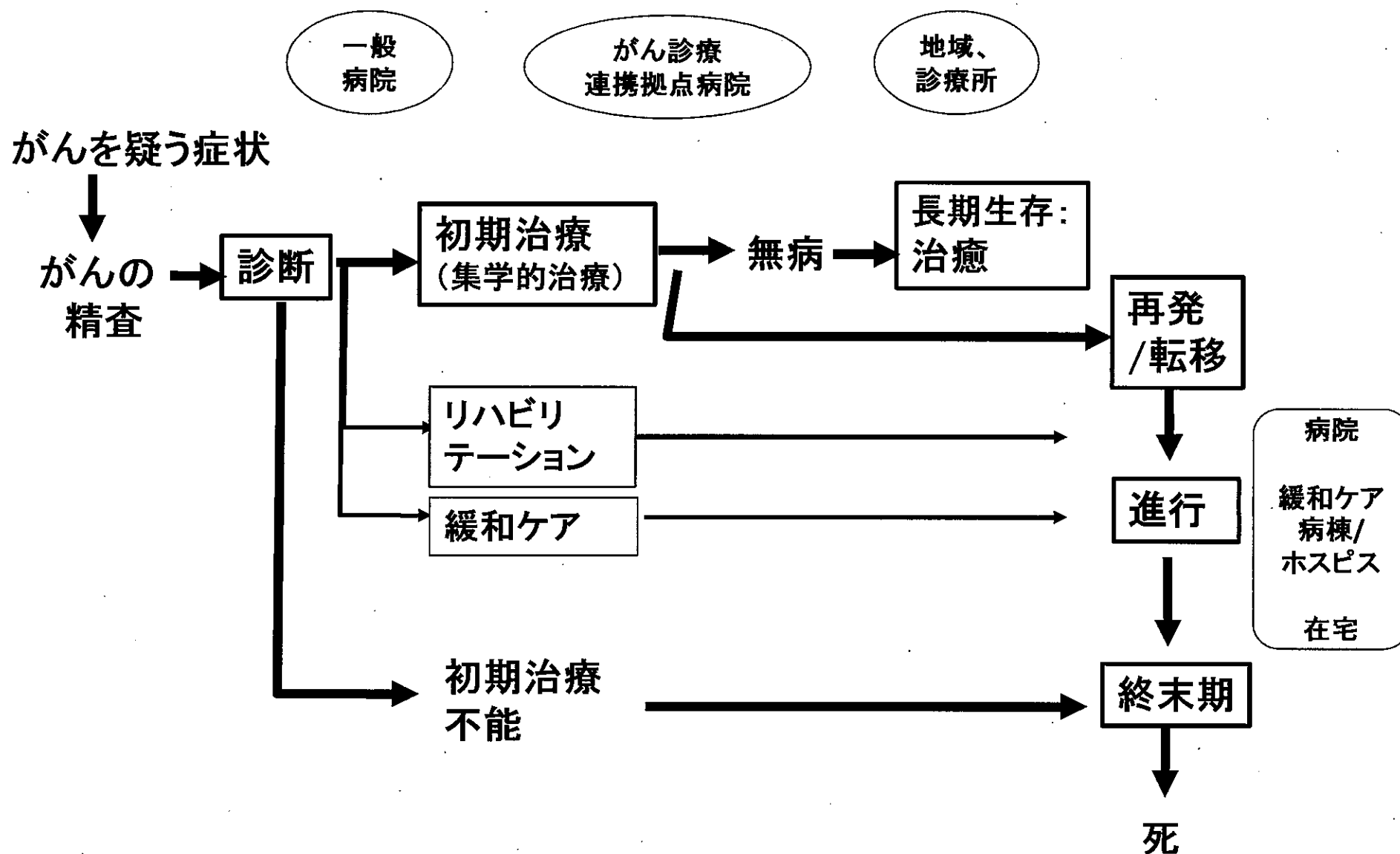


身体的苦痛緩和の現状と課題

小松 浩子

がん患者の臨床経過



(参考文献: Jimmie C. Holland: Textbook Psychooncology, Oxford Univ. Press, 1989. を参考に改変)

身体的苦痛緩和

◆ 身体的苦痛の理解と対応

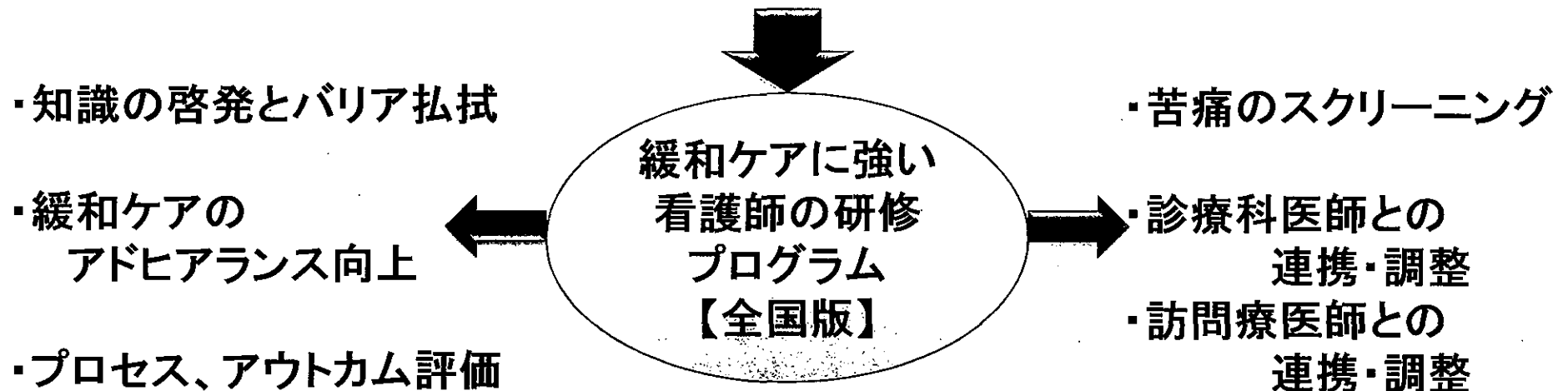
- ・診断時：痛み 20-50%
- ・治療・経過観察期：倦怠感 30%以上

◆ 苦痛緩和に対する心理的バリアの理解と対応

「痛みはがんの進行？」

「倦怠感は治療に不可避」

◆ 診療・ケア体制の整備・強化



身体的苦痛緩和の質保証システム

構造 (Structure)	過程 (Process)	結果 (Outcome)
◆緩和ケアに強い看護師の外来、相談室配置 ◆緩和医療研修を修了した医師の比率 ◆緩和ケアの日常診療体制整備 例：スクリーニングシステムの導入 ⋮	◆スクリーニングの標準化 ◆緩和ケアQIの浸透 ◆有害事象管理 ◆治療アドヒアランス ⋮	◆満足度調査 ◆生存率 ◆除痛率 ◆QOL ⋮

身体的苦痛緩和：診断・治療期

	構造 (Structure)	過程 (Process)	結果 (Outcome)
患者・家族	年齢、職業 がん腫、部位、ステージ がん発症からの期間 身体症状の苦痛の程度、症状の種類 Performance Status 家族、友人などの支援者 医療費 保険の加入状態 患者、家族の信念や価値観、人生観 経済状況 がんそのものに対するイメージ	苦痛症状のマネジメントへの抵抗感 がん疼痛や呼吸困難等の症状に関する知識 がん疼痛や呼吸困難等の症状の対策に関する知識 医療用麻薬の適切な使用方法の難しさ がん疼痛薬物療法に伴う副作用の種類、程度 副作用のマネジメントの困難さ 医療用麻薬への抵抗感、誤解、偏見 文化(我慢) 医療者との信頼関係、コミュニケーション 雇用者との情報共有、雇用者からの支援	症状緩和のための薬剤のアドヒアランス低下⇔促進 身体的苦痛の増強⇔緩和 身体的苦痛の期間が長期⇔短縮 入院期間の長期化⇔短縮化 QOLの低下⇔向上 退職者の増加⇔低下 退職による経済面の不安定⇔安定 社会的役割の維持(継続) 患者満足度の低下⇔向上 心理社会的、スピリチュアルペインへの影響
医療者	症状マネジメントに関する知識 がん疼痛管理の技術、知識 看護師の経験年数、学歴、継続教育 がん診断時からのスクリーニング技術 身体的苦痛のアセスメント、判断能力 医療者自身の医療用麻薬への抵抗感、誤解、偏見 医療者間のコミュニケーションスキル、協働 医療者の症状緩和に対する認識、信念、価値 緩和ケアチームと診療科との連携 外来看護師の知識、経験、士気	外来診療における看護師の不在、あるいは数の不足 診断時において、医師は厳しい事実を伝えることに集中 身体的苦痛のモニタリング技術の不足 アセスメントツール(スケール)の使用方法的理解不足 がん疼痛等の症状緩和の方法の教育不足 副作用対策に関する教育の不足 症状緩和の介入後の評価、フォローアップの不足 多職種チームの連携の難しさ 閉鎖的な診療科(緩和ケアチームへの抵抗感)医師	職業満足度の低下⇔向上 看護師の実践能力の伸び悩み⇔向上 医療者の意欲の低下⇔向上 緩和ケアチームと診療科との連携促進 協働 離職率
環境、システム	外来診療時間(短い) 診断、検査、方針の決定 外来看護体制(外来看護師の数) 外来および病棟への認定看護師、がん看護専門看護師の有無 診療科医師の多忙 緩和ケアチームの有無 緩和ケア医の不足 症状緩和のガイドライン がん相談カウンセリング 緩和ケア外来の有無、診療枠 緩和ケアチームへの相談体制	スクリーニングの方法が未確立 症状緩和ガイドラインの活用の障壁 外来における緩和ケアのアクセスの困難さ 主科担当医師の判断のみで緩和ケアチームへの紹介の有無が決まること 医師の判断、指示による緩和ケアチームへの依頼(看護師は指示、依頼できない)	コスト増加⇔削減 インシデント発生件数増減 薬剤の誤った使用(過剰、過少投与)⇔適性使用 効果的な人材、人的資源の活用 緩和ケアチームへの紹介数の増加

身体的苦痛緩和 終末期(外来、病棟)

	構造 (Structure)	過程 (Process)	結果 (Outcome)
患者・家族	年齢、職業 がん腫、部位、ステージ がん発症からの期間 身体症状の苦痛の程度、症状の種類 Performance Status 家族、友人などの支援者 医療費 保険の加入状態 経済状況 がんそのものに対するイメージ 患者、家族の信念や価値観、人生観、死生観	苦痛症状のマネジメントへの抵抗感 がん疼痛や呼吸困難等の症状に関する知識 がん疼痛や呼吸困難等の症状の対策に関する知識 医療用麻薬の適切な使用方法の難しさ がん疼痛薬物療法に伴う副作用の種類、程度 副作用のマネジメントの困難さ 医療用麻薬への抵抗感、誤解、偏見 医療者との信頼関係、コミュニケーション 家族、友人の支援 文化(我慢) ホスピス、緩和ケア病棟への抵抗感 終末期にある患者、家族のニーズ、意思の不明確さ 治療や症状緩和に対する家族と患者の意思の不一致	症状緩和のためのアドヒアランス低下⇨促進 身体的苦痛の増強⇨緩和 身体的苦痛の期間が長期⇨短縮 入院期間の長期化⇨短縮化 QOLの低下⇨向上 経済面の不安定⇨安定 社会的役割の維持(継続) 患者満足度の低下⇨向上 心理社会的、スピリチュアルペインへの影響 ホスピス、緩和ケア病棟への移行の時期を逃す⇨患者が望む場で最期を迎えることを支援 家族と患者の関係性の悪化⇨良好
医療者	症状緩和に関する知識 がん疼痛管理の技術、知識 看護師の経験年数、学歴、継続教育 がん診断時からのスクリーニング技術 医療用麻薬への抵抗感、誤解、偏見 医療者間(チーム)のコミュニケーションスキル、協働 医療者の症状緩和に対する認識、信念、価値 緩和ケアチームと診療科との連携 医療者の終末期ケアの理解、知識、実践能力	身体的苦痛のモニタリング技術の不足 アセスメントツール(スケール)の使用法の理解不足 がん疼痛等の症状緩和の方法の教育の不足 副作用対策に関する教育の不足 症状緩和の介入後の評価、フォローアップの不足 多職種チームの連携の難しさ 閉鎖的な診療科(緩和ケアチームへの抵抗感)医師一人で抱えがちな診察 外来、一般病棟から緩和ケア病棟、ホスピスへの療養の場の移行の調整、連携 多忙な臨床状況における終末期ケアの難しさ 患者、家族のニーズ、意思の把握、支援の難しさ	職業満足度の低下⇨向上 看護師の実践能力の伸び悩み⇨向上 意欲の低下⇨向上 緩和ケアチームと診療科との連携促進 協働 離職率 倫理的ジレンマ
環境、システム	緩和ケア外来の有無、診療枠 入院期間の制限 急性期病院(一般病院での入院適応)の制約 ホスピス病棟、緩和ケア病棟の数 拠点病院、一般病院、診療所の三者での連携の体制 外来看護体制(外来看護師の数) 外来および病棟への認定看護師、がん看護専門看護師の有無 医師の不足 緩和ケアチームの有無 がん相談カウンセリング 緩和ケアチームへの相談体制(医師の判断、指示がないと依頼できない)	スクリーニングの方法が未確立 症状緩和ガイドラインの活用の障壁 外来における緩和ケアのアクセスの困難さ 主科担当医師の判断のみで緩和ケアチームへの紹介の有無が決まること ホスピス病棟、緩和ケア病棟への転院、入院のベッド待ちの期間(即入院が難しい) 療養の場毎にケアや支援が途切れる	コスト増加⇨削減 インシデント発生件数増減 薬剤の誤った使用(過剰、過少投与)⇨適性使用 効果的な人材、人的資源の活用 適時、適切な療養環境への移行

身体的苦痛緩和 在宅

	構造 (Structure)	過程 (Process)	結果 (Outcome)
患者・家族	年齢、職業 がん腫、部位、ステージ がん発症からの期間 身体症状の苦痛の程度、症状の種類 Performance Status 家族、友人などの支援者、独居 医療費 保険の加入状態 介護保険 生活保護世帯の増加 経済面 患者、家族の信念や価値観、人生観	苦痛症状のマネジメントへの抵抗感 がんの痛みに関する知識 医療用麻薬の適切な使用方法の難しさ 副作用のマネジメント 医療用麻薬製剤への抵抗感、誤解、偏見 家族、友人等の協力あるいは負担 自宅で自分の生活を継続 経済的負担の増強	症状緩和のためのアドヒアランス低下⇔促進 身体的苦痛の増強⇔緩和 身体的苦痛の期間が長期⇔短縮 QOLの低下⇔向上 経済面の不安定⇔安定 社会的役割の維持(継続) 患者満足度の低下⇔向上 心理社会的、スピリチュアルペインへの影響 病院への再入院、ホスピス、緩和ケア病棟への移行の時期を逃す 自宅で最期を迎える人の減少⇔増加 医療費の増加、削減 ケアギバーの負担感、 家族、友人との関係性の悪化⇔良好
医療者	訪問看護師、地域の診療所の医師らの症状緩和に関する知識 訪問看護師と在宅医、ケアマネジャー間、病院とのコミュニケーション、協働 訪問看護師の経験年数、人数、がん患者へのケアの経験 がんおよびがん患者に関する専門的知識、がん疼痛管理の技術、知識 症状のスクリーニング技術 医療用麻薬への抵抗感、誤解、偏見 症状緩和に対する認識、信念、価値	身体的苦痛のモニタリング技術の不足 アセスメントツール(スケール)の使用法の理解不足 患者、家族へのがん疼痛等の症状緩和方法の教育の不足 患者、家族への副作用対策に関する教育の不足 介入後の評価、フォローアップの不足 拠点病院、一般病院、診療所/訪問看護ステーションあるいは、訪問看護師、在宅医、ケアマネジャー、ヘルパーらとの連携、協働、円滑なコミュニケーション 事例検討会、カンファレンス等の不足 患者、家族との信頼関係	職業満足度の低下⇔向上 訪問看護師の実践能力⇔向上 訪問看護師、ケアマネ、ヘルパーらの意欲の低下⇔向上 地域連携の促進 効果的な情報共有および適確なケア提供 ケア質の向上
環境、システム	拠点病院、一般病院、診療所の三者での連携の体制 在宅緩和ケアを専門にする訪問看護師、医師の数 在宅緩和ケアを行う訪問看護ステーション、診療所の不足 在宅からの病院への再入院システム 病院から在宅への移行体制(退院) 在宅患者の緊急入院診療の算定要件の厳しさ(24時間以内の送り側の診療報酬提供所の発行等) 24時間在宅支援診療所 地域内における統一電子カルテの未導入 薬剤デリバリーシステム	拠点病院、一般病院、診療所の三者での連携、協働 診療情報の途切れ、情報が共有されない。 がん診断時からがん治療を受ける医療機関と在宅緩和ケアを担う診療所との連携がない。 病院から在宅への療養の場の移行に時間を要す(受け入れ先) 患者や家族の負担がなくタイムリーに必要な薬剤のデリバリー	インシデント発生件数増減 薬剤の誤った使用(過剰、過少投与)⇔適性使用 効果的な医療費の使用 必要時には在宅から病院あるいはホスピス、緩和ケア病棟への円滑な入院 緊急入院の減少 必要な薬剤が円滑にデリバリー