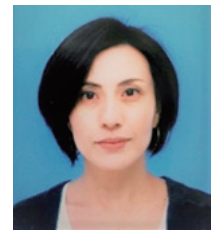


質の高い看取りを目指して

ダイヤ高齢社会研究財団 研究部 博士研究員 廣岡 佳代



1. 日本における死(看取り)を取り巻く現状

日本では、社会人口の減少と超高齢化が進んでおり、高齢多死社会を迎えようとしている。2019年の日本における年間死亡者数は137万6千人であるが、2040年頃には167万人に達すると推計されている¹⁾。そして、この大半を占めるのが75歳以上の後期高齢者となっている。

1950年代以降、日本では医療機関において死亡する人の割合が年々増加し、現在では80%近くが病院で死を迎えている。2010年に一般市民1,042名を対象として行われた全国調査では、「死を迎える場所」として半数近くの人が自宅を希望しているが、「実際に死ぬ場所」は80%以上が病院・診療所となっており、多くの人が希望する場所で最期を迎えることができていない状況である(図1参照)²⁾。本人の希望をかなえるためにはどういったことが大切になるのだろうか。本稿では、看取りの質について考えるために、緩和ケア、アドバンス・ケア・プランニング、そして、今年、機関誌 Geriatrics & Gerontology International に掲載され、Wiley 社 Research Headline にも取り上げられた、研究論文の結果を交えて展開する。

QOL (Quality of Life) の評価は容易ではないことが挙げられる。特にがん患者の場合、終末期に近くなるに従って、身体機能や認知機能が低下し、調査に回答することが困難となる。日本においても、「日本におけるがん患者の望む終末期の望ましい死のあり方」に関する調査が行われ、「日本人の終末期がん患者の望ましい死の概念」が明らかにされている³⁾。そのうち、日本人の多くが大切にしていることを表1にまとめた。

表1 日本人の多くが大切にしていること

- 苦痛がない
- 望んだ場所で過ごす
- 希望や楽しみがある
- 医師や看護師を信頼できる
- 負担にならない
- 家族や友人と良い関係でいる
- 自立している
- 落ち着いた環境で過ごす
- 人として大切にされる
- 人生を全うしたと感じる

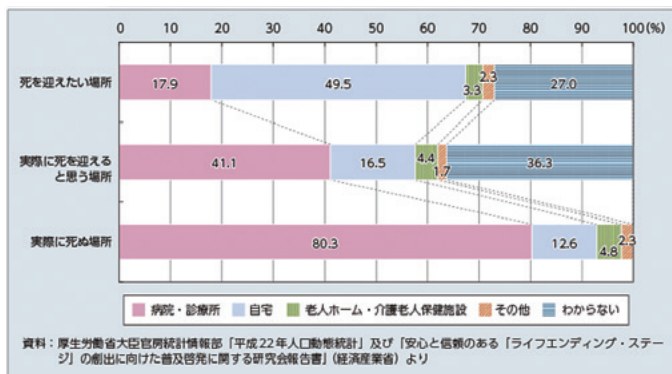


図1 最期を迎える場所～希望と現実²⁾

2. 看取りの質

看取りの質 (Quality of death and dying) という考え方があり、海外では主に遺族によるその評価が行われている^{3) 4)}。その理由のひとつとして、終末期にある患者の

3. 緩和ケアの提供

世界保健機関 (WHO) によると、緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族の QOL を、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである^{6) 7)}。日本を含め、アメリカやイギリスなどでは、緩和ケアはがん医療の一部として発展してきた。しかしながら、WHO による緩和ケアの定義では病気を限定していないことや、がん以外の病気でも身体的な苦痛症状や精神的なつらさなど、対応すべき様々な問題があり、がん以外の疾患 (認知症、心疾患、腎疾患、呼吸器疾患、難病など) に対する緩和ケアも国内外で近年重視されるようになってきている。

4. アドバンス・ケア・プランニング(人生会議)

近年、「アドバンス・ケア・プランニング(愛称:人生会議)」という考え方が普及してきている。アドバンス・ケア・プランニングとは、万が一のときに備えて、大切にしていることや望み、どのような医療やケアを望んでいるかについて、自分自身で考えたり、自分が信頼する人たちと話し合ったりすることである⁸⁾。

このプロセスでは、どこで過ごしたいか、仕事を続けたいのかどうか、大切な人とそばにいたい、といった自分の希望などについて、患者と家族、医療者などがあらかじめ話し合う。「最期のときのことは分からないし、考えたくない」「縁起でもない」という人もいるだろう。しかし、実際に、病気の進行や認知症などにより、意思決定能力が低下した時には、家族や医療者、介護職は、「本当はどうしたいのだろう」「どういう選択をすればいいのだろう」と思い悩むが、その際に本人の真意を知ることとはできない。そのため、日頃から自分の希望や大切にしたいことを、自分の大切な人と話し合うことは重要である。

5. 認知症の有無ががん患者の看取りの質に与える影響

筆者らによる、認知症を有するがん患者に関する研究を紹介する⁹⁾。現在、高齢化により、認知症を有する高齢がん患者が増えており、がん患者の7~30%が認知症を有すること、そして、がん患者が認知症を有する場合、十分な緩和ケアを受けていないことが報告されている。その理由として、認知症による認知機能障害が重度であるほど、痛みなどの苦痛症状をうまく言語的に表現できないことや、高齢がん患者が認知症を有する場合には、医療者は「認知症の場合には痛みを感じない」「痛みを訴えないことは、痛みがないことだ」といった誤解を持つことが挙げられる。これまで、高齢がん患者が認知症を有する場合、終末期のQOLは認知症がない場合よりも低いのではないかと言われていたが、研究で実証されてはいなかった。そこで筆者らを含む研究グループは、終末期のQOLを評価するために広く用いられている「終末期がん患者の看取りの質評価尺度」を用いて、亡くなったがん患者に緩和ケアを提供していた訪問看護師にアンケート調査を行い、認知症ががん患者の終末期のQOLに与える影響を検討した。

その結果、認知症を有するがん患者は、認知症がない場合

と比べて終末期のQOLが低い傾向があることが示された。認知症によって、高齢がん患者本人が意向を示しにくくなり、本人の意向を代弁してくれる家族もいない場合、本人の望む死を達成できない可能性が高いことが明らかとなった。そのため、アドバンス・ケア・プランニング(人生会議)などを活用し、事前に本人の意向を把握すること、また、家族介護者がいない認知症がん患者の権利を擁護するなど、がん患者本人の意向に沿った終末期ケア提供が必要であることが示された。

6. 今後の研究の展望

筆者らの研究結果から、認知症の有無にかかわらず、質の高い終末期ケアを提供できるよう、認知症を有する高齢がん患者の痛みなどの苦痛緩和、意向把握などの終末期ケアの提供が必要であり、今後、その支援に向けたプログラム等の開発が求められる。そのひとつとして、現在、「認知症を持つ高齢がん患者の疼痛緩和に向けたケアモデルの構築」に関する研究(文部科学省科学研究費助成事業若手研究(2018-2021年度))に取り組んでいる。このほか、有料老人ホームの入居者に対し、要介護状態になる前からご本人と家族の意向を聞き取りするために、高齢者ケア施設に勤務する介護職・看護職を対象とした教育とチェックリストを組み合わせた介入研究を行っている。今後もひとりでも多くの人が質の高い看取りを迎えられるよう、緩和ケアやアドバンス・ケア・プランニングを含めた研究と社会実装に取り組んでいきたい。

【参考文献】

- 1) 平成28年版厚生労働白書「第1章 我が国の高齢者を取り巻く状況」
- 2) 平成26年版厚生労働白書「最期を迎える場所～希望と現実」
- 3) Teno JM. Measuring end-of-life care outcomes retrospectively. *Journal of Palliative Medicine*. 2005; 8 Suppl 1:S42-49.
- 4) Curtis JR, Patrick DL, Engelberg RA, Norris K, Asp C, Byock I. A measure of the quality of dying and death. Initial validation using after-death interviews with family members. *J Pain Symptom Manage*. 2002; 24 (1): 17-31.
- 5) M Miyashita, M Sanjo, T Morita, K Hirai, Y Uchitomi. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Annals of Oncology*. 2007; 18 (6): 1090-1097.
- 6) World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. 2002.
- 7) 大坂巖, 渡邊清高, 志真泰夫, 倉持雅代, 谷田憲俊. わが国におけるWHO緩和ケア定義の定訳—デルファイ法を用いた緩和ケア関連18団体による共同作成—, *Palliative Care Research*. 2019; 14 (2), 61-66.
- 8) ACP 人生会議「もしものとき」について話し合おう. <https://www.med.kobe-u.ac.jp/jinsei/index.html>
- 9) Hirooka K, Nakanishi M, Fukahori H, Nishida A. Impact of dementia on quality of death among cancer patients: An observational study of home palliative care users, *Geriatrics & Gerontology International*. 2020; 20 (4): 354-359.