



Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会

ニューズレター

38

February 2008

JSPM 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

日本緩和医療学会に期待されること

広島大学大学院・精神神経医科学 山脇 成人

日本緩和医療学会の第1回総会が柏木哲夫会長の下で1996年7月に札幌市で開催されて以来、本学会は13年目を迎える。筆者は発起人として設立にかかわりともに歩んできたので、この間の本学会の成長を実感している。本学会がわが国の緩和医療の重要性に関する啓発に大きく貢献してきたが、これからは具体的な緩和医療実践の普及と人材育成にどう貢献するかが問われている。

本学会の活動に最も共感したのはがん患者・家族であり、その声にも押されて2007年4月からがん対策基本法が施行された。この法律では、がん医療における緩和医療の重要性は明文化され、自治体もがん診療連携拠点病院を中心に緩和医療を推進する責務が明確に記載されている。しかしながら、がん患者・家族の期待に応えるだけの人材が養成されておらず、がん医療現場では緩和ケアチームなど形だけが先行して中身が伴わず、混乱を来しているのが現状である。

人材は一朝一夕に育成できるものではないので、その体制整備や教育プログラム作成が急務であり、人材育成に関して本学会に対する期待は大きい。すでに教育研修委員会やガイドライン作成委員会が活発に活動しているが、各委員の負担も急増しているので、会員の皆様の協力を強くお願いしたい。また、大学医学部、保健学部、薬学部、心理学領域などにおける緩和医療教育カリキュラムの充実も不可欠である。文部科学省もがん専門の医師、看護師、薬剤師の養成のためのプログラムとしてがんプロフェッショナル養成プランを昨年度から実施しているが、まだ十分に機能しているとは言い難く、緩和医療に関しては本学会との有機的な連携が必要である。

本学会員はこの数年急速に増加し、6,000名を越える大規模学会に成長している。規模が大きくなることはよいことばかりではない。緩和医療は本来、患者と医療従事者が1対1の関係性の中できめ細かく行う地道な医療行為であるが、学会が大きくなると必然的にお互いの顔が見えにくくなり、マニュアルやガイドラインが一人歩きする危険性がある。また、大都市でしか学会が開催できなくなり、会場も大きくイベント化しやすくなりがちである。本学会の目的を実現するためには、患者一人一人に行き届く緩和医療を基本原則として、徹底した症例検討、チーム医療のあり方、在宅医療への展開などについて議論する場を大切に確保する必要がある。また、大都市でなくても参加できるワークショップなども会員の声に耳を傾けながら企画することも忘れてはならないであろう。

Current Insight

院内シンポジウム 「私が考えるギアチェンジ」を開催して

聖路加国際病院がん看護専門看護師 中村 めぐみ

聖路加国際病院では、毎月1回各診療科が持ち回りで症例を提示し、多職種で検討するターミナルケアカンファレンスを長年にわたり継続している。

さらに今年度は新しい試みとして、日頃問題となることが多い「がん治療から緩和ケアへの移行」をテーマとしたシンポジウムを企画した。

シンポジストは消化器外科・乳腺外科・呼吸器内科・小児科の医師、婦人科／泌尿器科病棟の看護師で、コメンテーターは血液内科と緩和ケア科の医師、リエゾン精神看護師、司会はソーシャルワーカーと私がん看護専門看護師が務めた。

印象に残ったシンポジストの発言を挙げると、「緩和ケアはターミナルケアではなくトータルケアである。がん患者を対象としたある統計では、5%の治療効果が期待できるなら70%の患者がやってみたいと感じていた」「がん医療では患者の症状を取ることが目的であり、その方法ががん治療の場合も緩和ケアの場合もある」「治療からケアへのギアチェンジではない。最期まで2本立て、パラレルな関係であるべき。患者がどうして良いかわからないことで不安に陥らないよう医師はナビゲートする立場にある」「積極的治療から緩和ケアへの移行をいつ誰が決定するか？医師の説明の仕方に拠るところも大きい。看護師は患者の意思を確認する役割を担うが、方針についても医師と一緒に考えたいと思っている」などがあった。

共通していたことは、ある時点でがんに対する治療から苦痛症状の緩和ケアに切り替えるのではなく、キュアとケアは同時に並行してなされるべきこと、いずれにしても患者にとって益となることをめざすという考え方であった。

この場を通じて、がん患者の治療・ケアによく携わる様々な診療科の医療者が日頃どのように考えているかを知り合うことができた。また、会場に溢れるほどの職員が集まり、次々と意見が出されたことから、このテーマに対する意識の高さが窺われた。

単に治療を断念させるのではなく、個々の患者の意思を尊重し、QOLを維持するためには、病院全体が一つのチームとなって、職種や診療科の壁を越え、様々な専門領域のメンバーが協働していく必要があること、そこへ向いつつあることが示唆された。

Current Insight

終末期がん患者の不眠に対するミダゾラム、フルニトラゼパムの点滴静注法：日本における多施設研究

埼玉県立がんセンター 緩和ケア科 松尾 直樹

Matsuo N, Morita T.

Efficacy, safety, and cost effectiveness of intravenous midazolam and flunitrazepam for primary insomnia in terminally ill patients with cancer: a retrospective multicenter audit study.

Journal of Palliative Medicine 2007;10:1054-1062.

日本ではミダゾラムとフルニトラゼパムの点滴静注が、がん患者の不眠に対してしばしば施行されている。しかし、それらの有用性に関する研究はされていない。ミダゾラムとフルニトラゼパムにおいて有効性、安全性、耐性、対費用効果について比較するために、多施設研究を行った。

【対象】

緩和ケア病棟18施設において不眠に対してミダゾラムまたはフルニトラゼパムの点滴静注を施行したがん患者。

【方法】

多施設共同後ろ向き研究(カルテ調査)

【結果】

各施設におけるミダゾラムまたはフルニトラゼパムの点滴静注の施行率は死亡退院患者の1.9~44%(中央値15%)。ミダゾラムの点滴静注を施行した患者は104名、フルニトラゼパムの点滴静注を施行した患者は59名であった。

投与期間(中央値)はミダゾラム群6日、フルニトラゼパム群9日。初回投与量(中央値)はミダゾラム群10mg/一夜、フルニトラゼパム群2mg/一夜。最大投与量(中央値)はミダゾラム群18mg/一夜、フルニトラゼパム群2mg/一夜。

初回投与の有効率はミダゾラム群(91%)がフルニトラゼパム群(81%)に比べ、高い傾向にはあったが、統計学的な有意差は認めなかった($p=0.08$)。ミダゾラム群、フルニトラゼパム群において持ち越し効果(34% v. s. 19%)、夜間譫妄(12% v. s. 10%)、翌朝の譫妄(11% v. s. 15%)、投与中止(4.8% v. s. 1.7%)、治療関連死(0% v. s. 0%)に有意差はなかったが、フルニトラゼパム群(17%)はミダゾラム群(3.8%)に比べ有意に呼吸抑制の頻度が高かった($p<0.01$)。

投与期間と最大投与量は両群とも相関したが、ミダゾラム群のほうが相関関係が強かった。14日以上投与した患者において、増量率はミダゾラム群のほうが有意に高かった($p<0.05$)。

初回投与および最大投与時の費用はミダゾラム群のほうが有意に高かった($p<0.001$)。

【結論】

ミダゾラム、フルニトラゼパムの点滴静注は有効性、呼吸抑制を除く有害事象においてはほぼ同等であるが、フルニトラゼパムのほうがより費用が安く、耐性が少ないことが示唆された。これらの示唆を検証するための前向き比較試験が必要である。

【コメント】

このような不眠に対する鎮静薬の点滴静注法は、以前のアンケート調査(J Pain Symptom Manage 30;301-302, 2005)で明らかになったように、本邦では80%の緩和ケア施設で施行されていますが、海外ではほとんど行われていない方法のよ

うです。今後、このような本邦において経験的に行われている緩和的な治療方法を多施設研究により検証していく必要があると思います。

Current Insight

がん患者の補完代替医療の利用に影響を与える心理・行動的メカニズムに関する研究

大阪大学コミュニケーションデザイン・センター／医学系研究科／人間科学研究科 平井 啓

出典：Psychological and behavioral mechanisms influencing the use of complementary and alternative medicine (CAM) in cancer patients. *Annals of Oncology* 2008 Jan;19(1):49-55.

近年、がん患者さんの補完代替医療(Complementary and Alternative Medicine; CAM)は非常に注目を集めている。がん患者の補完代替医療の実態について、2001年から2004年までの厚生労働省の「我が国におけるがんの代替療法に関する研究」班(兵頭班)ではじめて全国の3,100人のがん患者を対象とした実態調査が行われた。その結果、約45%がなんらかのCAMを利用していることが明らかとなった。そこでこの結果を受けて、がん患者さんがなぜCAMを利用するのか、そのメカニズムを明らかにするために調査研究を行った。

この研究では、がん患者さんのCAM利用を一つの行動としてとらえ、その行動を起こさせる意思決定、その行動を維持させる要因を明らかにするために、汎理論モデル(Trans-theoretical Model; TTM)と計画的行動理論(Theory of Planned Behavior; TPB)と呼ばれる2つの応用行動理論を用いた。このモデルでは、CAMの利用を、「CAMの利用に関して全く関心がない」前熟考期、「CAMの利用に関心はあるが、まだ利用していない」熟考期、「CAMの利用について準備をしている」準備期、「CAMを利用している」実行期、「CAMの利用を継続している」維持期の5つのステージにわけて、そのステージが、CAMに対するメリットとデメリット、家族や医療者からの影響、コントロール感などの要因から説明されることを想定した。

日本の3つの地域のがん専門病院のがん患者1100人を対象に、質問紙調査を実施し、521名の患者から有効な回答を得た。このうち、17%患者が前熟考期、43%の患者が熟考期、6%の患者が準備期、14%の患者が実行期、20%の患者が維持期であった。この結果から、「興味はあるが、実際にはまだ利用していない」という潜在的CAM利用者が多数いることが明らかとなった。また、構造方程式モデル分析を行い、患者の背景要因や、メリット(Pros)、デメリット(Cons)、自己効力感、家族の期待、医療者の規範、心理的苦痛とCAM利用のステージの関係を検討したところ、最も影響が強かったのは、「家族の期待」であった。またメリット(Pros)の認識が高いと、CAM利用のステージが高く、デメリット(Cons)の認識が高いと、CAM利用のステージが低い傾向があった。心理的苦痛の高さはCAMの利用に大きな影響を与えていなかった。

以上のことから、CAMの利用については態度要因が強く影響している一方で、心理的苦痛のような情緒的要因はあまり関係していないことが明らかとなった。よって、患者、家族の持つ態度へ最も影響を与えると考えられるCAMに関する情報提供のあり方について検討し、体系を整備していく必要がある。そのために現在の研究班では、信頼できる情報をつくるための研究の継続や、ホームページや患者向けガイドブックなどのメディアを通じた情報提供活動を行っている。

ホスピス季節行事について

ピースハウス病院 草島 悦子

紹介論文：Matsushima T, Akabayashi A, Slingsby BT, Nishitaten K. Evaluation of a program to celebrate seasonal events for Japanese hospice patients. Palliat Support Care. 2007; 5(3):251-4

【背景】

緩和ケアのプログラムには、季節の行事や祝い事など、古くから日本人が大切にしてきた慣習が組み込まれることが多い。この研究は、病院で企画した行事に対する患者の受けとめ方を調査し、今後の緩和ケアにおける季節行事の在り方を検討している。

【方法】

2000年8月から01年7月の1年間に、1緩和ケア施設に入院していたがん患者のうち、質問紙への回答可能な患者を対象とした。調査内容は、1)季節行事に参加した感想、2)季節行事に参加してよかった／悪かった点、3)季節行事に参加した／しなかった理由であった。

【結果】

調査期間中に在院していた患者155名中、質問紙への回答が可能であったのは48名(31%)、質問紙が回収できたのは43名であった。43名中31名が季節行事に参加し、24名(77%)が「よかった」と回答した。行事に参加してよかった点は、「季節感を味わえた(74%)」、「スタッフと交流できた(52%)」、「楽しかった(48%)」、「気晴らしになった(45%)」、「他の患者と交流できた(36%)」の順で多かった。一方、「時間がながすぎる」「疲れた」「かえって寂しく感じた」「グループの中に入りにくい」等の回答もあった。行事に参加した理由について、「楽しそう」、「気晴らしになる」、「面白そう」が上位をしめた一方、「参加しないと悪い」、「何度も誘われたので」等の回答もあった。参加しなかった理由では、「体調が悪かった」、「興味がない」、「人の多いところでるのが好まない」等の回答が多かった。

【考察】

季節行事への評価は高く、特に季節感を味わえたことを評価する者が多かったことは、ホスピスにおける行事開催の意義が患者に認められたと考える。しかし、一堂に会する開催方法は、患者にとって負担になることも確認された。特別な催しを開催するだけでなく、季節の花々、食べ物を通して、季節を感じられることを重要視した工夫をケアの中に取り入れていくことも必要だろう。

【コメント】

季節行事は、単調になりがちな病院での生活に潤いをもたらすものである。この研究は、患者の立場から季節の行事を評価した貴重な結果である。今後は、季節行事を通して家族がどのように体験しているのかについても、あわせて検討していくことが必要と思う。

看護師の終末期ケアに対する態度と専門職的自律性

東京大学成人看護学/緩和ケア看護学 宮下 光令

Miyashita M, Nakai Y, Sasahara T, Koyama Y, Shimizu Y, Tsukamoto N, Kawa M. Nursing autonomy plays an important role in nurses' attitudes towards caring for dying patients. *Am J Hosp Palliat Med.* 2007; 24(3):202-10.

【目的】

看護師の終末期ケアに対する態度の関連要因を検討する。

【方法】

2003年にある1病院において自記式質問紙法による調査を行った。調査項目は、終末期ケアに対する態度尺度(FATCOD-Form B-J)、看護師の専門職的自律性尺度(PNQ)、死生観尺度などである。

【結果】

178名(75%)から回答を得た。多変量解析の結果、終末期ケアに対する態度尺度の「死にゆく患者のケアへの前向きさ」ドメインには、専門職的自律性尺度の「伝統的な役割の拒絶(標準化回帰係数： $\beta=0.51$, $P=0.001$)」、死生観尺度の「人生における目的意識($\beta=0.23$, $P=0.001$)」「死の恐怖・不安($\beta=-0.14$, $P=0.03$)」、終末期医療に対する相談相手の有無($\beta=0.19$, $P=0.001$)が関連していた。「患者・家族を中心とするケアの認識」ドメインには専門職的自律性尺度の「患者の権利の尊重($\beta=0.46$, $P=0.001$)」「伝統的な役割の拒絶($\beta=0.34$, $P=0.001$)」、死生観尺度の「死への恐怖・不安($\beta=-0.17$, $P=0.02$)」が有意に関連していた。

【結論】

看護師の終末期ケアに対する態度には看護師の専門職的自律性が強く関連していた。専門職的自律性を育む教育や職場環境の構築が重要である。

【コメント】

看護師の終末期ケアに対する態度には、看護師の専門職的自律性、特に、「伝統的な役割の拒絶」が関連していた。この関連の強さ(標準化回帰係数)は、このような心理学的研究においては非常に大きいものである。「伝統的な役割の拒絶」は看護師が医師に隷従するのではなく、自ら看護師としての役割を考え、責任をもって行動するという態度である。当初、この結果を見たときには、当然の結果か「社会的望ましきバイアス」を考え、論文にするべきか悩んだ。しかし、著者は仕事や研究で優秀な看護師と接する機会が多い。このような視点で見ると、優秀な看護師の多くが自分の看護観と役割認識など高い専門職的自律性を有しているという現実を再認識し、本論文を執筆することにした。終末期ケアに携わる看護師にとって専門職的自律性を育むための卒前・卒後教育の充実や職場環境の構築(看護管理者および医師などの他職種がそれを尊重する姿勢を持つこと)は患者へのよりよいケアに貢献すると考えている。

学会印象記

がん医療に携わる医師に対するコミュニケーション技術研修会に参加して

徳島赤十字病院 片山 和久

当院緩和ケアの麻酔科医師より「私より先生が参加するのがふさわしいのではないか」とのご指摘に、それならばと参加希望のメールを差し上げたところ申し込み多数の中選ばれ10月18日大阪の天満研修センターに向かいました。研修は、4組4人の構成で、2人のファシリテーターのもとにロールプレイを行ってスキルを学ぶプログラムでした。

実は緩和ケアに携わりながら、スピリチュアル・ケアを苦手としているというお恥ずかしい状況で、この間も患者の家族より「先生の言うことは正しいし、解るけど納得できん。」と主治医交代を告げられ少々鬱でした。がん治療の終末期において、いかにギア・チェンジを受け入れていただくかの基本的なコミュニケーション・スキルを磨かなければと憂慮していた矢先でした。

欧米ではSPIKESに基づいたコミュニケーション・スキルプログラムがありますが、欧米と日本では患者の意向が若干相違しており、日本人用にと開発されたのがSHAREプログラムです。「悪い知らせの伝え方」、「情緒的サポート」、「付加的情報」、「場の設定」という4つの因子で構成されており、患者ならびに家族の感情に配慮するように考慮されています。緩和ケアではがん患者に寄り添うこと、特に「情緒的サポート」が求められますが、ともすると患者の個人的事情に配慮するのは医師として立ち入りすぎなのではないかとか、依存されてしまうのではないかと憂慮され、私自身今一步を踏み出せずにおりました。今回のこのセミナーに参加して患者自身に心情を吐露していただき、すなわち患者自身の中に答えがありそれを言語化するという過程を通して、患者に寄り添うことが少し可能になったのではないかと考えました。治療を継続する中で、思わしくない結果となった場合、患者やその家族から批判的な言動が投げつけられると、私自身理論武装してしまい医学的に正しいことで患者や家族をねじ伏せようとしてしまいます。ロールプレイの中で、同様な状況も設定されており、第三者としての視点を意識的に持つことで冷静に対応できることが解りました。

医学書院より「がん医療におけるコミュニケーション・スキル」として出版されており、内容にご興味ございましたら、是非このプログラムへのご参加をお勧めします。

学会印象記

第1回がん医療に携わる医師に対するコミュニケーション技術研修見学記

国立病院機構近畿中央胸部疾患センター
心療内科・支持・緩和療法チーム 所 昭宏

平成19年10月18日-19日に、平成19年度第1回がん医療に携わる医師に対するコミュニケーション技術研修が、大阪市の天満研修センターで開催された。私は、今回この研修のファシリテーター養成講座受講資格取得のため、「見学者」という立場で参加する機会を得たのでご報告したい。

この研修は、今般施行されたがん対策基本法の要旨の一部である、「患者が納得できるインフォームド・コンセントを提供できるがん療養体制の整備」という観点にたち、より多くの医師に研修していただくために厚生労働省の委託事業として、日本サイコオンコロジー学会協力・財団法人医療研修推進財団実施にて行われた。今後、仙台、福岡、千葉で開催予定である(<http://www.pmet.or.jp/>)。

初日前半は、国立がんセンター精神腫瘍学開発部の内富庸介先生によりこの研修の狙いについて概説があり、その後各グループに分かれてがん医療における患者-医師間のコミュニケーションに関する知識の整理や、今回の講習会の中核概念となる「SHAREプロトコール」を学習した。

ロールプレイをする参加者は、1グループ4名×4=16名。それに対して、各グループにはファシリテーターとしてオンコジスト1名、サイコオンコジスト1名の計2名が配置される研修体制で、個々の部屋も大阪の街並みが眺望できる明るいゆったりした部屋が用意されていた。この研修環境は大変贅沢であり、じっくり向き合い相互に影響しあい、空間的にもゆとりある環境であることの大切さは、研修が進んでいくとあらためて気づいてきたことであった。

さて見学者はどういう立場かということ、将来このがん医療に携わる医師に対するコミュニケーション技術研修のファシリテーターを目指す精神科医、心療内科医やがん治療医等であり、各グループに分かれて2名ずつ参加した。私は、見学者として会の全体の構成、進行について、ファシリテーターの一言一言や態度、ロールプレイ者の応答などについて相互の立場にたちながら五感をフルに使って見学した。見学者は、最初ロールプレイする空間から約3メートルくらい後方で観察した。ロールプレイのやりとりについて、コメントや会話などを送ってはいけないと指示されていたので、例えば、「ここは上手くできているな」、「こうしたほうがいいのかも」、「そのようにファシリテートするのか」などの考えや気持ちが出てくるのであるが、言葉を飲み込み続けるという結構ストレスフルな立場であった。これを2日間つづけることは、相当な訓練になった。

ファシリテーターは基本的には、参加者がシナリオに従い普段どおりにしているようにロールプレイしてもらい、出来ていること(良かった点)を確認し、お互いにためになるようにSHAREモデルで確認しフィードバックする。これをファシリテーターは根気強く徹底されていることに改めて気づかされた。メインとサブは交互に交代し、メインが司会、サブがやりとりをホワイトボードを使って逐語や気持ちを板書。どこをどう抜き出すかというのもファシリテーターの腕の見せ所であった。メインファシリテーターは、参加者4人+サブファシリテータ1人+模擬患者さん1人の計6人の相互の関係性や環境を扱う相当なコミュニケーション能力を要することであると感じた。

今後自分がこの様な立場に立つには、相当な訓練が必要であるが、この研修会に参加して以後、患者さんの立場や気持ちに配慮することを今まで以上に意識したコミュニケーションをとるよう心がけるようになった。またICに同席するときなどは、「SHAREモデルならどうか」ということをよく意識するようになったと思う。

最後にこのような貴重な機会を与えていただきました財団法人医療研修推進財団の関係者の皆様や当日ご参加された参加者、模擬患者さんにあらためて感謝したいと思います。

学会印象記

「平成19年度第1回がん医療に携わる医師に対するコミュニケーション技術研修会」 を見学して

京都府立医科大学大学院 医学研究科 精神機能病態学 廣澤 六映

平成19年10月18日、19日に大阪で行われた、「平成19年度第1回がん医療に携わる医師に対するコミュニケーション技術研修会」を見学させていただきました。本学会印象記でもCST(Communication Skill Training)として既に紹介されている研修会同様、がん患者が納得の上で安心して自身の治療法等選択ができるように、患者と医師との間により一層の良好なコミュニケーションを築くための技術研修で、SHAREプログラムに則って、悪い知らせを伝えるトレーニング等が行われました。全国から16名の受講者と、さらにファシリテーター、模擬患者、それにスタッフら受講者数以上の関係者が参加されるといった贅沢な体制で、丸二日間にわたって全員が一丸となって真剣に取り組む姿勢が印象的でした。受講者は、比較的若い一般臨床家から経験豊富な緩和医療専門家まで様々でしたが、業務に忙殺される日常臨床を少し離れ、一個人として人と接する基本に立ち返って、コミュニケーションを見直す良い時間となったようでした。

昨今、「がん対策基本法」や「がん対策推進基本計画」の中で、「精神心理的な問題への援助」「家族に対する心のケア」などトータルペインへの緩和ケア的なアプローチが叫ばれる中、コミュニケーションをスキルとして学ぶことの有用性が示唆されていますが、スキルトレーニングの現場を目の当たりにして、改めてその必要性と重要性を肌で感じることができました。他人の外来を見学するという、普段なかなか得難い機会を得ることで、客観的な視点をもって、患者さんに対する接し方や心理社会的な側面への配慮を、身をもって体験できる貴重な会でした。まだまだ少人数での取り組みとして始まったばかりのようですが、今後このような取り組みが加速度的に広がっていき、臨床の現場で直接、がんで苦しむ患者さんやご家族に還元されることを、切に期待したいと思います。

学会印象記

コミュニケーション技術研修会に参加して

千葉県がんセンター 緩和医療科 坂下 美彦

患者自身ががんを受け止め、適切な治療法を選択するためには患者医師間のコミュニケーションが重要である。がん対策推進基本計画の中でも「医師のコミュニケーション技術の向上」が取り組むべき課題としてあげられている。去る10月18、19日に大阪で開催された「平成19年度第1回がん診療に携わる医師に対するコミュニケーション技術研修会」に参加させていただきましたので報告します。

この研修会は悪い知らせを伝えるためのコミュニケーション技術(SHAREプロトコール)を身につけるためのもので、厚労省の委託事業として日本サイコオンコロジー学会の協力のもと開催されました。2日間の日程のほとんどがグループごとのロールプレイからなっていました。16人の受講者に対してファシリテーターが10人、模擬患者が4人、スタッフが3人という構成で、受講者にとってはとても恵まれた条件の研修会でした。

ロールプレイは4人のグループごとに「難治がんの診断」「再発」「抗がん治療の中止」のそれぞれを伝える場面の設定で行われました。ファシリテーターやオブザーバーの見る中でSHAREを意識しながらのロールプレイは最初非常に緊張しましたが、模擬患者の方々の演技は真に迫るものがあったため、いつの間にか本当に外来で患者さんを相手にしているつもりになってしまいました。SHAREは時系列で並んでいるSPIKESとは違い、その構造を把握しにくい印象がありますが、ロールプレイで使用して何となく解るようになりました。SHAREはSPIKESよりも流れが自然だと思います。また、重要な点はRE(Reassurance and Emotional support-情緒的サポート)を与え続けることにあるようです。

今回の研修会はSHAREを学んだだけでなく、自分自身のコミュニケーションそのものを意識・注意する貴重な体験となりました。これを機会に日々の診療の中で自分自身のコミュニケーションにもっと目を向けていくことができるような感じがします。今後はSHAREを自然な形で使えるように日々努力していきたいと思っています。

学会印象記

コミュニケーション技術研修会(第1回於大阪)に参加して

社会保険中京病院緩和ケアチーム 吉本 鉄介

今回、コミュニケーション技術訓練(CST)の研修会に参加した。参加の動機は、(1)拠点病院として医師の告知技術を標準化する、(2)チーム医療として適切な時期に緩和ケアを患者が選択し受容できるように、治療医の情報提供能力を養成する、の2点であった。また個人的動機としては、「使える抗がん剤はもうありません」と外来で数日後に自殺、という経験だった。10年以上前のことだが思い出せば手を合わせ、どうすればよかったか今も考え続けている。

本研修会の冒頭で、がん対策推進協議会(18名)の必須メンバーである患者会代表(4名)が、医師が「悪い情報」告げる際、「特別の配慮」をするべく要求した事を受けての事業であると説明された。つまり実体験に基づく事業であり、不適切な告知(過去の自分も含め)がいかに多いかが理解できた。また全国ネットのテレビ局の取材もあり、世論の期待が大きい事も伺えた。

研修は2日間(約14時間)にわたる濃密なもので、16名の医師がCSTの総論とSHAREの講義を受けてから、個別の教室で医師4名1組に2人の認定Facilitatorを1チームとし、ワークショップ(WS)タイプのCSTを計8回受けた。SHAREとは日本オリジナルのコミュニケーションツールである(SHAREは調査結果から抽出された各因子の頭文字)。北米のSPIKESとの違いは、「日本人らしい感情」つまり文化・精神的背景に対応している点であり、患者会の「特別の配慮」という要求に応えるものといえるだろう。

WSのコアはロールプレイ(RP)であり、模擬患者(SP)に対面し、「悪い情報」を外来診察室にて告げるという設定だった。自分で選択できるのだが病状の設定は実に詳細で、SPも訓練を受けており実地臨床に近いリアルさを感じられた。治療に納得せず泣いたり怒ったりする難しいモードのSPもあり、研修である事を一瞬忘れるほどだった。また、Facilitatorの役割は会話のキーワードをSHARE各因子として抽出し白板へ書き込みつつ、全員の議論を集約することだった。その理想の医師像を強制せずRPを通じて全員で考えるスタンスに好感がもてたが、逆に相当な力量・経験が必要だと思われた。よって著者もFacilitator養成に挑戦する事を決意した。

本研修会を開催された方々のご尽力には敬服するが1回16名が限界だと思う。一方「特別の配慮」をすべき医師の数は

膨大な数であり、CSTは各施設で受講者から連鎖反応的に広げていく必要がある。当院がその1モデルとなりSHAREが常識となる日を目指し努力したい。

学会印象記

H19年度第1回「がん医療に携わる医師に対するコミュニケーション技術研修（CST）」 に参加して

市立長浜病院放射線科 伏木 雅人

2007年10月18日(木)と19日(金)に、大阪の天満研修センターにて上記研修会が開催されました。JPOS(日本サイコロジ学会)とPMET(医療研修推進財団)との協力で、4回シリーズの皮切りでした。申込が非常に多かったそうですが、16名の受講者に幸いにも小生も加わらせていただきました。集合早々のアンケートが長大で、内富先生の開会挨拶中も記入しつつ30分かかりようやく仕上げたとたんにそれぞれの会場に移動です。4名の受講者と2名のファシリテータの組み合わせに加え、2名のオブザーバが一部屋でした。最初にSHAREプロトコルの説明の後、実践となり模擬患者さんを前に難治がんを伝えるロールプレイです。医師役が大汗をかきつつ四苦八苦しっているとファシリテータから小刻みに中断がはいり、受講者とファシリテータ全員での反省と分析を繰り返しながらSHAREを体感で覚えるこの方法は当初、まどろっこしく感じましたが結果的には早道で、全員がスムーズにスキルを上げていけました。二日目は再発や治療の中止を伝えるシナリオで、模擬患者さんがより難しい症例を演じていただき、さらに困難を極めましたが、計8回のロールプレイで身につけた、SHAREの骨子でもある患者さんの感情を重んじ、沈黙も使いつつ聴き取る対応を用いて、全員がなんとか切り抜けました。今回身につけた最大のポイントは「患者心理を思い遣り聴き取ること」と考えます。これなくしてのコミュニケーションはあり得ません！

本来ならがん医療に携わる医師全員の受講をお勧めしたいですが、ファシリテータも模擬患者さんもまだ少なく、また臨床の忙しさの中でセミナー参加の時間も取れない方々には、セミナーの要点が「がん医療におけるコミュニケーション・スキル-悪い知らせをどう伝えるか(編集：内富庸介先生、藤森麻衣子先生)」で医学書院から出版されています。DVDの実演と解説でも理解しやすく学べますので、ぜひ一読ではなく熟読をお勧めします。

最後に今回参加の受講者とそれ以上の数のスタッフや模擬患者の皆様の全員の熱意で造り上げた実り多きセッションに最大級の感謝をこめて、そして一日も早く全国津々浦々に伝わることを念じて報告を閉じます。大変ありがとうございました。そしてこれからも息長く、頑張りすぎずに頑張りましょう！

学会印象記

日本サイコオンコロジー学会印象記

名古屋市立大学 消化器外科 坂本 雅樹

診療のふとした場面で精神科の先生と顔見知りとなり、緩和ケアに関わるようになりました。それがきっかけで、今回初めてサイコオンコロジー学会に参加させていただきました。

学会前夜に着いた千歳は小雪のぱらつく天気、名古屋との気温差は10℃、北海道入りを肌で感じました。会場は他学会で以前訪れたことのある札幌コンベンションセンターで、広くはないが各会場が機能的に配置された良い会場です。外科医の自分とはかけ離れた部門であり、抄録を読んでもイメージが湧かなかったため、緊張して会場に足を踏み入れました。主に2会場でさまざまなシンポジウムや講演が行われ、ポスター会場は2日間フルオープンでゆっくりと拝見することができました。演題の数は多くはないですが、その分非常に練られた内容であり、プログラムを作成された方々は非常にご苦労されたことと思います。精神科領域の難しい話ばかりでなく、サイコオンコロジーに詳しくない医師やコメディカルにも配慮した内容が多かったです。

印象に残ったのが・・・「緩和医療のヒント」では、医師とは違った視線から見た緩和医療についての意見が述べられ、チャブレンという聞きなれない職種の方の、スピリチュアルケアに関する貴重なお話が聞けました。「がん医療において精神科医に期待されること」での、厚生労働省の加藤先生による行政の立場でのご講演は、がん対策基本法に関する行政の生の声を聞くことができました。奥山先生をはじめとしたサイコオンコロジーで活躍されている先生方の経歴を、自ら紹介されるという見たことのない企画「サイコオンコロジストへのキャリアパス」では、どのようにしたら第一線で活躍できるのかを知ることができ、今の自分を反省させられました。ランチョンセミナーでは乳がん患者会の富樫美佐子さんが講演され、患者の気持ちを知る上で勉強になりました。

残念であった点は、全体的に掲示などの案内が小さかったことです。1日目夜に事前申し込み制のセミナーが予定されていましたが、当日参加も可能になったことを知らずに会場を離れてしまいました。2日目の会場で小さな掲示を見つけ、臍を噛みました。

何でもありだけど疲れてしまう巨大な学会に比べ、ひとつの会場に座っていて演題をじっと聞いているだけでとても勉強した気分になる、良い学会でした。サイコオンコロジーに関心を持たれる方が増えていき、会員数・演題数が増え、学会がさらに発展していくことを期待します。

書評

がん緩和ケア最前線

著者 坂井かをり／岩波新書(740円)

シムラ病院 リハビリテーション科 渡邊 寿愛

「緩和ケア」という言葉を、がんとの闘病の末に治療を断念し、せめて最期に苦痛を除去する「ケア中心の何もしない医療」と考えている患者・ご家族の方は少なくないのではないだろうか。もしかすると医療スタッフの中にもそのよ

うに考えている人もいるかもしれない。本書はそのような誤解を解き、WHOが推奨しているがんと診断された時期からの緩和医療について分かりやすく紹介している。

8人の事例を通して癌研有明病院で実践されている緩和医療が解説されている。今まで受けていた治療に違和感や十分な満足感を得られなかった方々が、「ここに来てよかった」「本当に毎日が幸せ」という言葉を残していた。それは患者ががんと向き合い、前向きに生きる手助けをし、「苦痛を取り除きながらがんと共存する医療」を提供していたからだという。

このような医療は特殊な一施設にしかできないものなのだろうか。否。本書は特定施設の特定の医療の紹介ではなく、患者の苦痛と向き合うこと、医療スタッフが「十分すぎるくらいの説明」や「私たち(患者・ご家族)の分かる日本語での説明」をすること、皆が緩和医療の本質を理解することの重要性を繰り返し強調していた。これらは特定の施設でしかできないことではない。巻末の章でもブルエラ氏はここ10年でさまざまな進歩が見られたと述べ、特に重要な進歩として患者・家族に対するコミュニケーション技術が進んできたと述べている。この技術は特定のところでしか学べないものではない。評者は平易な言葉で緩和医療の本質を述べる本書を読み進めるにつれて、著者が「医療人であればこれくらい分かりやすく患者さんにご家族に説明してください」と強く語っているように感じた。本書は一般の人にとっては緩和ケアを理解するために、医療スタッフにとっては緩和ケアを実践するにあたってどのように患者・家族に寄り添って納得のいく説明をするべきかについての啓発のために熟読に値する一冊である。

書評

こころに寄り添う 緩和ケア 病いに向きあう「いのち」の時間

井西庸子、太田直子、佐々木常雄著、赤穂理絵、奥村茉莉子編

東京：新曜社、2008年1月7日発行、ISBN：978-4-7885-1082-1

山口大学大学院医学系研究科医療環境学 谷田 憲俊

「かえって、わからなくなった。」これは、臨床倫理に関するセミナー、ワークショップなどで研修した参加者から、よく聞かれる感想です。本書をお読みになった方からも、同じような感想が聞かれるかもしれません。そして、臨床倫理の研修を受けた参加者がその熱気から落ち着いたころ、臨床で倫理課題を有する患者に出会ったときに、研修の成果が自然に現れるように、本書を読まれるあなたにはあなたを必要とする患者に向きあうことができていると思います。

本書は、第Ⅰ部「緩和ケアにおける精神的・心理的課題」、第Ⅱ部「一般病棟における緩和ケアの実際-事例をとおして」、第Ⅲ部「関連する話題」がそれぞれ4章立て、終章「がん患者の生と死を見つめて-二十一世紀死生学」、及び村瀬嘉代子さんの「看取るこころと看取られるこころ」で成っています。著者の背景は、都立駒込病院の神経科、臨床心理、がん化学療法科と、いわば一般病院において緩和ケアに携わるチームメンバーです。

「かえって、わからなくなった」になる可能性があるとしたのは、本書は「こうしなさい」「こうすべきである」と命令しているわけではないからです。しかし、随所に「こういった方法もあるのでは」という具体的な提案があります。例えば第Ⅰ部第一章「『深い悲しみ』と抑うつ」では、著者は「積極的に『尋ねる』姿勢をもつことが何より重

要」と、緩和ケアにおける鍵を示します。次の第二章は「『悪い知らせ』をめぐって」ですが、私はその場面こそ「尋ねる」ことが必要と思います。描かれている「受け入れられない患者さん」は、病院の性格のためなのでしょう。たぶん、ホスピスとは異なる対応が医療者に求められているのでしょうか。悩みながら対応しなければならない一般の医療現場に大いに参考になります。

その「告知」が随所で取り上げられています。思い出すのは、1990年の日本医師会生命倫理懇談会の「がん告知4条件」です。その最悪の提案は、「告知後の身体的、精神面でのケアができる」という条件でした。「死に逝く人を前に、精神面でのケアができる」ことを条件にすると、文字どおり告知を躊躇させるものでした。これを読むごとに「『私たちをケアする』なんて、医療者のおごりだ」という患者さんからの言葉を想起させられます。そんな生命倫理懇談会の姿勢の対極にあるのが本書です。さまざまなニーズをもつ事例に直面して悩みながら歩いていく姿は、同様の悩みを抱える医療者をほっとさせるものです。

ただ、私には2点、指摘したいことがあります。一つは、「(家族から)患者にはどうしても告知しないでほしい」と言われたときの対応です。私は、「あなた方の意向は尊重します。しかし、ご本人から要請されたら正直に応えます」とお断りして、家族の意向には沿いません。それによってさまざまな軋轢が生じますが、適切な対応で乗り切れます。著者たちには経験を生かしてそこまで踏み込んで、そんな場合の対応のこつなども示してほしいと感じました。また対話の方法では、かつて教えられていた「『がんのですか?』と尋ねられたら、『どうしてそう思うのですか?』と応えなさい」ではない、適切なコミュニケーション法も示してほしいと思った。「どうして?」「なぜ?」は追求の言葉です。患者さんや家族にはそういった追求の言葉を使わないで尋ねられるのがコミュニケーション技能です。

もっとも、こういった点も含めて、豊富な事例を経験に即して描いている本書から多くのヒントが得られ、読者は十分に満足されるでしょう。終章「がん患者の生と死を見つめて」と「看取るところと看取られるところ」からは、これは例外なく全てが経験する自分の将来のことであると思いをさせることとなります。この点、がんにかかっても人に相違ないという観点もあり、私も著者と同じく「ギアチェンジ」という言葉にどうしても馴染めません。その大きな課題も含めて、私の書評より本書をお読みいただくことが何よりです。緩和ケアというだけでなく、人の心に応えたいあなたに是非とも奨めたい一冊です。

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10月~2007年12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。

抗凝固療法

Kuderer NM, Khorana AA, Lyman GH, Francis CW. A meta-analysis and systematic review of the efficacy and safety of anticoagulants as cancer treatment: impact on survival and bleeding complications. *Cancer*. 2007; 110(5):1149-1161.

患者のニーズを把握する方法

Richardson A, Medina J, Brown V, Sitzia J. Patients' needs assessment in cancer care: a review of assessment tools. *Support Care Cancer*. 2007; 15(10):1125-1144.

ヨーロッパにおける緩和ケアの評価

Centeno C, Clark D, Lynch T, et al. Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC task force. *Palliat Med*. 2007; 21(6):463-471.

立ってるかすわっているか？悪い知らせを伝えるときの医師の姿勢についてのRCT

Bruera E, Palmer JL, Pace E, et al. A randomized, controlled trial of physician postures when breaking bad news to cancer patients. *Palliat Med*. 2007; 21(6):501-505.

生命予後を伝える：系統的レビュー

Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: a systematic review. *Palliat Med*. 2007; 21(6):507-517.

呼吸困難の体験

Gysels M, Bausewein C, Higginson IJ. Experiences of breathlessness: A systematic review of the qualitative literature. *Palliat Support Care*. 2007; 5(3):281-302.

From Japan

日本からの論文です

Matsushima T, Akabayashi A, Slingsby BT, Nishitateno K. Evaluation of a program to celebrate seasonal events for Japanese hospice patients. *Palliat Support Care*. 2007; 5(3):251-254.

Ando M, Morita T, O'connor SJ. Primary concerns of advanced cancer patients identified through the structured life review process: A qualitative study using a text mining technique. *Palliat Support Care*. 2007; 5(3):265-271.

Namba M, Morita T, Imura C, Kiyohara E, Ishikawa S, Hirai K. Terminal delirium: families' experience. Palliat Med. 2007; 21(7):587-594.