

2-C2-2 日本語

## 緩和ケア Update 2018

～内科医が知っておきたい 4 領域のエビデンス～

## Palliative Care Update 2018

— Evidence review of 4 clinically relevant topics that you need to know!

飯塚病院緩和ケア科	大屋 清文
聖隷三方原病院ホスピス科, 京都大学大学院腫瘍内科	采野 優
国立がん研究センター東病院緩和医療科	小杉 和博
あそかビハラー病院	岡本宗一郎
飯塚病院緩和ケア科	岡村 知直
聖隷三方原病院緩和ケアチーム	森 雅紀

Kiyofumi Oya, Department of palliative care, Aso Iizuka Hospital

Yu Uneno, Seirei Hospice, Seirei Mikatahara General Hospital,

Department of Therapeutic Oncology, Graduate School of Medicine, Kyoto University

Kazuhiro Kosugi, Department of Palliative Medicine, National Cancer Center Hospital East

Soichiro Okamoto, Asoka Viara Hospital

Tomonao Okamura, Department of Palliative Care, Aso Iizuka Hospital

Masanori Mori, Palliative care team, Seirei Mikatahara General Hospital

**対象者** 医師・後期研修医（卒後3年以上）・初期研修医（卒後1-2年目）

**Target** Doctor・Senior resident (3+years after graduation)・Resident (1-2 years after graduation)

高齢化社会・多死時代を迎え、緩和ケアを提供できる内科医の存在は、近年ますます重要になっている。がん診療の有無に関わらず、緩和ケアはすべての内科医にとって重要な領域となりつつあるが、必要な知識やスキルを update できる機会が十分にあるとはいえない。

本セッションは、内科医が知っておきたい緩和ケア4領域の最新エビデンスを紹介することで、がん・非がんに関わらず明日からの臨床で活かせる知見を提供することを目的とする。また、当該領域の今後の研究課題や展望についても議論する。

扱うテーマは以下の4点である。

①早期からの緩和ケア：進行がん患者に対する早期緩和ケア介入が、QOLだけでなく全生存期間をも改善させる RCT (NEJM 2010) の結果が報告されてから、盛んに議論されているテーマである。一方、限られた医療リソースの中で「早期からの緩和ケア」を実施できる体制を整えるのは容易でなく、実施可能性があり有効な介入方法の開発が世界中で続けられている。ここでは、我が国の医療環境に根差した現実的な「早期からの緩和ケア」のあり方を考える。

②除痛ラダーの新たな捉え方：WHOの3段階除痛ラダーは多くの内科医が実践しているところだが、第2段階から少量のオピオイドを使用するなど、これを見直す動きが出ている。その根拠となる最新の知見や今後の日本の変化を見据え、鎮痛薬の新たな選択方法について議論する。

③苦痛緩和のための鎮静：「緩和的鎮静の適応とは?」「安楽死との違いは?」「生命予後を短くしないか?」といった、がん終末期患者への緩和的鎮静に関わる疑問を中心に、安楽死や医師補助自殺に関する他国の取り組みを含めた最新のエビデンスを解説する。

④死亡確認のあるべき姿：死亡確認は内科医が一般的に経験する診療行為であるが、一連の振る舞いを系統的に教わる機会は限られている。そのため、初期研修医をはじめ経験が乏しい医師にとっては精神的負担となりえるし、指導する医師も自身の経験に依るところが大きい可能性がある。ここでは、近年増えてきた、残された家族が望む死亡確認の「あるべき姿」に関するエビデンスを解説し、実臨床でどう医療者は振る舞うべきかを議論する。

緩和ケア領域の中でも、内科医にとって関わりが深い4テーマを選択した。最新エビデンスと今後の展望を踏まえ、明日からの臨床に生かしてもらいたい。

With the aging era in Japan, the role of physicians who have competency in palliative care has been increasingly important in recent decades. Palliative care is a critical issue for all physicians, regardless of their specialty, however there are commonly limited opportunities to update necessary knowledge and skills in palliative care.

This session aims to provide updated knowledge which would be available in routine clinical practice. We will critically review the latest evidence of 4 vivid topics in palliative care and also discuss future research perspectives and directions of those areas.

The themes are to be handled as the following four topics.

1) Early palliative care: Early palliative care (EPC) intervention for patients with advanced cancer has been reported through a well-designed randomized controlled trial to improve not only QOL but overall survival. (NEJM 2010) Despite such robust evidence, implementation of EPC is evolving slowly all over the world, due to several barriers such as limited medical resources. Here, we will discuss a realistic strategy to implement EPC in Japanese clinical situations.

2) The updated analgesic ladder: the WHO analgesic ladder, one of the most famous clinical algorithm among health care professionals, has been updated over recent years. For instance, low-dose morphine is currently recommended over weak opioids as second line analgesic agents in cancer patients. We herein will review the key articles relating to the update and discuss how to use analgesics appropriately.

3) Palliative sedation: Palliative sedation occasionally involves several difficult concerns such as “What is the indication of palliative sedation?” “Is there any conceptual difference from euthanasia?” or “Does it potentially shorten patient survival?” Here, we will review the recent key articles which can answer the above concerns. Moreover, we will refer to the evidence of euthanasia and physician-assisted suicide, which is permitted by law in some countries.

4) How should we behave on patient death pronouncement?: Although physicians often experience the death pronouncement in daily practices, there are limited opportunities to learn effective and respectful ways to deliver the pronouncement of patients' death. Therefore, there are serious concerns that this procedure can be a psychological burden for physicians with less experience such as junior residents. Moreover, senior physicians may also be forced to teach younger physicians through their narrative-based ways rather than evidence-based. Here, we will review the evolving evidence on death pronouncement which bereaved families would feel comfort, and discuss how healthcare professionals should behave on the situations.

Reviewing the broad area of palliative care, we deliberately selected the four clinically relevant topics in which all physicians are deeply involved regardless of their specialty. Based on the discussion in our session, we believe you will find considerable information that can be used in your daily clinical practice.