

イベントであり、感情的身体的な負担を強いる。患者やその家族は、適時に適切な支援を必要としている。これらの人々のニーズは増大していくが、保健医療ケアはそれらに迅速に対応し、且つ状況を考慮したものであるべきだ。これは、適切な疼痛およびその他の症状コントロール、安らぎ、感性豊かなコミュニケーション、明瞭な情報、そして一貫したケアのパッケージが確実に提供されることが含まれている。これらの方策により、人々はその最期の瞬間まで生きがいのある人生を生き、さらにはその後の家族をサポートすることができるであろう。

我々、誰もが死を迎える。しかしそれは誕生と同じく人生の一部であるにもかかわらず、現実のこととして捉え、考えることは容易ではない。人によっては、人生の終焉に向けて望ましい治療計画を立てているかもしれないし、文化や信仰の中に癒しを期待しているかもしれない。しかし、我々は死に関して考えることを過度に避けすぎている現状がある。

もはや保健医療システムは言い逃れの選択肢は持たない。多くの人々がすでに人生の終焉における良質なケアを必要としている。保健医療システムは、これを提供することと同様に将来我々が必要とするケアの計画を今こそ立案すべきである。

伝統的に緩和ケアは、終末期にある患者とその家族のニーズを中心に据えてきたが、その対象の多くはがん患者であった。深刻な慢性疾患を抱えながら生活する人々への緩和ケアの新たなニーズと併せて、緩和ケアの有効性に関する新しいエビデンスは、広く総合的な保健医療のケアサービスが提供されるべきであることを意味している。

現在、保健医療政策において比較的軽視されている緩和ケアは、保健政策および政策決定者に切迫した公衆衛生の変化の必要性を提示するであろう。このブックレットは、彼らの熟考すべきキーエリアを示している。公衆衛生的アプローチ、疫学的な情報処理、動向、人員配置、質向上のための方法、終末期ケアの計画立案を支援する地域の反応などを扱っている。ヨーロッパと北アメリカからのエビデンスを主に挙げたこのブックレットは、緩和ケアを次の10の視点からみていくこととする。

1. なぜ人口の変化が終末期ケアを公衆衛生の問題としたのか
2. ケアに対する新しいニーズ
3. 緩和ケアとは何か
4. 個人の権利および嗜好と選択の重要性
5. 有効な緩和ケアのエビデンス
6. 社会的弱者の緩和ケアへのアクセスの確保
7. いかに緩和ケアの質を向上させるプログラムを開発するか
8. 緩和ケアに関する教育やトレーニングをどのように保健医療の専門家たちに行っていくか
9. 緩和ケアに関する問題や選択についての認識を高めていく必要性
10. 政策決定者を支援する緩和ケアに関する研究開発について

1.CHANGING POPULATIONS

高齢化と人生の終焉に向けてのケア提供に関することが、21世紀における公衆衛生の主要な課題である。

—The evidence—

Population ageing : 高齢化

ヨーロッパをはじめとする先進各国は高齢化社会を迎えている (Fig.1)。人々は長生きとなり、65 歳以上の高齢者も増加している。

The changing pattern of disease ;

疾病構造の変化

高齢化と比例して、疾病構造もまた変化している。深刻な慢性疾患で亡くなる人々が増え、特に高齢者は終末期において多臓器不全に陥る傾向が見られている。2020年の予想死因のトップ5は、心臓病・脳血管障害・慢性呼吸器疾患そして肺がんとされる (Table 1)。寿命が延びると

いうことは、必然的に人生の終焉まで障害を抱える期間が延長するということになるのかどうかは、まだ明らかになってはいない。最近の研究報告や予測は、障害を持つ人は年齢と共に減少するという楽観的な見方をしている。しかし、人々がもっと長寿になったら、たまたも慢性疾患がこの年齢層に頻発の疾患となったら、障害を抱えながら人生の終焉まで生活する高齢者は増えていくであろう。つまり、より多くの人々が何らかの方法で終末期の支援を必要とするということである。

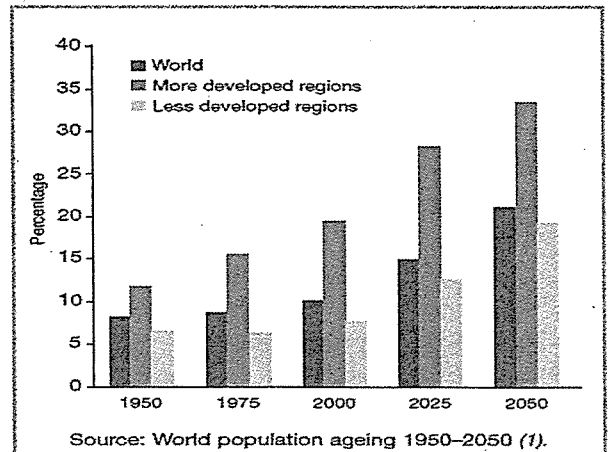


Fig. 1 - Population ageing: population aged 60 and over

Table 1 - Main predicted causes of death for 2020 and previous causes in 1990

Disorder	Predicted ranking 2020	Previous ranking 1990
Ischaemic heart disease	1	1
Cerebrovascular disease (including stroke)	2	2
Chronic obstructive pulmonary disease	3	6
Lower respiratory infections	4	3
Lung, trachea and bronchial cancer	5	10

The changing social structure ; 社会構造の変化

これまで伝統的にインフォーマルな介護者として終末期ケアを担った人々—特に女性たち—、の数は同時に減っていくであろう。家族という形態は、核化し、人口の減少や離婚など外圧の影響を受ける。ケアやサポートの時間を確保できる女性 (男性) はほとんどいないのである。保健医療システムは、多くの終末期の人々に効果的で且つ心のこもったケアを提供するための挑戦を強いられている。

人口構造の変化により、必ずしも人生最期の数年間にある人々のケアコストが、結果的に保健医療財源を圧迫するというわけではない。実際、国際比較でも高齢者比率とその国のトータル保健医療コストとの間に相関はみられていない。しかし、ニーズを満たすためケア提供の革新的方法は開発されるべきである。各国の熱心な保健医療職者たちの協働に基づいた、すばらしい実践例が存在する。保健医療の政策決定者にとっての主要課題は、誰もが迎える人生の終焉におけるニーズを満たすための計画立案を効果的に行うために、この情報を活用することである。

Policy implications (政策的提言)

1. 政策決定者は、高齢化社会のニーズである終末期ケアのための計画を立案するべきである。
2. 保健医療システムは、様々な深刻な慢性疾患に罹患しているすべての年齢の人々のケアを重要視するべきである。

2. EMERGING NEEDS TOWARDS THE END OF LIFE

深刻な慢性疾患を抱える人々は、疾患は異なっても同様の関心とニーズを抱えている

The evidence

The range of problems for different illnesses ;

異なる疾患の幅広い問題

深刻な慢性疾患を抱える人々は、幅広い問題に直面するが、また各疾患が特有の症状をもたらす。虚血性心疾患は、狭心症の胸痛、心不全からくる息切れや倦怠感などの症状がみられ、脳卒中は動作や会話を困難にする原因ともなり、慢性閉塞性肺疾患は、息切れのために行動制限を強いられることもある。慢性疾患は時に同時発症し、人々のQOLに影響する多くの問題をもたらすことがある。HIVやAIDSは再発や寛解を繰り返し、緩和策が必要な多様な症状や問題を呈す。これらの疾患の生存率は向上しているが、発展途上国や一部の社会階級は依然として改善はない。個人の疾患には差異があるといわれるが、疫学的調査結果は人生最期の年における多くの症状や問題は同様であることを示している(Fig. 2)。しかし、これらの症状の強さは様々であり、このニーズに関しては更なる研究が必要である。

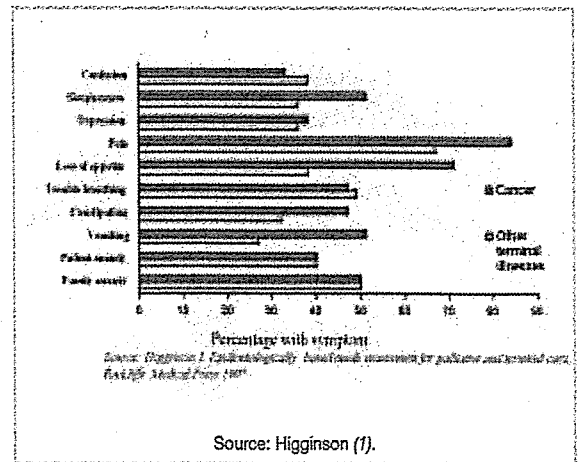


Fig. 2 - Prevalence of problems in the last year of life.

The concerns and needs of patients and families ; 患者と家族の関心とニーズ

“quality of life”への関心や解釈は、高度に個人的なものである。ある人は、疼痛などの身体的症状に関心が高く、またある人は疾患が日々の生活に与える影響を重んじる。またある人は状況の不透明さに、または宗教またはスピリチュアルな懸念事に、そして疾患が家族に与える影響によって悩まされるかもしれない。患者の視点は、保健医療職者のそれとは異なる。また患者のケアにあたる家族の視点もまた異なるのである。

これまでの多くの研究は、がん患者にその焦点を当て、家族や保健医療職者とのコミュニケーション、傷害・疼痛・不安やうつへの対処法の必要性などについて検討され、また家族や介護者は、患者ケアや不安・うつへの対処に関するサポートの必要性を訴えている。最近の研究知見では、がんとがん以外の疾患において、それぞれ疾患の過程のいくつかののポイントにおける関心事やニーズを比較している。

Needs caused by the uncertainty of the prognosis ; 予後の不透明さからくるニーズ

がんの経過はほぼ予測できるが、慢性疾患のほとんどが予後や経過が不明確である(Fig. 3)。例えば心不全患者や慢性閉塞性肺疾患患者は、より長く障害と共に生活するが、しかし突然ほとんど警告もなしに急性増悪の後、死が訪れる。

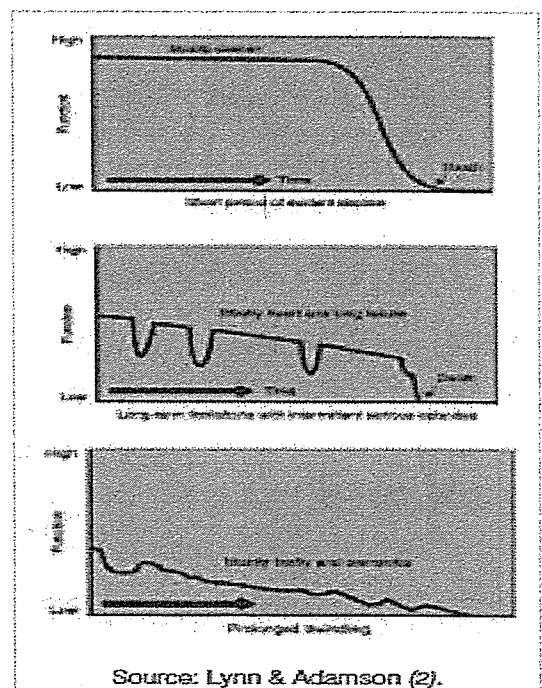


Fig. 3 - Models of the illness trajectory for common serious chronic diseases

認知症患者は長生きするかもしれないが、やがて依存性が高くなり、近しい人、特に家族にとっての負担は過酷となる。このことについては、“*Better palliative care for older people*”という付属のブックレットで詳細が述べられている。がん以外の深刻な疾患の病みの軌跡は、必要なサービスを計画することが難しいような印象がある。しかし、不明瞭な予測が、患者やその家族のニーズが重要でないということではない。

Policy implications (政策的提言)

1. 政策決定者は、付属品ではなく医療保険ケアの中核として公的資金による緩和ケアサービスを創設していく必要がある。
2. 政策決定者は、がん・虚血性心疾患・脳血管障害・慢性閉塞性肺疾患・肝腎疾患のエンドステージ・感染症や認知症などの深刻な疾患に対する満たされないケアのニーズを明らかにし、集団レベルにおける対策を講じる必要がある。
3. 政策は、地域やナーシングホーム、集中治療室を含む病院など多岐に渡る場所において療養している深刻な慢性疾患患者を同定する必要がある。
4. 政策はまた、家族や介護者の労力を認識し、患者ケア支援や疾患がもたらす喪失感に対処するための支援を行っていく必要がある。

3. Palliative Care

革新的でグローバルな公衆衛生政策の一部として発展すべき緩和ケア政策

What is Palliative Care? 緩和ケアとは?

2002年 WHO は、緩和ケアを

“命を脅かす疾患に関連した問題に直面する患者と家族の QOL を向上するためのアプローチであり、苦痛を回避し軽減するために早期診断や的確なアセスメント、疼痛や身体的・精神的そしてスピリチュアルな問題に対する関わりを介して提供される。”と定義している¹。

緩和ケアは、疼痛からの開放および他の苦痛症状の緩和を提供し、人としてノーマルなプロセスとして生と死を捉え、死を早めることもまた延命することもしない。緩和ケアは、患者ケアの精神的・スピリチュアルな側面を統合し、患者がその死の瞬間までできる限り前向きにその生を全うできるようなサポートシステムを提供する。それはまた家族が患者と共に闘病している間、そして遺族となつてからのサポートシステムとしても機能する。遺族カウンセリングなども含め、緩和ケアはチームアプローチによって、患者やその家族のニーズに対応するのである。こうして緩和ケアは、患者・家族の QOL を向上し、また病気の経過によい影響を及ぼすかもしれない。また早期に延命目的の化学療法や放射線療法を適用することもでき、これらに関するよりよい理解や合併症管理のために必要とされる調査研究も組み込まれる。緩和ケアは、患者・家族のニーズを手遅れとなる前に拾い上げていくものとして機能しなければならない。緩和ケアは他の治療に反応しなくなった時に、緩和ケアチームやホスピスだけが提供する特別なものであってはならない。緩和ケアはケアの不可欠な部分であり、どのような状況においてもその必要性がある。

But isn't this just good health care?

保健医療ケアの全ての領域において、慢性疾患患者と家族に対する全人的なケアのニーズは増大している。これは一般診療、高齢者医療、小児医療、精神科、リハビリテーション領域が特に該当する。緩和ケアは、疼痛やその他の症状コントロールにフォーカスされ、患者や家族のニーズに重きをおく。そして患者や家族が、今おかれた状況に順応し対処するために必要なことをすることに柔軟な姿勢をとるのである。

The importance of recognizing "total pain" and wider needs outside of the cancer field

“トータルペイン”としてとらえる重要性とがん領域以外に拡大するニーズ

患者は、疼痛を“まるで私の全てがおかしくなってしまったようだ”と表現し、痛みやその他の苦痛だけではなく、精神的苦痛や社会的、スピリチュアルな苦痛を訴える。世界的に緩和ケア領域におけるこれまでの知見は、その対象を患者とその家族のグループに限ってはいない。長期間に渡ってストレス下におかれる介護者は、サポートを受けるに値し、また彼らの声はなかなか聞こえてこないものである。

Dame Cicely Saunders, Founder of the modern hospice movement, 1964 and 2001.

What new needs to be done? 新しいニーズに対し何をすべきか?

高齢者社会の新しいニーズとして、保健医療ケアシステムは世論にそして終末期ケアの変化の必要性に対し平等に柔軟に対応すべきである。がんは、その疾病の特徴から予後予測がしやすいことから、患者や家族のニーズを理解しそのためのケア計画を立案が比較的易しい。この結果、伝統的に緩和ケアは、がん患者に対して提供され、人生最期の数週間一どの治療にも反応しなくなった時— のためだけのケアであり、専門的で特殊なケアであると認識されてしまったのである(Fig. 4)。しかし、実際患者やその家族は罹患してから何年にも渡って多くの問題を体験している。彼らはその時タイムリーな支援を必要としているのであり、これは決して臨死期に限ってのことではない。患者は診断後、緩和ケアを必要とし、それはまた死の瞬間まで疾患の経過を左右し続けることから、終末期にのみ提供するものとしての緩和ケアのコンセプトは明らかに一般的状況にフィットしない。新しい緩和ケアのコンセプトは、サービスをより疾患の経過にマッチさせようと試みている(Fig. 5)。可能な治癒的治療と平行して提供する緩和ケアのコンセプトは、高齢者のみならず、若年層や小児に関しても、命を脅かす疾患を持つ人々のニーズを充足するものとして利用し発展させていくべきである。

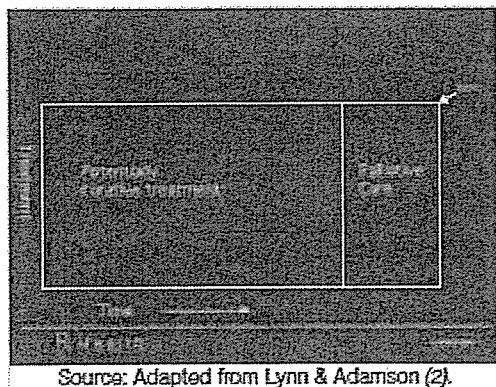


Fig. 4 - Traditional concept of palliative care

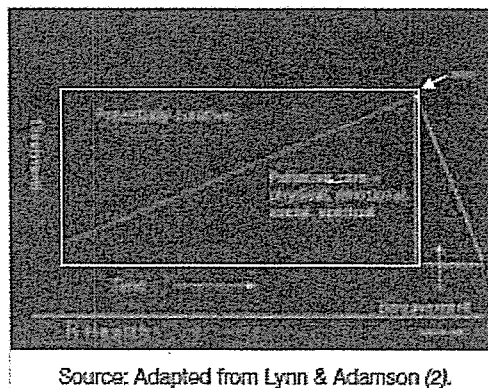


Fig. 5 - New concept of palliative care

Policy implications (政策的提言)

1. これらの緩和ケアのコンセプトは、高齢者のみならず、若年層や小児に関しても命を脅かす疾患を持つ人々のニーズを充足するものとして利用し発展させていくべきである。
2. 緩和ケアのサービスは、全ての保健医療サービスに渡って、広く総合的に提供されるべきである。
3. 緩和ケアサービスは診断に優先して、患者の症状や問題、または効果的なミーティングなどのニーズに基づいて使用可能であるべきである。

4. RIGHTS AND OPTIONS

質の高い終末期ケアは人間としての基本的な権利であると認識されるべきである

Everyone has the right to ... security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his [or her] control.

Article 25, United Nations Universal Declaration of Human Rights, 2001

全ての人が・・・失業や病気・障害、配偶者の死、加齢、また自分のコントロールを超えた生活基盤の欠如などから、安全を保障される権利を持つ

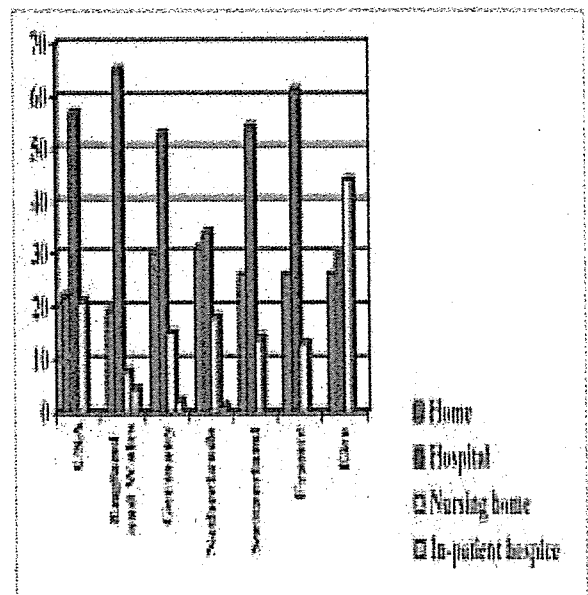
Ethical arguments 倫理的論拠

深刻な疾患に罹患した時に質の高いケアを受け、また尊厳ある死を迎えるために、全ての人々がひどい痛みから解放され、同時にスピリチュアル・宗教的なニーズが満たされることは、人間として当然の権利である。緩和ケアは、もともとがん患者のためのケアとして発展してきた。しかし、公正さ、質、平等性などの倫理的配慮から、がん以外の同様のニーズを持つ人々へもケアのスタンダードを提供されることが求められている。どのようにケアが提供されるか、またいかに人々が望む選択肢をつくるかということも重要な倫理的問題である。重病に侵された人や深刻な疾患と闘っている人は、独自の経験や価値を持っている。自らの疾患やその経過に関してオープンに話しをする意欲・能力や告知のニーズ、症状コントロールの許容レベルや望んでいる診療、そして誰にケアにして欲しいかなどは、人によって大きく異なる。これらの価値に保健医療職者たちが注目することは、患者や家族が自分たちの望むとおり療養できていると感じるように支援するための一つの重要な方法である。患者・家族が意思決定に関与できるよう働きかけるには、個人的・文化的価値に対する感受性や共感する心、情報提供能力、必要な時に必要なケアを選択できるよう人々をエンパワメントすることが保健医療職者に要求される。

The evidence エビデンス

終末期ケアに対する意識の高まりに関する研究のエビデンスが増えてきている。多くの調査では75%の人々が自宅で死を迎えたいと回答している。親族や友人と死別したばかりの人々はホスピス施設でのケアを希望する割合がやや高くなっている。一連の調査結果では、深刻な疾患患者の50-70%がケアを受けており、終末期は自宅を希望すると答えている（しかし死に近づくにつれ、一部の人は施設ケアを希望する）。

多くの人々が自宅でのケアや自宅での死を希望しているにもかかわらず、実際多くの国々では病院で死を迎えることが一般的なままである(Fig. 6)。しかし、例えば米国の例では、家で死を迎えた人の割合が18-32%へと増加していることが分かっている。またオランダは、異なる環境において、一連の緩和ケアサービスの提供に成功し、望む人は自宅で死を迎えることができているという



報告がある。しかし多くの国々では、ナーシングホームで死を迎える人々が増えていることも事実である。

Policy implications (政策的提言)

国内・地域レベルでの緩和ケア戦略を推し進めている各々の国は、ケアのオプションの優先度や、提供可能性や計画可能性を決断する必要がある。しかし、どのケアを利用できるのかという情報を国民が得られないということであれば、最善のケアを提供するための議論を進めることは難しい。現在、多くの保健医療システムは、緩和ケアを受けたり、望む場所で死を迎えたりすることが難しい仕組みになっている。国民が最期の場所をどこで迎えているかという全国データさえ持たない国も多い状況なのである。

1. 罹患している病気が何であれ、人々は質の高い緩和ケアを受ける権利、そしてそれを意思決定する権利を持つことを公衆衛生政策は周知していく必要がある。これらの権利は、保健医療法および社会福祉法の原則である。
2. 政策決定者は深刻な病を患う人々が、どこでケアを受けどこで死を迎えたいと願っているかをモニタリングする必要がある。
3. 政策決定者は緩和ケア提供システムの構築のための当面の措置として、看取りの場所を定期的にモニタリングする必要がある。
4. 政策決定者は、どこでケアを受け、死を迎えたいかという人々の望みを調査していくよう保健サービス機関に働きかけていく必要がある。個人の選択を叶えることは、最終的な成功の目安になるのである。

5. Effective Palliative Care

疼痛緩和・感性豊かなコミュニケーションそして良き協働ケアなどシンプルな手段が効果的に苦痛症状を緩和する。

The evidence

Pain and symptom control ; 疼痛・症状コントロール

緩和ケアは長い間、疼痛および症状コントロールに関する専門性により発展してきた。進行がんの痛みの多くは、適切なクリニカルガイドラインに沿いオピオイドなどを効果的に使用すれば緩和することが可能である。緩和ケアは、痛み・症状のコントロールの方法を広く適用させ普及してきた。しかし、アセスメント・モニタリングをいかにに行い、痛みや苦痛症状をどのように扱うかということについては、全ての専門職に対し更なるトレーニングの必要がある。

Communication skills ; コミュニケーションスキル

医師・患者間の効果的なコミュニケーションの内容とは、精神的問題、身体的症状や機能、良好な疼痛コントロール、血圧や血糖の値などの改善を含む健康状態に関連するものである。家族と効果的なコミュニケーションをとり、意思決定に彼らを巻き込むための保健医療職者の能力は、終末期ケアの満足度に関与する重要な要素として確実に浮上する。コミュニケーションスキルはビデオによるコンサルテーションによるフィードバックにより向上が可能だが、日々の実践の中で新しいスキルを維持していく努力も不可欠である。

Giving information ;告知

コンサルテーションの記録や要約によれば、がん患者はほとんど告知を受けている。彼らは、知識を向上させ、精神的問題や大きな満足感なしに情報を想起できる。しかし、予後の悪い患者に対しては非常に慎重に情報提供をおこない、また患者は説明により全ての真実を知りたいか否かということを検討しなければならない。

Support for family and caregivers ; 家族や介護者へのサポート

介護者たちは、一般的に在宅ケアに関して満足感を持っている。もし彼らが休みたい時は、レスパイトケアやシッティングサービスの利用が勧められる。少人数のアクティビティグループやサポートグループは、他の人たちとオープンに話をするチャンスを得ることができる良い機会である。

Coordinated services ; サービスのコーディネート

緩和ケアサービスの提供機関は、歴史的規範や国策、財政のあり方などにより各国 様々な形態をとるが、多くの国々では、プライマリーケアまたは病院の保健医療職者によって、その多くが提供されている。いくつかの国では、入院・入所中の患者に対する緩和ケアやホスピスケアの向上に力を注いでいる国もある。また在宅でのケアや緩和ケアチームの共有、病院のサポートを重視している国もある。時にホスピス・緩和ケアがケアに対し全責任を負うこともある。しかし、多くの研究で患者や家族が系統だったケアを受けることの重要性が示唆されている。緩和ケアにおいて病院、在宅、地域といった異なる場所に渡ってのサービス調整により、高い割合で在宅療養や在宅での看取りが可能となっていることが様々なトライアルから明らかになっている。コーディネートされた緩和サポートは家族や介護者の QOL をも向上するというエビデンスも挙がっている。

Specialist palliative care services ;

専門家による緩和ケア サービス

緩和ケアの進展に伴い、ケア提供モデルは病院・施設や地域で機能する多職種専門家チームに重点を置いてきた。これらのチームの役割としては、患者の症状や抱える問題のアセスメントを行い、患者やその家族に対し改善策を講じたり、より全般的な支援をしたりすることである。よって、これらのチームは、症状コントロールやコミュニケーション、またはケア調整や他のチームからの紹介など、複雑なニーズを持つ患者グループを担当することが多い。それにもかかわらず、専門家による緩和ケアチームの効果に関するエビデンスは、疼痛やその他の症状コントロールおよび満足度において患者とその家族に利益があるとされている(Fig. 7) これらのチームは、教育やリエゾン機能を通して地域のジェネラリストによるサービスにおける症状マネジメントおよびコミュニケーションを向上させることが望まれる。

Policy implications 政策的提言

1. 政策決定者は、緩和ケア従事者のスキル、特に疼痛および症状コントロールとコミュニケーションのスキルに関しては、その向上を推進していく必要がある。
2. 在宅・病院・ホスピス施設・ナーシングホームやその他の施設など、機関を越えて緩和ケアサービスはコーディネートされるべきである。
3. 政策決定者は、患者や家族が必要な時にアクセスできる専門家チームを含め緩和ケアサービスの有効性に関する全ての知見を施策に注ぎ込むべきである。

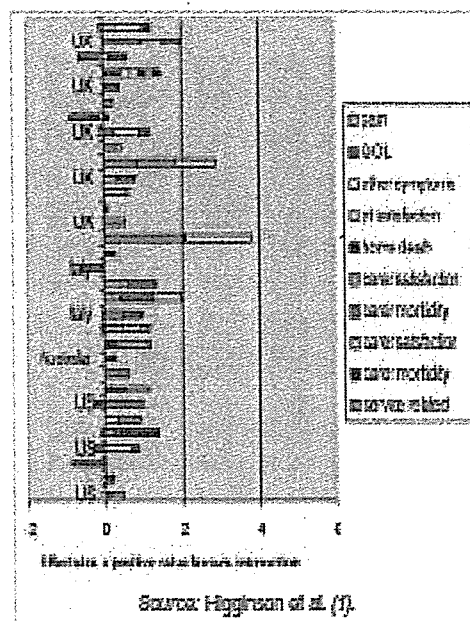


Fig. 7 - Cumulative effect size of palliative care issues, by country of study

6. VULNERABLE GROUPS

社会的弱者はニーズが満たされておらず、質の高い緩和ケアへの平等なアクセスが確保されるべきだ

The evidence

緩和ケアの進展にも関わらず、依然いくつかの国では最善の緩和ケアの対象から排除され、またはニーズが満たされていない社会的グループがいるというエビデンスがある。この社会的グループには低所得者、少数民族、高齢者や子供たちが含まれることが多いが、彼らが何故緩和ケアにアクセスできないのか、その理由は不明確である。しかしそれは、特別な支援体制の未整備や人種差別、または不安に対するスキルの欠如、さらには構造化された保健医療ケアなしに、彼らが症状に対処するための要求や能力に関する未検証の仮説に反映されるかもしれない。

Socioeconomic status ; 社会的ステータス

貧困地域に住む人々は、がんによる死亡率が高いが、在宅よりも病院で死を迎える率が高い。つまり、貧困地域では在宅ケアの提供が困難であるということがイギリスに次いでイタリアでも報告されている。貧困者に加え、ホームレスや囚人、旅行者、長期精神病患者、学習障害者などへもやはり在宅ケアの提供が難しい。

Cultural and ethnic groups ; 文化的・民族的集団

バックグラウンドや信仰がどうであれ、人生の終焉に向けてスピリチュアルペインや存在の危機を経験する。保健医療スタッフは、これらを認識し、どのように社会的な支援を求めていくかを意識していく必要がある。イギリスでは、文化的・民族的少数民族はホスピス施設でケアを受けることはあまり一般的ではない。彼らのペインコントロールのニーズは全く満たされておらず、今日の社会における文化的多様性を保健医療職者は理解していないというエビデンスがある。求められる自立性のレベル、真実を知りたいという希望、いかに死を迎えたいかという見解や日常とされていることは、文化的グループ間で、またグループの中でも大きく変化するのである。

Older people ; 高齢者

当然確保されるべき高齢者のホスピスや緩和ケアサービスへアクセスが確保できていない状況である。人生最期の1年または数ヶ月にある高齢者に対し、ケアを提供している病院やナーシングホームにおいて、疼痛などの症状の未評価・未治療に関する熟考すべきエビデンスがある。

Children and adolescents ; 小児～思春期

彼らの死は衝撃的で、永続的な悲しみを家族に与えるという点で、小児から思春期は特別なグループである。緩和ケアチームは、必要ない苦しみを未然に防ぎ、きめ細かなコミュニケーションをとる中心的役割を担う。また治療の選択に関しては、それ自体が苦しみの原因となりうることから、後悔の念を持たないための関わりは重要である。在宅や施設、そしてレスパイトケアなど、様々な場所でケアの提供が必要されている。

Policy implications 政策的提言

保健医療の他領域では、社会の全ての人々が平等にアクセスできることが常に必要とされる。緩和ケアへの平等なアクセスの保障は、少なくとも他の医療ケアと同様に重要なことである。これは、我々の見解の中でもギャップがあり、多国間での比較が重要な領域である。

1. 保健医療政策決定者は、社会の全ての人々が緩和ケアへのアクセスできるようモニタ

- リングするための国家システムを確保するべきである。
2. 保健医療のケア機関は、社会的弱者たちを同定し、彼らへのサービスのモニタリングと質の向上のためのローカルシステムに投資するべきである。
 3. 政策決定者は、社会的弱者へのよりよいケアの普及を促進していく必要がある。

7. IMPROVING SERVICES

終末期ケアの質向上の革新的方法が現在開発中であり、それはチームや機関、国を越えて共有されるべきである。

多くの知見を得ている症状マネジメントの領域において、それをより効果的に実践に適用させたならば、それは質の高いケアとして向上するであろう。

The evidence

Knowledge is not enough ; 知見はまだ不十分である

実践を改良するための入念な取り組みなしに、効果的且つ広範囲に及ぶケアの質の向上はありえないという新しい知見が次々に明らかになってきている。多くの国では、保健医療サービスの向上のために知見を利用するためのよりシステムティックな方法の開発を試みている。その方法とは、臨床ガイドラインやオーディットおよびケアパス、また変革をデザインする際に患者を巻き込んだり、定期的な患者へのフィードバックをしたり、さらにケア質向上のために協働できるよう専門家チームを促す方法の開発などを含む。しかし、組織や実践・態度の改革は決して簡単ではない。例えばがんの分野では、保健医療職者のためのエビデンスに基づく臨床ガイドラインの開発は、全面的な成功をみていない。これらの取り組みのレビューは、ガイドラインがその地域ごとに策定され擁護される必要性を示唆し、また教育・フィードバック・多職種協働、そして効果的な計画管理を支持している。重要なアウトカム評価のための緩和ケア特定のオーディットツールも開発され、様々な場所において有効利用されている。

Promoting innovative approaches

 ; 革新的アプローチ

緩和ケアサービスを受けている人々が、サービスのデザインに積極的に参画することは、保健医療の他領域と比較し困難である。シビアな病状の患者に負担を課すわけにはいかない。しかし、いくつかのプロジェクトが、この領域にも適応性のあるモデルを開発している。他のアプローチとしては、“ケアを受けている患者への一般的調査”や“遺族の視点から見た患者の受けたケアの質に関する調査”などが含まれる。これらの結果は、地域のニーズアセスメントに活かされ、さらにサービス計画にも反映されるであろう。目下興味深い一つの方法として、質向上の維持に関するものがある。一つのサービスごとに実施し、体系化することができるので、多くのチームが協力体制を構築することができる。どちらにしても、ケア提供チームは、どのようなローカルシステムが機能するのかを学び、何が起きているのかを評価し、計画・実施・洞察・再計画のサイクルを繰り返し、改良を重ねていく努力が求められる(Fig. 8)。地域におけるこの方法での成功に関する興味深い報告もあがっている。地域における緩和ケアネットワークは、保健医療機関におけるよりよい実践の共有にも有効であろう。

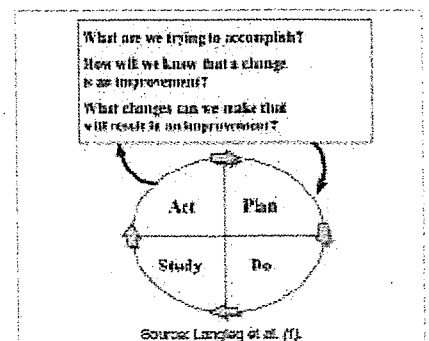


Fig. 8 - A model for improvement

Policy implications 政策的提言

効果的なリーダーシップやスタッフの関与、そして財政的支援などがなく、質向上のためのこれらの新たな方法のうちいずれか一つが機能し、それを維持するということはありません。この種の変化は急速には起こらない。知見が浸透し、新しいスキルや実践が受け入れられ、サポートシステムやネットワークが展開するには、数年の年月を要するであろう。それゆえサービスの向上への投資は、中長期的な観点から捉える必要がある。

1. 政策決定者は、緩和ケアのオーディットや質向上に取り組む保健医療機関に報酬をつけるべきである。
2. 政策決定者は、緩和ケアのよい実践の普及を促進し、これら成功の方法を定期的にレビューする必要がある。
3. 保健医療機関は、保健医療スタッフがチーム内でよく機能し、緩和ケアの発展・向上すべき領域を認識するために、彼らをサポートする文化を構築し維持していく必要がある。
4. 革新的アプローチのデモンストレーションや緩和ケアのメリットの評価は、広範囲に普及される必要がある。

8. EDUCATING PROFESSIONALS

保健医療職者は緩和ケアに関しよくトレーニングされ、また知識を広げスキルを維持するための態度や行動を普及する機会を持つ必要がある

The evidence

Traditional education ; 従来の教育

少しずつ変化はあるものの、保健医療職者への緩和ケア教育やトレーニングは、伝統的に注目されてこなかった。医学・看護のテキストの多くには、診断は別として、終末期ケアに関する情報がないに等しい(Fig. 9)。これは、保健医療職者がバッドニュースの伝達や予後告知、症状コントロール、難しい決断を迫られた患者への支援などに関するトレーニングをよく受けていないと感じる所以であろう。またこれは、遅すぎる緩和ケアへの紹介、または全く紹介がないという現状の説明も可能である。しかし、これらのスキルの多くは、学部教育や大学院教育、またはそれ以降の教育により習得可能であるという励みになるエビデンスもある。

Topic	Cause of death			
	Lung cancer	Heart	Stroke	All other Diseases, Accidents, Suicide
Prevalence	✓✓✓	✓✓✓	✓	✓✓
Etiology	✓		✓	
Medical tasks			✓	✓
Communication			✓	
Effect on family			✓✓	

Source: Adapted from Cannon, Lynn & Masney (1)

Fig. 9 - Information on end-of-life care for four major causes of death contained in four American medical textbooks

Learning in everyday practice ; 日々の実践からの学び

長期に渡りがん患者をフォローし、コミュニケーションスキルを彼らから学ぶ機会を得た医学生たちは、より知識が豊富で、患者の話を傾聴することができ、また難しいトピックに関しても討議を行い意思決定の支援を行うことができるということが調査から明らかになっている。看護師と医師は、集中講義を受けることによって、経験年数を重ねるごとに更なるコミュニケーションスキルを習得することができるというエビデンスもある。しかし、これらの専門家が常に日々の実践において新しいスキルを維持することはたやすいことではない。

専門家は中長期に渡る建設的なフィードバックのある更なるトレーニングを必要としており、保健医療機関はそれを文化やスキルが実践の中で活かされる取り組みをさらに発展させることが求められる(Fig. 10)。このことは、質の高いケアの提供が可能な時間的余裕や適切な設備の確保がなされることも含まれる。高度なトレーニングを積んだ専門家でも、追い詰められた時、慌ただしい時、評価されない時、批判に傷ついた時などは、彼らのベストを尽くすのに困難を感じる事が分かっている。患者ケアにおける倫理的問題は

複雑性を増しており、特に進行性または重篤な疾患においてはその傾向が著名である。よって、一連の課題の倫理的側面—具体的には守秘義務、診断・治療の効果や負担についての討議、複雑な患者・家族のダイナミクスの中でのケアの展開、アドバンスディレクティブ(死前指示)、資源配分、自殺幫助や安楽死を望む患者や家族との話し合い、治療の中止や撤退、コミュニケーションが不可能な患者の代理人による意思決定など—に関するトレーニングやディベートは、非常に重要である。

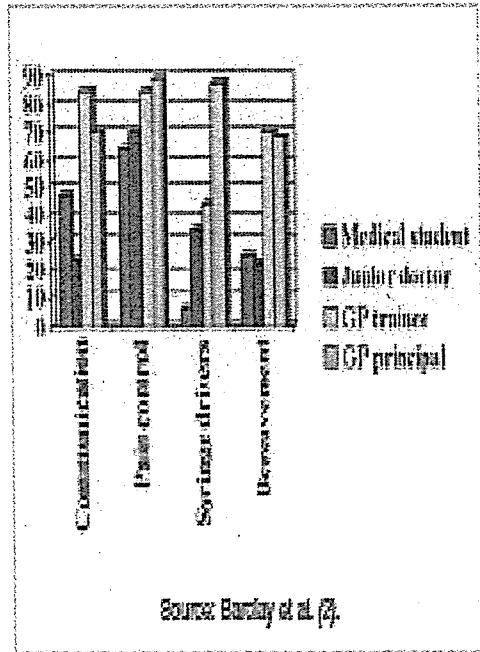


Fig. 10 - Percentages of doctors at different career stage receiving training in aspects of palliative care

Training all professionals ; 専門家教育

緩和ケアの専門家の数を増やすことにより、その広がるニーズに対応するのは現実的ではない。一般の保健医療職の緩和ケアに関する知識や技術を充実させるほうがより現実味がある。プライマリーケアを担う保健医療職の緩和ケアに関する知識や態度は教育により向上するが、それを効果的に行うためにはスペシャリストとジェネラリストの2パターンの教育が必要であるというエビデンスがある。また、がん以外の患者が緩和ケアのスペシャリストのケアにアクセスするためには、スペシャリスト自らが、がん以外の症状についてもより深く学ぶ必要がある。

Policy implications 政策的提言

1. 政策決定者は、緩和ケアを医師や看護師、社会福祉士、チャプレン、その他の保健医療職者へのトレーニングの中核とし、また彼らへの専門教育の継続を確保する必要がある。
2. 妥当な数の緩和ケアスペシャリストたちは、十分に訓練され、また教育を受けられるようサポートされている必要がある。
3. 保健医療機関は最新の緩和ケアの提供を保健医療職者が維持するためのサポート、特に疼痛その他の症状マネジメント、アセスメント技術やコミュニケーション技術の向上と維持、利用可能な資源の活用に関してサポートする努力を払うべきである。
4. 保健医療機関は、患者や家族と共に歩んでいく時間の使い方も含め、保健医療職者の緩和ケアのスキルを最大限に活用するための文化や業務慣例を発展させていく必要がある。

9. EDUCATING THE PUBLIC

Public discussion of death ; 死に関する世論

公衆衛生、生活環境や平均寿命の進展とともに、先進国の人々は死や死にゆくことに直面しながら生きて前世代のことを忘れてしまったのではないだろうか。強い宗教心や霊的信仰心の喪失は、死について人々が語り合う言葉やフレームワークさえも奪ってしまった。確かに死は、日々の経験からは程遠く、また意外な結果として訪れるものなのかもしれない。死はノーマルなものであり、結局いつかはやってくるという見方というより、むしろ死は失敗であるとの見解から医療も変化した。一方、日常のニュースや大衆芸術、そして音楽は我々に他人の死のイメージを提供してくれている。—それは、しばしば突然で早すぎる死であり、誰か他人の責任による死であることが多い。しかし時にメディアは死のその瞬間まで、人生を全うした人や地域に貢献した人々についての情報提供も行っている。

Personal experience ; 個人的経験

ほとんどの大人たちは、少なくとも一人の親族や友人の死を経験している。ホスピスマーブメントに財源とボランティアの時間やスキルという公的支援が与えられたことは、公的にこのケアを提供する重要性の証明である。例えば最近クロアチアでは率先して、毎週在宅ケア訪問できるボランティアを採用しており、毎年 10000 回の訪問を行っている。死に向かう人々は、もっとも脆弱な存在であり、彼らが受けるケアの質は博愛に満ちたものであるべきである。革新的な公衆衛生のプログラムは、終末期に関わる問題や緩和ケアに関する公共教育の役割を担っているが、これは学校教育の場からスタートすべきである。the National Council for Hospice and Specialist Palliative Care (UK ホスピス・緩和ケア協議会)は、遺族となったばかりの子供たちをケアする教員対象にガイドラインを作成している。またプログラムは、良いケアによって達しうるポジティブなイメージを提供できるはずである。また高齢の親族のための信頼できるケアのオプションに関する知識を増やすこともできるし、より厳しい監視の目を養ったり、政策実現のプレッシャーをかけることもできる。死に至る原因として何が明らかで何が不明確なのか、何が提供できるのかという認識の高まりは、将来的に自身がどうありたいかという選択をより現実的に考慮する余地を与えてくれるであろう。

Policy implications 政策的提言

ホスピス・緩和ケアムーブメントの成功と発展は、公的に質の高い終末期ケアを提供する重要性を証明している。すでにメディアや音楽、芸術、文学など大衆文化を用いたこの問題に関する公的教育プログラムの有効例が報告されている。多くの場合、患者や家族、介護者から話を引き出すことは、討論や活動を促進するのに有効な方法である。

1. 公衆衛生政策は、緩和ケアに関する認識向上を図るための公的教育の要素を含む必要がある。
2. 様々なメディアを用いながら、伝統的な成人教育を越え、人々に響く教育を地域で進めていくべきである。

10. RESEARCH AND DEVELOPMENT

緩和ケアの研究とトレーニングは優先的に検討されるべきであり、治癒的介入の可能性と平行して資金提供されるべきである。

Gaps in research on effective care ; 研究における効果的なケアのギャップ

このブックレットは、終末期のニーズと患者ケアの有効性に関するエビデンスが過去 40 年に渡っていかに積み重ねられたかを紹介し、また我々の知見においてどこに依然としてギャップがあるかを示している。病因とがん以外の疼痛や症状、ケアへのアクセスの障壁、

がん以外の疾患を抱える患者へのケアに関する研究は喫緊に必要とされている。高齢者ケアや異文化グループ、社会的・精神的・スピリチュアルな側面への緩和ケアやアセスメントツールの開発などは、より詳細な調査が必要とされる領域である。研究へのあくなき挑戦は、いかに繊細にニーズを調査し究明するか、また有効な解決策として発見されたエビデンスをもって、いかに患者や親族たちの見解を統合していくかということに繋がる。また緩和ケアに関する既存のデータから得られたものを有効利用することやニーズやケアの質を定期的にモニタリングするための方法を開発することが求められている。比較検討が有効な領域としては、様々なケアモデルとコスト、緩和ケアサービスへの財政支援などの国際間研究が挙げられる。重要なことはケアの比較のために、モルヒネの使用やがん以外の患者のケアの割合や痛みを持ちながら死を迎えた患者の割合、ナーシングホームで緩和ケアを受けた患者の割合などの指標が、いかに意味のある使われ方をするかということである。

Gaps in research on getting evidence into practice

； 実践に研究から得たエビデンスを取り込む上でのギャップ

研究は、ニーズや効果的な介入のエビデンスが確立した後、そのエビデンスを保健医療サービスの日々の実践に取り入れるためにやるべきことが多くある。異なったキャリアステージにある専門家たちのニーズアセスメントの向上や実践の改良の教育をするためには、先立つ開発資金が必要である。また現在、様々な場所で仕事に従事している専門家たちによる緩和ケアをコーディネートする方法が実証プロジェクトによってテストされている。

・イギリスは、がん研究の国家予算およびチャリティーによる資金の0.18%しか終末期ケアおよび緩和ケアの研究に当てていない。

・アメリカでは、がん研究資金のうち緩和ケア研究に当てている額は0.9%のみである。

Implications for policy-makers and research funders

； 政策決定者および研究資金提供者への影響

全ての人に対する緩和ケアの重要性にもかかわらず、研究基金をなかなか獲得できない現実がある。数ヶ国において、がん研究のための近年の国家研究戦略を見直したところ、その0.5%未満の基金しか緩和ケアに使われていないことが判明した。がんと診断された半分以上の患者が、結局がんによりその人生を終えることから、驚くほど少ない額である。

1. 政策決定者は、緩和ケア研究のための国家戦略を立て、全ての疾患に渡った緩和ケア研究に対する投資金を増額する必要がある。
2. 政策決定者は、緩和ケアの全国データセットの開発に投資すべきである。
3. どの疾患領域においても、資金の支援を受けた研究は、緩和ケアに対する投資額の割合をモニタリングし、投資の不均衡の是正をする必要がある。
4. 資金の支援を受けた研究は、深刻な慢性疾患を患う人々がよりよく生き、よりよく死を迎えることができるよう支援するための革新的な研究(実践を変えていくアイデアなど)を推進していく必要がある。

WHO Europe

Better Palliative Care for Older People

FOREWORD

このブックレットの目的は、慢性・進行性疾患に対する緩和ケアを高齢者施策に組み込み、より良い終末期ケアを促進することである。

検討すべき一連のエビデンスは、高齢者が抱える問題はアセスメントされず治療もされていないということ、緩和ケアへのアクセスが不十分であるゆえ高齢者が不必要に苦痛に苛まれているということを示唆している。高齢者は満たされないニーズを多く持つ。彼らは多様な問題や障害を抱えていることから、より複雑な治療および社会的ケアを必要とし、ケアに当たる家族や専門家たちには多くの課題が課せられる。現在、がん患者に対し提供されているホスピスケアや緩和ケアサービスのような質の高いケアが、同等のニーズを持つ高齢者にも提供されるべきである。ケアの向上のための新たな政策や対策は、地域の病院や自宅、ナーシングホームや居住施設の高齢者に支援の手を差し伸べ、影響を与えるべきである。

このブックレットおよびこの姉妹編である“緩和ケア – the solid facts”の目的は、多様性のある緩和ケアや関連サービスにまつわる包括的な事実を政策策定者に提供することである。このブックレットは、疫学的、社会学的、および保健医療研究から得られたエビデンスを使って高齢者のニーズとは何なのかを定義していく。レビューによって我々が緩和ケアに関して把握しているエビデンスは完全なものではないことが明らかになった。ヨーロッパで提供されているものでさえ、相違点がある。

このブックレット“Better palliative care for older people”は、ヨーロッパの見地を述べるが、他の地域においての関連問題を反映するかもしれない。対象は、政府内外の保健医療福祉の政策決定者、アカデミックおよび民間セクター、高齢者ケアに携わる保健医療職者としている。これらのすべての人々が、広く保健医療サービスにおける緩和ケアを統合するために協働し、また政策決定者は証明された緩和ケアの利点について周知していく必要がある。このブックレットの目的は、このタスク遂行を支援するための情報提供である。医療保険政策および政策策定者、保健医療職者に対して、またいかにサービスを開発し向上していくかという研究への投資に対する提言でもある。

Dr Agis D. Tsouros
Head, Centre for Urban Health
WHO Regional Office for Europe

PREFACE

国際的に、特に先進国では高齢者人口が増加し、財政・倫理的問題と共に保健医療政策に関する喫緊の課題が目白押しである。家族生活や仕事の変化は、高齢者を脆弱な存在とし、彼らの社会への帰属意識をうすくした。福祉プログラムがあるにもかかわらず、多くの場合高齢者のニーズ…疼痛が緩和され、社会に参加し耳を傾けてもらっていると感ずることができ、ある程度の自主性を謳歌する…そんなニーズは考慮されていない現状である。疼痛、身体的苦痛、無力感、孤独感、社会的無視は、人生の最終段階における日常茶飯事の経験になることが多い。

WHO ヨーロッパの地方事務局からのこのブックレットは、高齢者のニーズやいかに革新的なケアプログラムを推進するかということに関する保健医療政策および政策決定者の認識を高める目的のプロジェクトから生まれたものである。地域社会においてなおざりにされている問題とそれに対する有効な解決策に関するエビデンスを抽出するため、この領域の貢献者とみなされた人々が、Irene Higginson 教授と Elizabeth Davies 博士によるインタビューを受けた。これまで緩和ケアは主にがん患者を対象とし、終末期の苦痛を軽減することに成功してきた。今こそ緩和ケアを総合的な高齢者保健医療政策に組み込み、彼らが受けられるケアの一部として統合するべきなのではないだろうか。これらのプログラムは、病院やナーシングホーム、在宅等の保健医療システムの中で働く高度な教育を受けた専門家や介護者によって提供される緩和ケアの手引きに基づく必要がある。

我々は、いかにケアの向上を図るかはもう知っている。つまり今こそ理論と実践の統合の時なのだ。人生の終焉に直面している高齢者のケアは単に延命することよりも、むしろ QOL にフォーカスするべきである。政策決定者がこのブックレットにおける提言を考慮し、そのうちいくつかだけでも適用すれば、高齢者やその家族およびこのプロジェクトの関与した人々は、大いに報われるであろう。

Professor Vittorio Ventafridda
European Institute of Oncology
(WHO collaborating centre)
and Scientific Director,
Floriani Foundation

INTRODUCTION

ヨーロッパ各国において、ほとんどの人が 65 歳以上で亡くなることはもはや驚きではない。しかし、健康関連情報がほとんどなく、保健医療政策は最期の数年における高齢者のニーズや彼らが受けているケアの質に関してあまり関心がないことは不安材料である。

寿命が延びれば、より多くの人々が 65 歳以上の年齢へとなり、劇的に高齢者人口は増加するであろう。人生最期の年の疾患パターンもまた変化している。より多くの人々が急性期疾患ではなく、深刻な慢性疾患によりその命を閉じる。よってさらに多くの人々が、終末期におけるこれらの疾患による問題への支援を必要とするであろう。ケアを必要とする人々は今、さらに高齢になっている。

伝統的に終末期における質の高いケアは、主にホスピスのがん患者に対して提供されてきた。しかし、この種のケアはより幅広い疾患に適応させ提供されるべきである。高齢者は、複雑な問題や障害を抱えていることが多く、様々な療養場所や異なるグループを超えて、パートナーシップや協働が要求されるケアを必要としている。このことは、ケアにあたる保健医療専門職

に多くの課題を突きつけ、また高齢者とその家族をサポートする方法を探るために、高齢者および緩和ケアに関する専門知識を要求する。国レベルで、高齢者の医療的・社会的ニーズを満たす保健医療サービスの開発に取り組む必要がある。

最近の WHO レポート、“Active ageing: a policy framework¹”は、政策および政策決定者のために高齢化にあたっての多くの取り組みを検討し、社会の中での高齢者の健康や社会参加、安全を維持するための対策が盛り込まれている。この文書は、その対策の 1 部になるよう構成され、高齢者への緩和ケア施策のためにエビデンス、保健医療サービスを通して統合された緩和ケアへの見解、またそのタスクを支援する効果的なケアモデルを説明している。

1.WHY PALLIATIVE CARE FOR OLDER PEOPLE IS A PUBLIC HEALTH PRIORITY

なぜ高齢者のための緩和ケアが公衆衛生で重要とされるのか

Ageing populations 高齢化

ヨーロッパや他の先進国の人口は高齢化が進展している(Fig. 1)(1)。感染症の予防や治療などの公衆衛生の改善は、子供や若年層の死亡人口を大いに減少させた。多くの人々が長生きとなり、60歳人口は増加しているが、さらにこの先20年は増加の一途をたどるであろう(Table 1) (2)

高齢者人口は、国より異なる。例えば日本では4人に1人以上は65歳を超えており、合衆国の6人に1人という割合と比較し、高齢化がすすんでいることが分かる。

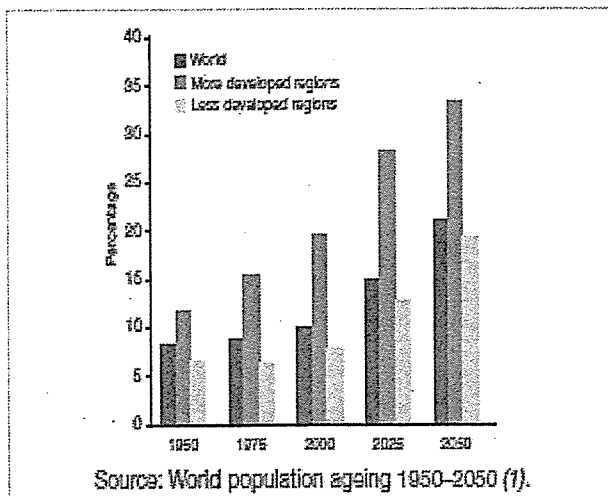
Table 1 - Percentage of the population aged over 60 in 2000 and predictions for 2020

Country	Year	
	2000	2020
Italy	24	31
Japan	23	34
Germany	23	29
Greece	23	29
Croatia	22	26
Spain	21	27
United Kingdom	21	26
France	21	27
Switzerland	21	32
Norway	20	26
Hungary	20	26
Slovenia	19	29
United States	16	22

Source: United Nations (3).

長寿国とされるフランスや日本では、65歳を向かえた後、人々は平均 12~22 年の余命がある。

80歳を超える人々もまた増加しており、フランス・ドイツ・イタリア・日本・イギリスにおいては、人口の4%が現在80歳を超える高齢者である(3)。他の国も、急速ならずとも、同様に高齢化に向かうと予測される。例えば、イギリスの死亡データは、超高齢者層での死亡が劇的に増加していることを表している(Fig. 2) また女性は男性よりも平均6年ほど長生きであり、このため女性は男性の2倍近くの人々が80歳まで生きている。



Source: World population ageing 1950-2050 (7).

Fig. 1 - Population ageing: population aged 60 and over

The changing epidemiology of disease 疾病構造の変化

人口年齢の変化と同様、人々が苦痛を強いられ死因となる疾患もまた変化している。心臓病や脳血管障害(脳梗塞を含む)、呼吸器疾患やがんのような深刻で慢性的な疾患が原因で亡くなる人が増えてきている(Table2) (5)。多くの高齢者が死の一因となりうるいくつかの病に罹患しているため、死因として明確にどれか1つを判断することは困難である。例えば認知症は、そのような疾患の一つである。しかし長寿であることが、終末期までの障害を抱える長さを延長するかどうかについては、まだ確かではない(6)。最近の研究報告や予測は、障害を持つ人は年齢と共に減少するという楽観的な見方をしている(7)。しかし、人々がもっと長寿になったら、またもし慢性疾患がこの年齢層に頻発の疾患となったら、障害を抱えながら人生の終焉まで生活する高齢者は増えていくであろう。つまり、より多くの人々が何らかの方法で終末期の支援を必要とするということである。さらに女性は、認知症や骨粗しょう症、関節炎のような複数の慢性疾患に罹患しやすい傾向にあり、障害とともに生きる第2の人生の期間が長くなるであろう。

Table 2 - Main predicted causes of death for 2020 and previous causes in 1990

Disorder	Predicted ranking 2020	Previous ranking 1990
Ischaemic heart disease	1	1
Cerebrovascular disease (including stroke)	2	2
Chronic obstructive pulmonary disease	3	6
Lower respiratory infections	4	3
Lung, trachea and bronchial cancer	5	10

Source: Murray & Lopez (5)

The increasing age of caregivers 老々介護

人口の高齢化に関連するのが、出生率低下に比例する若年層人口の減少である。特に終末期に向かう人々のサポートやケアを伝統的にインフォーマルな介護者として担ってきた女性たちもまた高齢化してきている。生産年齢の人口が高齢に傾くにつれ、ケアやサポートを提供できる女性(や男性)はほとんどいなくなってしまうであろう(Fig. 3)。転居や離婚や外部からのプレッシャーなどによって家族は核化し、分散し、多様化している。しかしほとんど例外なく、家族は自分の家族の高齢者に、自らが可能な最善のケアを提供したいと考えている。

しかしながら、人生の終焉を迎えようとする人々のための在宅療養支援もしくは施設ケアの財政的支援など、彼らの介護者が必要とする支援の程度によって保健医療システムは変化する。フルタイムのケアを必要としている高齢者の家族は経済的負担および介護負担を負う。長生きする配偶者を高齢の女性が介護するのは過度の負担であろう(9)。

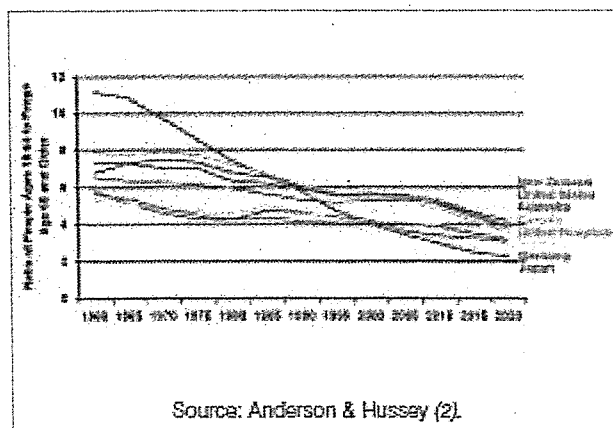


Fig. 3 - The proportions of working-age to elderly people in eight countries, 1950-2020 (used with permission from the Commonwealth Fund, New York)

Financial implications for health care systems 保健医療システムへの経済的関与

増加する高齢者への対策として、より効果的で思いやりのある終末期ケアを供給する保健医療システムへとの変化が余儀なくされている。高齢化社会において、彼らの人生における最後の数年のためのケア費用が、必ずしも保健医療サービ財政を圧迫することを意味しているわけ

ではない(10)。

保健医療システムは、国民総生産に占める高齢者への保健医療費の割合によって、すでに大幅に相違がある。国際比較では、この割合とその国の高齢者の人口割合に関する一定の関係はみられていない。医学の進歩は長寿社会を招き、そしてこのことは新たな問題を提起している。しかしアメリカの最近の調査は、より高額な費用を支払ったからといって質の高いケアや、よりよい健康の成果への到達や病院でのケア満足度と結びつくわけではないことを示唆している(11,12)。深刻な疾患を抱える患者へのインタビューでは、緩和ケアや癒しのケアを望む3人に1人以上が、現在の医療的ケアは彼らの望みと反目しあうと感じていることが分かっている。この不一致は、質の高いケアのコストだけでなく、生存者の増加と関連する(13)。テクノロジーと高齢化に関する小手先の解決策を探すことはではなく、異なった状況にある彼らの希望に沿った適切なケアを供給することが、保健医療ケアの役割である。

The range of settings for care ケアのための環境の範囲

ほとんどの国の多くの高齢者は自宅に住んでいるにも関わらず、国々は高齢者のための長期ケアの提供のための異なるアプローチ法をとっている(Fig. 4)。

オーストラリアやドイツでは15人に1人の高齢者が施設に住んでいるが、イギリスでは20人に1人の割合である。このような中、終末期ケアを受ける機会は増えていくであろう(14)。例えばアメリカでは、80歳以上の高齢者の半数は老人ホームである一定の期間を過ごしている。またイギリスではホスピス入所者へのケアサービスの多くはチャリティから支出されている一方で、アメリカのそのようなサービスは連邦政府のメディケアから給付されている。異なった保健医療ケアの環境における有効なケアやその方法は、必然的に他の環境にも適応できるものとして参考になる。例えば、スタッフの不足や、在宅やナーシングホームでの緩和技術の不足は、臨死期における入院患者を増加させるかもしれない。先進国では、同様の問題に直面しており、それゆえ互いに学ぶことができるであろう。

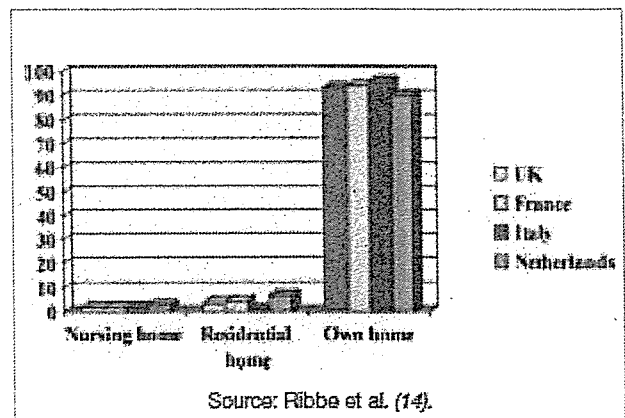


Fig. 4 - Place of residence for people >65 years in four countries

2. PALLIATIVE CARE: THE NEEDS AND RIGHTS OF OLDER PEOPLE AND THEIR FAMILIES

緩和ケア：高齢者とその家族のニーズと権利

Palliative Care 緩和ケア

2002年WHOは、緩和ケアを

“命を脅かす疾患に関連した問題に直面する患者と家族の QOL を向上するためのアプローチであり、苦痛を回避し軽減するために早期診断や的確なアセスメント、疼痛や身体的・精神的そしてスピリチュアルな問題に対する関わりを介して提供される” と定義している(1)。

緩和ケアは、疼痛からの開放および他の苦痛症状の緩和を提供し、人としてノーマルなプロ

セスとして生と死を捉え、死を早めることもまた延命することもしない。緩和ケアは、患者ケアの精神的・スピリチュアルな側面を統合し、患者がその死の瞬間までできる限り前向きにその生を全うできるようなサポートシステムを提供する。それはまた家族が患者と共に闘病している間、そして遺族となつてからのサポートシステムとしても機能する。遺族カウンセリングなども含め、緩和ケアはチームアプローチによって、患者やその家族のニーズに対応するのである。こうして緩和ケアは、患者・家族のQOLを向上し、また病気の経過によい影響を及ぼすかもしれない。また早期に延命目的の化学療法や放射線療法を適用することもでき、これらに関するよりよい理解や合併症管理のために必要とされる調査研究も組み込まれる(1,2)。緩和ケアは、患者・家族のニーズを手遅れとなる前に拾い上げていくものとして機能しなければならない。緩和ケアは他の治療に反応しなくなった時に、緩和ケアチームやホスピスだけが提供する特別なものであってはならない。緩和ケアはケアの不可欠な部分であり、どのような状況においてもその必要性がある。

The needs of older people at the end of life 終末期における高齢者のニーズ

ヨーロッパや他の先進国におけるほとんどの死が 65 歳以上の人々に起こることはもはや驚きではない。それにもかかわらず、高齢者の緩和ケアに関するニーズの調査は比較的数少ない。高齢者は、若年層の人々とは異なる複雑な問題を抱えているため、彼ら特有の特別なニーズを持っているのは明らかである。

- ・高齢者は、多様な重症度の複数の医療上の問題によって影響を受けやすい。
- ・これらの蓄積効果は、どんな個々の病気よりもはるかに大きく、概して機能障害やケアのニーズは大きくなる。
- ・高齢者は薬の副作用や医原病のリスクが高い。
- ・小さな問題が、大きな蓄積的精神的影響を与えることになる。
- ・急性疾患の問題は、身体的・精神的障害、経済的負担や社会的孤立が重なって生じることである。

高齢者が苦難を強いられている問題の複雑性は、患者の最期の 1 年に関する情報を親族または主要な情報提供者に聴取するという手法の疫学的研究で明らかにされた(Fig. 1)。この結果、特に精神的錯乱や排泄コントロール、視覚聴覚障害、眩暈などの問題は、加齢と共に大幅に増大することが分かっている(3)。多くの高齢者の人生最期の 1 年で経験する症状に関する問題は、死の病によって引き起こされるものと同様に、加齢により生じるものであるということである。高齢者に対する継続的なケアを提供すべく模索している一般診療、高齢者医療、およびリハビリテーションを含む全ての保健医療領域が、何年にも渡って緩和ケアのより広い必要性を認識している。高齢者に影響を及ぼす多くの慢性疾患の経過を予測することは難しいため、緩和ケアは予後予測ではなく、患者や家族のニーズに基づくべきである。以下に、がんや心不全、認知症に関するこのポイントを例証する。

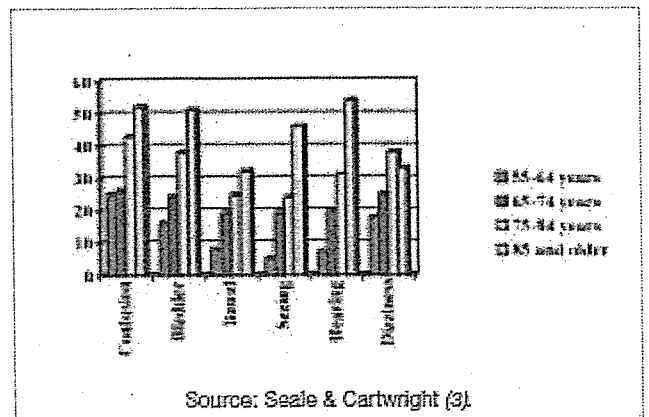


Fig. 1 - Age at death and prevalence of problems reported for the year before death

Cancer がん

がんは、病に侵された身体の箇所によって様々な問題を引き起こす。一般に加齢とともに罹患率は向上し、がんによる死亡の 4 分の 3 は 65 歳以上の人々である。女性に多いがんとしては、乳がん・肺がん・結腸直腸がんであり、男性に多いがんとしては肺がん・前立腺がん・結腸直