

PP-1 術後痛管理チームの立場から：現状把握、拡大サポート、目標設定の必要性

ハシチウオヴィッチ トマシユ

東京慈恵会医科大学附属第三病院麻酔部

2022年4月に術後疼痛管理チームの取り組みが医療報酬加算の対象となり、急性疼痛管理サービス（Acute Pain Service、APS）の役割、内容、効果、必要性が改めて議論されている。加算をきっかけに術後疼痛管理に対する注目度は上がったが、本邦での術後疼痛管理の目標、APS内容の標準化、展開方向についての議論は十分ではない。

2021年に設立された日本術後痛学会（JSSPP）ではこのような議論を取り上げ、本邦の医療制度に合ったAPSのモデルを示すことが求められている。その具体的な内容として、以下の課題が挙げられる。

- 本邦の現状（APSを運営している施設、術後疼痛管理チーム加算を算定できる施設など）を把握する必要がある。そのためにAPS・加算状況に関する全国調査、登録制度の導入、データベースの作成が必要となる。その項目に関して、十分な議論を行い、標準化の推進、APS標準の維持に役立つ項目を選択する。
- 全国調査の結果をもとにAPS運営を行なっている施設の経験、問題点、課題をあげ、施設間の違いを明確にし、できる限り統一した実現・持続可能で有効なAPSモデルを提案する必要がある。
- 現在の術後疼痛管理研修の内容を調整する必要がある。APSの標準化に向けて、研修修了者の教育レベルの統一性を目指して内容を容易に更新できるようにする。
- APSを多くの施設が導入できるように、JSSPPの本ページにAPS・加算導入支援ポータルサイトを作成。学会で評価された情報提供の目的で、一つのウェブサイト導入に必要なノウハウ、事例などを紹介する「オープンな場」としての役割を果たせるようにする。
- 術後疼痛管理について多くの医療従事者に教育を行うことが必要となる。特に、看護師教育に取り組む必要があり、術後疼痛管理研修の修了者のみならず、病棟看護師の関わりが強く求められる。
- 上記の目標を達成しながら、今後の周術期管理におけるAPSの位置付けに関して議論を行う必要がある。ERAS、早期リハビリテーション、術後遷延性疼痛の予防などを含め、本邦に合った総合的な周術期管理を目指す。

以上の課題が満たされた状況であれば本邦のAPSの効果を示す研究が可能になり、明確なアウトカム（鎮痛レベル、患者の満足度、患者報告型アウトカム [patient-reported outcomes : PROs]、医療者の満足度、有害事象の発生率など）が設定できるようになるだろう。

APSの導入だけでは患者の満足度は変わらない、という報告を念頭において、APSの効果が発揮できる運営を見直す時期が来ている。加算をきっかけに、日本術後痛学会を中心とした広い意味でのイニシアティブが求められている。

PP-2 術後回復を促進させる疼痛管理を求めて —最も痛いと言われる脊椎外科手術の術後管理に関する臨床研究の結果から—

谷口 英喜、竹之内 正記

済生会横浜市東部病院患者支援センター

(背景) ERASプロトコルをはじめとした術後回復促進策では、術後回復を促進させる目的で術後疼痛管理および悪心嘔吐対策の強化を提唱している。その中で疼痛管理においては、鎮痛薬の定時投与(ATC: around the clock)、多角的鎮痛戦略(MMA: multimodal analgesia)、麻薬の削減(opioid sparing)の3つの方針が述べられている。一方、多くの術式の中で脊椎外科手術は術後疼痛管理に難渋することが知られている。当院では、脊椎外科手術においてATC, MMA, opioid sparingの強化を行ってきた。今回、特にATCの導入が術後回復に与える影響を検討した。

(方法) 待機的脊椎椎体固定術を予定されたASA IまたはIIの成人患者を対象とした。アセトアミノフェン定時投与(ATC)のクリニカルパス導入前<プレ群>と導入後<ポスト群>の2群において次の項目について検討した。主評価項目POD1朝の安静時NRS値、副次評価項目は術直後から術後3日目までの安静時NRS、レスキュー鎮痛薬の使用頻度、食事摂取時の喫食量、術後在院日数、離床スコア。(IRB NO 2020138)

(結果) 解析対象は、プレ群が31例、ポスト群が47例となった。共変量項目で調整し、群間の被検者の偏り影響を無くし統計解析を実施した。主要評価項目のPOD1朝の安静時NRS値は、プレ群で平均(95%信頼区間)3.91(3.41~4.41)、ポスト群で1.21(0.81~1.60)、でポスト群が有意に低値を示した。また、副次評価項目に関しては、主評価項目以外の時点にけるNRS値は、ポスト群でプレ群よりも有意に低値を示した。レスキュー総数(回)はポスト群で低値($P<.0001$)を示した。その他の評価項目は両群間で差が認められなかった。なお、アセトアミノフェン定時投与前後の肝酵素の変化に関しては、両群間で差が認められなかった。

(考察) アセトアミノフェン定時投与の導入により、脊椎外科手術において術後疼痛の軽減およびレスキュー薬剤の使用機会の減少が認められた。一方、術後回復促進の目安となる術後の喫食量や離床スコアに関して促進効果は認められなかった。在院日数の短縮も得られなかったが、これらの要因としてはクリニカルパスに準じた管理が実施された影響が考えられた。わが国における保険医療制度の特徴からも、在院日数の短縮を術後回復促進の効果指標として用いるには限界があり、今後の評価項目の再設定が課題と考えた。

(結果) 脊椎外科手術においてアセトアミノフェン定時投与のクリニカルパスへの導入により術後疼痛レベルが軽減した。一方、術後回復促進に関する指標の改善までは得られなかった。

PP-3 認知機能障害を有する高齢者に対する術後痛管理

河野 崇

高知大学医学部麻酔科学・集中治療医学講座

高齢者人口の増加および周術期医療の進歩により、高齢者が手術を受ける機会は増加している。わが国のレセプト情報・特定健診等情報データベースにおいても、手術を受ける患者の半分以上(年間200万例以上)が65歳超えの高齢者である。最近では、75歳以上のいわゆる後期高齢者の増加も加速している。したがって、健康で豊かな人生100年時代を迎えるためには、手術医療は不可欠であり、質の高い高齢者周術期管理の役割も大きいと考えられる。一方、高齢者に対する術後痛管理はさらなる改善が求められている重要な課題のひとつといえる。特に、術後痛は高齢者で問題となっている術後せん妄(Postoperative delirium: POD)の発症に関与することが知られている。実際に、不適切な術後痛管理はPODを誘発し、逆に、適切な術後痛管理はPODの発症頻度を減少させることが多くの臨床研究で示されている。PODの発症は、在院日数の延長、死亡率の増加と関連するほか、術後の認知症発症にも影響を与えることで健康寿命短縮の要因ともなりうる。つまり、術後痛および関連するPODの発症は一過性の問題ではなく、高齢手術患者の長期予後にも悪影響を及ぼす可能性がある。また、高齢手術患者は、術前に認知機能障害を有していることも多く、その場合、PODを発症するリスクがさらに高まる。しかしながら、高齢者、特に認知機能障害を有する患者に対する最適な術後痛管理法については明確には示されておらず、臨床現場では難渋するケースも多い。例えば、①痛みの程度は加齢や認知機能障害によって変化するのか?②高齢者、さらには認知症やせん妄合併患者に適した痛みの評価法は?③POD予防に適した術後鎮痛方法はあるのか?などの課題が挙げられる。本講演では、PODに焦点をあてた高齢者周術期管理の現状を解説するとともに、これらの臨床的疑問についても議論したい。本講演内容が皆様の臨床や研究活動の一助となれば幸いである。

PP-4 硬膜外麻酔・術後鎮痛と術後早期リハビリテーション医療を積極的に組み合わせることで術後の不穏・譫妄などの周術期における精神認知機能障害を抑止できるかもしれない

石村 博史¹⁾、山内 康太²⁾、田島 文博³⁾

1) 医療法人堺整形外科医院福岡スポーツクリニック麻酔科

2) 製鐵記念八幡病院 リハビリテーション部

3) 和歌山県立医科大学名誉教授/ちゅうざん病院院長

日本における術後鎮痛の今後の方向性を議論するためにはまず、そもそも外科系急性期医療の目指すべき目標・ゴールがどこにあるのかを議論する必要がある。この目指すべきゴールは、単に病巣部を解剖学的に切除・再建すること、つまり手術の達成だけに留まらない。手術とは治療を前提にはしているものの、計画的に生体に加えられる外傷行為に外ならず、従って手術には必ず生体への侵襲を伴う。手術の内容によってはこの侵襲は甚大なものにもなりうる。結果、手術自体は達成されても患者はこの侵襲からは完全には回復できない、もしくは回復に長期間を要し、その後の患者の生活の質(QOL)が大幅に損なわれることも起こりうる。従って、目指すべき外科系急性期医療のゴールとは、手術の達成は勿論、さらにこの侵襲から、限られた術後の在院日数の中で十分な精神・身体機能を回復させて手術前の元の暮らしに戻れるようにすることにあると演者らは考えてきた。

術後の回復とは、①呼吸器・循環器・運動器からなる運動耐容能、いわゆる身体機能②代謝・栄養状態③精神・認知機能の三つの要素から構成される。これら三つの要素は有機的かつ相補的に作用し合いながら一体となって術後回復を構成していく。周術期のリハビリテーション医療がこれら三つの要素のいずれにも有効に作用しながら術後合併症の低減と術後早期回復に寄与することを演者らはこれまで指摘してきた。ところが、外科系急性期医療においてリハビリテーション医療を提供して行くうえで、大きな阻害因子となるのが術後痛である。内科系重症患者との決定的な差異がここにある。術後痛は、リハビリテーション医療の適用そのものを困難なものにしてしまう上に、この術後痛自体がこれら3つの要素すべてに増悪因子として作用する結果、各要素の回復まで阻害してしまう。ここに、今後の日本における術後鎮痛の論点を見い出すことができると演者らは考えている。それは、術翌日に回診して“安静時痛 自制内”との看護師による記載を上書きして回るようなものとも、痛みの評価スケールの大小・優劣を競うようなものとも根本的に異なる。患者をwhole bodyとして捉えた上で、術後回復・早期リハビリテーション医療への寄与という観点が重要である。

近年では③精神・認知機能回復の側面から、術後の不穏・譫妄が注目されるようになった。不穏・譫妄は術後回復を阻害する重要な因子であると同時に、患者のQOLをも大幅に損ない、最終的には予後にまで影響し得ることが近年、指摘されている。さらに対応にあたる看護師らを消耗させ、人的資源を枯渇させる周術期管理上の脅威でもある。演者らは、周術期の系統的で一貫したリハビリテーション医療がこの不穏・譫妄を抑止する可能性を指摘してきた。本講演では、演者らのこれまでの取り組みを紹介しながら、今後の日本における術後鎮痛の方向性を議論したい。