

3. がん以外の疾患に対する緩和ケア

坂下明大

(神戸大学医学部附属病院 緩和支援診療科/腫瘍センター 緩和ケアチーム)

はじめに

わが国の緩和ケアは1980年代より急速に進歩し、がん対策基本法に代表されるように、がん患者を中心に発展してきた。しかし、昨今、がん以外の疾患に対しての緩和ケアの必要性について各学会や行政でも議論されるようになり、がん以外の疾患に対する緩和ケアは重要な課題の1つとなっている。本稿では、がん以外の疾患に対する緩和ケアの現状を踏まえ、今後の課題と展望について述べていきたい。

日本におけるがん以外の疾患に対する緩和ケアの現状

わが国における緩和ケアは、おもにがん患者を対象として導入され、その後もがん患者を中心に展開されてきた¹⁾。一方、WHOによる定義では、緩和ケアの対象はがんに限らず「生命を脅かす疾患」とされており²⁾、国内においても緩和ケアの在り方について多くの議論がなされている。

しかし実際には、わが国においてがん以外の疾患の患者のうち、どの程度の人たちが緩和ケアを必要としているのかは明らかではない。2015(平成27)年の人口動態統計によれば、年間死亡数1,290,444人のうち、悪性新生物による死亡数は370,346人(28.7%)でしかない。心疾患、呼吸器疾患(肺炎や慢性閉塞性肺疾患)、脳血管疾患、腎不全、老衰を合わせると571,052人(年間死亡者の44.3%に相当)にのぼり、がん疾患以外で死亡者数の約半数を占めている³⁾。したがって、エンド・オブ・ライフにおいて緩和ケアを必要としている患者は、欧米と同様にがん患者よりもが

ん以外の疾患の患者の方が高い可能性がある⁴⁾。

それでは、がん以外の疾患の患者に対して、どの程度専門緩和ケアサービスが提供されているのだろうか。日本緩和医療学会が毎年実施している緩和ケアチーム登録の結果によれば、2015年度には521施設の緩和ケアチームが登録をしており、年間の新規依頼件数は81,296名であった⁵⁾。このうち、がん以外の疾患の依頼件数は2,544名(3.1%)にとどまっているのが現状である(図1)。わが国の緩和ケアチームは、がん以外の疾患については、ほとんど支援できていないのではないだろうか。さらに、緩和ケア病棟では、緩和ケア病棟入院料の施設基準として、悪性腫瘍の患者または後天性免疫不全症候群に罹患している患者が入院対象とされている。このように、がん以外の疾患をもった患者が、病院で専門緩和ケアサービスにアクセスすることは、ほとんどできないのがわが国での実情である。

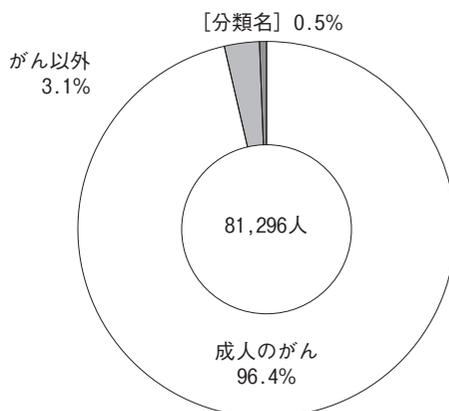


図1 緩和ケアチーム登録における疾患区分⁵⁾
(日本緩和医療学会. 緩和ケアチーム登録2015年緩和ケアチーム登録解析より)

世界の中での日本の緩和ケアの現状

わが国の緩和ケア/エンド・オブ・ライフケアの現状を表す1つの資料として、英国エコノミスト誌の「死の質の指標 2015 年度版」が参考となる⁶⁾。この調査では、「緩和ケアと医療環境」「人的資源」「ケアへの経済的負担」「ケアの質」「社会の関与」という5つの項目に基づいて評価されている。日本は前回調査された2010年には世界第23位であったが、今回の調査では14位へと大幅にランクアップしている。これはおもに、政府主導のがん対策が進み、基本的な緩和ケアが受けられるようになったこと、つまり、すべてのがん診療拠点病院に緩和ケアチームが整備されたことが大きく評価されたものである。しかし、「緩和ケアと医療環境」と「人的資源」の点では、依然として上位の国と比較すると不十分であることが指摘されている。具体的には、がん以外の疾患に対する緩和ケアが整備されていないこと、病院以外での緩和ケアが整備されていないこと、緩和ケアの専門家の数や認定制度の不充分さがその主な要因である考えられている。世界と比較すると、がん以外の疾患に対して緩和ケアが適切に提供されていないことが、現在の日本の解決すべき課題として明確になってくる。

がん以外の疾患に対する緩和ケアの課題と展望】

がんに対しての緩和ケアとの違いについて考えてみると、慢性心不全や慢性呼吸器疾患などの臓器不全では、終末期はがんよりも長い数年の経過をたどる。また、どの症状増悪や入院が、患者の死亡に結びつくかを予想することが困難である。さらに、増悪と寛解および入退院を繰り返し、そのたびに徐々に全身状態が悪化することが知られている⁷⁾。このような疾患の不確定さを前提として、緩和ケアの提供体制や地域における多職種が協働できる体制を整備することが重要であるとされている⁸⁾。がん以外の疾患の症状に関しては、がん患者と同様に疼痛をはじめとする多彩な症状を示すことが知られており⁹⁾ (表1)、包括的な評価と対処が必要である。

日本緩和医療学会代議員に対して行ったがん以外の疾患の緩和ケアに関する実態調査においては¹⁰⁾、「予後予測が難しい」、「緩和ケアに関する診療加算が算定できない」、「回復可能な状態かどうかの判断が難しい」、「終末期かどうかの判断が難しい」、「症状緩和のための薬物療法で適応外処方が多い」などの項目で回答が多く、先行研究と同じような困難感を抱えていることがわかった(図2)。

では、今後、がん以外の疾患に対する緩和ケア

表1 症状の頻度⁹⁾

	がん	AIDS	心疾患	COPD	腎疾患
疼痛	35～96%	63～80%	41～77%	34～77%	47～50%
抑うつ	3～77%	10～82%	9～36%	37～71%	5～60%
不安	13～79%	8～34%	49%	51～75%	39～70%
混迷	6～93%	30～65%	18～32%	18～33%	-
倦怠感	32～90%	54～85%	69～82%	68～80%	73～87%
呼吸困難	10～70%	11～62%	60～88%	90～95%	11～62%
不眠	9～69%	74%	36～48%	55～65%	31～71%
嘔気	6～68%	43～49%	17～48%	-	30～43%
便秘	23～65%	34～35%	38～42%	27～44%	29～70%
下痢	3～29%	30～90%	12%	-	21%
食欲不振	30～92%	51%	21～41%	34～67%	25～64%

予後予測	<ul style="list-style-type: none"> ・治癒が可能かどうかの判断が難しい ・回復可能な状態かどうかの判断が難しい ・予後予測が難しい
end of life discussions	<ul style="list-style-type: none"> ・意思決定支援が難しい ・倫理的な問題への対応が難しい
医療行政	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアに関する診療加算が算定できない ・症状緩和のための薬物療法で適応外処方が多い

図2 がん以外の疾患に対する緩和ケアの困難感
〔文献10〕を参考に作成〕

としては、具体的には何が必要となるのだろうか。筆者は、①アドバンス・ケア・プランニング、②症状の評価とマネジメント、③専門的緩和ケアへの相談体制の整備、の3点がまずは優先的な課題ではないかと考えている。

まず、アドバンス・ケア・プランニングについては、予後予測、回復可能な状態あるいは終末期かどうかの判断が難しいと考えられている。がん以外の疾患ではさらに重要性が増してくると思われる。特に、現場で診療やケアを行っている医療従事者にとっては、アドバンス・ケア・プランニングをいかに治療期の段階から導入していくかが重要となってくる。患者・代理決定者（多くの場合、家族）と医療従事者が意思決定を共有していくプロセスが、患者の意向を尊重した医療やケアを提供するためには必要である。

次に、症状マネジメントについては、がん領域で蓄積された緩和ケアの知識や技術を応用していくことは可能ではないかと考えている。ただし、各疾患における標準治療や疾患特異性を理解したうえで薬物療法・非薬物療法について検討が必要となる。慢性心不全や慢性閉塞性肺疾患などのガイドラインにおいても症状緩和や緩和ケアについての記載はあるものの、国内においては適応外処方となる薬物療法もある。この問題を解決するためには、各疾患における症状に対しての薬物療法や非薬物療法のエビデンスを蓄積しながら、標準的な治療戦略を構築していくことが求められる。

最後に、がん以外の疾患に対しては緩和ケアに関する診療加算が算定できない行政面の課題があるものの、今後は、がんの緩和ケアに従事してき

た医療従事者とがん以外の疾患の診療を行っている医療従事者との協働が必要となってくる。がん以外の疾患の診療を行っている医療従事者には基本的な緩和ケアのさらなる教育・啓発が必要であり、必要時に緩和ケアの専門家にコンサルテーションを行いやすい環境を作っていくことが重要である。また、がんの緩和ケアに従事してきた医療従事者もコンサルタントとして、がん以外の疾患に対しての知識や理解が必要となってくる。今後は、緩和医療の専門スタッフには、幅広い疾患に対しての知識が求められる時代が訪れると思われる。今後のわが国の緩和ケアの質を高めるためには、疾患を限定することなく対応できる、緩和医療の専門スタッフを教育・育成できるシステムを構築していくことが必須である。

おわりに

緩和ケアの対象疾患は、すべての生命の危機に直面する疾患であり、その専門性は包括的なアセスメントをしたうえでの症状マネジメントと、Good Death and Dying（最期までどのように生を全うするのかを支える）の達成にある。今後わが国でも、慢性心不全、慢性腎不全、慢性呼吸不全、神経・筋疾患、肝硬変など多くの疾患に緩和ケアが導入され、普及していくことを期待したい。

文献

- 1) Satoru T : Development of palliative medicine in Asia. Textbook of palliative medicine and supportive care 2nd Ed. Bruera E, et al. Ed. CRC Press. p.71-76, 2014
- 2) World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. 2002 [http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/] (2017年11月4日最終閲覧)
- 3) 平成27年人口動態統計（確定数）の概況。厚生労働省 [http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei15/dl/11_h7.pdf] (2017年11月4日最終閲覧)
- 4) The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance: Global atlas of palliative care at the end of life. January 2014 [http://www.who.int/nmh/GlobalAtlas_of_Palliative_Care.pdf] (2017年11月4日閲覧)
- 5) 日本緩和医療学会：緩和ケアチーム登録2015年緩和ケアチーム登録解析 [http://www.jspm.ne.

- jp/pct/report_jsmpct2015.pdf] (2017年11月4日最終閲覧)
- 6) The 2015 Quality of Death Index : Ranking palliative care across the world. A report by The Economist Intelligence Unit [https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/images/2015%20Quality%20of%20Death%20Index%20Country%20Profiles_Oct%206%20FINAL.pdf] (2017年10月4日最終閲覧)
 - 7) Kendall M, et al : Exploring the concept of need in people with very severe chronic obstructive pulmonary disease : a qualitative study. *BMJ Support Palliat Care*, 2015
 - 8) Oishi, A., Murtagh FE : The challenges of uncertainty and interprofessional collaboration in palliative care for non-cancer patients in the community: a systematic review of views from patients, carers and health-care professionals. *Palliat Med* 28 (9) : 1081-1098, 2014
 - 9) Solano JP, Gomes B, Higginson IJ : A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *J Pain Symptom Manage* 31 (1) : 58-69, 2006
 - 10) 大坂 巖, 坂下明大, 木澤義之, 他 : わが国における非がん疾患に対する緩和ケアの現状—日本緩和医療学会代議員を対象とした実態調査. *Palliat Care Res* 13 (1) : 31-37, 2018