

厚生労働行政推進調査事業費補助金

厚生労働科学特別研究事業

適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの
改訂に関する研究

平成28年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 小川 朝生

平成29(2017)年 3月

目 次

| | |
|----------------------------------|----|
| I. 総括研究報告書 | |
| 適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究 | 4 |
| 小川 朝生 | |
| II. 分担研究報告書 | |
| 1. 適切な緩和ケア提供のためのコンセプトの開発 | 16 |
| 小川 朝生 | |
| 2. 適切な緩和ケアを提供するための体制設備に関する検討 | |
| －疾患を問わない基本的な緩和ケアの知識と技術に関する研究－ | 19 |
| 木澤 義之 | |
| 3. 適切な緩和ケアを提供するための介入に関する検討 | |
| －適切な緩和ケア提供のための介入に関する検討コンセプトの開発－ | 22 |
| 濱野 淳 | |
| 4. 適切な緩和ケアを提供するための介入に関する検討 | 24 |
| 山本 亮 | |
| 5. 緩和ケアを提供するための地域医療、多職種連携の在り方の検討 | |
| －がん緩和ケア：円滑な地域医療連携をめざして－ | 26 |
| 飯島 勝矢 | |
| 6. 地域緩和ケアを提供するための効果的な介入方法の検討 | |
| －一般病院における緩和ケア実施状況に関するインタビュー調査－ | 29 |
| 平井 啓 | |
| III. 研究成果の刊行に関する一覧表 | 34 |
| IV. 資料（緩和ケアガイドブック） | 42 |

I. 総括研究報告書

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
総括研究報告書

適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究

研究代表者 小川朝生 国立がん研究センター先端医療開発センター
精神腫瘍学開発分野 分野長

研究要旨 がん患者が質の高い療養生活を送るために、がん対策推進基本計画に基づき、「がんと診断されたときからの緩和ケア」が推進されてきた。その結果、がん診療連携拠点病院においては、緩和ケアの提供体制が構築されつつある。しかし一方、地域の緩和ケアにおいては、緩和ケアを担うスタッフが不足し、診療やケアの質が十分に担保されていないこと等の課題があげられている。こうしたことから地域の連携病院や在宅等、がん診療連携拠点病院以外での緩和ケアの普及を図る必要がある。「がん対策加速化プラン」では、関係団体と協力して、入院、外来、在宅等の診療の場を問わず、適切な緩和ケアを提供できるよう、緩和ケアに関するガイドブックの改訂を進めることが盛り込まれた。本研究では、がん対策加速化プランに掲げられた「入院、外来、在宅等の診療の場を問わず、適切な緩和ケアを提供できるよう、緩和ケアに関するガイドブックの改訂を進める」施策を具体化するために、臨床現場で必要とされている緩和ケアの技能について検証し、がん緩和ケアガイドブックの作業に反映させ、改訂を行った。本研究を踏まえて、作成された緩和ケア実践マニュアルを、関係団体と連携して病院・診療所等の医師に周知することを通して、地域緩和ケアの質の向上を図り、入院、外来、在宅等の診療の場を問わず、がん患者に対して適切な緩和ケアを提供できる体制を整備することが可能となった。

**研究分担者氏名・所属研究機関名及び
所属研究機関における職名**

| | |
|------|---|
| 小川朝生 | 国立研究開発法人国立がん研究センター 先端医療開発センター 精神腫瘍学開発分野 分野長 |
| 木澤義之 | 神戸大学大学院医学研究科内科系講座先端緩和医療学分野 特命教授 |
| 濱野 淳 | 筑波大学医学医療系 講師 |
| 山本 亮 | JA長野厚生連佐久総合病院佐久医療センター 緩和ケア内科部長 |
| 飯島勝矢 | 東京大学高齢社会総合研究機構 准教授 |
| 平井 啓 | 大阪大学経営企画オフィス 准教授 |

**研究協力者氏名・所属研究機関名及び
所属研究機関における職名**

道永麻里 日本医師会 常任理事

A. 研究目的

がん患者が質の高い療養生活を送るために、がん対策推進基本計画に基づき、「がんと診断されたときからの緩和ケア」が推進されてきた。その結果、がん診療連携拠点病院においては、緩和ケアの提供体制が構築されつつある。しかし一方、地域の緩和ケアにおいては、緩和ケアを担うスタッフが不足し、診療やケアの質が十分に担保されていないこと等の課題があげられている。こうしたことから地域の連携病院や在宅等、がん診療連携拠点病院以外での緩和ケアの普及を図る必要がある。

そのため、「がん対策加速化プラン」では、関係団体と協力して、入院、外来、在宅等の診療の場を問わず、適切な緩和ケアを提供できるよう、緩和ケアに関するガイドブックの改訂を進める等が盛り込まれている。

本研究の目的は、がん対策加速化プランに

掲げられた「入院、外来、在宅等の診療の場を問わず、適切な緩和ケアを提供できるよう、緩和ケアに関するガイドブックの改訂を進める」等の施策を具体化するために、臨床現場で必要とされている緩和ケアの技能について検証し、がん緩和ケアガイドブックの作業に反映させ、改訂を進めることである。

B. 研究方法

1. がん診療連携拠点病院以外の医療機関における緩和ケアの現状把握：

地域緩和ケアに関する先行研究を確認した上で、がん診療連携拠点病院以外の一般病院において緩和ケアに携わる医療従事者に対してインタビュー調査をおこない、がん診療連携拠点病院外でのがん診療や緩和ケアの提供状況について、質的検討をおこなう。質的検討を踏まえ、エキスパートにより課題を網羅的に検討し、地域緩和ケアの課題を把握する。

2. 一般病院で緩和ケアを提供するためのコンセプトの開発

課題を抽出した後に、地域緩和ケアの質の向上を図るために優先的に解決すべき課題を順位付けし、行動科学的な分析を加えて教育的介入を行うためのコンセプトを開発する。コンセプトでは、地域緩和ケアを担う医師が一般病院や在宅等において備えることが求められるコア・コンピテンシーを定め、主たる対象・内容・方法を設定する。

3. 実践マニュアル案の構成の確定：

コンセプトを踏まえて、必要な技能に沿ったマニュアル案の構成を検討する。特に、①地域において緩和ケアの導入の手がかりとなる場面、②地域における連携と総合的な評価の場面、など入院、外来、在宅等での切れ目のない提供を意識し、原案を作成する。

原案完成後、外部の関連領域のエキスパートによるレビューをおこない、妥当性を検討し、構成を確定させる。

4. 実践マニュアルの作成

確定した構成案に沿って、マニュアルの作成を進める。本マニュアルの作成を進めるために、ワーキンググループを構成し、各領域の専門家に分担依頼をし、迅速化を図る。領域ごとに取りまとめを立て、項目間の整合性を調整し、マニュアル原案を作成する。

5. 専門的観点からの検証：

マニュアル原案の作成と併せて、外部のエキスパートによるレビューをおこない、専門的観点から記載内容の妥当性を検討し、フィードバックを行う。領域ごとの確認をした後、全体の構成を検証し、関連団体と連携して内容を確定させる。

C. 研究結果

1. がん診療連携拠点病院以外の医療機関における緩和ケアの現状把握：

地域がん診療拠点病院ではない、がん患者の診療に携わる、5つの医療機関の医療従事者11名（医師4名、看護師5名、MSW、理学療法士）を対象として、緩和ケアに関するインタビュー調査を実施した。調査内容は、①一般病院におけるがん医療の位置付け、②緩和ケアが提供される主な症例、③緩和ケアの提供体制、④緩和ケアの課題について質問を行った。

インタビュー調査の結果、以下の4つの点が明らかとなった。

1) 一般病院におけるがん医療の位置付け

すべての施設において、緩和ケアが必要であると考えられる患者に対して、積極的抗がん治療を提供していなかった。地域のがん診療拠点病院からの患者の受け入れ先として役割を果たしていた。

2) 緩和ケアが提供される主な症例

調査対象施設において、緩和ケアが提供される患者は、主として終末期がん患者や積極的に治療をしないことを選択したがん高齢患者であった。

一般病院における緩和ケアとは「本人と家族が望む形で最期を迎えられるようにサポートすること」という内容で話されることがほとんどであった。

提供される緩和ケアの内容は、疼痛コントロール、呼吸困難・倦怠感・不眠などの苦痛緩和、患者の日常生活の支援、最期を迎えることに対する家族の不安や悲嘆のサポート、在宅療養への移行支援であった。

3) 緩和ケアの提供体制

調査対象施設においては、医師と看護師が中心となっている施設、MSW、薬剤師、リハビリ、栄養などと連携している施設など 提供体制にばらつきがあった。ケアの提供スキルについてもスタッフごとに差があるという意見があった。

4) 緩和ケアの課題

4-1) 一般病院における緩和ケアの課題

終末期を迎える患者と家族の意思決定・不安・悲嘆に対するサポートなどの患者と家族への関わり・対応に関する困難感、緩和ケアを提供する医療従事者のスキルに関する課題、コミュニケーション不足や連携に関する問題点をフィードバックする機会がないなどの一般病院と 拠点病院との連携に関する課題 の3つの課題があることが明らかとなった。

4-2) 一般病院にも影響する拠点病院内の課題

地域がん診療拠点病院内での部門連携が不十分であり、緩和ケアチームがあってもそれが十分に関わることなく患者が転院してきたり、患者・家族への病状説明や情報提供あるいは、理解度や受容度の確認が不十分であったり、連携の中心となる MSW のスキルにばらつきが大きいことが課題であることが明らかとなった。

4-3) 終末期がん患者のための在宅医療に関する課題

在宅医の不足、24 時間体制の必要性など在宅医療体制向上の必要性、オピオイド使用、

患者個別にあった対応、終末期特有のシビアな説明をするコミュニケーション能力などの在宅医療提供者のスキルのばらつきがあること、在宅医 1 名体制で実施していることが多く、第三者の目がはいらにくい、老々介護のためサービスを利用しても在宅療養ができないことが課題であることが明らかにされた。

4-4) 終末期医療・緩和ケア・高齢者医療の概念的混乱

調査対象施設において「がんが主な原因で終末期の状態となっている事例」と「(遅かれ早かれ) 終末期ではあるが、がんのためなのか加齢のためなのか判断がつかないような事例」が明確に区別されておらず、患者の精神的・身体的苦痛を取り除くことは、がんの終末期患者に限らないと、捉えられており、終末期医療、緩和ケア、高齢者医療の区別が曖昧である傾向があることが明らかとなった。

4-5) 普及啓発に関する課題

患者・家族に広く緩和ケアが知られていない、在宅で利用できるサービスが一般に広く知られていない、「早期からの緩和ケア」への誤解、医療者による終末期緩和ケアへの考え方の違いなどが課題 であることが明らかとなった。

2. 一般病院で緩和ケアを提供するためのコンセプトの開発

課題を抽出した後に、地域緩和ケアの質の向上を図るために解決すべき課題をエキスパートにより検討した。教育的介入を行うために、以下の4点の方向性に沿って資料を作成することとした。

- ① 対象は一般病院の医療従事者、かかりつけ医
- ② 一般病院において緩和ケアの基本的な知識と技術を示す
- ③ 緩和ケア研修会の教材としても使えるように内容・レベルをそろえる
- ④ 循環器の緩和ケアについても触れる

コンセプトに従いエキスパートによる検討を行い、改訂の方向性を検討し、以下の方向で改訂作業を進めることとした。

改訂趣旨

緩和ケアガイドブック 2008年版は、第一期の「がん対策推進基本計画」の重点課題の一つに掲げられた「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」を推進し、がん患者およびその家族の苦痛の軽減ならびに療養生活の質の向上に資するため、がん対策推進委員会緩和ケア小委員会が中心となり作成された。初版は、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」でテキストとして使用されるとともに、がん診療連携拠点病院を中心に、入院や外来、在宅などで、がん患者の緩和ケアを行う医師にとって「臨床ですぐに使える手引書」として使われてきた。

その後、がんに関する施策が進められ、がん対策推進基本計画も第二期の最終年度を迎えた。がん診療連携拠点病院では、緩和ケアチームの設置が完了し、緩和ケア研修会の院内受講率も90%を目指すほどまで進み、施設内の緩和ケアの提供体制が構築されつつある。しかし一方、地域に目を転じると、緩和ケアを担うスタッフは依然として不足し、診療やケアの質が十分に担保されていない等の課題がある。がん治療は外来に移行しつつあることから、今後いっそう地域の連携病院や在宅など、がん診療連携拠点病院以外での緩和ケアの普及を図る必要がある。

上記の現状を受け、平成27年12月に策定された「がん対策加速化プラン」では、「関係団体と協力して、入院、外来、在宅等の診療の場を問わず、適切な緩和ケアを提供できるよう、緩和ケアに関するガイドブックの改訂を進める」等が緩和ケアの推進策として盛り込まれた。この加速化プランに基づき、地域の一般病院や在宅において、基本的な緩和ケアに関する知識と技術の普及を図り、臨床現場で緩和ケアを実践するために必要な内容を

すぐに参照できることを目的に、本ガイドブックを改訂する。

- 対象は、一般病院に勤務する医師や地域のかかりつけ医等とする
- 図表を多くした一目で分かる構成を引き継ぐ
- 原版では扱っていなかった緩和ケアにおける考え方（意思決定支援）を記述する
- 基本的な緩和ケアからは外れるが、がん患者への支援を行う上で重要となる、治療期の支援やがん治療に伴う有害事象についても触れる
- がん以外への緩和ケアのアプローチについても紹介する
- 診療の場を問わずに広く緩和ケアのアプローチがつながるよう、療養場所ごとの緩和ケアの特徴について紹介する

上記方針で改訂作業をおこない、以下の項目をコンセプト案として構成した。

1. 概論
 - ・Illness Trajectory と支援の内容を解説する
 - 言葉の定義を示しておく（この本では緩和ケアアプローチと基本的緩和ケアを扱う。それぞれの基本的な定義を示す）
2. 緩和ケアにおける臨床倫理
3. 包括的アセスメント
4. 治療期の支援
5. 基本の症状緩和
 - (ア) 疼痛
 - (イ) 呼吸困難
 - (ウ) 消化器症状
 - (エ) せん妄
 - (オ) 気持ちのつらさ
 - (カ) 不眠
6. がん治療に伴う有害事象
7. ACP
8. 死が近づいたとき
9. 苦痛緩和のための鎮静

10. 心不全・COPD に対する緩和ケアアプローチ
11. 療養場所と緩和ケア
 - (ア) 一般病院
 - (イ) 緩和ケア病棟
 - (ウ) 在宅緩和ケア

3. 実践マニュアル案の構成の確定：

コンセプト案に対して、高齢医学ならびにプライマリ・ケア領域の専門家によるレビューを受けた後、原版を元に、追加・修正すべき項目を抽出し、項目案を作成した。(表1参照)

4. 実践マニュアルの作成

項目案をもとに、マニュアルの作成を進めた。本マニュアルの作成を進めるために、執筆者によるワーキンググループを構成し、各領域の専門家に分担依頼をし、迅速化を図った。領域ごとに取りまとめを立て、2回にわたり編集会議を開催し、項目間の整合性を調整した。原案を作成した後、3回に渡り校正をおこなった。

5. 専門的観点からの検証：

外部のエキスパートによるレビューをおこない、専門的観点から記載内容の妥当性を検討し、フィードバックを行った。領域ごとの確認をした後、全体の構成を検証し、関連団体と連携して内容を確定させた。

D. 考察

がん対策加速化プランで緩和ケア領域の実施すべき具体策として挙げられた「関係団体と協力して、入院、外来、在宅等の診療の場を問わず、適切な緩和ケアを提供できるよう、緩和ケアに関するガイドブックの改訂を行った。

本研究を踏まえて、作成された緩和ケア実践マニュアルを、関係団体と連携して病院・診療所等の医師に周知することを通して、地域緩和ケアの質の向上を図り、入院、外来、

在宅等の診療の場を問わず、がん患者に対して適切な緩和ケアを提供できる体制を整備することが可能となった。

また、地域の現状に即した対応策が提示できることを通して、がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の受講を促進させることが期待される。

E. 結論

がん対策加速化プランで掲げられた緩和ケアに関するガイドブックの改訂作業を行った。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表（英語論文）

1. Fujisawa D, Inoguchi H, Shimoda H, Yoshiuchi K, Inoue S, Ogawa A, et al. Impact of depression on health utility value in cancer patients. *Psychooncology*. 2016;25(5):491-5. PubMed PMID: 26283141. Epub Aug 17.
2. Onaka Y, Shintani N, Nakazawa T, Kanoh T, Ago Y, Matsuda T, Ogawa A, et al. Prostaglandin D2 signaling mediated by the CRTH2 receptor is involved in MK-801-induced cognitive dysfunction. *Behavioural Brain Research*. 2016;314:77-86.
3. Yamamoto S, Arao H, Masutani E, Aoki M, Kishino M, Morita T, Shima Y, Kizawa Y, Tsuneto S, Aoyama M, Miyashita M. Decision Making Regarding the Place of End-of-Life Cancer Care: The Burden on Bereaved Families and Related Factors. *J Pain Symptom Manage*. 2017 Feb 9. [Epub ahead of print]
4. Miura H, Kizawa Y, Bito S, Onozawa S, Shimizu T, Higuchi N, Takanashi S, Kubokawa N, Nishikawa M, Harada A, Toba K. Benefits of the Japanese version of the advance care planning facilitators education program. *Geriatr Gerontol Int*. 2017 Feb;17(2):350-352.

5. Kanoh A, Kizawa Y, Tsuneto S, Yokoya S. End-of-life care and discussions in Japanese geriatric health service facilities: A nationwide survey of managing directors' viewpoints. *Am J Hosp Palliat Care*. 2017 (in press).
6. Morita T, Imai K, Yokomichi N, Mori M, Kizawa Y, Tsuneto S. Continuous Deep Sedation: A Proposal for Performing More Rigorous Empirical Research. *J Pain Symptom Manage*. 2017 Jan;53(1):146-152.
7. Yotani N, Kizawa Y, Shintaku H. Differences between Pediatricians and Internists in Advance Care Planning for Adolescents with Cancer. *J Pediatr*. 2016 Dec 28. [Epub ahead of print]
8. Amano K, Maeda I, Morita T, Okajima Y, Hama T, Aoyama M, Kizawa Y, Tsuneto S, Shima Y, Miyashita M. Eating-related distress and need for nutritional support of families of advanced cancer patients: a nationwide survey of bereaved family members. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2016 Dec;7(5):527-534.
9. Morita T, Naito AS, Aoyama M, Ogawa A, Aizawa I, Morooka R, Kawahara M, Kizawa Y, Shima Y, Tsuneto S, Miyashita M. Nationwide Japanese Survey About Deathbed Visions: "My Deceased Mother Took Me to Heaven". *J Pain Symptom Manage*. 2016 Nov;52(5):646-654. e5.
10. Kakutani K, Sakai Y, Maeno K, Takada T, Yurube T, Kurakawa T, Miyazaki S, Terashima Y, Ito M, Hara H, Kawamoto T, Ejima Y, Sakashita A, Kiyota N, Kizawa Y, Sasaki R, Akisue T, Minami H, Kuroda R, Kurosaka M, Nishida K. Prospective Cohort Study of Performance Status and Activities of Daily Living After Surgery for Spinal Metastasis. *Clin Spine Surg*. 2016 Oct 19. [Epub ahead of print]
11. Mori M, Nishi T, Nozato J, Matsumoto Y, Miyamoto S, Kizawa Y, Morita T. Unmet Learning Needs of Physicians in Specialty Training in Palliative Care: A Japanese Nationwide Study. *J Palliat Med*. 2016 Oct;19(10):1074-1079.
12. Okuyama T, Kizawa Y, Morita T, Kinoshita H, Uchida M, Shimada A, Naito AS, Akechi T. Current Status of Distress Screening in Designated Cancer Hospitals: A Cross-Sectional Nationwide Survey in Japan. *J Natl Compr Canc Netw*. 2016 Sep;14(9):1098-104.
13. Sakashita A, Kishino M, Nakazawa Y, Yotani N, Yamaguchi T, Kizawa Y. How to Manage Hospital-Based Palliative Care Teams Without Full-Time Palliative Care Physicians in Designated Cancer Care Hospitals: A Qualitative Study. *Am J Hosp Palliat Care*. 2016 Jul;33(6):520-6.
14. Aoyama M, Morita T, Kizawa Y, Tsuneto S, Shima Y, Miyashita M. The Japan Hospice and Palliative Care Evaluation Study 3: Study Design, Characteristics of Participants and Participating Institutions, and Response Rates. *Am J Hosp Palliat Care*. 2016 May 2. [Epub ahead of print]
15. Nakazawa Y, Kato M, Yoshida S, Miyashita M, Morita T, Kizawa Y. Population-Based Quality Indicators for Palliative Care Programs for Cancer Patients in Japan: A Delphi Study. *J Pain Symptom Manage*. 2016 Apr;51(4):652-61.
16. Igarashi, A., Iijima, K., et al (2016). Patterns of long-term care services use in a suburban municipality of Japan: A population-based study. *Geriatrics & Gerontology International*. doi: 10.1111/ggi.12781
17. Kimura, T., Iijima, K., et al (2016). Catheter replacement structure in home medical care settings and regional characteristics in Tokyo and three adjoining prefectures. *Geriatrics & Gerontology International*. doi: 10.1111/ggi.12769
18. Kimura, T., Iijima, K., et al (2017, in press). Replacement of gastrostomy tubes and tracheal cannulas by physicians in home medical care settings is associated with staff numbers and availability of a 24-hour

- care service system in clinics. Tohoku Journal of Experimental Medicine.
19. Feng, M., Iijima, K., et al (2017). Characteristics of care management agencies affect expenditure on home help and day care services: A population-based cross-sectional study in Japan. *Geriatrics & Gerontology International*, doi: 10.1111/ggi.12969
- 論文発表（日本語論文）
1. 小川朝生. サイコオンコロジーの立場での意思決定とは～これからの超高齢社会をふまえて～. *がん看護*. 2016 (1):16-21.
 2. 小川朝生. せん妄予防の非薬物療法的アプローチ. *医学のあゆみ*. 2016;256(11):1131-35.
 3. 小川朝生. 「早期緩和ケア」と「診断時からの緩和ケア」の問題をその背景から考える. *Cancer Board Square*. 2016;2(1):66-9.
 4. 小川朝生. せん妄って何?. *緩和ケア*. 2016;26(2):89-93.
 5. 小川朝生. 現場の取り組みで学ぶ 発達障害と職場適応に向けたかかわり方 空気が読めない!. *看護人材育成*. 2016;13(1):103-7.
 6. 小川朝生. 現場の取り組みで学ぶ 発達障害と職場適応に向けたかかわり方 パニックになる!! . *看護人材育成*. 2016;12(6):95-101.
 7. 小川朝生. がん治療における精神心理的ケアと薬物療法. *臨床消化器内科 6月増刊号 消化器がん化学療法*. 2016 ;31(7):77-81.
 8. 小川朝生. 認知症をもつ高齢がん患者の特徴とアセスメントおよびケアのポイント. *がん看護1+2増刊号 老いを理解し, 実践に活かす 高齢がん患者のトータルケア*. 2016;21(2):141-4.
 9. 小川朝生. 意思決定能力. *臨床精神医学*. 2016;45(6):689-97.
 10. 小川朝生. アドバンス・ケア・プランニングとはなにか. *Modern Physician*. 2016;36(8):813-9.
 11. 小川朝生. せん妄に関して最近わかってきたこと、知っておくべきこと一予防的介入がインシデントを減らす. *患者安全推進ジャーナル*. 2016;44:10-6.
 12. 小川朝生. 急性期病院における認知症対応. *病院羅針盤*. 2016;7(84):11-6.
 13. 小川朝生. ぼちぼち. 緩和ケア-緩和ケアの魔法の言葉 どう声をかけたらいいかわからない時の道標 . 2016 ;26(Suppl. JUN):41-2
 14. 小川朝生. がん検診から医療機関受診までのストレスについて. *ストレス&ヘルスケア* 2016年秋号. 2016;222:1-3.
 15. 小川朝生. がん・終末期のせん妄. *月刊薬事*. 2016;58(16):65-70.
 16. 小川朝生. がん患者のせん妄に対する対策. *腫瘍内科*. 2016;18(5):408-12.
 17. 小川朝生. 非薬物療法によるせん妄の予防 . *Progress in Medicine* 2016;36(12):1665-8.
 18. 小川朝生. HIV感染による認知症. *精神科・わたしの診療手順*. 2016;45 増刊号:471-4.
 19. 小川朝生. 病棟・ICUで出会うせん妄の治療 *がん・終末期のせん妄*. *月刊薬事*. 2016;58(16):65-70.
 20. 小川朝生. 家族のストレスと支援について. *ストレス&ヘルスケア* 2016年冬号. 2016;223:1-3.
 21. 小川朝生. 認知症の緩和ケア. *精神神経学会雑誌*. 2016;118(11):813-22.
 22. 小川朝生. 乳癌治療における緩和治療④ *精神症状*. *乳癌の臨床*. 2017;32(1):31-5.
 23. 岸野恵、木澤義之、佐藤悠子、宮下光令、森田達也、細川豊史. がん患者答えやすい痛みの尺度ー鎮痛水準測定方法開発のため予備調査ー. *ペインクリニック*, 38巻1号, P93-98, 2017.
 24. 五十嵐尚子, 青山真帆, 佐藤一樹, 森田達也, 木澤義之, 恒藤暁, 志真泰夫, 宮下光令. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する多施設遺族調査における結果のフィードバックの活用状況. *Palliat Care Res.* (in press)
 25. 森田達也, 木澤義之, 新城拓也編著. 緩和医療ケースファイル. 南江堂, 東京都, 2016年.
 26. 森田達也, 木澤義之監修. 西智弘, 松本禎久, 森雅紀, 山口崇編. 緩和ケアレジデントマニュアル. 緩和ケアレジデントマニュアル, 医学書院, 東京都, 2016.
 27. 木澤義之. 心肺蘇生に関する望ましい意

- 思決定のあり方に関する研究, 「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会、遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 3, 青海社, 東京都, 2016, p129-134.
28. 島田 麻美, 木澤 義之. 【前立腺癌がんと合併症・有害事象での薬物治療戦略を総まとめ】前立腺癌患者の骨病変と痛みへのアプローチ 前立腺癌有痛性骨転移患者の疼痛緩和におけるオピオイドの匙加減. 薬局. 67 巻 11 号 P3063-3068, 2016.
 29. 木澤 義之, 山口 崇, 余谷 暢之. がん薬物療法とアドバンス・ケア・プランニング. 癌と化学療法. 43 巻 3 号, P277-280, 2016.
 30. 木澤 義之. 【レジデントにとって必須の緩和ケアの知識】今後のことを話しあおう. レジデント. 9 巻 7 号 Page96-101, 2016.
 31. 木全真理, 飯島勝矢, 他 (2016). 在宅医療・介護連携推進のためのルール構築: 情報共有における合意形成を介した取り組み. 日本在宅医学会雑誌, 18(1), 11-17.
 32. 平井 啓. 意思決定支援と行動経済学. 終末期の意思決定- アドバンス・ケア・プランニングの実践をめざして-. Modern Physician 36 (8): 881-885, 2016.
 33. 平井 啓. 精神・心理的コンサルテーション活動の構造と機能. 総合病院精神医学 28 (4): 310-317, 2016.
- 学会発表 (海外学会)
1. Maho Aoyama YS, Tatsuya Morita, Asao Ogawa, Yoshiyuki Kizawa, Satoru Tsuneto YS, Mitsunori Miyashita, editors. Complicated grief, depression, sleeping disorders, and alcohol consumption of bereaved families of cancer: a nationwide bereavement survey in Japan. 9th World Research Congress of the European Association for Palliative Care; 2016 2016/6/9-11; Dublin, Ireland.
 2. Yoshiyuki Kizawa, Development of Specialist Palliative Care Team and Palliative Care Education in Japan, Seminar on Integrated Hospice Palliative Care Network for Veterans, Taiwan, Taipei, 2016.
 3. Yoshiyuki Kizawa, Role of Leadership and Management of Palliative Care in Japan. Japan- Korea-Taiwan Palliative Care Research Project Conference, Taiwan, Taipei, 2016.
 4. Yoshiyuki Kizawa, Specialist Palliative care in Japan-focusing on hospital based palliative care team and primary palliative care education. 9 th Scientific Meeting Taiwan Academy of Hospice Palliative Medicine, Taiwan, Taipei, 2016.
 5. Megumi Kishino, Yoshiyuki Kizawa, Yuko Sato, Mitsunori Miyashita, Tatsuya Morita, Jun Hamano, Toyoshi Hosokawa. Does negative PMI indicate a need for further pain treatment? Concordance between PMI and other indicators. 21st International Congress on Palliative Care, Montreal, Canada, 2016.
- 学会発表 (国内学会)
1. 小川朝生, せん妄の臨床. 第 112 回日本精神神経学会学術総会, ワークショップ; 2016/6/2; 千葉県美浜区 (幕張メッセ).
 2. 小川朝生, 誰もが悩み、苦勞しているせん妄マネジメントの実際-意思決定能力と倫理的問題-. 第 112 回日本精神神経学会学術総会, ワークショップ; 2016/6/3; 千葉県美浜区 (幕張メッセ).
 3. 小川朝生, 精神腫瘍学的アプローチ 頭頸部癌治療における認知症, せん妄への対応. 第 40 回日本頭頸部癌学会, シンポジウム; 2016/6/10; 埼玉県さいたま市 (ソニックシティ).
 4. 小川朝生, 非癲癇性てんかん重積状態 (NCSE) 頻度・鑑別・対応. 第 21 回日本緩和医療学会学術大会, シンポジウム; 2016/6/17; 京都市 (国立京都国際会館・グランドプリンスホテル京都).
 5. 小川朝生, 武井宣之, 藤澤大介, 野畑宏之, 岩田愛雄, 佐々木千幸, 菅野雄介, 關本翌子, 淺沼智恵, 上田淳子, 西村知子, 奥村泰之, editor 看護師を中心としたせん妄対応プログラムの開発. 第 29 回日本総合病院精神医学会総会, ポスタ

- 一；2016/11/25-26；東京都千代田区。
6. 小川朝生，超高齢社会におけるがん患者と家族の意思決定支援. 第31回日本がん看護学会学術集会，シンポジウム；2017/2/4；高知市.
 7. 小川朝生，editor 周囲を見渡して緩和ケアを考える スクリーニングとうつ病・うつ状態の治療. 第56回日本心身医学会九州地方会，ランチョンセミナー；2017/1/28；熊本市.
 8. 木澤義之，がん患者の突出痛の評価と治療. 第21回日本緩和医療学会学術大会，京都，2016年6月.
 9. 木澤義之，ともに学ぶ合う環境をつくる：人を育て、自らも成長するために. 第21回日本緩和医療学会学術大会，京都，2016年6月.
 10. 木澤義之，緩和ケアチームに求められるもの：緩和ケアチームの基準2015年版の作成を通して. 第21回日本緩和医療学会学術大会，京都，2016年6月.
 11. 木澤義之，治療・ケアのゴールを話し合う一意思決定支援とアドバンス・ケア・プランニング. 第57回日本肺癌学会，福岡，2017.
 12. 木澤義之，がん医療と緩和ケア：緩和ケア病棟・緩和ケアチーム・在宅緩和ケアの役割. 日本ホスピス緩和ケア協会2016年度年次大会，東京，2016.
 13. 吉江悟，飯島勝矢，他（2016. 10. 27）. 在宅医療多職種連携研修会受講者の堪能、意識および連携活動の変化：開催日数別の検討. 第75回日本公衆衛生学会総会，大阪.
 14. 松本佳子，飯島勝矢，他（2016. 10. 27）. 在宅医療・介護連携推進担当者の医療・介護職との関係構築—タイムスタディによる検討—. 第75回日本公衆衛生学会総会，大阪.
 15. 木村琢磨，飯島勝矢，他（2016. 7. 17）. 在宅医療を担う診療所における夜間休日臨時対応の実態. 第18回日本在宅医学会大会，東京.
 16. 松本佳子，飯島勝矢，他（2016. 7. 16）. 在宅医療多職種連携研修会受講者の在宅医療への意識および連携活動の変化：職種別の検討. 第18回日本在宅医学会大会，東京.
 17. 弘田義人，飯島勝矢，他（2016. 7. 16）. 医学生を対象とした模擬サービス担当者会議の意義. 第18回日本在宅医学会大会，東京.
 18. 山中崇，飯島勝矢，他（2016. 7. 16）. 在宅療養者および主介護者のQOL，Well-being に関係する因子についての検討. 第18回日本在宅医学会大会，東京.
 19. 吉江悟，飯島勝矢，他（2016. 7. 16）. 夜間休日におけるファーストコール対応機関と患者・家族の安心感・満足感、医師や看護師のジョブ・コントロールとの関連. 第18回日本在宅医学会大会，東京.
 20. 山中崇，飯島勝矢，他（2016. 6. 9）. 医学部学生に対する地域医療学実習の効果に関する検討. 第58回日本老年医学会学術集会，金沢.
 21. 弘田義人，飯島勝矢，他（2016. 6. 8）. 医学生は在宅医療を中心とする地域医療学実習で何を学んだか. 第58回日本老年医学会学術集会，金沢.
 22. 松本佳子，飯島勝矢，他（2016. 6. 4）. 在宅医療・介護連携推進事業担当者の業務内容・役割—タイムスタディによる検討. 第27回日本在宅医療学会学術集会，横浜.
 23. 平井 啓：シンポジウム「がん医療における意思決定の行動科学」 第29回日本サイコオンコロジー学会総会，2016. 9. 24 北海道
 24. 平井 啓：進行がん患者の予後予測と意思決定支援. パネルディスカッション「がん患者の合理的な選択は可能か？行動経済学の『リバタリアン・パターナリズム』という視点から」 第14回日本臨床腫瘍学会学術集会（JSMO），2016. 7. 29 大阪
- H. 知的財産権の出願・登録状況**
（予定を含む。）
1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

特記すべきことなし。

Ⅱ. 分担研究報告書

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

適切な緩和ケア提供のためのコンセプトの開発

研究分担者 小川 朝生 国立研究開発法人国立がんセンター 先端医療開発センター
精神腫瘍学開発分野 分野長

研究協力者 道永 麻里 日本医師会 常任理事

研究要旨 がん患者が質の高い療養生活を送るために、がん対策推進基本計画に基づき、「がんと診断されたときからの緩和ケア」が推進されてきた。その結果、がん診療連携拠点病院においては、緩和ケアの提供体制が構築されつつある。しかし一方、地域の緩和ケアにおいては、緩和ケアを担うスタッフが不足し、診療やケアの質が十分に担保されていないこと等の課題があげられている。こうしたことから地域の連携病院や在宅等、がん診療連携拠点病院以外での緩和ケアの普及を図る必要がある。

そのため、「がん対策加速化プラン」では、関係団体と協力して、入院、外来、在宅等の診療の場を問わず、適切な緩和ケアを提供できるよう、緩和ケアに関するガイドブックの改訂を進める等が盛り込まれた。本研究では、がん対策加速化プランに掲げられた「入院、外来、在宅等の診療の場を問わず、適切な緩和ケアを提供できるよう、緩和ケアに関するガイドブックの改訂を進める」等の施策を具体化するために、臨床現場で必要とされている緩和ケアの技能について調査等を通じて明らかにし、実践的なマニュアルのコンセプトを明らかにした。

A. 研究目的

本研究の目的は、がん対策加速化プランに掲げられた「入院、外来、在宅等の診療の場を問わず、適切な緩和ケアを提供できるよう、緩和ケアに関するガイドブックの改訂を進める」等の施策を具体化するために、臨床現場で必要とされている緩和ケアの技能について調査等を通じて検証し、コンセプトを確立させることにある。

B. 研究方法

緩和ケアに関する先行研究を確認した上で、地域緩和ケアに携わる医療者に対して、インタビュー調査をおこない、がん診療連携拠点病院外でのがん診療や緩和ケアの提供状況について、質的検討をおこなう。質的検討を踏まえ、がん拠点病院以外の病院や診療所における地域緩和ケアの課題をエキスパートにより網羅的に把握し、実践マニュアルのコンセプトを明らかにする。コンセプトは案を完成させた後、外部の関連領域のエキスパートに

よるレビューを行い、確定させる。

（倫理面への配慮）

本研究は、業務の改善を目指した活動の一環であり、研究に関する指針等には該当しない。

C. 研究結果

質的検討を踏まえ、エキスパートによる検討を行い、以下の項目をコンセプト案として構成した。

1. 概論
 - ・ Illness Trajectory と支援の内容を解説する
 - 言葉の定義を示しておく（この本では緩和ケアアプローチと基本的緩和ケアを扱う。それぞれの基本的な定義を示す）
2. 緩和ケアにおける臨床倫理
3. 包括的アセスメント
4. 治療期の支援

5. 基本の症状緩和
 - (ア) 疼痛
 - (イ) 呼吸困難
 - (ウ) 消化器症状
 - (エ) せん妄
 - (オ) 気持ちのつらさ
 - (カ) 不眠
6. がん治療に伴う有害事象
7. ACP
8. 死が近づいたとき
9. 苦痛緩和のための鎮静
10. 心不全・COPD に対する緩和ケアアプローチ
11. 療養場所と緩和ケア
 - (ア) 一般病院
 - (イ) 緩和ケア病棟
 - (ウ) 在宅緩和ケア

D. 考察

本研究は、わが国のがん診療連携拠点病院以外の医療施設において、疾患を問わずに提供が求められる緩和ケアの内容を明らかにしたものである。必要となる項目は、がん緩和ケアガイドブックとしてまとめられた。今後、本研究成果は、がん緩和ケアガイドブックとして提供され、わが国の地域緩和ケアの体制整備、ならびに患者・家族の療養生活の質の向上に資することが期待される。

今後、本研究結果に基づき、研修会やワークショップの改訂・実施、e-learning の作成等が実施される予定である。

E. 結論

がん診療連携拠点病院以外の医療機関における疾患を問わない緩和ケアの課題の抽出ならびに、実践マニュアルのコンセプトを作成した。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表（英語論文）

1. Fujisawa D, Inoguchi H, Shimoda H, Yoshiuchi K, Inoue S, Ogawa A, et al.

Impact of depression on health utility value in cancer patients. *Psychooncology*. 2016;25(5):491-5. PubMed PMID: 26283141. Epub Aug 17.

2. Onaka Y, Shintani N, Nakazawa T, Kanoh T, Ago Y, Matsuda T, Ogawa A, et al. Prostaglandin D2 signaling mediated by the CRTH2 receptor is involved in MK-801-induced cognitive dysfunction. *Behavioural Brain Research*. 2016;314:77-86.

論文発表（日本語論文）

1. 小川朝生. サイコオンコロジーの立場での意思決定とは～これからの超高齢社会をふまえて～. *がん看護*. 2016(1):16-21.
2. 小川朝生. せん妄予防の非薬物療法的アプローチ. *医学のあゆみ*. 2016;256(11):1131-35.
3. 小川朝生. 「早期緩和ケア」と「診断時からの緩和ケア」の問題をその背景から考える. *Cancer Board Square*. 2016;2(1):66-9.
4. 小川朝生. せん妄って何?. *緩和ケア*. 2016;26(2):89-93.
5. 小川朝生. 現場の取り組みで学ぶ 発達障害と職場適応に向けたかかわり方 空気が読めない!. *看護人材育成*. 2016;13(1):103-7.
6. 小川朝生. 現場の取り組みで学ぶ 発達障害と職場適応に向けたかかわり方 パニックになる!!!. *看護人材育成*. 2016;12(6):95-101.
7. 小川朝生. がん治療における精神心理的ケアと薬物療法. *臨床消化器内科6月増刊号 消化器がん化学療法*. 2016 ;31(7):77-81.
8. 小川朝生. 認知症をもつ高齢がん患者の特徴とアセスメントおよびケアのポイント. *がん看護1+2増刊号 老いを理解し、実践に活かす 高齢がん患者のトータルケア*. 2016;21(2):141-4.
9. 小川朝生. 意思決定能力. *臨床精神医学*. 2016;45(6):689-97.
10. 小川朝生. アドバンス・ケア・プランニングとはなにか. *Modern Physician*. 2016;36(8):813-9.
11. 小川朝生. せん妄に関して最近わかってきたこと、知っておくべきことー予防的

- 介入がインシデントを減らす。患者安全推進ジャーナル。2016;44:10-6.
12. 小川朝生. 急性期病院における認知症対応. 病院羅針盤. 2016;7(84):11-6.
 13. 小川朝生. ぼちぼち. 緩和ケア-緩和ケアの魔法の言葉 どう声をかけたらいいかわからない時の道標. 2016 ;26(Suppl. JUN):41-2
 14. 小川朝生. がん検診から医療機関受診までのストレスについて. ストレス&ヘルスケア 2016年秋号. 2016;222:1-3.
 15. 小川朝生. がん・終末期のせん妄. 月刊薬事. 2016;58(16):65-70.
 16. 小川朝生. がん患者のせん妄に対する対策. 腫瘍内科. 2016;18(5):408-12.
 17. 小川朝生. 非薬物療法によるせん妄の予防. Progress in Medicine 2016;36(12):1665-8.
 18. 小川朝生. HIV感染による認知症. 精神科・わたしの診療手順. 2016;45 増刊号:471-4.
 19. 小川朝生. 病棟・ICUで出会うせん妄の治療. がん・終末期のせん妄. 月刊薬事. 2016;58(16):65-70.
 20. 小川朝生. 家族のストレスと支援について. ストレス&ヘルスケア 2016年冬号. 2016;223:1-3.
 21. 小川朝生. 認知症の緩和ケア. 精神神経学会雑誌. 2016;118(11):813-22.
 22. 小川朝生. 乳癌治療における緩和治療④. 精神症状. 乳癌の臨床. 2017;32(1):31-5.
- 介入がインシデントを減らす。患者安全推進ジャーナル。2016;44:10-6.
2. 小川朝生. 誰もが悩み、苦勞しているせん妄マネジメントの実際-意思決定能力と倫理的問題-. 第112回日本精神神経学会学術総会, ワークショップ;2016/6/3; 千葉市美浜区(幕張メッセ).
 3. 小川朝生. 精神腫瘍学的アプローチ 頭頸部癌治療における認知症, せん妄への対応. 第40回日本頭頸部癌学会, シンポジウム; 2016/6/10; 埼玉県さいたま市(ソニックシティ).
 4. 小川朝生. 非痙攣性てんかん重積状態(NCSE)頻度・鑑別・対応. 第21回日本緩和医療学会学術大会, シンポジウム;2016/6/17; 京都市(国立京都国際会館・グランドプリンスホテル京都).
 5. 小川朝生、武井宣之、藤澤大介、野畑宏之、岩田愛雄、佐々木千幸、菅野雄介、關本翌子、淺沼智恵、上田淳子、西村知子、奥村泰之, editor 看護師を中心としたせん妄対応プログラムの開発. 第29回日本総合病院精神医学会総会, ポスター; 2016/11/25-26; 東京都千代田区.
 6. 小川朝生. 超高齢社会におけるがん患者と家族の意思決定支援. 第31回日本がん看護学会学術集会, シンポジウム; 2017/2/4; 高知市.
 7. 小川朝生. 周囲を見渡して緩和ケアを考える スクリーニングとうつ病・うつ状態の治療. 第56回日本心身医学会九州地方会, ランチョンセミナー; 2017/1/28; 熊本市.

学会発表 (海外学会)

1. Maho Aoyama YS, Tatsuya Morita, Asao Ogawa, Yoshiyuki Kizawa, Satoru Tsuneto YS, Mitsunori Miyashita, editors. Complicated grief, depression, sleeping disorders, and alcohol consumption of bereaved families of cancer: a nationwide bereavement survey in Japan. 9th World Research Congress of the European Association for Palliative Care; 2016 2016/6/9-11; Dublin, Ireland.

学会発表 (国内学会)

1. 小川朝生. せん妄の臨床. 第112回日本精神神経学会学術総会, ワークショップ;2016/6/2; 千葉市美浜区(幕張メッセ).

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
特記すべきことなし。

厚生労働行政推進調査事業補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

適切な緩和ケアを提供するための体制設備に関する検討
－疾患を問わない基本的な緩和ケアの知識と技術に関する研究－

研究分担者 木澤義之 神戸大学大学院医学研究科先端緩和医療学 分野 特命教授

研究要旨 わが国の緩和ケアはがんを中心にその歩みを進め、近年は早期からの緩和ケアの導入と実践に重点的な政策が実施され、基本的緩和ケアに関する研修事業が広く行われてきた。がん胃瘻に携わる医師に対する緩和ケア研修事業が始まって10年が経ち、がん医療ならびに緩和ケアの進歩には目覚ましいものがある。また、心疾患をはじめとするがん以外の疾患に対する緩和ケアについてもそのニーズが高まりつつある。

本研究の目的は、これらの状況に鑑み、がんをはじめとした様々な生命に危険を及ぼす疾患に罹患した患者・家族に対する基本的な緩和ケアとは何かをまず明らかにし、その実施に必要な知識と技術を明らかにすることである。専門家討議によりその内容を確定し総括した。

A. 研究目的

がんをはじめとした様々な生命に危険を及ぼす疾患に罹患した患者・家族に対する基本的な緩和ケアとは何かをまず明らかにし、その実施に必要な知識と技術を明らかにすること。

B. 研究方法

1. 対象・方法

◆デザイン、設定、参加者

専門家討議により、基本的緩和ケアの内容を確定し、その知識と技術を明確化し、その教育方法を考えた。

（倫理面への配慮）

本研究は、専門家討議を中心としたものであり、特に倫理的な配慮はしなかった。

C. 結果

専門家討議により、疾患を問わない基本的緩和ケアの内容が明らかとなり、その実践に必要な知識と技術が具体的に記述された。詳細は緩和ケアガイドブックを参照されたい。

D. 考察

本研究は、わが国初となる疾患を問わない基本的な緩和ケア教育のためのシラバスをつくった研究である。その内容は緩和ケアガイドブックとしてまとめられた。今後この研究成果は広く世の中に周知され、患者家族のQOLの向上に寄与することが期待できる。

今後は、この内容を用いて e-learning のプログラムや、体験型のワークショップなどが実施されることにより、全ての医療従事者が基本的緩和ケアを身につけ、提供できる体制の整備が求められる。

E. 結論

疾患を問わない基本的な緩和ケア教育のためのシラバスが作られ、その学習内容を詳述した緩和ケアガイドブックが作成された。今後この研究成果は広く世の中に周知され、疾患を問わず、全ての生命の危険のある疾患に罹患した患者家族のQOLの向上に寄与することが期待される。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

論文発表（英語論文）

1. Yamamoto S, Arao H, Masutani E, Aoki M, Kishino M, Morita T, Shima Y, Kizawa Y, Tsuneto S, Aoyama M, Miyashita M. Decision Making Regarding the Place of End-of-Life Cancer Care: The Burden on Bereaved Families and Related Factors. J Pain Symptom Manage. 2017 Feb 9. [Epub ahead of print]
2. Miura H, Kizawa Y, Bito S, Onozawa S, Shimizu T, Higuchi N, Takanashi S, Kubokawa N, Nishikawa M, Harada A, Toba K. Benefits of the Japanese version of the advance care planning facilitators education program. Geriatr Gerontol Int. 2017

- Feb;17(2):350-352.
3. Kanoh A, Kizawa Y, Tsuneto S, Yokoya S. End-of-life care and discussions in Japanese geriatric health service facilities: A nationwide survey of managing directors' viewpoints. *Am J Hosp Palliat Care*. 2017 (in press).
 4. Morita T, Imai K, Yokomichi N, Mori M, Kizawa Y, Tsuneto S. Continuous Deep Sedation: A Proposal for Performing More Rigorous Empirical Research. *J Pain Symptom Manage*. 2017 Jan;53(1):146-152.
 5. Yotani N, Kizawa Y, Shintaku H. Differences between Pediatricians and Internists in Advance Care Planning for Adolescents with Cancer. *J Pediatr*. 2016 Dec 28. [Epub ahead of print]
 6. Amano K, Maeda I, Morita T, Okajima Y, Hama T, Aoyama M, Kizawa Y, Tsuneto S, Shima Y, Miyashita M. Eating-related distress and need for nutritional support of families of advanced cancer patients: a nationwide survey of bereaved family members. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2016 Dec;7(5):527-534.
 7. Morita T, Naito AS, Aoyama M, Ogawa A, Aizawa I, Morooka R, Kawahara M, Kizawa Y, Shima Y, Tsuneto S, Miyashita M. Nationwide Japanese Survey About Deathbed Visions: "My Deceased Mother Took Me to Heaven". *J Pain Symptom Manage*. 2016 Nov;52(5):646-654. e5.
 8. Kakutani K, Sakai Y, Maeno K, Takada T, Yurube T, Kurakawa T, Miyazaki S, Terashima Y, Ito M, Hara H, Kawamoto T, Ejima Y, Sakashita A, Kiyota N, Kizawa Y, Sasaki R, Akisue T, Minami H, Kuroda R, Kurosaka M, Nishida K. Prospective Cohort Study of Performance Status and Activities of Daily Living After Surgery for Spinal Metastasis. *Clin Spine Surg*. 2016 Oct 19. [Epub ahead of print]
 9. Mori M, Nishi T, Nozato J, Matsumoto Y, Miyamoto S, Kizawa Y, Morita T. Unmet Learning Needs of Physicians in Specialty Training in Palliative Care: A Japanese Nationwide Study. *J Palliat Med*. 2016 Oct;19(10):1074-1079.
 10. Okuyama T, Kizawa Y, Morita T, Kinoshita H, Uchida M, Shimada A, Naito AS, Akechi T. Current Status of Distress Screening in Designated Cancer Hospitals: A Cross-Sectional Nationwide Survey in Japan. *J Natl Compr Canc Netw*. 2016 Sep;14(9):1098-104.
 11. Sakashita A, Kishino M, Nakazawa Y, Yotani N, Yamaguchi T, Kizawa Y. How to Manage Hospital-Based Palliative Care Teams Without Full-Time Palliative Care Physicians in Designated Cancer Care Hospitals: A Qualitative Study. *Am J Hosp Palliat Care*. 2016 Jul;33(6):520-6.
 12. Aoyama M, Morita T, Kizawa Y, Tsuneto S, Shima Y, Miyashita M. The Japan Hospice and Palliative Care Evaluation Study 3: Study Design, Characteristics of Participants and Participating Institutions, and Response Rates. *Am J Hosp Palliat Care*. 2016 May 2. [Epub ahead of print]
 13. Nakazawa Y, Kato M, Yoshida S, Miyashita M, Morita T, Kizawa Y. Population-Based Quality Indicators for Palliative Care Programs for Cancer Patients in Japan: A Delphi Study. *J Pain Symptom Manage*. 2016 Apr;51(4):652-61.
- 論文発表（日本語論文）
1. 岸野恵、木澤義之、佐藤悠子、宮下光令、森田達也、細川豊史. がん患者答えやすい痛みの尺度－鎮痛水準測定方法開発のため予備調査－. *ペインクリニック*, 38巻1号, P93-98, 2017.
 2. 五十嵐尚子, 青山真帆, 佐藤一樹, 森田達也, 木澤義之, 恒藤暁, 志真泰夫, 宮下光令. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する多施設遺族調査における結果のフィードバックの活用状況. *Palliat Care Res*. (in press)
 3. 森田達也, 木澤義之, 新城拓也編著. 緩和医療ケースファイル. 南江堂, 東京都, 2016年.
 4. 森田達也, 木澤義之監修. 西智弘, 松本禎久, 森雅紀, 山口崇編. 緩和ケアレジデントマニュアル. 緩和ケアレジデントマニュアル, 医学書院, 東京都, 2016.
 5. 木澤義之. 心肺蘇生に関する望ましい意思決定のあり方に関する研究, 「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会、遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究3, 青海社, 東京都, 2016, p129-134.
 6. 島田 麻美, 木澤 義之. 【前立腺癌 がん・合併症・有害事象での薬物治療戦略を総まとめ】前立腺癌患者の骨病変と痛みへのアプローチ 前立腺癌有痛性骨転移患者の疼痛緩和における

るオピオイドの匙加減. 薬局. 67 巻 11 号
P3063-3068, 2016.

7. 木澤 義之, 山口 崇, 余谷 暢之. がん薬物療法とアドバンス・ケア・プランニング. 癌と化学療法. 43 巻 3 号, P277-280, 2016.
8. 木澤 義之. 【レジデントにとって必須の緩和ケアの知識】今後のことを話しあおう. レジデント. 9 巻 7 号 Page96-101, 2016.

学会発表 (海外学会)

1. Yoshiyuki Kizawa, Development of Specialist Palliative Care Team and Palliative Care Education in Japan, Seminar on Integrated Hospice Palliative Care Network for Veterans, Taiwan, Taipei, 2016.
2. Yoshiyuki Kizawa, Role of Leadership and Management of Palliative Care in Japan. Japan-Korea-Taiwan Palliative Care Research Project Conference, Taiwan, Taipei, 2016.
3. Yoshiyuki Kizawa, Specialist Palliative care in Japan-focusing on hospital based palliative care team and primary palliative care education. 9 th Scientific Meeting Taiwan Academy of Hospice Palliative Medicine, Taiwan, Taipei, 2016.
4. Megumi Kishino, Yoshiyuki Kizawa, Yuko Sato, Mitsunori Miyashita, Tatsuya Morita, Jun Hamano, Toyoshi Hosokawa. Does negative PMI indicate a need for further pain treatment? Concordance between PMI and other indicators. 21st International Congress on Palliative Care, Montreal, Canada, 2016.

学会発表 (国内学会)

5. 木澤義之. がん患者の突出痛の評価と治療, 第 21 回日本緩和医療学会学術大会, 京都, 2016 年 6 月.
6. 木澤義之, とともに学ぶ合う環境をつくる: 人を育て、自らも成長するために. 第 21 回日本緩和医療学会学術大会, 京都, 2016 年 6 月.
7. 木澤義之, 緩和ケアチームに求められるもの: 緩和ケアチームの基準 2015 年版の作成を通して. 第 21 回日本緩和医療学会学術大会, 京都, 2016 年 6 月.
8. 木澤義之, 治療・ケアのゴールを話し合うー意思決定支援とアドバンス・ケア・プランニング. 第 57 回日本肺癌学会, 福岡, 2017.
9. 木澤義之, がん医療と緩和ケア: 緩和ケア病棟・緩和ケアチーム・在宅緩和ケアの役割. 日

本ホスピス緩和ケア協会 2016 年度年次大会,
東京, 2016.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
特記すべきことなし。

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

適切な緩和ケアを提供するための介入に関する検討
—適切な緩和ケア提供のための介入に関する検討コンセプトの開発—

研究分担者 濱野 淳 筑波大学医学系 講師

研究要旨 本研究は、入院、外来、在宅等の診療の場を問わず、適切な緩和ケアを提供できるよう、臨床現場で必要とされている緩和ケアの技能に関するガイドブックの改訂を行い、行政施策に反映することを目的として行った。地域緩和ケアを担う医師に求められるコア・コンピテンシーを定め、緩和ケアの技能に関するガイドブックの改訂を行い、校正作業を通して、ガイドブックの内容の妥当性の確認をした。本研究によってガイドブックの内容の妥当性が確認されたと同時に、入院、外来、在宅等の診療の場を問わず、適切な緩和ケアを提供できる体制を構築するためには、症状緩和だけでなく意思決定を含めたコミュニケーション技能を様々な職種が学ぶ体制が重要と考えられた。

A. 研究目的

本研究の目的は、がん対策加速化プランに掲げられた入院、外来、在宅等の診療の場を問わず、適切な緩和ケアを提供できるよう、適切な緩和ケアを提供するための介入に関する検討し、臨床現場で必要とされている緩和ケアの技能に関するガイドブックの改訂を行い、行政施策に反映することである。

B. 研究方法

わが国の地域緩和ケアに関する先行研究をふまえ、専門家によるフォーカスグループを開催し、地域緩和ケアの課題を網羅的に抽出し、地域緩和ケアを担う医師に求められるコア・コンピテンシーを定め、緩和ケアの技能に関するガイドブックの改訂を行う。

C. 研究結果

ガイドブックの校正作業を通して、ガイドブックの内容の妥当性の確認をした。具体的には、「緩和ケア・アプローチ」の概念、定義について、欧州緩和医療学会が提唱している概念、定義と、わが国の医療保険制度における概念、定義の比較検証し、内容の妥当性を確認した。

D. 考察

欧州緩和医療学会は、「緩和ケア・アプローチ」を1. 薬物療法、及び非薬物療法による症状緩和だけではない、2. 患者、家族、その他の医療専門職とのコミュニケーション、緩和ケアの原則に従った意思決定と目標設定が含まれる、3. 総合診療医、一般病院・施設の職員も実施できる必要がある、4. 専門職種の卒前教育に緩和ケアが含まれている必要があるとされているが、わが国では、主にがん患者に対する症状緩和や看取り期のケアを行うことを緩和ケア・アプローチと認識されている。しかし、入院、外来、在宅等の診療の場を問わず、適切な緩和ケアを提供できる体制を構築するためには、欧州緩和医療学会が提唱するように症状緩和だけでなく、意思決定を含めたコミュニケーション技能を向上させるための教育が必要と考えられる。また、緩和ケアを提供する様々な職種が、卒前教育から緩和ケアの概念や必要なコミュニケーション技能を学ぶことが重要と考えられる。また、ガイドブックの今後の使い方の可能性としては、人生の最終段階を迎える患者に関わる様々な職種の教育資材の1つとして活用していくことが考えられる。

E. 結論

本研究によってガイドブックの内容の妥当

性が確認されたと同時に、入院、外来、在宅等の診療の場を問わず、適切な緩和ケアを提供できる体制を構築するためには、症状緩和だけでなく意思決定を含めたコミュニケーション技能を様々な職種が学ぶ体制が重要と考えられた。そして、様々な職種の教育資材の1つとしてガイドブックが活用される可能性が考えられた。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

なし。

学会発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

特記すべきことなし。

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

適切な緩和ケアを提供するための介入に関する研究

研究分担者 山本 亮 JA 長野厚生連佐久総合病院佐久医療センター
緩和ケア内科 部長

研究要旨 がん対策基本法に基づき、がんに関わる全ての医師が基本的な緩和ケアに関する教育を受けることとなり、我が国における基本的な緩和ケア提供レベルは格段に上昇していると思われる。しかし、緩和ケア研修事業が始まって10年が経過し、その間に新しく開発された薬剤が登場するなど、教育内容の見直しも必要な時期にきていると考えられる。このため、緩和ケアガイドブックの見直し作業を行い、それを普及させていくことを目的として本研究を行った。

A. 研究目的

基本的な緩和ケアについて専門家討議によりその内容を再検討し、がん緩和ケアガイドブックの改定を行うこと。

B. 研究方法

専門家討議により、基本的な緩和ケアの内容を確定し、実践と技術を具体的に分かりやすく記載するガイドブックを作成する。

（倫理面への配慮）

本研究は専門家討議を中心としたものであり、特に倫理的な配慮は行わなかった。

C. 研究結果

専門家討議により、基本的な緩和ケアについて内容を確定し、実践と技術を具体的に分かりやすく記載したガイドブックを作成した。詳細については、がん緩和ケアガイドブックを参照されたい。

D. 考察

改定版のがん緩和ケアガイドブックが発表されたことで、がん診療に関わる医師が簡単に緩和ケアの知識・技術を確認することが可能となり、患者・家族のQOLの向上に寄与することが期待できる。

緩和ケアについては日々新しい知見が得られているため、新しい知見が得られるたびに

本ガイドブックの改定が必要となる。紙媒体のガイドブックでは、改定を行うことが容易ではなく、電子媒体とすることで、一部のみの修正を行うことができタイムリーな改定作業ができるようになるものと思われる。またこれらの参考資料が、現場レベルで多くの医療従事者が、手軽に活用できるようにするためには、十分な情報提供を行うことが重要となるとと思われる。

E. 結論

専門家討議により、改定版のがん緩和ケアガイドブックが作成された。がん診療に関わる医師がこれを利用することで、患者・家族のQOLの向上に寄与することが期待できる。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

特記すべきものなし

学会発表

特記すべきものなし

H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
特記すべきことなし。

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

緩和ケアを提供するための地域医療、多職種連携の在り方の検討
－がん緩和ケア：円滑な地域医療連携をめざして－

研究分担者 飯島 勝矢 東京大学 高齢社会総合研究機構 教授

研究要旨 地域包括ケアシステム構築が国の方針として定められ、全国各地で在宅医療介護連携推進も着々と推し進められている。今まさに外来医療と入院医療、そして在宅医療の3つが上手く補完し合い、様々な疾病を患ったとしても安心して住み慣れた自分のまちに住み続けることが出来るような世の中が求められている。なかでも悪性腫瘍を患った場合、身体的苦痛以上に精神的な不安定さが強く前面に出る場合が少なくなく、十分な意思決定支援が必要である。また、終末期医療における国民の「看取りの文化・看取りに対する考え方」も大きく変容を遂げていくことが求められるのであろう。「がん緩和ケア」に関してがん患者本人およびそのご家族、そして医療従事者側や介護担当者の全てが改めて成熟した考え方の下に、本人の納得した意思決定が支援される安心した基盤（システム）も求められる。

A. 研究目的

現在、悪性新生物（がん）による死亡が年間30万人を超えており、死因の第1位となっている。今後ますます高齢化が進む中で、がん医療の大きな部分である「がん緩和ケア」を地域医療連携という視点でしっかりと考えていく必要がある。

備しなければならない。それが困難であれば、早々に緩和ケアチームにコンサルテーションを行い、十分な緩和ケア体制を敷く必要がある。がん対策推進基本計画の重点課題の一つに掲げられている「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」をまさに推進し、より早期からがん患者およびその家族の苦痛の軽減を図り、かつ療養生活の質の維持向上を達成できるように努めるべきである。

B. 研究方法、C. 研究結果

がん患者自身、そしてその患者のご家族は、診断からはじまり、集学的治療（外科的手術・抗がん剤による科学療法・放射線治療、等）を乗り越え、地域社会で生活していかなければならない。しかも、がんの進行による身体症状や身体的苦痛だけではなく、がんの再発や転移に対する身体的かつ心理的不安を抱えながらである。「どうにか病気をしっかりと治したい・進行を止めたい」、「少しでも住み慣れた家で家族と一緒に過ごしたい」、「むしろ家族に迷惑をかけたくない」など、がん患者はその進行の中で様々な思いや願いを持っている。

身体的苦痛が強く前面に出ている場合には、主治医と連携しながら苦痛に対する薬剤の選択やケア（心理的ケアも大きな比重を占める）を試みるが、そのアプローチが十分な手応えがありそうかどうかをしっかりと評

◎地域医療連携

がん患者・家族が自宅療養を希望すれば、早めに地域医療連携室などの部署に情報を提供し、退院支援・調整に入るわけだが、地域医療スタッフとの迅速な真の連携およびその体制が求められる。言い換えれば、病院と地域医療との円滑な連携ということになる。退院前カンファレンスの機会をもつことや自宅療養後に電話・メールなどでの情報共有を行いフォローアップする等があげられる。すなわち、がん治療の病期や全身状態の良し悪しに関わらず、がん患者・家族の気持ちに寄り添いながら、円滑に地域医療連携が図っていく必要がある。とはいえ、地域医療連携において、がん患者とその家族を支えるための地域医療連携パスの整備もまだ不十分である。

退院後の在宅療養のイメージを共有するこ

とは非常に重要であり、病院の専門職と在宅療養をサポートするスタッフが同じ場に集合し、退院前後の情報交換できる場として退院前カンファレンスの開催は重要である。このカンファレンスの場において、入院期間での治療やケア内容を在宅療養でのケアに上手く移譲するための具体的な方法を検討し、かつ家族介護負担の軽減にも心がける必要がある。

また、がん患者およびご家族が在宅療養でのケアを安心して継続するためには、在宅療養に携わる全職種がしっかりと多職種連携体制を構築する必要がある。変化していく心境と療養生活に対して、トータルペイン(全人的苦痛)の視点でアセスメント・コーディネートしていくことが求められる。

◎意思決定支援

がん緩和ケアにおける地域医療連携に関して、重要なことは、以下のものである。

- ① 多職種協働により様々な個別性のある症例にも対応できる体制をしっかりと構築する。
- ② 意思決定支援は診断時から必要である。
- ③ 患者の意思決定は主治医のみならず、多職種(緩和ケア医、緩和ケア専従看護師、精神科医/心療内科医)で支援する。
- ④ 患者中心のコミュニケーションを実践する。
- ⑤ 症例に関する正確な医療情報(心理面の情報も含む)を共有するために、事例をフレーミングする枠組みや記述する言葉を持つ。
- ⑥ 療養場所の意思決定は多くの関係因子(病態、時間軸、地域性など)が存在するため、主治医のみならず多職種協働して支援する。
- ⑦ 地域のリソースを十分に掌握し、活用する。

D. 考察、E. 結論

今回、がん緩和ケアガイドブックが今回改訂されることにより、がん医療の水準の標準化、さらには水準の向上が図られ、がん患者が可能なかぎり快適な療養生活を過ごせるようになることが期待される。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

論文発表(

1. Igarashi, A., Iijima, K., et al (2016). Patterns of long-term care services use in a suburban municipality of Japan: A population-based study. *Geriatrics & Gerontology International*. doi: 10.1111/ggi.12781
2. Kimura, T., Iijima, K., et al (2016). Catheter replacement structure in home medical care settings and regional characteristics in Tokyo and three adjoining prefectures. *Geriatrics & Gerontology International*. doi: 10.1111/ggi.12769
3. Kimura, T., Iijima, K., et al (2017, in press). Replacement of gastrostomy tubes and tracheal cannulas by physicians in home medical care settings is associated with staff numbers and availability of a 24-hour care service system in clinics. *Tohoku Journal of Experimental Medicine*.
4. Feng, M., Iijima, K., et al (2017). Characteristics of care management agencies affect expenditure on home help and day care services: A population-based cross-sectional study in Japan. *Geriatrics & Gerontology International*, doi: 10.1111/ggi.12969
5. 木全真理, 飯島勝矢, 他 (2016). 在宅医療・介護連携推進のためのルール構築: 情報共有における合意形成を介した取り組み. *日本在宅医学会雑誌*, 18(1), 11-17.

学会発表

1. 江悟, 飯島勝矢, 他 (2016. 10.27). 在宅医療多職種連携研修会受講者の堪能、意識および連携活動の変化: 開催日数別の検討. 第75回日本公衆衛生学会総会, 大阪.
2. 松本佳子, 飯島勝矢, 他 (2016. 10.27). 在宅医療・介護連携推進担当者の医療・介護職との関係構築—タイムスタディによる検討—. 第75回日本公衆衛生学会総会, 大阪.
3. 木村琢磨, 飯島勝矢, 他 (2016. 7.17).

在宅医療を担う診療所における夜間休日臨時対応の実態. 第18回日本在宅医学会大会, 東京.

4. 松本佳子, 飯島勝矢, 他 (2016. 7. 16). 在宅医療多職種連携研修会受講者の在宅医療への意識および連携活動の変化: 職種別の検討. 第18回日本在宅医学会大会, 東京.
5. 弘田義人, 飯島勝矢, 他 (2016. 7. 16). 医学生を対象とした模擬サービス担当者会議の意義. 第18回日本在宅医学会大会, 東京.
6. 山中崇, 飯島勝矢, 他 (2016. 7. 16). 在宅療養者および主介護者の QOL, Well-being に関係する因子についての検討. 第18回日本在宅医学会大会, 東京.
7. 吉江悟, 飯島勝矢, 他 (2016. 7. 16). 夜間休日におけるファーストコール対応機関と患者・家族の安心感・満足感、医師や看護師のジョブ・コントロールとの関連. 第18回日本在宅医学会大会, 東京.
8. 山中崇, 飯島勝矢, 他 (2016. 6. 9). 医学部学生に対する地域医療学実習の効果に関する検討. 第58回日本老年医学会学術集会, 金沢.
9. 弘田義人, 飯島勝矢, 他 (2016. 6. 8). 医学生は在宅医療を中心とする地域医療学実習で何を学んだか. 第58回日本老年医学会学術集会, 金沢.
10. 松本佳子, 飯島勝矢, 他 (2016. 6. 4). 在宅医療・介護連携推進事業担当者の業務内容・役割—タイムスタディによる検討. 第27回日本在宅医療学会学術集会, 横浜.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
特記すべきことなし。

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

地域緩和ケアを提供するための効果的な介入方法の検討
—一般病院における緩和ケア実施状況に関するインタビュー調査—

研究分担者 平井 啓 大阪大学経営企画オフィス 准教授

研究要旨 がん診療連携拠点病院だけでなくがん医療を提供するあらゆる医療機関において、緩和ケアに関する実態を把握し、その課題や臨床上の困難について把握することを目的として、地域がん診療拠点病院ではない、がん患者の診療に携わる、5つの医療機関の医療従事者を対象としたインタビュー調査を行った。その結果、①一般病院におけるがん医療の位置付け、②緩和ケアが提供される主な症例、③緩和ケアの提供体制、④緩和ケアの課題のそれぞれについて具体的な内容が明らかとなった。これらの結果から、一般病院とがん診療拠点病院との連携、終末期医療・緩和ケア・高齢者医療の概念を整理し、地域がん診療拠点病院における緩和ケア提供体制の向上が地域の一般病院を含めた包括的な緩和ケア提供体制の構築のために必要な視点であることが明らかとなった。

A. 研究目的

がん患者・家族が抱えるさまざまな身体的な症状や精神的な苦痛をやわらげるために、がん対策推進基本計画に基づいて「緩和ケア」という言葉が国のがん対策の文章の中にも大きく位置づけられ緩和ケアチームの設置が進められて9年となった。その中で、がん診療連携拠点病院を中心に緩和ケア提供体制は整備されつつある一方で、より適切に患者・家族を支援するために、改善点を把握し、支援方法を検討することは重要な課題である。また、緩和ケアの重要性が指摘される一方、緩和ケアが対象とする領域も広くなり、どのような領域のどのような点で改善が必要なのかを、全体像を改めて見渡し、確認する必要がある。そこで、がん診療連携拠点病院だけでなくがん医療を提供するあらゆる医療機関において、緩和ケアに関する実態を把握し、その課題や臨床上の困難について把握することを目的とする。

B. 研究方法

地域がん診療拠点病院ではない、がん患者の診療に携わる、5つの医療機関の医療従事者11名（医師4名、看護師5名、MSW、理学療法士）を対象として、緩和ケアに関するインタビュー調査を実施した。調査内容は、①

一般病院におけるがん医療の位置付け、②緩和ケアが提供される主な症例、③緩和ケアの提供体制、④緩和ケアの課題について質問を行った。

（倫理面への配慮）

調査の目的や医療機関名・個人名が特定できる形で公表されないことなどについて説明し、調査への協力の同意を取得した。

C. 研究結果

以下の4つの内容が明らかとなった。

- 1) 一般病院におけるがん医療の位置付け
すべての施設において、緩和ケアが必要であると考えられる患者に対して、積極的抗がん治療を提供していなかった。地域のがん診療拠点病院からの患者の受け入れ先として役割を果たしていた。
- 2) 緩和ケアが提供される主な症例
調査対象施設において、緩和ケアが提供される患者は、主として終末期がん患者や積極的に治療をしないことを選択したがん高齢患者であった。

一般病院における緩和ケアとは「本人と家族が望む形で最期を迎えられるようにサポートすること」という内容で話されることがほとんどであった。

提供される緩和ケアの内容は、疼痛コントロール、呼吸困難・倦怠感・不眠などの苦痛緩和、患者の日常生活の支援、最期を迎えることに対する家族の不安や悲嘆のサポート、在宅療養への移行支援であった。

3) 緩和ケアの提供体制

調査対象施設においては、医師と看護師が中心となっている施設、MSW、薬剤師、リハビリ、栄養などと連携している施設など提供体制にばらつきがあった。ケアの提供スキルについてもスタッフごとに差があるという意見があった。

4) 緩和ケアの課題

4-1) 一般病院における緩和ケアの課題

終末期を迎える患者と家族の意思決定・不安・悲嘆に対するサポートなどの患者と家族への関わり・対応に関する困難感、緩和ケアを提供する医療従事者のスキルに関する課題、コミュニケーション不足や連携に関する問題点をフィードバックする機会がないなどの一般病院と拠点病院との連携に関する課題の3つの課題があることが明らかとなった。

4-2) 一般病院にも影響する拠点病院内の課題

地域がん診療拠点病院内での部門連携が不十分であり、緩和ケアチームがあってもそれが十分に関わることなく患者が転院してきたり、患者・家族への病状説明や情報提供あるいは、理解度や受容度の確認が不十分であったり、連携の中心となるMSWのスキルにばらつきが大きいことが課題であることが明らかとなった。

4-3) 終末期がん患者のための在宅医療に関する課題

在宅医の不足、24時間体制の必要性など在宅医療体制向上の必要性、オピオイド使用、患者個別にあった対応、終末期特有のシビアな説明をするコミュニケーション能力などの在宅医療提供者のスキルのばらつきがあること、在宅医1名体制で実施していることが多く、第三者の目がはいりにくい、老々介護のためサービスを利用しても在宅療養ができないことが課題であることが明らかにされた。

4-4) 終末期医療・緩和ケア・高齢者医療の概念的混乱

調査対象施設において「がんが主な原因で

終末期の状態となっている事例」と「(遅かれ早かれ)終末期ではあるが、がんのためなのか加齢のためなのか判断がつかないような事例」が明確に区別されておらず、患者の精神的・身体的苦痛を取り除くことは、がんの終末期患者に限らないと、捉えられており、終末期医療、緩和ケア、高齢者医療の区別が傾向があることが明らかとなった。

4-5) 普及啓発に関する課題

患者・家族に広く緩和ケアが知られていない、在宅で利用できるサービスが一般に広く知られていない、「早期からの緩和ケア」への誤解、医療者による終末期緩和ケアへの考え方の違いなどが課題であることが明らかとなった。

D. 考察

本研究の結果、一般病院における緩和ケアにおいて一番の課題は、患者や家族への対応方法に関することに加えて、どのように地域がん診療拠点病院との連携していくか、それを円滑に行うための体制を整備し、医療者のスキルを向上していくことであることが明らかとなった。また、一般病院においては、終末期医療・緩和ケア・高齢者医療を明確にわけて対策を行うことが困難であり、多くの施設においては高齢者医療の1つとしてがん患者のケアを行っている実態が見られた。さらに地域がん診療拠点病院内での連携や患者・家族への病状説明の不十分さが転院先の一般病院の緩和ケアに大きく影響することも明らかとなった。これら3つの課題を考慮した包括的な緩和ケア提供体制の検討が求められる。

E. 結論

一般病院における緩和ケア実施状況に関するインタビュー調査を行った結果、①一般病院におけるがん医療の位置付け、②緩和ケアが提供される主な症例、③緩和ケアの提供体制、④緩和ケアの課題のそれぞれについて具体的な内容が明らかとなった。これらの課題の内容に対応した包括的な緩和ケア提供体制の検討が求められる。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

論文発表（日本語論文）

1. 平井 啓. 意思決定支援と行動経済学. 終末期の意思決定- アドバンス・ケア・プランニングの実践をめざして-. Modern Physician 36 (8): 881-885, 2016.
2. 平井 啓. 精神・心理的コンサルテーション活動の構造と機能. 総合病院精神医学 28 (4): 310-317, 2016.

学会発表（国内発表）

1. 平井 啓: シンポジウム「がん医療における意思決定の行動科学」第29回日本サイコロジ学会総会, 2016.9.24 北海道
2. 平井 啓: 進行がん患者の予後予測と意思決定支援. パネルディスカッション「がん患者の合理的な選択は可能か? 行動経済学の『リバタリアン・パターンリズム』という視点から」第14回日本臨床腫瘍学会学術集会 (JSMO), 2016.7.29 大阪

H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
特記すべきことなし。

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

| 著者氏名 | 論文タイトル名 | 書籍全体の編集者名 | 書籍名 | 出版社名 | 出版地 | 出版年 | ページ |
|------------------|-------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|-------|--------|------|--------|
| <u>小川朝生</u> | 第2章 がん患者の「からだ」と「こころ」 | 鈴木伸一 | からだの病気のこころのケア | 北大路書房 | 京都市 | 2016 | 18-29 |
| <u>小川朝生</u> | せん妄 | 森田達也、 <u>木澤義之</u> | 緩和ケアレジデントマニュアル | 医学書院 | 東京都文京区 | 2016 | 261-8 |
| <u>小川朝生</u> | はじめに | <u>小川朝生</u> | そうだったんだ！認知症治療・ケアがうまくいかないのは認知症のせい？ | 文光堂 | 東京都 | 2016 | iii-iv |
| <u>小川朝生</u> | 認知症の人をとりまく問題問題－「認知症＝もの忘れ」だけではありません！ | <u>小川朝生</u> | そうだったんだ！認知症治療・ケアがうまくいかないのは認知症のせい？ | 文光堂 | 東京都 | 2016 | 1-6 |
| <u>小川朝生</u> | 認知症に気付く（初診・入院時） | <u>小川朝生</u> | そうだったんだ！認知症治療・ケアがうまくいかないのは認知症のせい？ | 文光堂 | 東京都 | 2016 | 7-11 |
| <u>小川朝生</u> | 環境調整 | <u>小川朝生</u> | そうだったんだ！認知症治療・ケアがうまくいかないのは認知症のせい？ | 文光堂 | 東京都 | 2016 | 128-34 |
| <u>小川朝生</u> | 退院支援 | <u>小川朝生</u> | そうだったんだ！認知症治療・ケアがうまくいかないのは認知症のせい？ | 文光堂 | 東京都 | 2016 | 135-40 |
| <u>小川朝生</u> | せん妄への対応不穏や焦燥感の背景にある身体的問題を見落とさない | 長尾和宏 | スーパー総合医 緩和医療・終末期ケア | 中山書店 | 東京都文京区 | 2017 | 113-9 |
| <u>木澤義之</u> 他 | 緩和医療ケースファイル | 森田達也 <u>木澤義之</u> | 緩和医療ケースファイル | 南江堂 | 東京都 | 2016 | 全項 |

| | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|------|-----|------|---------|
| | | 新城拓也 | | | | | |
| 木澤義之 他 | 緩和ケアレジデ ントマニュアル | 森田達也 木澤義之 西 智弘 松本禎久 森 雅紀 山口 崇 | 緩和ケアレジ デントマニユ アル | 医学書院 | 東京都 | 2016 | 全項 |
| 木澤義之 他 | 心肺蘇生に関す る望ましい意思 決定のあり方に 関する研究 | 「遺族によ るホスピ ス・緩和ケ アの質の評 価に関する 研究」運営 委員会 | 遺族によるホ スピス・緩和 ケアの質の評 価に関する研 究3 | 青海社 | 東京都 | 2016 | 129-134 |
| 濱野 淳 | 第5章 さまざ まな状況での緩 和ケア：在宅医 療 | 監修：森田 達也／木澤 義之 編 集：西智弘 ／松本禎久 ／森雅紀／ 山口崇 | 緩和ケアレジ デントマニユ アル | 医学書院 | 東京 | 2016 | 348-360 |
| 濱野 淳 | 独居の患者に対 するオピオイド の投与 | 森田 達也 | がん疼痛の処 方 さじ加減 の極意 | 南山堂 | 東京 | 2016 | 200-209 |
| 濱野 淳 | オピオイドスイ ッチング | 森田 達也 | がん疼痛の処 方 さじ加減 の極意 | 南山堂 | 東京 | 2016 | 364-372 |
| 濱野 淳 | 嘔気で難渋する オピオイド-導 入- | 森田 達也 | がん疼痛の処 方 さじ加減 の極意 | 南山堂 | 東京 | 2016 | 90-99 |
| 濱野 淳 | がん疼痛の機 序、分類 | 長尾和宏 | スーパー総合 医 緩和 医 療・終末期ケ ア | 中山書店 | 東京 | 2017 | 15-17 |

雑誌(外国語)

| 発表者氏名 | 論文タイトル名 | 発表誌名 | 巻号 | ページ | 出版年 |
|--|---|-------------------------------|-------|-------|------|
| Fujisawa D, Inoguchi H, Shimoda H, Yoshiuchi K, Inoue S, <u>Ogawa</u> <u>A</u> , et al. | Impact of depression on health utility value in cancer patients | Psychooncology | 25(5) | 491-5 | 2016 |
| Onaka Y, Shintani N, Nakazawa T, Kanoh T, Ago Y, Matsuda | Prostaglandin D2 signaling mediated by the CRTH2 receptor is involved in MK-801-induced | Behavioural Brain Research | 314 | 77-86 | 2016 |

| | | | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------------------|--------|--------------|---------------------------------------|
| T, <u>Ogawa A</u> , et al. | cognitive dysfunction. | | | | |
| Yotani N, <u>Kizawa Y</u> , et al | Differences between Pediatricians and Internists in Advance Care Planning for Adolescents with Cancer. | J Pediatr. | | | 2016 Dec 28. [Epub ahead of print] |
| Amano K, <u>Kizawa Y</u> , et al | Eating-related distress and need for nutritional support of families of advanced cancer patients: a nationwide survey of bereaved family members. | J Cachexia Sarcopenia Muscle. | 7(5) | 527-534 | 2016 Dec |
| Morita T, <u>Kizawa Y</u> , et al | Nationwide Japanese Survey About Deathbed Visions: "My Deceased Mother Took Me to Heaven". | J Pain Symptom Manage. | 52(5) | 646-654. e5. | 2016 Nov |
| Kakutani K, <u>Kizawa Y</u> , et al | Prospective Cohort Study of Performance Status and Activities of Daily Living After Surgery for Spinal Metastasis. | Clin Spine Surg. | | | 2016 Oct 19. [Epub ahead of print] |
| Mori M, <u>Kizawa Y</u> , et al | Unmet Learning Needs of Physicians in Specialty Training in Palliative Care: A Japanese Nationwide Study. | J Palliat Med. | 19(10) | 1074-1079 | 2016 Oct |
| Okuyama T, <u>Kizawa Y</u> , et al | Current Status of Distress Screening in Designated Cancer Hospitals: A Cross-Sectional Nationwide Survey in Japan. | J Natl Compr Canc Netw. | 14(9) | 1098-104 | 2016 Sep |
| Sakashita A, <u>Kizawa Y</u> , et al | How to Manage Hospital-Based Palliative Care Teams Without Full-Time Palliative Care Physicians in Designated Cancer Care Hospitals: A Qualitative Study. | Am J Hosp Palliat Care. | 33(6) | 520-6 | 2016 Jul |
| Aoyama M, <u>Kizawa Y</u> , et al | The Japan Hospice and Palliative | Am J Hos Palliative Care. | | 1-11 | 2016 May 2. pii: |

| | | | | | |
|--|---|------------------------|--------|-----------|---|
| | Care Evaluation Study 3: Study Design, Characteristics of Participants and Participating Institutions, and Response Rates. | | | | 10499091166 46336. [Epub ahead of print] |
| Nakazawa Y, Kizawa Y. et al | Population-Based Quality Indicators for Palliative Care Programs for Cancer Patients in Japan: A Delphi Study. | J Pain Symptom Manage. | 51(4) | 652-661 | 2016 Apr |
| Hamano J, Yamaguchi T, Maeda I, et al. | Multicenter cohort study on the survival time of cancer patients dying at home or in a hospital: Does place matter? | Cancer | 122(9) | 1453-1460 | 2016 |
| Hamano J, Tokuda Y, Kawagoe S, et al. | Adding items that assess changes in activities of daily living does not improve the predictive accuracy of the Palliative Prognostic Index. | Palliative medicine | Epub | | 2016 |

雑誌(日本語)

| 発表者氏名 | 論文タイトル名 | 発表誌名 | 巻号 | ページ | 出版年 |
|-------|---------------------------------------|---------------------|---------|---------|------|
| 小川朝生 | サイコオンコロジーの立場での意思決定とは～これからの超高齢社会をふまえて～ | がん看護 | 21(1) | 16-21 | 2016 |
| 小川朝生 | せん妄予防の非薬物療法的アプローチ | 医学のあゆみ | 256(11) | 1131-35 | 2016 |
| 小川朝生 | 「早期緩和ケア」と「診断時からの緩和ケア」の問題をその背景から考える | Cancer Board Square | 2(1) | 66-9 | 2016 |
| 小川朝生 | せん妄って何? | 緩和ケア | 26(2) | 89-93 | 2016 |
| 小川朝生 | 現場の取り組みで学ぶ発達障害と職場適応に向けたかかわり方 空気が読めない! | 看護人材育成 | 13(1) | 103-7 | 2016 |
| 小川朝生 | 現場の取り組みで学ぶ発達障害と職場適応に向けたかかわり方 パ | 看護人材育成 | 12(6) | 95-101 | 2016 |

| | | | | | |
|------------|---|--|----------------|-----------|------|
| | ニックになる！！ | | | | |
| 小川朝生 | がん治療における精神的ケアと薬物療法 | 臨床消化器内科 6月増刊号 消化器がん化学療法 | 31(7) | 77-81 | 2016 |
| 小川朝生 | 認知症をもつ高齢がん患者の特徴とアセスメントおよびケアのポイント | がん看護 1+2 増刊号 老いを理解し、実践に活かす 高齢がん患者のトータルケア | 21(2) | 141-4 | 2016 |
| 小川朝生 | 意思決定能力 | 臨床精神医学 | 45(6) | 689-97 | 2016 |
| 小川朝生 | アドバンス・ケア・プランニングとはなにか | Modern Physician | 36(8) | 813-9 | 2016 |
| 小川朝生 | せん妄に関して最近わかってきたこと、知っておくべきことー予防的介入がインシデントを減らす | 患者安全推進ジャーナル | 44 | 10-6 | 2016 |
| 小川朝生 | 急性期病院における認知症対応 | 病院羅針盤 | 7(84) | 11-6 | 2016 |
| 小川朝生 | ぼちぼち | 緩和ケアー緩和ケアの魔法の言葉 どう声をかけたらいいかわからない時の道標 | 26(Suppl. JUN) | 41-2 | 2016 |
| 小川朝生 | がん検診から医療機関受診までのストレスについて | ストレス&ヘルスケア 2016 年秋号 | 222 | 1-3 | 2016 |
| 小川朝生 | がん・終末期のせん妄 | 月刊 薬事 | 58(16) | 65-70 | 2016 |
| 小川朝生 | がん患者のせん妄に対する対策 | 腫瘍内科 | 18(5) | 408-12 | 2016 |
| 小川朝生 | 非薬物療法によるせん妄の予防 | Progress in Medicine | 36(12) | 1665-8 | 2016 |
| 小川朝生 | HIV 感染による認知症 | 臨床精神医学 精神科・わたしの診療手順 | 45 増刊号 | 471-4 | 2016 |
| 小川朝生 | 病棟・ICU で出会うせん妄の治療 がん・終末期のせん妄 | 月刊 薬事 | 58(16) | 65-70 | 2016 |
| 小川朝生 | 家族のストレスと支援について | ストレス&ヘルスケア 2016 年冬号 | 223 | 1-3 | 2016 |
| 小川朝生 | 認知症の緩和ケア | 精神神経学会雑誌 | 118(11) | 813-22 | 2016 |
| 小川朝生 | 乳癌治療における緩和治療④ 精神症状 | 乳癌の臨床 | 32(1) | 31-5 | 2017 |
| 島田麻美, 木澤義之 | 【前立腺癌 がん・合併症・有害事象での薬物治療戦略を総まとめ】前立腺癌有痛性骨転移患者の疼痛緩和におけるオピオイドの匙加減 | 薬局 | 67 巻 11 号 | 3063-3068 | 2016 |
| 木澤義之 他 | 【レジデントにとって必須】今後のことを話し | レジデント | 9 巻 7 号 | 96-101 | 2016 |

| | | | | | |
|---------------------|--|--------------------|-------|---------|------|
| | あおう | | | | |
| <u>木澤義之</u> 他 | がん薬物療法とアドバンス・ケア・プランニング | 癌と科学療法 | 43(3) | 227-280 | 2016 |
| <u>濱野 淳</u> | あなたの患者さんが亡くなったら驚きますか？-サプライズクエッション | 緩和ケア | 26(5) | 346-349 | 2016 |
| <u>濱野 淳</u> | 鎮痛補助薬の使い方 | 在宅新療 | 2(1) | 33-38 | 2017 |
| 松本佳子、 <u>飯島勝矢</u> 他 | 実多職種連携研修を通じてのチームビルディング:各地の取組みから学ぶもの 1) 在宅医療多職種研修とその広域展開の戦略 | Geriatric Medicine | 54(6) | 585-589 | 2016 |
| <u>平井 啓</u> | 意思決定支援と行動経済学. 終末期の意思決定-アドバンス・ケア・プランニングの実践をめざして- | Modern Physician | 36 | 881-885 | 2016 |
| <u>平井 啓</u> | 精神・心理的コンサルテーション活動の構造と機能 | 総合病院精神医学 | 28 | 310-317 | 2016 |

IV. 資料

新版

がん緩和ケア ガイドブック

監修  日本医師会

巻頭言

「がん緩和ケアガイドブック2008年版」につきましては、第1期がん対策推進基本計画において、重点課題の1つとして「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が掲げられたことを受け、がん患者およびその家族の苦痛の軽減、療養生活の質の向上に資するため、日本医師会がん対策推進委員会緩和ケア小委員会が中心となって作成されました。

同ガイドブックは、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」のテキストとして使用されるとともに、入院や外来、そして在宅など、実際に緩和ケアを提供する場で「臨床ですぐに使える手引書」として広く活用されてきました。

一方、2015年(平成27年)6月に厚生労働省がん対策推進協議会がとりまとめた「がん対策推進基本計画中間評価報告書」において、がん緩和ケアのさらなる推進が謳われ、また、12月に策定された「がん対策加速化プラン」においては、同ガイドブックの改訂が緩和ケアの推進策として盛り込まれました。

このような背景から、厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班(研究責任者：小川朝生(国立がん研究センター東病院精神腫瘍科))により、基本的な緩和ケアに関する知識と技術の普及を図り、臨床現場で緩和ケアを実践するために必要な内容をすぐに参照できることを目的として、この度、同ガイドブックの改訂をすることとなりました。

本改訂では、これまでの疼痛緩和、医療用麻薬の使用等を中心とした内容に加え、緩和ケアにおける考え方(意思決定支援)や診療の場を問わず広く緩和ケアのアプローチにつながるよう、療養場所ごとの緩和ケアの特徴について紹介するとともに、がん以外の疾患に対する緩和ケアアプローチ等についても盛り込んだ内容となっております。

本ガイドブックについて、緩和ケア研修会のテキストとして引き続き活用いただくとともに、緩和ケア医療の水準の向上が図られ、患者さんおよびご家族の方の療養生活に貢献できるものとなりますことを期待しております。

あらためまして、本ガイドブックの改訂にあたり、ご執筆いただいた先生方をはじめ関係者の皆さまに深く感謝申し上げます。

平成29年3月

日本医師会会長 横倉 義武

目次

| | | |
|-----------|------|-----|
| 巻頭言 | 横倉義武 | iii |
|-----------|------|-----|

I はじめに

| | |
|------------------------------|----|
| 1. 目的 | 1 |
| 2. 本書の見方・使い方 | 1 |
| 3. 用語と解説 | 3 |
| 4. 緩和ケア概論 | 7 |
| 5. 患者・家族の意思を尊重した意思決定支援 | 12 |
| 6. 包括的アセスメント | 15 |
| 7. 診断・治療期からの支援 | 19 |

II 症状マネジメント

| | |
|---------------------------------------|----|
| 1. 疼痛 | |
| (1) 疼痛の概要 | 22 |
| (2) 疼痛の評価 | 23 |
| (3) NSAIDs・アセトアミノフェンの開始 | 26 |
| (4) オピオイドの導入・タイトレーション | 30 |
| (5) オピオイドを増量しても残存・増強する痛みの治療 | 36 |
| (6) オピオイドの副作用対策—悪心, 便秘, 眠気, せん妄 | 42 |
| (7) 鎮痛補助薬の使い方 | 47 |
| (8) オピオイドスイッチング・投与経路の変更 | 49 |
| (9) オピオイド力価表 | 52 |
| (10) 非薬物療法とケア | 53 |
| (11) 放射線治療 | 54 |
| (12) 神経ブロック | 56 |
| 2. 呼吸困難 | 58 |
| 3. 消化器症状 | |
| (1) 悪心・嘔吐 | 62 |
| (2) 食欲低下 | 66 |
| 4. 倦怠感 | 70 |
| 5. せん妄 | 72 |
| 6. 気持ちのつらさ | 77 |
| 7. 不眠 | 82 |
| 8. 口腔の症状 | 88 |
| 9. がん治療に伴う有害事象 | |
| (1) 発熱 | 91 |
| (2) 消化器症状 | 92 |
| (3) 皮膚障害 | 93 |

Ⅲ エンド・オブ・ライフケア

| | |
|--------------------------|-----|
| 1. アドバンス・ケア・プランニング | 95 |
| 2. 死が近づいたとき | 98 |
| 3. 苦痛緩和のための鎮静 | 101 |

Ⅳ がん以外の疾患への緩和ケアアプローチ

| | |
|---------------------|-----|
| 1. 概論 | 106 |
| 2. 循環器疾患 | 110 |
| 3. 呼吸器疾患 | 112 |
| 4. 脳血管障害(脳卒中) | 114 |
| 5. 腎疾患 | 116 |
| 6. 認知症 | 119 |

Ⅴ 療養場所と緩和ケア

| | |
|--------------------------------------|-----|
| 1. 緩和ケア病棟以外の病院 | 121 |
| 2. 緩和ケア病棟 | 125 |
| 3. 在宅緩和ケア | 127 |
| 4. かかりつけ医に求められる役割ー在宅緩和ケア実践のために | 135 |

Ⅵ 緩和ケアのスキル

| | |
|----------------------|-----|
| 1. ステロイドの使い方 | 138 |
| 2. 高カルシウム血症の治療 | 140 |
| 3. 持続皮下注射 | 141 |
| 4. 皮下輸液 | 144 |
| 5. 悪い知らせの伝え方 | 146 |

Ⅶ 資料

| | |
|--------------------------|-----|
| 1. 参考資料・文献・情報の入手先 | 150 |
| 2. 緩和ケアで頻用される薬剤リスト | 153 |

| | |
|------------|----------|
| あとがき | 道永麻里 158 |
|------------|----------|

I はじめに

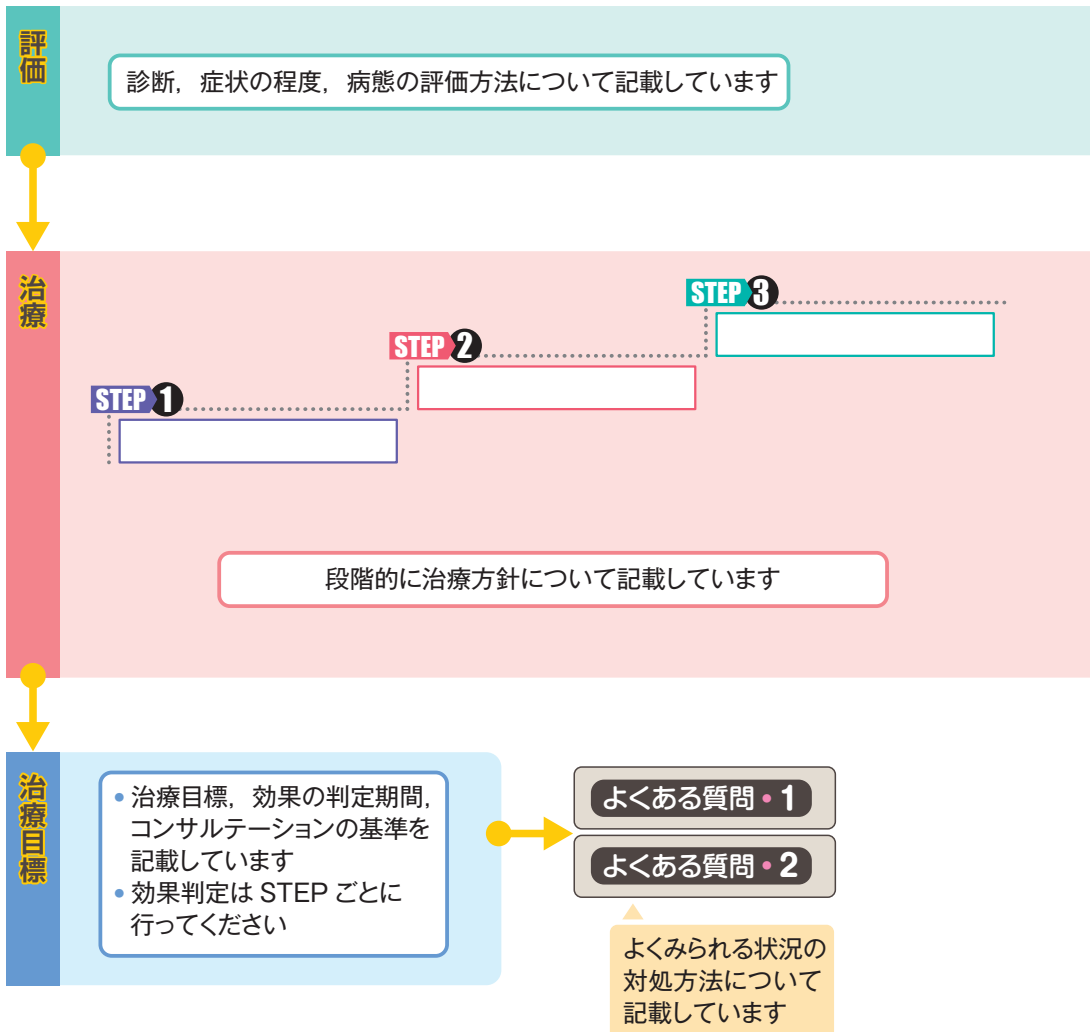
1 目的

『新版 がん緩和ケアガイドブック』は、病院や地域において、がん患者・家族に緩和ケアを提供する医師を対象に、「臨床で即実践できる手引き」となることを目指して改訂を行った。





2 本書の見方・使い方

(1) 表記について

- 主な項目は、見開きで構成した。左ページでは、図表を用いて、症状緩和の概要を一目でわかるよう示し、右ページで解説を加えた。
- 「よくある質問」では、臨床場面でよくみられる状況の対処方法について示した。



- 内容によって以下のように項目の色を統一して示している。

評価：緑色 
治療・処方例：赤色 
治療目標とコンサルテーション：青色 
参照する項目：項目名と(p.〇〇)

- 本書においてコンサルテーションとは、症状緩和に関する専門家(緩和ケアチーム、緩和ケアを専門とする医師、ペインクリニシャン、がん治療医、精神科医など)に相談することを指す。相談先がわからない場合は、最寄りのがん診療連携拠点病院の相談支援センターに問い合わせるとよい。

(2) 薬物療法について

- 本書では、入院のみならず外来や在宅でも薬物療法が行われることを想定し、主要な処方例を示した。
- 処方例は原則として、薬剤の一般名(規格単位)、用量、用法の順に記載した。
- 薬物療法については、学会や専門家などが推奨する薬剤と用量を記述した。薬物療法の中には、健康保険で認められている適応・用量と異なる場合がある。保険適応外薬剤の使用については、十分に注意を要する。
- 薬物療法に関する情報は日々変化するため、薬剤の使用にあたっては、添付文書などで確認のうえ、常に最新のデータにあたり使用する。
- 投与量は、成人、50 kgの標準的な体格の患者を想定している。体格の小さい患者、高齢者、全身状態が不良な場合は減量して使用する。
- 非オピオイド鎮痛薬は、主にNSAIDs(非ステロイド性消炎鎮痛薬)とアセトアミノフェンを指すが、簡便のため一括してNSAIDsと表記したところがある。

(3) その他

- 血液検査、画像検査などについて記載されているが、患者が治療を受けている療養環境に応じて、必ず行わなければいけないものではない。
- コミュニケーション例を挙げているが、コミュニケーションは言葉のみで成り立つものではなく、態度・行動・語調により同じ言葉を使用しても伝わり方は異なる。また、コミュニケーションの例はあらゆる場面に適用できるものではないため、コミュニケーション・スキル・トレーニングなどの研修を受けるとよい。

3 用語と解説

| 用語 | 解説 |
|-------------|---|
| アカシジア | 静座不能症とも呼ばれ、文字通り、じっと座っていることができなくなる状態で、下肢や全身のムズムズ感などの不快感を伴うことが多い。錐体外路系の関与が示唆されているが、病因ははっきりしていない。抗精神病薬などドパミン受容体を遮断する薬物の副作用として発現することが多い。次の症状がみられるときに疑う。座ったままでいられない、じっとしていられない、下肢の絶え間ない動き・足踏み、姿勢の頻繁な変更がみられる。 |
| オピオイド | オピオイド受容体と親和性を示す化合物の総称。アヘンが結合するオピオイド受容体に結合する物質として命名。アヘンに含まれるものとしてはモルヒネ、コデインなどがあり、これらをもとに合成したものとしてはオキシコドン、フェンタニルなどが医薬品として用いられる。 |
| オピオイドスイッチング | オピオイドの副作用などにより治療に限界が生じたり、もしくは十分な除痛ができなくなったとき、投与中のオピオイドから他のオピオイドに変更することをいう。 |
| がん悪液質 | 悪性腫瘍の進行に伴って、栄養摂取の低下では十分に説明できないいそう、体脂肪や筋肉量の減少が起こる状態を指す。栄養を十分に供給しても患者の体重の増加につながらない状態となる。 |
| 緩和ケアチーム | 身体症状の緩和を専門とする医師、精神症状の緩和を専門とする医師、緩和ケアの経験を有する看護師、緩和ケアの経験を有する薬剤師などにより、苦痛やつらさの緩和を行うコンサルテーションチームのこと。厚生労働大臣が定める施設基準に適合している場合には、地方厚生局長等に届け出たうえで、緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料などを算定できる。苦痛緩和は終末期のみではなく、抗がん剤や放射線などのがん治療を行っている時期から行われる。がん診療連携拠点病院では、緩和ケアチームなどによる緩和医療の提供体制の整備が義務づけられている。 |
| 緩和ケア病棟 | 主にがん患者を対象とし、痛みや苦痛をとり、患者・家族の意向を尊重して治療やケアを行うことを目的とした病棟。緩和ケア病棟で症状を緩和して自宅に退院することも可能であり、必ずしも終末期患者のみが対象となる病棟ではない。 |
| 希死念慮 | 一般的には、自ら死を望む状態を指す。「このまま死ぬことができればいいな」「こんなに痛いのなら死んだほうがましだ」といった軽度のものから、「機会さえあればすぐにでも自殺したい」といった強いものまで幅広い状態がある。 |
| 抗精神病薬 | 抗精神病薬はもともと、主として統合失調症をはじめとした精神病様状態（幻覚・妄想、興奮など）に対して開発された薬剤であり、メジャートランクライザー、神経遮断薬とも呼ばれている。その主たる作用は、抗幻覚・妄想作用や鎮静作用であるが、これらの薬剤は制吐作用をはじめとしたその他の薬理作用も有することから、緩和ケアにおいて頻度の高い身体症状（悪心など）や精神症状（せん妄など）の緩和にも使用される。抗精神病薬には、ハロペリドール、クロルプロマジン、リスペリドン、オランザピンなどが含まれる。 |

| 用語 | 解説 |
|------------------|--|
| コンサルテーション | <p>本書においては、症状緩和等に関する専門家（緩和ケアチームや緩和ケアを専門とする医師、ペインクリニシャン、がん治療医、精神科・心療内科医など）に相談することを指す。</p> |
| 在宅療養支援診療所 | <p>2006年に診療報酬に位置づけられた。病院や他の診療所、訪問看護ステーション、介護サービスなどと連携して、がん患者の緩和ケアを含む、在宅療養の支援を提供する診療所を指す。24時間連絡を受ける医師または看護職員が配置されている。患者の必要に応じて、24時間往診が可能な体制が確保されている。</p> |
| 在宅療養支援病院 | <p>患者が住み慣れた地域で安心して療養生活を送ることができるように、患家の求めに応じ、他の保険医療機関と連携して24時間往診が可能な体制を確保し、かつ訪問看護ステーションとの連携により24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保するとともに、緊急時に在宅で療養を行っている患者が直ちに入院できるなど、必要に応じた医療・看護が提供できる病院のこと</p> |
| 錐体外路症状 | <p>錐体外路とは、中枢神経系のうちで錐体路系、小脳系以外の領域で運動に関係している領域をいう。実際的には、大脳基底核を中心とする一群の構造をいい、姿勢の保持の統合、調節などに関与している。錐体外路症状とは、脳内の錐体外路系の神経機構が障害されることにより発現する症状であり、代表的なものは、パーキンソニズムでみられる手指振戦、無動、筋強剛などである。緩和ケアの領域では、ドパミン受容体を遮断する薬剤（ハロペリドール、プロクロルペラジンなど）によって生じる薬物誘発性パーキンソニズムの頻度が高い。</p> |
| せん妄 | <p>せん妄は、軽度ないし中等度の意識混濁に興奮、錯覚や幻覚・妄想などの認知・知覚障害を伴う意識障害であり、症状が1日のうちで変動する。さまざまな身体状態（たとえば肝不全、呼吸不全、感染症）や薬剤などにより脳の機能が低下した結果出現する脳器質性の精神障害である。たとえば、周囲の状態や自分の状況をよくわかっていない、時間や場所を間違える、人や虫が見える、ありもしないことを話す、ぼおっとしている、昼夜逆転するなどの症状がみられる。</p> |

| 用語 | 解説 |
|-----------------|--|
| 依存症 (麻薬中毒など) | <p>依存症の診断基準はまだ統一されていないが、本書では以下のような特徴をもつ心理的、行動的な症候群と定義する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 薬物に対する極度の欲求と、それを持続的に使用できることに関する抗し難い心配 2. 強迫的な薬物使用の証拠がある。たとえば以下が挙げられる <ol style="list-style-type: none"> a. 目的なく薬物を増量する b. 明らかな副作用にもかかわらず使用量を減らさない c. 標的とした症状の治療以外の目的で薬物を使用する d. 症状がないときに薬物を不適切に使用する <p>かつ/または</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. 以下の一連の関連する行動が1つ以上みられる <ol style="list-style-type: none"> a. 薬物を手に入れるために、処方する医師や医療システムを巧みに操作する(たとえば、処方箋を改ざんする) b. 他の医療機関もしくは非医療機関から薬物を手に入れる c. 薬物を蓄えている d. 他の薬物の不適切な使用(たとえば、アルコールや鎮静薬・催眠薬を乱用する) |
| 鎮痛補助薬 | <p>主要な鎮痛薬に追加されて、さらに鎮痛を改善させる薬剤である。それら自身もまた単独で鎮痛薬(たとえば帯状疱疹後神経痛の治療に用いられる三環系抗うつ薬)として用いられることもある。また、WHOの3段階除痛(鎮痛)ラダーの、どのステップにも追加することができる。よく用いられる薬剤としては抗けいれん薬、抗うつ薬、局所麻酔薬、NMDA受容体拮抗薬などがある。</p> |
| 突出痛 | <p>疼痛はパターンで分類すると、持続痛(Persistent Pain)と突出痛(Breakthrough Pain)がある。突出痛は、普段の(安定している)痛みを上回って生じる痛みで、定期的なオピオイドの投与をうけているがん患者の約70%に生じる。著しくQOLを低下させるため、持続痛と異なる治療方針が必要である。突出痛には骨転移などによる体動時痛(Incident Pain)、痛みを引き起こす原因が特定できない突発的に生じる痛み(Spontaneous Pain)、定期的な鎮痛薬の切れ際の痛み(End-of-Dose Failure)などがある。突出痛の定義は国際的に定まっていないため、本書では、間欠的に起こる中等度から高度の痛みで、しばしば痛みの安定している患者に発生すると定義した。</p> |
| 非オピオイド鎮痛薬 | <p>オピオイド以外の鎮痛薬の総称。一般的にはNSAIDs(Non Steroidal Anti-Inflammatory Drugs:非ステロイド性消炎鎮痛薬)とアセトアミノフェンのことを指す。</p> |
| 開かれた質問 | <p>Open-Ended Question:「はい」「いいえ」で回答することができず、受け手の自由な応答を促す質問のこと。例:質問「一番困っていることは何ですか?」、回答「背中の痛みに困っています」</p> <p>逆に閉じられた質問(Close-Ended Question)は、「はい」「いいえ」でしか答えられない質問のこと。例:質問「痛みはありますか?」、回答「はい」</p> |

| 用語 | 解説 |
|--------|--|
| レスキュー | 疼痛時に臨時に追加する臨時追加投与薬（レスキュー・ドース）のこと、いわゆる頓用薬。 |
| NRS | Numerical Rating Scale. 「症状がまったくないを0、これ以上ひどい苦痛が考えられないくらいの症状を10」として、症状の強さを11段階で表現する測定方法。 |
| PCA | 患者自己管理鎮痛法（Patient Controlled Analgesia）のこと。たとえば、鎮痛薬の追加量をあらかじめ処方し、患者自身が管理することで疼痛時に臨時追加投与（レスキュー）が可能であるようにしておくこと、疼痛時に患者が自己管理する追加注入ボタンを押すことにより、鎮痛薬が入った輸液ポンプから一定量の鎮痛薬が入るようにしておくこと、などが挙げられる。 |
| NaSSA | ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬（Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant：NaSSA）といい、ノルアドレナリンとセロトニン伝達を増強するように働き抗うつ作用を発揮する薬物である。5-HT ₂ 受容体と5-HT ₃ 受容体の遮断作用を持つため、悪心・嘔吐の副作用は目立たないことと、H ₁ 受容体遮断作用が強いため、鎮静作用と食欲増進作用をもつ。 |
| SSRI | うつ病や不安障害に用いられる選択的セロトニン再取り込み阻害薬（Selective Serotonin Reuptake Inhibitors）のことを指す。抗うつ薬は、脳内神経伝達物質であるセロトニンやノルアドレナリンのシナプス間隙における再取り込みを阻害することにより、その作用を発揮すると考えられているが、当初開発された三環系抗うつ薬は、その他の神経伝達物質にも影響を及ぼすため、抗コリン症状をはじめとした副作用（たとえば口渇、便秘など）が高頻度にみられた。このため、抗うつ効果を有しながら、副作用が少ない抗うつ薬として開発されたのが、SSRIやSNRIである。これらは、選択的にセロトニンやノルアドレナリンに対して作用する。SSRIは、三環系抗うつ薬などに比べて、抗コリン作用が少ない一方で、悪心、焦燥などのセロトニン作動性の副作用を有する。 |
| SNRI | 抗うつ薬であるセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（Serotonin Noradrenalin Reuptake Inhibitors）のことを指す。SNRIはSSRIと同様に三環系抗うつ薬などに比べて、抗コリン性の副作用が少ない一方で、悪心などのセロトニン作動性および排尿障害などのノルアドレナリン性の副作用を有する。 |
| WHOラダー | WHO（世界保健機関）の3段階除痛（鎮痛）ラダーのこと。1986年にWHOから出版された冊子『がんの痛みからの解放』で紹介された、WHO方式がん疼痛治療法の骨子をなすものの一つ。がん疼痛における薬剤の選択を、痛みの強さと薬の効力に応じて段階的に示したものである。 |

4 緩和ケア概論

(1) ホスピスから緩和ケアへ

現代ホスピスに関する概念は、1960年代におけるイギリスのセント・クリストファー・ホスピス (St. Christopher hospice) の活動のなかから形成された。すなわち、がん等の生命を脅かす疾患をもつ患者における長期間の闘病と死への過程を支える全人的ケアの臨床経験から発展した¹⁾。

セント・クリストファー・ホスピスを設立したシシリー・ソングラス博士は、死に逝く患者とその家族に対して医学的、心理社会的、そしてスピリチュアル (spiritual) なケアを組織された専門職チームによって提供する、という考えの下に臨床的な実践を積み重ねた。その結果、ホスピスは「全人的」で「学際的」なケアを提供する場所になった。また、ホスピスは患者と家族へのケアとともに教育と研究が同時に行われる「学術的」な施設としても発展した。その後、ホスピスケアは医療における新しいアプローチとして知識や知見が集積され、イギリスのみならず国際的に広がっていった。

(2) 緩和ケアとは

緩和ケアは、現代ホスピスを歴史的源流として進化してきた。緩和ケアという言葉は、1975年にカナダのモントリオールにあるロイヤル・ビクトリア病院 (Royal Victoria Hospital) に勤務するバルフォア・マウント教授が病院内の病棟にホスピスを設立するときにはじめて使われた。彼はイギリスのホスピスで提供されるケアを適切にあらわし、かつフランス語圏のカナダで否定的なイメージをもたない言葉として“緩和ケア” (Palliative care) を使用した。彼はイギリスのように独立した施設ではなく、病院内のホスピスとして緩和ケア病棟 (Palliative Care Unit) を設けた。その後、緩和ケアという言葉は病院内のコンサルテーションや外来、そして在宅でも使われるようになっていく。2002年、世界保健機関 (WHO) は緩和ケアを表1のように定義した²⁾。

(3) 緩和ケア・アプローチとは

WHOが提唱する緩和ケアのこの定義は、「苦痛を和らげQOLを改善する」ことに焦点が当てられている。そして、この定義に基づく緩和ケア・アプローチは次の5つの考え方に集約される。

- ① クオリティ・オブ・ライフ (QOL) 重視のアプローチ：疾患の治療や治癒より生活の質を重視する考え方である。
- ② 全人的アプローチ：緩和ケアを必要とする個人を、医療や社会的援助を必要とする「患者以上の存在」として捉える考え方である。
- ③ 患者とそこに人にかかわる人たち (特に介護者) の両者を包含するケア：患者を取り巻く人々、すなわち「家族と友人」も同じようにケアの対象とする考え方である。
- ④ 患者の自律と選択を尊重するアプローチ：たとえば、療養場所の選択や最期を迎える場所などについて、患者が何を望むかを明確にし、その目標の達成を支援する考え方である。
- ⑤ 率直かつ思いやりのあるコミュニケーション：終末期における予後をどう伝えるか、といった困難な課題について、率直かつ思いやりのある話し合いを通じて人々を支える。

表1 WHOの緩和ケアの定義²⁾

緩和ケアとは、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、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処(治療・処置)を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである。

緩和ケアは…

- 痛みやその他の苦痛な症状を和らげる
- 生命を尊重し、死を自然な過程と認める
- 死を早めたり、引き伸ばしたりしない
- 心理的なケアとスピリチュアルケアを患者ケアに統合する
- 死を迎えるまで患者が人生を積極的に生きて行けるように支える
- 家族が患者の病気や死別後の生活に適切できるように支える
- 患者と家族のニーズを満たすためにチームアプローチを実践する。必要なら死別後のカウンセリングを含む
- QOLを高め、病気の経過に良い影響を与える
- 病気の早い時期から適用することが可能であり、延命を目的とした治療、たとえば化学療法や放射線治療、合併症の診断とマネジメントに必要な検査と並行して行われる

(4) わが国の緩和ケア

わが国の緩和ケアの歴史は、およそ40年余りである。1981年に浜松の聖隷三方原病院に「聖隷ホスピス」が創設され、わが国の緩和ケアの実践が始まった。聖隷ホスピスは、病院内の一つの病棟として保険診療(医療保険)の枠内で運営された。1987年「WHO方式がん疼痛治療法⁴⁾」とよばれる標準的ながん疼痛治療法がわが国に紹介された。そして、1990年前後からWHOは緩和ケアを国際的に普及推進した⁵⁾。

わが国では国際的な動きと軌を一にして、1990年(平成2年)に医療保険の診療報酬に「緩和ケア病棟入院料」が新たに設けられた。その結果、1990年以降、緩和ケア病棟が全国的に急速に広がった。緩和ケア病棟に医療保険による財政基盤ができたことによって、緩和ケアは普及が進んだといえる。

2002年(平成14年)には「緩和ケア診療加算」が診療報酬として設けられて、病院内の緩和ケアチームという形態で緩和ケアが一般病棟へと広がった。

2007年(平成19年)4月の「がん対策基本法」施行とそれに基づく「がん対策推進基本計画」の策定は、わが国の緩和ケアにとって大きな転換点となった⁶⁾。

2007年以降、緩和ケアはがん対策の重点課題として取り組まれるようになり、さらに、2016年(平成28年)の診療報酬改定では医療保険に「在宅緩和ケア充実診療所・病院加算」が設けられ、一定の要件を満たす診療所・病院では算定できるようになった。2016年には、がん対策基本法が改正され、緩和ケアに関しても第15条および第17条が改正された(表2)。

(5) 基本的な緩和ケアと専門的な緩和ケア

2000年以降、国際的に緩和ケアは「基本的な緩和ケア」と「専門的な緩和ケア」に緩和ケアのレベルを分ける(分化)という考え方が提唱され、近年、わが国でも分化が進んでいる⁷⁾。わが国ではこれまで緩和ケアは、おもに緩和ケア病棟で提供される「特別なケア」という考え方が一般的であった。しかし、緩和ケアチームや在宅緩和ケアの活動

表2 改正後のがん対策基本法

| | 緩和ケアに関する記載 (抜粋) |
|-----|--|
| 15条 | 緩和ケア(がんその他の特定の疾病に罹患した者に係る身体的若しくは精神的な苦痛又は社会生活上の不安を緩和することによりその療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護その他の行為をいう) |
| 17条 | (国および地方公共団体は)がん患者の状況に応じて緩和ケアが診断の時から適切に提供されるようにすること |

が医療保険で認められるようになり、場所を問わずに提供できるケアという理解が徐々に広がっている。

基本的な緩和ケアは、がん診療等に携わるすべての医療従事者(医療者)に必要な緩和ケアの知識、技術と能力をあらわしている。たとえばコミュニケーション能力、疼痛と症状マネジメントの技術、多職種のチームワーク、そして地域の医療資源の知識等が挙げられる。

専門的な緩和ケアは、基本的な緩和ケアでは対処が困難なケースに対して専門的な知識や技術をもって、臨床的な実践をできる技術と能力をあらわしている。さらに、専門的な治療とケアに関するコンサルテーションを受けるだけでなく、教育や研究も実践できる能力が必要とされる。

(6) 包括的がん医療

包括的がん医療(Comprehensive Cancer Care)とは、抗がん治療とともに緩和ケアが統合された医療モデルを意味する。包括的がん医療では、緩和ケアが適切な患者に適切なタイミングで適切な場所と適切な費用で提供されることを目標としている。

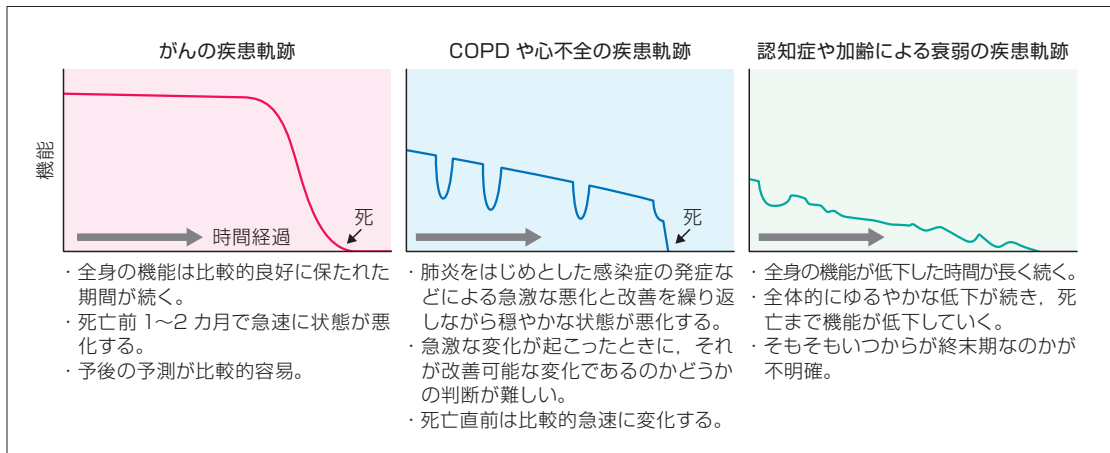
わが国では、第2期がん対策推進基本計画の下で「がんと診断されたときからの緩和ケアの推進」が提唱され、がん医療に携わるすべての医療者が「基本的な緩和ケア」を提供することを目指して、緩和ケア・アプローチを基本として緩和ケアを学ぶための基本教育プログラムが複数提供されている。

まず、医師に対して、厚生労働省は2008年4月に「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」と「緩和ケア研修会標準プログラム」を公表した。これに基づく基本教育プログラム「PEACE(Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education)」を日本緩和医療学会、日本サイコオンコロジー学会が協力して開発し、普及に取り組んでいる⁸⁾。

その後、看護師に対して、日本緩和医療学会はアメリカで開発された緩和ケアとエンド・オブ・ライフケアの基本教育プログラムの日本版「ELNEC-J(End-of-Life Nursing Education Consortium Japan)」を開発し、普及を開始している⁹⁾。さらに日本緩和医療学会は、小児科医のための緩和ケアの基本教育プログラム「CLIC(Care for Life-threatening Illnesses in Childhood)」による研修を全国の小児がん診療に携わる医師を対象に提供している¹⁰⁾。

こういった緩和ケアを専門としない医療者への基本教育プログラムは、今後わが国に基本的な緩和ケアの普及をもたらし、緩和ケアを実践するための広い基盤をつくるであろう。

図1 生命を脅かすさまざまな疾患の軌跡



(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 2001 ; 285 (7) : 925-32 より)

(7) 生命を脅かす様々な疾患の緩和ケア

超高齢社会を迎えて、がんに限らず生命を脅かすさまざまな疾患をもつ患者に対応する高齢者の終末期ケア，すなわちエンド・オブ・ライフケア (End-of-Life Care) を提供することも今後は重要な課題となる。わが国では，がん以外の疾患 (非がん疾患) の患者には医療保険の制度上，緩和ケアを提供する仕組みはできていない。また，がんに限らず生命を脅かすさまざまな疾患をもつ患者に対するエンド・オブ・ライフケアを提供するためには，疾患それぞれの臨床経過や特徴，すなわち，軌跡 (trajectory) を十分に理解して対応する必要がある (図1)¹¹⁾。しかし，わが国ではその取り組みは始まったばかりであり，カナダやオーストラリアのようにエンドオブライフ・ケアに関するガイドラインがすでに作成されている国々に比べて立ち遅れている^{12,13)}。

今後，厚生労働省が推進している地域包括ケアを基盤として，地域の緩和ケアに関する資源がネットワークとして繋がる仕組みが必要となるであろう。そして，地域医療に緩和ケアを必要不可欠な医療として統合することと並行して，エンド・オブ・ライフケアに携わる人材の育成を行い，ガイドラインなどを整備してゆくことが求められる。

文献

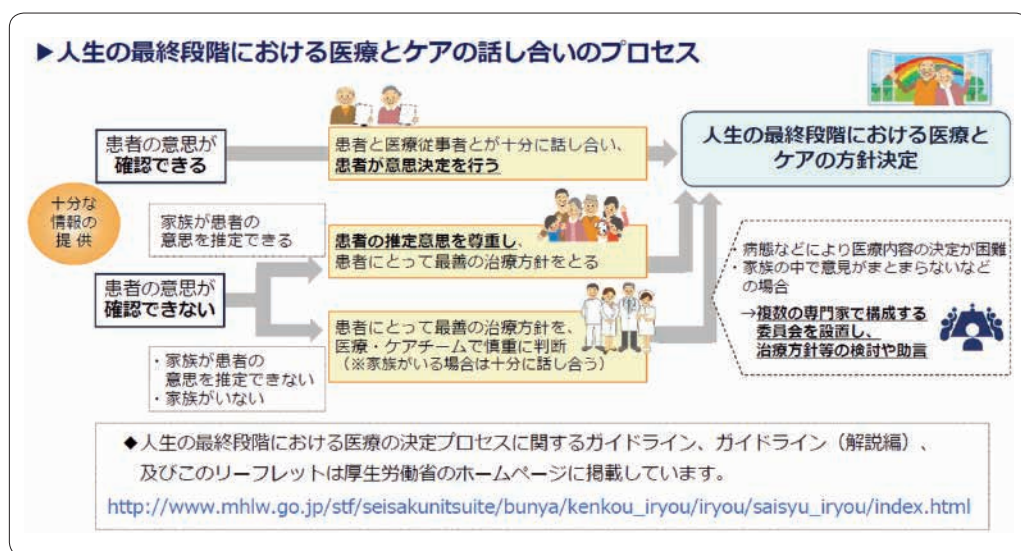
- 1) O'Neill B, Fallon M : ABC of Palliative Care. Principles of Palliative Care and Pain Control. *BMJ*. 315 (711) : 801-804, 1997
- 2) World Health Organization : WHO Definition of Palliative Care. [Available at <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>]
- 3) 世界保健機関編，武田文和訳：がんの痛みからの解放；WHO方式がん疼痛治療法。第2版。p.3-41 金原出版，1996
- 4) 世界保健機関編，武田文和訳：がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア；がん患者の生命へのよき支援のために。p.5-6 金原出版，1993
- 5) 厚生労働省：がん対策推進基本計画ホームページ。2016年11月24日アクセス [Available at http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_keikaku.html]
- 6) 志真泰夫：がん対策基本法とホスピス緩和ケア。ホスピス緩和ケア白書編集委員会編：ホスピス緩和ケア白書 2012。p.1-5。日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団，2012

- 7) 緩和ケア継続教育プログラム. PEACE PROJECT. 2016年11月24日アクセス [Available at <http://www.jspm-peace.jp/>]
- 8) NPO法人日本緩和医療学会ホームページ教育関連セミナー ELNEC-J. 2016年11月24日アクセス [Available at <https://jspm.ne.jp/elnec/index.html>]
- 9) NPO法人日本緩和医療学会ホームページ LIC/CLIC-T. 2016年11月24日アクセス [Available at <https://jspm.ne.jp/clic/index.html>]
- 10) Lynn J, Adamson DM : Living well at the end of life. Adapting health care to serious chronic illness in old age. Rand Health, Washington, 2003
- 11) Australian Government. National Health and Medical Research Council : Guidelines for a palliative approach in residential aged care. Commonwealth of Australia, 2006
- 12) Canadian Strategy on Palliative and End-of-Life Care. Final Report of the coordinating committee. Health Canada, 2007

5 患者・家族の意思を尊重した意思決定支援

エッセンス

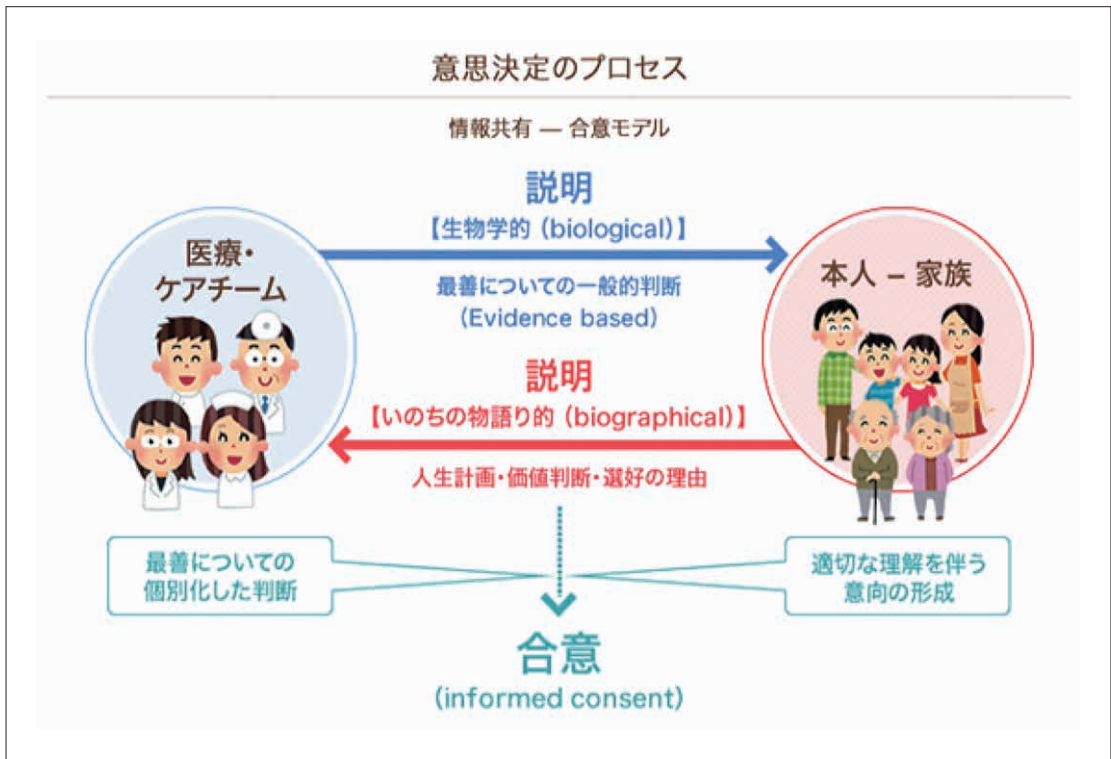
- すべての医療の提供においては、患者の意思の尊重が基本となる。特に終末期においては難しい意思決定が多く含まれることから、より慎重に患者の意思確認を行う必要がある。
- 患者本人の意思確認が可能な場合
複数の選択肢を提示したうえで、本人の価値観にもっとも合う選択ができるように医療・ケアチームがサポートする。かわりに応じて家族にも意思決定のプロセスに参加してもらう。
- 患者本人の意思確認が難しい場合
医療・ケアチームは、患者が過去に表明していた意思の確認や家族による本人の意思の推定プロセスをサポートする。残された力に応じて本人にも意思決定に参加してもらう。
本人意思の推定が難しい場合には、関係者間で何が本人にとって最善かについて十分に話し合ってから方針を決定する。



（厚生労働省：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より）

(1) 患者の意思の尊重

- すべての医療の提供においては、患者の意思の尊重が基本となる。ただし、これは医学的な情報を患者に伝え、あとは選択を本人任せとするということを意味しない。患者家族の話に十分に耳を傾け、本人の生活や価値観にもっとも合う決定を支援するプロセスこそが重要である。「インフォームド・コンセント」とは、このプロセスを経て、最終的に患者本人が納得のうえで決定することを意味する。
- 特に終末期の意思決定に関しては、患者本人のQOLを重視した選択が必要になることから、患者の生活や人生について、医療・ケアスタッフは十分な情報を得ておく必要がある。



(臨床倫理online より)

(2) 意思決定能力の評価

- インフォームド・コンセントが成立するためには、患者本人に医療上の選択を行う能力があることが前提となる。病気の進行などにより、こうした能力を欠いていると判断される場合には、家族などが本人の代わりに意思決定に参加することになる。
- 意思決定能力の評価のポイントは、①当該治療法に関係した情報を「理解」すること、②理解した情報を自分のこととして「認識」すること、③複数の選択肢のメリット・デメリットを比較できる「論理的思考」、④最終的な「選択の表明」の4点であり、具体的な選択の中身と患者のおかれた状況を鑑みて総合的に判断する。
 - 認知症や統合失調症といった診断名と意思決定能力の有無は必ずしも一致しないため、認知機能検査の結果等により意思決定能力を評価してはならない。
 - 意思決定能力は必ずしも「ある」と「ない」に二分されない。また意思決定の内容によって「十分である」と判断される場合もあれば、「十分でない」と判断される場合もある。
 - 「本人は決められない」と安易に評価するのではなく、「残された力で決められることは何か」「どんな支援があれば決めることができるか」という視点で評価する。

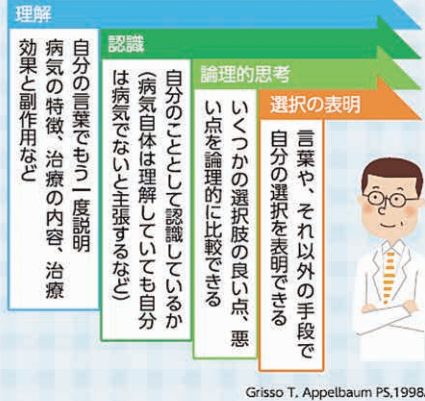
(3) 本人による意思決定が難しいとき

- 本人の意向の確認が難しい場合には、過去に本人が何らかの意向を示していないかを確認する。書面で意思を示している場合(いわゆるリビング・ウィルなど)もあれば、医療者や家族との会話において口頭で表明している場合もある。過去に示された意向は、本人の今の意向を推し測るうえで重要な手がかりになる。
- あわせて、家族など本人をよく知る人たちにも意思決定に参加してもらう。家族に患

医療行為の同意には、①理解、②認識、③論理的思考、④選択の表明の4要素が必要です。アルツハイマー病の場合は選択の表明だけが保たれていて、ほとんど理解せずに同意している場合があるので注意が必要です。本人の理解の程度を確かめるには、一度本人の言葉で説明してもらった方が一番有効です。また、返答の内容をそのままカルテに記載するようにしましょう。

【同意能力があることが分かるカルテ記載例】

胃潰瘍の疑いがあり胃カメラの必要性和止血処置について説明したところ「胃潰瘍から血が出ていたら止めてくれるんやな」と返答があった。



Grisso T. Appelbaum PS, 1998.

(JST/RISTEX：医療従事者向け意思決定支援ガイド. p.4より)

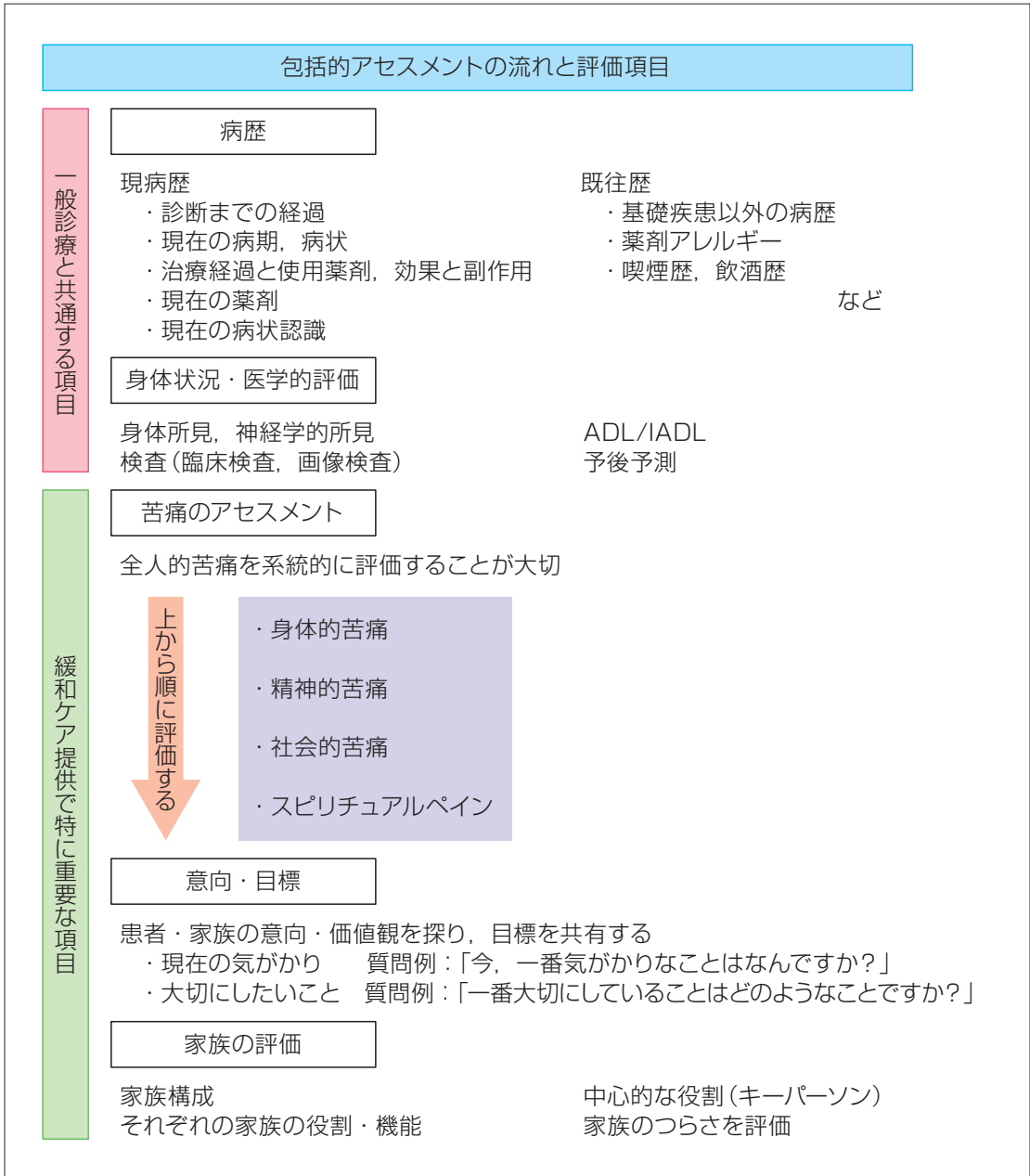
者本人の意思を推定してもらう場合には、家族のニーズへの対応とは区別して、コミュニケーションをとることが重要である。たとえば、家族の意向についても十分に話を聞いたうえで、「もし本人が今話せたら何を望むと思いますか」などの問いかけをする。

- 本人意思の推定が難しい場合には、家族と医療・ケアチームの間で、本人にとって何が最善なのかを十分に話し合い、意思決定を進める。それでも合意形成が難しい場合には、当該チーム以外の第三者に助言を求めたうえで、再度検討する。

(4) 意思決定プロセスに関連するガイドライン

- 終末期の意思決定プロセスに関連する国や学会のガイドラインとしては、以下のものがある。問題となっている意思決定の内容に応じて適宜参照のこと。
 - 1) 総論
 - ・厚生労働省：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。2015年。
 - 2) 人工的水分・栄養補給 (Artificial Hydration and Nutrition；AHN)
 - ・日本緩和医療学会：終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン。2013年。
 - ・日本老年医学会：高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン。2012年。
 - 3) 透析
 - ・日本透析医学会：維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言。2014年。
 - 4) 鎮静
 - ・日本緩和医療学会：苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン。2010年。
 - 5) 救急・集中治療
 - ・日本救急医学会・日本集中治療医学会・日本循環器学会：救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン。2014年。
 - 6) 新生児医療
 - ・日本小児科学会；重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン。2012年。

6 包括的アセスメント



- I はじめに
- II 症状マネジメント
- III エンド・オブ・ライフケア
- IV 非がん疾患への緩和ケアアプローチ
- V 療養場所と緩和ケア
- VI 緩和ケアのスキル
- VII 資料

(1) 包括的アセスメントとは？

- 緩和ケアは身体的苦痛の軽減のみでなく、患者と家族の精神的苦痛や社会的苦痛、スピリチュアルペインといった全人的苦痛に対処しQOLを改善することを目的としている。
- 苦痛についてさまざまな側面から検討し、評価するアプローチが包括的アセスメントである。
- 包括的アセスメントは、患者だけでなく家族も対象となる。

(2) 評価項目におけるポイント

- 多くの患者は苦痛を感じていても、自発的に訴えることは少ないとされるため医療者が積極的に苦痛の有無について評価する必要がある。
- 医療者がすでに把握している医学的状況についても、直接聴取することで、病状認識や解釈、感情の把握に役立つ。
- 検査によって得られる利益とのバランスを慎重に検討する必要がある。
- がん患者では病状の進行に合わせて、評価を繰り返すことが重要である。
- 全人的苦痛の評価は、身体的苦痛の評価から始め、精神的苦痛、社会的苦痛の順に行い、最後にスピリチュアルな苦痛の評価を行う。これは疼痛などの身体症状が緩和されないこと自体が、その他の苦痛を悪化させる要因であることや、アセスメント自体が困難となるためである。

図2 エドモントン症状評価システム改訂版

| エドモントン症状評価システム改訂版 日本語版 (ESAS-r-J) Edmonton Symptom Assessment System revised. (Japanese version) (ESAS-r-J) | |
|--|---|
| あなたは、今、どのように感じていますか。最もよくあてはまる数字に○を付けて下さい。 | |
| 痛み | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (なし) (最もひどい) |
| だるさ (元気が出ないこと) | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (なし) (最もひどい) |
| 眠気 (うとうとする感じ) | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (なし) (最もひどい) |
| 吐き気 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (なし) (最もひどい) |
| 食欲不振 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (なし) (最もひどい) |
| 息苦しさ | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (なし) (最もひどい) |
| 気分の落ち込み (悲しい気持ち) | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (なし) (最もひどい) |
| 不安 (心配で落ち着かない) | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (なし) (最もひどい) |
| [] 他の症状 (※ 候補なし) | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (なし) (最もひどい) |
| 全体的な調子 (全体的にどう感じるか) | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (最もよい) (最も悪い) |
| 患者名 _____ | 記入した人 (チェックを一つ入れて下さい) <input type="checkbox"/> 患者さんの自身が記入 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> 家族・医療従事者が手伝い、患者さんが記入 裏面からたの図があります。 |
| 日付 _____ 時間 _____ | |

図の中で痛みのあるところに印を付けて下さい。

(<http://pod.ncc.go.jp/esas/ESAS-r-J> 公開版20150929.pdf. p.5より)

- 医療者は先入観をもたずに、希望や意向を引き出すコミュニケーションを心がける必要がある。そのためには開かれた質問 (Open-Ended Question) とよばれるコミュニケーション技法を用いる。
- 家族は第2の患者であり、家族の状況と苦痛についても評価する。具体的には家族の構造、それぞれの家族の役割や相互の影響、家族自身のセルフケア能力などを評価する。死別後のケアも見据えて、家族との関係構築に努める。

(3) 評価ツール

- 系統的に包括的アセスメントを行うことと、医療者間でのばらつきを最小化することを目的として、さまざまなツールが開発されている。
- さまざまな評価ツールがあり、ツール間での優位性は示されていないので、各施設で使用しやすいものを使用してよい。
- 特に終末期がん患者においては、自記やインタビューによる症状評価が困難であることが多いため、医療者による代理評価ツールである STAS-J (Support Team Assessment Schedule 日本語版), <http://plaza.umin.ac.jp/stas/stas-j.pdf> が用いられることも多い。
- 自記式の評価ツールとして、ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) r-J などがある (図2)。

(4) 予後予測

- ケアの目標設定や介入を検討するうえで、今後の疾患経過の予測は重要である。
- いくつかの予後予測ツールが開発されているが、日本で開発された PPI (Palliative Prognostic Index) は臨床現場で簡便に用いることのできる予後予測ツールとして広く用いられている (図3)。

図3 PPI (Palliative Prognostic Index)

短期的な予後(週単位)を予測する指標である。死亡直前を予測する指標として使用しやすく、Palliative Performance Scale (PPS), 経口摂取の低下, 浮腫, 安静時呼吸困難, せん妄, の合計得点を算出する。

| | | |
|------------------------------|-----------------------|-----|
| Palliative Performance Scale | 10~20 | 4.0 |
| | 30~50 | 2.5 |
| | 60以上 | 0 |
| 経口摂取量* | 著明に減少(数口以下) | 2.5 |
| | 中程度減少(減少しているが数口よりは多い) | 1.0 |
| | 正常 | 0 |
| 浮腫 | あり | 1.0 |
| | なし | 0 |
| 安静時呼吸困難 | あり | 3.5 |
| | なし | 0 |
| せん妄 | あり(原因が薬物単独のものは含めない) | 4.0 |
| | なし | 0 |

* : 消化管閉塞のため高カロリー輸液を施行している場合は0点とする

● PPSの求め方

項目は、左側(起居)から右側に優先度が高い順に並べられている。左から順番にみて、患者に最もあてはまるレベルを決定する。

| % | 起居 | 活動と症状 | ADL | 経口摂取 | 意識レベル | |
|-----|----------------|---------------------------|--------|----------------------|-------------------------|-----|
| 100 | 100%起居している | 正常の活動が可能 症状なし | 自立 | 正常 | 清明 | |
| 90 | | 正常の活動が可能 いくつかの症状がある | | | | |
| 80 | | いくつかの症状はあるが、努力すれば正常の活動が可能 | | | | |
| 70 | ほとんど起居している | 何らかの症状があり通常の仕事や業務が困難 | 時に介助 | 正常または減少 | 清明または混乱 | |
| 60 | | 明らかな症状があり趣味や家事を行うことが困難 | | | | |
| 50 | ほとんど座位が横たわっている | 著明な症状がありどんな仕事もすることが困難 | しばしば介助 | 減少 数口以下 口腔ケアのみ | 清明または混乱または傾眠 傾眠または昏睡 | |
| 40 | ほとんど臥床 | | ほとんど介助 | | | |
| 30 | 常に臥床 | | 全介助 | | | 全介助 |
| 20 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |

● PPIスコアの解釈

| 得点 | 予測される予後 |
|--------|-------------------|
| 6.5点以上 | 21日以下(週単位)の可能性が高い |
| 3.5点以下 | 42日以上(月単位)の可能性が高い |

(Morita T, Tsunoda J, Inoue S, et al : The Palliative Prognostic Index : a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. Support Care Cancer 1999 ; 7 (3) : 128-33より)

7 診断・治療期からの支援

がんの治療とあわせて、次のような支援を提供する

- 1 信頼関係の構築
- 2 苦痛や問題を把握し対応する
痛みや倦怠感、気持ちのつらさなどの身体・精神症状への対応に加えて、社会・経済的な問題についても問題を把握し対応する
- 3 疾病や今後の見通し、予後についてどのように理解しているかを確認する
- 4 治療の目標を明らかにする
- 5 疾病と共に生きていくことを支援する
- 6 治療方針を決めることを支援する
- 7 ほかのケアや支援との調整をする
- 8 専門的な支援が必要な場合には、引き継げるようにする

- がん医療は、集学的な治療が長期間にわたり続くことから、治療を開始するうえででの支援（疾病教育など）の重要性が指摘されてきた。近年では、がん治療と緩和ケアが治療の早期から一体となって提供されることの重要性が指摘されている。
- 治療の早期の段階から提供される支援（早期からの緩和ケアを含む）には、単に痛みの緩和や症状マネジメントに留まらず、疾病教育や意思決定支援を含んだ包括的な支援が行われる。
- 支援は、主治医チームと緩和ケアチームの協働で行われるのが望ましい。

(1) 信頼関係の構築

面談をする医療従事者に対して信頼感をもったうえで、患者・家族はそのときの心情や大事にしている価値観、抱いている疑問などをはじめして正直に表出することができる。

効果的に面談を進めるためにも、患者・家族と効果的に関係を築くことが重要である。

プライバシーの確保される、静かで落ち着いた環境のなかで基本的なコミュニケーションスキルを意識しながら、関係の構築を行う（表2）。

表2 基本的なコミュニケーション・スキル

| 準備 | |
|---|---|
| 身だしなみを整える 座る位置に気をつける 名前を確認する 時間を守る | 静かで快適な部屋を用意する 挨拶をする 礼儀正しく接する ことわりを入れて電話に出る |
| 話を聞くスキル | |
| 目や顔を見る 患者に話すようにうながす 患者の言葉を自分の言葉で反復する | 視線は同じ高さにあいづちをうつ |
| 質問するスキル | |
| Yes/Noで答えられない質問(開かれた質問)を用いる 病気だけではなく、患者自身への関心を示す わかりやすい言葉を用いる | |
| 共感するスキル | |
| 患者の気持ちをくり返す 沈黙を積極的に使う 患者の気持ちを探索し理解する | |
| 応答するスキル | |
| 患者が言いたいことを探索し理解する 患者の言葉を言い換えて理解したことを伝える 説明的な応答をする | |

(2) 苦痛や問題を把握し対応する

治療に関連する問題は多岐にわたる。治療を進めるうえで重要な問題から優先して確認し、対応する。

- 身体的な問題
- 精神・心理的な問題
- 社会的な問題(就労や社会的な役割)
- 健康行動に関する問題(喫煙, 肥満, 運動不足など)

(3) 疾病や今後の見通し、予後についてどのように理解しているかを確認する

患者の不安の背景に情報不足や誤解も多い。適切に支援をするためにも、患者がどのように理解しているかを患者の言葉で確認する。

(4) 治療の目標を明らかにする

- 治療のゴール設定が、患者・家族の希望と一致しているかどうか、を確認する。
- 進行がんの場合、「今の生活を可能な限り保つこと」が目標であり、場合によっては治療を休んで体調を維持すること、症状緩和を図ることも、選択肢であることが理解されているかどうかを確認する。

(5) 疾病とともに生きてゆくことを支援する

- 疾病や病状について説明をし、どのように対応していくかを話し合う。

(6) 治療方針を決めるうえでの支援を提供する

家族に関連して

- 治療にあわせて本人と家族とのコミュニケーションを積極的に促す。
- 治療中、家族が積極的にかかわることが重要であることを伝える。
- 体調を崩した場合の家族の支援体制について確認する。

就労に関連して

- 仕事や地域での関係を含め、治療中に関係が絶えないよう周囲の人々とのかかわりを促進する。

患者同士の情報交換・連携の場を紹介する

- 患者教室やサポートグループ、がんサロン等、患者同士の交流の場を紹介する。
- 希望があれば、アドバンス・ケア・プランニングの初期導入を行う。

(7) ほかのケアや支援との調整をする

支援が網羅的であり、もれがないこと、継続して提供されることを意識して調整をする。

(8) 専門的な支援が必要な場合には、引き継げるようにする

治療や療養生活に適應できるように現実的な支援を行う。日常生活への支援や不安などに対して自分自身でできるマネジメントについて伝え話し合う。

参考文献

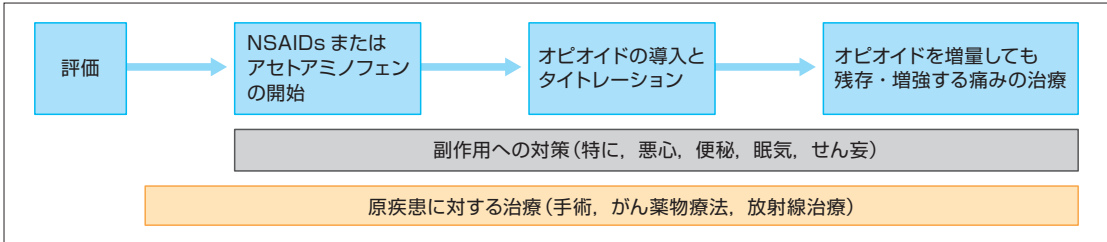
- 1) Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al : Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care : American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol 34, 2016 by American Society of Clinical Oncology. Doi : 10.1200/JCO.2016.70.1474

II 症状マネジメント

1 疼痛

(1) がん疼痛治療の概要

がん疼痛治療の概要



WHO方式がん疼痛治療法の5原則

- がん疼痛の薬物療法は、WHOの5原則に準じて行うことが推奨されている。
- WHOが推奨するがん疼痛治療法の5原則は以下の通りである。

① 経口投与を基本とする

- ・ 個々の患者にとって最も簡便で適した方法を選択する

② 時刻を決めて定期的に投与する

- ・ 疼痛時の頓用のみとしない
- ・ 毎食後ではなく、8時間ごと、12時間ごとなど一定の間隔で投与する

③ WHOラダーに沿って痛みの強さに応じた薬剤を選択する

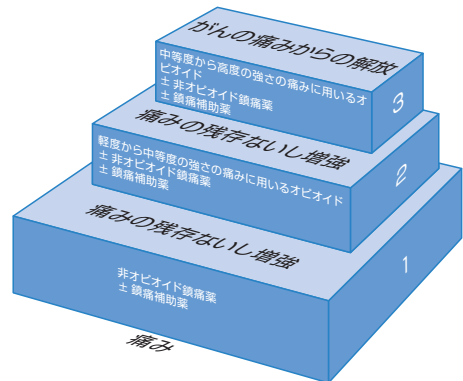
- ・ 原則として非オピオイド鎮痛薬(NSAIDsまたはアセトアミノフェン)をまず投与し、効果が不十分な場合はオピオイドを追加する
- ・ オピオイドは、予測される生命予後によって選択するものではなく、疼痛の強さによって投与する。
- ・ 強い痛みの場合には、軽度から中等度の痛みに用いるオピオイドを使用せずに、中等度から強度の痛みに用いるオピオイドから投与する

④ 患者に見合った個別的な量を投与する

- ・ 適切な量は鎮痛効果と副作用のバランスが最もとれている量であり、中等度から強度の痛みに用いるオピオイドには「常用量」や「投与量の上限」があるわけではない

⑤ 患者に見合った細かい配慮をする

- ・ オピオイドについての誤解をとく
- ・ 定期投与の他にレスキューを指示し説明する
- ・ 副作用について説明し、適切な予防および対応を行う



薬物療法と並行して考えること

原疾患による治療

まず原疾患の治療(手術, がん薬物療法, 放射線治療など)を検討し, 判断できない場合には早期にコンサルテーションする。原疾患への治療によりがんによる痛みの軽減も期待できる。

薬物療法以外の治療・ケア

痛みに関与する要因を探索し, 薬物治療以外に痛みを緩和する治療・ケアを行う。

◇ : 非薬物療法とケア (p.53)

(2) 疼痛の評価

エッセンス

- 疼痛の評価は, 患者自身が痛みをどのように感じているかを評価することがゴールスタンダードである。
- 疼痛が, がんによるものかがん以外によるものかを鑑別する。診察を行い, 鑑別に必要な検査を行う。
- 評価の内容としては, 疼痛の部位と経過, 疼痛の強さとパターン, 疼痛の性状, 疼痛の増悪因子と軽快因子, 現在行っている治療への反応, レスキューの効果と副作用, 日常生活への影響と満足度などが挙げられる。

(1) 疼痛の部位と経過

「どこが痛みますか?」と疼痛部位を確認し, 診察を行う。疼痛ががんによるものかがん以外によるものかを鑑別する。変形性脊椎症・帯状疱疹・蜂窩織炎・外傷など, がんと関連しない疼痛が合併することがあるため, 必要に応じて画像検査を行い, 疼痛の原因となるがんが存在するかを確認する。

「いつから痛みがありますか?」と痛みの経過を聞く。変形性脊椎症による痛みや術後の慢性痛など, 現在のがんによる疼痛ではないことがある。最近になり急に痛くなった場合には, がんの病変の進行や骨折, 消化管穿孔, 感染, 出血などの併発による可能性がある。

がん患者に生じる疼痛の主な原因を表1に示す。

表1 がん患者に生じる疼痛の主な原因

| |
|-------------------------|
| がん自体に起因する痛み |
| ・内臓や神経の破壊・虚血・圧迫・牽引 |
| がん治療に伴って生じる痛み |
| ・術後痛, がん薬物療法や放射線治療の有害事象 |
| 消耗や衰弱によって生じる痛み |
| ・筋肉や関節の萎縮・拘縮・褥瘡 |
| がんとは直接関係のない痛み |
| ・変形性関節症, 胃潰瘍や胆石などの偶発症 |

注: ここではがん病変による疼痛のみを扱い, がん以外による疼痛への対応について扱わない。

(2) 疼痛の強さとパターン

① 疼痛の強さ

疼痛の強さをNRS (Numerical Rating Scale, 図1) で表してもらおう。現在の強さ, 24時間を平均した場合の強さ, 1日のうち最小・最大の強さを聞く。一般的に0~3点を軽度の疼痛, 4~6点を中等度の疼痛, 7点以上を強い疼痛と考える。

たとえば, 「痛みが全くないときを0, これ以上ひどい痛みが考えられないときを10とすると, 今日の痛みの強さはどれくらいになりますか?」「では, 痛みが一番強くなったとき(楽になったとき)は何点くらいになりますか?」「痛み止めの薬を使うと何点くらいになりますか?」などと尋ねる。

疼痛の強さを数字で表現することが難しい場合には, 患者に合わせた評価法を用いる。

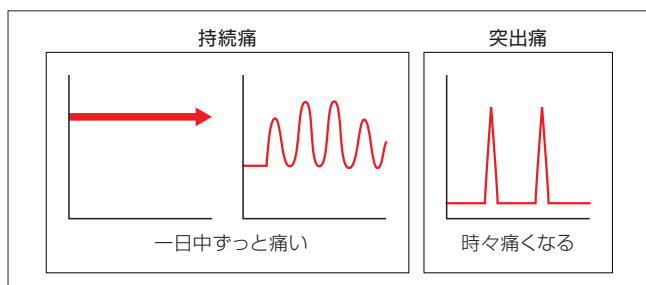
図1 Numerical Rating Scale (NRS)



② 疼痛のパターン

疼痛のパターンには, 大きく分けて, 持続痛(1日を通して続く痛み)と突出痛(1日に数回ある強い痛み)がある(図2)。疼痛のパターンを知ることは, 治療方針を決定することに役立つ。たとえば, 「痛みは1日中ずっとありますか? それともたいていはいいけれど, 時々ぐっと痛くなりますか?」などと尋ねる。

図2 疼痛のパターン



(3) 疼痛の性状

疼痛の性状について, 確認することで痛みの原因を推定し, 治療戦略を立てることに役立つ。疼痛の性状は, 表2のように分類される。

表2 疼痛の性状

| | | 特徴 | 治療戦略 |
|---------|-----|---|----------------------|
| 侵害受容性疼痛 | 内臓痛 | 腹部腫瘍の痛みなど局在があいまいで鈍い痛み。ずーんと重い | オピオイドが効きやすい |
| | 体性痛 | 骨転移など局在がはっきりした鋭い痛み。ズキッとする | 突出痛に対するレスキューの使用が重要 |
| 神経障害性疼痛 | | 体性感覚神経・神経叢への浸潤により, びりびり電気が走るような・しびれる・じんじりする痛み | 難治性で鎮痛補助薬を必要とすることが多い |

(4) 疼痛の増悪因子と軽快因子

疼痛を強くする、または和らげる因子について聞く。たとえば、「こういったときに痛みが強くなるのか、こうすると痛みが和らぐということはありませんか?」と尋ねる。

疼痛の増悪因子と軽快因子を把握することによって、患者と相談して疼痛が増悪する原因となるような刺激を避け、疼痛を和らげる方法を取り入れることができる。

疼痛に影響する要因には**表3**のようなものがある。

表3 疼痛に影響する要因

| | |
|------|----------------------------|
| 増悪因子 | ①夜間 ②体動 ③食事 ④排尿・排便 ⑤定期薬内服前 |
| 軽快因子 | ①安静 ②保温 ③冷却 ④マッサージ |

(5) 現在行っている治療への反応

現在行っている疼痛治療への反応を確認する。定期的な薬剤として何を使用しているか、指示通り内服できているかを確認する。

疼痛治療の副作用についても確認する。特にオピオイドを使用している場合には、眠気・便秘・悪心について確認する。

 : オピオイドの副作用対策 (p.42)

(6) レスキューの効果と副作用

疼痛時に使用(頓用)する薬剤(レスキュー)が処方されている場合には、その使用回数、効果と副作用を確認する。何時に使用したか患者に記録をつけてもらうと、痛みのパターンの把握にもつながる。たとえば、「痛みが強いときに使うお薬は1日に何回使っていますか? 効果はいかがですか? 使った後に眠気や吐き気はありますか?」などと尋ねる。

(7) 日常生活への影響と満足度

疼痛により日常生活にどの程度支障があるかを評価する。また、患者が疼痛に対してどの程度の対応を希望しているかを確認する。その上で、患者のがん疼痛治療について現実的かつ段階的な目標を設定し、評価する(**表4**)。たとえば「痛みに関しては今の治療で満足されていますか?」「痛みで日常生活に支障があって何か対応したほうがよいですか?」「痛みで夜に眠れないことはないですか?」などと尋ねる。

表4 がん疼痛治療の目標

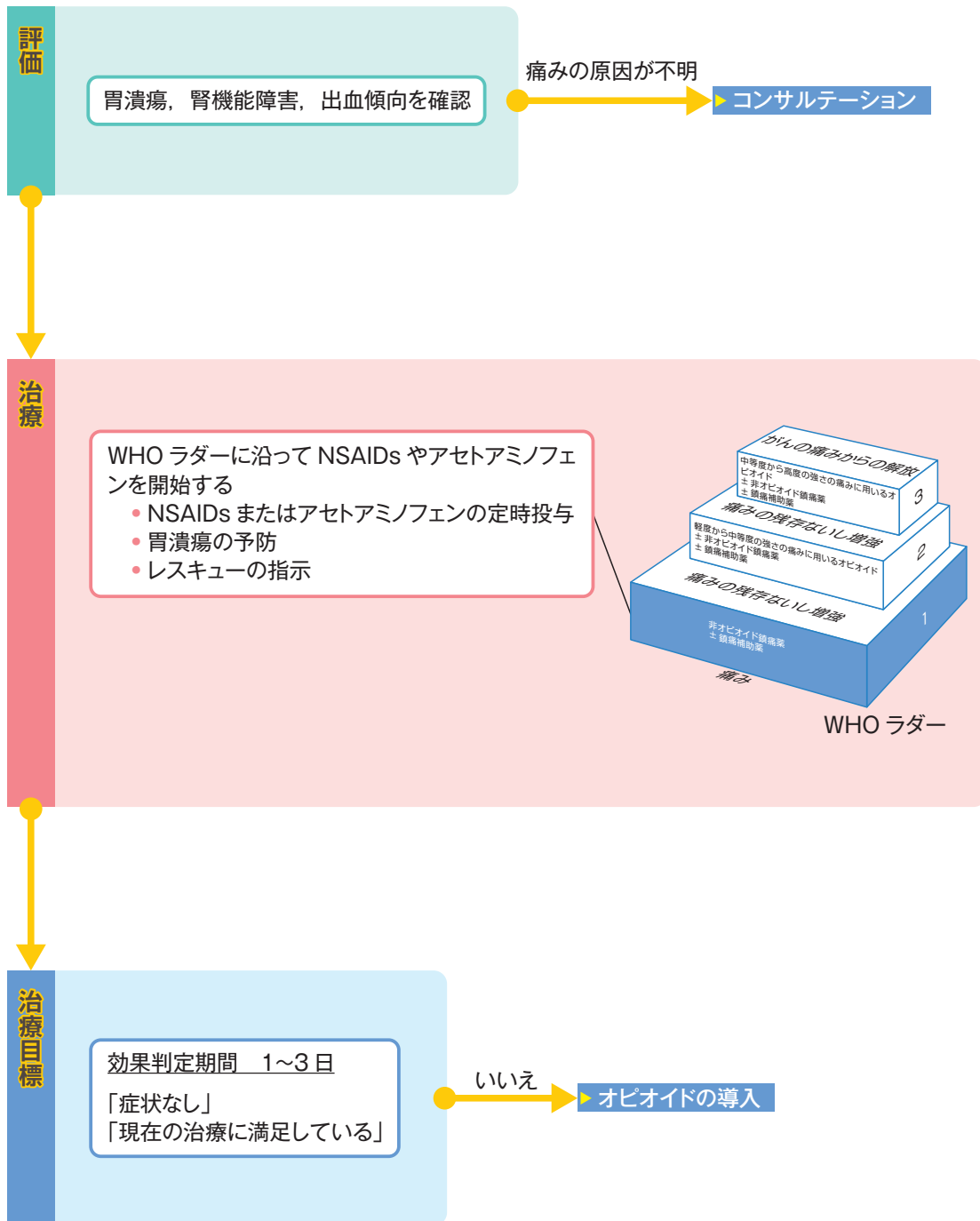
| | |
|------|----------------|
| 第一目標 | 痛みを妨げられない夜間の睡眠 |
| 第二目標 | 安静時の痛みの消失 |
| 第三目標 | 体動時の痛みの消失 |

(8) 痛みの評価のひな形

疼痛の評価を確実にを行うために定型の評価票などを用いてもよい。「緩和ケア普及のための地域プロジェクト: OPTIM study (厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究)」のウェブサイト (<http://gankanwa.umin.jp/>) から「疼痛の評価シート」をダウンロードすることが可能である。

1 疼痛

③ — NSAIDs・アセトアミノフェンの開始



エッセンス

- NSAIDsは、がんの炎症による痛みを和らげる。
- 定期投与、胃潰瘍の予防薬の投与、レスキューの指示を併せて行う。
- NSAIDsで鎮痛が不十分な場合、オピオイドを導入する。

評価のポイント

- NSAIDsの投与に備えて、胃潰瘍、腎機能障害、出血傾向を確認する。

治療のポイント

NSAIDsまたはアセトアミノフェンの定期投与

- 鎮痛効果と副作用のバランスを考えて選択する。
- 胃潰瘍、腎機能障害があるときはアセトアミノフェンを選択する。
- アセトアミノフェンは肝機能障害を起こす可能性があるため、アルコール多飲者や肝機能障害のある患者では注意して使用する。
- 小児においては、アセトアミノフェン1日最大用量60 mg/kgを超えないようにする(1回あたりに15 mg/kgを超えない)。成人の1日最大用量は4,000 mg(1回あたり1,000 mg)であるが、年齢・体重・肝機能などを考慮し適宜減量する。

胃潰瘍の予防

- ミソプロストール、プロトンポンプ阻害薬またはH₂ブロッカーを併用する。

レスキューの指示

- 疼痛の悪化に備えてレスキューの指示を出す。
 - ① NSAIDsの1日最大投与量を超えない範囲でNSAIDsを使用する
 - ② 最大投与量に達している場合はアセトアミノフェンかオピオイドを使用する。
- レスキューが複数回必要な場合はNSAIDs単独での鎮痛が不十分と考えられるため、オピオイドの導入を検討する。

治療目標とコンサルテーション

- 症状がなく、患者が現在の治療に満足していることを目標とする。
- 1～3日で効果を判定し、鎮痛不十分であればオピオイドを開始する。
- 疼痛の原因が不明、胃潰瘍、腎機能障害が重度なときはコンサルテーションする。

処方例

表5 経口投与ができる

| 胃潰瘍・腎機能障害 | なし | あり |
|-----------|---|--------------------------------------|
| 定期投与 | セレコキシブ (100 mg) 1回1~2錠, 1日2回 ロキソプロフェンナトリウム (60 mg) 1回1錠, 1日3回 ナプロキセン (100 mg) 1回2~3錠, 1日2回 ジクロフェナクナトリウムSR (37.5 mg) 1回1個, 1日2回 | アセトアミノフェン 1回500~1,000 mg, 1日4回 |
| レスキュー | ①アセトアミノフェン1回500~1,000 mg, 定期投与とあわせて1日4,000 mgまで またはNSAIDs 1回分追加 (最大量を超えないとき) ②オキシコドン散 (2.5 mg) 1包 またはコデインリン酸塩 (20 mg) 1錠 or ③トラマドール (25 mg) 1錠 | |

※小児においては, アセトアミノフェン1日最大用量60 mg/kgを超えない(1回あたり15 mg/kgを超えないようにする)。成人の1日最大用量は4,000 mg(1回あたり1,000 mg)であるが, 年齢・体重・肝機能などを考慮し適宜減量する。

表6 経口投与ができない

| | 坐薬 | 静脈投与 |
|-------|--|--|
| 定期投与 | ジクロフェナクナトリウム 坐薬 (25 mg) 1回1個 1日3回(8時間ごと) アセトアミノフェン 坐薬 (200 mg) 1回2個 1日3~4回 | フルルビプロフェンアキセチル (50 mg/A) 0.5~1A+生食100 mL点滴×3回/日 (8時間ごと) +アセトアミノフェン(1,000 mg/100 mL/ バッグ) 0.5~1バッグ 点滴 1日4回 |
| レスキュー | ①アセトアミノフェン 坐薬(200 mg)2個/回(定期投与量とあわせて1日4,000 mgまで) またはジクロフェナクナトリウム 坐薬 (25 mg) 1個/回(定期投与量とあわせて1日最大100 mgまで) ②塩酸モルヒネ 坐薬 (10 mg) 0.5~1個/回, 1時間空けて反復可 | |

※レスキューを使用する場合は, オピオイドの定期処方の開始を検討する。

表7 NSAIDsとアセトアミノフェンの特徴

| | 半減期(時間) | 最高血中濃度到達時間(時間) |
|----------------------|--------------------|----------------|
| アセトミノフェン | 2.5 | 0.5 |
| インドメタシンファルネシス | 6.5 | 5.6 |
| エトドラク ^{※2} | 6 | 1.4 |
| ジクロフェナクナトリウム | 1.2 | 2.7 |
| ジクロフェナクナトリウムSR | 2.3 ^{※1} | 6 |
| ジクロフェナクナトリウム坐薬 | 1.3 | 1 |
| セレコキシブ ^{※2} | 7.0~8.0 | 2 |
| ナブメトン | 21.0 ^{※1} | 4 |
| ナプロキセン | 14.0 ^{※1} | 2.0~4.0 |
| ピロキシカム | 41.0 ^{※1} | 3.2 |
| フルルビプロフェンアキセチル(静注薬) | 5.8 | 0.1 |
| メフェナム酸 | 2.3 | 2 |
| メロキシカム ^{※2} | 28.0 ^{※1} | 7 |
| ロキソプロフェンナトリウム | 1.2 | 0.5 |

※1 1日2回以下の投与で鎮痛を維持することが可能

※2 セレコキシブは選択的COX-2阻害薬であり、エトドラク、メロキシカムは比較的COX-2阻害の選択性が高い

(財団法人日本医薬情報センター：JAPIC医療用医薬品集2016より)

I はじめに

II 症状マネジメント

III エンド・オブ・ライフケア

IV 非がん疾患への緩和ケアアプローチ

V 療養場所と緩和ケア

VI 緩和ケアのスキル

VII 資料

1

疼痛

④ —オピオイドの導入・タイトレーション

評価

- ①経口投与は可能か?
- ②腎機能障害はないか?

コンサルテーション
の検討

▶ 重度の腎機能障害
高齢
認知症がある
精神症状がある

治療

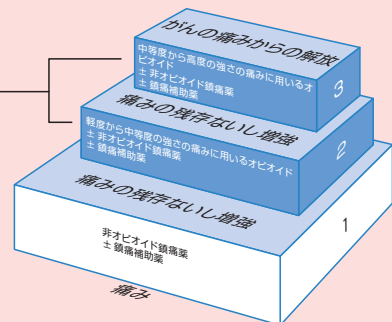
WHO ラダーに沿ってオピオイドを開始する。

- オピオイドの定期投与
- 悪心、便秘への対策
- レスキューの指示

※NSAIDsやアセトアミノフェンは中止せずに原則として併用するが、個々の症例において判断する。

※痛みが強いときは強オピオイドから開始することも検討する。
※腎機能障害があるときは、モルヒネの投与はできるだけ避ける。

1 日を通して痛みが軽くなるまで、悪心や眠気が生じない範囲でオピオイドを増量する。



WHO ラダー

治療目標

効果判定期間 1~3日ごと
「症状なし」
「現在の治療に満足している」

いいえ

▶ オピオイドを増量しても
残存・増強する痛みの治療

Ⓔ オピオイドを増量しても残存・
増強する痛みの治療 (p. 36)

エッセンス

- 定期投与，悪心・便秘の予防薬の投与，レスキューの指示を併せて行う。
- NSAIDsやアセトアミノフェンは中止せずに原則として併用するが，個々の症例において判断する。
- 腎機能障害があるときは，モルヒネの投与は，できる限り避ける。
- 錐体外路症状を避けるため，制吐薬は悪心がなければ2週間で中止する。

評価のポイント


- 経口投与が可能か，腎機能障害があるかを確認する。
- 腎機能障害が重度な場合，高齢，認知症がある，精神症状があるなどオピオイドの導入が難しいときはコンサルテーションする。

治療のポイント

オピオイドの定期投与

- 「毎食後」「疼痛時」ではなく，時間を決めて定期的に投与する。
- NSAIDsやアセトアミノフェンは中止せずに原則として併用するが，個々の症例において判断する。
- 経口投与できるか，腎機能障害の程度でオピオイドを選択する。腎機能障害のある患者では蓄積した代謝産物が有害事象を引き起こすことがあるため，モルヒネの投与はできる限り避ける。
- 体格が小さい者，高齢者，全身状態が不良な場合は少量から開始する。

悪心，便秘への対策

- 悪心への対策として，悪心が出現したときに使用できるように，あらかじめ制吐薬を処方しておく。悪心のリスクが高い場合や患者の不安が強い場合にはオピオイド開始時に制吐薬を併用するが，2週間後に悪心がなければ中止する。
- オピオイドの使用によりほとんどの患者に便秘が生じるため，オピオイド導入時からあらかじめ下剤を併用する。  オピオイドの副作用対策 (p.42)

レスキューの指示

- 疼痛の悪化に備えて，必ずレスキューの指示を出す。
- 基本的には徐放性製剤と同じ種類の速放性オピオイドを用いる。
- 徐放性製剤定期処方1日量の約10～20%の速放性オピオイドを1回分として処方する。
- 指示した1日最大投与回数を超えた場合は定期投与の増量を検討する。


1回投与量：内服は徐放性製剤定期処方1日量の10～20%，持続静注・持続皮下注は1時間量
 反復条件：呼吸数10回/分以上
 反復間隔：内服は1時間，持続静注・持続皮下注は30分
 1日の最大投与回数：定期投与量の25～100%を目安に指示する

〔例〕

内服：1時間あけて反復可。1日4回まで可能

持続静注・持続皮下注：呼吸数10回/分以上なら30分あけて反復可。1日6回まで可能

定期オピオイドの増量

- 悪心や眠気が生じない範囲で、1日を通して痛みが軽くなるまでオピオイドを増量する。オピオイドの投与量に絶対的な上限はない。
- 増量幅は、経口モルヒネ換算120 mg/日以下の場合には50%、120 mg/日以上の場合・体格の小さい者・高齢者・全身状態が不良の場合には30%を原則とする。強い痛みときは、前日に追加投与したレスキュー使用量の合計量を上乘せしてもよい。
 : オピオイド力価表 (p.52)
- 増量間隔は、1~3日(フェンタニル貼付薬は3日)とする。
- 定期オピオイドを増量したら、レスキューの投与量も見直す。

治療目標とコンサルテーション

- 症状がなく、患者が現在の治療に満足していることを目標とする。
- 1~3日ごとに効果を判定する。

オピオイド導入時の薬剤選択

- 基本的には、腎機能障害を有する患者にはモルヒネを避ける。
- フェンタニル貼付剤は、オピオイドの初回投与には用いず、他のオピオイド鎮痛剤から切り替えて使用する。

表8 オピオイド導入時の薬剤選択

| 投与経路 | 薬剤名 | 処方例 | |
|-----------|----------|--|--|
| | | 定期投与 | レスキュー ^{注)} |
| 経口投与ができる | コデインリン酸塩 | コデインリン酸塩 (20 mg) 1回1錠 1日4回 (6時間ごと) | コデインリン酸塩 (20 mg) 1回1錠 1時間あければ再度内服可 |
| | トラマドール | トラマドール (25) 1回1錠 1日4回 (6時間ごと) | トラマドール (25) 1回1錠 1時間あければ再度内服可 |
| | タペンタドール | タペンタドール (25) 1回1錠 1日2回 (12時間ごと) | 塩酸モルヒネ液 (5 mg/包) 1回1包 1時間あければ再度内服可 |
| | モルヒネ | 硫酸モルヒネ徐放錠 (10 mg) 1回1個 1日2回 (12時間ごと) | 塩酸モルヒネ液 (5 mg/包) 1回1包 1時間あければ再度内服可 |
| | オキシコドン | オキシコドン徐放錠 (5 mg) 1回1錠 1日2回 (12時間ごと) | オキシコドン散 (2.5 mg/包) 1回1包 1時間あければ再度内服可 |
| 経口投与ができない | モルヒネ | 塩酸モルヒネ坐薬 (10 mg) 1回0.5個 1日3回 (8時間ごと) | 塩酸モルヒネ坐薬 (10 mg) 1回0.5個 1時間あけて1日3回まで |
| | | 塩酸モルヒネ注 (10 mg/mL/A) 1 A/日 持続静注または持続皮下注 | 1時間分早送り 30分あけて再度使用可 1日6回まで |
| | オキシコドン | オキシコドン注 (10 mg/mL/A) 1 A/日 持続静注または持続皮下注 | 1時間分早送り 30分あけて再度使用可 1日6回まで |
| | フェンタニル | フェンタニル注 (0.1 mg/2 mL/A) 2 A/日 持続静注または持続皮下注 | 1時間分早送り 30分あけて再度使用可 1日6回まで |

注) レスキューは使用回数限定されていないわけではない。1日4回など指定した回数を超えたら定期薬の増量を検討する。

表9 オピオイドの薬理作用

| | | 重度腎機能障害での使用 | 悪心 | 便秘 | 眠気 |
|--------|------------|-------------|----|----|----|
| モルヒネ | 経口, 坐薬, 注射 | 原則として不可 | + | + | + |
| オキシコドン | 経口, 注射 | 可 | + | + | + |
| フェンタニル | 経皮, 注射 | 可 | ± | ± | ± |

処方例

経口投与 オキシコドンで開始

| | | |
|-------------------|------|---------------|
| ナプロキセン (100 mg) | 1回3錠 | 1日2回 |
| オキシコドン徐放錠 (5 mg) | 1回1錠 | 1日2回 (12時間ごと) |
| 酸化マグネシウム (330 mg) | 1回1錠 | 1日3回 |

(「便の硬さに合わせて調整して下さい」と注記する)

| | | | | |
|---------|------------------|--------|-------------|--------|
| 【疼痛時】 | オキシコドン散 (2.5 mg) | 1回1包 | 1時間あけて再度使用可 | 1日4回まで |
| 【悪心出現時】 | プロクロルペラジン (5 mg) | 1回1錠 | 1日3回を開始 | |
| 【便秘時】 | センノシド (12 mg) | 1回1~2錠 | 寝る前 | |

オピオイドのレスキュー計算表

経口・坐薬

- オピオイドのレスキュー(1回量)は、定期オピオイド1日内服量の約10~20%である。簡便に参照できるように、下記に定期オピオイド内服量に対する1回のレスキュー内服量の対応表を示す(表10, 11)。

持続皮下注・持続静注

- 持続投与の1時間量を早送りする。
- 効果が不十分で、悪心・眠気・呼吸抑制(呼吸数10回/分未満)がなければ、1.5~2時間分を使用してもよい。

表10 レスキューに使用できる代表的なオピオイド

| | |
|----------|-------------------|
| 塩酸モルヒネ錠 | 10 mg |
| 塩酸モルヒネ散 | (適宜調整) |
| 塩酸モルヒネ液 | 5, 10 mg |
| 塩酸モルヒネ坐薬 | 10, 20, 30 mg |
| オキシコドン散 | 2.5, 5, 10, 20 mg |

- オキシコドン徐放錠, 硫酸モルヒネ徐放錠, フェンタニル貼付薬のような徐放性製剤を、レスキューとして使用してはならない。
- フェンタニル口腔粘膜吸収剤は、レスキューとして使用する薬剤であるが、使用に注意が必要なため、「(5)オピオイドを増量しても残存・増強する痛みの治療：突出痛への対応(p.39)」で解説する

表 11 経口・坐薬オピオイドのレスキュー計算表

| 定期オピオイド | | | レスキュー (mg/回) | | |
|----------------|------------------|---------------------------|--------------|----|---------|
| モルヒネ (mg/日) | オキシコドン (mg/日) | フェンタニル貼付薬 (mg/日〈吸収量〉*) | モルヒネ | | オキシコドン散 |
| | | | 経口 | 坐薬 | |
| | 10 | | | | 2.5 |
| 20 | 15 | | 5 | 5 | 2.5 |
| 30 | 20 | 0.3 | 5 | 5 | 2.5 |
| 40 | 30 | | 5 | 5 | 5 |
| 60 | 40 | 0.6 | 10 | 5 | 5 |
| 90 | 60 | 0.9 | 15 | 10 | 10 |
| 120 | 80 | 1.2 | 20 | 10 | 15 |
| 180 | 120 | 1.8 | 30 | 20 | 20 |
| 240 | 160 | 2.4 | 40 | 20 | 30 |

* フェンタニル貼付薬は1日あたりの吸収量が同じでも用量の記載が製品によって異なるため注意が必要である。投与量は1日当たりの吸収量で検討する。

吸収量0.3 mg/日のフェンタニル貼付薬

- フェントス[®]テープ1 mg
- ワンデュロ[®]パッチ0.84 mg
- フェンタニル1日用テープ0.84 mg
- デュロテップ[®] MTパッチ2.1 mg
- フェンタニル3日用テープ2.1 mg

オピオイド導入時の説明のポイント

- 「強い痛み止め」というような曖昧な表現は使わず、オピオイドは安全で有効であることを説明する。
- オピオイドにより生じる副作用(悪心・眠気・便秘)と対策をしっかりと説明する。
- 患者がオピオイドを使いたがらない場合には、オピオイドを使用したくない理由を尋ねる。懸念や誤解の内容にあわせて適切な説明をし、オピオイドの使用目的を説明する。オピオイドを使用したくない理由には、オピオイドを使用することで「末期になった」と感じる、「麻薬中毒になる」「寿命が縮まる」などのオピオイドへの誤解がある。オピオイドをがん疼痛に適切に使用した場合の依存症の発生率は0.2%以下であり、またオピオイドの使用量と生命予後に有意な相関は認められていない。

〈コミュニケーション例〉

「痛みには麻薬を使うと依存症になるのではないかと、副作用が強いのではないかと心配される方は多いです。依存症は、がんの痛みで使うときはほとんど起きないことが確認されています。他の薬と同じように副作用はありますが、腎臓など臓器への障害は非常に少なく、主な副作用は便秘、吐き気、眠気です。便秘はほとんどの方で起こるので、下剤で調節します。吐き気は3人に1人くらいで起きますが、これは胃が荒れて起こるのではなくて、薬の作用で起きる症状です。飲み始めの1週間くらいが強くなりますが、その後、治まりますので、あらかじめ予防の薬を一緒に使っておきます。まれですが、お薬がまったく合わないとおぼろげな幻覚が起きたり、極端に眠くなったりすることがあります。これは麻薬だから起きるのではなく、神経に働く薬すべてに起こりうる副作用で、起きた場合でも中止すればすぐに元に戻ります。安全に医療用麻薬を使うことが可能ですので安心してください。痛みがとれて副作用もないように薬を調節していきましょう」

- 家族が患者への説明を拒んでいる場合には、なぜ聞かせたくないと思っているのか、その理由を尋ねてその理由に対処する。「もし伝えなかったとしたら、どういう不都合が生じるか」「患者が最もよい治療を受けるために今、何を伝えたらいいか」に焦点をあてる。

〈コミュニケーション例〉

「患者さんをびっくりさせたくないというお気持ちなのですね。何か他に患者さんに伝えるとこうなるんじゃないかと心配していることはありますか？（オピオイドについての誤解に対処する）患者さんにお話しないで痛みの治療を進めていくのは、難しいことが多くなります。お薬を渡されるときに“麻薬”と書いてあるので、自然に患者さんの目に止まるようになります。誤解をとくためにも、しっかり話をした方がよいと思います」

1 疼痛

⑤ —オピオイドを増量しても残存・増強する痛みの治療

評価

- 以前からの痛みかを確認する
- 持続痛か突出痛かを区別する
- 神経障害性疼痛かを評価する

持続痛と突出痛が混在するときは、
両者の治療を組み合わせる

治療

痛みの種類に関わらず考えること

- 放射線治療・骨転移に対するビスホスホネート製剤・神経ブロック・装具

持続痛の治療

STEP 1

- 非オピオイド鎮痛薬を
最大量まで増量する

- STEPに関わらず考えること
- 放射線治療・神経ブロック

STEP 2

- 定期オピオイドを増量する

STEP 3

- オピオイドスイッチン
グを行う

突出痛の治療

STEP 1

- 非オピオイド鎮痛薬を
最大量まで増量する

- STEPに関わらず考えること
- 放射線治療・神経ブロック

治療目標

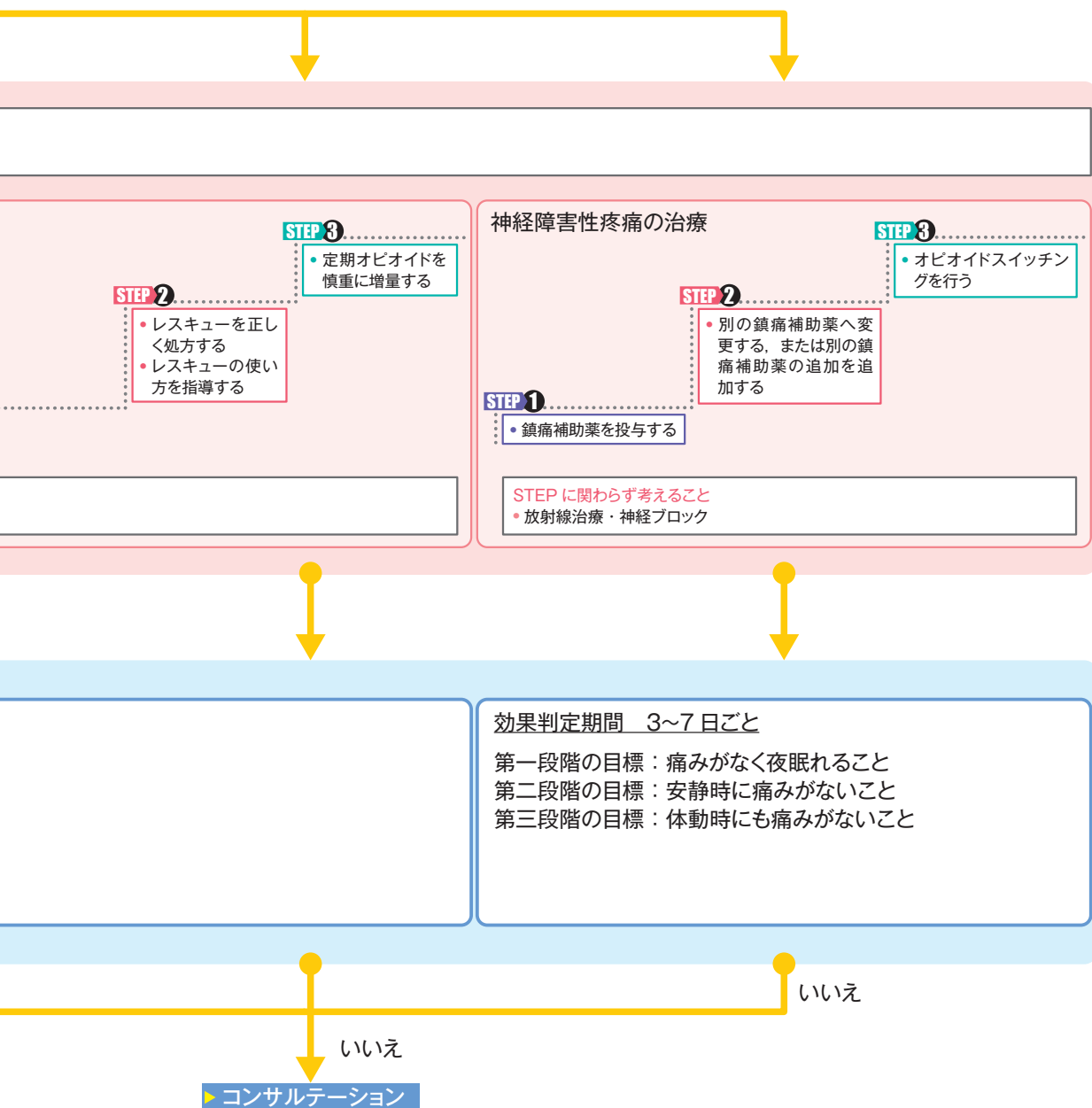
効果判定期間 1~3日ごと

- 第一段階の目標：
痛みがなく夜眠れること
- 第二段階の目標：
安静時に痛みがないこと
- 第三段階の目標：
体動時にも痛みがないこと

効果判定期間 1~3日ごと

- 第一段階の目標：
突出痛の回数が1日3回
以下になること
- 第二段階の目標：
痛みがないこと

いいえ



評価のポイント

- 以前からの痛みかを確認する。以前からのがん疼痛に新しい原因（感染、骨折など）が加わることがある。
- オピオイドを開始しても痛みが残存する場合、持続痛（1日を通して続く痛み）か、突出痛（1日に数回ある強い痛み）かを区別する。たとえば、「痛みは1日中ずっとありますか？ それともたいていはいいけれど、時々ぐっと痛くなりますか？」などと尋ねる。
- 突出痛である場合、突出痛の原因や出現パターンを評価する。
発現時間、持続時間、状況、誘因があるか、予測できる痛みか
- 薬の切れ際に痛みがある場合は、持続痛として対処する。
- 神経障害性疼痛の可能性について評価する。

持続痛

治療のポイント

STEPにかかわらず考えること

- 骨転移の痛みに対しては、放射線治療およびビスホスホネート製剤の適応がないか考える。また、動揺性を減らすためにコルセットなど装具の着用を考える。
- 神経ブロックの適応を検討する。

STEP 1

- 非オピオイド鎮痛薬（NSAIDsまたはアセトアミノフェン）を最大投与量まで増量する。

STEP 2

定期オピオイドの増量

- 悪心や眠気が生じない範囲で、1日を通して続く痛みが軽くなるまでオピオイドを増量する。オピオイドの投与量に絶対的な上限はない。
- 増量幅は、経口モルヒネ換算120 mg/日以下の場合50%、120 mg/日以上の場合・体格の小さい者・高齢者・全身状態が不良の場合は30%を原則とする。強い痛みときは、前日に追加投与したレスキュー使用量の合計量を上乘せしてもよい。
- 増量間隔は、1～3日（フェンタニル貼付薬は3日）とする。
- 定期オピオイドを増量したら、レスキューの投与量も見直す。
- 定期オピオイドの服薬前に痛くなる「薬の切れ際の痛み」の場合、定期オピオイドを増量する。または、投与間隔を短くする。
- 経口モルヒネ換算120 mg/日以上でも痛みが軽減しない場合には、コンサルテーションを検討する。

STEP 3

オピオイドスイッチング

- オピオイドスイッチングについて検討する。判断に迷う場合はコンサルテーションする。

治療目標とコンサルテーション

- 1～3日で効果を判定する。
- 痛みがなく夜眠れることを最初の目標にし、安静時に痛みがないこと、動いても痛み

がないことを次の目標にする。

- 原因が不明、鎮痛できない、副作用が強いときはコンサルテーションする。

突出痛

治療のポイント

- 突出痛は、70%の患者にみられ、定期的なオピオイドの増量だけでは突出痛をなくすことはできない。

STEPにかかわらず考えること

- 骨転移の痛みに対しては、放射線治療およびビスホスホネート製剤の適応がないか考える。また、動揺性を減らすためにコルセットなど装具の着用を考える。
- 神経ブロックの適応を検討する。

STEP 1

- 非オピオイド鎮痛薬 (NSAIDs または アセトアミノフェン) を最大投与量まで増量する。

STEP 2

レスキューを正しく処方

- 1日の徐放性製剤定期処方量の10~20%の速放性製剤を、レスキューの1回量として処方する。
- 反復条件、反復間隔、1日最大投与回数*を明示する。
*レスキューの投与回数に絶対的な上限はないが、レスキューを頻回に必要とする際は、状態が変化していることがあり、ある回数を超えたら医師へ連絡がくるようにしておくことが望ましい。

レスキューの使い方の指導

- 痛みの回数や強さは日によって違うので、レスキューの使用方法を患者が習得することが最も重要である。以下のような指導を行う。「痛みが強くなってからではなく、少し痛いと感じたら早めに使用する」「身体を動かす前や入浴前にあらかじめ使用する」「痛くなったら、すぐ飲めるように薬剤を手元に置いておく」
- レスキューが効果を示すまでに15~30分かかるため、「痛み始め」に使用するよう指導する。
- レスキューを使いこなせるようになれば、「自分で痛みへの対応ができる感覚」が高まり、生活や治療への意欲が増すことが期待できる。
- レスキューが、定期オピオイドの約10~20%であるにもかかわらず突出痛が軽減しない場合、眠気がなどの副作用がなければレスキューの量は10~20%よりも多い量にしてもよい。

STEP 3

定期オピオイドの慎重な増量

- 定期オピオイドの増量を20~30%ずつ行う。生活に支障のある眠気をきたさないように経過を慎重に観察する。

治療目標とコンサルテーション

- 1~3日で効果を判定する。突出痛の回数が1日3回以下になることを最初の目標とし、痛みがないことを次の目標とする。
- 悪心・眠気がある、内服薬・坐薬でレスキューを投与できない、レスキューの換算法がわからないときはコンサルテーションする。

神経障害性疼痛

治療のポイント

STEPにかかわらず考えること

- 骨転移の痛みに対しては、放射線治療およびビスホスホネート製剤の適応がないか考える。また、動揺性を減らすためにコルセットなど装具の着用を考える。
- 神経ブロックの適応を検討する。

STEP 1

鎮痛補助薬の投与

- 効果が乏しいと判断した場合は、投与を漫然と継続せず中止する。
- 眠気、ふらつきなどの副作用が生じやすく、少量より開始し、副作用を確認しながら増量する。
- 患者には、少量より投与するため効果がすぐに表れにくいこと、効果発現まで時間がかかる可能性があることを説明する。
- 使用法などがわからない場合や判断に迷う場合はコンサルテーションする。

 : 鎮痛補助薬の使い方 (p.47)

STEP 2

別の鎮痛補助薬への変更または別の鎮痛補助薬の追加

- 副作用のために継続が難しい場合や十分量まで増量しても効果が得られない場合には、別の鎮痛補助薬への変更を検討する。
- 使用している鎮痛補助薬の効果があると判断される場合には、別の鎮痛補助薬を追加する。ただし、眠気やふらつきなどの副作用がより強くなる可能性に留意する。
- 使用法などが分からない場合や判断に迷う場合はコンサルテーションする。

STEP 3

オピオイドスイッチング

- オピオイドスイッチングについて検討する。判断に迷う場合はコンサルテーションする。

治療目標とコンサルテーション

- 3~7日で効果を判定する。薬剤によってはより長い効果判定期間が必要なものもある。
- 痛みがなく夜眠れることを最初の目標にし、安静時に痛みがないこと、動いても痛みがないことを次の目標にする。
- 原因が不明、鎮痛できない、副作用が強いときはコンサルテーションする。

痛みの評価が分からない痛みの例

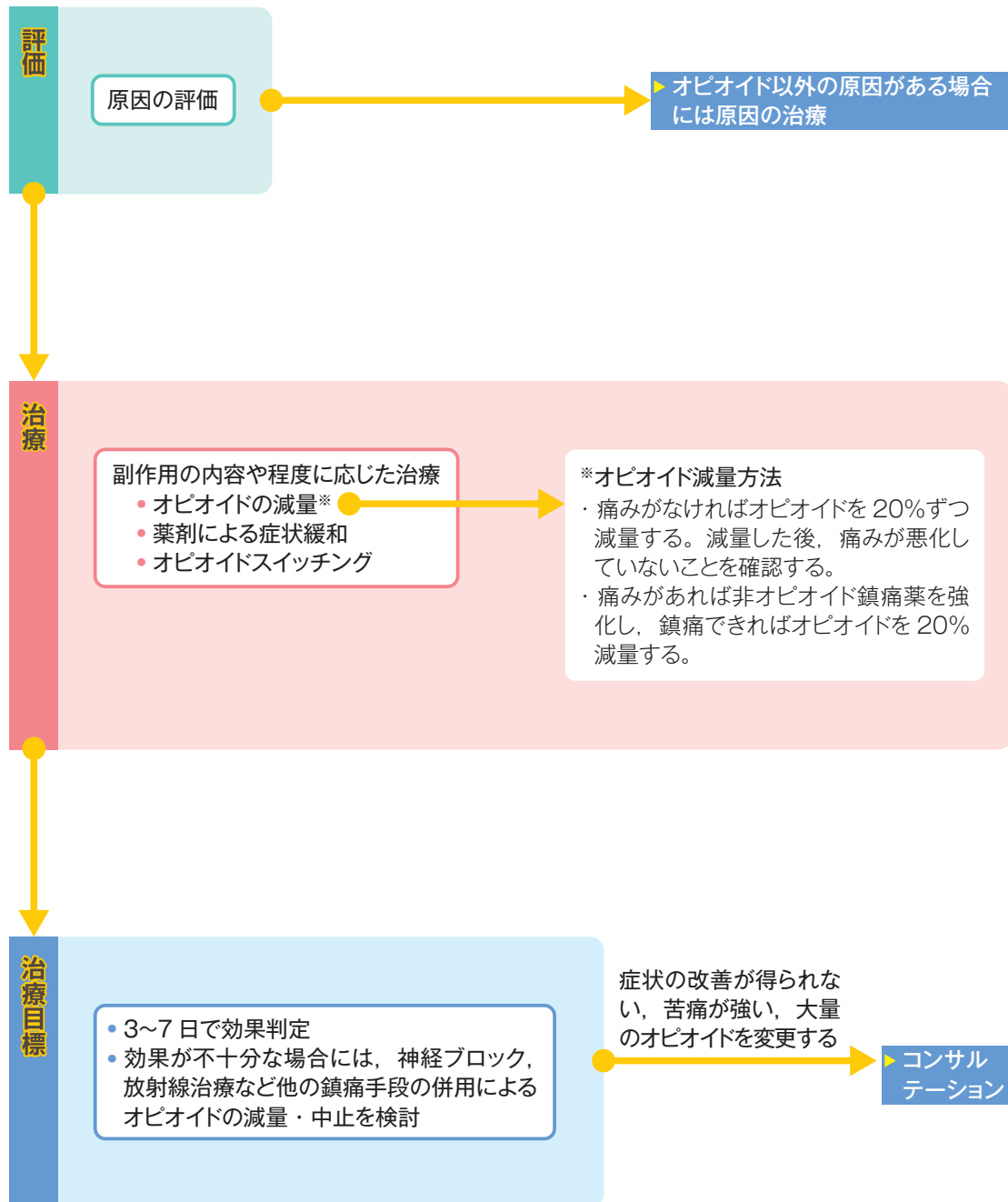
- 患者の痛みの訴えが一定しない、痛みの訴えが他覚的な評価と一致しないなど判断に迷う場合には下記のような要因を考え、専門家へのコンサルテーションを検討する。
 - せん妄
 - 認知症
 - 抑うつなどの精神症状
 - 痛み・呼吸困難以外の症状へのオピオイド使用(依存症を含む)
 - その他

鎮痛の目標設定

- 薬物療法を適切に行っても、患者・家族が目標とする鎮痛に達しない場合もある。この場合には、患者・家族と現在の患者の身体状況および鎮痛の見通しについて話し合い、現状で目標とできる鎮痛目標を設定しておくことも重要となる。
- 十分に適切な痛みの治療を行えているか判断に迷う時には、コンサルテーションを行う。

1 疼痛

⑥ —オピオイドの副作用対策— 悪心, 便秘, 眠気, せん妄




1 悪心

悪心はオピオイド投与初期や増量時に30%程度の頻度で出現する。1~2週間以内に耐性を生じるが、一旦出現するとオピオイド継続が困難となることが多く、予防対策や悪心への早めの対策が重要である。

評価のポイント

- 悪心とオピオイド開始・増量との時間経過を確認する。
- 高カルシウム血症や消化管閉塞，薬剤(NSAIDs, SSRI, ジギタリス, 抗がん剤)などのオピオイド以外の原因を探索する。
- モルヒネが投与されている場合，腎機能障害によるモルヒネの代謝産物の蓄積が悪心の原因となることがある。


治療のポイント

- オピオイド以外の原因がある場合には原因の治療。
- オピオイドの減量。
- 制吐薬の経口投与  : 消化器症状：①悪心・嘔吐の薬剤 (p.62)
 - 原則として「動くとき気持ち悪くなる」ときは抗ヒスタミン薬，「食後に気持ちが悪くなる」ときは消化管蠕動促進薬，「一日中気持ち悪い」ときはドパミン受容体拮抗作用のある薬剤を投与する。
 - オピオイドによる悪心には耐性が生じるため2週間程度で制吐薬の中止を検討する。
 - 一種類の制吐薬が無効の場合，作用機序の異なる薬剤に変更または追加する。

処方例

| | | |
|-----------|------------------|---|
| 動くとき悪心がある | 抗ヒスタミン薬 | ジフェンヒドラミン・ジプロフィリン 1回1錠 1日3回 |
| 食後に悪心がある | 消化管蠕動促進薬 | メトクロプラミド 1回5~10mg 1日3回 |
| 1日中悪心がある | ドパミン受容体拮抗作用のある薬剤 | プロクロルペラジン 1回5mg 1日3回 ハロペリドール 1回0.75~1mg 1日1回 眠前 オランザピン 1回2.5mg 1日1回眠前 |

※オランザピンは糖尿病患者では禁忌

- オピオイドスイッチング  : オピオイドスイッチング (p.49)
 - モルヒネからオキシコドンまたはフェンタニル，オキシコドンからフェンタニルへのオピオイドスイッチングを行う。

治療目標とコンサルテーション

- 3~7日で評価する。悪心がなく経口摂取できることを目標とする。
- 効果が不十分な場合には，神経ブロック，放射線治療など他の鎮痛手段の併用によるオピオイドの減量・中止を検討する。
- 原因がわからない，使用できないか，したことのない制吐薬を処方する，どの制吐薬を選択したらよいかわからないときはコンサルテーションする。

2 便秘

- 便秘はオピオイド使用中のほとんどの患者に生じる。オピオイドによる便秘には耐性が生じないため、オピオイド使用中は下剤の併用など継続的な対策が必要である。

評価のポイント


- 消化管閉塞や、腸蠕動を低下させる薬剤（抗コリン薬、三環系抗うつ薬）などのオピオイド以外の原因を探索する。
- 便の回数とともに、便の硬さを聞き、腸蠕動音を確認する。
- 直腸内を直腸診、またはX線で確認する。「便がでている」と患者が言う場合も、硬便の周りから軟便が出ていることがある（溢流性便秘）。

治療のポイント

- オピオイド以外の原因がある場合には原因の治療。
- オピオイドの減量
- 下剤の経口投与。
 - 下剤には大きく分けて、便を軟らかくする浸透圧性下剤と、腸蠕動を亢進させる大腸刺激性下剤がある。
 - 便が硬いときは浸透圧性下剤、腸蠕動が弱いときは大腸刺激性下剤を使用する。

処方例

| | 一般名 | 使用量/日 |
|---------|------------------------|---------------------|
| 浸透圧性下剤 | 酸化マグネシウム ラクツロース | 1.5～3 g 30～60 mL |
| 大腸刺激性下剤 | センノシド ピコスルファートナトリウム | 1～4錠 3～30滴 |

- 大腸刺激性下剤で腹痛を生じるときは使用を控え、浸透圧性下剤が十分に投与されているか確認する。
- がん性腹膜炎の場合、癒着や狭窄により、蠕動を亢進させることで腹痛が悪化することが多いので、浸透圧性下剤を優先する。食事内容は低残渣のものに変更するよう指導する。
- 浣腸、摘便などの便処置も適宜行う。
- オピオイドスイッチング  : オピオイドスイッチング (p.49)
 - モルヒネやオキシコドンからフェンタニルへオピオイドスイッチングを行う。

治療目標とコンサルテーション

- 3～7日で評価する。患者の生活習慣に合わせた便通があり、満足していることを目標とする。
- 効果が不十分な場合には、神経ブロック、放射線治療など他の鎮痛手段の併用によるオピオイドの減量・中止を検討する。
- 便秘の改善が得られない、苦痛が強いときはコンサルテーションする。


3 眠気

- オピオイドによる眠気は投与開始時や増量時にみられることが多いが、耐性が速やかに生じ、数日以内に自然に軽減することが多い。

評価のポイント

- 眠気が快適な患者もいる一方で、不快な患者もいる。不快であれば対応を検討する。
- オピオイドの過量投与の可能性があるため、投与量が適切か確認する。特にモルヒネが投与されている場合、腎機能障害によるモルヒネの代謝産物の蓄積が眠気の原因となることがある。
- オピオイドに伴う眠気があり、呼吸数が10回/分未満であれば呼吸抑制の可能性を考え、減量を検討する。
- 薬剤（プロクロルペラジンなどの制吐薬、向精神薬など）、脳転移、高カルシウム血症、高血糖、腎機能障害、脱水、高アンモニア血症、感染症、低酸素血症など、オピオイド以外の眠気の原因を探索する。

治療のポイント

- オピオイド以外の原因の治療。
 - オピオイド開始時の制吐薬（プロクロルペラジン、ハロペリドールなど）は悪心がなければ中止する。
- オピオイドの減量。
- オピオイドスイッチング  : オピオイドスイッチング (p.49)
 - モルヒネからオキシコドンまたはフェンタニル、オキシコドンからフェンタニルへのオピオイドスイッチングを行う。

治療目標とコンサルテーション

- 3~7日で評価する。眠気と痛みのバランスに患者が満足していることを目標とする
- 効果が不十分な場合には、神経ブロック、放射線治療など他の鎮痛手段の併用によるオピオイドの減量・中止を検討する。
- 原因がわからない、オピオイドの変更の仕方がわからない、大量のオピオイドを変更するときはコンサルテーションする。

4 せん妄

- オピオイドによるせん妄は投与開始時や増量時に出現することが多い。ただし、がん患者のせん妄は複数の原因が重複していることが多く、オピオイドだけが原因であることは少ない。

評価のポイント

- 薬剤（ベンゾジアゼピン系薬剤，ステロイド，抗うつ薬，H₂ブロッカーなど），高カルシウム血症，高血糖，腎機能障害，脱水，感染症，高アンモニア血症，低酸素血症，脳転移など，オピオイド以外の原因を探索する。

治療のポイント

- オピオイド以外の原因がある場合には原因の治療。
 - せん妄出現前1週間に投与を開始・増量された薬剤は減量・中止する
 - ベンゾジアゼピン系薬剤（抗不安薬・睡眠薬）はせん妄を惹起することが多いので中止する。
- オピオイドの減量。
- 抗精神病薬の投与
- オピオイドスイッチング：モルヒネからオキシコドンまたはフェンタニルに，あるいはオキシコドンからフェンタニルにオピオイドスイッチングする。

◇：せん妄(p.72)

◇：オピオイドスイッチング(p.49)

治療目標とコンサルテーション

- 3～7日で評価する。せん妄の消失を目標とする。
- 効果が不十分な場合には，神経ブロック，放射線治療など他の鎮痛手段の併用によるオピオイドの減量・中止を検討する。
- 原因がわからない，オピオイドの変更の仕方がわからない，大量のオピオイドを変更するとき，またはせん妄が改善しないときはコンサルテーションする。

1 疼痛

⑦ — 鎮痛補助薬の使い方

適応となる状態

- オピオイドなどの鎮痛薬を増量しても無効，または副作用により継続が困難なとき。

使い方のポイント

- 有効率は15～30%であり，副作用（主に眠気）があるので，鎮痛効果と副作用とのバランスをとりながら処方する。
- 開始後1週間程度で効果を判定する。1種類の薬剤を副作用に注意しながら増量して，効果がなければ他の薬剤に変更する。
- 末梢神経浸潤・脊髄浸潤などによりびりびりと電気が走る，しびれる・じんじんするような神経による痛み（神経障害性疼痛）を治療する時に使用することが多い。
- 鎮痛補助薬については現在のところ，保険適応のないものが多いので注意を要する。
- 鎮痛補助薬は，表12のように分類される。

表12 鎮痛補助薬の分類

| 主な作用機序 | 薬品種別 | 薬効分類 | 代表的な鎮痛補助薬 |
|----------------|----------------|---------------|---------------------|
| さまざまな種類の痛みに用いる | コルチコステロイド | 抗炎症作用 | デキサメサゾン プレドニゾロン |
| | 抗うつ薬 | 下行抑制系の賦活 | デュロキセチン アミトリプチリン |
| 主に神経障害性疼痛に用いる | 抗てんかん薬 | ナトリウムチャンネル遮断 | カルバマゼピン |
| | | カルシウムチャンネル遮断 | プレガバリン |
| | | GABA-A作動薬 | クロナゼパム |
| | 抗不整脈薬 class Ib | ナトリウムチャンネル遮断 | リドカイン（注射） |
| 静脈麻酔薬 | | NMDA受容体拮抗 | ケタミン（注射） |
| 主に骨転移の痛みに用いる | ビスホスホネート製剤 | 破骨細胞のアポトーシス誘導 | ゾレドロン酸ナトリウム |
| | 抗ランクル抗体 | 破骨細胞の形成・活性化抑制 | デノスマブ |
| 主に消化管狭窄の痛みに用いる | 抗コリン薬 | 消化管蠕動の抑制 | ブチルスコポラミン |
| | ソマトスタチンアナログ | 上部消化管分泌の抑制 | オクトレオチド |

処方例

プレガバリン

1回 75 mg 1日 1回 眠前から開始。

1～3日ごとに眠気のない範囲で漸増（1日 600 mg まで増量可能）。

1日 75 mg 眠前 ⇒ 1日 150 mg（1回 75～150 mg 1日 1～2回）

⇒ 1日 300 mg（1回 150 mg 1日 2回）

⇒ 1日 450 mg（1回 150 mg 1日 3回）

※高齢者やクレアチニンクリアランス < 60 mL/分の患者は1日 1回 25 mg 眠前から開始し、副作用に注意しながら漸増する。

デキサメサゾン, ベタメタゾン

：ステロイドの使い方 (p. ●●)

①漸減法：1日 4～8 mg を 3～7日間投与し、効果がある場合は効果を維持できる最少量まで漸減。効果がない場合は早期に中止する。

②漸増法：1日 0.5～2 mg から開始し、効果があれば継続漸減。効果がない場合は中止、もしくは1日 0.5～1 mg ずつ1日 4 mg まで漸増。

※腫瘍に伴う神経圧迫や放射線治療による一過性の痛みの増強、骨転移、脳転移・髄膜播種による痛みによく使用することが多い。

デュロキセチン

1回 20～30 mg 1日 1回 朝食後から開始。

3～7日ごとに眠気や悪心のない範囲で漸増。

1日 1回 20～30 mg ⇒ 1日 1回 40 mg ⇒ 1日 1回 60 mg まで増量

※眠気が問題になる場合は眠前に内服。

1 疼痛

⑧ —オピオイドスイッチング・投与経路の変更


1 オピオイドスイッチング

適応となる状態

- 鎮痛が十分でない、または副作用のためにオピオイドの種類を変更するとき。

方法

原則

- ① 力価表に従って、現在のオピオイドと等力価の新しいオピオイドの投与量を求め、オピオイドを変更する。  : オピオイド力価表 (p.52)
- ② 必要に応じてレスキューを変更する。
- ③ 変更後は、痛みと眠気の観察を行う。
 - ・痛みが増強したら20~30%増量する。
 - ・眠気が出たら20~30%減量する。
- ④ 経口モルヒネ換算で60 mg/日以上の場合、変更によって疼痛・副作用が増強する可能性があるため、一度に変更せずに30~50%ずつ徐々に置き換える。徐々に変更する過程で、変更の目的が達成されたら2つのオピオイドを併用してもかまわない。

モルヒネ・オキシコドンからフェンタニル貼付薬への変更のときの注意

- フェンタニル貼付薬の血中濃度が上昇するのに時間がかかるため、変更後48時間は痛みや眠気、呼吸数の観察を行う。疼痛が悪化したら血中濃度が安定するまでレスキューで対応するように指導する。
- 先行オピオイドを減量・中止するタイミングを表13に示す。

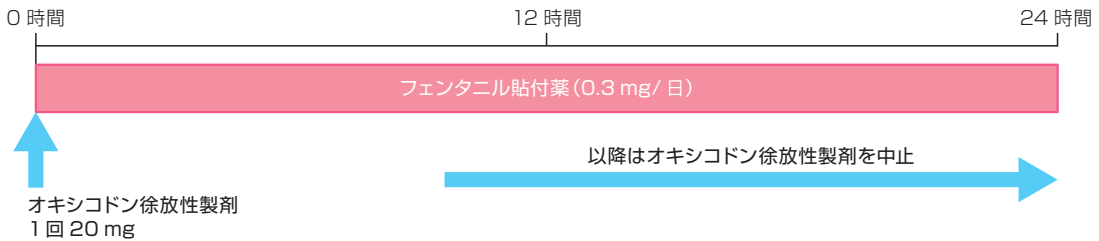
表13 先行オピオイドを減量・中止するタイミング

| | |
|--------------|------------------------|
| 12時間徐放性オピオイド | 内服と同時に貼付し、次回より中止、減量 |
| 24時間徐放性オピオイド | 内服の12時間後に貼付し、次回より中止、減量 |
| モルヒネ注射 | 貼付6時間後に中止、減量 |

- モルヒネ・オキシコドンによる腸蠕動抑制が減少するため、蠕動亢進を生じやすい。このため下剤の量を減量する。

処方例 1

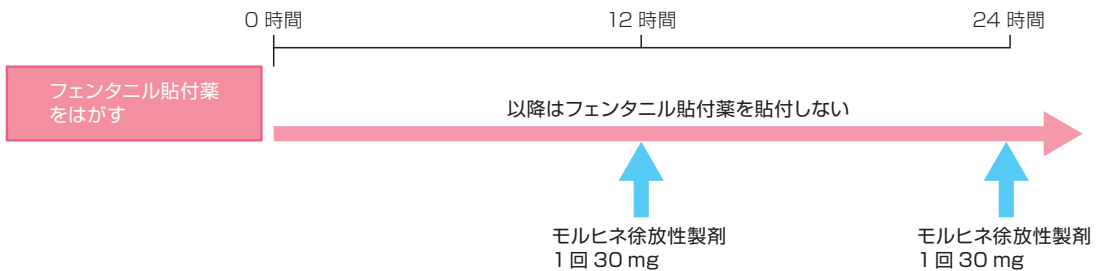
オキシコドン徐放性製剤 1日 40 mg (1回 20 mg 1日 2回) から 1日製剤のフェンタニル貼付薬 (0.3 mg/日) に等価換算で変更



レスキュー：オキシコドン速放性製剤 1回 5 mg 1時間あけて使用可能
(オピオイドスイッチングしてもレスキューは変更しなくてよい)

処方例 2

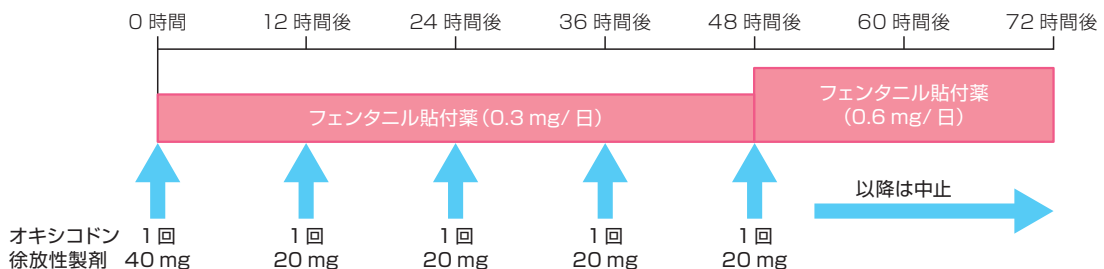
1日製剤のフェンタニル貼付薬 (0.3 mg/日) からモルヒネ徐放性製剤 1日 60 mg (1回 30 mg 1日 2回) に等価換算で変更



レスキュー：モルヒネ速放性製剤 1回 10 mg
(オピオイドスイッチングしてもレスキューは変更しなくてよい)

処方例 3

オキシコドン徐放性製剤 1日 80 mg (1回 40 mg 1日 2回) から 1日製剤のフェンタニル貼付薬 (0.6 mg/日) に等価換算で変更



レスキュー：オキシコドン速放性製剤 1回 10 mg/日
(オピオイドスイッチングしてもレスキューは変更しなくてよい)

2 オピオイドの内服ができなくなったとき

方法

- ① 力価表に従いオピオイドの投与経路を変更する。
消化管閉塞による疼痛の場合には、フェンタニル貼付薬に変更すると蠕動亢進による疼痛が悪化することがあるので、他の薬剤や鎮痛方法を検討する。
- ② 変更後は痛みと眠気、呼吸数の観察を行う。血中濃度が安定するまで(注射・坐薬に変更した場合には24時間、フェンタニル貼付薬へ変更した場合には48時間)は、必ず観察を行う。
痛みが増強していれば20~30%増量、もしくはレスキューで対応する。呼吸数の低下や眠気が増強していれば20~30%減量する。

処方例

オキシコドン40 mg/日またはモルヒネ60 mg/日が内服できなくなったときの投与経路の変更

- ① モルヒネ持続静注もしくは皮下注：
塩酸モルヒネ注(10 mg/mL) 5 mL + 生理食塩水5 mL (50 mg/10 mL)
ベース0.2~0.25 mL/時間(24~30 mg/日)，
レスキュー 1時間分早送り/回
- ② オキシコドン持続静注もしくは皮下注：
オキシコドン注(10 mg/mL) 5 mL + 生理食塩水5 mL (50 mg/10 mL)
ベース0.2~0.25 mL/時間(24~30 mg/日)，
レスキュー 1時間分早送り/回
- ③ フェンタニル貼付薬(1日製剤)：
0.6 mg/日貼付
レスキュー 塩酸モルヒネ坐薬(10 mg) 1回 0.5個
- ④ 塩酸モルヒネ坐薬(10 mg)：
1回1個挿肛 1日3~4回
レスキュー 塩酸モルヒネ坐薬(10 mg) 1回 0.5個

◇：オピオイドの導入・タイトレーション(p.32)

1 疼痛

⑨ —オピオイド力価表

- オピオイドの力価表を示す(表14)。縦の列が等力価であることを示している。たとえば、モルヒネ経口60 mg/日はオキシコドン40 mg/日、フェンタニル貼付薬0.3 mg/日と等力価である。なお、オピオイド力価表は目安であり、個々の状態に応じて投与量を調整する。

表14 オピオイドの力価表

| | | | | | |
|---|------|-----|-----|-----|-----|
| モルヒネ経口(mg/日) | 30 | 60 | 120 | 240 | 360 |
| モルヒネ坐薬(mg/日) | | 40 | 80 | 160 | 240 |
| オキシコドン経口(mg/日) | 20 | 40 | 80 | 160 | 240 |
| タベンタドール経口(mg/日) ^{*1} | 100 | 200 | 400 | | |
| フェンタニル貼付薬の放出速度 ^{*2} ($\mu\text{g}/\text{時}$) | 12.5 | 25 | 50 | 100 | 150 |
| コデインリン酸塩経口(mg/日) | 180 | | | | |
| トラマドール経口(mg/日) ^{*3} | 150 | 300 | | | |
| ブプレノルフェン坐薬(mg/日) | 0.6 | 1.2 | | | |
| モルヒネ注(mg/日) | 15 | 30 | 60 | 120 | 180 |
| オキシコドン注(mg/日) | 15 | 30 | 60 | 120 | 180 |
| フェンタニル注(mg/日) | 0.3 | 0.6 | 1.2 | 2.4 | 3.6 |

※1：タベンタドールのわが国における1日処方量は400 mgまでである

※2：わが国では複数のフェンタニル貼付剤が処方可能である。フェンタニル貼付薬放出速度1日0.6 mgと等力価な各商品の用量は、フェントス[®] 1日2 mg, ワンデュロ[®] 1日 1.7 mg, デュロテップMTパッチ[®] 3日 4.2 mgである。なおフェンタニルは複数の後発品が発売されている

※3：トラマドールは1日400 mg以上の増量の効果は認められていない

- モルヒネ・オキシコドン・フェンタニルの注射薬は、静注および皮下注が可能である。

1 疼痛

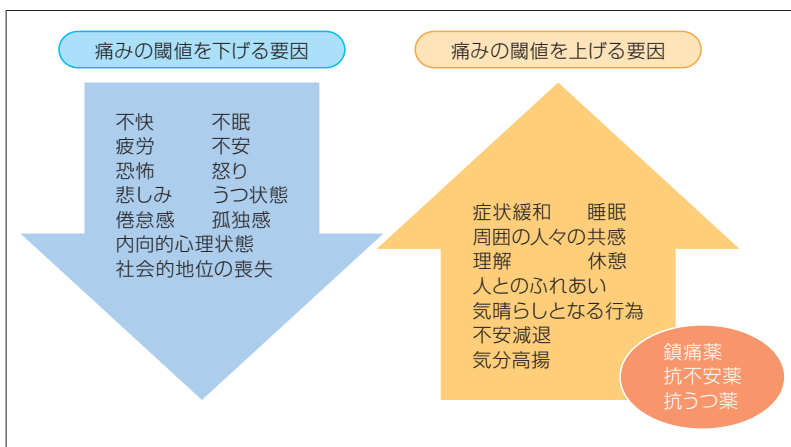
⑩ — 非薬物療法とケア

- がん疼痛治療の中心は薬物療法であるが、非薬物療法およびケアは薬物療法と並行して行い、より効果的な痛みの緩和を図る必要がある。
- 痛みの増悪因子と軽快因子を把握することによって、患者と相談して疼痛が増悪する原因となるような刺激を避け、疼痛を和らげる方法を取り入れることができる。
- 患者・家族が、患者自身の痛みを自己コントロールできる感覚を得ることも重要である。
- 患者本人や家族が行っている疼痛時の対処方法や工夫している方法を尋ね、より良いケアの方法と一緒に考えることで、患者・家族と医療者が共通の認識と目標をもって痛みの治療を行うことが可能となる。

表15 非薬物療法の例

| |
|------------------------------------|
| マッサージをする |
| 温電法・冷電法 |
| 軽い運動を取り入れる |
| 環境の調整 |
| 装具や補助具の利用 ・コルセット、頸椎カラー、歩行器の使用など |
| ポジショニング |
| 気ばらし |

図3 痛みの閾値に影響する心理・社会的要因



患者・家族との関わり方のポイント

- 患者自身が表現する痛みに共感すること。
- 患者が痛みをうまく表現できるように支援すること。
- 痛みの閾値を上げる工夫をすること(図3)。
- どのように痛みと付き合い、どのように生活するか目標を共有していくこと。
- 苦痛をひとりで抱え込まないように関わること。

1 疼痛

① — 放射線治療

適応となる状態

- がん病巣が存在することに伴う疼痛は、すべて放射線治療の対象となり得る。
- 代表例は、有痛性骨転移に対する外照射で、60～90%の症例で痛みの緩和が期待できる。原発巣の組織型によって多少の効果の違いはあるものの、いずれの組織型の場合も適応になる。
- 治療効果の発現には2週程度を要することが多く、4～8週で最大になると考えられている。そのため、放射線治療が開始されても疼痛に対する薬物療法は必要となることが多く、生命予後が極めて短期間と予想される場合には適応となりづらい。
- 神経障害性疼痛に対しても40～60%の有効性が報告されており、治療の適応となり得る。ただし体性痛の場合と比べるとその効果はやや劣るため、適切な薬物療法との組み合わせが必要となる。
- その他、肺がん・膵臓がん・直腸がん等における原発巣の局所浸潤、皮膚やリンパ節などの転移病巣に伴う疼痛、脳転移に伴う頭痛など、種々のがん病巣に起因する疼痛に対して適応となり得る。
- 放射線治療を行う際には、一定時間の体位保持が必要で、特に周囲臓器への影響を減じるため高精度な治療を行うためには10分を超える体位の安定性が求められる。そのため、疼痛が強い場合には事前に薬物療法等によりできるだけ鎮痛を行っておくことが大切である。なお、体位保持が困難な不穏状態の場合には適応となりづらい。

コンサルテーションを検討するとき

- 疼痛の原因と考えられるがん病巣が確認できた時点で放射線治療医への紹介を検討する。
- その際、画像診断で病巣の広がりや評価を行うとともに、骨転移の場合には脊髄圧迫や病的骨折の有無を評価する。脊髄圧迫や骨折(切迫骨折)を伴う場合には、外科治療も含め早急な対応が必要となることが多い。
- 疼痛を説明する適切な画像所見が得られない場合には、検査内容についても放射線治療医とともに検討する必要がある。一方、現時点で疼痛を認めていない場合であっても、画像診断で脊髄圧迫や骨折の危険性が高いと考えられる骨転移を認めた場合には、早めに放射線治療医への紹介を検討する。
- 骨転移以外でも、原発巣あるいは各転移巣の増大に伴う疼痛が出現した場合には、治療適応となる可能性があり紹介を検討する。
- 以前に放射線治療を受けた部位の痛みの再燃を認めた際には、その部位や病状によっては再治療の適応となる場合もあるため、放射線治療医へ相談する。
- がん薬物療法を継続している場合、使用薬剤や放射線治療を行う部位により有害事象出現の危険性が高くなるおそれがある。そのため、症状や画像所見に加えて、治療経過や治療方針について事前に放射線治療医との情報共有が不可欠である。

治療の実際

- 放射線治療は、外照射・密封小線源治療・内用療法に大別される。
- がん疼痛に対する治療の場合、局所の痛みの緩和および抗腫瘍効果を期待して、まずは外照射の適応が検討される。
- 多発骨転移に伴う複数部位の疼痛で、外照射の適応が困難と考えられる場合には、放射線同位元素による内用療法の適応が考慮される。
- 有痛性骨転移に対する外照射では、病状に応じて8 Gy/1回・20 Gy/5回・30 Gy/10回・37.5 Gy/15回等、比較的短期間での治療が行われることが多い。一方、小数個の転移の場合や、脊髄圧迫や骨折の予防目的などで、比較的長期の腫瘍制御が求められる場合には、より長期間で高線量の治療が行われることもある。
- 痛みの緩和を目的とした放射線治療においては、治療目標や患者背景に応じた治療方法が検討されるため、全体的な治療方針や予後等について放射線治療医へ十分な情報提供を行うとともに、緊密に意思疎通を図ることが大切である。

緩和的放射線治療について

- がん緩和医療における放射線治療の役割は痛みの緩和に限られるものではなく、出血や内腔狭窄など、がん起因する種々の症状についても同様に考えることができる。
- 患者の全身状態や治療内容などの情報を放射線治療医と適切に共有し、放射線治療を症状緩和手段の選択肢としてつねに検討することが必要である。

1 疼痛

⑫—神経ブロック

がん疼痛をもつ患者の70～90%は、WHO方式がん疼痛治療法に沿った薬物療法でコントロールできるといわれている。しかし、鎮痛薬や鎮痛補助薬による副作用によりQOLが低下することをしばしば経験する。また、最近のがん治療の進歩に伴い、がん患者の予後が長期となり、オピオイド鎮痛薬の長期使用、高用量使用の生体に与える影響などが今後大きな問題となってくる。このため、欧米やわが国のがん疼痛ガイドラインでも示されているように、神経ブロック療法が緩和ケアにおいてもその重要性を増しつつある(図4)。

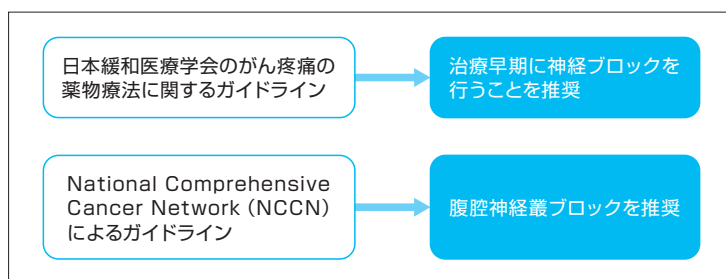


図4 欧米とわが国のがん疼痛に対する神経ブロックの推奨
日本緩和医療学会のがん疼痛の薬物療法に関するガイドラインでは治療早期に神経ブロックを行うことを推奨しており、National Comprehensive Cancer Network (NCCN) によるガイドラインでも腹腔神経叢ブロックを推奨している。

(1) 神経ブロックとは

神経ブロックは「局所麻酔薬の投与や神経破壊的処置により、末梢から中枢への侵害入力の伝達を抑制または遮断することにより、鎮痛効果を発揮する手法」と定義される。

(2) 神経ブロックの適応

表16のような適応がある場合、できるだけ早く神経ブロック施行可能な医療者、施設への紹介、コンサルトを考慮すべきである。特に内臓痛に対しては、内臓神経ブロックや下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロックが有効であり、かつ早期に施行することがよいこと、長期鎮痛薬内服による副作用が予防できること、オピオイド鎮痛薬の必要量が減ることなどが報告されている。

表 16 神経ブロックの適応

| |
|---|
| ① 高用量のオピオイド鎮痛薬の全身投与で鎮痛効果が得られない場合 |
| ② オピオイド鎮痛薬や非オピオイド鎮痛薬、鎮痛補助薬の投与で鎮痛効果が得られない場合 |
| ③ オピオイド鎮痛薬や非オピオイド鎮痛薬、鎮痛補助薬の投与で治療困難な副作用や合併症が発生した場合 |
| ④ 薬物療法よりも神経ブロックのほうが鎮痛効果が期待できる場合 |
| ⑤ 鎮痛効果があっても高価なオピオイド鎮痛薬があまりに高用量であり、経済的側面を考慮せざるを得ない場合 |

表 17 神経ブロックの利点と欠点

| 利点 |
|---------------------------------|
| ① 薬物療法が無効ながん疼痛に効果が期待できる |
| ② 薬物療法で生じる副作用がない |
| ③ 鎮痛薬、鎮痛補助薬の減量が期待できる |
| ④ 迅速な鎮痛が得られる |
| 欠点 |
| ① 軽度侵襲的な治療法である。 |
| ② 適応に限られる |
| ③ 重篤な合併症が稀に生じる |
| ④ 感覚障害、運動障害によりADLやQOLが低下する場合がある |

表 18 がんの痛みに施行される代表的な神経ブロック

| |
|---|
| ① 三叉神経ブロック (顔：三叉神経領域の痛み) |
| ② 肋間神経ブロック (肋骨への骨転移痛など) |
| ③ 内臓神経ブロック：腹腔神経叢ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック (上腹部、下腹部の内臓痛) |
| ④ 不對神経節ブロック (会陰部、肛門部の痛み) |
| ⑤ 神経根ブロック (限局した体性痛) |
| ⑥ 硬膜外鎮痛法 (頸部より尾側の痛み) |
| ⑦ くも膜下鎮痛法 (頸部より尾側の痛み) |
| ⑧ 脊髄くも膜下フェノールブロック (胸部、腹部の片側性の限局した体性痛) |
| ⑨ サドルフェノールブロック (肛門部、会陰部痛) |
| ⑩ トリガーポイント注射 (圧痛点：トリガーポイントのある筋筋膜性疼痛) |

() 内は適応のあるがん疼痛

(3) 神経ブロックの利点と欠点

神経ブロックは薬物療法で生じるような副作用がなく、また迅速な鎮痛が得られ、鎮痛薬を減量することができるという大きな利点がある。しかし軽度な侵襲的治療法であることや、全身状態、出血傾向、感染などで適応に限られることが欠点である(表17)。

(4) がんの痛みに施行される代表的な神経ブロック

オピオイド鎮痛薬の持続硬膜外注入や脊椎クモ膜下注入は広義の神経ブロックに含まれることが多い(表18)。

2

呼吸困難

評価

原因を探索

- ①低酸素血症を確認
- ②聴診・X線・血液検査から合併症を確認

原因の治療

治療

呼吸困難の治療ステップ

STEP ①

- モルヒネの頓用

STEP ②

- 治療目標を相談
- モルヒネの定期投与
呼吸数 ≥ 10 回で眠気を許容できる範囲で20%/1~3日ずつ増量

STEP ③

- 抗不安薬の追加

STEPに関わらず考えること

- ステロイド・酸素・輸液 500~1,000 mL/日以下に減量・咳・痰への対処

治療目標

効果判定期間 1~3日

「症状なし」
「現在の治療に満足している」

いいえ

コンサルテーション

評価のポイント

- 呼吸困難は「呼吸時の不快な感覚」と定義される主観的な症状である。呼吸不全は、酸素分圧PaO₂ 60 Torr以下で定義される客観的な病態である。呼吸困難は呼吸不全・低酸素血症と必ずしも一致しない。
- 呼吸困難の治療可能な原因を聴診・X線・血液検査(必要ならば心エコー、胸部CT)で確認する。
- 治療可能な原因に対する治療は、患者の全身状態、予後、希望を勘案しながらメリットとデメリットを考えて行う(表19)。必要な場合には専門家に相談する。

表19 治療可能な原因・治療の代表例

- 原疾患に対するがん薬物療法・放射線治療
- 気道狭窄に対する放射線治療・ステント
- 上大静脈症候群に対する放射線治療・ステント
- 胸水・心嚢液のドレナージ
- 肺炎に対する抗菌薬治療
- 心不全治療
- 輸血による貧血の補正

治療のポイント

STEPにかかわらず考えること

ステロイド

- がん性リンパ管症、上大静脈症候群、主要気道閉塞ではステロイド全身投与を検討する。ただし、予後、効果、副作用のバランスをよく考慮する。

☞：ステロイドの使い方(p.139)

酸素

- 低酸素血症があり、呼吸困難を訴えている場合に用いる。酸素マスクやカニューレによる拘束感・口渇を増悪させない工夫をする。

輸液

- 生命予後が数週間と考えられる患者では、胸水、気道分泌、肺水腫による呼吸困難の悪化を防ぐために、輸液は500~1,000 mL/日以下に減量する。

☞：日本緩和医療学会：終末期がん患者に対する輸液治療のガイドライン。 <http://www.jspm.ne.jp/>

咳・痰の対処

- 咳や痰も呼吸困難の原因になるため、苦痛のない程度に排痰を促す、鎮咳薬を投与するなどの対処を行う。

STEP 1 モルヒネの頓用

- モルヒネを呼吸困難時に頓用で投与する。
- モルヒネには呼吸困難の緩和効果が認められる。
- モルヒネの代替としてコデインリン酸塩を使用することもできる。コデインリン酸塩は肝代謝をうけてモルヒネに変換されて効果を生じる。
- 腎機能が悪い場合にはオキシコドンを使用する。

STEP 2 治療目標を相談

- モルヒネは全身状態のよい患者では重篤な副作用を生じることは少ないが、呼吸不全を合併している患者では傾眠をきたしやすく、眠気を許容して苦痛を和らげることを目標とする場合がある。患者・家族と治療目標を相談する。

〈コミュニケーション例〉

呼吸不全を伴う呼吸困難に対し、傾眠になる可能性がある緩和治療を行う場合

「息苦しい感じをなるべく和らげる方法を探していこうと思います。お薬としてはモルヒネを用います。モルヒネというと中毒になるとか、寿命が短くなると皆さん思われていますが、つらさをとる目的で使う限りはそのような副作用はありません。息苦しさを和らげるときは、痛みのために使うときより慎重に使用します。〇〇さんの場合、酸素の量が少なくなっていて酸素だけで苦痛を和らげることが難しい状態です。そこでモルヒネを、息苦しさを和らげるために使います。息苦しさがとれても、うとうとしたり、お話することが難しくなることもあると思います。患者さんご家族のご希望をうかがって、少しうとうとしても息苦しさがとれる方法をとっていくか、眠気のない方法で様子を見ていくか、相談させてください」

モルヒネの定期投与

- 開始量は、オピオイドが投与されていない患者で経口モルヒネ10～20 mg/日とする。
- モルヒネが投与されている患者では、投与量の20～30%を増量する。
- 呼吸数10回/分以上で眠気を許容できる範囲で、苦痛が緩和されるまで20%ずつ増量する。
- 腎機能障害がある場合にはオキシコドンを使用する。
- オキシコドンやフェンタニルが投与されている患者では、腎機能障害がなければモルヒネ製剤への変更を考慮する。

📖：オピオイドスイッチング (p.49)

STEP 3 抗不安薬の追加

- 呼吸困難の緩和治療としての抗不安薬を用いる。意識が低下した場合は、減量・中止を検討する。

治療目標とコンサルテーション

- まず呼吸困難がないことを目的とするが、呼吸不全を合併する場合は、眠気がない状態で苦痛を緩和することが困難な場合がある。眠気と呼吸困難のバランスに患者・家族が満足できることを目標とする。
- 原因が特定できない場合、モルヒネの投与が適切か判断できない場合、初めて呼吸困難にモルヒネを投与する場合、モルヒネの増量で呼吸困難が緩和されない場合はコンサルテーションする。

処方例

| | | |
|--------|--|---|
| STEP 1 | モルヒネの頓用 | (モルヒネが使用できない場合) |
| | <ul style="list-style-type: none"> ● 塩酸モルヒネ末 2~3 mg ● 塩酸モルヒネ内服液 5 mg 0.5~1 包 ● 塩酸モルヒネ注 2 mg (0.2 mL) 皮下注 ● 塩酸モルヒネ坐薬 10 mg 0.5 個/回 | <ul style="list-style-type: none"> ● オキシコドン散 2.5 mg 1 包 ● オキシコドン注 2 mg (0.2 mL) 皮下注 |
| STEP 2 | モルヒネの定期投与 | (モルヒネが使用できない場合) |
| | <ul style="list-style-type: none"> ● 硫酸モルヒネ徐放性製剤 1 日 20 mg ● 塩酸モルヒネ注 5~10 mg/日 持続静注・皮下注 ● 塩酸モルヒネ坐薬 (10 mg) 1 回 0.5 個 1 日 2~3 回 ● すでにモルヒネが投与されている場合は定期量を 20~30% 増量する | <ul style="list-style-type: none"> ● オキシコドン徐放性製剤 1 日 10 mg ● オキシコドン注 5~10 mg/日 持続静注・皮下注 |
| | <p><呼吸困難時></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 内服・坐薬は 1 日量の 10~20% の速放性製剤を使用 (1 時間かけて反復可) ● 注射剤は 1 時間分を早送り (30 分あけて反復可) | |
| STEP 3 | 抗不安薬を STEP2 に追加 | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ● アルプラゾラム (0.4 mg) 1 回 1 錠 1 日 1~3 回 ● ロラゼパム (0.5 mg) 1 回 1 錠 1 日 1~3 回 ● ジアゼパム坐薬 (4 mg) 1 回 1 個 1 日 1~3 回 ● ミダゾラム注 2.5 mg/日 持続静注・皮下注から開始。眠気が許容できる範囲で 10 mg/日まで増量 | |

オピオイドによる呼吸抑制に十分注意しながら投与量の調整を行う

I はじめに

II 症状マネジメント

III エンド・オブ・ライフケア

IV 非がん疾患への緩和ケアアプローチ

V 療養場所と緩和ケア

VI 緩和ケアのスキル

VII 資料

3 消化器症状

① — 悪心・嘔吐

評価

原因を探索

- ① 薬剤 (NSAIDs, オピオイド, 抗うつ薬, ジギタリスなど)
- ② 抗がん治療 (化学療法, 放射線療法など)
- ③ 血液検査 (電解質異常, 腎機能障害, 肝機能障害)
- ④ 身体所見, 腹部 X 線, 腹部 CT, 腹部超音波など (消化管閉塞, 便秘, 胃潰瘍)
- ⑤ 頭部 CT・MRI (脳転移, がん性髄膜炎)
- ⑥ 心理状態 (不安・予期性嘔吐)

原因の治療

治療

悪心・嘔吐の治療ステップ

STEP 1

- 原因の治療
- 制吐薬の頓用

STEP 2

- 病態に合わせた制吐薬の定期投与
 - ・抗ヒスタミン薬
 - ・ドパミン受容体拮抗薬
 - ・消化管蠕動促進薬

STEP 3

- 複数の受容体拮抗薬への変更
- 他の作用機序の制吐薬の追加
- ステロイド

STEP に関わらず考えること

- 環境調整・ケア

消化管閉塞の場合 (原因治療に加えて)

- ・ H₂ ブロッカー・PPI
- ・ ステロイド
- ・ 消化管分泌抑制薬

治療目標

効果判定期間 3~7 日

- 「症状なし」
- 「現在の治療に満足している」

いいえ

コンサルテーション

評価のポイント



- 抗がん治療の影響を確認する。
- 悪心・嘔吐の原因を探索する。薬剤を見直す、血液検査、身体所見、腹部X線検査を行う。必要な場合、腹部超音波検査・CT・頭部画像検査などを行う。頭蓋内病変(がん性髄膜炎)はCTでは不明なことがあるので、必要ならばMRIで評価する。
- 不安などの心理的評価を行う。

治療のポイント

STEP 1 原因の治療, 制吐薬の頓用

- 制吐薬を頓用で使用しながら、原因の治療を行う(表20)。

表20 原因の治療

| | |
|----------|--|
| オピオイド | 減量, オピオイドスイッチング  : オピオイドの副作用対策 (p.42) |
| 高カルシウム血症 | ビスホスホネート  : 高カルシウム血症の治療 (p.141) |
| 便秘 | 排便コントロール |
| 脳転移 | 原因評価と治療適応の検討 |
| 消化管閉塞 | 手術・ドレナージ・薬物など |

STEP 2 病態に合わせた制吐薬の定期投与

- 最も関与していると思われる病態を同定し、制吐薬を1つ選択する。
- 効果がなければ、副作用のない範囲で増量を検討する。

 : オピオイドの副作用対策 (p.42)

STEP 3 複数の受容体拮抗薬への変更または他の作用機序の制吐薬の追加

- 最大投与量で改善が得られない、副作用が生じる、複数の受容体が関与していることが考えられる場合は、①複数の受容体に拮抗作用をもった制吐薬への変更、または②他の作用機序をもつ制吐薬を併用する。

制吐薬の副作用とその対策

- 制吐薬を使用する場合は、以下の副作用を観察し対応する。
 - ▶ 眠気: 「眠気は、不快な感じですか?」と聞き、不快なら①制吐薬の減量、②眠気の少ない制吐薬への変更を行う。
 - ▶ 錐体外路症状: ドパミン受容体に拮抗する薬剤では、パーキンソン症候群、アカシジア(静座不能症)が生じうる。その場合は、減量・中止する。

消化管閉塞が原因の悪心・嘔吐には以下を検討する

- 胃管などによる減圧ドレナージ。
- 薬物療法(H₂ブロッカーまたはプロトンポンプ阻害薬・酢酸オクトレオチド・ステロイド)。
- 輸液の調整(1,000 mL/日+異常喪失量を目安に行う。2,000 mL/日以上輸液は腹水、浮腫、胸水を悪化させることが多い)。

- 悪心・嘔吐の原因・誘因(吐物の臭気、食事の匂い、香水など)を除去する。環境調整を行う。

- ケア(上半身を挙上した安楽な体位, 背中をさする, 食事の工夫, リラクゼーション・気分転換, 口腔ケアなど)を並行して行う。

治療目標とコンサルテーション

- まず, 悪心・嘔吐の消失を目標とする。達成できない場合, 患者の多くは1日数回の嘔吐なら耐えられるが, 持続する悪心には耐えられないので, 「嘔吐を1日数回(患者が許容できる回数)以下, 持続する悪心がない」を目標にする。
- 原因がわからない, 悪心・嘔吐が緩和されない, 使用した経験のない制吐薬を投与するときはコンサルテーションする(表21)。

表21 制吐薬の作用機序, 有効な病態例

| 作用機序 | 有効な病態例 | 臨床症状 | 薬剤の種類 | 代表的な薬剤 |
|---------------|--|------------------------------------|------------|---|
| 前庭神経の刺激 | ①脳転移・がん性髄膜炎 ②オピオイドの副作用 | ●動くとき嘔気が悪化する ●めまいを伴う | 抗ヒスタミン薬 | ジフェンヒドラミン・ジプロフィリン クロルフェニラミン ヒドロキシジン |
| 化学受容体(CTZ)の刺激 | ①オピオイドなどの薬剤の副作用 ②腎機能障害 ③高カルシウム血症 | ●1日を通して気持ち悪い ●オピオイドの血中濃度に合わせて増悪 | ドパミン受容体拮抗薬 | ハロペリドール メトクロプラミド |
| | ④原因が複数または特定できない | | 複数の受容体の拮抗薬 | プロクロルペラジン, リスペリドン, オランザピン ^{注2)} , クロルプロマジン, ミルタザピンなど |
| 消化管蠕動の低下 | ①オピオイドの副作用 ②肝腫大・腹水による消化管蠕動の低下 | ●食後に増悪する ●便秘や消化管ガスの増加 | 消化管蠕動促進薬 | メトクロプラミド ドンペリドン ^{注1)} |
| 消化管蠕動の亢進 | ①消化管閉塞 | ●蠕動痛がある | 抗コリン薬 | 臭化ブチルスコポラミン |
| 炎症・サイトカインの抑制 | ①悪液質 | ●中程度の炎症反応 ●悪液質を伴う | ステロイド | ベタメタゾン |

注1) ドンペリドンは心血管系の副作用に注意する。

注2) オランザピンは糖尿病患者には使用を避ける。

処方例

| | 定期投与 | 悪心時頓用 |
|----------------------|--|---|
| STEP 1 STEP2 | | |
| 抗ヒスタミン薬 | <p>経口</p> <ul style="list-style-type: none"> ●ジフェンヒドラミン・ジプロフィリン1回1錠1日3回 <p>持続静注</p> <ul style="list-style-type: none"> ●ヒドロキシジン(25 mg/A)1 A/日から開始。眠気のない範囲で4 A/日まで増量 | <p>経口</p> <ul style="list-style-type: none"> ●ジフェンヒドラミン・ジプロフィリン1錠/回 <p>静注・皮下注</p> <ul style="list-style-type: none"> ●ヒドロキシジン(25 mg/A)1 A点滴静注・静注・皮下注 |
| ドパミン受容体拮抗薬 | <p>経口</p> <ul style="list-style-type: none"> ●ハロペリドール(0.75 mg)1回1錠眠前で開始。2錠まで増量 <p>持続静注・皮下注</p> <ul style="list-style-type: none"> ●ハロペリドール(5 mg/A)0.3~0.5 Aから開始。眠気、錐体外路症状のない範囲で1 A/日まで増量 | <p>経口</p> <ul style="list-style-type: none"> ●ハロペリドール(0.75 mg)1錠/回 <p>静注・皮下注</p> <ul style="list-style-type: none"> ●ハロペリドール(5 mg/A)0.3~0.5 A点滴静注・静注・皮下注 |
| 消化管蠕動促進薬 | <p>経口</p> <ul style="list-style-type: none"> ●メトクロプラミド(5 mg)1回1~2錠1日3回坐薬 ●ドンペリドン坐薬(60 mg)1回1個1日2回 <p>持続静注・皮下注</p> <ul style="list-style-type: none"> ●メトクロプラミド(10 mg/A)2 A/日から開始。蠕動痛、錐体外路症状のない範囲で4 A/日まで増量 | <p>経口</p> <ul style="list-style-type: none"> ●メトクロプラミド(5 mg)2錠/回坐薬 ●ドンペリドン坐薬(60 mg)1個/回 <p>静注・皮下注</p> <ul style="list-style-type: none"> ●メトクロプラミド(10 mg/A)1 A/回 |
| 抗コリン薬 | <p>持続静注・皮下注</p> <ul style="list-style-type: none"> ●臭化ブチルスコポラミン(20 mg/A)2 A/日から開始。頻脈、腸管麻痺、口渴のない範囲で6 A/日まで増量 | <p>静注・皮下注</p> <ul style="list-style-type: none"> ●臭化ブチルスコポラミン(20 mg/A)1 A/回 |
| STEP 3 | | |
| 複数の受容体の拮抗薬 | <p>経口</p> <ul style="list-style-type: none"> ●プロクロルペラジン(5 mg)1回1錠1日3回 ●オランザピン(2.5 mg)1回1錠1日1回。眠気、錐体外路症状のない範囲で3錠まで増量 <p>持続静注</p> <ul style="list-style-type: none"> ●プロクロルペラジン(5 mg/A)1 A/日から開始。眠気、錐体外路症状のない範囲で2 A/日まで増量 | <p>経口</p> <ul style="list-style-type: none"> ●各1回分を追加 <p>静注・筋注</p> <ul style="list-style-type: none"> ●プロクロルペラジン(5 mg)1 A/回点滴静注・静注・筋注 |
| ステロイド |  : ステロイドの使い方 (p.139) | |
| 消化管閉塞のある場合 | | |
| H2ブロッカーまたはプロトンポンプ阻害薬 | <p>静注・持続静注</p> <ul style="list-style-type: none"> ●ラニチジン(50 mg)1回1 A。1日4回点滴静注または生食20 mLに溶かして緩徐に静注、もしくは4 A/日持続点滴に混注 ●オメプラゾール(20 mg)1回1 V。1日2回点滴静注または生食20 mLに溶かして緩徐に静注 | |
| ステロイド |  : ステロイドの使い方 (p.139) | |
| 消化管分泌抑制薬 | <p>持続静注・持続皮下注</p> <ul style="list-style-type: none"> ●酢酸オクトレオチド300 μg/日 <p>皮下注</p> <ul style="list-style-type: none"> ●酢酸オクトレオチド1回100 μg 1日3回 | |

I はじめに

II 症状マネジメント

III エンド・オブ・ライフケア

IV 非がん疾患への緩和ケアアプローチ

V 療養場所と緩和ケア

VI 緩和ケアのスキル

VII 資料

3

消化器症状

② — 食欲低下

評価

原因を探索

- ① 食欲低下以外の症状 (疼痛・呼吸困難感・不眠など)
- ② 血液検査 (電解質異常, 微量元素欠乏など)
- ③ 腹部 X 線, CT, 腹部超音波 (消化管閉塞・便秘・腹水など)
- ④ 口腔の問題 (感染, 口内炎, 味覚障害)
- ⑤ 嚥下障害
- ⑥ 胃拡張不全症候群
- ⑦ 悪液質
- ⑧ 心理状態 (抑うつなど)

原因の治療

治療

食欲低下の治療

ケア

- 食事の工夫
- 心理的サポート
- 適度な運動・リハビリテーション
- 口腔ケア

薬物療法

- 消化管運動促進薬
- ステロイド

栄養療法の考慮

- 経腸栄養
- 高カロリー輸液
- 輸液

考慮すべきこと

- 全身状態
- 予後予測
- 本人の希望 (食べたいか)

治療目標

効果判定期間 3~7日

「食欲が改善する」
「患者の満足のいく食事・栄養治療が行われている」

いいえ

コンサルテーション

評価のポイント

- 食欲低下の原因を検索する：①食欲低下以外の症状(疼痛・呼吸困難・不眠など)、②血液検査(電解質異常、微量元素欠乏など)、③腹部X線、CT、腹部超音波(消化管閉塞・便秘・腹水など)、④口腔の問題(感染、口内炎、味覚障害)、⑤嚥下障害、⑥胃拡張不全症候群、⑦悪液質、⑧心理状態(抑うつなど)。

悪液質：がんの進行により不可逆性の代謝障害を起こし、制御不能の全身浮腫や胸水、腹水などをきたした状態。

胃拡張不全症候群：肝腫大・腹水などにより胃が圧迫されて生じる症状で、「食欲はあるが、少し食べるとお腹がいっぱいになってしまう」状態。

治療のポイント

- 食事は患者にとって重大な意味があり、食欲の低下は身体的・精神的苦痛を生じるため、包括的な支援が重要である。
- 全身状態、予後予測、患者の希望(食べたいか)などを考慮しながら治療を選択する。

ケア

- 患者の食べやすい食事の工夫(📖:次頁)や、心理的サポート(リラクセーションなど)、
- 全身状態を考慮しながら適度な運動、リハビリテーションを行う。
- 口腔内トラブルが食欲低下の原因になることがある。その場合、口腔ケアが重要である。

📖: 口腔の症状(p.88)

薬物療法

- 消化管運動促進薬(メトクロプラミド)が食欲を改善させることがある。
- ステロイドは、効果と副作用、予後のバランスを考慮して投与する。

📖: ステロイドの使い方(p.139)

- 消化管運動促進薬(メトクロプラミド)とステロイドは併用してもよい。

栄養療法の考慮

- 経腸栄養：予後が2~3か月以上あると予想され、経口摂取が困難である場合、栄養状態の改善が期待できる。患者の全身状態や症状に応じて選択する
- 終末期における輸液に関しては、ガイドラインを参考にし行う。
 - ▶ 悪液質は、積極的な非経口的栄養治療の適応ではない。
 - ▶ 原因やADLを評価し、予後が1か月以上見込める患者には、高カロリー輸液を考慮してもよい。
 - ▶ 予後1か月未満の患者の場合、1,000 mL/日以上以上の輸液は腹水、胸水、浮腫を悪化させることが多いため、輸液の減量について考慮する。
 - ▶ 予後が数週間の患者の口渇の緩和に輸液は無効であり、口腔ケアを行う。

📖: 日本緩和医療学会：終末期がん患者に対する輸液治療のガイドライン。 <http://www.jspm.ne.jp/>

治療目標とコンサルテーション

- 食欲が改善することを目標とするが、病状が進行すると食欲の回復は目標にならない。患者・家族の満足のいく食事・栄養治療を目標とする。
- 症状が改善しないとき、ステロイドや輸液を調整する時期として適切か判断できないときはコンサルテーションする。

輸液について

- 医学的には必要がないが、患者、家族が「食べられないので点滴をしてほしい」という場合のコミュニケーションの例を示す。
- 患者、家族の輸液・栄養に対する不安や思い、意味づけを傾聴し、気づかいを示す。
- 不安を助長するような輸液に関する誤解を解く。たとえば、「輸液をしないと衰弱する」「輸液をしないと命が短くなってしまう」「輸液をしないと脱水になって苦しい思いをする」「輸液をしないと入院してられない」など。
- 輸液の目的、利益、不利益について説明する。説明の際は押しつけにならないように配慮する。
- 害が少ない場合には、負担のない範囲の輸液を継続することも選択肢となる。
- 患者の意思を尊重することを患者、家族に保証する。

〈コミュニケーション例〉

「……なるほど、このままだと体力がただ落ちてしまうとお考えなのですね。それはとても心配ですよ」

→輸液をする、しないということだけではなく、背景にある患者の不安、多くは「このまま体力が落ちていくことへの不安」に焦点をあてて共感する。

「最近むくみが増えてきました。今まで点滴をしてきたのですが、かえってお体の負担になっているようです。今の状況ですと、点滴の量はやや少ないほうがむくみも減って体が動きやすくなると思います」

「呼吸がゼーゼーしているのは、心臓や肺の働きが落ちているためです。点滴は心臓や肺の負担を増すことがあり、点滴の量を少し減らしたほうがお体の負担が軽くなり、息苦しさも少なくなると思います」

「まず、体力を今以上に落とさないような方法について十分に相談してみましよう。点滴についてもまず少しの量からやってみて効果と様子を見ていきましょう。場合によっては点滴をすると(胸やお腹の水が増えて)つらくなることもありますので、注意深く様子を見ていきましょう。」

「私たち、……が〇〇さんにとって一番よい方法だと思いますが、〇〇さんはいかがですか？ 私たちは〇〇さんやご家族のお考えをうかがって、〇〇さんに一番合う方法を責任をもってお示したいと考えています。どんな場合でも、〇〇さんの意思を最大限尊重したいと思います」

食欲低下の際の食事の工夫

「食欲がないけれど、どのような物を食べたらよいかわからない」「食べる食べろと言われるが食べられない」など、食事に関する問題は患者・家族からよく聞かれる質問である。そこで、食欲がないときの食事の工夫についてまとめておく。

● 食欲の低下についての説明のポイント ●

- 患者自身が思うように食事が摂れないことにつらさを感じていることが多いため、共感的に対応する。
- 食事が摂れなくても体調管理は可能であること、食事量だけが健康の指標でないことなどを話し合う。

◆ 全体的な工夫

- 大皿ではなく小皿に、少量ずつ食べられそうな量を用意する。
- 一人ではなく、親しい人たちと一緒に楽しく食事をする。
- 入院の場合、家族に食べ慣れている物をこまめに持ってきてもらい、冷蔵庫で保存しておく。
- スパイスなど刺激のある食品のほうが摂りやすいこともある。また、コーヒーなどの嗜好品はよくないと思いこんで我慢してしまっていることもあるので、嗜好をまず尋ね、試してみてもよいことをアドバイスする。

◆ 食事の時間・回数・カロリーの工夫

- 規則正しく・時間通りにではなく、食べたい時に食べたい量を用意する。
- 栄養価や量にとらわれない。
- 胃の手術後や悪心がある場合には、少量の食事を複数回に分けて摂るようにする。
- 間食をとる：パン、カステラ、ゼリー、アイスクリーム、フルーツなど。
- 手軽に栄養補給ができるよう、好みに応じて数種類の流動食を用意しておく（1種類だと飽きるため）。

◆ 消化がよい料理

- おかゆ、うどん、雑炊など。

◆ 食べやすい料理

- 豆腐、卵豆腐、温泉卵、茶碗蒸し、そうめん、プリン、ゼリー、アイスクリーム、シャーベット、かき氷、乳酸菌飲料など。

◆ においへの配慮

- 食事のにおいが悪心を強めることがあるので、においが気になる場合は冷たくして食べる。

4

倦怠感

評価

原因を探索

- 抗がん治療（がん薬物療法，放射線治療など）
- 痛み，発熱，胸水・腹水貯留，悪液質，腫瘍（病状の進行）
- 血液検査：貧血，感染症，電解質異常（高カルシウム血症，低ナトリウム血症など）
- 抑うつ，不眠，不安
- 薬物

▶ 原因の治療

治療

倦怠感の治療ステップ

STEP 2

• ステロイド

ステロイドは
・ 効果と副作用
・ 予後
のバランスを考え投与

STEP 1

- 原因の治療
- 非薬物療法

治療目標

効果判定期間 3~7日

「症状なし」
「現在の治療に満足している」

いいえ

▶ コンサルテーション

はい

▶ ステロイドの継続・漸減

評価のポイント

- 治療可能な倦怠感の原因を探索し、治療する。
 - ▶ 眠気を生じる薬剤で減量・中止できるものがあれば中止する。日中に投与されているベンゾジアゼピン系薬剤、オピオイドの開始時から継続されている制吐薬は中止できることが多い。
 - ▶ 抑うつスクリーニングを行う。
 - ▶ 原因は複数、かつ病状の進行とともに変化するため、繰り返し評価を行う。
- 倦怠感の程度や日常生活への影響を評価し、非薬物療法を本人・家族と相談する。

治療のポイント

STEP 1

原因の治療

- 痛み、貧血、感染症、電解質異常(高カルシウム血症、低ナトリウム血症など)、不眠などの治療を行う。

非薬物療法

- 倦怠感に対する有効な薬物療法は限られているので、エネルギー温存療法、運動療法などの生活指導が重要である。
- 環境整備などの日常生活の工夫、気分転換やリラックスの方法、不安の聴取なども重要である。

エネルギー温存療法

・体力の消耗を避けるために、意図的にエネルギー消費を調節する患者と介護者によるセルフケアである。必要なものが手に届きやすいように配置すること、倦怠感の少ない時間帯を知ること、1日の中で何回かに分けて休息をとること、適度な運動を取り入れること、不眠のケアなどを行うことで、患者が大事にしたい価値ある活動(生活動作、仕事、作業など)を続けられるようにエネルギー温存の工夫を行う。

STEP 2

ステロイド

 : ステロイドの使い方 (p.139)

- ステロイドは効果と副作用(高血糖、消化管潰瘍、感染リスク、不眠、せん妄など)、予後のバランスを考えて投与する。

治療目標とコンサルテーション

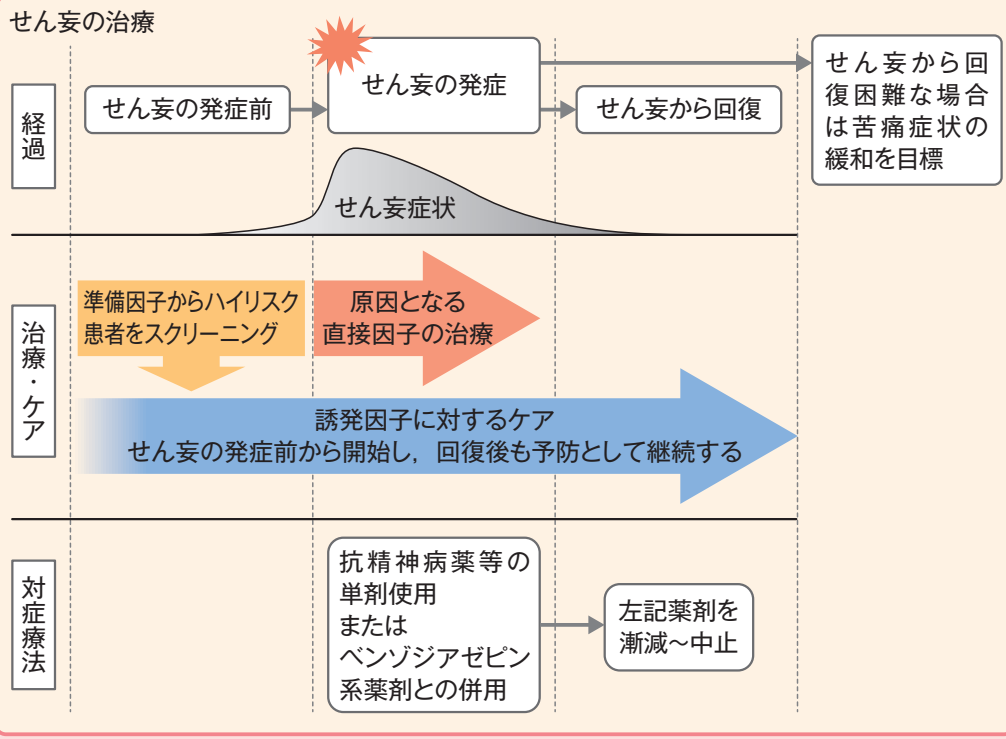
- まず倦怠感が改善することを目標に治療を行うが、病状の進行に伴い倦怠感をなくすことは難しくなることが多い。その場合、考えられる原因や治療の目標を患者と共有し、「倦怠感があっても日常生活を送ることができること」を目標とする。
- 臥床している時間がほとんどの状況では、ステロイドが有効でないことが多く、非薬物療法の工夫や検討をさらに行っていく。
- 症状が改善しないとき、ステロイドや輸液を調整する時期として適切か判断できないときはコンサルテーションする。

5 せん妄

評価

- 1 せん妄の診断
- 2 せん妄の原因を探索
 - ① バイタルサイン・血液生化学検査・頭部精査等（感染症，脱水，貧血，呼吸不全，肝機能障害，腎機能障害，高カルシウム血症，低ナトリウム血症，高アンモニア血症，中枢神経浸潤など）
 - ② 薬剤（症状発現の少し前に開始・増量したオピオイド，ステロイド，睡眠薬，抗不安薬，抗コリン作用・抗ヒスタミン作用のある薬など）
 - ③ 発熱，痛み，悪心，便秘，口渇，呼吸困難など不快な症状

治療



治療目標

治療開始後，3～7日間の効果判定の後
「せん妄から回復している」
または
「せん妄症状による苦痛が緩和されている」

いいえ

▶ コンサルテーションを検討

評価のポイント

- せん妄は一般的に、「(主に夜間)つじつまの合わない言動を認め落ち着きがなく徘徊し、時に被害妄想にとらわれ興奮状態を呈する」といった、いわゆる過活動型せん妄のイメージが強いと思われる。
- しかし、意識障害を基盤として多彩な精神症状を呈することが知られており、特に活動量の低下をきたす低活動型せん妄は、頻度が高いにもかかわらず見落とされやすいため注意が必要である。
- せん妄は何らかの要因による意識障害が存在し、注意力の低下、急性～亜急性の発症、症状の日内変動を伴うなどの特徴がある。
- せん妄はがん患者に頻度が高い病態であり、早い段階でその変化に気づき、診断・対処に結びつけることが望まれる。

せん妄の診断基準

- ① 意識の障害と、注意力の低下を認める。
- ② 症状は短期間に出現し、1日の中でもむらがあり、特に夕方～夜間に悪化する傾向がある。
- ③ 記憶障害、失見当識、知覚障害など認知症様の症状を伴う。
- ④ 既往の精神疾患(認知症や発達障害など)の増悪では説明されず、昏睡状態でもない。
- ⑤ 原因となる薬物、または身体疾患が存在する。

(米国精神医学会；DSM-5を参考に作成)

治療目標

- せん妄の回復を目的とするか、原因治療が困難であるためせん妄症状の緩和を目的とするかを患者・家族と相談し医療チームで共有する。

表22 せん妄に対する治療目標およびその対応

| | 原因の治療が可能 | 原因の治療が不可能(困難) |
|------|--------------------------------------|--|
| 目標 | ●せん妄からの回復 | ●せん妄症状による苦痛の緩和 |
| 例 | ●肺炎によるせん妄 | ●肝転移に伴う肝不全によるせん妄 |
| 薬物療法 | ●抗精神病薬を用いる。 ●ベンゾジアゼピン系薬剤の単独使用は避ける | ●睡眠の確保のため鎮静作用のある抗精神病薬や、抗精神病薬とベンゾジアゼピン系薬剤の併用を行う |
| ケア | ●見当識の回復に対する支援 ●生活リズムの補正 ●家族のケア | ●患者の不快な体験やそれに伴い混乱した状態の改善 ●睡眠の確保 ●家族のケア |

表23 せん妄の3因子と対応・ケア

| | 各因子 | 対処 |
|------|---------------------------------|---|
| 準備因子 | 高齢 認知症 脳梗塞の既往 せん妄の既往など | せん妄のハイリスク患者を同定し、誘発因子に対するケアにつなげる。 |
| 誘発因子 | 睡眠リズムの障害 | 昼と夜の区別がつくよう室内の明るさを調節するなど睡眠パターンの正常化を促し、睡眠の確保(眠前薬の調整を含め)を図る。 |
| | 時間の感覚の障害 | 時計・カレンダーを見えるところに置く。 テレビやラジオをつける。食事、入浴、散歩、睡眠など規則正しい生活を確保する。 |
| | 不快な身体症状 | 発熱、痛み、悪心、便秘、口渇、呼吸困難など不快な症状に対処する。 衣服、寝具、部屋の温度などにおいて不快な環境があれば改善する。 |
| | 不安な心理状態 | 不快な刺激となるような騒音、明るさを避ける。 家族が付き添う、日ごろ大事にしている物を傍に置くなど、患者が安心できるように工夫を施す。 |
| | コミュニケーションの障害 | コミュニケーションの補助として、補聴器、メガネ、入れ歯を使用する。 発声できない患者の場合は文字盤や筆談を用いる。 ゆっくり、はっきりとわかりやすく語りかける。 患者の自尊心を傷つけないように配慮する(話を否定したり、間違いを強く指摘しない。また「説得」を試みない)。 |
| 直接因子 | 全身状態の影響 | 感染症、脱水、貧血、呼吸不全、肝機能障害、腎機能障害、高カルシウム血症、低ナトリウム血症、高アンモニア血症、中枢神経浸潤などを探索し、可能な範囲で治療を行う。 |
| | 薬剤の影響 | オピオイド、ステロイド、睡眠薬、抗不安薬、抗コリン作用・抗ヒスタミン作用のある薬など、せん妄出現の少し前に開始・増量された被疑薬があれば、可能な範囲での中止、変更を検討する。 オピオイドが原因と考えられるときは、オピオイドスイッチングを行う。 💡: オピオイドスイッチング(p.49) 高用量のステロイドはせん妄の原因になることがあるので注意する。 |

治療のポイント

- せん妄の原因は①準備因子②誘発因子③直接因子に分けられるが、原因が単一であることは稀であり、これら3因子に合わせた多角的な介入を行う。
- 準備因子は、せん妄のハイリスクであることを意味するため、これを同定し誘発因子に対するケアにつなげる。
- 誘発因子の存在は、せん妄の発症、症状の重篤化に関連する因子であり、ケアの工夫・環境調整によりせん妄の予防・改善を促す。その重要性を医療チームで共有・理解し、ケアに取り組む。
- 直接因子は、せん妄の発症の直接的な原因となるためその治療を中心に進める(抗精神病薬による薬物療法は、対症療法であることを意識する)。

- 安全、事故（転倒・転落など）への配慮を行う。
 - ▶ルート・ドレーンなどを最小限にする（点滴は日中に行う，など）。
 - ▶障害物・危険物（はさみ，ナイフなど）の除去，離床センサーの設置を行う。
 - ▶体位変換などを計画し，褥瘡の二次障害を予防する。
- 家族へのケアとして，患者の病状に対する説明を行い，患者への対応方法を指導する。家族のつらさを理解し，声かけを行っていく。

薬物療法

- 抗精神病薬を選択する際は，①鎮静・催眠効果，②半減期，③剤型，④糖尿病の有無，などを考慮する（表24，25）。
- 高齢者・認知症患者では，嚥下障害・パーキンソン症状・アカシジアといった副作用に注意し，少量から投与を開始する。
- 定期投与は，夜間の睡眠を維持することを主な目的とし，夕～眠前のせん妄症状が増悪しそうな時間の前にあらかじめ投与する。
- 頓用は，投与後1時間で再評価を行い，1日2回まで追加する。それ以上必要なときは定時の投与量を見直し，増量を検討する。
- せん妄からの回復に合わせて，定期投与を漸減・中止してゆき，適宜頓用で対応する。

表24 抗精神病薬

| 薬剤名 | 用法 | 特徴・注意点 |
|-----------------------|--|-------------------------------|
| ハロペリドール (5 mg/A) 注 | 頓用；1回0.5 A皮下注・点滴 定期投与；1回0.5～1 A皮下注・点滴 | 経静脈投与が可能 錐体外路症状に注意 |
| クエチアピン (25 mg) | 頓用；1回1錠 定期投与；1回1～4錠1日1回（夕～眠前） | 催眠効果が強く，半減期が短い 糖尿病患者には禁忌 |
| リスベリドン (0.5mg) 液 | 頓用；1回1錠 定期投与；1回1～4錠1日1回（夕～眠前） | 液剤があり，頓用に適する 腎障害では半減期が延長する |

表25 ベンゾジアゼピン系薬剤

| 薬剤名 | 用法 | 特徴・注意点 |
|-----------------------|-----------------------|--|
| フルニトラゼパム (2mg/A) 注 | 頓用；1回0.5 A+生食100 mL点滴 | せん妄の悪化，耐性，離脱症状，呼吸抑制 ^{*1} に注意する。 |
| プロマゼパム (3mg) 坐薬 | 頓用；1個挿肛 | |
| ジアゼパム (6mg) 坐薬 | 頓用；1個挿肛 | |

^{*1}フルニトラゼパム注は呼吸抑制をきたす可能性があるため，投与前に救急処置の準備をし，適切なモニタリングを行うなど十分な配慮のもと，コントロールの困難なせん妄において使用する。詳細については添付文書を参照。

コンサルテーション


- 原因が特定されない，せん妄が緩和されない，治療目標を設定できない，抗精神病薬による副作用を生じたなどの場合はコンサルテーションをする。

家族への説明：肝不全によるせん妄の例

- 「患者さんのお話をつじつまが合わなくなっているのは、普段肝臓できれいになっている老廃物が病気のせいで身体にたまって、頭の中が半分眠っている状態になっているからです。よく皆さん思われるのですが、モルヒネや痛み、または患者さんの心が弱いせいで起きたものではありません。身体の状態を反映した変化です。対応には戸惑われると思いますが、ご家族だからこそ理解できる内容もあると思いますので、そうしたときは受け止めて頂ければと思います。それでもわからない内容は、ほんやりしたなかでお話しになっている状態ですので無理に話を修正せず、話を合わせたり身近なことに話題を変えたりする方がいいかもしれません。」
- 回復可能な場合→「この変化は、原因を治すことができれば回復すると考えられますので、数日後にもとの状態に戻っていることを目標にします。」
- 回復困難な場合→「原因を治すことができれば回復するのですが、残念ながら現在の病状では難しいと考えています。ですから、患者さんがお休みになれず、つらい体験をされている状態をお薬で和らげることを目標にしていきます。」

せん妄のよくある質問

質問 ● 1 点滴を自分で抜いてしまう

- せん妄に対する治療・ケアを十分に行う。
- 薬剤の投与時間を工夫する(せん妄症状が増悪しそうな時間の前にあらかじめ投与する)。
- 点滴の必要性について検討し、特に夜間の点滴が必要でない場合は日中のみとする。オピオイドの持続静注のためだけにされている場合は、持続皮下注射に変更する。
：持続皮下注射 (p.142)
- 点滴ルートが目に入らない、または身体に触れて不快にならない工夫をする。
- 点滴中に看護師や家族が見守る。また、マッサージや会話など患者にとって心地よい刺激を加えることにより、患者の意識が点滴以外に向くようにする。
- 点滴の自己抜去防止のための拘束はなるべく行わない(拘束が本人にとって著しい苦痛であるうえに、せん妄の誘発因子にもなりうるため)。

質問 ● 2 せん妄で使用される薬剤にはほかにどんなものがあるか？

- 他に使用される薬剤として抗精神病薬のクロルプロマジン、ペロスピロン、抗うつ薬のトラゾドン、睡眠薬(メラトニン受容体作動薬)のラメルテオンなどがある。

定時投与での処方例

- クロルプロマジン (25mg/A) 注 0.2~0.4 A+生食100 mL点滴
- ペロスピロン (4mg) 1回1~2錠1日1回(夕~眠前)
- トラゾドン (25mg) 1回1~4錠1日1回(夕~眠前)
- ラメルテオン (8mg) 1回0.5~1錠1日1回(夕~眠前)

6 気持ちのつらさ

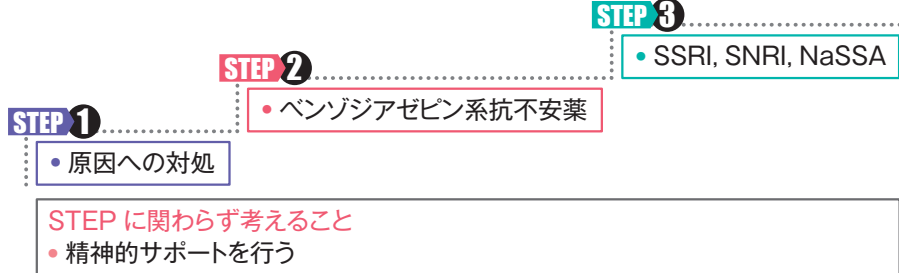
評価

1. 傾聴, 共感する
2. 何がつらいのか(原因)を探索
 - ① 心配の内容を患者や家族に聞く
 - ② 痛みなどの身体症状
 - ③ 不眠
 - ④ 薬剤のチェック
 - ・ハロペリドール, プロクロルペラジン, メトクロプラミド(アカンジアの原因になる)
 - ・ステロイド(抑うつの原因になる)
3. 専門的な治療が必要かを評価
 - ① ケアが必要な気持ちのつらさを確認
 - ② 希死念慮を確認

医療者がスクリーニングを行う

治療

気持ちのつらさの治療ステップ



いずれの段階でも, 対応に困る場合は精神科医・心療内科医にコンサルテーションを

治療目標

効果判定期間 1~3週間
「気持ちのつらさがない」
または
「生活への支障が軽度である」

いいえ

コンサルテーション

I はじめに

II 症状マネジメント

III エンド・オブ・ライフケア

IV 非がん疾患への緩和ケアアプローチ

V 療養場所と緩和ケア

VI 緩和ケアのスキル

VII 資料

評価のポイント

- 気持ちのつらさとは、精神的苦痛に関する幅広い概念であり、感情面における不快な体験全般を含む。精神科医・心療内科医などの専門家は「不安」「抑うつ」などの細かい症候に分類して対応するが、本ガイドブックの読者は非専門家を想定しており、さまざまな症状を含んだ「気持ちのつらさ」全般の対応方法として構成することとする。
- 不安は、不確実な脅威に対する心理反応である。がん患者の具体的な不安の内容として、死への恐怖、今後の生活への不安、自信・生きがいの喪失、些細な体調変化を病気の進行・再発と結びつけてしまうこと、などが挙げられる。まずは、実際にどんなことを不安と感じているのか把握する。不安の内容が解決できる現実的な問題であれば、必要な情報提供を行うなどして問題解決に取り組む。一方、解決できない将来の不安などに対しては、支持的に傾聴することが大切である。
- 患者が気持ちのつらさを体験していることは見逃されやすい。笑顔がみられず表情が固い、眠れない、原因のはっきりしない身体症状を訴えることなどが最初の徴候となる。
- 何がつらいのかを共感しながら探索する。
 - ▶ 心配の内容を聞く。
 - ▶ 最初に開かれた質問を用いて患者の心配の内容を確認する。
 - ▶ 「気持ちをつらくさせていることはどういったことですか？ つらい症状や病状に関してのご心配や、気がかりにされていることはありませんか？」
- 薬剤の副作用によるアカシジアに注意する。
- ケアが必要な気持ちのつらさかどうかを評価する。
 - ▶ 医療者がスクリーニングの間診をするか、患者が「つらさと支障の寒暖計」(表25, 図5)に記入し、以下のいずれかに該当する場合はケアが必要な気持ちのつらさが疑われる。

表25 つらさと支障の寒暖計の点数と対応

| 寒暖計 | | 対応 |
|-----|------|----------------------------|
| つらさ | 4点以上 | 気持ちのつらさがあり、治療のポイントに基づいて対応 |
| 支障 | 3点以上 | |
| つらさ | 5点以上 | 重い抑うつが疑われるため、専門家にコンサルテーション |
| 支障 | 4点以上 | |

希死念慮

- つらさの程度が強く、希死念慮がある場合は専門家にコンサルテーションする。

希死念慮の確認の仕方

家族に聞く：「死んでしまいたい、早く命を終わらせてほしいと患者さんがおっしゃることはありますか？」

患者に聞く：「気分がおつらいようですが、もうすべてを終わりにしたいとか、つらくて生きていてもしょうがないと感じることがありますか？」

図5 気持ちのつらさの評価

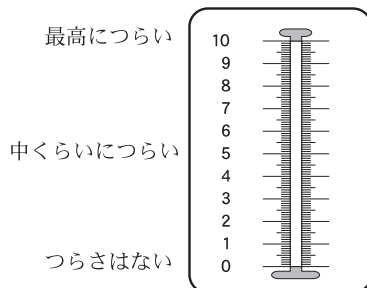
1. 問診によるスクリーニング

「気持ちが落ち込んでいますか？」の質問に「はい」, 「物事が楽しめますか？」の質問に「いいえ」のどちらか, または両方があてはまる

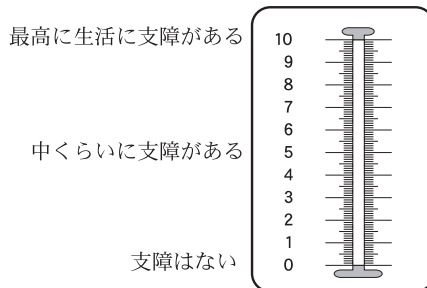
2. つらさと支障の寒暖計

「つらさの寒暖計」(左の寒暖計) 4点以上, かつ「支障の寒暖計」(右の寒暖計) 3点以上である

①この1週間の気持ちのつらさを平均して、最もあてはまる数字に○をつけて下さい。



②その気持ちのつらさのために、この1週間どの程度、日常生活に支障がありましたか？



※つらさと支障の寒暖計は、わが国のがん患者の不安、抑うつを簡便に評価するために開発された自己記入式の尺度である。

※重い精神症状のスクリーニングツールとして利用でき、その際のカットオフ値は「つらさの寒暖計」5点以上, かつ「支障の寒暖計」4点以上であり、この場合は専門家にコンサルテーションする。

(次のURLからダウンロード可: http://pod.ncc.go.jp/documents/DIT_manual.pdf)

治療のポイント

STEP1 心がからまること

- 精神的サポートを行う。患者の話に耳を傾けて受容, 共感し, 病気に伴う不安や苦悩を和らげることが, 最も基本的で重要な治療である。

STEP 1 原因への対処

- 痛み, アカシジアなどの気持ちのつらさの原因に対して介入する。

STEP 2 ベンゾジアゼピン系抗不安薬

- どの薬剤も同様の効果が期待できる。高齢者や臓器障害を有している場合, 蓄積性を考え, 半減期が短いものを使用する。

STEP 3 SSRI, SNRI, NaSSA

- いずれかを投与する。効果が発現するまで次の記処方例の量を3週間継続する。
- 薬剤選択に当たっては, 表26の特徴・副作用を参考にする。

表26 SSRI, SNRI, NaSSA

| | 特徴 | 主な副作用 |
|-------|----------------|---------|
| SSRI | 強い不安にも有効 | 悪心 |
| SNRI | 一部の神経障害性疼痛にも有効 | 悪心, 尿閉 |
| NaSSA | 不眠, 悪心に有効 | 眠気, 倦怠感 |

処方例

| | 投与例 | 効果の判定・副作用の評価 |
|---------------|--|--|
| STEP 2 | <ul style="list-style-type: none"> ●アルプラゾラム (0.4 mg) or ロラゼパム (0.5 mg) をまずは屯用で使用し, 使用回数に応じて定期投与を検討する (最大 1回2錠 1日3回まで) | <ul style="list-style-type: none"> ●1週間後に, 患者の「楽になった」との評価がなければSTEP3へ ●眠気, ふらつき, 転倒, 倦怠感が強ければ減量 |
| STEP 3 | <ul style="list-style-type: none"> ●セルトラリン (25 mg) 1回1錠 夕食後内服 1回2錠まで増量 ●エスシタロプラム (10 mg) 1回1錠 夕食後内服 ●ミルナシプラン (12.5 mg) 1回1錠 1日2回内服 ●デュロキセチン (20 mg) 1回1カプセル 朝食後内服 1回2カプセルまで増量 ●ミルタザピン (15 mg) 1回1錠 就寝前内服 1回2錠まで増量 | <ul style="list-style-type: none"> ●悪心は1週間程度で耐性を生じるので可能な限り継続。焦燥, 不眠が生じれば中止。 ●エスシタロプラムはQT延長症候群に注意し, 心電図のチェックを行う。 ●ミルタザピン, デュロキセチンは尿閉に注意 ●ミルナシプランは尿閉に禁忌 ●最大量を投与後3週間後に, 患者の「楽になった」との評価がなければSTEP3の他剤に変更。または精神科・心療内科にコンサルテーションを行う。 |

治療目標とコンサルテーション

- 1~3週間で評価する。予後が数週間の場合, すべての気持ちのつらさに対処するのは困難なので, 現実的な目標 (睡眠を確保する, 不安を部分的に軽減する) を設定する。また, 予後が数週間の場合, 抗うつ薬の効果は限定的であるため, 副作用のリスクの観点からあえて薬物治療を控えることも必要である。

気持ちのつらさのよくある質問

よくある質問 ●1 どのように患者の話を聞いていけばよいのかわからない

—— まず行うこと

- 時間をとって話を聞きたい旨を伝える (「一度, じっくりとお話を聞かせていただけませんか?」)。

—— 次に行うこと

- つらい気持ちに至った背景・困り事を探索する (「どういったことが, ○○さんをつらくさせているのですか?」「どういった点で困ってらっしゃるのか, 詳しく教えてい

- ただけますか?」「生活のご様子や、ご家族との関係はいかがでしょうか?」)。
- どの程度の苦痛かを評価する(「どのくらい、つらいお気持ちがありますか?」)。
- ※つらさと支障の寒暖計を適宜使用。

質問 ● 2 「死にたい」と言っている

— まず行うこと

- 「死にたい」という言葉は、患者の気持ちのつらさの表現であることが多い。患者のつらさを受け入れ、理解しようとしていることを伝える(「死にたいと思われるほど、つらいと感じていらっしゃるんですね」)。
- 力になろうと思っていることを伝える(「お気持ちを楽にするお手伝いをしたいと思っています」)。

— 次に行うこと

- 開かれた質問を行い、患者が「死にたい」と言うほどつらいと感じるに至った背景を把握する(「よろしければ、そのようなお気持ちになったことについて、もう少しお聞きしてもよろしいですか?」「今、一番ご心配なこと、気がかりなことをお聞きしてもよろしいですか?」)。
- 精神科医・心療内科医の受診をすすめる。

質問 ● 3 精神科・心療内科の受診をすすめる

— まず行うこと

- 気持ちのつらさを専門に診ている医師に診てもらってはどうか、と率直に伝える(「気持ちのつらさについては、ストレスの専門の医師にも協力してもらっています。一度相談してみませんか? 精神科・心療内科というと、最初は皆さんびっくりされる方が多いのですが、治療を受けて楽になったと言われる方もたくさんいらっしゃいます」)。

— 患者が受診したくないと言ったとき、まず考えること

- 受診したくないという意思を尊重したうえで、理由を把握する(「精神科・心療内科の受診をすすめられると、ためられる方も多いのですが、気になっていらっしゃることをお話いただけませんか?」)。

— 次に考えること

- 誤解があれば丁寧に説明する(誤解の例：重い精神病の患者のみがかかるところ、心を見透かされる、心の良し悪しを評価される、受診したことが皆に知られる、薬を飲み始めるとやめられなくなる、弱者のレッテルを貼られる)。
- かたくなに拒否する場合、いつでも受診できることを伝えておくとともに、機会を改めて再度すすめてみる(「受診してもいいなと思われましたら、そのときは教えていただけますか?」「先日は、精神科・心療内科への受診に抵抗があるとおっしゃっていましたが、今はいかがですか?」「普段から連携している精神科・心療内科の先生なので、安心してください」)。
- 精神科医・心療内科医に事情を説明して、間接的に関わってもらう(相談にのってもらう、カルテ診、カンファレンスへの参加など)。

7 不眠

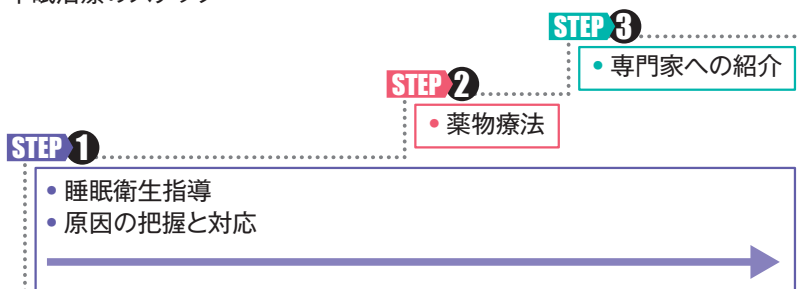
評価

1. 不眠症状の把握
睡眠状況や生活環境に関する問診（睡眠状況，睡眠タイプ，
日中の生活への支障，過去の睡眠状況，睡眠への考え方）
2. 原因を探索
 - ① 環境要因（睡眠リズムの変化，騒音，光）
 - ② 身体的原因（疼痛や呼吸困難など）
 - ③ 薬理学的原因（ステロイドなど）
 - ④ 精神医学的原因（せん妄，抑うつ）
 - ⑤ 心理的原因（ストレスや不安）

▶ 原因の治療

治療

不眠治療のステップ



治療目標

効果判定期間 1週間程度
「不眠症状の改善」
「日中の生活への支障がない」

いいえ

▶ コンサルテーション

よくある質問 1
せん妄のリスクが高い
場合の薬物療法

よくある質問 2
終末期で内服できない
場合の対応は

評価のポイント

- 夜間の睡眠障害に関連して、日中の倦怠感や注意力・集中力・記憶力の低下、気分不良、いらいら、眠気、睡眠についての心配など、日中の生活への支障が生じる場合には対応を検討する。
- 睡眠状況や生活環境に関する問診により症状を把握する(表27)。

表27 睡眠状況に関する問診内容

| | |
|---------|---------------------------------|
| 睡眠状況 | 不眠の発症時期, 原因の心当たり, 不眠以外の症状 |
| 睡眠タイプ | 入眠困難, 中途覚醒(再入眠できるか), 早朝覚醒, 熟眠障害 |
| 支障度 | 不眠の影響, 日中の生活への支障 |
| 過去の睡眠状況 | 普段の睡眠状況, 飲酒習慣, 不眠の既往 |
| 睡眠への考え方 | 理想の睡眠時間, 不眠に対する不安 |

- ▶ 年齢に従い睡眠時間は短くなるのが自然である(表28)。年齢や日中の生活への支障を考慮し目標睡眠時間を設定する。

表28 年齢と平均睡眠時間

| 年齢 | 45歳 | 65歳 | 80歳 |
|--------|-------|-----|-------|
| 平均睡眠時間 | 6.5時間 | 6時間 | 5.5時間 |

- 不眠の原因を把握する。環境要因, 身体症状のほか, 薬剤(ステロイド, オピオイド, 抗がん剤, 免疫抑制剤, 抗うつ薬), 嗜好品(アルコール, カフェイン, ニコチン), 精神医学的要因(せん妄, うつ病, 適応障害), 心理的要因(ストレスや不安)などを検討する。
- 不眠を呈する他の病態(せん妄, ケアを要する気持ちのつらさ, アカシジア, レストレスレッグス症候群, 睡眠時無呼吸症候群など)を鑑別する。

治療のポイント

STEP 1

- 不眠の原因の除去, 睡眠衛生指導(表29)は最も基本的な不眠治療である。

表29 睡眠障害対処12の指針

1. 睡眠時間は人それぞれ、日中の眠気で困らなければ十分
 - 睡眠時間の長い人、短い人、季節でも変化、8時間にこだわらない
 - 歳をとると必要な睡眠時間は短くなる
2. 刺激物を避け、眠る前には自分なりのリラクセス法
 - 就寝前4時間のカフェイン摂取、就寝前1時間の喫煙は避ける
 - 軽い読書、音楽、ぬるめの入浴、香り、筋弛緩トレーニング
3. 眠たくなってから床に就く、就寝時刻にこだわりすぎない
 - 眠ろうとする意気込みが頭をさえさせ寝つきを悪くする
4. 同じ時刻に毎日起床
 - 早寝早起きでなく、早起きが早寝に通じる
 - 日曜に遅くまで床で過ごす、月曜の朝がつらくなる
5. 光の利用でよい睡眠
 - 目が覚めたら日光を取り入れ、体内時計をスイッチオン
 - 夜は明るすぎない照明を
6. 規則正しい3度の食事、規則的な運動習慣
 - 朝食は心と体の目覚めに重要、夜食はごく軽く
 - 運動習慣は熟睡を促進
7. 昼寝をするなら15時前の20~30分
 - 長い昼寝はかえってぼんやりのもと
 - 夕方以降の昼寝は夜の睡眠に悪影響
8. 眠りが浅いときは、むしろ積極的に遅寝・早起きに
 - 寝床で長く過ごしすぎると熟睡感が減る
9. 睡眠中の激しいイビキ・呼吸停止や足のびくつき・むずむず感は要注意
 - 背景に睡眠の病気、専門治療が必要
10. 十分眠っても日中の眠気が強いときは専門医に
 - 長時間眠っても日中の眠気で仕事・学業に支障がある場合は専門医に相談
 - 車の運転に注意
11. 睡眠薬代替りの寝酒は不眠のもと
 - 睡眠薬代替りの寝酒は、深い睡眠を減らし、夜中に目覚める原因となる
12. 睡眠薬は医師の指示で正しく使えば安全
 - 一定時刻に服用し就床
 - アルコールとの併用をしない

(厚生労働省 精神・神経疾患研究委託費：睡眠障害の診断・治療ガイドライン作成とその実証的研究班。平成13年度研究報告書より)

STEP 2 薬物療法

- 原因の除去，睡眠衛生指導のみでは十分な改善が得られない場合は，短期間の睡眠薬の使用を検討する。非薬物療法も継続する。
- 高齢者，特に認知機能が低下している高齢者では，睡眠薬服用による転倒やせん妄に注意する。
- ベンゾジアゼピン系/非ベンゾジアゼピン系睡眠薬では，入眠困難には消失半減期の短い薬剤，中途覚醒や早朝覚醒には消失半減期の長い薬剤を選択する（表30）。
- 睡眠覚醒リズム障害にはメラトニン受容体作動薬（ラメルテオン）を選択する。オレキシン受容体拮抗薬（スボレキサント）は入眠困難，中途覚醒のどちらにも効果がある。これらの薬剤は耐性や依存が生じにくい。

表30 睡眠障害タイプと薬剤の選択

| 睡眠障害タイプ | 作用時間 | 分類 | 一般名 | 消失半減期（時間） |
|--------------|---------|-------------|---------|-----------|
| 睡眠覚醒リズム障害 | 超短時間型 | メラトニン受容体作動薬 | ラメルテオン | 1 |
| 入眠困難 | | 非ベンゾジアゼピン系 | ゾルピデム | 2 |
| | | | ゾピクロン | 4 |
| | エスゾピクロン | | 5～6 | |
| 入眠困難 中途覚醒 | 短時間型 | ベンゾジアゼピン系 | プロチゾラム | 7 |
| 中途覚醒 早朝覚醒 | | | ロルメタゼパム | 10 |
| | | | 中時間型 | フルニトラゼパム |

処方例**昼夜逆転傾向，日中の活動性が低い**

→ メラトニン受容体作動薬

ラメルテオン（8 mg）1回1錠 1日1回 夕食後

寝つきが悪い

→ 消失半減期の短いベンゾジアゼピン系/非ベンゾジアゼピン系睡眠薬

エスゾピクロン（1 mg）1回1～2錠 1日1回 寝る前

途中で目が覚める，眠りが浅い

→ 消失半減期の長いベンゾジアゼピン系/非ベンゾジアゼピン系睡眠薬

フルニトラゼパム（1 mg）1回1～2錠 1日1回 寝る前

STEP 3 専門家への紹介

- 非薬物療法の継続，薬物療法の併用でも改善がない場合は，他の薬剤への変更を試みる。多剤併用は推奨されない。
- それでも改善がない場合は専門医へのコンサルテーションを考慮する。

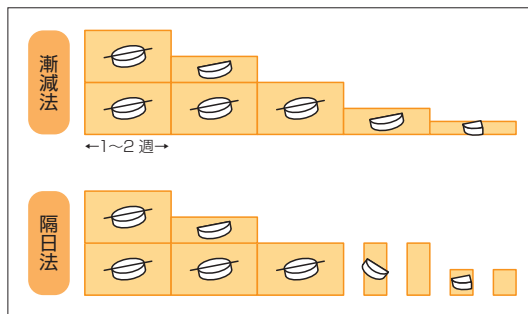
治療目標とコンサルテーション

- 1週間程度で効果を判定する。
- 治療目標は不眠症状の改善および日中の生活への支障の軽減である。
- 漫然と長期投与はしない。症状が十分に改善すれば可能な限り速やかに減量・中止を試みる。

ベンゾジアゼピン系/非ベンゾジアゼピン系睡眠薬の依存形成

- 短期間の使用では依存形成のリスクは低いが、長期服用、高用量の使用では依存形成のリスクが高まる。依存形成の主要な問題は耐性(効果の減弱)や離脱症状である。
- 長期使用した後に急に服用を中止すると、不眠の悪化、自律神経症状、不安などの症状が出現するのが離脱症状である。
- 離脱症状を防ぐには、内服中止の際には1~2週間ずつかけてゆっくりと漸減する。「漸減当初の数日は不眠症状を強めに自覚することがあるが、徐々に改善していく」と事前に患者に説明しておくが良い。
- 少量になったら頓用や隔日投与にしてから中止する方法もある(図6)。

図6 睡眠薬の中止方法



- 非ベンゾジアゼピン系睡眠薬はベンゾジアゼピン系睡眠薬に比べて耐性或離脱症状は生じにくい。ベンゾジアゼピン系睡眠薬に対する耐性は作用時間の短いものほど生じやすい。

不眠のよくある質問



質問・1 せん妄のリスクが高い場合の薬物療法

- 全身状態不良、高齢、認知機能低下、脳血管イベントの既往などせん妄のリスクが高い場合にはベンゾジアゼピン系/非ベンゾジアゼピン系睡眠薬は避ける。
- メラトニン作動薬(ラメルテオン)はせん妄予防効果があるといわれている。
- せん妄に対して有用とされる鎮静系抗うつ薬(トラゾドン、ミアンセリン)の使用を考慮する。

処方例

トラゾドン(25 mg) 1~2錠 1日1回 寝る前 または 不眠時頓用



質問・2 終末期で内服できない場合の対応は

- 終末期の場合は薬物介入の必要を慎重に判断する。
- せん妄を疑う場合はハロペリドールやクロルプロマジンの点滴静注または筋注を考慮する。過鎮静や誤嚥に注意する。
- ベンゾジアゼピン系薬剤（ミダゾラムやフルニトラゼパム）の点滴静注では呼吸抑制に注意する。
- ヒドロキシジン点滴静注やベンゾジアゼピン座薬（ブロマゼパム，ジアゼパム）の挿肛という方法もある。

文献

- 1) Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, et al : Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals : developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep* 27 : 1255-1274, 2004
- 2) Darien IL : American Academy of Sleep Medicine : American Academy of Sleep Medicine. *International Classification of Sleep Disorders*. 3rd ed. 2014
- 3) 長谷川崇, 鬼頭伸輔, 中島 亨 : 薬剤または物質誘発性の不眠. *精神科治療学* 27 (8) : 1021-1027, 2012
- 4) National Institutes of Health : National Institutes of Health State of the science conference statement on manifestations and management of chronic insomnia in adults. *Sleep* 28 (9) : 1049, 2005
- 5) 内山 真 : 睡眠障害の診断・治療ガイドライン研究会編. *睡眠障害の対応と治療ガイドライン 第2版*. じほう, 2012
- 6) 清水徹男 : “睡眠薬の現状と今後の展望 (特集 睡眠障害診療のあり方 : 内科医と睡眠専門医との連携を目指して).” *内科* 111.2 (2013) : 203-208.
- 7) 三島和夫編 : *睡眠薬の適正使用・休業ガイドライン*. じほう, 2014
- 8) Roth T, Roehrs TA, Stepanski EJ, et al : Hypnotics and behavior. *Am J Med* 88 (3A) : 43S-46S, 1990
- 9) Hajak G, Müller WE, Wittchen HU, et al : Abuse and dependence potential for the non-benzodiazepine hypnotics zolpidem and zopiclone : a review of case reports and epidemiological data. *Addiction* 98 (10) : 1371-1378, 2003
- 10) Hajak G, Bandelow B, Zulley J, et al : “As needed” pharmacotherapy combined with stimulus control treatment in chronic insomnia—assessment of a novel intervention strategy in a primary care setting. *Annals of Clinical Psychiatry* 14 (1) : 1-7, 2002
- 11) Uchiyama M, Tanaka K, Isse K, et al : Efficacy of mianserin on symptoms of delirium in the aged : an open trial study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 20 (4) : 651-656, 1996
- 12) Hatta K, Kishi Y, Wada K, et al : Preventive effects of ramelteon on delirium : a randomized placebo-controlled trial. *JAMA psychiatry* 71 (4) : 397-403, 2014

8 口腔の症状

評価

口腔内の症状の原因を明らかにする

・治療による有害事象 / 歯科疾患の増悪 / 不衛生などに起因する口腔内感染

- ①歯性病変の有無, 義歯の状態
う蝕や歯周病(歯肉周辺の炎症)の有無, 程度
→歯のグラグラ, 歯肉の発赤や腫脹, 出血など
義歯の安定, 義歯による褥瘡が粘膜にないか
- ②粘膜の状態
発赤や腫脹, 白色変化びらんや潰瘍の有無, 程度
- ③口腔の清掃状態
歯垢や歯石, 食物残渣, 舌苔, 口臭
- ④口腔乾燥の有無, 程度

治療

口腔の症状へのケアのステップ

STEP 1

- 口腔管理(いわゆる口腔ケア)
- 口腔内の保清, 保湿

STEP 2

原因の治療, 症状緩和

- 歯科との連携を検討
- 口腔の痛みの緩和のための薬物療法
- 口腔内の感染症の治療

治療目標

効果判定期間 2~5日

- 「症状が緩和してきている」
- 「経口摂取が改善している」
- 「現在の治療に満足している」

いいえ

▶ コンサルテーション

評価のポイント

- 口腔内は細菌の多い部位のため、症状がある時は何らかの局所感染が関与していることが多く、局所感染管理が症状緩和に繋がることがある。清掃状態の評価と共に、局所感染所見の有無に留意する（発赤，腫脹，疼痛の有無・程度など）（表31）。
- 口腔の乾燥状態は、様々な口腔の不快感の悪影響因子となるため、必ず評価する。

表31 がん患者によく見られる口腔の症状

- | | |
|---------------------|--------------|
| ● 口腔粘膜炎 | ● 義歯の適合不良 |
| ● 口腔乾燥 | ● 口腔内の不衛生，口臭 |
| ● 菌性感染症（う蝕，歯周病の急性化） | ● 味覚異常 |
| ● 口腔カンジダ症 | ● 顎骨壊死 |

治療のポイント

STEP 1

保清

- 歯ブラシ，清掃補助道具を用いた口内の清掃介助や，適切な口腔セルフケア指導。

保湿

- 含嗽や保湿剤による粘膜の保湿，保護。
- がん患者の多くは口腔乾燥を自覚し，それを苦痛に感じている。
- 口腔の保湿は症状を緩和し，口腔有害事象の予防に有効である。
- 口腔ケアにより不快感を緩和し，予防的な感染制御にて口腔症状の重症化を防ぐ。
- 毎日の口腔ケアの際，清掃状態，乾燥状態，感染所見の有無を確認・評価することが重要。

STEP 2 歯科との連携を検討

歯科との連携を検討

- がん患者では今まで症状がなく放置されていた菌性病巣の問題が顕在化することが多い。応急的な歯科治療によって，短時間で患者に負担をかけずに口腔の症状を緩和できる可能性がある。口腔内に問題が出現，もしくは悪化した場合，早めに歯科との連携を考慮する。
- 負担の少ない応急的な歯科処置，口腔ケアによって，口腔の不快感の緩和，経口摂取や円滑な会話の支援につながる。
- 専門的口腔ケア介入。
 - ▶ 歯科衛生士などによる専門的な口腔管理。
 - ▶ 口腔ケアが難しい方への支援（開口できない，疼痛が強い，拒否するなど）。
- 歯科疾患の応急処置。
 - ▶ う蝕，歯周病の治療，義歯の調整修理など

口腔の痛みの緩和のための薬物療法

- NSAIDs，アセトアミノフェンなどの薬物療法（重度の口腔粘膜炎の疼痛にはオピオイドの使用も検討）。
- 粘膜炎による痛みの部位への表面麻酔薬の使用（リドカインの塗布，含嗽など）。

口腔内の感染症の治療

- 口腔内に感染が成立している場合は、適切な感染症の治療を開始（抗菌薬や抗真菌薬の使用，歯科応急処置など）。

治療目標とコンサルテーション

- 口腔内の痛みの改善だけでなく，経口摂取や会話など，口腔機能の改善も目標にする。
- 口腔の問題は，口腔のさまざまな苦痛症状の中で後回しになりがちである。歯科へのコンサルテーションは予防的な観点も含め，早期に開始することが重要である。
- 院内に歯科がない場合は，地域の歯科との連携が重要となる。地域歯科との連携を円滑に行う一助として，がん患者の口腔管理を担う，質の担保された地域の歯科医院（がん診療連携登録歯科医）の名簿が公表されている。

 : [がん対策情報センターホームページ](#) :

http://ganjoho.jp/med_pro/med_info/database/dentist_search.html

9 がん治療に伴う有害事象

抗がん治療が発展するにつれて、治療の場は入院から外来に移行し、患者は長期にわたり抗がん薬投与をうけるようになった。疼痛などの緩和ケアと同様に抗がん治療による副作用(有害事象)に対する支持療法も重要である。がん薬物療法において、静脈投与とともに経口抗がん薬の種類が増え、また、薬剤は、従来から使用されている殺細胞性抗がん薬のほか、特定の腫瘍増殖に関連する分子を標的とした分子標的治療薬や、がん細胞の免疫逃避機構を阻害することで腫瘍増殖を抑制する免疫チェックポイント阻害薬などが継続して開発されており、臨床で遭遇する副作用(有害事象)も多岐にわたっている。静脈投与に比べて経口抗がん薬は簡便に服薬できるが、有害事象の頻度は変わらない。ここでは、抗がん薬による主な有害事象とその初期対応についてふれる。

(1) 発熱

① 発熱性好中球減少症

がん薬物療法中の発熱でまず注意が必要なのは、発熱性好中球減少症(好中球数 $500/\mu\text{L}$ 未満、または $1,000/\mu\text{L}$ 未満で48時間以内に $500/\mu\text{L}$ 未満に減少すると予測される病態)かつ、腋窩温 37.5°C (口腔内温 38.3°C)以上の発熱を生じた場合(表32)である。がん薬物療法中、骨髄抑制による好中球減少時に生じ、肉腫以外の固形癌患者の約1~30%で出現し、血液腫瘍では増加する。易感染状態で、時に重篤な敗血症になりうることから、適切な初期対応が求められる。MASCC(国際がんサポーターティブケア学会; Multinational Association of Supportive Care in Cancer)の定めるリスク分類(表33)にしたがって、低リスクであれば、経験的抗菌薬投与(フルオロキノロン+アモキシシリン/クラブラン酸<またはクリンダマイシン>)併用療法や、モキシフロキサシン単剤治療など)を行い3日以内に効果判定し、無効であれば速やかに感染の再評価と高リスク群と同等の入院治療を行う。高リスク群では入院による抗菌薬の点滴治療が基本である。

表32 骨髄抑制の重症度評価

| | Grade 1 | Grade 2 | Grade 3 | Grade 4 | Grade 5 |
|--------------|--------------------------|----------------------------|--|----------------------|---------|
| 血液およびリンパ系の障害 | | | | | |
| 発熱性好中球減少症 | — | — | ANC $<1,000/\text{mm}^3$ で、かつ、1回でも 38.3°C を超える、または1時間を超えて持続する 38°C 以上の発熱 | 生命を脅かす; 緊急処置を要する | 死亡 |
| 臨床検査 | | | | | |
| 好中球減少 | $<LLN-1,500/\text{mm}^3$ | $<1,500-1,000/\text{mm}^3$ | $<1,000-500/\text{mm}^3$ | $<500/\text{mm}^3$ | — |
| 白血球減少 | $<LLN-3,000/\text{mm}^3$ | $<3,000-2,000/\text{mm}^3$ | $<2,000-1,000/\text{mm}^3$ | $<1,000/\text{mm}^3$ | — |

ANC (Absolute Neutrophil Count) : 絶対的好中球数, LLN (Lower Limit of Normal) : 施設基準下限 (日本臨床腫瘍研究グループ (JCOG) : 有害事象共通用語基準 (CTCAE) v4.0日本語訳JCOG版より)

②—その他

がん薬物療法と並行して、骨転移症例ではビスホスホネート製剤を3~4週毎に定期的に投与し、投与後1~2日間発熱を認めることがある。この際は、非ステロイド性消炎鎮痛薬 (NSAIDs) やアセトアミノフェンにより対処する。

(2) 消化器症状

①—悪心・嘔吐

抗がん薬の代表的な副作用であるが、現在、制吐剤開発、投与方法が確立し、以前に比べてコントロールが可能になっている。しかし、患者にとっては直接食事に関連するため、軽微であっても出現する症状への対処が必要である。抗がん薬の静脈投与時には、催吐リスクに応じて急性悪心嘔吐に対する予防的制吐薬 (5-HT₃受容体拮抗薬, NK₁受容体拮抗薬, コルチコステロイド) が投与される。遅発性悪心嘔吐に対しては、減量したステロイドを数日使用することが一般的である。経口抗がん薬においては、催吐リスクは中等度であっても慢性的に症状が続くため、見逃されやすい。この際は一般的な制吐剤 (メトクロプラミドなど) を使用するが (◆: 消化器症状: ①悪心, 嘔吐 (p.62)), 制吐剤による錐体外路症状出現に注意が必要である。また、抗がん薬治療に対する不安など予測性嘔吐を認める場合には、抗不安薬 (アルプラゾラム, ロラゼパムなど) が有効である (表34)。

②—下痢

抗がん薬治療時に出現する下痢には、抗がん薬による腸管粘膜障害、感染によるものがある。腸管粘膜障害を生じやすい殺細胞性抗がん薬は表のとおりである (表35)。これらの殺細胞性抗がん薬の投与中の下痢で、感染徴候を伴わない場合は、下痢の程度により初期治療を行う。下痢便回数が4~6回以上の増加 (CTCAE〈Common Terminology

表33 発熱性好中球減少症のリスク分類

| MASCCスコア分類 (低リスク群21点以上, 高リスク群20点未満) | | |
|-------------------------------------|--------|----|
| FNの症状 | 症状なし | 5点 |
| | 軽度の症状 | 5点 |
| | 中等度の症状 | 3点 |
| 収縮期血圧が90mmHg未満でない | | 5点 |
| COPDを合併していない | | 4点 |
| 固形がんあるいは真菌感染既往のない血液腫瘍 | | 4点 |
| 点滴を必要とする脱水なし | | 3点 |
| 発熱時に外来管理下 | | 3点 |
| 年齢60歳未満 | | 2点 |

FN (Febrile Neutropenia) : 発熱性好中球減少症

COPD (Chronic obstructive pulmonary disease) : 慢性閉塞性肺疾患

表34 悪心・嘔吐の投与薬剤例

- ロラゼパム 1回0.5～2 mg 治療前夜，当日朝に経口投与
- アルプラゾラム 0.4～0.8 mg。高齢者は1.2 mg/日まで。1日3回治療前夜より開始

表35 下痢を生じやすい殺細胞性抗がん薬

- イリノテカン
- シスプラチン
- フッ化ピリミジン系(5-FU, TS-1 など)
- メトソレキセート
- アドリアマイシン
- エトポシド など

表36 下痢軽症時(Grade1～2：排便回数が6回以下の増加)の初期対応

- ① 対症療法
アルコール，刺激物を避ける，水分摂取
 - ② 薬物治療
ロペラミド：初回投与量4 mg，継続投与量2 mg 4時間毎，下痢の度に追加
- ①②で12～24時間以降も下痢が継続，悪化する場合は補液，オクトレオチドなどを考慮

Criteria for Adverse Events) Grade1～2)では，食事内容の見直しとともに，薬物療法としてロペラミドを使用する(表36)。1日以上継続し悪化する場合は，発熱や他の症状も発生する場合は重症化のリスクがあり，入院も含めて治療を行う。また，もともと緩下剤や大腸刺激性下剤常用の慢性便秘患者がこのような抗がん薬を使用することで，下剤が不要になることもあるため，服薬内容の確認が必要である。イピリムマブ，ニボルマブなど免疫チェックポイント阻害薬においても下痢は比較的頻度が高い有害事象である。CTCAE Grade1(軽症：ベースラインと比べて4回未満の排便回数増加)では対症療法(ロペラミド投与，電解質補正，経口水分摂取など)になるが，悪化傾向を認める場合は，早期のステロイド投与が必要になる。なお，がん患者に併発する下痢の他の原因(偽膜性腸炎など感染症等)についても鑑別しておく必要がある。

③ 一口内炎

下痢と同様に抗がん薬による粘膜障害と好中球減少時の感染が原因に挙げられる。特にフッ化ピリミジン系経口抗がん薬で頻度が高く，口腔内清浄，事前の歯科治療(う歯治療，歯石除去など)による予防が重要である。発生した口内炎に対しては，鎮痛剤，アズレンなど粘膜保護剤含嗽，ステロイド軟膏，低出力レーザーが有効である。ときにカンジダなどの真菌やヘルペスなどウイルス感染もみられるため遷延する際は留意が必要である。

(3) 皮膚障害

抗がん薬による皮膚障害には，ざ瘡様皮疹，手足症候群，爪囲炎などがあるが，日常生活に影響を与えることが多く，対処が必要であるが，軽視されやすい。

手足症候群(Hand-Foot Syndrome：HFS)は，手足の皮膚や爪にみられる皮膚症状で，フッ化ピリミジン系抗がん薬や分子標的治療薬で出現する(表37)。いずれも重症度によって抗がん薬の減量中止も考慮するが，初期症状を認めたら，直ちに，保湿・清潔を保ち，刺激を避けるよう保護することが基本で，重症度によりステロイド外用など

投与する(表38)。キナーゼ系分子標的治療薬では休薬により速やかに軽減する。いずれの場合も、正しいスキンケアと生活上の指導をすることで、症状悪化を予防することにつながる。

表37 手足症候群を生じやすい薬剤について

| | 殺細胞性抗がん薬 | 分子標的薬 |
|------|--|--------------------------|
| 原因薬剤 | フッ化ピリミジン系薬剤(5-FU, カペシタビン, TS-1), ドキソルビシン, シタラビン, エトポシド, ドセタキセルなど | ソラフェニブ, スニチニブ, レゴラフェニブなど |

表38 手足症候群の対処

① 保湿

ヘパリン類似物質含有軟膏, 尿素含有軟膏(びらん部は避ける), ビタミンA含有軟膏白色ワセリンなどを入浴後に塗布

② 外用薬

症状が強い部分は保湿剤塗布後に, strong class以上のステロイド剤を塗布する。二次感染が疑われる場合は抗菌薬を考慮する。

③ 保護

靴の選択, 負担のかかる運動の制限(長時間歩行, ランニング), 手袋靴下の使用, 入浴の温度, 日焼け対策

コラム | ニボルマブの副作用

ヒトPD-1に対するヒト型IgG4モノクローナル抗体であるニボルマブといった免疫チェックポイント阻害薬の使用頻度が増加している。これらの有害事象は、過度の免疫反応に起因する免疫関連性有害事象と称され、下痢などの消化管障害や肝・腎機能障害、間質性肺疾患、心血管障害、甲状腺炎、下垂体炎など多岐にわたり、これまでのがん薬物療法では見られなかった有害事象が生じることがある。これらの免疫関連有害事象は、投与1~3カ月以降に発現することもあり、また重症度によってはステロイドの投与が必要なため注意が必要である。状況によっては、がん薬物療法担当医と連携を行う。

(参考：小野薬品工業株式会社オプジーボ® 安全性適正使用情報。 <https://www.opdivo.jp/contents/report/>)

III エンド・オブ・ライフケア

1 アドバンス・ケア・プランニング

(1) いのちの終わりを認識したとき

治療不能ながん患者に対する早期からの緩和ケアにおいては、症状マネジメントに加えて、正確な症状説明をもとに、今後の治療とケアの目標を話し合うこと、がん治療に関する意思決定支援、終末期医療に関する計画など、アドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning: ACP)を行ってゆくことの重要性が示唆されている^{1,2)}。

ACPは、一般的には「将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療・ケア・療養に関する意向、代理意思決定者などについて患者・家族等、そして医療者があらかじめ話し合うプロセス」と定義される。

ACPにおいて最も重要なのは、患者の望んでいる具体的な治療・ケアそのものだけでなく、それを決めるまでのプロセスであるとされている。つまり、①あらかじめ代理意思決定者(意思表示できなくなったときに、自分の代わりに判断してくれる人)を選定し、②患者と代理意思決定者が、病状を共有したうえで、患者が生活や療養で何を大切にしているか、何を希望しているかを話し合い、③それを医療者とも共有してゆくことで、たとえ患者が終末期に意思決定能力を失っても、代理意思決定者は医療者とともに、直面する複雑な医療状況に対応することが可能になるとされている。この①～③のプロセスこそが、ACPそのものである。

ACPを行うことで、終末期における患者の希望が尊重され、遺族の満足度が高く、遺族の抑うつ、外傷後ストレス症候群や不安障害が減少することが明らかとなっている¹³⁾。

(2) ACPに際しての心構え

(1) 患者・家族等の生活と価値観を知り、患者にとっての最善の選択をともに探索する

医療者は、患者にとって最善の医療を行うために、また、こころの負担を最小限にするためにも、意思決定の責任の一端を引き受け、患者・家族等とともに意思決定を行うことが大切である。そのためには、患者の今までの人生の過ごし方、生活、価値観などについて共有し、治療やケアのゴールを明確にし、「これからどのように過ごしていきたいか」を話し合う必要がある。

(2) ACPを円滑に行うために一最善を期待し、最悪に備える(Hope for the best, Prepare for the worst) コミュニケーションを心がける

がん患者・家族等と、今後の治療・ケアや療養の場の調整を行うときには、「もし悪くなったらどうするか」だけが話の焦点となり、患者にとって悪い話題ばかりになることがある。時に患者は、「縁起でもない」「希望がない」と感じて、外来から足が遠のくことすらある。病気の早期から一貫して、患者の最善を期待し、患者が現在大切にしていることや、希望が最大限達成できるような支援やコミュニケーションを行う一方で、(あってほしくはないけれど)最悪の事態を想定し、「もしものときにどうするか」について、患者の考えや価値観、具体的な選択肢を話し合うことが重要である。

(3) あなたのことを心配している、支援したいと考えていることを直接伝える

意思決定は、時につらい現実を患者に突きつけることにつながる。患者と今後のこと

を話し合うときに、「今の状態でずっと良い状態でいられることを願っているけれど、もしかすると、可能性として、病気が進行することがある。そうなったときの〇〇さんのことが心配になっている」ということを率直に伝えるとよい。「そのうえで、あらかじめ、もしものときのことを相談し、準備をする」というスタンスが重要である。

(4) 代理意思決定者とともに行う

終末期においては、患者の意思決定能力がなくなり、代理意思決定者と意思決定を行わざるをえなくなることがある。しかしながら、代理意思決定者の多くは患者とあらかじめ病気やその治療について話し合っていないことが多い(患者も家族等もお互いの負担になることを避けたいと考えるあまり先送りしてしまう傾向がある)。そのため、事前に代理意思決定者を患者に選定してもらい、その人とともに、ACPのプロセスを進めていくことが望ましい(事前指示書の介入がうまくいかない1つの理由として、事前指示書が患者のみで作成されているため、その背景にある価値観が代理決定者と共有されないことが挙げられている)。患者には、あらかじめこのように尋ねる。

- 「万が一、体調が悪くなった場合、ご自分の意向を医療従事者に伝えることができなくなることがあります。そのような場合に、〇〇さんが大切にしていることがよくわかっていて、〇〇さんになりかわって、治療などの判断ができる方はどなたになりますか？」
- 「もし、よろしければ次回の外来までにその方に〇〇さんのお気持ちを伝えて、一緒に外来に来ていただくことは可能ですか？」

代理意思決定者には、可能ならば外来とともに通院してもらうことをお願いし、もしものときに患者になり代わって、患者の推定意思(患者だったらどう判断するか)を代弁してもらうように依頼する。こうすると、代理意思決定者は自分に課せられる大きな役割を自覚し、その時点から外来以外の日常生活の場でインフォーマルなACP(患者と代理意思決定者の価値観の共有)が継続的に行われることにつながる。

(5)「もしも」のときについて話し合いを始める—経験を尋ね、探索する

多くの患者は、これからの病状の進行や先行きの見通しについて不安をもっているが、それを顕在化させることにおそれをもっている(口に出すことで、改めて現実と直面してしまいつらくなると話す方も多い)。また、「家族や医療者に余分な心配をかけたくないから」と、相談できないでいることも多い。

非侵襲的なコミュニケーションを行うために、次のように経験を尋ねるコミュニケーションで導入するとよい。「経験がある」と患者が答えたときには、(その話題は話してもよいというサインだと理解して)その内容を深く探索するとよい。患者がいつでもコミュニケーションを中止できるように配慮して行う。

- 「万が一のことを考えてお聞きするのですが、病状がもし進行してしまったらどうしようと考えていることはありますか？」
- 「今はもちろん問題ないと思うのですが、もしも病状が進行して、身の回りのことができなくなったらどうしようと考えたことがありますか？」
「もしよかったら、どんなことを考えたかを教えていただけますか？」
「それは、どうしてですか？」
「そのことについてご家族で話し合ったことはありますか？」

- コミュニケーションのなかでは、つねに患者の感情に注目し、つらそうな表情や行動があったらそこで中止し、話題を変更することを心がけるとよい。

(6)「大切にしていること」「してほしいこと」「してほしくないこと」、そしてその理由を尋ねる

実際に病状が進行した場合に「どこでどのように過ごしたいか」「どのような治療を望むか」について話し合うときには、「してほしいことや」「大切にしたいこと」に加えて、「してほしくないこと」についても話し合い、その理由と背景にある価値観を患者—代理意思決定者—医療者間で共有することが肝要である。具体的な希望や選択の背景にある「価値」を共有すると、複雑な臨床現場で起こる意思決定において貴重な道しるべとなる。実際には、以下のように尋ねる方法がある。

- 「〇〇さん、これからの生活で一番大切にしたいと思っていらっしゃることはどんなことですか？もしよろしかったら教えてください」
- 「今後治療やケアを受けていくうえで、これだけはしたくない、してほしくないということがありますか？もしよければ具体的に教えてください」
- 「そうですか、そうお考えになる理由をよろしければ教えてくださいいただけますか？」

(7) 自分だけで抱え込まず、看護師やソーシャルワーカーをはじめとする医療スタッフや緩和ケアチームに相談する

患者—医師関係が良い医療者ほど、患者の受ける気持ちのつらさをおもんばかって、悪い知らせ（治癒が困難なこと、予後、終末期の療養場所など）を伝えることをためらう傾向にある。このようなときには、看護師をはじめとする医療スタッフ、地域のがん診療拠点病院の緩和ケアチームの力を活用するとよいかもしれない。また、療養場所の選択にあたっては、ソーシャルワーカーや緩和ケアチームが地域の緩和ケアに関するリソースを熟知しており、助けになることが多い。

文献

- 1) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al : Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 363 (8) : 733-42, 2010
- 2) Yoong J, Park ER, Greer JA, et al : Early palliative care in advanced lung cancer : a qualitative study. *JAMA Intern Med* 173 (4) : 283-90, 2013
- 3) 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

2 死が近づいたとき

(1) 死が近づいたときとは？

この項目では、「死が近づいたとき」として死亡前1週間程度を対象とし、それに臨終前後の時期も含めるものとする。

(2) 死が近い時期における評価

1—予後の予測

- ① 死が近い時期における予後の予測は困難である。
- ② 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。
- ③ 予後の予測は、医療チーム・多職種チームによって行うことが望ましい。

2—死の自然の過程の徴候

死の自然の過程の徴候を表1に示す。これらの徴候が患者に起こることを必要に応じて家族に説明する。

表1 死の自然の過程の徴候

| | | | |
|---------|---|-----|--|
| 予後1週間程度 | 終日臥床状態 半昏睡/意識低下 経口摂取がほとんどできない 錠剤の内服が困難 | その他 | 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・便失禁 意識レベルの低下 血圧の低下 頻脈/徐脈/不整脈 |
| 予後1~3日 | 死前喘鳴 | | |
| 予後1日以内 | 下顎呼吸 四肢のチアノーゼ 橈骨動脈の拍動消失 | | |

3—苦痛(つらさ)の再評価

- ① 現在行っている検査・治療・ケアに伴う苦痛がないかを評価し、不必要な場合は中止したり頻度を減らす。
 - 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、降圧薬などの使用
 - 水分や栄養の補給
 - 体位変換などのケア
 - その他、ルーチンで行っていること など
- ② 患者の気がかり(心配、不安、おそれなど)がないかを評価する。
 - 痛みでもがき苦しむのではないか
 - 治療やケアが、自分の意向や希望に沿って行われるかの心配
 - つらい状況で亡くなった方の記憶
 - 家族への負担になっているのではないか
 - 死や死の過程へのおそれ など

③患者の意向・希望の中で、実現可能でかなえられていないことはないか？

(3) 死が近い時期における治療・ケア

1—治療・ケアの方針の決定

①治療・ケアの方針を決める際に考慮すること

- 医学的適応の検討
- 患者・家族の意向の確認
- 患者・家族・医療者による合意の形成
- 多職種チームでの関わり

2—症状緩和のための薬物療法

①目標

- 患者の苦痛が、できるだけ少なくなることもしくは患者・家族が許容できる程度になること

②留意する点

- 使用中の薬剤の増量・減量・中止，あるいは薬剤の変更
- 投薬に伴う苦痛ができるだけ少なく，確実に投与できる経路の選択
- 予測される症状変化への対処法を予め指示する

3—死が近い時期におけるケア

①目標

- 患者が快適に過ごせること
- 患者・家族の苦痛ができるだけ少なくなること

②具体的なケアの項目

- 口腔ケア
- 排泄ケア（排尿，排便）
- 体位変換
- 褥瘡の予防・ケア
- 保清（清拭など）
- 環境整備 など

(4) 患者・家族への説明・配慮

- 病状について患者自身の認識を確認する。
- 病状について家族の認識を確認し説明する。
- 治療・ケア，療養場所について患者・家族の希望を確認する。
- 患者・家族の心情・感情，信条・信念に配慮する。
- 患者・家族の事情に配慮・社会的支援を行う。
- 患者への接し方を家族に説明・アドバイスする。
- 家族の疲労や健康状態に配慮する。

※具体的に家族の心配を開かれた質問できく。以下のような質問をされることが多い。

- 「これからどうなるのでしょうか」
- 「苦しさは増すのでしょうか」

- 「つじつまが合わず、いつもと様子が違います」
- 「のどがゴロゴロして苦しそうです」
- 「食べられないので、衰弱しないかと心配です」

➔ 家族への説明の際にパンフレットを活用するとよい

📄：がん対策のための戦略研究『緩和ケア普及のための地域プロジェクト』パンフレット等。

<http://www.gankanwa.umin.jp/pamph.html>

(5) 患者・家族と医療者とのコミュニケーション

①患者・家族への支え

- 傍らにること
- 傾聴と共感
- 希望を支えること
- 誠実、正直、穏やか、オープンであること

②患者・家族間のコミュニケーションの援助

- 患者・家族のスタイルを尊重する
- 患者のそばに家族がいられるよう配慮する
- 正直でオープンなコミュニケーションを促進する

(6) 看取りに際しての配慮

- 看取りに立ち会いたい人と、その連絡方法を前もって確認しておく
- 関わっていた医療者への連絡を行う
- 看取りの場にふさわしい雰囲気づくりをする
- 適切なタイミングで死亡確認を行う
- 患者、家族へのねぎらいの言葉をかける
- 家族が十分に別れのときをもてるように配慮する
- 家族に死亡診断書について説明し渡す

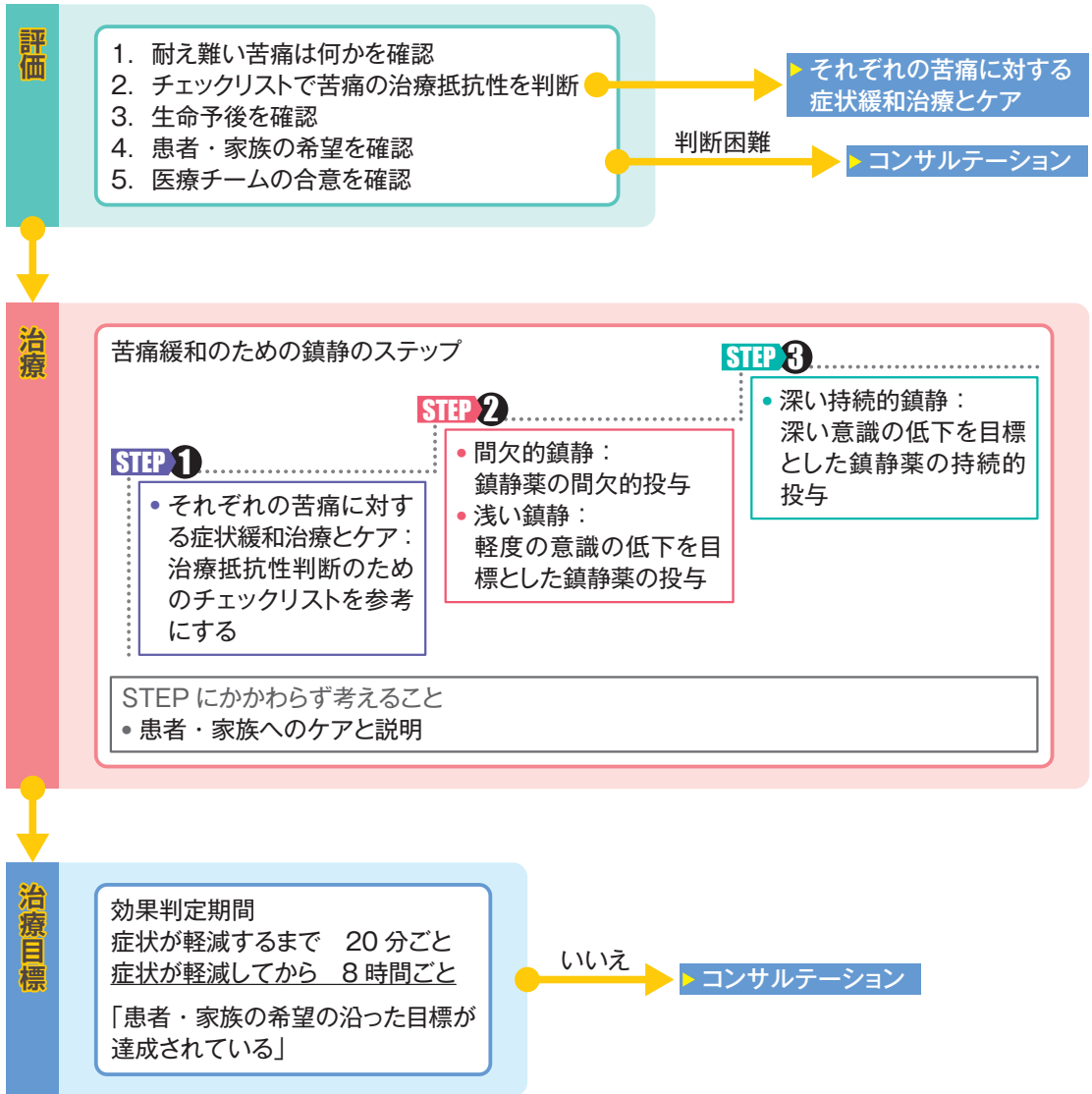
(7) 死別後のケア

- 死後の清拭への遺族の参加を促す。
- 様子伺いの手紙を書いたり、遺族会の開催によって遺族ケアを提供する施設もある。
- 病的悲嘆が予測される場合は、精神科やカウンセリング等の専門的なサポートを紹介する。
- 遺族の健康状態に配慮する。

(8) 専門家へのコンサルテーション

- 患者の苦痛が緩和されないとき
- 患者・家族へのケアの方法がわからないとき
- 患者・家族と医療者とのコミュニケーションがうまくいかないとき
- 患者・家族間のコミュニケーションがうまくいかないとき
- 家族の悲嘆が強いとき

3 苦痛緩和のための鎮静



概要

- この項目では、患者が耐えがたい苦痛を訴え、それが鎮静以外の方法では緩和できない治療抵抗性である場合の対処を示している。
- 緩和ケア病棟で緩和ケアを受けているがん患者の約15%に対して、死亡前に症状緩和治療の一つとして苦痛緩和のための鎮静が施行される。
- 緩和ケア専門家を含む多職種チームにより、苦痛と全身状態、生命予後を適切に判断することが重要である。
- 鎮静について患者・家族の意思確認を行い、適切に説明することが必要である。

評価のポイント

- 耐えがたい苦痛とは、患者自身が耐えられないと表現するか、患者にとって耐えられないことが推測される苦痛のことをさす。
- 治療抵抗(refractory)の苦痛とは、可能なすべての治療が無効であるか、患者の状態から合併症の危険性と侵襲を許容できる有効な治療手段がない苦痛である。チェックリスト(表2)を使用して治療抵抗性を判断する。
- 耐えがたい苦痛で治療抵抗性のために鎮静の適応となる主たる症状は、せん妄、呼吸困難であり、時に消化管穿孔や出血などに伴う激しい痛みである。
- Palliative Performance Scale (PPS), Palliative Prognostic Index (PPI) (◇: p.18)を用いて生命予後を予測する。鎮静を考慮するのは生命予後が2~3週以内と予測される場合であり、持続的鎮静の対象となる患者の生命予後は、通常数日以下である。

治療のポイント

STEP 1 それぞれの苦痛に対する緩和治療とケア

- 治療抵抗性判断のチェックリスト(表2)を参考にして、まだ検討していない治療について確認する。有効な可能性のある治療やケアがある場合、あらかじめ評価を行う期間(数日程度)を限定して治療やケアを行い、有効かどうかについて評価する。

STEP 2 間欠的鎮静または浅い鎮静

- 間欠的鎮静では、一定期間(数時間)鎮静薬を投与した後に中止することで、一時的な意識低下により苦痛緩和を図った後意識が回復するようにする。
- 浅い鎮静は、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目標として薬剤投与量の調整を行う。

STEP 3 深い持続的鎮静

- 言語的・非言語的コミュニケーションができないような、深い意識の低下を目標として薬剤投与量の調整を行う。中止する時期をあらかじめ定めずに(多くは結果的に死亡まで)鎮静薬を持続的に投与する。

- 患者・家族への説明(表3)とケア(表4)

- 鎮静を行う目的と目指す状態、出現する利益と不利益などについて十分に説明する必要がある。
- 本人の苦痛が十分に和らぐことが、家族のケアにもつながる。そして家族が心の準備をできるように説明すると同時に、つらい思いに対する傾聴を行うことが大切である。

表2 治療抵抗性判断のチェックリスト

| 苦痛症状 | 考慮すべき対応 |
|--------|---|
| せん妄 | 治療可能な原因の探索と治療（高カルシウム血症などの電解質異常，脱水，感染症，血糖異常，低酸素血症，脳転移，せん妄を来たす薬剤） 環境調整（家族の付き添い，ベット周囲の環境整備） 身体的苦痛の緩和（疼痛・呼吸困難などの苦痛緩和，尿閉，宿便による不快の改善） 抗精神病薬の投与 |
| 呼吸困難 | 治療可能な原因の探索と治療（胸水，心嚢水，腹水，肺炎，がん性リンパ管症，気道狭窄，上大静脈症候群，気胸，心不全，不安） 酸素投与 モルヒネの投与 不安の対処（抗不安薬，精神支援，リラクセーション） |
| 疼痛 | 治療可能な原因の探索と治療（骨折の固定，膿瘍のドレナージや抗菌薬投与，消化管穿孔に対する外科治療） オピオイド鎮痛薬，非オピオイド鎮痛薬，鎮痛補助薬の十分な投与 神経ブロック，放射線治療 |
| 悪心・嘔吐 | 治療可能な原因の探索と治療（高カルシウム血症，脳転移，消化管閉塞，便秘，消化性潰瘍，悪心・嘔吐を来たす薬剤） 制吐薬投与（ドパミン拮抗薬，ヒスタミンH ₁ 拮抗薬，セロトニン5-HT ₃ 拮抗薬，抗コリン薬，ステロイド） 消化管分泌抑制薬投与（オクトレオチド，抗コリン薬，制酸薬） 経鼻胃管の挿入 |
| 気道分泌過多 | 治療可能な原因の探索と治療（肺炎，心不全，食道気管支瘻，気管支漏，輸液過多） 喀痰ドレナージ（気道吸引，体位ドレナージ） 抗コリン薬投与 |
| 倦怠感 | 治療可能な原因の探索と治療（高カルシウム血症，低ナトリウム血症，感染症，貧血，脱水） 抑うつ，せん妄，アカシジアとの鑑別 ステロイドの投与 |

- 鎮静実施の決定は，医療チームが責任を共有することを家族に明確に示す必要がある。
- 家族の精神的つらさが和らぎ，遺族となった後も後悔や罪悪感を体験しないように支援を行うようにする。

治療目標とコンサルテーション

- なるべく意識レベルや身体機能に与える影響が少ない方法で苦痛緩和できるようにする。
- 医療チームでカンファレンスを行い，患者・家族の希望に沿った治療目標を設定する。
- 不安，抑うつ，心理実存的苦痛も鎮静の対象になりうるが，通常これらの苦痛が単独で深い持続的鎮静の対象になることは少ない。鎮静の適応を考える場合には専門科にコンサルテーションすることが望ましい。
- 詳細については，日本緩和医療学会「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」を参照し，専門家にコンサルテーションすることが望ましい。

表3 鎮静を行う際に必要な説明

| | |
|---------------------|---|
| 全身状態と予後予測 | <ul style="list-style-type: none">● 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 |
| 治療抵抗性の苦痛 | <ul style="list-style-type: none">● 治療抵抗性の苦痛の存在とその原因● 鎮静以外で苦痛緩和が得られないと判断した根拠 |
| 鎮静の目的と方法 | <ul style="list-style-type: none">● 苦痛の緩和である● 意識を低下させる薬剤を投与する● 全身状態に応じて中止することができる |
| 鎮静が与える影響 | <ul style="list-style-type: none">● 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 |
| 鎮静後の治療やケア | <ul style="list-style-type: none">● 苦痛緩和のための治療やケアは継続される● 患者・家族の希望が反映される |
| 鎮静を行わなかった場合に予測される予後 | <ul style="list-style-type: none">● 他の選択肢● 苦痛の程度● 予測される状態 |

表4 家族の精神的つらさを和らげるケア

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">● 鎮静開始後、効果を定期的に評価し、苦痛緩和が達成されるよう迅速に修正する |
| <ul style="list-style-type: none">● 病状の経過にしたがって患者・家族が必要とする情報を十分に提供する<ul style="list-style-type: none">・ 鎮静以外の手段について十分に検討し施行したが有効ではないこと・ 鎮静によって生命が短縮する可能性は一般的に少ないこと |
| <ul style="list-style-type: none">● 意思決定過程を共有し家族に決定を一方的にゆだねない |
| <ul style="list-style-type: none">● 家族の心配や不安を傾聴し、悲嘆や身体・精神負担に対する十分な支援を行う |

処方例

| | 定期投与 | 苦痛悪化時 |
|--|---|---|
| <p>STEP 2 間欠的鎮静</p> | | <p>点滴静注 ミダゾラム (10 mg/A) 1 A + 生食 100 mL を患者の状態を観察しながら苦痛が取れるように投与量を調節。 フルニトラゼパム (2 mg/A) 0.25 A ~ 1 A + 生食 100 mL を患者の状態を観察しながら苦痛が取れるように投与量を調節。 坐薬 ブロマゼパム坐薬 (2 mg/個) 0.5 ~ 1 個を挿肛。</p> |
| <p>STEP 2 STEP 3 持続的鎮静</p> | <p>持続皮下注 ミダゾラム (10 mg/A) 5 A 10 mL (50 mg) / 合計 10 mL を 0.05 ~ 0.2 mL / 時間 (6 ~ 24 mg / 日) で開始。患者の状態を観察しながら苦痛が取れるように投与量を調節。維持投与量は、0.05 ~ 1 mL / 時間 (6 ~ 120 mg / 日) で、通常は 20 ~ 40 mg / 日。 持続静注 ミダゾラム (10 mg/A) 4 A + 生食 32 mL / 合計 40 mL を、0.2 ~ 1 mL / 時間 (5 ~ 24 mg / 日) で開始。患者の状態を観察しながら苦痛が取れるように投与量を調節。維持投与量は、0.2 ~ 5 mL / 時間 (5 ~ 120 mg / 日) で、通常は 20 ~ 40 mg / 日。 坐薬 フェノバルビタール坐薬 (100 mg / 個) 1 ~ 2 個 / 日で開始。患者の状態を観察しながら苦痛が取れるように投与量を調節。</p> | <p>持続皮下注・静注 1 時間量を早送り</p> <p>坐薬 フェノバルビタール坐薬 50 ~ 100 mg / 回を 1 日 1 ~ 2 回追加</p> |

I はじめに

II 症状マネジメント

III エンド・オブ・ライフケア

IV 非がん疾患への緩和ケアアプローチ

V 療養場所と緩和ケア

VI 緩和ケアのスキル

VII 資料

IV がん以外の疾患への緩和ケアアプローチ

1 概論

(1) がん以外の疾患に対する緩和ケアの必要性

わが国では、緩和ケアはがんを中心に発展してきた。しかしながら、緩和ケアはそもそも、生命の危機に直面したすべての患者・家族に疾患を問わずに提供されるものである。2016年現在、わが国では年間約130万人が死亡し、その7割を75歳以上が占める。死亡原因は、頻度の高い順に、がん(21%)、心疾患(15%)、肺炎(9%)、脳血管疾患(9%)である。

がんは痛みをはじめとしたつらい症状を伴うことが知られているが、がん以外の疾患でも痛み、呼吸困難、抑うつ、不安、不眠などの多彩な症状が高頻度で見られることが知られている(表1)。

また、難治性の病気にかかりのちが限られることによるつらさや苦悩は疾患を問わない。以上から、がん以外の疾患に緩和ケアを提供していくことはわが国の重要な課題のひとつである。

表1 症状の頻度


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

(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 より一部抜粋)

(2) がん以外の緩和ケアの特徴

しかしながら、今まで整備してきた緩和ケア提供の仕組みを、そのまま非がんに拡大することには無理がある。がんは治癒が難しいことが判断しやすく、終末期に予後が予測できることが多い一方で、非がん疾患は治癒が難しいことが判断しにくく、予後が予測しにくい、特に症状増悪時の回復可能性が予測しにくいところにその大きな違いがある¹⁾。

たとえば、心不全や慢性閉塞性肺疾患(COPD)に代表される臓器不全では、終末期は数年の経過であることが多く、症状の増悪と寛解を繰り返し、また入院と退院を繰り返

返し、そのたびに徐々に全身状態が悪化していく。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は困難である（：図1 生命を脅かすさまざまな疾患の軌跡 p.10）。

このような疾患の不確定さや地域における緩和ケアの提供体制と多職種協働の整備が、がん以外の疾患に効果的に緩和ケアを行ううえでの課題とされている²⁾。

ではわれわれはどのように緩和ケアを提供していったらよいのであろうか？


(3) 緩和ケアが必要な患者を見つけるために

以下の2つの方法が代表的なものとして知られている。

1—サプライズ・クエスチョン


「この患者さんが1年以内に亡くなったら驚くか？」と医師自身が自問自答し、「驚かない」と思うのなら、緩和ケアの提供を始めたほうがよい、とするものである。プライマリ・ケアおよび急性期病院で複数の調査がなされているが、サプライズ・クエスチョンの感度は60～70%、特異度が80～90%とされている^{3,4)}。

2—SPICT (Supportive and Palliative care Indicators Tool)

SPICTは、緩和ケアアプローチを提供することでメリットがあると思われる患者の同定をサポートするツールである。進行がん、呼吸器疾患、心・血管疾患、神経疾患、認知症、肝疾患、腎疾患をもつ患者、虚弱状態にある患者、在宅で医療依存度の高いケアを受けている患者を対象としており、全身状態の悪化を示す全般的な指標と、進行した状態を示す臨床指標が含まれ、文献レビューと、英国および他国の臨床家の合意を元に作成されている。1を参考にしてほしい。

(4) 実施に私達は何をしなければならないか？

1—これからのことを話し合う(ACP)

ACPの項目(：p.95)を参考に、現在の病状をもとに患者・代理決定者とこれからの人生や生活・治療や療養をどのようにしていくかについて話し合うことがまず重要である。

2—症状を評価しマネジメントする

症状のマネジメントには、がんの症状緩和の知識と技術が応用可能である。ただし、痛みに関しては、がん疼痛と非がんの慢性疼痛とは対処の方法が違うので、区別をする必要がある。

3—心理社会的サポート

気持ちのつらさを聞き、傾聴を主体とした支持的な精神療法を行うことが必要である。抑うつや不安の頻度が高いことを心に留め、適切な薬物療法を行う。必要ならば専門家への紹介が必要となる。

4—レスパイト・ケア

患者の療養が長期間になると、家族の疲弊も強くなる。また、定期的な医学的評価も必要になるため、必要に応じて地域の医療福祉機関と連携し、レスパイト・ケア(要介

図1 Supportive and Palliative Care Indicators Tool-JP (Mar 2017 version)

Supportive and Palliative Care Indicator Tool (SPICT-JP)

SPICTは、健康状態が悪化している方を同定するものです。同定された方々の支持療法・緩和ケアにおける満たされていないニーズを評価し、ケア計画を立ててください。

健康状態の悪化を示す全般的な指標を確認する

| | |
|--|--|
| 1回以上の予定外入院があった | |
| パフォーマンス・ステータス（PS）が低いか低下しつつあり、改善の見込みが限られている。日中の半分以上の時間を臥位または座位で過ごしている | |
| 身体的・精神的問題が悪化しているために、日常生活動作のほとんどを他人のケアに頼っている 介護者のサポートを強化する必要がある | |
| 過去3-6ヶ月間に顕著な体重減少がある、または、低体重状態が持続している | |
| 原疾患の適切な治療にも関わらず、苦痛となる症状が続いている | |
| 患者（または家族）が、支持・緩和ケアを求めている、または原疾患の治療中止や治療の一部中止を求めている。QOLが優先されている | |

健康状態の悪化を示す臨床指標が1つ以上あるか確認する

がん疾患

| | |
|--|--|
| 進行性がんによる生活・身体機能の低下がある | |
| 体力低下のため抗がん治療（化学療法および放射線治療）ができない、または症状緩和のための抗がん治療を受けている | |

認知症/フレイル（虚弱）

| | |
|----------------------------------|--|
| 介助なしには着替え、歩行や食事ができない | |
| 経口摂取量の低下、嚥下困難がある | |
| 尿失禁や便秘がある | |
| 発語によるコミュニケーションができない、社会的交流がほとんどない | |
| 大腿骨骨折や複数回の転倒を経験している | |
| 反復する発熱のエピソードや感染症（誤嚥性肺炎など）がある | |

神経疾患

| | |
|---|--|
| 適切な治療にも関わらず進行する身体機能や認知機能の悪化がある | |
| 発語の問題に伴いコミュニケーションが困難になってきている、あるいは、進行性の嚥下困難がある | |
| 反復する誤嚥性肺炎、息切れ、呼吸困難感または呼吸不全がある | |
| 脳卒中後の麻痺が持続し、生活・身体機能が大きく低下し、継続してケアが必要である | |

その他

| | |
|---|--|
| 不可逆な疾患や合併症があり、全身状態が悪化し、死のリスクがあり、どんな治療もよい結果をもたらさないことが予想される | |
|---|--|

呼吸器疾患

| | |
|--|--|
| 重症慢性肺疾患があり、かつ、急性増悪でないときにも安静時またはわずかな労作で呼吸困難感を生じる | |
| 持続する低酸素血症があり、在宅酸素療法を含む長期の酸素療法を必要とする | |
| 呼吸不全のために人工呼吸器管理が必要だったことがある、または、人工呼吸器管理が予後およびQOLを改善しないため適応にならない | |

腎疾患

| | |
|---|--|
| 慢性腎臓病（CKD）の Stage 4または5（推算糸球体濾過量（eGFR）<30ml/min）で健康状態の悪化を伴う | |
| 腎不全によって、他の予後規定疾患や治療が複雑になっている 透析を中止したか中止が検討されている、または透析の適応基準を満たすが開始していない | |

肝疾患

| | |
|---|--|
| 進行性肝硬変があり、以下の一つ以上を1年以内に併発している | |
| <ul style="list-style-type: none"> 利尿薬に反応しない腹水 肝性脳症 肝腎症候群 細菌性腹膜炎 反復する静脈瘤出血 | |
| 肝移植が不可能である | |

心疾患・血管疾患

| | |
|---|--|
| 心不全、または広範囲にわたる治療不可能の冠動脈疾患があり、安静時もしくは軽度の労作で呼吸困難や胸痛が生じる | |
| 重症で手術不能な末梢血管疾患がある | |

現在のケアとケア計画を見直す

| |
|--|
| 患者が適切な治療を受けられるように現在の治療と投薬内容を見直し、ポリファーマシーを防ぐ |
| 症状またはニーズが複雑でマネジメントが困難な場合には専門家への紹介を検討する |
| 現在および将来のケアのゴールやケアの計画について、患者や家族と合意する 家族介護者をサポートする |
| 患者が意思決定能力を喪失するリスクがある場合には、前もって計画するようにする |
| プランを記録し、共有し、ケアをコーディネートする |

SPICT日本語版 based on SPICIT™, Mar 2017

護者を在宅でケアしている家族の身体・精神的疲労を軽減するため、一時的にケアの代替を行うサービスのことをいう)を提供することも重要になる。具体的にはショートステイの利用、集中的な検査を目的とした短期の入院等が挙げられる。

5— 専門的緩和ケアサービスへの相談

治療・ケアに関する相談は地域の当該疾患の専門家、ならびにがん診療拠点病院の緩和ケアチーム、地域の緩和ケア病棟などに相談するとよい。

文献

- 1) Kendall M, Carduff E, Lloyd A, et al : Dancing to a different tune : Living and dying with cancer, organ failure and physical frailty. *BMJ Support Palliat Care* 5 : 101-102, 2015
- 2) Ai Oishi, Fliss EMM : 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. *Palliative Medicine* 28 (9) : 1081-1098, 2014
- 3) Moroni et al 2014. Moroni M, Zocchi D, Bolognesi D, et al : The 'surprise' question in advanced cancer patients : A prospective study among general practitioners. *Palliative Medicine* 28 (7) : 959-964, 2014
- 4) O'Callaghan A, Laking G, Frey R, et al : Can we predict which hospitalised patients are in their last year of life ? A prospective cross-sectional study of the Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guidance as a screening tool in the acute hospital setting. *Palliative Medicine* 28 (8) : 1046-1052, 2014

2 循環器疾患

(1) 循環器疾患の緩和ケアとは

循環器疾患というと、呼吸困難や胸痛で救急搬送され、心臓カテーテルなどの侵襲的治療を行うことで改善し元気に退院していく、という印象が強いかもしれない。しかし、循環器疾患の最終像としての心不全は慢性疾患であり、病期進行とともに呼吸困難や全身倦怠感などが顕著となる。また、長期にわたる療養期間、繰り返す入退院、身体活動度の低下も相まって、精神的にも社会的にも追い込まれている患者が多い。QOLを向上するために緩和ケアが必要な病態である。ここでは末期心不全の緩和ケアを中心に要点を述べる。

(2) 末期循環器疾患患者の特徴

循環器疾患では、がんと異なる以下のような特徴がある。

- ① 経過中に増悪、軽快を繰り返して徐々に心機能や身体活動が低下していく(◇：☒ 1 生命を脅かすさまざまな疾患の軌跡(p.10))。急速に症状が出現して入院するものの、治療に反応すれば退院時には症状や身体活動が改善する。
- ② 急性増悪時には今後の経過を予測することが困難である。
- ③ 末期であっても手術などの積極的治療のオプションが残される。

このような循環器疾患の特徴があるため、疾患そのものに対する治療を考慮し、積極的治療と緩和ケアのバランスをとりながら診療をすすめる必要がある。また、急激な状態悪化を呈する可能性があるため、繰り返し患者や家族とコミュニケーションをとり、意思決定支援をしておくことが重要である。

(3) 末期循環器疾患で出現する症状

特徴的な症状としては、心臓のポンプ機能低下にともなう低心拍出症状とうっ血症状がある。具体的には、呼吸困難、全身倦怠感、食欲不振、全身の浮腫があげられる。また心筋虚血による胸痛など疼痛の頻度も多い。長期にわたる先の見えない疾患特性から抑うつ、不安など精神症状をきたすことも多い。また、終末期は、低心拍出症状が顕著になり身の置きどころのない耐えがたい苦痛が現れることも多い。

(4) 末期循環器疾患で出現する症状への対応

がんの緩和ケアスキルを応用することが可能だが、循環器疾患特有の注意点を以下に示す。

- 原因が循環器疾患に由来する症状であれば、疾患自体に対する治療を優先する。つまり、体液貯留に対する利尿薬、血管拡張薬や低心拍出に対する強心薬、心筋虚血に対する硝酸薬などである。
- モルヒネは心不全による呼吸困難に対しても有効な可能性がある。
- 疼痛に対しては、基本的にはWHOラダーに従うが、腎機能障害悪化や体液貯留増悪のリスクがあるNSAIDsは避け、アセトアミノフェンが推奨される。
- 呼吸困難、全身倦怠感、食欲不振など幅広い症状で使用されるステロイド投与は、体液貯留や電解質変化が循環動態に悪影響を及ぼす可能性があり、循環器疾患患者では投与に特に注意が必要である。

- 抑うつに対して，三環系抗うつ薬，四環系抗うつ薬は心血管系への副作用が多く，循環器疾患患者への投与に注意が必要である。
- 終末期の耐えがたい苦痛に対し，患者および家族と相談のうえ鎮静薬が使用されることがある。ミダゾラムが多くの場合使用されるが，循環動態への影響が比較的少ないデクスメトミジンが使用される場合がある。

 : 苦痛緩和のための鎮静 (p.102)

3 呼吸器疾患

(1) 終末期に緩和ケアが必要な疾患の頻度

WHOは終末期の緩和ケアに関する世界各国の現状を報告しており、年間2000万人の患者に緩和ケアのニーズがあると推計され、そのうち慢性閉塞性肺疾患(COPD)が約10%を占めると推計されている(図2)。

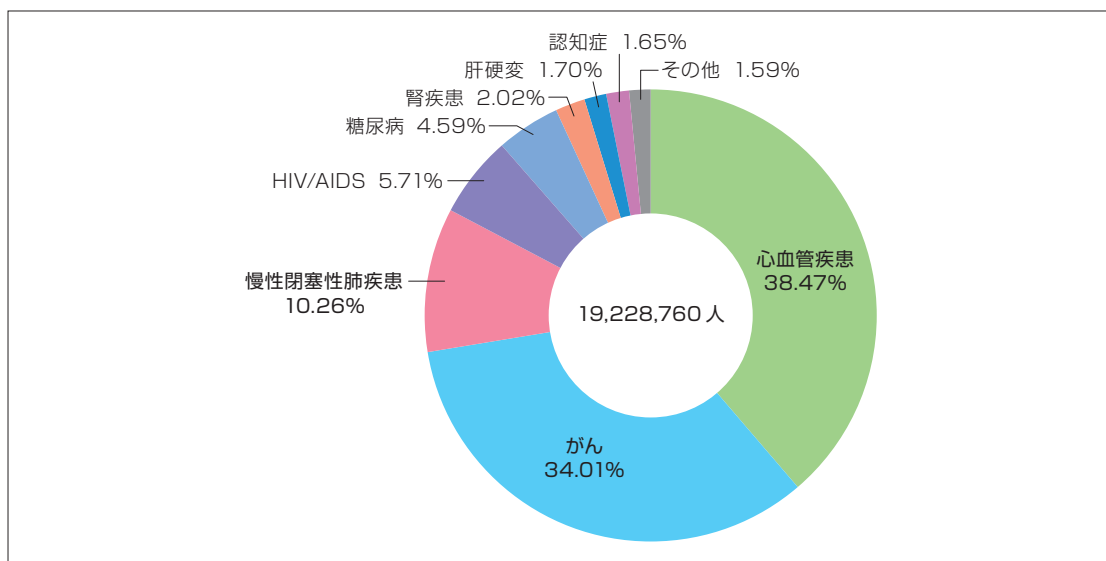


図2 終末期に緩和ケアが必要な成人

(World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance : Global atlas of palliative care at the end of life 2014. p.14より)

(2) 対象としては慢性呼吸不全を呈する患者となる

- 慢性閉塞性肺疾患 (COPD)
- 肺結核後遺症
- 間質性肺炎
- 肺がん など

(3) 苦痛となる症状も様々である (図 : p.109表1)

- 呼吸困難
- 倦怠感
- 疼痛
- 不安・抑うつ
- 食欲不振 など

(4) 慢性呼吸不全に対する治療

- 低酸素血症に対する補助療法
 - ▶ 酸素療法や非侵襲的陽圧人工呼吸 (NPPV) などの換気補助療法を検討する。
- 原因疾患に対する治療
 - ▶ COPDに対しては、 β_2 刺激薬、抗コリン薬やステロイド吸入薬などの調整を検討

する。間質性肺炎に対してはステロイドの全身投与などを検討する。

●非薬物療法

- ▶ 包括的呼吸リハビリテーションが重要である。口すぼめ呼吸，歩行の補助，パニックコントロール，ADLの工夫，リラクゼーションや心理・社会的サポート，セルフマネジメント教育，栄養指導などを多職種チームで行っていくことが重要である（日本呼吸器学会COPD診断と治療のためのガイドライン第4版）。

：呼吸困難，処方例（p.61）

(5) 終末期ケアのポイント

- 慢性の経過をとりながらも，増悪をきっかけに致命的な状態へ陥ることが多く，余命期間を推定することが難しい。
- 増悪での入院の際には，インフォームドコンセントをもとに，終末期医療のあり方を患者の意思として確認しておくとともに，増悪時の救命救急処置や人工呼吸器の適応についても相談しておくことが必要である。
- 患者側と医療者側のコミュニケーションが最も大切であり，最期の瞬間まで個人の生き方を尊重できるように，チームで連携して支援することが望ましい。連携する職種や部署として以下が挙げられる。
 - ① 緩和ケアチーム
 - ② 呼吸器専門医
 - ③ 専門看護師（がん看護，リエゾン・精神看護など），がん分野の認定看護師
 - ④ リハビリテーション関連職種（呼吸リハビリテーションについて）
 - ⑤ 退院調整・医療連携調整部門
 - ⑥ 訪問診療・看護部門

4 脳血管障害(脳卒中)

(1) 脳卒中の特徴

- 脳卒中は突然発症し、急性期死亡も多く、約1/3は重度の脳機能障害をきたし生活が一変する疾患である。いきなり生命維持治療の選択をせまられる状態になることもあり、患者および家族に大きな苦痛を与える。
- 成書によると、退院時に介助を必要とする「中等度」から「重度」の障害をもつ「転帰不良」の患者は、「ラクナ梗塞」、「アテローム血栓性脳梗塞」、「心原性脳塞栓」の順におよそ23%、41%、45%で、死亡率はそれぞれ約1%、7%、19%であった¹⁾。
- 再発率は、1年で約5%、5年で約30~50%といわれ、高齢になるほど高い。再発を繰り返しながらADLが低下し生命予後不良となる。
- いつ再発するのか予後予測が困難であるなかで、どこまで苦痛を伴う積極的な治療を選択するのも、難しい判断となる。
- 脳卒中は日本人の死因の9%を占め、要介護者の原因疾患の最多を占める。がんの末期同様、身体的自立が損なわれることにより尊厳が損なわれ、精神的およびスピリチュアルな苦痛を生じる。
- 脳卒中後遺症にもさまざまな苦痛症状があり、症状緩和が求められる。
- これまで日本においては脳卒中が緩和ケアの対象疾患であるという意識はなかった。しかし、欧米先進国においては緩和ケアの基礎疾患として心血管障害(脳卒中も含む)は、がん以上に頻度が高いものと報告されており、緩和すべき疾患として位置づけられている。
- このような国際状況を鑑み、厚生労働省においても2016年(平成28年)より緩和ケア対策の対象疾患としてがんとAIDSのほかに循環器疾患(脳卒中も含む)が追加となった。
- 今後さらに緩和ケアの専門家と協働し、緩和ケアの視点を加えた医療的判断が求められる。

(2) 脳卒中の緩和すべき事項

- 急性期に緩和すべき症状としては、意識障害、呼吸障害、嚥下障害、排尿障害などが挙げられ、急変したことに対する家族の動揺への対処、死期が迫っている場合には臨死期の変化への対処などが挙げられる。
- 慢性期に緩和すべき症状としては、疼痛、コミュニケーション障害、嚥下障害、栄養障害、けいれん、サルコペニア、うつ症状などが挙げられる。介護者へのケアも重要である。
- 脳卒中の再発や、誤嚥性肺炎の合併など急激に病状が変化しうるため、急変時や高次機能障害に備えて予め対応を考える意思決定支援が必要である。

(3) 具体的な症状緩和について

1—疼痛

- 疼痛は脳卒中急性期には少なく、6カ月以降に生じることがある。
- 疼痛の原因はさまざま、脳卒中の障害部位によるもの、麻痺によるもの、痙性によるものなどがある。

- 脳卒中そのものから生じる中枢性の痛みについては、神経障害性疼痛の治療に準じて抗うつ薬、抗てんかん薬などが効果がある場合がある。
- 上肢完全麻痺に伴う肩関節痛など拘縮による痛みには、温罨法や冷罨法、リハビリテーション、NSAIDs、関節内ステロイド注射などが用いられる。
- 痙性による痛みにはリハビリテーション、抗痙縮薬、ボツリヌス毒素などが用いられる。

2—疼痛以外の苦痛症状

- 倦怠感に対する確立された薬物療法はない。
- 脳卒中後のてんかんは、通常のとてんかん治療に準じてコントロールすべきであるが、てんかん発作がない場合の予防投与は推奨されない。
- 脳卒中後の性的機能不全について留意し、必要であれば治療につなげる。
- 睡眠障害も起こりやすいので注意して問診し対処する。
- 脳卒中後は抑うつ発症頻度が高いため、注意してスクリーニングし対処する。
- 不安が強い場合や感情失禁などにも抗うつ薬が奏功することがある。ベンゾジアゼピン系薬剤は短期使用にとどめるべきである。
- 流延もQOLを阻害する一因であり、必要に応じて副作用に留意しながら、抗コリン作用のある薬剤を用いる。
- 脳卒中では失語や麻痺によりコミュニケーション障害をきたしやすい。適切なリハビリテーション、コミュニケーション機器等を用いて対処する。

3—社会的・スピリチュアルな苦痛について

- 介護が必要になり身体的自立が損なわれることによる尊厳への配慮、社会的役割が制限されるようになった場合に生きがいを見つけられるようなサポートが必要である。
- 介助者の負担に対しても配慮を行い、脳卒中に対しての理解を促すとともに、社会的資源の導入等適切に援助する。

4—臨死期の緩和ケア

- 患者および家族の意向を十分に配慮したうえで、治療の限界について説明し、生命維持処置や療養場所などの方針決定を支援する。
- 痛み、呼吸困難、せん妄その他終末期に起こりうるさまざまな症状に対してできるだけ緩和ケアを行い、死別後のグリーフケアにも配慮する。

文献

- 1) 小林祥泰編：脳卒中データバンク 2009. 中山書店. 2009.
- 2) Holloway RG, Arnold RM, Creutzfeldt CJ, et al : Palliative and end-of-life care in stroke : a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 45 (6) : 1887-1916, 2014

5 腎疾患

(1) 緩和ケア・アプローチが必要な腎不全患者とは？

腎不全患者の病状経過は画一的なものではなく、多彩であるため^{1,2)}、予後の予測は難しいといわれている³⁾。しかし、緩和ケア・アプローチが必要な腎不全患者を同定すること(表2)で、適切な意思決定支援、症状緩和を行うことが可能になる。緩和ケア・アプローチが必要な患者を同定するためには、サプライズ・クエスチョン陽性(◇ p.109)、身体的・精神的なつらさ、透析に関する意向などを評価することが重要である³⁾。

また、透析患者においては、サプライズ・クエスチョン、認知症の有無などが、6カ月後の死亡リスク因子と考えられているため、これら进行评估することも重要である(表3)⁴⁾。

表2 緩和ケア・アプローチが必要な腎不全患者

- 1年後の死亡リスクが高い患者
 - 保存的治療を行っているeGFR<10 mL/min/1.73 m²の患者
 - 高齢の患者
 - 「この患者さんが1年以内に亡くなったら驚きますか？」という質問に対してあなたが「いいえ」と答える患者
 - ADLが低下してきている患者
 - 血清アルブミンが3.5 g/dL未満の患者
 - 合併症が多い患者(例: modified Charlson comorbidity indexが9以上)
2. 身体的、精神的、心理社会的なつらさを感じている患者
3. 透析の中止、もしくは透析を行わずに保存的治療を行うことを考えている患者
4. 人生の最終段階に関する意思決定や治療・ケアの目標設定が難しい患者
5. 緩和ケア・アプローチを求めている患者

表3 透析患者における6カ月後の死亡リスク因子

| | ハザード比 | 95%信頼区間 |
|---|-------|-------------|
| サプライズ・クエスチョン(6カ月後に亡くなっていたら驚くか?)に対して驚かない場合 | 2.71 | 1.75 - 4.17 |
| 認知症がある場合 | 2.24 | 1.11-4.48 |
| 末梢動脈閉塞性疾患がある場合 | 1.88 | 1.24 - 2.84 |
| 年齢が10歳上がる場合 | 1.36 | 1.17 - 1.57 |
| 血清アルブミンが1 g/dL増える場合 | 0.27 | 0.15 - 0.50 |

(2) 腎不全患者に必要な緩和ケア・アプローチとは

緩和ケア・アプローチとは、患者、家族、その他の医療専門職とのコミュニケーション、緩和ケアの原則に従った意思決定と目標設定などを行うこととされているが⁵⁾、腎不全患者においては、特に透析治療の差し控え、透析治療の中止に関する意思決定、治療・ケアの目標設定が重要である。

(3) 腎不全患者に必要な症状緩和とは

腎不全の進行とともに尿毒症に関連したさまざまな身体症状・精神症状があらわれるため、適切な症状緩和が求められる。主な症状としては、痛み、倦怠感、食欲不振、かゆみなどがあり、具体的な対処方法については、腎臓内科専門医や緩和ケアの専門医などと協働するのが望ましい(表4)³⁾。

表4 腎不全患者にみられる症状とマネジメント

| 症状 | 対処方法 |
|---------------------------------|---------------------------|
| 痛み | アセトアミノフェンやオキシコドン |
| 呼吸困難 | 酸素投与、体位の工夫、オピオイドなど |
| 不安・せん妄・身の置き所のなさ | ハロペリドール、短時間作用型ベンゾジアゼピン系薬剤 |
| Restless legs (むずむず足) | クロナゼパム、クロニジンなど |
| 筋攣縮 | クロナゼパムなどのベンゾジアゼピン系薬剤 |
| 嘔気 | メトクロプラミド、ドンペリドン、ハロペリドールなど |
| かゆみ | 尿素クリームなどの皮膚軟化剤 |
| 睡眠障害(例：睡眠時無呼吸、Restless legs症候群) | 原因に応じたマネジメント |
| 倦怠感 | — |
| 傾眠 | — |
| 抑うつ気分 | — |
| 食欲不振 | — |

(4) 腎不全患者の痛みの緩和

透析治療の有無にかかわらずStage5の腎不全患者の約50%が慢性疼痛を経験し、そのうち82%は、痛みが中等度以上であったと報告されている⁶⁾。腎不全患者の痛みの原因は多岐に渡り、糖尿病性神経症、末梢動脈閉塞性疾患などの併存疾患や、腎不全そのものによる病態(腎性骨ジストロフィー、透析関連アミロイドーシス)などが原因になることが多い³⁾。

このような慢性疼痛の緩和には、アセトアミノフェンや抗てんかん薬などが用いられることがある⁷⁾。オピオイドについては、科学的に確立した使用法は明らかになっていないが、代謝産物の蓄積による副作用があるため、コデイン、モルヒネは使わないことが望ましいとされている³⁾。また、フェンタニルは、主に肝代謝であり、腎不全患者の疼痛緩和に比較的安全に使用できるが、血中濃度が上昇するため、通常の3/4~1/2程度の量を使用することが望ましいとされている⁸⁾。なお、透析患者において、フェンタニルは投与量の調節なしに比較的安全に使用できるが、透析膜の種類によっては、吸着することがあるため⁹⁾、腎臓内科専門医との協働が望ましい。

文献

- 1) Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, et al : Patterns of functional decline at the end of life. JAMA 289(18) : 2387-2392.

2003

- 2) Gill TM, Gahbauer EA, Han L, et al : Trajectories of disability in the last year of life. *N Engl J MED* 362 (13) : 1173-1180, 2010
- 3) Bruera E, Higginson IJ, Gunten CF von, et al : *Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care*. 2nd Edi. (Bruera E, ed.) CRC Press, 2014
- 4) Cohen LM, Ruthazer R, Moss AH, et al : Predicting six-month mortality for patients who are on maintenance hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol* 5 (1) : 72-79, 2010
- 5) Radbruch L Payne S : White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe : part 1. *Eur J Palliat Care* 16 (6) : 278-289, 2009
- 6) Davison SN. Pain in hemodialysis patients : prevalence, cause, severity, and management. *Am J Kidney Dis* 42 (6) : 1239-1247, 2003
- 7) Kurella M, Bennett WM, Chertow GM. Analgesia in patients with ESRD : a review of available evidence. *Am J Kidney Dis* 42 (2) : 217-228, 2003
- 8) Murtagh FEM, Chai M-O, Donohoe P, Edmonds PM, Higginson IJ : The use of opioid analgesia in end-stage renal disease patients managed without dialysis: recommendations for practice. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 21 (2) : 5-16, 2007
- 9) DEAN M : Opioids in renal failure and dialysis patients. *J Pain Symptom Manage*. 28 (5) : 497-504, 2004

6 認知症

(1) 認知症とは

- 認知症とは、正常に発達した認知機能が、後天的な器質性障害（神経変性など）により持続性に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態である。認知症の罹患率は65歳で1.5%，70歳で約4%，75歳で約7%，80歳で約15%であり、およそ65歳以上の10人に1人が診断基準を満たす。
- 認知症では、認知機能障害が年単位で徐々に進行する。患者は、認知症の終末期には重度の身体的・精神的機能障害を抱えつつ生活することになる。より早期では、肺炎や摂食不良による栄養障害、合併症などの認知症に関連する健康問題をあわせもつことが多い。
- 認知症のケアでは、身体症状が目立たない初期においては、患者個人個人の「生活の質の向上」を目指した取り組みが重要となる。認知症が進行するにつれて、身体や精神機能の低下、併存疾患に伴うさまざまな苦痛の除去も加わる。
- 認知症の診断（DSM-5）を**表5**に示す。

表5 認知症の診断：DSM-5

| |
|--|
| A. 1つ以上の認知領域（複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚-運動、社会的認知）が低下 |
| B. 認知機能の低下が日常生活に支障を与える |
| C. せん妄の除外 |
| D. 他の精神疾患（うつ病や統合失調症等）の除外 |

（日本精神神経学会監，高橋三郎ほか訳：DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル，医学書院，2014を参考に作成）

(2) 認知症のケアを考えるうえで、緩和ケアを取り入れることの必要性(図3)

- ① 意思決定支援が重要
 - 認知症が進行し、自ら決定することが困難になったときに備えて、本人が意思決定できる段階で考える機会をつくることが重要である。
- ② 身体機能の低下を伴う
 - 早期の段階から低栄養を合併しやすい。進行すると感染を合併しやすくなる。どちらも、最適なケアを提供するうえで、適切な対応が必要。
- ③ 痛みへの対応が重要である
 - 痛みをうまく表現できないため、見落とされる危険がある。

(3) 認知症と予後

認知症は生命予後を悪くすることが知られており、その予後はおおよそ3～10年である。注目したいのは、認知症の診断時からの予後はかなり短いこと、多くは認知症の進行によって死亡する前に、併存症や合併症により死亡する点である。

(4) 意思決定支援：アドバンス・ケア・プランニング

認知症の場合は、認知症が進行し、自ら決定することが困難になったときに、本人に影響する可能性のある選択肢について、認知症の初期のうちから考える機会をつくるこ

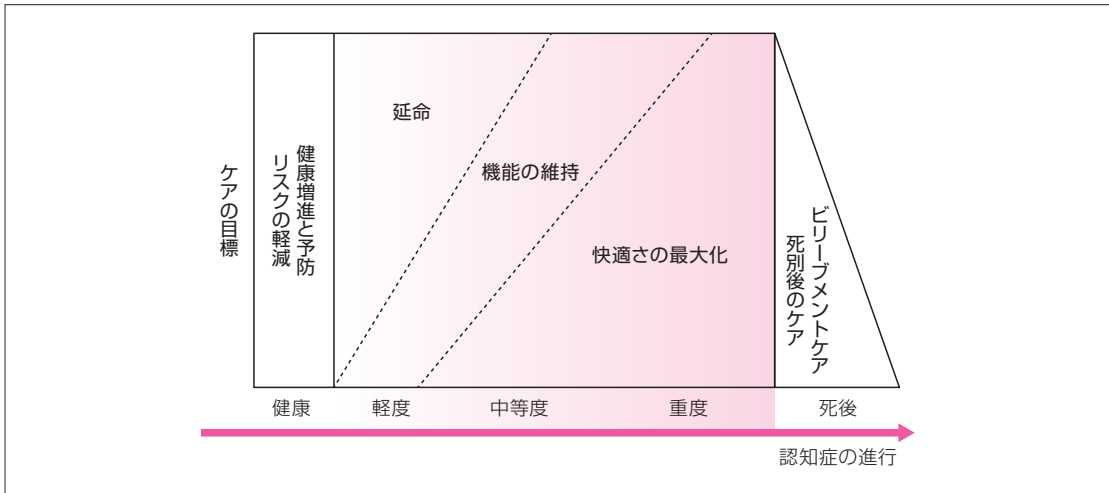


図3 治療の最適化，快適さの確保

とが重要である。

(5) 認知症と身体機能，合併症

1—感染

感染症は認知症の進行に伴い避けられない事態である。主に尿路感染，上・下気道感染，皮膚・皮下組織の感染がみられる。全身感染症は認知症患者で最も多い死因であり，気管支肺炎はアルツハイマー病患者の死因の60%を占める。

2—低栄養

認知症では初期の段階から体重減少を伴う。体重減少は，病初期の段階では，遂行機能障害に伴う食事が不規則になること(セルフネグレクト)，進行した段階では，複雑性注意の障害や空間認知能力の障害による摂食の不良が関連する。

(6) 痛みへの対応の必要性

認知症の人が痛みをもつ割合は高く，地域在住でも介護施設においても70~80%といわれる。痛みは客観的な評価が難しいこと，また認知症に伴う神経生理学的変化や認知機能障害が重なり，主観的な評価も難しくなる。両者の影響により，痛みが医療者や介護者に認識されず，対応されないことがある。

実際に臨床では，まず患者の自己評価を求めることから始める。軽度および中等度の認知症の場合には，痛みの評価に自己評価法を利用することができる。しかし，進行した場合は自己評価が困難となることから，身振りや顔つきを手掛かりとして，客観的な評価をあわせて行う。

1 緩和ケア病棟以外の病院

(1) 死亡場所の変遷

- わが国では、病院で78.4%の患者が死亡されており、多くの患者が緩和ケア病棟以外の病院で死亡されているのが現状である(図1)。

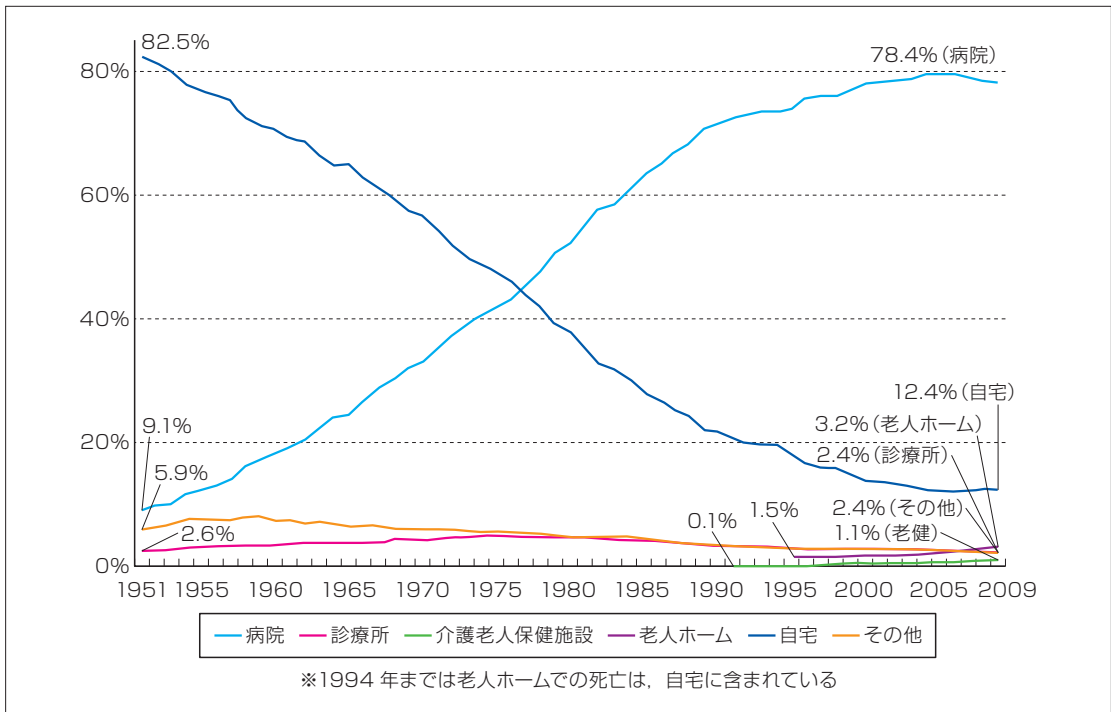


図1 死亡場所の推移

(厚生労働省：人口動態統計年報主要統計表、第5表 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移よりグラフ作成。http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii09/deth5.html 2016年10月31日閲覧)

(2) 緩和ケア病棟以外の病院に求められる緩和ケア

1) がん診療連携拠点病院では

患者とその家族等の心情に配慮した意思決定環境の整備

患者の治療法等を選択する権利や受療の自由意思を最大限に尊重するがん医療を目指し、診断結果や病状を伝える際や、治療方針等を決定する際には、患者とその家族等の希望に応じて、医師の他に看護師や心理職等の同席を基本とした上で十分なインフォームドコンセントに努める。その際には、初期治療の内容のみならず、当該患者のがん治療全体の見通しについて説明することが求められる。さらに、がんの治療を行う過程で出てくる、病状や治療内容、生活に関する悩み等について、主治医や看護師、相談支援センターの相談員等の医療者にいつでも相談することができることについて文書を用いて口頭にて十分に説明する。また、患者の意思決定能力について評価することが求められる。

苦痛のスクリーニングの実施

問診票にがん疼痛をはじめとした身体症状の項目を設ける、診療録の経過表にがん疼痛の程度を把握するための項目を設ける、看護師によるカウンセリングを活用するなど、身体的・精神的・社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来および病棟にて共通の方法にて行い、患者の苦痛に関する情報について医療者にて共有する。

基本的緩和ケアの提供体制

がん疼痛や呼吸困難などに対する症状緩和や医療用麻薬の適正使用を目的とした院内マニュアル、院内クリティカルパスを活用し、がん疼痛をはじめとする苦痛を抱えた患者に対して迅速に対応できる診療体制を構築する。

専門的緩和ケアへのアクセスの改善

患者・家族のかかえる苦痛が適切に評価され、専門的な診療を適切な時期に提供するために、緩和ケアチームへ紹介する手順など、評価された苦痛に対する対応の手順を明確化し、院内の全ての医療者に周知するとともに、患者とその家族等に診療方針を提示する。また、緩和ケアチームへの紹介手順に関しては、医師からだけでなく、看護師や薬剤師など他の医療者からも紹介できる体制を確保する。

専門的緩和ケアの提供体制

緩和ケアチームは、メンバーによる病棟ラウンドを毎日行うとともに、概ね週1回以上の頻度で、定期的にチームでの病棟ラウンドを行い、苦痛に対する症状緩和を行う。なお、チームでの病棟ラウンドにはリンクナースなどの担当看護師が参加する。緩和ケアチームの医師による専門的な緩和ケア外来を設置し、概ね週1回以上の頻度で定期的に診療を行う。

相談支援の提供体制

相談支援センターは患者とその家族が確実に相談できる窓口や電話受付などを設置し、院内診療科との連携を図り、がん患者の抱える苦痛に対する1次的な対応を行う。また、必要に応じて、緩和ケアチームなどの専門家へ紹介を行う。

切れ目のない地域連携体制の構築

がん患者の退院時には患者とその家族等の希望に応じ、拠点病院からかかりつけ医との連携を図り情報共有を行うとともに、症状出現時の受診先等の対応方針を決定しておくことが必要である。

緩和ケアに関するPDCAサイクルの確保

緩和ケアチームにて、院内の緩和ケアに関わる診療や相談支援の件数及び内容、医療用麻薬の処方量(入院および外来、各診療科別)、苦痛のスクリーニング結果など、院内の緩和ケアに関わる情報を把握し、情報の分析や評価を行う。

2) がん診療連携拠点病院以外の病院では

基本的緩和ケアの提供体制

主治医や看護師を含めた多職種により、基本的な緩和ケアを提供する。がん疼痛や呼吸困難などに対する症状緩和や医療用麻薬の適正使用を目的とした院内マニュアルを活用し、がん疼痛をはじめとする苦痛を抱えた患者に対して迅速に対応できる診療体制を構築する。

専門的緩和ケアへのアクセス

苦痛緩和が困難な際には、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームや緩和ケア病棟などの専門家に相談できる体制を整備する。患者とその家族ががん治療についての相談を

希望する際には、がん診療連携拠点病院の相談支援センターなどの窓口を紹介する。

地域包括ケア病棟の活用

急性期治療を経過し病状が安定した患者では、在宅や介護施設への復帰支援に向けた医療や支援を行う病棟として地域包括ケア病棟を活用することができる。非がん疾患の患者が療養する病棟においても、がん患者と同様に基本的緩和ケアを提供していく。

(3) 緩和ケア病棟以外の病院で緩和ケアが必要となった際には、緩和ケアチームへのコンサルテーションを検討する

ポイント

- 多職種チームが、患者と家族の苦痛やつらさの緩和に努める。
- がん薬物療法などのがん治療中から関わる。
- 緩和ケアを必要とする患者の退院支援も行う。
- がん診療連携拠点病院では、緩和ケアチームによる緩和医療の提供体制の整備が義務づけられている。
- 一定の基準を満たした緩和ケアチームには、緩和ケア診療加算が適用される。

自施設の緩和ケアのリソースを利用する

- 緩和ケアチーム
- 専門看護師（がん看護、リエゾン・精神看護など）、がん分野の認定看護師
- 相談支援センター等のがん患者相談支援部門
- 退院調整・医療連携調整部門
- 訪問診療・看護部門

他施設の緩和ケアのリソースを利用する

- 自施設に緩和ケアの専門家がない場合は、他施設の上記の緩和ケアの専門家や緩和ケアの機能をもつ施設との連携・調整を図る（図2）。

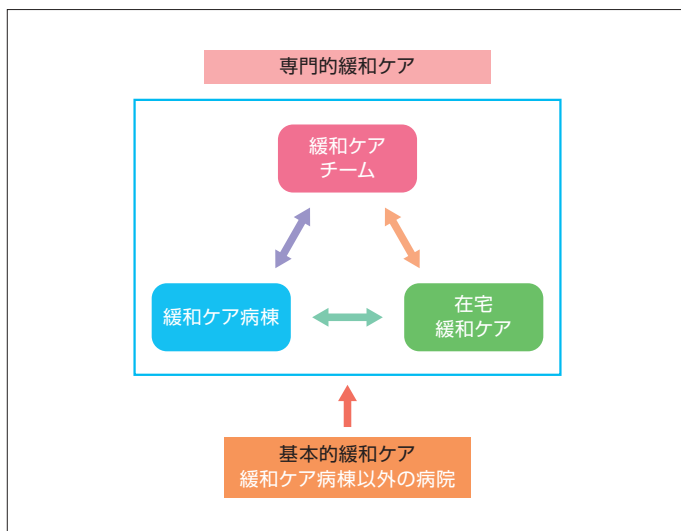


図2 他施設との連携・調整

- 他医療機関のセカンドオピニオンが可能な施設。
- ホスピス・緩和ケア病棟（具体的な受診方法）。
 - 「緩和ケア病棟のある病院の情報」国立がん研究センターがん対策情報センター
<http://hospdb.ganjoho.jp/kyotendb.nsf/xpPalliativeSearchTop.xsp>
- がん診療連携拠点病院のがん相談支援センター。
 - 「相談支援センターを探す」国立がん研究センターがん対策情報センター
<http://hospdb.ganjoho.jp/kyotendb.nsf/xpConsultantSearchTop.xsp>

2 緩和ケア病棟

(1) 緩和ケア病棟の現状

緩和ケア病棟数の推移

- 緩和ケア病棟入院料届出施設は、年々増加傾向にあり、2016年6月現在で369施設（7504病床）あり、全がん患者の約1割が緩和ケア病棟で死亡している。
- 緩和ケア病棟は入院による苦痛症状の緩和だけでなく、外来や地域との連携を軸に、在宅緩和ケアとの相互補完的な役割をもつことが求められている。

緩和ケア病棟の役割

- 多職種チームによる全人的な苦痛・苦悩の緩和
- 患者の希望に合わせた在宅療養への移行
- 外来通院中のがん患者の症状緩和を目的とした受け入れ
- 地域の医療機関、医療者と連携した在宅がん患者の療養支援
- 緩和ケアに関する実習・研修の受け入れ

緩和ケア病棟の施設

- 一定基準以上の広さの病室、患者家族控室、患者用の調理スペース、談話スペース等の確保が規定されている。
- 一般病棟に比べて面会時間の制限が緩和されており、ご家族のライフスタイルに合わせた面会が可能である。ペットとの面会や飲酒の許可など、個人の選好に応える運用をしている施設も多い。

(2) 緩和ケア病棟への紹介

緩和ケア病棟の情報を探す

- 日本ホスピス緩和ケア協会ホームページ (<http://www.hpcj.org/>) や国立がん研究センターのがん情報サービスホームページ (<http://ganjoho.jp/public/index.html>) から最寄りの緩和ケア病棟を検索することができる。
- 地域の勉強会や研修会などの機会を通じ、緩和ケア病棟の医師やコーディネーターとのインフォーマルな交流を持つことも有用である。
- 緩和ケア病棟には地域からの紹介や相談を受けるための窓口や外来が設置されている。各病院の地域連携室や相談支援部署が窓口になることが多い。

緩和ケア病棟への紹介時期

- 抗がん治療中であっても、将来的に必要な際の緩和ケア病棟の利用について早くから患者と話し合うことが重要である。
- 抗がん治療継続中からの緩和ケア病棟への入棟相談の可否は施設ごとに異なるため、早めに情報収集を行う必要がある。
- 紹介後も緩和ケア病棟の入棟までには待機期間や入棟判定手続きがある。それまでに入院が必要な際の対応を確認し、受け入れ可能な医療機関を保証する。

(3) 緩和ケア病棟における医療費

緩和ケア病棟での患者自己負担

- 緩和ケア病棟入院料は医療保険適用となる。その他に食事療養費や室料差額などの医療保険適用外の費用が生じる。

- 入院治療にかかる医療費(医療保険適用の費用)は高額療養費制度の対象となり、一定額を超えた費用は患者が加入する医療保険者から払い戻される。

(4) 緩和ケア病棟でのケアの実際

多職種チームアプローチ

- 一般に緩和ケア病棟では苦痛を和らげ「その人らしさ」を支えるための取り組みが多職種からなるチーム医療で提供される。医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション、医療ソーシャルワーカー(MSW)、管理栄養士、心理職、音楽療法士、宗教家など様々な職種が協力して関わるのが特徴である。また、ボランティアスタッフによる様々なケアや娯楽、季節の行事への参加など、患者、家族が楽しめる工夫もなされていることが多い。
- ペットとの面会や適度な飲酒が許されるなど、制限が緩和されており、患者の嗜好や価値観に合わせたケアが可能である。
- 在宅療養中の家族・介護者のレスパイトのために、一時的な入院(レスパイト)を受け入れている病棟もある。
- 遺族会の開催や様子伺いの手紙など、遺族ケアの工夫や機会を設けている緩和ケア病棟も多い。

患者・家族・医療者のコミュニケーションの重視

- これまでの緩和ケア病棟では、効果の乏しい積極的抗がん治療は行わないという基本方針や、患者自身が病名や病状を知り詳しく説明を受けていることを入院の条件としている病棟が少なくなかった。
- しかし、現在それらの基準のあり方や実施可能な医療処置(抗がん治療、輸血、IVH、各種画像検査など)は施設ごとに大きな多様性がある。したがって緩和ケア病棟での基本方針や可能な医療処置について、患者や家族に事前に良く確認するよう伝えておく必要がある。また急変時のモニターの装着、心肺蘇生処置についても外来で話し合われることがある。
- 緩和ケア病棟ではコミュニケーションのプロセスを重視する。“入棟基準に合致するかどうか”ではなく、医療者と患者・家族が、それぞれの意向や価値観を尊重しつつ治療やケアの方針をよく話し合い選択、共有することが大切である。
- 緩和ケア病棟での病状説明や面談に当たっては、患者の意向を尊重し、個別性に配慮した対応が可能であることを説明する。

3 在宅緩和ケア

〔1〕在宅緩和ケアとは

在宅緩和ケアとは、疾病による苦痛を緩和しながら在宅で生活できるように医療支援や生活支援を提供することである。病院との大きな違いは、提供されるケアに生活支援の視点が加わることである。医師、看護師、薬剤師などの医療者、介護福祉専門員（ケアマネジャー）、訪問介護員（ホームヘルパー）などの介護従事者が連携し、チームとしてケアが提供される。医療保険を使った医療サービス（在宅医療）と、介護保険を使った介護サービスを受けることができる。

厚生労働省は2025年を目途に、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生最期まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築を推進している。地域包括ケアシステムにおいて在宅緩和ケアが果たす役割は大きい。可能な限り希望する場所で生きることができ、逝くことができる社会を構築するためには、在宅緩和ケアの普及と質の向上が必要である。

〔2〕在宅緩和ケアで提供されるサービス

医療保険から提供されるサービスとしては訪問診療がある。医療保険と介護保険の両方から提供可能なサービスとして、訪問看護、訪問薬剤指導などがあり、介護保険から提供されるサービスとしては、訪問介護、訪問入浴、福祉用具のレンタル・購入などがある。

1—訪問診療

計画的、定期的に訪問スケジュールを立て、患者や家族に了承を得たうえで在宅医療を提供する。提供できる場所は多岐にわたり、自宅はもちろんのこと、グループホーム、小規模多機能型施設、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホームが含まれる。特別養護老人ホーム、ショートステイでも末期のがんであれば可能である。

在宅療養支援診療所は365日、24時間体制で患者からの連絡を受け、必要時は緊急往診可能な体制をとり、かつ連携病院などへの緊急入院受け入れ体制を確保している診療所である。

末期がん患者は非がん患者と比較して、亡くなるおよそ1か月から2週間前になると急激にADLが低下して死に至るので、要介護度だけではなく、予後を予測しながら訪問診療を導入する必要がある。特に在宅看取りを希望している場合は、より良い看取りのために在宅医や訪問看護師と信頼関係を築く期間を見込んで早めに訪問診療を導入したほうがよい。

2—訪問看護

訪問看護師の定期的・計画的な訪問により看護を提供する。病院で看護師が行っている医療処置は、訪問看護師に依頼し、在宅でも同様に実施可能である。

介護保険で給付する訪問看護は、主に生活を支え、医療保険から給付される訪問看護は医療に関わる看護が主に行われる。訪問看護は原則として介護保険から給付されるが、退院直後の場合、点滴が必要な場合などは14日間を限度として医療保険から給付される。また、がんの終末期では例外として期間を定めずに医療保険からの給付が可能である。訪問看護が医療保険の対象となることで、訪問看護に費やされる介護保険の点

数をその他の介護サービスに振り替えることができる。

訪問看護師は医療的な視点と生活を支える視点の両方をもつことができ、意思決定支援や生活環境の調整に対する介入も可能である。

3—訪問薬剤指導

医師が訪問薬剤師に診療情報提供者（訪問薬剤管理指導依頼書）を用いて情報提供をすることで、薬剤師が患者宅を訪問し、処方されている薬剤についてその正しい服薬法等について指導・助言することができる。介護保険の要介護認定を受けていれば介護保険、認定を受けていなければ医療保険が適用される。

調剤薬局によっては、病院に比べて取り扱うオピオイドの種類・規格が少ない場合がある。オピオイドを取り扱う調剤薬局を事前に把握しておく、緊急時にあわてなくてすむ。一般的に土日、夜間はオピオイドの流通（卸から調剤薬局への供給）がないため、調剤薬局にある在庫の範囲内で対応せざるを得ないので注意が必要である。

4—訪問介護

ホームヘルパーが介護保険にもとづき、利用者の生活支援を行う。ホームヘルパーに実施可能な処置としては、皮膚への軟膏塗布（ただし褥瘡には不可）、湿布の貼付、点眼薬の点眼、一包化された内服薬の服薬介助、坐薬の挿入、市販の浣腸薬の使用などがある。気管内吸引に関しては所定の講習を受けた場合にはホームヘルパーにも施行可能である。

5—訪問入浴介護

看護師1名と介護職員2名からなる専門の入浴スタッフが自宅へ訪問し、居室内に浴槽を設置して、入浴の介助を行う。寝たきりでも入浴することが可能である。入院中には入浴ができなかった患者も自宅で入浴できるので、患者・家族に喜ばれるサービスの一つである。

6—福祉用具のレンタル・購入

電動ベッドや車いすなどの福祉用具はレンタル可能である。褥瘡のリスクが高いケースでは体圧分散能力の高いマットレスを導入することもできる。しかし、電動ベッドや車いす、体圧分散能力の高いマットレスは要介護2以上に認定されないとレンタルできない。がん患者は介護保険申請後の認定調査時には、病状が見た目では理解されにくく、要介護度が低く認定されることが多い。このため症状が進行して必要な福祉用具をレンタルしたいときに対象外になってしまう場合がある。変更申請を出しても、結果がでるまでに1カ月かかってしまい、本当に福祉用具を利用したい時期に利用できない事態になる。介護保険の申請前に、レンタルの必要性が予測される福祉用具は、主治医意見書の特記事項欄にその旨を記載しておく。「末期がんで、認定調査時は自立していても、急激に状態が悪化し短期間で介護ベッド、車いす、体圧分散能力の高いマットレスが必要な状態となる」と記載すると、認定時に要介護1以下であっても使用を認められることが多い。

また購入できるものとしてポータブルトイレ、浴室で使用するシャワーチェアなどがある。価格の1～2割の負担で購入できる。

(3) 介護保険を上手に利用する

在宅緩和ケアでは、疾病の管理に加えて、患者・家族の生活を支えるという視点が必要である。病院との違いは介護職が果たす役割が大きくなることであり、医療・介護の多職種間の連携が在宅緩和ケアの質を左右する。

介護保険被保険者（介護サービスを提供される患者）は、認定調査結果、主治医意見書により要介護度が決定されるので、主治医意見書は極めて重要な書類である。

介護保険の対象は、65歳以上（第1号被保険者）とがんの末期状態など特定疾患に罹患している40～64歳（第2号被保険者）に分けられる。主治医意見書の主病名欄に「〇〇がん」のみでは、特定疾病にならないため、必ず「末期」ということがわかる表現を併記する。また、がん患者は、余命が週単位になるまでADLが保たれることが多く、介護認定が軽度になることが多い。主治医意見書を記載する際には、「特記事項欄」に病状が不可逆的であり、急速に悪化する可能性が高いこと、病状の進行とともに介護の手間が増える可能性が高いことなどを記載する。

(4) 在宅での服薬管理

入院中に看護師が服薬管理を行っていた場合、退院後に患者本人が服薬管理することになると、定期的に服薬できずに苦痛症状のコントロールが悪化するケースがある。このように服薬管理能力が低下している場合には、薬剤数と服薬回数を減らし、一包化調剤の指示や服薬カレンダーや服薬ケースを利用する。一包化調剤は長期保存できない、途中で用量の調節ができないという欠点があるので、症状によって調整が必要な薬剤（緩下剤など）は一包化調剤に入れないようにする。

このような工夫をしても、患者本人が管理できない場合には、家族やヘルパーに服薬の介助を依頼する。その場合でも、服薬管理が簡便になるような工夫は必要である。

処方した薬剤が余る患者では、家族や訪問する看護師または薬剤師にお願いして、生活状況と残薬をチェックしてもらい、服薬状況を正確に把握する。期待した薬効が得られない場合にも、薬剤を追加する前にきちんと内服できているか確認する必要がある。

(5) 在宅緩和ケアの実際

在宅でも病院と同様に緩和ケアを提供することは可能であるが、以下の点に留意する必要がある。

在宅では、何度も訪問できないため、入院時に比べると医師が診察する回数が減少する。問診、身体所見、退院時の画像所見などを総合し、可能な限り苦痛の病態を把握する。診察時に適切な評価を行うだけでなく、患者・家族が苦痛の程度、性状などを表現できるように指導し、電話で疼痛の状態を確認できるようにする。

また、訪問看護と訪問薬剤指導を導入することで、医師・看護師・薬剤師がチームとなり、定期的に痛みの評価を行うことが可能となる。医師がすぐに訪問できない場合でも看護師に訪問してもらい、電話再診の形で薬剤を処方し、薬剤師に薬剤を届けてもらう際に指導してもらうことも可能である。

医療機器の進歩により、在宅でも携帯型超音波装置を利用して、胸水や腹水が貯留して苦痛が強い患者に対して安全に胸腔穿刺、腹腔穿刺を行うことが可能である。

また、低酸素血症がある患者に対して在宅酸素療法も可能である。酸素濃縮機を自宅に設置して行われることが多く、室内空気の窒素を吸着し、酸素濃度90～93%のもの

が供給される。

(6) 穏やかな在宅看取りを迎えるために

在宅患者であっても、看取りの時期に必要な対応は入院患者とほとんど変わらない。ただ、在宅患者では入院患者よりも診察の間隔があくことから、患者の状態変化を予測しながら対応する必要がある。

がん患者では、亡くなるおよそ2週間前になると移動が難しくなるので、日常の生活を少しでも楽に行えるように、「ポータブルトイレを設置する」「電動ベッドに変更する」といった環境の調整が必要となる。また、家族へは患者の苦痛が少ない介助の方法を指導する。

患者が看取りの時期に入ると錠剤の内服が困難となるので、苦痛症状の緩和に必要な薬剤が内服できない場合は投与経路の変更を検討する。痛みのコントロールにオピオイドを使用している場合は、内服できなくなれば貼付剤、坐薬、注射薬のいずれかに変更する必要がある。終末期に出現する可能性がある苦痛症状（疼痛、呼吸困難、せん妄など）については、あらかじめ頓用で使用できるように処方しておき、家族や看護師に使用する状況を説明する。このように準備しておくことで、苦痛が出現したときに、迅速に対応できる。処方しておかなかった場合、夜間や休日に苦痛症状が出現すると必要な薬剤がすぐに準備できないことがある。「苦痛なく最期のときを過ごすこと」は、多くの日本人が重要であると考えている。最期のときを穏やかに過ごせるように、病状を予測して、事前に準備しておくことが重要である。

約20%の患者では、突然に病態が変化し、急激に病状が悪化することが知られている。急変時に慌てる家族もいるので、あらかじめ家族へ急変の可能性について説明し、急変の場合の緊急連絡先と急変時の対応について事前に確認しておく。また、患者・家族以外の介護担当者などが慌ててしまう場合もあるので、サービス担当者会議の場でしっかりと治療方針を示し、情報の共有化を図る。

(7) 在宅緩和ケアにおける家族へのケア

ほとんどの患者・家族は、在宅療養が初めてであり、不安を抱えていることが多い。世界保健機関（WHO）の緩和ケアの定義では、「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を対象」としており、家族も緩和ケアの対象である。家族は患者の介護者としての立場と同時に、患者の病状の悪化に伴いストレスを受ける「第2の患者」としての側面ももっており、家族の状況や感情を理解したうえで対応することが重要である。

終末期における家族の一番の不安は、急変時の対応であることが多い。予測できることを支援小冊子（緩和ケア普及のための地域プロジェクト：パンフレット「これからの過ごし方について」。<http://gankanwa.umin.jp/pamph.html>）などを用いて説明する。

看取りの時期に出現する症状は、患者の意識レベルが低下していることで、苦痛を感じていないことが多い。しかし、介護する家族にとって非常につらく感じる症状としては、終末期せん妄と死前喘鳴がある。

終末期せん妄に対する誤解のために、多くの家族が強い精神的苦痛を感じる 경우가わかっており、終末期せん妄について適切に説明する必要がある。終末期せん妄がみられた場合には、病状が悪化している徴候であることを家族に説明し、患者がつじつまの合わない言動をしても否定しないで話を合わせ、話題を変えるなどの対応をするように家族へ指導する。せん妄が激しい場合は抗精神病薬を使用する。せん妄を放置すれば家族

の不安も大きくなるため、できるだけ速やかに対応する。

死前喘鳴に対しても、家族に十分な説明を行うことが重要である。多くの場合、患者自身は苦痛を感じていないということを、家族が納得し受け入れられるまで十分に説明する。死前喘鳴に伴い患者に苦痛表情がみられるときには抗コリン薬の投与を行う。

また、下顎呼吸、チアノーゼなども看取りの時期に自然な経過で出現する変化であり、患者本人は苦痛を感じていないことを伝える。時間をかけ十分に説明することで、家族のストレスは軽減し、家族は安心感を得られる。

コラム 帰りの玄関先で家族の本音を聞く

家族は患者と一緒にいると、医師に対して本当に聞きたいことを質問できていない可能性がある。訪問診療では家族だけと話す場所が限られてしまうので、家族が玄関先に見送りに来てくれた際に、家族の思いを聞き出す目的で「何か聞いておきたいことはないですか」と声をかけるようにするとよい。

(8) 在宅緩和ケアでよくある質問

1—在宅で使用できる注射薬について教えてください

注射や点滴は診療所が準備するのであれば、注射に特に制限はない。しかし、薬局に注射薬を調剤してもらうためには、厚生労働大臣が定めた注射薬でなくてはならない。モルヒネ、オキシコドン、フェンタニルの注射薬や中心静脈栄養に使用する点滴、維持輸液、注射用抗菌薬などはこのなかに含まれている(表1)。また、消化管閉塞に対して使用する抗コリン薬であるブチルスコポラミン、オクトレオチド、副腎皮質ステロイドとしてデキサメサゾン、ベサメサゾンは院外処方が可能である。

骨転移痛には、ビスホスホネート製剤であるゾレドロン酸(ゾメタ[®])の点滴、デノスマブ(ランマーク[®])の皮下注射が有効である。これらは院外処方できないが、患者の痛みのコントロールには重要な注射薬である。デノスマブは皮下注射で投与できるために在宅ではゾレドロン酸よりも使用しやすいが、低カルシウム血症をきたしやすく、カルシウム製剤の投与や血清カルシウム値のモニタリングが必要になるので、患者の病状によってどちらが適切か判断する。いずれも顎骨壊死を起こすことがあるため注意が必要であり、可能であれば訪問歯科医と連携し、投与前に診察を依頼する。

2—在宅での患者自己調節鎮痛法について教えてください

がん終末期には、消化器症状や嚥下機能の低下、傾眠傾向などによって経口摂取が困

表1 厚生労働大臣の定める注射薬(一部抜粋)

ソマトスタチンアナログ、在宅中心静脈栄養法輸液、生理食塩水、注射用水、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、ベサメサゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメサゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメサゾンメタスルホ安息香酸エステルナトリウム製剤、メトクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、ブチルスコポラミン臭化物製剤、電解質製剤、注射用抗菌薬

注：電解質製剤とは、経口摂取不能または不十分な場合の水分・電解質の補給・維持を目的とした注射薬(高カロリー輸液を除く)を指す。

難となり、鎮痛薬の内服が難しくなる。また、がん患者では、急激に疼痛が増強したり、突出痛が出現したりすることがある。そういったときに、患者自己調節鎮痛法 (Patient Controlled Analgesia ; PCA) が有用で、通常はPCAポンプを用いてオピオイド注射薬を静脈もしくは皮下から投与する。

在宅でもPCAを安全に行うことができ、患者・家族が痛みの出現に合わせてPCAボタンを押すことでオピオイド注射薬を追加投与できる。PCAは痛みのコントロールにおいて有用な手段にもかかわらず、十分には普及していないのが現状であり、さらなる普及が望まれる。

実施方法は、オピオイド注射薬を充填したPCAポンプを使用し、以下の3つを設定する。

- ① 持続投与速度：持続する痛みを取り除くために持続投与速度を設定する。
- ② 疼痛時レスキュー投与量：突出痛発現時に患者の要求に応じて、一定量の鎮痛薬を頓用で投与する量を決定する。通常は1時間投与量を1回のレスキュー投与量に設定する。
- ③ ロックアウトタイム：過量投与を防止するため、レスキューを1回注入した後に一定の時間内は注入できないようにする。通常は30分に設定する。

要約すると、持続痛は持続投与で緩和し、突出痛が出現したときにPCAボタンを押すとレスキューが投与され、そのときに押し過ぎて過量投与にならないようロックアウトタイムが設定されている。

オピオイド注射薬を使用するので、血中濃度の上昇が速やかで、投与から効果発現までの時間が短く、経口摂取が困難な状況でも投与できる。

在宅では、投与経路として持続皮下投与を選択することが多く、中心静脈ポートがある場合は持続静注も行う。持続皮下投与は末梢静脈ルート確保が困難な場合にも実施可能で、鎮痛効果は持続静脈内投与と同等である。皮下投与であれば点滴漏れの心配もなく、在宅でも安定してオピオイドを投与することができる。

：持続皮下注射 (p.142)

PCAでは、患者が鎮痛薬の追加投与が必要と判断してから投薬を完了するまでの時間が短いという利点がある。特に在宅では、医療者がつねにベッドサイドにいるわけではないので有用な痛みのコントロール方法といえる。また、モルヒネのPCAは呼吸困難にも効果が期待できる。

コラム | モルヒネ坐薬があればPCAは不要？

内服ができなくなった場合に、モルヒネ坐薬を使用する場合があるが、老老介護で大きな男性を小さな女性が介護しているときは坐薬を入れるのも一苦勞である。また、痛みが強く、坐薬を入れる姿勢がとれないこともある。そのような場合にPCAを使うと、患者・家族に非常に感謝される。

3—在宅での輸液について教えてください

在宅ではつねに医療者がいるわけではないので、その点を考慮して点滴を実施する必要がある。持続点滴であれば、中心静脈もしくは皮下から投与することが多い。末梢静脈からの点滴も可能ではあるが、ルートの閉塞や点滴漏れによってしばしば点滴が中断

されるので、医療者が1日に何回も訪問することが難しい在宅医療の現場では持続末梢静脈点滴はあまり選択されない。皮下輸液は腹部や胸部などの皮下に輸液を行うもので、注入された輸液は一時的に浮腫になるが、その後吸収される。

◇：皮下輸液 (p.145)

在宅中心静脈栄養輸液法は、すでに方法が確立されており、訪問看護師と患者・家族との協働で長時間維持管理することができる。携帯用自動輸液ポンプは業者からのリースで利用可能である。また、無菌調剤を行う薬局も増えている。輸液バッグの交換は家族が担うことが多いが、1日1回の交換であれば、まず問題なく行うことができる。輸液のなかにあまり多くの薬液を混注せず、できるだけシンプルに行うことを心がける。

4—在宅での鎮静について教えてください

最期のときまで患者の意識ができるだけ清明に保たれた状態で、周りの人と十分にコミュニケーションがはかれるように苦痛を緩和することが望まれるが、治療抵抗性の耐えがたい苦痛がある場合に一定の条件下で緩和治療の最終手段として用いられる。在宅でも病院と同様の手順で実施する。鎮静に関する適応、倫理的問題、鎮静にいたる過程で、必要な手続きなどについては「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」が参考となる。対象となりやすい主な苦痛はせん妄、呼吸困難、疼痛、全身倦怠感などである。

◇：苦痛緩和のための鎮静 (p.102)

5—最期は病院にお願いするか、在宅にするか決めかねています

緩和ケアを受けながら在宅で過ごし、最期は病院での看取りを希望する患者は珍しくない。在宅療養を開始する時点で看取りの場所を決めているケースはそれほど多くはなく、在宅療養を行っていくなかで徐々に方向性が決まる。「最期はどちらでも大丈夫」という選択肢を残したほうが、在宅療養を開始しやすくなる。「いざとなったら入院できるベッドがある」という安心感が在宅療養の継続につながる。

コラム | ホスピストライアングル

病院、緩和ケア病棟、在宅のいずれの場所でも緩和ケアが提供され、病状によって療養の場を選択できる体制のことで、オーストラリアなどの諸外国で活用されている。地域でこのようなネットワークを構築することで、患者・家族にとってより良い緩和ケアを提供できる。

在宅緩和ケアの目標は、在宅療養を希望する患者が在宅で自分らしく生活できることである。在宅緩和ケアを受けることと、それ以降入院しないということはイコールではない。在宅療養を継続するにあたり、適切なタイミングで入院が必要となることがある。たとえば、急激に痛みが強くなった場合、病院に短期間入院し、検査を行い、集中的に痛みマネジメントを行うことで早く苦痛が緩和できる。また、家族の介護疲労により介護体制が維持できなくなった場合、介護体制を立て直すためにレスパイト目的で入院することもある。在宅緩和ケアにおいて病院や緩和ケア病棟のバックアップは必要であり、病院も緩和ケア病棟も在宅緩和ケアチームの重要なメンバーである。

6—独居でも在宅看取りは可能ですか

独居であっても、在宅で最期まで過ごしたいという患者の希望があれば、訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導に加え、訪問介護などのサービスをうまく組み合わせることで、在宅での看取りは可能である。身寄りがない場合には、亡くなった後の対応について行政の担当者あるいは民生委員などと打ち合わせておく必要がある。

7—在宅で亡くなった場合の死亡診断について教えてください

在宅で亡くなっても、継続診療している疾病の経過として亡くなった場合には、異状死にはあたらず、当然警察の介入はない。なお、在宅の場合、臨終の場に、医師や看護師が立ち会うことはほとんどなく、多くの場合、臨終に立ち会った家族の連絡を受けて在宅医が往診し、死亡確認を行う。24時間以内に診察していないと死亡診断書が発行できないという誤解があるが、厚生労働省の「死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル」に「24時間を超える場合には死体検案書を交付しなければならないとする趣旨ではない」と明記されており、死亡の24時間以内に診察していなくても、死体検案書ではなく死亡診断書を発行できる。

文献

- 1) 川越正平編：在宅医療バイブル。日本医事新報社，2014
- 2) 高橋昭彦，村井邦彦，首藤真理子編：こうすればうまくいく在宅緩和ケアハンドブック。改訂2版。中外医学社，2012
- 3) 首藤真理子，服部政治，村井邦彦編：こうすればうまくいく！在宅PCAの手引き。中外医学社，2013

4 かかりつけ医に求められる役割—在宅緩和ケア実践のために

(1) かかりつけ医と緩和ケア

いのちの最終章は、病院から在宅へ。国の方針で方向転換が着々と全国で進んでいる。病院での入院日数も短縮している。

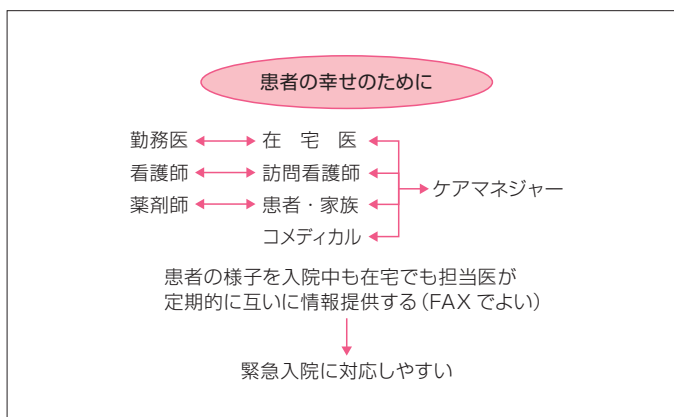
1986年、埼玉県立がんセンターで、武田文和医師がWHO方式の経口モルヒネによるがん疼痛治療の大きな成果をあげた。しかし、モルヒネに対する長年の偏見は強く、その後も、関係者のがん疼痛治療普及の啓発活動は現在まで忍耐強く続いている。

社会制度での大きな変化のひとつは、2000年に導入された介護保険であろう。ケアマネジャーという調整役が登場したのである。余命が短いときは、ケアマネジャーは通常のケアプランに固執せず、かかりつけ医が中心となり、医療チームの迅速な在宅緩和ケアの動きを開始することが望まれる。進行がんの高齢者が多数これから在宅ケアを必要とする。当然ながら、在宅ケアを担うかかりつけ医はがん疼痛治療の基本知識をしっかりとつことが求められる(表2, 図3)。

表2 在宅緩和ケア成功のために望ましい条件

| 患者・家族側 | 医療側 |
|------------------------------|---|
| ①告知も含めて本人と家族が行く末を理解している | ①病院と在宅ケアチームの協力体制がある、目標意識の統一がある |
| ②緩和ケアの意味を理解している | ②コミュニケーションが円滑にとれる ・24時間体制のリーダーは誰がする? →在宅ケア医、訪問看護師 |
| ③在宅ケアの中心人物がいる | ③緩和ケアの現場での実践力がある(特に疼痛緩和) |
| ④在宅ケアを実践しようとする本気の医療チームが身近にいる | |
| ⑤家に帰ることを本人が納得 | |

図3 医療連携とはコミュニケーションにつきる



(2) 医療者と本人・家族の3つのH

1—3つのHとは？

○Head (Knowledge), ○Heart (Attitude), ○Hand (Skill)

これらがバランスを取れたとき、より良い在宅緩和ケアが実施されるのでかかりつけ医は積極的に働きかける(表3)。

表3 医療者と本人・家族の3つのH

| | 医療者 | 本人・家族 |
|---------------------|---|--|
| Head (Knowledge) | <ul style="list-style-type: none">・オピオイドについて熟知・鎮痛補助剤・病状コントロール・心のケア・社会的苦痛・スピリチュアルケア | <ul style="list-style-type: none">・がんについて学習している・緩和ケアとは何か？・痛みについて |
| Heart (Attitude) | <ul style="list-style-type: none">・がん患者の苦しみは緩和できる | <ul style="list-style-type: none">・どう生き抜くのか？・死をみつめる |
| Hand (Skill) | <ul style="list-style-type: none">・最新のケアの方法・傾聴 | <ul style="list-style-type: none">・ケアについて家族ができることを教わる |

(3) 在宅緩和ケアが始まる前に以下を確認する

1—入院から在宅への帰る時の確認事項

- インフォームドコンセントの内容
 - ▶ 予後(家族、本人は知っているか)
 - ▶ 現在の安定度
- 症状コントロールの現状
- 在宅ケアはどの程度納得したのか
- 治療の経過
 - ▶ 本人のがん治療への今後の期待度
- 緩和ケアについての理解度
 - ▶ (介護者および本人)
- リビング・ウィルの有無
- 本人を助ける人たちは
 - ▶ 家族(同居か)・友人・隣人・専門職
- ケアマネジャーの医療知識のレベル

進行がん患者を引き受けたら、トータルペインの第1の身体の痛みの緩和が重要である。すでに、オピオイドなどを導入されていたら、さらなる観察と調整に気を配る。

2—在宅でのがん疼痛治療を成功させるために

- ① 適切なとき(タイミング)に適切な鎮痛薬を選び、あらかじめ副作用対策をする。
適量、適切な投与経路で投与。
- ② 導入時に十分な信頼関係がある。
十分な説明(患者と家族へ同時に)。

- ③ 副作用が起きたときに細やかな対応をする。
- ④ 安定期での冷静な観察。
- ⑤ 症状の変化時の迅速な対応と処置。
- ⑥ 24時間オンコールで見守る。
- ⑦ なるべくシンプルに、基本にそって行う。
患者と家族にストレスを与えないように努める。
- ⑧ ひとり暮らしなどの場合、オピオイドの管理、レスキューについて見守る。
- ⑨ 家族への見守りも務める（レスパイト入院が必要なときもある）。
連携病院の担当医には、患者の様子を随時伝えておく。以下のような緊急のときに協力してもらいやすいからである。

3—在宅から緊急入院が必要になる場合

- 下血，吐血など。処置により延命が可能で，入院を本人が望むとき
 - 呼吸困難の急性増悪
 - 原因が分析できない激しい疼痛（オピオイドに上手く反応しない）
 - 家族が介護できなくなったとき（ネグレクトもある）
- 在宅で看取ることが絶対の目標ではなく，患者の命を支え，最期まで安心して生き抜いてもらうことがゴールである。つねに最善の選択肢を提供できるように努力すること。

(4) まとめ

在宅ということが自宅のみを指さず，グループホーム，サービス付き高齢者向け住宅など，多様になってきた。家族の形も，患者を囲む人も変化している。

かかりつけ医として責任をもって，本人の意思の確認をすること。本人に認知症があるときは家族，後見人への確認も重要になっている。本人の希望，選択を尊重して，人生の最終章を平和に過ごせるようなチームの働きを目指す。

Ⅵ 緩和ケアのスキル

1 ステロイドの使い方

適応となる状態

- 鎮痛薬の効果が乏しい疼痛や呼吸困難，悪心・嘔吐，倦怠感，食欲低下，腫瘍熱などによる苦痛がある場合，ステロイドの投与を検討する。

方法

- ステロイドは効果と副作用，予後のバランスを考えて投与する。
- 一般的に効果持続時間が長く，鉱質コルチコイド作用の少ない，デキサメサゾンやベタメタゾンを使用することが多いが，各薬剤の特徴や換算用量を考慮に入れて使用用量を検討する（表1）。

表1 ステロイドの換算

| ステロイド | グルココルチコイド作用の力価比 | ヒドロコルチゾン100 mgとの等価用量換算 |
|-----------|-----------------|------------------------|
| ヒドロコルチゾン | 1 | 100 mg |
| プレドニゾン | 4 | 25 mg |
| メチルプレドニゾン | 5 | 20 mg |
| デキサメサゾン | 25 | 4 mg |
| ベタメタゾン | 25 | 4 mg |

合併症の予防と対策

- 開始前に併存疾患や既往歴を確認する。特に，糖尿病，胃・十二指腸潰瘍，肝炎や結核などの感染症の合併や既往の確認，また，うつ病や認知機能障害などの精神症状の既往や評価も重要である。
- 長期間のステロイドの使用は副作用のリスクが増大する。1カ月を超えて長期間ステロイドを使用する可能性がある場合は，開始前に治療の目標や副作用のリスク，副作用の対策を十分に患者と共有しておく必要がある。
- ステロイド継続の不利益が大きい場合は，ステロイドの減量や中止を検討する。
- ステロイドにより生じる代表的な合併症と対策，注意点を表2にまとめた。

表2 ステロイドの注意点と対策

| 症状 | 注意点 | 対策 |
|------------|--|------------------------------------|
| 胃・十二指腸潰瘍 | NSAIDsを併用使用する場合はさらにリスクが高まる(15~20%) | プロトンポンプ阻害薬を使用し、粘膜保護を行う |
| 中心性肥満 | 長期投与の30%に生じる。満月様顔貌などボディイメージに変化を生じるため、事前に十分に説明する | — |
| 高血糖 | 糖尿病を併存する場合や長期使用時、また意識障害を生じたときなどは血糖値を測定する | インスリンの使用などを検討する |
| 不眠、せん妄、抑うつ | 問題が生じていないか、本人と家族とともに注意深く観察する | 不眠対策を行う。発症時は専門家に相談する |
| 感染症 | 注意深く感染徴候の観察を行う。プレドニゾン換算1日16mg以上を4週以上継続する場合、ST合剤の併用を検討する | マスク着用などのセルフケア指導。適切な抗菌薬などの投与を行う |
| 口腔カンジダ症 | 患者・家族にリスクとセルフケアの重要性を説明し、セルフケアを指導する。口腔内違和感や味覚異常、嚥下障害などを注意深く観察する | 口腔ケアの指導。抗真菌薬塗布(ミコナゾール)・うがい・内服、歯科相談 |

処方例

デキサメサゾン、ベタメタゾン

| | |
|-----|---|
| 漸増法 | <ul style="list-style-type: none"> ● 1日0.5~2 mg から開始し、開始後3~7日目に効果を判定する <p>効果がある場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 副作用に注意しながら継続する ▶ 効果を維持できる最少量まで漸減する。減量の際は3~7日毎に0.5~1 mg ずつ1日用量を漸減する <p>効果がない場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 中止する ▶ 副作用に注意しながら効果が出るまで漸増する。増量の際は、3~7日毎に0.5~1 mg ずつ1日用量を漸減する。1日4 mg 程度を 継続使用用量の上限の目安とする |
| | <ul style="list-style-type: none"> ● 1日4~8 mg から開始し、開始後3~7日目に効果を判定する <p>効果がある場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 効果を維持できる最少量まで漸減する。減量の際は3~7日毎に1~2 mg ずつ1日用量を漸減する。1日4 mg 程度を継続使用用量の上限の目安とする。 <p>効果がない場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 速やかに中止する |
| 漸減法 | |

I はじめに

II 症状マネジメント

III エンド・オブ・ライフケア

IV 非がん疾患への緩和ケアアプローチ

V 療養場所と緩和ケア

VI 緩和ケアのスキル

VII 資料

2 高カルシウム血症の治療

適応となる状態

- オピオイドの副作用と類似した症状(悪心・嘔吐, 便秘, 眠気, せん妄, 食欲不振, 口渇)が認められた場合, 血液検査を行って判断する。

ポイント

- がん患者の約15%にみられる。
- 臨床症状は悪心・嘔吐, 食欲不振, 眠気, せん妄, 便秘, 口渇などである。オピオイドの副作用と似ているため, 「薬のせい」として見逃されることが多い。
- 骨転移がなくても生じる。
- 生命予後が不良となる要因であり, 原疾患が制御されていない場合, 初回の高カルシウム血症から死亡までは1~3カ月のことが多い。

評価

- 血液検査を行う。
 - ▶ アルブミン値で補正し, 12 mg/dL以上を治療対象として検討する。栄養状態の悪い患者では, 実測値はみかけ上, 低くなるため見逃しやすい。

- 補正カルシウム値 = カルシウム値 + (4 - アルブミン値)

〔例〕 同じカルシウム 10 mg/dL でも, アルブミンが 4 mg/dL ある患者では補正值も 10 mg/dL だが, アルブミンが 2 mg/dL であれば補正值は 12 mg/dL となり, 治療が必要になる。

- 症状が患者にとって苦痛になっているかを評価する。症状が傾眠だけの場合, カルシウム値を補正して意識が改善することにより, かえってその他の苦痛が顕在化する可能性がある。

治療

- ビスホスホネート製剤を用いる。投与後数日からカルシウム値が低下し始め, 7~10日で効果がみられる。治療効果は投与のたびに減弱する。

- ズレドロン酸水和物 4 mg + 生食 100 mL 15分以上かけて点滴
- デノスマブも用いられる。

3 持続皮下注射

本項目は、現場で同手技を実施することを想定し、すぐに参照できるように手順書として記載した。

適応となる状態

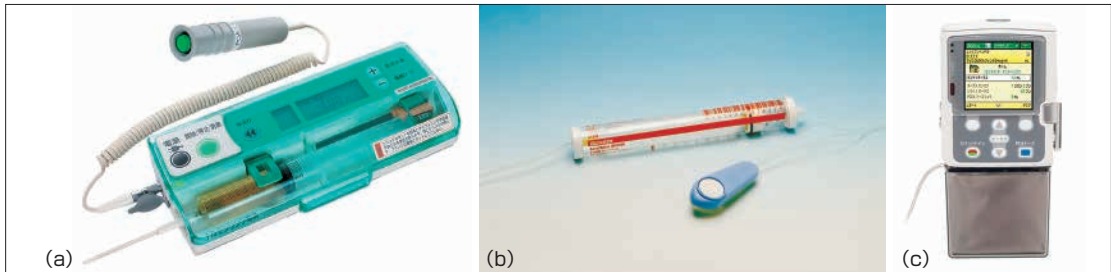
- 薬剤の内服が困難（悪心・嘔吐，消化管の通過障害，嚥下困難，意識低下など）。
- 下血や吐血により消化吸収が不良。
- 内服や坐薬による症状マネジメントが不可能。
- 痛みや呼吸困難が非常に強く，短期間での症状マネジメントが必要。

方法

準備するもの

- 持続注射器（バッテリー内蔵の持続注射器〈**図4a**〉やバルーン圧縮式持続注射器〈**図4b**〉，PCAスマートポンプ〈**図4c**〉など）

図4 持続注射器



- a : バッテリー内蔵
b : バルーン圧縮式
c : PCAスマートポンプ (CADD®)

- 24 G皮下留置針，シリンジ，エクステンションチューブ（4 Fr），フィルムドレッシング材（透明で皮膚の状態が観察できるもの），アルコール綿

注入が可能な薬剤

オピオイド（モルヒネ，オキシコドン，フェンタニルなど），メトクロプラミド，臭化ブチルスコポラミン，ハロペリドール，ベタメタゾンなどがあり，症状緩和に必要な薬剤の多くを皮下投与することができる。

注入が不可能な薬剤

プロクロルペラジンやジアゼパムなどがある。

穿刺方法

- ① 薬液のプライミング：薬液の入ったシリンジとエクステンションチューブを接続。機械を使用する場合は，シリンジを固定する押し子を完全にセットし，早送りをしながらルートに薬液を満たす。
- ② 穿刺部位の選択：前胸部，腹部，大腿部など（**図5**）。

▶皮下脂肪組織が厚く、固定がしやすく、できる限り日常の動作に不便を感じない部分(特に前胸部、腹部)に穿刺する。

③穿刺部位を消毒後、消毒した部位が不潔にならないように皮膚をつまむ。皮膚をつまんだときに、指と指の間に幅が1 cm以上あることを確認する。

④患者に声をかけ、すみやかに穿刺する。

▶血管を避け、筋肉に到達しないように注意する。

▶皮膚のしわに沿った方向に刺すと留置針が折れにくい。

⑤刺入後、血液の逆流、強い痛み、末梢のしびれがないかを確認する。

⑥刺入後周囲をフィルムで固定し、チューブはループをつくり粘着テープで固定する(図6)。

▶針の交換：穿刺部位は約1週間ごとに変更する。皮膚に痛み、発赤・腫脹がみられた場合は抜去し、別の部位に穿刺する。

⑦注射内の開始前の薬液量を確認する。

⑧ポンプの開始ボタンを押す。

⑨ポンプを携帯用バッグに収め、患者の邪魔にならない安全な位置に設置する。

▶S字フックを使用しベッド柵にかけたり、移動時はひもを肩にかける、携帯バッグに入れるなどする(図7)。

⑩患者の衣類を整え、ねぎらいの言葉をかける。アラームが鳴ったときの対処法を説明しておく。

▶アラームは、閉塞時、残量が少ないとき、充電が必要などとき、停止状態が続いたときに鳴る。

レスキュー(早送り)の方法(テルモTE-361の場合を例として示す)

①停止ボタンを押す。

②早送りボタンを押し続け、急速注入する。

③必要量が注入されたら、開始ボタンを押し、注射を再開する。

注射器の交換方法

①停止ボタンを押す。

②注射器を取り外し、取り外した注射器と新しい注射器の患者名、薬液名が一致していることを確認

図5 穿刺部位の選択

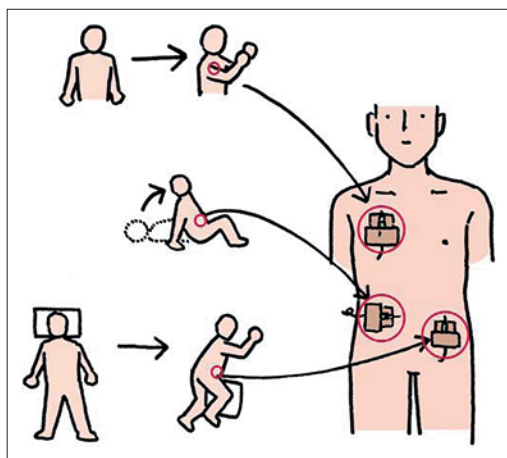


図6 刺入後周囲のフィルム固定

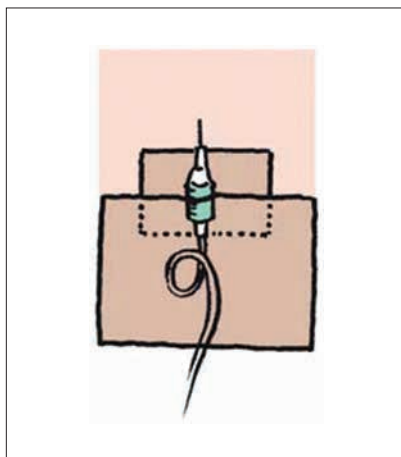


図7 穿刺部位の選択



後、新しい注射器をセットする。

- ③充填を行い、スライダーが押し子を押した状態にする。
 - ▶押し子とスライダーの間、フランジとスリットの間に隙間があると、開始後しばらくの間、薬液は注入されないため充填が必要となる。
 - ▶充填の方法：早送りボタンを押して、注射器先端または注射針先端から薬液が出てくることを確認する。
- ④取り外した注射器からチューブを外し、外したチューブを新しくセットした注射器に接続する。
- ⑤注射器内の薬液量を確認後、開始ボタンを押す。

▶**注意事項**

- 2 mL/時を超えると、すぐには吸収されず、血中濃度が期待したところまで上がらない。レスキューも考え、1 mL/時になることが望しい。
- 金属製の留置針は、外傷、気胸などのリスクがあるので使用を避ける。

4 皮下輸液

本項目は、現場で同手技を実施することを想定し、すぐに参照できるように手順書として記載した。

適応となる状態

- 静脈からの血管確保が困難。
- 認知症やせん妄のため静脈注射が危険。
- 経口摂取・静脈からの輸液ができないが、補液が必要。
- 中心静脈からの輸液を希望しない。
 - ▶ 禁忌：DIC（播種性血管内凝固），出血傾向，浮腫の強い患者

方法

準備するもの

- 持続注射用皮下留置針または24 G 静脈留置針，エクステンションチューブ，フィルムドレッシング材（透明で皮膚の状態が観察できるもの），テープ類，アルコール綿，輸液薬剤，輸液セット，点滴スタンド

穿刺方法

- ① 指示票と薬剤と患者名を確認する。
- ② 輸液の準備を行う。
- ③ 患者に説明する。点滴を始めると，徐々に腫れてくること，冷たさを感じることもあるが，問題ないことをあらかじめ説明する。
- ④ 穿刺部位の選択：注射部位を決め，体位を整える。
 - ▶ 胸部上部，腹部，大腿上部などの，皮下脂肪があり浮腫がないところや，皮膚がたるんでいる部分，体動があっても抜去されにくい場所を選ぶ（**図8**）。皮膚疾患のある部位，臍周囲5 cm，ズボンやパンツのゴムが締め付ける部分は避ける。
- ⑤ 穿刺部位を消毒後，消毒した部位が不潔にならないように皮膚をつまむ。
 - ▶ 皮膚をつまんだときに，指と指の間の幅が1 cm以上あることを確認する（**図9**）。
- ⑥ 患者に声をかけ，すみやかに穿刺する。
 - ▶ 血管を避け，筋肉に到達しないように注意する。

図8 穿刺部位の選択

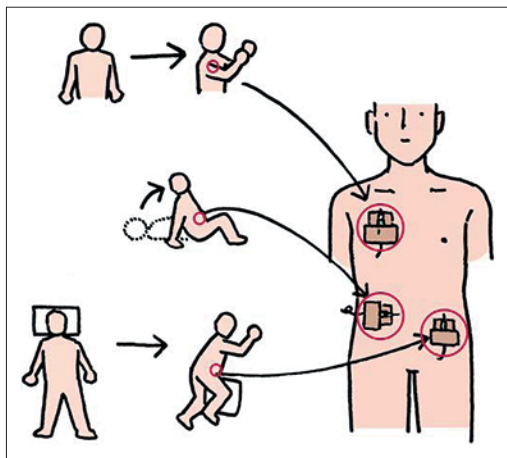


図9 穿刺部位の皮膚をつまむ



▶ 皮膚のしわに沿った方向に刺すと留置針が折れにくい(図10)。

⑦ 刺入後、血液の逆流、強い痛み、末梢のしびれがないかを確認する。

⑧ 刺入部周囲をフィルムで固定する。

⑨ テープで接続部より後方を皮膚に固定する。

▶ 皮膚の損傷を防ぐため、ガーゼや絆創膏などで針の接続部と皮膚の間にクッションを当てる。

⑩ 輸液の注入を開始する。

▶ 20～100 mL/時間程度で開始し、痛みがある場合は減速する。薬液は一時的に皮下にたまってから(浮腫になってから)ゆっくり吸収される。

⑪ 刺入部位の疼痛・発赤・感染などを確認する。

図10 留置針の刺す方向



注意事項

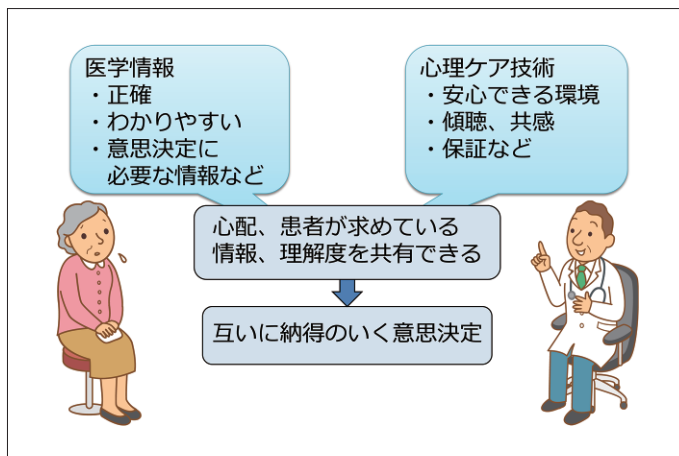
- 滴下が遅くなった場合、①刺入部を温める、②軽くマッサージを行う、③固定が強すぎないかを確認する。
- 発赤がある場合はすみやかに抜去し、別の部位に穿刺し直す。
- 刺入部周囲に冷たさを訴える場合、ホットパックなどで温める。
- 針を留置し、数日ごとに場所を変更する。
- 滴下速度を速くすると痛みが生じやすいので、皮下の吸収に合わせて調節する。
- 刺入部位の膨隆は、1日で引くならば様子を見る。それ以上吸収が遅いようであれば、穿刺部位を変更する。
- せん妄で点滴を抜こうとする場合、輸液の必要性を再検討する。また、パジャマの袖に通すなどの工夫をする。
- 点滴終了後に針を留置する場合、生食やヘパリン生食などの注入を行わなくてもよい。
- 金属製の留置針は、外傷、気胸などのリスクがあるので使用をさける。

5 悪い知らせの伝え方

(1) 悪い知らせを伝える方法

- 日本のがん患者，医師への面接やアンケートをもとに，日本人の意向に即したコミュニケーション技術が開発された(図11)。

図11 悪い知らせのコミュニケーション技術



(PEACEプロジェクト：プレゼンテーション資料，M-8コミュニケーション，P.40，許可を得て転載)

- Supportive environment, How to deliver the bad news, Additional information, Reassurance and Emotional supportの4つの要素から構成され，頭文字をとってSHAREとよばれる。

S—サポートティブな場を設定する：Supportive environment

- プライバシーの保たれた場所と時間を確保する。
- 誰と聞きたいかを患者に確認し，希望する家族の同席を促す。
- 面談中に電話に出る際には一言断りを述べる。

H—悪い知らせを伝える：How to deliver the bad news

- 患者が「今，病気について気がかりなこと」を確認しながら情報を伝える。患者の心配にこたえることができ，ギャップを小さくできる。
- 患者が「どのくらい病気について知りたいと思っているか」を確認する。すべての患者がすべての情報を知りたいと望んでいるわけではない。

A—付加的な情報を伝える：Additional information

- 「できないこと」と併せて，「できること」を必ず伝える。
- 質問を医師から促す。

RE—安心できるよう気持ちに配慮する：Reassurance and Emotional support

- つらい気持ちを表出することは当然であることを伝える。

- 患者の気持ちと心配に関心をもっており、一緒に考えていくことを伝える。
- 時系列で整理すると**表3**のようにSHAREのスキルをまとめることができる。

表3 SHAREのスキル

| | |
|--|--|
| <p>準備をする</p> <ul style="list-style-type: none"> ●事前に重要な面談であることを伝えておく ●プライバシーは保たれているか ●十分時間はあるか ●携帯電話やPHSをマナーモードにしたか ●家族の同席の意向をたずねたか <p>}を確認する</p> <p>面談中、常に気をつけること</p> <ul style="list-style-type: none"> ●礼儀正しく患者に接する ●患者の目や顔を見て接する ●患者に質問を促し、その質問に十分答える ●患者の質問にいらいらした様子で対応しない <p>面談を開始する</p> <ul style="list-style-type: none"> ●患者の気持ちを和らげる言葉をかける ●経過を振り返り、病気の認識を確認する ●家族にも同様に配慮する ●他の医療者を同席させるときは患者の了承を得る <p>悪い知らせを伝える</p> <ul style="list-style-type: none"> ●直前に心の準備のための言葉をかける ●わかりやすく明確に伝える ●感情を受け止め、気持ちをいたわる言葉をかける ●写真や検査データを用いる、紙に書く(パンフレットの利用) ●患者の理解度を確認、速すぎないかたずねる ●質問や相談があるかどうかたずねる <p>治療を含め今後のことについて話し合う</p> <ul style="list-style-type: none"> ●標準的な治療、とりうる選択肢について説明する ●推奨する治療法を伝える ●がんの治る見込みを伝える ●セカンドオピニオンについて説明する ●患者が希望をもてる情報も伝える ●患者の日常生活や仕事、利用できるサポートについて伝える <p>面談をまとめる</p> <ul style="list-style-type: none"> ●要点をまとめて伝える ●説明に用いた紙を渡す ●今後も責任をもって診療にあたること、決して見捨てないことを伝える ●患者の気持ちを支える言葉をかける | |
|--|--|

(2) SHAREを使用するうえで前提として習得しておきたいコミュニケーションスキル

1—話を聞くスキル

- 傾聴：目や顔を見る，あいづちを打つ。

2—質問するスキル

- 開かれた質問：開かれた質問と閉じられた質問を使い分ける。
- 開かれた質問の例：「この1週間いかがお過ごしでしたか？」
- 閉じられた質問の例：「はい/いいえ」で応えられる質問。「痛みはありますか？」

3—共感するスキル

- 探索・共感・承認をうまく使い分ける。
- 探索：患者の気持ちや気がかりを探索し理解する。
例：「ご心配を教えてくださいませんか？」
- 共感：患者の気持ちを繰り返す。
例：「…(沈黙)…死にたいくらいつらいのですね」
沈黙(5~10秒)を積極的に使う
例：「…(沈黙)…」
(患者が目を上げ，発言するのを待つ)
- 承認：患者の気持ちはもっともなことだと正当性を伝える。
例：「このような症状のなかでお仕事をされてさぞやつらかったでしょう」
「皆さんそのように思われますよ」
「多くの患者さんも同じような経験をされています」

コミュニケーションのよくある質問

質問 ● 1 患者が病名や病状を聞きたくないと言っている

- A 聞きたくないという気持ちを理解できることを伝える。
- B 何を聞きたくないと思っているのかを確認し，本人に伝えること，伝えないことを決める。
- C 患者の代わりに話を伝えるべき人がいるかどうかの確認をする。
 - 必ずしも「すべてを使えなくてはいけない」と，患者の意向を無視してまで伝える必要はない。治療上どうしても必要な情報のみに限ったり，次回の受診時に説明を行ったり，家族等が同席できるときに改めて伝えるという方法もある。



質問・2 余命についての質問：「私の命はあとどれくらいなのでしょう？」 と言われた

- A 患者が余命について心配していることを理解したことを示す。
- B 患者が余命について質問したとき、余命そのものを知りたいわけではないことが多い。まず、余命に関する質問をした理由をたずね、具体的なことに対応する。
- C 余命の長さそのものに関心がある場合、まず、患者がどれくらいと感じているかを確認したうえで、どの程度具体的に伝えてほしい希望があるかを確認する。
- D 具体的な見込みを希望する場合、幅をもった期間を予測の不確実性ととともに伝える。「……………まで」「あと……………」という幅のない断定的な伝え方をしない。

例：

- 日常生活に与える影響について伝える。
「旅行に行く予定があれば年内にされたほうが安心かもしれません」
- パーセンテージで伝える。
「○%の方が△年間生存されています」
- 幅をもたせた期間で伝える。
「月の単位(週, 日, 半年単位)で考える時期です」



質問・3 抗がん治療の中止を告げられて転医してきた患者の初診で、「効果がなくてもいいから何かしてください」「本当に治らないんでしょうか?」「体力を回復させてまた治療したい」と言われた

- A 病院の医師からどのように病状の説明を受けているか、これからどのように療養していきたいと考えているかを開かれた質問を用いて患者にたずねる。紹介状の内容と患者や家族の意向は異なることがある。
- B 治療効果がなかったことに対する失望や不安の感情は通常反応であることを認め、共感を示す。「大丈夫」「心配いらない」など安易に励まさない。
- C 今後の方針について、外来や診療所でできることを挙げ、「納得して方針を決めることができた」と思えるように話し合う。
- D 患者の価値観を尊重し、セカンドオピニオンなど、治療相談を行いつつ、急な体調変化にも備える。

1 参考資料、情報の入手先

がん緩和ケアを実践するにあたって役立つ資料や情報の主なものとして以下がある。

1. 書籍

- (1) 日本緩和医療学会編：専門家を目指す人のための緩和医療学。南江堂，2014
- (2) 森田達也，木澤義之監：緩和ケアレジデントマニュアル。医学書院，2016
- (3) 内富庸介，小川朝生編：精神腫瘍学。医学書院，2011
- (4) 上村恵一，小川朝生，谷向仁，船橋英樹編：がん患者の精神症状はこう診る—向精神薬はこう使う。じほう，2015
- (5) 内富庸介，藤森麻衣子編：がん医療におけるコミュニケーション・スキル—悪い知らせをどう伝えるか。医学書院，2007
- (6) 内富庸介，藤森麻衣子編：続・がん医療におけるコミュニケーション・スキル—実践に学ぶ悪い知らせの伝え方。医学書院，2009
- (7) 川越正平編：在宅医療バイブル。日本医事新報社，2014
- (8) 日本緩和医療薬学会編：緩和医療薬学。南江堂，2013
- (9) 日本がんリハビリテーション研究会編：がんのリハビリテーションベストプラクティス。金原出版，2015
- (10) 緩和ケア編集委員会編：臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメントツール。青海社，2008

2. ガイドライン等

- (1) 日本緩和医療学会編：がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン(2014年版)。金原出版，2014
- (2) 日本緩和医療学会編：苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン(2010年版)。金原出版，2010
- (3) 日本緩和医療学会編：がん患者の消化器症状の緩和に関するガイドライン(2011年版)。金原出版，2011
- (4) 日本緩和医療学会編：がん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン(2016年版)。金原出版，2016
- (5) 日本緩和医療学会編：終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン(2013年版)。金原出版，2013
- (6) 日本緩和医療学会編：がん患者の泌尿器症状の緩和に関するガイドライン(2016年版)。金原出版，2016
- (7) 日本癌治療学会編：制吐薬適正使用ガイドライン2015年10月 第2版。金原出版，2015
- (8) 日本リハビリテーション医学会編：がんのリハビリテーションガイドライン。金原出版，2013
- (9) 日本リンパ浮腫研究会編：リンパ浮腫診療ガイドライン 2014年版。金原出版，2014
- (10) 日本老年医学会編：高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン～人工的水分・栄養補給の導入を中心として 2012年版。医学と看護社，2012
- (11) 日本緩和医療学会編：がんの補完代替療法クリニカル・エビデンス(2016年版)。金原出版，2016
- (12) 日本緩和医療学会編：患者さんと家族のためのがんの痛み治療ガイド。金原出版，2014

3. eラーニング

- (1) CANCER e-LEARNING がん医療を専門とする医師の学習プログラムeラーニング
(日本癌治療学会)
<http://www.cael.jp/>

がん診療に携わる医師をはじめとした医療者等を対象に作成されたeラーニングプログラムである。がん診療に携わる医師であれば習得することが望ましい「共通科目」と、その領域の専門家を対象とする「専門科目」から構成されている。緩和ケアに関連する共通科目として「緩和医療学」8講義、「精神腫瘍学」6講義、「医療ケアとチーム医療、腫瘍社会学、患者教育」10講義が掲載されている(平成28年11月現在)。

4. 医師等の医療者向けの資料、パンフレット

- (1) 緩和ケア継続教育プログラム PEACEプロジェクト。
<http://www.jspm-peace.jp>
- (2) 緩和ケア、緩和ケアスクリーニングに関する事例集
(厚生労働省) http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/gan/gan_kanwa.html
厚生労働省におけるがん対策における緩和ケアについてとりまとめているホームページである。緩和ケアスクリーニングに関する事例集は、ホームページ内の最下段に掲載されている。(平成28年11月現在)
- (3) 生活のしやすさに関する質問票
(緩和ケア普及のための地域プロジェクト研究班) <http://gankanwa.umin.jp/pamph.html>
がん診療連携拠点病院の指定要件で定められているスクリーニングを実施するために、もっともよく使用されているツールの一つである「生活のしやすさに関する質問票」とその使用方法が掲載されている。
- (4) つらさと支障の寒暖計
(国立がん研究センター精神腫瘍学グループ) http://pod.ncc.go.jp/documents/DIT_manual.pdf
がん患者の適応障害・うつ病をスクリーニングするためのツールであり、使用にあたっての手引きが掲載されている。
- (5) STAS-J (STAS日本語版) スコアリングマニュアル
(日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団) <http://www.hospat.org/stas-j.html>
STAS-Jは、緩和ケアの質の評価を医療従事者による他者評価で行うためのツールであり、診療報酬「がん患者指導管理料2」を算定するときに実施することが求められている。
- (6) 「がんと診断された時からの緩和ケア」とは—がん診療に携わる医師が知っておくべきこと
(日本緩和医療学会) <http://www.kanwacare.net/formedical/materials/manual.php>
がん診療に携わる医師が、がんと診断した時から緩和ケアを実践していくために、具体的にどのようなことをすべきなのか5つのアクションとして提示している。

5. 患者・家族への緩和ケアに関する説明用資料

- (1) がんの冊子 がんと療養シリーズ
(国立がん研究センター：がん情報サービス) http://ganjoho.jp/public/qa_links/brochure/care.html
患者・家族を対象に作成されている冊子であり、内容もわかりやすく配慮して作成されている。医療従事者が患者・家族に説明する時に活用することもできる。
- (2) 痛みを含めた11の諸症状を説明するためのパンフレット
(緩和ケア普及のための地域プロジェクト研究班) <http://gankanwa.umin.jp/pamph.html>
医療従事者から、患者・家族に説明する時に使用することを想定して、よく見られる症状ごとに、症状の原因、検査、治療、生活の工夫などをパンフレットにまとめたもの。
- (3) これからがん治療を受ける方へ—早期発見がんとわかったときからはじまる緩和ケア

(日本緩和医療学会) <http://www.kanwacare.net/formedical/materials/leaflet.php>
がんと診断された患者・家族に対して、医療従事者が「がんと診断された時からの緩和ケア」を説明する時に用いるためのリーフレットである。

6. 緩和ケアを中心とした関連のホームページ

- (1) 緩和ケア.net
(日本緩和医療学会) <http://www.kanwacare.net/>
日本緩和医療学会が、緩和ケアに関する誤解が解消され全国で適切な緩和ケアが提供されていくことを目指し、緩和ケアを普及啓発していくことを目的としているホームページである。医療従事者向けのコンテンツと患者・家族向けのコンテンツから構成されている。
- (2) がん対策のための戦略研究 OPTIMプロジェクト
(緩和ケア普及のための地域プロジェクト研究班) <http://gankanwa.umin.jp/>
OPTIMプロジェクト(Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model, 厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」)により作成された成果物を掲載しているホームページである。医療者向けと一般の方向けに、動画、パンフレット等が掲載されている。
- (3) 日本ホスピス緩和ケア協会
<http://www.hpcj.org/>
ホスピス緩和ケア週間、緩和ケアに関する診療報酬等の緩和ケアに関連した情報、医師研修等の医療従事者に向けた情報、一般の方に向けた情報が掲載されている。
- (4) 国立がん研究センター精神腫瘍学グループ
<http://pod.ncc.go.jp/>
精神腫瘍学に関連する資料や情報が、医療従事者向けと一般の方向けにコンテンツが作成されており、つらさと支障の寒暖計等の心理尺度やパンフレット等が掲載されている。

7. 緩和ケアに関する情報を含めた関連のホームページ

- (1) がん情報サービス
(国立がん研究センター) <http://ganjoho.jp/>
- (2) 医療情報サービス Minds
(日本医療機能評価機構) <http://minds.jcqh.or.jp/>
- (3) がん情報サイト PDQ[®]日本語版
(先端医療振興財団 臨床研究情報センター) <http://cancerinfo.tri-kobe.org/>
- (4) 海外がん医療情報リファレンス
(日本癌医療翻訳アソシエイツ) <https://www.cancerit.jp/>
- (5) がん対策情報
(厚生労働省) http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/gan/index.html

2 緩和ケアで頻用される薬剤リスト

| 区分 | 一般名 | 主な商品名 |
|----------------|------------------------|---|
| 麻薬性鎮痛薬 | | |
| 強オピオイド | オキシコドン塩酸塩 | 持続性製剤：オキシコンチン錠 即効性製剤：オキノーム散，オキファスト注 |
| | モルヒネ塩酸塩， モルヒネ硫酸塩 | 持続性製剤：カディアンカプセル，パシーフカプセル，ピーガード錠，MSコンチン錠，MSツワイスロンカプセル，モルペス細粒，アンベック坐剤 即効性製剤：オプソ内服液，塩酸モルヒネ錠，モルヒネ末，塩酸モルヒネ注 |
| | フェンタニル， フェンタニルクエン酸塩 | 持続性製剤：デュロテップパッチ，ワンデュロパッチ，フェントステープ 即効性製剤：アブストラル舌下錠，イーフェンバッカル錠，フェンタニル注射液 |
| | メサドン塩酸塩 | メサペイン錠 |
| 弱オピオイド | コデインリン酸塩 | コデインリン酸塩散，錠 |
| | タペンタドール塩酸塩 | タペンタ錠 |
| | トラマドール塩酸塩 | 持続性製剤：ワントラム錠 即効性製剤：トラマールOD錠，トラマール注 |
| 非麻薬性鎮痛薬 | | |
| NSAIDs | インドメタシン | インテバンSP，インテバン坐剤 |
| | ジクロフェナクナトリウム | ボルタレン錠，ボルタレン坐剤 |
| | ナプロキセン | ナイキサン錠 |
| | フルルビプロフェンアキセチル | ロピオン静注 |
| | ロキソプロフェンナトリウム | ロキソニン錠 |
| | エトドラク | オステラック錠，ハイベン錠 |
| | メロキシカム | モービック錠 |
| 解熱鎮痛剤 | アセトアミノフェン | カロナール錠，カロナール坐剤，アセリオ静注液 |
| 鎮痛補助薬 | | |
| 抗けいれん薬 | ガバベンチン | ガバベン錠 |
| | バルプロ酸 | デパケン錠，デパケンR錠，セレニカR錠 |

※一般名名称品は除く

I はじめに

II 症状マネジメント

III エンド・オブ・ライフケア

IV 非がん疾患への緩和ケアアプローチ

V 療養場所と緩和ケア

VI 緩和ケアのスキル

VII 資料

| 区分 | 一般名 | 主な商品名 |
|----------------------|---------------|------------------------------|
| 神経障害性疼痛治療薬 | プレガバリン | リリカカプセル |
| 三環系抗うつ薬 | アミトリプチリン塩酸塩 | トリプタノール錠 |
| | アモキサピン | アモキサンカプセル |
| | イミプラミン塩酸塩 | トフラニール錠, イミドール糖衣錠 |
| | クロミプラミン塩酸塩 | アナフラニール錠, アナフラニール点滴静液 |
| NMDA 受容体拮抗薬 | ケタミン塩酸塩 | ケタラール筋注用, ケタラール静注用 |
| ステロイド | デキサメタゾン | デカドロン錠, デカドロン注射液 |
| | ベタメタゾン | リンデロン錠, リンデロン注 |
| 制吐薬 | | |
| 抗ドパミン薬 | プロクロルペラジン | ノバミン錠, ノバミン筋注 |
| | メトクロプラミド | プリンペラン錠, プリンペラン注射液 |
| 消化管運動改善薬 | ドンペリドン | ナウゼリン錠 |
| ヒスタミン拮抗薬 | ジフェンヒドラミン | トラベルミン配合錠(ジプロフィリンとの配合錠), ベナ錠 |
| 下剤 | | |
| 浸透圧性下剤 | 酸化マグネシウム | マグラックス錠, マグミット錠, 酸化マグネシウム細粒 |
| | ラクツロース | モニラックシロップ, ピアーレシロップ |
| 大腸刺激性下剤 | ピコスルファートナトリウム | ラキソベロン錠, ラキソベロン内用液 |
| | センノシド | プルゼニド錠 |
| 抗不安薬 | | |
| ベンゾジアゼピン系 短時間作用型 | エチゾラム | デパス錠 |
| | クロチアゼパム | リーゼ錠 |
| ベンゾジアゼピン系 中間作用型 | アルプラゾラム | ソラナックス錠, コンスタン錠 |
| | ブロマゼパム | レキソタン錠, セニラン錠 |
| | ロラゼパム | ワイパックス錠 |
| ベンゾジアゼピン系 長時間作用型 | ジアゼパム | セルシン錠, ホリゾン錠 |
| 非ベンゾジアゼピン系 | ヒドロキシジン塩酸塩 | アタラックス錠, アタラックス-P注射液 |
| 睡眠薬 | | |
| ベンゾジアゼピン系 超短時間作用型 | トリアゾラム | ハルシオン錠 |

※一般名名称品は除く

| 区分 | 一般名 | 主な商品名 |
|-----------------------|---------------|-----------------------|
| ベンゾジアゼピン系 短時間作用型 | プロチゾラム | レンドルミン錠 |
| | リルマザホン塩酸塩水和物 | リスミー錠 |
| | ロルメタゼパム | エバミール錠, ロラメット錠 |
| | ミダゾラム | ドルミカム |
| ベンゾジアゼピン系 中間作用型 | エスタゾラム | ユーロジン錠 |
| | ニトラゼパム | ネルボン錠, ベンザリン錠 |
| | フルニトラゼパム | サイレース錠, ロヒプノール錠 |
| ベンゾジアゼピン系 長時間作用型 | クアゼパム | ドラール錠 |
| 非ベンゾジアゼピン系 超短時間作用型 | エスゾピクロン | ルネスタ錠 |
| | ゾピクロン | アモバン錠 |
| | ゾルピデム酒石酸塩 | マイスリー錠 |
| メラトニン受容体作動薬 | ラメルテオン | ロゼレム錠 |
| オレキシン受容体拮抗薬 | スボレキサント | ベルソムラ錠 |
| 抗うつ薬 | | |
| 三環系 | アモキサピン | アモキサンカプセル |
| | アミトリプチリン塩酸塩 | トリプタノール錠 |
| | イミプラミン塩酸塩 | トフラニール錠, イミドール糖衣錠 |
| | クロミプラミン塩酸塩 | アナフラニール錠, アナフラニール点滴静液 |
| 四環系 | ミアンセリン塩酸塩 | テトラミド錠 |
| トリアゾロピリジン誘 導体 | トラゾドン塩酸塩 | デジレル錠, レスリン錠 |
| SSRI | 塩酸セルトラリン | ジェイゾロフト錠 |
| | エスシタロプラムシュウ酸塩 | レクサブロ錠 |
| | パロキセチン塩酸塩水和物 | パキシル錠 |
| SNRI | デュロキセチン塩酸塩 | サインバルタカプセル |
| | ミルナシプラン塩酸塩 | トレドミン錠 |
| NaSSA | ミルタザピン | リフレックス錠, レメロン錠 |
| 抗精神病薬 | | |
| ブチロフェノン系 | ハロペリドール | セレネース錠, セレネース注 |

※一般名名称品は除く

I はじめに

II 症状マネジメント

III エンド・オブ・ライフケア

IV 非がん疾患への緩和ケアアプローチ

V 療養場所と緩和ケア

VI 緩和ケアのスキル

VII 資料

| 区分 | 一般名 | 主な商品名 |
|------------------|------------------|---------------------------|
| フェノチアジン系 | クロルプロマジン塩酸塩 | コントミン糖衣錠, コントミン筋注 |
| | プロクロルペラジン | ノバミン錠, ノバミン筋注 |
| | レボメプロマジンマレイン酸塩 | ヒルナミン錠, レボトミン錠 |
| ベンザミド系 | スルピリド | ドグマチール錠 |
| | チアプリド塩酸塩 | グラマリール錠 |
| 非定型抗精神病薬 | オランザピン | ジプレキサ錠 |
| | クエチアピンフマル酸塩 | セロクエル錠 |
| | ペロスピロン塩酸塩水和物 | ルーラン錠 |
| | リスペリドン | リスパダールOD錠 |
| ドパミンD2受容体部分アゴニスト | アリピプラゾール | エビリファイOD錠 |
| 抗てんかん薬 | | |
| ヒダントイン系 | フェニトイン | アレビアチン錠, アレビアチン注, ヒダントール錠 |
| | ホスフェニトインナトリウム水和物 | ホストイン静注 |
| ベンゾジアゼピン系 | クロナゼパム | ランドセン錠, リボトリール錠 |
| イミノスチルベン系 | カルバマゼピン | テグレート錠 |
| 分枝脂肪酸系 | バルプロ酸ナトリウム | デパケン, デパケンR, セレニカR |
| GABA誘導体 | ガバベンチン | ガバベン錠 |
| ピロリドン誘導体 | レベチラセタム | イーケプラ錠, イーケプラ点滴静注 |
| 認知症治療薬 | | |
| アセチルコリンエステラーゼ阻害 | 臭化水素酸ガランタミン | レミニール錠 |
| | ドネベジル塩酸塩 | アリセプト錠 |
| | リバスチグミン | イクセロンパッチ, リバスタッチパッチ |
| NMDA受容体チャネル阻害 | 塩酸メマンチン | メモリー錠 |

※一般名名称品は除く

あとがき

現在、厚生労働省がん対策推進協議会においては、2017年からの第3期がん対策推進基本計画の策定に向けた検討が行われています。

その中で、がん緩和ケアについては、協議会のもとに設置された「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」において、緩和ケアの普及啓発、提供体制、そしてすべての医療従事者が基本的な緩和ケアを身につけるための方策等に関して、次期計画に盛り込むべき内容の整理が行われています。

特に、現在実施されている「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」の内容に関し、疼痛緩和の視点だけでなく、全人的な苦痛の評価、コミュニケーション、患者や家族の希望を考慮した意思決定支援、在宅緩和ケアなど、研修プログラムの充実を図り、がん診療に携わるすべての医療従事者のさらなる質の向上につながるものとするのが求められています。

今般の「がん緩和ケアガイドブック」の改訂は、こうした新たな視点を盛り込んでおります。

がん診療に携わる医師をはじめとする医療従事者の基本的な緩和ケアに対する知識と技術の習得にお役立ていただき、患者のその家族に対するさらなる支援の一助になりましたら幸いです。

ガイドブックの改訂にあたっては、多忙な勤務の傍ら、精力的に編集にあたられた小川朝生先生(国立がん研究センター東病院精神腫瘍科)をはじめ、厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班の多くの先生方にご尽力をいただきました。この場をお借りして心より御礼申し上げます。

平成29年3月

日本医師会常任理事 道 永 麻 里

厚生労働科学特別研究事業

適切な緩和ケア提供のための

緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究 (H28-特別-指定-003)

| | | |
|----------------|-----------------------|---------------------------------|
| 研究代表者 | 小川 朝生 | (国立がん研究センター先端医療開発センター精神腫瘍学開発分野) |
| 研究分担者 | 木澤 義之 | (神戸大学大学院医学研究科内科系講座先端緩和医療学分野) |
| | 濱野 淳 | (筑波大学医学医療系臨床医学域総合診療医学・緩和医療学) |
| | 山本 亮 | (JA長野厚生連佐久総合病院佐久医療センター) |
| | 飯島 勝矢 | (東京大学高齢社会総合研究機構) |
| | 平井 啓 | (大阪大学経営企画オフィス) |
| 研究協力者 | 道永 麻里 | (日本医師会常任理事) |
| 編集 | 小川 朝生 | |
| | 木澤 義之 | |
| | 山本 亮 | |
| 執筆協力 (五十音順) | 秋月 伸哉 | (千葉県がんセンター精神腫瘍科) |
| | 安斉 俊久 | (国立循環器病研究センター心臓血管内科部門心不全科) |
| | 石原 辰彦 | (岡山済生会総合病院緩和ケア科) |
| | 市田 泰彦 | (国立がん研究センター東病院薬剤部) |
| | 井上 綾子 | (大分県立病院精神神経科) |
| | 井上真一郎 | (岡山大学病院精神科神経科) |
| | 今井 堅吾 | (総合病院聖隷三方原病院ホスピス科) |
| | 上野 尚雄 | (国立がん研究センター中央病院歯科) |
| | 上村 恵一 | (市立札幌病院精神医療センター精神科) |
| | 荻野美恵子 | (北里大学医学部附属新世紀医療開発センター包括ケア全人医療学) |
| | 柏木 秀行 | (飯塚病院緩和ケア科) |
| | 加藤 雅志 | (国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報・統計部) |
| | 神谷 浩平 | (山形県立中央病院緩和医療科) |
| | 熊野 智康 | (金沢大学附属病院放射線治療科) |
| | 坂下 明大 | (兵庫県立加古川医療センター緩和ケア内科) |
| | 佐藤 哲観 | (静岡県立静岡がんセンター緩和医療科) |
| | 里見絵理子 | (国立がん研究センター中央病院緩和医療科) |
| | 志真 泰夫 | (筑波メディカルセンター病院緩和医療科) |
| | 清水 研 | (国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科) |
| | 首藤真理子 | (わたクリニック) |
| | 菅野 康夫 | (国立循環器病研究センター心臓血管内科部門心不全科) |
| | 鈴木 梢 | (東京都立駒込病院緩和ケア科) |
| | 田上 恵太 | (国立がん研究センター東病院緩和医療科) |
| | 田代 志門 | (国立がん研究センター研究支援センター生命倫理室) |
| | 伊達 泰彦 | (救世軍ブース記念病院精神科) |
| | 内藤いづみ | (ふじ内科クリニック) |
| 長江 智子 | (市立札幌病院精神医療センター) | |
| 久永 貴之 | (筑波メディカルセンター病院緩和医療科) | |
| 平山 貴敏 | (国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科) | |
| 細川 豊史 | (京都府立医科大学疼痛・緩和医療学教室) | |
| 松尾 直樹 | (外旭川病院ホスピス科) | |
| 松本 禎久 | (国立がん研究センター東病院緩和医療科) | |
| 森田 達也 | (総合病院聖隷三方原病院緩和と支持治療科) | |
| 山口 崇 | (神戸大学医学部附属病院緩和と支持治療科) | |
| 山代亜紀子 | (京都府立医科大学疼痛・緩和医療学講座) | |

新版 がん緩和ケアガイドブック

| | |
|-----|---|
| 発行 | 2017年3月31日 |
| 監修 | 公益社団法人 日本医師会 © |
| 製作者 | 工藤良治 |
| 製作所 | 株式会社 青海社 〒113-0031 東京都文京区根津1-4-4 河内ビル ☎ 03-5832-6171 FAX 03-5832-6172 |
| 装飾 | デザインプレス 高橋光子 |
| DTP | 株式会社真興社 |

本書は、平成28年度厚生労働行政推進調査事業費補助金厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」(H28-特別-指定-003)の成果をもとに作成しました。

本書に掲載されている情報、写真、イラストなど文字・画像等のコンテンツの著作権は特段の記載がない限り、公益社団法人日本医師会に帰属します。当会の許諾なく本書のデータの全部又は部分をそのまま又は改変して転用・複製・転載・頒布・削除・販売することを一切禁じます。また、当会の許諾なく本書のデータを再配布することを禁じます。

