



# 日本緩和医療学会 ニューズレター May 2007 35



特定非営利活動法人  
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

### 緩和医療の広がりをめざして

広島県緩和ケア支援センター 本家 好文

1996年7月に日本緩和医療学会が発足して、10年余りが経ちました。学会発足当時にも緩和医療は実践されていましたが、決して十分とは言えず、緩和医療学として確立されていませんでした。その後の10年間で、わが国の緩和医療を取り巻く状況は大きく変化しました。疼痛治療ひとつを考えてみても、使用できるオピオイド製剤の選択肢が増え、鎮痛補助薬に関する使用経験も蓄積されて、質の良い疼痛治療が可能になりました。

10年を迎えた本学会は、昨年12月に特定非営利活動法人（NPO）の認証を受けて大きな転換期を迎えています。会員数も4月現在で5400名を越えて、最近の3年間で倍増しました。会員数の急速な増加には、さまざまな社会的な動きが影響しています。そのひとつは、本年4月から国策として緩和医療を含めたがん医療を推進するために「がん対策基本法」が施行されたことがあります。また、がん医療の地域格差是正を目的とした「がん診療連携拠点病院」が整備され、がん医療の「均てん化」を目指す動きが本格化したことも考えられます。「がん診療連携拠点病院」の緩和ケアチーム設置は、緩和医療が一般病院内に広がりを見せる動きを加速すると考えられます。

また「在宅療養支援診療所」「療養通所介護」といった在宅緩和ケアを推進する動きや地域連携促進の動きは、地域医療を担う診療所医師、訪問看護師、薬局薬剤師といった人達が、緩和医療に関心を寄せるきっかけになっています

このように緩和医療を広げるための枠組みは着実に整備されていますが、緩和医療を提供する人達への教育は、決して十分とは言えません。今後は「がん診療連携拠点病院」を中心とした地域連携や緩和医療に関する研修会の開催や、本学会が開催する教育セミナー、症状緩和のためのガイドライン作成、教育プログラムの整備などを進めながら、「教育研修内容の均てん化」も目指す必要があります。

本学会の特色として、学会構成メンバーが多職種にわたっていることがあげられます。緩和医療では患者の苦痛を解放することを目指し、多職種スタッフがお互いの専門性を尊重しながら協働することが求められます。さまざまな職種の会員が協力してチーム医療の基盤を築くとともに、患者を中心とした臨床現場の問題解決に結びつく学会であることが大切だと考えています。

## 死に直面するがん患者 —その2

東京都立駒込病院 副院長 佐々木 常雄

以前、私は「死に直面するがん患者」と題して本紙第29号（Nov 2005）で意見を述べさせていただいた。「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、真実を言って欲しくなくとも、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。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が、21世紀に入って、標準治療を知り、その標準治療が効かなくなった時、患者は好むと好まざるとにかかわらず真実を知る、あるいは死を告げられる時代となった。患者はいやでも死と直面しなければならなくなったのである。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と私は書いた。この時、私のこのことに対して、「死の準備教育」をしておくことが大事であること、実際にはそれを始めているグループがあることなどの意見をいただいた。いま死について考えることの少ない時代で、もっと死を見つめることは大きなことであると私は思っている。しかし、デーケン先生やこのような意見には誠に申し訳ないが、健康な時に学んだ「死の準備教育」が役に立たないこともあるということだ。死の準備教育が足りなかったと言われればそれまでだが、健康な時に考える死と、命の危機にある時に考える死とでは、考え方がまったく違うようになる人が少なからずいるのだ。それはここ数年のように直接本人が短い命を言われる状況が関係しているようにも思う。

高齢者は友人やまわりが次々と死んでゆくことによって、死の準備教育はされてゆく。そして超高齢となって、がん以外で、次第に命が枯れてゆくようにして亡くなるときは、多くの場合は、それなりに、死の話はしなくとも「阿吽」の呼吸で、目と目で納得して、死んでゆく過程があるように思う。

ところが、最近のがんにおいては、短い命を「あと3ヶ月とか週単位とか」、患者本人に話されることが多くなっている。真実を話すことは、実は「冷たいこと」と受け取られることが多いのだ。「もう治療法がありません、好きな病院へ行っていていいですよ」とは、「捨てられた命、いらぬ命」と言われたと受け取る患者がおられるのである。患者は医学のデータを知り、あるいは医療者から話され、短い命を知り、あるいは話されて、そして 私たち医療者がどう患者の心に寄り添えるかが大きなことであると思う。

昨年、4月、絵門ゆう子さんが亡くなった。彼女が残した言葉を以下に書いてみる（朝日新聞より）。

先行きの危ない見通しなど何一つ言及しなかった医療に感謝する。

「死を受け入れよ、じゃなくて、きちんと生に執着せよって言って欲しいね」

「余命、告知、壮絶、みたいな怖い言葉は即刻、やめるべきよ」

「どんなに確率が低くても、難しいと思われても、完治を信じる自分がいる」

「患者から希望を奪わないで」

「本人が望みもしないのに余命を告げることにどんな意味があるのかしらね」絵門さんの言うことはもう無理な時代なのかもしれない。しかし、絵門さんのように思っている患者はたくさんいるのだ。ある時、患者本人から、余命を聞かれたので、主治医は正直に「あと1ヶ月と思う」と答えた。医師からみたところ、言われた患者はこれを十分受け入れ、覚悟が出来ているようであった。しかし、人生で最大の決定的なことを言われた患者はただ、心の中でじっとこらえているのだ。人の前では納得しているように見せても、夜一人の時は、きっと涙しているのだとおもう。患者は「理

解でき、覚悟ができていのように振舞うしかないのだ」ということに我々は思いやらなければならない。

ここ数年、医師から短い命を告げられ、このように死に直面し奈落に落とされた状況でセカンドオピニオンとして相談に来られる患者は絶えない。このような患者と対面を繰り返すうちに、分かってきたことがひとつある。それは、私たち医療者は「患者が奈落から絶対に這い上がれるという確信を持っている」ことが大切であるということである。死と直面しどんなに辛い状況になっても、その運命の中でも、すぐそこにある死に向かっている恐怖の中でも、実は人間は誰でも安寧になれる要素を心の中に持っているのだと私は確信を持てるようになってきたのである。医療者はその安寧な気持ちを早く引き出せるきっかけを作れるかもしれないのだ。

古くから医は仁術といわれてきた。仁とは思いやり、愛である。20世紀には患者本人に病気の悪化を、そして死を隠すことで「仁」、「愛と思いやり」を発揮してきた。「あなたは死ぬなんて、そんな残酷なことをどうして言えようか」という時代であった。しかし、21世紀になって、患者に病気の悪化を伝えて、死を伝えて、そしてこの「仁」、「愛と思いやり」をどのような形で発揮していくのかということが、われわれ医療者側の大きな課題であると思う。

## Current Insight

### 終末期がん患者のspiritual well-beingに及ぼすライフレビューインタビュー

聖マリア学院大学看護学部 安藤 満代

久留米大学文学部 津田 彰

聖隷三方原病院緩和と支持治療科 森田 達也

#### 【背景と目的】

回想療法の一つであるライフレビューインタビューに関する研究において、終末期のがん患者を対象とした実証的な研究は極めて少ないが、患者が人生を回想することは臨床でもしばしばみられることから、この療法の実証的な効果を明らかにする必要があると考えられた。そこで、本研究では、1) 終末期がん患者のspiritual well-beingに及ぼすライフレビューインタビューの介入効果を評価し、2) 介入の効果がある患者と、そうでない患者の背景を明らかにすることを目的とした。

#### 【方法】

日本の緩和ケア病棟に入院中の12名の患者に対して、発達段階ごとに人生を回想する構造的ライフレビューを臨床心理士が行った。面接前後に6つの下位尺度から成るSELT-MというQOLを測定するスケールに、各項目に対して1点～5点で回答するよう求めた後、週に1回、約30分から1時間の面接を、平均4回実施した。介入前後のSELT-Mの得点差を中央値によって高群と低群に分け、語りの中で意味がある文章を分析対象としてテキストマイニングというPCソフトを用いて質的分析を行った。

#### 【結果】

SELT-Mの下位尺度であるspiritual well-beingの得点は $2.57 \pm 0.61$ から  $3.58 \pm 1.0$ に上昇し、SELT-Mの総合得点の平均値は $2.57 \pm 0.61$ から $3.14 \pm 2.25$ に上昇した。面接前後のSELT-Mの得点差が高かった群の語りから抽出された要因は、「肯定的な人生観」、「日々の生活での喜びと良好な人間関係」、「人生に対するバランスのとれた評価」であった。一方、

面接前後のSELT-Mの得点差が低かった群の語りから抽出された要因は、「病気に起因する将来の心配」、「家族関係での葛藤」、「遺産やお墓などの現実的な問題への直面」であった。

#### 【考察】

これらの結果から、ライフレビューインタビューは終末期がん患者のspiritual well-beingを向上させる可能性があること、この介入で効果を決定する要因としては、患者が肯定的な人生観をもち、良好な人間関係を保ち、日々の生活での喜びを持っていること、人生に対して肯定的な側面と否定的な側面をバランスよく評価することといえる。一方、効果が得られない要因としては、病気に起因する将来の心配があり、家族関係での葛藤を持っていること、現実的な問題に直面していること、などであると考えられる。参加者の急変によって面接が中止となる場合が多く、新たな面接方法を開発する問題が今後の課題として残された。（出典：Ando, M, Tsuda, A, & Morita, T. (2007) Life review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. Supportive Care in Cancer, 15(2), 225-231）

現在、ライフレビューインタビューを用いた無作為化比較試験の研究を実施する予定です。また、看護師を対象としたトレーニングも企画（第3次対がん10か年総合戦略研究事業「QOL向上のための各種患者支援プログラムの開発研究」班）していますので、ライフレビューインタビューに興味のある方は御連絡いただければと思います。

### Current Insight

## 「緩和ケア臨床・研究・教育ツール」ホームページの紹介

東京大学大学院 医学系研究科 客員研究員 成人看護学／緩和ケア看護学分野 前山 悦子

この度、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団助成金により、緩和ケアを実践する上で役立つと考えられる諸情報を体系だてて紹介することを目的としたホームページ【緩和ケア臨床・研究・教育ツール】を立ち上げました。

〈HPアドレス：http://www.pcpkg.umin.jp/〉

本ホームページは、その名が示すように、緩和ケア従事者が現場で実際に担う「臨床・研究・教育」の3分野に焦点をあてています。日常のケア評価や記録に悩んでおられる方々、これから緩和ケア病棟や在宅・一般病棟で緩和ケアチームを立ち上げようとされる方々、あるいは、臨床での研究や教育に力を入れようとされる方々など、緩和ケアの様々な場面で広く活用してもらえることを目標にしています。

2007年4月1日現在、ホームページには合計54ツールが掲載されています。今まで、ホームページ企画担当で情報収集につとめておりましたが、緩和ケア従事者の要望を満たすには、まだまだ十分とはいえません。私たちが行った緩和ケア施設でのヒアリングや文献レビューの結果、多くのツールを臨床で使用していることが明確となりましたが、それらのツールは、対象患者（主に終末期がん患者）の特徴にあわせ、適宜追加・修正して使用されている場合が多いことも分かりました。よって、今後のホームページへの情報の掲載については、すでに出版・公開されているものだけでなく、臨床の実情を反映したものとして、実際に利用されている実践資料の掲載も積極的にすすめていきたいと思っています。

緩和ケア体制作りを推進するための支援の一つとして、本ホームページをできるだけ多くの方々に周知していただくとともに、ぜひとも当ホームページへの情報提供をお願い申し上げます。「この情報をのせてほしい」「ぜひ知ってほしいことがある」「あそこの資料はすばらしい」等々、皆様の自薦あるいは他薦をお待ちしております。具体的な内容の詳細

や問い合わせ方法は、ホームページをご覧ください。

## Current Insight

### スピリチュアルケア教育ツールとしてのSP-CSS講習会に参加して

聖路加国際病院緩和ケア科 山川 宣

スピリチュアルケアは緩和ケアの中核の一つであるが、その専門的理解には人生観、死生観、心理学、宗教、哲学など、幅広い知識必要で、一般的な医療関係者が広く習得する機会は乏しい。よって理解しやすい概念や教育手法の確立が求められている。

村田久行らが構築したスピリチュアルペインに関する理論（以下村田 理論）と、スピリチュアルケアカンファレンスサマリーシート(SP-CSS)の講習会に参加する機会に恵まれたので感想を述べたい。

村田理論は人間存在を時間性、関係性、自律性で支えられると捉え、スピリチュアルペインの多彩な訴えをこれらの3要素の障害で説明する。SP-CSSは、会話録からスピリチュアルペインの訴えを抽出し、この3要素の分類、評価し、その評価を元にケアの指針を立てるものである。

SP-CSSは、1)会話録を通してスピリチュアルペインに対する感度を高め、自身のコミュニケーションを客観視する 2) 系統的な記録により評価やケアが多職種で行いやすい等の利点がある。

実際に演習をしてみると、一つの訴えに対しても多様な評価が出てくるため、多職種での関わりが必須であること、そのためにチーム全体での理解が望ましいことが容易に感じられる。

一方、欠点としては会話録の作成および評価に時間がかかることが挙げられる。緩和ケア病棟でも病棟業務量は増大傾向であり、一般病棟も含めた日常診療で、実践できる人員や時間を確保することは困難な場面も多いだろう。この点は今後の改善事項と思われる。

多様で複雑なスピリチュアルペインを理解する上で、平易な共通言語としての村田理論、系統的なトレーニングツールともなり得るSP-CSS は、スピリチュアルペインに接する医療従事者として経験するメリットは大きいと思われる。

（講習会を主宰するスピリチュアルケア研究会の連絡先はnpospiritualcare@ybb.ne.jp）

## Journal Club

### ICUで死にいく患者の家族へのコミュニケーション法と小冊子について

山口大学大学院医学系研究科医療環境学 谷田 憲俊

Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. N Engl J Med 2007;356:469-478.

## 【背景】

ICUで死にいく患者の家族には緊密なコミュニケーションが必要である。我々は終末期の先行的協議と小冊子を含む方式の悲嘆を軽減する効果について検討した。

## 【方法】

フランスの22のICUにおいて126名の死にいく患者の家族メンバーを無作為に介入方式と慣習的協議群に分けた。患者選択基準は19歳以上、数日後に死亡すると予測された者である。対照群には、それぞれのICUが行っている通常の終末期協議を含む対応がなされた。介入群の終末期の先行的協議はワシントン大学で開発された指針に基づきVALUEと呼ばれる医療者が「家族の言うことを尊重し認める」「家族の感情を承認し」「傾聴し」「医療者は介護者が患者を人として理解することを許容する質問をし」「家族からの質問を引き出す」5つの目的をもって行われる。また、介入群には、死別と儀式、悲嘆と悲嘆反応などについて主に時系列的に記した小冊子が渡される。参加者は患者の死の90日後に、出来事衝撃度尺度（IES、点数は無症状を示す0から外傷後ストレス障害[PTSD]関連の重症を示す75点）と病院不安抑うつ尺度（HADS、点数は苦悩なしを示す0から最大の苦悩を示す21まで）を用いて電話インタビューで評価を受けた。

## 【結果】

介入群の参加者は対照群より長い協議時間を持ち（中位30分対20分 [第1第3四分位幅19～45分]、 $P<0.001$ ）、対話により長い時間を使った（中位14分 [第1第3四分位幅8～20分] 対5分 [第1第3四分位幅5～10分]）。90日目において、電話インタビューに応じた介入群の56名は対照群の52名に比して有意に低い中位IES点数（27対39、 $P=0.02$ ）及び低いPTSD関連症状（45% 対69%、 $P=0.01$ ）を持った。中位HADS点数はまた介入群で対照群より低かった（11対17、 $P=0.004$ ）、そして不安と抑うつの双方とも低頻度であった（不安45% 対67%、 $P=0.02$ 、抑うつ29% 対56%、 $P=0.003$ ）。

## 【結論】

ICUにおいて死にいく患者の家族に悲嘆に関する小冊子と終末期の先行的協議方式という長い協議と対話を増す機会を提供することは悲嘆の苦悩を軽減するであろう。

## 【コメント】

急性疾患患者も緩和ケアを、患者が死亡した場合は彼らの家族も悲嘆ケアを必要としている。欧米では、それを認識した緩和ケア・スタッフがICU患者と家族に対する協力を始めている。本研究も、緩和ケア・スタッフの経験が一般の患者・家族にも役に立つことを示している。

## Journal Club

## 成人がん患者におけるうつ病/うつ状態に対する治療効果の有用性： 系統的レビュー

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

The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review  
Williams S, et al. Br J Cancer 94: 372-390, 2006.

**【背景と目的】**

がん患者にみられる抑うつは頻度が高く、患者の苦痛症状そのものであるばかりではなく、QOLの低下などに影響を及ぼすことが知られている。その一方で、がん患者の心理社会的ニードは看過されがちであることも示されている。

これまでに、がん患者の経験するうつ状態に対する精神療法の有用性を検討した系統的レビューが3報、メタアナリシスが2報あり、概ねその有用性は支持されている。しかし、これら先行研究は、抑うつ症状とうつ病（事例化したうつ状態）を弁別して検討していないため、実際の臨床セッティングを考えた場合、これら結果を一般化するうえで問題がある。また、がん患者のうつ病に対する抗うつ薬の有用性を検討した系統的レビュー、メタアナリシスはない。

以上のことから、今回、がん患者の抑うつ状態およびうつ病に対する精神療法および抗うつ薬の有用性を検討するための系統的レビューを行った。

**【方法】**

成人のがん患者の抑うつ状態、うつ病に対する精神療法および抗うつ薬の有効性を検討した無作為比較試験を系統的にレビューした。

電子検索に関しては、データベースとしてPubMed、CINAHL、Cochrane Library database、DARE、CDSR、CCTR、PsycARTICLESを用い、精神療法に関しては1995-2005年まで、薬物療法に関しては1960-2005年の文献を検討した（検索用語は省略）。

**【結果】**

最終的に24の無作為比較試験（薬物療法が6報、精神療法が18報）が抽出された。

薬物療法：サンプルサイズの平均は、介入群、コントロール群で各々83、83であった。患者の平均年齢は50-61歳、3つの研究が多施設での臨床試験であった。割付の隠蔽化についての記載がみられたのは4報のみであった。5つの研究でアウトカム評価の盲検化が行われ、すべての研究で対象者への盲検化が行われていた。脱落率は0-53%であり、3つの研究でintention-to-treat分析を行ったとの記載がみられた。5つの研究が選択的セロトニン再取り込み阻害薬（3つがパロキセチン、2つがフルオキセチン：本邦未発売）を、1つがミアンセリンの有用性を検討していた。共介入としての精神療法や代替療法の施行を避ける、あるいはこれらの施行状況をモニタリングした研究報告はなかった。

うつ病を対象にした場合、2報がパロキセチンの有用性を示していたが、フルオキセチンの有用性は示されなかった。抑うつ状態を対象にした場合、パロキセチン、フルオキセチン、ミアンセリンの有用性が示されていた。

精神療法：サンプルサイズの平均は、介入群、コントロール群で各々61、52であった。患者の平均年齢は49-64歳、8つの研究が多施設での臨床試験であった。割付の隠蔽化についての記載がみられたのは4報のみであった。2つの試験でアウトカム評価の盲検化が行われていた。脱落率は0-41%であった。共介入としての精神療法の施行を避ける研究デザインを採用していた研究が2報みられた。一方、共介入としての薬物療法や代替療法の施行を避ける、あるいはこれらの施行状況をモニタリングした研究はなかった。

4報がうつ病を対象にした報告であった。このうち認知行動療法/問題解決技法の有用性は示されなかったが、他の報告では、各々、カウンセリング、カウンセリング/リラクゼーション、ニードへの個別的介入の有用性が示されていた。

抑うつ状態を対象に、認知行動療法の有用性を検討した報告では、7報が有用性を示し、2報では有用性が示されなかった。しかし有用性を示せなかった2つの研究はサンプル数が各々50、53と小さかった。抑うつ状態に対するカウンセリングの有用性は2報で示されており、その他、グループサポート、ピアサポート、ウェブによるサポートグループ、看護師による介入、ニードへの介入による有用性が示されていた。

**【考察】**

今回の系統的レビューから、がん患者のうつ病、うつ状態に対して抗うつ薬が有効であることが示唆された。一方、幾

つかの研究で高い脱落率が報告されていたり、有害事象や耐受性の結果が報告されていない研究があるなど、現時点では、抗うつ薬の有用性を支持するには一定の留保が必要であると考えられた。

精神療法に関しては、認知行動療法の有用性が示唆されるとともに、ソーシャルサポートの強化が有用である可能性が示唆された。

一方、先行研究の方法論を検討した結果からは、これまでの研究の問題点として、サンプル数が少ない、交絡要因がコントロールされていない、などの点があげられた。その他の方法論的な問題点として、共介入のモニタリングがなされていない、単施設の研究が多い、緩和ケアの患者を対象とした研究がないことなども明らかになった。

多くの研究で薬物療法、精神療法の有用性が示されているものの、これら問題点を念頭におき結果の解釈を行う必要があり、また今後は、これら方法論的な問題点を改善した、よりよい研究が必要であることが示唆された。さらに、精神療法の有用性と薬物療法の有用性の比較試験も今後必要であると考えられた。

#### 【コメント】

本研究は、うつ状態とうつ病（事例化したうつ状態）に区別して、薬物療法、精神療法の有用性を検討した系統的レビューである。しかし、実際にうつ病症例として扱われているものの多くは自己記入式の質問票のカットオフ値を用いてうつ病と推定された症例であり、臨床的には、厳密な意味でうつ病ではない可能性が問題点としてあげられる。一方、うつ病に対しても精神療法が有用であることを示したはじめての系統的レビューであり、これは今後のがん患者のうつ病治療のうえで貴重な知見である。精神療法の中では認知行動療法の有用性が示唆されているが、多くの介入が多彩な内容を含めた複合的介入であるため、実地臨床に携わるものとしては、エッセンスとなる治療技法の同定なども今後の検討課題であると考えられた。

### Journal Club

#### がんに関連した客観的変数は、早期乳がん患者の抑うつ症状には関連しない

名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学 奥山 徹

Objective cancer-related variables are not associated with depressive symptoms in women treated for early-stage breast cancer.

Bardwell WA, Natarajan L, Dimsdale JE, Rock CL, Mortimer JE, Hollenbach K, Pierce JP.

J Clin Oncol. 2006 Jun 1;24(16):2420-7.

#### 【背景】

乳がんを患う女性は、その診断、治療、あるいは内分泌代謝の変化などの影響などによって、うつ病となるリスクが高い。

#### 【目的】

早期乳がん患者における抑うつ症状の予測因子について検討すること。

#### 【対象と方法】

乳がん患者を対象とした再発や生存率に対する栄養介入の効果を検討するための大規模な無作為化比較試験の、割り付け前ベースラインデータを利用した。その研究では、乳がん病期I-III Aで、かつ初期治療後4年以内の患者が対象となっていた。

患者の抑うつはCenter for Epidemiologic Studies-Depression Scale screening form (CES-Dsf)を用いて評価した。また身体的活動度、アルコールや食物の摂取量、ソーシャルサポート、性格傾向、感情表出の程度、敵意、ライフイベント、睡眠障害、身体症状などを、それぞれ標準化された方法で評価した。CES-Dsf 0.06点以上を臨床的抑うつ群と定義することで患者を高得点群・低得点群と2分し、それを従属変数としてロジスティック回帰分析を行った。独立変数は各変数グループに層別化して、まず癌に関連する変数、ついで個人的特徴、健康行動、身体機能・身体症状、心理社会的因子の順に投入した。

#### 【結果】

2,595名の患者より有効データを得た。心理社会的因子を投入する以前には、若年、結婚していないこと、身体機能が乏しいこと、血管運動症状、消化管症状があることが有意な因子として残ったが、がんに関連する客観的変数は有意ではなかった。心理社会的因子を投入するとこれらの因子の有意差はなくなり、最終的に有意な変数であったのは、ストレスフルなライフイベント、楽観的ではないこと、陰性感情を表出することにアンビバレントであること、睡眠障害、社会機能が乏しいこと、であった。

#### 【考察】

早期乳がん患者における抑うつの危険因子としては、癌に関連する客観的な因子よりも、主観的な心理社会的因子が重要であることが示された。医療者は、乳がん患者の抑うつのリスクを考えるにあたっては、がんに関連する因子よりも、患者本人の主観的経験に焦点を当てて評価する必要がある。

#### 【講評】

本研究は、Engelらの身体的・心理社会学的疾患モデルや、近年のKendlerなどの一般人口におけるうつ病モデルなどを踏まえて計画されたものである。本研究は横断研究であり、本研究で見出された関連因子と抑うつとの因果関係に言及することはできない。しかし大規模サンプルであること、広範な身体的、心理社会学的因子を標準化された手法で評価していること、本稿では紹介していないが研究の質を高めるための様々な工夫を行うことなどによって、研究結果をより強固なものとしており、横断研究のひとつのモデルとして学ぶべき点は多い。

### Journal Club

## 他者への負担感：終末期に焦点をあてた系統的レビュー

聖隷三方原病院医療相談室

名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学 赤澤 輝和

Feeling like a burden to others: a systematic review focusing on the end of life.

McPherson CJ, et al. Palliative Medicine 21:115-128, 2007

### 【背景】

病気による負担に関する研究は、家族介護者が重点的に取り扱われており、ケアを受ける側の‘他者の負担になること’についてはあまり注目されていなかった。しかしながら、近年、他者へ負担になっているという懸念は、死が近い人々において共通で困難な問題であることを示唆する根拠が増えている。この懸念は‘自身が感じる負担’（self-perceived burden）と言われている。

### 【目的】

本研究の目的は、終末期における‘自身が感じる負担’に関して系統的レビューを行うことである。

### 【方法】

NHS Centre for Reviews and Disseminationに基づきレビューを行った。電子検索に関しては、CINAHL、PsycInfo、Ageline、Medlineを用い、ハンドサーチによる関連論文の収集も行った。

### 【結果】

本研究から‘自身が感じる負担’は、終末期患者の19-65%において重要な問題であることが明らかになり、関連要因として尊厳の喪失、苦悩、悪い死が示された。また、‘自身が感じる負担’については、生命を脅かす疾患を有する患者の希死念慮、終末期ケアの場所の選択、事前指示、治療の受容などの臨床決断との関連も示唆された。

### 【考察】

進行した疾患を有する患者およびその家族が直面する特有の課題に対し、未研究の領域であり、さらなる検討が必要である。

### 【コメント】

我が国の終末期患者においても‘自身が感じる負担’は高頻度で出現する苦悩であることが報告されている。患者の視点からは終末期のQOLにおける重要な要因であることが示されている一方、医療者にとってはその重要性が認識されにくいことが示唆されている。しかしながら、これまでに負担感に対するケアの実証研究は国際的にみても皆無に等しい。そのため、緩和ケアの質の向上のためには、負担感を緩和する方策を系統的に研究していく必要があり、その上で本研究は極めて重要な知見になると考える。

## 学会印象記

### 第21回日本がん看護学会学術集会印象記

聖路加国際病院がん看護専門看護師 中村 めぐみ

2007年2月9・10日、東京国際フォーラムにて、第21回日本がん看護学会学術集会が開催された。今回は第2回国際学術集会との合同大会ということで、プログラムも多彩であり、参加者は2,500名を越えた。

紙面の関係上、その一部を紹介する。

テキサス大学MDアンダーソンがんセンターの上野直人氏による特別講演「日本型チームオンコロジーをめざして-キャラバン活動の展開-」では、米国の実情と日本の医療への期待が語られた。上野氏はチームオンコロジーの構成要素をABC（Active care team, Base support team, Community source）で表し、中心に位置する患者への治療の流れにより

ABCの比率が各職種で変化すると述べた。また、チームの一員としてのナースの“役割拡張”に熱い期待を寄せ、次のように投げかけた。「本当に参加しているか、それだけの知識を持っているか、主体的な行動をとっているか、コンセンサスを得ることに時間をとっているか、上からの指示を待っていないか、努力しているものを称賛しているか、名医やベテランナースに頼っていないか。」そして、めざすところは患者の満足と医療者の満足と病院経営の成功であると結んだ。

日野原重明氏は、「愛のケアの本質Tender Loving Care」について、事例を交えながら自身の考えを述べた。いよいよ病者が末期状態になった時、その病棟のナースや訪問ナースが最期のケアに専念し、患者と一緒に一体となって死への準備をする態勢をTender Loving Careと称し、診療録にはTLCと書くといふと提案した。また、「がんの診断はサイエンスだが、告知はアートである」という言葉もインパクトがあった。

シンポジウム「がん看護におけるスペシャリストとのハーモニー」では、がん看護専門看護師、リエゾン精神看護専門看護師、がん性疼痛看護認定看護師、スペシャリストらと協働する看護師の間で討議がなされ、看護師-スペシャリスト間ばかりでなく、スペシャリスト同士、看護管理者を通じて、さらに患者とのハーモニーの大切さが明らかにされた。

その他、教育講演やパネルディスカッションなども臨床実践に示唆を与える刺激的なものが多かった。

## 学会印象記

### 第7回 千葉緩和医療研究会に参加して

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

2007年2月24日、JR千葉駅に程近い、ぱるるプラザCHIBAにおいて第7回千葉緩和医療研究会が塩野義製薬との共催で開催された。土曜日の午後にもかかわらず、300人近い参加者があった。

千葉緩和医療研究会の当番世話人は、さくさ坂通り診療所の大岩孝司院長で、今回のテーマは「在宅ケア」であった。後援として、千葉県医師会、千葉県病院薬剤師会、千葉県看護協会があり、複数職種を特色とする緩和医療の裾野の広さを物語っていた。

一般演題（I）は、船橋市立医療センター呼吸器外科の野本靖史座長の元に行われ（以下、所属、発表者、演題、の順、敬称略）（1）日本医科大学千葉北総病院外科、山田岳史、胃癌終末期患者における予後予測、（2）日本医科大学千葉北総病院外科、岩本美樹、緩和医療における研修医の知識、（3）山王病院緩和ケア病棟、宮内加奈子、終末期にある精神疾患患者との関わりを通して、（4）国保成東病院薬剤部、加藤久勝、在宅疼痛緩和における病院薬剤師のかかわり、（5）ヤックス在宅医療薬剤センター、長谷川寛、在宅緩和医療における薬剤師の役割、（6）日本医科大学千葉北総病院看護部、平田貴和子、看護師の看取りへのイメージ、（7）穴戸内科医院、穴戸智子、在宅での看取りを達成するための要因、引き続き、一般演題（II）は、国保匝瑳市民病院看護部長の大木信子座長の元に、（8）千葉県がんセンター緩和／在宅支援センター、木村由美子、緩和／在宅支援センターでの取り組み、（9）もばら訪問看護ステーション、渡辺麗子、長生・茂原地区での在宅緩和医療の現状、（10）千葉県立佐原病院看護局、小沼康子、在宅緩和医療に関する佐原病院の取り組み、（11）在宅ホスピスを支えるリハビリテーション、千葉県がんセンター整形外科、安部能成、

(12) 在宅に向けた患者の心理過程に沿った援助、君津中央病院緩和ケア病棟、鶴田麻衣子、(13) 在宅療養の継続を可能にするための生活支援、さくさべ坂通り診療所、奥村ひとみ、この後、「千葉県における在宅緩和医療の現状」と題し、穴戸秀樹穴戸内科医院副院長の追加発言があった。

第3部は遠藤毅千葉市医師会副会長を座長に特別講演が行われ、「緩和医療の司令塔を変える-病院から在宅へ」と題して、宮城県名取市の岡部健岡部医院院長の特別講演があった。在宅死と病院死から説き起こし、1. QOLから考える、2. 患者のニーズから考える、3. 死から逆算した医療を考える、という演者の実践されてきた在宅ホスピスの原点が示された。

このような地道な地方緩和医療研究が、明日からの実践に役立つのみならず、全国学会、国際学会へ繋がることを期待させる発表内容が多かった。次回は、一般病院（病棟）における緩和ケアチームの活動をテーマに、2008年3月23日に同じ会場で開催されることが予告され、閉会した。

## 学会印象記

### コミュニケーション技能訓練法（CST）講習会を終えて

滋賀県立成人病センター緩和ケア科 堀 泰祐

私はかつて乳腺外科医として「乳がんの告知」をどのように行うのかについて、悩んだことがあった。もちろんテキストや雑誌の特集などをもとに、理論的に学ぶのも大切であったが、実際にロールプレイを取り入れたCSTに参加したことが大きな刺激になった。その後、ロールプレイを取り入れたCSTには、すでに10回以上参加したことがあり、私自身がファシリテーターを務めたことも多い。

コミュニケーション・スキルを学ぶためには、実際の現場で悩み、苦勞することも大切であるが、より効果的に実際的な方法を身につけるためには、コミュニケーション理論を学ぶとともに、ロールプレイを通して自分や他の人のコミュニケーションを客観的にみて欠点を修正し、利点を伸ばしてゆくことが近道である。今回のCSTでは私が今まで参加したものといくつかの点で違いがあった。

多くのCSTでは、シナリオを一通り演じた後で、演じた各人が感想を述べ、ファシリテーター（スーパーバイザー）が講評するのが一般的であるように思う。今回のCSTでは、ロールプレイの途中でファシリテーターが会話を中断し、一つの会話を再検討しながら進めるという方法が取られた。話の流れが中断するので、はじめは戸惑いもあったが、会話の中での言葉の意味や言葉のかけ方などについて検討するなかで、一つ一つの言葉の重要性を再認識できたと思う。また、今回は模擬患者を相手に参加者は「医師役」となるだけであり、参加者自らが患者役を務めることはなかった。ロールプレイに慣れた模擬患者相手であるため、場面設定が明確で会話がスムーズに進むという利点があった反面、患者役をすることで得られる「患者が実際にどのように感じるのか」という体験をすることができなかった。その代わり、医師役を演じていない他の参加者はオブザーバーとして会話を観察できるという利点もあった。今回は登場人物が医師と患者の2名だけであったが、他のCSTでは患者の家族、他の医療者などの登場人物も取り入れて、複雑な人間関係の中でロールプレイを行うことも多い。今回のCSTの趣旨とは異なるが、さまざまな立場の人物を経験し、その中の心理的動機を経験することができるのもロールプレイの醍醐味の一つである。

今回のCSTはファシリテーターが2名ロールプレイを指導し、さらにスーパーバイザーが見守るという贅沢な環境でCSTを行うことができた。一つ一つの言葉選びから会話の進め方についてまで、細かく分析的に学べたのはとても良かったと思う。少し慣れてきた段階で、会話を長く流すこともできるようになり、全体の流れの中で何が重要なのかといったことも議論に上り始めたが、時間的に余裕がなかった。

がんセンター近くの柏の葉公園の広々とした自然豊かな環境の中で、ファシリテーター、スーパーバイザーをはじめ多くの優秀なスタッフが見守る中、ロールプレイを通してコミュニケーション・スキルの基礎を学ぶことができたのは幸せであった。今回は非常に基礎的なプログラムであったが、今後さらにアドバンスト・コースが整備されることを望みたい。

## 学会印象記

### コミュニケーション・スキルトレーニングのファシリテーター講習会を終えて

国立病院機構 仙台医療センター 総合診療科／緩和ケアチーム 高橋 通規

私は昨年上司の勧めで、がんセンター東病院で行われたコミュニケーション・スキルの講習会（以下、CST）に参加させていただきました。扱われたスキルは、“日本人の”がん患者さんの意向に配慮しており、興味深いものでした。驚いた事に、受講後しばらくして、患者さんや病院スタッフとの関係等、自分の周囲の何かが良い方向に変わるのを感じました。スキルは4つのカテゴリーに分かれ、頭文字からSHARE protocolと名付けられています（S：supportive environment；支持的環境設定、H：how to deliver the bad news；悪い情報の伝え方、A：additional information；付加的情報、RE：reassurance and emotional support；安心感と情緒的支援）。悪い情報を伝えるスキルでは既にSPIKES（MD Anderson Cancer Center の Baile教授ら）が有名ですが、SHAREは“日本人”の情緒面（患者のみならずこのコースの学習者、ファシリテーターまでも！）に配慮している点が画期的です。今回、中心となって企画されている内富庸介先生からのお誘いがあり、CSTファシリテーター養成講座を受講させていただきました（参加者は臨床心理士2名、精神科医2名、外科医2名、腫瘍内科医1名、血液内科医1名の計8名）。講習会のはがんセンター東病院で行われ、昨年12月から3ヶ月にわたりました。学習法は受講者もファシリテーターも学ぶlearner-centered theoryで、ロールプレイ上でフィードバックによって身につけるという手法です。すべての参加者に何かが身につく感覚や講習会参加者の気持が一つになっていく過程が心地良く感じられました。計30時間超もの間、労を惜しまず支えて頂いたスタッフやSPの皆さん、そしてファシリテーターのファシリテーターという複雑な状況で暖かく支援してくださった先生方に感謝すると同時に、今後微力ながら恩返しをさせていただければと考えています。がん診療では、患者さんやご家族、医療者は困難な状況にしばしば直面します。このスキルによって1人でも多くの方が救われる事を望みます。

## 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（2007年1月～2007年3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

年々緩和ケアについての系統的レビューやRCTが増えています。時間のない方は系統的レビューだけでも各病院やチームの抄読会で読まれることをお勧めします。

#### *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。

#### 電話で患者さんの苦痛をモニタリングする

Kornblith AB, Dowell JM, Herndon JE 2nd, et al. Telephone monitoring of distress in patients aged 65 years or older with advanced stage cancer: a cancer and leukemia group B study. Cancer. 2006; 107(11):2706-14.

#### 代替療法の系統的レビュー

Bardia A, Barton DL, Prokop LJ, Bauer BA, Moynihan TJ. Efficacy of complementary and alternative medicine therapies in relieving cancer pain: a systematic review. J Clin Oncol. 2006; 24(34):5457-64.

#### 酸素のRCT

Philip J, Med DP, Gold M, et al. A randomized, double-blind, crossover trial of the effect of oxygen on dyspnea in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage. 2006; 32(6):541-550.

#### 疼痛評価ツール

Hallen JC, Polit C, Hjermstad MJ, et al. Pain assessment tools: is the content appropriate for use in palliative care? J Pain Symptom Manage. 2006; 32(6):567-580.

#### 専門緩和ケアサービスは患者の精神的苦痛を軽減する

Walsh K, Jones L, Tookman A, et al. Reducing emotional distress in people caring for patients receiving specialist palliative care: Br J Psychiatry. 2007 Feb; 190:142-147.

#### 患者教育に使う方法の系統的レビュー

Gysels M, Higginson IJ. Interactive technologies and videotapes for patient education in cancer care: systematic review and meta-analysis of randomised trials. Support Care Cancer. 2007; 15(1):7-20.

#### うつ病の治療：系統的レビュー

Rodin C, Lloyd N, Katz M, et al. The treatment of depression in cancer patients: a systematic review. Support Care Cancer. 2007; 15(2):123-136.

#### 「てあて」のRCT

Pohl G, Seemann H, Zojer N, et al. "Laying on of hands" improves well-being in patients with advanced cancer. Support Care Cancer. 2007; 15(2):143-151.

#### 緩和医学の重要論文のレビュー：2006年

Fromme EK, Hughes MT, Quill TE, Arnold RM. Update in palliative medicine 2006. J Palliat Med. 2007; 10(1):30-36.

#### EAPCによるセデーションの国際ガイドライン（日本からは森田、恒藤が参加）

de Graeff A, Dean M. Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. J Palliat Med. 2007; 10(1):67-85.

#### ギャバペンチンのホットフラッシュに対する効果

Loprinzi CL, Kugler JW, Barton DL, et al. Phase III trial of gabapentin alone or in conjunction with an antidepressant in the management of hot flashes in women who have inadequate control with an antidepressant alone: NCCTG N03C5. J Clin Oncol. 2007; 25(3):308-312.

#### 口内炎

Randomized, placebo-controlled trial of Saforis for prevention and treatment of oral mucositis in breast cancer patients receiving anthracycline-based chemotherapy. Cancer. 2007; 109(2):322-331.

#### 消化管閉塞に対する系統的レビュー

Mercadante S, Casuccio A, Mangione S. Medical treatment for inoperable malignant bowel obstruction: a qualitative systematic review. J Pain Symptom Manage. 2007; 33(2):217-223.

#### 薬物相互作用のレビュー

Haddad A, Davis M, Lagman R. The pharmacological importance of cytochrome CYP3A4 in the palliation of symptoms: review and recommendations for avoiding adverse drug interactions. Support Care Cancer. 2007; 15(3):251-257.

**「迷惑かける気持ち」についての系統的レビュー**

McPherson CJ, Wilson KG, Murray MA. Feeling like a burden to others: a systematic review focusing on the end of life. Palliat Med. 2007; 21(2):115-128.

**From Japan : 日本からの論文です**

**日本の緩和ケア病棟のパフレットから見たフィロソフィー**

Osaka I, Morita T, Tanaka K, et al. Palliative care philosophies of Japanese certified palliative care units: a nationwide survey. J Pain Symptom Manage. 2007; 33(1):9-12.

**ライフレビューインタビューは患者のスピリチュアルペインをやわらげうる**

Ando M, Tsuda A, Morita T. Life review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. Support Care Cancer. 2007; 15(2):225-231.

**FACIT貧血の日本語版**

Kurita M, Shimosuma K, Morita S, et al. Clinical validity of the Japanese version of the functional assessment of cancer therapy-anemia scale. Support Care Cancer. 2007; 15(1):1-6.