



Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会

ニューズレター

41

November 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

緩和医療 ～原点から実践へ～

第14回日本緩和医療学会学術大会大会長
大阪大学大学院医学系研究科 緩和医療学
恒藤 暁

2009年6月19、20日の両日、大阪国際会議場にて第14回日本緩和医療学会学術大会を開催する運びとなりました。今回のテーマは「緩和医療～原点から実践へ～」といたしました。

わが国の緩和医療は、啓発の時代から実践の時代に入りました。実践の時代には、緩和医療に関する知識・技術・態度の教育・研修が不可欠となります。本学会では専門医認定制度を整備しており、専門医の育成を目指す方向にあります。これは社会の要望に応えることであり、必要なことであると考えられます。しかし、単に専門家を育成すれば緩和医療の問題が解決するわけではありません。緩和医療の実践には多職種により構成されるチームでのアプローチが必要となるからです。チームの構成員は、それぞれの役割を尊重し、対等な立場で意見交換を行い、互いに支え合い、緩和医療の理念と目的を共有することが重要です。同時に全ての医療従事者に緩和医療の基本的な知識・技術・態度を身につけていただくことが必要であると考えられます。

本大会では、海外招待演者としてヨーロッパ緩和ケア協会会長の Lukas Radbruch 教授、アジア太平洋ホスピス緩和ケア協会会長の Young Seon Hong 教授、オーストラリア緩和ケア協会会長の Margaret O'Connor 教授をお招きしております。それぞれの地域での取り組みと課題が分かち合われ、本学会の今後についての活発な討論が展開されることを願っております。

また、緩和医療における重要なテーマ毎のシンポジウムやワークショップ、イブニングセミナー、モーニングセミナー、一般演題（口演・ポスター）等も企画しております。

本大会が緩和医療の原点から実践への有意義な学びの場となると同時に、参加者同士の良き出会いの場となることを願いつつ、組織委員一同、多くの方々のご参加をお待ちしております。

シンポジウム6

終末期医療における臨床倫理：こんな時どう考える？

座長・報告 筑波メディカルセンター病院 緩和医療科 志真 泰夫

座長 聖隷三方原病院 緩和支援治療科 森田 達也

臨床倫理とは、臨床における治療の選択や意思決定の問題を主な対象とし、方法としては個別事例に即した検討を行うことによって、患者・家族にとって最善の決定を導くことを目的としている。このシンポジウムの目的は、緩和ケアにおける「鎮静」や輸液を中止するか否かなど「治療の差し控えや中止」を臨床倫理の視点からどのように考えていくか、仮想症例を通して検討していくプロセスを学ぶことであった。

症例1 輸液の減量・中止：家族内の意向が異なる場合

まず、森田達也氏が終末期の輸液をテーマに、50歳代女性、卵巣がん、癌性腹膜炎、肺転移の症例を提示した。患者は1週間前より腹水が悪化し、意識混濁のため明確な意思表示ができなくなった。医療者は苦痛緩和の立場から、輸液の継続による腹水・呼吸困難の悪化が考えられるため、減量を考える時期だと判断し家族に相談した。娘・息子は「いまままでがんばってきたから少しでも点滴をつづけてほしい」と希望している。夫は「がんばってきたから苦しくなるなら止めてもらってもいい」といっている。池永昌之氏は医師の立場から、まず家族の延命と苦痛緩和の葛藤への配慮が重要だと述べた。家族の共通の望みとして「できるだけ長生きしてほしい」「苦しめたくはない」という思いが葛藤している。したがって、苦痛緩和のための手段をとるときは、それによって患者の命を縮めることはないことを、しっかりと家族に説明する必要がある、と指摘した。そして、輸液を継続することのデメリット・メリットを次のように整理した。デメリット：輸液の継続により、症状（腹水・呼吸困難）が悪化する可能性がある。さらに、夫の意思が尊重されない。メリット：息子・娘の希望は尊重される。二見典子氏は看護師の立場から、家族それぞれの、現在に至るまでの妻・母に対する思いを聴くこと、患者（妻・母）は、今の状況であつたら何をして欲しいと思うか、そして、可能であれば一緒にケアをする。患者（妻・母）へのケアの多様性を知ってもらい、患者の体の様子を一緒に知ることが大切だと具体的な対応を示した。明智龍男氏は精神科医の立場から、がん患者の家族には13～27%の精神症状の有病率が認められる、と指摘した。そして、家族の言葉の意味を理解することが重要であると述べた。「点滴を減らすことで何かご心配なことがありますか？」「命が短くなったり、栄養が足りなかったり、苦しさが強くなると思われていませんか？」「以前、点滴をして楽になった経験がおありですか？」「ご家族も大変な気持ちの負担を経験されることが多いのですが、お気持ちはいかがですか？」すなわち、家族の言葉の背景にあるものを理解して、意思決定における家族間の意見の相異、ギャップの解決を援助する必要があると述べた。清水哲郎氏は、まず、三人のシンポジストが「倫理」ということばを一度も使わずに臨床倫理の問題を見事に解明した、と指摘した。そして、臨床倫理の立場から清水氏は医師が患者・家族に伝える情報を日常生活レベルのことばで「輸液を従来量で継続したら生命を長く保てるのか、腹水・呼吸困難が悪化する恐れはどうなのか、減量・中止したらどうなのか、をすべて患者・家族にわかるように整理して伝え患者・家族の理解や意向を聞き取ることが重要になる」と述べた。

また、このケースの場合、「妻（母）がこれまでがんばってきた」という家族の共通の認識にもかかわらず、それぞれの姿勢の違いが合意を妨げている。「まずは輸液減量・中止が余命を縮めない、本人の苦痛を少なくするというポイントを明確に説明し、娘と息子に状況認識を正確にしてもらうことが望ましい。その上で子供たちのなかに潜在してい

るであろう、母を喪失することへの不安と怖れが、自分たちにとって良いことを求める姿勢から母にとって最善であることを求める姿勢になることが期待される。こうしたコミュニケーションをとっていく過程で夫の考えも整理されるのではないかと述べた。

症例2 精神的苦悩に対する鎮静：持続的鎮静と間欠的鎮静

次に、50歳代男性、腎臓がん、胸椎転移による下肢麻痺の症例が提示された。今回の入院の2年前に腎摘出術を受けた。3ヶ月前に背部痛、下肢の運動障害で受診・入院。胸椎転移と診断され、後方固定、放射線治療を受けたが、下肢麻痺は進行。2ヶ月前から緩和ケア病棟に入院を繰り返しながら自宅療養、1ヶ月前から自宅での介護が困難となり、緩和ケア病棟に入院している。

今回の入院から、「自分が生きる価値だと思っていた仕事もできず、自分で自分のことすらできない。家族に負担をかけている。自分には遣り残したことがなく、このまま生きていてもつらい。本当は安楽死をさせてほしいが、むりならずずっと眠らせてほしい」と求めるようになった。食事摂取は比較的保たれ、病状変化は月単位、生命予後は1～2か月程度以上あると推測された。

池永氏はまず、苦痛緩和は意識レベルや身体機能に与える影響が最も少ない方法を優先すべきであり、一般的には間欠的鎮静や浅い鎮静を優先し、十分な効果が得られない場合にのみ持続的で深い鎮静を考慮すべきだと述べた。実際、わが国の鎮静の現状に関する緩和ケア病棟担当医師に対する調査結果によると、36%の医師がこのような“心理社会的な苦痛”に対して持続的な深い鎮静を行った経験がある（心理社会的苦痛のみを訴えた症例では1%）とされているが、大部分が生命予後3週間未満の患者に対して行われていた。池永氏はまず医師として患者が訴える苦痛がスピリチュアルペインなのか、抑うつか、を見極めることが重要になると指摘した。また、池永氏はこのケースについては「意識レベルを低下させてその後のコミュニケーションが困難になることを考えると持続的鎮痛は推奨できない。精神科医等適切な専門家にコンサルテーションを行い、家族の思いを患者に伝えるよう援助すべきである。必要ならば間欠的鎮痛を行い、繰り返し患者の苦痛の程度を評価していくべき事例だろう」とした。

二見氏は、『力づけたり、支えたり、勇気づけたりすることも“安楽”であり、安楽になるためには喪失の苦しみを認め、防御や免疫性の限界を受け入れなければならない』というBennerの言葉を紹介した。症例が呈示された範囲では家族の意向が不明だが、「患者・家族の喪失のプロセスと悲嘆を知り、患者と家族の関係性やお互いを大切にしたいと考えていることを考慮する必要がある。もちろん、患者の下半身麻痺に伴う不快感、喪失感や合併症に対するリスクを最小限にするケアも重要である」と述べた。

明智氏は、『ずっと眠らせてほしい』という訴えが意味することを患者とともに医療者は検討すべきだと話した。「本当は助けを求めているのかもしれないし、患者が認識している医学的状況は正確でないかもしれない。家族が重荷に感じているのは思い過ぎしの可能性も強いし、遺言や葬儀の準備のことを指摘したら済ませておくべきことがあることに気づくかもしれない」という。さらに、この患者の自責感と希死念慮からうつ病であることも想定すべきだと話す。うつ病の存在は意思決定に重大な影響を及ぼすため、精神状態を適切に評価することも大切となると指摘した。

清水氏は臨床倫理の観点からすると、この症例の場合、持続的な鎮静を行ったとき苦痛からは解放されるが、生命予後からみてまだ十分可能な人間として普通の生活はできなくなる。間欠的鎮静を試した場合は、しばらくの間は苦痛から解放されるが、人間として普通の生活を放棄することになる。また、間欠的鎮静の場合は覚醒後に再び生きる気持ちになる可能性もある。むしろ精神的苦痛に対する通常のケアを強化した場合、人間的な生活を続けながら最期の時を過ごせるかもしれない。しかし、そのケアの効果がなかった場合、辛い精神的な苦痛を抱えたまま生活を送ることになる。これらのメリット・デメリットをわかりやすく整理し、患者と家族の理解と意向を確認していく必要がある、と述べた。

この症例で清水氏が考える最善の判断は、「精神的苦痛を緩和する方法が持続的鎮痛以外にないと判断できない以上、患者の希望を一度留保しコミュニケーションを通じて、本人が残された時間を積極的に生きたいと思うことを期待すべき事例だろう。ただ、事態の進行によっては一時的な鎮静によって精神的な苦痛を除去することはありうるのではないか」と述べた。さらに、患者と医療側との合意を妨げている要因を検討することも重要であると指摘した。患者に自分がいなくなった後、家族に対する責任を問いかけることが前向きな姿勢につながる可能性、生を放棄することで強い生き方を見出そうとしている可能性に対して、死を選ぶことが本当に強い生き方か、を問うことで患者の意思が変わる可能性もあると述べた。

ワークショップ2

ディグニティセラピー あなたの大切なものを大切な人に伝えるプログラム

座長・報告 金城学院大学 柏木 哲夫

座長 ピースハウスホスピス教育研究所 松島 たつ子

ディグニティセラピー (D. T.) は、終末期患者の心理社会的および実存的な苦悩に対処することを目的とした精神療法的アプローチである。人生の終末期を迎えた患者が、自分の歩んできた道を振り返り、大切にしてきたこと、達成できたこと、家族に憶えておいてほしいことなどを語る。面接内容は逐語記録され、編集された上で、最終版が患者に送られる。文書化された患者の言葉は家族や友人にも渡すことができる。患者と治療者の協働作業によって進められるこの一連の作業を通して、患者は自己の人生を振り返り、その意味をみつめ、大切な人へのメッセージを残すことができる。病気が進行し、身体的な衰えを自覚する中でも、生きる意味や目的を持つことができる。D. T. は、患者の尊厳を守る、スピリチュアルケアの一方法として、臨床に取り入れていくことができるのではなかろうか。

本ワークショップにおいては、初めに、D. T. を考案し、実践しておられるチョチノフ教授より、概論説明があった。その後、同僚のブラウン氏がクライアント役となり、面接場面のデモンストレーションを行われ、D. T. の実際が紹介された。面接場面の実際は、心理社会的、実存的な苦悩を持つクライアントへのかかわり方、コミュニケーションのとり方について学ぶ貴重な機会になった。

会場からも多くの質問がなされ、その関心の高さがわかった。終末期患者の心理社会的および実存的な苦悩に対処している者にとって、自分のしていることが、はたしてクライアントの役に立っているのかどうかは、その検証の仕方が難しく、ともすれば不全感が残りがちになる。しかし、このワークショップを通して、特に二人の講師の面接場面のデモンストレーションを通して「大切なものを大切な人に伝える」ことがディグニティセラピーの中心であることがわかった。今回のワークショップをきっかけにして、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団においてもディグニティセラピーの輪が広がることを期待したい。

ワークショップ4

緩和ケアのリハビリテーション：明日から役立つ知識とテクニック

座長・報告

慶應義塾大学 医学部リハビリテーション医学教室 辻 哲也

静岡県立静岡がんセンター リハビリテーション科 田沼 明

本ワークショップでは、緩和ケアにおいてリハビリテーションがいかに関わることができるかという紹介にとどまらず、聴衆が各自の病院や施設に持ち帰ってすぐに実践できることを学び取ることを目指して7人の先生からご発表いただいた。

辻哲也先生からはがん医療全般におけるリハビリテーションの役割や緩和医療におけるリハビリテーションの役割などについて総論的にお話しいただいた。これまでわが国ではがん医療においてリハビリテーションの関わりが希薄であったが、これからは積極的にかかわるべき分野であることを示していただいた。安部能成先生からは基本動作における介助のコツやねたきを防ぐためのアイデアなどについて解説いただいた。スライドの中で多くの写真を提示していただき理解が深まった。吉原広和先生からはベッド上での移動方法を容易におこなう方法や症状緩和のためのポジショニングなどについて解説いただいた。壇上での実演があり実践的な講演であった。田尻寿子先生からはADLやIADL

(Instrumental ADL) 拡大のためのコツについて披露いただいた。ADLやIADLの低下は自立・自律感の喪失を招くため、これらに対するアプローチは身体面だけでなく精神面にも強く働きかけることができることをご教示いただいた。小川佳宏先生からはリンパ浮腫や終末期の浮腫の病態やアプローチの方法などについて概説いただいた。佐藤佳代子先生からはリンパ浮腫や終末期の浮腫への具体的な対応方法について、複合的理学療法を中心に解説いただいた。終末期の浮腫への対応は教科書にもあまり詳細な記載がなく現場で非常に困ることが多いため両先生のお話は非常に役に立つものであった。安藤牧子先生からは終末期の嚥下障害への対応について解説いただいた。代償的な方法によってより安全に経口摂取をおこなうことでQOLをより高く保つことができることを示していただいた。

会場は立ち見がでるほど盛況であり、ワークショップ終了後にも参加者から多くの質問が寄せられ、緩和医療におけるリハビリテーションのニーズの高さを実感した。

ランチョンセミナー2

終末期患者と家族のこころの理解とその支援

座長・報告 たけべ乳腺クリニック 緩和ケア相談室 磯崎 千枝子

講演は人口・面積等のカナダ情報、広大な麦畑・針葉樹林などのスライドによるカナダ紹介を導入部とした『輝かしき悲しみ (Glorious Sadness)』のタイトルで行われ、アートセラピーの作品、患者さん・ご家族の生の言葉、さまざまなお見聞を通し、終末期のがん患者さんとそのご家族が、いかなる心理的・社会的・実存的領域の経験をしているのかを説明された。日本とは異なる宗教・文化的な背景をもったカナダでは、表現の仕方や細部での違いはあるにしても、

死に向かうという、人間の根源的な問題に関する感覚・感じ方には共通する部分が多いことを参会者が再認識する機会となった。

整理券より多く1200部用意された資料は完配され、フロアーからの質問もいくつかあり、このテーマへの関心の深さが伺えた。

演者のJill Taylor-Brown女史はソーシャルワークの学士号、修士号を取得、Cancer Careの患者家族サポートサービス部門のディレクターを務める。また出身校であるManitoba大学で教育に携わるほか、対がん戦略プロジェクト教育委員会委員長、対がん協会がん情報サービスのレビュアーを務めており、国・地域レベルでの活動に基づく講演内容は、がん対策基本法の成立以降急展開している感のあるわが国でタイムリーなものであった。

社会福祉士、医療ソーシャルワーカー（MSW）である筆者は（前職で）20年近くホスピスの患者さん・ご家族に「寄り添うという対人援助技術」を提供してきた経験から、最後に少々コメントをさせていただいた。

講演で示されたスライドの中にあった「まるで、崖から落ちて空中に宙ぶらりんのまま大地に叩きつけられるのを待っているような感じ」は象徴的であり、患者さん・ご家族はこのような不安でアンビバレントな心情・姿を批評・評価・判定することなく、静かに寄り添ってくれる人、サポートしてくれる場を求めておられる。にもかかわらず医療者側が「理想の患者像」「理想の家族像」を求めすぎではないだろうか？

「こちらから（患者の人生に）意味を与えるのは（患者にとって）屈辱的である。患者自身に見出してもらう場を作るのだ」というBrown女史の言葉を引用しつつ、緩和ケア・ホスピスケアにおいては医学モデルから生活モデルへのギアチェンジを、ケアギバー側に求められているのではないかと等々のコメントに対して、演者及び何名かの参会者から「深く共感する」との言葉があり、緩和ケアネットワーク拡大の意味でも有意義かつ貴重な体験であった。

ランチョンセミナー3

呼吸困難に対するオピオイドの使い方のコツ

座長・報告 国立病院機構 西群馬病院 齋藤 龍生

都立駒込病院緩和ケア科の田中桂子先生によるランチョンセミナーは、「呼吸困難に対するオピオイドの使い方のコツ」という演題で行われました。呼吸困難については呼吸不全とは異なり、不快な感覚と定義され、呼吸困難の評価については、量（どのぐらい？）に対してNumeric rating scale・Visual analog scaleを、質（どんな？なぜ？）に対しては、Cancer dyspnea scaleを、生活の影響（生活への障害度？満足度？）に対しては、M.D.Anderson Symptom Inventory・Support Team Assessment Scheduleが、推奨されました。呼吸困難のマネジメントについては、モルヒネを最も有効な薬物療法と位置づけ、呼吸不全の改善でなく、主観的な呼吸困難を改善するものだと、定義されました。モルヒネの使い方については、オピオイド未使用時、オピオイド既使用時について解説され、屯用・レスキュー、増量の仕方が具体的に提示されました。使い方のコツと工夫に関しては、1) 早めに、予防的に、レスキューを、2) 効果の実感の高い皮下注レスキューを、3) モルヒネに対する誤解を解く、4) 徐放剤+速効剤レスキューを紹介されました。現在のところモルヒネが第一選択とされましたが、フェンタニル・オキシコドンの有効性の可能性についても言及され、他のオピオイドからモルヒネのオピオイドローテーションの仕方が、具体的に紹介されました。最後に、Total

Dyspneaを実現するためには、患者さんの訴えを信じること、モルヒネの使い方を習熟すること、自覚症状の改善をゴールとすることが重要であるとのアドバイスがありました。フロアからは、現場での具体的なオピオイドの使い方について質問があり、活発な討議がなされました。

(文責：国立病院機構西群馬病院 斎藤龍生)

モーニングセミナー1

がんの痛みはこう評価する

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

より多くの方により多くの情報をという大会長の配慮により今年の総会ではモーニングセミナーが開催された。モーニングセミナー1は、梅田恵先生による「がんの痛みはこう評価する」であった。セミナーは朝8時開始にも関わらず、800席の会場がほとんど満席で立ち見の方もおられるほどの盛況であった。梅田先生の現在までの経歴、現在の活動内容から始まった講演は、「がんの痛みはこう評価する」ための具体的な方法よりも、医療者が患者から痛みを聞きだして評価することの意味、聞き出すためのコツについてエビデンスを交えてのお話であった。

痛みは患者の主観である。これを「評価＝アセスメント」という客観へ変換する作業が必要であり、それは患者にとってはかなり苦手なことである。そこで、われわれ医療者が疼痛の意味を説明して、痛みをうまく表現すれば痛みを治すことができるという情報提供をし、疼痛を持つ人の表現力を高めることで、自分にとってメリットになるというサポートを提供することが重要である。疼痛評価のために患者教育を行って、患者が教育された方がアウトカムとして疼痛は軽減するというエビデンスが提示され、とても納得させられた。しかし、このことには患者との信頼関係を得るために常にアセスメントし、プランを実行してそれに対する評価evaluationをするという医療者側の自己評価＝治療効果判定が必要であり、結果をだすこと＝痛みがとれるということが最重要項目であることも再認識させられた。患者が伝えたいと思うときに患者から積極的に痛みを伝えようと思ってもらえる“プロフェッショナルに聴く”ことが出来る信頼される医療者に、私たちはならなければならないと気づかされた有意義な講演であり、朝から気が引き締まる思いで会場を後にしたのである。

Current Insight

遺族調査による終末期がん患者のケアの評価： 日本における緩和ケア病棟の遺族調査の発展

東京大学成人看護学
緩和ケア看護学 宮下 光令

Miyashita M, Morita T, Hirai K. Evaluation of end-of-life cancer care from the perspective of bereaved family members: The Japanese experience. *J Clin Oncol*. 2008; 26(23): 3845-52.

【抄録】

本論文は日本による緩和ケア病棟の遺族調査の発展についてまとめたレビュー論文である。緩和ケア病棟における終末期ケアの質評価には遺族調査が有用である。本論文では日本で実施された緩和ケア病棟の全国規模の遺族調査と、日本で開発された遺族による終末期ケアの質を評価する尺度についてレビューを行った。日本では終末期ケアの構造・プロセスを評価するCES (Care Evaluation Scale) とアウトカムを評価するGDI (Good Death Inventory) という尺度が開発されている。CES (短縮版) は2002年と2007年に行われた全国遺族調査で使用された。日本では1997年 (N=850)、2002年 (N=853)、2007年 (N=5301) と3度の全国遺族調査が行われてきた。CES短縮版の10項目のうち、6項目で2002年から2007年の調査で改善が見られたが、更なる改善が必要な項目も明らかになった。過去の遺族調査の結果は、各施設のデータを全国値とともに施設フィードバックされ、緩和ケア病棟のケアの質の向上に貢献してきた可能性がある。しかし、フィードバックの有用性については、更なる検証が必要であろう。今後は、在宅ホスピスやがん診療連携拠点病院などの一般病院に調査を拡大し、我が国の終末期ケアの課題を明らかにし、それを克服する方略を検討する必要がある。

【コメント】

緩和ケアの評価を行う際に、初期・進行がん患者は患者調査を行うことが可能であるが、終末期がん患者に対しては、患者に対する調査が困難であることから遺族による評価が一般的に行われてきた。本論文は我が国において継続的に行われてきた遺族調査について、系統的にまとめたものである。論文には2007年に行われた最新のデータも一部含んでいる (J-HOPE study)。がん遺族調査による終末期ケアの質の評価は海外でも行われているが、信頼性・妥当性が保証された調査票の作成、継続的に同じ調査票を用いてフィードバックを行っていること、調査の規模などで、日本は海外より先行している点が多い。2007年には我が国で初めて在宅ホスピスの多施設遺族調査が行われ、2008年にはがん診療連携拠点病院の多施設遺族調査が行われた。これらの結果を総合することにより、わが国の終末期ケアの現状と課題が明らかにされることが期待されている。

Journal Club

一般病棟と緩和ケア病棟で提供される終末期がん医療の実態と 終末期がん患者のQOL評価との関連： 地域がん診療拠点病院1施設でのカルテ調査と遺族調査から

東京大学大学院 緩和ケア看護学 佐藤 一樹

Sato K, Miyashita M, Morita T, Sanjo M, Shima Y, Uchitomi Y. Quality of end-of-life treatment for cancer patients in general wards and the palliative care unit at a regional cancer center in Japan: a retrospective chart review. *Support Care Cancer*. 2008; 16(2): 113-22.

Miyashita M, Morita T, Sato K, Hirai K, Shima Y, Uchitomi Y. Factors contributing to evaluation of a good death from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology*. 2008; 17(6): 612-20.

【目的】

(1)一般病棟と緩和ケア病棟で提供された終末期がん医療の実態を明らかにする。(2)遺族による終末期がん患者のQOL評価と提供された終末期がん医療や患者・遺族背景との関連を検証する。

【方法】

地域がん診療拠点病院1施設の一般病棟 (GW) と緩和ケア病棟 (PCU) で死亡したがん患者を対象とするカルテ調査とその遺族を対象とする質問紙調査を実施した。カルテ調査では、死亡前48時間以内に提供された医療と患者背景を、遺族質問紙調査では、日本で開発された終末期がん患者のQOL尺度であるGood Death Inventory (GDI)と遺族背景を調査した。

【結果】

カルテ調査は、一般病棟104名(63%)と緩和ケア病棟201名(83%)の死亡がん患者に対し実施した。DNR指示は両病棟ともほとんど全員に記載され、延命治療の実施は両病棟とも少なかった。輸液療法の実施割合は同程度であったが(GW 88%, PCU 87%, $p=.72$)、1000ml/日以上以上の輸液(GW 67%, PCU 10%, $p<.001$)や持続輸液(GW 83%, PCU 5%, $p<.001$)は一般病棟の方が多かった。強オピオイドは半数以上に使用され(GW 68%, PCU 92%, $p<.001$)、一般病棟ではほとんどがモルヒネ(GW 92%, PCU 74%, $p<.001$)であったのに対し、緩和ケア病棟ではフェンタニルも多く使用された(GW 15%, PCU 42%, $p<.001$)。鎮静は緩和ケア病棟でより多く実施された(GW 5%, PCU 24%, $p<.001$)。遺族質問紙調査は、一般病棟43名と緩和ケア病棟122名の死亡がん患者の遺族から回答を得た(有効回答率48%)。GDIの18因子のうち「落ち着いた環境で過ごすこと」「からだや心のつらさが和らげられていること」「ひととして大切にされていること」「自然なかたちで過ごすこと」の4因子で、緩和ケア病棟の方が一般病棟よりも終末期がん患者のQOLが高く評価された。延命治療や死亡直前での化学療法などの積極的治療が阻害要因として、適切な強オピオイド使用が達成要因として終末期がん患者のQOLに関連した。

【結論】

一般病棟でも延命治療は差し控えられていたが、強オピオイド使用や鎮静などの緩和治療や輸液療法の方法については改善の必要性が示唆された。また、終末期において積極的治療を行わないことや適切な強オピオイドの使用は、終末期がん患者のQOLの維持・向上に関連している可能性が認められた。

【コメント】

緩和ケア病棟により重篤な症状を抱えた患者が多いバイアスがあるが、一般病棟での終末期がん医療を緩和ケア病棟と比較することにより評価し、具体的な改善点を示している。また、質問紙調査を同時に行う研究デザインにより、終末期がん医療の特徴についてQOLという患者の側にたった視点から検討を加えている。しかし、単施設調査で施設バイアスがあること、関連要因の作用機序に不明な点があることが限界であり、多施設調査でのより妥当な検証が期待される。2007年に実施された大規模遺族調査J-HOPE Studyに引き続き、43施設を対象とするカルテ調査が2008年に実施中であり、多施設データの分析が今後報告される予定である。

学会印象記

2008年 国際対がん連合 第20回世界がん会議
(UICC World Cancer Congress 2008) に参加して

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

夏の好天に恵まれ、2008年8月27日から31日にかけてスイスのジュネーヴで、国際対がん連合による20回世界がん会議に参加する機会を得たので報告したい。これまで4年に1回の開催であった世界会議は今回から2年に1回の開催となった(前回は2006年に米国のワシントンで開催)。

ジュネーヴは各種の国際機関の林立する近代的都市であるが、その中には、WHO、国際赤十字社の本部と並んで、がんに関する唯一の国際機関であるUICCの本部も置かれている。その御膝元での開催を祝福してか、期間中は晴天続きで、名物のレマン湖のほとりのジェット(巨大な噴水)も真夏の日差しに照らされて、一段と艶やかであった。

今回のがん会議には、世界126カ国から3,014名の参加者を得て、口演セッション124、ポスター発表1,100、展示コーナー52等、大盛況であった。第20回大会のホームページによれば、参加者の内訳は地元スイスが495人(17%余り)で第1位、次いで米国298人、インド139人、英国134人、カナダ104人、中国104人、フランス86人と続き、日本の参加者は86人(約3%)で同率第7位にランクされ、国際大会でのベスト8を獲得した。

本会議のメインテーマは「真のがん制圧に向けて」であり、大きく5つのサブテーマが設定されていた。すなわち、1. がん予防(39セッション)、2. 禁煙(19セッション)、3. 研究と治療(25セッション)、4. 支持的ケア(17セッション)、5. がんに関する社会的活動への支援(24セッション)、である。我々の立場から注目されるのは、緩和ケアが5つのサブテーマの一つに位置づけられており、その内容が、がんの診断時からの支持的ケアと緩和ケアを受ける権利が全てのがん患者にある、という明言を踏まえている点にある。

5日間にわたる会議全体を通してみると、緩和ケアを含むサブテーマについては、英語圏諸国の発表に見るべきものが多かった。米国、カナダ、英国、豪州、それに欧州大陸では開催国スイスの展示コーナーに足を運ぶ人が多かったようである。そこには印刷物のみならず、CD-ROM、DVDまで無料配布する展示コーナーもあった。換言すれば、情報発信は教育的アプローチとして重視されている。がん関連の映画祭も開催され、いかに教育的アプローチが重要か、再認識することができた。

これに対し、ポスターを始めとして発表数では、インド、中国、ロシアが目立った。他方、我が日本は、展示コーナーもなく、どちらかという発表も低調、職種としては医師に偏在し、それ以外の職種をほとんど見ない等の特色がみられた。

次回の世界がん会議は、オリンピック・パラリンピックで話題となった中国の北京で、2010年8月に開催されることが決まっている。アジアの一員として応援する意味でも、読者諸兄姉の参加を期待したい。

学会印象記

第32回日本死の臨床研究会年次大会に参加して

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

去る2008年10月4日と5日の両日、秋の景色濃い札幌市のコンベンションセンターで開催された、第32回日本死の臨床研究会年次大会に参加する機会を得たので報告したい。週末にも関わらず、多くの人々が訪れていた。

大会のテーマは「この別れ かの再会 その文化」であり、基調講演「生死マングラ」（千歳 栄：以下、敬称略）、特別講演「地域で生老病死を診る」（方波見康雄）が初日に設定されていた。いずれも、死、あるいは、臨死を見つめたアプローチの話である。

大会テーマに沿って設定された教育公演は8つあり、「スピリチュアルケア」（田村恵子）「看取りの文化」（新村拓）「地域に広がるホスピスケア」（山崎章郎）「末期癌患者の家族との関わり」（沼野尚美）「死の臨床と医学的リハビリテーション」（安部能成）「風に立つライオンの目指すこと」（堂園晴彦）「日本宗教史と死の臨床」（末木文美士）「悲嘆者を理解する文化へ」（高木慶子）が2日間に分けられて開催された。

この他にも、パネルディスカッション「地域連携・在宅ホスピス」（座長：梅田 恵、松島たつ子）、シンポジウム「介護施設でのホスピスケア」（司会：前野 宏）があった。さらに多様な学びのため、「緩和ケアと音楽療法」（中山ヒサ子）「スピリチュアルケア」（村田久行）「心身相関係代替医療におけるアプローチ」（川嶋 朗）「STAS-Jの使用経験とこれからの課題2008」（宮下光令、中島信久）という4つのミニワークショップもあった。

また、国際交流委員会主催のシンポジウム「看取りの文化」、企画委員会主催の「会員フリートーキング」、ドキュメンタリー映画「精霊の山 ハヤマ」の上映、初日のお昼休みには「金管アンサンブル」（倉橋 健）、二日目には「大谷パーカッションアンサンブル」（笠井尚貴）の企画まであり、たいへんバラエティーに富んだ、意欲的な年次大会であることが、ひしひしと感じられた。

本研究会の特色の一つである事例検討は13、ポスター発表のみの一般演題が174あった。緩和医療の立場から本学会をみると、当然のことではあるが、死、あるいは、臨死の問題に回帰しているように感じられた。関連学会が増えてきたので、その棲み分けを考えることが会員フリートーキングの狙いの一つにも挙げられていたようである。この点で、WHOの緩和ケアの定義は、1992年のものと2002年のものが異なってきている事が、その一つ証左にあげられる。

なお、今回は2009年11月7日～8日の日程で、佐藤健・安藤詳子大会長のもと、名古屋国際会議場で開催される予定であることがアナウンスされた。

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7月～2008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。

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.

看護師のコミュニケーションスキルトレーニング

Wilkinson S, Perry R, Blanchard K, Linsell L. Effectiveness of a three-day communication skills course in changing nurses' communication skills with cancer/palliative care patients: a randomized controlled trial. Palliat Med. 2008; 22(4):365-375.

PPIのヨーロッパでのバリデーション

Stone CA, Tiernan E, Dooley BA. Prospective validation of the palliative prognostic index in patients with cancer. J Pain Symptom Manage. 2008; 35(6):617-622.

精神心理的介入

Cepeda MS, Chapman CR, Miranda N, et al. Emotional disclosure through patient narrative may improve pain and well-being: results of a randomized controlled trial in patients with cancer pain. J Pain Symptom Manage. 2008; 35(6):623-631.

緩和ケアの知っておくべき研究

Fromme EK, Hughes MT, Brokaw FC, Rosenfeld KE, Arnold RM. Update in palliative medicine 2008. J Palliat

Med. 2008; 11(5):769-775.

呼吸困難：モルヒネの吸入、全身投与、生食の吸入

Charles MA, Reymond L, MCouns FI. Relief of incident dyspnea in palliative cancer patients: A pilot, randomized, controlled trial comparing nebulized hydromorphone, systemic hydromorphone, and nebulized saline. J Pain Symptom Manage. 2008; 36(1):29-38.

塞栓症

Carrier M, Gal GL, Wells PS, Fergusson D, Ramsay T, Rodger MA. Systematic review: The trousseau syndrome revisited: should we screen extensively for cancer in patients with venous thromboembolism? Ann Intern Med. 2008; 149(5):323-333.

FROM JAPAN

日本の遺族調査の経験がJCOにレビュー論文として掲載されました

Miyashita M, Morita T, Hirai K. Evaluation of end-of-life cancer care from the perspective of bereaved family members: The Japanese experience. J Clin Oncol. 2008; 26(23):3845-3852.

一般市民対象の啓発プログラムの評価

Miyashita M, Sato K, Morita T, Suzuki M. Effect of a population-based educational intervention focusing on end-of-life home care, life-prolonging treatments and knowledge about palliative care. Palliat Med. 2008; 22(4):376-382.

J-HOPE研究の概要

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):223-232.

終末期ケアのquality indicator

Sato K, Miyashita M, Morita T, Sanjo M, Shima Y, Uchitomi Y. Reliability assessment and findings of a newly developed quality measurement instrument: Quality indicators of end-of-life cancer care from medical chart review at a Japanese regional cancer center. J Palliat Med. 2008; 11(5):729-737.