



日本緩和医療学会 ニューズレター 28 August 2005

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

臨床の現場から緩和医療の在り方を考える

静岡がんセンター 緩和医療科部長、緩和医療学会理事 安達 勇

緩和医療学会は設立10年目を迎えて、会員数も3,600名を超えるまでに急成長を遂げつつある。パシフィコ横浜で開催された第10回緩和医療学会総会には多職種の方々2,700名が集まり各会場は予想に反して超満員となり熱気あふれる学会となった。緩和医療は今やがん医療におけるチーム医療の根幹をなす医療体系として位置づけられつつある感を深くした。

緩和医療に日々追われる現場で思うことは、緩和医療は病棟に限定されたものでなく、がん患者・家族の視点からより広い視野をもってがん医療全般に向けて指向していく時期にきていると痛感する。当面いくつかの問題を内包している、1) 緩和ケア病棟は急速に増加し144施設となってきたが、全国平均の稼働率は78%に留まり、また在院日数も14から130日と大きな格差があることから適正配分に至っていない。また緩和ケア病棟基準は看取りでの症状緩和に限定することではなく、がん治療の早期の過程における症状緩和にも関与すべきである。2) その点で2002年に緩和ケア診療加算が保険で承認されてから、一般病棟の入院患者にも緩和医療の提供が拡大されたことは大きな進歩である。しかし申請承認施設が35施設に留まり多くのバリアや問題点を抱えていることから再検討が指摘されている。3) またがん医療の継続性からも緩和医療の関わりが求められている。しかし外来診療科として緩和治療を提供している施設は極めて少ない現状にある、今後は人材確保を含めてより積極的な取り組みが望まれる。4) 在宅医療も在宅ホスピスに限定されることなく、地域がん中核病院を中心に在宅療養など介護との連携をもって各地域で医療システムを再構築していく方向性が必要である。5) 更に地域住民への啓発活動とともに、生死観を含めた死の教育を通して地域文化に根ざした緩和医療の在り方についても追求していくことが求められている。

以上種々雑感を述べさせていただいた。10年と未熟で多感な年令を迎え急成長している学会である、21世紀のがん医療の中で今後益々重要視され、発展を遂げていくことが期待されるので吾々会員の責務は大きいと考える。

総会の総括

第10回日本緩和医療学会総会を終って

大会長、国立がんセンター 総長 垣添 忠生

平成17年6月30日～7月2日、第10回日本緩和医療学会総会と第18回日本サイコオンコロジー学会の合同大会の会長を務めた。初日はかなり強い雨、二日目は雨から曇、三日目は曇から晴と、天候は次第に回復したが、全般にあまり恵まれなかった。しかし、初日の強い雨の中、次々と参加者にお集まりいただき、最終的には3000名を超える参加をいただいた。合同大会とはいえ、記録的な参加者数で、主催者として誠に有難く思う。演題数も383題と過去最高で、両大会とも伸び盛りの学会であることを改めて強く実感した。

会場のパシフィコ横浜の主会場は1,000名収容できるのに、しばしば立見、外まで溢れるほどの皆さんの参加をいただき、これは嬉しい誤算だった。ポスター会場も狭すぎた。こうした不具合がいくつかあったにせよ、学会そのものは極めて活発で、両学会参加者の熱意も強く、いつも感じる他学会との違いを、一層明瞭に感得した。これだけ多くの方に参加いただけたのは、1) 三日間を通じて両学会完全混合型のプログラム編成としたこと、2) bad newsをどう伝えるか?とか、緩和ケアチームの活動評価とか、代替療法とか、会員が現場で困っている問題を拾って議論の対象としたこと、3) 海外との交流を進めるため、Drs. Baile, Coyle, Foley, Brueraという、この世界でよく知られた研究者を米国より招き、講演いただき、また各企画に加わってもらい議論に参加いただいたこと、などが大きな理由ではないかと考えている。もちろん、一般演題はレベルが高かったし、モーニング・レクチャー、ランチョン・セミナー、イブニング・セミナー等、勉強の機会が非常に多かったことも理由であろう。

本合同大会を運営するに当って、ご協力いただいた国立がんセンターの皆さん、学会運営を担当いただいたアクセス・ブレインの皆さん、横浜市のボランティアの方々、三日間の運営を応援いただいた企業の方々と、外国人演者の同時通訳を適確に実施いただいた担当の方々、そして助成下さった横浜市にも、会場のパシフィコ横浜の皆さんにも、厚く御礼申し上げたい。そして、もちろん本大会を盛り上げていただいた両学会の会員の皆様に心から御礼申し上げて御挨拶としたい。皆さん、ありがとうございました。

特別講演3

死ぬための教養

演者：作家 嵐山 光三郎

司会・報告：国立がんセンター 垣添 忠生

嵐山氏は、私の中学・高校時代（都下 国立の桐朋学園）の同級生である。本学会では朝から夜まで一貫して勉強の話が続くので、嵐山氏に少し別な視点から人間の生死に光を当てた講演をしてもらった。参加された皆さんに少し肩の力を抜いていただくためである。嵐山氏は、数年前、新潮新書から「死ぬための教養」という本を刊行しており、私も啓発されるところが多かったことも依頼の理由の一つである。

嵐山氏は、本学会の会員に敬意を表して、いつものアロハ・シャツから黒のシックなハイネックのシャツに着替え、帽子を被って登場。

63才ともなると、自分の周囲の親しい知人・友人が次々と死んでいく、ということから語り始めた。しかし、死を考える上で、宗教が力を失った時代を我々は生きている。小学生の子供すら、毎日、死のことを考えているという。自分の母親は89才となるが、毎日が死の準備に明け暮れている。しかし、かかりつけ医と謀ってアルツハイマーのふりで「要介護認定1」をとるという強かさもあるとのこと。父親は「75才で死ぬ」、といい続けていたのに86才まで生きた。これは俳句の字余りのようなものなのだそうです。亡くなる数日前長男である嵐山氏と母親を激しく非難し、攻撃したとのこと。これは亡くなった後、母親の言うには「良い人のままで死ぬと残された人の悲しみがつのるからああしたのだろう」と。

一転、文学者との交流と死の関わりについて、瀬戸内寂聴氏曰く、「三途の川は最近広くなって瀬戸内海みたいになり、皆フェリーで団体で賑やかに渡る」のだと。対岸に着くとウェルカム・パーティーがあり、A、B、Cコース…に分れてそれぞれに楽しみを求めるという法話をされるとのこと。つまり、死を楽しむ話。同時に、これは死後の世界がある、という法話だが、それは三島由紀夫にも通じる。三島の最期の作品「豊饒の海」では、人の再生、輪廻転生がテーマだ。

嵐山氏は、死ぬのに良い病気は、がんとかボケという。がんは、告知されてから死ぬまでに時間があり、諸事準備ができる。ボケは死の恐怖を知らないですむのが理由だと。

誰しも自分の死を体験することは出来ない。「皆さん勝手に生きて下さい」をメッセージとして講演は終わった。

生物としての人間を見ることに慣らされた私には、嵐山氏の視点、発言のいくつかが新鮮で、講演を依頼してよかったと思う。

ワークショップ2

緩和ケア・サイコオンコロジーの卒前・卒後教育の現状と課題

司会： 筑波大学大学院 人間総合科学研究科 木澤 義之
名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学
名古屋市立大学病院こころの医療センター 明智 龍男

第10回日本緩和医療学会総会・第18回日本サイコオンコロジー学会総会合同大会において、筑波大学の木澤義之先生とともに、「ワークショップ-緩和ケア・サイコオンコロジーの卒前・卒後教育の現状と課題」の司会を努めさせて頂きました。本誌面をお借りして、当日の発表内容や質疑について簡単にご紹介させて頂きます。

本ワークショップでは、緩和ケア、サイコオンコロジー、看護の領域の第一線でご活躍の演者の先生方から、教育に関する様々な取り組みやご経験をお話いただくことを通して、現時点における緩和ケア・サイコオンコロジーの卒前・卒後教育の現状と課題を中心に討論が行われた。

東京大学医学部附属病院緩和ケア診療部の中川恵一先生は、卒前、卒後2年の研修で身につけるべき、緩和ケアに関する教育目標を具体的にご提示くださった。中川先生が示された一般目標は「緩和ケアの理念に基づいた医療を提供でき

るように、基本的な知識、態度、技術を習得し、実践できる」であり、具体的な行動目標として、「臨床腫瘍学の理解」、「全人的ケア」、「症状緩和」、「インフォームドコンセント」、「チーム医療」、「生命倫理」などをあげられた。このように昨年から導入された医師の卒後ローテーション研修における緩和ケアに関する教育の一つの枠組みを具体的に示してくださった。一方、大学における緩和ケア教育の実態に関して、講義担当科がばらばらであったり、その講義時間が不十分であること、さらに緩和ケア医を養成することにおいて現在の医局講座制が抱える問題など、多くの大学が直面していると思われる問題にも触れられた。続いて、筑波メディカルセンター病院緩和医療科の志真泰夫先生は、緩和ケア専門医に求められるトレーニングについて発表され、緩和ケアをその求められるレベルおよび専門性によって一般的緩和ケアと専門的緩和ケアに分けて考え、これらに応じたトレーニングシステムを構築していく必要性を強調された。また本セッション内で、木澤先生が、米国で行われている教育プログラムであるEPEC (Education on Palliative and End-of-Life Care) Oncologyの実際を紹介された。

サイコオンコロジーの領域からは、東海大学医学部専門診療学系精神科学（現 名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学）の奥山徹先生が、サイコオンコロジーの専門家になるために求められるトレーニングについて発表された。奥山先生は、サイコオンコロジーをその専門性によって1次から3次に分けて考え、それに応じてトレーニングシステムを構築していく必要性を強調された。また、現在緩和ケア診療加算の導入によって緩和ケアチームの精神科医に対するニーズが飛躍的に高まっているに関わらず、わが国のトレーニングシステムの欠如のために、そのニーズを満たすことができない問題点についても触れられた。さらに、奥山先生自身が歩んでこられた経験をお話され、サイコオンコロジーの専門家になるための一つのロールモデルが示された。

ピースハウス病院の二見典子先生は、看護の立場から、緩和ケアに携わる看護職の専門家の教育のあり方についてご発表された。二見先生は、わが国における看護師の教育システムの現状を紹介されるとともに、ピースハウスホスピスで以前より実施されている教育プログラムの実際をご紹介くださった。また、緩和ケアに従事する看護師を養成するうえで、教育を提供する人材や研修施設が不十分であることなどを課題として紹介された。

フロアからは、卒前教育の重要性、医局講座制の抱える問題点、学会のあり方として教育の視点がまだまだ不十分であるなどといったコメントが寄せられ、活発な議論が交わされた。患者さんに適切な緩和ケアおよび心の援助を提供することを可能にするための重要な取り組みの一つとして、医療スタッフに対する緩和ケアおよびサイコオンコロジーに関する教育が重要であることは論を待たないが、今回のワークショップを通して、現時点でわが国が抱える教育システムの課題が実に多岐にわたるものであることが浮き彫りになった。

私自身、本ワークショップに参加させていただいて、地道で時間のかかる作業である教育システム構築が今後の両学会の果たすべき重要な責務であることを痛感いたしました。

（報告：明智 龍男）

レクチャー1

家族・遺族ケア

司会・報告：ピースハウスホスピス教育研究所 松島 たつ子

緩和ケアにおいて患者の療養中から死別後まで家族を支援することの重要性は広く認められているが、その実践においては難しさを実感しているというのが現状ではないだろうか。今回、お二人の講師から家族ケアにおける基本的な姿勢、遺族ケアの考え方とその実際についてお話をうかがうことができ、多くの示唆を得た。

国立がんセンター中央病院の大松重宏先生は医療連携室／患者・家族相談室で家族と直接面談をしているご経験から、近年の「家族革命」、核家族からさらに単身家族が増えてきている現状を説明され、医療者が従来の家族像をもとに理想的な家族のあり様を期待している問題点、家族も支援を必要とするクライアントであることに気づくことの大切さを指摘された。また、患者の家族という視点ではなく、患者を含めた家族システムの視点からとらえ、それぞれの家族が築いてきた家族の歴史を尊重し、家族自身の自己決定を支援していくことの大切さを強調された。家族としての絆を維持できるようなケアを継続的に提供し、社会のなかで生活する家族を地域との連携のもとに支援していく重要性、そして、介護を終えた死別後の遺族ケアへとつなげていくことの必要性を述べられた。

関西福祉科学大学の坂口幸弘先生は、死別後の遺族の心身健康状態やわが国における遺族ケアプログラムの実態調査など、遺族ケアに関する研究に早くから取り組んでおられ、これまでの研究成果をもとにお話された。死別という大きな喪失体験への有効な対処（コーピング）法として、感情表出、援助希求、再評価をあげられ、「よくお世話されましたね」などと言葉をかけることは、遺族が自身の喪失体験に意味をみつける再評価において役に立つ方法として紹介された。また、わが国の緩和ケア病棟での遺族ケアの現状調査結果では、手紙の送付や追悼会の開催が多く行われているという報告とともに、悲嘆に関する知識や地域のサポートプログラムなどの情報を提供することの意義を強調された。今後の課題として、悲嘆のリスクアセスメントに基づく個性を尊重したケアの充実、一施設内だけでなく互いに連携・協力しながらケアのネットワーク化を進めること、遺族ケアに関する教育研修の充実、ケアの評価の必要性などをあげられた。

レクチャー5

リンパ浮腫

司会・報告： 淀川キリスト教病院ホスピス 田村 恵子

進行がん患者では、病態の初期～終末期まで種々の原因でリンパ浮腫が出現する頻度が高く、その治療は緩和医療における重要な課題として注目されている。

このレクチャーでは、リンパ浮腫の治療に先駆的に取り組んでこられた2名の講師が、『複合的理学療法』のプロセスにそって論じられた。

まず、小川先生は医学的な立場からリンパ系の解剖・生理にふれ、浮腫の発症原因を説明したうえで、リンパ浮腫発症原因について私見を交えて解説された。病期は4期に分けられ、どの時期であっても正しい治療により症状は改善するが、早期からの治療開始が望ましいことを強調された。主な症状には、(1) むくみ、(2) だるさ・重さ・疲労感、(3) 皮膚の乾燥・硬化、(4) 繊維化・脂肪増生、(5) 皮膚の角化・象皮症などがあり、診断は問診や視診・触診で大部分は可能である。合併症としては蜂窩織炎、急性皮膚炎、リンパ漏・皮膚潰瘍などがあり、それぞれに応じた治療が必要である。リンパ浮腫の治療としては、圧迫や用手的リンパドレナージを主体とした『複合的理学療法』により良好な治

療成績を得ていることが紹介された。

次に、佐藤先生は理学療法士の立場から、『複合的理学療法』について具体的に解説された。『複合的理学療法』は、ドイツで開発された代表的なリンパ浮腫治療の一つである。この療法は、医師による診察から始まり、「スキんケア」「医療徒手リンパドレナージ」「弾性包帯や弾性圧迫衣による圧迫療法」「排液効果を促す運動療法」の4つの治療法から構成されており、この4つの療法を併用することで大きな効果が生み出される。レクチャーではスライドを用いたスキんケアの実際、動画による医療徒手リンパドレナージの実際が紹介された。最後に、弾性包帯によるバンテージ療法、弾性圧迫衣の選択や注意事項が説明された。

限られた短い時間であったが、リンパ浮腫の診断と治療に関する正しい知識を得ることができ、リンパ浮腫治療への第一歩となった有意義なレクチャーであった。

ランチョンセミナー1

Communication Skills in Oncology Giving Bad News and Supporting the Patient and Family in the Crisis of Cancer

演者：University of Texas MD Anderson Cancer Center Walter F. Baile, M.D.

司会・報告：国立がんセンター研究所支所 精神腫瘍学研究部 内富 庸介

がん医療に携わる医療者は、非常に多くの局面で患者、家族、医療者間のコミュニケーションの重要性を認識している。また、コミュニケーションは学習可能な技術であるとの報告が多数あり、参加者の中で医学教育に携わる医療者にとっては非常に興味のある話題であったと思われる。そのため、本セミナーは1,000人の会場が溢れ、立見が出るほどの盛況振りであった。

本セミナーは、医療者が患者、家族に悪い知らせを伝える際のコミュニケーションに焦点を当てたものであった。その概略は以下のとおりである。がん医療における悪い知らせとは、がんの診断や再発、治療の不成功などであり、そのような情報を伝えられた際、患者は情報の包括的理解の困難、判断力の低下といった認知面、取り乱す、涙ぐむ、起こるといった感情面、緊張、不眠、食思不振といった身体的な反応を呈する。そのためどのように伝えるかが重要となる。

コミュニケーションのキーポイントは「5つのE」（Engagement; 関与、Eliciting Concerns; 問題点を引き出す、Emotion; 感情、Education; 教育、Enlisting; 支持）である。

また、コミュニケーションの主要なプロセスは「SPIKES」（Setting up the interview; インタビューの設定、Perception of the illness; 病気の認識度の確認、Invitation; 知らせを共有したいかどうか確認して、次の悪い知らせを伝える段階に進む、Knowledge-what and how much;悪い知らせを伝える-内容と量、Emotions-how to address; 感情への対処の仕方、Strategy & Summary; 戦略と要約）という6つのステップである。Dr. Baileは1時間という短い時間の中、非常にわかりやすく講義してくださった。

今回のセミナーを通して、がん医療を円滑に推進するために、患者、家族、医療者間のコミュニケーションが果たす

大きな役割を再認識し、さらに具体的な技術を学習することができ、大変有意義であった。今後、日本サイコオンコロジー学会、日本緩和医療学会だけでなく、多くの学会でコミュニケーション講習会が開催される日が来ることを切望する。

一般演題（口演）3

リハビリテーション

司会・報告：千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

当セッションは本学会で初めて組まれたリハビリテーションに関する口演発表であった。はじめに、会場の8割近くを埋めて下さった参加者のご協力により、携帯の音もデジカメのフラッシュもなく粛々と発表できたことを感謝いたします。

第1席の、我が国におけるホスピス緩和ケア病棟でのリハビリテーションの方向性に関する研究、では、日本全国のホスピス／緩和ケア病棟を対象に調査を実施し、60%を超える回収率の元にリハビリテーションのニーズがあることを踏まえ、今後の問題点を経済的問題と職員養成にある、と検討課題を整理された。

第2席の、緩和ケア病棟でのアンケートに基づいたリハビリテーションアプローチの試み、では、患者さんの希望を出発点としたニーズ把握を質問紙法で行い、40%近い回収率を得て、心身状態と要望との関連を示したものとして注目されたが、終末期患者に対する調査の方法論にはフロアから質問が出された。

第3席の、緩和ケア病棟における理学療法の役割、では、2年間のデータ収集に基づき、退院群と看取り群の2群に分類しての比較検討を試みた意欲的内容であったが、本邦初という、がんセンターにおけるリハビリテーション科の特色、及び、その中での多職種チームにおける理学療法の独自性の検討という観点では、いま少し踏み込んでほしかった。

第4席の、緩和ケアチームにおける理学・作業療法士の役割、では、身体的問題の専門家としての役割を担う理学・作業療法士が、治療構造的に心理的問題を扱い易い立場にあり、スピリチュアルペインへの目配りが肝要であることを示された。その意味で、リハビリテーションは身体的苦痛のみならず心理的苦痛も対象とし得ることが再確認された。

第5席の、緩和ケア領域におけるリハビリテーションアプローチ、では、ある種の物理療法が末期肺癌の一症例について有効、と報告された。しかし、その適応について述べるには、比較検討を行うとともに、症例数を増やすなどのデータの蓄積が必要であろう。

第6席の、通所リハビリテーション施設における医療サービスの提供状況、では在宅緩和ケアを支える手段としてのデイホスピスの有用性を指摘され、そこでのリハビリテーションのあり方にまで分析が及んでおり、施設に限定されがちであった問題の、新たな展開を調査に基づいて行った点が極めて興味深いものであった。

当日は、フロアからの質問も多数出され、盛会のうちに終了できた。次年度以降も、このようなリハビリテーション・セッションが設定されるか否か、新たな課題をも感じさせられるという意味で、実りの多いものであったことをご報告申し上げたい。

ポスターセッション I-C-08~14**痛みの緩和2**

司会・報告：久留米大学病院緩和ケアセンター 福重 哲志

このセッションは緩和医療の分野で活発に活動されている薬剤師の方々を中心とした発表であった。静岡県立静岡がんセンターの片岡智美氏は院内でレスキューとして処方されたオピオイドの1回あたりの投与量を検討し発表された。その結果、緩和医療科での投与量と比較し、当初は他科では1回あたりの投与量が多かった。しかし、緩和ケアサポートチームの活動や、院内でのオピオイドの使用方法に関する知識の普及に伴い、適切な投与量になったと述べられた。北里病院麻酔科緩和ケア外来の野挽恵美子氏は、緩和ケア外来でオピオイドが導入された48名の患者における、導入後28日までの電話相談について発表された。電話相談総数は54件で、投与開始3日後までが20件と最も多いが、2週間後まで毎日相談があり、便秘、痛み、悪心・嘔吐、眠気が主な相談内容であったと述べられた。オピオイド導入後の問題が気軽に電話相談できるというシステムは他施設でも見習われるべきと思われた。北里大学病院の伊藤俊雅氏は北里大学病院における2001年4月から2005年3月までの各医療用麻薬製剤使用量の変遷について発表された。モルヒネに換算した総使用量は年毎に増加しており、デュロテップパッチ、オキシコンチンの発売に伴いモルヒネ徐放製剤の使用量が減少している。オピオイド製剤の種類の増加に伴い、情報提供を行う薬剤師の役割はますます大きくなると述べられた。東北労災病院の高橋浩子氏は、医療用麻薬管理について全国の緩和ケア病棟132施設、緩和ケア病棟を持たない癌診療拠点病院65施設にアンケート調査を行った結果について発表された。2/3の緩和ケア病棟では麻薬の定数配置があるのに対して、一般病棟では全くなかった。麻薬金庫の管理は大部分は看護師が行っている。病棟薬剤師の参加を希望する意見が多く認められた。また、レスキューの患者自己管理や、注射薬以外の医療用麻薬の病棟定数配置について、法令との整合性を期待する意見も多く見られたと述べられた。神奈川県薬剤師がん疼痛緩和研究会の平山武司氏は「がんの痛みはがまんしないで—私たち薬剤師がサポートします—」という市民公開講座を開催し、会場で行ったアンケート調査の結果について発表された。アンケートは参加者の70%315名から回収でき、回収者の内訳は一般市民47名、患者30名、患者家族36名、医療関係者183名、その他7名であった。このような公開講座により、モルヒネに対する誤解や偏見が解消される。また、オピオイドの説明は100%で薬剤師から受けることを希望されていると述べられた。藤沢市民病院の笠原香苗氏は、事例から医療用麻薬を使用中の患者が海外渡航する場合の問題点について発表された。医療用麻薬使用中の患者が海外渡航するためには、麻薬携帯許可証が必要であり、渡航中や、渡航先での病状変化に伴う準備も必要であると述べられた。医療麻薬使用者が海外渡航する機会は、今後増加するものと思われる、その際の対応について各施設で準備しておくことが必要であると思われる。関西労災病院の土佐直子氏は関西労災病院における医療用麻薬の使用状況の変遷について発表され、医療用麻薬の種類が増加するに連れて、薬剤師の持つ役割がますます大きくなる。薬剤師の特長のみならず、患者の状態に応じたきめ細かい対応が薬剤師にも求められると述べられた。デュロテップパッチ張り替えカレンダーの作成などの工夫についても発表された。

ポスターセッション I-F-01~05

不安・うつなど

司会・報告：名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学
名古屋市立大学病院こころの医療センター 明智 龍男

第10回日本緩和医療学会総会・第18回日本サイコオンコロジー学会総会合同大会において、ポスターセッション（不安・うつなど）の司会を務めさせていただきました。本誌面をお借りして、当日の発表内容や質疑内容を簡単にご紹介させていただきます。

本ポスターセッションでは、文字通り、がん患者の不安、抑うつなどの心理的側面に関する研究報告が中心に行われた。新潟県立がんセンター新潟病院の佃先生、丸山先生らのグループは、『つらさの寒暖計』を用いたがん患者の入院時における抑うつ等の精神的問題を把握する試みについてご報告された。実際に同院でスクリーニングを施行してみると40%を超えるがん患者がスクリーニング陽性であったことに加え、心理的苦痛の危険因子が多要因であったことから様々な職種から構成される医療チームとしての支援体制構築の重要性を示唆された。また、『つらさの寒暖計』は施行が容易で、多忙な医療現場でも実施可能であるとの印象をお話くださった。続いて、横浜市立市民病院の片平先生らのグループが、独自に開発された2ステップの方法を用いて行われた、呼吸器科への入院患者を対象とした抑うつのスクリーニングおよび評価を行う試みについてご報告された。これらの評価をルーチンに施行することで、医療者が患者の心理状態の変化に鋭敏になることや精神科への紹介が容易になることなどを示唆された。以上の2題は、患者の心理的負担を実際の医療現場で早期に発見していく方法を具体的に示してくださった極めて興味深い発表であった。

次に私自身から、終末期がん患者の適応障害、うつ病、外傷後ストレス障害（PTSD）の関連要因および予測要因について行った検討結果を報告させていただいた。本検討では、終末期がん患者においてPTSDは稀である一方、適応障害、うつ病は高頻度に認められること、および精神症状緩和を行ううえでの包括的ケアの重要性および予防における閾値下の不安・抑うつのマネジメントの重要性を示唆させていただいた。

次の2題は、がん患者の精神的負担に対するケア提供の阻害要因に関する、東海大学（現、名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学）の奥山先生、遠藤先生からの報告であった。奥山先生は、肺がん患者を対象として、うつ病に対する認識を調査したところ、実際の認識率は極めて低かったことを示された。遠藤先生は、同じ肺がん患者を対象として、精神的ケアに対する抵抗感を検討し、がん患者は精神的ケアに対し様々な抵抗感を示し、中でも薬物に対する知識の欠如が目立ったことを報告された。これら2題の発表を通して、今後がん患者が適切に心のケアを受けることを援助するうえでの、適切な知識や情報提供を行うことの重要性を示唆されていた。

以上、私が司会を担当したがん患者の心理的問題への演題を紹介させていただきました。いずれも臨床の現場に還元可能な実践的な内容であり、また質も高く、私自身が多くのことを学ばせていただく機会となりました。いずれの研究も次のステップへの展開が期待される内容でありましたので、是非次回学会で、今回の続編をうかがえることを楽しみにしております。

ポスターセッション I-G-01~05

告知・コミュニケーション1

司会・報告：宮城県立がんセンター 長井 吉清

宮城県立がんセンターの長井らの発表は、平成15年4月～平成16年4月の新規入院患者約2,000名について、キーパーソンの種類別に告知に関する希望を調べたもの。キーパーソンが子供の場合に比べて配偶者の場合の方が、知りたいとする患者の割合が多く、また、告知した方がよいとする家族の割合が多く、より患者中心的な環境が作られていた。

旭川赤十字病院の宮塚らの発表は、平成11年から16年までの消化器・血液腫瘍科の入院患者996名について告知に関する希望を患者の年齢別に分析したもので「知りたくない」という回答は高齢者に多いことなどが示された。

金沢大学医学部附属病院薬剤部の橋本らの発表は、1988年、1996年、2005年の3回にわたり腫瘍内科外科病棟の医師10～11名、看護師18～19名にがん告知についてアンケートしたもので、88年には早期がんであっても病名告知しない医師が65%であったが、96年には医師全員が治癒可能ながんについては病名告知する、05年には医師全員が病期にかかわらず全例告知という結果であった。全例告知の現状から、患者自身による薬の副作用チェックが可能となった。

羽島市民病院外科の安村らの発表は、本人が告知を希望しない進行胃癌症例2例の「告知」について検討した。症例1では、「暗黙の了解」により非告知のまま死の受容を得たが、症例2では、外来通院中の「肝転移あり」の告知後4日目に自宅でせん妄状態となり入院、15病日死亡。死の受容は得られなかった。

医療法人聖医会サザン・リージョン病院麻酔科の大瀬らの発表は「緩和ケアにおけるインターネットの役割」というもので、男子高校生の事例が紹介された。病名はスキルス胃癌で、他院からの紹介で緩和ケア病棟入院。入院後に告知を行ったが具体的な予後については知らせなかった。死亡後に患者のパソコン内に残されたメッセージから、死の1ヶ月前にインターネットの情報により死を自覚していたことがわかった。

ポスターセッション I-H-08~14

事例報告2

司会・報告：四国がんセンター精神科 三上 一郎

このセッションでは事例報告が7題発表され、熱心な討論が行われた。

要町病院の吉澤明孝氏らは「緩和医療におけるトラブル」と題して、死後に帰院後処置に関して苦情があった肺癌患者と、輸血・輸液に関する訴えが多いために医療者と良好な関係を維持できなかった白血病患者の2例を通じて、大病院と緩和ケア病棟の中間的な立場で治療にあたる緩和ケア部の厳しい現状について指摘した。

横浜市立大学の海野智氏は、一般病棟と在宅で良好な症状コントロールのもと看取ることができた高齢顎骨がん患者2症例を通して、比較的珍しい癌腫の症状コントロールについて歯科医の立場から発表された。

和歌山県立医科大学の北畑恵子氏は、希死念慮を訴える患者に対する精神的な援助についての症例を通じて、患者の感情の問題に対し、看護スタッフの傾聴する姿勢の重要性を強調した。フロアからは精神症状としての抑うつの評価

と薬物治療の併用も苦痛緩和には有効であったかも知れないというコメントがあった。

京都府立医科大学の藤本早和子氏は、がん性疼痛が問題となった患者の訴えと対処行動は「痛みについて」「鎮痛薬について」「疾患（がん）について」の3群に分類でき、特に疾患に関する認知に介入することで対処行動が大きく変化したことから、適切な患者への情報提供の重要性を示した。

愛知県がんセンターの小嶋周子氏は、身体的な苦痛を抱えながらも、それ以上に家族の期待に応えきれないことが大きな負担となっていた血管内膜癌患者の事例を通じて、治療チームがスピリチュアルペインを理解し積極的に支援することの重要性を指摘した。

名古屋市立大学の石黒千映子氏は、同種造血細胞移植の血液悪性腫瘍患者の心理変化を、入院期間を通じてTEG、HADS、バウムテストを用い経時的に評価したが、患者は通常大きな変動をしにくいバウムテストにも劇的な変化が見られる程の精神的な変動を体験していること、さらに患者の情緒安定には身体症状、正常が維持された環境から離れること、移植による自己イメージの動揺が影響することを考察した。

大阪警察病院の北貴志氏は、内科、麻酔科、整形外科にまたがる非がん性疼痛患者に対する関わりと問題点を発表した。患者は最終的に転院となったが、不安定な治療形態により、通常に比べ緩和ケアチームが深く関与できなかったことを報告し、医療者間のコミュニケーションの重要性を強調した。

ポスターセッション I-K-01~05

医療者の教育（卒前）

司会・報告：東北大学 中保 利通

「医療者の教育（卒前）」のポスター発表では以下の5つの演題が発表された。

東北大学中保から「医学生の緩和医療科臨床修練における到達度」と題して、緩和ケア病棟で臨床実習を行った5年生に対し、「緩和医療カリキュラム」の到達目標がどの程度達成されたかをアンケート調査し、態度に関する項目に比べ、知識・技能的な項目は到達度が低く、また家族のケアに関するものも不十分であった、との報告があった。

千葉大学田口氏からは「医学部生に対する緩和医療教育-千葉大学の現況」と題して、6年生に対し医師以外の他職種講師（看護師、薬剤師、MSW、栄養士）も招きチーム医療の重要性を強調する講義内容とし、これにより学生の評価も高く有用であった、との報告があった。

関西女子短期大学柴谷氏からは「K短期大学歯科衛生士学生に対する末期医療に関する意識調査-同年代の国民との比較-」と題して、将来さらに末期医療に参画することが期待される歯科衛生士を対象に既存のアンケート調査を追試し、延命医療については同世代国民と同様の結果が得られ、リビングウィルについては歯科衛生士に関心が高い傾向があった、との報告があった。

佐賀大学佐藤氏からは「緩和医療医学部卒前教育カリキュラム（第2報）」と題して、平成13年に始まった卒前教育カリキュラムに改良を加え、倫理的課題・スピリチュアリティの項目に関し学習方略を作成し、今後も各施設で利用されることを期待しており、感想・意見を取り入れながらさらに発展させる予定であることが報告された。

近畿中央胸部疾患センター所氏からは「関西医科大学心療内科における緩和医療/精神腫瘍学の卒前教育」と題して、

今後教育カリキュラムを作成する際の基礎資料とするために、4回生を対象として講義の前後で項目別に関心度を調査した結果、学生はがん告知とその後の患者・家族の精神心理的支援に高い関心を示し、この領域における研究活動にはあまり関心が高くなかったことが示唆された、との報告があった。

ポスターセッション II-C-06~10

ホスピス・緩和ケア病棟2

司会・報告：千葉県がんセンター緩和医療科 渡辺 敏

本セッションは、緩和ケア病棟における運営上の問題点・ケア技術・医学的考察、といった多岐にわたる演題をご発表いただいた。

第一席の山内氏の発表は、奈良県内初の緩和ケア病棟ということでその立ち上げの苦労部分の紹介から始まり、そしてまだ間もない運営状況を披露された。反省点は、運営開始前の緩和ケアチーム活動の不十分さとのことで、今後病棟開設を企図されている施設への一つの示唆となった。県内唯一・20床ということで必要なケアを享受できる絶対数に限りがあり、そのことへの対策も視野に入れての今後へ期待したい。第二席（川上氏）は、患者さんへの看護満足度の調査研究の発表であった。日々行われる数々の看護・医療が医療者側の自己満足に陥らないよう常々見直す努力が必要であるが、すでにパブリッシュされた評価方法を用い、その研究成果をご紹介いただいた。項目の「看護師の対応」については得点が高く、一方「日常生活」が得点が低く、より高度の症状緩和が要求されているとの結論であった。第三席（堺氏）は、終末期が近づくにつれより困難になっていくことの多い体位変換をより簡便に行うためのシート、およびその使用経験の紹介・発表で、会場で実物の呈示もあった。便利なものは普遍的な供給が望まれるが、時には転落のおそれもあり研修が必要とのことであった。第四席（延藤氏）は、緩和ケア病棟入棟にあたっての患者・家族の理解の齟齬がテーマであり、五施設PCU勤務看護師への質問調査をもとに研究発表された。「PCUは死に場所」という否定的印象で理解されていると感じたナースが多かったとのことである。PCUは通常は「よりよい看取りの場」を意識して設計されておりそしてまた多くの看取りがあり死に場所であることには替わりがないが、その過程をより具体性をもたせての情報発信が重要ということであろう。第五席（長江氏）は、終末期の生存期間の予測をテーマにした発表で、臨床的観察項目に輸液量の多寡を交えての研究であった。なかなかエヴィデンスの得られにくい領域であり、今後さらに数を重ねての有意差の呈示を期待したい。

ポスターセッション II-D-01~06

痛みの緩和5

司会・報告：北里大学医学部麻酔科 外 須美夫

緩和ケアチームの取り組みに関する演題が集まった。名古屋大学医学部附属病院薬剤部の宮崎雅之氏は、呼吸器内科病棟における疼痛緩和への薬剤師の取り組みを紹介した。疼痛緩和マニュアルを作成するとともに、チームによるカンファレンスを開催し、薬剤師が積極的に関与することにより、オピオイドの適正使用を推進することができた。金沢大学科学研究科医療薬学専攻の宇野慶子氏は、疼痛緩和チームによるオピオイドローテーションの実態調査を報告した。モルヒネによる嘔気がおキシコドンやフェンタニルパッチへのオピオイドローテーションで軽減した事例を紹介し、緩和チームによるサポートの重要性を示した。

社会保険中京病院の久田純生氏は、緩和ケアチームにおける薬剤師の仕事を紹介した。チームが発足してから3年間経過する中で、オピオイド使用量が増え、病棟看護師の業務量が増加した。そこで、麻薬処方箋と麻薬残量報告書を一体化して病棟看護師の業務をスリム化する方策を提示した。京都府立医科大学附属病院疼痛緩和医療部の小西洋子氏は、オキシコドン徐放錠の最近の使用状況を調査した。モルヒネ徐放錠からオキシコドン徐放錠への使用動向が顕著に現われていることを示した。

岡山済生会総合病院緩和ケア科の石原辰彦氏は、リエゾン型オピオイド回診という独自のチーム医療を紹介した。がん性疼痛に対してオピオイドを使用しているすべての患者に、当該科からの依頼と無関係に、緩和ケアチームが介入していくもので、押しかけ型の介入と呼んでいる。患者と直接的に接するのではなく、オピオイド投与に関して医療者にアドバイスを行うもので、長年の病院内での経験と評価に裏付けられての取り組みである。市立岸和田市民病院の中良子氏は、一昨年より開始した緩和ケアチームの介入により、疼痛コントロールや排便コントロールがどのように改善したかを2事例を挙げて紹介した。

緩和ケアでは、チーム医療が実現されてこそ、患者のQOLも緩和ケアの質も向上していくということをあらためて実感した。

ポスターセッション II-D-07~13

痛みの緩和6

司会・報告：紀和病院 後明 郁男

侵害受容性疼痛に対しては、オピオイド鎮痛薬の中枢性鎮痛とNSAIDsの末梢性鎮痛のダブルブロック（すなわちWHO方式がん疼痛治療法）が機軸的治療法として定着したが、維持療法の発達によりがんとの共生期間が延びている今日、神経因性疼痛が絡みこんできて、非常に不快かつ激しい疼痛体験にさらされる患者が一般的になってきた。骨転移痛も対処に苦労することが多い。またNSAIDsが使いにくい場合のアセトアミノフェンの使用も一工夫要する。

このセッションでは、副作用が少なく、入手（作成）容易で、鎮痛効果が劇的といってよい、新しい薬物療法が6演題紹介された。バクロフェン内服、イフェンプロジル内服、エルカトニン注射、大量アセトアミノフェン坐剤（院内製剤）、マグネシウム静注、リドカイン持続注射である。いずれも事例数が少ないのが難点ではあるが、将来に大きな希望が輝く内容であった。第7演題は、趣が異なっていたが、がんの進行状態と薬物治療の基本戦略のあり方のあいだの関連性を論じて面白かった。

ちなみに、筆者は、この2日後より、腕神経叢浸潤の激痛事例にさっそくマグネシウム静注法を使わせて頂き、劇的に

奏功した。

ポスターセッション II-F-07~13

痛み以外の身体症状の緩和4

司会・報告：高崎健康福祉大学短期大学部 看護学科 岩崎 紀久子

本セッションは痛み以外の身体症状の緩和ということで、口腔ケアから終末期の鎮静まで幅広いテーマで報告がされた。

II-F-8の木下氏の発表は、口腔ケアを嫌がる患者の口臭対策にティートゥリーが有効だった症例報告であった。消毒殺菌効果があり、含嗽や内服も可能であるティートゥリーを応用してみたの報告であり、今後さらに他の症例にも活用できる興味深い発表であった。

II-F-9の田中氏は緩和ケア病棟の患者に対して、歯科衛生士を中心とした口腔ケアを行うことによる患者の主観的および客観的満足感の変化を検討したものであった。具体的に患者からはさっぱり感が得られたなどの反応があり、多職種によるチームアプローチの重要性が示唆された。

II-F-10の平春氏は癌性臭気対策として、潰瘍部の生食洗浄、メトロニダゾール軟膏処置の療法と5段階の臭気スコアを設定し評価した報告を行った。臭気は患者のみならず家族にも不快なものであり、早期から評価と対策を行うことの重要性が強調された。

II-F-11の藤吉氏は頭頸部癌患者の終末期鎮静法について、一事例を通した鎮静法の実際と問題点の検討を行った。ここでは頭頸部癌の特性をふまえ、最終手段としての鎮静を行ううえでの倫理的責任の重さや人間としての尊厳を守ることの重要性が再確認された。

II-F-12の羽賀氏は緩和ケア病棟入院後に褥瘡が発生したターミナル期患者の褥瘡発生要因を検討した。その結果寝たきりの患者だけでなく移動可能な時期の患者にも褥瘡が発生することが報告された。動作時のずれや摩擦に着目した今後の具体的ケアの取り組みに期待する。

II-F-13の山上氏は乳癌術後の緩和ケアの時期に心タンポナーデをきたし心嚢ドレナージを施行した症例報告を行った。結果として症状緩和と家族と会話を持つ時間の確保につながったが、この時期に適応かどうかの判断は非常に難しく、医療者間での慎重な検討の必要性を示唆する報告であった。いずれの発表も終末期の患者に生じる様々な症状に対する個別性を取り入れた対応であり、このような個々の患者に対する積み重ねが、今後の新たな取り組みの糸口になると実感させられた。

ポスターセッション II-I-01~07

事例報告3

司会・報告：名古屋市立大学看護学部 石黒 千映子

7題の発表をして頂きましたが、大きく2つのテーマに分かれていたように思います。第1のテーマは、『身体症状の改善』に関するものです。除痛目的で挿入された硬膜外カテーテルの固定方法を工夫することで長期間の留置を可能にし、安定した疼痛コントロールが行えた「カテーテル固定法を工夫し長期間硬膜外鎮痛を行った2例」、尿バルーンカテーテルによる嚥下訓練を食事前に実施することで嚥下障害を改善し、患者の食生活の質を改善した「肺癌末期患者の嚥下障害にバルーン法を導入した一事例」が該当します。

第2のテーマは、『新たな視点を取り入れた患者理解と看護ケア』に関するものです。何度も看護スタッフが集まって患者の言葉の意味を検討し、心身両面からのアプローチで呼吸困難感への看護を実践した「一人で呼吸困難感に向き合う患者へのかかわり」、描画法を取り入れ患者の心を慮り、提供した看護ケアについて検討した「終末期患者の自立を支えるケア」、マーガレット・ニューマンの健康論を用いて患者を理解し、適切な疼痛コントロールへと導いた「疼痛コントロールにおけるケアリング」、多職種が1つの事例について話し合うことでより深く患者が理解できた「事例検討会を通じての学び」、STASを用いて患者と家族の思いを理解し、作成した標準看護計画をベースに看護ケアを提供して問題解決を図った「一般病院急性期病棟における終末期にある患者の標準ケアプランの導入」が該当します。

どの演題も大変貴重で臨床的価値の高い内容でした。今後事例報告を行う場合も、医療を提供する場合と同様に、多職種によるチームで進めていくことが事例報告の質の更なる向上につながると思います。

演者の方もさることながら、フロアからも“硬膜外カテーテルを留置して入浴は出来るのか”、“標準計画の内容をスタッフ全員が理解し、統一した看護が提供できるようにするために、どのような取り組みを行ったか”等の具体的な質問が多く出され、患者中心の医療（看護）を提供しようという熱意に満ちたセッションでした。

ポスターセッション II-J-07~12

調査・研究4

司会・報告：県立広島病院 緩和ケア科 小原 弘之

当セッションは、がん化学療法中止基準、緩和ケア病棟の選択、DNAR、代理評価、看護ニーズ、臨床研修などがん患者の診療に携わる医療者が直面しているさまざまな視点からの討論が行われた。

II-J-7では消化器がん患者を対象にretrospectiveな解析から化学療法中止の判断基準が検討され、PSと化学療法中止後の生存期間が有意に関連し、PS3が客観的な判断基準となりうることが報告された。症状緩和を目的にした化学療法の適応と中止基準が確立することは、今後緩和的化学療法が求められる役割を明確にする上で大変重要と考えられた。

II-J-8では緩和ケア病棟に入院された患者を対象に緩和ケア病棟の選択に影響を与えた要因を半構造化面接で情報収集して内容分析を行った結果が報告された。症状や不安の増強、根治治療のつらさなどが緩和ケアの選択に影響を与え

ていたが、症状緩和への期待、家族に気遣いできる場であることなど緩和ケア病棟に高い期待があることも明らかになった。今後この結果を基に緩和ケアの対象患者さんが適切な時期に円滑に緩和ケア病棟に移行できるような支援プログラムが開発されて普及していくことが望まれた。

Ⅱ-J-9ではモデル症例を呈示して看護師の「蘇生せず」(DNAR)に関する意識調査の結果が報告された。DNARの意図する内容と生命支持療法を控えることや終末期の看護ケアが混同して認識されている現状が明らかになった。看護師の認識のずれの背景には医師の指示や認識のずれが強く関与している可能性が高く、リバプールパスウェイ等を用いて看護師だけでなく医師にも推奨されているがん終末期ケアを啓蒙し教育していくことが重要と考えられた。

Ⅱ-J-10では緩和病棟に入院されたがん患者と家族を対象に自記式質問紙を用いて身体症状、日常生活への影響を評価してその一致度から有効性を検討した結果が報告された。緩和ケア病棟では高齢で全身状態不良の患者が多く、自記式質問紙の実施が困難で、家族の評価からある程度有用な情報は得られるものの正確な評価とは結論づけられず、評価方法や項目の再検討が必要と考えられた。

Ⅱ-J-11では災害時に被災地付近の病院でがん看護に携わった看護師を対象に行われたがん患者のケアニーズの結果が報告された。オピオイドの管理の問題や治療機器の故障などでがん診療が停滞し混乱に陥った事実が明らかになった。医療や社会構造の変化に即した看護ケアを準備しておく必要性が議論され、パンフレットの作成やHPを利用した取り組みの一端が紹介された。

Ⅱ-J-12では歯科口腔外科領域の臨床研修の取り組みが報告された。病院での研修が緩和医療に求められるチーム医療や嚥下機能維持の重要性を修得する機会になり、歯科医師としての見識を深めることに有益であることが示された。

ポスターセッション Ⅲ-A-07~12

緩和ケアチーム8

司会・報告：日本大学医学部附属板橋病院 藤田 智子

緩和ケアチームにおける薬剤師の活動によりオピオイド製剤の適正使用推進に貢献している報告3題と外来患者へのチーム薬剤師の活動報告1題、緩和ケアチーム介入効果事例2題の計6演題の発表があった。

Ⅲ-A-7：緩和ケアチームにおける薬剤師の活動として緩和ケアマニュアルの作成、薬剤アセスメント表作成による情報共有、緩和ケアニュースの発行に取り組み、オピオイド製剤の適正使用推進に貢献していることを示された。Ⅲ-A-8：緩和ケアチームで関わった患者の退院後のフォローにチーム薬剤師が担当し、院内の調剤支援システムを利用することで外来受診時に確実に対応できている。緩和ケアチームにおける薬剤師の役割が入院患者から外来患者へと広がっていることを示した発表であった。Ⅲ-A-9：緩和ケア支援チーム発足から薬剤師が参加することにより、緩和ケアマニュアルやオピオイドローテーション早見表の作成と丁寧な服薬指導によるオピオイド使用の抵抗感の低下等からオピオイド製剤の適正使用に貢献していることを示された。Ⅲ-A-10：がんサポートチーム専任薬剤師が病棟担当薬剤師と連携しての服薬指導の実施、緩和ケアに用いる薬剤の情報提供等により、オピオイドローテーションの施行、十分な副作用対策の実施に貢献することができるというチーム医療の良さが示された発表であった。Ⅲ-A-11：緩和ケアチームが介入により、在宅医療は無理ではないかと危惧する中で患者・家族の希望である在宅療養に移行でき、スタッフ間の相互理解

と問題解決のためには家族を含めたカンファレンスの重要性を示した症例発表であった。Ⅲ-A-12：介護力不足と認知症による問題行動のある患者に対する緩和ケアチームにおける在宅支援において、様々な社会資源を活用していくために、地域医療との連携強化の必要性とどのように連携していくかが課題であると発表された。

様々な体制でスタッフが努力をしながら緩和ケアチーム活動を推進しており、緩和ケアチーム活動における薬剤師の役割の広がり今後の活躍が期待されるセッションであった。

ポスターセッション Ⅲ-D-07～10

痛みの緩和10

司会・報告：昭和大学病院緩和ケアセンター 樋口 比登実

Ⅲ-D-7～10は、癌患者の諸症状に対する神経ブロックに関する演題であった。

7. は膀胱癌に対するCT下内臓神経ブロックの有用性を外科医の立場から発表された。外科手術が不能になっても自ら薬物療法・神経ブロック療法を施行し、きちんと評価されている事に感心した。私どもがいつも考えている早期ブロックの必要性にも言及された。外科の先生方にもブロックの有用性をご理解頂けるようご尽力を賜りたい。

8. は持続硬膜外ブロックにおけるカテーテルの位置の確認に関する報告であった。“カテーテルは生き物である”と常々若い先生方に説明しているが、まさにカテ先の微妙な違いで効果が大きく異なってくる事を実証された。感染などの問題があり、硬膜外カテーテル留置には賛否両論があるが、ブロックの基本である事には異論は無いであろう。よりよい鎮痛を得るためには正確な位置にカテーテルを留置するという基本を再確認できた。

9. は薬物療法に抵抗する癌疼痛に対しコルドトミー、持続くも膜下ブロックが有効であった症例を提示された。麻酔科以外のスタッフにはコルドトミーは聞き慣れない言葉と思うが、症例を的確に選択すれば、素晴らしい効果を得る事ができる方法である。しかし、国内外でもコルドトミーを施行している施設は少ない。これだけいろいろなブロック手技を駆使し治療ができることは羨ましい限りである。今後とも継続・発展させていただきたい。

10. は直腸膀胱腔瘻の便意による違和感に対し、くも膜下フェノールブロックが非常に有効であった症例報告である。ブロックは疼痛にのみ有効であると思われがちであるが、疼痛以外の症状にも有効である事を示されている。ブロックによる排尿排便機能低下が問題にならない症例ではもっと積極的に適応拡大を考慮すべきと示唆された。

薬物療法や活動報告などに比すと非常に少ない演題数であったが、ブロックに興味ある方々にご参加いただき活発な討論ができたことを感謝している。ブロックを成功させるには、適応・タイミング・技術・患者スタッフとの信頼関係など種々の要素がある。しかしブロックが非常に有効な治療法であることは周知の事実である。神経ブロックが全ての医療機関で有効利用できる環境（地域連携など）を整備する事が急務であると考えている。

ポスターセッション III-E-01~06

痛みの緩和11

司会・報告：大分大学医学部麻酔科 服部 政治

「痛みの緩和11」には6演題を頂いた。3題がオキシコドン徐放剤を中心としたオピオイド内服薬の現況と問題点を、残り3題がPCAポンプを用いた疼痛治療についてであった。

III-E-1では高瀬久光先生（福岡大学）がインフォームドコンセントの重要性を、III-E-2では磯野雅子先生（北里大学）によるオキシコドン徐放剤の副作用対策に対する取り組みを、そしてIII-E-3では大久保達也先生（荒尾市民病院）によるオピオイド製剤の使用動向をご発表いただいた。近年オピオイドの種類が増え、一昨年は経皮吸収型フェンタニル製剤が、そして今年はオキシコドン徐放剤についての発表が多かった印象を受ける。矢継ぎ早に発売されるオピオイド製剤をどう使うか、医師主導だけでなく、積極的に看護師・薬剤師が関わってチームとして取り組むことが重要なのだということを再認識させられた。

後半はPCAでのがん性疼痛管理に対する取り組みについて、医師、看護師、薬剤師からご発表を頂いた。III-E-4吉岡大樹先生（佐世保中央病院）から薬剤師の関与を、III-E-5飯嶋哲也先生（山梨大学）からは静脈内PCAの工夫と有用性を、そしてIII-E-6戸谷美紀先生（国立がんセンター中央病院）からはPCAの安全対策のための取り組みをご発表いただいた。いずれも、非常に興味のある良いお話でPCAを使用している施設にとってこれからすぐにでも取り組むことができる内容であった。特にPCAは医師、薬剤師、看護師、そして患者が一緒に取り組む疼痛対策としてその有用性が高いものの、本邦では大多数の施設が導入していないという現状がある。PCAへの理解、システムの導入などもっともっと普及に努めることがこれからも必要になると考えさせられた。

緩和医療の領域でもやはり疼痛対策は重要であり、約30名ほどにお集まり頂き活発な意見交換がなされた。いずれの発表者も日本の緩和ケア・疼痛管理を代表される施設からの参加で、非常に有意義な討論ができたものと思っている。

ポスターセッション III-F-01~05

痛み以外の身体症状の緩和7

司会・報告：聖路加国際病院 中村 めぐみ

このセッションでは5つの演題発表が行われた。

III-F-1は急性期下肢リンパ浮腫に対する複合的理学療法の効果についての報告であった。トレーニングを受けた医師による複合的理学療法施行前後で、血清ALB値や体重に有意な変化はなくても、歩行可能となりPSの改善には有効な治療であることが示唆された。ただし効果を維持するには、患者指導によるセルフケアの継続が必須となる。

III-F-2もリンパ浮腫に対する治療の工夫で、MLDとスキンケアに精神安定・血管拡張・抗菌作用を有するアロマブレンドオイルを併用していた。また運動療法の一つとして経皮的電気刺激法で、筋群別パンピングによる深部リンパ管・静脈の輸送亢進を図ったところ50%に有効であり、リンパ還流において筋収縮運動の重要性が示唆された。

Ⅲ-F-3は悪性腫瘍の進展による下大静脈狭窄に対して、金属ステントを留置した場合の症状緩和の評価で、技術的成功率・臨床的有效率とも非常に高い結果であった。またステント留置後の併用抗癌療法可能例では予後の延長も認められていた。課題として、適応規準・治療戦略・保険承認・静脈用ステント・併用療法が挙げられていた。

Ⅲ-F-4は看護師による発表で、症状マネジメントモデルを概念枠組みとして、TAE後の肝細胞がん患者の倦怠感の体験・マネジメント方略・症状の結果の分析であった。倦怠感に対して患者は表現しづらく仕方ないと引き受け、医療者からは積極的に対処する表現が見られなかったことに関し、医師よりTAEの副作用や倦怠感自体への治療はどうであったかという投げ掛けがあった。

Ⅲ-F-5は出血・浸出液・悪臭を伴う皮膚に露出した癌に3～5%に希釈した歯科用ホルマリンを塗布したところ止血効果が得られたという報告であった。即効性・持続性があり、安価・簡便な方法であるが、正常な皮膚に付けない注意も促された。

いずれも症状緩和・QOL向上に貢献する実践報告であり、多くの聴衆が集まり質疑応答がなされた。

ポスターセッション Ⅲ-G-01～06

心理1

司会・報告：北里大学大学院医療系研究科 医療心理学 岩満 優美

司会を担当した“心理1”では6題の演題発表があった。

九州がんセンター・サイコオンコロジー科の白石氏らは、子宮全摘に伴う様々な喪失体験から生じる心理的苦痛について心理士としての関わりから考察し、患者と医療者との信頼関係形成までの非言語的コミュニケーションの重要性などについて報告した。つぎに、春日井市民病院の大脇氏（代理：坂井氏）は、芸術療法として精神科領域では親しみのあるコラージュ療法を終末期がん患者に導入し、この領域におけるコラージュ療法の可能性について考察した。

乳がん患者を対象に行った研究は2題あった。京都府立医科大学精神神経科の吉田氏らは、女性乳がん患者の乳房喪失体験に伴う“ボディイメージの変化”と“気分状態・がんへの対処”について調べ、ボディイメージに対する評価が高いほど、絶望感や抑うつ状態は低く、一般的健康度が高くなることを報告した。琉球大学保健学科の照屋氏らは、乳がん患者の心身の健康状態に影響を与える要因について検討し、「心の健康度」には“子どもの有無・趣味の有無・セルフケア能力”が、「心の疲労度」には、“子どもの有無・趣味の有無・術式・ボディイメージ”が関連していることを報告した。

京都ノートルダム女子大学の中村氏らはスピリチュアルな側面を含めたがん患者の心理的援助の“現状認識とニーズ”および“心理状態”の関係について検討し、本来心理的援助が必要である不安や抑うつなどの強い患者ほど、自ら援助を求めないことを報告した。慶應義塾大学看護医療学部の中村氏らは、乳がんカウンセリング状況についてまとめ、(1)2回以上カウンセリングを受けたのは57名中10名であること、(2)「治療など身体的問題」については医学的知識を中心とした教育的介入を、「精神的問題」については心理教育的・支持的・認知療法的介入を、「その他人間関係を含む問題」については問題解決技法と助言を行っていることを報告した。

いずれも、がん患者に対する心理的援助に関する内容で、がん患者に対する心理的援助を行う際の参考となる研究で

あった。今後も、より多くの心理的援助に向けた研究の実施が期待される。

「緩和ケアチームフォーラム」の報告

緩和ケアチーム検討委員 梅田 恵
渡辺 正

緩和ケアチーム検討委員会はその活動の課題を、(1) 緩和ケアチームの全国状況の把握、(2) 交流の場をつくり、経験や活動を共有、(3) 体制・制度上の問題点を明確にし、その解決に努める、の3つとしている。そこで、今回の学会の場を借りて、(4) の課題を中心に、今後の検討委員会の活動の目標と方向性を、参加者も含めた討論で明らかにしていくことが出来ればと考え、「緩和ケアチームの発展に向け-意見交換の場として-」のフォーラムを企画した。会場がやや狭かったとはいえ、立ち見までで盛況で、関心の大きさが伺われた。

まず検討委員をパネリストとして、緩和ケアチームの全国調査（高宮有介 昭和大学横浜北部病院）、体制・制度上の問題点（下山直人 国立がんセンター中央病院）、看護師の立場から（梅田 恵 昭和大学病院）、薬剤師の立場から（篠 道弘 静岡県立静岡がんセンター）、緩和ケアチームの成果と採算性（吉本鉄介 社会保険中京病院）などの問題提起を行った。紙面の関係でフロアから出された主な意見を以下に述べる。

緩和ケアチームのメンバー構成について、精神科医のチームでの役割認識が様々である、薬剤師がメンバーであることが望まれる、などの意見が出された。メンバーの資質・資格について、医師の教育プログラムが学会主導で検討されている、薬剤師に対する緩和ケア・がん医療についての教育制度は未整備である。また看護師の要件が厳しくなり、そのため加算が取り下げられた施設がある、などの発言があった。その他、外来のニーズが高いが、現在の制度では外来を行えるようにはできていない、加算が低くなってもよいので、メンバーの要件を緩めてほしい、緩和ケアチーム実施計画書の内容や必要性についての検討が必要ではないか、などの意見が出された。さらに加算目的の緩和ケアチームでは、患者・家族のニーズに応えられないため、緩和ケアチームの質の評価の必要性があり、今後緩和ケアチームの活動指針や各職種の役割や資質などの指標になるものが必要ではないか。また国民医療の向上と、医療経済的な面で、緩和ケアチームの有効性を提示していく必要が求められている、等々、活発な意見が出された。今後これらの意見を参考に、緩和ケアチーム検討委員会の活動方針を検討し、緩和ケアチームの発展に努めていきたい。

Current Insight

緩和医療における医薬品の適応外使用：学会として取り組みが必要

筑波メディカルセンター病院 緩和医療科 志真 泰夫

10%リドカインの販売中止をめぐって、昨年末から今年にかけて緩和医療の領域で様々な取り組みや動きがあった。

私はここで、それに直接触れるつもりはない。おそらくその具体的な経過や結果は、今後学会理事会、評議員会で報告されるであろう。私がここで学会の課題として提起したいのは、10%リドカイン問題に関連して緩和医療の領域で「適応外使用」として使われている医薬品への今後の対応である。

昨年10月、酢酸オクトレオチド（サンドスタチン注射液）は「緩和医療における消化管閉塞に伴う症状の緩和」に適応拡大がされた。それに関わった個人的な経験から「適応外使用」されている医薬品が「適応拡大」する為には、いくつかの段階と条件が必要だと思う。第1段階は、適応拡大の必要性和可能性を感じられる臨床研究（症例報告ではなく、オープン試験かランダム化比較試験があれば最もよい）があること、第2段階は、製薬企業が費用対効果の観点から適応拡大の利点を見いだすこと、（医師主導の臨床試験については今後の検討課題）、第3段階は、適応拡大のための臨床試験が適切かつスピーディーに行なわれること（サンドスタチンはそこが大変だった）、第4段階は、「適応拡大」を望む学会はじめ患者会など社会的要請が必要である。社会的要請は「社会的圧力」ということではなく、必要度を判断する材料として必要である。

そこで、まず、緩和医療学会として取り組む体制（専門委員会やワーキンググループ）を組織する。次に学会評議員の医師、あるいは、緩和ケア病棟、緩和ケアチームの医師を対象に、「適応外使用」となっている医薬品の実態調査が必要であろう。そして、そのなかから「適応拡大」の必要性和緊急性の高いもの、「適応外」で当面やむをえないが何らかの対策が必要なもの、「適応外使用」は好ましくないもの、と分類する。

いずれにせよ、「適応外使用」を放置して良い時期は過ぎたように思う。

Current Insight

気になる言葉遣い

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

先ごろ横浜で開催された第10回日本緩和医療学会・第18回日本サイコオンコロジー学会に参加する機会を得た。会場選別に失敗したのではないかと、思うほどの混雑振りで、大盛況であった。このような盛會に導かれた、関係諸氏の御苦労に感謝申し上げたい。

参加者に比例して、演題数の変化も目を見張るものがあり、垣添忠生大会長がプログラム・講演抄録集で指摘されている通り、まさに急増である。しかも、発表内容としては昨今話題に上ることの多い緩和ケアチームに集中していた感がある。そこで気になったのが、同音異義語の多い日本語の言葉遣いである。

前述した緩和ケアチームが、複数職種による緩和ケアの支援組織であることを反映してか、緩和ケアチームの性質を述べる際、他職種と多職種という2つの表現が混在しているようである。その数の多さから見て、両者とも誤植とは考え難い。2種類の使われ方がなされていることからみて、どうやらチームの捉え方にも異なる立場があるらしい。

他職種は、自分以外の職種が存在する、ことを強調する表現であろう。チームにおける自分の地位、独自性に力点を置くもののようであるが、ともすると、チームメンバーが共通基盤を持つこと、そして、単職種では対応しきれない広がりを持つ緩和医療ゆえのチーム形成の必然性、という観点については希薄な印象を抱いた。この文脈で、治療目標は共通でも、達成手段が職種によって異なる、というチームアプローチは実現可能であろうか？

これに対し、多職種は複数の職種の存在に力点がある。医師団や看護集団などの例に見られるように、単職種でもチーム医療は成り立つが、その対応には限界がある。その裏には、全人的苦痛から対象者を把握しようとする緩和医療に於いて、複数の職種がリレー型のチームを形成してきたという歴史的経緯がある。なるほど、チームメンバーは独自性を持つが相対的に、である。そこに共通言語がなければ、チームワークは成り立たなくなる。

日本語の常として、同音異義語が多いことは避けがたいであろう。だからこそ、表現方法には留意する必要がある。た職種が誤解されやすいならば、複数職種、と表現して初めて、緩和医療ならではのチーム医療的必然性を表現できるのではないと思われる。

Current Insight

抗がん治療の終了と緩和ケアへの移行についてのコミュニケーション

佐久総合病院総合診療科 山本 亮

聖隷三方原病院 緩和支援診療科 森田 達也

Communication about the ending of anticancer treatment and transition to palliative care

Annals of Oncology 15:1551-1557, 2004

抗がん治療から緩和治療へ移行することを伝えられた時に家族が感じた苦悩についての遺族調査の結果。我々医療者がどのような点に注意しながら面談コミュニケーションを行うのが家族にとって良いかについて示唆を与える研究。

背景：抗がん治療の終了と緩和ケアへの移行についてのコミュニケーションは腫瘍医にとって難しい仕事である。この研究の目的は、家族の報告した感情的な苦悩の程度と抗がん治療の終了についてのコミュニケーションの際に感じた改善する必要のあるコミュニケーション方法を明らかにすることである。

方法：日本の緩和ケア病棟で亡くなった630名の遺族に対する多施設での質問紙調査。318の回答を解析した（有効回答率62%）。

結果：39%の遺族が抗がん治療終了の話を聞いて「とても苦痛であった」と回答した。19%はコミュニケーション方法について「比較的」または「とても」改善が必要であると回答した。高度の精神的な苦悩は、より若い患者、家族が女性、医師から患者に対して「これ以上できることは何もない」と話された経験、あいまいさや幅の呈示なしに予後が話されたことで認められた。コミュニケーション方法で多くの改善が必要とされたことは、患者に対して「これ以上できることは何もない」と話された経験、治療の具体的なゴールについて説明がないこと、医師が家族の気持ちに配慮しないこと、家族の準備状況に応じて説明を行わないこと、医師が最先端の治療について十分に知識を持っていないこと、質問できる雰囲気がないことが挙げられた。

結論：抗がん治療終了の話を聞くなかで、比較的多くの家族は高いレベルの精神的苦悩を感じており、そのコミュニケーション方法についても改善の必要があると感じていた。家族の苦悩を緩和する戦略として、（1）医師は「患者に何もすることがない」とは言わずに、具体的なゴールに到達するためにベストをつくすことを保証すること、（2）家族の準備と患者ごとの不確実性に十分に配慮しながら予測される予後についての情報を伝えること、（3）家族の感情に配慮

し情緒的なサポートをすること、(4)最先端の治療についての知識を十分に持つこと、(5)家族が質問しやすいようなリラックスできる雰囲気をつくることが挙げられる。

Current Insight

ホスピス・緩和ケア病棟に対する遺族の不満足要因： 全国面接調査による探索的検討

大阪大学大学院人間科学研究科 塩崎 麻里子

Mariko Shiozaki, Tatsuya Morita, Kei Hirai et al. Why are bereaved family members dissatisfied with specialized inpatient palliative care service? A nationwide qualitative study. Palliative Medicine. 2005; 19: 319-327.

終末期におけるケアを評価することは、ケアの質の維持、向上のために重要である。また、医療者の視点のみならず、実際に利用する患者や家族の視点が不可欠である。そこで本研究では遺族を対象に、ホスピス・緩和ケア病棟に対する不満足要因を探索することを目的とし、半構造化面接調査を行った。対象は、倫理委員会の承認を得た全国70施設のホスピス・緩和ケアを利用した患者の遺族1,225名を対象とした全国質問紙調査において、ケアに対する評価得点が低かった遺族のうち面接調査への同意が得られた22名(60.57±9.60歳：男性10名)であった。面接は、平成15年4月～8月にかけて、心理学専攻の大学院生5名、看護師1名によって実施された。

内容分析を行った結果、遺族のホスピス・緩和ケア病棟に対する不満は、27カテゴリーに分類され、さらにそれらは7テーマ(緩和ケアの理念・ケアの質・ケアの質の格差・利便性・緩和ケア病棟の資源・緩和ケアに対する家族の認識・経済的問題)に類型化された。カテゴリーの信頼性の検討は、2人の独立したコーダーによって行われ、不満足カテゴリーの判定一致率は84.0%で、kappa係数は0.63であった。これらの不満の主な要因と考えられるのは、1)希望を維持し続けるためのサポートが感じられないこと、2)死に対する態度など、個別性が尊重されていると感じられないこと、3)患者、家族に対するケアの質が低いと感じられたこと、4)スタッフの配置と設備、5)入院を希望した時にすぐに入院できなかったこと、6)ホスピス・緩和ケア病棟についての情報が少ないこと、7)家族の実質的・経済的負担であった。

本研究によって、遺族がホスピス・緩和ケア病棟でのケアに対して抱いていた多様な不満足の原因が明らかにされた。これらの結果を活かし、ホスピス・緩和ケア病棟におけるより良いケアの提供を実現することが求められている。

Journal Club

低用量ダイアモルフィンの使用により、SATを低下させずに
高齢者の特発性肺線維症による呼吸困難感を軽減した調査報告

昭和大学横浜市北部病院 呼吸器センター 高宮 有介

Low dose diamorphine reduces breathlessness without causing a fall in oxygen saturation in elderly patients with end-stage idiopathic pulmonary fibrosis,

S.Allen,S Raut,J Woollard et al: Palliative Medicine; 2005;19:128-130

【背景】

肺癌の呼吸困難感については報告が多くあるが、非悪性肺疾患の呼吸困難感へのモルヒネ導入の研究は少ない。本論文では特発性肺線維症を対象としてモルヒネの効果、副作用が検討されている。英国の一般病院におけるコンサルテーション型緩和ケアチームの報告である。ダイアモルフィンはジアセチルモルヒネ（ヘロイン）であり、英国では医療目的で使用が可能で静脈内投与、持続皮下注入法にて使用されている。経口で投与するとすぐに脱アセチル化され、モルヒネになるのでモルヒネのプロドラッグと呼ばれている。モルヒネ：ダイアモルフィン=1.5～2:1であり、水に溶解しやすく、10mlで6,000mgまで溶解可能である。

【はじめに】

特発性肺線維症の疫学であるが、75歳以上の解剖された人の2%にみられた。75歳以上の患者の予後は発見からわずか2年とされている。治療は困難で唯一、心臓、肺移植があるが現実的ではない。この病気の終末期では多くの患者が呼吸困難感と不安を感じる。しかしながら、呼吸困難感などの症状は疼痛や嘔気のように対応されていない。臨床医はモルヒネの使用に躊躇がある。何故ならモルヒネ使用による重篤な呼吸抑制を心配するからである。ただし、高用量なら確かに呼吸抑制は起こるが低用量ならどうであろうか。この領域ではEBMがない。11例を対象に低用量のダイアモルフィンの投与を施行した。

【対象と方法】

対象の11例は8名が女性であり、平均86歳（78歳～92歳）。診断から平均4.6年（3.1年～11年）であった。7名は介助が必要、3名は看護師の介助が必要であり、1名は歩行器で5mの移動が可能であった。全例にダイアモルフィン2.5mgのワシヨットの皮下注射を行い、前後で評価をした。評価項目は、VAS、脈拍、呼吸数、血圧、SATであった。

【結果】

VASは100mmが15分後に47mmへダウンし、脈拍は12/分減少し、重大な身体的な変化はなかった。また、呼吸数は2/分の減少、血圧は6mmHgの減少、SATは1%の減少があった。皮下注射後、経口モルヒネ徐放剤へ移行し、呼吸困難感の軽減の一方で呼吸抑制はなかった。7名は平均5週間で入院中に死亡した。4名は退院し、ナーシングホームへ転院した。

【考察】

ダイアモルフィンは呼吸抑制なしに呼吸困難感の緩和が可能であった。不安も低下したが、脈拍の低下は抗不安効果だったかもしれない。AbernethyらのCOPDの調査では経口モルヒネの二重盲検法の報告がある。ただし、終末期ではなく救急での数日間の観察であった。この分野での二重盲検法施行は困難性がある。咳については評価しなかった。短期間の観察では結論できないと考えたからで、追跡調査では経口モルヒネへ変更され、咳、とくに夜間の咳は軽減してい

た。また、倫理的な観点から動脈血のガス分析は施行しなかった。

Journal Club

Validation of the cancer needs questionnaire (CNQ) short-form version in an ambulatory cancer setting

名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学

名古屋市立大学病院こころの医療センター 明智 龍男

Cossich T, et al.

Validation of the cancer needs questionnaire (CNQ) short-form version in an ambulatory cancer setting

Quality of Life Research 2004 ; 13:1225-1233

【背景】

がん罹患することおよびがん治療を受けることの双方が、患者の健康やQOLに影響を及ぼすため、がん患者には、身体的、実際の、心理社会的側面を含めた様々なニーズが生じる。このニーズは、時間とともに変化し、個人によっても異なり得る。がん罹患することによってもたらされるアウトカムを測定するために汎用される方法としてQOLと患者の満足感があげられるが、これらは実際の医療サービスのアウトカムとがん罹患および治療過程に関しての患者自身の知覚とを関連づけることができない。それに比して、ニーズの評価を行えば、満たされていない患者のニーズそのものを直接測定することができることに加え、患者側の援助に対する希望の大きさに関する情報を得ることも可能である。The short-form Cancer Needs Questionnaire (CNQ)は、異なる複数の領域を含めたがん患者のニーズを評価するために開発された質問票である。

【目的】

CNQの信頼性、妥当性を検討すること。

【対象と方法】

対象はECOGのPSが2以下の成人がん患者。対象患者に対して、CNQに加え、QOLの評価としてEORTC QLQ-C30を、抑うつ状態の評価としてBeck Depression Inventory short-form (BDI-SF)を施行した。CNQは、32項目から構成される自己記入式の質問票で、心理的ニーズ (psychological)、健康情報に対するニーズ (health information)、身体的および日常生活上のニーズ (physical and daily living)、患者ケアおよび援助に対するニーズ (patient care and support) および対人関係におけるコミュニケーションに対するニーズ (interpersonal communication) という5つの次元のニーズを測定可能である。個々の項目に対して、5段階で評価する形式となっており (1=必要なし/あてはまらない、5=援助に対する高い必要性あり)、0から100点としてスコア化され、高得点ほど高いニーズが存在することを示している。

信頼性、妥当性の検討として、以下の統計学的解析を行った。構成概念妥当性の検討として主成分分析を行い、内的整合性の検討としてクロンバックの α 係数を算出した。また、CNQとEORTC QLQ-C30、BDI-SFとの相関および患者背景 (性、年齢、がんの病期、PS等) との関連を検討した。

【結果】

450人が本研究に参加した。主成分分析の結果5因子が抽出され、各々心理的ニード11項目、健康情報に対するニード7項目、身体的および日常生活上のニード6項目、患者ケアおよび援助に対するニード6項目、および対人関係におけるコミュニケーションに対するニード2項目であった。5因子のクロンバックの α 係数は0.77-0.94の範囲にあった。心理的ニードは、QLQ-C30におけるemotional functioningや全般的QOLおよびBDI-SF等と中等度の強い関連（相関係数が0.30-0.50）を有し、健康情報に対するニードはQLQ-C30におけるemotional functioningと弱い関連（相関係数が0.30未満）を有していた。身体的および日常生活上のニードは、QLQ-C30におけるphysical functioning、role functioning、痛み等と中等度の有意な関連を有し、全般的QOLおよびBDI-SFと強い関連（相関係数が0.50を超える）を有していた。患者ケアおよび援助に対するニードはQLQ-C30におけるemotional functioningと弱い関連を有しており、対人関係におけるコミュニケーションに対するニードはQLQ-C30におけるemotional functioningおよびBDI-SFと中等度の関連、QLQ-C30におけるsocial functioningと弱い関連を有していた。患者背景との関連では、心理的ニードは、性別、がんの病期、PS、治療状況等により差異が認められた（女性、進行期のがん、低いPS、治療中でニードが高い）。健康情報に対するニードは年齢で異なっていたものの（若年でニードが高い）、性別や教育経験との関連はみられなかった。身体的および日常生活上のニードは、がんの病期、PSで異なっていた。一方、対人関係におけるコミュニケーションに対するニードと患者背景との間には有意な関連が認められなかった。

【考察】

CNQIは良好な信頼性および妥当性を有することが示された。

Journal Club

肺がん患者のQOLや安寧を改善する非侵襲的介入（コクランレビュー）

名古屋市立大学看護学部 樺野 香苗

Sola I, Thompson E, Subirana M, Lopez C, Pascual A.: Non-invasive interventions for improving well-being and quality of life in patients with lung cancer.

The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No.:

CD004282. pub2. DOI : 10.002/14651858.CD004282.pub2.

【背景】

肺がんは世界的にみて、がん死亡の主要な要因のひとつである。肺がん患者は、診断が確定した時点で、約55%に遠隔転移があり、25%にリンパ節転移がある。治癒の対象とならない患者の平均余命は約8ヶ月であり、その間、侵襲的な治療やその副作用、疾患の進行に伴う症状によって、身体的、心理的、情緒的健康に有害な影響を受ける。このような症状の改善を目的とした非侵襲的な介入は、症状の心理面と身体面を区別することなく統合的にアプローチを行う。しかしながら、肺がん患者への最適な介入に関するエビデンスは明らかではない。

【目的】

肺がん患者の症状、心理、QOLを改善するための非侵襲的介入の有効性を検討することである。

【方法】

文献検索に用いたデータベース：The Cochrane Central Register of Controlled Trials (The Cochrane Library 2003年第4号)，MEDLINE (1966-2003年3月)，EMBASE (1974-2003年3月)，CINAHL (1982-2002年9月)，CancerLit (1975-2002年10月)，Psyc-INFO (1873-2003年3月)。

文献の選択基準：無作為化比較試験または比較臨床試験であること。対象に他臓器のがんが含まれている場合には、肺がん患者に関するデータが利用可能であること。介入は、専門家によって提供され、穿刺、挿管、切開、内視鏡、薬物療法等を必要としないこと。ハーブ療法は本レビューから除外し、健康補助食品等は経口摂取の場合のみ含めた。

データ収集と分析：2人の研究者が独立してデータを抽出し、814の抄録をレビューした。全文を入手した66の論文について選択基準に適合しているかを、1人がデータを抽出し、もう1人がそれをチェックした。

【結果】

9つの研究が同定され、次の6カテゴリーに分類された：1) 呼吸困難を管理するための看護介入 (2研究)、2) 看護プログラム (3研究)、3) 栄養相談 (1研究)、4) 心理療法的介入 (1研究)、5) 運動療法 (1研究)、6) リフレクソロジー (1研究)。看護介入および看護プログラムは、肺がん患者のアウトカムを改善することを示していたが、5つの研究のうち3つが方法論上十分ではなかった。栄養相談は、経口摂取量の増加を示したが患者のアウトカムを改善しなかった。心理療法的介入は心理的なアウトカムを改善した。運動療法の効果は限定的であり、リフレクソロジーは一時的な効果しか得られなかった。

【結論】

肺がん患者に対する非侵襲的な介入の効果は現時点では不十分である。介入の基礎的メカニズムの説明や、研究デザインの洗練、介入に関係する教育や資源等の実施可能性を考慮する必要がある。

学会印象記

厚生労働省対がん 10 カ年戦略「精神的苦悩」に関する公開討論会報告

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

2005年6月4日、土曜日の午後という時間帯に、東京築地の国立がんセンター中央病院で「精神的苦悩」に関する公開討論会が開催された。この会は、ホスピス／緩和ケアにおける主要な分析視座のひとつである、トータルペイン（全人的苦痛）を構成する要素として知られる、スピリチュアルペイン（本会では暫定的に「精神的苦悩」としていた）の研究者が一堂に会し、お互いの存在を知り合い、更なる研究の促進を図る、という意味で初めての野心的試みであった。当日は、100名になろうという参加者の熱意にあふれていた。

班長である内富先生のオープニングの後の、演題（発表者、敬称略）を列挙すると、精神的苦悩の研究経緯；内富班におけるビジョン；カンファレンスシートとケアリファレンスをういた有用性評価（森田達也）、精神的苦悩に対するアプローチ：現状と展望（赤澤輝和）、スピリチュアリティの概念化；医療者に対する調査（河正子）、実存的苦悩に対する心理・社会的介入の有効性に関する専門家調査（平井啓）、精神的苦悩に対する標準看護計画の作成（井村千

鶴)、看護師を対象としたスピリチュアルペイン・ケアセミナーの効果(村田久行)、日本人の精神的苦悩へのアプローチ:その宗教的自然観を手がかりにして(竹之内裕文・田代志門)、臨床現場で捉える精神的苦悩:事例集の作成(栗原幸江)、精神的苦悩に対するFACIT-Sp質問紙及びロゴセラピーの適用可能性(野口海)、精神的苦悩の緩和に向けて:癌専門病院における精神科医の経験より(明智龍男)、スピリチュアルケアに関する研究方法の検討(田村恵子)、となる。

臨床家と研究者、概念的枠組みや研究対象、方法論などの違いがあり、議論が平行線をたどろうとすることも見受けられたが、進行役の森田先生の卓抜な手腕により、無用な混乱は回避された。もちろん、そのような相違点を認識することが本会の主たる目的のひとつである。性急に何が正しいか、に決着をつける、ということよりも、どのようなアプローチが在りうるのか、について、第一線にある人々が知見を深めることの方が重要であり、早急な結論を求める場ではなかった。むしろ、今後の研究の土台作りという点で、本会は一定の成果を収めたように思われる。このような趣旨で、本会を開催された研究主任の内富先生、森田先生には敬意を表したい。

学会印象記

第13回日本ホスピス・在宅ケア研究会に参加して

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

2005年6月17日から19日までの日程で、被爆60周年を迎えた広島市において開催された第13回日本ホスピス・在宅ケア研究会に参加する機会を得たので報告させて頂きたい。昨年の福島大会は9月の開催で時期がずれたが、6月の広島は入梅したにもかかわらず好天に恵まれた。

開会式に先立ち、広島県が全国に先駆けて開設したデイホスピスを中心とした、広島県在宅支援センターの見学会が開催された。午前と午後の2班に分かれ、それぞれ70名ほどが3時間近くを与えられた。広島市南区の広島県立病院内に新設された病棟は、隅々に行き届いた設計がなされており、スタッフの持つ臨床経験の豊かさを物語っていた。しかし、説明を伺っていると、ホスピスの本質は建物のようなハード面ではなく、いかなる運営を行うかという、ソフト面が問題である。その点でも、所長に本家好文先生、室長に阿部まゆみ先生という、この分野の第一人者を得ていることは羨ましい限りであった。

明けて土曜日の朝9時過ぎからの開会式には、285万広島県民代表の藤田県知事さん、115万広島市民代表の秋葉市長さんの御臨席を頂いたことから分かるように、広島の人々の熱意があふれていた。市民参加、及び専門職との共同作業を目的とする本会では、「先生」と呼んでしまうと罰金という規則の元、市民と専門職が対等、ということに特色がある。参加者も、患者、患者家族、各種NPO代表から、学生さん、僧侶やチャプレンなどの宗教家、ドクター、ナース、リハビリテーション・セラピスト、サイコロジスト、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、そして、ジャーナリストから作家にまで及んでいた。

今回の研究会では「寄り添う心 わかちあう心～私はあなたを一人にしない～」をメインテーマに、シンポジウム、ワークショップ、教育講演、口演、ポスターなど盛り沢山の発表形式であった。多種多様な参加者の経歴を反映して、発表内容も多岐にわたり、その水準も様々であったが、特にポスターセッションは、発表時間、及び、ゆったりとした

空間設定の点で、特記すべきものであった。

参加総数5,400人に及ぶ本研究会を成功に導いた、大会会長の石口房子さんを始めスタッフの方々の御苦労は十分に報われたものと思われる。閉会式の後、中国からの留学生と音楽療法士による、二胡とピアノの演奏に浸りつつ散会することができたのも、粋な計らいを感じた。次回は、2006年6月24～25日に神戸で開催される予定である。

学会印象記

第10回日本緩和医療学会総会 (第18回日本サイコオンコロジー学会総会との合同大会)に参加して

名古屋市立大学看護学部 石黒 千映子

2005年6月30日～7月2日、第10回日本緩和医療学会総会（第18回日本サイコオンコロジー学会との合同大会）が横浜で開催されました。『緩和医療とサイコオンコロジーの原点 患者家族と歩む』という学会テーマのもと、“コミュニケーション”、“疼痛などの症状緩和”、“チーム医療”、“家族や遺族のケア”、“緩和医療やサイコオンコロジーに携わる医療者の卒前・卒後教育”など、多彩な内容のシンポジウムやワークショップ、セミナー、ポスター発表が8時から22時まで盛り込まれていました。ここでは、とくに印象深かった「Bad News をどう伝えるか？」（シンポジウム）についてご報告します。

5年間に6回のがん告知を受けられた関原健夫氏の講演では、毎回の告知に対する心的体験や、丁寧な説明が医師との信頼関係の礎であり患者の闘病意欲を支える力となること、近藤まゆみ氏の講演では、看護師として“伝える側”の医師と“伝えられる側”の患者との関係の調整のみならず、医師と患者それぞれに働きかけることが大切であること、内富庸介先生のがん患者のコミュニケーションに対する意向についての調査結果の報告では、日本では患者自身だけでなく家族も同じ内容が理解できるように配慮して欲しいという意向があったこと、Walter F. Baile 先生の講演では、ロールプレイなど様々なカリキュラムで構成された4日間の合宿形式のプログラムの紹介が印象に強く残りました。Bad News によって直面する“危機的状況”を患者・家族が乗り越えていくためには、伝えるタイミングや時期を検討するといった伝える前の準備、伝える環境、伝えた後の患者・家族の思いを受け止め続けるという継続的な関わりが重要です。そのため、医療者の中で最も患者の側にいることが多く、医師-患者関係の調整や両者への直接的な関与を担う看護師自身も、文化的背景も含めた多角的な視点からの患者理解と、コミュニケーション・対人スキルの向上が大切だと思います。その後、患者よりも先に家族へ告知することについてどう思うかなど、家族とのかかわりに関する意見交換が活発になされ、シンポジウムが終わった後もフロアの外で活発に議論をしている場面に接し、患者と家族双方の思いを汲み取りながら関わることの大切さと難しさを痛感しました。

最後にこのような貴重な学びの場を提供して下さったご関係の先生方に紙面を借りて御礼申し上げます。

学会印象記

第10回日本緩和医療学会・第18回日本サイコオンコロジー学会総会 合同大会に参加して

豊川市民病院 精神科 加藤 健徳

2005年6月30日～7月2日に横浜で開催の第10回日本緩和医療学会・第18回日本サイコオンコロジー学会総会合同大会に参加させていただきました。期間中は湿度の高い梅雨空にもかかわらず、大ホール内は立ち見ができるほどの盛況で、質疑応答も多く、活気・熱気に満ちた3日間でした。合同大会ということもあり、この分野に関心を寄せる多職種の方々が参加されていました。3つのシンポジウム、6つのレクチャー、3つのワークショップ、3つのランチョンセミナーが行われました。各々は大変密度の高いプログラム内容であり、初めての参加の私にとっても大変興味の持てる内容でした。

その中でも、特に印象に残ったのは、初日のシンポジウム「Bad Newsをどう伝えるか」でした。4人のシンポジストの方々が、それぞれがん経験者、看護師、精神科医、コミュニケーションスキルトレーニング（CST）の専門家としての立場から発表されました。がん経験者の関原氏は、ご自身の経験から、「時間は必要だが、人には苦難を乗り越える力がある」「がん診断時より、再発時のショックのほうがはるかに大きい」「がんになっても仕事を続けられたことがよかった」「医療スタッフへの信頼ははじめからあったのではなく、治療関係のなかで作られた」ことを指摘され、最後に「がん患者の心の支えは家族、医療スタッフ、友人、職場などすべての人間関係です」とまとめておられました。関原氏のご参加は、医療従事者間のコミュニケーションが一方視的になりがちな日常診療に、大変いいインパクトを与えるものと思いました。看護師としての立場から北里大学の近藤先生が、「患者を尊重することが全ての基本である」と指摘され、精神科医としての立場から国立がんセンターの内富先生が、患者のコミュニケーションに対する意向調査の結果はアメリカでは6要素であったのに対して日本では4要素と異なっており、それは日本固有の特徴であることを発表されました。最後にMDアンダーソンがんセンターのBaile先生がCSTのプログラムの詳細について紹介されました。質疑応答では、Bad newsを患者そしてその家族に、いつ、どのように知らせるべきかについて議論されました。これらを聴いて、私は医師、看護師、患者、家族のそれぞれの間にBarrierがあり、CSTを活用してそれを乗り越えていくことが不可欠なのだと感じました。

ワークショップ「緩和ケア・サイコオンコロジーの卒前・卒後教育の現状と課題」では、緩和ケアの教育プログラムとしてEducation on Palliative and End-of-Life Care-Oncology（EPEC-O）の紹介があり、この領域への人材供給システムの問題、教育プログラム作成の必要性などについてディスカッションが行われ、同分野のニーズの高さと、今後の更なるシステムの構築の必要性を感じました。

学会2日目には、シンポジウム「緩和医療の最前線」に参加いたしました。その中で、MDアンダーソンがんセンターのBruera先生が、がん患者でみられる症状の多くが多要因であり、それらのうち現在分かっている症状のスキーマの説明、症状の原因を表にすると標的が視覚化され対応しやすくなること、倦怠感に対してメチルフェニデートの投与や水分補給が有効であること、症状緩和についてさらなるデータの蓄積が望まれるなどの発言をされ、個人的には本発表が印象に残りました。

3日目のシンポジウム「終末期をめぐる課題」では、聖隷三方原病院の森田先生が「緩和ケア病棟で精神的苦痛の大きい患者のうち、約20～30%は全身状態がそれほど悪くないにもかかわらず大きな精神的苦痛を伴っている」と報告され、その率の高さが私には衝撃的であったと同時に、重要な問題を示唆しているように思われました。またメモリアルスロン

ケタリングがんセンターのFoley先生が、「米国における死の研究プロジェクト（PDIA）は、この10年に4500万ドルの寄付により運営されている」「米国には囚人のためのホスピスもある」ことを紹介されていました。多くの参加者が、日本と米国との違いに驚嘆していたようでした。

ランチョンセミナー「がん患者の抑うつの評価とその対応」では、名古屋市立大学の明智先生ががん患者の抑うつ頻度、症例提示、スクリーニングとして「つらさの寒暖計」の紹介、医療者の注意点などについて指摘されていました。それは医師、看護師にとって即、役立つ内容と感じました。また、そのセミナーの中では、終末期がん患者の実存的苦痛に対する新たな試みとして欧米で施行されているMeaning-Centered Group Psychotherapy、Dignity Psychotherapyの紹介もされました。

ポスター掲示・発表も大勢の人で混み合っていました。特に発表時にはポスターに全く近づけないほどの人だけになるブースもみられました。また、熱心にメモをとったり、積極的に質問をする参加者も多く見られました。

今回の学会では、その他に法律専門の弁護士や文筆家が発表されたりと、医療従事者以外の講演を拝聴できたことが貴重な経験であったと思います。このような多職種の人々が、緩和ケア、サイコオンコロジーという共通の目標に向かって前向きに取り組んでいくのを拝見して、この分野のニーズの高さと、参加者のエネルギーの大きさ・勢いに圧倒されました。「チーム医療」「患者中心の医療」の体現はこういう場から生まれ、広がっていくのではないかと感じました。

懇親会やプログラム終了後には、この分野の第一線で活躍されている先生方とお話させていただくことも出来ました。このような機会は、学会という場以外になかなか有り得ないことと思います。忙しい3日間でしたが、私にとって刺激になり、大変貴重な機会となりました。本学会に参加することは、緩和ケア・サイコオンコロジーに関心のある若手ドクターやコメディカルの皆様にとって、大変有意義と思います。最後に、私のような若輩医師に貴重で豊かな学習の場を提供してくださった学会関係の皆様へ、感謝申し上げます。

海外便り

「第9回欧州緩和ケア学会」に参加して

国立がんセンター中央病院麻酔・緩和ケア科 高橋 秀徳

このたび、2005年4月7日～10日にかけて開催された「第9回欧州緩和ケア学会」（9th Congress of European Association for Palliative Care：通称EAPC）に参加・発表しましたので、本紙面をお借りして簡単ながら報告します。

EAPCは、会員数5万人（40カ国）という世界最大の緩和ケア関連の学会です。今回の会場はドイツの都市アーヘンという、オランダ・ベルギーに隣接したヨーロッパのほぼ中央に位置する温泉町でした。ドイツの国内緩和ケア学会に引き続いて行われ、総勢約2,500名の参加がありました。本大会のテーマである「Beyond the Border」は、「国家地理的な境界を越えた緩和ケア」という意味のほか、緩和ケアががん患者のみを対象とすることの境界、終末期という境界、また世界的な高齢化に対する年齢的な境界、さらには政治経済的な境界…といったさまざまな境界を越えた緩和ケアへ、という意味を込められたものでした。そして、これらについてのプレナリーレクチャーが計9つ設けられていました。

本学会はRobert Twycross先生の講演「Death without suffering?」によって幕を開けました。ともすれば単なる症状

緩和医になりがちな日常の中で、「What causes you the most suffering?」－何があなたを一番苦しめているのか?－と問う視点の大切さ、すなわち患者の苦しみに医療者が心を寄せ、癒すために力を尽くす緩和ケアの原点を説く先生の姿に大きな感銘を受けました。

その後、シンポジウムやワークショップが8会場同時に進行し、会場選に難渋しました。結果的には疼痛、呼吸困難、スピリチュアルケア、緩和ケア教育などのセッションに参加しましたが、いずれにも共通して言えることは、欧州といえども緩和ケアの状況は各国でそれぞれ異なっているということでした。そういった差は日本国内の施設間においても感じますが、さらなる緩和ケアの発展のためには国内外の「共通の基盤」、すなわち国際的なスタンダードといえる緩和ケアを、研究と教育を軸にしてしっかりと確立していくことが重要であると強く感じました。

ポスター発表は2日間で計410ありました。このうち日本からの発表は私を含めて3点でした。発表の内容とは全く関係ないのですが個人的に気になった点として、日本以外のほとんどの国の発表者が、A0サイズの巨大用紙を用いた一枚型ポスターを採用していたことがあります。わが国の発表が従来のスライド形式で一枚一枚印刷したものを貼っていたのに対して、一枚型ポスターの栄えの良さやレイアウトの技巧に感動してしまいました。A0ポスターは作成に多少時間とお金がかかり、日本国内の学会ではまだあまり普及していないようですが、次回はぜひ挑戦してみたいと思います。

この学会は2年に1回の頻度で行われており、学会期間中にはディナーパーティーや教会を貸しきってのコンサートなど、研究者同士の交流を深めるための様々なソーシャルイベントも催されます。

次回の2007年はハンガリーのブダペストにて行われる予定です。また、端境期となる来年度（2006年）は緩和ケア分野の研究面を中心に扱う「4th Research Forum of EAPC」がイタリアのベニスにて開催されることになっています。詳細は本学会のホームページ（<http://www.eapcnet.org/>）をご参照ください。

どうぞ今後ともご指導ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。

書評

ホスピス医に聞く一般病棟だからこそ始める緩和ケア

著者 池永昌之／MC メディカ出版

カレスアライアンス 天使病院 外科 中島 信久

がん患者の90%以上が、緩和ユニットを持たない一般病棟でその最期を過ごされるという現実を考えると、そこで働く医療スタッフが緩和ケアの基本的知識を得ることはとても必要である。緩和ケアに関する優れたテキストやマニュアルは数多く出版されており、充実した内容ゆえ、それらから多くのことを学ぶことができる。しかし、現状はといえば、自分の専門科の日々の仕事で手一杯であり、緩和ケアの学習に十分な時間をかけることができないというのも事実である。どうすれば、こうした立場にある多くの医療スタッフに緩和ケアを普及させることができるのかということは重要な問題である。

最近、緩和ケアの概念を、救急医療に準えて、1次、2次、3次に分類して捉える考え方が広まってきている。この考え方によれば、一般病棟での緩和ケアの基本は「1次ケア」であり、そこに関わる全ての医療スタッフが学んでおかなければ

ばならないプライマリなものである。

本書では、まず総論として、長い経過の中での患者、家族との関わりから、「一般病棟だからこそ作れる信頼関係」について述べ、それをもとに実際に現場でよく遭遇する問題点とその具体的な対処の方法を説明している。続く各論では、「疼痛マネジメントの実際」、「コミュニケーションの方法」、「スピリチュアルケア」などについて、Q&Aをベースに図表を加えることで、日常臨床の場で多くの人が知りたい点、悩んでいる点について、実地的な解説をしている。特に、「コミュニケーションの方法」の部分では、インフォームド・コンセントの本来のあり方やBad Newsを伝える場面での問題点とその対応などについて、初学者にもわかりやすく記述されている。

ボリュームとしては他のテキストやマニュアルよりも少ないが、コンパクトな中に、目の前の現場ですぐに役立つノウハウが過不足なくまとめられている。研修医やプライマリケア医を始め、多くの医療者がこの本で学ぶことにより、一般病棟における明日からの緩和ケアが充実していくことを期待している。