



Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会

ニューズレター

May 2006

31

JSPM 日本緩和医療学会

〒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

日本緩和医療学会理事長 江口 研二

今年も桜前線はすでに東北地方にまで進んでいます。今の時期、寒暖そして、晴天降雨を繰り返すことにより、少し前には、枯れ木と土ばかりであったところが、色とりどりの花と目に鮮やかな新緑でおおわれてきていることに気がつきます。TVの天気予報やニュースのなかで、「あいにくの雨」「お天気は崩れます」などというような言葉が定番になっていますが、草木にとっては「恵みの雨」「命の雨」であるわけで、本当に我々は身勝手な生き物だと思います。

さて、日本緩和医療学会の電子ジャーナル創刊号でもお知らせいたしましたが、会員数が増加の一途をたどっている本学会が、今後どのように進むべきか、改めて、その方向性を会員すべての方々に考えていただきたいと思います。

がん緩和医療を巡っては、昨年のNHKのTV特集番組などで大きく取り上げられてから、診療現場では、緩和医療や緩和ケアチームに関する一般の方々からの問い合わせなどが、今まで以上に大変増えてきています。また、介護保険ががん患者にも適用されるようになって、在宅緩和医療の体制整備が大きくクローズアップされてきています。このような情勢の中で、本学会理事会は、日本緩和医療学会としてまず会員の方々に会員であることのメリットを実感していただけるような運営を基本方針としています。その一環として、学会としてがん緩和医療の教育カリキュラムの作成、それに基づく教育企画の充実化、緩和医療における各種テーマ毎のガイドライン作成、ニューズレターの充実と電子ジャーナルの創刊などの事業を行ってきました。ご承知のように、鎮静のガイドラインに続いて、輸液、呼吸困難などのガイドラインが、当該委員会の努力によって近日中に完成します。がん疼痛ガイドラインの改訂版も作業中です。電子ジャーナルの刊行は、学会員にとって、学術大会以外に、自分たちの研究成果を公表し議論する場となり、よりレベルの高い緩和医療学を進める有力な手段となります。これには、編集委員会の驚異的ながんばりが下支えとなっていることも認識していただきたいと思います。

このように、学会では、各種委員会機能が非常に活発になってきていますが、より、効率的で社会的にも認められた団体として発展していくために、現在最優先で取り組むべき課題がNPO法人化とがん緩和医療医の資格認定の問題です。前者については、すでに各種関連学会が、ほとんどNPO法人化されており、それらを参考にして、今年度中の申請を目指して理事会で作業中です。NPO法人化の実現により、社会的認知度のある団体として、その活動に弾みがつくこととなります。6月の総会では、理事会の作成した定款案についてご審議をいただく予定ですので、よろしくお願い申し上げます。また、緩和医療の資格認定に関しては、NPO法人化以降の具体的な作業となりますが、前提として教育体制の整備が必須ですので、教育委員会の業務が非常に増えてきています。全国各地域のがん緩和医療の教育担当者を養成する目的で、昨年12月に開催したトレーナーズワークショップを今年も参加人数を絞って予定しています。また、学会員全体のための教

育セミナーも作成されたカリキュラムをすべて消化するようなプログラムで今年度から新たに企画しています。

日本緩和医療学会の今後の10年間を考えると、その発展は、学会員の方々の活躍にかかっています。是非、緩和医療の質の向上と普及のために、学会の総力を挙げて、活動していきたいと思います。一層のご支援とご協力をお願い申し上げます。

Current Insight

人工的栄養水分補給に関する一考察

山口大学医学部医療環境学 谷田 憲俊

シャイボ事件の決着法からわかるように、アメリカはここ20年ほどの間に人工的栄養水分補給（ANH）については倫理的・法的にほぼ一致した見解に沿ってきた。終末期のANHは日本でも重要な課題である。本学会も、より適切な方向性を求め研究が進んでいる。そこで、最近の論文*を背景として、方向性への議論の一助としたい。

論文内容抄録

Casarettらの論文は、ANHに対する倫理的・法的見解、すなわちANHは医療行為の一部であり、その利益や危険性、不快感、個人の信仰や文化、価値観などを考慮して患者と家族に受けるか拒否するか決定権があることをまとめたものである。

ANHには有益性もあれば、拘束の必要性、嚥下性肺炎増加などの不利益もあるので、適応される倫理原則は他の医療と同じである。ただ、ANHを常に必要な基本行為と考える人が多く、その考えを人々や医師から取り除くのは容易でない。ANHは誰でもできることでなく、状態に応じ技術を有する者が行う医療行為である。温かい環境を提供するといった無害な手法と異なり、利益が不確かで害や不快を伴う処置であり、緩和ケアにはあたらない。食事に特別の信念を有する医師は、ANHの判断過程に関わるべきでない。また、導入しないことと中止することは倫理的・法的に同一とされ、とくに導入してみて判断したいという実利的観点から両者を区別するのは適切でない。

判断には、患者の口頭または記述の意思が尊重される。ANHだけに厳しい判断基準を設けることは、患者の意思を無視したり、同意なしに導入したりと、自己決定の原則と矛盾する。事前意思表示がない場合は“合理的人間基準”から代行者が判断するのが妥当で、死生に関する哲学的判断を要する“最善の医療基準”は用いない。患者・家族には、悲嘆ケアも含め、情緒的、精神的、スピリチュアル的なケアが必要である。

それらをふまえ、著者らはANHに関する患者と家族の権利が医療従事者と法律、医療体系において尊重されるために次の5つの提案をした。要約すると、第一に、全ての医療従事者は、ANHについて患者・家族と話し合えるようになるため、倫理的基本とコミュニケーション技能を教育されなければならない。第二に、ANHに関する決定は、経済的理由や規則上の制約などで影響されるべきではない。ANHの方が安く、手で食べさせる方が費用はかかる点をふまえ、ANH費用を設定する。第三に、州法を「自己決定法」に基づき合理的人間基準で家族が決められるように設定する（米国は州が具体策を決める）。第四に、代理人（弁護士）、医療提供者は、人々が事前指示書を記すことを促進する。事前指示が不明確なときの法律を整備すべきである。第五に、施設内と施設間で方針と情報を共有すべきである。

結論として、「患者と家族はインフォームド・コンセントの理念に基づきANHに関して自己決定が認められ、その権利は法的、財政的、管理上の障碍から守られなければならない、医療団体や法律家団体、他はそのような障碍から患者を守る必要がある」としている。

日本においては

本論文には日本に当てはまらない議論もあるが、多くの点で参考になる。例えば、カソリック界はANHについて意見が分かれていた。しかし、2004年にヨハネ・パウロ二世は「ANHは通常の医療であり、遷延性植物状態患者には行え」と説教した。欧米では教皇声明が重く受け止められ、患者や家族がANHを拒否しにくくなりつつある。本論文が指摘したように、「ANHは基本的必須の行為」というのは個人の信仰あるいは信念に基づく。この点、日本でも、あたかも普遍的な考えであるかのごとく扱われるが、個人的信念に基づくことを理解する必要がある。また、「経済的理由でANHを控えてはならない」と言われるが、その議論は「経済的に利益を受ける者が存在する」という視点が欠落している。

これらの偏った意見に対しても本論文は応えている。著者らの5つの提案の背景となった事象と理論は日本にも当てはまると思う。本学会も取り組んでいるANHの医学的適応に関する評価が患者の決定に重要となるし、そのうえで関係者が先入観なしに話し合い患者・家族の意思を尊重することが大切と思う。

*Casarett D, Kapo J, Caplan A. Appropriate Use of Artificial Nutrition and Hydration - Fundamental Principles and Recommendations. N Engl J Med 2005; 353: 2607-2612

学会印象記

第6回千葉緩和医療研究会

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

まだ肌寒さの残る平成18年2月18日の午後、JR千葉駅に程近い、ぱ・る・るプラザCHIBA6階の大会議室で、第6回千葉緩和医療研究会が開催された。本研究会は、千葉緩和医療研究会と大日本住友製薬株式会社との共催である。また、千葉県医師会、千葉県病院薬剤師会、千葉県看護協会の後援があった。

当番である君津中央病院緩和医療科の鈴木紀彰先生の開会の辞に続き、一般演題が2部構成で発表された。第1部は、(1)「よりよい死後の整容(エンゼルケア)を目指して」君津中央病院緩和ケア病棟、武石直実(以下、敬称は省略)(2)「癒しの場となるエンセルメイクを目指して」旭中央病院緩和ケア病棟、高野美智子(3)「アロママッサージを併用した便秘症状の緩和」千葉県がんセンター緩和医療科、樋口こず絵(4)「長期にわたりセデーションをかけた末期癌患者への関わり」山王病院緩和ケア病棟、園部麻里恵(5)「患者様と家族との関わり」君津中央病院緩和ケア病棟、若林苑子(6)「緩和医療における他動的立位活動の廃用症候群防止効果」国際医療福祉大学作業療法学科、野崎智仁(7)「緩和的リハビリテーション導入により退院となった骨軟部腫瘍患者」国際医療福祉大学作業療法学科、鈴木香織、の6演題であった。ここで休憩時間の後、座長が交代して第2部となり、(8)「悪性リンパ腫の終末期におけるリハビリテーションの意味の移り変わり」千葉医療福祉専門学校作業療法学科、松山昌史(9)「職場における看護師の満足度」君津

中央病院緩和ケア病棟、間野さやか（10）「塩酸オキシコドン徐放錠採用前後におけるオピオイド使用状況」成東病院薬剤部、加藤久勝（11）「疼痛緩和にNSAIDsが鍵となった膀胱がん末期患者の一例」千葉医療センター緩和ケアグループ、赤沼直毅（12）「切除不能胃癌に対する胃空腸バイパス術の検討」成田赤十字病院外科・緩和ケア科、伊藤勝彦（13）「大学病院における看護師に対する緩和医療教育」日本医科大学附属千葉北総病院外科、山田岳史、が肅々と発表された。この後、特別講演として、アルフォンス・デーケン上智大学名誉教授による特別講演「終末医療におけるスピリチュアルケア」が行われて閉会となった。

本研究会の発表職種は、看護師（6）、医師（3）、リハビリテーション（3）、薬剤師（1）、チャプレン（1）、と多岐に渡り、複数職種による協同作業と言う緩和医療の特色が出ていた。座長の進行もスムーズで、各演題毎に内容を深める質疑応答が行われた。また、各演者の発表方法にも工夫あって質問し易く、その点でも勉強になる研究会であった。

学会印象記

高知緩和ケア研究会 第6回研究発表会・第1回教育講演会

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

南国土佐の春風に吹かれる中、平成18年3月12日の朝、高知市文化プラザかるぼーと大ホールで、高知緩和ケア研究会第6回研究発表会・第1回教育講演会が、高知緩和ケア研究会により開催された。本研究会は1995年5月に、高知県の緩和ケアの質の向上を目指して発足した。講演会や研究発表会、ホスピスボランティア講座、会誌の発行などを行い、現在、250名の医療者や一般市民の方が集っている（講演会パンフレットによる）、という。午後には、第11回 豊かないのち講演会、があり、第1部シンポジウムでは「がん治療とホスピスの掛け橋」をテーマに3人のシンポジストによる討論が、続く第2部は、「心とたましい-病む人とともにいること-」と題し、文化庁長官で臨床心理学者の河合隼雄先生の講演会が行われた。

午前中の研究発表会は各々2名の座長がついた2部構成で発表された。セッション1は、1「患者の代理決定者となった家族への援助を通して」国南病院緩和ケア病棟、高橋晶子（以下、敬称は省略）、2「在宅ホスピスケアにおける訪問看護師の役割」訪問看護ステーションしもち、弘末美佐、3「緩和ケア病棟におけるベランダ園芸の効果に関する考察」いずみの病院緩和ケア病棟、溝渕将弘、4「その人らしさを生かした看護援助について」高知厚生病院緩和ケア病棟、片岡千恵、の4演題が発表された。セッション2では、5「緩和ケア病棟における死に直面した患者の言動に対する看護師のジレンマと対処」細木病院緩和ケア病棟、北村充恵、6「ホスピスで勤務するプライマリ・ナースにとっての癒し」もみの木病院緩和ケア病棟、藤原明美、7「患者さんや家族と話すことが一番大事と教えてくれた一症例」高知医療センターペインクリニック科、青野寛、8「急性期の現場から思うこと」近森病院医療相談室、野村真紀、の発表があった。この後、第1回教育講演会として、千葉県がんセンター整形外科の安部能成上席専門員により「がん緩和ケア（ターミナルケアを含む）におけるリハビリテーションの試み」の話があった。この後さらに、高知緩和ケア研究会の平成18年度総会が行われ、盛り沢山な午前の部が終了した。

本研究会代表世話人の山口龍彦先生によれば、午前・午後と一日を費やすのは初めての試み、と言う。ほとんどがボランティア活動である本研究会は、高知の女性パワーの活動水準を示すとともに、10年間にわたり本研究会を守り、育

てて頂いた諸先生方の御支援あつての事と推察される。このような地道な活動が、全国学会の隆盛に寄与しているにちがないという印象を抱いて、会場を後にした。

施設訪問記

高知厚生病院（高知市葛島1丁目）

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

高知厚生病院は高知市の東部に位置する。高知龍馬空港からJR高知駅と結ぶリムジンバスで30分ほど、逆にJR高知駅からは市電の便が良く、西高須の停留所から徒歩1分である。1964年の開設以来、地域社会の中に溶け込む方針で診療活動を展開されてきた。病院の南方に位置する五台山から眺めると、いかに街中に建っているかが分かる。

現在の病院全体の病床数は76床。内訳は、療養型病棟36床、一般病棟25床、ホスピス・緩和ケア病棟15床である。今回の目的地であるホスピス・緩和ケア病棟は、開設当初9床で始まったが、地域の需要に応える形で1.5倍に増床された。5階建ての病院の建物には、この他、通所リハビリテーションこうせい、外来診療部門とリハビリテーション部門が併設されている。

4階にあるホスピス・緩和ケア病棟を訪れると、まずラウンジに通され、居合わせたボランティアさんにコーヒーを勧められた。病院というより御家庭を訪問したときの雰囲気に近いものを感じた。なるほど、頂戴したパンフレットの中央にも、「お茶をどうぞ。ラウンジでパーティーを開きませんか？」とある。高知では家族全員が働きに出ていて家庭には介護者が居らず、在宅療養には難しい面があり、病院が生活の場になることが多い、との説明があった。

病室は、広く明るい。家具、調度にも気配りがされ、コンクリートの建物という印象が和らいでいる。日本全国のホスピス・緩和ケア病棟を同じに捉えてはいけませんが、全国平均をわずかに下回る15床のフロアに、ゆとりが溢れていたのはスタッフの努力によるものが大きいと感じさせた。たとえば、手作りのストッパーである。風を取り入れるのに病室の引き戸の脇に置かれていた。写真のように縦に置けば20センチほどの隙間ができて、カーテンがそよぐほどの風を取り込めるし、横に置けば3センチほどの隙間にできる。さらに、引き戸が閉まるときの防音効果もある、とのことで、職員の方々の気遣いが表現されていた。また、壁には本格的な絵画がかかり、癒しの雰囲気をもたらしめている。

6階には屋上庭園があり、花を愛でることができる。訪問当日も暖かい日差しとともに、甘い花の香りで満たされていた。四国山地を眺めながら、生まれ育った町を回想される方もあるだろう。この階には礼拝堂もあり、瞑想や祈りをする場所として、あるいは、出版パーティーの会場として使われている。ともすれば宗教排除の形で、信教的自由を確保しようとするところがあるが、病院にとって採算の取れないスペース（副院長の話）を置き、自由に利用できる空間を用意されている姿勢には、ある種の感銘を受けた。当日ご案内いただいた山口龍彦副院長、岩本泉看護部長、伊東理沙ナースに感謝申し上げます。

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（2006年1月～2006年3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、メタアナライシス、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。

緩和ケアを受けている家族に対する心理・教育的介入の無作為化比較試験

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):329-341.

腫瘍随伴性症候群

Zell JA, Chang JC. Neoplastic fever: a neglected paraneoplastic syndrome. *Support Care Cancer.* 2005; 13(11):870-877.

ブプレノルフィンのレビュー

Davis MP. Buprenorphine in cancer pain. *Support Care Cancer.* 2005; 13(11):878-887.

WHO方式：2段階か？3段階か？

Maltoni M, Scarpi E, Modonesi C, et al. A validation study of the WHO analgesic ladder: a two-step vs three-step strategy. *Support Care Cancer.* 2005; 13(11):888-894.

家庭医に定期的に受診することは患者の利益になるか？無作為化比較試験

Holtedahl K, Norum J, Anvik T, Richardsen E. Do cancer patients benefit from short-term contact with a general practitioner following cancer treatment? A randomized, controlled study. *Support Care Cancer.* 2005; 13(11):949-956.

食思不振のレビュー

Yavuzsen T, Davis MP, Walsh D, LeGrand S, Lagman R. Systematic review of the treatment of cancer-associated anorexia and weight loss. *J Clin Oncol.* 2005; 23(33):8500-8511.

神経因性疼痛の治療アルゴリズムの提案

Finnerup NB, Otto M, McQuay HJ, Jensen TS, Sindrup SH. Algorithm for neuropathic pain treatment: An evidence-based proposal. *Pain*. 2005; 118(3):289-305.

日本人のFACIT-SPIによるスピリチャリティーの測定

Noguchi W, Morita S, Ohno T, Aihara O, Tsujii H, Shimozuma K, Matsushima E. Spiritual needs in cancer patients and spiritual care based on logotherapy. *Support Care Cancer*. 2006; 14(1):65-70.

「緩和ケアの紹介が遅い」…アメリカの場合

Schockett ER, Teno JM, Miller SC, Stuart B. Late referral to hospice and bereaved family member perception of quality of end-of-life care. *J Pain Symptom Manage*. 2005; 30(5):400-407.

ギャバペンチンの前後比較試験

Ross JR, Goller K, Hardy J, Riley J, Broadley K, A' hern R, Williams J. Gabapentin is effective in the treatment of cancer-related neuropathic pain: a prospective, open-label study. *J Palliat Med*. 2005; 8(6):1118-1126.

アメリカにおける緩和ケアチームの活動数の急激な増加

Morrison RS, Maroney-galin C, Kralovec PD, Meier DE. The growth of palliative care programs in United States hospitals. *J Palliat Med*. 2005; 8(6):1127-1134.

地域緩和ケアで全ての患者をカバーするための施策

King N, Thomas K, Martin N, Bell D, Farrell S. 'Now nobody falls through the net' : practitioners' perspectives on the gold standards framework for community palliative care. *Palliat Med*. 2005; 19(8):619-627.

家族による意思決定

Meeker MA, Jezewski MA. Family decision making at end of life. *Palliat Support Care*. 2005; 3(2):131-142.

From Japan

上記の雑誌の掲載された日本人著者の研究を紹介します

国内の緩和ケア病棟におけるミダゾラムとフルニトラゼパムの使用状況

Matsuo N, Morita T. Intravenous infusion of midazolam and flunitrazepam for insomnia on Japanese palliative care units. *J Pain Symptom Manage*. 2005; 30(4):301-302.

大規模な多施設研究による鎮静の観察研究

Morita T, Chinone Y, Ikenaga M, et al. Ethical validity of palliative sedation therapy: a multicenter,

prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in japan. J Pain Symptom Manage. 2005; 30(4):308-319.

Morita T, Chinone Y, Ikenaga, et al. Efficacy and safety of palliative sedation therapy: a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in japan. J Pain Symptom Manage. 2005; 30(4):320-328.

日本の乳がん患者の家族機能

Ozono S, Saeki T, Inoue S, Mantani T, Okamura H, Yamawaki S. Family functioning and psychological distress among Japanese breast cancer patients and families. Support Care Cancer. 2005; 13(12):1044-1050.

終末期癌患者の家族もまたがん患者でありうる

Onishi H, Onose M, Okuno S, et al. Spouse caregivers of terminally-ill cancer patients as cancer patients: a pilot study in a palliative care unit. Palliat Support Care. 2005; 3(2):83-86.