Pearsonの相関係数)								
GHQ	総合得点	.447**	.328	.403*	-.095	.435*	.447*	
	下位尺度	身体的症状	.220*	.096	.059	-.071	.317	-.331
		不安と不眠	.308**	.177	.350	-.249	.227	.329
		社会的活動障害	.409**	.326	.258	.205	.376	.370
		うつ傾向	.363**	.216	.549**	-.467*	.478*	.371
CMI	神経症の判別の領域	.287**	-.051	.072	-.332	.306	.231	
	身体的自覚症合計得点	.208*	.246	-.022	-.383	.360	.078	
	精神的自覚症合計得点	.198*	-.111	.226	-.308	.188	.396	
HRSD		.459**	.329	.565**	.015	.393	.461*	

*** : p<0.001, ** : p<0.01, * : p<0.05

を用いた。

今回使用した GHQ は、身体的症状ならびに不安・抑うつ症状や社会的な機能の不全を反映し、抑うつなどの精神症状を判別することに優れており、症状の評価や診断の目安として用いられる（大坊，2003）。その判定には GHQ の総合得点と、「身体的症状」、「不安と不眠」、「社会的活動障害」、「うつ傾向」の下位尺度から精神的健康度が測定され、総合得点が 13 点以上の場合には臨床的に何らかの問題を有すると判断される（中川他，1985）。各下位尺度は得点によって重症度の判定が可能であり、重症度は、中等度以上（重度を含む）、軽度、軽度未満の 3 段階に設定されている（大坊，2003）。また、GHQ は質問項目数が少なく所要回答時間も短時間で済むことから、質問文を集中して読むことが困難なほど痛みが強い患者や高齢の患者への負担も少ないといえる。このような特長から、慢性痛患者の心理状態を身体症状を含めて精神的健康度を多面的に把握するための指標として GHQ を使用した。

今回用いた CMI は、痛み患者の精神・心理的因子を調べる際に有用な心理テストであるという報告（宮本・岡田・谷口・土生・織田・本多，1990；伊藤・川端・岡田，1984；Brodman, Erdmann, and Wolff, 1995）がある。CMI の特徴は、身体および精神的自覚症の心身両面について比較的短時間のうちに、患者の抱える精神科をはじめとする内科などの諸科に関する問題点を抽出することが可能であり（金久・深町・野添，1983）、質問の構成が工夫されていて、他の心理検査に比較して心理的抵抗が少なくより正確な回答が期待できる（上地，2003）などの点が挙げられる。

HRSD はうつ状態もしくはうつ病の重症度を数量化する目的に使用するもので 21 項目からなる客観的評価尺度であり、得点結果から重症度が導き出される（染谷・坂戸，2003）。慢性痛患者の抑うつ症状を総合的に捉えるために、身体面や認知面も含めたうつの諸症状を満遍なく総合的に評価でき、なおかつ他者により客観的に評価できる尺度を用いる必要があると考え、GHQ に加えて HRSD の項目に基づいた半構造化面接を実施した。半構造化面接は、定められた質問の枠組みを守りながらも、患者の回答や反応、個々の状況に応じて、

質問の内容や表現、質問する順序等といった面接の細部を柔軟に変化させて対応する方法で、面接の目的に沿う方向性を保ちつつ面接の細部には自由度を併せ持つため、あらかじめ定められた項目と順序に従った質問によってのみ必要情報を得る構造化面接では拾いきれない情報も得ることが可能になる場合がある。

今回の調査の結果、慢性痛患者全体の GHQ の総合得点は非常に高い得点を示しており、これは健常者の総合得点平均値の 8.1 ± 5.3 に比べて著しく高く、臨床上の区分点(中川他, 1985)とされる 13 点をもはるかに上回り、精神的健康度は著しく低下していることが示された。その背景は、視床痛と PHN と CRPS は一般的に難治性疼痛といわれる痛みとしては重症と考えられる疾患であり、FMS は精神的な要素が強いといわれている(山下・芦原, 2010; 村上・松野・金・小池・井上・三浦・花岡・江花・橋本, 2009) 疾患であることが考えられる。すなわち、5 疾患のうち 4 つは高くなる要素がある疾患群であったため、慢性痛患者全体の総合得点の平均得点は高い数値が出たのではないかと思われる。

さらに、4 つの下位尺度得点の結果はいずれも高得点であり、「身体的症状」、「不安と不眠」、「社会的活動障害」では、重症度の判別で中等度以上の範囲に、「うつ傾向」では、軽度の範囲に区分された。「身体的症状」は、患者自身の自覚する身体的な疲労感や自覚症状をあらわす。通常、痛みは、何らかの侵害刺激があつて引き起こされる急性疼痛のように、生態への危険信号として機能するものであるが、そのような急性期の期間を過ぎても依然として身体的な痛みが継続しているという苦痛により「身体的症状」が中等度以上になったものと考えられる。「不安と不眠」は、不安症状と睡眠障害の状態をあらわす。身体的な症状が長期に改善しないことにより、今後の生活や仕事の見通しが立たないことなどから不安が高まったということや、痛みがあるために寝つきが悪かったり、夜間に痛みによる覚醒が複数回あつたりすることから「不安と不眠」が中等度以上になったと思われる。「社会的活動障害」は、日常生活動作 (Activities of Daily Living: ADL) や生活の質 (Quality of Life: QOL) といった概念に近いといえる。「社会的活動障害」が中等度以上になったことは、慢性痛患者が強度の痛みや絶え間ない痛みのせいで仕事を辞めざるを得なかったり、

食事や入浴、着替えなどの基本的な動作も困難となり日常生活もままならない状況となったりすることが多いことが反映されたものと考えられる。このように、自分自身で思うようにできないことがネガティブ思考を招き、達成感が得られず自己効力感や自尊感情の低下が生じ、うつ状態を引き起こしていると考えられる。このことが「うつ傾向」が軽度とはいえ中等度以上の範囲に近い結果になった背景にあると思われる。これらの諸症状は、痛みの症状によって心理精神状態にも影響を受けて引き起こされている二次的な状態像であると考えられる。

河野・戸田・山中・森本（2009）による GHQ を用いた慢性痛患者の精神健康度に関する報告と今回の結果を比較すると、すべての下位尺度において非常に高い値であり、今回の対象患者の精神的健康度が著しく低下していることが示唆された。河野他（2009）の研究では、ペインクリニックに受診している患者だけでなく、整形外科のみを受診している患者も含めて調査の対象とされているが、一般的に、整形外科からは痛みのコントロールが不良であるためペインクリニックに紹介されることが多いことから、痛みの程度が軽い患者も含まれていたことが考えられ、このような結果になったものと思われる。

CMI の結果から、慢性痛患者全体の 6 割以上が神経症傾向、神経症の状態にあり、北島・奥田・緑川・松本の慢性痛患者への CMI を用いた調査結果の 5 割以上が神経症傾向、神経症であったという報告と同様の結果であったと考えられる。なお、北島らの調査や、宮本・岡田・谷口・土生・織田・本多の調査では、身体的自覚症ならびに精神的自覚症の合計得点の記載はなかった。今回の調査では III・IV 領域に分布した人数が多かったことから、身体的自覚症合計得点と精神的自覚症合計得点も高いものであったと考えられる。

慢性痛患者全体の HRSD の結果は中等度のうつ状態にあることが示された。このことから、自己評価による「うつ傾向」の自覚症状が、他者評価によっても確認されたと考えられる。今回の結果は、HRSD の結果から慢性痛患者のうつ状態が中等度であったという Maruta（1989）の報告と一致し、慢性痛患者の約半数に抑うつ状態が認められる（原他，2002；Maruta，1989；木村・増田・宮崎，2010）という報告もあることから、慢性痛患者の心理

精神的問題としてうつに対して適切に対応すべき問題であると考えられる。

また、慢性痛患者全体の GHQ の総合得点とすべての下位尺度「不安と不眠」、「社会的活動障害」、「うつ傾向」得点、CMI の身体的自覚症合計得点ならびに精神的自覚症合計得点、神経症の領域、HRSD 得点において、VAS と有意な正の相関関係にあったことから、慢性痛患者全体では、痛みの程度が強いほど心理状態が不安定にあることが示された。そのため適切な疼痛管理を行い確実な治療効果を得ることができれば、精神症状の不安定化を未然に防ぐことができると考える。ペインクリニックを受診する慢性痛患者の VAS は先行研究（木村・増田他，2010；木村・有働・久米・大原・柳原・竹田，2010）では 45.8～82.3 と、その幅は広い。今回の調査結果の 75.1 という VAS の値は、木村・有働他（2010）の報告による 45.8 よりも高いが、これは木村・有働他（2010）の調査が、PHN，術後痛，腰痛症に対してペインクリニック外来で神経ブロック以外の代替療法を受けた患者を対象にしたものであり、神経ブロックを受ける段階までには至らない比較的軽症の患者が多く、本研究の対象者と重症患者の比率が異なったためではないかと推察される。一方で、木村・増田他（2010）の報告では神経ブロックを受ける患者が対象者に含まれており、本研究の対象患者と性質の近いものと考えられる。木村・増田他（2010）の研究では、変形性頸椎・腰椎症，頸椎・腰椎術後痛，肩関節周囲炎，PHN，三叉神経痛，CRPS，非定形顔面痛による慢性痛患者を対象に、「一日の平均の痛みの VAS」と「最も痛い時の VAS」を分けて尋ねており、一日の平均の痛みの VAS は 57.8 であるが、最も痛い時の VAS は 82.3 となっている。木村・増田他（2010）の研究の「最も痛い時の VAS」が、“一日の中で最も痛い時の VAS”を意味するのか、それとも“その症状に関する最も強い痛みの VAS”を意味するのかの詳細は記されていないが、「一日の平均の痛みの VAS」を併せて訊いていることから「最も痛い時の VAS」は前者の意味と解釈した。本研究では「最近の強い痛み」の程度を VAS の値（75.1）としており、木村・増田他（2010）の最も痛い時の VAS（82.3）の値とほぼ同等の結果が示唆されたと考える。

原因疾患別にみると、GHQ の総合得点ならびに HRSD は、FMS 群，CRPS 群，視床痛群，PHN

群，脊椎疾患群の順に高い結果となった．CMI の結果から神経症の程度は，CRPS 群，FMS 群，視床痛群，脊椎疾患群，PHN 群の順に高い結果となった．

村上（2003）によると，視床痛はうつとの関連が強く，脳卒中の発症後にはいわゆる脳卒中後うつ病（post stroke depression）という抑うつ状態を合併し易いことが指摘されている．今回の結果でも，視床痛群では抑うつが高く，GHQ の下位尺度「社会的活動障害」も特に高かった．脳卒中の後遺症のため，上肢や下肢の麻痺を伴う患者が多く，ADL や QOL を著しく阻害されていることも GHQ の下位尺度「社会的活動障害」や CMI の精神的自覚症合計得点が高い結果となった要因の一つであると考えられる．視床痛の痛みには一部に脳電気刺激療法（村上，2003）や電気痙攣療法（米良・小林・土井，2008）など劇的な改善を期待できる治療法もあるが，一般的には治療手段がほとんどなく，長期化すればするほど精神的に追い込まれていくと考えられる．今回の対象者では視床痛発症初期の患者は少なく，比較検討はできないが，臨床的には初期からこれらの精神的な症状も視野に入れて対応していくことが必要な疾患であると考ええる．

池田・吉田・渡辺・高薄・山口（2007）によると，PHN 患者の 43% に神経症が，24% に不安が認められ，軽度の抑うつ傾向がみられると報告している．今回の結果においても，PHN 群では CMI の結果からは 32% に神経症が認められ，GHQ ならびに HRSD で軽度の不安と抑うつ状態にあることが示された．このことは，PHN の痛みは投薬や神経ブロックによりある程度コントロールできることも多く，麻痺などの身体上の機能障害を伴う症例も視床痛や CRPS に比べて少なかったためと考えられる．このことから，PHN の場合は痛みの治療を充分に行い，状況に応じて精神面へのフォローを考慮することが有用であると考ええる．

Lesky（2010）は CRPS と心理的問題との関連を扱った研究のレビューにより，CRPS の痛みによって抑うつや不安などが引き起こされるという見解をまとめており，Klega, Eberle, Buccholz, Maus, Maihöfner, Schreckenberger, & Birklein, 2010) の調査においても，CRPS 患者の抑うつと不安が高いことが報告されている．今回の結果においても CRPS 群の 96% が神経症の状態にあり，GHQ ならびに HRSD の結果からもかなり精神的健康度が低く抑

うつが強いことが示された。しかしその一方で、田邊・弘田・秋山・石井・木田・宮澤・井関・宮崎（2003）による不安や神経症症状は認められないという報告や、井福・井関・吉川・森田・小松・山口・稲田（2011）による CRPS 患者の不安が正常範囲内である結果を示す報告もある。また、半構造化面接を通して明らかになったこととして、今回の対象者は他院でも既に様々な治療を受けたが痛みが改善せず長期化し当科へ紹介された重症者が多く、GHQ ならびに HRSD の結果から抑うつや不安をはじめとする多くの心理的問題を抱え精神的健康度が低下していることが示唆された。

脊椎疾患群では他の疾患群と違い、神経症症状は 5 割以下であり、抑うつ症状や社会活動性の低下もさほど認められなかった。宮本らの報告でも腰下肢痛や頸肩腕の痛みを抱える患者群で CMI の神経症の領域の結果で III・IV 領域を示したのは 3 割程度であり、今回の調査と同様の結果であったと考える。他の疾患群に比べて脊椎疾患群で精神症状が軽度であったのは、腰痛などの症状を抱えながらも、外来治療を受けることで仕事や家事などを行いながら日常生活を送ることが可能であることが反映されたものと思われる。

FMS 群における今回の調査では心理検査のすべてにおいてきわめて症状の強い結果となった。山下他（2010）は FMS 患者がうつ状態や不安を合併していることや、村上他（2009）はこれらに加えて高い割合で神経症傾向にあることを報告している。さらにこれらの報告では、FMS 発症の要因となる心理社会的ストレスを持つ患者が多いことが指摘されている。今回の心理検査の結果において、FMS 患者が他の慢性痛患者と比較して身体的な痛みと同時に非常に深刻で多彩な精神的な問題のあることが示唆されたのは、対象となった FMS 患者の全例が精神科からの依頼で入院を要するような重症例が多かったことが原因と考えられ、職場内や家族内での対人関係上のストレスや、FMS の発症や増悪の関連なども含め他の慢性痛とは個別に捉える必要があると考えられる。

VAS と心理検査の得点結果の相関に関して個々の原因疾患別に検討すると、慢性痛患者全体では正の相関関係が認められたにもかかわらず、視床痛や脊椎疾患群では全ての得点に相関が認められず、視床痛群、PHN 群、CRPS 群の結果の中には負の相関が認められた項

目があるなど、疾患によって VAS との関連に違いがあることが示唆された。PHN 群や FMS 群における GHQ の総合得点と HRSD 得点や、CRPS 群におけるうつ傾向のように、部分的には各原因疾患別にも VAS との関連に有意な値も認められるが、それ以外の検査得点との関連に有意な値とならなかったのは、各原因疾患の症例数が 25 例と少ないこともひとつの要因であったと思われる。また、本研究ではペインクリニックを受診する慢性痛患者という大きな括りを原因疾患別に検討することを目的としており、原因疾患別に VAS に有意な差があることは結果的に示されたものであるが、VAS の程度によって群分けを行って心理精神面の状態に差があるか否かを比較する必要があることも考慮すべき点であると考えられる。これらのことを踏まえて、今後症例数を増やして検討することや、VAS の程度を基準に調整した群間比較を行うなど、更なる詳細な検討を行うことが課題であると考えられる。

また、視床痛や CRPS では麻痺による四肢の機能障害により、日常生活上の活動性が制限されて自己不全感や劣等感を抱え精神的健康を損なわれることも多く、闘病生活を続けるなかで障害の受容のありかたも変遷していくことが考えられ、それらの要因が心理検査の結果に反映にされることも考えられる。そのため、身体上の機能障害の有無や程度、罹病期間のどの段階でどのような心理状態になるかということなどを考慮したうえで検討していくことも必要であると考えられる。

CRPS は交通事故や業務中の事故や医原性の問題などが発症の契機となることが多く、FMS もこれらの外的要因が発症に関与するもののひとつであると考えられている(村上他, 2009 ; 河野他, 2009)。両者の大きな違いとして、CRPS の場合は受傷部位を中心に痛みがあり画像や臨床検査上の特徴的な所見があるが、FMS の場合はそのような異常は認められず、起点となった部位に限局せず全身に痛みが出現することが多い。今回の対象患者には係争中のものは含まれていないが、これらの事柄は個々の患者により状況や置かれている環境がさまざまであり、個々の患者の背景が痛みの症状に影響する可能性が大きいため、これまでの治療の経過や医療者との信頼関係や、発症するきっかけとなったエピソードの詳細に関しても今後慎重に検討すべきであると考えられる。

【まとめ】

今回の GHQ, CMI, HRSD による調査の結果, 慢性痛患者の精神的健康度は低いことに加え神経症の程度が強く抑うつ状態にあり, 痛みが強いと同時に精神的健康度が著しく低下していることが示唆された. 同時に, その心理状態には原因疾患によりそれぞれに特徴があることが示唆された. 痛みの強さだけでなく原因疾患の違いによる影響や, 個々の疾患の特徴に適したアプローチも検討していく必要があると考えられる.

今回の対象患者のなかには, 特に深刻な痛みの症状をもつ患者を対象に痛みの治療として ECT を行った患者が, 視床痛群には 22 名, PHN 群には 7 名, CRPS 群には 15 名, 脊椎疾患群には 1 名, FMS 群には 8 名含まれていた. 視床痛群, PHN 群, CRPS 群, FMS 群に ECT を受けている患者が多く含まれていることから, ECT を受ける慢性痛患者と一般的なペインクリニックの治療 (ECT 以外の治療) を受ける慢性痛患者の心理状態を比較していく必要があると思われる.

3-3 ECT 患者と非 ECT 慢性痛患者の心理的評価の比較

【問題と目的】

慢性痛患者が心理精神的な諸問題を抱えているとの報告は多い. 当院では, 視床痛をはじめとする難治性慢性痛に対して, 電気けいれん療法 (Electroconvulsive Therapy : ECT) を行ってきた. ECT の適応となる患者 (以下, ECT 患者) は持続する激痛に対する有効な手段がなく, 日常生活動作 (Activities of Daily Living : ADL) や生活の質 (Quality of Life : QOL) が著しく低下していることが多い. 従って, ECT を受ける慢性痛患者 (以下, ECT 患者) は, 一般的なペインクリニックの治療を受ける慢性痛患者 (以下, 非 ECT 慢性痛患者) に比べて多くの問題を抱えていると考えられる. また ECT は本来は精神科の治療であり, 痛みに対しては一般的には行われておらず, 受療環境も整っていない. そのよう

な状態で、いわゆる電気ショックを受けるということや精神科に入院するということが、さらに患者にとって精神的な負担となる可能性も考えられる。

このことから、ECT 患者の心理精神的な状況を把握しておくことが治療上極めて重要である。しかし、ECT 患者の心理面を扱った先行研究（木村他，2003；久保田他，2001；野田他，1999；竹内・高橋，2004）には、症例報告は散見されるものの多人数のサンプリングをもとに一般性のある結論を求める量的な研究や、非 ECT 慢性痛患者との比較を行った研究はない。

今回は、ECT 患者の心理精神的諸問題を検討し、さらに非 ECT 慢性痛患者と比較することによって、痛みが重症である ECT 患者が精神的にもどの程度重症なのか、また、どのような心理的な問題が存在しているか調べた。

【対象と方法】

本研究は当院の倫理委員会の承認を得ており、ペインクリニックを受診する痛み患者に対して心理検査に関する文書説明を行い、同意書に署名を得たうえで実施した。本研究は痛みの改善を目的とする ECT を行った患者群と非 ECT 慢性痛患者群を性別と年齢を基準にマッチングした研究である。痛みに対する ECT の適応については、病歴・症状・検査所見から神経障害痛であることが明確であり、詐病・疾病や障害にかかわる係争事項の存在・疾病利得の存在がないことが前提となる。同時に、痛み・アロディニアの性状とその範囲、発作痛の頻度や持続時間、さらにサーモグラフィや脳機能画像などによる客観的評価を行い、ECT の実施を検討した。投薬や神経ブロックなどの治療に対して効果を全く得られず治療に難渋しており、長期にわたって痛みが持続し ADL や QOL が著しく低下している難治性慢性痛患者が対象となる。ECT の実施は、効果およびリスクについて患者とその家族に十分に説明し、本人が ECT を希望し、最終的に精神科の判断で決定した。ECT 患者群はすべて精神科入院である。ECT を施行することが決定された後、入院前の外来受診日もしくは入院当日の午後、いずれの場合も ECT 施行前に心理検査を実施した。非 ECT 慢性痛患者

群は、通常の神経ブロックや投薬の治療を行っている慢性痛患者である。非 ECT 慢性痛患者群にも ECT 患者群と同様の調査内容を、治療開始前ないしは治療初期に実施した。対象患者は ECT 患者群 37 名ならびに非 ECT 慢性痛患者群 37 名（各群男性 23 名，女性 14 名）であり、対象患者の原因疾患は、視床痛，帯状疱疹後神経痛（Postherpetic Neuralgia：PHN），外傷後痛・手術後痛等の複合性局所痛み症候群（Complex Regional Pain Syndrome：CRPS），脊椎疾患（椎間板ヘルニア・脊柱管狭窄症等），線維筋痛症（Fibromyalgia Syndrome：FMS）等であった。調査実施時点の対象患者の治療内容を表 3-3-1 に示す。統合失調症や知的障害等の精神疾患を有する患者は対象から除外した。

調査項目は、GHQ 一般健康調査票 60 項目版（General Health Questionnaire：GHQ）とコーネル・メディカル・インデックス健康調査票（Cornell Medical Index：CMI）を用いた自己評価と、ハミルトンうつ病評価尺度（Hamilton's Rating Scale for Depression：HRSD）に基づく半構造化面接による他者評価，ならびに一日の痛みの平均を視覚アナログスケール（Visual Analog Scale：VAS）にて評価した。

統計処理は、対象患者の年齢と痛み発症からの罹病期間については対応のない t 検定，原因疾患の人数分布，CMI の神経症の領域，HRSD 得点によるうつの重症度の比較については Mann-Whitney の U 検定，身体的自覚症ならびに精神的自覚症の各項目については一元配置分散分析（One-way Factorial Analysis of Variance：ANOVA），精神症状の特定質問項目については Kruskal Wallis 検定，GHQ の総合得点と各下位尺度得点，HRSD の得点ならびに VAS 値については対応のない t 検定を用いて，ECT 患者群と非 ECT 慢性痛患者群を比較した。等分散の検定には Levene 法を用い，等分散性が仮定できない場合は Welch の補正を行った。各統計結果は両側検定で危険率 5%未満を有意差ありと判定した。連続変数は平均値±標準偏差，離散変数は中央値で結果を示す。

表3-3-1. 調査実施時点の治療法の内訳

n=74

	ECT患者群 n=37	非ECT慢性痛 患者群 n=37
薬物療法		
非ステロイド性抗炎症薬	11	31
抗うつ薬	37	7
抗不安薬	37	7
抗けいれん薬	23	6
オピオイド	10	2
{ 強オピオイド		
{ 弱オピオイド	6	5
神経ブロック各種		
硬膜外ブロック(胸部, 腰部, 仙骨部)	18	21
星状神経節ブロック	10	18
神経根ブロック	8	2
交感神経節ブロック	4	0
トリガーポイントブロック	2	3
光線療法	6	3
神経ブロック未治療	7	1

【結果】

1. 対象患者の属性

対象患者の平均年齢は ECT 患者群 58.2±15.1 歳，非 ECT 慢性痛患者群 58.7±14.5 歳と差を認めなかったが，痛みの発症からの罹病期間は ECT 患者群 66.7±47.3 ヶ月（約 5.6 年）が，非 ECT 慢性痛患者群 36.9±49.5 ヶ月（約 3.1 年）に比べて有意に長かった．ECT 患者群の原因疾患の内訳は，視床痛 14 名，PHN が 2 名，CRPS が 19 名，FMS が 2 名であり，非 ECT 慢性痛患者群の原因疾患の内訳は，視床痛 3 名，PHN が 13 名，CRPS が 5 名，脊椎疾患 13 名，FMS が 3 名であった．対象患者の属性と原因疾患の症例数内訳を表 3-3-2 に示す．

2. 各検査の結果

GHQ の結果を表 3-3-3 に示す．GHQ は点数が高いほど精神的健康度の低さを示すものであり，各下位尺度は点数が高いほどそれぞれの重症度が高いと判断される．今回の結果では，GHQ の総合得点において，ECT 群のほうが非 ECT 慢性痛患者群よりも有意に高く ($p < .01$)，すべての下位尺度得点において ECT 患者群の方が非 ECT 慢性痛患者群よりも有意に得点が高かった（「身体的症状」は $p < .05$ ，「不安と不眠」は $p < .05$ ，「社会的活動障害」は $p < .05$ ，「うつ傾向」は $p < .01$)．

CMI の結果を表 3-3-4 に示す．CMI は身体的自覚症と精神的自覚症の得点から，神経症判別基準（金久他，1983）により，神経症の重症度を，I：正常，II：正常傾向，III：神経症傾向，IV：神経症の 4 領域に判別する．これらの領域（I-IV）の結果は，ECT 患者群が神経症傾向（III）ならびに神経症（IV）の領域を示す患者が約 65%を占め，一方で非 ECT 慢性痛患者群では約 22%であり，有意に ECT 患者群の方が神経症の程度が強かった．身体的自覚症の結果では，痛みに関連していると思われる「筋肉骨格系」ならびに「神経系」と，ほかに「疾病頻度」において ECT 患者群の方が有意に得点が高かった．精神的自覚症の結果では，すべてのカテゴリーにおいて，ECT 患者群の方が有意に得点が高かった．CMI の特定質問項目とは，たとえ神経症の判定基準で I・II 領域に属していても注意する必要がある症状で，神経症以外の症状の見落としの予防に役立つとされる項目である（上地，

表3-3-2. 年齢, 罹病期間, 原因疾患の症例数内訳

n=74

	ECT患者群 (n=37)	非ECT 慢性痛患者群 (n=37)
群全体の年齢(単位:歳)	58.2±15.1	58.7±14.5
男性(n=23)	59.3±14.3	59.8±14.7
女性(n=14)	56.5±16.6	56.7±14.4
群全体の痛み発症からの 罹病期間(単位:カ月)*	66.7±47.3	36.9±49.5
男性(n=23)	57.3±43.4	30.2±34.4
女性(n=14)	82.0±51.1	48.0±67.6
原因疾患	例数, %, パーセンタイル値	例数, %, パーセンタイル値
視床痛	14, 37.8, 48.6	3, 8.1, 16.2
PHN	2, 5.4, 10.8	13, 35.1, 100
外傷後痛・手術後痛等のCRPS	19, 51.4, 100	5, 13.5, 29.7
脊椎疾患 (椎間板ヘルニア・脊柱管狭窄症等)	0, 0, —	13, 35.1, 100
FMS	2, 5.4, 10.8	3, 8.1, 16.2

年齢と罹病期間の表記はmean±SD

* : p<0.05

表3-3-3. GHQの結果

n=74			
	ECT患者群 (n=37)	非ECT慢性痛患者群 (n=37)	p
総合得点	29.00±14.54	18.51±12.31	**
下位尺度			
身体的症状	4.05±1.67	2.95±1.96	*
不安と不眠	3.70±2.04	2.65±1.81	*
社会的活動障害	3.68±2.40	2.30±2.45	*
うつ傾向	2.49±2.49	0.84±1.57	**

** : p<0.01, * : p<0.05

表3-3-4. CMIの結果

n=74

		ECT患者群 (n=37)	非ECT慢性痛患者群 (n=37)
領域***	中央値	III 例数, %, パーセンタイル値	II 例数, %, パーセンタイル値
I (正常)		4, 10.8, 10.8	17, 45.9, 45.9
II (正常傾向)		9, 24.3, 35.1	12, 32.4, 78.4
III (神経症傾向)		16, 43.2, 78.4	7, 18.9, 97.3
IV (神経症)		8, 21.6, 100	1, 2.7, 100
自覚症 :			
身体的	目と耳*	3.0 ± 1.8	2.1 ± 1.5
	呼吸器系	2.7 ± 2.5	3.1 ± 3.2
	心臓脈管系*	4.1 ± 3.3	2.4 ± 2.2
	消化器系*	5.2 ± 4.0	3.2 ± 2.2
	筋肉骨格系*	4.3 ± 2.6	2.6 ± 2.4
皮膚	皮膚	1.9 ± 2.0	1.7 ± 1.5
神経系**	神経系**	3.9 ± 2.6	2.1 ± 1.8
泌尿生殖器系	泌尿生殖器系	2.7 ± 1.8	2.2 ± 1.4
疲労度	疲労度	1.6 ± 1.8	1.5 ± 1.8
疾病頻度**	疾病頻度**	3.7 ± 1.8	1.7 ± 1.8
既往症	既往症	2.5 ± 1.1	1.9 ± 1.3
習慣	習慣	2.2 ± 1.6	1.9 ± 1.5
精神的	不適応*	2.5 ± 2.6	1.3 ± 2.0
自覚症	抑うつ**	1.2 ± 1.4	0.4 ± 0.8
	不安**	1.6 ± 1.6	0.7 ± 1.2
	過敏*	1.5 ± 1.5	0.7 ± 1.3
	怒り***	2.6 ± 2.3	1.0 ± 1.5
	緊張**	1.5 ± 1.7	0.5 ± 1.0
特定質問項目 :			
		肯定反応を示した例数, % 中央値, パーセンタイル値 <small>I-II領域に属しながら 肯定反応を示した例数 (その%)</small>	肯定反応を示した例数, % 中央値, パーセンタイル値 <small>I-II領域に属しながら 肯定反応を示した例数 (その%)</small>
	憂うつ	5, 13.5 0, 86.5 0 (0)	3, 8.1 0, 91.9 2 (66.7)
	希望がない*	6, 16.2 0, 83.8 0 (0)	1, 2.7 0, 97.3 0 (0)
	自殺傾向**	11, 29.7 0, 70.3 4 (36)	1, 2.7 0, 97.3 1 (100)
	神経症の既往	4, 10.8 0, 89.2 0 (0)	1, 2.7 0, 97.3 0 (0)
	精神病院入院既往	5, 13.5 0, 86.5 1 (20.0)	2, 5.4 0, 94.6 0 (0)
	家族精神病院入院既往	0, 0 0, 100 0 (0)	2, 5.4 0, 94.6 0 (0)
	易怒性**	17, 45.9 0, 54.1 1 (5.9)	4, 10.8 0, 89.2 1 (25.0)
	強迫観念	2, 5.4 0, 94.6 0 (0)	1, 2.7 0, 97.3 0 (0)
	理由のないおびえ	1, 2.7 0, 97.3 0 (0)	0, 0 0, 100 0 (0)

自覚症の表記はmean±SD

***: p<0.001, **: p<0.01, *: p<0.05

2003 ; 岡堂, 1993). 特定質問項目では, 9 項目のうち 3 項目において ECT 患者群の方が有意に得点が高かった.

HRSD ならびに VAS 値の結果を表 3-3-5 に示す. HRSD では, ECT 患者群の方が有意に得点が高く, 約 60%が中等度・重度のうつ状態に属していた. VAS 値は, ECT 患者群の方が有意に大きかった.

【考察】

これまでの研究から, 慢性痛に精神・心理的因子が関与することはよく知られており (Gureje, et al., 1998 ; Von Korff, Simon, 1996 ; Bonica, 1990 ; Gamsa, 1994 ; Heaton, Getto, Lehman, Fordyce, Brauer, & Groba, 1982 ; 中井, 1992), 痛みは知覚だけでなく不安や抑うつなどの精神症状を伴い, 慢性痛は精神的社会的障害を伴うといわれている (中井, 1996). WHO (World Health Organization : 世界保健機関) の調査の結果, 持続痛のない患者と比べて慢性痛患者は不安や抑うつ障害や ADL の制限, 健康に関する歪んだ認知などが生じ易いことが報告されている (Gureje, et al., 1998).

今回の調査での GHQ の結果は, ECT 患者群と非 ECT 慢性痛患者群のいずれも, 健常者の平均値である 8.08 点 (中川他, 1985) よりも高い結果であり, 特に ECT 患者群は非 ECT 慢性痛患者群に比べて精神的健康度が非常に低いことが示唆された. 各下位尺度においても, ECT 患者の方が非 ECT 慢性痛患者よりも, 「身体的症状」, 「不安と不眠」, 「社会的活動障害」, 「うつ傾向」のいずれの症状も有意に強いことが示唆された. このことは, 身体的症状としても ECT 患者のほうが重症度が高く, 不安と不眠の程度も悪く, 社会的活動障害や抑うつの程度も, 非 ECT 慢性痛患者よりも状態がよくないことを示している. ECT 患者群は, 身体的な痛み症状が重篤であり, 同時に QOL や ADL も低下しており不安や抑うつ傾向にあることが窺えると考ええる.

今回の CMI の結果から ECT 患者群は III・IV 領域が約 65%と非常に高く, 非 ECT 慢性痛患者群の約 22%に比べて精神的健康度が非常に低いことが示唆された. 慢性痛に対する

表3-3-5. HRSDとVASの結果

n=74

		ECT患者群 (n=37)	非ECT慢性痛患者群 (n=37)	p
HRSD	(単位:点)	11.4±6.1	8.1±4.8	*
重症度	中央値	中等度	軽度	**
		例数, %, パーセンタイル値	例数, %, パーセンタイル値	
非常に重篤	31 点以上	0, 0, ---	0, 0, ---	
重度	21 - 30 点	2, 5.4, 100	0, 0, ---	
中等度	11 - 20 点	20, 54.1, 94.6	10, 29.0, 100	
軽度	5 - 10 点	9, 24.3, 54.1	16, 43.2, 71.0	
軽度未満	0 - 4 点	6, 16.2, 16.2	11, 29.7, 29.7	
VAS	(単位:mm)	82.6±20.0	65.4±22.2	**

HRSD得点とVASの表記はmean±SD

** : p<0.01, * : p<0.05

CMI の先行研究（宮本他，1990；北島他，1995；長井・野添，2002；野添・長井・出口・建部，2002；与倉他，1999）では，III・IV が 31%から 67.7%であり，報告により差がある．今回と同等の結果を示した研究では，痛みを主訴として心療内科やペインクリニックを受診する患者の中でも心理的要因が高く影響している患者が対象とされていたことが，III あるいは IV 領域の割合が高くなった原因と推測されている．われわれの研究では，先行研究のように心理的要因の高いと推察される患者を抽出して実施した訳ではないが，ECT 患者群は先行研究においてペインクリニックの患者のなかでも心理的要因による影響が強いとして選択された患者と同等の神経症レベルにあることが明らかとなった．このことは，予想以上に ECT 患者の抱える問題が大きい事を示していると考ええる．

一般的な慢性痛患者における先行研究では III・IV の割合は 31%という報告がある（宮本他，1990）．今回のわれわれの調査では非 ECT 慢性痛患者は約 22%と低かったが，II に判別された患者の中で III との境界に近い患者も含まれており，実際は大きな違いはないと考えられる．非 ECT 慢性痛患者群と比較して ECT 患者群の神経症の重症度が非常に高いことから，痛みが強く日常生活も制限されている患者は，精神的な負担もきわめて大きいことが示唆された．

先行研究（宮本他，1990；北島他，1995；長井他，2002；野添他，2002；与倉他，1999）では，身体的自覚症と精神的自覚症の各カテゴリーの詳細については検討されていない．今回は，これらの各カテゴリーの詳細についても検討を行った．その結果，身体的自覚症では全 12 カテゴリーのうち 6 カテゴリーにおいて ECT 患者群の方が有意に高かった．なかでも筋肉骨格系や神経系，疾病頻度カテゴリーの質問において肯定反応数が多かったのは，ECT 患者群は非 ECT 慢性痛患者群に比較して痛み発症からの罹病期間が長く，運動機能も障害されており，基礎体力が低下していることが反映されたと考えられる．また，精神的自覚症では全てのカテゴリーについて ECT 患者群の平均点が有意に高かった．この結果は，今まで一般的によくいわれている抑うつや不安のような精神症状だけではなく，怒り，緊張，過敏，不適応など多岐にわたる精神症状を抱えていると考えられる．特に「怒り」の

平均点が高い傾向を示したのは、視床痛や CRPS では麻痺や運動機能の障害等による身体の不自由さが気持ちを不安定にした可能性や、身体の問題で治療を受けているのに精神科に送り込まれたという医療への不満や不信感を抱かせているなどが関係しているのではないかと考えられる。

CMI の特定質問項目に肯定反応を示した例数は ECT 患者群では、易怒性 17 例 (45.9%)、自殺傾向 11 例 (29.7%)、希望がない 6 例 (16.2%) の 3 項目において、非 ECT 慢性痛患者群よりも有意に多かった。この結果は、心理的影響が強いと判断された痛み患者を対象に行われた先行研究 (北島他, 1995) と同様であるが、われわれの結果ではより頻度が高い傾向を示した。今回の結果でも、ECT 患者群において I・II 領域に属した患者のうち自殺傾向に肯定反応を示した患者が 4 例 (10.8%) 含まれていた。このことは、心理的負担の大きい状況下では、訴えが少なくても問題行動に陥りやすいことを示しており、このような点を注意して適切に対応することが要求されるであろう。

なお「精神病院入院既往」の項目に肯定反応を示した症例について、ECT 患者群の 4 例はいずれも痛みに対する ECT 目的の入院当日に自己記入がなされたものであることと、非 ECT 慢性痛患者群の 2 例は FMS に対する精査目的の入院であり、他の精神疾患による入院ではなかった。

HRSD はうつ状態もしくはうつ病の重症度を数量化する目的に使用するもので、医師や心理士などによって実施される客観的評価尺度である (染谷他, 2003 ; 中島他, 2002)。抑うつ気分、罪業念慮、自殺、入眠障害、熟眠障害、早朝睡眠障害、仕事と興味、精神運動抑制、激越、精神的不安定、身体的不安、消化器等の身体症状、一般的な身体症状、生殖器症状、心気症、体重減少、病識、日内変動、離人症、妄想症状、強迫症状の 21 項目からなる。各項目は 3 段階もしくは 5 段階からなる重症度採点で評価し、5~10 点を軽度、11~20 点を中等度、21 点~30 点を重度、それ以上は昏迷状態のように会話の不可能な最重症が該当するとされている (中島他, 2002)。慢性痛患者のうつ症状を扱っている先行研究では、うつの評価尺度として HRSD を用いたものはほとんどなく、Beck Depression

Inventory (BDI) や Zung' s Self-rating Depression Scale (SDS) が多く使用されている。それは、BDI や SDS は質問紙を患者に渡しておいて待ち時間に書いてもらえるため簡便に実施可能 (染谷他, 2003) であり、HRSD の詳細な実施には面接を要し時間がかかる (染谷他, 2003) ためと考えられる。BDI は認知面に、SDS は身体面に重点を置いて構成されており、それぞれうつ症状の一側面を捉えることには優れた質問紙であるが、それ以外の側面については充分でないこと、自己記入式の質問紙であるため記入時の患者の主観が結果に大きく影響することなどが指摘されている (坂本, 1995)。慢性痛患者の心理精神状態を総合的に捉えるためには、うつ症状の一側面のみを評価するのではなく、身体面や認知面も含めたうつの諸症状を満遍なく総合的に評価できる尺度で、なおかつ他者による客観的な評価尺度を用いる必要があると考え、CMI に加えて HRSD の質問項目に基づく半構造化面接による評価も行った。HRSD の結果から ECT 患者群は約 60%が中等度・重度のうつ状態であり、非 ECT 慢性痛患者群は 70%が軽度・軽度未満であった。このことから、ECT 患者群は全例において抑うつ状態も顕著であることが分かった。HRSD の構成内容を検討すると非 ECT 慢性痛患者群は“四肢の倦怠感”、“易疲労感”、“背中の重い感じ”等の身体症状が得点の多くを占めており、ECT 患者群はこれらに加えて更に“悲哀感”、“無気力感”等の精神症状が得点の多くを占めている。面接で語られた内容としては、非 ECT 慢性痛患者群は、日常生活は制限がありながらも通院での治療を受けることである程度の正常な生活が保持されているが、元通りになるまでどのくらい期間が掛かるのかということやもっと悪くなったらどうしようという「不安」の要素が大きかった。一方で ECT 患者群は、元に戻れることは二度とないという「絶望感」や、症状のせいで何もできない自分がいることが周囲に迷惑を掛けているという「罪業念慮」や、いつまでもこの苦しみが続くなら生きていたくないという「希死念慮」等が強い。これらのことから ECT を検討する患者は、精神的な問題を多く抱えており心理的にも不安定にあることが分かる。

原因疾患を検討すると、有意差はないものの ECT 患者群は重症の外傷後痛、術後痛などの CRPS や視床痛が多く、一方非 ECT 患者群は腰痛等の脊椎疾患や PHN が多い傾向にあった。

また ECT 患者群では抗うつ薬や抗不安薬を投与されていることが多い傾向にあり、精神症状や強い痛み症状に対して相当量の投与があるにもかかわらず精神症状が強く表れていると考えられる。これらのことから、両群の原因疾患の症例数を揃えて検討することも必要と思われる。

VAS 値に関しては、ECT 患者群の方が非 ECT 慢性痛患者群よりも高く、今回の CMI, GHQ, HRSD の結果から ECT 患者群の精神症状が重症であるという示唆が得られており、これらのことから「痛みが重症である ECT 患者が精神的にも重症であり、心理的な問題を抱えている」ことが改めて確認された。ECT 患者群はもともと痛みが極限まで強く、日常生活に支障をきたすレベルであり、他の様々な痛み治療で効果を得られていない患者が対象であるため、VAS 値に有意差が出たのは当然のことと推察される。

今回の結果の様に、慢性痛患者では精神的健康度が著しく低下してしまうと、痛みの治療や精神的な問題への対応が非常に難しくなってしまう。患者にとっては、このような精神状態で ECT に関する事前の正確な情報もないまま精神科に受診・入院し ECT を施行することは非常に不安なことであり、患者の精神的負担を増大させる要因となる。そのため ECT を検討する患者に対しては、受療環境面の改善と十分な心理精神面への援助が必要である。ECT 患者への聴き取り調査をもとに問題点や改善が必要と思われる点に関する指針を作成することや、精神科ではなく一般病棟へ入院することも検討課題と考える。最も重要なことは、痛み治療の開始と同時に心理的評価を行い、積極的に心理面の援助を行うことであると考えられる。

【まとめ】

今回の結果から ECT 患者群は III・IV 領域が約 65%と非常に高く、非 ECT 慢性痛患者群の約 22%に比べて神経症レベルが高いことが示唆され、GHQ の結果から ECT 患者群は非 ECT 慢性痛患者群に比べて精神的健康度が非常に低いことが示唆された。HRSD の結果から ECT 患者群は約 60%が中等度・重度のうつ状態であり、非 ECT 慢性痛患者群は 70%が軽度・軽

度未満であった。これらのことから ECT を検討する患者は、精神的な問題を多く抱えており心理的にも不安定にあることが分かる。患者にとっては、このような精神状態で ECT に関する理解が十分ではないまま受診・入院し ECT を受療することは非常に不安なことであり、そのことが患者の精神的負担を増大させ、QOL やアドヒアランスを低下させる要因となる。そのため ECT を検討する患者に対しては、十分な心理精神面への援助と受療環境面の改善が必要である。ECT 患者への聴き取り調査をもとに問題点や改善が必要と思われる点に関する指針を作成することが検討課題であると考ええる。

3-4 ECT 患者の心理状態に関する原因疾患別の比較

【問題と目的】

第 3 章 3 節より、ECT 患者が非 ECT 慢性痛患者に比べて、精神的健康度が低く精神症状を有していることが確認され、痛みに対する治療を目的として ECT を受療する難治性慢性痛患者に対して特化した心理面のフォローを検討する必要性があることが示唆された。その際に、第 3 章 2 節において、ペインクリニックを受診する慢性痛患者全体では、その原因疾患によって心理状態に違いがあることが確認されたことから、ECT 患者に対する心理面のフォローを行うにあたって、ECT 患者内においてその心理状態に原因疾患による差がないことを確認する必要があると考ええる。そこで、ECT 患者の心理状態に関して原因疾患別に比較することを目的とする調査を行った。

【対象と方法】

対象患者は ECT 患者群 63 名（男性 48 名、女性 15 名、平均年齢 55.0 ± 15.7 歳）であり、対象患者の原因疾患は、視床痛が 22 名、PHN が 4 名、CRPS が 31 名、FMS が 6 名であった。調査項目は、CMI ならびに GHQ60 項目版を用いた自己評価と、HRSD に基づく半構造化面接による他者評価を行った。痛みの程度に関しては、VAS を用いて評価した。統計処理は、

原因疾患による群間のすべての心理検査の得点結果ならびに VAS の値について Kruskal-Wallis 検定を行い，多重比較には Steel-Dwass 法を用いた。

【結果】

GHQ の結果を図 3-4-1 に示す。CMI の結果を，表 3-4-1，図 3-4-2-a，図 3-4-2-b に示す。HRSD の結果を図 3-4-3 に示す。VAS の結果を図 3-4-4 に示す。CMI の身体的自覚症に含まれる「習慣」の項目を除いて，CMI の領域，身体的自覚症ならびに精神的自覚症，精神症状に関する特定質問項目，GHQ の総合得点ならびにすべての下位尺度，HRSD 得点，VAS の値において，原因疾患による群間に有意な差は認められなかった。CMI の身体的自覚症「習慣」の項目においてのみ群間に有意差があり ($p < .05$)，多重比較の結果 FMS 群が CRPS 群よりも有意に高かった ($p < .05$)。

【考察】

ECT 患者の原因疾患別では，CMI の身体的自覚症の「習慣」においてのみ有意差が認められたものの，それ以外の全ての項目において有意な差は認めなかったことから，原因疾患の違いにかかわらず ECT 患者の精神的健康度，神経症の程度，抑うつの状態などを，臨床上同等性のあるものとして捉えられることが示唆された。痛みの治療を目的とする場合に特化したガイドラインを作成するにあたって，ECT 患者内でその原因疾患の違いにより心理状態にも差がみられる場合には，ガイドラインの内容を原因疾患別に検討する必要があると考えたが，今回の結果から，ECT 患者群内においてはその心理状態について原因疾患による違いを考慮しなくとも問題とならず，同一のガイドラインで対応できることが示唆されたと考える。

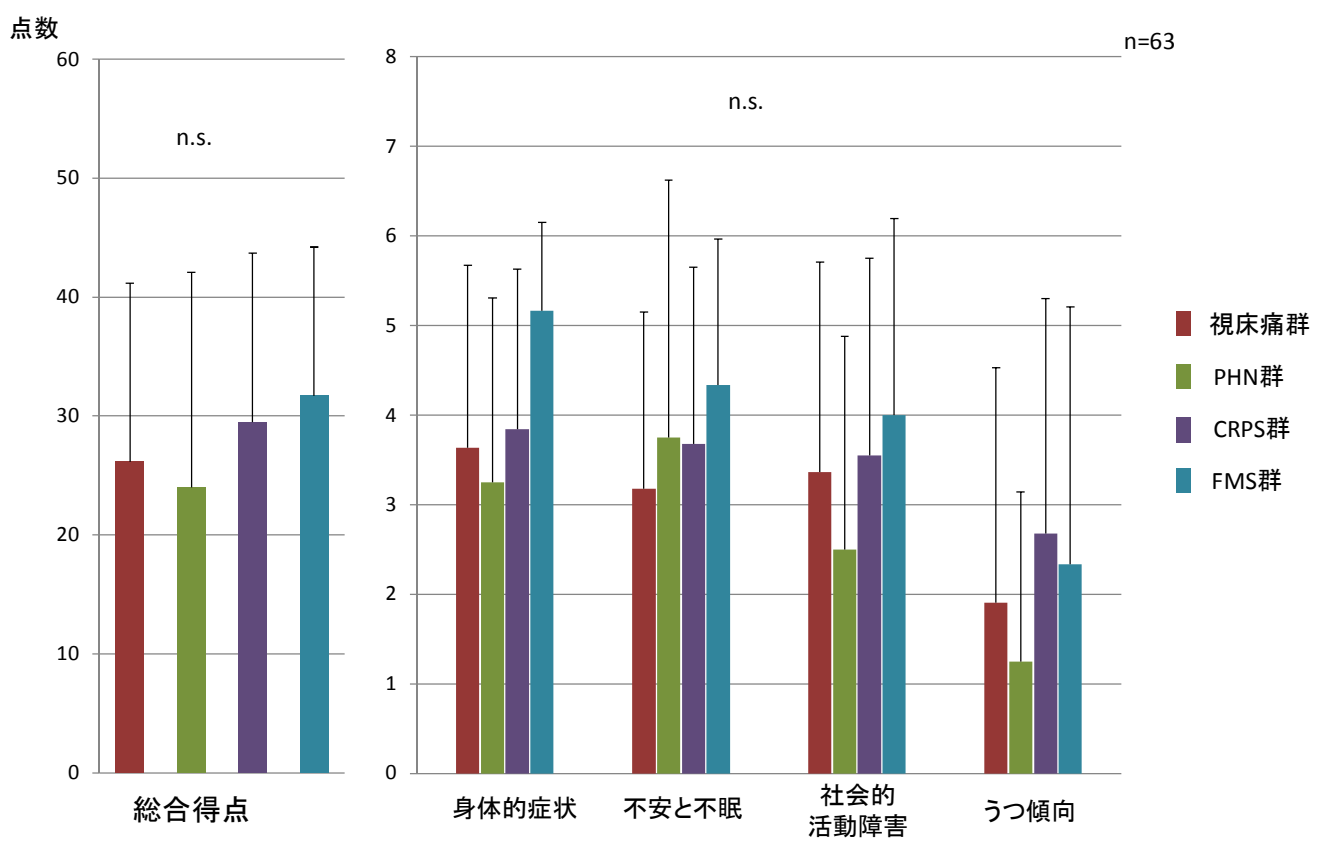


図3-4-1. GHQの結果

表3-4-1. CMIの結果(神経症の判別の領域)^{n.s.}

n=63

	視床痛群 (n=22)	PHN群 (n=4)	CRPS群 (n=31)	FMS群 (n=6)
	例数(%)	例数(%)	例数(%)	例数(%)
I (正常)	4(18.2)	1(25.0)	4(12.9)	0(0)
II (正常傾向)	5(22.7)	2(50.0)	6(19.4)	1(16.7)
III (神経症傾向)	9(40.9)	0(0)	14(45.2)	4(66.7)
IV (神経症)	4(18.2)	1(25.0)	7(22.6)	1(16.7)

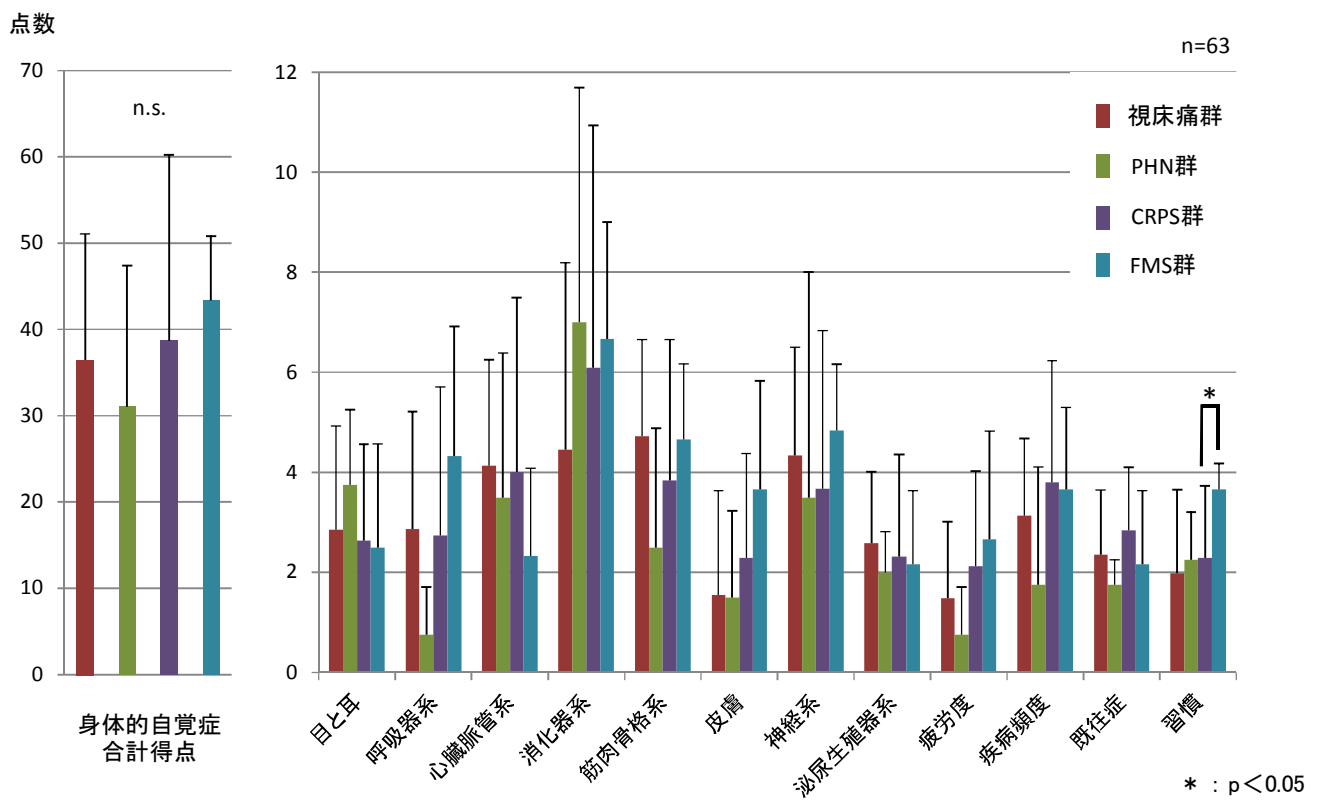


図3-4-2-a. CMIの結果(身体的自覚症の合計得点と各項目得点の結果)

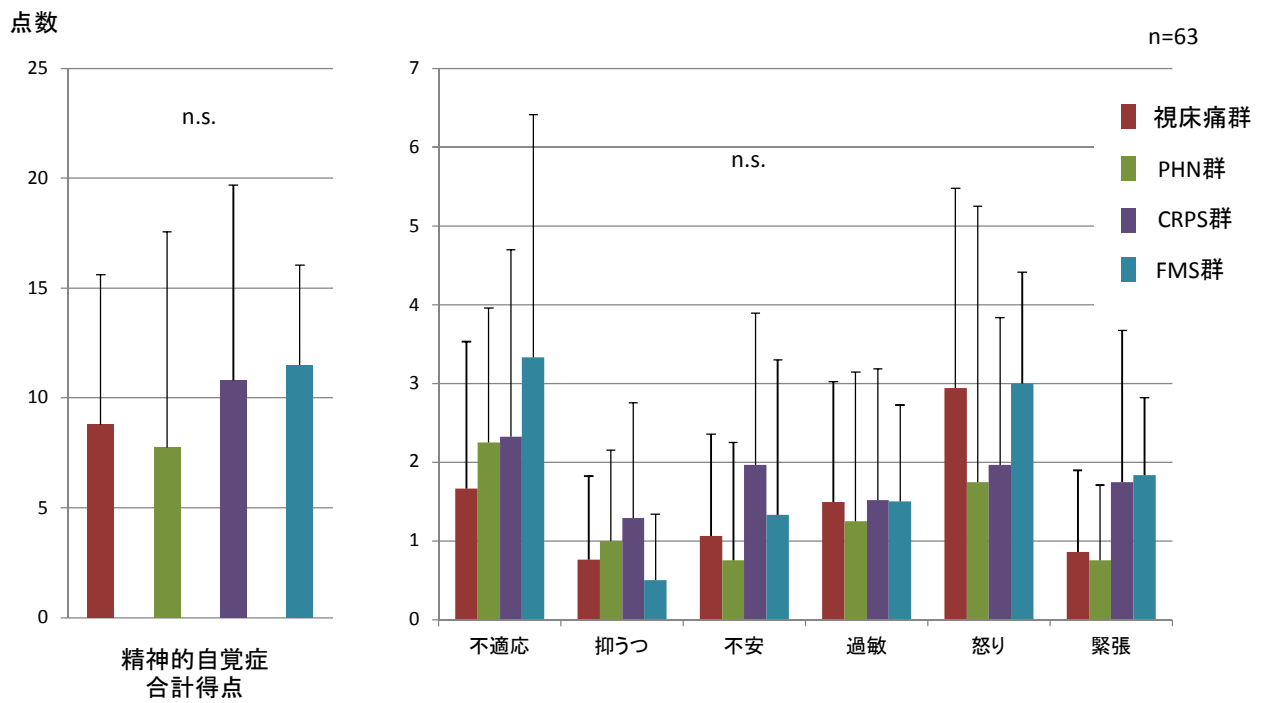


図3-4-2-b. CMIの結果(精神的自覚症の合計得点と各項目得点の結果)

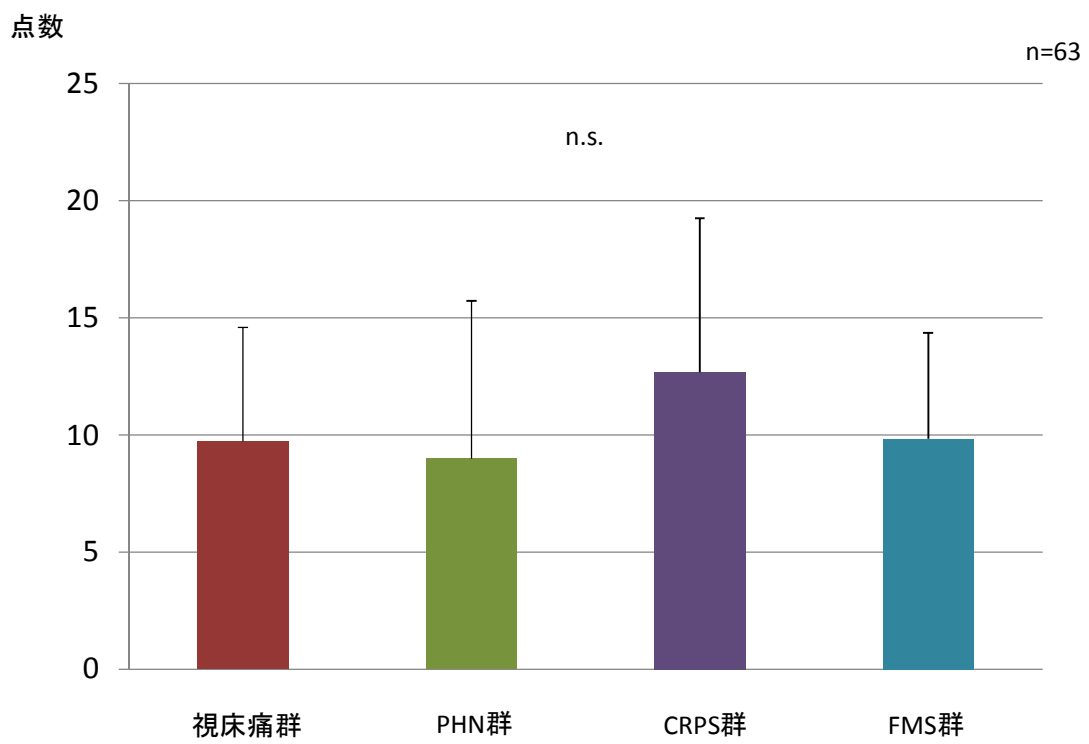


図3-4-3. HRSDの結果

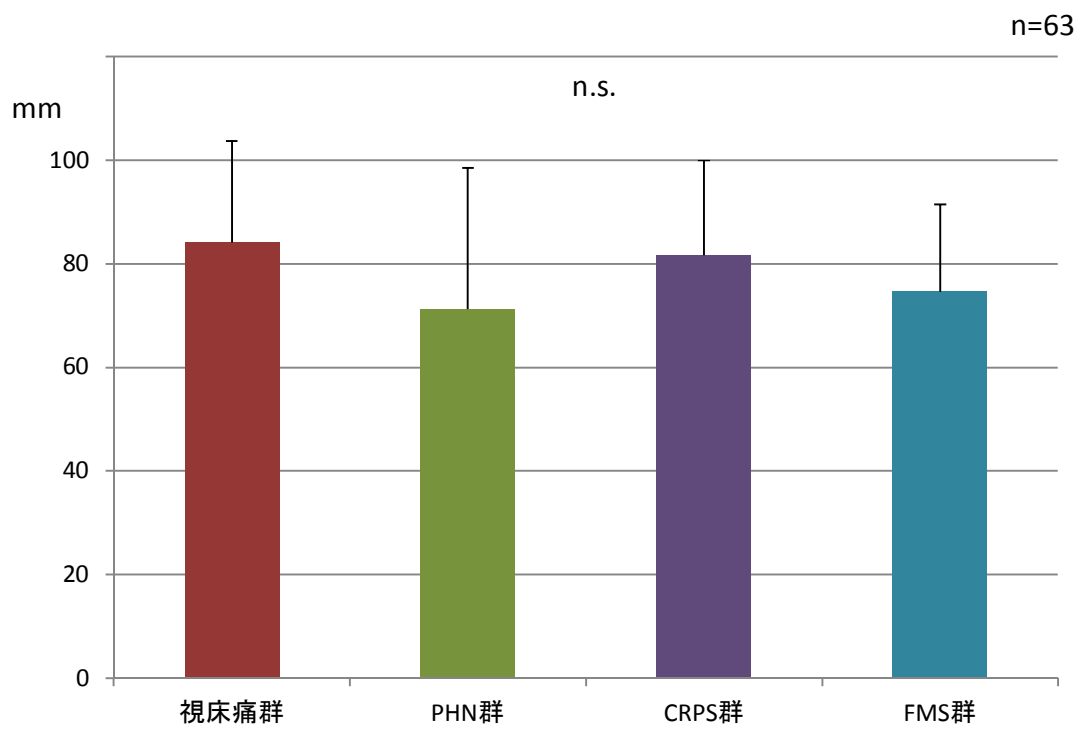


図3-4-4. VASの結果

3-5 半構造化面接において述べられた、慢性痛患者に対して ECT を行う際に関する問題点

当院では、ペインクリニックに受診する慢性痛患者に対して治療初期（初診時もしくは2回目受診時）に心理検査を実施している。実施する心理検査の一環として行っている半構造化面接の場において、ECT 患者から述べられた意見から以下のような事柄が語られた。

- ・非常に強い痛みのために、日常生活上の動きが制限されており、食事を摂る動きや、自分自身で排泄の動作をとることが困難なほどで、日常生活の基本的な動作自体にとっても不自由を感じている

- ・強い痛みのため自立歩行が困難となり、仕事にも行けなくなってしまう、生活そのものが破綻してしまっていて非常に辛い

- ・痛みが強いことから、入眠困難な状態が続いており、睡眠剤を利用して入眠できたとしても、痛みによる中途覚醒の回数が多く、質の良い睡眠がとれないため、日中も夜間も痛みだけでなく倦怠感を強く感じている

- ・強い痛みのために、仕事や家事もできなくなり日々安静にして過ごすことしかできなくなってしまったことから、この先どうなるのかという不安があり、先のことを考えると気分が非常に落ち込んでしまう

- ・痛みの症状が常にあるため、活動の幅が狭まってしまい、日常生活上必要な買い物を日々行うことや、知人や友人との食事に出かけることなどもできなくなってしまったことから、家に閉じこもっていることが増え、交友関係の幅も極端に少なくなってしまった

- ・痛みの症状が強く、自分自身の身の回りのことすらできなくなってしまっていることから、いつも誰かの手を借りているため、家族や周囲の人々に非常に迷惑をかけてしまっていることがつらく、いつも自責の念を感じている

- ・恒常的に強い痛みがある状態が、既に何年も継続しており、これまでも痛みに対する様々な治療を受けてきているが、何れの治療も奏功を得られずに痛みが改善しないことから、生きる希望を失いそうに感じている

これらの事柄から、ECT 患者は持続する強い痛みがあり、それに対する手立てを見いだせず、痛みによって生活に大きな支障をきたしており、心身ともに疲弊している様子が示唆された。さらに、痛みに対する治療として ECT を受療することに関連する事柄として、以下のようなことが語られた。

- ・身体に対する治療を受けるはずなのに、精神科受診・入院となることに納得していない
- ・ECT というものがよくわからないため、「電気ショック」を受けるということ自体に不安を感じている
- ・ECT を受けることによって、何か悪影響があるのではないかという不安を感じている
- ・副作用における健忘の程度に関する不安（具体的にどのようなことを忘れてしまうのかなど）が大きい
- ・ECT を受けて痛みがどのように変化するのかということがわからずに不安を感じている
- ・ECT を受けさえすれば、痛みが消失するという過剰な期待を抱いている
- ・全身麻酔を短期間で何度もかけることに危険はないのかと不安を感じている

これらの事柄から、患者は、これまでも痛みに対する様々な治療を受けてきていながらも痛みが改善しないという経験を積んできているために、これから自分が受けることとなる ECT という治療に対しても多くの不安を抱えている様子が示唆された。また、ECT に関する説明などを受けていてもその理解が十分ではなく、今後行われる治療そのものについての不安や、受療する環境への不満が大きいことや、治療に対して消極的な気持ちを抱いている患者もいることが示唆された。痛みを改善する目的として行われる ECT に関して、患者が正確な情報を知り治療を十分に理解し積極的に治療に参加する意欲を持つことは、治療上とても重要なことであると考えられる。

これらのことから、ECT は、患者にとって心理的な侵襲度の高い治療であり、かつ精神科にかかることへの心理的抵抗などもあるために、治療を受けるにあたって葛藤の多い治療法であることが考えられる。つまり、ECT 患者は、痛みの症状により日常生活に支障をきたしており心身共に疲弊している状態であるにもかかわらず、その痛みの症状を少しでも

も改善したいがために、敢えて ECT を受けることを希求せざるを得ないほど、痛みのある日常生活を送り続けることに関して困窮していることが窺える。ECT 患者にとっては、現状でも心理的に不安定であるところに加えて、それ以上に葛藤を抱えるであろうことを予測しうる治療である ECT を受ける決断をしたにもかかわらず、ECT を受けることによって更に患者が苦悩に曝されるような問題点があるならば、そこにはやはり患者の不安や葛藤などを取り除くことができるように、医療を提供する側として改善すべき点があるものと考えられる。

第4章 痛みの治療目的のECTの行われ方の現状

4-1 痛みへのECTを実施している施設のマニュアルの有無の調査

【目的】

本節では、難治性慢性痛の治療を目的としてECTを実施した経験のある施設における、痛みの治療の場合に特化したマニュアルもしくはガイドラインの設置の有無とその構成内容を調査することを目的とした。

【対象と方法】

文献や過去の学会発表の場等で、痛みの治療を目的とするECTの施行の報告が確認された施設を調査の対象とした。ペインクリニックを行っている調査対象各施設の麻酔科医に調査の趣旨を説明し口頭で質問を行った。質問内容は、①貴施設において痛みの治療を目的とするECTを施術する際に特化したマニュアルやガイドライン等の何らかのを設けているかということと、②規定を設けている場合はその内容の詳細に関して、の2点である。

【結果】

痛みに対する治療としてECTを実施している医療機関10箇所(当院を含む)について、精神疾患患者へのECT実施の際の説明やインフォームド・コンセントとは別に、痛みの治療としてECTを受ける患者へ特化した説明やインフォームド・コンセントを行うためのマニュアルもしくはガイドラインを設けているかどうかを確認した。

調査に協力の得られたすべての医療施設において、精神神経疾患患者に対する通常のECT施行のための一般的な規定のほかに、難治性慢性痛患者に対するECT施行のための規定が設けられている施設はみられず、痛みの治療としてECTを受ける患者に対しても精神疾患への治療としてECTを受ける患者への説明が使用されており、痛みの治療としてECTを行う場合に特化したガイドラインを設けている施設はなかった。

【考察】

ほとんどの施設において、痛みの治療を目的とする ECT の実施数は、一般的な精神症状の治療目的としての ECT の実施数に比べて圧倒的に少なく、例外的な位置づけとして行われていることが多かった。そのためそれらの施設では、痛みの治療を目的として ECT を施行する際に特化した何らかの規定を設けるに至らなかったものと思われる。

4-2 自施設の痛みの治療目的の ECT 患者への説明等対応の実態の調査

【問題と目的】

当院では、ECT 患者を麻酔科ペインクリニック（当科）と精神科の併科で扱っており、痛みの治療としての ECT を目的とする他院からの紹介患者が、当科に紹介されてくる場合と、精神科に紹介されてくる場合がある。本節の目的は、ECT を受療する難治性慢性痛患者に対して、初診の段階でどのような説明がなされているのかを把握することを目的とした。

【方法】

難治性慢性痛患者の受け入れに携わる、麻酔科医師 1 名ならびに精神科医師 3 名を対象に、患者に対してどのような説明を行っているかについて調査を行った。調査の内容は、(1)痛みの治療として ECT を行う理由の説明があるか、(2)ECT によって痛みがどのように変化するか説明があるか、(3)痛みの治療として ECT を行う場合の副作用やリスクの説明はあるか、(4)痛みの治療として ECT を受療する場合、麻酔科と精神科の併科受診のもとに行われることの理由の説明があるか、についてである。

【結果と考察】

両科とも ECT 患者への説明は口頭で行っていたが、必ずしも調査内容のすべての項目を満たしていない場合もみられた。このことは、ECT 患者に対する説明や対応の基準などが明確に定められていないため、医師により説明の内容に差があった可能性も考えられる。ECT を受療する難治性慢性痛患者が、他院から当院の麻酔科宛に紹介されてきた場合、麻酔科初診の場では、初診時に ECT に関する説明と併せて、麻酔科受診後に精神科に受診する必要があることとその理由を説明したうえで精神科に受診する流れとなっていた。その一方で、精神科宛の紹介状を持参された場合は「ECT 目的で紹介されてきた患者」ということが前提であり、精神科初診の場では、ECT 適応のための検査日の予約等の手続きから初診診療の流れが開始されていることが多く、本節の調査での質問項目(1)～(4)のすべてを満たす説明を行っている精神科医師は 1 人を除いていなかった。これらのことから、ECT 患者が、どちらの科へ紹介されてきても、納得の得られる説明を受けられるようにする必要があるものと思われる。

第5章 ガイドライン作成

本章の目的： 難治性慢性痛患者が ECT を受ける際に、患者ならびに医療サイドの双方にとって、よりスムーズな治療の運びとするために、ECT を受療する難治性慢性痛患者におけるニーズの内容を明確にすることと、患者の理解度を深めるような説明の方法を定めて ECT による治療を受けること自体がストレスとならないように受療環境を整備するためのガイドラインを作成すること、を目的とした。

5-1 痛みへの治療を目的とする ECT を受療する難治性慢性痛患者に対するヒアリング調査（直面している問題やニーズに関する M-GTA による探索）

【問題と目的】

本節では、難治性慢性痛患者が ECT を受療する際に直面する問題点とその変化のプロセスを探索してその内容を明確にし、ガイドライン作成の基盤と成り得る成因を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】

痛みの治療として ECT を受療するために、精神科受診ならびに精神科病棟へ入院を経験した難治性慢性痛患者 13 名（平均年齢 54.69±14.85 歳、男性 9 名、女性 4 名）（表 5-1-1）に対して、ECT 治療の入院期間を終えた退院時に個別面接によるヒアリング調査を行った。調査は、調査に先立ちその主旨についての説明に理解と同意の得られた患者のみを対象とし、「痛みに対して ECT を受けたことに際して、治療に関わる一連の出来事で感じた困ったことやもっとこうしてくれたらよかったのに等のように、感じたことや気づいたことがあったら何でもお話してください」と伝え、対象患者が語り始める、というように行った。適宜、データ収集者（筆者）は途中で質問を挟み語りを促進した。調査内容は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（Modified Grounded Theory Approach : M-GTA）の手法を用いて分析を行った。調査内容の分析に際して、ECT による治療を受ける当事者であ

表5-1-1. インタビュー対象患者13名の内訳

対象患者	性別	年齢	原因疾患
A	男性	32	外傷後痛
B	女性	60	PHN
C	男性	61	視床痛
D	女性	72	PHN
E	女性	75	視床痛
F	男性	67	視床痛
G	男性	68	視床痛
H	男性	59	術後痛
I	男性	49	視床痛
J	男性	34	外傷後痛
K	男性	56	術後痛
L	男性	44	FMS
M	女性	34	視床痛

る難治性慢性痛患者が一連の治療の流れにおいてどのような問題に直面しているかということ进行分析テーマとして設定し、患者が直面する問題とその変化のプロセスの構造について探索的に構造モデルを生成することとした。

【結果及び考察】

ECT を受療する難治性慢性痛患者に対するヒアリング調査の内容を M-GTA により分析した結果、3 のコアカテゴリー、6 のカテゴリー、4 のサブカテゴリー、27 の概念が生成された(表 5-1-2)。生成された概念の定義をコアカテゴリー毎に、表 5-1-3、表 5-1-4、表 5-1-5 に示す。解釈し生成された概念から成る結果図を図 5-1-1 に示す。以下、分析の結果を示す。まずはコアカテゴリーレベルで全体のプロセスの概要を示し、次に各コアカテゴリー内の内容を示すこととする。なお、文中ならびに図中の『 』は概念、< >は概念を包括するサブカテゴリー、【 】は概念およびサブカテゴリーを包括するカテゴリー、《 》は概念およびカテゴリーならびにサブカテゴリーを包括するコアカテゴリーを示し、“ ”は各概念の定義を示すものとする。各概念に関する患者の発言例は太字で示す。発言例の文中の下線は、概念を生成する要素となる内容を示し、()はデータ収集者の発言主旨を示す。

I. コアカテゴリーレベルでの全体のプロセスの概要

コアカテゴリーレベルでの全体のプロセスの概要図を図 5-1-2 に示す。構造モデルの全体は《患者の抱える問題》、《医療側の対応》、《QOL の改善・アドヒアランスの向上》という 3 つのコアカテゴリーから成り立っている。《患者の抱える問題》というコアカテゴリーで得られた情報をもとに医療スタッフが《医療側の対応》を行うことによって《患者の抱える問題》が解決され、《QOL の改善やアドヒアランスの向上》へと結びつく、という変化のプロセスをたどる。

まずはじめに、コアカテゴリー《患者の抱える問題》について述べる。ECT 患者は、医師から ECT という治療の選択肢を告げられても、ECT 自体を理解していることは少なく、

表5-1-2. コアカテゴリー、カテゴリー、サブカテゴリーおよび概念の生成結果

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	概念	
患者の抱える問題	ECTに対する不安		よくわからない治療を受けることへの不安	
			どのようリスクがあるのか心配	
医療側の対応	精神科受診に関する不安		痛みがどうなっていくのかという不安	
			ECTに対する良くないイメージや不安	
	患者の不安や疑問への対策		精神科患者として扱われることに対する懸念	
			精神科の環境に対する不満	
	医療側の改善策	ECTに対する不安の解消	入院・治療中の詳細を知る	精神科の概要の説明
				ECTが痛みの治療に応用された経緯の説明
				入院期間・治療回数説明
				処置内容の説明
				全身麻酔をかける理由の説明
				治療効果の現れ方の説明
GOLの改善・アドヒアランスの向上	精神科受診の必要性に関する理解		副作用に関する説明	
			予後の見通しを説明	
GOLの改善・アドヒアランスの向上	ECTに対する不安の解消	入院・治療中の詳細を知る	説明内容とそのタイミングを医師へ周知	
			医療スタッフへ周知・教育	
			ECTに関する客観的な情報を得て理解する	
			ECTを受けることになった理由に納得	
			入院・治療期間の必要性を理解	
			ECT実施の具体的な流れを知る	
			ECTを受ける際の危険とその対策を知る	
			治療効果の特徴を知る	
			副作用を理解する	
			退院後の症状の見通しを知る	
納得して受診				
患者の抱える問題	ECTに対する不安		今後の生活に希望が見える	
			治療への積極性の芽生え	

表5-1-3. コアカテゴリー《患者の抱える問題》の各概念の定義

カテゴリー	概念	定義
ECTに対する不安	よくわからない治療を受けることへの不安	電気ショックのようなものということは何となくわかるが、痛みの治療法としてその電気ショックを受けることについて不安を感じる
	どのようなリスクがあるのか心配	電気ショック(つまりECT)を受けるにあたって、何か危険なことがあるのではないかということや、副作用にはどのようなことがあるのかということを中心に心配している
	痛みがどうなっていくのかという不安	電気ショック(ECT)を受けることによって本当に痛みが改善するのか、痛みがどうなっていくのかと不安を感じる
	ECTに対する良くないイメージや不安	映画などで苦痛を与えたり有無を言わずに黙らせたりするための手段としての電気ショックというイメージが強いことから、痛みに対する治療手段としてのイメージが湧きにくく、何をされるのかという不安を感じる
精神科受診に関する不安	精神科患者として扱われることに対する懸念	主訴とその原因疾患は身体症状であるのに精神科にかかることに納得しきれず、また知人等から偏見を受けるのではないかと懸念がある
	精神科の環境に対する不満	精神疾患ではない自分が精神科にかかることによって、本来ならば受けなくてもよいはずの制限等を受けることや、スタッフによって対応が統制されていないことに不満を感じる

表5-1-4. コアカテゴリー《医療側の対応》の各概念の定義

カテゴリー	サブカテゴリー	概念	定義
患者の不安や疑問への対策		ECTの概要の説明	患者の抱える問題は、ECTに関する正確な情報が少ないことによるものであるため、ECTの概要に関する説明が必要である
		ECTが痛みの治療に応用された経緯の説明	精神科と協同して痛みの治療を行っている理由として、精神症状に対する治療法であるECTを身体の痛みに対して行うことになった経緯に関する説明が必要である
		入院期間・治療回数の説明	痛みに対する治療法としてECTを行うために一定期間の入院とその間に複数回のECTの施術がなされることに関する説明が必要である
	治療の手順の説明	処置内容の説明	事前に必要な検査や、実際に「電気をかける」処置の際の手順や施術後の安静時間等の具体的な処置内容とその流れに関する説明が必要である
		全身麻酔をかける理由の説明	通電時とその後の血圧や脈拍数などのバイタルの変化への対応や通電の衝撃による骨折の予防等のために全身麻酔管理下に行われることに関する説明が必要である
		治療により生じる変化の説明	治療効果の現れ方の説明
		副作用に関する説明	痛みの改善という作用のほか、さまざまな副作用があることの説明が必要である
		予後の見通しを説明	複数回のECT施術を1クール終えたのちの長期的な予後に関する説明が必要である
医療側の改善策		説明内容とそのタイミングを医師へ周知	患者の抱える問題に対して、どのような説明が必要であるかということ、副作用の健忘の影響により入院期間の途中で説明内容を忘れることがあることから、説明内容とそのタイミングを周知する必要がある
		医療スタッフへ周知・教育	精神科と麻酔科が協同して痛みの治療を目的とするECTを受療する患者を受け入れていること、患者の抱える問題に対してどのような対応が必要とされているかを周知・教育する必要がある

表5-1-5. コアカテゴリー《QOLの改善・アドヒアランスの向上》の各概念の定義

カテゴリー	サブカテゴリー	概念	定義
ECTに対する不安の解消		ECTに関する客観的な情報を得て理解する	ECTへの必ずしも適切ではないイメージを持っていたことに対して、ECTの概要に関する説明を受けることにより、怖いというイメージやよくわからないものというイメージが払拭され安心して治療を受けられることにつながる
		ECTを受けることになった理由に納得	本来精神科の治療法として行われてきているECTを、痛みの治療に用いることになった経緯の説明を受けることにより、痛みを主訴とする自分がECTを受けることならびに精神科にかかることの理解につながる
	入院・治療中の詳細を知る	入院・治療期間の必要性を理解	痛みの治療としてECTを受けるにあたって、一定期間の入院が必要なことや、入院期間中の治療回数の説明を受けることによって、治療の流れの把握に役立つ
		ECT実施の具体的な流れを知る	どのような手順で処置がなされるのかという説明を受けることによって、「電気をかける」という漠然としたイメージや「よくわからない治療をされるから怖い」というイメージが払拭され安心して治療を受けられることにつながる
		ECTを受ける際の危険とその対策を知る	映画などでは電気ショックで強い衝撃があるイメージがあり怖さや不安を感じるが、全身麻酔の管理下で安全に行われることを知り安心して治療を受けられることにつながる
	入院・治療中の症状の変遷を知る	治療効果の特徴を知る	入院期間内に複数回のECTの施術を繰り返し受けることによってどのように痛みが変化するかを予め知っておくことで、症状の変化に戸惑わずに安心して治療を受けられることにつながる
		副作用を理解する	ECTの副作用としてどのような症状が出現するかを予め知っておくことで、副作用の症状が出現した際にも戸惑わずに安心して治療を受けられることにつながる
			退院後の症状の見通しを知る
精神科受診の必要性に関する理解		納得して受診	身体の痛みへの治療として受けるECTが精神科の治療法であることの説明を受けてその旨を理解することによって、自身の受診する科への不本意さや不満が解消されて納得して受診できることにつながる
		今後の生活に希望が見える	一定期間入院して複数回ECTを受療することによって、痛みがどのような変化を辿り改善していくのかを理解することができるようになることで、退院後の生活に希望が見えるようになる
		治療への積極性の芽生え	よくわからないというイメージや怖さや不安のため、また、精神科にかかることに納得しきれていないために、治療への意欲や積極性を持てなかったが、治療の内容と痛みの変化の全貌が分かることによって治療への意欲や積極性が芽生えるようになる

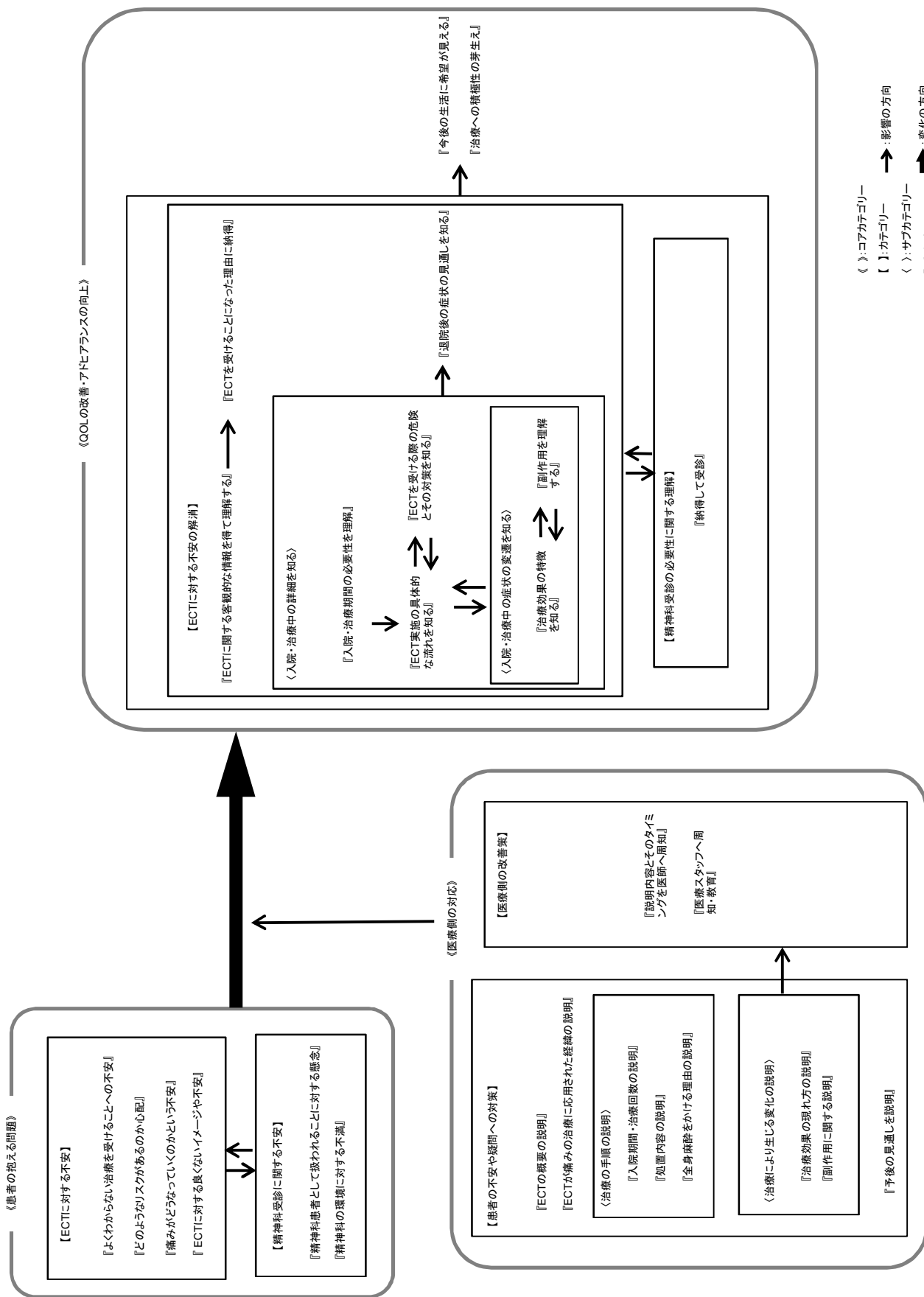


図5-1-1. 慢性痛患者が痛みの治療を目的としてECTを受ける過程で直面する問題の構造モデル

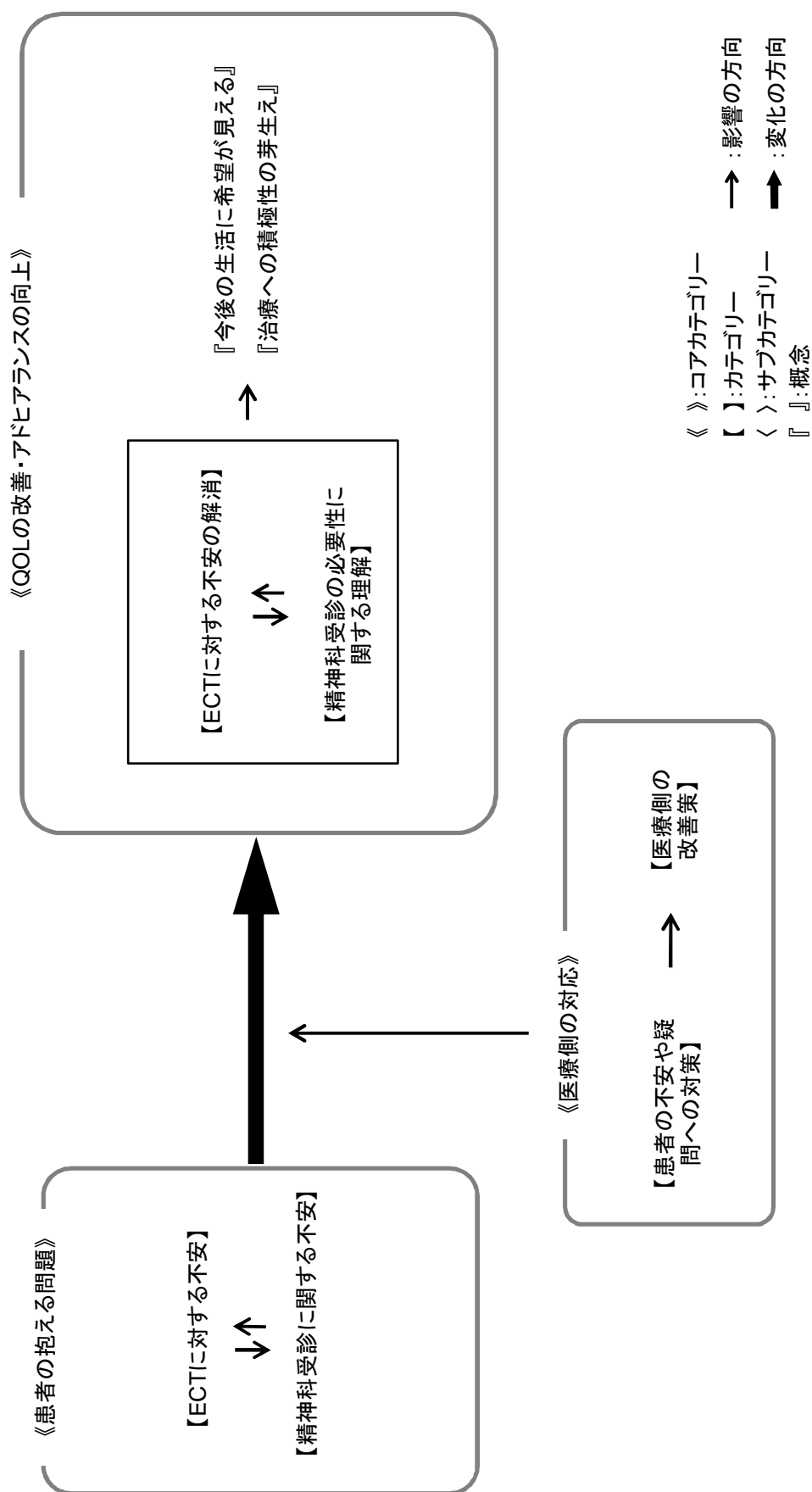


図5-1-2. コアカテゴリレベルでの全体のプロセス

漠然としていながらも【ECT に対する不安】をまず抱えることとなる。また、それと同時に、ECT が精神科の治療法であることを理解していなかったり、精神科の治療法であることはわかってもなぜ自分が突然精神科に受診することになったのかという経緯がわかっていなかったりするまま【精神科を受診することに関する不安】を抱えていることが多い。これらの2つの不安は相互に影響し合っている。痛みへの治療を目的とするECTを治療法の選択肢として検討する初めの段階でECT患者が直面する《患者の抱える問題》は、これらの2つの不安に大別されると考えられる。

《患者の抱える問題》となっているこれらの2つの不安に対して《医療側の対応》を行った。《患者の抱える問題》の【ECT に対する不安】に対しては【患者の不安や疑問への対策】をとして詳細な説明を繰り返し行い、【精神科受診に関する不安】に対しては、【患者の不安や疑問への対策】と同時に【医療側の改善策】として受療環境の整備を行うこととした。《患者の抱える問題》に対してこれらの《医療側の対応》を行ったことによる影響を受けて、患者の抱えるこれらの《患者の抱える問題》に変化が生じ、《QOLの改善・アドヒアランスの向上》という変化の結果がもたらされたものとする。

すなわち、まずは【ECT に対する不安が解消】され【精神科受診の必要性に関する理解】が得られるようになる。これらの2つのカテゴリーは相互に影響を与え合っていると考えられる。そして、【ECT に対する不安が解消】され、治療に関する理解や【その必要性に関する理解】を得られるようになることから影響を受けて、『今後の生活に希望が見え』たり『治療への積極性が芽生え』たりするようになり、《QOLの改善・アドヒアランスの向上》に結びついたものとする。このように、ECT患者が一連の治療の初期に直面する《患者の抱える問題》は、《医療側の対応》を行うことによって解決され、その変化のプロセスを経て結果的に《QOLの改善やアドヒアランスの向上》につながるという構造である。

各コアカテゴリー内の内容の詳細については以下に示す。

II. 各コアカテゴリー内の内容について

(1) 《患者の抱える問題》

コアカテゴリー《患者の抱える問題》は、【ECT に対する不安】と【精神科受診に関する不安】という 2 つのカテゴリーから成り立っている。コアカテゴリー《患者の抱える問題》の内容の詳細について図 5-1-3 に示す。

ア) カテゴリー【ECT に対する不安】

ECT は痛みに対して様々な治療を受けても治療効果を得られなかった場合に検討される治療法であるが、医師から ECT という治療の選択肢を告げられても、ECT 自体を理解していることは少なく、漠然としていながらも【ECT に対する不安】をまず抱えることとなる。そのような『よくわからない治療を受けることへの不安』を感じて、実際に治療を受ける際に『どのようなリスクがあるのか心配』し、そもそも ECT を受けて『痛みがどうなっていくのかという不安』も大きい。また、電気ショックを非人道的な手段として用いている映画等の印象から『ECT に対する良くないイメージや不安』を抱えていることが多い。

カテゴリー【ECT に対する不安】は、これら 4 つの概念『よくわからない治療を受けることへの不安』、『どのようなリスクがあるのか心配』、『痛みがどうなっていくのかという不安』、『ECT に対する良くないイメージや不安』から成り立っている。以下に、各概念について記す。

i) 概念『よくわからない治療を受けることへの不安』

以下には、『よくわからない治療を受けることへの不安』についての発言例を挙げる。

患者 B: (ECT 治療に際して、嫌だったことや、もっとこうだったらよいのに、と思うことがあったら、どんなことでもよいのでお話しください) 電気かけてると、なんか忘れちゃうのよねえ。どんなことがあったとか、どんなふう思ったとか。ほかにも、いろんな説明とかあったかもしれないんだけど。よく覚えてなくて、気がつくとも毎日入院してい

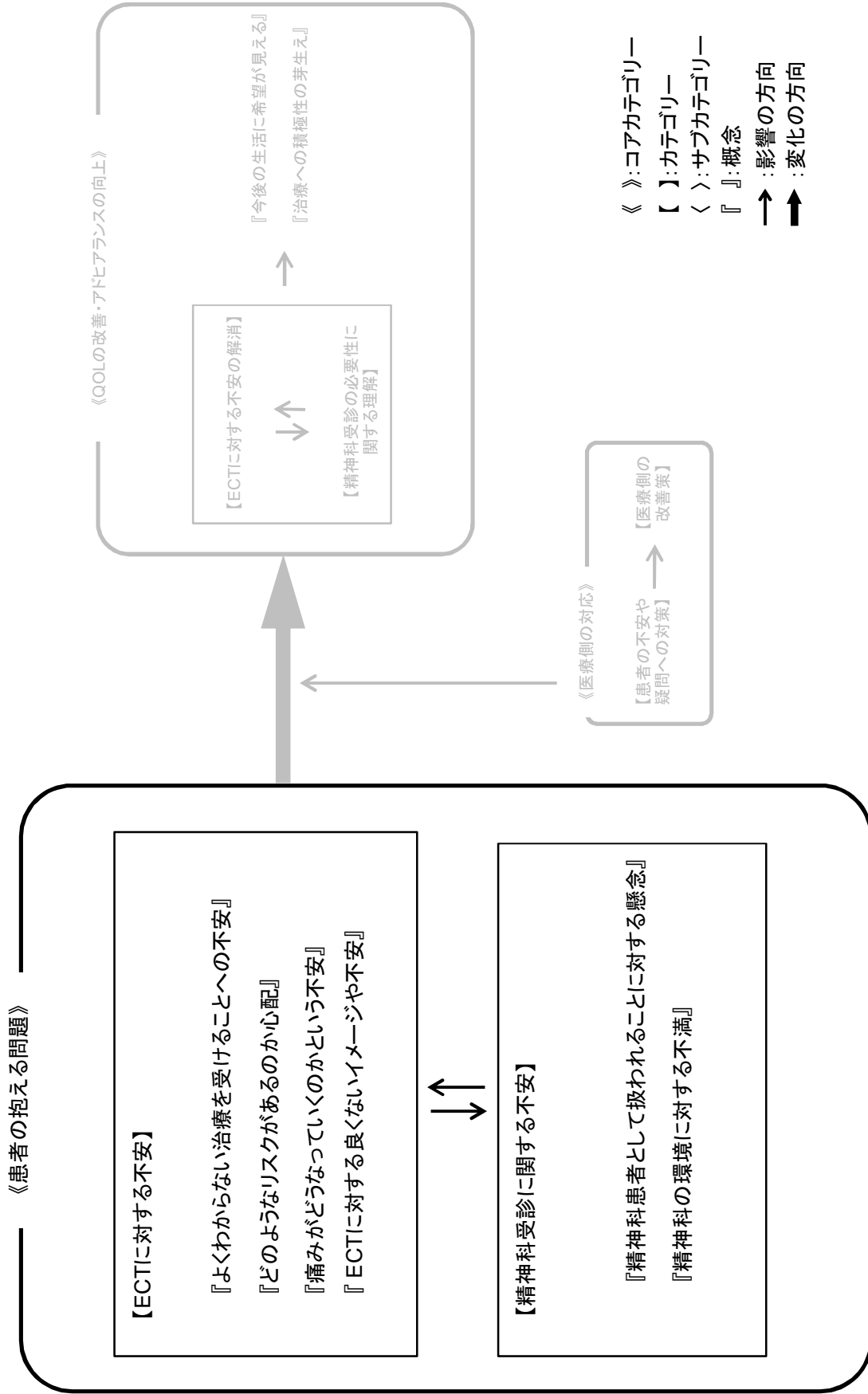


図5-1-3. コアカテゴリ「患者の抱える問題」の詳細

るなあって感じに、そのちょっと前のこととかをなんか忘れちゃってるのよね。(何かの説明があったかどうかは覚えていますか?)最初はなかったと思うんです。だからはじめはとにかく怖かった。(電気けいれん療法がどんな治療かということの説明?)そう、電気の、その、治療の説明。あんまりなかったと思うのよね。ただ、とにかく怖そうだなあと
思ったことは覚えてるのよ。

患者 F: 最初電気って聞いた時は、感電とか、怖いって思ったけど先生に任せるしかない
って思ったよ。…中略…やっぱり、その、電気っていうのを聞いただけでも、怖い
てなっちゃってたから、それだけでも危険なことだなんて思うじゃない?で、これはもう
先生に任せていくしかないって思っちゃった訳よ。詳しいこととか、そういうのはもう、
緊張してて説明とかは覚えていられないよね。

患者 I: インターネットで調べても、うつ病の治療とかばかりで、痛みについてのこ
とはなかったんだよね。調べてもわからなくて出てこなくて。映画のイメージがすごく強
くて嫌な印象しかなかったんだよね。で、実際に痛みで受けるために何科に行けばいいの
かすらわからないし。脳外科とか?物忘れが出るとかはネットで書いてあったけど、痛み
がぶり返すっていうのは、ネットでは載ってなかったんだよね。ここでそういう説明があ
ったかどうかってことも定かじゃないなあ。

これらの発言内容の下線部分から、患者がこれから自分が受ける治療がどのようなもの
かということについて十分な理解に至っておらず、怖さや不安を感じている様子が窺える。
多くの患者に見られたこととして、初診時に行われた説明の内容を覚えていないというよ
りもむしろ、そもそも説明を受けたこと自体を忘れてしまっており、説明を「聞いてませ
ん」という発言に繋がっていることが多いと感じられる。また、患者 C の発言中の「うつ
になるかもよって」のように、誤った情報として記憶されてしまっている例も見られた。

以上のことから、これらの内容を“電気ショックのようなものということは何となく
わかるが、痛みの治療法としてその電気ショックを受けることについて不安を感じる”と
定義づけ、『よくわからない治療を受けることへの不安』として概念化した。

ii) 概念『どのようなリスクがあるのか心配』

以下に、『どのようなリスクがあるのか心配』についての発言例を挙げる。以下の発言は、データ収集者からの（ECT を行う際のリスクに関してはどうですか？説明はありましたか？また、説明があった場合には、どんな内容を覚えていますか？）という主旨の質問に対しての回答として得られた発言内容である。

患者 A：手術室って聞いたから、ふつうに手術したりする時と同じくらい、なんか大変なことなんかあったって思いました。

患者 B：リスク？っていうと、危険とかそういうことよねえ。なんかそういう難しいことは先生にお任せしていたと思うから。

患者 E：入院とか手術とかって聞いて、頭の手術をするのかなあなんて思ってね。なんかそういう切ったり貼ったりみたいなことじゃないけど、でも手術室なんだって。…中略…電気をやったらどんどん馬鹿になっていってしまうんじゃないかしらって、それが心配なんです。

これらの発言内容の下線部分から、ECT では手術室に入って何か大がかりなことをするものなのだという事はわかってはいるものの、全身麻酔が必要なくらい大変な手術であるということを心配していることが窺える。また、なぜ全身麻酔の必要があるのかということやECT を行うことによって生じる急激な血圧の上昇などによって、例えば視床痛の原因となったような脳卒中発作を再発するリスクがあるということ等の説明内容は記憶に留まっていない様子が窺えた。また、ECT を行う際のリスクと、副作用あるいは効果の現れ方を混同している様子も窺えた。

以上のことから、これらの内容を“電気ショック（つまり ECT）を受けるにあたって、何か危険なことがあるのではないかということや、副作用にはどのようなことがあるのかということ”を心配している”と定義づけ、『どのようなリスクがあるのか心配』として概念化した。

iii) 概念『痛みがどうなっていくのかという不安』

以下に、『痛みがどうなっていくのかという不安』についての発言例を挙げる。以下の発言は、主に、治療の初期に抱いていた治療の成果や治療の経過時における症状の変遷に関する印象として述べられた発言内容である。

患者 F: (痛みを改善させる目的の治療として電気けいれん療法を受けられたわけですが、そもそも電気けいれん療法とはどういう治療なのか、どのようなことをするのか、痛みはどうなっていくのか、という説明などはきちんと受けられましたか?) ○○病院[※当院]に来て初めて聞きました。もとの病院の先生からは、これ以上痛みがよくなるの[※治療のこと]はないから、あとは痛みをやってる病院を紹介するからってうただけで。それで紹介状書いてもらって、ここに来たんですよ。…中略…痛みの治療で特殊なのがあるからってうんで紹介してもらってきたから、それ以上のことは特に。聞いたかどうか覚えてないなあ。…中略…(治療には、痛みがよくなるという効果のほかに、副作用で、一時的な健忘が、つまり物忘れの可能性もあるかもしれない、という説明があったことはどうですか?) うーん、多分両方説明してもらったんじゃないかな。そんなような説明があったと思います。

患者 L: 痛みがどれくらい良くなるっていうのは、あんまり言われてない気がします。こちらとしては、もちろんよくなるために来てるんですけど、今までそれで何度も何度も、いろいろ試してダメ、試してダメ、っていうのが続いているんで、これで本当によくなるってうのか、信じてないっていうのもあれですけど、わらをもすがるってう思いの一方で、本当によくなるんだろうか、ってう気持ちもあったんです。

患者 M: (治療には、痛みがよくなるという効果のほかに、副作用で、一時的な健忘が、つまり物忘れの可能性もあるかもしれない、という説明があったことはどうですか?)
この電気の治療を受けたら痛みが減ってよくなるって聞いていたから、そうだと思ってたんです。単純にともかく楽になるんだって。

これらの発言内容の下線部分から、痛みに対して今までさまざまな治療を受けてきたが著効を得られずに、「ECTを受けたら良くなるらしいから勧められて受診した」が、治療効果に対して半信半疑でありながら受診に至っている様子が窺えた。その一方で、なかには、ECTは痛みの症状の改善に関しては万能で、ECTを受けさえすれば痛みがなくなるものと思っていた患者もみられた。また、ECTの効果の程度や治療期間を通じての症状の変遷や、治療を終えて退院してからの予後などについて、「よくなる」という漠然としたイメージしか持っておらず、ECTを受療して本当に痛みの症状が改善するのだろうか、という不安を感じていることが示された。

以上のことから、これらの内容を“電気ショック（ECT）を受けることによって本当に痛みが改善するのか、痛みがどうなっていくのかと不安を感じる”と定義づけ、『痛みがどうなっていくのかという不安』として概念化した。

iv) 概念『ECTに対する良くないイメージや不安』

以下に、『ECTに対する良くないイメージや不安』についての発言例を挙げる。以下の発言は、主に、痛みの症状に対してECTを受療することも痛みに対する今後の治療の選択肢の一つであるということを医師から告げられてから、実際にECTを受療することに決定した治療の初期に抱いていたECTに関する印象として述べられた発言内容である。

患者A：うーん、はい。正直言って、でも、あんまりいい印象はないです。（たとえば、どんなことにあんまりよい印象がないか、差し支えなければ教えていただけますか？）あんまりあたたかく迎えられてないっていうか、ただただ機械的に予定されたとおりに動かされて、っていう感じがするっていうか。

患者G：（治療には、痛みがよくなるという効果のほかに、副作用で、一時的な健忘が、つまり物忘れの可能性もあるかもしれない、という説明があったことはどうですか？）別になかったよ。ただね、電気の治療を頭にやって、腑抜けな人間になっちゃったりするのは怖いと思う。

患者 L: 自分でインターネットとかで調べると、うつ病とか分裂病とか、そういうもの
の治療っていうことは書いてあって、痛みとかはそんなに見つけられなかったんですけど、
自分は、結局そういう精神病の治療っていうのがイメージであって、ここにきてやっぱり
精神科って言われて、精神病っていうレッテルなのかな。なんか、押さえつけられて、自
分はそうじゃないって言うのに無理やり頭に電氣流されて、っていう映画とかでもあ
るじゃないですか。反政府因子みたいのが電氣あてられておとなしくさせられちゃう、み
たいな。自分も、電氣やることによって映画みたいに、目の焦点が合わない感じにおとな
しくさせられちゃって、痛いとかも言わない代わりに自分が自分でなくならせられちゃ
うようなイメージっていうか、わかります？もちろんそうじゃないっていうのはわかって
はいるんですけど。逆に、今まで、どれくらいやっていて、大丈夫だったのか、とか、そ
ういうことの安全性とかのデータとかも知れたら安心はできたとおもうんですけどね。と
にかくどんなことをするかわからなくて不安でした。寝ているところを何人かに突然連れ
て行かれて、嫌がっても無理矢理電氣を当てられてっていう、ああいう映画のイメージは
よくないですよ。だから、なおのこと神経質になってしまったたのかもしれないけども、
何をどうしてどうやってどうなるっていうこととか全体のスケジュールとかもわかって
た方が良かったなと思います。一番心配なのは副作用ですよ。ちょっと忘れることがあ
るかもしれないっていうことは聞いていたんですけど、本当にそれだけで済むのかって
いう心配。もっと自分の人格が壊れてしまうんじゃないのかとか、そういうことが不安です。

これらの発言内容の下線部分から、ECT という治療法のことにはよく知らないが「電氣シ
ョック」という衝撃的なイメージは強く抱いていることがわかる。患者が抱いている具体
的なイメージとしては、電氣ショックを与えられることによって人格を操作されてしまっ
たり、人格を破壊されてしまったりするのではないかというものである。このイメージは、
映画などで見ていた衝撃的な出来事のように、痛みの治療と称してよくわからないけれど
も何か強い電氣刺激を与えられて、自分の人格を破壊されてしまうのではないかという不
安に結びついていると考えられる。

以上のことから、これらの内容を“映画などで苦痛を与えたり有無を言わせずに黙らせたりするための手段としての電気ショックというイメージが強いことから、痛みに対する治療手段としてのイメージが湧きにくく、何をされるのかという不安を感じる”と定義づけ、『ECT に対する良くないイメージや不安』として概念化した。

イ) カテゴリー【精神科受診に関する不安】

ECT 患者は、【ECT に対する不安】と同時に、映画などで断片的に思い描いているイメージから【精神科受診に関する不安】も抱えている。そもそも、ECT が精神科の治療法であることを理解していなかったり、精神科の治療法であることはわかっていてもなぜ自分が突然精神科に受診することになったのかという経緯がわかっていなかったりするまま身体への治療を受ける自分が『精神科患者として扱われることに対する懸念』や『精神科の環境に対する不満』を感じている。

カテゴリー【精神科受診に関する不安】は、これら2つの概念から成り立っている。以下に、各概念について記す。

i) 概念『精神科患者として扱われることに対する懸念』

以下には、『精神科患者として扱われることに対する懸念』についての発言例を挙げる。

患者 E：普段から、精神科の看護婦さんたちは、ああいう人たちばかりを相手にしてるからかもわからないけれど、事務的で冷淡な印象を受けるのよね。なんかどこか冷たいっというか。精神科の先生も麻酔科の先生も、私のことを精神病としてではなくて、痛みの治療で精神科に入院しているっていうことを知ってくれていると思うんだけど、ほかの先生とか看護婦さんとかが、ちゃんとわかってくれるのかどうかが不安なのよ。ほかの精神科の先生とか病棟の看護婦さんとかのみんなは、私のことを精神病だと思っているんじゃないかって。だから、私に対しても、人間的に接してくれていないんじゃないかしらって思うのよ。(身体の治療なのに、精神科に受診したり入院したりするっていうこと

に、抵抗がある訳ですよ。どうして精神科なのかっていう説明は覚えていますか？)
やっぱりどこかおかしいと思われているんじゃないかしら、電気をやったらどんどんバカ
になっていってしまうんじゃないかしらって、それが心配なんです。身体が痛くてその治
療で、っていうことなのに精神科っていうのがね。

患者 F: (身体の治療なのに、精神科に受診したり入院したりするっていうことについて、
どうして精神科なのかっていう説明は覚えていますか？この病院で、精神科に入院する
となった時に、入院生活の制限だとか、荷物検査があるっていうことなどの説明はありま
したか？) 精神科っていうのは、前の病院では聞いてなかったし、ここに来て初めて精神
科に行けて言われて。それで、入院するのも、なにに (530) 病棟です、とは言われ
たけど、そこが精神科の病棟だとは聞いてなかったんですよ。荷物の検査があるとかも、
全然知らなかったし。ベルトとひげそりをとられちゃって。ともかく、雰囲気が違う。(ど
んなところが?) まず、入って監視されてる感じだよ。普通のところの入院と違うなっ
て。看護婦さんたちの対応が違うっていうか、ひどいなって思います。(たとえば?) 言
葉がきつっていうか。精神病人のように扱われている感じがすごくする。例えば、薬な
んかも、見てる前で飲めって。食事の後なんかに、目の前でここで今すぐ飲めって命令さ
れてる。そういうのも、あらかじめ説明があれば、ああそういうものなんだなって納得で
きるんだろうけど。あらかじめ具体例を出して説明してくればよかったのになって思
います。精神科の病棟では、看護婦さんたちに、笑顔がないっていうか、あたたかみを感じ
られない。ナースコールを押せば、返事はしてくれる。すぐかどうかは別として。無視さ
れることはないけど、今忙しいのよっていうような反応で怖い。日常会話でジョークとか
を言えるような雰囲気じゃないんですよ。本当は、途中で試験外泊してみようかな、と
先生と話してみたかったんだけど、そんなこと言いだせるような雰囲気じゃなくて、訊け
なかったんですよ。もっとこまめに声をかけてくれば、もっと違うの
について思います。
見回りの時にも、ただカーテンをチラッと開けて、チラッとみて行ってしまう。目があっ
ても黙っていってしまう。声をかけてはくれない。2秒くらいのもですよ。

患者 H: (ECT 治療に際して、いやだったことや、もっとこうだったらよいのに、と思うことがあったら、どんなことでもよいのでお話してください。) 精神科だからっていうのもあるかもしれないけど、いろいろとこっちから言って、あんまり変な扱いを受けるのも怖くて、言えなかったっていうこともあるよ。

患者 J: (痛みを改善させる目的の治療として電気けいれん療法を受けられたわけですが、そもそも電気けいれん療法とはどういう治療なのか、どのようなことをするのか、痛みがどうなっていくのか、という説明などはきちんと受けられましたか? 精神科の治療であることも含めて、説明があったと思うんですけど、覚えていますか?) 交通事故の後にかかっていた病院で、電気療法のことを聞いて、ここの病院の〇〇先生に紹介になりました。その時にもとの病院の脳外科の先生から、精神科に紹介するって聞いたんですけど、どうして精神科なのかとかっていう説明はなかったです。自分でも、どうしてそんなところに紹介されるのか、っていう思いはあったんですけど、痛みの方が大きくて聞けなかった。聞かなかった。いろいろな説明は、どんなことをやるのかとか、全身麻酔で手術室でやるのか、そういう細かいことは〇〇先生[※当院麻酔科医師]からききました。(ECTは通常はどのような人にやっているかということは聞きましたか?) 精神科の治療で、ってことは聞いたので、それで精神病が対象の治療なんでしょって思いました。それって、自分のこの痛いのが精神病だって思われてるってこと? って。…中略… (身体の治療なのに、精神科に受診したり入院したりするっていうことについて、どうして精神科なのかっていう説明は覚えていますか? ここの病院で、精神科に入院するとなった時に、入院生活の制限だとか、荷物検査があるっていうことなどの説明はありましたか?) 精神科の治療ですっていうことは聞いたけれども、どうして精神科なのかっていうことまでは聞いてなかったと思います。で、治療は精神科の治療だけれども、入院そのものが精神科の病棟だっていうことは知らなくて、聞いてなかったから、行ってびっくりしました。(どんなことに?) まず、荷物検査が。あと、閉じ込められるとか、外出できないとか、夜中は鍵が掛かるとか。ほかの患者さんとかとどうこうってことはなかったけども、精神科の入

院になるってということが普通の病棟と違って、検査があるとかそういうことを事前に説明があればよかったのに、と思います。…中略…対応が雑で機械的だなんて感じたこともありました。受け答えが用件だけだったりね。人によって違いましたけど、頻繁に声をかけてくれていれば、言い出しやすかったかもなって思います。

患者 M：精神科の待合室で待っている時とか、なぜここに？私は精神科の患者ではないのよ。どうしてここに掛からされなくちゃいけないの？って思っていました。社会に復帰してから、精神科にかかっていたってことが、色眼鏡で見られるような気がする。

これらの発言内容の下線部分から、ECT 患者のなかには精神科にかかる患者のネガティブなイメージ像というものがあり、それらのイメージ像は自分たちとは本来無縁のものでありながら、自分たちのこともそれらのネガティブなイメージでとらえられてしまうのではないか、人格の尊厳を保たれないような扱いを受けてしまうのではないか、という懸念を抱いていることが窺えた。ここでいうネガティブなイメージとは、精神疾患やその患者、あるいはそれらの患者を対象とする精神科へのいわゆる「偏見」であったり、偏見の影響による先入観であったりするものと考えられる。ECT 患者の、その痛みの主訴となる原因疾患自体は、身体的な病変や障害によるものであり自分たちはあくまでも「身体に問題のある患者」であり、そのような「精神に問題のある患者」ではないのだという自覚の表れでもあると考えられ、同時に、少なからず偏見もあるのだということが感じられた。

以上のことから、これらの内容を“主訴とその原因疾患は身体症状であるのに精神科にかかることに納得しきれず、また知人等から偏見を受けるのではないかという懸念がある”と定義づけ、『精神科患者として扱われることに対する懸念』として概念化した。

ii) 概念『精神科の環境に対する不満』

以下に、『精神科の環境に対する不満』についての発言例を挙げる。

患者 A：(治療のあいだの入院は精神科の病棟だった訳ですけれども、入院生活で不便に感じたり、いやだなあと感じたこととかはありますか?) 騒ぐ人がいて。あと、訳分かん

ないことを言う人。そういう人がいて、いやだなと思うことがありました。

患者 C：(具体的にどういう治療をします，っていうこととかは説明ありました?) うん。入院するって。精神科に。だから、牢屋みたいな檻に入れられるんですか? って訊いたら、そんなことはない、だけど、許可があれば病棟から外出できますよって。あと、見舞いに来てもらえても帰ってもらうことになるかもよって言われたよ。(精神科のところに入院することは、事前に知ることができていた訳ですね) うん。けどね、せっかく入院のためにいろいろと準備して持ってきたのに、入るときいきなり荷物検査みたいのされて、耳かき、爪切り、電気カミソリ、みーんな取り上げられちゃったよ。(精神科に入院するにあたって、こういう検査がありますよとか、荷物の制限がありますよ、ということの説明はなかったですか?) なかったねえ。あつたらわざわざ持ってきてないよ。

(治療のあいだの入院は精神科の病棟だった訳ですけども、入院生活で不便に感じたり、いやだなあと感じたこととかはありますか?) 食堂でね、俺の皿の上から、勝手におかずをとって食べられちゃったことがあってね。(〇〇さんが食事をしている最中にですか?) そう。それとか、俺のロッカーを勝手に開けられちゃったりね。それで、お、その俺のだよって言ったら、怒ってガタガタ揺すったりね。ちょっとおかしいよなってね。あとね、夜中の大声だな。突然奇声を発せられるとか。ちょっとおかしい患者がいることについて、この人はこういう人ですっていうことわりがないから困る。向こうは我慢してくれないでしょ。だから自分が我慢するしかない。(そういう困っている状況を誰か看護師などに伝えましたか?) いや。結局そういうのってタイミングでしょ。その時にその場にはいないことの方が多いうから。後から言ってもしょうがない。ほかにもいろいろあるよ。(たとえば?) …後略…

患者 E：普段から、精神科の看護婦さんたちは、ああいう人たちばかりを相手にしてるからかもわからないけれど、事務的で冷淡な印象を受けるのよね。なんかどこか冷たいっていうか。精神科の先生も麻酔科の先生も、私のことを精神病としてではなくて、痛みの治療で精神科に入院しているっていうことを知ってくれていると思うんだけど、ほかの先

生とか看護婦さんとかが、ちゃんとわかってきてるのかどうかが不安なのよ。ほかの精神科の先生とか病棟の看護婦さんとかのみんなは、私のことを精神病だと思っているんじゃないかって。だから、私に対しても、人間的に接してくれていないんじゃないかしらって思うのよ。…中略…2回目やった日には、もうその日に痛みが強くなって、もう帰りたい、部屋も嫌だし、もう帰りたいってすごく思いましたよ。入院はこりこりって。でもまた痛くなったら入院してやるのかな。

患者 I: (身体の治療なのに、精神科を受診したり入院したりするっていうことについて、どうして精神科なのかっていう説明は覚えていますか？ここの病院で、精神科に入院するとなった時に、入院生活の制限だとか、荷物検査があるっていうことなどの説明はありましたか？) ただ、治療の内容が精神科のものだっていうことは聞きましたけど、どうして精神科なのかっていうことまではちょっと。入院する前に、「制限があります」っていうのは聞いていたけども、具体的にどういう制限なのかまでは説明なくて、持物を取り上げられたことが結構ショックでした。シェーバーとか。あと、ほかの患者さんが「どうしてあの人は外に出られるの？」って言ってるのが聞こえたりして。で、具体的な制限の内容とかまでは聞いてなかったけども、持物のこととか外出のこととか、「あ、制限ってこういうことなのか」って自分で察知したっていう感じです。

患者 J: (身体の治療なのに、精神科を受診したり入院したりするっていうことについて、どうして精神科なのかっていう説明は覚えていますか？ここの病院で、精神科に入院するとなった時に、入院生活の制限だとか、荷物検査があるっていうことなどの説明はありましたか？) 精神科の治療ですっていうことは聞いたけれども、どうして精神科なのかっていうことまでは聞いてなかったと思います。で、治療は精神科の治療だけれども、入院そのものが精神科の病棟だっていうことは知らなくて、聞いてなかったから、行ってびっくりしました。(どんなことに?) まず、荷物検査が。あと、閉じ込められるとか、外出できないとか、夜中は鍵が掛かるとか。ほかの患者さんとかとどうこうっていうことはなかったけども、精神科の入院になるっていうことが普通の病棟と違って、検査があるとかそ

ういうことを事前に説明があればよかったのに、 と思います。…中略…対応が雑で機械的
だなんて感じたこともありました。 受け答えが用件だけだったりね。人によって違いまし
たけど、頻繁に声をかけてくれていれば、言い出しやすかったかもなって思います。

これらの発言内容の下線部分から、それまで経験してきた医療機関の一般的な診療科へ
の受診とは少し違うのではないかという印象を抱いていることが窺える。その印象には、
前述の『精神科患者として扱われることに対する懸念』と重複するところもあるが、精神
疾患を患う患者ならびにその患者の掛かる科というものへの偏ったイメージや思い込みと
いったものがあるものと思われ、精神的な諸所の問題を抱える患者と同じ環境で過ごす
という状況に、適応できない不安を抱えているものと考えられる。また、外来や病棟では必
ずしもスタッフが固定されているとは限らず、スタッフの入れ替わりなども頻繁にあるこ
とから、精神科で痛みの患者を受け入れていることが周知されていないのではないかと
つまずき、患者自身からすると「自分は痛みの患者であって精神科の患者ではないけれども精
神科の治療である ECT を受ける目的で精神科にかかることになっているのだ」ということ
をきちんと理解されていないのではないかと、という懸念を抱えている。患者は、これらの
不安や懸念に影響されて、不当な扱いを受けていると感じてしまっているものと考えられ
るが、これは精神科のスタッフであるか否かという問題だけではなく、スタッフそれぞれの
個性や、医療現場における接遇教育に関連する問題もあるものと考えられる。しかし、
根本的な問題としては、患者が精神科や精神科にかかる患者に対して抱えているイメージ
による影響も大きく、自分自身が一人の人格ある患者として扱われないのではないかと
思っていることによるものであると考えられる。

以上のことから、これらの内容を“精神疾患ではない自分が精神科にかかることによっ
て、本来ならば受けなくてもよいはずの制限を受けることや、スタッフによって対応が統
制されていないことに不満を感じる”と定義づけ、『精神科の環境に対する不満』として概
念化した。

(2) 《医療側の対応》

コアカテゴリー《医療側の対応》は、【患者の不安や疑問への対策】と【医療側の改善策】という2つのカテゴリーから成り立っている。コアカテゴリー《患者の抱える問題》の内容は多岐に亘るものであり、複数の問題が同時併発的に存在するものであるとも考えられた。そのため、コアカテゴリー《医療側の対応》では、ECTの周術期において患者の理解が必要であると考えられる事象に関して、医師の監修の下にインタビューガイドの項目設定を行い、それぞれの項目について概念化を図るという手続きをとった。コアカテゴリー《医療側の対応》の内容の詳細について図5-1-4に示す。

ア) カテゴリー【患者の不安や疑問への対策】

カテゴリー【患者の不安や疑問への対策】は、『ECTの概要の説明』、『ECTが痛みの治療に応用された経緯の説明』という2つの概念と〈治療の手順の説明〉、〈治療により生じる変化の説明〉という2つのサブカテゴリー、ならびに『予後の見通しを説明』という概念から成り立っている。以下に各概念を記す。

(い) 概念『ECTの概要の説明』

以下には、『ECTの概要の説明』についての発言例を挙げる。

患者F：○○病院[※当院]に来て初めて聞きました。もとの病院の先生からは、これ以上痛みがよくなるの[※治療法のこと]はないから、あとは痛みのことをやってる病院に紹介するからってだけで。それで紹介状書いてもらって、ここに来たんですよ。(では、電気けいれん療法をやるっていうことも、その説明も、ここの病院にきて初めて聞いた訳ですね。) うん。最初電気って聞いた時は、感電とか、怖いって思ったけど先生に任せるしかないって思ったよ。(ECTは通常はどのような人にやっているかということは聞きましたか?) 痛みの治療で特殊なのがあるからっていうんで紹介してもらってきたから、それ以上のことは特に、聞いたかどうか覚えてないなあ。

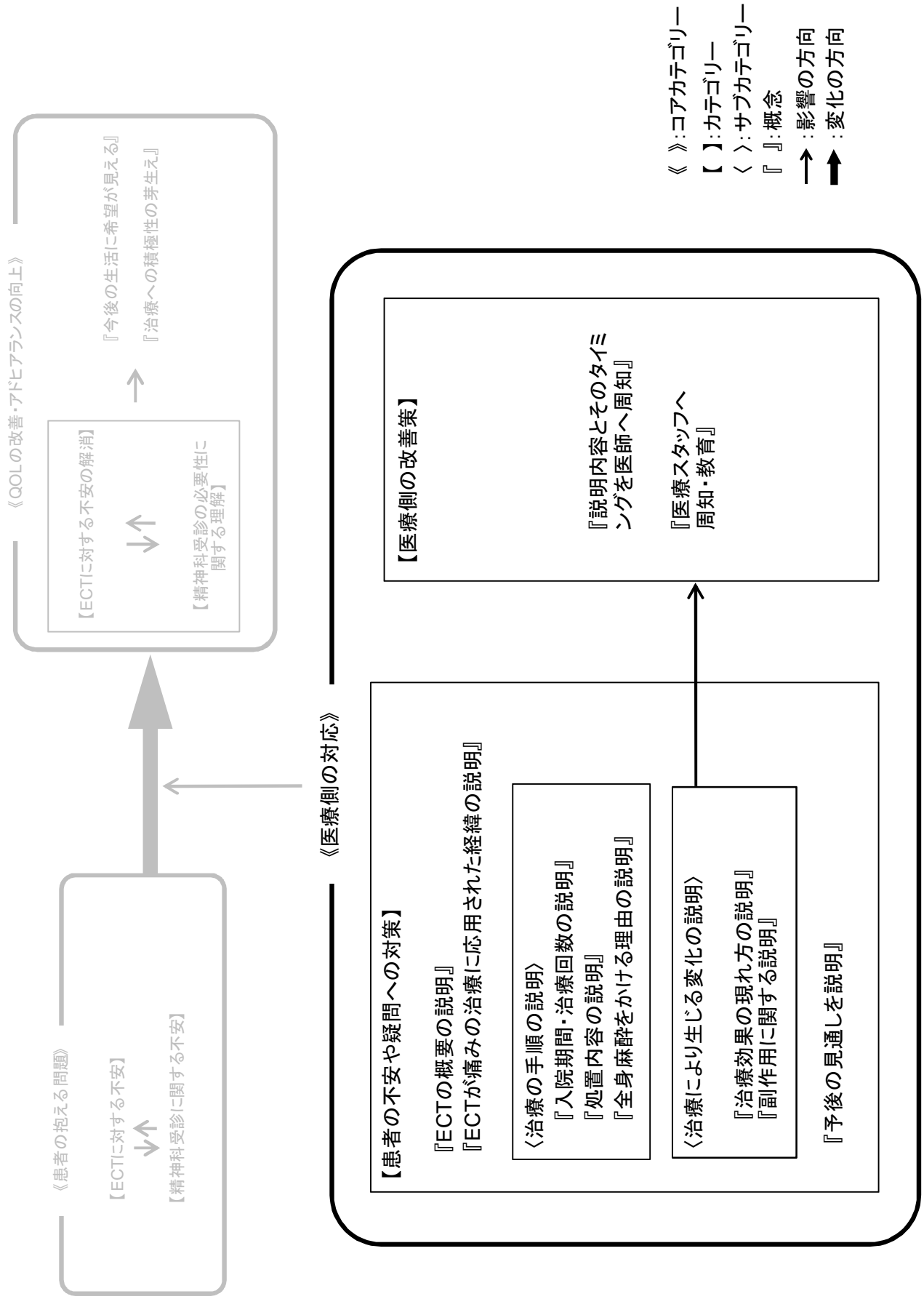


図5-1-4. コアカテゴリ《医療側の対応》の詳細

患者 I: (痛みを改善させる目的の治療として電気けいれん療法を受けられたわけですが、そもそも電気けいれん療法とはどういう治療なのか、どのようなことをするのか、痛みがどうなっていくのか、という説明などはきちんと受けられましたか？精神科の治療であることも含めて、説明があったと思うんですけど、覚えていますか？）前の病院で、こういう治療があるっていうのを初めて聞いたんですけど、その先生からは「電気ショック療法だよ」くらいのもので、具体的な内容とかの説明はなかったです。で、〇〇先生
[※当院医師]からは説明があつて、結構詳しく聞きました。やるなら設備のあるところであつてということで、ここに紹介してもらふことになったんです。インターネットで調べても、うつ病の治療とかばかりで、痛みについてのことはなかったんだよね。調べてもわからなくて出てこなくて。映画のイメージがすごく強くて嫌な印象しかなかったんだよね。で、実際に痛みで受けるために何科に行けばいいのかすらわからないし。脳外科とか？物忘れが出るとかはネットで書いてあつたけど、痛みがぶり返すっていうのは、ネットでは載ってなかったんだよね。ここでそういう説明があつたかどうかということも定かじゃないなあ。
(ECT は通常はどのような人にやっているかということは聞きましたか？) いろいろと自分で調べてたからっていうのもあるけど、うつ病とか統合失調症の治療っていうのは、すごくたくさん出てきて。っていうかそればかりしか出てこなくて、むしろ痛みの治療っていうのは出てこなかったから。精神的な病気に対する治療法なんだなあ。これでほんとに痛みがよくなるんだろうかなあ。

患者 L: (通常はECT はどのような人にやる治療かということ聞いていますか？) ええと、説明としてはなかったと思います。自分でいろいろとネットとかで調べてたら、うつ病とか精神分裂病とかの治療法でやってる方法なんだなって知ったというか。…中略…
でも、自分でインターネットとかで調べると、うつ病とか分裂病とか、そういうものの治療っていうことは書いてあつて、痛みとかはそんなに見つけれなかったんですけど、自分は、結局そういう精神病の治療っていうのがイメージであつて、ここにきてやっぱり精神科って言われて、精神病っていうレッテルなのかな。なんか、押さえつけられて、自分

はそうじゃないって言ってるのに無理矢理頭に電氣流されて、っていう映画とかでもあるじゃないですか。反政府因子みたいなのが電氣あてられておとなしくさせられちゃう、みたいな。自分も、電氣やることによって映画みたいに、目の焦点が合わない感じにおとなしくさせられちゃって、痛いとかも言わない代わりに自分が自分でなくならせられちゃうようなイメージっていうか、わかります？もちろんそうじゃないっていうのはわかってはいるんですけど。逆に、今まで、どれくらいやっていて、大丈夫だったのか、とか、そういうことの安全性とかのデータとかも知れたら安心はできたとおもうんですけどね。とにかくどんなことをするかわからなくて不安でした。寝ているところを何人かに突然連れて行かれて、嫌がっても無理矢理電氣を当てられてっていう、ああいう映画のイメージはよくないですよ。

これらの発言内容の下線部分から、患者にとってはこれから自分が受ける治療に関して「電氣ショック」という強いイメージばかりが先行しており、その「電氣ショック」が治療法として確立されたものであることを理解されていないことが窺われた。この問題に対して、「頭に電氣を流すこと」が治療としてどのような位置づけにあるのかということの説明が必要であると考え。患者にとっては、「とにかくよくわからない」治療であるため、その必要な説明の内容としては、治療法としてどの程度の歴史があるのか、その主な治療対象はどのような疾患や症状であるのか、本邦ではその治療を扱っているのはどのような科であるのか、等のECTの大まかな概要に関する説明を行う必要があると考え。これらの内容に関しては、これまでも初診時に一通り説明を行って来てはいるが、そのほとんどが記憶に留まっていない様子が窺われた。これは、この『ECTの概要の説明』のみに関するのではなく、それ以降の『説明』に関する各概念にも共通して述べられることであるが、治療に関する情報を事前に十分に説明してあってもその理解が十分ではなかった可能性と、十分な理解は得られていたにもかかわらず治療の経過途中で記憶から脱落してしまっていたということの、2つの可能性が考えられる。

以上のことから、これらの内容を“患者の抱える問題は、ECTに関する正確な情報が少

ないことによるものであるため、ECT の概要に関する説明が必要である”と定義づけ、『ECT の概要の説明』として概念化した。

(ろ) 概念『ECT が痛みの治療に応用された経緯の説明』

以下には、『ECT が痛みの治療に応用された経緯の説明』についての発言例を挙げる。

患者 H: (ECT は通常はどのような人にやっているかということは聞きましたか?) 精神科の治療だからって言われたから、精神病とかの治療法なのかな?それが痛みの治療法なの?って思いました。(じゃあ、精神科の治療法の ECT を痛みの治療として用いるようになった背景などは?) その説明がなかったんだよねえ。あったのかな。あったとしたらわかったんだろうけど。よくわからないんだよね結局のところ。…中略… (身体の治療なのに、精神科に受診したり入院したりするっていうことについて、どうして精神科なのかっていう説明は覚えていますか?この病院で、精神科に入院するとなった時に、入院生活の制限だとか、荷物検査があるっていうことなどの説明はありましたか?) どうして精神科紹介なのか、っていう説明はなかったよね。

患者 I: (ECT は通常はどのような人にやっているかということは聞きましたか?) いろいろと自分で調べてたからっていうのもあるけど、うつ病とか統合失調症の治療っていうのは、すごくたくさん出てきて。っていうかそればかりしか出てこなくて、むしろ痛みの治療っていうのは出てこなかったから。精神的な病気に対する治療法なんだなあって。これでほんとに痛みがよくなるんだろうかなあって。(ECT を痛みの治療として用いるようになった背景などは?) ええと、どうだったかな。電気ショック療法を痛みの治療としてやるっていうのは聞いたけど、背景とか、そこまではちょっと。思い出せないです。

患者 M: もとの病院では、頭の中に電気を通す治療って聞いたけども、詳しい説明なんかはなくて、紹介先の病院(荏原病院)できいてねって言われただけだったから、どんなことするのかちょっと想像できなかったです。精神科のことも聞いてないです。…中略…

(通常は ECT をどういう人にやるかということは聞いていますか?) インターネットで視

床痛の治療を探していてこの治療のことを見つけて、で、どういう治療なんだろうなって
思って今度はそっちを調べてみて、精神科の病気の治療なんだなっていうことはなんと
かかっていた。でも、痛みの治療としてもやっていて、それとこれとは別のものなの
かなって思っていました。（この病院で痛みの治療として ECT をやるようになった経緯と
かは聞いてますか？）いえ、聞いてないと思います。

これらの発言内容の下線部分から、患者は自分自身が身体の疾患が問題でそれに対して治療を受けるはずであるのに、いつのまにか精神科にかかることになってしまっていた、という印象を持っていることが窺える。そして、痛みの改善を目的としてこれから受ける治療が本来は精神科の治療法であり、それが身体的な痛みの症状への治療へと応用されていることの説明への理解がきちんとなされていない様子が窺えた。この、ECT が精神科の治療法でありそれが痛みへの治療に応用されていることから自身が ECT を受けるに至ったのだという経緯に関する理解が不十分であることは、既に述べたコアカテゴリー《患者の抱える問題》で見られた、【精神科受診に関する不安】の『精神科患者として扱われることに対する懸念』や、実際に理解が不十分なまま精神科にかかって感じる『精神科の環境に対する不満』へと影響を与えているものとも考えられる。そのため、本来精神科の治療法として行われてきている ECT を、身体の痛みの症状に対して行う治療法として応用されることになった経緯の理解を促す説明が必要であると考えられる。

以上のことから、これらの内容を“精神科と協同して痛みの治療を行っている理由として、精神症状に対する治療法である ECT を身体の痛みに対して行うことになった経緯に関する説明が必要である”と定義づけ、『ECT が痛みの治療に応用された経緯の説明』として概念化した。

また、これらの患者の発言内容を通して、患者がこれから自分が受ける治療では「どのようなことをされるのか・どうやってどんなふうに行われるのか」、「それによってどんなことが起こるのか」というようなことが「イメージがつかめない」、「よくわかっていない」等ということから、治療の全貌に関する理解が不十分であることが示されたが、「わかって

いない」ことの内容の範囲が広いと、その内容を〈治療手順の説明〉、〈治療により生じる変化の説明〉、『予後の見通し』を理解しやすいような詳細な説明が必要であると考えた。以下にサブカテゴリー〈治療手順の説明〉、サブカテゴリー〈治療により生じる変化の説明〉、概念『予後の見通し』を記す。

(は) サブカテゴリー 〈治療の手順の説明〉

サブカテゴリー 〈治療の手順の説明〉は、『入院期間・治療回数の説明』、『処置内容の説明』、『全身麻酔をかける理由の説明』の3つの概念から成り立っている。

i) 概念『入院期間・治療回数の説明』

以下には、『入院期間・治療回数の説明』についての発言例を挙げる。

患者 E: 最初入院するときは、どれくらい入院とかわからなかった気がするのよね。とにかく、入院だって言われて、どれくらい(の期間)入院するんだろうかなあって、で、やってみて、入院している間に何回もやっていくんだってわかって、でも、いいのよ、痛くなくなれば。もう、痛くてコチコチになっちゃって、とにかくこれをなんとかしてもらえればって思って。

患者 L: そもそも、入院ということも聞いてない状態で、ここの病院に来たんです。そしたら、入院してやるんだって初めて聞きました。前の病院では、もうこれ以上のやりようがなくて、やることは全部やってダメなんで、もうさじを投げられたと思うんですよね。きっと向こうでは、いろいろな治療をしてもらっても、ダメだダメだってなって、期間とか何回かとかは、最初のころに言われたのは言われたと思うけれども、口でバーっといわれたけどと、やっぱり素人だしわからないっていうか、たぶん正直言って8割以上は覚えてないです。詳しいことは、きっと説明はあったんだろうとは思いますが、何かそういう説明の紙とかももらってないし、特に、…中略…(ECT治療に際して、いやだったことや、もっとこうだったらいいのに、と思うことがあったら、どんなことでもよいのでお

話してください。) 一回の入院でやる治療期間が長いと感じました。電気を当てるっていつでも、単に一回バンってやって終わりなんだと思ってました。違うんですね。どうしてはじめっから8回もやるって決まってるんですか？1回2回やってみて、すぐに[※効果が]わかるもんじゃないんですか？

患者 M：結局具体的なことは〇〇先生[※当院麻酔科医師]から初めて聞きました。入院するってということとかをね。それまでは通院でできるもんだと思ってたんで。…中略…それで日程はどんどん進んでいくわけだし、その一回一回が結構大変で、

これらの発言内容の下線部分から、「頭に電気を流す」という治療に一定期間の入院が必要であるということや、その入院期間中に8回前後のECTの施術が行われることが治療のひとまとまり(1クール)であることの理解が十分ではなかったことが窺える。ECTにより生じる可能性のあるリスクや健忘をはじめとする副作用の管理のためには、外来通院で行える治療法ではないため、管理体制の取れる入院による治療が必要である。また、副作用のなかでも特に健忘の影響を考慮して、一回に通電する時間や出力と治療回数との調整が必要であるため、1クールで8回前後の施術を行うことが基準とされている。患者の中には、入院することはなんとなくわかったけれども、これほど長期間の入院になることが納得できていなかった様子や、例示した具体的な治療回数が不正確に記憶されていた様子も窺われた。

以上のことから、これらの内容を“痛みに対する治療法としてECTを行うために一定期間の入院とその間に複数回のECTの施術がなされることに関する説明が必要である”と定義づけ、『入院期間・治療回数の説明』として概念化した。

ii) 概念『処置内容の説明』

以下に、『処置内容の説明』についての発言例を挙げる。

患者 I：前の病院で、こういう治療があるっていうのを初めて聞いたんですけど、そこ
の先生からは「電気ショック療法だよ」くらいのもので、具体的な内容とかの説明はなか

ったです。…中略…（具体的な治療の流れや、入院中に何回くらいやるとか、どのくらいの期間の入院になる、といったようなことや、電気けいれん療法を受けた後の経過や予後については？）結構大変なことをするんだな、っていう印象はありました。

患者 L：とにかくどんなことをするかわからなくて不安でした。寝ているところを何人かに突然連れて行かれて、嫌がっても無理矢理電気を当てられてっていう、ああいう映画のイメージはよくないですよ。だから、なおのこと神経質になってしまってたのかもしれないけども、何をどうしてどうやってどうなるっていうこととか全体のスケジュールとかもわかってた方が良かったなと思います。…中略…電気を当てるっていうのも、単に一回バンってやって終わりなんだと思ってました。違うんですね。

患者 M：もとの病院では、頭の中に電気を通す治療って聞いたけども、詳しい説明なんかはなくて、紹介先の病院[※当院のこと]できいてねって言われただけだったから、どんなことするのかちょっと想像できなかったです。…中略…その先生にどういうことをやるのか訊いてみたけど、頭に電気を流してっていう大まかな説明だけで、イメージでは、ヘッドギアみたいなのでやるのかなっていうイメージしていました。自分でインターネットで調べたんですよ。それでも結局よくわかんなかったんで、…中略…（では、具体的な治療の流れや、入院中に何回くらいやるとか、どのくらいの期間の入院になる、といったようなことや、電気けいれん療法を受けた後の経過や予後についても？）全身麻酔だとか手術室だとかっていうことは説明を聞いて、ふーんそうなんだって思ってたけど、安静時間があるとか酸素マスクだとか、そういうことは聞いてなくて。大変過ぎです。病室に戻ってきてからも動けるようになるまでそんなに大変で時間が掛かるとかは聞いてなくて。…中略…まず、治療そのものがどういうものかっていうのがわからなくて、説明を受けてもやっぱりまだ難しくて、

これらの発言内容の下線部分から、ECT が「頭に電気を流す」治療であり、それが「大変そうなことをする」のだということは分かって、具体的にどのようなことをされるのかわからず怖いという思いを抱いている様子が窺える。また、説明を受けたかもしれな

いことはなんとなくは覚えているものの、内容が複雑で難しいという印象を抱いている様子も示された。患者の抱える「どのようなことをされるのかわからない」という思いに対しては、特に手術室内で行われる手続きの一つ一つを詳細に説明する必要があるものと考えられる。具体的には、ECT 施術前日までの間に事前に諸所の検査があること、ECT 施術の当日起床時から手術室に入り病棟に帰室するまでの手順、についての説明をする。事前の検査では、ECT を安全に行うために、他の手術と同様に身体の状態の診察や検査を行うというものであり、検査内容は血液検査、尿検査、心電図、胸・腹部レントゲン、頭部 CT、脳波等である。併せて、翌日の ECT 施術の際の全身麻酔に備えて、前日の午後 9 時以降は飲食禁止になることも説明する。ECT 施術当日の流れの説明では、起床後に「術衣」に着替え、静脈内に麻酔前投薬を投与できるよう点滴をする、ベッドごと手術室まで移動し治療台に移り仰臥位をとる、心電図の電極や刺激電極などを皮膚に貼付、血圧計のカフを巻いて準備する、点滴から静脈麻酔薬が入り入眠が確認された後に筋弛緩を注入、筋肉が弛緩している間に頭部に数秒間の電流を通して脳を刺激する、刺激後の発作を脳波で確認した後に、呼吸や脈拍、血圧などが安定して呼びかけに応じることができるようになって麻酔から覚めた状態になってから、酸素マスクをつけてベッドのまま病棟に戻る、という流れを説明する。併せて、病棟を出てから施術が終了帰室するまでの所要時間は約 30 分程度であることも説明する。病棟へ帰室後は、麻酔から覚醒するまでに更に 1～2 時間後を要すること、帰室後 3 時間は安静を保つことを説明する。

以上のことから、これらの内容を“事前に必要な検査や、実際に通電する処置の際の手順や施術後の安静時間等の具体的な処置内容とその流れに関する説明が必要である”と定義づけ、『処置内容の説明』として概念化した。

iii) 概念『全身麻酔をかける理由の説明』

以下に、『全身麻酔をかける理由の説明』についての発言例を挙げる。

患者 I：(ECT を行う際のリスクについては聞きましたか?) 危険がないようにきちんと

やるからってというようなことだよな。あんまりきちんと覚えてないかなあ。

患者 L：(ECT を行う際のリスクについてはどうですか?) リスクっていうか、この病院に来て聞いた説明で、入院が必要な治療なんだっていうことも初めて知った訳で、その時になんか全身麻酔が必要なくらいなんだって知って、簡単に出来る治療じゃないんだな、結構大変なことをするんだなっていう気持ちでした。

患者 M：(ECT を行う際のリスクなどについてはどうですか?) この治療としてっていうことなのかどうかはわかりませんが、全身麻酔のリスクっていうんですか? そういうのの説明があったと思います。それが電気の治療のリスクなのかっていうことはちょっとわからないですけど。

これらの発言内容の下線部分から、ECT の施術を受けるにあたって「全身麻酔をかける」ということは理解しているが、なぜ全身麻酔の管理下に置かれる必要があるのかということについての十分な理解を得られていない様子が窺えた。最大のリスクは、ECT の施術により通電が行われると、急激な血圧の上昇が生じることによって脳卒中発作を惹起する恐れがあることである。また、電気刺激による強度の筋緊張による硬直が生じ、その衝撃で骨折する恐れもある。そもそも、ECT の目的は脳波上にけいれん発作を生じさせることであり身体のけいれんは必要とされておらず、これらのリスクを最小限に抑えるために、全身麻酔管理下で行われることとされている。通電により脳卒中発作を惹起させることがあるというリスクに関しては、特に視床痛患者に行う場合は注意が必要である。なぜならば、視床痛は脳卒中後の後遺症として生じる痛みである為、視床痛患者は他の原因疾患の難治性慢性痛患者に比べると、脳卒中を引き起こしやすい危険因子を既に持ち合わせていることが考えられるからであり、ECT の施術により脳卒中発作の再発のリスクがあるからである。このようなリスクに関する理解が、初診時の説明を受けてその場では十分に納得していたはずであっても、治療の経過を経て脱落してしまうということは問題であると考えられる。これらのことから、ECT の施術には、ただ単に全身麻酔が必要な術式であるということだけではなく、なぜ全身麻酔管理下のもとに行われるものであるのか、という十分な

説明が必要であると考えられる。

以上のことから、これらの内容を“通電時とその後の血圧や脈拍数などのバイタルの変化への対応や通電の衝撃による骨折の予防等のために全身麻酔管理下に行われることに関する説明が必要である”と定義づけ、『全身麻酔をかける理由の説明』として概念化した。

これらの概念『入院期間・治療回数の説明』、『処置内容の説明』、『全身麻酔をかける理由の説明』は、患者が自分が受ける治療では「どのようなことをされるのか・どうやってどんなふうに行われるのか」という不安に対応する説明であると考えられる。

(に) サブカテゴリー〈治療により生じる変化の説明〉

サブカテゴリー〈治療により生じる変化の説明〉は、『治療効果の現れ方の説明』、『副作用に関する説明』の2つの概念から成り立っている。

i) 概念『治療効果の現れ方の説明』

以下には、『治療効果の現れ方の説明』についての発言例を挙げる。

患者 A: (どのくらいで効果が出てきたかな、とかは御自身の感覚としてはどうですか?)
最初はつらかった。途中から。何回目くらいだろう。途中からは。ちょっといいかなって。入院前と比べて。(電気けいれん療法を受けてよかったと思いますか?) やっぱり、痛みが少しでも楽になってくれれば、と思っていたから、やってよかったとは思ってます。全部とれるわけじゃないんですよ。

患者 G: (実際にやってみてどうですか? 効果とか、副作用を感じたとか) 入院している途中は、結構痛くなったりしてたよ。でも、「痛い」って言うと、「そんなこと言うんじゃない」って怒られる(奥さんに)。それが嫌でね。言えばなんだかんだ言われるので、我慢するしかないんだよね。(入院前と比べると、よくなったという感じとかは?) よくなってると思うよ。途中はすごくつらかった。途中は、いつも「今が一番つらい」だった。
でも、入院前にくらべると、動けてるって言われるし、多分いいんだろうね。

患者 H：(治療には、痛みがよくなるという効果のほかに、副作用で、一時的な健忘が、つまり物忘れの可能性もあるかもしれない、という説明があったことはどうですか?) 効果はね、痛みが楽になるっていうこと。で、大がかりなこと(手術室での処置)もするし、痛みが楽になるっていうんだから、期待しちゃうよね。だからその分辛いよ。痛みが強くなったりすることがあるっていうのは、後から聞いたんだよ。先に聞いていたらよかったのに。聞いてなかったから、ギャップっていうか、落差が大きくてつらいよ。…中略…(実際にやってみてどうですか?効果とか、副作用を感じたとか) とにかくね、電気をやって痛くなるっていうのが、つらかったんだよね。でもって、治療してるんだから良くなって当たり前っていう前提で話されちゃうと、悪いですって言えない状況だよ。

患者 M：(治療には、痛みがよくなるという効果のほかに、副作用で、一時的な健忘が、つまり物忘れの可能性もあるかもしれない、という説明があったことはどうですか?) この電気の治療を受けたら痛みが減ってよくなるって聞いていたから、そうだと思ってたんです。単純にともかく楽になるんだって。説明では、痛みがぶり返すみたいなことは事前に聞いたかどうか覚えてないです。説明なかったと思います。実際にやってみたあとに痛みが強くなってると言った時に、そういうこともあるっていうことを説明されて。事前に分かっていたら、痛みが強くなっても我慢できただろうにって思いますけどね。入院して一回目の電気をやったあとなんかは、その次の日もだけど、すごく痛くて辛かった時には、もっと様子を見に来たりしてほしかったです。2回目、3回目ってやっていくうちに慣れていったっていうか、やった後にどんなふうが変わっていくかとか、そういう様子がだんだんわかってきたけど。

これらの発言内容の下線部分から、一部の患者では ECT を受けても完全には痛みは取りきれないという説明を覚えており理解している様子もみられたが、ECT を受けさえすれば痛みから完全に解放されると捉えている患者もいる様子が窺えた。また、約 1 か月の入院期間のあいだに 8 回前後の施術を受けることになるが、その間、直線的に痛みが軽減していくものと思っていた患者が多かったことが窺えた。実際には、痛みは各 ECT の施術後に

一時的に増強しその後数日かけて軽減するという波を繰り返しながら、徐々に全体的な痛みのレベルが軽減していくものである。しかし、このような痛みの症状に波があることは、患者にとっては、痛みのあるその時その時が常に一番辛く感じられており、それ以前と比較して症状が改善してきている実感をなかなか伴えていなかった様子も示された。これには、副作用の健忘による影響もあるものと考えられる。そのため、事前に、そして治療の経過の途中でも、痛みの症状が1回1回のECTの施術によって、どのような変化の波を辿りながら改善されていくのか、ということの説明が必要であると考えられる。

以上のことから、これらの内容を“ECT 施術後の痛みに対する治療効果の現れ方には特徴があるため、その説明が必要である”と定義づけ、『治療効果の現れ方の説明』として概念化した。

ii) 概念『副作用に関する説明』

以下に、『副作用に関する説明』についての発言例を挙げる。

患者 D: (痛みを改善させる目的の治療として電気けいれん療法を受けられたわけですが、そもそも電気けいれん療法とはどういう治療なのか、痛みはどうなっていくのか、という説明などはきちんと受けられましたか?) 精神科の先生からも麻酔科の先生からも、多分説明はあったんだと思います。自分で書いたメモがあったから。でも、それを忘れてしまっているんですよね。覚えていないんです。(ECTは通常はどのような人にやるかということは聞いていますか?) 全然覚えてません。聞いたのかどうかも。(じゃあ、ECTが痛みの治療に応用されるようになった背景とかは?) メモを見ても、そこまでは書いてなくて。だから、そういう説明があったのかどうかは、自分ではわかりません。…中略…
説明を受けたことは多分あるんだと思います。自分で書いたメモがあったから。たぶん説明聞きながらメモしたんだと思うんですけど。でも、それを覚えていないんです。…中略…
…(入院して、電気けいれん療法を一回やるたびに、痛みが一時的にぶり返したり、もとの痛みよりも少し強い痛みになったりすることがありますが、そのような説明があったこ

とは覚えていますか?) 説明は、あつたかどうか覚えてないです。

患者 F: (では、具体的な治療の流れや、入院中に何回くらいやるとか、どのくらいの期間の入院になる、といったようなことは?) どうだったかなあ。きちんと聞いていたとしても、あんまりそこまで詳しいことは覚えてないや。…中略… (実際にやってみてどうですか? 効果とか、副作用を感じたとか) 途中で、自分がどうしてここ (東京) にいるのか、ここ (東京) はどこなのか、っていうのが、何回か質問したみたいで、やっぱりそれって副作用なんでしょうかね。あと、途中で (ECT を) やってるのに痛くて痛くてしょうがなくなつて。

患者 J: あんまり細かいことまでは、説明を受けたかどうかがよく思い出せなくて。…中略…記憶が欠落するかも、みたいなことを言われていたけど、そういうことは感じませんでした。

患者 L: 物忘れっていうのを言われたのはちょっと覚えていますが、あとはちょっとよく覚えてないです。痛みがどれくらい良くなるっていうのは、あんまり言われてない気がします。…中略…この治療が精神科の治療だから、っていうのは言われたような気がするけれども、どうして精神科なのかっていうことまでは聞いてないですね。…中略…何をどうしてどうやってどうなるっていうこととか全体のスケジュールとかもわかってた方が良かったなと思います。一番心配なのは副作用ですよ。ちょっと忘れることがあるかもしれないっていうことは聞いていたんですけど、本当にそれだけで済むのかっていう心配。もっと自分の人格が壊れてしまうんじゃないのかとか、そういうことが不安です。…中略…物忘れっていうか、自分では感じてないけど、忘れてるのか忘れてないんかっていう判断が自分では付かないんですよ。

患者 M: (この病院で痛みの治療として ECT をやるようになった経緯とかは聞いてますか?) いえ、聞いてないと思います。…中略… (ECT を行う際のリスクについては聞いていますか?) 説明はあつたかと思うんですけど、あんまり詳しくは思い出せないっていうか、覚えていないっていうか。…中略…物忘れのことは、説明があつたような気がしま

すけど、あんまり自分では忘れてるなっていう感じは、感じてないです。

これらの発言内容の下線部分から、患者が治療に関連する一連の説明を事前に受けたことのほとんどが記憶から脱落してしまっている様子が窺える。これがECTの施術後に大きな問題となる副作用の健忘であるが、特に注目すべき点は、自覚的には物忘れの症状を感じていない患者もいるという点である。事前に受けた説明の内容や、説明を受けたこと自体を忘れてしまっているにもかかわらず、患者自身は自分が忘れてしまっているということに気づいておらず、「説明がない」ことに不満や不安を感じている様子が窺えた。治療初期にインフォームド・コンセントを十分に取ることができ、治療内容や受療環境等に関する説明にも知識として高い理解を得ることのできていた患者であっても、個人差があるもののECTの施術後にはその知識や理解が脱落してしまうことが示された。その際には、治療の直前に得た新たな知識としてのさまざまな説明は脱落してしまっても、それ以前に抱いていた治療へのイメージや「(精神科ということに)びっくりした」というように患者自身の印象に強く残っていた感情や印象は、覚えていることも示された。このことは、インフォームド・コンセントを取った際には患者が了承していた内容でさえも、「了承していない」ということに結びついてしまう恐れもあるため、健忘への対策は重要であると考えられる。また、ECTの副作用には健忘のほかに、筋肉痛様の全身のこわばりや痛みが挙げられる。ここでいう痛みとは、ECTの治療対象となっている痛みとは別のものであり、通電の衝撃による筋緊張により引き起こされた痛みである。しかし、ECTの治療対象となっている痛みが全身にわたっている症例の場合では特に、この副作用の痛みとECTの効果の現れ方による痛みの症状の変化の波との区別はつきにくいものと考えられる。さらに、頭部への通電と全身麻酔の両方からの影響による頭痛やめまい、嘔気といった副作用も見られる。これらの副作用の症状も含めて、特に健忘が起こることを十分に説明し理解を得ることが必要であると考えられる。

以上のことから、これらの内容を“痛みの改善という作用のほか、さまざまな副作用があることの説明が必要である”と定義づけ、『副作用に関する説明』として概念化した。

(ほ) 概念『予後の見通しを説明』

以下には、『予後の見通しを説明』についての発言例を挙げる。

患者 A: いやあ、痛みはまただんだん強くなっていくかもしれないから、そうしたらまたやりましょうっていう感じの説明だったと思います。なかなかゼロにはならないって。

患者 E: (退院した後、どういう風にしていきましょう、とか、どんなふうに変化していくのか、ということの説明は覚えていますか?) 退院して、また通院しながら様子みて、あとお薬とか飲んで。で、また痛くなってきたら電気やっていきましょうって。やっぱり痛みはなくなるっていうことはないんですかね。

患者 L: (今は入院前と比べると、よくなったという感じとかは? 退院後の予後や経過などについては?) おかげさまで、前よりはよくなっているとは思いますが。でも、ゼロにはなっていないですね。これがいつまで続くのかっていう不安はあります。でも、少しでも良くなってたらよくなって思ってやったことだから、ちょっと痛みが落ち着いてきてるっていうのはありがたいことです。効果がどれくらい続くのかとか、どうなっていくかとかは、やってみないとわからないって言われて。個人差があるって。

これらの発言内容の下線部分から、患者は ECT の 1 クールの効果が永続的なものではなく、再び痛みの症状が増悪してくることがあるということは理解している様子である。しかし、効果の持続期間や再発時期の目安等についての具体的な説明は記憶に留まっていなかったことが窺われた。さらに、再発した場合には ECT の 2 クール目、3 クール目を行っていくということはなんとなく理解している様子であるが、1 クール終えた毎の退院後のインターバルの必要性や、インターバルの最低必要期間等については説明内容を覚えている患者はいない様子であることが示された。ECT を継続して行っていくにあたって、脳への通電によるダメージから受ける影響として健忘が大きな課題となる。治療効果を得ながら、日常生活上に生じる健忘の影響をを最小限に抑えていくためには、1 クールの退院ののち、次のクールを開始するまでには最低 3 か月以上の期間を開けるものとされている。ま

た、痛みの改善効果としては、通常はおよそ4～6ヵ月程度、長ければ1年以上の症状の軽減を自覚できるという説明が行われているが、そのような退院後の予後の具体的な期間の説明を覚えていた患者は少ない様子が窺えた。予後の説明には、「また痛くなってきたらECTをやりましょう」というような漠然とした説明ではなく、患者が目安としてイメージを捉えやすいような具体的な数値を挙げて説明を行う必要があると考えられる。

以上のことから、これらの内容を“複数回のECT施術を1クール終えたのちの長期的な予後に関する説明が必要である”と定義づけ、『予後の見通しを説明』として概念化した。

イ) カテゴリー【医療側の改善策】

《患者の抱える問題》に対しては、これまで述べたような【患者の不安や疑問への対策】としての各概念『ECTの概要の説明』、『ECTが痛みの治療に応用された経緯の説明』、〈治療の手順の説明〉、〈治療により生じる変化の説明〉、『予後の見通しを説明』のような、ECTに関する様々な局面からの説明が必要であると同時に、医療側にも改善すべき点があると考えられる。それらの改善すべき点を、【医療側の改善策】とした。

カテゴリー【医療側の改善策】は、『説明内容とそのタイミングを医師へ周知』、『医療スタッフへ周知・教育』という2つの概念から成り立っている。以下に、各概念について記す。

i) 概念『説明内容とそのタイミングを医師へ周知』

以下には、『説明内容とそのタイミングを医師へ周知』に関する発言例を挙げる。

患者B: そういうことについても、特に説明はなかったです。(〇〇さんの方から聞いたりは?) いえいえ、話す間もない。特にきいてもくれないし。なので、自分からも言えない。そんな感じでした。忙しそうで、自分からは言えない。(途中で不安に感じたりとかは?) いろいろともやもやはしていました。でも、そんな様子だから自分からは言えないってうか。(なにか、そういう質問を促してくれるような言葉かけとかはありました

か?) うーん。 そういのがあれば、もっといろいろ聞いたり言ったりできていたかもしれないですね。

患者 C: 入院の前に先生となんかいろいろと話したとは思うんだよね。 …中略… どういう話を聞いたかっていうことまでは覚えてないっていうか。 …中略… (精神科に入院になることを説明するときに、ふつうの病棟と違ってそういうことがあるかもしれない、ということを知っていてくれた方がよかった?) うん、そうだね。心構えができる。自分なりに対応策をとることができるでしょ? 荷物をしまっておくとか、トイレに鍵をかけるとか。

(一番知っておけたらよいと思うのは?) 同じ部屋の人や食堂で食べる人にどういう人がいるか、が分かっていたらよいと思う。もちろん、個人の問題のこともあるから、全部を教えてくださいというのは無理だろうけれど、同じ部屋にこうこうこういう人がいるから、こんなことをされてしまうこともあるかもしれないけれど、あらかじめ承知しておいてね、とか、食堂で集まって食べる人のなかには、こうこうこういうことをしてくる人がいるかもしれないから知っておいてね、と言っておいてくれた方がよいと思う。そういうことを知らされていないまま、いきなりそんなようなことがあると、すごくびっくりするし嫌な思いもするし、頭が混乱しちゃうけど、精神科病棟に入院するっていうことは、こういうことが起こることもあるよ、っていうことを具体的に知らせておいてくれれば、いざそういうことが実際に起こっても、慌てないで済む、心の準備ができるんだけどね。

患者 D: 自分もそうなんですけどね、自分から言えない性格の人って、向こうから聞いてもらえると見えるんですよ。そういうのがなかったから、自分からは言えなかった。つらくて[※急に泣き出す]。 …中略…説明は、あったかどうか覚えてないです。でも、痛いとすごくつらいんです。痛みは人から分からないから、痛みがピークの時は、孤独感だとか、すごく不安になるし恐怖感が強くなって。

患者 F: うーん。なにしろ、麻酔の前にやる、部屋にいるときにやっておくあの注射の時に、ものすごく不安になってすごく怖くなるんですよ。何に怖いのか、自分でもわからないんですけどね。 …中略…ただね、このあいだはすごく痛みがなくなったときにね、

もう痛くてこのまま死んじゃうんじゃないかって思ったけど、それは先生には言えなかった。 [※急に泣き、顔を真っ赤にして声を詰まらせてしまった] 先生が午前中に回ってきてくれるって聞いてたのに、3時過ぎにやっと来て、でも、初めて会う先生だったし、言えなかった。 (どうして言えなかったんでしょうか?) 先生には、素人があれこれ言っちゃいけないって思ってしまって。「どうですか」だと「変わりありません」とか、「変わりありませんか」だと「はい」とか「いいえ」になっちゃうし。もっと具体的に「痛みは強くなってきていませんか?」とか「痛みはどんなふうに変わってきてますか?」っていうように聞いてもらえると、もうちょっと詳しくいろいろと言えたんじゃないかなって思う。 それに、交代とかで臨時の先生だと、自分のことを、今までの様子とか経緯とかいろいろ、知らないだろうから、いろいろと言っても分かんないだろうな、って思っちゃう。…中略… あらかじめ説明があれば、ああそういうものなんだなって納得できるんだろうけど。あらかじめ具体例を出して説明してくれればよかったのになって思います。…中略… 本当は、途中で試験外泊してみようかな、と先生と話してみたんだけど、そんなこと言いさせるような雰囲気じゃなくて、訊けなかったんですよ。もっとこまめに声をかけてくれれば、もっと違うのになって思います。

患者 G: 詳しいことはわかんないな。そういうことの説明とか、あったのかなあ。なんせ、紹介状もらってここに来た時はすごく待って、それでやっと先生と話せても、もうたくさんのことを一度にワーッと聞いた感じで、その時はうんうんってきいてても、流れちゃってるっていうか。どういう説明があって、その中身がどうでっていうのまでは、なかなかね。 (ECTを行う際のリスクなんかも?) きっと一遍にいろいろと聞いているんだろうから、どれがどの説明だったかとかは、きちんと覚えてないんだよね、正直なところ。…中略… (「どうですか?」とか「調子は?」みたいな声かけがあったら言いだしやすそう?) そうかもしれないな、と思うよ。でも、全然部屋に来ないから、もうちょっとちよくちよく部屋の様子を見に回ってきてくれればいいと思うのにな。普段からちよくちよく接点があれば、ちょっとしたことでも言い出しやすいのに、と思うんだよね。

患者 H：毎日、こうやって麻酔科のところに降りてきて、いろいろとたくさん話を聞いてもらえたり、説明とかもたくさんしてもらえて、そういうことが安心感になったなあ
っていうか、途中でなんか説明とかも忘れちゃったりしてても、副作用のことがあるん
だよとか、痛みが結構動くんだってということとか、そういう、途中でもこまめに何度も説
明があったっていうのは嬉しかったよね。

患者 L：期間とか何回かとかは、最初のころに言われたのは言われたと思うけれども、
口でバーっといわれただけだと、やっぱり素人だしわからないっていうか、たぶん正直言
って8割以上は覚えてないです。詳しいことは、きっと説明はあったんだろうとは思いま
すけど、何かそういう説明の紙とかももらってないし、特に。

患者 M：この電気の治療を受けたら痛みが減ってよくなるって聞いていたから、そうだ
と思ってたんです。単純にとにかく楽になるんだって。説明では、痛みがぶり返すみたい
なことは事前に聞いたかどうか覚えてないです。説明なかったと思います。実際にやって
みたあとに痛みが強くなってると言った時に、そういうこともあるっていうことを説明
されて、事前に分かっていたら、痛みが強くなってても我慢できただろうにって思いますけ
どね。入院して一回目の電気をやったあとなんかは、その次の日もだけど、すごく痛くて
辛かった時には、もっと様子を見に来たりしてほしかったです。2回目、3回目ってやっ
ていくうちに慣れていったっていうか、やった後にどんなふうにな変わっていくとか、そ
ういう様子がだんだんわかってきたけど、もうちょっと声をかけてくれればいいのに、っ
て思うときもありました。…中略…まず、治療そのものがどういうものかっていうのがわ
からなくて、説明を受けてもやっぱりまだ難しく、それで日程はどんどん進んでいくわ
けだし、その一回一回が結構大変で、その間にもいろんな変化とかが、その、症状とかの
変化とかが目まぐるしくて、そのたびに翻弄されてしまうというか、とにかく一つ一つが
大変だったなあっていう感じです。

これらの発言内容の下線部分に関して、必要と考えられる説明の内容については、カテゴリー【患者の不安や疑問への対策】で述べた『ECTの概要の説明』、『ECTが痛みの治療に

応用された経緯の説明』、〈治療の手順の説明〉(『入院期間・治療回数の説明』、『処置内容の説明』、『全身麻酔をかける理由の説明』)、〈治療により生じる変化の説明〉(『治療効果の現れ方の説明』、『副作用に関する説明』)、『予後の見通しを説明』で記した。

説明のタイミングについては、まずは初診時にこれらすべての内容について、患者からの理解を得ることが改めて重要であると考えられる。また、「精神科の治療ということは聞いていたけれども精神科に入院することや入院の際の制限等については当日初めて知ってびっくりした」という発言や、精神科の入院ということは分かっても実際に入院生活を送ってみて通常の病棟生活とは違って、同じ病棟に入院している他の患者との間で起こる様々な出来事に直面して困惑した等の発言も多かったことから、治療に関する説明と同時に、精神科の入院になるということに伴って、どのような制限があり、どのような出来事が起こりうるのかという点についても、具体例を挙げて十分な説明が事前が必要であると考えられる。

さらに、治療の経過において副作用の健忘が生じることが多く、諸所の説明に関して、説明時には十分な理解を得られていたにもかかわらず、説明の内容や説明を受けたこと自体を忘れてしまっていることが多く見受けられる。この健忘の生じる時期や程度には個人差があり、何回目のECTの施術でどの程度健忘が生じるかということに一定性はないものの、ECTの施術後には、ECTに関して受けた説明により新しく得た知識や理解が脱落してしまうことが多い。そのため特に初回のECT施術直後は、痛みが一時的に増強することや、記憶の混乱などによって患者自身が強い戸惑いを感じていることも示された。この際、戸惑いだけではなく実際には受けている説明を忘れてしまっているために、「説明を受けていない」という憤りを感じていることや、事前に必要な検査やECT施術当日の流れや処置内容に関する手順や、処置後の安静までの流れの説明を初診時に行っているものの、その後の治療の副作用の健忘が強く、以前に受けた説明という新しい知識は定着しておらず、怖いという感情やよくわからないという思いや憤りのみは継続して維持されていることも示された。これらの戸惑いや憤りに対しては、その都度、医療側から健忘の有無や程度をチ

ェックし、その程度に合わせて必要な、丁寧な説明を十分に何度も繰り返す必要があると考えられる。また同時に、既に説明はなされていることを示す記録のようなものを患者の手元に用意しておくことができれば、憤りや戸惑いを軽減できるものと考えられる。実際、患者から「いろいろと一遍にいわれてもわからない」、「何かそういう説明の紙とかももらってないし、特に」という発言があったことから、説明の内容を示す資料を作成し、患者に配布することも必要であると考えられる。また、「先生によっていうことが違う、統一感がない」という患者からの発言もあったことから、説明内容を統制し、特に初診時には必ず患者に伝える項目の整理などを図っていく必要もあると考えられる。同時に、「途中でこまめに何度でも説明があったことが嬉しかった」という発言からも、初診時においての説明だけではなく、治療経過中にも何度も理解の程度を確認し、その都度説明を繰り返して行くことが重要であると考えられる。

これらの内容は、『治療効果の現れ方の説明』と『副作用に関する説明』という 2 つの構成概念と、それらによって構成されるサブカテゴリー〈治療により生じる変化の説明〉から影響を受けているものと捉えることができる。

以上のことから、これらの内容を“患者の抱える問題に対して、どのような説明が必要であるかということと、副作用の健忘により入院期間の途中で説明内容を忘れることから、説明内容とそのタイミングを周知する必要がある”と定義づけ、『説明内容とそのタイミングを医師へ周知』として概念化した。

ii) 概念『医療スタッフへ周知・教育』

以下には、『医療スタッフへ周知・教育』に関する発言例を挙げる。

患者 A: うーん、はい。正直言って、でも、あんまりいい印象はないです。(たとえば、どんなことにあんまりよい印象がないか、差し支えなければ教えていただけますか?) あんまりあたたかく迎えられてないっていうか、ただただ機械的に予定されたとおりに動かされて、っていう感じがするっていうか。

患者 C：(精神科の入院は、やっぱり通常と違う?) もう慣れたけど、最初の頃は、精神科の病棟の入院で、同じ部屋の人もしっかりみんな普通じゃなくて、自分も看護婦さんから精神病の患者として扱われているように感じたよ。

患者 E：普段から、精神科の看護婦さんたちは、ああいう人たちばかりを相手にしてるからかもわからないけれど、事務的で冷淡な印象を受けるのよね。なんかどこか冷たいってうか。担当してくれている精神科の先生も麻酔科の先生も、私のことを精神病としてではなくて、痛みの治療で精神科に入院しているっていうことを知ってくれていると思うんだけど、ほかの先生とか看護婦さんとかが、ちゃんとわかってくれてるのかどうかが不安なのよ。ほかの精神科の先生とか病棟の看護婦さんとかのみんなは、私のことを精神病だと思っているんじゃないかって。だから、私に対しても、人間的に接してくれていないんじゃないかしらって思うのよ。

患者 F：まず、入って監視されてる感じだよ。普通のところの入院と違うなって。看護婦さんたちの対応が違うってうか。ひどいなって思います。(たとえば?) 言葉がきつってうか。精神病人のように扱われている感じがすごくする。例えば、薬なんかも、見てる前で飲めって。食事の後なんか、目の前でここで今すぐ飲めって命令されてる。…中略…精神科の病棟では、看護婦さんたちに、笑顔がないってうか、あたたかみを感じられない。ナースコールを押せば、返事はしてくれる。すぐかどうかは別として。無視されることはないけど、今忙しいのよってというような反応で怖い。日常会話でジョークとかを言えるような雰囲気じゃないんですよ。本当は、途中で試験外泊してみようかな、と先生と話してみたんだけど、そんなこと言いだせるような雰囲気じゃなくて、訊けなかったんですよ。もっとこまめに声をかけてくれれば、もっと違うのになって思います。見回りの時にも、ただカーテンをチラッと開けて、チラッとみて行ってしまう。目があっても黙っていつてしまう。声をかけてはくれない。2秒くらいのもですよ。

患者 I：この治療についていうんではないかもしれないけれど、入院生活全体について感じたのは、人によって、ずいぶん態度が違うなと感じました。先生も看護師さんも。個人

の性格とかそういうのがあるのかもしれないけど、患者に対する接し方っていうか、横柄な態度だとか、威嚇されるような感じ、って感じる人もいたし、そうじゃない人もいました。

患者 L：精神科の治療法だけれども、自分に対しては精神病ではなくて体の治療のためにやっているんだっていうしっかりした大義名分みたいなのがきちんとないと、外に対しても、病院の中でも、精神科の患者っていう扱いにされちゃわないようなきちんとした説明みたいなのがほしいですね。

これらの発言内容の下線部分に関して、やはり ECT の副作用である健忘による影響で、説明内容が記憶から脱落していることによる問題がまず第一に考えられる。患者は、ECT の副作用により、患者本人は忘れていたという自覚がなくとも、既に受けた説明内容や、説明を受けたこと自体を記憶していないことがあるため、医療スタッフの側でも「既に説明済みであり患者からの了承は既得しているもの」という認識を固めてしまうことをせずに常に注意を払う必要がある、ということを周知・教育する必要があると考えられる。健忘に対する注意が必要であることと同時に、ECT の施術のための入院期間中は治療の効果の現れ方に特徴があり、痛みの症状が直線的に軽減するのではなく、症状の一時的な増悪と軽減を繰り返すというような大きな波があることを、病棟スタッフをはじめとして患者の入院生活において患者と接触のあるスタッフは知っておく必要があると考えられる。

外来および病棟のスタッフは、必ずしも人員が固定されている訳ではなく異動も頻繁にあるため、配属されてから日の浅いスタッフのなかには、身体症状の痛みに対して ECT が応用されていることや、痛みに対する治療を目的として ECT を受療する精神疾患の無い患者を受け入れていることをよく知らない場合もある。そのため、スタッフに対してそのような事実の周知を徹底することが必要であると考えられる。

さらに、個々の患者の発言内容に見られた「対応が冷たい」、「機械的な感じがする」というような、患者が人格のある一人の人間であるとして扱われていないように感じていることもあるという点に関しては、とりわけ精神科のスタッフに限った問題ではなく、医療

現場における接遇教育に関連する事柄であるとも考えられる。常日頃の患者への接し方等について、温かみのある医療現場で安心感を持って受療していくことのできるような環境を整備する必要もあるものと思われる。

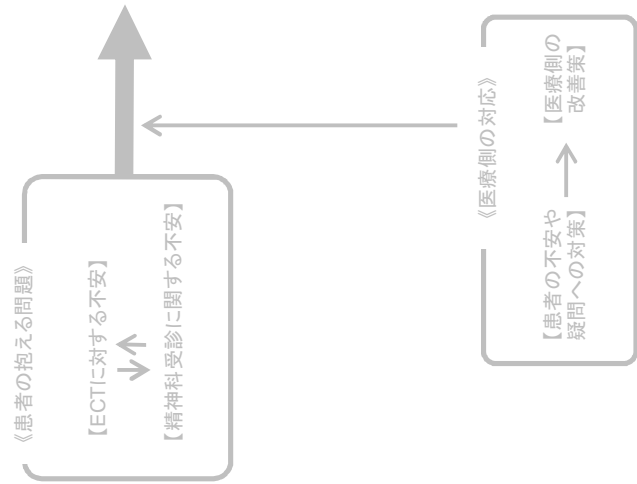
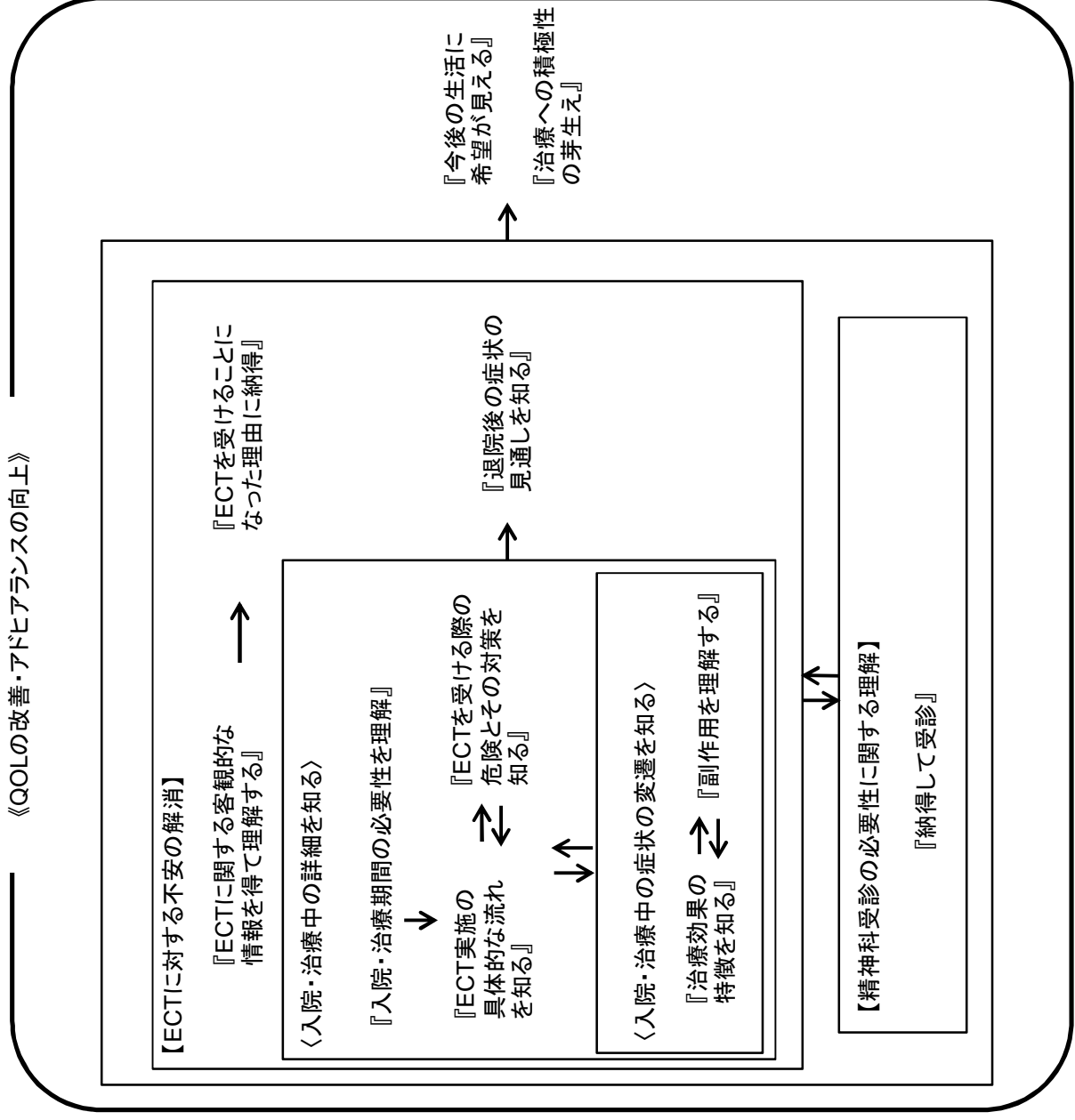
また、事前の説明が記憶から脱落してしまっている患者は、治療の効果に関してはもちろんのことであるが、治療の流れや全体のスケジュールなどについても「よくわからない」、「目安を教えてください」と感じている様子が窺えた。これらの内容は、前述の『説明内容とそのタイミングを医師へ周知』という概念と同様に、治療経過中の症状の変遷や健忘等に伴う患者の不安へのスタッフの対応に関して、サブカテゴリー〈治療により生じる変化の説明〉から影響を受けているものと捉えることができる。このことから、どの医療スタッフが患者から質問を受けた際にも、適切な対応をとることができるようにするためには、痛みに対して行われる ECT の全貌と、そのことについて患者にはどのような説明がなされているのか、ということ、医療スタッフ自身にも知ってもらう必要があり、事務職員との細かい連携も含めて医療スタッフへの周知・教育が必要であると考えられる。

以上のことから、これらの内容を“精神科と麻酔科が共同して痛みの治療を目的とする ECT を受療する患者を受け入れていることと、患者の抱える問題に対してどのような対応が必要とされているかを周知・教育する必要がある”と定義づけ、『医療スタッフへ周知・教育』として概念化した。

(3) 《QOL の改善・アドヒアランスの向上》

コアカテゴリー《QOL の改善・アドヒアランスの向上》は、【ECT に対する不安の解消】と【精神科受診の必要性に関する理解】という 2 つのカテゴリーと、『今後の生活に希望が見える』と『治療への積極性の芽生え』という 2 つの概念から成り立っている。コアカテゴリー《QOL の改善・アドヒアランスの向上》の内容の詳細について図 5-1-5 に示す。

コアカテゴリー《QOL の改善・アドヒアランスの向上》では、コアカテゴリー《医療側の対応》で示したような、さまざまな説明に関する各概念に対して、対をなしてどのよう



- 《 》: コアカテゴリー
- 【 】: カテゴリー
- 〈 〉: サブカテゴリー
- 『 』: 概念
- : 影響の方向
- ➡ : 変化の方向

図5-1-5. コアカテゴリー《QOLの改善・アドヒアランスの向上》の詳細

な変化が見られたのかということを示す概念を生成した。

カテゴリー【ECT に対する不安の解消】は、『ECT に関する客観的な情報を得て理解する』、『ECT を受けることになった理由に納得』という 2 つの概念と〈入院・治療中の詳細を知る〉というサブカテゴリー、〈入院・治療中の症状の変遷を知る〉という更なるサブカテゴリー、ならびに『退院後の症状の見通しを知る』という概念から成り立っている。なお、サブカテゴリー〈入院・治療中の詳細を知る〉は、『入院・治療期間の必要性を理解』、『ECT の具体的な流れを知る』、『ECT を受ける際の危険とその対策を知る』という 3 つの概念から成り立ち、サブカテゴリー〈入院・治療中の症状の変遷を知る〉は、『治療効果の特徴を知る』、『副作用を理解する』という 2 つの概念から成り立っている。以下に各概念を記す。

(い) 概念『ECT に関する客観的な情報を得て理解する』

以下には、『ECT に関する客観的な情報を得て理解する』についての発言例を挙げる。

患者 H: (今は入院前と比べると、よくなったという感じとかは?) 入院前と比べると、すごく悪いかっていうと、そうではないと思うんだよね。またしばらくして痛みが強くなってきたら、やっていきましょうって。毎日、こうやって麻酔科のところに降りてきて、いろいろとたくさん話を聞いてもらえたり、説明とかもたくさんしてもらえて、そういうことが安心感になったなあっていうか。途中でなんか説明とかも忘れちゃってたりしても、副作用のことがあるんだよとか、痛みが結構動くんだってということとか、そういう、途中でもこまめに何度も説明があったってというのは嬉しかったよね。話とか不安な気持ちも聞いてもらえたりとか。

患者 I: (最終的には、ECT そのものの背景や痛みの治療に用いられることになったことの説明とか、具体的にどんなふうやってどうなっていくとかの説明を受けたことによって、何か感じたことや気持ちの変化などがありますか?) 電気ショックが「ショック」じゃなくて治療なんだってということとか、うつと統合失調症だけの治療じゃなくて、ほかに

も治療として行われてるんだっていうこととかも知れて、なんとなく安心できたっていうのはありますよね。なによりも、ちゃんと身体の痛みに対して適応があるんですよっていうことを教えてもらえたのがよかった。

患者 L: いろんな説明とかが、結構、聞いてたはずなんだろうけども、納得できてないところとかもあって。まあ途中からはわかった訳ですけど。そういういろんな説明がちゃんとわかって納得できてからは、ああこういう環境なんだとか、今は痛みが強くなる時なんだとかをちゃんとわかって、何されるか分かんないからっていう得体の知れない思いも抱かなくなれてからは、まあまあ落ち着いて治療に向き合うことができていたかなって思います。最初のうちは、とにかく何されるか分かんない、っていうのが大きくて、具体的に電気を流すっていうのはこういうことをしますっていうことも、一つ一つ細かく教えてもらえたから、自分が眠っている間に勝手に何かされて脳をいじられて改造されてしまうんじゃないか、みたいな恐怖はなくなりましたよね。眠らされてっていうのも、安全にやるために麻酔をかけてっていうことなんですよ。

これらの発言内容の下線部分から、【患者の不安や疑問への対策】の『ECTの概要の説明』によって、《患者の抱える問題》の『よくわからない治療を受けることへの不安』として患者が抱いていた恐怖や不安が、説明内容の充実と治療経過中の繰り返しの説明によってECTに対する先入観や偏見を取り去ることができ、ECTが治療法として確立されているものであること等の客観的な情報を得ることにより、安心し落ち着いて治療を受けられるように変化した様子が窺える。これらの理解は、コアカテゴリー《医療側の対応》の『ECTの概要の説明』によって得られた理解であると考えられる。

以上のことから、これらの内容を“ECTへの必ずしも適切ではないイメージを持っていたことに対して、ECTの概要に関する説明を受けることにより、怖いというイメージや良くわからないものというイメージが払拭され安心して治療を受けられることにつながる”と定義づけ、『ECTに関する客観的な情報を得て理解する』として概念化した。

(ろ) 概念『ECTを受けることになった理由に納得』

以下には、『ECTを受けることになった理由に納得』についての発言例を挙げる。

患者 H: (今は入院前と比べると、よくなったという感じとかは?) 入院前と比べると、すごく悪いかっていうと、そうではないと思うんだよね。またしばらくして痛みが強くなってきたら、やっていきましょうって。毎日、こうやって麻酔科のところに降りてきて、いろいろとたくさん話を聞いてもらえたり、説明とかもたくさんしてもらえて、そういうことが安心感になったなあっていうか。途中でなんか説明とかも忘れちゃってたりしても、副作用のことがあるんだよとか、痛みが結構動くんだっていうこととか、そういう、途中でもこまめに何度も説明があったっていうのは嬉しかったよね。話とか不安な気持ちも聞いてもらえたりとか。

患者 I: (最終的には、ECT そのものの背景や痛みの治療に用いられることになったことの説明とか、具体的にどんなふうやってどうなっていくとかの説明を受けたことによって、何か感じたことや気持ちの変化などがありますか?) 電気ショックが「ショック」じゃなくて治療なんだっていうこととか、うつと統合失調症だけの治療じゃなくて、ほかに治療として行われてるんだっていうこととかも知れて、なんとなく安心できたっていうのはありますよね。なによりも、ちゃんと身体の痛みに対して適応があるんですよっていうことを教えてもらったのがよかった。

患者 L: いろんな説明とかが、結構、聞いてたはずなんだろうけども、納得できてないところとかもあって。まあ途中からはわかった訳ですけど。そういういろんな説明がちゃんとわかって納得できてからは、ああこういう環境なんだとか、今は痛みが強くなる時なんだとかをちゃんとわかって、何されるか分かんないからっていう得体の知れない思いも抱かなくなれてからは、まあまあ落ち着いて治療に向き合うことができていたかなって思います。最初のうちは、とにかく何されるか分かんない、っていうのが大きくて、具体的に電気を流すっていうのはこういうことをしますっていうことも、一つ一つ細かく教えてもらったから、自分が眠っている間に勝手に何かされて脳をいじられて改造されてしま

うんじゃないか、みたいな恐怖はなくなりましたよね。眠らされてっていうのも、安全にやるために麻酔をかけてっていうことなんですよ。

これらの発言内容の下線部分から、患者が当初思い描いていたような、自分は体の痛み
の治療を受けに来たのになぜだかわからないけれども「電気ショック」をかけられてしま
う、というような不安に対して、『ECT に関する客観的な情報を得て理解し』、精神科の治
療法である ECT が身体の痛み
の治療法として応用されているのだということ
を理解し納得できた様子が窺える。痛みの治療として ECT が用いられることになった背景には、脳
のけいれん発作が鎮痛作用をもたらすことが、ペインクリニック領域ならびに精神科領域の複
数の症例から推察されたことが始まりであり、安全かつ確実にけいれん発作を惹起させる
方法として ECT が選択されたものである、ということの説明は必須であることが示された
と考えられる。

これらの患者の理解や納得は、コアカテゴリー《医療側の対応》の『ECT が痛みの治療
に
応用された経緯の説明』という概念によって得られた理解や納得であると考えられる。

以上のことから、これらの内容を“本来精神科の治療法として行われてきている ECT を、
痛みの治療に用いることになった経緯の説明を受けることにより、痛みを主訴とする自分
が ECT を受けることならびに精神科にかかること
の理解につながる”と定義づけ、『ECT を
受けることになった理由に納得』として概念化した。

(は) -1 サブカテゴリー〈入院・治療中の詳細を知る〉

サブカテゴリー〈入院・治療中の詳細を知る〉は『入院・治療期間の必要性を理解』、『ECT
実施の具体的な流れを知る』、『ECT を受ける際の危険とその対策を知る』の 3 つの概念と、
〈入院・治療中の症状の変遷を知る〉という更なるサブカテゴリーから成り立っている。
サブカテゴリー〈入院・治療中の症状の変遷〉は『治療効果の特徴を知る』、『副作用を理
解する』という 2 つの概念から成り立っている。以下に各概念を記す。

i) 概念『入院・治療期間の必要性を理解』

以下には、『入院・治療期間の必要性を理解』に関する発言例を挙げる。

患者 H: 毎日、こうやって麻酔科のところに降りてきて、いろいろとたくさん話を聞いてもらえたり、説明とかもたくさんしてもらえて、そういうことが安心感になったなあ
っていうか。途中でなんか説明とかも忘れちゃってたりしてても、副作用のことがあるんだ
よとか、痛みが結構動くんだってということとか、そういう、途中でもこまめに何度も説明
があったってというのは嬉しかったよね。話とか不安な気持ちも聞いてもらえたりとか。

患者 J: (最終的には、ECT そのものの背景や痛みの治療に用いられることになったことの説明とか、具体的にどんなふうやってどうなっていくとかの説明を受けたことによって、何か感じたことや気持ちの変化などがありますか?) 入院の間は確かに、痛みがいつか悪くなったり、それでもってよくなったりっていう波があったりしたよね。でも、入院前に比べたら退院するころには 3~4 割は良くなるって言うし、それも退院してからも人によって違うかもだけど、だいたい半年くらいは持つっていうことだったから、一か月
って長いけど、よーしがんばって乗り切るぞっていう気持ちも持てたかなあ。

患者 L: いろんな説明とかが、結構、聞いてたはずなんだろうけども、納得できてない
ところとかもあって。まあ途中からはわかった訳ですけど。そういういろんな説明がちゃん
とわかって納得できてからは、ああこういう環境なんだとか、今は痛みが強くなる
なんだとかをちゃんとわかって、何されるか分かんないからっていう得体の知れない思いも抱かなくなれてからは、まあまあ落ち着いて治療に向き合うことができていたかなって
思います。最初のうちは、とにかく何されるか分かんない、っていうのが大きくて、具体的
に電気を流すっていうのはこういうことをしますっていうことも、一つ一つ細かく教えてもらえたから、自分が眠っている間に勝手に何かされて脳をいじられて改造されてしま
うんじゃないか、みたいな恐怖はなくなりましたよね。眠らされてっていうのも、安全にやるために麻酔をかけてっていうことなんですよ。

患者 M: 自分でインターネットで調べたんですよ。それでも結局よくわかんなかった

んで、結局具体的なことは〇〇先生[※当院麻酔科医師]から初めて聞きました。入院するっていうこととかをね。それまでは、通院でできるもんだと思ってたんで。その後先生から説明聞いて、通院じゃできないんだなあってわかって。何回か続けてやるから入院もしなくちゃなんだなっていうこととかも。その間に変動みたいのがあるとか、安全にやるためには入院するんだっていうことが分かって。ただ、途中で試験的に外泊することもできるんだよっていうことを聞いて、少し気が楽になりました。

これらの発言内容の下線部分から、ECT による痛みの治療を受けるには、通院治療ではなく一定期間の入院が必要であり、その入院期間中に複数回 ECT の施術が為されることへの理解が得られた様子が窺える。ECT の施術直後からその後数日間にかけては、痛みの症状に大きな変動がみられることや、頭部への通電の影響により健忘やせん妄などの精神症状が出現することがある。そのため、それらの症状へ適切な対応をとることのできるような態勢を整える必要があり、ECT の施術には外来通院ではなく入院することを必須としている。また、ECT の施術の際には、施術時の安全対策のために全身麻酔管理下において行われることとされており、全身麻酔の準備として前日からの飲食の管理や施術後の麻酔からの覚醒までの管理等もあることも、入院することが必要となる理由の一つであるといえる。

これらの内容に関する患者の理解は、コアカテゴリー《患者の抱える問題》の『よくわからない治療を受けることへの不安』と『どのようなリスクがあるのか心配』という概念に対する、コアカテゴリー《医療側の対応》の『入院期間・治療回数の説明』という概念によって得られたものであると考えられる。

以上のことから、これらの内容を“痛みの治療として ECT を受けるにあたって、一定期間の入院が必要なことや、入院期間中の治療回数の説明を受けることによって、治療の流れの把握に役立つ”と定義づけ、『入院・治療期間の必要性を理解』として概念化した。

ii) 概念『ECT 実施の具体的な流れを知る』

以下には、『ECT 実施の具体的な流れを知る』に関する発言例を挙げる。

患者 A：（手術室でやるっていうのは説明にあったんですね？）〇〇先生[※当院麻酔科医師]から、電気の治療の内容とか流れを説明してもらえたので、怖いとか不安とかは、多少は少なくてすんだかもです。

患者 L：（最終的には、ECT そのものの背景や痛みの治療に用いられることになったことの説明とか、具体的にどんなふうやってどうなっていくとかの説明を受けたことによって、何か感じたことや気持ちの変化などがありますか？）いろんな説明とかが、結構、聞いてたはずなんだろうけども、納得できてないところとかもあって。まあ途中からはわかった訳ですけど。そういういろんな説明がちゃんとわかって納得できてからは、ああこういう環境なんだとか、今は痛みが強くなる時なんだとかをちゃんとわかって、何されるか分からないからっていう得体の知れない思いも抱かなくなれてからは、まあまあ落ち着いて治療に向き合うことができていたかなって思います。最初のうちは、とにかく何されるか分からない、っていうのが大きくて、具体的に電気を流すっていうのはこういうことをしますっていうことも、一つ一つ細かく教えてもらえたから、自分が眠っている間に勝手に何かされて脳をいじられて改造されてしまうんじゃないか、みたいな恐怖はなくなりましたよね。眠らされてっていうのも、安全にやるために麻酔をかけてっていうことなんですよ。

これらの発言内容の下線部分は、『入院・治療期間の必要性を理解』した次の段階として、「入院して治療をするということはわかったが、では実際には具体的にどのようなことをされるのだろう」という疑問が生じていることを示したものであると考えられる。治療に必要な諸検査や、全身麻酔を行うために必要な前日からの準備、そして治療当日の経時的な手続きやそれらの所要時間等を詳細を知り理解することによって、「何をされるかわからない」という不安が解消されたものと考えられる。

これらの内容に関する患者の理解は、コアカテゴリー《患者の抱える問題》の『よくわからない治療を受けることへの不安』と『どのようなリスクがあるのか心配』という概念

に対する、コアカテゴリー《医療側の対応》の『処置内容の説明』という概念によって得られたものであると考えられる。

以上のことから、これらの内容を“どのような手順で処置がなされるのかという説明を受けることによって、「電気をかける」という漠然としたイメージや「よくわからない治療をされるから怖い」というイメージが払拭され安心して治療を受けられることにつながる”と定義づけ、『ECT 実施の具体的な流れを知る』として概念化した。

iii) 概念『ECT を受ける際の危険とその対策を知る』

以下には、『ECT を受ける際の危険とその対策を知る』に関する発言例を挙げる。

患者 A：(手術室でやるっていうのは説明にあったんですね?) 〇〇先生[※当院麻酔科医師]から、電気の治療の内容とか流れを説明してもらえたので、怖いとか不安とかは、多少は少なくてすんだかもです。

患者 H：(今は入院前と比べると、よくなったという感じとかは?) 入院前と比べると、すごく悪いかっていうと、そうではないと思うんだよね。またしばらくして痛みが強くなってきたら、やっていきましょうって。毎日、こうやって麻酔科のところに降りてきて、いろいろとたくさん話を聞いてもらえたり、説明とかもたくさんしてもらえて、そういうことが安心感になったなあっていうか。途中でなんか説明とかも忘れちゃったりしてても、副作用のことがあるんだよとか、痛みが結構動くんだっていうこととか、そういう、途中でもこまめに何度も説明があったっていうのは嬉しかったよね。話とか不安な気持ちも聞いてもらえたりとか。

患者 L：(最終的には、ECT そのものの背景や痛みの治療に用いられることになったことの説明とか、具体的にどんなふうやってどうなっていくとかの説明を受けたことによって、何か感じたことや気持ちの変化などはありますか?) いろんな説明とかが、結構、聞いてたはずなんだろうけども、納得できてないところとかもあって。まあ途中からはわかった訳ですけど。そういういろんな説明がちゃんとわかって納得できてからは、ああこう

いう環境なんだとか、今は痛みが強くなる時なんだとかをちゃんとわかって、何されるか分からないからっていう得体の知れない思いも抱かなくなれてからは、まあまあ落ちて置いて治療に向き合うことができていたかなって思います。最初のうちは、とにかく何されるか分からない、っていうのが大きくて、具体的に電気を流すっていうのはこういうことをしますっていうことも、一つ一つ細かく教えてもらえたから、自分が眠っている間に勝手に何かされて脳をいじられて改造されてしまうんじゃないか、みたいな恐怖はなくなりましたよね。眠らされてっていうのも、安全にやるために麻酔をかけてっていうことなんですよね。

これらの発言内容の下線部分から、ECT を実際に施術する際には、全身麻酔で眠っている状態で施術が行われるものであり、それはECTの施術によって起こりうる危険に対してとられている安全策としての全身麻酔であることを理解している様子が窺える。説明を受ける以前には、患者がECTに持つイメージは、映画などで目にした頭部への通電により身体に大きな衝撃が走るようなシーンから受けるイメージが強かったが、そのような身体への強い衝撃は骨折の危険性があるということが挙げられる。また、全身麻酔管理下により血圧のコントロールが為されていない状態で通電すると、急激な血圧の上昇や脈拍数の増加などが生じる。このような血圧や脈拍数の急激な増加は、脳卒中の発作を惹起する恐れがある。このことは、特に視床痛に対してECTを受療する患者に関しては、脳卒中の再発のリスクが高まるということを意味している。そのため、これらの危険に対してECTを安全に実施するためには、全身麻酔の管理のもとにおこなわれる必要があるのだという理解を得ていることが非常に重要であると考えられる。これらの内容は、『ECT実施の具体的な流れを知る』と同時に、その施術に際してどのような危険がありどのような策が取られているのかということを理解するということが、同時に必要なことであると考えられる。

これらの内容に関する患者の理解は、コアカテゴリー《患者の抱える問題》の『どのようなリスクがあるのか心配』という概念に対する、コアカテゴリー《医療側の対応》の『全身麻酔をかける理由の説明』という概念によって得られたものであると考えられる。

以上のことから、これらの内容を“映画などでは電気ショックで強い衝撃があるイメージがあり怖さや不安を感じるが、全身麻酔の管理下で安全に行われることを知り安心して治療を受けられることにつながる”と定義づけ、『ECTを受ける際の危険とその対策を知る』として概念化した。

(は) -2 サブカテゴリー〈入院・治療中の症状の変遷を知る〉

iv) 概念『治療効果の特徴を知る』

以下には、『治療効果の特徴を知る』に関する発言例を挙げる。

患者 C: (実際に ECT を受けてみてどうですか? 退院後の経過や予後などについては?)
痛くなる前は釣りが趣味だったんだよね。痛くなって、手とかもこわばるようになっちゃって、竿を握って持ったりリールを巻いたりっていうことができなくなってたんだけど、手の動きとかが良くなった。痛みも軽くなったし、しっかり握れる感じ。 もっと早くにやる[※ECT を]前から、そういうことが分かっていたら、途中でいやだなとか思わなくてすんだかも。始めっから、やっぱりその後のことに希望が見えるようなことがあるんだってことを知りたいよね。そしたら痛くなってもがんばって受けていこう[※ECT を]っていう気になれるんじゃないかなって思うんだよね。

患者 H: (今は入院前と比べると、よくなったという感じとかは?) 入院前と比べると、すごく悪いかっていうと、そうではないと思うんだよね。またしばらくして痛みが強くなってきたら、やっていきましょうって。 毎日、こうやって麻酔科のところに降りてきて、いろいろとたくさん話を聞いてもらえたり、説明とかもたくさんしてもらえて、そういうことが安心感になったなあっていうか。途中でなんか説明とかも忘れちゃったりしてても、副作用のことがあるんだよとか、痛みが結構動くんだっていうこととか、そういう、途中でこまめに何度も説明があったっていうのは嬉しかったよね。話とか不安な気持ちも聞いてもらえたりとか。

患者 J: (最終的には、ECT そのものの背景や痛みの治療に用いられることになったこと

の説明とか、具体的にどんなふうやってどうなっていくとかの説明を受けたことによって、何か感じたことや気持ちの変化などがありますか?) 入院の間は確かに、痛みがいつ
とき悪くなったり、そんでもってよくなったりっていう波があつたりしたよね。でも、入
院前に比べたら退院するころには 3~4 割は良くなるって言うし、それも退院してからも
人によって違うかもだけど、だいたい半年くらいは持つっていうことだったから、一か月
って長いけど、よーしがんばって乗り切るぞっていう気持ちも持てたかなあ。

患者 L: いろんな説明とかが、結構、聞いてたはずなんだろうけども、納得できてない
ところとかもあって。まあ途中からはわかった訳ですけど。そういういろんな説明がちゃ
んとわかって納得できてからは、ああこういう環境なんだとか、今は痛みが強くなる
なんだとかをちゃんとわかって、何されるか分かんないからっていう得体の知れない思い
も抱かなくなれてからは、まあまあ落ち着いて治療に向き合うことができていたかなって
思います。

これらの発言内容の下線部分から、ECT の施術後に痛みが増強した後にそのようなこと
もあるという説明を聞くよりも、治療期間中に痛みの症状に変動があることを、前以って
把握できている方が、実際に痛みが強くなった際に感じる不安が小さいことが窺われた。
患者にとっては、あらかじめの説明として「ECT の施術直後には痛みが増強することがあ
る」という説明が理解されていたとしても、実際に患者自身が感じる痛みの症状が増悪す
ると、「痛みを改善するために受けた治療であるはずなのに改善するどころか悪化した」よ
うに感じられ不安が強まることのあるものと考えられる。ECT 施術後に痛みが増強してい
る時点では、副作用の健忘症状を併発している場合も多いことから、この時点で既に事前
の説明が記憶から脱落していることもあり得るが、その際には、事前の説明の際に使用し
た資料等を改めて示しながら説明を繰り返すことによって、説明を既に受けていることへ
の気づきと痛みの症状に変遷があることへの再理解にもつながるものと考えられる。

これらの内容に関する患者の理解は、コアカテゴリー《患者の抱える問題》の『痛みがど
うなっていくのかという不安』という概念に対する、コアカテゴリー《医療側の対応》の

『治療効果の現れ方』という概念によって得られたものであると考えられる。

以上のことから、これらの内容を“入院期間内に複数回の ECT の施術を繰り返し受けることによってどのように痛みが変化するかを予め知っておくことで、症状の変化に戸惑わずに安心して治療を受けられることにつながる”と定義づけ、『治療効果の特徴を知る』として概念化した。

v) 概念『副作用を理解する』

以下には、『副作用を理解する』に関する発言例を挙げる。

患者 H：毎日、こうやって麻酔科のところに降りてきて、いろいろとたくさん話を聞いてもらえたり、説明とかもたくさんしてもらえて、そういうことが安心感になったなあ
っていうか。途中でなんか説明とかも忘れちゃったりしてても、副作用のことがあるんだ
よとか、痛みが結構動くんだってということとか、そういう、途中でもこまめに何度も説
明があったってというのは嬉しかったよね。話とか不安な気持ちも聞いてもらえたりとか。

患者 K：途中で、家に電話しようと思ったんだけど、病棟の公衆電話のところまで行っ
て普通に電話かけようとしたら、家の電話番号が出てこなくて、あれ、どうしちゃったん
だろう、っていうことはありました。他にも、お見舞いに来てくれた人の、よく知っている
人なのにどうしても名前が出てこないとか、結構忘れるっていうのは不安なことですよ
ね。ただ、一応そういう物忘れみたいのがあるっていうのは聞いてはいたから、あ、これ
がそうなのかな、こういうことを、ちょっとしたことをポロッと忘れちゃってるもんなの
かなっていうふうに思いました。こういう忘れちゃってるのも、だいたい 1~2 カ月くら
いで絶対戻ってくる、治ってくるって言われてるから、ちょっと心配だけど、そういうも
んなんだなって思ってます。

これらの発言内容の下線部分から、患者自身が自覚する健忘の症状が、ECT の副作用症状として特に大きな問題となるものであることを理解している様子が窺える。これらの健忘が、中長期的に見てどのような回復をたどるのかという説明を受けることによって不安

が軽減されている様子も窺えた。また、ECT の副作用には、このような健忘症状のほかに、全身麻酔の影響や頭部への通電の衝撃によって、頭痛やめまいや嘔気、身体の筋肉痛様の痛みなどが副作用として生じることも多い。ECT を受療する難治性慢性痛患者は、もともと身体の痛みの症状を主訴としてしているため、副作用で生じる筋肉痛様の痛みや頭痛を、元々の痛みの範囲が広がったり痛みの性状が変化したと感じたりして、そもそもの主訴の痛みと副作用により生じた痛みとを混同して捉えられていることもあるようである。このことは、概念『治療効果の特徴を知る』で述べたとおり、治療経過中に痛みの症状にどのような変遷があるかということにも関連のある内容であり、相互に影響しているものと考えられる。ECT の施術によって健忘以外にもどのような副作用の症状があるのかを予め理解しておくことはやはり重要であると考えられる。

これらの内容に関する患者の理解は、コアカテゴリー《患者の抱える問題》の『どのようなリスクがあるのか心配』という概念に対する、コアカテゴリー《医療側の対応》の『副作用に関する説明』という概念によって得られたものであると考えられる。

以上のことから、これらの内容を“ECT の副作用としてどのような症状が出現するのかを予め知っておくことで、副作用の症状が出現した際にも戸惑わずに安心して治療を受けられることにつながる”と定義づけ、『副作用を理解する』として概念化した。

サブカテゴリー〈入院・治療中の詳細を知る〉に関しては、『入院・治療期間の必要性を理解』し、『ECT 実施の具体的な流れを知り』『ECT を受ける際の危険とその対策を知』って理解したうえで、『治療効果の特徴を知』ったり『副作用を理解し』たりするというような〈入院・治療中の症状の変遷を知る〉ことへつながるものと考えられ、また同時に、〈入院・治療中の症状の変遷を知る〉ことで、例えば『入院・治療期間の必要性を理解』することにもつながるものと考えられる。

(に) 概念『退院後の症状の見通しを知る』

以下には、『退院後の症状の見通しを知る』についての発言例を挙げる。

患者 J: (最終的には、ECT そのものの背景や痛みの治療に用いられることになったことの説明とか、具体的にどんなふうやってどうなっていくとかの説明を受けたことによつて、何か感じたことや気持ちの変化などがありますか?) 入院の間は確かに、痛みがいつとき悪くなったり、そんでもってよくなったりっていう波があつたりしたよね。でも、入院前に比べたら退院するころには 3~4 割は良くなるって言うし、それも退院してからも人によって違うかもだけど、だいたい半年くらいは持つっていうことだったから、一か月って長いけど、よーしがんばって乗り切るぞっていう気持ちも持てたかなあ。

患者 K: とりあえずは、もとの病院で通院を続けます。退院して実際に生活してみないと、なんとも分からないですね。痛みがよくなってきているとは思うんですけどね。途中で、家に電話しようと思ったんだけど、病棟の公衆電話のところまで行って普通に電話かけようとしたら、家の電話番号が出てこなくて、あれ、どうしちゃったんだろう、っていうことはありました。他にも、お見舞いに来てくれた人の、よく知っている人なのにどうしても名前が出てこないとか、結構忘れるっていうのは不安なことですよ。ただ、一応そういう物忘れみたいのがあるっていうのは聞いてはいたから、あ、これがそうなのかな、こういうことを、ちょっとしたことをポロッと忘れちゃってるもんなのかなっていうふうに思いました。こういう忘れちゃってるのも、だいたい 1~2 カ月くらいで絶対戻ってくる、治ってくるって言われてるから、ちょっと心配だけど、そういうもんなんだなって思ってます。

患者 M: (今は入院前と比べると、よくなったという感じとかは? 退院後の予後や経過などについては?) 痛くなったらまたやりましょうっていう話がありました。もともと調理の仕事をしていたんです。でも、痛くてもうどうしようもなくなって、包丁も持てなくなっちゃって。それで仕事も今はずっと休職させてもらって。このまま仕事ができなくなっちゃったら、生活もしていけなくなっちゃうし、ほんとどうしようって心配でした。電気の治療を受けたら痛みが少しは良くなるって聞いて、今までいろんな薬も飲んできたけど、それがほとんど効かなくなっちゃって。もうダメなんだなあっていう気持ちがあつた

けど、これでもしかしたら、また仕事できるようになるんじゃないかなって。やっぱりそういう抛り所みたいなのが分かってると、ありがたいよなって思います。

こういう治療で、こういう状況でやっていくんだっていうこともよくわかったし、また痛みが出てきたら、お願いしたいと思ってます。

これらの発言内容の下線部分から、痛みの症状が再発することの多いものであるということや、副作用の症状がどの程度の期間で回復してくるかというようなことも含めて、患者からは退院後の症状の見通しについてある程度の理解を得られていることが示された。慢性痛に対する ECT の除痛効果は、ほとんどの場合恒久的なものではなく、約半年前後で痛みの症状が再燃してくることが多い。しかし、初回クールにおいて ECT に対して反応があり痛みの症状が改善した経緯を持つ患者の場合は、退院後には入院前に行っていた薬物療法や神経ブロック療法についてもより高い効果が得られるようになり、ECT に関しては、次クール以降では前回クールよりも少ない施術回数で前回クールと同程度の効果に到達できることが確認されている。治療初期の当初には患者は退院後の予後について、今回の 1 クールの入院によって症状が改善していても、同じような痛みがいつ再発するのかという不安や、1 ヶ月という短期間の間に ECT の施術を集中的に複数回受療することにより、何らかの耐性等ができてしまって次クールに治療を受けてもきちんと効果が得られるのかどうかという不安を抱えていることも多いが、〈入院・治療中の詳細を知り〉〈入院・治療中の症状の変遷を知る〉ことによって、退院時の治療効果を予測することができ、同時にその時点での治療効果がどの程度継続するかということの説明により、退院後の予後の見通しを立てることができるようになるものと考えられる。退院時やその後の痛みの改善の程度や、治療効果の持続期間を知ることによって、これまで長期間にわたって苛まされ続けた痛みが軽減されるという希望に向かって、これから 1 ヶ月間かけて行われる治療に頑張っ取り組もうという気持ちにつながるものと考えられる。

これらの内容に関する患者の理解は、コアカテゴリー《患者の抱える問題》の『痛みがどうなっていくのかという不安』という概念に対する、コアカテゴリー《医療側の対応》

の『予後の見通しを説明』という概念によって得られたものであると考えられる。

以上のことから、これらの内容を“1 クールの入院・治療を終えたのちの痛みの改善の程度や、効果の持続期間の見通しを知ること、治療への意欲や積極性の向上につながる”と定義づけ、『退院後の症状の見通しを知る』として概念化した。

(ほ) サブカテゴリー〈精神科受診の必要性に関する理解〉

サブカテゴリー〈精神科受診の必要性に関する理解〉は『納得して受診』という概念から成り立っている。

i) 概念『納得して受診』

以下には、『納得して受診』についての発言例を挙げる。

患者 I: (最終的には、ECT そのものの背景や痛みの治療に用いられることになったことの説明とか、具体的にどんなふうやってどうなっていくとかの説明を受けたことによつて、何か感じたことや気持ちの変化などありますか?) 電気ショックが「ショック」じゃなくて治療なんだっていうこととか、うつと統合失調症だけの治療じゃなくて、ほかにも治療として行われてるんだっていうこととかも知れて、なんとなく安心できたっていうのはありますよね。なによりも、ちゃんと身体の痛みに対して適応があるんですよっていうことを教えてもらえたのがよかった。

患者 L: いろんな説明とかが、結構、聞いてたはずなんだろうけども、納得できてないところとかもあって、まあ途中からはわかった訳ですけど、そういういろんな説明がちゃんとわかって納得できてからは、ああこういう環境なんだとか、今は痛みが強くなる時なんだとかをちゃんとわかって、何されるか分かんないからっていう得体の知れない思いも抱かなくなれてからは、まあまあ落ち着いて治療に向き合うことができていたかなって思います。

患者 M: 自分でインターネットで調べたんですよ。それでも結局よくわかんなかったんで、結局具体的なことは〇〇先生[※当院麻酔科医師]から初めて聞きました。入院する

ってということとかをね。それまでは、通院でできるもんだと思ってたんで。その後先生から説明聞いて、通院じゃできないんだなあってわかって。何回か続けてやるから入院もしなくちゃなんだなっていうこととかも。その間に変動みたいのがあるとか、安全にやるためには入院するんだっていうことが分かって。ただ、途中で試験的に外泊することもできるんだよっていうことを聞いて、少し気が楽になりました。…中略…こういう治療で、こういう状況でやっていくんだっていうこともよくわかったし、また痛みが出てきたら、お願いしたいと思っています。

これらの発言内容の下線部分から、治療の当初は訳のわからないまま精神科に回されてしまったと感じた心情が、身体の痛みの治療として行う ECT が精神の治療法であることの説明や、健忘やせん妄等の ECT の副作用症状に対応できるようにするためにも入院が精神科になることの必要性の説明などを受け、自身が受療する環境が麻酔科と精神科の併科になることに納得できるようになったという変化の様子が窺える。身体の治療で受診しているにもかかわらず、精神科の疾患を有していると決めつけられたと感じていることの患者の不本意さや不満などは、治療の必要性や精神科の治療法を痛みの治療として用いることになった背景などの客観的な情報を用いて的確に説明を受けない限りは解消されず、理解や納得には結び付きにくいことであるといえる。実際、今回のインタビュー対象者には含まれていないが、以前には、自身が精神科の患者として入院しているという事実にどうしても納得がいかず理解を得られなかったために、治療期間の途中でドロップアウトし自主退院してしまったというケースも少なからず経験している。このような問題は、患者が ECT の治療法の位置づけや痛みの治療に応用された経緯を理解し納得したうえで治療に臨めるように十分な説明を行うことによって、解決できるものと考えられる。

これらの内容に関する患者の理解と納得は、コアカテゴリー《患者の抱える問題》の『よくわからない治療を受けることへの不安』、『ECT に対する良くないイメージや不安』、『精神科患者として扱われることに対する懸念』、『精神科の環境に対する不満』という概念に対する、コアカテゴリー《医療側の対応》の『説明内容とそのタイミングを医師へ周知』

と『医療スタッフへ周知・教育』という概念によって得られたものであると考えられる。

以上のことから、これらの内容を“身体の痛みへの治療として受ける ECT が精神科の治療法であることの説明を受けてその旨を理解することによって、自身の受診する科への不本意さや不満が解消されて納得して受診できることにつながる”と定義づけ、『納得して受診』として概念化した。

(へ) 概念『今後の生活に希望が見える』

以下には、『今後の生活に希望が見える』についての発言例を挙げる。

患者 C：(実際に ECT を受けてみてどうですか？退院後の経過や予後などについては？)
痛くなる前は釣りが趣味だったんだよね。痛くなって、手とかもこわばるようになって、竿を握って持ったりリールを巻いたりっていうことができなくなってたんだけど、手の動きとかが良くなった。痛みも軽くなったし、しっかり握れる感じ。もっと早くにやる[※ECT を]前から、そういうことが分かっていたら、途中でいやだなとか思わなくてすんだかも。始めっから、やっぱりその後のことに希望が見えるようなことがあるんだってことを知りたいよね。そしたら痛くなってもがんばって受けていこう[※ECT を]っていう気になれるんじゃないかなって思うんだよね。

患者 J：(最終的には、ECT そのものの背景や痛みの治療に用いられることになったことの説明とか、具体的にどんなふうやってどうなっていくとかの説明を受けたことによって、何か感じたことや気持ちの変化などがありますか？) 入院の間は確かに、痛みがいつとき悪くなったり、そんでもってよくなったりっていう波があったりしたよね。でも、入院前に比べたら退院するころには 3~4 割は良くなるって言うし、それも退院してからも人によって違うかもだけど、だいたい半年くらいは持つっていうことだったから、一か月って長いけど、よーしが頑張って乗り切るぞっていう気持ちも持てたかなあ。

患者 M：もともと調理の仕事をしていたんです。でも、痛くてもうどうしようもなくなって、包丁も持てなくなっちゃって。それで仕事も今はずっと休職させてもらってて。こ

のまま仕事ができなくなっちゃったら、生活もしていけなくなっちゃうし、ほんとどうしようって心配でした。電気の治療を受けたら痛みが少しは良くなるって聞いて、今までいろんな薬も飲んできたけど、それがほとんど効かなくなっちゃって。もうダメなんだなあって言う気持ちがあったけど、これでもしかしたら、また仕事できるようになるんじゃないかなって。やっぱりそういう掘り所みたいなのが分かってると、ありがたいよなって思います。こういう治療で、こういう状況でやっていくんだっていうこともよくわかったし、また痛みが出てきたら、お願いしたいと思ってます。

これらの発言内容の下線部分から、患者が ECT を受療する際に関する一連の説明を聞いて十分な理解が為されてからは、治療が終了してからの生活で趣味や仕事などを再開できそうだという希望を抱けるようになった様子が窺える。患者は、ECT を受療する以前に様々な治療を試みてきているが、著効を得られずに痛みが改善しないまま苦痛のある生活を続けてきており、治療を受けてもよくなれないという絶望を感じている。それと同時に ECT という今までに経験したことのない新たな治療に取り組んでみても、この治療でもまた効果が得られないのではないかという不安を抱えており、治療を受けることによって痛みが改善するというイメージを描きにくくなっていることが多い。そのため、治療期間を終えて痛みが改善した後の生活にも希望を見出しにくくなっていることが考えられる。これに対しては、具体的にどのような痛みの症状の変化を辿ってどの程度の改善が見込めるのかということに関して、諸所の説明のほかにも、これまでに ECT を受療してきた他の難治性慢性痛患者において、痛みによって妨げられていた仕事や趣味などを再開できるほどにまで改善したという具体的な症例も併せて紹介することが効果的であると考えられる。このことによって、説明を聞く患者の側も自身と同じような症状の患者がどのように改善するのかというイメージをつかみやすくなるものと考えられる。

これらの内容に関する患者が抱くことのできるようになった希望は、コアカテゴリー《患者の抱える問題》の『痛みがどうなっていくのかという不安』という概念に対する、コアカテゴリー《医療側の対応》の『治療効果の現れ方の説明』と『予後の見通しを説明』

という概念によって得られたものであると考えられる。

以上のことから、これらの内容を“一定期間入院して複数回 ECT を受療することによって、痛みがどのような変化をたどり改善していくのかを理解することができるようになることで、退院後の生活に希望が見えるようになる”と定義づけ、『今後の生活に希望が見える』として概念化した。

また、この『今後の生活に希望が見える』は、【ECT に対する不安の解消】から影響を受けているものと考えられる。

(と) 概念『治療への積極性の芽生え』

以下には、『治療への積極性の芽生え』についての発言例を挙げる。

患者 C: 痛くなる前は釣りが趣味だったんだよね。痛くなって、手とかもこわばるようになっちゃって、竿を握って持ったりリールを巻いたりっていうことができなくなってたんだけど、手の動きとかが良くなった。痛みも軽くなったし、しっかり握れる感じ。もっと早くにやる[※ECT を]前から、そういうことが分かっていたら、途中でいやだとか思わなくてすんだかも。始めっから、やっぱりその後のことに希望が見えるようなことがあるんだってことを知りたいよね。そしたら痛くなってもがんばって受けていこう[※ECT を]っていう気になれるんじゃないかなって思うんだよね。

患者 J: (最終的には、ECT そのものの背景や痛みの治療に用いられることになったことの説明とか、具体的にどんなふうやってどうなっていくとかの説明を受けたことによって、何か感じたことや気持ちの変化などがありますか?) 入院の間は確かに、痛みがいつとき悪くなったり、そんでもってよくなったりっていう波があったりしたよね。でも、入院前に比べたら退院するころには 3~4 割は良くなるって言うし、それも退院してからも人によって違うかもだけど、だいたい半年くらいは持つっていうことだったから、一か月って長いけど、よーしががんばって乗り切るぞっていう気持ちも持てたかなあ。

患者 L: いろんな説明とかが、結構、聞いてたはずなんだろうけども、納得できてない

ところとかもあって、まあ途中からはわかった訳ですけど、そういういろんな説明がちゃんとわかって納得できてからは、ああこういう環境なんだとか、今は痛みが強くなる時なんだとかをちゃんとわかって、何されるか分かんないからっていう得体の知れない思いも抱かなくなれてからは、まあまあ落ち着いて治療に向き合うことができていたかなって思います。最初のうちは、とにかく何されるか分かんない、っていうのが大きくて、具体的に電気を流すっていうのはこういうことをしますっていうことも、一つ一つ細かく教えてもらえたから、自分が眠っている間に勝手に何かされて脳をいじられて改造されてしまうんじゃないか、みたいな恐怖はなくなりましたよね。眠らされてっていうのも、安全にやるために麻酔をかけてっていうことなんですよ。

患者 M：もともと調理の仕事をしていたんです。でも、痛くてもうどうしようもなくなっ
て、包丁も持てなくなっちゃって。それで仕事も今はずっと休職させてもらってて。こ
のまま仕事ができなくなっちゃったら、生活もしていけなくなっちゃうし、ほんとどうし
ようって心配でした。電気の治療を受けたら痛みが少しは良くなるって聞いて、今までい
ろんな薬も飲んできたけど、それがほとんど効かなくなっちゃって。もうダメなんだなあ
って言う気持ちがあったけど、これでもしかしたら、また仕事できるようになるんじゃない
かなって。やっぱりそういう抛り所みたいなのが分かっていると、ありがたいよなって思
います。こういう治療で、こういう状況でやっていくんだっていうこともよくわかったし、
また痛みが出てきたら、お願いしたいと思っています。

これらの発言内容の下線部分から、患者は治療期間中の痛みの症状の変化や副作用、予
後、治療法の位置づけとそれに伴って麻酔科と精神科を併科受診すること、入院に際する
注意などに関する説明に十分に理解が得られることにより、患者自身も治療の先行きに見
通しを立てられやすくなり、治療に積極性を持って意欲的に参加していこうという気持ち
へとつながっていく様子が窺えた。既に述べているように、治療期間中には痛みの症状が
大きく変化することが多く、特に痛みが増強すると患者の不安も高まりやすくなり、「やら
なければよかった」という後悔や「こんなにつらくなるならばもう途中で辞めてしま

たい」という思いを感じるということが述べられてきた。そうすると、痛みの変化だけでなく副作用症状の出現に直面する際に感じる不安や、1 ヶ月間という長期間の入院生活でのストレスなども加わって、患者は1 クールの治療期間の最後まで継続して治療を受け続けることへの自信や意欲を失いやすくなり、治療を受けることに消極的になってしまうことも考えられる。そのような事態についても、十分な説明により理解と納得を得ることができることによって、「頑張っけて乗り切ろう」という意欲や、治療への積極性への芽生えにつながっていくものと考えられる。

これらの内容に関する患者の意欲や治療への積極性は、コアカテゴリー《患者の抱える問題》の『よくわからない治療を受けることへの不安』、『痛みがどうなっていくのかという不安』、『ECT に対する良くないイメージや不安』という概念や【精神科受診に関する不安】というカテゴリーに対する、コアカテゴリー《医療側の対応》の【患者の不安や疑問への対策】や【医療側の改善策】によって得られたものであると考えられる。

以上のことから、これらの内容を“よくわからないというイメージや怖さや不安のため、また、精神科にかかることに納得しきれないために、治療への意欲や積極性を持てなかったが、治療の内容と痛みの変化の全貌が分かることによって治療への意欲や積極性が芽生えるようになる”と定義づけ、『治療への積極性の芽生え』として概念化した。

III. ストーリーライン

以上のようにまとめた分析結果の流れを、各概念名および各カテゴリー名のみで表現すると以下のようなストーリーラインとなる。

ECT は痛みに対して様々な治療を受けても治療効果を得られなかった場合に検討される治療法であるが、患者は医師から ECT という治療の選択肢を告げられても、ECT 自体を理解していることは少なく、漠然としていながらも【ECT に対する不安】をまず抱えることとなる。そのような『よくわからない治療を受けることへの不安』を感じて、実際に治療を受ける際に『どのようなリスクがあるのか心配』し、そもそも ECT を受けて『痛みがど

うなっていくのかという不安』も大きい。また、電気ショックを非人道的な手段として用いている映画等の印象から『ECT に対する良くないイメージや不安』を抱えていることが多い。同時に、映画などで断片的に思い描いているイメージから【精神科受診に関する不安】も抱えている。身体への治療を受ける自分が『精神科患者として扱われることに対する懸念』や『精神科の環境に対する不満』を感じている。これらの《患者の抱える問題》に対する《医療側の対応》として、【患者の不安や疑問への対策】と【医療側の改善策】が取られる。【患者の不安や疑問への対策】として、治療法としての ECT の位置づけやその対象疾患等の『ECT の概要の説明』と『ECT が痛みの治療に応用された経緯の説明』を行うことで、患者は『ECT に関する客観的な情報を得て理解』し、身体の痛みの患者である自分が精神科の治療法である『ECT を受けることになった理由に納得』できるようになり、【精神科受診の必要性に関する理解】が深まり『納得して受診』できることにつながる。『よくわからない治療を受けることへの不安』や『どのようなリスクがあるのかという心配』や『痛みがどうなっていくのかという不安』を軽減するために、具体的な〈治療の手順の説明〉と〈治療により生じる変化の説明〉を行い、〈入院・治療中の詳細を知〉ったうえで治療に臨むこととなる。痛みの軽減は複数回集中的に ECT を行うことにより得られるものであるため『入院期間・治療回数の説明』を行うことで『入院・治療期間の必要性を理解』する。1 回の施術で行われる『処置内容の説明』と『全身麻酔をかける理由の説明』によって、『ECT 実施の具体的な流れを知』り『ECT を受ける際の危険とその対策を知る』ことが安心して治療を受けられることにつながる。〈治療により生じる変化の説明〉により 1 クールの〈入院・治療中の症状の変遷を知る〉ことができるようになる。『治療効果の現れ方の説明』と『副作用に関する説明』を同時に行うことで、実感として感じられる『治療効果の特徴を知』り、治療効果と相互に影響しあう『副作用を理解する』ことにつながる。さらに、入院期間中の症状の変遷だけではなく 1 クールの入院治療で得られた治療効果がどの程度持続するのかという『予後の見通しを説明』することにより、患者は『退院後の症状の見通しを知』り安心できるようになる。また、副作用のひとつである健忘により、

これらの説明の内容や説明を受けたこと自体を忘れてしまうこともあるため、【医療側の改善策】として、入院期間を通じて日常的に健忘のチェックを行うことや、健忘の程度に応じて必要な説明をその都度何度でも行うこと等を徹底し『説明内容とそのタイミングを医師へ周知』することが重要である。それと同時に、身体の治療のために精神科を受診する慢性痛患者を受け入れるにあたって、これらのことを、精神科外来や入院期間中に過ごす生活の場でもある精神科病棟の『医療スタッフへ周知・教育』することも重要である。【患者の不安や疑問への対策】に加えて【医療側の改善策】も行うことにより、患者が、精神科の環境においても理不尽さを感じずに『納得して受診』できるような環境の整備につながる。このように、治療に関連する事柄の詳細を知り納得し、痛みの症状がどのように改善していくかということを理解することにより、『今後の生活に希望が見える』ようになり、『治療への積極性が芽生え』ることから、《QOLの改善・アドヒアランスの向上》へとつながる。

5-2 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチの結果に基づく、難治性慢性痛に対するECTを行う際の治療ガイドライン作成

痛みに対する治療を目的としてECTを受療する患者が、治療の当初抱えている不安を軽減するためには、生成された構造モデルの《医療側の対応》が必要であると考えられる。

1) M-GTAの結果から、説明の不足や患者の理解の不十分さということが、患者の不安を高めていることが示唆された。そこで、患者がECTを理解し不安を解消できるような体系的な説明の流れを組むために、【患者の不安や疑問への対策】内の各カテゴリーや各概念の内容に関する説明文を記載したリーフレットを作成することとした。患者へのインタビューでは、「何かそういう説明の紙とかももらってないし、特に」や「いろいろと一遍にいわれてもわからない」、「たくさんの説明があったと思うけど、覚えていられない」等の発言もみられた。そのため、説明内容を記載したリーフレットを作成することと併せて丁寧

な説明を行うことを通して、例えば精神科に受診するとか、どのような侵襲に曝されるのかということなどへの理解に結びつきやすくなり、患者の不安を取り除くことに役立つものとする。また、治療期間途中でのフォロー体制に関して【説明内容とそのタイミングを医師へ周知】することとした。図 5-2-1 に作成したリーフレットを示す。リーフレットに記載した説明の内容は、以下（太字部分）に示す。

はじめに

この冊子は、痛みの治療としての電気けいれん療法（ECT：electroconvulsive therapy）について、皆様にご理解頂くためのものです。わからないことや疑問に思ったことはお気軽にお訊ねください。その都度十分にご説明いたします。

- ・ そもそも電気けいれん療法とは何ですか？

電気けいれん療法は、精神疾患や神経内科の一部の疾患に対して行われる、現在では安全かつ有効な治療法の一つです。頭部に電気刺激を与えることによって、脳の中に発作性放電を発生させ、これによって生じる脳内代謝の変化により、脳の機能が回復していく方法です。電撃療法、通電療法、ECT、電気ショック療法などとも呼ばれています。電気けいれん療法は 60 年以上の歴史があり、アメリカでは年間 10 万人が治療を受けています。当院でも年間 700 件以上の方が受けています。

- ・ どのような人が ECT を受けるのですか？

ECT は重症のうつ病、躁病、統合失調症に対して最も多く行われています。また、パーキンソン病、悪性症候群などの神経内科の疾患にも効果があることが分かっています。疼痛患者に対しては、通常の痛みの治療である神経ブロックや各種薬物療法では全く効果が得られず、日常生活に重大な支障をきたしている方を対象に行っています。これらの痛みは、主に視床痛、術後痛、外傷後痛、PHN などのいわゆる神経障害性痛で、RSD やカウザルギー、最近では CRPS と呼ばれている痛みです。

はじめに

この冊子は、痛みの治療としての電気けいれん療法（ECT：electroconvulsive therapy）について、皆様にご理解頂くためのものです。わからないことや疑問に思ったことはお気軽にお訊ねください。その都度十分に説明いたします。

・ そもそも電気けいれん療法とは何ですか？

電気けいれん療法は、精神疾患や神経内科の一部の疾患に対して行われる、現在では安全かつ有効な治療法の一つです。頭部に電気刺激を与えることによって、脳の中に発作性放電を発生させ、これによって生じる脳内代謝の変化により、脳の機能が回復していく方法です。電撃療法、通電療法、ECT、電気ショック療法などとも呼ばれています。電気けいれん療法は60年以上の歴史があり、アメリカでは年間10万人が治療を受けています。当院でも年間700件以上の方が受けています。

・ どのような人がECTを受けるのですか？

ECTは重症のうつ病、躁病、統合失調症に対して最も多く行われています。また、パーキンソン病、悪性症候群などの神経内科の疾患にも効果があることが分かっています。疼痛患者に対しては、通常の痛みの治療である神経ブロックや各種薬物療法では全く効果が得られず、日常生活に重大な支障をきたしている方を対象に行っています。これらの痛みは、主に視床痛、術後痛、外傷後痛、PHNなどのいわゆる神経障害性痛で、RSDやカウザルギー、最近ではCRPSと呼ばれる痛みです。

・ どうして痛みの治療にECTを用いることになったのですか？

ペインクリニック領域では、難治性慢性痛に対しtotal spinalや、大槽内ステロイド大量注入、局所麻酔薬の動脈注入などの治療手段がありますが、これらの治療法は全身けいれんが生じた後に鎮痛効果が得られます。精神科領域では、難治性慢性痛（帯状疱疹後神経痛など）を合併した精神疾患患者にECTを行い、痛みが改善したという報告がいくつかあります。

これらの知見から、けいれんが難治性慢性痛に効く可能性が示唆されます。在院病院開設当時ペインクリニック科・精神科の両方の科に、上に説明したような自験例があり、当院で難治性慢性痛に対するECTの導入を検討しました。1995年に重症の帯状疱疹後神経痛（PHN）に対してECTを行い、非常に良好な効果が得られました。その後、視床痛やCRPSへも効果があることが分かり、現在150人以上の方に対してECTを行ってきています。痛みの患者様の場合は、脳血流量の検査やサーモグラフィ検査で特徴的な結果を示すことが多く、適応の判断基準の一つにもなっています。

1

- ③ 2002年より新しい治療器（短パルス波矩形治療器）が導入されてからは、循環系に対する影響が少なく、健忘などの認知障害の副作用も軽減されるようになりました。

・ 治療回数・治療期間はどのくらいですか？

身体へのダメージは最小限に留めながら、最大限の治療効果を得られるようにするためには、初回の1クールは週2回の間隔で、計8回前後が目安となります。そのため、約1ヶ月間入院していただくこととなります。ECTの施術後には、痛みの症状に大きな変化が現れたり、副作用症状の健忘やせん妄などといった精神症状が現れたりすることもあります。また、毎回のECTの施術は全身麻酔の管理が必要となります。これらへの適切な対応を随時行っていくことができるように、入院しながら経過をフォローしていくこととなります。経過次第では、途中で外泊することも可能です。

・ 治療効果の特徴について

- a) 初回～3回目くらいまでは、ECT後に疼痛が増強することがあります。当日・翌日は強くなっても、翌々日頃には元のレベルに戻ります。特に初回は痛みが強くなって強くなる傾向がよく見られます。
- b) 3～4回目頃からは、ECT後に疼痛が強まることが減り、ECTを行った翌日・翌々日は治療を始める前よりも少し楽になっていきます。
- c) 回数を重ねる度に、だんだん痛みが楽になっていきます。
- d) 痛みの改善だけでなく、日常的な動き（ADL）が改善することが多いです。
- e) ECTを受ける以前に効果を得られなかった神経ブロック療法や薬物療法の効果が、退院後にはより高い効果を得られやすくなる傾向があります。
※ 一般的にはa)～d)のような経過をたどりますが、治療効果の程度や副作用の出現は個々によって違います。そのため1回目から効くこともあれば、最後まで全く効かないこともあります。しかし、どちらの場合もe)のように、ECT治療終了後にはこの治療への効果的な反応を得られやすくなることもあります。

・ 治療効果があった場合、どのくらいの期間効いているのでしょうか？

治療効果は、ほとんどの場合永続的なものではありません。短い人で1ヵ月、長い人で4～6ヶ月で痛みが再発してくることが多いです。1クールでの治療でも、数年以上わたって効果が持続することもあります。痛みが再発しても、2クール目は1クール目よりも少ない回数で同等以上の効果が得られることが多いです。数クール繰り返して治療を行うことによって、痛みのレベルを全体的に軽減することが期待できます。

3

・ ECTはどのように行われるのですか？

精神科医師、麻酔科医師がチームを組み、計画を立てて行います。（治療前日まで）

電気けいれん療法を安全に行うために、他の手術と同様に、治療の前に身体の状態の診察や検査を行います。検査は血液検査、尿検査、心電図、胸・腹部レントゲン、頭部CT、脳波などです。飲食は前日の午後9時以降は止めてもらいます。（当日手術室で）

治療当日の朝、手術室に入るための「術衣」に着替え、静脈内に薬物を投与できるように点滴をします。ベッドごと手術室まで移動し、治療台に移って、仰向けに横になります。心電図の電極や刺激電極などを皮膚に貼ったり、血圧計のカフを巻いたりして準備をします。頭部に刺激電極を貼ることもあります。点滴から静脈麻酔薬が入り、麻酔が始まって皆様が眠った後に筋肉を弛緩させる薬を注入し、筋肉が弛緩している間に、頭部に数秒間の電流を通し、脳を刺激します。刺激後の発作を脳波で確認した後は、呼吸や脈拍、血圧などが安定し、呼びかけに目を開けることができる状態になり、麻酔から覚めた状態になってから、酸素マスクをつけて病棟に戻ります。病棟を出てから、治療が終わって戻るまでは約30分程です。

（病棟で）
病棟に戻ってからは、ベッドに横になって休んでもらいます。1～2時間後にしっかり麻酔からさめます。帰室後3時間は安静にさせていただきます。

・ 電気けいれん療法で危険なことがありますか？

電気けいれん療法は全身麻酔下で行われる治療の中で最も安全なものの一つです。以前は麻酔管理下で行われることは少なく、骨折や不整脈や高血圧などの危険がありました。その後、現在のように全身麻酔管理下で行われるようになってからは、非常に安全に行われるようになっています。

・ 副作用はありますか？

- ① 物忘れ（健忘）：最も多い副作用です。最近起きた出来事や記憶が損なわれることや、日付、友人の名前、社会的な出来事、住所および電話番号などが思い出せないこともあります。たいていの患者さんではこうした記憶障害は数日から数週間の間におさまりますが、非常にまれに施行後数か月から数年間にわたって記憶力の低下した感覚が持続する方もいます。ただし、知的能力（IQ）あるいは記憶力に与えるECTの長期的な影響はこれまで認められていません。
- ② 頭痛・筋肉痛：時にみられるものです。程度は軽いもので、数時間で改善します。

2

・ 痛みへの治療としてのECTの治療を受けるにあたって

- a) ECTはこれまで精神疾患への治療法として行われてきましたが、現在は、慢性痛も適応になっています。本来ECTは精神科治療として行われているものであり、身体への痛みへの治療の場合も精神科を受診していただくこととなります。当科（ペインクリニック）で行っている慢性痛患者様への心理検査の結果からも、うつ状態が高いということが明らかであり、反応性のうつ病という診断のもとに保険適応の治療として行っています。そのため、基本的には精神科病棟へ入院していただくこととなります。精神科病棟では、持ち物や病棟に出入りできる時間帯に制限がある等、通常の病棟と違っていろいろと規制もありますが、詳細は病棟でお渡しする説明書をご覧ください。
- b) ECTに用いる治療器には、サイン波と矩形波という2種類があります。矩形波治療器の方が健忘や循環系への影響も少ないことから、最近は矩形波治療器の利用が多くなっています。しかし疼痛患者には効果が得られない場合があり、治療の経過を見ながらサイン波治療器に切り替えることもあります。
- c) 入院中は、基本的には毎日ペインクリニック外来に受診していただき、ECTの効果や副作用等の症状の変化を診ていきます。状況によって神経ブロック治療を併用していくこともあります。ECTを受ける慢性痛患者様は心理面で負担も大きいことが考えられるため当科で心理検査や心理援助を行っています。困ったことなどがございましたら、遠慮なくお申し出ください。

・ 一度は同意したが、後で撤回することはできますか？

皆様が電気けいれん療法を受ける同意文書に署名したとしても、いつでも同意を撤回することができます。同意を撤回することによって、現在受けている治療を継続できないとか、他に選択可能で、効果が期待できる治療を受けられないなどの不利益を被ることは決してありません。

MEMO

4

図5-2-1. 配布したリーフレットの例

- ・ どうして痛み治療に ECT を用いることになったのですか？

ペインクリニック領域では、難治性慢性痛に対し total spinal や、大槽内ステロイド大量注入、局所麻酔薬の動脈注入などの治療手段がありますが、これらの治療法は全身けいれんが生じた後に鎮痛効果が得られます。精神科領域では、難治性慢性痛（帯状疱疹後神経痛など）を合併した精神疾患患者に ECT を行い、痛みが改善したという報告がいくつかあります。

これらの知見から、けいれんが難治性慢性痛に効く可能性が示唆されます。荏原病院開設当時ペインクリニック科・精神科の両方の科に、上に説明したような自験例があり、当院で難治性慢性痛に対する ECT の導入を検討しました。1995 年に重症の帯状疱疹後神経痛（PHN）に対して ECT を行い、非常に良好な効果が得られました。その後、視床痛や CRPS へも効果があることが分かり、現在 150 人以上の方に対して ECT を行ってきています。痛み患者様の場合は、脳血流量の検査やサーモグラフィ検査で特徴的な結果を示すことが多く、適応の判断基準の一つにもなっています。

- ・ ECT はどのように行われるのですか？

精神科医師、麻酔科医師がチームを組み、計画を立てて行います。

（治療前日まで）

電気けいれん療法を安全に行うために、他の手術と同様に、治療の前に身体の状態の診察や検査を行います。検査は血液検査、尿検査、心電図、胸・腹部レントゲン、頭部 CT、脳波などです。飲食は前日の午後 9 時以降は止めてもらいます。

（当日手術室で）

治療当日の朝、手術室に入るための「術衣」に着替え、静脈内に薬物を投与できるよう点滴をします。ベッドごと手術室まで移動し、治療台に移って、仰向けに横になります。心電図の電極や刺激電極などを皮膚に貼ったり、血圧計のカフを巻いたりして準備をしま

す。頭部に刺激電極を貼ることもあります。点滴から静脈麻酔薬が入り、麻酔が始まって皆様が眠った後に筋肉を弛緩させる薬を注入し、筋肉が弛緩している間に、頭部に数秒間の電流を通し、脳を刺激します。刺激後の発作を脳波で確認した後は、呼吸や脈拍、血圧などが安定し、呼びかけに目を開けることができる状態になり、麻酔から覚めた状態になってから、酸素マスクをつけて病棟に戻ります。病棟を出てから、治療が終わって戻るまでは約 30 分程です。

(病棟で)

病棟に戻ってからは、ベッドに横になって休んでもらいます。1～2 時間後にしっかり麻酔からさめます。帰室後 3 時間は安静にさせていただきます。

- ・ 電気けいれん療法で危険なことがありますか？

電気けいれん療法は全身麻酔下で行われる治療の中で最も安全なものの一つです。以前は麻酔管理下で行われることは少なく、骨折や不整脈や高血圧などの危険がありました。その後、現在のように全身麻酔管理下で行われるようになってからは、非常に安全に行われるようになっていきます。

- ・ 副作用はありますか？

① 物忘れ(健忘):最も多い副作用です。最近起きた出来事の記憶が損なわれることや、日付、友人の名前、社会的な出来事、住所および電話番号などが思い出せないこともあります。たいていの患者さんではこうした記憶障害は数日から数週間の間におさまりますが、非常にまれに施行後数か月から数年間にわたって記憶力の低下した感覚が持続する方もいます。ただし、知的能力 (IQ) あるいは記憶力に与える ECT の長期的な影響はこれまで認められていません。

② 頭痛・筋肉痛:時にみられるものです。程度は軽いもので、数時間で改善します。

③ 2002 年より新しい治療器 (短パルス波矩形治療器) が導入されてからは、循環系に

対する影響が少なく、健忘などの認知障害の副作用も軽減されるようになりました。

・ 治療回数・治療期間はどのくらいですか

身体へのダメージは最小限に留めながらも、最大限の治療効果を得られるようにするためには、初回の1クールは週2回の間隔で、計8回前後が目安となります。そのため、約1ヶ月間入院していただくこととなります。ECTの施術後には、痛みの症状に大きな変化が現れたり、副作用症状の健忘やせん妄などといった精神症状が現れたりすることもあります。また、毎回のECTの施術は全身麻酔の管理が必要となります。これらへの適切な対応を随時行っていくことができるように、入院しながら経過をフォローしていくこととなります。経過次第では、途中で外泊することも可能です。

・ 治療効果の特徴について

- a) 初回～3回目くらいまでは、ECT後に疼痛が増強することがあります。当日・翌日は強くなっても、翌々日頃には元のレベルに戻ります。特に初回は痛みがかえって強くなるのがよく見られます。
- b) 3～4回目頃から、ECT後に疼痛が強まるのが減り、ECTを行った翌日・翌々日は治療を始める前よりも少し楽になっていきます。
- c) 回数を重ねる度に、だんだん痛みが楽になっていきます。
- d) 痛みの改善だけでなく、日常的な動き（ADL）が改善することが多いです。
- e) ECTを受ける以前に効果を得られなかった神経ブロック療法や薬物療法の効果が、退院後にはより高い効果を得られやすくなるのがよくあります。

※ 一般的にはa)～d)のような経過をたどりますが、治療効果の程度や副作用の出現は個々によって違います。そのため1回目から効くこともあれば、最後まで全く効かないこともあります。しかし、どちらの場合もe)のように、ECT治療終了後にほかの治療への効果的な反応を得られやすくなることもあります。

- ・ 治療効果があった場合、どのくらいの期間効いているのでしょうか？

治療効果は、ほとんどの場合永続的なものではありません。短い人で1ヵ月、長い人で4～6ヶ月で痛みが再発してくることが多いです。1クールのみでの治療でも、数年以上にわたって効果が持続することもあります。痛みが再発しても、2クール目は1クール目よりも少ない回数で同等以上の効果が得られることが多いです。数クール繰り返して治療を行うことによって、痛みのレベルを全体的に軽減することが期待できます。

- ・ 痛みへの治療としてのECTの治療を受けるにあたって

a) ECTはこれまで精神疾患への治療法として行われてきていましたが、現在は、慢性痛も適応になっています。本来ECTは精神科治療として行われているものであり、身体の痛みへの治療の場合も精神科を受診していただくことになります。当科（ペインクリニック）で行っている慢性痛患者様への心理検査の結果からも、うつ状態が高いということが明らかであり、反応性のうつ病という診断のもとに保険適応の治療として行っています。そのため、基本的には精神科病棟へ入院していただくことになります。精神科病棟では、持ち物や病棟に出入りできる時間帯に制限がある等、通常の病棟と違っていろいろと規制もありますが、詳細は病棟でお渡しする説明書をご覧ください。

b) ECTに用いる治療器には、サイン波と矩形波という2種類があります。矩形波治療器の方が健忘や循環系の影響も少ないことから、最近は矩形波治療器の利用が多くなっています。しかし疼痛患者には効果が得られない場合があり、治療の経過を見ながらサイン波治療器に切り替えることもあります。

c) 入院中は、基本的には毎日ペインクリニック外来に受診していただき、ECTの効果や副作用等の症状の変化を診ていきます。状況によって神経ブロック治療を併用していくこともあります。ECTを受ける慢性痛患者様は心理面での負担も大きいことが考えられるため当科で心理検査や心理援助を行っています。困ったことなどがございましたら、遠慮な

くお申し出ください。

- ・ 一度は同意したが、後で撤回することはできますか？

皆様が電気けいれん療法を受ける同意文書に署名したとしても、いつでも同意を撤回することができます。同意を撤回することによって、現在受けている治療を継続できないとか、他に選択可能で、効果が期待できる治療を受けられないなどの不利益を被ることは決してありません。

2) さらに、医師へ周知する患者への説明内容は、カテゴリー【患者の不安や疑問への対策】を構成する各概念のすべてである。説明内容と併せて、なぜそのような説明が必要なのかという根拠を示すために、コアカテゴリー《患者の抱える問題》についても周知を行う。また、ECT の副作用として大きな問題となる健忘の影響により、患者は既に受けた説明内容や説明を受けたこと自体を記憶していないことがあるため、その対策である説明のタイミングとして、1 クールの入院治療期間中は以下の①～④の手順を取ることと定めた。

①「治療初回時にリーフレットの内容を患者に示しながら、各項目について説明を行い、説明の後、説明に使用したリーフレットを患者に配布する。なお、説明の際には、患者から疑問点等が発言されなくなるまで、必要な説明を具体例を交えて追加したり繰り返したりして丁寧に説明を行い、最後に理解できたかどうかを 5 段階（全然分からない・あまりよくわからない・どちらともいえない・まあまあよくわかった・とてもよくわかった）で確認し、最終的に「とてもよくわかった」に到達するまで説明を行うこととする。

②健忘により治療前に受けた説明を忘れてしまうこともあるため、以下の手続きをとることとする。

- ・ 入院期間を通じて日常的に健忘のチェックを行う。特に ECT 施術当日とその後

の2日間は毎日健忘の発生の有無やその程度の確認を行う。

- ・健忘の程度に応じて、その時点で患者が不安や疑問に感じている内容に関する必要な説明をその都度行う。その際には、初回時に患者に配布したリーフレットを用いて説明内容を患者と共に確認する。
- ・初回時に説明を受けたことやリーフレットを受け取ったこと自体を忘れている場合や、リーフレットを紛失（患者が受け取ったリーフレットをどこにしまい込んだかを思い出せない等）した場合は、初回時の説明を再度行い、リーフレットも改めて配布する。

③ 入院治療期間中は、ECT 治療の施術の各回ごとに、入念に②を行う。

④退院後も定期的な外来通院にてフォロー・アップを行う。外来通院時には、痛みの状態、痛みの症状や副作用の健忘症状の影響による日常生活上の支障の有無等、QOL や ADL の状態、服薬等のコンプライアンスやアドヒアランスの状態を、詳細に聴き取ることをとする。

3) また、ECT 患者が治療過程で直面する問題に関して、外来受診時も含めた治療や入院生活に携わる医療スタッフに対して、精神疾患ではないが精神科治療である ECT を受療する慢性痛患者を受け入れることに対する意識を高める必要があると考え、『医療スタッフへ周知・教育』を行うこととした。その際には、《患者の抱える問題》にはどのような内容の問題があり、それに対してどのような《医療側の対応》が必要であるのかということを示すための教材として、M-GTA の結果として得られた構造モデルを用いることとした。

これらの対策を取ることが患者の《QOL の改善・アドヒアランスの向上》に結びつくものであるという理解を得るためには、各科の医師をはじめとする医療スタッフの協力を仰げるようにすることが重要であると考え。

第6章 ガイドラインの有用性の検討

研究1

【目的】

第5章第2節で作成したガイドラインの有用性を検討するために、ガイドラインを用いた患者群（以下、ガイドライン有り群とする）とガイドラインを用いなかった患者群（以下、ガイドライン無し群とする）の心理状態の変化を調査し検討することを目的とした。

【対象と方法】

痛みに対する ECT を受療する難治性慢性痛患者 30 名（ガイドライン有り群・無し群、各 15 名）を対象に調査を行った。ガイドライン有り群・無し群に対して、ECT 治療のための初診時と退院時に HADS 尺度（Hospital Anxiety and Depression Scale）による心理状態の評価と Visual Analog Scale（VAS）による痛みの程度の評価を行い、退院時には併せて、一連の治療を通しての説明の在り方や受療環境に対する満足度を VAS により評価を行った。痛みの程度の VAS の値は、痛みが全くない状態を 0 とし、考えられる最大の痛みを 100 とし、1 日の痛みの平均を 100mm の直線上に印を記入するよう求める。満足度の VAS の値は、100mm の直線上の 50mm を「どちらでもない（不満足でもなければ満足でもない）」とし、考えられる最大の不満足を 0、考えられる最大の満足度を 100 とし、直線上に印の記入を求めた。測定時期は、2010 年 12 月までの患者 15 名をガイドライン無し群として測定し、2011 年 1 月以降の患者 15 名をガイドライン有り群として測定した。また、ガイドライン有り群における、ECT に関連する各説明内容の理解度については、ガイドライン有り群の全例において、患者から疑問点等が発言されなくなるまで、必要な説明を具体例を交えて追加したり繰り返したりして丁寧に説明を行い、理解できたかどうかを 5 段階（全然分からない・あまりよくわからない・どちらともいえない・まあまあよくわかった・とてもよくわかった）で確認し、最終的に「とてもよくわかった」に到達するまで説明を繰り返し行った。ガイドライン有り群と無し群の調査結果の比較に関して、HADS 尺度得点と

痛みの程度の VAS については群（ガイドラインの有無）と測定時期（初診時，退院時）の二要因分散分析を行い，説明の在り方や受療環境に対する満足度の VAS と年齢についてはガイドラインの有無による 2 群の対応のない t 検定を用いて比較を行った。

【結果】

(1) 患者背景（表 6-1）

ガイドライン有り群の患者の平均年齢は， 57.60 ± 13.71 歳であり，男性 8 名，女性 7 名であった。ガイドライン無し群の患者の平均年齢は， 57.73 ± 15.63 歳であり，男性 11 名，女性 4 名であった。各群間の平均年齢に有意な差は認められなかった。男女比においても，有意な差は認められなかった。

(2) HADS 尺度の合計得点の結果（図 6-1）

ガイドライン有り群の HADS 尺度合計得点の初診時の結果は 26.87 ± 6.71 点であり，退院時の結果は 10.47 ± 6.50 点であった。ガイドライン無し群の HADS 尺度合計得点の初診時の結果は 26.67 ± 3.62 点であり，退院時の結果は 21.67 ± 2.47 点であった。

HADS 尺度合計得点の測定時（初診時，退院時）と群（ガイドライン有無）の二要因分散分析の結果，群の主効果が有意であり ($F(1, 28)=13.313$, $p<.01$)，HADS 測定時期の主効果が有意であった ($F(1, 28)=89.746$, $p<.001$)。また，交互作用が有意であった ($F(1, 28)=25.468$, $p<.001$)。そこで，各要因の単純主効果の検定を行った結果，初診時には 2 群間に有意な差は見られなかったが，退院時には，有り群の方が無し群よりも有意に HADS 尺度の合計得点が低下した ($F(1, 28)=38.91$, $p<.001$)。群要因では，両群とも退院時の方が有意に HADS 尺度の合計得点が低かった（有り群： $F(1, 28)=105.42$, $p<.001$ ，無し群： $F(1, 28)=9.80$, $p<.01$)。

表6-1. 各群の対象患者の平均年齢と性別ごとの症例数

	平均年齢(歳)	男性(名)	女性(名)
ガイドライン有り群(n=15)	57.60±13.71	8	7
ガイドライン無し群(n=15)	57.73±15.63	11	4

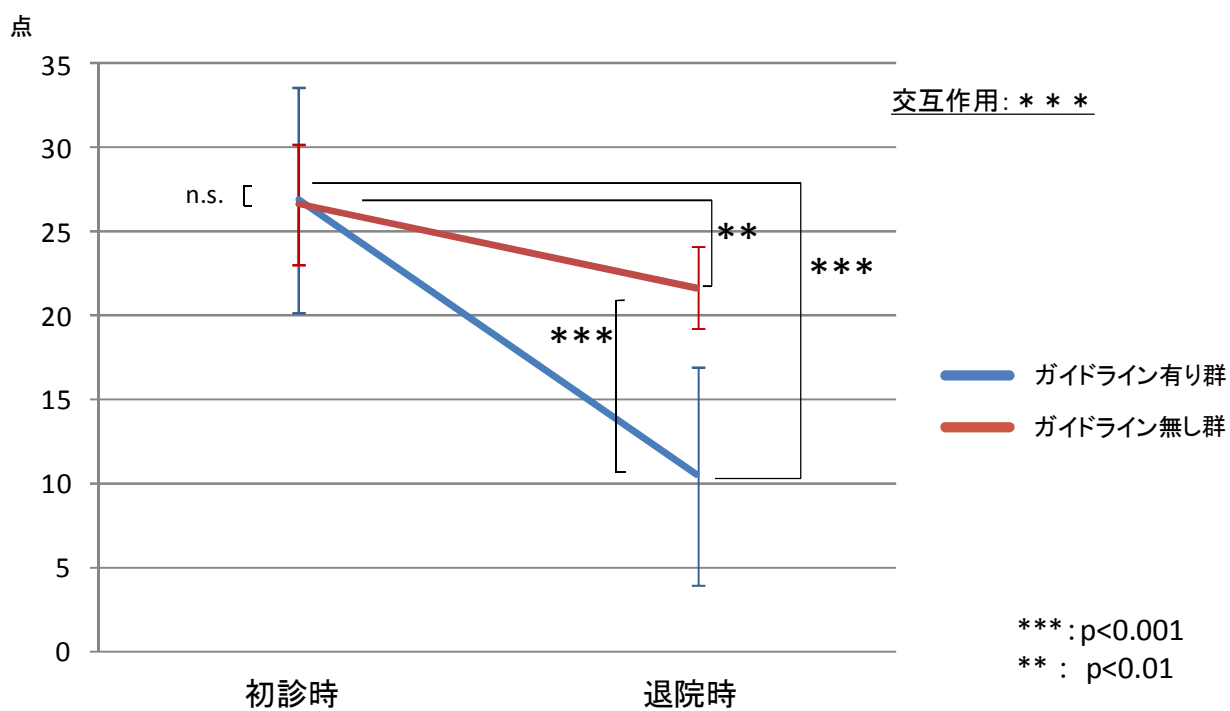


図6-1. HADS合計得点の二要因分散分析の結果

(3)HADS 尺度の抑うつ得点の結果 (図 6-2)

ガイドライン有り群の HADS 尺度抑うつ得点の初診時の結果は 13.80 ± 3.03 点であり, 退院時の結果は 6.27 ± 3.67 点であった. ガイドライン無し群の HADS 尺度抑うつ得点の初診時の結果は 12.80 ± 2.15 点であり, 退院時の結果は 8.47 ± 1.77 点であった.

HADS 尺度の抑うつ得点の測定時と群の二要因分散分析の結果, 測定時の主効果が有意 ($F(1, 28)=105.213, p<.001$) であったが, 群の主効果に有意差は見られなかった. また, 交互作用が有意であった ($F(1, 28)=7.651, p<.05$) ため, 各要因の単純主効果の検定を行った結果, 初診時には 2 群間に有意な差は見られなかったが, 退院時には, 有り群の方が無し群よりも有意に HADS 尺度の抑うつ得点が低下した ($F(1, 28)=4.37, p<.05$). 群要因においては両群とも退院時の方が有意に抑うつ得点が低かった (有り群: $F(1, 28)=84.80, p<.001$, 無し群: $F(1, 28)=28.06, p<.001$).

(4)HADS 尺度の不安得点の結果 (図 6-3)

ガイドライン有り群の HADS 尺度不安得点の初診時の結果は 13.07 ± 4.57 点であり, 退院時の結果は 4.20 ± 3.36 点であった. ガイドライン無し群の HADS 尺度不安得点の初診時の結果は 13.87 ± 2.45 点であり, 退院時の結果は 13.20 ± 2.31 点であった.

HADS 尺度の不安得点の測定時と群の二要因分散分析の結果, 群の主効果が有意であり ($F(1, 28)=29.151, p<.001$), 測定時期の主効果が有意であった ($F(1, 28)=36.211, p<.001$). また, 交互作用が有意であった ($F(1, 28)=26.791, p<.001$). そこで, 各要因の単純主効果の検定を行った結果, 初診時には 2 群間に有意な差は見られなかったが, 退院時には, 有り群の方が無し群よりも有意に不安得点が低下した ($F(1, 28)=73.07, p<.001$). 有り群では初診時よりも退院時の方が有意に不安得点が低かった ($F(1, 28)=62.65, p<.001$) が, 無し群では, 測定時要因に有意な差は見られなかった.

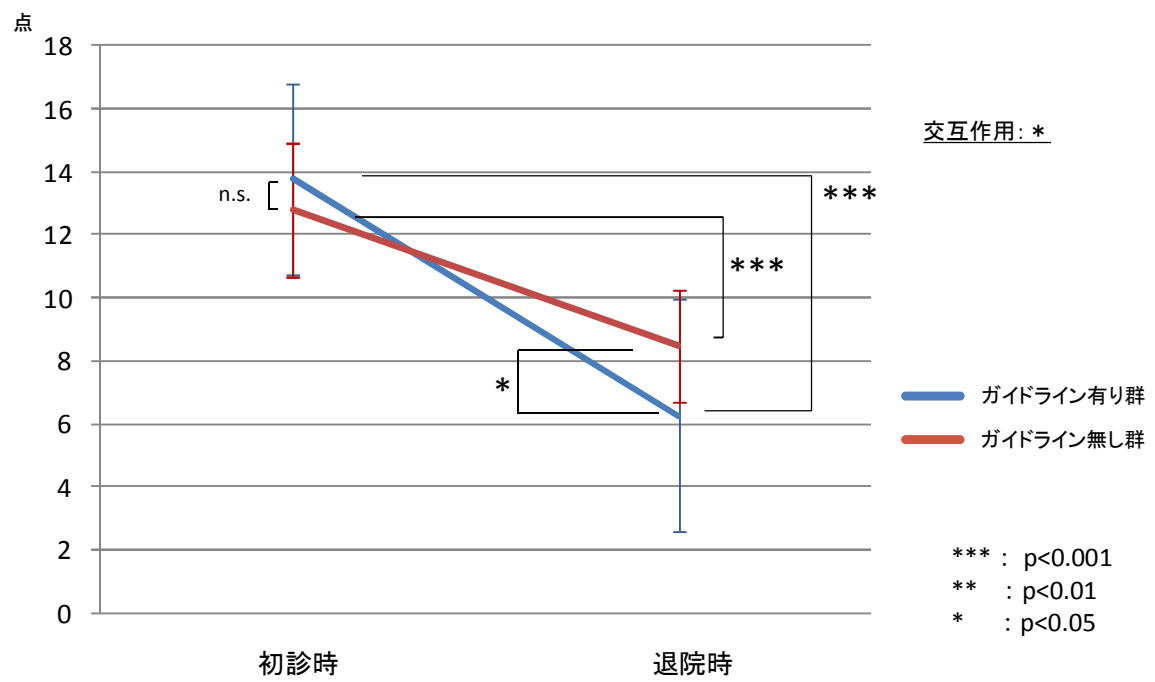


図6-2. HADS抑うつ得点の二要因分散分析の結果

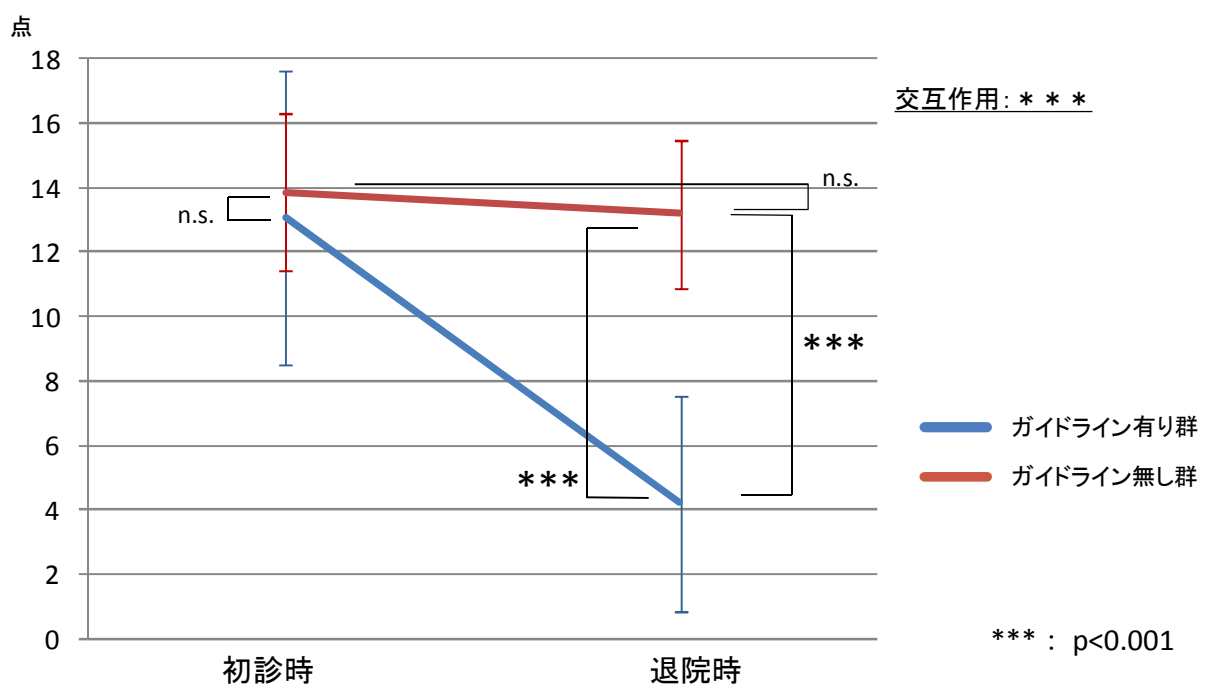


図6-3. HADS不安得点の二要因分散分析の結果

(5) 痛みの VAS の結果 (図 6-4)

ガイドライン有り群の初診時の痛みの VAS は 90.33 ± 15.64 , 退院時の痛みの VAS は 37.57 ± 15.70 であった。ガイドライン無し群の初診時の痛みの VAS は 88.00 ± 14.37 , 退院時の痛みの VAS は 44.57 ± 17.26 であった。

痛みの程度の VAS の測定時と群の二要因分散分析の結果, 測定時の主効果が有意 ($F(1, 28)=188.451, p<.001$) であったが, 群の主効果に有意差は見られなかった。また, 交互作用は有意ではなかった。

(6) 説明の在り方や受療環境に対する満足度の VAS の結果 (図 6-5)

ガイドライン有り群の, 説明の在り方や受療環境に対する満足度の VAS の結果は 91.81 ± 6.85 , ガイドライン無し群の結果は 12.58 ± 7.88 であった。

説明の在り方や受療環境に対する満足度の VAS について, ガイドライン有り群とガイドライン無し群について対応のない t 検定で比較した結果, ガイドライン有り群の方がガイドライン無し群よりも退院時の満足度の VAS が有意に高かった ($p<.001$)。

(7) ガイドライン有り群の患者から語られた, 患者の QOL の改善に関する具体例

患者から語られた報告のなかから, 強い痛みのために実践することが不可能となっていた事柄を再開できるようになり, QOL が改善している様子が窺われた具体的な例の内容を表 6-2 に示す。痛みのために実践不可能となっていた事柄の内容は, 各患者により様々なものであったが, 趣味や日常生活上の活動面や, 職場への復帰という面において, QOL が改善している様子が窺われた。

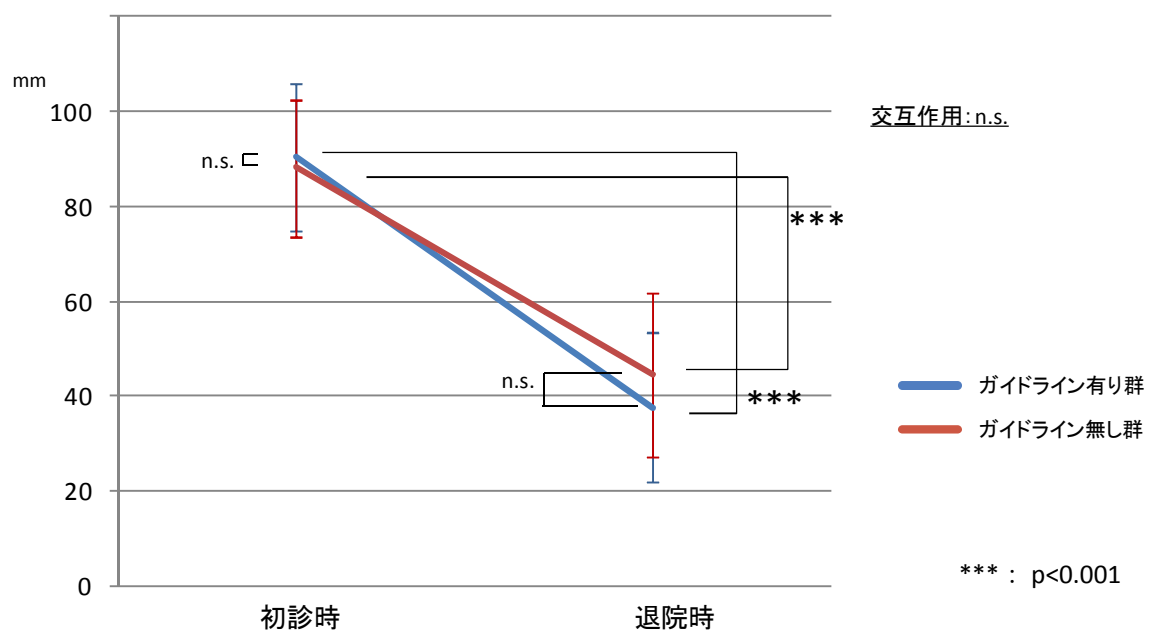
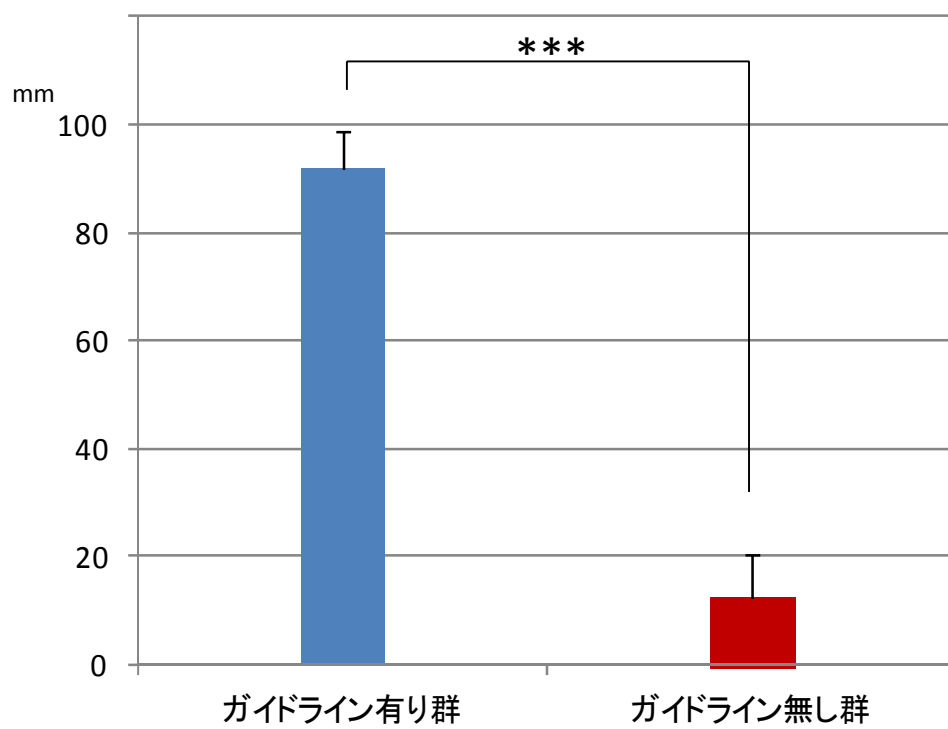


図6-4. 痛みのVASの二要因分散分析の結果



*** : $p < 0.001$

図6-5. 満足度のVASの比較の結果

表6-2. ガイドライン有り群の患者から語られた、
患者のQOLの改善に関する具体例

- ・ ピアノの演奏を再開できるようになった
 - ・ カメラでの風景等の写真撮影を再開できるようになった
 - ・ 友人・知人や家族等と、外食や外出に出掛けられるようになった
 - ・ 料理を再開できるようになった
 - ・ 車の運転を再開できるようになり、ドライブに出掛けられるようになった
 - ・ 釣りに出掛けて楽しむことを再開できるようになった
 - ・ 飼い犬との散歩を再開できるようになった
 - ・ 気分的にも歩くという動きとしても、名所巡りなどの小旅行を再開できるようになった
 - ・ 仕事に少しずつ復帰できるようになった
-

研究 2

【目的】

退院時のガイドライン有り群の心理状態が、ペインクリニック外来を受診する慢性痛患者（以下、非 ECT 慢性痛患者群とする）と比較してどの程度の状態であるのかという点について検討することを目的とした。

【対象と方法】

非 ECT 慢性痛患者群 15 名（男性 8 名，女性 7 名）を対象に HADS 尺度を用いて心理検査を行い，退院時のガイドライン有り群の HADS 尺度の得点結果との差異について，対応の無い t 検定を用いて比較を行った。

【結果】

(1) 患者背景（表 6-3）

退院時のガイドライン有り群との比較に用いた非 ECT 慢性痛患者群の平均年齢は，56.00 ± 14.39 歳であり，男性 8 名，女性 7 名であった。退院時のガイドライン有り群と非 ECT 慢性痛患者群の平均年齢ならびに男女比に有意な差は認められなかった。

(2) HADS 尺度の合計得点の結果（図 6-6）

退院時のガイドライン有り群の HADS 尺度合計得点は 10.47 ± 6.50 点であり，非 ECT 慢性痛患者群の HADS 尺度合計得点は 11.07 ± 4.25 点であった。対応のない t 検定の結果，両群の得点に有意な差は認められなかった。

表6-3. 各群の対象患者の平均年齢と性別ごとの症例数

	平均年齢(歳)	男性(名)	女性(名)
退院時のガイドライン有り群 (n=15)	57.60±13.71	8	7
非ECT慢性痛患者群(n=15)	56.00±14.39	8	7

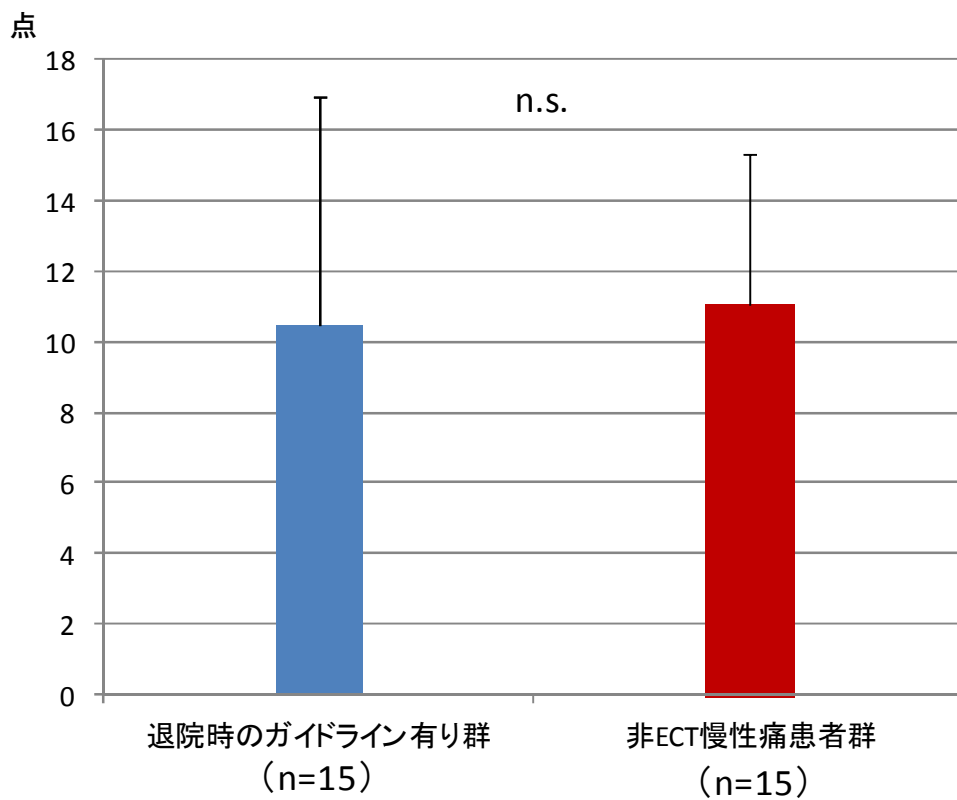


図6-6. 退院時のガイドライン有り群と非ECT慢性痛患者群のHADS合計得点の比較の結果

(3)HADS 尺度の抑うつ得点の結果 (図 6-7)

退院時のガイドライン有り群の HADS 尺度抑うつ得点は 6.27 ± 3.67 点であり, 非 ECT 慢性痛患者群の HADS 尺度抑うつ得点は 6.40 ± 2.38 点であった. 対応のない t 検定の結果, 両群の得点に有意な差は認められなかった.

(4)HADS 尺度の不安得点の結果 (図 6-8)

退院時のガイドライン有り群の HADS 尺度不安得点は 4.20 ± 3.36 点であり, 非 ECT 慢性痛患者群の HADS 尺度不安得点は 4.67 ± 2.69 点であった. 対応のない t 検定の結果, 両群の得点に有意な差は認められなかった.

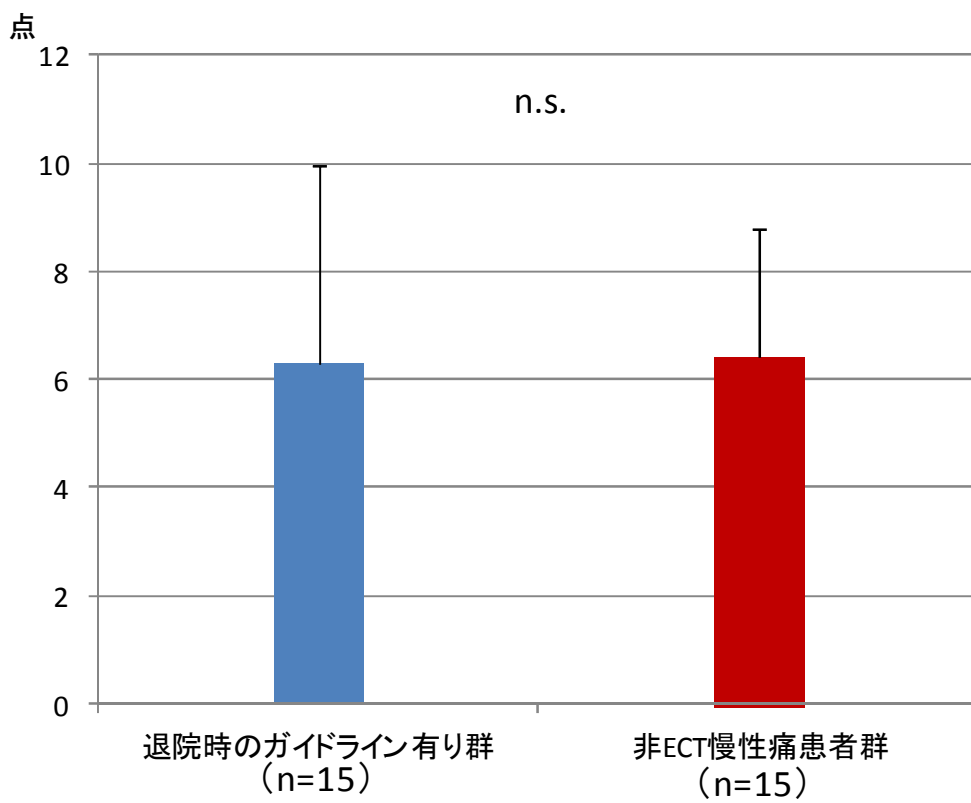


図6-7. 退院時のガイドライン有り群と非ECT慢性痛患者群のHADS抑うつ得点の比較の結果

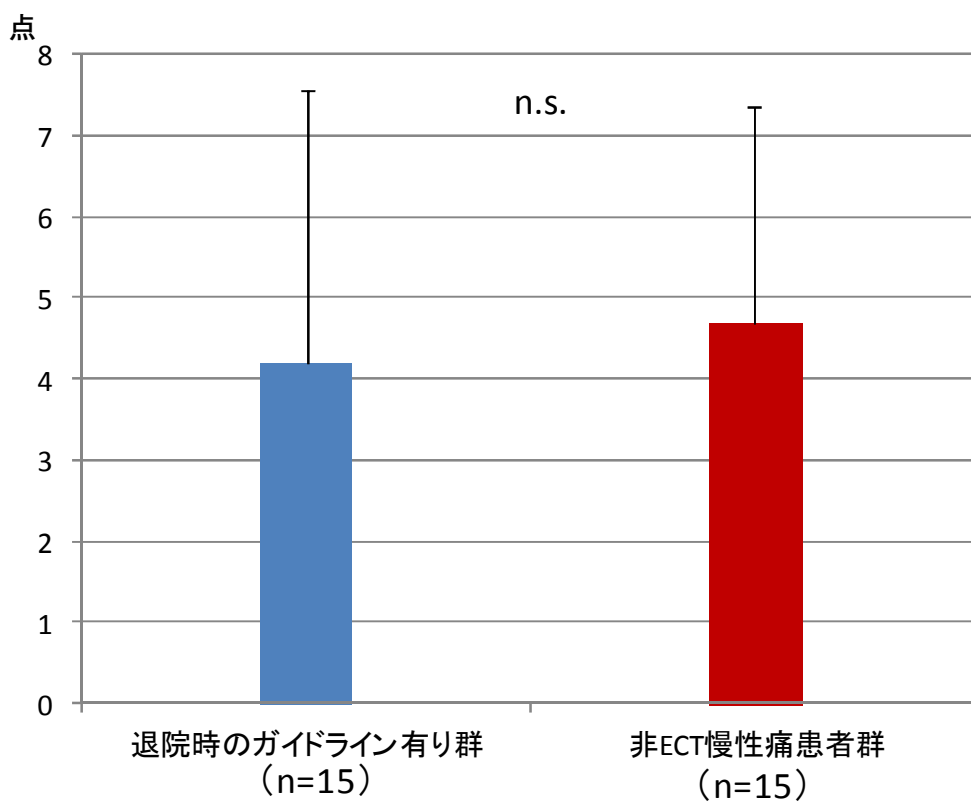


図6-8. 退院時のガイドライン有り群と非ECT慢性痛患者群のHADS不安得点の比較の結果

【考察】

初診時ではガイドライン有り群とガイドライン無し群の HADS 尺度合計得点に有意な差はなかったが、退院時の HADS 尺度の合計得点においてガイドライン有り群の方がガイドライン無し群よりも有意に HADS 尺度の合計得点が低下していた。これと同時に、痛みの VAS は両群とも同じように軽減したことから、HADS 尺度の合計得点が低下したことは痛みに影響されたものではなく、ガイドライン導入の効果によるものと考えられる。ガイドライン有り群だけではなく、ガイドライン無し群においても、初診時に比べて退院時には有意に HADS 尺度の合計得点が低下したことは、入院して一か月間集中的に痛みに対する治療を受けたことによる治療効果を反映したものと考えられる。

HADS 尺度の抑うつ得点では、初診時のガイドライン有り群とガイドライン無し群の得点には有意差は認められなかったが、退院時には両群とも初診時に比べると抑うつ得点がありに低下していた。更に、退院時の抑うつ得点においては、ガイドライン有り群の方がガイドライン無し群に比べて有意に抑うつ得点が低いことから、ガイドラインにより治療への理解や納得が深まり受療環境が改善されたことが、抑うつの低減にもつながったと考えられる。

一方で、HADS の不安得点では、ガイドライン有り群は退院時で得点が大きく低下したが、ガイドライン無し群は初診時と退院時の得点に有意差は見られなかった。このことから、ガイドラインによる説明の充実や受療環境の整備が為されていない状態では、約一カ月の治療期間を通じて患者の不安は軽減されなかったことが示された。それに対して、ガイドライン有り群では、初診時に比べて退院時には不安が有意に低下しており、退院時の両群の比較においてもガイドライン有り群の不安の方が有意に低いことから、本ガイドラインは特に不安の軽減に対して有効であると考えられる。

また、ガイドライン有り群の ECT 患者の退院時の心理状態が、非 ECT 慢性痛患者と比較してどの程度の状態であるのかという点についての検討では、HADS 尺度の合計得点、下位尺度である抑うつ得点と不安得点の、いずれの得点においても、両群の得点に有意な差は

認められなかった。このことから、ECT 患者は初診時には不安や抑うつが強く不安定な心理状態であるが、ガイドラインを導入した患者の場合は、その退院時の心理状態が、ECT を検討するまでには至らない慢性痛患者と同程度までに落ち着いた状態に改善したものと考えられる。

これらのことから、適切な説明や、精神科スタッフに対する周知・教育によって慢性痛患者が精神科を受診する際の態勢が整えられたことにより、ECT に対する理解が深まり治療に臨む際の不安軽減につながるものと考えられ、同時に、治療によりもたらされる効果に対しても理解が深まり、退院後の生活に希望を見出せるようになったことから抑うつ軽減にもつながるものと考えられる。ガイドライン有り群では、これらの不安や抑うつが軽減されたことが確認された。

中井・阿部・水野 (2008) は、慢性痛患者は痛み症状のほかにもさまざまな症状を持ち、不安や抑うつ、怒りやイライラなどの症状があり QOL が低いことを指摘している。高雄・村川・森山・柳本・中野・福永・上島・真田・佐藤・前川 (2010) は、ペインクリニックを受診する慢性頸肩部筋原性痛患者の QOL に関して、SF-36 (MOS Short Form 36-Item Healthy Survey) の結果から、国民標準値 (福原・鈴嶋, 2004) よりも患者群の QOL が有意に低いことを報告している。高雄他 (2010) の報告では、治療後 4 週目・8 週目・12 週目の各時点で頸肩部の痛みやこわばりの程度はやや軽快したものの SF-36 を用いた QOL の評価では大きな改善は認められなかったと報告している。しかし、高雄他 (2010) の調査の対象患者は、頸肩部以外にも PHN や脊柱管狭窄症等の痛みの症状を合併していた症例が多く、頸肩部局所のみ注目した場合は症状が痛みの軽減したものの身体全体の症状を評価した場合には治療への満足度が低かった可能性があると考えられている。井福他 (2011) は、上肢の CRPS 患者の QOL に関して、痛みによる QOL 障害度の尺度として Pain Disability Index (PDI) と健康関連 QOL 尺度として SF-36 を用いた調査の結果、長期的に痛みが持続している患者は QOL の低下も持続していることが多いということを報告している。宮崎・花岡・並木・小川・北島・細川・鈴木・野上・田熊 (2010) による非癌性慢性痛患者を対

象としたオピオイド鎮痛薬の全国規模で行われた長期臨床試験では、対象患者の QOL の測定に SF-36 が用いられたが、患者の QOL は薬剤使用後若干の改善は見られたものの 52 週の薬剤使用期間を通じて QOL の国民標準値よりも低かったことが報告されている。これらの報告から、治療によって一時的に QOL の改善が認められても、持続する慢性痛の症状が存在する限りは、大幅な QOL の改善はなかなか困難であることが考えられるが、慢性痛の症状が進行しても QOL を現状よりも低下させないことが重要であるとも考えられる。また、これらの報告で健康関連 QOL 尺度として用いられている SF-36 では、その精神的健康度の低下は、抑うつ状態を判定する尺度である CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) の得点と相関関係にあることが示されている (Walsh, Homa, Hanscom, Lurie, Sepulveda, & Abdu, 2006) ことや、抑うつや不安が高いほど QOL が低下するという報告 (中井他, 2008 ; 秋山・坪井・中野・筒井, 1995) 等から、本研究でのガイドライン有り群の不安や抑うつが軽減したことと併せて、患者から語られた日常生活上の変化の内容から、患者の QOL の改善に結びついたと考えられる。

退院後の外来通院時にガイドライン有り群の患者から語られた、QOL の改善を表す日常生活上の変化の具体的な例として、痛みのために中断していた趣味を再開できるようになった、痛みのために外出や外食をできなくなっていたが友人・知人・家族等と出かけられるようになった、気分的にも歩くという動きとしても小旅行に行って名所を巡れるようになった、飼い犬との散歩に出掛けられるようになった、仕事に復帰できるようになった等のが語られた。趣味の内容は、ピアノの演奏、カメラでの風景等の写真撮影、料理、車の運転、釣り等さまざまであった。これらの内容は、痛みによって低下していた QOL が、趣味等の再開によって楽しめるようになり患者の日常生活が潤沢なものへと改善されてきた内容の例であると考えられる。患者の QOL の状態に関して今回は特定の尺度を使用していないが、患者から語られたこれらの内容から、患者の QOL が十分に改善していることが窺われた。また、これらの内容に共通して述べることのできるものとして、四肢の動きの改善を伴っていることも窺えた。例えば、釣りの場合を例に挙げると、竿をしっかりと握

って持ち上げその状態を保持できるようになったこと、片手で竿を握りもう片方の手でリールのハンドルを握ってリールを巻き取るという動作ができるようになったこと、等である。治療以前には痛みが強く身体の可動性も低下しており行うことが困難であったような複雑な動きが、治療後には行えるようになっていくということを受けて、患者自身でも1ヶ月間の入院を経て積極的に治療に取り組み「これならやっていけそう」という希望を実感し、退院後には実際に意欲的に趣味等へチャレンジする精神を持つことができるようになり、その実践に結びついたものと考えられる。難治性慢性痛患者に対するECTの治療効果として、痛みの改善に伴い原因疾患によって低下していた身体の各関節の可動性が改善し動きがよくなることもあり、これらの内容は患者のQOLの改善のみにとどまらずADLの改善にも結びつくものであると考えられる。ECT退院後の長期的なQOLの予後と併せて、ADLの状態に関しても標準化された尺度を用いたデータの蓄積を試み詳細な検討を行うことも課題であるとする。

また、これらの抑うつや不安が軽減しQOLが改善したことと併せて、ガイドライン有り群の方が受療環境や説明等のフォローに対する満足感が高かったことから、作成したガイドラインが有用であることが示唆されたと考えられる。満足感の高さに関する具体的な例としては、特に患者に配布したリーフレットに関する感想が多く述べられた。患者によって述べられた内容は、「説明は難しい内容であったが、資料（リーフレット）をもらえたので、それを読みながら一緒に説明してもらえてわかりやすくなった」、「何度も読み返しています。よく理解できました」、「忘れてしまっても、手元にこれ（リーフレット）があったので不安なこととかも大体解消できました」、「この治療を受けていて、途中で気になったりしたこととかも、ここ（リーフレット）に全部書いてあったので、落ち着いて読み直すことができてすごく助かりました。なかなか先生に直接質問できなくてもこれ（リーフレット）で安心できたところは大きいです」等であり、なかにはリーフレットの記載内容にアンダーライン等を引いたりメモを書き加えたりして、リーフレットを患者なりに活用している様子が示された。また、受療環境に関しては、「いつも痛みの状態を気遣って声をかけ

てもらえたりしたので、結構コロコロ状態（痛みの症状の状態）が変わったりしてましたが、分かってもらえてるんだなと感ずることができました。痛みは人から見てもわからないですからね、「痛みでこの治療（ECT）をやっているところが少なくてここの精神科に紹介されてきたってことで、どんな感じか不安があったんですけど、最初の受付のところでも既に『痛みの治療に電気けいれん療法をという紹介の方ですよ』ときちんとわかってもらえていたのでほっとすることができました」との内容が語られた。これらのことから、看護部や事務職員等も含め職種を超えて、痛みの治療目的としてECTを受療する難治性慢性痛患者をどのように受け入れるかということに関する理解が高まり協力を得られるようになったことが、ガイドライン有り群の患者の受療環境に対する満足度の高さに結びついたものと考えられる。ただし、入院生活を送る病棟に関して「説明は理解できたし頭では納得してて、全体的には満足なんだけど、自分自身の気持ち的にどうしても受け入れにくい」という意見も一部みられた。今回の調査でガイドライン有り群の患者には、退院時に「また痛みが悪化してきたら、また当院に入院しECTを受けたいと思うか」という質問に「はい・いいえ」の2件法で尋ね、併せてその理由を自由回答かつ複数回答可で質問した。その結果、1名が「悩んでいる」と回答した以外は、14名から「はい」という回答を得た。「悩んでいる」と回答した患者の理由は、副作用の健忘が仕事に影響するのではないかとすることを心配しているためであった。「はい」と回答した患者の理由は、痛みが改善したから、「今後も少しでも良くなりたいから」というような痛みに関する内容のほか、「他科との連携をよくしてくれたりスタッフがやさしくて病院のシステムがよいから」という満足度の高さと結びつくような肯定的な回答が得られたが、そのなかには、費用がもっと安ければ今後も受けたい・たとえ費用が高くても受けたいというような費用に関する内容や、（入院期間が1か月かかるためその期間を）仕事を休むことができれば受けたいという患者自身の仕事や生活上の制約に関する条件や、530病棟（精神科病棟）の入院以外ならば受けたいという条件を付けて「はい」と回答した患者もみられた。このことから、入院する病棟の科へこだわりが大きいことが窺える。これらの条件のうち、医療側の対応

に関与する内容は入院する病棟の科の問題であり、より高い患者の理解や納得に結びつくような説明や対応の在り方も引き続き検討を行っていくべき問題であると考ええる。この問題は、初回クールの入院に際して患者の理解や納得を得ることができていても、治療期間の1クールが終了して退院すると同時に完結する問題ではなく今後の治療への患者の取り組み姿勢にも大きく関与するものであり、これらの条件は、退院後のフォローアップ時のアドヒアランスの状態にも関連してくる内容であると考えられる。

大野（2008）は、アドヒアランスに影響を与える要因に、①患者自身の要因、②患者の状態に関する要因、③治療に関連する要因、④医療チームと医療機関に関する要因、を挙げている。①患者自身の要因は、a)知識や信念、b)ヘルス・リテラシーの不足、c)行動、d)社会的状況である。a)知識や信念は、病気や薬剤に対する誤解や、治療の必要性に対する理解不足、副作用への恐れ、治療の安全に対する誤解などである。b)ヘルス・リテラシーは、基本的な健康に関する情報やサービスを入手して遂行し、理解するための個人の能力の程度である。c)行動は、服薬の有無に関する忘れっぽさや動機づけの低さなどであり、d)社会的状況は、社会や家族のサポート不足、交通手段の問題、医療費・薬剤費の問題などである。②患者の状態に関する要因は、自覚症状や、症状・障害の程度、疾患の重症度、疾患の経過、効果的な治療法の有無などである。③治療に関連する要因は、薬剤の入手状況や治療の複雑性、治療効果の即効性、副作用、副作用への対処法などである。④医療チームと医療機関に関する要因は、患者と医療者の関係、患者を教育する能力、治療に必要な情報源へのアクセス方法の提供、再診の実施、地域で患者を支援するシステム、慢性疾患ケアのプロトコールに関する医療提供者のトレーニング、治療管理のサポートなどである。アドヒアランスは薬学分野で発展した概念であるが、大野（2008）によるアドヒアランスに関連する要因は、服薬行動のみに限らず、今回のECT患者の受療行動やその動機づけにも関係しているものと考えられる。また、勝木（2012）は、ノンアドヒアランスの要因を表6-4のようにまとめている。勝木（2012）によると、受療環境や患者の精神症状や患者のモチベーション、治療内容に関すること等の本研究でも問題とした項目が挙げられて

表6-4. ノンアドヒアランスに影響する因子

受療環境

- ・医療者と患者との信頼関係やコミュニケーション不足
- ・医療機関までのアクセス不良

患者の状態

- ・無症状の慢性疾患
- ・うつなどの精神神経疾患の合併
- ・視覚障害や整形外科的疾患等の身体障害
- ・認知症

治療内容

- ・目標と内容の不一致
- ・処方や指示の複雑さ
- ・副作用

社会経済学的問題

- ・貧困
- ・医療費
- ・社会的サポートの欠如

患者のモチベーション

- ・服薬の必要性の理解度
- ・疾患や病態の理解度
- ・「患者の知」
- ・フィードバックの欠如
- ・不適切な評価

(勝木(2012)より)

おり、これらの問題点が患者のアドヒアランスに大きく影響を及ぼすものであることが分かる。さらに、竹内・種市・野原（2011）は、慢性腰痛症治療を受ける患者満足度とアドヒアランスの関係について、治療満足度の高い患者ほどアドヒアランスがよいという結果を報告している。竹内らの調査で述べている満足度は、痛みの改善に対する満足度と医師の診療行為・治療態度に対する満足度であるが、特に後者の医師の診療行為・治療態度に対する満足度は、親身になってくれる、痛みを分かってくれる、話を十分聞いてくれる、質問や相談をしやすい、いたわりの言葉をかけるという、医師のコミュニケーションに対する評価によるものであった。質問や相談のしやすさという点は、症状・病態や、治療内容・治療方針への医師からの説明の在り方や患者の理解度ということに関わってくる内容であるといえる。親身になってくれる、痛みを分かってくれる、話を十分聞いてくれる、いたわりの言葉をかける等という点は、医療側が患者の苦悩を理解し受け入れ、患者がより快適に受療できるようにするという内容に関わってくる内容であるといえる。これらの内容は、本研究における十分な説明とそれに対する患者の理解や、患者を受け入れる医療側の体制を整えるということに結びつく内容であると考えられる。

前述の QOL に関連する先行研究で示されているように、治療後にも長期にわたって QOL の改善を維持することは実際にはなかなか困難なこともあると思われる。それは、ECT の痛みへの効果の持続は恒久的なものではなく、痛みの症状が再燃すると QOL も低下するということが考えられるためである。しかし、アドヒアランスの向上に関しては、比較的長期間維持されていく可能性があるものと考えられる。なぜならば、治療や痛みの症状の変化に関する理解と納得を得ることができて積極的に治療へ取り組むことができるようになったガイドライン有り群の患者では、退院後の定期的な外来通院時にも、痛みが再燃することを理解しており、「また痛みがどうしようもなくなってきてしまったら、電気（ECT）をやって少しでもよくしていきたいです」、という前向きな発言や「このあいだ退院してからは大分いろいろとできていたのが、最近はまだ痛みも強くなってきて、落ちてきてしまっています。そろそろまた入院してやりたい（ECT を）と思うのですが」という発言もみ

られた。ECTによる痛みの改善がみられた患者では、退院後約半年～1年のあいだに、前回の初回クールの退院後しばらくは効果を得られていた薬物療法や神経ブロック療法の効果も再び低下してきており、痛みの症状や気分の落ち込みなども再燃してきていながらも、発言から示されているように治療への積極性や意欲は失われていないことがわかる。このことから、患者の理解や納得により得られたアドヒアランスの向上が保たれている様子が窺われる。ただし、今回の調査ではQOLやアドヒアランスの測定に関して尺度の使用による測定は行っていない。そのため、QOLやアドヒアランスの長期的な予後の状態についても、特にQOLに関しては、例えばSF-36などの標準化された尺度を用いて、経時的なフォローアップ調査を行い、従来述べられてきている健康関連QOLとの関連についても、より詳細に検討していくことが今後の課題であると考えている。

本研究で作成したガイドラインには、その有用性に心理教育としての効果も関与しているものと考えられる。心理教育は、医療者側から疾病についての適切な情報提供を行うことによって症状や治療を理解し、主体的に療養生活を営めるようになっていくということを目指したものである。本研究では、難治性慢性痛患者の抱える持続的・長期的な痛みの症状に対して行われるECTがどのような治療法であるのかということ伝える教育的な部分と、それらに対する理解によって患者のアドヒアランスを向上させることを目的とした指導的な部分との組み合わせであるといえる。同時に、主体的に療養生活を営めるようにするという点は、QOLの改善を目的とするものであるといえる。心理教育は1970年代以降欧米にて、統合失調症患者に対する心理療法として行われるようになり、その症状の再発防止に効果的であるといわれてきたものであり、現在では精神疾患患者に限らず、さまざまな疾患を持つ患者やその家族への療法として応用されているものである(後藤, 1992)。最近では、本研究の対象患者にも含まれている線維筋痛症患者に対して心理教育を行う研究(金・村上・松野, 2012)も報告されており、慢性的な痛みの症状を抱える患者に対する心理教育の重要性があると考えられることから、ECTを受療する難治性慢性痛患者や、その家族に対する心理教育の効果についても更なる研究を進めていくことが課題であると

考える.

第7章 総合考察

本論文は、難治性慢性痛患者の心理状態の評価と、難治性慢性痛患者が痛みの治療の改善を目的として電気けいれん療法 (electroconvulsive therapy : ECT) を受療する際の問題点を捉え、それに対する治療ガイドラインを作成するために行われた研究をまとめた以下の7つの章によって構成される。

第1章では、慢性痛に対する治療法と現状について概観した。近年、難治性慢性痛に対する治療法のひとつとして、ECT が用いられるようになってきた。しかし、ECT はその濫用されてきた負の歴史などから、難治性慢性痛患者が、自身の身体の痛みに対する治療として ECT を受療する際に、不安などを抱えていることが多い。その一方で、ECT に対する適切な理解を深めて患者の不安を軽減させるための対策が取られていることは少ない。

第2章では、慢性痛患者ならびに ECT を受療する難治性慢性痛患者の心理状態の評価を行うことと、難治性慢性痛に対する ECT を行う際の治療ガイドラインを作成し、ECT を受療する難治性慢性痛患者の QOL の改善とアドヒアランスの向上を図ることを目的として提示した。ECT を受療する難治性慢性痛患者が、安定した心理状態で受療に臨むことができるような心理面の援助や環境整備が必要であると考えられるため、慢性痛治療に特化した ECT を行うためのガイドラインを定めることが重要であると考えられる。

第3章では、慢性痛患者の心理状態の評価ならびに ECT を受療する難治性慢性痛患者の心理状態の評価を行った。

難治性慢性痛患者の心理状態の評価を行うために、ペインクリニックを受診する慢性痛患者全体の心理状態の評価を行った。その結果、慢性痛患者全体では、その精神的健康度が低いことに加えて神経症の程度が強く抑うつ状態にあり、痛みが強いと同時に精神的健

康度が低下していることが示唆された。慢性痛患者全体において精神症状の重篤度の高い患者には難治性慢性痛の代表疾患である視床痛や CRPS などの患者が多く含まれており、その中でも特に深刻な痛みに対する治療として ECT を受けている難治性慢性痛患者（ECT 患者）が多く含まれていたことから、ECT 患者と一般的なペインクリニックの治療（ECT 以外の治療）を受ける慢性痛患者（非 ECT 慢性痛患者）の心理状態を比較していく必要があると考えられた（第 3 節）。

そこで次の段階として、ECT 患者の心理状態の評価を行った。その結果、ECT 患者群は、非 ECT 慢性痛患者群に比べて神経症レベルや抑うつが高く精神的健康度が非常に低いことから、ECT 患者は精神的な問題を多く抱えており心理的にも不安定にあることが示唆された（第 4 節）。このことから、慢性痛患者のなかにおいても特に ECT 患者自体に精神症状が重篤であるという特徴があることが示唆されたが、質問紙検査の結果からだけではなく半構造化面接の中で患者から語られた周辺情報などから、さらに ECT 患者独自の抱える問題に鑑みると、ECT 患者が強い痛みによって日常生活がままならないほど困窮している様子や、ECT による治療に対して不安を抱えており治療に対する理解も充分ではない様子が窺われた（5 節）。患者にとっては、このような精神状態で ECT に関する理解が十分ではないまま受診・入院し ECT を受療することは非常に不安なことであり、そのことが患者の精神的負担を増大させ、QOL やアドヒアランスを低下させる要因となる。そのため ECT を検討する患者に対しては、十分な心理精神面への援助と受療環境面の改善が必要である。ECT 患者への聴き取り調査をもとに問題点や改善が必要と思われる点に関する指針を作成することが検討課題であると考えた。

これを受けて、第 4 章では、複数の医療機関において、ECT 患者に特化した何らかの規定が設けられているかを調査したが、ECT 患者に特化した説明等の規定を設けている医療機関がないことが示された。

これらの基礎的な研究による結果を受けて、第5章では、ECT患者に対するヒアリング調査とM-GTAによるその分析の結果に基づき、難治性慢性痛にECTを行う際の治療ガイドラインを作成することとした。

第1節では、ECT患者13名に対して行ったヒアリング調査の内容について、M-GTAの手法によって分析を行った。その結果、3のコアカテゴリーと、それらを構成する6のカテゴリー、4のサブカテゴリー、27の概念が生成された。文中の《 》はコアカテゴリーを、【 】はカテゴリーを、『 』は概念を示す。構造モデルの全体は《患者の抱える問題》、《医療側の対応》、《QOLの改善・アドヒアランスの向上》という3つのコアカテゴリーから成り立っている。【患者の抱える問題】というコアカテゴリーで得られた情報をもとに医療スタッフが《医療側の対応》を行うことによって《患者の抱える問題》が解決され、《QOLの改善やアドヒアランスの向上》へと結びつく、という変化のプロセスをたどる。コアカテゴリー《患者の抱える問題》では、ECT患者は【ECTに対する不安】と【精神科を受診することに関する不安】を抱えており、これらの2つの不安は相互に影響し合っていることが示された。これらの2つの不安に対する《医療側の対応》として、【患者の不安や疑問への対策】として治療に関する詳細な説明を行い、それと同時に【医療側の改善策】として受療環境の整備が行われた。《患者の抱える問題》に対してこれらの《医療側の対応》が行われたことによる影響を受けて、《患者の抱える問題》に変化が生じ、《QOLの改善・アドヒアランスの向上》という変化の結果がもたらされたものと考える。すなわち、【ECTに対する不安が解消】され【精神科受診の必要性に関する理解】が得られるようになったことから影響を受けて、『今後の生活に希望が見え』たり『治療への積極性が芽生え』たりするようになり、《QOLの改善・アドヒアランスの向上》に結びついたものと考える。このように、ECT患者が一連の治療の初期に直面する《患者の抱える問題》は、《医療側の対応》を行うことによって解決され、その変化のプロセスを経て結果的に《QOLの改善やアドヒアランスの向上》につながるという構造である。

第2節では、痛みに対する治療を目的としてECTを受療する患者が、治療の当初抱いて

いる不安を軽減するためには、生成された構造モデルの《医療側の対応》が必要であることが考えられた。そこで、以下の3点を、難治性慢性痛患者に対してECTを行う際のガイドラインとして定めることとした。1)M-GTAによる分析の結果から、医療者からの説明の不足や患者の理解の不十分さということが、患者の不安を高めていることが示唆されたため、ECTに対する患者の理解をより深めることと、患者の不安を解消できるような体系的な丁寧な説明の流れを組むことを目的として、ECTの概要や実際にECTを受ける際に理解しておくべき点等に関する説明文を記載したリーフレットを作成することとした。2)治療期間途中でのフォロー体制に関して、患者に対する説明に必要な内容と説明のタイミングを医師へ周知し、3)ECT患者の抱える問題について医療スタッフへの周知・教育を行うこととした。

第6章では、作成したガイドラインの有用性の検討を行った。作成したガイドラインの有用性を検討するために、HADS尺度を用いて、ガイドライン有り群とガイドライン無し群のECT患者の心理状態について、治療開始時と退院時の比較を行った。その結果、治療開始時にはガイドライン有り群とガイドライン無し群のHADS尺度合計得点に有意な差はなかったが、退院時のHADS尺度の合計得点においてガイドライン有り群の方がガイドライン無し群よりも有意にHADS尺度の合計得点が低下していた。これと同時に、痛みのVASは両群とも同じように軽減したことから、HADS尺度の合計得点が低下したことは痛みに影響されたものではなく、ガイドライン導入の効果によるものと考えられた。特にHADSの不安得点では、ガイドライン有り群は退院時で得点が大きく低下したが、ガイドライン無し群は治療開始時と退院時の得点に有意差は見られなかった。このことから、ガイドラインによる説明の充実や受療環境の整備が為されていない状態では、約一カ月の治療期間を通じて患者の不安は軽減されなかったことが示された。それに対して、ガイドライン有り群では、治療開始時に比べて退院時には不安が有意に低下しており、退院時の両群の比較においてもガイドライン有り群の不安の方が有意に低いことから、本ガイドラインはECT患者の不安

安の軽減に対して有効であると考えられる。これらのことから、ガイドライン有り群では、ECT 患者の心理状態の改善を得ることができ、その結果 QOL の改善が得られたと考えられる。

また、退院時の調査において、ガイドライン有り群はガイドライン無し群に比べて、説明の在り方や受療環境に対する満足度が高く、今後の治療への積極性も高まっていた。このことから、作成したガイドラインは、ECT 患者のアドヒアランスの向上にもつながるものと考えられる。

第 7 章（本章）では、本研究の効用ならびにその限界と、ECT を受療する難治性慢性痛患者の心理的側面に関する今後の展望について言及を行う。

本研究において作成したガイドラインは、患者に対する一般的な臨床上的説明に加えて、ECT 患者への心理教育と医療サイドへの心理教育による介入（池田・塩谷，2002）を主軸としたものであると考えられる。作成したガイドラインの有用性の検討では、ECT の 1 クールの入院治療を通じて、治療に関する十分な説明とそれに対する患者の理解の深まりによって、患者の QOL が改善していることやアドヒアランスが向上していることが示唆されたと考えられる。

一方で、痛みの治療を目的として ECT を受療する難治性慢性痛患者の絶対数が少ないということも事実である。第 5 章第 1 節では、ECT 患者を対象としたヒアリング調査の内容について、M-GTA の手法に基づき分析を行った。木下（2007）は、M-GTA は、方法論的限定により設定したデータの範囲内で、継続的比較分析を行い相対的に理論的飽和化を行っていくものであることと述べており、本研究で得られたデータ内においては各概念ならびに各サブカテゴリー、各カテゴリー、各コアカテゴリーはそれぞれ理論的飽和に到達しているものとするが、第 5 章ならびに第 6 章の対象患者のサンプル数をさらに増やしての分析も必要であるかもしれない。また、第 5 章のヒアリング調査では聴き取りが中心であったが、語り手である患者自身が ECT の副作用の健忘によりインタビュー以前に感じていた

感情を、すべて語りきれないかもしれないという点についての検証は困難であったと考える。

さらに、第6章での、作成したガイドラインの有用性の検討の調査は、退院時までの調査となっており、退院時の時点で確認されたQOLの改善やアドヒアランスの向上が、その後どの程度の期間維持されていくのかということまでの言及には至っていない。また、今回の調査ではQOLの測定に関して尺度の使用による測定は行っていない。そのため、QOLやアドヒアランスの長期的な予後の状態についても、今後は標準化された尺度を用いて、経時的なフォローアップ調査を行い、従来述べられてきている健康関連QOLとの関連についても検討していく必要があると考えられる。

アドヒアランスに関しては、今後、コンコーダンスの概念にも視野を広げて検討していきたいと考える。安保(2011)は、コンプライアンス、アドヒアランス、コンコーダンスのそれぞれの概念について表7-1のようにまとめている。コンコーダンスとは、ラテン語の「同じ心」を意味する「concordant」が語源の英語であり、安保(2011)によれば、医師からの指示を遵守することを意味するコンプライアンスや、そこに加えて患者自身の治療参加への積極性が付加されたアドヒアランス以上に、コンコーダンスの概念では医療者と患者が共有の考え方を見出して寄り添うことが重要であるとしている。すなわち、その患者にとっての健康面のパートナーシップを持つことや患者自身の持つ価値観や希望といったQOLの要素を重視するものであり、患者の考えを現実にかけていることとして受け止めて尊重することを重視する概念モデルであるとされている。ECT患者の場合として考えてみると、ECTに対して抱いている患者の考えやイメージ、ECTを受療する際の医療スタッフとのやり取りやその対応などによって生じる患者の感情や考えを、的確に把握して受け止め尊重し、どのように応じていくかということを中心に念頭におき意識していくべきことであると考えられる。本橋(2000)によれば、ECTが社会一般に受け入れられるために必要なことは、『ECTが密室のなかでいかかわしい治療機で行われている』というイメージを払拭することが大切であると述べられており、一般的にはECTが治療法として確立されている

表7-1. 患者と治療の関係に関する3概念

コンプライアンス

医療者が治療方針を決定し、当事者(患者)がそれに従う行動をとること

アドヒアランス

当事者(患者)が治療に対して積極的・前向きな考えを持つこと

コンコーダンス

当事者(患者)の考えと医療者の考え(治療方針も含む)が一致するように、両者の考えを尊重しあうこと

(安保(2011)より)

ことがよく理解されていないのが実際のところであるといえる。そのため、患者はECTに際して大きな不安などを抱えているものと思われるが、患者の意思を尊重しつつ治療についての適切な情報を提供し患者の不安な気持ちに寄り添い、共に改善を図っていくということは、本研究の目指しているところのものであり、コンコーダンスの理念に結びつくものであると考える。

また、ECT患者への心理援助や介入には、ほかにもさまざまなアプローチの可能性があると考えられる。慢性痛患者への認知行動療法やリラクゼーション法の応用や、ECT患者同士のグループ交流などを検討し、より効果的な取り組みに発展させていきたいと考える。慢性痛患者に対するこれらの心理的介入の長期的な効果もあることから、退院後の長期的な予後を見据えた心理援助並びに心理的介入を検討することも重要である。

引用文献

- Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., & Higgines, P. (1994). Personal and contextual features of daily stress reactivity : Individual differences in relations of undesirable daily events with mood disturbances and chronic pain intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 329-340.
- 秋山陽子・坪井康次・中野弘一・筒井末春 (1995). 不安, 抑うつ状態が日常生活に及ぼす影響 : Sickness Impact に関する検討 : QOL の観点から(その1)(心理テスト) 心身医学, 35, 206.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition-Text Revision, APA, Washington, D.C.
- 安保寛明 (2011). 詳説 コンコーダンス 患者と医療者の心がともにあることの意味 精神科看護, 38(11), 5-12.
- 有田英子・花岡一雄 (2003). 光線療法 : 痛み—基礎・診断・治療— (花岡一雄編), 朝倉書店, 東京, pp. 360-372.
- 栗田圭一 (2003). 電気痙攣療法の適応—「適応となる診断」と「適応となる状況」— 精神科治療学, 18(11), 1267-1274.
- Barnes, D., Gatchel, R. J., Mayer, T. G. & Barnett, J. (1990). Changes in MMPI profile levels of chronic low back pain patients following successful treatment. *J. Spinal Disord.*, 3, 353-355.
- Bonica, J. J. (1990). General considerations of chronic pain. In: Bonica, J. J., editors. The Management of Pain, 2nd Edition, Philadelphia, Lea and Febiger, pp. 186-196.
- Bradley, J. J. (1963). Severe pain associated with depressive syndrome. *Br J Psychiatry*, 109, 741-745.

- Brodman, K., Erdmann, A. J. Jr., Wolff, H. G. (1995). Cornell Medical Index-Health Questionnaire Manual (Revised). The New York Hospital and the Department of Medicine (Neurology) and Psychiatry. Cornell University Medical College, pp. 1-15.
- Burns, J. W., Johnson, B. J., Mahoney, N., Devine, J., & Pawl, R. (1996). Anger management style, hostility and suppose responses : gender differences in predictors of adjustment among chronic pain patients. *Pain*, 64, 445-453.
- Corran, T. M., Farrell, M. J., & Helme, Romert, D (1997). The classification of patients with chronic pain : Age as a contributing factor. *Clin. J. Pain*, 13, 207-214.
- 大坊郁夫 : 日本版 GHQ (2003). 上里一郎 (監) : 心理アセスメントブック第 2 版. 西村書店, pp319-327.
- Dersh, J., Polatin, P. B., & Gatchel, R. J. (2002) Chronic pain and psychopathology : research findings and theoretical considerations. *Psychosom Med*, 64, 773-786.
- Devor, M. (2005). Response of nerves to injury in relation to neuropathic pain. In : McMahon, S., Koltzenburg, M., Wall, P. D., editors. Textbook of pain (e-edition). Philadelphia, Churchill Livingstone, pp.905-924.
- 土肥修司・松本茂美 (2002). 慢性痛とは—臨床の見地から— 医学のあゆみ, 203(1), 33-38.
- 土井永史・米良仁志 (1998). 中枢性疼痛に対する電気けいれん療法 ペインクリニック, 19, 845-853.
- 土井永史・米良仁志 (2002). 慢性疼痛に対する電気けいれん療法—その適応と作用機序— 医学のあゆみ, 203(1), 91-95.
- 土井永史・米良仁志・中村満・諏訪浩・武山静夫・藤井潤・嶋本恵利子・一瀬邦弘・鮫島達夫 (2000). 電気けいれん療法(ECT)の痛み治療への応用 ペインクリニック, 21(8), 1165-1171.

- 土井永史 (2003). 心因性疼痛の診断と治療—痛み行動の理解のために, 真興交易(株) 医書出版部, 東京, pp.125-153.
- 土井永史・中村満・一瀬邦弘・米良仁志・長尾毅彦・武山静夫・鮫島達夫 (1999). 神経因性疼痛に対する ECT の治療効果 脳の科学, 21, 155-161.
- 土井永史・中村満・一瀬邦弘・武山静夫・鮫島達夫・米良仁志 (2003). 電気痙攣療法(ECT): 痛み—基礎・診断・治療— (花岡一雄編), 朝倉書店, 東京, pp.391-397.
- 土井永史・中村満・一瀬邦弘・諏訪浩・渋谷総朗・武山静夫・鮫島達夫・米良仁志・福林範和・佐伯吉規・吉田健一 (2003). 短パルス矩形波治療器の適応が期待される疾患: 疼痛性障害 精神科治療学, 18(12), 1403-1409.
- 土井永史・中村満・諏訪浩・一瀬邦弘・渋谷総朗・武山静夫・鮫島達夫・米良仁志・福林範和・石丸如月・吉田健一 (2003). 神経因性疼痛に対する ECT 適応及び作用機序についての考察 臨床精神医学, 32(3), 271-277.
- 土井永史・鮫島達夫・臼井千恵・米良仁志・諏訪浩 (2005). 最近の疼痛治療 5 電気けいれん療法 治療学, 39(8), 74-80.
- Engel, G. L. (1959), "Psychogenic" pain and the pain prone patients. *Am. J. Med.*, 26, 899-918.
- 江藤文夫 (2003). 物理療法: 痛み—基礎・診断・治療— (花岡一雄編), 朝倉書店, 東京, pp.303-311.
- Fordyce, W. E., Fowler, Jr. R. S., Lehmann, J. F., & De Lateur, B. J. (1968). Some implication of learning in problems of chronic pain. *J. Chron. Dis.*, 21, 179-190.
- Fordyce, W. E., Woelw, Jr. R. S., Lehmann, J. F., DeLteur, B. J., Sand, P. L., & Trieschmann, R. B. (1973). Operant conditioning in the treatment of chronic pain. *Arch. Phys. Med. Rehab.*, 54, 399-408.
- Fordyce, W. E., Shelton, J. L., & Dundore, D. E. (1982). The modification of avoidance learning pain behavior. *J. Behav. Med.*, 5, 405-414.

- 福原俊一・鈴嶋よしみ (2004). SF-36v2™日本語版マニュアル. 京都. NPO 健康医療評価研究機構.
- 福井弥己郎・町田英世・竹山栄子 (1998). 慢性疼痛管理プログラムのHADによる情動的要素からの評価 ペインクリニック, 19(1), 79-82.
- Gamsa A. (1994). The role of psychological factors in chronic pain. I. A half century of study. *Pain*, 57, 5-15.
- 後藤文夫 (2002). 慢性疼痛に対する消炎鎮痛薬 医学のあゆみ, 203(1), 65-69.
- 後藤雅博 (1992). 複合家族療法—心理・教育的複合家族療法: 氏原寛・小川捷之・東山紘久・村瀬孝雄・山中康裕編 心理臨床大事典. 培風館, 東京, pp.344-347.
- Gureje, O., Von Korff, M., Simon, G.E., & Gater, R. (1998). Persistent pain and wellbeing---a world health organization study in primary care. *JAMA*, 280, 147-151.
- 濱口眞輔・北島敏光 (2002). 慢性疼痛に対する鎮痛補助薬 医学のあゆみ, 203(1), 59-64.
- 原聡子・久保千春 (2002). 慢性疼痛患者における不安・抑うつと防衛機制の研究 心療内科, 6(2), 161-167.
- 八反丸健二・増田彰則・中山孝史・黒木延隆・鄭忠和・八反丸真人 (2004). 慢性疼痛患者に対する多面的治療と経過について 心身医学, 44(3), 193-200.
- Heaton, R.K., Getto, C.J., Lehman, R.A., Fordyce, W.E., Brauer, E., & Groba, S.E. (1982). A standardized evaluation of psychological factors in chronic pain. *Pain*, 12, 165-74.
- 樋口比登実 (2010). 難治性疼痛の薬物療法, 南山堂, 東京, 付表
- 平川奈緒美・十時忠秀 (2003). 高周波熱凝固法: 痛み—基礎・診断・治療— (花岡一雄編), 朝倉書店, 東京, pp. 384-390.
- 井福正記・井関雅子・吉川晶子・森田善仁・小松修治・山口敬介・稲田英一 (2011). 上

- 肢の複合性局所疼痛症候群の治療の満足度 日本ペインクリニック学会誌, 18(1), 9-14.
- 池田祥子・塩谷正弘 (2002). ペインクリニック患者に対する臨床心理学的アプローチからの教育・指導, ペインクリニック, 23(9), 1207-1213.
- 池田知史・吉田伸司・渡辺正嗣・高薄敏史・山口重樹 (2007). 帯状疱疹後神経痛患者の精神・心理的評価 日本ペインクリニック学会誌, 14, 9-13.
- International Association for the Study of Pain Subcommittee on Taxonomy (1986). Classification of chronic pain. *Pain(suppl. 3)* s217
- 伊藤樹史・川端正博・岡田二郎 (1984). 因子分析からみたペインクリニック患者と CMI 評価 ペインクリニック, 5, 351-356.
- Kane, K. & Taub, A. (1975). A history of local electrical analgesia. *Pain*, 1, 125-138.
- 片山容一 (2002). 幻肢痛に対する神経刺激療法—脊髄, 視床, 大脳皮質— 医学のあゆみ, 203(1), 102-106.
- 勝木達夫 (2012). アドヒアランスをいかに高め, 維持するか 心臓, 44(3), 286-290.
- 金久卓也・深町建・野添新一 (1983). CMI 日本版コーネル・メディカル・インデックス—その解説と資料 (改訂版). 京都, 三京房, pp1-9.
- 加藤佳子・加藤滉 (2002). 慢性疼痛に対する麻薬性鎮痛薬 医学のあゆみ, 203(1), 70-74.
- 金外淑・村上正人・松野俊夫 (2012). 線維筋痛症患者に対する心理教育を中心としたガイドライン作成～患者家族に対する心理教育的介入の効果について～ *PAIN RESEARCH*, 27(2), 83.
- 木村直暁・有働幸紘・久米健・大原義隆・柳原尚・竹田清 (2010). ペインクリニック外来における代替療法の治療効果判定—Pain Vision®を用いて— ペインクリニック, 31, 101-103.
- 木村尚平・河西稔・高橋伸二・川瀬守智・波木京子 (2003). 修正型電気けいれん療法で

- 改善した慢性腰痛患者の1症例 日本ペインクリニック学会誌, 10, 168-72.
- 木村信康・増田豊・宮崎東洋 (2010). ペインクリニック外来患者の疼痛と CES-D Scale の再評価 第2報 慢性疼痛, 29, 87-93.
- 木下康仁 (2007). ライブ講義 M-GTA—実践的質的研究法 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて 弘文堂, 東京, pp. 69-87, pp. 209-216, pp. 223-229.
- 北島敏光・奥田泰久・緑川由紀夫・松本勉 (1995). 慢性疼痛患者の精神・心理的側面—心理テスト (CMI, MAS, YG) の結果とその相関性について— ペインクリニック, 16(3), 365-368
- Klega, A., Eberle, T., Buchholz, H. G., Maus, S., Maihöfner, C., Schreckenberger, M., & Birklein, F. (2010). Central opioidergic neurotransmission in complex regional pain syndrome. *Neurology*, 75, 129-136.
- Kleinman, A. (1996). Sociosomatics: How the social world affects bodily processes. 精神神経学雑誌, 98, 523-532.
- Kobayashi, Y., Doi, N., Mera, H., Nomura, S. (2005). A Difference of Psychological Feature Between the Patients With Chronic Pain who Underwent ECT and the Patients who Did Not Undergo ECT, *The 18th World Congress on Psychosomatic Medicine Program & Abstracts*, 113.
- 小林如乃・土井永史・米良仁志・野村忍 (2006). ECT 患者の心理的特徴 第20回ペインクリニック学会東京地方会講演抄録集, 18.
- 河野美樹・戸田雅裕・山中珠美・森本兼曩 (2009). 急性疼痛と慢性疼痛における精神健康度およびうつ状態と主観的疼痛強度との関連性 ペインクリニック, 30, 63-66.
- 久保田裕・井上陽子・後藤健一・藤原修一郎・関野長昭・近藤総一・井関栄三・小阪憲司 (2001). 慢性疼痛への修正電気けいれん療法—脊髄障害に伴う慢性疼痛に奏功した一例— 神奈川県精神医学会誌, 51, 33-41.
- Lesky, J. (2010). Sudeck syndrome (CRPS) caused by unique personality traits: myth

- and fiction. *Z Orthop Unfall*, 148, 716-722.
- Loeser, J.D. (1982). Concept of pain. In : (ed), Stanton-Hicks, M. & Boas, R. Chronic Low Back Pain. Lippincott-Raven, Philadelphia, p.146.
- Mandel, M.R., (1975). Electroconvulsive therapy for chronic pain associated with depression. *Am J Psychiatry*, 132, 632-636.
- 眞下節 (2003). 神経因性疼痛発症のメカニズム 痛みと臨床, 3, 61-71.
- 眞下節 (2011). 神経障害性疼痛 克誠堂出版, 東京, p.5.
- Maruta, T. (1989). Depression Associated with Chronic Pain: Incidence, Characteristics, and Long-term Outcome. *Keio J Med*, 38, 403-412.
- 増田豊 (2002). 慢性疼痛に対する神経ブロック療法 医学のあゆみ, 203(1), 75-80.
- Mayer, R.A., David, K.D., Cohen, R.H., Treede, R.D., & Campbell, J.N. (1991). Mechanically insensitive afferents (MIAs) in cutaneous nerves of monkey. *Brain Research*, 561, 252-261.
- Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain*, 82(suppl6), S121-S126.
- 米良仁志・小林如乃・土井永史 (2008). CRPS の ECT 治療 ペインクリニック, 29, 1223-1229.
- Merskey, H., Bogduk, N. (1994). Classification of chronic pain - descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms (second ed.) Task force on taxonomy. Seattle, IASP press.
- 宮本光郎・岡田邦子・谷口一男・土生晶子・織田俊介・本多夏生 (1990). ペインクリニック外来患者の心理テストによる疾患別の評価 ペインクリニック, 11(3), 365-368.
- 宮崎東洋 (2003). 神経ブロック：痛み—基礎・診断・治療—(花岡一雄編), 朝倉書店, 東京, pp. 286-293.
- 宮崎東洋・花岡一雄・並木昭義・小川節郎・北島敏光・細川豊史・鈴木康正・野上昌二・田熊清貴 (2010). デュロテップ®MT パッチの非癌性慢性疼痛患者を対象とした臨

- 床試験 I---4 州および長期 (52 週) 貼付---, 新薬と臨床 J. New Rem. & Clin., 59(2), 39-67.
- 水野泰行・福永幹彦・中井吉英 (2005). 慢性疼痛患者とその他の心身症患者との比較—治療にともなう心理的变化の前向き研究— 慢性疼痛, 24, 89-94.
- 森本昌宏 (2002). 慢性疼痛に対する末梢刺激—SSP 療法を中心に— 医学のあゆみ, 203(1), 107-110.
- 本橋伸高 (2000). ECT マニュアル—科学的精神医学をめざして— 医学書院, 東京, pp. 67-80.
- 村上正人 (2003). 心療内科からみた視床痛. ペインクリニック, 24, 1281-1286.
- 村上正人・松野俊夫・金外淑・小池一喜・井上幹紀親・三浦勝浩・花岡啓子・江花昭一・橋本修 (2009). 線維筋痛症の痛みをどうとらえるか 心身医学, 49, 893-902.
- 長井信篤 (2010). 慢性疼痛と心理社会的因子 心身医学, 50, 1139-1143.
- 長井信篤・野添新一 (2002). 心因性慢性疼痛—心身症としての慢性疼痛 医学のあゆみ, 203 (1), 49-53.
- 中川泰彬・大坊郁夫 (1985). 日本版 GHQ 精神健康調査票《手引》 日本文化科学社, pp. 12-14.
- 中井吉英 (1992). ペインクリニックのための心身医学的知識. ペインクリニック, 13, 682-8.
- 中井吉英 (1996). 慢性疼痛とはなにか 日本醫事新報, 3772, 7-12.
- 中井吉英・阿部哲也 (2002). 慢性疼痛の心療内科的治療 医学のあゆみ, 203(1), 81-85.
- 中井吉英・阿部哲也・水野康行 (2008). 慢性疼痛の誓いと医療連携 (宮崎東洋・北出利勝編) 真興交易 (株) 医書出版部, 東京, pp. 34-45.
- 中島義明・子安増生・繁榊算男・箱田裕司・安藤清志・坂野雄二・立花政夫 (編) (2002). 心理学辞典 有斐閣, p. 699.

- 中村満・土井永史・一瀬邦弘・米良仁志・鮫島達夫・諏訪浩・行実知昭・樽矢敏広・武山静夫・前田岳・長尾毅彦 (1999). ECT はなぜ効くのか—脳循環代謝の観点から—
脳科学, 21, 185-191.
- 中村満・土井永史・一瀬邦弘・諏訪浩・杉原玄一・米良仁志・武山静夫・鮫島達夫・前田岳・長尾毅彦・矢野雄三・及川明博・酒井竜雄・青木信彦 (1999). 慢性疼痛における視床機能の変化—脳機能画像による検討— ペインクリニック, 20, 21-26.
- 日本ペインクリニック学会用語委員会; 西江宏行・長櫓巧・有田英子・表圭一・鈴木孝浩・寺井岳三・中谷俊彦・藤井善隆・森脇克行 (2009). Pain の和訳—用語委員会からの提言— 日本ペインクリニック学会, 16(4), 37-46.
- 野田寿恵・木村哲也・坂本英史・矢吹すみ江・秋山剛 (1999). 慢性疼痛と無けいれん通電療法 精神医学, 41(3), 293-295.
- Novy, D. M., Nelson, D. V., Francis, D. J., & Turk, D. C. (1995). Perspectives of Chronic Pain: An evaluative Comparison of Restrictive and Comprehensive Models. *Psychological Bulletin*, 2, 238-247.
- 野添新一・長井信篤・出口大輔・建部佳記 (2002). 慢性疼痛の診断・治療ガイドライン. 平成 11 年度～平成 13 年度厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 心身症の診断・治療ガイドライン作成とその実証的研究総括研究報告書 pp. 29-32.
- 及川明博・土井永史 (1999). 中枢性疼痛の電気痙攣療法 医学のあゆみ, 189, 781-784.
- 岡堂哲雄編集 (1993). 心理検査学—臨床心理査定の基本—. 東京, 垣内出版株式会社, pp. 518-31.
- 岡島美朗・加藤敏 (2000). 慢性疼痛の発症要因と類型分類 精神科治療学, 15(3), 215-259.
- 大森英哉・長沼芳和・大瀬戸清茂・塩谷正弘 (2000). 反射性交感神経性萎縮症に対する電気けいれん療法選択の適応について ペインクリニック, 21(2), 255-258.
- 大野真理子 (2008). アドヒアランスのバリア 月間薬事 50(11) 1791-1795.

- Pisetsky, J.E. (1946). Disappearance of painful phantom limbs after electroshock therapy. *Am J Psychiatry* 102 599-601.
- Poole, H., White, S., Blake, C., Murphy, P., & Bramwell, R. (2009). Depression in chronic pain patients: prevalence and measurement. *Pain Pract*, 9, 173-180.
- Rasmussen, K.G., & Rummans, T.A. (2002). Electroconvulsive therapy in the management of chronic pain. *Curr Pain Headache Rep.* 6(1), 17-22.
- Raspe, H., Thomas, K. (1994). Disorder characterized by pain: a methodological review of population surveys. *J.Epidemiol Commun. Health*, 48, 531-537
- 佐伯茂 (2003). 薬物治療 鎮痛補助薬：痛み—基礎・診断・治療— (花岡一雄編), 朝倉書店, 東京, pp.273-285.
- 坂本真士 (1995). 抑うつと不安における正常と異常 精神科診断学, 6, 131-42.
- 鮫島達夫・土井永史・中村満・一瀬邦弘・米良仁志・武山静夫・小倉美津雄・諏訪浩・松浦礼子・前田岳 (2000). 帯状疱疹後神経痛に対する電気けいれん療法 (ECT) の長期効果—第1クール後の痛みの再発と ECT 再試行の検討— 日本ペインクリニック学会誌, 7, 126-133.
- Shealy, C.N., Mortimer, J.T., & Hagfors, N.R. (1970). Dorsal column electro-analgesia. *J Neurosurg*, 32, 560-564.
- 下地恒毅・東英穂・加納竜彦・浅井淳・森岡亨 (1971). 局所通電による疼痛除去の試み 麻酔, 20, 444-447.
- Shimoji, K., Kitamura, H., Ikezono, E., Shimizu, H., Okamoto, K., and Iwakura, & Y (1974). Spinal hypalgesia and analgesia by low-frequency electrical stimulation in the epidural space. *Anesthesiology*, 41, 91-94.
- Shimoji, K., Matsuki, M., Shimizu, H., Iwane, T., Takahashi, R., Maruyama, M., & Masuko, K. (1977). Low frequency, weak extradural stimulation in the management of intractable pain. *Br J Anaesth*, 49, 1081-1086.

- 塩谷正弘 (2002). ペインクリニック 心療内科, 6(6), 442-446.
- 塩谷正弘・大瀬戸清茂・十時忠秀 (2000). 神経ブロック概論：ペインクリニック神経ブロック法第2版(若杉文吉監), 医学書院, 東京, pp.7-15.
- 染矢俊幸・坂戸薫 (2003). 精神症状評価尺度. 上里一郎(監):心理アセスメントブック第2版. 西村書店, 東京, pp.303-318.
- Sternbach, R. (1974). Pain patients: Traits and treatment. Academic Press, New York.
- 菅原正秋 (2003). 鍼治療：痛み—基礎・診断・治療—(花岡一雄編), 朝倉書店, 東京, pp.344-351.
- 高雄由美子・村川和重・森山萬秀・柳本富士雄・中野範・福永智栄・上島江利・真田かなえ・佐藤仁昭・前川信博 (2010). 慢性頸肩部謹厳性疼痛(重度の肩こり)患者に対するボツリヌス毒素療法の有効性 日本ペインクリニック学会, 17(1), 11-16.
- 田邊豊・弘田博子・秋山泰子・石井康多・木田直俊・宮澤一治・井関雅子・宮崎東洋 (2003). CRPS type I 患者における心理テスト(Y-G, CMI, MAS)の検討. 慢性疼痛 22:99-103.
- 富田美佐緒・下地恒毅 (2003). 刺激療法, 脊髄電気刺激:痛み—基礎・診断・治療—(花岡一雄編), 朝倉書店, 東京, pp.335-343.
- 竹内龍雄・高橋千佳 (2004). 大うつ病を合併した慢性疼痛性障害にパロキセチンが著効した1症例 新薬と臨床, 53, 504-508.
- 竹内大作・種市洋・野原裕 (2011). 慢性腰痛症治療における患者満足度とアドヒアランス 診断と治療, 99(5), 911-918.
- Turk, D.C., & Meichenbaum, D. (1984). A cognitive-behavioral approach to pain management. In: (ed.), Wall, P. D., Melzack, R. Textbook of Pain. Chirchill Livington, London.
- Turk, D.C., & Rudy, T.E. (1988). Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: Integration of psychological assessment data. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 56, 233-238.

- Turk, D. C. , & Rudy, T. E. (1989). A cognitive-behavioral perspective on chronic pain: beyond the scalpel and syringe. In: (ed.), Tollison, C. D., Handbook of Chronic Pain Management. Williams & Wilkins, Baltimore.
- 上地安昭 (2003). コーネル・メディカル・インデックス (CMI) : 上里一郎監修, 心理アセスメントハンドブック第2版 東京, 西村書店, pp.273-83.
- Verhaak, P. F. , Lerssens, J. J. & Dekker, J. (1998). Prevalence of chronic benign pain disorder among adults : a review of the literature. *Pain*, 77, 231-239.
- Von Korff (1996). The relationship between pain and depression. *Br. J. Psychiatry*, 168 (Supple30), 101-8.
- Von Hagen, K. O. (1957). Chronic intolerable pain. *JAMA*, 165, 773-777.
- Walsh, T. L. , Homa, K. , Hanscom, B. , Lurie, J. , Sepulveda, M. G. , & Abdu, W. (2006). Screening for depressive symptoms in patients with chronic spinal pain using the SF-36 Health Survey. *Spine J*, 6, 316-320.
- 山下真・芦原睦 (2010). 当科における線維筋痛症 71 例の検討 日本心療内科学会誌, 14, 230-237.
- 与倉博逸・奥田泰久・見塩六生・浜口眞輔・山口重樹・和気晃司 (1999). MMPI と CMI からみた慢性疼痛患者の精神・心理的側面 ペインクリニック, 20(8), 1198-1202.

謝辞

この研究を博士学位申請論文として形にすることが出来たのは、主査を担当して下さいました、早稲田大学人間科学学術院 野村忍教授の御丁寧かつ御熱心な御指導を賜りましたおかげと存じております。また、快く副査をお受け下さいました熊野宏昭教授、鈴木伸一教授に、心より感謝を申し上げたいと存じます。先生方からは詳細なコメントと洞察に富む御助言を頂戴いたしました。本当にどうもありがとうございます。同じく副査をお受け下さいました東京都保健医療公社荏原病院麻酔科米良仁志部長には、日々貴重なお時間を割いていただき、日常の議論を通じて多くの知識や御示唆を頂戴いたしました。そして、茨城県立こころの医療センター院長土井永史先生には、本研究への取り組みの契機をお与えくださいましたことを、心より感謝申し上げます。本日ここに学位申請論文を提出させていただくことができたのも、先生方に御指導いただきましたゆえのものと深く感じております。早稲田大学人間科学研究科心身医学研究室の皆様、そして最後になりますが温かい励ましをいつも送り続けてくれた家族にも、本当に感謝しております。皆様方への心からの感謝の気持ちと御礼を申し上げたく、謝辞にかえさせていただきたいと存じます。

2013年 1月