

これからの緩和ケアと看護が担う役割

辻 川 真 弓

Palliative Care and Nursing's Role in the Next Decade in Japan

Mayumi TSUJIKAWA

Abstract

Palliative care in Japan has developed, essentially, in the oncology field. In the last decade, it has progressed rapidly under the national policies supported by the Cancer Control Act.

This review summarizes the current status of palliative care in Japan, and points out some issues of palliative care in the next decade. Future challenges are (1) Integration of palliative care and oncology, (2) Palliative care in a community, (3) Growing availability of advance care planning, and (4) Palliative care for patients with non-cancerous diseases.

Japan is forecast to become a super-aged society with numerous deaths in the next decade. Therefore, elderly people have to consider how they want to live out the ends of their lives, and they should talk about those issues with their family members, doctors, nurses, and other healthcare staff, i.e., advance care planning should be more important for them.

To achieve the future challenges, strengthening the multidisciplinary cooperation team approach in palliative care is required in the community. It is expected for nurses to expand their roles and competencies in that regard.

Key Words: Palliative Care, Advance Care Planning, Interdisciplinary team, Community-based integrated care system

はじめに

緩和ケアとは、重い病を抱える患者やその家族一人一人の身体や心などの様々なつらさをやわらげ、より豊かな人生を送ることができるように支えていくケアである（日本緩和医療学会，2014）。

緩和ケアは、イギリスのシシリー・ソンドース（Cicely Saunders）が、末期がんの人の身体的・精神的な苦痛を何とか和らげたいという強い意志により、1967年に聖クリストファー・ホスピス（St Christopher's Hospice）を創設し、近代ホスピス運動を進めたことに始まる。

日本の緩和ケアは、日本で最初のホスピスが1981年に創られたことに始まり、1990年には緩和ケア病棟入院料新設、2002年には緩和ケアチーム診療加算が制度化するなど、がんを中心として徐々に成長してきた。さ

らに2007年にはがん対策基本法が施行され、がんと診断された時からの緩和ケアの推進が重点課題となるなど、日本の緩和ケアは、がんと伴に発展してきたと言える。

このように考えると、がんの緩和ケアは最近10～20年で、ずいぶん進歩してきたものの、今後10年を考えるとまだまだ課題が多いと思われる。また緩和ケアは多職種チームで行うものであり、その中でも看護師の役割は大きいと考える。

本稿では、日本の緩和ケアの現状について概観するとともに、緩和ケアを、病気によらず「あたりまえ」に提供するために、看護が担うべきことについて考えたい。

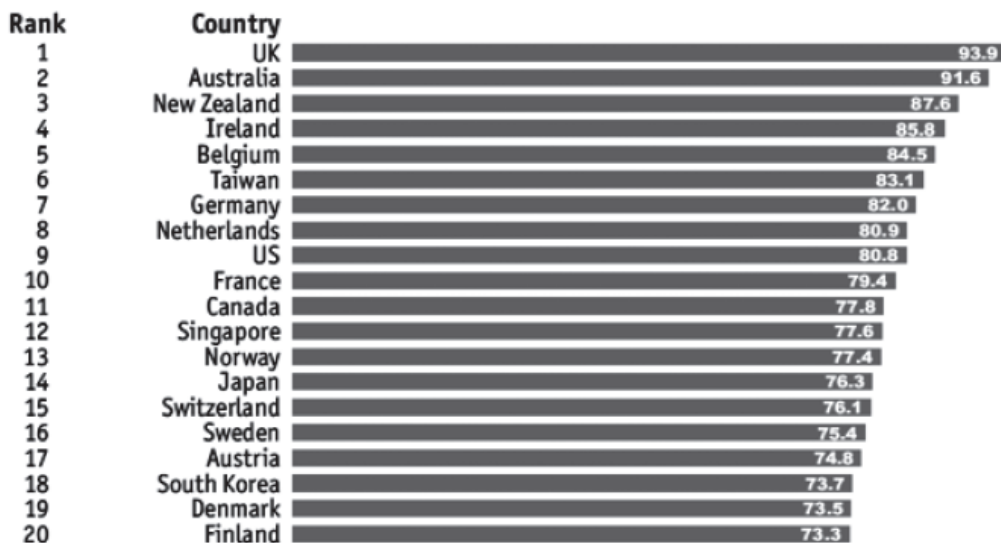


図1 2015Quality of Death Index-Overall Scores
Ranking palliative care across the world (The Economist より抜粋)

1. 日本の緩和ケアの現状

1) 国際的水準から見た日本の緩和ケア

QOD (Quality of Death) という指標の世界ランキングを、イギリスの経済誌「エコノミスト」の調査部門が2010年から発表している (EIU, 2015)。この指標は、①緩和ケアとその他の保健医療状況 (Palliative Care and Health Care Environment) ②保健医療分野の人材 (Human Resources) ③保健医療のための経済負担力 (the Affordability of Care) ④ケアの質 (the Quality of Care) ⑤地域社会の関わり程度 (the Level of Community Engagement) という5つの指標について、質的および量的指数から算出されている。

これによると、世界80か国中で日本は14位であり、前回の2010年では23位であったことから考えると、この5年で急速に前進したことになる。この理由としては、2012年から5年間のがん対策基本計画で、精神的な苦痛を含めた早期からの緩和ケアが盛り込まれた点がプラス要因になったと分析されている (日本経済新聞, 2015)。

世界1位であったイギリスは総合点100点満点中93.9点であり、2010年の前回調査と変わらず1位であり、オーストラリア、ニュージーランド、アイルランド、ベルギー、台湾と続いている。アジア圏であり、日本に近い台湾は83.1点であり、日本の76.3点よりも上回っているのは、気になることである。イギリスが1位である理由については、総合的な国家政策、National Health Service (NHS) の緩和ケアへの積極的取り組み、強いホスピス運動、地域社会の関与などがあるとされている (EIU, 2015)。

反対に評価の低かった国は、ミャンマー (17.1点)、ナイジェリア (16.9点)、フィリピン (15.3点)、バングラディシュ (14.1点)、イラク (12.5点) であり、その国の豊かさが緩和ケアの質に大きく影響していることは明らかである。

2) 日本の緩和ケアの特徴

指標別に見ると、Palliative Care and Health Care Environment は14位 (62.2点) であったが、Capacity to Deliver Palliative Care は27位 (11.0点) と低く、日本の緩和ケアは病院においては優れた環境と実践が提供されているものの、在宅緩和ケアが進んでいないことが表れている。

Human Resources Category は、16位 (67.5点) と比較的高いと判断できる。日本緩和医療学会の会員数は、12,265名 (2017年8月現在) と多く、10年で2.2倍に増しており、医療者の緩和ケアへの関心の高さが示されている。また、2007年から始まったがんプロフェッショナル基盤養成プランなどの、医療者育成事業などの成果も表れてきていると考えられる。

Affordability of Care は、17位 (85.0点) であり、国民皆保険のもとで行われる日本の緩和ケアは、国民の経済負担としては、世界的に見ればそれほど大きくないことが示されている。

Quality of Care は、最も重要な指標であり、イギリスは100点が示されているが、日本も16位 (83.8点) と比較的高く、日本の緩和ケアの質も高くなっていることがわかる。

Community Engagement は、地域社会の関わり

であり、日本は5位(82.5点)と高く評価されていた。日本では、生活区域を共有するコミュニティに関する人々の意識は、次第に希薄化している(神原, 2014)が、世界的に見ると Community Engagement は高い方であった。

これらのことを総合すると、日本の緩和ケアは、国民皆保険のもとで、がんを中心にした病院医療では急速に改善されてきているが、在宅医療としての緩和ケアは、まだまだ課題が大きいということがわかる。

2. 今後の緩和ケアの課題と看護師の役割

がんとともに発展してきた日本の緩和ケアであるが、今後10年を見据えると、さらなる緩和ケア、すなわち、「がん治療と統合した緩和ケア」「地域緩和ケア」「アドバンス・ケア・プランニング」「がん以外の疾患における緩和ケア」といった緩和ケアを推進することが課題と考えられる。

1) がん治療と緩和ケアの統合

(1) がん治療を支持する緩和ケア

2012年に改訂されたがん対策推進基本計画では、がんと診断された時からの緩和ケアの推進を目指し、患者とその家族が抱える苦痛を適切に汲み上げ、がん性疼痛をはじめとする様々な苦痛のスクリーニングを診断時から行い、がん診療に緩和ケアを組み入れた診療体制を整備することが明記された(厚生労働省, 2012)。

さらに、2014年には、全国のがん診療連携拠点病院の整備体制をさらに充実させるよう様々な要件が追加された。その1つが、診断時から外来および病棟での系統的な苦痛のスクリーニング実施の義務化であり、す

べての患者の苦痛を見落とさないことをねらいとしている(厚生労働省, 2014)。

このようにがん治療と緩和ケアが融合することは、治療を受けるがん患者と家族にとっては、とても重要なことである。たとえば四半世紀前は、がん化学療法を行う患者は、副作用としての吐き気とどう戦うかが大きな問題であり、そのために治療を中止せざるを得ない場合もあった。しかし、現在では抗がん剤の催吐性リスクに応じ、苦痛と後遺症を最小限にしながら治療強度を維持する支持療法が進歩した。これにより、多くのがん患者が、強い吐き気を感じずに抗がん剤治療を受けることができ、治療の恩恵を受けることが可能になった。これは、治療と緩和ケアの融合の成果であると考えられる。抗がん剤治療だけでなく、様々ながん治療に緩和ケアが組み込まれていくことにより、苦痛を和らげながら治療を進めることができる。そのためにも、系統的な苦痛のスクリーニングとともに、それをケアにつなげていくことが重要となる。

(2) トータルペインへの緩和ケア

がんという病気は、いくら治癒率が上がったとはいえ、死を想起せざるを得ない病気であり、がん患者の苦しみは、トータルペインとして知られている(図2)。身体的な苦しみだけでなく、精神的な不安や恐れ、経済的な問題や仕事や家庭内での問題、そして人生の意味を問い直すようなスピリチュアルペインが合わさって、トータルペインとしてその人に現れてくるものである。

苦痛のスクリーニングは、こういったトータルペインをキャッチするためのものである。身体的痛みや症状、そして気持ちのつらさをどの程度感じているか、また、緩和ケアの専門の医師や看護師、医療ソーシャル

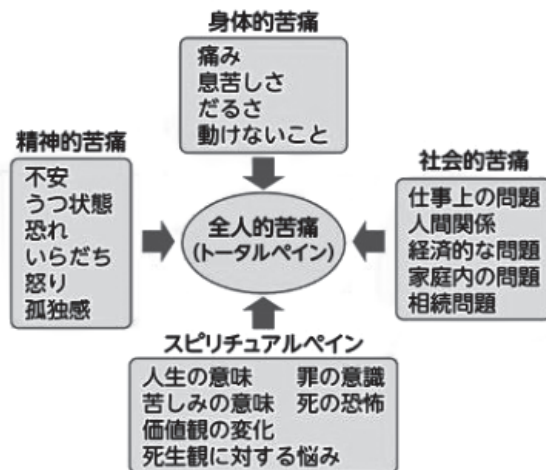


図2 トータルペインの概念図

「トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント」より一部改変

ワーカーに相談を希望するかを問う自記式質問紙である。これを全てのがん患者に提供することができれば、がんで苦しむ人は少なくなるはずである。

政策的にがん医療と緩和ケアが統合する動きがなされ、前述した日本のQODを上昇させる力となってきたと考えられるが、実際にこのスクリーニングを病棟だけでなく、外来においても全てのがん患者に実行していくことは、医療者の人員不足のなかでは予想以上に困難なことでもある。

苦痛のスクリーニングは、非常に重要なことであり、がん診療連携拠点病院としての要件でもある。誰がスクリーニングを行い、苦痛をキャッチしていくか。また患者の苦しみをキャッチできた場合でも、トータルペインへの対応は、医師だけでも、看護師でもしきれず、薬剤師、臨床心理士、医療ソーシャルワーカーなどを含めた多職種チームでのサポートが必要となる。限られた人材の中で、苦痛のスクリーニングをどうケアにつなげていくのかについては、大きな課題がある。

【看護師の役割】

このような状況のもとで、がん治療と緩和ケアの統合のためにジェネラリスト看護師に求められることは、「基本的緩和ケア」を身につけていることである。「基本的緩和ケア」とは、患者の声を聴き共感する姿勢、信頼関係に基づく対話、多職種連携の認識と実践のもとで、患者の苦痛の緩和をはかることである。「基本的緩和ケア」を身につけた上で、まずは出来そうなところからでもスクリーニングを導入し患者の気持ちを聴くことである。そのようにすれば、その取り組み自体がケアとなっていく。さらに、自分たちでは対応が難しいと判断した場合には、「専門的緩和ケア」を担う適切な職種につなぎ、苦痛をもつ人をそのままにしないことが重要である。

「専門的緩和ケア」とは、基本的緩和ケアの能力に加え、多職種でチーム医療を行う適切なリーダーシップを持ち、緩和困難な症状への対処や多職種の医療者に対する教育などを実践し、地域の病院やその他の医療機関等のコンサルテーションにも対応できることである。この中心となるのは、専門的な教育を受けた医師、看護師、医療ソーシャルワーカーなどでありそれぞれの専門性に立脚している。このような緩和ケアをつなぐ取り組みは、「専門的緩和ケア」を必要とする人に、それを届けることが目的であり、トリアージの仕組みと一致する。

また看護分野で専門的緩和ケアを担うのは、がん看護専門看護師および認定看護師等である。これらのスペシャリストは、従来は緩和ケアチームの一員として

活躍することが多かった。しかし、2014年度からは、これらのスペシャリストによる外来にも、診療報酬が算出されたことも後押しして、多くの病院で「がん看護外来」などの名称で、「専門的緩和ケア」が提供できるようになってきた。がん患者のトータルペインは、複雑であるからこそ、主治医だけでは解決困難であり、多職種チームでの対応が必要となる。多くの病院で「がん看護外来」等がもっと普及し、がん患者が外来受診した際に、気軽に立ち寄っていけるような体制づくりができれば、スクリーニングはもっと浸透し、がん患者のトータルペインを和らげることが可能になると考える。

2) 地域における緩和ケア

前述したGDIにおいて日本は、Palliative care and health care environmentは14位(62.2点)であったが、Capacity to deliver palliative careは27位(11.0点)と低かったことから、日本の緩和ケアは病院中心であり、地域での緩和ケアが不十分なことは明らかである。

こういった状況を打開するために、厚生労働省は、2013年度より都道府県がん診療連携拠点病院(都道府県に1カ所程度)に「緩和ケアセンター」を置き、自施設の外来患者や入院患者だけでなく、守備する地域の緩和ケアの提供体制を把握し、地域の医療機関との診療連携を強化し、専門的緩和ケアを地域にも提供できる取り組みを開始している。この緩和ケアセンターは、将来的には、全てのがん診療拠点病院(全国397カ所:2017年4月現在)に拡大する予定である。しかし、拠点病院の専門的緩和ケアを担う医療人は、今まで施設内での活動が中心であり、人手不足の中で、さらに地域での活動を望まれても、現実的には厳しい状況にある。

そこで、地域で緩和ケアを提供するにあたり、地域の資源を連携させるコーディネーター機能を発揮する人材の必要性から、「地域緩和ケア連携調整員(仮称)」を育成する研修事業が開始された(2016年)。

地域緩和ケア提供体制構築に向けて、地域緩和ケア連携調整員が中心となり、拠点病院、地域の医療機関、診療所、訪問看護ステーション、緩和ケア病棟などが協力して、それぞれの地域の実情に応じた体制づくりが始まっている(図3)。

一方、厚生労働省は、今後増加していく認知症高齢者の生活を支えていくことを視野に入れ、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられることを目的に、地域包括ケアシステムを推進してきた。地域包括ケアシステムで想定される生活圏とは、概ね30分以内で移動できる範囲とされており、がん診療における二

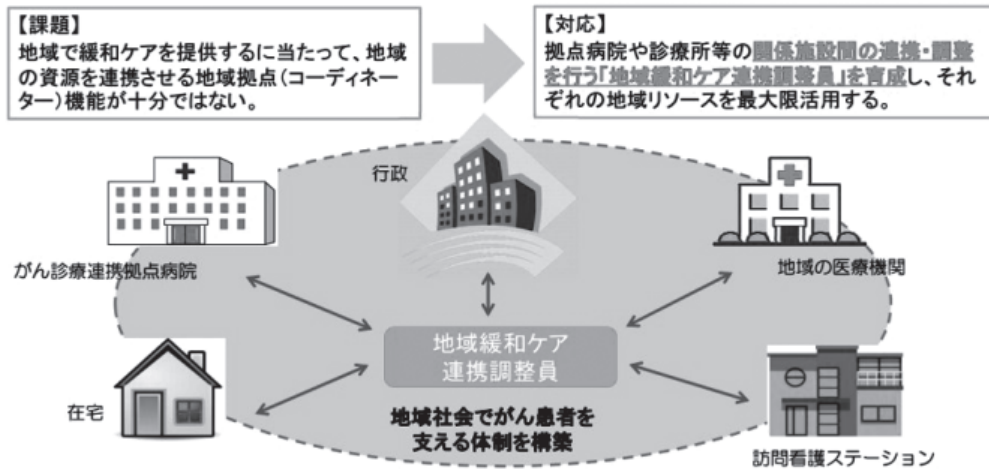


図3 地域緩和ケアネットワーク構築事業

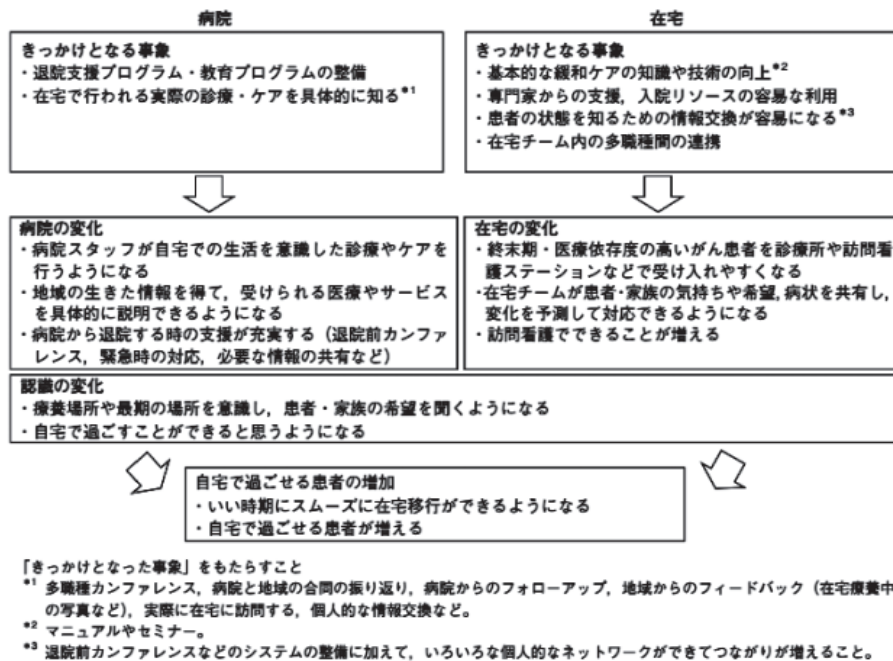


図4 患者が自宅で過ごせるようにするための概念枠組み (森田, 2013)

次医療圏とほぼ重なっていると考えられている。「認知症高齢者医療」と「がん医療」は、それぞれ異なる視点が必要であるが、予防的視点で見ると、ターゲットなる母集団は、ほぼ同じ集団である。したがって、「がん医療」も含めた地域包括ケアシステムが提供されれば、地域完結型のがん医療となり得ると考える。

がんに関しても、医療と介護の連携を進めていくためには、広範囲から患者が集まるがん拠点病院と地域の病院がつながり、さらに患者の生活圏の在宅医療と介護サービスとの連携を促進していく必要がある。そのためには、地域にある既存のネットワーク、すなわち、病診連携や訪問看護、およびヘルパーとの連携等を利用し、さらに強化していくことが必要である。

【看護師の役割】

地域緩和ケアネットワークを拡げていくために、地域緩和ケア連携調整員の養成が進められているが、その役割はがん看護専門看護師をはじめとする専門的緩和ケアを担う看護職が望ましいと考える。なぜなら、患者の身体と心の状態、そして治療と生活面を合わせて判断できるのは、やはり看護師だからである。

地域で緩和ケアを行えるようにすることは、決して容易ではない。しかしすでに緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM-Study)の取り組みにおいて、患者が自宅で過ごせるようになるための概念枠組みが示されている(図4)。

ここでは病院で過ごしているがん患者が、在宅で過ごせるような支援を、病院の医療チームと在宅の医療

チームが力を合わせて行うプロセスを通して、両者それぞれに、互いに肯定的な変化が生じ、そのアウトカムとして、自宅で過ごせる患者の増加につながるというものである。

すなわち、関わりがうまくいった事例だけでなく、困難であった事例を通してでも、病院チームには、地域の具体的な状況や実際の生活がわかったことにより、今後はもっと在宅での生活を意識したケアにしようという変化が生じる。一方、在宅チームは病院チームとの協力により、緩和ケアの知識や技術の向上、専門的緩和ケアの利用などができたことにより、安心してより医療依存度の高い患者も受け入れが可能となる。また、地域と病院の多職種チームでの合同の振り返りカンファレンスなどは、互いに顔の見える関係づくりを促進させることがわかっている。

こういった先行研究を手掛かりに、地域緩和ケア連携調整員としての看護師には、実際の介入事例を通して、病院チームと在宅チームがつながる力を1つずつ作り、着実に増やしていく取り組みが求められる。また、そういった関わりの実績を、地域の医療・福祉職など多職種が集まる会を定期的に催し、情報共有し広めていくことで、地域のネットワークを拡げることができる。このような活動を通して、病院も在宅も含めた地域の医療福祉職が顔の見える関係となり、つながる力が、さらに拡げることが期待できる。

まさに、病院内で活動する看護師から、病院から出て地域をフィールドとして、地域の病院や診療所、訪問看護ステーション、ケアマネージャーなどつながりながら、緩和ケアをチームとして実践していくリーダーシップが看護師に求められている。

3) アドバンス・ケア・プランニング (ACP)

(1) 意思決定支援としての ACP

Advance Care Planning (ACP) とは、意思決定能力がなくなった時に備えて、自分が大切にしていること、治療や医療に関する意向、代理意思決定者などを、患者・家族と医療者とが話し合うプロセスのことである (木澤, 2015)。イギリスやカナダでは ACP を行うことを政策的に進めており、イギリス国営の The Gold Standards Framework (2017) では、ACP はエンド・オブ・ライフの生活を考える上で最も重要なことと位置付け、そのウェブサイトにも、ACP の重要性とそのプロセスを国民向けに動画配信するなどの取り組みが行われている。

一方、わが国では、人生の最終段階における医療について家族と話し合ったことがある人の割合は、一般国民で 2.8%、医師 9.7%、看護師 10.0% と、ACP の重要性を理解している医療職であっても健康状態によら

ず少ないことが報告されている (厚生労働省, 2014)。

このような背景の中で、がんと診断され治療を受ける患者は、がんの進行状態と自身の身体状況に応じて、最善と思われる治療を医療者と相談しながら選択していく。治癒を目指した治療ができる間は、患者は治療の選択に大きな迷いも少ないが、治癒をめざした治療が難しくなった時期においては、どのような治療を選択するのか、また積極的な治療をするか否かも含めて迷いも大きい。

しかし、そのような重大な選択をすべき時期に、患者が冷静に判断できる状態にあるとは限らず、患者の身体と心の状態に合わせた、意思決定支援が必要であり、それが ACP であると考えられる。

前述のように、日本人の多くは、自分に「もしものこと」がおきた時にどうしたいかを家族と話し合っている人は 2.8% に過ぎないことから、自分の命に限りがあると気づいた時に、今後大切にしたいことは何か、自分にしてほしいこと、あるいはして欲しくないことは何かを考えた上で、どのような治療を選択するのかを考えることは苦しく、そのような苦しみの中で家族や医療者と話しあうことは極めてハードルの高いことである。

しかし、この苦しみの中で、患者本人が自分の望む生き方をできるような意思決定支援こそが、患者・家族にとっても、ともに歩む医療者にとっても重要なこととなる。なぜならば、治癒をめざせない状況の中で、今後の治療は身体的な侵襲や経済的負担を伴うものである。患者と家族が、苦しみの中にあっても今後何を目指し、どのような生活をしたいかを、医療者が知ってこそ、その意向にあった治療選択を判断できるからである。

(2) 健康状態が良い時期から始める ACP

一方、国が進めている地域包括ケアシステムは、人々の尊厳と自立を保持しながら、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることを目的とした多職種連携サービスである。地域で尊厳をもって可能な限り最後まで暮らすためには、日頃から、「もしもの時に自分自身がどのような医療を受け、どのように暮らしたいか」を考えておくことが重要である。そしてさらに、その意向を家族とも話しあい、互いに知っている状況を作ることがさらに重要となる。

わが国は世界でも類をみない、超高齢化が加速する国であり、我々は日頃から、Advance Life Planning の延長線上にある Advance Care Planning を考える文化を醸成していくことも超高齢社会に対応するために必要なことである。

【看護師の役割】

ACPにおける看護師の役割は、第1に、患者および家族が、病気の状態や、選択可能な治療方法そしてそのメリット・デメリットを正しく認識しているかを確認することである。そして第2に、患者・家族が今度どのように過ごしたいかという意向を把握し、その意向が実現できるような治療を選択できるように、意思決定支援をすることである。こういった役割は、看護師以外でも、臨床心理士、理学療法士など様々なメディカルスタッフも対応可能である。しかし、患者の日常生活への援助を通して患者の気持ちに触れる機会が多く、病気の状態や治療効果などを把握しやすい職種は看護師であり、医師とともにACPを行う職種として適していると考えられる。

ACPが求められる場面としては、大きく4種の場面が想定される。すなわち、①がんと診断され治療方法を選択する場面②がんが再発してしまい、それが告げられるとともに、その後の治療を選択する場面③がん治療を行っているにも関わらず、治療が奏功しなくなってきた場面、もしくは治療を続けることがかえって負担が大きくなるような場面④終末期となり、療養場所の決定も含めどのように過ごしたいかを決めてゆく場面である。

看護師は、いずれの場面においても、患者の病状や選択肢となる治療のメリット・デメリットを正しく理解した上で、患者・家族がどのような意向をもっているかを理解することが必要となる。その上で、患者が自分の意向を尊重できるような選択ができるよう支援していくという姿勢は、どの場面においても看護師に共通している。

また、こういった意思決定を迫られる場面は、がん患者には、治療経過の中で何度でも現れることが多い。看護師は、医師と異なり、初発の段階から患者に継続的に関わることは少ないが、患者のどの時期に関わろうとも、それまでの患者の生き方や、これまでのACPの状況を踏まえて、患者を中心に家族も含めた意思決定支援をしていくことが重要である。

一方、保健師など地域の看護職には、健康な時から人々が「もしもの時に自分自身がどのような医療を受け、どのように暮らしたいか」を考えておくことを勧めるよう、健康状態が良い時期からのACPの取り組みを期待したい。

4) がん以外の疾患における緩和ケアの必要性**(1) がん以外の疾患では緩和ケアを受けられない可能性**

我が国の死亡者数は、2016年度では年間約130万人であった(厚労省, 2017)。その中でも、65歳以上の人の

の死因について見ると、がん27.4%、心疾患15.7%、肺炎10.3%、脳血管疾患8.9%、老衰7.4%(厚生労働省政策統括官, 2017)となっている。確かにがんの死亡順位は1位ではあるが、がんで亡くなった人の割合は1/4強であり、3/4はがん以外の疾患で亡くなっている。

日本の緩和ケアは、がん治療とともに発展してきた歴史があり、がん患者への緩和ケアは広まってきているが、がん以外の疾患の治療では、「緩和ケア」は意識的には導入されていない状況にある。

仏教では人間の苦しみとして「生老病死」があるといわれるように、身体と心の苦しみは、がんに限らずどんな病気であろうとも存在するものであり、まして死に瀕した状態では、避けられないであろう。したがって、がん以外の病気で亡くなる多くの人々は、緩和ケアを受けられずに、亡くなっている現状が推察される。

一方、WHOは2002年に、「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処(治療・処置)を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである」と定義している。したがって、緩和ケアの対象は、がん患者だけでなく、生命を脅かす疾患をもつ人全てであり、心疾患、肺炎、脳血管疾患などは全て含まれることは明らかである。

たとえば緩和ケア先進国であるオーストラリアでは、心筋梗塞や神経疾患など、様々な病気により痛みや症状で苦しむ患者が、ホスピス・緩和ケア病棟を利用している。しかし、日本のホスピス・緩和ケア病棟は、がん患者もしくはHIV患者に限られた施設であり、それ以外の疾患の患者では利用できない状況にあり、非がん患者への緩和ケアは遅れていると言わざるを得ない。

こういった背景の中で、厚生労働省(2016)は、「がん等における緩和ケアのさらなる推進に関する検討会における議論の整理」において、がんのみならず、循環器疾患等のがん以外の疾患を緩和ケアの対象に加えるべき体制を整備すべきであるという方針を示している。

(2) がんと非がんの緩和ケアの違い

がんの場合は、診断がついてからでも比較的身体的機能は衰えず、終末期となって寝込んでしまうような期間があっても、それは比較的短く、月単位であったり週単位の長さである。しかし、心不全や慢性閉塞性肺疾患(COPD)、脳梗塞などといった臓器不全による疾患では、憎悪と寛解を繰り返すため、入退院を繰り返し、次第に全身状態が悪化し、終末期となっても数年の経過をたどることも多い。すなわち、がんと非がんでは、

病みの軌跡 (Trajectory) が異なることがわかる (大石, 2017). 非がんの場合, 患者におきている症状のうち, どの症状の悪化が, 死亡の引き金になるのかを予想することは難しく, 終わりが見えにくいことが, 緩和ケアの開始時期の判断を難しくしている. このように, がんと非がんの緩和ケアの違いは, Trajectory の違いが大きく影響している.

【看護師の役割】

医師の専門性は, 臓器別の診療科により成り立っているため, がん医療に携わらない医師にとっては, 緩和ケアは, それまで経験のない分野である.

これに対して看護師の場合は, 所属する病棟でも, がん医療と非がん医療が混在していたり, 看護師自身も勤務異動などの経験から, たとえば現在は循環器疾患の病棟で勤務していても, 過去にがん緩和ケアを経験している場合もあり, 医師ほどにはセクショナリズムは強くはないと思われる. したがって, 看護師がこれまでのがん緩和ケア経験を, 非がん緩和ケアに活かしたり, 看護師の連携の中で, 循環器疾患であっても, 神経疾患であっても, 緩和ケアが必要と思われれば, 緩和ケアチームなどのコンサルテーションを受けていくことも有効であると考えられる.

がんであっても非がん疾患であっても, 早期からの緩和ケア, 治療と並行した緩和ケアが必要であることは同様であり, その中でも ACP は重要である. 非がん患者であれば, Trajectory が長いからこそ, これからの自分の人生や生活, どのような治療や療養を選ぶかを家族そして医療者と話し合い共有することは重要であり, それを促進するのは, 看護師の役割である.

また非がん患者の場合, 終末期の判断は難しいが, サプライズ・クエスチョンとして「この患者さんが1年以内に亡くなったら驚くか」を自問自答した時に, もし驚かないのであれば, 緩和ケアを開始した方が良いと判断すべきと言われている (浜野, 2017). したがって, こういったことをチームカンファレンスで話し合い, 様々な視点から, その時期を判断することも有効である.

非がん患者への緩和ケアにおいても, がん緩和ケアを参考にできることは多いはずである. トータルペインの概念も, そのまま適用可能であり, 心理社会的サポートやスピリチュアルペインへの対応も必要となる. 苦痛な症状への対応についても, 症状のモニタリングやマネジメントおよび評価など, がん緩和ケアで培った知識・技術はそのまま応用可能である. しかし, いずれの場合にも, ジェネラリストとしては, 対応が難しい場合もあるため, そういった場合には, 緩和ケア

チームなど, 専門的緩和ケアへの相談支援体制の整備が必要となる.

また, Trajectory が長い非がん患者であるからこそ, ともに支える家族の負担も大きく, 家族の身体的・精神的負担や疲労を軽減するためのケアも忘れてはいけないことである.

おわりに

日本の緩和ケアの現状と今後10年を見据えた緩和ケアの課題について述べてきた. 「がん治療と統合した緩和ケア」「地域緩和ケア」「アドバンス・ケア・プランニング」「がん以外の疾患における緩和ケア」といった緩和ケアを推進するためには, 多職種連携チームでの関わりが必要となる.

また, 間もなく訪れるであろう超高齢・多死社会においては, 住民一人ひとりが, 「もしもの時に自分自身がどのような医療を受け, どのように暮らしたいか」を考え, その意向を家族や医療者および介護者と共有しておくこと, すなわちアドバンス・ケア・プランニングが重要となる.

今後, 地域包括ケアのもとで緩和ケアをさらに広く普及させていくためには, 医療者だけでなく介護・福祉職を含めた多職種連携チームアプローチが必要であり, その中でも看護師に期待される役割は, ますます拡大すると考えられる.

文献

- 浜野 淳 (2017). どのような患者に緩和ケアが必要なのか?. 緩和ケア, 27, suppl, 2-7.
- 神原 理 (2014). コミュニティの変化とソーシャル・キャピタル—先行研究にもとづく課題の整理—. 社会関係資本研究論集, 5, 99-112.
- 木澤義之 (2015). アドバンス・ケア・プランニング. 死の臨床, 38(2), 38, 2.
- 厚生労働省 (2012). がん対策推進基本計画—平成24年6月—. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002bp3v-att/2r9852000002bp7b.pdf> 2017.8.13 閲覧.
- 厚生労働省 (2014). がん診療連携拠点病院等の整備について. http://ganjoho.jp/data/hospital/liaison_council/files/07/20140704_1.pdf 2017.8.13 閲覧.
- 厚生労働省 (2016). 緩和ケア提供体制 (拠点病院以外の一般病院について). <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000131542.pdf> 2017.8.13 閲覧.
- 厚生労働省 (2014). 人生の最終段階における医療に関する意

- 識調査報告書 (H26.3).
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/h260425-02.pdf>
2017.9.10 閲覧.
- 厚生労働省 (2016). 平成 28 年人口動態統計月報年計 (概数) の概況.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai16/dl/gaikyou28.pdf> 2017.9.10 閲覧.
- 厚生労働省政策統括官 (2017). 平成 29 年我が国の人口動態—平成 27 年までの動向—. 2017.8.13 閲覧.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/81-1a2.pdf> 2017.9.10 検索.
- 森田達也 (2013). 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM-study) の経過と今後の課題.
https://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/hakusyo_2013/2013_1_7.pdf 2017.9.10 閲覧.
- 日本緩和医療学会 (2014). 日本緩和医療学会緩和ケア普及啓発事業.
<http://www.kanwacare.net/press/> 2017.8.13 閲覧.
- 日本経済新聞 (2015). 終末期医療などの質, 日本 14 位に上昇 がん対策見直しを評価. 2015 年 10 月 19 日付.
https://www.nikkei.com/article/DGXLASDG19H1U_Z11C15A0CR0000/ 2017.8.13 閲覧.
- 大石醒悟 (2017). 予後を予測する. 木澤義之 (編), いのちの終りにどうかかわるか (pp42-52z9. 東京, 医学書院.
- 下山直人 (2014). 痛みのマネジメント. 武田文和 (監訳), トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント第 2 版 (pp13-15). 東京, 医学書院.
- The Economist Intelligence Unit (EIU): The 2015 Quality of Death Index-Ranking Palliative care across the world.
<http://eol.law.dal.ca/wp-content/uploads/2017/05/2015-EIU-Quality-of-Death-Index-Oct-29-FINAL.pdf> 2017.8.13 閲覧.
- National Gold Standards Framework Centre (2017). The Gold Standards framework.
<http://www.goldstandardsframework.org.uk/advance-care-planning> 2017.9.10 閲覧.

要 旨

日本の緩和ケアは、がん治療とともに成長してきたが、特に最近 10 年は、がん対策基本法のもとで、急速な発展を遂げてきた。今後 10 年の日本の緩和ケアの課題を見据えると、さらなる課題として「がん治療と統合した緩和ケア」「地域緩和ケア」「アドバンス・ケア・プランニング」「がん以外の疾患における緩和ケア」が挙げられる。また、これらを推進していくためには、多職種連携チームでの関わりが必要となる。

日本では、超高齢・多死社会が訪れることが予想されている。その場合、アドバンス・ケア・プランニングが重要となる。すなわち、住民一人ひとりが、「人生の最終段階に、自分自身がどのような医療を受け、どのように暮らしたいか」を考え、その意向を家族や医療者および介護者と共有しておくことが必要となる。

今後、地域包括ケアのもとで緩和ケアをさらに広く普及させていくためには、医療者だけでなく介護・福祉職を含めた多職種連携チームアプローチが必要であり、その中でも看護師に期待される役割は、ますます拡大すると考えられる。

キーワード：緩和ケア、アドバンス・ケア・プランニング、多職種チーム、地域包括ケアシステム