

### 身体的苦痛

- イレウスによる嘔気・嘔吐
- 食欲不振
- 腹水貯留による腹部膨満感と疼痛
- 全身倦怠感
- 体重減少や様々な症状によるADLの低下

### 精神的苦痛

- 急に進行がんと言われたことによる驚きや不安
- これまで検診も受けていたのに、「どうして私が？」という怒り
- 「この先のことを考えると不安」
- 抑うつ状態になっている可能性

### 社会的苦痛

- 仕事がこなせなくなる
- 収入の減少による経済的問題
- 家のローンの支払い
- 子供達に対する父親の役割を果たせなくなる

### スピリチュアルな苦痛

- 「何も悪いことをしていないのに」
- 「こんな状態で生きていても仕方がない」
- 「みんなに迷惑をかける」

### 幅広い視点から捉える

- ひとつの側面にのみ焦点をあてると、他の重要な側面を見逃してしまう
- チームでのアプローチがとても重要
  - 異なるメンバーによって収集された情報をカンファレンスによって統合

### 苦痛の評価だけでなく・・・

- 評価するのは「苦痛」だけではない
  - 希望
  - 価値観
  - コーピングスタイル(その人なりの対処方法)
  - 家族の支え
- これらを含めて評価することが大切  
→ 包括的アセスメント

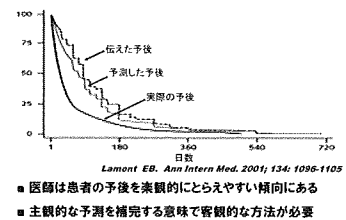
### これからのことを話しあうために

- これからのことを話し合う時に、患者・家族はどのようなことを知りたいのだろうか？
- どのような治療法があるのか？
- どのような療養方法があるのか？
- あとどのくらい生きられるのか？

### 予後の予測

- 患者・家族の希望を聞き、これからのことを話し合うためには、予後を予測することが重要
  - 実現可能な目標を設定するために
  - これから起こってくる変化を捉えるために
- 予後を予測することには限界がある

### 医師の予測した予後と実際の予後



### 予後の予測をする客観的な方法

- がん種や病期による平均生存期間
- 各種治療成績
- がん終末期の場合には
  - Palliative Prognostic Index (PPI)
  - Palliative Prognostic Score (PaP Score)

### Palliative Prognostic Index

|                              |  |                 |
|------------------------------|--|-----------------|
| Palliative Performance Scale | 10-20<br>30-50<br>≥60                      | 4<br>2.5<br>0   |
| 経口摂取量*                       | 著明に減少(数口以下)<br>中程度減少(減少しているが数口よりは多い)<br>正常 | 2.5<br>1.0<br>0 |
| 浮腫                           | あり<br>なし                                   | 1.0<br>0        |
| 安静時呼吸困難                      | あり<br>なし                                   | 3.5<br>0        |
| せん妄                          | おし原因が薬物単独、臓器障害に伴わないものは含まれない<br>なし          | 4.0<br>0        |

※:消化器障害のため高カロリー輸液を行っている場合は0点とする  
Morita T. Support Care Cancer. 1999;7(3):128-33

### Palliative Performance Scale

| 総点  | 項目          | 項目ごとの点                   | ADL | 経口摂取 | 意識レベル           |
|-----|-------------|--------------------------|-----|------|-----------------|
| 100 | 100%活動している  | 完全な活動が可能<br>症状なし         | 自立  | 正常   | 清醒              |
| 90  | ほぼ全活動している   | 通常の活動が可能<br>1日の大部分が正常    | 自立  | 正常   | 清醒              |
| 80  | ほぼ全活動している   | いくらかの症状はあるが<br>日常生活はほぼ正常 |     |      |                 |
| 70  | ほとんどの活動している | ほとんどの活動が可能<br>日常生活が困難    | 半自立 | 減少   | 減退<br>または<br>混乱 |
| 60  | ほとんどの活動している | ほとんどの活動が可能<br>日常生活が困難    |     |      |                 |
| 50  | ほとんどの活動している | ほとんどの活動が可能<br>日常生活が困難    | 半自立 | 減少   | 減退<br>または<br>混乱 |
| 40  | ほとんどの活動している | ほとんどの活動が可能<br>日常生活が困難    |     |      |                 |
| 30  | ほとんどの活動している | ほとんどの活動が可能<br>日常生活が困難    | 全介助 | 減少   | 減退<br>または<br>混乱 |
| 20  | ほとんどの活動している | ほとんどの活動が可能<br>日常生活が困難    |     |      |                 |
| 10  | ほとんどの活動している | ほとんどの活動が可能<br>日常生活が困難    | 全介助 | 減少   | 減退<br>または<br>混乱 |

Anderson F. J Palliat Care. 1996;12(1):5-11

### Palliative Prognostic Index

|                              |  |                 |
|------------------------------|--|-----------------|
| Palliative Performance Scale | 10-20<br>30-50<br>≥60                      | 4<br>2.5<br>0   |
| 経口摂取量*                       | 著明に減少(数口以下)<br>中程度減少(減少しているが数口よりは多い)<br>正常 | 2.5<br>1.0<br>0 |
| 浮腫                           | あり<br>なし                                   | 1.0<br>0        |
| 安静時呼吸困難                      | あり<br>なし                                   | 3.5<br>0        |
| せん妄                          | おし原因が薬物単独、臓器障害に伴わないものは含まれない<br>なし          | 4.0<br>0        |

※:消化器障害のため高カロリー輸液を行っている場合は0点とする  
Morita T. Support Care Cancer. 1999;7(3):128-33

### Palliative Prognostic Index

■ 6点より大きい場合、予後が3週以内である  
■ 感度80%、特異度85%  
■ 陽性的中率71%、陰性的中率90%

### Palliative Prognostic Index

- 6点より大きい場合、予後が3週以内
  - 感度82%、特異度75%
  - 陽性的中率71%、陰性的中率90%
- 4点より大きい場合、予後が6週以内
  - 感度80%、特異度77%
  - 陽性的中率76%、陰性的中率81%

Morita T. Support Care Cancer. 1999;7(3):128-33

### Palliative Prognostic Score

|                              |   |                                      |                         |                               |                 |
|------------------------------|---|--------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|-----------------|
| 臨床的な予後の予測                    | 1-2週<br>3-4週<br>5-6週<br>7-10週<br>11-12週<br>>12週 | 8.5<br>6.0<br>4.5<br>2.5<br>2.0<br>0 | 呼吸困難                    | あり<br>なし                      | 1.0<br>0        |
| 高熱不眠                         | あり<br>なし  | 1.5<br>0                             | 白血球数 (mm <sup>3</sup> ) | >11000<br>8501-11000<br>≤8500 | 1.5<br>0.5<br>0 |
| Karnofsky Performance Status | 10-20<br>≥30                                    | 2.5<br>0                             | リンパ球 (%)                | 0-11.9<br>12-19.9<br>≥20      | 2.5<br>1.0<br>0 |

Mallon M. J Pain Symptom Manage. 1999;17:240-247

- 主治医の予後予測をもとに、客観因子で補正
- 血液検査が必要
- 中期的な生命予後の予測もある程度可能

### Karnofsky Performance Status

| %   | 症状、介護の要/不要                               |
|-----|--|
| 100 | 症状、介護の要/不要                               |
| 90  | 普通の生活が可能で特に看護する必要がない                     |
| 80  | 労働はできないが、家庭での業務は可能<br>日常の行動の大部分において介助が必要 |
| 70  | 自分自身のことをするのが困難<br>全く動けず入院が必要             |
| 60  | 食事が食卓に運ばれていく時期<br>入院が必要で薬物、精神的な治療が必要     |
| 50  | 死期が接近している状態                              |

Schag CC. J Clin Oncol. 1984;2(3):187-93

### Palliative Prognostic Score

| 得点         | 30日生存率 | 生存期間の95%信頼区間 |
|------------|--------|--------------|
| 0-5.5点     | >70%   | 67-87日       |
| 5.6-11点    | 30-70% | 28-39日       |
| 11.1-17.5点 | <30%   | 11-18日       |

Mallon M. J Pain Symptom Manage. 1999;17:240-247

### 症例に戻ると・・・

- 54歳男性
- 食欲不振と体重減少を主訴に受診
- 腹水貯留を認め、精査の結果原発不明癌のがん性腹膜炎と診断
- イレウスを来たし入院
- 化学療法が検討されたが全身状態が悪化し、行わないこととなる

### 追加の情報

- 臥床していることが多いが、部屋の中をなんとか動くことはできる
- 食事摂取不能(高カロリー輸液は実施せず)
- 呼吸困難、せん妄は認められないが、数日前より浮腫が出現し増悪傾向
- 血液検査ではWBC11,200/ $\mu\text{m}^3$  (リンパ球10%)
- 主治医は予後を2ヶ月と予想

### PPIを用いると

|                              |  |          |                     |
|------------------------------|--|----------|---------------------|
| Palliative Performance Scale | 10~20<br>30~50<br>≥60                      | 2.5<br>0 | 合計6点<br>予後<br>3週間以内 |
| 経口摂取量*                       | 著明に減少(数口以下)<br>中程度減少(減少しているが数口よりは多い)<br>正常 | 2.5<br>0 |                     |
| 浮腫                           | あり<br>なし                                   | 1.0<br>0 |                     |
| 安静時呼吸困難                      | あり<br>なし                                   | 2.5<br>0 |                     |
| せん妄                          | あり(原因が薬物単独、臓器障害に伴わないものは否めない)<br>なし         | 4.0<br>0 |                     |

\*: 消化器障害のため高カロリー輸液も施行している場合は0点とする  
Morita T. Support Care Cancer. 1999;7(3):128-33

### PaP Scoreを用いると

|                              |   |                                      |                           |                               |                 |
|------------------------------|---|--------------------------------------|---------------------------|-------------------------------|-----------------|
| 臨床的な予後の予測                    | 1~2週<br>3~4週<br>5~6週<br>7~10週<br>11~12週<br>>12週 | 8.5<br>6.0<br>4.5<br>2.5<br>2.0<br>0 | 呼吸困難                      | あり<br>なし                      | 1.0<br>0        |
| 食欲不振                         | あり<br>なし  | 1.5<br>0                             | 白血球数<br>( $\text{mm}^3$ ) | >11000<br>8501~11000<br>≤8500 | 1.5<br>0.5<br>0 |
| Karnofsky Performance Status | 10~20<br>≥30                                    | 2.0<br>0                             | リンパ球<br>(%)               | 0~11.9<br>12~19.9<br>≥20      | 2.5<br>1.0<br>0 |

Maitani M. J Pain Symptom Manage. 1999; 17: 240-247

合計8.0点となり30日の生存確率は30~70%  
(生存期間の5%;信頼区間は28~33日)

| 得点        | 30日生存確率 | 生存期間の5%信頼区間 |
|-----------|---------|-------------|
| 0-5.0     | >70%    | 67-87日      |
| 6.5-11.0  | 30-70%  | 28-33日      |
| 11.5-17.0 | <30%    | 11-18日      |

### 症例に戻ると・・・

- 臨床的な予後予測は2ヶ月程度と考えていたが、予測ツールを用いるとそれよりも短いことが予測された
- 病状とこれからの見通しについて本人・家族に話したところ、少しでも状態の良い間に自宅に戻り、仕事の整理をしたいと希望した
- 在宅療養の準備を行い3日後に退院した

### まとめ

- すべての患者は一人の人間として様々な「苦痛」を体験している
- 身体的苦痛のみにとらわれず、多面的に苦痛について評価する
- 患者・家族の希望を聞き、これからのことを話し合うためには予後予測も重要
- チームアプローチが大切

# PEACE

Palliative care Emphasis program on  
symptom management and Assessment  
for Continuous medical Education

M-11

## 今後のことを話し合う

2010年1月版

### 目的

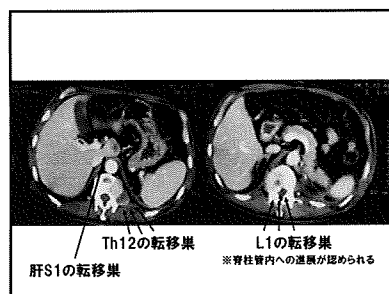
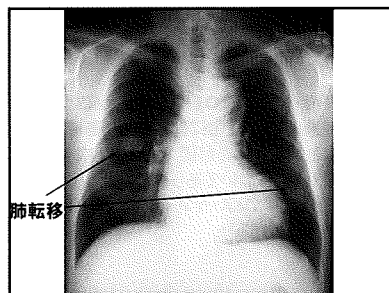
- この項目を学習した後、以下のことができるようになる
  - がん患者・家族とケア全体の目標について話し合うこと
  - 将来の状態変化に備えて具体的な治療・療養について話し合うこと

### 事例

- A氏:59歳男性
- 左腎細胞がん、肺転移、骨転移、肝転移
- 200X年6月初旬、左腎摘出術が施行された
- 術後、インターフェロン療法が行われたが無効。その後、分子標的治療が開始された
- 疼痛等の症状は、オピオイドなど薬物治療により緩和されている

### 事例

- 200X年7月末より、両側大腿外側部痛と、下肢の知覚障害が出現した
- 画像上、胸腰椎移行部の骨転移と脊柱管内への進展が認められた
- 現在も、分子標的治療薬を内服中であるが、画像上、がんは進行している



### 社会的背景

- 職業:会社員(製造業)、休職中
- 趣味:釣り、元気な頃は毎週末行っていた
- 妻は5年前に他界
- 現在は、共稼ぎの長男夫妻と3人暮らし
- 同じ市内に嫁に行った長女(キーパーソン)が在住しており、しばしばA氏宅に來訪していた。幼稚園に通う4歳の孫がいる

### 病状説明

- 主治医からA氏に、病名と個々の病変の拡がり、治療の選択肢については説明されている
- 分子標的治療が無効であることや予後については、まだ説明されていない
- 主治医は予後を3ヶ月程度と予想している

### 病状認識

- A氏は元気になって復職したい、釣りにも行きたいと考えている
- 孫の小学校入学をとっても楽しみにしている
- 下肢の症状が進行していることに、不安を訴えている

### グループワーク

- 主治医は、今後の治療やケアについてA氏・家族と話し合っていくべきと考えた
- どのような話し合いをしていきますか？

### 今後のことを話し合う アドバンス・ケア・プランニング

### メッセージ

- 患者・家族のQOL向上のためには、将来の状態変化に備えて、患者・家族とケア全体の目標や、具体的な治療・療養についてあらかじめ話し合うこと(アドバンス・ケア・プランニング)が重要である

### アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは

- 将来の状態変化に備えて、患者・家族とケア全体の目標や具体的な治療・療養の方法を話し合うプロセス
  - 現在の気がかり
  - ケア全体の目標
  - 治療や療養の選択肢
  - 病状や予後
  - アドバンス・ディレクティブ

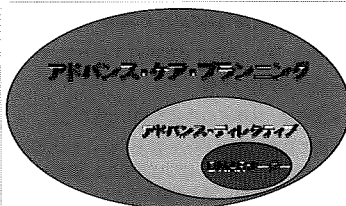
### アドバンス・ディレクティブとは

- 事前の意思表示、リビング・ウィル
- 患者の意思決定能力がなくなったときの選択を書面か口頭で示す
  - 延命治療、蘇生処置の有無(DNAR)
  - 「最後は家族に囲まれて迎えたい」
  - 「安静をしたい」「臓器提供をしたい」
  - 「解剖して死因をつきとめてほしい」
  - 「密葬してほしい」

### DNARオーダーとは

- DNAR(Do Not Attempt Resuscitate)
- 急変時または末期状態で心停止・呼吸停止の場合に、蘇生処置をしないという取り決めのこと
  - 心臓マッサージ
  - 気管挿管
  - 人工呼吸器

### アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは




### アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは

- 将来に向けてケアを計画する“プロセス”
- 患者の気がかり、価値観を引き出す
- 個々の治療の選択だけではなく、全体的な目標を立てる
- 家族も含めた話し合い
- アドバンス・ディレクティブを含む

**アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは**

■ACPは話し合いのプロセスであり、DNARオーダーをとる作業ではない



「御注文を繰り返します。スープに苦味のコンフィ、ライス...そして蘇生はしないということで...」

Copyright © 2008 by the American Geriatrics Society

**ACPに関する患者の意向**

- 治る見込みがない時に見直し(治療期間・余命)を知りたい:77%
- 救命不能の末期状態(≦余命6ヶ月)になった場合、延命処置はやめて欲しい:71%
- リビング・ウィル等により「患者の意思を尊重すること」に賛成:83.7%

厚生労働省 終末期医療に関する調査等検討会報告書 2008

**ACPに関する患者の意向**

- いつ頃話し合うか
  - 好ましいタイミング
    - 再発時、治療効果がなくなったとき
  - 好ましくないタイミング
    - 診断時、抗がん治療中
- 健康状態が安定しているときが良い
  - 病状が変化すると目標の安定まで時間がかかる

Kelly Barns, Palliative Medicine, 2007  
Laakkonen ML, Gerontology, 2004

**ACPはなぜ必要か**

- ACPを行うと
  - 患者の自己コントロール感が高まる  
Morrison, J Am Geriatr Soc, 2005
  - 死亡場所との関連(病院内死の減少)  
Degenholtz, Ann Intern Med, 2004

※アドバンス・ディレクティブの聴取だけを行っても、良い結果は得られない  
Molloy DW, JAMA, 2000

**事例に戻ると...**

- A氏:59歳男性
- 左腎細胞がん、肺転移、骨転移、肝転移、分子標的薬無効、がんが進行している
- A氏は以前から病状説明の折に、「自分の体のことなので、事実を知っておきたい」と言っていた

**グループワーク**

- 本日、今後についての話し合いをすることとなった
- どのように話題を切り出しますか？

**ACPにおけるコミュニケーション**

- 患者が知りたいか探索する
- 話題を導入する
- 患者の目標や価値感を引き出す
- 意思決定不能時のことを話し合う
- 再検討と更新

**ACPにおけるコミュニケーション**

- 患者が知りたいか探索する
- 話題を導入する
- 患者の目標や価値感を引き出す
- 意思決定不能時のことを話し合う
- 再検討と更新

**患者が知りたいか探索する**

- 真実を知る権利
  - 精神的に健全な患者は、倫理的・道徳的・法的にあらゆる医学情報を知る権利がある
  - 知りたくないときに知らされない権利もある  
Buckman R, 1992
- 見直しについて知りたいか、話し合える身体・精神状態にあるか事前に探索しておく

### 患者が知りたいか探索する

- 事実自分で聞いておきたいと思う方ですか？
- 詳しく知りたいという方もいらっしゃいますし、概要だけ知ればよいという方もいらっしゃいます
- 中には今後の見通しや予後などを知りたくないとおっしゃって、代わりに家族に知らせてほしいという方もいらっしゃいます
- これらの質問に対する答えは、患者の理解力や家族間の関係性などを知る手がかりとなる

### ACPにおけるコミュニケーション

- 患者が知りたいか探索する
- 話題を導入する
- 患者の目標や価値感を引き出す
- 意思決定不能時のことを話し合う
- 再検討と更新

### 話題を導入する

- 今後のこの話し合いについて、患者は医師の先導を希望している  
Lo B, Arch Intern Med. 2004
- 私が全ての患者さんと話し合いたいと思っていることをお話ししたいのですが…
- 落ちついてお話しできる時だからこそ、話しあっていききたいことなのですが…
- 年齢やその時に健康状態を問わず、将来の計画を立てることは重要なことだと思っています

### ACPにおけるコミュニケーション

- 患者が知りたいか探索する
- 話題を導入する
- 患者の目標や価値感を引き出す
- 意思決定不能時のことを話し合う
- 再検討と更新

### 患者の目標や価値観を引き出す

- 治療・ケアの目標
  - 完全な治癒を目指す
  - 延命のための出来る限りの治療を受ける
  - 機能やQOLの維持向上を目指す
  - 快適に過ごす(他の目標と共存可能?)
  - 人生の目標を成し遂げる
  - 家族の重荷にならない  
Katdjan, Am J Hosp Palliat Care. 2009
- 全体的な目標に焦点を当てる

### 患者の目標や価値観を引き出す

- ACPは全体的な目標や価値感を引き出すことに使用する
- このように事前に話し合うことで、私はあなたの目標や、何を大切にされているのを知りたいと思っています
- 次いで、具体的な治療・療養についても相談する
- 今お話しくださった目標に近づくために、どんな治療やケアがあるか相談していきます

### ACPにおけるコミュニケーション

- 患者が知りたいか探索する
- 話題を導入する
- 患者の目標や価値感を引き出す
- 意思決定不能時のことを話し合う
- 再検討と更新

### 意思決定不能時のことを話し合う

- 意識低下時の治療と代理意思決定者について話し合う
- もし話せなくなるような状況になった時、どんな治療を受けたいか考えたことはございますか？
- この先、意識が低下したとき、あなたに代わって決定が出来る方はどなたでしょうか？その方に伝えておいたほうがいい事はありませんか？
- アドバンス・ディレクティブ
  - わが国において、法定文書はまだ存在しない

### 代理意思決定者について

- 通常、家族など近い人
- 患者の代わりに“何でも決めていい”人ではない
- 患者ならこう考えるだろうと“推定できる”人である
- 患者と一緒にACPを行っていく人

### ACPIにおけるコミュニケーション

- 患者が知りたいか探索する
- 話題を導入する
- 患者の目標や価値感を引き出す
- 意思決定不能時のことを話し合う
- 再検討と更新

### 再検討と更新

- 一旦選択したことであっても、状況に応じて変更可能であることを伝えておく
  - お話しいたいたことは、現時点でのあなたのお気持ちとしてきちんと記録しておきます。ただ、お気持ちが変わったらいづれでもおっしゃってください
- 医療者からのアプローチが必要なタイミング
  - 病状の変化、新たな病変の出現、ADLの変化

Conroy et al, Clinical Medicine, 2009

### limitations

- 一部のデータは欧米のものであり、“日本の患者”の意向を十分に反映していない
- ACPIに関わる研究は、まだ質的にも量的にも不足している
- ACPIに対する社会的な意向・要求は、その時の社会情勢、法的背景、文化などによって変わっていく可能性がある

### まとめ

- 患者・家族のQOL向上のためには、将来の状態変化に備えて、患者・家族とケア全体の目標や具体的な治療・療養についてあらかじめ話し合うこと(アドバンス・ケア・プランニング)が重要である



## PEACE

Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education

## Module12 輸液と栄養

2010年1月版

### メッセージ

- 患者・家族の意向、感情に配慮し対処することが重要
- 治療・ケアの目標を再確認する
- 患者・家族とともに食事・栄養の工夫をすることが大切
- 終末期における輸液・栄養療法の医学的効用は限定的である

### 目的

- 緩和ケアにおける輸液と栄養についての医学的な根拠を知る
- 輸液と栄養について患者・家族とどう話し合うかについて学ぶ
- がんの療養中の食事の工夫について学ぶ

### 症例・・・

- 67歳女性、3年前に直腸癌と診断された。同年に低位前方切除術を施行。その後順調に経過していたが2年前に肝転移と局所再発が出現。外来で化学療法(FOLFOX, FOLFIRI)を受けていたがいずれもPD。PS3となり、食欲不振と倦怠感があり入院中である。現在化学療法は中止されており、予後は1か月前後と推定されている。

### ・・・症例

- 腹水を認めるが嘔気や消化管閉塞はない
- 食事はほんの数口で、水分は取れている
- ご本人は家で過ごしたい
- ご家族に『食べないとだめになる』といわれ本人はつらい気持ちになっている
- ご家族から『食べられないから点滴をしてもらえないか』と強いご希望があった

### ■ あなたなら

ご家族に対してどう対応しますか？

### 意思決定の時に留意すること

- 輸液に関する患者の希望や認識を理解すること
- 情報(利益・不利益など)を提供すること
- 家族が不安や心配を抱えているという認識を持つこと

### 輸液に対する患者・家族の考え

- 輸液をしないと必要な栄養が得られない
- 輸液をしないと死期が早まる
- 水分補給をしないと患者が非常に苦しむ
- 輸液のせいでさらに苦痛が増える

Parkash R, et al. J Palliat Care. 1997.  
Morita T, et al. Am J Hosp Palliat Care 1999

### ケア:家族やスタッフへの対応

- 「何かをしてあげたい」という気持ちを探察し、傾聴・共感するとともに患者・家族の感情に対応する
- ケアをしていることを示す他の方法は？
  - 必要とされていることを教える
  - 清潔ケア
  - マッサージやタッチング

McClement, et al. J Palliat Med, 2003.

### 輸液と栄養について相談する・・・

- 輸液に関する患者や家族の理解と希望を尋ねる
- 治療・ケアの目標を共有する
- 特定の治療について話し合う
  - 栄養や補液が目標の達成に役立つのか
  - 利益と害にはどんなものがあるか
- 患者・家族の感情に対応する

### ・・・輸液と栄養について相談する

- 食事の工夫に関する提案をする
- 輸液や栄養の代替手段について議論する
  - 『何かしてあげたい気持ち』への配慮
  - 日常のケア、口腔ケア、水分や氷片
- 安楽さと見捨てないことを保証する

### ・・・輸液と栄養について相談する

- 食事の工夫に関する提案をする
  - 患者・家族とともに考える
  - 栄養士へのコンサルテーション
- 輸液や栄養の代替手段について議論する
  - 『何かしてあげたい気持ち』への配慮
  - 日常のケア、口腔ケア、水分や氷片
- 安楽さと見捨てないことを保証する

### 食事の工夫・・・

- 一般的なこと
  - 少量で(食べられそうな量で)用意
  - おいしそうな盛り付けを工夫
  - 親しい人たちと一緒に楽しく
- 食事の時間・回数・カロリー
  - 食べたい時に食べたい量を、分食も考慮
  - 間食の活用(カステラ、プリン、アイス、フルーツなど)
  - 栄養価や量にとらわれず、食べられる物を

日本医務会:がん緩和ケアガイドブック,2008,P61.

### ・・・食事の工夫

- 消化がよい料理
  - おかゆ、うどん、雑炊など
- 口当たりがよい料理
  - 茶碗蒸し、そうめん、ゼリー、シャーベットなど
- においへの配慮
  - 冷たくして食べるとよいことがある
- 味付けの工夫
  - 味覚が変化:おいしいと感じる味を探す

日本医務会:がん緩和ケアガイドブック,2008,P61.

### 食事介助の際の注意

- 患者のペースに合わせて
- 適切な量で
  - 無理に口に入れると誤嚥の原因になる
  - 嚥下機能が低下していることがある

### 症例続き

- 治療の目標はQOLの向上と予後の延長であることを確認した(Module11:ACPを参照)
- 患者・家族と話し合い、7.5%グルコース入りの維持輸液を1000ml/日で開始した
- 食事の工夫をし、アイスを摂るようになった
- 輸液開始後3日目に下腿浮腫が出現。次第に増悪。7日目に体幹浮腫が出現し歩行に支障をきたした

- あなたならこの状況でどうしますか
  - 輸液療法をどうするか
  - 患者・家族にどう対応するか

**輸液・栄養療法の有効性**

- 経腸栄養
- 高カロリー輸液(TPN)
- 輸液

**輸液・栄養療法の有効性**

- 経腸栄養
- 高カロリー輸液(TPN)
- 輸液

**経腸栄養(EN)**

- 経鼻胃管、経皮内視鏡的胃瘻造設術、経皮経食道胃瘻など様々な方法がある
- 適応
  - 一時的に経口摂取が不可能な状態
  - 神経障害:嚥下障害等
  - 口腔内、頸部、上部消化管の機械的閉塞
- ここでは経口摂取以外のいわゆる経腸栄養について述べる

Shike M. Hematol Oncol Clin North Am, 1996.

**・・・経腸栄養**

- 周術期では有用
- 放射線治療や化学療法中にルーチンで行うことは推奨されない
- 放射線治療中に集中的な栄養指導を行い経口栄養補助剤を使用すると体重減少を予防し、治療の中断を予防できる

Arends J, et al. Clinical Nutrition 2006

**終末期における経腸栄養**

- 予後が2-3カ月以上あると予想される場合で、経口摂取が困難である場合、予後の改善が期待できる
- 死が近づいた時には、ほとんどの患者に必要なものは少量の食物と水分のみである

Arends J, et al. Clinical Nutrition 2006

**栄養するとがんは大きくなる？**

- 現在のところ経腸栄養が腫瘍の増殖と関連するという信頼できるデータはない

Arends J, et al. Clinical Nutrition 2006

**輸液・栄養療法の有効性**

- 経腸栄養
- 高カロリー輸液(TPN)
- 輸液

**高カロリー輸液**

- 9-22%の患者が合併症

Whitworth MK, et al. JCO 2004

- 合併症の内訳
  - カテーテル感染症、敗血症:33%
  - 血栓塞栓症:7%
  - 血胸: 6%
  - 肝障害: 4%

Hoda D, et al. Cancer 2005

**抗がん治療中の高カロリー輸液**

- 化学療法や放射線治療中の患者にルーチンで行うことは推奨されない
- 以下の基準を満たす場合有益な可能性
  - 患者が低栄養状態であるかもしくは1週間以上経口摂取ができない状態にあるかつ
  - 経口摂取や経腸栄養が適切でない

Bozzetti F, et al. Clinical Nutrition 2009

### 終末期における高カロリー輸液

- 以下の基準を満たす場合有益な可能性
  - 経口摂取、経腸栄養ができない
  - 腫瘍の進展より早く飢餓による全身状態悪化が予想されるとき(典型的には腸下障害や消化管閉塞の場合)、予後が2-3カ月あるとき
  - PSやQOLからみて許容できる
  - 患者や家族からの強い希望がある

Bozzetti F, et al. *Clinical Nutrition* 2009

### 在宅における高カロリー輸液

- 持続注入ポンプなどを用いることにより施行が可能
- ADLを制限したりケアが複雑化する可能性がある
  - 輸液の管理、穿刺、ルート交換、アラーム
  - 入浴の制限など
  - メリットとデメリットを勘案する必要がある

### 輸液・栄養療法の有効性

- 経腸栄養
- 高カロリー輸液(TPN)
- 輸液

### 輸液は生存期間やQOLを改善するか

- 緩和ケアを受けている患者に対する研究のシステマティックレビュー、抗がん治療を受けている研究を除外
- 輸液の益についても害についても断言できない
  - 意識障害、ミオクロヌス、嘔気が改善する可能性
  - 体液過剰による症状(胸水や浮腫)を起こす可能性

Good P, et al. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008

### 輸液は口渴を改善するか

- 輸液は口渴を緩和しない
  - 丁寧な看護ケアが有効である
  - 水分の摂取、氷片、口腔ケア

Fainsinger RL, et al. *SCC* 1997  
McDann RN, et al. *JAMA* 1994  
終末期患者に対する緩和治療のガイドライン、*JSPM* 2006

### 終末期における対応(例)

- 少量の輸液
  - 1000mlを一つの目安
- 治療的診断
  - 期間を限定して輸液を行い、治療・ケアの目標に対してメリットがあるかももう一度相談する
- 口腔ケア
  - 口を湿らす、氷片の利用、口腔カンジダ症への対処

終末期患者に対する緩和治療のガイドライン、*JSPM* 2006

### まとめ

- 患者・家族の意向、感情に配慮し対処することが重要
- 治療・ケアの目標を再確認する
- 患者・家族とともに食事・栄養の工夫をすることが大切
- 終末期における輸液・栄養療法の医学的効用は限定的である

# PEACE

Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education

## 苦痛緩和のための鎮静

M-13  
2010年1月版

### 緩和ケアにおける鎮静

- まず始めに、緩和ケアにおける鎮静に関して、あなたが臨床現場で困ったこと、難しいと考えることを話し合ってください
- 近くの3～4名で、5分間

### メッセージ

- 治療抵抗性の苦痛と判断する手順を理解することが重要である
- 治療抵抗性の苦痛であることを患者・家族に説明し、その対策について話し合う
- 苦痛緩和のための鎮静に関する倫理的基盤を理解し、適切に薬剤を投与する

### 目的

- 苦痛緩和のための鎮静を適切に行うために、以下のことができるようになる
  - 治療抵抗性の苦痛であることの判断
  - 患者・家族への鎮静の説明と意思確認
  - 適切で安全な鎮静の実施
  - 鎮静後のケア

### 症例1

- 45歳、卵巣癌、術後再発、化学療法終了後
- 腹部の張りや痛みの症状緩和のために入院中
- PS3、患者はトイレ歩行がやっとである
- 食事摂取は3割程度
- 家族は中学生の男子2名と夫の4人暮らし
- 予測される生命予後は1ヶ月以上
- あなたが訪室時、「こんなにつらいのなら、ずっと眠ったままにしてほしい」と強く希望した

### 課題

- あなたなら、この患者の訴えに対してどう対応しますか？
- 近くの3～4名で、3分間

### 苦痛緩和のための鎮静とは

- 苦痛緩和を目的として患者の意識を低下させる薬物を投与すること
- 苦痛緩和のために投与した薬物によって生じた意識の低下を意図的に維持すること

### 鎮静を行う場合に確認すべきこと

- 耐え難い苦痛であることの判断
- 治療抵抗性の苦痛であることの判断

### 耐え難い苦痛であることの判断

- 患者自身が耐えられないと表現  
あるいは、
- 患者が表現できない場合、患者の価値観にてらして、患者にとって耐えがたいことが家族や医療チームにより十分推測される場合に、苦痛を耐えがたいと評価

### 治療抵抗性の苦痛であることの判断

- 全ての治療が無効  
あるいは、
  - 患者の希望と全身状態から考えて、予測される生命予後までに有効で、かつ、合併症の危険性と侵襲を許容できる治療手段がないと考えられる場合
- 医療チームで判断することが重要  
必要な場合には専門家にコンサルトする。

### 鎮静の対象になりうる症状

- せん妄(臓器不全を伴わないせん妄は除く)
- 呼吸困難
- 過剰な気道分泌
- 疼痛
- 嘔気・嘔吐
- 倦怠感
- 痙攣・ミオクローヌス
- 不安、抑うつ、心理・実存的苦痛(希望のなさ、意味のなさなど)
- ただし、不安、抑うつ、心理・実存的苦痛が単独で持続的深い鎮静の対象症状となることは例外的

### 鎮静の分類

- 鎮静様式(持続的・間欠的)
  - 鎮静水準(深い・浅い)
- どのような鎮静を想定しているのか、明確にしておくことが重要

### 鎮静の分類(鎮静様式)

- 持続的鎮静  
中止する時期をあらかじめ定めずに、意識の低下を継続して維持する鎮静
- 間欠的鎮静  
一定期間意識の低下をもたらした後に薬物を中止・減量して、意識の低下しない時間を確保する鎮静

### 鎮静の分類(鎮静水準)

- 深い鎮静  
言語的・非言語的コミュニケーションができないような、深い意識の低下をもたらす鎮静
- 浅い鎮静  
言語的・非言語的コミュニケーションができる程度の、軽度の意識の低下をもたらす鎮静

### 鎮静方法の選択

- 苦痛を緩和できる範囲で、意識水準や身体機能に与える影響が最も少ない方法を優先  
→間欠的鎮静や浅い鎮静
- それでも十分な効果が得られない場合
- 患者の苦痛が強く、治療抵抗性が確実であり、死亡が数時間から数日以内に生じることが確実で、かつ、患者の希望が明らか  
→持続的深い鎮静

### 具体的な鎮静方法の例

- 間欠的鎮静  
ミダゾラム10～30mgを生理食塩液100mlに溶解し、患者の状態を観察しつつ滴下
- 持続的鎮静  
ミダゾラムを持続静注または持続皮下注  
(開始量:0.2～1mg/時間、0.2～5mg/時間)
- 注意:ミダゾラムは長期間投与により耐性出現の報告がある

### 鎮静を目的としたオピオイドの増量

- オピオイドの増量は、意識の低下をもたらす作用が弱く、かつ、蓄積により神経過敏性を生じうるため、持続的深い鎮静に用いる主たる方法としては推奨されない

### 症例1

- 45歳、卵巣癌、術後再発、化学療法終了後
- 腹部の張りや痛みの症状緩和のために入院中
- PS3、患者はトイレ歩行がやっとである
- 食事摂取は3割程度
- 家族は中学生の男子2名と夫の4人暮らし
- 予測される生命予後は1ヶ月以上
- あなたが訪室時、「こんなにつらいのなら、ずっと眠ったままにしてほしい」と強く希望した

### 症例1 その後の経過

- 本症例において、医療チームは鎮静の適応ではないと考えた
- 患者の苦痛に対して、腹水穿刺と鎮痛薬などの薬剤治療やケアの調整を行った
- 患者の苦痛を良く聴き、今後の治療やケアについて説明し、苦痛の再評価を行った

### 症例2

- 75歳男性、肝癌、PS4、予測予後1週間未満
- 肝不全に伴うせん妄が強く、薬物治療を行うも過活動型せん妄の緩和は困難であった
- 患者はつねに身の置き所のない全身のだるさも訴え、安静を保つことが難しい
- せん妄症状の緩和には鎮静が必要であるが、家族は「眠らせないでほしい、最期まで患者と話ができるようにしてほしい」と訴えている。

### 課題

- あなたなら、この家族の訴えに対してどう対応しますか？
- 近くの3～4名で、3分間

### 患者・家族に鎮静を説明する・・・

- 全身状態についての一般的説明、根治的な治療法がないこと、予測される状態と予後
- 緩和困難な苦痛の存在、鎮静以外の方法で苦痛緩和が得られないと判断した根拠
- 鎮静の目的は苦痛の緩和であること
- 鎮静は意識を低下させる薬剤を投与することであり、状況に応じて中止することができることなど

### ・・・患者・家族に鎮静を説明する

- 鎮静が与える影響について、(予測される意識低下の程度、精神活動・コミュニケーション・経口摂取・生命予後に与える影響、合併症の可能性)
- 鎮静後の治療やケアについて(苦痛緩和のための治療やケアは継続されること、患者・家族の希望が反映されることなど)
- 鎮静を行わなかった場合に予測される状態について

### 鎮静と積極的安楽死の違い

|    | 鎮静                | 積極的安楽死   |
|----|-------------------|----------|
| 意図 | 苦痛緩和              | 患者の死亡    |
| 方法 | 苦痛が緩和されるだけの鎮静薬の投与 | 致死性薬物の投与 |

### 鎮静の生命予後に対する影響

- 適切に鎮静を行えば、生命予後に対する影響は極めて低いと考えられている
- 多くの観察的研究では、死亡までの期間に有意差なし
- わが国の緩和ケア病棟の調査では、鎮静後に致死的な変化が出現したのは、3.9%であった

### 人工的な水分・栄養の補給について

- 人工的な水分・栄養の補給を行うか否かについては、患者の意思、および、治療目的(苦痛緩和)からみて患者にとっての益 benefits と害 harms を総合的に評価する
- 水分・栄養の補給は、鎮静とは別に判断すべきものである
- 水分・栄養補給による体液過剰兆候が苦痛を増悪させる場合、患者・家族の意思を尊重したうえで、減量・中止を検討する

## 症例2

- 75歳男性、肝癌、PS4、予測予後1週間未満
- 肝不全に伴うせん妄が強く、薬物治療を行うも興奮性せん妄の緩和は困難であった
- 患者はつねに身の置き所のない全身のだるさも訴え、安静を保つことが難しい
- せん妄症状の緩和には鎮静が必要であるが、家族は「眼らせないでほしい、最期まで患者と話ができるようにしてほしい」と訴えている

## 症例2 その後の経過

- 医療チームはミダゾラムの点滴による間欠的鎮静を苦痛の強いときに行った
- 家族には患者への付き添いを勧め、家族の治療に対する希望の再確認を行った
- その後、意識レベルがあがると患者が耐え難い苦痛を感じていると家族も理解し、患者の意思も考慮した上で、持続的鎮静を開始した

## 鎮静後のケア

- 鎮静開始前と同じように、患者の尊厳に配慮して、声掛けや環境整備などのケアを行う
- 口腔・目のケア、清拭、排便、褥瘡ケアに関しては、患者・家族の意思、および、治療目的(苦痛緩和)からみた患者の益 benefitsと害 harmsを判断の規準として行う
- 家族の心配や不安を傾聴する
- 家族ができること(そばにいる、声をかける、手足にやさしくふれる、好きだった音楽を流すなど)をともに考える
- 経過にしたがって必要とされる情報(患者の状態、苦痛の程度、予測される変化など)を十分に提供する

## 鎮静の倫理的基盤1

- 鎮静は、以下の3条件を満たす場合に妥当と考えられる  
(日本緩和医療学会ガイドライン)

- 1) 意図  
鎮静は苦痛緩和を目的としていること

## 鎮静の倫理的基盤2

- 2) 自律性[(aまたはb)かつc]
- a) 患者に意思決定能力がある場合、必要十分な情報を知らされたうえで明確な意思表示がある
  - b) 患者に意思決定能力がない場合、患者の推定意思がある
  - c) 家族の同意がある

## 鎮静の倫理的基盤3

- 3) 相応性(proportionality)
- 患者の状態(苦痛の強さ、他に緩和される手段がないこと、予測される生命予後)、予測される益 benefits(苦痛緩和)、および、予測される害 harms(意識・生命予後への影響)からみて、鎮静が、すべてのとりうる選択肢のなかで、最も状況に相応な行為であると考えられる

## 鎮静における安全性の確保

- 医療チーム・多職種カンファレンスの合意
- 意思決定能力、苦痛の治療抵抗性、および、予測される患者の予後について、適切な専門家(精神科医、麻酔科医、疼痛専門医、腫瘍専門医、専門看護師など)にコンサルテーション
- 鎮静を行った医学的根拠、意思決定過程、鎮静薬の投与量・投与方法などを診療記録に記載

## まとめ

- 治療抵抗性の苦痛と判断する手順を理解することが重要である
- 治療抵抗性の苦痛であることを患者・家族に説明し、その対策について話し合う
- 苦痛緩和のための鎮静に関する倫理的基盤を理解し、適切に薬剤を投与する

## 参考資料



# PEACE

Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education

M-14

## 死が近づいたとき

2010年1月版

### メッセージ

- 死が近い時期の治療・ケアは、がん医療のそれぞれの段階における治療・ケアと同様に重要である
- 患者の自律、意向や希望を尊重し、患者の全人的苦痛に対処する必要がある
- 家族へのケアも必要であり、死別後の遺族のケアも大切である

### 死への準備・ケアの大切さ／困難さ

- 死はすべての人に訪れる
- 自分の死を体験した人がいない
- 家族の死の看取りを体験した人が少ない
- 死は個性の高いできごとである
- 死は、身体的・精神的・社会的・スピリチュアルなできごとである

### 欧米におけるホスピス・緩和ケアの歴史

- 緩和ケアは「死に逝く人」のケアから始まった
  - 近代のホスピス
    - 1879年 セント・ビンセント病院 死に逝く人のための Our Lady's Hospice 設立 (アイルランド)
  - 現代のホスピス
    - 1967年 セント・クリストファー・ホスピス設立 (シシリー・ソントラスによる/イギリス)
  - 緩和ケアへの発展
    - 1980年 国際ホスピス協会設立 (アメリカ合衆国)

### わが国におけるホスピス・緩和ケアの歴史

- わが国においても、緩和ケアは「死に逝く人」のケアから始まった
  - 1972年 淀川キリスト教病院にてOCDP (Organized Care of Dying Patients) 開始
  - 1977年 「日本死の臨床研究会」設立
  - 1981年 わが国初の施設、聖隷ホスピス設立
  - 1987年 WHO「がんの痛みからの解放」出版
  - 1996年 「日本緩和医療学会」設立

### 包括的がん医療の概念の枠組み

Education in Palliative Care and End-of-Life Care Oncology:2005

### 臨床疑問

- 評価
  - 死が近い時期の予後を、どのように予測するか？
  - どのような苦痛(つらさ)があるか？
- 治療・ケアの方法
  - 方針をどのように決めていくか？
  - 症状の薬物療法は、どのようにするか？
  - 現行の治療・ケアを、継続/変更/中止するか？
  - 患者・家族へのケア・説明をどのようにするか？

### 目的

- この項目を学習した後、以下のことができるようになる
  - 死が近い時期の徴候や症状を理解する
  - 患者・家族の意向や希望を尊重する
  - 患者・家族と治療・ケアの方針を話し合う
  - 患者の苦痛(つらさ)を理解し、それに対応する
  - 家族の苦痛(つらさ)を理解し、それに対応する

### 死が近い時期における評価

- 予後をどのように予測するか？
- どのような徴候があるか？
- どのような苦痛があるか？
  - どのような身体症状があるか？
  - 身体症状以外に、どのような苦痛(つらさ)があるか？

### 死が近い時期における評価

- 予後をどのように予測するか？
- どのような徴候があるか？
- どのような苦痛があるか？
  - どのような身体症状があるか？
  - 身体症状以外に、どのような苦痛(つらさ)があるか？

### 死が近い時期とは

- **A few days or even a week**  
(The terminal phase)  
Oxford textbook of palliative medicine)
  - 予後数日または1週間程度  
(Care of the Dying Pathway (LCP) 日本版版,2009)
  - 予後1週間、72時間、48時間、24時間  
(種々の臨床研究において対象となっている期間)
- このモジュールでは、予後1週間～死亡後を対象

### 予後の予測

- 死が近い時期における予後の予測は困難である
  - この時期に適應できる予後予測のツールはない
- 死が近い時期にみられる徴候や症状は、患者によって様々であるので、患者の個性やこれまでの経過をふまえて、総合的に病状を評価し、予後を予測する
- 予後の予測は、医療チーム・多職種チームによって行なうことが望ましい

### 症例

- 53歳女性
- 診断: 乳癌、骨転移、肺転移、脳転移
- 病歴: 2年前、乳癌と診断され、手術、化学療法、内分泌療法、骨転移に対する放射線療法を施行。その後、脳転移に対してγナイフ治療。
- 肺転移・脳転移は進行し、各種の抗がん治療は2か月前に中止となった。

### ・・・症例・・・

- 1か月前からADLが低下、1週間前に入院
- 入院直後から、徐々に意識レベルが低下し、終日臥床の状態
- 現在は、呼びかければ開眼はする程度であり、会話はできない
- 本人は、以前から、無理な延命は望まず、DNARの希望を表明していた
- 医療チームは、予後1週間程度と判断している

### ・・・症例

- 今後、死亡までに、どのような徴候(身体的変化など)や、症状が出現すると予測されますか？

### 死が近い時期における評価

- 予後をどのように予測するか？
- どのような徴候があるか？
- どのような苦痛があるか？
  - どのような身体症状があるか？
  - 身体症状以外に、どのような苦痛(つらさ)があるか？

### 死が近い時期の徴候

- 衰弱
- 倦怠感
- 経口摂取量の低下
- 嚥下機能の低下
- 気道分泌物の増加
- 脱水傾向
- 尿量の減少
- 尿失禁・便秘
- 意識レベルの低下
- 血圧の低下
- 頻脈/徐脈/不整脈
- 死前喘鳴
- チアノーゼ
- 下顎呼吸
- 橈骨動脈の拍動消失

### 死が近い時期における評価

- 予後をどのように予測するか？
- どのような徴候があるか？
- どのような苦痛があるか？
  - どのような身体症状があるか？
  - 身体症状以外に、どのような苦痛(つらさ)があるか？

### 死が近い時期にみられる身体症状

- 食欲不振
- 倦怠感
- 疼痛
- 口腔乾燥
- 嘔気・嘔吐
- 便秘
- 排尿障害
- せん妄
- 呼吸困難
- ミオクローヌス
- 死前喘鳴
- 身のおきどころのなさ
- 発汗
- 発熱

### 死が近い時期における 症状緩和のための薬物療法

- 目標は、患者の苦痛が、できるだけ少なくなる  
こと/患者・家族が許容できる程度になること
- 使用中の薬剤の増量/減量/中止、あるいは  
薬剤の変更
- 確実に投与できる経路(経口でない経路)
- 投薬に伴う苦痛ができるだけ少ない方法
- 予測される症状変化への対処法を予め指示

### 疼痛への対処

- 患者・家族のもつ、疼痛増強の懸念への配慮
  - 痛みを緩和することを保証
- 意識レベルが低下した患者での評価の困難さ
  - 患者の表情・行動などから苦痛の有無を判断
  - 疼痛か、他の苦痛か(便秘、尿閉、せん妄など)
  - 鎮痛剤の頓用を使用し、効果をもて判断
- 鎮痛剤の投与量の検討
  - 死が近い時期には、モルヒネの投与量を減らすことを  
考慮

### ・・・症例・・・

- 53歳女性
- 診断:乳癌、骨転移、肺転移、脳転移
- 間もなく、呼吸困難が出現したが、モルヒネ持続  
皮下注射を開始し、症状は軽減
- 3日後、死前喘鳴が出現
- 家族は、「のどがゴロゴロしていて、苦しそうです・  
・」と言っている

### ・・・症例

- この患者の死前喘鳴に、どのように対応し  
ますか？
- 「のどがゴロゴロしていて、苦しそうです・・・」  
という家族の訴えに、どのように対応します  
か？

### 死前喘鳴

- 死前喘鳴は終末期患者の23～92%で発現する
- 有効性が証明された治療法はない
  - ヒヨスチン投与により死前喘鳴が軽減(有意差なし)  
Wee B. Cochrane Database of System Review,1,2008
- アトロピン、ヒヨスチン、スコプラミンの有効性は同  
等であり、60～76%の患者で死前喘鳴が軽減ま  
たは消失した
  - アトロピン0.5mgボース皮下注射後、持続3mg/日
  - スコプラミン0.25mgボース皮下注射後、持続1.5mg/日  
Wildiers H. J Pain Symptom Manage 2009;38:124-33

### 死前喘鳴への対処

- 患者の苦痛になっていない場合:患者の意識がない
  - 患者の苦痛になっていないことを家族へ説明
- 患者の苦痛になっている場合:患者の意識がある
  - 精液減量、吸引、薬物療法について患者・家族と相談
  - 薬物療法
    - アスコバン頓用 20mg皮下注・静注
    - アスコバン持続静注・皮下注 20mg/日から漸増
    - ハイスコ頓用(0.5mg/A) 0.5A 舌下・皮下注
    - ハイスコ持続静注・皮下注 0.5mg/日から漸増

### 緩和困難な症状への対処

- 鎮静の対象になりうる症状
  - せん妄(臓器不全を伴わないせん妄は除く)
  - 呼吸困難
  - 過剰な気道分泌
  - 疼痛
  - 嘔気・嘔吐
  - 倦怠感
  - 痙攣・ミオクローヌス など

### 死が近い時期における評価

- 予後をどのように予測するか？
- どのような徴候があるか？
- どのような苦痛があるか？
  - どのような身体症状があるか？
  - 身体症状以外に、どのような苦痛(つらさ)があるか？

### 死が近い時期における評価

- 身体症状以外に、どのような苦痛(つらさ)があるか？
  - 現在行なっている検査・治療・ケアに伴う苦痛はないか？

### 現行の検査・治療・ケアの見直し

- 現在行なっている検査・治療・ケアの継続/変更/中止について検討
  - バイタルサインの測定
  - 血液検査、血糖測定などの検査
  - 抗菌薬、降圧剤などの使用
  - 水分や栄養の補給
  - 体位変換などのケア
  - その他、ルーチンで行なっていること など

### 死が近い時期における治療・ケア

- 治療・ケアの方針を決める際に考慮すること
  - 医学的な適応を判断
  - 患者の自律を尊重
  - 患者・家族の意向・希望を尊重
  - 患者の状況に見合った意向・希望を判断
  - 患者・家族と医療者との話し合いが大切

### 治療・ケアの方針の決定

- どんなことを考慮するか？
  - 患者の尊厳
    - 患者の自律
    - 患者の意向・希望 あるいは推定意思
  - 家族の思い
    - 患者の自律・意向・希望を尊重したいという思い
    - 家族としての正直な思い
  - 医療者の納得
    - 患者の状況に見合った意向・希望か
    - 患者の意向・希望に対応できる医療環境か
- 患者・家族と医療者との話し合いが大切

### 死が近い時期における評価

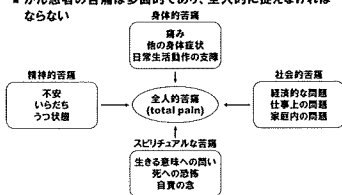
- 身体症状以外に、どのような苦痛(つらさ)があるか？
  - 患者の気がかり(心配、不安、おそれなど)は何か？

### 死が近い時期における患者の気がかり

- 症状について
  - 痛みでもがき苦しむのではないかなど
- 治療やケアについて
  - 自分の意向や希望に沿って行なわれるか
  - モルヒネなどの薬剤に対する恐れ など
- 過去の体験に関連して
  - つらい状況で亡くなった方との思い出 など
- スピリチュアル・ペインに関連して
  - 家族への負担になっているのではないかなど
  - 死や死の過程へのおそれ など

### 全人的苦痛 (total pain)

- がん患者の苦痛は多面的であり、全人的に捉えなければならぬ



### 死が近い時期における評価

- 身体症状以外に、どのような苦痛(つらさ)があるか？
  - 患者の意向・希望の中で、かなえられていないことはないか？
  - 患者の意向・希望は何か？