



日本緩和医療学会 ニュースレター November 2003 21

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

緩和医療の標準化と普及について

国立療養所西群馬病院 斎藤 龍生

緩和医療や末期医療の研究会・講習会は各地で盛況であるが、聴いて欲しいと思う医療従事者は参加せず、個々の医療従事者の思いの発散の場となってしまうことも多い。こういった状況の中で、EBM に基づいた研究の発表の場として立ち上がった緩和医療学会は、緩和医療を標準化し普及させるという大きな役割を担っている。標準化には十分な症例数と、客観的評価に耐えうる優れたプロトコルデザインによる前向き研究が要求される。治療の副作用や症状マネジメントのための研究に加えて、診断や検査時の緩和医療、病名説明後の支援の標準化など、今後望まれる研究である。標準化された Evidence も緩和医療学会だけで共有するのではなく、広く他学会に発表していくことも重要である。癌治療学会に緩和医療部門を発足しようとする本学会の働きかけは、癌医療に直接携わる医師に緩和医療を紹介する機会となるであろう。

緩和医療の考え方は、今日社会が求めている患者サイドに立った医療のモデルとなる。度重なる診療報酬改定は、病院経営に危機をもたらす一方で、適正なインフォームド・コンセント、患者の QOL 向上、医療安全などに対する病院の姿勢を診療点数加算・病院機能評価などで評価としようとする流れがある。さらにリスクマネジメントの面からも、インフォームド・コンセントやコミュニケーションのスキルを磨いていかなければならない病院の事情の背景もある。今回の導入された緩和ケア加算は、課題もあるが一般病棟での緩和医療の普及に物理的な力となることは間違いない。診療報酬請求に医療評価を前提とした点も注目される。医療従事者が緩和医療の本質を理解しその輪を広めていくことは大切であるが、人はその方法だけではなかなか動いていかない。医療制度の流れ、病院経営上の必要に迫られた関心事を良く掴み、それに応じた緩和医療の普及方法を展開していくことが効果的である。今後は、セカンドオピニオンに対する診療報酬への反映、アドボカシーの視点に立った医療相談室の普及、患者さんの心理や行動に関する医学教育プログラムなど、長期的展望にたった研究にも積極的にとり組む姿勢が必要である。

教育講演

音楽療法と緩和医療—カナダでの音楽療法の実践を通じて—

司会：千葉県がんセンター 長山 忠雄

近藤里美先生の講演は、40歳半ばのAIDS患者さん自身が作曲・演奏した曲を聞くことから始まった。音楽療法とは何か、カナダにおける音楽療法士の養成プログラムについて説明があった。その教育プログラムには、音楽療法論、異常心理学、病理学、免疫学、生理学なども含まれている。既成の音楽のみでなく即興的音楽が重要であり、また音楽は文化依存的な存在で、さまざまな文化のなかで音楽を創ることは受容と思いやりを作る芸術的表現である。緩和ケアにおける音楽療法の特徴を、全体として人間を考える、直感を大切にする、存在そのものの大切さ、時間：クロノスとカイロスの認識、患者・家族との関係、spiritualityの面などから話された。カナダでの音楽療法士は医療の場で学際チームの一員として関わり、音楽療法に求められているものは、pain management、痛みの軽減、relaxationなどである。音楽は感情の表現、言葉によらないcommunicationであり、また、いろいろな思い出や人生を振り返るきっかけを与え、残された方々にたいするbereavement-supportでもあることを、ギターを奏でながらAIDS患者と肺がん患者のおばあさんとお孫さんの実例を紹介して話された。

最後に38歳、ICUで亡くなられた方の最後の3時間の物語りを音楽と語りで話され、Narrative Based Medicine, Art Based Medicine の重要性を強調し、今後、音楽療法の可能性を考えてほしいと講演を終わられた。

パワーポイントによる画像、CDと先生ご自身のギター演奏を交えたご講演は、終始穏やかで、静かな沈黙の間もあり、聴衆一同に深い感銘と感動を与えたご講演であった。

パネルディスカッション

緩和医療における施設連携 —緩和医療提供時期について—

座長：東京大学大学院 河 正子
国立療養所西群馬病院 斎藤 龍生

本パネルのテーマは前大会のシンポジウム「緩和医療における施設連携の展開—病院はどこまで診てくれるの？」に続くものとして、患者さんの立場に立って医療従事者との情報の共有を考えることを目指したものであった。6人の演者は、少しずつ異なった立場で緩和医療に携わり、患者さんに接しておられる方々であった。テーマにアプローチするそれぞれの視点を示していただいたことが大きな収穫であったと思う。

演題発表の順に紹介させていただくと、有賀悦子先生は、大学病院の中央部門に属して継続医療を援助する在宅医療支援・推進部の活動において、ホスピス（緩和ケア病棟）への移行は少数に留まっていることや、急性期と終末期患者の混在による医師のストレスの存在などを報告された。大松重宏先生は、がんセンターのソーシャルワーカーとして外来時に実施している「緩和ケア移行援助」の経験から、患者・家族が見捨てられ感を持つことのないよう精神的な援助

を医師、ナースと協働で行う必要を述べられた。吉澤明孝先生は緩和ケア病棟を持たない一般個人病院で、がん治療病院と緩和ケア病棟の中間点に置かれる患者の診療を提供している現状から、その需要と課題について報告された。藤川孝子先生は緩和ケア病棟看護師長として患者・家族の相談にのる立場から、緩和ケア病棟がその意義を伝え得ているといえない状況を示し、患者とのパートナーシップをとって自己決定に寄り添っていく必要を強調された。小池眞規子先生は心理カウンセリングの立場から、「悪い知らせ」という情報を患者と共有するコミュニケーション技術として開発されたSPIKES (Baileら, 1999) について紹介された。最後に江口研二先生が、がん治療方法がより効率的で負担の少ないものへと変貌している状況、多様な情報機器 (小道具) のコミュニケーションへの効用などを考慮しつつ、治療早期からの緩和医療連携を構築すべきことを提言された。

ディスカッションの時間内で結論を出せるテーマではないが、緩和医療の提供が、がん治療の現在と隔絶した次元に置かれてはならないことが再確認された。連続性の構築には、情報の共有が、医療・ケア提供の単位となる部門や施設、システム間でいっそう意識的になされるべきこと、その基盤の上に患者・家族と医療者／ケア提供者間の真の協働が探究され続けなければならないことが示されたといえるだろう。

ワークショップ

緩和医療教育

座長：昭和大学横浜市北部病院 高宮 有介

日大板橋病院 白土 辰子

今回のテーマ「緩和医療学の確立をめざして」にそって、ワークショップに「緩和医療教育」が取り上げられたことは、まさに時を得た企画と言える。いまだかつてこれほど多くの参加者が教育の必要性について切実な思いを抱いて討議したことがあったであろうか？6名の発表者はそれぞれの立場から問題点を明確に提示した。卒前医学教育に関して4題、卒後研修医教育1題、専門医師教育1題であった。

はじめに黒子は17の大学で実施中のシラバスを検討した結果、緩和医療教育カリキュラムを早急に体系化する必要性を訴え、医学生向けの教科書作成の計画があることも述べられた。また、斉藤はわが国の医学部緩和ケア教育の現状調査によると大学間に格差があるため効果的なカリキュラム作成と教える側の質を確保する必要性を述べ、ついで庄司は医学生には患者・家族の立場で考えるロールプレイが有効であることを授業の記録映画を上映することにより示し会場の共感を誘った。萩原は所属大学で実施中の授業プログラムと学生の評価から緩和ケアに対するモチベーションを高める教育効果について報告した。卒後教育では市丸は研修医に対する緩和ケア病棟ローテーションで得られる教育効果についてアンケートにもとづいて発表、さらに木澤は緩和ケア病棟だけでなく一般病院でもニーズが高まっていることを念頭に緩和医療専門医制度の確立を提言した。木澤は専門医制度の構築にあたり、米国の前例を元に自己学習プログラム作成を計画中との報告があった。

発表者間でロールプレイの方法論を含め、さらに問題点を深めた話し合いの後に、会場からは緩和医療を専門としない医師にも教育は必要であること、チーム医療の認識とコミュニケーションスキルの習得が基本であること、緩和医療を国家試験ガイドラインへ組み入れることで教育が促進されること、など意欲的に意見の交換が行われた。また、会場

より、緩和ケアの医師に必要な素養として、「コミュニケーションとチーム医療」といったキーワードが述べられた。

緩和医療学会でも、緩和医療のスペシャリストを教育・認定する必要性が叫ばれ始めている。緩和医療の専門性を持った専門家の教育、認定とともに、一方で多くの臨床家の緩和医療における基礎的な教育やレベルアップが必要である。そういった意味でも、卒前教育、卒後の研修医の教育、そして、実際にがん患者に向き合う一般臨床医と専門家の教育といった4つの柱が必要になってくると考える。緩和医療は、他の専門家とは違い、多くの診療科にまたがり、また、コアとなる全人的ケア、家族のケア、チーム医療は全ての臨床医に必要な事項である。緩和医療の専門性を高めながら、裾野である卒前、卒後の教育を広めていくことは重要な活動である。今後もこのテーマの議論が続いていくことを願う。

ポスターセッション P02 011~015

司会：千葉大学 看護学部 佐藤 禮子

本ポスターセッションでは、癌性疼痛に関わる研究5演題の発表と質疑・討議が行われた。3演題はがん患者を対象として実施された研究であり、2演題は看護師を被験者として実施された研究であった。いずれも、がん性疼痛に苦しむがん患者に対する良質な医療を提供するために必要度の高いテーマであり、意欲的な取り組みによって有意な研究成果が発表されており、多くの人々が発表・討議に活発に参加していた。012：癌患者の痛みの評価と適切な薬物の選択方法は、McGill Pain Questionnaireの日本語版を作成し、70名のがん患者の痛みの表現とのつき合を試みた結果の発表であり、014：癌患者の痛みを表現からみるでは、痛みの表現の変化とモルヒネの投与量の変化との関係を症例分析し、モルヒネで反応する痛みの表現と反応しない痛みの表現を疾患や薬剤と関連づけ客観的に捉えることが重要であると結論づけた。日常臨床での活用が期待される研究成果である。013：がん性疼痛があり通院治療を続けるがん患者の苦痛の様相は、18名のがん性疼痛を持つ外来通院中の患者と密に関わり、自宅で療養生活する患者の苦痛体験を浮きぼりにし、自宅での厳しい苦痛に対峙しつつ心身の余力が限られた状態にある通院がん患者にとっては、普段の生活ができる範囲にまで痛みが緩和されることが最重要課題であることに言及した。外来医療とりわけ外来がん看護の実践としての注目が期待される。011：がん疼痛治療に対する看護師の認知度調査は、がん患者の入院病棟に卒後3年以上勤務している看護師211名への麻薬等の鎮痛薬に関する認知度の質問紙調査で、がん疼痛を訴える患者を看護する機会が常にある看護師の方が、有意に認知度の高い結果を得、看護師の緩和ケア現任教育は卒後2年終了までに行うことを提案した。015：ペインチャート使用に対する看護師の見方と意識は、開発したペインチャートを看護師が使用した分析結果から、痛みの評価に対する関心を高めると同時に患者とのコミュニケーションの確立に有用であることを確認、及び適用性等の検討の必要性を明らかにした。両発表ともに、患者ケアの充実のために価値ある研究成果である。

ポスターセッション P03 026～030

司会：総合病院国保旭中央病院 緩和ケア科 田中 方士

一般演題ポスターP03 026～030までの5演題を担当させていただきました。

社会保険神戸中央病院の八木安生氏は、死亡前に急激に肝腎機能の低下する末期癌患者を対象にglucose-insulin療法をおこない、糖代謝が改善するかどうかを検討した。27例の検討では、血中クレアチニンとNEFAが有意に低下し、また生存期間の延長がみられたとしている。

東大阪市立総合病院の岡義雄氏は、切除不能、再発癌患者に対する在宅中心静脈栄養法（HPN）の有用性について述べた。HPNによって平均2カ月弱の在宅が可能であったとし、その有用性を指摘した。

国立大阪病院の里見絵里子氏は、終末期における腹水管理について述べた。この中で、緩和ケアとしての腹水コントロールは、慢性肝疾患を背景とした肝癌においては利尿剤が第一選択薬であり、また門脈塞栓や癌性腹膜炎を背景とした利尿剤不反応性症例については腹水穿刺となることが多いと述べた。さらに、腹水濃縮還元法についても言及し、その有用性を強調した。

総合病院国保旭中央病院の菅谷聡子氏は、ステロイド使用による末期癌患者の倦怠感の変化について述べた。Double-blindによる比較検討ではないが、倦怠感に対する有効率は67%であり、高い有効率を示した。重篤な副作用はなく、積極的に使用することによってQOLの向上が得られる場合があることを示した。

中津市立中津市民病院の古賀聡氏は、消化器癌ターミナルステージにおける全身倦怠感や食欲不振とCRFとの関連について述べた。この中で、消化器ターミナルステージにおいてCRF高値群と低値群が存在することを示したが、今後CRF製剤による緩和医療の可能性はさらなる検討が必要と述べた。

以上5演題であったが、それぞれ活発な討論がなされ盛況であった。

ポスターセッション P05 046～050

司会：淀川キリスト教病院ホスピス 池永 昌之

本セッションでは発表された5演題全てが、フェンタニルパッチの使用に関する報告であった。

P05-046は適正使用について、調査期間別薬剤費比較を通しての報告であった。緩和ケア病棟においては、入院料の定額制支払が行われているため、フェンタニルパッチなどオピオイドの大量投与により高額な薬剤費が請求されることがある。そこで、この点に留意して使用症例の有用性を検討する必要があることが報告された。

P05-047は患者・家族、医師、看護師に対するアンケート結果の報告であった。本剤は本邦初の経皮吸収型鎮痛薬であり、これまでの鎮痛薬に比べ十分な使用法の理解が必要である。アンケート結果では副作用は少なく、使用方法も決して難しい薬剤ではなかったと報告された。

P05-048は使用経験についての追跡調査報告であった。モルヒネ投与による副作用は著明に改善が見られたが、多くの患者で用量安定までにレスキューが必要であり、その使用には十分な知識が必要であった。また少数ながら、皮膚トラ

ブルとモルヒネ中止による退薬症状も観察されたとしている。

P05-049は薬剤師による使用実態の調査報告であった。モルヒネ内服例の換算値については50～133（平均約100）と、初回貼付への設定比150より全例低値であったとしている。副作用の改善度は高かったが、一部医師の理解不足（換算比・レスキューなど）のために十分な効果が得られなかった症例も見られ、今後は薬剤師の疼痛治療への参入が必要であるとしている。

P05-050は血中濃度変動因子についての報告であった。死亡前2週間と2週間以上の比較検討では、前者で有意に血中濃度が高くなる傾向がみられた。また、肥満度、体重、年齢、血圧、季節では有意な差は認められなかったが、一部の症例で腋窩温が36℃台から38℃台へ変化することにより、血中濃度が増加したと報告された。

ポスターセッション P07 061～069

司会：静岡がんセンター緩和医療科 安達 勇

担当したセッションでは「肺癌の緩和ケア」、「安楽死の調査」、「終末期予後判定の予測因子とサイトカイン」などの報告がなされたので紹介する。

1) 丸山らはグループ療法を肺癌と乳癌患者に分けて比較検討した結果、乳癌は感情面、情緒面共に改善を認めたが、肺癌では治療に対する知識面での理解に改善を認めたが情緒やコーピング面の改善が悪かった。今後グループ療法の在り方をより工夫する必要があると討議された。2) 進藤らは肺癌終末期患者の在宅支援の可能性について検討したところ、酸素吸入や難しい症状の緩和、急変時の対応などから在宅緩和治療において地域連携システムの工夫がないと困難であることが指摘された。一方山県はHOT導入によって患者の在宅や旅行への支援に役立つことも報告された。3) 加堂らは肺癌の緩和放射線療法はより早期に行うことが症状緩和に役立つと報告した。4) 柳沢らは肺癌患者の終末期においては種々の治療や症状行緩和治療によって免疫力低下などから易感染性となり真菌MRSAなどの弱毒性感染がみられ、延命に寄与する適切な感染治療の確立を提唱した。5) 柴田らは安楽死を希望する患者に東大式エゴグラムを用いて解析したところ性格的特徴をもっていることが明らかとなり、これら患者への積極的なスピリチュアルケアが課題となった。6) 兵頭らはJ-P05 PI（予後予測因子）を開発し有用性を検証した。7) 中川らは各種サイトカインを測定しIL-6が死亡直前に上昇することを認めた。

以上、多方面から報告がなされた。今後これらを臨床へ還元できるエビデンスの高いものにしていくよう努力して欲しい。

ポスターセッション P07 065～069

司会：戸田中央総合病院緩和治療科 小野 充一

当セッションでは、肺癌患者に対する緩和医療の具体的な取り組みについて様々な視点から幅広い議論が行われたので、その概要について報告する。

P07-65では、肺癌の肋骨浸潤で激しい疼痛を訴えたために、オピオイドやNSAIDs、肋間神経ブロックなど様々な鎮痛治療を行っても効果が上がらなかった症例に、直線偏光近赤外線治療器（スーパーライザー）の照射が有効であったとの報告がされた。治療を休むと疼痛が増悪したことだけでは、治療との関係性を推測するのに少し弱い印象はあるが、その機序に関する検討を含めて、経験を積まれると更なる展開が期待できると感じられた。

P07-66は、肺癌患者の在宅療養に対して積極的に取り組む視点から、在宅酸素療法（HOT）を導入し、6ヶ月以上の安定した在宅生活を送れる患者が増加しているという報告である。これは、地域の中核病院としての役割を果たす上で大学病院として、在宅機能を重視するという方向性が評価された。

P07-67は県立成人病センターにおける肺癌患者に対する緩和的放射線療法の実態を分析したものである。全脳照射と骨転移に対する照射が多く、初回治療開始後、早期に転移を来すものも認めたことから、かなり早い時期からの取り組みも行うべきとの提言を行った。今後は、局所腫瘍制御の奏効率と症状緩和との相関性などの検討を加えることで、緩和的放射線療法への期待が促進すると考えられた。

P07-68は、地域中核病院における終末期医療の現状を評価し、将来における緩和医療導入の可能性を検証しようとした報告である。結論として、急性期医療に負われる現状では、症状緩和や看取りの面で幾つかの問題点を認め、今後の検討課題とされた。

P07-69は、進行肺癌患者の治療経過中に認める難治性感染症において、起因菌が同定されず血中カンジダ抗原が陽性の場合、抗真菌剤投与を行って良好な経過を得た症例を報告し、今後の感染症治療における血中カンジダ抗原測定の有用性を示唆した。

ポスターセッション P08 075～079

司会：京都府立医科大学医学部看護学科 種池 礼子

担当のセッションP08-075～079では、医療を学ぶ医学生・看護学生、専門職である医師・看護師への緩和ケアやdeath educationの教育や臨床研修をどのような時期に、どのような内容で実施すべきかをそれぞれの立場で検証した発表であった。まずP08-075では、オーストラリアの大学病院での緩和ケアチーム活動の見学を通して、その教育のあり方などを検討したものであった。またP08-076は、学生時代に緩和ケアへの概念や具体的な方法を学ぶことがその後の医療に対するモチベーションを高めることを示唆し、基礎教育での緩和ケア学習の重要性を示した。P08-077は、闘病記を読む意味を検証し、それが人生の再検討につながり、患者の生と死に対する意味を理解し、共感する上で重要であることを示した。P08-078では、緩和ケア病棟・一般病棟看護師共に緩和ケアの継続教育は必要であるが、特に緩和ケア病棟看護師で

は、一般病棟看護師より職務の責任や教育環境へのストレスを有し、それが学習ニーズにも反映することを検証した。P08-079は、WHOが提唱する緩和医療を実現できる専門家の育成のためには、緩和ケア病棟での研修だけでなく、がん治療を行っている時点からかわる段階的な研修が重要であることを明らかにした。いずれの発表も、緩和ケアの実践に基づいた基礎教育や継続教育の効果とその意義について多くの示唆を得るものであった。

終末期を迎えた患者の医療・看護は、ホスピス・緩和ケア病棟、在宅ホスピスなど専門的な施設だけでなく、一般病棟で数多く行われているのが現状である。すなわち、緩和ケアは必要とする患者に対してあらゆる場で提供されるものであり、特定の施設のみで実施されるものではない。その意味からも、終末期ケアは、すべての患者に対する医療・看護の基本であり、そのため、医療を学び始める学生から専門職に至るまであらゆる段階で、その時期に、必要な教育を継続的に行っていくことが重要であることを、各発表を通して再確認した思いである。

ポスターセッション P09 080～084

司会：琉球大学医学部保健学科 砂川 洋子

本セッションは、5演題すべてが卒前・後における緩和医療・ケア教育効果の検討とあり方に関する調査報告であった。

P09-080は、K短期大学歯科衛生士コースの学生を対象に緩和医療の講義、レポート作成、臨床実習参加などの教育方法をとることにより、緩和ケアにおける口腔ケアの意義や意識の向上に効果があったことが報告された。

P09-081は、千葉県がんセンターのリハビリ部門において臨床実習を行った学生の到達レベルの視点より教育効果を分析したものである。本発表では、緩和ケアにおけるチームアプローチを担うリハビリ部門の卒前教育においても講義や実習などの教育カリキュラムが必須であることが強調された。

P09-082は、看護師を対象にモルヒネに関する調査を行った結果、疼痛コントロールに関する基本的知識の不十分さ等が明らかになり、今後は講習会などにより正しい知識の普及を図る必要性があることが報告された。

P09-083は、看護者の緩和ケアに関する卒前・後教育プログラムに、ホスピスケア認定看護師を活用し教育効果を上げることができたことが報告されたが、一施設における調査報告であるため今後は場を拡大して引き続き調査を行うことが望まれる。

P09-084は、大学病院で働く看護師を対象に調査した結果、半数以上の者が「疼痛緩和の能力不足」「家族のケア」「医師とのコミュニケーション」に困難感を持っており、疼痛コントロールに関するアセスメントやモルヒネの知識、痛みの病態生理を十分に理解している者はわずか1割程度との現状報告であった。

全体の発表・討論を通して、緩和ケアの目標である患者家族のQOL向上を目指すには、チーム医療を担うコメディカルの卒前・後教育の重要性が改めて示唆された。

ポスターセッション P10 095～099

司会：広島大学医学部保健学科 岡村 仁

本セッションは主として精神症状緩和に関する演題で構成されており、筆者は以下に紹介する5題の司会を担当した。

「不安の強い肺癌終末期紹介患者に対する在宅療養に向けての支援」（防府消化器病センター）：不安のために在宅療養の継続が困難となった肺癌患者の症例を通して、不安症状緩和のひとつの手段としてカンファレンスの有効性を示した報告であった。日常の臨床現場でよくみられる不安患者と接していく上での有益な知見が提供されたと思われる。

「乳がん患者夫婦における不安・抑うつと家族機能の関連」（広島大学）：乳がん患者とその夫の抑うつ・不安に、家族内の情緒的反応・関与の不適切さが関連していることを示した報告であった。家族機能という側面から患者と夫の心理的側負担に関連する要因を捉えたものであり、今後は本結果に基づいた介入研究が期待される。

「終末期がん患者の不眠に対する睡眠薬の点滴静注法 （1）ミダゾラム、フルニトラゼパムの有用性」、「終末期がん患者の不眠に対する睡眠薬の点滴静注法 （2）当緩和ケア病棟看護師対象アンケート調査」（埼玉県立がんセンター）：経口摂取困難な終末期がん患者の不眠に対してミダゾラムとフルニトラゼパムの点滴静注が有用である可能性、およびミダゾラムの点滴静注に対する看護師の不安・負担が使用経験とともに軽減することを示した報告であった。今回のデータや今後の症例の蓄積により、両薬剤の適切な使用に関するガイドライン作成に結びつくことが期待される。

「終末期がん患者のせん妄—平成14年度入院患者からの検討—」（社会保険神戸中央病院）：せん妄は終末期がん患者の約40%に認められ、鎮静を必要とする率が高いが、原因不明のために治療困難なことも多いことを示した報告であった。せん妄は終末期がん患者において緩和を必要とする代表的な精神症状のひとつであることから、対応を含めた今後の更なる検討が期待される。

以上、各施設において精神症状緩和に関するさまざまな評価や試みが行われてきていることが示され、本領域における今後のますますの発展が期待される内容であった。

ポスターセッション P11 100～104

司会：日本バプテスト病院ホスピス 林 章敏

ポスターセッションP11-100～104の内容は、告知に関する発表が4題、緩和ケア病床入床時の患者の思いに関する発表1題の計5題であった。

まずはじめの演題で「告知」の用語としての用い方に関して問題提起がなされた。一方通行的な用い方ではなく、インフォームドコンセントの一環として双方向的な用い方をしていく必要があることを会場の方々と共に認識することができた。

病名告知に関する患者自身の希望を把握するための試みとして、外来初診患者への診察前の面談を用い、入院前・後のケアに役立てている報告がなされた。患者の希望や思いについて細かく把握できる反面、経過に伴う継続性の維持が困難であることも指摘され、今後の課題とされた。

病名告知に関する地域差に関する調査結果では、地方都市におけるホスピスの啓蒙不足から生じるホスピスへの誤解が指摘された。更なるホスピスの啓蒙活動の必要性和、誤解がある一方、患者の多くが望む疼痛緩和と心のケアを行う緩和医療病室設置の必要性が述べられた。

本人への病名告知と、死の受容との関連を検討した調査結果において、比較的高齢（平均年齢75歳）の患者の場合、未告知でも病状を受け容れ穏やかな最期を迎えることができ、穏やかな死の受容には、良好な症状コントロールが重要であることが報告された。

緩和ケア病床に入床する際に、患者が抱く期待に関する調査では、「苦痛を取り除いてほしい」と期待する思いが強いことが示され、改めて症状マネジメントの重要性和、その保証と実践が大切であることが示された。

全体を通して感じられたことは、それぞれの施設において患者自身の思いを知り、そのニーズに添ったケアを提供するための努力と実践がなされているということである。今後の更なる発展と成果を期待することが出来た。

ポスターセッション P12 115～119

司会：横浜旭中央総合病院-非常勤 伊奈 侑子

本セッションでは5演題の発表があった。このセッションは代替医療（あるいは統合医療Integrative Medicine）に関する研究といえる。Integrative Medicine領域はBody Work, Creative Therapies, Spiritual / Energy Therapies等を包含している。

P12-115野戸氏の発表「マッサージ（背部）の生理学的指標への影響」は、リラクセーションの一方としての背部マッサージの実施時間による生理的指標への影響を検討したもので、背部軽擦法によるマッサージは10分間以内であれば生理学的指標に影響を及ぼさず、背部皮膚温の上昇は実施時間により差が生じると述べている。P12-116は同じく野戸氏の発表「主観的指標からみたマッサージ（背部軽擦法）の効果」、で3分間ないし10分の背部軽擦法によるマッサージはSTAI、ストレス程度、リラクセス程度といった主観的指標からみて有効であり、POMSには影響を与えないと考えられると述べた。P12-117小川氏の発表「緩和医療におけるA-Vインパルスの効果」では、癌の末期患者軽擦法は運動が制限され、下肢の浮腫頻度が高く血液循環改善効果が期待できるAVインパルス（間歇的空気圧縮器）の浮腫軽減の効果を研究したものである。結論として、ADLが改善する症例があること、施行が継続しなかった原因は痛みであり支援方法の改善が今後の課題となった。P12-118斎藤氏の発表「マッサージによる疼痛緩和の効果-身体的痛みの軽減のあとに残った痛みへ援助した事例より」、は身体的痛みが軽減してもなお混乱していた1症例のマッサージを活用した看護の効果を考察した。マッサージの意味として癒しの効果、人の温もりを感じる効果、心が通じ合う効果、希望を支える効果が抽出され、これらの意味から、この症例のトータルペインの理解と緩和がされたと述べた。P12-119西川氏の発表「がん患者の癒しに絵画鑑賞を用いて」は泌尿器系病棟の個室に居る手術後あるいは癌末期の患者を対象に静物画と風景画の中から選択された絵画を見て、述べられた感想の分析から、絵画鑑賞は手術直後の不安や末期がん患者では家族の精神状態の安定が得られたと述べた。会場からの質問も活発にあり、今後実験研究の方法の検討、症例数の積み重ねが望まれた。

ポスターセッション P14 129～133

司会：上尾甦生病院ホスピス 磯崎 千枝子

当セッションは、ホスピス・緩和医療に求められるものや問題点を明らかにする調査に関するもの3題、グループカウンセリングの導入結果報告1題、事例1題の計5題であった。発表・討議併せて1題につき6分の時間配分のため、司会者はタイムキーパーの側面が大で、殆どの演題を「後ほど個別にご質問下さい」で終わりにせざるを得なかったのが残念であった。

しかしながら当セッションを通して「緩和医療に求められるもの」とは「（患者が自己を）語ること・（医療者がそれを）聴くこと・（療養環境や人間関係を共に）創り出すこと」であることが明らかとなった意義深い発表であり、司会者として良い体験をさせていただいたことを感謝したい。

演題129は石川県内の病院や施設に勤務するソーシャルワーカー6名が患者10名へのインタビュー面接の逐語録をKJ法により項目整理、分析したもの。プライバシーの配慮、医療スタッフへの信頼感、自尊心を傷つけない配慮、理解されること等5項目14因子が抽出された。

演題130は名古屋の緩和ケアチームの自院でのアンケート調査による「一般病院における緩和医療の問題点」で、適切な環境や時間が提供できないこと等からくるストレスを抱えつつ、患者・家族への配慮や医療者間の連携の努力がみられるとの結果であり、同様の経験をもつ参会者の共感を呼んだ。

演題131では地域の人々への啓発活動（講演会）により、ホスピス・緩和ケアが肯定的に理解され、選択肢の一つとして認知されたと報告された。

演題132は肺がんを主とする呼吸器内科専門病棟でのグループカウンセリング導入の例であった。入院患者対象に週1回1時間、心理カウンセラーが立ち会い開催されたが、家族の参加や継続参加者が多く、患者・家族のニーズが高いことが報告された。

演題133では外科急性期病棟での介護者のいない独居患者の在院緩和ケアの事例が報告され、56という医療福祉制度の狭間の年齢にある患者の利用しうる社会資源の貧困さ（428床に1名のソーシャルワーカーの配置も少なすぎる）が浮きあがった。

ポスターセッション P15 138～142

司会：東札幌病院 MSW課 田村 里子

第8回緩和医療学会の一般演題ポスターセッションP15-138～142は、「一般病棟における遺族会出席者の分析」、「我が国のホスピス・緩和医療における遺族ケアの現状と課題」、「当院緩和ケア病棟の今後の課題？遺族のアンケート調査より」、「患者および家族よりの安楽死の要求に苦慮した一例-Spiritual pain に対する鎮静に際しての検討」、「鎮静実施に伴う家族ケアの検討-家族へのアンケート調査より」であった。

遺族会をホスピス・緩和ケア病棟ではない一般病棟で実施した発表には、遺族会の実際の実施・運営に関する質問が

なされ、緩和医療に携わる様々な臨床場のスタッフが、遺族会の実施に関心と意欲があることが伺われた。またホスピス・緩和ケア病棟における遺族ケアの現状についての発表で、様々な課題が山積、遺族ケアの専門スタッフに期待という点には、今後の議論が期待される。遺族アンケートからの満足度比較では、室料をめぐり各施設の事情や運用の違いに反応が見られた。

Spiritual pain に対する 鎮静についての発表では、フロアーとのやりとりにおいて、その是非のみが論じられる前にまず身体的苦痛緩和の大切さが主張され、かつその苦悩を共感的に充分理解することの重要性、さらに精神医学的評価とそれに基づく治療が必要とする結論を明確にされていた。そうした状況にある家族への心理社会的介入の必要は、鎮静をめぐり揺れ動く家族ケアの発表でも、同様に指摘された。

緩和医療におけるケアの受け手は、患者とそしてその家族も含まれることはいうまでもない。しかしながらその家族を研究の対象とした発表は、現状ではまだ多くはない。さらに死別後の家族である遺族をも視野に入れたケアに関する研究もまた、今後の領域といえる。そうした意味でこのたびの発表は、フロアーの関心を集め活発な質疑が交わされた。さらなる研究的な取り組みが期待される。

ポスターセッション P16 149～153

司会：千葉県がんセンター 石井 ノリ子

本セッションは代替・補完療法に関するもので主に癒しにかかわるテーマであった。

P16-149～P16-151は音楽療法に関するもので、P16-149は代替療法としての音楽療法の効果を客観的に評価するためアンケート調査を行い、気分転換としての快の結果を得たもの。P16-150は同グループによるカラード・フェイス・スケールを用いて自覚症状の変化を調査し、身体的・精神的な不快や苦痛に対して有用であったことの発表であった。P16-151はボランティアとして、安らぎを与える為の活動として取り組んでおり、医療従事者が音楽活動に取り組む姿勢に受け手も一体感が持てているという発表であった。

P16-152、P16-153は緩和ケアの一環としてアロマテラピーを取り入れている事の発表であった。精油の種類と選択、使用方法、その効果等現状での実施・評価は二者とも同じものであった。質問の中にアロマテラピー認定受講中の医師（？）の意見があり、発表者が行っている方法・根拠に対し徹底的に否定する発言であった為かなりバトル状態が続き会場の興味を引いた。結果としてアロマテラピー学会とアロマテラピー研究会の考え方に違いがあり、その部分での相違であろうという会場の発言があった。アロマテラピーが及ぼす身体的、心理的效果を認め普及しつつあるが、まだ手探りの状態であり課題も多々あることが明らかになった。

緩和医療にかかわる時身体的苦痛を除去することは第一の目的であるが、同時に精神的、社会的、霊的苦痛を緩和することも必要である。全人的医療の重要な要素の一つとして代替・補完療法は今後も取り組むものとするが、専門家の育成は急務でありまた、更に発展することを期待するカテゴリーであった。

ポスターセッション P17 164~169

末期がん患者の在宅ケアに対する可能性

司会：ホームケアクリニック川越院長 川越 厚

末期がん患者に対するホスピス・緩和ケアの提供形態は、無床診療所が中心となって訪問看護ステーションなどとチームを組むのが一般的である。しかるに本セッションでは一般病院が中心となって取り組んでいたり、緩和ケア病棟が嚆矢でいたり、型どおり無床診療所が中心となっていたりと、サービス提供形態もさまざまでありしかもそれぞれがそれぞれの立場で工夫して、いろいろな限界を超えて取り組んでいる様子がよく理解できた。

座長として興味を感じたのは、開院して間もない無床診療所で、わずかの間にケースを飛躍的に伸ばした大岩医師のグループである。発表内容は私が興味を示したこととは直接関係ないが、このような先生方がそれぞれの地域で在宅ホスピス・緩和ケアの普及に努めていることを知って、たいへん心強く思った。

ポスターセッション P18 170~175

司会：昭和大学横浜市北部病院 高宮 有介

私が司会を務めたセッションは多岐に渡るテーマの発表であった。

まず、「病院での患者臨終期医療の実態調査」では、大学病院における臨終時の心肺蘇生などの医療処置および霊安室での面談の機会の調査から、不要な延命処置を除き、患者、家族との別れに対する配慮が必要との報告がなされた。

「グリーフワークへの道」では、死後の処置により、ご家族が遺族に到る過程で劇的な変化をもたらされた事例が提示された。いわゆるエンゼルメイクの重要性とともに、それまでの患者、家族のケアへの継続的なケアの結果であったとの意見も出された。「緩和ケアユニットにおける看護師のケア行動とその分析」では、看護師の役割としてケアの提供者のみならず、チーム医療の中での看護師のコーディネーターとしての役割の重要性が強調された。「看取りパンフレットのアンケート調査結果」では、東北大学での家族が遺族へ移行する過程のサポートとしての、パンフレットの有用性が報告された。一方で亡くなる前の死の教育が重要であるとともに、死を受け入れがたい家族へのパンフレット配布の難しさも指摘された。

「病院看護師と訪問看護師の末期医療の課題に対する意識」では、対象の病院看護師14,655人（回収率34.0%）と訪問看護師8,515人（回収率63.3%）と大規模なアンケート調査であった。重点項目として「治療ケアの方針に関する話し合い」、「痛みや症状緩和方法の徹底と普及」「精神科医やカウンセラーの関与」「在宅移行へのケアマネジメント」などが挙げられ、末期医療の充実していくべきことについては、「患者への相談体制の充実」「医療従事者数の確保」「在宅ケアの推進」などが挙がり、それぞれの項目で有意差はなかった。「急性期と終末期が混在する環境で働く看護師のストレスに関する検討」では、全国の大学病院における看護師へのアンケート調査であり、80大学から4,608名の回答があった（58%）。そのうちの68%が急性期と終末期の患者が混在する環境でストレスや疲労が増すと回答していた。結論として、看護師のストレスや疲労は、終末期医療の知識・技術不足に関連していた、看護師は、終末期患者が

過ごす場所として、一般病棟は適切でないとし、個々の患者の治療や看護が行き届かないことにストレスを感じていた、そのストレスは終末期患者のみならず急性期患者へも及んでいたと報告された。一般病棟での緩和ケアチームの重要性が示唆されたと考える。

Current Insight

症状緩和の為のミダゾラム投与量と投与期間の相関性：薬剤耐性を生じる可能性

聖隷三方原病院ホスピス 穴戸 英樹、森田 達也

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; 25: 369-375

ミダゾラムに対する薬剤耐性は緩和ケア関連の文献に時々報告されているが、その可能性について系統的に検討した研究はない。症状緩和のためのミダゾラム投与量と投与期間の関連を調査するために、死亡前3日間にミダゾラムの非経口投与を受けていた62人の終末期がん患者を対象に後向き研究を行った。ミダゾラム最大投与量の平均は 38 ± 45 mg（中央値24mg）、ミダゾラム投与期間は 10 ± 19 日（中央値2.5日）であった。ミダゾラムの1日投与量が60mg以上だったのは13人（21%）であり、ミダゾラム投与期間が14日以上だったのは13人（21%）であった。最大投与量と有意な相関関係があったのは年齢（ $\rho = -0.32$, $P = 0.012$ ）と投与期間（ $\rho = 0.47$, $P < 0.01$ ）であり、特にミダゾラム投与期間が14日以上患者において高用量であった（ 74 ± 63 mg/day vs. 28 ± 34 mg/day, $P < 0.01$ ）。多変量解析では、年齢（70歳以下）と投与期間（14日以上）がミダゾラムの1日投与量が60mg以上となる独立因子であることが示された（odds比[95% C.I.], 0.091[0.009-0.92], $P = 0.042$; 11[2.3-54], $P < 0.01$ ）。ミダゾラム投与量と投与期間が有意に相関することから、ミダゾラムの長期投与は耐性を増長することが示唆された。本研究から、ミダゾラムは予後が限られた患者の症状緩和のために用いるべきであり、早期からの使用は差し控えるべきだと考えられた。

Journal Club

看護婦がみた食事と水分を拒否して死を早めるホスピス患者

山口大学医学部医療環境学 谷田 憲俊

Ganzini L, Goy ER, Miller LL, Harvath TA, Jackson A, Delorit MA. Nurses' Experiences with Hospice Patients Who Refuse Food and Fluids to Hasten Death. New England Journal of Medicine 2003; 349:359-365

オレゴン州でホスピスケアに従事する全ての看護婦に、過去4年以内に水分と栄養を拒否して死を早めた患者を看た経験があるか郵便アンケート調査を行った。調査項目は、その経験の有無、患者が死を早めた理由、死ぬまでの「安らかさ」、「苦痛」、「生活の質」、それら患者の家族について看護婦からの評価である。

対象となった看護婦429名中、307名（72%）が回答した。そのうち102名（33%）が自発的に水分と栄養を拒否して死を早めた患者を看た経験があると答えた。それら患者の85%は15日以内に死亡した（平均10日）。患者がそれを選択した理由では、「死の準備ができていない」「延命に意味がない」「生命の質が低い」を重要とみていた。重要でない理由には、症状、抑うつ他の精神病、経済的な負担、悲惨な死をみた経験、社会的支援の欠如が挙げられた。死の状況は、「非常に悲惨」を0、「非常に良好」を9とした10段階評価で、それら患者の平均値は8だった。ほとんどの患者は5以上に評価され、悲惨な死（4以下）は8%だった。また、「医師による自殺幫助」を選択した55名のホスピス患者と比較すると、「水分栄養拒否者」は高齢で、死を支配することを望まず、精神科受診を望まない傾向にあった。

考察の中で著者らは、調査されたオレゴンは「医師による自殺幫助」が合法化され終末期ケアの質・量ともに他地域と異なる可能性があること、死に関する自己決定について患者の意識も高いと考えられることなどを指摘していた。地域性によるバイアスはあるにしても、この結果から水分と栄養を拒否して死を選ぶホスピス患者は2週間以内に「良い死」に至ることが示された。なお、付随する論説には、この調査結果が“安楽死”推奨につながりかねないとの懸念から、発表の是非まで議論されたことが紹介されている。

Journal Club

がん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

Fialka-Moser V, Crevenna R, Korpan M and Quittan M

Cancer Rehabilitation

J Rehabil Med 2003; 35: 153-162

要旨：がんは、多面的な傷害、活動制限、社会参加の制約、の原因となり得る。症例検討に拠れば、リハビリテーションの治療は多種多彩である。本研究は、リハビリテーション固有の問題に主たる焦点を当てた。機能的障害のため、がん患者は永続的な心理的・社会的困難及びQOLの低下に苦しむ。少なくともQOLは、身体的・心理的・社会的・認知的機能の次元を包含しており、それらは全て身体的活動により影響を受ける。また、身体的活動は、不活動性または廃用症候群を予防あるいは最小限にとどめ、疲労を軽減する。性的機能障害への対応は、病歴の聴取とカウンセリングに始まる。緩和ケアにおけるリハビリテーションの目標設定は、身体的苦痛の緩和のみならず、精神的・社会的・スピリチュアルな苦痛、その他の諸症状の緩和をも含む。頭頸部がん、性的行動、肺がん、前立腺がん、乳がん、リンパ腫におけるリハビリテーション的な諸問題は、リハビリテーションによって改善し得る。主として本研究では、傷害と活動制限に焦点を当てており、社会的・心理的・職業的側面については、留保している。

解説：本誌は1992年まではScandinavian Journal of Rehabilitationと称していたことから分るように、地域的には北

欧を基盤としていたが、近年は全ヨーロッパに視野を拡大しているリハビリテーション・サイドの学術雑誌である。英語圏でも、リハビリテーション分野では、がんを対象とすることは少なく、また、機能回復的なものが多く、緩和ケアを対象に含む点が注目される。しかし、本研究の視座は身体的次元にのみ傾いており、心理・社会・スピリチュアルな側面を欠いたため、旧来の枠組みから抜け出せていないのが惜しまれる。

Journal Club

緩和ケアの課題

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

Robert G. Twycross

The challenge of palliative care

Int J Clin Oncol 2002;7: 271-278

要旨：緩和ケアは、疾患に焦点を当てるのではなく患者中心であり、死を免れないものとして受け入れ、身体的、ならびに、心理的、社会的、スピリチュアルな問題に関心を持つものである。そして、患者及びその家族との協力関係において、多職種が活動する最良の方法である。緩和ケアにおいては、「妥当な治療」の重要性と、医師に単なる延命の処方を行わないことが強調されている。たとえ、完治する見込みがない場合でさえも、心理社会的・スピリチュアルな癒しの可能性は大きく、しばしば身体的リハビリテーションの可能性さえ存在する。緩和ケアでは、専門職に感情的な問題をも求めるし、彼らに対する個人的な援助を必要とする。WHOは、今なお、がん疼痛緩和の改善、および、医学的なオピオイド使用を可能性の拡大に主導的役割を果たしている。疼痛緩和と症状管理に関する体系的な方策は重要であるが、その場合、全ての職員に対する固有の研修が求められている。多くの国において、緩和ケアが定着するには「カリスマ」が必要であった。しかしながら、緩和ケアが繁栄を極めるには、政府の関与が不可欠である。カリスマが、融通の利かない官僚主義の台頭と戦うために必要とされたにせよ、資源の欠乏による失敗を防止するためには、既存の医療体制との協調関係が必要である。

解説：緩和ケアの発展に尽力されてこられた英国のトワイクロス先生は、よりいっそうの緩和ケアの展開を図るためには、妥当な治療の確立、疼痛緩和、症状管理、リハビリテーションの可能性と並ぶものとして、一方で、専従職員に緩和ケア固有の研修の必要性を、他方で、政府に働き掛けて制度・政策面での展開を図るべきことを述べ、このふたつが車の両輪の関係にある、と指摘されている。

成人がん患者の疼痛測定尺度の妥当性と信頼性

東京大学大学院医学系研究科 成人看護学／ターミナルケア看護学 木村 理恵子

Mark P. Jensen

The validity and reliability of pain measures in adults with cancer. The Journal of Pain 2003;4(1):2-21

【背景】

がん性疼痛治療の臨床試験の際には、信頼性と妥当性の両方を備えた疼痛測定尺度が使用されるべきである。がん性疼痛のアセスメントには多くの種類の測定尺度が使用されており、それらの計量心理学的特性についての研究も多数発表されているが、包括的なレビューは行われていない。ある測定尺度を他のものに比して特に選択するについての明白なガイドラインも存在していない。

【目的】

1) がん性疼痛測定尺度の信頼性、妥当性検討を含んだ研究の確認 2) これらの研究に使用された測定尺度の計量心理学的特性に関する結果の要約と統合 3) これらの測定尺度の使用に関する勧告 4) がん性疼痛測定尺度の信頼性、妥当性に関する今後の研究に向けての勧告をすることである。

【方法と結果】

MEDLINEによる1999-2001年の文献検索で得られた273の文献から、164の文献がinclusion criteriaによって選択されレビューされた。(文献リストは www.jpain.org で参照できる。)

その最も重要な結果は、VAS, NRS, VRS等の一般的に使用されている単項目の疼痛強度尺度が、異なったがん患者のサンプルにおいて尺度として適切な信頼性と妥当性を持っていたことである。測定の実施に関しては、高齢者やオピオイド多量使用患者に対して、VASによる疼痛の強さの測定は最善の選択ではないことが示された。一方NRSは、ほとんどの患者で実施に耐えられ、少なくともVASよりも感度と妥当性が認められた。しかし対象に著しく認知障害がある患者が含まれている場合は、4ポイントのVRSの方が適していると考えられる。多項目の疼痛強度測定尺度ではBPIが一般的であり、計量心理学的な特性に優れていることが、高い内的整合性、基準関連妥当性を含めて示されている。がん性疼痛による障害、疼痛緩和、疼痛の部位、質、時間的側面の測定尺度について計量心理学的特性を検討した研究は少なく、これら尺度の信頼性、妥当性に関連して導き出される結論に限界が生じている。代理人による疼痛の測定は、患者が評価できないときには有用であるが、患者が自己申告できるときには代理人によって置き換えられるべきではない。

【結論】

今後、がん性疼痛の測定尺度を開発し、精錬し、評価する研究がなされることにより、研究者や臨床家が特定の尺度を選択する際に利用できる情報が得られるであろう。アセスメントの知識や選択肢を増やすことが、がん性疼痛のよりよい理解と緩和に寄与することとなる。

悲嘆は一つの臨床単位として見なし得るか

京都府立医科大学精神医学教室 中谷 真也、河瀬 雅紀、正木 大貴、福居 顯二

Traumatic Grief as a Disorder Distinct Related Depression and Anxiety: A With Bereaved Mental Health From
Bereavement-Replication Study Care Patients

Paul A. Boelen, M.A.

Jan van den Bout, Ph.D.

Jos de Keilser, Ph.D.

Am J Psychiatry 2003; 160:7

これまでのいくつかの研究において、外傷性悲嘆の症状は、死別に伴ううつや不安とは異なった死別に伴う感情的苦痛の様式を構成することが示されてきた。しかし、それらは配偶者を病気で亡くした高齢者の遺族を対象としたものであり、Boelen P. A. らは、他の集団において追試することによって、これらの結果が一般化できるかどうかを試みている。

目的：第一度親族（配偶者、両親、子供、兄弟姉妹）の死後、悲嘆の問題のために援助を求めてきた外来患者集団において、病的悲嘆（外傷性悲嘆）の症状が死別に伴う抑うつおよび不安症状とは異なることを確認することである。

方法：データは、オランダの103名の精神科外来患者から得られた。外傷性悲嘆は30項目にわたる外傷性悲嘆評価尺度によって測定し、抑うつと不安は症状チェックリスト（17項目の抑うつ尺度と10項目の不安尺度）を用いて測定した。3つの症状群の特徴は主な因子軸によって決定され、分析における制約上から各々の尺度のトータルスコアと最も強く関連する項目群が用いられ、病的悲嘆評価尺度からは10項目、症状チェックリストからは5項目の抑うつ尺度と5項目の不安尺度が選択された。

結果：これら患者の病的悲嘆評価尺度の平均得点は第一度親族を失った250人のオランダ人サンプルの平均得点よりもかなり高かった。そして因子分析の結果から3つの因子が得られ、それぞれは外傷性悲嘆（因子負荷量0.62～0.84）、抑うつ（因子負荷量0.74～0.78）、不安（因子負荷量0.62～0.80）の各症状に対応した。

考察：これらの結果から、外傷性悲嘆の症状と、死別に伴う抑うつおよび不安の症状とは異なるというこれまでの結果が確かめられた。このことは、DSM-IVとは異なって、外傷性悲嘆の症状は死別に伴ううつや不安とは異なる臨床単位として存在しうることを示しており、今後このような症候群に対応した様々な治療法が提案されるであろうことが期待される。

Cancer pain and psychosocial factors: a critical review of the literature

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

Cancer pain and psychosocial factors: a critical review of the literature

Zaza C, et al. Journal of Pain and Symptom Management 2002;24:526-542

【背景】

痛みのマネジメント方法の進歩にも関わらず、がん性疼痛は十分に治療されていないことが明らかになっており、不適切な疼痛治療の割合は16-91%にのぼると推測されている。適切な疼痛マネジメントを達成するうえで幾つかの障害が存在することが知られているが、このような要因の一つとして痛みに対する不十分な評価が知られている。また、適切な痛みの評価には、がんの疼痛体験に重要な役割を果たす全ての要因に対する包括的な評価が必要である。従って、痛みに関連する重要な心理社会的要因を同定することは、がんの慢性疼痛の評価を改善することに寄与する可能性がある。

【目的】

以上のような背景を受け、本研究では、以下の3つを目的とした。1. がんの慢性疼痛と心理的苦痛、ソーシャルサポート、そしてコーピングとの関連についてのエビデンスを批判的にレビューする。2. そこから得られた知見をもとに臨床的に推奨される事項を導き出す。3. 今後の研究に対する推奨事項を明らかにする。

【対象と方法】

Medline (1980-2000年)、CANCERLIT (1966-2000年)、PsychINFO (1984-2000年)などの検索エンジンを用いて論文の電子検索を行った。検索用語としては、pain、cancerに加え、adaptation、psychological distress、anxiety、depression、coping、social supportなどを用いた。記述的な論文や総説は今回の検討からは除外した。抽出された論文に対しては、その研究デザインに応じて研究の質を検討し、その問題点を系統的に整理した。また、得られた結果を総括し、痛みと心理社会的要因との関連について、そのエビデンスレベルを5段階 (insufficient、inconclusive、moderate、strong、very strong) で評価した。

【結果】

総数31編の論文が今回の検討対象となった。心理的苦痛についての19編の研究報告のうち14編の研究が、痛みの増強に伴い心理的苦痛が有意に増悪するという結果を示していた。心理的苦痛と有意差を認めた研究に関しては、サンプルサイズが35~1309 (平均228)、相関係数が0.19~0.51、オッズ比が1.2~6.0であった。ソーシャルサポートに関しての8編の研究のうち7編の研究が、痛みの強さと社会的活動度およびソーシャルサポートの低下との間に有意な関連があることを示していた。ソーシャルサポートと有意差を認めた研究に関しては、サンプルサイズが84~707 (平均218)、相関係数が-0.17~-0.58、オッズ比が1.67~2.30であった。コーピングを扱った4編の研究のうち3編の研究が、catastrophizingというコーピングストラテジーを用いることが、より強い痛みに関連していることを示していた。コーピングと有意差を認めた研究に関しては、サンプルサイズが45~88 (平均69)、相関係数が0.19~-0.56であった。一方で、コーピングに関する研究結果の臨床的意義は明確でなく、その他の研究においては痛みと様々なコーピングとの間に多彩な結果が示さ

れていた。

【考察】

1. 前述の結果から、痛みと心理社会的要因との関連についてのエビデンスレベルは、痛みと心理的苦痛とは強い（strong）関連、痛みとソーシャルサポートとは弱い（moderate）関連を有することが示唆されるものの、痛みとコーピングに関しては現時点においては結論できない（inconclusive）と考えられた。2. 包括的な慢性疼痛の評価としては、心理的苦痛に対するルーチンのスクリーニングを行うべきであることが示唆された。3. 今後、研究を行ううえで推奨される事項は、十分なサンプルサイズ、高い参加率、標準化された評価方法の使用であることが示唆された。また、ソーシャルサポートとコーピングに関しての更なる研究が必要であることが示された。

学会印象記

第17回 World Congress on Psychosomatic Medicineに参加して

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

このたび、2003年8月23-28日にかけて米国のハワイで開催されましたWorld Congress on Psychosomatic Medicine（WCPM）のシンポジウムに参加させていただく機会を得ましたので、本誌面をお借りして、同シンポジウムの内容と印象に残った発表等をご報告させていただきます。

本学会は、心身症や身体疾患患者の精神・心理学的な側面に関連する領域を中心に扱う学会で、心身医学やコンサルテーション・リエゾン精神医学に携わる心療内科医、精神科医および心理学者がその構成メンバーの核となっている学会です。例年、がん患者に関しての演題も散見される学会でもあります。

私は、Request to die: What are they, why are they, what should we do with them?というシンポジウムに参加させていただきました。本シンポジウムは、タイトルにも表れておりますように、患者さんから「安楽死の要請」や「自殺援助の要請」があった際に、医療者はどのように対応すべきか、というテーマを主題としたものでした。シンポジストは、安楽死を合法化しているオランダの精神科医（Dr. Bannink）、米国ニューヨーク州の精神科医（Dr. Muskin）、同じく米国から自殺援助を合法化しているオレゴン州の精神科医（Dr. Dobscha）、米国オレゴン州で死を望む患者さんの援助を行っている民間組織Compassion in DyingのPresident（Ms. Lee）、そして私の5人でした。シンポジウムは、シンポジストが呈示した症例をもとに、フロアの参加者の方々もまじえて議論をするという形式ですすめられました。呈示された症例は、いずれも極めて考えさせられるものが多く、例えば、オランダからは、安楽死の適応範囲の解釈が拡大されつつあり、何らの重篤な身体疾患はないにも関わらず、86歳という高齢のために今後の人生において良好な生活の質が保てないことをunbearable suffering（耐え難い苦痛）として医師に訴え、実際に安楽死が施行された症例が提示されました。個人の価値観や認知に大きく左右される「unbearable suffering」とはいったいどのような状況なのか、どこまで許容されるのか、といったことを考えさせられました。その他、印象的だった症例をもう一例ご紹介いたします。ホスピスケアを受けていた60歳の男性がん患者が、自分の死期をコントロールしたいために自殺援助の要請を続けていましたが、担当医に自殺援助を拒否され、また紹介された緩和ケア医からは自殺援助はできないか

わりに鎮静をすることはできるとの申し出を受けました。しかし、この患者さんは、意識が失われた状態で死を迎えることを望んでおらず、あくまで自分の死期を自分でコントロールすることを望んでいましたので、緩和ケア医の申し出を断り、結局自殺をされました。本症例も、医療としてどのような関わりをすればよいのか深く難しい問題を含んでいました。

シンポジウムで扱われた症例が、いずれもこのような極めて難しいものばかりでしたので、何らかの結論に達するということは無論ありませんでしたが、フロアからも実に様々な意見が出て、個人的には、文化の差や価値観の差が実に大きなものであることを痛感しました。そして、安楽死、自殺幫助、鎮静といった諸問題の難しさをあらためて感じる機会になりました。

次に、がんに関連したものではないのですが、プレナリーレクチャーにて、わが国の精神科医、春木繁一先生（松江青葉クリニック、東京女子医大客員教授）の素晴らしいご講演を聴くことができましたので、それをご紹介させていただいて本稿の締めくくりとさせていただきたいと思います。春木先生は、人工透析を受け続けながら、現在も精神科医としてご活躍されている先生です。春木先生は、1972年に腎不全に陥られ、以降31年間に渡り、ずっと透析を受けることを余儀なくされてきたご経験を、精神科医の視点からご講演されました。透析を受けることになった際には、抑うつ、不安、怒りなど様々な気持をご経験されたとのことでした。そして以降も、死に対する恐怖が頭から離れることはなく、一時は自殺念慮を抱くうつ病の状態や透析による認知障害などの状態にも陥られたそうです。しかし、素晴らしい担当医とのめぐり合いやご家族の暖かい援助もあり「rebirth」され、現在は死と向き合いながらも充実した日々を過ごされているとのことでした。時折、ジョークも混じえながら、長期間に及ぶ病との共生のご経験を内面の動きを中心にお話になる姿にとっても感銘を覚えました。最後に、「最も大切なものをみることができるのは眼ではなく、心である」と結ばれました。

なお、次の第18回本学会は、2005年8月に神戸で開催されるとのことです。

書評

Q&A でよくわかる！がん性疼痛ケア

監修 梅田 恵・樋口比登美 / 照林社

横浜旭中央総合病院 伊奈 桃子

がん医療の発展に伴いわが国では1996年に本学会が設立された。日本の終末期医療の学際的志向の夜明けである。学会での第一の課題は、日本に於けるがん疼痛治療ガイドラインの作成であった。疼痛の管理は、WHOのガイドラインに沿って本邦のものが検討され書物に著わされた。その後具体的な疼痛管理に関する指導書が見られるようになった。しかし、疼痛管理を始めるのに具体的にどこからどう手をつけていけばよいのか迷うところである。また、ガイドライン通りにはいかないこともある。本書（梅田 恵、樋口比登美監修）は照林社／Nursing Focus Seriesである。昭和大学緩和ケアセンターのがん性疼痛ケア専門家を中心に昭和大学看護部の方々の力作である。本書監修者はがん性疼痛はナースの悩みの種とし、1. がんの治療の進歩に伴うがん患者の生存の延長、がんを取り巻く社会の情勢の変化など、がん性疼痛に関わる要因のより複雑性から薬物療法だけではすんなり解決しない痛み直面すること。2. がん性疼痛を持つ患

者が、「がん」、や「痛み」と対峙し、自己コントロールしている感覚を保てるようにナースが関わることの重要性。

3. がん性疼痛対策を含む緩和医療の概念は、ターミナル期のケアではなく、がんの診断時からスタートする必要性。4. モルヒネについての知識の確認の必要性、を前提に看護に必要な疼痛管理の具体的方法を示すためにQ&Aの形式とした。

本書はがん性疼痛の基本、がん性疼痛治療の実際、がん性疼痛とチーム医療、患者との関係の4つのコンテンツから成っており全体で43の質問を設定し回答形式で展開している。がん性疼痛の基本の項では、疼痛の基本的理解として、痛みの種類は？、トータルペインってなんですか？と言う具合に平易な言葉での質問がされ、答えとして専門的解説がある。専門用語を使いながらもやさしい問いかけが、思わず本を読み進める。四つのコンテンツはがん性疼痛をケアしていく上で必要な概念であり、痛みを広く取り扱い認識する上で有効であると思う。今やがん患者さんの疼痛のケアは疼痛緩和チームでアプローチされるが看護師の担う部分は大きい。患者さんのQOLの向上は苦痛の緩和なくして得られないことは、V. ヘンダーソン女史が言及している。入院患者さん、在宅ホスピスの患者さんの疼痛ケアのみならず痛みをもつすべての患者さんのケアに役立つと思う。看護の専門技術として疼痛緩和ケアを実施するために本書を教科書として一読をお勧めしたい。

書評

Huub Buijssen, Rob Bruntink

A good ending, good for all? Care for carers working in palliative care

De Stiel publishers TRED publishers, 2003 年

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

本書は2003年4月にオランダのハーグで開催された第8回欧州緩和ケア会議を記念して出版された、オランダにおける緩和ケアの実際について、介護当事者の生の声を率直に述べた力作である。少なくとも、オランダ語を母国語とする人々が緩和ケア会議の公用語であった英語で出版したこと、そして、緩和ケアの歴史が浅いにもかかわらず、その實際を世に問うた点で、日本の関係者にも学ぶべきことが多い出版であろう。

しかも本書の対象は、専門職にとどまらず、ナース、ドクター、ソーシャルワーカー、福祉施設の職員、看護補助員、作業療法士、心理士、パストラルワーカー、ボランティア、管理職、政策立案者、そして政治家に至る広がりを持ち、およそ死にゆく人のケアに関わる全ての人を念頭に置いている。我国よりも緩和ケアでは歴史の浅いはずのオランダが、ここまで懐深いのかと驚かされる。

本書の内容と構成は、オランダ保健・福祉・スポーツ省大臣、および欧州緩和ケア協会会長の序に続き、123ページに渡り20の具体的なエピソードが語られ、各々の仕事の完成度を高めることを目的に結末には2つの提案がなされている。また、ストーリーが始まるたびに、オランダ風なスチール写真がくつろぎの間を創出していた。さらに、本書の後半では、介護者のための介護プログラムについて35ページを割いて説明している。

本書のような記念碑的価値をもつ著作は、日本語に翻訳されることも重要であろうが、まず標準的な英語で書かれた原著を読まれることをお勧めしたい。明日からの臨床に役立つ記述に多く出会うに違いない。(A5版、176ページ)

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7月～2003年9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

Porta-Sales J, Gomez-Batiste X, Tuca-Rodriguez A, Madrid-Juan F, Espinosa-Rojas J, Navarro JT. WHO analgesic ladder ? or lift? Eur J Palliat Care. 2003; 10 (3) :105-109.

Fishbain DA, Cutler RB, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Are opioid-dependent/tolerant patients impaired in driving-related skills? A structured evidence-based review. J Pain Symptom Manage. 2003; 25 (6) :559-577.

Savage SR, Joranson DE, Covington EC, Schnoll SH, Heit HA, Gilson AM. Definitions related to the medical use of opioids: evolution towards universal agreement. J Pain Symptom Manage. 2003; 26 (1) :655-667.

Neville-Webbe HL, Coleman RE. The use of zoledronic acid in the management of metastatic bone disease and hypercalcaemia. Palliat Med. 2003; 17 (6) :539-553.

消化器症状

McGuire DB. Barriers and strategies in implementation of oral care standards for cancer patients. Support Care Cancer. 2003; 11 (7) :435-441.

貧血

Iconomou G, Koutras A, Rigopoulos A, Vagenakis AG, Kalofonos HP. Effect of recombinant human erythropoietin on quality of life in cancer patients receiving chemotherapy: Results of a randomized, controlled trial. J Pain Symptom Manage. 2003; 25 (6) :512-518.

予後の予測

Lamont EB, Christakis NA. Complexities in prognostication in advanced cancer. "To help them live their lives the way they want to." JAMA. 2003; 290 (1) :98-104.

Glare P, Virik K, Jones M, et al. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. BMJ. 2003; 327.

システム

Costantini M, Higginson IJ, Boni L, et al. Effect of a palliative home care team on hospital admissions among patients with advanced cancer. *Palliat Med.* 2003; 17 (4) :315-321.

De Conno F, Panzeri C, Brunelli C, Saita L, Ripamonti C. Palliative care in a national cancer center: Results in 1987 vs. 1993 vs. 2000. *J Pain Symptom Manage.* 2003; 25 (6) :499-511.

Jack B, Hillier V, Williams A, Oldham J. Hospital based palliative care teams improve the symptoms of cancer patients. *Palliat Med.* 2003; 17 (6) :498-502.

教育

van Boxel P, Anderson K, Regnard C. The effectiveness of palliative care education delivered by videoconferencing compared with face-to-face delivery. *Palliat Med.* 2003; 17 (4) :344-358.

Ferris FD, von Gunten C, Emanuel LL. Competency in end-of-life care: last hours of life. *J Palliat Med.* 2003; 6 (4) :605-613.

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

Kawa M, Kamiya M, Maeyama E, et al. Distress of inpatients with terminal cancer in Japanese palliative care units: from the viewpoint of spirituality. *Support Care Cancer.* 2003; 11 (7) :481-490.

Sasahara T, Miyashita M, Kawa M, Kazuma K. Difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in general hospitals in Japan. *Palliat Med.* 2003; 17 (6) :520-526.

Maeyama E, Kawa M, Miyashita M, et al. Multiprofessional team approach in palliative care units in Japan. *Support Care Cancer.* 2003; 11 (8) :509-515.

Taniguchi K, Akechi T, Suzuki S, Mihara M, Uchitomi Y. Performance status 1 predicts psychological response in female, but not male, ambulatory cancer patients. *Support Care Cancer.* 2003; 11 (7) :465-471.

Onishi H, Onose M, Yamada T, et al. Brief psychotic disorder associated with bereavement in a patient with terminal-stage uterine cervical cancer: a case report and review of the literature. *Support Care Cancer.* 2003; 11 (7) :491-493.

Fukui S, Kawagoe H, Sakai M, Nishikido N, Nagae H, Miyazaki T. Determinants of the place of death among terminally ill cancer patients under home hospice care in Japan. *Palliat Med.* 2003; 17 (5) :445-453.

Inoue A, Yamada Y, Matsumura Y, et al. Randomized study of dexamethasone treatment for delayed emesis, anorexia and fatigue induced by irinotecan. *Support Care Cancer.* 2003; 11 (8) :528-532.

Morita T, Tei Y, Inoue S. Agitated terminal delirium and association with partial opioid substitution and hydration. *J Palliat Med.* 2003; 6 (4) :557-563.

Taniguchi K, Akechi T, Suzuki S, Mihara M, Uchitomi Y. Lack of marital support and poor psychological responses in male cancer patients. *Support Care Cancer.* 2003; 11 (9) :604-610.