



Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会

ニューズレター

30

February 2006

〒550-0003 大阪市西区京町堀1-12-14 天真ビル507号 あゆみコーポレーション内
TEL 06-6441-5860/FAX 06-6447-0900
E-mail: info@jspm.ne.jp URL: http://www.jspm.ne.jp/

巻頭言

緩和医療の新しい展開—緩和ケアチームのことなど—

前厚生連海南病院緩和ケア科 渡辺 正

病院の玄関を入ると、いくつか並ぶ広報版のひとつに、緩和ケアチームが大きく紹介されていた。がんの治療でも先進的な一市中病院において、がんの治療や病態にもなる症状コントロールやコンサルテーションを行うサポートチームの存在を、病院の理念として明確に打ち出していることに、うれしい思いとともに感銘を受けた。

なぜこのような感銘を受けたのだろうか。私はダブリンのOur Lady's Hospiceを訪れた時、胃がん手術の成功やレントゲン線の発見などの華々しい近代医学の発展の裏で、社会のひずみにより貧しさで病で苦しむ人々への奉仕活動によって社会を支えたホスピス運動の役割を現場で感じ取ることができた。そのシスターたちがロンドンで活動したSt. Joseph Hospiceを訪れた時も、ここでシシリー・ソンドース博士がトータルペインに対するトータルケアの考えと、痛みに対するモルヒネの研究から、緩和医療におけるケアのあり方と臨床医学としての方向性を確立され、そしてそれがSt. Christopher's Hospiceに、また現在の私たちに連なっているのだなあとの思いを馳せることができた。このように医学の進歩だけではなく、ホスピス運動によって始めて社会の均衡が支えられてきたように、少しオーバーな表現を用いれば、緩和ケアチームのサポートによって始めて病院における癌医療が完成されていくと思われる。広報版を見て感銘を受けたのは、そのような芽が現実になりつつあること、また院内にトータルケアの考えを浸透させるために頑張っている医療者がいると感じたからだと思う。

ニューズレターで緩和ケアチームの登録を呼びかけたところ、109施設から登録があり、また診療加算を取っているチームが約50施設と増加している。がん治療の初期から継ぎ目のないケアを提供することに加え、癌死の約90%が一般病院である現状から、緩和ケアチームの発展はきわめて重要な課題である。スタッフ、外来、採算性などの制度上の問題点の集約とその改善に努め、さらに活動の円滑化とケアの質の向上にむけた活動指針を作成していくことなどを緩和ケアチーム検討委員会の責務と考えている。

EPECの紹介などの教育面の進展や、末期がんの特定疾患の認定によるデイケアの展望など、緩和ケアに新たな方向が生まれている。患者が深刻な病のなかにあっても、自己のコントロール感を持ち、社会性をもって主体的に生きていくことができるようなサポートシステムとして、緩和医療が現在の医療の中で重要な位置を占めることができるように、少しでも寄与できればと願っている。

特別講演2

終末期医療に関する国民の意識

司会・報告：札幌医科大学医学部麻酔科 並木 昭義

講師の町野朔教授は「終末期医療に関する調査検討委員会」の座長を務められ、また東海大学病院および川崎協同病院での安楽死事件を取り扱った法律家である。最近終末期医療で死のことがクローズアップされるにはいくつかの理由がある。1. 日本では以前病気に苦しむ終末期患者に対して病院以外で積極的な安楽死が行われたが、それに対する法的評価や対応がなごりにされ、今日まで至っている。2. 1960年以降に尊厳死を望む声が出てきて、無駄な延命治療を拒否する、そして自分の生命、死は自分が決める自己決定権を主張するものが増えている。3. 医療の現場では患者の死が密室の内で医療者達で行われており、情報公開されないことから、医療不信に陥っている。4. 医療者が終末期医療に対して無関心、あるいは冷たい態度で接していることに対する批判が多くみられるようになってきていることなどを挙げている。

リビングウィルを明示している、あるいはエホバ患者の場合にはDNR や治療（輸血）中止しても問題になることはないと思う。しかし意思決定の出来ない老人を含め、終末期患者では家族、医療者間で納得、同意を得てもDNR、治療中止、消極的安楽死、ましてや死に直結する積極的安楽死を行うと、刑事罰に問われることになるという。患者が安らかに死ぬことができ、家族、医療者が納得、満足すれば良いとこれまで思われてきた。しかしそのことが本当に患者にとって適切であったかを証明できなければならない。そうできない場合にはその施設の委員会や他の機関に通知、承認を得る必要が生ずる。この問題は個々人の心情に大きく関与するだけに対応は極めて難しい。従ってこれを防ぐために法律で規制するのは適切ではなく、医療者間で適切な規範（ルール）を作る、あるいは行政的ガイドラインを作成するのが妥当である。それと同時に国民的コンセンサスが得られるような働き掛けが重要であると述べていた。国民の意識、権利は時の流れと共に変化していく。従って医療者側は患者、国民のニーズに適合する意識を持ち、対応していくことが必要であると痛感した。

ポスターセッション I-A-01~07

緩和ケアチーム1

司会・報告：北里大学病院 近藤 まゆみ

近年、注目度の高い緩和ケアチームの取り組みや課題に関する発表であった。

I-A-1は緩和ケアに関するナースの研修に参加した受講者が、一般病棟において知識の普及に努めた結果、スタッフの緩和ケアに対する関心の向上と、チーム間の話し合いの質が向上したことが報告された。

I-A-2は大学病院における緩和ケアチーム発足後の活動と課題の報告があり、様々な課題への問題解決としてチームと病棟の連絡調整の工夫、他部門との情報交換、各科に配置されているリンクドクターの活用などが提案された。

I-A-3は総合病院の緩和ケアチームの活動報告であった。このチームでは緩和ケア対象者を悪性腫瘍患者と限定しておらず、「全ての死に行く人にたいするケア」として位置付けていた。発表された方の熱い思いとその哲学が伝わる発表

だったと同時に、緩和ケアチームとは何かを考える機会になった。

I-A-4は地域中核病院の緩和ケアチームの活動報告であった。病院自体が急性期医療と地域との連携を大きな目標と掲げており、その中で緩和ケアチームの役割も病院の特徴や地域における役割を視野に入れた活動を目指していることが発表された。

I-A-5の疼痛緩和ケアチームの活動は、入院や外来のがん治療における全ての段階の苦痛に焦点をあてており、疼痛緩和に加えて「疼痛緩和パス」の作成と使用、化学療法の副作用対策や日常生活指導、外来化学療法のシステム作りなど多岐にわたった活動であった。今後はがんに限らずすべての痛みを視野に入れた活動を目指していると報告された。

I-A-6は市民病院の緩和ケアチームの取り組みが報告された。特に体制が特徴的であり、緩和治療を現場で実施する5つの治療部門別のチームが、それを支援・指導するチームにコンサルテーションを行い、その後症例検討を行なうという体制の紹介があり、その効果や問題点について発表された。

I-A-7は緩和ケアチームに依頼のあった患者の依頼から死亡までの期間と化学療法施行中の患者の割合を比較し、その患者に対するケアについて発表があった。WHOの定義によると「緩和ケアは治癒を目的とした治療に反応しなくなった患者に対するケア」と定義づけられているが、化学療法中の患者に対するチームの関わりが有効であったことから、治療期の患者に対する緩和ケアチームの関わりについて考える必要性を示唆した発表であった。

Current Insight

ケタミンの麻薬指定決定に関して

国立がんセンター中央病院麻酔・緩和ケア科 下山 直人

2005年の11月頃にケタミンが来年度より麻薬指定となる話題によって、緩和医療関係者に一瞬衝撃が走った。製造中止となる訳ではないので、10%キシロカインの時とは事情は異なることではあるが、この規制によって影響をうける疼痛専門家はかなり多いと考えられ、それに対しては緩和医療学会での指針を示す必要があると考え筆を取った。

麻薬指定になることは、ケタミンによって何らかの社会的な事件が多発していることを受けてのことと認識せざるを得ない。本来、ケタミンの副作用は幻覚であり、米国ではcontrol drugとされているフェンサイクリジンの誘導体としてすでに古くから薬物依存の関係が指摘されていたことは事実である。しかし、我々麻酔医出身者は、ケタミンを20年以上前から全身麻酔剤として使用し、ある時には肝切除麻酔の中心的な薬剤、現在でもショック時の麻酔、喘息患者の麻酔導入薬として信頼できる薬剤として使用しており、緩和医療領域においても、持続静注、皮下注法でホスピスを含め神経障害性疼痛に対して頻繁に使用されており、現在でも重要な薬剤の一つである。

一方、一部の病院で慢性の神経障害性疼痛に対して院内特殊製剤としての経口投与が開始され、経口投与を裏付ける研究もあいまって、がん性神経障害性疼痛に対しても経口投与が行われるようになってきた。しかし、医療者の意図に反して、非合法的なケタミンの使用が、最近特に外国からの輸入製剤を中心として社会的な問題を引き起こしている。今回の麻薬指定はその影響を受けてのことであると考えられる。これに対しては、ケタミン経口投与の裏付けを作ってきた一人として^{1) 2) 3)}、臨床現場でのがん性疼痛に対するケタミン投与に関する臨床的な指針を作っていく責任があると考えている。

米国では神経障害性疼痛に対しては、特効薬的なギャバペンチン、プレギャバリンがすでに発売されており、ケタミンが神経障害性疼痛に対して経口で投与されることはほとんどない。ケタミンに代わる神経障害性疼痛に有効な薬剤が存在することがケタミンの需要を減らすことにつながることは明らかであるが、このような負の考えよりも、ケタミンの有効性を明らかにし、役割を明確にしていくことこそ麻薬指定薬に対する真の対応ではないかと考える。

耐性に対する作用、オピオイド鎮痛効果の増強作用、そして経口においてはノルケタミンという鎮痛補助薬として優れた代謝産物を産生することを考えても、NMDA受容体拮抗薬の役割は現在でも捨てきれないと考えている。イフェンプロジルがあると主張する医師もいるが、それこそ有効性に関しての基礎的な研究は十分ではなく、臨床研究においては高いエビデンスは示されていない。ケタミンが麻薬指定となった上は、臨床的な有用性を示す責任はもっと高まっているので、緩和医療学会が中心となり多施設共同試験を含めた臨床的なエビデンス作り、効能拡大を早急に始めていく責務があると考えている。この場を借りて、臨床研究への積極的な参加者を募りたい。

「参考文献」

- 1) Shimoyama M, Shimoyama N, et al: Oral ketamine produces a dose-dependent CNS depression in the rat, Life Sciences 60 (1) :9-14, 1997
- 2) Shimoyama M, Shimoyama N, et al: Oral ketamine is antinociceptive in the rat formalin test: role of the metabolite, norketamine, Pain 81:85-93, 1999
- 3) Shimoyama N, Shimoyama M, et al: Ketamine attenuates and reverses morphine tolerance in rodents, Anesthesiology 85 (6) :1357-1366, 1996

Current Insight

ケタミンの麻薬指定について

厚生労働省医薬食品局 監視指導・麻薬対策課 課長補佐 富永 俊義

ケタミンは、現在、臨床的には麻酔薬及び鎮痛薬（適応外）として使用されており、他に獣医学領域や試験・研究（動物実験等のための利用もある。厚生労働省は、この物質を麻薬に指定する予定で、現在その措置に関する意見を国民に広く募るためパブリックコメントを募集している（2005年12月14日から2006年1月13日まで）。麻薬に指定されると、厳重な管理（保管、記録等）が求められるので、現場の負担は増し、従ってこの薬を使いにくくなることは残念ながら避けがたい。

厚生労働省の薬物行政は、決して取締り一辺倒ではなく、医療用麻薬の適正使用を推進して末期がん患者のQOL改善を図ることもその一環である。有用な鎮痛補助剤であるケタミンを使い難くすることは本意ではない。しかしながら、当課では、以下の事情でケタミンは麻薬に指定せざるを得ないと考えている。

1. ケタミンの性質など

ケタミンの依存形成性、耐性形成、幻覚妄想惹起作用、医療従事者を含む依存症例（死亡例あり）に関する多数の報告がある。その作用は、大まかには、既に麻薬に指定されているフェンサイクリジンに類似すると言える。

2. 国内の乱用

クラブやディスコ等で「K」とか「スペシャルK」等と呼ばれるケタミン粉末（密輸品と考えられる）が主に鼻からの吸引により乱用されていることが報告されている。医療用ケタミン（注射）の乱用は報告されていない。ケタミン乱用により惹起された精神疾患の症例や、ケタミン乱用との因果関係が強く疑われる死亡例も報告されている。

3. 海外の状況

ケタミンの乱用は国際的に悪化しており、国連麻薬委員会（経済社会理事会の下部委員会。国際的な薬物問題に関する意志決定の中心機関。）は、その決議で、各国がその規制を考慮すべきことを呼びかけている（2002年）。また、WHOも現在ケタミンの麻薬指定を麻薬委員会に勧告すべきか否かを検討中と聞く。ケタミンは、米国、仏、東南アジア諸国等で規制薬物となっている。

東アジアでは問題は一層深刻で、例えば香港ではケタミンはヘロインに次ぐ第2の乱用薬物で、特に若者の間では、MDMAを押さえナンバーワンの人気である。中国でもトン単位の押収が報告されており、この薬物が日本に本格的に上陸した場合の脅威は深刻である。

厚生労働省は、製造元や関係医学会に対してケタミンの供給確保や効能拡大申請を要請するなど、麻薬指定による現場の不便を最小限とすべく措置を講じている。また、麻薬指定後、その施行までに十分な周知期間を設ける予定である。日本緩和医療学会会員の方々のご理解とご協力をたまわりたい。

Journal Club

重度悲嘆の治療：無作為対照臨床試験

山口大学医学部 医療環境学 谷田 憲俊

Shear K, Frank E, Houck PR, Reynolds CF. Treatment of Complicated Grief: A Randomized Controlled Trial. JAMA 2005; 293:2601-2608

悲嘆ケアの重要性はよく認識されている。とくに、1) 死を認められない、2) 死に対する怒りと辛辣さ、3) 死者に対する強い思慕と熱望の念と共に再燃する心痛、4) 死にまつわる痛ましい突き刺さる思考を含む死者への思いにとりつかれる、などが認められる重度悲嘆が問題となる。重度悲嘆は心的外傷後ストレス障害（PTSD）に類似するが重要な点で異なり、抑うつと不安とも明白に異なる。それらが合併することがあり、重度悲嘆は全悲嘆者の10%~20%とされる。

悲嘆は悲しみ、罪の意識、社会からの隔絶などの抑うつ症状を伴うので、抑うつの治療である対人関係心理療法（IPT）の骨格を治療に利用できる。一方、思慕や熱望といった喪失に関連する悲嘆特有の症状と共に不信や突き刺さるイメージ、退避行動というPTSD症状があり、先行研究で認知的方策が喪失に特異的な苦痛に有効であり、IPTと認知・行動療法を統合できることが示唆されている。そこで、修正IPT法にPTSDに対する認知・行動療法に基づく技術を含む重度悲嘆者に対する治療法（complicated grief treatment, CGT）を開発した。

先行臨床試験でCGTがIPTより優れていると示唆されたため、無作為対照臨床試験を行った。病院から紹介されてきた、あるいは広告で応募した重度悲嘆に該当する女性83名と男性12名、年齢は18から85歳を対象として、重度悲嘆療法

の有効性を調べた。参加者を無作為にIPT群46名とCGT群49名に分け、IPTもCGTも導入期、中間期、終了期という3段階の計16セッションを平均19週にわたり行った。後者に加えられた治療技術は、死者との想像上の会話を行うなど喪失を認識させることが基本で、治療者は失った人との人間関係を肯定的側面と否定的側面も含めて現実的に評価し、人間関係と活動を満足させることを奨励・支援した（詳細な方法は原著者から入手可能）。治療効果は、悲嘆点数（Inventory of Complicated Grief）20以上の改善を有効とした。

その結果、両治療法とも重度悲嘆を軽減させ、改善率は重度悲嘆療法の方が対人関係心理療法より高く（51%対28%、 $P=0.02$ ）、回復速度も速かった（ $P=0.02$ ）。NNTは4.3（IPTを対照とした場合）であった。治療法が難しいなどの理由で両群ともに離脱例がみられたが、CGTはIPTより良い結果が得られた。初めての臨床試験で結果は勇気づけられるものであったが、CGTに反応したのが51%であり、さらなる研究が必要である。抗うつ剤を投与されていた悲嘆者にわずかながら良好な結果が得られたことから、薬剤を併用しての臨床試験などが次の課題と思われる。

Journal Club

遺族の評価によるICUにおける望ましい死の達成

東京大学成人看護学/緩和ケア看護学 宮下 光令

Mularski RA. Heine CE. Osborne ML. Ganzini L. Curtis JR. Quality of dying in the ICU: ratings by family members. Chest 2005. 128(1): 280-7.

【目的】

ICUにおける死の質（Quality of dying）とそれに関連する要因を探索する。

【方法】

診療録を用いた後ろ向き研究とQuality of Dying and Death (QODD) 調査票を用いた遺族へのインタビュー調査。対象は大学病院1施設、VA1施設に付属する4つのICUで死亡した38人の患者および96人の遺族。

【結果】

全体的に遺族は症状のコントロールが不十分と評価した。ほぼ全ての時点で痛みがコントロールされていたと答えたのは47%、呼吸の安楽では3%であった。ICU QODDスコア（0-100）による全体の評価は 60 ± 15 と中程度（moderate）のものであった。ICU QODDは痛み（ $r=0.42$, $p=0.009$ ）、起こりうる状態（what was going on around him）のコントロール（ $r=0.62$, $p<0.001$ ）、穏やかに死を迎えた（ $r=0.68$, $p<0.001$ ）、尊厳と自尊心が保たれていた（ $r=0.50$, $p<0.001$ ）が関連していた。年齢、ICUの在室期間、家族が死に居合わせたか、重症度などは関連しなかった。

【結論】

今後研究を進めICUにおける死の質の重要な予測因子を検討する必要があるが、本研究はICUにおける終末期ケアが痛みのコントロールだけではなく、尊厳や尊重、穏やかに死を迎えるための援助などをも含むべきであることを示唆するものである。

【解説】

QODDは著者らが開発した遺族用の「死の質 (Quality of Dying)」を測定する評価尺度であり、今回はそれをICU向けに一部改変したICU QODDを用いている。論文中には、より詳細な遺族によるICUでの死亡経験が記述されている。近年同様の遺族調査が米国でいくつか行われている。わが国では緩和ケア病棟の遺族調査は行われているが、一般病棟やICU等では殆ど行われていない。また、わが国で既に開発されている調査票はケアの評価に関するもの (CES) のみである。

Journal Club

在宅緩和ケアサービスを利用している患者の主介護者を対象とした心理教育的介入：
RCTによる効果の検討

東京大学大学院 医学系研究科 成人看護学／緩和ケア看護学分野 三條 真紀子

Hudson PL, Aranda S, Hayman-White K.

A psycho-educational intervention for family caregivers of patients receiving palliative care: a randomized controlled trial.

J Pain Symptom Manage 2005; 30 (4) : 329-41.

【目的】 進行がん患者の主介護者を対象とした心理教育的介入の効果を検討するためにRCTを行った。

【対象】 メルボルンの在宅緩和ケアサービス (CPCS) を利用している患者の主介護者。

【方法】 ベースラインデータを収集した介護者 (N=106) を介入群 (N=54) と対照群 (N=52群) に無作為に割り付けた。介入には死に逝く患者の介護に関連する情報を記載したガイドブックと、介護者自身のセルフケアを促す内容のカセットテープを使用し、看護師が2回の訪問と、その間に1回の電話フォローアップを行った。対照群には、通常の在宅緩和ケアを提供した。介入後 (割付から28日後) をTime2、患者の死亡の6週間後をTime3として質問紙を配布し、ベースラインを含めた3時点で縦断的に回答を収集した。

質問紙では、「介護者役割についての心構え」「介護者としての能力」「介護肯定感 (reward)」「不安と抑うつ」「自己効力感」の各々について尺度を用い、対象者の背景として、介護者の年齢や性別、介護による就業の制限、介護期間を尋ねた。

【結果】 対象者の65%が女性で、平均年齢は61歳、患者との関係は67%が配偶者であった。ベースライン時点の患者のECOG PSIは2が40%、3が48%、4が11%であった。3時点全てを回答した対象者が介入群で12名、対照群で15名と少なかったため、解析はTime1 (ベースライン) とTime2 (介入後)、Time1とTime3 (死別後) に分けて行った。

ベースラインと介入後の各得点を比較すると、時間の経過により両群共に「介護者役割についての心構え」が強まっていた。また、介入群では「介護肯定感 (reward)」が若干強くなっていたが、対照群では弱まっていた。

ベースラインと死別後の各得点を比較すると、時間の経過により両群共に「介護者としての能力」は強まり、「不安」は弱まっていた。また、介入群では「介護肯定感 (reward)」が強まっていたが、対照群では若干弱まっていた。

【考察】 在宅緩和ケアサービスを利用している患者の主介護者を対象とした看護師による心理教育的介入は、通常のケ

アと比較して、主介護者の「介護肯定感（reward）」に長期的な効果があった。また、介入群で、ネガティブな結果がみられなかったことから、これらの心理教育的介入が介護者に負荷を与えることなく実施できることが示された。

【コメント】終末期がん患者の家族支援介入に関するRCTにより、その効果と実施可能性が示されたことは今後の家族支援を考える上で重要である。わが国でも、家族がどのようなニーズをもっているのかを明らかにしたうえで、家族支援プログラムを開発していくことが望まれるだろう。

学会印象記

ISPOR (International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research) Europe Conference印象記

高知女子大学 看護学部 斎藤 信也

この度、緩和医療学会とは直接関係はないが、関連の深い分野の学会の一つとして、アウトカム研究と医療経済学を扱う第8回のISPOR (International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research) Europe Conference (2005年11月6～8日、イタリア、フィレンツェで開催)に参加する機会を得た。もとよりこの分野に造詣が深く、また、わが国のQOL研究のリーダーでもある流通科学大学の下妻晃二郎教授のお誘いで、初めて同学会に演題を出すとともに、やや不慣れな領域の知識を深めることができたので、その一端をご報告したい。

近年、生存率や生存期間といった客観的ではあるものの、場合によっては患者の満足とは一致しない臨床指標に代わり、患者の視点から臨床効果を判定する指標としてQOLを始めとするアウトカム研究が盛んになってきている。特に緩和医療の分野では生存期間は延長しないものの、患者QOLを改善することを目的とすることが多いことから、特にこうした研究に興味を持たれている。

今回の学会ではまず、プレ・コースとして「Pharmacoeconomics for Decision-Makers」を受講したが、そこで従来の臨床試験とアウトカム研究を対比して、前者は結果の妥当性は十分であるが、臨床応用が難しい一方、後者は、臨床的有用性が高いが、結果の妥当性が不十分となるとまとめていたのが当を得て印象深かった。こうしたアウトカム測定のためにUtility (効用) という概念が有用であるが、翌日は「Utility Measurement (Preference-Based Techniques) 」というコースで、実際にSG, TTO, VASといった直接測定法や、EQ-5D, SF-6Dといった間接的測定法で効用値を計算するトレーニングを受けた。特に後者は質問に回答すればコンピュータプログラムで数値がすぐに得られるが、それをあえて手計算することで、計量心理学の一端に触れることが出来た。臨床領域の人間としては、やや「測定のための測定」といった傾向が否めないこうした研究に対するこれまでの偏見がぬぐわれた貴重な体験であった。わが国でも、この分野に興味を持つ緩和医療関係者は少なくないので、国内でもこうしたトレーニングコースが開催されれば大変有用ではないかと思われた。なお、緩和医療に直接関係する薬剤経済研究としては疼痛緩和のフェンタニルパッチと骨転移に対するビスフォスフォネートのものがみられたが、その詳細はまた別の機会に報告したい。

学会印象記

第12回国際QOL研究学会 (International Society for Quality of Life Research: ISOQOL) に参加して

京都大学医学研究科医療疫学分野 鈴嶋 よしみ

2005年10月19日～22日、サンフランシスコにて国際QOL研究学会 (ISOQOL) が開催された。ISOQOLは、1991年に、健康・医療領域に関するQOL研究、特にアウトカム研究においてQOLをどのように活用し、方法論的な研究をどう進めるか、臨床研究や医療、政策研究への応用をどう進めるか、などを目的として設立され、今年で第12回を迎えた。学会員は、臨床系、計量心理学系、経済学系などの研究者や、臨床医、看護、リハビリ分野の臨床家、製薬企業の研究者などで構成されている。筆者は第6回大会より参加しているがこの7年間を鑑みると、QOLは医療のアウトカム評価指標の一つとして日本においても広く認知されるようになったと感じる。ISOQOLでは、当初QOLがいかに科学的に測定可能であるかに主要な論点がおかれていたのに対して、昨今は、臨床への応用や臨床的意味を問う論点にシフトしつつある。今回のテーマは「Building Bridges to Enhance Quality of Life」であり、より広い分野でQOLの意味を問う試みが行われていた。

今学会で、東洋英和女学院大学大学院人間科学研究科博士課程の宮崎貴久子氏がNew Investigator Awardを獲得したことは、大きな喜びであった。氏は、「The General Public's Perception and Awareness of Quality of Life in Japan」という演題で、一般国民が「QOL」をどう認知しているかの全国調査結果を発表した。医療の専門家にとってQOLはなじみ深い言葉となったが、果たして一般の人々の受け止め方はどうか。医療の現場でQOLという言葉を使ってコミュニケーションする際に、同じイメージを頭に描いているのであろうか。宮崎氏が医療者側の視点から捉えられがちであったQOLの意味を改めて問い直したことが、評価されたと考える。緩和ケアは「生命を脅かすような疾患を持つ患者とその家族のQOLを高めるアプローチ」であると定義されている (WHO, 2002)。とすれば、緩和ケア研究においてアウトカム評価指標をQOLとすることに異論はないであろうが、ケア提供者側が行った評価ではなく患者自身が感じ報告するQOLであるかどうかを再度見直す必要がある。また、臨床場面においてQOLというtermを使用する際に、患者と医療者側が同じイメージを抱いているとは限らないことに気を配ることが重要であると、改めて考えさせられた。

来年の第13回大会は、ポルトガルにて開催される。詳細は、本学会ホームページ (www.isoqol.com) を参照されたい。

施設訪問記

廿日市記念病院 (広島県廿日市町) 訪問記

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

秋も深まる10月20日、晴れた広島空港を出たリムジンバスは西に向かった。広島駅でJR山陽線に乗り換え、宮内串田の駅からは山側に車で5分ほどかかった。安芸の宮島を望む風光明媚な山のふもとに瀟洒な建物が見えてきた。

廿日市記念病院の緩和ケア病棟は15床で全国平均から見ると小規模である。その特色はリハビリテーション病院が、患者さんの要望に基づいて展開してきた結果として現在の形態になってきた、という患者中心医療の実践がなされている点にある。はじめに緩和医療ありき、ではない点でユニークであり、リハビリテーションの力を緩和医療にも展開しているという院長先生の意向も、一般的にリハビリテーション・スタッフの配置が少ない緩和ケア病棟としては珍しいことである。リハビリテーション室が充実していることは特記されるが〈写真1〉ハード面のみならず、ソフト面でもリハビリテーション部門では、患者さんから言語療法の要望が多いことに基づき、言語療法士が配置されて、ターミナルケアの一翼を担っておられた点が特筆される。また、婦人科医師が配置されているのは、脳外科出身の院長先生から見てカバーしきれない専門分野であることと、高齢者に女性が多いことによる、という説明もあった。

4階建ての建物は、あちらこちらに医療者の心意気が表現されていた。例えば、病棟内の診察室〈写真2〉はプライバシーに配慮したインフォームド・コンセントのために設けられた。すなわち、大部屋で病状説明を行うと、同室者に筒抜けになってしまうからである。言われてみれば当たり前のことであった。各々の病室の名札に男女の違いがないことも個人情報保護の観点から採用されていたし、喫煙室にも擦りガラスが嵌められ〈写真3〉、人の存在は認識できるが、特定はできないという状況に設定される、という心配りである。そして、建物緑化では単なる庭の域を超え、庭園と呼べる水準にあった。しかも安易に園芸療法とは語っていない。

各種の入浴室〈写真4〉が整備されているのは看護職員の要望に当局が応えたことに始まったそうだが、現在は入院患者さんに変大好評であるという。自力で入れる人の浴室、半介助を必要とするもの、全介助のものが用意されている。たしかに、日本人は風呂好きで有名であるが、同じ文化にあって、緩和ケア病棟も例外ではないことに気がつかされた。

自分が患者の立場であったら、どうして欲しいと思うか、という院長先生のお言葉に接し、医療者として忘れてはならないことである、と再認識させられた。その姿勢は、民間病院でありながら、病院の名称に地名を用い、地域社会に心配りしている点にも現れていると思われた。



写真1



写真2



写真3



写真4

書評

「死ぬ瞬間」をめぐる質疑応答
 (原題: Questions and answers on death and dying by Elisabeth Kubler-Ross; 1974)

訳 鈴木 晶/中央公論新社

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

2005年7月には、近代ホスピスの創設者にして緩和医療のパイオニアであったソンドラス女史が亡くなられた。その前年の夏、死の研究者として並び立ておられたキューブラーロス女史が、10年近い闘病生活の後、他界されている。その女史のデビュー作である「死ぬ瞬間」について349にのぼる質問に対する解答集が本書である。また、今回、中公文庫に収められるにあたり、訳し下ろされたもので、30年前の熱い語り合いが、日本語で読めることになった。したがって、本書を通じて初めて「死ぬ瞬間」を知った読者諸氏には、問答集から遡る形で原本にあたる道が用意されている。同じ訳者が、「死ぬ瞬間」、「「死ぬ瞬間」と死後の生」、「死、それは成長の最終段階」、という一連の翻訳を手掛けておられ、原文の性質の理解を踏まえた、こなれた日本語で表現されたものを用意されている。

本書の内容は、1. 臨死患者、2. 特殊なコミュニケーションの形、3. 自殺と末期疾患、4. 突然死、5. 延命、6. 患者を看取る場所はどこが望ましいか、7. 遺された家族の問題、8. 葬儀、9. 家族とスタッフは自分の気持ちをどう扱うか、10. スタッフに関する他の問題、11. 老齢、12. ユーモア、恐怖、信仰、希望に関する質問、13. 個人的な質問、となっており、「死ぬ瞬間」で語られた死に際しての5つの過程が、決して教条的な問題ではなく、当時から200症例の経験に基づく「臨床の知」であったことが、本書に語られた質疑応答によって明らかとなる。ホスピス/緩和ケアの展開を見ている今日の日本において、30年前の先達の足跡を知ることは現在の自分の抱える課題を解決するヒントとなる。その意味で、本書は、その質問者に、医師、看護師をはじめ、作業療法士、理学療法士、ソーシャルワーカー、聖職者など対象範囲が広い。米国の社会、文化の持つ癖を捨象しても、なお人の死に際しての真実を読み取ることが可能であるのは、品現の持つ普遍性と、翻訳の労をとられた関係諸氏の努力の結果であると思われる。入門者から経験者まで、読んで得るもののある、推奨されるべき基本図書であると感じられた。

Journal Watch

ジャーナルウォッチ 緩和ケアに関する論文レビュー (2005年10月~2005年12月到着分まで)

対象雑誌: Journal of Pain and Symptom Management, Palliative Medicine, Journal of Palliative Care, Supportive Care in Cancer, Journal of Palliative Medicine, American Journal of Hospice and Palliative Care, European Journal of Palliative Care, Palliative and Supportive Care, Palliative and Supportive Cancer Care, Journal of Clinical Oncology, Cancer

聖隷三方原病院 緩和支援治療科 森田 達也

Reviews, recommendations, meta-analyses, randomized controlled trials, and large surveys

対象雑誌に掲載された医学論文のうち緩和ケアの臨床家にとって有用と思われる、レビュー、学会の推奨、メタアナリシス、無作為化試験、あるいは、大規模サーベイなどを列記します。

トラマドールの経直腸投与

Mercadante S, Arcuri E, Fusco F, et al. Randomized double-blind, double-dummy crossover clinical trial of oral tramadol versus rectal tramadol administration in opioid-naïve cancer patients with pain. *Support Care Cancer*. 2005; 13(9): 702-707.

質問紙によるQOL調査やニード調査に対する患者の意見

McGrath P, Moore A, McNaught M, Palmer G, Greene A, Atkinson D. Another form to fill in! Clients' reflections on the hospice use of questionnaires. *Support Care Cancer*. 2005; 13(9):691-701.

インターネット上にホスピスケアに関する満足度評価を全国規模で公開した

Connor SR, Teno J, Spence C, Smith N. Family evaluation of hospice care: results from voluntary submission of data via website. *J Pain Symptom Manage*. 2005; 30(19):9-17.

神経因性疼痛：モルヒネ、ギャバペンチン、モルヒネ+ギャバペンチンのRCT

Gilron I, Bailey JM, Tu D, Holden RR, Weaver DF, Houlden RL. Morphine, gabapentin, or their combination for neuropathic pain. *N Engl J Med*. 2005; 352(13):1324-1334.

疼痛：American pain societyの推奨

Gordon DB, Dahl JL, Miaskowski C, et al. American pain society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management: American pain society quality of care task force. *Arch Intern Med*. 2005; 165(14):1574-1580.

病院の緩和ケアを改善するためのVAチームの試みの評価

Bailey FA, Burgio KL, Woodby LL, et al. Improving processes of hospital care during the last hours of life. *Arch Intern Med*. 2005; 165(15):1722-1727.

輸液治療を中止した認知症患者の苦痛の評価

Pasman HRW, Onwuteaka-Philipsen BD, Kriegsman DMW, Ooms ME, Ribbe MW, van der Wal G. Discomfort in nursing home patients with severe dementia in whom artificial nutrition and hydration is forgone. *Arch Intern Med*. 2005; 165(15):1729-1735.

パロキセチンのホットフラッシュに対するRCT

Stearns V, Slack R, Greep N, et al. Paroxetine is an effective treatment for hot flashes: results from a

prospective randomized clinical trial. J Clin Oncol. 2005; 23(28):6919-6930.

貧血

Hedenus M, Vansteenkiste J, Kotasek D, Austin M, Amado RG. Darbepoetin alfa for the treatment of chemotherapy-induced anemia: disease progression and survival analysis from four randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Clin Oncol. 2005; 23(28):6941-6948.

化学療法による嘔吐に対する鍼治療

Ezzo J, Vickers A, Richardson MA, et al. Acupuncture-point stimulation for chemotherapy-induced nausea and vomiting. J Clin Oncol. 2005; 23(28):7188-7198.

安楽死と抑うつ

van der Lee, van der Bom JG, Swarte NB, Heintz APM, de Graeff A, van den Bout J. Euthanasia and depression: a prospective cohort study among terminally ill cancer patients. J Clin Oncol. 2005; 23(27):6607-6612.

不眠に対する認知教育的治療

Savard J, Simard S, Ivers H, Morin CM. Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part I: sleep and psychological effects. J Clin Oncol. 2005; 23(25):6083-6096.

Savard J, Simard S, Ivers H, Morin CM. Randomized study on the efficacy of cognitive behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part II: immunologic effects. J Clin Oncol. 2005; 23(25):6097-6106.

脳転移に対する治療のレビュー

Langer CJ, Mehta MP. Current management of brain metastases, with a focus on systemic options. J Clin Oncol. 2005; 23(25):6207-6219.

予後予測に関する推奨

Maltoni M, Caraceni A, Brunelli C, et al. Prognostic factors in advanced cancer patients: evidence-based clinical recommendations-A study by the steering committee of the European association for palliative care. J Clin Oncol. 2005; 23(25):6240-6248.

鎮静に関するJAMAの記事

Brender E, Burke A, Glass RM. JAMA patient page. Palliative sedation. JAMA. 2005; 294(14):1850.

Lo B, Rubinfeld G. Palliative sedation in dying patients: "we turn to it when everything else hasn't worked". JAMA. 2005; 294(14):1810-1816.

複数のオピオイドの併用

Davis MP, LeGrand SB, Lagman R. Look before leaping: combined opioids may not be the rave. Support Care

Cancer. 2005; 13(10):769-774.

タキサンによる神経障害への治療

Hilpert F, Stahle A, Tome O, et al. Neuroprotection with amifostine in the first-line treatment of advanced ovarian cancer with carboplatin/paclitaxel-based chemotherapy—a double-blind, placebo-controlled, randomized phase II study from the arbeitgemeinschaft gynakologische onkologie (AGO) ovarian cancer study group. Support Care Cancer. 2005; 13(10):797-805.

システム

Kurtz ME, Kurtz JC, Given CW, Given B. A randomized, controlled trial of a patient/caregiver symptom control intervention: effects on depressive symptomatology of caregivers of cancer patients. J Pain Symptom Manage. 2005; 30(2):112-122.

緩和ケアにおける感染症治療

Reinbolt RE, Shenk Am, White PH, Navari RM. Symptomatic treatment of infections in patients with advanced cancer receiving hospice care. J Pain Symptom Manage. 2005; 30(2):175-182.

マッサージと瞑想のRCT

Williams A-L, Selwyn PA, Liberti L, et al. A randomized controlled trial of meditation and message effects on quality of life in people with late-stage disease: a pilot study. J Palliat Med. 2005; 8(5):939-952.

終末期ケアのレビュー

Plonk WM, Arnold RM. Terminal care: the last weeks of life. J Palliat Med. 2005; 8(5):1042-1054.

From Japan

日本の著者による報告を掲載します

少量キシロカインによる中毒

Tei Y, Morita T, Shishido H, Inoue S. Lidocaine intoxication at very small doses in terminally ill cancer patients. J Pain Symptom Manage. 2005; 30(1):6-7.

モルヒネで生じたせん妄にたいするフェンタニールへの変更の多施設研究

Morita T, Takigawa C, Onishi H, et al. Opioid rotation from morphine to fentanyl in delirious cancer patients: an open-label trial. J Pain Symptom Manage. 2005; 30(1):96-103.

泌尿器癌の代替療法

Yoshimura K, Ueda N, Ichioka K, Matsui Y, Terai A, Arai Y. Use of complementary and alternative medicine by patients with urologic cancer: a prospective study at a single Japanese institution. Support Care

Cancer. 2005; 13(9):685-690.

日本緩和医療学会「鎮静のガイドライン」の投稿論文

Morita T, Bito S, Kurihara Y, Uchitomi Y, on behalf of sedation guideline task force in Japan.
Development of a clinical guideline for palliative sedation therapy using the Delphi method. J Palliat
Med. 2005; 8(4):716-729.

緩和ケアチームの紹介時期が早くなっている

Morita T, Fujimoto M, Imura C. Trends toward earlier referrals to a palliative care team. J Pain Symptom
Manage. 2005; 30(3):204-205.