

ES26

専門的な緩和ケアサービス提供へのアクセスに関しては、各地で格差がある。多数の病院において、24時間、週7日ベースでコンサルテーション可能である完全な学際的チームは設置されていない。コミュニティの専門的緩和ケアサービスに関しても、通常の業務時間以外や週末のサービス提供能力はかなりばらつきがある。人口100万人に対する専門的緩和ケアベッド数も、がんネットワークごとにさまざまである。

推奨のキイポイント 15

地方行政官およびサービス提供者は、がんネットワークを通して活動し、その地域住民のニーズを充足するための適切な領域と量を確保した緩和ケアサービスを確保すべきである。こうしたサービスは、少なくとも専門的緩和ケア入院設備および在宅チームを含むべきである。専門的緩和ケアのコンサルテーションは一日24時間週7日間ベースで提供されるべきである。在宅ケアチームは、患者自身の自宅や、地域の病院、ケアホームにおける支援が提供できるようにすべきである。

◆リハビリテーションサービス

ES27

がんおよびその治療は、患者の日常生活に大きな影響を及ぼす。人が当たり前のこととみなす、例えば、話をすること・動くこと・食べること・飲むことおよび性行動などは疾病やその治療に伴い、著しく障害をうける。がんリハビリテーションは、身体機能をできるかぎり最大に保ち、自立を促進し、自らの状況への適応を支援することを目的とする。医療専門職およびそれ以外の専門職がリハビリテーションを提供することで、患者は、がんおよびその影響下にある自身の生活への適応について、積極的な役割を担うことができる。

ES28

スタッフが患者のこうしたニーズに気づかないため、あるいは、がん患者のケアについて適切な訓練を受けた医療専門職の不足によって、リハビリテーションサービスの恩恵を受けられない患者が存在している。

推奨キイポイント 16

がんネットワークを通して働く地方行政官およびサービス提供者は、患者のリハビリテーションのニーズが認識され、包括的なリハビリテーションサービスと適切な設備がどの療養環境においても患者に提供可能であることを保証するしくみを構築するべきである。

◆補完療法サービス

ES29

がん患者への補完療法サービスの供給に関しては複雑である。多くの患者が、補完療法への関心を示すが、身体症状や心理的苦痛の軽減への有効性についてのエビデンスは乏しい。

推奨キイポイント 17

地方行政官とNHS、およびボランティアセクターの医療サービス提供者は、がんネットワークを通じて、補完療法の利用が患者の利益となる証拠があるときに、どのようにして、それに対する患者のニーズに応じてゆくか良く話し合い、協働して取り組むべきである。最低限、補完療法に関する質の高い情報を患者が入手できるようにすべきである。補完療法を提供するどの実践者も、がんネットワークの同意に基づく最善の実践を確保する取り決め（ポリシー）を遵守するべきである。

◆遺族ケアを含む、家族・介護者へのサービス

ES30

家族や介護者は患者に必須の支援を提供する存在だが、彼ら自身の情緒的支援のニーズはしばしば認識されていない。この理由としては、患者自身のニーズを第一にしていることが指摘されている。家族・介護者のニーズは、診断、治療終了、再発といった時期に特に深刻であり、また死亡時、死後直後に最も高まるとされる。現在のところ、家族・介護者が必要としているときに、専門的な支援がいつも提供可能ではない状況である。

推奨のキイポイント 18

医療サービス提供機関は、患者の生存時および死後の家族・介護者の文化的背景も反映するニーズに、専門的に焦点をあてるサービスの発展に努めるべきである。

◆ワークフォースの発展

ES31

このガイダンスの推奨の多くは、付加的スタッフの任用や既存スタッフの知識・技能の強化といったワークフォースの発展に決定的に依存している。第一線のスタッフには、患者の問題や気がかりおよびニーズのアセスメント、情報伝達およびコミュニケーション技能を強化するトレーニングが必要である。情報提供、心理的支援、リハビリテーション、家族および介護者へのケアと支援に関する役割を担うために付加的な専門スタッフが必要となることもある。

推奨のキイポイント 19

がんネットワークは、(活動を円滑にする)ワークフォースの確定とその必要性に応えるため、また教育・トレーニングプログラムが提供可能であることを保証するために、Workforce Development Confederations (ウェールズでは the Workforce Development Steering Group) と密接な連携をとりつつ活動すべきである。

推奨のキイポイント 20

サービス提供機関は、どのスタッフにどのトレーニングが役立つかを同定し、その参加を促進すべきである。個々の実践家は、自らが行なう役割に見合う知識と能力を保持していることを確実にすべきである。

参考文献

1. Department of Health. National Surveys of NHS Patients: cancer national overview 1999-2000. London: DoH. 2002.
2. Department of Health. The NHS Plan. London: The Stationery Office. July 2000.
3. Department of Health. The NHS Cancer Plan: a plan for investment, a plan for reform. London: DoH. September 2000.
4. Welsh Assembly Government. Improving Health in Wales: a plan for the NHS with its partners. Cardiff: Welsh Assembly Government. January 2001.
5. National Cancer Task Force. User Involvement in Cancer Services. Unpublished. April 2001.
6. Thomas, K. Caring for the Dying at Home. Companions on a journey. Oxford: Radcliffe Medical Press. 2003. (See also: The Macmillan Gold Standards Framework Programme: <http://www.macmillan.org.uk> or www.modern.nhs.uk/cancer or email gfsf@macmillan.org.uk)
7. Ellershaw, J., Wilkinson, S. Care of the Dying. A pathway to excellence. Oxford: Oxford University Press. 2003.

資料 2：関連資料 2

がん患者へのサポーティブケアと緩和ケア

—NICE ガイダンスを理解するために—

成人がん患者、家族および介護者そして公衆へのインフォメーション

NICE 2004

原文はこちら：<http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=csgsppublicinfo>

はじめに

がんと診断されたそのときから、その人の世界は大きく変化する。一番の関心事は治療をともかくすばやく受けることである。がん患者は、これまでより長く生きられるようになったとはいえ、がんと診断されれば多大な不安と、制御不能であるという感覚がもたらされる。したがって、患者および家族は適切な情報と多くのサポートを必要とする。この必要性は、はじめてがんが疑われたときから、検査や確定診断を経て治療を受け、この疾病とともに生きてゆく事実を受け入れた後も継続する。患者に死が近いてきたとき、また家族や介護者にとってはその人の死後にも、支援の必要性はさらに継続する。

サポーティブケアと緩和ケアはがんとを体験するあらゆる段階の患者に支援を提供しようというものである。サポーティブケアは患者および家族が、がんおよびその治療を乗り越えられるような支援を意味する。緩和ケアは、がんの根治治療が不可能な場合に、患者の生活の質の向上のため、痛みや不快な症状の軽減をはかることを意味する。この支援とケアは NHS、社会的サービス、ひろい範囲でのボラティア団体から得られる。がんに罹患した人々、彼らの家族や友人たち同士でも多く支えあうことができる。

NICE (National Institute for Clinical Excellence) は、サポーティブケア/緩和ケアに対するガイダンスを発行している。このガイダンスは、成人がん患者へのサービスを提供・運営する立場にある人々が、患者・家族および介護者へ適切な情報を提供し、ケアや支援を提供するために何が必要であるのかを理解するための助言を与えている。推奨はまた以下の重要性を訴える。

- ・ がん罹患患者の個々のニーズに呼応していくこと
- ・ (ケアにおいては) 家族が中心的な役割を担うことを認識すると同時に、彼らの潜在的な支援の必要性も認識すること
- ・ 病気の過程において異なる時期には異なるニーズがあることを理解すること
- ・ 患者・家族自身がすでに有している、自身のケアや支援に貢献できうる知識、技術の価値を認めること
- ・ サービスの計画に患者・家族の参画を促すこと
- ・ サービスが人々の背景や文化と矛盾せず、また障害のある人々にもアクセス可能であること

NICE は各「キャンサーネットワーク」において、そのキーとなる人々がガイダンスの推奨の実現に対して責任を持てるような立場につくことを求めている。

この文書は、NICE ガイダンスの推奨のキポイントを要約した短縮版である。がんに罹患した人々および広く一般の人々を対象としている。ガイダンスは、がんとともに生きる人々・医療専門職・公的にケア専門職にある人々との緊密な協議のもとに編纂された。完全版である、「がんサービスについてのガイダンス—成人がん患者へのサポーティブケア/緩和ケアの向上にむけて“Cancer Service Guidance—Improving Supportive and Palliative Care for Adult with Cancer”」は NICE ホームページⁱⁱより入手可能である。

推奨のキーポイント

以下はガイダンス完全版で掲げられた要となる 20 の推奨によって指摘されている事項の要約である。

がん患者はがんサービスの発展に関与すべきである

がん患者およびその介護者は、自分たちに何が必要かを体験から理解しているため、がんサービスの発展や普及に関する重要な貢献者となりうる。がんサービスを利用する人々が、さまざまな手法で彼らの声を上げられるような機会を確保し、勇気付けられるしくみが存在すべきである。自分たちが経験したがんサービスが、自分たちのニーズの充足に適切であったかどうかコメントを寄せたい人もあるだろう。これらの声を活用することにより、サービスの改善が図られるであろう。あるいは、がんサービスの発展に、その地域のキャンサーパートナーシップ委員会を含む NHS 協議会のメンバーになることで寄与したいと考える人々もあるだろう。また、なかにはサービスが地域の患者や介護者のニーズに合致しているかという調査研究を手伝いたい人もいるかもしれない。

良好なコミュニケーションのもと、がん患者は方針決定に関与すべきである

がんに罹患したと知ることは、患者とその家族、介護者にとって衝撃的である。NICE ガイダンスは可能な限り、こういった類の知らせ (Bad News) を伝えるべきトレーニングを受けた上級の医療職によって、Bad News はもたらされるべきであると提言する。患者にはその知らせに際し、初回治療に関して、またはケアのありようについて、自身の嗜好を表現できる環境が必要である。ガイダンスは、重要な話し合いはすべて患者記録に記載し、患者自身へもキーポイントを記した記録が提供されることを推奨している。

患者は、病院やホスピスや在宅において、自身のケアに関わっている医師・看護師および他の専門職たちの間での連携の欠如をしばしば気にしている。同じ病歴を繰り返し語らせられることは患者を非常にいらいらさせ、苦しめている。NICE は、患者のケアに関わるすべての医療職が、その患者の病歴についてお互い情報交換し、整合性のとれたケアを提供すべく、協働することを推奨する。さらに、患者や家族は彼らが必要とする支援を得るためには、誰に連絡を取り、どのようにすれば良いか知っておく必要がある。NICE は患者や家族がいつでも連絡を取れ、ケアや治療計画を熟知している「キーマン」が有益であることを指摘する。

情報は無料で入手可能にすべきである

十分に情報を知らされていなければ、がん患者は自身の治療やケアについての意思決定に関わることはできない。大半の患者は自身のがんについて、可能な治療法や電話相談、セルフヘルプグループや補完療法など、提供される支援のすべてを知りたいものである。NICE は、がん患者およびその家族が、がんや関連サービスの情報に関する適切な資料を容易に入手可能とすることを推奨する。こうした情報は、診断時やその後の重要な時点で提供されるべきであり、またスタッフはその情報について、その個人の状況の下で、話し合う機会を提供すべきである。情報は患者の治療の一部であり、常に無料であるべきである。

がん患者は身体的・心理的・スピリチュアル・社会的支援を提供されるべきである

がん患者およびその家族には、一連の支援へのニーズがある。人生の意味や目的について問わざるを得ない生命危機をもたらす疾病に対して、感情的に混乱することはごく自然であり理解可能な反応である。がんという診断は、家族や友人との関係性や職業や経済状況、身の回りのケア等、その人の生活全般に対して大きな衝撃を与える。

NICE は、患者や家族に対して、例えば就労や国家給付金に関する助言や、身の回りのケアや掃除、買い物といった実践的な支援提供体制が整えられることを推奨する。さらに、

こういった支援が、必要な時に提供されるように、医療サービス機関、ソーシャルサービス機関、ボランティア団体間の取り決めを明白にしておくことが必要である。医療従事者はさらに、潜在している身体的・心理的・スピリチュアルなニーズに関して気を配っておくべきである。患者および家族は、診断時・治療終了時・再発後などの重要な時期には定期的にそのとき抱えているニーズについて尋ねられるべきである。こうした情報は患者記録に残されるべきであり、患者がケアを受けている場所（自宅・施設・ホスピス・病院）にかかわらず、患者が必要な時に必要な支援を得ているかどうか重要であり、それを確実にするのは専門職の責任である。

人々は自分と同じような状況を他人と話し合うことで、多大な利益を得る。セルフヘルプグループやピアグループは、実際の助言を得たり、各人の経験を共有する良い機会となる。これらは人々がお互いに支援を与えることができ、また得ることができる大切な場であり、患者にこのような機会が提供されることは推奨される。がん患者はまた、定期的あるいは時に応じて、その症状コントロールを必要とする。患者に関わる専門職は、痛みや疲労感、息切れなどといった広範な症状についてアセスメントし、マネジメント計画を立てる必要がある。

がんによってもたらされた様々な影響に対し、患者自身でうまく対処できるような支援サービスを提供すべきである

人々は治療終了後も長い期間生きることができるようになってきている。とはいえ、がん罹患すること、およびその治療は、その後の正常な生活を送ってゆく能力に多大な影響を及ぼす。他の人が当たり前のこととみなす、例えば話すこと・動くこと・食べること・飲むことなどは疾病やその治療に伴い、著しく障害をうけることがある。がんリハビリテーションサービスは、患者がこの種の困難とうまく付き合っただけでなく、それを支援する。この支援は、理学療法士や栄養士といった NHS 内の広い領域の専門職や関連のボランティア団体などによって提供されている。患者のニーズおよび包括的なリハビリテーションサービス、および適切な器材提供について、定期的に評価するシステムの構築をすべきである。

がん患者が、彼らの生活の質を向上させるような領域のサービスにアクセスできるようにすべきである

がん患者は、完治がもはや望めない状況にある場合は、可能な限りの生活の質が確保されることを望む。患者およびその介護者のニーズは、非常にめまぐるしく変化し続けるので、サービスは適切な支援を提供するために極めて柔軟に回答可能なものでなくてはならない。

医療看護サービスは一日 24 時間週 7 日間利用可能であり、必要な器材は遅滞なく提供されるべきである。こういった支援は通常家庭医や地域看護師によって提供されるが、痛みのコントロールなどがはなはだしく困難な場合は、専門的緩和ケアサービスを必要とする場合もありうる。その地域の人々のニーズを適切に満たすような専門的サービス機関の設置が必要である。緩和ケアが専門ではない医師や看護師は自分たちの患者の必要に応じていつでも、専門的観点からの助言を得られる体制にあるべきである。

がんで死に近づきつつある人への支援が存在すべきである

がんで死に近づきつつある人およびその家族には特別なニーズがある。NICE ガイダンスは、これらニーズはそれが死にゆく人の自宅であろうと、病院であろうと、施設であろうと、ホスピスであろうと、彼らにケアを提供している人々によって、ニーズが同定され、注意を向けられ心配りされるべきであるとする。例えば、どこでケアされ最期を迎えるかという人々の嗜好については、可能である限り支持されるべきである。

がん患者の家族・介護者のニーズも満たされるべきである

がんは患者のみを侵すものではない。それは家族全体および近しい友人たちにもまた圧倒的な衝撃を与える。彼らはしばしば、患者にとって日々の実践的な支援や必須の支援の担い手である。しかし、家族自身への情緒的もしくは実際的な支援のニーズは、家族が患者のニーズを最優先させるため、同定されないままということも多い。

専門職は、家族や介護者に彼ら自身のニーズについて問うべきである。特に診断時・再発時・死亡時といった決定的な時期には必須である。いかなる療養環境においても、家族や介護者に対し、遺族ケアも含めた支援サービスの組織的な供給が行なわれるべきである。

サービスを提供するために訓練された従事者が必要である

各がんネットワークは、地域の実情に即したスタッフの数や職種やトレーニングレベルを評定し確保すべきである。専門職は、必要としている知識や技能を供給する適切な教育訓練プログラムに参加可能であるべきである。

ⁱ Cancer Network : 地域における組織と専門職と患者と介護者のパートナーシップ

ⁱⁱ <http://www.nice.org.uk>

ガイダンスすべてはこちらから

<http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=csgsp>

Palliative Care

Foreword

緩和ケアは、終末期を迎える人々の苦痛や尊厳、また彼らのケアニーズや QOL に関する重要な公衆衛生上の課題である。緩和ケアは終末期の人々のみでなく、彼らの家族や友人へのケアやサポートをも対象とする。これまでヨーロッパにおいて、この問題はなおざりにされてきたが、しかしこれはすべての人々にかかわる問題なのである。

このブックレットの目的は、緩和ケアや関連サービスに関して利用可能な最善のエビデンスを簡潔に概観することであり、主に政策決定者および保健医療のスペシャリストのために書きおろされたものである。科学的なエビデンスを政策に反映させていくことは複雑なプロセスを要する。知見の普及やディベート活性化のためのツールとして、そして何より政策展開やその実現のためにこのブックレットが用いられることを望んでいる。

このブックレットは、多くのアカデミックセンターや専門領域のスペシャリストからの専門知識や提言、そしてアドバイスの提供によって作成され、科学的エビデンスのレビューや政策提言のためのシステムティックかつ包括的な取り組みの集大成といえる。またこれはヨーロッパの視点を明らかにしたものであるが、世界の他の地域においても該当する視点であろう。このブックレットをまとめるにあたり、緩和ケアに関する利用可能なエビデンスは完全なものではなく、またヨーロッパ各地で提供される緩和ケアに違いがあることが明らかとなり、更なる探究が求められている。

このブックレットは、「Better palliative care for older people」という標題の出版物にリンクしている。これら2冊のブックレットは独立したものであり、かつ相互関連したものである。前者は緩和と医療を多面的にとらえたものであり、後者は高齢者ケアについて詳細に考察したものである。政策決定者の仕事は、科学的真理を明らかにすることや、よき討論、または実経験に基づいた妥当性のある導きや教訓によっておおいに促進される。これら2冊のブックレットのタイムリーな出版は、これを叶えるものであると確信している。

Dr Agis D. Tsouros

Head, Centre for Urban Health
WHO Regional Office for Europe

Preface

緩和ケアは、患者各々が持つ自らのストーリーや関係性、文化、そして何より患者を唯一の個人として尊敬に値するものであるという理解から始まる。この尊敬は、利用可能な最善の医療の提供やここ数十年の進歩をフルに活用することを含み、よってすべての患者が有意義に時間を使うチャンスを持つことになる。

小さなホスピスチームに由来する世界規模の緩和ケアの急速な進歩は、人類学者 Margaret Mead の著書の中のこの言葉によって説明される。“市民が関わる思慮深い小さなグループは世界を変えることができる。これまでもそのように世界は変わってきたのである。今こそ次のステージへ、つまりこの経験に基づいて公衆衛生的介入を進めていくべきがきた。

緩和ケアの全スペクトルに渡る発展の強力な要素としては、疼痛に対する姿勢の進歩であるといえる。1960年代にその複雑性が認められるようになり、がん性疼痛がフォーカスされ始めた。こうした動きが早期のリサーチ遂行を可能とし、1986年にWHOから“Cancer Pain Relief”というブックレットが出版されることとなった。緩和ケアは命を脅かす疾患を抱える人々によって、複雑な痛みに関する関心を広めていった。

次のステージは、緩和医療を医療の本流に、そしてまた専門家教育・公教育の両面において確固たるプログラムに導入することである。この目的は、患者やその家族の救済手段としてだけではなく、彼らに医療の選択の可能性を与えるためである。残念なことにこの選択の可能性は欠けている現状である。地域において主に介護に当たるのは家族である。患者が終末期において、その人らしく自らの人生を全うするためには、学際的な専門家グループのアドバイスを必要としている。そして、こうした記憶は遺族にそれを糧にして生きていけるような満足感を経験させる。そのためには、緩和ケアへの態度の変化、および命を脅かす疾患を抱える患者と向き合うすべての専門家に対する教育の普及を伴う社会的政治的推進力が求められる。高価な薬や治療よりもむしろ人的参加が強く求められ、各国の政府にこのことを熟慮してほしいと思う。

このブックレットには、これらの挑戦を非常に明瞭に提示している。

Dame Cicely Saunders

INTRODUCTION

概してヨーロッパや他の先進国の平均寿命は延びている。多くの人々が65歳を超えて生きられるようになった高齢化社会の中で、人々が罹患し死を迎える疾患のパターンは変化している。前世紀中に、幼少期の感染症による死亡は劇的に減少した。ますます人々は高齢で、また身体的・精神的・社会的にシリアスな状況の中で死を迎えるようになってきたといえる。

保健医療システムは、人々のよりよい生活やQOLを維持するために、人々の苦痛を減らしすべての年齢の人々をサポートすることによってニーズを満たしていかなければならない。

人は死に近づくにしたがい、急速にその症状が変化し、また家族や友人、そして保健医療職者たちとのコミュニケーションの必要性もまた変化するのである。終末期を迎えることは、著しく個人的な

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包含されている。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。

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の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。

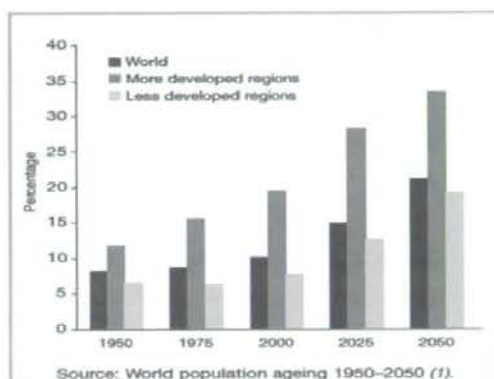


Fig. 1 - Population ageing: population aged 60 and over

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

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。

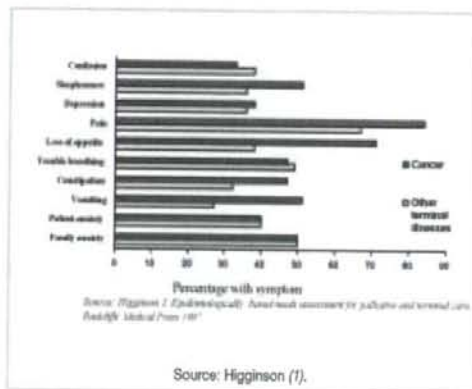


Fig. 2 - Prevalence of problems in the last year of life

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ポイントにおける関心事やニーズを比較している。

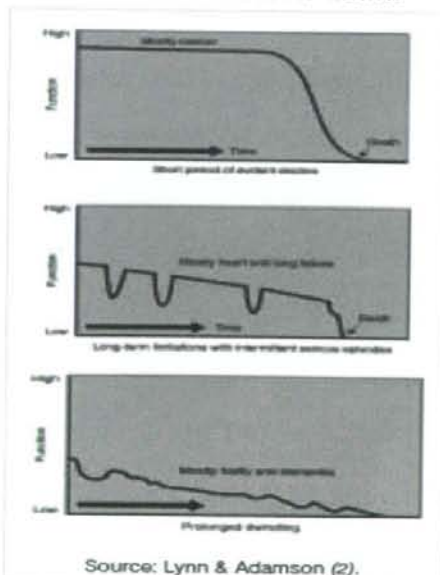


Fig. 3 - Models of the illness trajectory for common serious chronic diseases

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。

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、そして遺族となっ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

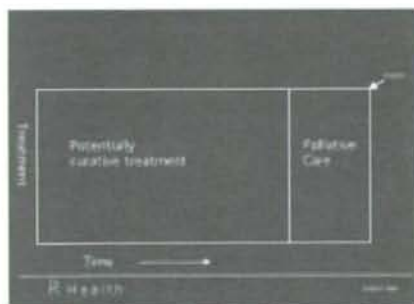
“トータルペイン”としてとらえる重要性和がん領域以外に拡大するニーズ

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.

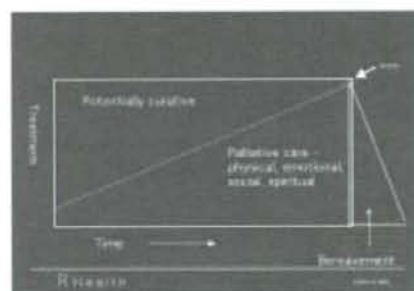
What new needs to be done? 新しいニーズに対し何をすべきか?

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経験している。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。



Source: Adapted from Lynn & Adamson (2).

Fig. 4 - Traditional concept of palliative care



Source: Adapted from Lynn & Adamson (2).

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

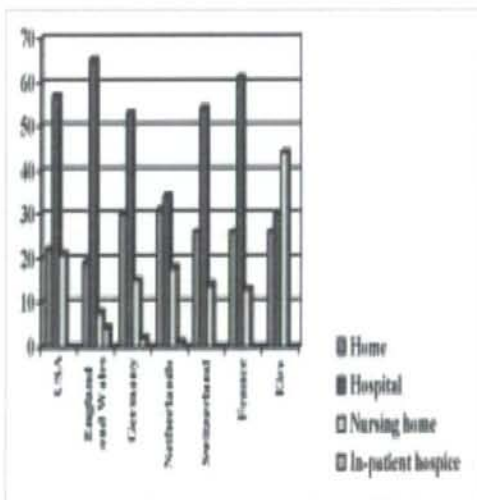
Ethical arguments 倫理的論拠

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判断する必要がある。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、適切な臨床ガイドラインに沿った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考えて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クセスを行い、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・ナース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。

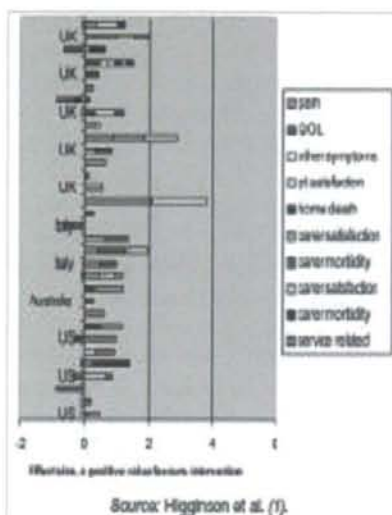


Fig. 7 - Cumulative effect size of palliative care teams, by country of study

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、それ自身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・多職種の協働、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。

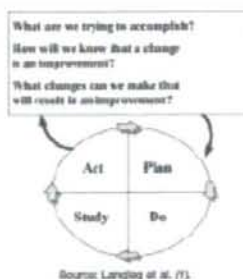


Fig. 8 - A model for improvement

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がありえない。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、保健医療職者がパッドニュースの伝達や予告告知、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	Stroke	Heart disease	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
Prevalence	✓✓✓	✓✓✓	✓	✓✓
Diagnosis	✓		✓	
Mode of death			✓	✓
Decision-making			✓	
Wishes or family			✓✓	

Source: Adapted from Carron, Lynn & Kearney (7).

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。

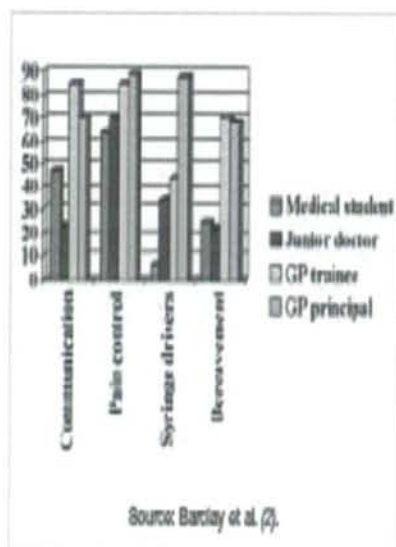


Fig. 10 - Percentages of doctors at different career stages receiving training in aspects of palliative care

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。