

1

ガイドライン作成の経緯と目的

1. 2011年版ガイドライン作成の経緯

呼吸困難，その他の呼吸器症状は，がん患者において頻度が高く難治性であることが多い症状の一つとされる。日本緩和医療学会では，身体症状緩和のガイドラインとして，「疼痛」に続いて「呼吸器症状」と「消化器症状」の緩和に関するガイドラインの作成が急務であると考え，2009年に「呼吸器症状ガイドライン作業部会」，「消化器症状ガイドライン作業部会」が組織された。両部会は，協働しながら同様の手法を用いて，それぞれ呼吸器症状および消化器症状の緩和に関するガイドラインを作成する方針となった。2010年に『がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2010年版』が発行された後，集中して作業に入り，翌2011年に発刊となった。

2. 2016年版ガイドライン改訂の経緯

『がん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン 2011年版』には，「医療の進歩に遅れることなく内容の再検討および改訂を行うこととする」と記載された。2011年版の出版後，呼吸困難，その他の呼吸器症状の緩和に関する新たな知見が散見されるようになった。これらをふまえ，2013年に正式に「呼吸器症状ガイドライン改訂 Working Practitioner Group (WPG)」が設けられ，2016年6月発刊を目指すこととなった。（改訂作業の詳細は，V章-1 作成過程の項を参照）

3. ガイドラインの目的

本ガイドラインの目的は，呼吸困難をはじめとする呼吸器症状のあるすべてのがん患者の生活の質（quality of life；QOL）を向上させるために，呼吸器症状の緩和に関する現時点で考えられる標準的治療法を示すことである。対象はすべてのがん患者とし，使用者は，医師，看護師，薬剤師などすべての医療従事者を想定した。本ガイドラインでは，EBM（Evidence-Based Medicine）の考え方にに基づき，Minds（Medical Information Network Distribution Service）の診療ガイドライン作成の手法に則り，最新の文献を十分に検討して体系化されたガイドラインを目指したと同時に，アルゴリズムを示して臨床の場における医療チームの意思決定の手助けになるように工夫した。

4. 2016年版における主な改訂点

2016年版における主な改訂点は，以下の通りである。

①2011年版の推奨部分について，新たに最新の文献レビューを行って，全的に改訂した。

②2011年版では、「関連する特定の病態の治療」として概説するのみにとどまった「悪性胸水」「咳嗽」「死前喘鳴」の各項目について最新の文献レビューを行い、Ⅲ章 推奨として新たに追加した。

③『Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2014』に基づき、エビデンスレベルを、これまでの3段階〔A（強い）、B（弱い）、C（とても弱い）〕から、4段階〔A（強い）、B（中程度）、C（弱い）、D（とても弱い）〕で表記するよう変更した（詳細はI章-3 エビデンスレベルと推奨の強さの項を参照）。

④背景知識の「薬剤」の項は、推奨文の全面改訂に伴い、最新の情報を含めて全面的に改訂した。

⑤作成過程の段階から、他の関連学会代表者、患者会代表者に参画していただき、それらの意見を反映して、実際の臨床現場で役立つものになるよう配慮し工夫した（詳細はV章-1 作成過程の項を参照）。

一方で、今回、以下の項目については、時間の関係で抜本的な見直しや全面的な改訂は行わず、新しい情報の補足・修正を行うにとどめた。これらの全面的な改訂は次回改訂時の課題として残した。

①背景知識の「呼吸困難のメカニズム」「呼吸不全の病態生理」「呼吸困難の原因」「呼吸困難の評価」「身体所見と検査」の項

②非薬物療法の「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」の項

（田中桂子，山口 崇）