JSPM Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会 ニューズレター 33

November 2006

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

今私たちにできること

筑波大学人間総合科学研究科・教育研修委員会 委員長　木澤　義之

はじめに

がん対策基本法の成立に伴い、緩和医療の世界に追い風が吹いている。がん診療連携拠点病院の整備が今後数年で急速に行われ、各病院に緩和ケアの実施と地域の視点に立ったがん療養体制の整備が義務づけられる。加えて、わが国は今後数十年間、未曾有の速さで高齢化が進むことが予想されており、この 10 年で国民総死亡は現在の約 1.5 倍の約 150 万人になると推定されている。つまり、国民におけるニーズは今後高まることが予想され、加えて、国の政策がそれを後押ししているという状況である。私たちの目標は、治癒が困難な病気に罹患した患者とその家族の QOL の改善であり、その実現のためにはまたとないきっかけとなるであろう。しかしながら、準備なしにこの風に立ち向かうことは難しい。風は強風で、うまく風をつかまなければ、かえって乱気流に飲み込まれ失速してしまうことにもなりかねない。この機会を借りて、現在の緩和医療の現状と問題点、今後の課題を、私なりに整理してみようと思う。

緩和医療の現状

わが国の緩和医療は、緩和ケア病棟の発達とともに普及し発展してきた。制度も診療報酬上の保証もない時代に、この新しい分野を切り開いて来られた柏木哲夫先生をはじめとする先達方には、いつも頭が下がる思いである。緩和ケア病棟利用者の全がん死亡に占める割合は約 5%となっており、年々増加しつつある。また、緩和ケアチームによるコンサルテーション診療も徐々に発達しつつあり、現在把握しうる限りでは、100 を超えるコンサルテーションチームが活動を行っている（うち約 50 チームが診療報酬加算を算定）。しかしながら、これらの施設で診療している患者数は多く見積もっても全がん患者の 10%程度であり、かつ、多くの場合、亡くなる前の数ヶ月の診療を行っているにすぎない。ましてや、緩和ケアの対象は、本来がん患者だけでなく全ての生命の危険のある病気に罹患した患者とその家族であるので、その普及の点から考えて現状は決して満足のいくものではない。

緩和医療の問題点

現在の緩和医療の問題点を整理すると、大きく分けて 3 つのカテゴリーをあげることができる。それは、緩和ケアの量的不足、量的保証の不十分、緩和医療に対するバリアー（心理的障壁）である。それぞれについて、その問題点の概要と対応策について述べてみたい。

（1）緩和医療の量的不足

前述したとおり、緩和医療のカバー率は非常に低く、量的不足は明らかである。平成 15 年に厚生労働省が行った終末期医療に関する意識調査によれば、自分が治癒が難しい疾患にかかり、予後 6 ヶ月と診断された場合、何らかの形で緩和ケア病棟で過ごしたいと答えた患者は約半数となっている。この調査は質問が曖昧で、緩和医療のコンサルテーション診療、地域における緩和医療の提供が想定されていないため、正確な緩和ケアニーズを把握したものとは考えられないが、ある程度の目安にはなる。国民にいつでもどこでも緩和医療を提供するためには、今後さらに正確な緩和ケアのニーズの把握とその提供に必要な施設やコンサルテーションチーム、地域ケアのリソースの量を推定し、政策に生かしている必要があるであろう。また、緩和ケアチームの診療は、病棟や外来にとどまらず、地域全体を把握することが必要であると考えられ、在宅支援診療所や地域中核病院を対象とした地域緩和ケアチーム（いつでも、施設外からのコンサルテーションに対応し、必要に応じて往診等もでき、地域全体の緩和ケアを統括するチーム）が作成され、診療報酬も得られるように努力するべきであろう。

（2）緩和医療の質的保証が十分でない

ホスピス・緩和ケア病棟においても、また、緩和ケアチームによるコンサルテーションにおいても、その提供されている緩和ケアの質は十分に評価され、標準化されているとはいえない。このままでは、国民に質の高い緩和医療を等しく提供することは難しい状況である。この問題に対して、日本ホスピス緩和ケア協会と日本医療機能評価機構が中心となって医療機能評価の緩和ケアモジュールが作成され、全国のホスピス・緩和ケア病棟に普及しつつある。また、森田先生、平井先生、宮下先生が中心となって緩和ケアのアウトカム評価として遺族調査、プロセス評価として CES（Care Evaluation Scale）が開発され、その臨床および研究に対する応用が始まろうとしている。今後は、このような動きに加え、在宅緩和ケアや緩和ケアチームの質の指標（Quality Indicator）の開発、アウトカム評価、プロセス評価等が必要なほか、標準的な一般医療従事者、腫瘍医、緩和医療専門医に対する教育プログラムの開発と実践が必要となるであろう。また、緩和医療専門医に関していえば、専門医制度の設立も課題になるであろう。

（3）緩和医療を受けることに対するバリアが存在する

『緩和医療＝死ぬことを意味する』というイメージはまだまだ根強い。このイメージが緩和医療への医師の紹介のバリアを高くし、また、国民の心理的バリアになっていることを私たちは強く認識しなければならない。終末期や臨死期のケアは緩和医療の重要な一部分であるが、我々の目指すものはあくまで QOL の向上であることを私たちの同僚に、そして一般市民に伝えていく必要がある。そのためには、緩和ケアチームやホスピス緩和ケア病棟の医療はできる限り

evidence-based で、他者からの評価に耐えられるものでなくてはならない。いつもこのことを忘れずに、日常の診療にあたる必要がある。このような立場に立つと、自分たちの自己証明のため、つまり、緩和医療の有効性を証明するための臨床研究も私たちがやらなければならない大きな課題であろう。

今私たちにできること

上記のように、緩和医療の問題点はまさに山積している。そして、今まさに風をつかんで大きく前に進む必要がある。そのためには、まず、今後3年、5年、10年後の短期、中期、長期目標を慎重かつ迅速に立て、その目標に日付を入れ、具体的なアクションプランを立てることが急務であると考えている。そのためには、日本緩和医療学会、日本ホスピス緩和ケア協会等、諸団体が組織の枠を越えて協働しあい、また役割分担をし、各組織がそれぞれ全力を挙げて自分たちがどこに行こうとしているのかを明確にし、前に進まなければならない。本学会でも、先日行われた理事会でこのことが議題として取り上げられ、インタレストグループが作成されることが決定された。今後、ニューズレターや評議委員会、理事会を通じて本件が論議されるものと思われ、会員の皆様の盛んなご議論をいただくとともに、少しでも目の前の患者・家族に対するケアが向上し、『いつでも、どこでも、安心して緩和医療が受けられる』ことを実現できるよう、一層の努力をしていきたいと考えている。

会長講演

ケアのパワー

演者 ： 兵庫県立大学 看護学部　　内布　敦子
座長・報告 ： 金城学院大学　　柏木　哲夫

第11回日本緩和医療学会における内布敦子先生の会長講演、「ケアのパワー」は、その題名通り、パワーあふれるすばらしいものであった。1996年にこの学会を立ち上げた時、いつか看護職の人が会長を務めてほしいと願っていた。11年目にそれが実現したことは本当にうれしいことである。昔話で恐縮であるが、学会立ち上げの時、緩和医学会にするか緩和ケア学会にするか議論があった。前者だと医師中心になるし、後者だとナース中心になる。結論的には中をとって、緩和医療学会で落ち着いた。

本題の会長講演であるが、結論的に言うと、ケアはパワーを生むということである。ケアを通して、患者さんにパワーが生まれる。それと同時にケア提供者にパワーが生まれる。ミルトン・メイヤロフのいう、「ケアの双方向性」である。内布先生は講演の中で、長年の臨床経験と看護研究で身に付いたことを、ご自分の言葉で語られた。例えば、「ケアリングは気づかいである」という表現はその典型である。いかなる対処においても、その本質的な前提になるのは気づかいであろう。

講演の中で紹介された多くの事例は貴重なものだ。患者の態度や言葉の中から、ケアの本質に関係する要素を引き出し、洞察を深めていくプロセスがすばらしい。例えば、前立腺がんの再発で痛みがひどい60代の患者が、痛み体験の共有

と適切な処方による除痛により、「手元になかった身体」から「手元にある身体」へと変化し、それに伴って、パワーを獲得していった様子をまとめた事例報告は、まさにケアのパワーの典型である。

私事で恐縮だが、阪大人間科学部に在籍していた時、内布先生の博士論文の主査を務めさせていただいた。死を語り合うことを妨げるバリアーに関する研究であったが、論文作成のプロセスにおける先生のパワーに感心したことを懐かしく思い出す。ますますお元気で臨床、教育、研究にご活躍されることを祈っている。

指定演題3

「ケアのピットホール3」せん妄の対応を考える

演者 ： 名古屋市立大学　　明智　龍男

広島大学病院　　槙埜　良江

座長・報告 ： 大津市民病院 緩和ケア科 精神・心療内科部長　　津田　真

ケアのピットホール3はせん妄の対応を考えるとして名古屋市立大学精神・認知・行動医学分野助教授の明智龍男先生と広島大学病院がん看護専門看護師の槙埜良江先生に講演いただいた。

明智先生は、「せん妄に対する医学的マネジメント」として、せん妄は軽度から中等度の意識混濁に、幻覚、興奮などのさまざまな精神症状を伴う意識障害であり、術後の30-40%、高齢入院患者の10-40%、終末期患者の30-90%にみられること、マネジメントにはせん妄の発生要因を検討し、治療可能な要因に対してオピオイドローテーションのように個別的な対応、および抗精神病薬の投与が推奨されていることを紹介して下さった。先生の調査結果でも薬物療法についての誤解があり、ちょうどフロアからの質問に対して、不眠だけには睡眠薬の対応でよいが、せん妄の前駆症状があれば抗精神病薬がよいとの回答は大変参考になったのではないかと思う。

槙埜先生は「看護の視点からがん患者のせん妄の対応を考える-せん妄の予測のための観察・患者ケア・家族ケア-」として、せん妄の対応はがん看護の重要な症状マネジメントであると同時に、看護がせん妄の始まりを発見することが多い立場にいることから、発症を予測する観察やケアの手法の確立の必要性を述べられた。そして、発症の要因をLipowskiの直接原因（疾病、薬物など）、誘発因子（環境、心理など）、準備因子（加齢など）の3要素の整理から発展させて、誘発因子のなかで、とくに患者自身の予後や身辺整理などの個別的な「気がかり」が発症を強める可能性について、症例を挙げて説明された。

質疑応答では、大切な人がせん妄になった家族は「気が狂ったのではないか」との強い不安が生じるため、事前の家族教育や発症後のケアの重要性について、理解を深めることができた。また、せん妄の際の拘束についても、「拘束をするしないに関するリスクベネフィットと目指しているゴールを検討する必要がある」（明智先生）、「抑制することになった理由と目標を再検討することが大切」（槙埜先生）とのアドバイスをいただいた。お二人の話を通して、せん妄の観察のポイント、評価、介入方法について整理ができたと同時に、現時点での対処の限界についても理解することができた。コントロール困難な多くの事態に直面する我々にとって、今一度、何が大切なのかを再確認できた時間だったのではないかと思う。

特別講演

東洋におけるケアの視点

演者 ： 国際看護師協会（ICN）会長　　南　裕子
座長・報告 ： 兵庫県立大学 看護学部　　内布　敦子

第11回日本緩和医療学会総会2日目の6月24日に、南裕子国際看護師協会長による「東洋におけるケアの視点」をテーマに特別講演があった。講演を聴いて、西洋医学の方法論に埋没せず世界観を広く持ってケアの世界をみれば、緩和医療の可能性はもっと広がるのではないかと勇気づけられた。以下、講演の概要をご紹介する。

南先生は、「これまで私達は欧米から学ぶことに熱心だったが、アジアから看護の知識を発信してこなかったのではないか」と述べられ、まず、ケアとキュアと人間の健康、生活、環境との関係について解説された。褥創にたとえると患部である褥創そのものに薬剤などを使って働きかけるのはキュアであり、栄養状態やベッドなど「褥創にとっての環境」を改善して本来の治癒力が最大限に発揮できるように整えるのがケアである。医療というものはキュアとケアの両方があってはじめて成り立つとして、在宅で終末期を迎えた方が孫と笑顔で過ごす場面を、キュアとケアを実現することによって得られる人間の潜在的な力の典型例として提示して下さった。

アジア諸国では看護も医学も西欧の影響を強く受けて発展してきた。奨学金制度や留学によって西欧の看護や医学を学んだ人達が本国に戻って指導的立場をとってきた。南先生自身も留学生としてそのような役割を取られたが、アジアが持っている何か違うものをいつも感じておられたという。2001年に中国の看護学者王春生氏の講演「中医整体看護の体系化」で出会い、東洋の視点に気付くと共に、同じくアジアの看護研究者である陳氏の「人間は統一された有機体であって、自然の一部であり、四診によって得た情報を八綱弁証によって判断する」という考え方が、すでにアジアの国から東洋の視点として発信され始めていることを述べられた。

我々緩和医療に携わるものは、死をさけて生を得るという考え方では医療の提供が破綻することを実感して知っている。陰と陽は対局にありながら同時に存在するという東洋のものの見方は非常に興味深く、生の対局として死を捉えるのではなく、一人の人間のなかにいつも生と死があるという考え方に立つ。このような考え方に立てば、より豊かな終末期をサポートできるのではないかと感じたのは私だけではないと思う。

さらに南先生は、福沢諭吉の「世話の字の義」や人間を理解する4つの解（体解、感解、理解、意解）など東洋的なものの見方を示すいくつかの先人の書物を示され、evidence basedというけれど、データだけでは説明できない智恵を私達はたくさん持っており、何を持ってevidenceなのかよく考えてみることを提案された。南先生の示唆に富んだご講演は、複雑で困難な問題に直面する多くの緩和医療従事者の共感を得たものと思われる。

南先生に改めて、ご講演の感謝を申し上げたいと思います。

シンポジウム2

緩和医療に用いる薬の副作用

シンポジスト ： 大阪大学　岡本　禎晃
広島大学病院　佐伯　俊成
聖路加国際病院　高橋　美賀子
国立がんセンター中央病院　下山　直人
座長 ： 北里大学　的場　元弘
淀川キリスト教病院　田村　恵子

緩和医療における症状緩和でその中心となるのが薬物療法であるが、QOLを低下させる副作用が発現しやすいため、使用する薬物の特徴をよく理解した上での症状マネジメントが重要となる。本シンポジウムでは、まず、岡本禎晃先生が緩和ケアチームの薬剤師の立場から、発現頻度の高い症状とその症状緩和に用いられる薬剤の副作用とその対処についての概説を行った。次に、佐伯俊成先生が、精神腫瘍医の立場から、「向精神薬は疾患を治すまでの効果はなく、自然治癒力の援助に用いる」と確認した上で、向精神薬の主な副作用について概説された。そのなかで、抗うつ薬による自殺行動、薬剤性パーキーソン症候群への注意が必要であることを強調された。続いて、高橋美賀子氏は、看護師の立場から、薬剤による副作用は多くの場合患者のQOLを低下させるため、看護師は患者のQOLの観点から症状をモニタリングしケアを行っていくことが大切であることを述べた。最後に、下山直人先生は、医師の立場から、オピオイドの使用の広まりとそれに伴う副作用対策ついて概説された。また、根本的な便秘対策に末梢性オピオイド受容体拮抗薬が試みられていることなども報告された。シンポジストの発表後、30分間、フロアとのディスカッションを行った。質問は多岐にわたっており、臨床で薬剤の副作用に難渋している様子が窺えた。特に、精神症状であるせん妄に対する薬剤投与に関する質問が複数あり、精神症状の診断、治療、副作用対策がどの施設でもキーポイントになっているようであった。薬剤の副作用をいかにマネジメントするかという非常に身近でかつ重要な話題を話し合うことができて、私自身も共に学ぶことができた。特に、治験を含めた最新の情報を非常にわかりやすく説明してくださったので、緩和医療のエキスパート以外の方にも十分に役立つ内容であったと思われる。

（報告 ： 淀川キリスト教病院　田村恵子）

シンポジウム3

わかりあうケア（コミュニケーション）

シンポジスト ： 国立がんセンター東病院　藤森　麻衣子
ピースハウス病院　二見　典子
昭和大学横浜北部病院　高宮　有介
神戸女学院大学　内田　樹
座長 ： 六甲病院　安保　博文
聖路加国際病院　中村　めぐみ

緩和医療の場では、お互い相手にとってつらい情報のやり取りが行われることがしばしばある（「もう死なせてください」「月単位の余命かもしれません」「あなたには私の気持ちはわからない」etc.）。しかし、医師の高宮氏が述べられたように、つらいコミュニケーションの中でも、“わかりあえたかもしれない”と感じられた瞬間の暖かさに自らも癒される思いをし、そのために緩和ケアの仕事に携わり続けている医療者は少なくないだろう。ケアすることがケアされることに変わる。コミュニケーションの不思議さである。

神戸女学院大学文学部の内田氏は、「あなた」と「私」がいて、その二人が「コミュニケーションする」という図式で考えることが間違いであると指摘された。癒す側の私がいて、癒される側のあなたがいて、ではない。私とあなたを含むもの、コミュニケーションによって生じたあなたと私を含む新たな構造体ともいうべきもの、それによって人は癒されるのだと述べられた。

そうしたコミュニケーションを成立させるためにはどうすればよいのか。ピースハウスホスピス看護師の二見氏は、相手をわかろうとして関わること、相手のために願い続けること、そのプロセスこそが「わかりあうケア」なのではないかと話された。

恋愛の場面で見られるように、お互いに「あなたのことがもっと知りたい」ときにコミュニケ-ションは始まり、「あなたのことはよくわかった」と宣言したときにコミュニケーションは終わる。臨床心理士の藤森氏はアンケート調査から患者さんたちが「気持ちを察してほしい」と望んでいることを指摘されたが、私たちは簡単に患者さんの気持ちを察したつもり、わかったつもりになるのではなく、「あなたのことがもっと知りたい」と望み続けることが重要だろう。

（報告 ： 六甲病院　安保博文）

一般演題口演1

「End of Life」における対象理解／「End of Life」の段階的ケア

シンポジスト ： 東京大学 成人看護学／緩和ケア看護学　宮下　光
聖隷三方原病院　赤澤　輝和
千葉県がんセンター 緩和医療センター　木村　由美子
名古屋大学 医学部 保健学科 看護学専攻　安藤　詳子
カレスアライアンス 天使病院 外科　中島　信久
日本赤十字医療センター 緩和ケア科　茅根　義和
座長・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

本セッションは大会二日目、一般演題の中で、プログラム委員会で推薦を受けた優秀演題が口演形式で広く会員、参加者に提供された。会場は立ち見が出るほどの参加者、関係者のパワーにあふれ、それに負けない各演者のパワーが共鳴する内容であった。

第一題は、宮下光令先生（東京大学）らによる「わが国における終末期のQOL（2）終末期のQOLの概念化　一般集団・緩和ケア遺族を対象とした全国調査」。質的調査より導き出されたわが国独自の終末期QOLの60構成要素を用いて、大規模サンプルでの量的調査を行った。国民の多くが望み共通性の高い内容の「苦痛がないこと」、「望んだ場所で過ごす」、「家族との良い関係が保たれる」、「医療者との良い関係」など、18構成因子に集約された。一般集団と緩和ケア遺族とのQOLのニーズの差はなく、今後わが国の緩和医療の質を評価し、臨床レベルの均てん化に寄与する有意義な報告であった。

第二題は、赤澤輝和先生（聖隷三方原病院）らによる「緩和ケアにおける希死念慮をどのように理解すればよいのか？」。緩和ケア病棟新規入院患者での連続調査で、希死念慮の頻度は9.5%（軽度18.3%）、関連要因として「倦怠感」、「呼吸困難」、「抑うつ」が示された。また直接原因は、質的調査により、「家族や医療者などへの他者への負担」、「緩和されない身体的苦痛」、「絶望感」、「セルフコントロール感」など7カテゴリーに分類された。希死念慮患者への対応は、まず援助や関与の保証を行い、アプローチしやすい身体的苦痛苦悩の解放と併行して、精神的、実存的援助を行うことをお教えいただいた。

第三題は、木村由美子先生（千葉県がんセンター）らによる「緩和医療センターにおける患者・家族が療養場所の決定に影響する要因～患者・家族が捉える病状と今後の希望に焦点をあてて～」。在宅緩和医療が政策的に推進される中、緩和ケアセンターに入院した患者の在宅療養移行決定に関与する要因として、病院死亡した患者と比較し、「患者・家族がとらえる病状」、「患者・家族の強い希望」等であると報告した。病気や症状の心配への対応だけでなく、具体的にどのような生活が送りたいかという希望を十分汲み取り、症状を安定させ、自宅でみる家族の不安へ配慮し、再入院を保証することなど、がん在宅緩和医療の現状と課題を御指摘いただいた。

第4題は、安藤詳子先生（名古屋大学）らによる「大学病院における集学的癌治療から緩和ケアへのギアチェンジの問題点−看護師調査から」。大学病院勤務の看護師314名への質問紙調査により、緩和ケアへのギアチェンジの問題点として、1）医師の緩和ケアの考え方、2）患者の癌治療への過剰な期待感、3）インフォームド・コンセントの方法論の未熟さ、4）長期入院できないこと、5）看護師の臨床経験年数、6）病棟方針の有無が挙げられた。

今後の課題として、医療職種間の情報交換、連携の場の設定、インフォームド・コンセントの充実などの御示唆をいた

だいた。

第5題は、中島信久先生（カレスアライアンス　天使病院）らによる「終末期がん患者に段階的にがん告知を進めることは、コミュニケーションの質の向上に寄与するか？−STAS日本語版（STAS-J）を用いた他者評価法による検討−」。がん終末期において、未告知、病名告知、病状告知、予後告知を段階的に進めることは、患者−家族−医療者間のコミュニケーションの質の向上に寄与する。特に予後告知をなしえなくても、病名告知から病状告知へ進むことができれば、質の高いケア展開ができる可能性を他者評価法であるSTAS-Jを用いて検証した意義は大きいと考えられた。

第6題は、茅根義和先生（日本赤十字医療センター）らによる「Liverpool Care Pathway（LCP）日本語版〜看取りのパス〜の開発」。LCP開発国のイギリスとわが国の文化の違い、がん緩和医療環境の違いを乗り越え、一般病棟での使用など日本のがん緩和医療環境に適合させた看取りのプロセスの標準化の開発をめざした、非常に精緻で根気のいる研究の御発表であった。LCP日本語版が将来、日常臨床に定着することを期待したい。

最後に、私はこの6演題を拝聴し、現在の日本の緩和医療の重要な課題とそれに対する関係者のハイレベルで勇気ある果敢な取り組みに、心から感動を覚えた次第である。今後の臨床及び研究の発展･応用により、多くの癌患者に還元される事を切に期待したい。

総会報告

第11回日本緩和医療学会フリーセッション
「緩和ケアチームによるコンサルテーション事例の検討」参加者アンケート

昭和大学横浜市北部病院　　大谷木　靖子

日本緩和医療学会1日目（6月23日）の午後、フリーセッション「緩和ケアチームによるコンサルテーション事例の検討」（運営責任者：昭和大学病院がん看護専門看護師、梅田恵）（以下、敬称は省略）が開催された。セッションの目的は、（1）緩和ケアチームで活動しているナースの意識の向上、（2）緩和ケアチームにおける看護師の役割開発、である。

「痛みが表現できない患者にチームで関わったケース」（昭和大学病院：松林幸子）、「在宅療養への移行が妻の不安によって困難であったケース」（日本大学医学部付属板橋病院：藤田智子）の2事例が、各病院の緩和ケアチーム・がん性疼痛認定看護師より提示され、参加者とともに活発な検討がなされた。以下に、終了後アンケートをまとめて報告する。

アンケート回収数は39名。3/4が看護師であり、その他1/4は、医師・薬剤師・その他（学生・教職など）がほぼ同数。看護師では、スタッフ看護師（48%）・認定看護師（28%）で約8割を占め、その他には、看護師長・主任など管理者、および専門看護師が含まれていた。施設背景としては、一般病院（47%）、大学病院（28%）、専門病院（15%）であり、病床数500〜1000床規模の施設が64%であった。また、緩和ケア病棟がある施設は23%、緩和ケアチームがある施設は56%、施設内に専門・認定看護師がいる施設は64%であった。

自由記載の中で最も多かったのは、「自分の日常を振り返る良い機会になった」、「緩和ケアチーム看護師あるいはスタッフ看護師のジレンマ・悩みを共有できた」であり、これらは職種・役職を問わず記載されていた。このことは、

具体的事例を通したディスカッションがチームメンバーの理解につながり、自己の振り返りだけでなく「自分の立場で何ができるか考えたい」「今後ディスカッションする際の参考になった」など、職種や立場を越えて、明日からの臨床に活かされる可能性を示唆していると考えられた。また、「緩和ケアチームの役割が施設により異なることが分かった」、「チーム専従Nsの調整力の必要性を実感した」など、役割についての意見や、「できることから始めていこうと思えた」など、日々の迷いから抜け出すきっかけとなったことが伺われる感想もみられた。

「このような機会が多く必要」、「話し合いから視野が広がることを再認識した」、「もっと時間が欲しかった」などの意見が示すように、チームのコンサルテーション活動におけるディスカッションの重要性、特に施設内外・職種・部署を問わずさまざまな立場からディスカッションできる場・機会が必要とされていることが強く感じられる結果であった。

総会報告

フリーセッション
“緩和ケアチームによるコンサルテーション事例の検討”に参加して

獨協医科大学病院 看護師　　岸田　さな江

緩和ケアに関わる看護師の多くは、コンサルテーションの過程で多くの悩みを抱えることがあります。コンサルテーションの経験の浅い私もそんな一人で、悶々とした日々を過ごしていました。今回のフリーセッションは、絶妙なタイミングで参加することができ、終了時には晴々とした気持ちになりました。

会場はテーブルを囲むように椅子が準備され、ディスカッションが行なわれ易い雰囲気でした。また、20近く準備されていた椅子はすぐに埋まり、会場全体を使用しながら意見交換が行なわれました。疼痛管理と在宅移行という緩和ケアには欠かせない内容の2事例の提示により、コンサルテーションのプロセスを共に体験しながら日々の看護を振り返る機会となりました。緩和ケアチームがより円滑であるためには、自分たちの立ち位置の見直しや看護師として何ができるのだろうか、多職種へアピールすることは何かということを自問自答することや、それらを話し合う機会を持つことが大切であるということを再確認しました。フリーセッションには、医師の参加もあり“医師に協力をしていることを言葉として表現してもらえるとうれしい”などの意見も聴け、難しいと考えられた症例の検討も暖かく和やかな雰囲気の中で行なわれました。このような機会に多施設の方とお互いの思いを共有し学ぶことは、共に歩む仲間がいるということでとても心強く、大きなエネルギーを感じました。是非また次年度の学会でも皆様とフリーセッションの場でお会いし、緩和ケアチームの看護師としての意識の向上や役割開発の機会にさせていただけることを願っております。

文末になりましたが、事例を提供してくださいました患者様、がん性疼痛認定看護師の松林さんと藤田さん、運営をしてくださいました、がん看護専門看護師の皆様に感謝いたします。

Journal Club

Aripiprazole in the treatment of delirium

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

Aripiprazole in the treatment of delirium
Straker D. A, et al. Psychosomatics 47: 385-391, 2006

背景と目的

せん妄に対する薬物療法としては、ハロペリドールやクロルプロマジンを中心とした定型抗精神病薬（第一世代の抗精神病薬）が中心であるが、近年、錐体外路系の副作用が少ないことが報告されている第二世代の抗精神病薬（リスペリドン、クエチアピン、オランザピン等）の使用頻度も高くなっている。一方では、第二世代の抗精神病薬も考慮した、せん妄治療のコンセンサスは未だに存在せず、これら第二世代の抗精神病薬のせん妄治療に関する報告も限られている。また、我々の知る限り、アリピプラゾールに関する報告は存在しない。

アリピプラゾールは、米国FDAにより、統合失調症、双極性障害の躁状態および維持療法に対して承認されている薬物であるが、QTc間隔やプロラクチン、血糖値、脂質や体重に与える影響が少ないことが知られている。また、鎮静作用も弱く、コリン受容体に対する親和性も有していない。さらに、アリピプラゾールはドーパミンD2受容体の部分アゴニストであることから、本特徴は、せん妄における注意、集中力、睡眠覚醒リズムの改善に有用である可能性が示唆される。このように、アリピプラゾールは、せん妄の中でも活動低下型に対する治療に対する有用性が期待される。

方法

我々は、精神科コンサルテーションリエゾンサービスに依頼された身体疾患を有したせん妄患者14名に対して、アリピプラゾールを用いて治療した。せん妄はDSM-IV-TRにより診断し、治療経過の評価は、Delirium Rating Scale-Revised-98 （DRS-R-98）およびClinical Global Impression scale （CGI）にて行った。
アリピプラゾールは、5-15mg/日の範囲で使用し、必要に応じて調整した。治療前後において、血糖値、QTc間隔、血圧、心拍数および必要に応じて脂質や体重等をチェックした。

結果

アリピプラゾールで治療された14名の患者の平均年齢は、70.9（SD=11.3）歳、6例が男性で、アリピプラゾールの平均投与量は、8.9（SD=3.5）mgであった。4例の患者に対しては、治療開始数日の間において必要時ハロペリドールが併用投与された。治療開始後5日以内に7名（50%）の患者が、治療終結時には12名の患者が症状の改善（DRS-R-98スコアの50%以上の減少）をみた。CGIスコアも治療前後で有意な改善を認めた。
血糖値の上昇やQTc間隔の延長なども認めなかった。

考察

アリピプラゾールはせん妄治療に有効であり、副作用発現の割合も低いことが示唆されたことより、今後せん妄治療の第一選択薬剤として考慮される価値があると考えられた。中でも、代謝疾患や心血管系の疾患を有した患者にとって有用であるかもしれない。

コメント

アリピプラゾールは、ドーパミンD2受容体の部分アゴニストというユニークな薬理学的特性を有する新規の抗精神病薬であり、本邦でも本年使用可能となった。最大の特徴は、副作用の少なさであり、特に高齢あるいは身体合併症を有する統合失調症の患者などへの治療に期待されている。

本報告は、14例に対するアリピプラゾールの使用経験の報告であり、決してエビデンスレベルが高いわけではないが、今後、わが国おいても、せん妄に対してアリピプラゾールを使用するうえでの参考になるものと思われる。

実際には良質な臨床試験の結果を待つ必要があるが、超高齢者やがんに加えて複数の身体疾患を有した患者のせん妄治療に対して期待が持たれる薬剤である。

学会印象記

社会保険神戸中央病院緩和ケア病棟開設 10 周年記念講演会

千葉県がんセンター整形外科　　安部　能成

2006年9月9日土曜日の昼下がりに、神戸市北区のすずらんホールにて、社会保険神戸中央病院緩和ケア病棟開設10周年記念講演会が開かれた。1施設の開設記念行事なので内輪に済ませることも可能であろう。しかし、地域に開かれた病院として、緩和ケアの対象者となりうる市民対象の講演会を開催されたことは、一つの見識を示したものといえる。関係者の熱意を反映してか、200名を超える参加者を数えた。

冒頭、現在の緩和ケア科部長の岡田医師より、ご挨拶として10周年の歩みが披露された。本病棟は阪神淡路大震災のときに産声を上げ、全個室22床の規模で、全国で26番目のものであった。この10年間で延べ1,700名の方が利用され、平均在院日数は36日とのことであった。

講演会は2部構成で、第一部は「尊厳死をめぐる慈悲と愛の問題」と題して、アミノ酸補給の高カロリー輸液の発明者として知られている、泉美治大阪大学名誉教授の発表があった。ご夫婦とも尊厳死協会のメンバーであり、ご自身の、35年間連れ添った奥様を昨年亡くされた経験を踏まえ、慈悲と愛について12項目に分けて、その特色を話された。結局、科学は統計の上に成立している。したがって、（1）統計の対象にならないものは科学にならない、（2）科学は集団の在り方を確率で予測するものである。そのように考えると、「たった一つの命」は科学の対象にならない。言い換えると、「固有の命」の世界は常に二者択一である。どの命も同一のもの、として把握するなら科学の対象となる。これは集団の世界であり、確率という科学的予測が成立する、と教授された。

第二部は「在宅ホスピスケア」と題し、神戸市において緩和ケアの発展に尽くしておられる、関本雅子関本クリニック院長の発表があった。「がん」に限定されない在宅ホスピスの特徴、そこでの医療処置の考え方、最近4年間の在宅ホスピスの現状、281症例の経験に基づいて、点滴などの在宅ホスピスで可能な処置、及び、疼痛緩和を初めとする症状コントロール、最近4年間の入院理由で最も多いのは、介護の限界という予想外の状況であること、介護保険が40歳以上となり、末期がん患者が対象者に含まれるようになってもサービスの恩恵に与れない症例の多いこと。ご自身のクリニック開設3年時点での遺族アンケートの結果、入院・在宅ホスピスの問題点の比較検討、神戸では大学病院や成人病センターに緊急入院できない等、ターミナルケアにおける病診連携、主治医を中心としたサポート体制をとらないと混乱しがちなターミナルにおける診療・診療連携、そして、在宅ホスピス・緩和ケアの今後の課題について、話された。中でも

「お金がないと、がんにはなれないね」という患者さんの声が多い、という話には考え込まされた。

学会印象記

第 12 回　大学病院の緩和ケアを考える会　総会・研究会

千葉県がんセンター整形外科　　安部　能成

2006年9月16日、東京の順天堂大学有山記念講堂において、第12回大学病院の緩和ケアを考える会が「がん患者さんのQOL向上を目指して」をテーマに開催された。これに参加する機会を得たので、ご報告申し上げたい。

高宮有介代表世話人の開会挨拶を皮切りに、シンポジウム「骨転移のある患者へのチームアプローチ」、総会、ワークショップ「がん治療中止からの患者・家族へのサポーティブケア」、コメンテーターによる指定発言、と続き、閉会に至る構成となっていた。

シンポジウムでは、昭和大学の高宮有介先生、東海大学の田中光先生を司会に、いずれも順天堂大学からシンポジストが登壇。長岡正範リハビリテーション科医師は、がん患者のリハビリテーション・ニーズの増大を話された。唐澤久美子放射線科医師は、骨転移の放射線療法が対症的照射の典型であり、痛みは緩和できても骨強化にはならないことを指摘された。井関雅子緩和ケアチーム医師は、特に脊椎転移症例は退院に難渋することが多い、と臨床的苦心を披瀝された。北原エリ子理学療法士は、年間50例を超える骨転移を有する患者の存在を指摘した上で、その理学療法の実際を示された。秋山真紀看護師は、骨転移による下半身麻痺で入院し、放射線治療中の症例を用いて、看護師が一番患者の身近にあるからこそ、他の職種との関わりを積極的に持つべきである、との発表があった。今回は、大学病院では取り上げられることの少ない、骨転移を持つがん患者に対する複数職種の臨床介入をテーマにした多角的検討であり、フロアからの発言も活発になされたことから、一定の成果をあげたと思われる。

ワークショップでは、司会に横浜市立大学の斉藤真理先生、順天堂大学の寺尾泰久先生、発表者に神奈川県ガンセンターの奥野滋子緩和ケア病棟医師、日本大学付属板橋病院の藤田智子緩和ケアチーム看護師、国立がんセンター中央病院の御牧由子医療ソーシャルワーカーを迎えた。奥野医師は、主治医と緩和スタッフの緊密な連絡により、緩和医療への移行を拒否していた患者が、次第に緩和スタッフとの関わりを持てるようになった経過を話された。藤田看護師は、患者・家族が緩和ケアを理解しないまま転院した症例と、患者の希望通り、妻も納得して在宅療養に移行できた症例を対比的に示された。御牧ソーシャルワーカーは、患者・家族の全人的ケアを行うためには、院内の緩和ケアチームだけでは不充分であり、地域の関係機関にまで繋ぐことの重要性を指摘された。

コメンテーターの宮崎東洋順天堂大学名誉教授は、35年間に及ぶ大学生活の経験を踏まえ、緩和医療の展開には、医者を変えようとしても時間がかかりすぎて無駄が多いので、ナースが患者・家族を励まして、医師に働きかけることの大切さを指摘された。

土曜日の午後にもかかわらず、広い講堂が満席になるほどの盛況であったことをお伝えしたい。次回は、東京大学での開催が予定されている。

施設訪問記

独立行政法人国立病院機構 西群馬病院緩和ケア病棟

千葉県がんセンター整形外科　　安部　能成

群馬県は海に囲まれた日本列島の中にあって、山また山の風景が続く土地柄である。西群馬病院はJR東日本上越線渋川駅からバスで坂道を25分ばかり登った、山の斜面を利用して建てられていた。

1993年6月に開棟された建物はゆったりとした造りであるが、その余裕は各病室のトイレ周りの、介護を可能にする空間設定に現れていた。幅広の廊下もそうであるが、広い窓から故郷の山々を眺めて過す、そういう生活空間が設計されている。ここには百種類の野鳥が訪れるという。鳥の餌台があり、双眼鏡も置いてあることから見て、利用者には鳥好きが多いようである。実際、ある心理学的調査によると、この病棟の利用者の会話には、自然に関するものが多く聞かれるのだそうだ。山岳的自然に恵まれた西群馬病院内は斜面が多く、各々の病棟を結ぶスロープを行動できない人は、エレベータを利用する必要がある。そのためか、本病棟には外泊などの際、直接外部に出られる、屋根付の西玄関も用意されていた。

23床という病床規模は、日本のホスピス緩和ケア病棟において標準的な大きさであるが、4床室が1つ、3床室が2つ、個室が13室で構成されている。このような部屋割りは、病棟設置の際に聴取した、利用者の声を反映されたものだという。つまり、選択肢の問題である。個室に入りたい人もあり、大部屋で他人と一緒の方が寂しくない、という意見もあったのだそうだ。

緩和ケア病棟は正面入り口から中央を貫く廊下を挟んで病室が並ぶ。中央廊下の中程からテラスに向かってもう一つの廊下があり、全体はＴ字型になる。真ん中に浴室やナース・ステーションが設定され、その前には円形のソファーが背を向けるように置かれている。先ごろ行われた建築学的調査によると、この場所が、病棟内で最も患者さんの心が落ち着く場所であるという。見守られているが、離れている、という、この距離感が大切なのであろう。

風呂好きな日本人を反映して、家族（一般）浴室と介助浴室の2種類が設けられていた。入浴の需要は多く、特に女性は毎日、髪を洗いたいとの要望がある、そうである。そのためか病室には風呂がなく、歩ける人は一般浴に、歩けなくなったら介助浴、という対応になっている。

職員構成は、専従医師2名、看護師17名、看護助手2名、兼任スタッフの医療ソーシャルワーカー、栄養士、薬剤師である。御案内くださった院長の斎藤先生によれば、次の課題はリハビリテーションであるとのこと。22名のボランティア諸氏による手入れの良い植物にも取り囲まれた本病棟は、院外からの紹介率60%、在棟期間の中央値が42日である（病院概況書による）。風光明媚な自然環境を望まれる方には、ご推薦の施設だと思われた。

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7月～2006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 緩和支持治療科　　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、メタアナライシス、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。

ビスホスホネートによる下顎骨壊死のリスク：系統的レビュー

Woo SB, Hellstein JW, Kalmar JR. Systematic review: bisphosphonates and osteonecrosis of the jaws. Ann Intern Med. 2006; 144(10):753-761.

化学療法の制吐に関するASCOガイドラインのup-to-date

Kris MG, Hesketh PJ, Somerfield MR, et al. American Society of Clinical Oncology guideline for antiemetics in oncology: update 2006. J Clin Oncol. 2006; 24(18):2932-2947.

Early satiety：重要だが見逃されている症状

Davis MP, Walsh D, Lagman R, Yavuzsen T. Early satiety in cancer patients: a common and important but underrecognized symptom. Support Care Cancer. 2006; 14(7):693-698.

がん患者に対する運動療法のメタアナリシス

Conn VS, Hafdahl AR, Porock DC, McDaniel R, Nielsen PJ. A meta-analysis of exercise interventions among people treated for cancer. Support Care Cancer. 2006; 14(7):699-712.

「緩和ケアに移行する」ことのコミュニケーション

Schofield P, Carey M, Love A, Nehill C, Wein S. 'Would you like to talk about your future treatment options'? Discussing the transition from curative cancer treatment to palliative care. Palliat Med. 2006; 20(4):397-406.

高齢がん患者のADLの改善

Demark-Wahnefried W, Clipp EC, Morey MC, et al. Lifestyle intervention development study to improve

physical function in older adults with cancer: outcomes from project LEAD. J Clin Oncol. 2006; 24(21):3465-3473.

「どうしてがん患者はかなり状態が悪くても化学療法を選択するのか？」evidence-basedレビュー

Matsuyama R, Reddy S, Smith TJ. Why do patients choose chemotherapy near the end of life? A review of the perspective of those facing death from cancer. J Clin Oncol. 2006; 24(21):3490-3496.

質の高いがん治療に関するASCO・ESMOコンセンサス・ステートメント

Horning SJ, Mellstedt H. Introduction: ASCO-ESMO consensus statement on quality cancer care. J Clin Oncol. 2006; 24(21):3497.

緩和ケア対象患者を定義する

McNamara B, Rosenwax LK, Holman CD. A method for defining and estimating the palliative care population. J Pain Symptom Manage. 2006; 32(1):5-12.

下肢静脈血栓症に対する緩和ケア専門医の意識の変化：UKの場合

Noble SI, Finlay IG. Have palliative care teams' attitudes toward venous thromboembolism changed? A survey of thromboprophylaxis practice across British specialist palliative care units in the years 2000 and 2005. J Pain Symptom Manage. 2006; 32(1):38-43.

バーンアウト

Sherman AC, Edwards D, Simonton S, Mehta P. Caregiver stress and burnout in an oncology unit. Palliat Support Care. 2006; 4(1):65-80.

経皮ブプレノルフィンで鎮痛されている患者に対してもモルヒネのレスキューは有効である

Mercadante S, Villari P, Ferrera P, et al. Safety and effectiveness of intravenous morphine for episodic breakthrough pain in patients receiving transdermal buprenorphine. J Pain Symptom Manage. 2006; 32(2):175-179.

From Japan

スピリチュアルケア

Tamura K, Ichihara K, Maetaki E, Takayama K, Tanisawa K, Ikenaga M. Development of a spiritual pain assessment sheet for terminal cancer patients: targeting terminal cancer patients admitted to palliative care units in Japan. Palliat Support Care. 2006; 4(2):179-188.

Tamura K, Kikui K, Watanabe M. Caring for the spiritual pain of patients with advanced cancer: a phenomenological approach to the lived experience. Palliat Support Care. 2006; 4(2):189-196.

抑うつのスクリーニングの「どちらでも・・」をどう解釈するべきか？

Ohno T, Noguchi W, Nakayama Y, Kato S, Tsujii H, Suzuki Y. How do we interpret the answer "Neither" when physicians ask patients with cancer "Are you depressed or not?" J Palliat Med. 2006; 9(4):861-865.

日本の緩和ケア病棟で行われている医療行為のサーベイ

Matsuda Y, Takamiya Y, Morita T. What is palliative care performed in certified palliative care units in Japan? J Pain Symptom Manage. 2006; 31(5):380-382.

症例報告

Onishi H, Okuno S, Yae S, et al. Brief psychotic disorder mimicking the symptoms of cerebrovascular attack evoked by symptoms that symbolized death in a patient with terminal stage stomach cancer: case report and review of the literature. Palliat Support Care. 2006; 4(1):87-89.

Morita T, Matsuda T, Tei Y, Takada T. Nontraumatic subcutaneous emphysema from rectal cancer perforation completely resolved after intensive pain control. J Pain Symptom Manage. 2006; 32(1):3-4.

Morita T, Tei Y. Skin reaction to both morphine and fentanyl attenuated by steroids and antihistaminics. J Pain Symptom Manage. 2006; 32(2):100-101.