



日本緩和医療学会 ニューズレター August 2007 36



特定非営利活動法人
日本緩和医療学会

〒550-0002 大阪市西区江戸堀1丁目22番38号三洋ビル4F あゆみコーポレーション内
TEL 06-6441-5860 / FAX 06-6441-2055
E-mail: info@jspm.ne.jp URL: http://www.jspm.ne.jp/

巻頭言

緩和ケア激動期における第13回総会の位置づけ 広げる、深める、つなげる ～技と心～

第13回日本緩和医療学会総会会長／静岡県立静岡がんセンター 緩和医療科
安達 勇

第13回日本緩和医療学会総会は2008年7月4日、5日に東海道線東静岡駅に近接した「静岡グランシップ」で開催される。本学会も13年目を迎え、いろいろな課題を抱えた医療改革の激動期に差しかかっており、この総会の位置づけは極めて大切であると認識している。

2006年の診療報酬改訂で「在宅療法支援診療所」が規定され、今年はさらに「がん対策基本法」が制定された契機に、がん医療は急速な変革期を迎えることとなった。全国の二次医療圏にがん診療連携拠点病院286が認定されることによって地域緩和ケアネットワークの構築が重要視されるようになった。それには住民への緩和ケアの啓発、医療者への教育、そしてなによりも大切なことは患者・家族が希望する場所で療養できる医療環境の整備が大切となる。日本の緩和医療を支えている当学会の存在価値が益々重要となって来ている。

2006年に学会はNP0法人化され、会員数も年々3割増となり現在は5,800名と巨大化してきている。日本における緩和医療も先達らの努力に伴い緩和ケア病棟から一般病棟での緩和ケアチーム、緩和ケア専門外来、さらには地域での在宅緩和ケアチームと拡大し、すでに緩和ケアは病院施設から地域文化に溶け込むことが望まれている。第12回の総会では「地域をつつむ緩和医療」をテーマに田中紀章会長のもとに、各地で先進的に取り組んでいる実態がシンポジウムなどで報告議論された。

そこで、今回の総会のテーマとして三つの課題を提案した。即ち、緩和ケアを標準化・均てん化するように教育・啓発活動により「広げる」こと、緩和ケアの専門家として最先端の医療に挑戦し臨床研究を通して「深める」こと、シームレスな緩和医療を行えるように多職種を「つなげる」、医療機関と地域を「つなげる」の3つである。特に日本人としての和の心を大事にする「緩和ケアの心」をもって「緩和のスキル、技」を身につけていただけるように総会プログラムを企画した。参加者全員の聴講参加型の総会にするべく、前述のテーマにそった特別講演、シンポジウム、パネルディスカッション、ワークショップやランチョンセミナー、ポスターセッションなど充実した内容のプログラム数多くを企画している。2008年7月4、5日静岡で会員の皆さま方とお会いできる日を心より楽しみにしている。

総会の総括

第12回日本緩和医療学会総会を終えて

第12回日本緩和医療学会総会会長 田中 紀章

去る6月22、23日、岡山市で開催されました第12回日本緩和医療学会総会は、約4,000名の方々が参加され、おかげさまで盛会裏に終了いたしました。会員総数5,600人となった緩和医療学会のパワーを示すかのように各会場は熱気にあふれ、真摯な討論が繰り広げられましたことに主催者として感謝申し上げます。

「地域をつつむ緩和医療」というメインテーマのもとにチーム医療、在宅医療、緩和医療教育、スピリチュアルケア、倫理と法、バイシックスサイエンス、小児緩和医療、がん以外の疾患に対する緩和医療などの分科会に分かれ、特別演題と一般演題をあわせて700題を上まわるとご発表をいただきました。演者のご希望により口演と示説に振り分けさせていただきましたが、ごく一部の方には会場、時間の都合でご希望に添えなかったことをお詫び申し上げます。

特別講演では李啓充先生から緩和医療の倫理原則、川越博美先生からは緩和医療によるまちづくり、パトリシア・ガンツ先生、武田文和先生からは緩和医療のあるべきすがた、池上直己先生から医療政策の視点からお話下さいまして、総会全体にまとまりを与えていただきました。また参議院議員の谷合正明先生、厚労省の外口崇先生、加藤雅志先生、文科省の三浦公嗣先生には国会会期中にもかかわらず講演・シンポジウム等に参加して、行政と現場の相互理解と信頼を深めていただきましたことを感謝申し上げます。

岡山での開催はホテル数、会場規模に制約があり、参加者の皆様に何かとご不便をおかけいたしましたこと、深くお詫び申し上げます。ポスター会場はことに狭隘でしたが、前列の方々がフロアーに座り込んで後ろの方に配慮しながら討論する姿には心を打たれました。皆様のご協力に感謝申し上げます。

さて、日本の医療は困難な時代を迎えています。今回の総会で目の当たりにしたことはメディカル、コメディカルの多職種が互いに理解・協力し、そのチームのちからで患者を支えるという新しい医療の仕組みが育っていることです。ことに若い医療者が何の気負いなく自然体で在宅医療、チーム医療に取り組んでいるさまは私には新鮮な驚きでした。また、市民公開講座「緩和医療ボランティア」には多くの市民の皆様が参加され、「緩和医療のサポーター」の登場に大きな関心が寄せられました。

ハートとスピリッツにあふれたこの度の緩和医療学会総会をお世話させていただきましたことは私たちの誇りであり、素晴らしい人々との出会いは忘れえぬ記念となりました。ご参加いただきました全ての皆様、ご支援頂きました各企業の皆様に日本緩和医療学会、学会事務局、総会事務局、プログラム委員会を代表してこころよりお礼申し上げる次第です。

最後になりましたが、皆様方のご健勝とご発展を祈念し、来年静岡での再会をお願いして、本総会の総括、ならびにお礼のことばとさせていただきます。

特別講演2

エンド・オブ・ライフ・ケアあるべき姿の実現を目指して

演者： 埼玉医科大学包括地域医療部 武田 文和

座長・報告： 大阪大学大学院医学系研究科 恒藤 暁

第12回日本緩和医療学会総会において武田文和先生による特別講演がありました。武田先生は1982年から2000年まで世界保健機関(WHO)がん専門家諮問部会委員としてがん疼痛対策の分野を担当し、現在もWHO方式がん疼痛治療の普及のために積極的に活動を続けておられます。多数の立ち見の人がみられる程の盛会となりました。

米国でのエンド・オブ・ライフ・ケア(end-of-life care)の関心の増大は、SUPPORT研究(Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments)が、1)生涯の終焉に近い患者への支援制度が機能していない、2)患者の諸症状が十分に緩和されていない、3)患者の尊厳維持に適切な医療を実践していない、4)医療費の支払い制度が家計を圧迫している、5)死が間近な患者の医療費のため家族の貯金がなくなる等を報告したのが契機であると武田先生は紹介されました(JAMA1995;274:1591-8)。そして米国でのエンド・オブ・ライフ・ケア改善のための取り組みとして、1)患者と家族が信頼しうるよき支援ケアを受けられるようにする、2)医療担当者は痛みやその他の諸症状の予防・緩和の知識・技術を十分に活用する、3)問題の多くがシステム不全によることから、医療担当者や医学研究者は政策立案者や市民と話し合う、4)卒前・卒後医学教育を改善し、実地医家に知識・技術・取り組み姿勢を学ぶ機会を提供する、5)緩和ケアの分野を確立し、教育・研究を進展させる、6)国立研究機関はエンド・オブ・ライフ・ケアに関する知識基盤の強化を優先課題にする、7)地域社会が果たすべき役割や市民に対して提供する選択肢について市民と議論を重ね、市民の理解を促す等が報告されました。そして、「エンド・オブ・ライフ・ケアは、痛みや他の身体的諸症状からの解放という土台の上に成り立つ」と武田先生は重ねて強調されました。

武田先生の特別講演に感謝するとともに、米国と同様なエンド・オブ・ライフ・ケアの改善がわが国でも必要であり、それに向けて更に励み続けたいと強く思いました。

シンポジウム1

日本独自の緩和医療教育のカリキュラム開発

座長： 高知女子大学看護学部 齋藤 信也

座長・報告： 東北大学病院緩和ケアセンター 中保 利通

平成19年6月22日(金)午前9時よりホテルグランヴィア岡山3階クリスタルの間において、「日本独自の緩和医療教育のカリキュラム開発」と題してシンポジウムが開かれた。シンポジストには筑波大学人間総合科学研究科の木澤義之氏、佐賀大学医学部附属病院の佐藤英俊氏、淀川キリスト教病院ホスピスの田村恵子氏、昭和大学医学部の高宮有介氏、そして文部科学省高等教育局医学教育課の三浦公嗣氏をお迎えした。

木澤氏は「緩和医療の卒後教育」について全ての医療従事者を対象とするレベル1の緩和ケアの教育においてはEPEC-0

のような体系的な教育プログラムを開発し普及することが必要であり、専門家を養成するレベル2, 3の緩和ケア教育では早期に専門医制度を制定することが求められると述べられた。

佐藤氏は「緩和医療医学部教育カリキュラム」を開発するにあたって、地域・在宅でも使える内容とすること、一般医療からの継続性を大切にすることに力点をおき、多職種メンバーが分担して持ち寄るのではなく一箇所に集まって共同作業で作り上げたことを強調された。

田村氏には看護職への教育の課題と教育カリキュラムの開発についてお話しいただいた。がん看護専門看護師、各種認定看護師が増え緩和ケアを専門とする看護師に対する教育はかなり進んでいるものの、一般病棟で勤務する看護師対象の教育は必ずしも十分とはいえない点を指摘された。さらに看護実践能力が高まるように看護学部教育を充実させること、緩和ケアナース養成研修の利用、看護職の中だけでなくチームの中での役割を発揮できるような教育カリキュラムの開発について言及された。

高宮氏は「医学生に対する緩和ケア教育の試み」ということで、ロールプレイを利用したチュートリアルで漠然とした考えを言語化させ全人的な痛みを理解させたり、医師以外の職種の講師が語る死にまつわる事柄を通じていのちを考える手がかりとするなど、昭和大学での様々な斬新な取り組みについて紹介された。

三浦氏は文科省の医学教育課課長という立場から、緩和医療がさらに身近なものになるための土台作りともいえる取り組みについて話された。具体的には、がん対策基本法成立をうけ医学教育モデル・コア・カリキュラムに緩和ケアが新規に盛り込まれるようになったこと、がんプロフェッショナル養成プランでは14億円を使って医師及び他の医療従事者に対する緩和ケア教育を底上げ充実させる公募を行っていることが話題となった。また「緩和ケアは地域ケアの一環として提供されるべきである」とご自身が厚労省で介護保険制度の実施推進に関わられたり、広島県で緩和ケア病棟立ち上げに直接関与されたご経歴ならではの発言もなされた。

フロアからは、学生教育で何を伝えるのか、完璧な回答の出せない問いにどう答えていくのかという質問をはじめとして、痛み治療の教育について、看護スペシャリスト養成機関の偏在の問題などに関する質問があり、シンポジストの先生方がそれぞれ経験に基づいた深い自論を述べられた。時間さえ許せばさらに突っ込んだやりとりを望んだ参加者も多かったであろうが、日本における緩和医療教育のカリキュラムを開発してゆくにあたって押えるべきポイントが短時間の中で浮き彫りになったシンポジウムであったと思う。

パネルディスカッション1

緩和医療チームの現状と課題

座長：東札幌病院 医療相談室 田村 里子

座長・報告：国立がんセンター中央病院手術部 下山 直人

東札幌病院の田村里子先生とパネル・ディスカッション1の座長を担当させて頂いた。

最初の2演題はいずれも聖隷三方原病院からで、看護師によるSTASを用いた緩和ケアニーズのスクリーニングシステムについてと薬剤師による患者の緩和ケアニーズの自記式評価システムについての発表であった。緩和ケアチームへの依頼は本来、患者のニーズに応じて主治医から行われるのが基本であるが、それが遅くなることが多いため、スクリー

ニングが必要であり、それが効を奏しているとの発表であった。つらさを持っている患者にできるだけ早急に対応することに関して有用であるが、主治医を飛び越した依頼になる可能性もあり、主治医との密な連携ができる病院ならではの方法と考えられた。

3題目は栃木がんセンター緩和ケアチーム看護師からで、PCUを併設する緩和ケアチームでは末期のイメージが強く、依頼件数が伸び悩んでいたとの報告であった。病院管理者の協力のもと、そのイメージを払拭する活動によって患者数は増加し、その内訳では化学療法に伴う苦痛緩和に関する依頼が増えたことが示された。またチームのスタンスとして、あくまで担当医をサポートする立場であることを強調していた点が特に印象に残った。

次の2題目は、緩和ケアチームの創成期にある病院からの報告であった。名古屋記念病院の看護師からの発表では、病院内の緩和ケアニーズを調査する研究結果が示された。一般病院における看護師の緩和ケアニーズをさぐるものであった。

第5題目は石川県立中央病院の栄養士からの発表で緩和ケアチームの活動の中で栄養士の役割の重要性はすでに言うまでもないが、それぞれの職種をこえた患者とのつながりについて熱く語られていた。チーム員の職種、その役割に関して、現状でも不明確な点が多いが、必要な部分を補い合うという点で職種の役割をこえてサポートし合う点が強調された。

最後の6題目の発表はチームのペインクリニックの医師からの発表であった。患者の現状に関して、主治医との認識のずれに対して根気よく対応し、患者のゴール設定がうまくいったケースの紹介であった。

古くから地道に進歩しているチーム、創世記のチーム、病院毎でチーム員の役割が多様であることが示されたパネル・ディスカッションであった。それぞれの取り組みを尊重しながら、全国で共通する、緩和ケアチームによる患者苦痛緩和のための方法、評価法、ルール作りなどが推進されなければならないことが示唆された。

ワークショップ4

骨転移と呼吸困難

座長：独立行政法人 国立病院機構西群馬病院 斎藤 龍生

座長・報告：静岡がんセンター緩和医療科 田中 桂子

通路に座ってもぎゅうぎゅうに立ち見しても会場に入り切らない程多くの参加者が集まり、臨床現場での対応の困難さに関心の高さがうかがわれたワークショップであった。

前半「呼吸困難」では、小原弘之先生より、フロセミド吸入による呼吸困難の改善効果について生食を対照においた単盲検RCTの結果が発表された。有意差を示すことはできなかったが、利尿効果ではなく局所気道への作用が指摘されており今後特定の病態にしばった検討が必要とのことであった。「ある治療が有効である」というエビデンスを示すことは非常に困難であるが、適切な研究方法にのっとり質の高いプロトコルの多施設共同研究が今後さらに進むことを期待したい。一戸由美子先生からは、重篤な呼吸困難のある特発性間質性肺炎の終末期患者を、不安に対するSSRI投与・呼吸リハビリ・タッチングなどで対応して在宅療養継続できた症例が報告され、多職種チームで係わることの重要性が示された。

後半「有痛性骨転移」では、手術・放射線治療・ビスホスホネート薬剤の適応について論議された。整形外科の澤村明廣先生からは、特に四肢近位部病的骨折に対しては予後が厳しくても積極的に手術的骨接合術を行なうことで、疼痛のみならず体動制限が著明に緩和されQOLが維持できることが強調された。放射線治療科の清水わか子先生からは、最新知見の簡単なレビューがなされ、治療範囲・部位だけでなく照射線量や分割回数、照射方法について、個々の症例ごとに十分な検討が必要であることが強調された。内科の渡邊紘章先生からは、肺癌骨転移に対するゾレドロン酸使用経験が報告され、乳癌・前立腺癌と異なり経過が比較的短い肺癌患者に対するビスホスホネート薬剤の適応について議論された。有痛性骨転移の治療は、このように多種の専門医が係わるため、チームカンファレンス(地域での病院連携カンファレンスも含めて)の重要性が改めて実感させられた。また、齋藤理恵先生からは、開口障害の原因が高位頸椎の病的骨折であった進行胃癌症例が報告され、適格な診断が適切な治療とQOLの改善につながることを示された。

ワークショップ⁹

悲嘆のケア

座長：ピースハウス病院 二見 典子

座長・報告：関西福祉科学大学健康福祉学部健康科学科 坂口 幸弘

本ワークショップでは、緩和ケアの重要な働きの一つである家族・遺族の悲嘆へのケアについて、6つの研究・実践報告が行われた。いずれも日頃の臨床活動と直接的に結びついた報告であり、満席状態のなか、参加者は熱心に聞き入っておられた。

静岡がんセンター研究所の青木睦恵氏は、成人患者の子どもへのチャイルドライフスペシャリストを中心とした介入に関する実践報告を行い、遊びを通して築く子どもとの信頼関係の重要性を指摘された。元慶應義塾大学看護医療学部の廣岡佳代氏は、大切な人を亡くす子どもへのケアについて質的研究を行い、看護師の視点から、子どもとの信頼関係の構築や子どもが過ごしやすい環境づくりなど看護師の積極的な関わりの必要性を示唆された。JA広島総合病院の小松野明美氏は、遺族からの返書の内容を分析し、患者の入院中の穏やかな生活や安らかな最期が、遺族の立ち直りの助けになることを示された。中津胃腸病院の野間清子氏は、院内の家族ケアの取り組みとして、家族の想いの表出を促すナラティブアプローチを心がけた看護師の関わりや、家族会の開催について報告された。佐世保中央病院の福田富滋余氏は、急性期病院での遺族ケアとして「遺族会」を開催し、参加者数は必ずしも多くはなかったが、「同じ思いで生きていておられると勇気をもらえた」など肯定的な感想がみられたと報告された。四国がんセンターの三瀬由香氏は、看護師を対象にアンケート調査を実施し、終末期患者の家族ニーズに関して看護師は理解しているものの、「家族メンバーより慰めと支持を得たい」など一部の家族ニーズに対しては支援できていないと認識していることを示された。

近年、家族・遺族の悲嘆とそのケアへの関心は高く、本学会でも発表数は着実に増加してきている。本ワークショップでは、子どもを対象とした悲嘆のケアや、急性期病院での悲嘆のケアに関する発表が複数あり、緩和ケアにおける家族・遺族ケアの拡がりや充実を強く印象づける内容であった。

ワークショップ10

代替医療／栄養

座長・報告：京都府立医科大学大学院医学研究科 免疫・微生物学 今西 二郎

本ワークショップは、緩和医療における栄養の問題と代替療法に関する演題が混在していたので、これらを分けてまとめてみる。

まず、栄養に関しては、島根大学附属病院臨床栄養部の川口美貴子先生から、頭頸部がん患者に対して、栄養サポートを施したところ、20例中12例で、良い結果が得られ、6例で栄養状態悪化がみられたと報告された。また、山陰労災病院豊田暢彦先生からは、消化器癌末期患者に対する緩和ケアにおいてNSTが重要な役割を果たすことを示された。

長崎医療センターの木下明敏先生からは、肺癌患者の長期生存者の免疫能(NK活性など)が上昇していること、性格として、TEG(エゴグラム)でFC(free child)がやや高い傾向にあることを示された。

つぎに、代替医療に関する演題として、山陽病院宮内貴子先生から、終末期癌患者の倦怠感に対するアロマセラピーを使用した足浴の効果について、報告された。結果としては、足浴そのものは、倦怠感の改善に有用であることが示されたが、アロマセラピーの付加的効果については、再検討を要するとされた。

彦根市立病院の黒丸尊治先生からは、緩和ケア領域における治療的代替医療を取り入れることは、それらの科学的根拠が確立していなくても、QOLの向上を図ることができとされ、患者に希望を与えること、治りたいという思いを支える手段、何も治療をしていないことへの焦燥感の緩和、終末期の告知の際に提示する治療手段、あきらめきれない家族の心理的ケア、ある種の苦痛症状の緩和に利用できるとした。しかし、それに伴うマイナス面も指摘された。

国立国際医療センター緩和ケア科の有賀悦子先生からは、代替療法としての非特異免疫賦活剤の保健適応外投与における効果を、文献検索を行い検討された。その結果、一部の免疫賦活剤に関して小規模の臨床試験は行われているものの、全体として、科学的根拠が確立されているとはいえない旨、報告された。

ランチョンセミナー1

実践！がん患者の栄養管理と疼痛管理

演者：藤田保健衛生大学 東口 高志

座長・報告：熊本労災病院 小川 道雄

東口先生は、緩和医療に代謝制御を積極的に取り入れておられる。栄養管理はすべての医療の基本であり、その原則は癌終末期でも全く同じである。栄養療法の重要性、特に口から食べて癒すことが、いかに癌患者の予後やQOLの改善に役立っているかが、東口先生の自験例の解析によって示された。

筆者が医師になった頃は、免疫能を直接示す指標がなかったこともあるが、「免疫は栄養である、栄養状態が良ければ免疫能は良好である」と教育を受けた。これが東口先生のデータ、終末期癌患者の在宅医療への移行率や余命の延長で確認された、と感じた。経口摂取を中心とする栄養補給を行うために、多職種でチームをつくって実施するための栄

養サポートチーム(Nutrition Support Team: NST)の癌終末期医療に対する貢献は、大きいといえる。ともすれば、癌の終末期医療イコール疼痛緩和医療と考え、経口摂取が少しでも障害されると、すぐに経静脈投与に切りかえようとする傾向がまだ残っているが、これを考えなおす必要がある。近年のNSTの設置がそれを押しすすめるだろう。

一方では、また、癌患者の疼痛に対して積極的に除痛を行わないと、栄養管理を積極的に行うことは不可能である。疼痛制御にWHOの5原則がようやくわが国の臨床現場で広く用いられるようになった。第3段階(広く第2段階にも)のオピオイドとして、オキシコドン徐放錠が用いられてきたが、最近、オキシコドン速放散剤も使用できるようになった。有効成分や投与経路が同一の薬剤なので、突出痛のレスキューとして使用しやすい。また、アップタイトレーションも、レスキューとしての使用量から簡単に決めることができる。本講演でもアップタイトレーションの方法や、このような利点について触れられた。

終末期癌患者に対して栄養管理と疼痛管理が一体となることにより、はじめて余命やQOLを改善することができる。それには、「癒されていることを感じるができる環境(癒し環境)づくり」が極めて重要である、という結論が印象的であった。

ランチョンセミナー2

がん支持医療の新たな潮流

演者：NTT東日本関東病院 緩和ケア科 堀 夏樹

京都府立医科大学付属病院 疼痛緩和医療部 細川 豊史

座長・報告：筑波メディカルセンター病院 緩和医療科 志真 泰夫

緩和ケアに支持療法が不可欠なことを実感したセミナーであった。がん支持医療 Supportive Oncology は1980年代から北アメリカ、少し遅れてヨーロッパ大陸で普及した。その中心は北アメリカではポートニー、ヨーロッパではクラススキーらであった。がん化学療法の副作用の緩和から出発したがん支持医療は国際的に緩和ケアの強力な同盟者としてその役割りを果たしている。今回のトピックスは、「消化管閉塞の症状緩和」「有痛性骨転移の症状緩和」である。第1の演者は、泌尿器科医から緩和ケア専門医となった堀夏樹先生(NTT東日本関東病院 緩和ケア科)、第2の演者は麻酔科医として緩和ケアに取り組んでいる細川豊史先生(京都府立医科大学付属病院 疼痛緩和医療部)である。堀は、「食事をする」「できること」が人間にとって生活の基本的な行為であるという視点から、消化管閉塞の症状緩和にとりくみ、豊富な臨床経験を述べた。そして、そのための薬剤として「酢酸オクトレオチド」の嘔気、嘔吐などの症状緩和の有効性をたくさんの症例からデータとして(およそ60%)を示した。細川は有痛性骨転移成立の機序から説明し、がん細胞、破骨細胞、そこに介在するRANK(Receptor Activator of NK- κ B)とRANK-L(= ligand)、PG(Prostaglandin)の役割を説明した。そして、有痛性骨転移の治療は「鎮痛と予防」につきると簡潔に示した。そして、鎮痛と予防の両方に有効な薬剤として「ビスフォスフォネート」について詳しく述べ、とくに最近使用できるようになった「ゾレドロン酸」を高く評価した。そして、講演終了後の質疑に答えて、これひとつで解決するという方法はない、包括的に評価して臨床的に適切な方法(薬物療法、外科療法、放射線治療、リハビリテーション)を組み合わせることが重要だと強調した。聴衆を飽きさせない熱のこもった講演であった。

ランチョンセミナー3

患者さんと医療者のより良いコミュニケーションのために

演者：国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部 部長／

日本サイコオンコロジー学会 代表世話人 内富 庸介

座長・報告：国立がんセンター名誉総長／日本対がん協会会長 垣添 忠生

がん患者さんは、がん診断を受けたとき、再発したとき、積極的治療が困難になったときなど、その診療過程で何度も「生存の危機」ともいえるような激しい精神的苦痛を経験しうる。その内容、受け止め方などは患者さん一人ひとりで異なるようだが、患者さん、家族に接する医療従事者、とりわけ医師の果たす役割はきわめて重い。希望につながる医師の一言で奈落の底から立ち上がる患者さんもいれば、心ない医師の態度、一言で、懸命につなぎ止めようとしていた患者さん、家族の微かな希望を打ち砕くことにもなりうる。そして、多くの医師がこのことを深刻に受け止めていない。

ここに、がん医療に携わる医師向けのコミュニケーション技術訓練の必要性、重要性が浮かび上がってくる。内富先生は、東病院を場にした研究結果に基づき、「SHARE」とまとめられるコミュニケーション上の重要事項を紹介し、悪い例、良い例のビデオを示すなど、わかりやすく紹介した。

SHAREとは、患者さん、家族に対するSupportiveな場、環境、How to悪いニュースを伝えるか、Additional…追加すべき情報、Reassurance…対話内容の確認と、Emotional support…情緒的支援、を指す。

悪いニュースを伝えるに際して、患者さんはそうした内容をどう伝えて欲しいか、意向が大きく異なる内容がいくつもある。例えば、余命について、淡々と伝えること、少しずつ小出しに伝えること…などである。こうした微妙な内容を伝えるに当たってのコミュニケーションは双方向性が重要である。患者さん、家族と医師との双方向性のやりとりが絶対に必要で、そのためには特別の訓練が必要である。そのポイントは傾聴と共感にまとめることが出来ると思う。がん医療に携わる医師は、折に触れ、こうした訓練を受けていただきたい、と提言してセミナーは終わった。共催のアストラゼネカ社に感謝する。

ランチョンセミナー4

難治性腹水貯留患者への緩和医療 ～腹水濾過濃縮再静注法の有効性～

演者：(財)防府消化器病センター 防府胃腸病院 研究所長 松崎 圭祐

座長・報告：要町病院 吉澤 明孝

難治性腹水は、緩和ケアを行っている医療者にとっては頭の痛い問題である。今回腹水濾過濃縮再静注法(以下CART)の第一人者であり、経験豊富な防府消化器病センター松崎圭祐先生に難治性腹水の対応、つまり穿刺のみ、(デンバー)シャント、CARTそれぞれの利点欠点を踏まえCARTの適応、副作用に対する対応、経済効果にいたるまで、現場で疑問に

思われていることをわかりやすく詳細にご講演いただき、会場は朝の整理券配布開始後30分で完売した位の大盛況であり、緩和ケアにおける難治性腹水に対する関心の高さを感じた。CARTを行ったことのある先生方は、患者に濃縮液を戻す時に発熱された経験を持つ方が多いと思う、文献的には、穿刺時間、濾過濃縮時間、注入時間が早すぎて細胞が破壊されIL6が増え発熱するという説が多く、あとエンドトキシン、他のサイトカインによる説が言われている。そのため前処置としてステロイド、解熱剤としてNSAIDSの前投与を行い対応してきたが、松崎先生は濾過するときに内圧濾過でなく外圧濾過にすることで、フィルターが詰まることがなくなり、そのため余分な圧をかけることなく濾過ができることでIL6の増加が抑えられ、実際発熱する例が減ったとご講演されていた。また最後には先生のホノルルマラソン、みちのく100キロマラソンのご経験から沿道の人々の応援に支えられ完走できたことをお話され、緩和ケアの患者さんも同様に、われわれ医療者を含めた周囲の人々の暖かい応援が必要なのだとされていたのが心に残った。昼の限られた時間だったため質問の時間が十分取れず、終了後濾過濃縮器(クラレ)会社のブースで松崎先生を囲んで質問の輪が2日間にわたって続いていた。緩和で必要な機器のランチョンセミナーは少なく今後積極的にお願いしていくべきだと痛感した。セミナーだけでなく終了後も快く対応していただいた松崎先生に感謝いたします。

一般演題 口演7

告知

座長・報告：戸田中央総合病院(現東京農業大学) 中神 百合子

当口演では5演題(2演題重複)の報告がなされた。

松島たつ子らは、緩和ケア病棟長対象に、終末期における患者の意志決定に関する自記式調査を行った。終末期の治療方針や代理意思決定について、患者から問われなければ触れないし、話し合わなくてもケアに支障なしとする傾向がみられた。家族の存在の大きさ、意思明確化の難しさが浮き彫りにされた。非言語的コミュニケーションの尊重、終末期にいたるプロセスをチームで支援する必要性が話し合われた。

奥山徹らは、精神的負担開示に関する抵抗感評価質問票を開発し、呼吸器外来に通院する肺がん患者を対象に調査した。医師への配慮、否定的態度、悪影響、ニーズなしの4因子が抽出された。精神的負担の高い群で、抵抗感開示による「悪影響」が優位であった。主治医による研究参加のすすめ、匿名性が保たれないなど調査法が問題視された。

長井吉清らは、宮城県立がんセンターのQOLデータベースを元に、病名告知によるQOLへの影響を、後ろ向きに検討した。告知とQOLの相関関係がみられたのは胃癌(402症例)だけであり、同疾患では、真実の病名告知群でQOLが高い傾向がみられた。倫理委員会をへていないデータ収集法に問題があると指摘された。

及川恵子らは、奥州地区の癌患者家族会会員対象に、癌告知に関する患者・家族の意識を調査した。告知環境の不適切さ、同席者不在が双方から問題として挙げられた。家族には、現在・今後の治療方針、在宅での過ごし方を親身に説明して欲しい気持ちが強かった。コミュニケーション技法をみがく時間的余裕が医師にないという悩みも吐露された。

小倉笑子らは、思春期にある子供への告知により、一時期在宅療養できた終末期癌患者の事例を発表した。疼痛緩和後に父親の病状説明がなされ、その苦痛を一家で共有し闘病を支援する上で子供の存在は大きかった。しかし、もっと早期からの病状開示がなされて良いとの指摘が多かった。

日本では、告知における家族の存在は無視できない。伝えることを目的にするのではなく、関係者のこころに配慮した伝え方を習得する必要をあらためて学んだ口演であった。

一般演題 口演9

心理、精神症状

座長・報告：広島大学病院緩和ケアチーム精神科 小早川 誠

本セッションでは計5つの演題が発表され、最初のはやしやまクリニック^{りゃんすんち}梁勝則先生による末期がん患者の自殺企図に関する発表であった。終末期に限らず、一般にがん患者において自殺を予見することは容易ではないが、常にそのリスクが潜んでいることをあらためて考えさせられた報告であった。次は日本赤十字看護大学の佐々木笑先生による再発・転移により通院治療中の乳がん患者の思いに関する報告であった。佐々木先生自身が親身になって面接を行い、そのときに患者から語られた言葉の一つ一つを扱った臨場感あふれる口演であった。「のんきに暮らす」、「普通に暮らす」、「特別扱いされないでいる」という言葉が印象的であった。3つ目は松江赤十字病院の河崎雄司先生による肺がん症例における抑うつと予後の関係についての発表であった。抑うつと予後の関係が結論付けられていない今日において、有意な関連を示唆する貴重な発表であった。症例数が少なく、PSが悪い人が抑うつ群に多かったことから、抑うつが予後に関連した複合因子の一断面を示していた可能性を発表者は想定していたが、今後の同種の研究において勇気付ける結果であった。4つ目の発表は神戸中央病院の新城拓也先生による全国規模で施行された終末期せん妄に関する遺族調査についての発表であった。「痛みなど苦痛が強すぎる」「薬のせい」「昔の思い出を話している」など、家族のせん妄に関する捉え方は多様であり、またせん妄をみることが家族にとって苦痛であったという結果より、せん妄の原因についての家族への適切な説明と症状への対応が重要であると認識させる内容であった。最後は名古屋市立大学佐川竜一先生によるせん妄の発現要因に関する発表であった。せん妄の要因として同定できないものが約2割、単一のものが約4割、2つ以上が4割程度と、せん妄の要因を同定することが難しい場合も多い一方で、要因として頻度の多かったオピオイド、炎症、脱水、電解質異常等についてしっかり評価することが有用であることが話された。今後さらに症例数を増やした結果が楽しみになる発表であった。紙面の都合で十分伝えられないことが残念であるが、各演題とも熱のこもった素晴らしい発表であり、会場の椅子は全て埋め尽くされるほど盛況であった。

一般演題 口演11

終末期医療(2)

座長・報告：大阪大学大学院医学系研究科 恒藤 暁

このセッションでは、各医療機関における終末期医療の取り組みが報告されたので、その概要を以下に述べる。

011-1は、非がん疾患患者の在宅ケアにおける主要な症状として呼吸困難、嚥下障害、食欲不振があり、特に呼吸困難が重要な課題であることが報告された。

011-2は、終末期がん患者の予後予測としてPPI(Palliative Prognostic Index)の精度は不十分であったが、食事摂取の有無をスコアから除くことでより正確に予測されることが報告された。

011-3は、フロセミドに反応しないがん性腹水のある患者3例に腹腔静脈シャント造設を施行した症例報告がなされ、その有効性と安全性、方法、倫理性などについて議論がなされた。

011-4は、「かんわ支援チーム」が関与した終末期がん患者の高カルシウム血症の頻度、症状、治療効果、副作用、転帰が検討され、患者の状態を把握してうえで治療することが重要であることが報告された。

011-5は、終末期がん患者のPerformance Status、食事摂取、傾眠をスコア化し、呼吸器系障害群と中枢神経系障害群に分けての検討したところ、呼吸器系障害群の方が中枢神経系障害群に比較して経過が有意に早いことが報告された。

011-6は、急性期病院における病棟看護師を対象に末期患者の個室への移動基準、家族への時間と場所の提供、環境整備などの臨死期・死後のケアについて調査され、スタッフ間のコンセンサスが重要であると報告された。

011-7は、頭頸部がんの緩和ケアの問題点として、難治性疼痛、呼吸困難や上気道閉塞、摂食障害、コミュニケーション手段の障害、嗅覚・味覚障害などが出現し、その対処方法についての工夫が報告された。

緩和ケアの早期からの適応が強調されてきているが、それと同時に人生の総決算と言われる重要な終末期に適切なケアが患者と家族に提供される重要性が再確認された。

一般演題 口演19

緩和医療教育(2)

座長・報告：岡山大学大学院保健学研究科 藤野 文代

19-1 当院での緩和医療教育の現状-EPEC-0導入と今後について-(市立豊中病院 林昇甫他)

19-2 EPEC-0その後-一般病院における初期臨床研修医に対する卒五後教育の取り組み(カレスアライアンス 天使病院 中島信久)

19-3 中央から離れた地域にある一般病院における緩和医療教育への取り組み～スタッフ教育から地域への啓蒙・広報活動まで～(中津胃腸病院 岩本拓也他)

19-4 緩和ケアチームによる緩和医療の初期教育と課題(信州大学 浜善久他)

19-5 「EPEC-0その後」EPEC-0プログラムを用いたセミナーを担当して(市立秋田総合病院 橋爪隆弘他)

19-6 EPEC-0その後 ささやかな試みを通して(名古屋掖済会病院 久保速三他)

6題のうち4題は、Education for Palliative and End of Life Care Oncology(以下EPEC-0)セミナー参加後の院内・地域における取り組み、2題はEPEC-0を活用した緩和ケアチームの取り組みの報告であった。市立豊中病院の林昇甫氏は緩和ケアチームの院内における活動と地域医療機関との連携等、地域とともにレベルアップしてきた状況を報告した。カレスアライアンス天使病院の中島信久氏は臨床研修医10名に対して早朝講義を実施し、その内容を詳細に報告した。今後は多職種に緩和ケア教育を充実させたいと述べた。中津胃腸病院の岩本拓也氏は赴任して5年間のスタッフの成長を

振り返り、緩和ケアチームを編成したこと、教育の困難な中で責任感と達成感を維持させる工夫、また卒前教育の必要性を報告した。信州大学の浜善久氏はがん診療連携拠点病院として、平成18年4月から緩和医療チームを発足させ、病院全体で理解を深めるための1年間の活動内容を報告した。今後もEPEC-0を活用して育成したいと述べた。

市立秋田総合病院の橋爪隆弘氏はEPEC-0トレーナーズ・ワークショップへの参加後、東北地方(秋田・盛岡)において医療者向けのセミナーを開催した。参加者から良い評価が得られ、今後はがん治療にかかわる多職種対象に企画したいと報告した。名古屋掖済会病院の久保速三氏はEPEC-0トレーナーズ・ワークショップへの参加とその後のスタッフ教育の実践を述べ、長年の緩和医療経験を踏まえた上での現在の緩和医療科における教育とスタッフの成長を報告した。

ポスターセッション P1A-1~P1A-13

QOL 評価・グループ療法・スピリチュアルケア

座長・報告：高野山大学スピリチュアルケア学科 大下 大圓

このセッションはデジタルミュージアム内に設営された会場であったが、閲覧スペースが手狭なうえに参加者が殺到したために、中に入れず苦情が多かった。発表時間がオーバーする人も多く、1時間で13演題をポスターで実施する難しさを露呈した。

しかし、発表内容はどれも研究や実績をふまえたすぐれたものが多く、じっくりと発表して質疑応答がなされるべきだった。広範な領域にまたがる部門であったが、その内容は「薬剤師によるオピオイドレスキュー指導に対する患者満足調査」(高瀬日久光氏：福岡大病院)、「放射線治療を受ける婦人科系がん患者のQOL」(松田彩子氏：東京医科歯科大)、「前立腺がん骨転移症例におけるゾレドロン酸水和物投与後のQOL改善効果について」(三浦剛史：千葉北総病院)、「治療期にあるがん患者の療養生活を支えるグループ支援方法の開発」(川崎優子：兵庫県立大学)、「がん患者の療養支援方法としての誘導イメージ療法を実施して」(橋口周子：兵庫県立大学)、「グループディスカッションによって表出された患者のストレスと対処」(井沢知子：兵庫県立成人病センター)、「緩和ケアにおけるスピリチュアルケア・アセスメント・サマリーシートの共同研究」(大下大圓、月山淑子、和歌山県立医科大学)、「スピリチュアルケアにおける聴くことの意味を考える」(岩田明子：関西労災病院)、「患者の意思決定を尊重するための関わり」(長尾充子：近畿大学病院)、「当院で死を迎えることを希望した末期膀胱癌患者との関わり」(神谷輝彦：館林厚生病院)、「故郷を離れて緩和ケア病棟へ入院した患者への看護介入を振り返って」(升田浩恵：国保中央病院)、「その人らしさを取り戻す為に」(福田真由美：原土井病院)、「眠りたいと何度も訴える患者との関わりを振り返って」(富間良子：大阪市立北市民病院)であった。どの演者も狭い会場ではあったが、やり取りをしながら精一杯日頃の研鑽を力強く発表したことを最後に申し述べたい。

ポスターセッション P1C-1～P1C-8

緩和ケア病棟運営

座長・報告：松山ベテル病院 ホスピス医長・院長 中橋 恒

このセッションでは緩和ケア病棟運営というテーマで8題の発表がなされた。

第1席の松川氏は、緩和ケア病棟開設の準備室から開棟までの活動内容についての発表であったが、職員の教育カリキュラムの重要性が指摘され緩和ケア病棟の機能評価の上でも良い指摘となった。第2席の黒崎氏は緩和ケア病棟における栄養士の役割についての発表であった。緩和ケアは多職種のチーム医療を基本として取り組まれている中で、人としての日常性である“食”について栄養士が直接患者さんと関わる取り組みは非常に示唆にとんだ内容で、今後の活動の成果を期待したい。第3席の横山氏は“がん”診療連携拠点病院における緩和ケア病棟の緊急入院の現状についての発表であった。病院の性格上緊急入院が多く全入院の25%を占め、緊急入院用のベッドを確保し対応されていた。地域のがん診療連携拠点病院としての機能の一つを指摘された発表であった。第4席の与那覇氏は緩和ケア病棟開設の現状と課題についての発表で、在院日数1週間以内の患者が32%を占めもう少し早めのギアチェンジの必要性が指摘された。第5席の甲斐氏は看護チームの編成を2チームから1チームへ変更した経過について発表され、協力体制が強化された利点と情報収集に時間がかかる欠点が挙げられたが、今後も1チーム編成での看護でチーム力アップを図る予定である。第6席の渡辺氏はがん診療連携拠点病院における緩和ケア病棟の役割についての発表で、在宅ケアへの連携に問題があるとの指摘がなされ、連携病院として在宅ケア連携のモデル化を期待したい。第7席の細井氏は法人病院におけるホスピス開設の実状について発表がなされた。ホスピス相談外来を新たに設け対応している現状の分析で、大学病院や在宅ケア、施設ケアとの連携の橋渡しとしての機能についての指摘があり、連携医療を考える上で期待の持てるシステムと思われた。第8席の薦澤氏は緩和ケア病棟でのイベント運営の現状についての発表で、月1回のイベントをスタッフの負担軽減を図る工夫として食養科・ボランティアとの連携強化で施行した内容であった。緩和ケア病棟におけるイベント開催のモチベーション維持に示唆を与える発表であった。

以上、私が担当した緩和ケア病棟運営についての8演題を紹介した。全体として、がん対策基本法にも謳われている在宅医療への展開がどの施設も連携の具体的方向性が見えず苦労されている印象であった。緩和ケア病棟の役割が病棟としての運営にとどまらず、在宅ケアとの連携に活動が広がるような方向性をより積極的に試みて行く必要性を痛感した。

ポスターセッション P1J-1～P1J-11

緩和ケアチーム(3)

座長・報告：日本大学医学部附属板橋病院 藤田 智子

各病院における緩和ケアチームの現状と課題、乳がんサポートチームの活動、デス・ケースカンファレンスの効果報告など計11演題の発表があった。P1J-1, 3, 6, 9, 10, 11：緩和ケアチームの活動により患者が早期に適切な緩和ケアを受け

られるようになってきていること、オピオイド製剤の適正使用推進に貢献していること、一般病棟において食欲低下をきたした患者へ食前酒提供の試みなど食事環境改善にも働きかけていることなどが示され、さらに地域医療との連携の重要性と共に地域資源の少なさや情報共有の不備、不十分な緩和ケア教育など各病院における今後の課題が発表された。

P1J-2：薬剤師の緩和ケアに関する薬剤の知識不足とコミュニケーションスキルの不足が明らかとなり、緩和ケアにおける専門の薬剤師養成の必要性が示唆された。P1J-4：乳がんサポートチームによる外来患者への既存のパンフレット配布状況からがん告知直後の患者は、書面の情報よりも治療の意思決定支援の為に情報提供や心理的サポートを含めた面談など相談窓口の必要性が示唆された。P1J-5, 7：緩和ケアチームにおけるMSW、薬剤師の在宅支援活動から、往診医およびかかりつけ医との病診連携や病院薬剤師と保険薬局薬剤師との連携など地域がん診療拠点病院と地域医療とのシームレスな連携の重要性を示された。P1J-8：デス・ケースカンファレンスがターミナルケアにおけるストレスやジレンマの解決、スタッフ間の相互理解と問題解決、ケアの質の向上の為に効果があることを示された。様々な体制でスタッフが努力をしながら緩和ケアチーム活動を推進しており、地域医療との連携などチームの役割の広がり今後の活躍が期待されるセッションであった。

ポスターセッション P2J-1～P2J-11

緩和ケアチーム(8)

座長・報告：埼玉県立がんセンター緩和ケア科 余宮 きのみ

このセッションでは、各施設の緩和ケアチーム(以下、PCT)の活動報告が行われた。1～4年のPCT活動の中で、どの施設でも時間的な経過とともに「介入件数の増加」「より早期からの依頼」という良い成果が得られていた。

またアンケートなどの結果から、今後の課題として以下のことが挙げられた。

1. 一般病棟の症状緩和に関する知識の普及・教育(学習会や講演会、特にPCTが病棟の希望に応じて行う出前の勉強会、学習会の参加率が低いという問題のある施設からは“コンサルテーションを通じての教育”がより有効ではとの提案があった。)
2. 院内マニュアルの作成(院内マニュアルが教育の面で効果が高かったとの報告もあった)
3. 退院した患者に対する外来でのサポート体制・地域医療機関との連携
4. 病棟スタッフとのコミュニケーション(担当医師・看護師への声かけ、PCT内カンファレンス内容の病棟内への還元、客観的評価尺度の共有化、デスカンファレンスの開催)
5. PCTメンバーの活動時間の確保

各施設で取り組み方は少しずつ異なるものの、より良い活動への意欲が伺えた。

また小粥先生らは緩和ケアチームにおける歯科衛生師のかかわりの重要性について報告した。歯科衛生師による専門的介入により口内トラブルのある患者が摂食可能となり、患者医療者間の関係が改善した症例を紹介した。各職種の専門性だけでなく、様々なスタッフが介入することそのものの意義も大きいように感じられた。

ポスターセッション P1L-1～P1L-8

緩和医療システム(1)

座長・報告：高知女子大学 看護学部 齋藤 信也

このセッションでは、広い意味での「緩和医療システム」に関する8演題の発表が行われ、活発な討論がなされた。まず、千葉県がんセンターの坂下らは、緩和ケア外来の約1年間にわたる活動を報告したが、がんの専門病院らしく、化学療法中の支持療法を含む症状コントロールがその大きな柱となっていた。次に、筑波大学の浜野らは、オーストラリアの地域緩和ケアネットワークの現状について調査した結果、地域ネットワーク整備への行政の関与が彼の地でかなり強いと発表した。次に、大阪府立成人病センターの赤垣らは、外来通院している患者・家族に対して緩和ケアの認識度、緩和ケア外来の必要性について行ったアンケート調査について発表した。緩和ケアという概念の認識で、医療者との間に乖離が見られたものの、緩和ケア外来については82%の回答者が、必要であると回答していた。次に、兵庫県立がんセンターの伊藤らは、がん看護専門看護師がフェンタニルPCAに積極的に関わっている現状を報告した。次に、国立仙台医療センターの渡辺らは、宮城県東部地区の訪問看護ステーションに対して、緩和ケアニーズに関するアンケート調査を行った結果を発表した。終末期がん患者、300件以上対応しているステーションがある一方で、基本的な知識向上を望むステーションも多いのが印象的であった。次に、横浜市大の小川らは、自らの緩和ケアチームの活動について、ペインクリニックと併診するシステムが、「緩和ケア」という言葉に抵抗を示す患者も「痛み専門の医師」ということで受け入れられやすいと報告した。次に、南勢地域緩和ケアネットワークの松原らは、同地区での医療機関(含訪問看護ステーション)に対して、アンケート調査を行った。在宅医療支援診療所の指定を受けている施設でも、在宅での麻薬使用が可能などところはごくわずかであることが判明するなど、地域での緩和ケアを推進する上での問題点がいろいろと明らかになった。最後に、花の谷クリニックの芳賀らは、緩和ケア病棟、デイケア、訪問看護という3点セットを自院内に抱えるメリットを生かした看取りについて、12年間のまとめを報告した。現行制度化ではその運営には困難があるものの、利用者にとっては、療養場所にかかわらず同じスタッフに最期までケアをしてもらえるメリットは相当大きいと思われた。まさに、今回の学会総会のテーマである「地域を包む緩和医療」を実践している人々の現場の声が響き合った有意義なセッションであった。

ポスターセッション P10-1～P10-11

在宅医療(1)

座長・報告：さくらいクリニック 桜井 隆

送り出す側から見た在宅医療の問題点、在宅医の私にとってはそんな印象のセッションだった。11演題中、受け取る在宅医療サイドは3、残りは送り出す病院からの発表。普段、在宅ケアを実践している仲間の会に出席することが多く、在宅サイドの視点から見ることが多いが、送り出す病院サイドが感じているさまざまな問題点を知ることができてとても興味深かった。それにしても、家へかえろう、とする患者さん達に課せられた？あまりにも多くの医療行為や、最終的に病院へ戻って亡くなってしまう比率の高さには、あらためて驚いてしまった。まあ癌患者の病院死率が93%という日本では

当然のことなのだろうけど。

そして、せめて演題数が半々になればいい。送り出す病院サイドと受け取る在宅サイドがevenに議論してはじめて、ゆったりと流れる川のようにスムーズに病院-施設-在宅を行き来し、それぞれの場面で適切なケアをうけて有終の美を飾る患者とそれをささえる家族に一步下がって寄り添うようなサポートとしての緩和医療、緩和ケアが成り立つのだと思う。医師だけでなく、看護師、薬剤師、ケースワーカーなど他職種、大学病院緩和ケア病棟から、介護施設、そして街の診療所まで、さまざまな視点での議論が、今後の緩和医療の質を高めることは間違いないだろう。

それにしても、3分発表、2分議論はあまりに短かった。もうすこしゆったり緩和的な議論ができればなおうれしかった。

ポスターセッション P20-1～P20-11

在宅医療(3)

座長・報告：高知厚生病院緩和ケア科病棟医長 原 一平

このセッションは、介護保険、医療連携、患者家族の満足度、在宅での疼痛コントロール、献身的な在宅看護、緩和ケアチームの在宅進出、社会福祉師やMSWやヘルパーの役割、在宅支援診療所などについての発表でした。各施設の医師、看護師、ケアマネジャー、社会福祉師、MSWやヘルパーが在宅でボランティア的に頑張って、在宅医療が支えているようです。特に、今後は在宅と病院の連携や在宅サービスを提示するケアマネジャーの緩和医療への取り組みが重要と感じられました。

介護保険の認定を受け、有効利用するためには、早期申請と末期ガンということをしかりと意見書に記入していくことが大切であり、40歳以上の2号保険者にも適応となったことを知らない医師も多く、末期がんが介護保険の特定疾病に加わったことを啓発していかなばなりません。

在宅緩和ケアの地域連携に関する調査研究では、開業医師と訪問看護ステーションのスタッフの回答で、在宅療養支援診療所の有用性が8%という報告は驚きでした。在宅療養支援診療所についても、医師会や訪問看護ステーションへの啓発活動が大切であり、同時に医療機関の地域連携が大切だと考えさせられる発表でした。

開業医師に、医療保険と介護保険を併用していただくことで、症状コントロールのみでなく、患者さんの生活の質を上げて行く方法を啓発していくことが、重要なことと思われました。

看取りまで継続する在宅医療は、現在、各医療者や福祉関係者のボランティア的な力で成り立っているところが、大きいのではないのでしょうか？地域間の格差も生じているようです。先進的な地域の例をそのまま行うことは不可能で、それぞれの地域に合った在宅医療の連携システムを構築することが必要です。医師、看護師、ケアマネジャー、社会福祉師、MSWやヘルパーなどと、行政が協力して在宅医療を患者さんが安心して行えるようにすることが急務です。

ポスターセッション P1R-1~P1R-11

事例(2)

座長・報告：名古屋大学医学部保健学科看護学専攻 安藤 詳子

兵庫県立西宮病院の廣岡夕子氏より、患者の「家に帰りたい」希望を2度の外泊で支えたケア、兵庫県立加古川病院の安宮加代子氏より、患者・家族と訪問看護師と外来看護師の間で交換日記を活用し患者の在宅希望を支えたケア、山鹿市立病院の船津万記子氏より、病院スタッフとかかりつけ医が綿密に連携して患者の希望通り最期を自宅で看取ったケア、さらに、医療法人社団淳友会わたクリニックの渡邊淳子氏より、易出血性乳癌病変からの悪臭と出血に対しトロンビン末・エピネフリン・メトロニダゾール含有親水軟膏を用いてコントロールし在宅での看取りを実現した実践が報告されました。11題中4題が在宅療養を支えた実践でした。

また、米子博愛病院内科の大村宏氏より、悪性リンパ腫の化療がリツキサン登場で効果を継続し患者の生き甲斐であるパッチワークにかける情熱もあって8年間の有意義な闘病生活を実現した事例、慈泉会相澤病院の安藤恵子氏より、急性期病棟スタッフが緩和ケアチームのコンサルテーションを得て、最期まで「排泄はトイレで」という患者の希望を支えたケア、宝塚市立病院の川上朋美氏より、緩和医療を拒否した若年肺癌患者に生きる希望を支えながら症状緩和を勧め、家族の希望で予後告知をせずに看取り、病状説明のあり方を提起した報告、旭川赤十字病院の遠藤恵氏より、予後週単位にある膵臓癌患者の妻がパーキンソン病で他施設に入院中であったのを転院で受入れ同室入院を試みた医療スタッフの積極的な関わり、大阪府済生会千里病院の坂本寿代氏より、患者の終末期における物理的・人為的環境を整えて穏やかな受容を支えたケア、東京臨海病院の佐藤知佳氏より、定期的な看護面接により患者と家族の意向を反映したケア、愛知県がんセンター中央病院の佐野雄三氏より、看護師のイニシアチブに対する評価が発表されました。

いろいろな方法を駆使して今その時に精一杯できることを丁寧に取り組んだ貴重な実践でした。アプローチや取り組む勇気を分かち合い、より良い実践を積み重ねていきたいと考えます。

ポスターセッション P1U-1~P1U-9

消化器症状(1)

座長・報告：兵庫医科大学外科学講座 富田 尚裕

緩和医療患者の消化器症状のコントロールをテーマとしたこのセッションでは、8題のうち4題が酢酸オクトレオチド(サンドスタチン)の有用性についての演題で、他、メトクロプラミド(プリンペラン)、ジアゼパムについての演題が1題ずつあった。まず酢酸オクトレオチドについて、千葉市立青葉病院緩和ケアチームからは十二指腸狭窄の1例を除き、消化管閉塞症状のある患者8例中7例で有効、すぎもと在宅医療クリニックからも在宅看取りを行った6例全例で有効との報告があり、長崎大学医学部・歯学部付属病院緩和ケアチームは69例の多数例の検討から上部消化管閉塞や1日2000ml以上の過量輸液の症例では有効性が下がること、ステロイド併用による差がないことなどを報告し、進行がんにおける消化管閉塞症状の改善に酢酸オクトレオチドは有用であるが使用時期、輸液量、ステロイド併用などについては今後の更なる

検討が必要とした。山梨中央病院緩和ケア科からも19例中15例(79%)に有効であり、上部消化管閉塞症例には有効性が低いものの、適切な輸液量管理を行えば、オクトレオチドは有用であり、今後多数例での多施設共同研究が必要であると報告された。横浜市立みなと赤十字病院緩和ケアチームは、進行癌患者の慢性的な悪心・嘔吐に対するメトクロプラミド注射剤持続投与について25例中20例(80%)に改善効果があり、有用な治療法であると報告し、聖路加国際病院緩和ケア科は、腹部膨満感の増悪の要因に筋緊張があるとの考えに基づき、約20人の患者にジアゼパムを使用し6割程度の有効率であったと報告した。また厚生連佐久総合病院産婦人科は、腹水管理について、従来の大量を一度に穿刺排液するのは禁忌であるという定説に疑問を呈し、ICを得た産婦人科悪性疾患の腹水患者20例に対し、排液量制限なしの自然流出での全排液の穿刺を合計91回施行したところ、血圧、脈拍、酸素飽和度を含め問題なく、2例に静脈血栓を生じたが保存的に軽快し、本方法が妥当であると報告した。産婦人科領域の女性患者での結果であり、今後更に検討すべき点もあるが、興味深い報告であった。その他、東京都立墨東病院からは、一般病院における消化器症状のコントロールにオピオイド・鎮痛補助薬などに対する知識の普及やチームアプローチが重要であることが報告された。

ポスターセッション P1W-1～P1W-12

疼痛のケア(1)

座長・報告：長崎県立市民病院麻酔科・緩和ケアチーム 富安 志郎

ポスター 疼痛のケア(1)を担当した。埼玉県立がんセンターの余宮先生らは、オピオイド投与時の嘔気予防に、非定型抗精神病薬ペロスピレンが有用であることを報告した。ペロスピレンはドパミン受容体だけでなく、セロトニン、ヒスタミン受容体などに作用し、難治性嘔吐の治療薬として有用だけでなく、廉価で糖尿病患者への使用も可能であり、今後オピオイド開始時の選択肢の一つとなる。独立行政法人国立病院機構大阪医療センターの松山先生及び淀川キリスト病院ホスピスの今井先生らは昨年使用可能となったギャバペンチンのオピオイド抵抗性疼痛に対する有用性を報告した。低用量(200mg/day)より開始し、漸増することで重篤な副作用なく、オピオイドによる除痛が困難な痛みにも有効であったことを報告した。今後どの時点で使用を開始するかなど含めて多くのデータの蓄積が期待される。北里大学東病院薬剤部の平山先生らは、フェンタニルパッチからモルヒネ持続静注への切り替えはパッチ剥離と同時に1:15.9の換算比で算出した量の半量を24時間投与し、24時間後からは換算量+レスキュー量を一日量とする方法の有用性を報告した。大阪大学大学院薬学研究科の岡本先生、愛知県がんセンター中央病院のグループ、熊本労災病院薬剤部の大野先生ら、国立病院機構沖縄病院の大城先生ら、磐田市立総合病院の後藤先生ら、津山中央病院薬剤部の西崎先生らは薬剤師の介入によってオピオイド使用の実態を明らかにし、また薬剤師が適切な症状評価を行なうことで患者さんのQOL改善が可能なことを実証する発表を行なった。薬剤師がベッドサイドで実力を発揮する機会が増えており、そのパワーを感じることができた。その他松江市立病院の堀江先生のオピオイドローテーション、名古屋大学大学院の光行先生による痛み評価の試み、自治医科大学の見目先生の外来患者さんへのケアの工夫などの発表があった。いずれも興味深い演題でディスカッションも活発であったが、演者発表中に携帯電話で会話を行っていた聴衆がおられた。会場内でのマナーは守っていただきたい。

ポスターセッション P2A-1～P2A-7

緩和医療調査

座長・報告：近畿大学医学部附属病院 緩和ケア室 原 聡

高田中央病院の有永先生は、自宅での緩和ケア支援や最期の看取りを実施しておられました。しかし、NSAIDsの使用が少ないこと、高齢者が多いため最期の看取りが少なかったことは都市部と同様である印象を持ちました。

和歌山医大の月山先生は、緩和ケアの医療費をDPCと出来高で比較されました。緩和ケア病棟では包括内での請求でしたが、比較的高価な医療用麻薬を多量に使用した場合は赤字になることが危惧されました。保険制度と現場との歪みを感じました。

JR東京総合病院の渡邊先生は、自院の緩和ケアへの意識調査の結果を報告されました。緩和ケアへの関心は高いものの、WHO式がん疼痛治療法や三段階除痛ラダーを知っている医療者は47%であり、大都市においても医療者の基礎知識の不足が明らかであり、より一層の緩和ケアチームによる知識の普及が望まれました。

鶴岡市立荘内病院の阿部先生は、患者を対象としたアンケート結果を報告されました。がん告知希望は92%であるが、告知率は1割に止まっていました。緩和医療全般に対する認識は低いものの、在宅での看取りを希望しており病診連携の整備が求められています。

徳島県立中央病院の郡先生は、緩和ケア研究委員会の発足前後のアンケート調査で知識の向上に繋がったが、活動の継続した普及活動が必要であると報告されました。

武田総合病院の村井先生は、独自に作成された情報シートにより看護に必要な項目を明確にでき、かつ共有することによりチーム全体で看護介入できたと報告されました。

ポスターセッション P2T-1～P2T-10

終末期ケア(3)

座長・報告：岡山済生会総合病院 緩和ケア科 石原 辰彦

当セッションでは終末期ケアにおける様々な問題に関して10題の発表がなされた。

南生協病院の長江浩幸氏は、フェノバルビタールの少量の持続皮下注射による鎮静は、比較的安全で緩やかな効果が別れの受容の時間を作り、終末期において有用と報告した。

藤田保健衛生大学の佐々木ひと美氏は、腎尿路悪性腫瘍の終末期について検討し、病期に合わせた適切な治療と疼痛緩和により、闘病期間の95%を自宅で過ごせると報告した。

小松市民病院の近藤尚美氏は、嚥下でコミュニケーションが難しい患者との関わりの中で、患者の思いを家族とも共有し信頼関係を築くことで外泊を実現した事例を報告した。

織本病院の荘司輝昭氏は、終末期における透析中止に関する3事例を通して、がんの終末期とは異なった観点における治療中止の倫理的解釈や問題点を報告した。

日本医科大学千葉北総病院の平田貴和子氏は、一般病棟看護師が看取りに影響を及ぼす要因を分析し、死別体験の有無が抽出され、看護教育において疑似体験などが必要と報告した。

横浜市立市民病院の国兼浩嗣氏は、肺癌患者の臨床経過から、化学療法の中止やオピオイドの開始からではギアチェンジが遅く、より早い時期に終末期医療への移行を意識する必要があると報告した。

大津市民病院の羽多野裕氏は、緩和医療における予後予測スケールとして、アルブミンとリンパ球数のみを用いた簡便なPNIが有用であると報告した。

磐田市立総合病院の中澤秀雄氏は、終末期に麻薬を拒否された例について、娘による精神的支持が疼痛閾値を上げ、イレウスに対する保存的治療が奏功したためと報告した。

津山中央病院の光吉啓子氏は、一般病棟で短期間に死を迎えた30歳代の患者へのケアを振り返り、カンファレンスや勉強会を通してケアの統一を図り、ユーモアを共有することで信頼関係を築けたことを報告した。

福山医療センターの徳毛敬三氏は、終末期に血管確保が困難で、患者・家族も輸液希望せず、輸液を行わなかった症例で、亡くなる前日まで良好なQOLであったことを報告した。

いずれの発表も今後の緩和医療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 P2W-1～P2W-12

疼痛のケア(3)

座長・報告： 山口大学医学部附属病院 麻酔科蘇生科・ペインクリニック 川井 康嗣

ポスターセッション・疼痛のケア(3)では、オピオイド、鎮痛補助薬、神経ブロックなどの疼痛治療についての発表が行われた。

フェンタニルパッチに関する演題が4題あり、内容は貼付部位による吸収を残量から検討した報告(吉沢ら 日本医科大学千葉北総病院薬剤部)やモルヒネ注射薬からのローテーション時にフローチャートが有用であるとの報告(立松ら 愛知県がんセンター中央病院薬剤部)、高用量貼付での血中濃度の検討(岩瀬ら 東京大学緩和ケア診療部)、貼付薬の等鎮痛量のばらつきを注射薬との比較で検討した報告(堀越ら 総合病院土浦協同病院薬剤部)であった。貼付薬の薬物動態における不安定性が多方面から指摘された。

また、オピオイドの副作用対策や処方に関連した演題が3題あった。制吐薬や鎮痛補助薬によってアカシジアが生じたという報告(福島ら 埼玉医科大学国際医療センター)や、嘔気に対する抗ヒスタミン薬の有効性を抗ドパミン薬との比較で示した報告(加藤ら 日本医科大学薬剤部)は、見過ごされやすい“副作用対策薬の副作用”という重要な問題を指摘していた。その他、薬剤師からみた麻薬・鎮痛薬処方の問題提起(荒井ら 山形市立病院済生館薬剤部)があり、薬物療法における看護師や薬剤師の臨床活動の意義が浮き彫りとなった。

鎮痛補助薬についての演題は3題あり、ホスピスにおける鎮痛補助薬の使用状況(河村ら 函館おしま病院)や、抗けいれん薬であるガバペンチンが鎮痛に有用であった症例報告(岡田ら 社会保険神戸中央病院緩和ケア病棟)、NMDA受容体拮抗作用であるケタミンが良好な鎮痛効果を示した症例報告(山田ら 金沢大学医学部附属病院麻酔科蘇生科)であった。疼痛管理におけるガバペンチンやケタミンなどの鎮痛補助薬の重要性和その問題点が議論された。

その他、緩和医療施設での神経ブロックの施行状況に関する他施設共同研究(鄭ら 聖隷三方原病院ホスピス)では、神経ブロックがperformance statusの改善やオピオイドの減量をもたらす可能性が報告された。

本セッションでは、薬剤や治療をめぐる問題点が医師・看護師・薬剤師間で活発に議論され、集学的な雰囲気に包まれていた。

臨時企画 パネルディスカッション

終末期におけるがん緩和医療のあり方を考える -標準化と多様化の狭間で-

座長：	岡山大学大学院医歯薬総合研究科消化器・腫瘍外科学	田中 紀章
	東海大学医学部 医学科内科学系呼吸器内科部門	江口 研二
演者：	国立国際医療センター緩和ケア科	有賀 悦子
	ロハスメディア代表取締役	川口 恭
	東京大学医科学研究所	上 昌広
	法政大学法科大学院	中村 芳彦
	兵庫県立大学 日本学術会議連携会員	内布 敦子

昨年9月に厚生労働省から「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」案が発表され、パブリックコメントを受けて、今年に入って、最終的にガイドラインを確定して各医療機関へ通知する段階に進みつつある。日本緩和医療学会では、過去の総会シンポジウムなどにおいて、終末期医療を取り上げていたが、現状における学会としての取り組みを整理する意味で、第12回日本緩和医療学会総会1日目の6月22日に、臨時企画としてパネルディスカッションを開き、多くの参加者を得た。当日のパネリストより、ミーティングレポートを寄せていただいた。

終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインをたどる

国立国際医療センター緩和ケア科 有賀 悦子

本年5月21日、厚生労働省から「終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインについて」という医政局長通知(医政発第0521011号)が発出された。都道府県に、関係機関・団体等に対してこのガイドライン及び解説編を周知・指導するよう求めている。(厚労省ホームページからも閲覧可能)このパネルディスカッションは、これを受けて臨時企画として設けられたものであった。

ガイドラインは、(1)終末期医療及びケアの在り方、(2)終末期医療及びケアの方針決定手続きから構成されており、多専門職種の医療従事者からなる医療・ケアチームによる治療の検討、症状緩和や精神的社会的な援助などが盛り込まれてい

る。会場では、このガイドラインと解説編が参考資料として配布された。

昨年、高齢の担がん患者が心機能低下で入院した際、7人の子らの意見を集約し、症状緩和上苦痛の原因となっていた末梢点滴を減量、最終的には中止とし看取った症例を経験した。関わるもの全員の認識が一致し、よい看取りができた家族からも感謝され、ガイドラインに照らし合わせてみたが遜色なかったと判断した。

しかし、仮に8人目の子が死に際に登場し、末梢点滴すらされていないこと等を問題にした場合、ガイドラインは規範(ルール)となり司法の根拠になるかもしれない。例えば、“医学的妥当性を慎重に判断すべき”“最善の治療をとる”とあるが、本当に慎重に判断したか、本当に最善と言えるのかと問われる可能性がでてくる。

問題なかったと感じた症例が、異なった形でこの症例が終結したとき、生じ得る問題点を会場の方々に感じていただき、次ぎの専門家へ繋いでいくことが、今回の私の役割であった。

緩和医療に携わっている者は、今後、医療・ケアチームの一員として、終末期医療の選択支援にあたることを求められるであろう。ガイドラインは、理想的な医療の姿が書かれている。一方で、訴訟等の根拠として扱われる可能性があることを知っておくべきと思われる。我々は、患者・家族・医療者の意見が集約する方向、つまり、コンセンサスが得られる方向に進むよう、意識してチーム支援にあたることが重要であろうという結語で発表を終わった。

メディアからみた標準化

ロハスメディア代表取締役 川口 恭

マスメディアの本質は、物事を単純化してレッテルを貼ることにある。media=媒体と人間の能力には物理的な制約があり、無限とも言える広がりを持つ世の中の事象を忠実に再現すること、受け取ることとは不可能だからだ。もちろん単純化そのものが悪いのではなく、雑多な事象の裏に隠れた本質を切り出すことができれば、その影響力は絶大なものがある。

ただし現在のメディアでよく起きているのは、本質と異なる部分への単純化である。メディア内の教育不全により、本質を切り出す努力は教えられず、単純化の技術のみが伝承されている。この結果、メディア人の多くは単純化こそが自らの職務で、単純化は無条件に善であると信じこみ、本質であろうがなかろうが単純化できた瞬間に思考停止する。

単純化できないものがあつた場合、それを本能的に嫌い、関与している人間が何か悪いことをして隠そうとしているからでないかと邪推する。かといって、自ら単純化のために努力する意思も能力もないので、他人の禪で相撲を取ろうとする。切り口として使いやすいもの、「法律」や業界の作る「標準」「ガイドライン」を求め、「なぜガイドラインがないのだ!」と責め立てる。それさえあれば、「～はガイドライン違反だ」でお手軽に記事が一本作れるようになるからだ。万一その記事で問題が発生しても、悪いのはメディアではなくガイドラインの方だという逃げ道が用意され、安心して思考停止できる。

現場の皆さんが本当にガイドラインをほしいと思っているのなら構わないが、外圧によって作らなければいけないと思っているのなら、もう一度よく考えてほしい。「ガイドラインを作れ」というメディアに騙されてはいけない。いったん作ってしまえば、現実から本質を切り出そうとする良質なメディアを駆逐し、質の低いメディアをイナゴのように招き寄せることになる。「標準化できない」ものは、そのことこそ主張すべきである。

法の限界とがん 医療における多様なニーズ

東京大学医科学研究所 上 昌広

私は終末期医療に関する規範形成に影響を与える因子として、法律、ガイドライン、世論、マスメディア、判例について具体例を挙げながら取り上げた。民主主義社会では、多種多様な意見が、がダイナミックに影響し合って、妥協や弁証法的発展を遂げながら集約されていく。

医療者は終末期医療の規範形成における法律やガイドラインの役割に大きな期待を寄せているように感じるが、それらの限界や問題点についても認識すべきである。たとえば、福島県立大野病院事件では異状死の届け出義務違反で産科医師が逮捕・立件されたが、この問題の起源は94年に法医学会が医療関連死を異状死に含めたガイドライン作成までさかのぼる。法医学会関係者達は、このガイドラインが、将来、医師の刑事告訴からこの国の医療崩壊を引き起こすことになるとは夢にも想像していなかっただろう。また、終末期医療のあり方に関しては、現在、超党派の議員立法の動きがあるようだが、その制定に際しては医療現場から出来るだけの意見を述べなければならない。なぜなら、超党派の議員立法は議会のチェックが掛かりにくく、十分な議論がなされないまま法制化されてしまう可能性があるからである。一旦作成された法律は、当事者の予期せぬ結果を招くことがある。

このような法制化とは別に、医療の規範形成に世論が果たす役割は大きく、世論形成の主役はマスメディアであることを認識すべきであろう。選挙で選ばれる政治家は原理的に世論に敏感にならざるをえず、彼らの指示を受ける行政(厚生労働省)も直接的、間接的に世論に影響される。警察、検察、裁判官などの司法官僚といえども同様の傾向があることは想像に難くない。2006年度、産婦人科領域で発生した堀病院事件、大淀病院事件が不起訴に終わったことは、福島県立大野病院事件の際の国会質問、およびメディア報道が司法判断に影響したことを示唆するのではないだろうか。

最後に、裁判の判例も規範形成に大きな影響を与えることを追加したい。現在、終末期医療問題に関して、川崎協同病院事件が係争中である。東京高裁の判決文では裁判長が終末期医療に刑事が介入することの問題点を指摘しており、この裁判には注目していきたい。

終末期医療における法と対話 -対話が医療を拓く-

法政大学法科大学院 中村 芳彦

終末期医療の問題には、法の存在や要求が大きく陰を落としている。法は、規範として、一定の要件を定め、問題の標準化やエビデンスを要求し、責任の有無を画一的あるいは典型的に判定しようとする。

しかし、終末期医療は、個人の価値観、家族をめぐる状況、病状の進行の程度、心の準備など、すべて個別状況依存的で、関係のあり方も時々に変化していく特性を持つ。そういう場面では、法やガイドラインで、「画一的なルール」「法的責任を問われない指針」を定め、これを基準として一律に決めるという発想から、患者・家族・医療者で、治療方針や治療停止などをめぐる多様なニーズを、対話過程の中で、関係調整を試みるプロセスそのものに価値を見出す思考に転換

し、その内容や結果を、法の限界の問題として、法的対応のあり方にも取り込んでいく仕組みが必要である。

それは一人の患者の生と死を見つめ、そこから生じる様々な想いに、他者がどう関わるか、そのプロセスを共有し、痛みや悲嘆を分かち合うことで、今をどう乗り越えていくかを問い直していく試みでもある。

このことは、理解と納得による場作りを志向することを通じて、医療現場を、医療者の法的責任を問う場になることを回避し、合わせて、そもそも終末期医療の場を広く刑事責任の対象としている日本固有の問題性を明らかにしていくことにもつながる課題でもある。

ここでは、紛争対応から臨床経過の対話構築という質的転換が求められていることを意味している。そして、そのためには、医療者が、それぞれ関係調整者(メディエーター)としての役割が求められる。すなわち、コンテキストの固有性と状況依存性を重視し、問題を分析し、個人の価値観を尊重しつつ、関係調整するプロセスを重視するメディエーション(Mediation)の考え方を医療現場で活用していくことが有効である。

終末期医療を巡る問題点 -患者ケアの視点から-

兵庫県立大学 日本学術会議連携会員 内布 敦子

本人の意志を確認できず無駄な延命処置を施行したり、いったん装着した人工呼吸器をはずすこともできないという状況があり、倫理的にも大きな問題を生んでいる。死にゆく過程は極めて個別性の高い体験であり、法的な基準やガイドラインによる対処方法には限界がある。厚生労働省をはじめとしていくつかの学会が終末期の意思決定についてガイドライン作りに取り組んでいるが、終末期の意思決定は枝分かれ図に書けるほど単純ではなく、一つ一つの決定に様々な要素が絡み、複雑な問題を生み出している。例えば意思決定が比較的明確であっても、フルコード、ファームコード、ノーコードを判断、実行するのは難しい。医学的治療の見込みがあるにもかかわらず心肺停止時にはノーコードを選択することもありうるし、医学的治療の可能性がなく耐え難い苦痛にさいなまれていても、フルコードを選択することもありうる。

いずれのガイドラインも患者本人による自己決定が前提になっているが、わが国の医療現場で実際に本人の意思を丁寧に確認し公に通用するように書面に起こしている施設は皆無である。患者の意思をどのように確認するか、その技術もないままガイドラインだけが作られる状況には違和感がある。

さて、死を話題にすることは多くの場合はばかられる。他者の死を話題することはできても、本人を前にその人の死を話題にすることは大変難しく、多くの医療従事者はそのことを避けている。一方、死はずけずけと話題にされるべきではないので、医療従事者が死や延命処置の話を避けてしまうのは極めて自然なことでもある。死の文脈に巻き込まれることは尋常なことではない。看護職は患者との間で、もっとも長く時間と場を共有する専門職であるので、死にゆく過程にたびたび巻き込まれる。専門家としての「巻き込まれ」はむしろ必要なことであり、巻き込まれることなしには患者の真意にたどり着くことはできない。

「専門的巻き込まれ」の技術は看護職だけでなく医師職にも必要である。患者の意思を丁寧に確認するには巻き込まれだけでなく、ケアの力が必要である。人は死に直面する状況にあって、ケアなしで意思決定などできない。この場合ケアとはそばにいてその状況に巻き込まれ右往左往することに甘んじながら、逃げずに待つことに他ならない。それをしなければ死にゆく人自身の意思を引き出すことなどできないのではないか。

ガイドラインを作る前に患者と共に患者、ひいては自分の死に直面する技術を学ぶ必要がある。患者ときちんと話せないのにガイドラインだけを作っても、現場は動かないどころか、現場にとってそのようなガイドラインはお荷物になるにすぎない。

Current Insight

終末期がん患者の Quality of Life(望ましい死のあり方)について

東京大学成人看護学/緩和ケア看護学 宮下 光令

緩和医療の目標は患者の終末期のQuality of Lifeを可能な限り高め、その人にとっての望ましい死を実現することにあります。終末期患者のQuality of Lifeおよび望ましい死については「Good Death」という語を用いて、2000年頃から欧米を中心として盛んに研究されるようになりました。そこで我々は日本人にとっての望ましい死とは何かという課題に取り組んで参りました。終末期がん患者・家族・医療者63人への質的研究から取り組み、そこでわが国の終末期がん患者におけるQuality of Lifeの要素を確定しました。次のステップとして、私たちは全国の2548人の一般市民および513人の緩和ケア病棟の遺族を対象とした量的研究を行いました。量的研究の結果、日本人における望ましい死は、多くの人が共通して望む事柄として「身体的・心理的なつらさが和らげられている」「望んだ場所で過ごす」「希望や楽しみがある」「医師や看護師を信頼できる」「家族や他人の負担にならない」「家族や友人とよい関係でいる」「自立している」「落ち着いた環境で過ごす」「人として大切にされる」「人生を全うしたと感じる」という10の概念と、人によって重要さは異なるが大切なこととして「出来るだけの治療を受ける」「自然なカタチで過ごす」「伝えたいことを伝えておける」「先々のことを自分で決められる」「病气や死を意識しないで過ごす」「他人に弱った姿をみせない」「生きていることに価値を感じられる」「信仰に支えられている」の8の概念の集約することができました。多くの概念は海外と同様の傾向にありましたが、一部においてはわが国の特徴を見出すことができました。緩和医療に携わる方々は上記に挙げたような単なる身体的苦痛の緩和だけでなく、心理的、社会的、スピリチュアルな要素も含んだ全人的ケアに日々ご尽力されていると思われます。この調査結果は今更という感もありますが、わが国の緩和医療・ホスピスケアが目標としてきたことを数値的に明確化したという意義があると考えております。当然ながら数字にすることが全てではございませんし、日々の臨床での努力の結果でわが国の緩和医療が発展してきたのは明らかです。しかし、緩和医療が医学の中で認められていくためには、大切にしなければならぬナラティブな要素を保持したまま、説得力のあるデータを出して行くことも同時に必要なことだと思っています。私たちの研究グループでは、現在、この終末期のQuality of Life(望ましい死)が現状においてどれくらい実現されているか、実現を阻んでいるバリアは何かを明らかにするために、患者や遺族を対象とした調査票の開発を行い、また、実際に患者や遺族に対する調査を計画・実施しております。全ての緩和ケアの対象となる患者さんにとって、可能な限りのQuality of Lifeが保たれ、望ましい死が実現される社会を目指してこのような研究を実施しております。現在までの研究の詳細につきましては、以下の参考文献をご参照いただければ幸いです。末筆になりますが、一連のこの研究にご協力いただいた方々に感謝するとともに、今後のご支援をよろしくお願い申し上げます。

参考文献

1. 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): 140-7.
2. Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Uchitomi Y. Good death in cancer care: A nationwide quantitative study. Ann Oncol. 2007; 18; 1090-7.

Journal Club

日本における緩和ケア提供のバリアと 緩和ケア普及のために取り組むべき課題

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 中澤 葉宇子

Miyashita M, et al. Barriers to Providing Palliative Care and Priorities for Future Actions to Advance Palliative Care in Japan: A Nationwide Expert Opinion Survey. Journal of Palliative Medicine 2007; 10(2): 390-9.

【目的】

緩和ケア臨床家たちはケアの提供を阻害する多くのバリアに直面しているが、これまで日本ではバリアについての包括的な調査がなされていなかった。緩和ケアの普及と質の向上に取り組むためには、そのバリアを明らかにすることが重要である。本研究の目的は、緩和ケア専門家の視点に基づいて現状における緩和ケア提供のバリアを明確にし、それらのバリアを克服するために取り組むべき課題を示すことである。

【方法】

日本緩和医療学会と日本ホスピス緩和ケア協会の会員を対象に2004年12月に質問紙調査を実施した。緩和ケアの提供のバリアと、緩和ケア普及のために必要な取り組みについて、自由回答形式尋ね426通の回答を得た。

【結果】

緩和ケアの提供のバリアとして95項目が挙げられた。最も多い3つの項目は「一般の医師・看護師の関心・知識・能力の不足(n=208)」「一般の人が緩和ケアの緩和ケアへの知識がない、誤解している(n=122)」「一般の医療者の情報提供およびコミュニケーション能力不足(n=89)」であった。緩和ケア普及のために必要な取り組みには139項目があげられた。最も多い3つの項目は、「病院内で緩和ケア勉強会や症例検討会を開催する(n=122)」「一般集団対象に、緩和ケアに関する情報提供を行う(n=117)」「卒前教育で、緩和ケアを必修科目とする(n=88)」であった。

【考察】

本研究によって医療者に関連したものだけではなく、経済的な要因や一般集団に関連する多くのバリアが同定された。これらのバリアを克服するためには、医療者に関連する問題に取り組むだけでなく、社会的認知や政策の転換などが必要である。本研究によって、今後、優先して取り組むべき課題が明らかになった。わが国における関連する学会や諸団体が協同してこれらの課題に取り組む必要がある。

【コメント】

本報告は426名の専門家からの自由記載による回答を内容分析によって詳細に分析した結果である。論文に掲載されたデータは特に回答が多かったカテゴリであるが、これらはわが国の緩和ケアにおける喫緊の課題と必要な取り組みを示している。緩和ケア提供のバリアと取り組みについての具体的で詳細な項目については報告書の形でまとめられており、著者に連絡することによって入手することが可能である(miyasita-tyOumin.ac.jp ※ スпамメール防止のため、E-mailの「@」の部分を「O」に変えて掲載しています)。

学会印象記

韓国に於けるホスピス国際ワークショップに参加して

聖路加国際病院緩和ケア科 中村 めぐみ

本年3月に韓国延世大学で「International Workshop on Hospice Management , Payment, & Law」が開催された。韓国ではホスピスに特定した医療制度や診療報酬、法律がないことから、日本・台湾・米国の実例を参考に、それらを政府に提案するために延世大学Dept. of Nursing Environments & Systemsの教員らが主催したものである。日本の実情については、延世大学と姉妹校関係にある聖路加看護大学の小松浩子教授が報告した。このワークショップに同行したので、印象を述べる。

まず、ホスピスケアを受ける患者の疾患の実情だが、日本は悪性腫瘍が主であるのに対し、その割合が台湾は70%、米国は46%であった。台湾ではホスピスケアについての条例があり、その中には2名の医師が末期状態と診断を下すことが含まれており、ホスピスケアの選択及びDNRの説明と同意、代理意思決定者のリストが文書化されていた。米国では各疾患別に緩和医療の内容についての基準が定められており、ホスピスケアはプログラムと表現され、できる限り在宅で提供されていた。これらの背景には医療の配分やコスト削減が関与していると考えられる。

これに対し、日本ホスピス緩和ケア協会の基準はWHOの定義に従い、疾病の末期に特定せずむしろ早い段階から適用することを推奨している。治療から緩和へシームレスに移行することは理想であるが、日本では緩和ケア病棟への入院の適応基準及び定額入院料の妥当性が新たな課題となりつつある。

医療保険や支払い方式は国により差異があり、これらは各国の実情と政策によるところが大きいと思われる。韓国でも緩和ケアは進んできているが、管理上の基準作りや支払い制度などについては、在宅ホスピスケアから着手することを考えていた。

一方、ホスピス緩和ケアの理念や内容、チームメンバーについては各国で概ね共通していたが、台湾・米国ではスタッフの職務規定や教育プログラムが詳細に明文化されていた。

全体的な印象として、ホスピス緩和ケアを提供する形態は幾つかあるが、いずれにしても国の実情を踏まえながら患者のニーズに応え、医療ケアの質を維持する体制を築くことと経済性の両立の難しさを感じた。

学会印象記

International Work Group on Death, Dying and Bereavement

山口大学大学院医学系研究科医療環境学 谷田 憲俊

2007年6月17～22日、サンパウロ市で開催されました。私も含めて5名が日本から、全世界からは計80名ほどが参加していました。これは、名称どおりの国際作業部会で、課題別にグループに分かれてワークショップをします。それを月曜から木曜日まで行い、金曜日にそれぞれの成果を発表します。継続課題と新たな課題があり、前者にはLanguage of grief、Armed conflict、Charter、Spirituality、Complicated grief、Barriers (of the end of life)で、新たに8題が提起されました。参加者を募ったところ、継続課題と新たにCaregiverが題材となりました。私はスピリチュアリティについて話す機会を控えていたので、スピリチュアリティ・グループに入りました。

グループ・ワークでは、概念・定義から始まり、スピリチュアリティの因子、各因子の関連性、関係する方略、影響と効能、ダーク・スピリチュアリティ等が話題になりました。スピリチュアリティの定義では、(1) つながり(対象は多様かつ広い)、(2) 個人的な人生の意味づけ、とまとめられました。宗教との違いは、宗教は「信仰システムの集合体」であり、スピリチュアリティは「個人別の信念システム」です。ダーク・スピリチュアリティについては、キリスト教が社会の根底にあることを考えれば理解できます。私は万葉集から、日本人のスピリチュアリティ、スピリチュアル・ペイン、悲嘆ケアを紹介しました。グループのまとめにも和歌が日本語のまま入りました。

他のグループについては最終日の発表からうかがえました。言葉の定義から緻密に練り上げたグループ、対象が広いために研究・臨床等の成果を発表しあったグループ、音楽とパフォーマンスで発表したグループなど様々でした。ウェブ・サイトに示すグループもあり、<http://www.iwgddb.org/>にアクセスしてみてください。

ところで、オックスフォードのヘレン&ダグラス・ハウス・ホスピスから来た小児ホスピスのパイオニア、フランシス・リッチーさんと会いました。かつて彼女はシシリー・ソングースに小児ホスピス設立への協力をお願いしたいと連絡したところ、「来るな」と拒否されたそうです。「子どもは家にいるのが最善、ホスピスに入れるなどもってのほか」というのが理由でした。3年後には小児ホスピスの考えを理解してくれたそうですが、当初の拒絶には驚いたそうです。リッチーさんはそのホスピスの子どもたちを連れて訪日し、皇后陛下に会われています。先ごろ、天皇・皇后両陛下は訪英の折にそのホスピスを訪れ子どもたちと再開を果たしました。報道で見られた方も多いと思いますが、両陛下を案内していたのがリッチーさんです。皇后陛下の愛情あふれる子どもたちへの接し方には非常に感動されたそうです。

帰り、経由地のダラスへ向かう途中、雲に映える機影の周囲に卵形の虹が見えました。今回は会場のホテルに缶詰状態で、地球の裏側まで行きながら市内見物もしませんでした。しかし、ブラジルの人々の温かいもてなしには、折あれば観光で行きたいと思いました。

学会印象記

コミュニケーション技能訓練(CST)を受講して

埼玉県立がんセンター 久保田 靖子

2007年2月15・16の両日、さわやか千葉県民プラザで開催されたCSTを受講した。

初めてのことで不安だったが、会場には16名の受講者以外に多くのスタッフがおりやさしい雰囲気の中、すこしずつ気持ちが楽になった。

長いアンケートを記載したのち、4名の受講者・2名のファシリテータ・1名のオブザーバーにより構成されたグループへと分かれ、いよいよグループワークと相成った。模擬患者さんを前にはじめのうちは緊張してなかなかうまく言葉がでなかったが、途中からは、あまりの模擬患者さんの患者さんらしさに、まるでいつもの診察室にいるような錯覚を覚えた。いつも診察の待ち時間を気にして外来をこなすことばかりに気をとられ、忘れてしまっていた患者さんのつらい状況を思いやるその方法を、参加しているすべての方々から教えていただいた。そして、初日を終え、帰路につきながら、自分の中に何か心地良い達成感があることに気づいた。

二日目は模擬患者さんがいつも悩みの種になるような患者さんへと進化していたため、一日目のようには簡単にいかなかったが、このような場合の対応のしかたについてもやはりグループの皆から教えていただいた。今後、診療を行う上できっと大いに役立てられると思う。訓練がすべて終わった時、自分がこれまでとは違う自分、いつもよりも優しい人間になっているのではないかと思えてきた。そして、昨日の心地良い気持ちはこれだったのだと思い至った。

医師という仕事は結構つらいことが多い。特に、患者にいい治療効果をもたらすことができなかった場合は、とてもつらくて後ろめたい気持ちにさえ、苛まれる。いえ、患者さんはもっともっと途方もなくつらいわけで、このことに医療者が思いやりの気持ちをもちそれを適切に伝えることができれば、その両者ともが少しばかりでも救われるのだと改めて思い知らされた。ぜひ、より多くの医療者にこのコミュニケーション機能訓練を受けることを心よりお勧めしたい。そして、今後は実際の忙しい診療の現場でどのようにしていけばいいのかを検討していかななくてはならないであろう。

海外便り

アフリカのホスピス便り

看護師 工藤 ひろこ

私は今、南アフリカヨハネスブルグの「エイズホスピス」にボランティアとして週1回通っています。もうすぐ2年がたちます。

通い始めるきっかけは、たまたま主人の転勤でヨハネスブルグに住むことになり、日本ではほとんど耳にしなかった「HIV」「Aids」の言葉がここでは日常的な問題として聞かれることにビックリしたからです。南アフリカのHIV感染者は約550万人とインドに次いで世界で2番目に多く、15～49歳の国民のおよそ5人に1人が感染者とみられています。

南アフリカはアパルトヘイト時代、父親だけが鉱山に出稼ぎに行き、そこでの多数の性交渉などが原因でHIVが広まっ

たとの事。

2004年から政府によるARVの無料配布が開始されていますが、この薬も飲んでいない人、飲む事が出来ない人が数え切れないほどいるそうです。根強いスティグマ(差別)のため、自分がHIVに感染している事を知られまいとしている人が多いのも原因ですが、教育水準が低く、しかも貧困層では、本人のHIV/Aidsに対する認識が低いということ、薬をもらいたくても、病院まで行く交通費が無いという人も大勢います。

そんな中、知人の紹介で「エイズホスピス」に通う事になり、他の黒人スタッフと一緒に色々なケアをしています。患者の顔ぶれは次々に変わります。早い人は入院して次の日、多くは2週間ほどで亡くなります。スタッフは医師1人、看護師が数名いますが、ケアギヴァーという日本のヘルパー的存在のスタッフと研修中の学生の方が圧倒的に多く、短い期間で資格が取れるケアギヴァーの看護レベルは日本に比べかなり低いものです。もっと研修を！と叫びたいところですが、まだまだスタッフの意識改革が必要だと感じます。

エイズ患者との会話や笑顔を見るために、私はこれからも通い続けようと思います。

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4月～2007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。

鍼灸

Mehling WE, Jacobs B, Acree M, et al. Symptom management with massage and acupuncture in postoperative cancer patients: a randomized controlled trial. J Pain Symptom Manage. 2007; 33(3):258-266.

局所治療薬の神経因性疼痛への利用

de Leon-Casasola OA. Multimodal approaches to the management of neuropathic pain: the role of topical analgesia.

J Pain Symptom Manage. 2007; 33(3):356-364.

デキストロメトルファンをモルヒネに加えても鎮痛効果は上積みされない

Dudgeon DJ, Bruera E, Gagnon B, et al. A phase III randomized, double-blind, placebo-controlled study evaluation dextromethorphan plus slow-release morphine for chronic cancer pain relief in terminally ill patients. J Pain Symptom Manage. 2007; 33(4):365-371.

骨転移の痛みに対するビスホスホネート

Gralow J, Tripathy D. Managing metastatic bone pain: The role of bisphosphonates. J Pain Symptom Manage. 2007; 33(4):462-472.

神経因性疼痛

Davis MP. What is new in neuropathic pain? Support Care Cancer. 2007; 15(4):363-372.

ホスピスプログラムに入った患者と入らなかった患者の生命予後

Connor SR, Pyenson B, Fitch K, Spence C, Iwasaki K. Comparing hospice and nonhospice patient survival among patients who die within a three-year window. J Pain Symptom Manage. 2007; 33(3):238-246.

入院しているがん患者の疼痛を緩和するための系統的介入についてのレビュー

Goldberg GR, Morrison RS. Pain management in hospitalized cancer patients: a systematic review. J Clin Oncol. 2007; 25(13):1792-1802.

From Japan : 日本からの論文です

抑うつの治療は死が差し迫った患者のためになるのか？

Shimizu K, Akechi T, Shimamoto M, et al. Can psychiatric intervention improve major depression in very near end-of-life cancer patients? Palliat Support Care. 2007; 5(1):3-9.