



日本緩和医療学会 ニューズレター August 2003 20

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

緩和医療とNARATIVE：語り

東札幌病院 田村 里子

緩和医療は、がんという病を持つ人の全体性に対し、学際的アプローチによって総体として提供するQOLを柱とした医療がどれだけ実現可能かを臨床する医療である。

日々の臨床においてソーシャルワーカーとして患者とその家族から緩和医療を求める言葉を、転院相談をとおして伺っている。相談からは、いわゆる緩和医療に求められているものが浮かび上がってくる。一人一人の個別的な語りの中から、語られる詳細は様々であるが、緩和医療に求めている2点の共通項があげられる。そのひとつは、現在直面している、もしくはこれから出現するであろう痛みを初めとする様ながんによる症状に対する緩和を求めるものであり、またもうひとつは、患者の話を聞き気持ちを受けとめ尊重してほしいといった「今、がんという病いをかけ替えのない個人の『物語り』として生きているひとに医療も向き合うこと」を希望するものである。

緩和医療学会は、発足以来「Evidence Based Medicine に則ったがん疼痛治療ガイドライン」の発行など、症状緩和に関する緩和医療のひとつの指針を示してきた。今もう一点の求められているものに、どのような指針の可能性があるのだろうか。

近日、Narrative Based Medicine が注目されているが、その理論背景にあるのは社会構成主義であり、患者の言葉に依拠するという実践の価値を示すものである。しかし医療現場の現状では、いまだ関心うすい感がある。たとえば、治癒を目指した積極的治療から緩和医療へのいわゆるギアチェンジに対して、ソーシャルワーカーがいていないにその言葉を聴きその選択を支えることが、患者とその家族の緩和医療への満足度を高めるとしても、緩和医療チームメンバーがその意味をどうみいだせるのか。といった課題にも通じよう。相互補完的で真理の両輪と称される、EvidenceとNarrative両面からのアプローチが実際に緩和医療においてどう発展されるのか期待される。

またその臨床を高めるための研究へのアプローチも、自然科学からのみならず人を対象とした社会科学からのものや、研究方法についても量的研究のみならず質的研究による取り組みも必要であろう。緩和医療は緩和ケア病棟でのみ提供されるものではない。現在緩和医療を行っている多くの医療機関において、さらなる普遍化と向上は急務である。今後緩和医療学会がどんな役割を担っていくのか、その方向性の探究に、まさに緩和医療に不可欠とされる医療チームアプローチを具現していけるかが問われていると考える。

特別講演

緩和医療とユーモア

司会：札幌医科大学医学部 並木 昭義

柏木哲夫先生の特別講演「緩和医療とユーモア」は、全聴衆者に深い感銘を与えた。先生自身の知識、経験をもとに、機知、ユーモアにあふれた講演であった。末期癌患者の緩和医療では患者、家族が残された人生を少しでもその人らしく喜び、満足感の得られる状況に配慮することである。患者家族に忘れていないことは明るい笑いや笑顔である。これを自然な形で作り出す姿勢や工夫が必要である。緩和医療の基本は平等意識がなければならない。患者家族と医療者の間の壁を外すにはユーモア精神が大切である。ユーモアとは愛と思いやりの現実的な表現である。ユーモアは自分がストレスや窮地から立ち直るために、また周囲との人間関係を円滑にするために重要である。ユーモアセンスには楽しむこと、おもしろいこと、感動することに気付く能力と物事を良い面やポジティブな面に視点を変えていく能力が必要である。気付き、作る。それを実際の場面で実行し、味わい、実感する。そして良い方向に応用していくという体験を繰り返すことで、ユーモアセンスが身に付く。味わい、実感するには、主観的な感受性を高める、客観的に評価する鑑賞力、そして好ましいものとして捕らえる能力が必要である。ユーモアセンスを身に付けることでストレスの発散を可能にする。怒りを治める、チームワークを強化する。志気を高める。生産性を高める。ポジティブな雰囲気作りができる。これは患者家族や医療者にとって極めて大切な心得である。柏木先生はユーモアを作り出すのに川柳を活用している。川柳は5・7・5の17字の中に滑稽、機知、風刺などを入れて作る知詩である。川柳を聴き、患者家族が何気なく笑う、微笑めば成功であり、相手から返答があれば大成功である。明るい笑い、笑顔はどんな状況においても効果がある。このことは経験的だけでなく、科学的にも認められている。人は幸せ、元気だから笑うのではなく、笑うから幸せ、元気になるのである。今回の講演内容をもっと多くの患者、家族、医療者、そして一般市民に啓発する必要がある。来年本学会を主催するので、この点を十分に考慮する。

教育講演

緩和医療と生命倫理

—terminal sedation の法的に安全なガイドライン—

司会：国立がんセンター総長 垣添 忠生

鳥取環境大学学長、加藤尚武先生による上記講演が、平成15年6月27日午前、約1時間にわたってなされた。私は座長を務めたので、お話のポイントをまとめてお伝えしたい。

緩和技術の理想とは、患者の意識水準を下げることなく、身体的な苦痛から解放することであり、対応能力を保ったままでの静かな死の受容を可能にすることである。さらに緩和によって死期が早まるという因果関係がなくなることもまた、緩和技術の理想としての目標であろう。

現実にはこの目標は達成されていない。安楽死に関してドイツ、フランスの生命倫理では、1. 死に際の看護→医療者

の義務、2. 消極的安楽死→延命措置の断念、3. 間接的安楽死→生命短縮をともなう苦痛緩和、4. 積極的安楽死→直接的帰結として死を意図する措置、5. 早期安楽死→重度障害新生児の治療停止、に分類されている。このうち、安楽死として許されるのは、間接的安楽死までであって、この場合、意図しない付随結果として生命短縮をともなう苦痛緩和措置、あるいはあくまで苦痛緩和が目的であって、死を直接目標とはしない、ことが重要である。つまり、法律的に適法とされることは、間接的安楽死および消極的安楽死までであり、積極的安楽死および医師による自殺幫助は違法と考えられている。

結論として、加藤先生は、

緩和の目標は、人間の尊厳にふさわしくない身体的な苦痛の回避。

患者の同意は、延命よりも尊厳の維持を優先するという患者の選択を確認するために必要である。

自殺権は、緩和医療の理想とすべき目標ではない。生命力と対応能力を失わせることのない緩和技術の可能性を追求し、「積極的安楽死の必要」をなくすることが最も重要であろう。

と述べられた。法律と倫理という難しい問題に関するお話だったので、必ずしも分りやすくはなかったが、こうした問題をつきつめて考えるよい機会となった。

シンポジウム

緩和医療期の疼痛対策

司会：千葉県がんセンター 緩和医療科 医師 渡辺 敏
聖路加国際病院 緩和ケア病棟 看護師 岡田 美賀子

5人の演者が選択され、それぞれ緩和ケア病棟担当医（長谷川氏）・薬剤師（加賀谷氏）・がん性疼痛認定看護師（酒井氏）・ペインクリニック担当医師（合田氏）・在宅診療担当医師（大岩氏）という立場から緩和医療期の疼痛対策について問題点を発表していただいた。なお司会者側から各演者へ、具体的な疼痛治療ではなく疼痛対策上のシステムに関する問題点を論点とするよう事前に要望した。

長谷川氏は緩和ケア病棟転入前の疼痛対策の不十分さを訴え、疼痛緩和を図ることでQOLが高められることを実践例を通して示した。

加賀谷氏、酒井氏は、多職種で関わる疼痛治療を実践するうえでの問題点を指摘し、チーム医療の重要性を主張した。酒井氏の活動（一般外来で相談室的関わりの実践）の問題点は治療担当医との齟齬であり、この対主治医の問題は現実性があって会場からも発言が続いた。緩和ケアチーム活動の充実に向けて加賀谷氏は、「疼痛対策を充実するためには、スタッフの薬物治療や緩和医療に対する共通認識が必要であり、一方では認定制度により医療の質を上げるためにも、学会や行政の理解と教育・育成が必要であり制度改革をお願いしたい。」と提言した。

合田氏の実践する充実した疼痛治療の内容・システムはいずれも他施設がん治療担当医からみれば羨望であり、「施設較差」の存在という指摘は麻酔科医師のペインクリニックへの理解の喚起を促したように思えた。

大岩氏は、在宅での疼痛対策をはじめとする症状緩和の低劣性を否定し、その療養環境の秀逸性からも、治療担当医・患者・家族の在宅療養への理解を喚起した。

緩和医療期の療養の場として緩和ケア病棟および在宅は、その場をいかに採択するかは提示と選択に問題が残るものの、疼痛対策という面ではQOLの向上が期待できるようである。

一般病院・病棟での疼痛対策においては、酒井氏・加賀谷氏・合田氏らの指摘部分の解決・充実が今後の課題としてとらえられた。また、会場からは具体的な薬剤の使用法やプラセボについての質問が続き、今後より実践的な知識の普及が必要であると示唆された。

ポスターセッション P01 006~010

司会：国立がんセンター中央病院 緩和ケア科 下山 直人

フェンタニルパッチは昨年3月発売以来、爆発的な売れ行きを誇っている麻薬性鎮痛薬の貼付剤である。今回、私が担当した5題は、すべて北里大学からのフェンタニルの血中濃度を含めたパッチに関する研究報告であった。第1題目は、血中濃度と実測値と理論値の比較という題であった。フェンタニルは脂溶性が高く皮膚からの吸収もよいと考えられているが、理論値に沿っている症例もあれば、血中濃度がかけ離れて高い症例、血中濃度が著しく低い症例もあり、皮膚の状態の個人差によるものとも考えられた。もちろん血中濃度よりも鎮痛効果が最も重要であり、鎮痛効果は比較的安定しているため、使用頻度が高いと考えられている。第2題目は、フェンタニルの血中濃度が貼付量を増加させた場合、相関して上昇するか検討した演題であるが、40例での平均でみると高い相関を示していた。しかし、血中濃度の変動係数は比較的大きく個体差も影響していることが示された。第3題目は、現在市販されているパッチの最小量が2.5mgであり、オピオイドナイブの患者に対してはフェンタニルの開始量として大きすぎるため、半面をオプサイトで覆い貼付面積を1/2として血中濃度を2例で検討した報告である。同様にばらつきはあるもののほぼ1/2の血中濃度を示し、目的は達成されている事が示唆された。しかし、症例数が少ないため今後の研究結果を待ちたい。第4題目はフェンタニルパッチによって疼痛マネジメントに難渋した症例の検討であったが、その症例の貼付量は60mgにも達していた。特に血中濃度では、30-55mgまでの増量期間で血中濃度の上昇が悪く、鎮痛効果も低下していた。パッチの投与量が上昇するに従って、吸収が悪くなることも考えられた。しかし、対象患者は仙骨神経叢浸潤による神経因性疼痛と考えられ、鎮痛効果が悪かった原因としてはオピオイド抵抗性の疼痛であったことも原因と考えられた。第5題目は、第3題目とも関連している演題であった。オピオイドナイブ患者に対して、最小パッチ2.5mgを開始量として問題があるかを検討した。特に痛みが中等度以上の患者6例を対象としていたが、痛みが比較的強い例では最小パッチを開始量としても問題となる症例が少なかった。

以上の報告は、フェンタニルパッチを貼付した結果としての血中濃度の変化を検討した報告で、実際に臨床でわき上がっている疑問に関して答えるための研究とも考えられる。症例が少ない研究もあり、明確には結論できないが、フェンタニルの血中濃度は個人差がありばらついていること、その中で鎮痛効果、副作用をみながら個々の症例に対応していく必要があることが重要であることが示唆されていた。

ポスターセッション P02 016～020

司会：東北大学附属病院 緩和医療科 山室 誠

ポスター会場は何処のセッションを見ても、まさに「立錐の余地もない」と言う言葉通りの凄い盛況であった。それだけ多くの方々の関心を惹き付ける様な演題が目白押しだったとも考えられる。しかしながら、それにしては、3分の発表、3分の討議は、余りにも短く、司会者としては、時計を見ている内に終わってしまった感がある。

担当したセッションは各演題が独立しているので、それぞれについて会場での質疑応答も含めて印象に残った点を述べさせていただく。

「がん疼痛治療に用いられる薬剤の副作用への対応」では、モルヒネの副作用のフローチャートを作っておられたが、悪心・嘔吐に使用する薬剤の副作用として錐体外路症状にも焦点を当てて組み立てられていたのが関心を引いていたように思われた。

「当病棟における疼痛治療とオピオイド治療の実際」では、実際に体験された症例について詳細に分析されておられたが、時間が少ないので詳しく検討して質疑応答ができる程の理解ができなかったように思われた。

「i-Fusor」を用いた術後硬膜外鎮痛法は、術後疼痛への対応としては興味ある演題であった。しかし、緩和医療領域への応用に関して現段階での具体的な見解はなく、今後に期待されるがん性疼痛の鎮痛法の一方法と言う域に止まっていたのではないだろうか。

「当センターでよく使用される鎮静法～ケタミン・ミダゾラム持続注入法」は、他の施設では余り使用されていない方法らしく配合比率や使用理由などについて質問があった。

「がん性疼痛に対する神経ブロックの効果」では、オピオイドの効果が不十分あるいは副作用の強いがん性疼痛患者に神経ブロック療法を用いて良い結果が得られたと言う報告で、神経ブロックの利点と欠点について質疑応答があった。

今回の様に、前方の聴衆が後方の人に配慮してポスターの前にしゃがみ込んで発表を聴いたり、質疑応答をしたのは初めての経験だった。その様子は、熱気溢れる大勢の方々が集まって下さった象徴でもあったと思われた。しかし惜しむらくは余りにも時間が足らなかった。

本当に「もっと、時間を！」が欲しかった。

ポスターセッション P04 031～035

司会：ピースハウス病院 ホスピス教育研究所 松島 たつ子

このセッションは、いずれも終末期ケアに関するもので、1題目は、口腔ケアについての発表で、モルヒネ投与時に口渇感を訴えた患者が80%以上あり、これに対するキシリトールの有効性が報告された。10%キシリトール水で有意な改善が認められるということで、参加者から臨床での実践として関心が向けられた。

次に、褥瘡ケアについて3題の発表があった。ホスピスにおける褥瘡発症の実態調査報告では、病気が進行し褥瘡が発

症しやすい終末期にあっても、悪化は15%のみで、他は変化なしや改善が認められたという報告があり、個別性を尊重したきめ細やかなケアが実践されていることが窺えた。具体的なケアの工夫については、キセノンレーザーの使用経験が報告されたが、対象はレーザー照射時の体位保持が可能な患者のみという限界がある。一方、病気が進行し体位変換も難しい状況にある患者に対して、マッサージやタッチング、また、看護師との信頼関係の樹立により安楽な体位への交換を可能にしたことなどにより褥瘡発生・悪化予防できたという報告があった。両発表とも事例数が少なく、またケアの有効性についての客観的な評価も充分とはいえなかったように思う。褥瘡発症・悪化予防の工夫とともに、予後の限られた患者へのケアのあり方、終末期患者のQOLの捉え方、ケアの評価法など、さまざまな側面からの検討が必要であり、今後の研究が期待される。

最後の演題では、血液悪性腫瘍患者の終末期において、患者・家族・医療者が情報を共有し、話し合いながら、その時々目標を設定し、治療を選択していくことで、目標の達成、QOL向上にもつながったという事例が紹介された。参加者から、PSの高い患者ではこのようなアプローチが可能と思われるが、低い場合には目標設定も難しく、日常の臨床で悩むことが多いとの意見が出された。確かに、QOLを活動性の面からだけ考えると限界があると思われるが、スピリチュアルな面も含めて全人的に捉えてみると、目標は最後まで設定することができ、そのためには、今回示されたコミュニケーションのあり方や自己選択・決定を尊重したアプローチは示唆に富む内容であったと思う。

ポスターセッション P04 036～040

司会：利根中央病院 外科 原 敬

終末期患者に対する外科的処置の適否功罪を問う演題であった。予後の限られた、全身状態不良な終末期患者への外科的処置の適用には慎重であるべきことはこれまでも論じられてきたが、外科的処置に本来的な疾病治療ばかりでなく、QOL概念に支えられた症状緩和という目的をも含みもたせようという場面で、さらにどのような議論が必要であるのかに関心がよせられた。

福島県立医科大学第2外科宮本康太郎氏は、癌性腹膜炎を背景とした消化管穿孔に対して外科的処置に踏みきる際には、予想外の急激な病状の変化に患者や家族の認識が追いつけないうえに、短時間での方針決定を余儀なくされるが、こういった病状に対する外科的処置の適否に関するエビデンスを睨みつつも、患者の自己決定を優先すべきであると結論づけた。参加者からは、患者の自己決定に臨んで、「外科的処置を受けない」という選択肢も医療者が明確な形で提示することの重要性を確認する意見が出された。防府胃腸病院楠目健一氏は、集学的治療によって在宅療養が可能となった末期直腸癌の症例をもとに、執刀した外科医が最も患者の状態を把握していると考えられることから、緩和医療においてもっと中心的役割を果たしていく必要性を強調した。曙会シムラ病院外科岩田尚士氏は、終末期患者の胸腹水コントロールにおけるOK-432投与の有用性を論じた。有効性に関しその背景因子の検討から、有効群には治療開始時の全身状態が比較的良好な例が多いと述べた。育和会記念病院外科西森武雄氏は、大腸悪性狭窄にともなうイレウスに対し、人工肛門造設術に代わり金属ステントを挿入留置することで排便を保つことの可能性を論じたが、現行医療保険制度では適応が認められていない点も指摘した。東邦大学戸倉夏木氏は、癌性腹膜炎に対する外科的処置は侵襲的であるがゆえにその適応判断には慎重を要すると述べ、患者自身への真実告知が前提であるとしながらも、手術後に症状改善

が得られなかった事例では、かえってQOLの低下が著しいことも指摘し、終末期患者への外科的処置の問題点をあらためて強調した。

ポスターセッション P06 056～060

司会：大阪大学大学院人間科学研究科 恒藤 暁

担当したポスターセッションでは、「治療の意向」、「非侵襲的持続陽圧換気による治療」、「呼吸困難に対するフロセミド吸入療法」、「がん性疼痛のある患者の関わり」、「緩和ケアカンファランスの取り組み」と多岐にわたる演題が発表された。各演題の概要を述べ、短くコメントする。

P06-56は、一般病棟医と緩和ケア医を対象に想定患者に、どのような治療を行う意向があるかを質問紙調査したものである。両群に有意差のみられた回答とそうでない回答があり、“緩和ケア”の定義と解釈が課題であるように感じた。

P06-57は、二酸化炭素ナルコーシスを併発したがん性胸膜炎の患者に、非侵襲的持続的陽圧換気を行ったところ改善がみられたという症例報告である。非侵襲的持続的陽圧換気の適応とインフォームドコンセントが議論的となった。

P06-58は、がん患者の呼吸困難感に対するフロセミド吸入療法の有用性について検討したものである。有効な症例とそうでない症例があったが、その差異はどこから来るものか今後検討する必要がある。

P06-59は、がん性疼痛のある患者が主体的に疼痛コントロールできた要因について検討した症例報告である。今回の症例は主体性を引き出す援助ができたようであるが、今後、そうでない症例を含めて検討するのがよいのではないかと感じた。

P06-60は、緩和ケアカンファランスの取り組みについての報告である。週1回のカンファランスを開催し、全人的アプローチでの検討がケアの質の向上につながっているとのことである。このような取り組みのポイントについて討議されたが、今後、多くの病棟で同様な取り組みがなされることを期待している。

以上のように、症状緩和、チームアプローチ、倫理的な判断についての発表に対して活発な討論が行われた。いずれも緩和医療において重要なテーマであり、さらなる発展が期待される。

ポスターセッション P08 070～074

司会：筑波大学臨床医学系神経内科 庄司 進一

村上望氏の発表は、医療従事者の緩和ケア・終末期医療に対する意識調査を石川県立中央病院の外科医師、外科系看護師、薬剤師で行い、理解は高まってきているが満足なものとは言えないとの結論であった。橋口さおり氏は、慶応義塾大学医学部での緩和医療卒前教育で1人の末期患者を担当する2週間の実習を報告した。瀧田正亮氏は、大阪済生会中

津病院の歯科口腔外科の研修では、生の質に関わる顎・口腔機能の意義を研修させていると報告した。藤吉達也氏の報告では、産業医医科大学の耳鼻咽喉科では、系統的な緩和医療に努力するようになって、頭頸部癌患者の終末期病態は治療に伴う合併症が激減し、気管切開や終末期鎮静は増加した。白土辰子氏は、緩和ケア専門施設の看護師の希望する医学生に対する緩和ケア教育目標の調査では、全人的医療の理解、コミュニケーション・スキル、疼痛緩和、チーム医療、人間的成熟などと報告した。

ポスターセッション P09 085～089

司会：聖路加看護大学 井部 俊子

本セッションでは5演題発表が行われた。そのうち3演題は、認定看護師の活動に関するものであり、2演題は、がん看護の苦痛とケアのあり方に関するものであった。

P09-085およびP09-087は、がん性疼痛看護認定看護師の活動に言及していた。浜松赤十字病院病棟看護師61名を対象に行われたニーズ調査では、疼痛管理よりも患者・家族の人間関係上の困難が上位を占めており、がん性疼痛看護認定看護師の役割と教育プログラムの内容に示唆をもたらすものであった。また、がん性疼痛看護認定看護師14名を対象とした聞き取り調査では、「活動時間の不足」「活動に伴う精神的負担」「指導上の効果が上がらない」「医療者間の連携がとれない」「鎮痛薬使用の経験不足」「活動の確立ができない」などの“困難”があり、新たな役割をもった専門家は起業家としての基礎知識が必要であるという認識をもった。P09-086は、急性期病院のホスピスケア認定看護師（CEN）の活動報告であり、病棟看護師がCENにケアを依存しがちであり、全体的なケア水準の向上に寄与しないということであった。急性期病院における過剰な業務量が推測されるが、組織方針の変更により、CENが翻弄されている実状も知ることができた。

P09-088は、終末期がん患者への実在的苦痛に対してどのような介入方法が有効かということを専門家456人を対象に、仮想症例を用いた量的研究であった。因子分析の結果、「意味づけを中心とするアプローチ」「快適な環境の提供」「支持的表現的アプローチ」「宗教的アプローチ」「教育と対処能力の強化」「存在」の6因子が抽出され、寄与率も高かった。参加者から、患者を対象とした調査の必要性が提案された。P09-089では、食道がん患者への対応において、こうしたアプローチがなされたことを示していた。

ポスターセッション P11 105～109

司会：元 日本看護協会看護研修学校 中山 康子

診療報酬の改正は、医療現場の様相をダイナミックに変化させる。入院期間の短縮により、がん患者も外来中心の療養形態に変化し、入退院を繰り返すようになった。

そのような中、旭川赤十字病院発表の2題は、退院した進行がん患者の継続ケアに課題を感じた病棟看護師たちが取り組んだ電話訪問の3年の実績評価と、病棟・外来・訪問看護との連携の実態を整理し、現場での提言がなされた。また、藤沢湘南台病院からは、急性期病棟における緩和ケアの取り組みとして『情報共有用紙』の活用により、患者家族の想いの変遷をチームで共有でき、タイミング良くチームアプローチが出来るようになった成果の発表だった。急激な医療現場の変化の中、ケアの視点をもち続け、今の体制の中で出来ることを模索するチームの姿勢は聴衆者にも伝わり、実地レベルでの質問が数多く出された。

和歌山県立医科大学からは、緩和ケア病棟における90日を越える長期入院者の特性を分析された発表であった。本来の緩和ケア病棟の機能を果たそうとされるがゆえに生まれた研究テーマであると思われ、分析の結果、病状や治療内容よりも『介護力の課題』が長期入院に強く関連し、地域支援システムの必要性が強調された。

5題目は、固形がんのターミナルケアに焦点があたりがちなか中、東京大学大学院ターミナルケア看護学から、白血病治療不応期の入院患者の苦痛に焦点をあて、看護職員の認知から課題を明らかにする発表が出された。白血病においては身体的苦痛の緩和方法がまだ十分に確立されていないこと、社会的苦痛のケアの充足度も低いことが明らかにされた。罹患部位ばかりでなく、受ける治療の経過の特徴により、患者や家族の抱える苦悩は変る。がんの治療の幅が更に広がるであろう将来、治療内容によって生じる身体、心理、社会的なハンディに対応するケアが求められるであろう。

ポスターセッション P12 110～114

—広めるために、高めるために—

司会：静岡がんセンター 緩和医療科 田中 桂子

P12ポスターセッション（110-114）では、一般病院における緩和医療推進の様々な活動（前半3題）と、緩和ケア病棟新設に際しての新しい試み（後半2題）について報告された。

1. 碧南市民病院緩和医療委員会からは、勉強会開催・疼痛マニュアル作成・薬剤師による回診とコンサルトなど、5年間に徐々に院内サポート体制の確立を図ってきたことが報告された。2. 秋田総合病院緩和ケアチームは、院内アンケート調査の結果、緩和医療への関心が看護師に比べ医師において低いこと、また、精神的ケア・症状緩和についての教育と告知後のサポート体制の確立が必要とされていることを報告した。3. 麻生飯塚病院からは、院内イントラネットを利用した緩和医療に関する情報の提供と、ネット掲示板を意見・情報交換の場とするシステムが紹介され、今後認知度と利用率を上げるための改良点が報告された。

4. 新設の静岡がんセンター緩和ケア病棟からは、医師・看護師・心理療法士からなる多職種チームが同席して緩和医療外来初診を行なっていることが紹介され、そのメリット（早期に多面的で適切なアセスメントが可能）とデメリット（人数的な威圧感を与えてしまう可能性など）が報告された。5. 同じく静岡がんセンターから、2つの緩和ケア病棟（本棟内と別棟）の入院患者背景の共通点・相違点が検討され、様々なニーズに合わせた緩和ケア病棟運営の可能性が報告された。

どの発表も臨床現場での地道な努力と熱意が感じられ、同じような問題をかかえる他施設からの質問も活発で、時間を延長しての有意義な討論がなされた。（会場が狭く、十分に見えず聞こえずという状態であったことが残念であっ

た。)

緩和医療を啓発し「広く」浸透させて行くと同時に、スペシャリストとして緩和医療の専門性を「高めて」いくための臨床・教育・研究活動が必要であることを改めて感じさせられた。

ポスターセッション P13 120～124

司会：聖路加国際病院 緩和ケア病棟 中村 めぐみ

一般演題ポスターP13-120～124の司会を担当させていただいた。始めの3演題は緩和ケアチームの活動に関する発表で、いずれも活発な質疑が交わされた。

演題120：社会保険神戸中央病院緩和ケアチーム発足8ヶ月間の活動と課題については、一般病棟で症状コントロールを必要とする患者の紹介がまだ少ない可能性が考えられるという報告に対し、依頼の効果的な吸い上げ方が問われ、看護師が問題に気付き、医師を動かすことが多い現実が垣間見られた。またチームの体制についての質疑応答もなされた。

演題121は帝京大学医学部附属市原病院緩和ケアチームによる、非癌性疼痛（癌そのものによる疼痛以外）に対する局所麻酔薬単回投与による神経ブロックの有用性についての検討であり、非癌性疼痛のとらえ方についての討議がなされた。

演題122は、大学病院の緩和ケアを考える会が実施した全国の緩和ケアチームの実態調査報告であった。緩和ケアチームがある、今後作る予定がある病院が約半数を占める一方で、緩和ケア診療加算を算定しているところはわずかである現状がみられた。会場からはチーム設立の背景が質に影響していないかという投げかけがあった。

演題123は看護師がキーパーソンになり、患者を支えた難治性癌性疼痛の一症例報告で、患者の自己実現の達成にはカンファレンスを通して情報交換を十分に行うこと、医療チームでかかわることの重要性が示唆された。

演題124はがん患者の包括的ウエルビーイングの評価に関する研究報告であった。新たなQOL尺度を開発することを目的とした研究で、これまでのQOL尺度との相関、患者のQOLとしてのウエルビーイングへの影響因子が示された。対象選定の難しさから標本が小さく、一般化に向けての研究の拡大が課題として残された。

ポスターセッション P14 134～137

司会：埼玉県立がんセンター 緩和ケア科 余宮 きのみ

当セッションでは、高カルシウム血症に関する演題が3題、進行性乳癌に関する演題が1題、発表された。特に高カルシウム血症については、活発な質疑応答が交わされた。

大阪府済生会中津病院の塚口雅らは、口腔扁平上皮がんで高カルシウム血症の5症例に対し、ビスフォスフォネートを

投与しその効果について検討した。いずれの症例も余命が30～92日と進行がんで、悪液質による症状が合併しており、倦怠感、傾眠、骨転移痛といったQOLの改善は得られなかった。高カルシウム血症の多くは、進行がんで発症することが多く、その治療の可否について迷うことが多い。そういった点での問題提起となる内容であった。

社会保険神戸中央病院の新城拓也らは、高PTHrP血症の臨床的意義について検討した。PTHrPの高値が持続すれば高カルシウム血症が発症するとの結果を得、PTHrP値が高値であってもカルシウム値が正常な例では、高カルシウム血症の発症を予想するという意味で、PTHrP値測定は有用であるとした。フローアからは、PTHrP値測定における患者への負担、保険適応上の問題、治療的な意義についての質疑がされた。

東北大学医学部付属病院の島田哲らは、大学病院で2ヶ月ごとのローテーション医師を教育している立場から、高カルシウム血症の治療についてのフローチャートを作成し、導入前後での変化を調査した。フローチャートを導入したことで、治療に一定の方向性が保たれるようになったという結果が得られた。またビスフォスフォネートの投与回数が増加した半面、治療したことでせん妄が悪化した例があり、治療の中止基準が今後の課題にあげられた。緩和医療における教育が話題となっている昨今、こうした取り組みは興味深い。

札幌社会保険総合病院の中島信久らは、乳癌で進行がん（T4乳癌）になってから初診した患者では、後悔の念、自責の念などの陰性感情、また周囲の環境などの事情があることを示した。心理・社会的側面への配慮が大切であるとの内容であり、一般外科の治療に携わる中で、積極的治療の適応外の患者への深い洞察がされている報告であった。

ポスターセッション P18 176～179

司会：栃木県立がんセンター 緩和ケア病棟 種村 健二郎

ポスターセッションの最終4題（P18-176～179）を担当した。共通する点は、看護師と患者さんの実際の関わりを発表していることである。当学会でも殆どがcure視点からの発表のなかで僅かなcare視点の発表は、内容ではなく発表自体を高く評価したい。看護そのものの発表が増え、内容の質が向上することを願っている。そのなかで演題177を取り上げてみたい。がんサバイバーの生きる意味の変化とサポートグループの報告である。期待した演題であった。がんを体験したことで生きる意味が変化したという。横軸に「時間の意味」、縦軸に「存在の意味」の座標のなかで、生きる意味は「ゆらぎ」ながら変化して「存在の意味」の方向に向かったというのである。非常に面白い。しかし、「具体的な変化は？」という問いに、「時間がある」と「時間がない」の間で「ゆらぎ」ながら「納得する生き方」という「存在の意味」に変化したというのだ。「時間がある」ということも「時間がない」も量や長さの概念であり、質や意味の概念ではない。「時間の意味」ではない。また「納得しない生き方」から「納得する生き方」に変化するということも、質の向上というより理解的で即物的言葉である。がんサバイバーは、がんという疾患に罹り「時間がある」「時間がない」という「ゆらぎ」を体験して苦しみ、「長さや量を超える時間の意味」を見出すと同時に「人生の意味」を見つけて成長していった。その過程で、サポートグループは、「ゆらぎ（苦悩）」を共に支えあうコミュニティとして機能していたと発表したかったのではないのか。新しく、しかも大切な内容の発表と思われるので、逃げずに討論して欲しい。看護研究は、客観的な状況は何も変わらない（病状が好転したことで、死が避けられるようになったことでもない）にもかかわらず、看護という関わりを通して「人生の意味」を探求し、サバイバーたちが希望をみつけたしてゆく援助にあ

ろう。発展を期待する。

Current Insight

輸液療法の実態調査から見えてくるもの

滋賀県立成人病センター緩和ケア科 堀 泰祐

同じものを見る場合でも、その人の立場によって評価が違ふと言うことはよくあることである。同じ末期がん患者を診る場合でも、外科医と緩和ケア医は少し違う考え方をすることがあるということ、最近身をもって経験するようになった。私は昨年10月から外科医を辞め、緩和ケア医となった。緩和ケア医となった現在の時点で外科医だった頃を振り返ると、基本的な考え方が「微妙に」違ってきているのを感じる。

がん性疼痛の治療原則とかオピオイドの副作用対策などは外科医として緩和医療を行っていた頃と全く変わりはない。自分でも変わってきたと思うことの一つに輸液に対する考え方がある。末期がん患者に対する輸液療法についてのEBMが皆無と言ってよい状況にあって、末期医療に携わる医師はそれぞれの経験や考え方に従って輸液療法を行っているのではないだろうか。

末期がん患者に対する輸液療法について、京都と滋賀を中心に活動している京滋緩和ケア研究会が行った実態調査がある。これは1999年から2000年にかけて、がんで亡くなった患者について、後ろ向き調査を行ったものである。調査対象は、一般病院の外科と内科およびホスピスである。末期がん患者に対する輸液をどのように決定しているかをみるために、輸液量や内容と摂食量、浮腫の有無、胸腹水の有無などの臨床症状や検査データとの関係を調査した。その結果は、輸液量を決定する最も大きな要因は摂食量であり、次に一般科とホスピスの差であった。つまり、輸液量は摂食量が少ないほど有意に多く、外科や内科でホスピスに比べて有意に多いということであった。浮腫や胸腹水の有無は輸液量には有意な影響を与えていなかった。

私も食べられなくなったら点滴で補うということは、とても常識的であり、患者本人も家族も納得すると考えていた。しかし、その輸液は本当に患者さんのQOLの向上に寄与していたのだろうか。残念ながら今回の調査でも裏付けはとれなかったが、摂食量が減少したとしても浮腫の強い患者、コントロールできない胸腹水のある患者には輸液は控えた方がよいと個人的には考えるようになった。

かつて私たちが当然のように行ってきた「呼吸が止まったら人工呼吸、心臓が止まったら心臓マッサージ」と同じように、「食事ができなくなったら、点滴」ということが本当に正しいのか疑問を感じるようになった。がんの末期に食べられなくなるのは、一部の病態を除けば自然の経過であり、食べることが負担になる場合も多いのではないだろうか。緩和ケア病棟に移ってこられたあと、「頑張って食べなくても良いです。欲しいものだけ、無理せずに食べてください」と言っていると、「食べなくても良いと言われて、本当に楽になりました」と安心される患者をよく経験する。これは一般病棟で「頑張って食べてください。食べられなければ点滴をしますよ」と脅かしとれることを言われてきたためである。点滴をする前に、それが本当に必要なかをもう一度考え直す必要があると思う。

Current Insight

貧血と QOL

埼玉県立がんセンター・デイケアセンター 小林 国彦

近年、化学療法中による貧血を予防するためのエリスロポイエチン使用に関する米国癌治療学会（ASCO）のガイドラインが発表されている（JCO 20:4083, 2002）。ヘモグロビン10g/dL以下でエリスロポイエチン（Epoetin）を使用し、10から12g/dLでは他の臨床状況により相対的適応とし、ヘモグロビン12g/dL以上を目指す内容である。現在、国内でエリスロポイエチンの適応拡大（腎不全ですでに保健収載済み）のための治験が進行中である。実は、過去にも国内臨床試験が行われたが、失敗に終わっている。その当時、QOLの評価があまり重視しなかったのではと推測する。ASCOガイドラインを作成する論拠となった論文は、Retrospective surveyとして、French anemia audit（Coiffier B, Eur J Cancer 2001）、UK anemia audit（Barrett-Lee, Br J Cancer. 2000）、Prospective surveyとして、European Cancer Anemia Survey（ECAS, Ludwig H, 2002）がある。また、Prospective randomized studyでは、2つのopen-label, community-based studies（Glaspy JCO 1997, Demetri JCO 1998）とDouble-blind, placebo-controlled study（Littlewood JCO 2001）がある。これらの一連の検討で、輸血の回数より、QOLの改善が重用視されるようになった。QOLは、Functional Assessment for Cancer Therapy-Anemia（FACT-An、日本語版あり）質問票で評価されたものが多く、Physical well-being（身体症状）、Mental well-being（心理状態）、Functional well-being（活動性）に影響を与えることが判明している（Cella D, JCO 2003）。すなわち、QOLは、貧血の改善治療の主なend pointとなりうる。

さて、緩和治療における貧血補正には、指針があるのだろうか。Pub-Medで検索してみると、ヘモグロビン8 g/dL以下で臨床状況を鑑みて輸血が行うのが一般的であるが、結論が出ていない（Monti M, J Pain Symptom Manage, 1996）。さらに、上記に記載したようにQOLを改善させるエリスロポイエチンの使用については、まだ、緩和領域では何も決まっていない。臨床研究の1つのテーマがありそうだ。

Current Insight

緩和ケア病棟における電話相談の意義

—過去3年間の実態調査から—

聖路加国際病院 緩和ケア病棟 中村 めぐみ

緩和ケアの対象となる患者は、症状が一時的に軽快しても、いつまた病状が急変したり、苦痛が増強するかわからないため、患者はもとより家族も不安を抱えていると考えられる。

従って当緩和ケア病棟では、一度外来を受診あるいは病棟を退院する患者には、直通の電話番号を明記したリーフレットを渡し、PCUスタッフが24時間電話相談に応じている。また、その際には所定の用紙に内容を記録し、スタッフ間で共有している。

そこで過去3年間に記載された電話相談控えの内容を分類し、集計してみたところ、総数は425件であった。主な相談内容は、症状に関することが最も多く70%を占めていた。その他、受診や入院の希望やその時期、治療の方向性に関すること、処方薬に対する問い合わせや薬の調節に関すること、在宅での処置・ケアの手技に関することなどがあった。

電話を受けた時間帯は日勤帯が60%、準夜勤帯が32%、深夜勤帯が8%と夜間の相談が少なくないことから、病状の変化に応じたタイムリーなアドバイスを求めていると言える。

相談された症状を頻度が高い順に並べてみると痛みが圧倒的に多く、吐気・嘔吐、呼吸困難、摂取量の低下、意識障害と続き、同時にいくつかの症状を訴えてくる場合もあった。これらの症状の出現は患者のみならず、見守る家族の心配を駆り立てると考えられる。

1患者当たりの相談回数は、1回から3回が75%を占めていたが、6回から11回かけて来た患者が13名、16・17回と極めて多かった患者が2名あり、これらの事例からいつでも相談できるという安心感が在宅療養期間の延長につながると言えよう。

進行がん患者の症状緩和は薬物療法に拠るところが大きく、退院時には薬剤師が服薬指導を行っているが、在宅療養の期間が長くなると症状の変化に伴う薬剤の調節や外来で処方された薬に関する問い合わせも発生している。電話相談の質保証のためには、対応ルートの明確化や患者情報の整理、取り次ぐナースの判断力や采配を高める教育が重要となる。

電話相談は緩和ケアの継続性を実現する上での重要な機能のひとつと認識している。

Current Insight

アメリカのホスピスからの学び

東京大学 21 世紀 COE 共生のための国際哲学交流センター 服部 洋一

文化人類学者として、2000年9月から延べ13か月、米国ミシガン州の在宅ホスピスを対象にフィールドワークを行い、その成果を『米国ホスピスのすべて』と題して上梓いたしました。

米国ホスピスは「在宅ケア」として知られていますが、「訪問ケア」とした方がより忠実です。なぜなら、自宅、長期療養型施設、病院など、場所を問わず、患者にとっての「自宅」が、そのままホスピスチームの訪問先となるからです。患者が暮らす場所を移しても、ホスピスケアを希望する限り、プログラムもそのままついていきます。米国ホスピスは、従来の縦割りの医療・福祉の空間設定を横断する、文字通りトータルなプログラムとして制度化され、運営されているのです。

1974年の公式導入以後、四半世紀余りで約3400プログラムを数えるに至った他に類を見ない達成は、ハード面ではなく、ソフト面の充実に努力を注いだ結果といえるかもしれません。自前の入居施設を持つプログラムは、全体の5%程度に過ぎません。また、患者の自宅でケアを行う場合にも、わが国の在宅医療で時折見られる、病室をそのまま移築したような環境作りを目指すわけではありません。ホスピスを選択したという意思を尊重する時、患者と家族の満足度を高めることは、できるだけ濃厚な医療を提供することと必ずしも重なるわけではないからです。

米国ホスピスの経済を支えるメディケアの保障は、終末期の医療費抑制に主眼を置くため、必要最低限に設定されて

います。その中で高い満足度を達成するために米国ホスピスがとった方針は、患者と家族がケアの受け方、やり方を学ぶのを助け、ケアにおける自立とコントロールを高める教育的アプローチでした。もちろん、患者と家族の負担は軽くはありませんし、レスパイトケアの選択も用意されていますが、「やるべきことはやれた」という家族の充実感が、遺族ケアへとつながると信じるスタッフもいました。

このような状況は、「アメリカだから」なのでしょうか。わが国の緩和ケア病棟は着実に増加していますが、需要に対する供給不足は否めず、「終末期の終末期」というべき段階で初めて入院できるのが現実です。その一方で、一般病院における入院期間短縮化の圧力は日増しに強まるばかりです。施設ホスピスと在宅ホスピスをいかに結びつけるか、また、その間をつなぐデイケアや外来サービスをどう充実するかは、今後のわが国のホスピスの重要な課題となると思われます。トータル・プログラムの一つの先例として、米国の状況を検討することは、得るところの大きな作業のように感じます。

Journal Club

末期癌患者における死の絶望に対する心霊的安寧の影響

兵庫医科大学消化器内科 谷田 憲俊

McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart WB. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. Lancet 2003; 361: 1603-1607

終末期患者は、致死性や人生の意味と目的、大いなる力が存在するかなどの問題と苦闘する。それら患者の心霊的安寧と抑うつ、死の絶望との関連を検討した。

ニューヨークの緩和ケア病院で、余命3ヵ月以下と予想される160名の患者をインタビューと自己記入式、評価者記入式の調査票で評価した。評価項目は、心霊的安寧、認知、うつと自殺願望、悲観と絶望、死を早めたい願望、社会的支援、自覚症、身体的活動度の全8種である。心霊的安寧は、「心の和合面」と「安らぎ面」から成る「意味尺度」と「信仰への安らぎ面」と「信仰への信念面」をみる「信義尺度」から成る。

その結果、心霊的安寧は「死を早めたい願望」と「絶望」、「自殺願望」と統計学的に有意に相関していた。回帰分析では、心霊的安寧がそれぞれの評価項目において抑うつとその関連因子より強い寄与因子として抽出された。加えて、抑うつは心霊的安寧が低下している場合に「死を早めたい願望」と関連するが、心霊的安寧が良好な場合はそれとは関連しない。また、「絶望」、「死を早めたい願望」及び「自殺願望」において、「意味尺度」の方が「信義尺度」より有意に高い関連性を有していた。抑うつが「死を早めたい願望」を助長することに対しては心霊的安寧が緩和する作用を及ぼすが、「抑うつ」と「絶望」や「自殺願望」との関係には作用しない。これは、カソリック信者が多かったため自殺は教義で禁じられているための現象と考えられる。

既に、心霊的ケアとして「人生の意味」に焦点を当てたグループ・ワークが行われている。今後は、どのような心霊的ケアが有効か、あるいはより適切かなどの研究が必要と考えられる。（訳者注：スピリチュアルを心霊的と訳すなど用語の用法は便宜的である。厳密さを求める方は原文に当たられたい。）

Journal Club

Parecoxib Sodium, a Parenteral Cyclooxygenase2 Selective Inhibitor, Improves Morphine Analgesia and Is Opioid-sparing following Total Hip Arthroplasty

国立がんセンター中央病院緩和ケア科 下山 直人

Parecoxib Sodium, a Parenteral Cyclooxygenase2 Selective Inhibitor, Improves Morphine Analgesia and Is Opioid-sparing following Total Hip Arthroplasty

Malan TP, Marsh G, Hakki SA, et al

Anesthesiology 2003; 98:950-956

「目的」

新しい静注用のCox2 selective inhibitorであるparecoxibが股関節全置換術後のモルヒネ鎮痛を向上させ、モルヒネ必要量を減少させるか検討する。

「背景」

オピオイドとNSAIDsは術後痛によく使用されるが、オピオイドは呼吸抑制、精神症状、腸管麻痺、便秘、嘔気・嘔吐の可能性があり、副作用の減少、鎮痛の質を高めるためにはNSAIDsを併用する方がベターである。NSAIDsにもCOX-1とCOX-2があり、COX-1の抑制は、血小板凝集抑制、胃粘膜障害、腎血流量の障害がPGを介して生じるが、COX-2選択性の高いものであれば出血の可能性、腎障害はさけられる可能性がある。また、静注用であるため術後痛には経口薬は使用しづらい点も克服できる。以上の点から、28,000倍のCOX-2選択性を持つparecoxibに期待がかかっている。

「方法」

parecoxib 20mg, 40mgとplaceboを用い、モルヒネによる術後鎮痛を施す股関節全置換術後症例に対してrandomized, double-blind, placebo controlled studyを行った。

術後鎮痛は、患者の訴えに応じてmorphine4mgとparecoxib上記いずれかを併用投与を最初に行い、その12h、24h後も定期的に投与した。疼痛時のレスキュー投与は、PCA方式を用い、1-2mg/doseのmorphineを患者の疼痛に応じて投与した。Lockout intervalは6分で行った。痛みの評価は、2, 4, 6, 9, 12, 18, 24時間後に行った。（最大 36h）4段階scaleにて全体の評価を患者に質問した。鎮痛効果の評価としてモルヒネのレスキュー量による総モルヒネ投与量を比較した。

「結果」

対象は、201例が参加そのうち181例が評価対象となった。Parecoxib投与群で有意にモルヒネレスキュー総使用量が低下した。その低下は術後6時間後から始まった。モルヒネのレスキューを使用しなくなった症例は12, 24時間後でもparecoxib群が有意に高かった。

全体の評価においても有意にparecoxib群が高かった。また、parecoxib40mg投与群で発熱や嘔吐も有意に少なかった。このことから有意にOpioid sparing effectがみられ、術後、早期にオピオイドを中止できリハビリが早まる可能性も示唆されたし、副作用の軽減もはかれた。COX-1抑制が伴わないと血管内皮のPGI2の抑制によって血栓が増加するとの報告もあるが、本研究では血管障害は全くみられなかった。

「結論」

術後痛に関しては、モルヒネとNSAIDsの組み合わせは有効であり、合併症の少ないCOX2選択性の高いparecoxibは有用

であった。

「コメント」

本研究は術後痛に関する論文であるが、がん性疼痛においても血液障害、腎障害などが合併している症例があり、鎮痛の質を高める本研究はがん性疼痛治療においても有用と考えられた。

Journal Club

進行がん患者のリハビリテーション、緩和ケアとリハビリテーション

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

Andrea, C., Rehabilitation of Patients with Advanced Cancer, Cancer 2001; 92: 1039-1048.

Abstract: 進行がん患者の充実した人生に対する関心が高まっているにも関わらず、彼等の機能回復や機能低下防止に関しては、さしたる注目を集めていない。支持する文献が少ないにも関わらず、他の進行性疾患に関する経験から、一般的で標準化されたリハビリテーション（以下リハビリと略称）の方法に由り、がん患者の機能を高めることが可能である。進行がん患者に対するリハビリを施行しようと言う論理的課題が、筆者の経験と文献考察に由り、本論文に於いて検討される。身体的機能障害に関する一般的なやり方が、いかに患者に利益をもたらすか、リハビリが再検討される。妥当性のある理学療法および作業療法の技法が、義肢・装具、自助具、福祉機器などと共に、身体障害ごとに陳述される。著者の見解では、リハビリは全ての進行がん患者について検討されるべきである。クリニカルパスと紹介方法が確立されれば、時期を得た適切な機能回復が期待出来る。

Santiago-Palma J, Payne R. Palliative Care and Rehabilitation, Cancer 2001; 92: 1049-1052.

Abstract: 進行がん患者の身体障害は、多くの場合、がん及びがんの治療に起因する床上安静、体力消耗、神経及び筋骨系の問題により発生する。ターミナル患者は、その他の症状に加え、高度の虚弱、苦痛、疲労、呼吸困難を抱えてる。リハビリと緩和ケアは、2つの進行性疾患に関する患者に対する、包括的な医学的ケアから起った。本論文では、この2点の関係性について検討すると共に、末期患者のケアにおけるリハビリの役割の可能性を取り上げた。緩和ケアとリハビリは共通の目標設定と治療方法を持つ。両者は多職種原理をもつが、それによって患者の機能及び快適度を向上させようとしている。リハビリ介入に由り、末期患者の機能改善および症状緩和が可能であると言う証拠は少ない。しかし、臨床経験的に見て、リハビリテーション医学の基本原則を適用すれば、患者のケアは改善するようだ。身体機能障害と患者の自主性を維持することで、患者のQOLは向上し、介護者の負担は軽減する。末期患者に対するリハビリテーション研究を進めれば、リハビリの役割と妥当性のある介入への理解が深まる。EBMの展開は、妥当なリハビリ介入の適応を促進するであろう。

解説2001年のcancerに掲載された、新しい世紀におけるがんリハビリに関する14の論文の内の2つである。米国の現状を物語るのは、進行癌に対する努力と、緩和ケアへの手薄さである。たとえば、前者の分量は10ページ、参考文献58に及

ぶが、後者は4ページ、参考文献46と少ない。

Journal Club

Factors associated with the wish to hasten death: a study of patients with terminal illness

国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究部

国立がんセンター東病院精神科 明智 龍男

Kelly B, Burnett P, Pelusi D, et al.

Factors associated with the wish to hasten death: a study of patients with terminal illness

Psychological Medicine 2003; 33:75-81

【背景と目的】

終末期がん患者にみられる希死念慮を巡る臨床的諸問題に関しては、様々な議論が行われている。自殺援助や安楽死に対しての一般人口や医療者の態度に関する研究は数多く行われている一方で、実際に終末期患者を対象とした研究は限られている。臨床的な評価や希死念慮の背景に存在する治療ニーズを理解するためには、終末期がん患者の希死念慮発現に寄与する要因を明らかにする必要がある。本研究は、異なる医療セッティングにおいて緩和ケアを受けている終末期がん患者を対象として、希死念慮に関連する臨床的な諸要因を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】

ブリスベンにおいて、ホスピスに入院中、在宅緩和ケアサービス、一般病院で緩和ケアを受けている終末期がん患者を連続的サンプリングし、これら患者を対象として、希死念慮に加えて、心理状態（不安、抑うつ）、社会的要因（家族機能、ソーシャルサポート、他者への負担）、身体症状を調査した。希死念慮は、Wish to Hasten Death Scale (WTHD) を用いて評価した。身体症状はMemorial Symptom Assessment Scale (MSAS)、不安と抑うつはHospital Anxiety and Depression Scale、家族機能はFamily Relationships Index (FRI)、ソーシャルサポートはSocial Support Scale、他者への負担については面接で評価した。

【結果】

研究期間中、1299名の患者が対象施設に紹介されたが、このうち適格条件（重篤な認知機能障害がない、研究に参加可能な身体状態にある、英語が話せるなど）を満たした患者は518名であり、そのうち256名（全体の19.7%）が研究への参加に同意した。対象の14%に強い希死念慮が認められた。希死念慮に関連する臨床的要因は、抑うつ、不安、ホスピスへの入院、他者への重荷になっているという感覚、凝集性の低い家族、乏しいソーシャルサポート、身体症状であった。

【考察】

終末期がん患者の希死念慮には、心理的および社会的要因が関連していた。このことより、終末期がん患者に適切な治療的介入を行うためには、心理社会的要因の評価を行う必要があることが示された。

Journal Club

症状の強さの報告におけるホスピス患者と介護者の一致度

聖路加国際病院 緩和ケア病棟 岡田 美賀子

Hospice patient and caregiver congruence in reporting patients' symptom intensity.

McMillan SC, Moody LE

Cancer Nursing 2003 Apr26(3):113-118

近年、患者ケアは病院内から在宅へと移りつつあり、主たるケア提供者は医療者から家族や親しい友人へと移ってきている。今までの研究で、ホスピスナースは85%の場面でアセスメントのためのデータ提供を介護者に依存していた。このことから、介護者からのデータの正確さと信頼性が特に重要であるということになる。しかしながら、症状の強さのように主観的なデータを介護者が正確に、信頼性をもって報告できるかどうかは明らかではない。

この研究の目的は、ホスピスがん患者の症状の強さの報告に関する介護者の能力を評価することである。対象はホスピス在宅ケアに新しく登録された264名の進行がん患者と主たる介護者であった。この対象者はNIH基金で行った症状マネジメントとQOLに焦点を当てた大規模な無作為化試験の対象者の一部である。患者は意識が清明で見当識障害のない人であった。患者と介護者に登録時に記入してもらった質問紙は痛みと呼吸困難の数字スケール、便秘アセスメントスケールである。

結果は、介護者は3つの症状すべてにおいて、その強さを患者よりも有意に高く見積もっていた ($P=.000$)。患者と介護者の答えた症状の強さは弱い相関から中等度の相関しかなかった ($r=.399-.512$; $P<.000$)。この結果は、介護者は患者の症状の強さを信頼性をもって報告できないことを表している。ホスピススタッフは、介護者が患者の症状を推量ではなく、系統的にアセスメントできるようにアセスメントツールを用いて教育しサポートする必要がある。

日本では、文化的に患者と家族を一単位として扱う傾向があるため、症状についても家族の情報に頼ることはさらに多い可能性がある。家族からの情報も重要ではあるが、この研究結果から、症状の程度については家族の情報に頼らず、患者自身に尋ねることが不可欠であることが示唆された。

学会印象記

第8回欧州緩和ケア会議

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

4月2日から5日まで、オランダ王国の首都ハーグ市で開催された第8回欧州緩和ケア会議に参りました。隔年開催のこの会議は、緩和ケアに関係する様々な専門職種のほかボランティアも参加している開かれた国際会議です。主催者のアナウンスによりますと、発表演題数は600を越え、参加者は57カ国におよび、1500人以上も訪れていたようです。発表形式は、口述が1/4、ポスターが3/4で、毎日150のポスターと50題の口述発表が行われていました。参加者名簿に由る

と、日本からの参加者は3名で、内2名が発表していましたので、参加者の67%が演題を出している貢献度の参加国は他にないと思われました。

今回の会議は、緩和ケアに関連した多数の職種からの学術発表も充実しておりましたが、音楽とパフォーマンスを取り入れた開会式、国会議事堂を公開しての歓迎会、復活祭を意識したカトリック教会でのヨハネ受難曲の音楽会、各種の緩和ケア施設の見学会、重要文書の配付など、見どころ豊富な企画が用意され、極めて感慨深いものとなりました。なかでも、緩和ケア見学会では、在宅ホスピス、ボランティアによるターミナルケア、ホスピス、高齢者施設におけるPUC、ナーシングホームにおけるPUC、病院における緩和ケア、緩和ケアコンサルテーションチーム、の7つから1つを選択して、半日見学を行うというもので、オランダでの緩和ケアの展開を知るとともに、オランダの人々の歓迎の仕方にも触れるという、またとない良い機会でした。小生はドルトレヒト市にあるホスピスを見学する機会にも恵まれました。ここでは英国を含む欧州における緩和ケア事情を知ると共に、何人かの知り合いも出来ました。やはり、聞くと見るとでは、大違い。実際に自分の足で稼いでくるより確実なことはないと再認識させられました。

ホスピスは、ここ2～3年に開始され、歴史は浅いのですが、その程度は日本以上だと思われます。それは個々人の独立した生活を尊重するという個人主義の徹底、および、自己決定と自己責任も常識化された社会だからです。たとえば、たとえ肉親や家族のことで、本人に代わって決定することはありません。癌でいえば、本人に診断を告げることはあっても、家族に告げるかどうかは本人の決定によるのであり、家族には知らせないこともあるようです。ですから、墓も一人にひとつずつであり、一族の墓にぞろぞろ納骨する習慣はありません。

このような背景からオランダでは安楽死の問題が有名です。本人が、もう生きている価値がない、生きているよりも死んだほうが良いと自己決定したら、そのことを尊重する。家族は本人のことを愛しているなら一層その決定を大切に死ねという選択を尊重する。そのような形での自殺を医師が助けることも社会が認めています。少なくとも本人の苦痛を取り除くという意味で、です。もちろん、これに対する反対もあります。ひとつには、お隣のドイツで、ナチスの時代に「安楽死」という名前で多くの精神病患者、障害者、ユダヤ人が大量に虐殺された歴史があります。この場合は、本人の意思、自己決定が全く含まれていませんから、オランダの場合と100%食い違うのですが、「安楽死」という名称が同じなので誤解を受けることがあります。この当たりの事情については、会議で配付された以下の2つの文書が回答を与えてくれました。

Buijssen H, Bruntink R, A good ending, good for all? Care for carers working in palliative care, NPTN, 2003.

Palliative care for terminally ill patients in the Netherlands, Dutch Government Policy

学会印象記

日本がん看護学会第1回国際学術集会に参加して

兵庫県立看護大学 実践基礎看護学Ⅱ 荒尾 晴恵

日本がん看護学会第1回国際学術集会は、メインテーマを「がん看護の世界的潮流 Cancer Nursing: World Wide Topics」とし、平成15年2月8日、9日の2日間にわたりグランキューブ大阪（大阪国際会議場）で開催された。学術集会

は、国内外からの一般演題97題の発表、および会長講演「日本におけるがん看護の潮流」、2つの基調講演と1つのシンポジウムならびでプログラムされていた。

一般演題は「がんの予防」「乳がん患者」「外来看護」「がんとともに生きる人々への支援」「化学療法」「終末期のケア」「疼痛マネジメント」「がんの病名告知」「管理・患者教育」「在宅ケア」「意思決定を支える看護」「栄養の補完」「家族へのケア」「がん看護の教育」と14ものセッションがあり、がん看護の領域の広さを改めて感じさせられた。発表形式は示説形式（ポスターセッション）であったため、発表者とFace to Face で討論することができ参加者の興味のある領域についてディスカッションする光景が会場のあちらこちらでみられた。またポスターは工夫がこらされており、発表者の研究に関してのリーフレットやネームカードのポケットがたくさん設けられていた。

基調講演1では、「Pain Management: Innovations in Nursing Practice」と題して米国において優れた著書のある緩和ケア専門のCNSであるRita S. Wickham, PhD, RN, AOCN, (Rush College of Nursing) 氏の講演があった。講演では、がん患者をケアする看護師が疼痛を緩和することに対する責任を認識すること、異なる痛みに対する知識をもつこと、がんの痛みを「Total Pain」と捉えて系統的な方法により疼痛を緩和するアプローチを行うことが必要であると述べられた。

基調講演2では、「Breast Care Nursing Practice within the UK」と題して英国で活躍するBreast Care Nurseの第一人者Judith Stewart (Nottingham City Hospital) 氏の講演があった。英国では1970年代に始められた研究に起因してBCNが誕生した。英国の乳がんの死亡率は女性の死亡の20%を占めている。BCNはがん患者をケアする学際的(multidisciplinary)なチームの一員として患者に対して心理社会的な支援や教育を提供し、治療の副作用の適応にも大きな影響を与えている。また患者の擁護者としての役割、リンパ浮腫や創傷ケア、家族ケアにも取り組み乳がん患者のQOLの向上に大きな役割を果たしていることを紹介された。我が国でも現在Breast Careを専門にする認定看護師の教育について検討がなされているが、BCNの活動の実際についての講演から我が国のBCNへの示唆をもらうことができた。

シンポジウムでは、基調講演を行った2名とEmily Ang氏 (Singapore), Li-Hua Lo氏 (Taiwan) の4名のシンポジストがそれぞれの国の背景をふまえたがん看護の実践について紹介をされた後、会場と討議が行われた。Rita S. Wickham氏が紹介された看護教育者および現場の看護師を教育するための組織である「The End of Life Nursing Education Consortium (ELNEC)」は我が国にも必要とされているものであると感じた。

諸外国の卓越した看護専門職との活発な討論をとおして我が国のがん看護のあり方を考える貴重な2日間であった。

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（2003年4月～2003年6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, Psycho-oncology, Journal of Clinical Oncology, Cancer

聖隷三方原病院ホスピス 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。

疼痛

Quigley C, Wiffen P. A systematic review of hydromorphone in acute and chronic pain. *J Pain Symptom Manage.* 2003 Feb; 25 (2) :169-178.

Walsh D, Nelson KA, Mahmoud FA. Established and potential therapeutic applications of cannabinoids in oncology. *Support Care Cancer.* 2003 Mar; 11 (3) :137-143.

Markman M. Managing taxane toxicities. *Support Care Cancer.* 2003 Mar; 11 (3) :144-147.

Chong MS, Bajwa ZH. Diagnosis and treatment of neuropathic pain. *J Pain Symptom Manage.* 2003 May; 25 (5S) :S4-S11.

Harris JT, Kumar KS, Rajagopal MR. Intravenous morphine for rapid control of severe cancer pain. *Palliat Med.* 2003 Apr; 17 (3) :248-256.

消化器症状

Jensen SB, Pedersen AM, Reibel J, Nauntofte B. Xerostomia and hypofunction of the salivary glands in cancer therapy. *Support Care Cancer.* 2003 Apr; 11 (4) :207-225.

Amerongen AVN, Veerman ECI. Current therapies for xerostomia and salivary gland hypofunction associated with cancer therapies. *Support Care Cancer.* 2003 Apr; 11 (4) :226-231.

コミュニケーション

Bruera E, Sweeney C, Willey J, et al. Breast cancer patient perception of the helpfulness of a prompt sheet versus a general information sheet during outpatient consultation: A randomized, controlled trial. *J Pain Symptom Manage.* 2003 May; 25 (5) :412-421.

システム

Higginson IJ, Finlay IG, Goodwin DM, et al. Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? *J Pain Symptom Manage.* 2003 Feb; 25 (2) :150-168.

Goodwin DM, Higginson IJ, Myers K, Douglas HR, Normand CE. Effectiveness of palliative day care in improving pain, symptom control, and quality of life. *J Pain Symptom Manage.* 2003 Mar; 25 (3) :202-212.

家族ケア

Ellifritt J, Nelson KA, Walsh D. Complicated bereavement: A national survey of potential risk factors. *Am J Hosp Palliat Care.* 2003 Mar/Apr; 20 (2) :114-120.

Stroebe M, Stroebe W, Schut H. Bereavement research: methodological issues and ethical concerns. *Palliat Med.* 2003 Apr; 17 (3) :235-240.

倫理

Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. Palliat Med. 2003 Mar; 17 (2) :97-101.

From Japan

対象雑誌に掲載された日本からの論文を取り上げます

Akizuki N, Akechi T, Nakanishi T, et al. Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. Cancer. 2003 May; 97 (10) :2605-2613.

Inoue S, Saeki T, Mantani T, Okamura H, Yamawaki S. Factors related to patient's mental adjustment to breast cancer: patient characteristics and family functioning. Support Care Cancer. 2003 Mar; 11 (3) :178-184.

Morita T, Tei Y, Inoue S. Ethical validity of palliative sedation therapy. J Pain Symptom Manage. 2003 Feb; 25 (2) :103-105.

Morita T, Hirai K, Akechi T, Uchitomi Y. Similarity and difference among standard medical care, palliative sedation therapy, and euthanasia: A multidimensional scaling analysis on physicians' and the general population's opinions. J Pain Symptom Manage. 2003 Apr; 25 (4) :357-362.

Morita T, Tei Y, Inoue S. Correlation of the dose of midazolam for symptom control with administration periods: The possibility of tolerance. J Pain Symptom Manage. 2003 Apr; 25 (4) :369-375.

Okuyama T, Wang XS, Akechi T, et al. Validation study of the Japanese version of the brief fatigue inventory. J Pain Symptom Manage. 2003 Feb; 25 (2) :106-117.