



Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会

ニューズレター

53

November 2011

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17回日本緩和医療学会学術大会開催にあたって

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 緩和医療学講座 松岡 順治

平成24年6月22、23の両日、神戸国際展示場において第17回日本緩和医療学会学術大会を開催させて頂くことになりました。大会のテーマを「ひろく ふかく たかく」とし、理事長の恒藤暁先生をはじめとする多くの方々のご助言をいただきながら運営していきたいと考えています。現在組織委員会、査読委員会等を組織しプログラムの詳細と運営について鋭意検討をおこなっております。多くの先輩方が培ってきた緩和医療を、医療の原点としてわが国へ定着させ発展させるための学会としたいと考えています。今後の学会の運営のモデルとなるべく努力を重ねていきたいと思っておりますので皆様のご援助を心よりお願い申し上げます。

「ひろく ふかく たかく」というテーマについて、皆様がそれぞれの思いを託していただければと思います。私が考えますに、病院から地域へのひろがり、多くの疾患へのひろがり、早期からの緩和医療へのひろがり、医療関係者から一般国民へのひろがり、各関連学会へのひろがり、現在の緩和医療の概念、技術、研究、患者さんへの思いをふかめる、目標をたかく設定し、患者さん、家族のQOLをたかめる等のことを想起していただければと考えています。これらのテーマを取り入れた、17回に特徴的な内容と、従来より変わらずにある大事な緩和医療学会固有の内容を並立した運営になる予定であります。

各講演については教育講演の他に、シンポジウム、パネル、ワークショップ、一般口演、ポスターなどを企画しています。お名前の知られた方の指定演題のみではなく、多くの会員からの公募をおこなうことにしており、その中から優秀演題を選出する予定にしています。また、今回はできるだけ多くの一般市民、患者さんの参加をお願いする予定です。本当はこうおもっているのだけれど、あまり言えないという患者さん、一般市民の声を聞くことのできる良い機会にしたいと考えています。緩和医療における理念に関する論議のみでなく、臨床の場で役に立つ実践的な技術や新しい知識を持って帰っていただき、参加してよかった、楽しかったと思われる学会にしたいと考えています。

今回のポスターとチラシには岡山県津山市生まれの有元利夫画伯の Rond という作品を使わせていただきました。絵の解釈はいろいろとあろうと思いますが、私が最初にこの作品にあったとき、一人の人を多くの人が手を携えて微笑みながら見守っているように思えました。医療が患者さんを多くの職種でたのしみながら支えている、そしてそれを患者さんも見守っているという医療のあるべき姿を象徴しているように思えたのです。今回は多くの方々のご縁がありこのポスターが実現しました。同じように多職種で患者さんを支えるという緩和医療の環境と社会を実現するために日本緩

和医療学会が力を出すべきであると思っております。

緩和医療はいわば社会運動です。医療をおこないながら、社会を変えていく力があります。私たちはそれを自覚しながら毎日の実践を行う必要があるのではないのでしょうか。第17回日本緩和医療学会学術大会に多くの方が積極的にご参加いただけるようお願い申し上げます。

特別講演5

がんプロフェッショナル養成プランの展望と専門職連携

座長・報告 小樽市病院局 並木 昭義

「がんプロフェッショナル養成プラン」は、文部科学省において、平成19年度より開始したがん医療の担い手となる高度な知識・技術を持つがん専門医療人の養成を図る大学の取組に対する支援を行う5年間の事業である。演者は平成22年からこのプランの推進委員会の委員長として活躍されている。この事業の進捗状況は、各プログラムともに、当初の養成目標・養成計画に沿った教育体制の整備や、高い臨床能力と研究能力を併せ持ったがん専門の医師及び看護師・薬剤師などの医療スタッフを養成するために、大学・大学附属病院・がん診療拠点病院などの地域医療機関との有機的な連携体制の構築が進められ、がん医療に専門的に携わる医療従事者の養成が着実に図られている。2万人のがん治療医の養成を目指している。認定医および専門医の取得者が医療現場でどのように生かされ、活躍しているか、その実状を知りたいところである。がんプロ養成プランの成果の一つとしてがん看護専門看護師の養成のための教育課程の認定を受けた大学が急増している。

一方、教育組織や診療科等の基盤的な教育体制の整備のみにとどまり、連携大学や関連する医療機関との効率的な連携体制の構築や、教員の資質向上のための取組、学生支援体制の整備、外部評価の導入等を十分に行うことができなかったプログラムや、医師以外のがん専門の医療スタッフとの関わり方について、より検討が必要とされるプログラムもある。養成プランの実施に当たって各地域および施設において差がみられるようなので、適切な啓発、教育が必要である。また、本事業終了後における、各プログラムの具体的な継続方針について引き続き検討を進め、本事業を契機としたがんに特化した専門医療人養成については、更なる養成数の増にかかる取組を続けることが期待される。演者は本テーマの重要性を明確に述べるとともに次期がんプロプランの実施の必要性を強調した。

特別講演6

温熱療法・代替医療を用いた「前向きな緩和医療」

座長・報告 公益財団法人 日本対がん協会 日比谷分室 垣添 忠生

京都府立医科大学名誉教授/千春会ハイパーサーミアクリニック院長 近藤元治先生の御講演は、7月30日（土）、第7会場で11：10-12：00に開催された。縁あって、私が司会を務めたので、この記事をもとめることとなった。

近藤先生は、1978年から京都府立医大第一内科の教授を22年間お務めになり、うち4年間は病院長の要職にもあられた。在職中からずっと進めてこられたがん緩和医療を、2010年1月から千春会ハイパーサーミアクリニックで現在まで続けておられる。

近藤先生は、とても75才とは思えない颯爽としたお姿で、情熱を込めて、緩和医療におけるハイパーサーミアの役割を話された。

近藤先生は、特に「がんの温熱療法（ハイパーサーミア）」を武器として、「積極的（前向き）緩和医療」を展開してこられた。

ハイパーサーミアによってがんを加温することにより組織ダメージを与え、それが、患者の抗腫瘍免疫力を高める。そして、ハイパーサーミアは、併用化学療法剤の投与量を減じることができるだけでなく、疼痛緩和にも有用である。先生はこの事実を示す豊富な臨床経験をお示しになった。

この方法が全国に広がらないのは、機器が高価であることと、保険診療点数が低いこと、そして、がん治療に携わる多くの医師が、標準治療以外を、代替医療と一括して低く見る、あるいはまったく関心を示さないことにある、としてその実状を話された。

EBM は重要だが、特にがん化学療法に関わる医師は、「もう治療法はありません。どこか病院を探して下さい」と、冷たく患者を切り捨てるケースが後を絶たない。医療者は、患者・家族の声に真摯に耳を澄ます必要があるのではないか？そのことを強く感じさせる御講演であった。

事実、いくつもの質問があり、講演終了後も、なお5、6名の質問者が列をなして長時間、先生を囲んでいたのが印象的であった。

教育講演3

緩和ケアと栄養

座長・報告 北美原クリニック 岡田 晋吾

緩和ケアの対象となるがん患者に対する栄養管理については悩むことが多い。十分な栄養摂取を進めることで逆に身体的、精神的苦痛を与えてしまうのではないかと疑問を感じる人が多い。同じような悩みを持つ会員が多く、会場は超満員であった。東口先生はこの分野の第一人者であり、多くのデータを元にわかりやすく話をしていただいた。

これまでがん患者の最終的な病状である悪液質に陥ると、代謝機能が悪化して極度の栄養障害をきたして最期のときを迎えるものと考えてきた。しかし、実は終末期になると栄養障害から生じる免疫能の低下によって、がん自体ではなく感染症が直接的な死因となることが多いということが問題であると示された。そしてNSTによる適正な栄養管理が実践されると終末期がん患者の肺炎をはじめとする種々の感染や多発する褥瘡などの他疾患の合併が減少することも示された。間接熱量計を用いて終末期がん患者の代謝動態を検討した結果、臨床的な悪液質の出現時期とほぼ一致してエネルギー消費量が減少する。この時期がギアチェンジを全面的に実施すべき時期であり、栄養管理法もこの時点から変更す

ればいいということになる。臨床的な悪液質として「がん進展による高度全身衰弱あるいはコントロール不能な腹水、胸水、全身浮腫の発生」として示された。実際に臨床的な悪液質併発の有無に応じて大きく栄養管理法をギアチェンジすることにより、常に患者の代謝動態に対応した輸液・栄養管理が可能になる。つまりがんの進展に対応して悪液質の併発までは、一般の症例と同様に過不足のないエネルギーや各種栄養素の投与を行い、いったん悪液質が臨床的に明確になったならば、一気にギアチェンジすることによって細胞や各組織レベルでの過剰な水分やエネルギーなどの投与を抑制でき、残されたわずかな身体機能に対する負荷を制御すべきということである。

最後に終末期がん患者に対するこのような栄養管理は、代謝栄養学的観点からみた“心にも身体にも優しい緩和ケア”の実践にもつながっているということを強調された。

シンポジウム1

これからの包括的がん医療

座長・報告 がん・感染症センター都立駒込病院 佐々木常雄

包括的がん医療という言葉のとらえ方について、各人が微妙に違うと思われるが、より患者本位の医療にどうしたら近づけるか、病院の中の各職種間、周りや他の医療機関との連携等を含めて各分野からお話いただき討論を行った。

佐藤温氏は、腫瘍内科医として、治癒の望めない患者さんに抗がん剤治療を行っている立場から、病気を診ることでなく病人を診ることを強調された。

門田守人氏は40余年間の外科医として、澤潟久敬先生の言葉を引用し「生、老、病、死に悩む人間の伴侶たることこそ医者たるものの使命であり誇りである。医者は単なる科学者であってはならない」等医師のあり方について述べ、医師と患者のコミュニケーションギャップへの対応等に言及した。

根本建二氏は、カンサーボードが包括的がん治療方針を示すこと、そして個々の患者さんが十分な治療を受けられるために他医療機関とのネットワークの必要性を述べた。

林章敏氏は、緩和ケアの立場から、緩和ケアが初期の段階から終末期まで、治療と並行して求められることを強調された。

最後に、濱口恵子氏は、看護師としての立場から、氏の病院では「がん治療支援緩和ケアチーム」が関与することにより、がん治療と緩和ケアが一体化してきていることを述べた。しかし、在院日数短縮、遠方あるいは高齢者の外来化学療法、看護師数が少ないことの問題等々、本当の意味での包括がん医療にはまだまだ多くの問題点があることを指摘された。

実際の診療においては、患者さんはより良い治療とケアを求め、より良い状態で長生きできるように求めているが、包括診療報酬額が長い間据え置きとなっており、ホスピスでは全く治療を行ってこないことなども指摘された。高齢化社会で、今後、日本の死亡数が急激に増えることが予想されることの問題もフロアから指摘された。今回のシンポジウムでの議論が、門田守人氏が座長をされている国のがん対策推進協議会での「次のがん対策基本計画」に参考になってくれることを希望したい。

パネルディスカッション1

がん戦略研究OPTIMプロジェクトの活動報告と今後の課題

座長・報告 鶴岡市立荘内病院 外科 鈴木 聡

OPTIM介入の3年間で、それぞれ何を行った結果、何が変わり、何がわかったかを介入4地域のパネラー2名ずつに発表していただいた。

山形県鶴岡（緩和ケア提供体制が未整備）地域から、中目先生は医師会の立場からOPTIMの介入により在宅緩和ケアをはじめた診療所数が増加し、かかりつけ医のスキルアップが地域全体の緩和ケアのレベルアップにつながっている状況を報告した。病院事務の瀬尾先生は、地域医療連携の立場からOPTIMのような国家戦略的ネットワークと既存の草の根的ネットワークの違いを理解した上でそれぞれの長短をうまく生かすコツを説明した。

長崎（医師会を中心に緩和ケアが整備されている）地域の病院看護師・益富先生は、ホスピス病棟からみたOPTIMの効果と課題について触れ、自宅に帰りたいという思いに即応できるネットワークの整備の必要性を強調した。栄養士の古川先生は、緩和ケアにおける食の意味を伝えるために独自のパンフレット「在宅療養における食事のヒント」の活用事例を報告した。

柏（がん専門病院を中心に整備されている）地域からは、相談支援センター看護師の原田先生が院外型相談支援センターの役割について、院内型と比較しながらその有用性を強調した。保健所の保健師・荒巻先生はがん対策における行政の役割について柏市の取り組みを紹介しながら行政職員への緩和ケア教育の必要性を報告した。

浜松（総合病院を中心に整備されている）地域の薬剤師・前堀先生は、調剤薬局薬剤師の責任と課題としてP浜ネットの活動を紹介しながら多職種連携における薬剤師の立場と役割を明らかにした。訪問看護師の佐藤先生は、在宅療養を支える訪問看護師の役割について述べる中で、カンファレンスにより顔の見える関係構築から、一歩進んで心が見える関係作りへの転換の必要性を促した。

全体討論を通して、医療者や患者・家族のナマの声を自由に拾い上げながら OPTIM の有用性を再認識できたことが、参加者間の OPTIM 介入プロセス評価の共有に役立ったようだ。2年後のアウトカム・プロセス研究の最終結果報告が今から待ち遠しくなる意義深いディスカッションであった。

パネルディスカッション3

日本におけるスピリチュアルケアの本質に迫る

座長・報告 上智大学 グリーフケア研究所 東札幌病院 小西 達也

身体症状コントロール技術の進展もあいまって、緩和医療でのスピリチュアルケアの重要性に対する認識が高まりを見せている。しかしその一方で、本分野の幅広さや奥行きの高さ、そして本質についての議論は未だ十分になされていない。

本シンポジウムでは、ご参加の皆様に認識を深めていただくべく、スピリチュアルケアの様々な側面についての代表

的論者の先生方5名にお集まり頂いた。870席もの会場は多数の立見を含め超満員であった。

安藤泰至先生は、分野によって異なるスピリチュアリティ理解のなかで、医療におけるその特徴と問題点について、窪寺俊之先生はキリスト教、および特定宗教によらない立場のスピリチュアルケアについて、大下大圓先生は仏教の立場から、鎌田東二先生は神道の立場から、それぞれスピリチュアルケア等についてお話下さった。また村田久行先生は看護師を中心に医療者の間で広まっているご持論についてお話下さった。

限られた時間内ではあったが、会場からも現場に即した具体的な質問が多くなされた。それに対してパネリストの諸先生方が熱心にお応え下さった。

印象的であったのは、スピリチュアルケアが何を指すか、その本質について、諸先生方が明確にご発言下さったことであった。村田先生は「苦しみを和らげ新しい生き方を援助すること」、鎌田先生は「安心」、大下先生は「解脱」、そして窪寺先生は「納得いく人生のお手伝い」、安藤先生は「一人一人の生のまるごとの肯定」と述べられた。

今回のシンポジウムは、この分野の代表的論者が一同に会する記念すべき機会であったが、スピリチュアルケアは、より本格的な議論を展開するための「第二章」へと進むべき時を向かえているとの印象を得た。本シンポジウムがその契機となることを切に祈っている。

ワークショップ1

緩和的放射線治療の実際（適応と評価）

座長・報告 君津中央病院 放射線治療科 清水 わか子

今回、緩和的放射線治療のセッションを行うにあたっては、代表的な「有痛性骨転移」と「脳転移」を基本的に除外しました。その上で、「放射線治療でどのような症状緩和が出来るか」あるいは「現状としてどのような問題点があるか」について発表者と会場の参加者が共に考え方の相違を認識したり知識を共有できたりするような方向性を心がけました。

応募された演題数は予想以上に多かったのですが、この中で6名の方に登壇していただきました。学会初日の朝1番のワークショップで、初めは会場の参加者数もまばらでハラハラしましたが、最終的には数十名の放射線腫瘍医を含む300名を超える程度の参加者があり、活発なディスカッションが行われました

市立堺病院・池田恢先生からは現状のストロンチウム（メタストロン注[®]）の適応の問題点を指摘した話題が提供されました。会場からも「添付文書の『使用上の注意』の記載（骨転移の疼痛に対する他の治療法（手術、化学療法、内分泌療法、鎮痛剤、外部放射線照射等）で疼痛コントロールが不十分な患者のみに使用すること）の変更が必要」という意見があり、同じような問題意識を緩和医療と放射線治療の双方から共有できました。この問題にはストロンチウムの認可に至るまでの歴史的な背景もありますが、何らかの改善の方向が示されたと考えられ、今後の展開が期待されます。

金沢大学・熊野智康先生、愛知県がんセンター・近藤千紘先生、指定発言のKKR札幌病院・永倉久泰先生の3名からは、臓器や対象疾患などは異なりますが、基本的に「放射線による腫瘍の制御が症状緩和につながる」という内容でした。勿論、予後や治療による有害事象、治療の奏効期間など、考えるべき要素は多岐にわたります。適切な治療のタイミン

グや放射線治療にける期間については様々な視点からの検討が必要と思われるが、ともすれば緩和医療の側だけでなく放射線治療を行う側も「症状緩和が目的」と考え、「腫瘍の局所制御」という本来の放射線治療の役割の重要性を軽視しがちな緩和の放射線治療の領域においても、抗腫瘍治療としての放射線治療の役割を認識することが出来たのではないかと思います。

市立長浜病院・伏木雅人先生からは「再照射」という問題が提起されました。担がん生存期間が延長した結果として、「症状の再燃」が問題となることも従来に比べてはるかに多くなっています。放射線治療の技術的な進歩はある程度「再治療」という選択肢も可能にしましたが、再治療に伴うリスクは依然として小さくないことを改めて示す内容でした。リスクとベネフィットについて十分に検討したうえでバストを尽くすことが求められます。

埼玉医科大学・高橋健夫先生からは、放射線治療を受けることによる患者の心理状態への影響についての調査結果が報告されました。症状の改善の程度を超えて、「治療を受けたこと」での抑うつ状態の改善が認められました。ある程度積極的な症状緩和の手段があることが患者によっては大きな意味を持つことを改めて認識させられた内容でした。

どの演題も質疑応答合わせて15分程度でまとめたのが残念なほど充実し示唆に富む内容でした。時間的にタイトな中で、十分に議論が尽くせたとはいえませんが、「放射線治療の適応の広さ、考え方の広さ」だけでも共有できたなら今回のワークショップとしては成功だったのではないかと考えています。

最後に、忙しい放射線治療の現場にありながら呼びかけに応じて演題応募や学会参加にご協力いただいた少なからぬ日本放射線腫瘍学会の放射線腫瘍医の先生方、並びに会場で熱心に放射線腫瘍医とのディスカッションをしてくださった参加者の皆様に心から感謝します。緩和医療という幅の広い学際的な分野において、関連する専門領域からの情報発信が質の高いチーム医療の提供につながることを期待して座長報告といたします。

ワークショップ3

多様な療養の場におけるend of life careの実践

座長・報告・演者 医療法人ならの杜 たんぼぼクリニック 中井 祐之

高齢化社会、多死社会を迎えて医療提供体制の変革が迫られる中、様々な療養の場でend of life careの試みが始まっている、それぞれの現場から実践の重要ポイントについて学びを深めたい、という企画の趣旨を冒頭に座長から紹介した。中井は、有床／在宅療養支援診療所において入院と在宅での緩和ケアと看取りを実践し、この体系進展には有床診療所の明確な位置づけが必要なことを述べた。梁は、シームレスに在宅と入院が選択できる「街角のホスピス緩和ケアシステム」として構築した有床診療所での在宅と入院の看取りの実績に基づき、有床診療所による有効なホスピス緩和ケアが可能、課題は診療報酬の整備、と報告した。清水は、急性期病院に緩和ケア病床、緩和ケア外来、緩和ケアカンファレンスを整備し、医療圏の開業医と連携して患者の希望に沿った療養場所の提供を進め、24時間緊急時の対応を保証して開業医による在宅医療、急性期病院における看取りを行う「がん地域連携を考える会」の実績を報告した。山田は、緩和ケア病棟をもつ病院に在宅緩和ケア専門の往診クリニックを併設し患者が住み慣れた所で最後まで過ごせる支援システムを開始し、在宅専門クリニックより低い在宅死率50%の成績に関して、急性期病院への入院、病棟看取りの社会ニーズについて考察した。西川は、特別養護老人ホームにおいてより良い意思決定支援を目的として入居者・家

族に終末期についての説明会を実施する介入研究を行い、説明会前後での意思決定の変化、施設での看取りの希望者が有意に増えたことなどを報告した。江守は、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援センター、訪問ヘルパーステーションを併設する地域優良賃貸住宅において、非がん疾患も視野に入れた新しい看取りの場所としての集合住宅の可能性について報告した。フロアと演者間で有床診療所、訪問診療、介護施設、緩和ケア病棟など多様な立場から施設、制度、ケアの質など多岐にわたって活発に討論が行われた。

ワークショップ4

症状マネジメントup to date

座長・報告 市立札幌病院 緩和ケア内科 合田 由紀子

このセッションは、第2日目の午後に東札幌病院緩和ケア科の中島信久先生とともに座長を務めさせていただいた。約800席の会場に立ち見者もあり、参加者の関心の高さがうかがえた。

セッションの進行は、参加者が臨床的な問題意識を持ちながら聴くことができるように、はじめに座長からトリガーとなる症例を提示し、演者にはそれに沿う形でプレゼンテーションしていただいた。

トップバッターの札幌医科大学の渡邊昭彦先生には「疼痛」について、NSAIDsとオピオイドで緩和できない痛みを訴える症例が提示され、最近発売されたプレガバリンとトラマドールに焦点を当てた講演をしていただいた。

次に「消化器症状（嘔気・嘔吐）」について、筑波メディカルセンターの久永貴之先生には、従来型制吐薬の無効な症例に新しい向精神病薬が制吐薬として適応があるかどうかという疑問が提示され、制吐薬の選択にはどのようなエビデンスがあるのかを丁寧に解説していただいた。

「倦怠感のマネジメント」では、埼玉県立がんセンターの松尾直樹先生に、予後1-2か月でステロイド増量でも改善しない症例が提示され、倦怠感の評価、診断、治療の一連の流れを紹介していただいた。

「緩和ケアにおけるせん妄」では、市立札幌病院の上村恵一先生に、抑うつ状態として精神科にコンサルテーションされたが、実は低活動型せん妄であったという症例を切り口として、せん妄の病態生理と適切な抗精神病薬や抗うつ薬の使い方について、熱く語っていただいた。

「適応障害・うつ病」では、千葉県がんセンター秋月伸哉先生に、「早く楽になりたい」と訴える症例が提示され、このような精神医学的な問題が臨床現場で適切にキャッチされ、専門家と協働して介入できる仕組みの大切さを語っていただいた。

各演者に質問があり、そのうちの1つに「スピリチュアルペインをうつや適応障害として薬で片づけてしまう危険」があった。意識に障害を来している病態を見過ごすことなく、適切な薬物療法や精神療法がなされることで、患者は意識の清明さをとりもどし、自らのスピリチュアルな問題に向き合えるようになるのではないかと、私も講演を聴いて思うにいたった。参加者とともにさらにディスカッションを深めたいと思う充実したセッションであった。

東日本大震災関連企画

被災地からの声に耳を澄ます

座長・報告 医療法人社団 洞仁会 洞爺温泉病院 岡本 拓也

なんて報告したらいいのでしょうか。表現に戸惑います。おそらく発表を下された皆様方は、もっともっと大きな戸惑いを感じ、苦痛を伴いながら準備を下されたのだろう、と思います。心から深謝申し上げます。

2日間にわたり、7名の方に発表をしていただきました。時間が足りずご迷惑をおかけしましたこと、お赦し下さい。どのお一人も、当然のことながら辛く重い現実を、語り得る精一杯のところまでお話し下さいました。言葉に詰まる場面もあり、お一人お一人が背負ってきたもの、今現在も抱えているものの大きさが言外に伝わって参りました。自ら被災者であるにもかかわらずケアする立場で懸命に働いて来られた医療者の皆さんの苦闘の声は、発表者の話の内容以上に、発表者の姿そのものから聴こえてくるようでした。

発表者の一人から後ほどいただいたメールの抜粋です。「私はこの震災に触れ、どのように関わり行動したか、その結果どのような事が起き、今後どのようにしたらいいのか、回答ではなく、一つの方向性を示す発表にしたかったですが、中々思いを伝えられなく、申し訳なく思っております。気持ちがまだ不安定なんですね……。時間が必要と考えています。この震災で、多くの友人・知人を亡くしました。私も被災者ですが、家族・家・車両等を失いたった一人になってしまった弊社職員がいます。私にとって、この職員への関わりが緩和医療の始まりかもしれません。発表の日、ホテルに戻り、大下大園先生より頂いた『慈悲喜捨』という言葉の前にして、皆さんの思いが心より溢れ、涙致しました。この学会は多くの中の一つの学会ではなく、人生の糧になる大きな意味のある学会となりました。様々な形でこの緩和医療学会にかかわっていきたいと考えております。」

会場の参加者の一人から後ほど学会事務局に送られてきたメールの抜粋です。「東日本大震災関連企画のセッションには感涙するのみで言葉が出ませんでした。非被災地の目線ではなく、同朋として今の私達は被災者の方々の尊い犠牲の上に生かされているのではないかと考えています。たまたま逆の立場になっただけのことです。『何ができるか』の問いに対しては、私達の身代わりになられた被災地の方々と物心ともに共有する覚悟をもつことが必要であると強く思いました。患者・家族との心の共有が医療の重要な要素であると叫ばれている今、今回のセッションを通じて医療者として考え方を根本から再度整理をさせて頂きました。」

このセッションを通じて耳を澄まして聴こえてきた現地からの声に対して、個人として、また日本緩和医療学会として、どのように応えて行くのかが、いま問われています。

日本緩和医療学会会員提案企画プログラム

看取りのケアにおけるクリティカルパス： LCP（看取りのパス：リバプール・ケア・パスウェイ） 日本語版の使用方法和使用の実際

座長・報告・演者 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

LCP日本語版は2009年にリリースしてから各種研究会などで普及活動を実施している。日本緩和医療学会では昨年度に引き続きワークショップを開催した。本年度は時間を2時間に拡大したこと、LCP日本語版の使用だけでなく実際の使用経験を紹介したことが特徴である。

まず東芝病院の茅根義和氏が「LCPの概要と日本語版開発の経緯」、宮下が「LCP日本語版の使い方およびプレテストの概要」について講演した。次に事例検討を聖隷三方原病院の福田かおり氏により行った。実際の使用経験では東札幌病院の中島信久氏が「一般病棟での使用経験と導入のコツ」、淀川キリスト教病院ホスピスの杉田智子氏が「淀川キリスト教病院ホスピスでの継続使用経験」と題した講演を行った。当日の発表スライドはLCP日本語版のホームページに掲載しているので、不参加であった方や導入を予定している施設は参考にいただきたい。

当日は定員を超過する200名以上の参加があり、ワークショップ後のアンケートに回答した参加者は看護師82%、医師9%、薬剤師5%であった（回答率50%）。所属は一般病棟49%、緩和ケア病棟18%、緩和ケアチーム24%であり一般病棟での関心の高さが窺われた。最終的な討論では在宅領域からの質問が多く、早急な在宅版のリリースの必要性を再認識した。

アンケートの結果では「内容に興味をもてた（97%）」「有益だった（95%）」「今後も開催するべき（100%）」であり、全体として高い評価を得たと考えている。当日いただいた質問に関してはQ&Aをホームページに追加した。今後もLCP日本語版の普及のためのワークショップを実施していくが、それと並行して施設がスムーズに導入できるように、実際の使用経験に関する講演の割合を増やしていく予定である。LCP日本語版は使用登録を行うことになった。詳細はホームページで広報しているので導入前の施設であってもぜひご登録いただきたい。登録施設には各種情報を提供するとともに、登録施設に今後使用経験の講演を依頼したいと考えている。

LCP日本語版のホームページ：<http://www.lcp.umin.jp/>

イブニングセミナー10

要介護高齢者の口腔に関する諸問題 ～口腔ケアと摂食・嚥下障害～

座長・報告 花形歯科医院 花形 哲夫

大会テーマ「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～」のもと、藤本篤士先生より平均年齢約

82歳、866床を有する札幌西円山病院における入院患者の口腔の諸問題についてその具体的対応と考え方について、緩和医療にかかわる多職種の方々を対象に講演をいただきました。入院患者の栄養方法はTPN・PPNによるものが15%、経管栄養が約40%で、また中等度から重度の認知症の患者が約70%療養しています。この中で入院患者を主に歯科診療を行っている口腔の様々な問題に遭遇します。神経難病、長期臥床、認知症などの事例において咬む力がコントロールできないことによる咬傷や歯の破折・脱落や誤嚥の問題を起こします。また舌機能低下により歯が移動して咬合が崩壊し嚥下障害が重篤化、義歯が使用できない、また不随意運動を起こすことなどもあります。

病態を考慮しての歯科治療、特に口腔機能を考慮しての義歯・舌接触補助床・軟口蓋拳上床などの装着により摂食・嚥下障害の大きな改善が見られます。さらに口腔ケアにおいて、口腔内の状態に合わせた適切な用具や保湿剤などを使用することにより、口腔環境ばかりでなく口腔機能の向上を見るような症例も多いです。特に口腔内乾燥症は摂食・嚥下障害、コミュニケーション、自浄作用などの低下を起こします。保湿にワセリンなども使われますが、口腔細菌の80%を占める嫌気性菌の増殖リスクとなります。口腔の状態に合わせて、それぞれの物性の違う保湿剤の中から適切なものを選択することが重要です。また、粘膜ブラシによる粘膜ケアは小唾液腺の刺激には有効で口腔内乾燥の改善につながります。

このセミナーは、高齢者社会において多職種の連携のもと器質的・機能的口腔ケア、また歯科治療を行うことにより、緩和医療において生涯口から安全に美味しく食べる喜びを知っていただき、「生活を支える医療」の一助になると確信いたしました。

モーニングセミナー4

嘔気、嘔吐で苦しむ患者にどう対処するか？

新しい「がん患者における消化器症状の緩和に関するガイドライン」による対処

座長・報告 医療法人 東札幌病院 緩和ケア科 中島 信久

このたび、日本緩和医療学会より「がん患者の消化器症状の緩和に関するガイドライン2011年版」が発刊された。本ガイドラインは、緩和医療の実践において重要な課題の一つである消化器症状のうち、主として嘔気、嘔吐について適切な診療が行われることを目的として作成されている。今回、消化器症状ガイドライン作業部会の部会長として、その作成にご尽力された社会保険神戸中央病院の新城拓也先生を迎え、本ガイドラインの作成経緯に始まり、嘔気嘔吐全般の解説、さらには進行・再発期のがん患者にしばしば出現する消化管閉塞についてお話いただいた。

最初に、ガイドラインというものの立ち位置や、それを個々の医療者がそれぞれの日常臨床の中でどのように活用していくかということについて話された。ここ数年、本学会からいくつかのガイドラインが発刊されているが、これら全てに共通する考え方であり、とても示唆に富む内容であった。

続いて、各論の話に移った。がん患者に見られる消化器症状は種類も多く、原因もさまざまである。中でも嘔気・嘔吐は一般的な症状として多くみられるが、これに起因する患者のQOL低下は著しく、医療者がその対応に苦慮することは少なくない。この嘔気・嘔吐に関して、病態生理と原因に応じた治療選択の実際について解説された。

消化管閉塞は嘔気・嘔吐の主たる原因の1つである。これに対する治療について概説した。まずは外科手術、内視鏡手

術などの適応を検討するが、これらが適応となることは少ない。その場合、薬物療法が主体となるが、その際のキードラッグともいえるオクトレオチドについて、ガイドラインにおける位置づけとエビデンスを含めて解説された。

こうしたお話に続いて最後に話された、「緩和医療では、患者の『体験』を変えていくための創意工夫も重視した診療を心がけることを忘れてはならない」というメッセージが印象深かった。こうして盛会のうちに、このセミナーを終了した。

口演1

消化器症状

座長・報告 市立横手病院 外科 丹羽 誠

演題1：嘔気嘔吐で依頼されたケアチームが、想定される病態に応じて制吐剤投与を推奨することの有用性を述べられた。発刊されたばかりの「消化器症状緩和に関するガイドライン」を具現化した内容であり、多くの聴衆の参考になったに違いない。

演題2、3：ステントに関する話題。10年4月から十二指腸ステントが保険収載された。短期成績の良さは言われているが、長期的にはバイパスが優る。予後予測、適応が個別に問題。大腸ステントはストマを避ける価値を認めながらも、保険収載されていないこと、穿孔などの合併症の問題がある。ステントが不具合であった症例を公開し、蓄積共有が望まれると感じた。

演題4：高齢者の胆管炎併発閉塞性黄疸に対し経皮経肝胆道ドレナージを行わないまま観察することになった2例、黄疸が進まず穏やかに過ごされた経験を発表された。

演題5：肝細胞癌終末期の多彩な臨床経過を検討し、在宅移行への問題点を整理された。出血が46%、オピオイド使用41%。出血から死亡まで中央値2日と短い。治療継続不能と判断した際に予後と起きうる症状を的確に説明し、自宅で対応不能な場合はいつでも入院可能なことを伝えて不安を取り除き、速やかな在宅移行を図る必要性を強調された。

演題6：腹水濾過濃縮再静注法を卵巣癌患者さんに行った経験。演者は、満足できる結果でなかったと。様々な工夫が本学会中にも発表されているが、今回発刊された「ガイドライン」のがん性腹水管理の項目には、本法が記載されていない。エビデンスのある論文が発表されていなかったことがその理由と、ガイドライン編集者から伺った。多くのがん性腹水で苦しむ患者さんに福音を伝えるべく、関係者のご努力を期待する。

口演2

在宅医療（在宅緩和ケア）

座長・報告 医療法人社団良仁会 ウィメンズクリニック金上麻酔科 安藤 ひろみ

「家で死ぬこと、生まれること」を身内で体験したことがない世代が殆どの現状、第一線で活躍されている医療者の皆様も例に漏れずではないでしょうか。

今回のセッションには病院をはじめとする施設で活動されている方、または施設から地域に目を向けられるようになった方、実際地域に活動の場を移された方々が集まれたと思います。

在宅医療の現場は患者さんのいわゆるホームで1対1で向き合うことが基本です。医療に関わるケアを客観的に評価することは大変難しいことです。またケアを受けた方の満足度は緩和ケアのケースでは実際知ることが出来ません。家族の捉え方になってしまうかもしれません。今回Quality Indicatorを用いることにより数値化することも可能になる試みは大きな収穫の様です。様々な職種が関わるものの結果的に医療提供者側の自己満足で終わってしまわないことが在宅ケア（個別ケア）として重要だとあらためて考えさせられました。

スムーズな在宅移行に必要なfactor は何か、介護だけではなく医療行為も任せられるのが在宅療養での現状です。家族は不安をたくさん抱えておられることでしょう。でも主介護者は大切な家族のために頑張ります。地域の診療所がどれくらい在宅看取りに対応することで限られた医療資源を有効に利用出来るのか、施設医療現場から地域に目を向けるスタッフはどのように育成するのか、患者さんの不安を軽減するためにも同一機関の方々の支援は有用でしょう。地域住民も巻き込んで在宅緩和ケアの可能性を啓発する事業を行った報告、在宅療養にかかる費用の疾病別比較検討などと盛りだくさんの内容でした。印象的だったのは最後の時間を手厚く介入することで独居者でも自分の生活の場で終焉を迎えられる神戸みどり病院の取り組みでした。

「病院から地域へ」が今回の大きなテーマでした。具体案を積み重ねることによってより良い明日への展望が拓かれたセッションでした。

口演5

緩和ケアチーム 患者サポート

座長・報告 洞仁会洞爺温泉病院 ホスピス緩和ケア科 岡本 拓也

1題目、2題目は同じグループからの発表であった。がんの診断を伝えた同日に、緩和ケアチームの看護師が別室にて患者と家族のカウンセリングを行い、早期からの緩和ケア（全人的アプローチ）の導入を図る試みについての報告。患者、家族においては不安や悲嘆の軽減につながり、医療者においては治療や緩和ケアをスムーズに行える効果や、忙しい外来を効率的に運営して行けるという効果があった。確かに、がんの診断を受けた患者、家族は、様々な不安、心配を抱え、また初めて直面する事態に対してどのように考えてよいかも分からず、親身に話しを聴いてもらって情報を整理できる場を必要としている。専門職によるこのような初期からの手厚い関わりがあるとたいへん心強いだろう。問題はマンパワーの確保であるが、逆に医師の外来業務の時間を短縮できるという利点もあるようであり、一般的に導入を考えてもよい優れた仕組みではないかと感じた。

最後の6題目は「移動式プラネタリウムを活用した緩和ケアサロンの効果～緩和ケアと天文とのコラボレーションの有用性～」という演題であった。明石市立天文科学館の協力を得て、患者家族にプラネタリウムを体験してもらうという試みである。もちろん患者や家族にとって良い効果が得られたわけであるが、患者、家族の感想の言葉からは、辛い日

常を一時的にでも忘れることができたり、自分を越えた存在である宇宙や自然を体感することが有効なスピリチュアルケアとなっていたりする様子が伺えた。移動式プラネタリウムというような大掛かりなものに限らず、使える資源は何でも利用してケアに役立てるという姿勢が重要である。

字数の関係で他の演題については触れないが、いずれも臨床に即した具体的、現実的な発表であり、質疑も活発になされ、大変有意義な学びを共有できた。発表者と参加者に感謝したい。

口演18

臨床研究

座長・報告 名古屋大学医学部保健学科 安藤 詳子

本セッションでは、臨床における研究として、疼痛緩和・緩和ケアチーム介入・遺族サポートグループの効果・デスカンファレンス支援の効果・ソーシャルネットワーキングサービスの構築・在宅緩和ケアプログラムについて、概略、以下のように報告された。

東邦大学医療センター佐倉病院の森山氏らは、 $\beta 1$ アドレナリン受容体遺伝子の2多型が痛みや鎮痛薬に対する感受性個人差の一つの要因であることを示唆し、疼痛緩和治療のテーラーメイド化を推進し安全性と確実性を旨とする重要性を述べた。

神戸大学医学部附属病院緩和ケアチームの坂下氏らは、入院患者200名分の調査結果から緩和ケアチーム介入希望の有意な因子として患者背景や症状に特徴があることを示唆した。

神戸松蔭女子学院大学人間科学部の大和田氏らは、遺族サポートグループ(SG)実施前後の複雑性悲嘆(CG)や気分・不安に関する調査研究を実施し、SGはCGよりも気分・不安に効果が現れやすく、CGに対する個別対応の重要性を示唆した。

大阪医科大学附属病院看護部の上田氏らは、専門看護師や認定看護師のスペシャリストによる看護師に対するデスカンファレンスの研修や企画・運営・進行の支援がされた後、質問紙調査を実施し、デスカンファレンスの苦手意識や負担感の軽減、感情表出の促進などの効果を明らかにした。

石心会川崎幸病院消化器病センターの高橋氏らは、ソーシャルネットワーキングサービス(SNS)を利用したがん患者サポートシステム構築について、その実績を報告し、がん患者の精神面をリアルタイムにサポートするシステムの成果と課題を発表した。

岡山大学病院麻酔科蘇生科の西江氏らは、カナダのウィニペグ市による在宅緩和ケアプログラム(余命6ヶ月以内の時期で心肺蘇生・化学療法・IVHをしない等の約束の上、医療費は無料)への希望について、市民向けの大規模調査を実施し、約5割の希望を確認した。終末期における本人の希望を尊重するための貴重なデータを示した。

以上、テーマは多岐にわたっていたが、いずれもより良い実践に向けた貴重な知見が発表された。

口演19

優秀演題

座長・報告 医療法人 東札幌病院 緩和ケア科 中島 信久

今回、査読委員会において、応募演題数1374題のうち「口演」に選ばれた113題の中から「優秀演題」を3題選出し、このうちの1題を「最優秀演題」と選定した（その後、演題取り下げが1件あったため、2演題のみの発表となった）。

最初に、優秀演題に選ばれた「がん診療連携拠点病院の緩和ケア機能の充足度：平成19-21年度医療水準調査の結果」について、東北大学大学院・緩和ケア看護学分野の宮下光令先生が発表された。今回の調査から、この3年間で病院の緩和ケアに取り組む体制、緩和ケアの情報提供体制、専門的な緩和ケアの提供体制が充足したこと、これより、わが国の一般病棟における緩和ケアの均てん化がより進んだと考えられることを発表された。

続いて最優秀演題に選ばれた「緩和ケア病棟で提供された終末期鎮静の関連要因と遺族による緩和ケアの質評価への影響」について、同じく東北大学大学院・緩和ケア看護学分野の佐藤一樹先生が発表された。これは、緩和ケア病棟37施設で死亡したがん患者2802名を対象として診療記録調査を行ったものである。終末期鎮静は若年患者や肝臓がんにおいて実施率が高い傾向があったが、全体としては患者背景に依らない緩和治療の一つとして実施されていた。また、耐え難い苦痛を持つ終末期がん患者に鎮静を実施することで、遺族によるケアの質評価を損なわない可能性が示唆されたと発表した。

いずれの発表も規模の大きい多施設研究であり、わが国における今後の緩和ケアの発展に向けて、十分に説得力のある素晴らしい内容であった。

前回大会から始まった「優秀演題」セッションであるが、昨年、座長をされた志真泰夫先生が「今回の優秀演題は全て女性でした。世の草食系男子諸君、頑張りたまえ！」との檄を飛ばされた。そのせいかな否かは定かではないが、今回選出された2名はいずれも男性であった。来年以降、性別に関係なく、優れた演題にこのセッションでお目にかかることを楽しみにしている。

Journal Club

せん妄治療におけるアリピプラゾールとハロペリドール

聖隷三方原病院 ホスピス科 小田切 拓也

Boettger S, Friedlander M, Breitbart W, Passik S. Aripiprazole and haloperidol in the treatment of delirium. Aust N Z J Psychiatry. 2011 Jun; 45(6):477-82.

【目的】

せん妄の症状改善や、活動型サブタイプの違いによる、アリピプラゾールとハロペリドールの効果と認容性を比較する。

【方法】

2004年7月から2006年6月までの、Memorial Sloan Kettering Cancer Center のPsychiatry Service に、せん妄対策目的で紹介され、DSM IVTRのせん妄の基準を満たす患者を対象とした。前向きにデータを集積し最初のせん妄診断時 (T1)、48～72時間後 (T2)、7日目 (T3) のMemorial Delirium Assessment Scale (MDAS)、Karnofsky Performance Scale (KPS)、簡潔型the Udvalg for Kliniske Undersogelser Side Effect Rating Scale(UKU) を評価した。次にアリピプラゾール治療患者 (ARI) と、case-matchなハロペリドール治療患者 (HAL) を抽出した。基本的にどちらの薬剤を使用するかは担当の精神科医の判断にゆだねられたが、重度の症状や焦燥感がある場合は、HAL が使用された。

【結果】

21人のARI群と背景情報を一致させた21人のHAL群が抽出され解析された。診断時MDASは両群で統計学的有意差はなかった。T1からT3の経過で、MDASはARI 群で18.1から8.3へ、HAL群で19.9から6.8に改善した (両群間で有意差なし)。せん妄改善率は、ARI群で76.2%、HAL群で76.2% だった。低活動性せん妄において、MDASはARI群で15.6から5.7へ、HAL群で18.8から8.1に改善した。低活動性せん妄の改善率は、ARI 群で100%、HAL群で77.8%だった。過活動性せん妄患者では、MDAS スコアはARI群で19.9から6.8、HAL群で20.8から5.8に改善した。過活動性せん妄の改善率は、ARI群で58.3%、HAL群で75%だった。ARI群とHAL群で、治療結果に有意な差はなかった。錐体外路症状は、ARI群 0%、HAL群19%。HAL使用量が多いほど錐体外路症状の頻度が高かった。

【結論】

アリピプラゾールはせん妄治療において、ハロペリドールと効果は同等であるが、ハロペリドールの方が錐体外路症状の合併が多い。

【コメント】

この研究ではPS3～4程度の入院患者が対象となっており、両薬剤とも使用量は、日本における日常臨床と比較するとかなり多い印象であるため、今回の結果を直接的に日々の臨床には当てはめられない可能性がある。しかしながら、従来言われていたように、アリピプラゾールは、錐体外路症状は少なく、過活動性せん妄や強い症状への効果は弱い、低活動性せん妄に対する効果が大きいことが示唆された。今後は盲検化された前向き比較試験での検討が必要である。

Journal Club

真実を告げることに関する在宅緩和ケア患者の経験

聖隷三方原病院 ホスピス科 小田切 拓也

Friedrichsen M, Lindholm A, Milberg A. Experience of truth disclosure in terminally ill cancer patients in palliative home care. Palliat Support Care. 2011; 9:173-180.

【目的】

「予後が限られる」ことを伝えるtruth tellingに関して、終末期がん患者の経験や選好を明らかにすること。

【方法】

研究は、スウェーデンの2つの在宅緩和ケアユニットにおいて行われた。対象患者は、18歳以上、病名・予後を知らされている、身体・精神両面で満足な状態と自身が考えている、患者とした。まず、抗がん治療の終了を告げることに焦点を当てた31件の面接を行った。加えて、真実の情報についての患者の経験や選好に特に注目した14件の面接を行った。参加患者の年齢は29～84歳で、平均66歳だった。初めの31件の面接では、患者の「悪い知らせを告げられた経験」のみに焦点を当てたにもかかわらず、真実を告げることの要否に関して患者から語られた。次の14件の面接では、同様に、「悪い知らせを告げられた経験」を語ってもらったが、真実を告げることの重要性や「真実」の構成要素を掘り下げて語られた。データの分析は解釈学を用いて行われた。

【結果】

すべての患者が「真実」を知りたいと思っていたが、患者にとっての「真実」には次の3つの種類が存在していた：
(1) 完全な真実：今自分が死に向かっており、残された時間が限られていること、病気の進行を止める手段がこれ以上ないこと、など。将来何が起こるかの予想、予想される症状と対処法を含む。(2) 部分的な真実：部分的であったり、ある種の事実を含むが、すべての情報は含まないも。予後や耐えがたい症状が生じうるなど、つらい事実に関する詳細は含まない。(3) 望ましい真実：健康についての肯定的なメッセージや腫瘍が奇跡的に消えたなど、患者が希望している真実。

また、異なる真実のタイプと、異なるコーピング形態が関連していた：(1) アクションを起こすために真実に直面する：真実を知ることによってコントロール感が得られ、安心し冷静で居られ、残りの時間を計画することができる、(2) 希望を維持する為に部分的な真実に直面する：肯定的な心境で生きることを望み、医師は患者の利益になる情報を提供するべきで、恐ろしい詳細を提供するべきではない、と感じる、(3) 真実への直面と逃避の間を漂う：将来に関する不快な情報を聴きたくない一方、他の気付くべき真実があるはずだと知っている。知りたい気持ちと知りたくない気持ちを漂う。

実存的に生きようと格闘する中で、患者は異なる真実を望み、コーピングの形態を選び、また、状況に応じてコーピングの形態を変えていた。

【結論】

「真実を伝える」という行為は、単純な情報を与えるという行為以上のものである。個々の希望に合わせた“真実”に細かにチューニングすることで、患者の実存的生存を支持する方法になる。

【コメント】

患者の思いも変化する為、どのような情報を伝えるべきか、何を指標にするかが難しいため、患者自身に、病気に関してどれぐらい、どのような情報を知りたいかを聞くことは有用である（たとえば、入院時に予後告知希望を聞く、など）。また、おかれた状況により、患者が選好する真実やコーピングが変わりうるので、その都度、どの真実について話したがっているか、どのようなコーピングをしているか評価することは、その助けになり、医療チーム内でメリット・デメリットを考えながら対応を判断するのがよいと考えられる（ex. 情報を伝えることで、行動が変わる余地があるか）。

Dignity therapyの終末期患者の苦悩・苦痛と終末期の体験に対する効果： 無作為化比較試験

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 宮下 光令

Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack TF, Hassard T, Harlos M. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomized controlled trial. *Lancet Oncol.* 2011 Aug;12(8):753-62.

【目的】

Dignity therapyは終末期患者を対象とした個別化された短期心理療法である。本研究では無作為化比較試験においてdignity therapyが終末期の患者の苦悩・苦痛を軽減し、患者の終末期の体験に影響を及ぼすかを検証した。

【方法】

カナダ、米国、オーストラリアで予後が6カ月未満の病院、ホスピス、自宅にて療養中の患者を対象とした。対象はdignity therapy群、患者中心ケア群（client-centered care：dignity therapyと同じ頻度で患者とコンタクトを取り相談に乗る）、標準的緩和ケア群の3群に無作為に割り付けられた。主要評価項目はFACT-Sp、patient dignity inventory、HADS、症状や心配事に関する構造化インタビュー、QOL、修正版ESAS などの苦悩・苦痛の介入前後の変化とした。副次的評価項目は介入後の患者の感じた終末期の体験とした。測定はそれまでに患者と接していない独立の評価者が行った。

【結果】

441人の患者がdignity therapy群に165人、患者中心ケア群に136人、標準的緩和ケア群に140人割り付けられた。それぞれ108人、107人、111人が調査を完遂し分析対象となった。主要評価項目に関しては3群で介入前後の苦悩・苦痛には有意な差がみられなかった。副次的評価項目に関しては患者の体験としてdignity therapy群では「試験参加は有益（helpful）であった（ $P<0.0001$ ）」「QOLを改善した（ $P=0.001$ ）」「dignityが高まったと感じた（ $P=0.002$ ）」「自分に対する家族の認識が変わった（ $P<0.0001$ ）」「家族にとって有益であった（ $P<0.0001$ ）」で他の2群より高かった。またdignity therapy群は患者中心ケアに比べspiritual well-beingを改善し（ $P=0.006$ ）、標準的ケア群より悲しみや抑うつを減少させ（ $P=0.009$ ）、満足感が高かった（ $P<0.0001$ ）。

【結論】

Dignity therapyの抑うつ、希死念慮などの苦悩・苦痛に対する効果は検証されなかったが、患者の感じた終末期の体験に関して有用性が見られたことはdignity therapyの臨床的な有用性を支持するものである。

【コメント】

Chochinovらによって開発されたdignity therapyは当初から注目され、単群での前後比較試験や遺族の評価では良好な結果が得られていた。しかし、残念ながら本研究ではRCTによる前後比較では群間差が検出されなかった。これは英国における小規模なRCTと同様の結果である（Hall S, *Palliat Med*, 2011）。しかし、介入後の評価では患者の体験として有益性が示されており、以前の研究結果と合わせて考えても今後有望な介入であると思われる。今回の前後比較で差がでなかった理由の一つに苦悩・苦痛を抱えた参加者が少なかったことを挙げている。研究対象を絞る必要があるか

もしれない。日本でも dignity therapy の実施可能性は検討されつつあるものの、dignity therapy のような心理療法は文化による違いも大きいと考えられ、日本人に適した方法や有用性の検討は今後の課題である。

Journal Club

緩和ケアに関するコミュニケーション・スキル・トレーニングの 無作為化比較試験による効果検証

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

Goelz T, Wuensch A, Stubenrauch S, Ihorst G, de Figueiredo M, Bertz H, Wirsching M, Fritzsche K. Specific training program improves oncologists' palliative care communication skills in a randomized controlled trial. J Clin Oncol. 2011 Sep 1; 29(25):3402-7.

【目的】

腫瘍医にとって緩和ケアに関する患者との相談はがんの積極的治療に関する相談と比較して困難である。緩和ケアへの移行に焦点をあてた簡便で個別的なコミュニケーション・スキル・トレーニング(CST)であるCOM-ON-pの効果を検証した。

【方法】

ドイツの大学病院1施設の腫瘍医41名を対象に無作為化比較試験を行った。最初に全対象者は患者と役者を相手に2シナリオについて相談を行いビデオ録画した。1つ目のシナリオは、予後が数週間以内と予測される状況での患者と家族(主に家族)対象の緩和ケアの相談であった。2つ目のシナリオは、予後が数カ月以上見込まれる状況での患者と家族(主に患者)対象の緩和ケアの相談であった。介入群の医師は1週間後にCOM-ON-pのワークショップ参加し、その2週間後に個人的なフォローアップを受けた。全対象者は5週間後に最初と同様のビデオ録画を行った。

COM-ON-pは、11時間(1.5日)のワークショップ、2週間後の個別フォローアップ(0.5時間)、前後の模擬患者でのアセスメント(各1時間)から成るCSTであり、欧州の専門家の推奨に基づいて開発された。ワークショップは、ファシリテーター、医師4名、患者と家族役の役者の少人数で、参加者の提供した症例について実践を行った。

評価者はビデオ録画から医師の相談時の態度をチェックリストを用いて評価した。チェックリストは、緩和ケアへの移行6項目、一般的なコミュニケーション・スキル9項目、家族を対象に含むこと4項目であった。また、コミュニケーション・スキルと家族を対象に含むことの全般的評価をそれぞれ1項目ずつ尋ねた。分析は、ベースラインを共変量とした混合効果モデルにより行った。

【結果】

介入群に22名、対照群に19名が割り付けられ、全対象者が調査を完遂した。対照群と比較して介入群では、チェックリストの3領域の全て有意に改善した(全て $p < .01$)。全般的なコミュニケーション・スキルと家族を対象に含むことの評価は、介入群の方が有意に評価が高く(全て $p < .01$)その差の大きさは中程度であった。

【結論】

簡便なCSTにより医師の緩和ケアへの移行に関するコミュニケーションの実践を向上させることができた。一般化や臨床での適用についてはさらなる研究が必要である。

【コメント】

緩和ケアに関する CST は国内外ともに開発が進む重要なテーマであり、本研究は無作為化比較試験により効果を検証した初めての調査であり意義深い。わが国では患者に悪い知らせを伝えることに関する CST プログラム SHARE が日本サイコオンコロジーにより実施されている。

Journal Club

緩和ケアを受ける全ての成人患者に適応可能な新しいQuality Indicator 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

Claessen SJ, Francke AL, Belarbi HE, Pasman HR, van der Putten MJ, Deliens L. A new set of quality indicators for palliative care: process and results of the development trajectory. J Pain Symptom Manage. 2011 Aug; 42(2):169-82.

【目的】

緩和ケアにおけるQuality Indicator(QI) はこれまで開発されてきたが、それらは「がん緩和ケア」や「在宅緩和ケア」に特化したものであった。本研究の目的は、オランダの緩和ケアを受ける全ての患者に適応可能な新しいQIを開発することである。

【方法】

文献レビューや専門家の議論をもとに新しいQIの草案を作成した。項目の選定・修正や実施可能性・有用性の検討のため、患者や親族、介護者に対するインタビュー調査や、在宅緩和ケア、緩和デイケア、ナーシングホーム、ホスピス等、多様な設定で14名の患者を対象に調査を実施した。

【結果】

新しいQIは、「患者への緩和ケアに関するQI」と「親族に対するサポートもしくはアフターケアに関するQI」の二部構成となった。「患者への緩和ケアに関するQI」は、4カテゴリー（疼痛や身体症状のマネジメント・心理社会的well-beingのケア・スピリチュアルwell-being のケア・一般的状況）の全33項目から成り、「親族に対するサポートもしくはアフターケアに関するQI」は、3カテゴリー（親族の心理社会的スピリチュアルwell-being のケア・一般的状況・アフターケア）の全10項目の構成となった。

【結論】

緩和ケアを受ける全ての患者に適応可能な新しいQIが開発され、実施可能性・有用性が示された。

【コメント】

緩和ケアはがん患者のみでなく非がん患者へという流れの中で、この新しいQIは非常に有用であると考えられる。今後はさらなる調査を行い、普及していくことが望まれる。

ギリシャの乳がん患者の、意思決定時に担う役割の 選好と情報ニーズについての調査

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

Almyroudi A, Degner LF, Paika V, Pavlidis N, Hyphantis T. Decision-making preferences and information needs among Greek breast cancer patients. *Psychooncology*. 2011 Aug;20(8):871-9.

【背景】

ギリシャでは、医療において、パターナリズム的な医師-患者関係の文化が強く根付いているが、近年では、医師と患者が共同して意思決定を行うことが推奨されてきている。しかし、実際に患者が意思決定時にどのような役割を担うことを望んでいるかは明らかにはなっていない。そこで、本研究では、ギリシャの乳がん患者が、治療の意思決定にどのように参加することを望んでいるか、またどのような情報ニーズがあるかを調査する。

【方法】

2008年2月から2009年9月ギリシャの1大学病院の腫瘍外来を受診した乳がん患者329名を対象とし、治療の意思決定場面に患者自身がどのように参加したいと考えているかについて、The Control Preference Scaleを用いアセスメントを実施した。情報ニーズについては、The Cassileth's Information Styles Questionnaireを用い、情報の量や内容についてのニーズを調査した。

【結果】

患者の平均年齢は59歳、約半数が診断時にステージⅡ、70%が乳房切除術を受けていた。患者のうち234人(71.1%)が意思決定時に受動的な役割でありたいと考えており、その中でも、149人(45.3%)意思決定の責任を完全に医師に担ってもらいたいと考えていた。一方で、医師と共同して意思決定を行いたい患者は24%、わずかに1人だけが積極的に自分自身で意思決定を行うことを選好した。情報ニーズについては、62.6%の患者が、good newsでもbad newsでもできる限り多くの情報がほしいと回答したが、37.4%は詳細な情報はいらぬ/good newsのみ知りたいと回答した。より低い情報ニーズ、意思決定への消極的な参加を望んでいることと、がん診断以前にマンモグラフィー検査やPAPテストを受けた回数が少ないことが有意に関連していた。

【考察】

他国での調査結果と比較して、本研究の結果では、意思決定時に受動的に参加したいと考えている患者の割合が最も高かった。特に、アメリカやカナダでは意思決定により積極的に参加したいと考えている患者が多いことと比較すると、ギリシャの医療におけるパターナリズム的な医師-患者の関係が際立つ結果となった。情報ニーズの低さや意思決定への消極的な参加の選好とスクリーニング検査の実施の少なさとの関連は、患者にとって適切な情報や選択肢を提供する重要性を示している。

【コメント】

意思決定における患者の役割の選好については非常に文化差が大きいと考えられる。日本においても、特に高齢者において医師に“おまかせ”したいと考える割合が高いことが調査で明らかになっている。しかし、医師に“おまかせ”したい=情報ニーズがないではなく、個人によって必要としている情報はさまざまである。患者各個人に適した情報の

提供（内容や量）を実施し、その上で各個人の望む意思決定への参加を助けることはわが国でもなお重要な課題と言える。

Journal Club

がん対策基本法に基づく緩和ケア研修会の企画・運営および学習資料の問題点

旭川医科大学病院 緩和ケア診療部 阿部 泰之

Abe Y, Yamamoto R, Kizawa Y. Current problems with project management and learning materials of a palliative care education program for physicians based on the Cancer Control Act. Palliative Care Research 2011; 6(2): 143-9

【目的】

わが国において医師など医療者に対する緩和ケアの基本教育の不足が指摘されている。このような背景から、がん対策推進基本計画においてすべてのがん診療に携わる医師が緩和ケアの基本知識を習得することを目的として緩和ケア研修会が計画され、厚生労働省の委託を受けた日本緩和医療学会がPEACEプロジェクトとしてこの研修会事業をサポートしている。事業開始から2年（研究開始時点）が経過し修了者は確実に増加しているが、一方で研修会の企画運営および学習資料の問題点も指摘する声が上がっている。本研究の目的はこれら問題点を明らかにすることである。

【方法】

緩和ケア研修会の問題点を明らかにするために「研修会改善のためのワークショップ」を開催し、参加者（指導者研修会修了者）により問題点のブレインストーミングが行われた。本研究はこのブレインストーミングで出された意見をコード化し、3名の研究者によって再構成し質的に分析したものである。

【結果】

178個のコードが抽出され、企画の問題点として4つのカテゴリー、運営の問題点として6つのカテゴリー、内容・マテリアルの問題点として6つのカテゴリーに分類された。企画の問題点として企画責任者は都道府県、医師会、拠点病院間、院内それぞれとの連携の困難感を抱いていた。運営上も開催者は様々な問題を抱えていた。運営をすることの金銭的・人的負担、参加者やスタッフの経験やモチベーションの差、ファシリテーターの能力差などがカテゴリー化された。内容・マテリアルの問題点としてスライド内容や、使用法・教育法についての問題が明らかとなった。

【結論】

緩和ケア研修会における企画・運営、学習資料の問題点が明らかとなった。PEACEプロジェクトによるサポートが行われているが、開催者の物理的・心理的負担はいまだ大きかった。問題点や学習者のニーズは様々であり、一様の開催指針や学習資料でカバーすることが困難であると考えられた。この問題点の解決法として次の6つが考察された。1. 学習者のニーズやレベルに応じた研修内容の選択、2. e-learningによる事前学習の導入、3. 指導者のさらなる育成、4. ファシリテーターの質の維持、5. モジュールの追加を含む学習資料の改善、6. 上記を組み込んだ開催指針の改訂

【コメント】

がん対策基本法に基づいた緩和ケア研修会が全国で広く行われ、緩和ケア自体が広がるきっかけとなっている。しかし、緩和ケア研修会の実効性の確認や問題点の抽出はこれまであまり行われてこなかった。本研究は対象者の選択などの面で限界を持つものの、全国の緩和ケア研修会自体の問題点を初めて明らかにしたものである。今後もよりよい教育が行われるように緩和ケア研修会の評価を続ける必要がある。

Journal Club

がん疼痛治療患者182名に対する世界標準量アセトアミノフェンを用いたがん疼痛管理に関する後ろ向きコホート研究

岡部医院 河原 正典

Kawahara M, Okabe K. Retrospective cohort study on pain management using global standard-dose acetaminophen in 182 patients treated for cancer pain. Palliative Care Research 2011; 6(2): 133-42.

【目的】

アセトアミノフェン(APAP)は、WHO方式がん疼痛治療ガイドラインの第1段階で使用される薬剤であるが、本邦では2011年1月まで¹⁾承認用量が1回300~500mg、1日900~1,500mgと海外の「1日4,000mgまで」に比べて少なく、鎮痛効果を得るのに十分な量が使用し難い状況にあった。そのため、がん疼痛管理におけるAPAPの使用経験は十分とは言えず、世界標準投与量におけるAPAPの有効性や安全性について検討した報告は少ない。そこで今回我々は、世界標準量APAP+オピオイドを投与した症例(APAP群)とNSAIDs+オピオイドを投与した症例(NSAIDs群)を比較し、世界標準量APAPの有効性及び安全性について検討した。

【方法】

当院にて世界標準量APAP(1,800mg~2,400mg)+オピオイドを投与した182症例とNSAIDs+オピオイドを投与した82症例に対して、有効性の指標として安静時と体動時の痛み、安全性の指標として嘔気、肝機能(AST・ALT)を調査し、2群間で後ろ向きに比較検討した。

【結果】

有効性については、安静時及び体動時の疼痛管理状況共にAPAP群とNSAIDs群で同等であった。オピオイド等の併用薬剤についての検討が不足しているものの、がん疼痛治療における非オピオイド鎮痛薬としての世界標準量APAPは、有効性の点でNSAIDsより劣るとは言い難い結果が得られた。また安全性に関するAPAP群とNSAIDs群の比較では、嘔気の発現頻度はAPAP群が有意に低く($p < 0.01$)、AST・ALTが基準値の2.5倍を超えた患者の割合は両群同等であった。APAP投与群に重篤な有害事象は確認されなかった。

【結論】

今回の検討では、APAP群の有効性はNSAIDs群と遜色なく、安全性についてはNSAIDs群よりも有意に良好な結果が得られた。以上のことから、世界標準量APAPはがん疼痛治療における非オピオイド鎮痛薬として、本邦でも有用な選択肢の1

つになり得ると考えられた。

- 1) 本邦における APAP の承認用量は、2011 年 1 月に 1 回 1,000mg、1 日 4,000mg までに変更された。

Journal Club

看護師がスピリチュアリティを考える体験をした臨床場面とその内容 -X県の看護師への調査から

新潟県立看護大学 酒井 禎子

Sakai Y, Ohkubo A, Okamura N, Abe Masako, Toda Yukiko. Nursing practices in which nurses experienced a realization of spirituality and their thoughts at that time: a survey of nurses in one prefecture.

Palliative Care Research 2011;6(1):216-21.

【目的】

近年、人間の健康におけるスピリチュアリティ (spirituality) の重要性が注目されるようになってきたが、日本人におけるスピリチュアリティの概念はいまだ曖昧なまま看護ケアが模索されているのが現状である。本研究は、看護師がスピリチュアリティを考える体験をした臨床場面とその内容とはどのようなものであるかを明らかにすることを目的とし、臨床の場で看護師が実感として感じているスピリチュアリティの実態を検討した。

【方法】

X県内の4病院と1緩和ケア病棟の看護師に対して、ケアの中でスピリチュアリティを考えた体験の有無とその内容についての質問紙調査を実施した。そして、スピリチュアリティを考えた体験があると回答した人が記載したその体験の記述を、スピリチュアリティを考えた場面と、スピリチュアリティについて考えた内容の2つの視点に沿って分析した。

【結果】

921名の看護師に対して調査用紙を配布し、835名から回答が得られた。その中でスピリチュアリティを考えた体験を持つ看護師は全体の2割程度であった。看護師は、病と共に生きる、あるいは死に向かう患者の姿から人間の強さや人生を考えるとともに、生と死にまつわる超越的な出来事を通して、スピリチュアリティを考えていた。また、臨床で困難と感じた患者へのケアなどを通して、心身領域にとどまらないケアへの考えを深めていた。スピリチュアリティについて考えた内容としては、自らの臨床での体験を通して培われていく死生観について述べているものと、自らが看護職として努力しているスピリチュアリティに対するケアのあり方について述べているものがみられた。

【結論】

このような人の生と死や超越的なものへの看護師の関心は、日本人のスピリチュアリティの構造を反映していると考えられるとともに、スピリチュアリティの概念を自身の体験と関連させながら理解を深める看護教育の必要性が課題として示唆された。

『抗がん剤治療の中止』を説明する際の腫瘍医の負担

九州がんセンター 緩和ケアチーム/サイコオンコロジー科 大谷 弘行

Otani H, Morita T, Esaki T, Ariyama H, Tsukasa K, Oshima A, Shiraisi K. Burden on oncologists when communicating the discontinuation of anticancer treatment. *Jpn J Clin Oncol.* 2011 Aug;41(8):999-1006.

【目的】

本研究の目的は、『抗がん剤治療の中止』を患者家族へ説明する際の腫瘍医の負担の認識、要因、方策を体系的に把握することである。

【方法】

対象は多施設のがん専門病院の腫瘍医で、自己記入式アンケート調査を行いそれぞれの関連性について、腫瘍医の負担を目的とした多変量解析を行った。

【結果】

394人(有効回収率67%)が参加した。47%の腫瘍医が『抗がん剤治療の中止』を患者家族へ説明することに対して高いレベルの負担を感じ、この負担のため17%の腫瘍医がやめたいと考えていた。その要因として“患者の希望を失わせるという感情”、“家族から非難されるのではという心配”、“患者が自制心を失うのではという心配”、“説明時間の不足”の4因子が示唆された。腫瘍医が考える負担軽減のための有効な対策は、“周囲の病院や施設のスムーズな連携”、“説明をするための落ち着いた空間の確保”、“説明後に患者や家族の気持ちをフォローする看護師や心理士やMSWの存在”、“説明をするための十分な時間の確保”などであった。

【考察・結論】

多くの腫瘍医が『抗がん剤治療の中止』を患者家族へ説明する際に負担に感じている。腫瘍医の負担軽減のための有効な対策は、“説明のための十分な時間や空間の確保”、“周囲の施設及び多職種の連携”、“コミュニケーションスキルトレーニング(その内容は特に患者の希望を保ちながら患者だけではなく家族とのコミュニケーションなどの特定の場面に関すること)”が考えられる。コミュニケーションスキルトレーニングの意義はもとより、腫瘍医が時間に追われながら勤務していることを加味しつつ、役割分担を考慮した連携クリニカルパスなど、多職種・多施設で協力し合えるような具体的な体制を検討することが今後の課題である。これらほしいては、患者家族へ良い影響をもたらすことになるであろう。

日本の緩和ケア医が経験しているコルチコステロイドの効果と有害事象：実態調査

埼玉県立がんセンター緩和ケア科 松尾 直樹

Matsuo N, Morita T, Iwase S. Epub 2011 Jun 1. Efficacy and undesirable effects of corticosteroid therapy experienced by palliative care specialists in Japan: a nationwide survey. J Palliat Med. 2011 Jul; 14(7):840-5.

【目的】

コルチコステロイド（以下、ステロイド）はがん患者の様々な症状に対して、一般的に使用されているが、有効性に関する統一された見解はなく、経験的に使用されているのが現状である。ステロイドの食欲不振、倦怠感、呼吸困難に対する緩和ケア医が感じている有効性とその予測因子、副作用を明らかにするための全国調査を行った。

【方法】

ホスピス・緩和ケア病棟178施設の医師に質問紙を送付した。

【結果】

回収率70%。ステロイドを使用している施設は123施設(99%)。入院患者の71%（中央値）に使用されていた。医師が感じている有効率（平均）は食欲不振では57%、倦怠感では50%、呼吸困難では52%。いずれの症状においてもほとんどの医師が7日以内に効果が期待できると感じていた。23%の医師が重篤な副作用を経験しており、その内容は消化管出血（5.8%）、消化管穿孔（5.0%）、致死的な高血糖（8.3%）、カリニ肺炎（2.5%）などであった。医師が有効と感じている予測因子として、50%以上の医師が回答したものは食欲不振に対しては肺癌患者、消化器癌患者、倦怠感に対しては腫瘍熱を伴う倦怠感、消化器癌患者、肺癌患者、呼吸困難に対しては癌性リンパ管症、気道閉塞、多発性肺転移であった。一方、無効と感じている予測因子として食欲不振に対しては悪液質、倦怠感に対しては肝不全、腎不全、悪液質、貧血、抑うつ、呼吸困難に対しては胸水、気道分泌増加、貧血、肺炎、衰弱であった。

【考察】

本邦の緩和ケア医は食欲不振、倦怠感、呼吸困難に対してステロイドは半数以上の患者に有効であると感じていた。また、医師は病態に基づいて、ステロイドが有効かどうかを予測しながら投与していたが、その予測因子は医師によって差異があった。今後はこれらの予測因子と考えられる各病態においてのステロイドの有効性を検証する前向き研究が必要である。

【コメント】

現在、本研究で課題の一つとなったステロイドの予測因子を探索する多施設前向き研究を予定しています。

Journal Club

適応障害に対する精神医学的治療

国立がん研究センター中央病院 清水 研

Shimizu K, Akizuki N, Nakaya N, Fujimori M, Fujisawa D, Ogawa A, Uchitomi Y. Treatment response to psychiatric intervention and predictors of response among cancer patients with adjustment disorders. J Pain

Symptom Manage. 2011 Apr; 41(4):684-91.

【目的】

がん患者がストレスに反応して適応障害に罹患することは多いが、精神科的治療介入後の臨床経過に関してはあまり知られていない。本研究においては、精神腫瘍科に紹介された適応障害患者の治療介入後の改善率と、治療反応の予測要因を検討した。

【方法】

国立がん研究センター東病院精神腫瘍科に紹介となった後の治療経過に関して、担当医がClinical Global Impression Improvement Scale(CGI-I)を用いて、毎週評価を行った。治療介入後4週間以内にCGI-Iが2点以下となる良い結果が得られた患者を改善群と定義した。また、カルテから人口統計学的情報、医学的情報を得た。これらを独立変数として、多変量解析にて改善を予測する要因を検討した。

【結果】

調査期間中に対象となった238名のうち、136名(57.1%)の患者に改善を認め、改善群のほとんどは適応障害の診断に該当しないレベルまで症状が軽快していた。一方で、23.5%は治療に反応せず、2.9%の患者はより重症のうつ病に移行していた。16.4%の患者は治療を継続しなかった。

ベースラインで疼痛があった患者は治療反応性が良い一方で、身体活動度が悪い患者は改善が得られにくかった。

【考察・結論】

がん患者に合併する適応障害は、精神医学的介入後に過半数が改善を得られている一方で、少数であるがうつ病に移行するケースもあった。また、いくつかの治療反応を予測する要因が明らかになったが、疼痛が強い患者の方が適応障害が改善しやすいという結果については予想外であった。今回のデータからはその理由の検討は難しいが、疼痛が鎮痛薬などで改善することを介して、精神症状も改善していた可能性が考えられる。

Journal Club

**日本のがん患者を対象としたマインドフルネスに基づいた
瞑想療法についての質的研究**

聖マリア学院大学看護学部 安藤 満代

Ando M, Morita T, Akechi T, Ifuku Y. A qualitative study of mindfulness-based meditation therapy in Japanese cancer patients. Support Care Cancer. 2011 Jul; 19(7):929-33.

【目的】

治療中のがん患者に対して、心身への注意を促すマインドフルネスアプローチによって、どのような心理面の効果があるのかを質的分析によって調べることを目的とした。

【方法】

主治医が登録基準を満たす患者を面接担当者に紹介した。介入は、臨床心理士または看護師が2週間の間隔をあけて2回行った。参加者は、介入前後に質問紙に回答し、そのなかの「病気が意味すること」という質問に対する自由記述について、文章の意味がわかる最小限の単位をコードとして、それらをまとめて中カテゴリー、大カテゴリーとして質的分析を行った。

【結果】

ある総合病院の外科外来で治療を受けている28名が参加した。介入前は、「否定的感情」「負担感や苦悩」「肯定的認知への努力」「具体的対処への努力」「人生の振り返り」「命や時間の大切さへの気づき」「健康への注意」「周囲への感謝」という中カテゴリーが得られ、最終的に「苦悩」「コーピングの模索」「人生観の変化」「スピリチュアリティの向上」「個人の成長」というカテゴリーが抽出された。介入後は、「肯定的な認知」「適応的な生活の変化」「健康への気づき」「周囲への感謝」「肯定的意味づけ」「医の死や時間の大切さの気づき」「病気の否定的認知」という中カテゴリーが得られ、最終的に「適応的なコーピング」「個人の成長」「スピリチュアリティの向上」というカテゴリーが抽出された。

【考察】

介入前は、苦悩のなかでコーピング方法を模索している心理状態が主であったが、介入後は「肯定的なコーピング」「適応的な生活の変化」など、適応的な心理状態が中心になるという変化がみられた。これらからマインドフルネスは自分独自のコーピングを模索するうえで有用である可能性が示唆された。また、Mackenzie et al. の研究では、マインドフルネスの介入後には「セルフコントロール」というカテゴリーが抽出されていたが、日本人にはみられなかったことから文化的な差異があることが示唆された。

学会印象記

日本ペインクリニック学会第45回大会に参加して

弘前大学医学部附属病院 麻酔科 緩和ケア診療室 佐藤 哲観

日本ペインクリニック学会第45回大会が平成23年7月21日から23日までの3日間、愛媛県松山市で開催された。当地は正岡子規の故郷であり、晩年は脊椎カリエスによる激痛に耐えながらも最期まで必死に筆をとり続けた彼は、今大会のシンボリック的存在であり、松山市立子規記念博物館館長の竹田美喜氏による特別講演も行われた。大会長を務められた愛媛大学大学院教授である長櫓巧先生のおもてなしの心が行きわたり、温もりのある心地よい学会であった。

神経ブロックに関する演題の他に注目された点をいくつか述べる。慢性痛治療に関しては、神経障害性疼痛（NP）治療薬の評価が数多く発表された。NP治療薬としては、予想通りプレガバリン関連の演題が多数採用され、デュロキシジンやミルタザピンの使用経験に関してもいくつか発表があり、これら新規薬剤に寄せられる期待の大きさがうかがわれた。学会のワーキンググループにより編集されたNP薬物療法ガイドラインが大会期間に合わせて発刊されたが、各薬剤の有用性に関するエビデンス確立が待たれる。新規抗けいれん薬・抗うつ薬の使用経験に関する報告では、海外での報告と比べて副作用発現による使用継続困難症例の率が高く、慎重な初期開始用量設定やタイトレーションが必要であることが改めて認識された。また近年数種のオピオイド製剤が非がん疼痛に保険適応となり、その評価や使用上の問題点

も話題となった。

がん疼痛治療や緩和ケアに関するセミナーや演題も多数あり、ペインクリニックの緩和ケアへのより積極的な参加が呼びかけられた。

緩和医療や緩和ケアと同様に、ペインクリニックの分野においても患者の個別性が高くエビデンスレベルの高い研究をデザインすることは難しいが、詳細な症例報告や後ろ向き研究からも得られる知見は多く、様々な疼痛に関するアセスメントや治療法を学ぶことのできる間口の広い学会である。疾患を問わず「痛み」に興味をお持ちの方は是非一度ご参加を。

学会印象記

第17回日本緩和医療学会学術大会（札幌大会）に参加して ～看護師として考えること～

JA 愛知厚生連 安城更生病院 がん看護専門看護師 則竹 宏美

7月に北海道で行われました、第17回日本緩和医療学会学術大会に参加いたしました。今回のテーマは、『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～』であり、いのちを通じて人間の絆を感じ、医療者を越えた一人の人間としてケアを考える講演が多く、大変興味深いものばかりでした。

今回は、日本緩和医療学会がスタートして15年目であり、『緩和医療の原点を見直す』ということが1つの大きなテーマであると感じました。特に印象深かったのは、田村恵子先生による「がんの痛みを和らげよう！～全人的ケアの視点からのアプローチ～」としての講演でした。『病を患う人は、苦悩とともに生きていかざるを得ない』のであり、痛みがその人にとっては苦悩であることもあるが、そうでないこともあるため、その人にとっての痛みの意味を考えることが大切であると講演されていました。そのため、患者に寄せる関心事に対する自分自身の傾向を認識し、患者の状況についてチームで補うことが大切であるとの言葉に、肩の力が少し和らぐのを感じました。また、患者の思いを察して理解するのではなく、いつも側に寄り添える看護師だからこそ、その思いを患者に直接確認し、それを他職種へ伝え、緩和ケアチーム力を高め、患者の思い・いのちをささえることができると感じます。

また、緩和ケアチームの活動だけではなく、在宅緩和ケアや緩和デイケアの議論も活発にされていました。高齢社会と核家族化が加速的に進行したことに加えて、日本人特有の「他者の負担にならない」という思いが、在宅で end of life を迎えることを困難にしていると考えられます。そこで、患者が「また家に帰りたい」という、心の底にしまいこんでいたろう思いを引き出すことが大切であると感じます。苦痛緩和のためのサイエンスをもってそれを実現し、病院から地域へ、患者が大切にしている子や孫へいのちをつなぐことができると一層強く感じます。

学会印象記

第16回日本緩和医療学会学術大会に参加して

名古屋第二赤十字病院 薬剤部 緩和ケアチーム 川出 義浩

2011年7月29日から30日にかけて、第16回日本緩和医療学会学術大会が札幌市で開催されました。2日間の有料参加者は約5500名で、大会のテーマは「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～」でした。多岐にわたるテーマとプログラムが用意された中、東日本大震災関連企画「被災地からの声に耳を澄ます」が印象に残りました。参加した1日目の内容を報告します。

岩手県立大船渡病院緩和医療科の村上雅彦先生は、DMRT資格をもち病院災害対策の指揮をされました。普段から連携してきた地域医療スタッフからの要望を断り続けたことに苛まれました。5月以降、「つらさを抱える自分たちが、つらさを抱える患者をみなければならないつらさ」による不眠、体調不良となった話をされました。

石巻赤十字病院緩和医療科の日下潔先生は、石巻医療圏で唯一残った病院として、全国からの救護班とともに、約20万人の命を支えたことを話されました。今回の震災の特徴として、1) 慢性疾患の継続、2) 上気道炎、気管支炎、アレルギー疾患が多い、3) 家屋片づけ時の外傷、4) 精神科疾患の断薬を挙げられました。私自身、石巻赤十字病院薬剤部支援で3月下旬6日間、準職員として勤務しましたので共感できました。

うえまつ調剤薬局/宮城県薬剤師会の轡基治先生は、冒頭に深呼吸をしましょうと話され、会場全体の緊張が解ける思いがしました。発災直後、最優先に在宅安否確認したのは、電源の必要な患者、独居の患者とのことでした。通信手段が遮断され、交通信号が麻痺した状況では、日没までに帰宅することや、患者宅に到達できない場合には撤退することも重要であると話されました。

緩和医療と災害医療は、異なる点は多くありますが、緩和ケアのこころは、災害医療の現場でも、いのちをささえる原点になると実感しました。同時に、被災者でもある医療従事者の方々が、力を合わせ、多くのいのちをつなぐことに尽力されたことに敬意を表したいと思います。これからも継続的な支援が必要であると痛感しました。

学会印象記

第11回オーストラリア緩和ケア学会に参加して

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2011年8月30日から9月2日にかけてオーストラリア北部、赤道近くのクイーンズランド州のケアンズで開催されたオーストラリア緩和ケア学会に参加する機会を得たので御報告したい。

会場のケアンズ・コンベンションセンターは幕張メッセほどの規模があり、1,000人ほどの参加者に比べて面積的に余裕があった。特にポスターセッションは102演題の発表に対してゆとりがあり、メイン会場を取り囲むようにした曲線状にポスターが一列に並べられ、ワインとチーズをとりながら発表者と歓談する、というオーストラリアならではの、のんびりした雰囲気の中で行われた。

前回の第10回大会は、アジア太平洋ホスピスネットワーク（APHN）との共同開催であり、参加者も多かったが、今回は国内学会という本来の姿に戻り、ゲストスピーカーも前欧州緩和ケア協会（EAPC）会長のラートブルーフ先生のみ、という小規模なものであった。

確かにオーストラリアは人口2100万人余り（世界の52位）で、日本の12700万人（世界10位）に比べて小さな国である。しかし、緩和ケアの領域では英語圏の情報をいち早く取り入れており、英国からの移住者も少なくないので、先進的地位を保っている。しかも、医療資源に乏しいので、緩和ケアに関わりのある医師・看護師のみならず、作業療法士、臨床心理士、ソーシャルワーカーたちが、各々の役割を展開していた。

専門職にとどまらずボランティアの姿も多く見受けられ、特に地域での緩和ケアの展開にボランティアが関与する等、緩和ケアを多くの市民が支えようという社会的背景も感じ取られた。

ちなみに第12回大会は2013年9月3日から6日にかけて南部のキャンベラで開催される。日本からも英語圏での発表にチャレンジされることを大いに期待したい。

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7月～2011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

緩和ケアのデイケアについての系統的レビュー

Bradley SE, Frizelle D, Johnson M. Patients' psychosocial experiences of attending Specialist Palliative Day Care: A systematic review. Palliat Med. 2011;25(3): 210-228.

悲嘆後の心理的成長に関するレビュー

Rajandram RK, Jenewein J, McGrath C, Zwahlen RA. Coping processes relevant to posttraumatic growth: an evidence-based review. Support Care Cancer. 2011;19(5): 583-589.

がん患者会についてのUK の全国調査

Stevinson C, Lydon A, Amir Z. Cancer support group participation in the United Kingdom: a national survey. *Support Care Cancer*. 2011;19(5): 675-683.

スピリチュアリティの尺度についての系統的レビュー

Selman L, Harding R, Gysels M, Speck P, Higginson IJ. The measurement of spirituality in palliative care and the contents of tools validated cross-culturally: A systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(4): 728-753.

自宅での鎮静の系統的レビュー

Mercadante S, Porzio G, Valle A, et al. Palliative sedation in patients with advanced cancer followed at home: A systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(4): 754-760.

倦怠感に対する精神賦活薬の系統的レビュー

Minton O, Richardson A, Sharpe M, Hotopf M, Stone PC. Psychostimulants for the management of cancer-related fatigue: A systematic review and meta-analysis. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(4): 761-767.

NEJMに掲載された早期からの緩和ケアの介入研究で行われた介入についての二次報告

Jacobsen J, Jackson V, Dahlin C, et al. Components of early outpatient palliative care consultation in patients with metastatic nonsmall lung cell cancer. *J Palliat Med*. 2011;14(4): 459-464.

がん疼痛に対する教育介入

Cummings GG, Olivo SA, Biondo PD, et al. Effectiveness of knowledge translation interventions to improve cancer pain management. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(5): 915-939.

看取りのパスの効果についての系統的レビュー

Phillips JL, Halcomb EJ, Davidson PM. End-of-life care pathways in acute and hospice care: An integrative review. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(5): 940-955.

意思決定支援についての無作為化比較試験

Leighl NB, Shepherd HL, butow PN, et al. Supporting treatment decision making in advanced cancer: a randomized trial of a decision aid for patients with advanced colorectal cancer considering chemotherapy. *J Clin Oncol*. 2011;29(15): 2077-84.

サバイバー

Harrison SE, Watson EK, Ward AM, et al. Primary health and supportive care needs of long-term cancer survivors: a questionnaire survey. *J Clin Oncol*. 2011;29(15): 2091-8.

NRS、VAS、VRS の比較についての系統的レビュー

Hjermstad MJ, Fayers PM, Haugen DF, et al. Studies comparing numerical rating scales, verbal rating scales, and visual analogue scales for assessment of pain intensity in adults: A systematic literature review. *J Pain Symptom Manage.* 2011;41(6): 1073-1093.

頭頸部がんの精神状態を改善するための手段の系統的レビュー

Luckett T, Briton B, Clover K, Rankin NM. Evidence for interventions to improve psychological outcomes in people with head and neck cancer: a systematic review of the literature. *Support Care Cancer.* 2011;19(7): 871-881.

静脈経路の系統的レビュー

Goossens GA, Stas M, Jerome M, Moons P. Systematic review: malfunction of totally implantable venous access devices in cancer patients. *Support Care Cancer.* 2011;19(7): 883-898.

突出痛に対するイタリアの全国調査

Mercadante S, Villari P, Casuccio A. An Italian survey on the attitudes in treating breakthrough cancer pain in hospice. *Support Care Cancer.* 2011;19(7): 979-983.

EAPC の疼痛ガイドラインの系統的レビュー

Caraceni A. The EPCRC project to revise the European Association for Palliative Care (EAPC) guidelines on the use of opioids for cancer pain. *Palliat Med.* 2011;25(5): 389-390.

Foley KM. How well is cancer pain treated? *Palliat Med.* 2011;25(5): 398-401.

Tassinari D, Drudi F, Rosati M, et al. The second step of the analgesic ladder and oral tramadol in the treatment of mild to moderate cancer pain: A systematic review. *Palliat Med.* 2011;25(5): 410-423.

Klepstad P, Kaasa S, Borchgrevink PC. Starting step III opioids for moderate to severe pain in cancer patients: Dose titration: A systematic review. *Palliat Med.* 2011;25(5): 424-430.

Stone P, Minton O. European Palliative Care Research collaborative pain guidelines. central side-effects management: what is the evidence to support best practice in the management of sedation, cognitive impairment and myoclonus? *Palliat Med.* 2011;25(5): 431-441.

Laugsand EA, Kaasa S, Klepstad P. Management of opioid-induced nausea and vomiting in cancer patients: systematic review and evidence-based recommendations. *Palliat Med.* 2011;25(5): 442-453.

King SJ, Reid C, Forbes K, Hanks G. A systematic review of oxycodone in the management of cancer pain. *Palliat Med.* 2011;25(5): 454-470.

Pigni A, Brunelli C, Caraceni A. The role of hydromorphone in cancer pain treatment: a systematic review. *Palliat Med.* 2011;25(5): 471-477.

Tassinari D, Drudi F, Rosati M, Maltoni M. Transdermal opioids as front line treatment of moderate to severe cancer pain: a systematic review. *Palliat Med.* 2011;25(5): 478-487.

Chemy N. Is oral methadone better than placebo or other oral/transdermal opioids in the management of pain? *Palliat Med.* 2011;25(5): 488-493.

Dale O, Moksnes K, Kaasa S. European Palliative Care Research Collaborative pain guidelines: Opioid switching improve analgesia or reduce side effects. A systematic review. *Palliat Med.* 2011;25(5): 494-503.

Mercadante S, Caraceni A. Conversion ratios for opioid switching in the treatment of cancer pain: a systematic review. *Palliat Med.* 2011;25(5): 504-515.

Zeppetella G. Opioids for the management of breakthrough cancer pain in adults: A systematic review undertaken as part of an EPCRC opioid guidelines project. *Palliat Med.* 2011;25(5): 516-524.

King S, Forbes K, Hanks G, Ferro C, Chambers E. A systematic review of the use of opioid medication for those with moderate to severe cancer pain and renal impairment: a European Palliative Care Research Collaborative opioid guidelines project. *Palliat Med.* 2011;25(5): 525-552.

Bennett MI. Effectiveness of antiepileptic or antidepressant drugs when added to opioids for cancer pain: systematic review. *Palliat Med.* 2011;25(5): 553-559.

Kurita GP, Kaasa S, Sjogren P. Spinal opioids in adult patients with cancer pain: a systematic review: a European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC) opioid guidelines project. *Palliat Med.* 2011;25(5): 560-577. 7.

Radbruch L, Trottenberg P, Elsner F, Kaasa S, Caraceni A. Systematic review of the role of alternative application routes for opioid treatment for moderate to severe cancer pain: an EPCRC opioid guidelines project. *Palliat Med.* 2011;25(5): 578-596.

Fallon MT, Laird BJ. A systematic review of combination step III opioid therapy in cancer pain: an EPCRC Opioid guideline project. *Palliat Med.* 2011; 25 (5) : 597-603.

Hanna M. The effects of liver impairment on opioids used to relieve pain in cancer patients. *Palliat*

Med. 2011;25(5): 604-605.

From Japan.

ステロイドの効果についての全国調査

Matsuo N, Morita T, Iwase S. Efficacy and undesirable effects of corticosteroid therapy experienced by palliative care specialists in Japan: a nationwide survey. *J Palliat Med.* 2011;14(7): 840-845.

脳腫瘍の緩和ケア

Yamanaka R, Koga H, Yamamoto Y, et al. Characteristics of patients with brain metastases from lung cancer in a palliative care center. *Support Care Cancer.* 2011;19(4): 475-481.

せん妄に対する運動療法

Tatematsu N, Hayashi A, Narita K, Tamaki A, Tsuboyama T. The effects of exercise therapy on delirium in cancer patients: a retrospective study. *Support Care Cancer.* 2011;19(6): 765-770.

適応障害に対する精神医学的治療

Shimizu K, Akizuki N, Nakaya N, et al. Treatment response to psychiatric intervention and predictors of response among cancer patients with adjustment disorders. *J Pain Symptom Manage.* 2011;41(4): 684-691.

頭頸部がん患者の評価尺度

Deno M, Tashiro M, Miyashita M, et al. Developing the social distress scale for head and neck cancer outpatients in Japan. *Palliat Support Care.* 2011;9(2): 165-172.

小児緩和ケアについての全国調査

Kato Y, Akiyama M, Itoh F, Ida H. A study investigating the need and impact of pediatric palliative care education on undergraduate medical students in Japan. *J Palliat Med.* 2011;14(5): 560-562.

マインドフルネス

Ando M, Morita T, Akechi T, Ifuku Y. A qualitative study of mindfulness-based meditation therapy in Japanese cancer patients. *Support Care Cancer.* 2011;19(7): 929-933.