

対談：わが国のエンドオブライフケアをどうすすめるか

# エンドオブライフケアをめぐる 海外と我が国の潮流

東京ふれあい医療生活協同組合  
梶原診療所 総合ケアセンター長/病棟医長  
オレンジほっとクリニック 所長  
平原佐斗司

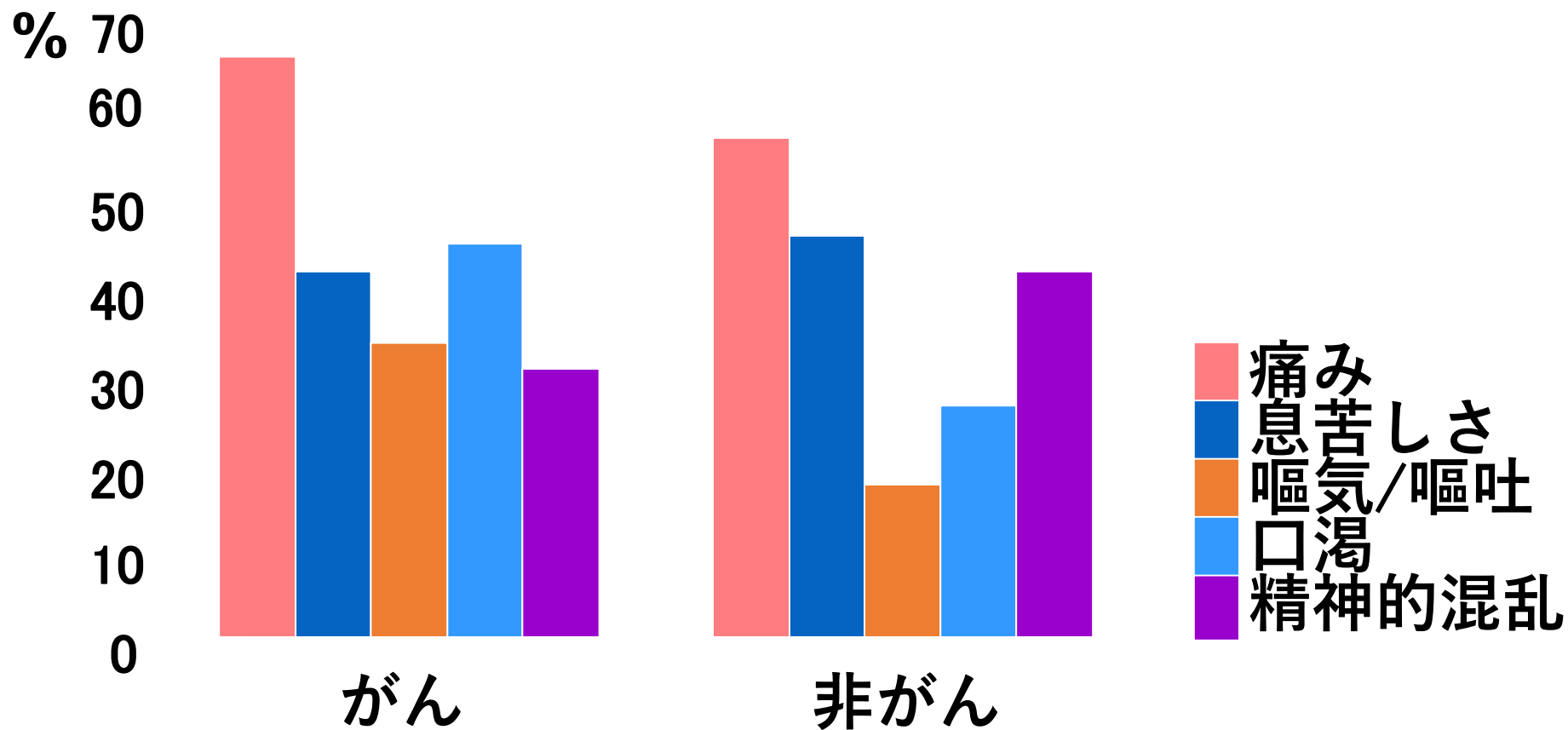
# 海外におけるホスピス・緩和ケア・ エンドオブライフケアの歴史

1879年	アイルランドで世界初の末期患者のためのホスピス(入所型) 聖マリア・ホスピス(メアリーエイケンヘッド)・・・結核患者や貧困者
1906年	William Oslerが死に行く患者の状態について最初の報告。18%が1つ以上の痛みや苦痛を感じていたが、逆に多くの人には苦痛がなかったと報告。
1963年	John Hintonが非がん疾患の緩和ケアのニーズを示した最初の論文を発表。非がん疾患患者もしばしば強い身体的苦痛を感じている。
1967年	イギリスでシシリーソンドースがセントクリストファー・ホスピス設立
1974年	アメリカでコネチカット・ホスピスが設立
1975年	カナダのロイヤルビクトリア病院の緩和ケア病棟(PCU)を開設
1977年	St. Thomas's Hospitalにおいて院内サポートチームが発足
1982年	アメリカのMedicareにホスピスケアが承認される
1986年	WHOが「Cancer pain Relief and Palliative care」を発行
1987年	イギリスでPalliative Medicineが世界で初めて専門科として承認
1989年	WHOがPalliative careの初期の定義を発表

# Regional Study of Care for the Dying (RSCD)

- 1992年に、“診断名に関わらず，palliative care serviceを必要としている人すべてに提供するべき”とする報告書が英国のDepartment of Health に提出された
- palliative careの専門家が懸念を表明
  - 需要過多の可能性
  - 予後予測が難しいため長期入院になる
  - 財源の問題
  - どのくらいの人がpalliative careを必要としているかわからない
- 非がん疾患に緩和ケアのニーズがあるのかを検証するためにRSCDが行われた
  - 20の地域から 3,533 deaths (2,062 cancer/1,471 non-cancer) をrandom sampling

# RSCDにおける死亡前1週間における症状



# 人生の最後の年に認められた症状

症状	慢性肺疾患 N=87		肺 癌 N=449	
	全例 (%)	強い苦痛 (%)	全例 (%)	強い苦痛 (%)
疼痛	77	56	85	56
呼吸困難	94	76	78	60
咳嗽	59	46	56	40
食思不振	67	15	76	19
便秘	44	25	59	55
不眠	65	42	60	35
うつ状態	71	57	68	51

# SUPPORT研究

The Study to Understand Prognoses and Preference for Outcomes and Risks of Treatment

Robert Wood Johnson Foundationのグラント(\$28 million)による大規模介入研究

## 《目的》

終末期の意思決定を改善し、医療器械に囲まれた苦痛のある死の頻度を低下させる

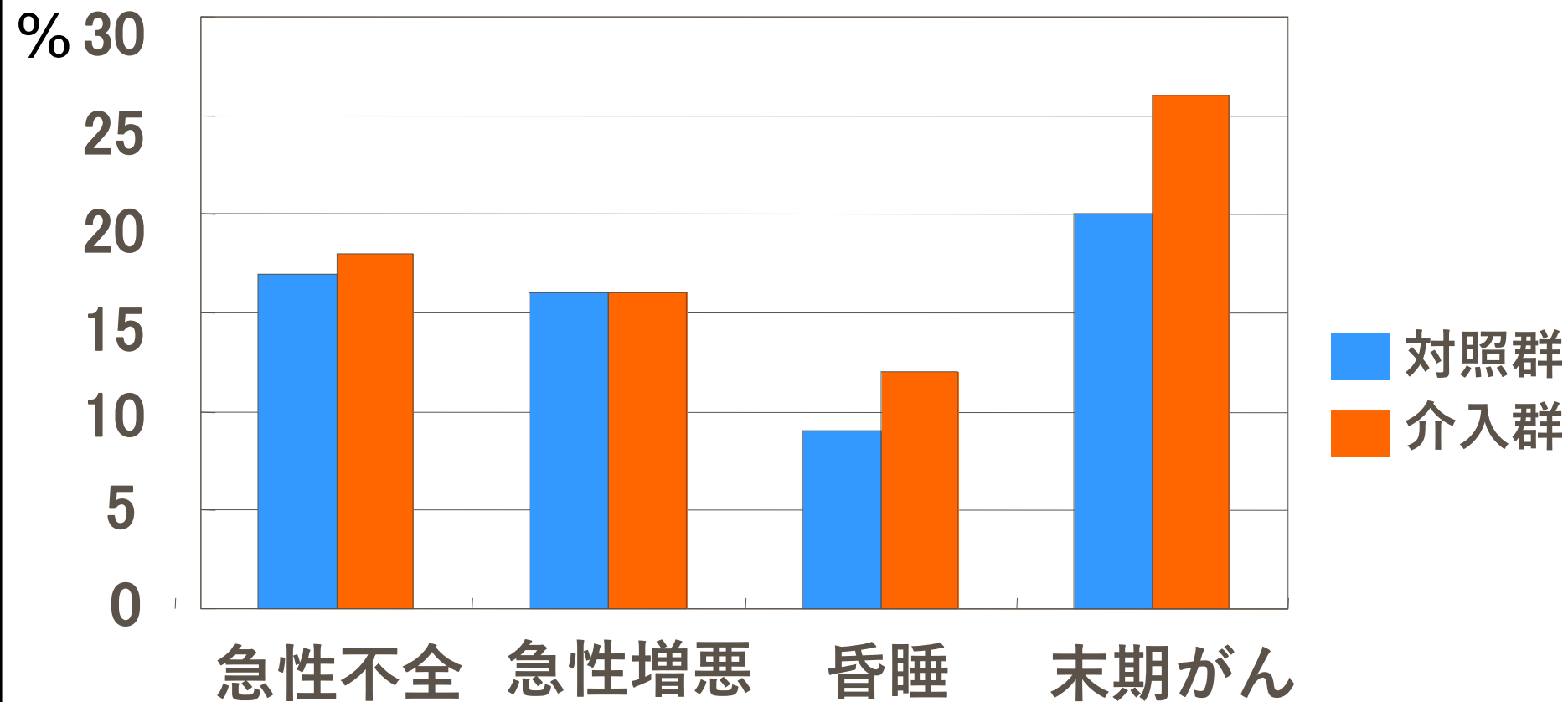
## 《方法》

看護師が医師に対し予後に関して様々な情報提供、患者/家族の希望や予後に関する理解度等について患者/家族とディスカッション

## 《対象患者》

- 急性期病院に入院、平均余命6ヶ月以内の患者  
急性不全50%、慢性疾患(COPD、心不全等)の急性増悪30%  
昏睡 7%、末期がん 15%
- 年齢(中央値): 約65歳

# SUPPORTにおける疼痛の頻度



末期のCOPD患者も挿管や人工呼吸などの延命治療を望まず、緩和ケアを望んでいたのかかわらず、肺癌患者に比べてICUで人工呼吸を受け、苦痛の中で死を迎えた人が多かった

# SUPPORTにおいて介入が失敗した理由

ADのみの聴取ではDNRオーダー率や病院などの利用コストに至るまで、介入群と非介入群で差がなかった ⇒ADの非有効性が明らかに

《方法論の問題》看護師による介入であったこと  
カテ上で容易に利用可能でなかったこと

《対象の問題》患者の年齢若い(中央値65未満)こと  
外科の術後の急性不全も含まれていたこと

《本質的な問題》入院患者対象(入院は治療を行うことが前提の場合)  
急性増悪時(危機)での介入であったこと  
「時間的余裕のなさ」「気持ちの準備できてない」  
「病状の変化激しいため意思決定を後にのぼしがち」  
今まで診てきた主治医とは違う医師が対応  
⇒患者の意思を推測できない



# 21世紀、非がん疾患のエンドオブライフケアは実践の時代へ

- |       |  |
|-------|--|
| 1997年 | 英国「緩和ケアをがん以外の疾患へ」(NCHSPCS報告書) Addington-Hall   |
| 2001年 | 英国でDr.Keri ThomasによってGold Standards Framework(GSF)が確立。<br>非がん疾患を含むあらゆる終末期ケアの質の向上が必要と強調。    |
| 2002年 | 緩和ケアの定義を改訂(WHO)。緩和ケアは「生命を脅かすあらゆる疾患による問題に直面している患者とその家族に対して」届けられるべき。                         |
| 2004年 | 英国下院で超党派による政治的公約として緩和ケアを享受する権利<br>“Palliative Care Manifesto” を採択。<br>「緩和ケアは社会保障の重要な柱」と宣言。 |
| 2004年 | WHOヨーロッパが「Better Palliative Care for Older People」を発表。各国が<br>高齢者の緩和ケアに取り組む必要性を強調。          |
| 2004年 | 米国ホスピス、非がん疾患が利用者の過半数に。   |
| 2004年 | オーストラリア、介護施設での緩和ケアの特有の問題に対応するため、高齢<br>者介護施設における緩和ケアアプローチのガイドラインが作成                         |
| 2006年 | 英国 End of Life Care Programme策定。非がん疾患の緩和ケアは重要。   |
| 2007年 | ブダペスト公約(EAPC第10回大会)「人権政策としての緩和ケア」にむけ<br>た具体的な活動指針を提示                                       |

# 普遍的ケアとしての緩和ケア

## プラハ憲章

(EAPC: European Association for Palliative Care) 2013

### ～Palliative care -A Human right～

- 政府は全ての人が緩和ケアにアクセスできるようにする義務がある
- 心疾患, COPD, ALS, 神経難病, 認知症, AIDS等非がん疾患にも緩和ケアは有効
- 政策的課題: 終末期患者のニーズに応える医療政策を策定し、緩和ケアを医療制度のあらゆるレベルに組み入れること、緩和ケアの医薬品の確実な提供  
医療従事者への学部以上レベルでの研修の重要性が指摘されている。

## Global Atlas of Palliative care at the End of Life

(WHO/WPCA) 2014

- 緩和ケアを必要とする人の10人に一人しか届いていない
- 緩和ケアを必要とする1/3は末期がん、2/3はそれ以外の疾患(心臓、肺、肝臓、腎臓、脳あるいはHIVおよび薬剤耐性の結核を含む慢性疾患)
- 毎年2000万人以上の患者が末期の緩和ケアを必要とする(うち約6%は子供)  
(早期からの緩和ケアニーズを含めると4000万人)

# エンドオブライフケアの歴史

がんの支持療法  
(Supportive Care)



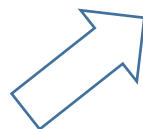
1970年代  
緩和ケア

1960年代  
ホスピスケア

1950年代  
ターミナルケア

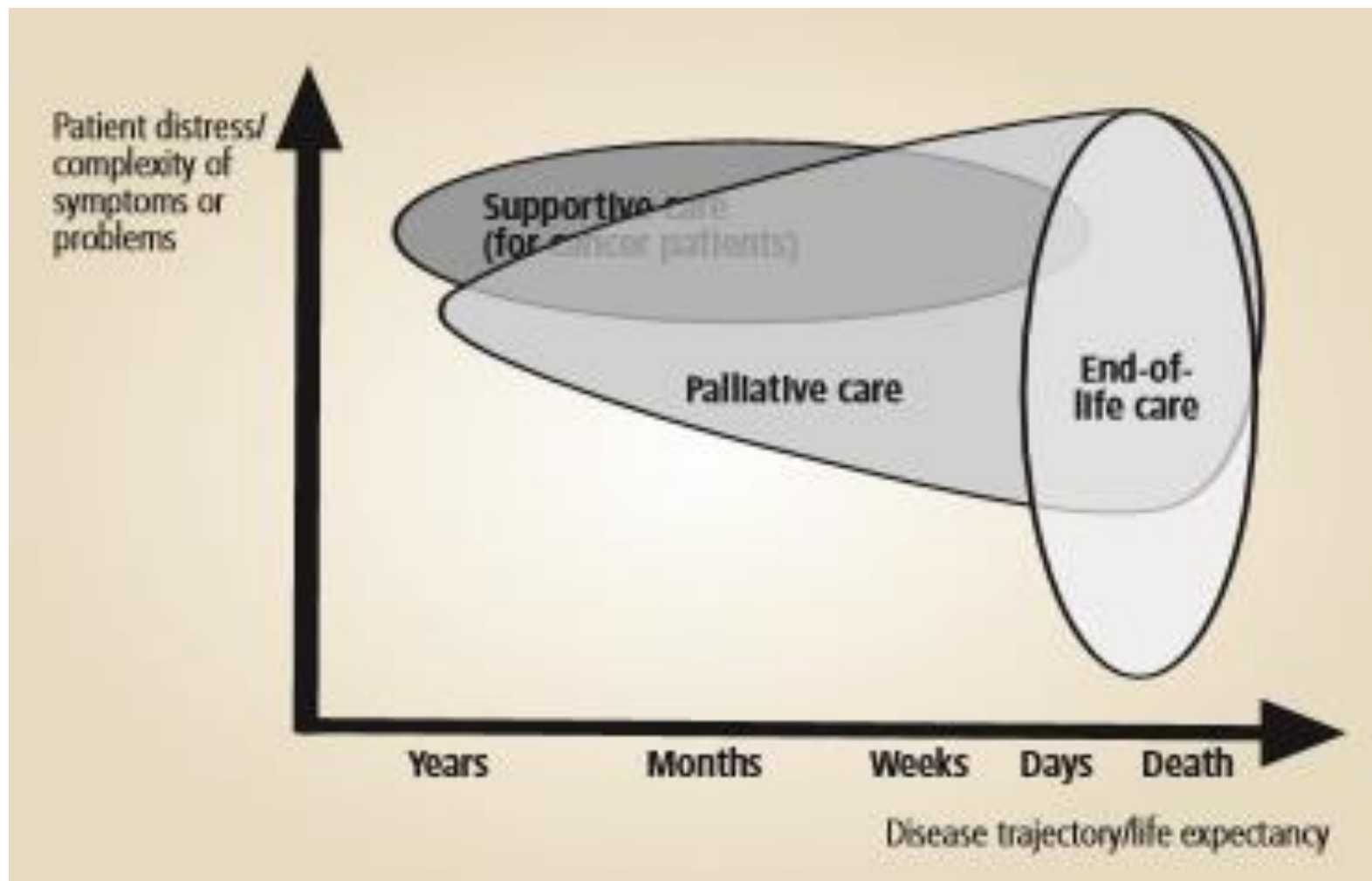
1980年代  
緩和医療  
緩和ケア

1990年代  
エンドオブライフケア

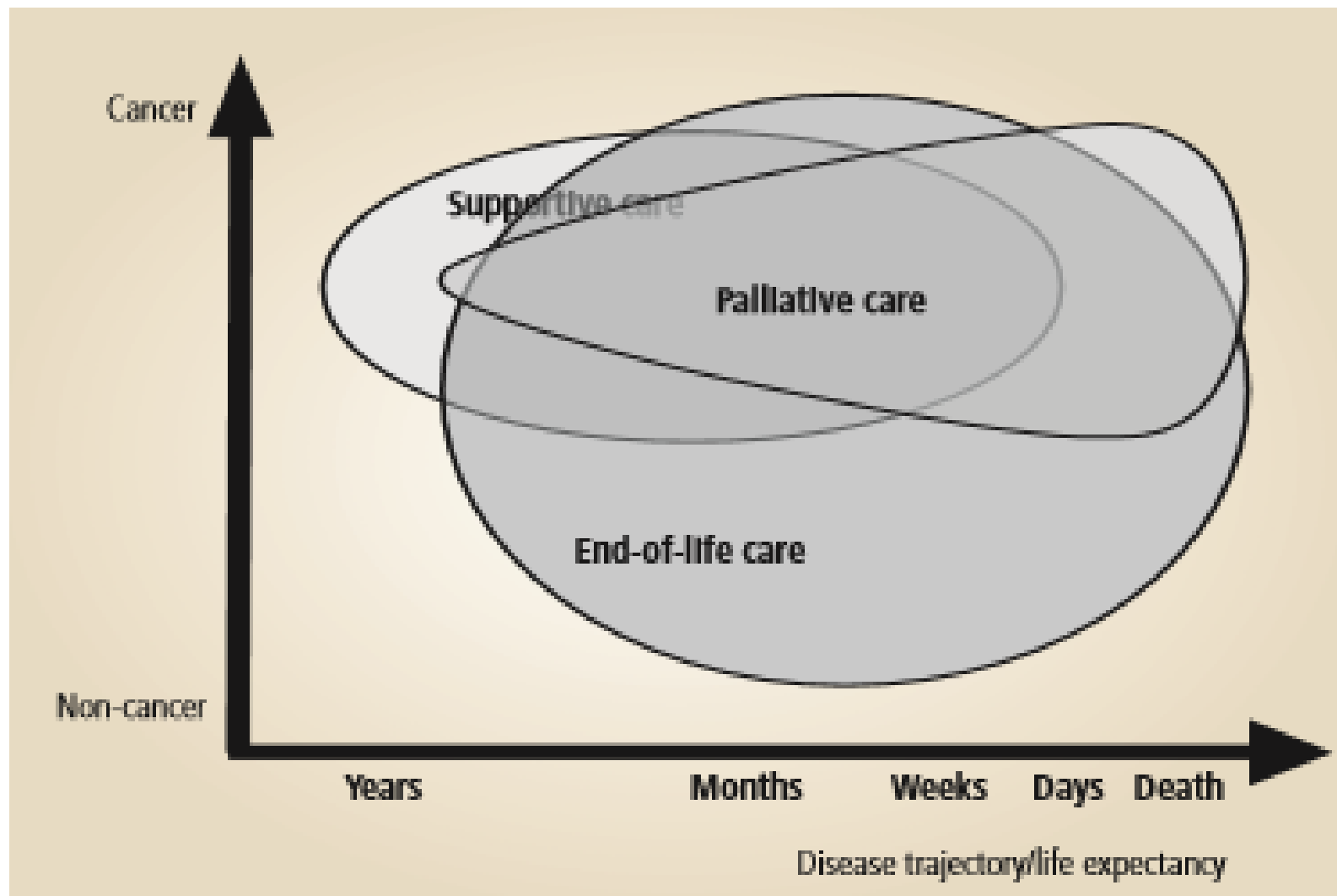


高齢者医療

# 緩和ケア, 支持療法, エンドオブライフケア のケアの提供域 (狭義の定義)



# 緩和ケア, 支持療法, エンドオブライフケア のケアの提供域 (広義の定義)



# 何故非がん疾患のエンドオブライフケアに取り組んだのか？



1997年8月ミシガン州、アーバーホスピスを訪問。アルツハイマー病末期の方のご家庭を訪問した。

- 1997年 ミシガン老年医学セミナー  
アーバーホスピス見学  
アルツハイマーの講演 (Dr.P.Whitehouse)
- 2003年 ホスピスの国際大会 (第5回アジア太平洋ホスピス大会) Derek Doyle氏  
73回AID アメリカのホスピスの全容を知る  
～非がん疾患の看取りが増加～

2005年症例を集めて学会、研究会報告

2006年「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」 (勇美財団)

2007年日本在宅医学会報告 (最優秀演題賞)

2009年「非がん疾患の予後予測の指標作成に関する研究」(勇美財団)

2010年「チャレンジ！非がん疾患の緩和ケア」出版(南山堂)

2013年「医療と看護の質を向上させる認知症ステージアプローチ入門」  
～早期診断、BPSDの対応から緩和ケアまで～(中央法規出版)

2013年「心不全の緩和ケア」出版(南山堂)

2016年「呼吸器疾患の緩和ケア(仮題)」出版予定(南山堂)

# 近年の我が国の非がん疾患緩和ケアの動向

2001年	高齢者の終末期の医療及びケアに関する日本老年医学会の立場表明2001
2004年 ～	日本在宅医学会等在宅系の学会で報告増加
2007年	がん対策基本法施行 ⇒ PEACE(2007)、OPTIM(2008)
2010年	循環器疾患における末期医療に関する提言(日本循環器学会)
2011年	高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として(日本老年医学会)
2011年	医療・介護関連肺炎(NHCAP)ガイドライン(日本呼吸器学会)
2012年	高齢者の終末期の医療及びケアに関する日本老年医学会の立場表明2012
2012年	慢性血液透析の非導入と継続中止に関する提言(日本透析医学会)
2013年	筋委縮性側索硬化症診療ガイドライン2013(日本神経学会)
2013年	COPD診断と治療のためのガイドライン第4版;終末期の緩和ケアについて初めて詳細に記載(日本呼吸器学会)
2014年	3学会合同終末期医療ガイドライン(日本救急医学会,集中治療医学会,循環器学会)
2016年	高齢心不全患者の治療に関するステートメント(日本心不全学会ガイドライン委員会)
2017年	肺炎ガイドラインの改定(予定)(日本呼吸器学会)





すべての人にエンドオブライフケアの光を！

お問い合わせは、メール：[hirahara@fureaico-op.com](mailto:hirahara@fureaico-op.com)