



Japanese Society for Palliative Medicine

# 日本緩和医療学会 ニュースレター

November 2009

45


 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

### スキルミックスとチーム医療

済生会横浜市南部病院 薬剤部 加賀谷 肇

薬剤師は、「患者に顔が見えない」とかつて言われたりしましたが、近年は大学で臨床薬学を学んできた者も増えたことや、社会が求める薬剤師への期待が変わってきたように感じています。具体的には昨年厚生労働省から出された「安心と希望の医療確保ビジョン」に、薬剤師のスキルミックス（Skill Mix、多職種協働）が盛り込まれたことです。医学と並び薬学の学問的歴史は長いですが、こと臨床薬学について言えば1968年に、米国薬科大学協会が履修単位の要件に臨床薬学を入れたのが最初です。これは奇しくも1967年にセント・クリストファーホスピスが開設された翌年でした。すなわち緩和医療の歴史ととき同じくして臨床薬学がスタートしたことになります。わが国において薬剤師の直接臨床に関わる業務が、診療報酬として算定できるようになったのは1988年の入院調剤技術基本料（現在の薬剤管理指導業務）からです。薬剤師の仕事はこの20年で大きく変わり、調剤や薬品管理などを中心とした物質志向の時代から、患者志向の業務へシフトしてきました。薬剤師への新しい認識を社会から得るためには、何かが変らなければなりません。薬剤師の自助努力は勿論ですが、「患者の医療安全を守るため」、「医療の質に寄与するため」に薬剤師の業務や実務範囲を広げることに積極的になることが必要と感じています。スキルミックスは、1990年代に医師不足、看護師不足に困窮したOECD諸国において、その養成に時間とコストがかかるこれら職種のあり方や機能が議論された結果、生まれた概念です。厚生労働省は深刻化する勤務医不足対策の一環として、医師法に抵触しない範囲で「医師でなくとも可能な業務」を見直し、「医師と他の医療従事者の役割分担の推進」を求めています。一例として、昨年4月の診療報酬改定からメデイカルクラークの導入が認められたことなどが挙げられます。スキルミックスは単なる役割分担ではなく、医療チーム内における権限と責任の委譲を伴いますが、緩和医療の領域では、多職種のチーム内部における職種混合のあり方や職種間の権限委譲・代替、新たな職能の新設なども比較的柔軟に取り入れられるのではないのでしょうか。チーム医療の充実を推し進めることは言うまでもなく、医療スタッフの教育・研修体制を整え、質を担保するシステムが構築されれば、患者に対し安心と希望の医療確保と医療サービスの提供ができると思います。スキルミックスが鍵を握っているのではないのでしょうか。

## 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～

座長・報告 大阪府立成人病センター心療・緩和科 柏木 雄次郎  
座長 大阪大学医学部附属病院 看護部 大野 由美子

近年、臨床疫学データを重視するEBMが過剰に（曲解も含めて）強調されていますが、本シンポジウムでは3人の演者によって、NBMについて分かりやすく正しい理解を促して頂きました。

先ず、岸本先生には痛みをめぐる語りをお話し頂き、「病を患者の人生という大きな物語の中で展開する一つの物語と捉え、医学的な診断・治療も医療者側の一つの物語と捉え、両者をすり合わせる中から新たな物語を作り出していくことを治療と捉える」というNBMの基本姿勢を御紹介頂きました。

次いで、藤井先生には具体的な事例を踏まえて、語りの体をなさない語りへの配慮と、病気を抱えることは「内側から体験される物語」の土台を変えてしまうという観点や、物語の土台となる文化・多層性に開かれた聴き方の重要性などを示して頂きました。

最後に、斎藤先生にはNBMだけではなくEBMに関しましても、改めて理論的側面を含めた深い理解を促して頂きました。つまり、EBMが「個々の患者のケアにおける臨床判断のために、最良、最新のエビデンスを用いること」という定義にしたがうならば、EBMは決して患者の個別性を無視した冷たい医療ではなく、EBMとNBMは患者中心の医療を実現するための車の両輪であるという事を詳しく教えて頂きました。

本シンポジウムを通じて、医師の一方的な思い込みによる医療ではなく、「患者中心の医療を目指す」という意味では、「患者から得られる客観的データを（医師の思い込みよりも）重視する EBM」と「患者の主観的な思いを（医師の一方的な思いよりも）重視する NBM」は二項対立的ではなく、自然に融合するものだという事がよく理解できました。さらに、臨床場面だけではなく研究においても、「患者中心の医療」や「患者に導かれる医療」という視点に立てば、多数の患者から得られる RCT も、一人の患者に関する丁寧な事例研究も同等の価値があるという事も再認識できました。

## 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

座長・報告 淀川キリスト教病院 ホスピス 田村 恵子  
座長 大阪大学大学院医学系研究科・医の倫理学 霜田 求

原因不明で根治療法がない難病患者たちはそもそも生きることに困難を伴うため、これまでエンド・オブ・ライフについて語られることが少なかった。しかし、近年、終末期医療や救急医療における生命維持装置の停止を求める声が「尊厳死」に結びついて強まりつつある。特に、人口呼吸器の取り外しをめぐる問題は、大きな議論を巻き起こしている。このような現状を踏まえて、本シンポジウムでは、治療法のない難病患者のなかでも呼吸器装着の装着をめぐる論議

されることが多い筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者のエンド・オブ・ライフにおけるケアの在り方の現状と課題を明らかにし、その理解を拓げることを目的とした。

難波玲子氏は、在宅診療医の立場から、ALS患者の終末期においては患者の苦痛の緩和が最優先されることの認識と方法論の確立が重要であるが、現行の医療保険制度では適応がないことを指摘した。また、医療処置の選択においては患者の人生観・死生観だけでなく、家族員の状況も十分に考慮した決定ができるような支援が必要であると述べた。川口有美子氏は、在宅ALS患者の介護を支援する立場から、患者の約3割が呼吸器を装着している日本においても、人工呼吸器という侵襲的な治療による苦痛の長期化や家族の負担を恐れるあまり、「安楽死」を望みかねない状況があることを述べた。国に対しては早急な介護の社会化の実現を、医療者に対しては人工呼吸器による緩和ケアの方法論の確立を訴えた。濱村陽一氏は、ALS患者を介護する立場から、ご自身の体験を踏まえて死の恐怖をやわらげる他者としてのホームヘルパーの可能性と制度の充実化の必要性を述べた上で、24時間絶え間なく介護が必要であるALS患者への介護実態を紹介した。

フロアからは患者や家族が置かれている現状について多くの質問が寄せられ、活発な意見交換が行われた。続いて、ALSの苦痛緩和の方法について話題が進んだが、日本においてはエンド・オブ・ライフの定義がまだ明確でないこともあり、それぞれ参加者の意見を聞くことに留まった。本学会としては難病患者の緩和ケアをテーマとしたシンポジウムは初の試みであり、次へとつながることを期待させる議論ができたと思う。

## イブニングセミナー5

### がん終末期医療の口腔ケアの理論と実践 ～新しい口腔ケア用品の応用～

座長・報告 静岡県立静岡がんセンター緩和医療科 安達 勇  
座長 静岡県立静岡がんセンター 口腔外科 大田 洋二郎

がん緩和医療で、口腔ケアは、必須のケアとして認識されてはいるが、口腔乾燥や口臭やカンジダ症、また歯科的な義歯の不適合など、医師や看護師による視点での介入では、問題解決が図られないことがある。そのような場合に、歯科と連携すると、口腔のトラブルが非常にスムーズに解決することをしばしば臨床で経験する。

大田医師は、静岡がんセンターに勤務する同僚であるが、この歯科は、がん治療の急性期から慢性期のすべてに横断的にかかわる体制をとり、がん支持療法の重要な役割の一つ、口腔のケアや歯科治療を実践している数少ない施設である。

今回のイブニングセミナーでは、がん終末期の口腔ケア介入の実際については次の3つの病態とその対処方法を解説した。

口臭の問題解決：舌苔の除去と口臭の原因と考えられる揮発性硫化物をキレートする市販品の効果が高い。

口腔乾燥の対症療法：対症療法だが、市販の保湿剤も含め、いくつかのオプションを試して、最も患者にあうものを選択し、それを頻回におこなう

口腔カンジダ症の診断と抗真菌剤の使い方：カンジダの診断は、白色の病変については肉眼所見と自覚症状のピリピ

り、ちくちくとした弱い痛みには注意が必要である。

これらは、がん終末期の口腔内に高頻度に認められる症状で、緩和ケアにかかわる医療者がいつもその対処に苦渋してきたものであり、どれも有益な情報提供となった。

さらに、静岡がんセンターが静岡県の産学共同のプロジェクトとして推し進めるファルマバレー構想のもと開発された口腔ケア用品が、動画を使った口腔ケア介入の説明とともに紹介された。

最後に、大田医師は、「がん終末期の口腔ケアは、エビデンスが確立していない部分がほとんどだが、経験的に症状の緩和を図る方法が分かっている。これらを日々のケアに導入することが、『患者さんの自然な形で最期まで口から食事をとりたい。』という気持ちに叶うケアになる」と講演を結んだ。

### モーニングセミナー3

## 疼痛以外の症状マネジメント～消化管閉塞、せん妄など～

座長・報告 淀川キリスト教病院ホスピス 池永 昌之

要町病院・要町ホームケアクリニックの吉澤明孝先生によって、「疼痛以外の症状マネジメント～消化管閉塞、せん妄など～」というタイトルでモーニングセミナーが行われた。

消化管閉塞による嘔気・嘔吐に関しては、嘔気の持続時間・強さ・嘔吐回数・量などのほかに、嘔吐の「色調や臭い」といった性状の観察をすることが参考になる。その上で、下部消化管閉塞が強く疑われるならば、オクトレオチドは有効性が高いことが確認されている。要町病院で2008年9月から2009年3月までにオクトレオチドを使用した消化管閉塞患者20例の検討では、18例で嘔吐の減少がみられ、12例で経口摂取が可となった。特に、悪性腫瘍に伴う消化管閉塞で、手術適応がないと判断される場合には、オクトレオチドなどの薬物を組み合わせた治療を検討し、いかなる薬物療法を試みても効果がなかった場合に、はじめて胃管挿入を検討する。それと同時に、輸液量を適切にコントロールすることも重要な要素になる。

がん患者に出現するせん妄はその背景にさまざまな要因が関与していると考えられるが、その要因の一つとして高カルシウム血症が疑われる症例を多く経験する。これらの症状のなかには終末期症状や抗がん剤の副作用と類似しているものもあり、高カルシウム血症が見逃されることもあるため、定期的に血清カルシウム値（アルブミン補正值）を観察することが重要になる。高カルシウム血症の治療は、以前は大量生理食塩水の点滴+利尿剤の投与、さらにエルシトニン静注が行われていたが、ゾレドロン酸などのビスホスホネートの登場以来、第一選択として使用されるようになった。要町病院でも2008年9月から2009年3月までにゾレドロン酸を使用した27例における検討では、3分の2の症例で骨転移による疼痛コントロールが可能であった。また、使用1週間後で有意な血清カルシウム値の減少が認められるとともに、血清クレアチニン値の低下も認められた。

## モーニングセミナー5

### 進行がん患者の緩和ケアのコツ～面接・診断・治療のポイント～

座長・報告 順天堂大学医学部麻酔科学・ペインクリニック講座 井関 雅子

第14回日本緩和医療学会の企画の1つとして、安保博文先生を演者として、6月20日朝8時、モーニングセミナー「進行がん患者の緩和ケアのコツ～面接・診断・治療のポイント～」が行われた。朝早くから、多くの受講者が集まり、会場は立ち見が出るほど満員となっていた。

講演内容は、進行がん患者の面接・診断・治療と多岐にわたる内容であったにも関わらず、非常にわかりやすく具体的に臨床に役立つようにまとめられていた。

進行がん患者では、さまざまな身体症状が出現する中で、目標を「少しでも普通に近い生活」を目ざすわけであるが、第1に、面接のコツとして、傾聴により患者について医療者が十分に理解することが重要であり、その上で患者の物語の中での疾患を捉えることであると話されていた。

第2に、診断や治療面においては、進行がんの患者では、さまざまな要因で体調の変化が生じやすいため、しっかりと身体症状のアセスメントを行う必要があり、身体症状の対策をせずに心理的なアプローチを試みても日常生活レベルを改善することは難しいとお話され、身体症状の評価のための視診、触診といった基本的な診察を施行し、適切に治療・ケアすることの重要性を強調されていた。

特に、がん進行期の体調変化に対する原因診断のポイントは、1) がんの再発・進行、2) 薬剤（緩和医療の薬剤、抗がん剤など）の副作用、3) 合併症（感染症、出血、高カルシウム血症など）の3種であり、患者の身体症状を緩和するために使用される緩和医療の薬剤においても、さまざまな副作用が引き起こされる可能性があるため、細やかな観察が重要であるとまとめられた。安保先生の日常臨床における素晴らしい姿勢が伺われる講義内容であり、緩和医療に携わる医療従事者がおさえておくべきポイントが集約されていた。

## モーニングセミナー6

### 薬剤師にとっての緩和医療

座長・報告 淀川キリスト教病院ホスピス 小宮 幸子

本セミナーは緩和医療における薬剤師をテーマとした唯一のセッションであったが、薬剤師のみならず医師、看護師等、予定した人数を大幅に超える多くの方が参加され、熱気にあふれたセミナーとなった。

この分野の第一人者である岡本先生は、はじめに緩和医療の歴史に触れCicely Saundersの言葉を引用して薬物療法の重要性を述べられた。次に症例に基づき薬物療法の問題点を提示し、薬物療法の実際について解説された。特に製剤学的特徴や薬理学的特徴を踏まえた使い分けについては、その根拠を薬剤師の視点からわかりやすく解説されたため、参加者が今後症状コントロール困難な患者に関わる際のヒントになったと思われる。また、放射線化学療法により完全にオピオイドフリーとなった症例の解説は「一度はじめたらやめられない」という誤解に対して説得力のある内容であ



り、オピオイドに対する誤解を解くのは薬剤師の重要な役割であることを強調された。さらにオピオイドの副作用については、患者にとって最も苦痛な症状の1つである悪心・嘔吐を中心に詳細に解説された。特に岡本先生の研究である「難治性の悪心・嘔吐に対するリスパリドンの効果」については熱心にメモを取る参加者が多く、症状コントロールに難渋した経験をもつ参加者が多いことを実感した。最後はHenri J. M. Nouwenの“心にかける（care）ことは全ての治療の源であり、治療することができないときでも心にかけることはできる”という言葉でまとめられた。われわれ医療従事者には「患者に対して常に何かをしなくてはならない」という気持ちがあるため、治療ができなくなると患者との関わり方に悩む人も少なくない、と指摘したうえで“心にかける”ことがいかに大切かということを印象深く、熱く語られた。

緩和薬物療法を専門としていない薬剤師にとっても、薬剤師以外の多くの学会参加者にとっても極めて有意義なセミナーであった。

## 口演1

### 緩和ケアチーム

座長・報告 埼玉県立がんセンター 余宮 きのみ  
座長 十和田市立中央病院 蘆野 吉和

当セッションでは、緩和ケアチームによる院内アンケート調査の報告が3題、発表された。そのうち、PCUを有する施設から2題の発表があった。一つは、1. 和歌山県立医科大学付属病院で、PCT活動開始から1年の時点で、院内の医療者にアンケートを行った結果、依然「緩和ケア＝終末期医療」と考える医療者が多く、看護師の半数は、疼痛のケアが不十分と考え、医師の約6割は精神面のケアが不十分と考えていた。早期からの緩和ケアやPCT活用の啓発を行っていく必要性がうかび上がった。もう一つは、2. 社会保険神戸中央病院で、全医師がPCTに満足しているとの結果が得られ、その要因として、迅速な対応、相談しやすい雰囲気、緩和ケア研修による医師の技量向上、実績の積み重ねなどが挙げられた。また、PCUを有さない施設のアンケート調査として、3. 東海大学医学部付属病院では、PCT開始前と4年後に、院内医療者に意識調査を行った結果、PCTによって緩和ケアの質が向上したとの認識が高く、疼痛緩和に関する適切な回答も9割以上に増加していた。その一方で、医療者自身が精神的サポートを受けたいとの回答は、PCT開始前と比べ有意に増加しており、情緒的側面への配慮の必要性が浮かび上がった。

このほか、PCTの精神症状へのかかわりについて4題の発表があった。4. 慶應義塾大学病院では、精神科コンサルテーションリエゾンとPCTの診療を比較した結果、がんが進行するにしたがい抱える問題が多面的になり、精神科医単独よりも、PCTでのサポートが必要とされることが分かった。病初期に精神科を受診している患者が、終末期に至った場合、PCTへのスムーズな移行が課題として挙げられた。7. 東京大学医学部付属病院では、PCTへの依頼ニーズが、経年的に、終末期のコントロール困難な症状にシフトしていること、PCTの診療内容の4割に精神症状が含まれるが、主科によって評価されておらず、多くはPCTの往診で初めて介入対象となることが指摘された。PCTによる終末期の眠気、不眠、せん妄などの精神症状への対応の大切さを考えさせられた。5. 京都大学医学部付属病院からは、PCTにおける臨床心理士の表現療法や身体技法を用いた具体的なかかわり、6. 国立病院機構大阪医療センターからは、認知症や統合失調症に罹患し

ているがん患者で見られる、コミュニケーション、コンプライアンス、アセスメントなどの問題点が報告された。

さらに、8. 筑波大学大学院の笹原らは、デルファイ変法により病院内緩和ケアコンサルテーションチームの37項目の基準を開発した。今後、PCTの活動指針や活動の評価として利用されることが期待される。

### 口演3

## 痛み

座長・報告 KKR医療センター 緩和ケア科 瀧川 千鶴子

座長 島根大学医学部附属病院 麻酔科 齊藤 洋司

第4会場では、フロアーは席が確保できない程の盛況振りで「痛み」に対し高い関心があることと活発な討論がされ参加型学会口演の雰囲気であった。8演題が報告され、内容はオピオイドの使用上の工夫に関する発表が3つ、オピオイドの使用を啓発するパスが1つ、骨転移痛が1つ、難治性疼痛に対する管理が2つ、痛み回避のための行動療法が1つであった。それぞれは、1. フェンタニルマトリックス製剤が剥奪しやすい警告、2. Patient Controlled intravenous Analgesia の回路接続部をより生体側へすることで、レスキューのラグタイムが減少できた報告、3. ブプレノルフィン・フェンタニル・ミダゾラムの舌下投与の有効性、4. レトロスペクティブな調査で、初診時に脊椎転移があり脊髄損傷になった症例は69%であることから、腰痛症状を軽視せず骨転移を早期に治療することの重要性、5. 疼痛パスを用い、オキシコドン徐放錠からフェンタニル貼付製剤に切り替わる方法により、麻薬投与量が1.5倍量になった報告、6. 7. がんの神経浸潤による神経障害性疼痛は難治性であるが、ステロイドをくも膜下腔に投与したり、鎮痛補助薬の副作用の対策を取りながら駆使していること、8. 痛みの日記のような評価方法は負の情動を誘発し、痛みが悪影響を及ぼしている症例があり、運動療法を用いた行動療法が一つの解決策として打ち出された。

医療現場での難治性疼痛対策と更なる痛みへの解放への警告・ケア・トータルケアプランニングが話題となり、今後の繊細な研究とケアプランニングが展開される機動力になったと思われる。臨床研究については、学会による方法論の指導や多施設共同研究などの組織的取り組みの必要性が高まっていると感じた。

### 口演9

## 精神症状、スピリチュアルペイン・ケア

座長・報告 彩都友誼会病院 緩和ケア科 後明 郁男

座長 ピースハウス病院 二見 典子

この口演9は、私とピースハウス病院の二見典子先生が座長を担当しました。

緩和ケアにおける精神症状やスピリチュアルペインのケアの大切さは、これまでも繰り返し指摘されてきましたが、

身体症状のコントロールに追われるなかで、現場では、そこまで手がまわらなかったというのが実態であろうと思います。

今回、8題の口演を聞いて、これまで努力目標であったものが、実際に達成すべき課題になってきたと実感しました。これは、身体症状、とりわけ痛みコントロールが長足の進歩を示してきたことが大きいと思いますが、身体症状のコントロールに燭光が見えてきた今日、多忙な臨床現場でも実施可能で、効果が期待できる手技（自律訓練法 0-9-3、詩や絵本の朗読 0-9-6、宗教者との接触 0-9-7・0-9-8）の報告は興味深いものがありました。

また、精神症状の評価法の検討（0-9-1、0-9-4）、精神症状やトータルペインの発現メカニズムの探索（0-9-2、0-9-5）も、事例数が少ないのが残念ですが、今後の事例の集積と分析に期待したいと思います。

## Current Insight

### 日本人のターミナル患者の心理・実存的苦悩を軽減するための 宗教的ケアに対する評価-遺族の視点から

聖マリア学院大学 安藤 満代

本研究は、緩和ケア病棟で家族が亡くなった遺族を対象として、受けた宗教的ケアの有用性の評価と、今後、終末期の患者の心理-実存的苦悩を軽減するために、どのような宗教的ケアが有用であるかの評価を調べることを目的とした。日本の緩和ケア病棟に入院し、がんで家族を亡くした遺族592人に質問紙が送られ、378人から返送があった。質問紙は、緩和ケア病棟で受けた宗教的ケアに対する評価と、今後のために、どのような宗教的ケアが終末期がん患者の心理-実存的苦悩を軽減することに有用と思うかについての内容であった。その結果、約25%（n=83）の患者が宗教的ケアを受け、75%（n=255）が受けていなかった。患者が宗教的ケアを受けた遺族は、宗教的ケアについて、“パストラルケアワーカーと会う（86%）、” “宗教的サービス（82%）、” “宗教的音楽（80%）” が「とても有用」か「有用」と評価した。さらに、緩和ケア病棟を利用した遺族は、宗教的ケアを受けた人も、受けなかった人も含めて分析すると、“宗教的サービスに参加する（56%：「とても有用」もしくは「有用」、44%：「あまり有用でない」もしくは「有害」）、” “宗教的雰囲気（48%、52%）、” “パストラルケアワーカーに会う（50%、50%）、” “医師による宗教的ケア（26%、74%）、” “看護師による宗教的ケア（27%、73%）であった。患者が宗教的ケアを受けた遺族は、有意に、宗教的ケアは、今後の患者のために有用であると評価した。これらの結果から、全般的に患者が宗教的ケアを受けた遺族は、宗教的ケアは有用と評価していた。今後のためには、遺族のなかには、有用という方と、そうでないという方がいた。日本では、宗教を持っている方に、より、宗教的ケアは有用かもしれない。

（出典：<http://www3.interscience.wiley.com/journal/122605534/abstract>）



## 進行期がん患者に対する看護師主導型の緩和ケア介入の臨床アウトカム への効果：ENABLE II 無作為化臨床試験プロジェクト

東北大学大学院医学系研究科保健学専攻 緩和ケア看護学分野 宮下 光令

Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, Hull JG, Li Z, Tosteson TD, Byock IR, Ahles TA. Effects of a Palliative Care Intervention on Clinical Outcomes in Patients With Advanced Cancer The Project ENABLE II Randomized Controlled Trial JAMA. 2009; 302(7): 741-9.

### 【目的】

進行期がん患者に対する緩和ケア介入の有効性を検証した無作為化臨床試験は殆どない。本研究では看護師主導型の緩和ケア介入を行い、進行期がん患者のQOL、症状スコア、抑うつ、サービス利用に対する効果を明らかにすることを目的とした。

### 【方法】

無作為化臨床試験を2003年11月から2008年5月にかけて実施した。ニューハンプシャーにある包括的がんセンターとバーモントにあるVAメディカルセンターという地方の2つの病院において、322人の新たに診断された進行期がん患者を対象とした（介入群161名、対象群161名）。

### 【介入】

ENABLEプロジェクト（Educate, Nurture, Advise, Before Life Ends）と名付けられた、多要因の心理教育的介入が実施された。介入として上級実践看護師（Advanced Practice Nurse）による4週間の教育セッションと1カ月後のフォローアップが、死亡または研究終了まで実施された。対象群では通常ケアが行われた。

### 【主要評価項目】

QOLはFACIT for Palliative Careで測定された（スコア範囲0-184）。症状スコアはESASによって測定した（スコア範囲0-900）。抑うつはCES-Dによって測定された（スコア範囲0-60）。測定はベースライン、1カ月後、その後3カ月毎に死亡または研究期間終了まで続けられた。

### 【結果】

介入効果（介入群と対照群の差：平均（SD））はQOLが4.6（2）であり（ $P=0.02$ ）であった。症状スコアは-27.8（15）であり（ $P=0.06$ ）、抑うつは-1.8（0.81）であった（ $P=0.02$ ）。研究期間中に死亡した患者に関してはQOLが8.6（3.6）であり（ $P=0.02$ ）、症状スコアが-24.2（20.5）であり（ $P=0.24$ ）、抑うつが-2.7（1.2）であった（ $P=0.03$ ）。サービス利用は両群で差がなかった。

### 【結論】

通常のケアを受けた群と比較して、通常のケアに加えて看護師主導の身体的、心理社会的、ケアコーディネーションなどの緩和ケアに焦点を当てた介入が行われた群では、QOL、抑うつにたいして良好な結果であった。しかし、症状スコアと在院日数、ICU/ER受診の頻度に関しては有意な差を認めなかった。

### 【コメント】

本研究は世界でも数少ない看護師主体の緩和ケア介入研究の結果であり、681人の適格基準該当者から322が参加し

た。無作為化試験であることから強い内的妥当性を持っている。本研究の特徴は世界でも初めてと思われる国際的なガイドラインや推奨に基づいて介入が実施されたことであり、介入の詳細はPalliat Suport Care (2009; 7(1) 75-86) に詳細に記述されている。アウトカムが複数であるため保守的な有意水準が設定されており、全体としては結果が有意ではない。しかし、方法論的な困難が大きいこのような研究で一定の有効性を見出したことは意義があると考えられる。わが国でも国内の医療状況にあった形での看護師主導型の緩和ケア介入プログラムの開発とその評価が求められる。

## Journal Club

### がん性疼痛治療の実態と質評価：イタリアでの大規模調査の結果から

東京大学大学院 緩和ケア看護学 佐藤 一樹

Apolone G, Corli O, Caraceni A, Negri E, Deandrea S, Montanari M, et al. Pattern and quality of care of cancer pain management. Results from the Cancer Pain Outcome Research Study Group. Br J Cancer. 2009; 100(10): 1566-74.

Apolone G, Bertetto O, Caraceni A, Corli O, De Conno F, Labianca R, et al. Pain in cancer. An outcome research project to evaluate the epidemiology, the quality and the effects of pain treatment in cancer patients. Health and quality of life outcomes. 2006; 4: 7.

#### 【背景】

多くの進行がん患者が疼痛を経験している。がん性疼痛治療のガイドラインが公表されているにも関わらず、鎮痛治療は不十分であり、多くの場合オピオイドの不適切な使用が原因である。

#### 【目的】

がん性疼痛治療の実態の記述と鎮痛治療の質評価を目的とした。

#### 【方法】

多施設非盲検化前向き非無作為化研究をイタリアで2006年に行った。がん性疼痛を有する進行がん患者を各施設25名ずつ連続抽出した。鎮痛薬処方量、疼痛（BPIで測定）、症状と副作用、QOLなどを前向きに多時点（12週まで）で調査した。鎮痛治療の適切性の評価指標として、WHOによる鎮痛治療分類（4段階）と最も強い疼痛の程度（4段階）を組み合わせたPain Management Index（PMI、表参照）を用い、PMI<0を不十分な鎮痛治療とみなした。

#### 【結果】

110施設の1801名に調査を実施した。73%が中程度以上の疼痛を有し、61%が強オピオイドを処方されていた。25%が不十分な鎮痛治療であり、多変量解析の結果、施設種別、鎮痛補助薬の使用、新規/継続患者の別が独立した関連要因であった。不十分な鎮痛治療は、ホスピス・鎮痛補助薬あり・継続患者で9.8%と最も少なく、緩和ケア・鎮痛補助薬なし・新規患者で55%と最も多かった。

#### 【結論】

がん性疼痛を有するがん患者への強オピオイドの使用は不十分であることが示唆された。

【コメント】

PMIを用いたがん性疼痛治療の質評価は、Cleelandらの米国の外来調査 (NEJM 1994)と同様の方法で、多くの調査で用いられている。がん性疼痛治療の向上やガイドラインの充実にも関わらず、不十分な鎮痛治療はCleelandらの報告の42%から今回の25%と依然として高い。日本でもOkuyamaら(JJCO 2004)の報告などでPMIが用いられているが、多施設調査による代表性の高い対象での実態調査が期待される。

表. Pain Management Index (PMI)

疼痛の程度	WHOによる鎮痛治療分類			
	鎮痛薬なし(0)	NSAIDs (I)	弱オピオイド(II)	強オピオイド(III)
なし(0)	0	+1	+2	+3
軽度(1-3)	-1	0	+1	+2
中程度(4-7)	-2	-1	0	+1
強度(8-10)	-3	-2	-1	0

Journal Club

Good Death Inventory: 遺族の評価による  
「日本人の望ましい死」の達成を評価する尺度の開発

東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻成人看護学/緩和ケア看護学

修士課程 清水 陽一

Miyashita M, Morita T, Sato K, Hirai K, Shima Y, Uchitomi Y. Good Death Inventory: A Measure for Evaluating Good Death from the Bereaved Family Member's Perspective. J Pain Symptom Manage. 2008; 35(5): 486-98.

【目的】

望ましい死を達成することは、緩和ケアにおける最も重要な目標のひとつである。この研究では、遺族の評価による「日本人の望ましい死」の達成を評価する尺度 (GDI)を開発し、その妥当性と信頼性を検証することを目的とした。

【方法】

地域がん診療連携拠点病院1施設において、一般病棟もしくは緩和ケア病棟で2004年から2006年の間に亡くなった患者の遺族を対象に、無記名自記式調査票を用いて横断研究を行った。

【結果】

344通の調査票を郵送し有効回答率は57%であった(189名)。再テストは同意があった175通に調査票を郵送し有効回答

率は64%であった。共通して重要な領域として「からだや心のつらさが和らげられていること」「望んだ場所で過ごすこと」「希望や楽しみを持って過ごすこと」「医師や看護師を信頼できること」「家族や他人の負担にならないこと」「ご家族やご友人とよい関係でいること」「自分のことは自分で出来ること」「落ち着いた環境で過ごすこと」「ひととして大切にされること」「人生を全うしたと感ぜられること」の10の領域が同定された。また、個別性がある領域として「できるだけ治療を受けること」「自然なかたちで過ごせること」「伝えた会話を伝えておけること」「先づきのことを自分で決められること」「病気や死を意識しないで過ごすこと」「他人に弱った姿を見せないこと」「生きていることに価値を感じられること」「信仰に支えられていること」の8領域が同定された。GDIのCare Evaluation Scaleと全般満足度と相関があり十分な構成概念妥当性を有していた。クロンバックの $\alpha$ 係数は、0.79-0.94、全体で0.94、コア10ドメインで0.92、オプション8ドメインで0.87であった。級内相関係数は0.44-0.87、全体で0.52、コア10ドメインで0.59、オプション8ドメインで0.50であった。さらに、18項目のGDIの短縮版を作成した。各項目の得点とドメインの得点のピアソンの相関係数は0.80-0.97であった。

#### 【結論】

GDIは遺族の評価による「日本人の望ましい死」の達成を評価する尺度として十分な因子妥当性、構成概念妥当性、内的一貫性、許容可能な再テスト信頼性を持つことが示された。

#### 【コメント】

終末期がん患者は身体的・精神的な脆弱性から患者自身によってQOLを評価することが困難である。そのため、世界的に遺族による評価が用いられてきた。本研究は日本人の望ましい死の概念化 (Miyashita M, Ann Oncol, 2007) に基づき作成された、望ましい死の達成の評価尺度の信頼性と妥当性を検証したものである。この結果、作成された尺度が十分な信頼性と妥当性を有することが明らかになった。今まで日本には遺族用の評価尺度はケアの構造・プロセスを評価するCare Evaluation Scaleしか存在しなかったが、新たにアウトカムを評価する尺度が開発され、一連の遺族調査の評価尺度が揃ったことになる。すでにGDIを用いて、望ましい死の達成の割合に関するがん診療連携拠点病院、緩和ケア病棟、在宅ホスピスに対する全国調査が行われている。ドメインごとに利用することによって介入のエンドポイントとして利用することもできる。今後も実態調査や介入研究のアウトカムとして本尺度の利用が期待されている。

## 学会印象記

### Palliative Care 2009 Together! —第10回オーストラリア緩和ケア会議・第8回アジア太平洋 ホスピス会議合同大会に参加して

千葉県立保健医療大学健康科学部 安部 能成

成田を夜11時に出た飛行機は、翌朝6時前には現地に到着していた。途中停車なし、窓も開かないが、昔懐かしい夜行急行のように感じた。食事サービスは2回もあって、こちらの方がずっと豪華であり、そのたびにおいしいワインが選択できた。少々肌寒い春ではあったが9月24日から27日まで、10th. APCC (Australian Palliative Care Conference) & 8th. APHC (Asia Pacific Hospice Conference) 合同大会が、抜けるような青空の西オーストラリア州パース市で開催さ

れた。参加する機会を得たので、ご報告申し上げたい。

本会議前日の24日には半日単位のホスピス見学会、及び、前日または半日の初級・中級のセミナーも行われた。筆者は午前中、シルバークェン（パース市周辺で在宅緩和ケアに取り組んでいる組織）による、訪問緩和ケアの実践に関するセッションに参加したが、自宅に基盤を置いた介入には学ぶことが多かった。午後は10人のグループで、市内にあるベセスダ病院の緩和ケア病棟を見学した。20床なので、日本の平均的なホスピス緩和ケア病棟と同程度の規模である。しかし、建物はゆったりとしたつくりで、患者さんが歩行器で歩いていて活気があったし、御家族が付き添っている方も多かった。

本会議冒頭の開会式で柏木哲夫先生が、合同大会のシンボルである2羽の首の長い黒白鳥（西オーストラリア州の鳥）を題材に「首が長すぎると思うが、日本では首が長いことは寿命が長いことを意味する」と、ユーモアあふれるスピーチをされたのが印象的で、本大会中あちらこちらで話題になっていた。

本会議では、25日午前：11セッション、午後：11セッション、26日午前：11セッション、午後：8セッション、27日は午前のみ：10セッションの、口述発表があった。各々のセッションは、大会場での講演、中会場ではシンポジウム、小会場の参加型ワークショップ、と会場規模に応じた構成がとられ、適度の距離感を持ちながら、興味深く発表に接することができた。日本からも、医師、看護師、ソーシャルワーカーらが英語で口述セッションの発表をされていたのが心強い。

この他に264演題のポスター発表があった。国際学会では抄録に掲載されても当日欠席が散見されるが、今回は14演題（全体の5.3%）のみであった。我が国の緩和医療学会も欠席は少ないが、このように高い出席率は筆者の知る限りでは珍しく、参加者の真摯な態度が感じられた。近年の傾向である最優秀ポスターはイスラエルの方が獲得した。

なお、11th. APCC は 2011 年 8 月 30 日～9 月 2 日までクイーンズランド州で、9th. APHC は 2011 年 7 月 14 日～7 月 17 日までマレーシアで開催されることがアナウンスされた。日本からも奮っての御参加をお願いしたいとのことであった。

## 学会印象記

### 第14回日本緩和医療学会学術大会

静岡県立静岡がんセンター薬剤部 篠 道弘

2009年6月19日（金）と20日（土）の両日、第14回日本緩和医療学会学術大会が恒藤 暁 大会長（大阪大学大学院医学系研究科緩和医療学教授）の下、「緩和医療-原点から実践へ」をテーマに大阪国際会議場で開催されました。本学術大会への参加者は約5,500名に達したそうですが、学術大会の前日に教育セミナーが開催され、約1,600名が参加されたそうですので、大阪で3日間を過ごした方々も多かったと思います。

さて、数年前より学術大会への参加者が急激に増えたように感じています。たまたま耳に入ってきた参加者同士の会話から推測しますと、個人として参加されている方々だけでなく、緩和ケアチーム単位での参加も少なくないようです。これもチーム医療の時代を迎えての現象と言えるかも知れません。また、学術大会で取り扱う内容も幅広くなった印象がありますが、それに伴って参加者が増えたため、どの会場も聴衆が多く、空席を見つけるのに難儀したこともあ



りました。

ただし、ポスター発表は351題と前年の静岡で開催された第13回に比べると、約半数ほどでした。これは大会長のご意向により査読が行われた結果と聞いています。それでも全てを拝見することはできず、事前に抄録集で綿密にピックアップしておく必要性を痛感しました。

薬剤師としてはオピオイドを中心とする鎮痛剤や院内特殊製剤に興味があり、これらを中心に拝見あるいは聴講しました。ポスターについては査読をパスした演題とあって、ほとんどが研究的な内容でしたが、薬物治療に関する演題の比率は低下したように感じました。2007年に日本緩和医療薬学会が設立され、秋に学術大会が開催されるようになったことが影響しているのかも知れません。

とは言え、今回の学術大会でも有用な知識や技術あるいは態度を学ぶことができ、他の参加者との交流もあって、たくさんの刺激を受けました。大会長をはじめ、本学術大会を成功に導かれた関係の方々には感謝を申し上げます。

## 施設訪問記

### 独立型ホスピス 大分ゆふみ病院

千葉県立保健医療大学健康科学部 安部 能成

東九州の大分県には3つのホスピス緩和ケア病棟がある。そのうちの一つ、大分市金谷迫にある独立型ホスピスの大分ゆふみ病院を訪問する機会を得たので報告したい。

JR大分駅からはバスの便があるが、時間の都合で駅前からタクシーを利用した。運転手さんに行き先を告げると即答したので、知名度のあることが分かった。10分余りで到着した。

正面にまわると、院長の山岡先生が出迎えてくださった。玄関口に立つと大きな温泉旅館のような佇まいである。なかに通されると、落ち着いた色調のラウンジがあり、その先には庭園のような空間が広がっている。ここには小川のせせらぎもあり、四季折々に花が楽しめるそうだ。そういえば、院内誌にも花のある風景写真がふんだんに使われていた。

平屋の建物は、高い天井に気が付く。全個室で24床ある。病室は明るく、静かで、どの部屋からも屋外に出られる。窓、ベッド、洗面室が機能的に並んでいる。しかも、隣室との間には段差の付いた板塀があり、覗かれず、プライバシーも守られそうな設計だった。

専任医師3名、看護職員22名と、これだけでも1病床当たりの職員数は1を超えている。

さらに、薬剤師、厨房スタッフ、ハウスキーパー、ソーシャルワーカーから栄養士までおられたが、残念ながら心理士とリハビリのスタッフはいなかった。もちろん、職員配置は全国平均を大きく上回る水準である。

入浴の部屋も、窓が大きく、しばしば問題になる湿度管理も容易な印象であった。日本人の風呂好きは国際的にも有名であり、これまでに訪問した多くの施設でも入院患者さんの要望が高かった。介助入浴になっても風呂を楽しみにしている人は多いので、入りやすい浴室に心を砕いている施設が多い。ここも動線が上手に整理されているので、お尋ねすると、後藤看護師長さんは前任地の北九州のホスピスで経験を積んだベテランであり、細かい処にも気配りのされた、温かみのある空間となっていたのも道理であった。

幾度となく施設訪問にお邪魔させていただき、色々な建物を拝見するたびに、物理的空間にも、そこに集う人々の情が反映していることを感じた。今回の見学も、そのことを再確認した1日であった。お忙しい中を御対応くださいました山岡院長（当時）先生、後藤看護師長さん、ありがとうございました。なお、山岡先生は在宅ホスピス展開のために退職され、現在は一万田正彦先生が院長に就任されておられます。

## 書評

### 「できれば晴れた日に」

板橋 繁 著

千葉県立保健医療大学 安部 能成

ユニークな闘病記である。この手の本は各種出ているが、本書の特色はその構成にある。御本人の日記に、御本人が後からコメントを書き加えている。さらに、主治医や治療する立場にあった医師たちの感想が、事後的に書き加えられている。このような工夫により、治療経過を複数の方向から照らすことになり、いわゆるアクティブ・パーセプション（色々な方向から見ることで対象物を立体的に認識する方法）によるドキュメンタリー映画を見ているかのような印象である。

挑戦的でもある。本書の読者は、がん患者、がん患者を身近に持つ人、それに、がん治療に従事している職員ではないだろうか？がんと縁の薄い人が本書を手にとるとは思えないからである。その人たちに、自覚症状から告知、緩和ケア病棟に入院するまでの経過を述べている。しかし、淡々と事実を述べるのではない。心理的葛藤の吐露が語られるのだが、その立場は、がん患者本人、主治医、同僚の医師という極めて特殊な状況設定がなされている。その中で、それぞれの立場にある人たちに心の葛藤を綴っている。読者がどの立場で感情移入していくかについて、前述の構成を通して本書は問いかけてくる。

がん治療に従事している医師らが、事細かに心情を綴る機会はありませんか？むしろ語らずに胸にしまっておくことで、冷静な判断力を保とうとしているように思われる。しかし、生身の人間であるが故、がんにならないとも限らない。それが、遠い話としてではなく、ごく身近な同僚に発生した。それどころか、他ならぬ自分に、その事態が起こった、という事件を刷りものとして、具現化したのが本書といえる。

章立てごとのページ配分も変則的である。まず、タイトルの由来について、著者自ら語り起こす。続いて、1. 再発、2. 発症、3. 手術、4. 化学療法、と、ここまでが前半の150ページ。5. 最後の戦い、だけで後半100ページを占める。全体が270ページもある本書は量的にも、また、価格設定も通常の新書の1.5倍である。しかし、その密度は濃く、ユニークな構成と相まって、3倍の価値があるといえよう。

著者も医師、コメンテーターも医師で、それ以外の職種は登場しない。しかし、内容は医学のみにとどまらず、御家族のことが多い。がんと闘うか、撤退するかの問題も、どのような判断によってなされていくか、脂の乗り切った医師として、そして父親としての立場から語られていく。表題は、決して著者のことではなく、息子さんの手紙の一節を著者が選んだ。そのことが一層残された者の心に刺さる。その意味で本書を読み進めることは、がんを身近に置く者にとって明瞭な一つの挑戦であり、試金石となっている。

## 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7月～2009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, Palliative and Supportive Care, Journal of Clinical Oncology, Cancer

聖隷三方原病院 緩和支援診療科 森田 達也

#### *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。

#### 不飽和脂肪酸に関する系統的レビュー

Mozzotta P, Jeney CM. Anorexia-cachexia syndrome: A systematic review of the role of dietary polyunsaturated fatty acids in the management of symptoms, survival, and quality of life. J Pain Symptom Manage. 2009;37(6): 1069-1077.

#### 研究に参加することに対する患者の態度の系統的レビュー

Todd AMH, Laird BJA, Boyle D, Boyd AC, Colvin LA, Fallon MT. A systematic review examining the literature on attitudes of patients with advanced cancer toward research. J Pain Symptom Manage. 2009;37(6): 1078-1085.

#### Death rattleにはアトロピン、ブスコパン、ハイスコは同等であるとの無作為化比較試験

Wildiers H, Dhaenekint C, Demeulenaere P, et al. Atropine, hyoscine butylbromide, or scopolamine are equally effective for the treatment of death rattle in terminal care. J Pain Symptom Manage. 2009;38(1): 124-133.

#### Palliative Performance Scaleを用いた予後予測のプール解析

Lau F, Downing M, Lesperance M, Karlson N, Kuziemy C, Yang J. Using the palliative performance scale to provide meaningful survival estimates. J Pain Symptom Manage. 2009;38(1): 134-144.

#### 緩和ケアの質指標（Quality Indicators）に関する系統的レビュー

Pasman HRW, Brandt HE, Deliens L, Francke AL. Quality indicators for palliative care: a systematic review. *J Pain Symptom Manage.* 2009;38(1): 145-156.

#### From Japan

日本からの研究です

#### 緩和ケアの質指標として挙げられているものは遺族は適切と考えているか

Miyashita M, Morita T, Ichikawa T, Sato K, Shima Y, Uchitomi Y. Quality indicators of end-of-life cancer care from the bereaved family members' perspective in Japan. *J Pain Symptom Manage.* 2009;37(6): 1019-1026.

#### 患者が精神科受診を拒否すること

Okuyama T, Endo C, Seto T, et al. Cancer patients' reluctance to discuss psychological distress with their physicians was not associated with underrecognition of depression by physicians: A preliminary study. *Palliat Support Care.* 2009;7(2): 229-233.

#### 外来で化学療法を受けている患者で緩和が必要なことは何か

Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Kimura F. Symptom prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy. *J Pain Symptom Manage.* 2009 May;37(5):823-30.