

表 EQ-5Dによる神経障害性疼痛患者のQOL評価（文献3より改変して引用した表を文献18より許可を得て引用）

	疼痛強度の 平均値（NRS）	神経障害性疼痛患者の EQ-5D（平均値）	重症例（NRS 7以上）の EQ-5D
神経障害性疼痛疾患	4.8/10	0.44	0.16
糖尿病性ニューロパチー	5.0/10	0.41～0.50	0.2
帯状疱疹後神経痛	4.2～4.6/10	0.60～0.61	0.25～0.27
三叉神経痛	4.2/10	0.56	0.3
*健常者		1.0	
*死亡		0.0	

（運動、感覚、自律神経系）、ADL/QOL、既往歴、職業歴（職業上の問題）、精神心理学的問題、過去の薬物の不適切な使用の既往などについての網羅的な評価を推奨することが冒頭に記載されている。

痛みは、身体のみ、あるいは心理のみの問題ではなく、身体的な痛みの認知は心理因子や社会的因子によってさまざまに影響を受けるため、個々の慢性疼痛患者が抱える問題点を生物心理社会的モデルに基づいて層別化して評価しなければいけ

ない（図1）⁵⁾。このモデルは、“疾患は生物学的な因子（例：組織傷害）とともに必ず心理学的および社会的因子を含んでいる”ことを提唱する概念的モデルである。“疾患は何らかの組織傷害（だけ）に起因して発症する”とする生物医学還元モデル（論）が古来より医学分野では支配的であったが、慢性疼痛疾患はこの考えだけでは明らかに不十分であり、生物心理社会的モデルの導入が必要である。現状の本邦の慢性疼痛診療では痛みの発生起源（＝解剖学的傷害）を検索すること

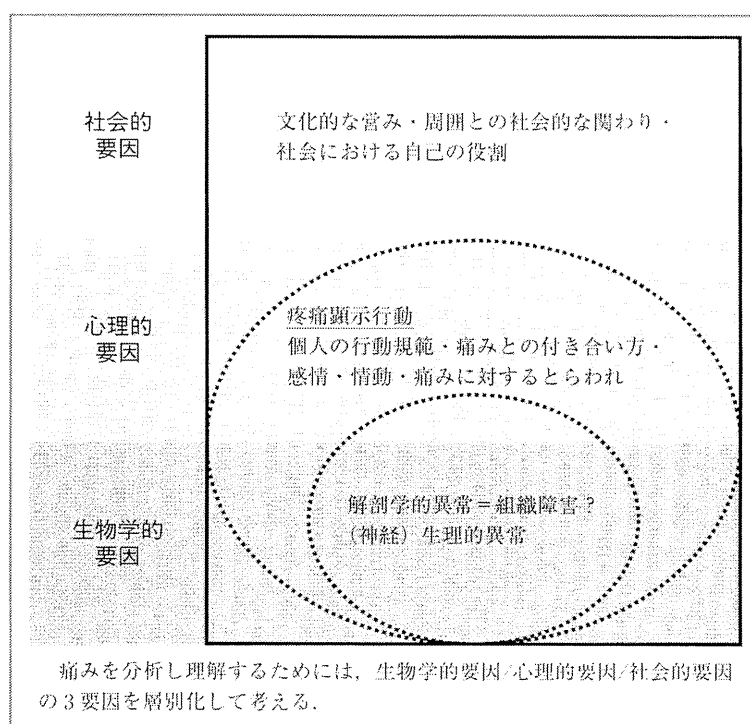


図1 痛みの生物心理社会的モデル（文献5より改変して引用）

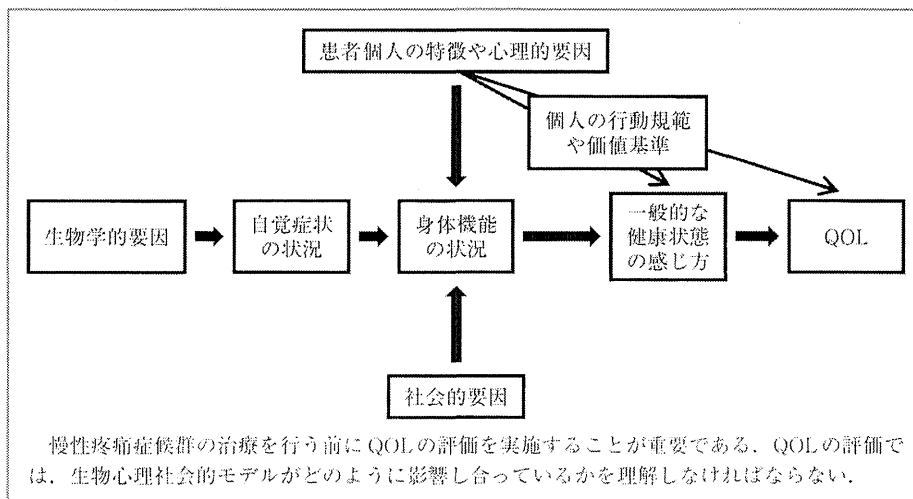


図2 生物心理社会的モデルに基づく QOL 評価 (文献6より改変して引用)

に評価が集中し、まだまだ心理的要因および社会的要因への評価・理解が不十分である。あるいは、患者の訴える痛みが治療抵抗性の際に、その説明として心理的要因や社会的要因を後付けして解釈するような姿勢がしばしば見受けられる。明らかな組織の傷害の有無に関係なく、患者の痛みの訴えには常に生物心理社会的要因が含まれていることを銘記しなければならない。この生物心理社会的モデルの導入は、慢性疼痛に対する標準療法である集学的アプローチを実践する上で、最も費用対効果が優れていることが明らかにされている。

生物心理社会的モデルに基づいた患者評価に続いて、それらの生物心理社会的因子が患者の症状や身体機能、一般的な健康状態から QOL にどのように影響を与えているかを検討する(図2)⁹⁾。このような一連の患者評価を実践して初めて、真に患者に有益な治療を展開できる。

治療：集学的アプローチ

慢性疼痛症候群の治療では、生物心理社会的モデルのすべての因子に対して多面的に対応しなければいけない。その治療のゴール設定は、疼痛が十分に緩和することだけでなく、有意義な日常生活を過ごし、精神心理的な問題を持たないように設定する必要がある。つまり、治療ゴールを短絡

的に疼痛の寛解と設定するだけでは不十分であり、また痛みが十分に緩和せず継続しても、身体的障害に対して適切な ADL への回復と、それに続く QOL の向上を目標にしなければいけない。このような治療目標を設定し達成するためには、複合性局所疼痛症候群 (CRPS: complex regional pain syndrome) の治療として提唱されているアルゴリズムが理に適っている(図3)⁷⁾。

この治療アルゴリズムでは、初期療法として薬物療法を設定し、続く多面的なアプローチの主幹をリハビリテーションに置き、患肢の“機能障害に対する治療”を最も優先している。神経ブロックや神経刺激療法などの“疼痛に対する治療”を並行して行うことを推奨しているが、これら“疼痛に対する治療”は“機能障害に対する治療(リハビリ)”を促進するための補助療法であるとの位置付けである。さらに、慢性疼痛患者の抑うつ状態、不安、怒り感情など心理社会的要因が疼痛に随伴する問題行動(疼痛顕示行動)に関連していることから、リハビリや疼痛に対する治療に並行して“心理面に対する治療”も同時に行うことが推奨されている。これらの治療を単独の疼痛診療を専門とする医療職者が行うこともあるが、患者の生物心理社会的問題が複雑であれば、複数の異なる専門領域を持つ医療者が連携して集学的に展開するチーム医療を実践する必要がある。複数

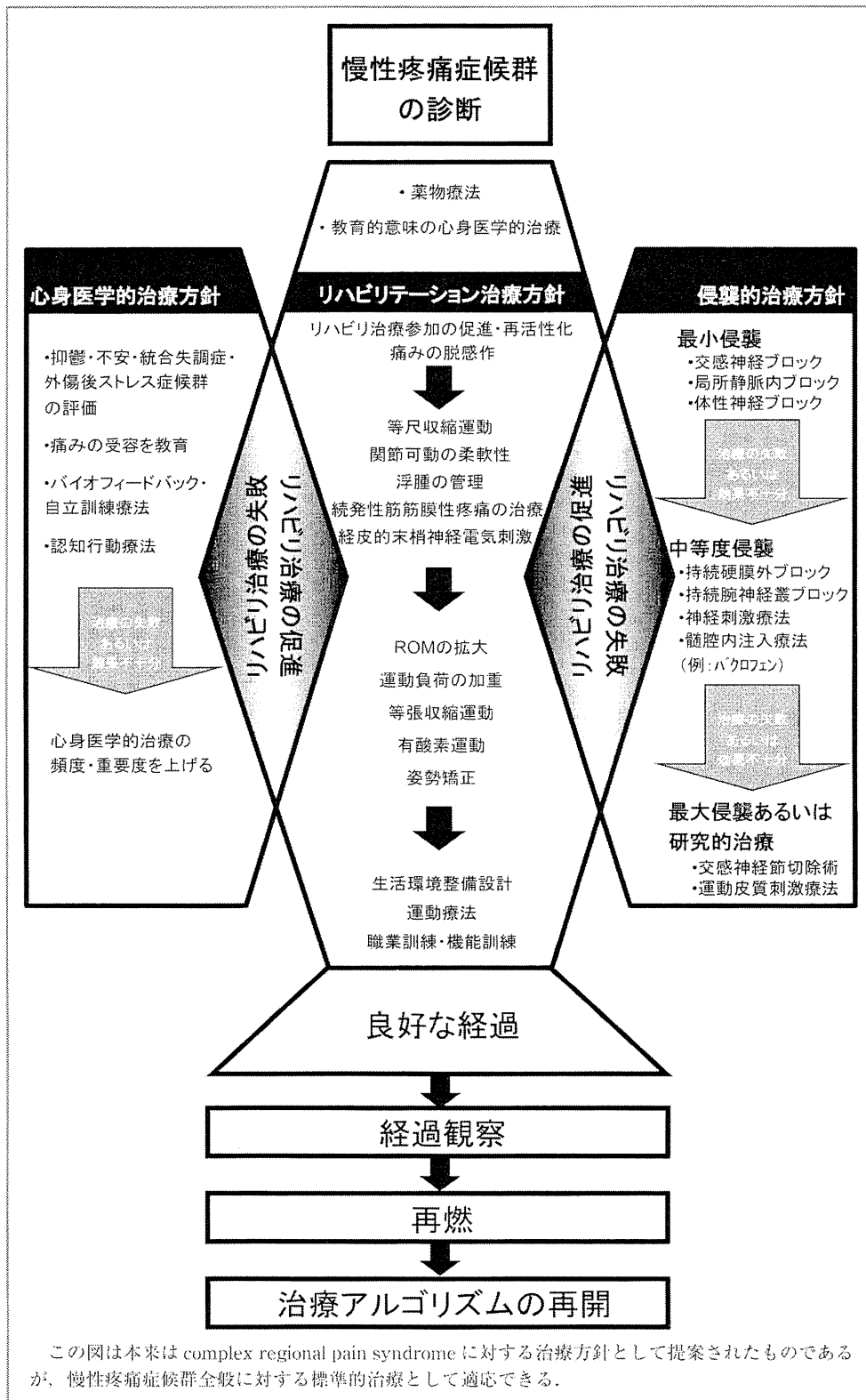


図3 慢性疼痛症候群に対する標準的治療の模式図 (文献7より改変して引用)

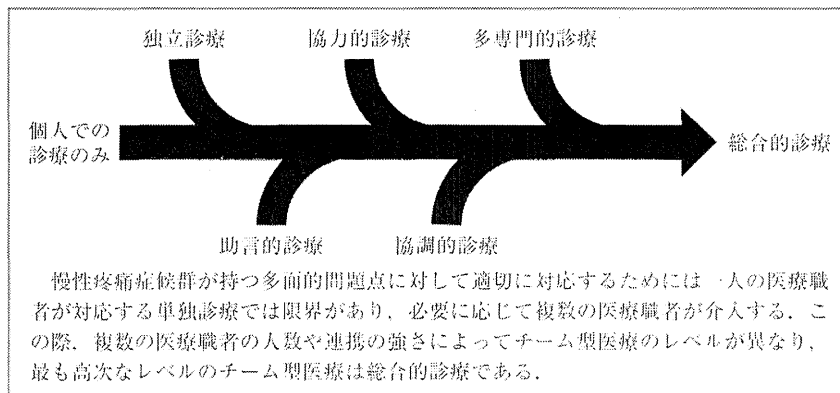


図4 慢性疼痛症候群に対する集学的治療の形態（文献8より改変して引用）

の医療職者が連携する程度はさまざまで、慢性疼痛患者の重症度に応じてその意義や方法は異なる（図4）⁸⁾。

●**独立診療**（parallel practice）：異なる専門領域を持つ複数の医療職者が個々の診療スペースで自分の担当領域だけを独立して診療する。

●**助言的診療**（consultative practice）：ある医療職者が自身が専門とする領域以外の問題点に対して、別の医療職者に助言を求めることで単独で対応する。

●**協力的診療**（collaborative practice）：各々の症例の必要性に応じて複数の医療職者が情報共有を行って診療する。チーム医療の最も原始的な連携である。

●**協調的診療**（coordinated practice）：複数の医療職者が互いの診療内容に配慮して診療する。

●**多専門的診療**（multidisciplinary practice）：慢性疼痛患者が抱える複雑な生物心理社会的問題点に対して、医師・看護師・理学/作業療法士など多岐にわたる医療職者が専門領域に関する治療を行う。個々の医療職者が独自の治療目標を設定する。

●**総合的診療**（interdisciplinary practice）：多岐にわたる医療職者が一つの診療ユニットに集結し、互いの診療内容について理解し有機的に連携しつつ、個々の専門領域に関する治療を行う。チーム医療として最も高次の連携である。

総合的チーム医療の実践は、患者評価の段階から開始することが望ましい。一人の医療職者だけ

で評価を行うよりも複数の医療職者がダブルチェック（場合によってはトリプルチェック）する、あるいは各医療職者が専門としている分野の評価（例：整形外科医が外傷歴から解剖学的な神経損傷の妥当性を判断する、神経内科医が電気生理学的検査を行うなど）を個別に担当することによって診断精度の向上が期待できる。ただし各医療職者は、患者から得られた所見を自身が専門とする分野の一般的な臨床知見と照らし合わせて判断するため、異なる医療職者間で意見が相違することがある。そのような場合を想定して、医療連携を行う際には、あらかじめ一人の医療職者が総括する役目を担うようにしておく。総合的チーム医療を実践する際に、個々の医療職者が治療の目標を漫然と「疼痛の消失」と設定してしまうと満足な治療効果を得ることが難しくなり、疼痛に対する不安や苦悩（suffering）を強め疼痛顕示行動（ドクターショッピングを繰り返したり、疼痛の重篤度をアピールするために過剰に患部をかばい日常生活活動度を著しく低下させたりするような病的な行動）を悪化させてしまう。このような疼痛顕示行動を回避するためにも、それぞれの専門分野について治療開始前にベースラインとしての患者の状態を評価し治療効果判定の基準とし、まず患者の努力によって達成可能な初期目標を設定し段階的に治療目標を高めていくことが重要である。初期目標の設定に際しては、他の医療職者が用いる評価方法をチームに所属する全員が理解し議論できなければならない。医療連携を統括する立場

の医療職者は、それぞれの専門分野毎に得られた評価をすり合わせることによって情報を共有し、俯瞰的な治療計画を作成する。

治療の初期目標および俯瞰的な治療計画は、生物心理社会的モデルに基づいて、①疼痛強度の緩和と、②ADLの向上の2つの視点から設定する。この2つの治療目標は独立して治療効果が得られるわけではなく、相乗的に作用し合うため、両方を治療対象とする重要性を医療職者全員が理解しておかねばならない⁹⁾。

①の疼痛の緩和に対する治療の初期療法は薬物療法である。その際、薬物療法で予想される効果・副作用を十分に教育し、患者の自己判断で服薬量を増減したりしないように服薬コンプライアンスを高めなければならない。チーム医療の際には、薬物療法を行う医療職者同士が緊密に連絡を取り合い、相乗的な効果・副作用が現れる薬剤の使用には厳に注意を要する(例：麻酔科医が抗痙攣薬を投与し精神科医が同時に抗うつ薬を投与すると、治療効果の判定が困難となるだけでなく、服薬初期には眠気・ふらつきが強く転倒のリスクがある)。さらに薬物療法に関わる医療職者がその目標を疼痛緩和だけに設定すると、患者は薬物療法の実践に固執し、偽薬物依存 pseudoaddiction (心理的高揚感を得ることを目的に薬物を摂取する薬物依存 addiction とは異なり、痛みから解放されることを目的に執拗に薬物を求めること)¹⁰⁾と呼ばれる病的な行動を繰り返してしまう。薬物療法は一義的に疼痛緩和のみを目的としているのではなく、不眠や抑うつ気分、食思低下など疼痛に伴う諸症状の緩和も目標としていることを説明し、これにより、治療によって副作用が出現しても患者は前向きに受け止めることができる。ここで示した疼痛緩和に関わる問題点は、薬物療法に限らずすべての治療法に共通する問題である。したがって、それぞれの医療職者が担当する治療法について pseudoaddiction を回避し治療コンプライアンスを高めなければならない。

②のADLの向上のためには、痛みが組織傷害に伴うという認識(急性痛モデル)から、有意義な日常生活を過ごすために治療が必要であると認

識させる問題解決型の“痛みとの付き合い方”を教育しなければならない。このことを踏まえて日常生活活動度の初期目標を設定する。具体的には、現在の身体機能で行える運動や日常生活動作を繰り返すことを目標に設定し、それらが徐々に達成されるにつれて、日常生活動作に即した新しい行動内容を治療目標に追加していく。実現可能な目標を常に立案することが治療の継続のためには重要であり、段階的に運動内容の負荷を上げていくことが望ましい。その際、日常生活活動度の向上に携わるリハビリ関連医療職者だけでなく他の医療職者も、患者が新しい運動能力を獲得できたことを患者自身に適宜告示し、患者が自己効力感(自分自身の問題処理能力に対する自信)を得られるように留意する¹¹⁾。

日常生活活動度の最終治療目標は、病院で受けるリハビリ内容を患者が日常生活内で実践しADLを拡大させることである。このような日常生活活動度の向上のためには、患者に長期的な視点で生活様式の変化を受け入れさせなければならず、患者の意欲と自助努力に依存する。したがって、そのような患者の意欲を医療職者が正当に評価し、患者の意欲が持続するように支持していかねばならない¹²⁻¹⁴⁾。神経障害性疼痛のように神経系の解剖学的・生理学的変化を伴う病態では、慢性的に遷延する疼痛に対する認識の誤りだけが疼痛の原因でないことは明白であるが、臨床的には疼痛顕示行動の増強のように疼痛に伴う行動規範の認識が歪曲されていることが少なくない。よって、神経障害性疼痛のような身体的障害が明白な慢性疼痛症候群に対しても、心理面に配慮した治療(あるいは専門医療職者が診療に参加すること)を、神経系の解剖学的・生理学的変化に対する治療と同時に実践することによってこれらの治療効果を高め、患者のADLおよびQOL向上に寄与する地固め療法的な位置付けであると考えられる¹⁵⁾。

患者に対する介入だけでなく、総合的チーム医療では、患者周囲の人々(主に家族)にも「痛みとは?慢性疼痛症候群とは何か?」、「治療のために何をすべきか?何をすべきでないか?」、「患

者に対してどのように接するべきであるか？」を教育し、診療チームの一員として可能な限り治療に参加させることによって、患者の疼痛緩和やADLおよびQOLの向上が促進される。例えば、患者の家族を診療チームの一員として教育し、家族が積極的に患者に対して“治療者”として働きかけることによって、神経損傷に伴う麻痺肢のCRPS発症を回避できたことが報告されている¹⁶⁾。治療が成功する（あるいは良い方向に向かう）ならば、難治性疼痛患者を抱えながら生活することで感じている心理的ストレスを軽減することができ、患者だけでなく患者周囲の人々にとっても有益であることを説明すると、患者周囲の人々が診療チームの一員として行動する動機付けとなる。

おわりに

慢性疼痛症候群の病態は複雑で、さらにその疼痛を修飾する因子も多岐にわたる。複数の異なる専門領域の医療職者が連携して治療を行い、日毎に変化する疼痛に対してその時々で必要な治療法を組み合わせることで相乗効果が得られる¹⁷⁾。従来の治療で得られる身体活動の改善度が約35%とされるのに対して、このような理想的なチーム医療介入では約65%の改善が期待でき復職率も68%と高い（従来の治療では38%）。痛みに対する効果だけに注目すると、従来からの治療では4%の軽減率に対してチーム医療でも約32%と高くない。これらのことを総合的に判断すると、集学的なチーム医療によって実践される患者の心理面への教育効果が重要であると考えられる（森本温子，吉本隆彦，牛田享宏：運動器痛のマネジメントにおけるインターディシプリナリーアプローチ。国際疼痛学会世界運動器痛年 <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GlobalYearAgainstPain/20092010MusculoskeletalPain/FactSheets/default.htm>）。このような慢性疼痛症候群に対する標準的治療としての集学的なチーム医療の成功のためには、共通の治療目標を設定し、さらに他の医療職者が担当する治療目標も理解し、それに対する配慮も必要である。決して自身

の専門分野の結果だけを求めるような態度をとってはいけない。医療連携に関わる医療職者全員が共通の治療目標の達成に向けて診療をしなければ、患者は集学的な治療を受けることに疑問を持ち、患者にとって都合の良い治療にのみ固執してしまう危険性があることを銘記する必要がある。

文 献

- 1) Merskey H, Bogduk N: Classification of Chronic Pain. IASP Press, Seattle, 1994
- 2) Meyer-Rosberg K et al: Peripheral neuropathic pain—a multidimensional burden for patients. *Eur J Pain* 5: 379–389, 2001
- 3) O'Connor AB: Neuropathic pain: Quality-of-life, impact, costs and cost effectiveness of therapy. *Pharmacoeconomics* 27: 95–112, 2009
- 4) The American Society of Anesthesiologists Task Force: Practice Guidelines for Chronic Pain Management. *Anesthesiology* 112: 810–833, 2011
- 5) Waddell G, Burton AK: Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. *Best Prac Res Clin Rheumatol* 19: 655–670, 2005
- 6) Revicki DA, Ehreth JL: Health-related quality-of-life assessment and planning for the pharmaceutical industry. *Clin Ther* 19: 1101–1115, 1997
- 7) Stanton-Hicks MD et al: An update interdisciplinary clinical pathway for CRPS: Report of and expert panel. *Pain Practice* 2: 1–16, 2002
- 8) Boon H et al: From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework. *BMC Health Service Research* 4: 15, 2004
- 9) Wittink H, Carr DB: Outcomes and effective pain treatment. *Pain Clinical Updates* 16: 1–4, 2008
- 10) Weissman D, Haddox J: Opioid pseudoaddiction: an iatrogenic syndrome. *Pain* 36: 363–366, 1989
- 11) 住谷昌彦，柴田政彦：心理療法—心理面への配慮。神経障害性疼痛診療ガイド（小川節郎編），110–114。南山堂，2010
- 12) Kerns RD et al: Readiness to adopt a self-management approach to chronic pain: the Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ). *Pain* 72: 227–234, 1997
- 13) Kerns RD, Rosenberg R: Predicting responses

- to self-management treatments for chronic pain : application of the pain stages of change model. *Pain* 84 : 49-55, 2000
- 14) Jensen MP et al : Further evaluation of the pain stages of change questionnaire : is the transtheoretical model of change useful for patients with chronic pain? *Pain* 86 : 255-264, 2000
- 15) Haythornthwaite JA : Clinical trials studying pharmacotherapy and psychological treatments alone and together. *Neurology* 65 : S20-31, 2005
- 16) Braus DF et al : The shoulder-hand syndrome after stroke : a prospective clinical trial. *Ann Neurol* 36 : 728-733, 1994
- 17) Flor H et al : Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers : a meta-analysis. *Pain* 49 : 221-230, 1992
- 18) 住谷昌彦・他 : 痛みの量的評価と質的評価. 脊椎脊髄ジャーナル 24(5) : 354-360, 2011

お知らせ

日本離床研究会主催 教育講座

< 2日間集中講座 急性期リハビリテーションにおける臨床評価のポイント >

日時 : 7月23日(土) 14:30~19:30

24日(日) 9:40~16:15

会場 : ポートメッセ名古屋 (愛知県)

講師 : 梶川元 他 日本離床研究会講師陣

受講費 : 2日間 19,800円 (税込)

内容 : ベッドサイドで必要となる臨床検査, 薬剤, 周辺機器の知識を臨床家が指導する即戦力養成講習会

1. 病棟に必要な心機能・循環動態の基礎評価
2. 血液生化学データ~栄養・電解質バランスの評価
3. 病棟で使用されている薬剤 系統別ポイント講座
4. 体水分 IN OUT Balance にまつわる臨床判断の仕方
5. 血液ガスデータの読み方 酸塩基平衡と臨床症状
6. 胸腹部 X 線単純撮影の基本的な画像評価の仕方

< シリーズ「人工呼吸器」人工呼吸器装着時の呼吸ケアと早期離床の実際~理論編~ >

日時 : 7月23日(土) 14:30~19:00

24日(日) 9:40~16:10

会場 : 新小倉ビル (福岡県北九州市)

講師 : 梶川元 他 日本離床研究会講師陣

受講費 : 2日間 17,800円 (税込)

内容 : 人工呼吸器装着患者の, スグ臨床で活用できるケアのポイントとリスク管理を徹底して学びます.

1. 人工呼吸器の仕組みと基礎を学ぼう!
2. なぜ人工呼吸管理になったのか? 装着が必要となる病態を学ぶ
3. 症例形式で学ぶ! 人工呼吸器管理に必要なパラメータの読み方
4. ウィーニング困難例から考える成功の鍵
5. 人工呼吸器装着患者の評価・フィジカルアセスメント
6. 離床時におこりうるトラブル対応のすべて
7. 人工呼吸器装着患者における早期離床の実際

申込み : ホームページよりオンラインで申込み

HP : <http://www.rishou.org/>

問合せ : 日本離床研究会事務局

TEL 03-3350-0526

