



日本緩和医療学会 ニューズレター August 2009 44



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

日本緩和医療学会創立15周年 いつでもどこでも質の高い緩和ケアを 第15回学術大会の開催にあたって

筑波メディカルセンター病院 緩和医療科
志真 泰夫

この度、2010年6月18、19日の両日、東京国際フォーラムにて第15回日本緩和医療学会学術大会を大会長として主催することとなりました。今回の学術大会のテーマは「いつでもどこでも質の高い緩和ケアを」といたしました。

第15回学術大会は日本緩和医療学会にとって創立15周年にあたる節目の大会でもあります。振り返ってみますと、1996年に札幌で創立大会（柏木哲夫会長）を開催し、その後幾多の試練や紆余曲折を経験しながら、学術大会は年々その規模が大きくなり、大阪の第14回大会（恒藤暁会長）で参加者は学術大会2日間で5,500名を超えました。創立大会当時から学会の運営に携わってきたものとして、その発展ぶりには感慨深いものがあります。

わが国の緩和ケアは、近年、ホスピス・緩和ケア病棟を主体とした時期から、病院緩和ケアチーム、在宅緩和ケアへと広がりを見せるようになってきています。この15年間はわが国にとって、緩和ケアのいわば「成長期」であり、人間で言えば「少年期」とでもいえる時期ではないでしょうか。学術大会のテーマを「いつでもどこでも」とした理由のひとつは、緩和ケアが、がん医療にとどまらず広く地域医療への広がりを持つ時期になってきたと思うからであります。しかしながら、昨今の急速な緩和ケアの広がり、その質の低下と緩和ケアの提供体制の偏りを危惧させます。そこで、「質の高い緩和ケアを」としたのは、確かな専門性に裏打ちされた臨床実践を広く各地域に偏りなく進める方向性を示したいと考えたからです。

質の高い緩和ケアをいつでもどこでも提供できる体制を作るために、本大会では、緩和医療の専門家として、チームとして、地域医療に携わる医療者として何ができるか、を考えるための様々な機会を提供したいと考えています。

海外招待演者としてイギリス、シェフィールドを中心として活躍されている Sam Ahmedzai 先生、オーストラリア、バララットで地域緩和ケアに従事されている David Brumley 先生、カナダマニトバ州で活躍されている Paul Daeninck 先生、そして看護の世界からアメリカ合衆国、カリフォルニア州で活躍されている Betty Ferrell 先生をお招きし、各国の地域緩和ケアの提供体制、その研究、教育についてご紹介いただき、我が国の緩和ケアの今後について活発な討論が展開されることを願っております。

また、緩和医療における職種ごとのフォーラム、重要なテーマ毎のシンポジウムやパネルディスカッション、教育的なねらいをもつモーニングセミナー、ランチョンセミナー、等も企画しております。また、今大会からは会場運営の都合上、各セッションへの参加およびセミナーへの参加を事前予約制といたします。

新たな試みに対して皆様の忌憚ないご意見を頂戴したいと考えております。

総会の総括

第 14 回日本緩和医療学会学術大会を終えて

大会長 恒藤 暁

第14回日本緩和医療学会学術大会は、本年6月19日(金)～20日(土)に大阪国際会議場で開催されました。5,500名を超える方々が参加され、2つのプレナリーセッション、9のシンポジウム、3のパネルディスカッション、6の教育講演、88題の口演発表と351題のポスター発表をしていただき、盛会のうちに無事に閉会することができました。

本大会のテーマは「緩和医療～原点から実践へ～」とし、緩和医療の原点から実践へと繋がる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もなるように配慮しました。プレナリーセッション1では、「緩和医療の最先端」としてヨーロッパ緩和ケア協会会長のLukas Radbruch教授に講演していただきました。また、プレナリーセッション2では、「世界各地における緩和ケアの現状と課題」として、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教授にそれぞれの地域での取り組みと課題を分かち合ってくださいました。さらに、緩和ケア普及啓発事業として市民公開講座を開催し、「緩和医療のここ」そして柏木哲夫先生に講演していただきました。

なお、演者から了解が得られましたプレナリーセッション、シンポジウム、パネルディスカッション、教育講演は、本年10月上旬から2010年6月中旬まで学会ホームページからのインターネット視聴が可能となりますので、是非ともご利用下さい。

最後にご参加頂きました皆様、ご講演頂きました演者、ご協力頂きました座長、ご支援頂きました関係者に心よりお礼申し上げます。

シンポジウム3

スピリチュアルケアの支えとなるもの ～社会・心理・文化的考察～

座長・報告 聖トマス大学日本グリーフケア研究所 谷山 洋三
座長 NP0法人緩和ケアサポートグループ 河 正子

緩和ケア・緩和医療の領域では、「スピリチュアルペインとは何か?」「スピリチュアルケアはどうすればいいのか?」という議論が長年続けられている。～原点から実践へ～というテーマに則してスピリチュアルケアについて考察するにあたり、医学的枠組みを超えた学際的な視点から、スピリチュアルケアの支えとなるものを探求することを目的とした。

伊藤高章先生は、緩和ケアに関わる諸専門職のケア言動の重層性について考察し、スピリチュアルケアにおいては正解のない問いかけがあり、自己矛盾・分裂・限界に対峙する弁証法的な言語が用いられると述べた。井上ウィマラ先生は、母子の絆に関する愛着理論から、Family Constellation（生育歴による行動・態度のパターン）が医療スタッフの人間関係に影響を与える点に着目し、また、マインドフルネス瞑想の知見に基づいて、スピリチュアルケアを「死と再生の見守り」「息遣いの見守りの器」として、メタスキル（暗黙知、非言語的な態度や姿勢）の重要性が述べられた。藤井美和先生は、価値観が崩壊しスピリチュアルペインを持つ人のそばに寄り添う人には、死生観を見つめることが大切であり、そして、スピリチュアルケアは技術ではなく、自分の限界を認めた上で、いのちとともに向き合うことだと述べた。

「関係性の探求」と「限界を認めること」が、3人の先生方の共通点であり、この2つのキーワードに対して、伊藤先生は「言語」、井上先生は「母子関係」、藤井先生は「価値観の見直し」を切り口としていた。これらを、スピリチュアルケアを提供する側の課題として、各自が探求していくことが求められているのではないだろうか。限られた時間の中で、整理し切れなかった点もあるが、人文科学の立場から深い議論ができたと思う。

シンポジウム6

望ましいQOLを実現するための心理的援助とは

座長・報告 名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学分野

名古屋市立大学病院こころの医療センター、緩和ケア部

明智 龍男

座長・演者・報告 大阪大学コミュニケーションデザイン・センター 平井 啓

本シンポジウムでは、緩和ケアにおける心理的援助について専門心理職が取り組んでいることについて理解を拡げることが目的とした。各話題提供に先立ち、座長の一人である平井から、緩和ケアの領域における心理学的援助において、患者の望ましいQOLを実現するための多面的な”Good death”を考慮した評価の必要性和、心理学的評価に基づく対策心理学的援助の方法としては、多職種やチームによる非特異的関わりと、専門家による特異的関わり、いわゆる心理療法的な関わりがあることを示した。

この流れに従って、まず石風呂素子先生が、緩和ケアの対象となる患者について心療内科に直接紹介となる場合と、緩和ケアチームとして関わる場合の2つのパターンについて、評価から実際の介入に至るまでのプロセスを、仮説・検証・アセスメント・仮説の修正・検証の基本的プロセスについて解説された。特に、心理的評価をする際に焦点をあてる部分として、これまでの生きかた、人との接しかた、対処の仕方、精神疾患の有無、行動観察の重要性について指摘

された。次に、松向寺真彩子先生からは、心理士が中心となっていて行っている「がんサポートプログラム」が紹介された。がんサポートプログラムは、がん治療セミナー・サポートグループ・個別のこころの相談の3つからなり、これら3つのプログラムをきっかけとして、緩和ケアチームとして関わりを持ち、多角的なケアを行っていくこと、その際に心理士は主に人と人を繋ぐ「地ならし」をする役割を担うことが示された。最後に、安藤満代先生からは、終末期がん患者の精神的苦悩を対象とした短期回想法について、無作為比較試験の結果から、Spiritual Well-being の上昇、不安や抑うつ感の低下に加え、「望ましい死」を構成する要因の「希望」、「人生の完結感」、「死への準備感」が上昇し、「負担感」は低下するという効果があることが示され、さらに介入の実際と介入を行う際の注意点について心理士の専門性の観点から話題提供された。

会場は立ち見ができるほど盛況であり、このテーマに対する関心の高さが伺われた。フロアからは多数の質問があり、活発な議論を行うことができ、それを通じてフロアの参加者も、当初目的としていた心理職専門家の働きについてより深い理解を得ることができたのではないかとと思われる。

シンポジウム8

緩和医療の研究をいかに進めるか ～実際に研究を進めるためのノウハウ～

座長・演者・報告 名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学分野

名古屋市立大学病院こころの医療センター、緩和ケア部

明智 龍男

座長・演者 聖隷三方原病院 緩和支援診療科 森田 達也

第14回日本緩和医療学会総会において、シンポジウム「緩和医療の研究をいかに進めるか-実際に研究を進めるためのノウハウ」の座長を務めさせていただきましたので、参加できなかった会員の皆様のために、本シンポジウムの概要についてご紹介させていただきます。

臨床研究とは「医療における疾病の予防方法、診断方法及び治療方法の改善、疾病原因及び病態の理解並びに患者の生活の質の向上を目的として実施される医学系研究であって、人を対象とするもの」をいいます（厚生労働省「臨床研究に関する倫理指針」より）。従いまして、緩和医療やサイコオンコロジーにおいても、よりよい医療を提供するためには臨床研究の施行が不可欠です。本シンポジウムは、もう一人の座長の聖隷三方原病院の森田先生の「我が国の緩和医学の発展は、国際的な水準の研究を実施することなくしてない」とのお考えが元になり開催されました。

シンポジウムでは、まず明智がサイコオンコロジーの研究者の立場から、終末期がん患者を対象として精神症状の予測因子を検討したコホート研究の実例を紹介することを通して、サイコオンコロジー領域の研究をデザインし実践していくプロセスについてお話させていただきました。あわせて検証したい因果関係以外の要因（ランダムエラーやバイアス）の影響を可能な限り最小化するために研究のデザインが重要であることに言及致しました。次に、東京大学の宮下先生が、緩和医療の研究者のお立場から、宮下先生が主任研究者として関わられた「日本人における望ましい死とその達成」に関する一連の研究について、研究を実施する際に必要であった準備、実際の調査研究の方法、そして学術論文

として公表するためのプロセスについて極めて具体的にご紹介されました。三人目の演者は東京大学の佐藤先生が大学院生のお立場から、研究の初学者であった佐藤先生が、先輩の研究者から多くのサポート（具体的には文献検索の方法、研究方法の信頼性や妥当性の検証、研究の実施可能性や倫理的問題、そして分析の計画や研究の意義など）を受けることで質の高い研究を実践することができたご経験に関してお話されました。最後に、森田先生が、医学雑誌「Journal of Pain and Symptom Management」などのEditorial Boardsとして多くの論文を査読するお立場から、研究のポイント（特に国際水準の研究たらしめるために、あらかじめ研究計画書をきちんと作成しておくことが大変重要であること）および論文としてまとめる際のこつ（無駄を省き論拠を明確にした英語表現を用いることの重要性など）についてお話されました。

90分と限られた時間であったため残念ながらフロアとのやり取りを行う時間を設けることができなかったのですが、内容が大変実践的なものであったため、多くの緩和医療従事者の皆様にとって、今後の研究活動のための一助となったのではないかと思います。御存知のように緩和医学には研究方法論上、多くの困難や難しさが存在することが知られています。だからこそ、アカデミズムを支える学会活動の一環として、これからの学会でも研究、中でも研究方法論に関してのセッションが設けられることを希望して筆をおきたいと思います。

プレナリーセッション2

世界各地における緩和ケアの現状と課題

座長・報告 大阪大学大学院医学系研究科 緩和医療学 恒藤 暁
大阪大学大学院医学系研究科 看護実践開発科学講座 荒尾 晴恵

本セッションでは、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を務める看護職のMargaret O' Connor教授にそれぞれの地域での緩和ケアの現状および課題と取り組みについて講演をいただいた。セッションのねらいは世界、地域の現状と課題を分かち合うことで、参加者自身が我が国や自施設の緩和ケアの実践の現状と課題を認識し、さらなる緩和ケアの発展を目指すというものであった。

Radbruch教授は、SWOT（強みStrengths、弱みWeaknesses、機会Opportunities、脅威Threats）分析¹⁾の枠組みを用いて、世界の緩和ケアの現状と課題を発表された。強みとして、世界や地域の緩和ケアの組織を通じて、国家間、大陸間の意見交換や経験の共有、資源を共有・普及していくことが可能であると述べられた。弱みについては、各国での緩和ケアに関する法律が変わったとしても現状がすぐに変化するわけではなく、緩和ケアの専門家育成、緩和ケアへのアクセスのしやすさなど質の高いケアを提供するために克服すべき点があると指摘された。機会をどのように利用するかでは、西洋と東洋の文化的背景や価値観の相違などを例にあげ、これらの背景を理解して緩和ケアを促進していくことについて述べられた。そして、緩和ケアの定義を明確にされた後、脅威について、多くの国で安楽死や医師による自殺補助の法制化が議論されていることやベルギーでは緩和ケア専門家が、緩和ケアプログラムに安楽死を組み込むことを主張していると述べられた。以上の分析から、長所は増えている半面、依然として大きな短所が残り新たな問題も生じていると指摘された。しかし、緩和ケア専門家が、世界、国、地域レベルで協力、交流していくことで、これらの問題や

短所を克服し、緩和ケアを新たな段階へと導くことができると述べられた。

次にHong教授は、韓国における緩和ケアの現状と課題について発表された。韓国ではがんによる死亡が死因のトップであること、病院での死亡が毎年徐々に増加し、2006年には60%に達していること、死亡前2ヶ月間の医療費が全医療費の50%を上回っているにもかかわらず、その期間の症状マネジメントは不十分で、十分な疼痛管理を受けているのは半数程度である。また、ホスピス緩和ケアは韓国のがん対策基本法の一部としてのみ法制化されており、独立法としてのホスピス法については韓国国会で検討されているものの、審議中であると現状について述べられた。このような現状から、法制化の前に、ホスピス緩和ケア病棟の定義や、施設ホスピスケアの基準、人員配置などを整備すること、ホスピスシステムの公的なモデルを作ること、ホスピスムーブメントを起こすこと、さらに、財政面でも検討する必要性があることなどを述べられた。最後に韓国政府保健・福祉・家族省の取り組みとして、登録されたホスピス・緩和ケア病棟に対しての継続的な財政支援についてパイロットスタディを行う予定であることを紹介された。

O'Connor教授は、オーストラリアの緩和ケアの現状と課題について述べられた。オーストラリアの医療制度では、早期から死にゆく人々への特別な制度が存在し過去30年間で、終末期患者に対するより積極的なケアの体制が登場し、現在は地域医療を含めて様々な緩和ケアの模範となる体制や方法がオーストラリア全土にあると紹介された。

また、近年のオーストラリア緩和ケア協会の活動は、オーストラリアで死にゆく全ての人に専門的な緩和ケアを提供することは不可能であり、全ての人々が専門的な緩和ケアを必要とするわけではないという前提に基づいて活動していると述べられた。緩和ケアはプライマリケア従事者が習得すべきものであり、全ての死にゆく人に「緩和的アプローチ」を用いたケアが必要というものである。そして、必要時に専門的緩和ケアを提供することを提言しているということであった。つまり、緩和ケアの専門家だけが緩和ケアを提供するのではなく、すべてのプライマリケアの従事者が緩和的なアプローチができることを目指しているのである。そのために協会は、能力強化のコースを設けたり、一般の人々へのアプローチを行っている。その上で、自分たちがケアを受けることを考えた課題について述べられた。

講演後のディスカッションでは、各演者に個人、組織、地域のチャレンジ、世界の課題について質問があった。個人のチャレンジは、演者の背景をふまえた事柄であったが、組織のチャレンジでは、緩和ケアのモデル作成すること、ケアの質を向上させること、ケア提供者の育成などの共通点があった。また地域のチャレンジでは、他国とのミーティング、各国の政府からの資金調達、安楽死などがあがった。世界の課題は、他国との共同が必要であるとの共通の認識があった。

そのほか、日本が世界、地域の緩和ケアの発展のためできることは何かという質問に対して、国際的なネットワークでの日本の活躍に期待するコメントがあった。

日本緩和医療学会は、2009年度に専門医認定制度を導入するが、一方で緩和ケアは専門医のみでなくすべての医師が行えるものとする必要性も認識しており、そのバランスをどのようにとっていくかは課題となっている。また、緩和ケアにおける積極的治療の意思決定のためのガイドライン作成や在宅緩和ケアの推進も課題となっていることである。

これら数々の課題に取り組むにあたっては、世界各地の緩和ケア専門家との協働や意見交換が重要であり、そのプロセスをとおして課題に取り組む糸口がつかめてくることを本セッションから学ぶことができた。

1) 注：目標を達成するために意思決定を必要としている組織や個人の、プロジェクトやビジネスなどにおける、強み(Strengths)、弱み(Weaknesses)、機会(Opportunities)、脅威(Threats)を評価するのに用いられる戦略計画ツールの一つ

パネルディスカッション3

いかに身体症状に対応するか

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

座長 近畿大学医学部付属病院 がんセンター 小山 富美子

疼痛以外で終末期に出現する頻度が高い身体症状として呼吸困難と消化器症状を、またその身体症状が治療抵抗性な時の苦痛緩和の方法として鎮静を取り上げた。演者はそれぞれ学会ガイドライン作業部会の責任者であった。各症状共に臨床現場でよく見られるような症例を2～3例呈示して「考える過程」を重要視し、聴衆の皆さんにも一緒にアセスメント→マネジメントを考えていただけるように工夫したつもりである。「呼吸困難」担当の田中桂子先生からのメッセージは、1. 呼吸困難≠呼吸不全、2. 最終ゴールは「呼吸困難の緩和」（つらさの緩和）であって「呼吸不全の緩和」（数字の改善）ではない、3. 個別性の高い治療・ケアのアプローチ＝エビデンスの確立された「標準的治療」＋経験的に有効だと思われる「臨床的知恵」が必要だということだった。「消化器症状」は嘔気・嘔吐に焦点をあてて新城拓也先生が、1. 消化管の異常だけが嘔気嘔吐の原因ではない、2. がんの存在そのものが嘔気嘔吐の原因となりうる、3. 嘔気嘔吐の作用点、薬理作用を考えて、治療薬剤を選択する、4. 手術できない消化管閉塞（イレウス）には薬物療法を、5. 口渴の緩和を目的に経鼻胃管を挿入して自由に飲む、6. 食べること、経鼻胃管の挿入について、必ず患者の考えを問うということを教えてくれた。「鎮静」において大切なことを池永昌之先生が、1. 治療抵抗性の苦痛であることの判断、2. 患者・家族への鎮静の説明と意思確認、3. 適切で安全な鎮静の実施、4. 鎮静後のケアの4つにまとめて下さった。これらに対して月山と一緒に座長を務めて下さった小山富美子さんが、ナースが日頃医師に聞きたいと思っていることを代表して質問してくれた。さらに、日常のナースングケアによる症状緩和、患者・家族への心理的サポートについて補足して下さった。皆さん、時間は厳守、質問も回答も的を得たもので座長はたいへん楽をさせていただいたのに、すばらしいセッションになったと自負している。

教育講演4、5、6

座長・報告 滋賀県成人病センター 看護部 吉田 智美

兵庫医科大学 外科学講座 富田 尚裕

教育講演4～6は、3名の海外からの演者による世界的な視野での、緩和医療における重要なトピックスに関する学びの場であった。

教育講演4は、カナダのアルバータ大学准教授のSharon Watanabe 氏による『エドモントン症状評価法（ESAS）～緩和ケアでは患者をいかに評価するか～』であった。1991年に開発されたESASについて有効性の確認のため包括的文献レビューを行い、尺度開発に関する13の文献を検討後、定性的に検討された結果、改訂版ESAS（ESAS-r）が作成された経過が解説された。改訂版は、項目の定義付記などにより使用者にとってより使いやすいとの評価を得ていた。今後は、臨

床経過の記載、患者コンサルテーションの際の共通言語、外来初診時のスクリーニングとして広く使用することを推奨したいとの発表であった。フロアからは臨床使用の多いKPSとの関連の有無などについて質問があり、現在は未確認であるとの回答であった。

教育講演5は、韓国カソリック大学、ソウル聖マリア病院腫瘍内科学教授のYoung Seon Hong氏による『緩和ケアにおける事前指示』であった。事前指示（Advance directives）の発端となった韓国最高裁での生命維持装置停止を安楽死と称した判例から近年の医療の発達に伴うdyingの意味の変化や英国、米国、シンガポール諸外国の法律制定の現状提示を踏まえ、例外的治療手段については、選択の権利はあるが、区別して考えるべきであろうという発表であった。フロアからは、容認可能な安楽死はあるか、社会的な合意との関係についてなどの質問があった。また、フロアからのカナダでの現状紹介・問題提起に対して招待演者も交えて国際的な意見交換となった。

教育講演6は、豪州のモナッシュ大学教授のMargaret O'Connor氏による「緩和ケアと死別支援サービス」であった。ホスピス・緩和ケアにおいて重要な死別支援サービスに関する米国、英国、豪州の国際比較の研究成果から予算不足や専門スタッフの人材不足などの問題が提示され、今後の課題として、検証されたツールの使用拡大、ガイドラインの遵守、サービスの優先順位の決定、費用対効果の確認、ボランティアの有用性検証などが提案された。

各講演30分という限られた時間において、各演者の計らいでフロアとの意見交換ができたことで、双方向の対話となり、聴衆にとっては身近な事象として講演内容を理解することができたであろう。世界的視野で日本の実践を理解する良い機会であったと考える。

口演5

地域連携

座長・演者・報告 医療法人白髭内科医院 白髭 豊
座長・報告 医療法人拓海会 大阪北ホームケアクリニック 白山 宏人

前半4題は、緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM）の4地域からの発表だった。浜松からは、介入プログラムの実施可能性と有用性調査を行った発表で、緩和ケアセミナー、在宅特化型診療所を対象としたアウトリーチ、市民対象の緩和ケア講演会、多職種のフォーカスグループについて、有用との評価であった。鶴岡からは、03年に構築したASP型の診療情報共有システム「Net4U」を利用し、施設を超えた多職種が密に情報交換しながらケアを提供するようになったという報告であった。今後の発展が期待される。柏地区からは、症例検討会を分析し課題と解決法の抽出を行った。地域連携における課題は「退院調整の開始が遅い」、「在宅医療者側が患者・家族の必要な情報を得られない」などであった。長崎では、拠点病院緩和ケアカンファランスへの定期出席や、地域連携室との在宅移行に課題のある症例の協議（ハイリスクカンファランス）で在宅移行の症例が増加しているとの報告であった。

後半4題は、地域の取り組みの発表だった。岡山からは、病院の治療チームと地域のプライマリーチームが協力体制構築のための調査結果が報告され、現状の課題や取り組みについての報告だった。長崎からは、入院患者に対して「退院支援・調整プログラム」を用いて早期からスクリーニングを行った結果、退院支援の相談件数、在宅への移行件数、在宅死の件数が増え、スクリーニングシートは有用との報告だった。群馬からは、小児がん患者の在宅緩和ケアを実施す

るに当たり、地域の訪問看護ステーションに対して調査を行い、病院との事前の打ち合わせや適宜相談出来る体制構築が連携の必要な要件との報告であった。京都からは、約4年間に自施設で亡くなったがん患者の療養場所について調査を実施し、療養場所の選択が診療科や担当医師によって差があるという課題に対し、今後全体として取り組むとの報告だった。

口演7

化学療法・放射線療法・手術療法・他の療法

座長・報告 早石会早石病院 外科 山崎 恵司
座長 昭和大学病院 腫瘍内科 佐藤 温

土屋らは、「緩和的化学療法」の後ろ向き調査を行った結果、治療や患者の限界を見極めることが非常に難しい場合が多いこと、そして、その際にも患者の意志決定を支えるという姿勢が重要であると考えられることを報告した。

茂木らは、外来化学療法を受ける患者への精神的サポートを目的に、予診室専任看護師配置を行った結果、継続性のあるコミュニケーションが図られ、有用であったことを報告した。

岩田らは、OK-432を用いた癌性胸腹水治療例において、無効例に投与を回避する指標について検討し、Palliative Prognosis Index (PPI) 〈6、リンパ球〉10%が参考となることを報告した。

南らは、多発骨転移に対するストロンチウムによる疼痛緩和療法を施行した15例について検討を行った結果、非常に有用な治療法と考えられることを報告した。

石井らは、切除不能高度進行胃癌に対する胃空腸吻合術症例についての検討を行い、その多くが経口摂取可能となり有用であること、その適応についての検討が必要なことを報告した。

松田らは、膵癌に対する消化管バイパス術についての検討を行い、この治療法がQOL改善に結びつかなかったStage IV b症例は適応外とすべきであると結論づけた。

川崎らは、骨転移性疼痛の緩和を目的としたMRガイド下集束超音波治療の臨床研究を開始し、現在まで施行した3例すべてに、有害事象なく、効果を認めたことを報告した。

秦らは、抗癌剤による遅延性嘔吐に対しプロゲステロン製剤 (MPA) が有効であること、ならびに、予防的投与が治療的投与に比し、より効果的である可能性についても報告した。

種々の治療法に関するものから患者サポート向上への取り組みまで幅広い分野にわたる発表であった。今後のさらなる進展と成果、そして普及が期待される。

口演8

アセスメント・QOL

座長・報告 立命館大学 総合理工学院 生命科学部 下妻 晃二郎
座長 株式会社緩和ケアパートナーズ 梅田 恵

今回の学会では演題を厳選した効果か、全体的に質が高い発表が多かった。本セッションの概要を報告する。

8-1は、緩和ケア患者用QOL調査票であるEORTC QLQ-C15-PAL日本語版の、終末期患者を対象とした信頼性検証に関する発表であった。オリジナルのがん一般用調査票、C30を緩和ケア用に15問に短縮したものである。本研究で信頼性が高いことが証明された一方で、スピリチュアリティなどの緩和ケア特有の概念の網羅性など、妥当性に関する更なる検証の必要性が会場からの質問を通して明らかになった。

8-2は、肺癌病棟における緩和ケアカンファレンスの効果をSTAS-Jを用いて経時的に評価した発表であった。患者・家族の病状認識、医療スタッフの職種間や家族とのコミュニケーションは改善していたが、痛み以外の症状コントロールと不安の解消が今後の課題とされた。カンファレンスの真の効果を理解するために、今後対照群を設定した検討が望まれる。

8-3は、終末期がん患者における口腔内環境と口腔ケアの効果に関する発表であった。病気そのものあるいは治療の影響で、緩和ケア対象のがん患者は口腔内が乾燥し、雑菌などが繁殖することが多く、口腔ケアの重要性が改めて認識された。栄養と嚥下の改善には他の手段が必要であることも示唆された。

8-4は、保険薬局における電話モニタリングと受診前来局指導による症状緩和の試みに関する発表であった。昨今の医療環境の悪化に伴う診察時間の短縮や、処方期間の延長による医師へ相談時間の減少のカバーや、詳細な服薬指導における臨床薬剤師の役割の重要性が示唆された。

8-5は、終末期のバイタルサインの頻繁な測定の意義を問い直す意義深い発表であった。看護師に限らず、このような根本的な業務内容の見直しにより、医療資源の効率的な活用による質の改善（本来必要な業務に集中できる）に繋がる可能性を示した発表であった。

8-6 は、在宅ケア患者の家族の不安の解消における点滴の意義について、8-7は、血液検査データの予後予測指標としての意義について、8-8は、肝細胞癌骨転移患者の脊椎転移による麻痺に対するより積極的な治療を勧める発表であった。

口演11

痛み以外の身体症状

座長・報告 国家公務員共済組合連合会六甲病院 緩和ケア科 安保 博文
座長 社会保険神戸中央病院 内科 緩和ケア病棟 新城 拓也

このセッションでは、痛み以外の身体症状への対応について発表が行われた。

0-11-1 は、嘔気に対してスコポラミン（ハイスコ）の舌下投与が速やかな効果をもたらしたとする報告である。会場からは、スコポラミンの副作用としてせん妄の発症を危惧する質問があったが、今回対象となった 21 例では、せん妄の発症は見られなかったとのことであった。

0-11-2 は、入院患者で緩和ケアチームが関与した症例のうち 77%で低 Na 血症が見られ、それらの患者では食欲不振とせん妄の発生率が高かったとする報告である。Na 値の低下に伴って食欲不振やせん妄が出現した場合、NaCl の補充などの対策を行うことによって症状が改善する可能性があることが示唆された。

0-11-3 は、呼吸器病変に伴う呼吸苦と疼痛に対して複方オキシコドン注（パビナール注）が有効であったとする報告である。呼吸苦に対する治療薬としてはモルヒネが推奨されているが、今回の報告では複方オキシコドン注の使用によって 83.3%の症例で呼吸苦の改善を認めており、腎機能障害などのためモルヒネが使用しづらい場合にはオキシコドン代替薬として使用できる可能性が示唆された。

0-11-4 は、消化管閉塞に対するオクトレオチドの有効性に関する発表である。予後 4 週以内の症例では症状改善率が低くなること、10 日以内に効果が見られない場合はそれ以上投与を継続しても無効であったとされ、適応や継続の判断を慎重に行うべきであると報告された。

0-11-5 と 0-11-6 は、癌進行期～終末期の患者における感染症に対しての抗菌薬使用に関する発表である。抗菌薬の有効性は患者の全身状態により異なるが、発熱などの症状を緩和するために抗菌薬が有用である場合が多くみられることが報告された。

0-11-7 は、不眠に対するミダゾラムおよびフルニトラゼパムの単回皮下投与が有効であったとする報告である。これらの薬剤は一般的には静脈点滴投与で使用するが、今回の発表では単回皮下投与でも、ミダゾラムで 56%、フルニトラゼパムで 78%の症例で 6 時間以上の睡眠が得られたと報告された。

0-11-8 は、膀胱浸潤病変に由来する症状に対し、仙髄および下部胸髄の両方の部位を 2 本の硬膜外カテーテルによってブロックすることが有効であったとする発表である。膀胱浸潤による症状のうち、下腹部痛に関しては下部胸髄のブロックが、膀胱刺激症状については仙髄のブロックが有効であったと報告された。

市民公開講座

緩和医療のこころ

司会・報告 兵庫県立大学 内布 敦子

講師 金城学院大学学長、淀川キリスト教病院名誉ホスピス長 柏木 哲夫先生

柏木先生の講義は、いつものように軽快なユーモアで始まりました。「最近ことばが気になる」という話から中川先生の「生命といのち」の話になり、「医学は、生命は診てきたが、いのちは診てこなかったのではないか」と問いかけられ、緩和医学は「生命といのち」の両方を診ていく医学であると述べられました。緩和医学、緩和医療、緩和ケアの候補の中から、緩和医療学会の学会名を決めるときの逸話も聞かせていただきました。

緩和医療を実現するには感性が大切で、重度心身障害の息子を40年間介護した老夫婦に対するJALの客室乗務員のこころ遣い（富士山が見えるように窓際に置かれた息子の写真に気づいて、「窓際の方にもおひとつどうぞ」とジュースを

差し出した)について紹介され、老夫婦の中にある息子の「いのち」の無限性についても話されました。感性には3つの要素(気づきと感動と行動)があって、それがそろって完成するとのことですが、気づいて感動してもなかなか行動を起こすところまでは到達しない場合が多い、しかし、何回も繰り返すと、自然に気持ちを込めて「それは、おつらいですね」と言うことができるようになるという話は、コミュニケーションの難しさを感じている参加者に勇気を与えたと思います。患者さんとの距離の取り方も、写真を見ながら先生の解説を聞くと「なるほど」と思います。また、患者さんとの間の壁を破るユーモアの力、そして患者さんが終末期に見せてくださるコーピングユーモアを、実例を挙げて紹介して頂きました。

緩和医療の三要素としての・生命を診る・いのちを診る・家族を診る(私たち看護職は、「診る」を「看る」と言いますが)について説明され、症状のコントロールを十分行い、その人の存在、価値観を大切に親かなもてなしを行うこと、そして家族の悲嘆に寄り添うことが大切であると述べられ、ケアの双方向性によって私たち医療者の成長もたらされることに言及されました。そして、緩和医療の概念に双方の「人間の成長」という概念が将来含まれるようになるだろうと述べられました。

講演のはじめから終わりまで、私は聞きながら、笑ったり、真剣に聞き入ったり、涙があふれてきたりと大変忙しく感情が揺れ動きました。柏木先生の緩和医療、緩和ケアの技術は一つのアートだと思わずにはいられません。また先生の話術もアートです。私は先生のお話の間、2回涙があふれそうになって、そうしたら次の話で笑いのツボにはまり、司会の席にいて、おかげでようやくなんとか涙をごまかすことができました。柏木先生、ご講演、ありがとうございました。

Journal Club

持続性のがん性疼痛を評価するには 「現在の疼痛」と「過去1週間の疼痛」のどちらがよいか。

東京大学成人看護学/緩和ケア看護学 宮下 光令

Shi Q, Wang XS, Mendoza TR, Pandya KJ Cleeland CS. Assessing persistent cancer pain: a comparison of current pain rating and pain recalled from the past week. J Pain Symptom Manage. 2009; 37(2): 168-74.

【目的】

近年の米国FDAによるガイドラインでは、患者による疼痛や他の症状の評価を、現在の評価がよいか、過去1週間などの思い出しによって評価した方が良いかが問題になっている。そのどちらが患者の疼痛の経験を正しく表現できるかを検討するために、ECOGの1147人の患者のデータの二次分析を行った。

【方法】

対象は2つの臨床試験に参加した外来における進行期がん患者である。PSは0-1が60%、2が27%、3-4が13%であった。患者はBPIで現在の時点での疼痛を評価し、同様に最悪、平均、最小の疼痛を1週間の思い出しによって評価した(0-11点のNRS)。現在の疼痛の評価と思い出しによる疼痛の評価はt検定で比較した。BPIの「疼痛による生活の支障」

の平均点に対し、これらの項目を説明変数として重回帰分析を行った。

【結果】

患者は現在の疼痛（平均2.9）を思い出しによる最悪（5.6）、平均（4.1）の疼痛より軽度評価した。思い出しによる最悪の疼痛が最もよく「疼痛による生活の支障」に関連した。

【結論】

現在の疼痛より、思い出しによる最悪の疼痛で評価したほうが、持続性のがん性疼痛を持つ患者の疼痛の経験と疼痛の身体機能への影響をよく反映している。この結果は臨床でも適用できるだけでなく、臨床試験などにおける疼痛などの患者の自己申告によるエンドポイントの評価時点（想起期間）を検討する際の情報として有用である。

【コメント】

Cleeland らのグループからの慢性がん性疼痛の評価に関する論文であり、突発痛や侵襲による疼痛などには適用できないことに注意する必要がある。今回の結果は、持続性がん性疼痛の評価には、診察時などのある 1 時点の評価より 1 週間の思い出しのほうがよいことが示された。残された問題は「過去 24 時間」と「過去 1 週間」のどちらが適しているかという問題である。一般的には治療の変化や様々な要因の関与があるため、がん性疼痛に関しては「過去 1 週間」が望ましいと考えられる。詳細な検証は必要かもしれないが、臨床的な側面を考えると「過去 1 週間」で評価してもそれほど問題ないように思われる。

Journal Club

支持療法vs緩和ケア：名称の持つ意味は？ —がんセンターでの医療者調査から

東京大学大学院 緩和ケア看護学 佐藤 一樹

Fadul N, Elsayem A, Palmer JL, Del Fabbro E, Swint K, Li Z, et al. Supportive versus palliative care: What's in a name?: a survey of medical oncologists and midlevel providers at a comprehensive cancer center. Cancer. 2009; 115(9): 2013-21.

【背景】

緩和ケアの利用は増加したが、その紹介時期は遅い。緩和ケア（pc: palliative care）という名称の持つ否定的なイメージが紹介のバリアとなっていることが先行研究で示唆されている。

【目的】

緩和ケアと支持療法（sc: supportive care）のそれぞれの名称によるがん患者の緩和ケア紹介への影響を比較し、また、それぞれの名称に対する認識の関連要因を検討する。

【方法】

MDアンダーソンがんセンターの腫瘍医と上級医療職（高度実践看護師APNと医師助手）をそれぞれ100名ずつ無作為抽

出し、電子メールでリクルートしてWebを用いて調査した。個人背景や緩和ケアの経験、患者の紹介時の緩和ケアと支持療法の名称の影響などを尋ねた。

【結果】

腫瘍医66名と上級医療職74名から回答を得た（応諾率70%）。がんによる症状のある患者をそれぞれの名称のサービスに紹介する可能性の有無は、がん初診時（pc 34%; sc 66%, $p<.0001$ ）、対がん治療時（pc 45%; sc 80%, $p<.0001$ ）、寛解時（pc 36%; sc 66%, $p<.0001$ ）、進行がん治療時（pc 69%; sc 89%, $p<.0001$ ）で支持療法の方が有意に高く、終末期（pc 92%; sc 91%, $p=.82$ ）では有意差はみられなかった。患者・家族と緩和ケア紹介について話し合う際に用いる名称の選好は、支持療法の方が有意に高かった（pc 19%; sc 57%, $p<.0001$ ）。それぞれの名称に対する認識は、患者紹介時のバリアとなる（pc 23%; sc 7%, $p<.0001$ ）、ホスピスや終末期と同意語である（pc 57%; sc 15%, $p<.0001$ ）、患者や家族の希望を損なう（pc 44%; sc 11%, $p<.0001$ ）、抗がん剤の副作用治療と関連する（pc 15%; sc 61%, $p<.0001$ ）と緩和ケアの方が否定的イメージは有意に高かった。年齢（ $p=.82$ ）、性別（ $p=.35$ ）、緩和ケアの教育経験（ $p>.99$ ）といった個人背景と名称の選好の間に有意な関連はみとめられなかった。

【結論】

緩和ケアという名称は、医療職により負担で、患者・家族の希望を損なうと認識されていた。支持療法という名称の方が、初発がん患者や進行がん患者はよりサービスに紹介される可能性が示された。

【コメント】

緩和ケアに対する否定的イメージを医療者がもたない場合でも、患者・家族にそのような認識が多くある状況では緩和ケア紹介のバリアとなりうる。支持療法のいう名称が好まれた詳細な理由の検討が望まれる。

Journal Club

進行性がん患者と介護者における、せん妄のインパクトと苦痛の記憶

東京大学大学院医学系研究科 緩和ケア看護学 中野 貴美子

Eduardo Bruera, Shirley H. Bush, Jie Willey, Timotheos Paraskevopoulos, Zhijun Li, J. Lynn Palmer, Marlene Z. Cohen, Debra Sivesind, Ahmed Elsayem. Impact of Delirium and Recall on the Level of Distress in Patients With Advanced Cancer and Their Family Caregivers. Cancer. 2009;115(9):2004-12.

【背景】

せん妄は進行性がん患者で最も頻度が高い、精神疾患である。

【目的】

本研究は、せん妄の経験を思い出すことが出来た患者の割合と、せん妄が患者・家族介護者・医療従事者に与えた苦痛の程度を探索的に検討する。

【方法】

対象は、DSM-4-TRでせん妄と診断され、急性期のせん妄から完全に回復し、せん妄時に家族が付き添っていたがん患

者である。患者はDelirium Experience Questionnaire(DEQ:4点満点)に回答した。さらに、患者・家族介護者は人口統計学因子と多くの異なるせん妄の症状に関連する苦痛に対して調査を行った。看護師と緩和ケア専門家が思い出しにより、せん妄の症状と苦痛について報告した。

【結果】

急性期のせん妄から回復したがん患者、家族介護者99組がこの研究に参加した。せん妄の主な原因は、オピオイドの使用、感染、脳転移、高カルシウム血症、脱水であった。調査したがん患者の73名(74%)が、せん妄のときのエピソードを覚えており、その内、59名(81%)は、せん妄が苦痛であったと回答した(DEQの中央値4)。せん妄の苦痛に関しては、家族介護者(中央値3)は、患者(中央値2)よりせん妄の苦痛を高く回答した($P=0.004$)。しかし、看護師や緩和ケア専門家のせん妄の苦痛の評価は低かった(中央値0)。

【結論】

せん妄を経験した患者の多くが、せん妄のときのことを覚えており、患者・家族にとってはせん妄は苦痛な経験であったことが明らかになった。これらの苦痛を軽減するための適切な介入方法の検討が必要である。

【コメント】

せん妄は意識障害であり、せん妄の記憶は患者にはあまりなく、患者本人は苦痛ではないと考えている医療者は少ないだろう。本研究では、それらが全くの誤解であり、患者もせん妄の経験を非常に苦痛と認識していることが明らかになった。せん妄を有する患者に対して、その苦痛を軽減するための介入は現時点ではほとんど明らかにされておらず、今後の研究が必要である。

Journal Club

日本における、在宅療養中の進行がん患者・家族のQOL、 デイホスピスのニーズと満足度について

東京大学大学院医学系研究科健康科学看護学専攻 清水 恵

Miyashita M, Misawa T, Abe M, Nakayama Y, Abe K, Kawa M. Quality of life, day hospice needs, and satisfaction of community-dwelling advanced cancer patients and their caregivers in Japan. J Palliat Med. 2008; 11(9): 1203-7.

【目的】

現在わが国では、進行がん患者の在宅緩和ケアサービスは発展途上であり、サービス利用中の患者・家族のQOLは明らかになっていない。また、わが国では近年進行がん患者を対象としたデイホスピスがいくつか設立されたが、患者や家族のデイホスピスに対するニーズや満足度なども明らかになっていない。この研究の目的は、1.在宅緩和ケアサービスやデイホスピスを利用している進行がん患者・家族のQOL明らかにすること、2.在宅緩和ケアサービス利用者のデイホスピスに対するニーズを明らかにすること、3.デイホスピス利用者のデイホスピスに対する満足度を明らかにすることである。

【方法】

デイホスピスや在宅緩和ケアサービスを利用している進行がん患者・家族にアンケートを配布し、直接回収した。

調査項目は以下のとおりである。1. 健康関連QOL尺度（SF-8）の8項目にて身体的健康(PCS)、精神的健康(MCS)、2. 在宅緩和ケアサービスを利用している患者・家族のデイホスピス利用希望と、希望する場合の、デイホスピスに対するニーズ、デイホスピス利用中の患者・家族のデイホスピスに対する満足度

参加者の背景要因について、在宅緩和ケアサービス利用者とデイホスピス利用者の相違点を分析した。健康関連QOL（PCS、MCS）については、国民標準値との比較を行った。また、在宅緩和ケアサービス利用者のデイホスピス利用希望割合、デイホスピスに対するニーズ、デイホスピス利用者の満足度の単純集計を行った。

【結果・考察】

57組の患者・家族からの回答が得られた（内、在宅緩和ケアサービス利用者34組、デイホスピス利用者23組）。

参加者の特徴として、PS（Performance Status）や、いくつかの症状について在宅緩和ケア利用者とデイホスピス利用者とで有意な違いが見られ、デイホスピス利用者は身体機能がよい傾向にあった。

QOLについては、患者については、在宅緩和ケア、デイホスピス利用者どちらも、国民標準値と比較してPCS、MCSともに有意に低い傾向が見られた。一方家族については、PCSについてのみ有意に低い傾向が示された。現在デイホスピスを利用していない在宅緩和ケアサービス利用者のデイホスピス利用の希望について、患者では44%が、また家族では67%がデイホスピスの利用を希望していた。また、デイホスピスに対するニーズとしては、医療処置、気晴らし、情報提供、家族の休息など多岐にわたっていた。デイホスピス利用者の満足度は全体的に非常に高かった。

【結論】

本研究はわが国初の進行がん患者のデイホスピスを対象とした研究である。わが国ではデイホスピスはまだ数が限られているが、それらは患者・家族から概ね高い評価を受けている。今後はわが国でも進行がん患者を対象としたデイホスピスの広い普及が必要である。

【コメント】

本研究の結果、在宅緩和ケアサービスを受ける進行がん患者の家族の身体的 QOL が、患者本人と同じように低かったことから、患者、家族双方への健康維持のための支援が重要である。現状では多くの進行がん患者がデイホスピスを利用する場合には、虚弱高齢者や認知症、慢性疾患患者に対するデイホスピスを利用している。しかし、進行がん患者にはそれらとは違ったニーズがあり、近年これらの患者を対象としたデイホスピスが開設されるようになった。しかし、それらはまだ先駆的な活動にとどまっており、全国に普及していない。本研究の結果、進行がん患者や家族の多くはデイホスピス利用を望んでおり、デイホスピスが、緩和ケアを行いながら在宅療養を続けるための重要な助けとなる可能性が今回の研究で示唆された。わが国のがん患者の在宅死亡率は 6%程度と低く、在宅療養の阻害因子としては「家族に対する負担」や「急変時の対応への不安」が挙げられている。デイホスピスの普及によって、日中の家族に対する不安を軽減するとともに、情報提供などによって不安を解消することが期待される。今後は在宅療養する進行がん患者に対するデイホスピスの全国的な普及が望まれる。

Journal Club

Psychotherapy for depression among incurable cancer patients.

治癒が望めない進行がん患者の抑うつに対する
精神療法の有用性：メタアナリシスによる検討

名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学分野

名古屋市立大学病院こころの医療センター、緩和ケア部

明智 龍男

Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. Akechi T, Okuyama T, Onishi J, Morita T, Furukawa TA. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Apr 16;(2):CD005537.

【背景と目的】

がん患者の不安や抑うつなどの精神症状緩和を目的とした精神療法の有用性を検討した無作為化比較試験は欧米を中心として多数報告されている。しかし、個人精神療法および集団精神療法の有効性がメタアナリシスにより示唆される一方で、系統的レビューの結果では一定した見解は得られていない。これらの結果は、検討に含める研究の内的妥当性を厳しく設定するに従い、効果量（effect size）および有用性を示した研究数が減少する傾向が認められ、内的妥当性の高い無作為化比較試験のみを対象にした場合、通常の方法的アプローチで推奨されるものはないと結論づけているものもみられている。以上より、現時点において、がん患者に対する精神療法の有用性に関しては、一定のレベルで支持されるものの、その効果の大きさや臨床的な意義などに関しては未だ一致した結論が得られていない。臨床の現場で頻繁に遭遇する進行がん患者の抑うつに対する精神療法の有用性に関しても実証レベルが明らかでなかったため、我々は、コクラン共同計画の枠組みを用いてメタアナリシスを行った。

【対象と方法】

18歳以上の治癒が望めない進行がん患者を対象として精神療法の有用性を通常のケアと比較した全ての重要な無作為化比較試験を対象とした。なお、言語バイアスを排除するため、英語以外の文献も対象とした。得られたデータの合成は、random effects modelを用いてstandardized weighted mean difference (SMD)を計算した。解析にはReview Manager 4.2を用いた。詳細なサーチストラテジーや解析方法は原著を参照いただきたい。

【結果】

適格条件を満たし、データの統合が可能であった研究は6報あり、これらから抽出されたデータを用いてメタアナリシスを行った結果（介入群n=292、対照群n=225）、精神療法の提供は、通常の治療のみに比べて有意に抑うつを改善することが示された（effect size=-0.44 [95%CI=-0.08 to -0.80]）。一方、抽出された6報のうち4つの研究が、患者の死まで治療を継続するタイプの支持-表出的精神療法（治療者は精神科医、心理士など）であり、各々1つが認知行動療法、問題解決療法であった。

【コメント】

今回の検討から、進行がん患者の抑うつ軽減に対して専門家による精神療法は有用であり、中等度程度の効果が期待できることが示された。しかし、実際に行われていた治療技法の多くが長期間にわたって継続的に提供する支持-表出的な精神療法であり、昨今欧米でエビデンスが蓄積されてきている認知行動療法や対人関係療法の有用性に関しては、今

後の更なる研究が必要であることが示された。

Journal Club

生の無意味を訴える終末期がん患者を援助する看護師への教育効果： 無作為化比較研究

京都ノートルダム女子大学人間文化研究科 村田 久行

Meaninglessness in Terminally Ill Cancer Patients: A Randomized Controlled Study Morita T, Murata H, Kishi E, Miyashita M, Yamaguchi T, Uchitomi Y; Japanese Spiritual Care Task Force. J Pain Symptom Manage. 2009 Apr;37(4):649-58.

【背景】

近年の実証研究では、患者の生きる意味を促進することが緩和ケア臨床家の本質的な任務であるとされてる。しかし、生の無意味を訴える終末期がん患者の苦痛を和らげる理論とスキルの習得に特化した臨床家のための研修の効果についての研究はほとんど存在しない。

【目的】

この研究は、生の無意味を訴える終末期がん患者の苦痛を緩和する理論とスキルの習得に特化した研修の教育効果を明らかにすることを目的としている。

【方法】

単一介入者による1施設での介入の待機期間中の看護師を対照群 (waiting list control) とした無作為化比較試験を行った。受講した看護師(すべて女性)は40名(13~14名×3グループ)、平均年齢 31 ± 6.4 歳、平均臨床経験 8.9 ± 5.5 年であった。1グループにつき180分×8回のセッション(講義や演習、構造化されたアセスメントシートを用いた実習)を4ヵ月に渡って行った。3ヵ月おきにConfidence and Self-reported practice scales, and the Attitudes toward caring for patients feeling meaningless scale (Willingness to help, Positive appraisal, and Helplessness)、Maslach burnout scaleで評価した。

【結果】

研修結果は、自信 (Confidence)、Self-reported practice scales、援助の意志 (Willingness to help)、前向きな評価 (Positive appraisal)、無力感 (Helplessness)、燃え尽き (Overall burnout)、感情的疲労 (emotional exhaustion)、個人的な達成感 (personal accomplishment)、仕事に対する満足度 (job satisfaction)、FACIT-Spの各項目において十分な有意差をもって効果を示した。また、この研修を有益・とても有益と評価した看護師の割合は、85%(終末期がん患者の生の無意味をケアしていく上での概念を理解することに)、80%(看護師個人の価値観を促進することに)、そして88%(生の無意味を訴える患者へのケアの方法を知ること)であった。

【考察】

結果は十分な有意差をもって研修効果を示したが、いくつかの項目において6~9ヶ月後に研修前の水準にもどってい

ることから、研修の効果を維持するための定期的な復習や再研修が必要である。また今後はこの研修の効果が患者の苦痛を和らげる結果を検討すべきである。さらに異なる複数の介入者による多施設での追試験がこの研究結果の単一性の限界を超える普遍妥当性を示すであろう。

【コメント】

終末期がん患者を援助する看護師への研修効果を無作為化比較試験で行った研究である。研修プログラムは、生の無意味を訴える終末期がん患者の苦痛を時間性・関係性・自律性の3次元から解明した理論[村田理論]に基づいて構成されている。研修の効果から患者の生の無意味の苦痛は和らげられていると臨床で看護師は実感しているのだが、それを研究として実証することが今後の課題である。

Journal Club

終末期せん妄における家族の体験 Terminal delirium: family's experience.

難波 美貴

Miki Namba, Tatsuya Morita, Chizuru Imura, Emi Kiyohara, Sayuri Ishikawa, Kei Hirai. Palliative Medicine 2007; 21: 587-594

【目的】

せん妄は終末期がん患者の85～90%に生じ、30～50%が回復する一方で、50～70%は回復しないままに死亡にいたり、家族に多大なストレスをもたらしている。終末期においてせん妄が治療できない場合でも、患者・家族ができるだけ心穏やかに過ごせるための支援は重要である。本研究の目的は、がん患者の遺族の終末期せん妄に関する体験や感情、認識や医療者に期待される支援を明らかにし、家族へのケアの指針を得ることである。

【方法】

対象は某ホスピスにて一定期間に死亡したがん患者の遺族250名のうち、終末期せん妄が認められた患者の遺族184名であり、そのうち承諾が得られた37名の遺族に半構造化面接を行い、遺族がせん妄を否定したものを除外した20名の面接内容を分析対象とした。得られたデータは質的方法により分析を行い、せん妄の体験、感情、認識、支援の各項目についてカテゴリー化した。

【結果】

家族のせん妄の体験は、[患者は過去に実際にあったことやしていたことを言う・する] [患者は排泄・口渇などの生理的欲求を訴える] [おかしいことを言っていることに患者自身も気付く] [患者は気がかりや希望を言う] など11カテゴリーが得られた。

せん妄に対する感情は26カテゴリー得られた。[以前と違う姿を見るのがつらかった] など“つらさ”、[本人の魂が乖離していくような不安] [心配で目が離せなかった] など“不安や心配”、[何が起きているのか分からなかった] など“せん妄を認識することに対する困難感”、[どう対応していいか途方にくれた] など“せん妄に対応するこ

とへの困難感”が表出された。また、[精神的に追い詰めてしまった]といった“自責感”、さらに[迷惑をかける]など“せん妄に対する否定的な感情”、[長く生きてほしい反面早く安らかにというアンビバレントな気持ち]といった“揺れ動く感情”を抱いている家族もいた。一方、[ほっとした]などせん妄の体験に対しての肯定的な感情も表出された。せん妄に対する認識は、[死が近づいている][あの世に逝く過程][現実の辛さから解放されている]など9カテゴリーが得られ、家族はせん妄の体験に対してこれまでの経験や知識などからその意味を解釈したり、家族なりの意味づけをしていた

医療者に期待される支援は、[苦痛緩和][十分な説明][せん妄患者の主観的な世界を大切にした対応][“これまでと変わらないその人”として尊重した対応][患者の生活環境の整備][家族の身体的な介護負担の軽減][家族に対する精神的支援]などの13カテゴリーであった。

【考察】

遺族の終末期せん妄に関する体験は個性が大きく、各々の体験によって感情や認識には相違があり、必要とされる支援も様々であった。したがって、終末期せん妄のケアでは、患者・家族の個性を踏まえたうえで、ニーズにあったケアを提供していくことが重要である。

【コメント】

本研究では、終末期せん妄におけるケアのあり方は回復可能なせん妄におけるケアと異なる側面があること、また家族に対する認知教育的ケアが、せん妄に対する家族の苦悩を軽減することが示唆されている。これらの結果は、終末期せん妄が引き起こす家族の精神的苦痛を和らげるケアの一助となると考える。

Journal Club

日本の緩和ケア専門施設における神経ブロックの治療効果：多施設調査

聖隷三方原病院 ホスピス 鄭 陽

Tei Y, Morita T, Nakaho T, Takigawa C, Higuchi A, Suga A, Tajima T, Ikenaga M, Higuchi H, Shimoyama N, Fujimoto M. Treatment efficacy of neural blockade in specialized palliative care services in Japan: A multi-center audit survey. J Pain Symptom Manage 2009;36(5):461-467.

【目的】

日本の複数の緩和ケア病棟と緩和ケアチームにおける、がん関連疼痛への神経ブロックの頻度と効果を明らかにし、また効果が期待される症例の予測因子を探索すること。

【対象・方法】

多施設後ろ向きaudit 調査。

【結果】

国内の任意の緩和ケア病棟7施設と緩和ケアチーム5チームの2002-2003年の診療患者3553名のうち神経ブロックを施行したのは3.8%（136例）であった。多かった手技は硬膜外ブロック（84手技）、内臓神経ブロック（24手技）、クモ膜

下フェノールブロック（21手技）であった。施行頻度は、緩和ケアチームのほうが緩和ケア病棟よりも、また麻酔科医が主導する施設のほうがそれ以外の専門を有する医師が主導する施設よりも高かったが、著明な差ではなかった。疼痛の強さ（STAS）、performance status、オピオイド消費量は施行後に有意に減少した。せん妄の頻度に施行前後で有意差は認められなかったが、6例が施行後にせん妄が改善した。副作用は9.2%（15手技）に発生したが一時的であり致命的なものはなかった。生存期間28日以上群が28日未満群よりも疼痛の強さが有意に改善した。

【考察】

今回調査した施設においては有痛がん患者の3.8%に神経ブロックが行なわれており、欧米の報告と同等であった。

がん関連疼痛に対する神経ブロックは、強い副作用を起こさずに疼痛の強さや、performance status、オピオイド消費量を減じる可能性がある。

生命予後が長い患者では疼痛の改善の程度が大きかった。早期から介入し全身状態の良い時期に神経ブロックを行うことで、疼痛の改善がより強く得られる可能性がある。

【コメント】

疼痛はがん患者の最も一般的な苦痛のひとつであり、QOLを著しく害している。85%以上のがん関連疼痛は薬剤でコントロールできるが、それ以外のものでは multidisciplinary な対応を必要としており、神経ブロックはそのひとつである。日本においてがん患者に対する神経ブロックの頻度や効果を多施設研究したものが今まで見られなかったため、今回の研究を企画した。

Journal Club

日本における緩和ケア：病期による導入から苦痛の程度による導入へ

筑波メディカルセンター病院 緩和医療科

神谷 浩平、久永 貴之、志真 泰夫

Morita T, Miyashita M, Tsuneto S, Shima Y. Palliative care in Japan: shifting from the stage of disease to the intensity of suffering. J Pain Symptom Manage. 2008 Dec ;36(6): e6-7. Epub 2008 Nov 1.

日本における緩和ケアの位置づけは『終末期ケア』から『苦痛の緩和』へと変化しつつある。

1990年、厚生省が緩和ケア病棟を健康保険上に制度化したことにより、日本国内の緩和ケア病棟数はそれまでの5施設から177施設(2008年)にまで飛躍的に増加した。

しかし緩和ケア病棟の患者の家族を対象とした全国規模の調査によって、約半数が緩和ケアへの紹介が『遅すぎた』と感じており、85%が入院前から身体的苦痛があったと感じていたことが明らかとなった。

これらの調査結果が2007年4月のがん対策基本法の施行につながった。同法施行にあわせて緩和ケアの定義が見直され、病期ではなく苦痛の程度による緩和ケアの導入が推奨されるようになった。また、厚生労働省は全国353の地域がん診療拠点病院に緩和ケアチーム設置を義務付け診療報酬加算を設定した。

われわれは政府のこれらの政策を歓迎し、より多くの患者が適切な緩和ケアを受けられることを期待している。今後

は専門的緩和ケアを受ける患者の増加や、病院や診療所での症状緩和技術の向上、より早期からの緩和ケア病棟の利用増加などが予測される。数年のうちには全国規模の調査結果に基づき主要な変化について報告する予定である。

【コメント】

本報告は体裁こそ学術誌編集部への簡潔なletterであるが、その内容は過去20年間のわが国の緩和ケアの量的かつ質的な変化についての適切な報告となっている。わが国から世界への、今後の目標を見据えた上での時機を得た報告として意義ある投稿である。

Journal Club

外来がん化学療法患者の緩和ケアニーズをスクリーニングする

聖隷三方原病院 緩和ケアチーム 藤本 亘史

Morita T, Fujimoto K, Namba M, Sasaki N, Ito T, Yamada C, Ohba A, Hiroyoshi M, Niwa H, Yamada T, Noda T. Support Care Cancer. 2008 Jan;16(1):101-7. Epub 2007 Jul 5.

【目的】

外来化学療法中の緩和ケアのニーズのある患者を同定し、専門緩和ケアチームへつなげる方法の有用性を評価する。

【方法】

(1) 化学療法開始時に、専門緩和ケアサービスを紹介する、(2) 「生活のしやすさに関する質問票」という包括的なスクリーニングツールを使用する、(3) 要望に応じて専門緩和ケアサービスを提供する、を行った。

初回の化学療法を受けるすべての患者が対象となった。日常の業務として、薬剤師が初回の化学療法時に、緩和ケアサービスの役割をパンフレットを用いて説明し、「生活のしやすさに関する質問票」を手渡した。質問票は、毎回の診察時に渡し、主治医または看護師が、診察前に質問票の内容を確認した。患者は、・患者が自発的に緩和ケアチームへの紹介を希望した場合、・スクリーニングの結果主治医が医学的に必要であると判断した場合に専門緩和ケアチームに紹介された。質問票には、患者が最も困っていることを記入する自由記載欄、11の身体症状、全体的な生活の質 (Quality of life)、つらさの寒暖計、4つの懸念 (治療の意思決定についての支援と情報、経済的な問題、栄養、毎日の活動)、および、専門緩和ケアサービスの希望についての項目、が含まれた (注)。

【結果】

211名の初回化学療法患者のうち、5名の患者が質問票への回答を拒否した (承諾率98%)。206名の患者から、1000枚の質問票を回収した。欠損値は、2.7%から7.0%であった。206名のうち、10名は主治医が認識している問題のため、38名 (18%) が新しく見つかった問題のため緩和ケアチームに紹介された。専門緩和ケアサービスを受けた患者は、全患者の23%であった。頻度の高い症状は、口腔 (20%)、不眠 (20%)、治療の意思決定 (16%)、つらさの寒暖計により同定された精神的苦痛 (14%)、倦怠感 (9.0%)、食欲不振 (8.8%) であった。すべての調査票のうちおよそ半分で、なんらかの問題が報告されていた。

【結論】

スクリーニングの質問票を用いた専門緩和ケアサービスの導入と要望に応じた緩和ケアサービスの提供は、通常の臨床業務内で実行可能であり、緩和ケアサービスへの紹介を適切な時期に行うことに有用であることが示唆された。一方、頻度の高い症状は疼痛ではなく、精神的負担、口腔、倦怠感・食欲不振であり、これらに対する新しい緩和的介入方法を研究することが患者の求めている緩和ケアという視点から重要である。

【コメント】

専門緩和ケアサービスは、抗がん治療が有効でなかったときや終末期ケアだけで利用されている場合が多いが、患者・家族が希望するすべての時期にもっとも適切な緩和ケアを提供する体制が望まれる。抗がん治療中は苦痛があっても我慢するではなく、治療中もできる限りの苦痛緩和を図ることが重要である。本研究のように化学療法初回からの緩和ケアスクリーニングは、治療期からの緩和ケアの有効性を広げると共に患者さん・家族のQOL向上のために必要な要素であると考ええる。

(注)「生活のしやすさに関する質問票」は、a) 聖隷三方原病院で作成した A4 1 枚のオリジナルのもの、b) a)をもとに OPTIM-study で作成したもの (<http://gankanwa.jp>)、c) a-b)の経験をもとに在宅ケアのニーズを追加して短縮化したもの、の3つを運用しました。a), c)については聖隷三方原病院森田秘書鈴木へ (jmmorita@sis.seirei.or.jp)、b)についてはOPTIMホームページからダウンロードできます。

学会印象記

第 14 回日本緩和医療学会学術集会

杏林大学医学部付属病院 リハビリテーション室

脳神経外科病棟専従理学療法士 境 哲生

本学術集会に演題をエントリーするにあたり、脳腫瘍に対する緩和リハビリテーション（以下リハビリ）を、当院での脳神経外科病棟に専従リハビリスタッフと病棟内にもリハビリ室を配置する“Brain Surgery and Rehabilitation Unit”の紹介から報告させて頂こうと考えていた。しかし採択要件に合致しないこともあり、内容をADLにしばり採択して頂いた。その厳しい採択要件（採択率56%）も学術集会に参加することで納得がいく状況は即座に感じられた。参加者の数がとても多く、朝・夕のセミナーからどのセッションにおいても満員で立ち見が出るほどで、熱心な聴講者の質疑応答も時間を余すことなく繰り広げられていた。2日間の開催にて、リハビリのセッションは1日のみの10演題であったことは、緩和医療の中でもリハビリの認知度が低いものと感じられた。数名の演者との討議の中で、セラピストは、臨床での緩和医療でのリハビリの必要性を患者や家族、セラピスト自身が感じていることは確かであるが、それを明確かつ具体的に提示することに難しさを感じている様子は否めなかった。緩和医療におけるリハビリは、ADLを基軸とした評価と治療の展開だけでは解決し難い問題があり、患者、家族のQOLの向上、維持という視点からの評価が重要である。しかしながらQOLの評価尺度を緩和リハビリで活用しアウトカムを出すことに難しさがあることで個々の現場における実践の障壁となっていると考えられた。緩和医療の展開される場所も病院から在宅、施設等様々で、多職種の関わりの実態を痛感した。今後は、リハビリもチームの一員として明確な形を提示していかなければと思った。満員の会場では、

次のセッションの椅子取りに「私の分も取っておいてね」と学術集会内でもチームワークが展開されており、私も来年は、緩和医療だからこそチームで参加しようと心に思い、大阪を後にした。今大会の準備にご尽力を頂いたスタッフ方々に深謝致します。

学会印象記

第14回日本緩和医療学会学術集会

医療法人社団 花の谷クリニック 伊藤 真美

これまでの緩和医療学会ではメインテーマには据えられなかった分野を含め、私が感心を持った4つのセッションの内容を報告させていただく。

1日目のメインホールで行われたシンポジウム1「満足できる、質の高いがん性疼痛治療を考える」は、トップバッターの新聞記者・本田麻由美氏による、癌患者の立場からの発言で始まった。疼痛治療をはじめとする緩和医療の治療の初期段階からの実施が、がん対策推進基本計画の重点課題にも関わらず、患者の直面する現状は、分断された緩和ケアであり、“見放された感”は癒えないこと、このままでは、患者側が緩和ケアを見放すことに進むだろうとの厳しいご指摘を、しかりだなあという思いで聞いた。

一般演題（口演）「地域医療」では、OPTIM（Outreach palliative care Trial of integrated regional model）という「緩和ケア 普及のための地域プロジェクト」に参加している4つの地域からの報告（浜松／森田達也、鶴岡／三原一郎、柏地域／林真子、長崎／白髭豊）を大変興味深く聞いた。会場からも活発な発言が相継いだ。上記シンポジウムで指摘された「分断された緩和ケア」の閉塞感を打開する糸口があるのではと感じた。わが地域にあった形で取り入れるにはどういう方法があるのか、と模索することを期待できる内容であった。

2日目のシンポジウム7「患者の心に寄り添う～緩和医療におけるNBMの観点～」では、岸本寛史氏が「痛みをめぐるさまざま物語」を紹介してNBMの実践的側面から話をされ、藤井光恵氏が「聴き手の側の物語」についての認識の重要性を話された。その後、齋藤清二氏がまずEBMについての概論として、EBMを3つの形に類別して示されたことで、NBMについての理解を深めることができた。緩和医療のアプローチとNBMに漠然と大きな共通項があることを感じていたが、これまでになくすっきり頭に整理された思いがした。

シンポジウム9「治療法のない難病患者のエンド・オブ・ライフ・ケア」でも、活発な議論が聞かれた。神経内科医として多くの神経難病の看取りをされてきた難波玲子医師から、事例紹介のなかで、神経難病患者の終末期ケアと延命処置選択に関わる多くの問題提起がなされた。日本ALS協会の川口有美子氏は、患者本人や家族、患者会の取り組みがあって、在宅でも呼吸器をつけて一人暮らしが可能になる障害者福祉政策が、東京都では築かれてきている経緯などを話された。

本学会が、がん末期患者の緩和ケアについてばかりでなく、上記のような様々な疾患に関する問題、そして地域での暮らしを支えていくために解決しなければならない問題を考える場となってきたことは心強いことでもある。今後、今社会に大きな論議を読んでいる尊厳死の問題や、様々な疾患のエンド・オブ・ライフに関わる問題に、本学会から、きちんとメッセージが示されるようになってほしいと思う。これから自身の臨床の場でできる取り組みに、少し糸口がみ

えたと思うことのできた本学会参加は有意義であった。

学会印象記

第 14 回日本緩和医療学会学術集会

埼玉医科大学国際医療センター 包括的がんセンター

がん相談支援センター／緩和ケアチーム

MSW 御牧 由子

緩和医療はその実践者や研究者が医療、ケア、あるいは相談支援に関する知識の獲得や技術の向上に努めると共に、患者および家族に対する人間観、QOLの視点、倫理観、生命観や死生観といった個人の内面的価値観を掘り下げることが必要とする。すなわち、緩和医療の実践や研究において患者の生と死を見つめることによって、医療従事者である我々もまた現代社会に生きるひとりの人として、自分自身の命、生活、死といかに向き合うのかが問われている。

「緩和医療～原点から実践へ～」をテーマとした第14回日本緩和医療学会学術大会は、まさに緩和医療の基盤をなしている価値とそれに基づいた実践について「公」と「私」の両面から考察する機会となった。

「スピリチュアルケアの支えとなるもの～社会・心理・文化的考察」に関するシンポジウムでは、関西学院大学大学院死生学・スピリチュアリティ研究センターの藤井美和先生が生と死に直面している人は自分自身のいのちに向き合い、生きる意味や自身の存在そのものを問うており、そのような人の傍におらせてもらおうとするなら、まず自分自身が自身の死生観に向き合わなければならないことを強調された。また、「心理社会的サポートとは何か」に関するシンポジウムでは、静岡県立静岡がんセンターMSWの福地智巴氏が、患者と家族の尊厳を守り自律を支えるためには、生活におけるその人の取り組みや生き様をアセスメントすることが重要であると述べられた。2日間にわたり症例検討、緩和ケアチームのあり方、地域連携などの実践について数多くの研究発表と多職種による活発な討議がなされた。さらに「世界各地における緩和ケアの現状と課題」についてのセッションでは、独自の文化や社会的背景に立脚した緩和医療の研究や実践が求められていることを改めて実感した。

本大会の開催にあたりご尽力いただいた大会長の恒藤暁先生はじめ大会組織委員会の先生方ならびに学会事務局の方々に深く感謝申し上げます。

学会印象記

第 29 回京滋緩和ケア研究会

千葉県立保健医療大学 安部 能成

平成21年5月30日、土曜日の昼下がりに晩春の風薫る京都私学会館の大会議室ホールで、第29回京滋緩和ケア研究会が

開催された。筆者も参加する機会を得たのでご報告申し上げたい。

大ホールは、ほぼ満席で、演壇とフロアーが近いこともあり、参加者の熱気が良く伝わってくる。プログラムは、一般演題と特別公演の2本立てであった。前者は6演題で、京都第二赤十字病院の藤井宏二氏、大津赤十字病院の山本茂子氏を座長に、1.「看護師の対応の変化で患者の思いが明らかになった肝細胞がん終末期患者の看護」、2.「痛みを上手く伝えられなかった患者」、3.「緩和ケア病棟での1年目を振り返って」、4.「緩和ケア病棟に入院する家族の悲嘆に影響する要因」、5.「がん末期患者の希望実現によりスピリチュアルペインの緩和が可能となった医学的リハビリテーション」、6.「スピリチュアルケアに関するグループの有用性」、が発表された。発表者は、チーム：2、看護：2、心理：1、リハビリ：1という構成であった。その後、一般演題に関連した特別発言が、大津赤十字病院呼吸器外科の中山晃氏より行われた。スピリチュアルペインの基盤には、ウェーバーの使命感とデュルケムの連帯感がある、という指摘に始まるお話は、単なる医学を超えた広がりを感じさせる意味で、日常の臨床活動に示唆に富むものであった。

休憩を挟み、大津赤十字病院呼吸器外科の中山晃氏を座長に、特別公演として「医師と患者の立場から経験したが」と題して、帝京大学医学部付属病院放射線科（前東京大学医学部付属病院放射線科）の加藤大基氏より講演がなされた。御自身が見つけた肺の異常陰影を出発点に、その診断、治療、そして、転移や再発の不安にかかわる全過程について、御自身が患者であり、かつ、専門家として患者を治療する立場にある、という状況からの発言であった。科学者として、がんを統計的に理解される一方、この世に一つしかない私個人の「死」に対する心境の変化に至るまで、体験者ならではの実感が伝わる貴重な御講演であった。

次回は2009年12月12日に開催される旨のアナウンスがあり、散会となった。

学会印象記

11th Congress of EAPC in Vienna 2009

千葉県立保健医療大学 安部 能成

さる5月7日から10日にかけて、ハプスブルグ家の本拠地であったオーストリアのウィーンで、2年に一度開催される欧州緩和ケア会議（European Association of Palliative Care: EAPC）の第11回大会が開催された。好天にも恵まれ、世界50カ国から3,000人以上の参加者を得て、会場となったオーストリアセンターは大盛況であった。公式抄録集によれば、基調講演が12、テーマ別の口述セッションが26、自由討議が14、2日間のポスターセッションでは935演題が予定されていた。

前日のプリ・ミーティングから参加する機会を得て、筆者は「パリアティヴ・ケアにおける理学療法（physiotherapy）」のセッションに加わった。2003年の第8回大会からリハビリ部門のセッションが開始されたが、参加国、参加者とも拡大の一步をたどり、前回の約3倍の90名が集った。専用のパンフレットや参加証書も用意され、基調講演、パネル発表、ポスター発表と、ここだけでも一応の形が整っているのには驚かされた。

翌日の開会式にはスウェーデンの女王陛下をお迎えし、オーストリアの保健大臣も出席して、格調高く開会された。このような形式は、開催国の緩和ケアのプロモーションにも効果的であろう。

EAPCの活動に接して感心させられるのは組織的活動の巧さである。開催地の緩和ケアの向上に寄与している証拠に、開催後の発信が確実に増えている。前会長はフランス、今期の会長は、本学会にもお迎えしたドイツ人のラートブルーフ教授である。開催地も、ドイツ（現会長のお膝元のアーヘン）、ハンガリー（現会長への交代）、オーストリアと巡り、どちらかという低調であったドイツ語圏の緩和ケアが活発になり、演題発表数も伸びてきている。

さらに注目されるのは、国際協力によるワーキンググループ（European Palliative Care Research Collaborative: EPCRC）の活動で、がん性疼痛（Cancer pain）、抑うつ（depression）、がん悪液質（Cancer cachexia）という主要テーマについて、EAPCが音頭を取って共同研究に着手しており、その一部は本学会でも発表されていた。

出国前の日本では新型インフルエンザの影響が伝えられていたが、現地ではテレビニュースにも出ないほどで、会場でマスクをかけている東洋人は日本人だと分かるくらい、であった。

閉会式では学術大会が2010年にスコットランドのグラスゴーで、次期大会が2011年にポルトガルのリスボンで開催されることがアナウンスされて閉幕した。

学会印象記

11th CONGRESS of The European Association for Palliative Care に参加して

大阪大学大学院薬学研究科 岡本 禎晃

去る5月7日から10日までオーストリアのウィーンで開催された11th CONGRESS of The European Association for Palliative Careに参加する機会を得た。EAPCは1990年から2年に1回大会を開催している。筆者は今回3回目の参加になるが、緩和ケアの心と知識との両方を吸収することのできる充実した学会であると感じている。

学会初日は5つのワークショップがあり、熱心な討議が行われていた。2日目からは5つのプレナリーセッションをはじめ多くのシンポジウムや教育講演、口頭発表などが企画され、ポスター発表も900を超える演題があった。大阪大学からも4つの演題を発表することができた。また、オープニングセレモニーや懇親会では音楽の都ウィーンに相応しく音楽に溢れていた。

興味深かった話題のひとつに、「突出痛をいかに治療するか」があった。この話題はいくつかのセッションで議論されていた。日本には短時間型のオピオイド製剤はモルヒネかオキシコドンしかないが、海外では既にフェンタニルの口腔粘膜から吸収されるキャンディータイプのものや舌下錠、さらには点鼻薬まで発売されており、その効果についても最新のデータが数多く発表されていた。

最も印象的であったのは最後のプレナリーセッションにおいて、セントクリストファーホスピスの取り組みとして、学生が患者から「患者の物語」を聞き、それを寸劇にして患者の前で披露するというものであった。

本学会では普段教科書で目にする著名人に会えることや、普段会えない友人に会えることも楽しみの一つである。機会があれば是非参加されることをお勧めする。<http://www.eapcnet.org/>

書評

「はじめての質的研究法 医療・看護編」

秋田喜代美 能智正博監修、高橋都 会田薫子編

千葉県立保健医療大学健康科学部

リハビリテーション学科 安部 能成

医療系の学会ではEBM (evidence based medicine) が人口に膾炙されるようになった。ところが、何がエビデンスであるのか、に始まり、具体的なエビデンスの収集方法・解析方法から、量的研究の限界点に至るまで、いくつかの専門書やコンピュータと格闘しながら、結局のところ締め切りに間に合わず、研究発表に至らない経験を持つ臨床家は多いのではないだろうか？

もちろん、医療・看護領域における研究は、EBMに代表されるような量的研究のみではない。質的研究 (qualitative research) に対応する言葉に、量的研究 (quantitative research) がある。緩和ケアに従事する者にとって、行動観察やインタビューは臨床場面で身近な存在であろう。今回取り上げた本書は、このような定性的データに基づいた質的研究とは何か、あるいは、質的研究を試みようとする人々を対象に、日本で活躍している研究者による平易な解説である。しかも、初心者のみならず入門者にも心を砕き、前書きで著者も触れているように「質的研究入門書を読む前の手引き書」を意図しており、その流れは一貫しているといえる。

第1部 はじめて学ぶ人のために、第1章 医療・看護領域における質的研究の意義、第2章 インフォーマントとの関係づくりと倫理的配慮、第3章 科学論文としての質的向上に向けて、第2部 実例から学ぶ質的研究、第4章 実例1：乳がん患者のセクシュアリティ、第5章 実例2：かかりつけ医に求められる条件、第6章 実例3：不妊女性のネガティブサポートにみる質的研究、第7章 実例4：がん医療における「望ましい」死、第8章 実例5：質的研究と死生学、第9章 実例6：日本の看護師のケア提供の在り方、という構成内容をもても、その題材が本学会の発表演題に近いものになっている。巻末には、推薦図書のリストが解説付きであり、重要語句の索引も付いていて、特に初心者には便利である。

なお、本シリーズは、研究領域の拡大を意図して、今回取り上げた医療・看護編に続き、臨床・社会編、教育・学習編、生涯発達編の4冊が用意されている。

2007年、東京図書

221ページ、2,800円

書評

「看取りのケア指針」

新城拓也監修、岡田正邦・皆本美喜・向井美千代・山田淳子 著

千葉県立保健医療大学健康科学部 リハビリテーション学科 安部 能成

ジャーナルなどに投稿しようとして、先行研究の確認などを目的にしたレビューから着手することがある。もちろん、

その領域の歴史を知ることが重要であるが、他方、緩和ケアは臨床活動であり、その文献は、日常の臨床活動の反映であることが多い。今回取り上げた本書は、サブタイトルにもあるように社会保険神戸中央病院の緩和ケアにおける実践活動に表れた、具体的コミュニケーションを基盤に置いている。けれども、単なる施設活動の報告にとどまらないことは、各章に付されている引用・参考文献数が、和文・英文合わせて40以上にのぼることからもわかる。

本書は3部構成をとる。第1章 コミュニケーションの基本、では、前半部分で、SPIKESの6文字ごとに具体的な臨床場面を設定し、緩和ケアにおけるコミュニケーションの方法を解説している。後半部分では、その存在には気がついていても具体的扱いに困るような、がん患者の実存的な悩みへの対応について、具体的に述べている。第2章 患者や家族とのコミュニケーション、では、前半部分として看護師の立場から、緩和ケアにおける具体的な状況を設定し、それぞれの対応について説明している。また、後半部分では医師の立場から、11項目の看取り場面における患者や家族への対応について説明を加えている。第3章 医療者間のコミュニケーション、は、類書に取り上げられることの少ないテーマである。前半部分では、複数の専門職の共同作業である緩和ケアならではのコミュニケーションの問題を検討し、後半部分では、SPIKESの6文字ごとに具体的なコミュニケーションの解決策を述べている。

このように本書は、コンパクトな外観に似合わず、臨床のエッセンスが凝縮している。したがって、多忙な臨床現場にあるものにしてみれば、臨床現場で看取りの経験の少ない、医師・看護師が対応に困るような問題を集めて、「先輩医師・看護師が対応事例を示した」緩和ケアにおけるコミュニケーション・マニュアルとなっている。

2007年、日総研

175ページ、2,476円

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（2009年4月～2009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。今月から簡単なコメントをつけました

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。

Casarett DJ, Fishman JM, Lu HL, et al. The terrible choice: Re-evaluating hospice eligibility criteria for cancer. J Clin Oncol. 2008;27(6): 953-959.

「ホスピスの適格基準」を満たさない患者の方が緩和ケアを必要としている可能性がある。ホスピスケアが苦痛の緩和を目的とするならば適格基準そのものの見直しが必要なのではないか。

Helbostad JL, Holen JC, Jordhoy MS, et al. A first step in the development of an international self-report instrument for physical functioning in palliative cancer care: A systematic literature review and an expert opinion evaluation study. J Pain Symptom Manage. 2009;37(2): 196-205.

緩和ケアでのリハビリテーションの評価を測定するためのツールの開発とレビュー

Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, et al. The project ENABLE II randomized controlled trial to improve palliative care for rural patients with advanced cancer: Baseline findings, methodological challenges, and solutions. Palliat Support Care. 2009;7(1): 75-86.

緩和ケアを地域に普及させる無作為化比較試験のベースライン評価

Auret KA, Schug SA, Bremner AP, Bulsara M. A randomized, double-blind, placebo controlled trial assessing the impact of dexamphetamine on fatigue in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage. 2009;37(4): 613-621.

Dexamphetamineの倦怠感に対するRCT。効果なし。

Kim JE, Dodd MJ, Aouizerat BE, Jahan T, Miaskowski C. A review of the prevalence and impact of multiple symptoms in oncology patients. J Pain Symptom Manage. 2009;37(4): 715-736.

がん患者の症状頻度のレビュー

Robb K, Oxberry SG, Bennett MI, Johnson MI, Simpson KH, Searle RD. A Cochrane systematic review of transcutaneous electrical nerve stimulation for cancer pain. J Pain Symptom Manage. 2009;37(4): 746-753.

TENSのコクランレビュー

日本から

Nishitateno T, Iiyori N, Isono S, Shinozuka N, Taguchi N, Ishikawa T. THAM improves an experimentally induced severe dyspnea. J Pain Symptom Manage. 2009;37(2): 212-219.

Morita T, Murata H, Kishi E, Miyashita M, Yamaguchi T, Uchitomi Y. Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a randomized controlled study. J Pain Symptom Manage. 2009;37(4): 649-658.