



Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会
ニュースレター

November 2010

49



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

第16回日本緩和医療学会学術大会について

十和田市立中央病院 事業管理者 蘆野 吉和

次回2011年の学術大会（第16回日本緩和医療学会学術大会）を7月29日（金）30日（土）の2日間にわたり、北海道札幌市で開催することになりました。私がこの地で学術大会を開催することにした理由は、東北では約7,000人を収容ししかも移動距離が短い会場がないこと、札幌は十和田市と同様に自然が豊かで日本緩和医療学会発祥の地であることなどです。しかし、奥入瀬渓流、十和田湖、八甲田山などの本当にすばらしい自然を案内できないのが残念です。

私の住む十和田市から札幌に行くには、夜の9時に自宅を出て、寝台列車に乗ると、朝6時に札幌の駅に着きます。同様に、夜10時の寝台列車に乗ると朝の仕事の開始には間に合います。現在、このような日程で、組織委員、事務局とともに札幌で学術大会の準備を進めています。

今回の学術大会では、私が病院および在宅の現場で学んだいくつかのメッセージを発信するとともに、病院や在宅などの緩和ケアの現場で働いている多職種の仲間がお互いの学びを共有できる場を多く設けたいと考えています。

テーマは『いのちをささえ いのちをつなぐ緩和ケア～病院から地域へ～』。「いのちをささえ いのちをつなぐ」緩和ケアという言葉はこのニュースレターの巻頭言で2度出していますが、わたしの20年以上にわたる緩和ケアの取り組みの中から生まれてきた言葉です。

この大会では、すでに到来している高齢化社会において「治す医療」から「生活を支える医療」への転換が必要であること、この「生活を支える医療」の基本的理念が緩和ケアの理念であることをまず発信したいと思います。そして、この緩和ケアの理念として、1.一人一人の生き方を支える、2.楽に生きることを支える、3.介護者や家族を支える、4.チームで支えるという4つの基本的理念を提示します。また、特に、1.緩和ケア実践の現場からの情報発信を重視すること、2.終末期緩和ケア実践の場としての在宅に焦点をあてること、3.緩和ケアを非がん疾患に拡大すること、4.多職種が積極的に緩和ケアに参画できるような基盤づくりを行うこと、そして関係する学会や研究会などとの交流も視野において企画を進めております。

参加する皆様方が、緩和ケアの基本であるホスピタリティー（思いやり、温かさ、おもてなし、寄り添い）を充分満喫していただけるよう組織委員の方々と一緒に準備しておりますので、是非とも演題を出して、夏の北海道に大勢の仲間を誘って来ていただきたいと思います。

シンポジウム 8

治療抵抗性の苦痛に対する鎮静とは -ガイドライン改訂の要点と今後の課題-

座長・演者・報告 聖路加国際病院 緩和ケア科 林 章敏

2010年6月20日、「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」が「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン」と同時に日本緩和医療学会から出版された。この「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」は2005年版を改訂したものである。その改訂の要点と今後の課題についてのシンポジウムが正にタイムリーに開かれたので報告する。

このシンポジウムは、座長、シンポジスト共にガイドラインの改訂に携わったメンバーで構成された。まず前半で、現在の鎮静に関する世界的情勢を文献的に考察し、鎮静に関する実態調査等が今後必要である等の課題について林が発表した。次いで、鎮静ガイドラインの改訂の要点について、淀川キリスト教病院の池永氏が発表した。本ガイドラインの適応拡大、生命倫理的妥当性の明確化、鎮静に用いる薬剤の見直し、鎮静の種類毎の具体的な鎮静方法の提示、鎮静のアルゴリズムの作成、治療抵抗性と判断するための対応チェックリストと鎮静についての説明文書例の作成などが改訂のポイントである。

後半では、「一般診療科における鎮静の現状とガイドラインの活用」と題して、札幌南青洲病院緩和治療科の中島氏がこれまでの一般病院勤務の頃の鎮静に関する現状をSTASに基づいて検討した結果を発表した。病状認識やコミュニケーション、鎮静を開始する前に行うべき治療の評価が難しいこと、薬剤選択の難しさなどを問題点としてあげ、これらの問題は新しいガイドラインで改善される可能性が高いことを発表した。また、「鎮静ガイドラインの普及と今後の課題」と題して一般病棟で活動する緩和ケア認定看護師の立場から、北野病院の鎗野氏がその戸惑いや難しさ、悩みなどについて発表した。最後に「鎮静ガイドラインの臨床倫理」と題して東京大学大学院人文社会系研究科上廣死生学講座の清水氏が現状と今後の課題について発表を行った。鎮静が意識の低下により、苦痛を感じなくさせるという益をもたらすが、人間的生活をできなくなるという点を重大な害と捉えるなか、それを相対的に最善とする倫理的基盤をproportionality原則に則って明確に発表した。

会場とのディスカッションにおいて、これらの発表に述べられた課題に関して更なる調査、研究が必要であることが明確にされ会を終えた。

パネルディスカッション 2

在宅緩和ケアの基本と実際

座長・報告 あおぞら診療所 川越 正平

在宅緩和ケアの基本と実際と題したこのパネルディスカッションでは、医師、訪問看護師、地域コーディネーターの3つの立場から発表を得た。

まず、二ノ坂保喜氏より日本ホスピス緩和ケア協会の委員会で検討が進められている「在宅ホスピス・緩和ケアの基

準」についてご紹介いただいた。全国各地で自然発生的に生まれてきた在宅ホスピス運動を踏まえ、そこに共通する普遍的な基準を明らかにしようという取り組みである。氏はこのような「手順書」を備えることに加えて、透明性を確保しつつ、ケアの質を改善する方法をもつことの重要性を指摘した。

次に、高橋美保氏より地域における訪問看護師の実践が報告された。緩和ケアはすべての患者に必要なケアだと位置づけ、地域の医師や訪問看護師が基本的な緩和ケアの知識や技術を身につけること、地域の中の多職種が交流することを通して顔の見える関係をつくることによって、どこに住んでいても地域で適切な緩和ケアを提供できるべく努力したいと述べた。

3人目の吉原律子氏はOPTIM長崎のがん相談支援センターの立場から、患者・家族、そして関連職種からの相談、がん拠点病院の緩和ケアチームや地域医療連携室のカンファレンスに定期的に参加するなどの活動を通じて、まさに地域のコーディネート機能を司っている実践について報告した。

総合討論では、会場のマイクに長い列が連なり10を越える質問が出された。その中には、“在宅”緩和ケアの神髄とは何だろうか、医師へすぐにアクセスできない状況下での予測指示の重要性、独居の患者さんをめぐる困難への対応、病院スタッフが在宅ケアの現場見学の機会を持つべき、地域における緩和ケアは訪問看護がその中心となるなど数多くの深遠な問題提起について、登壇者と会場の間で濃密な討論が取り交わされた。

最後に、座長よりそれぞれの地域の実情を踏まえたふさわしい緩和ケアや地域連携の形があるはずであり、“花”のように多様性を持ちつつ各地での発展を目指すことを提起した。在宅緩和ケアや非がんの緩和ケアの重要性は増す一方と思われる。今回の会場の熱気が今後の当学会の新たな展開につながっていくことを期待したい。

イブニングセミナー1

リバプール・ケア・パスウェイ-日本語版の活用と普及を目指して-

座長・演者・報告

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

Liverpool Care Pathway (LCP) は英国において Dr. John Ellershaw 中心とした Royal Liverpool University と Marie Curie Centre Liverpool のグループにより作成された看取りのケアについてのクリニカルパスであり、英国で広く普及しているツールである。LCP は臨死期にある患者とその家族に対して医療者が行なうべきケアをチェックリストにより確認していく形式をとっており、いわゆる表形式のクリニカルパスとは異なり患者・家族が安楽・安心して臨死期を過ごせることが出来るように必要なケアを確実に受けられることを目標としたアウトカム指向のクリニカルパスである。日本でも看取りのケアの質の向上を目的とし、2004年より LCP Working Group Japan が発足し翻訳作業がすすめられ、このたび LCP 日本語版 version 1 がリリースされた。

今回のイブニングセミナーでは茅根氏より「LCP の概要と日本語版の作成過程」、宮下より「LCP 日本語版の使用方法」、市原氏より「LCP 日本語版のパイロットスタディの結果と使用上のポイント」について講演を行った。1時間という短い時間であったが、多数の参加者に恵まれ、LCP 日本語版を広い対象に紹介することが出来た。今後は LCP がわが

国で活用され、本学会でもその活用報告がなされていくことを期待したい。なお、本セミナーは日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団の支援を受けて実施された。

口演 2

栄養・輸液・化学療法・放射線治療

座長・報告 静岡県立静岡がんセンター 緩和医療科 大坂 巖

このセッションでは緩和医療に関連する分野の中で、重要なテーマを取り扱った5演題の発表が行われた。

札幌南青洲病院の中島氏は、終末期がん患者における輸液治療について、4年間にわたる前向き研究を報告した。MD アンダーソン症状評価票日本語版にて評価したところ、輸液量が多い群においては腹満感、嘔気・嘔吐、手足のむくみが増強しやすく、「全体的な調子」も増悪していた。輸液の減量は理学的所見のみならず、自覚症状の軽減につながる可能性があることを指摘した。

JA 静岡厚生連遠州病院の鈴木氏は、外来がん患者の緩和ケアニーズに関する調査について報告した。OPTIMにて作成された「生活のしやすさの質問票」の簡易版を用いて調査を行ったところ、口腔の問題、不眠、気持ちのつらさ、意思決定の支援などのニーズが高頻度に認められた。本質問票は外来診療の中で実施可能なスクリーニングであると結論づけた。

静岡がんセンターの渡邊氏は、緩和ケア病棟入院中の患者におけるビタミン B1 欠乏に関する報告を行った。終末期がん患者は、病態からビタミン B1 欠乏に陥りやすい傾向にあること、および可逆的なせん妄の一要因ともなり得ることを念頭におく必要があることを指摘した。

藤田保健衛生大学の定本氏は終末期がん患者における悪液質と rapid turnover protein (RTP) の関連性について発表した。RTP はアルブミンよりも鋭敏な栄養状態の指標であり、栄養学的な治療方針を立てる際に有用な指標となりうることを指摘した。

藤元早鈴病院の荻田氏は、症状を有する皮膚病変に対する緩和的放射線治療について発表した。疾患によって差異はあるものの、出血や滲出液などはある程度軽減できる可能性があり、患者の予後、症状に加えて希望も十分考慮して治療方法を選択する必要があると結論づけた。

口演 4

在宅ケア・地域連携

座長・報告 医療法人社団医創会セレンクリニック 高橋 秀徳

最初の演題は「在宅緩和ケアにおける患者・家族からの往診要請の解析」（渡辺邦彦先生：医療法人陽気会在宅ホスピスとちの木）で、緩和ケア病棟勤務を経て在宅ホスピス開業3年間の報告で、片道80kmとかなり広範な地域を対象としていること、受診から亡くなるまでの期間が1カ月未満である患者が6割に上ること、緩和ケア病棟勤務時代に比べて緊急対応の往診要請が予想以上に多く「今は黎明期と考えて特に苦痛に感じていることはないが、今後は近隣の医療施設との連携体制や教育体制の整備について考えていきたい」とのことであった。

「当院における在宅緩和ケア推進に向けての取り組み～アットホームプロジェクト～」(高島留美先生：富山県済生会高岡病院緩和ケアチーム)では、在宅緩和ケア移行推進に向けた病院の取り組みとして、スクリーニング抽出された外来患者に関する外来カンファレンスを定期的に行うことで早い段階からの状況共有が可能になり、在宅移行直前には短期入院による調整を行うというプロジェクト導入前後で在宅移行率が26.5%→91.7%に変化したとのことであった。

「地域がん診療連携拠点病院におけるがん看護の現状～医療者からの相談の特性～」(武田千津先生：愛媛県立中央病院看護部)では、がん相談支援室におけるがん看護専門看護師とがん化学療法認定看護師に対する医療者からの相談は年々件数が増加しており、特に医師から外来患者に関する相談が増えているとのこと。外来患者については、院内緩和ケアチームよりも、相談しやすいのではないかとのことであった。

「PCA機能付き携帯型精密輸液ポンプ貸出に向けての取り組み」(奥村佳美先生：小牧市民病院緩和ケアチーム)では、PCAポンプ使用中の入院患者が外出・外泊する際の対応方法に関する取り組みとして、院内の各種委員会での折衝の中で「患者のために」という思いを伝えることを通じてマニュアル化実現に至った経緯をご紹介頂いた。

まだまだ在宅ケア・地域連携については各施設が試行錯誤の段階であり、がん対策基本法の理念の実現に向けた今後の取り組みがますます期待される。

口演 11

緩和ケア教育

座長・報告 筑波大学附属病院 総合診療科 緩和ケアチーム 長岡 広香

本口演は、大会2日目6月19日昼食後に第6会場にて、緩和ケア教育をテーマとして5名からの発表が行われた。

横浜市立大学附属市民総合医療センター薬剤部の縄田先生からは、e-learningを利用した全医師、看護師、薬剤師への緩和ケア学習会の成果と課題が示された。受講に至るまでのアナウンスに努力を要した点や、毎年継続してゆくことでのさらなる効果が期待されることなどの討論があった。

ピースハウス病院の二見先生からは、「ホスピス緩和ケア病棟看護職教育カリキュラム」の活用状況の調査結果が示された。回収された調査のうち、84%の施設でこのカリキュラムが使用されていた。指導者の質を確保する難しさやELNEC-Jなど他の教育ツールとの連携など今後の課題も示唆された。

鳥取市立病院緩和ケアチームの滝田先生は、オピオイド投与患者に対する職種間の初回指導の相違について示され、その指導内容は職種の専門性を反映していることが述べられた。介入する医療者が多くなることの煩雑さ、共通のパンフレット作成の必要性があるなどの声もきかれた。

岡山大学緩和医療学講座の松岡先生からは、岡山県での一般市民に対する緩和医療教育「野の花プロジェクト」の紹介があった。地域と一体化し、行政の支援のもと行われている大変興味深い取り組みであり、今後の県民の意識変化や行動変容の追跡調査も期待された。

東北大学大学院の宮下先生からは、日本医師会会員の病院や診療所に勤務する医師を対象とした緩和ケアの知識調査の結果が示された。緩和ケアの知識は、総論的には認識されているものの具体的な面は必ずしも十分ではないことが示され、卒前卒後教育の必要性とともに PEACE プロジェクトの効果も期待された。

全体を通して、多職種からの緩和ケア教育の取り組みの発表があったことは喜ばしい点であり、今後も職種の壁を越えて連携してゆけるとよいと思われた。また教育や啓蒙は、医療者だけでなく一般市民にも重要であり、全体としてバランス良く進められてゆくことが大切であることを、再認識する機会となった。

口演 12

疼痛

座長・報告 千葉大学医学部附属病院 麻酔・疼痛・緩和医療科 田口 奈津子

このセッションはがん性疼痛に対するいわゆるペインクリニック的対応についての発表2題、オピオイドの使用方法に関する研究2題、基礎的研究1題と、その内容は多岐にわたっていた。発表の順番とは異なるが内容の類似性から順番をかえてご紹介したい。

八戸市立市民病院の佐藤智氏らの発表では、ペインクリニック的手法の中では最も簡単と思われるトリガーポイントブロックが取り上げられていた。短時間の効果ではあるが副作用が少ないこの方法は、積極的に病室で取り入れてもよい治療ではないかと結論されていた。一方で江別市立病院の太田孝一氏らの報告は椎体減圧術、脊髄後枝内側枝ブロックというかなり専門性の高い手技を用いた鎮痛方法である。急性脊椎圧迫骨折による痛みは、患者 ADL 低下の可能性が高い痛みであることから手技が可能な施設で症例数を重ね評価を継続していただきたい。ペインクリニックの手技は確実に痛みは緩和される方法が多い。しかし、一方で常に評価の中に NRS の低下のみではなく患者 QOL を取り入れていくべきではないかと感じる。次に、オピオイドの投与経路変更、ローテーションに関する発表が関西医科大学の野村基雄氏らおよび名古屋掖済会病院の久保速三氏らによりなされた。野村氏らは、フェンタニル静注から経皮製剤への移行は、6時間後半減、12時間後中止ではなく3時間後半減、6時間後中止で鎮痛効果をおとさず、有害事象が少なかったと報告している。各施設で手探りでやっていることを前向き研究でデータとして出していくことの重要性を感じた。一方で久保氏らはオピオイドローテーション時には、特に看取り時期になると貼付剤からの切り替え時には変更の幅が大きくなり注意が必要であると報告している。

最後に、北里大学の磯野雅子氏は最近のトピックスであるマウスの骨転移モデルを用いた報告であった。プロスタグランジンに關与する酵素の阻害は鎮痛のみではなく骨病変の進行をも抑える可能性が示されている。臨床応用までにはまだ先が長いですが、骨転移の痛みのコントロールは重要なテーマであり、さらに研究を継続していただきたい。

口演 13

疼痛・その他の身体症状

座長・報告 松江市立病院 緩和ケア・ペインクリニック科 安部 睦美

今回の学会もどこも会場はいっぱいであったが、第 6 会場も満席でやはり疼痛への関心の高さが感じ取れた。疼痛の中でも「その他の身体症状」に関してのセッションで、倦怠感、がん性腹膜炎、顎骨壊死、呼吸困難、消化管閉塞に対する演題でどれも関心のある内容であった。それぞれは、1. がん患者のほとんどが経験する倦怠感に対して、リフレクソロジーががん患者の倦怠感に効果を認めた、2. がん性腹膜炎に対して、内服不可能な場合でも、医療用麻薬に少量のリドカイン・フルルビプロフェン持続投与を併用することで疼痛コントロールが可能であった、3. ソレンドロン酸使用時、顎骨壊死の合併症に関しては細心の注意を要する。しかし投与回数によって出現頻度が違うが、予後が比較的短期間の場合は投与による有用性を優先させてもよいのではないかという報告、4. がん患者の呼吸困難の緩和にオキシコドンの投与が有効である可能性が示唆されたという報告、5. 単一がん腫での酢酸オクトレオチドの有効性の検討は少なく、胃がんにおいて検討された。その結果、胃がん終末期の腹膜播種に伴う消化管閉塞は QOL を低下させるが、酢酸オクトレオチド投与により消化管閉塞の改善がみられ、CRP 値が低い症例で有効率が高くなると報告された。がん性疼痛だけでなく、その他の症状コントロールに四苦八苦することは誠に多い。今回の発表はどれも臨床の現場で苦勞する症状に対しての内容であったために、とても参考になったと思われる。緩和医療の中では、社会的背景や個人の性格など様々な人との出会いに常に遭遇する。その中で一人一人異なる症状に対して、症状緩和に努めるにあたっては、時には行き詰まり、どうすればこの苦痛症状を緩和できるのかを自問自答することが多いのではないだろうか？一つ一つの事例を積み重ねながら、エビデンスを作り上げていくことが今後も必要になると強く思う。

ランチョンセミナー1-7

持続皮下注射を用いた疼痛管理-PCA を使おう-

座長・報告 近畿大学医学部附属病院 がんセンター 小山 富美子

本セミナーは事前予約で満席であった。さらに当日参加の列ができるほどであり参加者の関心の高さがうかがえる盛況ぶりであった。演者の服部政治先生は麻酔科ペインクリニック、緩和ケアチームリーダーとしてご活躍中であり、特にがん性疼痛のなかでも治療困難な激しい痛みに対する専門的な治療に取り組んでおられる。講演では、がん性疼痛の総論、PCA の基礎知識、持続皮下注射の選択、薬剤、バルーン型と機械式 PCA、在宅への移行などについて、事例などを用いて分かりやすく解説された。PCA は「患者が自分自身で調節する鎮痛方法」である。その利点は、痛み止めを持続させる (Continue)、痛いときにワンショットができる (Rescue)、過剰投与を防止する (Lock-out time) の 3 要素がある。頻回な突出痛への対応や多剤併用オピオイドからの変更、経済性などを目的にした活用も可能であり、持続皮下注

射による疼痛管理の目的の幅広さと、きめ細やかなニーズに対応できることを確認することができた。日頃、患者からのレスキュー要請があってから看護師が実際に投与するまでのタイムラグや、血管確保が困難なケース、経口投与が不可能だが在宅を希望する場合などで悩むケースにしばしば遭遇する。その解決法の一つとして持続皮下注射の選択は期待が大きく、工夫の実際などが多彩に紹介され、「明日からやれそうなことがある。現場で検討してみたい」と感じる講演であった。しかし、現在日本では、PCA ポンプ使用における在宅支援システムの普及が乏しい、デバイスの24時間管理をする会社などがいない、保険点数がない、在宅医師の経済的負担（消耗品など）がある、アラームへの対応困難さなど、多くの課題がある。在宅医療が増えるなか、簡易な方法で安全に行える疼痛治療の普及に期待が高まることを改めて確認した。

ランチオンセミナー2-5

がん治療中に起こる口腔粘膜症状・疾患とその対処

座長・報告 静岡県立静岡がんセンター 緩和医療科 安達 勇

大田氏は80枚のスライドを用いて、がん疾患に伴う各種口腔粘膜症状と特有の疾患とその対処法について詳しく紹介され、緩和ケアの日常診療の実践に役立つ判り易い講演であった。

講演内容は、一つは抗癌剤治療を施行されている患者には各種口腔粘膜炎やヘルペス性口内炎などが多くみられることが紹介され、治療には抗ウイルスが適応となる。また日常見かけるカンジダ口内炎には偽膜性カンジダ症、肥厚性カンジダ症と紅斑性カンジダ症などがあり、特に紅斑性カンジダ症はがん終末期にも診られるが、その鑑別は難しくまず疑いを持つことが大切で、治療には適切な各種抗真菌剤が適応となる。そして放射線治療に伴う口腔粘膜症には、重篤な口腔粘膜炎や難治性カンジダ性口内炎などが診られる。この場合は治療経過中のケアが必要とされる。二つ目にごん終末期における口腔粘膜疾患であるカンジダ性口内炎が紹介された。義歯、糖尿病合併者、種々の抗癌剤治療既往者や女性に高頻度に見られ、前駆症状には口腔内ピリピリ感、しみる感じ、味覚障害、口角炎などが出現するので典型的な症状がみられる前に、疑いをもって早期に治療することの大切さを指摘された。最後に最近頻用されているビスフォスホネート治療に合併する下顎骨壊死症に伴う口内炎についても言及された。早期予防と診断に注意するよう指摘された。その他に、前癌状態の白板症、歯肉白板症、扁平苔癬などの症例についても紹介された。

大田氏が特に強調された点は、がん患者においてはこれら口腔粘膜疾患の存在を知り、疑われた場合には早期治療を行うことが、早期鑑別診断に役立つということであった。

モーニングセミナー3

緩和医療と看護倫理-倫理的葛藤から医療者は何を学ぶのか？-

座長・報告 筑波大学大学院 人間総合科学研究科 水野 道代

緩和ケアとはどのような医療を提供するものなのかについては、世界保健機関が提示する「緩和ケアの基本的考え方」がある。また看護職には専門職として自らの行為を律するために「看護者の倫理綱領」が定められている。倫理的判断について検討する際によりどころとしては、適当な「倫理原則」を用いることができる。しかし、個々の事例によっては複数の倫理原則が同時に存在し、どの原則を優先して検討すべきかを判断することは、実際には難しいことである。演者は、臨床では専門職の倫理規定や倫理原則のみでは看護の倫理的状況を解決できないという考えの基に、事例を交えて具体的な対応方法を提供してくれた。

倫理的感受性を高め、職場における倫理的問題に対応するための力を身につけ、臨床実践に活用できるようにすることを意図した看護倫理研修を演者は企画、運営してきた。そこでは、研修者自身の体験に基づいて、倫理的問題を含む1事例が取り上げられ、1. 医学的適応、2. 患者の意向、3. QOL、4. 周囲の状況といった視点から、倫理的問題が査定され、その対応策と評価を含めて数か月をかけて検討がなされている。事例を取り上げることから学びは始まるという。上記の4つの視点を用いて客観的に事例を分析しはじめると、そこには様々なジレンマが存在することに研修者は気づき始める。なぜそれらが倫理的に問題であるのかという理由が説明できるようになれば、倫理的な対応をするには何を解決しなくてはならないのか、そのためにはどのような行為を遂行する必要があるのかを検討出来るようになるという。

患者自身や家族の意向を反映しながら看護チームのみでなく、医師やコメディカルと共に打開策が検討され、事態に変化を実感できた時、また共同で問題に取り組んだという経験が日々の看護実践を勇気づけるという演者の言葉に、深い共感をえられるセミナーであった。

口演 優秀演題と最優秀演題

座長 筑波メディカルセンター病院 緩和医療科 志真 泰夫

今回の学術大会では、一般演題を口演発表とポスター発表にわけて査読した。さらに、口演発表の中から優秀演題を5題選出し、その中から最優秀演題の一つ選ぶという試みを行った。優秀演題は結果として、全員女性が選ばれた。緩和医療の分野における女性の能力の高さと研究への精進が裏書きされる結果であった。男性学会員の奮起を促したい。

選ばれた優秀演題について共通して言えることは、第1に目的、方法などの研究デザインがしっかりしていること、第2にいずれも量的研究として適切なサンプルサイズが得られている点である。第1席の石井さんの研究では、395名を対象とした遺族調査で在宅終末期ケアの「困難感尺度」を確立すると共に、「男性介護者」「患者に在宅死の希望がない」ことが困難感の有意な関連因子であることを明らかにした。第2席の林さんは外来がん化学療法の患者187名を対象に「有害事象と自己効力感」の関連を明らかにした。適切な症状マネジメントが自己効力感を高めるために重要であることが明らかとなった。第3席の大和田さんは、対象としたがん患者の遺族113名に死別体験に伴う複雑性悲嘆が28.8%に見られるという実態およびハイリスクの遺族であっても心理精神的なケアやサポートグループなどの支援が受けられない現状を明らかにした。第4席の三条さんは、10年以内の死別体験を有する一般市民1143名を対象に終末期がん患者の家族が何を重視するか、を解析し「患者の介護を十分にすること」「誰かの負担にならないこと」という我が国特有の因子を明らかにした。最後の第5席は「最優秀演題」に選ばれた上野さんの回想法に関する研究である。最

優秀演題は実際に口演を聞いて4名の評価委員が50点満点で採点をした。いずれも甲乙つけがたい評価であったが、臨床的な有用性が高いと評価された上野さんの研究が最優秀演題として採択された。この研究は回想法に関する無作為化比較試験であり、20名ずつ介入群と対照群の2群に分けて回想法による効果を多面的に見た。この研究から、回想法はがん患者のQOLの向上に有用なアプローチであることが明らかになったと言える。

口演 最優秀演題

再発がん患者に対する回想法の有効性について

演者 広島大学大学院 保健学研究科 上野 和美

このたび、第15回日本緩和医療学会学術大会において報告いたしました「再発がん患者に対する回想法の有効性について」が最優秀演題賞を賜りまして、大変光栄に感じております。と同時に、ご指導・ご協力いただきました先生方や病院関係者の皆様、そして、貴重な時間を割いてご協力をいただきました患者様に心より御礼申し上げます。

本研究は、再発がん患者が自分の人生や存在の意味付けを行ない、自己評価を高め、心理的側面への援助やQOLの維持・向上につなげるために、回想法を行うことは有効であるかどうかを検討することを目的として実施いたしました。

具体的には、再発がん患者を介入群と対照群の2群に無作為割り付けし、介入群には、毎回テーマを設定した個別の面接を1回60分程度、合計8回行い、対照群へは質問票への記入のみを、介入群と同様の時期に行いました。面接の進め方は半構造化された非時系列な回想法とし、介入群には家族や病気、人生や自己についてなど、テーマについて自由に語ってもらいました。その結果、POMSの抑うつと緊張-不安、活気において両群間に有意な差が示され、しかも介入群では、全ての評価尺度において介入後に良好な改善がみられるという結果が得られました。

今回の結果より、回想法が心理的側面に有効であることが示され、また、臨床現場で、回想法を再発がん患者のQOL向上のための一手段として有効利用できることが示唆されました。

しかしこの研究は、有効性を普遍化できるようさらに多人数に行い、同時に、介入効果がどの程度続くかを検討するため、現在も継続中です。今後は、プログラム回数・内容などを検討し、この介入を継続していくための、さらにより良い回想法プログラムを作成しようと考えております。

今回の受賞は、今後の緩和医療発展に少しでも貢献できるよう尚一層努力しようと、研究を行っていく上で大きな励みとなりました。これからも、患者様や臨床の皆様に還元できる研究に取り組んでいく所存でございますので、今後ともご指導ご鞭撻を賜りますようお願い致します。

口演 優秀演題

**遺族からみた在宅終末期がん患者の家族介護者の
困難感尺度の開発と関連要因の探索**

演者 大田原赤十字病院 石井 容子

2010年6月18日～19日に東京で行われた日本緩和医療学会学術大会で、優秀演題として研究発表をさせていただきました。研究テーマは、「遺族からみた在宅終末期がん患者の家族介護者の困難感尺度の開発と関連要因の探索」であった。研究目的として、1. 家族介護者の困難感を評価する尺度の開発とその妥当性・信頼性を検証すること、2. 家族介護者の困難感の実態を明らかにしてその困難に関連する要因を調べることにした。在宅の終末期がん患者の遺族377名を対象に、自記式質問紙調査を実施した。306名から返送があり（回収率：81%）、分析対象者は280名（有効回答率：74%）であった。分析の結果、8因子29項目が抽出され、下位尺度は【介護の負担】【往診医に関すること】【介護と仕事・趣味とのバランス】【患者の苦痛や病状】【訪問看護師に関すること】【在宅サービスの利用】【家族介護者の親族との関係】【葬儀に関すること】とした。各下位尺度の尺度化に成功し、信頼性・妥当性は確保された。困難感の実態では、【患者の苦痛や病状】に関する困難感がもっとも強く、1例として、「患者が日々弱っている姿を見るのがつらかった」と回答した遺族は全体の90%であった。次いで順に【介護の負担】【介護と仕事・趣味とのバランス】に関する困難感が強く、それぞれ「目の前のことをこなすことに精一杯だった」：78%、「介護のために仕事・趣味をやめることを考慮せざるを得なかった」：55%、との結果であった。また、関連要因では、家族介護者が患者の在宅死を希望せず、男性の家族介護者であるほうが患者の在宅療養に困難を強く感じていた。

学会では、本研究を優秀演題として認めていただき、驚きとともに大変光栄に感じた。本研究を通して、在宅での終末期がん患者の家族介護者の困難感の実態が明らかにでき、その関連要因を見出すことができた。今後は作成した尺度をもとに、介護中の家族介護者の困難感のアセスメントツールとしての使用を検討していくことや、今回明らかとなった困難感の軽減を図るケアの支援方法を検討していくことを課題としていきたい。

口演 優秀演題

外来がん化学療法患者の自己効力感に影響する有害事象

演者 JA愛知厚生連江南厚生病院 林 亜希子

「外来がん化学療法患者の自己効力感に影響する有害事象」という研究は、化学療法の標準化や支持療法の拡充など様々な要因によって増加し続けている外来化学療法患者を、医療者はどのようにして支援するかという課題を探るためのものでした。外来での治療を継続していくには、有害事象に対するセルフケア能力が欠かせません。そこで、近年セルフケアを支援する視点として注目されている“自己効力感”に着目し、自己効力感に関連する要因を明らかにすることで、外来化学療法における看護支援の示唆を得たいと考えました。方法は、地域がん診療連携拠点病院の外来化学療

法室で治療中の患者を対象にした自記式質問紙調査法です。自己効力感については平井らの「進行がん患者の自己効力感尺度」を使用しました。分析の結果、自己効力感に影響する有害事象として、情動統制に対する効力感では不眠と倦怠感、症状コントロールに対する効力感では食欲不振と呼吸困難、ADLに対する効力感では食欲不振と不眠、が明らかになりました。つまり、不眠、食欲不振、呼吸困難、倦怠感の4症状の緩和が自己効力感の向上に繋がることが示唆されました。また、その自己効力感は気持ちのつらさとQOLに影響しており、自己効力感を高める支援を行うことが、外来がん化学療法患者のつらさを軽減し、QOLを高めることが示唆されました。

本研究は、がん看護専門看護師コースを専攻しながら、名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻の修士論文で取り組んだ研究の一部です。現在は、JA愛知厚生連江南厚生病院の外来化学療法センターに所属しています。本研究にて得た成果を念頭に、外来化学療法患者を支える看護の質向上に向けて、スタッフと力を合わせて課題に取り組んでいるところです。入職して約半年が経ち、まだ目に見える成果を得ることはできていませんが、この賞を励みに、今後も地道に努力していきたいと思えます。大会関係者の皆さま、ここまで私を支えてくださった皆さまに心より感謝申し上げます。

口演 優秀演題

がんによる死別が遺族に与える心理的影響の評価 ～複雑性悲嘆の実態と遺族ケア利用率との関連～

演者 神戸松蔭女子学院大学人間科学部 心理学科 大和田 攝子

この度は、第15回日本緩和医療学会学術大会において「優秀演題賞」の栄誉を賜り、誠にありがとうございます。本学会への参加は今回が初めてで、様子も分からぬまま応募したところ、幸運にもこのような賞をいただき正直驚いております。査読委員の先生方をはじめ、日本緩和医療学会の関係者の皆様には厚くお礼申し上げます。

今回発表させていただきました「がんによる死別が遺族に与える心理的影響の評価～複雑性悲嘆の実態と遺族ケア利用率との関連～」は、平成21～23年度文部科学省科学研究費補助金の助成を受けて実施された「外傷的事態により近親者を喪った遺族の心理的影響の評価に関する研究」（基盤研究(C) 研究代表者：加藤寛）の一部をまとめたものです。われわれの研究班では、自然災害、事件・事故、病気などさまざまな原因による死別を経験されたご遺族を対象に、悲嘆を測定する尺度の信頼性と妥当性の検討を行うことを目的に研究を進めています。死別に伴う悲嘆は誰にでも生じる正常な反応であり、通常は時間の経過とともに自然に和らいでいきますが、遺族の中には激しい悲嘆が遷延し、重い精神症状や社会的機能の低下などを引き起こす場合があります。このような悲嘆は「複雑性悲嘆 (Complicated Grief)」あるいは「遷延性悲嘆障害 (Prolonged Grief Disorder)」と呼ばれており、欧米ではDSM-Vなど診断基準化に向け議論が行われています。今回の調査では、複雑性悲嘆のハイリスク者は全体の約3割を占め、精神科などの専門的ケアやサポートグループを必要とする割合はハイリスク遺族に多いことが明らかになりました。しかしその一方で、これらの

社会的資源を必要としない（利用できない）ハイリスク遺族も少なからず存在するため、今後どのようにして支援に繋がっていくかが課題となります。

本研究は 3 年間にわたって実施する予定で、調査は現在も継続中です。今後はさらに対象者数を増やした上で、遺族の心理的影響を評価する尺度の信頼性・妥当性を検討するとともに、悲嘆の程度に応じた有効な治療的介入の方法について探っていきたいと考えています。今回の受賞を糧に、実際の臨床現場に役立つ死別研究を目指して、さらに精進していきたいと思っております。

口演 優秀演題

「終末期がん患者の家族が大事にしたいと思うこと」の概念化： 一般集団・遺族 1975 名を対象とした全国調査の結果から

演者 東京大学大学院 医学系研究科 家族看護学 三條 真紀子

このたびの学会におきまして報告いたしました『「終末期がん患者の家族が大事にしたいと思うこと」の概念化：一般集団・遺族 1975 名を対象とした調査の結果から』が優秀演題賞に選ばれましたことは、本研究を継続していく上で大きな励みとなりました。ご指導、ご協力を賜りました先生方や関係者の皆様、また貴重な時間を割いて本研究にご協力をいただきました対象者の皆様に心より感謝申し上げます。

本研究は、「終末期がん患者のご家族が、患者との療養生活において大事にしたいと思うことはなにか」を概念化することを目的として実施しました。私がこのような研究テーマに取り組んだ主な理由は、ご家族に対して質の高いケアを提供するためには家族ケアの目標を明確化することが必要であり、そのためにはまずご家族自身がどのように患者さんと伴走したいのかを聞き取り、まとめてみる必要があると思ったからです。一連の研究では、まずご家族とご遺族 50 名を対象にインタビューを行いました。次に、面接調査の結果をもとに質問項目をたてて、本研究の対象者の皆様に質問紙調査を実施させていただきました。その結果、「患者がおだやかに過ごせる」「患者の介護を十分に」「誰かの負担にならない」などの 12 概念が抽出されました。この 12 個の概念は、基本的には欧米の QOL 研究で得られているものと似ていますが、欧米では、「患者の介護に満足すること」と表現されるものが、わが国では「介護を十分にすること」と表現されました。これは日本人の特徴を表すものではないかと考えられ、人によってはたとえ介護負担が高くても、十分に介護したと思えることが重要で、そのことをある程度医療者は心得ておかなければいけないことを示していると考えます。

今後は、ご家族が大事にしたいと思うことがかなえられているかどうか、またかなえられていない場合の要因はなにか、に関する実態調査を実施し、ケアの改善につなげていきたいと考えております。今後とも、ご指導ご鞭撻を賜りますよう、どうぞよろしくお願いいたします。

手術不能肺がん患者の「最も苦痛なこと」は 既存の尺度でアセスメントできるか？

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

Tishelman C, Lovgren M, Broberger E, Hamberg K, Sprangers MA. Are the most distressing concerns of patients with inoperable lung cancer adequately assessed? A mixed-methods analysis. *J Clin Oncol.* 2010;28(11): 1942-9.

【目的】

通常の患者立脚型アウトカム尺度（QOL 尺度など）は最初から決まった項目について、その程度を評価するのが一般的である。しかし、患者の苦痛にはそれらの項目に含まれていないものもあるかもしれない。本研究では手術不能肺がん患者の「最も苦痛なこと」を診断時から1年間に6つの時点で調査し、それらが3つのQOL尺度や症状評価スケールでアセスメントできるかを検討した。

【方法】

対象はスウェーデン・ストックホルムの2つの大学病院の343人の手術不能肺がん患者である。患者に「いま、最も苦痛なことは何ですか？」という質問を行った。質的分析の結果20のカテゴリーが抽出された。身体的苦痛が7カテゴリー、生活に関する苦痛が9カテゴリー、医療システムに関連する苦痛が1カテゴリーであった。

【結果】

患者から抽出された「最も苦痛なこと」は90%が身体的苦痛であった。6時点の中で一度は生活に関する苦痛を回答した患者は80%、医療システムに関連する苦痛を回答した患者は26%だった。身体的苦痛では倦怠感が最も多く、死亡前では疼痛が最も多かった。生活に関する苦痛では日常生活の制限と外見（outlook）が多く、死亡前では不眠が多かった。「最も苦痛なこと」は全体で55～59%が3つの尺度でアセスメントできた。身体的苦痛は69～77%アセスメントできたが、生活に関する苦痛は26～46%であり、医療システムに関する苦痛は0～7%しかアセスメントできなかった。

【結論】

手術不能肺がん患者は今回用いた3つのスケールではアセスメントできない「いま、最も苦痛なこと」を有することが明らかになった。研究の目的や対象に応じて、慎重に評価尺度を選択するべきであり、臨床場面においてはその不足を補うようなアセスメントを行うべきである。

【コメント】

がん医療におけるQOL尺度は症状およびそれによって引き起こされる生活上の困難をアセスメントすることに重点が置かれているものが多い。医療システムに関する苦痛には「治療や診療までの待ち時間」「通院に関すること」「診療

の継続性」「情報の不足」などが含まれている。このような要素は QOL (Quality of Life) というより QOC (Quality of Care) と言われているものに近い。終末期がん患者の苦痛をアセスメントするには症状だけでなく Quality of Care もアセスメントする必要があることが示された。Quality of Care の評価尺度は海外でも医療に対する満足度を測定する尺度などで散見されるが、一般的に用いられているものは殆どない。日本では患者立脚型の QOC を測定する尺度として「患者版 Care Evaluation Scale」が作成され、筆者らによって 2010 年の日本緩和医療学会で発表されたところである。本尺度はこの論文で指摘されたような医療システムに関する評価項目が含まれている。今後のがん患者の生活の質を評価するには、いわゆる QOL 尺度だけでなく医療システムに対する評価も行っていく必要があるだろう。

Journal Club

早期からの緩和ケアは QOL を改善するだけでなく、生存期間も延長する可能性がある (転移がある非小細胞肺癌患者を対象とした無作為化臨床試験)

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

宮下 光令

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ. N Engl J Med 2010; 363:733-742.

【目的】

転移を伴う非小細胞性肺癌の患者は多くの症状を抱えているだけでなく、終末期にも積極的治療を受けているかもしれない。本研究では診断時からの早期からの緩和ケアの導入が患者の QOL および終末期のケアを改善するかについて無作為化臨床試験において検証することを目的とした。

【方法】

転移を伴う非小細胞性肺癌と診断された患者を「標準的ケア+緩和ケア」と「標準的ケアのみ」にランダム割り付けした。「標準的ケア+緩和ケア」に割りつけられた対象はプロトコルで規定された基準に従う早期からの緩和ケアを受けた。評価指標は QOL と精神症状であり、ベースラインと 12 週後に QOL 尺度である FACT-L と抑うつ、不安の測定尺度 HADS を測定した。主要評価項目は 12 週後の QOL の変化とした。終末期のケアに関しては病院の電子記録からデータを抽出した。

【結果】

151 人が無作為割り付けの対象となった。27 人が 12 週までに死亡したが、残りのうち 86%である 107 人の QOL を 12 週後に評価することが可能であった。早期から緩和ケアを受けた群の患者のほうが有意に QOL が良好だった (FACT-L で

「標準的ケア+緩和ケア」群 98.0、「標準的ケア群」91.5、 $P=0.03$ ：以下の記述も同順）。早期から緩和ケアを受けた群の患者は抑うつ症状の割合が少なかった（16%、38%、 $P=0.01$ ）。早期から緩和ケアを受けた群の患者は終末期に積極的治療を受けている割合が少なかったにも関わらず（33%、54%）、生存期間の中央値は有意に長かった（11.6 か月、8.9 か月、 $P=0.02$ ）

【結論】

転移を有する非小細胞性肺がんの患者は早期から緩和ケアを導入することにより QOL と精神症状を改善し、終末期の積極的治療を抑制したにも関わらず、生存期間を延長した。

【コメント】

本研究は転移の診断時という早期からの緩和ケアの導入が QOL を向上することを無作為化臨床試験により証明することに成功した。それに加えて、終末期のケアの積極的治療の抑制と生存期間の延長の可能性を示した。生存期間の延長に関しては、早期からの看護師主導型の緩和ケア介入の無作為化比較試験である ENABLE II プロジェクト (Bakitas M, et al. JAMA. 2009; 302(7): 741-9) でも報告されており、さらに異なる介入によりエビデンスが追加されたことになる。ENABLE II プロジェクトも本研究も生存期間は主要評価項目ではなく事後的に分析されたものであるため、生存期間をエンドポイントにした追試が行われる必要がある。追試が成功すれば、これらの結果は緩和ケアだけでなく臨床腫瘍学の分野にとって画期的な成果となるであろう。緩和ケアの専門家より臨床腫瘍医にとってインパクトが強いかもれない。介入の内容は NEJM のサイトに掲載されているプロトコルに書かれているものの、実際の患者にどのようなことが実施されたかは明確ではない。臨床で活用されるためには、実際に行われた介入についての記述が重要である。一言に緩和ケアと言っても多様な介入方法が存在する。今後、臨床試験等を通して介入方法の最適化が行われること、生存期間の延長が得られるプロセスの解明されることが期待される。

Journal Club

四次救急医療を担う大学病院に入院した終末期患者に 提供されるケアの質評価

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 佐藤 一樹

Walling AM, Asch SM, Lorenz KA, Roth CP, Barry T, Kahn KL, et al. The quality of care provided to hospitalized patients at the end of life. Arch Intern Med. 2010; 170(12): 1057-63.

【背景】

米国の入院患者は積極的な医学治療を受けているが、救命できなかった場合には、患者は負担の大きい治療を継続しながら辛い症状に苦しみ病院で死亡することが多い。患者の治療方針と症状緩和治療の質の系統的評価が必要である。

【方法】

四次救急医療を担う大学病院 1 施設に 3 日以上入院して死亡した患者 496 名を対象に診療記録調査を行った。質の評価指標として、Assessing Care of Vulnerable Elders quality indicators (ACOVE QIs)から終末期ケアと鎮痛治療に関する 16 項目を測定した。ACOVE QIs は、診療記録に記載があることで医療の質が高いと評価する。「もし~ならば」という条件文に合致した適格患者に対して「~が診療記録に記載されている」という行為の有無を調べ、適格患者数と達成率を算出して用いる。

【結果】

対象患者の平均年齢は 62±18 歳、女性は 47%、入院時に終末期疾患であった患者は 56%、平均在院日数は 24±28 日、ICU 入室は 82%、平均 ICU 在室日数は 18±25 日、人工呼吸器の使用は 72%、死亡時の CPR 実施は 15%であった。ACOVE QIs の 16 項目全体の達成率は 70%で、項目別では 25~100%であった。治療方針の達成率では、患者に延命治療差し控えの意向がある場合のその意向の遵守(適格患者 N=416, 達成率 96%)は高かったが、ICU 入室時の患者のケアの意向の 48 時間以内の記載(N=369, 46%)、人工呼吸器使用時の治療方針と患者の意向の 48 時間以内の記載(N=313, 48%)、延命治療差し控えの指示がある場合の患者の意思決定への参加状況の記載(N=191, 40%)は相対的に低かった。疼痛治療の達成率では、中等度以上の疼痛の新規出現時の 4 日以内の治療の記載(N=150, 95%)や治療効果の記載(N=150, 81%)に比較して、オピオイド使用時の便秘対策(N=460, 61%)は相対的に低かった。呼吸困難の達成率では、昏睡状態でなく人工呼吸器を差し控えた場合の呼吸困難の有無の記載(N=83, 29%)は低かったが、その際のオピオイド・ベンゾジアゼピン・バルビツールのいずれかの使用(N=83, 99%)は高かった。

【結論】

診療記録調査に基づく評価により、病院で死を迎える患者に対する治療方針と症状緩和治療が不十分であることが明らかとなり、改善の必要性が示唆された。

【コメント】

ACOVE QIs は診療記録の後ろ向き調査で終末期ケアの質評価ができるため、調査員の人的リソースのみで実施可能である。治療方針や意思決定に関する項目が多いため、本論文のような救急医療での終末期ケアの質評価に特に有用であったと考えられる。ただし、ACOVE QIs の終末期ケアに関する項目の達成率が QOL などの患者・家族の真のアウトカムを反映するかは不明であり、QIs についてはさらなる検討が必要である。

Journal Club

Archetypal trajectories of social, psychological, and spiritual wellbeing and distress in family care givers of patients with lung cancer: secondary analysis of serial qualitative interviews

肺癌患者の家族介護者がたどる典型的な、社会的・心理的・霊的な well-being と苦痛の経過の典型について

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

Scott A Murray, Marilyn Kendall, Kirsty Boyd, Liz Grant, Gill Highet, Aziz Sheikh BMJ Published 10 June 2010

【目的】

診断から死亡までの間において、がん患者の家族介護者が、どのような社会的、心理的、霊的 well-being や苦痛を経験しているかについて、インタビュー調査を行い、経時的変化を分析する。

【方法】

19名の肺癌患者とその家族介護者に、患者の診断後から1年間もしくは患者死亡までの間、3か月毎に1回のインタビューし計88回（うち、42回が患者本人、46回が家族介護者）のインタビューを実施した。身体的、心理的、社会的、霊的な well-being/苦痛について定義をし、患者や家族介護者は、あらゆる場面において、多側面のニーズが存在し、そのニーズが急激に大きくなったり満たされないことで苦痛が生じるという考えのもとに、インタビューデータについて考察を行った。

【結果】

家族介護者の、社会的、心理的、霊的な well-being の経時的変化は、患者本人の苦痛の変化を反映していた。特に、家族介護者の心理的、霊的な苦痛は、患者本人の苦痛と同様に、診断時、治療後の帰宅時、再発時、終末期などのカギとなる出来事の時に強くなり、変動的で波のような軌跡をたどっていた。社会的な well-being は、患者の状態が悪化するにつれて、患者の介護のために家族自身の社会的 well-being が制限されるような軌跡をたどっていた。一方、家族介護者の身体的な well-being の低下は、患者を介護する家族の能力に打撃を与えるものであった。

【結論】

家族介護者は、患者とともに、病みの軌跡を分かち合っており、特に、心理的、霊的側面において、家族介護者の苦痛は、患者本人の苦痛をよく反映していた。家族介護者に対しても、終末期や死別後だけではなく、診断後早期からのサポートが必要である。

【コメント】

終末期、死別後の家族介護者へのサポートは、現在普及してきているが、今後は、診断後早期からの家族介護者へのサポートも充実していく必要がある。さらに、どのようなサポートを行うことが求められているのかについても解明していく必要がある。

診断後の患者、家族介護者ともに不安定な時期から定期的にインタビュー調査を実施した本研究は、非常に貴重なものである。このような貴重なデータを、様々な方向から分析・考察することにより、早期からの緩和ケアの提供が改善されていくと考えられる。

Journal Club

終末期ケアを提供する医師のスキルについて、 患者・家族・医療者の立場から評価する質問紙の作成

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 花田 芙蓉子

Ruth A. Engelberg, Lois Downey, Marjorie D. Wenrich, Jan D. Carline, Gerard A. Silvestri, Danae Dotolo, Elizabeth L. Nielsen, J. Randall Curtis: Measuring the Quality of End-of-Life Care, *Journal of Pain and Symptom Management* Volume 39, Issue 6, June 2010, Pages 951-971

【目的】

終末期ケアの改善が必要であるという報告はされてきているが、終末期ケアの改善におけるアウトカム評価として医師のスキルを評価する、有効で簡潔な質問紙はほとんど存在しない。また、終末期ケアの評価は患者や家族を中心に行うことが重要である。QEOLC(Quality of End-of-Life Care)questionnaire は、終末期ケアを提供する医師のスキルについて、患者・家族・医療者の視点から評価する新しい評価方法であり、医師のスキルとして、「患者中心のシステム・コミュニケーションスキル・症状スキル・情緒的スキル・患者中心の価値観」の5つの概念領域で構成された合計54項目の自記式質問紙である。本研究の目的の一つは、QEOLC 質問紙の妥当性を検討することである。

【方法】

終末期患者とその家族、看護師らに QEOLC 質問紙を郵送し、横断研究を行った。患者と看護師は医師によって抽出され、家族はそれぞれの患者から抽出された。医師には一般内科医や腫瘍医、心臓病専門医、呼吸器科医が含まれ、アメリカの南東部と太平洋岸北西部から抽出された。QEOLC の妥当性を検討するため、Palliative Care Knowledge Examination や ABIM questionnaire(患者・家族のケアに対する満足度)、Nurse-PAR(医師に対する看護師の評価)、MSAS-SF(患者の症状)による追加の質問紙調査も行った。

【結果】

85人の医師から、801人の患者と310人のその家族、885人の看護師が抽出された。患者のQEOLCスコアは、患者のケアに対する満足度(ABIM questionnaire)が高いときや、患者の症状の訴え(MSAS-SF)が少ないとき、医師のPalliative Care Knowledge Examinationスコアが高いとき、医師に対する看護師の評価(Nurse-PAR)が高いときに高値を示した。また、家族のQEOLCスコアは、家族のケアに対する満足度(ABIM questionnaire)が高いときに高値を示した。看護師の

QEOLC スコアは、看護師の医師に対する評価(Nurse-PAR)が高いときや、医師の Palliative Care Knowledge Examination スコアが高いとき、ケアに対する満足度(ABIM questionnaire)が高い患者や家族がいるときに高値を示した。また、因子分析により因子構成の妥当性も示された。

【結論】

今後、異なるサンプルで評価していくことは必要であるが、本研究の結果では QEOLC 質問紙は終末期ケアの妥当な評価方法であるといえる。さらにケアの質の評価において、患者・家族を中心とすることの有効性を示したことで、今後の評価方法の発展に役立つであろう。

【コメント】

QEOLC 質問紙は、終末期ケアを提供する医師のスキルに焦点をあて、そのケアを受けている患者や家族、さらにそのケアをともに提供している看護師の立場から、医師のスキルについて評価を行う質問紙である。このような質問紙は今までにない新しいものであり、本研究の結果から、医師のスキルの高さは患者や家族のケアに対する満足度などと相関しており、非常に有用な評価方法であるといえる。今後さらなる検証を行い、終末期ケアの質の評価方法の一つとして確立されることが期待される。

Journal Club

緩和ケアに関する医療者の態度・困難感を評価する尺度の信頼性と妥当性

独立行政法人国立がん研究センター 中澤 葉宇子

【論文】

Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T. The palliative care self-reported practices scale and the palliative care difficulties scale: reliability and validity of two scales evaluating self-reported practices and difficulties experienced in palliative care by health professionals. J Palliat Med. 2010 Apr;13(4):427-37.

【目的】

本研究の目的は、緩和ケアに対する医師や看護師の態度・困難感を評価するための尺度を作成し、信頼性と妥当性を検証することである。

【方法】

文献検索と専門家による議論をもとに態度尺度・困難感尺度について各 40 の予備項目を作成し、信頼性・妥当性を検証するための調査を実施した。調査は自記式質問紙法によって行い、2007 年 8 月に 2 施設の看護師 940 人、1 ヶ月後の再調査では同施設の看護師 204 人を対象とした。分析は、因子分析、Cronbach's α 係数、級内相関係数の算出を行った。

【結果】

本調査では797人（85%）、再調査は151人（74%）から回答を得た。分析の結果、態度尺度（PCPS）は「疼痛」「呼吸困難」「せん妄」「看取りのケア」「コミュニケーション」「患者・家族中心のケア」の6ドメインから構成される18項目、困難感尺度（PCDS）は「症状緩和」「専門家の支援」「医療者間のコミュニケーション」「患者・家族とのコミュニケーション」「地域連携」の5ドメインから構成される15項目が選定された。内的一貫性の指標であるCronbach's α 係数は、PCPDが各ドメイン0.80~0.91であり、PCDSが各ドメイン0.85~0.92であった。再現性の指標である級内相関係数は、PCPSが各ドメイン0.64~0.71であり、PCDSが各ドメイン0.61~0.63であった。

【結論】

計量心理学的方法を用いて、緩和ケアに対する医師や看護師の態度・困難感を評価する尺度を検討し、信頼性と妥当性が保証された尺度を開発した。PCPS・PCDSは緩和ケアに対する医師・看護師の実態調査や、教育プログラムの評価に有用である。

【コメント】

PCPSは18項目で構成され、各項目について「1. 行っていない~5. 常に行っている」の5段階評価で回答し、PCDSは「1. 思わない~5. 非常によく思う」の5段階評価で回答します。現状のアセスメントや改善点の同定、講習会の評価などに簡単に使用することが可能です。すでに第3次がん総合戦略研究事業「緩和ケアによる地域介入研究」による医師・看護師調査などにも用いられています。PCPS・PCDSの最新情報についてはホームページから入手可能です（<http://www.pctool.umin.jp>）。なお、本尺度の使用にあたり許諾を得る必要はありません。

Journal Club

在宅終末期がん患者における緩和的鎮静の安全性および有効性

東北大学大学院医学系研究科保健学専攻 がん看護分野・緩和ケア看護学分野

由井 洋子

Alonso-Babarro A, Varela-Cerdeira M, Torres-Vigil I, Rodriguez-Barrientos R, Bruera E At-home palliative sedation for end-of-life cancer patients Palliat Med.2010;24(5):486-92

【目的】

在宅で死亡したがん患者の緩和的鎮静使用率、使用した理由、緩和的鎮静を選ぶまでの意思決定過程、使用された薬剤量を明らかにする。

【方法】

在宅緩和的鎮静の意思決定と実践を支援するために開発されたチェックリストを患者に対してプロスペクティブに使用し、スペイン・マドリードの在宅緩和ケアチームによってフォローされた 370 名の患者の診療記録をレトロスペクティブにレビューした。

【結果】

在宅で亡くなった患者 245 名中 29 名 (12%) が緩和的鎮静を使用し、使用群の平均年齢は 58 ± 17 歳であり、不使用群の平均年齢 69 ± 15 歳よりも若かった ($p=0.002$)。その他人口統計学的因子に差は見られなかった。在宅緩和ケアチームがケアを導入してからの死亡までの期間は緩和的鎮静使用群 63.9 ± 59.95 日、不使用群 63.3 ± 88.1 日で有意差を認めなかった ($p=0.963$)。緩和的鎮静を使用した理由で最も多かったのはせん妄 (62%) と呼吸困難 (14%) であった。緩和的鎮静を使用した患者のうち、27 名 (93%) はミダゾラム (死亡時の平均投与量 74mg)、2 名 (7%) はレボメプロマジン (死亡時の平均投与量 125mg) を使用していた。緩和的鎮静の導入から死亡までの平均期間は 2.6 日 (範囲 1-10 日) であった。すべての患者が緩和的鎮静開始後 24 時間で、Ramsay Scale5 以上 (5. 傾眠しており、軽い刺激に緩慢に反応する) となり、症状コントロールが達成された。

緩和的鎮静の意思決定に患者・家族ともに関与したのは 13 例 (45%) であり、家族のみ関与したのは 13 例 (45%) であった。

【結論】

緩和的鎮静は難治性症状を有する在宅終末期がん患者の治療として安全かつ有用な手段である可能性がある。

【コメント】

この研究は単施設研究ではあるが、在宅緩和ケアチームによる在宅緩和的鎮静の安全性と有用性を明らかにした、初めての研究の一つである。この研究で使われたチェックリストは緩和的鎮静の意思決定及び治療支援ツールとして研究者や臨床家にとって役立つ可能性があるが、今後は多施設において使用し、更なる検証が必要であると考えられる。

Journal Club

入院患者のための新しい医療用麻薬管理システムの構築と評価

横浜市立大学附属市民総合医療センター 薬剤部 大柄根 いづみ

大柄根いづみ、斎藤真理、縄田修一、菊地正恵、浦崎多恵、岩崎有紀、庄司邦枝、橋本真也. 入院患者のための新しい医療用麻薬管理システムの構築と評価. Palliative Care Research Vol. 5(2010), No.1 pp.114-126

【目的】

入院患者のための麻薬自己管理システムを構築し、その有用性を検討した。

【方法】

院内医療スタッフへのアンケート結果をひまえ、多職種（医師、看護師、薬剤師）によるワーキンググループで麻薬自己管理の患者条件と方法を定めた。対象は、1.内服薬自己管理アセスメント適合、2.麻薬自己管理アセスメント適合、3.医師の同意あり、4.患者の希望あり、の4条件を満たした患者とした。2.は用法用量の理解、人目に付かない場所での保管・服薬時刻の記録・空包はスタッフ確認まで捨てない等への協力可否の判断とした。数量は、計数可能な内外用麻薬を定時3日分・レスキュー10回分までとした。床頭台引き出しの貴重品入れ等に保管し、1日1回以上患者同席でスタッフが数量確認を行った。また、自己管理を実施した患者および医療スタッフにアンケートを行った。

【結果】

2008年4月より12カ月間に内外用の麻薬施用の入院患者は100名おり、麻薬自己管理可能患者は26名、そのうち患者希望があり実施したのは20名であった。負担感からスタッフ管理を希望した患者もいた。スタッフ事前アンケートで心配事としてあがっていた紛失・盗難・誤服用は、自己管理期間中（平均15.0日間）に起こらなかった。5日以上自己管理を経験しアンケートに答えた患者の94%が、手元に薬があつて安心・困ったことはないと答えた。また、自己管理継続を全員が希望した。スタッフは75%が自己管理を継続すべきと答えた。

【考察】

当システムは病棟での安全で適切な麻薬自己管理実施に有用と示唆された。病棟での患者による麻薬自己管理は、自施設のスタッフの許容範囲や心配事に配慮したシステムを作れば、導入できると考えた。希望する患者は多くないかもしれないが、希望者には応需可能な環境を、また、在宅での麻薬使用をイメージしやすく患者教育の機会となる入院中から自己管理を体験できる環境を整えることは、患者主体の医療に必要と考える。

Journal Club**筋萎縮性側索硬化症のホスピスにおける終末期ケア**

救世軍清瀬病院 加藤 修一

加藤修一、小澤英輔、島田宗洋、黒川純、西田茂史、笠原嘉子、高橋敬子、芦谷知子、菅澤佳子、野村真悠子.筋萎縮性側索硬化症のホスピスにおける終末期ケア.Palliative Care Research Vol. 5 (2010), No. 2 pp.137-144

【背景と目的】

日本のホスピス緩和ケア病棟は悪性腫瘍と AIDS を対象疾患としているので、筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者の体系的なホスピスケアの報告はない。今回、ALS7人にホスピスで終末期ケアを行ったので検討する。

【結果】

ホスピス入院理由は、苦痛症状の緩和を希望し、かつ、家族の事情で在宅療養の継続が困難なことであった。平均在院日数は、114.6(9-402)日。患者の苦痛は、筋力低下による ADL 低下(100%)・疼痛(100%)・身の置き所のなさ(100%)・呼吸困難感(71%)・コミュニケーション障害(71%)・流涎(43%)・不眠(43%)・寂しさ(43%)・嚥下障害(28%)・歯の噛み込み(28%)・不安(28%)・自分が家族の負担になっているという思い(28%)・不条理感(28%)などであった。オピオイドが疼痛、身の置き所のなさ、呼吸困難感の緩和に有効であったが、頻回な体位変換・関節他動運動・マッサージが重要なケアであった。また、コミュニケーションエイドや生活用具の工夫によって、ALS の個々の人と家族の喜びを援助することが QOL 向上に重要であった。

【結論】

がんのみならず、ALS を担う人々と家族にもホスピスケアは有用である。

【コメント】

ALS の人々の終末期ケアでは、ADL の低下という障害をリハビリテーションの視点から家族と一緒に多職種でケアすることが基盤である。その上で、障害から生じる苦痛症状のうち、まず疼痛と身の置き所のなさをオピオイドなどの薬剤とリハビリテーション的看護介護ケアで緩和することが重要である。この二症状を緩和できると、呼吸困難感の緩和ケアを進めやすくなる。ただ現在は、在宅、病院、ホスピスなど、病状に応じた緩和ケアを受けつつ生活できる場を確保できないことが患者と家族の課題である。これらは、がんを有する人々の緩和ケアの状況と類似している。ホスピスケアが役立つならば、非がん性疾患の人々もホスピス緩和ケア病棟を活用できるように、対象疾患の再検討が望まれる。

Journal Club

がん患者の体脂肪量が使用済みフェンタニルマトリックス型パッチの 残存量に及ぼす影響

岩手医科大学 薬学部臨床薬剤学講座 千葉 健史

千葉健史、木村祐輔、高橋宏彰、平船寛彦、長澤佳昭、森薫、米澤裕司、菅原敦子、川口さち子、川村英伸、西塚哲、工藤賢三、藤原邦彦、池田健一郎、若林剛、高橋勝雄. がん患者の体脂肪量が使用済みフェンタニルマトリックス型パッチの残存量に及ぼす影響. Palliative Care Research Vol. 5 (2010), No. 2 pp.206-212

【目的】

本研究の目的は、がん患者の体脂肪量が使用済みフェンタニルマトリックス型パッチ（以下、MT パッチ）の残存量に影響を及ぼすかどうかを検討し、体脂肪量がフェンタニル皮膚移行量に及ぼす影響について考察することである。

【方法】

対象患者は、MT パッチを初めて使用するがん疼痛を有する患者とした。MT パッチの貼付部位は上腕部あるいは胸部とし、初回貼付分を使用後に回収した。その後、MT パッチ中のフェンタニル残存量を測定し、その測定値からフェンタニル皮膚移行率を算出した。また、体脂肪量の評価の指標を、上腕三頭筋下皮下脂肪厚 (TSF) および体脂肪率 (BFR) とし、これら 2 つの値と算出フェンタニル皮膚移行率との相関性について評価した。

【結果・考察】

TSF および BFR は、フェンタニル皮膚移行率と有意な正の相関をそれぞれ示した (n=13-15)。この結果から、体脂肪量の低い患者ほどフェンタニル皮膚移行率が低下している可能性があることが示唆された。また、がん患者における体脂肪量の低下は、栄養障害とも密接に関連していることから、栄養状態や体脂肪量が低下しているがん患者に MT パッチが投与されている場合には、疼痛強度をより注意深くモニターし、投与量の調節を行う必要があることが考えられた。

【コメント】

本研究は、がん患者の体脂肪量のみを視点においており、フェンタニルの皮膚移行性についても使用済み MT パッチの残存量から予測するにとどまっている。がん患者における体脂肪量の低下は栄養障害とも密接に関連しており、さらに、栄養障害は皮膚乾燥をまねく等、皮膚の状態にも影響も及ぼす。今後、脂肪量の変化を含めた栄養および皮膚状態に関する詳細な評価を行うとともに、これら変化がフェンタニル血中濃度に与える影響について検討する必要がある。

Journal Club

くも膜下フェノールブロックと仙骨部神経根高周波熱凝固術が 著効した旧肛門部痛の 1 例

大阪市立大学医学部附属病院 麻酔科・ペインクリニック科 舟尾 友晴

舟尾友晴、長谷一郎、小谷百合子、清水雅子、中村武人、高橋陵太、宮田妙子、浅田章. くも膜下フェノールブロックと仙骨部神経根高周波熱凝固術が著効した旧肛門部痛の 1 例. Palliative Care Research Vol. 5 (2010), No. 2 pp.314-316

【緒言】

直腸がんなどの骨盤周辺のがん患者の増加と治療法の進歩により、人工肛門造設術や尿路変更術を受ける患者も増加している。これらの症例において骨盤内再発により旧肛門部や会陰部の難治性疼痛に苦しむ例は少なくない。このような悪性腫瘍由来の疼痛治療として、フェノールグリセリンによるくも膜下サドルブロックは、比較的安全に長期間の鎮痛効果が得られる。しかし第 3 仙髄神経より高位の神経が関与する疼痛については、その効果は一定しない。そこでくも膜下フェノールブロックに仙骨部神経根高周波熱凝固術を併用することで、非常に良好な鎮痛を得た直腸がん術後の旧肛門部痛の 1 例を経験したので報告する。

【症例】

61 歳、男性。直腸がん再発の旧肛門部の疼痛に対し、オピオイドなどの鎮痛薬が投与されていたが、疼痛コントロールが困難な状態であった。これに対しても膜下フェノールブロックを施行することでオピオイドを中止できる程度に疼痛は軽減した。しかし数週間後、第 3 仙髄神経の支配領域である旧肛門深部の疼痛が増悪してきたため、仙骨部神経根高周波熱凝固術を施行したところ疼痛の消失が得られた。

【考察】

フェノールグリセリンによる膜下サドルブロックは本来、第 4、5 仙髄神経と尾骨神経のブロックであり、0.2～0.3ml のフェノールグリセリンを注入することで下肢の運動障害を起さず、表在性の旧肛門部痛を軽減させることが可能である。しかし、より上位の仙髄神経が関与する旧肛門深部の疼痛に対しては、フェノールグリセリン注入量を増量しても効果は一定せず、下肢運動障害の危険性も増す。第 3 仙髄神経より高位の神経が関与すると考えられる疼痛には、疼痛の再現性を確認できる仙骨部神経根高周波熱凝固術を検討すべきである。

【結論】

直腸がん術後の骨盤内再発における旧肛門部の疼痛はくも膜下フェノールブロックのみでは疼痛管理に難渋することがあるが、仙骨部神経根高周波熱凝固術を併用することで疼痛緩和を得られる可能性がある。

【コメント】

本症例は坐位がとれない生活を約 1 年過ごしており、もう少し早い時期での神経ブロックが QOL の改善に繋がったのではないと思われる。このことから悪性腫瘍を取り扱う診療科の医師に、このような神経ブロックの存在を認識してもらう必要性を感じた症例であった。

Journal Club

オピオイド抵抗性の前立腺がん骨転移痛にケタミンが著効し
長期在宅療養可能となった 1 例

松原アーバンクリニック 大津 秀一

大津秀一. オピオイド抵抗性の前立腺がん骨転移痛にケタミンが著効し長期在宅療養可能となった 1 例. Palliative Care Research Vol.5 (2010), No.2 pp.317-322

ケタミンを在宅で長期間にわたって使用して、前立腺がんの難治性骨転移痛を緩和している症例について報告する。

症例は 50 歳代、男性。前立腺がん、骨盤骨転移。骨盤部・両股部・両大腿の安静時鈍痛(numeric rating scale<以下 NRS>3)及び体動時の激しい骨盤部・腰背部痛(NRS10)を認めた。前医で硬膜外カテーテルからの塩酸モルヒネ 80mg/day の

投与、2度の放射線療法、ロキソプロフェン・デキサメタゾン・クロナゼパムの内服、ゾレドロネートの点滴静注などの集学的治療を受けていたが、特に体動時痛が顕著だった。

疼痛緩和及び在宅移行目的で当院へ紹介転院となった。ガバペンチンを開始し安静時痛の改善を認めるも体動時痛の緩和は不十分であった。患者・家族と相談し、適応外使用であることや副作用について十分説明したうえで、ケタミンを60mg/dayの持続皮下注射で開始した。5日間でケタミンを180mg/dayまで漸次増量したところ、体動時痛が改善し、硬膜外からのモルヒネを25.6mg/day(在宅移行後は19.2mg/day)まで減量できた。ケタミン投与による副作用は認めなかった。疼痛が改善したため在宅移行が可能となり、約200日以上長期在宅療養している。経過中ケタミンの皮下投与部の発赤を認めたが、薬液にバタメタゾンを混注して対応した。定期往診は週2回行い、硬膜外カテーテルからの薬液(塩酸モルヒネ等)は週2回、皮下からの薬液(ケタミン等)は週1回の頻度で医師が薬液バッグを交換している。古い薬液バッグ内の麻薬注射剤の残液廃棄については他の職員1名の立会いのもと放流して破棄している。

ケタミンは2007年1月より麻薬指定となり、以前と比較して使用する際の煩雑さが増したものの、難治性のオピオイド抵抗性疼痛をもち、集学的治療でも改善が乏しい患者にとって、重要な役割を担っていると考えられる。ケタミンの持続皮下注射は、本症例のように在宅でも施行可能であることから、在宅加療を見据えた難治性疼痛治療の選択肢の1つとして考慮されてよい治療と考えられた。

Journal Club

自閉症の膵臓がん患者に対する臨床心理士の介入

八尾市立病院 がん相談支援センター 長井 直子

長井直子、橋本和彦、井澤初美、山田智子、本多紀子、内藤敦、井谷裕香、佐々木洋. 自閉症の膵臓がん患者に対する臨床心理士の介入. Palliative Care Research Vol. 5 (2010), No. 2 pp.323-326

【緒言】

自閉症とは、アメリカ精神医学の診断分類であるDSM-IV-TRに示されているように、3歳以前に始まる対人的相互反応における質的な障害、コミュニケーションの質的な障害、行動、興味および活動の限定された反復的で常同的な様式を特徴とした障害である。

医療現場においては、自閉症をはじめとした様々な精神障害に対する理解が十分であるとは言えない。今回、自閉症と診断されている膵臓がん患者に対する臨床心理士介入が有用であった症例を経験したため報告する。

【症例】

患者：40歳代 女性

家族構成：父、母、患者の3人暮らしで家族関係は良好であった。

病歴：他院より紹介入院となり、当院にて腓頭十二指腸切除術を施行した。術後経過良好にて一旦退院したが、食事摂取不良にて再入院となった。精査の結果、膵臓がんの再発およびがん性腹膜炎と診断し、以後緩和ケアを行った。自閉症の診断は、3歳前後に受けていた。

経過：当初、基礎疾患に自閉症を有することで医療者と患者、家族間の相互理解の困難さが予想されたため、臨床心理士が介入した。介入後、障害が周術期にどのような影響を与えるか検討したところ、医療者側に徐々に自閉症に対する認識が深まり、患者の個別性に配慮したケアを行うことができた。

患者、家族に対しては、臨床心理士が個別面接を繰り返し、家族以外の理解者となるよう受容、共感的に支える関わりを継続したことで、患者、家族の不安が軽減した。

【結語】

臨床心理士の介入が、患者、家族の精神的安定およびスタッフ教育に一定の効果をもたらした。また多職種が連携することで精神面にも配慮したよりよいチーム医療の実践が可能であることが明らかとなった。

Journal Club

麻薬小売業者間譲渡許可免許に関する調査研究

日本医科大学付属病院 薬剤部 伊勢 雄也

伊勢雄也、森田達也、前堀直美、轡基治、塩川満、木澤義之. 麻薬小売業者間譲渡許可免許に関する調査研究. Palliative Care Research Vol.5 (2010), No.2 pp.213-218

【目的】

現在、麻薬及び向精神薬取締法施行規則が改正され、麻薬小売業者間での医療用麻薬（麻薬）の譲渡／譲受が可能となったが、その制度の普及や問題点については明らかにされていない。本研究の目的は、この制度の普及と、運用上の障害を明らかにすることである。

【方法】

全国 3,000 施設の薬局の薬剤師に対して自記式質問紙による郵送調査を行った。その薬局が麻薬小売業者間譲渡許可を取得しているか否かに関わらず、麻薬小売業者間譲渡許可免許に関する取得のしやすさ、ならびに麻薬小売業者間譲渡許可免許を取得しても麻薬が取扱いやすくない理由について調査を行った。

【結果】

1,036 施設より回答を得た（回収率 34.5%）。麻薬小売業者間譲渡許可免許を取得することにより麻薬が取扱いやすくなる、またはなつたと回答した施設は全体の 20.2%であった。取扱いやすくない、またはならなかった理由として、「麻薬の譲渡／譲受申請の地方厚生（支）局長への申請手続きが煩雑」、「譲渡／譲受後の書類の作成／保管が煩雑」といった手続きの煩雑さに関する問題のほか、「同一患者に対し新規処方分のみしか麻薬の譲渡／譲受ができない」、「備蓄薬局など大規模薬局からの譲渡／譲受ができない」といった問題点が挙げられた。

【結論】

現在の麻薬小売業者間譲渡許可の制度では麻薬が扱いやすくない可能性が考えられ、他の医薬品と同じように「医薬品販売業者（卸業者）への返品を可能にする」、または「麻薬小売業者間譲渡許可を得た備蓄薬局からの継続的な譲渡を可能にする」ことが必要であることが示唆された。

【コメント】

在宅緩和医療の推進が叫ばれている現在、麻薬を保険薬局にて扱いやすくすることはがん患者の疼痛管理を行なう上で非常に重要であるが、現在の麻薬小売業者間譲渡許可の制度では不十分である可能性が考えられた。今後はこのような情報を国へフィードバックし、今以上に麻薬が流通しやすくなるための法改正の必要性について働きかけを行っていかねばならないと考える。

Journal Club

神経障害性疼痛に対しガバペンチン投与後に発症した、 終末期がん患者におけるミオクローヌスの2例

新潟県立加茂病院 本間 英之

Hideyuki Honma, Satoshi Chihara, Rie Yamada. Two cases of myoclonus following administration of gabapentin for neuropathic pain in the end stage of malignancy. Palliat Care Res 2010; 5(1): 308-13.

【緒言】

抗てんかん剤であるガバペンチンは神経障害性疼痛に対し、有用性が報告されており広く投与が行われている。当科では終末期がん患者の神経障害性疼痛に対してガバペンチンを投与後、ミオクローヌスを認め、中止後すみやかに改善した2症例を経験したので報告する。

【症例】

【患者1】70歳代、女性。診断：子宮肉腫、腰椎浸潤。

左下肢に認められた神経障害性疼痛に対しガバペンチン 200mg/日を投与。4 カ月後、症状の増悪に伴い増量し 400mg/日投与としたところ、増量 3 日後より左上肢にミオクローヌスの出現を認めた。ガバペンチン投与を中止し、2 日後に回復した。

【患者 2】 80 歳代、男性。診断:左腎細胞がん、大動脈周囲リンパ節転移。下肢の神経障害性疼痛に対しガバペンチン 200mg/日を投与。開始翌日より体幹・四肢に渡る広範囲のミオクローヌスを認めた。中止翌日にほぼ改善した。

【考察】

ミオクローヌスはガバペンチンのまれな副作用ではあるが、終末期がん患者では、低用量でも発症する可能性が示唆された。また、ミオクローヌスの発症にガバペンチンが寄与する程度は多様と推測されるが、症状改善にはガバペンチンの投与中止が重要であり、中止後は早期の改善が期待できる。

【コメント】

ガバペンチンは薬物相互作用が少なく、副作用の少ない優れた薬剤である。当科でも神経障害性疼痛に対して広く使用しており、良好な効果を認めている。しかし抗てんかん薬であるガバペンチンの使用でミオクローヌスを認める場合があることは以前より報告されており、報告した終末期がん患者の 2 症例では、投与量が比較的少量であったにも関わらず発症した。発症機序に関しては未だ不明な点が多いが、投与の中止が速やかな改善に有効なようだ。

学会印象記

第 15 回日本緩和医療学会学術大会

財団法人薬師山病院 副院長 馬場 祐康

2010 年 6 月 18～19 日、第 15 回日本緩和医療学会学術大会が志真泰夫大会長（筑波メディカルセンター病院緩和医療科）の下、「いつでもどこでも質の高い緩和ケアを」をテーマに東京国際フォーラムで開催されました。参加者は、事前登録 3,978 名、当日 2,862 名の計 6,840 余名とお聞きしました。参加の皆さんも感じておられると思いますが、私はこの学術大会への関心の高さと期待が年々大きく膨らんでいくことを実感しました。志真大会長による基調講演「緩和医療学の 15 年」は、これまでの振り返りと「全人的ケア」、「サイエンス」をキーワードに今後の展開を期待する内容で、先生の熱い思いが伝わってきました。特別講演、「がん疼痛の薬物療法」と「苦痛緩和のための鎮静」に関するガイドライン改訂に合わせたシンポジウム等盛りだくさんの企画があり、どこの会場に行くか悩ましさもありました。また今大会は演題数の豊富なことも特徴で 828 題が採択されています（採択率 81%）。2007 年からの J-HOPE（遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究）、2008 年からの OPTIM（緩和ケア普及のための地域プロジェクト）研究の成果が数多く発表され、日本発の知見として意義のあるものと思われました。日常診療の視点からも多くの発表があり、中でも渡邊紘章氏の「終末期がん患者におけるビタミン B1 欠乏に関する検討」は、可逆的なせん妄の原因の

一つにビタミン B1 を指摘されていました。今学術大会も各会場での職種、科を超えた会員相互の知識向上と交流により、私に大きなエネルギーを与えてくれました。さらに懇親会では、優秀演題の表彰式、専門医第 1 期生の方々のご紹介があり、会員の大きな目標として輝いておられました。この後、大会長からの心暖まるおもてなしも受け大いに盛り上がりました。大会長をはじめ、本学術大会を成功裡に導かれました関係の皆様にご感謝を申し上げます。

学会印象記

第 15 回日本緩和医療学会学術大会に参加して

国立病院機構大阪南医療センター 外科・緩和ケア推進室 濱 卓至

2010 年 6 月 18 日と 19 日の両日に「第 15 回日本緩和医療学会学術大会」が志真泰夫大会長（筑波メディカルセンター病院緩和医療科）のもと、東京国際フォーラムで開催されました。本大会は、日本緩和医療学会創立 15 周年にあたる節目の大会でもあり、参加者は 6700 名を超えたそうです。前日には第 9 回教育セミナーも開催され、私も参加する機会を得ましたのでご報告します。本大会は、「いつでもどこでも質の高い緩和ケアを」をテーマに掲げ、緩和医療に携わる専門職が、それぞれ個人として、チームとして何ができるか、を考えるための様々な機会が設けられていました。シンポジウム、パネルディスカッションを始めとし、各職種別のフォーラムが開催され、活発な討議が行われていました。私が輸液について発表させて頂いたパネルディスカッション 3 もそうでしたが、各会場ともに大盛況で、中継会場まで満席状態だったそうです。モーニングセミナーも同様に立ち見は当然として、フロアに直接座って聴講されているのには少々驚きました。参加者の方々の熱意がとても感じられた大会でした。

ところで皆さん、地下展示ホールで PEACE プロジェクトの広報ブースが出展されていたのをご存じでしょうか？『緩和医療塾』と銘打って、PEACE プロジェクトの紹介や緩和医療の現状・普及の仕組みなどについて、PEACE ファシリテーターが常駐し、皆様のご質問・ご相談にお答えしていました。幅広い職種の方々に足をとめて頂き、期間中のブース来場者数は約 500 名、アンケートも約 200 名の方にお答え頂きました。PEACE ファシリテーターの説明をとても熱心に聞かれ、プロジェクトの発展に向けて大きな成果が得られたのではないのでしょうか……

最後になりましたが、本大会を開催するにあたり、ご尽力頂きました大会長の志真先生はじめ大会組織委員の先生方・事務局の方々に深く感謝申し上げます。

学会印象記

第 15 回日本緩和医療学会学術大会参加報告

慶應義塾大学病院 療養支援室看護師 木村 理恵子

2010年6月、東京での開催でしたので午前中緩和ケアチーム活動後、シンポジウム1「がん性疼痛治療を見直してみよう―新しい「がん疼痛ガイドライン」をめぐる―」に駆け込みました。

シンポジウムでは、演者のがん疼痛緩和についてのエビデンスに基づいた知識と実践知、それらを組み合わせたプレゼンテーションに感心しました。特に疼痛緩和を早く達成するためには患者さんがレスキューを使うかどうかのポイントであること、そのために電話を活用したレスキュー使用の促しや調剤薬局との連携による副作用対策の徹底、オピオイド使用のバリア（近親者のオピオイド使用体験の影響やオピオイドを使いたくない患者の気持ち）への配慮が重要であることなどを理解しました。患者への説明では、レスキューを「1時間空ければ何回でも使ってもいいですよ」よりも「一日6回までは使ってもいいですよ」と使える回数として伝えたほうが患者さんはそこまで使ってもいいんだと安心して使えること、一日のレスキュー回数は必ずしもベース量増量の目安にはならないこと、入院患者では、レスキューを飲もうと思うまでの時間と手元にレスキューが届くまでの時間の両方を短くすることが大事であること、その他、副作用対策のポイントなど、日頃そうかもしれないなと思っていたことをすっきりと説明していただきました。

パネルディスカッション2「在宅緩和ケアの基本と実際」では、医師に対する緩和ケア講習会で配布される「緩和ケアハンドブック」が、現場で共通の緩和ケアのツールとして役立っていることが紹介され、講習会を手伝っている緩和ケアチームメンバーとしてもうれしい気持ちで聞きました。病院の医療者が患者を病気の人としてだけでなく、生活している人とイメージできるように、在宅側からの工夫として、退院前カンファレンスの実施や退院後の様子を在宅側から病院に伝えるなどが挙げられました。また、主たる介護者がいない、経済的困難、高齢者のみの世帯など通常は在宅療養が無理と考えがちな事例でも、どうすれば出来るかを問いかけ、時間をかけること、出来ることを共に考えることで道が開けることもあると教わりました。

最後に学会には参加するたびに本当に学びがあります。皆さんもどうぞ毎回参加して楽しんでください。

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7月～2010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。今期も緩和治療に関する複数の無作為化比較試験などが腫瘍学誌に掲載されています

米国がんセンターでの緩和ケアチームの実態

Hui D, Elsayem A, Cruz MDL, et al. Availability and integration of palliative care at US cancer centers. JAMA. 2010;303(11): 1054-61.

頭頸部がんに対する鍼灸治療

Pfister DG, Cassileth BR, Deng GE, et al. Acupuncture for pain and dysfunction after neck dissection: results of a randomized controlled trial. J Clin Oncol. 2010;28(15): 2565-2570.

外来がん患者の倦怠感

Escalante CP, Kallen MA, Valdres RU, Morrow PK, Manzullo EF. Outcomes of a cancer-related fatigue clinic in a comprehensive cancer center. J Pain Symptom Manage. 2010;39(4): 691-701.

学会のポジションペーパー

Bruera E, Billings JA, Lupu D, et al. AAHPM position paper: requirements for the successful development of academic palliative care programs. J Pain Symptom Manage. 2010;39(4): 743-755.

化学療法・放射線の嘔気嘔吐の系統的レビュー

Davis MP, Hallerberg G, et al. A systematic review of the treatment of nausea and/or vomiting in cancer unrelated to chemotherapy or radiation. J Pain Symptom Manage. 2010;39(4): 756-767.

疼痛に対する抗精神病薬

Seidel S, Aigner M, Ossege M, et al. Antipsychotics for acute and chronic pain in adults. J Pain Symptom Manage. 2010;39(4): 768-778.

倦怠感に対する理学療法

Donnelly CM, Lowe-Strong A, Rankin JP, Campbell A, Gracey JMAH. Physiotherapy management of cancer-related fatigue: a survey of UK current practice. Support Care Cancer. 2010;18(6):817-825.

呼吸困難に対するモルヒネとドルミカムの比較試験

Navigante AH, Castro MA, Cerchietti LC. Morphine versus midazolam as upfront therapy to control dyspnea perception in cancer patients while its underlying cause is sought or treated. J Pain Symptom Manage. 2010;39(5):820-830.

扇風機の呼吸困難に対する効果

Galbraith S, Fagan P, Perkins P, Lynch A, Booth S. Does the use of a handheld fan improve chronic dyspnea? A randomized, controlled, crossover trial. J Pain Symptom Manage. 2010;39(5):831-838.

鎮静についての学会のポジションペーパー

Kirk TW, Mahon MM. National hospice and palliative care organization (NHPCO) position statement and commentary on the use of palliative sedation in imminently dying terminally ill patients. *J Pain Symptom Manage.* 2010;39(5):914-923.

希望する療養場所を聞くスキルの系統的レビュー

Murray MA, Stacey D, Wilson KG, O' Connor AM. Skills training to support patients considering place of end-of-life care: a randomized control trial. *J Palliat Care.* 2010;26(2):112-121.

ホットフラッシュ

Barton DL, La Vasseur BI, Sloan JA, et al. Phase III, placebo-controlled trial of three doses of citalopram for the treatment of hot flashes: NCCTG trial N05C9. *J Clin Oncol.* 2010;28(20):3278-3283.

イタリアにおける終末期医療の全国調査

Beccaro M, Caraceni A, costantini M, on behalf of the ISDOC Study Group. End-of-life care in italian hospitals: quality of and satisfaction with care from the caregivers' point of view-results from the italian survey of the dying of cancer. *J Pain Symptom Manage.* 2010;39(6):1003-1015.

臭気対策の系統的レビュー

da Costa Santos CM, de Mattos Pimenta CA, Nobre MRC. A systematic review of topical treatments to control the odor of malignant fungating wounds. *J Pain Symptom Manage.* 2010;39(6):1065-1076.

症状測定の標準化についての委員会の中間報告

Cleeland CS, Sloan JA, for the ASCPRO Organizing Group. Assessing the symptoms of cancer using patient-reported outcomes (ASCPRO): searching for standards. *J Pain Symptom Manage.* 2010;39(6):1077-1085.

症状測定の標準化についての委員会の中間報告（倦怠感）

Barsevick AM, Cleeland CS, Manning DC, et al. ASCPRO recommendations for the assessment of fatigue as an outcome in clinical trials. *J Pain Symptom Manage.* 2010;39(6):1086-1099.

腎不全終末期患者に対する鍼灸

Kim KH, Lee MS, Kang KW, Choi SM. Role of acupressure in symptom management in patients with end-stage renal disease: a systematic review. *J Palliat Med.* 2010;13(7):885-892.

疼痛についての患者教育

Lovell MR, Forder PM, Stockler MR, et al. A randomized controlled trial of a standardized educational intervention for patients with cancer pain. *J Pain Symptom Manage.* 2010;40(1):49-59.

かゆみに対する鍼灸

Kim KH, Lee MS, Choi SM, Ernst E. Acupuncture for treating uremic pruritus in patients with end-stage renal disease: A systematic review. *J Pain Symptom Manage.* 2010;40(1):117-125.

緩和ケアの研究に参加することを患者はどう考えているか・系統的レビュー

White C, Hardy J. What do palliative care patients and their relatives think about research in palliative care? - a systematic review. *Support Care Cancer.* 2010;18(8):905-911.

食欲不振に対するジプレキサとヒスロンの比較試験

Navari RM, Brenner MC. Treatment of cancer-related anorexia with olanzapine and megestrol acetate: a randomized trial. *Support Care Cancer.* 2010;18(8):951-956.

口腔合併症のガイドライン

Brennan MT, Spijkervet FKL, Elting LS. Systematic reviews and guidelines for oral complications of cancer therapies: current challenges and future opportunities. *Support Care Cancer.* 2010;18(8):977-978.

下顎骨壊死の系統的レビュー

Migliorati CA, Woo SB, Hewson I, et al. A systematic review of bisphosphonate osteonecrosis (BON) in cancer. *Support Care Cancer.* 2010;18(8):1099-1106.

インターネットの役割の系統的レビュー

Kinnane NA, Milne DJ. The role of the internet in supporting and informing carers of people with cancer: a literature review. *Support Care Cancer.* 2010;18(9):1123-1136.

From Japan

感染症の治療

Nakagawa S, Toya Y, Okamoto Y, et al. Can anti-infective drugs improve the infection-related symptoms of patients with cancer during the terminal stages of their lives? *J Palliat Med.* 2010;13(5): 535-540.

患者と医師の終末期についての相談の系統的レビュー

Fine E, Reid MC, Shengelia R, Adelman RD. Directly observed patient-physician discussions in palliative and end-of-life care: a systematic review of the literature. *J Palliat Med.* 2010;13(5): 595-603.

経皮フェンタニルの初回投与

Hoya Y, Okamoto T, Yanaga K. Evaluation of analgesic effect and safety of fentanyl transdermal patch for cancer pain as the first line. *Support Care Cancer.* 2010;18(6): 761-764.

ITを使った在宅患者の症状モニタリング

Hachizuka M, Yoshiuchi K, Yamamoto Y, et al. Development of a personal digital assistant (PDA) system to collect symptom information from home hospice patients. *J Palliat Med.* 2010;13(6):647-651.

日本の保険薬局のサーベイランス

Ise Y, Morita T, Maehori N, et al. Role of the community pharmacy in palliative care: a nationwide survey in Japan. *J Palliat Med.* 2010;13(6):733-737.

ライフレビューインタビューのスピリチュアルペインへの効果

Ando M, Morita T, Akechi T, Okamoto T. Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2010;39(6):993-1002.

誤診されているせん妄

Wada T, Wada M, Wada M, Onishi H. Characteristics, interventions, and outcomes of misdiagnosed delirium in cancer patients. *Palliat Support Care.* 2010;8(2):125-131.

胃食道逆流症状に対するPPI

Uwagawa T, Misawa T, Iida T, et al. Proton-pump inhibitor as palliative care for chemotherapy-induced gastroesophageal reflux disease in pancreatic cancer patients. *J Palliat Med.* 2010;13(7):815-818.

オピオイドの消費量に関連する要因

Sugiura M, Miyashita M, Sato K, et al. Analysis of factors related to the use of opioid analgesics in regional cancer centers in Japan. *J Palliat Med.* 2010;13(7):841-846.

緩和ケア病棟に転科する前後での治療とケアの違い

Igarashi A, Morita T, Miyashita M, Kiyohara E, Inoue S. Changes in medical and nursing care after admission to palliative care units: a potential method for improving regional palliative care. *Support Care Cancer.* 2010;18(9):1107-1113.

末梢挿入型C Vの緩和ケア病棟での利用

Yamada R, Morita T, Yashiro E, et al. Patient-reported usefulness of peripherally inserted central venous catheters in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2010;40(1):60-66.

化学療法を受ける小児への支持治療

Wada M, Nagata S, Saito M, et al. Erratum to: Effects of the enteral administration of Bifidobacterium breve on patients undergoing chemotherapy for pediatric malignancies. *Support Care Cancer.* 2010;18(9):1235-1236.