JSPM
Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会 ニューズレター 39

May 2008

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

いのちを支え、いのちをつなぐ（続）

十和田市立中央病院　　蘆野　吉和

今、新天地に移り、緩和ケアの理念を基本とする病院づくり、地域づくりを始めています。病院は十和田市（青森県）の中核病院、緩和ケアに関しては“標準的”な病院で、痛みを含め苦痛はあまり取れておらず、家族へのケアは皆無で、医療従事者も地域住民も病院で最期を迎えることを当然と考えていますし、在宅ホスピスケアを含め緩和ケアの情報提供もありませんでした。医療従事者のパターナリズムもまだ強く残っており、“患者中心”、“医療サービス”、“チーム医療”という言葉はあまり聴かれることのない状況でもありました。

このような病院および地域で、私の理想とする緩和ケアをどの程度普及できるのか、できるとしたら、どの程度の時間がかかるのか、それを確かめるため赴任を決意しました。

丁度強い追い風が吹き始めました。「がん対策基本法」そして在宅医療推進の風です。従来のがん治療に緩和ケアを積極的に取り入れる包括的がん医療提供体制の整備、在宅ホスピスケアの推進とそのための病院診療所との切れ目のない医療提供体制の整備など、今後の医療の目指す方向性がはっきり明示されました。私の理想としている緩和ケアです。

約2年経ち、病院には緩和ケアチームを含め6つのチームがあり、組織横断的に活発に活動しています。緩和ケアチームは緩和ケア診療加算が認可され、一部緩和ケア科として病床をもち、外来も開設しています。緩和ケア外来は昨年10月から「がん総合診療外来」と改名し、終末期のみならず幅広い病期に対応する体制としました。また、在宅ホスピスケアも敢えて地域の訪問看護ステーション、保険薬局と連携し、すでに50名を超える方が自宅で亡くなっております。思った以上に多くの人が自宅で最期を迎えることを希望していることがわかり、逆に戸惑っています。

今年5月には新病院への移転を契機に、病院の理念を変更します。「『いのちを支え、いのちをつなぐ』医療の実践」が理念となり、緩和ケアを基本とする医療を行うことを基本方針の一つとしました。

順調に行っているようでも懸念は多くあります。医師の意識はあまり変わりません。しかし、看護師とコメディカルの意識を変え、動きやすいようにすることで緩和ケアは普及します。地域住民も効果的な症状緩和治療を行い、自宅に早く戻す事で緩和ケアに対する悪いイメージも変わってきます。一つの地域での着実な取り組みが日本を大きく変えてゆくことを期待して、また、一歩前に進みたいと思います。

Current Insight

緩和ケア病棟のイメージについて：一般集団と緩和ケア遺族を対象とした調査から

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　　三條　真紀子

出典：

Sanjo M, Miyashita M, Morita T, Hirai K, Kawa M, Ashiya T, Ishihara T, Matsubara T, Miyoshi I, Nakaho T, Nakajima N, Onishi H, Ozawa T, Suenaga K, Tajima T, Hisanaga T, Uchitomi Y.
Perceptions of specialized inpatient palliative care: a population-based survey in Japan. J Pain Symptom Manage. 2008; 35(3): 275-282.

緩和ケア提供のバリアとして、一般集団・患者・家族が緩和ケアについてよく知らないこと、「死を待つだけのところ」などの悪いイメージをもっていることなどが指摘されている。わが国の緩和ケアは、緩和ケア病棟が提供する施設でのケアを中心としてはじまり、2004年には全国で135病棟とその数は増加した。しかし、これまで、緩和ケアに関する認知およびイメージの詳細に関して代表性のある調査は実施されてこなかった。そこで、全国4都県の一般集団2548名と12の緩和ケア病棟を利用した513人の遺族(緩和ケア遺族)を対象とした質問紙調査を実施した。

一般集団の38%は、緩和ケア病棟について「よく知っている」または「知っている」と回答したが、24%は「知らない」と回答した。緩和ケア病棟のイメージについては、両群共に「痛みや苦痛がやわらげられる」(一般集団68%, 緩和ケア遺族87%)、「家族への気配りがある」(67%, 86%)、「手厚いケアがうけられる」(67%, 87%)と回答する一方で、「医学的な治療をしない」(32%, 54%)、「死を待つだけのところ」(30%, 40%)、「寿命が縮まる」(8%, 17%)などのイメージも有していた。

緩和ケア遺族が有する「死を待つだけのところ」「寿命が縮まる」などのイメージは、受けたケアへの満足度に有意に関連しており、また12のPCUで異なっていた。以上の結果から、1)わが国における緩和ケア病棟の認知はいまだ高いとはいえないこと、2)緩和ケア病棟遺族は一般病棟遺族と比して比較的よいイメージをもってはいるものの、3)両群ともに、「緩和ケア病棟は死を待つだけのところ」と感じていることが示された。緩和ケア病棟のイメージには施設間差がみられたが、本研究では施設背景や個人背景、実際に受けた医療との関連探索はできなかった。更なる検討が必要である。

平成20年度の診療報酬改訂では、緩和ケア病棟は、一般病棟や在宅では対応困難な症状緩和、在宅療養の支援等の機能など、終末期のケア以外の機能もバランスよく有するべく、その位置づけが明確化された。今後、患者や家族、そして日々の努力の中で病棟・チームを運営している緩和ケアスタッフからの意見を広く募り、わが国にとって望ましい緩和ケアのモデルを現場から提言・発信していくことが必要である。

Current Insight

ホスピス・緩和ケア病棟への入院に関する意思決定に対する遺族の後悔尺度

大阪大学大学院　医学系研究科　　塩崎　麻里子

Shiozaki M, Hirai K, Dohke R, Morita T, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y, & Uchitomi Y. 2008 Measuring of the regret of bereaved family members regarding the decision to admit cancer patients to palliative care units. Psychooncology. (in press, PMID: 18157913)

【目的】

我が国におけるがん患者と家族は多くの場合、積極的治療を行わないという意思決定を行ったのちに、ホスピス・緩和ケア病棟に入院することになる。この重大な意思決定を、後に遺族が後悔することも少なくない。しかし、どのような意思決定が遺族の後悔に影響するのかについては、検討されてこなかった。そこで本研究では、ホスピス・緩和ケア病棟への入院に関する意思決定に焦点を当て、まずは簡便に遺族の後悔の程度を測定できる尺度を開発することを目的とした。

【方法】

2004年9月から2006年2月にホスピス・緩和ケア病棟でがん患者を看取った遺族を対象に、郵送法にて質問紙調査を実施した。質問項目は、後悔を測定する7項目、受けたケアに対する評価（Care Evaluation Scale）、全般的満足感（Overall Care Satisfaction Scale）、健康関連QOL（SF-8）であった。再テストは、最初の質問紙調査から1ヵ月後に行った。

【結果】

調査対象となった216名のうち、返送が確認され、データに欠損のなかった127名を分析対象とした。探索的因子分析と検証的因子分析の結果、後悔項目から2つの下位因子が得られた（後悔に関する侵入的思考の程度・後悔の認知的評価）。各下位因子は、ホスピスで受けたケアと全体的な満足感と負の相関を示した。QOLと相関が見られたのは後悔に関する侵入的思考因子のみであった。また、十分な内的整合性と再現性が確認された。

【結論】

ホスピス・緩和ケア病棟への入院に関する意思決定に対する遺族の後悔を測定できる妥当性と信頼性のある尺度が開発された。

【コメント】

この尺度の特徴は、後悔に関する思考がどれほど侵入的であるかの程度と、自己評価による後悔の程度という2つの側面を測定できる点です。遺族の後悔を測定することで、遺族の現在の心理状態を測定できるだけでなく、家族の視点から過去の意思決定を評価できると考えています。

Current Insight

死を認められない日本人：
病院は“殯宮”、心肺蘇生術は“招魂儀式”なのでは？

山口大学大学院　医学系研究科　医療環境学　　谷田　憲俊

今のご時世、（DOAの範疇に入らない）死者が病院に救急搬送される。和歌山県立医大付属病院紀北分院事件では「呼吸停止が確認された病死患者に再び人工呼吸器を装着しなかったことは殺人だ」と断じられ、実質的に「病死した患者には人工呼吸器を装着せよ」と命じられたことになる。類するような“医学的には死亡した患者”に心肺蘇生術が当然のように行われる。「死亡した患者に人工呼吸を施さなければ殺人だ」という考えは、知性や理性で説明できない。

脳死問題において「脳死は死でない」という意見が強く表明されて、日本人の死生観が大きな話題になった。呼吸停止しても人工呼吸器を装着すればある程度の時間心臓を動かし続けられるので、脳死状態を“死亡した患者”に作り出すことが可能である。すなわち、「脳死は死でない」と「心肺停止した状態は死でない」は同根とみることができる。

多くの文化では、死亡するのを「息が絶える」と表現する（英語で“expired”）。しかし、日本人はそれを死と考えなかった。「息が絶える」のは「魂が離れるから」と考えて、魂に戻ってくるように願う「招魂の祈り」を行った。例えば、柳田國男は「呼吸が切れてもそれだけでは死んだとは解し得られない」「魂呼（たまよ）ばいをした」としている。人々は殯宮（もがりのみや、あらきのみや）を造って、魂に戻るよう祈りを捧げた。折口信夫によれば、「死」は「くたくたになる」ことを意味するという。

これら日本文化は「心肺停止は死でない」を示唆し、それゆえ患者の死には「ご臨終です」すなわち「終わりに臨んでいる」と宣告する。伝統文化は意識されないまま人々の心深く伏流のように流れている。昭和天皇にも殯宮が造られたし、決して過去の考えと切り捨てることはできない。そういった死生観を考えれば、「心肺停止は死でない」という日本人の考えが理解できる。すなわち、「病院は“殯宮”、心肺蘇生術は“招魂儀式”」ではないだろうか。“信仰”に基づくゆえ、知性や理性で延命措置への理解が不可能なのである。付け加えれば、「医師がまき散らしてきた医療に対する幻想」はこれらの“信仰”を強めてきたように思う。このような状況に対して医科学的知見の押しつけは有効な手段ではないので、患者・家族の心情（文化的背景）を認め配慮しつつ臨死期のケアにあたることが大切と思う。

追記：この領域の課題に関しては、さまざまな意見交換がなされることが必要と思います。どうぞ、今回のご意見に端を発して、更に多くの方々より、ご意見をお待ちしています。（編集委員会より）

学会印象記

コミュニケーション技術研修会ファシリテーター養成講座に参加して

千葉県がんセンター　緩和医療科　　坂下　美彦

がん対策推進基本計画の施策もあり、がん診療に携わる医師を対象に悪い話を伝える技術（SHARE）を学ぶコミュニケーション・スキル・トレーニング（CST）が各地で行われるようになった。今後さらにがん拠点病院などの医療現場でのCST実施のためにはファシリテーターの養成が急務と考えられ、日本サイコオンコロジー学会主催で平成18年度よりこの講座が始まりました。

今回の日程は12月21-22日、1月11-12 日、1月25-26日、2月7-8日の計8日間で、内容は講義2時間、ロールプレイおよびグループワーク28時間、ファシリテート実習10時間からなりました。参加者はオンコロジストとサイコオンコロジストの計20名で、内富庸介先生、藤森麻衣子先生、大庭章先生の御指導のもとに行われました。

SHAREのCSTではオンコロジストとサイコオンコロジストがペアになってグループのファシリテートを行います。ファシリテーターはロールプレイやディスカッションの進行役であり、グループの凝集性を高め、ディスカッションを盛り上げたり、気付きを促したりするのが役目です。これは自分で直接指導したり教えたりすることよりも難しいことです。また参加者は必ずしもモチベーションのある素直な方とは限らないので、いろいろなタイプの参加者へも対応できるようファシリテートのスキルを学ぶことが必要です。

講座では主にロールプレイにおいて医師役、オブザーバー役、ファシリテーター役を交代で行いながら学びました。私は以前CSTに参加したことがありますが、SHAREやロールプレイに自信を持てる状態ではありませんでした。そのためロールプレイを通じてSHAREを学びつつ、そのファシリテートの仕方を学ぶというまさに悪戦苦闘でした。

最初はどうなるものかと思いましたが、先生方の素晴らしい御指導と、同期の先生方とのお互いの励ましが支えになり、実際のCSTでのファシリテーター実践を含めた養成講座を無事に終了することができました。今後もCSTファシリテーターとしてがんばっていきたいと思います。

学会印象記

コミュニケーション技術研修会におけるファシリテーター養成講習会参加して

福井県済生会病院 産婦人科　　里見　裕之

僕がサイコオンコロジーなるものと初めて遭遇したのは平成19年10月18-19日に大阪市の天満研修センターであった。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（CST）に運良く参加させていただき、CSTの重要性を学び、福井に戻り現場でその有用を実感した。自分ではコミュニケーションはうまく取れるほうだと過信していたが、実はひとりよがりなものだと反省している。今では「伝えることは聴くことに始まる」と考えている。

さて、JPOSが今までに蓄積したノウハウをスキルという形で伝授され、それをまた新しい人に伝えていく支援者になるのが今回のファシリテーター養成講習会の目的である。しかし、はたしてそのような大仕事が自分に務まるのだろう

かという不安を抱えながら、平成19年の12月末から計8日間、柏市に通った。我々のグループは、福井県、石川県、新潟県の医師で構成されており、なんとなく北陸チームという一体感が最初からあった。初めのうちは照れがあったが、夜の食事会を通じて、毎日の臨床現場で熱くなっている男たちのドラマを見ているようで、青春時代の再現のような気さえした。SHAREのプロトコールからできるだけ外れないように基本に忠実が自分たちの使命だと考え、「ロール・プレイを短くきり、緊張を持続させない」や「REに対してpositive feedbackを与える」を徹底的に練習した。

そして、ついに平成20年2月7日、8日に、さわやかちば県民プラザで第4回のCSTが開催された。福井でも雪は降っていなかったのに首都圏には積雪があり、同行した谷先生と苦笑した。この2日間は、自分たちがしてもらったことのお返しが少しでもできればという気持ちで臨んだ。思ったようにいかなかった部分もあるが、参加した医師の積極性にも助けられ充実した2日間が送れた様な気がする。グループ内にひとり女性の先生がおられ、その方のREのすごさに年配の先生たちが驚嘆されるなど、自分たちにとっても学びが多い研修だと感じた。教えることで学ぶという実際の研修がファシリテーター養成講習会の真髄かもしれない。

毎回、僕らのために準備をしてくださった国立がんセンター東病院精神腫瘍学開発部のスタッフとつくばSPの皆さんには言葉にできない感謝がある。この活動を地道に続けていくことでお返しできればと思う。またお会いできることを楽しみにしている。

学会印象記

コミュニケーション・スキル・トレーニング（CST）
ファシリテーター養成講習会に参加して

新潟県立がんセンター新潟病院 内科（血液・化学療法科）　今井　洋介

まず最初に、講義：2時間、グループ・ワーク：28時間、および実践：10時間、計40時間におよぶ講習会を、完遂できたことについて、スタッフの方々、模擬患者の皆様、同期、および先達のファシリテーターの方々、そして、職場のスタッフに感謝します。

今から10年前、現在の職場に配属されてから、全身化学療法、造血幹細胞移植、分子標的治療、と、手を換え品を換え、がんとの闘いに明け暮れてまいりました。

全てをまかせて移植に臨まれる患者との約束が、一定の確率で果たせない現実の中で、スタッフが増員された数年前より、院内で、「いのちをめぐる連続講演会」を開催したりし始めておりました。

そのような折に、数年ぶりにのぞいたサイコオンコロジー学会のホームページにて、CSTをしりました。最初は半信半疑にて参加した、計10時間の講習会は、圧巻でした。高橋・佐藤、両ファシリテーターの慈愛に満ちたポジティブフィードバックにのせられて、慎重に慎重に、心を合わせていくと、模擬患者さんの両眼から突然滝の如く涙がほとばしり、茫然自失となりそうなところをなんとか踏みとどまって再び共感を示し・・・。今まで、自己流に「なんとなく」用いていた言葉や仕草が、実に精密に分析、分類され、まったく別の次元での討論がなされていました。

一発で、「はまり」ました。

この世界をもっと知りたい一心で、周囲の迷惑も顧みず、外来を休診にし、旧知の下越病院心身科、今村医師をほぼ

強引に引っ張りこみました。

そしてようやく参加できたファシリテーター講習会では…。

組み分けされたグループでは、北陸隣県の極めて魅力的な先生方と一緒に、内富先生の指導を受けることができました。

ファシリテーター・サブファシリテーターのみでなく、医師役、オブザーバー役と、それぞれの役を担当することにより、このCSTの持つパワーや可能性のみでなく、問題点や困難なところが次々と顕わになり、一同、時には頭を抱えながら、時には大笑いしつつ、討論を繰り返しました。

最初に参加したCSTにおいてわたしはほとんどノックアウトされかかっていたのですが、今回の講習会では、模擬患者さん達の実力をさらに実感しました。時には模擬患者さんにも討論に加わっていただき、「患者という視線」からの意見の数々も、得がたい貴重なものでした。

最後の10時間。実際のCSTでの初ファシリテートでは、4名のいずれも中堅～ベテランの外科の先生方を担当させて頂きました。日本各地より、それぞれ、何か「想い」をもって集われた方々に、何かを持って帰っていただけるのかどうか・・・実際かなり緊張致しました。

時間を掛けすぎるくらいに、丁寧に進めていこうと心がけてはいたのですが、実際にどのくらいの気付きが得られましたでしょうか？私自身は、野崎医師という最高のスーパーバイザーを得て、ファシリテートの奥深さを知りました。

CSTとの付き合いは始まったばかりです。これから、どのような学びや出会いがあるのか、本当に楽しみにしています。

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

君津中央病院・放射線治療科　　清水　わか子

2月7日～8日、立春の残雪のある千葉県柏市のさわやか千葉県民プラザで行われたコミュニケーション技術研修会に参加した。日本緩和医療学会ワークショップに参加された先生から「大変なセミナーだ」と伺い、期待と不安の入り混じった奇妙な感覚を持って会場に到着した。

研修会は膨大なアンケート記入で始まった。続いてファシリテーター・スーパーバイザーの先生方・模擬患者の皆様の自己紹介があり、その後、受講者4名一組に分かれてのグループ学習となった。ほとんど坐学はなく、2日間で一人2回、全8回のバーチャル診療経験をした。技術研修の「キモ」は「悪い知らせを伝えるための実践的技術」である「態度や行動の枠組み」としてのSHAREプロトコール（以下SHARE）の体験と習得であった。

放射線治療医として緩和医療に関わり、国立がんセンター東病院勤務でかじったSPIKESの可及的実践を心がけて約10年になる。それが今のコミュニケーション技術として通用するか否かが受講前の不安であり、SPIKESよりも簡便で即戦的な技術の取得が期待の中身だった。結果的には、不安も期待も的中しなかったが、毎日の診察を見直し、そのプロセスをSHAREに沿う形で整理できたのは大きな収穫であった。

技術的枠組みとしてのSHAREは理解しやすいが、貧弱な日本医療のハード面やマンパワーなどを考えると、SPIKESと同

様に多少「現実離れ」している部分もある。今後は、受講者がSHAREに内在する「医の原点」を十分に認識し、形骸化しないことが重要なのではないだろうか？少なくとも、かつて「接遇」という掛け声のもと、「患者様」という奇妙な言葉を作り出したような愚を繰り返してはならない。研修会の後、そんな思いが頭をよぎる。

最後に、内富先生はじめ研修会の企画運営にあたられた諸先生方・スタッフの方々および模擬患者の皆様に心からお礼申し上げたい。とりわけ、バーチャルを忘れさせるほどの名優だった模擬患者の皆様、本当にお疲れ様でした。

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

昭和大学医学部 医学教育推進室　　高宮　有介

2008年2月7日、8日に千葉県柏市で開催されたコミュニケーション技術研修会に参加した。自身のコミュニケーションを見つめ直すことはもちろんであったが、教育方法やファシリテーターの関わり方を学ぶ目的も持って臨んだ。

模擬患者とのロールプレイが中心であったが、模擬患者は感情表現まで非常によく準備されていた。各種がんについて、進行がんを伝える、再発を伝える、治療の中止を伝えるというシナリオが用意されていた。一般的にロールプレイは7～10分間、継続して行った後、フィードバックをする。今回は短時間でカットされ、細かい変化や戸惑いに対応していた。しかも、ファシリテーターからのアドバイスでなく、参加者同士による指摘、気づきが中心であった。ロールプレイは医師役の希望した場面から模擬患者とともに再開され、その中で医師役の変化が大きかった。ファシリテーターも辛抱強く、参加者の気づきに付き合っていた。ミニレクチャーも含め研修全体が標準化されていると感心した。

模擬患者はどなたも素晴らしかったが、スピリチュアルペインまで発するかどうかは、今回は確認できなかった。私自身は治療の中止を伝える場面のロールプレイを行ったが、抗がん剤を続けて欲しいという患者の希望が強く、それ以上に進まなかった。私の力不足も感じたが、模擬患者が、その先の死生観、スピリチュアルペインについて準備されているのか、心理面の深い部分に行くのかは明らかでなかった。

私自身、長年、緩和ケアに関わってきたが、実際に人前でどのくらいロールプレイが出来るかの不安であった。何とか無難にこなせたが、参加者が、私の非言語的コミュニケーションの姿勢や表情から学び取り、すぐに取り入れるところに驚いた。また、自分自身がやっている非言語的コミュニケーションを全ては説明できないもどかしさを自分自身の教育課題として持ち帰ることができた。

がん対策基本法施行後の研修会は講義が多く、今回のようなロールプレイ中心の研修は非常に有用と考えられた。一方で、一度の研修会での参加者数の制限があること、参加者のモチベーションにより教育効果が変わるのではないかと感じた。また、研修直後の参加者の変化は目を見張るものがあったが、日々忙しい臨床の中で継続できているか、継時的に評価していく必要もあるだろう。

学会印象記

コミュニケーション技術研修会に参加して

三井記念病院　緩和ケアチーム　　宝田　潤子

2月7日・8日の寒さの厳しい時期でしたが、参加者より多数のスタッフに支えられた温かい雰囲気の研修会でした。初めてのロールプレイでも何とかなったのは、ファシリテーターの先生の丁寧な進行と、患者役の方の迫真の演技のおかげです。たった2 日間で、全員の話し方が見違えるように変わっていきました。参加者の年齢層は私の予想以上に高く、卒後20～30年目の先生方の熱意には圧倒されました。自分で演じること以上に、他の医師のロールプレイを見ることが勉強になったように思います。

今回、同じグループの医師が、治療中止を知らせたあと、まるで自分のことのようにつらそうな表情で患者にあやまる場面がありました。それに対して患者役の方が、「先生はよく頑張ってくれました。今までありがとうございました。」と静かに微笑みながら答えると、医師の表情が和らぎ、張りつめた診察室の雰囲気がみるみる緩んでいった様子が印象に残っています。

私が緩和ケアチームで活動する中で、今回の研修のように「がん再発」や「治療中止」 を実際に伝える機会はありませんが、このロールプレイを通して、これまで、悪い知らせを伝えられた患者の側ばかりに注目してきたことに気づかされました。バッドニュースを伝えることは、医師にとっても、かなりつらい作業なのだと改めて理解し、今後は悪い知らせを伝えなければならない医師の側にも十分配慮していきたいと思います。SHAREを用いることは患者のためになるだけでなく、患者の気持ちに寄り添った診療ができるようになることで、医師のストレスが軽減する効果もあるように感じました。

さっそく、今回学んだコミュニケーションスキルの内容を、院内の『緩和ケア勉強会』に追加して、まずはひとりでも多くの医師に興味をもってもらうことから始めてみようと考えています。その中から「実際に研修会に参加してみたい」という医師が出てくることを期待したいです。

学会印象記

東京大学大学院人文社会系研究科 グローバルCOE冬季セミナー「死生学の展開と組織化」〈医療・介護従事者のための死生学〉に参加して

弘前大学医学部附属病院 緩和ケアチーム　　佐藤　哲観

平成20年1月12日から14日にわたって東京大学で開催された上記セミナーに参加する機会を得た。3日間という長丁場にもかかわらず約100名が参集し、この分野への関心の高さが窺えた。全国から集まった受講者は、その大多数が医療従事者であったが、緩和ケアとは縁遠い参加者も多数いたようである。

内容は講義と演習であった。講義においては、「死生学とは何か」、「日本人の死生観」、「現代哲学における死の思考」、「仏教における死生観」、「20世紀心理学の死生観」、「臨床死生学とは・ケアにおける死生の理解と価値

観・臨床倫理・スピリチュアルケア」、「生と死における医療者自身の当事者感覚と診療スタイル」、「日本人の死生観とがん治療」、「死と死に行くことの社会学」、と題して宗教学、倫理学、哲学、医療社会学、臨床倫理学、医療現場の各専門家がそれぞれの視点から死生学や死生観についての歴史的背景や理論を展開した。日々の臨床から離れてどっぷりと死生に関する思索に浸ることができた。演習では、参加希望者が応募時に提出した臨床事例が「臨床ケース集」として参加者全員に配付され、そのうちの2事例についてスモールグループ・ディスカッションと全体討論が行われた。幸か不幸か、私が応募時に提出した事例が題材の一つとなった。様々な葛藤の中で終末期に至った50代男性がん患者と家族の事例で、緩和ケアチームとしての毎日の関わりの中で、患者や家族とどのように死生観を共有できるだろうか、またその死生観に寄り添うケアとは、ということを強く意識した事例であったが、様々な視点やケアのあり方について多くの示唆を得た。

「何かを教授する」のではなく「医療者と人文系の研究者とのクロストークの場を設けて一緒に考えたい」という主催者側の意図が明確であった。ともすると殺伐となりがちな現在の医療には、人文科学的な叡智に学ぶべき点が多々あるとの思いを強くした。医学系セミナーでは味わえない深みに満ちた3日間であった。

緩和ケアチーム訪問記

旭川医科大学病院緩和ケアチーム

文責：千葉県がんセンター 整形外科　　安部　能成

まだ雪の残る季節に、日本最北の医科大学である旭川医科大学病院の緩和ケアチームを訪問する機会を得たので、ご報告申し上げたい。

旭川医科大学病院緩和ケアチームは、専従医師１名、専従看護師１名、の最小規模ながら外来と病床を持ち、院内からも信頼を得て有機的に活動している。

その秘密は人材と組織体制にあると思われる。まず、常勤専従の阿部泰之医師は整形外科出身で骨・軟部悪性腫瘍の主治医となった経験がある。また、麻酔科と精神科を学ばれ、緩和ケアへの準備に怠りない。そして、この経歴は、大学病院における緩和ケアチームの位置づけにも少なからぬ影響を持っている。たとえば、大学病院長は整形外科の松野教授であり、前回の日本整形外科学会骨・軟部悪性腫瘍学術集会で学会長を務められた人物である。そのバックアップを得たことは、チーム活動に少なからぬ支援となっている。また、麻酔科の岩崎教授は、一昨年の日本麻酔科学会の会長を務められ、院内でも人望の厚い方である。阿部医師の仕事の一つは緩和ケアの普及啓発にあるが、麻酔科の新人医師にクルズスを行っていることからも、岩崎教授主導の麻酔科において一定の評価を得ていることが分かる。さらに、精神科を学ばれていることから、その緩和ケア的対応の幅はかなり広いと考えてよい。

歴史の教えるところによれば、いかに医師が有能であっても、孤軍奮闘ではバーンアウトは時間の問題である。旭川医科大学病院緩和ケアチームには、専従の看護師が加わっている。このことは医師とは違った観点をチーム活動に与える点で注目される。患者の立場からすると、忙しい医師には話しにくいことでも担当のナースなら話しやすくなり、医師への取り次ぎを頼んでも苦労しない、という声も聞かれた。ちなみに、本チームでは、第３の職種としてソーシャルワーカーを考えておられるが、理由は大学病院には珍しく、地域との連携をより深めたいからであるという。確かにネ

ットワーク作りは社会福祉士の方に分がありそうである。

このように旭川医科大学病院緩和ケアチームの実践を見せていただくと、緩和ケアチームの展開に有用なことは、規模の大きさ、あるいは、職種の広がりよりも、組織的な位置づけと人材を得ること、に思いを強くした。今後とも最北の地での御活躍を祈念するとともに、本学会での実践報告に期待が膨らみながら、白銀の旭川を後にした。

Journal Watch

ジャーナルウォッチ　緩和ケアに関する論文レビュー（2008年1月～2008年3月到着分まで）

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

聖隷三方原病院 緩和支持治療科　　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、メタアナライシス、無作為化試験、あるいは、大規模サーベイなどを列記します。

オランダの鎮静のガイドライン

Verkerk M, van Wijlick E, Legemaate J, de Graeff A. A national guideline for palliative sedation in the Netherlands. J Pain Symptom Manage. 2007; 34(6):666-670.

身体機能を評価する尺度

Jordhoy MS, Ringdal GI, Helbostad JL, Oldervol L, Loge JH, Kaasa S. Assessing physical functioning: a systematic review of quality of life measures developed for use in palliative care. Palliat Med. 2007; 21(8):673-682.

余命予測

Downing M, Lau F, Lesperance M, et al. Meta-analysis of survival prediction with palliative performance scale. J Palliat Care. 2007; 23(4):245-254.

緩和ケア領域の主要な論文

Goldstein NE, Fischberg D. Update in palliative medicine. Ann Intern Med. 2008; 148(2):135-140.

Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. Ann Intern Med. 2008; 148(2):147-159.

疼痛・呼吸困難・抑うつの治療についてのup-to-date

Qaseem A, Snow V, Shekelle P, et al. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a Clinical practice guideline from the American college of physicians. Ann Intern Med. 2008; 148(2):141-146.

オピオイドによる便秘

Thomas J. Opioid-induced bowel dysfunction. J Pain Symptom Manage. 2008; 35(1):103-113.

倦怠感：EAPCのアプローチ

Radbruch L, Strasser F, Elsner F, et al. Fatigue in palliative care patients - an EAPC approach. Palliat Med. 2008; 22(1):13-32.

緩和ケアへの紹介：米国での全国調査

Johnson CE, Girgis A, Paul CL, Currow DC. Cancer specialists' palliative care referral practices and perceptions: results of a national survey. Palliat Med. 2008; 22(1):51-57.

笑気

Paris A, Horvath R, Basset P, et al. Nitrous oxide-oxygen mixture during care of bedsores and painful ulcers in the elderly: a randomized, crossover, open-label pilot study. J Pain Symptom Manage. 2008; 35(2):171-176.

悪性腫瘍以外の疼痛に対するオピオイド

Nobel M, Tregear SJ, Treadwell JR, Schoelles K. Long-term opioid therapy for chronic noncancer pain: a systematic review and meta-analysis of efficacy and safety. J Pain Symptom Manage. 2008; 35(2):214-228.

日本からの論文

ミダゾラムとフルニトラゼパム

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. J Palliat Med. 2007; 10(5):1054-1062.

家族の体験

Sano T, Maeyama E, Kawa M, et al. Family caregiver's experiences in caring for a patient with terminal

cancer at home in Japan. Palliat Support Care. 2007; 5(4):389-395.

IL-6

Inagaki M, Isono M, Okuyama T, et al. Plasma interleukin-6 and fatigue in terminally ill cancer patients. J Pain Symptom Manage. 2008; 35(2):153-161.

アカシジア

Onishi H, Yamamoto W, Wada M, et al. Detection and treatment of akathisia in advanced cancer patients during adjuvant analgesic therapy with tricyclic antidepressants: case reports and review of the literature. Palliat Support Care. 2007; 5(4):411-414.

外来化学療法の緩和ニード

Morita T, Fujimoto K, Namba M, et al. Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy: an audit of a clinical screening project. Support Care Cancer. 2008; 16(1):101-107.

終末期のせん妄

Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al. Terminal delirium: recommendations from bereaved families' experiences. J Pain Symptom Manage. 2007; 34(6):579-589.

余命予測

Kikuchi N, Ohmori K, Kuriyama S, et al. Survival prediction of patients with advanced cancer: the predictive accuracy of the model based on biological markers. J Pain Symptom Manage. 2007; 34(6):600-606.