

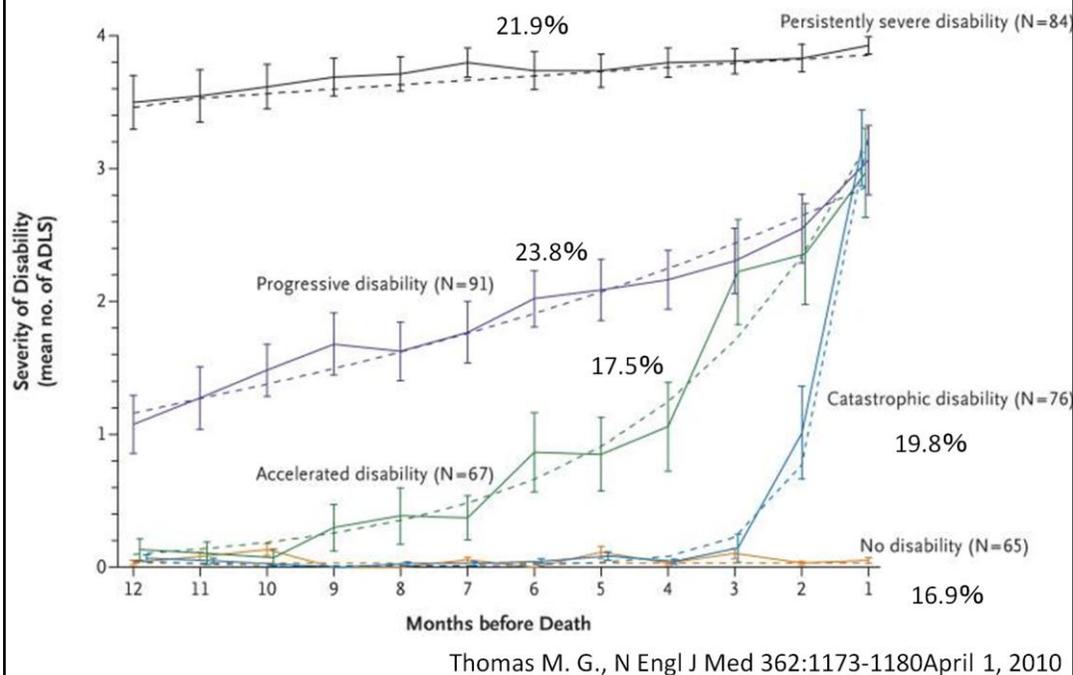
“エンド・オブ・ライフ・ケア”の 視点を有する在宅医療の重要性

東京ふれあい医療生活協同組合
梶原診療所 在宅サポートセンター
平原佐斗司

私は、“エンド・オブ・ライフ・ケア”の視点を有する在宅医療の重要性というテーマでお話をします。

はじめに、この講演では、緩和ケアもエンド・オブ・ライフ・ケアも死を意識しながら最期までQOLを最大限に保つためのケアという点で、ほぼ同様の考え方として、両者を厳密に区別せずに用いていることをご了承ください。

高齢者の最期の一年間の軌道



スライドは70歳以上の健常な高齢者754名を、10年以上1カ月毎にフォローした縦断的研究で、最終的に死亡した383人の死亡一年前の機能について評価したものである。

これによると、高齢者の最期の1年の軌道は5つに分けられ、持続する高度な障害があったものが21.9%、進行性的な変化が23.8%、加速的な変化が17.5%、急激な変化が19.8%あったが、死の直前までADLが保たれていたのは16.9%であった。

この研究が示すように、突然に死亡する一部の人を除いて、期間の長い短いはあるにせよ、ほとんどの人は人生の最期の一定の期間、障害を持ち、何らかのケアが必要な状態を経てから、死を迎えることは疑いようのない事実である。

エンド・オブ・ライフ・ケアは ほとんどの人が受けるケア

障害

(長期ケア&リハビリテーション)

- 運動器の障害
- 四肢の麻痺
 - 脳卒中による片麻痺
- 認知機能の障害
- 内部障害
 - 呼吸機能障害
 - 腎機能障害、心不全
- 嚥下障害
- 排泄機能の障害
- 栄養障害
- 感覚器の障害…

苦痛 (緩和ケア)

- 疼痛
- 呼吸困難
- 咳・痰
- 嘔気・嘔吐
- 食思不振
- 口渇
- せん妄
- スピリチュアル・ペイン

つまり、突然死や事故、自殺をのぞくほとんどの人が、死に向かうまでの一定の期間、何らかの障害をもち、何らかの苦痛をもつ。

具体的には、四肢の機能の障害や認知機能、内部障害、嚥下、排泄などの多様な障害をもち、長期ケアやリハビリテーションを必要とする。

また、そのような状態で生きることは、痛みや呼吸苦、飲みこめない・食べられないなど様々な苦痛をもちながら生きることになり、苦痛を和らげ、その人らしく生きること、QOLを高めるための緩和ケアが必要とされるのである。

本来の緩和ケアとは？

- 疾患・年齢を問わず受けられるケア
 - 非がん疾患、小児の緩和ケア
- ほとんどの人が一生に一度は受けるケア
 - GOLD PATIENT（優待患者）
- どこでも受けられるケア
 - 在宅・地域が中心としつつ、あらゆる場へ届けるケア（施設、急性期）
- 特別なケアではなく、だれもが提供するケア
 - 専門的医療からプライマリ・ケア・モデルへ
 - 全ての専門職がチームで関わるもの（看護師、介護職）

緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケアは、本来どのようなケアであるのか？

WHOの緩和ケアの定義にもあるように、緩和ケアは疾患・年齢を問わず、死に直面している全ての人に提供されるべきケアである。具体的には、がんだけでなく、非がん疾患患者や小児に対しても緩和ケアが提供されてしかるべきである。

二点目に、緩和ケアはほとんどの人が一生に一度は受けるケアということである。本来、緩和ケアは、突然死などを除いて、ほとんどの人が、人生に最期の時間に受けるケアである。

緩和ケアの先進国である英国のシステムであるGSFでは、人生の最期を生きる患者を、Gold Patient(優待患者)と呼び、医療が何をおいても優先的に対応すべき人たちとしている。

人生を生き抜き、社会に尽くしてきた人たちが人生の最期に受けるケアは、その社会の最高水準の医療とケアであるべきであるという崇高な考え方が背景にある。

三点目に、どこでも緩和ケアが受けられることが重要である。患者が望んだ場所で、最期の時間を過ごせたほうが、圧倒的にQOLが高いことがわかっている。様々な調査から、多くの末期の患者が、人生の最期は自宅で過ごしたいと希望している。緩和ケアの中心は、在宅緩和ケアであることは疑いようがない事実である。つまり、緩和ケアは、在宅や地域を中心としながら、施設や急性期病院といったあらゆるセッティングであまねく提供されなければならないと考えられる。

四点目に、緩和ケアは一部の専門家が行う、特別なケアや医療ではない。緩和ケアは、専門的医療からプライマリ・ケア・モデルへ、つまり地域の医師が、普通に提供すべきものと考えられるようになってきている。

また、海外のホスピスでは、看護師が重要な役割を果たしているが、我が国でも今後訪問看護が中心的な役割を担っていくべきであろう。

また、医療だけでなく、介護やボランティアも含めた多職種チームアプローチが極めて重要であることは言うまでもない。

在宅医療こそ、本来の緩和ケア、エンド・オブ・ライフ・ケアを実践できる場であろう。

何故、在宅緩和ケアなのか

1 多くの人が在宅で最期の時間を過ごすことを望む

2 患者が病院で最期をむかえるより、身体的苦痛と精神的苦痛が少なく、QOLが高い*¹⁾。

- 痛みの閾値が上がる(モルヒネの使用量が減る)
- 自分らしさを貫くことができる
- Spiritual pain(魂の痛み)を癒す力がある

3 自宅のほうが、家族が心の傷を受けにくい

- 在宅看取りのほうが、死を受け止めて(命を引きついで)生きていくことが容易となる

* A. A. Wright et al. Place of Death: Correlations With Quality of Life of Patients With Cancer and Predictors of Bereaved Caregivers' Mental Health. *Journal of Clinical Oncology*, 2010

在宅緩和ケアや在宅での看取りが重要なのは、在宅医療のほうが安上がりだからではなく、もっと本質的な意味がある。

まず、多くの人が人生の最期の時間を過ごす場として、家を望んでいることが挙げられる。

二点目に、患者にとって、在宅で最期を迎えるほうが身体的苦痛と精神的苦痛が少なく、QOLが高いことがわかっている。

これは、従来から言われているように、在宅のほうが、痛みの閾値が上がり、モルヒネの使用量が減ること、自分らしさを貫くことができ、自分らしい人生の時間を過ごせること、家にはSpiritual pain(魂の痛み)を癒す力があるということと無関係ではないと推測される。

三点目に、自宅での看取りのほうが、家族が心の傷を受けにくいということもわかっている。

在宅看取りのほうが、病院での看取りのより、遺された家族は家族の死を受け止め、命を引きついで、自分の人生を生きていくことが容易となる。

我々が在宅緩和ケアを推進するのは、在宅のほうが本質的に、患者や家族の幸せに寄与することを確信しているからに他ならない。

訪問診療の基礎疾患

N=107

| | |
|----------|-----|
| • 悪性腫瘍 | 35% |
| • 認知症 | 14% |
| • 脳卒中 | 11% |
| • 整形外科疾患 | 10% |
| • 心不全 | 8% |
| • 呼吸器疾患 | 4% |
| • 腎不全 | 4% |
| • 膠原病 | 3% |
| • 神経難病 | 3% |
| • 肝不全 | 1% |

在宅医療の主な対象

- 1 がん
- 2 老年病
- 3 内部障害
- 4 小児在宅医療
- 5 精神疾患

梶原診療所 2011年新規在宅患者基礎疾患

スライドは2011年に都内某診療所の訪問診療を開始した患者の基礎疾患である。在宅医療の主な対象は、がん、老年期症候群（認知症や脳卒中、整形疾患など）、内部障害（心不全や呼吸器疾患、神経難病など）の3領域に分けられる。加えて、頻度は少ないが重要な領域として、小児在宅医療や統合失調などの精神科領域があると考えられている。

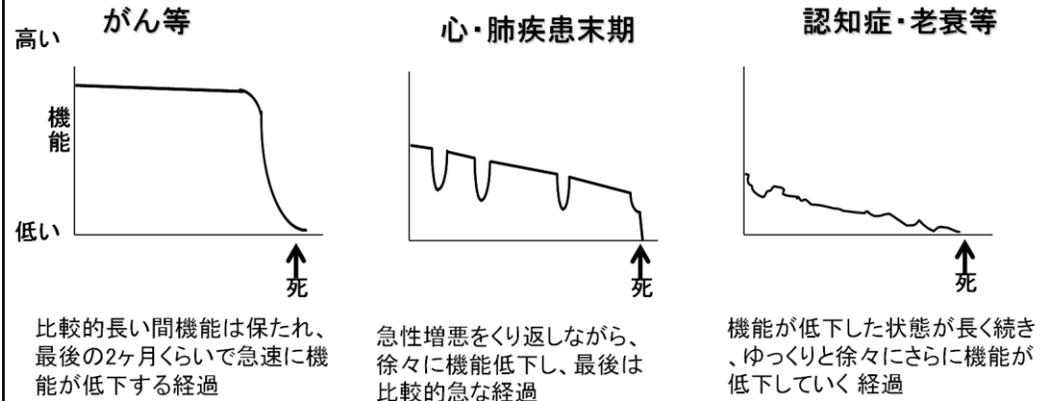
がんは平均して2か月前後の在宅療養期間で死に至る。

一方、がん以外の疾患は、整形疾患や神経難病など数年にわたって生存する場合もあるが、平均2年で死に至る。

これらのことから、在宅医療の対象者は、がんはもとより、非がん疾患も広義のエンド・オブ・ライフ・ケアの対象であると考えてもよい。

在宅緩和ケアを考える場合、がんとがん以外の疾患で、療養期間だけでなく、臨床経過や苦痛、それに対する治療とケア、意思決定の支援の方法などが異なるため、この講義でもそれぞれ区別して解説する。

終末期の軌道



Lynn J. Serving patients who may die soon and their families. JAMA 285 7, 2001

エンド・オブ・ライフ・ケアを適切に提供するためには、Illness trajectory (終末期の軌道) を理解することが重要である。

図はLynnらが提唱した、終末期の軌道の3つのモデルである。

がんは、初めは全般的機能は保たれているが、最期の1~2カ月で急速に機能が低下することが特徴である。末期がんであらゆる面で介護が必要となるのは最期の1~2カ月であるため、在宅医療によって症状緩和が十分なされ、家族が2~3ヶ月の短期の介護が可能であれば、自宅での看取りは十分可能である。

一方、非がん疾患の自然経過には疾患別に大きな違いがあり、かつ終末期の軌道に関係する因子は複雑で、共通性は少ないが、大きく二つのタイプに分けられている。

一つは、呼吸器疾患や心疾患などの臓器不全モデルで、このモデルでは急性増悪と改善を繰り返しながら、徐々に悪化する軌道をたどり、最期の時は比較的突然に訪れることが多い。全般的ADLは比較的保たれる傾向があるが、ケアが長期間に及ぶこと、終末期と急性増悪の区別が困難であることがあり、これが在宅での看取りを困難にする。

もう一つは、認知症および老衰のように緩やかにスロープを降りるように機能が下降していくタイプである。例えば、アルツハイマー型認知症では、発症してから約10年かけて緩やかに機能が低下し、死にいたる。この間、中核症状の進行や重度期の身体症状は一定の順で出現することが多い。

日本人の死亡原因（平成22年）

| | |
|-------------|-------|
| 1.悪性新生物(がん) | 29.5% |
| 2.心疾患 | 15.8% |
| 3.脳血管疾患 | 10.3% |
| 4.肺炎 | 9.9% |
| 5.老衰 | 3.8% |
| 6.不慮の事故 | 3.4% |
| 7.自殺 | 2.5% |
| 8.腎不全 | 2.0% |
| 9.COPD | 1.4% |
| 10.その他 | 20.1% |

がん 29.5%
がん以外 64.7%
事故・自殺 5.9%

厚生労働省 平成22年人口動態統計月報年計(概数)の概況より

緩和ケアの対象は、死に直面する患者と家族である。我が国ではどのような疾患で死に直面している患者が多いのかは、日本人の死亡原因をみるとわかる。

悪性新生物(がん)が死因の第一位で、心疾患、脳血管疾患、肺炎と続いている。

このように、日本人の死因の原因となるがん以外の疾患の多くは、長期の経過をたどる慢性疾患が背景にあることが多い。

日本人の死亡原因の29.5%ががんであるが、日本人にとって死にゆく疾患の64.7%が、がん以外の疾患であることを考えると、がんと同様、あるいはそれ以上に非がんの緩和ケアは重要である。

がん末期の苦痛の出現率

ホスピス入院中の主な症状・徴候

| | | | |
|---------|-----|-------------|-----|
| 1. 全身倦怠 | 97% | 11. 悪心・嘔吐 | 50% |
| 2. 食欲不振 | 88% | 12. 口内炎 | 44% |
| 3. 痛み | 88% | 13. 不安・いらだち | 37% |
| 4. 発熱 | 76% | 14. 混乱・不穏 | 34% |
| 5. 便秘 | 64% | 15. 褥そう | 29% |
| 6. 咳嗽 | 62% | 16. 腹水 | 29% |
| 7. 呼吸困難 | 61% | 17. 吐血・下血 | 25% |
| 8. 不眠 | 58% | 18. 胸水 | 23% |
| 9. 浮腫 | 58% | 19. うつ状態 | 12% |
| 10. 口渇 | 56% | 20. 認知症 | 11% |

淀川キリスト病院

まず最初ががんの在宅緩和ケアについてみてみよう。

がんの終末期では、痛みを始めとしてスライドのような様々な苦痛が問題となる。

がんは種類が違っても、自己増殖・浸潤すること、そして原発巣や転移巣で増大し、臓器不全を起こすこと、腫瘍量が増加すると異常なホルモン状態、つまり悪液質を引き起こし、全身を衰弱させるという共通の病態を持つ。そのため、がんでは、発症当初から、侵害受容器や神経に浸潤することで、「痛み」が比較的早期から発生し、増強しながら長期に持続するという特徴がある。

さらに進行すると、原発巣や転移先でのがんの増大により生体臓器の機能不全によって、呼吸困難、腎不全、腸閉塞などをおこし、最終的には悪液質によって、ほとんどの人にだるさと食思不振、全身倦怠、痩せなどの全身症状を引き起こすのである。

がんの緩和ケアについては、今日まで様々な研究や経験の蓄積があり、これらの症状緩和の方法はほぼ確立している。

在宅での疼痛管理



がんで最も問題となる痛みのコントロールについては、近年スライドのような各種医療用麻薬の選択肢も増え、以前より症状緩和が容易となっている。

モルヒネ、オキシコドン、フェンタニールの各製剤や剤型に関する基本的な知識に加え、鎮痛補助薬についての知識、シリンジポンプを用いた持続皮下注の手技が可能であれば、大部分の痛みを自宅で緩和することができよう。

自宅でできる緩和治療・ケア

| 症状 | 在宅でできること | 病院にお願いすること |
|------|---|------------------------------|
| 疼痛 | オピオイド、ケタミンの持続皮下注、簡単なブロック(肋骨、仙骨ブロック) | ブロック(持続硬膜外、三叉、ケ膜下フェナル、腹腔神経等) |
| 骨転移 | オピオイド+NSIAD、ビスホスホネート、ヒト型抗RANKLモノクローナル抗体 | 放射線治療、手術、術中照射 ストロンチウム89 |
| 胸水 | 胸水穿刺、IVHカテでの持続廃液 | 胸膜癒着術 |
| 呼吸症状 | 肺炎治療 | ステント、止血(多量) |
| 腹水 | 腹水穿刺、抗がん剤注入 IVHカテでの持続廃液、リカイン | 腹水シャント、活性化リンパ球治療 |
| イレウス | オクトレオチド酢酸塩注射液、NGチューブ | PEG,PTEGのイレウス管 |
| 輸液 | 末梢輸液、皮下輸液、(CV) | CVポート |
| 経管栄養 | PEG,PTEG管理、経鼻胃管 | PEG,PTEGの造設 |
| 排泄 | 膀胱留置カテ、自己導尿、(膀胱瘻) | 膀胱瘻造設 |
| 鎮静 | ミタゾラムやフェナルピタールによる鎮静 | |
| 血球減少 | G-CSF、(輸血、血小板輸血) | 輸血、血小板輸血 |
| 抗がん剤 | 支持療法、抗がん剤治療の一部 | 抗がん剤のほとんど |

がんの緩和ケアで問題となる痛み以外の様々な課題に対しても、自宅でもできる緩和ケアの手技はたくさんある。

塩酸モルヒネなどのオピオイドの持続皮下注、神経障害性疼痛に対してのケタミンの使用、骨転移に対してのビスホスホネートやRANKLモノクローナル抗体の使用、胸水、腹水のドレナージ、イレウスへのオクトレオチドの使用、各種カテーテル管理、譫妄や呼吸苦の顕著な例に対してのミタゾラムなどによる鎮静、抗がん剤治療の支持療法などは自宅でも可能である。

このような問題に、技術的に対応できれば、在宅のがんの緩和ケアの幅は広がり、質は高まるであろう。

在宅がん緩和ケアの今後の課題

1. がん患者の高齢化

- がんで死亡した患者の50.9%が75歳以上（'06年）
- 75歳以上で、乳癌の74.3%、前立腺癌の83.6%、大腸癌の86.3%に①併存疾患、②運動機能障害、③老年症候群の3つのうちいずれかが認められた Koroukian J Clin Onc 2006
- がんに伴う苦痛のみならず、複数の複雑で慢性的な問題が併存、ケアニーズも複雑となる

2. 治療と並行した在宅緩和ケアと連携のあり方

- 分子標的薬の進歩⇒支持療法、治療による苦痛の緩和

3. 介護基盤の脆弱化

- 介護者の高齢化 ⇒ 介護者支援の強化
- 独居の看取り

がんの在宅緩和ケアが抱えている新たな課題について概説する。

まず、がん患者の高齢化に伴う問題があげられよう。現在でもがんで死亡した患者の半数以上が75歳であるが、高齢者のがん患者が増加するにつれて、様々な問題が出現している。具体的には、高齢化に伴い、心疾患、糖尿病などの併存疾患や、運動機能障害、うつ、認知機能障害、誤嚥などの老年症候群を併せ持つ患者が増加している。高齢のがん患者では、がんの苦痛のみならず加齢に伴う複数の複雑な問題が併存し、ケアニーズが複雑になっている。今後、ますます緩和ケアと高齢者ケアの融合が重要となってくるであろう。

二点目には、外来化学療法が普及し、分子標的薬が進歩したことによって、治療と並行した在宅緩和ケアという新たな課題が出現していることである。在宅医は、がんの治療中からの関わりを期待され、がん治療医との日常的な連携やがん治療の知識の習得が求められるようになるであろう。

三点目に介護基盤の脆弱化の問題である。従来、末期がんでは、在宅緩和ケアが提供されさえすれば、絆のある家族は自宅で2、3カ月の介護体制をとり、自宅での看取りができることが多かった。ところが、最近ではがん患者の高齢化とともに介護者も高齢化し、今までより積極的な介護者支援が求められるようになってきている。

また、介護者がいない独居の末期がん患者も増加している。最近では地域の医療、介護資源やインフォーマルな資源をフル活用することによって、独居でも在宅看取りが可能なケースも出てきているが、普遍的に行えることではない。

2030年には47万人の看取りの場がないこと、それに伴う無縁死の増加の問題が現実味を帯びてきている中で、家でもない病院でもない看取りの場所を、地域にどうつくっていくかという課題が突きつけられている。

非がん疾患の緩和ケアの対象

- 非がん疾患在宅死例 242例(男性101例、女性141例)
- 死亡時平均年齢 84.5±11.3歳 (mean±SD)
- 在宅日数 平均744±970.4日(mean±SD) 中央値318.5日
- 基礎疾患
 - ・ 脳血管障害 23%
 - ・ 認知症 19%
 - ・ 神経難病 12%
 - ・ 老衰 11%
 - ・ 呼吸器疾患 10%
 - ・ 慢性心不全 6%
 - ・ 慢性腎不全 5%
 - ・ 整形疾患 3%
 - ・ リウマチ膠原病 2%
 - ・ 肝不全 1%

平原佐斗司ら 非がん疾患の在宅ホスピスケアの方法の確立のための研究
2006年度後期在宅医療助成・勇美記念財団助成

次に、非がん疾患の在宅緩和ケアについて解説する。

我が国においては、非がん疾患患者に対して、ほとんどといってよいほど、緩和ケアの光が届いていないのが現状であり、ごく最近まではその実態や課題さえ明らかになっていなかった。

我が国の在宅における非がん疾患の緩和ケアに関する多施設研究によると、非がん疾患の在宅看取りをおこなった242例の平均年齢は84.5歳であり、がんの在宅看取り例に比べて高齢であった。

また、平均在宅療養日数は744日(約2年)であり、がんの平均在宅療養期間2か月に比べて長期の在宅ケアをうけてから、看取りになる例が多い。

非がん疾患の在宅看取りの対象疾患としては、脳血管障害23%、認知症19%、神経難病12%、老衰11%、呼吸器疾患10%、心不全6%、腎不全5%などが在宅の非がん疾患の緩和ケアの主要な対象疾患群であることが明らかになっている。

非がん疾患の終末期に 緩和すべき苦痛

- 在宅で死亡した非がん疾患患者242名のうち、主治医が死を予測しえた159例の終末期の症状について調査したところ、78%に緩和すべき症状を認めた。
- 最期の一週間に出現する19の症状についてその出現率を検討したところ、全体では食思不振(83%)、嚥下障害(72%)呼吸困難(71%)の3つが多かった。
- 終末期に主治医が最も緩和すべき症状について聞くと、呼吸困難(46%)、食思不振(13%)、嚥下障害(12%)、喀痰(9%)、疼痛(6%)、褥瘡(5%)、譫妄(2%)の順で、呼吸苦と飲みこめないこと、食べられないことが多かった。

平原佐斗司ら 非がん疾患の在宅ホスピスケアの方法の確立のための研究
2006年度後期在宅医療助成・勇美記念財団助成

この研究で在宅で死亡した非がん疾患患者242名のうち、主治医が死を予測しえた159例の終末期の症状について調査したところ、78%に緩和すべき症状を認めた。非がん疾患においても、ほとんどの患者に緩和ケアが必要であることが示唆された。

また、最期の一週間に出現する19の症状についてその出現率を検討したところ、全体では食思不振、嚥下障害、呼吸困難の3つが多かった。

また、終末期に主治医が最も緩和すべきと考えた症状について聞くと、呼吸困難、食思不振、嚥下障害、喀痰、疼痛、褥瘡、せん妄の順であった。

これらのことから、がんでは疼痛が主な問題であるのに対して、非がん疾患では、呼吸困難や飲みこめないこと、食べられないことが主な苦痛であり、がんとは異なる症状緩和の課題があると考えられた。

今後、すべての国民が緩和ケアの恩恵を享受できる社会を実現するために、非がん疾患の緩和ケアについての実践と臨床研究を推進し、制度的課題を解決していく必要がある。

望む場所で最期まで過ごせる社会にむけて

～需要爆発を、労働力危機、財政危機の中で支える～

- 供給側へのアプローチ：
 - 優れた専門職を必要な数、計画的に育成すること
 - 学際的チームアプローチが実践できるようにすること
- 需要側へのアプローチ
 - 自律した市民をつくること。
 - 患者や家族のセルフケア能力を高めること。
 - 協働の精神や形(互助)を地域につくっていくこと。コミュニティの再生
- システム・制度面へのアプローチ
 - 最期の時間を手厚く支援する地域のホスピス制度
 - すまい
 - 専門職が対患者に集中できる効率的で、シンプルなシステム

望む場所で最期まで過ごせる社会をつくるために、私たちは21世紀前半の需要爆発を、労働力危機、財政危機の中で支えるという課題にチャレンジしなくてはならない。これには、供給側へのアプローチ、需要側へのアプローチ、システムや制度面へのアプローチのどれを欠いてもこの課題は達成することはできない。

一点目の供給側へのアプローチとしては、優れた専門職を必要な数、計画的に育成することが重要である。また、専門別の研修だけでなく、各地域で学際的チームアプローチが実践できるような連携教育を同時にすすめていかなければならない。優れた専門職が「患者と家族の幸せ」と言う共通の目標で協働し、美しい連携ができる形をすべての地域につくることが必要だ。その意味で、各地域で企画される多職種研修の果たす役割はきわめて重要であろう。

二点目の、需要側へのアプローチについて考える。いのちの主体として、どのような状況でも、自分でできることを自分でやり、自分のことを自分で決めることができる、自律した市民をつくることが重要だ。また、患者や家族のセルフケア能力を高めること、さらに、協働の精神や形を地域に創り、コミュニティの再生をはかることも重要である。

三点目のシステム・制度面へのアプローチについては、介護保険制度は我が国の誇る長期ケアの優れた制度であるが、終末期ケアは、ケアの質、スピードにおいて長期ケアとは質的に異なる。在宅看取りを支えるためには、諸外国のような最期の時間を手厚くする制度上の工夫が必要であろう。また、ケアの必要な状態になっても暮らせる様々な住まいを地域に作ることも大きな課題であろう。さらに、現在のように専門職が、対制度に時間と労力を取られる監視的なシステムを見直し、対患者に集中できる効率的で、シンプルな制度設計を検討する必要もあろう。

この問題は、医療や介護、福祉の現場と行政、さらに国民が、それぞれの役割を意識し、叡智を結集して取り組まなければ解決することができないことは明白である。

まとめ

- 緩和ケアはほとんどの人が人生の最期に受けるケアであり、疾患や年齢をとわず、すべての人に対して、どこにでも優先的に届けられなくてはならない。
- 緩和ケアの中心は在宅である。在宅緩和ケアは患者のQOLを高め、家族の満足度を高める。
- がんと非がんのIllness trajectory(終末期の軌道)を理解することが重要である。
- 自宅でもがんの苦痛のほとんどを緩和できる。がんの在宅緩和ケアの新たな課題として、高齢化、治療に並行した緩和ケア、介護基盤の脆弱化が挙げられる。
- 非がんの緩和ケアの特徴について解説した。
- 望む場所で最期まで過ごせる社会の実現は国民的課題であり、医療・福祉の専門職、行政、国民が協力して取り組む必要がある。

緩和ケアはほとんどの人が人生の最期に受けるケアであり、疾患や年齢をとわず、すべての人に対して、どこにでも優先的に届けられなくてはならない。

緩和ケアの中心は在宅である。在宅緩和ケアは患者のQOLを高め、家族の満足度を高める。

がんと非がんのIllness trajectory(終末期の軌道)を理解することが重要である。

自宅でもがんの苦痛のほとんどを緩和できる。がんの在宅緩和ケアの新たな課題として、高齢化、治療に並行した緩和ケア、介護基盤の脆弱化が挙げられる。

非がんの緩和ケアの特徴について解説した。

望む場所で最期まで過ごせる社会の実現は国民的課題であり、医療・福祉の専門職、行政、国民が協力して取り組む必要がある。