



Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会

ニューズレター

August 2011

52



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（札幌大会）を終えて

十和田市立中央病院 蘆野 吉和

2011年7月29日（金）30日（土）の二日間札幌で開催された第16回日本緩和医療学会学術大会は、大きなトラブルもなく無事終了しました。運営には、日本コンベンション（株）のスタッフの他、主要な場所では、北海道ブロック・東北ブロックの組織委員、東札幌病院の大勢のスタッフ、そして十和田市立中央病院のスタッフが協力してくれました。

2日間の有料参加者は約5500名。運営に参加したボランティアは約100名。その他業者や事務局のスタッフを含めると6000名程度の間が北1条地区に集まったこととなります。日本列島の北の地にこれだけの参加者が来てくれたことを感謝しております。

今回のプログラムは非常に多彩な内容になりました。私の約25年間の緩和ケアの取り組みから見てきた現在の緩和ケア／緩和医療の課題、学会委員会の企画、各職種の企画、そして、急遽準備した東日本大震災関連企画、そして、製薬会社などの関連企業の企画などが盛り込まれました。会場は3施設で8室のポスター会場を含めて20会場を用意しました。

各会場の大きさと参加者の数で会場の混雑度は大変異なり、部屋に入れない会場がある一方で空席が目立つ会場もありました。特に350席程度の部屋は大入り満員で、当然のことですが2300席の大ホールは空席がありました。多くの魅力あるテーマが同時並行に進行しましたので、聴きたい演題すべてを聴くことができないという不満は当然あったと思いますが、どの会場に移動しても何らかの学びがあるようなテーマを用意したつもりです。おおよそに見れば、教育講演は満員でした。臨床現場における実務的な知識や技術に関するテーマを扱ったセッションの部屋は外まで人があふれていました。なお、各会場前に経時的に混雑度を掲示し、空いている会場への誘導をこころみました。

今回の学術大会の準備は約2年前にスタートしていますが、正式な組織委員会を立ち上げ、実質的なプログラム作成に取り掛かったのは2009年12月。しかし、2010年3月中旬に前理事長および前副理事長の指示で学会準備活動は中断、5月に開催された臨時理事会で求められた再開のための4条件（組織委員会の改組、事務局の移転、謝罪文、十和田市長の念書）を提出し、本格的なプログラム作成と学術大会の準備が再開できたのは7月下旬と日程的に大変きびしいものでしたが、組織委員の協力によりなんとかプログラムを完成させることができました。また、演題募集、査読、募集演題の採否決定などの最も重要な作業期間中に東日本大震災が起こり、非常にタイトな作業を強いられました。幸いにも、会場が札幌であったため大会の中止は考えないで済みましたが、海外招待講師が1名来日できないとの連絡があり、急遽

東札幌病院の組織委員が代理の演者探しに奔走しました。

最終的にでき上がったプログラムは私にとっては期待通りの内容でした。このプログラムの素案作成にあたっては、私の大学の同級生であり敬愛する岡部健氏に多くの助言を求めました。特に、力をいれたのが、シンポジウムでは「これからの包括的がん医療」「緩和ケアにおけるEBMの意義と限界」「非がん患者の緩和ケア」、パネルディスカッションでは「日本におけるスピリチュアルケアの本質に迫る」、ワークショップでは「多様な場におけるend of life careの実践」「緩和ケアにおける多職種協働」などです。今回登壇していただいた演者は、それぞれの現場で活躍している方で、十分な時間をかけて発表していただき、その上で議論をしてもらおうと本当にいい内容となるのですが、今回は時間も少ないため紹介程度の内容とならざるを得ませんでした。しかし、今後の継続的に議論していくべきテーマであることは会場の皆様にご理解できたのではないかと思います。

今回のプログラムの特徴は、1. 多彩な内容が盛り込まれていること、2. 現場での学びを重視したこと（臨床現場から発信された1例報告の採用、現場で働いている演者の登用）、3. 地域および在宅での緩和ケアの取り組みを積極的に紹介したこと、4. 病院内外および地域内での多職種協働を進めることの重要性について踏み込んだ議論を盛り込んだこと、5. 非がん疾患や高齢者の緩和ケアへの取り組みの必要性を強調したこと、6. 東日本大震災についての報告を急遽盛り込んだこと、7. 会員企画を多く設けたこと、8. ランチョンセミナーを開催しなかったこと、9. 座長に東北ブロックおよび北海道ブロックの組織委員を登用したことなどです。

ランチョンセミナーを開催せず、モーニングセミナーとイブニングセミナーに振り替えた理由は、昼食はゆっくり頭を休め、大通公園などで食べてもらうことを意図したからで、幸いにも雨が降らず、湿度も高くなかったので、会場外で弁当を食べた参加者も少なくなかったようです。また、今回は上杉春雄氏のコンサートを開催することができました。すばらしい演奏でしたので楽しんでもらえたと思います。

振り返ると、会場の割り振りや会場設営、各プログラムの配置などに多くの問題がありましたが、重大な事故もなく、非常に充実した内容であったとの声を聴くことで、私を含め、準備や運営にあったスタッフはこれまでの努力が報われたと感じています。

今後、今回の大会運営やプログラムに対して、参加者から様々な感想やご意見が寄せられると思いますが、それらを受けた形で大会の在り方をもう一度振り返り、次の第17回学術大会の松岡順治大会長に申し送りをしたいと思います。

最後に、今回の大会の準備や運営にかかわった、事務局、東北ブロックと北海道ブロックそして学会指名の組織委員、東札幌病院のスタッフ、十和田市立中央病院のスタッフに感謝いたします。また、臨時理事会で学術大会の開催継続に賛成していただいた元理事の方々、そして、遠い北海道に足をのばしていただいた会員の方々にも感謝いたします。ありがとうございました。

Journal Club

緩和ケアを受けるがん患者が心配に思っていることの調査

聖隷三方原病院 ホスピス科 鄭 陽

Baile WF, Palmer JL, Bruera E, et al. Assessment of palliative care cancer patients' most important

concerns. Support Care Cancer 2011;19(4):475-481.

【目的】

本研究の目的は以下の4つである：1) 緩和ケア外来に通う患者がどんな心配事を抱いているかを評価する、2) 患者の心配事を緩和ケア医がどのように評価しているかを調べる、3) 患者と緩和ケア医の間での評価が一致するかどうかを評価する、4) 患者たちの心配事とつらさの程度の相関を評価する。

【方法】

緩和ケア外来へ来院した患者で、1) 18歳以上、2) がんの診断、3) 英語能力がある、4) 認知機能低下がない、5) 参加同意を得ている、のすべてを満たすものを対象とした。対象患者は診察前に、the Concerns Checklist (CCL), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)を記入した。診察後、医師は患者との診察中の対話に基づいて医師版CCLを記入した。CCLの11項目それぞれに関して患者と医師の一致率を κ 値により評価し、 κ 値>0.60を一致しているとみなした。

【結果】

137人の参加者があり、患者背景は、平均年齢 60.9歳、男性55%、結婚もしくは同居者がいる人 65%、大学もしくは専門学校卒以上が67%であった。患者の心配事としては、(1) 今まで通りの活動ができなくなること、(2) 将来のこと、(3) 自分自身の身の回りのケア、の数値が高かった。一方、(1) 他者からの十分な支援がないこと、(2) スピリチュアル/宗教的な問題、はあまり心配に思っていなかった。HADSの平均値は、不安下位尺度 (HADS-A) 6.9 (SD 4.2)、抑うつ下位尺度 (HADS-D) 7.0 (SD 4.1)であった。HADS-A、HADS-Dそれぞれ8点以上だったのは、全体の42%、44%だった。医師がとらえている患者の心配事は、(1) 将来のこと、(2) 今まで通りの活動ができなくなること、(3) 治療のこと、の数値が高かった。一方、医師は、(1) 性生活、(2) スピリチュアル/宗教的な問題、に関しては患者の心配事としては高くないと考えていた。CCL各項目の平均値では、医師は、患者自身が考えているよりも、すべての項目で患者の心配が強いと捉えており、数値の一致率は低かった(最大 κ =0.26)。HADS-A、HADS-Dが高いほど心配の程度も高い傾向も示された。

【結論】

患者の心配事についての認識に関して、患者と医師の間には重大な乖離が存在する。また、心配事が多い患者では不安や抑うつ症状が強いことが示された。患者の心配事を正確に捕える方法を開発する必要がある。

【コメント】

今回の研究では、医師が患者の心配事を過大評価していることが示された。しかしながら、これまでの報告では医師による過小評価が問題となっており、今後の追試が必要と考えられる。大抵において医師の過大評価になっているのは、実際にどうかよりも、より強く関心を示すことが大事と医師が考えているだろうことが推測される。また、その他に、1) 普段よく使っているように「困っていることはありますか?」と聞くと、答える側のハードルが高く表出されないのではないか、2) 一度に尋ねても、何かひとつ大きな問題が解決されないと次の心配事も出にくい、3) 医療者が「関心を示す」ことははじめても、それに対して「対応する方法」にミスマッチが出るというコミュニケーションの問題、4) 患者が職種によって伝える内容を使い分けている、5) 個別性を反映できるような質問紙ではない、ということが要因として考えられた。医師は、患者のつらさを医療チーム内の他者へ伝えていく大事な役割を担っており、チームを有効に利用していくうえでも、患者の心配事やつらさを正確に見分ける能力が必要である。

緩和ケアの場面における血栓塞栓症予防：質的システマティックレビュー

聖隷三方原病院 ホスピス科（現 岐阜市民病院 呼吸器・腫瘍内科）

長谷川 貴昭

McLean S, Ryan K, O'Donnell JS. Primary thromboprophylaxis in the palliative care setting: a qualitative systematic review. *Palliat Med* 2010;24(4):386-395.

【目的】

静脈血栓塞栓症(venous thromboembolism; VTE)は進行癌患者の15%に認められ、発症予防として低分子ヘパリン(low-molecular-weight heparin; LMWH)の使用がエビデンス支持されているが、緩和ケアの場面では十分に使われていない。緩和ケアにおける、VTE予防に関する現在の診療や態度を明らかにするため、文献のシステマティックレビューを行う。

【方法】

成人の悪性腫瘍または非悪性腫瘍で緩和ケアを提供されている患者のVTE発症前予防に関する研究を対象とした。

【結果】

最終的に8件の研究がシステマティックレビューに含まれた。計198人の患者が含まれ、年齢は53-88歳であった。緩和ケアの場面におけるVTE明確な頻度の報告はないが、頻度は約50%と推測される。

スコットランドのホスピスで行われた後ろ向き観察研究では、75人全ての患者がVTEの危険因子を1つ以上有し、81%は3つ以上の危険因子を有していた。そのうち、2人の患者がストッキングを装着しており、1人の患者は予防的にLMWHを使用していた。2人の患者は入院中もしくは退院時にVTEと診断された。

もう一つの専門緩和ケア病棟で行われた後ろ向き観察研究では、VTEと診断された患者のうち10人(23.2%)しか入院前から予防策を講じられていなかった。全ての患者は担癌状態以外に少なくとも1つ以上の危険因子を持っていた。VTEが死亡に関与したのは11人(15.5%)であった。

コホート研究では、2000年には62%の医師がルーチンにVTE予防を中止していたが、2005年に予防を中止する医師は18%に減少したことが報告された。同じ研究で、62%がLMWHの継続処方をしており、中止の決定には患者の意向が反映されていた($p < 0.001$)。

ホスピスの医師はVTEの予防は肺塞栓による突然死を防ぐ方法で延命治療であると捉えている。さらに肺塞栓による死は他の原因より苦痛が少ないと考えるものもいると報告されている。

専門緩和ケア病棟へ入院中でLMWHによるVTE予防を受けている患者28人（全員ECOG PS4）への半構造化面接ではすべての患者が予防法としてストッキングよりもLMWHの方が受け入れられると答えた。40人の緩和ケアの場でLMWHによるVTE予防を受けている患者に対して面接を行った研究では、97.5%がLMWHは受け入れ可能な治療法であると答えた。

【結論】

緩和ケア領域におけるVTEの有病率、QOLに与える症状による負担・影響に関するさらなる研究が必要とされる。また、VTE予防の最適な投与期間を決定するような追加研究も望まれる。

【コメント】

担癌患者に対するDVT予防のガイドラインがASCOなどより出ており、推奨されている。アメリカでは、ルーチンでLMWH

を導入し、在宅に移行する際にも手技を教えているとのことである。医療者は手技に伴う苦痛を心配するかもしれないが、これまでの報告では患者側は皮下注による予防法を受け入れているようである。現在、日本のホスピス・緩和ケア病棟では、前医からDVT予防または治療が行われていない限り、施行されていないのが実情ではないかと推測される。民族による疾患の発生頻度の差異もあり、今後、日本における実情の調査や対応について検討が必要と考えられる。

Journal Club

米国退役軍人病院における遺族調査による通常ケア、 緩和ケアチーム、緩和ケア病棟のアウトカムの比較

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

Casarett D, Johnson M, Smith D, Richardson D. The optimal delivery of palliative care: a national comparison of the outcomes of consultation teams vs inpatient units. Arch Intern Med 2011;171(7):649-655.

【目的】

緩和ケアがコンサルテーション型の緩和ケアチームと緩和ケア病棟のどちらで提供されることが患者にとって最適であるかを遺族調査から明らかにする。

【方法】

コンサルテーション型緩和ケアチームもしくは緩和ケア病棟を有する77の退役軍人病院において2008年7月から2009年12月に調査が実施された。死亡退院した遺族が電話によるインタビューを受けた。評価項目は死亡前の1カ月間に受けたケアについて全般的評価1項目と9の細項目である。

【結果】

9546人の患者に対し5901人の遺族へのインタビューが実施された（62%）。そのうち1873人が通常ケア、1549人が緩和ケアチーム、2479人が緩和ケア病棟によるケアを受けた。非回答者の重みづけ分析および傾向スコアによる調整を行った結果、緩和ケアチームのケアを受けた患者の遺族は通常ケアの遺族に対して「excellent」と回答した割合が高かった（調整済みの割合：51% vs 46%；OR=1.25 95%CI 1.02-1.55；P=0.02）。しかし、緩和ケア病棟でケアを受けた患者は緩和ケアチームと比較して更に「excellent」と回答した割合が高かった（63% vs 53%；OR=1.52 95%CI 1.25-1.85；P<0.001）。

【結論】

コンサルテーション型緩和ケアチームと比較して緩和ケア病棟でケアを受けることはより望ましい緩和ケアの提供方法かもしれない。

【コメント】

本研究の1つの特徴は通常ケア、緩和ケアチーム、緩和ケア病棟の遺族調査の結果を比較する際に傾向スコアを用いて得点を調整していることである。本研究の結果の解釈には米国の医療制度や緩和ケアの体制をよく理解しないと難しい。例えば日本では緩和ケア病棟でケアを受ける患者と院内緩和ケアチームでケアを受ける患者は緩和ケア病棟に対す

る希望、治療に対する姿勢、予後告知や受け入れなど多くの背景要因が存在する。残念ながら私は米国によるこれらの事情がわからないため正確な解釈は難しい。傾向スコアによる調整も不十分であろう。しかしながら、本研究の1つの成果は緩和ケアチームの通常ケアに対する優位性を遺族調査から確認した点にある。著者らのグループは同様の結果を既に何度か発表しているが、これで新たなエビデンスが加えられた。この点に関しては日本ではまだ検証されていない（若干の検証はあるが明確な差は見られなかった）。また緩和ケア病棟の緩和ケアチームに対する優位性を示したことも成果である。日本におけるJ-HOPE研究の結果に比べると緩和ケア病棟の優位性は米国では小さかった。日本における今までの研究では緩和ケア病棟の方が緩和ケアチームより圧倒的に得点が高かった。これらから推測すると米国では緩和ケアチームによるケアの質が日本より高い可能性があるかもしれない。

Journal Club

死亡前6ヶ月間でのがん患者のPerformance Statusと症状の推移

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

Seow H, Barbera L, Sutradhar R, Howell D, Dudgeon D, Atzema C, et al. Trajectory of performance status and symptom scores for patients with cancer during the last six months of life. *J Clin Oncol*. 2011; 29(9): 1151-8.

【目的】

がん患者のPerformance Status (PS)と症状の死亡前6ヶ月間での推移を明らかにする。

【方法】

カナダのオンタリオ州の登録データベースを用い後ろ向き調査を行った。Symptom Management Reporting Databaseは、オンタリオ州の全てのがんセンター（在宅医療提供施設を含む）が参加し、外来受診がん患者のPSと症状等のデータを収集する2007年から開始されたシステムである。PSはPalliative Performance Status (PPS)による0～100点(0: 死亡)での医療者評価が、症状はEdmonton Symptom Assessment System (ESAS)による9症状の0～10 (0: 症状なし)での患者評価が登録された。実際には、全受診者の半数程度にアセスメントが実施された。本研究の対象者は、オンタリオ州のがん患者で、2007～2009年に死亡し、死亡前6ヶ月間にPPSあるいはESASのアセスメントを1回以上受けたものとした。アセスメントから死亡までの日数を1週間ごとに区分し、週別にPPSとESASの平均を算出した。

【結果】

PPSとESASのアセスメントはそれぞれ7882名と10752名の死亡者に対して行われ(全がん死亡者の約20%)、その場所は外来が75%であった。PPSは、死亡26週前から4週前までに 68 ± 14 から 55 ± 14 までほぼ一定に推移し、死亡前1ヶ月間で急激に低下し1週前で 41 ± 18 であった。ESASの総合スコアは、死亡26週前から4週前までに 20 ± 13 から 28 ± 14 までほぼ一定に推移し、死亡前1ヶ月間でより増加し1週前で 34 ± 15 であった。症状別では、死亡26週前から1週前まで、嘔気(1.1→

1.6)・抑うつ(1.8→2.8)・不安(2.1→3.0)・疼痛(2.7→3.6)は変化が少なく、息切れ(2.2→3.8)・傾眠(2.6→5.7)・食欲不振(3.3→6.4)・健康感(3.6→5.7)・倦怠感(4.1→6.9)は比較的増加した。死亡前1ヶ月間に、1/3以上の患者が息切れ・疼痛・不安・抑うつ症状を中程度以上(4/10以上)有し、2/3以上の患者が倦怠感・食欲不振・傾眠・健康感症状を中程度以上有していた。

【結論】

がん患者の症状の死亡前6ヶ月間の推移では増加を示す症状と比較的一定な症状と2パターンが示され、後者は対症療法の効果と考えられた。

【コメント】

地域のがん患者を代表できる大規模サンプルであり、同一患者の縦断調査ではないものの貴重な知見である。原著者も言及したように、終末期に症状が増加するばかりでなかったことは注目に値する。オンタリオ州ではがん対策がその評価を含めて組織的に行われており、わが国でも同様のシステム構築が求められる。なお、論文中には中程度以上の症状と患者背景との関連も検討されていた。

Journal Club

ヨーロッパの緩和ケアにおける抑うつ症状マネジメントのための エビデンスに基づくガイドラインの開発

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

Rayner L, Price A, Hotopf M, Higginson IJ. The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care. *European Journal of Cancer*.2011;47(5): 702-712.

【背景】

抑うつは特に進行がん患者にとって一般的な症状であり、抑うつ症状は、疼痛の増強、機能障害、短い予後などの身体への悪影響と関連している。European Palliative Care Research Collaborative(EPCRC)では、患者のアウトカムを改善するために、緩和ケア患者の抑うつ症状のマネジメントに関して、ヨーロッパのエビデンスに基づいた臨床ガイドラインを開発した。

【方法】

開発グループとして、EPCRCの7人、エキスパートグループとして緩和ケアの経験のある専門家29人と患者代表2人が本プロジェクトに参加。ガイドライン開発の手順として、先行研究のシステマティックレビューにより、抑うつに関するエビデンスの高い項目を収集した。エビデンスの不明確な項目は、デルファイ法により専門家の意見を集約した。挙げられた推奨項目には、世界的に推奨されているプロセスに基づきエビデンスグレードを付与した。

【ガイドラインの内容】

ガイドラインは主要3セクションからなり、それぞれにおける推奨事項がエビデンスグレード、推奨度とともに列挙

された。

1 予防：

- 1) 患者中心の、オープンな質の高いコミュニケーションを行う。(エビデンスグレード：中等, 推奨度：強く推奨)
- 2) 患者の希望に沿って、患者に対し、今後の見通しや治療、適切なサポート資源についての情報提供を行う。(中等, 強く推奨)
- 3) 医療者は、症状の改善や心理社会的サポートのために、緩和ケアの専門家への紹介を検討するべきである。(高い, 強く推奨)

2 症状の探索、診断、アセスメント：

- 1) 医療者は、患者の認知的感情的症状を、身体症状と同等の優先順位としてとらえる(中等, 強く推奨)
- 2) 医療者は、緩和ケア患者に対し抑うつ症状のスクリーニングを実施するべきである(低い, 推奨度は低い)
- 3) 緩和ケア患者の心理的状態は非常に不安定であるため、医療者は常に抑うつ症状をチェックすべきである。(中等, 強く推奨)

3 治療：

- 1) 症状改善、心理的サポートのために、緩和ケアの専門家への紹介を行う。(高い, 強く推奨)
- 2) 抗抑うつ薬の使用を検討する。(高い, 強く推奨)
- 3) 心理学的療法を検討する。(高い, 強く推奨)

【コメント】

ヨーロッパにおける緩和ケア患者の抑うつマネジメントのための、初めての包括的なエビデンスに基づいたガイドラインである。このガイドラインが開発されることで、臨床において、医療者が、素早く、簡単にエビデンスに基づいた知識にアクセスすることができると考えられ、そのことは、患者のアウトカムの改善につながる可能性がある。精神的症状は、文化や社会環境の影響を大きく受けると考えられるため、日本においても本ガイドラインを参考としながら、日本の臨床により即した包括的なガイドラインを検討していく必要がある。

Journal Club

**ナーシングホームのスタッフにおける終末期ケアの実践と
知識を評価する尺度の開発**

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

Thompson S, Bott M, Boyle D, Gajewski B, Tilden VP. A Measure of Palliative Care in Nursing Homes. J Pain Symptom Manage 2011; 41(1): 57-67.

【目的】

アメリカでは人口の高齢化に伴いナーシングホームにおける看取りが増加している。本研究では、ナーシングホーム

のスタッフにおける終末期ケアの実践と知識を評価するための尺度を開発し、信頼性と妥当性を検証することを目的とした。

【方法】

文献レビューと専門家の議論をもとに、終末期ケアの実践と知識を評価するための尺度として、70の予備項目から成る自記式質問紙PCS(Palliative Care Survey)を作成した。項目の選定と信頼性・妥当性検証のための調査は、ナーシングホームのスタッフ2779名を対象に行われた。

【結果】

因子分析の結果より51項目のPCSが確定した。実践と知識の二つの概念から構成され、実践については4ドメイン計31項目で、内訳は死別5項目、計画/介入20項目、家族コミュニケーション2項目、スタッフ連携4項目となった。知識については、3ドメイン計20項目で、内訳は心理面4項目、身体面5項目、終末期11項目となった。全項目において天井効果・床効果は示さず、信頼性・妥当性の保証された尺度であることが示された。

【結論】

ナーシングホームのスタッフにおける終末期ケアの実践と知識を評価する尺度としてPCSが開発され、信頼性・妥当性も示された。

【コメント】

米国より高齢化のすすんでいる日本では、介護老人保健施設や老人ホームにおける看取り割合は、人口動態統計より2000年において2.4%であるのに対し、2009年は4.3%と増加傾向である。さらに介護報酬改定により看取り加算が老人保健施設においても算定できるようになり、ますます施設における終末期ケアが重要になってきている。PCSは従来の医師・看護師対象のやや難度の高い知識問題や実践項目に比べ、より基本的なレベルの項目を採用しており、施設のスタッフに対する緩和ケア評価のツールとして有用であると考えられる。

Journal Club

ビリーブメント・ライフレビューの効果に影響する質的要因の分析

聖マリア学院大学 看護学部 安藤 満代

Ando M, Morita T, Miyashita M, et al. Factors that influence the efficacy of bereavement life review therapy for spiritual well-being: a qualitative analysis. Support Care Cancer. 2011;19(2): 309-314.

【目的】

家族を亡くした遺族のなかには、抑うつ感を感じたり、心理-実存的苦悩（スピリチュアルペイン）を感じる方もおり、その方たちへのケアが必要と考えられた。我々の先行研究において心理-実存的側面のケアであるビリーブメント・ライフレビューを緩和ケア病棟で家族を亡くされた遺族に実施したところ、抑うつ感の改善と心理-実存的な改善がみられたが、その方たちの背景については明らかではなかった。そこで、本研究ではビリーブメント・ライフレビューが有効であった方の背景を調べた。

【方法】

ホスピス緩和ケア振興財団事業で実施した質問紙調査（2007年6月）において参加の同意が得られた遺族20名（男性6名：平均年齢64.8歳，SD15.1，女性14名：平均年齢55.9歳，SD11.7）を対象とした。1回60分程度の面接を2回実施した。質問事項は、「人生で大切にしていること」などの6項目であった。1回目の面接時に対象者の許可を得て面接内容を録音し、質問にそった「アルバム」を作成した。1回目から2週間後の2回目面接において「アルバム」の内容を確認した。初回面接の前と最後の面接の後に心理-実存的側面を測定するFACIT-Sp（Functional Assessment Chronic Illness - Spiritual）へ回答していただいた。分析ではFACIT-Spの介入前後の得点変化を算出し、中央折半法の中央値から上を「効果あり群」、下を「効果なし群」としてテキストマイニングによって各群において語りにみられる要因を抽出した。

【結果】

分析の結果、「効果あり群」から「家族との良い思い出」「十分な悲しみと再構築」「楽しかった最後の時」が抽出され、「効果なし群」から「現在も苦しんでいる」「介護の後悔や罪悪感」「現在の自分への影響」が抽出された。

【考察】

ビリーブメント・ライフレビュー、十分に悲しんで人生の再構築ができた方、親との思い出や最後の時間を楽しかったと語ることができる方には効果があり、現在も苦しんでおり、後悔などが残る場合は介入の効果はあまり見られないことが示唆された。今後さらにビリーブメント・ライフレビューを発展させる必要があると考えられる。

学会印象記

12th Congress of the European Association for Palliative Care

国立病院機構大阪医療センター 緩和ケア内科・がんサポートチーム

里見 絵理子

2011年5月18日～21日、リスボンで、12th Congress of the European Association for Palliative Careに参加する機会を得た。私自身は3回目の参加である。今回のテーマは「palliative care reaching out」、緩和ケアのさらなる拡大。この「拡大」は、緩和ケアの、ヨーロッパそして世界へ、認知症や慢性心不全などがん以外の様々な疾患へ、多様な環境・文化背景とそこに従事する人へ、研究や教育へというものである。各分野に渡るセッションが企画され、ヨーロッパを中心に全世界から発表があり、1107 演題のうち日本からも 20 を超える発表があった。時差ぼけが懸念される中、11 題の Plenary lecture は眠気も吹っ飛び「かぶりつき」で全て聴講した。その中で、Jox 氏の「The art of letting die」をはじめとする複数の発表で、患者の意思決定 decision making が取り上げられた。成人も子供も advance care planning / advance directive を示す傾向が徐々に認められてきているが、未だにプロセスが十分でないこと、満足度の高い意思決定のためには、情報伝達時の内容やコミュニケーションスキルが重要になること、ICU でもプライマリーケアの場でも直面する問題であり、多くの医療者がジレンマを抱えていることについて、様々な施設での

これまでの報告を交えて講演された。普段緩和ケアチームの医師として患者が自己決定するためにどのような支援がいいのか考えさせられることが多く、各地で実施される緩和ケア研修会を通して緩和ケアの基本が浸透しつつある中で、今後、意思決定への支援がどこでもだれでも実施できるような取り組みが課題と思われた。また本会では既に緩和ケアが各疾患に普遍的に適応される姿勢が定着し、Murray 氏の「Primary care and Palliative care」でも触れられたが、緩和ケアは speciality としてだけでなく generality としてあらためて認識していく必要があると感じた。本会は一時も逃さず聴講したい衝動に駆られてしまう非常に刺激的な会である。今回得た知見を明日からの臨床に生かしていきたい。

学会印象記

12th Congress of the European Association for Palliative Care

大阪大学大学院医学系研究科 麻酔・集中治療医学講座

大阪大学医学部附属病院 緩和ケアチーム

松田 陽一

2011年5月18日～21日に12th Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC) がポルトガルの首都リスボンにて開催された。大会は2年に1回開催されており、大会組織委員会によると今年は約80カ国より2700名を超える参加者があったとのことであった。日本からは49名が参加し、計24演題の発表があった。

リスボンは、1755年に大地震と津波により壊滅的な被害を受けた歴史があり、現在のリスボン市街地はそのほとんどが震災後に再建されたとのことであった。地震で廃墟となった修道院などが一部残されているが、街は美しく見事な復興を遂げており、くしくも3月に発生した東日本大震災とその復興に思いを巡らせることとなった。

EAPCの関連プロジェクトであるEuropean Palliative Care Research Collaborative (EPCRC)が2006年より作業を進めてきた3つのガイドライン(がん疼痛のオピオイド治療、抑うつ、がん悪液質)について内容が紹介されていた。抑うつについては論文として(Eur J Cancer 2011; 47(5): 702-12)、がん悪液質についてはホームページ上で(www.epcrc.org)公開されているので参照されたい。がん疼痛のオピオイド治療に関するガイドライン(改訂版)については近々公開予定とのことだが、22の推奨についてそのエッセンスが紹介された。一般演題では、症状緩和から遺族ケアまで多岐にわたる領域のアセスメントツールやアウトカム評価ツールの開発を目的とした発表が多く見られたのが印象的であった。

ヨーロッパ及び周辺諸国における緩和ケアの普及は国ごとに大きな格差があるようだが、大会を通じて各国が現状や問題点を発表したり情報交換をしたりすることで、緩和ケアの普及が進んでいない地域や緩和ケアのサポートが行き届きにくい人々に救いの手を差し伸べよう(Reaching Out)というメッセージを強く感じた大会であった。

学会印象記

12th Congress of The European Association for Palliative Care (EAPC)に参加して

北里大学病院薬剤部 国分 秀也

2011年5月18日から21日にかけて、第12回のEAPCがポルトガルのリスボン(Lisbon Congress Center)で開催されました。今回のEAPCは例年になく日本人の参加者(49名)および発表者(24名)が多いのが印象的でした。世界各国からの参加者は、約2700名であり、ポスター発表は1093演題、各種シンポジウムおよびワークショップは73演題でした。今回のEAPCの印象として、テーマが非常に多岐にわたっていたと感じました。Paediatric Palliative CareやPalliative Care in Elderlyと対象を絞ったテーマ、HIVやCOPDなどの非がん性のテーマの発表もあり、非常に有意義な内容であったと思います。また、製薬メーカーのブースは5社出展されており、フェンタニル舌下錠、点鼻、バツカル錠といったBreakthrough cancer painに対する製剤を競って紹介していました。その他、オキシコドンとナロキソンの合剤、 μ オピオイドレセプターアゴニストとノルアドレナリン再取り込阻害の2つの作用を持つタペンタドールの製品を紹介していました。日本ではBreakthrough cancer painにフェンタニルキャンディーがようやく上市され、まだまだ世界に遅れをとっていると感じました。日本の緩和医療をより一層推進するよう努力すべきであると思います。

学会の合間をぬって観光も行ってまいりました。リスボン市内から電車、バスを乗り継いで、ユーラシア大陸最西端のロカ岬に行ってきました。非常に雄大であり、感動いたしました。食事は、魚介類が主であり、ロブスター、金目鯛、イカ、タコ、…非常においしかったです。

学会印象記

ロシア緩和ケア協会設立20周年記念国際会議に招待されて

千葉県立保健医療大学 健康科学部リハビリテーション学科 安部 能成

去る6月7~8日、ロシア共和国ペルム市で開催されたロシア緩和ケア協会設立20周年記念国際会議へ参加の機会に恵まれたので、ご報告申し上げたい。

世界初の人工衛星を打ち上げた旧ソ連の伝統を受け、ロシアは有人宇宙船を飛ばすほどの技術力を持つ。他方、緩和ケアは決して進んでいない。今回の会議と施設見学からみて、日本の20年前の水準と推測した。たとえば、オピオイドはトラマドール中心で、モルヒネは1アンプル毎に資格を持つ医師の署名が必要、という制度的な問題がある(グラフ参照)。

その理由の一端はロシアでの医師の処遇にある。休憩中、医師の給与が話題になった。日本の公立病院の部長クラス念頭に米ドル(約80円)換算で年収125,000ドルと答えた。ロシアについて問い返した所、あるロシア人の医師は、そっ

と右端のゼロを一つ消した。物価水準を勘案しても相当悪いようだ。

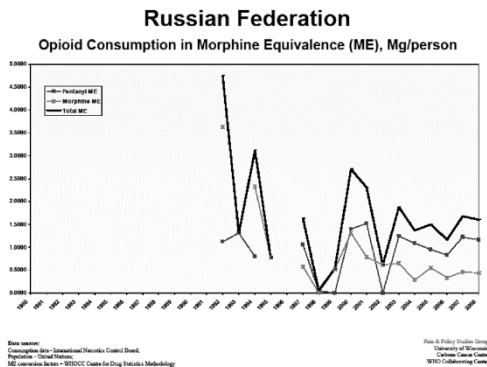
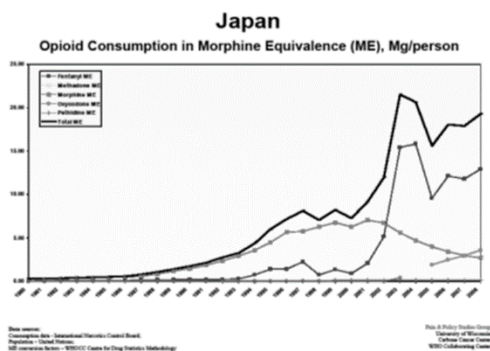
これはロシアの緩和ケアにも影響している。先程モルヒネの使用が制限的と述べたが、その理由の一端はモルヒネの横流しにある。非合法は良い収入になるのである。これを当局も察知しているようで、先程のような制限に至っている。

ペルム市初というホスピス病棟を見学した。清楚だが個室はなく、電動ベッドは一台も見なかった。入院患者と面会できたが、写真やビデオまで自由に撮影できたのには驚かされた。事前に許可あり、という説明はあったが、笑顔で応じてくれた患者のロシア語は全く理解できず、同行したポーランドの医師がロシア語で面接した。その際、入院費用無料、医師中心の職員は大変親切、私たちは幸せ、と通訳嬢の説明が英語であった。

記念国際会議で発言した多くのロシア人がロシア語しか話さないのも今回の会議の特徴である。公用語は英語と事前アナウンスがあったが、大部分の音声はロシア語で、発表者が英語の場合のみ通訳があった。多数派の発表を医学生に通訳で部分的に聞かされるのみなので、お互いに質問が一切ない、不思議な会議であった。

あたかも言葉で鎖国するような閉鎖性はロシアの特色の一つであり、事実上、異文化との交流を拒否している。今回の国際会議が首都モスクワでなく、地方都市であるペルム市で開催されたのも情報開示の問題であった。モスクワ大学の医師によると首都には9つのホスピスがあるが、どこも情報を公開しない。その意味ではペルムの方が進んでいる、と評価した。

風味豊かなロシア料理、ロシア緩和ケア協会の温かい歓迎ぶり、熱心に働く医師の姿もみられた。しかし、お土産にいただいた緩和ケアの本はロシア初、と誇らしげに手渡されたが、300ページのうち英語で書かれた監修者の言葉1ページしか読めない。このような国にも緩和ケア先進国として日本からの援助があっても良いのではないかと、という印象を強くして帰国の途についた。



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4月～2011年6月到着分まで）

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

「スピリチュアルケア」のメタ分析

Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan C. The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliat Med.* 2010;24(8): 753-770.

施設での緩和ケアの系統的レビュー

Parker D, Hodgkinson B. A comparison of palliative care outcome measures used to assess the quality of palliative care provided in long-term care facilities: a systematic review. *Palliat Med.* 2011;25(1): 5-20.

緩和ケアにおけるうつ病の治療の系統的レビュー

Rayner L, Prince A, Evans A, et al. Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: systematic review and meta-analysis. *Palliat Med.* 2011;25(1): 36-51.

体重減少に対して何ができるのか？の系統的レビュー

Hopkinson JB, Okamoto I, Addington-Hall JM. What to care when off treatment and living with involuntary weight loss and cancer: a systematic search and narrative review. *Support Care Cancer.* 2011;19(1): 1-17.

倦怠感の評価方法の系統的レビュー

Donovan KA, Jacobsen PB. The fatigue symptom inventory: a systematic review of its psychometric properties. *Support Care Cancer.* 2011;19(2): 169-185.

家族に対する心理社会的介入の無作為化比較試験

Porter LS, Keefe FJ, Garst J, et al. Caregiver-assisted coping skills training for lung cancer: results of a randomized clinical trial. *J Pain Symptom Manage.* 2011;41(1): 1-13.

カナダの外来がん患者対象の大規模コホートでの症状頻度

Seow H, Barbera L, Sutradhar R, et al. Trajectory of performance status and symptom scores for patients with cancer during the last six months of life. *J Clin Oncol.* 2011;29(9): 1151-1158.

自宅に退院する患者の要因

Alonso-Babarro A, Bruera E, Varela-Cerdeira M, et al. Can this patient be discharged home? Factors associated with at-home death among patients with cancer. *J Clin Oncol.* 2011;29(9): 1159-1167.

ASCOの「個別的なケア」に関するステートメント

Peppercorn JM, Smith TJ, Helft PR, et al. American society of clinical oncology statement: Toward individualized care for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol.* 2011;29(6): 755-760.

症状頻度と関連要因についての系統的レビュー

Gilbertson-White S, Aouizerat BE, Jahan T, Miaskowski C. A review of the literature on multiple symptoms, their predictors, and associated outcomes in patients with advanced cancer. *Palliat Support Care.* 2011;9(1): 81-102.

魚油の無作為化比較試験

Murphy RA, Mourtzakis M, Chu SQC, et al. Nutritional intervention with fish oil provides a benefit over standard of care for weight and skeletal muscle mass in patients with nonsmall cell lung cancer receiving chemotherapy. *Cancer.* 2011;117(8): 1775-1782.

「実存的苦痛」についての系統的レビュー

Boston P, Bruce A, Schreiber R. Existential suffering in the palliative care setting: An integrated literature review. *J Pain Symptom Manage.* 2011;41(3): 604-618.

ケタミンの系統的レビュー

Quibell R, Prommer EE, Mihalyo M, Twycross R, Wilcock A. Ketamine. *J Pain Symptom Manage.* 2011;41(3): 640-649.

がん患者の認知機能障害の予測因子のコホート研究

Kurita GP, Sjogren P, Ekholm O, et al. Prevalance and predictors of cognitive dysfunction in opioid-treated patients with cancer: a multinational study. *J Clin Oncol.* 2011;29(10):1297-303.

高齢がん患者の発がん和高齢者の症状との関連

Mohile SG, Fan L, Reeve E, et al. Association of cancer with geriatric syndromes in older medicare beneficiaries. *J Clin Oncol.* 2011;29(11):1458-64.

コンサルテーションと病棟でのケアの比較

Casarett D, Johnson M, Smith D, Richardson D. The Optimal Delivery of Palliative Care: A National Comparison of the Outcomes of Consultation Teams vs Inpatients Units. *Arch Intern Med.* 2011;171(7):649-55.

From Japan

予後を伝えることについての遺族調査

Yoshida S, Hirai K, Morita T, et al. Experience with prognostic disclosure of families of Japanese patients with cancer. *J Pain Symptom Manage.* 2011;41(3): 594-603.

口内炎

Soga Y, Sugiura Y, Takahashi K, et al. Progress of oral care and reduction of oral mucositis - a pilot study in a hematopoietic stem cell transplantation ward. *Support Care Cancer.* 2011;19(2): 303-307.

ライフレビュー

Ando M, Morita T, Miyashita M, et al. Factors that influence the efficacy of bereavement life review therapy for spiritual well-being: a qualitative analysis. *Support Care Cancer.* 2011;19(2): 309-314.