

痛みを対象とした医療の基本的な考え方

- ・ 性格は治せない
- ・ 最終的に自己管理できるような対応を心がける
- ・ 病態がわからないときは治療反応性を観察する
- ・ より悪い方向へ導くことはしないように
- ・ 最後の手段としての侵襲的な治療は確実性がない限り実施すべきではない
- ・ 器質的疾患を見逃さないように
- ・ 無駄な社会資源を使わないように
- ・ 本当に痛いかどうかは意味のない議論
 - ・ 患者が「痛い」と言っている事実は紛れもないこの世の出来事

II. 研究の成果の刊行

に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
柴田政彦	CRPSの痛み、 Ca ²⁺ チャネル α 2 δ リガンド (プレガバリン) はどのように に使用すればよいですか？	宗圓聰、紺野 慎一	運動器の痛みをとる・ やわらげる	メディカル ビュー社	東京都	2012	66-69、 133-136
柴田政彦	集学的アプローチ	菊地臣一	運動器の痛み プライ マリケア 膝・大腿部の痛み	南江堂	東京都	2012	31-32
柴田政彦	集学的アプローチ	菊地臣一	運動器の痛み プライ マリケア 下腿・足の痛み	南江堂	東京都	2012	31-32

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
柴田政彦	肩こり	Practice of Pain Management	Vol.3 No.2	4-14	2012
柴田政彦	「痛み」の教育資材作成と普及への取り組みの現状報告	JJSPC 日本ペインクリニック学会誌 第46回大会号	Vol.19 no.3	113	2012
柴田政彦	厚生労働省研究班による痛み教育の取り組み	PAIN REHABILITATION 第17回日本ペインリハビリテーション学会学術大会 プログラム・抄録集	Vol.2 No.2	6	2012
柴田政彦	CRPSの病態と徴候	Orthopaedics CRPSの診断・治療ガイド	Vol.25 No.10	1-6	2012
柴田政彦	痛みの医療における教育と適切な情報普及の重要性	第17回日本口腔顔面痛学会学術大会 プログラム・抄録集		22	2012
柴田政彦	厚生労働省「慢性の痛み対策研究事業」について、「慢性の痛み」へのオピオイド適正使用を考える	JPAP会員向け学術情報誌 JPAP Academic information	No.13	10、11	2012
柴田政彦	オピオイドによる内分泌機能異常	日本ペインクリニック学会誌	Vol.20 No.1	17-24	2013
柴田政彦	痛みに関する教育と情報提供システム	HUMAN SCIENCE	Vol.24 No.1	22-25	2013
柴田政彦	疼痛の診断の進め方と薬剤選択	THE BONE 春号	Vol.27 No.1	49-53	2013
柴田政彦	痛みの評価尺度・日本語版Short-Form McGill Pain Questionnaire 2 (SF-MPQ-2)の作成とその信頼性と妥当性の検討	PAIN RESEARCH	Vol.28 No.1	43-53	2013
柴田政彦	被害者に発症したCRPSのジレンマ：誰のための補償か？	賠償科学	NO.39	33-38	2013

新聞

記事名	発表誌名	発行年月
慢性痛 (柴田政彦)	中国新聞	2012年4月
痛みよもやま話① 痛みの不思議さ (柴田政彦)	岐阜新聞 他	2012年8月～
痛みよもやま話② 心の歪みで錯覚の場合も (柴田政彦)	東奥日報 他	2012年9月～
痛みよもやま話③ トウガラシなどの刺激物 (柴田政彦)	京都新聞 他	2012年9月～
痛みよもやま話④ 痛みが遺伝子 (柴田政彦)	山陰中央新報 他	2012年9月～
痛みよもやま話⑤ プラセボ効果 (柴田政彦)	埼玉新聞 他	2012年10月～
痛みよもやま話⑥ 医師の言葉が脳に作用 (柴田政彦)	高知新聞 他	2012年10月～
痛みよもやま話⑦ やはり問診が大事 (柴田政彦)	日本海新聞 他	2012年11月～
痛みよもやま話⑧ 痛みと医療 (上) (柴田政彦)	宮崎日日 他	2012年11月～
痛みよもやま話⑨ 痛みと医療 (下) (柴田政彦)	高知新聞 他	2012年11月～
痛みよもやま話⑩ 鎮痛剤 効き方に違い (柴田政彦)	静岡新聞 他	2012年11月～
痛みよもやま話⑪ 三叉神経痛 (柴田政彦)	東奥日報 他	2013年11月～
痛みよもやま話⑫ 幻肢痛 (柴田政彦)	東奥日報 他	2012年11月～
痛みよもやま話⑬ 養成ギブス (柴田政彦)	信濃毎日新聞 他	2012年11月～
痛みよもやま話⑭ 体の不調示す腰痛 (柴田政彦)	岐阜新聞 他	2013年12月～
痛みよもやま話⑮ 進歩する研究 (柴田政彦)	京都新聞 他	2013年12月～
痛みよもやま話⑯ 慢性痛と深く関連 (柴田政彦)	岐阜新聞 他	2013年1月～
痛みよもやま話⑰ リハビリで元気に (柴田政彦)	信濃毎日新聞 他	2013年1月～
痛みよもやま話⑱ 幻肢痛に大きな効果 (柴田政彦)	岐阜新聞 他	2013年1月～
痛みよもやま話⑲ 働きたい…義足を選択 (柴田政彦)	信濃毎日新聞 他	2013年1月～
痛みよもやま話⑳ 手術後に長く続く痛み (柴田政彦)	信濃毎日新聞 他	2013年1月～

Ⅲ. 研究成果の刊行物・別刷

運動器の痛みを とる・やわらげる

現場で使えるペインコントロール

■編集

宗圓 聰

近畿大学医学部奈良病院整形外科・リウマチ科教授

紺野慎一

福島県立医科大学医学部整形外科学教授

MEDICAL VIEW

CRPSの痛み

CRPSの基準や指標は複数存在するが、それらの間には大きな違いはなく、受傷機転や外傷の程度とは強度や持続期間の点で不釣り合いな痛みがあり、浮腫、皮膚温や発汗の異常、運動障害、皮膚・筋・骨・爪などに萎縮性変化を伴うものをCRPSと診断する。

しかし実際の臨床現場では、治療反応性が乏しく、治療に苦慮する患者に「CRPS疑い」などの病名を付けていることが多いのが現実である。

したがって、たとえCRPSと診断しても実際の治療法の選択にはつながらず、診断名を付けることの治療上の意義は大きくない。そもそも基準を用いて分類したCRPSという疾患群が単一の病態から構成されている可能性はむしろ低いと考えられている。

「通常でない痛み」の原因として、末梢神経損傷、不適切なギプス固定、心理社会的な影響、遺伝的素因などが考えられる。これらの因子が複数関与し、悪循環した結果がいわゆるCRPSという病名でよばれるので、CRPS難治例の痛みを直ちに取ることはほぼ不可能である。

しかし、術後早期などで通常なら痛みが軽くなってくるはずの時期においてもなお強い痛みを訴える症例など、発症後間もない場合には、早期の除痛が痛みの慢性化を予防することが期待できる。ただし、後述するように痛みの訴えの機序は病期によって変化することもあり、早期からの慎重な対応が重要である。

KEYWORD
CRPS

末梢神経損傷が痛みの主要因である場合

外傷や術後など急性期であれば、持続硬膜外ブロック(☞22)や超音波ガイド下の持続的伝達麻酔(罹患部位に応じて腕神経叢ブロックや大腿神経ブロックなど)が効果的である。硬膜外カテーテル留置の場合には感染徴候に特に注意を要する。留置期間は数日から2週間程度が現実的である。

薬物療法としては神経障害性疼痛のガイドラインに準じてプレガバリン(☞14)、三環系抗うつ薬ないしはセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(☞10)などが第一選択となる。場合によってはトラマドールやモルヒネ、フェンタニルなどのオピオイド製剤(☞8,9)の併用を検討する。

効果と副作用のモニタリングを十分に行い、効果のない薬物をいたずらに長期間使用しないことが重要である。

KEYWORD
プレガバリン
三環系抗うつ薬
セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬

words

- CRPS ; complex regional pain syndrome (複合性局所疼痛症候群)

一般に末梢神経損傷後痛に対して手術が奏功することはまれである。しかし、神経再生術が優れた効果を示すとする報告もあり¹⁾、今後多施設での検討が必要である。

正確にはCRPSに分類すべきではないが、習慣的にCRPSとよばれることもある腕神経叢引抜損傷後の難治性疼痛患者の発作性の疼痛および鋭い性質の持続痛に対しては、脊髄後根進入路破壊術によって劇的な疼痛緩和が得られることが多い²⁾。

末梢神経損傷後痛の慢性期には脊髄硬膜外電気刺激法もよい適応である³⁾。

Keyword

- ▶ 神経再生術
- ▶ 腕神経叢引抜損傷
- ▶ 脊髄後根進入路破壊術
- ▶ 末梢神経損傷後痛
- ▶ 脊髄硬膜外電気刺激法

不適切なギプス固定が主要因である場合

橈骨遠位端骨折に引き続いて起こるCRPSは不適切なギプス固定が原因である場合が多い⁴⁾。ギプス固定中に異常な痛みや浮腫、色調の変化などがみられた場合には躊躇せず、ギプスの再調整や解除を検討する。

浮腫に対してはステロイド(☞13)の内服(プレドニゾロン10～20mg/日)やギプス解除後には局所静脈内ステロイド注入(上肢の場合1%リドカイン20mL+ベタメサゾン6～20mg 週2回程度。浮腫が軽減したら終了)を実施する。浮腫の軽減とともに「重鈍い痛み」は軽減する場合が多い。

鋭い痛みがある場合には末梢神経の不全損傷の合併を考慮し、その場合には「末梢神経損傷が痛みの主要因である場合」に準じて治療する⁵⁾。

Keyword

- ▶ ステロイド
- ▶ 局所静脈内ステロイド注入

心理社会的な要因の関与が主と考えられる場合

浮腫、皮膚温の異常、関節拘縮、筋や骨の萎縮などの他覚的所見が乏しく、受傷機転や神経学的所見から判断して末梢神経損傷の可能性が低い場合には、心理社会的な要因の関与を疑うべきである。

心理的異常には抑うつや不安が主な原因の場合、怒りや不信感の関与が大きい場合、詐病や自傷行為が原因だが見抜けられない場合、などがあり、どの範疇であるかによってふさわしい対応法が大きく異なることに留意すべきである。

抑うつや不安の強い患者に対しては、医療者は不必要に防御的になってはならない。

CRPSという聞きなれない病名を告げられ不安の強い患者に対しては、「必ずよくなりますよ」「心配はいりません」などの声掛けが望ましく、安心感が得られるとリハビリテーションが大きく進むことはまれではない。

急性期で不安が主症状の場合には抗不安薬(☞13)の併用も補助的な意味で効果が期待できる。また、慢性期で抑うつが主症状の場合には三環系抗うつ薬などの抗うつ薬(☞10)の効果が期待できる。

一方、怒りや不信感の関与が大きい場合、詐病や自傷行為が原因だが見抜けられない場合などの対応には大変苦慮する。このような場合には、痛みを直接和らげることは不可能と考え、治療というよりはどのように対応するのがふさわしいのかを考えたほうがよい。

Keyword

- ▶ 詐病
- ▶ 自傷行為
- ▶ 抗不安薬
- ▶ 三環系抗うつ薬などの抗うつ薬
- ▶ 怒り
- ▶ 不信感

このような患者の対応に理解のある精神科医とのリエゾンアプローチ(☞34)は一つの方法として推奨できる。患者と接触のある周囲の人や医療者の間でしっかりとコミュニケーションを取り合い、治療目標を明確化することが重要である。症状緩和のみを目標として漫然と保存療法を繰り返すことは痛み顕示行動の強化につながる。

実際の症例では上記の病態が複雑に関連している場合が多く、また、病期によって痛みの訴えに影響する因子が変化してくる場合もあるので常に注意が必要である。

リエゾンア
プローチ

症例1

46歳，男性。

仕事中作業現場の高所より落下し受傷。右脛骨腓骨開放骨折，踵骨骨折にて観血的整復術施行。術後早期より創部痛が強く，入院先の麻酔科で実施された持続硬膜外ブロックにて疼痛緩和を図っていた。骨折は治癒したにもかかわらず痛みのコントロールが困難なため受傷3カ月後に大学病院のペインクリニックに紹介。受傷機転と知覚低下やアロディニアの領域などの神経学的所見から，末梢神経損傷後のCRPSと判断し，まず外来にてプレガバリンとノルトリプチリンを処方した。痛みは約20%程度軽減した。その後疼痛コントロールとリハビリテーション目的で2週間入院し，局所麻酔薬による腰部交神経節ブロックを合計4回実施，ブロック後数時間は痛みが緩和するためその間にリハビリテーションを行い，機能回復を図った。痛みおよび機能は2週間の入院にて改善がみられ，荷重は5kgから30kgまで可能となった。その後外来通院にて痛みの軽減目的でトラマドールを処方。さらに痛みは20%程度緩和した。受傷から6カ月後，社会復帰を目指してさらに除痛を図るため，脊髄硬膜外電気刺激法を実施。安静時の痛みを自己管理することが可能となり意欲もでてきた。受傷9カ月後に片松葉にて歩行可能となり職場復帰を果たした。しかし3年後，勤務先の会社の経営が悪化し倒産，失業した。患者の身体機能では別の会社での再雇用が困難で抑うつ状態となった。痛みも増強し，痛みの軽減を執拗に求めるようになった。

症例1にどう対応するか？

このような症例では，神経損傷という身体的要因，抑うつや怒りなどの心理的側面，雇用や労働災害補償など環境要因を総合的に判断し，病状に合わせた適切な対応が重要である。(柴田政彦)

身体的要因
抑うつ
怒り
労働災害補償
環境要因



CRPSに特効薬は存在しない。治療を考える前に痛みが難治化した理由を考えることが重要である。症例ごとに慎重に対応することが重要である。

<文献>

- 1) Inada Y, Moroi K, Morimoto S et al. Effective surgical relief of complex regional pain syndrome (CRPS) using a PGA-collagen nerve guide tube, with successful weaning from spinal cord stimulation. Clin J Pain 2007; 23: 829-30.
- 2) Ali M, Saitoh Y, Oshino S et al. Differential Efficacy of Electrical Motor Cortex Stimulation and Lesioning of the Dorsal Root Entry Zone for Continuous versus Paroxysmal Pain after Brachial Plexus Avulsion. Neurosurgery 2011; 68: 1252-7.
- 3) 柴田政彦, 清水唯男, 神保明依, ほか. 脊髄硬膜外通電法における刺激感覚脱失現象の検討. PAIN RESEARCH 2001; 16: 63-7.
- 4) Field J, Protheroe DL, Atkins RM. Algodystrophy after Colles fractures is associated with secondary tightness of casts. J Bone Joint Surg Br 1994; 76: 901-5.
- 5) 古瀬洋一. 【慢性疼痛 病態と治療法】 臨床から考える慢性疼痛の治療 RSD・カウザルギーの早期診断と治療. 医学のあゆみ2003; 11: 82-6.

14

Ca²⁺チャネル α 2 δ リガンド(プレガバリン)は
どのように使用すればよいですか？

使用方法

わが国においてプレガバリンは末梢神経障害性疼痛全般に保険適応となっている唯一の薬剤です。帯状疱疹後神経痛，有痛性糖尿病性神経障害をはじめ種々の神経障害性疼痛に対して効果が期待できます。

末梢神経障害性疼痛をきたす原因として上記以外に，外傷，手術，がんの神経浸潤，抗がん剤による神経障害，四肢の切断，脱髄性多発神経根障害，絞扼性末梢神経障害(手根管症候群など)，脊椎変性疾患による神経根の障害などがあり，プレガバリンはこれらによる痛みや不快なしびれ感の軽減にも効果が期待できます。

外傷性脊髄損傷後，後縦靱帯骨化症などによる脊髄への圧迫や損傷，多発性硬化症などの脊髄変性疾患，脊髄腫瘍およびその摘出後に残る痛みや不快なしびれ感にも効果が期待できます。

脳卒中後の痛みに対してのプレガバリンの効果に関してのエビデンスレベルは高くはありませんが，実際には効果のある患者さんも少なくないようです。ただし，これら中枢神経由来の神経障害性疼痛に対しては現在のところ保険適応はありません。

プレガバリンには抗不安作用や睡眠改善作用もあり，神経損傷後疼痛患者で多くみられるこれらの症状に対しても，鎮痛作用とは別に，副次的な効果が期待できます。

線維筋痛症の痛みの軽減や，随伴症状の緩和に対しても効果が期待できますが，現在のところは保険適応ではありません。

keyword

- ▶ プレガバリン
- ▶ 末梢神経障害性疼痛
- ▶ 帯状疱疹後神経痛
- ▶ 有痛性糖尿病性神経障害
- ▶ 神経障害性疼痛
- ▶ 絞扼性末梢神経障害
- ▶ 線維筋痛症

具体的な方法

一般名：プレガバリン

- ▶ 1日量150mgを2回分割投与，300mgまで徐々に増量するのが原則となっています。
- ▶ 実際にはこの量ではふらつきや眠気などの副作用のために内服の継続が困難な場合も少なくありませんので，高齢者や副作用に対して不安の強い患者さんに対しては25mg製剤を用いて少量から開始し3～7日ごとに漸増するか，75mg夕食後ないしは眠前投与から開始するとよいでしょう。
- ▶ 忍容性が認められる場合には，さらに3～7日ごとに増量し，最大600mgまで処方可能です。

治療効果判定は、4週間を目安に行います。眠気やふらつきなどの副作用が出現した場合には、就寝時投与とします。

プレガバリンは肝臓ではほとんど代謝されず腎臓から排出されるので腎機能の低下している患者さんでは投与量を減らさなければなりません。クレアチニンクリアランス値を参考に、投与量や投与間隔を決めるとよいでしょう。

類似のほかの方法と比べて優位な点

効果発現は服用後2～3日と三環系抗うつ薬に比べると早期に効果が現れます。プレガバリンは肝内酵素による分解を受けませんので併用禁忌の薬剤はありませんし、基本的には他の薬剤の投与量を変更したり、逆にプレガバリンの投与量を変更したりする必要もありません。

他の抗てんかん薬でみられるStevens-Johnson症候群などの致死的な合併症の報告もありません。そのうえ、麻薬性鎮痛薬やベンゾジアゼピン系の薬剤でみられる依存性も問題になりません。

痛みや不快なしびれ感の緩和だけではなく抗不安作用など情動系への効果や、睡眠障害に対する効果も期待できます。特に睡眠障害に対する効果は、痛みに対する効果以上に確実です。

他の抗てんかん薬に比べると、大量に服薬しても意識障害などの重篤な副作用を起こすことは少ないことが予想されます。

三環系抗うつ薬による便秘や口渇、倦怠感、排尿障害などの不快な副作用がまれで、継続的な内服が容易ですので、神経障害性疼痛の第一選択薬としては、プレガバリンを先に処方する医師が多いのが現状だと思われます。

プレガバリンは、末梢神経障害性疼痛全般に保険適応があります。海外での使用実績も豊富で、安全性と有効性のバランスの高い薬剤です。

Keyword

▶三環系抗うつ薬
▶プレガバリン

気を付けるべき点

最も多い副作用

プレガバリンの最も多い副作用は浮動性のめまいや眠気です。投与初期に顕著で徐々に少なくなることが多いですが、車の運転などには注意が必要です。高齢者の場合には転倒の危険もあります。

プレガバリンは神経障害性疼痛に対しては効果的ですが、侵害受容性疼痛や心因性疼痛に対しての効果はあまり期待できません。

NSAIDsが無効で副作用がないという理由だけで、効果の確認をせずに漫然とプレガバリンを長期処方することは医療経済の観点から勧められません。処方4週間後を目安に効果と副作用をモニターしたうえで継続処方するか中止するかを決める必要があります。

現在のところ、末梢神経障害性疼痛のみに保険適応がありますが、今後は適応拡大されていく見込みがあります。

その他の副作用、そしてふとここの「痛み」

- 眠気やめまい以外の副作用はまれですが、手足顔面の浮腫、体重増加、複視などがあります。急な中断によって痛みの悪化や全身倦怠感などが起こることもありますので、投与を中止する場合は漸減するほうがよいでしょう。
- プレガバリンは75mg錠167.1円と150mg/日服用している患者で3割負担の場合は、年間約36,600円支払うことになります。比較的薬価が高いですので、患者のふとここの痛みも考える必要があります。

ex vivo

▶ 体重増加
▶ 複視

率直に伝え、ありのまま話してもらおう

- 鎮痛薬は他の薬剤と異なり、効果は患者にしかわかりません。
- 多くの患者は、医師が自分の痛みを分かってもらえていると思っていますので、医師でも患者自身の痛みはわからないものであることを率直に伝え、痛みをありのままに言って頂いたほうが治療しやすいことを伝えることも重要です。

(柴田政彦)

Point

プレガバリンは神経障害性疼痛全般に効果があります。痛みの緩和以外に不安の軽減、睡眠の改善などの効果も期待できます。眠気やふらつき以外の副作用は少ないうえ、併用禁忌の薬剤もないので安全性は高い薬剤です。

運動器の痛み プライマリケア

膝・大腿部の 痛み

編集 ● 菊地臣一

南江堂

運動器の痛み プライマリケア

下腿・足の痛み

編集 ● 菊地臣一

南江堂

集学的アプローチ

実際の臨床では、患者の訴える症状や行動が教科書的な医学的知識では説明がつかず、「心因的要素」という言葉で一括りにされてしまうことがある。心因的問題であっても、医療者の適切な対応によって良い方向に導けることは決して少なくない。その一つが集学的アプローチである。

1 集学的アプローチが奏効した臨床例

60歳代の男性。慢性の腰痛症があり、複数の診療科に通院している。X線では腰椎に変形を認め、5分程度の間欠跛行がある。腰痛のため外出の頻度も減り、趣味の旅行にも興味がなくなっている。また、数年前から発症したパーキンソン病のためパーキンソン病治療薬を処方されており、症状はコントロールされているものの腰痛が強くなり、再雇用で働いている会社は休みがちである。

この症例の場合、器質的な腰椎の疾患に加えて抑うつ、パーキンソン病、慢性疼痛、就業上の問題など複数の病態や環境因子が関与している。整形外科を受診したが、腰椎由来の神経症状はなく手術適応ではない。NSAIDsは痛みに対して効果がない。麻酔科で神経ブロックをしても効果は一時的である。神経内科からはパーキンソン病治療薬が処方されているが、痛みに対しては効果がみられない。また、家族の中では孤立しがちで家族からの理解が得られていない。精神科に紹介すると痛みによる二次性のうつ病で軽症であるとの診断だが、痛みの治療を優先させてくださいというコメントで診療は中止となった。

この症例は、パーキンソン病、変形性脊椎症など身体的疾患は軽度で、他覚的所見以上に活動の障害が著しい。うつはあるが重症ではない。神経内科、整形外科、麻酔科、精神科の医師はそれぞれ、患者の本質的な問題は自分の専門分野ではないと考えており、「これ以上の診療に関しては他科の医師に相談してください」と説明し、診療時間も短く治療に積極的ではない。患者はそれぞれの診療科の医師を信頼しつつも、「何か見過ごされているものがあるのではないか、病状は悪化の一途でこの先どうなるか」など不安が強い。

各診療科ではこの患者の痛みを実在する病態として取り上げ、痛みにもかかわらず活動的に生活できるよう支援するというコンセプトで統一した。まずは活動の改善を目標とし、痛みの軽減は二次的に起こる見通しであること、改善は医療従事者のみに頼ろうとせず、本人はもちろん家族の協力が必要であることなどを整形外科と麻酔科の医師から本人と家族に説明した。整形外科での診療は半年に一度の定期的検査を主たる目的とし、2週間に一度の通院では何をして暮らしたかを報告することになった。神経内科では精神科との検討をもとに、パーキンソン病治療薬に加えて、慢性の痛みを緩和させる目的で抗てんかん薬と抗うつ薬を処方、麻酔科では痛みが強い時に神経ブロックを行うこととなった。

それぞれの診療科で治療目標を共有し、効果を確認しながら診療した。3ヵ月後には抑うつ状態は改善し、欠勤がなくなり趣味の旅行にも出かけることができるようになった。半年後には痛みの訴えは徐々に減って、「そういえば痛みはあまり気にならなくなってきた」という発言がみられるようになった。

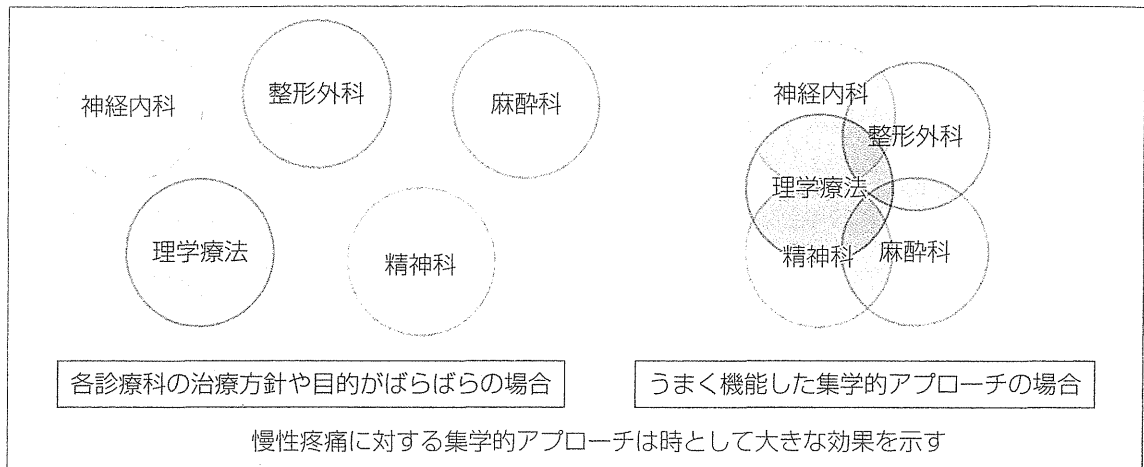


図1 集学的アプローチ

2) 集学的アプローチの有効性

集学的アプローチは、前記の例のように心理社会的アプローチを各診療科で並行して実践する場合にその意義がある。また、神経障害性疼痛など器質的原因のある場合にも有用である。重要なことは図1に示すように、各診療科がそれぞればらばらに対応したのでは患者は疎外感を感じ治療効果も実感できないが、他の診療科の治療内容も理解したうえで共通の治療目標を持ちながら対応すると、安心感が生まれ前向きになり長期的結果が大きく異なってくる。

3) 集学的アプローチの実践と問題点

有機的に集学的アプローチを実践するにはかなりの時間と労力、忍耐を必要とする。まず、集学的アプローチを可能にするには、慢性疼痛に関する共通の認識を持たなければならない。認識を共有するには定期的な会合を通してスタッフが相互に学習し、議論し合う機会が必須である。多くの場合、各診療科の医師たちはそのような教育を受けた経験がないので、その必要性を理解することが困難である。そこで、慢性疼痛に関する基礎的な知識、適切なアプローチの方法をスタッフに教育する核となる人材が必要である。また、チームの育成には時間を要するため、年単位でメンバーが固定することも必要である。現在の問題点は、そのようなアプローチに尽力しても、スタッフが所属する診療科内での評価にはつながらず、保険点数上も見返りが無いことである。このようなアプローチを実践するに値する具体的なターゲットの絞り込み、研究成果、必要性に関する社会的啓蒙活動などが今後の課題である。

文献

- 1) 波多野 敬(訳)：慢性痛と精神的問題。ペイン—臨床痛み学テキスト，熊澤孝朗(監訳)，エンタプライズ，東京，p485-508，2007
- 2) 真下 節ほか：慢性疼痛の精神的・社会的側面。痛みの診療，柴田政彦(編)，克誠堂出版，東京，p71-72，2000
- 3) 柴田政彦ほか：慢性疼痛の管理体制に必要な知識。ペインクリニック 28：S293-S298，2007
- 4) 柴田政彦：慢性疼痛に対する集学的治療。脊椎脊髄ジャーナル 18：1231-1235，2005
- 5) Loeser JD, Egan KJ (ed)：Managing the Chronic Pain Patient：Theory and Practice at the University of Washington Multidisciplinary Pain Center, Raven Press, New York, 1989

学際的治療による有効な疼痛マネジメントを追求する

Practice of Pain Management

2012 6
Vol.3 No.2

第7号/PPM

■ Trend & Topics

日本の痛みの今

テーマ① 運動器の慢性痛を考える-現状と展望-
愛知医科大学医学部学際的痛みセンター教授/牛田享宏

テーマ② 運動器慢性疼痛の現状
慶應義塾大学医学部整形外科教室講師/中村雅也
東邦大学医学部社会医学講座衛生学分野教授/西脇祐司
愛知医科大学医学部学際的痛みセンター教授/牛田享宏
慶應義塾大学医学部整形外科教室教授/戸山芳昭

テーマ③ 神経障害性疼痛の疫学と現状
日本大学医学部麻酔科学系麻酔科学分野教授/小川節郎

■ Round Table Discussion

肩こり

司会:大阪大学大学院医学系研究科疼痛医学寄附講座教授/柴田政彦
出席者:大阪厚生年金病院脊椎外科部長/細野 昇
福島県立医科大学医学部整形外科教授
福島県立医科大学附属病院リハビリテーションセンター部長/矢吹省司

- Think about Pain/筋・筋膜性の痛み②
- Interview & Talk/施設紹介 福島県立医科大学リエゾンカンファレンス
- Case Report /ドパミンシステムスタビライザーであるアリピプラゾールの少量投与によって、モルヒネ依存から離脱できた難治性慢性疼痛の1例
- Forum ■ Essay【痛みの記憶】 ■ Book Review

肩こり



Yabuki Shoji

大阪大学医学部整形外科教授 /
大阪大学附属病院リハビリテーションセンター部長

1962年1月27日生まれ、福島県出身

福島県立安積高等学校卒業

経歴：

1987年 福島県立医科大学卒業

1994年 ヨーテボリ大学（スウェーデン）留学

1995年 福島県立喜多方病院整形外科医長

1997年 カリフォルニア大学サンディエゴ校客員教授

2011年 福島県立医科大学医学部整形外科教授

同 附属病院リハビリテーションセンター部長

趣味：ジムで汗をかくこと



柴田 政彦 Shibata Masahiko

(司会)

大阪大学大学院医学系研究科疼痛医学寄附講座教授

1959年1月24日生まれ、兵庫県出身

灘高等学校卒業

経歴：

1985年 大阪大学医学部卒業

1989年 佐賀医科大学麻酔科助手

1990年 市立西宮病院麻酔科(副)医長

1993年 大阪大学医学部麻酔科助手

2005年 市立芦屋病院麻酔科部長

2007年 大阪大学大学院医学系研究科疼痛医学寄附講座教授

趣味：自転車



DISCUSSION