



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: info@jspm.ne.jp URL: http://www.jspm.ne.jp/

巻頭言

理事長就任のごあいさつ

東海大学医学部内科学系呼吸器内科、オンコロジーセンター 江口 研二

このたび、前理事長、平賀一陽先生の突然の御退任表明のあと、日本緩和医療学会の新理事長に任ぜられました。

1996年7月に札幌で第1回学術集会を行った日本緩和医療学会は、初代会長柏木哲夫先生と28名の呼びかけ人により評議員150名、正会員1,000名という規模でスタートしました。当時掲げた本学会の目的は、「がん患者の全経過を対象として、Palliative Medicine の専門的発展のための学際的、学問的研究を促進し、結果を医学教育と臨床医学とに反映させること」でした。

その後の本学会の発展は、目を見張るものがあり、現在の会員数は、総計2,800名を超え、当初には予想もつかなかった様な大きな所帯に拡大してきています。これもひとえに会員の方々の努力の賜物であり、また社会のニーズでもあると考えます。

しかしこれだけの大きな学会が、本来の学会としての役割を果たしていくためには、従来の活動形態をそのまま踏襲しては、なしえないものと考えます。本学会の特色は、単に専門単科の医師の団体ではなく、各診療科、各職種からなる力を結集しうることです。共通の医療問題を横断的なパワーで解決するような潜在能力を持った学会として、有効に機能していくべきであると考えます。本学会は日本の緩和医療の質の向上を目指すと同時に、新たな緩和医療学の体系をうち立てる使命があると思います。

先日札幌で開催された新理事会でも討議されましたが、当面の本学会の運営方針としては、第一に、「緩和医療に従事する緩和ケア医の資格・技能水準を明確化すること、その普及を目指した教育研修体制を学会として整備すること、そして緩和ケア医の技能認定制度を設置すること」があります。なおこの教育研修に関連し、本学会における看護師や薬剤師など多職種に存在している認定制度・教育カリキュラムなどとの整合性を十分に配慮する必要があると思われます。

第二には、「本学会およびその活動に関する社会的な認知度の向上」があります。本学会の法人化ないしNPO化についても、委員会などを設置して具体的な検討を進める必要があると思われます。また、アジア・太平洋地域や世界の緩和医療の動向を見据え、本学会活動の国際化、関連国際学会との連携を模索することも今後の重要な作業と考えます。

「日本独自の」という活動の良い点を海外に知らしめ、また共通の悩みを国際的な観点で検討することは、本学会の価値を一層高めるものと考えます。

本学会の今後の方向性を明確にする意味からも、各種委員会の構成に関して、必要な部分は新たに改組し、提案力のある、且つ提案事項に責任の持てる委員会を立ち上げて、各々の問題にあたりたいと思います。特に学会の中で、役割や目的に応じて、常設の委員会と特殊なテーマで期間を限った委員会とに大別し、課題に対して迅速に対応できる体制にしたいと思います。

すべての学会員の皆様の多大なご支援、ご協力を得て、上記の事項について少しでも実現できるように努力したいと思います。

是非よろしくお願い申し上げます。

総会の総括

第9回日本緩和医療学会総会の総括

第9回日本緩和医療学会総会 会長 並木 昭義

第9回日本緩和医療学会は6月17日（木）、18日（金）の2日間、昨年6月にオープンした札幌コンベンションセンターで開催された。学会総会に参加した人数は2,002名（会員1,040名、非会員870名、招待者40名、学生52名）で、148名が新入会者であった。また本学会からリフレッシュコースを設けた。参加者は562名（会員245名、非会員317名）であり、当初は200名位を予想していたので、希望者の多さに驚いた。講師陣も熱のこもった講義をされ、参加者も大変熱心に聴講していた。緩和医療に対する関心の大きさが窺えた。企画は緩和医療の総論的、一般的なことでなく、緩和医療学に基づいた具体的、実践的な内容を重要視した。内容が盛り沢山になり、スケジュールに余裕がなく、3会場同時開催になった。どの会場も参加者が多く、熱心な講演、発表、討論がなされた。教育講演は6講演を各種症状のコントロールに当て、実践的な内容であり好評であった。梅原猛先生の特別講演は、1,000名を越える参加者であった。梅原先生は、こんなに参加者からの熱意を感じたことはなかったと、大変嬉しそうにして帰られた。一般演題は259題の応募があり、これらをポスター発表とした。余裕を持った会場と時間配分を心掛けたつもりであったが、参加人数が予想以上に多かったこともあり、少し窮屈な思いをさせたのではないかと気になった。今回予め4題の優秀演題を選出し、口演発表で最優秀賞を決めた。その結果、大阪大学大学院人間科学研究科の平井啓先生が受賞した。懇親会は北海道らしさを十分に味わってもらうため札幌ビール園で行った。約600名の方々が集まって楽しく賑やかに行うことができた。本学会の目的には会員だけでなく市民に対する啓発活動がある。今回は柏木哲夫先生に講演をして頂いた。約400名の参加者がおり、柏木先生の講演に感激して帰られた。後日、話している内容、言葉の意味がわからなかったとのメールが寄せられた。この発信者は今回初めて本学会に参加した者達であった。もっと地方で緩和医療に関する研修会、講演会などを積極的に行い、啓発、教育していく必要性を痛感した。学会開催に当たっては、会長の独自性を出すことと、テーマの継続性が大切である。今回の学会で問題になったこと、十分に煮詰まらなかったところを次回の第10回日本緩和医療学会総会で取り上げることが望まれる。

特別講演3

日本人の死生観

演者：哲学者 梅原 猛

司会・報告：国立がんセンター 垣添 忠生

梅原猛先生は、知の巨人である。その御略歴をキーワードでスケッチするなら、京都、哲学、宗教、文学、芸術、日本文化などであろうか。哲学者という一語ではとても括れない広大な学識の人であった。その明晰な思考と語り口は79才という御年齢をまったく感じさせないものだった。むしろ、情熱的だった、と評すべきだろう。われわれは幸運だった。

御自分のがん体験から話を始められた。60才で大腸がん。便に血が混じっているのを見て、直ちに病院へ行かれたという。72才で胃がん。おいしいはずの食事が砂を咬むようだったことで、直ちに病院へ。大腸、胃とも手術で事なきを得て、まったくお元気。御自分の体調から異変を感じとり、躊躇なく直ちに専門機関に相談されたのは、知性の故としか言いようがない。

この危うく死を免れた御経験から、覚悟を決めて、真に書きたいことを、信念をもって執筆すると、右翼からも左翼からも何も言われぬ。誠に自由で楽しい人生を送っておられる、とのこと。このエピソードから、私たちは直ちに二つのメッセージを感じとることができる。

さて本論。狩猟、採集時代の縄文文化の時代から、明治以前までの日本人の考え方は基本的に同じだった。人間は自然の一部で、あの世とこの世の間には無限の往還がある。生命はくり返しで、それが今の私たちにも宿っている。私たちの生命の中には永遠の生命が宿り、それが子孫に甦っていく。自分は死んでも遺伝子は生きている、と考えれば、生命は連続したものと、科学的に考えることができる。

この考えに立つと、がんの末期の人、死にいく人々に対峙するとき、なぐさめの心をもって対話ができるのではないか。この世の生命は受け継がれていく、ことに救いがある。「生命は連続したものだ」という立場から自然な対話が可能となる、と私は梅原先生のお話をお聞きした。素晴らしい講演だった。

教育講演4

消化器症状のコントロール

演者：東札幌病院 坂牧 純夫

司会・報告：岡山大学 田中 紀章

この教育講演では、緩和ケアにおいてコントロールの必要な消化器症状について、「消化管システム」の基本的な理解に立ち、そのシステム異常を是正するというアプローチの有用性に重点を置いてレクチャーが行われた。

演者は消化管システムが、(1) 自律神経支配によるメカニズムと (2) 腸内常在細菌叢から成り立つとし、前者とし

ては、胃・回腸反射、胃・結腸反射の重要性について、後者では、正常細菌叢の消化・吸収の補助作用の有用性について、私達の蒙を啓いてくれた。

特に、緩和ケアに伴う消化器症状として、便秘はオピオイド投与の際、必発と言って良い。これに対して、緩下剤の併用を行うのが教科書的な対応であるが、この際、センノシドなどの機械的下剤を長期間投与すると、消化管システムを支えている腸内の正常細菌叢が破壊され、いわゆる悪玉菌がはびこり、鼓腸からさらなる便秘→下剤の増量という悪循環に陥る恐れがある。これに対して消化管正常システムの回復という観点から、生菌製剤の併用投与が勧められる。この場合も、同時に抗生物質、特にニューキノロン系抗生剤が投与されているケースではこうした生菌製剤が活性を失うので、通常のラクトミン製剤よりも、芽胞タイプの宮入菌製剤が望ましいというプラクティカルな示唆があった。

会場からは、市販のポピュラーな生菌製剤（プロバイオティクス）の有用性について、質問があったが、演者からは、「製造会社のデータしかないが、メカニズムからいって有用と考えるので、患者にはすすめている」との答えがあった。また、司会からは、「消化管閉塞に対する外科治療の適応」について質問があったが、これに対しては、「ケースバイケースであるが、基本的には、手術侵襲により患者のQOLが低下することはよく経験することであり、できるだけステントや、薬剤など非侵襲的に対応すべきと考える」とのコメントがあった。

教育講演7

臭気のコントロール

演者：要町病院 吉澤 明孝

司会・報告：清田病院 内科 西里 卓次

“におい”の問題は、緩和ケアの現場で極めて大きなインパクトを持ちながらも、正面から取りあげられることは比較的少なかったテーマかと思われます。本学会でも“におい”を中心とする演題は多くはありませんでした。しかし、病におかされてもこれまで通りの自分であり続けたい、周囲に気がねなく家族や友人と関わりを持ちたいと願う患者さんや家族にとって臭気が妨げであったり、医療者にとってもケアの提供に支障を来す可能性があることは良く知られています。

吉澤明孝先生は、要町病院でケアを受ける頭頸部癌、乳癌、婦人科癌等の患者さんの病態の一つとしての臭気とそのコントロールのニーズに正面から立向かい、誠実に取り組むところから、臭気のコントロールが患者さんと家族のコミュニケーション、QOLにどれだけ重要かについて講演してくれました。

病巣局所の感染、ことに嫌気性感染症や、浸出液、出血のコントロールの具体的な方法をメトロニダゾールやクリンダマイシン等を含む外用製剤の処方とともに紹介し、その成績も公表されました。また、臭気の客観的評価法の開発も試みています。病巣局所以外にも、体臭、口臭、便臭等の管理についても述べられるとともに、環境整備の一つとしての臭気のコントロールの重要性についても要点を教えてくださいました。

豊富な症例と経験を、ユーモアを混じえながらお話頂きましたが、要町病院の外用薬の処方をプリントにして配布されましたので参加者の各施設では翌日から新しい試みを始めることができたのではないかと思います。

ある意味で「仕方がないこと」とあきらめがちな臭気の問題ですが、非言語性のコミュニケーションとしての臭いの重要性は言うまでもありません。患者さんと家族の日常性の維持を妨げる因子としての臭気コントロールは、今後緩和ケアの重要な独立した一つのChapterとなる可能性があるのではないのでしょうか。「緩和医療学の普及と進展を図る」という本学会のテーマにもかなう教育講演を企画して頂いたと感謝しています。

教育講演8

緩和医療における職業倫理

演者：熊本大学文学部 田中 朋弘

司会・報告：琉球大学医学部形態機能医科学講座 生理学第一分野 小杉 忠誠

緩和医療に従事する「専門職集団」が生まれつつある現段階において、これらの専門職集団には、他の医療専門職集団にみられるのとは異なる特有な「倫理的規範」があるのであろうか。また、治癒的医療のそれと異なるものが、緩和医療にはあるのだろうか。緩和医療学の進展のためには、十分に議論されなければならない問題が残されているように思われる。

「一般的な職業倫理」と「専門職の職業倫理」の違い等について、倫理学者の講演を拝聴すべきであるとの学会長の意図により「緩和医療における職業倫理」の教育講演が企画された。講演者の田中朋弘氏は、熊本大学文学部で倫理学を担当しておられ、「職業の倫理学」に関する多数の著作がある。本講演は「遊びと仕事」の違い等から問題点を掘り起こし、講演の糸口とした内容であった。仕事は経済的価値性を伴うが、遊びには経済的価値性を生みださない。倫理的価値性は「お金」などの他の価値で置きかえることはできない。「働く」ということは、全人格的な社会的コミュニケーションであり、社会的行動である。「誇り」をもって働くことであり自分を道具とするのではなく、目的とすることであると述べている。専門職の仕事には、特殊な役割、責任があり、働くこと一般のそれとは異なる。すなわち、専門職集団には高度な自由と自律性がある。「専門職集団の形成」には「公共善の形成」が必須であり、独自の倫理綱領によって行動の自主的規制を行っている。働くこと一般における倫理性と医療専門職、とりわけ緩和医療職の倫理性とが区別されながらも、同時にひとつながりのものとして考えなければならないだろうと提言された。仕事と遊び、仕事と家事、仕事とボランティア、仕事と労働、職業の倫理性等、身近な具体例から「職業倫理」の議論を展開できる素地がこの教育講演から我々に与えられた。

パネルディスカッション1

わが国における緩和医療学の普及と進展に関する見解

司会： 札幌医科大学医学部麻酔科 並木 昭義
国立がんセンター中央病院 平賀 一陽

本学会のメインテーマは「緩和医療学の普及と進展を図る」である。このテーマに関して予め評議員にアンケート調査を行った。その結果、わが国の緩和医療の現況と将来に関しては、60%が現在は普及していないが、66%が将来の見通しが明るいと回答であった。普及していないのは医師、看護師の全体からみるとまだ一部の人にしか理解、関心を持たれていない。普及させるには医学教育、卒後教育に正式に採用されるよう積極的かつ早急に取り組む。進展する見通しが明るいとしたのは各地区で重要性が認識され熱心な会員が増えている。一方暗いとしたのは緩和医療を実施する資金と人材、マンパワーの充足が困難である。進展させる要因は医師の意識改革、特に若手医師の活躍である。進展することで質の高い、患者中心の医療が実施される。日本緩和医療学会は実践的な技術、知識の普及を図るための研修会の実施、ガイドライン、マニュアルの作成を進める。などの理由がもっとも多い意見であった。パネリストの高宮有介先生は、わが国において緩和医療が普及していくためには医師だけでなく医学生の教育が不可欠であると強調した。そして医学生を対象に出版した教科書「臨床緩和ケア」の内容について紹介した。渡邊正先生は一般病院では緩和ケアの充実と浸透が求められている。そのためには院内での教育・研修、事例検討会、疼痛コントロールプログラムの作成、各職種からなるチーム構成などの取り組みが必要であると述べた。田村恵子先生は、緩和ケアを含むがん看護の全体的な質の向上を目指して、専門的な知識、技術を備えた専門看護師の育成が今後も続けて行われる必要があると述べた。そして大阪大学の恒藤暁先生は、緩和医療のこれまでの経緯と普及状況を海外の学術活動を通して紹介した。緩和医療学の現状には地域、施設、さらに会員間に差がある。その解決には日本緩和医療学会の強いリーダーシップの発揮が必要である。

(報告：並木昭義)

パネルディスカッション3

苦痛緩和のための鎮静における controversy : 根拠に基づいた現時点での推奨と今後の課題

司会： 国立がんセンター東病院 志真 泰夫
聖隷三方原病院ホスピス 森田 達也

パネルディスカッションの冒頭に森田達也氏から「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」作成のプロセスについて説明があった。その上で今回、パネルで検討すべき課題として、1) 終末期における抑鬱とせん妄の治療可能性、2) 精神的苦悩と鎮静、3) 家族のケアと鎮静、4) 鎮静の薬物療法、5) 看護の役割、の5点を提示した。明智龍男氏(名

古屋市立大学医学部)は、鬱病に関しては予後6週未満の症例では改善の可能性は低く、とくに予後2-3週未満では鎮静も症状緩和の一つとして考慮の対象となると述べた。せん妄は、鎮静の前に薬剤をはじめとする治療可能な要因を評価し同定することが重要であると強調した。次に、林章敏氏(日本バプテスト病院)は精神的苦悩の問題では評価、とくに鬱病との鑑別、意思決定の過程が重要であると指摘した。

森田氏は鎮静を受けた患者の家族へのケアについて、対象となった家族の25%は、鎮静の経験は辛かったという調査結果を発表した。その上で、鎮静に関する情報を十分に提供し、頻回に話し合うこと、家族の役割を認め鎮静の決定に関する責任を共有することの重要性を述べた。岡田美賀子氏(聖路加国際病院)は鎮静を実施した症例を呈示し、意思決定の過程、家族の悲嘆、鎮静開始後のケアなどにおける看護の役割を詳しく述べた。とくに家族の悲嘆の過程への適切な援助が必要なことを指摘した。池永昌之氏(淀川キリスト教病院)は鎮静に使用される薬剤の文献検索からミダゾラムを第1選択薬とし、フルニトラゼパム、クロルプロマジン、レボメプロマジン、フェノバルビタールを第2選択とし、安全な投与方法についても提案をした。討論では鬱病と精神的苦悩への対応、その場合の鎮静の役割が焦点となった。今回のパネルの目的は、ガイドライン作成の過程での論議を学会参加者にも共有してもらい、今後の課題を明示することであったが、そのねらいが達成できたかどうか。ガイドラインの理解と普及の過程でそれが明らかになるであろう。

(報告：志真泰夫、森田達也)

ランチョンセミナー3

緩和医療における光線療法の役割

演者：要町病院 吉澤 明孝
司会・報告：日本大学 小川 節郎

光線療法とは低反応レベルレーザー光、直線偏光近赤外線、キセノン光などを用いた光線照射療法であり、臨床の場ではすでにペインクリニック領域、整形外科・リハビリテーション領域、皮膚科領域など幅広い分野で用いられている。その作用機序については、血管拡張作用、細径神経線維の脱分極遮断作用、筋弛緩作用、抗炎症作用、そして光生体活性化作用などが確認されている。

緩和医療と光線療法の組み合わせは一見奇異に感じられると思われるが、緩和医療の現場において行われている様々な緩和ケアにおいて、その活動の場は想像以上に大きい。すなわち、長期臥床による関節硬縮や筋緊張の緩和、循環障害の改善、皮膚潰瘍の治療など、応用範囲は広い。

本法の利点は、患者にまったく苦痛を与えない方法であること、副作用が皆無といってよいほど少ないこと、患者自身や家族が病室で行える方法であることなどである。一方、欠点としては効果の発現がゆっくりであることが多いこと、機器が100-200万円台と高価なこと、そして保険点数が35点と低いことなどがある。

吉澤明孝氏は上記のような適応のほか、特に放射線療法・化学療法による口腔粘膜炎の予防や治療に対する光線療法の有用性を自身の経験と下記にあげた海外の文献を元に紹介した。

会場からは多くの質問があり、光線療法が今後さらに緩和医療の現場で活用されることが期待された。

口腔粘膜障害に対する光線療法の有用性に関する文献

- 1) Nguyen TD, et al : Support Care Cancer 7 : 244-252, 1999
- 2) Barasch D, et al : Cancer 76 : 2550-2556, 1995
- 3) Cowen D, et al : Int J Radiat Oncol Biol Phys 38 : 697-703, 1997

ランチョンセミナー5

緩和医療とリハビリテーションの接点—トータルペインによる視座から—

演者：千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

司会・報告：海南病院緩和ケア 渡辺 正

進行癌の患者に対して、リハビリテーション（以下リハビリ）はどのような役割を持っているのか、という課題は大変興味があり、セミナーには多数の参加者があった。私たちが疑問に思うように、一般に機能回復を目的としているリハビリを、癌の進行とともにADLが低下していく患者に適用することの意義について、リハビリの側からも、癌治療を行う側からも十分に検討されていない、とのことであった。そこで演者は、千葉県がんセンターにおいて1995年より取り組んできた癌患者に対するリハビリの経験を踏まえ、トータルペインの視点より、その役割と実際の方法について報告した。トータルペインは、身体的、心理的、社会的、そしてスピリチュアルな側面があり、その各々に対するリハビリの役割について述べられたが、なかでも緩和ケアにおけるリハビリのあり方として、ADL中心ではなく、QOLを視点にしたプログラムを作っていく必要性を強調された。身体的側面では、ADLとQOLの関係にみられるように、身体活動は目的ではなく手段であって、たとえば拘縮による疼痛のリハビリによる軽減、座位姿勢による視野の拡大、トイレ移動システムなど多岐にわたっている。また生活リズムの再構築を計ることにより、不眠や抑うつなどの心理的側面に介入していくこと、さらにリハビリを行う中でボディータッチや傾聴などによりスピリチュアルペインに対応していくことなど、リハビリがQOLに対して大きな役割を果たしていることを具体的に示された。それは当がんセンターにおけるリハビリへの紹介患者が年々増加していることにも伺える。海外のホスピスを見学すると、必ず専任のOT、またはPTが配属され、入院患者やデイケアを訪れる患者に関わっているが、わが国ではそのような施設はほとんどみうけられない。今回のセミナーを通して、緩和ケアにおけるリハビリの果たす役割の大きさを具体的に知ることができ、大変有意義であった。

ポスターセッション

緩和ケアチーム 1

司会・報告：昭和大学緩和ケアセンター 樋口 比登実

緩和ケア診療加算が算定され2年経過し、少し落ち着きを見せ始めている感がある。当初は、何を揃えれば加算を算定でき、病院の収益につながるのであろうかといったことに終始していたが、今回の発表により模索しながらも着実に緩和ケアチームの活動が根付きつつあると実感できた。

3題は緩和ケアチームの立場から、1題は依頼科の立場からの発表であり、2題は医師や看護師の緩和ケア及び死に対する意識調査のアンケート結果であった。緩和ケアチームの立ち上げ、運営、評価に関しては、病院ごとの格差を強く感じているが、種々の環境の中で個々が奮闘努力している事が窺われた。依頼科のスタッフからの発表は、一人の患者を多職種で診ていく事の困難さ、緩和ケアチームと主治医の関係の曖昧さなど多くの問題が提起されていた。しかし、困難な一例を通し、より良い関係が生まれ、チームと共に充実した緩和ケアを提供できるようになったと報告された。一例一例大切にに関わる事により、病院全体の緩和ケアに対する意識の向上が成されていくことが明らかとなった。アンケート調査からは、アンケート回収率（医師：22%、看護師：91%）より医師の緩和ケアに対する興味の低さが垣間見られた。医師と看護師の緩和ケアに対する温度差の違いは周知の事であるが、この格差を持ってバランスの取れたチーム活動を行っていかねばならない事も事実である。今回のアンケート結果をもとに、より望ましい緩和ケアチームが構成され、その活動結果が報告される日を心待ちにしている。

本来緩和ケアは全ての医師が関わらなければならない事であり、緩和ケアが特殊な医療として一人歩きする事には大きな危惧を感じている。各々の施設で緩和ケアチームに何が求められているか？チームの活動を各施設でどのように評価していくか？チームとして掲げる目標は何か？多職種によるチーム医療の課題などを考える機会となるセッションであった。

ポスターセッション

鎮痛 2

司会・報告：北里大学医学部麻酔科 外 須美夫

フェンタニル貼付薬であるデュロテップパッチの臨床使用に関する演題がこのセッションでも複数を含めた。デュロテップパッチが国内で販売されて二年が経過し、がん疼痛治療に本貼付薬が積極的に使用されるようになっている医療現場の拡がりや反映しているように見受けられた。デュロテップパッチ使用に関する有用性や臨床的問題点や副作用、モルヒネからデュロテップパッチへの変更時の換算比率に関する話題などが緩和ケアチームの医師や薬剤師から発表された。さらに、オピオイドによって効果の得にくい神経因性疼痛に対する鎮痛法としてケタミンやギャバペンチンの臨床使用経験が発表された。

さいたま市立病院緩和ケアチームの横井氏は、モルヒネからデュロテップパッチへの変更により嘔気が改善するこ

と、換算比が45-60:1であったことを示した。また、鎮痛不十分な場合の長期持続硬膜外ブロックの有効例を紹介した。藤田保健衛生大学医学部外科学の村井氏はデュロテップパッチの使用上の問題点を挙げ、疼痛管理における具体的な解決策をいくつか提示した。医療法人白十字会佐世保中央病院薬剤科の吉岡氏は、モルヒネからデュロテップパッチへの変更に伴う鎮痛状況、副作用の軽減状況、問題点を薬剤師の立場から分析した。聖隷三方原病院ホスピスの鄭氏は、癌に伴う神経因性疼痛に対してギャバペンチンが有効であった症例を紹介した。国内では発売されていないギャバペンチンを患者の個人輸入という形で使用していた。長崎大学医学部・歯学部附属病院麻酔科の金出氏は、オピオイド抵抗性の体動時痛に対してケタミンが有効であった症例を報告した。琉球大学医学部附属病院総合診療センター緩和ケア部門の笹良氏は、体動困難ながん患者の緩和ケアを検討し、ケタミンを含めた鎮痛補助薬、脊椎転移への経皮的椎体形成術などさまざまなアプローチを組み合わせることの重要性や看護ケアの工夫の必要性を述べた。

医師、薬剤師、看護師らがポスター会場に溢れ、他学会にない熱気を感じた。がん性疼痛に対する鎮痛法に臨床の現場で多くのひとが悩んでいる姿とよりよい方法を探ろうと真摯に取り組んでいる医療者の姿がそこにあった。

ポスターセッション

代替医療 2

司会・報告：水俣市立総合医療センター 外科兼臨床検査科 谷川 富夫

清々しい外の気候とあいまって、ポスターセッション代替医療2の6演題は、多職種にわたる発表者により、新鮮で興味深い内容であった。P1-55の宮内貴子氏の発表は、ホスピス・緩和ケア病棟でのアロマセラピーの実施状況に関するもので、約半数の施設で導入されており、リラクゼーションや倦怠感の症状緩和に効果があった。ただし、6施設（13.3%）、9例において副作用がみられた。ほとんどが皮膚症状（8例、1例興奮）であった。パッチテストの無施行が7割強を占めており、その安全使用のための啓蒙を強調された。筆者も臨床治療や研究でアロマセラピーに関わっているが、精油・キャリアオイルは雑貨扱いのために、これまで医療施設外で盛んに行われ、そこでのトラブルが訴訟にまでなった例が多くある。そのほとんどが皮膚でのトラブルである。1%だから大丈夫という理解でなく、パッチテスト励行、さらに、医療従事者の場合は、その後の感作皮膚炎まで理解する必要があると考える。また、アロマセラピーの癌患者適応への是非については、例として、乳癌患者の中には女性ホルモン依存性ゆえに使用注意の精油が存在するし、マッサージでの注意として癌リンパ行性の解剖学理解など必要で、緩和医療での安全で心のこもったアロマセラピーの普及に期待したい。P1-56の砂川洋子氏の発表は、温灸器と赤外線ドームを用いた温熱療法で、ヴァイタルサイン、感情プロフィール（POMS）、リラックス尺度（RI）をモニタリングしたところ、ヴァイタルサインの変化は短時間で少なく、一方、POMS、RIは24時間後も良好な結果が得られ、安全・有用なケアというものであった。P1-57の今野 静氏は鍼灸治療師として過去4年、癌末期患者89名の治療効果を発表されたが、日常、臨床現場で苦慮する腹水・吃逆にも効果がみられ、今後、末期医療での鍼灸が期待される。P1-58の小川真生氏はペインクリニックに鍼治療を応用されるが、専門的技術を必要とする深部の「鍼のつぼ」を直接刺激する代わりに、浅い部位での鍼刺入後電流を流し「つぼ」刺激するものである。鍼治療の有用性を示すことで、今後、医師にもTraditional Chinese Medicine (TCM) への熟知・理解を希望された。P1-59の吉田麻里子氏は音楽専門性を有しない病棟看護師14名に緩和ケア病棟での音楽療法に対するアンケート

ート調査を施行し、音楽療法導入の問題点を浮き彫りにし、看護プランとして、音楽療法の定着を目指して施行・評価・修正していき、音楽療法の充実を目指すというものであった。P1-60の野口みゆき氏はデイルームを活用し、マッサージチェアとヒーリング系音楽鑑賞の2つの要素を個別に検討し、共に感情プロフィール (POMS) において良好な結果を得た。今後、双方利用時のデータも興味あるところである。多職種の情報交換で多くの手法を適正に使いこなすことを共に学び得たことに感謝します。発表者とその仲間の皆様の今後のご発展をお祈りします。

ポスターセッション

副作用 2

司会・報告：函館赤十字病院 赤沢 修吾

当セッションは6月17日(木) 17:00より18:00まで行われた。学会初日であったが、終了時間間際にしては多くの会員が議論に参加していたのは他学会であまりみられない光景であり、本学会員の熱心さが伺われた。演者は歯科医師、看護師、歯科衛生士、精神科医と多岐にわたっており、会員の幅の広さに驚かされる。今さらながら緩和医療は多種の分野の集学的研究により完成されていくべきであると思知らされる所である。

研究内容では、杉政和氏、大久保和美氏は終末期患者の口腔内ケアについて講演され、その一致点は口腔内の湿潤を保つことが最も重要であると述べられていた。杉氏はキシリトールが有用な薬剤であると強調されていた。大久保氏は歯科衛生士として口腔内ケアの方法について述べられたが、そのきめ細やかさに強い印象をうけた。後藤慶次氏はモルヒネ製剤の体動時の吐気・嘔吐に対しジフェンヒドラミン(トラベルミン)が有用であった2症例を示されたが、今後症例を重ねて真に有効であることを証明されることを期待したい。

木村安貴氏は外来化学療法時に「味覚変化」、「食欲不振」、「便秘」が高頻度に出現することを指摘し、それに対する食事のセルフケア指導が重要であることを述べられた。茂野健司氏は抗がん剤誘起性吃逆に対し、柿てい煎剤の有効性を述べられていた。柿てい煎剤は吃逆に有用であることは以前より知られていたが、より科学的に実証していた。今後はその作用機序を明らかにしていくことが重要と考えられた。大西秀樹氏は、終末期がん患者のせん妄の出現にビタミンB1欠乏が関与する症例があることを示された。B1欠乏がどの程度の頻度でせん妄に関与するかは今後の課題ではあるが、大変興味をひかれたところである。以上、小生の担当セッションをまとめてみたが、本学会は回数を重ねる毎に、実践的で、すぐ応用できる演題が増えてきており、それだけに本学会に期待するところが大きいと感じられた。

ポスターセッション

化学療法 1

司会・報告：国際医療福祉大学オンコロジーセンター 渡辺 亨

6演題中、3演題がゲフィチニブに関するものである。演題P1-73（松江市民病院麻酔科、安部睦美先生）は骨転移を伴う非小細胞肺癌症例報告。PS4、抗癌剤の適応なく骨転移に伴う疼痛管理のために麻酔科に紹介され、呼吸器科と相談しつつゲフィチニブ投与開始。症状軽減、PS改善が得られ外来通院治療が可能となったと緩和医療としてのゲフィチニブの有用性を報告した。ゲフィチニブは抗癌剤使用済み非小細胞肺癌症例のセカンドラインとしての位置づけであるが、PS悪く抗癌剤治療の適応のない症例でもゲフィチニブ使用を検討してもいいのではないかと提案を含む興味深い演題である。演題P1-74（戸田中央病院緩和医療科、柳沢 博先生）ではゲフィチニブの投与を行ったケースシリーズ報告である。演者は、ゲフィチニブの投与開始は腫瘍内科医が行うべきであるが維持はホスピスケアの一環として捉える必要があると考察した。演題P1-75（今給黎総合病院呼吸器科、金澤裕信先生）は、ゲフィチニブ投与中に肺病変の増悪、CEA値の増加が認められたため抗癌剤治療に変更したが増悪、患者の強い希望によりゲフィチニブを再開したところ再度、腫瘍縮小が認められた症例を報告した。腫瘍内科学的に見るとゲフィチニブの再投与に伴って再度、腫瘍縮小効果が得られたという事実と、そのメカニズムには興味のあるところである。緩和医療の観点からみるといつまでゲフィチニブを継続するのが適切か、という問題が提起される。症例によっては確実な症状緩和効果が得られ長期間の内服を必要とするゲフィチニブの処方開始は初期に現れる間質性肺炎などの問題もあり臨床経験のある腫瘍内科医が行うべきであるが、効果が現れ維持相に入ったら緩和医療に携わる医師が処方することもあるだろう。乳癌におけるハーセプチン、悪性リンパ腫におけるリツキサン、骨転移におけるアレディアでも同様な問題がある。また、緩和ケア病院では包括医療の問題もあり、がんに対する積極治療は一切行わないとしているところもあるが、多くのがんにおいて、モノクローナル抗体、分子標的薬剤が治療に導入されており、今後はホスピスでの癌治療もあり、ということになるだろう。

ポスターセッション

化学療法 2

司会・報告：旭川赤十字病院 血液腫瘍内科部長 幸田 久平

6月17日の化学療法2のセッションでは、緩和的化学療法や外来化学療法に関する演題が6題発表された。

帝京大学外科の野澤氏は、自験例の再発大腸癌のうち外来でfirst lineからsecondあるいはthird lineまでの化学療法を約2年から4年間にわたって継続しえた5例を呈示され、外来での化学療法と患者とのコミュニケーションがQOLの向上に重要であると述べられた。

大阪医大内科の山上氏は、大学病院一般病棟からPCUに転院した17例を分析し、PCU転院後の生存期間の平均は17.5日と標準的であったものの、在院日数7日以下と短い患者が6人いたことから、今後より早い時期にPCU見学などを実施し、

より適切な時期にPCUを紹介したいと述べられた。

神戸朝日病院看護部の池本氏は、外来化学療法における治療環境についてのアンケート調査を行い、ベッドの工夫や待ち時間の短縮などの工夫について述べられた。

国立近畿中央病院診療内科の所氏は、肺癌患者20名を対象として、外来化学療法への移行における準備段階の評価と移行を阻害する要因、促進する要因を行動科学の手法を用いて検討し、今回の学会の優秀演題に選定された。

大和市立病院外科の首藤氏は、種々の治療に抵抗性となった再発乳癌5例にXelodaを投与し、3例に痛みの改善と腫瘍マーカーの低がみられたことから、Xelodaの緩和的化学療法剤としての意義について述べられた。

シムラ病院外科の岩田氏は、いわゆる末期癌とされた患者多数に化学療法を施行し、その約3割近くに延命効果や症状緩和効果があったと述べられた。

セッション全体を通して、化学療法に習熟した医師の間では緩和的化学療法の意義が広く認識されつつあるように感じられたが、問題はいつまでやるのか、どのような症例にどのような化学療法が適当なのかエビデンスに基づいた知見の蓄積が待たれるところである。

ポスターセッション

事例報告 1

司会・報告： 埼玉医科大学附属病院 包括地域医療部 小林 正幸

平成16年6月17日（木）、18日（金）の2日間、札幌コンベンションセンターを会場として第9回日本緩和医療学会総会が多くの参加者を集め開催された。初日の16:00から一般演題ポスター 事例報告1では、約20名の聴衆が参加して6題の報告と活発な質疑応答がなされた。

佐野厚生総合病院石川氏は術後経過中に偶発的に発症した脊髄損傷例の経験からチーム医療の必要性を報告したが、術前のstaging検索が十分でなかったことも考えられた。岡山大学渡辺氏は肺癌の小腸転移から腸重積を発症した疼痛管理困難例を報告した。フェンタニールパッチ貼付後2日で死亡しており、オピオイド・ローテーションとしてのフェンタニールパッチは本症例では適応とはならなかったのではないだろうかと考えられた。東大阪市立総合病院岡氏は緩和医療が成果を挙げ、2年3ヶ月生存したStage IV胃癌例を報告したが、緩和に至る全経過にはかなりてこずったようだ。大阪府済生会中津病院塚口氏は口腔癌末期患者における疼痛対策として、患者のパーソナリティを考慮した対応からオピオイドの減量、休薬につながった症例を報告した。このとき他施設の緩和医療チームに加わっている栄養士の方から有益な発言を聞き、普段から薬剤師、栄養士の方々の参加の必要性を痛感した。日本鋼管福山病院波田氏は疼痛緩和がQOLを向上し、本人から希望し在宅療養へと移行した多発性骨髄腫例を報告した。三豊総合病院鈴木氏は20例の転倒症例をretrospectiveに検討し、アセスメントスコアを作成、使用していると報告した。討論の中でこのスコアが転倒の予測・予防へとつながるよう今後の検討を期待するとの発言がみられた。

幾つかのポスターセッションが同時進行したため他の報告が聞けなかった参加者もいたようだが、それだけになかでも関心、興味のある一つのセッションへの参加者が多く、活発な討論がなされたことを報告のまとめとします。

ポスターセッション

事例報告 2

司会・報告：松山ベテル病院 ホスピス 中橋 恒

ポスターセッションP1-127～132の6演題はすべて事例報告でした。

演題127は千葉県がんセンターから死亡診断書記載をめぐる事例紹介で、大変示唆に富む貴重な報告でした。“死は誰のものか”というホスピス・緩和ケアが求める究極の問題について、法律的な制度の中で死の決定を下す医師が人として患者にどう関わって行くべきなのかを問いかけている発表であったと思います。本発表をされた演者の勇気に敬意を表し、広く皆様が議論していただきたい問題であると思いました。白熱した議論が展開され、ポスターセッションという短い時間枠の中で議論するにはもったいない演題であったと感じました。

演題128は江別市立病院からの非常に稀な心臓悪性腫瘍の骨転移症例の発表でしたが、文献考察があれば良かったように思われました。

演題129は金沢西病院からの発表で、終末期の摂食不能な患者への栄養管理と口から食べたいという欲求を満たす安全な方法として興味ある発表でした。終末期におけるTPNについて今後の課題として是非検討していただきたいと思いました。

演題130, 131, 132は三沢市立三沢病院、大和市立病院、旭川赤十字病院からの発表で、患者の自己決定を大切に、チームとしてその決定を支え、その人らしく生きてゆくことを支援できた有用な発表でした。

事例報告は、その個別性の故に普遍性を引きだすことが難しい研究方法ですが、緩和ケアの求めるところは患者の個別性にいかに全人的に対応するかというところに尽きるわけで、個々の事例の検討の中にこそ普遍性へのカギが潜んでいるものと思っています。ポスターセッションは事例報告にあった発表方法であると感じました。これらの症例の集積によって普遍的部分を抽出し個々の事例に還元する研究へと繋ぐことができるよう様、演者の次なる研究を楽しみにして本セッションを終了いたしました。

ポスターセッション

鎮痛 6

司会・報告：帝京大学溝口病院 北原 雅樹

このセッションでは、5題の演題について活発な討論が行われた。

P2-19 「オキシコドン徐放剤の効果遷延が疑われた2症例」東大阪市立総合病院麻酔科疼痛緩和外来 西嶋昌子先生 他； オキシコドンは肝臓で代謝され、代謝産物にはほとんど生物学的活性がないとされており、理論的には腎機能障害でも効果遷延は起こらないはずである。臨床は必ずしも理論どおりではないことの好例である。

P2-20 「癌性疼痛管理に対するオキシコンチン®を使用したタイトレーション」大分大学医学部脳・神経機能統御講座麻酔科 奥田健太郎先生 他； 小用量の徐放性オキシコンチン®製剤を用いて速やかにタイトレーションを行うのはなか

なか大変である。速放製剤や静注薬ができるだけ早期に使用できるようになる事が望まれる。

P2-21 「当院における塩酸オキシコドン徐放剤の使用経験」石川県済生会金沢病院外科 龍沢泰彦先生 他； オピオイドローテーションやオピオイドコンビネーションが行われた症例もあったが、保険の対応も含め、今後日本でも十分な議論が必要になろう。

P2-22 「癌性疼痛緩和におけるモルヒネおよび代謝産物の臨床効果とオピオイド μ 受容体OPRM1遺伝子多型との関連性について」北海道大学大学院薬学研究科臨床薬剤学分野 井関健先生 他； オピオイドの副作用や効果の個人差を遺伝子レベルから理解しようとする研究で、日本人と欧米人の遺伝子頻度の違いなど、極めて興味深い内容だった。

P2-23 「モルヒネ15,000mg/日にて疼痛コントロールを行った痔瘻癌再発の一症例」大田原赤十字病院外科 赤松英敏先生 他； 大量のモルヒネを用いても臨床上問題なく疼痛管理が行われていた。併用療法のさらなる検討が必要だろう。

学会最終日の金曜日、しかも午後最後のセッションにも関わらず、多数の参加者による熱心な討議が行われ、座長をさせていただいてとても楽しかった。

ポスターセッション

精神 5

司会・報告：名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学 明智 龍男

本年6月17-18日にかけて札幌の地で開催されました第9回日本緩和医療学会総会において、一般演題「精神5」のセッションの司会をつとめさせていただきましたので、6題の発表演題の概要および会場で交わされた質疑等につきましてご紹介させていただきます。

関西福祉科学大学の坂口先生らのグループは、ホスピス・緩和ケア病棟の遺族調査を通して、終末期がん患者の希死念慮、積極的安楽死の要求の頻度、およびその背景に存在する臨床的要因について検討されました。その結果、各々21%、10%のご遺族が、患者さんは希死念慮、積極的安楽死の要求を訴えたことがあると報告されており、背景には身体的、心理社会的、そして実存的な様々な要因が存在する可能性があることを示唆されました。これら検討を通して、希死念慮を有する患者さんの苦悩を軽減するうえでの具体的なケアのあり方についても言及されました。フロアからは、特に実存的な苦悩に対する具体的な心理的介入についての質問が寄せられましたが、具体的な介入についてはこれからの課題の一つであるとのことでした。

札幌医科大学の手代木先生らのグループは、緩和ケアチームに心理士が加わった経験を実際の事例を通して報告され、チームに心理士が加わることによってもたらされるケアの幅の広がりやその有効性を示唆されました。フロアとの質疑からは、わが国の現状においては緩和ケアチームへ参加可能な心理士自体に限られている現状があるものの、心理士がチームに入ることのメリットが共有できたのではないかと考えられました。

国立病院機構四国がんセンターの三上先生は、同院精神科に紹介されたがん患者315例の臨床データを報告され、地方のがん専門病院においても、頻度の高い精神症状は、適応障害、大うつ病、せん妄であることを示されました。フロアからは、精神症状を発現しやすいがん患者の背景要因などに関しての質問が寄せられました。

国立病院機構四国がんセンターの島田先生らのグループは、内科的治療を受ける肺がんの患者さんのご家族80名を対象として、縦断的に不安、抑うつを評価した結果を報告されました。その結果、不安は入院時、抑うつは告知直後に高い傾向が認められること、およびこれらはいずれも退院時に低下傾向を示すことを示唆されました。フロアからは、わが国におけるご家族に対するケアのあり方を考える上で極めて貴重な知見であるといったコメントが寄せられました。

奈良県立医科大学の館林先生らのグループは、stress related growthと様々な臨床要因との関係に関する研究を紹介され、stress related growthには、病期（再発）やlocus of controlといった心理学的要因等が関連することを示唆されました。フロアからは、近年注目されているstress related growthの概念に関する質問等が寄せられました。

名古屋大学の下山先生らのグループは、消化器がんの患者さんの病名や再発の説明後の心理状態を自己記入式評価票を用いて縦断的に検討されるとともに、不安や抑うつスコアが高い患者さんに対して、専門家を紹介するという実践的な取り組みについての経験を報告されました。フロアからは、専門家紹介へのバリアなどに関する質問が寄せられましたが、下山先生らのグループでは、精神科医を含めたチームが有機的に機能しているとのことでした。

今回のいずれの発表も、各施設におけるがんの患者さんの心の問題への独自の取り組みを含んだ貴重なもので、私自身興味深く拝聴させていただきました。心理士や精神科医などに加え、看護職の方々や外科医の先生方などの真摯な取り組みが含まれており、わが国におけるがんの患者さんに対する心のケアの広がりを感じさせていただけたセッションでした。

ポスターセッション

リハビリテーション1

司会・報告：旭川リハビリテーション病院 進藤 順哉

日本のリハビリテーション医学の発展が、欧米諸国より出遅れたと言われている理由の一つにエビデンスの積み重ねの研究をよそに、患者のQOLやモチベーションの事にとらわれ過ぎた反省がある。緩和医療におけるリハビリテーションも科学としての研究の積み重ねが重要で、指導者のミスリードは許されないのは自明の理です。今回、全体的には研究デザインの問題、リハ専門医の指導不足を強く感じた。緒方先生の「緩和ケア病棟における作業療法の役割」は精神的なサポートニーズの必要性は理解出来るが、すでに米国の緩和医療の教科書に、OT=Activity（陶芸、手芸など）ではないと記載されている。特異性をもったOTリハ介入を追求していただきたい。古川先生の「理学療法の緩和ケア患者のQOL向上効果」はPCUでのリハの効果を示した興味深い研究である。今後の指導、研究を期待したい。中村先生の「週末がん患者の倦怠感に対する足浴フットマッサージの有効性に関する研究」はいわゆる「リフレクソロジー」のEBMグレードは「行なうことを考慮しても良いが、十分な科学的根拠がない」といわれている。生理的快感が倦怠感の軽減とは断定できず、さらなる検証が必要であろう。栗田先生の「がん患者リンパ浮腫への取り組み」は興味深い研究である。現在ではリンパ浮腫対策は、マッサージだけでなく複合的物理疎泄療法が主流です。さらなる研究を期待する。渡邊先生の「肺がんの開胸手術後患者の肩の痛みに対して、手術直後からのマッサージ介入による有効性について」肩の痛みが軽減する機序、術直後と術後一日とで有意差があるのはなぜだろうか。今後の分析に期待する。安部先生の「体動困難性疼痛におけるリハビリテーション介入の効果」は興味深い研究である。フロアからの質問に対しリハ介入をスピリ

チャアルの問題と答えたが、リハ介入はあくまでもリハ医学のEBMに基づくべきであろう。さらに体動困難性疼痛は医学用語ではないので用語表現に注意を要す。

ポスターセッション

鎮静 2・褥瘡

司会・報告：聖路加国際病院 中村 めぐみ

このセッションでは鎮静・褥瘡に関する4つの演題発表が行われた。

P2-64は、苦痛を伴う医療処置に対するミダゾラム併用による苦痛緩和の試みについて、ホスピス医からの報告であった。これまでに使用頻度が最も高かった例として、体動時痛の激しい患者の強度な便秘による腹部膨満感に対して浣腸を行う際、27回ミダゾラムを点滴し、それにより処置中の痛みがなく、副作用もなかったことが紹介された。また、使用量としては10A投与した例もあったという。ただし、これを有効かつ安全に実施するためには、看護師の理解と判断が重要であることが付け加えられた。

P2-65と66は終末期患者の褥瘡発生率の実態と褥瘡ケアに関する調査報告であった。いずれも、褥瘡対策チームによるアセスメントに基づく適切なマットレスの選択やフィルム剤の貼付が、褥瘡発生や悪化の予防に有効であるという示唆を得ていた。演題65に対しては、減圧マットの選択基準、プレーデンスケールを用いた評価の頻度、栄養状態改善についての考え方、チームの構成メンバーなどについての質疑応答がなされた。演題66では、褥瘡発生のリスク状態と褥瘡経過について貴重なデータが示され、研究結果がケアの実践に生かされることへの期待がかけられた。

P2-66は64に共通するテーマで、褥瘡処置に伴う患者の苦痛を最小限にするために、患者の望む生活サイクルを優先し、夜間のセデーション中に処置を行ったという事例報告であった。患者のQOLを高めるためとはいえ、スタッフが少ない夜間に処置を実施することの問題点についての論議が交わされた。

以上の発表から、処置介助や褥瘡ケアに携わる機会が多い看護師の知識・技術が、医療の質に大きく寄与していることがうかがわれた。

ポスターセッション

治療 1

司会・報告：福島県立医科大学外科学第二講座 関川 浩司

治療1 (P2-68~73、P2-76) を担当した。このセッションは終末期における症状緩和目的の手術の適応や各種治療法の工夫などがテーマであった。これらは臨床の現場においてご本人はもちろんご家族そして主治医を常に悩ませる問題でもある。P2-68札幌社会保険総合病院の中島氏、P2-69市立秋田総合病院の橋爪氏、P2-70関西労災病院の中田氏からの3

演題はいずれも終末期における緩和手術の適応の問題が主題であった。これは実施者としての外科医を常に悩ませる問題でもあり、それぞれのケースで苦渋の選択をする場合が多い。その手術適応としてはこれまで種々報告されているが今回中島氏はPPS (Palliative Performance Status) やPPI (Palliative Prognostic Index) などの尺度を用い、これまで終末期に施行した手術患者にこれらをあてはめる事により、より客観的な手術選択基準を得る試みの発表であった。今後終末期において緩和手術を選択する際の指標の一つとして期待できる。一方ではこの種の検討の際には医療者側の視点だけではなく、術前の患者のself decisionがどの位置を占めていたか、また術後の患者(家族)の満足度調査などについても今後検討されたいと思う。P2-71岐阜市民病院の石黒氏は腫瘍による気管支狭窄(閉塞)に対する治療法、P2-72, P2-76の兵庫県立成人病センターの浜中氏は転移性骨病変の除痛に対する新しい治療法としてのセメント注入術やラジオ波焼灼療法について、P2-73斗南病院の住吉氏はPTEG(経皮経食道胃管挿入術)の終末期患者への応用に関する発表であった。これらはいずれも終末期患者のQOLを最期の時までいかに維持するかを考え、いろいろな分野での治療法を模索するものである。すなわちたとえ終末期に入っても場合によっては積極的な治療法を放棄する事なく症状緩和をめざす事は緩和医療の本質でもあり、今後も低侵襲でかつ有効なこれらの治療法のさらなる発展を願う次第である。医療器具の開発、技術の進歩によりますます終末期医療に対する考え方が時代とともに変化するであろう。このため我々は常に新しい知識・技術について本学会などを通じて学んでいく必要がある事があらためて感じさせられたセッションであった。

ポスターセッション

治療 2

司会・報告：市立秋田総合病院外科 橋爪 隆弘

P2-74 島根大学第一外科学教室では、消化器外科の緩和手術は平成13年以前が0であったのが、この2年間で19例。適応には、生命予後が3ヶ月以上予測されると考えられる症例。胃癌、大腸癌の症例で腹膜播種の症例は、結果が改善しない例が出てしまう。予後が1ヶ月と予測される場合、適応があるのではないかという意見が多いようでした。

P2-75 帝京大学における肺癌、食道癌や乳癌、甲状腺癌における気道閉塞に対するステントの発表。ステント挿入により全例の症状の緩和が見られた。ステントはcovered typeを基本的に使用している。ただし、カバーがない部位で腫瘍の増殖があり、再挿入をするケースがある。甲状腺癌による気道閉塞で、ステント挿入により3年生存している症例の提示があった。

P2-77 姫路医療センター呼吸器科では、80歳以上の肺癌症例を検討。Stage I~IIIa 期までは、胸腔鏡手術が基本。化学療法、放射線療法が加わる場合がある。IIIb、IV期はBSC。肺癌はここ数年で化学療法のregimenが変化しており、十分なICが必要である。80歳以上の症例では化学療法は単剤がいいのか併用がいいのかは、日本ではEBMがない。各施設で苦慮していると思われる。

P2-78 旭川医大の内視鏡的胆管ステントの発表。初期の減黄目的でtube stentを使用。基本的にはcovered stentを使用する。開存率も満足しえる。Stentの閉塞はありえる合併症で、再ステントが必要な場合もある。この手技は切除不可能膵臓癌による閉塞性黄疸の第一選択である。

P2-79 防府消化器病センター防府胃腸病院は、診断、治療から緩和医療、在宅ケアまで一貫して行っている。消化器癌の再発では、その時期により様々な病態が生じる。人工肛門造設などの外科的処置だけでなく、化学療法や腹水の濃縮還元を行った症例を呈示していた

総合して、外科的手術や内視鏡的治療などは、この治療は何が目的であるのか常に考えなくてはならないし、また化学療法の目的、標準治療、副作用対策、支持療法は、治療医には求められる。治療の結果をお互いに評価しあうことは、大事なことである。

ポスターセッション

ホスピス・緩和病棟 2

司会・報告：聖路加国際病院緩和ケア病棟（ホスピス）医長 林 章敏

今回担当した6演題中、3題が病棟短期退院症例に関するものであった。病棟短期退院症例が多くの病棟で問題になっていることが示唆された。

まず、短期退院症例に関する発表についてまとめる。福井県済世会病院緩和ケア病棟愛の家済世の土田氏らは、一週間以内退院症例について検討した。一週間以内退院症例は全症例の12.5%（19/152）で、うち18症例は死亡退院であった。短期退院の理由として、ぎりぎりまで在宅で過ごしたためが6例あったが、空床が無かったため4例、紹介が遅かったため3例など、今後の課題となるものも見られた。松山ベテル病院の中橋氏らは一週間以内死亡退院症例について検討した。一週間以内死亡退院症例は全症例の15%（17/113）であった。短期退院をほとんどの家族は穏やかに受け入れていたが、スタッフとして十分なケアを提供できなかったのではないかという思いが残る点が問題点として上げられた。総合病院南生協病院内科の長江氏は、二週間以内死亡退院症例について検討した。二週間以内死亡退院症例は、全症例の3.0%（5/164）であった。PS2以下の全身状態が比較的良好である患者に急変がみられており、急変の可能性を含めた説明を入院時に行うことが必要だとしている。

川崎市立川崎病院の千島氏らは一般病院からホスピスへ転院した患者に面談し、ホスピスに関する情報提供を患者自身の価値観等にあわせていくなど、情報提供の大切さを報告した。

和歌山県立医大緩和ケア部の月山氏らは大学病院が特定機能病院として治療優先になり、一般病棟での患者死亡数が減少し緩和ケア病棟での患者死亡数が増加していることが、医師の卒後教育に与える問題点について報告した。

総合病院南生協病院緩和ケア病棟の福島氏は、緩和ケア病棟通信に患者自身が原稿を書くことにより、患者が自分自身の存在意義を感じる事が出来たことを報告した。

ポスターセッション

調査・研究1

司会・報告：久留米大学病院緩和ケアセンター 福重 哲志

ポスターセッション「調査・研究1」の司会を担当した。広島赤十字・原爆病院呼吸器科大橋氏は同病院で肺癌で死亡した患者の実態についてレトロスペクティブに検討した結果を発表された。積極的治療から緩和的治療への移行の困難性、最終段階でせん妄などの精神症状を示す患者が多いなどの問題を明確にし、全人的治療を行ないうる緩和ケアチームの必要性を述べられた。順天堂大学医学部付属順天堂医院緩和ケアセンターの山口氏は同医院の医師に対して行なった緩和医療に関するアンケート調査の結果を考察して発表された。その結果、緩和医療に対する知識技術不足を認識している医師が多いこと、緩和ケア病棟の必要性は認めるものの利用患者は悪性腫瘍患者に限定すべきではない、緩和ケア病棟は末期がん患者に限らずいかなる病期でも苦痛症状を軽減する目的で使用されるべきである等の意見が多く認められた。大阪府済生会中津病院口腔外科 瀧田氏は口腔癌患者の診療を見学した歯科衛生士臨床実習生のレポートから知識として把握している緩和ケアにおける口腔ケアの重要性を実際の患者を見学するという体験で実感できたという報告がなされた。労働福祉事業団関西労災病院看護部の杉本氏は急性期病院での終末期医療に関する地域医療連携について述べられた。訪問看護部を中心として終末期医療に関するシステムを院内に構築することと地域の医療施設との連携で在宅療養も含めた継続した緩和ケアを行なっていることを報告された。国立病院大阪医療センター外科の竹野氏は、地域における緩和医療ネットワーク構築にさきがけ地域開業医に在宅医療に関するアンケート調査を行いその結果を発表された。病院に入院している時点からの在宅医との連携、退院後も病院・在宅医相互の連携継続の重要性が述べられた。岡山済生会総合病院緩和ケア科の石原氏は緩和ケア病棟における病理解剖の意義について述べられた。緩和ケア病棟で積極的に病理解剖を行うことは病態生理を深く理解し緩和ケアに役立たせることができると報告された。これに対して参加者から緩和ケア病棟での病理解剖の結果を全国的に調査することにより、例えば終末期における輸液量の問題を客観的に評価しうる研究ができるのではないかという意見が出された。

Journal Club

乳癌患者における外傷体験、心理的苦痛、PTSDについて

京都府立医科大学大学院精神機能病態学 河瀬 雅紀

Experience of Trauma, Distress, and Posttraumatic Stress Disorder Among Breast Cancer Patients

Palmer, Steven C. PhD, et al. Psychosom Med. 2004 Mar-Apr;66 (2) :258-64

DSM-IVでは、PTSDの診断として、実際にまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事、あるいは自身または他人の身体の保全に迫る危険を含む出来事への曝露（基準A1）と、強い恐怖、無力感、または戦慄を含む反応（基準A2）とを共に満たすことが必要で、癌の診断と治療もこれに含まれる。そこで外傷的出来事としての癌の特徴を理解するため

に、癌に関連したPTSDの広がり、および基準A2と心理的苦痛や精神障害との関連を調べた。【方法】115名の外来通院中乳がん患者に、SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV) を用いてPTSD、大うつ病 (MDD)、過去の大うつ病 (Past MDD)、全般性不安障害 (GAD) についての診断面接を行い、またHSCL-25 (Hopkins Symptom Checklist) を用いて心理的苦痛を、IES (Impact of Event Scale) を用いて心的外傷後ストレス症状の評価を行った。【結果】対象者は、80%がヨーロッパ系アメリカ人で平均年齢は55.6歳であった。対象者の41%が基準A2を、また対象者のわずか4%がPTSDと診断された。一方、対象者の9%がMDD、30%がPast MDDと診断され、基準A2を満たした者の17%がMDD、11%がGAD、39%がPast MDDと診断された。また、IESの高得点者の11%がPTSDと診断され、さらに14%がMDD、11%がGAD、48%がpast MDDと診断された。そして、対象者の29%がHSCLの得点が高く、それは基準A2を満たすことと関連していた。【考察】対象者の基準A2を満たす割合 (41%) は、他の外傷的出来事に暴露された集団 (女性) での割合の半分以下で、また一般集団の女性と比較しても、乳癌がPTSD発症において有意にリスクがあるとは言えなかった。但し、基準A2は乳癌患者の心理的苦痛の高まりと関連があると考えられる。さらにIESもPTSDの予測性に乏しかった。以上から、癌に対する強い陰性の情動反応は一般的だが、PTSDの罹患は低く、癌患者の体験を理解するために外傷と言う枠組みを使用することは正確ではないかもしれないことが示唆された。

Journal Club

Management of major depression in outpatients attending a cancer centre: a preliminary evaluation of a multicomponent cancer nurse-delivered intervention.

名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学 明智 龍男

Management of major depression in outpatients attending a cancer centre: a preliminary evaluation of a multicomponent cancer nurse-delivered intervention.

Sharpe M, et al. British Journal of Cancer 2004;90:310-313

【背景】

がん患者には高頻度で大うつ病が認められることが示されている。がん患者の大うつ病に対して、薬物療法および心理療法の有用性が示唆されているものの、実際には多くの患者がこれら適切な治療を受けていないことが知られている。そこで、我々は、がん専門看護師による介入 (cancer nurse-delivered intervention) を開発した。

【目的】

本研究では、通院中のがん患者を対象として、がん専門看護師による介入の実施可能性と有用性を予備的に検討した。

【対象と方法】

1999年9月から2000年9月の間に、エジンバラがんセンターの、乳がん、婦人科がん、膀胱がん、前立腺がん、精巣腫瘍、大腸がん外来において、スクリーニングを経て大うつ病と診断された患者を対象とした。なお、本スクリーニングの方法および結果は、British Journal of Cancer 2004;90:314-320に詳述されている。

研究デザインは、連続した2つのコホートを比較する非無作為化試験である。プライマリケア領域による類似の研究が

ら、サンプルサイズは、がん専門看護師による介入群28例、非介入群28例とした。

ベースライン評価：大うつ病の評価は、DSM-IVに基づく構造化面接（SCID）で行った（電話により施行された）。あわせて、Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) およびManchester Concerns Checklistも施行した。

評価項目：主要評価項目は、SCIDによる大うつ病の有病率とした。本評価面接は、患者の割付を盲検化された精神科医が行った。また、大うつ病の症状項目数、HADSおよびManchester Concerns Checklistも副次的な評価項目とした。

治療方法：非介入群に対しては、通常のケアとして、担当医（general practitionerおよび腫瘍専門医）と患者に大うつ病であることを伝え、general practitionerに対しては、普段通りに治療を行ってもらうよう依頼した。介入群に対しては、前述の通常のケアに加えて、がん専門看護師による介入（cancer nurse-delivered intervention）を併用した。がん専門看護師による介入としては、1. 大うつ病に対する教育的介入、2. 10回以内の問題解決技法のセッション（1回30分）、3. general practitionerと抗うつ薬投与について話し合うことの奨励、4. 大うつ病治療のコーディネーションとモニタリング、が行われた。がん専門看護師は、介入期間中、精神科医により週1回のスーパービジョンを受けた。がん専門看護師による介入は、週1回、病院あるいは在宅（電話を利用）にて行われた。

実施手順：対象者からは書面による同意を取得した。1999年から2000年の2月までは非介入群に割り付け、2000年3月から8月までは介入群に割り付けた。介入群と非介入群の対象患者は、性、年齢、がんの部位および活動性に関してマッチングした。各種の評価は、介入開始後から3ヶ月と6ヶ月の時点で行われた。

【結果】

研究の説明が行われた対象のうち、非介入群では37%（31/83）、介入群では53%（34/64）が研究への参加を拒否した。30例の非介入群の対象症例を介入群30例にマッチングした結果、両群の背景には有意差を認めなかった。主要評価項目については、3ヵ月後に28ペア、6ヵ月後に26ペアから有効なデータが得られた。

介入群においては、各患者において平均7.3回の問題解決技法のセッションが行われた。介入期間は2-16週であり、一人に費やされた平均時間は6時間であった。介入群では、90%の患者が抗うつ薬の投与を受け、53%が十分量の抗うつ薬を投与されていた。一方、非介入群においては、53%のみが抗うつ薬を投与されており、十分量の抗うつ薬投与を受けていたものは23%であった。治療転帰を比較すると、介入群において3ヵ月後と6ヵ月後の大うつ病の有病率、症状項目数、HADSスコアおよび3ヵ月後のconcernの数に有意に低下していた。

【考察】

今回の予備的検討の結果、がん専門看護師による介入の実施可能性および有用性が示唆された。

腫瘍専門医は、多くの大うつ病症例を見逃していることが知られているが、先行研究からは、単にスクリーニング結果をフィードバックするのみでは大うつ病の転帰は改善しないことが示されている。従って、大うつ病の早期発見に加えて、何らかの治療的介入を提供する必要がある。今回の研究は、がん専門看護師による介入により、がん患者の大うつ病を改善し得ることを示唆したはじめての報告である。

学会印象記

第8回多施設緩和ケア研究会

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

2004年4月25日、聖路加国際病院のトイスラーホールで第8回多施設緩和ケア研究会が開催された。シンポジウムのテーマは「チーム医療のあり方」で、6名の演者が発表された。

第1席の山王病院緩和ケア科医長の角田純一氏は、チーム医療のあり方について、緩和ケア病棟の立場から、と題して発表された。特にチームのあり方について、従来のようなヒエラルキー型のチームで良いのか、という問題提起がなされた。

第2席の聖路加国際病院緩和ケア病棟アシスタントナースマネジャーの小和田美由紀氏は、聖路加国際病院緩和ケア病棟におけるチーム医療、ナースの立場から、と題して発表された。チーム内の情報交換について、電子カルテ導入による文章表現的制限という弱点の指摘があり、また、独自のチェックシート開発によるチームカンファレンスの活性化という実践結果が報告された。

第3席の昭和大学病院緩和ケアセンター・がん看護専門看護師の梅田恵氏は、チーム医療における要件と患者へのメリット、と題して発表された。医師も看護師も新陳代謝の激しい大学病院の特殊性を踏まえて緩和ケアを推進する要件は、多職種による緩和チームのメンバーが、重複、繰り返しを厭わず均一な対応を行うこと、緩和ケア病棟を持たない大学病院での患者へのメリットは、地域との連携を確保しておくこと、と分析された。

第4席の北里大学病院精神科医師の嘉納明子氏は、北里大学病院緩和ケアチームにおける精神科医の役割、と題する発表の中で、御自身の経験の少なさを前提条件とされながら、精神科医の役割は事前に考えていたより少なく、特にスピリチュアルペインへの対応には、治療的経過を長く共にしてきたスタッフのほうが取り組み易い面がある、と示唆された。

第5席の聖路加国際病院薬剤部チーフの塩川満氏は、緩和ケアにおける薬剤師のかかわり、と題して発表された。緩和ケアでの薬物療法について、臨床薬剤師が、いわば番人の役割を果たすことを実現化した意欲的な取り組みであり、その裏づけとなるべく、薬剤師会も勉強会を開催するまでになっていることが報告された。

第6席の国立がんセンター中央病院ソーシャルワーカーの大松重宏氏は、緩和ケア施設移行へのチームアプローチ、と題して発表された。平均入院患者550人、平均在院16日、外来化学療法に重点が移行しつつあり、緩和ケア病棟を持たないという条件がある。その中で主治医と緩和ケアチームが円滑に業務を遂行してくための苦心がうかがわれた。

続いて日赤医療センター緩和ケア科部長の秋山修氏を座長に、緩和ケアチーム内の情報交換を主題とした総合討論が行われ、主治医と緩和ケアチームが旨く連携しあうことが重要、という認識に至った。最後に、代表世話人である国立がんセンター中央病院緩和医療科医長の下山直人氏が、患者さんのニーズに応えるためのチームカンファレンスであるはずで、逆に、そうでなければカンファレンス自体が意味をなさないと、指摘された。

終了予定時刻を30分も延長するほど盛会であったが、緩和ケアチームを構成する多職種の中で、リハビリについてはフロアから発言があったものの、臨床心理やチャプレン、ボランティアの声が聞こえなかったのが僅かな影を落としていた。

学会印象記

日本死の臨床研究会第11回関東支部大会

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

2004年6月5日、日本死の臨床研究会第11回関東支部大会（大会長：渡辺敏千葉県がんセンター緩和医療科部長）が、千葉ターミナルケア研究会の協賛を得て千葉市民会館において開催された。大会のテーマは「死の臨床における生命倫理」と「在宅での看取り」で、一般演題2題と事例検討2題、特別講演とシンポジウムが行われた。

第1席の千葉県がんセンターの安部能成氏は「生命リスクと患者本人の希望に逡巡した症例」について、死の臨床におけるリハビリテーションの取組みの中心課題が患者の主訴に応えることを踏まえながら、治療的活動と生命的危険の間に存在する生命倫理的課題を提起された。

第2席の岬訪問看護ステーションの新井君江氏は「家族が安心して看取れるための支援」として平均年齢を超えた高齢がん患者について、未告知のため鎮痛剤が不十分でも御本人の希望を尊重し、家族が自宅で看取れて良かったと満足感と達成感が得られる支援を行う、という観点から実践的報告をされた。

第3席の山王病院の角田純一氏は「終末期がん患者をどう支えるか」と題して、精神遅滞や言語的コミュニケーションに困難のある事例について、きめ細かい対応と共に自己決定の扱いを問題提起された。

第4席の、つくばセントラル病院の本田久美子氏は「生き続けることへの希望を失った患者のケアを考える」と題し、セデーションに至った患者の問題を取り上げられた。身体的症状、精神的状態は安定、とされていたが、フロアからは社会的問題、スピリチュアルペインへの対応に多くの質問が出された。

午後は、千葉県がんセンターでのヴォランティアにも参加されている女声合唱団ルーナ・ヴォーチェの心に響くスキヤット・コーラスから再開された。

特別講演において尚美学園大学の五十子敬子氏は「疼痛緩和医療をめぐって-生命倫理的視座からの考察-」と題する講演を行い、日欧米の現状について、安楽死の問題を絡めて法学的な考察を加えられた。

「在宅での看取り」をテーマにしたシンポジウムでは、医師、看護師、ソーシャルワーカー、市民団体代表（在宅を進める患者家族の会）、米国のホスピス研究者、という異なる立場から、多角的な問題検討がなされ、フロアからも多数の発言があった。司会者の大岩孝司（さくさ坂通り診療所）氏は、問題は多々あるが在宅も一つの選択肢であることが余りにも知られていない、ということが最大の問題点である、と総括された。

本大会は、地方会という位置づけながら午前10時から午後5時まで盛りだくさんのメニューが用意され、冷房の効いた会場は200余人の参加者の熱気にあふれていた。最後に次期大会は、埼玉県立がんセンターの岡部貞夫氏を会長に、2005年6月4日、大宮ソニックシティーにて開催の予定であることがアナウンスされて閉幕となった。

施設訪問記

カンボジア医療見聞録（パート I）

聖路加国際病院 岡田 美賀子

2003年3月と10月の2回、カンボジアのナースに痛みの教育をするため、各1週間現地を訪れました。短い滞在期間でしたが、現地の医療の現状を目の当たりにし、また現地の医療関係者と交流し、非常に多くの刺激と学びを得ました。

カンボジアを訪れるきっかけは、武田文和先生（埼玉医科大学客員教授）の「岡田さん、カンボジアに行ってみない？」の一言でした。武田先生は西太平洋地域のWHOコンサルタントで、1999年からはカンボジア保健省へ短期派遣されて、2002年には保健省主催の医師対象の研修「Cancer Pain Management」を担当し、医療用モルヒネやオキシコドンの導入計画にもご尽力されてきました。そして、2003年度はナースの教育を行おうということで、私にお声がかかったのです。

カンボジアでは、経済的には急速に豊かになってきていて、携帯電話がかなり普及していたり（一般電話を引くより安いということもある）、中級ホテル以上では衛星放送が見られる程ですが、町全体としてはまだまだ貧しく、日本の昭和30年代前半頃のようなようでした。医療の現状は非常に深刻で、ポルポト時代の虐殺で生き残った医師が49名のみだったため、医師不足、教育者不足が大きな問題となっています。看護師はといえば、3年間の看護教育が行われていますが、やはりあくまでも医師の補助としての役割が主体で、いわゆる「ケア」という発想はほとんどなく、日常生活の援助は患者さんのご家族と一緒に寝泊りして行っているようでした。カンボジア人は非常にホスピタリティにあふれた人々ですが、現地保健省の医師はこの「ケア」の発想がないことが問題であると話していました。

医療経済は特に深刻で、私達が見学を訪れたプノンペンの国立病院に国で初めてのテレコバルト照射機が導入されたばかりでした。CTは国に1台のみ。化学療法も国立病院でようやく日本の5年ぐらい前のプロトコールが受けられるようになったばかりといった状況で、もちろん治験といった形で極々わずかな人しかその恩恵にはあずかれません。いかに日本の医療体制が患者さん側にとっても、医療者側にとっても恵まれているかということをつくづく感じさせられました。（次号ではがんとペインマネジメントの現状について報告します。）

書評

スピリチュアルケア学序説

著者 窪寺俊之／三輪書店

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

本書は誠にタイムリーに、第9回日本緩和医療学会の開催に合わせたかのように出版された。周知の如く、日本のホスピス緩和ケアはキリスト教系の民間病院に居られたパイオニアの先生方の孤軍奮闘に始まり、今日の120を超える施設数、2400床という時代を迎えた。ところが、緩和ケアに携わる医師や看護師の拡大とは裏腹に、英語圏では人口に膾炙

されているカタカナ職種、すなわち、ソーシャルワーカー、チャプレン、リハビリテーションについては未だ見るべきものが少ない、というのが、正直なところであると思われる。なかんずく、日本語への翻訳以前に、概念的説明にも苦慮することの多かったスピリチュアリティーに関連した諸問題について、ホスピス緩和ケアにおける特色の一つである多職種に向けて、共通の議論の土俵を提供しようという意欲作が、我が国における第一人者である窪寺教授の手によって刊行されたことは極めて意義深いことである。なぜなら、まさに本書に、通奏低音のように流れていることであるが、スピリチュアリティー問題は、ひとりチャプレンの占有課題ではなく、ホスピス緩和ケアに携わる全ての人々にとって、避けて通れない問題だからである。当然、専従職員には固有の視座が存在するはずであるが、そのことを序説という形態を取って巧みに処理され、むしろ、全体から俯瞰することを試みられた窪寺教授の姿勢は、学問的のみならず臨床的に患者の傍に存在する人として、チャプレンとしての実績からにじみ出るものを感じた。本文中に散見される「ケア・プロヴァイダー」に自分が含まれるか否か、の判断は読者に任されている。一度、その認識に立てば、けっしてスピリチュアリティーは自分に無縁だったのではなく、たんに認識するセンス・感覚の問題に帰着することが容易に理解できる。そして、なぜスピリチュアリティーが痛みを伴う形で表面化することが多いのか、という臨床的問題にも学問的基盤を踏まえた上で解答を与えられていた。もちろん、本書は序説であるから、あらゆる設問に解答することは想定されていない。しかし、貴重な付属資料と丁寧な索引を持つ本書は、今後の我が国におけるホスピス緩和ケアの実践、特に緩和医療学の構築に努力されている全ての人々にとって必読書となることを疑わせない。(2004年6月刊、A4版135ページ、2,730円(税込))

書評

告知—外科医自ら実践した妻へのガン告知と末期医療

著者・訳者 熊沢健一／PHP 研究所 文庫

札幌社会保険総合病院外科 中島 信久

40歳を過ぎたばかりの妻が切除不能な「スキルス胃癌」に冒された時、夫である外科医はどう対処したのか。妻の余命を知り、幼い子供たちをかかえ、悲しみ、怒り、迷いに溢れた現実と直面することを余儀なくされる。告知に消極的な立場をとる、ある意味”よくいる”外科医が、こうした現実の中で、妻を安らかな死へ導くために、そして、子供たちと悔いの残らない別れをさせるために、全力を尽くして様々な葛藤を乗り越えていく。

「長く生きることが許されなくても、家族みんなで支え合い、ともに感謝し、ともに謝罪し、最後にはしっかりお別れをする。そうすることで幸せな死に近づくことができる、と私は確信しています」と語る著者の言葉に、愛する人への優しさ、人としての強さを感じる。

何のために「告知」をするのか。告知は決して最終手段でもなければ、治せないことへの「免罪符」でもなく、これを行うことでその後の医療やケアに対して、より大きな責任が生まれてくる。関わりのなるべく早い段階で真実を告げ、そして皆でその人の悩み、苦しみや不満と向き合い、思いを共有し、人生を語り合い、その人自身の存在を認めてあげることが、残された日々をその人らしく生き、納得のいくend of lifeを送ることにつながるであろう。

この本は、現在癌に罹患している人やその家族のため、あるいは病気とは縁遠いと思っている人たちへのdeath educationのための生きた教科書であるといえよう。さらに、現場の医療に携わる立場としては、癌患者さんの9割以上が一般病院でその最期を迎える現状を考えると、初療から再発そして終末期までの一連の経過に関わりを持ち続ける立場にある外科医を始めとしたいわゆる”癌治療医”に対して、治療の様々な過程において、患者さんやその家族の生き方を謙虚に見つめなおし、こうしたことの大切さを感じながら医療やケアにあたっていくきっかけになればと思う。

(2004年5月刊、275ページ、580円(税込))

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 (2004年4月～2004年6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、Journal of Clinical Oncology、Cancer、JAMA

聖隷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。

疼痛

Taylor RS、Taylor RJ、Buyten JV、Buchser E、North R、Bayliss S. The cost effectiveness of spinal cord stimulation in the treatment of pain: a systematic review of the literature. J Pain Symptom Manage. 2004; 27(4):370-378.

Wong GY、Schroeder DR、Carns PE、et al. Effect of neurolytic celiac plexus block on pain relief、quality of life、and survival in patients with unresectable pancreatic cancer. A randomized controlled trial. JAMA. 2004; 291(9):1092-1099.

検査

Heit HA、Gourlay DL. Urine drug testing in pain medicine. J Pain Symptom Manage. 2004; 27(3):260-267.

消化器症状

Hünerbein M. Endoscopic and surgical palliation of gastrointestinal tumors. Support Care Cancer. 2004; 12(4):155-160.

食思不振

Lopez AP、 Figuls MR、 Cuchi GU、 Berenstein EG、 Pasies BA. Systematic review of megestrol acetate in the treatment of anorexia-cachexia syndrome. *J Pain Symptom Manage.* 2004; 27(4):360-369.

代替医療

Soden K、 Vincent K、 Craske S、 Lucas C、 Ashley S. A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. *Palliat Med.* 2004; 18(2):87-92.

サイコオンコロジー

Elting LS、 Shih T-CT. The economic burden of supportive care of cancer patients. *Support Care Cancer.* 2004; 12(4):219-226.

コミュニケーション

Mystakidou K、 Parpa E、 Tsilika E、 Katsouda E、 Vlahos L. Cancer information disclosure in different cultural contexts. *Support Care Cancer.* 2004; 12(3):147-154.

Velikova G、 Booth L、 Smith AB、 et al. Measuring quality of life in routine oncology practice improves communication and patient well-being: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol.* 2004; 22(4):714-724.

システム

Ringdal GI、 Ringdal K、 Jordhøy MS、 Ahlner-Elmqvist M、 Jannert M、 Kaasa S. Health-related quality of life (HRQOL) in family members of cancer victims: results from a longitudinal intervention study in Norway and Sweden. *Palliat Med.* 2004; 18(2):108-120.

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

Morita T、 Hirai K、 Sakaguchi Y、 Tsuneto S、 Shima Y. Family-perceived distress about appetite loss and bronchial secretion in the terminal phase. *J Pain Symptom Manage.* 2004; 27(2):98-99.

Noguchi W、 Ohno T、 Morita S、 Aihara O、 Tsujii H、 Shimozuma K、 Matsushima E. Reliability and validity of the functional assessment of chronic illness therapy-spiritual (FACIT-Sp) for Japanese patients with cancer. *Support Care Cancer.* 2004; 12(4):240-245.