



Japanese Society for Palliative Medicine

JSPPM 日本緩和医療学会

# 日本緩和医療学会 ニュースレター

May 2003

# 19

〒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:info@jspm.ne.jp URL:<http://www.jspm.ne.jp/>

## 巻頭言

### 緩和医療を考える

国立がんセンター総長 垣添 忠生

がんは永い間、完治が難しい病気と考えられてきた。しかし、最近の基礎研究の成果により、がんは遺伝子の傷が集積した結果発生する、慢性の疾患であること、遺伝子の傷をつける要因の多くが私達の日常生活、生活習慣と深く関係することがわかつてきた。この理解は、がんの診断にも、治療にも、予防にも重要である。最近になって、ようやくがんになった人の約半数は治せるようになってきた。それでも、残念ながら、半数の方は亡くなる訳である。だから、がん患者の約半数に起こりうる終末期をいかに充実した生として過ごしてもらえるか、を真剣に考える学問が生まれてきた。がん緩和医療学である。

1989年、世界保健機構（WHO）は、がんの緩和医療とは、診断から終末期までの全過程におけるQOLを重視した医療、という捉え方を提唱した。必ずしも終末期医療のみに限定するのではなく、がん診療の全過程を対象として考える。この考え方方が、緩和医療のみでなく、今や医療の世界全般に行きわたってきた。考え方の枠組みの変化といえよう。

この枠組みの変化は重要である。キーワードで考えただけでも、がん患者さん、その家族、QOL、意思疎通の技術、告知のあり方、告知後のサポート、悪いニュースの伝え方、がんやがん医療に関する情報提供体制、患者さんのアドボカシー、疼痛、呼吸困難、消化器症状などに関するさまざまな終焉期医療のあり方、亡くなった後の家族のケア…。従来の医療があまり重視してこなかった、ほとんど無限ともいえるような多彩な問題が浮び上がってくる。

他の関連学会との密接な連携が重要だが、一義的には日本緩和医療学会が主体的に取り組まなければならない課題ばかりである。この学会の特徴は、がん患者さん、家族を中心に捉え、医師、看護師、薬剤師、技師、臨床心理士、ソーシャルワーカーなど、の医療従事者、サイコオンコロジスト、呼吸や疼痛、薬理などに関する研究者、ボランティアなど、実際に多様な職種の人々が集まっていることにある。がん患者さん、家族を支えるために成し遂げなければならない問題は数多い。困難も多々ある。しかし、困難は克服されるためにある。本学会が総力をあげてこうした課題の解決に取り組み、大きな成果をあげることを願っている。それは即、がん患者さんのためになる。素晴らしい事だ。また、私自身もその一員として全力を尽くしたい。

Current Insight

## 終末期がん患者の輸液に関する全国調査 —輸液治療に対する医師の態度と考え方について

国立がんセンター東病院緩和ケア病棟 土井 千春・志真 泰夫

Attitude of Japanese Physicians Toward Terminal Dehydration: A Nationwide Survey

Tatsuya Morita, Yasuo Shima, and Isamu Adachi for the Japan Palliative Oncology Study Group

J Clin Oncol 2002; 20: 4699-4704

### 【目的】

終末期がん患者に対する輸液治療に関して、近年医師の間では様々な論議が起こっている。緩和ケア専門医が終末期がん患者に対する一律な輸液治療は必ずしも苦痛の緩和に結びつかないと考える一方、治癒を目指すがん治療専門医は、患者の死亡直前まで大量の輸液治療を継続することが多い。この研究は、終末期患者への輸液治療に対する医師の姿勢と、それに関する医師側の要因を明らかにする目的で行われた。

### 【対象および方法】

全国がん（成人病）センター協議会加盟19施設、全国ホスピス緩和ケア病棟連絡協議会加盟75施設に勤務する常勤医師を対象とし、自記式調査用紙を用いて、横断調査として行った。1)回答者の背景、2)輸液治療実施に関連する医学的・心理社会的要因、回答者自身の考え方、3)仮想症例における輸液治療、の3項目に大きく分けられる質問を行った。仮想症例は、1)胃癌で消化管閉塞を伴うもの、2)肺癌で、食欲不振・悪液質が進行、いずれも推定される生命予後は1ヶ月以内と設定した。

### 【結果】

アンケートは1123名に郵送され、584名の回答を得た（回答率52.5%）。仮想患者のうち胃癌症例に対して、50%が1日1,000ml程度の輸液を行うという選択肢を選んでおり、1日1,500mlまたはそれ以上の輸液を選択する回答者は24%であった。肺癌患者の場合、26%が輸液なし・あるいは500mlの輸液を選択し、58%が1,000ml、1,500ml以上の輸液を選択したのは8.4%のみであった。多因子解析の結果からは、輸液治療に積極的な医師の考え方へ影響を及ぼす因子として以下の項目があげられた。1)ターミナルケアの経験が少ない、2)生理的な栄養・水分必要量を重視、3)症状緩和に輸液治療は効果的であると考えている、4)輸液治療は必要最低限のケアであると考えている。

### 【考察】

医師は、「患者の価値観や希望」、「身体的苦痛」、「症状緩和の可能性」の重要性を認める一方、「生理的な栄養・水分量」を重視し、「症状緩和に輸液治療は効果的である」と信じ、「輸液治療は必要最低限のケアである」と考え、その度合いで、終末期がん患者に対する輸液治療に関する医師間の考え方の相違が生じることが明らかになった。今後、医師間の考え方の乖離を解決するには、「終末期癌患者の生理的な栄養・水分必要量」、「終末期癌患者の症状緩和に輸液治療は効果的であるかどうか」、さらに「なぜ医師は輸液を必要最低限のケアと考えるのか」を明確にすることが必要である。

Current Insight

## 一般病棟と緩和ケア病棟の距離

滋賀県立成人病センター緩和ケア科 堀 泰祐

滋賀県立成人病センターは琵琶湖の南東岸に位置する守山市にあり、滋賀県における地域がん医療拠点病院の指定も受けています。私は、京都警察病院外科から今年1月、新病棟に開設された緩和ケア病棟に赴任してきました。今まで外科医として末期がん患者の診療の経験も多く積んできましたが、緩和ケア専門医としてはまだ1年生です。私がはじめに強く感じたことは、一般病棟と緩和ケア病棟の間の距離の大きさでした。

一般病棟で外科医としてがん患者に関わるときには、がんの診断・告知から手術、術後のケア、再発の治療、そして緩和ケアまで、経過のなかで患者とその家族に寄り添い、お互いの信頼を築くことができました。緩和ケア病棟では、末期のがん患者がいきなり目の前に現れるという、緊迫した状況につねに直面しなければなりません。患者と家族の信頼を勝ち取り、満足していただけるケアを提供し、良い看取りをしていただくための時間は短く限られています。

時間的制限があるだけでなく、医学的判断の上でも十分に関わっていないための問題がおこることもあります。院内からの紹介の場合には、実際に患者を診察し担当医と意見を交わすこともできますが、他病院からの紹介患者の場合、紹介状だけで緩和ケアの適応と判断しても、実際に診てみるとまだがん治療の可能性が大きいにあることもあります。逆に予後1ヶ月と紹介された方が、数日で亡くなることもあります。

一般病棟から緩和ケア病棟への移行をスムーズに行うためには、乗り越えるべき多くの課題があるようです。緩和ケア医ができるだけ早い時期からがん患者に関わるということが、最も有効な方法の一つだと思います。院内の患者についてはできるだけ早く紹介してもらい外来段階から長く関わりを持つこと、院外からの患者には往診をするなどして状況を把握し、早めに患者・家族との話し合いを持つことなどです。

しかし、いかに努力しても初診からの主治医に関わりの上で勝ることは難しいでしょう。むしろ、一般病棟から緩和ケア病棟へという距離があるからこそ、緩和ケアの意味を理解してもらうための意識的な努力が必要であり、そのことを通じて、がん治療から緩和ケアへの価値観の逆転につながるのかも知れません。そう考えると、この距離も積極的な意味を持つようにも思われてくるのです。

Current Insight

## 日本においてがん患者が緩和ケアを受けられる施設は

国立がんセンター中央病院緩和医療科 下山 直人

日本においてがん患者が緩和ケアを受けられる施設は、1) 緩和ケア病棟・ホスピス、2) 在宅ホスピスケア関連施設が中心であるが、ほとんどの患者は一般病院で死亡しているのが現状であり、そこでの緩和ケアの充実が望まれている。緩和ケアに携わる医師は、通常、緩和ケア病棟・ホスピスでの研修を受けることが可能であるが、一般病棟で

の緩和医療を研修する施設はまだ一部の大学病院を除きまだ少ない。また、出身の科はばらつきがあり、それぞれが得意不得意な領域を持っていることは否めない。ホスピス緩和ケア病棟で勤務するためには、緩和ケアに関する広範な知識、経験のみでなく、患者を包括的に診ていくための内科的な経験が重要である。一般病棟でがん患者を診ていくためには、がん性疼痛をはじめとした身体症状、抑うつなどに対する精神症状の緩和に関する専門的な治療経験をつんでいることが必要である。緩和ケア病棟では主治医は緩和ケア医であるが、一般病棟では主治医（内科、外科系）があり、症状緩和に関しては少なくとも主治医を上回る知識と経験が必要となるからである。

国立がんセンター中央病院には、緩和ケア病棟はないが、現在、支持療法関連の科として緩和医療グループと精神腫瘍グループがあり、それに所属するレジデント（卒後3年以上）、チーフレジデント（卒後5年以上）が実践で教育、経験を重ねている。その内、緩和医療グループのレジデントのユニークな点は、出身がどこの科であっても内科研修を1年から1年半の間、行えることである。内科系には呼吸器内科、消化器内科、肝胆脾内科、血液内科、乳腺内科、診断学などがあり、それぞれの科において主治医としてがんの患者の治療、ケアにあたることが可能である。希望があれば東病院の緩和ケア病棟での研修も可能である。レジデントとしては、現在は麻酔科出身者が2名おり、1人は内科研修中、もう1人は東病院緩和ケア病棟での4ヶ月の研修を終え、中央病院において一般病院での緩和医療のうちの痛みの治療、その他身体的な苦痛の緩和を実践で学んでいるところである。中央病院では緩和ケアグループと精神腫瘍グループに専門看護師が加わり、薬剤師、ソーシャルワーカーを含め、チーム医療を行っており、それにも加わることにより包括的な全人的な緩和医療の研修、そして緩和医療に関する研究が可能になることをめざしている。

チーム加算が行われるようになり、緩和ケアに携わる医師の働き場所は、ホスピス緩和ケア病棟だけではなくなっている。我々は、精神腫瘍部を含め、緩和ケア病棟、一般病棟での緩和ケアチームでの経験をつんでいくことが、一般病棟での緩和ケアを行うためには必要であると考えており、この教育プログラムの充実を図っていきたいと思っている。

### Current Insight

## インフォームドコンセントとサイコオンコロジー

国立がんセンター研究所支所 精神腫瘍学研究部長 内富 康介

がんや心筋梗塞など、生命を脅かす疾患を抱えることは、人の心に深刻な事態をもたらす。インフォームドコンセントを前提とした医療が近年わが国でも導入されているが、情報を伝えられた後の人の心への手当では世界的に見ても極めて貧弱である。誰もが、がんであることを伝えられると一度は死を連想し、落胆、悲嘆の淵に追いやられる。

欧米では、がんの診断など真実を伝える医療のは非に関する議論に決着がついた1970年代後半に、がん専門病院にサイコオンコロジー（精神腫瘍学）部門が誕生した。サイコオンコロジーは腫瘍学、精神医学、心理学、免疫学、内分泌学、社会学、倫理学など多くの学問領域から成り立っている。これまでの研究成果によると、がんを抱えても過半数の方は数週間で気持ちのつらい状況から抜け出しができる一方で、20-40%の方は遷延した抑うつを経験することが明らかになっている。抑うつを抱えることは、患者のみならず家族のQOLを低下させ、さらには治療に関する意思決定やコンプライアンス、自殺、入院日数の長期化など、実にさまざまな面に甚大な影響をもたらす。現在、

サイコオンコロジーは、がんの予防にはじまり、検査、治療、再発、積極的抗がん治療の中止、緩和ケアへの移行を含め全てのがんの臨床経過において患者の意思決定を支えるべく格闘している。

人の心を端的に表すときに、「知・情・意」という言葉が使われる。「知」は知識、「情」は感情をあらわすが、「情」は特に人にとって良いものか悪いものを判断する場合に重要な役割を果たす。「意」は意思や意識であるが、知や情に主体的に働きかける。インフォームドコンセントを前提としたがん医療では、がんの診断を含む多くの（主に悪い）情報が説明され、最終的に患者の同意をもって医療が始まる。「説明と同意」というインフォームドコンセントの訳を、人の心（知・情・意）に対比させると、「情」がすっぽり抜け落ちていることがわかる。本来、説明すべき情報という言葉には「情」が入っているが、単なる「説明」というと画一的な無機質な「知」の提供という響きがある。本来、患者の感情を理解することもインフォームドコンセントには含まれているはずである。今後、まず、医師には、「情」をさらに意識したインフォームドコンセントを、そして全ての医療従事者に「情」のこもったコミュニケーション技術の習得が期待される。

「知・情・意」は、脳の中では、大脳、辺縁系、前頭葉が解剖学的に対応するといわれているが、近年のPETやMRIを用いた脳画像研究の進歩により、抑うつは辺縁系と前頭葉の機能異常と関連していることが示唆されている。「がんを告げられる人は落ち込む、ある人は立ち直る、ある人は医師と信頼関係をすぐに築ける、ある人は心ない一言に苦しむ」など、これまでのサイコオンコロジーでは解き明かせなかつた問題に答えるべく、脳科学がサイコオンコロジーに光明をもたらしている。がんのもたらすインパクトは、患者のみならず家族、そして情報を伝える医療者の心にとっても大きなものであるはずである。人の心、中でも「情」の脳科学的基盤を明らかにする研究が進み、より個別化されたインフォームドコンセントの導入が待ち望まれている。

## Current Insight

### 緩和医療における代替療法の問題点

要町病院 吉澤 明孝

近年欧米をはじめ海外では、がんを生活習慣病としてとらえ、免疫賦活作用を期待する生活習慣改善をはじめとする代替療法が注目されてきている。日本でも数多くの代替療法が施行されているが、その多くがエビデンスに乏しくがん治療医に受け入れられていないため、本人家族が希望しても特に入院治療中は許可されず、主治医に隠れて服用している例が多く見られる。実際に紹介されてくる再発がん患者の家族から今までさせてもらえたかった代替療法の希望と紹介元主治医への不満を聞くことがある。治療に対して、患者自身へのインフォームドコンセント、治療選択権が言われていても、その主治医の治療方針に従わないなら退院するように言われるため、主治医の言うことを聞くしかなかったと言われる患者家族がいることは、現在のがん治療が患者主体といいながら不十分な点があることを浮き彫りにしているといわざるを得ない。この問題は、現代医学（主治医）側と、代替療法側双方に問題があると考えられる。兵頭先生が中心に行われている代替療法の研究班の報告では、民間療法は、がん患者の87%が施行しており、ご家族が一番熱心になり、何かによいのではと期待して使っていると答えた人が多かったようであり、主治医に知らせずに使用しているが59%、主治医は無関心が29%であった。医師側は、対応として「どちらでも」という無関心

が59%、効果はあまりなしと全くなして80%、その理由として信頼できる情報がないが80%を超えていた。また現在日夜、新聞広告に代替療法のエビデンスのない「奇跡の…」などの過大ともいえる広告が出ているのも問題であり、どの会社の健康食品が良いのか、価格もまちまちであり食品としての安全基準、表示基準もないのが現状であり、患者を惑わしているのも事実である。今後、主治医側は、患者家族に対して治療選択のひとつとして代替療法を加えられるようにエビデンスの集積に協力し、代替療法側は過大な報道宣伝でなくエビデンスに基づいた情報提供できるよう努め、適正な価格と、品質の提供を会社間で検討チェックできる方法を模索してもらい、少しでも患者のQOLに貢献できる代替療法を双方協力し合う歩み寄りが必要であると痛感している。

### Current Insight

## 消化管閉塞を伴った終末期癌患者の体液状態：探索的観察的研究

聖隸三方原病院 ホスピス 鄭 陽・森田 達也

終末期癌患者への輸液の適応の是非は、この20年間医学論文上で取り上げられてきたもっとも重要な問題のひとつである。終末期癌患者の体液状態は病態生理が解明されておらず、輸液の有益性について見解の一致が認められない。よってその病態生理を解明することが問題を解決していくのに有用であろうと考えた。

体液状態の指標として一般的に使用されるのはBUNやクレアチニンであるが、終末期の場合には腎不全、筋量低下、異化亢進、消化管出血などの因子に影響されやすい。そこで我々は、当院ホスピスに入院した消化管閉塞を来している腹部原発の終末期癌患者のBNPとPRAを測定し、輸液の有無や浮腫、腹水、胸水、喘鳴の体液貯留徵候を調べた<sup>1</sup>。その結果、多くの患者に、輸液施行の有無に関わらず体液貯留徵候が高頻度に認められながらもPRAは上昇、BNPは低下しており、循環血液量の減少が示唆された。

我々はこの研究から、血漿膠質浸透圧低下と膜透過性増加によって血管内から間質への体液の移動が起こることで循環血液量が減少し、それによりレニン-アンギオテンシン-アルドステロン系が刺激されてナトリウムと水の再吸収を促進し、そしてさらに体液貯留が増加する、という病態生理の仮説を立てた。終末期癌患者において輸液を行うことが、有效地に循環血液量を増加させずに体液貯留徵候を悪化させる場合が多いことの説明に結びつく。

輸液の是非の論点は、体液喪失状態へ調整することが患者の苦痛緩和に貢献するか、すなわち、輸液することの有益性が体液貯留徵候を悪化させる可能性よりも優先されるか、に集約される。これを解明していくためには終末期癌患者の体液状態の評価は不可欠であり、今後の研究においてPRAとBNPを測定することが有用となる可能性がある。本研究の結果は、現在、イギリスAcademic Palliative MedicineのAhmedzai教授の教室において追試が行われている。

### 【文献】

- 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; 10:474-479

## Current Insight

## STAS日本語版とクリニカル・オーディット

東京大学成人看護学／ターミナルケア看護学 宮下 光令

STAS (Support Team Assessment Schedule) とは英国のDr.Higginsonにより、緩和ケアのクリニカル・オーディットのために開発されたツールである。このたび日本語への翻訳およびValidation作業を終えたのでここに紹介する。

オーディットは「監査」と訳されることが多い。系統的な（自己）評価活動であり、組織全体の成果達成評価、家族調査、Peer Review、記録の適切性の評価なども含まれる（より詳しくはHigginson 1993参照）。STASはそのための1ツールであり、「痛みのコントロール」、「症状が患者に及ぼす影響」、「患者の不安」、「家族の不安」、「患者の病状認識」、「家族の病状認識」、「患者と家族のコミュニケーション」、「職種間のコミュニケーション」、「患者・家族に対する医療スタッフのコミュニケーション」の9項目からなる。医療者による評価なので、緩和ケアのセッティングでの利用に比較的適している。基本的に項目ごとに扱い、臨床研究での評価尺度として利用することもできる（すでにSTAS日本語版の一部項目を用いた臨床研究が進行している）。

STAS日本語版はSTAS Working Group Japan（責任者：的場和子）によって翻訳され、厚生科学研究費の補助を得てValidationが行われた（志真 2002）。現在、英文投稿準備中である。現時点での最新バージョンと解説が雑誌「ターミナルケア」に掲載予定である（宮下 2003）。さらに、これらの研究を元にした小冊子（STAS日本語版マニュアル：仮題）を作成中で、項目の詳細な説明、Q & A、信頼性研究に使用した仮想症例、STAS日本語版使用にあたって必要な手続きなどが記載される予定である。

STASはまだ日本語版の作成がされたばかりであり、実際の適用には十分な準備や工夫が必要かもしれない。オーディットとは1. ケア基準を作成する、2. 臨床の実践活動を評価し基準と比較する、3. 結果を臨床のケアにフィードバックし、新しい基準の作成や修正を行う、というサイクルからなる。このような（自己）評価活動とそれに基づく改善は、わが国の緩和ケアの質保証のために重要な役割を果たすと考えられ、今後の発展が望まれる領域であると考えられる。

## 【参考文献】

- Higginson IJ (ed). Clinical Audit in Palliative Care. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1993.
- 志真泰夫, 他. 厚生科学研究費補助金 医療技術評価総合研究事業 「緩和医療提供体制の拡充に関する研究」平成13年度総括・分担研究報告書（主任研究者 志真泰夫），2002年4月。
- 宮下光令, 笹原朋代, 他. 自己評価の実際—クリニカル・オーディットとSTAS-. ターミナルケア 2003; 13: 109-114.

Current Insight

## 全ての医療従事者に必要なターミナルケアの姿勢

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻 武 ユカリ

ターミナルケアとは、「治癒の見込みのない終末期（死亡前6ヶ月～3ヶ月を指す）の患者の持つ苦痛を、人間的な苦しみや悲しみとして理解し、その苦痛の緩和を図り、最後まで人生を全うできるようにケアすることをいう。」と定義されている。（生命倫理学辞典：太陽出版2003年）この定義の中の『患者の持つ苦痛を、人間的な苦しみや悲しみとして理解し、その苦痛の緩和を図る』というケアは、終末期の患者だけに限らず、全ての患者に提供されるべきだと思うのである。通常、終末期のケアについて議論されるとき、対象となるのは悪性腫瘍疾患の患者であり、ホスピス、緩和ケア病棟、在宅ホスピス等が想定されている場合が多い。しかし、終末期の患者は悪性腫瘍疾患ばかりではなく、肺炎、肝炎、腎不全、心不全、脳血管疾患など、非腫瘍性疾患の患者も多くいる。確かに、余命の期限が腫瘍性疾患ほど明確ではないため、終末期のケアの対象と考えにくいかもしれない。しかし、余命の期限が不明な患者に対しても、その人の苦痛を人間的な苦しみや悲しみとして理解し、苦痛の緩和を図るケアが必要なことは言うまでもない。

そして現実的に、終末期を迎えた患者の医療、看護は、ホスピスや緩和ケア病棟、在宅ホスピスなど専門的な施設や機関以外でも行われている。緩和ケア病棟、ホスピス病棟の数も増えてはいるが、一般病院で亡くなる患者の方が圧倒的に多い。一般病院でも在宅でも、医療の専門職として患者を看取った経験は、多くの医療者にあるだろう。このようにケアを提供している場所に関係なく、終末期の患者に対するケアは行われており、特定の施設で、特定の患者に提供されるケアではない。以上のことにより、終末期のケアは、全ての患者に対する医療、看護の基本であり、全ての医療従事者は終末期のケアについて学ばなければならない。

Journal Club

## Absence of Thermal Hyperalgesia in Serotonin Transporter-Deficient Mice

国立がんセンター中央病院緩和医療科 下山 直人

Absence of Thermal Hyperalgesia in Serotonin Transporter-Deficient Mice

Vogel C, Mossner R, Gerlach M et al

The Journal of Neuroscience 23 (2) :708-715, 2003

「はじめに」

がんの痛みの中で神経障害性疼痛の治療は、モルヒネが効きにくいため治療が困難とされている。疼痛の機序としては脊髄の2次細胞の過敏化がNMDA受容体を介して起こっていると考えられている。その治療に当たってはモルヒネに加え、鎮痛補助薬である抗うつ薬、抗痙攣薬、抗不整脈薬、NMDA受容体拮抗薬が経験的に使用され効果をあげている。特に抗う

つ薬の作用機序として、内因性鎮痛機序の活性化、つまりセロトニン、ノルエピネフリンを介した下行性抑制系が関与しており、特にそれらの再取り込みの阻害がひとつの有力な機序と考えられている。今回、それを裏付けるためにセロトニンの再取り込みするためのトランスポーターをknockoutしたマウス（5HTT<sup>-/-</sup> : K）により、痛み刺激に対する反応を正常のマウス（5HTT<sup>+/+</sup> : N）と比較検討した。

#### 「方法」

痛み刺激としては、通常の坐骨神経絞厄モデル（CCI）を使用した。Nマウスではこれまでの結果どおり、坐骨神経をしばった結果、末梢の後肢に熱に対する過敏、機会刺激に対する過敏が起こった。熱刺激はHargreavesらの報告による熱刺激、機械刺激はvon Frey hairを用いて行った。指標としては、Paw-Withdrawal-Latency (PWL) にてマウスが熱刺激によって後肢をどけるまでの時間を計った。熱刺激だけでなく冷刺激としてアセトン刺激を行った。体全体の5-HTの定量化も行った。

#### 「結果」

Kマウスにおいては、以上の刺激のうちNマウスに比べ、熱刺激に対する反応が有意に消失した。機械刺激に対する反応はNマウスと同様に出現した。冷刺激に対してはどちらも有意な過敏は起こらなかった。どちらのマウスでも繰り返しの熱刺激に対して体表の温度は変化しなかった。

#### 「考察」

Kモデルは、結果的にはKマウスにおいては全体の5-HTの量は低下しており、抗うつ薬を生涯投与されているのと同様の状態であると考えられている。熱刺激に対する過敏が消失したことは、抗うつ薬がセロトニンの経路を介して鎮痛効果を表していることを示すことにつながる。しかし、熱刺激に対する反応だけが消失し、機械刺激に対する反応が消失しないことは説明できない。今後の検討を待ちたい。

#### 「解説」

本研究は、セロトニンのトランスポーターが消失することによってセロトニンの再取り込みが阻害され（抗うつ薬の慢性投与と同様の状態）鎮痛効果が現れることを示した点で、重要な研究である。しかし、どうして熱に対する刺激だけが消失したのかは不明である。

これは逆に考えると、神経障害性疼痛には刺激の種類によって異なる反応性を持ったものがあること考えることができる。現在、われわれは神経障害性疼痛を各種の刺激（熱、機械、化学）によって分類することを行っているがその根拠になるとを考えらえる。

#### Journal Club

### Quality of life, Life Satisfaction, and Spirituality Comparing Outcomes between Rehabilitation and Cancer Patients

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

Tate DG, Forchheimer: Quality of life, life satisfaction, and spirituality: Comparing outcomes between rehabilitation and cancer patients.

Am J Phys Med Rehabil 2002; 81: 400-410.

目的：異なる患者集団における、生き甲斐、人生の満足度、充実した人生、の相違点について決定する。また、がん患者とリハビリテーション患者において、前述の3つの帰結に、どのような要因が関係しているかを決定する。

研究計画：対象者を5つの診断別集団に階層化した。次に、追加的分析目的に従って患者のデータを大きく二つのコホートに再度グループ化した。全対象にはアンケートを1回実施。各スコアとの相関関係はコンピュータ処理し、回帰モデルを明示する。

結果：本研究の測定によれば、充実した人生に関し、患者集団の相違がみられた。同様に、生き甲斐の充足度と人生の満足度にも相違点があった。生き甲斐は、充実した人生と人生の満足度、の両方に関係していたにもかかわらず、多様な状況において意味のある予測可能因子とはならなかった。

結論：一般に、前立腺がんの患者はすべての測定因子において高いスコアを示した。生き甲斐は、人生の満足度と充実した人生の両者と高い相関を示したが、同時に、リハビリテーション患者における人生の満足度を量る重要な予測因子であった。社会的役割行動や機能的満足度などの充実した人生に関する特定要因を加えることにより、年齢、婚姻、就労、などの要因が、充実した人生全般に関連していることが示唆された。

キーワード：脊髄損傷、ボリオ、切断、がん、充実した人生 (quality of life)、人生の満足度 (life satisfaction)、生き甲斐 (spirituality)

解説：著者はミシガン大学の脊髄損傷計画に所属する研究者。ここでは乳がんと前立腺がん、合わせて72名のターミナルを除外した患者と、136名のリハビリテーション患者、合計208名を対象としている。質的項目に関するデータを各種のアンケートによって抽出し、統計処理により結論づけたもので、リハビリテーション医学の分野では珍しい論文である。

### Journal Club

#### Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study

国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究部・東病院精神科 明智 龍男

Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study

Chochinov HM, et al

Lancet 2002; 360:2026-2030

#### 【目的】

死にゆく患者のケアに際して、尊厳 (dignity) を考慮することの重要性はしばしば示唆されている。一方で、死にゆく患者を実際の対象として、尊厳に関して言及した研究報告はほとんどない。今回の研究は、終末期がん患者を対象として、患者が感じている尊厳の状況を把握することと、尊厳に関連する要因を明らかにすることを目的とした。

#### 【対象と方法】

対象は、カナダの2つの緩和ケア病棟でケアを受けている終末期がん患者とした。適格条件は、18歳以上、認知機能障

害がないこと、インフォームドコンセントが得られる、研究に参加可能な身体状態にあること、推定予後が6ヶ月未満、英語による読み書きが可能、せん妄や痴呆がないこと、とした。対象患者からは、書面による同意を取得した。最終的に213名の終末期がん患者が研究に参加した。これら対象に、尊厳に加え、がんに関連する症状、痛み、ADL、QOL、死への願望、不安、絶望感、生きる意思、他者への依存、ソーシャルサポート等に関して調査を行った。

#### 【結果】

研究に参加した患者の背景は、平均年齢69歳（SD=12.6）、男性45%、肺がん31%、胃腸系のがん23%、泌尿生殖器系のがん17%、乳がん14%等であった。本研究参加から死亡までの生存期間の中央値は71日であった。114名（54%）の患者が尊厳の喪失はない回答し、各々64名（30%）、19名（9%）は尊厳の喪失はわずか、軽度であると回答した。11名（5%）の患者は、尊厳の喪失が中等度存在すると回答し、5名（2%）は高度であると回答した。多変量解析の結果、中等度以上の尊厳の喪失に関連していた要因は、他者への依存、入浴に際しての援助の必要性、痛み、ケアを入院で受けていることであった。

#### 【考察】

終末期がん患者において、尊厳は比較的よく保たれていることが示唆された。尊厳の喪失には、終末期においてしばしば認められる幾つかの種類の苦痛と密接に関連することが示された。

#### Journal Club

#### **Changes in physical functioning and quality of life in patients with cancer: response shift and relative evaluation of one's condition**

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻・理論疫学

日本メジフィジックス株式会社 大西 良浩

Changes in physical functioning and quality of life in patients with cancer: response shift and relative evaluation of one's condition

Hagedoorn M, Sneeuw KC, Aaronson NK.

J Clin Epidemiol 2002; 55:176-83.

がん患者の報告するglobal QOL（包括的なQOL）は予想外に高く、一般人口のそれと変わらないとする報告がある。この事実の背景には、病気という負のインパクトに対抗するための認知行動的な反応が想定されている。すなわち、自分と似た状況におかれた第三者を想定し、自分の状況を相対的に位置付けることによって納得を得るという考え方である（relative evaluation）。この論文では、つぎの仮説を検証している：「他の人と比較して自分が良い状態であると感じている人では、身体機能が低下しても包括的なQOLが保たれるが、他の人と同等かそれ以下を感じている人では、身体機能の低下に伴って包括的なQOLも低下する」。

化学療法を受けているがん患者240人を対象に、3ヶ月の間隔で2回にわたり、身体機能とQOL（emotional functioning、global QOL）を調査した。身体機能については、患者本人のほか、患者の親近者と研究スタッフによる評

価も行った。質問紙としてEORTC QLQ-C30またはECOG performance status scaleを用いた。Relative evaluationは「同じような状況の人と比較して、あなたのいまの状態はどうですか」という問い合わせに対する7段階の回答によって評価した。

Relative evaluationのスコア別に、3ヶ月間の身体機能の変化とQOLの変化との関係を検討したところ、「自分の状態は他の人よりもよい」と答えた患者では、身体機能が低下してもQOLのレベルは保たれた。これに対して「自分の状態は他の人と同じ」～「他の人よりも悪い」と答えた患者では、身体機能の低下に伴ってQOLのレベルも低下した。

客観的な健康改善が見込まれない場合、認知行動的戦略が患者のwell-beingの維持に重要となる可能性が指摘されているが、上記の結果はこの点への介入を支持するものであると著者は述べている。

## 学会印象記

### 第5回アジア太平洋ホスピス会議

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

2003年3月5日～3月8日／大阪国際会議場

隔年に開催されている本会議は、アジア太平洋地域でホスピス緩和ケアに従事している職員が一同に会して、関連の諸問題を話し合い、国際的なネットワークを構築しようとするものである。この地域は、南は豪州、東に米国、北はロシア、東にインドと世界の主要国を含み、中国を筆頭に人口も多い。しかし、ホスピス緩和ケアは必ずしも先進地域ではない。そのためか、先輩格として英国から何人か招待されている。なかでもドイル先生（Doyle, D.）は、基調講演でホスピス緩和ケアが情緒的に語られることを戒め、科学的な成果を積み上げていくと共に、学会として地域社会にも働きかけるように諭されたのが忘れられない。

前回の台湾大会では、ホスピス緩和ケアにおけるチームアプローチの重要性がしばしば述べられた。これに対して今回は、ホスピス緩和ケアの教育的重要性に関する発言が多くかった。また、その対象も学生、専門家、政策担当者、家族、市民など、初心者の技術講習から一般市民への啓発活動迄、様々なレベルに及んでいた。そして、マネジメントから広報活動、学会発表や国際化に至る迄、われわれ従事者一人ひとりに課せられた責務であると再認識させられた。

演題の発表形式では、口述発表は内容に比較して時間を要するものがみられた。他方、前回に比べて倍増したポスターセッションには、工夫の余地が感じられた。小生の見る限りで20%近い欠席は参加者の責任であるが、質疑応答の時間設定や表賞がないのは欧米のスタイルと異なる。また、当日配付の抄録集にもキーワードによるインデックスがあれば、ぐっと便利だろうと感じた。例えば、マレーシアでは在宅ホスピスにおける施設の役割としてリハビリテーションの重要性が指摘されていたが、関連演題としてはポスターに2演題が出ていたのみであった。このような関連発表の検索には抄録集の改善が必要と思われる。

俗に言われる食い倒れの町という評価は、バンケットやコーヒーブレイクの味に表れていたし、雨に濡れた傘をクローケに預けると帰りには綺麗に折り畳まれて返却され、大阪のサービス精神には敬服した。主催者のアナウンスによれば本会議の参加者は1,000人を越えたそうである。日野原名誉会長をはじめ、柏木大会会長、恒藤実行委員長、ならびに関係諸氏の努力が、このような成果を生んだに違いない。

今回の会議中に柏木会長が再三要請されていたように、ぜひとも多くの日本の方々が国際化の第一歩としてAPHNの会

員になられることを切望する。なお、第6回は2006年3月に韓国のソウル市で開催される。成田から飛行機で2時間の隣国であるから、日本から多くの参加者があることを期待してやまない。

### 学会印象記

## 5th Asia Pacific Hospice Conference に参加して

聖路加国際病院 薬剤部 塩川 満

第5回アジア太平洋ホスピス大会に参加したのでご報告いたします。この学会は2003年3月5日（水）～8日（土）に大阪国際会議場を会場にして開催されました。柏木哲夫先生を大会委員長とした第5回アジア・太平洋大会組織委員会の主催で日本ホスピス・緩和ケア研究会振興財団との共催で行なわれました。今大会のメインテーマは「Evolution and Integration of Hospice Palliative Care」であり、「我々のアジア太平洋地域からこのケアを広めて行きましょう、輸出しましょう」と柏木大会委員長からの熱いメッセージもありました。では実際の大会の内容ですが、3／5はオープニングセレモニーであり3／6.7.8（am）が学術集会、3／8（pm）は海外参加者を対象としたホスピス見学でした。では、参加者動向はどうでしょうか、28カ国より 1,053名（医師252名（23.9%）・医師以外の医療従事者619名（看護師526名、他93名）（58.8%）・学生182名（17.3%））の参加者があったようです。この大会で印象に残った点ですが、まずは、日本の薬剤師の参加者が少なかった点です。ホスピスではチームでの関りが必要とうたっていますが日本の現状としてもまだまだチームメンバーには薬剤師が入り込んでいません。日本の看護師も認定制度をつくり専門看護師の育成に力をいれています。我々薬剤師も専門領域に認定制度を早期に導入する必要性を感じました。また、この大会ではKeynote speech、Plenary session、Symposium session、Oral presentation、Poster presentationと大きく分けられていましたが、特にこの大会を通じて一番印象に残ったのはPlenary session503で発表のあった音楽療法士のSatomi Kondoさんの発表であり歌声です。Canadaで子供をなくす親に対し、音楽を通じて関り、その音楽がまさにその両親をさえていたこと、また、その時の音楽がKondoさん自身の歌声により会場内にいっぱいになったときはまさに人間の暖かさが、そして音楽のすばらしさが国を超えて伝わりあえたような気さえしました。「この場にいれてよかった。」と率直に感じました。

最後に「日本のホスピスの将来像はどうなるべきであるのか」と考えたとき、ホスピスは癌だけではなくその他多くの慢性疾患を受け入れられること、そして在宅でのケアがもっと広がれる環境を整えることが課題のような気がしました。それにはまさに教育という大きな課題もあるは思いますが。

学会印象記

## Asia Pacific Hospice Conferenceに参加して

国立がんセンター東病院緩和ケア科 磯野 雅子

このたび、2003年3月5-8日にかけて大阪で開催されましたAsia Pacific Hospice Conferenceに参加させていただきましたので、本紙面をお借りしてご紹介させていただきます。

この学会は、アジア・太平洋地域のホスピス・緩和ケアの発展をめざしてつくられたAsia Pacific Hospice Palliative care Networkが核となっており、今回もオーストラリア、香港、インド、インドネシア、韓国、マレーシア、ニュージーランド、フィリピン、シンガポール、台湾、タイ、ベトナムなどのアジア各国をはじめ、世界中からホスピス・緩和ケアに携わっている臨床家が集いました。

今回は、“Evolution and Integration of Hospice Palliative Care”というテーマのもと、5テーマ（(1) the spread of hospice palliative care (2) management, training & education (3) communication & ethics (4) service development (5) comprehensive care) 30のプレナリーセッション、3つの基調講演、2テーマ（(1) palliative care nursing (2) pain & symptom management) 8つのシンポジウム、5テーマ（(1) practice of palliative care & spiritual care (2) pain & symptom management (3) QOL & cultural Issues (4) service development & home care (5) bereavement care & volunteer activities) 38のオーラルプレゼンテーションが開催されました。

プレナリーセッションのservice developmentでは、今回参加している13カ国におけるこれまでの緩和ケアへの取り組み、現在の状況、今後の問題点などについてうかがう機会がありました。ひとつの国について約10分という短い時間ではありましたが、各国のシステムの多様性と共通の問題点を認識することができ、大変興味深いセッションでした。たとえば、緩和ケアの広がりという点について考えてみても、社会的、文化的背景によりさまざまで、たとえば、インドでは、緩和ケアの導入に際し、西洋のやり方をそのまま受け入れるのではなく、インドにある伝統的な経験や文化を共有しながら、家族やボランティアへの教育を軸に取り組んでいるとのことでした。また、マレーシアでは、在宅プログラムが開始されたあとで緩和ケア病棟ができたということでしたが、現在は、病棟=ハード面はそろったものの、卒後教育、コンサルタントの教育や認定の必要性が叫ばれているとのことでした。こういった問題は、各国に通じるところがあるのではないかでしょうか？一方、日本でのホスピスはこの30年間で保険の適応に後押しされて、急速に発達したものの、在宅プログラムの発達はまだまだ極端に少なく、病院に依存したシステムである、ということをあらためて認識いたしました。つまり、緩和ケア施設の割合が諸外国と等しいとしても、提供されているcoverageとしては他国より少ないということで、今後の問題点となるのかと思います。

基調講演では、Dr. Derek DoyleのChallenges and prospects in hospice palliative care in the worldという演題を興味深くうかがいました。その内容は、緩和ケアの発達における教育と研究の重要性に関するものでした。教育に関しては、医学部カリキュラムへの緩和ケアの導入が重要で、そうすることで緩和ケアに興味のある内科や外科の医師、オンコロジストが増え、医師は“死が不变で不可避なものであり、患者の死が必ずしも医療の失敗ではない”ことを学ぶ、とのことでした。また、研究に関しては、同僚を納得させられるだけの科学的根拠のある臨床データや薬学的データを示すことが必要であるが、いままではそれを怠ってきた。もし、緩和ケアを真剣に受け止めてほしいのなら、研究をして、比較できるデータを集め、発表する必要がある、というものでした。

その他、よりよいケアを提供するために緩和ケアの質を評価しているという試み（たとえば、痛みは72時間以内に苦痛と感じない程度にコントロールしなければならないが、“質のよい緩和ケア”とみとめられるには、48時間以内にそれができなければならないなど）、コミュニケーションに関連して、“一緒に意思決定をしている”という感覚が、患者の失望によるフラストレーションだけでなく、スタッフ間のケアや相互関係の上でも重要という報告なども多く取り上げられていました。また、“いつ抗がん剤治療をやめるか？”という問題について、医師と患者・家族それぞれに意識調査をおこなった報告もありました。結果は、機能的障害や認知的障害の副作用の場合、また、副作用と奏功率が半々である場合には、医師と患者・家族との見解の相違が高頻度だったということです。さらに、人工呼吸器をつけるかどうかの決定については、60%以上で医師と患者・家族間で見解の不一致を認め、このときの意思決定について誰が責任を負うべきか？という質問にでは、患者は医師に、医師は患者に責任あり、と考えていることがわかったそうです。この結果を通して、このギャップを埋める上での医師と患者・家族の間のコミュニケーションの重要性が改めて認識されました。

以上簡単に本学会に参加した印象についてご紹介いたしました。

さらに、今後の発展としては、各国々の間で情報交換や情報提供を活発に行ないネットワークをつくること、そのようにしてできた独特の緩和ケアのあり方をヨーロッパやアメリカにも紹介していくことができれば、ということでまとめられていました。

## 学会印象記

### 第40回日本癌治療学会総会印象記

広島大学医学部保健学科 岡村 仁

2002年10月16日～18日の3日間にわたって、第40回日本癌治療学会総会が国立がんセンター東病院長である海老原敏会長のもとに、東京国際フォーラムで開催されました。

シンポジウム15題、ワークショップ30題、一般演題も口演397題、ポスター718題という大規模な学会で、すべての内容をここで網羅することはできませんが、がん医療に取り組む医療者が集まり、何とかしてより良い医療を提供できるようにしたいという思いが会場全体からひしひしと伝わってくるような印象を受けました。

ここでは緩和医療に関する内容についてご報告したいと思います。今回は公募シンポジウムとして、「がん治療におけるコメディカルの役割」と「がん治療におけるリハビリテーション-支持療法の展開-」の2題が取り上げられ、一般演題としては「緩和医療 QOL」で21題、「コメディカル」で21題の発表がありました。その中のシンポジウム「がん治療におけるコメディカルの役割」については、筆者と大阪府立看護大学長の小島操子先生とで司会を務めさせていただき、看護師、薬剤師、作業療法士、臨床心理士、CRCの各分野からそれぞれ一名ずつの発表が行われました。朝一番のセッションであったにもかかわらず多数の参加者があり、また活発な討論が行われ、がん医療におけるコメディカルの役割、重要性について改めて確認できたように思います。何よりも、第40回を迎えた癌治療学会において、初めてコメディカルの領域がシンポジウムで取り上げられたことは、がん医療におけるコメディカルに対する期待の表れではないかと考えています。緩和医療に関する内容についても、支持療法の中で取り上げられるとともに、多くの一般演題がさま

ざまな施設から出されており、活発な討論が行われていました。しかし学会全体としてはまだまだ少数派ですので、今後も積極的な働きかけが必要と感じました。

第41回総会は、2003年10月22日～24日に札幌で開かれます。本学会員の方々が積極的に参加され、がん医療従事者との間で討論を行っていくことで、緩和医療の領域ががん医療の中にさらに強く根付いていくことが期待されます。

## 学会印象記

### 第1回日本臨床腫瘍学会に参加して

国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究部・東病院精神科 明智 龍男

このたび、2003年2月28-3月1日にかけて福岡市で開催されました第1回日本臨床腫瘍学会に参加させていただきましたので、本誌面をお借りして本学会および印象に残った演題などをご紹介させていただきます。

日本臨床腫瘍学会は、がんの基礎研究を理解し、創出された薬物の臨床研究を科学的、かつ倫理的に行うことのできる臨床医を育てるのみならず、がんの薬物療法を安全に行うとともにがん患者を総合的に診療できる臨床医を育成することを目的として開催されてきた日本臨床腫瘍研究会から発展的に発足した学会です。私自身は、精神科医であるために、本領域との直接的な関係はさほど強くはなかったのですが、臨床研究を遂行する方法論などについての講演も多く、熱心で活発な討論が繰り広げられる本研究会に出席させていただき、大変学ぶことが多かった経験をさせていただいたことがあります。

その記念すべき第一回学術集会が、九州大学大学院医学研究院科学分野の桑野信彦会長のもと開催されましたが、その内容は一般演題（口演7題、ポスター38題）に加え、4つのシンポジウムを中心として構成されておりました。4つのシンポジウムは各々、「緩和医療学の新たな展開-臨床腫瘍学会に求められること-」、「臨床腫瘍専門医の育成」、「臨床試験推進のためのシステム構築」、「我が国におけるトランスレーショナル・リサーチの現状と展望」と銘打たれたものでした。私は、「緩和医療学の新たな展開-臨床腫瘍学会に求められること-」というシンポジウムで発表をさせていただく機会を得ましたので、本セッションについてご紹介させていただきます。本シンポジウムでは、東京都立豊島病院緩和ケア科の向山雄人先生が司会を務められ、4人の演者の先生方から、各々異なった切り口の緩和医療学に関する発表が行われました。まず最初に、向山先生が緩和医療の現場で実践されている医療におけるevidenceの問題点に言及され、現時点において行われている神經因性疼痛に対する薬物療法、終末期における鎮静、輸液など緩和的な治療法の多くが良質なevidenceに裏打ちされたものではないという問題点に言及され、緩和医療においても今後より一層の臨床研究が必要であることを説かれました。さらに今後、より症状緩和技術を向上させていくために、緩和医療の領域においても科学的手法を用いたトランスレーショナル・リサーチが必要であることにも言及され、その一つとして向山先生が取り組まれている悪液質の病態解明に関する研究についてご紹介されました。次に、東海大学オンコロジーセンター・呼吸器内科の江口研二先生が、「がん緩和医療の標準化のステップ」というタイトルのもと、江口先生が中心になって行われた進行がん患者の全身倦怠感・食思不振に対するステロイドの有用性を検証するための多施設共同臨床試験のご経験についてご発表されました。江口先生はその臨床試験実施のご経験をふまえて、がん緩和医療の分野においても、標準的な治療指針を作成するためには臨床試験の実施体制を整備していくことの重要性を言及されるとともに、こ

のような活動を通して緩和医療の診療の質の向上が期待されることを説かれました。その次に、私はサイコオンコロジーの領域に携わる立場から、「進行がん患者の精神症状緩和の現状と課題」というタイトルで発表をさせていただき、現時点における進行がん患者の精神症状を緩和していくうえでの内外の知見の概括および今後の課題について私見を発表させていただきました。最後に、静岡県立静岡がんセンターの濱口恵子先生が、「緩和医療学の新たな立場から-看護師の立場から日本臨床腫瘍学会に求ること-」というタイトルのもと、がん医療における緩和医療の位置づけの在り方に言及されました。とりわけ、がんの治療に加え、がん診断後早期から積極的に緩和医療を提供することの重要性についてご発表されました。さらに2002年9月に開院を迎えた我が国屈指のがん専門病院、静岡県立静岡がんセンターにおけるご経験（当初から緩和ケアを求める患者さんが多数来院されるであろうとの予想に反して、多くの患者さんが何らかの積極的がん治療を希望されて来院されたことなど）についてもご紹介されました。フロアからは、緩和医療に携わる医療者に対する臨床腫瘍医からの要望をはじめとして活発な議論が行われました。

その他のシンポジウムにおいては、内外でご活躍の第一線の腫瘍専門医、研究者の先生方を中心とした興味深い発表が行われ、いずれも濃密な内容であるのみならず、質の高い議論が繰り広げられておりました。今回のシンポジウムで取り上げられたテーマは、間接的には緩和医療学会にも極めて関係の深い、あるいは今後テーマとして重要ななる領域であろうと感じました。

最後に、何よりも特筆すべきことは、この記念すべき第1回大会の4つのシンポジウムのうちの1つに緩和医療に関するテーマが選択されたことかと思います。これは、がん医療において緩和医療の重要性が認識されていることに他ならないことを示しているのではないでしょうか。

以上簡単に本学会に参加した印象についてご紹介致しました。一参加者として、質素であっても学術的な内容を重視した学会運営、洗練された良質な発表と熱心な議論などを垣間見ることができ、非常に学ぶべき点が多い学会であったことを最後に付記しておきたいと思います。

### 学会印象記

#### 第17回日本がん看護学会・第1回国際学術集会に参加して

虎の門病院 長谷川 久巳

大阪にて2003年2月8日～10日、第17回日本がん看護学会学術集会及び第1回国際学術集会が同時開催された。国内・外のがん看護の実践、研究、教育に携わる看護師を中心に、がんの予防から治療期、ターミナル期など、様々な段階にあるがん患者・家族に対するケア、そしてケアを提供する学生や看護師に対する教育に関する演題が発表され、内容も基礎的な研究から、実践に即応用できるものまで幅広いものであった。どのセッションも会場はほぼ満員であり、かつ活発に意見交換がなされていたのが印象的で、年々がん看護に対する関心の高まりのみならず、看護師が積極的に日々の実践を自らの言葉で表現していくことへの壁が少なくなってきたと思う次第であった。

一方で、実践の場では、看護師が表現することをためらう状況が依然としてあることを痛感する場面もあった。今回の学術集会のメインテーマは、「がん看護における倫理的ジレンマへの挑戦」であったが、看護師が感じる倫理的ジレンマは、ケアを提供するシステム上の問題や、患者不在のまま医療が提供される構造、患者・医師・看護師間における

パートナリズムなどにより、看護師が治療やケアに疑問を抱いたとしても、それを発言し、話し合うことが憚られることによって、看護師の心の奥深くに沈み込む形で体験することになっているのではないかと思われた。ジレンマについて語りあうことができない状況は、看護師の不全感や無力感を生み出し、ひいては患者様にも伝染することになろう。

24時間患者の傍らにいることが許されている私達看護師が、より患者の思いに近づき、それを代弁し、他職種に説明する能力を身につけ、チームでの協働を形づくっていけるよう、これまで暗黙のうちに了解されていた医療そのものあり方や考え方そのものを考え直す必要があることを改めて感じた3日間であった。

### Journal Watch

#### ジャーナルウォッチ 緩和ケアに関する論文レビュー（2003年1月～2003年3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

Andersen G, Christrup L, Sjogren P. Relationships among morphine metabolism, pain and side effects during long-term treatment: an update. J Pain Symptom Manage. 2003 Jan; 25 (1) :74-91.

Davis MP, Varga J, Dickerson D, Walsh D, LeGrand SB, Lagman R. Normal-release and controlled-release oxycodone: pharmacokinetics, pharmacodynamics, and controversy. Support Care Cancer. 2003 Feb; 11 (2) :84-92.

Zaza C, Baine N. Cancer pain and psychosocial factors: a critical review of the literature. J Pain Symptom Manage. 2002 Nov; 24 (5) :526-542.

#### 全身倦怠感

Escalante CP. Treatment of cancer-related fatigue: an update. Support Care Cancer. 2003 Feb; 11 (2) :79-83.

#### 消化器症状

Bruera E, Strasser F, Palmer JL, et al. Effect of fish oil on appetite and other symptoms in patients with advanced cancer and anorexia/cachexia: a double-blind, placebo-controlled study. J Clin Oncol. 2003 Jan; 21

(1) :129-134.

Strasser F. Eating-related disorders in patients with advanced cancer. *Support Care Cancer*. 2003 Jan; 11 (1) :11-20.

Nottage M, McLachlan S, Brittain M, et al. Sucralfate mouthwash for prevention and treatment of 5-fluorouracil-induced mucositis: a randomized, placebo-controlled trial. *Support Care Cancer*. 2003 Jan; 11 (1) :41-47.

### 呼吸困難

LeGrand SB, Khawam EA, Walsh D, Rivera NI. Opioids, respiratory function, and dyspnea. *Am J Hosp Palliat Care*. 2003 Jan; 20 (1) :57-61.

Shee CD, Green M. Non-invasive ventilation and palliative: experience in a district general hospital and a review. *Palliat Med*. 2003 Jan; 17 (1) :21-26.

### 抑うつ

Lloyd-Williams M, Spiller J, Ward J. Which depression screening tools should be used in palliative care? *Palliat Med*. 2003 Jan; 17 (1) :40-43.

### コミュニケーション

Sweeney C, Bruera E. Communication in cancer care: recent developments. *J Palliat Care*. 2002; 18 (4) :300-306.

### システム

Goldstein N, Lynn J. The 107th congress' legislative proposals concerning end-of-life care. *J Palliat Med*. 2002 Dec; 5 (6) :819-827.

Tuffrey-Wijne I. The palliative care needs of people with intellectual disabilities: a literature review. *Palliat Med*. 2003 Jan; 17 (1) :55-62.

### 家族ケア

Harding R, Higginson IJ. What is the best way to help caregivers in cancer and palliative care? A systematic literature review of interventions and their effectiveness. *Palliat Med*. 2003 Jan; 17 (1) :63-74.

### Quality of life

Kaasa S, Loge JH. Quality of life in palliative care: principles and practice. *Palliat Med*. 2003 Jan; 17 (1) :11-20.

### 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

Uchitomi Y, Mikami I, Nagai K, Nishiwaki Y, Akechi T, Okamura H. Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol.* 2003 Jan; 21 (1) :69-77.

Onishi H, Onose M, Yamada T, et al. post-traumatic stress disorder associated with suspected lung cancer and bereavement: 4-year follow-up and review of the literature. *Support Care Cancer.* 2003 Feb; 11 (2) :123-125.

Morita T, Tsuneto S, Shima Y. Definition of sedation for symptom relief: A systematic literature review and a proposal of operational criteria. *J Pain Symptom Manage.* 2002 Oct; 24 (4) :447-453.

Yamashita S, Sato S, Kakiuchi Y, Miyabe M, Yamaguchi H. Lidocaine toxicity during frequent viscous lidocaine use for painful tongue ulcer. *J Pain Symptom Manage.* 2002 Nov; 24 (5) :543-545.

Morita T, Shima Y, Adachi I, the Japan Palliative Oncology Study Group. Attitudes of Japanese physicians toward terminal dehydration: a nationwide survey. *J Clin Oncol.* 2002 Dec; 20 (24) :4699-4704.

#### 付記

2003年よりPalliative Medicineのeditorial boardが刷新し、Hanks GW (Bristol大学緩和医学講座教授) がEditor-in-Chiefになりました。出版数の増加と、European Journal of Palliative CareとともにEuropean Association of Palliative Care (EAPC) のofficial journalとなりました。定期記事として、Cochrane CollaborationのPain, Palliative and Supportive Care group (PaPaS) からのup to date情報が掲載されます。数々のtask forceとresearch committeeを組織するEAPCやPaPaSと共同することで、根拠に基づいた良質な緩和ケアを提供することに貢献すると思われます。Palliative Medicineは質的研究、医師以外の著者の研究、英語圏以外の地域からの研究を熱心に掲載する緩和ケア領域でのtop journalのひとつです。