

1 はじめに

本章では、治療抵抗性の耐えがたい苦痛への対応として持続的な鎮静薬の投与を行う前に考えるべきことをまとめた。治療抵抗性の苦痛として頻度の高いせん妄、呼吸困難、および、治療抵抗性と判断することの難しい痛みに対して検討すべき緩和ケアと、どのような時にも重要な精神的ケアについて取り上げている。

苦痛は患者の主観的体験であるから、苦痛そのものが完全になくならなくても、苦痛に対する閾値をあげ、苦痛があっても人生に意味を見出すことができるならば、苦痛に耐えることができる。したがって、精神的ケアは、標準化することは難しいものの非常に重要である。

終末期がん患者では、痛み、せん妄、呼吸困難など、各症状の診療ガイドラインに従って治療・ケアを行っても苦痛が緩和されない場合が少なくない。本章では、そのような治療抵抗性が疑われる難治性の苦痛に対して、持続的な鎮静薬（主にミダゾラム）の投与を行う前に実施すべき緩和ケアについて委員の合意での記載を行った^[注1]。終末期の難治性の苦痛への治療・ケアに関しては検証試験が非常に乏しく、既存の診療ガイドラインには臨床疑問として挙げられていない内容も多い。したがって、本章では各症状の診療ガイドラインの記載の有無を問わず、臨床現場で苦痛緩和につながりうる対応を検討した。なお、治療抵抗性の判断に関しては、鎮静の対象症状となる頻度が高い難治性の痛み、せん妄、呼吸困難に対して示すが、これら以外の難治性症状に関しても同じ枠組み（原因の同定と治療、治療目標の設定、苦痛を悪化させている要因の改善とケア、医学的治療）で治療抵抗性の判断を行っていくのが妥当と考えられる。本章の記載内容については今後の実証研究の結果によって修正される可能性があり、一般化できるとは限らないものも含まれている。

各症状ごとのガイドラインの記載と矛盾を生じる場合がありうる。本手引きで想定するのは、各症状のガイドラインに従って診療を行ったとしても苦痛が緩和されない場合である。該当するガイドラインなども、順次改訂される最新のものを参考にさせていただきたい¹⁻⁴⁾。

治療抵抗性の苦痛に対して、「どこまで治療をすれば十分なことができていると考えてよいか」を示す水準を明示することは難しいが、現実にはそれぞれが求められているため、各症状について「治療抵抗性と判断する目安」を示した。高度医療機関の間でも実施できる緩和治療には差があるし、高度医療機関で行われている緩和治療のなかには小規模病院・施設などでは実施できないものがある。逆に、心理社会的な要因として、在宅療養でしか得られないもの（家族との距離感や住み慣れた環境）を病院に求めることは難しいし、地域によっては必要なリソースを見つけることが現実的に難しい場合がある。リソースの不均等は社会全体で解決すべき問題である。具体的な治療については「あるべき状態」ではなく「現状で実施可能な状態」を念頭に記載した。

【注】

- 1) 本章の内容をどの程度具体的に記載するのかについては賛否があった。学術団体の記載する手引きとしてエビデンスが不十分であったり、患者にとっての利益と不利益の見積もりができないものは記載するべきではないとの意見もあった。しかし、今回の手引きでは、実際に治療抵抗性の苦痛をもった患者を診療する医療チームが「この患者にはこの方法を検討する価値があるかもしれない」と考えるきっかけになることを意図して、具体的な記載をすることとした。具体的な記載をそのまま、あるいは、具体的な記載のすべてを実際に提供することを勧めているのではない。

【文献】

- 1) 日本緩和医療学会 編. がん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン 2016年版, 東京, 金原出版, 2016
- 2) 日本緩和医療学会 編. がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2020年版, 東京, 金原出版, 2020
- 3) 日本緩和医療学会 編. 専門家をめざす人のための緩和医療学 改訂第2版, 東京, 南江堂, 2019
- 4) 日本サイコオンコロジー学会, 日本がんサポーターブケア学会 編. がん患者におけるせん妄ガイドライン 2022年版, 東京, 金原出版, 2022