



日本緩和医療学会 ニュースレター November 2005 29

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

緩和ケアにおけるケアの本質—meet in KOBE, 2006—

兵庫県立大学 看護学部 内布 敦子

兵庫を拠点に 2006 年 6 月 23 日、24 日の本学会総会に向けて準備をさせて頂いております。現在、14 名のプログラム委員の先生方と 6 名の事務局実行委員との話し合いで、参加者の皆様がケアの本質に出会うことができたと感じて頂くためにどのような仕掛けが必要か、試行錯誤を重ねているところです。

さて臨床で患者さんに対応しておられる医療職の方々はどうのような切り口でケアの本質に出会うのでしょうか？私も含めてですが、医療従事者は医療の現場にはいるととたんに患者さんの文化を無視して、医療従事者の価値観を押しつけます。しかも悪気なく、むしろ善意でやるわけで、それがかえってやっかいなのだと思います。なぜか病院の空気にはそうさせる何かがあるようなのですが、誰もそれと闘うことはできません。本当に膠着した不思議な文化です。まだ看護師 2 年目の時（25 年以上前の話で恐縮ですが）に同僚が提出した事例に非常に違和感を覚えたことを思い出します。尿意はあるが尿失禁のある術後の高齢の女性患者さんに、尿器とおむつで排尿するか留置カテーテルを入れるか本人の意見を聞いたら、「自分にはどちらが良いか判断できない」と言われたそうです。しかし同僚は本人に決めさせることが最も良い看護だと思っていたので決定を迫り、患者さんは泣き出しました。術後数日目で自分がどれくらい動いて良いのか、それが手術の回復を妨げないのか、カテーテルを入れると何か悪いことが起こるのか看護師の説明ではわからなかったのですが、「決定はあなたがしなさい」と言われ、戸惑っていました。しかし、この看護師は、患者さんは感情を発露（看護師の前で泣いた）してくれたので、良かったと報告していました。また、大腿骨転移痛コントロール目的で入院した人が、陶器のお茶碗がのった重いお膳を食事のたびに運ぶのを見た看護学生が、加重負担になると判断して手伝おうとするのをある看護師が「退院したら自分で何でもしなくてはいけないのだから、手伝わないで」と制止してしまったこともありました。これらの例はあまりにも拙劣な看護師のしたこととして片づけられるのでしょうか。現場にはケアと信じてやっているがケアになっていない、むしろ拷問のようにになっている医療者の行為がたくさんあるのではないかと思います。ケアのバリエーションや戦略は多くて結構だと思うのですが、ケアの本質を共有できないまま多職種が仕事を展開すれば、悲劇は患者さんに起きます。そしてその悲劇は積み重なって私達医療者を襲います。ケアの本質に立ち戻ることは患者さんのためだけではなく私達自身の救いにつながるのだと思います。

次の総会では、ケアを紐解くためにケアの理論家、文化人類学者、現象をとらえる質的研究の第一人者の方々に、私達がケアの本質に立ち戻ることを助けて頂けるご講演をお願いしています。抄録の締め切りは、例年通り2月下旬頃を予定しています。第11回総会ホームページを時々チェックして下さい。

(<http://www.intergroup.jp/~conv/kanwa2006/>)

2006年6月23日、24日、神戸で皆さんをお待ちしています。

特別講演2

がん研究・がん診療・がん経験

演者：国立がんセンター名誉総長／東邦大学名誉学長 杉村 隆

司会・報告：熊本労災病院 小川 道雄

一人ひとりのがんは皆異なる、多段階発がんといっても一つひとつのがんは違っている、という導入から、杉村先生の特別講演ははじまった。現在はがんの半分は治るが、そのうちの約80%（全体の約40%）は外科的に病巣を摘除したものである。残りの大部分は放射線治療による治癒で、抗がん剤は開発に費用がかかるが、グリバック以降20年間、効果のある薬剤は開発されていない、がん細胞内のシグナル伝達の異常が明らかになった現在でも、分子標的薬剤が開発されないのは、一つひとつのがんが異なるからだ、と指摘された。

ついでご自分のがん経験に触れられた。41才のときの膵臓がんの疑い、59才の肺癌の疑い（他の人のフィルムと勘違いされた当時の国立がんセンターの石川総長から予告告知までうけた）における気持の動揺、一昨年胃がんの診断をうけ、予定していた講演をすませてから、胃の全摘手術を受けたこと、組織学的には、がんの先進部が一部粘膜下層に入っており、摘出したリンパ節に転移はなかったが、そこをすり抜けてどこかに入り込んでいるがん細胞があるかもしれない、とたんたと組織標本を示して話された。そして胃全摘術後には、食物が食道からいきなり小腸に流入することからくる消化吸収や経口薬剤の代謝の変化が大いにかかわらず、それに関する研究がほとんど行われていないこと、現在のトランスレーショナル・リサーチとは逆方向の研究も重要であることを強調された。

さらに国立がんセンターの歴代総長のうちがんで亡くなられた4名のお名前、がんセンターに勤務した医師のうち、がんで亡くなった方のお名前、年齢、がんの病名の一覧を示して、注意を喚起された。多くの著名ながん専門医、研究者ががんで亡くなっていた。その中には私も親しくして頂いた方も多く、また若くしてご専門のがんで亡くなられた方もあった。

最後に「なぜ国家は衰亡するのか」（中西輝政著、PHP新書）を内ポケットからとり出して示され、国家の衰亡と同じく、現在の医療界も衰亡の危機にあると締めくくられた。

JR福知山線の痛ましい事故の原因は、制限速度オーバーという人為的なものであるらしい。しかしその背後には経済性優先、効率化追求があると考えられる。医療でもそれが最優先され、総医療費の枠が定められようとし、在院日数の短縮や人的・物的なスリム化がすすめられている。このままでは医療の安全性が損われ、萎縮医療への道を歩み出しかねない。日本の医療を指導する高いお立場から、杉村先生にこのような誤りを正す発言を繰り返して頂くをお願いして、特別講演のお礼の言葉とした。

レクチャー4

EBM

司会・報告：埼玉医科大学呼吸器内科 小林 国彦

緩和医療は、臨床研究により明らかにされたevidence based medicine (EBM) で診療を行いにくい分野である。これは、緩和治療期の患者を対象とした大規模な比較第III相試験がやりにくいためと考えられ、narrative based medicine (NBM) に頼らざるを得ない状況である。しかし、緩和治療技術の有用性を証明する手法の発達に伴ってこの分野でもEBMを作り出す時代となった。爽秋会クリニカルサイエンス研究所の瀬戸山修先生のレクチャー4「緩和医療へのEBMの応用-その可能性と限界」では、とくに、痛みなどの症状の評価やquality of life (QOL) などの客観的に評価できるアウトカムを使用できる時代になったこと、および、これらの患者データを各施設共通で蓄積し解析することにより意義のあるエビデンスを生み出せることを示された。一方、比較試験だけがエビデンスではなく、患者データベースの解析によってエビデンスが得られることも示された。結論として、いずれの方法によって得られたエビデンスでも、患者に適切に評価された緩和医療を提供することの重要性を強調された。

ちなみに、日本緩和医療学会では、2006年早春にその学会雑誌を電子ジャーナルで発刊予定であり、学会としてもEBMを記録・蓄積することになります。会員によるEBMの構築を期待します。

ランチョンセミナー3

The Impact of Cancer Pain Management on the Patients and Caregivers 患者とケア担当者に与えるがん疼痛治療の影響

演者：Memorial Sloan-Ketteringがんセンター Dr Kathleen M Foley

司会・報告：埼玉医科大学 武田 文和

がん疼痛マネジメントの世界の第一人者であるFoley博士は、来日のつど日本のがん疼痛治療に大きなインパクトを与えてきた。立案から25年経つWHOがん疼痛救済プログラムの当初からWHO委員を務め、WHO方式がん疼痛治療法を起案したWHO会議のすべての議長を歴任したという専門家である。今回の講演もわが国の医療機関すべてが参考とすべき具体的な話であった。

要約すると、1) がん患者の痛みの多くが不適切にしか対応されないことが未だに少なからずあり、患者のQOLに大きな打撃を与え、抑うつ、行動の制約、ケア担当者への依存などを増大させ、ケア担当者自身の悲嘆も強め、超終末期のケアへの自信をなくさせている。2) しかし、適切に教育されたケア担当者は自らの役割を自覚し、学んだことを適切に活用するので、患者は良好なQOLに復帰し、痛みからの解放はしばしば生存期間の延長につながる。3) がん患者の痛みの発生頻度が高いのに、適切な治療の実施を妨げる阻害要因の多くが除去されきれていない。4) 痛みの治療は、痛みの消失、日常活動の回復（できれば仕事へも復帰）を目標に、副作用の防止、薬の異常使用行為の抑止を念頭に行う、など。

さらに最近の主な話題として、がんの痛みの発生頻度の把握（成人および小児）、痛みの評価アルゴリズム、薬の体液中濃度と鎮痛効果や副作用との関連、新製剤や新機材の工夫、鎮痛補助薬使用のガイドライン作成、動物モデルを用いた痛みの発生機序解明に基づく薬の使用法の改善、遺伝子レベルの差によるオピオイドへの反応性の個人差、オピオイド投与量の上限設定の撤廃、オピオイドローテーション、NMDA受容体、オピオイドによる便秘の選択的防止薬 methyl naltrexone などについて言及した。そして痛み治療・緩和ケアプログラムのさらなる普及が必要であり、医師と看護師からなる緩和ケアチームが良質で包括的な症状緩和法を提供していけば、全体的な痛み治療の質の向上にも貢献すると述べた。

ランチョンセミナー5

The Latest Pharmacotherapy for Cancer Pain, 癌性疼痛に対する最新の薬物療法

演者：University of Texas MD Anderson Cancer Center Eduardo Bruera, M.D.

司会・報告：金城学院大学学長 柏木 哲夫

緩和医療は症状のコントロール、精神的ケア、スピリチュアルケアなど広い領域をカバーしているが、症状のコントロール、特に痛みのコントロールは古くて新しい課題である。様々な疼痛コントロール法が導入されているにも関わらず、コントロールが難しい疼痛が存在することは臨床の第一線にいる者はすべて経験していることである。それ故に緩和医療の内外の学会、研究会では疼痛コントロールに関するプログラムが組まれる所以である。

今回、第10回日本緩和医療学会においても、ランチョンセミナーという形で、Dr. Brueraに癌性疼痛に対する最新の薬物療法についての講演を御願した。Dr. Brueraはご存じのように、米ヒューストンにある M.D. Anderson Cancer CenterのPalliative Care部門の責任者である。送られてきた彼の業績リストを見て驚いた。論文343編、国際学会での発表588である。彼の名前は緩和医療関係のジャーナルでよく見かけていたが、これほどの数の論文を書いていたとは驚きであった。

さて、今回の彼のレクチャーでは癌性疼痛に対する最新の薬物療法がかなり広範に述べられた。その中でも、様々なオピオイドの効果に個人差があることが強調された。さらにオピオイドの副作用に対する新しい薬物療法が紹介された。また、研究の進歩に伴って、opioid rotationがかなり早く行われるようになったことが示された。morphine, oxycodone, fentanyl, methadoneなどが使えるようになりオピオイドの数が増えれば、それだけopioid rotationが容易になる。副作用もオピオイドの種類によって異なるので、工夫すれば副作用少なく鎮痛効果が期待できるようになった。レクチャーでは薬物療法が効きにくいchemical coping(新しい言葉で、アルコール依存症で代表される、ストレスに対処するためにアルコールや薬物に依存すること)やsomatization, deliriumについても述べられた。

シンポジウム1

Bad Newsをどう伝えるか？

司会： 埼玉医科大学 武田 文和
国立がんセンター研究所支所 内富 庸介

がんの診療情報はbad news（悪い知らせ）が多く、それは誰にとっても「いやな知らせ」である。しかし、この真実を患者本人が知ってこそ患者の意思を尊重した医療が実現し、患者本人が自分の生き方を自分で決められることになる。本シンポジウムでは、bad newsを患者の心にどう軟着陸させるかとの視点で4名の演者が討論した。

最初の演者は、長年の患者体験を持つ関原健夫氏である。1984年ニューヨークで肺がんの手術を受け、主治医から「リンパ節転移が多く、5年生存率は20%」と告げられ、「早晚死ぬ」と思い、震えたという。そのうえ86年から90年にかけて国立がんセンターで2回の肝転移と3回の肺転移の切除術を受けた。しかし真摯な態度の主治医から納得のいく形で真実を最初から伝えられ、先人の闘病記や死に様にヒントを求め、がん情報を集め、自分の生き方や治療の限界、万一の場合の覚悟に至った体験をつぶさに話され、人間は厳しい事実を乗り越えて強くなるが、その大前提は正確な情報と患者を最後まで支えるとの医師の姿勢であると結ばれた。

近藤まゆみ氏（北里大学）は、看護の役割に視点をあて、伝える人と伝えられる人との信頼関係は患者に日々向き合う医療チームの各メンバーの姿勢に左右され、これに伴うストレスはメンバー同士の支えあいで解消していくと述べた。

内富庸介氏(国立がんセンター)は、bad newsを伝えられているがん患者対象を調査し、患者はbad newsをはっきりと伝えられて理解し、治療や日常生活への影響を医師と話し合うことを強く望み、家族への配慮も求めているが、余命についての話し合いの意向の有無の事前予測は困難であったと報告した。この調査に基づいて作成した介入プログラムも示した。

Walter F Baile氏（MD Andersonがんセンター）は、4年間に150名の臨床腫瘍医に行った5日間の教育プログラムの成果を紹介した。このプログラムはbad newsの伝え方、緩和ケアに重点が移る時期や超終末期の諸問題などについてのコミュニケーションスキルなどからなるが、bad newsの伝え方のスキルは教えることができ、学ぶことができると強調した。

（報告：武田 文和）

パネルディスカッション

代替療法

司会・報告： 国立病院機構四国がんセンター（現 筑波大学） 兵頭 一之介

本学会においてパネルディスカッションにこのテーマが取り上げられるのは2回目である。初回は第7回総会(松山)で「緩和医療における代替療法の現状と問題点」につき討論が行われている。今回の学会では「緩和医療に有用な代替療法」を会員へ紹介することに主眼を置き、東京大学の河先生とプログラムした。京都府立医大の今西先生には代替医療総論を解説いただいた。さらにアロママッサージの研究からストレス軽減、うつや不安の軽減、免疫能増強、QOL改善な

どさまざまな効果があり、緩和ケアの多くの場面で使用可能であることが紹介された。緩和ケアにおける漢方の役割につき三谷先生(京都府立医大)に方剤決定のプロセスを症例提示しながら説明いただいた。基本として陰陽、虚実の判定、寒熱や気血水の判断に基づき西洋医薬に加えて作用の弱い漢方薬から処方するとされた。その他、がん性疼痛に対する鍼灸(明治鍼灸大学、篠原先生)、健康食品に関する注意点(大阪大学、大野先生)、緩和医療におけるリラクセーション(福島県立医科大、荒川先生)を解説いただいた。緩和医療という総合的な全人的なケアを提供する分野において、とりわけ代替医療は大きな役割を担うことが期待されている。しかし、今回取り上げられた療法が全国どの病院でも実施できるわけではない。また漢方や健康食品など患者の期待の集まる療法においては薬理作用が不明、品質管理が一定でない、臨床試験が計画し難いなどの多くの問題が残されている。今後、この分野の多くの研究を通じて本学会から質の高いエビデンスが発信されることと、その成果が普及することを期待している。

イブニングセミナー

緩和ケアと疼痛マネジメントの進歩

演者：Memorial Sloan-Kettering Cancer Center Nessa Coyle, RN, PhD, FAAN

司会・報告：静岡がんセンター 緩和医療科 栗原 幸江

学会初日のイブニングセミナーでは、Memorial Sloan-Kettering Cancer CenterのPain and Palliative Care ProgramのディレクターであるDr. Nessa Coyleにより、特に疼痛マネジメントの領域で、種々のプログラムを立ち上げ、教育・啓発を推進してこられたご自身のご経験を踏まえてお話いただいた。

症状緩和は緩和ケアの根幹をなす重要な領域であるが、緩和ケアが対象とする種々の身体症状の中でも最も研究が進んでいる領域として「痛み」を取り上げ、疼痛マネジメントの進歩の軌跡について述べられた。新薬の導入、薬物動態の理解、オピオイドローテーション、投与経路の変更など、疼痛マネジメント技術は着実に進歩をとげてきたが、にもかかわらずほぼ30年たった現在においても「不十分な疼痛コントロール」は引き続き重大な問題であることに触れられた。知識や技術の進歩「にもかかわらず」国全体では「痛みのコントロールが不十分」とされる背景には、1) 痛みに対する医療スタッフの知識が十分でない、あるいは態度が不適切である；2) 患者や世間一般に鎮痛薬に対する誤解がある；3) 疼痛マネジメントがシステムとして医療機関で十分に取り入れられていない；4) 法的規制が足かせとなる、などがある。そしてこうした問題の是正には、各医療機関がきちんと疼痛マネジメントをシステムとして導入することが重要であることが示唆された。具体例として、氏の勤務するスローンケタリング・キャンサーセンターにおける疼痛マネジメントプログラムの導入についてお話いただいた。

全米疼痛協会(American Pain Society)によるガイドラインを元に、1) 痛みの動向を的確に早急に認識するために、患者の検温表に疼痛評価を加える(現在の痛みの有無と程度、過去12時間の痛みの有無、現在の鎮痛に対する患者満足度)；2) アルゴリズムの作成；3) 各病棟における鎮痛薬の換算表の掲示やイントラネット上の情報提供；4) 疼痛アセスメントの徹底や疼痛緩和についての患者教育用資料の提供；5) 各病棟における疼痛コントロール機器の配備とトレーニング、およびプログラム運用の促進などを盛り込んだパイロットプロジェクトを立ち上げ、その効果を検証した。

院内改革というのは簡単なことではない。異なる教育背景をもつ多職種に理解をもとめ、新しいプログラムを導入する際に、「データに基づいた客観的な報告によって、医師と対等にコミュニケーションをとっていく」「他職種と力を競うのではなく協力体制をとっていく」という姿勢を示唆した氏の言葉には、日常臨床で患者の生の声に耳を傾け、症状のつらさを目にする看護師が「臨床現場のデータ」を力に改革の中心になりうるのだという実践の説得力があった。疼痛マネジメントに対する院内改革推進というプロセスを具体的に示してくださったこのセミナーでは、看護師のみならず多くのスタッフが「臨床とリサーチの協働」による力を再確認し意欲を新たにしないかと思う。

公開討論会

がん性疼痛のための全人的ケア：チーム医療とそれぞれの役割

演者：Memorial Sloan-Kettering Cancer Center Dept. of Neurology

Kathleen M. Foley, MD

Nessa Coyle, RN, PhD, FAAN

司会：国立がんセンター中央病院 麻酔・緩和ケア科 下山 直人

静岡がんセンター 緩和医療科 栗原 幸江

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学会とJapan Partners Against Pain(JPAP)との共催で、初日最後のプログラムとして公開討論会が催された。がん性疼痛および緩和医療の領域で世界的に有名なDr. Foley とDr. Coyle両氏のお話を合わせて聞けるとあって、20時という遅い時刻の開催にもかかわらず多くの参加者があったこと、また時差を物ともせず熱い思いを展開されたお二人のエネルギーに感心させられた。

まずDr. Coyle からは緩和ケアに関わる看護師の役割についての話があった。アセスメントとモニタリング、ケアプランの立案とコーディネート、患者家族に対する教育、スタッフに対する教育とコンサルテーション、問題解決の推進、院内変革、リサーチと多岐にわたる役割の数々は、氏自身が日常臨床で患者の生の声を聴き、症状のつらさを目にし、そうした実態を「臨床データ」という共通言語に置き換え、ケアの質向上のためのプログラムを院内のみならず地域に根付かせていったという経験に基づく説得力をもって伝えられた。また症例提示をもとに多職種協働の動きとその中での各職種の専門性の尊重と円滑なコミュニケーションの大切さが語られた。

Dr. Foleyからは、氏の勤務するMSKCC内のPain and Palliative Care Serviceの活動を通じた緩和ケアチームの役割、緩和ケア専門研修、終末期ケアのパスとそれに伴う「終末期ケアの指示フォーム」の導入、アメリカにおける緩和ケアの進歩などについての話があった。緩和ケアチームの動きが院内における緩和ケアの啓発活動となることを示す例として、終末期ケアのパスと指示フォームの導入が医療スタッフに対して「患者の限られた時間を認識し、適切なケアを提供する機会を確保する」ステップとなること、またMSKCC内の緩和ケア病棟と一般病棟とを比較し、緩和ケアの導入により患者のQOLが向上し満足度が高まるのみならず、医療費削減にもつながるというメリットがあるということが提示された。「死を否定するアメリカ社会の中で、終末期医療に対する一般市民の意識を高める」ための数々の活動についても触れ、こうした活動を継続することにより「質の高い緩和医療を求める声」を国民の中からはぐくんでいくことが、緩和ケアの啓発につながるのだと結ばれた。

余談ではあるがアメリカでは緩和ケアチームのコアメンバーとしてソーシャルワーカーが、特に心理社会的サポートを担う役割を果たしている。今回の討論会でのやり取りが、臨床現場における「医師-看護師-ソーシャルワーカー」間のやり取りの雰囲気とオーバーラップするものとしてほんの少し伝わったら幸いである。緩和ケア領域には、患者の生命の終焉に伴うさまざまな課題が喚起され、その対応には多職種の専門性が求められる。その施設ごとのニーズに合わせて構成される多職種チームが、それぞれの専門性を活かし、施設内のみならず周辺地域の緩和ケアの啓発への推進力となりうる。Dr. FoleyとDr. Coyleから多大なエネルギーと励ましを頂いた参加者は多かったのではないかなと思う。

(報告：栗原 幸江)

一般演題（口演）1

痛みの緩和（評価、治療、副作用）

司会・報告：東京大学大学院医学系研究科外科学専攻
生体管理医学講座麻酔学 有田 英子

2005年6月30日14:45～16:10に行われた長時間のセッションであったが、多数の参加者があり、席がなく立っておられる方が非常に多かった。7演題あり、評価に関する演題が4、治療に関する演題が2、副作用に関する演題が1であった。

治療に関しては、新潟県立がんセンター新潟病院麻酔科の丸山洋一先生が、がん専門診療施設におけるオピオイドの使用状況を報告された。モルヒネ、フェンタニルが主として入院ベースで使用されており、オキシコドンの使用は今後増加の見込みであることが報告された。群馬県立がんセンター緩和ケア支援チームの河野至明先生は、フェンタニルパッチからのオピオイドローテーションについて話された。70%近い患者で増量が間に合わず、モルヒネ皮下投与に変更する実体があり、また、モルヒネ経口製剤への変更も安全に可能であることが示された。

副作用に関して、埼玉県立がんセンター緩和ケア科の金丸圭祐先生が、オピオイド持続投与時の嘔気予防に塩酸ヒドロキシジンとハロペリドールの併用が有用であることを報告された。嘔気は患者にとっては重大な副作用であり、参加者のよい参考になったと思われる。

評価については4題あった。長崎大学医学部・歯学部附属病院麻酔科・緩和ケアチームの富安志郎先生は、モルヒネ内服時のレスキュー量を1日使用量の1/6を基本に5の倍数で計算し、その有効性と安全性を評価した結果、適当であるとの結論を得られた。北里大学医学部麻酔科Team KANWAの近藤尚子先生は、腎尿路系および骨盤内臓器原発腫瘍においては予後1ヶ月以内の腎機能（Ccr）が著明に減弱し、モルヒネ投与に注意が必要であることを示された。名古屋大学大学院医学系研究科の深谷陽子先生と自衛隊中央病院看護部の菅原恵子氏は、痛みの程度の評価について報告された。深谷先生は簡単な操作で痛みの程度を記憶する新しい痛み計について、また、菅原氏は赤色を加えた疼痛スケールについて発表され、主観的な痛みの程度を評価することの難しさを再認識するとともに、痛みの程度の評価法の改善が期待された。

以上、いずれの発表も興味深く、質疑応答が活発に行われ、予定時間を超過した。立ち見席の参加者も最後まで熱心に耳を傾けておられ、緩和医療の今後のさらなる発展に思いを馳せた。

一般演題（口演）5

家族・遺族ケア

司会・報告： 福井県済生会病院ホスピス 谷 一彦

このセッションでは家族・遺族ケアについての研究と取り組みが報告された。

05-1は「死について語り合うこと」が悲嘆過程に影響を及ぼす可能性についての検討で、話し合いのできた家族は健全な悲嘆過程をたどっていたとの報告であった。一緒に話し合えるかは、本人・家族の受容が良好なことの現れといえる。受容ができてから、死についても避けることなく話をするができるし、良き悲嘆もできるということを意味しているとも言える。話し合えなかった家族の要因として、受容の問題と家族関係があげられていたが、そうした問題への取り組みをさらに期待したい。

05-2は終末期にあるがん患者と家族へのライフレビュー支援に関する研究。ライフレビューの効果を家族ケアの視点からもとらえた興味深い研究で、まだ症例が少なく限定的な結果であったが、家族の凝集性が高まることが報告された。ここでも家族関係の問題があげられ、そうした点についての更なる検討が期待される。

05-3は緩和ケア病棟での死別家族の悲嘆、特に社会的支援を含めた諸因子が抑うつと外傷後ストレス症状に及ぼす影響についての研究。遺族に対する質問紙調査により、うつ（SDS）と、PTSDの診断基準を満たすものではないが、侵入症状や回避症状など（IES-R）と社会的要因の相関を調査した大変意味のある研究であった。海外の報告でも、死別後の病的悲嘆の危険因子として孤立、経済事情などの社会的要因があげられており、今後のさらなる研究が期待される。

05-4は家族ケアにおける看取り後の「湯灌」の役割についての報告で、病棟で湯灌まで行う取り組みと、多くの家族が同意されていることが注目された。湯灌という儀式が家族の死の受容の助けになることと、スタッフの仕事量の軽減にもつながることが報告されたが、業者任せになってしまう問題があげられ、湯灌を病院で行うことの意義についても少し検討が必要と思われた。

05-5は癒しの場となるエンゼルメイクを目指して～看護師のスキルアップとコミュニケーション充実の関連性～との報告で、エンゼルケアが患者を偲べる場となるための看護師のスキルアップの取り組みと、それによるスタッフの自信と意欲の改善が報告された。

家族・遺族ケアは緩和医療の現場で今後さらに力を入れていくべき分野であり、今回の家族の悲嘆に関する諸研究や、死後のお見送りまでの色々な取り組みがグリーフケアを考える上で参加者のよい参考となったと思われる。

一般演題（口演）6

調査・研究

司会・報告： 和歌山県立医科大学 月山 淑

「研究・調査」の口演では4題が口演発表された。

和歌山県立医科大学の月山らは、認可緩和ケア病棟の医療者に関するアンケート調査の結果を発表した。80施設中55

施設のみに専従医師がいた。認定看護師・専門看護師の両者がいる施設が1施設、どちらもいない施設が多かった。緩和ケア参加職種は1～9とばらつきが多く中央値5であった。緩和ケア病棟の質の点から従事者の数・職種数・質が患者・家族の満足度にも影響を及ぼすことは多いに考えられることであると思われる。

福島赤十字病院の出羽らは、福島市在住一般市民1,000名と福島市内に勤務する全医師（県立医科大学を除く）への終末期療養場所に関する大規模アンケートの結果を報告した。療養場所・死亡場所とも自宅を希望する市民・医師が多く、市民では療養場所は自宅以外、死亡場所は自宅を希望する方が19%あり死ぬのは自宅という考え方があることを示唆した。自宅での療養が困難なり理由として家族に迷惑がかかる、病状悪化時に困る、経済的負担が大きいことが上げられていた。

静岡県立静岡がんセンターの高田らは、がん専門病院としてセカンドオピニオン（S0）実施の状況を報告した。よろず病院相談窓口でMSW3名、Ns1名、事務職1名体制で対面及び電話・メールなどの相談を受けている。相談件数が平成14年度 3,625件から平成16年度 8,952件へ、S0実施件数も427件から1,164件と増加していた。前相談としてよろず相談が出来ることが患者・家族には問題の明確化し、より適切な受診・S0が受けられるメリットであるという報告であった。

横浜市立大学薬剤部の大柄根らは、がん症状緩和目的入院患者への薬剤師の関わりを報告した。治療を目的としない患者にどのように関わるかは重要な問題であると思われる。83名の患者を対象とし、うち麻薬使用者56名中11名が麻薬に不安を感じていた。専門性や書面を使うことで薬剤師からの説明により安心したという意見が聞かれた。終末期にも面談することにはチームの一員としても意味があるという報告であった。

ポスターセッション I-A-08～14

緩和ケアチーム2

司会・報告： 国立がんセンター中央病院 麻酔-緩和ケア科 村上 敏史

緩和ケアチーム2は主として一般病棟における緩和ケアチームの活動の現状とその課題についての報告であった。

白石好らによる「一般消化器外科病棟における緩和ケアチーム介入の検討」は、QOL評価を本人の意思を尊重した上で緩和ケアが有効であったかという視点で評価し、最後までQOLが保つためには患者自身のギアチェンジの認識と家族の積極的な協力が重要であることを明らかにした。

林容子らは「一般病院での肺癌治療におけるチーム医療の試み（告知、抗癌剤治療から緩和まで）」において多職種参加型のチーム（肺癌チーム）を結成し、定期的なカンファレンスの現状報告を中心に、緩和ケアにおける多職種カンファレンスの重要性・問題点を提起した。

吉澤一巳らの「Pain Management Team活動報告（第3報）：間歇PCAを用いたがん性疼痛対策」においては薬剤師の観点から院内で安全かつ効果的に鎮痛を図る方法としてPCAを用いた方法が紹介された。PCAデバイスの改良や院内広報などによる安全な運用の確立について述べられている。

「大学病院における緩和ケアチームによるコンサルテーションの実態」において、入江由美子らは、コンサルトの現状を報告するとともに、コンサルトに対する提議の実施率を元に依頼科とのコミュニケーションの重要性を示した。

「大阪医療センター緩和ケアチーム「がんサポートチーム」の活動報告と介入効果」では、サポートチームの質の評価

としてSTASを使用し、チーム医療がいかに重要であるかが示された。

江口成美らによる「当院における「緩和医療を考える会」の実践報告」では院内での緩和ケアの重要性を院内スタッフに広めるため、勉強会をどのように進めれば啓発・教育の一端を担えるかについて興味深くまとめられていた。

細川員巳らの「緩和ケアチームの活動報告」は他の報告が院内向けのものであったのに対し、院外（地域）に対してどのように普及させていくかという報告であり、地域連携の重要性について考えさせられた。

以上、誠に簡単ながら緩和ケアチーム2においての報告をまとめた。いずれも珠玉のものばかりであり、非常にためになるものであったことをここに記す。

ポスターセッション I-D-07~13

痛みの緩和4

司会・報告：千葉大学医学部附属病院 麻酔・疼痛・緩和医療科 田口 奈津子

当セッションは、がん性疼痛の中でも治療に伴う痛みの緩和に焦点を当てたセッションであった。順不同での紹介となるが化学療法や放射線治療に伴う口腔内の粘膜炎にたいする各施設での工夫を紹介するものが7演題中5題であった。最初に横浜市立大学附属市民総合医療センターの縄田修一らにより、頭頸部癌患者の化学放射線療法による粘膜炎の発生率が100%に近いこと、NSAIDsやオピオイドの経口薬で疼痛コントロールを行っているが、痛みのため経管栄養や静脈栄養に変更されている症例が多いことが報告され、よりよい鎮痛方法の検討が必要であることが再認識された。その治療方法に関しては、神戸市立市民病院の岡田裕らによる2%リドカインミゼリーの報告、筑波大学附属病院の蝦名精華らによるインドメタシンスプレーの報告があった。いずれも薬剤師による報告であり、製剤作成の具体的な方法など詳細な報告がなされていた。口腔内の痛み治療の目標は経口摂取の継続であり、痛みの緩和と同時に味覚などもなくなってしまうと患者QOLは低下してしまう。このような観点から鎮痛薬を評価することが今後の課題となるであろう。中通総合病院の村上美佳子らにより小児科領域で口内炎痛に対するチームアプローチを行った症例が報告されているが、今後は看護師による口腔内ケア、鎮痛薬の有効な投与、栄養士による食事形態面での工夫など、まさに緩和ケア同様のチームアプローチを導入し、治療を受ける患者のQOL向上を心がける必要があるだろう。最後に口腔内粘膜炎の予防に関して西神戸医療センターの矢部博樹らによりグルタミン投与の症例が報告された。今後さらに症例を増やし、その効果を報告していただきたいと感じている。残る二演題は、いずれも治療に伴うincident painの対策が報告された。神戸市立中央市民病院の斉藤美智子らによるガーゼ交換時の激痛に対する様々な薬剤の併用使用、さらに市立豊中病院の狭間礼子らにより、痛みのために仰臥位となれなかった症例に対する放射線治療時の対応が報告されている。タイムリーにかつ副作用を最小限にし、強力に鎮痛をはかる必要があり、専門家の手腕が試される症例である。現在は、ケースバイケースの対応であるが、今後に役立てるためにも何症例かをまとめ、その対応策などを一般化した報告が期待される。いずれの報告も各施設の積極的な症状緩和に対する姿勢がみられ、これらの活動の拡大を願いながらセッションは終了した。

ポスターセッション I-E-07~13

痛み以外の身体症状の緩和2

司会・報告：静岡がんセンター緩和医療科 田中 桂子

学会初日の最後のセッション「痛み以外の身体症状の緩和2」（E7~13）では、「呼吸困難」についての報告がされた。

（1）札幌南青洲病院からは、気管吸引回数軽減を目的としてブスコパンRを使用した22例のレトロスペクティブ調査により安全性と有効性を示唆する報告がなされ、従来のハイスコRによる有害事象（鎮静・呼吸抑制など）を回避できる可能性について討議された。（2）横浜市立市民病院からは、気道狭窄に対して緊急的に放射線治療が行なわれた14例について報告され、短期大量照射法は適切な時期に行なわれれば症状緩和に有効であることが示唆された。（3）昭和大北部病院からは、呼吸器病棟の非悪性腫瘍患者に対する緩和ケアの現状についての報告があり、非悪性腫瘍患者特有の問題点が提起された。（4）聖路加国際病院からは、疼痛に対してフェンタニルパッチ貼付中に生じた呼吸困難に対してモルヒネを併用した8例についてのレトロスペクティブな報告があり、比較的少量のモルヒネを追加併用することで症状緩和が得られる可能性が示唆された。（5）関西労災病院からは、癌性胸膜炎による拘束性換気障害と考えられる終末期の呼吸困難に対して簡易型マスクBiPAPが有効であった1例報告がされた。（6）帝京大学病院からは、癌性胸膜炎に対する胸腔鏡下温熱化学療法が有効であった5例について報告された。（7）神奈川がんセンターからは、終末期患者に対する輸液量の違いから喘鳴・浮腫への影響を比較するヒストリカルコントロールスタディが報告された。

いずれの報告も緩和困難な呼吸症状に取り組む現場での様々な苦勞と熱意が感じられるもので、多くの参加者による熱心な質疑応答が繰り広げられた。多く議論的になったのはその治療適応の判断についてであり、今後さらなる検討が待たれる。呼吸困難は評価が困難であり、世界的に見ても症例報告、オープントライアル、レトロスペクティブな報告がほとんどであるが、今後は、こうした現場での「地道な経験の蓄積」や「ひらめき」を育て活かし、適切なデザインによる信頼性の高い研究に発展させていくことが期待される。

ポスターセッション I-H-01~07

事例報告1

司会・報告：要町病院 吉澤 明孝

このセッションではステントを用いた緩和処置から難渋された疼痛コントロール例、そして緩和ケアとして紹介されたがその後手術可能で治療できた症例、遠隔在宅を可能にするための外来看護師による医療連携など多岐に渡っていた。

岡先生の報告された気管狭窄による気管ステントの有用性は、羨ましい処置であると思うが、誰でも出来るものではなく施行可能な病院が、タイムリーに受け入れる連携態勢の構築が必要であると感じた。続く宮崎先生、田中先生の2演題はフェンタニールパッチでは、困難であった神経因性疼痛症例の報告であり、先生方のご苦勞が伺えた。次に喜多嶋

先生の脊髄神経圧迫による疼痛に対し、オキシコドン急速増量によるコントロールを余儀なくされ、脊髄損傷出現による疼痛刺激の減少により過量投与症状が出現した症例報告であり、患者観察の重要性和常に変化する状態の把握、理解、対応が要求され、特に緩和ケアに当たる患者さんは予備力がなく、呼吸、心肺が弱っており注意が必要である。龍沢先生の報告された集学的治療は、緩和ケアと言うよりがん治療の理想的な体系であると感じた。次の井上先生の緩和ケアとして紹介されたがその後手術可能で治療できた3症例では、緩和ケアと判断する難しさ、年齢？診断？全身状態？家族本人希望？など多様な面が絡み合い難しさを感じた。紹介される患者に対し、病状の再度確認と診断の必要性をも痛感した。最後に須田山先生の遠隔地患者に対する外来緩和医療の地域連携は、看護師の努力によって患者、家族が安心して自宅で過ごすためのすばらしい努力であると感じた。このセッションで各先生方の日頃の努力が伺われ、緩和医療のこれから検討していく問題点が垣間見えてきた気がしました。勉強になりました。

ポスターセッション II-A-01~05

緩和医療システム1

司会・報告：東京大学大学院医学系研究科 河 正子

5題の演題中3題（II-A-1, 3, 4）は、緩和ケアを評価するクリニカル オーディット ツールであるSTAS（Support Team Assessment Schedule）に関するものであった。英国で開発されたSTASは、信頼性、妥当性の検討された日本語版（STAS-J）が作成され、ホームページからダウンロード可能である。2004年に発行されたスコアリングマニュアルに基づいて、使い方についてのワーキングショップも開催されている。II-A-1は、その日本語版とは別に、症状部分の評価法を独自にT-STASとして作成し評価を試みた報告と、多施設共同のデータベースとして利用することを呼びかけるものであった。II-A-3は、STAS-Jを一般外科病棟に導入し、その各評価項目について、看護師が自分の気づきや対処を導入前後で自己評価して改善度を検討した結果であった。外科病棟での有用性が報告された。II-A-4は、STAS-Jを緩和ケア病棟に導入して臨床ケアの自己評価を試みた報告であった。トータルペインの視点で評価項目に独自の工夫を加えている点で、STAS-Jとの関係の検討が必要であるとの意見交換があった。これら3演題は、ツールの改良の余地を残しつつも、一定のツールを用いてケアの評価に関わるデータを蓄積していくことの意義を示すものであった。

II-A-2は、がん疼痛緩和勉強会に参加した一般病棟勤務看護師を対象とした、集学的治療から緩和医療への転換を妨げる要因についての質問紙調査結果であった。要因として「不十分なインフォームド・コンセント」「医師の信念・考え」などの得点が高かったこと、ベテラン看護師や緩和ケアチームの活動が転換を促進すると考えられたことが報告された。II-A-5は、緩和医療分野では報告が少なく貴重ともいえる造血器悪性腫瘍症例について、緩和医療への移行を障害している因子や適切な移行時期について検討した演題であった。

以上5演題から、緩和ケアの評価についても、緩和ケア移行のバリアの問題についても、さらなる発展が望まれる重要な研究課題であることを再認識できたセッションであった。

ポスターセッション II-A-06~10

緩和医療システム2

司会・報告：聖路加国際病院緩和ケア科 林 章敏

緩和医療システム2のポスターセッションでは、それぞれの地域、組織における緩和ケアに対する新たな取り組みについて発表がなされた。

聖路加国際病院緩和ケア科佐藤拓道氏は、聖路加国際病院における他科との併診による積極的な外来への取り組みを発表した。がん治療の初期段階から緩和医療が関わることの大切さを述べ、癌治療科との併診状況が詳しく分析されていた。特に、併診依頼当日か翌日に半数の患者の診察がなされており、迅速な対応が大切である点を強調している。

広島県緩和ケア支援センター緩和ケア支援室の阿部まゆみ氏は、在宅療養支援の一環としてデイホスピス事業について発表した。広島県が全国に先駆けて設置した緩和ケア支援センターの活動のひとつとして始められたデイホスピスの様々な効果が確認され、今後の更なる発展が期待される一方、経済的な裏づけが今後の課題として挙げられた。

順天堂大学医学部附属病院の藤澤留美子氏は、がん性疼痛患者に対するペインクリニック外来と緩和ケアチームとの協働について発表した。特に神経ブロックを必要とする患者ではペインクリニック外来で迅速な対応がなされ、緩和ケアチームを紹介することによりトータルペインの視点でフォローされていた。

兵庫県立大学看護学部的小林珠美氏は、癌患者への緩和ケア情報提供のあり方について発表した。治療に取り組む時期と、自ら死を意識し始めた時期とで癌患者の求める情報には違いがあり、それぞれの時期に適切な情報を提供する必要があることを強調した。

札幌南青洲病院の前野氏は、札幌ホスピス緩和ケアネットワーク立ち上げの報告をした。札幌市内の病院、診療所、訪問看護ステーションへのアンケート調査を行い、ニーズを把握した上で、地域の施設間の交流や啓蒙活動を行っている現状と、教育、研修の場の提供、ホームページの立ち上げなど今後の課題について報告した。

いずれの発表も今後の発展を期待できる充実した内容であった。

ポスターセッション II-B-07~12

緩和ケアチーム6

司会・報告：愛知県厚生連 海南病院 渡辺 正

緩和ケアチームの活動状況の分析が3題、および緩和ケアチームによるADLの改善、栄養サポート、教育などの取り組みが各1題と、計6題の発表があった。II-B-7, 8はともに大学付属病院での取り組みで、日本大学医学部付属板橋病院は、21ヶ月で114例、島根大学医学部付属病院では15ヶ月で107例の依頼件数があり、ともに約95%が疼痛コントロールの依頼であったが、転院、在宅など療養先のコーディネートや、比較的治療早期からの紹介が増え、緩和ケアのビジョンに沿ったケアへの前進が見られた。

II-B-09は島根大学医学部付属病院・緩和ケアチームの栄養サポートについての演題であるが、緩和ケアチーム内に栄

養サポートチームも参加して活動することは、延命、食の楽しみなど、患者のQOLの向上により影響を与え、病状進行により一時的であっても実際の効果が得られており、今後充実させていく課題と考えられた。Ⅱ-B-10は山陰労災病院での緩和ケアセミナーのあり方をアンケート結果より検討したものであるが、院内教育の枠を広げ、在宅を視野に入れて地域医療機関にも働きかけて取り組まれていることは、地域とのネットワーク作りをしていく上で参考になった。Ⅱ-B-11は国立国際医療センターの報告で、コンサルテーションが年間189例と多く、そのうち160例が症状緩和であったが、在院日数が少ないこと、在宅への移行が約半数であること、比較的早期から依頼があることなど、急性期病院の中での緩和ケア科の特徴が示された。Ⅱ-B-12は社会保険中京病院からの報告で、依頼症例のADLの改善に貢献したかどうかを検討したものである。実際の介入により、睡眠、ADL、コミュニケーションなどにおいて改善が認められ、疼痛コントロールのみならず、他の症状の改善に対してもチームの介入の有用性が示された。

ポスターセッション Ⅱ-C-01～05

ホスピス・緩和病棟1

司会・報告：埼玉県立がんセンター 余宮 きのみ

当セッションでは、病棟を運営していく上での個々の取り組み、遺族による評価、スタッフのストレス、経済的な問題の発表があり、フロアとの活発な意見交換が行われた。

Ⅱ-C-1：香川県内に唯一の緩和ケア病棟における歩みが報告された。・開設当初3年間程は医師の勧めで転院する患者が多かったが、徐々に本人、家族の積極的な希望によるものが増加している。・在院日数は半数近くが14日以下でありギア・チェンジが遅すぎる。などの結果から、今後の課題として地域での緩和ケアのさらなる浸透、啓蒙活動の重要性が示された。

2：院内の緩和ケア病棟看護師10名にインタビューを行い、入棟時の患者・家族への情報提供と情報収集のポイントが報告された。情報収集として「家族の情報」「希望・目標」が重要と考えられる一方で、収集不足である項目として挙げられた。

3：多施設のホスピス・緩和ケア病棟の遺族調査でケアに対する評価点が低かった遺族22名に対する面接の結果が報告された。不満足要因として、（回復するという）希望を支えることの欠如、個別性の尊重のなさなど7点が挙げられ、より良いケアのための示唆深い点が挙げられた。また設備の不備、入院時の不便さ、家族の介護負担など病棟単独の努力では解決困難な点も含まれると思われた。

4：4施設のPCU看護師65名に対し質問紙による調査を行い、PCU看護師のストレス状況が報告された。8割でストレスを感じており、看護経験年数が少ないほど情緒的消耗が高い傾向があり、またPCUでの就職を希望していた看護師はそうではない場合と比較し、個人的達成感が有意に高いという結果が示された。

5：PCUの経済的な現状が報告された。設備投資、経費、人件費なども含めると、差額ベッド代の助けを借りても、実質医療コストは包括診療額の1割ほどに抑える必要があるという厳しい現実が報告された。

ポスターセッション II-E-01~06**痛みの緩和7**

司会・報告：NTT関東病院 堀 夏樹

本セッションには6題がエントリーし、5題の発表があった（残念ながら、プログラム全体の遅延があり、定刻に開始できず、1名が帰郷された）。演者はすべて、緩和医療を専門としない医師で、一般医療にも緩和的な考え方が浸透したと思われ、よろこばしいかぎりである。内容は、フェンタニル注射とパッチ（FP）にかんする報告であり、オピオイドローテーションや製剤使用法の工夫など、症例を中心とした問題提起があり、昨年に比べて、FPについて多くの問題点が指摘された。

全般的には、FPが最良の鎮痛剤である、という印象からは程遠く、やはりきちんとしたアセスメントや用法への習熟が必須であり、手軽で便秘などの副作用が少ない、という理由だけで、FPに流れてしまいがちな鎮痛方法をあらためて問い直すセッションであったとも言える。すなわちE-1,3ではtitrationの困難さを、E-2ではFP単独では鎮痛がはかれず、モルヒネの併用が非常に有効であった直腸癌例を、E-4では、発売されている規格が高用量すぎるための工夫を、E-5ではモルヒネからのローテーション効果が換算とおりにはこばないことなどが報告された。

司会をさせていただきながら、モルヒネ、オキシコドン、フェンタニルとようやく3種類の強オピオイドを使えるようになった現在、それぞれの特色を生かしながら、きちんとした鎮痛を行うことこそが医師のつとめであるという事実をあらためて考えさせられた。

ポスターセッション II-E-07~12**痛みの緩和8**

司会・報告：新潟県立がんセンター新潟病院 麻酔科 丸山 洋一

フェンタニルパッチは現在本邦で最も多く使用されているオピオイド製剤であるが、調節性に劣るのが最大の欠点である。本セッションにはその開始時の用量決定に関する演題が多く寄せられた。特にフェンタニルパッチの使用に先行し、フェンタニルの持続静注・皮下注法による用量決定に関する演題が4題あり、長崎大学の北条らの報告をはじめ、いずれも注射剤0.6mg/日：パッチ剤2.5mgの換算比に基づく6時間毎の注射剤半量漸減法を概ね妥当としており、名古屋掖済会病院の久田らは薬剤師の立場からプロトコルシート及びチェックシートを利用した安全な切換え法を紹介した。日赤和歌山医療センターの弘中らは薬物動態を考慮した予想効果器濃度算定の有用性を強調し、北里大学の伊藤らは患者毎の綿密な観察の重要性を強調していた。また大阪府立成人病センターの目黒らは、発熱・肝血流の減少などがあると、フェンタニルの血中濃度が異常に上昇する危険性を指摘し、さらに鶴岡市立庄内病院の鈴木らはオピオイドの使用量が少ないうちにパッチに切換え、その特性を良く理解することが最期までパッチによる疼痛コントロールを継続する上で重要であるとした。以上、フェンタニルパッチの臨床使用がいよいよ成熟期を迎えることを予感させるセッションであった。

ポスターセッション II-F-01~06

痛み以外の身体症状緩和3

司会・報告：山王病院 緩和ケア 角田 純一

このセッションでは6つの演題発表があった。前半4題は、鎮静に対する薬物投与の発表で、後半2題は、輸液に関するものであった。

まず、「フェノバルビタール持続皮下注射時における血中濃度予測支援ソフトの考案とその臨床適用」では、鎮静の問題点としての過量投与を避けるため、血中濃度を予測することで安全に行うことを目的としたものであった。予測値と実測値の乖離を分布容積の補正として再計算すれば十分な予測性が期待されるものであった。血中濃度と鎮静レベルとの相関が明らかになればさらに有用と考えられた。続いて、「終末期がん患者の不眠に対するセコバルビタールの有効性」の発表があった。ベンゾジアゼピン系鎮静薬が無効となった場合に、どの薬剤を投与すべきかを検討したものであった。セコバルビタール併用はベンゾジアゼピン系鎮静薬が無効となった場合の終末期の不眠に有効である可能性が示唆された。今後安全な投与量、耐性形成の有無、投与量の設定についての検討が期待される。「塩酸デクスメトミジン：緩和医療における新しいconscious sedationの試み」では、集中治療における短期間の鎮静管理に適応された新しい薬剤であるが、鎮静中にも呼名にて意識が回復し会話や簡単な動作が可能であり、緩和医療の分野にも期待される薬剤である。conscious sedationとして緩和医療の分野への応用が期待される。今後さらに検討を要するものである。

「がん患者の症状緩和に対するプロポフォールの有効性」についての発表があった。調節性に優れた鎮静薬であるが、血圧低下、呼吸抑制等の有害事象についての注意が必要である。特に緩和ケア病棟での実施については、慎重に検討する必要があると思われる。

続いて輸液についての発表について2施設から発表があった。「当院ホスピス病棟で輸液療法を行わず死亡退院した症例の検討」では、本人・家族が穏やかな療養を望み、穏やかな療養ができ、食事摂取が死の近くまで可能であったことによるものであることが明らかにされた。輸液療法のメリット、デメリットを明らかにし、今後の治療に役立てていくことが期待された。「一般病棟での終末期胃癌大腸癌患者への輸液の実態～緩和ケア病棟との比較」では、一般病棟での輸液は、緩和ケア病棟に比較して入院早期より行われ、輸液量も多い傾向が明らかにされた。終末期癌患者の看取りの多くが一般病棟であることから、終末期癌患者の輸液療法については、今後とも検討を要すものと考えられた。

ポスターセッション II-G-06~10

代替医療2

司会・報告：彦根市立病院緩和ケア科 黒丸 尊治

このセッションではアロマセラピーに関連する5演題が発表された。

伊波華先生の「不定愁訴に対するアロマオイルを用いた足浴効果の基礎的研究～アロマ群と温浴群の比較～」はアロマオイルを付加した足浴と温湯のみの足浴における生理的ならびに心理的变化を検討したところ、生理的变化には有意

な差はみられなかったが、リラクスの程度はアロマ群の方が有意に高かったというものだった。

岩下眞一先生の「乳がん患者における芳香療法の有用性の検討～選択的電流知覚閾値（CPT）とサーモグラフィー」は、乳がん患者に対してアロママッサージを15分施したところ、CPTは正常域に近づき、サーモグラフィーでは両手及び背部の皮膚温の上昇が認められたとの報告であった。

今村由香先生の「乳がん患者に対する芳香療法の有用性～継続的施術とPOMS」は、1回15分のアロママッサージを週一回、三ヶ月間継続して行ったところ、不安、抑うつ、怒り、活気、倦怠感、混乱の項目でマッサージ前に比べ1週間後で有意に改善が認められ、抑うつ、倦怠感に関しては第2、3週にも改善が認められたというものだった。

神里みどり先生の「がん患者の症状コントロールにおけるアロマセラピーの有効性～文献レビューを通して」は、過去約5年間の医学中央雑誌から31件の文献を抽出し、それを検討したものだ。結論としては倦怠感や化学療法中の副作用症状のコントロールにアロマセラピーは有効である可能性があるが、デザインなどに問題があるものも多く、さらなる研究が必要であると述べていた。

宮内貴子先生の「終末期がん患者の便秘に対する腹部アロマセラピーマッサージの有効性の検討」は、オピオイド使用中の便秘症状を有する患者に5分程度の腹部に対するアロママッサージをクロスオーバーデザインで施したところ、排便回数や排便量には差がなかったが、アロマ群は対照群に比べ腸音回数と便秘評価尺度で有意な差が認められたというものだった。

いずれの演題も、アロマセラピーの研究に対する熱心さがうかがえるものだったが、デザインや対象者数、施行方法に不十分な点があり、さらなる工夫が必要であると思われた。

ポスターセッション II-H-06～09

医療者の教育（卒後2）

司会・報告：名古屋大学医学部保健学科 安藤 詳子

ポスターセッションII-H-6～9の4演題は、看護師・薬剤師などの医療者に対する卒後教育に関連したテーマでした。

日本医科大学千葉北総病院外科の山田岳史先生は、麻酔科、泌尿器科、看護部、薬剤部と共同して、看護師の「緩和ケアにおける知識・意識」について現状を調査し、知識得点が低い内容を重視して学習会を実施した結果を発表されました。現状を把握した上で効果的に学習会を計画する取り組みとして評価されると思います。今後、現場に精通した教育プログラムを作成して公開し、病院間で切磋琢磨して取り組めるとよいと思われました。

名古屋大学医学部保健学科の澤井美穂先生を始めとする教員グループは、「一般病棟で緩和ケアを実践する看護師のストレス」の調査結果について、精神的ケアや症状緩和に対するストレスが高いこと、看護師の経験年数やカンファレンスの実施状況によりストレスの強度が異なることなどを報告されました。一般病棟でより良く緩和ケアを実践するために、カンファレンスの頻度を増やすことや看護師の経験を有効に活用することの意義が示唆されました。

宮田広樹先生を始めとした東京都病院薬剤師会の緩和ケア領域薬剤師養成特別委員会のグループは、「緩和ケアの専門性を有する薬剤師育成の試み」を発表されました。当会の病院薬剤師を対象に、専門医・専門看護師・薬剤師による教育講座、症例グループディスカッション（GD）、学習確認テストを実施した結果、GDへの参加動機が高く、その意義

が報告されました。さらに充実した取り組みが期待されます。

NP0法人楽患ネットの岩本ゆり先生らは、「患者の目から見た医療を知る～患者から学ぶこと～」を発表されました。患者や遺族が『いのち』『生きること・死ぬこと』『医療に対する思い』を医療関係者に話すことは、聞き手にとって体験者の生の声から自身の臨床における態度を振り返る機会となり、また、話し手は自らの体験を語ることで起こる葛藤やその意味に気づき、相互に必要な場であることが示されました。互いに積極的に関わって活動していくことが望まれます。

緩和ケアに関する卒後教育は、卒前教育がまだまだ不十分な現状において、より効果的に各病院や学会・研究会等で充実して取り組まれることが必要です。このセッションでは、その効果的な方法について様々な角度から検討することができたと思います。

ポスターセッション II-I-08～10

事例報告4

司会・報告：国立がんセンター中央病院 戸谷 美紀

本セッションでは終末期患者・家族の看護について6つの事例報告があった。筑波大学附属病院の外山氏は、家族が病名告知を望まない終末期患者への関わりを記録から丁寧に抽出し、早期に患者の現状認識と希望を確認した上で、患者・家族・医療者が一致した目標設定をしてケアを行う重要性を述べられた。関東労災病院の中村氏は、家族が病名・病状告知を望まず、医療者と家族の目指す緩和医療に相違があった事例を、家族の予期悲嘆と捉えて援助を行った。患者の現状に関する家族の「否認」と「直面化」の均衡に配慮したケアは非常に参考になった。

長崎神経医療センターの富川氏は、臨死期の患者に家族が希望するケアを実施した事例を振り返り、家族にリスクを説明した上で、家族の意向を尊重したケアを行うことで家族の満足感に繋がったと報告した。香川大学医学部附属病院の井出上氏は、患者・家族が在宅死を選択し、24時間で在宅に移行できた事例から、在宅に移行できた要因は患者の意向の尊重、症状の緩和、精密機械使用の指導、かかりつけ医との連携等であった。神奈川県立足柄上病院の佐藤氏は、患者の外泊希望に応えられなかった家族が外泊が可能となった援助として、家族の思いの表出、家族なりのやり方やペースを認めて待つ姿勢であったと報告した。新日鉄八幡記念病院の首藤氏は、患者が精神的な支えを求めても拒否的な態度を示す家族に対し、チームカンファレンスを通して看護師が家族の見方をかえ、家族のあるがままを受け入れて、患者・家族の個々の状況や背景を踏まえたケアの重要性を示唆した。

いずれの事例報告も関わりが難しい終末期患者の家族への援助を丁寧に振り返り、愛する者を失おうとしている家族のあるがままを医療者が受け止めた上で、患者のQOL向上を一緒に考えていくことの重要性を再認識した。フロアは多くの聴衆が集まり質疑応答も活発であった。

ポスターセッション III-C-06~09

在宅医療2

司会・報告：かわさき総合ケアセンター 川崎市立井田病院 宮森 正

3-C-06 在宅ターミナルケアの諸問題について特に検案対象となった症例についての諸問題を中心に 莊司輝昭
在宅ホスピスケアが増加するにしたがって、在宅死亡時の対応が問題となるが、在宅主治医の対応のまずさから、死亡後検案、警察介入となった例を提示し、責任ある在宅医療の有り方を問題提起された。在宅ケアを行う際に、死亡時に責任のある対応を取らないと、患者家族が、検案対象となって、より大きな苦痛を味わうことになる。きわめて重要な指摘と考えられた。

3-C-08 在宅への移行における問題点 地域中核病院患者相談室の現状と課題 土屋恵美子

3-C-09 ホスピスケアにおける総合病院から在宅移行時の問題点 菊地富貴子

市立病院における在宅への移行相談や訪問看護での問題点、ご苦労がまとめられていた。病院医療と在宅ケアとの円滑な移行には、特に、癌末期の在宅ケア患者を診てくれる医師の確保、家族の介護力の確保など地域によっては、まだまだ多くの課題があると考えられた。

ポスターセッション III-D-01~06

痛みの緩和9

司会・報告：水戸医療センター 久永 貴之

当セッションではいまや本邦における癌性疼痛治療において必要不可欠な存在となったフェンタニルパッチと昨年より癌性疼痛に対しての保険適応拡大が認められたフェンタニル注に関する6つの演題をご発表いただき、活発な意見交換がもたれた。

私立秋田総合病院外科の橋爪先生からは先行オピオイド未使用例やコデイン、低容量モルヒネからフェンタニルパッチを開始する場合に、2.5mg半面貼付もしくは2.5mg全面貼付を開始量とする事が比較的安全であることが報告された。

芳賀赤十字病院の鈴木先生からは高容量のフェンタニルパッチ（80mg）よりモルヒネ皮下注へ切り替える事で良好にコントロールされた症例の報告があり、高容量のフェンタニルパッチに関しては効果の面、コストの面などさらなる検討が必要であることが議論された。

また済生会三条病院産婦人科の渡辺先生からは高容量のフェンタニルパッチ（60mg）に切り替えることで良好に疼痛コントロールされ、副作用も少なくQOL向上に役立った症例の報告があった。

横浜州市市民病院緩和ケアチームの小島先生からはフェンタニルパッチからモルヒネ皮下注に切り替える場合の変換比に関しての報告があった。

東札幌病院麻酔科の渡辺先生からはフェンタニルパッチ使用時のレスキュー製剤としてフェンタニル注の口腔内投与の有用性に関して報告があった。フェンタニルレスキュー製剤は現在治験進行中であるが発売までには相当の時間が

かる見通しであり、それまでの代替方法となりうる可能性が示唆された。

琉球大学総合診療センター緩和ケア部門の笹良先生からはPCAを用いフェンタニル注で必要量を決定し、フェンタニルパッチへ切り替えることが容量設定の面、レスキューを注射投与で行える点から有用であるとの報告があった。

ポスターセッション III-E-07~11

痛みの緩和12

司会・報告：神奈川県警友会 けいゆう病院 増田 純一

終末期患者のさまざまな症状の内、痛みの緩和はまず行われるべきもので、そのためにはがん性疼痛管理に対する医療者間の認識が同じ必要がある。神戸大学の太田垣氏は11項目の質問調査を行い、医師の認識が薬剤師、看護師に比べ低いと報告した。どの医療施設でも、認識度の高い少数の医師と、認識度の低い多数の医師という構図が見られるが、前者の割合を高める対策は重要であり、次回の検討結果を待ちたい。抗ウィルス薬のリトナビルはチトクロームP450に対するフェンタニルとの競合的阻害薬である。岩本整形外科の岩本氏は、鎮痛補助薬も抑制や酵素誘導を起こしフェンタニルパッチ使用時の効果が不安定になる可能性を血中濃度測定により発表したが、1例のみの報告であり、今後の検討を要する。転倒転落と麻薬投与との関連について、済生会金沢病院の岡部氏は麻薬の血中濃度を調べた結果、関連性が低いことを発表した。向精神薬内服の有無や、他の因子についてはこれからの検討課題である。済生会中津病院の塚口氏は口腔がん終末期例で痛みの緩和が得られた8例について検討し、機能維持を目標とした侵襲度の少ない治療法の選択、患者、家族、医療スタッフ相互の良好なコミュニケーションに加え、患者の「食」への要求の表出が失われなかったことが寄与していたとして、口腔がんで考慮すべき特徴因子であることを述べた。羽島市民病院の渡辺氏は硫酸モルヒネ等を服用中の46歳男性転移性脊椎腫瘍患者の脊髄圧迫進展に伴う排便障害に、エリスロマイシンが著効を示した症例を発表した。エリスロマイシンはモチリン受容体に直接作用し消化管運動を亢進するとの説明だが、モチリンは小腸通過時間しか短縮しないとのコメントがあった。しかし、コントロール困難な症状に対し同意を得た上で、ある程度の薬理作用の裏づけでのこのような薬剤の使用は症状緩和につながる可能性があり、試みるべきことといえよう。

ポスターセッション III-F-06~12

痛み以外の身体症状緩和8

司会・報告：日本大学医学部麻酔科非常勤講師 白土 辰子

緩和困難な身体症状に対する試みについて7演題の発表があった。ポスターの前では定刻前から発表者同士の積極的な討論が行われて、はからずも限られた時間を有効に使用することができた。がん治療に関わる医師がそれぞれの専門性を生かして真剣に取り組む姿勢に、緩和医療に対する関心の高まりを感じた。難治性腹水に対する2題のうち、腹水ろ過濃

縮再静注法は終末期にも有用であり、サイトカイン濃縮予防のために確立された手技に加えて1時間放置後に使用する工夫を紹介、腹腔静脈シャント造設術（Denver shunt）は外来通院が可能となった症例も含めて多数例を経験している施設から慎重な適応を警告された。手術適応のない胆道狭窄に対するMetabolic Stentの有用性は高いが高額で、内視鏡が通る時期を逸しないことが重要である。最近増加している皮下埋め込み式中心静脈カテーテル留置は在宅栄養や在宅化学療法に有用であるが厳重な管理と合併症への迅速な対応が要求される。

すでに欧米で多くの患者に使用されている放射線薬物療法・サマリウム製剤の乳がん骨転移性疼痛に対する治験は、治療翌日に痛みが緩和した例を始め、全例に優れた疼痛緩和効果を認めたと報告された。本剤はストロンチウム製剤に比べて半減期が短いため、繰り返し投与が可能とのこと、しかし日本の患者さんが近い将来に恩恵をこうむる希望は難しいらしい。症状緩和によりクオリティオブライフは確実に向上することは明らかである。乳がん再発後の定期的頭部MRI施行により脳転移早期発見を勧めた報告をはじめ、検査も治療も終末期には身体的な負担をかけずに、かつ高額でないことが望ましく、これからは患者・家族が有用な治療法の正確な情報を得て、自律性をもって適正な方法を選択することができるように、緩和ケア情報が生かされていくことが必要であろう。

ポスターセッション Ⅲ-I-01~05

代替療法3

司会・報告：国立病院機構近畿中央胸部疾患センター 心療内科 所 昭宏

「代替療法3」のセッションでは、5題のがん代替療法の演題が発表された。

Ⅲ-I-1のアダチヒロ氏は、緩和ケア病棟における個人、集団セッションにての家族ケアとしてのカラーセラピーの臨床経験を報告された。

Ⅲ-I-2の金城睦子氏は、温熱療法利用患者は、症状改善、症状緩和の目的として利用する傾向や健康統制感（Health Locus of Control）との関連を報告された。

Ⅲ-I-3の吉原ゆかり氏は、温熱療法の効果を、バイタルサインと不安尺度STAIなどの指標をおき心身両面からの効果を報告された。

Ⅲ-I-4の西 柴氏は、がん性リンパ管症患者の呼吸困難感の緩和として、オートハープによる音楽療法にての効果を、事例を交え報告された。

Ⅲ-I-5の菊池浩光氏は、がんのイメージ療法として、コンピューターゲームソフトを応用し、能動的な闘病意欲やストレス緩和への可能性を報告された。

いずれの演題も、がん患者や家族への心身両面への安寧をめざす意欲的なものであった。今後がん代替療法領域でのエビデンスの創出と人間的ふれ合いのなかでの医療の両立が定着していくことを期待したい。

ポスターセッション III-I-06~10

手術療法

司会・報告：相模台病院 大谷 剛正

わたしのセッションは緩和医療でも、QOL向上のための消化器外科関係の手術治療についてであった。

第1席の名寄私立病院の西山先生は上部消化管狭窄を伴う切除不能癌に対し胃空腸吻合術を行い、良好な成績を得たが、食欲不振-悪疫質症候群により経口摂取が進まない患者もあるので、手術適応を含めた今後の課題であることを指摘した。第2席の東京女子医大の平井先生は消化器症状の緩和目的に人工肛門造設やバイパス手術を行い、臨床的効果を検討した。結果は概ね良好であったが、なかには在宅医療に移行できない症例もあり、これらの患者にはPEGやPTEGなども追加治療すべきであったと述べた。第3席の香川大学高島先生は胃空腸バイパス術に胃瘻造設も同時におこない、効果があった症例報告を行い、胃瘻造設は患者の食の楽しみに寄与する有効な手段であったことを強調された。第4席の中津胃腸病院の深野先生と岩本先生は、終末期消化器癌に対し積極的に外科手術を行い、絵画的な手術記録と良好な結果を発表され、外科が十分に緩和医療に寄与できることを強調した。第5席は帝京大学野澤先生がイレウスを呈した終末期がん患者に対する症状緩和を目的とした手術症例の発表を行い、症状緩和を目的とした手術はあくまで姑息的手術であり、患者や家族がその内容を十分理解する必要があると強調された。ただし比較的予後が見込まれる患者には積極的に手術療法もおこなうべきであるとのことであった。

全発表をみると消化器症状を呈する終末期がん患者に対する外科手術は肯定的な意見が多くをしめた。また質疑応答も積極的におこなわれ、新しいカテゴリーであるこの分野に対する興味が多くの医療関係者に芽生えていると感じられた。この様に消化器癌の終末期は、通過障害に伴う腸閉塞、出血、腹水貯留、癌性疼痛などが伴いやすいことは周知の事実である。これらの症状を緩和することは患者のQOL向上が得られ、緩和外科Palliative Surgeryという新しい分野の外科の発展が望まれると感じた。

Current Insight

死に直面するがん患者

都立駒込病院 佐々木 常雄

2001年1月に発行された「がん告知」（竜崇正、寺本龍生編著 医学書院）によれば、「ほとんどの医師は、がんの告知は行うが、進行した癌では多くの場合、予後の告知を行ってはいない」とある。

しかし、ここ数年は「標準治療」の名のもとに、化学療法が行われるようになり、そして、その治療効果が無くなったとき、患者は以前よりも直接的に、「もう化学療法は無駄です」と告げられ、そして好むと好まざるとにかかわらず、「ホスピスなら紹介します」と言われることが多くなった。これまでがんばって闘い、治療を受けていたのに、生きる希望を持ちたくとも、真実を言うて欲しくなくとも、ホスピスなんて考えたくなくとも、「患者本人の命、自分で選択する、自己決定権」という御旗の下に、かなり明確に、本人自身に短い命であることを告げられる時代となってきた。

たようである。

現代は、死を隠蔽し、死を考えない、よく生きることばかりを考える、そして、科学によって、哲学（ニーチェ、サルトルら）によって神は殺され、宗教は衰退し「永遠の命」を信じる人が少なくなった時代である。

2004年日本緩和医療学会特別講演において、関西学院大学神学部 窪寺俊之教授（牧師）は、「人間を超えた永遠の世界を見る目差しが必要です。たった数十年、仮のこの世に現れただけで、魂は宇宙の彼方に戻るのです。死は怖くありません。」と述べた。この講演では、神を信じることのできる人を羨ましくも思えた。

特別講演において、梅原猛氏は「私たちの生命のなかには、永遠の生命がやどり、それが子孫に甦っていく。自分は死んでも、遺伝子は生きていますと考えれば、生命は連続的なものと科学的に考えることができる。この世の生命は受け継がれていくことに救いがある。」と述べた。また、梅原氏の著書にも、同様のことが書かれている。

巨大なる哲人、梅原猛氏のすばらしいメッセージであったが、誠に失礼とは思うが、一方では、これは死への不安に対する単なるなぐさめではないだろうか？ どうしても考えてしまうのである。

岸本英夫氏は、「死を見つめる心」の中で、次のように述べている。

「人間にとって何よりおそろしいのは…死後の世界が、無理にあると自分にいいかせて、なぐさめようとする。しかし、どうしても疑いがおこってきて、煩悶するようになることではないか。……私は死後の世界はないのだと心にきめた。なくても耐えていくことを考えはじめたのである。…生命の充実感にあふれるような生き方をしていけば、死の恐怖に勝ってゆけるのではないか。……そこで、それから、ただがむしゃらに働いた。」

標準化学療法が効かなくなり、ホスピスを勧められた患者は、岸本英夫氏のように「がむしゃらに働く時間」はすでに無くなっている方が多いのである。

医師が「化学療法はもう無理である」ことを話した時は、患者は急に死に直面し、それはだれでも頭が真っ白になると思うのだが、その時は仕方がないと思う。

しかし、その時には、同時に、私は医師として、何か患者自身がショックを早くのり越えられる「術」を話したいのである。「いつも私たちスタッフはあなたの側にいます。医師だっていつかは死ぬ運命です。私とあなたの絆は切れません。たとえ他の病院に移っても相談にのります。」そんなことはいつも言っていることであり、約束できることである。そんなことではなくて、それに加えて、患者自身が死の恐怖をのり越えられる「術」を話したいのである。

フィリップアリエス（死を前にした人間）は、19世紀以前のフランスにおいて「自分の死が間近いことに気付いた瞬間」というのは、それは当然、常に不愉快な時ではあった。しかし、人はその瞬間を乗り越える術を教わったものだ。」という。しかし、それは神がまだ生きていた時代の話である。20世紀の大半は「がんの告知を避け、愛と思いやりのために、死を知らせない」という時代であった。そして21世紀に入って、患者は好むと好まざるとにかかわらず真実を、死を告げられる時代となった。患者がいやでも死と直面しなければならないのなら、医療者は患者がそれを乗り越える「術」を真剣に考えなければならなくなった。ラ・ロシュフコーという人は「太陽と死は直視することはできない」といったという。死に対する心構えが、文化形態としてない21世紀に、抗がん剤治療を受け、その効果がなくなった患者は、誰もが死を直視せざるをえなくなったのである。

Current Insight

緩和ケアチームの診療した患者が 緩和ケア病棟転科前後に受けたケア・治療の変化

日本看護協会 看護教育研究センター 井村 千鶴

聖隷三方原病院 緩和支援診療科 森田 達也

Changes in medical and nursing care in cancer patients transferred a palliative care team to a palliative care unit

Tatsuya Morita, Chizuru Imura, Koji Fujimoto et al.

Journal of Pain and Symptom Management 2005; 29:595-602.

【目的】

緩和ケアチームの診療を受けた患者が、緩和ケア病棟に転科した前後でのケア・治療の変化、ケア・治療の追加、修正が必要とされた理由を探索する。

【対象と方法】

聖隷三方原病院において緩和ケアチームが2003年に診療したがん患者のうち、緩和ケア病棟に転科した患者50名を対象とした。

緩和ケア病棟転科後48時間以内のケア・治療の変化、および、16項目の心理・社会的ケアに関するカルテレビューを行った。

次に、緩和ケアチームと緩和ケア病棟のスタッフによるグループディスカッションを行い、ケア・治療の追加、修正が必要とされた理由を探索した。

【結果】

有効症例数は、転科後48時間以内の死亡5名を除外した45名であった。緩和ケア病棟転科後に追加、修正された治療は患者1名あたり 1.9 ± 1.5 個であった。追加、修正された主な治療内容は、輸液の減量、オピオイドのタイトレーション、オピオイド投与器材の変更、オピオイドローテーション、NSAIDsおよびステロイドの追加であった。

追加、修正された看護ケアは、患者1名あたり 1.5 ± 1.3 個であった。主たる内容は、入浴をケアに取り入れること、マツトレスの変更、マッサージの施行、気管吸引の中止であった。

緩和ケア病棟のスタッフは、新たに、患者のキーパーソン（38%）やキーパーソン以外の家族（16%）、本人（6.7%）と面談を行い、意思決定への支援を行っていた。

心理・社会的ケアに関連するカルテレビューでは、転科後に、家族ケア、精神的・実存的ケアに関する記載が、有意に増加していた。

ケア・治療の変化の主な理由は、1)問題が緩和ケアチームにより認識されていなかった（薬物療法）、2)介入対象としていなかった、推奨したが主治医により実施されなかった（輸液療法）、3)介入対象としていなかった（看護ケア）、4)介入対象としていなかった、問題が認識されていなかった（意思決定への支援）であった。

【結論】

緩和ケアチームの診療した多くの患者が、緩和ケア病棟転科後に追加、修正されたケア・治療を受けていた。緩和ケア

チームの効果を強化するための戦略として、1)認識されていない症状や意思決定に関わる問題を最小化するための介入構造の修正（例：標準化されたアセスメントツールの使用、定期的なカンファレンス）、2)輸液療法の有益性を明らかにする研究、3)看護ケア、意思決定への支援、家族ケア、精神的・実存的ケアの領域をより介入対象とすることが挙げられる。

Current Insight

Palliative Care勉強中

聖路加国際病院（西群馬病院） 小林 剛

現在私は東京の聖路加国際病院緩和ケア科に2005年4月から臨床研究員として勤務しています。勤務当初は色々な面で戸惑っていましたが、次第に一般診療から緩和ケアへの頭の切り替えができ、今は充実した日々を送っています。私は平成8年金沢医科大学を卒業した後、故郷の群馬に戻り群馬大学第一内科に入局し、呼吸器、特に肺癌診療を中心に約10年間行ってきました。

その私が『なぜ緩和ケアに進むのか？』とよく聞かれますが、特にきっかけはなく自分で考えてもはっきりわかりません。ただ、緩和ケアについては医者になった時から興味があり、その時は漠然といつかはやってみたいと思っていました。肺癌診療に進んだ理由の一つに緩和ケアへの興味があったからです。今年医者になりちょうど10年目の区切りの年になったため、以前から興味があった緩和ケアの世界に進むことを決心しました。そこで西群馬病院の齋藤龍生院長に相談したところ、聖路加国際病院緩和ケア科を勧めて頂き、このたび6ヶ月間ですが研修をさせて頂きました。研修後は西群馬病院緩和ケア科に勤務することになっています。

研修を通して、緩和ケアの分野ではEvidenceとともにExperienceも重要であること、そして他職種と連携を取りながら充実したチーム医療を行う上で、チームが一丸となって患者様に関わっていくという姿勢を学びました。EBM（Evidence-based medicine）も大事ですが、経験に基づいた治療がたくさんあるという点は緩和ケアならではのと思いました。また、勤務当初、緩和ケア病棟の夜勤看護実習やボランティア実習などを経験したことで、初めて他職種の重要性や大変さを実感しました。6ヶ月間の研修でしたが、色々な経験をさせて頂き、本当に充実した研修を送ることが出来ました。今回、聖路加国際病院緩和ケア科で研修を行うことが出来て、そして今後の緩和ケア診療のスタートを聖路加国際病院で行うことが出来て、本当に良かったと思います。

緩和医療を専門的に行うのが緩和ケア病棟やホスピスですが、現在群馬にはまだまだ施設の数や周囲の環境が整っていないのが現状です。しかし、緩和医療自体は特殊な設備がなくても、癌治療を行う病院であればどこでも可能な治療ですので、徐々に緩和医療を重視する医療施設や緩和ケアチームを設置している施設も増えてきています。出来る限り色々なものを吸収して、群馬での緩和医療に少しでも貢献が出来ればと思います。

林章敏先生をはじめ諸先生方、医療スタッフの方々には色々お世話になり心から感謝いたします。

Journal Club

スペシャリストの行う成人がん患者に対する緩和デイケアの系統的レビュー

聖路加国際病院 緩和ケア病棟 高橋 美賀子

E.Davies, I.J. Higginson: Systematic review of specialist palliative day-care for adults with cancer, Support Care Cancer 13, 607-627, 2005.

【要約】

スペシャリストが行う緩和デイケアの構造とプロセスが、成人がん患者のアウトカムにどのように関係しているかについて、エビデンスとなる研究を系統的にレビューした。2003年12月までの医学、看護、社会科学のデータベースから、サービスの構造、ケアプロセスやアウトカムについて、症状コントロールとQOL、社会的・心理的サポート、患者と家族のケア満足度を含めて報告されている緩和デイケアの研究を検索した。質的と量的研究は方法論の質を査定して格付けを行い、結果については総合的に扱った。

英国の11の研究と米国の1つの研究から得られた結果は次の通りである。サービスの評価の難しさ、衰弱している脆弱な対象を集めることの難しさを12の研究が見出していた。一般的にデイケアは週3-5日、英国国内で年間述べ11,000箇所で開催されていた。ほとんどのサービスがナース主導であるが、職種やケアモデル（社会モデル・医学モデルなど）、活動、場所などは施設によって様々であった。最も多く見られたスタッフ構成は、ナース、医師、病院牧師、管理者、アロマセラピスト、美容師であった。看護活動で多く行われていたのは入浴、創傷ケア、排便ケアであった。

参加している患者は、すでに（入院等で）緩和ケアを受けており、多くは白人の60歳以上の退職者で、情緒的、社会的サポートと痛みのコントロールに対するニーズがあるグループであると思われる。症状コントロールや健康に関連したQOLの改善に関するエビデンスを結論付けるには不十分であったが、すべての質的研究で、デイケアで提供している「社会的接触」や「様々な活動を行う機会」について、患者が高く評価していることが見出された。

今後の研究では、デイケアへの参加方法や最も効果的なケアモデル、コスト、家族や介護者への潜在的な利益について明らかにしていく必要がある。高齢者と精神障害者へのケアモデルと比較することも有用な情報となるだろう。

【コメント】

日本ではがん患者のサポートグループなどが増えてきているが、緩和デイケアの試みはほとんど行われていない。保険システムの違いなどから、どのような提供方法が可能であるかは検討が必要であるが、今後、在宅療養患者が増える中で緩和デイケアが行われるようになれば、患者のみならず介護者の負担軽減にもつながり有用なのではないだろうか。

Journal Club

ホスピスケアを受ける進行癌患者の感染症状コントロール

聖路加国際病院 緩和ケア科 山川 宣

Symptomatic Treatment of Infections in Patients with Advanced Cancer Receiving Hospice Care

J Pain and Symptom Manage 2005;30:175-182

【目的】進行癌患者で抗微生物剤の使用ガイドラインを決定するため、臨床的に疑われたか確診された感染症状を改善する効果の前向き調査

【対象】24ヵ月に外来ホスピスケアを受け、除外基準をクリアした1,598人の患者。

【方法】感染症は症状から判断され、経口抗微生物剤を症状改善を目的として主治医の判断で投与。

【結果】患者の89%以上はKarnofsky PS 60%未満。1,598人のうち623人が685の感染症と診断され、633の感染症が治療された。感染患者と非感染患者の特性に有意差はなかった。500あまりで菌が同定され、使用抗生剤の大半は感受性を有していた。症状改善は尿路感染209/265(79%)、気道感染95/221(43%)、口腔感染症29/63(46%)、皮膚または皮下の感染症24/59(41%)、菌血症0/25(0%)。生存日数は感染症発症患者(623人) 29.1日、非発症者(975) 30.5日、抗生剤治療患者(573) 29.3日、抗生剤治療なし(1,025) 30.7日と、それぞれ有意差は認められなかった。

【考察】患者の39%が何らかの感染を発症した。大半の尿路感染では症状改善したが、他の感染症の半数は改善しなかった。ステロイド投与および尿道カテーテルは感染率を上げなかった。提言されるガイドライン(a) 抗生剤治療はその他の治療と同様に意思表示の機会を持たせる(b)抗生剤使用は症状改善を目的とし、注意深く判断する(c)医師と患者は、進行癌患者での抗生剤の限界を知っておく。

大人数対象の前向き研究で抗生剤の効果と限界を示した意義深い論文である。ステロイドと尿道カテーテルが感染率を上げないのも意外性がある。ただし生存率の比較は抗生剤そのものの効果をみるにはやや弱いこと(約6割が症状改善ないことから間接的には示されるが)、本邦で頻用される注射抗生剤の効果については本研究では述べられていない(他の小規模研究は存在する)。今後の研究が望まれるとともに、患者が抗生剤不使用の選択をした場合に一定の医学的倫理的根拠を与えるものであろう。

施設訪問記

社会保険神戸中央病院 緩和ケア病棟 訪問記（兵庫県神戸市北区）

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

阪神淡路大地震から10年が経過し、震災の爪あとを見受けることもなくなった港町三宮から車で北方に40分。新神戸トンネルを抜けると、神戸市の奥座敷をなす山間部に、すっぽりと入っていた。その山を切り開いた土地は鈴蘭台と呼ばれているが、瀟洒な住宅が続く先に7階建ての白亜のビルが建っていた。

社会保険神戸中央病院 緩和ケア病棟は、病院の建物の最上階の7階に位置する全個室22床の院内独立型のホスピスで、天候に恵まれれば淡路島、夜は瀬戸大橋を望めるという眺望が自慢である。しかし、風光明媚な土地柄というより、大都市神戸の新興住宅街に位置することが、このホスピスの性格を理解する背景になる。

平均在院日数が35日、というのは、症状緩和と在宅支援を標榜するホスピス緩和ケア病棟が多くなった現在、やや古めかしい印象を与える。他方、都市化の中で、新興住宅街では成長した子供たちが家を出てしまい、夫婦だけの世帯で

の老老介護となっている。そのような地域に存在する緩和ケア病棟は、結局、生活の場を求められるようだ。まして、入ってみると居心地が良い場所、となれば、尚更のことであろう。

この緩和ケア病棟は、病院機能評価機構の認定も受けているが、ハードウェアとしてみれば、とりたてて特色のない、ある意味ではありきたりかもしれない。日本では珍しく、喫煙室が設けられていたのはロンドンのセントクリストファーズ並の対応であるが、案内して下さった新城先生のお話では、利用するのは患者でなく、ご家族であるという。

けれども、その内容をソフトウェア的に分析してみると、捨て難い味がある。たとえば、がん告知を入院の前提条件としていない。常勤の職種構成は、施設基準的に最小限度の医師と看護師だけである。専門看護師も認定看護師もいないが、どのスタッフも肩肘張らず、自分の職場に愛着を持って活動されている。その一つの証左は、職員の手になる絵画が、玄関に小さく掲げられていることであろう。我が国では、ホスピス・リハビリテーションのパイオニアであられた吉岡先生が、ご自分の勤務されていたホスピスを最後の場所とされた。また、先ごろ亡くなられた現代ホスピスの創始者であるソンドース博士も、ご自身が創設されたホスピスの1室で最後を迎えられた。このように、自分が入りたい施設、というのもひとつの評価基準であろう。

今回の施設訪問を終えて、緩和ケア病棟のフロアを振り返ったとき、こんな雰囲気の人たちに囲まれたい、と、後味のさわやかな訪問であった。岡田部長先生、ご案内くださった新城先生、師長さんはじめナースの方々に御礼申し上げます。

書評

病院で死なないという選択―在宅・ホスピスを選んだ家族たち

著者 中山あゆみ／集英社新書（2005.7.20、660円）

自宅で死にたい―老人往診3万回の医師が見つめる命

著者 川人 明／祥伝社新書（2005.8.10、740円）

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

最近、質量ともに充実度が増している新書版において、緩和医療に関係の深いものを取り上げたい、と考えていた。新書は分量、価格とも手頃で、ひとつのテーマを掘り下げるのに利便性が高いからである。今回の書評は、この夏に相次いで世に出た2冊を立体的に読み込んでみよう、という試みである。

前書は、女流ジャーナリストの手による、自宅で家族の最期を迎えた10家族の報告である。医療専門職から見れば素人であるジャーナリストが、客観性を踏まえながら家族の立場から、在宅による看取りを实践された御家族に取材した貴重な記録である。そこで語られているのは、決して死に方の問題ではなく、看取られるまでの生き方、という一つの個性であろう。この場合、たしかに、当事者の経験談が一事例に過ぎないことを思うとき、10症例は桁違いの情報量といえる。けれども、年間60万人以上が、がんの診断を受け、30万人以上が亡くなっている日本の現実を見ると、いかにも10家族は少なく、数的にも心もとない。むしろ本書の価値は、医療ジャーナリストの観点から現象を切り取り、当事者である患者・家族と医療専門職の双方に問題を投げかけた点にある。

後書は、下町に根を下ろして20年余りになる医師が、在宅を中心として3万回に及ぶ往診の結果として看取った経験が

ら、在宅医療の現在と今後の課題を世に問うたものである。なるほど、ここでは分析の視座は専門職に固定されている。その数的裏付けも20年余りの歳月と、3万回に及ぶ往診の実践がある。したがって、前書のような数的心もとなさはない。在宅医療の専門家の目を通して現実を見つめているので、緩和医療に従事している立場の者には学ぶべきことも数多く記されている。しかしながら、その観点は医師の立場に固定され、もう一方の当事者からではない。このことは決して欠点ではないが、ひとつの限界点を構成することも否定できない事実である。

そこで、この2書を比較検討することにより、在宅問題を立体的に捉えようとする視点が生まれる。前者には素人の立場を、後者には深い経験を学ぶ。その際、大切なことは、かつて中川米造が指摘していた、医学の歴史における末期医療の位置づけ、を想起することであろう。それによれば、侍医の医学や病院の医学には末期医療がなく、開業医の医学や社会の医学に末期医療がある、という指摘である。ホスピス緩和ケアが施設中心に展開してきた我が国において、職員主導にならざるを得なかった現実を踏まえるとき、今後の在宅末期医療を重要な選択肢の一つと考えるなら、このような分析方法も再検討されるべきであろう。そのためにも、2冊を同時並行的に読まれることをお勧めしたい。

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（2005年7月～2005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, Palliative and Supportive Care, Palliative and Supportive Cancer Care, Journal of Clinical Oncology, Cancer

聖隷三方原病院 緩和支援診療科 森田 達也

Reviews, recommendations, meta-analyses, randomized controlled trials, and large surveys

対象雑誌に掲載された医学論文のうち緩和ケアの臨床家にとって有用と思われる、レビュー、学会の推奨、メタアナリシス、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。

口内炎

Vokurka S, Bystrická E, Koza V, et al. The comparative effects of povidone-iodine and normal saline mouthwashes on oral mucositis in patients after high-dose chemotherapy and APBSCT-results of a randomized multicentre study. Support Care Cancer. 2005; 13(7):554-558.

システム

Casarett D, Karlawish J, Morales K, Crowley R, Mirsch T, Asch DA. Improving the use of hospice services in nursing homes: a randomized controlled trial. JAMA. 2005; 294(2):211-217.

メラトニン

Mahmoud F, Sarhill N, Mazurczak MA. The therapeutic application of melatonin in supportive care and palliative medicine. *Am J Hosp Palliat Med*. 2005; 22(4):295-309.

医師の態度

Schrijnemaekers V, Courtens A, Kuin A, et al. A comparison between telephone and bedside consultations given by palliative care consultation teams in the Netherlands: results from a two-year nationwide registration. *J Pain Symptom Manage*. 2005; 29(6):552-558.

疼痛

Grosset AB, Roberts MS, Woodson ME, et al. Comparative efficacy of oral extended-release hydromorphone and immediate-release hydromorphone in patients with persistent moderate to severe pain: two randomized controlled trials. *J Pain Symptom Manage*. 2005; 29(6):584-594.

呼吸困難感

Bruera E, Sala R, Spruyt O, Palmer JL, Zhang T, Willey J. Nebulized versus subcutaneous morphine for patients with cancer dyspnea: a preliminary study. *J Pain Symptom Manage*. 2005; 29(6):613-618.

生理不順

Gainford MC, Simmons C, Nguyen H, Verma S, Clemons M. A practical guide to the management of menopausal symptoms in breast cancer patients. *Support Care Cancer*. 2005; 13(8):573-578.

デイケア

Davies E, Higginson IJ. Systematic review of specialist palliative day-care for adults with cancer. *Support Care Cancer*. 2005; 13(8):607-627.

心理療法

Rajasekaran M, Edmonds PM, Higginson IL. Systematic review of hypnotherapy for treating symptoms in terminally ill adult cancer patients. *Palliat Med*. 2005; 19(5):418-426.

From Japan

日本からの論文を紹介します。

Chujo M, Mikami I, Takashima S, Saeki T, Ohsumi S, Aogi K, Okamura H. A feasibility study of psychosocial group intervention for breast cancer patients with first recurrence. *Support Care Cancer*. 2005; 13(7):503-514.

Miyashita M, Matoba K, Sasahara T, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the support team assessment schedule (STAS-J). *Palliat Support Care*. 2004; 2(4):379-385.

Sugawara Y, Akechi T, Okuyama T, et al. Occurrence of fatigue and associated factors in disease-free breast

cancer patients without depression. Support Care Cancer. 2005; 13(8):628-636.

Morita T, Imura C, Fujimoto K, Shishido H, Tei Y, Inoue S. Changes in medical and nursing care in cancer patients transferred from a palliative care team to a palliative care unit. J Pain Symptom Manage. 2005; 29(6):595-602.