



Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会

ニューズレター

November 2012

57



特定非営利活動法人
日本緩和医療学会

〒550-0001 大阪市西区土佐堀1丁目4-8 日栄ビル603B号室
TEL 06-6479-1031/FAX 06-6479-1032
E-mail: info@jspm.ne.jp URL: http://www.jspm.ne.jp/

巻頭言

いきいきと生き、幸せに逝く -第18回学術大会開催にむけて-

第18回日本緩和医療学会学術大会 大会長 東口 高志
藤田保健衛生大学医学部外科・緩和医療学講座 教授

このたび、第18回日本緩和医療学会学術大会の大会長を拝命し、2013年6月21、22日の両日、横浜市のパシフィコ横浜にて開催させていただくこととなりました。日本緩和医療学会は1996年の創立以来、年々その規模が大きくなり、2012年4月の時点で会員一人を超え世界に冠たる緩和医療学の学術集団となりました。そのような輝かしい学会の全国大会を皆様のご支援のもと主宰させていただくことになり誠に光栄に存じております。これも会員の皆様をはじめ緩和医療に携わる多くの方々のご支援の賜物と心より感謝いたしております。

さて、第18回日本緩和医療学会学術大会のメインテーマを「いきいきと生き、幸せに逝く」とさせていただきます。「いきいきと生きる」とは、がんをはじめ様々な苦痛や苦悩を伴った疾患の診断を受けた時から始まる身体的・精神的・社会的そしてスピリチュアルな苦痛を医療の面だけでなく生活の面からも優しく緩和し、“患者様とそこご家族のクオリティ・オブ・ライフを向上する”とともに、高齢化社会によってもたらされる社会福祉の問題点を包含して精神（こころ）にも身体（からだ）にも優しい医療を実現するために、皆様の取り組みや思い、アイデアなどをご披露いただく予定です。また、「幸せに逝く」のために、抗がん治療を代表とする種々の疾病治療のエンドポイントを単なる“survive（生存）”ではなく、“happiness（幸せ）”に置き換えて、患者様やご家族の皆様そしてわれわれ医療従事者にとっても、“幸せな人生だった”と大いなる満足と心豊かなつながりを保ちながら新しい世界へ旅立てるような工夫を闊達に討議したいと考えています。

2012年は診療報酬と介護報酬の一斉改定が行われ、また同時にがん対策推進基本計画の見直しの年でもあり、われわれが望む新たな緩和医療社会に向かいスタートが切られました。将来、わが国は未曾有の高齢化とがん社会を一度に迎えることとなります。そのような中でもわれわれは患者様が路頭に迷わないようにしっかりと将来を見据え、今後急増する看取りへの対策や在宅医療の推進、さらに病院と地域をひとつの単位とした新しい医療体制としての地域連携を進めていかねばなりません。すなわち、患者様やご家族のために、決して軸をぶらさない医療を構築していかねばならず、今回の学術集会がその起点となればと願っております。

一方、私の独断と我儘ではありますが、是非とも取り組みたい裏テーマがございます。それは「緩和医療に携るスタ

ツフを癒す」ことです。日常診療で精神も身体もくたくたに疲弊しておられる皆様に、私達からの心ばかりのプレゼントと思い、リラックスし、楽しんでいただけるよう趣向をこらしたいと思っています。

本学術大会が参加される皆様にとりまして、多くの知識や技術を身に付けていただける意義ある学術大会となりますように、また、少しでも“癒し”を感じていただける機会となりますように鋭意努力する所存でございます。特に今回は事前登録を重視し、ご登録いただいた方には参加費だけでなく懇親会費もお安く設定し、加えてランチョンセミナーの事前登録や癒し系プレゼントなどをご用意しております。多くの参加者の皆様を横浜にお迎えできることを楽しみにしております。

会長講演

社会を変えていく力、ひろく ふかく たかく

座長・報告 藤田保健衛生大学医学部 外科・緩和医療学講座 東口 高志

第17回日本緩和医療学会が2012年6月22日、23日（金、土）、神戸国際会議場で華々しく開催された。学会初の神戸・横浜会場の神戸会場での開催であった。開催前日まで例年になく早くやってきた台風の影響で、各地で土砂降りの雨、雨、雨であった。しかし、不思議と学会開催の朝は静かで爽やかな晴天であった。司会の大役をいただいた次期会長の私は、うむむ…大したものだと感嘆した。この日の晴天で大会長松岡順治教授はこの学会を既に成功させた！…学会の天気はすべてを左右する。私も一年前、2011年2月に名古屋で第26回日本静脈経腸栄養学会を開催させていただいた経験があり、松岡先生の前日までの苦悩と本日の喜びを自分のことのように感じられる一人である。当然、この会長講演も冒頭は天気が良くて良かったという、いわば当たり前であるが非常に重みのある言葉で始まった。

学会の会長講演は、会長をされる先生のこれまでのライフワーク的な仕事、特に学術的な内容をまとめて、ご参加いただいた皆様にご披露することが常である。しかし、松岡会長は敢えてその内容を現在の社会の現状と今後のあり方に絞られ、しかもさまざまな画像と音楽によって聴衆を魅了された。内容を少し紹介すると、

①人の幸せについて；東日本大震災後の日本人の死生観の変革と緩和ケアの在り方から、日本人の幸せと長生き願望の裏表をお話され、社会を変えていく力の源を示された。

②ソーシャルキャピタル；地域が信頼と協調でしっかりと結ばれて、ひとつの大きな目標に立ち向かう時、その構成メンバー全員に身体的かつ精神的安定をもたらす。緩和ケアという概念の元で一つに結びつく事ができれば社会はきっと良くなる。

③野の花プロジェクト；このプロジェクトは、②を求めつつ、松岡先生が日頃より実際に行っておられる地域の市民啓発活動である。この地道な活動によって岡山県全体で緩和医療という言葉をしっている方が一気に急増したとの報告が行われた。とても大切な活動であり、しかもきっちりと結果を出しておられるところがさすが松岡先生と惜しみない賞賛を送りたくなった。

④ひろく、ふかく、たかく；これがこのご講演のメインである。これまでの内容をお話になり、そして最後に音楽、というよりもミュージックが登場した…先生の願いとも先生の心の叫びともとれる言われもしない感動が心に満たされる。ジャズを愛する松岡先生の独特の表現方法である。緩和医療のこれからの在り方を医学だけでなくあらゆる手法で

もって広め、深め、高める…。きっと、このことが言葉ではなく身体全体で感じ取れた会長講演であったと思う。
最後に、来年は会長講演はやめようかなあ…と…かなり弱気になって司会の席を立った。

シンポジウム2

非がん疾患の緩和ケア

座長・報告 東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所 平原 佐斗司

座長・演者 医療法人社団慈恵会 北須磨訪問看護・リハビリセンター

慢性疾患看護専門看護師 藤田 愛

前回の第16回学術大会における非がん疾患のシンポジウムでは、緩和ケアは疾患を問わず、死に直面するすべての人に提供されるべきケアであり、日本緩和医療学会でもこの課題に積極的に取り組んでいく必要があることを確認した。

今回の第17回学術大会では、急性期病院、緩和ケアチーム、在宅といった各方面から4名のシンポジストを迎えて、熱心なディスカッションが行われた。

心不全の急性期病院での緩和ケアを実践している兵庫県立姫路循環器病センターの大石醒悟氏は、循環器病領域での心不全の終末期の緩和ケアの動向を紹介した後、自院での緩和ケアの教育と臨床実践について報告した。

北里大学医学部神経内科学の荻野美恵子氏は、ALSの終末期の緩和ケアの豊富な実践から、特に呼吸苦に対するモルヒネの有効性と使用法について報告した。非がん疾患の緩和ケアの対象となる疾患の多くは、いわゆる慢性疾患であり、慢性疾患の「病の軌跡」の下降期や臨死期にあたる。

北須磨訪問看護・リハビリセンターの藤田愛氏は、慢性疾患専門看護師の立場から、在宅での超高齢の看取り例を提示し、訪問看護での非がん疾患患者の看取り期の関わりについて報告した。

亀田総合病院、疼痛・緩和ケア科の関根龍一氏は、米国の緩和ケアチームの活動に触れ、今後わが国でも急性期病院の緩和ケアチームが非がん疾患の緩和ケアのコンサルテーションを担っていくことの必要性について報告した。

今回のシンポジウムでは、とりわけ急性期病院での緩和ケアの取り組みがわが国でも始まっていることにたいへん勇気づけられた。今回の一般演題の中にも緩和ケアチームが院内の非がん疾患の緩和ケアへの関わりを始めているという報告が散見されたが、このような緩和ケアチームの取り組みが、急性期病院での非がん疾患の緩和ケア普及にとつてのブレークスルーになるかもしれない。

シンポジウム7

小児の緩和ケア

～これからの小児緩和ケアのシステムを考える～

座長・報告 大阪大学医学部附属病院 小児科 宮村 能子

座長 大阪市立総合医療センター 緩和医療科兼小児総合診療科 多田羅 竜平

小児医療において療養を要する子供たちに必要十分で質の高い包括的な緩和ケアを提供することはこれからの課題である。しかしこれらの実践ははまだ十分になされておらず、現状を理解しつつそのシステムを考えていくことが重要である。

今回、6名の先生にご登壇いただきそれぞれの立場からご講演賜った。大阪市立総合医療センター多田羅竜平先生からは、小児緩和医療におけるシステムを発展させていくためには、基本的な理念や技術を習得しチーム医療の充実をはかり、さらに地域との連携も重要であることなどが総括的に提示された。また、静岡こども病院緩和ケアチーム天野功二先生は、小児病院における緩和ケアチームの役割やありかたについての解析を示され、今後の展望についてお話いただいた。国立病院機構大阪医療センター緩和ケア内科里見絵理子先生は、成人の総合病院における緩和ケア医の小児緩和ケアへのかかわりと取り組み、役割について示された。またピースクリニック中井永山淳先生からは、高次医療機関と地域のプライマリ小児科医の連携について、さらに緩和ケアの視点でのケアプラン（hospice at home）の重要性について示された。名古屋市立大学病院緩和ケア部伊藤嘉規先生には、小児の緩和ケアにおける心理士の役割と今後の課題についてお話いただいた。また、聖路加国際病院看護部鳥山祐子先生は、思春期患者における終末期医療のありかたについて症例検討を通じて報告された。フロアからも小児緩和ケアシステムに対する積極的な質問が多く寄せられた。

小児医療の多分野において、緩和医療は重要な役割を担っていくことの再確認と、質の高い緩和ケアを提供するためのシステムづくりの重要性とその方向性について、多職種の先生からそれぞれの立場での意見と問題点の提起がなされ、多くの議論が展開された。今後の小児緩和医療の実践に直結する充実した内容のシンポジウムとなった。

シンポジウム10

日本の緩和医療の将来像

座長・報告 岡山大学大学院保健学研究科 齋藤 信也
座長 医療法人社団 かとう内科並木通り診療所 加藤 恒夫

まず、池上直己慶応大学教授からは、『国民の意向と終末期ケアの課題』と題して、実証的データに基づいた終末期ケアの問題点が示された。特別養護老人ホームでは、施設内で亡くなることを希望した割合は55.5%と、病院のその16.0%の3倍以上であった。そこで、入所者に対し、施設内で最期を迎えることのできる選択肢を示し、支援体制を整備すれば、病院死を減らすことが可能と考えられた。このように、今後わが国では、虚弱高齢者の終末期ケアが大きな課題になるとの認識が示された。

次に、恒藤暁大阪大学教授からは、『日本緩和医療学会の活動の現状と展望』についての、丁寧な説明があった。また、それを踏まえて今後の日本の緩和医療の方向性として、①疾患を問わない緩和ケア、②時期を問わない緩和ケア、③場所を問わない緩和ケア、④質の高い緩和ケア、という4つのスローガンが提示された。

最後に、志真泰夫筑波メディカルセンター副院長からは、日本ホスピス緩和ケア協会理事長という立場から、『日本ホスピス緩和ケア協会の新たな挑戦：プロフェッショナル・地域・エンドオブライフ』というタイトルで、今後の日本の緩和医療の姿に対する提言がなされた。まず、緩和医療を救急医療になぞらえて、3つのレベル（「緩和ケアアプローチ」、「基本的緩和ケア」、「専門的緩和ケア」）に分類し、特に専門的緩和ケアに従事するプロフェッショナルの養成が急務であるとした。また、病院の緩和ケアチームが地域に出て、地域と交流することの重要性および、超高齢社会における終末期の過程（エンドオブライフ）に取り組むことの必要性が強調された。

シンポジスト間のディスカッションでは、がんの分野において導入され、発達してきた緩和医療が、今後がん以外の疾患にも適応される必要のあること、殊に高齢者のエンドオブライフケアに提供されなければならないとのコンセンサスが得られた。

緩和医療をがんから非がんに広げてゆくことは、欧米の趨勢であるが、わが国の緩和医療の指導的立場にあるシンポジストの間でそれと同様の将来像が確認されたのみならず、そのための具体的方策のいくつかが示された有意義なシンポジウムであった。

シンポジウム14

緩和ケアと栄養管理

座長・報告 足利赤十字病院 緩和ケア内科 田村 洋一郎

座長 藤田保健衛生大学医学部 外科・緩和医療学講座 東口 高志

本セッションでは、以下の臨床研究が報告された。

演題1：崎元氏は通院可能であったがん患者15例の栄養状態を食事摂取量、総エネルギー量、基礎代謝エネルギー量を用いて評価した。総エネルギー量を満たさず飢餓によると考えられる低栄養状態は積極的な栄養療法によって全身状態の改善が可能となることを報告した。

演題2：森氏は欧州臨床栄養代謝学会(ESPEN)により始められた地球規模の栄養状況調査nutrition Dayの現状を報告した。緩和ケア病棟単位の参加ががん患者栄養療法のガイドラインを確立する基礎データとなる一方、日本国内独自のデータをまとめていくことも行政にフィードバックさせるため有意義であることを強調した。

演題3：川口氏はチーム医療による栄養療法の認識が高まる一方、医療者側のがん患者に対する食事に関する問題意識を調査した。栄養士による食形態の再調整、栄養剤選択、嗜好調査に沿った食事の提案など直接的な個別対応により食事の摂取量が増加したことを報告した。

演題4：西村氏は切除不能胃癌患者に対する経口補水療法の経験を報告した。経口補水療法は簡便かつコンプライアンスが良好で、入院期間の短縮とQOLの維持が可能となった。また、終末期ばかりでなく化学療法施行時においても有効であることを示した。

演題5：中島氏はがん終末期になると溢水徴候や全身状態の悪化により輸液栄養治療の変更が必要となるが、患者・家族の希望との間に相違がある場合の原因と対応について報告した。倫理的方法といわれているtime-limited trialは推奨されるが、その間の患者への負担に配慮することをとくに強調した。

演題6：武内氏はがん終末期患者における輸液制限の現状と課題について検討した。輸液内容と輸液量を明らかにし、TPNや通常の輸液量の継続は予後の延長を認めず、また生命予後の推定期間と症状に応じた適切な輸液量の制限が患者のQOLの改善に寄与することを報告した。

演題7：大原氏は終末期がん患者に対する栄養療法の試みとして症状・機能改善補助食品の開発と効果について報告した。Refractory cachexialに陥ってない終末期がん患者32例がCoQ10、BCAA、L-カルニチン、ビタミンB群、E、亜鉛、クエン酸などを含有した補助食品を摂取することにより臨床症状や血液生化学の改善がもたらされ、その有用性を示唆した。

以上が発表の概略である。本学会ではこれまで代謝・輸液が主題として何度か取り上げられてきたが、栄養問題は今回が初めてである。終末期の代謝・悪液質の解明、輸液・栄養問題は今後も重要な課題の一つと思われる。

パネルディスカッション2

サバイバーシップという考え方～がん治療を終えてからも ひろく ふかく たかく

座長・報告・演者 聖路加国際病院 乳腺外科、プレストセンター 山内 英子

サバイバーシップという概念をもってがん患者の治療に当たる。とても重要なことを、今回、松岡大会長のご配慮で、日本緩和医療学会でパネルディスカッションとして取り上げていただいた。しかも、医療者のみでなく、がんという病を実際に経験し、それを乗り越えてきた、いや、乗り越えている、まさにがんサバイバーをパネリストに迎えてともに考えていくという形で実現した。がんサバイバーシップの推進に早くから貢献しているアメリカから、MDアンダーソンがんセンターのLewis Foxhall先生を国際レクチャーの講師としてもお招きして、まず、アメリカでの歴史、実際、また医療者への教育などについてもお話いただいた。

引き続き、がんサバイバーの立場から、がんサバイバーの就労問題など、治療を終えてからの生活を支える活動などを行っているNPO法人HOPEプロジェクト代表で、ご自身が乳がんのサバイバーである桜井なおみさんから話をいただいた。がんサバイバーシップには4つの側面-身体的、心理的、経済的、スピリチュアルな問題-がある。この4つがそれぞれ側面として柱の壁を作るように存在するのではなく、手術や治療による身体の変化や喪失感、心理的な不安や恐怖、経済的にも職や財産を失う、また家族友人を失うこともあり、それらの苦悩の後、残ったものは自分のスピリチュアルな根源への問いかけ、その痛みであるとの提言。医療従事者はその患者の痛みに寄り添っていく必要があると思った。続いて、精巣腫瘍を若くして罹患し、つい先月、対側の精巣腫瘍で手術をされたばかりのTBSテレビ解説員の小嶋さんからその経験、治療後も考えなければならぬ、さまざまに患者を襲う病態に目を向けることの大切さを学んだ。

医療者からは博愛会相良病院の看護師である江口恵子さんが、病院での取り組みを、名古屋医療センターの下山理史医師は、その患者のみならず、患者の家族へのサポートをお話下さった。みなさんの発表を受け、私からはサバイバーシップの概念とそれを実践するために大切な患者を知ることが強調させていただいた。ディスカッションでは、医療者对患者と言った目線でいてもいつまでも変わらないと言ったご意見があるように、また、われわれも医療者でも、実際にがん経験者もいれば、その家族でもあり、皆が、がんサバイバーであり、垣根を越えた、皆で考えていく問題である

ことの共通認識で幕を閉じた。

パネルディスカッション4

がんを家族にどう伝えどう支えるか

座長・報告 慶應義塾大学 看護医療学部 茶園 美香

座長 北海道医療大学 看護福祉学 川村 三希子

子育て中のがん患者の子ども（18歳以下）に病気や治療を患者自身¹⁾が、子どもにどのように伝え、対応するかが課題となっている。今回は、子育て中のがん患者と子どもへの支援の実践を紹介していただき、今後、医療者の活動への示唆をえることを目的とした。

三浦智史氏（医師、腫瘍精神科）から、子どもに伝えられない事例に対して、「真実を伝えないことで子どもがどういう影響を受けるか」、「残された子どもと家族のこれからの人生のことを考えることが大切」という視点で関わった結果、病状を伝えることができ、残りの時間が有意義に過ごせたことが紹介された。「子どもを主語」にすることで、子どもの「今」に注目していた親の視点が、「将来」に注目する視点へと変わるような関わりの重要性が提言された。

小澤美和氏（小児科医）は、乳がんの親と子どもを対象にした「情緒・行動の問題」に関する調査から、親が病気をした場合、半数以上の子どもが中程度以上の心理的外傷後ストレス症状（PTSS）を経験し、母親の不安・抑うつ程度が高い方が子どもの情緒的・行動上の問題が重篤であることが報告された。がん患者の子どもへの支援は、このような子どもの反応を考慮して行う必要があることが提言された。

井上実穂氏（臨床心理士・スクールカウンセラー）からは、多職種によるチャイルドケア・プロジェクトの立ち上げと具体的活動が報告された。その中で、患者・家族が子どもについて相談しやすい窓口の開設、チャイルドケアを周知する院内活動と地域への働きかけ（県内外の医療機関への情報提供、教育や福祉機関との連携など）が紹介された。多職種が連携を取りながら、子どもは、病院でも生活の場においても、ケアが受けられる体制づくりの必要性が示唆された。

大沢かおり氏（医療ソーシャルワーカー）は、HOPE TREE²⁾で行った「がん患者が子どもに病気を伝えた時の子どもの反応」の調査から、伝えた直後の子どもはショックを感じるが、やがて気持ちを素直に表現したり親の手伝いができるなど、前向きな行動が取れることが紹介された。子どもに「なぜ伝えるか、どう伝えるか」について、子どもは親の小さな変化に気づいて不安になるため正直に話すことが重要であること、伝える場合には、「3つのC」、つまり、がんであること[cancer]、伝染する病気ではないこと [Catchy]、子どもが原因ではないこと [not caused by]を伝えることなどが紹介された。

がん患者と子どもの状況は多様であり、必ず伝えなければならないとは言えない。個々の患者とその家族が意思決定できる「プロセス」を支援することが医療者の役割として重要であることを確認した。

1)原則として患者自身が伝えたほうが、子どもとの信頼関係が築けると考えら得ている。しかし、患者自身が伝えることが難しい場合もある。その場合には、親である家族、または医療者が伝えることもある。

2)HOPE TREEは、がんの親をもつ子どもをサポートするための情報を提供している団体である。（<http://www.hope->

tree.jp/)

ワークショップ2

ガイドラインを使いこなす2 ～終末期がん患者に対する輸液ガイドライン～

座長・報告 藤田保健衛生大学医学部 外科・緩和医療学講座 東口 高志

2006年に森田達也前部会長のもと、第1版の終末期がん患者に対する輸液ガイドラインが作成され、出版された。このガイドラインは主として過剰輸液による症状増悪に対して水分投与量を減じることによって改善させるいわゆる“ギアチェンジ”を啓発すべく生み出された非常にインパクトのある内容であった。その後、約5年の時を経て、水分量だけでなく輸液という一歩進んだカテゴリーで今回の改訂が行われている。小生は前回、作業部会に途中より参加させていただき、輸液量と終末期の悪液質に伴う脱水との関連を十分に討論できずに終わった経緯があり、今回改訂版の作業部会長を仰せつかった際に、①輸液療法という生命維持に重要な役割を演じるものの終末期における役割とその妥当性を検討し、そして②できるだけ最新の悪液質に関する情報を収集し代謝学的にも解りやすいガイドラインにすることを目的に掲げさせていただいた。

この第17回学術大会に際し、まだ発表前の状況ではあるが、新しい輸液のガイドラインについて本作業部会で中心的な活動をいただいた2名の講師にお話を伺うことにした。

まず、二村昭彦先生からは今回のガイドラインのポイントをお示しいただき、第1版と異なる部分についても十分なお説明をいただいた。すなわち、これまでのガイドラインは、対象が生命予後1～2か月のがん患者であり、ちょうど悪液質が進展して体内水分分布が大きく変化する時期に一致しており、余命1～2か月の間に輸液や投与エネルギーも大きく変動させねばならないために、個々の個人差が大きくガイドライン上での確かな提言ができないことが判明した。そこで今回のガイドラインでは推定余命1カ月前後とした。それによって緩和ケアに従事するものだけでなく、がん治療に関連するすべての医療従事者によりわかりやすい形で、輸液量やエネルギー量を減じることの意義を示すことが可能となった。一方、悪液質の概念も本ガイドライン作成中にも刻々と変化して報告されるようになり、最近の知見では悪液質は①Precachexia→②Cachexia→③Refractory cachexiaの順に進行し、③Refractory cachexialにおいては栄養管理を実施しても改善が得られない不可逆的な状態に陥っており、この時期にギアチェンジが実施されることが妥当であるとの見解が得られている。

二人目の講師である田村洋一郎先生は、臨床医の立場から「とりあえず輸液しておこう」という終末期癌患者の輸液に疑問を持つべきであり、終末期における輸液の適正化の重要性に気づくことの大切さを指摘している。特に、生命予後が月単位から週単位に、週単位から日単位へ変わるにつれて、治療や輸液の目標も変化することを重視すべきと述べた。

本ガイドラインはこのようにがんの終末期、特に月から週単位へ生命予後が変化していく際の、輸液量や代謝変動を踏まえた栄養管理の在り方を知る上で示唆に富む重要なものになるものと思われた。

ワークショップ3

口腔ケアハンズオンセッション

座長・報告 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 口腔顎顔面外科学分 佐々木 朗

岡山大学病院腫瘍センター所属の歯科衛生士、杉浦裕子先生による口腔ケアのハンズオンセミナーを開催しました。がん医療において口腔衛生管理の重要性は理解されていても、原疾患の治療の緊急性や忙しい医療現場の現状から優先順がどちらかといえば低い状況にありました。また口腔内を清潔に保つことの重要性はわかっている、実際の患者では齶蝕や歯周病の保有、補綴装置の有無などその対応は様々であり、具体的な方法論やコツについても情報が十分ではありません。近年、EBMの集積や、多職種による連携医療の推進が行われ、特に医科歯科の連携では緩和医療に限らず多くの局面で口腔ケアの重要性が明らかになってきました。そういった背景から、今回実践的なハンズオンセミナーを計画しました。当初50名の受講者を予約制で募集しましたが、希望者が多く80名に増員しました。医療関係者の口腔ケアへの関心の高さを示すものと思います。

ご講演では、岡山大学病院の医療連携の活動状況や、杉浦先生の口腔ケアの介入を行った多数症例を通じての問題提起と臨床に役立つ対策について症例写真や動画を用いて発表されました。わかったつもりで行っている口腔ケアが、実は患者の不利益になっている事例があること、造血幹細胞移植の患者では僅かな歯の鋭縁が大きな口腔潰瘍を引き起こすことなど提示され、湿潤と保湿など臨床経験と根拠に基づいた実践的な対応が示されました。参加者は、実際の症例から多くのことが学べたものと思います。実技実習では、実際に綿棒を使っての保湿材やワセリンの塗布法、ブラッシング法、効果的な含嗽法などの指導が行われました。口腔ケアは、患者自身が積極的に受け入れ、家族、医療従事者が共同で当てるのが最も重要なことであることが理解されたものと思います。

質疑応答では現場での苦悩ともいえる質問もありましたが、それぞれ修得されたことを医療現場に戻られて実践されることを望みます。

ワークショップ4

ガイドラインを使いこなす3 ～がん疼痛に関するガイドライン～

座長・報告 一般財団法人同友会 藤沢湘南台病院 林 糸り子
座長 埼玉県立がんセンター 緩和ケア科 余宮 きのみ

2年前に出版された「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2010年版」は、がん疼痛治療における標準的治療や基礎となる知識が盛り込まれ、多くの施設で助けとなっている。本ワークショップでは、本ガイドラインにより親しみをもち、どのような職種でも最大限に活用できるように、多職種の立場で活用方法を講演していただき、会場の参加者と討議できるように企画した。

最初は、「非オピオイド鎮痛薬を使いこなす」をテーマに埼玉県立がんセンター 薬剤部 芝崎由美子先生にご講演し

ていただいた。軽度の痛みに対して非オピオイド鎮痛薬であるアセトアミノフェンあるいはNSAIDsのどちらを選択するか、薬剤プロフィールの異なる多くのNSAIDsの中でもどれを使用すべきかなどを参加者と考える時間になった。

次に、「突出痛への対応」をテーマに外旭川病院 ホスピスコ 松尾 直樹先生にご講演していただいた。突出痛の評価の重要性とレスキュードーズの考え方について、突出痛は「予測できる突出痛」「予測できない突出痛」「定時鎮痛薬の切れ目の痛み」の3つによって疼痛治療が異なるため、適切な評価がなければ突出痛の治療にはつながらないことをわかりやすく解説していただいた。

「神経障害性疼痛への対応」について、長崎大学病院 麻酔科・緩和ケアチーム 北條美能留先生に講演していただいた。神経障害性疼痛の治療では、鎮痛補助薬が使用される場合が多いが、ガイドラインでは弱い推奨とされていることも多い。原因や病態による分類の確立が困難なことや、患者さんの中に複数の病態が混在しており、一定の結果を見出すことが難しいこと、さらに、鎮痛補助薬には種類も豊富に存在し、ガイドラインではそれぞれの優劣を示す十分な根拠を示すことが難しいことも会場の皆さんと共有する機会となった。

最後に「がん疼痛マネジメントにおける患者教育」について、静岡県立静岡がんセンター 看護部 久山幸恵先生にご講演していただいた。本ガイドラインでは、がん疼痛マネジメントを受けている患者に教育を行うことが推奨されている。ここでは、患者と家族のセルフケアレベルや対処能力に応じた痛みのコントロールを図るために、患者と家族の大事にしている価値観や文化的な背景に配慮した継続的なコミュニケーションが大切であることをご紹介していただく機会となった。

本ガイドラインをより身近なツールとして感じ、どんな施設でも、どんな職種でも今よりもっと活用でき、患者さんの疼痛治療の助けになることを願う。

第7回CART研究会

CARTの基本と癌性腹水治療への積極的応用

座長・報告 湘南鎌倉総合病院 副院長・オンコロジーセンター長 太田 恵一郎

第7回CART研究会の基調講演として「CARTの基本と癌性腹水治療への積極的応用」と題して、要町病院腹水治療センター 松崎圭祐先生にお話していただいた。

癌性腹膜炎に伴う難治性腹水は、強い腹部膨満感や呼吸苦などを生じ患者のADLを著しく低下させるのみならず、積極的な抗癌治療を中止せざるを得ない。演者らは2009年2月から、膜洗浄機能を有し多量の癌性腹水に対応可能であり、より簡便な新方式の外圧式CARTシステムを考案し施行してきた。外圧式CARTの基本構造と膜洗浄液から回収された癌細胞を利用した新たな癌治療への応用について報告した。

卵巣癌：61例、胃癌：40例、大腸癌：27例、膵癌：22例、その他：68例の計218例を対象に外圧式CARTを施行し、腹水1.6~14.9ℓ（平均5.7ℓ）を採取し、膜洗浄回数は0~10回（平均2.8回）、所要時間は5~140分（平均52.1分）で、処理速度は平均9.1分/ℓ、処理後の濾過濃縮液：150~2000ml（平均670ml、総蛋白濃度：8.0~21.0g/dℓ）を点滴静注した。施行直後から腹部膨満感や嘔気、呼吸苦などは消失し、ADL改善に有効であった。化学療法の再開、腹水再貯留を来さず長期在宅移行が可能となった症例もあった。胃癌9例の洗浄液から回収できた癌細胞は0.24~11.2×10⁸cellsであった。

外圧式CARTは自覚症状と共に全身、栄養、免疫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である。膜洗浄液から回収される癌細胞数が樹状細胞ワクチン療法のための自己抗原として十分利用可能であり、今後の細胞療法や抗癌剤感受性試験など、回収癌細胞の治療・研究への応用が期待される、と結んだ。

イブニングセミナー7

症例で学ぶ がん疼痛に対する皮下モルヒネPCA “病院で、在宅で、使えるテクニック”

座長・報告 東京女子医科大学病院 外来化学療法室 がん性疼痛看護認定看護 服部 雅美

本セミナーは、参加者が熱心にご講演に耳を傾けられているのが印象的で、約350名と多数の参加者のもと大変盛況なご講演であった。

内容としては、PCAポンプ付小型シリンジポンプとモルヒネ皮下注射でのタイトレーションを行う際の具体的な手法や、PCAを使用した投与量調整について、病院、在宅における持続皮下注射のメリット・デメリットなどを、症例をもとに紹介していただいた。

がん疼痛治療において鎮痛剤も成分・剤形など多様化している現在では、選択肢も増えているとともに、療養の場も大学病院、一般病院、緩和ケア病棟、在宅など様々である。医師・薬剤師・看護師など多職種の専門性を活かしたチームで連携し、様々な環境の中で治療されている患者や家族にとって最良な選択を行うことは大変重要なことである。

今回のセミナーは、具体的な内容であり、明日から、実践に役立つ知識として、大変学びの多いご講演であった。PCAポンプ付小型シリンジポンプやモルヒネ皮下注射法を取り入れられている施設は多くはないのが現状ではあるが、PCAポンプ付小型シリンジポンプは、タイトレーション時に微調整しやすく、医師の業務削減や患者の疼痛管理における自己効力感を高めるうえでも有効な手段であることを再認識することができた。

また、服部政治先生のご講演は、とても分かりやすく、ユーモアもあり、楽しく学ぶことができ、あっという間の50分間であった。

モーニングセミナー5

緩和医療における医療経済に関する保険委員会の取り組み

座長・報告 藤田保健衛生大学医学部 外科・緩和医療学講座 東口 高志

小生が委員長を務める当学会の健康保険・介護保険委員会（以下、保険委員会）では2008～2012年の4年間にわたり、「緩和医療」に関わる診療報酬のUPを目指して積極的に動いてきた。外科保険連合、内科保険連合、看護保険連合の三保連への加入に加え、厚生労働省や政府機関への働きかけもコツコツと実施してきた。今回、緩和医療に関する診療報

酬の大幅な引き上げがなされたこと、本委員会の働きかけをぜひ学会委員の皆様にご存知いただき、副委員長である服部政治氏に「緩和医療における医療経済に関する保険委員会の取り組み」と題して講演を依頼した。

服部氏は、保険委員会の活動、診療報酬改定までの道のり、そして具体例として緩和ケア病棟入院料の増額に至った背景の順にわかりやすくお話しいただいた。

「そもそも保険委員会ってなに？」という題名から始まったスライドは、大まかに保険委員会が何を目的に活動しているかを示し、次いで経時的にこれまでの保険委員会の活動を示したことで、委員会がこの4年間でなにを目的にどのように活動したかが会場の聴者によく理解していただけたと思う。

次に、実際に保険委員会から各保険連合、厚生労働省に提出した数多くの診療報酬改訂要望の内容とその結果、増額改訂された内容について表を用いてわかりやすく説明して下さった。たとえば、3年前まで300点/人/日であった緩和ケア診療加算が現行の400点/人/日となったことや、緩和ケア病棟入院料、がん性疼痛緩和指導管理料、在宅患者緊急入院診療加算、がん患者カウンセリング料など実際に新規認定、増額、項目の見直しなどをされたものに加え、まだ認定されていないが、委員会として引き続き要望しているリンパ浮腫指導管理料の新設やがん患者カウンセリング料の要件見直しなど、継続した活動を行っていることが強調された。

また、具体的な働きかけの一例として、緩和ケア病棟入院料増額（3780点→4791点/人/日）に至るまでの保険委員会としての取り組みについても順を追って示された。ここで服部氏が強調されたのは、「点数を上げてくれ」って言えば上げてくれるように甘くはない、ということであった。そこで保険委員会では、なぜその点数では賄えないのか、具体的に何点足りないのかという説得力のある「数字」が必要であるとのことで調査を開始した。なにが不足しているのかを薬剤別に調査し、サンドスタチン®（または“ある特定の薬剤”）を使用した患者群で赤字が進むことが統計学的に証明されたことで、1日あたりの点数を増額にするか、使用例ではDPCを分岐させるかを要望し、結果的には条件付きではあるが4791点/人/日という大幅な増額に至った。

そして最後に、「保険委員会では、病院、ホスピス、在宅、看護、MSWなど多職種からの意見を保険点数として生かせるように活動しています。今年度の診療報酬改訂では、緩和医療に関わるものがこれまでにない大幅な増点や要件緩和につながりました。今後もアンケート調査などご協力をお願いいたします。」と保険委員会の活動への協力宣伝も欠かさないという扎扎实りぶりを発揮していた。

早朝に開始されたセッションにも関わらず、会場には100名以上の聴者が訪れ、真剣に服部氏の発表を聞いていた。手前みそながら、本セッションは当委員会での活動が実際どのようにみなさんの診療に反映され、患者様に貢献しているかを知ってもらう意味で大変有意義であったと思っている。服部氏のわかりやすいスライドや心に響く声に私だけでなくみなぎ魅了されたセミナーであった。

市民公開講座

高齢者の看取りを考える 口から食べられなくなったらどうしますか

座長・報告 鳥取市立病院 田中 紀章

今回の市民公開講座は演劇、詩の朗読、シンポジウムの3部構成である。前半の演劇と詩の朗読は後半のシンポジウム

の主題の提示であり、また、そこで語られる人の「いのち」への視座を与える役割を担っている。

「鳥の劇場」による「わが町」は、この意図によく応えた熱演であった。20世紀初頭の米国東部の小さな町を舞台に、一組の男女、それぞれの家族を中心に、日常の営みを描いた作品だが、舞台が終わると、ドラマ全体が一つの「いのち」のようなものとして思い出され、不思議な感動に包まれた。そして、岡川祐美子さんの詩、「灯り消すとき」の朗読が始まると、私たちは高齢化という21世紀の現実に戻された。数々の詩の多くは高齢者医療への問題提起だが、なかでも「あなたの言葉を」という詩は、胃瘻に繋がれた老婆の苦しみを描いて、「食べられなくなったら、あなたはどうしますか」と私たちに問いかける。

最初のシンポジストは野の花診療所の徳永さん。ユーモアあふれる語り口だが、「いのち」の問題に悠長な私たちに厳しく問いかける。断食を続ける老婆と、毎日食事を運ぶその家族を例に、それぞれの思いを大切に、その上で「いのち」に対し冷静になろうと呼びかける。節度を持った医療行動、胃瘻以前に戻ろうと呼びかける。その冷静さとは、ドラマ「わが町」に触発された気づきであり、「私」、「あなた」、「他者」の関係を越えた「0人称」の視座から「いのち」を見つめ、いのちを連環したものとしてとらえることである。

さあ、こうして心の準備が整ったところで、朝日新聞社記者の寺崎さんからは、胃瘻をめぐる「患者・家族と医療者とのギャップ」について、患者・家族と医療者との中間的立場からのお話。胃瘻はこの10数年間で急速に普及したが、その間、介護保険制度の光と陰として、問題は技術的なものから倫理的なものへと変遷したこと、胃瘻の長期化に伴い「苦しみ」の問題が不釣り合いに大きくなり、胃瘻中止という選択肢を考えなければならなくなった経緯などがよく理解された。

最後の演者は東京大学の会田さん。人のいのちが「ナラティブないのち」と「生物学的ないのち」から成っていると、生物学的な延命を図って、人生の物語の貧困化を招くようなことがあってはならないと説く。そして、岡川さんの詩を引用して、長い人生の物語を生きてきて、…もうこれでよい、満足だと思っている人に、「まだ生きられる、がんばれ、がんばれ」と言い続けるのかと疑問を呈す。だが、現実には様々な考え、思いがある。だから、冷静に対処するため、「患者・家族と医療者の共同の意思決定」プロセスを提唱されるのだが、寺崎さんも表現は違えど、同じ考えと思われた。

口演

若手奨励賞

座長・報告 東京医科大学病院 緩和医療部 下山 直人

今回、若手奨励賞の座長を担当したので報告いたします。緩和ケア領域全般にわたり、全8演題が発表されました。評価尺度の開発などの研究としては、緩和ケアチーム主導による悪液質評価の試みー携帯式体組成計スキャンボールでの筋量評価、病院医師の入院患者に対する在宅医療の視点評価尺度の開発と信頼性・妥当性の検討、がんのリハビリテーションにおける新たな身体機能評価スケールCFASの開発が、観察研究としては、小児における緩和ケア家族ケア、一般市民から抽出したがん患者の遺族による終末期医療の評価；死亡場所別の検討、スピリチュアルペインへのチャプレン

の役割に関する研究、緩和ケアチームへの依頼内容と活動実態に関する多施設調査があげられました。そして、フェンタニル持続静注から経皮吸収剤への移行に関する研究で締めくくられました。いずれも緩和ケアに関する日常臨床における疑問に対する解決策を検討する上において、背景因子を検討すること、現状を評価するための評価尺度の開発など重要な研究が若手研究者の参加によって行われていることが確認できました。そして、そのような研究基盤としての大学系の研究施設の充実化も明るい話題であったと思います。ただ、がん患者の苦痛緩和に関する新たな技術の開発、新しい薬剤の開発など、そして基礎研究との連携による臨床研究などの介入研究に関する発表がほとんどないことは、非常に残念でした。本学会の今後の課題として、若手研究者に介入研究を行わせることができるよう、研究推進委員会改め学術委員会の役割が重要となってくるように思いました。表彰されたのは、大学系研究施設において、有能な指導者の元で行われた研究でした。

口演3

疼痛、全身倦怠感

座長・報告 岡山大学病院 麻酔科 蘇生科 西江 宏行

朝一番目であったにも関わらず、大勢の方にお越しいただき有意義なセッションであった。山川先生（六甲病院）からはトラマドールを10～15mgと少量で開始し嘔気を回避する報告があった。コンプライアンスを重視したアイデアである。フロアからはリン酸コデインとの違いについての質問があった。周東先生（国立がん研究センター中央病院）はCYP3A4阻害作用を有する抗菌剤により鎮痛薬の血中濃度が上昇することを報告した。呼吸抑制など重篤な有害事象を生じる可能性もあり、われわれは知っておかなくてはならない貴重な報告である。西別府先生（横浜市立市民病院）と栗山先生（和歌山県立医科大学）はプレガバリンと副作用についての関係を報告した。年齢や腎機能よりも性差の方がふらつきに影響するという興味深い内容であった。仁熊先生（姫路赤十字病院）はフェンタニルからモルヒネへのローテーションの時には換算表の通りにすると過量になる可能性を報告した。確かにフェンタニルを大量投与しても効果が不十分な場合がある。今後はこの機序が解明できればと感じた。鈴木先生（がん・感染症センター都立駒込病院）の報告からは緩和ケアチームが積極的にオピオイドローテーションの啓蒙に努めていることが伺えた。高木先生（国立長寿医療研究センター）は全身倦怠感をフェイススケールで評価した。倦怠感は、痛みと同様に評価がしにくい。それを定量化することで情報を共有しつつ症状緩和に努めている姿勢が伺えた。内山先生（磐田市立総合病院）は運動介入により倦怠感が改善し、活動性が上昇することを報告した。患者は治療に際して受身になりやすい。運動介入は患者自身が治療に参加するという意識が生まれるため倦怠感や痛みにも有効なのではないかと感じている。全体的には議論も活発に行われ、会員の痛みや倦怠感に対する興味の高さを感じた。あえて一言だけ述べると、特に若手の参加者に積極的な発言をお願いしたい。発表者と直接コミュニケーションがとれることが学会に参加する醍醐味である。参加者には何か一つでも持ち帰って明日からのケアに役立てていただければこの上ない喜びである。

口演6

疼痛

座長・報告 松江市立病院 緩和ケア・ペインクリニック科 安部 睦美

今回の学会は「緩和医療・緩和ケア」の学会にふさわしく、コメディカルを含めた参加者に好評だった。現場の患者さん・ご家族へのフィードバックがしやすい学会であったと思う。さて1日目の第12会場での「疼痛」のセッションでは、新たな薬剤トラマドール、プレガバリン、オピオイド、骨転移に関する内容、代替療法と多岐にわたる面からの発表であった。それぞれ、演題1はトラマドールはマネジメントの困難な骨転移の体動時痛に有効な薬剤である、演題2は緩和ケアチーム（PCT）の介入する骨転移の患者はSREの合併例が多く、結果として予後の悪い傾向であった、演題3は硝子体手術後のフェイスダウンポジションに対してのアロマセラピーの介入が身体的苦痛に効果を認めた、演題4はプレガバリンの脱カプセル化により低用量からの処方が可能で、副作用なく鎮痛用量まで増量ができた、演題5はトラマドール導入により、疼痛コントロールの質を低下させることなく、経済的負担も軽減できた、演題6はオピオイド投与のアドヒアランスは、自己管理が可能と考えられる年齢層（特に男性）で低く、服薬指導の必要性を示唆した、演題7はフェンタニル貼付剤では高用量でも面積が大きくなる製剤の開発が臨まれる、演題8はmultidrug resistance1遺伝子は種々の薬剤排出に関わる遺伝子とされており、この遺伝子の型によりオピオイドの至適投与量が異なることが示唆され、早期より細かな投与量の検討が必要である、演題9は骨転移による体動時痛にリハビリが介入することで、ADLの改善が認められた、という内容で報告があった。アロマセラピーの身体的苦痛への介入、トラマドールの新たな役割、骨転移の痛みに対してのPCTの役割、またリハビリの必要性、オピオイドの使用には個々に対応が必要であるということなど、「疼痛」のセッションには相応しい内容であったと思われる。がんの痛みをマネジメントするわれわれは、常に「病気をもった一人の人」としてtotalに介入していくことの必要性を感じながら座長の任を終えた。ご発表の皆様お疲れ様でした。

口演10

身体症状、セデーション、オンコロジーエマージェンシー

座長・報告 総合病院 山口赤十字病院 末永 和之

本セッションは身体症状、セデーション、オンコロジーエマージェンシーについて合わせて9題の発表があった。

そのうち3題は腹水濾過濃縮再静注療法（CART, KM-CART）であった。CARTは腹水を可能な限り抜き取った後に、腹水中のがん細胞や細菌などを除去し、濃縮処置にて余分な水分を除去し濃縮し、身体に必要な蛋白成分（アルブミン、グロブリン）を回収して血管内に返し再利用することによって患者の栄養状態、免疫状態を改善すると言われているが、従来のCART（腹水濾過濃縮再静注法）の欠点を改良したのがKM-CARTであった。濾過膜を内圧方式（管の内から外へ濾過）から外圧方式（管の外から内へ濾過）に変更することによって、濾過膜の目詰まりを簡単に回復させる膜洗浄機能を追加し、一般的な輸液ポンプと吸引器も利用できるようにした非常に簡便な装置になった。またがん細胞の採集が可

能で今後の抗がん剤治療の開発や樹状細胞ワクチン療法への道を開くものであるとの指摘があった。いずれの演題も難治性腹水患者の臨床症状やQOLを改善した報告であった。

がん悪液質などの身体症状の改善に対する報告が3題であった。漢方薬の補中益気湯ががん悪液質の改善に役立つとの報告、ステロイドの投与が予後予測の見込める患者に有効であるとの報告、また、大量デキサメサゾン投与が横断性脊髄炎の改善に役立つとの報告がみられた。

鎮静に対する演題が2題あり、緩和ケアチームと緩和ケア病棟での鎮静の違いや鎮静の施行に対する多職種チームカンファレンスでの検討の必要性が指摘された。また、がん治療医、緩和ケア医、看護師、薬剤師によるチーム介入によって緩和ケア医の早期からの介入が症状改善に役立つとの報告もあった。

このセッションではがん患者の症状緩和への取り組みが色々な視点から取り組まれている発表であった。

口演11

地域連携システム・地域緩和ケアチーム

座長・報告 福山市民病院緩和ケア科 古口 契児

本セッションでは9題の発表があり、地域緩和ケアネットワーク構築のための取り組みが発表された。

演題1：送り出す側の病院医師が在宅への視点を持つことが必要であることと、交流の場や患者の意向を把握した退院前調整システムを構築する必要性が報告された。

演題2：地域における専門的緩和ケアの提供に関する問題点が報告され、体制・連携上の4点と人的資源・教育上の2点の問題点が指摘された。検討の場を持ち続け、地域として取り組むことが必要と思われた。

演題3：クラウドを活用した地域医療支援システムであるEIRが紹介され、パスとITを用いた正確かつ迅速な情報共有に興味深く、在宅での有効活用に期待がもてた。

演題4：情報提供書・クリニカルパス・わたしのカルテの3つのツールを用いた情報共有の発表で、ツールを介してお互いに顔の見える連携が促進したことが印象的だった。

演題5：在宅療養の希望が叶えられなかった事例検討の結果、早期からの介入と早急な対応・在宅の啓発・在宅コーディネーターの制度化の必要性が報告された。

演題6：鎮痛補助薬使用における薬薬連携の報告で、病院薬局側が使用目的を記載した説明書を作成することにより患者説明・服薬指導が容易となり薬薬連携にも有用だった。

演題7：連携パスを軸とした施設A（病院）施設B（訪問診療）・施設C（訪問看護）間のネットワーク構築の報告で、役割分担を明確にすることで有機的に機能しているのが印象的だった。

演題8：地域の「緩和ケア事例検討会」に参加したコメディカルの方々が「PEACE研修会」にも参加できるようにした報告で、二つの会が地域連携の両翼を担っていることが判った。

演題9：OPTIMプロジェクトにおける病院側の「在宅の視点」の変化の報告で、意識・対応の変化により在宅移行率が明らかに高くなったことが印象的だった。

各地域での具体的な取り組みを知ることにより、在宅緩和ケアに携わる者として知恵と勇気と希望が与えられたセッ

ションだったと思う。

口演12

告知・コミュニケーション、呼吸器症状、皮膚症状

座長・報告 藤井政雄記念病院 緩和ケア科、総合診療・地域医療科 足立 誠司

本セッションでは、告知・コミュニケーション、呼吸器症状、皮膚症状について8題の発表があった。

演題1：終末期がん患者の家族介護者が女性、比較的若い世代、患者の配偶者の場合は、医療者に対して治療や患者の状態について詳細な情報を必要としていると報告があった。家族との面接は、家族背景や家族の気がかりに配慮することを再認識した。

演題2：再発乳がん患者への早期緩和ケア介入が終末期ケアの質を高める可能性があるとの報告であった。どの地域でも早期からの緩和ケアの実践を期待したい。

演題3：癌終末期呼吸困難への持続くも膜下モルヒネ投与5例の有効性が報告された。今後、症例を重ね有効性や安全性が認められ実用的な治療法となるか期待される。

演題4：中枢気道狭窄の呼吸困難への気道ステント留置10例では症状緩和が認められ、予後の延長効果の可能性が示唆された。

また演題6では、薬物療法が検討され、中枢性気道狭窄のある群は、ない群に比べてオピオイド投与量は少なく、ステロイド投与量が多いことが指摘された。症例により薬物療法、非薬物療法（気道ステントなど）の適応が重要となる。

演題5：終末期肺癌患者62例の感染症への血液培養、抗菌薬投与は、肺炎合併での有用性は乏しく、再検討の余地があると報告された。終末期患者の感染症への抗菌薬や検査の適応を十分に考慮したい。

演題7：終末期がん患者の手掌点状出血3例の報告があった。対称性に手掌のみの点状出血が特徴的で、出現すれば予後不良となる。新しい発見で興味深い報告であった。

演題8：乳癌の出血、浸出液、悪臭に対し3種類の院内製剤を患部状態により使い分け、一部調剤変更で個別対応している報告であった。薬剤師の積極的な関わりがQOL向上に寄与すると思われた。

多岐にわたる内容で、緩和ケアの現場でのニーズの多さを物語っていた。それらに適切に対応しようとする医療者の姿勢や取り組みが報告され、示唆に富む内容であった。

口演14

訪問看護、QOL評価、小児緩和ケア、患者・家族の教育

座長・報告 高知県立大学看護学部 藤田 佐和

本セッションでは、訪問看護ステーションでの緩和ケアへの取り組み、小児の在宅緩和ケア、病棟や外来での薬剤指導やセルフケア支援、遺族による終末期医療の評価など、様々なテーマの9演題が発表された。

訪問看護について、在宅緩和を実践する訪問看護師のケアの質を向上させ、訪問看護師の役割周知を目的とする緩和ケア訪問看護ステーション連絡会を立ち上げ、訪問看護師が医師とチームを組み、24時間対応によるがん患者の急激な変化への対応や看取りを行っているという報告や、訪問看護ステーションが併設病院の緩和ケアチームに加わり、在宅支援部門としてがん患者の支援を行い、ステーションが在宅療養のコーディネーター的役割を担うことで緩和ケアメンバーが在宅医に紹介する環境が整い、また訪問看護師の症状マネジメント能力が向上したという報告があった。在宅看取り率の高い在宅緩和ケア専門診療所の訪問看護師は、一貫して患者と家族の言葉や思いを重要視するアセスメントや、統一されたケア方法、現場で迅速に問題解決できるシステムを構築することで、患者・家族の希望に添った自宅での看取りを支援しているという報告があり、地域の特性に合わせてそれぞれが看取り支援に最善を尽くしている姿が浮き彫りにされた。

小児の特殊性への専門的な配慮が必要不可欠である小児の在宅緩和ケアについて、2演題の報告があった。小児を専門とする在宅医や専門の異なる小児科医、緩和ケア経験の乏しい在宅の医療者が関与せざる得ない実態の中で、家族の思いに添い、緊急時の対応を含む連携システムはもちろんですが、小児の専門家の助言が得られる支援体制、コンサルテーションシステムの整備の必要性が報告され、今後新たに取り組む課題が提示された。

入院患者のオピオイドの理解度を上げるために看護師と薬剤師によるポスターやパンフレット活用の効果や外来における薬剤師の薬剤管理の指導効果を検証した2つの演題では、知識の普及効果や薬剤の適正使用や副作用症状のコントロールに寄与できるという報告があった。また、外来放射線治療中の患者の疼痛管理において、看護師の問診による痛みの変化の把握、患者との共通目標をもつことで患者の自己対処行動を促すことにつながり、さらに患者は診察時に自ら医師に相談することができるようになったという成果が報告され、参加者の施設での取り組みも同様に成果があるのではないかと後押しとなり勇気づけられる発表であった。

最後に、国内で初めてがん以外の疾患を含む遺族調査が行われ、がん・脳卒中・心疾患の遺族による終末期医療の評価が報告され、満足度、身体的ケア、改善点、からだの苦痛などどの項目においても、がんだけでなく脳卒中、心疾患の終末期医療にも改善が必要な点が多いことが報告され、今後はがん以外の疾患を持つ方々へも緩和ケアを普及、展開していく必要性が示唆された。

いずれの演題も日頃の活動に根差し、かつ有意義な発表内容であり、質疑応答を通して学会テーマの「ひろく ふかく たかく」を実感できるセッションとなりました。発表者にエンパワメントされ、参加者とともに多くの学びを共有させていただき、ありがとうございました。

Journal Club

コホート研究によるがん患者の終末期のQOLに関連する要因の検討 ：Coping with Cancerプロジェクト

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

Zhang B, Nilsson ME, Prigerson HG. Factors Important to Patients' Quality of Life at the End of Life. Arch Intern Med 2012; 172(15): 1133-42.

【背景】

治癒を目的とした治療がなくなった場合、がん治療の目的はしばしば延命からQOLの維持向上に変わる。しかし、がん患者の終末期のQOLに関連する要因はほとんど調べられていない。

【目的】

本研究の目的はがん患者の終末期のQOLを向上させるための介入のターゲットを検討するために、終末期のQOLに影響する要因を調査することである。

【方法】

米国で「Coping With Cancer」プロジェクトと呼ばれる多施設前向きコホート研究が実施された。396人の進行がん患者とその家族が2002年9月～2008年2月にリクルートされた。患者の死亡までのフォローアップ期間の中央値は4.1か月であった。患者の死亡前1週間のQOLは遺族調査によって測定された身体的苦痛・心理的苦痛・全般的なQOLの3項目遺族調査の合計点とした。

【結果】

終末期のQOLに関連した要因は以下の順番であった。1. 死亡前1週間にICUに入室したこと（QOLを下げる：分散の説明率4.4%）、2. 死亡場所が病院であること（下げる：2.7%）、3. ベースラインにおける患者の不安（下げる：2.7%）、4. ベースラインにおける宗教的な祈りや瞑想（上げる：2.5%）、5. がんの部位（1.8%）、6. 死亡前1週間に経管栄養チューブを使用していたこと（下げる：1.1%）、7. 病院やクリニックにおけるパストラルケア（上げる：1.0%）、死亡前1週間の化学療法（下げる：0.8%）、9. ベースラインにおいて患者と医師の信頼関係（上げる：0.7%）。残念ながらこの結果のように終末期のQOLに関して分散の大半は今回測定した変数では説明できなかった。

【結論】

進行がん患者の終末期のQOLに関連する要因が同定された。

【コメント】

本研究はコホート研究により、遺族による終末期のQOL評価の関連要因を検討した。本研究の優れた点はQOLに関連する可能性がある要因を網羅的に測定している点である。また、結果から米国で終末期ケアの質が低い指標として提案されているICUへの入室や死亡前の化学療法などが数値的に実証されたことも意義がある。臨床的には患者と医師の信頼関係がQOLに関連したことが意義深い。患者と医師の信頼関係が良く、患者が尊重され、十分な話し合いができることは、今回同定された他の要因にも関連するであろう。遺族によるQOL評価という限界はあるものの、終末期がん患者のQOLを検討するうえで今後重要となる論文である。

Journal Club

米国のホスピスケアを受けたがん患者での在宅死の関連要因

東北大学大学院緩和ケア看護学分野 佐藤 一樹

Jeurkar N, Farrington S, Craig TR, Slattery J, Harrold JK, Oldanie B, Teno JM, Casarett DJ. Which hospice patients with cancer are able to die in the setting of their choice? Results of a retrospective cohort study. *J Clin Oncol.* 2012;30(22):2783-7.

【目的】

米国のホスピスケアを受けた終末期がん患者の在宅死の希望と在宅死の関連要因を検討する。

【方法】

米国のフロリダ州・ペンシルベニア州・ウィスコンシン州の3つのホスピス・プログラムを2008年10月から2011年3月に利用したがん患者7,391名を対象とした。ホスピスは研究組織であるCHOICEの参加施設とし、電子入力する共通の患者登録シートを用いた。調査項目は、ホスピスケア開始時の死亡場所の希望、患者背景や病歴、疼痛、Palliative Performance Scale (PPS)、ホスピスケア開始後4日間での訪問診療・看護回数とした。

【結果】

ホスピスケア開始時に死亡場所の希望を有する患者は79% (5,837名)であった。死亡場所の希望は、在宅74%、ナーシングホーム9.7%、ホスピス病棟4.4%、病院0.6%であった。多変量解析の結果、在宅死の希望の独立した関連要因は、既婚であることOR=2.21、白人であることOR=2.21、若いことOR=0.97、ホスピスの2施設利用OR=2.17であった。

研究期間中に死亡した3,561名の死亡場所は、在宅53%、ナーシングホーム6.9%、病院11.3%、ホスピス病棟28%であった。多変量解析の結果、在宅死の独立した関連要因は、在宅死亡の希望を有することOR=2.21、既婚であることOR=1.32、事前指示を有することOR=1.82、中程度以上の疼痛を有さないことOR=0.57、ホスピスの2施設利用OR=1.38であった。

ホスピスケア開始時に在宅死を希望した在宅療養患者3,153名での在宅死の独立した関連要因は、多変量解析の結果、既婚であることOR=1.35、事前指示を有することOR=2.11、中程度以上の疼痛を有さないことOR=0.56、ホスピスケア開始後4日間での訪問診療・看護があったことOR=1.23、ホスピスの2施設利用OR=1.58、PPSが低いことOR=0.53、ホスピスケア日数が短いことOR=0.99であった。

【結論】

ホスピスケアを受けた終末期がん患者の在宅死の希望と在宅死の関連要因が明らかとなった。

【コメント】

著者らは、在宅死を希望する進行がん患者がその希望を実現するためのホスピスの役割として4つの示唆を考察した：第1に、ホスピスケア開始時に死亡場所の希望の質問を組み込むこと；第2に、疼痛緩和や事前指示など在宅死の関連要因について、必要な患者に適切なケアを提供すること；第3に、ケアの目標を明らかにすること；第4に、職員配置や理念など本研究で検討していない重要な要因の可能性にも注意することである。この結果は、文化や医療制度が異なるためわが国に外挿することはできない。わが国での在宅ケアの質改善のために、在宅医療機関へのアクセスの改善とともに、在宅ケアを受ける患者の死亡場所やその要因に関する詳細な調査が必要である。

ウェールズにおける看取りのケアパスの有用性の評価 ：多施設診療記録調査

東北大学大学院緩和ケア看護学分野 菅野 雄介

Rosalynde Patricia Johnstone, Angela Jones, Andrew Fowell, Christopher Richard Burton, Jo Rycroft-Malone.
End of life care in Wales: evaluation of a care pathway-based implementation strategy, *BMJ Support Palliat Care* 2012;2:150-5.

【背景】

ウェールズにおける看取りのケアパス(The All Wales Care Pathway for the End of Life Pathway)は、英国の Liverpool Care Pathway(以下、LCP)を基に開発されウェールズ全土で使用されている。本研究の目的は、多施設による診療記録調査によりウェールズにおける看取りのケアパスの有用性を明らかにすることである。

【方法】

対象者は、2007年7月から2009年6月の間で、病院(24施設)、ホスピス(9施設)、地域(20施設)で死亡した患者1,183名のうち、突然死や欠損値を除く981名を解析対象とした。解析方法は、記述統計を算出し、ケアパスを使用している群と使用していない群に分け、終末期ケアにおけるケアの達成割合についての比較と施設間でのケアの達成割合の比較を行った。

【結果】

ケアパスを使用していた群は、580名(59.1%)であった。ケアパスを使用している群と使用していない群で、終末期ケアにおけるケアの達成割合の差が大きい項目(70%以上の差)は、「宗教、スピリチュアル、文化などの要望の記載」(74.4% vs 4.0%)、「死別ケア/家族ケア：家族は患者が看取り期であることを認識している、ケア計画が家族と話されている」(86.9% vs 6.0%)であった。ケアの達成割合の差が小さい項目(20%未満)は、「心肺蘇生をしないことが明記されている」(93.8% vs 73.8%)、「身体症状のアセスメント」(91.9% vs 73.1%)であった。また、施設間でのケアの達成割合では、ホスピスで全てのケア項目でほぼ70%以上が達成されていた(ケアパスを使用していない群も含む)。

【結論】

ウェールズにおける看取りのケアパスは、ケアパスを使用していない群と比較し、終末期ケアの達成割合は全体的に高く、特にスピリチュアルケアや死別ケアにおいて有用であることが示された。

【コメント】

本研究は、看取りのケアパスの有用性について診療記録調査により評価したものである。死別ケアやスピリチュアルケアの有用性について質的研究で明らかにされていたが、量的研究で有用性を明らかにしたことが本研究の知見である。現在、LCPはヨーロッパを中心に世界中に普及されているが、ウェールズや中国のようにその国の文化に沿った独自の看取りのケアパスを開発している国もある。LCP日本語版は、ある程度臨床現場での使用実績が積み重ねられており、今後は日本独自の看取りのケアパスの開発が期待される。

早期からの緩和ケアチームが関わることは がん患者の疼痛マネジメントを行ううえで効果的であるか

東北大学大学院医学系研究科保健学専攻 緩和ケア看護学分野 清水 恵

Bandieri E, Sichetti D, Romero M, Fanizza C, Belfiglio M, Buonaccorso L, Artioli F, Campione F, Tognoni, G, Luppi M. Impact of early access to a palliative/supportive care intervention on pain management in patients with cancer. *Annals of Oncology* 23(8): 2016-20.

【目的】

がん患者に対して、がん診断後早期から緩和ケアチームのコンサルテーションを行うことはがん患者の疼痛マネジメントを行ううえでどのような効果があるかを検討する。

【方法】

イタリアの32の病院のがん患者で、がん性疼痛に対する薬物治療を受けている1450人についての横断調査を実施した。プライマリーな医療者からのケアのみの標準的ケア群(SC群)602人、プライマリー治療やケアと並行して緩和ケアチームによるコンサルテーションを受けている群(がん診断後2~3週間程度以内からコンサルテーション開始)(ePSC群)848人について調査。

【結果】

疾患、治療背景としては、転移のある患者はSC群71%、ePSC群89%とePSC群が有意に多く($P < 0.001$)、オピオイド未使用患者は、SC群9.5%、ePSC群2%とSC群で有意に多く($P < 0.001$)、強オピオイドの使用はSC群63%、ePSC群80%とePSC群が有意に多かった($P < 0.001$)。24時間以内の強度の疼痛の有無では、SC群31%、ePSC群17%とePSC群で有意に少なかった($P < 0.001$)。24時間以内の強度の疼痛の有無との関連について、ケアモデル(SC群/ePSC群)、病棟(腫瘍内科かそうでないか)、転移の有無、性別、年齢、薬物療法の種類を変数とした多変量解析の結果では、ePSC群であることが、強度の疼痛を減少させる有意な要因であった(相対危険比0.69, $P=0.045$)。

【結論】

がん診断後早期からがん性疼痛マネジメントに緩和ケアチームが関わることの有効性が示唆された。今後はこの知見を実証するためのRCTが望まれる。

【コメント】

日本においても「早期からの緩和ケア」が提言されている。しかし、実際の臨床においては、がん診断早期から緩和ケア専門家が患者の症状マネジメントに関わることは、わが国においてもまだまだ普及が進んでいないのが現実である。わが国にも、早期から緩和ケアを導入する取り組みを始めている病院もあり、海外においてこのような知見が示されたことは、少なからず早期からの緩和ケアを普及させていくための追い風となるかもしれない。

学会印象記**第71回日本癌学会学術総会参加印象記**

千葉県立保健医療大学 安部 能成

爽やかさで知られる秋の北海道では珍しい土砂降りの中、札幌市の中心部に位置する3つの建物を会場として9月19日から21日にかけて「がん研究とライフサイエンスの更なるリエゾン」をテーマに、第71回日本癌学会学術総会が開催された。この会場群は2011年に第16回日本緩和医療学会が開催されたのと同じ場所であり、懐かしさを覚えた。

最近10年間、1万6千人前後の会員数を推移させている日本癌学会は、札幌医科大学の佐藤昇志会長の総会でのアナウンスによると、第71回学術大会において4,500名の参加者、2,541演題を得て、盛況であった。本年6月、約1万人の会員数で6,500名を超える参加者の日本緩和医療学会は、会員数に占める参加者の比率は高いが、発表演題数では半分程度ということになる。

癌の基礎研究から出発した本学会の特色は、学術表彰の多さに現れている。具体的には、日本癌学会奨励賞10名、吉田富三賞1名、長興又郎賞1名、JCA-Mauve Award 2名、JCA-CHAAO賞1グループ、アジア地域の若手研究者を対象としたCancer Science Young Scientists Award 3名であり、年次総会で表彰されるとともに学術集会での受賞講演もあった。その業績の評価対象は、癌の基礎研究にとどまらず、臨床分野の研究、そして、癌患者の治療に寄与した成果物を生み出した研究グループにまで及んでいる点が注目された。

本学会において緩和医療をテーマとする発表がなされるようになって5年が経過した。今回は緩和ケアとして2演題、緩和ケアの特色であるQOLをキーワードとしたものが3演題あった。また、日本緩和医療学会の会員でもある下山直人氏が緩和医療の座長、照井健氏が支持療法の座長を務めていた。他方、Quality of lifeのセッションでは、少なくともWHOの2002年の定義とは一致しないQOL関連演題が集められているようであった。

多数の演題を集めた抄録集は印刷物である。プログラムが429ページ、プロシーディングスが665ページあるが、著者別、キーワード別、座長別とインデックスが3種類あり、使いやすい。このあたり、まだ若い日本緩和医療学会との違いを感じさせられた。

なお次回、第72回日本癌学会学術総会はシカゴ大学の中村祐輔会長のもとに2013年10月3～5日、パシフィコ横浜で開催される。日本緩和医療学会の会員諸氏にも癌緩和医療に関する演題発表を期待したい。

学会印象記**第3回精神腫瘍学研修セミナー参加記**

ピースハウス病院 齊藤 英一

第25回日本サイコオンコロジー学会総会前日に開かれた第3回精神腫瘍学研修セミナーに参加しました。このセミナーは「がん患者家族に精神的ケアを！」をテーマとしており、今春と今回参加した2回のセミナーは、がん患者家族の精神症状の包括的アセスメントと実践についてグループワーク形式で学ぶスタイルでした。前回との大きな違いは職種別に

コースが設けられた点で、今回は精神腫瘍医・精神科医と一般医療者コースで行われたようです。また前回は「せん妄」を中心に事例検討と講義が行われましたが、今回は「抑うつ」が主題でした。「シリーズでセミナーに参加することで種々の精神症状に対応できるように毎回主題を替えて企画します、どうぞ続けてのご参加を」とアナウンスされています。

参加した一般医療者向けのセミナーでは、テーブルごとに席に着いた瞬間に即席のPCTが誕生するというシナリオを参加者は知りませんでした。さらにPCTのサイコオネコロジストはバケーションで不在と言う設定も。これはコース別にセミナーを設定した苦肉の策だと思いましたが、そんな状況でうつ症状を疑う患者さんに「CAS: Comprehensive Assessment Sheet (包括的アセスメントシート) を使って即席のPCTがいかに関与するか」というのがタスクでした。精神科医に頼らず問題の焦点を明確にさせるという学習効果もさることながら、これは現実的に精神科医のいない多くの病棟で、がん患者家族の精神心理ケアを行う際のよい雛形になると思いました。また用いたCASは、春のセミナーでは「升目」と揶揄されていましたが、問題を漏れ落とすこと無く拾い上げ、整理し、方向付けるために有用なツールだと思います。PCTでの精神心理ケアのアセスメント、とりわけ精神科医がいない状況ではぜひ導入をお勧めしたいと思います。

オネコロジスト、専門看護師、緩和ケア医、MSW、薬剤師…のメンバーでアセスメントとプランニングを各テーブルで行い、その後に分ち合い。そして呈示された症例に関する精神症状の講義を講師の先生がして下さい。このセッションを2回行うのに6時間と言う時間は瞬く間に過ぎました。次回のセミナーも心待ちにしています。

学会印象記

第25回日本サイコオネコロジー学会研修セミナー 「第3回一般医療者コース研修会」

宝塚市立病院 緩和ケア病棟 岡山 幸子

2012年9月20日に福岡で、第25回日本サイコオネコロジー学会研修セミナーが、学会開催前日に行われた。セミナーは、「精神腫瘍医コース」「看護師コース」「心理士コース」「一般医療者コース」と分かれており、私は「一般医療者コース」を受講した。今回のセミナーは第3回目であり、第1回目は当院緩和ケア内科医師が、第2回目は当院緩和ケア病棟の看護師が2名参加させていただき、「他の学会セミナーと観点が異なり、とても勉強になった。素晴らしい」との報告を受け、胸躍る気持ちでの参加であった。

本コースの目的は、「がん医療に携わる精神科を専門としない医療者（医師、看護師、薬剤師、リハビリ、薬剤師、放射線技師、MSWなど）が「せん妄」、「抑うつ」などの精神症状に適切なアセスメントができ介入する方法、または精神科・心療内科専門医に適切にコンサルテーションする方法について理解できること」であった。

まず、精神症状の包括的アセスメントについて学び、模擬事例患者について即席緩和ケアチームでグループワークを行った。CAS (Comprehensive Assessment Sheet) を用いて、「身体症状・ADL」、「精神症状」、「社会的問題」、「心理的問題」、「実存的問題」の項目について「症状」や「問題」を整理する作業を行い、緩和ケアチームとして、各々が自分の役割を考えどのような介入が必要であるかを検討した。

セミナーを受講しながら、早期に精神症状に気づかなければならないし、CASを使用することで、身体的問題から評価を始めて、精神症状の背景を評価する重要性を感じた。PEACE緩和ケア研修会で得た基本的な精神症状緩和のスキルを、本セミナーを受講することにより、さらに専門的にかつ実践的に学び得ることができた。

当院は常勤の精神科医師が不在なので、精神症状の緩和ケアの向上が必要であり、今後は、CASを用いて緩和ケアチームや緩和ケア病棟でアセスメントできるようにしていきたい。

また、何よりも大切な宝物となったのは、セミナーで一緒させていただいた講師・ファシリテーター、同じグループの皆様との出会いであり、今後も交流を深めさせていただきたい。

学会印象記

第6回日本緩和医療薬学会年会 緩和医療のブレイクスルー ～行動する薬剤師に向けて～

長崎県島原病院 才木 茜

第6回日本緩和医療薬学会年会が2012年10月6日・7日の2日間、神戸国際会議場・国際展示場にて開催されました。

平井みどり会長（神戸大学医学部附属病院薬剤部）の講演で、メインテーマ『緩和医療のブレイクスルー～行動する薬剤師に向けて～』に込めた思い、これからの医療のキーパーソンは薬剤師であり、薬だけでなく患者さんともっと近い存在になること、日本の薬剤師の強み「基礎研究の知識」を臨床に活かして薬剤師の活躍の場をさらに広げていくことなど緩和医療における薬剤師のこれからについて熱いメッセージが語られました。

特別対談として日本緩和医療学会・日本緩和医療薬学会それぞれの創立から深くかかわってこられた恒藤暁教授と加賀谷肇教授の意見交換で、緩和医療の将来を見据えた教育として医師のPEACEプロジェクトと同様に、薬剤師の緩和医療における知識、態度を磨くPEOPLE（Pharmacy Education for Oncology and Palliative care Leading to happy End-of-life）プログラムが本学会でスタートしたことが紹介されました。今後、全国各地でPEOPLEプログラムが開催され、緩和医療にさらに貢献できる薬剤師の育成が期待されます。

個人的に一番興味深かったシンポジウムは『NSAIDsとアセトアミノフェンの基礎と臨床』です。臨床で使用頻度の多い鎮痛薬ですが、薬理学的プロファイルに関する最新の基礎研究の知見と、臨床での使用経験をすり合わせて考えると臨床で当たり前と行って行っている薬物療法が薬理学的プロファイルからは矛盾していることなど薬剤師として知っておくべき知識を得ることができました。さらにディスカッションでは、非オピオイド製剤開発の可能性について熱く議論が交わされました。

比較的ゆったりとしたスケジュールでしたが講演・シンポジウム・口頭発表・ポスターどれをとっても聞きごたえのある内容で多くの刺激を受けました。全国各地で緩和医療を担う薬剤師のそれぞれの活動を肌で感じ「明日からまた、がんばろう！」と気合いを入れてくれた年会でした。