



日本緩和医療学会 ニューズレター February 2004 22

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

私が腫瘍内科医になったわけ

国際医療福祉大学教授 山王メディカルプラザオンコロジーセンター長 渡辺 亨

私が腫瘍内科医として、乳癌治療に専門的に携わるようになって20年近くになる。そのきっかけは、国立がんセンター病院内科レジデントとしての経験と阿部薫先生（国立がんセンター名誉総長、現横浜労災病院院長）との出会いである。師匠の阿部先生は、当時、現役バリバリで、内分泌部長としてケーシータイプの白衣を着て、外来、病棟回診を精力的にこなしていた。ある日の外来で、PS4、意識朦朧状態、極度の脱水、激しい全身痛を訴え、進行乳癌患者が救急車で受診、即入院となった。阿部先生は「この人は1-2ヶ月で歩いて帰れるようになるから見ててごらん。」とおっしゃり、私が担当することになった。内心私は数日持てばいい方だろうと思った。全身骨転移、高カルシウム血症と診断、治療は生理食塩水補液、利尿剤とステロイドを使用、当時は、ミソラマイシンも、ビスフォスフォネートもなかったしMSコンチンもまだ発売されていなかった。数日で意識も清明となりホルモン剤のタモキシフェンを処方した。数週間で、痛みが消失、骨硬化像も出てきて2ヶ月後に退院した。ホメオスターシス（恒常性維持）という内科学の基本を学んだような気がする。4年間の米国留学後、国立がんセンター病院にスタッフとして戻った時、先述の骨転移の患者さんが、肝転移で入院することになった。肝臓は臍の高さまで腫れ腹水もありとても苦しそうだった。抗がん剤治療（AC）が良く効いて肝臓の腫れが引き、お正月を自宅で過ごし、桜の咲く頃に亡くなった。抗がん剤をうまく使えば症状緩和につながるpalliative chemotherapyという概念を学んだような気がする。当時は、まだ、「癌と闘うな」という間違った扇動はなかった。その後、パクリタキセル週一回投与法の普及や分子標的薬剤ハーセプチンの臨床導入に関与し、palliative chemotherapyを推進することができた。昨年9月、16年勤務した国立がんセンターから一民間病院に転出、「オンコロジーセンター」を開設した。辻々の交番のように、全ての家庭から歩いて30分の距離に標準的抗がん剤治療を提供できる拠点の設置がこれからの目標である。

Current Insight

チーム再考—緩和ケアチームは、どのような種類のチームに属するか？

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

本年、千葉で開催された緩和医療学会において緩和ケアチームの問題が取り上げられ、委員会が立ち上げられたことは、保険点数の設定と相まって時期を得たものと思われる。ここで、チームとは何かについて再考したい。

我々の念頭にあるのは、旧来の単職種チーム、例えば外科手術における医師団や病棟単位の看護師集団などとは異なる、多職種によるチームであることは明白であろう。問題は、チームにも複数の種類がある、という認識である。英国のマルコム・ペインは、これをスポーツに例え、リレー型、テニス型、サッカー型の3タイプを指摘している。すなわち、陸上や水泳のリレーチームは、バトンやタスキを繋ぐ形態をとり、チームメンバーが同時に一つのフィールドに立つことはない。これに対し、テニスや卓球などでは一組のペアが同時にフィールドに立つが、同時にプレーすることはない。ところが、サッカー型のチームは、メンバーが同時に一つのフィールドを共有し、各々の役割を果たしていく。このような同時性を持つチームに必要とされるものが、交通整理役としてのコーディネーターであり、他の形態のチームには不要である。これに対しマネジャーとは、卑近な例では忘年会の幹事のような、お世話役を意味する。その点でマネジャーは現実問題の処理係であり、将来構想を踏まえてチームを導く、というリーダーとは役割が異なる、という。

ここで旧来の医療チームを例えていうなら、ヨット型チームであろう。スキッパーの命令通りにクルーが動いてくれないければ艇は充分機能しない。このチームは、サッカー型に近く、各メンバーが同時にフィールドに立ち、同時にプレーするが、個々人の裁量幅は小さく、リーダーの命令通りに動くことを求められる点でサッカー型と異なる。個々のメンバーは独自性を発揮するというより、部品としての役割を求められる。医療現場では、手術チームがこれに近い形態であろう。それは、患者を治癒させるため、という共通目標の達成を第一に考えた結果であると思われる。

問題は、緩和ケアチームがいずれの形態に属するか、である。実際に患者さんは、まず受付でクラークと話し、医師の診察を受け、外来や病棟のナースに世話され、必要あればリハビリテーションを行い、時にソーシャルワーカーと面談している。このように緩和ケアチームは場面継続的チームワークを遂行しており、おそらくチームミーティング以外はサッカーのように同時並行的にならない。これを踏まえると、緩和ケアチームは上述のリレー型に属し、その文脈においてコーディネーターは必要ない。むしろ、リーダーとマネジャーの役割について、チームメンバーの誰が行えば最適であるかを割り出すことが、より重要となるはずである。

Current Insight

標準的緩和治療、鎮静、安楽死に対する医師と一般人口の見解の相違点

聖隷三方原病院ホスピス 鄭 陽・森田 達也

苦痛緩和のための鎮静はしばしば終末期患者に必要とされるが、標準的緩和治療、鎮静、安楽死の相違については一

致した見解がない。これは鎮静の定義と概念が定まっていないためであり、我々は鎮静の概念として「標準的治療に反応しない耐え難い苦痛を意識低下させることにより軽減する医療行為」を提案した¹⁾。本研究では、医師と一般人口に行われた意識調査の結果を用いて、標準的緩和治療、鎮静、安楽死の類似点と相違点を多次元尺度法を用いて検討することによって、提案した鎮静の概念的妥当性を検証した²⁾。

本研究の最も重要な結果のひとつは、医師も一般人口も、浅い鎮静・間欠的な深い鎮静を標準的緩和治療と区別していたことであり、浅い鎮静・間欠的な深い鎮静は、鎮静のサブカテゴリーとして扱うことが推奨される。

次に重要な、かつ、もっとも印象的な結果は、持続的な深い鎮静を、医師は浅い鎮静・間欠的な深い鎮静に近いものと考えているのに対して、一般人口は安楽死により近いものと捉えていたことである。この解釈として、医師は医療行為の目的を重要視するのに対して、一般人口は目的を行為の結果ほど本質的ではないと考えている可能性がある。また、医師は医療行為が患者の身体状況に与える影響に関心があるが、一般人口は意識状態や知的活動に与える影響により重きをおいているのかもしれない³⁾。一般人口において、持続的な深い鎮静は他の鎮静と異なる意味を持っていることが示唆されるため、他の鎮静と分けて考えるほうが合理的であると考えられる。

医師も一般人口も、標準的緩和治療、鎮静、安楽死を区別しているが、医師と一般人では持続的な深い鎮静の位置付けが異なることが判明した。したがって、鎮静という言葉を、浅い鎮静、間欠的な深い鎮静、持続的な深い鎮静のように明確に定義したうえで、区別して使用することを推奨する。これにより鎮静に関する研究や議論の質が向上することが期待される。

【参考文献】

1. Morita T, Tsuneto S, Shima Y. Proposed definitions of terminal sedation. *Lancet* 2001; 358: 335-336.
2. 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; 25: 357-362
3. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA: Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA* 2000; 284: 2476-2482.

Current Insight

がん患者と家族の目線に近づくこと

東京都立駒込病院 看護コンサルテーション室 川地 香奈子

東京都立駒込病院では、地域がん診療拠点病院として継続的に全人的な質の高いがん医療の提供を目指しており、長期に渡り治療を受けながら入退院を繰り返す患者も多い。

最近当院では、デスケースカンファレンスを開催する機会が増え、亡くなった方へのケアを振り返って患者中心の医療に求められるものを検討している。できる限りのサポートはしたのだと思う一方で、患者が心身ともにより苦痛が少ない状態で過ごすためにもっと何かができたのではないか。それは何だったのだろう、また、どんなふうにしたのだろうか。そのような思いからカンファレンスが開催される。

その中で、コミュニケーションに関することが多く取り上げられている。患者・家族とのコミュニケーション、医療チーム内での情報や目標の共有の問題などである。患者の本当の思いはどこにあるのだろうか、このままでいいのだろうか、他にもっとできることがあるのではないかと漠然と疑問を抱いていた、しかし問題を明確にできずそのまま通り過ぎてしまったけれど、そこにはどんなニーズがあったのだろうか、治療経過のどのタイミングでどのような話し合いを持てばよかったのだろうか、と振り返ることが多い。

患者や家族と頻繁に話し合いの機会を持ったにもかかわらず、それが理解を深めることにはつながらなかった、というケースもある。このような場合、コミュニケーションの量ではなく内容が課題となっていた。多くの時間を費やすことだけでなく、患者・家族の目線で共に考え話し合うことが適切にニーズをキャッチすることにつながる。そして、何に向けてアプローチするのか、医療チームメンバー間での目標を共有することも重要である。これは終末期のがん患者に限ったことではなく、がんの診断を受けて間もない患者、治癒を目指した治療を受けている患者等どの病期の患者ケアでも同様である。

カンファレンスの機会を通して、患者・家族の思いを尊重して誠実に向き合う姿勢、患者中心の医療という理念を共有した医療者間の話し合いの大切さをあらためて実感している。

Current Insight

我が国の緩和ケア病棟における多職種によるチームケアの現状

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 前山 悦子

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.

様々な苦痛症状を呈する終末期がん患者とその家族のケアは、容易なことではない。「チームケア」がこれらの過程に生じてくる諸問題を解決する方法として期待されることは多いが、多職種がどのようにチームを形成し、かつ患者・家族のケアを実施しているのか、我が国における実態は不明瞭である。

筆者らは、2001年に、協力が得られた38の緩和ケア病棟を対象に、緩和ケア病棟におけるケアへの各職種の参加状況と、緩和ケア病棟専任職種である看護師、医師が自施設の「チームケア」の実践をどのようにとらえているかを調査した。

職種別に緩和ケア病棟で開催されるカンファレンスへの参加状況について、週1回以上参加していたのは、看護師では100%、医師では97%と高いが、栄養士、医療ソーシャルワーカー、薬剤師では30～40%と過半数に満たない状況であった。宗教家では35%、理学療法士と心理カウンセラーでは約10%と他職種に比し低かった。カンファレンスの参加率の高さから、少なくとも医師・看護師間では、患者・家族の医療上の問題を話し合う体制があると考えられた。一方、医師、看護師以外の職種については、全施設で積極的な活動を展開しているとは必ずしもいえない。

チームケアに対する評価は、看護師は否定的に、医師は肯定的にとらえる傾向にあった。看護師のチームケアに対する評価には、カンファレンスに対する肯定的な評価と参加職種数の多さが関連しており、チームケアにおけるカンファレン

スの位置付けの大きさが示された。

上記に加え、分析途中であるが、職種間のコミュニケーションのとり方、患者について議論しあう方法等、「チームケア」として実践され認識されていることが、職種により、施設により異なっていることが明らかになりつつある。

緩和ケアの提供は、緩和ケア病棟に限定されるものではない。病院、外来、在宅を通して、継続的、包括的に多職種・多施設が協力できるケアのシステムを築いていくために、単一職種内、施設内の議論だけではなく、お互いにどのようなチームケアの形を求め、かつ患者に関わっていききたいのかという視点から、「望ましいチームケア」を探索していく作業が、改めて必要であると考えられた。

Current Insight

一般病院における終末期がん患者のケアに対する看護職の困難感

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 笹原 朋代

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. Palliative Medicine 2003; 17: 520-6.

わが国において、多くのがん患者は一般病院で亡くなっているのが現状である。治癒を目指す患者とともに根治的な治療が難しくなった患者をケアすることは、医療者にとって様々な点で難しく、ストレスフルであることは、現場の声としてよく聞かれている。

本研究では、終末期がん患者のケアのどの側面にどの程度困難を感じているのかを具体的かつ定量的に明らかにするために、緩和ケア病棟を有しない一般病院3施設の一般病棟に勤務する看護職534名を対象として自記式質問紙調査を行った。回収票は450票（84.3%）、有効回答票は350票（70.1%）であった。終末期がん患者をケアするうえでの困難感を尋ねた80項目を因子分析した結果、「患者・家族とのコミュニケーション」、「看護職の知識と技術」、「治療・インフォームドコンセント」、「自分自身の問題」、「患者・家族を含むチームとしての協力・連携」、「環境・システム」、「看護職間での協力・連携」、「看取り」の8つの領域に分類された。

困難感が「非常にある」との回答が多かった上位5項目を挙げると、「患者とゆっくり話す時間がないこと（62%）」、「自分自身が未熟であること（56%）」、「家族とゆっくり話す時間がないこと（55%）」、「十分な病名・病状説明がなされていない患者への対応（53%）」、「患者から死に関する話題を出された時の対応（47%）」であった。全体として、終末期がん患者のケアに対する看護職の困難感が高く、特に「患者・家族とのコミュニケーション」と「看護職の知識・技術」の領域に属する項目において高かった。

困難感は個人の意識の高さを反映している部分もあるため、「高いことはよくない」と一概に言うことは難しい。この点を明らかにするためには、更なる研究が必要であろう。本研究の結果は、終末期がん患者のケアにおける看護職の顕在的なニーズを示したものと捉えることができ、今後一般病棟で院内緩和ケアチームがどのように活動していくのか、あるいは卒前・卒後の緩和ケア教育における内容やプライオリティを考えるうえで示唆を与えるものと思われる。

Journal Club

オキシコドン徐放製剤（オキシコンチン®）は神経障害性疼痛に対して有効である：糖尿病性末梢神経障害性疼痛に対するRCTにて

国立がんセンター中央病院緩和ケア科 下山 直人

Controlled-release oxycodone relieves neuropathic pain: a randomized controlled trial in painful diabetic neuropathy Watson CPN. et al
Pain 105 (2003) :71-78

「目的」

CR oxycodoneは、神経障害性疼痛（DM neuropathy）に対して有効であるかどうか、痛みの量的な観点、QOLの観点から検討する。

「背景」

糖尿病性末梢神経障害、PHN（帯状疱疹後神経痛）などの神経障害性疼痛に対しては、抗うつ薬、抗けいれん薬などの鎮痛補助薬が有効であるという報告が多い。神経障害性疼痛に対するオピオイドの有効性に関して現在でも異論はあるが、上記の鎮痛補助薬があまり効かない場合の最終手段として使用されることも多い。Osteoarthritisなどへの有効性も報告されている。オキシコンチン®が神経障害性疼痛に対して有効であるかをRCTで検討することとした。

「対象と方法」

45人の糖尿病性末梢神経障害性疼痛患者。下肢に少なくとも中等度の痛みをもっており、神経障害症状を1つ以上持っている患者。オキシコンチン®を10mgから開始し、1日最大80mg/分2で投与している。副作用を同様にするために抗コリン薬のベンズトロピンをactive controlとして比較した。突出痛に対してはアセトアミノフェン325-650mgを頓用で使用した。痛みの定量化は、VASと5段階のカテゴリカルスケールで、QOL評価はSF36、Pain disability scale（PDI）、疼痛および睡眠の質評価表で行った。

「結果」

評価可能症例は36例で、オキシコンチン®の方が有意にVASが低下していた。QOL評価においてもいずれも有意にQOLの向上がみられていた。NNTの値は2.6であり、その他の抗うつ薬、抗けいれん薬に比べて低い傾向があり、鎮痛補助薬としての有効性は高いと考えられた。

「コメント」

日本では、神経障害性疼痛に対するオピオイドの有効性はあまり認められていない。保険診療上の制約もあるが、癌性神経障害性疼痛に対しては今後、日本でもある程度積極的にオキシコンチン®を使用することが必要であると考えられる。

Journal Club

Identifying ambulatory cancer patients at risk of impaired capacity to consent to research

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

Identifying ambulatory cancer patients at risk of impaired capacity to consent to research

Casarett DJ, et al. Journal of Pain and Symptom Management

2003; 26:615-624

【背景】

近年の多くの研究が、がん患者には多彩な症状が高頻度に認められることを示しており、このことが、がん患者の症状緩和のための介入研究の施行を促進している。一方では、進行したがんや苦痛症状の存在は、患者の研究参加への意思決定能力を障害しているのではないかという議論も生み出すこととなった。進行がん患者には、多彩な症状が認められること、認知機能に影響を与え得る薬剤（例、オピオイド、ステロイド等）の投与頻度が高いこと、および意思決定能力を障害し得る抑うつや代謝障害（高カルシウム血症等）などの症状が発現する頻度が高いことなどから、前述の研究参加に対する意思決定能力が障害されている可能性が懸念されている一方で、実際にはどのような患者群が、意思決定能力が障害され得るハイリスク群であるかについての知見は存在しないのが現状である。

【目的】

今回の研究の目的は、臨床研究参加への意思決定に関して付加的な保護策を適用することが望まれるがん患者群を同定することである。

【対象と方法】

米国都市部に位置する、ある退役軍人病院の腫瘍専門外来を受診したがん患者を対象とした。外来患者を対象とした理由は、これら患者が、様々な研究の代表的なサンプルであることによる。

対象患者に対して、模擬的な研究（症状とQOLに対するケースマネジメントチームの有用性を検討する無作為化比較試験）参加に対する意思決定能力を評価した。

面接者は、対象患者の基本属性および臨床データを得た後、今回の模擬的研究についての記述を読み上げた。次いで、面接者は、実際の臨床試験の際のように、インフォームド・コンセントを取得するための書式（informed consent form）を提供した。対象者は、時間を制限されることなく、その書式を吟味するとともに、面接が終了するまで、その書式を持参した。面接は、すべて録音された。

対象者の意思決定能力は、MacArthur Competency Assessment Tool for Clinical Research（MacCAT-CR）を用いて評価した。MacCAT-CRは、1. 開示された情報を理解する能力、2. その情報を患者の状況に適切に適応する能力、3. 研究に参加した場合と参加しなかった場合のリスクと利益を合理的に鑑みる能力、4. 選択を明示する能力、の4つの次元を評価する面接法である。

その後、Global Distress Index（GDI）を用いて、痛みをはじめとした頻度の高い10症状に関して評価を行った。その他、Trail-making test Part B（注意と実行機能の評価法）、Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

(REALM、識字能力の評価法)、Geriatric Depression Scale (GDS)、one-minute animal naming test (言語の流暢性の評価法)、Mini-mental State Examination (MMSE)の一部(遅延再生と単語の逆唱)も施行した。

意思決定能力に関しては、2人の評定者が録音されたテープをもとに独立して評価を行ったが、カッパ係数は4つの次元いずれも0.97以上と高い信頼性を示した。

統計学的検討：MacCAT-CRの4次元の各スコアと今回検討した変数間の関連を検討した。また、緩和医学の専門家により選択されたMacCAT-CRにおける4項目(1. 参加者には2つの付加的な手続きが要求されること、2. 全ての参加者が介入を受けるのではないこと、3. 参加は自発的なものであること、4. 研究に参加することで参加者自身の日常生活にもたらされる影響について、少なくとも2要因を考慮していること)すべてに対して正答したものを意思決定能力ありと評価し、各種変数との関連をlogistic回帰分析で検討した。

本研究に関しては、施設内倫理委員会の承認を受け、参加者からは口頭による同意を得た後に行われた。

【結果】

52名の適格患者のうち、45名が参加した。45名のうち、96%が男性が患者であり、高卒以上の教育経験を有するものが60%であった。胃がん患者が最も多く33%で、前立腺がん、血液のがんが各々18%と続いていた。Performance status (PS, ECOG)に関しては、対象者の45%が2以上(PS=2-4)であった。

MacCAT-CRの4次元の各スコア(選択を明示する能力は全員に認められたため、実際には、本能力を除く3次元との関連が検討された)と有意な関連を認めたものは、年齢(高齢と同意能力低下に関連)、教育経験(教育経験の短さと同意能力低下に関連)、Trail-making test Part B、REALM、one-minute animal naming test (言語の流暢性の評価法)、単語の逆唱であり、GDI、PS、オピオイドの使用、GDSとの間には有意な関連は認められなかった。しかし、年齢と教育経験を調整すると、MacCAT-CRの各スコアとTrail-making test Part B、REALM、one-minute animal naming testおよび単語の逆唱いずれの間にも有意な関連は認められなかった。

69%の対象患者に意思決定能力があると判断された。意思決定能力の障害を予測する有意な要因としては、教育経験、Trail-making test Part B、REALM、単語の逆唱、GDSが抽出されたが、年齢と教育経験を調整後に有意であった要因は、Trail-making test Part B、REALM、単語の逆唱のみであった。

【考察】

今回の研究から、臨床研究への参加に際して、意思決定能力を欠く可能性を有する対象者についての知見が得られた。身体症状や身体的機能は意思決定能力の有無の予測要因として有用でない一方で、年齢、教育経験、識字能力、認知機能は有用な予測要因となり得ることが示唆された。

学会印象記

第9回日本臨床死生学会

筑波大学臨床医学系 庄司 進一

平成15年12月13～14日に第9回日本臨床死生学会がルーテル学院大学の白井幸子教授の会長、法政大学の成澤光教授の副会長で、法政大学市ヶ谷キャンパスで「死生学におけるスピリチュアルケア」のテーマの下開催された。38題の一般演

題と「職域における自殺をめぐる」と「スピリチュアルケアのありかた」の2つのシンポジウムと「死生学におけるスピリチュアリティ」の会長講演と「音楽による看取りケア」のCarol Sack氏の特別講演が行われた。

一般演題では、須田民子氏が、小学校で死にふれる教育が少ない要因として、教諭ら15名に面接を行い、学童に死を受け入れるだけの土壌が育っていない、などを挙げ、小学校は死を教える素地づくりの段階と考えていた、と発表した。古賀ゆかり氏は、高校生2,220名に命、死、価値、経験などについてアンケート調査をし、89%の回収率で、9割近くが命や死について考える反面、自他の命を断つことを考えたことがある学生は半数近くいた、と報告した。伊藤高章氏は、スタンフォード大学病院臨床牧会教育を紹介し、キリスト教の枠を乗り越えたものであるが、その一方で、教育の過程において各人の宗教的アイデンティティは常に積極的に意識されている、と報告した。船後靖彦氏はALS発症者として、「継続された告知をへて生き甲斐としてのピアサポートを掴む」の題で、ワープロと自動発声機を用いての発表があった。

会長講演は、スピリチュアリティの定義から始まりWilliam O'Hanlonの日常性の中のスピリチュアリティは3Cで、Connection（関わり）、Compassion（同情）、Contribution（献身）と説明し、末期医療の現場におけるその3Cの適用を話された。特別講演はグレゴリオ聖歌の実演があったり、音楽が鎮痛に効果があるABCテレビのニュースを交えて説得力のあるものであった。

学会印象記

第10回国際QOL研究学会（ISOQOL）印象記

流通科学大学 サービス産業学部 医療福祉サービス学科 下妻 晃二郎

2003年11月12-15日の会期で、チェコ共和国の首都プラハにて、第10回国際QOL研究学会（International Society for Quality of Life Research: ISOQOL）総会が開催された。プラハは街全体が14世紀ごろの姿のまま保存されており、街を見下ろすプラハ城、中心を流れるバルタバ（モルダウ）川と、それをまたぐカルル橋、歴史のある数々の教会と広場など、聞きしに勝る美しい街であった。また夜は、至るところでクラシックのミニコンサートが開催されていた。

さて、本学会のミッションは、健康や医療に関連したQOLの科学的研究であるとされており、最初のころは2-3年に1回の開催であったが、最近毎年開催されるようになった。本学会のPan-pacific Conferenceが、2001年4月に東京で開催（東海大学 黒川清教授／京都大学 福原俊一教授がco-chairs）されたのは記憶に新しい。

今年の学会の全般的な傾向・印象を一言で表すと、あくまで私見であるが、「臨床現場への回帰」、であろうか。本学会が数年来、定量的QOL尺度の開発と、計量心理学的手法（psychometrics）を駆使した信頼性・妥当性検証、さらに縦断的研究におけるmissing dataの統計学的な取り扱いなど、とかくテクニカルな話題に傾き過ぎた感があり（それはそれで大変大切であるが）、学会自身も医師の参加の減少に危機感を持っていると聞いていた。しかし今回は、例えば、item response theory（IRT）を用いたcomputer adaptive testing（CAT）という技術の進歩から、個々の患者（子供にも）にやさしいPCインターフェースを用いたQOL調査方法の開発や、それを医療現場における患者-医療者間のコミュニケーション向上に結びつける方法が議論されたり、QOLに関する質的評価や、臨床試験の結果の発表も増えるなど、医療関係職から理解しやすい内容が相対的に増えている印象を受けた。従って、今後、緩和医療に関する発表も増える

のではないかと、思われた。

今回日本からの参加者は数十名(?)と決して多くなかったが、東北から九州まで全国から熱心な発表があった。

来年の本学会総会は、2004年10月16-19日に香港で、再来年2005年はサンフランシスコで開催されることになった。来年はアジアで初めてのannual meeting開催である。最近、日本以外のアジア諸国の研究熱の高まりを感じる。皆さん奮って演題を提出して参加しましょう。

学会印象記

Academy of Psychosomatic Medicine第50回記念大会 参加印象記

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11月20-23日にかけて米国カリフォルニア州サンディエゴで開催されました第50回Academy of Psychosomatic Medicine (APM) 記念大会に参加させていただきましたので、本誌面をお借りして印象に残った発表などをご紹介させていただきます。

APMは、身体疾患患者の精神医学的な側面を中心に扱う学会で、コンサルテーション・リエゾンに携わる精神科医がその構成メンバーの核となっている学会です。例年、がん患者の精神症状に関する演題も多く、またその学会の質そのものが高いために、広く世界から臨床家、研究者が集う学会でもあります。

今回の学会では、3つのプレナリーセッション、13のシンポジウム、8つのワークショップに加え、一般演題のポスター発表および口演などを中心に構成されておりました。

中でも、がん患者の心理社会的側面に関するテーマを中心に扱う米国のサイコオンコロジー学会American Psychosocial Oncology Society (APOS) との共催で「Psycho-Oncology 2003: Emerging clinical strategies and innovative educational programs」と題されたシンポジウムが持たれ、興味深い4つのトピックスが扱われましたので、本シンポジウムを中心にご紹介させていただきます。

最初の演者はマサチューセッツ総合病院精神科のDr. Greenbergで「The person facing lung cancer」というテーマで、肺がん患者の心理的問題を包括的に講演されました。中でも心理的援助に関する内容では、がん種を問わず、すべてのがん患者に大切な援助技法が話され、がんを契機として顕在化する内的葛藤の理解、希望を支えることの重要性、否認の理解、家族への援助の重要性などが強調されていました。

次の演者は、ケンタッキー大学の心理士であるDr. Passikで「Preventing symptoms before they develop」というタイトルで、がん患者にみられる様々な苦痛症状に対する予防的な薬物療法についての現状が話されました。Dr. Passikは、予防的な薬物療法の既存の研究報告を概観するとともに（例えば、高用量のインターフェロン投与を受ける悪性黒色腫の患者のうつ病予防に有用性が示された抗うつ薬paroxetineなど）、化学療法による遅発性嘔吐（delayed emesis）の発現予防に対する非定型抗精神病薬olanzapineの有用性を示唆した第II相試験の結果、乳がん患者に多いhot flashの予防としての抗うつ薬venlafaxine（本邦未発売）の有用性を検証するための臨床試験、進行肺がん患者の抑うつ予防としての抗うつ薬mirtazapine（本邦未発売）に関する臨床試験など、主として現在行われている臨床研究の進

捗状況を中心に紹介していました。Dr. Passikは、このような予防的な治療開発研究の難しさとして、介入をはじめるタイミングの難しさ、risk/benefitのバランスの難しさなどを強調していました。Dr. Passikの講演を聞いて、なるほど症状によっては、治療より予防の方が容易なものがあるのかもしれないという新たな視点を持つことができたように思います。3番目の演者は、UCLA精神科のDr. Stuberで、彼女は「Cancer as chronic illness: An NCI supported medical student curriculum」というタイトルで、がんの生存患者に関する医学的側面を包括的に学ぶための医学生用のカリキュラムの開発研究について講演されました。詳細は省略させていただきますが、本カリキュラムはデルファイ法という方法を用いて開発され、がんの生存患者に関しての医学的知識のみならず、患者とパートナーシップを形成する技術やがんの再発などのbad newsを伝えるコミュニケーション技術など、長期生存における臨床的問題を包括的に学習可能なカリキュラムを目指しているとのことでした。最後にスロンケタリングがんセンター精神科のDr. Breitbartが「Cancer-related fatigue: Assessment and management」というタイトルで、がん患者の倦怠感の評価とマネージメントに関する最新の知見を講演されました。Dr. Breitbartは、倦怠感のがん性疼痛ときわめて共通点が多いことを指摘し、具体例として、有症率が高いこと、双方の症状は共存することが多いこと、いずれもQOLに与える影響が大きいこと、看過されやすく治療が提供されることが少ないこと、複雑な多次元的症状であること、その評価は患者の主観に基づいて行われること、医療スタッフと患者の良好なコミュニケーションが症状評価に関して極めて重要な役割を果たすことをあげていました。また、彼らのグループが提唱したがんに関連した倦怠感（Cancer-Related Fatigue）は、現在ICD-10において独立した診断として採用されているとのことでした。想定されるマネージメントの戦略としては、患者と家族に対する教育、倦怠感の原因に対する治療、倦怠感そのものに対する直接的治療の3つが柱であることを紹介していました。患者と家族に対する教育としては、倦怠感に関しての適切な医学的知識の提供や医療スタッフに対して倦怠感の存在を伝える重要性などをあげていました。倦怠感の原因に対する治療としては、貧血や抑うつがその原因となっている場合などを例示し、これらに対しての治療の重要性を指摘していました。また、倦怠感そのものに対する直接的治療としては、精神刺激薬（methylphenidateなど）、steroid剤、抗サイトカイン作用を有する薬物（thalidomide, pentoxiphilineなど）、amantazine、modafinilなどの有用性を示唆していました。倦怠感に対しての関心はとても高いようで、シンポジウムの開始当初は、空席も幾らかあった会場も、Dr. Breitbartの講演の際には、立ち見の参加者で溢れるような状況でした。いずれにしても本シンポジウムの演題はいずれも興味深いもので、私自身にとっても収穫の多いものでありました。時間としては、3時間程度のシンポジウムでしたが、本シンポジウムに出席しただけで、本学会に参加してよかったと満足感を与えてくれる質の高いものでありました。ちなみに私自身は、がん患者のうつ病診断における身体症状の役割に関する口演をさせていただく機会を得て、有意義な意見交換ができたことを付記させていただきます。

今年は、50周年記念ということもあり、学会初日の夜にdinner partyが開かれるなど質素な本学会には珍しく、催しも例年になく華やかに行われました。それに、カリフォルニアの心地よい気候が記念すべき50回という節目となる大会に彩を添えていました。次回のAPMIは2004年11月18-21日にかけて、フロリダ州フォートマイヤースで開催されるとのことです。興味をもたれた方は一度、同学会のホームページ（<http://www.apm.org/>）を覗いてみられてはいかがでしょうか。

海外便り

セントクリストファーズホスピスでの研修に参加して

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

2003年11月10日から14日の5日間、ロンドンに在るセントクリストファーズホスピス教育研修所主催の「パリアティブケアにおける多職種コース」に参加する機会を得たので報告したい。

春秋の年2回行われている本課程は、最も多様な職種の人が、最も多くの国から集まる研修、と担当者のジャクソンさんから教わった。それだけ外国人には英語力の割引が期待できる。今回は12カ国から30人が参加しており、半数は英国人であった。職種は、チャプレン2名、ドクター8名、ナース12名、セラピスト4名、ソーシャルワーカー4名であった。

しかし、日本の研修会で見かけるような御講義拝聴式のものは初日だけで、後は少人数の討論や1対1のインタビュー、ロールプレイなどで、息つく暇もないほど密度が濃かった。ドクターソンドースを筆頭に、大学の講師以上の実力を持った23名の講師陣が、朝の9時頃から夕方5時を過ぎるまで、25コマの研修を担当された。受講生が気合を求められるのも当然であろう。最終日には修了証書まで授与された。

しかし、講義だけが立派だったのではない。初日にはドクターソンドースのスピーチがあったが、その後、記念撮影と握手の時間まで設定されたのには感動した。また、ハードウェアとしてのセントクリストファーズホスピスの見学会や、研修生歓迎の夕食会、チャリティーコンサート、外国人中心のパーティ、研修参加者の連絡先作成まで、ソフトウェアでも、肌理細やかに配慮されていた。図書館の利用や関連書籍の販売もあったが、特筆すべきはティーのみならず昼食が提供されたことで、しかも美味、英国の料理は上等であると、舌で納得させられた。しかも、有料ではなく、キッチン脇の小箱にDonation, pleaseと記されていただけであった。

今回の研修会を通して感じた英国のパリアティブケアを無理にも一言で表現してみるなら、疼痛緩和の薬物療法では大きなギャップはなく、看護でも技術的には大差ないようだが英国のナースのほうが元気であり、ソーシャルワークでは大きな落差があり、チャプレンやボランティアについては桁違い（日本流に言えば48床のホスピスに750人の有能な登録ボランティアがいる）、セラピストについては、ほぼ同程度の水準といえよう。

これは主として、英国のパリアティブケア対象者が元気なことによる。日本のように残り数日の看取りだけというケースは、殆ど見かけなかった。予後1年というグループがあるとも聞いたので、がん患者の場合、キュアからケアへの移行が相当早期に行われているという印象が強かった。また、年間6,000件あるという死亡者の殆どが在宅であるし、通所利用としてのデイセンターの展開ぶり（ボランティアを活用した在宅ホスピスが浸透している）も記さなければならない点である。

研修費用は350ポンド、安いB&Bの紹介もしていただけます。読者の皆様、この機会を逃さず是非ご参加ください。

書評

Robert Twycross: Introducing Palliative Care, 4th. Ed.; Radcliffe Medical Press, 2003

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

本書はパリアティブ・ケアについての入門書の最新版である。著者のロバート・トワイクロスは、世界の緩和医療のリーダーで、英国のオクスフォード大学、及びオクスフォード国際緩和医学センター所長、WHOパリアティブ・ケア協力施設を代表する人物である。本書が初版（1995）から8年目にして第4版となったことは、著者の本書にかける意気込みを感じさせるものである。

全体は、1. 一般論（死亡統計にはじまり、安楽死、希望まで）、2. ケアの心理社会的側面、3. 症状対策1（疼痛緩和中心）、4. 症状対策2（消化器症状・呼吸器症状・泌尿器症状・その他の症状・二次的精神症状）、5. 薬物の解説、6. その後の課題、という6つの柱から構成され、それぞれ順に41, 44, 82, 77, 26, 4 のレファレンスがつけられており、ページ配分にもパリアティブ・ケア全体を視野に納めた絶妙のバランスが感じられた。日本にも改定を重ねて第4版となった緩和医療のマニュアルが淀川キリスト教病院の実践を踏まえて出されているが、疼痛緩和に傾いてきているのとは対照的であった。

全体を貫く文体は簡潔明瞭であり、さらに分かりやすい表や図が用いられており、初心者には親切な解説であると思われた。特に179-180ページのイラストは技術論を超えて、パリアティブ・ケアの本質をイメージしたものとして諸兄姉に推薦させて頂きたい。

なお、パリアティブ・ケアが浸透しつつある最近の東ヨーロッパにおいては、本書が英国の援助の下に教科書として使われていると、ポーランド、ラトヴィア、ルーマニア、の先生方から伺った。諸先輩の御努力によりパリアティブ・ケアが展開しつつある我が国においても、本書の水準を念頭に置いておかないと、数年後には東欧諸国に追いつかれてしまいそうな可能性を感じさせられた。此処の臨床家はもとより、すでに英国及び欧州の、複数の看護や医療関係のジャーナルから評価されている本書は、国際社会とのつながりを無視し得ない日本の関係者にとっても見落とせないものとなるに違いない。（A5版、190ページ、価格20ポンド（英国）／40.80ユーロ（欧州大陸））

書評

在宅ホスピスケア・緩和ケア—演習形式で学ぶケアの指針

著者 川越 厚 / メディカルフレンド社

聖路加看護大学 射場 典子

わが国のホスピス・緩和ケアは、施設ホスピスを中心に発展してきた。本書の著者は、在宅ホスピスケアという言葉がまだない時代から在宅における看取りを推進し、実践を積み重ねてきた医師である。その経験と知識の集積をホスピス・緩和ケアの初心者や学生にもわかりやすく演習形式で展開したものが本書である。本書の内容は、第1章の「在宅ホ

スピスカ・緩和ケアとは」にはじまり、「相談外来」、「症状緩和」、「家族のケア」、「死亡診断」などケアの経過をふまえた内容と、在宅のみならずホスピス・緩和ケアの重要な柱である「チームアプローチ」や「死の教育」について、またよく出会う「民間療法」の問題まで、幅広い内容を網羅している。そして、内容ごとに実際の事例を提示し、Q&A方式と紙上カンファレンスというユニークな方法で読者を擬似的にその状況に置き、自分だったらどうするだろうかと考えをめぐらしながら、読み深めることを可能にしている。

全体を通読して一番感じられることは、われわれ医療者がホスピスカの理念をどう捉えているか、自身のケアの哲学はどういうものかを問う著者の視線であった。それは著者がまず自らのケアの哲学をどのように実際のケアに反映させているかを、長年の実践経験の積み重ねから語ることを通して、読者に問いかけているものであった。一方で、Q&Aから導かれる内容と解説は、現場で出会う事例に応用可能な実地的で具体的な知識である。これらの知識から、在宅という場の特徴はケアの応用ではなく基本であることが改めて理解できた。以上の内容から、在宅ホスピスカに関心のある人のみならず、施設ホスピスでケアを提供する方々にもぜひ一読いただきたいと思う。

最後に「ラウンジ」で著者のユーモアあふれる人柄を垣間見ることができる。末期がん患者とケアに携わる人々の“生活”をユーモアに富んだエピソードで綴り、在宅が生活の場であることを実感できる重要なコーナーに仕上がっていると感じられた。そんな楽しみにも出会える本書である。(B5版、174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10月～2003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, 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

Rosen LS, Gordon D, Tchekmedyian S, et al. Zoledronic acid versus placebo in the treatment of skeletal metastases in patients with lung cancer and other solid tumors: a phase III, double-blind, randomized trial—the Zoledronic Acid Lung Cancer and Other Solid Tumors Study Group. J Clin Oncol. 2003; 21 (16) :3150-7.

Bell RF, Eccleston C, Kalso E. Ketamine as adjuvant to opioids for cancer pain. A qualitative systematic review. J Pain Symptom Manage. 2003; 26 (3) :867-875.

Morley JS, Bridson J, Nash TP, Milles J, White S, Makin MK. Low-dose methadone has an analgesic effect in neuropathic pain: a double-blind randomized controlled crossover trial. *Palliat Med.* 2003; 17 (7) :576-587.

Chou R, Clark E, Helfand M. Comparative efficacy and safety of long-acting oral opioids for chronic non-cancer pain: A systematic review. *J Pain Symptom Manage.* 2003; 26 (5) :1026-1048.

便秘

Klaschilk E, Nauck F, Ostgathe C. Constipation-modern laxative therapy. *Support Care Cancer.* 2003; 11 (11) :679-685.

QT延長

Walker G, Wilcock A, Carey AM, Manderson C, Weller R, Crosby V. Prolongation of the QT interval in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage.* 2003; 26 (3) :855-859.

全身倦怠感

Dimeo F, Schwartz S, Fietz T, Wanjura T, Boning D, Thiel E. Effects of endurance training on the physical performance of patients with hematological malignancies during chemotherapy. *Support Care Cancer.* 2003; 11 (10) :623-628.

睡眠障害

Bain KT, Weschules DJ, Knowlton CH, Gallagher R. Toward evidence-based prescribing at end of life: A comparative review of temazepam and zolpidem for the treatment of insomnia. *Am J Hosp Palliat Care.* 2003; 20 (5) :382-388.

家族ケア

Deeken JF, Taylor KL, Mangan P, Yabroff KR, Ingham JM. Care for the caregivers: A review of self-report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers. *J Pain Symptom Manage.* 2003; 26 (4) :922-953.

Ingleton C, Payne S, Nolan M, Carey I. Respite in palliative care: a review and discussion of the literature. *Palliat Med.* 2003; 17 (7) :567-575.

宗教的ケア

Flannelly KJ, Weaver AJ, Smith WJ, Oppenheimer JE. A systematic review on chaplains and community-based clergy in three palliative care journals: 1990-1999. *Am J Hosp Palliat Care.* 2003; 20 (4) :263-268.

コミュニケーション

Merckaert I, Marchal S, Libert Y, et al. How to optimize physicians' communication skills in cancer care: results of a randomized study assessing the usefulness of posttraining consolidation workshops. *J Clin*

Oncol. 2003; 21 (16) :3141-9.

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

Hyodo I, Eguchi K, Nishina T, et al. Perceptions and attitudes of clinical oncologists on complementary and alternative medicine. Cancer. 2003; 97 (11) :2861-2868.

Morita T, Tei Y, Inoue S. Impaired communication capacity and agitated delirium in the final week of terminal ill cancer patients: prevalence and identification of research focus. J Pain Symptom Manage. 2003; 26 (3) :827-834.

Umeda M, Komatsubara H, Minamikawa T, et al. A questionnaire on requests for disclosure of diagnosis, self-choice of treatment, and second opinion of patients with oral cancer in Japan. J Palliat Care. 2003; 19 (3) :206-208.

Kohara H, Ueoka H, Aoe K, et al. Effect of nebulized furosemide in terminally ill cancer patients with dyspnea. J Pain Symptom Manage. 2003; 26 (4) :962-967.

Morita T, Tei Y, Shishido H, Inoue S. Treatable complications of cancer patients referred to an in-patient hospice. Am J Hosp Palliat Care. 2003; 20 (5) :389-391.