日本ヒューマン・ケア心理学会第21回大会 大会企画シンポジウム 痛みに対するヒューマン・ケア・アプローチ*

痛みとヒューマン・ケア:

慢性疼痛を適切に評価し最良の治療に結びつけるために

順天堂大学医学部 麻酔科学・ペインクリニック講座 井関 雅子 先生

はじめに

痛みは、人類が存続するために、人間にとって 必要な感覚である。また精神的な発達過程におい ても、痛みを知ることが重要とされている。一方 で、日常臨床においては、痛みを緩和することは 医師の責務であり、患者にとっては権利とも言わ れている。しかし、患者の訴える痛みの原因や病 態は様々であるため、適切な疼痛評価が、適切な 治療選択の鍵となる。その中でも、痛みの慢性化 や難治化には、身体的な要因以外に生育歴や痛み に対する認知なども含めて、心理・社会的要因に より左右されることもある。ペインクリニックは、 様々な疼痛疾患を有する患者に対して、適切な評 価と最良の治療を選択するための医療部門であ る。

1. 痛みの定義と役割

痛みとは、「An unpleasant sensory and emotional experience associated with, actual or resembling that associated with, actual or potential tissue damage(実際の組織損傷もしくは組織損傷が起こりうる状態に付随する、あるいはそれに似た、感覚かつ情動の不快な体験)」と国際疼痛学会において定義され

ている。

しかし元来、痛みを伝える機能は、身体に迫る 危険を察知し、これを回避するという重要な生体 防御機構の一部である。外傷、骨折、有痛疾患へ の罹患などを知らせる警報反応として、大切な役 割を担っている。したがって、人間が生存するた めに、不可欠な感覚ではあるが、一方で、痛みは 人間にとって「不快な感覚と情動体験」であるた め、血圧上昇、心拍数増加、血管収縮、頻呼吸、内 分泌系ストレス反応などを発生させる原因とな り、さらに、不眠、不動、活力の減退など生活の質 も低下も惹き起こすこともある。特に、警告反応 の役割を持たなくなった痛みや、もともと警告反 応ではなかった痛みの継続は、不安や抑うつも加 わり、難治化することもある」。

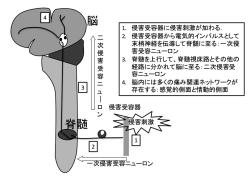


図1 疼痛の伝達機序

^{* 2019}年6月, 桜美林大学で開催された学術集会第21回大会(長田久雄委員長)シンポジウムにご登壇の先生方より, 当日のご報告に関するご寄稿をいただきましたので, 本誌で紹介させていただきます。

2. 痛みの伝達機序と分類

生理的な痛みは、侵害受容器に侵害刺激が加わり、痛覚神経線維を伝導して脊髄に伝わり、脊髄からさらに上行して脳に痛みを伝える。脳内では、ペインマトリックスと呼ばれている痛みに関連して活性化される部分があり²⁾、皮質体性感覚野は痛みの感覚的側面に、一方で、前帯状回、島皮質、扁桃体などは痛みの情動面に関与している³⁾(図1)。したがって、同一の侵害刺激を与えても、感じる痛みの強さや、そこから惹き起こされる情動は、個人によって異なり、状況によっても異なる。

痛みはその持続期間により、急性痛と慢性疼痛に分類される。急性痛は組織損傷に伴う痛みで、組織治癒とともに消失するとされている。一方で、慢性疼痛は「同部位に3ヶ月以上継続または繰り返す疼痛」と定義されており、心理、社会的要因も関与することがある。さらに、3ヶ月経過するまでも何らかの疼痛治療を受けているにも関わらず軽快しないことから、痛みを完全に取り去ることは難しいことが多いとされている(表1)。

表1 痛みの持続期間よる分類

急性痛	慢性疼痛
外傷や疾患などによる 組織損傷に伴う痛み原因が消失すれば 痛みも消失する	● 3ヵ月以上の長期間続く痛み ● 生物学的要因だけでなく 心理的要因や社会的要因も関与 する
	● 痛みを完全に取り去ることは 難しいことが多い

西江 宏行: "第 I 部 痛みの総論 第1章 痛み医療の総論、疫学" 痛みの集学的診療: 痛みの教育コアかリキュラム 日本疼痛学会 痛みの教育コアかリキュラム編集委員会 編 1 真興交易医書出版部: 2, 2016 [L20171102017] より作区

また、痛みは発生機序から、侵害受容器が刺激されることにより発生する侵害受容性疼痛と、「体性感覚系に対する病変や疾患によって直接的に引き起こされる疼痛」で侵害受容器が関与せず神経の異常興奮や下行性抑制系の賦活化の抑制などにより惹き起こされる神経障害性疼痛の2つに分かれる。さらに、臨床においてはその要因の2者を有する痛みを混合性疼痛としている(図2)。侵害

受容性疼痛の多くは急性痛であり,生理的な痛みであるのに対し,神経障害性疼痛は,一般的に慢性化し難治的なことが多い⁴⁾⁵⁾。神経障害性疼痛の代表的な疾患として,帯状疱疹後神経痛,有痛性糖尿病性神経障害,幻肢痛,化学療法による神経障害,一部の術後痛,脊髄損傷後疼痛,などがある。

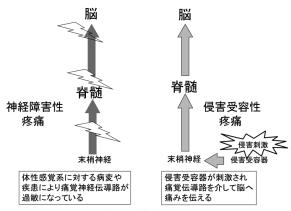


図2 痛みの機序による分類

3. 慢性疼痛の疫学調査

慢性疼痛の疫学調査は,包括的にも疾患別にも 国内外で多数施行されている。本邦, ドイツ, フ ランスでの慢性疼痛保有率の疫学調査では. 全人 口の約30%が慢性疼痛保有者であることが明ら かにされた⁴⁾⁵⁾⁶⁾。また, 神経障害性疼痛では, 本 邦とドイツにおいて重度の疼痛を有するものが 50%以上で、5年以上の罹患者も50%以上であっ た。さらに痛みによる日常生活支障度では、神経 障害性疼痛で支障度が高く. 「睡眠 | 「家族関係 | 「情緒」にも影響率が高かった(表2)。そのため、 若中年者の慢性疼痛は、学業や家庭、社会生活の 継続を困難とし、個人の人生設計を変化させると ともに社会に生産性への低下に繋がることが予想 できる。一方で、高齢者の慢性疼痛は、痛みによ り日常生活動作が低下し廃用性萎縮や不安. 抑う つ. 認知症の悪化などから. 健康寿命の短縮に繋 がる危険性がある。

表2 慢性疼痛による日常生活動作

支障をきたしている 項目	神経障害性疼痛 (n=196) %	神経障害性疼痛以外 の疼痛 (n=554) %
速く歩く	47.9	20.7
仕事·勉強·家事	54.0	22.3
階段の昇降	44.7	17.7
肉体労働	41.1	10.2
室内の活動	18.0	3.5
外出	20.1	4.8
情緒	17.4	4.5
家族関係	5.3	0.7
睡眠	21.7	8.6
社会活動	13.7	1.5
読書・テレビ鑑賞	7.4	1.9
衣服の着脱	2.6	0.7

Ohayon MM, Stingl JC: Prevalence and comorbidity of chronic pain in the German general population. J Psychires 46: 444–450, 2012

4. 痛みの評価7)

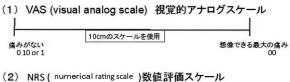
痛みは、他人とは共有できない感覚と体験であるため、各種検査や診察から得られる客観的な所見に加えて、様々な観点からの評価が重要となる(表3)。

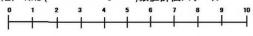
表3 痛みおよび痛み関連の評価

- 1. 痛みそのものの評価
 - ◆痛みの強さ
 - ◆痛みの種類・機序
- 2. 活動度を中心とした評価
- ◇日常生活動作 家庭・社会活動
- 3. 患者の心理的評価
 - ◇破局的思考 抑うつ 不安 など

① 痛みの強さ (図3)

主要な評価法として、「0: 痛みがない」から「10または100: 想像できる最大に痛み」とした1本の横線上で、患者に自身の痛みの強さと相当する部位に、視覚的に縦線を引かせる VAS、0~11の11段階の間で、痛みの強さに該当する数値を選択させる NRS、高齢者や小児向きに表情から痛みの程度を尺度化しる FRS がある。特に急性痛や明らかな疾患の存在により発生している痛みに関しては、痛みの強さは、治療必要度に結びつく指標である。





(3) FRS (face rating scale) 表情尺度スケール

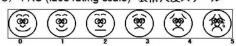


図3 痛みの強さの主要な評価法

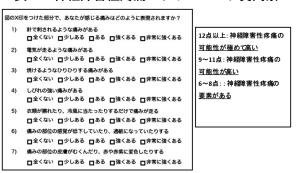
② 痛みのパターン

持続痛か突出痛(突然出現または増強する痛み)か、また安静時にも痛みがあるか体動時に痛みが出現するのかなど、痛みのパターンを把握する。たとえば、がん患者において、安静時の痛みさえコントロールされていない、という指標に使うことも可能であるし、また、動いた時だけ痛みを感じるような骨折などの病態の存在を検出する時にも有用である。

③ 痛みの性質・性状

実際に、「電気が走るような」「ずきずき」など 痛みを患者の言葉で表現してもらうことにより、 痛みの性質や性状を理解するための一助となる。 たとえば、神経障害性疼痛に特徴的な痛みをどれ だけ有しているか、というようなスクリーニング 検査にも使用されている(表4)。

表4 神経障害性疼痛スクリーニング質問票



神経障害性疼痛診療ガイドブック. 小川節郎編. 南山堂. 2010. (付録)

④ 日常生活支障度

世界保健機関(WHO)では, 痛みに対する日常 生活支障度の簡易な問診方法として, 1) 睡眠の可 否, 2) 安静時痛の有無, 3) 体動時痛の有無の3項目をあげている。日常生活支障度に関しては, さまざまな質問票が作成されている。疾患によっても, 支障となる日常の動作や活動は, 異なることも多い。慢性疼痛に関する日常生活支障度の質問票として, 表5の Pain Disability Assessment Scale (PDAS) は, 本邦で広く使われている⁸⁾。

表5 PDAS: Pain Disability Assessment Scale

1. 掃除機かけ、庭仕事など家の中の雑用をする		1	2	3
2. ゆっくり走る	0	1	2	3
3. 腰を曲げて床のものを拾う		1	2	3
4. 買い物に行く		1	2	3
5. 階段を登る、降りる		1	2	3
6. 友人を訪れる	0	-1	2	3
7. パスや電車に乗る	0	1	2	3
8. レストランや喫茶店に行く	0	1	2	3
9. 重いものをもって運ぶ	0	1	2	3
10. 料理を作る、食器洗いをする	0	-1	2	3
11. 腰を曲げたり伸ばしたりする	0	1	2	3
12. 手を伸ばして棚の上から重いもの(砂糖袋など)を取る	0	1	2	3
13. 体を洗ったり、拭いたりする	0	1	2	3
14. 便座に座る、便座から立ち上がる	0	1	2	3
15. ベッド (床) に入る、ベッド (床) から起き上がる	0	1	2	3
16. 車のドアを開けたり、閉めたりする	0	1	2	3
17. じっと立っている		1	2	3
18. 平らな地面の上を歩く	0	1	2	3
19. 趣味の活動を行う	0	1	2	3
20. 洗髪する	0	1	2	3

(Yamashiro K et al,Clin J Pain 27: 338343, 2011)

⑤ 心理状態

一般的には、急性痛においては、不安が一時的に高まることは生理的な現象の範疇であるとされている。慢性痛においては、痛みの継続により不安や抑うつを併発しやすいとも考えられるが、その一方で不安や抑うつが。より痛みを強度にまたは難治性にしていくとも考えられている。したがって、慢性痛では、心身は表裏一体のような状態であり、両面からの評価が重要となる。不安や抑うつを評価するものとして Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) や、痛みを経験し認知する過程で生じる破局的思考の多少を評価する Pain Catastrophizing Scale (PCS) などが使用される (表6)。

⑥ 生活の質

生活の質の指標には、「移動の程度」「身の回りの管理」「ふだんの活動」「痛み/不快感」「不安/ふさぎ込み」の5項目の健康状態を評価した日本語版 EQ -5D -5⁹ や包括的な健康度を身体的と

精神的な尺度からさらに8つの下位尺度に分けて 評価する Short - Form 36-Item Health Survey (SF-36v2)などがある。

表6 心理的な評価

●HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale ●PCS: Pain Catastrophizing Scale 破局的思考



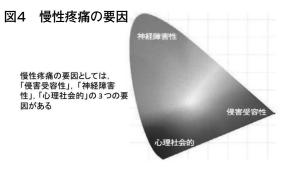


(Bjelland 1 et al, Jour Psycho Res 52: 69-77, 2002)

(Granot M et al, Clin J Pain 21(5): 439-445, 2005)

5. 慢性疼痛の治療

特に慢性痛においては、疼痛機序を明らかにし た上で(図4), 多面的な評価が必要である。患者 の疾患や病態, 年齢, 全身状態などから, 適切と 考えられる治療法を単独または併用して行ってい く(図5)。患者との信頼関係のもと、痛みとも上 手につき合っていくことの必要性にも気づきを与 えることで,薬物の乱用などを回避することがで き、また、自己効力感も高めることが可能である。 慢性痛には. 1) 原疾患による痛みが器質的に継続 している場合, 2) 術後痛のように創傷治癒後も痛 みが残存した場合、3) 解剖学的変化に比較して説 明が困難なほど痛みが強度または、日常生活支障 度が高い場合、など、個々によって状況は異なっ ている。しかし、1)2)3)のどの場合でも、生活の 質の維持を目標に、疼痛コントロールを行うべき である。



2019慢性疼痛治療ガイドライン より転写

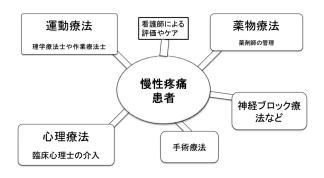


図5 慢性疼痛の治療法

おわりに

医療は、常にチームプレーにより成り立っている。急性痛では、速やかにかつ安全に痛みの強度を下げるためのチームプレーが必要とされる。一方で、慢性痛では、患者の痛みや心情を理解した上で、治療のゴールを生活の質の向上に置いて、医師、看護師、薬剤師、臨床心理士、理学療法士などが、お互いに職種の特性を活かしたチーム医療を行うことが望ましい。

参考文献

1) 日本ペインクリニック学会 HP「ペインクリニック とは」http://www.jspc.gr.jp/ippan/ippan.html 2)Schweinhardt P, Bushnell MC: Pain imaging in

- health and disease how far have we come? J Clin Invest. 120:3788-3797, 2010.
- 3)痛みの教育コンテンツ https://www.itamikyouiku. jp/top.html
- 4)小川節郎,井関雅子, 菊池臣人:わが国における慢性疼痛および神経障害性疼痛に関する大規模実態調査. 臨整外. 47:565-574,2012.
- 5) Ohayon MM, Stingl JC.: Prevalence and comorbidity of chronic pain in the German general population. J Psychires.46: 444-450, 2012.
- 6) Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, et al :
 Prevalence of chronic pain with neuropathic
 characteristics in the general population. Pain136
 : 380-387, 2008, 2008
- 7) 井関雅子: 痛みの評価. 痛みの集学的診療: 痛みの 教育コアカリキュラム. 日本疼痛学会痛みの教育 コアカリキュラム編集委員. 真興交易医書出版, 東京. 75-79, 2016.
- 8) Yamashiro K, Arimura T, Iwaki R, et.al, : A multidimensional measure of pain interference: reliability and validity of the pain disability assessment scale. Clin J Pain.27: 338-343, 2011.
- 9)池田俊也 白岩健 五十嵐中 他:日本語版 EQ-5D-5L におけるスコアリング法の開発. 保健医療科学 64:47-55,2015.

慢性痛における心理職の役割

順天堂大学医学部附属順天堂医院 村上 安壽子 先生

はじめに

"痛み"は、本来、生体の異常を知らせる警告信号として機能する。組織損傷に伴う痛みは急性痛とされ、解剖生理学に基づく治療で痛みが消失する生物学モデルで扱われる。一方、痛みの原因と

想定される組織修復期を超えて繰返・遷延化した 場合と明らかな器質的疾患が検出されず、治癒し たと考えられてもなお持続・悪化する場合を慢性 痛と呼び、慢性痛の中でも後者は一次性慢性痛を 有する難治性慢性痛とされ、急性痛と発症機序や 治療目的もが大きく異なる。 治療目標は、疼痛 を0にすることではなく、痛みを受容して、痛みにより阻害された ADL/QOL の向上を目指す。

国際疼痛学会 (IASP: International Association for the Study of Pain;2020) による痛みの定義によると、"実際の組織の損傷もしくは組織損傷が起こりうる状態に付随する、あるいはそれに似た、感覚かつ情動の不快な体験"とされている。 特に, 難治性慢性痛ではこれらの混在が治療を難渋させる。そこで, 生物学的要因の有無に加えて心理社会的要因が関与する, 生物心理社会的モデルを基盤とした集学的治療を行うことが推奨され, 臨床心理士もその一端を担っている。

矢吹・牛田ら (2012)によるインターネットによる大規模調査では、本邦の慢性痛の有病率は全成人の約22.5%、患者数は2315万人と推定され、4.4人に1人が慢性痛を有し、約7割は痛みが適切にコントロールされておらず、意欲の低下、精神的なストレスなどにより生活や仕事に支障をきたしていることが報告されている。米国の試算では、慢性痛の医療費用と就労困難による経済的損失額は合算すると、年間6400億ドルと算出され、心臓病の2.1倍、がんの2.6倍とされている(Nature, 2016)。

以上のことから、慢性痛は大きな社会問題であり、本邦でも慢性疼痛治療ガイドライン (2018)に基づき、慢性痛治療が行われている。

筆者は、2014年より順天堂大学医学部附属順天堂医院にて、麻酔科・ペインクリニック外来で、慢性痛のチーム医療スタッフとして、心理業務に携わっている。 "難治性慢性痛"と呼ばれるような慢性痛の治療は、薬に対する反応性が低い、診療に対する要求水準が高い、アドヒアランスやコミュニケーション不良を伴うなど、医療者を疲弊させることもあり、心理臨床においても一筋縄ではいかず、困難なケースも多い。

背景には、患者-治療者間における"痛み"に対する知識と"治療"が意味する文脈に乖離が生じ

ていること,慢性痛は日常ストレスが一因となることもあるが,痛みそれ自体もストレスとなり得ることなど,複合要因が交錯しているためである。

慢性疼痛診療において臨床心理士が果たす役割は、3つに集約される。(1)慢性痛患者の心理学的評価による見立て、慢性痛のメカニズムと心理社会的側面へ導入を促すための心理教育、心理療法による介入の3項目から成る心理専門職としての技能、(2)患者と医療スタッフの関係調整を行うコーディネーション機能、(3)医療現場で生じるトラブルや医療者のメンタルヘルスに関するアドバイスを行うコンサルテーション機能である。

1. 心理専門職としての技能

(1). 慢性痛の心理アセスメント

①. 心理アセスメントに必要な問診

痛みは、侵害受容による痛みの"感覚"以外に、 "苦痛"や"苦恼"、そして、眼に見えない痛みを 顕現化するため、「痛い」と発話し、「しかめっ面 をして疼痛部をさする」など、言語化・行動化に よって他者に知らしめる"痛み行動"など、多層 的なモデル(図1)で構成される。まずは、患者の 痛みの"narrative"を理解し、疼痛の準備因子、発 症因子、持続・増悪因子などの機能分析を行い、 患者個人のどのような問題が疼痛を持続させる影 響因となり得ているのかを把握して、ケース

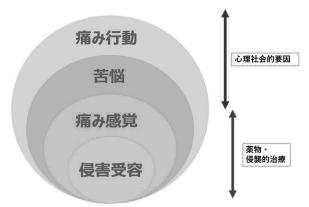


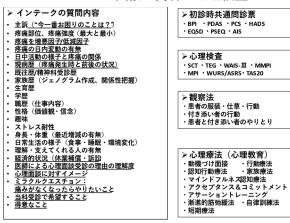
図1 生物心理社会的モデルの概念 (Engel,1977)

「痛みの集学的診療:痛みの教育コアカリキュラム」p.55

フォーミュレーションを行うことが必要となる。

当院では、医師による診察と画像などの検査、 初診時共通問診票を総合して診断を行い、心理社 会的要因による疼痛が疑われる場合、臨床心理士

表1 心理社会的評価のために必要なインテーク面接の内容と心理検査



に紹介されインテークを実施する(表1)。

中でも重要な項目は、疼痛が心理社会的な状況により可変するかどうかを把握するため、疼痛の増悪/低減因子や日内変動を聴取することである。次に注目するのは、疼痛に影響される行動傾向である。疼痛恐怖で日常活動を回避する"不活動"、反対に能力以上に頑張り動きすぎる、あるいはじっとしていられない"過活動"がある。さらに、日常生活のスタイルの中に、疼痛維持・悪化の行動パターン(同時に問題解決の糸口)となり得る事象はないかを探索するために、日中活動の記録を依頼する。その他、患者を取り巻く環境が寄与していないか査定していく。忘れてならないのは、治療に有効となる患者のポジティブな特性の把握である。

②. 慢性痛患者の精神的要因

精神疾患のスクリーニング・病態水準の査定は 必須である。希死念慮や重篤な精神疾患が疑われ、 当科での対応が不可能な場合は、まず、精神科へ リファーしている。抑うつ、不安とともに慢性痛 領域で難治化する注意すべき3つの精神的側面の 問題は、身体症状症(SSD)と発達障害の1つである注意欠如・多動症(ADHD)、パーソナリティ障害(PD)である。

SSD は、精神的なストレスや苦悩が身体症状として表出される心的機能障害の一種と考えられ、器質的な問題が十分に説明できない疼痛障害である。

ADHD と慢性痛に関する Kasahara et al の調査 (2020) によると、全国から難治性慢性痛患者が紹介される麻酔科医かつ精神科医で痛みセンターに従事する報告者の外来では、ADHD の有病率が75%であると示唆している。当院のように、急性痛などの生物学的治療が必要な患者を包含している施設とは有病率は当然異なるであろう。しかし、当院でも、SSD や ADHD が併存していると疑われる患者群の中には、しばしば診察時間に遅刻、診察日の間違え、頻繁に外来へ激しい疼痛の訴えを繰り返す、医学的治療を渇望する、話が拡散して混乱する、衝動コントロールが苦手で易怒性が高くトラブルを起こしやすいなどの特徴を有し、治療スタッフを疲弊させることも多い。

慢性痛領域における PD の有病率は、精神科外来が45%に対して、慢性痛外来は $40 \sim 70\%$ と高い確率を示すデータもある (Dennis et al、2011)。 当然、伝統的な CBT が効きにくいため、治療を難渋させる。

③. 慢性痛疾患の認知要因

慢性痛の媒介要因とされる代表的な認知は,不快な疼痛体験を過度に反芻した結果,否定的な認知に見誤る破局的思考,痛みに対する恐怖心から過度に行動を回避する恐怖回避思考,痛みに対処するコントロール感などがあり,それぞれを調べる尺度も開発されている。上述の認知行動要因に,抑うつや不安,不眠などを含めた疼痛増悪に関わる慢性痛の悪循環を表しているのが,fearavoidance model(図2)で,疼痛へのとらわれの問題点を示している。

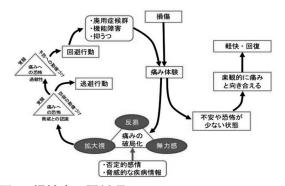


図2 慢性痛の悪循環ーFear avoidance model -

④. 慢性痛疾患の社会的要因

社会的要因では、家族などの重要他者との関わりに起因する痛みがある。患者が痛みを表現する全ての言葉や行動を"痛み行動"とした心理学者のFordyce (1976)によると、痛み行動の後に生じる、後続刺激となる家族のサポーティブな反応(例えば、「大丈夫?」と身体をさすってあげる、家事など免除・代行するなど)が報酬となり、痛み行動が強化される、オペラント学習性の痛みを見出している。反対に、幼少期より家族のサポートが欠如している過酷な養育環境で過ごすことによる影響も問題視されている。その他、社会的孤立など様々な要因が、痛みの慢性化に影響することが明らかにされている。

このように、医学による生物的側面のみならず、 心理社会的側面を明らかにすることで、患者の特性に適した治療につなぐことが可能となる。

⑤. 心理療法の適応を抽出する Multidimensional Pain Inventory: MPI

慢性痛患者の心理社会的要因の特性により、心理療法の適応が異なる。適合しない心理療法の実施は、患者の治療意欲を損ない、信頼関係の悪化、治療離脱を招き、医療不信を増幅する事にもなりかねない。そこで、包括的に慢性痛の心理社会的要因を評価して、サブタイプごとに適した介入方針を示すことができ、簡便に用いることができる尺度が、国際疼痛学会のテキスト、Chronic Painに記載されている。MPI(Kerns RD et al. 1985)

である。日本語版は笠原ら(2017)が紹介している。当院でも、先行研究と同様の分類特性を再現し(村上ら、2018)、慢性痛患者のサブタイプ分類と心理療法のマッチングに役立っている(表2)。

表2 MPI分類ごとの特徴と最適な心理療法

MPI分類	特徴	最適な介入		
Dysfunctional (DYS型)	家族が過保護 高度の痛み行動・活動制限 心理的要因の否認	オペラント行動療法		
Interpersonally Distressed (ID型)	家族から叱責・対人関係で苦悩 自己主張が苦手 心理的要因の自覚	アサーショントレーニング 第2世代認知行動療法		
Adaptive Cooper (AC型)	対人関係の安定 集学的治療不要・教育で改善可能 機能障害が少ない	心理教育 アドバイス		

笠原諭ら,2017をもとに筆者作成

特に、学習性の痛みに起因する場合に有用となるオペラント行動療法では、家族の理解と協力が必須である。しかし、良かれと思って対応した家族の関わり方の変容を求めるため、家族の理解が得られず、しばしば抵抗が生じることもあった。導入の根拠を示すことができるMPIを用いることで、家族の治療参加が得られやすく、有用であると実感している。

(2). 心理教育

心理教育を行うことは、集学的治療を進めるた めには非常に重要で、治療への第一歩と感じてい る。当院では、インテーク時より、患者に慢性痛 疾患の理解を確認して. 正しい情報提供を行う心 理教育に重点を当てている。慢性痛メカニズムな どの情報は、医療者に既知の事実であっても患者 には初めてで耳慣れない情報が多く,情報格差は 歴然である。F-A モデルの図表などを用いて、患 者自身で心理社会的な要因が自己に当てはまるか どうかを指摘してもらい, 運動療法や心理療法へ つながる動機づけ作業も含まれる。留意点は、図 表を用いて可視化できるハンドアウトを用意し, 平易な説明と理解の確認に心がけている。心理教 育を初回から実施することで、心理教育のみで改 善するケースもあり、以前と比較すると、集学的 治療から離脱する患者がだいぶ減少しているよう に感じている。

(3). 慢性痛に有用な認知行動療法

①認知行動療法

慢性疼痛治療ガイドラインによると、第一世代の行動療法、第二世代の認知行動療法、第三世代の認知療法とされるマインドフルネス認知療法 (MBCT)、マインドフルネスストレス低減法 (MBSR)、第三世代の行動療法とされるアクセプタンス&コミットメントセラピー (ACT)など、効果研究によりエビデンスが判明しており、強く推奨されている。

第一世代の行動療法は、家族などの重要他者によるオペラント報酬の関与が疑われる場合に有用で、痛み行動を弱化し健康行動を強化する行動変容を促す。特に、言語で不快な問題に対処できずに身体化しやすい子どもの疼痛において、親の理解と協力が得られた場合に奏功するケース(村上他、2017)が見受けられる。

痛みは不快な情動体験ゆえ, 過度に注意をむけ る反芻が問題となる。第三世代の認知療法である MBCT は、意図的に注意をシフトする様々なエ クセサイズにより、痛みの強さ、機能障害、QOL の改善において有効性が示されている。第二世代 の認知行動療法(CBT)と比較すると、CBT は不 適応な認知と行動を修正する"ミクロ"的である のに対し、MBCT は不適応な認知の受容を目指 す"マクロ"的なものとするとイメージしやすい。 治療者が直接不適応的信念を扱わずに介入ができ るため、患者からの抵抗が少なく、内省力に乏し い場合などCBTより適応範囲が広いように感じ られる。行動分析学に基づく ACT は、CBT よ り効果が持続. マインドフルネスより効果量が大 きい (Veehof et al, 2016)とされており、今後、本 邦での効果研究が期待される。

②. 難治性慢性痛に必要な動機づけ面接

(Motivational interviewing: MI)

認知行動心理療法は、エビデンスが確立されているが、全ての患者に対して有効なわけではない。

反抗的で心理的要因の関与を否認,非協力的とされる難治性患者群は,認知行動療法の導入が難しく,脱落してしまうことも多いため,医原性疼痛(Social Pain)を生み出しかねない。

治療から脱落せず、患者自身が主体的に治療に取り組めるよう、治療のモチベーションを高めることが必要で、MIが非常に役に立つ(笠原他、2020)。MIはインテーク時の心理教育から用いているが、最近行われたメタアナリシスでも、MIは慢性痛患者の治療開始時のアドヒアランスを高める可能性があることが示唆されている(Alperstein et al. 2016)。

2. コーディネーション機能

~患者と医療者間の関係調整をする媒介役~

慢性痛治療を進めていくためには、まずは患者 に、患者の主体性が必要となる"患者参加型"に よる多職種介入のチーム医療が必要なことを理解 してもらう必要がある。

その際の大きな弊害が、医師から心理面談の導入に関する説明に対する患者の理解度である。医師が事前に説明をしていても、「心理面談の説明がなかった」という聞き逃し、「医師から治療してもらえず、見放された。」という失望感や、「心の問題にされたようだ」という怒り感情などの誤った理解や十分に意図が伝達されていないことがある。医療者側も日々患者に追われ、診察時間は制限されているため、一人に十分時間をかけて説明することが不可能なこともある。

心理導入当初時は、遠慮や抵抗感などが障壁となり、心理面談をやりたくないことが医師に言えず、以後は中断してしまうこともあった。そこで、初回インテークでは、医療者からどのような説明を受けているか、心理面談を受けることについてどのように感じているか、必ず確認を行い、正しい情報提供と誤解によるマイナス感情から心理面談がスタートすることがないように心がけている。

そのために、予め、カンファレンスなどで医師から器質的疾患と心理学的な介入が必要な意図や目的などの情報を整理している。そして、患者が理解しやすいような平易な言葉に意訳し、時に、合目的的に補足して伝達している。そして、医療スタッフには、患者の不安や疑問、要望などをフィードバックしている。

このように、チーム医療が円滑に行えるよう、 黒子のような"媒介役"としての関係調整を行う ことで、患者-医療者間の関係が構築でき、患者 自身が主体的に関わる下地作りができ、患者と医 療スタッフが協働して治療効果を上げることへ繋 がっていると思われる。

3. コンサルテーション機能

~医療現場で生じるトラブルや医療者のメンタ ルヘルスに関するアドバイス~

慢性痛を有する患者の一部には、痛み0への強い期待、外来への頻繁な電話、易怒性により医療者と衝突するなど、医療スタッフを疲弊させることも多い。

そこで、患者を把握している心の専門家である 心理職が、問題解決のアドバイザー役として、患 者の行動分析を行い、問題行動の背景を示し、対 応方法を提示することで、スタッフの負担が減少 するように心がけている。その際、チームスタッ フの役割分担を提案し、一人にかかる負担を減ら して、チームスタッフのメンタルヘルスやストレ スマネージメントに寄与することも大切な役割で ある。

4. 今後の課題

当院で心理面談をスタートした当時は、ペイン クリニック外来で従事する臨床心理士は、全国で も両手で足りる程度、痛み関連学会で発表する心 理職は希少人数であったと認識している。近年、 全国の基幹病院でペインセンターとして独立設置 され、精神科医などの多職種のスタッフとともに、 常勤心理職として採用される機会も増えている が、未だ少数である事には変わりない。

慢性疾患専門看護師のように慢性痛専門職としての心理職の採用・養成も今後の課題となるが、それには大きな問題がある。臨床心理士による心理療法の診療報酬が現在の医療保険制度に付加することができないため、病院経営へ貢献できず、心理職の雇用が脆弱なことである。公認心理師の誕生から2年、海外と同様に、認知行動療法などの診療報酬の設定が待たれるところである。

今後は、身体疾患として起こるが発症や経過に 心理社会的な要因の関与が関係している心身症・ 機能性身体症候群として生じる循環器系や消化器 系、生活習慣病など様々な身体疾患領域において も、各身体領域の専門医の指示下で、慢性痛モデ ルを参照に、身体治療とともに心理社会的な側面 のケアとリエゾン・コンサルテーションを担うこ とが肝要と考える。

引用文献

Alperstein D, Sharpe L. (2016). The Efficacy of Motivational Interviewing in Adults With Chronic Pain: A Meta-Analysis and Systematic Review Pain, 17 (4): 393-403.

Dennis C. Turk, Ronald Melzack (2011). Handbook of Pain Assessment.

Fordyce, W. E (1976). Behavioral methods in chronic pain and illness St. Louis: Mosby

笠原論,松平浩,荒瀬洋子,村上安壽子,高橋直人, 矢吹省司(2017). 慢性疼痛の臨床に必要な心理社 会的評価尺度-MPI-最新精神医学,22(2)103-107.

笠原諭, 松平浩, 村上安壽子, 荒瀬洋子, 鈴木愛枝, 杉山尚子(2017). 慢性疼痛のオペラント行動療法 ペインクリニック, 38(3):343-352. 笠原諭, 松平浩, 佐藤直子, 本幸枝, 谷本真美, 岩崎 稔, 村上安壽子, 丹羽真一 (2020). 慢性痛に対 する, 動機づけ面接-理論と実践 麻酔,69:978-986.

Kerns RD, Turk DC, Rudy TE et al (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI) Pain, 23:345-346.

慢性疼痛治療ガイドライン作成ワーキンググループ (2018). 慢性疼痛治療ガイドライン 真興交易(株) 医学出版部

M.M.Veehof, H.R.Trompetter, E.T. Bohlmeijer, K.M.G.Schreurs (2016). Acceptance-and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: meta-analytic review COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY, 45(1): 5-31.

村上安壽子, 高橋良佳, 井関雅子 (2017). 小児 の 帯状疱疹後痛患者に対して母親の心理教育を含め た行動療法により改善された1症例 第46回日本慢 性疼痛学会抄録集: 78. 村上安壽子,井関雅子,松平浩,千葉聡子,玉川隆 生,弘田博子,河合愛子,石井智子,濱岡早枝子, 笠原諭(2018).ペインクリニック外来における MPI 日本語版の3つのサブタイプの特徴 日本ペイ ンクリニッ学会誌,25(3):138-138.

Nature (2016). PMID: 27410529.

日本疼痛学会痛みの教育コアカリキュラム編集委員会(2016). 痛みの集学的診療: 痛みの教育コアカリキュラム 真興交易(株)医学出版部

Satoshi Kasahara, Shinichi Niwa, Ko Matsudaira, Naoko Sato, Hiroyuki Oka, Yoshitsugu, Yamada (2020) Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Chronic Pain Psychosomatic Medicine, 82: 345-347.

矢吹省司, 牛田享宏, 竹下克志, 佐浦隆一, 小川節郎, 勝俣明子, 畠中聡 (2012). 日本における慢性疼痛 保有者の実態調査-Pain in Japan 2010より 臨床整 形外科, 47(2):127-134.

痛みに対するヒューマンケア

松弘会三愛病院ペインクリニック科 医師 土居 真太郎 先生

2019年6月16日 東京千駄ヶ谷の桜美林大学四谷キャンパスで開催された日本ヒューマン・心理学会 第21回大会の大会企画シンポジウムにパネリストとして参加した。座長である桜美林大学院老年学研究科の長田久雄教授から疼痛治療における心理学的なアプローチが重要であること、これまで心理学があまり関わってこなかった領域であるがゆえにスペシャリストの数が少ないこと、今回の企画を機会に少しでも心理学領域でも慢性痛に対する関心を高めていきたいとのお言葉をいただいた。痛みに治療に携わる臨床家の立場

として心理学的なアプローチの重要性について自 験例をもとに解説する。

外来患者の主訴として「痛み」は頻度が高いものの1つである。身近な「痛み」としては外傷に代表される侵害受容性疼痛がある。組織の障害を契機とし、痛みを伝える神経が興奮すると考えればイメージしやすい。炎症を伴うことが特徴である。一方、神経障害性疼痛は神経が痛みを伝達する経路や痛みを抑え込む経路などに機能障害が起こることなどにより起こり、「ジリジリ」「ビリビリ」

「焼けるような」といった「痛みのように感じる不快な感覚」として表現される。神経障害性疼痛の原因は様々だが、客観的に痛みを測るスケールが無いこと、違う表現の「痛み」を同列に語れないこと、「痛み」の生活への影響は個人差が大きいことなどにより評価が難しい。国際疼痛学会では「痛み」を情動体験と定義しており、「痛み」に心理的な側面があることを示唆している。

痛みを専門的に扱う科としてペインクリニック 科は侵害受容性疼痛だけでなく神経障害性疼痛の 患者の治療に当たってきたが、 痛みを心理面から 評価し治療に応用することは少なかった。精神科 主導で心理社会的な痛みを治療するという動きも ほとんどなかった。教科書的には心理社会的な痛 みとして記載されているものの、医学的な治療対 象として取り上げにくかったのである。しかし近 年,情動系を始め脳機能の理解が進むとともに, fMRIなどによって疼痛を感じている際の脳の動 きがリアルタイムで測れるようになり、「痛み」と 情動の関係が明らかになってきた。また、痛み治 療に効果的な心理的アプローチが確立されるよう になり、ようやく一般外来でも心理的手法を取り 入れた痛みの治療に取り組みやすくなってきたと 言える。

疼痛治療に心理学的なアプローチが取り入れられるようになって、大きく変化したことは「痛み」に対する治療手法の変化である。これまでは医師が処方や指導によって一方的に医療を施す「医療者主導型医療」であったが、「痛み」治療で効果を上げるには認知行動療法に代表されるような、患者が主体的に参加する「患者主導型医療」に転換する必要がある。心理学は医療者にとって患者の訴えを理解するためにも、治療に参加させる動機付けにも、治療を継続させるにも不可欠である。

筆者は病床数199床の病院でペインクリニック外来を医師1人、看護師1人で担当している。院内に精神科医や臨床心理士は勤務していない。基本的な診療は問診から神経ブロックなど処置を含めて1人10~15分程度である。平均的な1日の患者数は30~40人で患者は院内紹介がメインだが、完全予約制では無いため初診が立て込むこともしばしばある。自験例をもとに心理的なアプローチが必要な慢性痛治療の一端を紹介する。

68歳男性,1年前に右大腿骨頚部骨折で観血的整復術(ガンマネイル挿入術)を受けた。術後から腰痛と右下肢への痛みがある。手術を担当した整形外科医から「骨折の治療は終了した。下肢の痛みは脊柱管狭窄症による坐骨神経痛である」と診断され、当外来を紹介された。痛みが強くて歩けないということが主訴である。

骨折の治療は骨の癒合をもって終了となるが. 遷延する疼痛が残ることがある。骨折部や周囲の 組織の血流障害やリハビリ不足による筋拘縮など が主原因と考えられる。ICD-11では外傷後慢性 疼痛, 術後遷延痛として収載されている。初診の 際に「骨折の跡が痛い 手術をしたのに治らな い」ということを大声で何度も訴えたり「医療ミ スだ 手術をした担当医が自分を見捨てた」と訴 えたり, 易怒性が強く他罰的で, 被害妄想的な発 言が多く見られた。外来では初診の場合は特に 「動機付け面接」を意識してオープンクエスチョン で「痛みの性状」「痛みの場所」「痛みが出る状況」 「痛みで支障の出ている活動 | について確認する。 もちろんこうした質問は1度に全て出てこない場 合も多いため、患者が「痛みで困っている」という ことを受容し、こちらが受容していることを患者 が理解することが関係構築の第一歩としている。 「動機付け面接」は患者との良好な関係性を形成す るためにも基本となる技術であると考えている。

また, 本件では患者が診察時間を待てず, 予約時 間を10分も過ぎれば騒ぎ出すようなことを繰り 返しており易怒性が強いと判断し、 待たさない診 察を心がけた。待たせる場合はあらかじめ待合で 「あと15分くらいかかる」など声をかけておくと. 声を荒げることは少なかった。患者との関係性が 構築されるに連れ、「痛みが減ったらどんなこと がしたい? | 「痛みが強いのに、なぜ早く歩きたい のか?」などという質問に答えられるようになっ た。こうした質問に答えられると治療の方向性を 見出しやすい。「慢性痛」の治療では「痛み」をター ゲットとするよりも支障の出ている行動をター ゲットにしたほうが効果の高いことが多い。患者 としては、「骨折の痛みは骨折の治療をすればゼ 口になるもの」「痛みをゼロにするのが医者の仕 事」との思いが強かったが、関係性が深まること で医療者からの情報提供を望むようになった。そ こから「骨折後の痛みの原因」「骨折の治療後も痛 みが長く残ることが多い」「整形外科としては骨 折を修復することを第一と考える」などの患者に とってネガティブな情報を理解できるようになっ ていった。運動療法が不可欠であることは慢性痛 治療の常識である。痛くてもできる運動を患者と 一緒に探すことは, 患者が治療に主体的に参加す る最初の一歩となり、一緒にプログラムを組むこ とでお互いの信頼関係が深まる良い契機となる。 運動療法では具体的で実現可能な目標を立てるこ とが大切である。

術後遷延痛は神経障害性疼痛に該当するため抗 痙攣薬や抗うつ薬などの薬物療法が中心となる が、患者は薬物治療の効果に乏しかった。患者と のコミュニケーションが進むにつれて、患者の娘 が看護師であることが判明し、その娘が治療薬に 対して「これはうつ病の薬だから内服するな」と か「お父さんはうつ病だと思われている」などと 治療薬に否定的な意見を言われていることが分 かった。診療当初から投薬していた神経障害性疼痛用の薬を内服していないことも分かった。当然,薬に対する情報提供は処方の際に行うが,患者が聞いていないことも多いことや患者の家族から後に質問・クレームが来ることも多い。治療内容に関してご家族に説明する場は何度でも設けられるが,全く家族が姿を見せないことも多い。今回のケースでは患者の家族が来院することはなかった。当然ながら患者の納得しない治療は選択できないため,治療薬は患者の納得した漢方薬のみの処方を行った。ある程度,医者 – 患者間の信頼が得られた頃に,患者から「先生が勧めていた薬を内服してみたい」との発言を得られるようになったが,眠気やふらつきなどの副作用が強く継続は困難だった。

本件では脊柱管狭窄症を合併していることもあり、神経ブロックを治療法として選択したが効果に乏しかった。患者は神経ブロックの効果が乏しいことをよく理解しているものの、数日間は痛みが大きく減ることからブロック治療の継続を望んだ。一方、関係性の構築が進むにつれストレッチや運動療法に関して積極的に行うようになり、疼痛の軽減に一定の効果があった。患者は治療開始から1年後に「神経ブロックをしてもしなくても大きな変わりがない」としてブロック治療を終了した。さらに半年後に「痛みがゼロにはならない」ということを受容し、「痛みがあるけれどやっていける」として全ての治療を終了することになった。

このように筆者の外来では「痛み」そのものを 軽減することも目的だが、患者が支障されている 行動の変化も治療の目安としている。患者自身が 行動の変化に気づき始めると治療効果の上がるこ とが多い。そのため医療面接は「動機付け面接」 に準じて行っている。「動機付け面接」は行動療法 の専門家であるミラー (ニューメキシコ大学) と ロルニック (カーディフ大学) が開発した対人援 助理論である。アルコール問題を抱える来談者へ の面接技法を研究するプロセスで,治療成績のよ かった治療者の面談スタイルを解析することから 体系化された。受容的応答を旨とする来談者中心 療法と特定の変化に施行させる目的思考的要素を 併せ持った面接スタイルを特徴としており,行動 変容に介入が必要な患者の医療面接に適してい る。

筆者の外来において治療に難渋する痛みを抱える患者の性格傾向としては診察時間を待てない人が多いため、「待たさない診療」は最も心がけているポイントである。患者がイライラした状態で面接を始めるのは患者理解に必要な場合もあるが、毎回イライラさせていては信頼を失う。運動療法は「痛み」治療に欠かせないが、「痛くないところを動かす」「深呼吸だけでも」「寝ててもできる」などハードルを下げられるだけ下げて継続できるようにしている。一方的に運動を強要するのではなく、患者と一緒にできることを探している」と感じるようで、治療の離脱率も少ない印象である。