

2018年7月度キャンサーボード特別講演トピックス

特別講演 緩和ケア科 竹中元康 先生

集中治療（重症疾患の治療）における緩和ケアの関わり

日本では緩和ケアは悪性腫瘍または後天性免疫不全症候群に罹患している者に対して施行する取り組みと心疾患末期の病態（心不全が主）が対象となる。身体的・精神心理的・社会的側面など多面的全人的苦痛が存在し、疾患の初期段階から緩和ケアが介入することが望まれる。

平成 30 年 3 月に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」が厚生労働省より示された。

・本人の意思の確認ができる場合

- ① 方針の決定は、医療従事者からの適切な情報提供と説明が必須
- ② 本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が必要
- ③ 話し合った内容は、その都度、文章にまとめる

・本人の意思の確認ができない場合

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善かを家族等と十分に話し合い決定することを基本とする
- ③ 家族等がいない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする

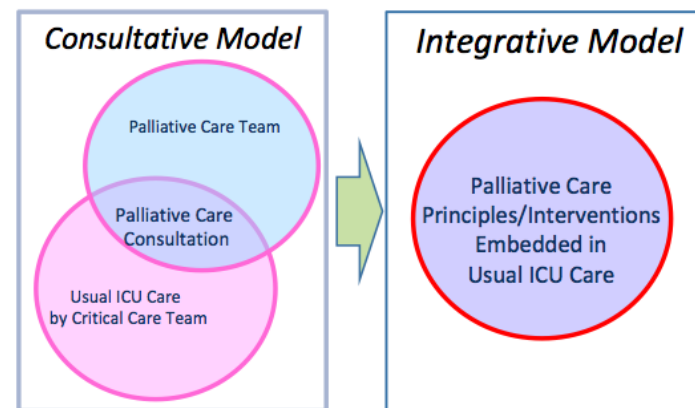
いずれの場合も複数の専門家からなる話し合いの場を設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行う必要がある。

集中治療（重症疾患の治療）と緩和ケア

- ・ ICU は重症患者を扱う特別な部署である。
- ・ 疼痛・呼吸困難・口喝は ICU の患者の重要な 3 症状である。
- ・ Improving Palliative Care in the ICU (IPAL-ICU) という形で ICU における緩和ケアについて取り組みに焦点があてられるようになった。

Models for Structuring ICU Palliative Care Initiative

Nelson, et al. CCM 2010; 38:1765.



終末期の定義は日本救急医学会から示されている。延命措置への対応に関しては病状が絶対的に予後不良であり治療を続けても救命の見込みが全くない状態であることを説明し、患者（事前指示）・家族の意思を確認する、そして生命維持装置や投与中薬物などを中止する方法（**withdrawal**）、それ以上の積極的な対応などをしない方法（**withholding**）を選択する必要がある。

日本集中医学会から「終末期」に対する課題として

- ① 終末期医療担当医師の支援体制
- ② 終末期の医学的判断情報の共有化
- ③ 患者家族への心のケア体制
- ④ 市民への主張と提案

などが掲げられている。

緩和ケア専門医のICUにおける役割は

- ・ 症状マネジメント（高容量必要なオピオイドや副作用などを含む）
- ・ ICUでコミュニケーションを図ることができない患者の症状の評価 ICUでは行動評価：Behavior Pain Scale(BPS)やCritical Care Pain ObservationTool(CPOT)（精神測定の役割も持っている）、Respiratory Distress Observation Scale(RDOS)
- ・ 代理評価（家族やbedside clinicianの様な代理となる人からによる）
- ・ 症状の苦悩を推察すること

などであり、早期よりの緩和ケアの介入は、死亡率や退院時の状態に影響を与えることなく重症患者のICU滞在期間を減らし、緩和ケアコンサルト後コストが軽減され、コンサルトが早いほどコストの軽減が図れたことが示されている。

ICUの緩和ケアにおいて、不十分な事柄は患者・家族に対する事項のみに止まらず、診療医・患者・家族間の考えの不一致、効果のない資源の利用、診療医・スタッフの倫理的苦悩とburnoutなどがあげられる。

教育講演 緩和ケア科 竹中元康 先生

Integration of palliative care into standard oncology care:
American society of clinical oncology clinical practice guideline
update

Journal of Clinical Oncology, 35(1), 96-112.

がんと診断された患者に対する緩和ケアの介入についての2012年ASCOのclinical opinionをupdateしevidence-basedな推奨をがん臨床医・患者・ケア提供者・緩和ケア専門医に提供することを目的としている。

本研究における進行がん患者とは、遠隔転移、人生の終末期や予後6～24カ月のがんを有する人とした。

今回の論文では6個の包括的な臨床疑問について示した。2010年3月から2016年1月までに発行された系統的reviews、clinical trials、metaanalysis、2012年Provisional clinical opinion(PCO)のrandomized controlled trial(RCTs)の二次分析を行い、9個のRCTs、1個の大規模準実験trial、5個の2012年PCOのRCTsの二次分析に基づいたupdateがなされた。

がん患者は疾患の早期・治療を行われている時期より学際的緩和ケアチームにコンサルトされケアを提供されるべきである。進行がん患者に対する緩和ケアは十分なコンサルテーションのもと学際的ケアチームを通して提供されるべきである。進行がん患者は緩和ケアを受けるべきであり、その際の緩和ケアに不可欠な要素として以下がある。

1. 患者と家族との間に信頼関係の構築
2. 症状、悲嘆、機能状態のマネジメント
3. 病気とその予後についての理解と教育の探求・診査
4. 治療ゴールの明確化
5. コーピングの評価とサポート（尊厳治療の提供）
6. 医学的決定の手助け
7. 他のケア提供者との調整
8. 他のケア提供者への照会の提供

結論

- ・ 進行がんの診断後8週以内に専門委員が緩和ケアへのかかわりを提案する。
- ・ 身体的や心理社会的な要求のある重い症状のがん患者の間では、がんケアの外来患者プログラムは補完のプログラムツールに緩和ケアサービスを提供するために献身的な援助を準備したり用いたりする。
- ・ 家族にケア提供者のいる早期または進行期のがん患者にとって、家庭・コミュニティ・看護師・ソーシャルワーカーなどは適合したケアを開始する。その中には電話での指導・教育・照会・直接の面談などが含まれる。田舎暮らしや長距離のためクリニックに行けない地域で緩和ケアを提供している家族にとっては、電話でのサポートがなされる。