



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

### 地域をつつむ緩和医療

岡山大学 消化器・腫瘍外科学 田中 紀章

神戸で開催された第11回緩和医療学会総会には3,800名もの医療者の参加があり、緩和医療に対する関心の高まりを目の当たりにいたしました。これは、がん医療に人々が何を求めているのかということに対する確かな数字のあらわれだと思います。

緩和医療とは、がんのような難しい病気の終末期の医療として、はじめホスピスという施設の中で始まりましたが、今では、がん治療の最初から、症状緩和を目的として、治癒を目指す治療法と併せて実施される医療と考えられています。さらに患者さまの「生きがい」を支える医療として、病院やホスピスといった施設の中だけではなく自宅でも受けられるべき医療と考えられるようになってきました。

岡山県の長島にはハンセン氏病の療養所がありますが、神谷美恵子先生はここで「生きがい」の問題に取り組まれました。その後、このテーマはホスピスムーブメントという新しい医療を求める運動となり、いまや「生きがい」は、緩和ケアの中でひろく追求されています。

本年4月1日の診療報酬の大幅な改訂のなかで、「在宅療養支援診療所」が新設され、「在宅ターミナルケア」が初めて本格的に保険診療の中で認められました。すでに全国各地で在宅緩和ケアチームが活動しており、全国でもこれを機に緩和医療のすそ野が病院から在宅へと一っそう広がるものと期待されます。それだけに在宅緩和ケアを支える各種の活動が一っそう必要となりますが、来年の学術集会はその節目の年の開催として、在宅緩和ケアの確かな一歩を進めるものでなければなりません。

このように、「生きがい」を支える緩和医療が広がりを見せる中で、科学技術としての緩和医療にも、また一段の進歩を期待したいものです。疼痛緩和のための薬剤開発には確かにめざましいものがありますが、他の症状緩和には残された課題が多々あります。例えば、がんの苦痛には疼痛以外にも食欲不振、やせ、倦怠感などがありますが、これらは殆んど未解決であり、科学的な究明が待たれています。

岡山での総会は、患者さまの「生きがい」を支えるために、緩和医療を施設から在宅へと広げる目的で、基礎医学から、ケアにまつわる臨床医学、看護学、さらには人文・社会科学までを包括的に学び、論じる場にしたいと思います。そのためにも、医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、栄養士、ソーシャルワーカーなど多様な背景をもった多くの学会員、さらに一般市民やボランティアまでが参加しやすい集会となるよう準備を進めています。

私たちの社会は近年の経済成長、少子高齢化の中で従来の伝統的な多様な共同体を失ってきました。しかし、地域に広がる緩和医療、緩和ケアは、改めて、家族の絆、地域の絆を強め、地域を一つにつつまながら新しい共同体形成に向かって働こうとしています。

第12回日本緩和医療学会総会は教育セミナー等を含めて平成19年6月21日、22日、23日の3日間にわたり、岡山コンベンションセンターおよびホテルグランヴィア岡山にて開催されます。この会場で私たちは地域に広がる緩和医療の大きなうねり、新しい波を見たいと願っています。皆様のご参加を心よりお待ちしております。

## 総会の総括

### 第11回日本緩和医療学会総会を終えて

第11回日本緩和医療学会総会長 内布 敦子

「緩和医療におけるケアの本質」をテーマに、2006年6月23日、24日神戸国際展示場で開催されました第11回日本緩和医療学会は予想以上の参加者を得て盛会のうちに無事閉会することができました。皆様の熱心なご参加にまず感謝したいと思います。誠にありがとうございました。最終の集計によりますと学会参加登録者は3,876人、登録演題数は485でした。総会前日の評議委員会では、6月16日（15日付常決議の採択）に成立したがん対策基本法について厚生労働省の説明をお聞きし、緩和医療ががん対策の重要な柱になっていることを認識しました。このような社会的動きは、参加者、演題数の急増に大いに反映しているのではないかと思います。

第11回総会は、看護職が初めて総会の会長を務めさせて頂きましたが、プログラム委員は医師職10名、看護職4名で、プログラムの構想から渉外まで多岐にわたってご支援を頂きました。また理事会や評議委員会の委員の皆様をはじめ会員の皆様には様々な役割をお願いしましたが、いずれも快くお引き受け頂き、どれほど助けられたかわかりません。

プログラム委員会ではテーマである「ケアの本質」に迫る企画に取り組みました。会長講演、特別講演や3つのシンポジウム、2つのパネルディスカッション、2つのワークショップ、5つの教育講演、その他指定演題、口演（12題）、ポスターセッション（473題）、市民公開講座を4つの会場をフルに活用して行い、できるだけ多くの情報を参加者の皆様が得て頂けるようにしました。おかげさまで看護の色彩が表に出たことで、あらためてケアの概念について考え、医療者自身が自分自身をケアする必要にも気づくことができたという評価を数力所から頂きました。特に医療者のバーンアウトをテーマにしたシンポジウムは継続的に発展させたいというお声があることも伺っています。

ポスターセッションは、座長を立てずに演者と参加者が直接討議するという形式でしたが、会場のあちこちで質問をする人たちの姿が見られ、むしろコミュニケーションは活発だったように思います。反面プレゼンテーションの機会がなく不全感をもたれた参加者の方もおられましたので、さらに良い方法を模索しなければなりません。各セッションの報告は今後ニューズレターを通して行われると思いますので、それに譲りたいと思います。

投稿規定や査読では研究の倫理的配慮を求めました。倫理的配慮を求めることは時代の趨勢でもありますが、貴重な事例の発表などで、本人（故人の場合とくに）の了解を得ることが難しい場合、発表者は大変苦慮なされたのではないかと思います。普段は診療の目的で患者情報を得ていますので、「研究」という異なる目的にその情報を用いる場合、本人の了解やそれなりの手続きが必要です。貴重な臨床の経験を積み上げるために、研究倫理の手順に慣れて行く必要

もあると思います。今回は私達も試行錯誤で皆様に倫理的配慮を要求するという状況でしたので、発表者を困惑させたこともあったかと思えます。この場を借りてお詫び申し上げます。

兵庫県や大阪府など近畿圏から多くの看護師、学生の皆さんがボランティアに駆けつけてくださいました。本当にありがたく、感謝しています。反省点も多いことは承知しておりますが、多くの皆様のご参加を得て、ともかく事故もなく終わったことをスタッフ一同深く感謝し、皆様に心からお礼を申し上げます。

## 指定演題1

### 「ケアのピットホール」感染症対応を考える

演者： 神戸アドベンチスト病院 山形 謙二

聖路加国際病院 林 彰敏

座長・報告： 兵庫県立加古川病院 加堂 哲治

緩和医療が必要な患者の感染症対応は、診断・治療が困難であるばかりでなく、全身状態が悪化してきた場合や積極的治療を希望しない患者への対応は、まだ一定のコンセンサスが得られていない。マニュアルやガイドラインも今のところ存在しない。

緩和医療において、感染症の診断は難しい。発熱の原因として腫瘍熱や薬剤性の発熱もありうるし、白血球数はステロイドの使用やストレスでも増加する。またステロイドやNSAIDsも多用されるため、感染症による発熱が顕著でないことも多い。そのため、感染症の診断と抗菌剤の使用に当たっては、慎重かつ確かな判断が要求される。

最近までに、この領域で8論文が報告されているが、その中では緩和の必要な患者の感染症発症は26～83%で、そのうち60～72%で抗菌剤が使用されている。神戸アドベンチスト病院緩和病棟のデータでは、59.4%が感染症を合併し、82.4%に抗菌剤が使用され、64.3%に効果があり、特に尿路感染症で著明であった。その際臨床症状や検査成績を加味した「PPS」という指標が効果判定に有効であった。林先生の前任地日本バプテスト病院ホスピスでも、感染症の発生は75%で、抗菌剤は67.6%で使用され、64%が有効であったが、いずれの臨床検討でも、予後を延長させることはなかつた。しかし聖路加国際病院では60～72%の患者で症状を改善させたという経験もある。抗生剤をめぐる議論には(1) 延命か症状緩和か (2) 患者の負担 (3) 副作用の問題などがあるが、症状コントロールに効果があれば、感染症の診断努力を行い、疼痛コントロールと同様、緩和ケアの一部として抗菌剤を積極的に使用するべきかもしれない。今後ガイドラインの作成が望まれる。

## 指定演題2

### 「ケアのピットホール2」腹部症状の対応を考える —がん性腹膜炎、イレウス—

演者：十和田市立中央病院 蘆野 吉和  
関西労災病院 富田 尚裕  
座長・報告：早石病院 山崎 恵司

消化器症状は食欲不振、便秘、嘔気と嘔吐、消化管閉塞、腹水と腹部膨満感に分けられ、それらの症状マネジメントは、医療者、患者、家族との良好なコミュニケーションのもとに、チーム医療として提供される。なかでも、がん性腹膜炎に伴う諸症状のマネジメントは難渋することが多い。特にイレウスに対しては難しく、治療は薬物療法と非薬物療法（穿刺排液、内視鏡的治療、手術療法）から選択される。

蘆野吉和先生（十和田市立中央病院）には、薬物療法と穿刺排液法につき解説いただいた。まず、良性疾患である可能性にも触れつつ、診断の重要性を示された。薬物療法においてはステロイドやオクトレオチドの有用性、エビデンスをふまえた輸液の適正化、ついで腹水持続排液法について述べられた。在宅ホスピスケアを視野に入れることの大切さを強調され、その際の患者教育や有用な機器についても紹介された。

富田尚裕先生（関西労災病院）には、内視鏡的治療、手術療法につき解説いただいた。まず、全身状態や予後を含め、適応を慎重に検討することの重要性を示された。内視鏡的治療においては、減圧・ドレナージや水分・栄養補給目的の瘻孔造設術と閉塞に対するステント留置術につき述べられた。前者はPEG（Percutaneous Endoscopic Gastrostomy）、後者はEMS（Expandable Metallic Stent）を中心に、合併症を含め話された。さらに下部消化管閉塞に対するステント留置術は、手術に比し遜色のないデータが出つつあることとともに保険適応がないことも付け加えられた。手術療法はバイパス術と人工肛門造設術を主に話された。対象症例の原疾患としては胃癌に比し大腸癌の方が多く、成績も良好であった。

これら各種治療法をふまえたうえで個別に対応することが重要であり、そのためには、全身状態評価や予後予測を含め、さらなるエビデンスの積み重ねが必要である。

## 教育講演2

### 予後予測について考える

演者：筑波大学大学院臨床医学系消化器内科 兵頭 一之介  
座長・報告：大阪大学 恒藤 暁

患者、家族、医療従事者のdecision-makingの際に重要となる予後予測について、筑波大学大学院臨床医学系消化器内科教授の兵頭一之介先生から講演がなされた。これまでに、MaltoniらのPalliative Prognostic Score(J Pain Symptom

Manage 1999;17(4):240-7)やMoritaらのPalliative Prognostic Index(Support Care Cancer 1999;7(3):128-33)などの予後予測スコアが開発されている。厚生労働省研究班で予後予測の多施設共同研究を行ったところ、主治医の予後予測、意識状態、胸水、白血球数、リンパ球%の5項目からなるJ-POS-PIが作成された。J-POS-PIによって、生存期間中央値が51、29、11日の3群のリスクグループに判別できた。さらにこれを検証するためにtest sample208例(生存期間中央値27日)を集積し再現性を確認した。Palliative Prognostic Scoreは日本人のsampleにもよく適合し、Palliative Prognostic Indexは短期予測については適用可能であった。J-POS-PIにより、大まかに予後1週、4週、8週の患者を選別できたが、いわゆる月単位での予後予測は困難であった。

質疑応答ではコルチコステロイドによる血球数への影響、癌種別の予後予測スコアの可能性、主治医の経験年数と予後予測との相関、J-POS-PIの予後予測できる時期、輸液による影響などについて質問があった。コルチステロイドによる影響はなかったこと、J-POS-PIの因子は多くの癌に共通するものであり癌種別に検討しても大きな差は出ないであろうこと、医師の経験年数が長いほど予後予測は実際とずれていたこと、予後2週の時期が最も正確に判別できたこと、輸液量による有意差は認めなかったことが兵頭先生から回答された。

現在の予後予測スコアは主治医の臨床的予後予測が最も重要な因子であり、客観的な因子のみで正確に予後を予測することが困難であることが確認された。予後予測の際には一人の医師で判断するのではなく、看護師を含めたチームで検討していくことが重要であると思われた。

### 教育講演3

## 褥瘡のケアについて考える

演者：静岡県立静岡がんセンター 青木 和恵  
座長・報告：大阪大学医学部附属病院 田墨 恵子

第11回緩和医療学会の教育講演では「褥瘡ケア」がとりあげられ、がん医療の現場でWOC認定看護師として活躍中の青木先生により「褥瘡ケアから緩和ケアとしての褥瘡ケアへ」という講演が行われた。終末期がん患者の褥瘡は悪液質、疼痛、呼吸困難、倦怠感などの内的な要因と、便失禁による汚染やせん妄の体動による摩擦などの外的な要因で起こるが、これらはつまり終末期がんの症状であり、取り除くのは不可能な場合が多く、そのことが終末期がん患者の褥瘡の予防、治癒を困難にしていると述べられた。青木先生はすでに2000年頃より、終末期がんと密接に関係のある褥瘡という視点から、この状況を「がん性褥瘡」と表現されている。がん性褥瘡が確かに存在するという根拠として、褥瘡患者管理加算導入後も終末期がん患者の褥瘡発生は、一般の疾患に比べ減少していない状況を提示された。また、ご自身が活動する静岡がんセンターは、7:1の看護師配置という充実したバックグラウンドを持つにも関わらず、緩和ケア病棟では褥瘡の保有率が10%以上であるという現状をとりあげ、終末期がん患者の褥瘡を減少させることは困難であると結論づけられた。したがって、緩和ケアのひとつとして褥瘡ケアの確立することが必要であることを述べられ、先生の考えをアルゴリズムとして示された。その中で、褥瘡の発生要因となる終末期がんの症状が緩和できない場合には、褥瘡の治癒ではなく感染予防を第1の目標とし、次に褥瘡の症状と褥瘡ケアによる苦痛を最低限に抑える方法を考えることが必要であると述べられた。これに伴って家族の納得とチームの合意、記録を残すことが必須であると強調された。最後に先生は、緩和ケアとし

ての褥瘡ケアの確立が必要であるが、しかしそのために苦痛の強い終末期のがん患者を対象に研究を行うことは、緩和ケアの実践家としての倫理を問うことになり、このことを含め科学研究が今後の大きな課題となっていると述べられた。

## 教育講演5

### 「死にまつわる文化とケアのありよう」

演者：元お茶の水女子大学 波平 恵美子  
座長・報告：国立がんセンター 垣添 忠生

元お茶の水女子大学教育学部教授 波平恵美子先生をお迎えして、60分間、じっくりとお話を伺った。先生はスライドを使われなかったので、「語り」に集中した、我々の聴覚を研ぎすませた講義となった。

先生は文化人類学の一分野である医療人類学の領域で、一貫して人間の生き方の多様性をできるだけ詳細に記録する、という学問態度を堅持してこられた、という背景説明の上、本論に入られた。

本来「死」とか「ケア」はどこにでもある普遍的で日常的な事象であるはずなのだが、本学会のような巨大なとり組みが展開されている。それは、わが国で死をめぐる文化に、急速で広範な変化が起きており、そのため他部分との間に不整合、きしみが生じているため、と考えられる。その急速で広範な変化とは、1) 死に場所、2) 死者と看取り者との関係、3) 死のあり様、の三つである。

#### 1) 死に場所

わが国で、国民が医療を受けることが日常的になったのは昭和50年代のことである。それ以前の何十年もの間、日本人の多くは寝ついてから死まで二週間から二ヶ月で、それを家で過した。死は日常であり、生の延長に死がある。死ぬことは大事ではなく死んだ後の魂のあり様、遺体の扱いが、死にゆく人の最大の関心であった、最近では、70%の人が、医療現場で死ぬようになってきた。このため、看取りをする人が家族から医療スタッフに変わり、死の苦痛をいかに早く軽減できるか？ が最大の関心となってきた。死に方が急速に広範に変わりつつある。

#### 2) 死ぬ人と看取る人との関係

死をめぐる文化は、状況の変化ほど大きくは変わっていない。亡くなると、遺体は霊安室から自宅、そして葬祭場、火葬場と次々と移動する。さらに、通夜、初七日、四十九日、新盆……と延々と詳細に決められた行為が続く。これは死者と残された者との間のコミュニケーションが延々と続く、ことを意味する。死ぬ瞬間だけが問題なのではなく、その後も続く死者と生者のコミュニケーションが問題である。

#### 3) 死のあり様

ある文化では、死をもって無に帰すると考えるが、日本では生きている者の死と、死後の世界という、二種類がある。しかも、生きている間のことと、死後の世界が、しばしば並存、共存する。死者は死後も主体性をもっている。自分が生きている間に交った人に主体性が向けられている。

現在、単身者世帯が30%を占め、今後、これはさらに増加する傾向にある。ということは、家族の看取りもなく死んでいく人、死後のコミュニケーションをとる人がいない人達が多く生ずることを意味する。こうした近未来の状況を念頭に置きながら、死にまつわる文化を考察する必要がある。

以上がお話のエッセンスであったかと思う。永く続く死後の世界との生者のコミュニケーションという視点は、我々は日常的にあまり意識しない死の側面なので、そうした問題点の御指摘は私にとっては新鮮であったし、重要と思う。教育講演としての意義の高い御講演であった。

## ランチョンセミナー4

### ホスピス緩和ケア病棟・チーム・そして外来

演者： 聖路加国際病院緩和ケア科 林 章敏

座長・報告： 大阪大学 恒藤 暁

WHOは2002年に緩和ケアの定義を「生命にかかわる疾病に直面している患者と家族の痛みやその他の身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を予防・評価・対応することによってQOLを向上させるアプローチである」（試訳）と表現の一部を変更しており、緩和ケアがより広く適用されることを提唱している。

(<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>)

聖路加国際病院緩和ケア科の林 章敏先生から、聖路加国際病院の緩和ケアへの取り組みについて紹介された。聖路加国際病院緩和ケア科では、全経過の患者に対応するために緩和ケア病棟での働きのみならず、緩和ケアチームによる一般病棟でのコンサルテーション活動、緩和ケア外来による外来診療、さらにはかかりつけ医等との連携による在宅ホスピス等のサービスを提供している。

緩和ケア病棟では、終末期患者への尊厳あるターミナルケアを提供している。症状緩和が図れた患者については、在宅・外来へのスムーズな移行が図れるようにしている。

緩和ケアチームでは、診療加算を取っていないものの、医師、看護師、薬剤師がチームに加わり、良好な症状緩和が図れるように活動している。精神的な問題にはチームメンバーがかかわりを持ち、必要時にリエゾン精神看護専門看護師、精神科医、診療内科医が専門的な対応をしている。また、乳腺チームとの合同カンファレンスを週に一度開いている。

緩和ケア外来を受診する患者の約半数は化学療法を受けている患者であり、がん治療早期から緩和ケアが関わるようにしている。在宅の患者は訪問看護科や地域のかかりつけ医と協力して対応し、必要時には聖路加国際病院から往診している。林医師は、「緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、そして緩和ケア外来を同じ診療チームが対応することにより、患者に一貫性のある対応ができ、信頼関係も築きやすい」と述べている。

このように、緩和ケアは病期や場所に関わらず、広く適用されるように体制を整備していくことが重要な課題であることが確認された。

## ランチョンセミナー5

### クリニカルパスがん性疼痛治療の標準化

演者：NTT東日本病院緩和ケア科部長 堀 夏樹

座長・報告：埼玉医科大学客員教授 武田 文和

がんの痛みの鎮痛薬治療には国際基準があり、WHOが5項目の基本原則にまとめている。これを無視すると除痛成績は向上しない。5つの基本原則とは、経口的に、除痛ラダーにしたがって効力の順に、個別的な適切量で、時刻を守って規則正しく、そのうえで細かい配慮、である。

がんの痛み治療は、まず夜間の良眠の確保、次いで安静時の痛みの消失、さらに体動時痛の消失と段階的な治療目標に向かって進められるが、実際には安静時の痛みの消失が得られていない場合さえあり、基本原則をきちんと守らないためであり、背景には痛みの強さの過小評価、オピオイド鎮痛薬使用開始や増量のためらいがある。加えて、副作用対策不足、患者との意思の疎通不足もある。

これらを解決し、適切かつ迅速な痛み治療の実施を支援するツールとして堀夏樹医師が簡便なクリニカルパスを開発し、安静時の痛みの消失を短期間で実現させている。クリニカルパスは痛み治療チームの全メンバーが活用できるので、チーム内の共通認識を促す。堀医師はクリニカルパスをスクリーン上で操作し、オキシコンチン<sub>錠</sub>を処方しながら、その使用法と有用性を解説した。

痛みの強さは夜間の睡眠や安静時の鎮痛の程度などで表し、主治医、看護師、薬剤師など治療チームのメンバーは、患者との人間的ふれあいを重視しつつ痛みの状況等について患者が実感しているところを十分に聞き出し、痛みの強さの感じ方に影響している因子も把握し、必要な事項を入力する。それに応じたクリニカルパスの指示にしたがうと、一般病棟で働く医師も、がんの痛みの治療に必要な臨床所見を漏らすことなく把握することになり、患者の個別性に応じた鎮痛薬投与が実践でき、患者の痛みの除去、そのQOLの改善、ひいては痛み治療の費用対効果比の向上、入院期間の短縮まで実現する。

## 一般演題 口演2

### 緩和ケアチームの実践と課題／症状緩和のユニークな取り組み

演者：荒尾市民病院 外科 濱口 裕光

名古屋掖済会病院 緩和医療科 家田 秀明

静岡赤十字病院 外科 白石 好

新潟県厚生連村上総合病院 外科 林 達彦

SCORE-G（がん疼痛・症状緩和に関する多施設共同臨床研究会） 余宮 きのみ

名古屋逓信病院 薬剤部 田中 希久代

座長・報告：社会保険神戸中央病院緩和ケア病棟 岡田 雅邦

前半3題は緩和ケアチーム活動における各施設の現状と問題点について、後半3題は症状緩和における新しい手法や実践報告がなされた。

荒尾市民病院緩和ケアチームの外科医である濱口氏は、チームの中心となり、各主治医が疼痛緩和治療を自ら処方実践出来るようアドバイス方式の指導を行い、主治医主導型緩和ケアを成功させた例を紹介した。名古屋掖済会病院緩和ケア科の家田氏は、緩和ケア病棟を持ち各専門スタッフの揃った診療加算可能な総合病院でも、未告知患者など加算要件を満たしづらい事例が多く、採算性がない現在の緩和ケア診療加算の問題点を指摘した。静岡赤十字病院外科の白石氏は、緩和ケア専門スタッフのいない一般総合病院の病棟内で行っているチーム活動状況を報告し、このチームが患者の予後認識を把握することで患者のギアチェンジに寄与出来た例を示した。

新潟県厚生連村上総合病院外科の林氏は、自院で施行した消化器癌緩和手術症例3年間の検討を行い、7割の症例は重篤な合併症無く症状緩和され、術前PPS、PPIを調べることで術後の効果予測をする指標となり得ることを報告した。埼玉県立がんセンター緩和ケア科の余宮氏は、5施設共同でバクロフェンのがん性疼痛に対する有用性を調査し、特に突出痛や刺すような痛みに有効であり、眠気以外大きな副作用も無く鎮痛補助薬としての効果が期待できると報告した。名古屋通信病院薬剤部の田中氏は、薬剤師会オンコロジー研究会の取り組みとして、がん患者が訴える痛みの言葉120種類の表現リストを作成、その表現と各オピオイドの有効率を検討し、新しい疼痛評価ツールを作成、紹介した。

緩和ケアチームは緩和ケア専門職の有無といった施設格差が大きいが、いずれの施設もそれぞれの悩みを持ちながらも活動奮闘されている様子を垣間見た。後半3題は、明日からの診断治療の一助となり得る報告であり、早速試してみようと思われた方も少なくなかったのではないかと思う。

## Journal Club

### Phase II study of donepezil in irradiated brain tumor patients: effect on cognitive function, mood, and quality of life

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

Phase II study of donepezil in irradiated brain tumor patients: effect on cognitive function, mood, and quality of life Shaw EG, et al. J Clin Oncology 24: 1415-1420, 2006

#### 背景と目的

原発性および転移性脳腫瘍、そしてこれらに対する放射線を含む治療に起因する認知機能障害がかなりの頻度でみられることが知られており、10%の患者は進行性の認知症になり、鋭敏な認知機能検査では50-90%に機能障害が観察されることが知られている。さらにこれら認知機能障害は、しばしば苦痛を伴う感情状態やQOL低下に関連することが報告されている。しかし、現時点において、これら認知機能障害に対する治療法および予防法として確立された方法は存在しない。

臨床的、放射線画像上、そして一部病理学的に、放射線治療に伴って生じる障害とアルツハイマー病には幾つかの類

似点が存在する。例えば、アルツハイマー病の画像所見として観察される白質変化（脱髄）、脳血流や代謝の低下、N-アセチルアスパラギン酸の低下などは、放射線治療によって生じる所見と類似している。現在、アルツハイマー病の治療薬として開発され、広く使用されている薬剤としてコリン系の神経伝達を改善するアセチルコリンエステラーゼ阻害薬があり、ドネペジルは其中で最も常用されているものである。さらに、動物実験の結果から、放射線照射を受けたマウスは、コリンアセチルトランスフェラーゼ、アセチルコリンの双方が低下していることが示唆されている。

以上のような先行知見から、今回、脳腫瘍に対して放射線治療を受けた患者の認知機能、感情状態およびQOLに対してのドネペジルの有用性を検討するための、前向きオープン第II相試験を施行した。

## 方法

適格条件：18歳以上、推定予後30週以上、原発性/転移性脳腫瘍に対する放射線治療を受けて6ヶ月以上経過、過去3ヶ月以内に画像上、腫瘍の進行が認められないもの、ステロイドの量が一定あるいは減量中のもの。すべての患者にインフォームドコンセントを行った。

治療：ドネペジル5mg/日を6週間投与後、NCI Common Toxicity Criteriaでグレード3以上の有害事象が発生しなければ、10mg/日に増量し、引き続き18週間投与した（計24週間）。その後、6週間かけてウォッシュアウトを行った。

アウトカム評価：主要評価項目は認知機能。全般的な認知機能としてMini-Mental State Examination、注意・集中力としてTrail Making Test Part-A、Digit Span Test、視覚構成能力としてRevised Rey-Osterrieth Complex Figure Test、言語流暢性としてControlled Oral Word Association Test、実行機能としてTrail Making Test Part-B、言語記憶としてCalifornia Verbal Learning Test-II、描画記憶としてRevised Rey-Osterrieth Complex Figure Testを施行した。

QOLはFunctional Assessment of Cancer Therapy-Brain (FACT-Br)で、感情状態はProfile of Mood States (POMS：下位尺度に、抑うつ、不安、怒り、混乱、倦怠感、活気)で評価した。

研究デザイン：第II相のオープン試験。アウトカム評価は、ベースライン、6週後、12週後、24週後（治療終了後）および30週後（ウォッシュアウト）に行った。30週後の時点でドネペジルを再開可とした。

今回は、ベースラインと24週後の比較データを報告した。検定の多重性を考慮し、 $P < 0.01$ を有意とした。

## 結果

35人の患者が参加した（23名が神経膠腫、4名が髄膜腫、7名が他の組織型、1名が転移性脳腫瘍）。11名が24週までに研究を辞退した（5名が腫瘍の進行、1名が吐き気、2名が服薬不遵守、3名は不明）。24人の患者（年齢中央値 45歳、女性が46%）が24週後の時点において研究に継続参加しており、すべてのアウトカム評価を施行可能であった。これら24人は、すべて原発性の脳腫瘍の患者であった。

ベースラインと24週後のスコアを比較すると、注意/集中力、言語性記憶、描画性記憶で有意な改善がみられ、言語流暢性に有意な改善傾向がみられた。感情状態に関しては、混乱に有意な改善が認められ、倦怠感と怒りに改善傾向が示された。同様にQOLにも有意な改善が認められ、脳腫瘍に対しての懸念が有意に改善し、感情的側面と社会機能において改善傾向がみられた。

6週間のウォッシュアウトを完遂した21名の患者は、認知機能、QOL、感情状態に悪化が認められたが、統計学的な有意差は認められなかった。最も頻度が高い有害事象は倦怠感（11名、すべてグレード1）であった。有害事象のため治療中止にいたった症例は1名であった。研究を完遂した21名のうち10名が、30週後の時点で、ドネペジルの再開を選択した。

## 考察

放射線照射を受けた脳腫瘍の患者の認知機能、QOLを改善するために使用された最初の薬物はメチルフェニデートであ

るが、本研究はアセチルコリンエステラーゼ阻害薬の有用性を検討したはじめての研究である。本研究では、24週間にわたるドネペジルの投与で認知機能、感情およびQOLが改善し、毒性も低かった。

現在、ドネペジルの有用性を検証するために、二重盲検化、プラセボ対照の第III相試験を計画中である。

#### コメント

ドネペジルの作用機序は、アセチルコリンエステラーゼを阻害することにより、アセチルコリンの血中濃度を高めることにあると考えられている。がん医療の領域では、その他、オピオイドに伴うせん妄に対しても有用性を示唆する報告が散見されるなど、神経伝達物質アセチルコリンの関与が想定されている諸種の病態での有用性の検証がはじまりつつあるといえよう。

本研究は、医療の現場では看過されがちである患者の認知機能に焦点をあてた貴重な報告である。よくデザインされており、結果も今後に期待を抱かせるものであった。著者らが計画しているという無作為化比較試験の結果が待たれるところである。

### Journal Club

## EORTC QLQ-C15-PALの開発： 緩和ケアを受けるがん患者用の短縮版QOL尺度

東京大学大学院医学系研究科成人看護学/緩和ケア看護学 佐藤 一樹

EORTC QLQ-C15-PALの開発：緩和ケアを受けるがん患者用の短縮版QOL尺度

M. Groenvold, M. A. Petersen, N. K. Aaronson, et al. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. *Eur J Cancer*. 2006; 42: 55-64.

項目応答理論(IRT)を用いたEORTC QLQ-C30 情緒機能下位尺度の短縮版開発

J. B. Bjorner, M. A. Petersen, M. Groenvold, et al. Use of item response theory to develop a shortened version of the EORTC QLQ-C30 emotional functioning scale. *Qual Life Res*. 2004; 13: 1683-97.

【目的】がん領域で広く使用されているQOL尺度であるEORTC QLQ-C30を短縮し、緩和ケアを受けるがん患者に適用できるQOL尺度を開発する。

【方法】EORTC QLQ-C30(version 3.0)は30項目から成り、機能の5尺度(身体、役割、認知、情緒、社会生活)、症状の3尺度(疲労感、疼痛、嘔気/嘔吐)と6単一項目(呼吸困難、不眠、食欲不振、便秘、下痢、経済的困難)、全般的QOLの1尺度を含む。EORTC QOLグループがこれまでに行った24調査のがん患者データ(N=8242)を再解析し、項目応答理論(IRT)を用いて多項目から成る尺度を短縮した。また、緩和ケアを受けている患者41名と緩和ケアを専門とする医療者66名にインタビューを行い、30項目それぞれの評価項目としての重要性和回答者への心的影響を考えての適切性、重要性の高い上位10項目、30項目以外に追加すべき項目を尋ねた。

【結果】身体機能の5項目は、IRTとインタビューから3項目に短縮した。情緒機能の4項目は、IRTから2項目に短縮した。疲労感の3項目は、IRTから2項目に短縮した。嘔気/嘔吐の2項目は、重要性和IRTから1項目に短縮した。疼痛の2項目は、IRTで短縮できず、2項目とも重要性が高く回答され、そのまま残した。症状の6単一項目のうち呼吸困難、不眠、食欲不振、便秘の項目は、重要性・適切性がともに高く、そのまま残した。全般的QOLの2項目は、重要性・適切性の高い1項目に短縮した。役割・認知・社会生活機能、下痢・経済的困難の項目は、重要性や適切性の観点から削除した。

【結論】EORTC QLQ-C30を短縮し、緩和ケアを受けるがん患者に適用できる15項目から成るQOL尺度EORTC QLQ-C15-PALが開発された。

【EORTC QLQ-C15-PALの15項目】（日本語訳はEORTC QLQ-C30日本語版より抜粋）

1. 屋外の短い距離を歩くことに支障がありますか。
2. 一日中ベッドやイスで過ごさなければなりませんか。
3. 食べること、衣類を着ること、顔や体を洗うこと、便所に行くことに人の手を借りる必要はありますか。  
この一週間について
4. 息切れがありましたか。
5. 痛みがありましたか。
6. 睡眠に支障がありましたか。
7. 体力が弱くなったと感じましたか。
8. 食欲がないと感じましたか。
9. 吐き気がありましたか。
10. 便秘がありましたか。
11. 疲れていましたか。
12. 痛みがあなたの日々の活動のさまたげになりましたか。
13. 緊張した気分でしたか。
14. 落ち込んだ気分でしたか。
15. この一週間、あなたの全体的な生活内容は質的にどの程度だったでしょうか。

【コメント】緩和ケアの質向上のためには緩和ケアの評価が必要である。終末期患者が自記式の調査票に回答することは困難であることが多く、評価尺度は簡便であることが求められる。がん患者用のQOL尺度の短縮版であるEORTC QLQ-C15-PALは、緩和ケアを受けるがん患者用のQOL尺度として普及する可能性がある。

## Journal Club

### 死亡場所の選好に関連する要因 —南オーストラリアの一般集団を対象とした調査から—

東京大学大学院 医学系研究科成人看護学/緩和ケア看護学分野 三條 真紀子

Factors predictive of preferred place of death in the general population of South Australia

Foreman LM, Hunt RW, Luke CG, Roder DM.

Palliative Medicine 2006; 20: 447-453

【目的】一般集団の死亡場所の療養場所の選好に関連する要因を知る。

【方法】南オーストラリアで、ランダムサンプリングした15歳以上の一般集団3,015名に対して対面面接調査を行った。調査項目として、死亡場所の選好と性、年齢、婚姻、居住地域と居住歴、収入、SF36、在宅療養の気付きや「尊厳のある死」についての考え、終末期の意思決定(リビングウィル, 代理決定)に関する知識などを聴取した。解析対象は死亡場所の選好を示した2652名とした。

【結果】2,652名中、30歳以下が23%、70歳以上は14%、性別は男性が48%であった。死亡場所として在宅を希望するものが70%、病院が12%、ホスピスが10%、ナーシングホームが1%であった。多変量解析の結果、在宅死に比べ、施設死を希望することの関連要因として30歳以上、女性、在宅療養での家族の負担に関する懸念があること、リビングウィルの知識があること、SF36で身体的健康感が低いこと、精神的健康感が高いことが示された。また、施設死を希望するもののうち、病院死よりもホスピス死を希望することの関連要因として、高齢、女性、独身、都会在住、高学歴、就業していること、高収入、苦痛がないことを尊厳のある死と考えること、リビングウィルの知識があることが示された。本研究の対象集団の選好を、実際のがん死の性・年齢分布を参考に重み付けした結果、死亡場所として在宅を希望するものは58%、病院が28%、ホスピスが12%、ナーシングホームが2%と推定された。実際の死亡場所は在宅が14%、病院が56%、ホスピスが18%、ナーシングホームが12%であり、希望する療養場所と実際の死亡場所の間には乖離があることが示された。

【考察】身体的QOLが低いことや在宅療養への懸念があるものが施設死を希望したが、この結果は在宅療養の現実や困難をより理解しているためであると考えられた。施設での療養環境を整え、終末期患者のニーズを満たしていく一方で、在宅療養を望む場合の障害を克服すべく努力していく必要があるだろう。

【コメント】平成15年の厚生労働省による意識調査の結果から、わが国においても希望する死亡場所と実際の死亡場所の間には乖離があることが示されている。本論文でも示されているように、病気の進行によって終末期の選好がどのように変化するのか、そして、選好が達成されない場合、その障害は何かを明らかにすることが望まれるだろう。

## Journal Club

### 病院外で管理される深刻ながん性疼痛を伴う患者の皮下ポートシステムによる髄腔内留置カテーテル：感染の危険性

名古屋市立大学看護学部 石黒 千映子

Holmfred A, et al.: Intrathecal catheters with subcutaneous port systems in patients with severe cancer-related pain managed out of hospital: the risk of infection. J Pain Symptom Manage. 31(6), 568-72(2006).

【はじめに】髄腔(クモ膜下ないしは硬膜下)内留置カテーテルは、従来の治療法に抵抗を示す深刻な疼痛治療に用いられ、ここ10年間で紹介されたカテーテル挿入の新技术と新モデルのカテーテルは、在宅環境での使用を可能にした。我々

は、ホスピスまたは在宅環境におけるカテーテルの挿入とケアの衛生面での改善が、標準的な徐痛のレジメンによって管理できない慢性の深刻ながん性疼痛を伴う患者のカテーテル関連の感染発症率を低減するかどうかについて、カテーテル挿入の方法と挿入後のケアに焦点を当てて調査した。

【対象と方法】対象は、(1) ペインクリニックを紹介された、(2) 従来の疼痛治療では治療できない、(3) 髄腔内カテーテル挿入の基準を満たしている、(4) 緩和ケアのみを受けている、患者である。患者は、カテーテル挿入の数日前に、カテーテルを用いた疼痛管理について口頭および紙面で情報提供を受けた。挿入の前日、抗生剤の予防投与が必要か否かを検討し、当日の朝に血液検査 (CRP、WBCなど) を実施した。抗生剤の予防投与が決定された場合、カテーテル挿入の2時間前にclindamycinもしくはdicloxacillinの経口投与または静脈内注入を行った。カテーテル (ポートシステム) は、通常の治療室で手順に従って挿入され、ポート針と薬剤コンテナは1回/週、交換された。挿入後の評価は、(1) 抗生剤の投与および投与期間、投与の理由の記録 (診察時)、(2) ペインクリニックの看護師による、皮下トンネルの部位、ポート針刺入部、ポート部の感染徴候の観察 (挿入後2週間は毎日) によってなされた。

【結果】55人 (男性23人、女性30人、平均年齢59.5歳、平均治療期間100.58日、平均入院期間22日) が調査された。挿入前に抗生剤の予防投与を受けたのは6人であった。挿入後に感染を認めたのは4人で、うち1人はカテーテル挿入168日後に硬膜外膿瘍と診断され、カテーテルを抜去した。ほかの3人はポート部の皮膚に感染が疑われ、そのうち2人は抗生剤を投与されたが、もう1人はカテーテルを抜去した (この患者は、後で腫瘍の転移によるものと判断された)。

【結論】1年間の追跡調査の結果、抗生剤の予防投与はせず、衛生的な原則によって非常に低いカテーテル関連の感染率にとどめることができた。おそらく、硬膜外膿瘍は放射線治療が影響しており、局所感染は薬剤コンテナの交換の手技的な問題によるであろう。また、これらの感染は、カテーテル挿入後2週間以上経過してから起きているように思われる。以上から、無菌的な技術を用いれば抗生剤の予防投与は不要であり、在宅環境において、長期間にわたって疼痛マネジメントシステムを管理することが可能であると思われる。

【コメント】適切な疼痛マネジメントを行うためには感染防止にも留意することが必要であり、挿入時のみならず、留置中の清潔捜査の徹底と丁寧な観察が欠かせないと言えよう。

## 学会印象記

### 「日本死の臨床研究会関東支部 第13回支部大会 in 神奈川」に参加して

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

2006年6月4日、午前10時より午後6時まで、横浜市の神奈川県民ホールにて『言葉はつかめるか?』-その皮膚を<sup>ひまく</sup>汲<sup>すく</sup>う-というテーマの下、日本死の臨床研究会支部 第13回支部大会 in 神奈川が開催された。

オープニングセレモニーは、準備委員会の有志によるグレゴリアンチャントで発声し、盛り沢山の研究発表を挿み、宮沢賢治原作による朗読劇+映像でクロージングする、というプログラム構成は、会を主催された、大和・生と死を考える会、のボランティア精神、決して医学だけに偏らない姿勢を発揮されたものであったと、ある種の感銘を覚えた。

特別講演として演出家の竹内敏晴氏による「言葉はつかめるか?」を皮切りに、午前中の研究発表に入った。昼食休憩の後、「新ホスピス宣言」と題して、ホスピス医の山崎章郎氏と評論家の米沢慧氏による対談があった。午後の締め

くくりには、ホスピス医の三枝好幸氏を座長に「『臨床の瞬間（看取り）』共生・共存」と題したシンポジウムが開催された。チャプレンの沼野尚美氏、精神科医の大西秀樹氏、ホスピス医の小沢竹俊氏、家族（遺族）として、出水喜久子氏（病気代読）、高橋和恵氏、高見和恵氏の6名が一堂に会し、いわばサービス提供側とサービス受領側が一つのテーマの下に、それぞれの経験を元に話し合う、という意欲的な試みがなされた。

やや残念に思ったのは、研究発表が大会場と小会場の二つで同時並行する形になっており、興味ある演題が分散したり、重なったりして発表を聞けないことであった。

当日は日曜日であったにもかかわらず270名を越える（当日受付のデータによる）参加者を得て成功のうちに閉会し、次に引き継がれたことを報告させて頂きたい。

なお、今回は2007年6月2日（土曜日）に東京の聖路加国際病院の林医師を中心に開催されることがアナウンスされた。

## 学会印象記

### 「第39回日本整形外科学会 骨・軟部腫瘍学術集会」に参加して

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

2006年7月6日、旭川医科大学の松野丈夫教授を会長に「Jaffe's triangleの原点に戻って-画像診断・病理診断と外科的治療のCooperation-」を基調テーマとして、札幌市の札幌コンベンションセンターで第39回日本整形外科学会 骨・軟部腫瘍学術集会が開催された。本学会は、整形外科学会の中でも、がんの一種であるSarcomaと呼ばれる骨・軟部腫瘍に特化した、癌治療に関連の深い学会である。

「Jaffe's triangleの形成に必要なこと-骨・軟部腫瘍診断・治療との35年のかかわりから-」と題した会長講演を皮切りに、7つの特別講演、5つのシンポジウム、4つのパネルディスカッション、2つのEnglish Session、9つのテーマ演題の口述発表、8つの一般演題（口演45演題）があり、これとは別に16のカテゴリーに分かれて192演題のポスター発表があった。最近、各種の学会で散見されるポスターセッションの扱いに関しては学ぶべき点が多かった。神戸の緩和医療学会と同等のスペースが確保されていた他、参加者が各々ベスト5を投票して優秀演題を表彰する工夫、ポスターを2日間貼っておいて2日目の昼にランチョン・ディスカッションを90分間設定するなどが目を引いた。

緩和医療に関連して、2日目にはシンポジウム5「悪性腫瘍を扱う整形外科医のための緩和ケア-骨・軟部腫瘍学会からの提言-」があった。本学会では初めて整形外科と緩和医療との関わりを取り上げたものである。6名のシンポジストから発表の後、総合討論が行われた。長崎大学大学院麻酔科の金出先生から「骨転移と関連痛」、旭川医科大学整形外科の阿部先生から「骨・軟部腫瘍における緩和ケアアンケート調査結果をもとに」、山梨大学付属病院緩和チームの飯嶋先生から「診断時から緩和ケアチームが併診を行った軟骨肉腫の1症例」、札幌南青洲病院緩和ケア科の田巻先生から「ホスピスへの紹介：いつ、どうやって、何のために」、広島大学病院総合診療科の佐伯先生から「進行癌患者の家族への対応」、聖路加国際病院小児科の小澤先生から「悪性疾患患者児に対する病状の説明とその後のサポート-子供たちはどのように受け止めていくのか-」が、発表された。

学術集会の第2会場に設定された初めての試みに、約200名の参加者を得たばかりか、2時間という設定時間が短く感じ

られ、緩和医療学会の会員である筆者にも嬉しい気持ちを抱かせるものとなった。中でも、整形外科医、かつ、緩和ケアチームのリーダーである旭川医科大学の阿部先生からは、1. 早期からの対応、2. 呼吸苦への対応、3. 骨転移への対応、という元疾患の主治医であり得る整形外科医向けの提言がなされた。

このような企画を実行に移された松野学会長の見識に敬意を表すると共に、次回2007年7月の第40回山梨大会でも緩和医療に関連した企画が持たれ、緩和医療学会としても注目すべき動きのあることをお知らせしてペンを擱きたい。

## 施設訪問記

### 日鋼記念病院 カレス・マーク ホスピス訪問記

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

夏のベストシーズンに北海道へ出かける機会があり、かねてより希望していた室蘭のホスピスを見学する機会を得たので報告させて頂きたい。

1999年10月に12床で発足した当緩和ケア病棟は、2001年11月の緩和ケア病棟落成と共に22床に増え、今日に至っている。建物は、山を切り開いた地形を最大限に活用すべくコンペによって選ばれた企業が設計、施行したもので随所に工夫がみられた。3層構造の建物は、ガラス張りのエントランスから上に伸びている。一つ上がると共用部分があり、多目的ホールから家族のための部屋、スタッフルーム、厨房などが並ぶ。さらに上がったフロアが利用者の居室で2床ある特別室以外は特別料金がかからない全個室である。ナース室に何うと、一人として白衣を着ておられない。この辺りにも、生活を重視した姿勢を感じ取ることができた。スタッフルームでは、電子カルテの入力に、医師と看護師の2人が働いている姿に羨ましさを感じた。また、風呂は一般的な浴室と特殊浴室があり、両者とも大変利用率が高く、日本人の風呂好きを再確認できた、と伺った。特殊浴室は窓から室蘭の町を見下ろしながらの入浴が可能である。この他に宗教を含む多目的に使用可能な光の広間などがある。また、ロビーには渡り鳥の中継地で有名は室蘭の土地柄か、双眼鏡が置いてあった。風光明媚な景色であっても、人は静止画面には耐え切れず、風にそよぐ枝や飛び鳥を見ている、という画家の言葉を思い起こした。また、病室の出入り口はフラットになっており、ベッドごと簡単に外に出られる。

母体である日鋼記念病院が総合病院であることを活かし、当ホスピスのチームアプローチは広範である。ホスピスのスタッフとして、専従医師1名、兼任医師1名、看護師17名、兼任MSW1名、クラーク1名、助手3名、音楽療法士1名（ボランティア5名）が配置される他、栄養士、薬剤師、臨床心理士、特にターミナル・リハビリテーションとしての理学療法士・作業療法士にまで及んでいた。

御説明くださった柴田先生のお話で興味深かったことは、人口10万人の室蘭市を含む西胆振地区医療圏24万人に2つのホスピスがあって合計40床になり、人口比では全国平均よりも恵まれたホスピス病床数、という観点であった。決してホスピスを孤立したものと考えておられない。社会的苦痛の重要性を認識されてのことと理解できた。

お忙しい時間を割いてくださった柴田岳三先生はじめ、制服のモデルを引き受けてくださったナースの皆さん、御協力に感謝いたしますとともに、この場を借りまして御礼申し上げます。

文献) 柴田岳三、「社会的苦痛」の重み、ターミナルケア、Vol.14, No.1, Jan, 2004

## 書評

## ラッキーガール

著者 佐藤真海／集英社

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

スポーツ好きだが、平凡な高校生活まで終えた女性が、第一志望の大学生生活を始めたところで、足首の痛みに襲われる。何と、診断は骨肉腫。その後、苦しく辛い化学療法、自分の肉体を切り取られる切断術を受ける。励ましてくれた同室者は亡くなったにもかかわらず、自分は、ようやく命を取り留めた。しかし、退院しても晴れない日々が続く。そうした中で、自ら求めた障害者スポーツセンターで、新たな目標を見つけたことで、復活を遂げていく。当初は、「不格好にしか歩けない」地上から離れ、昔親しんだ水泳からアプローチした。その開放感は、トンネルを抜ける力を与えた。その後、義足の不具合を直そうとしたことから、歩きを飛び越して「走れる」ことを発見し、運命が大きく変わっていく。義足は、歩くためのものではなく、走るためのもの出会ったのだった。その発見と驚きの延長線上に、アテネパラリンピック出場を果していく。

僅か3年余の間に、かくも沢山の事件が連続するのか、という感慨とともに、これが当事者の声であることに気づかされる。そして、運命を切り開いていくのは、御本人の意志と、それを支える色々な人々との出会いの連続である。どうしても医療の職にあるものは、努力して学ぶほど自分の正しさを信じ込んでしまい、現実を目前にした時、反省を忘れがちである。筆者が本書に出会ったのは、学会の会場であった。佐藤真海さんはシンポジストとして、壇上から、骨軟部腫瘍の治療を受けた側から、医療者に対して注文を出しておられた。そのような、当事者の声に耳を傾けることは、緩和医療と言う立場に身を置く我々にも、学ぶべき点が多い。自戒を込めて述べさせて頂くと、特に対象者が亡くなられて直接声を聞くことがない終末期医療に於いては、そのような傾向になり易い。この点でも、本書は、瑞々しい感覚で、一つ一つの事件について、大切なアングルを描き出しており、一読の価値があると思われる。(B6判159ページ、1,200円)

## 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 (2006年4月～2006年6月到着分まで)

対象雑誌: Journal of Pain and Symptom Management, Palliative Medicine, Journal of Palliative Care, Supportive Care in Cancer, Journal of Palliative Medicine, American Journal of Hospice and Palliative Care, European Journal of Palliative Care, Palliative and Supportive Care, Palliative and Supportive Cancer Care, Journal of Clinical Oncology, Cancer

聖隷三方原病院 緩和支援治療科 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。

**ゾレドロネートのRCT**

Mystakidou K, Katsouda E, Parpa E, et al. A prospective randomized controlled clinical trial of zoledronic acid for bone metastases. *Am J Hosp Palliat Med.* 2006; 23(1):41-50.

**「気持ちはおだやかですか？」がスピリチュアルペインのスクリーニングになる**

Steinhauser KE, Voils CI, Clipp EC, Bosworth HB, Christakis NA, Tulsky JA. "Are you at peace?" One Item to probe spiritual concerns at the end of life. *Arch Intern Med.* 2006; 166(1):101-105.

**プラセボ投与群での副作用の報告**

Rief W, Avorn J, Barsky AJ. Medication-attributed adverse effects in placebo groups: Implications for assessment of adverse effects. *Arch Intern Med.* 2006; 166(2):155-160.

**がん治療におけるPET**

Juwaid ME, Cheson BD. Positron-emission tomography and assessment of cancer therapy. *N Engl J Med.* 2006; 354(5):496-507.

**末梢挿入型中心静脈ラインの長期使用**

Matsuzaki A, Suminoe A, Koga Y, Hatano M, Hattori S, Hara T. Long-term use of peripherally inserted central venous catheters for cancer chemotherapy in children. *Support Care Cancer.* 2006; 14(2):153-160.

**静脈ポートを挿入するときの笑気による苦痛緩和**

Douard MC, di Palma M, d'Agostino P, et al. Prospective, double-blind, randomized trial of equimolar mixture of nitrous oxide/oxygen to prevent pain induced by insertion of venous access ports in cancer patients. *Support Care Cancer.* 2006; 14(2):161-166.

**日本における終末期癌患者の抑うつスクリーニング**

Akechi T, Okuyama T, Sugawara, Y, Shima Y, Fukukawa TA, Uchitomi Y. Screening for depression in terminally ill cancer patients in Japan. *J Pain Symptom Manage.* 2006; 31(1):5-12.

**シンプトム・クラスター**

Barsevick Am, Whitmer K, Nail LM, Beck SL, Dudley WN. Symptom cluster research: conceptual, design, measurement, and analysis issues. *J Pain Symptom Manage.* 2006; 31(1):85-95.

#### 多職種による緩和ケア介入のRCT

Rumans TA, Clark MM, Sloan JA, et al. Impacting quality of life for patients with advanced cancer with a structured multidisciplinary intervention: A randomized controlled trial. *J Clin Oncol.* 2006; 24(4):635-642.

#### 鎮静を含む終末期の意思決定のヨーロッパの国際調査

Bilsen J, Norup M, Deliens L, et al. Drugs used to alleviate symptoms with life shortening as a possible side effect: end-of-life care in six European countries. *J Pain Symptom Manage.* 2006; 31(2):111-121.

Miccinesi G, Rietjens JAC, Deliens L, et al. Continuous deep sedation: physicians' experiences in six European countries. *J Pain Symptom Manage.* 2006; 31(2):122-129.

#### 輸液が血液検査所見に与える影響：日本の多施設研究

Morita T, Hyodo I, Yoshimi T, et al. Artificial hydration therapy, laboratory findings, and fluid balance in terminally ill patients with abdominal malignancies. *J Pain Symptom Manage.* 2006; 31(2):130-139.

#### 日本における「望ましい死」についての質的研究

Hirai K, Miyashita M, Morita T, Sanjo M, Uchitomi Y. Good death in Japanese cancer care: a qualitative study. *J Pain Symptom Manage.* 2006; 31(2):140-147.

#### 化学療法を受けているがん患者の倦怠感に対する治療：RCT

Ream E, Richardson A, Dann CA. Supportive intervention for fatigue in patients undergoing chemotherapy: a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage.* 2006; 31(2):148-161.

#### 言葉で苦痛を訴えられない患者さんの苦痛の評価手段：レビュー

Herr K, Bjoro K, Decker S. Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of-the-science review. *J Pain Symptom Manage.* 2006; 31(2):170-192.

#### 高齢者のせん妄の最近の知見

Lnouye SK. Current Concepts: Delirium in older persons. *N Engl Med.* 2006; 354(11):1157-1165.

#### 倦怠感に対するメチルフェニデートのphase II study

Hanna A, Sledge G, Mayer ML, et al. A phase II study of methylphenidate for the treatment of fatigue. *Support Care Cancer.* 2006; 14(3):210-215.

#### せん妄に対する非定型抗精神病薬：レビュー

Boettger S, Breitbart W. Atypical antipsychotics in the management of delirium: A review of the empirical literature. *Palliat Support Care.* 2006; 3(3):227-237.

#### がん患者の症状評価ツール：レビュー

Kirkova J, Davis MP, Walsh D, et al. Cancer symptom assessment instruments: a systematic review. *J Clin Oncol.* 2006; 24(9):1459-1473.

#### 緩和ケアプログラムの有用性を評価する

Bakitas MA, Lyons KD, Dixon J, Ahles TA. Palliative care program effectiveness research: developing rigor in sampling design, conduct, and reporting. *J Pain Symptom Manage.* 2006; 31(3):270-284.

#### QOLと生命予後の予測

Park SM, Park MH, Won JE, et al. EuroQol and survival prediction in terminal cancer patients: a multicenter prospective study in hospice-palliative care units. *Support Care Cancer.* 2006; 14(4):329-333.

#### 原因に基づいた嘔気嘔吐の治療ガイドラインの評価

Stephenson J, Davies A. An assessment of aetiology-based guidelines for the management of nausea and vomiting in patients with advanced cancer. *Support Care Cancer.* 2006; 14(4):348-353.

#### 症状緩和：レビュー

Dalal S, del Fabbro E, Bruera E. Symptom control in palliative care – Part: Oncology as a paradigmatic example. *J Palliat Med.* 2006; 9(2):391-408.

del Fabbro E, Dalal S, Bruera E. Symptom control in palliative care – Part I: Cachexia/Anorexia and fatigue. *J Palliat Med.* 2006; 9(2):409-421.

del Fabbro E, Dalal S, Bruera E. Symptom control in palliative care – Part II: Dyspnea and delirium. *J Palliat Med.* 2006; 9(2):422-436.

#### 睡眠障害：レビュー

Kvale EA, Shuster JL. Sleep disturbance in supportive care of cancer: A review. *J Palliat Med.* 2006; 9(2):437-450.

#### 終末期の問題を話し合うときに「医原性の」苦痛を避けるために…

Weiner JS, Roth J. A voiding iatrogenic harm to patient and family while discussing goals of care near the end of life. *J Palliat Med.* 2006; 9(2):451-463.

#### スピリチャリティに関する文献の動向

Sinclair S, Pereira J, Raffin S. A thematic review of the spirituality literature within palliative care. *J Palliat Med.* 2006; 9(2):464-479.

#### 入院患者の疼痛を緩和するプログラム

Morrison RS, Meier DE, Fischberg D, et al. Improving the management of pain in hospitalized adults. *Arch*

Intern Med. 2006; 166(9):1033-1039.

#### オキシコドンのメタアナライシス

Reid CM, Martin RM, Sterne JAC, Davies AN, Hanks GW. Oxycodone for cancer-related pain: meta-analysis of randomized controlled trials. Arch Intern Med. 2006; 166(8):837-843.

#### ビスホスホネートのメタアナライシス

Body J-J. Bisphosphonates for malignancy-related bone disease: current status, future developments. Support Care Cancer. 2006; 14(5):408-418.

#### 日本の無作為人口の終末期に関する知識

Morita T, Miyashita M, Shibagaki M, et al. Knowledge and beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: a population-based survey in Japan. J Pain Symptom Manage. 2006; 31(4):306-316.

#### 臨床研究の解釈をより理解しやすくするための表現方法

Farrar JT, Dworkin RH, Max MB. Use of the cumulative proportion of responders analysis graph to present pain data over a range of cut-off points: making clinical trial data more understandable. J Pain Symptom Manage. 2006; 31(4):369-377.