



Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会

ニューズレター

37

November 2007

〒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

学会活動に関心を！

淀川キリスト教病院 看護部ホスピス 田村 恵子

去る10月1日～15日に特定非営利活動法人(NPO)となり初めての代議員選挙がインターネット投票で行われました。開票は10月下旬に、新代議員決定は2008年1月に行われる予定です。現時点で詳細はわかりませんが、投票率がなかなか上がらず、期間中に理事や代議員からの投票の呼びかけを耳にされた方もたくさんいらっしゃると思います。今回の代議員選挙への投票の呼びかけを通して感じたことは、会員の皆様に本学会の活動に関心をもっていただけるような広報活動がもっと必要であるということです。そこで、今回は、私が教育研修委員会のメンバーであることから、教育委員会の活動について報告したいと思います。

本年4月より「がん対策基本法」が施行されて半年あまりが経過しました。がん診療の枠組みはがん診療連携拠点病院を中心に急ピッチで整備され、それに伴って緩和医療を提供するための枠組みも緩和ケアチームの活動を中心に整えられようとしています。しかしながら、現状では提供される緩和医療の質は担保されておらず、地域や施設による格差があり、本学会ではこの現状を改善すべく症状緩和のためのガイドライン作成、教育セミナーの開催などに力を注いでいます。私は、教育研修委員会のメンバーですが、教育研修委員会が企画する教育セミナーは応募開始とともにあっというまに定員に達してしまいお断りをしないといけないう状況が続き、次回2008年1月に開催予定の教育セミナーは定員をこれまでの2倍の800名としています。EPEC-0 トレーナーズワークショップも教育セミナーと同様の状況ですが、会員の受講の機会が増えることを願って12月には初めて大阪で開催します。これらのプログラムの特徴は、本学会の会員構成が多職種にわたっているという特色を生かして企画されている点にあると思います。事実、教育セミナーでは職種を問わず、長時間非常に熱心に講義を聴かれる姿に教育委員が圧倒されています。けれども、各職種の専門性という視点から捉えなおしてみると、「やや物足りない」と感じることも少なくないと思います。

本学会だけではやや不足する側面については、関連する諸団体や学会との連携を図りながら、過不足のない教育の体制づくりが今後の取り組むべき課題であると考えます。

現状で決して十分とは言えませんが、少しずつ内容を充実させるべく木澤委員長のもと委員全員で智慧をしばって頑張っているところです。よりよい緩和医療を実践するために、是非とも、教育セミナーに「こんな内容を」というご提案をおよせ下さい。

特別講演4

The Role of Palliative Medicine in the Care of Cancer Survivors.

演者：UCLA Schools of Medicine and Public Health Patricia A .Ganz

座長・報告：立命館大学 理工学部／かとう内科並木通り診療所 下妻 晃二郎

今回、UCLA Schools of Medicine and Public HealthのPatricia A Ganz教授(私事恐縮ですが、留学先の恩師です)をお招きできたことは、田中紀章会長をはじめとする関係者の皆様の御尽力のおかげであり、改めて感謝いたします。

Ganz教授は乳癌、肺癌などを専門とする腫瘍内科医ですが、1980年代から癌の予防と症状・QOLのコントロールの研究に精力を注がれ、中でも乳癌患者の治療がQOLや心理社会機能、性機能に及ぼす影響に関する詳細な研究では他の追随を許さない実績を残して来られました。NSABPなどの大規模臨床試験グループ内で健康アウトカム評価の普及に力を注がれ、さらに最近では、患者会との交流や政府機関の委員などを通じて、cancer survivors(補助療法などが終了した後も再発せず生存しておられる患者さんたち:以下survivors)に焦点をあてた医療の仕組みの重要性に関して提言を行ってこられました。

そのような背景から、今回、緩和医療(学会)がsurvivors careにできる役割は何か、という観点からお話をいただきました。

米国においても高齢化とともに、survivorsの6割は65歳以上に達し、増える傾向にあること、またsurvivorsの31%が自らの健康をfair or poorと答えていること(非がん患者では18%)など、survivorsが抱えている問題点を具体的に示され、現在の医療のしくみではsurvivors careの視点が決定的に抜け落ちていることを強調されました('Lost in transition'と表現されています)。

さらに、'Survivorship Health Care Delivery'には3つの'P'が必要であると提案されました。すなわち、(1) Palliation, (2) Prevention, (3)Health Promotion、です。特に緩和医療(学会)の役割としては、後遺障害の(1)詳細な把握、(2)生物学的・心理社会的メカニズムの解明、(3)効果的な治療やコントロール戦略の立案、(4)悪化を予防する介入の確立、があるとされ、最後にsurvivors careは緩和医療が緊急に取り組まなければならないテーマである、と講演を閉められました。

癌患者のnatural historyの中で、我々の目が届いていない部分をみごとに指摘され、また克服戦略もお示しいただいた。今後わが国でも、このような取り組みが始まることを祈りたい。

シンポジウム4

在宅医療と緩和医療

座長：片山医院-尾道市医師会 片山 壽

座長・報告：かとう内科並木通り診療所 加藤 恒夫

シンポジウム4「在宅医療と緩和医療」の企画にあたっては、がん対策基本法が制定された直後だっただけに、本総会を代表するシンポジウムとすべく、演者には厚生労働省の代表者をはじめ各地で積極的に「地域連携で在宅ケアに取り組む」方々を招いた。そして本会開催直前にはがん対策推進基本計画が閣議決定された。おかげで、本シンポジウム聴講者も立ち見が出るほどであった。

加藤雅志氏(厚生労働省健康局がん対策推進室)は、実際がんとセンターで診療を行っていた厚生労働技官の立場から、新しい政策の方向性を説明。病院から在宅への切れ目のない緩和ケアを提供するために、とくに在宅医療の充実について、地域特性を生かした診療機能分化と連携を進めていくという政策的基盤整備の推進方針を明らかにした。

本家好文氏(広島県緩和ケア支援センター)は、2004年に県立病院内に設置された同センターを通じて、県内全域に総合的な緩和ケアを提供する取り組み(医療者の連携、県民への情報提供)について紹介。さらに、地域の医療者への教育的役割についても触れ、広島大学医学部の学生教育や研修医・病院管理者などが参加する一日研修を紹介した。

蘆野吉和氏(十和田市立中央病院)は病院長として、院内・地域連携のネットワークづくりを紹介。その中で、住民の側も、在宅で迎える看取りへの意識変革が必要と強調した。そのためには、町内会など既存の組織を通じて、地域と医療者の全体での地道な取り組みが必要であると指摘。そして、在宅緩和ケアについては、「医療システムと社会システムの総体」の構築として考える必要性を訴えた。

加藤恒夫(かとう内科並木通り診療所)は、「緩和ケア岡山モデル」を紹介し、がんの在宅ケアを提供するためには、早期より病院とプライマリケアチームの連携が必要であり、それが円滑に機能するためには、地域版緩和ケアチーム「在宅サポートチーム」の存在が不可欠と強調した。また、近年の外来化学療法患者の増加のためか、病院との連携が増加している一方、化学療法中の患者は病院死の傾向が多いことを指摘した。

片山壽氏(尾道市医師会長)は、尾道市の病院や地域の主治医が連携しながら在宅緩和ケアの実現をめざす“尾道方式”について報告。それは、退院前に多職種によるケアカンファレンスを行い、患者・家族の意思を確認し、病院側の継続的協力と、在宅担当者側のチームを組織することに始まり、退院後も、プライマリケア医の往診時に、必要に応じて病院側主治医や訪問看護師などが同行訪問するという、チーム医療の実状であることを紹介した。

まとめ：各地には、その地域文化に根ざした在宅ケアの仕組みが必要であり、それは、すでに地域の先駆者により開発されている。新しい制度は、画一的なものではなく、これらの発展を支援していくものであるべきであろう。

シンポジウム6

緩和医療を支える倫理と法

座長：岡山大学大学院医歯学総合研究科 法医生命倫理学 栗屋 剛

座長・報告：広島大学大学院・精神神経医科学 山脇 成人

田中会長のご要望により、栗屋剛教授(岡山大学法医生命倫理学)とともに、在宅死、安楽死、尊厳死など終末期がん患者の緩和医療に関わる医療人であれば必ず直面する倫理的、法的問題に関するシンポジウムを企画した。会場は満席で、立ち見の参加者もたくさんいて、最初から熱気にあふれていた。

厚生省は在宅療養支援診療所が制度化し、在宅での看取りを推進しているが、二ノ坂保喜氏(にのさかクリニック)は診療所医師の立場から、在宅ホスピスにおける自己決定や家族の負担の問題にまつわるバイオエシックスの問題を指摘し、ナラティブ医療の重要性を主張した。また、弁護士の田邊昇氏は末期がん患者の安楽死をめぐる殺人容疑裁判や延命中止のガイドラインに触れながら、安楽死・尊厳死に関する未解決の問題について法律家の観点からまとめ、患者本人の意思決定が基本であるが、その意思が確認できない場合は、家族を含めた医療チームによる慎重な話し合いのプロセスを踏んだ手続きが重要であると強調した。一方、「いのちの教育」という観点から、大谷いずみ氏(立命館大学)はある高校生からなげかけられた「尊厳ある死」についての疑問からはじまり、わが国における尊厳死の考え方の変遷について解説し、「死を見つめて生の大切さを知る」「よく生きるとはどういうことか」という重いテーマをどのように教育すべきかについてわかりやすくまとめた。

質疑応答では、特別講演の演者の米国コラムニストの李啓充氏が、わが国における延命医療中止における自己決定の議論の遅れと法的な未整備を厳しく批判したが、他の参加者からは、日本人独自の意思決定表現の曖昧さや死生観も考慮すべきではとの意見なども述べられ、白熱した議論で盛り上がった有意義なシンポジウムとなった。

パネルディスカッション3

小児の緩和医療 こどもと家族

座長：聖路加国際病院小児科 細谷 亮太

座長・報告：あおぞら診療所新松戸 前田 浩利

今回、大会1日目におそらく我が国で初の試みである「小児の緩和医療」をテーマにしたパネルディスカッションが持たれた。私は、聖路加国際病院副院長の細谷亮太先生とご一緒にそのセッションの司会進行を担当させていただいた。最初に、我が国における最初の小児緩和医療の専門医である大阪府立母子保健総合医療センターの多田羅竜平先生が、日本における小児緩和ケアの課題というテーマで、小児の悪性疾患の子どもは78%が自宅で亡くなっているという英国の実情などを紹介されつつお話しされた。引き続き、私が、当院がこれまで経験した16例の小児の在宅緩和ケアの取り組みについて、成人との比較も含めて話させていただいた。続いて、聖隷三方原病院ホスピス科の天野功二先生が、1993年に静岡県の小児がん治療施設の医療者によって始まり26回に及んだがんの子どものターミナルケア・トータルケア研

究会の議論内容を検討された結果を発表された。最後に、当院の看護師長である佐々木佐代子氏が、在宅訪問看護を行った重度脳性麻痺の児と、小児癌の児のケースを通して、小児の在宅ホスピスケアの看護の実際について発表された。

その後、フロアも含め活発な議論が行われたが、それを通して、小児の緩和医療の対象は、悪性腫瘍のみでなく重度心身障害児が非常に大きなウエイトを占めるということ、成人への緩和ケアと小児の緩和ケアは共に学び合うことによって発達できることなど、我が国における小児の緩和ケアの方向性に深く関わる事が浮き彫りになった。又、このセッションを通して、我が国においても、小児の緩和医療に関心の深い医師、看護師が増えてきていることを実感し、未来に対して明るい希望を感じた。今後もこのような議論の場が増えてゆくことを期待したい。

ワークショップ2

緩和医療と化学療法

座長・報告：筑波大学大学院消化器内科 兵頭 一之介

座長：聖路加看護大学 小松 浩子

多くの固形癌では化学療法は緩和医療のひとつであり、終末期へと至る道のりで必ず考慮されるべきものである。急速な化学療法の進歩に伴い、会員の関心がさらに高まったせいか、会場は人であふれ熱心な討論が行われた。

曙会シムラ病院の岩田尚士先生の発表では、広島県内の緩和医療専門施設9施設のアンケートから1割以下ではあるが、化学療法の適応と考えられるケースが存在するとの報告があった。市立堺病院の福永睦先生からも積極的な疼痛緩和によってPSの改善が得られ化学療法が可能となった患者が7%程度存在していたことが明らかにされている。これら2つの報告では、適切な緩和医療の提供と化学療法の適応の判断が同時に行われることが重要であることが指摘された。

埼玉医科大学の荒木和浩先生は緩和医療中心の患者群と重なる抗悪性腫瘍薬の第I相試験の対象を調査し、第I相臨床試験に参加可能な症例は1%未満と極めて少ないことを発表した。今後、患者の有効なリクルートの方策が必要であることを強調した。

北里大学の上手真梨子先生は、終末期に化学療法を受けた患者の特徴として比較的若年で積極的抗悪性腫瘍治療歴を有していることを示した。この様なポピュレーションには精神的な支援が特に必要と思われる。

化学療法医が「看取り」まで行うケースが多く緩和ケア科医師の介入は限定的であると松本篤先生は栃木県立がんセンターの現状を紹介した。化学療法の進歩により外来治療で予後の延長を期待できる状態となり緩和化学療法の重要性が増してきたと群馬県立がんセンターの保坂尚志先生は指摘している。緩和ケアを提供する医師は様々な要因で多様化しており理想的な標準的な在り方を模索していくことが今後の課題のひとつと考えられる。

現在、がん対策基本法に化学療法と緩和ケアの充実が謳われ対策が進んでいるところである。会場の全ての会員が「両分野が協調しながら進歩していくことが重要」であると再認識させられたワークショップであったと思う。

ワークショップ7

緩和医療におけるリハビリテーション

座長・報告：千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

座長：広島大学大学院保健学研究科 岡村 仁

総会第1日目の午前9時から11時までの2時間、第9会場である岡山コンベンションセンター1階イベントホールで、ワークショップ7として「緩和医療におけるリハビリテーション」が開催された。座長は広島大学大学院保健学研究科の岡村と千葉県がんセンター整形外科の安部が務め、演者として6人が登壇した。

第1席の順天堂大学大学院医学研究科の北原エリ子氏は、進行期～終末期癌患者のリハビリテーション目標と目標実現因子について、と題して統計的手法により運動障害の阻害要因を分析された。第2席の静岡県立がんセンターリハビリテーション科の石井健氏は、がん専門医療機関、特に緩和ケア病棟における理学療法の実施内容についての検討、と題して同センターリハビリテーション科の理学療法において緩和医療の対応が2.9%であることを示された。第3席の千葉県がんセンター整形外科の安部能成氏は、診断前からのリハビリテーション介入により退院に至った症例、と題して原発不明がんの診断確定以前からの介入により退院に至った症例を通して廃用症候群予防に関する有効性が指摘された。第4席の旭川医科大学緩和医療チームの阿部泰之氏は、整形外科医にとっての緩和的リハビリテーション～その現状と課題～と題して、機能回復が望めない患者へのアプローチの重要性に触れ、QOLを高める役割に対して整形外科医の対応可能性を実践的に示された。第5席の国立がんセンター東病院の栗原美穂氏は、リハビリテーション-看護師の立場から-、と題して緩和医療において最大多数を占める職種である看護の立場から、特に疼痛緩和、及び、骨転移に関してリハビリテーションに求めることが多いと述べられた。第6席の静岡県立がんセンター精神腫瘍科の大庭章氏は、心理士の立場から見た緩和医療的リハビリテーションの現状と課題と題して、リハビリテーション医療者と精神的医療者の協働の重要性に言及された。

12回目を迎える日本緩和医療学会の歴史において、ワークショップとして「緩和医療におけるリハビリテーション」が取り上げられたのは初めてである。さらなる緩和医療を展開する際のリハビリテーションの重要性は本総会の2週間前に開催された欧州緩和ケア学会においても示されており、その意味で重要な知見を会員の皆様にお届けすることができたと思われる。このような意欲的企画を実行に移された大会プログラム委員長の斎藤信也先生をはじめ、田中紀章学会長の見識に尊敬の念を表明する次第です。

一般演題口演1

QOL

座長・報告：立命館大学 理工学部/かとう内科並木通り診療所 下妻 晃二郎

6名の研究者による発表が行われた。分野は、頭頸部がん・胃がん患者を対象とした手術前後のQOL、造血器腫瘍患者に対する化学療法とQOL、緩和ケアにおける代理人による症状評価尺度の信頼性検証、吃逆に対する漢方薬の効果検証の

試み、末期大腸がん患者の社会的役割に関する症例報告、であった。

6題中3題は、確立されたQOLや心理尺度を用いた、手術や化学療法の影響を調べる量的研究であった。使用尺度はQOLではFACT、心理尺度はHADSが主であった。いずれも、対象症例数は50例以下であり、研究デザインは前向きではあるが対照を置かないものであった。パターン分析を含めた経時推移の詳細な検討から貴重なデータが得られていたが、明確な結論を得るのに各発表者は苦勞をしていた。エンドポイントの多重性の問題やバイアスを排除するために、今後は可能な限りランダム化比較試験にチャレンジしていただきたい。

次に代理人による症状評価尺度の信頼性の検討について。確かに緩和医療においては、患者の主観を得ることが病状や倫理的問題から現実に難しいケースが多く、医療者や介護者などの代理人によるQOLや症状評価の需要は大きい。本演題では、医師と看護師それぞれ1名による医療者間の評価結果の相関係数が高い項目を残そうという試みがなされていた。医療者間の相関が高かった症状の中でも、例えば、疼痛、しびれ、全身倦怠感、など、医師が一般に過小評価することが広く知られている項目については、実際に完成された尺度の使用においては慎重に扱う必要があると思われた。

漢方薬の効果検証の試みについては、世界的にもまだ緒についたばかりと言えるが、エンドポイントの明確化とバイアスを排除するための工夫(対照症例の設定など)が課題である。

末期大腸がん患者の症例報告に関しては、司会者の物理的都合により拝聴することができなかったため、コメントを差し控えさせていただきたい。

全体としては、QOLに関する質の高い研究が近年わが国でも増えていることを実感した。

一般演題口演4

疼痛(1)

座長・報告：和歌山県立医科大学附属病院集学的治療・緩和ケア部 月山 淑

疼痛(1)のセッションにおいては6題の口演が行われた。西群馬病院看護部から塚越弥生さんが「麻薬鎮痛剤に関するイメージ調査に基づく効果的指導の検討」を発表され麻薬性鎮痛剤が使用患者でも寿命や混乱というイメージは持たれないが安全なイメージももたれていないことが解り、患者への正しい情報提供が重要であることを示した。前橋赤十字病院かんわ支援チーム須藤弥生さんは「持続フェンタニルの使用経験」として、フェンタニル持続静脈投与について腸閉塞、経口摂取不能、腎機能障害、モルヒネ副作用例で有効であることを提示された。横浜市立大学緩和ケアチーム田澤利治さんは「神経ブロック療法の適応と限界」で、薬物療法では難治性であった両下肢痛に対して、本人も同意の上でも膜下フェノールブロックを施行し良好な鎮痛を得たが、運動神経麻痺によるADL低下が患者の不満となった例を提示され疼痛緩和のもつ社会的な困難を感じた。香川大学奥山浩之さんは「疼痛の原因が門脈内血栓症であった胃癌癌性腹膜炎の一例」で、坦癌患者の疼痛が単なる癌性疼痛だけとは限らず、正しく原因検索を行いそれに応じた鎮痛が必要なことを提示された。大阪市立大学宮田妙子さんは「悪性疾患に伴う帯状疱疹及び帯状疱疹後神経痛14症例の検討」でそれぞれの全身状態や原疾患治療計画に配慮して適切なペインクリニック療法を選択する重要性を示された。亀田総合病院の関根龍一さんは「米国での癌性疼痛治療におけるメサドンの役割」で、現在日本では使用できないが、その有用性が高く、採用が待たれているメサドンについて、投与経路、代謝経路、代謝の個人差が大きいこと、薬剤としての特

性など詳しく報告された。身体的疼痛の鎮痛は緩和医療における最も基本的な苦痛除去であり、医療者として全力を尽くすべきことであると考えます。このセッションでの発表がその一助になることを願っています。

一般演題口演15

チーム医療(2)

座長・報告：大阪府立成人病センター 泌尿器科 目黒 則男

このセッションでは、異なった病院形態の中で活動する緩和ケアチームの現状とそれぞれのチームのかかえる課題が、検討報告された。

015-1は、がん難民救済のためには、一般病院での緩和医療の充実が必須であり、主治医主導型コンサルテーションチームが医師を育て、院内を啓蒙することで緩和医療の普及が達成されると報告した。

015-2は、コンサルテーションチームからの報告である。依頼件数を増やすために、リンクナースをもうけ、勉強会を開催した。オピオイド投与症例を薬剤部で把握し、回診した。また、看護師には緩和医療に専任できる時間を確保することで、負担を軽減している。年約400症例と多くの症例に介入することができた。

015-3は、大学病院における緩和ケアチームの報告である。チームへの依頼としては、疼痛緩和が多く、チームの認知率は上がっているが、依然としてオピオイドに対する偏見や認識不足が緩和医療の普及の妨げとなっており、教育の普及などが望まれた。

015-4は、急性期病院における緩和ケアチームの報告である。医師看護師による毎日の回診、週1回のカンファレンス、月1回のリンクナースとの勉強会などを通し、活動を普及させることで、年約300症例のコンサルトをうけた。また、化学療法との併用での依頼や手術前からの依頼が増加した。

015-5は、大学病院におけるコンサルテーション型緩和ケアチームの報告である。活動期間中約1000症例の死亡があり、チームが関与したのは30症例にすぎなかった。診療科によって依頼件数に差があり、オピオイドに関する知識にも違いを認めた。

015-6は、急性期病院における看護師からの報告である。入院時からプライマリ看護師を中心に、症状緩和を行い、在宅療養に向けての地域連携が必要である。そのためには、医療チームの充実と地域連携(尾道方式)を密にする必要がある。

チームの活動の報告から感じることで、病院によってチームの形態が違うことが認識できた。経験と反省の中からその病院にあった緩和ケアチームが、謙虚に再考され、再編される様子を知ることができ、スタッフの献身的な努力に感銘を受けた。院内でよりよい緩和ケアが提供され、地域に継続されることが今後の共通の課題と考えられた。

一般演題口演16

家族と遺族のケア

座長・報告：静岡県立静岡がんセンター 青木 睦恵

口演16は総会2日目に行われ、朝1番の発表に関わらず、会場外まで立ち見が出るほど多数の方が参加された。発表者も含めて、参加者は医師・看護師・ソーシャルワーカー・臨床心理士等の医療関係者などの多職種が参加された。また医療関係者であっても家族・遺族の立場としての意見や質問もあり、ひとつひとつの発表に対して深い関心が寄せられた。どの発表も様々な立場から、それぞれの現場での試みを発表された非常に内容の濃いものであったのでそれを報告したい。

第1題は、岡田順子先生(さくさべ坂通り診療所)らによる、「在宅ホスピスケアにおける予防的グリーフケアの可能性—遺族インタビューから要因分析の試み—」。遺族15名を対象とした第三者によるインタビューから、闘病中・または死後のグリーフケアの可能性について分析された。「予防的グリーフケア」という、患者の闘病中から家族へのグリーフケアを考える、まさに臨床現場に即した内容の発表であった。

第2題は、中釜浩美先生(春日井市民病院)らによる、「グリーフケアの重要性に即した1症例」。患者の死後、その家族からのニーズにより、家族と緩和ケアチームの面談が数回提供された。その数回の面談が、患者を看取ることができなかった家族自身の癒しにつながっていったことが伝わってくる深いケーススタディであった。

第3題は、嘉糠美津希先生(どちペインクリニック 玉穂ふれあい診療所)らによる、「有床診療所におけるグリーフ集会の意義と今後の課題」。無床診療所時代の頃から10年間に渡り行ってきたグリーフ集会(遺族会)の試みの発表であり、フロアからは遺族への呼びかけ方法や内容、参加費・運営資金等に渡り熱心な質問が寄せられ、各施設での遺族会への関心の高さが感じられる発表だった。

第4題は、寺岡亜紀先生(前信州大学医学部附属病院)らによる、「終末期患者における家族ケアを考える～30代の母・妻の役割を担う乳癌患者の事例を通して～」。患者家族の「生きる希望」が強く、病状や予後を伝えていくことが難しかったという事例報告であるが、常に患者家族に寄り添い、見守っている看護スタッフらによる適切なタイミングでの介入の様子が伺え、患者家族との密なコミュニケーションの大切さが伝わる発表であった。

第5題は、杉田温子先生(名古屋第2赤十字病院)らによる、「デスケースカンファレンスへの取り組み—チェックシート20例の分析—」。デスケースカンファレンスを1年間行った上でチェックシートを作成、内容を分析。その結果を患者が亡くなったあとのデスケースカンファレンスだけではなく早期からの看護介入に役立てようという、終末期看護の質の向上を目指した非常に前向きな発表であった。

上記5題それぞれの発表に対し、フロアからは熱心な意見・感想・質問が寄せられ、家族・遺族ケアへの思いや葛藤・取り組みを共有できた。このように参加者に有意義な気づきの機会を提供して下さった各発表者に心より感謝の意を表したい。

ポスターセッション P1D-1~P1D-11**リハビリテーション**

座長・報告：要町病院緩和ケア部 行田 泰明

このセッションでは、緩和ケアにおけるリハビリテーションの取り組みが 11 題報告された。D-1 は臥床状態の末期がん患者に姿勢分析を行い、ストレッチ、関節可動域訓練、触圧刺激、ポジショニングなどのリハビリテーションを施行することが QOL の向上につながるという報告であった。D-2 は呼吸苦に対するリハビリテーションマニュアルを作成することで、在宅でも一貫したリハビリテーションの継続が可能となり、QOL の向上に寄与したという報告であった。D-3 は化学療法を受ける患者にエクササイズを導入したところ、呼吸訓練やリラクゼーション効果をもたらしたという報告であった。D-4 はリンパ浮腫に対しリンパドレナージを中心とした治療を行い、同時に正しい知識の普及を図ることが QOL の改善につながるという報告であった。D-5 は理学療法士が緩和ケアチームの一員として、理学療法のみならず、心のケアを念頭においた介入を目標とすべきだという報告であった。D-6 は頭頸部癌患者の難治性頭痛や頸部締め付け感に対し、理学療法と薬物療法を組み合わせることで効果的な治療を行うことができたという報告であった。D-7 は院内緩和ケアチームの下部組織としてリハビリ科緩和ケアチームを立ち上げ、患者の QOL 向上に向けた活動を行っているという報告であった。D-8 は作業療法や音楽療法など多岐にわたる取り組みと今後の検討課題の報告であった。D-9 は病期や病状に応じたリハビリテーションを継続して提供することが、QOL の維持、向上に役立つという報告であった。D-10 は作業療法が全人的苦痛の緩和の一助となったという報告であった。D-11 は作業療法を行うことが ADL の改善のみならず、社会的苦痛の改善につながったという報告であった。いずれの発表も普段の真摯な活動の結果であり、会場でも活発な質疑応答が行われた。

ポスターセッション P1H-1~P1H-11**緩和ケアチーム(1)**

座長・報告：昭和大学病院緩和ケアセンター 樋口 比登実

各施設での緩和ケアへの積極的な取り組みを発表していただいた。いずれの施設もチームの存在に価値を見出すのではなく、活動実績を評価し、さらなる発展を目指しておられることが伝わった。活動開始するための院内スタッフのニーズの検証、実践チームの活動評価、活動報告、スタッフの緩和ケアへの意識・知識調査、治療期からの緩和ケアの導入として化学療法中患者へのオピオイドの導入及び服薬指導、疼痛治療標準化を目指すマニュアル作成、地域連携、チームの活動評価と実践に関するデータベースの構築、介護者の負担に関する研究など発表は多岐にわたっていた。マニュアル、データベースは各施設で試行錯誤しながら作成しておられる事と思うが、今回の発表を参考に進められると非

常に素晴らしいものが出来上がることであろう。介護者に関しては気に掛けてはいるものの・・・と考えておられる方が多いのではないだろうか。介護者に焦点を当てた研究が更になされなければならないと感じた。

現在、緩和ケア診療加算算定するための緩和ケアチーム、がん診療拠点病院の緩和ケアチーム、病院の質を保つためのボランティア緩和ケアチームなど各施設それぞれの目的で緩和ケアチームが活動している。収益のため、拠点を維持するため形だけのチームもあるとの話も伝わってくることもあるが、このセッションの発表からはそのようなことは皆無であると感じ安堵した。緩和ケアチームを立ち上げ数を増やす時代は終わり、チームの質を確保する時代に入ってきていることは間違い無いであろう。各施設に求められる、その施設にあった質の高い緩和ケアチームがこれからますます増加していくこと願っている。今回発表された方々の更なるご活躍・ご発展を心より祈っている。(2 題演者の変更があったが、健康を害しての変更でなければよいが・・・と思っている。)

ポスターセッション P1I-1~P1I-11

緩和ケアチーム(2)

座長・報告：財団法人 防府消化器病センター 防府胃腸病院 廣田 晴美

当セッションでは、11 題中 7 題が緩和ケアチーム(以下 PTC)の活動状況の分析および今後の課題に対する発表であった。琉球大学の赤嶺氏は医師の PTC に対する認知度や活用度、緩和ケアに対する知識や対応を明らかにして、今後の活動の示唆を得たことを報告された。大分大学医学部附属病院の赤峰氏はスタッフへの基礎知識の教育の重要性を強調された。市立伊勢総合病院の永田氏は病棟におけるチーム医療の実践をサポートした結果、チーム医療や情報交換のためのカンファレンスの重要性がスタッフに認識され、継続的な教育・関わり、職種間の交流や情報交換の大切さを報告された。福島県立医科大学の佐藤氏はスタッフの PTC への要望として、患者の精神的ケア、療養場所のコーディネート、家族ケアが多く、他職種間での連携の必要性を示唆された。徳島赤十字病院の郷氏は PTC への相談件数を増加させる試みとして、医師及び疼痛コントロール不十分な外来患者さらに地域の病医院に対する広報活動を紹介された。大阪医療センターの小川氏は PTC の介入時に化学療法中の患者の割合が増加していることより、外来からの早期介入が大切であると報告された。介入を早期に行う方法として那覇市立病院の藤本氏はリンクナースとの連携を挙げられた。また早期介入のメリットを生かすためには、地域連携システムの構築が必要であると報告された。

PTC による介入効果の発表は 2 題であった。新日鐵広畑病院の松本氏は PTC が病棟スタッフをサポートすることにより、個別性のあるケアを最期まで多面的に行うことができた事例を報告された。大阪府立成人病センターの三田氏は院内メールの活用、緩和ケア専用カルテ用紙や患者 1 名に対して PTC より担当医 2 名、担当看護師 1 名が受け持つスタイルを導入したことにより、効果的なケアを提供することが可能になったことを報告された。

仙台医療センターの佐藤氏は PTC における薬剤師の取り組みとして、オピオイドに関する患者向けパンフレットと個々の鎮痛薬説明書を作成したことを紹介された。市立豊中病院の松山氏は PTC における看護師の取り組みとして、ツ

ールを導入して各病棟に配置したうえでラウンドしたことにより、病棟看護師からの相談件数が増加し効果的な介入が行えたことを報告された。

いずれの発表も様々な体制の中でスタッフが積極的に PTC 活動に取り組まれていることがうかがえ、今後の PTC 活動のさらなる発展を期待させる内容であった。

ポスターセッション P1K-1~P1K-11

緩和ケアチーム(4)

座長・報告：医療法人立花病院ホスピス 藤川 晃成

全国各地のがん拠点病院の緩和ケアチームの立ち上げの現状と課題が、熱っぽく語られた。その中で印象に残ったことを紹介する。島根大学付属病院ではチームがしっかりしていたので途中から専従医師が不在となっても、活動は大きな変動無く継続できた。社会保険中京病院では緩和ケアチーム発足後、がん患者の有痛率が 36%から 16%まで減少した。国際医療福祉大学三田病院では、立ち上げ初期から WHO 方式の疼痛治療法導入率の向上と、鎮痛補助薬処方が増加した。一方各施設でケアチームの発足で勉強会やカンファレンスを開催しても、全体に医師の参加が少ないことが課題であった。また熱心な医師の移動に伴い活力が低下した例が見られた。そしてやはり院長など病院のトップの意気込みと積極的な関与がチームの活性化や病院全体への緩和ケアの浸透に大きく関係していることが示されていた(とくに外部講師の招聘、内部の専門家による勉強会の立ち上げに病院全体としての支援)。また専従者の存在や緩和ケアチーム内でのコミュニケーションとしての独自マニュアル作成も発展のポイントになると思われる。住友病院ではトップの意気込みの下、他院のアドバイスを下にアンケートを実施し、麻薬などの知識が乏しいという結果では薬剤師を中心に緩和ケアマニュアルを作成。その後モデル病棟を作り、症例検討会の開始、ケアチームの存在の周知と知識拡大のために院内で緩和ケア大会を開催し、外部講師の講演、アンケート結果の公表、症例検討の報告、院内医師による疼痛コントロールの講義、緩和マニュアルの配布など実施して、スタートは順調という。セッションでの今後の課題として、さらなる医師への啓蒙と、在宅支援や転院などの療養場所のスムーズな移動の選択に対する情報の充実、助言などの社会的支援と、スピリチュアル・ケアの発展、充実などが重要となっていると感じられた。

ポスターセッション P1P-1~P1P-12

在宅医療 (2)

座長・報告：かとう内科並木通り診療所 加藤 恒夫

本セッションは、がん対策基本法のもとにがん対策推進基本計画が閣議決定された直後だけに、各地で積極的に在宅医療に取り組む多くの発表者と聴講者を集めた。

発表者は病院・診療所・訪問看護ステーションと多彩で、かつ、テーマも「病診連携」「地域プライマリケアチーム連携」「症状管理」「症例報告」「在宅医療の法的考察」と多岐にわたった。

緩和ケア病棟からは、地域連携における緩和ケア病棟の役割が考察され、病診連携を射程に入れた、入院中から在宅への準備の必要性が述べられた。

「地域内連携」では、連携して円滑な在宅ケアを運営するための現実的な処置上の工夫や、専門医との連携による在宅ケア円滑化の試みが報告された。

「症状管理」では、ブロックや持続硬膜外麻酔等の手技の応用が紹介された。

「法的考察」では、在宅死に対する主治医の行うべき法的義務遂行の考察や、自宅で急変した患者が救急搬送され死亡したときに検視を免れる工夫が報告された。

まとめ：

(1) 今後の社会的課題は、在宅ケアを促進するための「地域連携」であることは自明である。その既視感もあったからであろう、各発表には、在宅ケアを遂行していく様々の工夫と熱意がこめられていた。しかし、発表された病診連携・診療連携の症例数はまだまだ少なく、具体的問題が見えてきにくいという印象は否めなかった。

今後の課題は、各地の実状に合わせて地域モデルを作り上げ、症例を増やし、それぞれのモデルの特徴をより現実にそくしたものと磨きあげることであろう。そのためには、各地の病院側と地域側とがそれぞれの立場から、地域連携を前にして直面する各々の問題点を分析し、すり合わせる必要があると思われる。

(2) 今回の大会は参加者が4000人を超える大集会となった。そのためか演題が多く発表時間の制約があり、十分な内容の提示と質疑ができなかった。巨大化した本学会の今後の発表のあり方が問われている。

ポスターセッション P1Q-1~P1Q-10

事例(1)

座長・報告：高崎健康福祉大学看護学部看護学科 岩崎 紀久子

本セッションでは疼痛コントロールから緩和ケアチームの取り組み、家族ケアなど、多岐にわたる10つの事例報告がされた。

第1席の渡辺氏は、頸部リンパ節転移に伴う難治性疼痛を有する咽頭癌患者に対するきめ細かな薬物調整により、2度の在宅移行が実現した症例報告を行った。第2席の塚本氏は、皮下埋め込み型ポート挿入患者に対する術前後の訪問を通じた手術室看護を緩和ケアの視点から発表した。第3席の土手氏は、オピオイドの増量に伴う paradoxical pain を引き起こした患者に、ミダゾラムを投与して一時的鎮静をはかり、疼痛の増強を抑えることができた症例報告をした。第4席の菅野氏は、多発神経線維腫で疼痛や呼吸困難など多様な症状のある20歳代の患者に対して緩和ケアチームが積極的に関わり、在宅療養が再開できた事例を報告した。第5席の大沼氏は、進行癌で呼吸不全を併発した患者に対して、突然の症状悪化からやむを得ず人工呼吸器を装着し離脱することができた3症例の報告をした。第6席の西本氏からは、膀胱癌末期患者に対するメトロニダゾーム膀胱内注入が臭気改善に有効であり、副作用とみられる症状発現もなかった1症例の報告がされた。第7席の川岸氏からは、乳癌再発・転移のために入退院を繰り返す40歳代の患者に対して、自己決定を支えるという視点から「意思決定プロセス要素」を用いて分析し、その人らしさを支える援助を行った報告がされた。第8席の深野氏は、緩和ケア対象であってもまだ予後が期待できる患者の予想外の急変に対して、医療者と家族の信頼関係を構築し家族ケアを展開した3事例の報告を行った。第9席の大戸氏からは、喉頭癌で喉頭摘出した患者の症状悪化に伴う嚥下困難で疼痛コントロールが難渋した症例に対する、多職種からなる医療チームの関わりのプロセスについての報告がされた。最後の第10席の竹内氏からは、頭頸部癌再発に伴う難治性の頭頸部痛に対して、オピオイドなどの疼痛コントロールと共に理学療法を加えることによって、筋緊張緩和と循環改善、リンパ管の側副路の流れの促進ができた2事例の報告がされた。

いずれの演題も持ち時間5分という限られた時間の中で活発な意見交換がされ、このような事例の積み重ねが質の高い緩和ケアの提供につながることを実感したセッションであった。

ポスターセッション P2B-1~P2B-9, P1S-1

その他(2)

座長・報告：元高知女子大学看護学部 鈴木 志津枝

その他(2)のセッションでは、各施設の緩和ケアの取り組みに関する10題の発表がなされた。岡山大学病院の三宅百合江氏は、膀胱がん患者の治療選択には、患者自身の『自律心の存在』『楽観的思考』『医師への絶対的信頼』『他者との関係性』『健康・生への執着心』『今後の生き方』の6つの要因が影響していたと報告された。

中通総合病院の荻安真佐美氏は、リンパ浮腫患者に対する複合的理学療法を実践し Performance Status が有意に改善した成果に基づき、リンパ浮腫ケア部門を開設し、現在は自由診療による治療システムが安定してきている実態を報告された。

東京都立駒込病院の新井敏子氏は、情報提供とがん患者相談支援センター機能を持つ「医療情報 相談室」でのがん看護専門看護師の活動として、がん治療の紹介や説明、治療選択の支援、治療や症状に関する相談、他部門との連絡調整、病棟-外来-在宅への継続的な看護が提供できるような支援等について報告された。

藤枝市立市民病院の大久保和美氏は、緩和ケアチームメンバーの歯科衛生士が死後の患者に対するエンゼルケアとして専門的口腔ケア(義歯の装着や口腔内保清)を実施し、生前の面影を取り戻すことができ家族の思いに応えることができたと報告された。

独立行政法人国立病院機構東京医療センターの飯野裕佳子氏は、一般総合病院外科病棟でのホスピスケア認定看護師に対する医師や看護師、家族からの相談内容を整理し、がん性疼痛に対する薬物療法、症状緩和の方法、日常生活援助方法、在宅療養時の社会資源の活用に関する内容が多かったと報告された。

三豊総合病院の青木紀子氏は、緩和ケア病棟でエンゼルケア充実に向けて、エンゼルケア・メイクの勉強会やメイク道具の導入、ケアの見直しを行った結果、看護師のエンゼルケアの重要性の認識や満足感、グリーフケアの一環としての意識が高まったと報告された。

筑波大学附属病院の外山美紀氏は、看護師のがん患者への関わりについて STAS-J を用いて評価しカンファレンスで検討した結果、身体症状以外の 8 項目では評価不能のままが多く、積極的な介入がなされていなかったことが明らかになったと報告された。

医療法人白十字会佐世保病院の碓秀樹氏は、緩和医療の実践を通して特に忘れられない 4 組の患者や家族の言葉を紹介し、その言葉や患者や家族への関わりが意味する内容、痛みの理解や予後告知の対象と時期の慎重な検討、チーム医療の素晴らしさ、緩和医療へのギアチェンジのタイミングの重要性などを教訓として報告された。

兵庫県立成人病センターの野木幸子氏は、呼吸器内科病棟に所属するホスピスケア認定看護師の活動、すなわち IC 及び意思決定への関わり、治療の副作用や進行に伴う症状のマネジメント、家族ケア、スタッフ教育、医師との連携・調整、相談などの緩和ケア実践が、スタッフの実践や患者・家族の病状説明後の衝撃や苦痛の緩和等に肯定的な影響がもたらされていると報告された。

山陰労災病院の井隼孝司氏は、化学療法や放射線治療の適応外となった進行・再発がん患者 7 名に対しラジオ波凝固療法を実施した結果、疼痛緩和や腫瘍に起因する臓器圧迫症状や静脈還流障害による浮腫も改善が見られ、ラジオ波凝固療法は症状緩和や QOL の向上に有用であったと報告された。

ポスターセッション P2C-1~P2C-10**緩和ケア病棟(以下PCU)での患者ケア**

座長・報告：聖路加国際病院 高橋 美賀子

当セッションでは 10 題の演題発表があり活発な質疑応答がなされた。1 題目の謝花氏からは PCU 看護師の死生観とターミナルケアにおけるアウェアネス及びケア行動との関連について、質問紙調査の結果から、「魂の永遠性」を信じる看護師は心的負担を感じておらず、「生への消極性：生きることは苦しい」と感じる看護師は患者訪室などに心的負担を感じる傾向があり、「生死一如：生と死は隣り合わせ」と感じている看護師ほど「その人らしさの支援：疼痛緩和・患者の希望を聴く」のケア行動をとっていない傾向との報告がされた。今後、臨床や教育での適用が課題と思われた。2 題目の深沢氏からは PCU における転倒・転落のリスクマネジメントについて、院内システム整備と看護師教育によりリスクを予測できたケースが増加したと報告された。今後は予防対策の徹底と患者の自由度を高めた場合のリスクを最小限にするシステム整備等が課題であると述べられた。3 題目の宮脇氏からは、舌苔のある患者にキウイフルーツ・パイナップルを用いて口腔ケアを行い、両者で舌苔除去の効果が得られたことが報告された。4 題目は高橋氏から、ホスピス・PCU での鎮静にかかわる看護師の抱える問題について報告があり、810 名へのアンケート調査で「鎮静を開始する際に困ったり不安を感じた」が 79%、「鎮静に関して抱えている問題やストレスがある」82%などの結果が得られ、経験・年齢に関係なくストレスを抱えながら鎮静に関わっている実態が浮き彫りになった。5 題目の長尾氏は、亡くなった患者のカルテからお別れの言葉を抽出し分析した結果、お別れの言葉の多くが予後 1 週間前後で発せられており、患者・家族ケアに役立つ可能性があることが示された。

6 題目の高田氏からは、現状を受け入れられず麻薬にも抵抗があった患者に対して、看護師が寄り添い共感的態度で接することなどでギアチェンジをスムーズにすることができた事例を通し、いかにがんと共存できるかを共に考えていける支援者であることが看護師に求められる役割であるとの発表があった。7 題目には薬剤師の天下氏より、嚥下障害のある患者に対しバルブロ酸シロップの凍結投与を行ったところ、血中濃度には差がなくてかん発作も生じなかったとする研究結果が発表された。今後、他剤での検討も期待される。8 題目は松原氏より、看取り期の患者の口腔ケアにプロベト軟膏にアズノール含嗽液を加えて使用したところ、5 名全員が乾燥の軽減を認め、口臭が消失した等の効果が認められたことが示された。9 題目の松林氏は、ある患者との関わりの中で、思いの傾聴や外泊の調整などを通して自己決定を支えたことをペプロウの理論を用いて分析し、患者が自分らしく生きるためには患者-看護師間の人間関係の成立が不可欠であると報告した。10 題目には星野氏より、初めて PCU で受持看護師となり関わり方に戸惑った事例について報告が行われた。皮膚処置時の痛みが強く、ケアに疑問を持ちながらも他のスタッフにも相談できず、患者・家族の想いも確認できず、悔いが残った症例を通して、患者・家族、スタッフに感じたことを言葉にし共に考えることが大切であると実感したことが報告された。

全体を通して、どの施設も様々な悩みを抱えながらも、熱心にケアを提供している姿が感じられるセッションであった。

ポスターセッション P2F-1~P2F-7

悲嘆のケア(2)

座長・報告：岡山済生会総合病院 大塚 千秋

このセッションでは、遺族の悲嘆やがん患者の家族の心理と支援についての研究と取り組みが報告された

P2F-1：遺族の患者を看取るまでの後悔として、やってしまった後悔とやらなかった後悔に焦点をあてて精神的健康との関連をみた報告であった。人生に関連した後悔は、やらなかったことに後悔が多く、精神的にも不健康であることが報告された。

P2F-2：夫を看取った壮年期の妻の心理について、余命判明時は受容と否認の葛藤の中にあり緊張感が強く、病状悪化時には夫を気遣いながら希望をかなえたいと願い、看取りの時には緊張感が途切れることを報告された。

P2F-3：意思表示が困難であった患者の息子の心理過程とニードの関連について報告された。危機に陥った場合の支援はそれぞれの段階に応じた対応が求められ、心理過程を明らかにし根拠に基づいて支援することの重要性を示唆された。

P2F-4：グリーフケアの一環として死後の入浴を実践したことにより、家族と医療スタッフのケアの満足度が上がったことを報告された。看護師の努力に感心するとともに定着するための課題や問題を検討することが今後必要であると思われた。

P2F-5：患者の配偶者がアロマセラピーマッサージを患者に行うことで、配偶者の予期悲嘆の促進を支える介入として有効であることが報告された。配偶者だけでなく患者の癒しにもつながったと考えられるが、特性から対象者が限られ定着することの困難さがあると思われた。

P2F-6：患者の死後1ヶ月を経過して心情を吐露してきた家族の怒りに対し、思い込みをなくし家族の思いを一つひとつ確認しながら、真摯に受け止めかかわることの重要性を報告された。怒りは悲嘆の過程として受け止めることも重要であると思われた。

P2F-7：壮年期の患者の母親へのかかわりを振り返り、意思決定の支援のあり方について検討された。家族が気持ちを表出できるよう関わることで信頼関係を築き、介護への参加の機会を作って家族らしい過ごし方ができるようかかわることが重要であると報告された。

いずれの発表も興味深く、家族や遺族の心理的援助にかかわる意欲的なものであった。家族や遺族を思う医療者の気持ちや努力を賞賛するとともに、今後更に力を入れていく分野として今後の発展を期待したい。

ポスターセッション P2R-1~P2R-10**事例(5)**

座長・報告：高知女子大学看護学部 藤田 佐和

終末期の患者・家族への援助について 10 事例の報告があった。それぞれの事例から、(1) 緩和ケアチームでの取り組み、(2) 症状や疼痛コントロール、(3) 実践への理論活用成果、(4) 希望や生、意思決定を支える援助などについて、発表者と参加者が共に学ぶことができたセッションであった。

上尾中央総合病院の中野氏からは、緩和ケアチームで取り組んだ急激な疼痛の増強に対してチームで症状コントロールを行ったが対応に難渋した事例の報告があり、参加者は告知との関連を含むメンタルケアの重要性を再認識できた。旭川厚生病院の鈴木氏は、疼痛コントロールが図れても退院に不安を持つ事例にチームで関わることで、患者・家族が主体的に自宅での生活を選択し退院できたことを報告した。埼玉医科大学総合医療センターの春川氏は、患者が疼痛コントロールに参加することで除痛が図られ、患者の希望を支えることができることを、市立長浜病院の岩本氏は、一般病棟での緩和ケアは可能で、疼痛コントロールを目指して取り組めば、安楽な時間は少なくとも、患者・家族が望んだ生きるための時間を延長できることを報告した。さらに三州病院の横山氏は、上気道狭窄の可能性のある肺癌患者においては体位変換という行為が致死状況を招く危険性を報告し、参加者は体位変換というケアについて考えさせられた。

松江市立病院の井原氏は、患者がこれからの生き方について意思決定できるようにセルフケア理論を活用して支援したことで成果が得られたことを報告した。佐世保共済病院の藤澤氏は、ターミナル期の患者・家族への関わりについて危機モデルを用いて振り返り、モデルを活用することで患者・家族のその人らしさを尊重した援助ができることを示し、参加者は実践への理論活用の有用性について学んだ。

和歌山県立医科大学附属病院の前田氏は、“残された時間”の患者・家族と医療者の認識のずれを分析したうえで望みを叶える援助の必要性を、訪問看護ステーションあたごの安岡氏は、在宅でのターミナル期を支える立場から、事例を通して医療機関との連携と在宅支援のあり方について課題を提示し、患者・家族がよりよい選択が可能となる支援の必要性を、米子医療センター矢倉氏は、余命数ヶ月でありながらも積極的治療を望み続けた事例に対して、最後まで患者・家族の意向を尊重し思いを受け止め支えることの大切さを報告し、参加者は患者・家族の希望や生、意思決定を支える援助の重要性を再確認できた。

いずれの事例も、緩和ケアに有用な臨床知の源泉、蓄積を示唆する有意味な報告、今後の実践の方向づけとなる内容であった。

日本の緩和ケア病棟におけるメチルフェニデート(リタリン®)の使用の実態

埼玉県立がんセンター 緩和ケア科 松尾 直樹

Matsuo N, et al. Physician-reported practice of the use of methyphenidate in Japanese palliative care units. *Journal of Pain and Symptom Management* 2007; 33(6):655-6.

メチルフェニデート(リタリン®)は中枢神経刺激薬として、進行がん患者の抑うつ状態、オピオイドによる傾眠、全身倦怠感、臓器不全による低活動型せん妄、脳腫瘍による認知障害に対して使用されており、その有用性がいくつか報告されている。しかし、最近の全身倦怠感に対するメチルフェニデートのrandomized controlled trialでは、プラセボと比較して有意差がなかったとの報告もあり、一定の見解が得られていない。本邦において、メチルフェニデートを用いた介入試験を行う前に、その使用の実態を把握するための全国調査を行った。

【方法】

日本ホスピス緩和ケア協会に加盟しているホスピス・緩和ケア病棟163施設の医師に質問紙を送付した。

【結果】

回収率69%。メチルフェニデートを使用している施設は91施設(81%)であった。入院患者のメチルフェニデートの使用率は1-50%で、28施設(31%)で5%未満、28施設(31%)で5-9%、20施設(22%)で10-19%、15施設(16%)で20%以上であった。開始量は中央値10mg(範囲5-30mg)、維持量は中央値20mg(5-60mg)であった。抑うつ状態、傾眠、全身倦怠感、低活動型せん妄、脳腫瘍による認知障害に対して、どの程度、メチルフェニデートを適応と考えているかを質問した結果、予後が数ヶ月と考えられる場合、メチルフェニデートを「適応とする」「積極的に適応とする」とした症状はオピオイドによる傾眠(90%)、抑うつ状態(56%)、全身倦怠感(48%)、脳転移による認知障害(4.4%)。予後が数週と考えられる場合、「適応とする」「積極的に適応とする」とした症状は、オピオイドによる傾眠(77%)、抑うつ状態(48%)、全身倦怠感(39%)、低活動型せん妄(8.8%)、脳転移による認知障害(3.3%)。予後が数日と考えられる場合、逆にメチルフェニデートを「適応としない」「例外的に適応とする」がいずれの症状においても大部分を占めた。

【考察】

多くのホスピス・緩和ケア病棟においてメチルフェニデートが使用されている実態が明らかになった。投与量は施設間で差は少なかった。また、概ねオピオイドによる傾眠に対しては予後が数週から数ヶ月の場合は適応と考えていた。一方、予後が数週から数ヶ月の場合の抑うつ状態と全身倦怠感については意見が分かれており、今後、根拠に基づいた議論が必要と考えられた。

【コメント】

本研究の自由記述では「メチルフェニデートは抑うつを伴った倦怠感に有効だと思う」(n=17)「オピオイドによる傾眠を伴った倦怠感に有効だと思う」(n=9)といった意見のほか、「倦怠感には有効とは思わない」(n=7)という意見もあり、コンセンサスは得られていないようでした。そこで、現在、メチルフェニデートがどのような患者の倦怠感に有効なのか(例えば、抑うつ状態の患者、臓器不全の患者など)を探索する多施設前向き研究を予定しています。ご関心をお持ちの方はメールにてご連絡ください(研究責任者：埼玉県立がんセンター 松尾 直樹 matsuo[アットマーク]cancer-c.pref.saitama.jp)。

書評

がん闘病とコメディカル医療最前線からの提言

著者：福原麻希(講談社現代新書 1894)

カレスアライアンス 天使病院 外科 中島 信久

がんで闘病中の患者さんから「がんについて相談できるところがない」とか「身体とともにこころが辛い」といった言葉がしばしば聞かれます。医師の診療という限られた場面だけでは、十分なこころのケアを受けることは難しいのが現状です。ところで、病院の中には看護師、ソーシャルワーカー、心理士など、こころのケアや相談にのってくれる多くの職種のスタッフが働いています。しかし実際に彼らがどのような内容の仕事をしているのか、どういったことを期待できるのかなどといったことについては、一般の方々や患者さんにあまり知られていません。

本書では15職種から18人のコメディカルの方々を紹介し、患者さんやご家族が治療やケアを受けていく中で、困ったときに相談できるきっかけづくりをすることを目指しています。看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーなど、以前より良く知られている職種に始まり、管理栄養士、音楽療法士、作業療法士、さらには医療コーディネーターや臨床試験コーディネーターなど、最近その活動が充実してきている職種も広く取り上げています。彼らの仕事の内容を紹介するとともに、実際にどのようにして患者さんと関わっているのかを、事例を通して具体的に示しています。それぞれの分野の第一線で活躍されている方々ばかりで、本学会における活動などを通して、お馴染みの方も少なくありません。そうしたことから、より一層の親近感を持って読まれる読者の方も多いことでしょう。

著者は「治療や闘病で困ったときは、コメディカルに相談しよう」と提案します。さらに、がんと向き合っていく中で、「あなたはひとりじゃないですよ」というメッセージを伝えようとしています。患者さんやご家族に、がんに対する治療やケアの様々な場面で困りごとが生じた際に、彼らが一緒に悩み、考え、解決の手助けをしてくれる良きサポーターとなることで、その人の生き方が豊かで満足のいくものになることが期待されます。

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7月～2007年9月到着分まで)

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

聖隷三方原病院 緩和支援治療科 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。

Milazzo S, Lejeune S, Ernst E. Laetrile for cancer: a systematic review of the clinical evidence. *Support Care Cancer*. 2007; 15(6):583-595.

Lee MS, Pittler MH, Ernst E. Is tai chi an effective adjunct in cancer care? A systematic review of controlled clinical trial. *Support Care Cancer*. 2007; 15(6):597-601.

Dorman S, Byrne A, Edwards A. Which measurement scales should we use to measure breathlessness in palliative care? A systematic review. *Palliat Med*. 2007; 21(3):177-191.

Ferrell B, Connor SR, Cordes A, et al. The national agenda for quality palliative care: The national consensus project and the national quality forum. *J Pain Symptom Manage*. 2007; 33(6):737-744.

Chang CH, Boni-Saenz AA, Durazo-Arvizu RA, et al. A system for interactive assessment and management in palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2007; 33(6):745-755.

Temel JS, Jackson VA, Billings JA, et al. Phase II study: Integrated palliative care in newly diagnosed advanced non-small-cell lung cancer patients. *J Clin Oncol*. 2007;25(17):2377-2382.

Mantani T, Saeki T, Inoue S, et al. Factors related to anxiety and depression in women with breast cancer and their husbands: role of alexithymia and family functioning. *Support Care Cancer*. 2007;15(7):859-868.

Lau F, Cloutier-Fisher D, Kuziemy C, et al. A systematic review of prognostic tools for estimating survival time in palliative care. *J Palliat Care*. 2007;23(2):93-112.

Kay S, Husbands E, Antrobus JH, Munday D. Provision for advanced pain management techniques in adult palliative care: a national survey of anaesthetic pain specialist. *Palliat Med*. 2007;21(4):279-284.

Parker SM, Clayton JM, Hancock K et al. A systematic review of prognostic/end-of-life communication with adults in the advanced stages of a life-limiting illness: patient/caregiver preferences for the content, style, and timing of information. *J Pain Symptom Manage*. 2007;34(1):81-93.

Teunissen SCCM, Wesker W, Kruitwagen C, et al. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *J Pain Symptom Manage.* 2007;34(1):94-104.

Saxby C, Ackroyd R, Callin S, Mayland C, Kite S. How should we measure emesis in palliative care? *Palliat Med.* 2007;21(5):369-383.

Keshinbora K, Pekel AF, Aydinli I. Gabapentin and an opioid combination versus opioid alone for the management of neuropathic cancer pain: a randomized open trial. *J Pain Symptom Manage.* 2007;34(2):183-189.

Hancock K, Clayton JM, Parker SM, et al. Discrepant perceptions about end-of-life communication: a systematic review. *J Pain Symptom Manage.* 2007;34(2):190-200.

From Japan : 日本からの論文です

リタリン®の使用実態

Matsuo N, Morita T. Physician-reported practice of the use of methylphenidate in Japanese palliative care units. *J Pain Symptom Manage.* 2007; 33(6):655-656.

村田理論に基づく看護師への教育介入

Morita T, Murata H, Hirai K, et al. Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a validation study and nurse education intervention trial. *J Pain Symptom Manage.* 2007;34(2):160-170.

輸液のガイドライン

Morita T, Bito S, Koyama H, Uchitomi Y, Adachi I. Development of a national clinical guideline for artificial hydration therapy for terminally ill patients with cancer. *J Palliat Med.* 2007;10(3):770-780.

大学病院における緩和ケアチームの現状

Miyashita M, Nishida S, Koyama Y, et al. The current status of palliative care teams in Japanese university hospitals: a nationwide questionnaire survey. *Support Care Cancer.* 2007;15(7):801-806.

リスペリドンの制吐剤としての有用性

Okamoto Y, Tsuneto S, Matsuda Y, et al. A retrospective chart review of the antiemetic effectiveness of risperidone in refractory opioid-induced nausea and vomiting in advanced cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2007;34(2):217-222.