

2

ガイドラインの使用上の注意

1 使用上の注意

(1) 適用

本ガイドラインでは、がん患者の呼吸器症状に対する「薬物療法」を中心に扱っている。しかし、これらの症状については、化学療法・外科治療・放射線治療などを含む集学的治療、さらに多職種専門家チームによるケアが重要であることはいうまでもない。症状の原因が、併存する呼吸器疾患によるものである場合は、それらの成書を参照されたい。また、終末期がん患者の難治性の呼吸器症状に対して、苦痛緩和のための鎮静を検討する場合には、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』を参照されたい。

(2) 対象患者

がんによるまたはがん治療に伴う呼吸器症状のある患者を対象とする。

(3) 効果の指標

本ガイドラインでは、呼吸器の苦痛症状と生活の質 quality of life (QOL) を効果の指標とする。何が生活と生命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。呼吸器の苦痛症状に対する治療を行う場合でも、それらの症状以外に患者にとって重要なこと（例えば、眠気が少ない、生活に不便でない治療であるなど）が満たされるような方法を考えることが重要である。

(4) 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使用者とする。

(5) 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治療・ケアを勧めるものではない。ガイドラインは臨牀的、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るべきものである。

(6) 対象とする薬剤

本ガイドラインでは、原則的に本邦で使用可能な薬剤を評価対象として推奨文で取り扱った。しかし、海外の文献を解説する部分では、本邦で使用不可能な薬剤も記載している。その場合は英語表記とし、本邦で使用できる薬剤（カタカナ・漢字表記）と区別した。また、使用可能であっても保険診療で認められていない使用法を含むため、使用にあたっては注意されたい。

(7) 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や対応に関しては、患者を直接担当する医療従事者が責任をもつ。

(8) 利益相反

本ガイドラインの作成にかかる事務・運営費用は、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。

2 構成とインストラクション

本ガイドラインでは、がん患者の呼吸器症状として呼吸困難を主に取り上げた。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」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。重要であるので使用前に一読されたい。「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。「用語の定義と概念」では、本ガイドラインで使用する用語の定義を明示した。

次に、「II章背景知識」では、呼吸器症状の緩和ケアを行ううえでの基礎知識をまとめた。「病態生理」「原因」「評価」「身体所見と検査」の項では、呼吸器症状の病態生理、原因、評価方法を述べた。「薬剤の解説」では、本ガイドラインで言及した薬剤について薬理作用、標準的な投与量や投与方法について概説した。

ガイドラインの主要部分は「推奨」であり、III章で臨床疑問、関連する臨床疑問、推奨文、解説、既存のガイドラインの要約を述べた。推奨では、薬剤の投与量、投与方法については詳細を示さず、背景知識に記載することとした。また、構造化抄録はガイドラインには掲載しなかったが、推奨のなかの解説において個々の論文の概要がわかるように配慮して記載した。

さらに、「IV章関連する特定の病態の治療と非薬物療法」では、対症療法の前に検討すべき特定の病態として悪性胸水・咳嗽・死前喘鳴を取り上げ、その治療法を概説した。非薬物療法としては、看護ケア、呼吸リハビリテーション、精神療法、リラクゼーション、補完代替医療を取り上げ、多職種による対症的アプローチ方法をまとめた。本ガイドラインでは、概要についてのコンセンサスを示すにとどめ、詳細なガイドラインの作成は次回に行うこととした。

最後に「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（英語圏）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。

3 他の教育プログラムとの関係

本ガイドラインでは、作成作業段階で得られた最新の知見をもとに、専門家の合意を得るためのコンセンサス法（P102、V章-1作成過程参照）を用いた。そのため、本ガイドライン作成前に作成された教育資料、「症状の評価とマネジメントを中心とした緩和ケアのための医師の継続教育プログラム」（PEACE：Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education）とは、いくつかの点において相違が認められる。それらの教育資料との整合性については、随時、日本緩和医療学会ホームページなどで情報を提供する。

4 本ガイドラインの限界と今後の検討課題，定期的な再検討の必要性

(1) 本ガイドラインの限界と今後の課題

本ガイドラインで対応できなかった点，今後の検討が必要な点については，「V章-4 今後の検討課題」（P116 参照）に述べた。

(2) 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し改訂する必要がある。本ガイドラインは，3年後をめぐり，内容の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。

（田中桂子，新城拓也）