

FACT SHEETS

# Developing an Integrative Pain Care Plan

## 統合的な疼痛ケア計画の作成

2023 年の統合的な疼痛ケア

GLOBAL YEAR

### 統合的な疼痛ケアプランとは何か？

疼痛ケアプランの作成は、特定の医療システムまたは医療サービスに特有の合意されたケアモデルの中で行われる。疼痛ケアプランは、個人中心の個別化された治療計画であり、個人の痛み、痛みの影響、寄与因子の生物心理社会的評価に基づき、個人の好みやリソースも考慮されている。計画には、治療を受ける人が自分にとって重要であると認識し、臨床医と合意した目標/結果を含める必要がある。臨床評価の所見は統合されて症例毎に系統的に論述され、治療を受ける人によって正確であることが確認される必要がある。ケアプランでは、治療する臨床医が系統的論述のどの側面（たとえば、痛みの経験、気分、活動レベル、および睡眠）にもさまざまな介入を行い、これらの介入がどのように順序付けされ、提供されるかを計画する。臨床医は治療を受ける人にケアプランを説明し、今後何が起こるか、そ

して計画の実施における治療を受ける人と治療する臨床医のそれぞれの役割について共通の理解があることを確認する必要がある。

疼痛ケア計画は、理想的には、特定の症例の系統的論述に合わせた集学的なアプローチに基づいている。集学的なアプローチの中心となるのは、診断、治療の目的、フォローアップとレビューを含む計画に対する合意されたアプローチを持つ集学的なチームである。報告書 1 に記載されているように、統合的疼痛ケアは、痛みに苦しむ個人に提供される、エビデンスに基づいた複数の治療を慎重に計画して統合するものと定義されており、個別化メカニズムに基づいた治療を時間的に調整して治療を行うよう努めている。さらに統合的ケアでは、補完/代替医療、伝統医学、またはその両方のさまざまな分野の治療戦略を組み合わせることもある。従来のアプローチと他のアプローチを組み合わせるかどうにかかわらず、介入を組み合わせるには、治療者と痛みを持つ患者との間の調整された協力が必要である。

### ケアのモデルとは何か？

上記で概説したように、統合的疼痛ケア計画の作成と提供は、医療現場に組み込まれた合意されたケアモデル内で最適に行われる。ケアのモデルは、地域の資源、基礎的構造、人口需要に基づいて、その環境内でどのようなケアを受けるべきか、またその環境内でどのように提供すべきかを定める、管轄区域(または環境)固有のエビデンスに基づいた枠組みとして定義されている(Speerin 他、2020)。ケアのモデルには、ケアのモデル内での患者とその医療者の役割と責任についての説明と合意も含まれるべきである。実際には、一貫したケアモデルがない中で統合的ケアが提供されている医療現場が数多くある。

集学的なチームの提供を通じる中で集学的なケアモデルがどの程度実現できるかには、高所得国であっても大きなばらつきがある。言い換えれば、集学的なチームの存在だけでは、ケアが集学的な方法で提供されることは保証されない。このようなケアには、慎重な計画と、治療チーム内での定期的なコミュニケーションが必要である。

### 統合的疼痛ケアプランを使用する利点は何か？

さまざまな介入/アプローチを統合したケアのモデルにより、疼痛のさまざまな症状や維持要因をターゲットにできる可能性が高まる。また、ケアプランが各人の希望や目標に確実に適合する可能性が高くなる。さらなる利点は、特に標的を絞った介入を組み合わせることで、冗長性が最小限に抑えられ、治療の相乗効果の可能性が最大化されることである。これは、資源が限られている状況（低所得国や中所得国など）や、利用可能な疼痛管理資源（簡単な教育と理学療法戦略を備えた手頃な価格の薬剤など）を組み合わせることで利益を最大化できる場合に特に当てはまる。

### 統合的アプローチを疼痛ケア計画に組み込む際の課題は何か？

報告書 1 で特定された課題に加えて、資金制限や、同じ患者を同時に 2 人以上の医療者、または確立されたチームの一部として治療する際に、異なる医療者間の相対的な責任に関する合意の欠如など、医療システムに基づく制約がある可能性がある。これらの課題は世界的に共通だが、熟練した医療者が限られ、社会経済的水準が低い地域ではより顕著である(Sharma et al, 2019)。また、患者の期待は、例えば期待されるケアと受けられるケアの間に矛盾がある場合や患者が積極的に

ケアに関与しておらず疼痛ケア計画を通じて実施されているケアのモデルを理解していない場合などに、障壁となる場合もある。

そのような痛みのケア計画を実行するための痛みの専門知識を持つ医療者、特に複合的な痛みと統合的ケアの専門知識を持つ医療者が、さまざまな環境(例:低所得国および中所得国、高所得国の農村部および社会経済的水準が低い地域など)では利用できない可能性がある。高い価値をもつ疼痛ケアを提供するには、エンドユーザー(臨床医と患者の双方)と介入を共同設計するなど、革新的な解決法が必要となる。特に地方では、集学的な疼痛専門医がいない場合には、横断的なトレーニングを受けた医療者が診療を提供できる可能性がある。例としては、自己管理を促進する運動療法やケアを提供できるように地域の医療従事者やメディカルスタッフを訓練したり、行動変容の原則を治療に組み込むよう関連する医療者を訓練したりすることが考えられる。

## まとめと結論

痛みの生物学的、心理的、社会的領域に対処するには、統合的な痛みのケアが必要であり、医療システムの需要と利用可能な資源に合わせて、地域の適応が必要になる場合がある。ある国での成功事例は、医療制度や文化的価値観が類似している別の国でも試行され、再現される可能性がある (Cardosa et al, 2012)。

## 参考文献

1. Cardoso M, Osman ZJ, Nicholas MK, Tonkin L, Williams A, Aziz KA, Ali RM, Dahari NM. Self-management of chronic pain in Malaysian patients: effectiveness trial with 1-year follow-up. *Translational Behavioral Medicine* 2012; 2 (1):30-37
2. Sharma S, Blyth FM, Mishra SR, Briggs AM. Health system strengthening is needed to respond to the burden of pain in low- and middle-income countries and to support healthy ageing. *J Glob health* 2019; (2): 020317.
3. Speerin R, Needs C, Chua J, Woodhouse LJ, Nordin M, McGlasson R, Briggs AM. Implementing models of care for musculoskeletal conditions in health systems to support value-based care. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2020; 34 (5): 10154

## Authors

Ian Gilron, MD, MSc, FRCPC, Fiona Blyth, PhD, Tory Madden, PhD, and Saurab Sharma, PhD

## Translation



Mizuho Sumitani, MD

Department of Pain and Palliative Medicine, The University of  
Tokyo Hospital, Tokyo, Japan

Masahiko Sumitani, MD, PhD

Department of Pain and Palliative Medicine, The University of  
Tokyo Hospital, Tokyo, Japan

Department of Pain and Palliative Medical Sciences, Faculty of  
Medicine, Tokyo, Japan