

4. 緩和ケアと看護の拡がり

A. 非がん疾患での緩和ケアと看護

2) 呼吸器 (COPD)

成田亜侑美

(国立長寿医療研究センター 看護部)

緩和ケアにおける歴史

1990年代までは、欧米において緩和ケアの主たる対象は、末期がんのみであった。しかし、2002年には世界保健機関 (World Health Organization : WHO) により緩和ケアの定義が改定され、緩和ケアの対象は、がんのみならず非がん疾患を含むことが、より明らかになった。さらに2004年、英国下院では「緩和ケアは社会保障の重要な柱」として位置づけられ、2012年、ヨーロッパ緩和ケア協会は、「プラハ憲章」のなかで、適切な緩和ケアを受けるのは国民の権利だと言及した¹⁾。世界の緩和ケアは、社会保障の柱であり、国民の権利と位置づけられたのである。

わが国における非がん疾患の緩和ケアの発信は、2001年に日本老年医学会の立場表明から始まった。2007年にがん対策基本法が施行されたことで、わが国の緩和ケアは制度上、それまで以上にがんが焦点が当たることになったが、2010年の日本循環器学会の提言をはじめとして、各専門領域の学会が終末期医療のあり方について発信したことを契機に、非がん疾患の緩和ケアが再度注目されることになった。

なかでも、呼吸器領域での緩和ケアの歴史としては、2013年に日本呼吸器学会が改訂した『COPD診断と治療のためのガイドライン (第4版)』において、終末期の緩和ケアについて初めて詳細に記載され、2017年に日本呼吸器学会が改訂した『成人肺炎診療ガイドライン2017』では、肺炎の治療をしない選択肢もあることが示された。このような経過で、わが国においても非が

ん疾患の緩和ケア、とりわけ呼吸器領域の緩和ケアが、拡がりをみせ始めたのである。

COPDの病態と標準治療

『COPD診断と治療のためのガイドライン (第5版)』によると、慢性閉塞性肺疾患 (chronic obstructive pulmonary disease : COPD) は「タバコ煙を主とする有害物質を長期に吸入曝露することなどにより生ずる肺疾患であり、呼吸機能検査で気流閉塞を示す。気流閉塞は末梢気道病変と気腫性病変がさまざまな割合で複合的に関与し起こる。臨床的には徐々に進行する労作時の呼吸困難や慢性の咳・痰を示すが、これらの症状に乏しいこともある¹⁾」と定義されている。COPDは、気流閉塞と動的肺過膨張により呼吸困難が生じることから、気管支拡張薬を使用して気流閉塞が軽減することで、楽に呼吸が行えるようになる。また、一部のCOPD症例や、COPDの急性増悪症例については、気道炎症に対して、おのおの気管支拡張薬の吸入やステロイド薬の全身投与が行われる。

COPDの病みの軌跡は、急性増悪を繰り返しながら徐々に臓器機能の低下をきたし、死に至るorgan system failureモデルで、慢性の経過を辿りながらも、増悪をきっかけに致命的な状態に陥ることが多く、余命を推定することが難しいとされている (図1)²⁾。急性増悪か終末期かの判断が難しいことが特徴である。

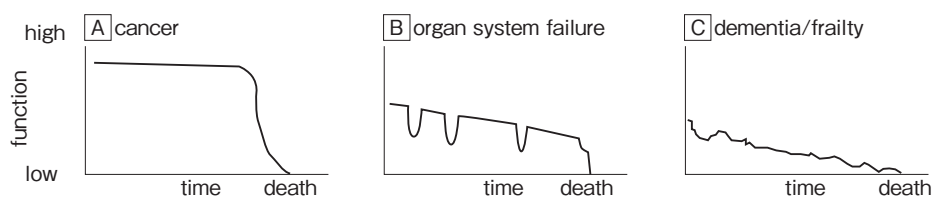


図1 各疾患での終末期の疾患軌道

(文献2より引用)

COPD 患者への緩和ケア

『COPD 診断と治療のためのガイドライン（第4版）』において、世界における COPD の有病率や死亡率は高く、今後も人口の高齢化や高喫煙率の国々のために世界の COPD 患者数は増加すると予測されている。2015 年の WHO の調査では、COPD は死因の第 4 位に位置づけられ、今後第 3 位になると予測されているが、実際には COPD 患者に十分な緩和ケアが提供されているとはいえない現状があり、適切な緩和ケアを行うことは重要であるといえる。

緩和ケアの歴史の項でも触れたが、WHO は緩和ケアを「生命を脅かす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、疾患の早期より痛み、身体的苦痛、心理・社会的な苦痛、スピリチュアルな苦痛に関して科学的な根拠に基づき評価を行い、それが障害とならないよう予防したり、対処したりすることで、QOL を改善するためのアプローチである³⁾」と定義している。

COPD 患者への緩和ケアでは、患者が受け入れられる範囲の従来の治療を継続することが、緩和ケアのファーストステップとされている。気管支拡張薬の継続や、非侵襲的陽圧換気 (noninvasive positive pressure ventilation : NPPV) も症状緩和に有用な場合がある。

このような従来の治療を継続したとしても COPD の進行によって、標準的な治療では緩和されない呼吸困難が起こりえる。呼吸困難の緩和においては、患者が受け入れられる範囲の治療・ケアを可能なかぎり継続し、並行してモルヒネなどを用いることが基本的な考え方である。

『COPD 診断と治療のためのガイドライン（第4版）』以降、呼吸困難が改善しない時は、海外

のエビデンスを参考に、モルヒネの使用が推奨されている。わが国においては、呼吸困難の対策として経口オピオイドの投与が推奨されているが、保険診療上、適用外使用となり、今後検討されるべき課題である。

ACP, 意思決定支援

すべての人において、人生の最終段階に向けた意思決定支援が重要である。確かに COPD は予後予測が難しい場合も多くあるが、COPD の年単位の予後予測指標の 1 つとして、BODE インデックスやサブライズクエスチョンがある。本人への意思決定支援の難しさがあるが、前項で述べた病みの軌跡の特徴を理解し、予後を意識して医療介護職が意思決定支援を行うことで、患者や家族が残された時間を最期まで生き抜くことができる。

終末期医療のあり方に対し患者の意思を示しておけるように、急性増悪から改善した時を契機に患者と医療者間でコミュニケーションを始め、多職種で連携して意思決定支援していくことが重要である。患者とのコミュニケーションや多職種が連携することによって、意思決定にまつわる、心理・社会的な苦痛、スピリチュアルな苦痛が和らぎ、QOL の改善が可能になる。

COPD 患者にアドバンス・ケア・プランニング (ACP) を開始する時期は、できるだけ早期が望ましいとされている。事前指示として、延命治療はしないと決めた場合は、患者にとっての最善とは何かを考え、多職種で検討し、メリットとデメリットを共有し、治療の差し控え、中止を患者が選択できる機会を設けるなど、共有意思決定 (shared decision making : SDM) を行うことが、

看護ケアとして重要である。

ACPを確認する時期として好機だと感じる時期の1つとして、急性増悪を乗り越え呼吸困難が改善された時がある。今後もし急性増悪をきたした場合、本人はどのような「価値観」をもち、どのような「生命維持治療の選好」「療養・最期の場所の選択」「代理決定者の選定」を願うのか、患者・家族・医療者で共有できる機会を設けることが大切である。

Andrewらによると、その人物の願いが表明され、実現されるようACPを行うことが、終末期ケアと患者と家族の満足度を改善させるとしている⁴⁾。諸外国では、ACPによって、本人の意思が尊重され、クオリティ・オブ・デス（quality of death: QOD）が高まることや、残された家族の気持ちのつらさが和らぐことが明らかにされている。ACPは、苦痛を和らげ、QOLないしQODを高める緩和ケアの重要なアプローチ方法であるといえ、日本においても同様の効果が期待される。

今後の COPD 看護ケア

今後の COPD への緩和ケアを進めるため、看護師の視点として、以下の3点が重要である。

1. 自尊感情を支える看護ケア

COPDは、慢性的な息切れからADLの低下をきたし、社会的役割や趣味の喪失から自己概念や生活の再構築を余儀なくされることも少なくな。病状の進行によって、セルフケアの充足が困難となり、自分は何もできず、迷惑をかけてばかりの存在と捉えてしまい、自分の存在価値が見出せず、自尊感情の低下をきたしやすい。自尊感情の回復・維持に向け、セルフケアの充足を図るために快の提供を行い、患者の苦悩に共感し、頑張りを称賛するなど、心の安寧や存在価値を見出すための支援が必要である。

2. 望んだ場所での生活を最期まで支える意思決定支援

患者を中心として、住み慣れた住まいでその人

らしく生きることができるよう、早期から患者、家族や友人など、患者が信頼している人物、医療介護職との関係性を構築し、ACPを推進していく必要がある。

3. 多様な生活の場での緩和ケアの推進

緩和ケア病棟のほとんどががんのみを対象としている現状があるため、COPD患者が入院できない場合が多く、COPDの緩和ケアを地域で支えることが十分ではない。COPDの緩和ケアを推進するためには、地域ネットワークを基盤とした切れ目のないケアが提供されるよう、病院での支援内容が退院後の療養場所でも継続的に行われる連携体制が整備・確立されるようにしたい。自宅や高齢者施設といったさまざまな場所においても非がん疾患の緩和ケアが拡がるようにしたい。

以上、1.～3.のように、本人の人生の物語も踏まえ自尊感情を支えるケアが提供され、望んだ場所で最期まで生活できるよう意思決定支援が行われ、多様な生活の場で緩和ケアが展開され、強固な地域ネットワークが構築されることを願ってやまない。

COPDの緩和ケアは、その人の人生を支える、地域緩和ケアである。

引用文献

- 1) 日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第5版作成委員会 編：COPD 診断と治療のためのガイドライン第5版。メディカルレビュー社、p.1, 2018
- 2) Lynn J: Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families: the role of hospice and other services. JAMA 285: 925-932, 2001
- 3) World Health Organization: WHO definition of palliative care, 2015 [http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/] (2018.12.9 アクセス)
- 4) Detering KM, Hancock AD, Reade MC, et al: The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. BMJ 340: c1345, 2010

参考文献

- 1) 日本呼吸器学会成人肺炎診療ガイドライン2017作成委員会 編：成人肺炎診療ガイドライン2017。日本呼吸器学会、2017

- 2) 津田 徹, 平原佐斗司 編: 非がん性呼吸器疾患の緩和ケア—全ての人にエンドオブライフケアの光を! 南山堂, 2017
- 3) 西川満則: 救命治療の拒否と“期間限定トライアル”の提案. 日経メディカル. [[https://medical.](https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/series/acp/201809/557854.html)

[nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/series/acp/201809/557854.html](https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/series/acp/201809/557854.html)] (2018.11.13 アクセス)