



日本緩和医療学会 ニューズレター August 2008 40



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

日本緩和医療学会のあり方 —進化する学会を目指して—

帝京大学医学部内科学講座 腫瘍内科、帝京がんセンター

理事長 江口 研二

日本緩和医療学会は、設立後13年を経た現在、会員数7,000人を超える大規模な学会に発展しています。日本のがん緩和医療の質の向上を目指す多職種からなるユニークな学会として非常に重要な役割が課せられています。2年前に成立したがん対策基本法のもとに、H20年春には各都道府県のがん対策推進計画が策定されました。がんによる死亡率を20%低減させること、がん検診受診率を50%にすること、がん患者・家族の療養生活における苦痛を軽減すること等を目標にしています。患者・家族の視点を考慮したがん診療体制が全国350余のがん診療連携拠点病院を核に整備されつつあります。とくに、がん薬物療法及び放射線治療の専門家をふやし、それらの設備や内容を充実させること、および、緩和医療の専門家を増やすこと、地域でのがん相談支援センターを充実させることなどががん対策の目玉になっています。日本緩和医療学会の理事会も積極的に緩和医療体制の整備、専門家の育成などの事業を担ってきました。

H19年度に学会がおこなってきたことの中で重点項目についてご説明します。

1) 学会の方向性を決める選挙制度の確立

H19年度に従来の推薦方式による代議員選出を改めて、初めての代議員選挙および理事選挙を実施しました。総務委員会、選挙管理委員会などの尽力により、インターネットを利用した選挙方式を用いて、新しい代議員および理事が選出されました。ホームページ、ニューズレターなどを通じて会員に周知した初回実施の選挙でしたが、投票率、電子投票システムなど、2年後の次回選挙に向けて、修正する課題も指摘されています。また、理事会では、多職種という会員構成の特色等もあり、職種、地域などの選挙単位の明確化も継続審議されています。現実的には、必ずしも選挙制度が健全に機能していない国内学会も散見されます。本学会の選挙制度は、理念を実現しうる適切な仕組みとして運営されるように、学会員皆さんの自覚と支援をお願いします。

2) 日本緩和医療学会の緩和医療専門医制度の確立

昨年度、外部委員も含めた専門医制度設立準備委員会は、ハードな日程をこなして、関連学会・団体の関係者を招聘して討議し、それらの意見も考慮して専門医認定制度規約案・細則案および設立準備委員会報告書を作成して解散しました。H20年度は新たな理事会執行部のもとで、専門医制度委員会が発足し、H22年度の専門医認定制度発足を目指して活動し始めました。学会主催の教育体制としては、EPEC-0 トレーナーズワークショップを発展的に解消させ、厚労省委託事業として緩和医療研修指導者講習会を全国で開始、さらに、従来からの学会教育委員会企画の定期教育セミナーなどを継続させ、それらの受講歴を専門医受験資格に反映させるべく協議を重ねています。また今年度中に、規約を作成し、緩和医療教育の認定医療機関の選定などを進めます。専門医制度委員会の動向は極めて加速されるので、是非ホームページなどでの随時公告・通知される内容を見落とさないようにお願いします。

3) 編集学術委員会の改組

新理事会の発足とともに、より機能的な運営体系を維持するために、従来の編集学術委員会を改組して、ニューズレター編集委員会とオンラインジャーナル編集委員会を分離しました。前者は安部能成委員長のもとで、よりスピーディな会員への連絡事項などをタイムリーに配信することを目指します。オンラインジャーナルに関しては、小林国彦委員長のもとで、新たにエディトリアルボードを結成し、本学会機関誌としてさらに学術雑誌の内容を強化する予定です。質の高い機関誌を定期発行していることは専門医制度を有する学会の要件となっています。また英文誌も将来の課題となります。

4) 学会運営の上での当面の諸課題

NPO 法人としては学会の予算規模が非常に大規模になってきています。昨年度から財務委員会機能の適正化と財務管理体制の改善が課題となっており、新理事会では田中紀章委員長のもとで、新たに財務機能の確立をはかります。また、昨今の医療者の診療・研究活動における倫理の問題がふたたび社会的に取り上げられています。既に、国内の関連学会では、利益相反ポリシーに関する規程の策定と実施が行われており、本学会でも、斉藤龍生新委員長のもとで、利益相反に関する委員会及び学会倫理委員会の設置を検討しています。利益相反に関する規程は、学会員の研究などを禁止・制限するようなものではなく、研究資金などの透明性を担保するものです。このほか、厚労省委託事業として、教育研修事業以外に、関連団体と共同で緩和医療に関する市民啓発運動（オレンジバルーンプロジェクト）を、内布敦子委員長のもとに前年度に続いて行っています。また厚労省に対して、標榜科としての「緩和医療科（仮）」の要望、日本医学会への加盟の検討、保険・介護診療報酬に関する検討、臨床試験グループの設置などの課題が山積しています。

ネット環境の普及により、医療系の学会のあり方は急速に変化しつつあります。学会の中でも、各分野について、やる気のある人たちが集まって積極的に次々とアクションを起こしていくことが始まっています。本学会も上記の今年度目標をクリアしていくためには、学会員各人の積極的・主体的な活動が大きな力となるものと確信しています。

10年後、我が国の緩和医療が、どのように変革されるのか、その具体的なビジョンを自分たちの手で実現しようではありませんか。

総会の総括**第13回日本緩和医療学会学術大会の印象**

大会長 安達 勇

第13回学術大会には全国の緩和ケアに携わる関係者5,500名（うち非会員1,880名）が静岡グランシップに結集し、2日間にわたって積極的に参加された。さらに、7月2日は教育セミナーに800人、6日にはH. M. Chochinov氏とJ. T. Brown氏らによるポストワークショップにも92名が参加された。この大会が会員のみならず全国の医療者にとって、がん緩和ケアの現場へ少しでも還元されるものであったならば主催者として嬉しく思う。

さて、本大会の総括をニューズレターに掲載することを依頼されたが、一言でいうなら「広げる、深まる、つなげる、緩和の心と技」そのものであったと考える。昨年の「がん対策基本法」の制定、「がん対策推進基本計画」により、全国に緩和ケアの機運が一気に高められてきた。しかし、誰が、どのようにがん緩和ケアを具体的に提供すべきか、連携システムはどのようにすべきか、今までのケアはこれでよかったのかなど、多くの疑問、不安に対して本学会で各々が学んでもらうようプログラムを企画した。会長といえども全てを聴き総括にいたっていないので、主なポイントを述べて総括としたい。

一つ目の「緩和ケアの心」では、「家族ケアやグリーフケア」また、「がん患者に対するサポートでニーズを的確にとらえ、自助の力をどのようにだせうのか」をシンポジウムで報告された。患者家族支援センターの立場からは医療者の情報提供における伝え方、患者の知りたいことをどのようにとらえるべきか、NPO法人からは日本人のニーズに添ったサポートの在り方、ソーシャルワーカーからは、親密で距離のある関係を逃げることなく向き合うことの大切さ。なお、チャイルドライフスペシャリストから「こどもらしく一緒にケアの輪にいけるようにするには？」、またがん体験者の先輩として医療コーディネーターをどのように実践しているのか、更に精神腫瘍医からPTSDなど死別後の悲しみを克服する援助が必要であることが述べられた。とくに海外の両講演者から「尊厳療法のプログラムの効果」と「患者家族の尊厳、希望、死別への準備から、いま生きている意味をどのように引き出せうのか」が紹介された。さらに両氏によるロールプレイを通じてプログラムを具現化してもらった。

二つ目は「緩和ケアの技」として、がん臨床腫瘍医から役立つ知識テクニック、さらにリハビリテーションの現状と効果について紹介され、参加者らは多いに啓発された。またシームレスながん医療を実現するために5大がんのオンコロジスト、病院管理者から緩和医療者へ提言された。

三つ目に、緩和ケアチームの在り方、連携の方法などモデルとなる施設からの報告などなされ、大いに参考となった。

最後に日本における緩和医療はまだ発展途上にあること、また他の学会と異なり多職種からなる学会であること、そして緩和医療専門医制度案が発足された初期段階にあることなどから、癌治療学会や臨床腫瘍学会、またがん看護学会など異なる基盤と発展途上の学術大会であることが特徴である。学術大会の位置付の重要性を認識する必要があると考える。今後さらに実証性のある、日常の臨床に還元できるエビデンスの高い研究成果がより多く発表される大会に進化することを期待したい。

会長講演

がん緩和医療の変遷とこれから ～患者から学ぶことの大切さ～

座長・報告 日本対がん協会 垣添 忠生

演者 静岡県立静岡がんセンター 緩和医療科 安達 勇

安達勇先生は、中国長春市で生まれ、中学まで同市で過ごした。従って中国語が堪能で、中国からの研修生と自由に対話しておられる姿を何度も拝見したことがある。また、米国9.11の世界貿易センタービルに対するテロが勃発した時、米国ホスピス見学旅行でニューヨークを訪問中だった安達先生は、数百メートルの間近でこの大事件を経験された。

印象的なエピソードを二つ記したが、安達先生は新潟大学医学部御卒業後、国立がんセンターに30年、そして新設された静岡県立静岡がんセンターに7年、計40年近く、がん診療の現場に携わってこられた超ベテラン医師といえる。乳がんの化学療法から緩和医療に入れ、国立がんセンターの緩和ケアチームを立ち上げられ、静岡県立がんセンターに移られてからは緩和医療一筋に膨大な活動を展開、静岡県立がんセンターの一つの特徴を形成することに大きく貢献された。

安達会長の第13回日本緩和医療学会の会長講演は、この豊富な臨床体験に根ざした全面展開だった。まず「ホスピスケアから緩和医療への変遷」から開始された。ホスピスの起源としてフランス・リヨンのオテル・デュ（神の宿）から説き起こして、シシリー・ソンドースの聖クリストファーホスピス、エリザベス・キューブラー・ロスによる「死ぬ瞬間」、さらにマザー・テレサの「死を待つ人の家」などに言及された。1975年頃からホスピス活動から緩和医療への概念がどのように変わっていったか、を簡潔に貴重な映像を交えて話された。

次に「日本における緩和医療ケアとがん診療の変遷」と題して、日本の緩和ケアの歴史的発展を、やはり多くの映像を交えて紹介された。日本緩和医療学会の若い会員は御存知ないかも知れない創生期の方々の活動から、現在に至る発展が紹介された。この間のがん診断と治療の進歩を簡潔に触れられ、拡大治療から機能温存、縮小治療などの流れを紹介された。また、緩和ケアへの保健医療行政上の加算の変遷、病院死と在宅死の関係、都道府県別緩和ケア病床数の格差の現状にまで言及された。

今回の第13回日本緩和医療学会は静岡がんセンターの総力を挙げて開催されたが、静岡県のがん緩和ケアの実情の紹介もなされた。静岡がんセンターの緩和ケア病棟、緩和ケア外来の活動はほぼ飽和状態にあり、今後の発展に向けて地域との連携、患者家族の意識変革の必要性などを考察された。

最後に「がん緩和ケアを担う医療者」と題して患者さんの視点からの緩和ケア、全人的医療の重要性に言及された。緩和ケアに入った患者さんの望みは、「延命」と「普通の生活」であって、それをいかに保障するか、それを妨げる要因としての格差の問題に触れられた。

緩和とは、「ヒトの心がわかる心、技」であり、謙虚に柔軟に患者さんの声を聴き、行動する必要がある、ことを強調して話を終えられた。立派な会長講演だった。

シンポジウム4

がん治療・緩和ケアにおける補完代替療法： 正しい理解と患者サポートのために

座長・報告 金沢大学 補完代替医療学 大野 智

座長 国立国際医療センター 有賀 悦子

我が国のがん患者の35～45%は補完代替医療を利用しているとされている。しかし、補完代替医療に関する正確な情報は乏しく、患者やその家族への対応に苦慮することが多い。そこで今回、補完代替医療の定義や現状を改めて確認した上で、がん患者と補完代替医療の関係を理解し、日常の診療・ケアに活かせるノウハウを習得することを目的にシンポジウムが企画され演者として4人が登壇した。

兵頭一之介先生（筑波大学）には、総論としてがんの補完代替医療の定義や分類を解説して頂いた。また、がんの補完代替医療の問題点として「科学的根拠（臨床試験）の不足」「医師と患者のコミュニケーション不足」などに言及された。住吉義光先生（四国がんセンター）からは、がんの補完代替医療に関する臨床試験の重要性を改めて強調するとともに、現在、厚労省研究班が行っている臨床試験の取り組みを紹介して頂いた。今後の課題として臨床試験を実施するにあたっての研究資金・人材などのサポート体制の必要性を訴えた。黒丸尊治先生（彦根市立病院）からは、緩和ケア病棟における補完代替医療の取り組みに関する具体的な事例について、リラクセーションを目的としたものと治療的意味合いを含めたものに分類したうえで患者とのコミュニケーションの重要性も踏まえ紹介して頂いた。所昭宏先生（近畿中央胸部疾患センター）には、がん患者が補完代替医療を利用する心理・行動面に関して調査結果を交えて解説して頂いた。患者が補完代替医療を利用するにあたってのアクセル役としては「家族からの期待」、ブレーキ役としては「医師・看護師の否定的な態度」が挙げられることを示した。

総合討論では、補完代替医療の用い方をめぐり、医師と患者のコミュニケーションの問題や今後の課題について意見が出された。本シンポジウムでは聴講者も立ち見が出るほどであり、改めて会員の補完代替医療に対する関心の高さを伺い知ることができた。

なお、会場で資料として配付した「がんの補完代替医療ガイドブック（第2版）」は十分な部数を用意したにもかかわらず全ての方にお渡しすることができずこの紙面を借りてお詫び申し上げたい。追加で要望される場合は、以下に問い合わせ頂きたい。

〒920-8640 石川県金沢市宝町13-1

金沢大学補完代替医療学講座

大野 智

satoshio●med.kanazawa-u.ac.jp

※スパムメール防止のため、E-Mailの「@」の部分を「●」に変えて掲載しています。

シンポジウム9

スピリチュアルペイン・精神的苦悩：その理解と対応

座長・報告 東京大学大学院医学系研究科 緩和ケア看護学 河 正子

座長 東京医科歯科大学大学院 心療・緩和医療学分野 松島 英介

本シンポジウムは、各演者がスピリチュアルペインや精神的苦悩の定義について持論を展開することを意図するものではなかった。それぞれの考え方がありつつも、「終末期がん患者のQOL向上」を共通の目標とする研究グループに参加して行われた研究結果と課題を中心に、発表いただいた。テーマは「日本人にとっての望ましい死-終末期がん患者のQOLとスピリチュアリティ」（宮下）、「終末期がん患者のスピリチュアルペイン評価法に関する研究-スピリチュアルペイン評価法の実施可能性」（田村）、「スピリチュアルケアワークショップの教育効果」（村田）、「終末期がん患者へのspiritual well-being向上のための短期回想療法について」（安藤）であった。発表後、会場からの質問・意見を受けて総合討論を進めた。多くの質疑、意見交換があったが以下に一部を紹介させていただく。

研究に関する討論のひとつは、終末期のQOL/望ましい死の構成要素を、個別的な考えを尊重する緩和ケアの場で、達成すべき状態として全ての人のケア目標にしてよいのかということであった。会場と演者らの意見交換をとおして、個別性の尊重、患者自身が望ましい死を見出していくプロセスがもちろん重要であるが、ケアの手がかりとして共通性を示すことにも意義があらうとの方向が示された。また、会話記録を録音することの是非について討論があった。演者から「調査研究としては録音の必要があったが、緊張を生むなどの課題があり、患者さんの意向を確認することが重要」「メモや録音をすることで聞く力が鈍るおそれがある」「結局ケアにつなげられるのは記憶に残っていることだけであらう」などの発言があった。

ケアに関することでは、働きかけにどうしても答えてくれない患者、病状が伝えられていない患者など、困難な状況での対応について質問があった。演者から「言語化できない気持ちに関わり、そのときにその人と一緒に苦しむこともケアであろう」「ただ単にそばにいてではなく相手の苦しみに意識を向ける訓練、待つという訓練が必要である」などの助言があった。

演者から座長の松島に、今回発表された研究でも使用されたツールの1つである「FACIT-Sp日本語版」を開発した視点からのコメントが求められた。松島から、身体的苦痛の緩和がある程度達成されても精神的苦悩の領域には対処ができていない状況があること、特に日本人のおよそ3分の2が亡くなる中小の病院ではケアにあたる人たちが困難を強く感じていること、ケアへのきっかけ、手がかりになることを願ってFACIT-Sp日本語版開発に取り組んだことが語られた。

基本的な事項としてスピリチュアルペインとは一体何なのかという質問が会場からあり、各演者から個人の考えが示された。

以上の論議を受けて、様々の考え方が存在し1つの答えが出せるものではないが研究の成果を重ね、臨床と意見を交換し、ケアの向上を目指す努力を続けていくことを松島が呼びかけて、セッションを終了した。

なお、最初から会場に参加されたBrown先生とChochinov先生が、シンポジストの努力への敬意、各研究への賛辞といくつかのコメントを示して下さり、このテーマへの取り組みを励ましてくださったことに心より感謝申し上げたい。

ワークショップ3

臨床疑問の解決：症例で学ぶEBMの実践

座長・報告 東京医科大学病院 総合診療科 大滝 純司
 広島県立広島病院 緩和ケア科 小原 弘之

今回のワークショップは、日常臨床で遭遇する事例を通して、標準的な緩和ケアの情報をどのように探し、得られた情報をどのように吟味解釈して臨床に還元したよいかを2名の先生に講演して頂いた。

京都医療センターの小山弘先生は、食欲低下を伴った進行がんにてプロゲステロン製剤が有効かを尋ねられた事例を提示し、P（どんな患者に）I（この介入をすると）C（他の方法と比べて）O（アウトカムがどう変わるか）を用いて臨床疑問を定式化する方法がまず紹介された。次にUp-To-Dateを例に最新の教科書を用いて幅広く情報を収集する方法を紹介され、続いてPubmedを使って臨床疑問の解決につながる研究論文にたどり着く過程を詳しく解説された。さらにCochrane Libraryやメタ解析の論文の収集方法が紹介され、標準的な治療情報を効率よく収集するための方法を伝授された。関連する研究や最新の論文の探し方、MESHを用いた検索語の設定の仕方、検索された論文の絞り込みの方法など、効率よく重要な論文にたどり着くための実践的な方法やテクニックが満載の講演であった。

名古屋市立大学の渡辺範雄先生からは、小山先生の事例で入手した論文を基に批判的吟味を加えて、論文の価値を科学的に判断する方法が提示された。現在エビデンスレベルが最も高いとされるRCT（無作為化割り付け比較試験）にも多くのバイアス（偏り）があることが紹介され、内的妥当性の検証の方法を具体的に解説された。続いて実際の患者さんに役立つ情報の抽出方法として、RR（相対リスク）、NNTB（治療効果発現必要症例数）、95%信頼区間の解釈など生物統計学の必須事項がわかりやく解説された。論文の結果を自分で吟味して、患者さんの価値観や治療者の経験・洞察を加えて総合的に判断して臨床の現場に還元することの重要性を強調された。

演者の先生方の御配慮で会場参加型のわかりやすい講演であったため多くの質疑応答があり、参加者の満足度が非常に高いワークショップになったと思われる。

ワークショップ5

5 大がん オンコロジストからの提言：シームレスな医療のために

座長・報告 東京都立駒込病院 佐々木 常雄
 座長 静岡県立静岡がんセンター 本山 清美

このワークショップでは、実際の医療現場で活躍されている医師の方々に、胃がん、大腸がん、肝がん、肺がん、乳がんについて講演していただいた後に、病院長である医師の方に「オンコロジストと緩和スタッフをつなげて行くための提言」という特別発言をしていただいた。各がんの標準的治療や臨床経過だけでなく、緩和医療へのスムーズな移行や多職種チーム医療を実践していくうえでのポイント、緩和スタッフへの期待や熱いメッセージなどが盛り込まれており、講演内容は大変濃密で興味深いものであった。

座長の時間調整不足のため、総合討論の時間が予定より短くなってしまったが、会場の方と演者との討論では、実際の臨床現場でみられる役割の違いによる認識のずれが明確となり、今後の課題も見出せた内容になっていた。緩和医療を行うスタッフと抗がん剤治療や手術などの積極的治療を行うスタッフとの“認識のずれ”をうめていくためには、まずはお互いの役割を正しく理解することが必要である。役割を理解する時は、それぞれの段階で行われている治療やケア、特に患者や家族が抱えている問題に誰がどのようにかかわっているのかを知ること、またその役割を遂行するうえでの限界や課題などについて、お互いに話をして聞く姿勢をもつことが重要になる。

今後は、学会や研究会、施設内などで、それぞれの役割に期待すること、改善してほしいこと、協力して問題解決していきたいことなどをフランクに話をする機会をつくっていくことがより重要になってくるのではないと思われる。特別発言のなかで出された円滑なコミュニケーションがとれる“チーム医療”を実践していくことが、シームレスな医療の実践へとつながることを改めて感じたワークショップであった。

ランチョンセミナー5

わかる・できる！オピオイドローテーション

座長・報告 JR東京総合病院 花岡 一雄

緩和医療の原点である癌性疼痛の緩和に対してはWHOの鎮痛ラダーがわが国においても次第に普及してきた。患者も医療者側も疼痛の緩和方法に対して、かなり悩みが少なくなってきたとは言え、個々の患者のオピオイドへの感受性や副作用の出現およびその程度は異なっており、疼痛緩和に難渋する場合も少なくない。もちろんモルヒネが主軸ではあるが、また、かなりのモルヒネ製剤が臨床応用されているが、つい最近までは、このモルヒネ製剤内においてオピオイドローテーションが行なわれていた。オピオイドローテーションの必要性を感じる時は、モルヒネなどの鎮痛効果に限界がある時、悪心・嘔吐や便秘などの副作用に耐えられない時、その他、剤型適応による変更が必要な時など様々である。従って、疼痛緩和においてオピオイドローテーションを必要とする場面に出くわすことは珍しくない。近年、フェンタニルパッチ製剤やオキシコドン徐放剤、オキシコドン塩酸塩水和物など次から次へと臨床使用が可能となり、オピオイドローテーションの奥幅が急速に広まってきた。加えて、緩和医療学会の終了直後の7月7日にフェンタニルのマトリックス製剤の臨床使用が開始され、一層、そのバリエーションが増してきた。演者の下山先生はオピオイドローテーションの実際からお話を始められ、そのコツそして問題点に焦点を当てて講演された。最後に講演2日後に発売予定のフェンタニルマトリックス製剤に関して述べられ、ランチョンセミナーを閉じられた。1,600名収容可能な会場はほぼ満席で食い入るような聴衆の熱気が伝わってきて、本学会会員のオピオイドローテーションへの関心の深さを強く感じたセミナーであった。

ランチョンセミナー6

患者の尊厳を守るケア：医療に携わる専門家としての心得

座長・報告 愛知県がんセンター中央病院 小森 康永

チョチノフ教授の講演は、Chochinov, HM. Dignity and the essence of medicine: the A, B, C and D of Dignity Conserving Care. British Medical Journal 335:184-187, 2007を中心に据えたものであった。医療従事者は、患者に対する自らの態度Attitudeを絶えず点検しなければならないこと。いかなる行動Behaviorを心がけるべきか。どのようにして患者に対する思いやりCompassionを維持するのか。そして最後に、いかに対話Dialogueを続けるべきかが論じられた。

特に印象的であったのは、「思いやり」とは相手の詳細を知ることによって得られるものだという主張において提示されたモノクロ写真／物語である。1865年のリンカーンの葬儀の列を撮った写真には、テオドア・ルーズベルトの生家が写っていて、その二階の窓にはエリオットとテオドアの兄弟が点のように見える。史上最年少で大統領になった弟とは裏腹に兄は精神障害のみならずアルコール中毒に苦しむ。さらにその妻が若くしてジフテリアで他界し、エリオットも34歳で飛び降り自殺。このような細かさを知ること、ただの写真が忘れ難いものとなるように、患者とのつながりは生まれるのだと。ウィリアム・オスラーの息子が戦場でハーベイ・クッシングによって治療されたという隠れたエピソードも同様である。

質疑応答はいつになく忌憚のないものとなった。まずは医療従事者ではないからこんなふうを感じるからかもしれないがと前置した男性が「このようないわばあたり前のことをこんな大会場で外国の方を呼んで話をしてもらわなければならないという日本の医療の現状がちょっとおかしいのではないか？」二人目に中国人女性が「ABCのCはコミュニケーションとした方が良いし、Dはドラッグに変えたらどうか？」と。また、最後に学生の方が、「思いやりを示そうとしてもどうしても相性の悪い方というのがみえるわけで、それを解決する方法を教えてくださいのですが」と。教授のコメントはご想像ください。なお、本報告の完全版は、アンチ・キャンサー・リーグで読めます。

<http://www.pref.aichi.jp/cancer-center/200/235/index.html>

ランチョンセミナー9

ケアする人のこころのケア：音楽が創り出す「場」

座長・報告 札幌医療生活協同組合 ホームケアクリニック札幌 前野 宏

このランチョンセミナーは会場に入った参加者はまずそのいすの配置に「これは何かある?!」と思ったのではないのでしょうか。北海道医療大学の近藤里見先生が講師であるこのランチョンセミナーはただお弁当を食べて良いお話を聞くというのではなく、参加型のセミナーでした。

前半は、スライドと音楽を使った近藤先生のお話。特に北海道の支笏湖で行われた音楽療法士の「リトリート（退修会）」の模様をお話しされた。まさにこの日のテーマである「ケアする人自身の心のケア」が必要なこと、そのために

は「リトリート」が必要であるというメッセージが伝えられたのだと思う。そのリトリートに参加した音楽療法士が支笏湖で創ったというきれいな音楽が印象的であった。

さて、後半がこのセミナーの本番であった。何人かが前に出て近藤先生の指導の元、いろいろな楽器を演奏し、即興の音楽が創られてゆく。ただし、即興というのは慣れていないのと照れもあり、ちょっとうまく行かない人もいたようである。

最後は、全員が立って近藤先生が前日にこのセミナーのために創ったという小さな曲をみんなで体を動かし、手を打ち鳴らして歌った。

“Love is the only power. Love is the only way.” という歌詞の短いけれどすてきな曲であった。この曲を何回も繰り返すことにより、最後は全員が不思議な一体感を味わうことができた。これは、人間の言葉ではなす事のできない、音楽が持つパワーであろう。

すばらしい体験を与えてくださった近藤先生に感謝したい。

Current Insight

精神症状緩和の均てんに向けて

国立がんセンター中央病院

緩和医療支援チーム・精神科 清水 研

静岡で行われた学術大会において、緩和ケアチーム活動期の課題と対応というシンポジウムにて発表する機会をいただいた。会場の参加者に、現在の緩和ケアチームの問題点についてアンケート調査を実施し、その場でシンポジストが質問に答えるという試みを行ったが、私への質問で一番多かったのは、「緩和ケアチームに参画する精神科医が足りないが、どうしたらよいか？」というものであった。

現状の緩和ケア診療加算をどうするかという話はおいて、より患者アウトカムに沿って考えると、がん患者の精神症状をどのように緩和するか、また多くの精神症状の背景にある適応障害、うつ病、せん妄といった精神医学的問題にどのように対応するか」という問題に置き換えられる。この問題に対応するには、患者の苦しみをナラティブなストーリーとして理解、共感することに加え、うつ病やせん妄などの薬物療法の適応となる状態像を、通常の心理反応と弁別する能力が必要となる。また、医療チームの一員としてチーム医療を実践するには、腫瘍学や、身体症状緩和に関する知識もある程度必要であろう。

上記の様な能力を全て備えた、単なる精神科医や心療内科医ではない「精神腫瘍医」は、がん対策基本法のうねりを受けた啓発活動が奏功し増えつつある実感はあるが、シンポジウムでの指摘の通り必要数にはまだ満たない。ただ、心理職やリエゾン精神専門看護師などのコメディカルスタッフと、それぞれの特徴を生かした連携を模索すれば、より大きな力が発揮できるのではないかと感じている。現在がんセンター中央病院では年間600近くの精神症状コンサルテーションを行っているが、薬物療法が主体ではない介入の場合、精神医学的診断、身体医学の知識を身につけた心理職、リエゾン精神専門看護師が、多くの部分を担っている。さらに、身体症状緩和を主とする緩和ケア医や臨床腫瘍医が、うつ病やせん妄を診断するトレーニングを積み、切迫した希死念慮や人格障害などの高度な精神医学的問題が関与する

ケースを除いて、少なくともファーストラインの対応は可能なのではなかろうか。精神腫瘍医がいない施設や在宅緩和ケアで高度な精神医学的対応が必要となる場合、都道府県の拠点となるような施設の精神腫瘍医が何らかの形で相談を受けることも可能かもしれない。

このような対応方法を個人的にはいろいろと考えるが、まだわが国のモデルとなるものは示されていないと思う。精神症状の多くは見過ごされ、適切な介入がされていないという報告が残念ながら今でも続く。心のケアを含めた緩和ケアの均てんに向けて、職種や専門性の壁を越えて、建設的に考えていかなければならないと思う。

Current Insight

J-HOPE study : 日本における過去最大の遺族調査の研究デザインと参加施設の概要

東京大学成人看護学/緩和ケア看護学 宮下 光令

Miyashita M, Morita T, Tsuneto S, Sato K, Shima Y. The Japan HOspice and Palliative care Evaluation study (J-HOPE study): Study design and characteristics of participating institutions. Am J Hosp Palliat Med. 2008; 25(3): 223-32.

【目的】

日本における過去最大の遺族調査であるJ-HOPE studyの研究デザインと参加施設の概要について報告する。

【研究デザイン】

J-HOPE study はわが国のホスピス・緩和ケア病棟（100施設）および在宅ケア施設（14施設）を対象とした多施設遺族調査である。調査時期は2007年7月であり、調査対象は参加施設において死亡した、がん患者の遺族である。調査票はホスピス・緩和ケア病棟7,955人、在宅ケア施設447人に送付された。主な調査項目はケア評価（Care Evaluation Scale）、終末期のQOL（Good Death Inventory）、介護経験（Caregiving Consequence Inventory, SF-8）である。ホスピス・緩和ケア病棟ではランダムに割り当てられた12種類の付帯調査を行った。付帯調査のテーマは（1）ホスピス・緩和ケア病棟への入院を検討する家族に対する望ましいケア、（2）家族の視点から見た有用な緩和ケアシステム、（3）ホスピス・緩和ケア病棟を受診する患者・家族の意思決定モデル、（4）がんで家族を亡くした遺族における複雑性悲嘆、抑うつ、希死念慮の頻度とその関連因子、（5）ホスピス・緩和ケア病棟で近親者を亡くした遺族におけるケアニーズの評価、（6）遺族から見た臨終前後の患者に対する望ましいケア、（7）遺族から見た水分・栄養摂取が低下した患者に対する望ましいケア、（8）遺族から見た終末期がん患者の家族の希望を支え将来に備えるための望ましいケア、（9）遺族から見た終末期がん患者の負担感に対する望ましいケア、（10）遺族から見た終末期がん患者に対する宗教的ケアの必要性和有用性、（11）「患者・家族の希望を支えながら将来に備える」ための余命告知のあり方、（12）遺族から見た死前喘鳴に対する望ましいケア、である。また、在宅ケア施設に関しては（13）在宅療養への移行に関する意思決定モデルの調査を行った。その他にも、わが国のホスピス・緩和ケアの実態に関する調査を行った。

【参加施設の概要】

施設票の集計の結果、わが国のホスピス・緩和ケア病棟および在宅ケア施設の医療従事者の勤務状況やベッド数、入院患者数、退院患者数などの、ホスピス緩和ケア病棟や在宅ケア施設の構造面（ストラクチャー）の概要、ホスピス・緩和ケア病棟や在宅ケア施設で実施可能な治療、ホスピス・緩和ケア病棟や在宅ケア施設における遺族ケアの実態が明らかになった。緩和ケア病棟で実施可能な治療は経口化学療法が44%、経静脈的化学療法が9%、放射線治療が31%、胸水・腹水穿刺が99%、神経ブロックが68%、代替療法が93%であった。在宅ケア施設で実施可能な治療は経口化学療法が71%、経静脈的化学療法が14%、胸水・腹水穿刺が64%、神経ブロックが29%、代替療法が86%であった。緩和ケア病棟では78%が遺族会を開催し、93%が全て・一部の遺族への手紙の送付を行っており、68%が全て・一部の遺族への電話を行っており、63%が全て・一部の患者の葬儀に参列していた。在宅ケア施設では57%が遺族会を開催し、79%が全て・一部の遺族への手紙の送付を行っており、100%が全て・一部の遺族への電話を行っており、63%が全て・一部の患者の葬儀に参列していた。

【解説】

本研究ではわが国では過去最大の遺族調査であり、国際的にも最大級の調査であるJ-HOPE studyの研究デザインと参加施設の概要について解説した。調査依頼時点での緩和ケア病棟数は153施設であり、100施設（65%）の構造面での概要や実施可能な治療、遺族ケアの実施状況が把握できたことは貴重な副産物としての情報である。また、在宅ケア施設についてこのような調査は初の試みである。本調査に関しては、2008年1月に参加施設への調査結果のフィードバックを行った。これにより、各施設が自らの施設のケアの改善点を把握し、わが国のホスピス・緩和ケアの質の保証に貢献することが期待される。平成20年7月に開催された、第13回日本緩和医療学会学術集会では、J-HOPE studyの速報が多数発表された。今後も各種学会や詳細な解析を加えた形で学術論文等で成果を公表していく予定である。また、現在、主な調査項目に関して同様の調査を、わが国のがん診療連携拠点病院56施設（約4,500人）に対して行っており、メインアウトカムに関しては、がん診療連携拠点病院の結果と合わせて公表される予定である。

Current Insight

パラレルケア

聖路加国際病院緩和ケア科 林 章敏

昨年JPAAPの海外研修でオーストラリアの緩和ケア学会に参加した帰り、シドニー大学の緩和医療学教授であるDr. Lickisにお会いする機会を得た。そのときに緩和ケアのあり方として、「パラレルケア」の考え方が良いのではないかとおっしゃったのがとても印象に残っている。

最近のがん治療の中には、比較的副作用が少ないものが見られるようになってきた。乳がんや前立腺がんに対するホルモン療法などは、患者はほとんど苦痛に感じることなく継続することが出来る。そうであれば、出来るだけ長く治療を続けたいと思う人が増えるのも当然だと思う。また、人間本来の持つ、生きることへの思いを強く持ち続ける人もいる。そのような方々には、治療をあきらめることなく最期まで希望を支えつつ、がんによる苦痛に対しては死の受容への援助も含めた緩和医療で対応していくのが良いと思う。

一方、苦痛を伴うがん治療であれば、途中で中止し苦痛無く過ごすことを希望する人もいる。また、限られた時間を治

療のためだけに費やすのではなく、家族との時間を大切にしたり、やり残したことを仕上げたいと思う人もいる。静かに過ごしたいと思う人もいるだろう。そのような方の場合は、がん治療を適切な時期に中止し、緩和ケアに移行する方が良い。

すなわち、緩和医療はいずれ誰しも全面的に移行するべきものではなく、患者さんの持つ疾病の特性や治療の適応や副作用、人生観や死生観によってもその治療の中に占める比率は変わりうるべきものではないかと思う。そして、その関わりは末期になってからではなく、がん治療の初期から関わるのが大事だと考える。

そう考えるときに、従来のシームレスな緩和医療への移行を強調するのではなく、がん治療と緩和ケアがパラレルに行われうる状況を作ることが大切なのだと思うようになった。

その人のいのちを支える緩和医療、それを表すのが、「パラレルケア」の考え方である。今後の緩和医療のあるべき姿を示している言葉と思われてならない。

Current Insight

死亡率100%ということ

埼玉医科大学国際医療センター 緩和医療科 奈良林 至

この不確実な時代にあって絶対確実なこと、それは、私たちは必ず死ぬということである。当たり前のこの事実について、少し考えてみたい。

昨年はがん対策基本法が施行され、それに基づいてがん対策推進基本計画が策定された。がん診療に携わる全ての医師に緩和ケアの研修が課され、来年度の医師国家試験の出題基準が改訂されて【必修】の大項目に「死と終末期ケア」、【総論】の疾患・病態生理の大項目に「腫瘍」、同じく治療の大項目に「緩和医療」が新設された。命を預かる職種であり、日々研鑽を積むことはやぶさかでないが、努力を求められるのは医師・医学生側だけでいいのだろうか？

昔は一おそらく、高度成長化時代となる1950年代までは一ほとんどの家庭は二世帯、あるいは三世帯同居の大家族で、だいたい年の順に最期を迎えていた。同じ屋根の下に弱っているヒト、死にゆくヒトがいた。それを、チビはチビなりに、若者は若者なりに受け容れ、ヒトには終わりが来ることを日常生活の中で経験してきた。ところが、核家族化した現代は9割を超える人が病院という普段の日常生活とは切り離された世界で死を迎える。日常生活から離れてしまったら、できれば関わりたくない、あるいは起きてはいけないうように死を捉えるようになっていても不思議ではない。

医学は進歩し、がんもずいぶん治療が望めるようになってきた。しかし、がんが治癒してもヒトは死ぬ。家庭において生活の中の死を経験できなくなり、学校でも教育されないまま日常生活を送っているところに、例えば「がん」と診断されて初めて死を意識することになる。だから、慌てる。

医療者が緩和ケアの技術を磨き、患者や家族をサポートしていくのは結構なことだが、患者も、というか私たちも死を意識した時に慌てふためかなくてすむように、折に触れ考えを深めておくことが必要なのではなかろうか。このような話題になると、最近はいソップの「アリとキリギリス」の寓話が思い出されてならない。

学会印象記

第 8 回高知緩和ケア研究発表会

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

2008年5月17日、土曜日の午後にもかかわらず好天にも恵まれてか多くの人を集め、第8回高知緩和ケア研究発表会が高知市の高知県民文化ホールで開催された。今回は、高知緩和ケア研究会が「特定非営利活動法人 高知緩和ケア協会」として2008年3月7日付けで認可された、設立記念大会としての開催であった。このように先進的な地区では、緩和ケアに関するアカデミックな活動をしている市民組織が法人格を取得し、公的に認められたNP0として様々な緩和ケア関連の受託事業を展開するようになってきている。

セッション1は、座長に久直史 函南病院院長、豊田邦江 細木病院緩和ケア病棟師長のもとで、1. うつを抱える患者と家族をつなぐ看護師の役割を考える、2. 緩和ケアでの口腔トラブルを考えるアセスメントシートの作成、3. ホスピス病棟における外出・外泊に向けての看護師の働きかけ、4. 70歳代骨肉腫、転移性肺腫瘍症例の緩和ケア的リハビリテーション、5. 病院緩和ケアおよび緩和ケア病棟に関する意識調査、の5演題が発表された。

セッション2は、座長に池田久乃 高知医療センター、弘末美佐 高知女子大学看護学部看護学研究科のもとで、6. 高知大学医学部附属病院緩和ケアチームの活動報告、7. 末期がん患者を持つ家族が在宅ケアを困難と感じた要因、8. がん患者を支えるソーシャルワーカーの役割、9. 末期がん療養者の在宅ターミナル期を支援する訪問看護師の役割、の4演題が発表された。

上述の一般演題に先立って、めぐみクリニックの小沢竹俊先生による、いのちの授業が、ホールの壇上を教室に見立てて行われた。いわゆる、公開模擬授業の形式には違いないが、生徒は現役の中学生たちであり、扱われる対象が学習指導要領にはない点で、極めてユニークな試みである。臨床経験を主たる対象とする研究会において、このような企画を立てられた高知緩和ケア協会に敬意を表する次第である。

なお、来年の第17回日本ホスピス・在宅ケア研究会全国大会は、高知緩和ケア協会が主体となって活動されるそうである。なお、「緩和ケアねっとkochi」ではホームページ<http://www.kannwacare-kochi.net/>へのアクセスを求めている。日本全国はおろか世界中にも視野を広めている山口龍彦理事長、伊東事務局長をはじめとするメンバーの奮闘が注目される。

学会印象記

第 15 回死の臨床研究会関東支部大会

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

東京駅から上越新幹線に乗りしたが1時間で到着してしまった。群馬県の高崎駅からメインストリートを真っ直ぐ北に徒歩7分、市役所に隣接して建っている高崎シティギャラリーコアホールにて、2008年6月8日の日曜日午前10時から、「苦しみに向き合う」をメインテーマに第15回死の臨床研究会関東支部大会が開催された。

午前中に行われた一般演題では、利根中央病院 緩和ケアチーム精神系専任医師の藤吉和吉先生を座長に、末期胆管癌患者の希望実現に向けたリハビリテーション、殺してくださいという90歳代女性の看取りを通して、PCUにおけるテレビ電話を使用している在宅支援、拠点病院における緩和医療供給体制、の4つが発表された。つづいて、死の臨床研究会の特色である事例検討として、2演題が取り上げられた。国立病院機構西群馬病院院長の斎藤龍生先生、群馬大学医学部保健学科教授の神田清子先生の司会により、ターミナル期の患者さんを通して学んだ訪問看護師としての苦しみと関わり続けることの大切さ、死の臨床におけるリハビリテーション・アプローチ～最後まで患者の希望実現に努力した事例～、について1時間余りにわたって発表、及び、討論が行われ、フロアと演壇の距離が近いこともあり、会場は熱気に包まれた。

午後は特別講演が2つ。すなわち、松阪市民病院内科部長 緩和ケア病棟担当の平野博先生による、苦しみ向き合う～自分の心を覗く～、休憩をはさんで、ケアタウン小平クリニック院長の山崎章郎先生による、苦しみに向き合う～スピリチュアルペインとそのケア～が講演された。中規模の会場は立ち見も出るほどの盛況であった。たしかに、全国規模の緩和医療学会からみれば、本研究会は支部大会という位置づけであり、こじんまりとした小規模な研究会に過ぎない。しかし、臨床研究の基盤をなす症例研究は事例検討に出発する他はない。その意味では、緩和医療学会に多く散見される一例経験の報告も、本研究会のように事例検討として職種の違いを超えて多角的な討論を重ねれば、より有意義なものとなることが感じられた。

500余人の参加者を集めたことは、今回の関東支部大会が成功したことの証である。これを導いた原敬大会長に敬意を表するものである。同時に、成功のために努力された利根中央病院の皆様方にも、お疲れさまでした、という言葉を送りたいと思う。

なお、次回の死の臨床研究会関東支部は、黒岩卓夫大会長のもと2009年6月14日に新潟県長岡市で開催される予定であることをお知らせしてペンを置きたい。

学会印象記

日本ホスピス・在宅ケア研究会第16回千葉大会

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

2008年7月12日～13日にかけて、千葉市の幕張メッセにて、日本ホスピス・在宅ケア研究会第16回千葉大会が開催された。大会長の藤田敦子氏は特定非営利活動法人ピュアの会長として、がん患者の家族会の市民活動に長年携わってこられた方である。このことから分かるように、本研究会は市民活動、行政にまで活動範囲の広い研究会である。実行委員長長の渡辺聡氏は千葉県がんセンター緩和医療科の部長として、緩和医療の第一線に経たれている。なお、この学会では「先生」という呼称が罰金付きで禁止されており、それほど市民感覚が大切にされている。

参加者は2,000人ほどで、日本緩和医療学会が同じ会場で千葉大会を開催した2003年の第8回大会と同様であったことが思い起こされた。しかし、当時の緩和医療学会は学生さんの参加が多く、抄録集の不足に大慌てとなったり、大幅な黒字となった場合の処理に困ることが話題になった。しかし、本研究会は市民団体が主体であり、ポスターセッションよりも口演とグループ討論が主体となっており、会の雰囲気はおおいに異なる。

二日間のポスター発表が35題づつで合計70題、1演題につき発表12分、質疑応答4分間の口演が25題であった。ポスター発表のカテゴリーは、在宅ホスピスケア、施設ホスピスケア、家族ケア、遺族ケア、患者会、スピリチュアルケア、バイオエシックス、症状コントロール、コミュニケーション、チームアプローチ、代替療法、地域ケア、看取りのケア、デスエデュケーション、その他、となっていた。また、口演のカテゴリーを列挙すると、第1群；ホスピス・スピリチュアルケア、第2群；ホスピスケア、第3群；行政関連、第4群；在宅ホスピスケア、第5群；その他、第6群；在宅医療、第7群；さまざまな場におけるケア、第8群；終末期ケア、である。

これに対して特別講演が5題、シンポジウムが8題、グループワークが9題あり、いずれも2時間枠であった。この他にも、緩和ケア教育講演が2つ、昼の教育セミナーが2つあり、非常に豊富な内容となっていた。確かに、本研究会は参加者による語り合いが主体で、学術的研究の発表会ではない。しかし、ホスピス・ケアのユーザーは一人ひとりの市民であり、医療専門職といえども、その範疇にあることを再認識させてくれた。その意味で本研究会は貴重な存在といえる。

なお、来年の第17回日本ホスピス・在宅ケア研究会全国大会 in高知は、2009年7月11日～12日に、高知県民文化ホール、高知市文化ホールかるぽとを会場に開催される予定である。

施設訪問記

M. D. アンダーソンがんセンターでの緩和ケアの実情

聖路加国際病院がん看護専門看護師 中村 めぐみ

本年6月、テキサス大学M. D. アンダーソンがんセンターと姉妹提携している病院間での相互交流を目的としたカンファレンスが開催され、初日の看護セッションに参加した。テーマの一つにサポーターシップケアプログラムの開発が取り上げられており、施設見学の機会も得たので、その様子を報告する。

全米がん協会では、Palliative CareとSupportive Careは疾患やその治療に伴う症状、副作用、心理社会的・スピリチュアルな問題をできるだけ早く予防あるいは改善するという意味では同義語として用いていた。いずれも疾患の時期によらないこと、治療と緩和の割合も状況に応じて変化することを強調していた。

全米1位を誇るがん専門病院での緩和ケアは、Outpatient CenterとAcute Inpatient UnitとMobile Consulting Teamの機能を備えていた。外来は平日8時～17時で1日およそ25人を1患者1時間半位かけて、ベッドやトイレのある個室で診療していた。病棟は12床あり、7～10日で集中的に症状を緩和し、在宅や療養施設、地域のホスピスに移行させていた。疼痛であれば放射線療法を施行したり、副作用対策をしながらオピオイドを速やかに増量し、せん妄はアセスメントと薬物療法をしっかり行うということであった。チームは外来・病棟の両方からの依頼を受けて動いていた。

これらを担うInterdisciplinary Teamのメンバーは医師（約10名）、看護チーム（Advance Practice Nurse・Clinical Nurse Specialist・Clinical Nurse・Certified Nursing Assistant・Inpatient Service Coordinator）と看護管理者、ケースマネジャー、Pediatric Outreach Liaison（患者が子供に難題を話すのを補助したり、子供の質問への応答の仕方を指導する）、ソーシャルワーカー、薬剤師、理学療法士、作業療法士、音楽療法士、マッサージ師、チャプレン等であった。各病室にはコミュニケーションボードがあり、ゴール／ニーズ、ケアチームの担当者名、その他

の情報（質問や面談の約束等）の記述欄があった。

薬物による身体症状の緩和のみならず、情緒的な関わり、QOL向上への取り組み、家族ケア、療養の場の選択や経済的支援等、きめ細かく対応している様子が窺われた。設備の面でも、寝台車で行き来する患者のために天井に絵画を飾る等の工夫が見られた。

また、症状コントロール・緩和ケアハンドブック、ナース専用のガイドブック、患者・家族向けの冊子が作られ、活用されていた。

日本でもがん治療と並行した緩和ケアの実践が提唱されており、そのモデルとして参考になった。

施設訪問記

札幌医療生活協同組合 札幌南青洲病院緩和ケア病棟

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

北海道の中心に位置する札幌市は人口約190万人、市内に複数のホスピス／緩和ケア病棟を有する点で日本の緩和ケア先進地の一つに数えられる。そのひとつである、札幌医療生活協同組合 札幌南青洲病院緩和ケア病棟を訪問する機会に恵まれたので報告したい。

設置形態としては、私立の16床であり、21世紀初頭の日本の平均像が20床レベルにあることからみると、やや小規模に属する。病棟は建物の2階部分にあり、直接地面に降りることはできない。このあたりは雪国であることの反映かもしれない。

病院は、札幌市のベッドタウン清田区里塚にあり、美しが丘、平岡および北広島市大曲に隣接している。近くには平岡梅林公園があり、梅の季節には大勢の人で賑わい自然環境にも恵まれている。JR上野幌駅からは徒歩15分の距離があるが、地下鉄東西線の大谷地駅、東豊線の福住駅の両方からバスの便がある。新千歳 空港まで車で30分、札幌市内中心部まで車で30分と交通の要衝に位置している。

平成20年1月1日発行の広報紙ふれあいvol.25によると、職員構成は、医師（兼任）3名、看護職員（専任）13名、看護助手（専任）3名、病棟クラーク（専任）1名、ソーシャルワーカー（兼任）2名、薬剤師（兼任）4名、管理栄養士（兼任）2名、リハビリスタッフ（兼任）5名となっている。病床数に対する専任の看護職員数（看護職員＋看護助手）は平均的であるが、職種構成に恵まれている。中でも、これから需要が高まると予想されているリハビリスタッフは、兼任ながら5名配置されている。たしかに、今年の緩和医療学会でもリハビリ関連の演題は増えている。しかし、一症例の経験報告が多く、量・質ともに問われている。その意味で、札幌南青洲病院のリハビリの動向が注目される。

施設の特徴としては、一般内科とホスピスケアを中心とした、24時間対応の地域密着型の医療を展開している。平成16年1月1日からホスピス（緩和ケア）病棟が開設され、より一層の診療体制の充実を図っている。また、居宅介護支援、訪問看護、訪問介護、通所リハビリなどの各種介護保険サービス事業にも力を入れている。したがって、入院、外来通院、居宅、訪問という地域とのネットワークを構築するのに都合の良い資源を有していることになり、そのような条件を踏まえた緩和ケアの展開が期待される。

この場を借りまして、病棟見学の許可をくださった前野先生、当日御案内頂いた高橋仁先生に感謝申し上げます。

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（2008年4月～2008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。

悪液質

Tan BHL, Deans DAC, Skipworth RJE, Ross JA, Fearon KCH. Biomarkers for cancer cachexia: is there also a genetic component to cachexia? Support Care Cancer. 2008; 16(3):229-234.

倦怠感

Olso K, Turner AR, Courneya KS, et al. Possible links between behavioral and physiological indices of tiredness, fatigue, and exhaustion in advanced cancer. Support Care Cancer. 2008; 16(3):241-249.

オンタリオの緩和ケアの州レベルでのモニタリングの結果

Barbera L, Paszat L, Qui F. End-of-life care in lung cancer patients in Ontario: aggressiveness of care in the population and a description of hospital admissions. J Pain Symptom Manage. 2008; 35(3):267-274.

突出痛に対するモルヒネの静脈投与

Mercadante S, Intravaia G, Villari P, Ferrera P, Riina S, Mangione S. Intravenous morphine for breakthrough (Episodic-) pain in an acute palliative care unit: a confirmatory study. J Pain Symptom Manage. 2008; 35(3):307-313.

呼吸困難の治療のレビュー

Viola R, Kiteley C, Lloyd NS, et al. The management of dyspnea in cancer patients: a systematic review. Support Care Cancer. 2008; 16(4):329-337.

化学療法中の患者の予後予測：P a Pスコア

Tassinari D, Montanari L, Maltoni M, et al. The palliative prognostic score and survival in patients with advanced solid tumors receiving chemotherapy. Support Care Cancer. 2008; 16(4):359-370.

緩和ケアチームの有効性のRCT

Gade G, Venohr I, Connor D, et al. Impact of an inpatient palliative care team: a randomized controlled trial. J Palliat Med. 2008; 11(2):180-190.

モルヒネを呼吸困難に使っても呼吸機能は悪化しない

Clemens KE, Quednau I, Klaschik E. Is there a higher risk of respiratory depression in opioid-naïve palliative care patients during symptomatic therapy of dyspnea with strong opioids? J Palliat Med. 2008; 11(2):204-216.

悪液質についての栄養治療のレビュー

Bosaeus I. Nutritional support in multimodal therapy for cancer cachexia. Support Care Cancer. 2008; 16(5):447-451.

リバプールパスウェイの多施設での効果

Veerbeek L, van Zuylen L, Swart SJ, et al. The effect of the Liverpool care pathway for the dying: a multi-centre study. Palliat Med. 2008; 22(2):145-151.

家族の情報ニーズのレビュー

Docherty A, Owens A, Asadi-Lari M, Petchey R, Williams J, Carter YH. Knowledge and information needs of informal caregivers in palliative care: a qualitative systematic review. Palliat Med. 2008; 22(2):153-171.

ホットフラッシュに対するリラクゼーションのRCT

Fenlon DR, Corner JL, Haviland JS. A randomized controlled trial of relaxation training to reduce hot flashes in women with primary breast cancer. J Pain Symptom Manage. 2008; 35(4):397-405.

ボツリヌスの疼痛のRCT

Hagen NA, du Souich P, Lapointe B, et al. Tetrodotoxin for moderate to severe cancer pain: a randomized, double blind, parallel design multicenter study. J Pain Symptom Manage. 2008; 35(4):420-429.

皮下輸液：レビュー

Remington R, Hultman T. Hypodermoclysis to treat dehydration: A review of the evidence. J Am Geriatr Soc. 2007; 55:2051-2055.

末梢性オピオイド拮抗薬のRCT

Thomas J, Karver S, Cooney GA, et al. Methylbuprenorphine for opioid-induced constipation in advanced illness. N Engl J Med. 2008; 358(22):2332-2343.

From Japan

ディストレスサーモメーターを使って看護師が精神科受診をアシストする

Shimizu K, Akizuki N, Akechi T, et al. Clinical experience of the modified nurse-assisted screening and psychiatric referral program. Palliat Support Care. 2008; 6(1):29-32.

緩和ケア病棟に紹介するときのバリア

Miyashita M, Hirai K, Morita T, Sanjo M, Uchitomi Y. Barriers to referral to inpatient palliative care units in Japan: a qualitative survey with content analysis. Support Care Cancer. 2008; 16(3):217-222.

5つめのバイタルサインとして苦痛を体温版に入れるシステム

Morita T, Fujimoto K, Namba M, et al. Screening for discomfort as the fifth vital sign using an electronic medical recording system: a feasibility study. J Pain Symptom Manage. 2008; 35(4):430-436.

モルヒネからオキシコドンへのローテーション

Narabayashi M, Sanjo Y, Takenoshita S, et al. Opioid rotation from oral morphine to oral oxycodone in cancer patients with intolerable adverse effects: An open-label trial. Jpn J Clin Oncol. 2008; 38(4):296-304.

フェントラミンの鎮痛補助

Yasukawa M, Yasukawa K, Kamiizumi Y, Yokoyama R. Intravenous phentolamine infusion alleviates the pain of abdominal visceral cancer, including pancreatic cancer. J Anesthesiol. 2007; 21:420-423.