



Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会

ニューズレター

54

February 2012

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

病院から地域へ、皆の生活を支える緩和医療に

鳥取市立病院 田中 紀章

第16回日本緩和医療学会は「病院から地域へ」というサブタイトルのもとに、「治す医療」から「生活を支える医療」への転換を会長メッセージに掲げ、緩和ケアをがん以外の疾患に拡大すること、終末期ケアの場が在宅であること、非医療的な視点も持つこと等の方向性を示した。この問題意識の背景には日本社会の超高齢化がある。年々死亡者数は増加し、20年後には約47万人が病院、介護施設、自宅以外の場所で最期を迎えなければならないと予想されている。

折しも、日本病院会は10年ぶりに「倫理綱領」を改訂、「我々は人の自然な死に思いをいたし、緩和医療を推進し、誰もが受容しうる終末期医療を目指す」と終末期医療のあり方を初めて示した。また、日本老年医学会は、2001年の高齢者終末期の医療とケアに関する立場表明を近く改訂する予定だ。その中で、年齢による差別に反対する立場を厳守しながらも、患者の尊厳を損なう可能性のある時には治療の差し控えや撤退も選択枝として考慮すること、また、高齢者のあらゆる終末期において、緩和医療およびケアの技術が広く用いられるべきであるとしている。

このように高齢化を背景に緩和ケアに対する期待は大きく広がってきている。さいわい、がん対策基本法の下に、がん拠点病院を中心に緩和ケアチームが整備され、病院を中心に緩和ケアは急速に普及している。今後の課題は在宅緩和ケアの推進であり、地域ケア体制の確立であろう。5大がんについて地域パスが運用されるようになり、一般の診療所が病院での治療後のフォローに参加することになれば、緩和医療に関する地域連携にも大きな機会が生まれる。かかりつけ医が日常的にがんと非がん疾患をともに診ているという状況は、次に在宅緩和を担う契機となるであろう。

緩和ケアは、本来、治療に反応しなくなったすべての患者に対して開かれているものである。非がん疾患患者も、その終末期には疼痛、呼吸困難などのさまざまな苦痛のもとにあり、がんと比べてその頻度は決して低いものではない。苦しみを伴うさまざまな病態をコントロールして、自宅で、住み慣れた地域で過ごしたいという願いは、がん患者やその家族を含めて、あらゆる人の望みなのである。

多くの人が自宅もしくはこれに準じる場で終末期を過ごし、心のこもった看取りを受けられるよう、「がんの在宅緩和ケア」の普及が「高齢者終末期医療」の確かな足がかりになることを期待している。

招待講演1

Palliative Care in the United States:
Trends in Ethics, Public Policy & Practice

座長・報告 北海道医療大学大学院 石垣 靖子

Dr. ScanlonはCalvary Hospitalで臨床心理士として、その後アメリカ看護協会Center for Ethics and Human RightsのDirectorとして仕事をしたのち、現在のCatholic Health InitiativesのSenior Vice President, Advocacyになってからは、全米はもとより世界各地での活動を含め、一貫して弱い立場にある人の人権擁護に携わってきた。これまでの数回の来日も常に緩和ケアにおける倫理と人権に関して、静かな、しかし情熱を込めた講演で多くの医療専門職に感動を与えてきた。

今回の講演はアメリカにおける緩和ケアの動向を、倫理 (Ethics)、公共政策 (Public Policy) そして実践 (Practice) に焦点をあてて話されたが、現在の日本の緩和ケアの動向と重なることも多かった。アメリカの緩和ケアはいま、医学や看護における一つの専門分野として認識されようになってきたこと、緩和ケア分野の専門的訓練・教育・認定制度が強化されてきたこと、エビデンスに基づいた緩和ケアの研究や質の高い標準的医療が増えてきたこと、そして、臨床における緩和ケアの実践が劇的に増えてきたことなどについて概説された。

アメリカも日本と同様に人口の高齢化は著しく、2030年には65歳以上の人口が全人口の20%に到達することが予想されており、それに伴って緩和ケアにおける倫理的な課題も顕在化してきた。本人の望まない治療を拒否する権利や事前指示に関すること、医師の自殺ほう助や安楽死など“死ぬ権利”に関することなどである。緩和ケアにおける複雑な倫理的課題に対応するには、医療チームとして患者の意思決定を支援する仕組みが必要である。例えば、直面している倫理的課題を明らかにし、それに対応するすべてのオプションをあげ、その一つひとつについて評価し、その人にとって今何をすることが最も適切であるのかを医療者と患者・家族が合意する。そして実践したことの振り返りと評価をし続けることである。

公共政策については、アメリカは州によって異なるが、主に取り扱う領域は事前指示、疼痛や症状のマネジメント、DNRO (Do Not Resuscitation Order)、医師による自殺ほう助、医療費支払いに関することなどである。公共政策の決定に関して臨床家の役割は大きく、専門職の責務として緩和ケアの質を高めるためのポリシーやガイドラインの作成に関与していくことが求められる。

Dr. Scanlonは最後にDr. Foleyの言葉で講演を結んだ。「緩和ケアは、国際的に共通する人権である。卓越したend-of-lifeケアは、良質で思いやりのある医療以上に価値があるものであり、それは国際法と同じくどこにおいても尊重されるべき基本でもある。」

(なおDr. Scanlonの講演は千葉大学大学院の手島恵教授の通訳によってより分かりやすく伝えられた。)

鼎談

コミュニティケアとしてのホスピスケア

座長・報告 青森慈恵会病院 緩和ケア科 小枝 淳一

現在、日本でも大きな広がりを見せている在宅ホスピスについて先駆的な働きをしておられる高名な 3 名の先生方をお招きして鼎談をしていただいた。前もって抄録の掲載があったが、直前の打ち合わせで、抄録とは関係なく各人の思いを好きなように話して下さるようお願いした。お三方とも今から 20 年ほど前に、患者を実際に一般病棟から自宅に帰した時の経験から、患者を支える場所が病院ではなく自宅である事に気付かれたようである。最近嬉しいことに緩和ケアを専門にしたいという若者が増えてきたが、がんの臨床経験を 5 年ぐらい積んでから来てほしいというのが一致した意見であった。ホスピスケアで患者の人生をみるためには人間力も必要であり、末永先生からは「医療の世界にどっぷり浸かっていたらだめだと思う。私はいろいろな職種の人との勉強会を 1~2 か月に 1 回で継続している。人として何を求められているのかを知る機会になる。」というお話しが、内藤先生からは「いろいろな職種の人と付き合うことを大切にしている。プラネタリウムで星やオーロラを眺める会に患者会や市民を呼んでいるが、そこで私たちの命は 137 億年のかけらだということを知った。それから患者と向き合った時に肝が座るような気がする。」というお話しがあった。山崎先生は、学生から緩和ケア医になるためにどんな勉強をしたらいいかと聞かれた時、「1 年ぐらい落第して、その間にいろいろな人と出会うのも良い。」と答えられ、「私は 2 年浪人して 1 年落第し、船で南極に行ったときにキューブラー・ロスの本に出会ったのがこの世界に入るきっかけになった」と続けられた。そのように、できるだけ多くのことを学んだ上で地域に出て、在宅ホスピスケアを展開して行ってほしいと私も思う。在宅だからこそできた思い出深い終生期のエピソードをそれぞれの先生方が披露されたが、どれも本当に興味深いエピソードであった。膵臓癌で腸閉塞を起こしかけ食べられなくなった患者の最後の望みが「美味しい天ぷらが食べたい」ということだったので、蕎麦屋をしている友人に「これを食べたら死んでもいいという天ぷらを揚げて」と頼み、その患者を連れて行って一緒に食べたところ、「美味しい！」と天ぷらを平らげた患者から「今日は俺がおごるよ」と言われてご馳走になった、という内藤先生のお話は私の顔を緩ませた。

特別講演7

いのちを支えるもの～大震災、人間の絆、心のふるさと～

座長・報告 鳥取市立病院 田中 紀章

技術と人間性の相克をテーマとして数々の著作を通じて社会に強いインパクトを与えきた作家、柳田先生は、東北・関東大震災の現場にたたずみ、言葉を失われます。そして、それまでの世界観、死生観を根源から考え直す決意をされ

たそうです。

その作業は、大きな人生の悲劇に遭遇した人々の事例を思い起こすことに始まります。盲目の青年を新しい生き方に復活させた看護師、雪のバラルーシで子供を失った母親に希望と感謝の気持ちを取り戻させたボランティアの働きが紹介されました。

こうしたエピソードがひき起こす感動は、ひとのいのちは生物学的な営みとともに、物語を編むという働きがあるということ気付かせます。このような物語を土台に言葉による関係性を築けば、家庭内暴力にせよ、震災にせよ、人々は受けたトラウマから立ち直れるのです。そして「死」の問題です。誰にも訪れる「死」、あるいは「死による別れ」の問題について、現代医学は片寄った向き合い方をしているのではないかと疑問を投げかけます。

しかし、この問題を主体的にとらえるには先生ご自身の痛切な経験が必要でした。ご息子が脳死状態になられたとき、先生はベッドサイドでその息子さんと「会話」し、そこで重大なことに気付かれます。それが「生と死の人称性」です。そして、医療者の取るべき立場は、従来の3人称の立場ではなく、2.5人称の立場であるべきだということを提唱されます。この立場こそ、近代科学の絶対性というドグマ、制度化の自縛から人々を開放するものと考えています。

そして、従来の医療というものが、医学を中心に据え、その周囲に看護、介護、リハなどのパラメディカルを配して上下関係を構築してきたことを批判し、震災後の今こそ、大きなケアの領域の中に医学を含め各種のコメディカルを等しく配置し、ケアの働きの一つとして医学があるというパラダイムシフトを図るべき時だと強調されて、お話を終えられました。

日本緩和医療学会の今後の歩むべき道筋を示していただいたことを、司会者からの謝辞とさせていただきます。

教育講演8

遺族へのケア

座長・報告 岩手医科大学附属病院 長澤 昌子

坂口幸弘先生による「遺族へのケア」の教育講演は、会場からあふれるほどの聴講者が集まりました。坂口先生は、8年前から葬儀社が提供している遺族ケアサービス「わいわい食堂」の活動に参加されていることを話題にされ、冒頭から大変興味深いものでした。

遺族へのケアについて、坂口先生は抄録に「家族構造の変化や地域協働体の崩壊によって家族や地域での支え合いの力が脆弱化する一方で、多死社会を迎えつつある日本において、遺族に対するケアは今後ますます必要になる」と記しております。ご講演では「遺族へのケアがなぜ必要か」、「誰がするのか」、「誰に対してするのか」、「緩和ケアにおける遺族のケア」という内容でわかりやすく講演されました。

「遺族へのケアがなぜ必要か」については、遺族の死亡率や罹患率の上昇、さらには自殺リスクの上昇などを挙げて述べられました。また一方では、遺族ケアが新たな人生への再出発や人間的成長を促すためであるとの意味にも触れました。遺族ケアは治療（回復）モデルと、適応（成長）モデルの二重過程モデルが適応されることを示され、心のケアのみならず、これからの生活支援が重要であるとの視点を強調されました。

「遺族ケアは誰がするのか」については、遺族同士や、家族・親族・友人など様々ですが、医療者は亡くなる前を知

るという点から、特別な存在であると述べられたことが大変印象的でした。

「緩和ケアにおける遺族のケア」については、多くのホスピス・緩和ケア病棟では手紙の送付や追悼会などを行っているとのことですが、組織としての体制の整備など課題も多くあるとのことでした。また、患者さんが亡くなられた時に「お別れの時」のセレモニーをされているヴォーリズ記念病院の取り組みを紹介され、医療者自身のケアの大切さも述べられました。

東日本大震災に見舞われた今年、「遺族へのケア」について学ぶ機会を得たことは、大変意義深いと感じました。

シンポジウム2

神経障害性疼痛のメカニズムからマネジメントまで

座長・報告 長崎市立市民病院 麻酔科・緩和ケアチーム 富安 志郎

神経障害性疼痛は、複数の発生メカニズムが存在することや、同じ疾患で発生した神経障害性疼痛なのに違ったメカニズムの関与が示唆される場合があるなど、個々に対応が必要な痛みである。したがって臨床症状からメカニズムを想定し、そのメカニズムに作用する薬剤で、患者に耐用性のあるものを選ぶのが、現在もっとも有効確率の高い方法と考えられる。このことを明らかにするために4名の先生に御登壇いただいた。九州大学大学院薬学研究院薬理学分野の津田誠先生は、神経障害性疼痛発生の源にミクログリアの活性化があり、これがATP受容体の発現誘導、維持に関与し、結果として痛みを増強する炎症性因子や神経栄養因子が増え、脊髄後角ニューロンの変調をきたすことが痛みの維持につながるため、ATP受容体拮抗薬などミクログリア活性を抑制する薬剤が今後の創薬の有望なターゲットになる、という基礎実験結果を示された。東京大学医学部附属病院麻酔科・痛みセンターの住谷昌彦先生は、非がんを含む神経障害性疼痛のスクリーニング、診断方法を示された。painDETECTなどの点数化できるスクリーニング方法を用いて神経障害性疼痛の診断を確実に行ったうえで、昨年作成された日本ペインクリニック学会のガイドラインに従って薬剤を選択することを示された。オピオイドに関しては長期投与のデータが確立されていないことなどを踏まえ、モルヒネ換算で120mg/dayを超えないことが望ましい、との基準を示された。KKR札幌医療センターの瀧川千鶴子先生は、国際疼痛学会の神経障害性疼痛治療薬の推奨をベースに緩和ケア対象患者における薬物療法のコツを症例を通して示された。具体的には1. 予後の把握が重要であること、2. 単剤にこだわらないこと、3. 副作用を的確に把握するためにコミュニケーションが重要であること、4. 原因へのアプローチが可能かどうか、常に考えることが重要である、とのことであった。埼玉医科大学総合医療センターの佐野元彦先生は、抗がん剤療法に携わる薬剤師の立場から、抗がん剤誘発末梢神経障害性疼痛（CIPN）へのアプローチについてお話しいただいた。CIPNはFACT/GOGなどの評価表を用いて経時的評価を行い、発生リスクの高いレジメンにおいては有効と考えられる予防薬の投与を行き、神経障害発生が疑われる場合は投与タイミングを変更するなどの工夫が必要であること、日常生活に影響を及ぼすCIPNに対してはリハビリなども含め多面的にアプローチすることの重要性を強調された。

基礎実験に基づく臨床での工夫が網羅され、明日からの治療に直結する、内容の充実したシンポジウムであった。

ワークショップ5

緩和ケアにおける多職種協働-コメディカルからメディカルへ

座長・報告 医療法人 東札幌病院 田村 里子

緩和医療において多職種協働は不可欠であり、そのチームメンバーは今日ますます多岐にわたってきています。緩和ケアにおける多職種協働をテーマにしたワークショップにおいて、埼玉県立がんセンターの余宮きのみ先生と共に座長をさせていただきました。

まず専門職メンバーが各々の役割について実践を交え紹介し、次に座長の余宮先生が提示くださった事例を基に、カンファランス形式でそれぞれの職種の視点から介入のアプローチの可能性を議論しました。

十和田市立中央病院看護局看護管理室の太田緑氏は、「多職種の専門性を活かす緩和ケアチーム～院内外チームの活動と緩和ケア認定看護師の役割」を、白十字訪問看護ステーション秋山正子氏は、「訪問看護師が関わる緩和ケアでの多職種協働」について、また、静岡がんセンター栄養室の稲野利美氏は、「緩和ケアにおける栄養士のかかわり」を、慈成会東旭川病院の里見眞知子氏は、「朝のラウンドから始まる薬剤師業務」について、島根大学医学部附属病院の太田桂子氏は、「緩和ケアチームにおけるMSWの役割と多職種協働の実際」を発表されました。後藤学園附属リンパ浮腫研究所の後藤佳代子氏は、「緩和医療におけるリンパ浮腫ケア」について、近畿中央胸部疾患センターの目良幸子氏は、「緩和ケアにおける作業療法士の役割と多職種との共同について 現状と課題」を話されました。

さらに、特別発言で「がん医療とコメディカル」の著者で医療ジャーナリストの福原麻希氏は、がんナビや朝日新聞の連載、チーム医療推進協議会など、多職種協働の推進にむけエールを発信されました。

大変盛りだくさんの内容ながら、事例を通じた議論では、各職種の専門性や考え方が浮き彫りとなり、多職種協働の一端をフロアーの参加者と共に体験する機会となりました。

各職種主催交流集会

第3回がんのリハビリテーション研究会

座長・報告・演者 慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室 辻 哲也

がん医療ではがんの治癒を目指した治療とともに療養生活の質の維持向上が重要である。がん患者にとって、がん自体に対する不安は当然大きいですが、がん自体や治療によって生じる身体障害に対する不安も同じくらい大きい。2015年にはがん生存者が500万人に達する時代を迎える今、がんに関わる多職種スタッフががんのリハビリテーション（以下、リハビリ）の知識やスキルを身に付け、その成果を臨床研究としてまとめることはとても重要である。しかし、今まで全国のがんのリハビリに関係する多職種が参加する場が不在であった。

そこで、1. がんのリハビリに関する話題を提供しあい意見交換を行うこと、2. がんのリハビリに携わる多職種スタッフの交流を深めること、を目的に本研究会を企画し、本学会学術大会大会長の先生方のご厚意により、一昨年から大会の会期中に交流集会として開催されている。

今回はメインテーマを「がんのリハビリテーション最前線」とし、上記のとおり多職種の演者がそれぞれ専門の立場から、がんリハビリの動向や第一線の臨床現場での取り組みについて発表がなされた。

学会最終日の夕方という時間帯にもかかわらず150名余りが参加し、職種の内訳は医師20%、看護師10%、理学療法士40%、作業療法士20%、その他10%と多彩であった。職種を問わず、この分野に注目の集まっていることが垣間見られた。

次回は平成24年度の第17回大会の会期中に、「リハビリテーションフォーラム」を開催予定である。

各職種主催交流集会

心理社会的サポートの充実をめざして ～ソーシャルワーカーの相談支援-現状と課題

座長・報告 医療法人 東札幌病院 田村 里子

全国的にがん患者と家族への相談支援の充実が図られ、第16回緩和医療学会では、相談支援に関わるソーシャルワーカーの各職種交流会を行いました。この企画は、各医療機関内において相談支援に携わっているソーシャルワーカーの現状と課題を共有し全国のソーシャルワーカー達のネットワーク作りの場として大変貴重な機会となりました。緩和医療学会でソーシャルワーカーの会員はまだ多くはありません。しかし会場には会員、会員外のソーシャルワーカーたちが多く参加し学会活動の必要性も共有されました。

埼玉国際医療センターの御牧由子さんは、がん相談支援センターにおけるがん専門相談員として、また緩和ケアチームの一員として活動されているソーシャルワーカーの立場から「人としての尊厳を支える～多分野・多機関のソーシャルワーカーの協働による支援」のテーマで発表されました。松山ベテル病院の太田多佳子さんは、「生活に医療が溶け込む為の先手を打つソーシャルワーク～在宅緩和ケアのサポートネットワーク形成」として、療養生活を支えるために、在宅でのその方らしい「暮らし」を作っていく援助について話されました。

ソーシャルワーカーは、患者と家族というミクロレベル、地域の医療・福祉・介護・教育などの協働体制のメゾレベル、社会保障といったマクロレベルの重層的なシステムをつなぎつつ支援します。交流会では、協働による有機的なサポートネットワーク形成の可能性の再確認と、研究的な取り組みの重要性が再認識されました。

同じ緩和医療で臨床をしながらも今までなかなか出会う機会を持てなかったソーシャルワーカー達が、終了後も交流を深め合う姿が見られ、こうした機会をいただけたことへの感謝とまた継続を希望する声が寄せられました。

日本緩和医療学会企画プログラム

緩和ケアチーム 質の高い緩和ケアを提供するために必要なことは？

座長・報告 はしづめクリニック 橋爪 隆弘

専門的緩和ケア推進委員会企画緩和ケアチームフォーラムが最終日最終時間に行われました。

富安志郎委員長から今年度の緩和ケアチーム登録について速報が発表されました。現在学会ホームページに詳細が掲載されております。緩和ケアチームへの年間依頼件数の中央値は87件。50件以下（週1名以下）の施設が33%ある。依頼時のパフォーマンスステータスはPS3以上が57%、依頼内容はがん疼痛が68.5%。来年度も全ての施設に登録をしていただきたいと思います。

市立札幌病院緩和ケアチーム小田浩之氏は、自施設におけるデータベースを紹介された。病床数738床の地域がん診療連携拠点病院である。平成22年度の依頼件数302件。患者の緩和ケアに対するニーズが多数存在すること、緩和ケア病棟への転院や自宅などへの退院の困難さを報告された。緩和ケアチームデータ全国登録には統一フォーマットが必要であるとの提言をいただいた。

社会保険中京病院緩和ケアチーム吉本鉄介氏は名古屋地区の地域がん診療連携拠点病院4施設の除痛成績モニタリングから緩和ケアチーム専従看護師の役割が大きく、病院管理者が専従看護師を支援するように強く訴えた。

兵庫県立がんセンター緩和ケアチーム伊藤由美子氏は、兵庫県主催緩和ケアチーム研修会を紹介された。兵庫県がん診療連携協議会「緩和医療部会の活動」として平成22年9月に第1回を開催。研修会の結果他の施設とネットワークができたこと、自施設の問題点が明らかになったことなどを挙げ、研修会を継続していくことを報告した。

大阪府がん診療連携協議会緩和ケア部会の濱卓至氏は、大阪府緩和ケアチーム研修会を平成23年3月末に開催したことを報告した。研修会の内容は活動で困難に感じている実存的問題や家族や遺族への悲嘆の援助など、震災関連のセッションも設け多い会であった。

今回の緩和ケアフォーラムの内容は、現在学会ホームページで公表されています。第18回学術大会では初日に開催いたします。会員の皆様のご協力に感謝いたします。

イブニングセミナー6

がん性疼痛管理の最前線 がんによる神経障害性疼痛の治療

座長・報告 昭和大学病院 緩和ケアセンター 樋口 比登実

大会初日の「イブニングセミナー6」は満席、大盛況であった。演題への関心はもちろんであるが、ペインクリニックとしても評価の高い服部先生のご講演を楽しみにされた方々が参集された。服部先生は現在がん研有明病院で“がん治療支援緩和ケアチーム”リーダーとして大活躍されておられる。麻酔科医・ペインクリニック・緩和ケア医(?)としての実力を証明するような講演は期待通りのもので、神経障害性疼痛の考え方、薬物療法のup to date、諸外国のガイドラインの紹介から本邦におけるガイドラインまで非常にわかりやすく解説していただいた。圧巻は、神経ブロックによる疼痛コントロールの事例紹介であった。くも膜下ブロックに硬膜外刺激電極(ESCS)療法を併用し、薬物療法では鎮静以外考えられないような難渋する疼痛をコントロールされた経過の説明には、ただただ感心するばかりであった。参加者の方々は、自分の病院にもぜひ服部先生がいてほしいと思われたに違いない。

神経障害性疼痛は、病名ばかりが一人歩きし、しっかりとしたアセスメントもできないまま薬物療法が施行されている現状が見受けられる。がん患者で難渋する疼痛があると NSAIDs、オピオイドはもとより鎮痛補助薬など次々薬剤を追

加し、疼痛コントロールはできていないが副作用はしっかり出現し困っているといった話を聞くことがある。疼痛管理の基本は診断！と言っても過言ではないと考えている。多職種による症状のアセスメントを行い、自ら行った行為に対する評価を繰り返し、痛みと真摯に向き合っていかなければならないことを改めて考えさせられた。さらに治療の武器の多いことがどれ程疼痛治療を質の高いものにするかを実感した。この講演をお聞きになった方々は、きっと明日から神経障害性疼痛との診断で闇雲に鎮痛補助薬を増量・併用することはないと思う。鎮痛補助薬の適正使用を再度認識することができ、明日からの診療に役立つ有意義なご講演であった。

イブニングセミナー7

明日から、あなたも使えるPCA

座長・報告 慶應義塾大学医学部 麻酔学教室 腫瘍センター緩和医療部門 橋口 さおり

医療用麻薬の感受性には約 10 倍の個人差があるとされており、医療用麻薬を難しいものにしてている。この個人差を考慮しつつ、効果的で安全な医療用麻薬の投与方法を考えなければならない。そこで近年普及しつつあるのが、PCA (Patient Controlled Analgesia : 患者自己調節鎮痛法)である。高橋先生は、PCA をこれから導入する施設の医療者にもわかりやすいように、しくみと薬理学的根拠について解説された。PCA は MEAC (Minimum effective analgesic concentration : 患者が「痛くない」と感じる最小の鎮痛薬効果部位濃度) は個人差が大きい、MEAC と MCP (Maximum concentration with pain : 患者が「痛い」と感じる最大の鎮痛薬効果部位濃度) の差には個人差が少ないことを根拠にしたしくみである。医療用麻薬未使用患者に鎮痛効果をより早く感じてもらうためには、医療者の手で MCP 付近まで効果部位濃度を引き上げることが望ましい。そうすることで患者は自らボラス投与を行うことで疼痛緩和が得られることが実感でき、PCA 操作法がわかるようになり、スムーズな導入が可能となる。また、Tivatrainer[®]という、麻酔領域で用いられる鎮痛薬の効果部位濃度のシミュレーション画面を提示し、モルヒネもフェンタニルもボラス投与量(追加投与量)としては 1 時間量が適当であることを示した。ただし、モルヒネを追加投与した際の効果部位濃度の変化はゆっくりであるのに対し、フェンタニルは追加投与 5 分後に約 60%上昇するものの代謝・再分配が早く、すぐに効果部位濃度が降下するため、追加投与回数を参考にした持続投与量の決定は薬物ごとに異なることを示し、フェンタニルの投与量調整には注意が必要であることにも言及した。PCA 用デバイスに改良が重ねられ、国内の事情に合わせた製品が開発されている。今後は PCA がさらに普及し、在宅を含めた様々な場面で、より効果的な鎮痛が可能になるであろうことを期待しつつ、セミナーを終了した。

イブニングセミナー9

がんに対する活性化自己リンパ球移入療法の役割～がんは克服できるか～

座長・報告 国際医療福祉大学三田病院 外科・消化器センター 太田 恵一郎

2011年7月29～30日に札幌で開催された第16回日本緩和医療学会学術大会（大会長 = 十和田市立中央病院・蘆野吉和院長）では、「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～」をテーマに、特別講演やシンポジウムが行われた。ここではイブニングセミナーから、山口佳之氏（川崎医科大学臨床腫瘍学教授）による「がんに対する活性化自己リンパ球移入療法の役割～がんは克服できるか～」の講演概要を紹介する。

免疫は、生来からある自然免疫と、後天的に獲得する獲得免疫に大別される。消火活動に例えると、外部からの異物やがんなどに対し、哨戒中の消防団（好中球やマクロファージなど）が対応する初期消火（一次対応）が前者であり、司令部（DC）への連絡を受けて駆けつけた消防車（Bリンパ球、Tリンパ球など）による対応（二次対応）が後者に相当する。好中球やリンパ球などは免疫担当細胞と総称され、その増殖や分化、抑制にはサイトカインなどの免疫物質が関与していることが明らかとなっている。

こうした免疫の仕組みを利用して行う治療が免疫療法で、近代の免疫療法の歴史は、1970年代以降、大きく3つの世代に分類できる。第一世代はキノコ類由来の蛋白多糖体やある種の細菌製剤であり、第二世代はIFNやILなどのサイトカインと、抗CD20抗体リツキシマブや抗HER2抗体トラスツズマブなどのヒト化抗体製剤である。そして第三世代となるのが、腫瘍抗原を用いたがんペプチドワクチン療法や、自身のリンパ球を用いる活性化自己リンパ球移入療法などである。活性化自己リンパ球移入療法は、当初、末梢血から分離したリンパ球をそのまま用いていたが（Lymphokine-activated Killer；LAK療法）、腫瘍特異性が高くなかったことから、腫瘍組織に浸潤しているリンパ球（TIL）を用いる手法や腫瘍細胞で刺激したリンパ球（CTL）を用いる手法が開発されてきた。

山口氏は2009年6月から川崎医科大学で活性化自己リンパ球移入療法を開始し、同年10月には先進医療として認可されている。昨年までに113例が登録され、観察研究として評価できた41例中CR2例（乳がん脳転移、膵がん肝転移各1例）を含む奏効例6例（15%）と腫瘍が縮小した症例は少ないものの、腫瘍が増大せずにSDとなる症例が27例（66%）、体調の回復などQOLが改善した方は21例（51%）に確認された。山口氏は「SDの割合が多いという点は、2010年に世界で初めて米国FDAが認可した治療用のがんワクチンsipuleucel-Tの大規模臨床試験で、腫瘍縮小効果があまり大きくはなかったにもかかわらず、生存期間が延長する結果が得られたことに通じるものがある。腫瘍縮小と予後延長は別の概念として分けて考えるべき時代が来ているのではないかと指摘した。

また、がん医療における免疫療法や緩和医療の位置づけ、相似性について触れ、「がんは、完治が困難な疾患である。しかし、最後まで自分らしくあり続けることで、がんは克服することができる。そうした患者さんの思いに、希望に、寄り添う医療が免疫療法であり緩和医療ではないか」との見解を示した。そして、自施設での症例経験を踏まえながら「免疫療法は、がん医療の中で自分を見失った患者が自分を取り戻すための希望の薬として、緩和医療と同様に患者に寄り添う医療であると考えている」と講演を結んだ。

イブニングセミナー11

こうすればうまくいく 在宅で機械式PCAポンプを使うコツ -実際の取り組みを中心に

座長・報告 栃木県がんセンター 麻酔科・緩和医療科 粕田 晴之

このセミナーでは、緩和ケア地域連携を行なう中で、特に PCA ポンプ（オピオイド持続皮下注）をどのように活用させて緩和ケアを実践していくのか、在宅診療を受け持つ側と在宅診療へ送る側それぞれの立場からの講演が企画された。

1. 「在宅緩和ケアにおける疼痛管理の現状」

わたクリニックでの在宅看取り症例・2010年225人、うちがん患者207人（92%）、がん患者の在宅看取り率84%、がん患者のうちPCA使用が106名（51.2%）、PCAを使用した患者の在宅看取り率96.2%（102/106）という豊富な経験を背景に、首藤医師は「PCAを行った症例では在宅看取り率が高く、PCAにより苦痛症状をコントロールすることが、患者や家族の不安を軽減し、在宅看取りにつながっている。」と述べた。

さらに、「在宅でPCAポンプを使用する際に重要なポイントは、PCAポンプ特有のアラーム対策で、発生頻度が高いアラームの原因（ルートの閉塞・カセットの残量が少ない・電池交換が必要）を重点に、あらかじめアラームが鳴らないように対策することで解決可能である。」と、実践上の注意点を指摘した。

2. 「緩和医療の地域ネットワーク～『在宅緩和ケアとちぎ』の多職種連携と『Easy PCA とちぎ』キャンペーン～」

PCAポンプは、経口摂取ができない患者には特に有効なツールであるが、在宅でPCAポンプを活用させるためには、在宅医師・訪問看護ステーション看護師・調剤薬局薬剤師・レンタル業者など多職種の連携が必須である。その一例として「在宅緩和ケアとちぎ」の多職種連携や、「Easy PCA とちぎキャンペーン」の取り組みが紹介された。

このキャンペーンの特徴は、「PCAポンプを使用したいが経験不足が心配」、「困ったときに相談できる窓口がほしい」などの声に応え、相談もできるサポートシステムを担っている点であるが、PCAを実際に使用してみると開始前の不安は解消し、スムーズに使用できていることに気がついてもらえることが多く、サポートシステムがあるという安心感が大切なポイントである。

モーニングセミナー3

在宅看取りを支える持続皮下注射 ～在宅緩和ケアにおける調剤薬局の役割～

座長・報告 帝京大学医学部内科学講座 緩和医療科/医療情報システム研究センター 有賀 悦子

茨城県のあけぼの薬局坂本岳志氏は、在宅看取りを支える視点からオピオイド持続皮下注射の使用の現状と供給体制

の問題点を中心に、在宅緩和ケアにおける調剤薬局の役割について発表した。

終末期には経口薬や貼付薬での症状コントロールが困難で、注射が必要となることが多い。しかしこの在宅医療には、持続注入に必要な医療機器の供給が円滑でない、調剤薬局で注射薬の供給対応が難しい（無菌調製室のある薬局は薬局の0.56%）、患者での薬剤交換対応に限界があるなど、普及に向けた課題がある。このような状況を考え合わせた打開策として、調剤薬局が医療機器を医療機関にレンタルし、注射薬と共に供給対応する「調剤薬局によるプロバイダシステム」を提言した。薬剤師の介入により機器・薬剤の同時管理が可能で、麻薬使用上のリスク回避が期待でき、在宅医の負担も軽減され、もっと患者を受け入れる環境改善につながる。これからの期待されるシステムと感じた。

この機能を担う調剤薬局を中心に連携体制を構築できれば、他の地域でも対応が可能となる。多くのヒントが参加者に与えられたセミナーであった。

一方、利用できるシステム・機能があっても患者自身がオピオイドや注射で投与することに不安があれば、システムだけでは解決することはできない。在宅のみならず入院中から持続皮下注にポンプを使用し患者が慣れておくこと、患者の不安に耳を傾け続ける姿勢が大切である。講演に引き続き、多数の意見や質問があり、その活発な議論を通して、このセミナーに参加されていた方々が真摯に患者と家族の心に寄り添いながら、よりよい医療を探察していることを知ることができた。緩和医療の仲間の力強さに触れ、座長の役割を頂戴したのとして、大変胸が熱くなる思いで会を終了した。

モーニングセミナー5

肺癌治療は最初から緩和治療である ～臨床腫瘍医から緩和治療専門医の先生方へのメッセージ～

座長・報告 KKR 札幌医療センター 腫瘍センター 磯部 宏

演者は内科医として長く肺癌診療に携わってきた北海道大学第一内科講師の大泉聡史先生で、昨年発表された二つの肺癌診療に関わる重要な報告を中心にお話を進められました。

一つは演者や私も関与しているのですが、肺癌治療における分子標的薬剤ゲフィチニブの臨床的意義に関する報告（N Engl J Med 2010;362:2380-8.）です。腫瘍細胞自体にEGFR遺伝子変異があるとゲフィチニブが大変良く奏効することが知られております。このEGFR遺伝子変異陽性の患者さんに初回治療としてゲフィチニブを投与した場合と通常の殺細胞性抗がん剤を投与した場合、全生存期間は全く変わらないのですが、無増悪生存期間やQOLは遙かにゲフィチニブ投与群が優っていたとする報告です。患者さんのQOLを重視した治療が可能になってきたということの意味しています。

もう一つは非小細胞肺癌に対して早期から専門チームによる緩和ケアの介入の意義をランダム化比較試験で示した米国からの報告（N Engl J Med 2010;363:733-742）です。早期緩和ケア群がQOLの改善や抑うつ状態の減少、さらに予後延長にも繋がったとする報告です。演者より細かい分析内容も紹介されましたが、専門チームの早期介入が肺癌という

疾患の理解と治療目標の再確認に繋がり、より有益な時間の活用ができたのではないかと拝聴しました。最後に北海道のがん診療連携拠点病院や緩和ケア病棟、終末期在宅医療の実態を紹介・分析していただきました。

会場と一体となった討論ではゲフィチニブを最初に使うべきなのか、日本でも緩和ケアチームの早期介入が有益なのか、そもそも治療専門医と緩和ケアチームの関わりはうまくいっているのか、どうすればうまくいくのか…、といった、本学会に相応しい、しかし直ぐには結論の出ない重要な話題で盛り上がった、とても印象深いセミナーでした。

モーニングセミナー7

第5回 CART研究会

座長・報告 国際医療福祉大学三田病院 外科・消化器センター 太田 恵一郎

前半は、めぐみ在宅クリニック看護師石橋泉子氏に「腹水で苦しむ患者に看護師として何が出来るか？～CART を在宅に取り入れて～」と題してご講演をいただいた。めぐみ在宅クリニックでは、2010年10月より2011年5月までに腹水貯留癌患者11症例に在宅CARTを19回実施してきた。腹水ドレナージ中の患者のケア、採取した腹水の濾過濃縮を担当し、連携の訪問看護ステーションに協力を仰ぎ、在宅CARTを安全に実施できる環境構築に努めてきた。患者は腹満感からの解放、下肢浮腫の軽減、ADLアップなどの効果がみられ、自分の栄養が身体に戻ることで元気になれるという思い、治療法がないと宣告された中、できることがあるという思いから心理的効果も得られ、穏やかに在宅で生活できる治療法となっている。演者自身腹水ドレナージ中に病気や生きることへの思いを傾聴し、側に寄り添うことで、看護師として大きな意義を感じている、と語った。

後半は要町病院腹水治療センターの松崎圭祐先生に「“腹水は抜くと元気になる！”～改良型腹水濾過濃縮再静注システムによる癌性腹水に対する積極的症状緩和～」と題してご講演をお願いした。従来のCARTシステムでは膜閉塞により多量の癌性腹水は処理困難であった。2008年2月より膜洗浄機能を付け簡便な外圧式のCARTを考案し、卵巣癌45例、胃癌19例、大腸癌11例など119例で施行し、腹水：5.8L（1.6～14.9L）、濃縮液：0.8L（0.2～2.0L）、所要時間：52分（5～140分）であった。施行直後から腹部膨満感や呼吸苦などは消失し、患者のADL改善に有効であった。闘病意欲の回復により化学療法を再開し、腹水の再貯留をきたさず在宅移行が可能となった症例を認めた。外圧式CARTシステムは自己蛋白成分の回収、腹部膨満感の軽減、自覚症状とともに全身状態の改善が期待でき、癌性腹水に対して積極的に施行すべきと考えられた。今後、回収された癌細胞が抗癌剤感受性試験や免疫細胞療法などの新たな癌治療につながるものと考えられる、と結んだ。

口演8

栄養・輸液 (1)

座長・報告 相模原中央病院 外科 戸倉 夏木

緩和ケアにおける栄養・輸液に対する関心は以前より高く、今までの学会セッションでも人気のあるものでしたが、予想通り会場は立ち見の聴衆であふれかえるものでした。

演題 1. 札幌南青洲病院の中島氏は第 14 回から継続して臨床研究に取り組まれた、終末期がん患者の溢水症状に対する輸液治療の介入効果を発表されました。入院時に溢水症状を呈した患者に輸液治療のガイドラインに基づいた治療を行うことで多くの症状が改善されることを発表され、ガイドラインの重要性を再認識しました。

演題 2. 東京慈恵会医科大学柏病院の濱口氏は、担がん患者における腎機能の評価、特に gFR と Ca 値の検査が重要であると発表されました。がん終末期に用いる薬剤には、腎機能障害時の使用に慎重にならざるを得ない場合もあり、正常 Cr 値を示す患者の中にも eGFR の低い患者がいることを忘れてはならないことを示されました。

演題 3・4. がん終末期患者は輸液ルートの確保、特に末梢血管の確保が難しくなることが多く、県立広島病院の山内氏、小樽協会病院の田本氏が多数の PICC (末梢挿入型中心静脈カテーテル) 症例を報告されました。アメリカでは一般的な PICC も日本ではまだ浸透しておらず、緩和ケア領域で広まる可能性を示唆してくれました。特に両氏とも PICC の症例数が増加するとともに手技の安定化、合併症の減少につながることを報告されました。また PICC を挿入したまま外来治療への移行症例も提示され、今後の緩和ケアにおける輸液治療の方向性を示されたことは興味深いものでした。

演題 5. 市立宇和島病院の松本氏は頭頸部がん患者の治療前胃瘻造設が入院期間の短縮につながるという結果を発表されました。頭頸部がん患者は放射線化学療法により口内炎、咽頭痛を生じることが多く治療前の胃瘻造設による栄養管理が重要であり、栄養指標に有意差はないものの、大幅な入院期間の短縮につながったことは頭頸部がん治療の指針になるものと思われました。

緩和ケアにおける栄養・輸液に関しては今回の発表のように、まだまだ新しい知見を得ることができ、今後も発展的な発表が期待できるセッションでした。

口演9

栄養・輸液 (2) がん悪液質

座長・報告 足利赤十字病院 緩和ケア内科 田村 洋一郎

本セッション「栄養・輸液 (2) がん悪液質」では、以下の臨床研究が報告された。

演題 1: 林らは悪性腫瘍死亡患者の各種栄養・炎症指標と Palliative prognostic index (PPI) を用いた予後推量と

の関連を検討した。CRP 値とリンパ球数比率が入院期間に影響し、また PPI による予後推量の妥当性を示唆した。

演題 2：岡らは終末期消化器がん患者の Alb と CRP の値により病期を分類する Glasgow prognostic score (GPS) を採用し、比較検討した。GPS 病期の進行に伴い Palliative prognostic score は増加、prognostic nutritional index と生存期間は低下し、早期の栄養学的介入の必要性を示した。

演題 3：濱らは PCT の介入した予後 1 ヶ月未満のがん患者の栄養摂取状況と栄養指標を検討した。死亡前日、10%の患者が経口摂取可能でありながら輸液実施率が高いという実態を報告し、経過に伴い Alb 値は負に、CRP 値は正に相関することを示した。

演題 4：同じく濱らは術前のがん患者に対し鋭敏な栄養指標である血清トランスサイレチン (TTR) と CRP とを病期別に比較検討した。病期の進行に伴い CRP の上昇と TTR の低下を確認し、両者の変動が悪液質の予測法となる可能性を示した。

演題 5：森らは消化器がん終末期患者のがん悪液質を評価するため大腰筋面積を CT により測定した。骨格筋量を反映する大腰筋面積値が悪液質では著明に減少し、その進行度の指標となる可能性を示唆した。

栄養障害に至る要因としてエネルギー消費が抑制する「飢餓」、亢進する「ストレス・炎症」、代謝異常を示す「悪液質」が挙げられる。がん終末期ではこれらが混在し、しかもがん悪液質の代謝動態はエネルギー消費が 1. 抑制する 2. 亢進する 3. 大きくばらつくなどの報告が現在までになされ、見解も一致していない。がん悪液質の代謝動態の解明は今後も重要な研究課題と思われる。

口演12

リハビリテーション・リンパ浮腫・皮膚症状

座長・報告 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

第 1 席は、緩和ケアチームへの依頼の半数以上にリハビリが関わっている状況で、当該緩和ケアチームに所属するリハビリ療法士の緩和ケアリハビリに関する意識調査について、OT3 名、PT2 名に半構造化面接した結果、緩和ケアを難しくする 3 概念、やりがい 2 概念、普及のバリア 3 概念を抽出できたと報告された。今後は抽出概念の取扱いが注目される。

第 2 席は、婦人科癌術後下肢リンパ浮腫治療が QOL に及ぼす影響について、外来集中治療群 34 例とセルフケア治療群 195 例の 2 群間で SF36 v2 による比較を行い、心身両面で長期的に QOL が改善されたが、中でも精神的効果が大きいと報告された。

第 3 席は、リンパ浮腫初期治療における簡易圧迫療法の有用性について、1 年間に緩和ケア外来に受診した 52 症例を対象とし、50 例に浮腫部分の軟化を認めたが、荷重されない上肢で改善が良かったと報告された。

第4席と第5席は関連演題の発表であった。まず、両下肢リンパ浮腫に対する複合的理学療法の有効性の検討では、13例を対象とし、外来治療を施行した結果を統計的に検討した。それによれば下肢体積、BMI、膝関節可動域、蜂窩織炎の頻度のいずれの項目においても改善を認めているが、そのメカニズムの考察にまでは至らなかった。

次に、下肢リンパ浮腫患者の皮膚温に関する検討では、婦人科癌術後にリンパ浮腫の発生した19例を対象に、皮膚赤外線体温計を使用し、浮腫側と非浮腫側を比較した。その結果、非浮腫側に比べ浮腫側で温度が低いことを見出した。本評価の結果は示唆的段階であるが、患者に負担の少ない評価方法の開発という点で注目された。

第6席は、皮膚に浸潤した悪性腫瘍に対するMohsペースト外用の有用性についての検討で、乳癌3症例、大腸癌2症例を対象に平均12.8回の施行の結果、全例で止血効果を認めた。腫瘍縮小効果もあったが、継続的使用にあたっては疼痛に対する配慮が必要との示唆が得られた。他の薬剤に比べ止血作用が強く、調剤時間が短く、安価という利点がある。

緩和リハビリ、リンパ浮腫や皮膚症状は見過ごされがちであるが、方法論を開発しながら地道な臨床研究が行われているところに緩和医療展開の萌芽をみるようであった。

口演13

地域連携システム

座長・報告 緩和ケアクリニック・恵庭 柴田 岳三

演題1：一般病院における在宅支援機能について紹介元との密な情報交換、地域内在宅緩和ケア推進カンファレンス設立などを進めた。その結果一般病院の機能として基幹病院との連携により、早期からの在宅支援にかかわること、地域診療所との連携により、後方支援を行うことが重要であることなどが考察された。

演題2：南房総地域で地域医療を担う医師の在宅緩和ケアの実施状況と在宅看取りのバリアをアンケートによって調査し、今後の病病連携、病診連携のあり方を探った。その結果、往診に意欲的な医師が少ないわけではなく、がんの看取りに関わるためには、「困難症例の相談体制」「夜間往診サポート体制」などの要望が寄せられた。

演題3：がん診療連携拠点病院間の連携の試みで、ペインクリニック外来と緩和ケア病棟とを連携した。このような形で他施設にも連携を拡充することにより、より良い緩和ケアの実現を目指そうとした。

演題4：退院前カンファレンスを行った事例を抽出し、緩和ケアチーム介入患者が在宅療養へ移行する際の課題を明確にし、在宅緩和ケアネットワークを構築することの有用性を考察した。

演題5：在宅移行を強く希望した2例の症例を提示し、その活動を報告した。在宅療養支援病院として入院・在宅を問わず、シームレスな緩和ケアを地域に提供するために、在宅部門および地域連携部門が主導する緩和ケアチームを立ち上げることによって、自院・他院を問わずスムーズな在宅移行を実現することが明確になったと報告した。

演題6：開院2年目を迎えた緩和ケア病棟が在宅診療と緩和ケア病棟を必要に応じて相互利用できる体制作りを目指

して、実際にかかわった 21 症例を提示し、検討を行った。その結果、緩和ケア病棟がバックアップ機能を果たすことで、在宅診療をより安心して行うことができたと報告した。

口演15

精神症状とセデーション

座長・報告 市立札幌病院 精神科 上村 恵一

本セッションでは精神科受診のバリア、精神症状のスクリーニング、怒りについて、鎮静におけるミダゾラムについての検討という多彩な内容の発表が行われた。

大阪大学コミュニケーションデザインセンター心理士・平井啓先生は、血液がん患者 139 名を対象に行ったアンケート結果から 3 割近い患者が精神科受診に対してイメージが悪いことを指摘し、その要因には向精神薬に対する拒否感などが背景にあること、またピアサポーターの存在、心療内科医、心理士の存在などがバリアの低下に寄与していることを明確に話してくださった。

原三信病院血液内科・上村智彦先生は、同種造血幹細胞移植患者の抑うつ症状のスクリーニングに HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) を使用し専門看護師の介入、不安が強い場合には薬物療法の導入という介入をされた 14 名の転帰を解析された。入院期間の延長などで抑うつ症状が遷延すること、このツールが移植患者の抑うつスクリーニングとプライマリーチームの介入に有意義であることを指摘していただいた。

丸山記念総合病院外科・高橋孝郎先生は、乳がんに対して外来化学療法施行中の 45 名の患者の抑うつ症状のスクリーニングに、つらさと支障の寒暖計を使用し、つらさ 5 点かつ支障 5 点というカットオフを用いて良好な介入結果を得ており、外来化学療法中であっても簡易な方法でスクリーニングを行える手段を提示していただいた。

名古屋市立大学病院 緩和ケア部/名古屋市立大学大学院医学研究科 精神認知行動医学・佐川竜一先生は、名古屋市立大学病院緩和ケアチームで施行した看護記録チャートレビュー281 例から怒り表出とその関連因子を分析し、患者の怒りへの対処には精神医学的評価がきわめて重要で、意識障害であるせん妄を何よりも先に鑑別することが大切であるというきわめて貴重な示唆をいただいた。

横浜市立みなと赤十字病院緩和ケア科・藤井由貴先生は一般病棟と緩和ケア病棟におけるミダゾラム使用実績について発表下さり、緩和ケアチーム介入で一般病棟でも患者の意思決定支援ができることを、岐阜県立多治見病院呼吸器科・志津匡人先生は非悪性疾患の鎮静の状況に関して発表いただき、鎮静理由、意思確認などにおいて悪性疾患との差異は少ないことを紹介していただいた。

精神科を専門としないスタッフが利用できる有効な精神症状スクリーニングが現場で実践されていることの示唆をいただいた意義あるセッションだった。この場をお借りして活発なディスカッションをいただいた参加者の皆様にも感謝

申し上げたい。

口演16

口腔ケア 代替補完療法

座長・報告 独立行政法人国立病院機構栃木病院 歯科口腔外科 岩淵 博史

本セッションは緩和ケアとしての口腔ケアと代替補完療法について合わせて5題の発表があった。

1 題目は終末期がん患者におけるQOL、精神状態に即した口腔ケアを行うため、終末期のどのステージで口腔にどのような変化が生じ、症状の強さがどのように変化するか検討したものである。その結果、予後1週間以内で口腔乾燥が大きく増加したという結果が得られた。口腔における予後別状態評価は現在までその報告がなく、今後さらなる研究の発展が期待された。

2 題目はがん薬物療法や化学放射線治療に伴う口内炎の発症やその重症度にカンジダ菌が影響しているとの報告である。まだ、症例数も少なくパイロット研究の段階ではあるが、がん薬物療法などに伴う口内炎の発症は患者のQOLや治療継続率に大きく影響することから注目される発表であった。

3 題目は口腔ケアにおける地域連携についての発表である。緩和ケアにおいて口腔ケアは大変重要であるが、その専門性から歯科医師や歯科衛生士のサポートが必要である。しかし、その専門職が不在の病院が多いのが現状である。京都府では口腔サポートセンターを設立し活動を行っており、看護師や医師から大変好評であるとの発表であった。他の地域への広がりを期待したい。

4 題目は米国で古くから行われており本邦でも近年、注目をされている高濃度ビタミンC点滴療法のがん患者のQOLに与える影響を調査したものである。その結果、特に倦怠感の改善効果に優れていたとの発表であった。今後比較試験の計画が期待された。

5 題目は通常、末期がん患者に接することが限られている鍼灸師が末期がん患者とのコミュニケーションを行う際の課題について検討したものである。患者から実存的な問いかけをされた際、答えるスキルを持ち合わせていないため、回答に困難を生じストレスや疲労感を感じていたとの報告である。理学療法士などでも同様の問題がある可能性があり他業種での調査に興味を持たされた。

終末期の輸液に関する患者の決断に影響を与えるもの

聖隷三方原病院 ホスピス科 小田切 拓也

Malia C, Bennett MI. What influences Patients' Decisions on Artificial hydration at the end of life? A Q-Methodology study. J Pain Symptom Manage 2011;42(2): 192-201.

【目的】

終末期の輸液に関する意思決定を行う際に、患者が最も重要と考える因子を明らかにする。

【方法】

英国の大規模ホスピス施設における外来もしくは入院の進行期の患者 20 人が登録された。登録は異なる性別・年齢・PS の患者を選択して行われた。参加者は評価者との面接を行い、あらかじめ抽出された、終末期の輸液に対する代表的な見解や価値観である 37 の記述 (Q-set) に対して、自身の考えに合致 (同意) する程度をスコアリングする (→程度で分類する) 作業 (Q-sorting) を行った (Q-Methodology)。患者は、「病気が進行して水分の経口摂取ができなくなったが、点滴で水分補給ができる」という状況に自分になったものと想像した上で、それぞれの記述にどの程度同意するのか考えるよう求められた。

【結果】

登録された 20 人のうち、3 人が脱落した (眠気、倦怠感、不意の面会者のため)。平均年齢は 66.1 歳 (38~84 歳) で、うち 13 人が白人の英国人であった。Karnofsky Performance status (KPS) の平均は 45.5 (20~60) だった。3 人は終末期呼吸器疾患患者で、その他は終末期がん患者だった。全ての患者に輸液歴があったが、面接時点では輸液を行っていない状況であった。

Q-Methodology の因子分析によって、3 つの因子が同定された。

・「因子 1」 “どんな代償を払っても、延命を” このグループの患者は、輸液は余命を長くするものであり、延命のためのあらゆる方法を試したい、と考えていた。また、輸液に関して話し合い、なるべく医療者に決定してもらいたい、と考えていた。逆に、家族に決めてもらいたくはない、と考えていた。このグループには、非がん患者 3 名全員が含まれ、また全員が数年単位で疾患と付き合っている患者であった。

・「因子 2」 “他者に影響される受け身の決定者” このグループの患者は、輸液が QOL を改善するならば希望する、と考えていた。また、輸液の情報を得て話し合いたいが、他者 (親戚、医療者、信仰) の推奨を求め、医療者 (や家族) に実質的に決定して欲しい、と考えていた。このグループの患者は、自身が終末期であることを受け入れており、QOL が損なわれるのであれば延命を望まないと強く思っていた。

・「因子 3」 “延命より QOL に価値を置く自主的な情報の探索者” このグループの患者は、輸液は QOL を改善する時のみ望み、状態が良い時に輸液について話し合い、効果や負担を知り、自分で決定したい、と考えていた。このグループの

患者は、輸液は不快もしくは睡眠を妨げる、と考えている傾向が見られたが、輸液は苦痛である、とまでは考えていなかった。

一方で、輸液の決定は重要で、状態が良い時に患者と医療者が話し合うべきである、決定には医療者の勧めが必要である、輸液が QOL を下げるとは思わない、という点はすべての患者が同意していた。

【結論】

患者は、（終末期に行う）輸液は重要な問題であり、それに関する意思決定に関わりたいと強く思っている。医療者は、終末期に行う輸液を患者に苦痛を与えるものと認識していることがあり、そのため輸液を差し控える場合があるが、その視点は患者と共有されていない。

【コメント】

東アジアでは医療的決定に関して家族の意向の影響が強いとされている。実際、本邦で行われた J-HOPE 研究でも家族の自責感が輸液希望に影響していたことが報告されている。本研究が示したように、患者が輸液に対してどのような考えを持っているのかは重要であり、輸液に対する思いや背景（具体的に行いたいことのために輸液を希望、など）を医療者がくみ取ることも重要である。

Journal Club

在宅緩和ケアサービスへの退院依頼の遅れが在宅看取りへの与える影響 -日本における全国調査-

筑波大学人間総合科学研究科 石ヶ森 一枝

Fukui S, Fujita J, Tsujimura M, Sumikawa Y, Hayashi Y, Fukui N. Late referrals to home palliative care service affecting death at home in advanced cancer patients in Japan: a nationwide survey. *Ann Oncol* 2011; 22(9):2113-20.

【目的】

進行がん患者の人口統計学的特性や退院前後に受けていたサポート内容と、看取りの場所との関連を明らかにし、在宅看取りに影響を与える要素を特定する。

【方法】

対象医療機関は、福祉保健医療関連の総合情報サイト(WAMNET)に掲載されていた5784箇所の訪問看護ステーションのうち、看取りを行っている訪問看護ステーション1000箇所を無作為に選び、訪問看護師宛に質問紙を配布した。質問紙は著者らがシステムティックレビューを行い作成し、内容妥当性は著者ら全員の合意をもって、表面的妥当性はパイロットスタディにて確認した。

適格基準はがん患者であること、余命 6 ヶ月以内が見込まれること、病院から退院し在宅緩和ケアを受けていること、研究期間内に在宅あるいは病院で死亡したこと、とした。解析は単変量解析後に多重ロジスティック回帰分析を行った。

【結果】

有効回答数は 568 人 (69.1%) であった。そのうち在宅で亡くなった患者数が 312 人 (54.9%)、病院で亡くなった患者数が 256 人 (45.1%) であった。多重ロジスティック回帰分析の結果、在宅死に影響を与える要素は 10 項目であり、その内容は、1. 家族が在宅看取りを希望している、2. 主介護者が娘、もしくは嫁である、3. 患者の ADL が要介護度 5 (寝たきり)、4. 退院依頼時から退院までの経過日数が 8 日以上ある、5. 地域への退院依頼時期が適切だと訪問看護師が判断している、6. 病院スタッフが退院前に患者・家族に在宅療養における生活面と在宅死についてきちんと説明している、7. 在宅緩和ケアチームメンバーに在宅医が含まれる、8. 主治医と看護師による 24 時間体制が組まれている、9. 退院直後の 1 週間に訪問看護師と主治医が 3.2 回以上連携をとっている 10. 昨年度の在宅看取り率が 50%を超えている、であった。

【結論】

入院早期からの計画的な在宅移行準備と、退院直後からの在宅医と訪問看護師の連携による集中的なフォローが、在宅看取りの実現につながる。

【コメント】

複数の先行研究において早期からの退院支援の重要性が述べられているが、本研究はそれらの結果を支持すると共に、在宅看取りへつながる要素を明確にした初めての調査である。今後は、病院から退院した患者以外の在宅看取りへの関連要因を明らかにすることや、前向き観察研究が望まれる。また、患者が望む場所で療養生活を送るためには、院内と地域による在宅療養移行システムの構築も必要だが、同時に日頃の診療の場において患者・家族が望む療養について話し合われることが望ましく、Advance Care Planning の重要性を再認識させられる。

Journal Club

治癒を目的としたケアから緩和ケアへの移行に関する系統的レビュー

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

Gardiner C, Ingleton C, Gott M, Ryan T. Exploring the transition from curative care to palliative care: a systematic review. *BMJ Palliative and Supportive Care*. 2011; 1: 56-63.

【目的】

英国の終末期ケア治療・ケアに関する政策では、患者の予後が 1 年以内であることを認識し、医療者が治癒を目的とし

たケアから緩和ケアへの移行の重要な役割を担うことが求められている。本論文では英国における治癒を目的としたケアから緩和ケアへの移行に関するエビデンスの系統的レビューを行う。

【方法】

4つのデータベースを利用し、1975年～2010年3月までに出版された研究をレビューした。適格基準は英国における研究で、18歳以上の成人の治療を目的としたケアから緩和ケアへの移行に関するものである。選択された論文は独立した評価者によりレビューされ、データの抽出と研究の質の評価が行われた。データは主題分析 (thematic approach) によって分析された。

【結果】

1464本の論文が同定され、最終的に12本の論文が適格基準に該当した。そのうち8つの研究が質的研究であった。主題分析によって以下の4つのテーマが抽出された。(1) 移行に伴う患者・介護者の経験、(2) 移行の時期の認識と同定、(3) 移行の最適化と改善、(4) 移行の定義と概念化。

【結論】

緩和ケアへの移行に関してはほとんど研究がないことが明らかになった。エビデンスからケアの継続性、多職種の協働などが患者の移行を改善するにあたり重要なキーとなることが示唆された。緩和ケアを提供する一般の医療者の役割が明確化された。早期から緩和ケアを導入し、段階的に移行をすすめることが最適なケアの重要な要素となる。

【コメント】

本論文は、治癒を目的としたケアから緩和ケアへの移行という重要なテーマを扱っている貴重なレビューである。医療制度などにも影響を受けるため、本論文では英国の論文に絞っていることが特徴である。移行の問題に関しては日本でもいくつかの調査が行われており (例えば Morita T, 2004, Ann Oncol; Miyashita M, 2008, Support Care Cancer; Otani H, 2011, JJC0)、より広範囲な研究を対象としたレビューが今後望まれる。

なお、本論文が掲載されているBMJ Supportive and Palliative Care 誌は2011年6月にBMJグループの1つとして創刊された新しい雑誌である。BMJと連携しているだけでなく、原著論文以外にも様々な緩和ケアに関する情報を掲載している。まだMEDLINE等のデータベースに収録されておらず、当面は定期的にチェックするに値する雑誌になると思われる。

Journal Club

コンピューターを用いた簡便なコミュニケーション・スキル・トレーニング による腫瘍医-患者間のコミュニケーションの改善：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 佐藤 一樹

Tulsky JA, Arnold RM, Alexander SC, Olsen MK, Jeffreys AS, Rodriguez KL, Skinner CS, Farrell D, Abernethy AP, Pollak KI. Enhancing communication between oncologists and patients with a computer-based training

program: a randomized trial. Ann Inter Med 2011 Nov 1 ;155(9):593-601.

【目的】

複数日数でのワークショップによる腫瘍医に対するコミュニケーション・スキル・トレーニング (CST) は効果的であったが、参加者の負担が大きかった。本研究は、コンピューターを用いたより簡便な CST の効果を検証した。

【方法】

単盲検層別無作為化比較試験を行った。米国の大学病院 1 施設と退役軍人病院 1 施設の内科・婦人科・放射線科医師 48 名を対象に、施設・性・専門科により層別して介入群と対照群に無作為に割り付けた。各医師についてがん患者（1 年以内に死亡や ICU 利用があっても驚かない程度の予後）の外来診療を 4 回以上録音した後、コミュニケーション・スキルに関する 1 時間の講義を行った。介入群には次の内容の CD-ROM を提供した：コミュニケーションに関する 5 つの要素とそれに対応するスキルの解説、介入前に録音した各医師のコミュニケーションに対する個別フィードバック。CD-ROM 提供の 1 か月後に介入群・対照群ともにがん患者の外来診療を録音し、さらに 1 週間後に患者に質問紙調査を行った。評価項目は、録音したコミュニケーションでの共感的な声かけや患者の否定的な感情表出への反応の回数、患者調査での腫瘍医に対する信頼感とコミュニケーション・スキルに関する評価であった。

【結果】

各群に 24 名ずつの医師が割り付けられ、264 名の患者に対するコミュニケーションが録音され、216 名が患者調査に回答した。介入群の医師の方が対照群の医師より有意に、録音したコミュニケーションでの共感的な声かけ（リスク比=1.9, p=0.024）や患者の否定的な感情表出への反応（オッズ比=2.1, p=0.028）の回数が多く、患者による腫瘍医に対する信頼感（4.7 vs 4.6, p=0.036）が高かった。患者によるコミュニケーション・スキルに関する評価では有意差はみられなかった。

【結論】

コンピューターを用いた簡便な CST により、腫瘍医による患者の否定的な感情表出への反応の改善が得られた。

【コメント】

緩和ケアに関する CST は国内外ともに重要なテーマであり、無作為化比較試験により効果も示されている（ニューズレター 52 号紹介論文参照）。日本でも日本サイコオンコロジー学会により CST プログラム SHARE が開催されているが、2 日間のワークショップ形式である。本研究で作成した個別フィードバックを含む CD-ROM は、作成の負担は医師 1 名あたり 1 時間程度であり、医師は自由な時間に CST を受けられるため負担が少なく、実施可能性のより高い方法であると言える。

進行がん患者における転倒の前向き調査

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 花田 芙蓉子

Stone C, Lawlor PG, Nolan B, Kenny RA. A Prospective Study of the Incidence of Falls in Patients With Advanced Cancer. J Pain Symptom Manage 2011 Oct;42(4): 535-540.

【目的】

これまで進行がん患者の転倒に関する調査は少なく、われわれの予備調査では進行がん患者は転倒のリスクが高い可能性があるとの結果を示した。本研究の目的は、緩和ケアを受けている進行がん患者における転倒の発生率を調査し、さらに 65 歳以上の患者は、65 歳未満の患者に比べて転倒リスクが高いかどうかを検証することである。

【方法】

2008 年 11 月から 2010 年 6 月までの間に、アイルランドの 1 施設で緩和ケアサービスを受けた歩行可能な進行がん患者を対象とした前向き調査を実施。人口統計学的データは患者インタビューやカルテより収集し、6 ヶ月間のフォローアップ期間中は 1 週間に 1 回の電話で転倒の有無を確認した。

【結果】

フォローアップ期間を終了した進行がん患者は 119 名で、平均 66.9 歳、男性 53.8%、入院患者 44.5%、外来患者 55.5%であった。6 ヶ月間のフォローアップ中に転倒した患者は 119 名中 62 名(52.1%)であり、65 歳未満のみに限ると 46 名中 24 名(52%)が転倒し、65 歳以上に限ると 73 名中 38 名(52.2%)が転倒した。また、フォローアップ開始日から転倒するまでの日数の中央値は、65 歳以上では 85 日で、65 歳未満では 80 日であった(P=0.85)。転倒により 2 名が骨折し、1 名が脱臼、28 名が軽傷であった。

【結論】

年齢にかかわらず、進行がん患者の二人に一人が 6 ヶ月間のうちに少なくとも 1 回は転倒していた。転倒による後遺症の有無やリスクファクターを調査する必要がある。

【コメント】

今回の研究結果では、対象者の病期や治療状況、転倒時の状況等の情報がなかったため、今後はそれらの情報を含め、転倒のリスクファクターのさらなる調査が行われることが望まれる。

‘good death’ の達成のための要素として、
死亡場所の選好は相対的にどの程度重要であるか：
イギリスでの進行がん患者への調査

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

Melanie W, Holly Y, Andrew D. Opinions of patients with cancer on the relative importance of place of death in the context of a ‘good death’ . BMJ Support Palliat Care 2011 1: 310-314 originally published online August 25, 2011.

【背景・目的】

‘good death’ に関連する 4 つのドメインとして、“尊厳を保持できるような個別なケアを受けること”、“疼痛やその他の症状がないこと”、“慣れ親しんだ環境で過ごすこと”、“家族や友人の近くで過ごすこと”が挙げられている。イギリスでは、‘good death’ の達成度について、現在は在宅死亡率が主な指標となっている。在宅死亡率が終末期ケアの質を評価する指標として真に適切かどうかを検討するために、がん患者の終末期ケアにおいて ‘good death’ を達成するために、死亡場所が相対的にどの程度重要と考えられているかを明らかにする。

【方法】

イギリスの 1 がんセンターの 18 歳以上の進行がんの外来、入院患者を対象とした質問紙調査を実施した。希望する死亡場所や容認できる死亡場所に加えて、終末期ケアに関する様々な選好（事前ケア計画や緩和ケアへのコンサルトなど）について調査し、‘good death’ と関連することが示されている 10 要素（人生を全うできたと感じる、神を近くに感じ心穏やかである、自分のケアについての決定に関わる、在宅で死亡する、個人的な問題が整理できている、自分の葬儀について解決している、家族の負担とならない、社会の負担とならない、死亡まで意識がはっきりとしている、疼痛やその他の症状がコントロールできている）について、重要度の順位をたずねた。また、参加者の実際の死亡場所についての情報を死亡後に収集した。

【結果】

120 人の患者が調査に参加した。51 人（43%）の患者が自宅、39 人（33%）がホスピスを希望する死亡場所と回答した。一方、容認できる死亡場所（複数回答可）として、80 人（67%）が自宅、97 人（81%）がホスピスを挙げていた。4 ヶ月後では、71 人（59%）が死亡しており、死亡場所はホスピス 34 人、自宅 20 人、病院 17 人であった。その 71 人のうち 32 人（45%）は希望する死亡場所で死亡し、21 人（30%）は容認できる死亡場所で死亡し、16 人（22%）が容認できない死亡場所での死亡であった。‘good death’ の達成に重要な要素の順位は、1 位が“疼痛やその他の症状がコントロールできている”こと、2 位が“家族の負担とならない”こと、3 位が“個人的な問題が整理できている”ことであり、“在宅で死亡する”ことは 7 位であった。

【結論】

死亡場所は‘good death’の達成に重要な要素であるが、一方で、在宅死を重要と考えない人も多くいる。このことは、在宅死亡率が終末期ケアの質を評価する上で必ずしも良い指標とは言えない可能性を示唆している。

【コメント】

わが国でも‘good death’に関連する要素として、18の要素が宮下らにより示されている。その中でも、希望する場所での死亡が重要な領域として含まれている。しかし、本研究の知見でもあるように、希望する死亡場所が必ずしも自宅であるとは限らない。わが国においても、在宅死亡率は、全国的に‘good death’の達成度の参考指標の一つではある。しかし、終末期ケアの質の多面的な評価として、‘good death’に関連する“身体的・精神的安楽”や“医療者との良好な関係”などの18の要素や、ケアの構造・プロセスについては、ホスピスや拠点病院などの一部の施設の遺族調査により、評価をしているのが現状である。わが国においても、全国的に終末期ケアの質の評価をする方法を開発していくことが今後の課題となっている。

Journal Club

化学療法における末梢挿入型中心静脈カテーテルの有効性、安全性の検討

亀田総合病院 呼吸器内科 浅井 信博

Asai N, Ohkuni Y, Yamazaki I, Kawamura Y, Matsunuma R, Nakashima K, Iwasaki T, Ito K, Ouchi T, Kaneko N. Efficacy and safety of peripherally inserted central catheters in patients receiving chemotherapy. Palliative Care Research. 2011;6(2):233-6.

【背景】

化学療法施行時に血管外漏出は深刻な問題である。血管外漏出は高齢者、PS 不良、糖尿病の合併や化学療法を繰り返している患者で頻繁に見られる。また治療、検査のために繰り返し施行される静脈穿刺は癌患者にとって苦痛である。

【目的と方法】

我々は化学療法における末梢挿入型中心静脈カテーテル(PICC)の有効性、安全性を検討するために2008年4月から2010年12月に当院でPICCを用いて化学療法を施行した癌患者を後方視的に検討した。

【結果】

本検討で対象患者は10例(男性4例、女性6例)。年齢中央値は59歳(17-69歳)だった。10症例に計13回のPICCが挿入された。原疾患は平滑筋肉腫が最多であった(n=3、30%)。肺癌(n=2、20%)と血液腫瘍(n=2、20%)が次いで多

く見られた。平均のカテーテル留置期間は 46 日だった。カテーテル感染は 2 例に見られた(15.4%)。 静脈炎、血栓症は認めなかった。

【結論】

PICC は繰り返す静脈穿刺や化学療法に伴う合併症を減少させ得る、加療中の患者において有用な手段のひとつである可能性がある。さらなる症例の集積が待たれる。

Journal Club

**終末期の臨床倫理症例カンファレンスが医師と
看護師に与えた認識の変化に関する質的研究**

原三信病院 看護部 横田 宜子

Yokota N, Kamimura T, Oda M. Qualitative research on changes in the perceptions of physicians and nurses generated by clinical ethics case conferences concerning terminal phase patients. Palliative Care Research 2011;6(2):227-32.

【目的】

2006 年 3 月より 1 市中病院の血液内科病棟では、Jonsen4 分割表を用いた臨床倫理症例カンファレンス（以下、カンファレンス）を施行している。その中で、終末期の患者を対象にしたカンファレンスに焦点を当て、医師や看護師の終末期ケアや考えに与えた影響を医師や看護師の認識より検討した。

【方法】

血液内科病棟に勤務している医師 3 名と看護師 5 名に、終末期のカンファレンスについて半構造化面接を行い、修正版グラウンデッド・アプローチに従って、質的記述的にデータ分析した。

【結果】

抽出された 39 コードから、5 つのサブカテゴリー、2 つのカテゴリーを導き出した。《終末期への意識》のカテゴリーは、<終末期という時期を意識する><残された時間を考慮したケアへ変化させる> の 2 サブカテゴリー、18 のコードより構成された。「ぼんやりと終末期に向かっていると思っていたのが、カンファレンスすることによって、終末期という意識を持ち時間に重点をおける」などの語りがあり、看護師は、時間を考慮したケアに変化させていた。《チームアプローチ》のカテゴリーは、<チームで共有する重要性を知る><看護師は調整役を果たせる><患者・家族の意思を知る機会である> の 3 サブカテゴリー、21 のコードより構成された。「本人の意思も尊重しつつ、家族の意見も聞いて、最終的に向こうに移って穏やかに過ごせたことを聞いてよかった」などの語りがあり、終末期の経過を通してよい看取りと感ずることは、看護師の葛藤やジレンマによる疲弊を減らすことにつながると考えられた。

【結論】

終末期患者のカンファレンスは、がん治療病棟である血液内科病棟の中で、医療者があらためて終末期を意識し、ケアを変化させるきっかけになっていた。また、看護師は、患者の代弁者となり家族へ変化を与え、チームの一員としての調整役を果たすことで、終末期医療における達成感を得ることができていた。

Journal Club

標準的治療を受けている進行非小細胞肺癌患者の自己の見通しを持つ体験

旭川医科大学 看護学科 がん看護学 濱田 珠美

Hamada T, Komatsu H. The lived experience of having outlook toward self of patients with advanced non-small cell lung cancer receiving standard therapy. Palliative Care Research 2011;6(2):222-6.

【目的】

今日、進行非小細胞肺癌の標準的治療は、着実に延命を可能としてきた。しかし、その1年生存率は48~60%に過ぎず、いのちを脅かす病気であり続けている。すなわち、標準的治療を受けながらも、将来に確かにあるという自己の見通しを持つことが困難になる。そこで、標準的治療を受けている進行非小細胞肺癌患者の自己の見通しを持つ体験について探求した。

【方法】

都内の外来点滴センターに通院中の進行非小細胞肺癌患者に、非構造的面接法を行い、収集した語りのデータを逐語録として、現象学的心理学者 Colaizzi による次の方法に基づいた。1. 逐語録をその全体の意味が理解できるまで、何度も繰り返し読む。見通しを持つことに関し、2. 記述を抽出する。3. 重要な記述から浮き上がる意味を系統立てる。この際、元のデータに忠実に創造的に洞察する。4. 3. までを繰り返し、浮き上がった意味を幾つかのテーマへと系統立てる。5. これまでの分析結果をふさわしい徹底した記述へと統合する。6. その記述をその根本的な構造を表現している文章へ統合し、これを系統化する。7. 分析結果をそれぞれの協力者に戻して、体験を正確に記述しているか確かめる。以上の過程で、個々の体験の記述を研究者が解釈し、得られた意味の共通性をまとめ、自己の見通しを持つ体験の意味を見出し分析した。

【結果】

5名（男性1名、女性4名）の研究協力者は、平均年齢50.8（SD2.05）歳であった。体験は、個別だが、共通性から5つの意味が見出された。ここでは、次の3つの意味を紹介する。1. 生の有限性に気づくからこそ向き合い自分自身の生を志向する。2. ありのままの自分を評価できるからこそそのままの自分自身を志向する。3. 自分だけだから自分だけで

はないことを志向する。

【結論】

これらの意味からは、自己の見通しを持つ体験の意味は、自分の死の自覚を契機とし、さまざまに揺るがされた自分自身の存在を探求し、将来の確かなあり方を自覚するという生の充実への積極的努力と考えられた。

Journal Club

**看護師の離職意向に関連する要因の検討
-緩和ケア病棟における調査結果をもとに-**

広島大学保健学研究科心身機能生活制御科学講座 田邊 智美

Tanabe T, Okamura H. An investigation of the factors related to the intention of nurses to leave their profession: based on a survey of nurses working in palliative care units. Palliative Care Research 2011; 6(1), 126-32.

【目的】

看護師の離職意向の要因を探索するために、組織風土、健康状態、および今までの働き方を見直す契機として取り組みの推進が提唱されているワークライフバランスに着目し、離職意向との関連を検討した。

【方法】

A県7施設の緩和ケア病棟の看護職者105名を対象に、無記名の自記式質問紙による横断調査を実施した。離職意向に関連する要因を明らかにするために、離職意向を従属変数、基本属性、就業特性、労働時間特性、健康状態の各尺度として一般健康調査短縮版(GHQ-12)、簡約版蓄積疲労徴候スケール(CFSI-18)、悲嘆尺度、ワークライフバランスの尺度としてWLB-JUKU INDEX(以下WJI)個人調査票、組織風土の下位尺度の伝統性因子を独立変数とする多変量解析を行った。

【結果】

回答のあった83名(79.0%)を分析対象とした。離職意向尺度を従属変数とする重回帰分析の結果、看護師の離職意向には組織風土の伝統性因子($p=0.023$)、WJI個人調査票の仕事と生活の評価($p<0.001$)、CFSI-18($p=0.008$)が有意に関連していた。

【考察・結論】

働く人のモチベーションや行動に影響を与える職場の特性である職場風土については、組織風土尺度の伝統性因子が得点の低いほど指導中心型で権威的な組織の特徴を示すことから、互いの意見が尊重されない自律性に乏しい職場であることが離職意向を高めると考えられる。ワークライフバランスについては、WJI個人調査票では個人のワークライフバランスの状況は仕事の充実度と生活の充実度に規定されるとの考えから、充実度を仕事と生活の時間ならびに仕事と生

活の評価により捉えており、仕事と仕事以外の生活が自ら希望するバランスでなされているか否かが離職意向に関連していた。健康状態については身体的疲労を蓄積しているという感覚の高まりが関連していた。

今回の結果より、自律性に乏しい組織風土を改革し、仕事と仕事以外の生活のバランスに対する個人の評価が改善され、身体的な疲労感を蓄積させないことが看護師の離職意向の軽減に有効であると推察される。

Journal Club

がん緩和サービスに対する認識・利用可能性に関する知識・準備性に関する研究 4地域での一般住民調査の結果から

広大阪大学大型教育研究プロジェクト支援室 平井 啓

Hirai K, Kudo T, Akiyama M, Matoba M, Shiozaki M, Yamaki T, Yamagishi A, Miyashita M, Morita T, Eguchi K. Public Awareness, Knowledge of Availability, and Readiness for Cancer Palliative Care Services: A Population-Based Survey across Four Regions in Japan. J Palliat Med. 2011 Aug;14(8):918-22.

【目的】

本研究では、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM: Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model)」の実施地域において、がん緩和ケアサービスに対する地域住民の認識・利用可能性に関する知識・準備性・メディアなどの情報源の信頼性について調査・分析を行った。

【方法】

4つの地域で横断的な、無記名による質問紙調査を実施し、最終的に3,984名の回答を解析の対象とした。

【結果】

全回答者のうち63.1%の回答者が緩和ケアについてほとんど知らないと回答した。一方で、緩和ケアサービスを利用したことがある回答者は全体の0.5%であった。緩和ケアについて知っているという回答者でも、18.6%の回答者は、自分の居住地域で緩和ケアが利用できることに関する知識はなかった。自分自身や家族にがん患者のいる経験のある回答者は、一般の人と比較すると緩和ケアや緩和ケアサービスの利用可能性について認識していた。がん緩和ケアに関する認識のみが、がん緩和ケアサービスに関する典型的な2つのイメージ（「緩和ケアは痛みや苦痛を緩和するもの」・「死期が迫っている人の利用するもの」と有意に関連していた。

【結論】

調査の結果から、緩和ケアサービスとその利用可能性に関して一般には十分知られていないことが明らかになった。がんに関する経験は、がん緩和ケアサービスの認識に影響するが、「死期が迫っている人の利用するもの」といった緩和ケアへの典型的なイメージについては、直接的に関連していなかった。

学会印象記

第35回日本頭頸部癌学会

医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院 耳鼻咽喉科頭頸部外科 中園 彬

2011年6月9～10日、愛知県にて開催された第35回日本頭頸部癌学会に参加する機会を得たので報告する。日本頭頸部癌学会は各領域の専門家が一堂に会し横断的な活動を行うことを目指し設立され、主に耳鼻咽喉科頭頸部外科医・歯科口腔外科医・放射線科医・形成外科医・腫瘍内科医などが参加する。

一般演題が542演題(口演発表348、ポスター発表194)、各種シンポジウムおよびパネルディスカッションなどでは59演題が発表され、そのうち緩和ケアに関連した発表は口演発表7演題、ポスター発表7演題、シンポジウム3演題程度であった。近年頭頸部の領域においても緩和ケアは日常診療では注目されてきているものの、学会レベルでは治療に関連する発表に比較し扱いが少ない印象であった。症例ごとに出現する症状が異なること、その対応策も多岐にわたることから、ある程度の症例数を集めた報告が困難なことが原因として考えられた。

しかしながら昭和大学門倉善幸先生が発表の中で触れられていたように、頭頸部癌はその解剖学的な特徴より摂食困難、上気道閉塞(呼吸困難)、発声障害(コミュニケーション障害)、感覚器障害(聴覚・嗅覚・味覚障害)、皮膚浸潤(出血・悪臭・body imageの変化)などの出現率が高く、我々耳鼻咽喉科頭頸部外科医も緩和ケアに精通していく必要があると再認識させられた。

このほか頭頸部領域のトピックとしては中咽頭癌におけるhuman papilloma virus(HPV)の関与、センチネルリンパ節生検による頸部廓清術の範囲縮小などが発表されており、今後の発展が期待される。

学会印象記

第49回日本癌治療学会学術集会

長崎市立市民病院 薬剤部 尾関 あゆみ

第49回日本癌治療学会学術集会が2011年10月27、28、29日の3日間、名古屋国際会議場にて開催されました。私自身の日本癌治療学会の学術集会への参加は初めてであり、諸先輩方からとても規模の大きな学会であること、また、緩和医療も含めた癌治療に関連する様々な分野の演題が発表されることを事前に聞いていたので、期待に胸ふくらませ、意気揚々と学術集会へ臨みました。

緩和医療や支持療法に関連する学術発表のなかでも、特別企画シンポジウムの【『届けがん医療日本の隅々まで』地域におけるがん対策】では、長崎における先進的な試み「緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM)」の活動報告が発表されました。OPTIM長崎のプロジェクトリーダーである白髭医師や、当院で地域医療連携室室長として活躍され

た小川看護師(現・長崎市包括ケアまちなかラウンジ)らが、がん診療連携拠点病院と医師会(長崎がん相談支援センター)との連携によって、多職種間の顔の見える関係が構築され、在宅移行率や医療用麻薬の消費量が増加したことを紹介されました。また、第2日目のがんリハビリテーションに関するパネルディスカッションはとても有意義な時間でした。がん化学療法を施行中の患者さんには様々な副作用が発現し、ADL・QOLの低下を引き起こしかねません。副作用に対する薬物対症療法を開始する同時に、作業療法士の専門的意見を聞いてリハビリテーションを導入することが患者さんのADL・QOLの向上に繋がったケースの経験から、がんリハビリテーションを学んでみたいという気持ちがあったので、とても興味深く聴講することができました。

初めての日本癌治療学会学術集会への参加は期待以上の充実感がありました。そして、次回は自分自身も発表者として参加してみたいという気持ちが湧き上がり、翌日からの臨床への気持ちを引き締めながら名古屋の地を後にしました。

学会印象記

日本緩和医療薬学会

横浜市立大学附属病院 薬剤部 小宮 幸子

2011年9月24と25日の両日、第5回日本緩和医療薬学会年会在武田弘志年会長(国際医療福祉大学薬学部学部長・教授)のもと「共に語ろう…緩和医療チームと薬剤師の未来」をメインテーマに幕張メッセで開催されました。どの会場も満員状態で立ち見はもちろん、中継用のモニタ前にも多くの参加者が集まるなど、とても熱気に満ちた学会でした。

日本緩和医療薬学会は、保険薬局薬剤師(薬)、病院薬剤師(薬)ならびに薬学研究者(学)間の連携(薬・薬・学連携)の強化を図り、緩和医療における薬物療法の推進と大学や企業での教育研究の発展を目的としており、年会のセッションは基礎と臨床(病院、薬局)を織り交ぜた構成が多いのが特徴です。特にシンポジウムでは同じ薬学の専門家でも異なる視点で討論されるので視野を広げることができ、日常遭遇する問題についてより多角的なアプローチができるようになります。

メインテーマの「薬剤師の未来」という点で、私は2つのシンポジウムに注目しました。

シンポジウム「次世代の薬剤師緩和ケア～教育プログラムを考える～」では、現在、本学会で薬剤師向け教育プログラム作成に取り組んでいることが紹介されました。

また、シンポジウム「緩和薬物療法認定薬剤師の認定取得に向けて」では認定薬剤師の役割と持つべき視点が明確化され、認定申請に必要な症例報告のポイントが解説されました。このセッションでは熱心にメモをとる参加者が多く、緩和領域の認定制度への関心の高さが感じられました。

日本緩和医療薬学会年会は、基礎から臨床まで幅広い薬学的視点から緩和薬物療法を学ぶことができる場です。薬剤師のみならず、緩和薬物療法に興味がある他職種の方々にもぜひご参加いただきたいと思います。

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10月～2011年12月到着分まで）

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

聖隷三方原病院 緩和支援治療科 森田 達也

Reviews, recommendations, meta-analyses, randomized controlled trials, and large surveys

対象雑誌に掲載された医学論文のうち緩和ケアの臨床家にとって有用と思われる、レビュー、学会の推奨、メタアナリシス、無作為化試験、あるいは、大規模サーベイなどを列記します。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

緩和ケアの移行についての医師を対象としたCSTの効果

Goelz T, Wuensch A, Stubenrauch S, et al. Specific training program improves oncologists' palliative care communication skills in a randomized controlled trial. J Clin Oncol. 2011;29(25):3402-3407.

褥瘡の痛み

Gorecki C, Closs SJ, Nixon J, Briggs M. Patient-reported pressure ulcer pain: A mixed-methods systematic review. J Pain Symptom Manage. 2011;42(3):443-459.

PRISMAプロジェクト報告（アウトカム評価ツールについて）

Harding R, Simon ST, Benalia H, et al. The PRISMA symposium 1: Outcome tool use. Disharmony in European outcomes research for palliative and advanced disease care: Too many tools in practice. J Pain Symptom Manage. 2011;42(4):493-500.

Carstairs S, MacDonald ML. The PRISMA symposium 2: Lessons from beyond Europe. Reflections on the evolution of palliative care research and policy in Canada. J Pain Symptom Manage. 2011;42(4):501-504.

Currow DC. The PRISMA symposium 3: Lessons from beyond Europe. Why invest in research and service development in palliative care? An Australian perspective. J Pain Symptom Manage. 2011;42(4):505-510.

Daveson BA, Harding R, Derycke N, et al. The PRISMA symposium 4: How should Europe progress end-of-life and palliative clinical care research? Recommendations from the proceedings. J Pain Symptom Manage. 2011;42(4):511- 516.

スピリチュアリティについての評価尺度のレビュー

Selman L, Siegert R, Harding R, et al. A psychometric evaluation of measures of spirituality validated in culturally diverse palliative care populations. *J Pain Symptom Manage.* 2011;42(4):604-622.

From Japan

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.

Hirai K, Kudo T, Akiyama M, et al. Public awareness, knowledge of availability, and readiness for cancer palliative care services: A population-based survey across four regions in Japan. *J Palliat Med.* 2011;14(8):918-922.