



Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会

ニューズレター

May 2011

51



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

今こそ、いのちのケアを

昭和大学医学部 医学教育推進室 高宮 有介

巻頭言の依頼を受け、執筆中に東日本大震災が起こりました。皆様もご存じのように、地震だけでなく、津波、原発と相次ぎ、亡くなられた方々、行方不明の方々の数も日を追って増加し、戦後最大の災害となりました。言葉もなく、心を痛める毎日です。震災で亡くなられた方々のご冥福をお祈りするとともに、一日も早い復興を願っています。

日々の報道の中で次のような言葉が飛び込んできます。「なぜ、何も悪いことをしていないのに。」「なぜ、家族が死んでしまったのか。」「なぜ、助けられなかったのか。」「なぜ、私だけ生き残ったのか、申し訳ない。」等々。

元々、巻頭言で伝えなかったメッセージは、二つ。“スピリチュアルケア”と“死から生といのちを考えること”でした。身体的な痛みを緩和する知識、技術も大切ですが、緩和ケアの本質には、この二つがあると思います。どちらも、明確に示すことのできないテーマですが、緩和ケアでは根源的な部分です。震災を通して、こう感じました。がん患者さんのみならず、震災で大きな心の傷を受けた方々の痛みでもあると。

被災された方々は、身体的、心理社会的な痛みとともに、前述の言葉の如く人生への不条理や罪責感を感じつつ、「生きている意味や役割は何か」といったスピリチュアルペインが魂から湧いてくることでしょう。緩和ケアに携わってきた私達が、援助できる機会でもあります。安易に励まさず、相手の訴えを傾聴する。この姿勢を多くの医療者、市民にも伝えていく必要があります。

また、緩和ケアに携わる医療者は、患者さんの死に向き合う中で、患者さんから、“死は全ての人に訪れること”、そして、“死までの時間を誰とどのように過ごしていくかが大切”という真理を教えられます。今回の震災で、「物や家は無くなったが、いのちがあってよかった。」「死って、すぐそこにあるのだ。誰が先かはわからない。」と言ったフレーズを耳にします。死を遠ざけていた日本人が、死を通して、生やいのちの大切さを考える切っ掛けかもしれません。

英国ホスピスの研修時にまず伝えられたこと。“Not doing, But being”何かをすることではなく、そばにいること。もちろん、震災では、救援物資や食糧を送るdoingが最優先です。それと同時に、傍らにいないこと、ひとりじゃないというbeingを伝えることも重要です。メールやツイッターを通して、日本中からの応援が被災した方々に届けられています。ただ、見捨てない、見放さないという形だけでなく、被災した方々自身がそれを実感できるように行動していく時です。まさにいのちをケアすることだと思えます。

最近の日本では自殺者の急増や孤独死、無縁社会などが多く報道されてきました。一方、この災害は心を引き裂くような事象ではありますが、日本に元々あった「絆」も叫ばれ始めています。この場でYouTubeの動画を紹介するのは不適切かもしれませんが、私自身も勇気付けられた動画でしたので掲載をお許し頂ければ幸いです。男性が最後に語る「また、復興しましょう」には力をもらいました。「Pray for Japan 地震で生まれた 心に残るつづやき」

<http://www.youtube.com/watch?v=ycRxtWHX0FA>。そして、世界の人達も日本への祈りを届けてくれています。

(We Are The World, Pray for Japan <http://www.youtube.com/user/311prayforjapan>)

今こそ、医療者として、ひとりの人として、いのちのケアを発信し、つなげていく時だと確信しています。

Journal Club

看護師による正確な疼痛評価を行うための関連要因のコホート研究

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

Nursing Staff, Patient, and Environmental Factors Associated with Accurate Pain Assessment. Lisa R. Shugarman, Joy R. Goebel, Andy Lanto, Steven M. Asch, Cathy D. Sherbourne, Martin L. Lee, Lisa V. Rubenstein, Li Wen, Lisa Meredith, Karl A. Lorenz J Pain Symptom Manage 2010; 40(5): 723-733.

【目的】

医療者による定期的な疼痛の評価はしばしば不正確である。本研究の目的は、看護師による疼痛評価と患者による疼痛評価の不一致の関連要因を調査することである。

【方法】

2006年3月～2007年3月の間に退役軍人病院もしくは連携施設の外来を受診した成人患者と、当該施設に勤務している看護師を対象とした。看護師には患者の外来診察前に疼痛評価をバイタル測定と同時に行ってもらい、これを看護師の疼痛評価（N-NRS）とした。外来受診後には調査担当者が患者にNRSにて疼痛評価を行い、これを患者の疼痛評価（S-NRS）とし、N-NRSからS-NRSを引いた値が+2以上であれば過大評価とし、N-NRSからS-NRSを引いた値が-2以下であれば過小評価とし、これを主要評価項目とした。

【結果】

調査期間中の対象施設の外来受診患者数は5667名で、適格基準を満たしたのは783名、調査を実施できたのは528名であった。看護師は対象となった155名中145名が調査を実施し、患者と看護師をマッチングさせた結果、患者476名看護師94名が解析対象となった。患者は平均61.3歳で9割が男性、筋骨格系疾患が45.4%、循環器系が26%、がんが11.2%であった。疼痛評価では、過小評価が25%、過大評価が7%であった。看護師の約半数はNRSではないインフォーマルな方法で疼痛評価を行っていた。過小評価の関連要因の分析では、看護師がインフォーマルな方法で疼痛評価を行っていることや看護師の臨床経験年数が多いこと、患者に不安やPTSDがあることで過小評価が起りやすく、患者の健康状態が良好であることで過小評価が起りにくいことが示された。一

方、過大評価の関連要因の分析では、NRSの正式な方法で評価していたことや気が散る環境で患者のバイタルサイン測定行っていたことで過大評価が起りやすいことが示された。

【結論】

実際の臨床ではインフォーマルな方法で疼痛評価が実施されており、疼痛の過小評価は4人に1人の患者で起きていることが示され、その関連要因として看護師の経験年数や患者の心理状態があげられた。

【コメント】

本研究結果により、アメリカの退役軍人病院においては半数近い看護師が疼痛評価をインフォーマルな方法で実施しており、それには臨床経験を積み重ねていること等が関連していることが示された。疼痛の評価は治療による効果を判定するだけでなく、患者のQOLを評価するためにも重要な指標である。臨床において看護師が正確な疼痛評価を行うためには、NRSなどの統一された評価指標を普段から用いることの重要性を裏付けた研究結果であるといえる。

Journal Club

**主治医による死亡確認や臨終の立ち会いが、
家族の心理に及ぼす影響についての調査研究**

社会保険神戸中央病院緩和ケア病棟 新城 拓也

Takuya Shinjo, Tatsuya Morita, Kei Hirai, Mitsunori Miyashita, Kazuki Sato, Satoru Tsuneto, and Yasuo Shima. Who pronounced the patient's death? A study of the experience of bereaved Japanese families in palliative care units. *Palliat Care Res* 2010; 5(2): 162-170.

【目的】

本研究は、主治医が終末期がん患者の死亡確認を行うことや臨終に立ち会うことが、家族のつらさと医師の対応への改善の必要性に影響するかを明らかにすることである。加えて、看護師が臨終に立ち会うことや、心電図モニター使用が、家族の心理的なつらさと医師や看護師の対応についての、改善の必要性に影響するかも検討した。

【方法】

2007年、95のホスピス・緩和ケア病棟の遺族670名を対象に質問紙調査を行った。The Japan Hospice and Palliative Care Evaluation (J-HOPE) Studyの一部である。「臨終前後のできごとは、あなたにとってはどのくらいつらく感じられましたか?」(1:「まったくつらくなかった」-5:「とてもつらかった」の5件法、つらさ)を設定した。さらに「臨終前後の医師や看護師の対応は、あなたからみてどの程度改善が必要と感じられましたか?」(1:「改善の必要はない」-4:「改善の必要な点が非常にある」の4件法、改善の必要性)を質問した。

【結果】

全体の73%の遺族が回答した。患者が臨終の時、医師が「部屋にいた」と回答した遺族は20%であった。どの医師が死亡確認を行うか、医師が臨終に立ち会ったかは家族のつらさとは関連がなかった。一方、死亡確認と立ち会いは、医師

の対応への改善の必要性とは有意な関連があった。しかし、医師が「臨終に立ち会ったこと」と、「立ち会えなかったが、その日は頻りに部屋に来ていた」ことの間には、医師の対応への改善の必要度に有意差はなかった。患者が臨終の時、看護師が「部屋にいた」と回答した遺族は41%であった。看護師も医師と同様の結果であった。患者に心電図モニターをつけていなかったと返答した遺族が、73%であった。心電図モニターの有無は、つらさとも改善の必要性とも関連がなかった。

【結論】

家族は主治医の死亡確認や、臨終の立ち会いを望んでいるが、もし死亡確認や立ち会いができなかったとしても、心理的なつらさが強まることはなく、臨終までに頻りに部屋に行くことで十分な対応であると考えていることが示唆された。

Journal Club

緩和ケアについての市民・患者対象の啓発介入の実態調査

健康科学大学健康科学部福祉心理学科 赤澤 輝和

Akazawa T, Nozue Y, Imura C, Morita T. A field survey on educational activities for palliative care for citizens and patients. Palliat Care Res 2010; 5 (2) : 171-174.

【目的】

緩和ケアの啓発介入としてポスターや冊子の一斉配布が実施されることがあるが、一斉配布後の実態を調査した研究はない。本研究の目的は、緩和ケアの啓発介入として地域に一斉配布された啓発用資料の配布後の実態を明らかにすることである。

【方法】

緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM) による市民対象の啓発介入として、OPTIMで作成された啓発用資料 (リーフレット・冊子・ポスター) を一地域の行政施設104カ所、市立図書館21カ所、医療福祉施設132カ所に送付し、配布後の状況を訪問調査した。調査内容は写真撮影とヒアリングを行った。

【結果】

一斉配布した257カ所のうち216カ所 (84%) に訪問し、133カ所 (62%) より調査の同意が得られた。啓発用資料のいずれかが設置されていた施設は、行政施設55%、市立図書館100%、医療福祉施設53%であった。多くの施設で設置方法が工夫されていた。ヒアリングの内容分析では、【目的を理解して設置することの重要性】、【配布場所に啓発の対象者がいないことがある】、【配布後工夫する】など7つのテーマが抽出された。

【結論】

緩和ケアの啓発介入として、地域への啓発用資料の一斉配布は設置を目的とした場合ある程度有効であるが、効率よく情報を提供するためには設置場所管理者に目的を伝えることや対象者がいるか把握すること、配布後のフィードバックなどが有用である可能性が示唆された。

本調査で撮影された啓発用資料の設置状態についてはホームページで公開されている

[<http://gankanwa.jp/region/hamamatsu/materials.html>]

Journal Club

終末期がん患者が経験する負担感:遺族の視点に基づく 有用なケアストラテジーの分類

健康科学大学健康科学部福祉心理学科 赤澤 輝和

Akazawa T, Akechi T, Morita T, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y, Furukawa TA. Self-perceived burden in terminally ill cancer patients: A categorization of care strategies based on bereaved family members' perspectives. J Pain Symptom Manage 2010; 40: 224-234.

【目的】

「迷惑をかけてつらい」という負担感は終末期がん患者が高頻度に経験する苦悩であり、QOLに多大な影響を与えることが示唆されている。しかし、負担感に対するケアはほとんど議論されていない。本研究の目的は、緩和ケア病棟を利用した遺族の視点に基づき、終末期がん患者の負担感の頻度、経験的に推奨されているケアの有用性を明らかにし、負担感に対するケアのカテゴリー化を行うことである。

【方法】

全国の緩和ケア病棟100施設から無作為に抽出された遺族666名に対して郵送法による自記式質問紙調査を実施した。経験的に推奨されている負担感に対するケアは系統的文献レビュー、フォーカスグループインタビュー、研究者間の議論により特定した。

【結果】

429名(64%)より回答を得た。遺族の報告から、軽度を含めると50%の患者が負担感を経験していた。負担感の緩和にとっても役に立つと評価された主なケアとして、「動く妨げになっている症状を和らげる(53%)」、「排泄物は患者様の目につかないよう、すみやかに片付ける(52%)」、「患者様のがんばろうとする気持ちを支える(45%)」、などが示された。27の経験的に推奨されている負担感に対するケアは、因子分析により〔日常生活で負担感を感じさせない何気ないケアを工夫する〕、〔してもらっていると感じない言葉を使う〕、〔患者のやりたい気持ちを支える〕、〔患者が自分のことは最大限できるようにする〕、〔家族と気持ちを率直に言い合えるコーディネーションをする〕、〔いまままで「してあげていたこと」を続けられるようにする〕、〔「違う見方」を紹介する〕の7カテゴリーに分類された。

【結論】

わが国の終末期がん患者に負担感が認められることは稀ではなく、喪失感を最小化し、価値観を尊重した日常的ケアの重要性が示唆された。

神経障害性がん疼痛に対するガバペンチンの使用状況とその評価

彩都友誼会病院 緩和ケア科 馬場 美華

Mika Baba, Ikuo Gomyo. Retrospective evaluation of gabapentin for cancer-related neuropathic pain. Palliat Care Res 2010; 5(2): 219-226.

【目的】

ガバペンチンは、国際疼痛学会で示されたガイドラインにおいて、神経障害性疼痛治療の第一選択薬に含まれている。しかし、これまでに発表されたがん疼痛に対するガイドラインでのガバペンチンの推奨量は、非がん疼痛に対する無作為化比較試験を基に作成されており、がん疼痛に対するガバペンチンの無作為化比較試験は少ない。このことから、がん疼痛に対するガバペンチンの評価は現在のところ十分ではない。今回、当科でのがん疼痛に対するガバペンチンの使用状況を評価した。

【方法】

神経が浸潤または圧迫されることによる神経障害性がん疼痛を伴う患者で、ガバペンチンにより痛みが軽減した52名を後ろ向きに調査した。評価項目は、神経障害の部位、癌腫の原発臓器、ガバペンチン開始量、維持量、オピオイド投与量、オピオイド以外の併用薬剤（鎮痛補助薬）の薬剤数、非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）、アセトアミノフェン、ゾレドロン酸水和物の使用状況、総投与期間、副作用の発生頻度とその重症度、および内服の中止理由とした。集計したデータを、ガバペンチンを一日量として1800mg以上を使用した群（高用量群）と1600mg以下を使用した群（低用量群）に分け、検討した。

【結果】

高用量群の人数は、27名（52%）であった。年齢（平均±標準偏差）は、低用量群で66.9±12.0歳、高用量群で59.2±13.1歳と高用量群で有意に低かった（ $p=0.032$ ）。オピオイド投与量はモルヒネ内服換算量（平均±標準偏差）として、低用量群で66±51（mg/day）、高用量群で105±98（mg/day）であったが、2群間で有意差はなかった。鎮痛補助薬の薬剤数、投与期間は2群間で有意差はなかった。また、高用量群で副作用の発生頻度が増加することはなかった。

【結論】

今回の調査から、がん疼痛に対するガバペンチン使用において、一日量として1800mg以上を必要とする患者が半数程度あることがわかった。また、高用量群でより多量のオピオイドを併用していたが、副作用が増強することなくガバペンチンを使用できていた。これは、高用量群で年齢が低かったことが影響している可能性がある。今後、後ろ向き調査の蓄積とともに、大規模な無作為化比較試験が必要と考える。

遺族から見た水分・栄養摂取が低下した患者の家族に対する望ましいケア

元慶應義塾大学医学部 山岸 暁美

Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y. The care strategy for families of terminally ill cancer patients who become unable to take nourishment orally: recommendations from a nationwide survey of bereaved family members' experiences. J Pain Symptom Manage. 2010;40(5): 671-683.

【目的】

終末期がん患者において水分・栄養摂取の低下は39 - 82%に生じ、家族の70%がそれに伴う苦痛を体験する。家族は緩和ケアの主たる対象でもあるため、家族の苦痛を和らげる手段を開発することは重要である。本研究の目的は、終末期がん患者の水分・栄養摂取低下時の家族の気持ちのつらさとその際に提供されたケアに関する評価を明らかにし、気持ちのつらさとケアの評価に関与する要因を探索することである。

【方法】

全国の126緩和ケア病棟のうち、調査協力を得られた95施設で亡くなった患者の遺族662名を対象とした自記式質問票による郵送調査を実施し、回答を得た495名（有効回答率68%）のうち、終末期において水分・栄養摂取が低下した353名の患者（80%）の遺族の回答について解析した。「経口摂取できなくなったときの家族のつらさ」（1：全くつらくなかった～5：とてもつらかった）と、「経口摂取できなくなった時に提供されたケアの改善の必要性」（1：改善は全く必要ない～4：非常に改善が必要である）を主要評価項目として、これらに関係する要因などを抽出した。

【結果】

70%の遺族が患者の栄養摂取低下時に気持ちのつらさを感じ、60%がその際に受けたケアに改善の必要性があると評価した。気持ちのつらさとケアの改善の必要性に関与する要因として、家族の無力感と自責感、脱水状態で死を迎えることはとても苦しいという認識、家族の気持ちや心配を十分に傾聴されない経験、患者の苦痛の不十分な緩和が同定された。

【考察】

70%の家族が終末期がん患者の栄養摂取低下時に気持ちのつらさを感じ、また60%の遺族がその際に受けたケアの改善の必要性があると評価していた。家族の気持ちのつらさとケアの改善の必要性に関与する要因として、「何もしてあげられない」という無力感や自責感、「脱水状態で死を迎えることはとても苦しい」という認識、家族の気持ちや心配を十分に傾聴されない経験、患者の苦痛の不十分な緩和が同定された。したがって、経口摂取が終末期がん患者の家族に対する望ましいケアとして、1) 「何もしてあげられない」という無力感と自責感を和らげること、2) 終末期の輸液に関する適切な情報を提供すること、3) 心配ごとを傾聴し精神的支援を行うこと、4) 患者の症状を緩和することが示唆された。

終末期がん患者のステロイド誘発性音楽性幻聴は ステロイドの変更によって改善するか

ガラシア病院 ホスピス 金村 誠哲

Kanemura S, Tanimukai H, Tsuneto S. Can “steroid switching” improve steroid-induced musical hallucinations in a patient with terminal cancer? J Palliat Med. 2010;13(12): 1495-1498.

【目的】

ステロイドにより誘発された音楽性幻聴の患者を症例報告する。

【方法】

症例報告

【結果】

57歳女性

診断：悪性胸膜中皮腫

既往：40歳頃、不安神経症。耳鼻科疾患の既往は 認めず。

職業：ピアノ教師

入院1日目、原疾患の進行による呼吸困難と喘鳴に対してベタメタゾン2mg/日を開始したところ、症状の緩和が認められた。入院3日目より、子どもやオペラの歌声が聞こえるという音楽性幻聴が発症した。この音楽性幻聴は一回数分続き、昼夜問わず1日10回程度であった。患者の認知機能障害はみられず、音楽性幻聴の既往もなかった。呼吸困難と喘鳴は落ち着いていたため、入院7日目にベタメタゾンを1mg/日へ減量した。しかし、音楽性幻聴は持続していたため、入院11日目にベタメタゾンをプレドニゾロン10mg/日へ変更した。その後も呼吸器症状は落ち着いており、音楽性幻聴は持続していたため、入院15日目にプレドニゾロンを5mg/日に減量、入院24日目に中止したところ、入院22日目頃より音楽性幻聴は徐々に軽減し、入院29日目に完全に消失した。

入院40日目、再度呼吸困難が増悪したため、プレドニゾロン5mg/日を開始したところ、症状は改善し、音楽性幻聴も認めなかった。しかし、入院51日目に再度呼吸困難が増悪したため、患者と相談の上、リンデロン4mg/日へ変更したところ、症状は更に改善するも、音楽性幻聴が再発した。その後、薬剤を変更することなく、音楽性幻聴は4～5日後に自然に消失し、その後再発することなく病状の進行により患者は永眠した。

【考察】

音楽性幻聴の原因は不明であるが、リスクファクターとして、高齢、女性、耳鼻科疾患、精神疾患、薬剤などが報告されており、音楽教育歴との関連は明らかではない。今回の症例では、一連の経過より音楽性幻聴の発症にベタメタゾンの関与が最も疑われるが、同じステロイドでもプレドニゾロンでは発症しなかった。

【結論】

ステロイドにより誘発された音楽性幻聴がその種類の変更により改善する可能性がある。

学会印象記

第34回日本死の臨床研究会年次大会

東海中央病院 澤井 美穂

2010年11月6、7日、第34回日本死の臨床研究会年次大会が、蘆野吉和大会長（十和田市立中央病院院長）、長澤昌子大会長（岩手医科大学付属病院看護師長）のもと、盛岡市民文化ホール、いわて県民情報交流センターにて、「地域で看取る」をメインテーマに行われました。東北新幹線全線開通を1ヶ月後に控え、岩手山は雪化粧でしたが、街全体が熱気を帯びていたように感じました。

今大会では事例検討が16題、一般演題（ポスター発表）が247題で、それぞれの会場で、活発な意見交換がされていました。教育講演やシンポジウムは、テーマである“地域社会”を軸にどれも大変興味深いものばかりでしたが、特に印象深かったものは、藤沢町民病院の佐藤元美先生による、「コミュニティの創造-藤沢町の取組-」としての講演でした。藤沢町は町民の半数が町外で死亡していく現状であり、病院が主催するナイトセミナーなどを通して町民ひとりひとりに当事者意識が芽生え、町が成長していく様子を講演されました。講師の熱い語りと、住民の温かさに目頭が熱くなりました。今回の大会を通して、医療は提供するだけでなく、住民と一緒に育んでいくものだと改めて考えさせられました。

今回、市民公開講座も充実しており、1日目には納棺師で映画『おくりびと』の原作者でもある青木新門さんの「いのちのバトンタッチ」、落ちない林檎で有名なりんご農家木村秋則さんの「奇跡のりんご」、2日目は柏木哲夫先生の「人生の実力」、そして作家の浅田次郎さんの「近代史の中での“いのち”」などの講演があり。これだけの著名人の話を一度に聞ける、とても贅沢な時間でした。どの講演も胸が熱くなり、感動的なものばかりでした。

今回開催地が岩手県ということもあり、寒さのなかでも人の温かさや強さを感じさせる北東北らしい心に残る大会でした。東北関東大震災では岩手県も大きな被害を受けました。感動的な学会を開催して下さったことに感謝するとともに、一日でも早い復興を心よりお祈りしております。

学会印象記

第16回日本臨床死生学会大会

早稲田大学大学院 人間科学研究科 日本学術振興会特別研究員

石田 真弓

2010年12月11-12日、早稲田大学国際会議場（東京都新宿区）で日本臨床死生学会大会が開催されました。日本臨床死生学会は、臨床の場における生と死をめぐる全人的問題を研究し、その実践と教育を行うことを目的としており、本大会はその16回目にあたります。本大会は大西秀樹大会長（埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科教授）のもと「今あらためて生と死を考える-援助の手をさしのべるために-」をテーマに開催されました。このテーマは医療者のみならず、人として重大な局面に対峙したときに何が出来るのか、何を考えるのかを問うという大きなテーマでもありまし

た。

本学会では、一般演題を通して終末期ケア、家族ケア、遺族ケア、死生学に関するテーマが発表され、フロアとの間で活発な討論が行われました。シンポジウムⅠでは「継続的な遺族支援の実践」と題してシンポジストから遺族ケアの重要性を学び、シンポジウムⅡでは「今あらためて生と死を考える」と題してさまざまな立場からの生と死に関わる問題が論じられ、討論を通して会場内でそれを共有することが出来ました。

特別講演では「JR福知山線列車脱線事故～なぜ想像を越す救援活動ができたのか」として齊藤十内氏（日本スピンドル製造社長）が招かれ、社長として会社の操業を停止し、社員と共に救助活動を行う決断を下した経緯、その救助活動の実際が詳細に語られ、援助の手をさしのべることの勇氣、人としての力を再確認しました。

本大会ではすべてに共通して、苦悩に気付くという“視点”、またそこにさしのべられる援助の手という“手段”、さらなる援助のためにという“考察”が盛り込まれており、非常に学びの多いものでした。まずは、その人の苦悩に気付くこと、教わること、そのうえで何が出来るかを検討し、継続的に実践する。本大会を通して援助の手をさしのべることの重要性を再確認し、このような機会をいただけたこと自体、私自身に援助の手がさしのべられたのではないかという思いで閉会を迎えました。

学会印象記

第25回日本がん看護学会

名古屋大学医学部附属病院 がん看護専門看護師 原（石本） 万里子

2011年2月12日～13日に神戸で開催された第25回日本がん看護学会に参加した。

今回は「がん看護が創る未来への架け橋」をテーマに、最新の放射線治療や化学療法と副作用対策、緩和ケアやがん看護外来、遺伝子治療、アメリカのがん看護などが講演内容としてあげられていた。私は特に「オーダーメイド医療」と、「社会復帰へ架ける橋～仕事とがんの療養生活の両立を支える～」にこの学会のテーマを感じた。

オーダーメイド医療により、家族や子孫にどのようなリスクが起きるだろうか、同じがんなのにあの人と治療が違うのはなぜだろうなど、遺伝子検査を受けたがん患者が抱える不安に対するケアが必要であることを学んだ。またがんサバイバーでもあるジャーナリストの立花隆氏の講演では、自身の闘病生活や友人もがんで失った体験をもとにがんの起源を取材し、抗がん剤をすればするほどがんは耐性をもつのが必然的で、終末期にはがん患者はCureよりCareを必要としているとメッセージをいただいた。

一方、不景気の中で仕事をしながら治療費を払うことの困難な現状と、術後のがんリハビリテーションを行いながら社会復帰を果たしている人たちの事例も知り得た。「仕事と療養生活の両立を支える」ために、社会の法制度や企業の人事管理などの改善が必要であることや、まずはがん患者自身も“自律”するための援助がこれからは重要であることを実感した。

また学会の講演の随所で“意思決定を支える医療者の関わり方”という視点が含まれていたと感じる。がん患者・家族は未来が不確かな中にあり、結局は医療者の提案に従うしかない現状がある。その際医療チームと患者・家族がどのように合意形成していくかを考えることが自分自身の課題ともなった。

このように、ヒトゲノムレベルでのがん治療によって「人間の生命を時間的に長らえる」ことができることが未来への希望となる。一方がん医療が発達はしたものの、その治療を受けるための患者一人一人の価値観や倫理的問題、社会的問題など、「個々の人間の生命の価値、意味」という視点も忘れてはならない。がん看護が創り出すケアが未来のがん医療の発展に及ぼす影響は大きいと感じられた。余談だが、私は終末期の患者・家族の療養の質を高めるための看護援助に示唆を得られた研究（「終末期がん患者を在宅で介護する家族にもたらされるEnrichment」）において、学術奨励賞を授与させていただいた。ここで見出されたケアの視点をこれからの実践の根幹としていきたいと強く思うことができ、非常に印象深い学会となった。

学会印象記

第26回日本静脈経腸栄養学会 JSPEN in the world -All for people!-

知多市民病院 外科 森 直治

日本静脈経腸栄養学会（JSPEN）は、会員数が15000名を越える世界最大規模の臨床栄養学会で、日本緩和医療学会と同様、多くの職種によって会員が構成され、急激に会員数が増加している。

2月17日、18日の両日に第26回大会が、東口高志大会長のもと、名古屋国際会議場において開催された。大会のテーマは「JSPEN in the world -All for people!-」で、世界の主要な静脈経腸栄養学会のチェアマンによる国際シンポジウムが開催され、アミノ酸研究で有名なFisher教授をはじめ、海外からも多くの著名な先生が参加される国際色豊かなプログラムとなった。10の会場でシンポジウム等の口演プレゼンテーションが、また、回廊を利用してポスター発表が行われ、各所で国連世界食糧計画（WFP）への食糧支援募金活動が行われた。会場は過去最高の9148人の参加者であふれ、移動も困難な程の盛況ぶりであった。

緩和ケア関連の演題も多く、要望演題のテーマに「緩和ケアにおける栄養管理」があり、同名でシンポジウムが開催された。また、ワークショップ「悪液質の代謝栄養学」、薬剤支部会パネルディスカッション「がんと栄養」が行われ、一般演題を含め、癌の初期から終末期までの栄養管理について、職種の特性に応じた活発な討論がされた。他方、教育面も重要視され、海外からの教育プログラム「Nutrition Support in Cancer Patients」等がセミナーとして行われている。

全ての患者さんにとって栄養管理は欠くことのできない基本的な医療で、緩和ケアにおいてもその重要性が再認識されている。日本緩和医療学会と日本静脈経腸栄養学会はチーム医療を行う多職種により構成される学会で、両学会に所属している会員も少なくない。今後、日本はもとより世界の緩和医療における栄養管理の進歩に、両学会が連携し貢献されることを期待したい。

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 (2011年1月～2011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

経口摂取ができないときの介入

Hopkinson JB, Fenlon DR, Okamoto I, et al. The deliverability, acceptability, and perceived effect of the macmillan approach to weight loss and eating difficulties: a phase II, cluster-randomized, exploratory trial of a psychosocial intervention for weight- and eating-related distress in people with advanced cancer. J Pain Symptom Manage. 2010;40 (5) : 684-695.

便秘のガイドライン

Librach SL, Bouvette M, Angelis CD, et al. Consensus recommendations for the management of constipation in patients with advanced, progressive illness. J Pain Symptom Manage. 2010;40 (5) : 761-773.

緩和ケア従事医師の不足

Lup D, on behalf of the American Academy of Hospice and Palliative Medicine Workforce Task Force. Estimate of current hospice and palliative medicine physician workforce shortage. J Pain Symptom Manage. 2010;40 (6) : 899-911.

緩和ケアについての多施設臨床研究グループの構築

Abernethy AP, Aziz NM, Basch E, et al. A strategy to advance the evidence base in palliative medicine: Formation of a palliative care research cooperative group. J Palliat Med. 2010;13 (12) : 1407-1413.

From Japan

遺族から見た水分・栄養摂取が低下した患者の家族に対する望ましいケア

Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y. The care strategy for families of

terminally ill cancer patients who become unable to take nourishment orally: recommendations from a nationwide survey of bereaved family members' experiences. J Pain Symptom Manage. 2010;40 (5) : 671-683.

ステロイドの変更

Kanemura S, Tanimukai H, Tsuneto S. Can “steroid switching” improve steroid-induced musical hallucinations in a patient with terminal cancer? J Palliat Med. 2010;13 (12) : 1495-1498.