



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

日本緩和医療学会に求められるもの

国立がんセンター総長 垣添 忠生

第1回日本緩和医療学会は平成8年7月25日、26日の両日、札幌で開催された。柏木哲夫先生が会長で、約1,200名の参加をみた。

現在、わが国では年間に約50数万人～60万人の人ががんになっている（その実態が正確に把握されていない、つまりがん登録の精度が低いことはここでは触れない）。そのうち、大略50%の人は治り、50%の人が亡くなっている。この治療成績に大きな地域の差、治療機関格差があるのも問題だが、この問題にもここでは触れない。治る人々に対しては、できるだけQOLの高い治療が問われるようになり、医療現場ではある程度、その求めに応じることが可能となってきた。

問題は亡くなる50%の人である。平成15年度には約31万人が亡くなっている。厚生省がん研究助成金という制度がある。昭和52年から「がんの痛み」に関する研究が始まり、さらに「終末期医療の研究」に発展し、今日まで続いている。また、がん克服新10か年戦略の中でも、サイコオンコロジーやQOLの研究班がたてられた。こうした公的重視と軌を一にして、がん緩和医療の重要性を認識し、活動を始めていた先駆的な医師、看護師、技師その他様々な職種の人やボランティアもまき込み、上述した日本緩和医療学会が設立された。

年々、会員は増加し、その活動は活発になっていった。平成16年4月現在、会員数約2,500名となった。特徴的な点はその構成で、医師58%、看護師30%、その他12%と、他の医学会には見られないユニークなものだ。このことは、緩和医療が、患者さんを中心とし、その臨床に密着した学会であることを明瞭に示している。

来年、第10回総会は私が会長を務めさせていただく。平成17年6月30日～7月2日、日本サイコオンコロジー学会との合同学会総会として、パシフィコ横浜で開催する。日本緩和医療学会が緩和医療を必要とする患者さんを中心とした現場の医学、医療に根ざした活動という特徴を大切にしていきたい。国際的な協力も必要であるし、国内の他学会とも連携し、本学会はますます発展するだろう。組織としてどんなに大きくなっても、「がん患者さんのため」と、「学問のため」という縦系と横系の関係を維持することの大切さを改めて思い起したい。

特別講演1

死の臨床におけるスピリチュアルケアの意味と役割

演者： 関西学院大学神学部 窪寺 俊之

司会・報告： 千葉県がんセンター 長山 忠雄

WHOは1990年、スピリチュアルケアを重視したがんの緩和医療にかんする報告書を公にした。わが国においてはスピリチュアリティをどのように理解・認識するか戸惑いを感じていることもあり、臨床の場で具体的にどのように対処したらよいかは大きな課題である。今回、日本におけるこの領域の第一人者である窪寺俊之先生による特別講演が並木会長により企画されたことは、時機に適っている。

心・魂のケアは、主に臨床心理士により行われる精神的・心理的ケア、宗教家による宗教的ケア、およびスピリチュアルケアから構成される。スピリチュアルケアは、「あなたのそばにいつもいて一緒に苦しんでくれる人生共感者」によって行われる、との導入から講演は始まった。

次に先生が実際に関わった胃がん・肝転移のある36歳女性のケアの経緯を説明し、臨床の現場でのスピリチュアルケアの実際について分かりやすく説明された。

死の臨床で問題となるのは、1) 何故わたくしがこんな病気にならなければならないのか、2) 何故治らないのか（これらは医療者にとって納得できる回答はない）、3) 治らないなら早く死んでしまいたい（個人的で納得しなければならない問い）、4) 天国や地獄はあるのか（宗教的な問い）、5) 後悔・罪責感、であり、これらの事柄への対応マニュアルはなく医療者にとっては得意な分野である。このような答えのない得意な分野があることを医療者は認めなければならない。

スピリチュアリティは、WHOなどの専門委員会、緩和医療関係医師・看護師、精神科医師、神学者、哲学者、社会福祉士など、分野によってその捕らえ方が異なる。

スピリチュアリティは宗教がもつ拘束力・規制力はず、苦痛の意味や苦難の中での生きる生に意味を与え、哲学的・心理学的・宗教学的要因が重なり、主観的色彩をもっている。その2軸となっているものは、「生きる粹組み」と「わたしの意識」である。前者は、その人の生を支え安らぎを与える超越的なもの・聖なるものとの出会いであり、後者は、わたしの人生の意味・目的や生き甲斐をあたえるもので、内面的自己との出会いである。

自己を意識する際には、3つの関係がある。すなわち、1) わたしーわたし（病気・死に直面している自分）、2) わたしーあなた、3) わたしー超越者（神、仏、宇宙の生命、宇宙の法則など）である。スピリチュアリティは、(3)に最も関わるものであり、これへの援助の必要性を強調された。

この他に、死とスピリチュアルケア、スピリチュアリティと宗教、スピリチュアルケアの実際などについて話され、最後に、スピリチュアルケアとは、人生観の転換であり、人間らしさ・自分らしさの追及であり、さらに新しい生き方への出発の援助であると、講演を締め括られた。

第9回総会の開催と期を同じくして、窪寺先生ご執筆による著書「スピリチュアルケア学序説」が刊行された。窪寺先生の長年の研究成果が解り易い表現で書かれている。スピリチュアルケアに関する知識と理解を深め、より良い緩和医療を臨床の現場で提供するために、会員の皆様に是非一読されることをお勧めしたい。

特別講演2

緩和医療におけるNBMとEBM

演者：富山大学保健管理センター 齋藤 清二

司会・報告：宮崎県立延岡病院 小川 道雄

NBM (narrative-based medicine) が提唱される前から、緩和医療はNBMの手法を用いてきた、と私は考えている。近年EBM (evidence-based medicine) が金科玉条のごとく叫ばれ、EBMのないところに医療がないように非難されるのを、実は内心にがにがしく思っていた。今回齋藤清二先生の特別講演をきいて、EBMの見方が180度転換した。

わが国では（わが国だけではないかもしれないが）、EBMは誤解されてきた。それを齋藤先生は次のように明解に示された。エビデンスは臨床疫学的に得られた人間の集団についての一般的な情報であり、臨床実践において利用すべき役に立つ道具である。エビデンスは確率論的な情報しか与えてくれない。一方EBMについてはそれが方法論であること、EBMからは、多様なオプションが存在していること、絶対の正しい医療の方法論などは存在しないこと、あえてしない選択をすることにも正当性がある。このため選択の可能性が広がる、とまとめられた。

NBMはEBMの過剰な科学性を補完するものとして提唱された。全人的医療を提供するムーブメントの流れを汲み、学際的な専門領域（ことに人文系）との広範な交流を特徴とする。そして病を患者の人生という大きな物語の中で展開する一つの物語であるとみなし、患者を物語の語り手として尊重する一方で、医学的な疾患概念や治療法をあくまでも一つの医療者側の物語としてとらえる。治療とは両者の物語をすり合わせるなかから、新たな物語を創出していくプロセスであると考えてるのがNBMである、と齋藤先生は述べられた。

ではNBMでありつづけた緩和医療に、EBMをとり入れることが可能だろうか？EBMとNBMの統合は可能か、という問題について、齋藤先生はNBMを加えることによってEBMの体系化は完成するという考え方、あるいは異なる世界観をもつ患者と医療者の出会いの場においては共存可能という慎重な考え方を紹介された。

ただ緩和医療に関わるものにとっては、細やかな治療手段についてはエビデンスを利用しうるのだが、一人一人の患者の治療は、やはりこれまで通りNBMなのではないのか、EBMとNBMは車の両輪というよりも緩和医療というNBMの中に「EBMのデータを取り入れる余地もある」ととらえるべきではないか、というのが私の率直な感想だった。そう感じたのは私だけだったかもしれないが…。

教育講演2

呼吸症状のコントロール

演者：静岡県立静岡がんセンター緩和医療科 田中 桂子

司会・報告：国立病院機構西群馬病院 齋藤 龍生

静岡県立静岡がんセンター緩和医療科の田中桂子先生による「呼吸症状のコントロール」の教育講演では、がん患者の呼吸症状のうち代表的な「呼吸困難」を「呼吸時の不快な感覚」と定義し、そのコントロールについて、文献的エビ

デンスを紹介しながら、キーポイントが紹介された。2001年American Society of Clinical Oncology (ASCO) :がん症状マネジメントの効果的教育カリキュラムを中心に、呼吸困難緩和のアルゴリズムが提示された。まず原因となっている病態の治療(気道に挿入するステント挿入、胸水・心嚢水に対するドレナージ、肺炎に対する抗生剤、貧血に対する輸血など)を行い、その上で低酸素では酸素の投与、低酸素がなかったらモルヒネを選択すること、モルヒネが無効なら抗不安薬が推奨された。薬物療法としてはOxford Textbook of Palliative Medicineを参考に、酸素療法、モルヒネ、抗不安薬、ステロイドをあげ、可逆的・治療可能な病因の改善方法を紹介した。これらのうちでEBMが確立しているのは、モルヒネの全身投与のみであり、酸素投与はpositive dataとnegative dataを示し、抗不安薬についてはその効果の可能性を提示し、ステロイドについては有効の可能性はあるものEBMはないことが示された。非薬物療法として、肺理学療法(呼吸法の指導・体位の工夫・スクイーミング)、心理的サポート(リラクゼーション・アロマテラピー・十分な説明)、環境のセッティング(空気の流れ・低めの室温)の重要性が示された。どんな治療をどこまで行うかについて森田らの研究をもとに、1) 予後の見通し、2) 本人の希望、3) 治療のメリットとデメリットを重視することが推奨された。フロアからの質問では、モルヒネは疼痛に対する使用より少ない量で安全に使えるという表現は誤解を招くという指摘があり、あくまでも平均使用量のデータであり個別的には逆の場合もあることがコメントされた。またオピオイドの種類によって呼吸困難緩和効果の違いがあるかの質問に対しては、 μ 1受容体選択的なフェンタニールでは効果が低い可能性があるが系統的研究結果はないとのコメントがあった。

教育講演3

精神症状のコントロール

演者：東海大学湘南校舎保健管理センター 保坂 隆

司会・報告：京都府立医科大学大学院精神機能病態学 河瀬 雅紀

がん患者の3分の1には特別な心理的配慮が必要と言われ、この教育講演では、そのなかでも頻度の高いうつ病、適応障害、せん妄に焦点をあてて論じられた。まず、うつについては、「自分の患者に限って」と言う主治医の否認や、「がんだから仕方がない」という正常反応の拡大解釈などのため、うつが見逃されている恐れがあり注意を喚起された。うつ病の病態をシナプス間隙のセロトニンおよびノルアドレナリン濃度の低下から見ると、再取り込み阻害剤である三環系抗うつ薬(TCA)や選択的セロトニン再取り込み阻害剤(SSRI)、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤(SNRI)が治療薬として用いられる。そのなかでSNRIは、TCAで見られるヒスタミンやアセチルコリンなどの受容体遮断作用による副作用や、SSRIで見られるP-450の阻害・消化器系の副作用などを避けることが出来る。次に、適応障害は、心因反応の一種で、不安・抑うつ・混合した気分を伴うものなどのサブタイプがある。精神療法的アプローチが主な対応となり、危機介入、支持的精神療法、認知療法、問題解決技法、イメージ療法などさまざまな方法が用いられる。また、がん診療においては家族の役割も大きい。家族の患者的側面には支持的精神療法を、治療的側面にはスーパービジョンを行っていく。最後に、せん妄については、hyperactiveとhypoactiveの2型があり、特に後者は見逃されている可能性がある。せん妄は、早期発見・早期治療が原則である。DST(Delirium Screening Tool)は2~3分でせん妄のスクリーニングが出来、看護師らが用いるのに便利である。経過を追うにはDRS-R-98を用いる。治療では、環境

調整や身体状況の改善に加えて薬物療法が行われ、最近では、SDAなどの非定型抗精神病薬も用いられている。

さて、限られた短い時間ながら数多くの日常診療上のヒントを得ることができ、私たちにとって大変有意義な講演であった。

シンポジウム3

緩和ケアチームの現状と展望

司会： 国立がんセンター中央病院 下山 直人
北里大学 的場 元弘

すでに緩和ケアチーム検討会のメイリングリストにおいては数百通のメールが行き交っており、普段メールでは顔の見えない相手をお互いに確認することができる期待感も高まっている中で、その延長上でのシンポジウムがはじまった。

演者としては、チームのコアメンバー（緩和ケアチーム加算の中では）である緩和ケア医として北里大学の的場元弘氏、精神科医として国立がんセンター中央病院精神科（精神腫瘍）の中野智仁氏、緩和ケアナースとしては昭和大学の梅田恵氏、今後、コアメンバーとして参入が検討されるべき薬剤師として札幌医科大学の中田浩雅氏、国立がんセンター中央病院ソーシャルワーカーの大松氏、座長として国立がんセンター中央病院の下山、前述の的場氏がそれぞれの役割、チームの意義についてディスカッションを行った。今回は加算に関するテクニカルな問題についての論争はさけ、緩和ケアチームの本来あるべき姿の検討、それにおける問題点について検討された。それぞれの発表からは、早期からの全人的な緩和医療の実践における緩和ケアチームの存在意義に関しては異論のないことがうかがいしれた。しかし、実際の診療における緩和ケアチームのスタンスに関して、まず問題点が指摘された。痛み、症状緩和に関する薬剤の処方に関して、誰がイニシャチブをとるか、誰に責任があるか、という問題である。コンサルテーション型をとっていれば院内の他科依頼と同様に、依頼された科が持つとする意見と、主治医を中心としたコンサルテーションチームであり、処方権も主治医にあるとする意見があった。また後者では、依頼された科が処方をしないと主治医の痛み治療に対する熱意、技術を低下させてしまうとする意見も出た。このことは緩和ケアチームの関わりの程度にも大きく影響する問題であり、緩和医療の普及、教育の点でも今後検討され続けられるべき問題と思われた。また、この点は、主治医の専門領域、緩和ケア医の専門領域の違いによっても異なる問題であった。次にあげられたのは精神科の存在意義に関する不安であった。これは学会後のMLでも活発に議論されることとなった。チームでまだ多くの患者をみていないところでは精神科医をはじめチームメンバーが自分の役割を実感できていないことが伺われた。

緩和ケアチームナースの梅田氏は、講演の中で看護師が病棟を離れ、チームの中で看護師がイニシャチブとれる役割を提示した。しかし、これに対しては病棟を離れる不安、看護師がイニシャチブをとるという不安からの質問がみられた。薬剤師のチーム内での存在意義は、服薬指導を行って患者、医療者のオピオイドに対する偏見を取り除き貢献していることに異議はなかった。今後の課題としての外来化学療法患者に対する緩和ケアの不足に関する大松氏の発表は、日本の緩和医療における新しい問題を提起した。これに対しては一般病院からの医師のコメントもあり、一般病院、在

宅医療、ホスピスが作る三角形の連携に対する緩和ケアチームの関わりが今後もっと検討されるべきと思われた。

ランチョンセミナー1

オキシコンチン[®]錠：がん性疼痛管理の夜明け

演者：大分大学医学部 麻酔科学教室 服部 政治

司会・報告：京都府立医科大学 麻酔科 ペインクリニック 細川 豊史

オキシコンチン[®]錠はがん性疼痛管理に使用するオピオイドであるオキシドンの徐放剤である。本邦では、2003年から使用可能となっているが、米国ではすでに1996年からがん性疼痛、慢性疼痛治療に使用されている。このセミナーはモルヒネに比し、使用が簡単容易とされるオキシコンチン[®]錠の実際の使用法とその利点について、この臨床分野での第一人者である服部政治氏から詳述していただくことを目的に開催された。以下要点であるが、オキシコンチン[®]錠の一般特性は、

1) Bioavailability が高い 2) 速放、徐放の二相性の放出機構を持つ 3) モルヒネ製剤に比べ、副作用が軽い 4) 年齢による用量調節の必要性が低い 5) 12時間安定した効果が持続する

また、本邦でさらに使用しやすい理由は、

1) MSコンチンより安価である 2) 「モルヒネ」という言葉に内在する医療者・患者両者の持つ先入観がない 3) 5mg という少用量の製剤がある 4) 効果発現が早く、除痛への導入が容易である

長きに亘り、本邦ではさまざまな剤型のモルヒネ投与が中心のがん性疼痛治療であった。もちろんその普及による効果は広く認められているが、モルヒネ単独では副作用発現時など使用を中止せざる場合も臨床現場では多く認められた。このオキシコンチン[®]錠とフェンタニル貼付剤の登場により、いわゆるオピオイドローテーションに有効に使用できる薬剤が臨床使用できることとなり、今後さらに本邦において高質のがん性疼痛管理が普及することが期待できる。米国ではオキシドロンとアセトアミノフェンの合剤が抜歯後痛や小手術後の痛みなどに長く使用されていたために知名度が高かったこともあり、発売後約10年でその年間使用量は現在すでにMSコンチンも含めたがん性疼痛治療全般に使用する各種モルヒネ製剤の総量を凌駕するほどになっている。服部氏の可愛い三つ子ちゃんも二度に亘り登場した洗練された動きの早い豊富なスライドを用いての解説で、多くの参加者に大好評のセミナーであった。

ランチョンセミナー2

麻薬を用いたがんの痛み治療における患者指導のポイント

演者：静岡県立静岡がんセンター薬剤部 篠 道弘

司会・報告：国立がんセンター中央病院 平賀 一陽

最初に三十三間堂の観音様のスライドが映写されて、同じ様に見える観音様が一体一体全部異なるものであるが、私達にはそれらの違いがすぐには分からないと解説した。最近、多くのオピオイド製剤が市販されてきたが、それらの特徴を全て学ぼうとすると、同じように混乱する可能性があるので、歴史が一番古いモルヒネを基準の薬として使いこなすことが大切である。具体的には、自動車教習所で習うのと同じように「痛みのマスターコース」を考え、使用方法についてはステップバイステップでマスターすることを提案した。

第1段階として、(1)モルヒネに対する誤解や不安の解消(増量により鎮痛効果も増強、投与量の幅が大きい、投与中止が可能、依存症となる心配は不要)と(2)適切な副作用対策(下剤の調節方法、制吐剤の予防的使用、機序別モルヒネによる悪心・嘔吐対策など)をあげ、詳細に解説した。

第2段階として、(1)至適投与量への増量、(2)増量への抵抗感を除去(文献で得た知識、経験した実例、海外で使用される薬剤)について解説した。

第3段階として、(1)rescue doseの用法・用量、(2)基本投与量への反映について自験例を交えて詳細に解説した。同時に患者さんへの説明のツールの紹介も行った。

最後に、(1)副作用対策の工夫、(2)rescue doseの設定、(3)適切な剤型の選択、(4)投与経路・成分変更時の換算や変更のタイミングについても言及した。

演者が10年以上がん専門病院に勤務してきて、がん疼痛治療に関する知識と実践のスキルをどのように修得してきたかの過程が患者指導のポイントであると述べ、豊富な体験からモルヒネ投与時の服薬指導について分かり易く解説したので、参加者から好評であり、講演終了後もロビーで多くの質疑が行われていた。

スライド原稿付きの講演録は、大日本製薬のホームページに掲載される予定である。

ポスターセッション

緩和ケアチーム2

司会・報告：島根大学医学部附属病院 緩和ケアセンター 新田 美鈴

当セッションでは、「緩和ケアチーム」の活動報告4演題・ナースの役割開発1演題・介入効果1演題の計6演題の発表があり、活発な質疑応答が行われた。

P1-7：緩和ケア対策委員会が、週1回の回診、勉強会の開催、麻薬使用マニュアルなどの作成を行っているとの報告があった。スタッフの兼務での活動の限界、病棟スタッフとの役割分担などについて同じ問題を持つ施設も多く、活発な議論がなされた。

P1-8：ターミナルケア研究会発足前後で麻薬使用量の大きな変化はみられていなかったが、疼痛緩和におけるレスキューの意義が浸透し速放性モルヒネ製剤の使用が増加したことが示された。加えて薬剤指導の充実などについても報告された。

P1-9：フォーカスグループの結果から緩和ケアチームにおけるナースの役割開発の方向性について考察された。方向性や役割・機能を確立するための基盤として、緩和ケアの実践としての専門性を高め、スタッフ間のコミュニケーションが重要であると報告された。他職種においても同様な研究がなされることを期待する。

P1-10：東大緩和ケアチームがデータ・ベースとして使用しているSTASを集計し、疼痛・症状・distressのコントロールについて分析した介入効果が評価された。疼痛・症状コントロールについては役割を果たしているが、患者・家族・医療スタッフのdistressの改善には効果が確認できなかったと報告された。今後のチームのあり方を考えさせられる報告であった。

P1-11：緩和ケアチームによる漢方薬使用のマニュアル化、東洋医学科との連携などによる適切な漢方使用の促進が患者のメリットとなり、今後は有効性と安全性の立証が課題であると報告され、今後の広がりが期待された。

P1-12：緩和ケア研究会が「疼痛治療マニュアル」と「ペインチャート」の浸透活動を行っており、月1回の症例検討を通してチーム活動を推進している。リハビリテーション科との連携により患者を支えた症例が報告され、加算を取らない形でのチーム活動での院内連携の努力がうかがわれた。

一般病棟での緩和ケアの普及と推進には緩和ケアチームの広がりや質の向上が必須であり、今後のさらなる研究と発展が期待される。

ポスターセッション

鎮痛1

司会・報告：兵庫医科大学 麻酔科学 村川 和重

鎮痛1のセッションでの発表はすべてフェンタニルパッチに関するものであり、がん疼痛治療の中での位置付けを中心に語られた。緩和医療の中での疼痛治療の重要性を反映してか、涼しい札幌を期待していた参加者にとっては予想外の厳しい暑さそのままに、セッション会場では熱い議論の渦ができ、予定された時間はあっという間に過ぎて行った。

P1-13では、モルヒネ使用の早期からフェンタニルパッチに切り替え、良好な鎮痛効果が得られ、低用量のモルヒネからの切り替えは容易であり、経口摂取不能例には良い適応との結論であった。P1-14では、モルヒネ投与でみられたせん妄症例に対し、フェンタニルパッチに切り替えることにより、せん妄が消失した経験が報告され、せん妄については様々な要因が関与しており、原因の究明が適切に対応するには重要との議論であった。P1-15では、疼痛管理とともにその他の症状コントロールとして、呼吸困難感、前胸部違和感、鎮静困難などの症状がオキシドロンやフェンタニルパッチによりコントロールできた経験が報告され、様々な症状の背景に痛みが潜在している可能性についての論議があった。P1-16では、人工透析患者の疼痛に対してフェンタニルパッチの使用により、良好な鎮痛効果が得られた経験が報告され、透析患者に対するオピオイドの使用に関する議論があった。P1-17では、Pain Management Teamによる活動報告として、フェンタニルパッチの低用量での片面貼付、複数枚数のパッチを24時間ずらして貼付する工夫などとともに、血中フェンタニル濃度の測定結果などが報告され、疼痛コントロールへの医療チームの有用性について議論された。P1-18では、経口モルヒネからフェンタニルパッチに切り替える際、最も重要である換算比についての多施設での症例の調査から迅速な切り替えのためには70：1が適切との報告であり、安全性を重視した150：1の換算比との認識の違いなどについて、様々な経験からの議論がなされた。

このセッションでの発表はすべて経験症例を下にしたものであり、フロアからも参加者の経験による様々な意見が寄せられ、議論は大いに白熱したが、一部には限られた自らの経験に固執する傾向もあり、緩和医療の質を向上させるた

めには、経験を有効に積み上げていくことが必要であり、他施設での経験に対しても柔軟に受け入れる姿勢が重要との印象を強くした。

ポスターセッション

鎮痛3

司会・報告：東札幌病院麻酔科 渡辺 昭彦

このセッションでは、麻薬性鎮痛薬に関連する6つの演題が発表された。

P1-25木村氏は、外来通院中にオピオイド投与が開始されたがん性疼痛患者を対象に、前向き調査の結果を報告した。一施設での結果であり、評価は難しいと感じられたが、早期疼痛緩和のためには、疼痛アセスメントや患者に対する情報提供など迅速な対応が求められることを再度強調されていた。

P1-26とP1-27は一般病棟と緩和ケア病棟でのがん疼痛治療に関する演題であった。細井氏は、ホスピス病棟経験者の演者が一般病棟へ移ってからは、NSAIDsや鎮痛補助薬などの併用薬剤が増加したが、モルヒネ使用量は大幅に減少し、疼痛緩和率も改善していると報告した。特に細井氏は、WHO3段階除痛法での第2・第3段階では、NSAIDsの併用を基本的に考えると強調されていた。また、角田氏は、自緩和ケア病棟では、入院後のローテーションも含めて、フェンタニルの使用が多いことを報告し、その有用性を強調した。フェンタニル、モルヒネ、オキシコドン[®]間の変更に関しては、今後の検討課題とされていた。

P1-28とP1-30は、麻薬性鎮痛薬の使用動向をまとめた報告であった。木下氏は、内服困難の発現が予想される症例では、当初から貼付剤を使用するように工夫していると話されていた。また、後藤氏は、薬剤選択の幅が広がった現在、緩和ケアチーム、麻酔科、薬剤部の連携と情報提供の重要性を強調されていた。会場からは、実際の使用動向を最も正確に反映する指標として、何か良いものはないのかとの質問も出ていた。

P1-29小磯氏は、フェンタニルパッチとオキシコドン間のローテーションについて報告した。変換比は、フェンタニルパッチ10cm²あたり経口モルヒネ60mg、モルヒネ：オキシコドン=3：2を目安に変更可能としていた。今後、学会として多施設での症例をまとめ、変換比のガイドラインが示されていくことが望まれる。

ポスターセッション

精神2

司会・報告：広島大学大学院保健学研究科 岡村 仁

本セッションは主として精神的ケアに関する演題で構成されており、筆者は以下に紹介する5題の司会を担当した。

「終末期がん患者のスピリチュアルケアの具体的介入方法に関する一考察」（尾立和美、他）：看護記録から終末期

がん患者のスピリチュアリティに関する言葉を抽出することで、援助プロセスを明らかにし、実践的な介入方法へつなげていこうという報告であった。本研究結果の実践への応用と、その有用性に関する今後の報告が期待される。

「がん患者のSpiritualityとフランクルの実存分析（ロゴセラピー）の可能性-FACIT-Sp・PIL test・WHO-SUBIの関連」（野口 海、他）：他の尺度との関連を通して、FACIT-Spがスピリチュアルケアの評価尺度として有用であることを示した報告であった。測定の難しいスピリチュアルケアの評価に取り組んだ研究であり、本尺度の実践への応用が期待される。

「対麻痺障害に関する緩和医療的リハビリテーション・アプローチ」（安部能成、他）：がん患者の対麻痺に対するリハビリテーション・アプローチの、特に精神面に対する有用性とその重要性を示した報告であった。本結果を参考に、各施設が積極的にがん患者のリハビリテーションに取り組んでいくことを期待したい。

「終末期にある患者の自律を支えるケア-自律：自身のたてた規範に従って行動すること-」（小尾加奈、他）：症例を通じて終末期がん患者の自律について検討し、自律を支えるケアを考察した報告であった。これまであまり取り上げられてこなかった「自律」という概念に着目したものであり、今後も同様の観点からの症例の蓄積を期待したい。

「末期癌患者のイメージ療法の効果」（渋谷節子、他）：症例検討と患者へのアンケート調査の結果から、終末期癌患者に対する心理的支援としてのイメージ療法の有効性を示した報告であった。症例の蓄積と多施設研究による、本法の有用性に関するさらなる報告が期待される。

以上、各施設において精神的ケアに関する積極的な評価や試みが行われていることが示され、本領域における今後のますますの発展が期待される興味深いセッションであった。

ポスターセッション

代替医療1

司会・報告：ピースハウス病院 西立野 研二

このセッションには近年脚光を浴びている代替・補完療法のうちアロマセラピー、および漢方薬、音楽療法に関する発表がそれぞれ2題ずつ割り振られた。

最初の2題とも水俣市立総合医療センター外科の谷川富夫氏らによるアロマセラピーに関する発表であった。まず、アロマセラピーの効果を聞き取り調査と電流知覚閾値とで客観的に評価しようとしたものであるが、対象の属性がやや不明瞭である。心身症と癌性疼痛とを分けて評価すべきであろう。次は一例報告で、アロマセラピーで悪臭を伴う組織破壊・感染に対処できた例と、治療抵抗性の癌術後疼痛に磁気・電気刺激療法が有用であったという例とを、併せた発表であった。多くの興味深い事柄を伝えたい発表者の意気込みはよく理解できたが、やはり一つずつ伝えるほうがよいと考える。

漢方薬に関する発表は、どちらも一例報告であった。麻生飯塚病院外科の脇山茂樹氏らによる報告は、直腸癌術後骨盤内再発によるオピオイド抵抗性の頑固な臀部痛、下肢痛に「烏頭湯」という一般には聞きなれない処方があることが有効であったというものであった。エキス剤にはない処方で、独自に調合し、煎じる作業が必要である。帝京大学医学部付属市原病院麻酔科の中平千恵氏らによる報告は、乳癌腰仙椎転移に伴う下肢神経因性疼痛に一般的に入手可能な漢方エキス剤

「桂枝加朮附湯」が有効であったというものであった。いずれの例も通常の対処法ではマネジメントの難しい痛みであり、それに対する有効な方法があるかもしれないことを示唆しており、興味深い。

音楽療法に関する発表は、音楽が心身の様々な苦痛の軽減に役立つことを客観的な指標で示そうとしたものであった。松枝市立病院の西紫氏らは、唱歌や演歌、歌謡曲など患者の好む曲をオートハープで伴奏しながら歌うことにより、全身的な苦痛のある患者が動かないと思われていた手を動かすようになったことや、呼吸困難のある患者のSpO₂値が明らかに上昇したことなどを報告した。筑波大学医療専門学群看護医療科学類の高橋多喜子氏らは、やはり患者の好きな曲を聞かせるという音楽療法で手術前後の不安軽減、疼痛緩和が得られることをコルチゾール、血圧、不安尺度、痛みVASの変化で確認したものであった。音楽療法の効能に関するさらなる確認研究に期待したい。

ポスターセッション

教育1

司会・報告：東京大学大学院医学系研究科 河 正子

6題の演題中4題（P1-85～88）は多職種緩和ケア教育カリキュラム(卒前教育)の現状を全国レベルで調査したものであった。演題それぞれでの調査対象職種は「臨床心理士」、「薬剤師」、「理学療法士・作業療法士」、「看護師」であった。質問紙調査対象教育施設からの回収率は「薬剤師」の場合を除いては50%に満たなかったものの、わが国の現状を把握する手がかりを与える貴重な調査であったといえよう。発表では、緩和ケア教育内容に該当する授業はある程度行われており、緩和ケア教育の必要があるとの回答割合は高く、80%に近い回答を示した職種もあったということである。しかし、緩和ケアという独立した科目による系統的なカリキュラムが組まれていないこと、職種によってはカリキュラム構造からくる課題などがあることが明らかにされた。誰がどのように教育していくのかを含めて、今後取り組むべき課題の大きさを認識させられる結果であった。

P1-89は終末期ケアに携わる一般病棟看護師と緩和ケア病棟看護師への質問紙調査結果でそれぞれのストレスの実態を示しつつ、緩和ケア教育プログラムの方向を考察しようとする演題であった。

P1-90は終末期看護実習を行う学生に、「死に対するイメージ」に関する質問紙調査を実施し、実習前後で死に対して肯定的なイメージをもつよう変化が認められたことを報告する演題であった。

緩和ケア領域では、いくつかの先駆的施設で院内教育カリキュラムが整備されつつあり、また看護職が専門看護師、認定看護師教育カリキュラムを発展させている。今後はこれらの内容をさらに充実させつつ、多施設間、多職種間での理解を可能にする教育、臨床につながる基礎教育を作り上げていく必要がある。そのためにどのような研究がなされるべきかも学会内で議論する必要があるだろう。このセッションの6演題もその契機となるよう、論文化をしていただきたいと願うものである。

ポスターセッション

体制2

司会・報告：宇部興産中央病院 篠崎 文彦

筆者が担当したのはP1-103からP1-108までの6題であった。ここでは主に緩和医療について各病院での取り組み及びがんに対する相談や緩和医療における医療事故防止対策について報告があった。

仙台市立病院の小松らは院内に緩和医療を考える会を設置し医師や看護師のみならず殆ど職種の人達が参加しがんの他、小児の脳死、痴呆やALS、骨髄バンクなどにもついては対象とし症例検討を行っていた。この中では遺族のほか、心理療法士、チャプレン、ソーシャルワーカー、哲学者もまじえて検討を行っており、医学的側面だけではなくより全人的な視野から学ぶことができたと報告した。

奈良県立医大山崎らは、肝細胞癌で死亡した患者に対し、デス・カンファレンスについての検討であった。報告では、今まで認識し得なかった課題やスタッフ間の知られていなかったことが明らかにされ、多くの成果が得られたことが明らかにされた。

厚生連高岡病院の高瀬らは疼痛緩和マニュアル作りとスタッフ教育-緩和医療体制の充実に向けて-と題して報告した。緩和ケア病棟の設置を進めるため院内の緩和医療委員会をたちあげ院内勉強会で講義した内容をPower Pointのノート方式でまとめ、それでマニュアルを作製し活用していた。マニュアルの主要部分は薬剤の具体的な使用方法、使用順序について記載されていた。

大阪中津済生会病院の京本らは癌・終末期医療と医療事故防止-全病院規模での取り組みの必要性と題して終末期・緩和医療のあり方の特徴のなかで3年間のインシデント・レポートを分類し報告した。このなかでやはり「転倒・転落」の頻度が圧倒的に多いことを明らかにした。

横浜旭中央総合病院の伊奈は、乳がん相談室の実際について報告した。相談の内容はがん告知や症状の説明によるものが主で、患者・家族の心理的不安を取り除くことを目的としている。相談者は患者・家族の情報を診療室から受け取り、看護過程の手法にそっていろいろと介入してゆき術後の後療法について、また再発や転移の不安、ボディイメージと自己概念などについて専門看護師としての関わりを述べた。

山口大学の谷田は『臨床倫理相談員（室）システム化の提案』と題し報告があった。現在緩和医療の倫理問題については患者本人・家族また医療者側も相談するところがなく、多くの悩みを抱えている。今後は第三者的に相談できるシステムの構築が必要であると述べ、必要な知識と技能を取得するための講座や人材の養成が重要な課題であると述べていた。

ポスターセッション

在宅医療1

司会・報告：東札幌病院 長谷川 美栄子

6月17日（木）に行われたポスターセッション「在宅医療1」では、進行・末期癌患者の在宅生活を支える取り組みや、地域に根ざした緩和医療の普及など6題の発表が行われた。そのうち、4題は肺がんの事例であった。

P1-109、横浜市立市民病院の国兼先生は、進行肺がん患者の在宅酸素療法（HOT）の適応について、以前の調査と比較すると今回の調査では限定された症例が対象になっており、施行期間も短くなっていることを報告した。呼吸困難に対する薬物療法も検討されている。

P1-110、国立川棚病院橋富先生は、終末期肺がん患者および家族の希望をかなえた一時帰宅の実践報告をした。在宅における医療器具の利用システムや、制度の活用について討議された。

P1-111、半田市立半田病院の小川先生は、病診連携を取りながら在宅終末期医療を実施し、その課題について具体的に示した。

P1-112、医療法人社団爽秋会岡部医院の玉井先生は、終末期がん患者の在宅ホスピスケアにおける介護上の課題をあげ、地域における支援体制の必要性を述べた。

P1-113、特定医療法人愛仁会太田総合病院の田中先生は、肺小細胞がん多発転移に伴う緩和困難な疼痛に対して、皮下埋込式硬膜外投与システムを用い、自己注入手技を習得後QOLの高い在宅生活が可能となった一例を報告し、興味深い内容であり、参加者からは多くの質疑応答がなされた。

P1-114、福島労災病院の蘆野先生は、在宅ホスピスケアに先駆的に取り組んできて、豊富な経験から「地域に根ざした緩和医療」の普及が必要不可欠であることを強調した。在宅ホスピスケアを支える医療者の育成、介護の支援制度、一般社会や行政への啓発活動について実例を示しながら言及した。

セッション全体として、参加者が多く、発表終了後も質疑応答があり、在宅医療に対する関心の高さがうかがわれた。

ポスターセッション

在宅医療2

司会・報告：在宅緩和ケア支援センター虹 中山 康子

今回の研究テーマからわが国の緩和医療の動向は地域ケアの視点で大きく動き始めていることが伝わってきた。国立国際医療センター有賀先生らは、緩和ケアコンサルテーションシステムの必要性を考察する目的で往診医を対象に郵送調査を行った。コンサルテーションシステムを有用とする医師は86%。しかし、往診医の症状緩和技術の自己評価と実施している疼痛緩和技術には関連がみられず、今回の研究から提案されるシステムは相談型ではなく、双方向のやり取りを可能にするシステムの研究が今後望まれると提案された。

在宅ケアネットワーク香川緩和医療分科会合田先生、高島先生らは、地域ケアシステムづくりを目指したニーズ調査をかかりつけ医と地域中核病院に実施し、続けて2題発表された。かかりつけ医の70%が在宅緩和医療に関する研修会やネットワークを求めており、機が熟している地域の様子が伝わってきた。また、地域中核病院側の調査でも94%の病院が在宅緩和医療に関心を持ち、80%以上の病院がネットワークづくりや中立の窓口設置を必要としていた。組織を超えて、地域の中でこのようなニーズ調査から取り組まれている実際を知り、在宅緩和ケアの活動形成の方法のひとつとして模範と捉えた。

秋田県厚生連平鹿訪問看護ステーション右谷先生らは1事例から、若年がん患者の在宅ホスピスケアについて振り返られ、福祉との連携が在宅生活の維持には不可欠であることを結ばれた。在宅ホスピスケアにおける家族アンケート結果を発表された訪問看護ステーションあきた菊地先生らは、医療者の相談機能が自宅で看取りを経験した家族の不安の軽減に役立っていたことなどを見出された。

今後の発表が、地域のコンサルテーションシステムやネットワーク、在宅でのチーム医療に関するものが増すことは、在宅緩和ケアの発展に向けて望まれることである。

ポスターセッション

緩和ケアチーム3

司会・報告：日本大学医学部麻酔科 白土 辰子

緩和ケアチーム診療加算を算定している4病院と、病棟単位の活動を開始した1病院から、計6題（2題は同一病院）の発表があった。

2002年の社会保険診療報酬改定をきっかけに、多くの病院が緩和ケアチームの立ち上げに関心を示しているため、活動の実態について質疑応答が活発に行われた。各病院とも緩和ケアチームに依頼した経験をもつ医療者は一様に有用性を認めているが、依頼内容の第一位は疼痛緩和であり、依然としてオピオイドの使用に不慣れな医師が多いことが伺われる。医師の緩和ケア理解を促進しないと、緩和ケアは全人的ケアであるという本来の意味があいまいなままに、チーム活動内容が症状緩和だけに限定されないかと危惧される。

日本で最初のホスピス病棟を有する病院から、一般病棟から移行した患者のケアに大幅な変更がなかったとの報告は、病院全体のケアの質向上と緩和ケアの質は密接に関連することを明示し、この点は全ての医療者が肝に銘じるべきである。その一方で、院内医療者の緩和ケアチーム理解に関するアンケートで、医師の回答率が50%に満たないことは意外であった。また急性期病院におけるベテラン腫瘍医の孤軍奮闘の働きでオピオイド使用量が驚異的に増加したとの発表は、診療報酬の経済的裏づけが病院首脳部の緩和ケアチーム形成意欲を促す証しとなることを実感した。

この勢いでいくと緩和ケアチームに依頼するケースが増えるにつれ、薬剤師の役割も認識されて、各病院の疼痛マネジメントのレベルは上がっていくであろう。しかし精神的ケアについてはどうであろうか？緩和ケアチームの届け出に精神科医が規定されているが、支援を求める医療者の期待の大きさに比して、協力できる緩和ケア専門の精神科医が少ないのが現状である。会場から発言されたがん専門病院の精神科医に質問が向けられ、このセッションは参加者の緩和ケアに向ける篤い思いに支えられて終了した。

ポスターセッション

緩和ケアチーム4

司会・報告：松江市立病院麻酔科 安部 睦美

このセッションでは様々な面から緩和ケアチームにおける成果、問題点、課題などの発表が行われた。

P2-7：緩和ケアチームを結成して、大学病院内での緩和ケアの普及を目指している発表であった。徐々に主治医からの依頼も増えており、緩和ケアの理解度が次第に高まってきているとのことであった。しかしマンパワーの不足、「緩和ケア＝ターミナルケア」との間違った理解に対する啓蒙活動が今後の課題となっている。

P2-8：緩和ケア病棟開設に先駆けて、緩和ケアチームを立ち上げ、テレビ電話や地域医療連携ネットワークを活用して在宅への移行、そして療養支援に特に力を入れて取り組んでおられた。それにより緩和ケアに携わる人的ネットワークも拡がりつつあるという緩和ケアチームの新たな役割を示された。

P2-9：緩和ケアチーム発足により、疼痛治療ガイドラインに沿った疼痛コントロールができるようになり、院内の疼痛コントロールのレベルアップにつながった。また薬剤師がチームに参加することにより、オピオイド鎮痛薬の使用状況の把握、適正使用にも貢献することができるというチーム医療の長所が浮き彫りになった発表であった。

P2-10：緩和ケアチームがかかわることにより、症状緩和に対する役割は大きく果たしていると考えられるが、投与方法のアドバイスを主治医が採用しなかったり、依頼後に患者が拒否したりなどの問題点が指摘され、医師への緩和医療の理解、さらにチームをどのように活用していくかとの課題の提起があった。

P2-11：ケアチームと病棟スタッフとの情報の共有を目的として緩和ケア評価表を作成することにより、問題となっていた情報交換不足が改善され、情報の共有ができるようになった。しかしさらなる患者-病棟-ケアチームの相互理解を深める必要性を見いだした発表であった。

P2-12：緩和ケアチーム結成後3年間の活動状況のまとめであった。疼痛関連の依頼が最も多く、チームの関与が良好に影響していたという内容であった。緩和ケアマニュアルも添えられており次第に緩和ケアチームが病院全体に理解されつつあることが感じられた。

緩和ケアチームは緩和ケアにおける新しい形態で、今後更なる発展が望まれるが、責任の所在、チームと病棟スタッフとの役割分担、医師の緩和ケアへの理解度の温度差、さらにチーム加算も条件が県によって異なるなど、今後への期待、課題を考えることのできる機会となった。

ポスターセッション

鎮痛5

司会・報告：奈良県立医科大学麻酔科学教室 古家 仁

本セッションは、オキシコドンに関する演題5題であった。第1席の「緩和医療におけるオキシコドンの役割」は、モルヒネからオキシコドンへのオピオイドローテーションに関する報告で、オキシコドン投与により鎮痛効果は変わらず

にモルヒネによるせんもうと嘔気の消失が認められ、オキシコドンの有効性を確認した報告であった。第2席の「がん性疼痛患者におけるオキシコドン製剤の体内薬物動態」は、オキシコドン徐方剤とオキシコドン・ヒドロコタルニン複方注射剤患者の投与後の血中濃度測定を行い、徐方剤では服用後2～3時間で最大血中濃度を呈した。また注射薬では、オキシコドン、ヒドロコタルニンのクリアランスが、それぞれ37.0 l/hr、87.8 l/hrで、ヒドロコタルニンがオキシコドンの約2倍のクリアランスを示した。第3席の「腎機能障害のある患者での塩酸オキシコドン徐方剤の使用についての検討」は、腎機能障害のある患者にオキシコドンを投与した場合の副作用について検討し、重篤な副作用が見られなかったと報告された。第4席の「東札幌病院でのオキシコドン徐放剤の使用状況と当院緩和ケア病棟での麻薬使用動向」は、同病院において用いられている麻薬製剤が、オキシコドンが使用可能となった結果どのように変化していたかをまとめ、オキシコドンがWH03段階除痛方式の第2段階から第3段階への橋渡しの位置づけで使用されていると報告した。第5席の「リン酸コデインから塩酸オキシコドン徐放錠への変更」は、WH03段階除痛方式第2段階のリン酸コデインから第3段階のモルヒネに進む前に、塩酸オキシコドン徐放錠へ変更する方法が、有用で、リン酸コデイン80-160 mg程度を一定期間内服している患者では、塩酸オキシコドン徐放錠10 mgへの変更で除痛が可能であった、としている。

以上のように塩酸オキシコドン徐放錠は副作用も少なく、また腎機能障害患者にも問題なく使用でき、WH03段階除痛方式の第2段階から第3段階への橋渡しの位置づけにあり、モルヒネ製剤に進む前に使用して良い薬剤である。

ポスターセッション

精神3

司会・報告：東京慈恵会医科大学臨床腫瘍部 井上 大輔

P2-24の助川明子氏は患者自身がDNR (do not resuscitate) の意思表示をした10例を検討した。患者本人にDNRを確認するのは難しい現状であるが、助川氏は「DNRの確認は、終末期に改まって確認するより、積極的治療中からの医療者と患者との意思疎通が重要で、今後は患者や家族が納得でき、患者の意志の変更が容易に反映できるような、DNRの同意書の作成が必要になる」と述べた。

P2-25の加藤しのぶ氏の発表では、適応障害に陥った、がん患者へのスタッフの精神的ケアを自省的に報告した。P2-26の景山久美子氏の発表はターミナル期にある患者が残された時間を家族と過ごすことを希望し、家族旅行中にホテルで死亡した症例であるが、患者・家族との強い信頼関係により家族からも感謝された症例である。

P2-27の石渡鈴子氏の発表はご子息の結婚式に参加したいという、患者と家族の人生最後の希望を叶えた症例で、「感情に流されず、冷静に可否を判断することが重要」と述べた。この症例については、フロアーより「イベントの前はスタッフ・家族が一致団結してサポートするが、大切なのはイベントの終わった後のフォローでは？」との質問があった。これに対し、事後も患者さんと結婚式の写真を見て楽しむなどスタッフ一丸となり継続してケアに当たったとの回答があった。

P2-28の荒井裕子氏の発表は緩和ケアチームと協力して患者の食事の改善を通じて、料理人としての患者さんの価値観を尊重した症例、P2-29の岡田理津子氏の発表は、在宅希望の患者をスタッフが毎日、自宅に訪問し、夫の介護に協力した症例である。

本セッションのほとんどの発表では、いずれも患者・家族への熱心なケアで患者のQOLを高めることができた。最近では、緩和ケアチームの活動内容もスタッフサポートから患者・家族の直接ケアに移りつつある。今後、チームが主治医以上にベッドサイドに頻繁に行くために、患者・家族との信頼関係が主治医と逆転せぬよう、スタッフ全員が協調してケアを行っていく配慮が必要になるであろう。

ポスターセッション

精神4

司会・報告：弘前大学医学部保健学科 皆川 智子

本セッションでは6演題の発表が行われた。P2-30吉崎らは院内の緩和ケア研究会活動の一環として行っている家族面接を取り上げ、心理的葛藤を抱えている家族に感情表出を促し、患者・家族間の感情交流が好転した一事例について報告した。P2-35堀場らは緩和ケアの充実を目的に、ターミナル期にある消化器病棟入院患者の家族28名を対象に面接を行い、家族の戸惑い・不安・希望などの心情を分析・報告した。P2-33林らは一般病棟における初めての試みとして死別家族の集まりを企画し、参加者8名が語った内容から、グリーフケアや遺族ケアのあり方に示唆を得たと報告した。P2-34阿部らは緩和ケア病棟において持続鎮静を行った患者の遺族を対象に質問紙調査を実施し、39名の回答内容から鎮静実施中の不安、悩みなどの家族の思いについて分析・報告した。ターミナル期にある患者にとって家族は重要な援助者であるが、一方で両者間の関係、死別の予期など家族は悩み、葛藤を抱えることが多い。緩和ケアは家族もその対象となることは、ケア提供者には周知のことである。しかしながら、日常の医療現場では、十分に家族ケアが行われているとは言い難い現実がある。さらに死別家族のサポートプログラムは、一般病棟においては皆無に等しい。上記4演題は家族ケアに関わる報告であり、今後さらに充実を期待したい領域である。P2-32南澤らはターミナルケアに関わる看護師の不安、看取り体験の満足等について一般病棟と緩和ケア病棟で比較・検討し報告した。両者間に際だった差がなかった結果について、その要因分析がさらに必要ではないかと考える。P2-31松添らは診断から手術、再発、看取りまでを体験した原発性肺癌患者10名の経過を手術後再発および再発後死亡までの期間、再発後の治療、治療中止から死亡までの期間について分析・検討した報告であった。結果は死亡から逆算した緩和医療への転換が平均67日、癌治療中止が平均20日であったが、癌治療継続が患者の精神的支えとなっていた一面もあり、癌治療と緩和医療の比重の推移における適切な判断根拠の必要性が示唆されたと考える。

本学会を通し、診断時から終末期に至るまで患者・家族のQOLを重視する緩和医療の概念が着実に根付きつつあることを実感しており、さらなる発展を願って止まない。

ポスターセッション

精神6

司会・報告：埼玉県立がんセンター緩和ケア科 余宮 きのみ

当セッションではがん患者の心理的問題に関する演題が2題、在宅移行に関する演題が1題、病状を伝えることに関する演題が3題発表された。臨床的な話題が多く、活発な質疑応答が交わされた。(1)石巻赤十字病院からは、乳がん再発に伴うストレスコーピングにおいて、初発時と同様の対処をとっている事例と、異なる対処をとっている事例が挙げられた。「初発時とは異なる対処をとっている事例では、がんや死についてオープンに話すことが出来る相手があった」という結果が印象的であった。(2)国立がんセンターからは、緩和ケア登録患者を対象に、希死念慮の関連要因と経時的变化についての研究結果が報告された。希死念慮は心理的苦痛が関連要因として重要であること、希死念慮の経時的变化は稀ではないことが示唆された。希死念慮と身体的要因に関連性が認められない今回の結果については、対象患者が研究参加が可能な身体状態であり、selection biasが否定できないということであった。(3)日鋼記念病院では、ホスピスに3ヶ月以上入院した患者は9.7%で、そのうちの半数は在宅を希望していながら、ほとんどは在宅移行できなかった。その要因を調査した結果、「本人の不安」、「家族の受け入れ意思なし」などであり、この結果を踏まえた初診時の対応が大切であると考えさせられた。(4)産業医科大学耳鼻科では、がん告知や余命告知に関する患者の意思調査(外来での予診表)を作成、活用した結果、多くの患者が真実を知ることを望んでおり、鎮静を含めた円滑な終末期医療の実践に結びついた。予診表には「家族が反対した場合にも告知を望みますか」といった内容の質問もあり、患者の視点に立つがん治療を行うための有用性が期待される。(5)自治医科大学付属大宮医療センターの心療内科医が、終末期患者へのリエゾン活動により円滑に病状を伝えた結果、患者の精神安定に繋がった事例が報告された。(6)君津中央病院からは、未告知の進行がんにおいて見られた不安、苛立ち、否認、依存など多くの問題が報告された。未だがん告知が行われない病院の課題は大きいと思われた。

ポスターセッション

リハビリテーション2

司会・報告：愛知医科大学リハビリテーション科 木村 伸也

今回は、医師、看護師、理学療法士、作業療法士など多様な職種から、障害の予防段階(演題「肺癌患者の呼吸リハビリテーション」)から終末期の対応までの幅広いテーマでの報告がされるなどリハビリテーションの演題数が増加したことに驚かされた。脳卒中や脊髄損傷と同様に末期がんなどの終末期患者に対するリハビリテーションの重要性が認知されつつあることを示したものといえよう。しかし発表内容と討論をふりかえると、まだリハビリテーション診断・評価や効果判定に、未熟な点や基本的なとらえ方の誤りがあり、課題も多いと感じられた。特に対象者の問題点をとらえる共通の概念的枠組、「生活機能と障害」の階層的構造に関する認識が欠如している点が大きな問題であろう。その例として、演題「終末期患者がリハビリテーションを導入することで得られる効果」において看護師が患者の歩行や移

動能力の改善はすべて筋力改善（筋力測定は行われていなかったにもかかわらず）によるものと誤って判断していた。演題「緩和医療における理学療法の役割について」「ホスピスにおけるリハビリテーションの実施内容」において理学療法が機能障害レベルのアプローチにとどまっていた、立ち上がりなどの訓練が患者の生活機能全般にとってどういう意味があるのかが十分検討されていなかった。先の例については、歩行能力の改善は必ずしも筋力改善だけに帰結するものではないこと、筋力が改善しないあるいは低下しても適切な補助具や環境の調整によって歩行能力は著しく改善するというリハビリテーション分野では一般的となっている「生活機能と障害」の階層的構造の理解にたつて分析が行われていれば意義深い研究になったと思われる。演題「我が国における緩和医療の普及と進歩に関する見解-緩和医療におけるリハビリテーションの動向」の討論では、施設基準による制約から緩和ケア病棟でのリハビリテーションの診療点数の請求ができないという制度的問題点と改善の必要性が指摘された。

ポスターセッション

鎮静1

司会・報告： 琉球大学医学部保健学科 砂川 洋子

本セッションは、5演題がすべて鎮静に関する現状調査ならびに実践に関する報告であった。

P2-59の渡辺氏の発表は、当該施設呼吸器科における末期患者19例に対するmidazolam投与について検討した内容であった。適応となった症状は、呼吸困難が最も多く、次いで不穏・興奮状態、全身倦怠感などであり、これらの症状緩和には鎮静は有効な方法であるが、その適応や投与量にはさらなる検討が必要であることが報告された。

P2-60の田嶋氏の発表は、大学病院緩和ケアチームが関わったケースの紹介であった。左上顎癌再発の症例に疼痛緩和と呼吸状態の軽減を目的に行ったハロペリドールとヒドロキシジンの持続点滴が有効であったことが紹介された。状態が悪化するにつれて、気管切開や完全な鎮静を拒否していた妻（家族）に対して、患者本人も含めての鎮静に対する意思決定のための事前説明やその後のサポートなどチームでの取り組みが重要であることが共通認識できた。

P2-61の白石氏の発表は、ホスピスケアチームでの関わりのなかで、鎮静の必要性が生じた患者に対して「鎮静導入シート」を用いた40例を分析評価した報告であった。調査では約半数に鎮静が実施され、その目的は倦怠感・せん妄が上位を占めており、使用薬剤はミダゾラムが9割と最も多く、実施期間は平均3.3日であった。鎮静導入時に患者の意思を確認できたのは約3割程度であったと紹介し、このことは今後の課題とされた。

P2-62の新城氏の発表は、緩和ケア病棟における終末期癌患者を対象とした持続的かつ深い鎮静の現状調査の報告であった。過去1年間の入院患者207名のうち持続的かつ深い鎮静が実施された症例数は14%であり、使用薬剤はサイレース、ドルミカムなどの持続静注が4割を占め、適応となった症状は呼吸困難感が約4割を占め最も多かった。鎮静の実施にあたって、患者家族の同意が得られたのは44%であったと紹介し、鎮静を導入する際の医療者のジレンマや困難感が伺えた。

P2-63の飯田氏の発表は、総合病院緩和ケア病棟における終末期肺癌患者49名の鎮静の現状調査の報告であった。終末期に鎮静を実施した症例は約3割であり、他の癌患者に比べ多いことが示された。鎮静の適応となる症状は呼吸困難が73%と最も多く、薬剤はミダゾラムが全例に使用され、鎮静の状況下で死亡されていることが報告された。

これら5題のすべての研究発表に関して共通することは、終末期癌患者が呈する呼吸困難や全身倦怠感、せん妄など患

者家族にとって耐え難い苦痛症状の緩和のために鎮静が適応となっており、実施にあたって医療者はあくまでも患者家族のQOL向上を目指すことをチームで共通認識し、倫理的配慮が充分になされるなかでのケアサポートが重要と考える。

ポスターセッション

疼痛・QOL評価1

司会・報告：愛知県がんセンター 緩和ケア部 篠田 雅幸

このセッションは患者のQOLの評価とケア自体の評価に関する演題が中心であった。演題P2-80で東海大学の奥山氏は、がん患者の症状評価法として米国で開発されたM. D. Anderson Symptom Inventory (MDASI) の日本語版の信頼性と妥当性を検討し、日米での比較によりMDASIが分化・宗教などの枠を超えた症状評価法となりうることを示した。国際的な研究での使用可能性が示唆されたという点で興味深い演題であった。演題P2-81の発表で北里大学の青山氏は、リンパ浮腫に対する独自のアセスメントシート作成とその臨床応用上の問題点について報告した。まだ開発途上の感があったが、リンパ浮腫はがん治療における切実な問題なので、多施設で使用できるシートに発展することを期待したい。演題P2-82で大阪大学の平井氏は、ホスピス緩和ケア病棟におけるケアの質を評価するための尺度を開発。その信頼性について検討した結果、尺度の構造妥当性と内的一貫性が確認されたと報告した。ホスピス緩和ケア病棟の増加にともない、新たにケアの施設間差が問題となりつつある。施設による較差がない安定したケアを提供するためには客観的にケアの質を評価するこの種の研究はますます重要となるであろう。先見性を高く評価したい。演題P2-83で久留米大学の成清氏は、緩和ケア用QOL調査書「ケア・ノート」を用いた調査を行い、ケアにおける患者の主観に基づくQOL評価の重要性を報告した。患者の要求把握はケアの出発点であり、普遍的な調査書の必要性が感じられた。演題P2-83で鳥取大学の太呂氏は、進行・末期がんで療養している患者にとって何が重要な事柄なのかを明らかにする質問表を作成し、それを用いた調査結果を報告した。関心事、価値観の多様性が示され、個人を重視した療養にはより踏み込んだ対患者関係の構築が不可欠と思われた。演題P-90で大阪府済生会中津病院の塚口氏は、癌性疼痛にプラセボが有効な症例のあることを報告した。

プラセボ効果をもたらす心理的側面からの分析を期待したい。

ポスターセッション

疼痛・QOL評価2

司会・報告：長崎大学 富安 志郎

疼痛・QOL評価2のセッションにおいてP2-84、85、87、88、89の5演題を担当させていただいた。

P2-84は進行がん患者の療養生活のQOLの向上に重要な要素を、米国のSteinhauserらの方法を基に調査を行った結果の報告であった。それによると概ね「信頼できる医療従事者の存在」あるいは「病状・治療の十分な説明」の重要性が示唆

されたが、病状が安定しているほどこの傾向が強かったことから、病状が安定していても患者の不安感は持続していることが推察された。

P2-85は基本的知識、基本的技術、基本的看護サポートから構成されている包括的アプローチ法であるPRO-SELFプログラムが外来通院中の癌性疼痛患者にとっても有効かどうかの検討をおこなったものであった。対象6症例すべてで効果が認められ、患者及び家族の症状マネジメントのセルフケア能力が高まったことから、プログラムの有効性が示唆されたと同時に、通院中の患者にはいつでも相談できる窓口としての看護師の存在が重要と考えられた。

P2-87は副作用の不安のためモルヒネの増量を希望しなかった2症例の面接逐語録を基にがん性疼痛治療の問題点を考察したものであった。オピオイドの使用や増量への躊躇や不安因子の分析は有効な疼痛治療において重要であることが示されていた。

P2-88、89は全病棟共通の疼痛評価表を作成し、その効果を考察したものであった。いずれもその施設の特色に合わせて工夫がなされており、痛みに関する情報が統一され、医療者間で痛みの共通認識が得られ、ディスカッションができるようになったとの見解であった。P2-88はベッドサイドに記録を置くことで患者が痛みの評価に参画できるようになった、という効果も認められていた。P2-89は評価表とそれ以外の記録の重複を避ける工夫も取り入れられており、いずれも学ぶべき点の多いものであった。

ポスターセッション

緩和医療活動・体制4

司会・報告： 済生会横浜市南部病院薬剤部 加賀谷 肇

緩和医療活動・体制4は、医師、歯科衛生士、薬剤師、栄養士からそれぞれのフィールドワークが発表された。P2-110：「セカンドオピニオン相談のあり方」では、複数の医師から構成されるセカンドオピニオン相談を実施している団体からの発表で、治療やギアチェンジなどについて相談を求める背景・相談内容について示され、一方、医療現場での実態との乖離について興味ある内容の報告であった。相談者へのフォローアップの必要性が訴えられた。P2-111：「歯科専門職がホスピスチームに加わることの重要性」では、がん末期患者のチーム医療に歯科専門職が加わることにより、患者の口腔環境が改善され、アフタ性口内炎・義歯性びらんなどは約90%の治癒率を示し、患者のQOL改善に貢献していた。P2-112：「薬剤師として疼痛管理を要する患者と入外一貫した関わりをもつことの意義-服薬指導を通して-」では、入院中の麻薬服用患者に、麻薬投薬管理表を用いて麻薬投薬管理指導を行い、外来や在宅に移行した場合にも、窓口や訪問看護に同行して服薬指導を行っている。患者から得られた情報を医療スタッフにフィードバックし、疼痛管理の問題や、副作用への対応についてチームとして情報を共有できるようになり、緩和医療の質の向上に寄与しているという報告であった。P2-113：「メトロニダゾール院内製剤を用いたがん性悪臭ケアと薬剤師の関わり」では、がん性悪臭対策として、薬剤師が製剤技術を駆使してメトロニダゾールの水溶液に3%カルボキシメチルセルロースNaを添加して噴霧剤を調製し、消臭効果が良好で患者の病床周囲の環境改善に大きく貢献した報告がなされた。P2-114：「緩和ケアチームにおける栄養部の取り組み-テララーメイド緩和食の試み-」では主治医から提出された症状緩和計画書に基づきテララーメイド型の食事の提供で患者家族の満足度は高まり、緩和医療におけるQOL向上に貢献されている報告であった。P2-115：「終末

期および化学療法施行患者への栄養士による食事介入」では、終末期患者において、癌性腹膜炎などによる嘔気・嘔吐、食欲不振にハーフ食、付加食を実施することで食事摂取の改善がみられ、化学療法施行患者ではハーフ食、主食の変更、付加食の実施で抗がん剤による食欲不振などの改善に効果があったとの報告であった。総括すると、活発な質疑・応答を通して緩和医療にはチーム医療が必須で、多くの専門職種の参画により確実に医療の質の向上が図られ、患者QOLの向上につながると実感させられた。

Journal Club

Drug therapy for delirium in terminally ill patients (Cochrane Review)

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

Drug therapy for delirium in terminally ill patients (Cochrane Review) Jackson KC, Lipman AG.

Drug therapy for delirium in terminally ill patients (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

【背景】

せん妄は進行がん患者に頻度の高い精神症状であり、終末期がん患者の75%以上にせん妄が認められたとの報告もある。せん妄に対する治療としては、背景に存在する要因への対処が重要であるが、薬物療法が併用されることも多い。せん妄に対する薬物療法としては、ハロペリドールを推奨する報告が多いが、終末期患者のせん妄に関する報告の大多数は症例報告や症例シリーズであり、そのエビデンスに関する系統的レビューは存在しない。

【目的】

本検討の目的は、終末期のせん妄に対する薬物療法に関して系統的レビューを行うことである。

【方法】

本レビューに含めた研究の選択基準：終末期患者のせん妄に対して、何らかの薬物療法を他の治療と比較した前向きと比較試験および無作為化比較試験。研究の対象者は終末期疾患に罹患した18歳以上の成人（終末期疾患の明確な定義は困難であるので、進行がんやAIDSなどの予後が限られた疾患に罹患した患者、ホスピスあるいは緩和ケアを受療中の患者、および終末期疾患に罹患した患者を対象とした研究を選択した）。せん妄に対する何らかの薬物療法を他の薬物療法あるいは非薬物療法と比較した研究。せん妄の評価法として、Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)、Delirium Rating Scale (DRS)などを使用しているもの。

文献検索：データベース（The Cochrane Pain, Palliative & Supportive Care Trials Register, The Cochrane Central Register of Controlled Trials in the Cochrane Library, Medline, Embase, Cinahl, Psychlit, Psychinfo）、総説論文の引用文献など。出版に関しての言語の限定は行わなかった。

レビューの方法：著者の一人が文献のタイトルと抄録からスクリーニングし、重要な論文に関しては全文を入手し、2人の著者が今回のレビューに含めるか否かを検討した。選択された論文は、Oxford Scaleを用いて方法の質が吟味された。治療の効果を評価するため、連続値データをRevMan 4.2を用いて解析した。

文献検索の結果、13論文が今回の検討の候補にあがったが、最終的には1報の論文のみが今回のレビューの対象になった。除外された12論文は、後方視的検討あるいは比較群をもたない研究であった。

今回の検討に含まれた研究 (Breitbart W, et al. Am J Psychiatry 1996) : せん妄が発現した30人の入院中のAIDS患者を対象に、3つの薬剤 (chlorpromazine, haloperidol, lorazepam) の有用性を検討した二重盲検試験。

【結果】

本研究からは、chlorpromazineとhaloperidolの双方が入院中のAIDS患者のせん妄に対して有効であることが示された。Lorazepamの投与は、有害事象のために研究途中で中止になった。一方、chlorpromazine投与群では、投与後改善したMini-Mental State Examinationのスコアが治療終了時には再度増悪しており、本薬剤の有する抗コリン作用のためである可能性が示唆された。最初の24時間に投与された薬剤の平均量は、chlorpromazine 50mg (SD 23.1, 範囲 10-70)、haloperidol 2.8mg (SD 2.4, 範囲 0.8-6.3)、lorazepam 3mg (SD 3.6, 範囲 0.5-10)であった。

【考察および結語】

緩和ケアを受けているせん妄を合併した患者に対する薬物療法のエビデンスは乏しいことが明らかになった。今回のレビューから、これら患者に対するhaloperidolとchlorpromazineの有用性が示唆された。しかし、chlorpromazineに関しては、経時的な使用において認知機能の障害が認められたため、haloperidolがより推奨されるのかもしれない。せん妄の治療は、重症度や予後 (日単位か週単位か月単位か) などによって異なるため今後の更なる研究が必要であろう。また、olanzapineやresperidoneなどの非定型抗精神病薬の検討も必要であろう。

Journal Club

米国における、最後にケアを受けた場の終末期ケアに対する家族の認識

東京大学成人看護学/ターミナルケア看護学 宮下 光令

Teno JM, Clarridge BR, Casey V, et al.

Family Perspectives on End-of-Life Care at the Last Place of Care. JAMA 2004; 291: 88-93.

Context

過去1世紀の間、ナーシングホームや病院が死を迎える場となることが増加してきた。しかし、施設における終末期ケアの適切性や質に関して、在宅死と比較した全国的な研究は行われていない。

Objective

米国における在宅と施設における死の経験を評価する。

Design, Setting, Participants.

2000年の米国における197万人の慢性疾患による死亡者から2段階確率的抽出して得た1,578人の故人の家族または他の故人を知る情報提供者を対象とした死亡追跡調査を行った。患者が少なくとも48時間以上を過ごした最後にケアを受けた場所における患者の経験を情報提供者に電話で尋ねた。

Main Outcome Measures

患者・家族を中心にした終末期ケアの評価項目として、医療者が（1）望ましい身体的な安楽や情緒的なサポートを死にゆく患者に提供したか、（2）意思決定の共有を助けたか、（3）死にゆく患者を敬意をもって扱ったか、（4）家族の情緒的なニーズに気を配ったか、（5）調整されたケアを提供したか。

Result

1,578人中1,059人（67.1%）が最後にケアを受けた場所が施設であった。519（32.9%）の在宅死のうち198人（38.2%）が在宅ケアサービスを受けておらず、65人（12.5%）が在宅ケアサービス、256（49.3%）が在宅ホスピスサービスを受けていた。痛みまたは呼吸困難をもつ患者のおよそ1/4が十分な処置を受けておらず、1/4が医師とのコミュニケーションに問題を訴えた。在宅ケア、ナーシングホーム、病院でケアを受けた人の1/3以上が患者に対する情緒的サポートを不十分としており、家族に対する情緒的サポートについても1つ以上の問題を訴えていた。在宅ホスピスでは家族に対する情緒的サポートの問題の訴えは1/5であった。ナーシングホームでは病院や在宅ホスピスに比べて患者が常に敬意を払って扱われていたという回答が少ない傾向にあった（それぞれ68.2%、79.6%、96.2%）。在宅ホスピスを受けていた家族は70.7%が全体的なケアの質を「非常によい」と評価したが、施設・在宅ケアサービスでは50%以下だった（ $P<0.001$ ）。

Conclusions

施設で死を迎えた人は症状緩和、医師とのコミュニケーション、情緒的サポート、敬意を払って扱われることに対する要求が満たされていないという回答が多かった。在宅ホスピスを受けた家族はより好ましい死の経験を報告する傾向にあった。

学会印象記

World Society of Pain Clinicians (WSPC) に参加して

国立がんセンター中央病院緩和ケア科 下山 直人

WSPCは、さる7月11-16日に東京の国際フォーラムで東京大学麻酔科の花岡教授の会長のもとで行われた。日本ペインクリニック学会（日本大学小川教授）、日本疼痛学会（佐賀医科大学十時教授）とのジョイントプログラムであり、全世界から著名なペインクリニシャンが集まった。がん性疼痛治療に関してはかなり力が入れられておりシンポジウムに加え9つのパネルディスカッションが組まれていた。もちろん神経ブロック、痛みの基礎に関するシンポジウム、特別講演なども組まれており、幅広い痛みの分野をカバーした学会であった。私は米国のNashvilleのVanderbilt universityのProf. Parrisと一緒にオピオイドローテーションの座長を担当するとともに、オピオイドローテーションのrationaleについてのフランスからの口演の後に日本でのオピオイドローテーションの現状について口演した。Dr. Parrisはがん性疼痛に対する神経ブロック、その他の治療に関してはいろいろな論文をだしており、学会前から緊張していたが、後述の宴会で事前になんか親しくなっていたため、終始円滑にディスカッションが行われた。米国での現状から、オキシコンチンに対する警鐘がなされたが、日本では適応ががん性疼痛に限っていること、薬物依存患者も米国とは異なる状況にあることを説明した。しかし、がんの手術後の慢性化していく可能性がある疼痛に対する使用は特に注意していく必要があることが伺われた。学会運営上では、東京フォーラムの構造上の特徴からいろいろ迷うところが多かったが、

つつがなく学会が終了した。私は今回の学会でのlocal committeeを仰せつかっており、主として招待外国人の夜の接待を担当した（こういうのが多いのです）。銀座の中で外国人が喜びそうなところということで、ブッシュ大統領もいったという居酒屋の姉妹店（親子丼がおいしい）でまず夕食を食べながら各国のがん性疼痛を含めた痛みの事情を語り合った。2次会はおさまりの（私は知らなかったのですが）カラオケ大会を企画するよう指示された。外国人（米国、イタリア、韓国、中国、など）は歌が好きであることがわかった。英語の歌が歌われるときにはみんなで合唱し、花岡教授の演歌の時にはみんなで聞き入った。夜中電車がなくなるまで盛況であり、最後は蛍に光の合唱、三本締めで宴会は終了した。日中の熱のこもった討論とはうってかわって、ペインクリニシャン、緩和医療の専門家の本来の優しさがかいま見られ、国境を越えた和やかな夜であった。

学会印象記

International Narcotics Research Conference(INRC)に参加して

国立がんセンター中央病院緩和ケア科 下山 直人

INRCは、さる2004. 7. 18-23に京都大学薬学部教授の佐藤公道会長のもとに京都パークホテルを借り切って行われた。それに参加し口演発表を行ったので報告する。あいにくの暑さであったが、三十三間堂の隣でクラシックな趣のするホテルでの学会であった。参加人数は世界各国から約500名が集まり、オピオイドに関する基礎系の学会ということもあり1週間にわたって、朝から晩まで缶詰になりながら激論が交わされた。オピオイド受容体のクローニングに世界で初めて成功したDr. Kieffer、ノシセプチン受容体を発見したDr. Mollereauなどそうそうたるメンバーが参加し、若輩者の私はシンポジウム1において難治性疼痛に対するEndomorphineの有効性 (Tulane univ., USA) とともに、オピオイドの反応性についての発表を行った。口演者の中で臨床系の医師は私一人だけであり、その他はすべて基礎系の研究者であった。基礎系の学会の特徴として、それぞれの口演が終了した時点ですべのマイクの前に質問者が列を作って待っている姿がある。発表する人間にとっては圧倒される光景であり、日本の臨床の学会ではあまりみられないがこのような積極性は今後見習っていくべきところであろう。幸い、私の発表に関しては（手前みそで申し訳ありません）、Dr. Kiefferより「基礎研究者で考えなければならないことは臨床につながる研究を行うことである。臨床において何がわかっていて何がわからないかを知ることが必要である。その意味でも臨床からの発表は非常に有用であった」というコメントをいただき、1ヶ月以上前から緊張しており、その緊張が頂点に上り詰めていただけに非常に感動した。基礎系と臨床系のトランスレーショナルリサーチは緩和医療の世界でも重要であり、臨床系での機序が不明な事象に対する裏付けを作っていく必要があると思われる。私自身も2足のわらじをはくものとして、肝に銘じたわけである。

日本人の基礎研究者による発表もポスターを含めて多くみられた。本学会の事務局長を務められた長崎大学の植田教授は、神経障害性疼痛の発生にはLPA1が重要な役割を果たすことを一部報告した（最近、Nature Medicineにアクセプトされ新聞を賑わした）。

東北大学の曾良教授はオピオイドの個人個人の効き方、副作用の出方に関する研究の基になる遺伝子解析のデータを示した。いずれも緩和医療における臨床に大きく関わっている研究であり、今後のコラボレーションを期待しているところである。

学会印象記

第7回国際サイコオンコロジー学会に参加して

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

日本では猛暑に襲われていた8月23日から6日間、人魚姫の像で有名なデンマーク王国のコペンハーゲンで開催された第7回国際サイコオンコロジー学会とワークショップに参加する機会を得ましたので報告致します。会議の規模は詳細が不明ですが、本学会の副会長である国立がんセンターの内富先生のお話しでは毎回拡大の一步を辿り、今回が最大規模であろう、とのことでした。

学会に先立ち、デンマーク対がん協会で開催されたワークショップは、事前に15のメニューがあり、がん患者のリハビリテーションを選択した。出席者は20名程で、すぐに隣人と親しくなり、大学院のゼミと言った雰囲気。米国からの招待演者のほかはデンマークの発表で、この分野でナショナルプロジェクトを推進している意気込みが感じられた。デンマークでは、対がん協会・コペンハーゲン大学・保健省が共同して、がんサバイバーにリハビリテーションを行い一定の成果をあげている、と報告された。

3日間にわたる会議は、対がん協会とは海を挟んで対岸に位置する王立工芸大学を会場に行われた。23の招待講演のほか、487の一般演題は、40のシンポジウムと2日間のポスターに分れていた。前者の会場は、メインホールから小さな教室までバラエティーに富んでいたが、筆者の参加した所では、いずれも熱心な討議が交されていた。また、ポスターは広い会場に近接演題が並べられ、ゆっくりとした時間が配分されていた。我が同胞の生真面目なプレゼンテーションに比べ、ヨーロッパのは表現方法に優れたものが多いようだった。

ちなみに、ワークショップにはじまる、がんリハビリテーションは、シンポジウム2つに8題、ポスターに10題あり、一般演題全体の3.9%を占めた。この数字は日本国内では、リハビリテーション医学会の過去10年の平均値の3倍である。がんリハビリテーションにおいて我が国は、またもや追い抜かれた。

緩和ケアでは、前述のワークショップが米国のブライトバートの司会であり、招待講演ではノルウェーのカーサと米国のブルエラが発表を行った。また、一般演題はPalliation/Painの分類で、シンポジウム1つに5題、ポスターに13題出しており、全体に占める割合は3.9%であった。

デンマークの人々は、ほとんど自国語を喋らず、会議の公式言語である英語で通していたのが印象に残った。また、港町コペンハーゲンは海産物に恵まれ、鮭、鯷、鰻、舌平目、名前の分からない魚や海老、たこ、烏賊に至るまで、美味しく頂いた。特筆すべきはコンGRES・ディナーで出されたワインの上等なこと。その反面、物価の高いことも驚きで、概略東京の2倍であった。

なお、次期第8回大会はイタリアのヴェニスで2006年10月18～21日に開催されることが決定。皆様の参加を御願致します。

施設訪問記

カンボジア医療見聞録（パートⅡ）

聖路加国際病院 岡田 美賀子

前号でカンボジアの経済状態や医療全体の現状について触れました。今回はペインマネジメントについて報告したいと思います。

カンボジアではまだまだ感染症が多く、また、がんの最新の治療も行われていないのになぜペインマネジメントが優先課題となのかと疑問に感じた方もいるかもしれません。実はカンボジアでは経済的にも距離的にも医療施設に簡単にアクセスすることができないために、何らかの症状が出てからようやく病院を受診し、すでに末期のがんであるということが少なくないのです。そうするとがんの治療はすでに有効ではなく、むしろ緩和ケアが重要というわけなのです。ペインマネジメントに関してもその遅れは驚くほどで、モルヒネは2001年までは麻酔用としてしか使用できず、ようやく鎮痛用として使えるようになったばかりです。その後、武田文和先生（埼玉医科大学）のご尽力によってモルヒネ錠やオキシドロン錠が導入されましたが、現在は試験のような段階であり特定の病院に入院中の患者さんしか使えません。ですから、入院中にオピオイドを使っても退院となればそれを取り上げられてしまうわけです。私たちがカンボジアを訪問していた時、ちょうどカンボジア人医師の母親が末期の肺がんで在宅療養中でしたが、痛みが激しくてもオピオイドが使えないため、家族がマーケットに行って医療用モルヒネのゾロ品を買ってきているということで、色々な意味で本当に驚きました。しかし、これも比較的裕福な家庭だから可能なことと言えます。

さて、肝心のワークショップですが、5日間のプログラムで武田先生が主に痛みのメカニズムと薬物療法について、私が入アセスメントと薬物療法におけるナースの役割、薬物以外の看護介入、チーム医療などについて話しました。対象は国立病院から選抜された中堅ナース50名で、私達が話した英語をカンボジア人医師が現地語に通訳するという形で行われました。もともとカンボジアの医学教育はフランス語で行われているため、所々フランス語の医学用語が聞き取れました。例えば便秘は“constipation（「コンスティパチオ〜ン」と読む）”で何だかおしゃやかな便秘だなあと思って聞いていました。ナースたちは非常に熱心で、もちろん居眠りをする人は一人もおらず、質問も沢山ありました。質問の中には「抗がん剤は全てのがんに効くのか」といった質問もあり、現地の医療レベルを改めて痛感しました。しかし、みなとても勉強熱心で、今後彼女（彼）らがカンボジアのペインマネジメントにおいて十分な力を発揮してくれるのではないかと大いに期待できました。

今回のカンボジアでの体験は、先進国の医療しか知らなかった私にとって本当に貴重な経験になりました。今後も最先端の国々だけではなく、このような国にも目を向けていかなければならないと改めて感じた次第です。これで2回にわたって報告しましたカンボジア医療見聞録を終わります。

あなたのためのがん用語辞典

編著 日本医学ジャーナリスト協会、監修 国立がんセンター

文藝春秋 文春新書 393

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

緩和医療の特徴のひとつは多職種によるチーム医療だといわれている。これを円滑に進めるためには、各職種の垣根を越えた共通言語を持つ必要がある。その先例としては医学的リハビリテーションがあげられよう。ここでは部門内において医師、看護師、作業療法士、理学療法士、ソーシャルワーカーなどの専門職が共通言語を持つ事に一定の成果を収めているようだが、リハビリテーション部門を越えた、外部との共通言語を持つことには必ずしも成功しておらず、がん患者を対象としたリハビリテーションが展開しない要因のひとつになっている。

国立がんセンター総長の垣添忠生先生を総監修者に迎え、日本医学ジャーナリスト協会が編集・著作された本書は、そのような共通言語を緩和医療に携わる医療関係者のみならず、患者自身やその家族、市民団体、行政、そしてマスコミ関係者に至るまでを視野に収めて提供するものとなっている。その目的は、患者の知る権利を踏まえたインフォームドコンセントを通して、患者と医療者の信頼関係の構築に寄与し、より良い診療を実現しようとするものであるが、先述した共通言語を普及させるためのツールとしても重要である。

文は五十音順に449のがん用語が医学的事実に基づいて記述されるが、本文の前に丁寧な事項索引も付されている。そこには大分類として、Iがんの基礎用語、II症状・病状に関する用語、III検査・診断に関する用語、IV治療に関する用語、V部位別・死亡数順の用語、VI経過とケアに関する用語の6項目が立てられている。各々の項目には小分類があり、例えばVIでは、〈経過／術後障害／合併症〉〈栄養法〉〈疼痛対策〉〈末期がんのケア〉の4つがあり、緩和医療も含まれていることが分る。

僅か426ページのコンパクトな新書版でありながら、およそ大切な用語を網羅している本書は携帯に便利であり、経済的にも本体定価950円で入手可能というアクセスの良さである。たしかに、緩和医療は必ずしもがんのみを対象としているわけではない。しかし、歴史的にがん治療から起こり、現段階でも多くの対象者ががん患者であることを勘案すれば、本書を緩和医療における必携書としても良いと思われた。

ちなみに、本書においては前述したリハビリテーションという項目は立てられて居らず、近縁項目として社会復帰がある。それでも、がんリハビリテーションが単なる外科手術後の機能回復訓練と考えられていた時代から見れば半歩前進であろう。

(2004年8月20日刊)

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7月～2004年9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

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

A Caraceni, C Martini, E Zecca, RK Portenoy and a Working Group of an IASP Task Force on Cancer Pain. Breakthrough pain characteristics and syndromes in patients with cancer pain. An international survey. Palliative Medicine. 2004; 18(3):177-183.

Samuel J. Hassenbusch, Russell K. Portenoy, Michael Cousins, Eric Buchser, Timothy R. Deer, Stuart L. Du Pen, James Eisenach, Kenneth A. Follet, Keith R. Hilderand, Elliott S. Krames, Robert M. Levy, Pamela P. Palmer, James P. Rathmell, Richard L. Rauck, Peter S. Staats, Lisa Stearns, and K. Dean Willis.

Polyanalgesic Consensus Conference 2003: An Update on the Management of Pain by Intraspinal Drug Delivery-Report of an Expert Panel Journal of Pain and Symptom Management. 2004; 27(6):540-563

消化器症状

Shaji Kumar, Thomas E. Witzig, and S. Vincent Rajkumar. Thalidomide Current Role in the Treatment of Non-Plasma cell Malignancies. J Clin Oncol. 2004; 22(12):2477-2488

Glare P, Pereira G, Kristjanson LJ, Stockler M, Tattersall M. Systematic review of the efficacy of antiemetics in the treatment of nausea in patients with far-advanced cancer. Supportive Care in cancer. 2004; 12(6):432-440

食思不振

Mellar P. Davis, Robert Dreicer, Declan Walsh, Ruth Lagman, and Susan B, LeGrand. Appetite and cancer-Associated Anorexia: A review. J Clin Oncol 2004; 22(8):1510-1517.

リンパ浮腫

Kligman L, Wong RKS, Johnston M, Laetsch NS, Members of the Supportive Care Guidelines Group of Cancer Caer Ontari' s Program in Evidence-based Cancer. The treatment of lymphedema related to breast cancer: a

systematic review and evidence summary.

せん妄

C Centeno, A Sanz and E Bruera. Delirium in advanced cancer patients. *Palliative Medicine*. 2004; 18(3):184-194.

J Vella-Brincat and AD (Sandy) Macleod. Haloperidol in palliative care. *Palliative Medicine*. 2004; 18(3):195-201.

Lan F. Tannock, Tim A. Ahles, Patricia A. Ganz, and Frits S. van Dam. Cognitive Impairment Associated With Chemotherapy for Cancer: Report of Workshop. . *J Clin Oncol* 2004; 22(12):2233-2239

システム

K Robin Yabroff, JS Mandelblatt and J Ingham. The quality of medical care at the end-of-life in the USA: existing barriers and examples of process and outcome measures. *Palliative Medicine*. 2004; 18(3):202-216.

K Eagar, J Green, and M Smith. An Australian casemix classification for palliative care: technical development and results. *Palliative Medicine*. 2004; 18(3):217-226.

K Eagar, R Gordon and M Smith. . An Australian casemix classification for palliative care: lessons and policy implications of a national study. *Palliative Medicine*. 2004; 18(3):227-233.

N Ahmed, JC Bestall, SH Ahmedzai, AS Payne, D Clark and B Noble Systematic review of the problems and issues of accessing specialist palliative care by patients, carers and health and social care professionals. *Palliative Medicine*. 2004; 18(6):525-542

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

Tatsuya Morita, Kei Hirata, Yukihiro Sakaguchi, Etsuko Maeyama, Satoru Tsuneto, and Yasuo Shima. Measuring the Quality of Structure and Process in End-of-Life Care from the Bereaved Family Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2004; 27(6):492-501

Tatsuya Morita, Ichinosuke Hyodo, Taisuke Yoshimi, Masayuki Ikenaga, Yoichiro Tamura, Akitaka Yoshizawa, Tatsuo Akechi, and Isamu Adachi. Incidence and Underlying Etiologies of Bronchial Secretion in Terminally Ill Cancer Patients: A Multi-Center, Prospective, Observational Study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2004; 27(6):533-539