

2

ガイドラインの使用上の注意

本ガイドラインでは、人工的水分・栄養補給として多く用いられているものは輸液療法であることから、輸液療法を中心に扱うこととした。

1 対象患者

生命予後が約1カ月以内と考えられる^{注1}、成人の固形癌患者（頭頸部癌，食道癌，肝硬変を伴う肝臓癌を除く^{注2}）で、抗腫瘍治療を受けておらず、適切な治療^{注3}を行っても経口的に十分な水分・栄養を摂取できないものを対象とする。

注1：生命予後が約1カ月以内と判断するためには、Palliative Prognostic Score, Palliative Prognostic Index（表1，2）などを参考にして複数の医師を含む医療チームが判断することが望ましい。これらの評価尺度の再現性は、本邦の緩和ケア病棟に入院している患者、および、がん治療病棟に入院している患者においても確認されている。

表1 生命予後の評価に用いられる基準（1）：Palliative Prognostic Score

臨床的な予後の予測	1～2週	8.5
	3～4週	6.0
	5～6週	4.5
	7～10週	2.5
	11～12週	2.0
	>12週	0
Karnofsky Performance Scale*	10～20	2.5
	≥30	0
食思不振	あり	1.5
	なし	0
呼吸困難	あり	1.0
	なし	0
白血球数（/mm ³ ）	>11,000	1.5
	8,501～11,000	0.5
	≤8,500	0
リンパ球%	0～11.9%	2.5
	12～19.9%	1.0
	≥20%	0

【使用方法】臨床的な予後の予測，Karnofsky Performance Scale*，食思不振，呼吸困難，白血球数，リンパ球%の該当得点を合計する。合計得点が0～5.5，5.6～11，11.1～17.5の場合，30日生存確率（生存期間の95%信頼区間）が，それぞれ，>70%（67～87日），30～70%（28～39日），<30%（11～18日）である。

* Karnofsky Performance Scale（該当部分の抜粋）

普通の生活・労働が可能 特に看護する必要はない	100	
	90	
	80	
労働はできないが、家庭での療養が可能 日常生活の大部分で床上に応じて介助が必要	70	
	60	
	50	
自分自身の世話がで きず、入院治療が必要。疾患がすみやかに に進行している	動けず、適切な医療・介護が必要	40
	全く動けず、入院が必要	30
	入院が必要。重症、精力的な治療が必要	20
	危篤状態	10

注2：頭頸部癌，食道癌，肝硬変を伴う肝臓癌は，嚥下障害や肝硬変のために経口摂取の低下を来しやすく，他のがん種とは病態が異なる場合が多いと考えられたため除外した。

注3：輸液療法を検討する前に，経口摂取の低下を来している病態を探索し，治療可能な要因に対する治療，および，緩和治療を行うことが重要である（表3）。

表2 生命予後の評価に用いられる基準（2）：Palliative Prognostic Index

Palliative Performance Scale*	10～20	4.0
	30～50	2.5
	≥60	0
経口摂取 ^注	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
安静時の呼吸困難	あり	3.5
	なし	0
せん妄	あり（原因が薬物単独，臓器障害に伴わないものは含めない）	4.0
	なし	0

【使用方法】 Palliative Performance Scale*，経口摂取，浮腫，安静時の呼吸困難，せん妄の該当得点を合計する。合計得点が6より大きい場合，患者が3週間以内に死亡する確率は感度80%，特異度85%，陽性反応適中度71%，陰性反応適中度90%である。

注：消化管閉塞のために高カロリー輸液を受けている場合は「正常」とする。

* Palliative Performance Scale

	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 いくらかの症状がある			
80		いくらかの症状はあるが 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	ときに 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	ほとんど座位か 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	清明 または 混乱 または 傾眠
40	ほとんど臥床		ほとんど 介助		
30	常に臥床		全介助	数口以下	傾眠または 昏睡
20				口腔ケアのみ	
10				口腔ケアのみ	

表 3 終末期がん患者の経口摂取低下に対して検討するべき主な緩和治療

病 態	治 療
状況要因	
におい、味、量の不都合	環境整備、栄養士による食事の工夫
緩和されていない苦痛（疼痛など）	苦痛緩和
医学的要因	
口内炎	口腔衛生、抗真菌薬（口腔カンジダ症）、歯科衛生士・歯科医による治療
感染症	抗菌薬
高 Ca 血症	ビスホスホネート、輸液
高血糖	血糖補正
低栄養	栄養管理
便秘	下剤
消化管閉塞	外科治療、ステント治療、ソマトスタチン、ステロイド
胃十二指腸潰瘍、胃炎	プロトンポンプインヒビター（PPI）、H ₂ ブロッカー
薬物	薬剤の変更、制吐薬
胃拡張不全症候群	メトクロプラミド
頭蓋内圧亢進	放射線治療、ステロイド、浸透圧利尿薬
精神的要因	
抑うつ・不安	精神的ケア、向精神薬

2 効果の指標

本ガイドラインにおいては、生命の質・死の過程／死の質（QOL, dying, and death）を効果の指標とする。何が生命の質・死の過程／死の質を決定するかは、患者・家族の価値観によって異なるため、画一的には決定できないが、多くの患者・家族にとって、生命の質・死の過程／死の質の重要な要素となるのは、身体的苦痛の緩和、精神的おだやかさ、人生の意味や価値を感じられること、家族との関係を強めること、死に対する心構えができること、心残りがなく、納得のいく治療を受けられること、希望があることなどである。したがって、本ガイドラインの推奨は、単に医学的・栄養学的な観点のみならず、患者・家族の精神的側面や価値観も含めて総合的に判断することが重要である。

3 使用者

対象患者を診療する医師、看護師、薬剤師、その他の医療従事者を含む医療チームを使用者とする。

4 個別性の尊重

本ガイドラインは、ガイドラインに従った画一的なケアを勧めるものではない。ガイドラインは臨床的、科学的に満たすべき一般的な水準を示しているが、個々の患者への適用は、対象となる患者の個別性に十分配慮し、医療チームが責任をもって決定すべきものである。

5 定期的な改訂の必要性

ガイドラインは、医療の進歩に遅れることなく一定期間で再検討する必要がある。本ガイドラインは、2017 年末をめどに再検討および改訂を行うこととする。改訂責任者は、日本緩和医療学会理事長とする。

6 責 任

本ガイドラインの内容については日本緩和医療学会が責任をもつが、個々の患者への適用に関しては、患者を直接担当する医療従事者が責任をもつ。

7 利益相反

本ガイドラインの作成にかかる費用は、日本緩和医療学会より拠出された。ガイドライン作成に関わる委員の活動・作業はすべて無報酬で行われ、委員全員の利益相反に関する開示が行われ、日本緩和医療学会で承認された。本ガイドライン作成のどの段階においても、ガイドラインで扱われている内容から利害関係を生じうる団体からの資金提供は受けていない。また、ガイドラインに参加した委員も利害関係を生じうる団体との関係をもたない。

8 構 成

本ガイドラインでは、終末期がん患者の輸液療法が、身体的苦痛〔総合的 QOL 指標、腹水、嘔気・嘔吐、口渇、胸水、気道分泌、せん妄、倦怠感、浮腫〕や生命予後、そして精神面・生活へ与える影響について焦点をあて取り上げた。本ガイドラインの構成は以下のとおりである。

まず、「I 章 はじめに」では、「ガイドライン作成の経緯と目的」を簡単にまとめ、「ガイドラインの使用上の注意」として、本ガイドラインの対象とする状況や使用上の注意を説明した。「推奨の強さとエビデンスレベル」では、本ガイドラインで使用されている推奨の強さとエビデンスレベルを決定する過程を記載した。「用語の定義」では、本ガイドラインで使用する用語の定義を明示した。

「II 章 背景知識」では、終末期がん患者の輸液療法を行ううえでの基礎知識をまとめ、さらに、「がん患者の栄養状態の特徴」と「がん悪液質の概念と最近の動向」について概説している。また、輸液療法に対する患者・家族への「精神面・生活へ

の影響」と「倫理的問題」に関する基本的な考え方について概説した。

ガイドラインの主要部分である「Ⅲ章 推奨」は、意思決定の「概念的枠組み」と「全般的な推奨」において成り立っている。「身体的苦痛・生命予後」,「精神面・生活への影響」,「倫理的問題」に対して臨床疑問, 関連する臨床疑問, 推奨, 解説, 既存のガイドラインとの整合性を述べた。推奨のなかの解説では、個々の論文の概要がわかるように配慮して記載した。

「Ⅳ章 法的問題」では、終末期の治療に関する「本ガイドライン委員会の考え方」,そして臨床疑問と考察を概説した。

「Ⅴ章 資料」では、「作成過程」としてガイドラインを開発した経緯を述べ、各臨床疑問で使用した「文献検索式」を掲載した。海外のガイドラインの主要部分を要約したものを「海外他機関によるガイドラインの要約」として示した。最後に、今回のガイドラインでは十分に検討できなかった課題を「今後の検討課題」としてまとめ、今後の改訂, 研究計画に役立てるようにした。

(二村昭彦)

【参考文献】

- 1) Maltoni M, Nanni O, Pirovano M, et al. Successful validation of the palliative prognostic score in terminally ill cancer patients. J Pain Symptom Manage 1999 ; 17 : 240-7
- 2) 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 : 128-33
- 3) Hyodo I, Morita T, Adachi I, et al. Development of a predicting tool for survival of terminally ill cancer patients. Jpn J Clin Oncol 2010 ; 40 : 442-8
- 4) Bruera E, Fainsinger RL. Clinical management of cachexia and anorexia. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 3rd ed, Oxford University Press, 2005
- 5) Yavuzsen T, Davis MP, Walsh D, et al. Systematic review of the treatment of cancer-associated anorexia and weight loss. J Clin Oncol 2005 ; 23 : 8500-11
- 6) Brown JK. A systematic review of the evidence on symptom management of cancer-related anorexia and cachexia. Oncol Nurs Forum 2002 ; 29 : 517-32
- 7) Hirai K, Miyashita M, Morita T, et al. Good death in Japanese cancer care: a qualitative study. J Pain Symptom Manage 2006 ; 31 : 140-7
- 8) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. Ann Oncol 2007 ; 18 : 1090-7