

## 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きた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・緩和ケアマークアップ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性が報告されている。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、ナースিং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。家庭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 歳以上の年齢へと入り、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 framework<sup>1</sup>”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。

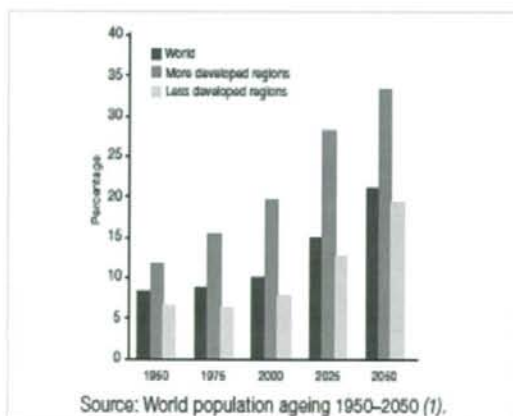


Fig. 1 - Population ageing: population aged 60 and over

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。

## 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 (Table 2) (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、たまた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

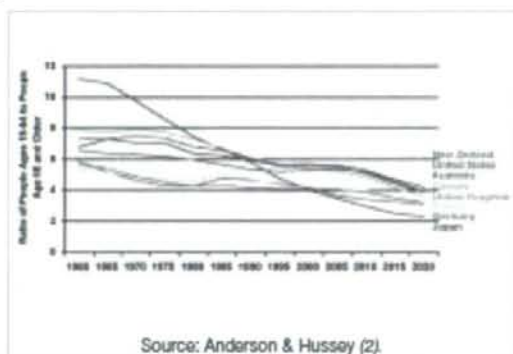
Source: Murray & Lopez (5).

## 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)。



Source: Anderson & Hussey (2).

Fig. 3 - The proportions of working-age to elderly people in eight countries, 1960-2020 (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生きているにも関わらず、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。

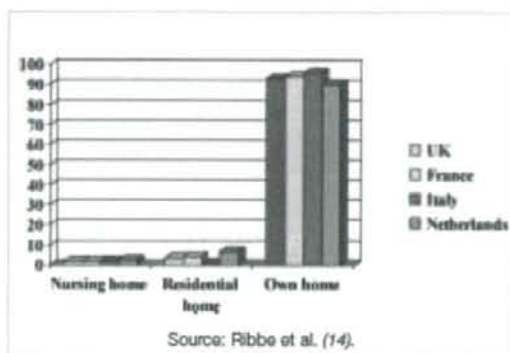


Fig. 4 - Place of residence for people >65 years in four countries

## 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に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り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。

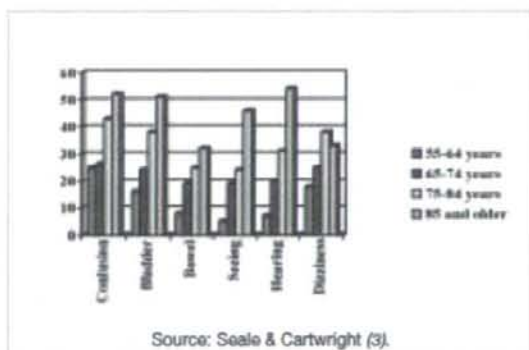


Fig. 1 - Age at death and prevalence of problems reported for the year before death

### 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



腸がんである。乳がんおよび前立腺がんは予後が極めてよく、続いて直腸結腸がん、肺がんと続く。どの患者の予後も、がんの増殖の範囲、そして外科的・放射線療法、そして/または化学療法などの治療に対する腫瘍の反応によってほぼ決まる。通常、治療が反応しなくなる最終的なステージを迎えるまで、がん患者は必ずしも厳しい活動制限を受けるわけではないが(Fig. 2)、彼らは診断された時点から多くの心理学的なニーズを持ち、情報とサポートを必要とする。研究では、がん患者はより多くの情報が必要としていることが分かっており、もし緩和ケアや良好なコミュニケーションが、診断された時点から彼らのケアの一部であったならば、患者は意志決定に関わり、より良い心理社会的な適応を経験することが示唆されている。

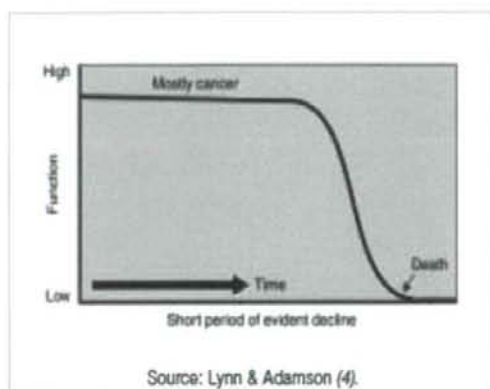


Fig. 2 - Model of a trajectory of an illness due to cancer

### Heart failure

心不全

心不全は、70歳以上の高齢者の10人に1人以上に出現し、5年死亡率80%というデータは多くのがん患者より悪い。心不全は、患者にとって大きな苦痛となる息切れや痛みなどの間欠性増悪を繰り返し、悪化した状態からもとの機能のレベルまで、またはそれに近い状態まで徐々に回復するという経過をとる(5)。徐々に死に向かうこともあれば、急性増悪となり突然死ということもある(Fig. 3)。心不全兆候やその急性増悪に対する治療はかなり進歩したが、患者や家族は複雑な処方や服薬方法を理解するのに困難を感じる事が多い(6)。心不全患者は、自身の診断と予後に関するフォーマルな知識(きちんとした手続きを経て得た知識の意味)をあまり持っていない。診断と予後に関するざっくりばらんな保健医療職者とのコミュニケーションの不足が指摘されるが、この裏には予測が困難なことから保健医療職者がそれに触れることに気がすすまないという事情があるようだ(7)。また家族も不十分なケアコーディネーターおよび専門家との関係づくりの困難感を訴えている(7)。このように心不全患者にとってこれらの局面はがん患者と比較し、利用可能な情報とサポートの面で不利な状況となっていることが分かる。

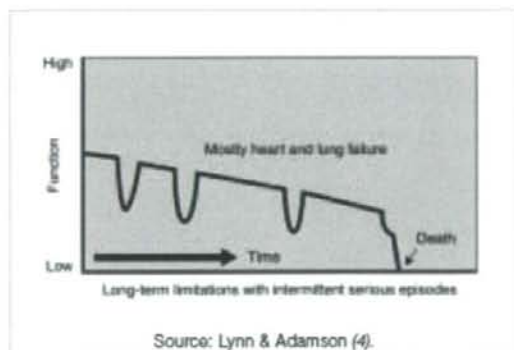


Fig. 3 - Model of an illness trajectory for organ failure such as heart failure

### Dementia

認知症

認知症は70歳以上の4%に出現し、80歳以上には13%まで増加する(8)。診断から死亡までの期間の中央値は8年であり、この間に活動と認知の低下が進行する(Fig. 4)。

一般的な兆候としては、精神的混乱、尿失禁、疼痛、気分の低調、便秘、および食欲不振などである。家族の身体的感情的な負担として、徐々に元の人格を失っていく過程でさらに深

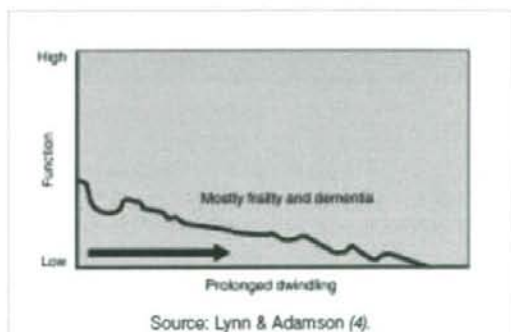


Fig. 4 - Model of an illness trajectory for dementia or frailty

い苦悩となっていくことが報告されている。また、願望を伝えることができない認知症患者のケアをめぐる、多くの倫理的な問題が浮上している(9)。目下の問題としては、肺炎治療のための抗生物質および水分・栄養補給のための栄養チューブに関する最善の方法に関することである。しかし、ホスピス入所者で認知症を主疾患とする患者は、1%未満であった(10)。

## The needs of caregivers 介護者のニーズ

重病を抱える高齢者のケアに当たる人々が、社会的に評価されてきたのは、比較的最近のことである。彼らの役割は、洗濯や更衣、トイレ介助など非常に私的な援助から移乗の介助など骨の折れる仕事まで各々であるが、高齢者のニーズに関するフォーマルな知識が欠けていることが指摘されている。この種のケアは通常、近い血縁関係者や同居人、愛情により動機付けされた人、もしくはその高齢者を施設ではなく何とか自宅で過ごさせてあげたいと望む人々によって担われてきた。しかしながらケアの負担は、やがて感情の溝を生み、人格やふるまいの変化や介護者自身の生活の制限、金銭的負担をもきたす。重病を患う親類のための長期にわたるケアは、介護者の健康や幸せや経済的安定を害するものであり、無報酬かつ無サポートであることが指摘されている(11)。

## A new way of looking at palliative care

緩和ケアの新しい見方

高齢化社会の新たなニーズとして、患者や家族の視点からみた緩和ケアの変化の必要性に保健医療システムが平等にフレキシブルであることが挙げられる。伝統的に緩和ケアは、がん患者に対し提供されてきた経緯がある。その理由の一つとしては、がんの経過がより予測可能であり、患者・家族のニーズを認識しやすく、またケア計画も立案しやすいことである。この結果、緩和ケアが人生最期の数週間だけにのみ該当し、専門特化したサービスのみが提供されるものであるという認識が根強いものとなった(Fig. 5)。

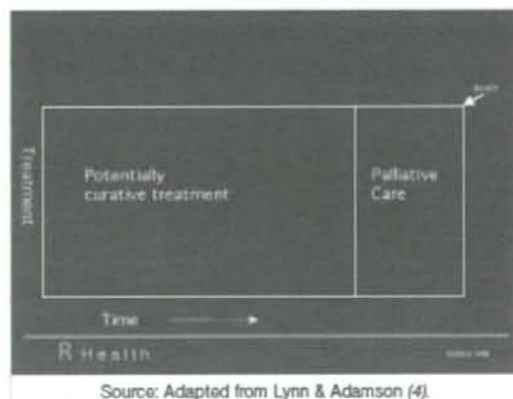


Fig. 5 - Traditional concept of palliative care

事実、患者や家族は、定義が難しい臨死期だけではなく、長い闘病期間に多くの問題に直面し、その時々支援を必要としている。治癒的治療と平行して緩和的サポートや緩和ケアを行っていくという考え方は患者や家族にとっても明白であるが、保健医療職者の根治治療に対する基本姿勢が問われる(Fig. 6) 保健医療システムは、明確に死に至る疾患を抱える人々をサポートすることに加えて、深刻な慢性疾患や何年にも渡って多様な慢性的な問題を抱える人々に対し、予後予測が困難であることも見越した上でサポートしていく方法を模索していくべきである。

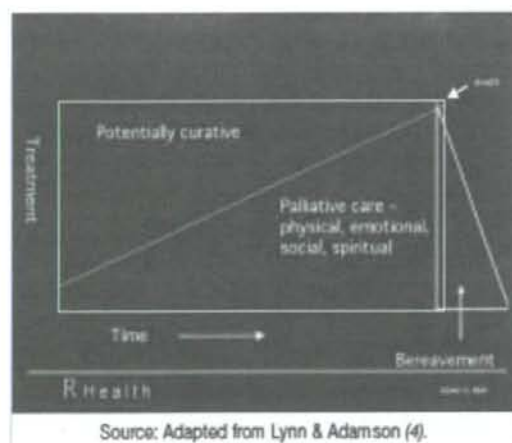


Fig. 6 - New concept of palliative care

## Autonomy and choice 自律性と選択

全ての人は、…失業、疾病、心身の障害、配偶者の死亡、老齢、その他不可抗力により生活基盤が欠如した場合、保障を受ける権利を有する。

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

問題が複雑であっても未来が不確定であっても、自律は人としてキーとなる権利であり、これを保健医療サービスにおける道徳的価値観の中核として維持していかなければならない。最近、「患者中心の医療」の概念にこの「自律」が組み込まれた。これは、患者の価値観と希望に対応する保健医療ケア体制の必要性を重視していくことを謳っており、現在多くの保健医療システムにおいて、実現に向けて取り組まれている。

「患者中心の医療」とは、患者の価値観や希望を尊重し、明確で分かりやすい言葉で情報を提供し、意志決定に関する自主性を促し、身体的安楽や感情のサポートを行っていく医療である(13)。

## Preferences for place of care and death 看取りの場所

人々がどのような終末期ケアを望んでいるのかに関するエビデンスが増えてきている。多くの研究では、約75%の回答者が自宅で死を迎えたいと答えているが、このうち親族や友人と死別したばかりの人は、ホスピス施設でのケア望む傾向にあった。一連の研究から、深刻な疾患によりケアを受けている

50~70%の人々は在宅での終末期ケアを望んでいるが、死に近づくにつれ、施設を希望するようになる人々もいることが分かっている(14)。緩和ケアの本質的価値は、患者自身が自らのケアに対して真の選択をすることにある。

## 3. EVIDENCE OF UNDERASSESSMENT AND UNDERTREATMENT

過小評価と過小医療のエビデンス

終末期における高齢者は、保健医療および社会的ケアに関連した多岐に渡るニーズを持っているという事実にもかかわらず、彼らのニーズの多くは満たされていないというエビデンスがある。そしてこれらの一連のエビデンスは、高齢者が抱える問題に対する過小評価および過小医療のために、彼らは不必要な苦痛を強いられていることを示唆している。

### Underassessment of pain 疼痛の過小評価

苦痛の主な原因の一つが疼痛である。地域調査では常に、高齢者の約3分の1の主症状は疼痛であることが報告される(1)。疼痛は、人々に健康に関する前向きな気持ちを失わせ、また約5分の1で日常の活動が疼痛により制限されている(2)。

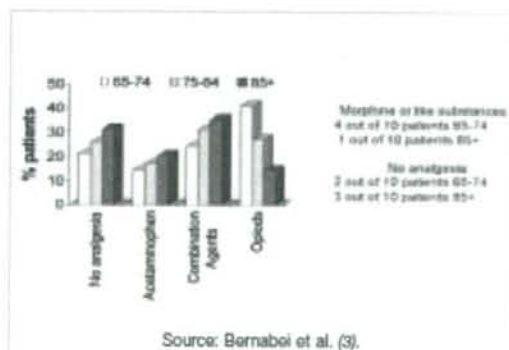


Fig. 1 - Pharmacological treatment of cancer patients for pain in American nursing homes, according to the WHO pain ladder

しかし、高齢者は自らの症状をあまり訴えない傾向があり、医師は彼らの疼痛に対し十分な治療を行っていない現状がある。特に非悪性疾患患者に対してその傾向があるが、がんの治療を受けている高齢者にしても同様である。疼痛を訴える4000人以上のナーシングホーム居住のがん患者を対象に行われたアメリカの大規模研究では、彼らの4分の1が何の鎮痛薬も処方されていないことが明らかになった。高齢になるほど、WHOラダーに沿った疼痛緩和が行われていない割合が高く、85歳以上に至っては、ほとんど麻薬が処方されることはなかった(Fig. 1)(3)。イタリアのある地域での横断的研究において、4121人の入院患者の57%を対象に直近の24時間で疼痛を感じたかどうかについてインタビューが行われた結果、高齢になるほど疼痛がある患者の数は有意に増加した(4)。

認知症の高齢者は、コミュニケーション障害により疼痛の訴えが難しく、また彼らの付添い人が彼らの疼痛を的確にアセスメントするのはもっと困難であることから、認知症高齢者は特に疼痛コントロールがなされていないリスクが高い。

## Lack of information and involvement in decision-making

情報不足および意思決定への関与の欠如

がん患者へのサービスは、必ずしも患者のコミュニケーション、情報およびサポートに関するニーズを満たすわけではないことが、ここ 20~30 年間一貫した調査結果である。システムティックレビューにおいては、患者は的確な情報に関しては評価しているものの患者の多くが自分は不十分な情報しか与えられなかったと感じていること、また医師や看護師の患者のニーズを感知する能力には現在のところ限界があるということに関する有力なエビデンスが明らかになっている(5)。仮説の違いによる「満足度」測定と国際比較に関する方法論の問題があるが、調査データとしては、異なる国々における同様の問題を抱えた高齢者を同定することを提案する。主要な課題としては、情報、教育、ケアコーディネーション、患者の希望の尊重、感情的サポート、身体的安楽、家族や友人の関与、ケアの継続および移行である(6)。生命を脅かす疾患であると診断された患者に関する多くの研究により、情報提供の方法や意思決定にいかに関与したかは、満足度の重要な決定因子であることが明らかになっている。アメリカにおける深刻な疾患を抱える患者に関する大規模コホート研究では、これらの因子がまた家族にとっても重要であることが確認されている(7, 8)。

アメリカにおける最近のがん患者へ治療およびケアに関するレビューでは、様々な治療法やケアが広まり、高齢者もそれらを受けているものの最大限の範囲の利用可能なオプションに関する情報を受け取っていないことが明らかになった(9,10)

## Lack of home care 在宅ケアの欠如

多くの人々が自宅でケアを受け、死を迎えたいと望んでいるにもかかわらず、実際のところほとんどの国において病院で死を迎えるのが一般的である(Fig. 2)。

人々が看取りの場として検討可能なオプションを決定する際に、ケアサービス機関が重要な役割を担う(Fig. 3)。これに関しては、アメリカにおける詳細な研究で更なる提言が可能である。つまり、主に病院における利用可能なベッド数が変化したことにより、自

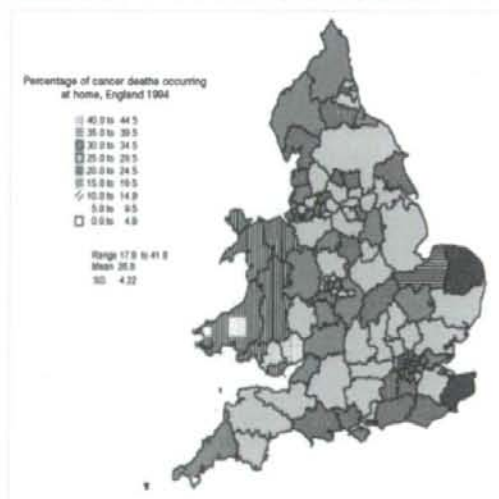


Fig. 3 - Percentage of cancer deaths occurring at home, England 1994, by Health Authority  
Source: Higginson IJ, Astin P, Doland S, Sen-Gupta G, Jarman B (1997), King's College London.  
Note: Wales data not included.

家で死を迎える人々の割合が 18~32% になったということである (12)。

また、文化的価値観も重要である。例えば、ホスピスムーブメントの初期にあるイタリアでは、北部の地域では病院で死を迎えるのが一般的であると広く認識され、一方南部では家族が自宅でケアにあたるのが一般的であるとされる。またオランダでは、様々な場所において一連の緩和ケアサービスを提供することや患者が自宅で死を迎えることを望む患者へのサポートにおいて成功例の報告がいくつか挙げられている(13)。しかしながら、多くの国は、定期的な記録や国民が死を迎える場所に関するデータの照合を行っていない現状である。

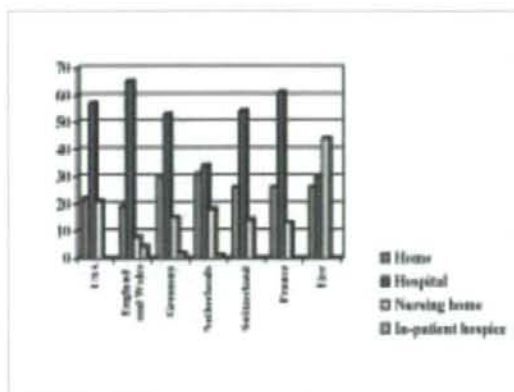


Fig. 2 - Preliminary data on place of death by country

### Lack of access to specialist services 専門家サービスへのアクセスの欠如

高齢者が緩和ケアを受けられない理由の一つとして、多くの場合、心不全や認知症などの慢性疾患に罹患していることが挙げられる。従来、これらの疾患に罹患している患者は専門家による緩和ケアの対象としてフォーカスされておらず、最近になって緩和ケアのモデルとして適用され始めたばかりなのである。

しかし、高齢のがん患者でさえも専門家による緩和ケアにアクセスできない現状がある。例えば、イギリスではホスピス施設など質の高い終末期ケアが提供されている場所において、高齢者が圧倒的に少ない(14-16)。加齢ともに人々は死へ直結する疾患へのケアを受けるためのホスピス入所はしない傾向がある。オーストラリアの研究では、60歳未満のがん患者の73%が緩和ケアの紹介をされたが、80歳以上では58%という結果であった(18)。アメリカにおいて、専門家による緩和ケアサービスは、がん以外の患者にも提供されているが、連邦政府資金によるホスピスサービスを受けているのは全体のたった17%でしかない(19)。またホスピス施設でケアを受けている患者の30%が、がん以外の疾患による苦痛を抱えているという報告もある。一般的にその慢性疾患とは、心不全・慢性閉塞性肺疾患・脳血管障害そして認知症や腎不全などである(18)。比較して、イギリスにおけるこの数字はかなり低い(20)。

病院で専門家による緩和ケアを受ける後期高齢者のニーズに関する情報は相対的に少ない。あるアメリカの研究によると、専門家の緩和ケアへの紹介を受けた80歳以上の患者は、ナーシングホームで療養している女性が多いことが明らかになった。彼女らはがん以外の疾患に罹患しており、その多くは認知症であった。この要素はケアと治療に関する決定に関与する彼らの能力に対する主要な影響因子である(21)。

### Lack of palliative care within nursing and residential homes

ナーシングホームや高齢者施設における緩和ケアの欠如

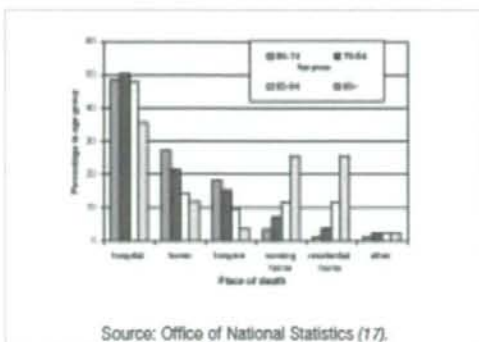
65歳以上の2~5%の人々はナーシングホームで生活している。しかしながら、彼らは主に虚弱もしくは身体的・精神的に障害を抱えた高齢者であり、一般的に脳血管障害や心不全、慢性呼吸器疾患、パーキンソン病もしくは認知症など疾患に罹患している。多くの人々がナーシングホームを「死を目前に終のすみかとして入所する場所」として認識しており、彼らには明らかに緩和ケアのニーズがある(22)。

多くの国々では、既にナーシングホームが虚弱高齢者の終末期におけるケアを担っている(Fig. 4)。例えばアメリカでは、ナーシングホームで死を迎える人の割合が1997年には5人に1人

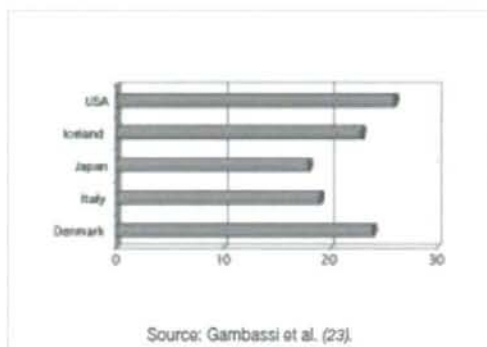
以下であったのに、1999年には4人に1人の割合に増えている。そして約半数の高齢者は、人生の最後の数ヶ月において幾ばくかの時間をナーシングホームで過ごしている。ナーシングホームで死を迎える人々は、自宅で死を迎える人々よりも長期間障害に渡って障害を抱えている傾向がある。ナーシングホーム入所者の多くが疼痛を訴えており、疼痛に関する治療が不十分で、時に全く治療されてないことが指摘されている(23) (Fig. 5)。

ナーシングホームの約3分の2の人々が、認知障害を有し、このことが疼痛のアセスメントと認識を複雑にしている(J.M. Teno, unpublished observations, 2002)。

いくつかの国では、ナーシングホームでリハビリテーションプログラムを運用している。オランダのシステムは、その中でも内容が充実しており、13%のナーシングホームに緩和ケアユニットが設置されている。アメリカでは、ホスピスサービスによって提供される緩和ケアプログラムに登録しているナーシングホームの患者たちは、他の居住者よりも良い疼痛コントロールを受けていた(24)。しかしながら、一般に、ナーシングホームで受けた終末期ケアの質に関しては、ほとんど何も分かっておらず、スタッフ不足、適材適所を考慮した人員配置、そして緩和ケアに関するスキル不足などが検討課題として挙げられる(22)。



Source: Office of National Statistics (17).  
Fig. 4 - Place of death from cancer in older patients, England and Wales, 1999, analysed by Higginson



Source: Gambassi et al. (23).  
Fig. 5 - Percentages of older people experiencing pain in long-term care: comparison of five countries

## 4. EVIDENCE FOR EFFECTIVE CARE SOLUTIONS

### 有効なケアに関するエビデンス

ホスピスおよび緩和ケアムーブメントが拡大するにつれ、治療やケアの有効性のエビデンスはまたそれらを促進している。多くの異なる国々のがん患者に関する研究のシステムティックレビューからのエビデンスは、一貫してケアが重要なキー領域であることを示唆している。ケアを受ける場所の選択に対する満足感を満たすための有力な指標として疼痛緩和や良好なコミュニケーション、連携ネットワークなどが挙げられる。また、がん以外の疾患をわずらう患者への緩和ケアモデル応用の予備的エビデンスもある(1)。

## Palliative care skills of individual health professionals

保健医療職者の緩和ケアスキル

### Pain and symptom control 疼痛および症状コントロール

有効な疼痛コントロール方法は、30年以上に渡って確立されており、がんやその他の疾患に関連する疼痛コントロールのための様々な薬剤が利用可能となっている。ガイドラインに沿って疼痛コントロールを行った場合、70-97%の進行性がん患者が除痛をはかれたという観察研究

の報告がある。実践されていることに関する研究は比較的なおざりにされがちだが、教育により疼痛に関するスタッフの知識と態度が向上することは報告されている。患者が痛み日誌をつけるよう看護師が介入することで、痛みが毎日評価され、それに応じた薬剤量を調整するという系統だった戦略を医師は適応できるという簡便な介入によるエビデンスも挙げられている(2)。がんの高齢患者と比較すると、がん以外の疾患に罹患した高齢者に標準化された指標を用いた疼痛に関する研究は、あまり行われていない。

#### **Communication skills** コミュニケーションスキル

医師と患者との有効なコミュニケーションは、一般的に精神衛生、症状や機能の改善、良好な疼痛コントロール、血圧および血糖値など一連のヘルスアウトカムに関連した内容である(3)。保健医療職者の「家族と有効にコミュニケーションをとり、彼らを意思決定に関与させる」能力が、終末期ケアの満足度に大きく貢献するということは、一貫して言われている(4)保健医療職者のコミュニケーションスキルは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、日々の実践において新しいスキルを維持していく支援も不可欠である(5)。

#### **Giving information** 情報提供

コンサルテーションの記録や要約によれば、その恩恵を受けているのは主としてがん患者である。彼らは、知識を向上させ、精神的問題なしに情報を想起し(6)、満足感を得るレベルに至っている(7)。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のか否かということを考慮しなければならない(5)。一般的に意思決定の支援は、患者への関心、治療に関する説明、満足感の向上に関する保健医療職者の取り組みによって促進される(5,8)。

## **Providing holistic care** 全人的なケアの提供

#### **Spiritual support** スピリチュアルなサポート

スピリチュアルまたは宗教的なニーズは、非常に個人的であり、終末期の多くの人々のニーズとして顕著なものであるため、緩和ケアサービスの対象となりうるといえる。スピリチュアルな信仰が患者のコーピング方法や疾患のアウトカムにまで影響するという予備的エビデンスがある。また、それは親族が死別を乗り越えていく方法にも影響する(9、10)。

#### **Psychological support** 精神的サポート

広範囲の精神面への介入は、40年以上に渡って150以上の無作為化されたトライアルが行われてきたが、それらの結果は、疾患とフォローアップの期間で異なる傾向がみられた。つまり、時間の経過とともにポジティブなアウトカムが維持できなくなっていくことが分かっている。ほとんどのエビデンスは精神補助療法に関するものであり、今後はニーズを特定化し、介入の対象患者をいかに決定するかを検討が必要とされる(9、11)。

#### **Complementary therapy** 補完療法

補完療法は自然な方法であると認識する若い女性によって支持され、良好にコントロールされている傾向がある。緩和ケアにおいてこれらを使用することに対する彼らの関心にもかかわらず、現在のところ補完療法の確立した定義がないことがネックとなり、小さなサンプルサイズや低い回答率、不適当な指標により、妥当な結果が得られていない(9)。

## Coordinating care across different settings ケアのコーディネート

### Transferring information 情報の伝達

高齢者のケアにおける重要な課題は、機関間の情報の伝達および医療的ケアや地域における医療的・社会的サポートに情報に関する責任に関する事項である。そして、この領域に関する実証的研究がほとんどないものの、現在の仕組みは不適切であるとみなされており、“キーとなる職員”“ケアマネージャー”“ケースコーディネータ”が情報の伝達においてもっとも効果的に機能している状況のようである(9,12)。

### Meeting preferences for home care 在宅ケアの希望

第2の課題としては、改良されたケアのコーディネーションにより、もし患者が望むのであれば彼らの多くが自宅で死を迎えられるようになるのかということである。病院と地域のサービスをコーディネートする異なるアプローチによるトライアルは、より多くの人々が家で死を迎えることを可能にすることがわかっている。支援が提供され、ケアコーディネートがうまく行った場合、介護者のQOLも向上するというエビデンスも挙げられている(10)。

## Supporting families and caregivers 家族および介護者への援助

在宅ケアやレスパイト・シットイングサービス、また社会的なネットワークやサポートグループ、個人的な精神療法や教育などの様々なサービスが開発されている。一般に介護者は在宅ケアに満足していることが報告されているが、これにはレスパイトやシットイングサービスの利用が大きく寄与している。またグループ活動やサポートグループにほとんど参加しない人は、人とオープンに話をする機会を高く評価しているが、その利益に関するフォーマルな評価はあまりよくない。今後の課題としては、介護者のプライオリティについて、またそれを実現するための現実的なサービスは何であるのかということに関する調査をする必要がある(13)。いつも傾聴され、感謝されていると介護者が感じることは、それ自体がケアの重要なゴールであるということをいつも念頭においておくべきである。

不安や抑うつは、喪失や人生における関係性を失うことに対する脅威への通常の反応である。人生の終焉を迎えようとしている人に対応する保健医療職は、これらの基本的な応答に対して何もできないかもしれない。しかし、患者の苦痛を軽減するための一貫し且つコーディネートされたケアを提供することによって、患者は孤独感や混乱を避けることができるかもしれない。

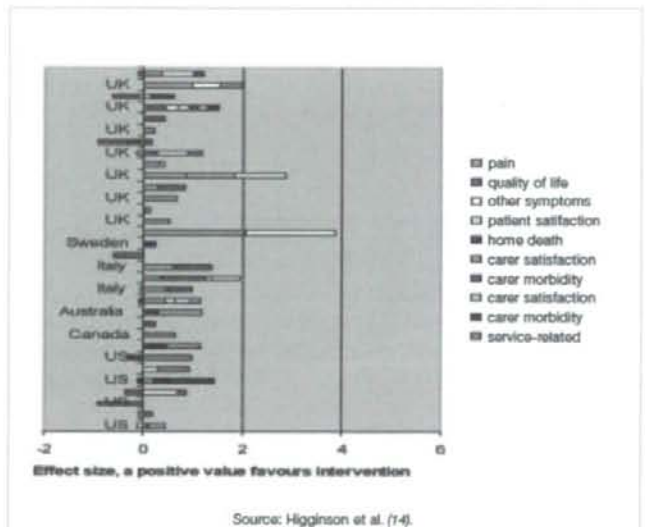
## Specialist palliative care

スペシャリストによる緩和ケア

### Specialist palliative care teams

スペシャリストによる緩和ケアチーム

緩和ケア提供の一般的なモデルは、病院もしくはホスピスや地域における入所機関の患者ユニットで働く複数の専門家チームにより専門的知識・技術を集結されるものである。通常、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、ケアコーディネーションに関し



Source: Higginson et al. (14).  
Fig. 1 - Cumulative effect size of palliative care teams, by country of study



て複雑なニーズを持ち、他の専門家チームから紹介された患者グループに対応する。当初レビューでは相反する結果を示していたが、メタアナリシスは現在、疼痛その他の症状コントロールと患者および家族の満足感に関する患者と家族の双方にとっての利益を明らかにしている。(combined odds ratio 0.38, 95% CI 0.33–0.44) (Fig.1) (9,14)。

#### **Specialist palliative day care** スペシャリストによる緩和のデイケア

患者は、他の患者と接触し、スタッフと会話し、活動することができる緩和のデイケアユニットを高く評価しているというエビデンスがある。また今のところまだエビデンスはないが、このようなデイケアへの参加は QOL や症状コントロールに影響することが示唆されている(9)。

#### **Bereavement support** 遺族ケア

スペシャリストによる緩和ケアサービスを受けて亡くなる患者の親族は、標準のケアを受けた患者の親族と比較し、精神的症状の出現や満たされないニーズが少ないことが、いくつかの研究で報告されている(9)。死別後の遺族サポートおよびカウンセリングのニーズをアセスメントすることは、緩和ケアの重要な部分とされている。しかしこれらの局面は評価が非常に困難であるため、個人または個々の治療に関する予測のアセスメントに関するエビデンスは、比較的少ない。(9、15)。

## **Developing palliative care services for non-cancer patients**

がん以外の患者に対する緩和ケアサービスの開発

#### **Multidisciplinary teams** 多職種チーム

多職種チームは、複雑な問題を抱える人々に対する一つのケア手段であり、高齢者医療や特定疾患患者へのケアにおいて既に役割が確立している。例えば、心不全患者へのチームマネジメントは、彼らの入院を減らし、生存率を上げている(16)。

#### **Specialist nurses** スペシャリストナース

これまでの研究により、スペシャリストナースのサポートは心不全患者の支援や継続ケアの向上が可能であることが分かっている(17,18)。呼吸器専門看護師のケアを受けた患者は長生きするが、QOL の向上には至らないことが明らかになっている。それにもかかわらず、患者宅への訪問看護は高く評価されている(19)。

#### **Hospice services for patients with dementia** 認知症患者へのホスピスサービス

認知症エンドステージにある患者のための緩和ケアおよびホスピスサービスのパイロットスタディは、患者をより快適にし、また介護者を支援することを明らかにしている(20)。

## **Advanced care planning** 事前のケア計画

受けたいケアの選択を自らが行うことができる **Advanced care planning** (事前のケアプラン) に関する関心が、近年高まっている。つまり、命を脅かす疾患に罹患した人々が意思決定できなくなった時のために、自らの希望や嗜好について文書にしておき、保健医療職や親族はそれに沿ってケアを提供するのである。この文書により臨死期における望まないケアの数は減るかもしれないが、これらのケアプランが常に遵守されるのか、資源やコストの利用に影響するのかがエビデンスが全くない(21)。

この文書に関するより包括的な方法が、現在検討されている。同様に、高齢者の緩和ケアのニーズを満たす集中治療の有効性に関するエビデンスもほとんどない(22)。

## Generalizability of findings 結果の一般化可能性

がん以外の病気を経験して死を迎える人々のニーズを満たす研究は、あまり進歩していない。ナーシングホームや高齢者住宅における緩和ケアのニーズ、また療養環境に関わらず 80 歳以上の高齢者のニーズを満たす有効な方法に関する具体的情報はほとんどない。一般に確立したエビデンスをいかに実践に反映させるかに関する研究からのエビデンスもかけている。比較的不確実ながん以外の疾患の予後は、サービス計画をよりいっそう難しくする。しかし、熟練した保健医療者による良好な疼痛緩和やコミュニケーション、ケアの情報や連携などの手段は、苦痛症状の軽減に有効である。これらのことは、疾患や国によって大幅に異なるということはないようである。いまこそ緩和ケアを向上するために、疾患の複雑さ、患者・家族のニーズに基づく、シンプルで有効な手段に焦点を当て、積極的に協力していく時であると強く提言する。

## 5. THE CHALLENGE FOR HEALTH POLICY AND DECISION-MAKERS

健康政策意志決定者のための課題

### The challenge

平均寿命が延長するにつれ、より多くの人々が 65 歳を超え高齢まで生き、終末期における疾患のパターンも変化してきている。より多くの人々が急性疾患というよりも、複数の慢性的な病気によって亡くなっており、よって終末期におけるより効果的で、思いやりのあるケアを供給する健康ケアシステムの構築が課題となる。より多くの人々が、がんと同様に、慢性心疾患、呼吸器疾患、脳血管疾患によって引き起こされる問題解決を支援する何らかのケアを必要としている。また、ケアを必要としている人々は高齢化し、さらに増加している。

重要なエビデンスの多くは、高齢者は抱えている問題に対しての不十分なアセスメントや治療、そして緩和ケアへのアクセスの欠如のために、必要以上に苦痛を強いられていることを示している。高齢者は多くの満たされないニーズを抱え、複数の問題や障害を経験しており、より細やかな治療と社会援助を必要としている。多くの国々において緩和ケアの主な焦点はがん患者であったが、高齢者はがんよりむしろ一般的な深刻な慢性疾患に罹患している。

### Evidence for effective care solutions 効果的なケア解決策のエビデンス

各国からのエビデンスのレビューは、がん患者のための緩和ケアの中心となる局面の重要性と、患者のアウトカムを向上するシンプルな手段の有効性を示している。これらは、痛みやその他の症状の適切な緩和、良好なコミュニケーションと良質な情報、患者の希望を組み入れる熟練した専門職チームのコーディネートされたケアを含んでいる。がん以外の疾患に関しては予後が不確定であり、予後を考慮したサービスを計画することを、より難しくしている。しかし、がん以外の疾患を経験している患者もがん患者と同様のニーズを持ち、同様の手段で平等に利益を得るべきである。このことは、患者とその家族のニーズと、疾患の複雑さ、深刻さに基づいたシンプルで証明済みの手段を模索し、協力してケアを向上させる時であることを提言している。

### Barriers to overcome 克服のためのバリア

過去 30 年以上のホスピス・緩和ケアムーブメントの進展は、終末期に向けてのケアを改善することに於ける緩和ケアの有効性を証明してきた。がん患者やその家族のケアに関する特別な専門知識の向上は、公共の支援によって承認され支持されている。主要な見解は、ケアモデルは診断や予後よりも、むしろ患者のニーズに基づくよう適合させる必要があるということである。

る。

しかし、知識や意志や善意だけではこれを行動へと移すことができない。高齢者のためのより良い緩和ケアを達成することは、患者やその家族の声に耳を傾け、想像力豊かに、そして保健医療システムの全てのレベルにおいて、そのバリアを除去する決意が要求されるのである。そのバリアとは以下のことを含んでいる。

- 問題をとらえる知識と認識の欠如
- 高齢者および彼らが一般的に罹患している疾患に対する緩和ケアのための保健医療政策の欠如
- 保健医療ケア環境とサービスを越えた緩和ケア統合の欠如
- 高齢者が実際にケアされ死を迎える環境での緩和ケアの理念と技術の欠如
- 高齢者のための質の高い終末期ケアを供給する必要性についての無頓着と年齢差別
- 高齢者のニーズや希望、また特別な支援なしで対処する能力に関する誤った想定
- シンプルで証明済みの効果的な手段の未遂行
- 異なる環境における、保健医療および社会的サポートやケアへのリンクの複雑性
- 資源の不足、時代遅れのケアパターンや保健医療システム

### **Potential solutions: a public health policy approach** 公衆衛生的アプローチの解決策

高齢者社会における緩和ケアのニーズを満たすためには、多角的アプローチと公衆衛生的手法が求められる。これは、集団のニーズの特定や動向のモニタリング、介入の有効性、専門教育と公共の認識の向上、行動と実践に関する変化への支援が可能なシステムの構築などを意味する。全国レベルの保健医療計画に高齢者のための緩和ケアを組み込むべきである。このことに関し各国は、優先度とその地域に配分すべき資源を決定する必要がある、それを明確に定義しなければならない。例えば、アメリカではホスピスへの財政支援の結果、がん以外の患者のためのケアを含む中長期計画を推進し、財政の安定に通じたというエビデンスがある。緩和ケアのための政策は、高齢者のための他の保健医療政策や心臓病や認知症などの特異的疾患にリンクされる必要がある。

### **Palliative Care is integral to health services** 緩和ケアは、保健医療サービスに統合される

政策立案者は、緩和ケアがすべての保健医療サービスにとって不可欠であり、ただの“付属品”ではないということを保証する必要がある。これは、有効なケアを促進し、品質を改善するため保健機関をモニタリングし、報酬をつけることが含まれる。また、効果的な高齢者の緩和ケアのために、高齢者医療チーム、ナーシングホームや緩和ケアスタッフとのパートナーシップを必要とする。いかなる環境のいかなる保健医療サービスにおいても緩和ケアをより完全に統合する挑戦は、すでにくつつかの国では成しえている。例えばオランダの緩和ケアに関する保健医療政策は、他国から学んだいくつかの例を提示し、このように改善が可能であると周知している。

また各国の動向も変化可能であることを提言する。緩和ケアを改良するためにさまざまな質向上の方法が開発され、またこれらは現在、異なる環境においてテスト施行されている。例えばイギリスでは、入院中の脳血管障害患者へのケアに対する国の監査により既にケアにおける広範囲の改良をもたらしている。アメリカにおいて、CQI (continuous quality improvement) の方法の興味深い予備段階の結果がある。STAS (Support Team Assessment Schedule), RAI (The Resident Assessment Instrument), CGA (the Comprehensive Geriatric Assessment) などの信頼性のあるいくつかのツールが開発されており、また遺族となった親族からの定期的な情報収集やケアプランにこれらを反映させる方法なども成熟しつつある。

## Improving the application of palliative care skills across all settings

全てのケア環境における緩和ケアスキルの活用

使用可能とされる治療がより広く使用されるなら、多くの高齢者の苦痛が軽減することができるのではないだろうか。問題の1つとして、一般医療職者における疼痛および症状コントロールに関するトレーニングの不足、またプライマリーケアやセカンダリーケアにおけるオピオイド処方に対する抵抗感などが挙げられる。これに取り組むために、高齢者住宅、ナーシングホームおよび病院そして患者自身の家など、あらゆる場でケアを提供する全てのスタッフのための教育やトレーニングを広めていく必要がある。

## Identifying gaps in the research base

研究ベースのギャップの同定

今までのところ人生最期の数年間のニーズに関しては優先的研究課題ではなく、一般に根治治療の可能性の研究に、はるかに多くのお金が使われる。このことは、エビデンスに基づいた緩和ケアは不完全であることを意味する。例えばイギリスでは、がん研究予算の0.18%だけが緩和ケアや終末期に関する研究に費やされる。それらの有効性の評価と平行して、人生の終焉に向かう人々のニーズや見込みのある解決法を提供するかもしれない介入に関するより多くの研究が必要とされている。最も基準となる研究とされる無作為化比較試験（RCT）は、社会的弱者を対象にすることによりその遂行を困難にする。別の困難としては、最も効果的な介入の多くが、保健医療職者の業務と組織の仕事の変化を伴うということである。立証された有効手段の実現へのこのバリアは、すべての保健医療ケアに関して同様であるが、**palliative Care**の対象を深刻な疾患を抱えた高齢者に拡大していく努力は甚大なものであろう。このことは、この領域に一つの効果的な技術が導入されるよりもこの分野をより複雑にするであろう。研究開発は、緊急にこの領域における改良に取り組む必要がある。

## 6. RECOMMENDATIONS

**Policy- and decision-makers need to:** 政策決定者に求められることとして

1. 高齢化社会における緩和ケアのニーズは、公衆衛生的意義があることを認識するべきであり、標準以下の終末期ケアのスタンダードは公衆衛生の問題である。
2. ナーシングホームや高齢者住宅、病院、ホスピス、そして自宅において、高齢者に提供される緩和ケアサービスの「品質監査」を国家、または地方の集団レベルで行うべきである。内容的には、スタッフ条件やケア改良の方法の定義などである。
3. 異なるケア環境にリンクし、高齢者のニーズを同定しモニタリングするために使用することができる中核となるデータセットの開発に投資するべきである。
4. 監査や地元住民に提供されるケアの品質改良方法への投資、またナーシングホームを含む保健医療機関の監査と品質改良計画への関与の報酬化を進めていくべきである。
5. 多職種によるサービスは、高齢者の緩和ケアへのニーズを満たすことが分かっており、このためには適切な資金提供および報酬、そしてサポートを確実にする必要がある。
6. 高齢者への緩和医療やケアのための十分な時間や保健医療職者が最新のケアを提供できるようなサポートなどの体制を整えたいうえて、保健医療職者のトレーニングを確実にする必要がある。
7. 疼痛やその他の疼痛マネジメント、コミュニケーションスキル、そしてケアコーディネーションなど、高齢者の緩和ケアに関する高度な基準に投資し要求していく。
8. 高齢者が緩和ケアの提供の是非に影響する高齢者に対する固定概念をなくしていく取り組みを推進する。