

5. 地域・コミュニティにおける緩和ケア

浜野 淳

(筑波大学附属病院 医療連携相談センター)

地域・コミュニティとは何か？

1. 「地域」の定義

日本の医療において、「地域」という言葉は、人口過疎や僻地という意味合いで理解されることが少なくないが、本来の「地域」とは、コミュニティを意味する。コミュニティとは、住民が生活している場所、すなわち消費、生産、労働、教育、衛生・医療、遊び、スポーツ、芸能、祭りに関わり合いながら、住民相互の交流が行われている地域社会、あるいはそのような住民の集団と考えられている。つまり、地域における医療とは、そのコミュニティにおいて求められ、提供されている医療・ケアである。そのため、人口過密状態である都市部であっても、コミュニティで求められる医療・ケアは必ずある。そして、コミュニティの1例が、地域包括ケアシステムで想定されている「人口1万人程度の中学校区」である。

2. 地域・コミュニティにおける医療・ケア

人口1万人程度の地理的なコミュニティにおいて、どのような医療・ケアが提供されているかについては、福井らによって行われた1カ月間の日本人の受療行動で示されている¹⁾。(図1) この結果から、日本人は、米国と比較すると、より多くの住民が、診療所、もしくは、病院の外来を受診していることが明らかになっている。そして、これからの10年において、地域・コミュニティにおける医療・ケアの提供体制は、日本人の受療行動の特徴を理解したうえで考えていく必要がある。特に、少子高齢社会における人口動態や疾病構造の変化によって、診療所や病院の外来・在宅での医療・ケア、そして、医療機関にアクセスしない住民へのアプローチの必要性が高まってくることが予想される。

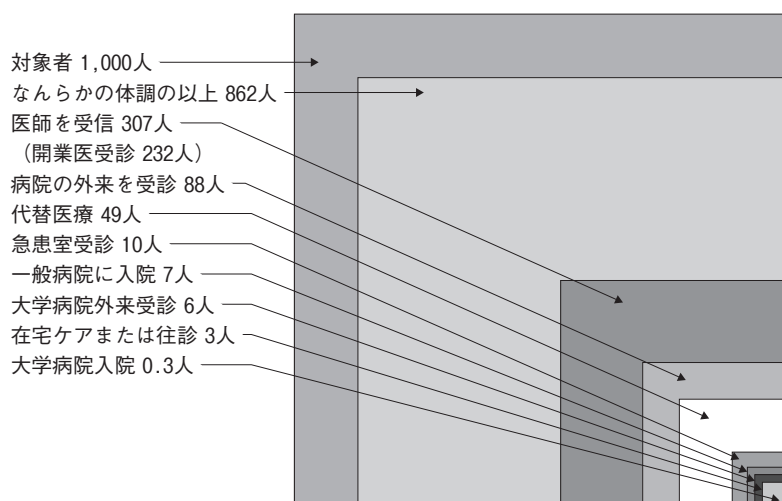


図1 日本人の1カ月間の受療行動

表 1 緩和ケア・アプローチの考え方

1. QOL 重視のアプローチ：疾患の治療・治癒より生活の質を重視する
2. 全人的アプローチ：緩和ケアを必要とする個人を医療・ケアや社会的援助を必要とする「患者以上の存在」として捉える
3. 患者および患者に関わる人々（特に介護者）を包含するケア：家族と友人も同じようにケアの対象とする
4. 患者の自立と選択を尊重するアプローチ：療養場所や最期を迎える場所などについて、患者が何を望むかを明確にし、その目標の達成を支援する
5. 率直かつ思いやりのあるコミュニケーション：予後やどのように伝えるかなどといった難しい問題について、率直かつおもいやりのある話し合いを通じて人々を支える

（文献 3）より引用・一部改変）

地域・コミュニティに必要な緩和ケアとは

1. 地域・コミュニティに必要な緩和ケアの特徴とは

諸外国では、地域・コミュニティにおける緩和ケアは、プライマリ・ケア医や看護師によって提供されることが望ましいと考えられ、近年では、Primary Palliative Care という概念が広まっている。Primary Palliative Care は、プライマリ・ケア医や看護師が、①がん、非がんに関係なく生命を脅かす疾患を持つ患者をケアする、②疾患の早期から緩和ケア・アプローチを提供する、③身体的、心理社会的、社会的、霊的な側面のすべてのニーズに対応する、④地域で end of life care を提供することを特徴している。そして、英国では、地域・コミュニティで求められる Primary Palliative Care として、①コミュニケーション（communication）、②協調性（coordination）、③症状緩和（control of symptoms）、④継続性（continuity of care）、⑤生涯学習（continued learning）、⑥家族・介護者の支援（carer support）、⑦看取り期のケア（care in the dying phase）の 7Cs が提唱されている。

2. 地域・コミュニティに必要な緩和ケア・アプローチとは

2000 年以降、国際的に緩和ケアは「緩和ケア・アプローチ」「一般的緩和ケア」「専門的緩和ケア」にレベルを分けるという考え方が提唱されている²⁾。緩和ケア・アプローチは、薬物療法および非薬物療法による症状コントロールだけでなく、患者、家族、その他の医療専門職とのコミュニケーション、緩和ケアの原則に従った意思決定と目標設定が含まれる。また、この緩和ケア・アプローチは地域・コミュニティの診療所、病院、施設で働くプライマリ・ケア医、看護師などの多職種が実践できるために、専門職種の卒前教育に緩和ケア・アプローチが含まれている必要があるとされている。そして、WHO が提唱する緩和ケアの定義に基づく緩和ケア・アプローチは、表 1 の 5 つに集約される³⁾。

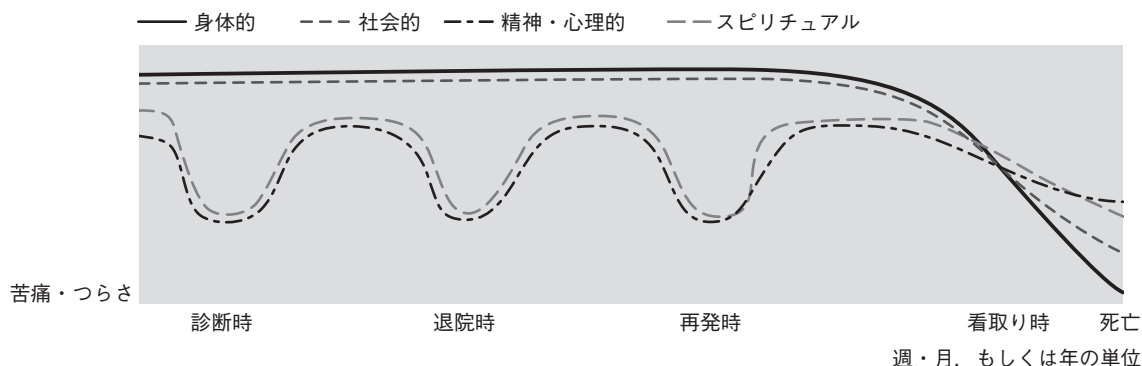
3. 地域・コミュニティで必要な包括的・継続的な緩和ケアとは

地域・コミュニティにおいては、Primary Palliative Care、緩和ケア・アプローチの視点で、疾患によらない包括的・継続的な緩和ケアが必要である。そのためには、患者が「病の軌跡（Illness trajectory）」の、どの位置にいて、これから先、どのような変化が起き、どのような苦痛や困難が起きうるか？ということをお患者・家族と共に考え、歩んでいくことが重要である。近年、「病の軌跡（illness trajectory）」における苦痛は、がん疾患のように急激な身体機能の変化を伴う疾患群（図 2 A）、心不全、慢性呼吸器疾患のように増悪・寛解を繰り返しながら身体機能の変化を伴う疾患群（図 2 B）、そして、認知症や老衰のように年単位の経過で緩やかに身体機能の変化を伴う疾患群（図 2 C）に分け、それぞれの疾患群ごとに、身体的・社会的・精神的・スピリチュアルの 4 つの視点で、苦痛を考えていくことが提唱されている⁴⁾。

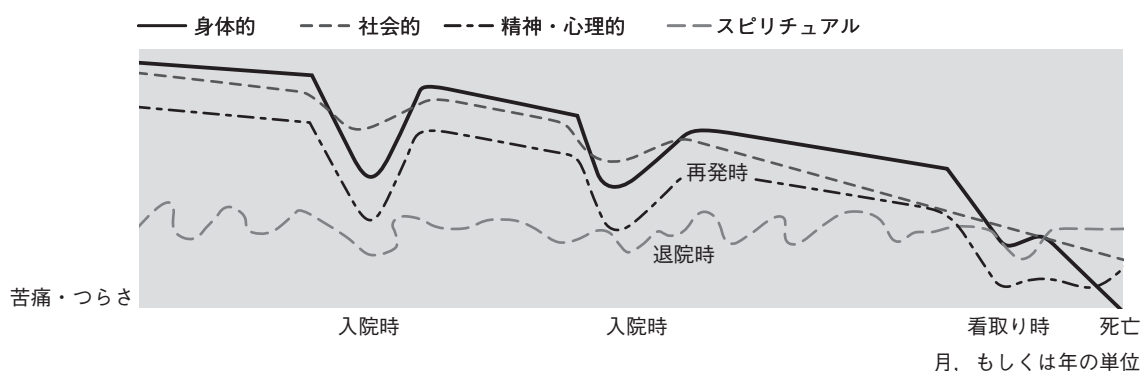
これからの 10 年にすべきことは何か？ —ミクロ、メゾ、マクロの視点

地域・コミュニティにおける緩和ケアを普及・

A がん疾患など、急速に機能低下を起こす疾患・病態における生活状態の軌跡



B 臓器不全や多疾患併存状態など、一時的かつ、反復的に機能低下を起こす疾患・病態における生活状態の軌跡



C フレイルや認知症など、緩徐に機能低下を起こす疾患・病態における生活状態の軌跡

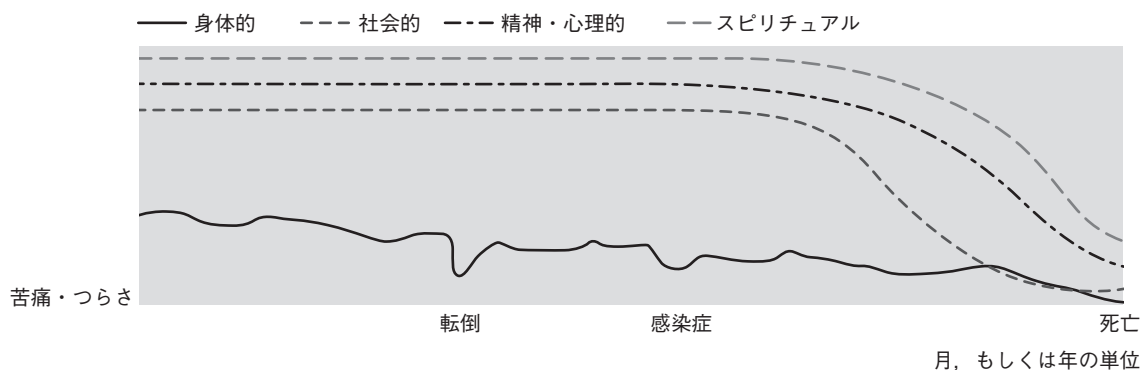


図2 病の軌跡

発展させるために、ミクロ、メゾ、マクロの視点で、これからの10年にすべきことを考える必要がある^(注1)。

注1 ミクロ・メゾ・マクロ：ミクロは患者個人・家族などの小集団、メゾは医療機関、地域・コミュニティなどのやや大きな集団、そして、マクロは都道府県、国レベルの集団を意味する。

1. ミクロ：Multimorbidity に対する緩和ケアの提供

これまでの日本における緩和ケアは、主に緩和ケア病棟における、がん疾患を対象とした臨床が重視され発展してきた。しかし、これからの10年、患者個人・家族という小集団を対象とした地域・コミュニティにおける緩和ケアでは、疾患ごとの緩和ケアではなく、患者個人を生活者として

捉え、その生活に影響を及ぼしている、もしくは、これから影響を及ぼす可能性がある問題に関わっていく必要がある。特に、高齢者に特徴的な多疾患併存状態（multimorbidity）において、何を患者アウトカムにしていくのがよいか？ということを考えながら、医学的・非医学的問題を同定し解決していくことが求められていく。この点においては、患者個人・家族という集団において、緩和ケア・アプローチを必要とする方をどのように認識し、どのように関わっていくのが良いか？ということ进行を明らかにし、その知見を広めていく必要がある。

緩和ケア・アプローチを必要とする方を認識する方法としては、近年、いくつかの方法が提唱されている。1つは、サプライズ・クエスチョンと言われる方法である。これは、個々の患者について「この患者さんが1年以内に亡くなったら驚きますか？」ということを医療者自身が評価し、もし、「驚かない」のであれば、緩和ケア・アプローチを必要とする患者であると認識するという方法である^{5, 6)}。また、もう1つは、Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICTM) である⁷⁾。これは、全般的な状態や、個々の疾患における臨床指標が明示されているツールで、それぞれの項目に該当する場合は、緩和ケア・アプローチが必要と考えていく方法である（SPICTM 日本語版は〔<http://www.spict.org.uk/the-spict/spict-jp/>〕を参照）。

2. メゾ：地域包括ケアシステムにおける緩和ケア提供体制の確立

現在、国策として進められている地域包括ケアシステムでは、「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される」ことを目標としている。そのため、この地域包括ケアシステムには、人生の最終段階における緩和ケア・アプローチを地域・コミュニティで提供できることが求められている。

従来の日本の緩和ケアは、がん治療が困難になった時に、緩和ケア病棟のある医療機関に紹介

するという連携体制で提供されてきたため、地域住民や医療・福祉・介護職の多くが、「緩和ケアはがん疾患に対して病院で提供されるケア」と認識している。これからの10年で、地域包括ケアシステムに緩和ケア・アプローチが包含されるためには、地域住民や医療・福祉・介護職が Primary Palliative Care や緩和ケア・アプローチの理念・概念を理解し、「苦痛を和らげ、QOLを改善する」ために、自分たちの地域・コミュニティで何ができるか？何をすべきか？ということを一緒に考えていく必要がある。

そのためには、英国で行われているように地域住民が主体となって、人はいずれ亡くなる存在であることを認識し、いつか自分や自分の大切な人が亡くなる時に、どのように生活していきたいかということについて考え、話し合える場を作ることや（Good Life, Good Death, Good Grief : <https://www.goodlifedeathgrief.org.uk/>）、家族内や職場・学校などで、もしも、自分自身が病になった時に、何を大切にしていきたいか？ということについて話し合う機会を作っていく必要がある。

3. マクロ：communityにおけるリソースの把握と改善

地域・コミュニティにおける緩和ケアを普及・啓発するためには、都道府県、国レベルで各地の緩和ケア・リソースを把握し、不足しているリソースを整備していく必要がある。参考例の1つとして、欧州緩和ケア学会が主導して、各国で Primary Palliative Care や緩和ケア・アプローチを提供できるリソースを調査し、地域・コミュニティにおける緩和ケアの改善を目指した取り組みがある。この取り組みでは、WHO Public Health Strategy for Palliative Care に則って⁸⁾、①適切な政策、②教育・研修の機会、③薬剤へのアクセス、④社会全体での Primary Palliative Care、緩和ケア・アプローチの実施、の4点について、有識者が各国の状況を報告し、各国・地域において、これから行うべきことについて提言を行っている^{9, 10)}。そして、これからの10年で、地域・コミュニティにおける緩和ケアを普及するためには、欧州のような手法を参考に、各地域のリソースを把

握し、国・都道府県レベルでの具体的な改善策を計画的に実施していく必要がある。

まとめ

わが国の地域・コミュニティにおける緩和ケアの普及において、これからの10年が最も大切な期間である。これからの10年でわれわれは、患者・家族の人生、そして、生活の視点で、がん疾患以外にも緩和ケアを提供し、住民や医療・福祉・介護従事者が「生きること・亡くなること」を自分のこととして考え、話し合える地域文化を構築していく必要がある。

文 献

- 1) Fukui T FS, et al : The ecology of medical care in Japan. JMAJ 48 (4) : 163-167, 2005
- 2) EAPC : EAPC white paper on standards and norms for hospice and palliative care in europe : Part 1. Europ J Pallia Care 16 (6) : 278-289, 2009
- 3) 日本医師会監修：新版 がん緩和ケアガイドブック. 2017
- 4) Murray SA, Kendall M, Mitchell G, et al : Palliative care from diagnosis to death. BMJ (Clinical research ed.). 356 : j878, 2017
- 5) Small N, Gardiner C, Barnes S, et al : Using a prediction of death in the next 12 months as a prompt for referral to palliative care acts to the detriment of patients with heart failure and chronic obstructive pulmonary disease. Palliat Med 24 (7) : 740-741, 2010
- 6) Hamano J, Morita T, Inoue S, et al : Surprise questions for survival prediction in patients with advanced cancer : a multicenter prospective cohort study. The Oncologist 20 (7) : 839-844, 2015
- 7) Highet G, Crawford D, Murray SA, Boyd K : Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT) : a mixed-methods study. BMJ Supportive & Palliative Care 4 (3) : 285-290, 2014
- 8) WHO Executive Board : Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. J of Pain & Pallia Care Pharmacother 28 (2) : 130-134, 2014
- 9) Murray SA, Firth A, Schneider N, et al : Promoting palliative care in the community : production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care. Pallia Med 29 (2) : 101-111, 2015
- 10) Brogaard T, Neergaard MA, Murray SA : Promoting palliative care in the community : a toolkit to improve and develop primary palliative care throughout Europe. Scand J Primary Health Care 34 (1) : 3-4, 2016