

日本赤十字九州国際看護大学/Japanese Red
Cross Kyushu International College of
Nursing

慢性性と緩和ケアを考える：
腎臓病と生きる人とともに

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 医学書院 公開日: 2024-01-25 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 中村, 光江 メールアドレス: 所属:
URL	https://jrckicn.repo.nii.ac.jp/records/2000027

著作権は日本腎不全看護学会に属する。
http://ja-nn.jp/uploads/files/toukougitei_20231130.pdf

第24回日本腎不全看護学会・学術集会 大会長講演

慢性性と緩和ケアを考える

腎臓病と生きる人とともに

第24回日本腎不全看護学会学術集会・総会 大会長

中村 光江¹

I. 第24回大会開催の御礼

第24回日本腎不全看護学会学術集会・総会(以下、本大会と略す)は、「慢性性と緩和ケアを考えるー腎臓病と生きる人とともに」をテーマに、福岡市・福岡国際会議場での現地開催とライブ・オンデマンド配信を併用した日本腎不全看護学会として初めてのハイブリッド開催方式の学術集会となった。参加者は1,632名、うち会場での参加は約200名であった。本大会が無事終了したことを報告するとともに、参加者および支援をいただいた団体・施設・企業・個人の皆様方に心より厚く御礼申し上げたい。

約2年前、本大会はCovid-19拡大とほぼ同時期に本格的な準備に入った。大会テーマは早々に決定したものの、開催時のCovid-19の状況をはじめとした大会企画に必要な事項の予測が難しい状況であった。医療系・看護系学会が次々とオンライン開催を決定していく中、「オンラインでは双方向のやりとりができないジレンマがある」という声もあり、できるだけ対面あるいはハイブリッド型での開催を目指し、その方法を慎重に検討していった。

会員向けに参加予定に関するアンケート調査を実施した結果、「Covid-19の状況によっては所属施設から参加の許可が出るかわからない」「自粛せざるを得ないかもしれない」という回答が大半を占めたが、「ぜひ対面の機会を設けてほしい」という声に背中を押され、また、関係団体・施設の協賛および賛助会員・企業から開催への支援をいただき、ハイブリッド型での開催に踏み切った。公益財団法人福岡観光コンベンションビューローからはハイブリッド開催に対する補助金を受け、活用させていただいた。

現地会場での感染予防については、三密回避と感染防止行動促進を盛り込んだ運営マニュアルや受付のフローチャートを作成し、会場各所にパネルや消毒液等を設置した。また、参加者には健康管理表の持参を義務づけ、受付ではサーモグラフィの体温計等を用いて当日の健康状態を確認した。また、万が一の際に建物内の保健室をどう活用するのかなども綿密に打ち合わせを重ねた。とはいえ、参加者の大半が医療者であることは心強かった。

閉会后、多くの方から「盛会おめでとうございます」と声をかけていただけたのは、本大会テーマへの関心が高かったことと、会場内外で活発な議論を展開できたことによるものと思う。ライブ配信で会場内外をつなぎ意見交換を可能にしたことはもちろんだが、演題発表についてもオンデマンド配信で閲覧できる期間を設け、発表者と参加者とが交流できる機会を確保した。また、本学会の企画・運営委員の多くが、毎年開催されてきた九州CKD看護研究会で同様の役割を経験してきたことも、スムーズな大会運営に寄与したと思う。本大会のプログラムを表1に示す。

いまだCovid-19収束の予測が難しい状態が続いている。ハード面からも業務的な手順等のソフト面からも、参加者の交流をより活発にする学会開催方法の開発が待たれるところである。

あらためて本大会の関係各位に感謝申し上げますとともに、第25回大会でも対面あるいはオンラインを介して皆様とお目にかかれることを楽しみにしている。

II. 大会長講演要旨

1. 腎臓病の慢性性

本大会のテーマは、「慢性性と緩和ケアを考えるー腎臓病と生きる人とともに」とした。StrausとCorbinは「慢性疾患の病みの軌跡」看護モデルにお

¹ 日本赤十字九州国際看護大学看護学部

表1 第24回日本腎不全看護学会・学術集会プログラム

大会テーマ「慢性性と緩和ケアを考えるー腎臓病と生きる人とともに」

大会長講演	「慢性性と緩和ケアを考えるー腎臓病と生きる人とともに」
座長	社会医療法人名古屋記念財団腎透析事業部 宮下美子
演者	日本赤十字九州国際看護大学看護学部 中村光江
特別講演1	「緩和ケアを臨床に根付かせるために：キーパーソンは看護師」
座長	日本赤十字九州国際看護大学看護学部 中村光江
演者	日本赤十字九州国際看護大学 小松浩子
特別講演2	「病いとこころのゆらぎ～慢性腎臓病と生きること～」
座長	日本赤十字社 福岡赤十字病院 不動寺美紀
演者	福岡県腎臓病患者連絡協議会 中島由希子
緊急企画	腎臓病領域における COVID-19 最新情報「Battle with Covid」
座長	医療法人原三信病院 田原恒
演者	一般財団法人平成紫川会小倉記念病院 腎臓内科 金井英俊
教育講演1	「宗教と看護～生き続ける人のためのスピリチュアルケア～」
座長	久留米大学医学部看護学科成人看護学 桐明あゆみ
演者	非営利一般社団法人大慈学苑 玉置妙憂
教育講演2	「腎臓・透析医療と共同意思決定」
座長	聖隷佐倉市民病院 内田明子
演者	群馬大学大学院医学系研究科 医療の質・安全学講座 小松康宏
シンポジウム1	「非がん患者のACP」
座長	日本赤十字看護大学看護学部 本庄恵子
	静岡県立大学看護学部看護学科 榊みのり
	「慢性腎臓病とともに生きる人のACP」 日本赤十字看護大学看護学部 本庄恵子
	「呼吸器の病と生きることを余儀なくされた人々の Advance Care Planning (ACP)」 日本赤十字看護大学看護学部 田中孝美
	「慢性心不全という病いととも生きる人々とアドバンスケアプランニング(ACP)」 日本赤十字看護大学看護学部 樋口佳栄
	「非がん患者のACPー急性期病院における末期腎不全患者の最期の過ごし方とACPー」 名古屋大学医学部附属病院 高井奈美
	「維持透析患者のエンド・オブ・ライフを支援する～患者の思いを繋ぐ緩和ケアとは～」 地方独立行政法人堺市立病院機構堺市立総合医療センター人工透析室 田中順也
シンポジウム2	「多職種で実践する緩和ケア」
座長	一般財団法人平成紫川会小倉記念病院 西津規
	公立八女総合病院 田村ルミ
	「透析見合わせを自己決定した長期透析患者の看護と多職種連携」 医療法人財団はまゆう会新王子病院 大谷麻岐
	「要介護状態の腹膜透析(PD)患者を地域で支えるために必要なこと」 K&Y 株式会社日本財団在宅看護センターひまわり 片岡今日子
	「個々に寄り添う食」 国家公務員共済組合連合会浜の町病院栄養課 樋口則子
	「終末期慢性腎臓病患者の退院支援」 一般財団法人平成紫川会小倉記念病院医療連携課 長嶋史門

いて、「慢性性」を「長く続くという慢性状況の特性」(Woog/黒江他, 1992/1995, p. 18)と説明している。一方、慢性的な健康問題の要因となる「慢性疾患」は、①永続性、②機能障害の残存、③不可逆的な病理学的変化、④リハビリテーションを要する、⑤長期的管理やケアを必要とする、の5項目のうちの1項目以上を有する疾患と説明されてきた(Mayo, 1956, p. 9-13, 35, 55)。

慢性疾患は基本的には完治しないため、生涯疾患と付き合いしていくことになる。また、同じ疾患であっても、人間や健康、環境にもたらす影響には個別性が高く、長い経過において様々な局面を経験する。「慢性

性」が示す「長く続くこと」は、まさに長期的経過を辿る腎臓病患者の特徴を示しており、慢性腎臓病とともに生きる人が経験する様々な局面やその特徴的な状況に注目する必要性を示している。

2. 人生の最終段階に関する多様な議論

日本の高齢化や慢性疾患患者の増加に伴い、療養場所が医療施設から在宅や施設に移り、地域包括ケアシステムが推進されてきた。また、長寿や延命を重視する考えがある一方で、侵襲性の高い治療による延命よりも人間としての尊厳やQOL(人生の質・生活の質)を重視する考えを持つ人が増加し、人生の最終段階に

における療養環境や治療に関する多様性が広がっている。

厚生労働省は、2007年に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(2015年「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に名称変更)を発表し、2018年には、前述のガイドラインに諸外国で普及しつつあるアドバンス・ケア・プランニング(ACP)や共同意思決定(SDM)の概念を取り入れ、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」へと改訂した。これは最期まで本人の生き方を尊重したうえで、医療・ケアについて検討することの重要性を強調した内容となっており、病気の完治および延命を至上命題としてきた医療におけるパラダイム変化の1つと捉えられる。

3. 終末期ケア/エンド・オブ・ライフケアの考え方

人生の最終段階でのケアを示す概念に、「終末期ケア(ターミナルケア)」がある。看取りの意味合いが強く、かつてはおおむね数か月程の期間を限定した表現であった。しかし、高齢者の健康状態の経過はきわめて多様で臨死期に至るまでは余命の予測が困難であることから、日本老年医学会が「終末期」の定義に具体的な期間の規定を設けない提言(日本老年医学会、2012)を発表してからは、期間を限定せずに「最善の治療をしても身体的に不可逆な状態となり、死が近い時期に提供されるケア」と理解されるようになっていく。

もう1つの概念である「エンド・オブ・ライフケア」は「診断名、健康状態、年齢にかかわらず、差し迫った死、あるいはいつかくる死について考える人が、生が終わるときまで最善の生を生きることができるよう支援すること」(長江、2014, p. 7)と説明されており、「最期を看取る」よりも「最後までその人らしく生きることを支える」意味合いが強調され、患者・家族・医療者が生の一部としてエンド・オブ・ライフをとともに考えることを重んじている。

4. 緩和ケアと全人的苦痛の考え方

緩和ケアは、終末期ケアやエンド・オブ・ライフケアと類似した概念として捉えられる傾向があるように思う。ここではその違いを明確にするために、WHOによる「緩和ケア」の定義を引用したい(日本緩和医療学会、2018)。

「生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである」

この定義の重要なポイントは、①ケアの対象が生命を脅かす疾患を持つ患者と家族であること、②苦痛を多面的に捉えること、③QOLの向上を目指すこと、である。特に、「早期から」という言葉が重要であることを強調しておきたい。

また、近代ホスピスの祖といわれる Cicely Saunders は、人の苦しみを「全人的苦痛(トータルペイン)」と表現し、身体・精神・社会・スピリチュアルな苦痛はそれぞれが単独で存在するものではなく、互いに影響し合っており、時には苦しみを増幅させると考えた。

緩和ケアは、主にかん医療やがん看護の領域で発展してきた。しかし、近年、がん以外の疾患や健康状態低下の特徴によって、それらに特有の緩和ケアを検討する必要性が議論されるようになってきた。腎臓病を持つ人にとっても、長い経過の中で経験する様々な苦痛はまさしく全人的苦痛であり、緩和ケアの対象である。

看護は、もともと苦しむ他者の世話をする行為が専門的職業へと発展したものである。国際看護師協会(ICN)の「ICN 看護師の倫理綱領」にも、4つの看護師の責任の1つとして「苦痛の緩和」が明記されている(International Council of Nurses/日本看護協会、2021/2021)。また、看護は「尊厳を保つ権利、そして敬意のこもった対応を受ける権利などの人権を尊重する」とも明記されている。苦痛の緩和が尊厳を保つ権利を保証することになるためである。看護師は、人々の苦痛を取り除くことを本質的役割としてきたのである。

「全人的苦痛」や「緩和ケア」の考え方が非がん患者に適用されるようになってから日が浅いという現実をふまえ、腎臓病領域においても看護者が自身の役割の本質に立ち返り、腎臓病を持つ人を対象とした緩和ケアを発展させていく必要性を感じている。

5. 看護の立場からみた腎臓病領域における緩和ケアへのニーズ

ここからは、看護の立場からみた腎臓病領域における緩和ケアへのニーズについて、4つの視点から述べたいと思う。

a. 多様で個別性の高い尿毒症や治療に伴う 苦痛緩和

論文や雑誌の特集等を見ていると、腎臓病領域の緩和ケアといえば一般に透析差し控え後の尿毒症への対症療法を示す傾向にあるようである。しかし、腎障害による尿毒症は、透析の差し控えが問題とならずと前から出現している。

また、日本の末期腎不全に対する腎代替療法の大多数は血液透析療法である。程度の差こそあれ、穿刺による疼痛や血管痛・合併症・身体可動性制限など様々な苦痛を伴う。腎臓病領域以外の医療者にはあまり知られていないことであるが、透析中に全身に激しい痛みを訴える場合も多いため、痛みのコントロールは重要であり、緩和という視点は欠かせない。

実際に、腎臓病領域の看護者は多様で個別性の高いこれらの症状の軽減に向けたケアを実践してきた。緩和ケアという言葉で表現されることはないが、まさしく早期からの苦痛に対する緩和ケアであると考えられる。

b. 合併症や複合疾患を持つ患者の増加

近年、合併症や複合疾患を持つ人が増加している。ここでは主にがんを併発した腎臓病あるいは腎不全患者について考えてみたいと思う。

この2つを併発した場合、鎮痛剤や抗がん剤量の調整に困難が生じる。その調整は、従来、医師の経験知や医療施設の慣習に委ねられてきた部分が大きかったため、治療基準が求められるようになり、2016年「がん薬物療法時の腎障害診療ガイドライン」において標準的な考え方および具体的な診療内容が示された。しかし、エビデンスを確定するための研究方法が難しく研究数も限られるため、今後が期待される分野となっている(中村, 2021)。

また、がんを合併している場合、代謝異常の進行に関する検討も必要である。がん患者については悪液質による体液貯留防止のため、終末期に向けては輸液減量が適切な治療とされている。一方、透析治療を実施するためにはある程度の体液量の維持が必要となる。双方の輸液へのニーズが異なるため、生命に危機をもたらす2つの疾患をコントロールしていくことは難しくなる。

さらに、慢性腎臓病とがんを合併した場合、医療者の専門や職種によって患者の予後予想が異なったり、どのような状態を最終段階と捉えるのかについても見解が分かれるかもしれない。そのため、どこまで治療

や透析を継続するかという判断やケアの方針の検討については、チームアプローチが重要である。

c. 治療・腎代替療法の選択

日本では、末期腎不全に対する腎代替療法の大多数が血液透析である。透析医療の発展によって長期透析が可能となり、生活管理に関する知識・技術の積み重ねも功を奏し、透析患者のQOLも向上してきた。その実績から、透析療法を選択することが標準的となっている。

一方、透析の恩恵を受ける可能性が低い場合への対応、また腎不全患者が透析を希望せず、保存的腎臓療法(以下、CKMと略す)を選択する意思を示す場合について検討が必要になってきた。CKMを選択する、つまり「透析をしない」ことの重大さから、意思決定における自律性尊重という原則に拠って受け入れることが難しい現実がある。

英国や米国では1980年代には透析の差し控えや透析中止に関して論じた文献が発表されている。英国では、早くから選択肢の1つとしてCKMが普及している。その背景として、意思決定支援のための医療者への教育体制や、CKMを選択した後も人々を支える医療やケアの体制が整備されていることが挙げられる。

日本でも腎不全患者の高齢化が進み、またがんを合併する患者が増加するにつれ、透析導入が必ずしもQOLの維持・向上につながらない事例が増加し、より現実的にCKMについて考えることが必要となってきたといえるだろう。CKMには尿毒症のコントロールが欠かせない。その選択に関する議論の前提として、十分な「緩和ケア」が保証されていることが必要である。

d. 透析困難出現後のケア

透析療法は腎不全患者に対する一般的治療となっているが、本来は延命治療であり、いずれは困難になる時が来る。がん患者に対して、根治目的ではなく緩和ケアの目的で放射線療法などが実施されるが、症状を和らげるための透析療法を“Palliative Hemodialysis”という言葉で表現した論文もある(Ishikawa et al., 2014)。また、CKMについては、「腎臓内科的管理から緩和医療までを包括する」ものであり、症状軽減だけを目的とする一時的透析も含まれるとされている(日本腎臓学会)。

治療やケアを検討する際に積極的に緩和ケアの考え

を取り入れることが、より質の高いQOLを目指すことにつながると考える。

III. 腎臓病を持つ人への緩和ケア

上記の4つのニーズをふまえ、腎臓病領域における緩和ケアについての考えをお伝えしたい。

1. 早期からの緩和ケア

腎臓病を持つ人の「苦痛」に着目し、早期から症状や個別性に応じ「緩和ケア」としてのニーズを意識して取り組むこと、さらに、腎臓病の特徴や治療に適した緩和ケアの可能性を検討することである。例えば、医療者は外来で定期的に出会う腎臓病患者に対し、症状や苦痛をアセスメントし、より快適な状態で生活できるようにケアをしていると思う。また、透析に関わる医療者は日常的に最小限の苦痛で最大限の透析効果を得られるよう配慮していると思う。緩和ケアという言葉こそ使用していないが、実際にはすでに苦痛を和らげるためのケアが実践されている。

医療者がより緩和ケアを意識していくことが、腎臓病領域での看護の質の向上につながると考える。

2. コミュニケーションとチームアプローチ

がん領域の緩和ケアでもチーム医療の重要性が強調されてきたが、腎臓病、腎不全を持つ人の緩和ケアにおいても、コミュニケーションとチームアプローチが重要である。繰り返し関係者が話し合う中で必要とされるケアが明らかになってくる。

また、チームアプローチにおいては、患者をその中心におくこととともに、看護の積極的な関与が必要になる。看護師は腎臓病を持つ人の生活を熟知し、透析を受けている1人ひとりにとってどういう状態が安楽か等、常に気を配っている。その情報を多職種と共

有し、がんや他の合併症などの自身の専門外について適切なコンサルテーションができるリソースを認識しておく必要もある。また、医師や他の医療職との協議において、より積極的に踏み込むことができるよう緩和ケアに関する専門性の追求も必要になってくると考える。

利益相反

本稿における利益相反は存在しない。

引用文献

- International Council of Nurses. (2021/2021). 日本看護協会(訳), ICN 看護師の倫理綱領(2021 年版).
<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/icncodejapanese.pdf>(検索日 2022 年 7 月 26 日)
- Ishikawa, H., Kida, M., & Sakamoto, J. (2014). "Palliative hemodialysis" in the context of end-of-life care for dialysis patients. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*, 18 (2), 212.
- Mayo, L. (1956). *Guides to action on chronic illness*. National Health Council, 9-13, 35, 55.
- 長江弘子編. (2014). 看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア. 日本看護協会出版会.
- 中村光江. (2021). 慢性腎臓病とがん. 日本腎不全看護学会編. (2021). 慢性腎臓病看護(第6版). 212-215, 医学書院.
- 日本腎臓学会. 11. 腎代替療法. 腎臓の病気について調べる.
<https://jsn.or.jp/general/kidneydisease/symptoms11.php>(検索日 2022 年 7 月 26 日)
- 日本緩和医療学会(2018). 「WHO(世界保健機関)による緩和ケアの定義(2002)」定訳.
https://www.jspm.ne.jp/recommendations/individual.html?entry_id=51(検索日 2022 年 7 月 26 日)
- 日本老年医学会. (2012). 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012.
<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs-tachiba2012.pdf>(検索日 2022 年 7 月 29 日)
- Woog, P. (ed). (1992/1995). 黒江ゆり子, 市橋恵子, 寶田穂(訳), 慢性疾患の病みの軌跡—コービンとストラウスによる看護モデル. 医学書院.