



Japanese Society for Palliative Medicine

JSPM 日本緩和医療学会

〒550-0003 大阪市西区京町堀1-12-14 天真ビル507号 あゆみコーポレーション内  
TEL 06-6441-5860/FAX 06-6447-0900  
E-mail:ayumi-corp@ma.neweb.ne.jp

# 日本緩和医療学会 ニュースレター

February 2003

18

## 巻頭言

### 求められる新たな研究のパラダイム

兵庫県立看護大学 内布 敦子

現在、私の研究班では、外来で化学療法を受ける患者さんの看護ケアニーズを調べるために患者さんと医師を対象に面接調査を行っています。まだ調査結果はまとまっていますが、医師と患者が共通して必要と感じているニーズの一つに緩和ケアに関する相談があがっています。多くの患者さんが、緩和ケアに関する情報を求めていますが医師や看護師にそれを要求したこともなく、また与えられたこともないと話しています。そして、医師は、いよいよ化学療法が効かなくなったりときに、そのことを告げるのがとても辛いことや緩和ケアの話はもっと前から話すことが必要とわかっているが、患者さんが治療に頑張っている間は話すのをためらわれると述べています。「そんなことを言ってないできちんと情報を提供すべきだ。」と言われるかもしれません。情報の伝え方についても優れた本が出版されていますので方法を知らないわけではありません。しかし、このような医師の気持ちは、私はとても大切であると思っています。むしろ相手の痛みがわかるからこそ、このように自分も痛み悩むのであって、決して臆病なわけではないのです。自分自身の気持ちを大切にしながら、それでも真摯に相手に伝えることが上手に出来ればいいなあと思いますが、そう簡単なことではないと思います。

さて、患者との間で厳しい予後について話をする場面で医師や看護師が遭遇するストレスには相当のものがありますが、その領域の研究はあまり進んではいません。医学をはじめとするいわゆるサイエンスは、いつも客体である研究対象を自分以外に置いてきたので、自分自身を研究することには慣れていないのです。研究方法も持たないので、そのようなことは科学研究とは言えないと思ってしまうのです。科学の概念も時代と共に変化しており、主観的な思いや相互関係など状況がらみの冗長なデータを扱う研究方法も確立されてきていますが、それに取り組むことは、がん治療医から緩和ケア医に自分の立場を変えるより遙かに難しいことであると思います。今後、緩和ケアの研究の領域で、パラダイムの異なるこのような研究が積み重なり、ターミナルの現場でおこる現象の意味が明らかになれば、「不安やストレスは軽減しなければならない」といった『ねばならない思考』から開放されて、ケアの意味を自由な発想で考えられるようになるかもしれません。

## Current Insight

## 高齢者の緩和ケアに思うこと

戸田中央総合病院緩和治療科 中神 百合子

高齢者増加に伴い、65歳以上の死因第一位は癌である。筆者は一般病院で、進行・末期癌患者を対象にした緩和ケアに従事しているが、この一般的傾向を受けて、昨年1年間の入院患者約200名の半数が65歳以上、その44%が75歳以上の後期高齢者であった。年齢を問わず、適応と本人の了解があれば化学療法など可能な治療を行う。当初の予測より意味ある延命をしている場合があり、高齢を理由に医療の選択肢を狭めてはならないとつくづく思う。一方、best supportive careしかないと医療者が判断しても、未告知のままで徹底した延命治療を望む家族もいる。本人の意志や自己決定権を尊重した医療を提供したいが、なかなか難しい。

ところで、1989年、第一回高齢者の緩和ケア国際学会で、B.マウント博士は、高齢者の緩和ケアと老年医学のケアの類似点を挙げ、両者の結びつきが必要であることを述べた。しかし、カナダ、アメリカの高齢者緩和ケアはend-of-lifeケアに位置づけられ、エイジズムでケアが制限されているような印象を受ける。果たして高齢者と非高齢者で要求される緩和ケアは違うのだろうか？違いがあるとしたらどんな点か、十分な研究が進んでないようだ。たとえば痛みについて、75歳以上の患者では鎮痛剤の必要量は少なくてすむと言われている。しかし、「痛みは我慢するもの」と考えて医療者に痛みを訴えようとしない高齢者がいるのも事実である。老いや死はいのちの当然の流れで、それに逆らった延命医療も問題だが、エイジズム横行の医療も問題である。緩和ケアの基本は、ありのままのその人を受け入れるところにある。高齢者に対しても、自己決定権と個別性を尊重した緩和ケアの提供が望ましく、それを可能にする研究がすすんで欲しいと願っている。

## Current Insight

## がんの標準治療で思うこと

東京都立駒込病院 佐々木 常雄

医療のあらゆる分野でEBMに基づいたガイドライン作りが盛んになっている。がんの領域においても、2001年3月、日本胃癌学会は「胃癌治療ガイドライン（医師用）」を、同12月には患者のための「胃癌治療ガイドラインの解説（一般用）」を発表した。ひとつのがんについて治療のすべてを示したガイドラインとしては日本では初めてのものであった。外国における治療ガイドラインの多くは「医療費削減が第一の目的」と聞いているが、このガイドラインは厚生労働省とは関係なく、日本胃癌学会が独自に企画、作成したものであり、目的は「標準的な医療水準を示し、施設間差を無くして患者に良質な医療を提供する」ことにある。また、胃がん治療について患者が理解を深め、医師と患者が共通の認識の下でインフォームドコンセントが行われる為に「一般用のガイドライン」は大きな役割をもっている。

多くの医療機関では、必ずしも予後の告知が上手に行われていない現状で、標準治療を示すことは実は一方では患者に予後を示すこととなる。最も心配なことは、標準治療が無効となってしまったり、あるいはすでに標準治療が無い状

態で見つかった場合の患者の「心のケア」についてである。もし、不幸にしてこのような場合でも患者に真実を告げることは大切な事であると考える。残された人生をどう生きるか、どのようなことが出来るか、相談するのに親身になってくれる医師、医療スタッフ、カウンセラーなどがそばにいてくれれば良いと思う。そして体調が悪くなった場合でも安心していられたらと思う。

一生懸命働き社会のために貢献をした人、あるいは幸せな家庭を築いてきた人が、突然がんに侵され、「もう標準治療はありません」それだけ言って冷たく突き放す医師にあたって、泣く泣く私たちのところへ相談に来られる患者も少なくない（このような医師の教育は我々の責任ではあるが、偏差値だけで医学部に入り、仁の心を持たない者を学生時代ではなく、病院に勤務してから教育するのには、大変なエネルギーがいる）。あるいは、がんの専門病院で、臨床試験が終了すると追い出さんばかりにあつかわれ、セカンドオピニオンと称して（実は転院を希望して）訪れる患者さんも多い。患者が、人生の終末かもしれない時に、病魔と闘いながら、何処で安心して診てもらえるか、このためにうろうろしなければならないような社会は、けっして成熟した社会とは言えない。がん治療において標準治療を示すことは、一方ではこのような場合の「心のケア」の社会の体制づくりが急務なのである。

いま、私は抗がん剤治療を専門にしてきた関係で、日本癌治療学会を中心に、いろいろながんの「抗がん剤の適正使用ガイドライン」作りに携わりながら、いつも頭から離れないのは「患者さんの心のケア」この事である。日本胃癌学会ではすでにガイドラインの改訂版の作業が進んでいる。

### Current Insight

## ホスピスケアと緩和ケア： 失ってはならないものと変っていかなければならないもの

聖隸三方原病院ホスピス 森田 達也

緩和ケアはホスピスケアから生じた。ホスピスケアが1960年代後半のイギリスとアメリカで急速に支持を集めた背景として2つが挙げられる<sup>1</sup>。ひとつは、医療における個別性の喪失であり、ある疾患を持っているということが医療を決定し、患者自身の人生観や価値観が省みられることがなかった。たとえ、「死は自然の経過の一部であるから苦痛を伴う治療を受けずに、苦痛緩和を中心として自然経過にまかせたい」という患者がいたとしても、その希望が達成されることは難しく、多くの患者が家族に見守られた自宅ではなく、病院の集中治療室で機械に囲まれて最期を迎えていた。2つ目は、医療の対象が身体に集中し、患者を全人的に理解しなくなった。疾患が治癒に向かっているかどうかが医療のアウトカムであり、精神・社会・実存的側面を含めた患者の全体像（いわゆるquality of life）は重要なアウトカムとみなされていなかった。ホスピスケアはこれらの近代医療に対するアンチテーゼとして起こった。その目的は、患者の個別性・価値観を尊重すること、そして、患者の身体・心理・社会・実存的側面を包括的にみることであった。この目標を達成するため、インフォームドコンセントに基づいた目標の個別化、quality of lifeを向上させるための苦痛緩和技術と多職種チーム医療を主な手段とした。患者の希望をかなえようとしてきた結果として、自宅で最期を迎えるシステムが整備され、機械ではなく人間による苦痛の緩和に重きがおかれて、脱医学化がすすんだ。

一方、30年を経過するなかで苦痛緩和のために用いられる医学的研究が蓄積し、緩和医学という専門領域が出現した

<sup>1</sup>。オピオイドローテーション、消化管閉塞に対するsomatostatin、骨転移痛に対するbisphosphonate、従来のspiritual careを精神療法として統合したmeaning-oriented psychotherapyなどが臨床応用されており、さらに多くの新しい方法が研究途上にある<sup>2-5</sup>。緩和医学の研究が支持された背景は、現在利用できる資源を最大限使ったとしてもなお患者の苦痛を十分は緩和できないことが明らかになったためである<sup>6</sup>。

ホスピスケアの臨床家のなかには、緩和医学がすすむにつれて再び死の過程が「医学化」され、患者の幸福に寄与しなくなるのではないかという懸念がある<sup>7</sup>。この懸念はsymptomatologistということばに象徴されており、緩和医学が症状のみを対象とし「症状さえなくなればそれでいい」と考える風潮が生じることを警告している<sup>7</sup>。重要なことは、症状を軽減する方法があることは、手段であって目的ではないという認識である。緩和ケアの目的の本質はホスピスの黎明期と変わらない<sup>8</sup>。患者の個別性・価値観を尊重し、患者を包括的に捉えることである。緩和医学はこれを達成する手段をさらに豊富にするであろう。しかし、臨床医が、症状がなくなることそれのみを目的化すれば、「病気を見てひとを見ず」を非難していた緩和医学が「症状を見てひとを見ず」におちいる可能性がある。患者は症状がなくなることだけを望んでいるのではない。意識がたもたれること、ひとに迷惑をかけないこと、誰かの役に立つことを、苦痛から解放されるのと少なくとも同じように望んでいる<sup>9</sup>。症状の消失のみに目をむけるのではなく、緩和治療に伴って生じうる影響を患者の個別性・価値観から検討することが必須である。症状はあってもそれに耐えることに大きな意味を見出している患者に対して「症状緩和」を強いることは患者の個別性を損なうことになる。

逆に、「医学化」がすすむというその理由だけで緩和医学の進展を批判することも適切ではない。現実に得られている死の過程に関する調査研究では、患者の希望は依然としてごく一部しかかなえられていない<sup>10</sup>。突発痛や神経因性疼痛、呼吸困難、過活動型せん妄、実存的苦痛 (spiritual pain) など十分に緩和されていない多くの苦痛がなお存在する。ホスピスケアが普及する過程で脱医学化がすすんだことそれ自体が目的であったと臨床家が考えて緩和医学の進展に努力しないのならば、患者の全人的な苦痛を和らげるという本来の目的を達成することはできない。

ホスピスケアが生じた1960年代の背景を理解し、ホスピスケアの哲学をもった緩和医学を進展せしめることが、現代の緩和医学の専門医に求められていると考える。

#### 【文献】

1. Field D. Palliative medicine and the medicalization of death. *Eur J Cancer Care* 1994; 3: 58-62.
2. Breitbart W. Spirituality and meaning in supportive care: spirituality-and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer* 2002; 10: 272-280.
3. Mannix K, Ahmedzai SH, Anderson H, Bennet M, Lloyd-Williams M, Wilcock A. Using bisphosphonates to control the pain of bone metastases: evidence-bases guidelines for palliative care. *Palliat Med* 2000; 14: 455-461.
4. Mercadante S. Opioid rotation for cancer pain. Rationale and clinical aspects. *Cancer* 1999; 86: 1856-1866.
5. Ripamonti C, Twycross R, Bains M, Bozzetti F, Capri S, De Conno F, Gemlo B, et al. Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. *Support Care Cancer* 2001; 9: 223-233.
6. Cowan JD, Walsh D. Terminal sedation in palliative medicine-definition and review of the literature. *Support Care Cancer*. 2001; 9: 403-407.
7. Stiefel F. Delirium and dehydration: inevitable companions of terminal disease? *Support Care Cancer* 2002; 10: 443-444.
8. Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World health organization's Global perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 91-96.

9. Steinhauser K, Christakis N, Clipp E, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky J. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. JAMA 2000; 284 (19) : 2476-2482.

**Current Insight**

## 消化器外科手術後終末期がん患者の臨床病期分類

伊勢崎市民病院外科 保田 尚邦

消化器癌の再発形式の特性から消化管通過障害が生じやすく、多くの外科手術後終末期がん患者は手術を受けた病院でターミナルケアも受け死を迎えていたのが現状である。これらの終末期がん患者を臨床所見から独自の方法で分類し検討した。

2000年1月より、術後再発のため再度入院し原癌死した46例（胃癌28、大腸癌18）を対象とした。社会生活面の障害（再発のため入院）、経口摂取面の障害（1日に100ml程度の水分しか飲めない）、運動機能面の障害（自力で座位不能）、生理機能面の障害（乏尿や急激な意識障害）の4つの局面（Terminal phase）障害の有無から臨床病期分類（Terminal term）を行った。Terminal term-A期（社会生活面の障害）、TT-B期（社会生活面、経口摂取面の障害）、TT-C期（社会生活面、経口摂取面、運動機能面の障害）、TT-D期（社会生活面、経口摂取面、運動機能面、生理機能面の障害）とした。それぞれの中央値日数は、6.5日、7日、4.5日、2日であった。死に至るまでの経過では、全例でTT-B、C、D期を順に経ていた。姑息的手術などにより11例で TT-Aと B期から一時的に離脱できたが、TT-CとD期からは無かった。臨床の場で TT-B期から C期に移行する時期（運動機能面の障害の出現）を認識することは、良好なインフォームドコンセントを行う上で特に重要と考えられた。

終末期がん患者の正確な生命予後を知ることは困難であるが、適切な医療と患者の高いQOLそして家族を援助するためには予後予想は重要である。また適切な医療を提供し、その効果を判定するために臨床病期分類は不可欠である。Terminal termは臨床的で容易に判定でき、各時期における治療方針の決定や生命予後の予想に有用と考えられた。

**Current Insight**

## 「乳癌患者のQOL評価研究のためのガイドライン」の紹介

国立病院四国がんセンター外科 大住 省三

癌患者の診療に際して、治癒を目指し実際に達成させられればそれに越したことはない。しかし、治癒させるための治療により、大変な精神的、肉体的苦痛を伴う場合も少なくなく問題となることが多い。一方、治癒をあきらめざるを得ない場合、生存期間の延長を目指すことになる。しかし、この場合、生活・生命の質（QOL）がさらに重要な項目となる。最近QOLに関心をもち、その重要性を認識している医療関係者は増えてきた。QOLを評価するための方法にはいくつかあ

るが、最も一般的なのは、QOL調査票と呼ばれるアンケート用紙を用いる方法である。QOL調査を行う場合、QOL調査票を自作しても良いが、調査結果に科学的な意味をもたせるためには既製のQOL調査票を用いるのが最も近道である。しかし、いざQOL調査を行うとなると、具体的にどうすれば良いか知識を有する医療関係者は少なく、また系統的にQOLについて記述されている入門者向けの書物は極めて少ない。

このような状況を踏まえ、日本乳癌学会ではQOLの研究班（班長：下妻晃二郎先生）が1999年に作られ、3年をかけ、一般医向けのガイドラインの作成を行った。このガイドラインの主たる部分はQOL評価の研究手法、評価方法についての記述と実際に用いられている既製のQOL調査票の詳説および、文献のレビューによる実際の研究でのそれらの用いられ方の調査結果報告の部分である。文献のレビューの調査でわかったことは、質の高い文献で良く用いられていたQOL調査票は8種類程度で、ひとつの研究では2種類の調査票を用いられていることが多かったことである。QOLの調査を考えているが、その知識が不足している研究者には是非、このガイドラインを参考にしていただきたい。

さらに、同研究班では「がん薬物療法におけるQOL調査票（QOL-ACD）」（いわゆる栗原班調査票）と併用することを前提に、乳癌患者用QOL調査票（QOL-ACD-B）の作成も行なった。興味のある方は参考されたい。

#### 【文献】

乳癌患者のQOL評価研究者のためのガイドラインVersion 1.0 日本乳癌学会「乳癌に対するQOL調査・解析のガイドライン作成に関する研究班」および「乳癌に対するQOL調査・解析のガイドライン作成小委員会」編 2002  
([http://www.jbcs.gr.jp/QOL\\_Ver1/QOL.html](http://www.jbcs.gr.jp/QOL_Ver1/QOL.html))

#### Journal Club

### 乳がん患者さん達に於けるユーモアの機能と それがもたらす靈的な面や対処への影響

三重大学医学部看護学科 伊奈 侑子

Paige Johnson

The use of Humor and its influence on Spirituality and Coping in Breast Cancer Survivors 2002;29:691-695

今回は雑誌Oncology Nursing Forum Vol.29, No4. 2002 (691~695) の原著「The use of Humor and its influence on Spirituality and Coping in Breast Cancer Survivors」を紹介したい。これはテキサス大学M.Dアンダーソン癌センターの乳がん腫瘍内科部門のナースプラクティショナーであるPaige Johnsonが2000年に行なった研究である。研究の目的はユーモアの機能をケアや快復の点から患者に生じている事を記述することであって、研究の価値は対処技法としてのユーモアである。研究のデザインは記述的研究である。研究の対象は地域に居る自助グループの9名の乳がん患者である。患者の背景は、9人のうち1人が未亡人であり、再発のため治療を受けている者が1名である。手術のみ3名、手術と化学療法3名、手術と放射線治療1名、化学療法から手術そして放射線治療が2名である。半構成的質問紙を用いて、ユーモアの効用を分析した。質問紙は、3つのカテゴリーで構成されていて、1. ユーモアの有り無しと対処 2. ユーモアと看護師 3. ユーモアと靈的なことに関してである。

結果、ユーモアと対処の有無についてでは、9人の多くは笑ったり泣いたりしたいという体験に気付いていた。そしてユーモアは、良好な対処に結びつくと感じていた。

ユーモアと看護師についてでは、5人の患者は、ナースがどんな時でもユーモアを持って接してくれていたと言い、4人の患者はナースがユーモアを持って接してくれたか憶えていないと言っていた。患者さん達はナースがユーモアをもって接してくれる事は気持が良いと感じる事を助けることだと信じていた。ユーモアとSpiritualityに関しては、この研究でSpiritualityは個人的な事であるが、患者達のspiritualityとユーモアを通して彼らの生活の意味をみると、ユーモアは、彼等と生活に笑いを持たらすことがわかった。結論として（1）ユーモアは困難でストレスの多い体験に、適応するように働く（2）乳がん患者はユーモアを診断にうまく適応するために使う（3）乳がん患者さんにはユーモアは、人生の目的と意味を見い出すために彼等の靈的な面の一部であると信じている。（4）乳がん患者はナースがユーモアを持って患者に接してくれる事は、信頼と良好な関係を成立させる事を知っている、の4点をキーポイントとしてこの文献は述べている。看護介入上の大切なポイントと思われる。

### Journal Club

## オレゴン州の看護婦とソーシャルワーカーが関与した 自殺帮助を要請したホスピス患者

兵庫医科大学消化器内科 谷田 憲俊

Ganzini L, Harvath TA, Jackson A, Goy ER, Miller LL, Delorit MA. Experiences of Oregon nurses and social workers with hospice patients who requested assistance with suicide. *N Engl J Med* 2002;347:582-588

米国オレゴン州では、1997年の尊厳死法制定以来、「医師による自殺帮助（以下、自殺帮助）」が合法化された。この研究は、自殺帮助を遂行した患者をホスピス看護師・ソーシャルワーカーの目から分析した。対象は、この法律が適応される全ての施設ホスピスで、オレゴンの50施設、アイダホとワシントン州の1施設ずつが入る。それらホスピスの看護師とソーシャルワーカーの545名に2001年に郵便アンケート調査を行い、自殺帮助を遂行した理由をスタッフはどうとられたかを質問して、73%から回答を得た。

スタッフのうち45%が自殺帮助を依頼した患者をケアしたことがある。看護師によると82名が自殺用薬剤を処方され、55名が自殺を遂行し、17名は他病死で10名の死因はわからないと回答した。彼女らの98%は同僚とその件について討論し、77%は院内カンファレンスに提議した。自殺帮助を遂行した理由では、最も多いのは「死にまつわることは自分で決めたい」であり、次いで「死の準備ができている」、「家で死にたい」だった。少ない理由には、「うつ、他の精神的原因」、「社会的支援がない」、「経済的理由」だった。自殺帮助を遂行した患者はしなかった患者に比してスタッフの目から見て患者は何を恐れていたかを挙げてもらったところ、「死にまつわることを自分で決められなくなる」を77%、「自立できなくなる」を62%、「精神的機能が下がる」を49%、「他人のやっかいになる」を36%が挙げていた。一方、「うつ」は23%、「不安」は22%、「死ぬこと」は17%、「痛み」は15%だった。看護師は患者の36%が「他人のやっかいになる」と思って自殺帮助を望んだとしたが、負担になったと考えた家族は11%にすぎなかった。

自殺帮助はオレゴン全体で1,000の死亡のうち1名弱である。ホスピスで自殺帮助を要請する患者の多くは自立心から望むが、その数は非常に少ない。ホスピスケアの高い質が自殺を望む患者を少なくしていると考えられる。

## Journal Club

### 神経障害の発生率と脳腫瘍患者のリハビリテーション

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

Mukand JA, Blackinton DD, Crincoli MG, Lee JJ, Santos BB: Incidence of neurologic deficits and rehabilitation of patients with brain tumors. Am J Phys Med Rehabil 2001; 80: 346-350.

目的：急性期のリハビリテーション・センターにおいて、成人脳腫瘍患者のリハビリテーションに見られる共通の神経学的問題について検討し報告する。

計画と背景：多様な組織形（膠芽細胞腫31%、髄膜腫26%、転移性腫瘍26%など）を有する51症例（男65%）に関する遡及的・記述的研究。転帰の判定はFIM（機能的自立度評価）、リハビリテーション期間、退院先によって行った。

結果：比較的多く見られた障害の頻度順は、認知障害（80%）、虚弱（78%）、視覚障害（53%）、感覚喪失（38%）、排便・排尿障害（37%）であった。比較的少数に留まった障害は、脳神経障害、構音障害、嚥下障害、失語、運動失調、複視であった。28症例は3つ以上の障害を重複して持ち、20症例は5つ以上の障害を重複して持っていた。対麻痺及び四肢麻痺患者（29症例）では、認知、視覚機能、感覚、脳神経麻痺、神経因性膀胱／直腸などの障害を有していた。入院時の平均FIM得点は67.2であり、退院時は87.1に上昇していた。この傾向は原発性、転移性において同様であった。35症例は自宅退院、7症例がナーシングホームへ、1症例がホスピスへ、8症例は急性期病棟へ転出した。

結論：本研究の対象症例においては、認知障害、虚弱、視覚障害の頻度が高かった。転移性及び原発性のいずれにおいても、広範な多職種によるリハビリテーションが有効であることが示唆された。

＜解説＞筆頭著者は、米国ロードアイランド州にあるリハビリテーションセンターのリハビリテーション医学の責任者である。英語圏では、近年脳腫瘍患者に対するリハビリテーションへの関心が高まっている。これまでの臨床研究が脳の外傷や脳血管障害との比較研究であったのに対し、本研究は脳腫瘍を正面から扱っている。また、評価法にFIM、期間、退院先の3つを用いることは英語圏のリハビリテーション関連論文ではしばしば見られるものである。

Journal Club

## Stress Response Syndromes and Cancer: Conceptual and Assessment Issues

京都府精神保健福祉総合センター 河瀬 雅紀

Stress Response Syndromes and Cancer: Conceptual and Assessment Issues

M Gurevich, GM Devins, GM Rodin.

Psychosomatics 43: 4, July-August 2002

ストレス反応症候群とがん：概念及び評価に関する問題

MARIA GUREVICH, PhD.

GERALD M. DEVINS, Ph.D., C.Psych.

GARY M. RODIN, M.D., FRCP (C)

ストレス反応症候群、特にPTSDの診断を満たす症状の出現は、早期がんの診断後まもなくの患者では3~4%、がん治療後の患者では35%にまで達し、閾値下あるいは部分的PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) はもっと多くみられる可能性がある。ただ、臨床的に意味のあるストレス反応を取り上げるための適当な規準は、がん患者においてはまだ確立されていない。一方、がんは、慢性的に続く脅威であるという点、不確実性と捕らえどころのなさ、しかしその脅威が予期される点、そして自身の身体の内部から生じている点で、他の外傷的出来事とは異なると著者らは指摘している。次ぎに診断評価上の問題点としていくつかの示唆を与えている。例えば、ストレス因として診断、治療前や後、再発などを取り上げた場合でも、研究者によって評価の時期が一定しないなどの問題がある。また、先行する外傷体験の有無が新たな外傷性ストレス反応に影響を与える可能性があり、さらにストレス反応症状そのものが、疾患や治療に関連した症状で修飾される恐れもある。危険因子については、年齢、性別、身体症状の重症度、所得と教育などが検討されたが結論は得られていない。疾患の進行度とも必ずしも関連は認められていない。治療の強さとの関連では評価は割れているが、むしろ治療についての意味づけの方が重要であるかもしれない。さて、ストレス反応は時間と共に変化し、侵入症状、回避症状ともその強度は経過とともに減少していくが、このうち侵入症状は後のストレス反応症状との関連が示唆されている。社会的な支援と資源については、たとえば、過度の要求や批判は侵入や回避症状を増強すると言われ、また、医療関係者との関係に困難を来たしている場合は、その後のストレス反応を予見するものもある。

最後に、治療に関しては、認知行動療法、薬物療法、EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) が主に評価されてきた。個人あるいは集団療法で検討され、侵入症状の改善をみたものもあるが、IES (Impact of Event Scale)などを用いて評価されたものはまだまだ少ない。

Journal Club

Quality of life of women with recurrent breast cancer and their family members

国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究部 明智 龍男

Quality of life of women with recurrent breast cancer and their family members

Northouse LL, et al

Journal of Clinical Oncology 2002; 20:4050-4064

【目的】

乳がんの再発は、患者、家族にとって極めて困難な出来事である一方、再発後の患者、家族のQOLに関する知見はほとんどない。本研究では、再発後1ヶ月以内の時点における患者、家族のQOLとQOLに影響を与える人口統計学的・医学的・心理社会的要因、そして患者と家族のQOLの関係について検討することを目的とした。

【対象と方法】

本研究は、家族介入が再発乳がん患者とその家族のQOLに与える影響を検討する大規模な前向き研究のベースラインデータを用いて行われた。対象の適格条件は乳がんの再発あるいは進行乳がんの進展が1ヶ月以内に確認された女性のうち、21歳以上で、6ヶ月以上の生存期間が見込まれるもの、そして主たる介護者となる家族が研究に参加する意思を有するものとした。250組の患者/家族のうち、研究参加に同意したのが200組であったが、同質性を保つために、病期がIII期あるいはIV期であった患者とその家族189組のデータを解析に用いた。患者、家族の平均年齢（標準偏差）は各々54（11）歳、52（13）歳であり、研究に参加した家族の続柄は配偶者が59%、娘が14%、姉妹が8%、息子が5%等であった。本研究では、QOLデータの記述統計学的解析を行い先行研究の結果と比較するとともに、LazarusとFolkmanのstress-appraisal modelに基づき、個人的要因（人口統計学的背景、self-efficacy、current concerns）、社会的要因（family hardiness、social support）、疾患関連要因（身体症状、病期、再発までの期間）、appraisalに関する要因（病気と介護に対するappraisal、不確かさ、絶望感）がQOLに与える影響を構造方程式モデルを用いて検討した。さらに、患者と家族のQOLの相互関係についても検討を行った。

【結果】

患者のQOLは身体的、機能的、感情的な側面において有意に障害されていた。家族のQOLは感情的な側面において有意に障害されていた。構造方程式モデルの検討からは、患者/家族のself-efficacy、social support、family hardinessがQOLに良好な影響をもたらしていた一方で、身体症状、current concerns、絶望感、病気と介護に対するnegativeなappraisalがQOLの低下をもたらしていたことが示された。患者と家族のQOLには相互関係がほとんど認められなかった。

【考察】

再発乳がん患者のQOLの障害は著しく、そのQOLを改善するためのプログラムが必要であることが示された。また、家族の感情状態を改善し、有用な介護者として在り続けることを援助するために、そのプログラムには、家族も含める必要があると考えられた。

Journal Club

## Hospital Care at the End of Life

東北大学医学部附属病院緩和医療科 山中 啓之

Hospital Care at the End of Life: An Institutional Assessment

Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 24. No3, September 2002

▼ベビーブーム世代の高齢化を前にend of life careのあり方への関心は高まっている。この25年間多くの人がその終末期を病院で迎えている。その中で患者の望まない延命措置や漫然とした治療が少なからず続けられているのは周知の通りであり、医療者・患者・家族が相互に関係を持ちend of life careがどうあるべきかを問う声が高まるのは必然と言えよう。▼本稿では医療者への質問、カルテ内容、遺族への質問をもとにしてend of life careのあり方について論じている。対象患者は末期がん患者のみならずICU入院患者、老人ホーム入棟者にも及んでいる。▼医療者への質問では患者との信頼関係、早期から協議を持つ事、家族へのsocial workerの関与、終末期に医師が積極的に関与を持つ事などが必要であるとの回答を得た。またend of life careの妨げとなるものとして方向性を専門科に一任させる事、時間が充分とれない事、法的制約や責任問題、家族ができる事が充分行われていないなどを挙げている。▼カルテ調査によると死亡時全身状態は慢性呼吸不全、昏睡状態、痴呆、HIVなどがありがん患者は23%であった。死因は敗血症、肺炎、腎不全、呼吸不全、循環不全であった。80%に意識障害があり、日常生活面で第三者の援助を必要としていた人は75%で、自己判断能力を保持していた人は20%以下だった。カルテ上DNRの意思表明は87%で得られていたが、DNRが表明されていない場合は、たとえ効果が期待できなくとも心肺蘇生術が施行された。▼遺族への質問では、最後の一週間になるまで死ぬとは思わなかった（50%）としながらも、医師が鎮痛によく努めてくれた（73%）、患者の身体的苦痛除去によく努めてくれた（83%）などの回答があった。▼筆者考察；洋の東西を問わずend of life careに関する懸念や問題点は同じなのだと思った。また、55人いた遺族への質問についてだが、8人は拒否し、16人は連絡が取れず、応じた遺族は31人であった。質問結果が若干好意的なのはそのせいではなかろうか。私どもの緩和ケア病棟でも遺族に対して手紙を出しているが、いただくお返事はどれも皆好意的である。しかし質問に応じる事を拒否した遺族は果たして何を思ったであろうか。

Journal Club

## 「二重結果の原理」に基づく「終末期の鎮静」の限定的容認論

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻 医療倫理学分野 水野 俊誠

Jansen LA, Sulmasy DP: Sedation, alimentation, hydration, and equivocation: careful conversation about care at the end of life. Ann Intern Med 136: 845-849, 2002

「終末期の鎮静」と安楽死の関係をめぐる問題は、近年、多大な関心を喚起している。この問題に関する議論のなかで、安楽死を否認しながら「終末期の鎮静」を容認するための方策として、「二重結果の原理」なるものが用いられることがある。この原理によれば、良い結果と悪い結果の両方を招く行為が容認されるのは、行為者が悪い結果を直接目指しておらず、悪い結果が良い結果のための手段ではなく、その行為を遂行する相応な理由がある場合であるとされる。この原理に対しては賛否両論があるが、Jansenらはそれを支持する立場から、「終末期の鎮静」の限定的容認論を提示している。

彼らは、「終末期の鎮静」を「死期切迫時の鎮静」と「死を目指した鎮静」に分ける。「死期切迫時の鎮静」が満たすべき条件は、(1)患者の死期が切迫している、(2)標準的な緩和ケアを施しても緩和できない症状がある、(3)当該の症状に対して有効と分かっている治療を施す、(4)その治療は鎮静という予見された意図せざる副作用をもたらす、(5)生命維持治療が無効で患者の負担になる場合には控えられるというものである。一方、「死を目指した鎮静」が満たすべき条件とは、(1)患者の死期は切迫している必要はない、(2)治療抵抗性の症状の実体は精神的苦痛である、(3)症状緩和のための手段として患者の意識を消失させる、(4)患者の死期を早めるために生命維持治療を中止するというものである。多くの医師は、「死期切迫時の鎮静」を容認するが「死を目指した鎮静」は容認しないとJansenらは言う。そして、この違いを説明するために、彼らは「二重結果の原理」を援用する。この原理を適用すれば、「死期切迫時の鎮静」は容認されるのに対して「死を目指した鎮静」は容認されない、と彼らは考える。

また、Jansenらは、死にゆく患者の自発的意思による「人工輸液および栄養の拒否」を容認するが、医師が患者に「自発的な絶飲食」を勧めることは容認しない。「自発的な絶飲食」を患者に勧めることは自殺の手助けをすることであり、「悪事に協力するのは不正である」という「協働の原理」に基づいて容認されない、と彼らは述べている。

## 学会印象記

### 高松宮妃癌研究基金第33回国際シンポジウム 「がん画像診断における革新的進歩」

国立がんセンター 垣添 忠生

上記の国際シンポジウムが2002年11月12日から14日の3日間、東京パレスホテルで開催された。私はこのシンポジウムの組織委員長を務めたので、内容の概略をお伝えする。

この高松宮妃国際がんシンポジウムは1970年から毎年1回開催され、今回で第33回をむかえた、国際的にも認知され、高い評価を受けているシンポジウムで、従来基礎的な研究テーマが中心であった。今回初めて、「がん画像診断における革新的進歩」と題して、臨床的なテーマが取り上げられた。

診断という行為は、「見えないものを観る」という先人の努力の積み重ねで進歩してきた。1895年、レントゲンがX線を発見し、人体を透視できることがわかってから、20世紀に入ってX線診断学に始まる画像診断学は飛躍的に進歩した。X線診断、CT、MRI、超音波検査、内視鏡といつためざましい進歩が見られた。こうした画像診断の進歩により、身体の中にがんがあるか否か、すなわち、がんの「存在診断」と、どんな性質のがんが、どの臓器に、どのくらい進んでいるか、すなわち、がんの「質的診断」が正確に行われるようになった。こうした情報はがん患者さんの治療に役立つだけでな

く、緩和医療の上でも大きな貢献をしてきたはずである。

今回のシンポジウムでは、こうした画像診断の現状と将来を、診断手技にもとづく報告と、臓器がんの診断法に関する報告の2つの流れを、縦糸と横糸のように組み合わせて3日間を構成した。合わせて、最終日には、カプセル内視鏡、顕微鏡的CT、光CT、分子イメージングといった、新しい将来の方法論の報告もなされた。また異なる医療機関を画像診断で結ぶいわゆる画像ネットワークに関しても、米国ではこれがビジネスとして成立するほど活発に展開されている現状も報告された。このように、今後さらなる画像診断の進歩により、患者さんの検査の際の苦痛が軽減され、診断の質は一層上がることが期待される。これにがんゲノム情報や新しい腫瘍マーカーなどの情報を加えることにより、近い将来、がんの診断はきわめて高いレベルに達することが期待される。こうした成果によって、緩和医療を要する患者さんが少しでも減ることを期待している。

## 学会印象記

### 第12回国際がん看護学会に参加して

淀川キリスト教病院看護部ホスピス 田村 恵子

2002年8月28日から9月1日までの5日間、第12回国際がん看護学会（12th International Conference on Cancer Nursing 2002）がロンドン郊外のWembley Conference Centre で開催された。学会には、世界各国からがん看護に従事する 看護職600名余りが参加し、看護実践・教育・研究に関して400題を越える口頭およびポスター発表が行われた。日本からは43名の参加があり、口頭発表が4題と、ポスターでの発表が20題行われた。筆者は、国際がん看護学会より、日本における専門看護師制度と、がん看護専門看護師の活動についての紹介の依頼を受けPlenary Sessionでの発表を行なった。セッションのテーマは “Making A Difference” であり、南アフリカ、ブラジル、イスラエル、日本の4カ国からがん看護に関する新たな取り組みが紹介された。筆者の発表テーマは “The Current Situation of Certified Nurse Specialist System in Japan” であり、制度の紹介とがん看護専門看護師に課された5つの役割をどのように開発しているか経験を交えて説明した。発表後、5年毎の更新を行うための条件に関する質問、共に働く看護師達からの評価方法に関する質問などがよせられた。さらに、イギリスのCNSからは、役割開発の際には、日本と同様な困難があつたことなどを聞くこともできた。また、同じセッションで発表したイスラエルのナースからは、イスラエルでの緩和ケアの状況について聞くことができた。ポスターは学会期間中、継続して掲示されており、口頭発表の合間に比較的ゆったりと見ることができた。学会最終日に、ポスター発表の講評が約30分間をかけて行われ、日本から2題のポスター発表も高く評価された。世界各国のがん看護の現場で働くナース達との交流が図れた有意義な5日間であった。

## 学会印象記

## 日本生命倫理学会第14回年次大会

筑波大学臨床医学系 庄司 進一

平成14年11月2日～3日広島国際会議場で広島大学甲斐克則会長の下、統一テーマ「人間の尊厳」と生命倫理—平和都市広島からの発信—で、日本生命倫理学会第14回年次大会が開催された。基調講演は平良専純放射線影響研究所副理事長の「研究分野における倫理問題」で、シンポジウムは「広島からみた生命倫理」と「科学技術文明と人間の尊厳」の2つ、ワークショップは「人体実験・臨床試験と生命倫理—生命倫理の原点から考える—」、「リプロダクティブ・ライツと胚の尊厳」、「責任原理—環境倫理学の検討—」、「人体利用・商品化をめぐる生命倫理と人間の尊厳」、「生命倫理教育」、「自己決定原理と人間の尊厳」の6つ、一般演題は「終末期医療と生命倫理」の3題、「看護と生命倫理」の4題、「遺伝子をめぐる生命倫理」の4題、「インフォームド・コンセント」の3題、「生命倫理に関する意識調査」の4題、「医療情報をめぐる生命倫理」の4題、「移植医療と生命倫理」の4題、「高齢者ケアと生命倫理」の4題、「フェミニズムの観点からみた生命観と人間の尊厳」の3題、「生命倫理の理想と現実」の4題、ポスターの2題と盛り沢山であった。

ここでは、終末期医療と生命倫理のセッションの3題の一般演題を紹介する。尚美学園大学の五十子敬子氏は、「末期患者の人権と成人後見制度-精神的障害により事理を弁護する能力に欠ける者の代理意思決定について-」の演題の中で、任意後見契約に関する法律による身上監護につき、任意後見人は重大な医的侵襲を伴う医療行為や生命の終結に関する意思決定を行うことはできない、と述べた。京都大学文学研究所の児玉聰氏は、「ダイアン・プリティ裁判-積極的安楽死を求めて欧州人権裁判所に訴え出た英国MND患者」の演題の中で、欧州人権裁判所の積極的安楽死の権利を認めないという判決を中心に法的・倫理的問題を話した。長野県看護大学の中嶋尚子氏は「終末期患者に対する人工栄養と水分の補給と中止；看護師の行動とその背景」の演題の中で、看護師の行動を3パターン、その背景を6行動要因に分類でき、後者はmoral certain, moral uncertain, moral sensitivity defectと3つにまとめられる、と述べた。

## 学会印象記

## 第26回日本死の臨床研究会年次大会

筑波大学臨床医学系 庄司 進一

平成14年11月23・24日、高崎の群馬音楽センターと高崎シティギャラリーで第26回日本死の臨床研究会年次大会が齋藤龍生、渡辺孝子大会長の下、「生と死を超えて」を基本テーマとして開催された。特別講演は武田文和埼玉医科大学客員教授による「WHO方式がん疼痛救済プログラムの歴史的背景と世界規模での普及活動」、教育講演は、平野真澄ピースハウス病院栄養課長による「末期患者の食べる事への援助—食事と療養のあいだで—」、武井麻子日本赤十字看護大学教授による「緩和ケアと感情労働」、仲正宏淀川キリスト教病院リハビリテーション部主任療法士長による「末期患者のQOLを高めるリハビリテーション」、田中桂子静岡県立静岡がんセンター緩和医療科副医長による「呼吸困難に対する

る緩和治療のアルゴリズム」の4題、シンポジウムは「生と死を超えて」、特別企画「詩画からのメッセージ・星野富弘の世界」、事例検討10題、交流セッション「ホスピスケア認定看護師の教育と活動」、市民セッション「あなたががんになったとき—ホスピスってなに—」、一般演題は全てポスターの前での発表で「卒前・卒後教育」の10題、「死への準備教育」の6題、「疼痛マネージメント」の9題、「アロマセラピー・音楽療法」の5題、「一般病棟での緩和ケア」の9題、「ホスピス・緩和ケア病棟」の6題、「家族・遺族のケア」の10題、「患者のケア」の12題、「生命倫理・死生観」の10題、「スピリチュアルケア」の6題、「患者・家族のケア」の6題、「訪問看護・家族ケア」の6題、「コミュニケーション」の6題、「チームアプローチ」の6題、「ボランティア・市民活動」の6題、「在宅ホスピスケア」の6題、「死生観」の6題、「インフォームドコンセント」の11題であった。

ここでは事例検討の1題を報告する。利根中央病院外科の原敬氏は、「身体的疼痛緩和治療は終末期がん患者のQOL保持を常にもたらすか」との題で、“除痛治療が全人的なQOLの低下をもたらした”事例と“痛みを完全に止めない医療介入で自らの状況認識を確保しようとした”事例を報告した。身体的QOLと全人的QOLについて活発な討論がなされた。

## 学会印象記

### 第26回日本死の臨床研究会年次大会印象記

東札幌病院麻酔科・緩和ケア科 渡辺 昭彦

本研究会は、昭和52年の第1回年次大会以来、本年で26回を迎え、既に4半世紀の歴史を持つ。今年は、群馬と栃木のグループ共同で、11月23・24日に高崎市で開催された。今大会は、「死を見つめたなかで、いかに生きるか」に焦点をあて、「生と死を超えて」をメインテーマとしてシンポジウムも組まれていた。シンポジウムに関しては、テーマが大きすぎて、学会時間枠内では収まりきらないところもあり、不消化な感も強かったが、参加者全員に投げかけられたテーマとして、今後も考えていければ良いのだろうと思った。

さて、本研究会の参加者は医療従事者のみではなく、多岐にわたっており、そのことが本研究会の特色をなしていると思われ、内容的にも、研究会名の通り臨床に則したものが多く、事例検討が大きな比率を占めている。そのため、共感を覚える発表も多い。しかし、学際的な面としては、どうしても脆弱な印象を拭えず、この点が、本研究会の長所でもあり弱点なのかとも思えた。おそらく、本研究会は、「ともに死を考えよう」という基本理念で設立されたものと思われるが、看護師やコメディカルの方に比較し医師の参加はあまり多くないように感じた。本研究会の使命が、啓蒙と教育にあるとしたならば、医師への普及が問題であろう。死を看取る事は、医師であれば多くのものが行っていることであると思うが、医師自身が興味を示さなければ、この様な学会・研究会への参加はあり得ない。医師が参加を望むような質の向上と、一般市民をも巻き込んでいけるような幅の広さという、2つの方向性を同時に満たすことの困難さを感じる。この点は、本研究会における永遠のテーマなのかもしれない。

最後に、特別企画「詩画からのメッセージ～星野富弘の世界」は、柏木先生の軽妙な話術と星野さん的人柄、美咲さんの朗読の妙が相まって、とても感動的なものであった。感動は、人を動かすエネルギーとなると思うが、この様な感動を医師の世界に、もっともっと伝えられたら…と思いながら、今回も会場を後にした。

学会印象記

## 第26回日本死の臨床研究会年次大会に参加して

聖路加国際病院PCU 小和田 美由紀

第26回日本死の臨床研究会年次大会が、11月23～24日、群馬県高崎市にて行われました。私自身、地元の高崎において、この様な大会が行われることで、市民がどのような反応をし、未来にどんな影響をもたらすのかと期待を踏まえての参加でした。

今大会のテーマは「死を見つめた中で、いかに生きるか」ということで、「生と死を越えて」と題され、頸椎損傷にあり、絶望の中から詩画の世界を築かれた星野富弘さんをお迎えしての特別企画としての対談がありました。たくさんの演題や事例検討、講演を選択し参加しました。たくさんの演題に、改めて深く幅広い領域があることを痛感させられました。緩和ケアにまつわる知識の習得ばかりを期待して参加してきた学会とは違い、今大会は「ボランティア・市民活動」や「死への準備教育」、「生命倫理・死生観」なども興味深く、様々な立場の方々の意見や見解を学ぶことができました。市民公開セッションも開かれ、一般の方々も幅広く参加されており、大会を盛り上げていたように思いました。

Narrative Therapyという言葉を、今大会でも何度か耳にしました。今大会を振り返ると、いくつかのキーワードが思い浮かぶ中のひとつに、このNarrative Therapyがあります。臨床の中で日々行っていることではありますが、難しいことでもあります。“患者様の物語に寄り添って治療方針を決める”こと 大切な言葉と感じました。

Death Educationも、ここ数年で変化してきていると思いました。死について語ることがタブーとされていた時代から、市民の中でも少しずつオープンとなってきているのを感じることが出来ました。

地方で、この様な大会が開催されることは、医療職だけではなく、一般市民にとっても影響力があり、意義深いことだと思います。これを機に、地域においても他職種が集い、意見交換できる場をもてたらと思っています。

学会印象記

## 第8回日本臨床死生学会

筑波大学臨床医学系 庄司 進一

平成14年12月7日～8日、アルフォンス・デーケン教授を大会長に第8回日本臨床死生学会が上智大学で、「生と死を学ぶ—21世紀のデス・エデュケーションの試み—」を大会テーマに開催された。基調講演は柳田邦男氏が「『物語を生きる人間』と死」の題で、会長講演は「今後のデス・エデュケーションの課題—海外の現状から考える—」の題で行われた。パネルディスカッションは「尊厳ある生と死のあり方」の題で、哲学・倫理学の立場から埼玉学園大学人間学部人間文化学科の尾崎恭一氏、精神医学の立場から神奈川県立がんセンター精神科の大西秀樹氏、看護の立場から東札幌病院の石垣靖子氏、家族の立場から大和・生と死を考える会の古谷小枝子氏、法律を含む政策論の視点から法政大学法学部の成澤光氏で行われた。シンポジウムは「自殺をめぐる諸問題」の題で、精神医学の立場から帝京大学溝ノ口病院精神科の張賢徳氏、救命医学の立場から東京医科大学救命医学講座の行岡哲男氏、心理学の立場から白井幸子氏、遺族関係の立場からあ

しなが育英会の西田正弘氏で行われた。一般演題は24題で、その中でも教育に関する演題は6題、spiritual care, painに関する演題は5題、医療者の心理に関する演題は4題であった。本学会は死の教育、spiritual careなどに関心の高い各分野の人々が多く、緩和ケア学会、死の臨床研究会、サイコオンコロジー学会、などと深い関連がある。本格的な冬将軍が訪れた週末、多くの学会員の熱心な参加が印象深かった。

## 学会印象記

### 第4回アジア生命倫理学会印象記

兵庫医科大学消化器内科・アジア生命倫理学会副会長 谷田 憲俊

第4回アジア生命倫理学会は、“Asian Bioethics in the 21st Century”の総合タイトルで、11月22日～25日までソウル大学で開催された。話題の中心は生殖医療や遺伝子がらみで、中国や韓国ではウサギ受精卵脱核細胞にヒト細胞核を移植する実験や受精卵胚細胞を利用した幹細胞研究が盛んである。いざこもキリスト教勢力がそれらに反対するが、制限付きで認められる方向にあるのは多くの西欧諸国と同様である。ちなみに、儒教と道教には反対する理由はないという。

緩和医療に関するテーマは生命倫理的側面はどの国も同じなので、それぞれの状況を紹介する。トルコ人は名誉を重んじ自決も崇高な行為とされていたが、現在では消極的安楽死（点滴の中止など）は意図しない殺人罪とみなされるなど、生命延長が至上となっている。一般に発展途上国の人々は、終末期は病院に止まる 것을望む。台湾では医師が延命医療中止を提案しても、家族は徹底的な延命を求める。困った政府はホスピス緩和医療法を2000年に策定して、本人の意思を法律で保証した。しかし、家族が本人への情報開示を阻止するので、実際は法律は「絵に描いた餅」である。韓国からは無益な延命医療の蔓延と、患者とのコミュニケーションを改善する必要性が指摘された。

それらの問題に対処するため、生命倫理教育も重要なテーマだった。私は日本宗教界の安楽死に関する調査結果を示し、彼らは世俗界より中庸の態様にあり、世俗界の安楽死論議に宗教界も参加する必要があると話した。アジアの学会とはいえ、欧米の参加者も多く、自国の状況や指針との比較などから活発な議論が展開された。日本からの参加も多く、韓国側の温かいもてなしに感動した。

## 学会印象記

### 米国神経科学学会印象記

国立がんセンター中央病院第2領域外来部 下山 直人

去る平成14年11月2日より11月8日まで、米国のフロリダ州Orlandで開かれた米国神経科学会に参加した。米国神経科学会は臨床、基礎医学のみならず薬学、工学にいたるまで多くの科学者が一同に会する学会である。参加人数が多いため、米国の中でもWashington DCやNew Orleans、San Diegoなどの大きな都市でしか開催できない大きな学会である。Orland

は、もともと気候は一年を通じて温暖であり、Disney Worldでも知られており観光客が絶えない地域である。最近になって大きなConvention Centerが建設されこの地で初めて開催されることになった。

内容は最新の分子生物学を駆使した研究から、地道な電気生理学的手法を用いた研究が数千題発表され、連日、熱い討論が交わされていた。この学会の特徴のひとつである4時間発表は、慣れない人が聞くと驚くと思われるが、我々はすでに3回行つており、実際に行っているとむしろもっと時間がほしい気持ちになるくらいである。学生から著名な教授にいたるまで次々にポスター前で討論が行われる。

我々は血管内皮細胞に含まれるエンドセリンの中核神経での役割を、エンドセリンノックアウトマウスを用いて行った研究、meth-A sarcoma cellを植えつけた疼痛モデルの研究を発表した。前者ではエンドセリンが動物のもともと持っている自分で痛みを調節する力である下行性抑制系に関わっている可能性を発表した。人間の疼痛抑制系はこれからの疼痛治療において非薬物療法を開拓する分野でもあり、我々は非常に興味を持っている領域である。後者はこれまでの人工的な疼痛モデルとは異なり、実際の腫瘍細胞によって発生する世界で最初の神経障害性疼痛モデルである。痛みのモデルとしての有用性を抗体染色によるc-fosの発現によって評価した。これまでの人工的な疼痛モデルは、坐骨神経を4本の糸で軽く縛り、ラットの下肢にアロディニア（本来痛みを起こさない刺激で痛みが起こる状態）を起こすモデルであり、実際の人間の痛みとは少し異なっていた。我々のモデルは、アロディニアだけでなくパンコースト肺がんなどで見られる自発的な神経障害性疼痛が起こっている状態に近い自発痛モデルである。人間の痛みは定量化できない部分が多いが、定量化できる部分も見つけていこうとすること、痛みの伝達において体内のどのような物質が関与しているかを実際の人間の痛みに近い状態を動物で再現し研究していくとする意図である。いずれの研究も千葉大学大学院自律機能生理学教室とコネル大学薬理学教室との共同研究である。

海外での研究発表は緊張することが多いが刺激を受ける部分が多く、多くの研究者との共同研究をこれからも継続し、緩和医療の中での疼痛治療分野で貢献していきたいと思っている。

### 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（2002年10月～2002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, American Journal of Hospice and Palliative Care, European Journal of Palliative Care, Psycho-oncology, Journal of Clinical Oncology, Cancer

聖隸三方原病院ホスピス 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。

## 疼痛

- Smith TJ, Staats PS, Deer T, Stearns LJ, Rauck RL, Boortz-Marx RL, Buchser E, Catala E, Bryce DA, Coyne PJ, Pool GE for the implantable drug delivery systems study group. Randomized clinical trial of an implantable drug delivery system compared with comprehensive medical management for refractory cancer pain: impact on pain, drug-related toxicity, and survival. *J Clin Oncol.* 2002 Oct; 20 (19) : 4040-4049.
- Todd J, Rees E, Gwilliam B, Davies A: An assessment of the efficacy and tolerability of a 'double dose' of normal-release morphine sulphate at bedtime. *Palliat Med.* 2002 Nov; 16 (6) : 507-512.

## 教育

- Mullan PB, Weissman DE, Ambuel B, von Gunten C. End-of-life care education in internal medicine residency programs: an interinstitutional study. *J Palliat Med.* 2002 Aug; 5 (4) : 487-96.
- Weissman DE, Mullan PB, Ambuel B, von Gunten C. End-of-life curriculum reform: outcomes and impact in a follow-up study of internal medicine residency programs. *J Palliat Med.* 2002 Aug; 5 (4) : 497-506.

## 輸液・脱水関連症状

- Lawlor PG. Delirium and dehydration: some fluid for thought? *Support Care Cancer.* 2002 Sep; 10 (6) : 445-454.
- Mercadante S. Dry mouth and palliative care. *Eur J Palliat Care.* 2002 Sep/Oct; 9 (5) : 182-185.

## 消化器症状

- Nelson K, Walsh D, Sheehan F. Cancer and chemotherapy-related upper gastrointestinal symptoms: the role of abnormal gastric motor function and its evaluation in cancer patients. *Support Care Cancer.* 2002 Sep; 10 (6) : 455-461.
- Brooksbank MA, Game PA, Ashby MA: Palliative venting gastrostomy in malignant intestinal obstruction. *Palliat Med.* 2002 Nov; 16 (6) : 520-526.

## 抑うつ

- Lloyd-Williams M. Diagnosis and treatment of depression in palliative care. *Eur J Palliat Care.* 2002 Sep/Oct; 9 (5) : 186-188.

## 死前喘鳴

- Bennett M, Lucas V, Brennan M, Hughes A, O' Donnell V, Wee B. Using anti-muscarinic drugs in the management of death rattle: evidence-based guidelines for palliative care. *Palliat Med.* 2002; 16 (5) : 369-374.

## システム

- Linklater GT, Leng MEF, Tiernan EJJ, Lee MA, Chambers WA. Pain management services in palliative care: a national survey. *Palliat Med.* 2002; 16 (5) : 435-439.
- Carter H, Mckinlay E, Scott I, Wise D, Macleod R. Impact of a hospital palliative care service: perspective

of the hospital staff. *J Palliat Care.* 2002 Oct; 18 (3) : 160-167.

Mitchell GK: How well do general practitioners deliver palliative care? A systematic review. *Palliat Med.* 2002 Nov; 16 (6) : 457-464.

#### From Japan

##### 対象雑誌に掲載された日本からの論文を取り上げます

Shimoyama N. Nebulized furosemide for dyspnea in terminal cancer patients (author reply) . *J Pain Symptom Manage.* 2002 Sep; 24 (3) : 274-276.

Morita T, Tei Y, Inoue S, Suga A, Chihara S. Fluid status of terminally ill cancer patients with intestinal obstruction: an exploratory observational study. *Support Care Cancer.* 2002 Sep; 10 (6) : 474-479.

Morita T, Tei Y, Inoue S. Increased plasma morphine metabolites and delirium (author reply) . *J Pain Symptom Manage.* 2002 Sep; 24 (3) : 273-274.