



Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会

ニューズレター

47

May 2010

〒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

緩和医療の分野における副作用と相互作用のマネージング — 薬剤師職能を生かす —

日本医科大学付属病院薬剤部 片山 志郎

がん化学療法では、ガイドラインやエビデンスレベルの高い文献を基にしたレジメンを用いて治療を進めていくことが前提です。このため、並行して緩和医療を追加する場合においては、がん化学療法との薬物相互作用の発現や副作用の増悪の危険性をあらかじめ予測しておかなければなりません。逆に緩和医療を施行中の患者に化学療法を追加するためには、疼痛に関して良好なコントロールを継続させていることが条件となります。

例えば、モルヒネを使用している患者に対し肺がんの治療にシスプラチンを含むレジメン（GPなど）を使用した場合、シスプラチンがグルクロン酸抱合を抑制するためモルヒネの代謝が遅れることを考慮しなければなりません。また、ペメトレキセド（アリムタ®）やメトトレキサート投与中の患者にNSAIDsのイブプロフェン、フルルビプロフェン、ジクロフェナクなどを追加する場合には、抗がん剤の代謝が遅れるため副作用が強くなる恐れがあります。その他、うつ傾向のあるがん患者に対し、パロキセチンに代表されるSSRIなどの選択的セロトニン再取り込み阻害薬の投与はCYP2D6阻害作用を持つため、オキシコドンとの併用時にはオキシコドンの代謝が遅れる可能性のあることを考慮して投与量の調整に当たる必要があります。さらにモルヒネの代表的な副作用である悪心・嘔吐に対しては、発現する重症度やタイプにより薬剤を変更、もしくは追加する必要がありますが、悪心・嘔吐は抗がん剤の代表的な副作用でもあります。両者とも予防的に制吐剤を投与することが多く、臨床現場においては制吐剤が併用される場合も少なくありません。

薬剤師はこれらの副作用や相互作用への対処を的確に情報提供することで、継続した痛みの治療をサポートし、がん化学療法を完遂させるサポートをする役割があります。

このように、薬物相互作用の発現や副作用増悪の危険性を回避することはチームにおける薬剤師の重要な役割のひとつです。終末期となれば感染症や栄養状態の悪化などの症状が並行してくることも稀ではありません。緩和医療だけではなく並行して行われるさまざまな治療に用いられる薬剤の代謝や作用機序を確認し、緩和医療で用いている薬剤との相互作用など確認し情報をチームに伝えることが役割として求められると思います。

専門職種間によるスペシャリティーの違いの融合こそがチーム医療の存在意義であり、チーム医療が求められている最大の要因であると考えます。

がん患者と終末期治療についての話し合いを促進するためのビデオ利用 ：無作為比較試験

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 清水 恵

Use of Video to Facilitate End-of-Life Discussions With Patients With Cancer: A Randomized Controlled Trial

El-Jawahri A, Podgurski L M, Eichler A F, Plotkin S R, Temel J S, Mitchell S L, Chang Y, Barry M J, Volandes, A E. (2010). J Clin Oncol 28(2): 305-310.

【目的】

がん患者が、終末期にどのようなケアを行うかについての意思決定を行う際の助けとして、「ケアのゴール(goals of care)」について、医師の説明に加えてビデオ映像見せることが有効かどうかを、無作為化介入比較試験を実施し検証する。

【方法】

マサチューセッツ州の一般病院において悪性神経膠種と診断された50名の外来患者を、対照群と介入群の2つに無作為に分けた。対照群では、「ケアのゴール」についての説明を、医師が口頭のみで説明した。介入群では、口頭説明に加えて「ケアのゴール」の6分間のビデオ映像を見せた。「ケアのゴール」の説明は、以下の3種類の治療・ケアに関するものであった。

1. 延命ケア：延命を目的として、心肺蘇生(CPR)、気管挿管、人工呼吸器などを含めたあらゆる治療・ケアを行う
2. 標準ケア：身体、精神機能を維持することを目的として、通常の入院治療、輸液、抗生剤投与など、延命ケア以外の治療を行う
3. 安楽ケア：最大限の安楽と苦痛の緩和を目的として、症状緩和のためのケア（緩和ケア）を行う。

対照群と介入群で、説明前後での終末期ケアに対する選好の変化と、意思決定を行う際の不確かさの程度、終末期ケアについての理解度を比較した。介入群については、ビデオ映像を見た感想についても調査した。

【結果】

対照群（口頭説明のみ27人）では、説明後、25.9%が延命ケアを、51.9%が標準ケアを、22.2%が安楽ケアを望んだ。介入群（口頭説明+ビデオ23人）では、延命ケアを望んだ人は0人、4.4%が標準ケアを、91.3%が安楽ケアを望み、4.4%がわからないと答え、介入群と比較し、 $P<0.001$ で有意な差が見られた。

意思決定を行う際の不確かさの程度は、介入群で有意に低かった。

ビデオ映像を見た感想については、介入群の82.6%が“非常に見やすいものであった(very comfort)”と回答し、78.3%が“非常に役に立った”、82.6%が“他の患者にもぜひ薦めたい”と回答した。

【結論】

口頭説明のみだった対照群と比較して、口頭+ビデオ説明の介入群では、延命ケアよりも安楽ケアを選ぶ患者が多く、意思決定を行う際の不確かさも低くなった。

ビデオ映像を用いた終末期治療・ケアの説明は、患者にとって受け入れやすいものであり、より確かな情報に基づいた意思決定を引き出し、より質の高い終末期ケアへと導く可能性がある。

【コメント】

我が国においても、終末期ケアについて患者に説明し、治療・ケア計画について話し合うことは、がん医療においての重要な課題である。我が国の現状では、終末期ケアについてのビデオ映像を説明に使用することは突飛な印象を与えるかもしれない。しかしながら、終末期ケアや緩和ケアがどのようなものなのかを適切にイメージするための補助ツールとしてビデオ映像の導入を実験的に試みることには価値があると思われる。さらに、我が国では、本研究のような終末期ケアについての説明の方法だけでなく、説明や話し合いのタイミングや内容についても確立されていない。よりよい終末期ケアを患者自身が納得して選ぶことができるよう、説明や話し合いについて、適切なタイミング、内容、方法を検討していく必要もあると言える。

学会印象記

中国における第5回緩和医療学会に参加して

静岡県立静岡がんセンター 緩和医療科 安達 勇

昨年10月に中華抗癌協会の「Committee of Rehabilitation and Palliative Care, China」の委員長である同済医科大学腫瘍内科の于世英主任教授から、11月20日に、中国武漢市で開催される第5回全国学術大会において「日本の緩和医療の現状」について報告してほしいとの招聘状が届いた。急なことであったが、現在財団法人日中医学協会理事長を併任しており、中国の緩和医療の現状にも関心があったので招待講演を引き受けた。

今まで国際緩和医療学会には中国本土からの参加は殆どなく、ホスピスの施設もないと聞いていたが、既に10年前から学術大会が開催されていたと知って驚いた。武漢市のシャグリアホテルで開催され、全国から約800名近い医師や看護師らが参加していた。特別招待講演にはヨーロッパ緩和ケア協会（EAPC）の副会長のShella Payne女史、イギリスからMichael NiscoやAndrew Neil Davies、またアメリカからはXin Shelley Wang、MD AndersonのCharles S. Cheelandらが講演し、そして私からは日本の緩和医療への歴史的背景、保険医療政策における現状とがん対策基本計画への取り組みについて報告した。国内からは約80演題が報告され、抗がん治療に伴う症状への支持療法、がん疼痛に対する緩和ケアからリハビリテーションなど種々の内容が報告されていた。中国国内では緩和ケア病棟やホスピスの施設は極めて少なく、終末期のがん患者は多くが在宅や地域の施設で看取られていた。がんの症状緩和ケアは腫瘍内科内で主に支持療法の一貫として行われており、抗がん剤などの積極的治療と平行して行われているので、病棟内で看取る余裕がない現状におかれていた。また、院内外での介護ケアは全て、家族らが中心に行い、また院内での看護師によるナーシングケアについても限定されており、いわゆるホスピスケアは行われていなかった。今年4月には天津市で行われる「華北緩

和ケア学会」においての講演も依頼されているので、中国における緩和ケアの現状をより詳しく見てきて、再度報告する予定である。

学会印象記

第24回日本がん看護学会学術集会に参加して

聖路加国際病院 オンコロジーセンター プレストセンター 大畑 美里

このたび、第24回日本がん看護学会学術集会に参加いたしました。学会当日の内容など簡単にご紹介させていただきます。

本学会は「がんとの共生を実現する看護」をメインテーマに、東静岡の静岡コンベンションセンターにおいて2月13-14日の2日間にわたり開催されました。開催期間中はお天気にも恵まれ、会場の近くからは雪を被った雄大な富士山を望むことができ、すがすがしさを感じることができました。本集会のプログラムはがんを体験し意識しながら生きている方々の「がんとの共生」を実現するための専門職としてがん看護の本質について討論し、がん看護の向上に繋がる研究活動報告やセミナーなどが催されていました。

本学会教育研究活動委員会事業として、がん化学療法看護実践者であるDuke Oncology Network のMarty Polovich氏によりONS Guidelines ; Bringing Evidence Based Practice をテーマにガイドラインに関する教育セミナーも行われました。Polovich氏は、根拠に基づくガイドラインを活用することで質の保たれたケアの標準化を目指すべきであると説明され、本学会理事長である司会の佐藤禮子氏とのディスカッションを通して「日本におけるがん看護の施設格差をなくし、すべてのがん患者へ十分なケアを提供していく意識を看護師一人一人が持つべきである」と述べられ、強いメッセージを感じました。

各会場では、看護師が提供することのできる叡智を終結したケアの具体的方法が含まれた研究・活動報告が行われておりました。特に外来化学療法中の看護をテーマにしたものでは、現在がん治療の領域で多く使用されるようになった分子標的薬を使用した化学療法の管理方法や有害事象に対するケア方法が多数報告されていました。また外来と病棟、在宅と入院にまたがる施設間で継続的にケアを提供するための情報交換ツールなどの報告も興味深く、まさしくがんとの共生する多くの患者を様々な側面から支援する看護の役割の重要性を意識し、ケアの技術を向上させるだけでなく高い質を保つ医療サービスの均てん化に向けた組織作りも必要であるという思いを持ちました。

学会印象記

第10回千葉緩和医療研究会に参加して

千葉県立保健医療大学健康科学部 安部 能成

2010年2月20日、寒さの続く中にも天候に恵まれた土曜日の昼下がり、JR千葉駅前にある京葉銀行文化プラザ6階「樺の間」を会場に、千葉大学大学院医学研究院麻酔学西野卓教授を当番世話人として第10回千葉緩和医療研究会が開催された。

本研究会の発足から10年という節目を迎え、より学術大会に近い形態が意図されており、ポスター演題とシンポジウムの二本立てとなっていた。とくに前半のポスター発表は初めての試みであり、A：成田赤十字病院外科の石井孝之先生を座長に、緩和ケアチームを中心とした5演題、及び、B：さくさ坂通り診療所の大岩孝司先生を座長に、緩和ケアにおける家族問題を中心とした6演題、この2セッションが同時進行し、熱心な発表と活発な討論が行われていた。

後半のシンポジウムは「症状コントロール 現状とこれから」というテーマ設定のもと、千葉大学大学院医学研究院麻酔学の田口奈津子先生を座長に、がん性疼痛：信州大学医学部麻酔蘇生学講座の川股知之先生、呼吸困難：がん・感染症センター都立駒込病院の田中桂子先生、精神症状：千葉県がんセンター精神腫瘍科の秋月伸哉先生、看護ケア：千葉大学医学部附属病院緩和ケア支援チームの藤沢洋子先生という4人をシンポジストに、それぞれのプレゼンテーションと、総合的なディスカッションが行われた。緩和医療における症状をいわゆる「痛み」に限定せず、伝統ある麻酔学的立場からの疼痛対策を踏まえながら、トータル・ディスニアの立場からの呼吸困難、身体症状からサイコオンコロジーにおける精神症状へという懐の深さ、あるいは、医師から看護師へと、緩和医療における職種の観点からも視野を広げていることは、主催者の見識を示すものといえる。

この後、当番世話人の西野卓教授を座長に、金城学院大学学長の柏木哲夫先生が登壇され、「緩和医療のこれまでとこれから」と題する特別講演が行われた。歴史的に見て、緩和医療がホスピスを母体として誕生した経緯に触れられ、日本における緩和医療学会の展開をレビューされた後、今日的課題としてスピリチュアル・ケアの重要性について言及されていた。

今回の当番世話人である船橋市医療センター緩和医療内科の野本靖史先生の挨拶により、今回の研究会を閉幕した。125人の参加者を得た本研究会の活動が、今や9,000を超す会員数となった日本緩和医療学会において、地方会のひとつのモデルケースとなることを予感させる学術活動であった。

施設訪問記

特別医療法人 栄光会 栄光病院ホスピス

千葉県立保健医療大学健康科学部 安部 能成

おそらく200を超える日本国内のホスピス・緩和ケア病棟の中で、一番国際空港に近いホスピスではないだろうか。福岡空港の出口から徒歩約15分、地下鉄の駅から歩くよりも国内線の到着ロビーから方が早い。しかも滑走路とは並行に位置しており、さほど飛行機の騒音は気にならない。歴史的にみても福岡地方は国際交流の拠点の一つであるが、輸入されたホスピス・緩和ケアには有利なロケーションといえる。その証拠に、アジアにおける緩和ケアの先進地であるオーストラリアの大学とは交流関係を保っている。

日本で5番目に設立され28年の歴史を持つ本ホスピスは、病床規模も50床あり我が国の公認施設では2番目に大きい。実は、病床規模が大きいのは経営的問題なのかもしれない、と考えて訪問したのであるが、その予想は見事に裏切られ

た。

その理由は施設を見学して分かった。3階建ての瀟洒な建物の3階部分にL字型に25床の病棟が2つ、口の字に組み上がったような形になっている。あたかも2つのホスピスが存在するかのごときである。そのことを御案内頂いた下稲葉康之先生に伺うと、「それだけのニーズがあるんです」と簡潔な答えが返ってきた。28年間、地域のニーズに応えてきた結果であることは、見学を進めていくうちに判明してきた。自然と英国のホスピスのイメージがわいた。

本ホスピスは、いくつかの点でセント・クリストファーズに似ている。日本的に言えば前者は48床の独立型ホスピス、後者は50床の病棟独立型で同じ規模。前者は43年の歴史を持ち、地域に根差し、多くのボランティアに支えられている。後者は28年の歴史であるが、やはり地域に根を張り、多くのボランティアに支えられている。両者とも教育・研修に熱心で、多種多様なプログラムを運営し続けている。つまり、多くの人材を育てる場としてのニーズも満たしている点も共通している。

キリスト教を背景に持つミッションである点も似ているが、敷地内に墓地まで持つ点では栄光ホスピスの方が徹底しているといえる。故ソングラス博士も今はメモリアル・ストーンとなられてセント・クリストファーズの庭におられるが、ここでは希望者が皆そうになっている。

相違点もある。栄光病院は地域の診療所として出発したので、病院機能評価認定病院、かつ、救急告示病院でもある。医学的リハビリテーションに力を入れている点ではセント・クリストファーズと同じであるものの、その規模は栄光病院の方がはるかに大きい。賢明な読者諸氏には、福岡の動向にも目配せすることをお勧めするしだいである。

書評

「あなたは名医だ」

稲川 利光 著

千葉県立保健医療大学健康科学部 安部 能成

現実にはなかなか聞かれない本書のタイトルは、文中に出てくる患者さんの言葉である。もちろん、この言葉を向けられたのは著者に対してである。その場面が何処にあるのかは読んで頂いてのお楽しみであるが、そのような状況が当たり前に出てくるところが、本書の持ち味である。

副題に、「PTとして、医師として、しなやかに向き合う命」とある。著者は、国立大学の農学部を卒業後、銀行への就職を断り、理学療法士の国家資格を取得。5年後に医学部に再入学して、学生結婚された後、医師国家資格を取得された。循環器内科から臨床研修を始められ、その後、リハビリ科へと進まれたユニークな経歴の持ち主である。

本書のユニークさは目次のページに表れている。本書を手にした読者諸氏には、そこに記されている著者の肉筆にご注目頂きたい。文字にそのお人柄が表れているであろう。その後は全て活字になってしまうので、ここが本書のポイントのひとつである。

リハビリテーション技術的なことは、おおよそプロローグの8ページに書かれている。その最終章には「緩和ケアのリハビリ」が書かれており、この部分が最も技術論的でない。逆にいえば、文字通り、残りの136ページの序章となっており、本書の方向性を指し示すものとなっている。

本書の構成は、第1章：暮らしと医療をしなやかにつなぐ、第2章：死を支える、第3章：僕が歩いてきた道、第4章：出会いに乾杯！、となっているから、第2章を中心に、緩和ケアにも関わりのあることが分かる。ちなみに、タイトルに取られた患者さんの言葉は第4章の冒頭部分にある。

近代ホスピスの開拓者、故シシリー・ソングラス先生も看護師から臨床活動を始められ、ソーシャルワーカーを経た後、医師となられた。本書の著者も複数の専門職を経験されているので共通点がある。本書の場合、それ以上に著者の人生経験が臨床活動に色濃く反映されており、味わい深いものとなっている。

冒頭にも述べたように、本書は決してリハビリテーション医学の専門技術書ではない。しかし、リハビリという枠組みを通して人をみており、人と人との出会いを何よりも大切にしている真摯な姿に読者は心を打たれるはずである。このことを踏まえ、緩和医療に従事する我々は技術的向上を心掛けるべきであろう。本書はそのような問題を提起している。

筒井書房、2008年6月16日発行、1,400円

書評

「定本 ホスピス・緩和ケア」

柏木 哲夫 著

千葉県立保健医療大学健康科学部 安部 能成

久しぶりにハードカバーの本格的な書籍を取り上げた。B6判で300ページを超えている。著者は日本のホスピス・緩和ケアの創始者の御一人であり、本学会の会長も務められたので、御名前を御存じの方も多いと思われる。

問題は本書の位置づけである。ホスピス・緩和ケアに関する数多くの著作がある中で、本書はどのような意義をもつものであろうか？

緩和医療の世界では、オクスフォードの教科書が版を重ねており、昨年、待望の第4版が出たことは記憶に新しい。これに対して、日本には該当するような緩和医療の教科書がない。巻末に資料が付され、そのホスピス・緩和ケアの歴史を考える年表が1945年から2006年の60年余りとなっていること、また、以下に挙げる構成内容からみて、我が国におけるホスピス・緩和ケアの教科書となるべき一冊ではないかと考えられる。

内容は相当に濃い。第Ⅰ部-ホスピスケアとの出会い：生い立ち、チームケアとしての「OCDP」、英米でのホスピス遍歴、第Ⅱ部-ケアの実践と広がり：ホスピス建設までの道のり、淀川キリスト病院での実践を振り返る、日本における緩和ケア病棟の広がり、ホスピス・緩和ケアのネットワーク、第Ⅲ部-発展と新たな課題：地域密着に動くホスピスの新顔、現場における基本的な問題、「白書」にみるこれからの課題、高齢社会における展望、ユニバーサルなホスピスケアを、第Ⅳ部-いのちを支えるということ：7つのキーワード HOSPICE、いのちの交わりとしてのコミュニケーション、家族の悲嘆を支える、いのちとは何か、ホスピス・緩和ケア 12の魅力、この後に引用・参考文献がついている。賢明な読者諸氏は、終りに、と題された終章：ホスピスの原点へ回帰を、というファイナルメッセージを見落としてはならないはずである。

教科書としてみれば、内容の大部分は歴史的事実であり、既に過去のものとなっている。ところが、本書の素晴らしさは温故知新、すなわち、歴史を振り返りながら将来に繋がる提案が随所になされている点にある。

ホスピス・緩和ケアの教科書と位置付けた際、ほぼ唯一の欠点らしいものは索引がないことであろう。学会発足15年にしてまだ若輩段階にあり、近年になって会員数も急速に増加している今こそ、過去に学び将来に備えるという観点から本書は再読の価値をもつものといえる。

青海社、2006年6月19日発行、2,310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（2010年1月～2010年3月到着分まで）

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

聖隷三方原病院 緩和支援治療科 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。

化学療法の倦怠感に対する薬物療法

Lower EE, Fleishman S, Cooper A, et al. Efficacy of dexamethylphenidate for the treatment of fatigue after cancer chemotherapy: a randomized clinical trial. J Pain Symptom Manage. 2009;38(5): 650-662.

化学療法の副作用

Sohl SJ, Schnur JB, Montgomery GH. A meta-analysis of the relationship between response expectancies and cancer treatment-related side effect. J Pain Symptom Manage. 2009;38(5): 775-784.

意思決定

Dow LA, Matsuyama RK, Ramakrishnan V, et al. Paradoxes in advance care planning: The complex relationship of oncology patients, their physicians, and advance medical directives. J Clin Oncol. 2010;28(2):299-304.

終末期の相談をするためにビデオを使用した無作為化比較試験

El-Jawahri A, Podgurski LM, Eichler AF, et al. Use of video to facilitate end-of-life discussions with patients with cancer: A randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2010;28(2):305-310.

スピリチュアルケア

Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ, et al. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: Associations with medical care and quality of life near death. *J Clin Oncol*. 2010;28(3):445-452.

終末期がん治療のquality indicator

Seow H, Snyder CF, Mularski RA, et al. A framework for assessing quality indicators for cancer care at the end of life. *J Pain Symptom Manage*. 2009;38(6):903-912.

モルヒネについての系統的レビュー

Flemming K. The use of morphine to treat cancer-related pain: A synthesis of quantitative and qualitative research. *J Pain Symptom Manage*. 2010;39(1):139-154.

From Japan

我が国の遺族調査の結果から導かれた「望ましい看取りのケア」に関する研究がJournal of Clinical Oncologyに掲載されています。

家族から見た望ましい看取りのケア

Shinjo T, Morita T, Hirai K, et al. Care for imminently dying cancer patients: Family members' experiences and recommendations. *J Clin Oncol*. 2010;28(1):142-148.

独居患者の在宅ホスピス

Kawagoe I, Ito M, Matsuura S, Kawagoe K. Home hospice care for the lung cancer patients living alone: A case report from Japan. *J Palliat Care*. 2009;25(4):289-293.