

緩和ケアチームと麻酔科医の関わり

## 麻酔科医による専門的な痛み治療と援助的コミュニケーション

山田圭輔\* 武川治水\* 山本 健\*

〔要旨〕金沢大学附属病院での麻酔科医の緩和ケアチームへの関わりを述べた。がんに伴う全人的苦痛(トータルペイン)に対しては、多職種連携が必要である。麻酔科医は専門的な痛み治療(静脈内PCA, くも膜下鎮痛法, 超音波ガイド下末梢神経ブロックなど)を行いながら、他診療科医師あるいは精神科医と協力し、骨転移痛やその他の身体症状および精神症状の軽減を行っている。スピリチュアルペインに対しては、援助的コミュニケーションによる対応が必要である。援助的コミュニケーションの態度と技術を身につけることで、医師以外の他職種とのより強い連携が可能になる。また、医学生に対して緩和医療の重要性を理解させるケアマインド教育も重要な役割である。  
キーワード: くも膜下鎮痛, 静脈内PCA, スピリチュアルペイン, 援助的コミュニケーション, トータルペイン

## I がんに伴う全人的苦痛(トータルペイン)への対応

金沢大学附属病院緩和ケアチームは、2006年5月に発足し、麻酔科医、精神科医、薬剤師およびがん性疼痛看護認定看護師からなっている。当院では緩和ケアチームが発足する以前から、麻酔科医が院内のがん患者に対して専門的な痛み治療を積極的に行っており、こうした経緯から、麻酔科医を中心にして緩和ケアチームを創設した。このように麻酔科医は、痛み治療の専門家として緩和ケアチームに関わることが期待されている<sup>1)</sup>。

しかし、がん緩和医療の現場では、痛み治療だけでなく、その他の身体症状や精神症状、社会的・経済的問題、心理的問題およびスピリチュアルペイン(実存的問題)など、幅広い領域の全人的苦痛(ト

ータルペイン)への対応が必要になる<sup>2),3)</sup>(図1)。麻酔科医がすべての苦痛に対応することは不可能であり、他職種との連携が欠かせない。

痛み以外の代表的な身体症状として消化器症状や呼吸苦がある。消化器症状に対しては、制吐薬や緩下薬投与のほかに、緩和的外科治療(バイパス手術や人工肛門造設など)、ステント留置、腹水穿刺や腹水濾過濃縮再静注法などが行われる。呼吸苦に対しては、オピオイド投与のほかに胸水穿刺などが行われる。また、精神症状(不安, 抑うつおよびせん妄)に対しては、各種の向精神薬が用いられる。このように身体および精神症状に対して、主治医や精神科医あるいは他診療科医と協力し、症状のコントロールを行うことは麻酔科医として関与しやすい領域である。

一方で、心理的苦痛やスピリチュアルペインに対

\*金沢大学附属病院麻酔科蘇生科

著者連絡先 山田圭輔  
〒920-8641 石川県金沢市宝町13-1  
金沢大学附属病院麻酔科蘇生科

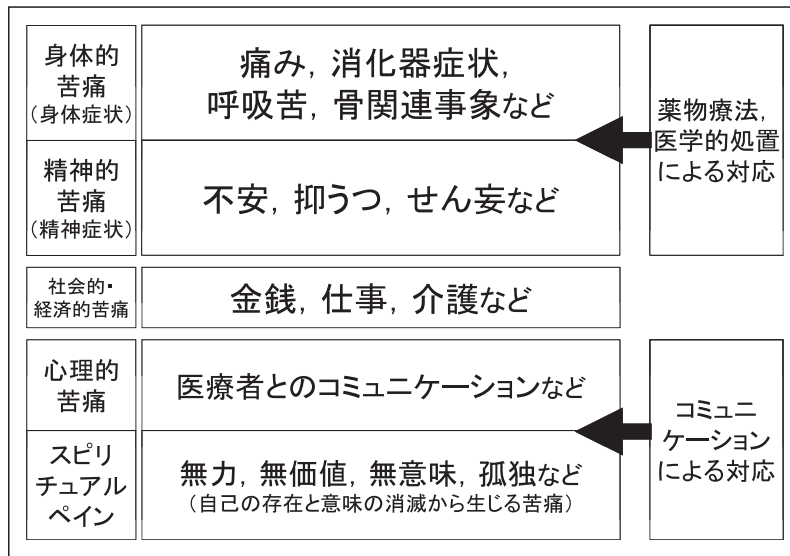


図1 がんに伴う苦痛(トータルペイン)

身体症状や精神症状には、薬物療法や医学的処置で対応する。心理的苦痛やスピリチュアルペインにはコミュニケーションによる対応が必要である。

しては、薬物療法や医学的処置ではなく、コミュニケーションによる対応が必要になる。特にスピリチュアルペインに対しては、後述するような援助的コミュニケーションによる対応が重要で、これは医師以外のすべての医療職とも共有できる概念と技術である。しかし、麻酔科医を含む多くの医師は、援助的コミュニケーションに関する教育を受けたことがなく、関与しにくい領域となっている。援助的コミュニケーションを理解し実践することができれば、医師以外の他職種との連携も深まり、緩和ケアチームの結束をより強くできると考えている。

以上のように、麻酔科医が緩和ケアチームに積極的に関わるには、専門とする痛み治療を実践し、主治医や精神科医を含めた他診療科医師と協力し、さらに他の医療職と共通する援助的コミュニケーションの概念と技術を身につけることが重要である。また、このように多職種の連携が必要な緩和医療について、医学生や研修医に教育することも重要な役割と考えている。

本稿では、第一に金沢大学附属病院での麻酔科医

によるがん性疼痛治療の実際について述べ、次いで援助的コミュニケーションおよび医学生教育に関して述べる。

## II がん性疼痛治療への関わり

### 1. 静脈内PCAに関して

麻酔科医は、がんの痛み治療に積極的に関わっており、オピオイドの内服薬や貼付薬、鎮痛補助薬の調整も多く行っている。多数のがん患者では、これらの薬物療法により著明な苦痛を生ずることなく経過するが、一方で副作用などのために、これらの薬剤の投与が行えなかったり、強い痛みのために良好なコントロールが得られない症例も存在する。特に、骨転移などの多発転移を有する場合には、痛み治療に難渋することが多い。

このような症例に対して、麻酔科医による専門的な痛み治療として、①機械式PCA(patient-controlled analgesia)ポンプを用いた強オピオイド注射薬の静脈内PCA、②硬膜外あるいはくも膜下鎮痛(これにもPCAポンプを用いることが多い)、③神経破壊薬

を用いた永久神経ブロック(特に内臓神経アルコールブロック)、④超音波ガイド下の末梢神経ブロック(これにもPCAポンプを用いる)、⑤ケタミンの静脈内投与による治療などを行っている。

静脈内PCAでは、①患者自身(あるいは家族や看護師)で追加(レスキュー)投与ができ、②薬剤投与量(持続投与量、追加投与[レスキュー]量、ロックアウト時間)を細かく調整することが可能で、速やかに除痛を得られる。静脈内PCAは、内服が不能になった終末期に行われるとの印象があるかもしれない。実際には、速やかに除痛を得られることから、非常に強い痛みを訴えている症例では、経口投与が可能であっても、静脈内PCAによるオピオイド投与を第一に選択している<sup>4),5)</sup>。除痛を得られた後に、静脈内投与量に見合う経口投与(あるいは経皮投与)に変更することも多い。

当院では、緩和ケアチームが院内のすべての機械式PCAポンプを管理しており、投与プログラムの設定、薬剤の補充、病棟看護師への教育、機器のメンテナンスも担当している。また、以下の項で示すように、がん性疼痛に対するくも膜下鎮痛や超音波ガイド下持続腕神経叢ブロックにもPCAポンプを用いている。

## 2. くも膜下鎮痛に関して

がんの多発転移により、オピオイド内服薬や貼付薬あるいはオピオイド注射薬の静脈内投与でもコントロールが得られない症例が存在する。特に下腹以下の強い痛みを訴える症例では、くも膜下鎮痛が有効なことが多く当院でも積極的に行っている。

生命予後が短いと予想され退院が困難な症例では、くも膜下腔にカテーテルを留置し、重篤な合併症を生じない限り死亡するまでくも膜下鎮痛を継続している。終末期の高齢者で、くも膜下鎮痛法が有効であった症例<sup>6)</sup>を示す。

<症例> 86歳の男性。肺がんの多発転移が急速に進行し、骨盤および大腿への広範な骨転移による強い腰下肢痛が生じた。フェンタニルの静脈内投与

(持続投与0.1~0.4mL/h、追加投与0.2~0.4mL/回)により痛みの軽減を得られたが、徐々に安静時痛の訴えが増え、薬剤性せん妄を生じるようになった。

フェンタニルの静脈内投与を中止し、くも膜下腔にカテーテルを留置し、PCAポンプを用いて、モルヒネ持続投与量を調整し(0.3~0.7mg/日)、死亡するまでの20日間、良好な除痛を得られ、せん妄も軽減した。生命予後が2~3週と予想される症例ではオピオイドの持続くも膜下投与を躊躇してしまうこともあるが、下腹以下の痛みを軽減できる可能性が高く、終末期の苦痛をなくす目的でくも膜下鎮痛を積極的に試みるべきと考えている。

一方、少なくとも1ヵ月以上の生命予後が期待され、除痛を得られることで日常生活が可能な症例では、くも膜下カテーテルおよびアクセスポートを皮下に留置し、外出や外泊、あるいは退院が可能になるように対応している。在宅でくも膜下鎮痛を継続している症例も報告されている<sup>7)</sup>。われわれも2例にカテーテルおよびアクセスポートを皮下に留置した症例を経験したが、在宅で過ごすまでには至らなかった。

## 3. 骨腫瘍による痛みに関して

がん性疼痛の中で、痛み治療に難渋する代表例として骨腫瘍による痛みがある。骨腫瘍には、転移性骨腫瘍と原発性骨腫瘍の2つがあり、転移性骨腫瘍が圧倒的に多い。

転移性骨腫瘍は多くの癌腫で生じ、脊椎への転移が最も多い。骨転移による体動時痛は、薬物療法のみではコントロールが難しく、非薬物療法(整形外科治療、放射線治療および経皮的椎体形成術など)の併用が必要である。一方で、これらの非薬物療法を容易に行うためには麻酔科医による静脈内PCAと神経ブロックによる専門的な痛み治療が有効である。われわれの過去の報告を参照していただきたい<sup>5),8)~10)</sup>。

骨肉腫などの原発性骨腫瘍は、若年者に発症しやすい。最近、われわれは上腕骨のユーイング肉腫に

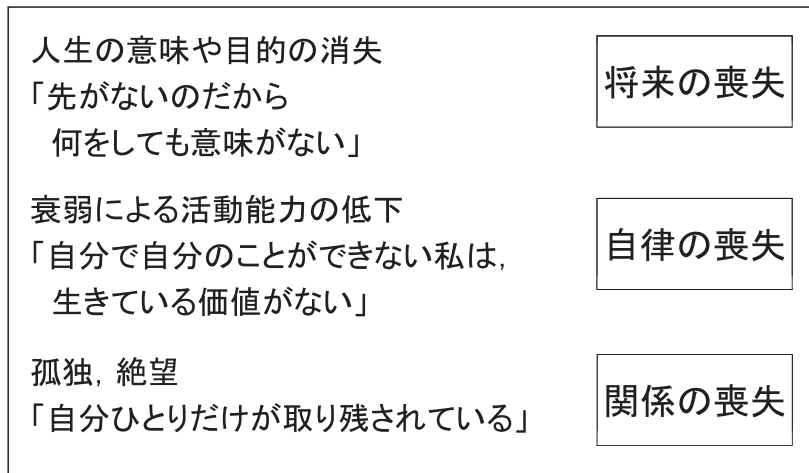


図2 臨床での代表的なスピリチュアルペイン  
 死を間近にすると、人間の日常の生の構造である時間存在、自律存在、関係存在を失い、無意味、無価値、孤独と感じる苦痛が生ずる。

よる難治性疼痛に対して、超音波ガイド下の持続腕神経叢ブロックが有効であった症例を経験した。これまでは、小児での腕神経叢ブロックは手技が難しくあまり行われることはなかった。しかし、近年の超音波装置と技術の発展により、小児に対しても安全に腕神経叢ブロックを行うことができるようになっている。

＜症例＞9歳の女兒。ユーイング肉腫による左上腕骨の病的骨折による上肢痛を訴えた。当初はオキシコドン(40mg/日)の内服で除痛を得られたが、徐々に強い痛みを訴えるようになった。静脈内PCAによるモルヒネ投与(最大300mg/日)を追加したが、除痛を得られず不眠が続いた。

超音波ガイド下に左斜角筋間より腕神経叢にカテーテルを留置した。0.5%ロピバカイン15mLを単回投与することで痛みはほぼ消失し、その後にPCAポンプを用いて、0.2%ロピバカインを投与(持続:2.5mL/h, 追加:4mL)した。左上腕への放射線治療を開始した後は、痛みの訴えは徐々に減少し、オピオイドをすべて中止でき、4週後には持続腕神経叢ブロックを終了した。

### Ⅲ スピリチュアルペインと 援助的コミュニケーション

スピリチュアルペインや援助的コミュニケーションは、多くの麻酔科医にとってなじみがないものである。筆者も参加した日本ペインクリニック学会第43回大会(2009, 名古屋)でのシンポジウム「緩和ケアチームにおけるペインクリニシヤンの役割」(座長:小川節郎先生)で、村田久行先生(現:京都ノートルダム女子大学大学院人間文化研究科教授)がスピリチュアルペインと援助的コミュニケーション(スピリチュアルケア)を取り上げた。筆者は、それを機会に援助的コミュニケーションに興味をもち、村田先生の主催する研修会に参加した。

スピリチュアルペインとは、自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛と定義される<sup>11)</sup>。がんに罹患することで、人間の生の構造である将来、自律、関係を喪失することで生じ、無意味、無価値、孤独と表現される苦痛である。図2にスピリチュアルペインの具体例を示した。スピリチュアルペインは主観的な苦しみであり、この苦痛を軽減できるのは患者本人のみである。医療者はスピリチュアルペインを直

接に軽減するわけではなく、患者本人が苦痛を軽減できるよう援助するコミュニケーションが求められる。これまでの医学部の教育では、援助的コミュニケーションが取り上げられることはほとんどなかった。多くの医師は、薬物療法や医学的処置で対応できないスピリチュアルペインの存在に気がついているものの、どのように対応すればよいかわからないでいるのが現状である。

援助的コミュニケーション(スピリチュアルケア)の実際は、①その日その時のスピリチュアルペインを鋭く受け取り、正確に評価すること、②その苦しみに意識を向けることで、患者自身が自分の苦しみを明確化できるように、患者に語らせる(傾聴する)ことである。援助的コミュニケーションを実践するには、①常に患者の苦しみに意識を向け、患者にとって援助者として立ち現れる態度と、②対話の際に反復する、少し待つ、相手の想いを確かめるために問いかけをする傾聴の技術が必要である。援助的コミュニケーションは、医師だけでなく、緩和ケアチームに関わるすべての職種が共有できる概念であり、チーム内で多職種が連携する基盤になるものと考えている。

援助的コミュニケーションの概念を理解していないと、スピリチュアルペインを聞くことで、医師自身が患者から責められているように感じて、医師が無力感や罪悪感を持ってしまい、逆に患者とのコミュニケーションを避けてしまうことが起こりうる。このような事態にならないよう、医学生や研修医へのスピリチュアルペインや援助的コミュニケーションの教育が必要であると感じている。

#### IV ケアマインド教育

現在の医学生への教育は、疾患の検査、診断、治療に偏重していることから、医学生は医療とは疾患を治すこと(キュア)だけと誤って思ってしまう危険がある。医療の根底には、人の生き方を支える医療(ケア)があり、緩和医療だけでなく看護、介護、リ

ハビリテーション、栄養など幅広い領域が含まれる。これらには楽に生きること、苦痛を和らげること、介護者や家族も支えることなどが含まれる。

日本臨床麻酔学会第24回大会長の畑埜義雄先生は、大会のテーマに「ケアマインド」を掲げ、病気が治らない患者からでも満足を得るためにケアマインドの重要性を指摘した。畑埜先生の提示したケアマインドには、①人の意見を聞く、②聞き出す能力、③真実を言わせる度量と勇気、④チーム力、⑤トータルの医療でみる、⑥謙虚さが含まれる。また、医学生や研修医へのケアマインド教育の重要性を述べ、緩和ケア病棟実習と医療問題ロールプレイを実践している<sup>12)</sup>。

筆者は、畑埜先生のケアマインド教育を参考にして、金沢大学医学部5年生全員に対してケアマインド教育を行っている。麻酔科臨床実習7日のうち2日を緩和医療実習に充て、初日に①ケアマインドと麻酔科医療、②トータルペインへの対応、③がん性疼痛に対する基本のおよび麻酔科医による専門的な痛み治療、④スピリチュアルペインと援助的コミュニケーションの4部に分けた講義を行う。2日目には、初日の講義内容を確認しながら、⑤緩和ケアチーム回診、⑥全員が各自の死生観に関するプレゼンテーションを行っている。治らない病気の人にどのように対応するかを考えさせ、身体症状や精神症状の緩和だけでなく、援助的コミュニケーションの重要性を強調している。

本稿の要旨は日本臨床麻酔学会第30回大会(2010, 徳島)シンポジウムにて発表した「緩和ケアに生かす麻酔科医の技術と心術」に加筆したものである。

#### 参考文献

- 1) 服部政治：麻酔科と緩和医療—緩和医療で麻酔科に求められること。医学のあゆみ 225：1127-1131, 2008
- 2) 小川朝生：心のケアの考え方。精神心理的苦痛のアセ

- スメント, これだけは知っておきたいがん医療における心のケア. 小川朝生, 内富庸介編. 創造出版, 東京, 2010, 36-52
- 3) 吉澤明孝, 行田泰明, 石黒俊彦ほか: 緩和ケアと麻酔科医: 疼痛コントロールから全人的ケアへ. 日臨麻会誌 28: 293-300, 2008
  - 4) 山田圭輔, 栗田昭英, 小林恭子ほか: 悪性骨腫瘍による強い疼痛に対して静脈内PCAにより強オピオイドを導入した1症例. ペインクリニック 30: 77-79, 2009
  - 5) 山田圭輔, 武川治水, 栗田昭英ほか: 静脈内PCAによる疼痛治療が有用であった動脈塞栓術および除圧固定術を予定した転移性脊椎腫瘍の1症例. ペインクリニック 30: 101-103, 2009
  - 6) 山田圭輔, 山本剛史, 武川治水ほか: 持続くも膜下モルヒネ投与により良好な除痛が得られた骨転移痛を伴うがん終末期の1症例. ペインクリニック 31: 1209-1212, 2010
  - 7) 池垣淳一: 全人的ケア, 今麻酔科医にできること—くも膜下鎮痛を地域で展開する—. 日臨麻会誌 31: 243-249, 2011
  - 8) 山田圭輔: 脊椎転移の疼痛治療と麻酔科医. 日臨麻会誌 29: 120-126, 2009
  - 9) 山田圭輔, 松本禎久, 武川治水ほか: 転移性椎体腫瘍に対する腫瘍脊椎骨全摘術周術期の疼痛治療. ペインクリニック 27: 763-766, 2006
  - 10) 山田圭輔, 松本禎久, 武川治水ほか: 持続硬膜外ブロックを併用して放射線治療を行った転移性脊椎腫瘍の1症例. ペインクリニック 30: 361-364, 2009
  - 11) 村田久行: 痛みとスピリチュアルケア. ペインクリニック 31: 327-335, 2010
  - 12) 畑埜義雄: いま, 求められるケアマインド. 臨麻 29: 711-717, 2005

## Specialist Pain Treatment and Supportive Communication by Anesthesiologists

Keisuke YAMADA, Chisui MUKAWA, Ken YAMAMOTO

Department of Anesthesiology, Kanazawa University Hospital

The involvement of anesthesiologists with the palliative care team of Kanazawa University Hospital is discussed. Cooperation between professionals from many disciplines is indispensable for treatment of total pain in cancer patients. In conducting specialist pain treatment, such as intravenous patient-controlled analgesia (PCA), intrathecal analgesia, and ultrasound-guided peripheral nerve block, anesthesiologists cooperate with other doctors, including psychiatrists, to ease bone tumor pain, as well as the other physical and psychiatric symptoms of cancer patients. Supportive communication is important to treat spiritual pain. Anesthesiologists can strengthen mutual communication with other healthcare professionals by having the right attitude and obtaining the skills related to supportive communication. Education for medical students to help them understand the significance of palliative medicine is also important.

**Key Words :** Intrathecal analgesia, Intravenous patient-controlled analgesia (PCA), Spiritual pain, Supportive communication, Total pain

The Journal of Japan Society for Clinical Anesthesia Vol.32 No.1, 2012