

「緩和ケア」

■特集の背景と目的

未曾有の多死高齢化社会を迎えつつあるなか、ホスピタリストには時代の二ードを踏まえて患者に満足度の高い医療を提供する役割が求められています。WHOの定義では、緩和ケアの対象を悪性腫瘍に限定せず、すべての治癒困難な進行性疾患としています。これは、慢性進行性疾患の終末期に生じるさまざまな苦痛や困難に対して、緩和ケアが行われるべきであることを示しています。また、緩和ケアは特定の場所で提供される医療やケアを指すものではなく、患者と家族の苦痛を軽減し、QOLを向上させるアプローチであると定義されます。つまり、ホスピタリストは、急性期病院において疾患特異的治療を担当するのみならず、疾患が進行し、予後が短いと予測されるようになった段階で急性期病院に入院してきたケースに対し、最前線で自ら率先して緩和ケア（ここでは一次緩和ケア）を提供する役割を担うのです。緩和ケアは、緩和ケア科や専門チームのみが担うものではなく、すべての医療者によって担われる基本的ケアの一部であると理解する必要があります。

本特集では、ホスピタリストが知っておくべき重要項目の知識を整理するとともに、求められる満足度の高い個別ケアをどのように実践すべきか、個々の症例で応用できる内容を提供します。また、これまでほとんど臨床研究はなされてこなかった分野ですが、近年、その必要性が認識され、臨床疑問を解決してくれるエビデンスが得られてきています。これらも可能なかぎり網羅します。

■目次とダイジェスト

はじめに | 全入院患者に緩和ケアを

- 関根龍一 亀田総合病院疼痛・緩和ケア科

1. ホスピタリストにも必須となる緩和ケアの知識：基本用語、必須要素、新しい概念

- 関根龍一

<ダイジェスト>

緩和ケアとその周辺を取り巻く状況は変化を遂げてきており、使用頻度の高い緩和ケア関連用語も、ややもすれば人々によって異なる認識をもって使用され、議論がかみ合わないこともある。本稿では、まず緩和ケアの関連用語の定義について、その用語の時代ごとの意味の変遷などを含めて解説する。次に、緩和ケアに必須とされる要素、および最近の緩和ケアに変化をもたらしたいくつかの新しい概念について述べる。

2. ホスピタリストが把握しておくべき疼痛の評価と治療：総論：「痛み」は「トータルペイン」と考える

- 蔵本浩一 亀田総合病院疼痛・緩和ケア科

<ダイジェスト>

臨床現場において、痛みは最も多い徴候とされている。高度の痛みは患者に苦痛のみならず、恐怖や絶望を抱かせる。一方で、患者は痛みを感じていたとしても、自発的にそれを訴えることは少ない傾向にある。さらに、医療者の誤った思い込み、例えば、痛みとは1つの症状にすぎず有害なものではない、鎮痛処置をしてしまうと診断が難しくなる、オピオイドを使用すると中毒になる、などは、疼痛管理を不十分なものとし、患者の苦痛を遷延させる。

2000年、米国連邦議会は「痛みの10年」宣言（the Decade of Pain Control and Research）を採択し、翌2001年より、痛みをめぐるさまざまな問題への国家を挙げた取り組みを開始した。これに合わせて同年、JCAHOは「血圧、脈拍、呼吸数、体温」という古典的なバイタルサインと同様に、「痛み」を「第5の」バイタルサインとして位置づけ、すべての患者において痛みを評価することを「義務」づけた。「痛みの治療を受けることは患者の権利であり、痛みの治療をすることは医療者の義務である」、これが当時のJCAHOが定めた痛みの治療基準の基本理念である。

本稿では、第5のバイタルサインである「痛み」に関して、その定義、評価、急性痛と慢性痛の違い、がん性疼痛／非がん性疼痛への対応の違い、患者教育の重要性に焦点をあてながら、臨床現場で実際に疼痛マネジメントに携わるうえでのポイントについて述べる。

3. 医療用麻薬（オピオイド）を含めた薬物療法：各論：副作用対策、疼痛治療の対応

- 久原幸 手稲溪仁会病院がん治療管理センター緩和ケア室緩和ケアチーム

<ダイジェスト>

一般に、疼痛の薬物治療は、痛みの原因である疾患特異的な治療と同時併行で開始され、治療内容は疾患治療に応じて適宜調整される。また、非薬物的な疼痛ケアを合わせて行うことで、全体としてバランスのとれた疼痛管理が可能となる。本稿では、そのような日常の管理に欠かせない薬物を取り上げ、ガイドラインや薬理学および緩和医療学のテキストにのっとり、ホスピタリストが精通しておくべき薬物療法について概説する。

4. 症状マネジメント：呼吸困難：原因と強さの評価から最適なケアを考える

- 山口崇 神戸大学医学部附属病院緩和治療科
＜ダイジェスト＞

緩和ケアの対象となる患者において、呼吸困難は頻度の高い症状である。進行がん患者では54～76%、非悪性疾患患者ではより高率に呼吸困難を合併するといわれている。本稿では、呼吸困難のメカニズム、病態生理、評価法から実際の緩和治療までを、エビデンスに基づいて解説する。

5. 症状マネジメント：悪心・嘔吐、消化管閉塞、食欲不振：がん消化器症状に対する緩和ケア

- 久永貴之 筑波メディカルセンター病院緩和医療科
＜ダイジェスト＞

がん患者における消化器症状は、その症状によりQOLを著しく障害する。また、食事ができない、排便ができないという、人間としての尊厳や自律にかかわる部分が奪われることによる苦悩・スピリチュアルペインが生じ、例えば「食べられないからどんどん弱っていく」、「トイレも自分でできなくなってしまった」といった声が聴かれる。症状を最大限緩和して尊厳や自律を取り戻せるように努力することが大切であり、その方略について解説する。しかしながら、元どおり食べられて、排便できる状況に至らないことも多く、「元どおり」を目標にしていると、現実との間にどうしても埋めることのできないギャップが生じることになる。そのような場合には、現実的な食事や排便のゴールについて、患者の苦悩を受け止めながら真摯に話し合っていく姿勢が同時に求められる。

6. 症状マネジメント：精神症状：不安、抑うつ、せん妄の評価と治療

- 大谷弘行 九州がんセンター緩和治療科
＜ダイジェスト＞

緩和ケアにおいて、精神・こころについて取り扱うことは基幹であり、かつ不可欠である。一方で、これまでに多くのホスピタリストが、悩み、苦慮し、そして今でも過去の診療体験を「本当にあれでよかったのだろうか」と振り返ることが多々あるだろう。これには、精神・こころについて客観的に評価・判断するための検査などに関して十分な知見がないこと、そして、患者背景、家族背景、医療者自身の背景、原疾患背景、社会文化的背景など、さまざまな背景があり、誰一人として同じでない背景のなかで、患者個々に応じた多様な対応が求められていることが根底にある。

本稿では、そのような状況のなか少しでも現場で応用できるよう、緩和ケア精神領域の重要な知見をふまえ、具体的な症例に基づいて緩和ケアにおける不安anxiety、抑うつdepression、せん妄deliriumへの対応について述べる。

【コラム】緩和医療分野で比較的最近導入された薬物

- 瀧野陽子・余宮きのみ 埼玉県立がんセンター緩和ケア科
＜ダイジェスト＞

他分野と同様、緩和ケア領域でも治療法は日々変化している。最新の知識を得て治療の選択肢の幅を広げることが、患者の満足やQOLを向上することにつながっていく。本稿では、緩和医療分野で使用する薬物のうち、近年導入されたものについて、その特徴と使用上の主な注意点を述べる。

7. 緩和ケアと医療倫理・法的側面：臨床家として理解しておくべき現状

- 黛芽衣子 帝京大学医学部附属病院緩和ケア内科
＜ダイジェスト＞

たとえ病気を治すことができなくとも、また、加齢などによる身体の衰えの進行を止める、あるいは逆行させることができなくとも、可逆性の要素を可能なかぎり補正し、患者のquality of life (QOL) に寄与するべく診療を行うのが医療者の役割である。医療が発展し、さまざまな選択肢が増えた現在、医療者は現場で倫理的観点からクリアカットに結論づけることの難しい局面に遭遇することが多い。すなわち、提供する医療的措置が必ずしも患者のQOLにつながらないかもしれない、あるいはその可能性のほうが高いと予測されるような局面である。

本稿では、ホスピタリストが知っておくべき医療倫理の考え方と法的側面について解説する。また、日米両国における治療中止、差し控えに関する社会的状況、法的状況の違いにもふれる。

8. アドバンス・ケア・プランニング：コード確認や事前指示を含めた意思決定プロセス

- 八重樫牧人 亀田総合病院総合内科
＜ダイジェスト＞

治療に応じて、それなりの確率で良い日常生活動作activity of daily living (ADL) に戻る患者では問題になることは少ないかもしれないが、予後やADLが不良な患者では、侵襲的で望みが少ない治療をどれだけ行うか、あるいは行わないかは臨床医にとっての悩みの種である。特に、高齢化に伴い患者の平均年齢が高い日本の臨床では重要な事柄である。また、治療を行うか、あるいは行わないかの意思決定を誰が行うのか、患者本人に意思決定能力がないときに誰が意思決定を行うのか、急変して入院してからの患者の診療にあたるホスピタリストにとって、悩みは尽きない。一方、そのなかには基本的な概念をよく理解すれば、複雑な問題が簡略化できて、方針を決めていくことができる事柄も数多くある。本稿では、まず典型的な症例を提示し、その背景・概論を交え、具体的にどのように方針を決め〔アドバンス・ケア・プランニングadvanced care planning (ACP)〕、患者の価値観に応じた最適な医療を提供していくかについて述べる。

9. 内科疾患の終末期におけるマネジメント：総論：困難な意思決定をどのように行うか？

- 平岡栄治 東京ベイ・浦安市川医療センター総合内科
＜ダイジェスト＞
疾患が高度に進行し、末期になってくると、ある治療をするかしないか、今までしていた治療を続けるか中止するか、といった決断に迫られることがある。これは、患者だけでなく、医療従事者にとっても家族にとっても心の負担が大きく、意思決定が困難になり得る。本稿では、困難な意思決定をどのように行うかについて考える。

10. 内科疾患の終末期におけるマネジメント：各論：脳梗塞，心不全，認知症，COPD

- 平岡栄治
＜ダイジェスト＞
疾患の段階は、初期に始まり高度に進行した時期を経て、終末期に至る（advanced stageからend stage）。がんに関しては予後推定や緩和ケアへの注目度は高く、がん緩和ケア講習会をはじめ、さまざまな勉強会で多くの医療従事者が終末期のマネジメントについて学習している。しかし、がんは死因の30%にすぎない。心疾患、脳卒中、認知症、慢性閉塞性肺疾患（COPD）などの肺疾患といった、がん以外の疾患が原因で死亡することのほうが多い。したがって、それらの予後推定や緩和ケアについてホスピタリストは知っておかなければならない。別稿では、意思決定法として医学的要素（エビデンス）、患者の要素、周囲の状況・環境の要素を考え、統合する方法を紹介した。医学的要素では、終末期かどうかを考えるうえで予後推定が非常に重要である。本稿では、脳梗塞、心不全、認知症、COPDについて、予後推定、各疾患に特異的な症状緩和についてまとめ、最後に予後推定ツールの使用上の注意について述べる。

11. 非がん疾患の緩和ケアの動向：不確実で複雑な状況のなかでジェネラリストができること

- 大石愛 University of Edinburgh, Centre for Population Health Sciences, Primary Palliative Care Research Group

【コラム】臨死期の対応：一般病棟で行う緩和ケアのポイント

- 小田切拓也 聖隷三方原病院ホスピス科
＜ダイジェスト＞
2012年における日本のがん患者の死亡場所は、ホスピス・緩和ケア病棟9.4%、在宅8.9%で、残りの大多数の患者は一般病棟で亡くなっている¹⁾。このことから、一般病棟における臨床医、とりわけホスピタリストは、患者を看取るためのスキルを身につけておく必要がある。本稿では、主に緩和ケア病棟から得られた知見を示しながら、一般病棟で行える緩和ケアの方法を考える。

12. 病院と在宅緩和ケア：連携とその実際：在宅への移行はホスピタリストの理解と行動が重要

- 廣橋猛 永寿総合病院緩和ケア科
＜ダイジェスト＞
国民の多くは、治らない病になった場合、可能であれば自宅で過ごしたいと希望している。しかし、現実となると、がんの場合であれば在宅での死亡はわずか8%程度と極めて低く、病院死が8割を占めている。誰もが住み慣れた自宅で過ごしたい、過ごさせてあげたいと思うが、それを実現させるためにはさまざまなバリア（障害）が存在している。だが、ホスピタリストが在宅医療をより理解することで、実は在宅への移行がかなう可能性も十分ある。本稿では、さまざまなバリアに直面する典型的な症例も提示し、どのような方策を講じていくべきかを述べる。

【コラム】日本の緩和ケア「不都合な真実」と解決策：ホスピタリストのセンス、コミュニケーション・ガイド「十戒」のススメ

- 吉本鉄介 JCHO中京病院緩和支援診療科
＜ダイジェスト＞
院内緩和ケアチーム（HPCT）の活動に対する保険診療加算やがん対策基本法など、緩和ケアサービスを現場に届けるための制度作りが続いてきたが、いまだHPCTが担い展開すべき緩和サービスが患者・家族に届いたとは言い難いのが現実である。この「不都合な真実」の主たる理由は、①HPCTの中心的役割を果たす医師の問題解決能力が不足、つまり、必要なホスピタリスト・総合内科的な問題解決のセンスをもつ医師数のニーズに対する絶対的な不足、②活動に欠かせないHPCTのコミュニケーション技術（「十戒」として米国では普及）が知られていない、の2つと考える。本稿では、ホスピタリストやHPCTの医師に対して、後者の「コミュニケーション技術」を我々の実体験に基づき紹介して、「不都合な真実」解決の突破口となることを期待する。

13. 悪い知らせの伝え方：患者や家族のニーズや目標に合わせた医療・ケアのためのコミュニケーションスキル

- 上元洵子・森雅紀 聖隷浜松病院緩和医療科
＜ダイジェスト＞
予後不良の進行性疾患において、患者・家族が治療の選択、療養の場所や方向性の決定を行っていくうえで、①病状・治療内容・予測される経過の正しい理解、②医療者との関係性の構築、③患者／家族のエンパワーメントempowerment が重要となる。この経過において出発点となるのが、医療者による病状説明・コミュニケー

ションである。本稿では、主に悪性腫瘍（がん）を例に、悪い知らせbad news を伝える際のコミュニケーションスキルについて解説する。

14. 緩和医療EBMアップデート：研究の背景や枠組みからその全体像を理解する

- 森田達也 聖隷三方原病院緩和支援治療科
＜ダイジェスト＞
緩和医療はEBMにのっとった治療が行いにくい領域であるといわれてきたが、近年、これまでの経験に基づく常識を検証する実証研究が増えている。本稿では、これらの研究のうち重要なものをいくつか取り上げ、その背景や枠組みを解説する。それにより、緩和ケア領域の個々の研究論文について、より文脈に沿って解釈できるようになることの助けとした。

【コラム】 自らの死生観を振り返りスピリチュアルケアの理解を深めよう

- 瀬良信勝 亀田総合病院緩和ケア室チャプレン
＜ダイジェスト＞
予後不良の進行性疾患において、患者・家族が治療の選択、療養の場所や方向性の決定を行っていくうえで、①病状・治療内容・予測される経過の正しい理解、②医療者との関係性の構築、③患者／家族のエンパワーメントempowermentが重要となる。この経過において出発点となるのが、医療者による病状説明・コミュニケーションである。本稿では、主に悪性腫瘍（がん）を例に、悪い知らせbad newsを伝える際のコミュニケーションスキルに