

「非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針 2021」と吸入指導

今回は吸入指導とは少し離れたテーマですので気楽に読んでいただければ。

表記「[非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針 2021](#)」がパブコメを経て本年 4 月 1 日付けで公開となりました(上記リンクの日本呼吸器学会のホームページから無料で pdf 版をダウンロードできます)。どこかでコラムで触れようと思っていましたが時間経ってしまいました。

同指針ができた意味、薬剤師が同指針とどのように付き合っていくかなど、緩和薬物療法認定薬剤師の視点からコラムを書かせていただこうと思います。



はじめに：COPD と緩和ケア

杉田は若手薬剤師に吸入指導の教育を行うときに、喘息と COPD の患者指導スタンスの違いとして、「[喘息の吸入療法の究極の目標は喘息死の予防](#)。よってできる限りの支援を行って吸入薬を使えるようにする」。一方で「[COPD の吸入療法は緩和ケア](#)。症状を緩和し QOL を上げるために行う。よって吸入自体が 1 番の苦痛にならないように配慮しながら行う」と説明しています。

COPD は緩和ケアを要する疾患か？

イエス、ですが。制度がまだ追いついていません。

政策的にはがん、HIV、そして心不全が緩和ケアとして何らかの診療報酬の手当があります。中でもがん緩和ケアはがん対策基本法 2006 が成立してから多くの資金・資源が投入されて研究が行われ、がん治療自体が改良されているのはもちろん、がん治療の両輪としてがん緩和ケアも緩和ケア病棟の整備、医師向けに緩和ケアの基礎教育を行う [PEACE 研修](#)など(薬剤師には PEOPLE→[pSMILE 研修](#)というものがあります)の医療者教育、医療用麻薬をはじめとした様々ながん症状緩和療法薬が開発されました。

一方でがんと対義的に「非がん」と総称される、“がんではなく”、でも”死に至る病として緩和ケアを要する疾患”についてはその対応が遅れています。

緩和ケア病棟の対象疾患は「がん」と「HIV」の末期のみであり、「心不全」は緩和ケア病棟に入院できず、外来や一般病棟での緩和ケア診療報酬加算による緩和ケアサポートになり

ます。

そして、呼吸器病棟で遭遇する「COPD」や「間質性肺炎」「気管支拡張症」の末期は政策(診療報酬)的には緩和ケアの対象疾患になっておらず、そのため現場の医療リソースも、その症状緩和にかかる研究や薬剤開発も充分に行われていない現状があります。特に呼吸困難に対して医療用麻薬がほとんど使えない(モルヒネ錠、注のみ。他の医療用麻薬は原則がんのみの適応)ため、十分な緩和ケアを受けられるがんより苦しい亡くなり方をする疾患になっている現状があります。

非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針 2021 の効果

がん緩和ケアに慣れたものから見ると、今回の非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針に書かれている治療法(特に薬物療法)に目新しいものは見当たらないように思えます。では指針を作ったことにどんな意味があるのでしょうか。

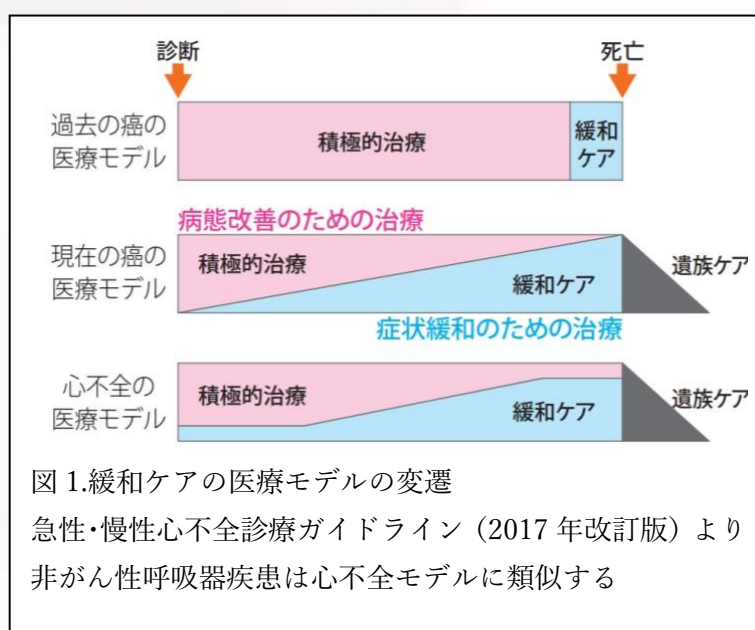
呼吸器疾患緩和ケアは従前、このような指針すらなかったために、肺癌などの緩和ケアの知識を流用して対処してこられました。そのため、がんと非がんで使える薬や社会資源の違いが生じたときに対応に困ったり、そもそも同じ対応をしてよいのか分からなかったりという問題がありました。

今回この指針ができたというのはそのような非がん呼吸器疾患緩和ケアの現状を整理して、慣れていない方の対応の底上げを目指すことと、がん緩和ケアに比べてなにが足りないのか、なにが必要なのかを明らかにすることがあると推察されます。今後不足している情報や治療法を改善していくために、スタートラインを引いた、問題点を明らかにした、というのがこの指針の意義ではないでしょうか。今後、この指針を元に非がん性呼吸器疾患緩和ケアの質を高める有効な薬剤などの登場を期待したいと思います。

非がん性呼吸器疾患緩和ケアの特徴

非がん性呼吸器疾患の緩和ケアは、呼吸困難の対応に肺癌緩和ケアのノウハウを流用しつつ、非がん性緩和ケア疾患である心不全の緩和ケアのノウハウをハイブリッドにした対応が必要になります。詳細は今回の指針にも書いてありますので興味を持たれましたらお読みください。

- ① 原病治療自体も緩和になるので
可能な範囲で最後まで続ける



がん緩和ケアは終末期は抗がん薬のような侵襲的な積極的治療を控えて緩和ケアに専念しますが、非がん性呼吸器疾患緩和ケアは吸入療法などが症状緩和に繋がるので、可能なら(それ自体が苦痛になるようなら行わない)続けます。このあたりは心不全で終末期まで循環器用薬が使われることに似ています(図1)。

②呼吸困難3点セット(医療用麻薬、ステロイド、抗不安薬)は有効だが、医療用麻薬は適応上使用できないものが多い

近年上市された医療用麻薬はほぼ全てが「がんによる～」という適応になっているため、非がん性呼吸器疾患には適応外になってしまいます。非がん性呼吸器疾患に使えるのはモルヒネ錠、注というのが現状です(※¹)

そのため腎機能が悪いがん患者にはモルヒネは活性代謝物の問題で避けて、活性代謝物が少ないオキシコドン系(オキシコンチンなど)やヒドロモルフォン系(ナルサスなど)を使いますが、腎機能が悪い非がん性呼吸器疾患患者では副作用に注意しながらモルヒネを慎重に使わざるを得ません。また、徐放製剤は安静時の呼吸困難には有効と思われますが、MS コンチン以降、全て徐放剤はがん性疼痛の適応となっています(※²)

そしてオプソ内服液(モルヒネ内用液)は飲みやすく、モルヒネ錠より力価が小さい(5mg～)ので初期投与には有用と思われますが、これもがん患者のみで、非がん緩和ケアでは内服では最少でモルヒネ錠 10mg になっています(※³)。呼吸困難はがん疼痛に比べて医療用麻薬に対する認容性が低い傾向があるので、10mg のモルヒネ錠でも副作用で継続困難なことは時々あります。

※¹ トラマドール製剤やフェンタニル注も使えますが、これらは呼吸困難への効果が乏しいです。

コデインは後述のように実質的に低用量のモルヒネとして使えます。

※² オキシコンチン TR 錠、フェントステープは条件付きで非がん性疼痛にも使えますが、制限の多さから非がん性呼吸困難で使うには現実的ではありません。

※³ 臨床現場ではコデイン 20mg が体内でモルヒネ 2～3mg 相当に変換されて働くので、事前に聞かれればコデイン錠(散)1～2 錠(包)/回が初期投与として認容性に配慮した処方としてお勧めしています。フスコデシロップなどもジヒドロコデイン(コデインの2倍の力価)を含み、飲みやすいので提案にあがります

② がんに比べて終わり(看取り)の時期が予測しづらい

非がん性呼吸器疾患を含む非がん緩和ケアでは、ACP(Advance Care Planning)が重要だとされています。ACP 自体はがん緩和ケアで開発されましたが、後述するように非がん緩和ケアでより重要な概念です。

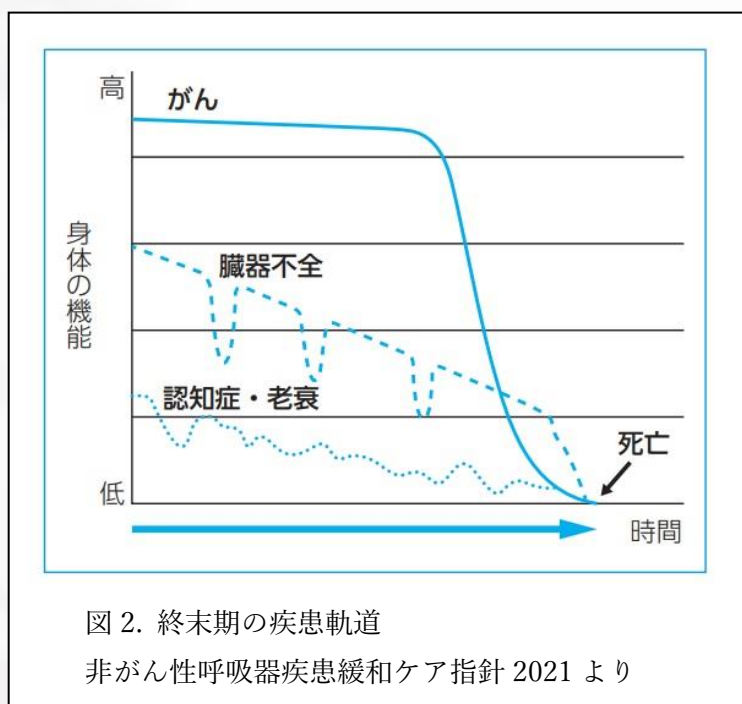
ACP とは本人・家族・医療スタッフを交えて、自分の意思表示が困難になったときに自

分らしく逝くための話し合いを持つことです。病状が比較的安定しながらも、何かあれば亡くなってもおかしくない時期に開始され、必要に応じて更新されてゆくものです。尊厳死などの文脈で語られることの多い AD(Advanced Directive：事前指示)やリビング・ウィルの概念を含みつつ(ACP の結果物としてこれらの文書が作成されます)、医療者を話し合いに交えることで専門性や実現可能性も担保できるものです。厚労省が「人生会議」と名付けて周知しようとしたましたが、余りしっくりこない名称なので現場では普通に ACP と言っています。これはこれで患者さん向けにはわかりにくいのもっと馴染みやすい日本語の愛称が欲しいです。

さて、非がん緩和ケアで ACP が重要なのはなぜかという、まず「終末期の疾患軌道」をご存じでしょうか(図 2)。(突然死、)認知症・老衰、がん、臓器不全に分かれ、心不全や呼吸器疾患は臓器不全にあたります。がんは比較的ギリギリまで患者の全身状態は保たれ、余命 3 ヶ月ぐらいから落ち始め、残り 1 ヶ月を割った頃に急速に悪化して亡くなります。そのため週～短い月単位の予後になってくると、そろそろお看取りというのはある程度の経験がある医療スタッフ間でコンセンサスをとることは比較的容易です。また、「がん」という言葉の重みが、患者に多かれ少なかれ死を意識して準備を始めさせることに繋がります。

一方で呼吸器疾患を含む非がん緩和ケアでは、急性増悪を起こし、急性期治療を行うことで持ち直して退院するものの、入院前までの体調には戻らずまたいずれ急性増悪を起こし…というのを繰り返しながら、あるときの急性増悪・入院で助からずにお看取りということがしばしばあります。前回助かったから今回も大丈夫というのが通用しないのですが、なかなか患者側は楽観視しがちで、亡くなってみたら結局何の準備もされておらず遺族に大混乱を引き起こすことが懸念されます。

そのため、冒頭の ACP を比較的落ち着いた時期に行って、いざというときに自分らしく、また遺族にかかる負担が最小限になるように亡くなっていく準備を進めて行くことが重要とされています。



心不全でも I -IV期のうち、初めての急性増悪で入院する III 期に移行したところを、最初の ACP を行うべき時期としており、COPD でも同じように考えてよいのではないのでしょうか。

この ACP は薬局の薬剤師が関われるところに思えます。本格的な ACP は本人・家族・医療スタッフを交えて行うので、ACP の教育を受けた医療スタッフが取り仕切るのがよいと思いますが、[もしバナゲーム](#)のような、初期の ACP の段階ではそれを行うきっかけ作りに地域の医療拠点として、患者さんの日常と接する薬局が関わっていけると理想的かなと思います。

(文 埼玉県立循環器・呼吸器病センター 薬剤部 杉田英章)

