

# ヨーロッパ緩和ケア学会 第12回総合大会 参加報告

——日本に要求されている戦略的対処——

加藤恒夫 KATO Tsuneo ©  
かとう内科並木通り診療所

## “Palliative Care Reaching Out” 「拡大する緩和ケア」

ヨーロッパ緩和ケア学会の第12回総合大会（12th Congress of the European Association for Palliative Care：以下 EAPC）が2011年5月18日から同21日までポルトガルの首都リスボンで、上記見出しのテーマのもとに開かれた。参加者は、日本、アジア諸国、アメリカなどからを含めて2700人あまりを数えた。

とりわけ日本からは50名を超える参加者と26の演題発表があり、全演題の2%を占めていた。隔年で開催されるEAPC総合大会に日本からこれほどの参加があったのは、筆者が本学会に2005年アーヘン大会（ドイツ）以来続けて参加している中では初めてであった。

本稿ではこのリスボン大会の概況とそこから見通せるヨーロッパ地域における緩和ケアの現状と今後の方向性を報告し、日本の今後の道を探る。

## EAPC 2011の特徴： 医療における患者の権利のさらなる擁護的役割を

本大会の第1の特徴は、2007年第10回大会で各国の独自展開を確約したブダペスト・コミットメント（後述）に基づき、その対象をがん以外のより広い疾患、とりわけ高齢者やその他の治癒の見込みの無い疾患（後述）にまで拡大する展開が、着実にその成果をあげているかどうかの事実確認にあったことである。

具体的には、緩和ケアがヨーロッパの社会保障政策の中心となり、WHOや国際ホスピス緩和ケア協議会（International Association of Hospice Palliative Care）あるいは各地域の緩和ケア推進団体などと連携しながら、公衆衛生的取り組みを続けてきた成果の報告と、今後の更なる方向性の理論的根拠を示し、それらを医療の基礎として他の領域に敷衍する方法の確認の場となっていた（Symposium: Palliative Care as a Human Right.

Palliative Care as a Political Issue, Finlay I. 等）。

第2には、高齢者ケアを21世紀の緩和ケアのテーマとすべく、意識的に焦点を絞っていることである。とりわけ、長期療養型施設における緩和ケアを今後の重点的対策とし、特別対策委員会（Task Force）を設けて活動を展開している報告が、シンポジウム、ワークショップ等で行なわれた。

また、高齢者疾患関連では、認知症、COPD（慢性閉塞性肺疾患）、心臓病などが取り上げられたが、前回までのようなキャンペーン的取り扱いではなく、あくまでも活動の実証的研究の報告が主体だった。

なかでも、St Christopher's Hospice のナースコンサルタントによる講演“Coordination of End of Life Care for Dementia”が筆者には強く印象に残った。認知症の症状とその緩和に関わる実証的研究成果の報告であり、認知症研究の進歩と日常臨床への応用可能な示唆が緻密に、かつ、実用的に提示された。

第3の特徴は、緩和ケアの質の確保のための手順統一の経過報告がなされたことである。ヨーロッパの民族・政治・文化の多様性を超えて、統一した症状緩和ガイドライン作成の進捗状況が、シンポジウムで取り上げられた（Developing Guidelines -- A Session on EU Projects）。

第4に、緩和ケアにおける教育の重要性が改めて認識され、EAPCによる、学生から専門家に至るまでの共通したカリキュラムの検討・実施状況について、委員会報告がなされたことである。そのなかでは、各職種と卒後レベルに応じた教育のあり方の進捗状況と今後の方向性も議論された。

第5の特徴は、緩和ケアにおける研究の重要性が改めて確認されたことであろう。

EAPCの研究方針は、まず研究のための委員会を組織し、研究課題の優先順位を決め、隔年（総合大会の翌年）にResearch Meetingを開催してそれらの成果を確認し、さらには政策に反映させるべく活動していこうという点にある（Vienna

Declaration 2006）。

上記5つの特徴としてあげた内容は、ブダペスト・コミットメントにしたがって実施された活動であり<sup>（註1）</sup>、それらには下記のような項目と内容がある<sup>1）</sup>——

- 1）使える薬剤の設定（Drug availability）——緩和ケアに利用できる薬剤を国ごとの実情に合わせて設定し、その活用を保障する。
- 2）政策への反映（Policy）——各国の活動基本方針の共通の優先事項の設定と政策への反映の実現。
- 3）教育の推進（Education）——まずは医学と看護領域におけるEAPC内で共通して取り組むべき項目を盛り込んだ教育カリキュラムを策定する。
- 4）質（Quality）の保障——提供されるケア水準の目標設定と質の査定（Audit）の実行。
- 5）研究（Research）の推進——各国ごとに主として取り組むべき研究領域の設定と奨励策としての表彰制度の設置、など。
- 6）その他、専門職のネットワーク作り、公衆の啓蒙、ボランティア活動育成、で構成されている。

註1） 2007年第10回大会（ブダペスト）で、今後2年間に各国がそれぞれの国情に応じて、（1）実施組織を作り（Empowerment）、（2）それぞれの実行計画の内容を定義し（Define the Commitment）、（3）それらの実行をEAPCが責任を持って援助する（Advocacy）ことが確約され、2009年第11回大会（ウィーン）で報告された。

## 日本への教訓： 人口動態に即した緩和ケアの提供を ——地域医療の現場より

今回のEAPCのテーマは「拡大する緩和ケア」であった。このテーマは、日本で地域ケアに取り組んでいるものとしては、大いに肯ける動きであり方針である。

我々の周辺には高齢者があふれ、彼らへの延命

医療（輸液やPEG〔胃瘻〕等）の適応や、終末期を迎えた独居高齢者の日常生活の維持のために、さまざまな職種を総動員しつつも苦勞が絶えないからだ。しかも、終の棲家を謳っている高齢者用介護施設のほとんどは看取りを拒んでおり、高齢者の終末期ケアの近未来は暗いと言わざるを得ない。

一方、日本で終末期ケアが開始されて4半世紀が過ぎ（1977年、日本死の臨床研究会の創設）、また、本領域におけるわが国の中心的学術団体である日本緩和医療学会も本年第16回学術大会を迎える。そうした時間の積み重ねでは、日本はいまや緩和ケアの先進国といえよう。

だが、日本の関係者の多くはまだ「緩和ケア＝がんの終末期ケア」と考えており、前述のように、緩和ケアの基盤整備はまだまだ進んでいない（少しずつではあるが、緩和ケアを他の疾患に応用しようとする人たちも現れつつある。ただ、そうした萌芽を、ケアの哲学として敷衍しようとする動きは鈍い）。

確かに、がんから緩和ケアが出発したことは事実であり、がんはこれからも緩和ケアの主要な対象である。しかし今後、日本の緩和ケアは全ての国民の「生と死」を包み込む懐の広さと深さを持つようにならなければ、人々の「尊厳（Dignity）」と「よい死（Good Death）」を実現することはおろか、医療・福祉関係者による患者の社会的権利の擁護も果たせないであろう。

ちなみに、今年7月開催の第9回Asia Pacific Hospice Conference 2011（APHC）の主題は“Palliative Care in Mainstream Medicine”（医療の本流としての緩和ケア）である。見るところ、日本の緩和ケアはアジアの中でも遅れをとりはじめている<sup>2)</sup>。

#### 緩和ケア関連の諸団体（学会）は協働の場を作れないのか

EAPCは、国・民族・政治・文化などの多様性を残しつつ、それぞれの状況に合わせた緩和ケア

推進組織を国ごとに造り、共通のゴールに向けた活動を促し、それは着実に達成されつつある。

それに比して、単一の民族・文化の日本ではまだ、国内の緩和ケア関連諸団体に協働の動きは見られない。例えば、日本緩和医療学会や日本死の臨床研究会、日本ホスピス緩和ケア協会等が共に一つのテーブルを囲み、緩和ケアにおける中長期の共通ゴールを確認し、具体的な目標を定め、それぞれの組織の違いを残しつつも同じ方向をむいて共に歩めるような土壌作りを、できないものであろうか。

現状では、日本が進むべきこれからの緩和ケアの方向が定まっておらず、今後の急激な社会的変化（少子高齢化など）に沿う日本の緩和ケアのあり方が国民的合意として形成される可能性はない。

#### がん対策基本法の落とし穴： 政策予算に縛られた学術活動では国民を守れない

2011年3月11日の東日本大震災による原子力発電所被災に関して、ある海外メディアは、日本の産・官・学の馴れ合い体質が炉心溶融事故を誘発したと大きく報じた（International Herald Tribune、4月27日号が1面トップで報道したのが代表的）。場面こそ異なれ、がん対策基本法が発効してからの日本の緩和ケアに関わる学術活動は、一見するとそれと同様の観を呈している。

日本では今や、がんで亡くなる人は全死亡の3分の1。他の3分の2はがん以外であり、その多くも終末期にさまざまな身体的・社会心理的苦悩を抱えている。これらを解決するためには、前述した学術関連諸団体が今後の緩和ケアの対象疾患をがんのみにとらわれることなく人口動態からみて絞り込み、それらの疾患固有の医学的・疫学的根拠に基づいた緩和ケアのあり方を提示し、老年医学会、神経内科学会、心臓病学会等の関係医学会に積極的に働きかける必要がある（例えば、超高齢者や認知症患者のPEG・ペースメーカー・人工透析・輸液等の延命医療の適応・中止の意思決定のあり方、COPD・心臓病等がん以外の治療の

見込みの無い疾患の症状緩和の方法など<sup>3)</sup>）。

しかし、緩和医療関連の学術諸団体は、上記に代表される現代医療のさまざまな課題を解決する考え方の基盤と方策を、厚生行政の枠組みから距離をとりつつ独自に考察し提案する機能を、必ずしも充分には果たしていない。今の動きは、がん対策基本法がもたらす予算をどう取り込むかという枠組みの中でしか活動しておらず、これでは官の掌から抜け出せていないと筆者は危惧する。

現状では、日本が迎えようとしている死亡増加に対して、医療界に対してのみでなく社会的にも緩和ケアの学術団体がその指導性を発揮することは難しいだろう。その結果、日本の生死をめぐる国民の権利をだれも擁護することができず、その結果、世界の緩和ケアの進歩からますます取り残されていくことになるだろう。

そうならないよう、日本から今回のEAPC 2011に参加した人たちが、そこで得た新しい知見を、今後日本の活動に反映する旗手となることを期待するとともに、関連諸学会・団体関係者に方針の再検討を促したい。 ■

#### 参考文献

- 1) Budapest Commitments, Budapest Commitments Workshop EAPC Congress Vienna, 7 May 2009
- 2) Economist Intelligence Unit, Lin foundation, A report from the Economist Intelligence Unit, The quality of death Ranking: end-of-life care across the world, 2010
- 3) Palliative Care for Older People: Best Practices, WHO Regional office of Europe, 2011