



日本緩和医療学会 ニュースレター February 2005 26

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

いのちを支え、いのちをつなぐ

福島労災病院 外科 蘆野 吉和

進行がん患者の在宅医療に取り組んでから約17年が経ちました。

当初、知識も経験も全くないために、病院の医療を自宅に持ち込むつもりでいました。しかし、自宅で暮らす“がん患者”から学ぶことが多く、むしろ、緩和医療を含めたがん医療に対する考え方が大きく変わってきました。今回、その中でも特に、緩和医療の今後の展開に重要と思われる点について触れてみたいと思います。

『先達に学ぶ』：自宅では、クライアントである患者とその家族は、医療者に遠慮せずに生活することができます。このためか、100人100様の生き方があることを実感させられます。私たちも、いずれは同じ境遇になることを考えると、クライアントはすべて先達であり、そこから学ぶことはたくさんあります。施設の中では、どうしても医療を提供する立場で患者を診る（看る）形になりがちですが、常に人間を視て学ぶ姿勢が欲しいと思います。

『緩和医療普及の鍵は看護師の教育である』：在宅ホスピスケアで、重要な役割を果たしているのが訪問看護師です。この状況は施設内でも同じで、クライアントの最も身近にいる看護師が、緩和医療に積極的に参加してくれない限りは、いつまでたっても緩和医療は普及しないと思います。しかし、教育を受ける機会はほとんどありません。そこで、本学会が、専門職の育成だけでなく、一般病院や在宅医療に関わる医療者への教育に積極的に取り組むことを期待します。

『看取りは社会にとって重要な儀式である』：自宅では、家族や地域の人々が看取りに参加し、いのちを受け継ぎます。これが地域文化の基盤ともなっていました。しかし、誰もが病院で死を迎えるようになってから、看取りも医療者の仕事となってしまいました。地域文化の基盤が失われつつあることを、わたしたち医療者は意識する必要があります。病室であっても、最期は、家族や身内だけで看取れる環境作りが社会にとって大事なことでと感じています。

『いのちを救い、いのちを支え、いのちをつなぐ』：緩和医療を敗北の医療と考え、関心を示さない医師がまだまだ多いようです。「治すための医療」の対極として緩和医療を位置づけることが、大きな誤解を生じさせる原因かもしれません。わたしは、腫瘍外科医として手術も行い、抗癌剤治療も行う一方で、一般病棟と在宅で緩和医療を行っています。その中で実感している医療の概念が、今回提示した言葉です。そして、緩和医療にはいのちを支えるだけでなく、いのちをつなぐ大事な役割があると考えます。

Current Insight

外科系学会における緩和医療の取り組みについて

札幌社会保険総合病院外科 中島 信久

はじめに：外科系の学会における緩和医療の現状について、主要学会誌をもとに調査、検討した。

対象と方法：最近5年間の日本外科学会、日本消化器外科学会、日本臨床外科学会を始めとした外科系諸学会の雑誌をもとに、学術集会における緩和医療関連の企画セッション（シンポジウム、パネルディスカッション、ワークショップなど）や一般演題の発表内容や演題数、演者の所属などを調査した。また、学会誌における緩和医療関連の学術論文における取り組みについても調査した。

結果：企画セッション数は1集会あたり0.6回で、総演題数は、企画セッションが「あり」の場合、平均24演題（9～49演題）で、「なし」の場合、5演題（0～15演題）であった。企画セッションのテーマについては、総論的なもののほか、「疼痛コントロール」、「がん告知」、「ステント治療」などが多くを占めるが、「がん患者の心理とケア」など、サイコオンコロジー領域をテーマとし、精神科医や緩和ケア医を演者に迎えて、ディスカッションが行われる場合もあり、対象とするテーマは広がりつつある。また、一般演題の内容については、質の高い治療やケアの実践が汲み取れる内容のものが多いが、その一方で、ガイドラインや通常のコンセンサスから逸脱した疼痛コントロールなど、“オリジナリティー”に富んだ内容のものも散見された。演者の所属は、一般演題では、そのほとんどを外科医が占めたが、企画セッションでは、麻酔科医、緩和ケア医を始めとした非外科系医師が約15%を占めていた。ランチョンセミナーは1集会あたり0.7回開催され、がん疼痛コントロールの基本から概説したものが過半数を占めた。演者の所属は麻酔科、緩和ケア科の順に多く、各領域のエキスパートの生の声を聴く有用な場となっている。学術論文については、各学会誌ともに、緩和医療関連の論文は年間で0～数件程度であった。また、本年、日本外科学会雑誌に「緩和医療」という特集が3回にわたり掲載された（テーマは、「疼痛コントロール」、「在宅ケア」、「精神症状」）。

まとめ：学術集会においては、特に企画セッションを設定することが、この領域への関心の高まりにつながるといえ、また学会誌における連載は、緩和医療の基本的な考え方を概説したもので、これまでも学術誌で取り上げられたことは数回あるが、学会誌という立場で全会員に向けて広く情報提供したことのインパクトは大きいであろう。その一方で、発表演題の中に現時点でのスタンダードから乖離したものが、少数だが見られたことが若干気懸かりであった。

「ガイドライン」の十分な普及など、本学会からの更なる情報発信や、双方向性の議論の場の提供が、一般病院の現場における、より質の高い緩和医療の実践につながるといえよう。

Current Insight

6通の手紙から学んだこと

聖路加国際病院 緩和ケア病棟 上野 まき子

患者は肺癌の脳転移及び骨転移という診断を受けてわずか2ヶ月で痙攣発作を起こし、その一月後、傾眠状態で当病棟

に入院してきた。亡くなるまでの一ヵ月半、当院で夫と長女と三人で過ごした。大学浪人中の18歳の娘を持つ母親だった。

日々意識が低下していく母親のそばに近寄ることが出来ずにいた長女。口数は少なく、声をかけても「大丈夫です」と照れ笑いで応えるのみだった。病室に泊まって、毎日予備校に通っていたが、大学受験を控え、ただでさえストレスフルな時期に母親を亡くす彼女にどう声かけをしたらいいのか、スタッフも悩んでいた。

患者が亡くなった翌日、長女からスタッフに宛てた6通の手紙を受け取った。

それぞれに「〇〇さんのような大人になりたい」「〇〇さんみたいなお姉さんがいたらいいのに」「いろんな生き方があるんですね」「たくさんのことを教わりました」等と綴られ、「優しい声で母に話し掛けてくれてほっとしました」「ここは私の家でした」「行ってらっしゃい、お帰りの言葉がうれしかった」というような言葉が続いていた。

彼女は病室で過ごす中で、スタッフに母親役割を見出し、心のバランスを取っていた。その後、彼女自身への役割委譲がスムーズに行われたようである。また、ねぎらいの言葉が得られることによる安心感からストレスが緩和されていたこと、さらに生活続けることのできる『普通の』会話が出来たことが、彼女の居場所を提供していたことがわかる。個室であったことが良い効果を生み、スタッフを含めた『家族』という感覚があった。

多感で正直な目線を通した言葉から、ストレスを乗り越えた彼女の成長を感じただけでなく、患者や家族への関わりにおいて大切なことを教えられた。患者の死後に家族からこのようなフィードバックを得たことを感謝している。

Journal Club

重症悪性疾患の子と死について話すこと

山口大学医学部医療環境学 谷田 憲俊

Kreicbergs, Ulrika; Valdimarsdottir, Unnur; Onelov, Erik; Henter, Jan-Inge; Steineck, Gunnar. Talking about Death with Children Who Have Severe Malignant Disease. N Engl J Med 2004; 351:1175-1186

致死的状态にある子と死について話すことについて、1992年から1997年にスウェーデンで子を亡くした全561の両親の調査を行った。調査時期は2001年と、死亡時期から4～9年後で、回答は449の両親から得られ、そのうち429両親が死について解答している。質問は計365項目で、「子と死について話したか」「しなかったか」「しなかった方がよかったか」「子は感じていたか」などである。429の両親が死について話したかどうか回答した。

子と死について話した147両親でそのことを後悔している者はいない。子と死について話さなかった両親のうち27%は、しなかったことを後悔していた。子が感じていたと思っている両親ほど、話さなかったことを後悔している（47%対13%）。感じていた親ほど、死について子と話し（50%対13%）、信仰があった（42%対25%）。子が大きいほど、死について話し、話さなかったことを後悔する結果が出た。死について話すようになった独立寄与因子は、子が感じていたと思ったこと、信仰があること、子の診断時年齢、両親の就労状態、診断時の両親の年齢だった。死について話さない因子は、子が感じていたと思ったこと、子の診断時年齢、母親であることであった。話さなかったこ

とを後悔している両親は、後悔していない両親より不安とうつ状態が中等度以上であり、母親の方が父親に比してより高い不安状態にあった。63%の子は致死性を告げられていなかった。子と死について話した両親は、25%が“死”という言葉を使用した。46%の両親は、子が死に感じていたとは思わなかった。子がいつ死に感じたかの質問には、22%が死の1週間前、11%が2～4週間前、12%が1～3カ月前、9%が4ヵ月以上前からだった。

結論として、病にある子が死について感じていたときは、それについて話さなかったことを親は後に後悔する。話し合った両親で、そのことを後悔している両親はいなかった。

Journal Club

終末期癌患者の精神的・実存的苦悩を緩和するための鎮静

聖隷三方原病院ホスピス 金井 稔、森田 達也

Tatsuya Morita, MD

Palliative Sedation to Relieve Psycho-Existential Suffering of Terminally Ill Cancer Patients

Journal of Pain and Symptom Management 2004; 28:445-450

要約

精神的・実存的苦悩のため鎮静を受けた、患者の頻度と特徴を明らかにするために、日本で認可を受けた全ての緩和ケア病棟の代表医師105名を対象として、質問紙調査を行った。回答を寄せた者には、今までに治療抵抗性の精神的・実存的苦悩のために、持続的鎮静を受けた患者の数と、直近の患者2名について詳細を求めた。

81名（80%）が回答をした。29名（36%）は精神的・実存的苦悩のために、持続的鎮静を行ったことがあると答えた。持続的鎮静の頻度は全体で1.0%（90名／死亡総数8,661名）であり、46症例の詳細が分かった。

鎮静が行われる直前のperformance statusは96%で3または4であり、予後予測は94%で3週以下であった。鎮静を必要とした苦悩とは、意味のなさ／価値のなさ（61%）、負担／依存／コントロールの喪失（48%）、死への不安／恐れ／パニック（33%）、自分で死ぬ時をコントロールしたいという思い（24%）、孤独／社会支援のなさ（22%）であった。鎮静前に、間欠的鎮静および専門的な精神・心理・宗教的ケアが、それぞれ94%、59%で行われた。抑うつ患者26名の89%では、抗うつ薬を投与された。意思決定能力のある患者全員（37名）が、鎮静を希望する明確な意思表示をした。家族がいた全例において、家族の同意が得られた（45名）。

精神的・実存的苦悩のための鎮静は、日本の緩和ケア病棟では、標準的治療で和らげられないときの例外的治療として行われている。そういった患者の全身状態は非常に悪く、苦悩は間欠的鎮静および専門的な精神・心理・宗教的ケアに対して治療抵抗性であった。鎮静は患者と家族の同意に基づいて行われた。これらの知見で、精神的・実存的苦悩のための鎮静は、釣り合いの原則と自律性の原則が適用されるなら、倫理的に許されうることを示唆している。終末期ケアにおける治療抵抗性の精神的・実存的苦悩における鎮静の役割について、より活発な議論が早急に必要である。

Journal Club

National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) のresearch agenda

聖隷三方原病院ホスピス 森田 達也

J Pain Symptom Manage 2004; 28: 498-496

【要約】

2003年4月、米国NHPCOの主催で35名の指導的立場にある研究者が、緩和ケアにおける研究を促進する点で協力するために会合を持った。その結果、1) 研究の実績のある既存機関のあいだでの意思疎通を図ること、2) 診療をしながら実証的根拠を積み重ねていけるようなネットワークを構築すること、および、3) 研究内容に優先順位をつけて重要な研究を見出すこと、について同意した。

同定された優先すべき研究課題は、以下のようなものであった。1) 患者・家族がホスピス・緩和ケアを選択する受療行動の決定要因の同定、2) ホスピスケアの適応を明確にするより適切な方法（生命予後の予測など）、3) 最善の終末期ケアのモデルの開発（緩和ケアを開始する時期、悪性腫瘍以外の疾患の場合など）、4) minority group・小児・nursing home・刑務所などの緩和ケア、5) 有効なコミュニティへの啓蒙・マーケティングの方法、6) 根拠に基づいた治療と終末期ケアの質の関係、7) 症状緩和技術（症状評価の標準化、単回放射線照射、スクリーニングなど）、8) 家族のQOLを向上させる方法（成長感など肯定的部分）、9) 遺族ケア、10) 終末期の臨床研究のインフラ・方法論の整備。

【コメント】

緩和ケアにおける臨床研究には多くの困難がある。米国においても、ほとんどの緩和ケア施設が研究の必要性を感じながらも、人員・資金・教育などの点から研究を行うことはできないことを背景として、本論文が作成された。近年の緩和ケア研究の趨勢は、洗練されたプロトコールに基づいた多施設研究である。多施設研究では、施設バイアスが減り均一な対象を確保しやすくなることによって一般化可能性が上がるだけでなく、複数領域の専門家が関与することによって、研究目的・研究手段がより洗練され、統計処理や患者リクルートに関する事務作業など各施設の負担を軽減することができる。

多施設研究では、本論文で強調されているように、既存機関の意思疎通、診療をしながら記録のできるシステム（データベース化など）、および、研究内容の優先順位づけが重要である。日本緩和医療学会においても多くの研究が発表されるが、方法論的問題（症例数が少ない、デザイン・統計解析手段が適当ではない、症状評価が標準化されていないなど）のため、欧米のpeer-reviewed journalに掲載される研究は多くない。一方、実際に使われる労力は甚大である。多施設の臨床研究グループを効率的に運用することによって、これらの問題は少なくとも部分的に解決され、より患者・家族に還元できる知見を集積しやすくなると思われる。今後、患者・家族に還元できる、臨床と並立することができる多施設の臨床研究グループを発展させることが必要であると考ええる。将来的には、Japan Clinical Oncology Study Groupのような一元化した組織が必要かもしれない。

学会印象記

第42回日本癌治療学会

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

2004年10月27日から29日まで、京都国際会議場において開催された第42回日本癌治療学会に参加する機会を得たので概要を報告させて頂きたい。

周知のように、緩和医療において多数派を占める疾患は悪性新生物、癌である。癌に関連した学会として、伝統と規模を誇るものは日本癌学会と日本癌治療学会である。前者が、発がんメカニズムなどの基礎研究を中心としてきたのに対し、後者は、現在の癌治療の中心である外科医を中核とした、如何に癌を治療するか、に始まる学会である。

今回の日本癌治療学会の規模は、3日間の日程で、特別講演、特別企画、会長講演などの他、教育演題6、指定講演8、招請講演27、シンポジウム37、パネルディスカッション15、ワークショップ53、ビデオシンポジウム8、サテライトシンポジウム4、一般演題としてのポスターセッション234というメニューが用意されている。この学会において、緩和医療の観点から注目すべき事項が散見された。

すでに学会会長の山岸久一先生が開催の言葉で、今回の大会のテーマである「心」に関連した問題として緩和医療に言及されているが、10月26日に開催された理事会及び評議委員会において、仮設置専門科目であった「緩和医療科」が正式に学会の専門科目として設置された。このことは我が国の癌治療において、緩和医療が公式に認められる第一歩を踏み出したことを意味する。癌治療の総本山が、治癒を目指したもののみならず、症状緩和にまで視野を拡大したことになる。

1万5千人近い会員数を要する本学会において、緩和をキーワードにして、抄録CDを検索すると16件がヒットする。（ちなみに緩和医療では12件）

プログラム上では、教育講演に1題、招請講演に2題（この他、癌性疼痛2題）、ワークショップ2つ、ポスターセッション1つ、が設定され、この他にもあちらこちらで緩和医療に関連する演題が散見された。このように外科医を中心に展開してきた日本癌治療学会においても、治癒を目指す治療以外に、緩和医療が展開しつつあることが確認された。

しかし、多職種によるチーム医療が緩和医療の特色であるとされていることから見ると、今回の学会は必ずしも手放しで喜んでいられない側面がある。まず、最大多数の職種である看護からの発言がほとんど見られなかった。確かに、看護学会も多数あり、そちらでの発表も精査する必要があるであろうが、共通言語の構築の観点からすれば寂しさを禁じ得なかった。さらに、ドクター／ナース以外の職種となると、さらに問題である。症状コントロールの先には、リハビリテーション、ソーシャルワーク、カウンセリングといった問題が控えているはずであり、その方面からの発言も期待したい。

大会の中日の晩に、大会会場の庭園でおこなわれた全員懇親会は舞妓さんの姿も艶やかに、これまでにない雰囲気を出していた。日常の喧噪を忘れさせて頂いた大会関係者の企画力に感謝したい。なお、次回の本学会は名古屋市において2005年10月25日～27日に開催される予定である。

学会印象記

第7回国際生命倫理学会印象記

山口大学医学部医療環境学 谷田 憲俊

11月9日から12日まで、シドニーのニュー・サウス・ウェールズ大学で開催されました。全体テーマは、「Deep Listening」で現場に重きを置いたテーマでした。平行セッションが多く参加が限られましたが、緩和ケア関連で印象に残ったことを紹介します。

「Talking and Being Heard」セッションで、ほぼ同名タイトルの発表がスイスからあり、「正義」が重視される生命倫理ではその圏外にはじかれる患者がいるが、患者と医療者の双方向コミュニケーションに基づき弱者に配慮した生命倫理が必要と訴えていました。その発表後に話題が「浅いセデーション」に及び、それを彼女は「患者を苦しみの中に戻す恐ろしいやり方」と表現しました。参加者も、「身震いする、野蛮だ」と同調していました。日本からは、福岡の和泉成子さんが「終末期ケアにおける日本の看護師の倫理的姿勢」について、「おもいやり」など西欧文化の文脈では語りきれない日本文化的アプローチが主であると発表されました。

学会外でのことです。心筋梗塞3回目の高齢男性が脳死に近い状態となりました。医師団が人工呼吸器停止を提案しましたが、家族が同意しません。裁判となり、病院側を支持する最高裁判決が11月11日にあり、即人工呼吸器が停止されました。12日、息子は「間違った判決だ。医療費節減の目的で助かる命が殺されている。この国の医療を何とかしなければ」と訴えていました。コメントした生命倫理学者は、「判決は妥当で医師の判断も病院の方針も問題ない」としました。そのニュースが学会の最終日に流れ、話題になりました。日本ならどうなのか、考えさせられます。

学会では「生命倫理は人権で語れるか」というディベートもあり、国際情勢を色濃く反映した中身でした。日本人で討論に参加したのは私と木村利人教授と限られていたのが残念ですが、パーティーでは10年ぶりの出会いもあり楽しいシドニーでした。

学会印象記

第51回Academy of Psychosomatic Medicineに参加して

名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学分野

名古屋市立大学病院こころの医療センター 明智 龍男

このたび、2004年11月18-21日にかけて米国フロリダ州Marco Islandで開催されましたAcademy of Psychosomatic Medicine (APM) に参加させていただきましたので、本誌面をお借りして印象に残った発表などをご紹介します。

APMは、身体疾患患者の精神医学的な側面を中心に扱う学会で、コンサルテーション・リエゾンに携わる精神科医および心理士がその構成メンバーの核となっている学会です。例年、がん患者の精神症状に関する演題も多く、またその学会の質そのものが高いために、広く世界から臨床家、研究者が集う学会でもあります。

今回は、Psychosomatic Medicine: From the Bench to the Bedsideというテーマのもと、数多くの一般演題に加え、3つのプレナリーセッション、11のワークショップ、14のシンポジウムが開催されました。

がん患者の精神症状に関連するテーマとしては、ワークショップで、終末期患者の悲嘆と喪失に関連するストレス、死期を早めるために患者自らが行う飲食の中止（いわゆるVoluntary Stop Eating and Drinking）にまつわる臨床的なジレンマ、終末期における患者の意思決定を促進する方法、終末期における治療中止と自殺や自殺幫助との差異など、シンポジウムで、コンサルテーション・リエゾン精神科医とがん性疼痛のコントロール、がん患者の苦痛のスクリーニング、親ががんになった子どもに対するケア、がん患者のうつ病の有病率の系統的レビュー、がん患者のうつ病診断・薬物療法の最新の知見、乳がん・卵巣がん罹患に対するハイリスク群の女性の精神的苦痛に対する心理社会的援助などのテーマが扱われました。このnews letterを読まれる学会会員の皆さんの多くが、きっといずれかのタイトルに興味を惹かれることと思います。このように幅広いテーマが扱われ、また個々の内容も実に濃いものでした。また、今回は、上記をごらんいただいてわかりますように、緩和医療や倫理に関連する話題が多くみられ、いずれにも興味を持っている私にとっては、極めて学ぶべき内容にあふれた学会となりました。ちなみに、私は一般演題のポスターで「Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors.」というタイトルの発表をさせていただきました（本内容は、J Clin Oncol. 2004, 15;22(10):1957-65.に掲載されたものです）。

中でも個人的に最も興味深かったのは、学会賞の受賞講演（Research Award Lecture）として行われた、カナダのマニトバ大学精神科のDr. Chochinovの「Death, Dying and Dignity: a research perspective」という演題でした。本講演では、Dr. Chochinovが行ってきた、終末期における抑うつ、希死念慮や尊厳などの一連の研究の紹介に引き続き、終末期がん患者の尊厳の維持あるいは改善することを目的として開発された心理社会的アプローチを核としたdignity psychotherapyの有用性に関する研究の予備的な結果がユーモアを交えながら発表されました。その軌跡は、彼の行ってきた研究そのものなのですが（たとえば、講演の中で触れられた、彼のこれまでの発表論文として以下のようなものがあります。その質の高さに驚かされます！Prevalence of depression in the terminally ill: effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgments. Am J Psychiatry 1994、Desire for death in the terminally ill. Am J Psychiatry 1995、"Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill. Am J Psychiatry 1997、Will to live in the terminally ill. Lancet 1999、Dignity-conserving care-a new model for palliative care: helping the patient feel valued. JAMA 2002、Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. Lancet 2002、Dignity and psychotherapeutic considerations in end-of-life care. J Palliat Care 2004）、心の専門家である精神科医として終末期患者の苦悩を少しでも和らげたいという強い意志そのものであることが感じられました。講演の最後には、現在行っている研究の紹介がされ、dignity psychotherapy を行った100名の患者から得られた予備的結果からは、本介入に対する満足感が高く、また抑うつ（depression）、苦悩（suffering）の軽減にも有用であることが示唆されたとのことでした。

最後に、東海大学の奥山徹先生のポスター演題「Comparison of the performance of four cancer-related fatigue instruments: validation study of the Japanese version of the Brief Fatigue Inventory」がベストポスター賞の第3席に選ばれたことをお伝えしておきたいと思います。日本からの出席者は多くないのですが、その仲間から受賞者が出るというのは、われわれにとっても、とても名誉なことだと心より感じました。

本学会は、がん患者の心の問題に関心を有する私のような医療者にとっては本当に学ぶべきことが多い場です。毎年11月に、アメリカの様々なリゾート地のホテルで開催されますので、多忙な業務から解放されての心身のリフレッシュにも最適かもしれません。今回大会の会場になったホテルも、穏やかなメキシコ湾の美しいビーチに面しているという

絶好の立地条件でした。様々な国の臨床家や研究者と有意義な意見交換を行い、最先端の知識を吸収できたことに加え、日本から参加されていた東海大学の先生方（保坂隆先生、奥山徹先生、加藤雅志先生）と海に沈む夕日を眺めながら、ビーチのレストランでディナーを満喫することもできました。何より良質な学会ですので、皆様も一度足を運ばれてみてはいかがでしょうか。

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。次回のAPMは2005年の11月17-20日に、New Mexico州のAlbuquerqueで開催されます。ご興味がおありの方は、一度本学会のウェブサイト（<http://www.apm.org>）をのぞいてみられてはいかがでしょうか。

学会印象記

第10回日本臨床死生学会

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

2004年11月20～21日、東京医科大学教授の飯森眞喜雄先生を大会長に西新宿の東京医科大学病院の臨床講堂で開催された第10回日本臨床死生学会で発表の機会を与えられたので報告させて頂きたい。節目の年にあたる今回の大会テーマは臨床死生学の10年であった。

「臨床死生学の10年」と題された会長講演は本学会の歩みを巧みに整理して会員に提示されたもので一見の価値があったが、初日の午前という設定のため聴衆の少ないことが惜しまれる。

昨年、2会場並列であった一般演題は一本化され、初日17題、翌日6題、計23演題が、医師、看護、心理、リハビリテーションなど、幅広い立場から発表された。中では、いのちの教育におけるホスピス医の出前、死後の献体の歴史、終末期を3種の病態に分類して哲学的に考察された内科医の関わり、自立・自律を支えるケアの困難さ、見取りに関する職員の視点の分析、がん患者に対する家庭内暴力の検討、子供と死別の問題などが注目された。しかし、「臨床」は温もりを感じさせるために命名されたという会長講演とは裏腹に、心理学的研究における構成法のすばらしさと臨床現場との解離、多数派を占めた看護系の発表に臨床的踏み込みの足りなさを感じた。

特別講演としてフランスから招かれたWHO名誉事務局長の中嶋宏先生の「健康におけるスピリチュアリティ」は単なる医学に止まらない国際的水準の研究における視野の広さを学んだが、それ以上に、日本の問題点は人材も教育もないこと、という中嶋先生の御言葉が忘れられない。

シンポジウム関連特別講演である京都大学教授の山中康裕先生の「がんところ」からは、薬と言葉を扱うと思われていた精神科医の中に、身体活動の使い手が居られることを教えられた。また、優れた臨床家が一つ一つの症例に時間をかけて丁寧に診ていくことが如何に多くを学ぶことになるか、という実例を大変なエネルギーとパフォーマンスで示された。

最後を締めくくるシンポジウムは「がんと心-再発・転移から-」と題し、竹中文良・松島たつ子両先生の司会で行われた。第1席の石谷邦彦先生は緩和ケア医の立場から、第2席の岡村仁先生はサイコオンコロジーの立場から、第3席の安達勇先生は代替医療の立場から、第4席の伊藤良則先生は腫瘍内科医の立場から、第5席の近藤まゆみ先生はがん専門看護師の立場から、それぞれの意見を発表された。前提と総括を竹中先生が、途中の進行を松島先生が手際よく進められ

たチームワークもさることながら、シンポジストの発表も力作揃いで、学会参加の満足度を高めていた。

盛会の内に大会を終えられたのは飯森会長をはじめ、東京医科大学の皆さんの御努力によるものに他ならない。なお、次回は2005年秋に東洋英和女学院大学大学院を会場に斉藤先生を会長として開催される予定である。

学会印象記

第28回日本死の臨床研究会年次大会

筑波大学臨床医学系 庄司 進一

第28回日本死の臨床研究会年次大会は11月27日～28日つくばで開催されました。つくば国際会議場は新しい国際会議場として注目を集めていますが、この会場に2100人を超える参加者を集めて大会が開催されました。

この大会は「生と死を学ぶ」を基本テーマとして、話術の天才的な養老孟司氏や永六輔氏の講演、生きがい論で大変人気のある飯田史彦氏の講演など聴衆を魅了し、笑いと感動の中に生と死を考える良い機会が得られました。

年次大会が派手になり、有名人を多数招いて、規模が大きくなってきたと批判がありましたが、本大会は手作りの大会をモットーに、無駄な装飾を排し、基本テーマに適切な人選がなされていると思います。

教育講演は「終末期のだるさのケア」と「死の臨床の研究」で、いずれも緩和ケアの診療と研究の世界に大きなインパクト与えたと思います。「病因別の緩和医療」のシンポジウムは、がんを中心として発展してきた緩和医療が各種の死因別に新たに発展する必要な時期であることを再認識させられました。「死の臨床の教育」のシンポジウムは、あらゆる年代や職種に死の教育をする必要があり、それに共通するプリンシプルがあることを聴衆に印象づけました。「死の臨床に於ける補完・代替療法」のシンポジウムはこの方面の発達が強く求められていることを感じました。パネルディスカッションの「死の恐怖からの解放」は、スピリチュアルケアの関心が現在とても高いことを聴衆の多さから印象づけられました。

この大会の特徴の一つとして、事例検討はじめすべての発表で患者のプライバシーを守るために、討論に必要な情報以外は個人情報伏せるという原則を徹底させた初めての大会となりました。これからの口頭・紙面を問わず発表においてこのような基準を守ることが一般的になっていくだろうと思われます。

市民の参加が多かった大会でした。最後のプログラムの市民公開講座の交流セッションの聴衆は市民活動の力強さに深い感銘を受けたと思います。

以上主催者側からの印象ですが、参加された方々の率直なご意見をお聴きしたいと思います。

書評

「花の谷」の人びと

著者 土本亜理子／（株）シービーアール

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

20世紀後半に始まる死に逝くものへのケアにおいては、女性の関わりが大きいように思われる。鬼籍に入られたマザー・テレサやキューブラー・ロス、まだ存命中であるがシシリー・ソンドースなど、ホスピスや緩和ケアの創始者も例外ではないようだ。我が国においても、そのような傾向は否定できないようで、本書の中心人物も女性医師、著者も女性である。

しかし、本書が単なる主人公の立志伝でないことは、副題に、海辺の町のホスピスのある診療所から、とあることから推測されよう。ある場所を拠点にホスピス活動を始めた諸々の人物に対する取材が書かれている。すなわち、「花の谷」という場所に集う人々へのインタビューを重ねることにより、この診療所の存在を通して、ホスピスを初めとする医療問題を浮き彫りにしようというユニークな試みである。

本書は、芽・花・種という3章から構成されているので、その順に登場人物を記してみたい。第1章では、兄を看取った妹、外来棟が出来るまでのエピソードが語られた後、経理担当の非常勤女性職員、元入院患者の緩和ケア女医、の3人。第2章では、妻を看取った調理担当職員、看護師、管理栄養士、介護・事務の女性職員、ショートステイ設置のエピソードの後、ショートステイ利用者の母、女性患者、介護事務の女性職員、女性患者とその夫、女性院長、男性患者、の10人。第3章では、女性院長と見学に参加した医師たち、ペインクリニック院長、診療所の統括看護師長、非常勤の男性医師、元職員の緩和ケア女医、元職員の看護師、の約10人。この後、新たな建物として、デイセンターがオープンするところで本文が終了するが、20人余りの登場人物の内、女性が14人と半分以上を占めている。

女性が多数派を占めるのは当然のことである。少子・高齢化社会を迎えた日本では、平均寿命と結婚年齢の問題から見て、高齢者は女性が多い。周知の如く、ホスピス緩和ケアの対象として大部分を占める癌は老化と密接な関係にあり、高齢者に多い疾患である。この際、配偶者を見送るのも女性が多く、「ホスピスカ？在宅か？」の決定権を握っているのも、経験的にみて母・妻・娘などの女性である。したがって、本書は女性の必読書といえるが、同時に、人類の半分は男性であるから、殿方も本書を通して、誰にでも訪れる死の問題を学ぶ必要があろう。

確かに、エビデンスに基づいた緩和医学を我が国に構築することも必須の仕事である。しかし、その構築に至る前に、喫緊の課題として今現在死にゆく人に対し、待ったなしの問題解決を図らなければならない状況にあることも事実である。本書は、そのために好都合なヒントが数多くちりばめられた有益なものとして一読の価値を有するといえる。

(A5版301ページ、2,100円(税込))

書評

見えないものと見えるもの—社交とアシストの障害学（ケアをひらくシリーズ）

著者 石川 准／医学書院

医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 緩和ケア室 的場 和子

「全盲の東大合格第一号」で、社会学者兼プログラマーであり、さらには障害学会の初代会長でもある「できる」石川氏が、「できないこと、弱いこと」そして、支援を必要としている人への「気遣い＝ケア」について語ったのが本書だ。日々の臨床で少し煮詰まったとき、視点を変えて眺めてみたいときなどにお勧めしたい。

石川氏のケアの思想は、「高度に文明化された社会における『他者を心地よくすべし』という規範」であるという。冒頭で、自らの援助者（視覚障害者への音声翻訳ソフトプログラマー）としての姿勢を吟味し、「社交」という視点をケアに持ちこむ。さらに様々な素材を取り上げながら、「感情」を焦点に、一見軽やかに実は奥深く、社交とアシストについて論じてゆく。ケアも社交であるという石川氏は、「病院もまた、患者と看護師と医師にもっと気持ちよく感情労働できる舞台＝もっと社交的な場にしてはどうか」、と提案する。もちろん、生死と密接に関わる場である病院は、社交モードのみでは立ち行かず、破綻が必定であるかもしれない。その時には「感情公共性」という別のモードの幕が開くといい、「高度に文明化された社会」での、その必然性を説いてゆく。さらには、「誰もが、そこそこ元気に、自由につつがなく暮らせる社会」の実現にむけて「効用の平等」よりも、必要に応じた「配慮の平等」を、と主張してゆく。

本書の構成は、インタビューや知人とのメール交換を折り込むなど、軽妙な語り口だが、その内容は示唆に富む。ただ、時に論旨のつながりが読みとりにくい感は否めない。ところどころ拾い読みをし、また戻り、そしてまたはじめからと、何度も楽しませていただいた。まるで万華鏡のように、少し傾けるだけで、まったく違った煌めく像が次々現れ、思わず感嘆の声を上げてしまった。これも読者との「社交」を意図しての著者の仕掛けなのかもしれない。

（2004年1月刊、A5版270ページ、2,100円（税込））

読者からの声

ヒマラヤ追悼登山から考えさせられたこと

聖路加国際病院 PCU 小和田 美由紀

3年前にヒマラヤ登山中に雪崩で亡くなった仲間の供養をするために、10月、ネパール・ダウラギリ山（標高8167m）のベースキャンプ（4900m）を目指し登りにいった。遺体は今もダウラギリ氷河の中に埋もれている。

私は、富士山より標高の高い山に登るのは初めてであった。順化する時間の余裕がなかったために、身体症状がでる。天候も悪く、標高4000mあたりから気温はマイナスになり、呼吸困難と咳が出だし、一緒に同行した仲間に呼吸法を教えられ、夜間も背中を擦ってもらった。脳圧亢進からの頭痛に薬（ダイアモックス）を飲みつつ、症状をコントロールしながらの登山となった。食欲もなく、水分摂取も困難となるが、24時間排尿がないため利尿剤（ラシックス）と大

量の水を無理やり飲んだ。心の中で、この体調のつらさをかかえつつ、死を覚悟して登る困難なルートへの挑戦をした。彼らは何を思ったのだろうと考えながら、1歩1歩足を引きずるように登った。身体は重くつらく、自分自身と向き合う時間がありすぎて、心は泣き叫びたい気持ちにもなった。

緩和ケアに携わり7年目になる。初めて呼吸困難や脳圧亢進の体験をして、自己管理はできると自負していたにもかかわらず、いざ症状があると、薬を飲んでも辛く、背中を擦ってもらったり、肩を揉んでももらったり、傍にいてもらうことがいかに安らぐかを感じ、少しずつ楽になりようやく眠れた。トータルペインにおいて、症状コントロールしていても、いかに傍にいたりメンタルケアが大切かということ、当然であるが改めて実感した。

緩和ケア病棟で最後を看取られる患者・家族は目の前に死という事実を受け入れざるを得ない。雪崩で遺体が発見されておらず、遺体を見ていない家族は今も死を受け入れられないでいる。遺体を見ずに死を受容する作業がまだ私にはできない。生きている者は、遺体を見ずして、死を受け入れることが時間の経過で可能となるのだろうか？このようなことを考え、関連した書籍を読みながら、緩和ケアの臨床で、答えを探している。

Journal Watch

ジャーナルウォッチ 緩和ケアに関する論文レビュー（2004年9月～2004年11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。

予後予測

Vigano A, Donaldson N, Higginson IJ, et al. Quality of life and survival prediction in terminal cancer patients: a multicenter study. *Cancer*. 2004; 101(5):1090-1098.

便秘

Tamayo AC, Diaz-Zuluaga PA. Management of opioid-induced bowel dysfunction in cancer patients. *Support Care Cancer*. 2004; 12(9):613-618.

化学療法に伴う神経因性疼痛

Ocean AJ, Vahdat LT. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: pathogenesis and emerging therapies.

Support Care Cancer. 2004; 12(9):619-625.

システム

Ahmed N, Bestall JC, Ahmedzai SH, et al. Systematic review of the problems and issues of accessing specialist palliative care by patients, carers and health and social care professionals. Palliat Med. 2004; 18(6): 525-542.

Hu WY, Chiu TY, Cheng YR, et al. Why Taiwanese hospice patients want to stay in hospital: health-care professionals' beliefs and solutions. Support Care Cancer. 2004; 12(5): 285-92.

. Elsayem A, Swint K, Fisch MJ, et al. Palliative care inpatient service in a comprehensive cancer center: clinical and financial outcomes. J Clin Oncol. 2004; 22(10):2008-2014

Yabroff KR, Mandelblatt JS, Ingham J. The quality of medical care at the end-of-life in the USA: examples of process and outcome measures. Palliat Med. 2004; 18(3):202-216.

Eagar K, Gordon R, Green J, et al. An Australian casemix classification for palliative care: lessons and policy implications of a national study. Palliat Med. 2004; 18(3):227-233.

Eagar K, Green J, Gordon R. An Australian casemix classification for palliative care: technical development and results. Palliat Med. 2004; 18(3):217-226.

栄養・食思不振

Lundholm K, Daneryd P, Bosaeus I, et al. Palliative nutritional intervention in addition to cyclooxygenase and erythropoietin treatment for patients with malignant disease: Effects on survival, metabolism, and function. Cancer. 2004; 100(9):1967-1977.

Davis MP, Dreicer R, Walsh D, et al. Appetite and cancer-associated anorexia: a review. J Clin Oncol. 2004; 22(8):1510-1517.

Bruera E, Moyano JR, Sala R, et al. Dexamethasone in addition to metoclopramide for chronic nausea in patients with advanced cancer: a randomized controlled trial. J Pain Symptom Manage. 2004; 28(4):381-388.

疼痛

Caraceni A, Martini C, Zecca E, et al. Breakthrough pain characteristics and syndromes in patients with cancer pain. An international survey. Palliat Med. 2004; 18(3):177-183.

Stockler M, Vardy J, Pillai A, et al. Acetaminophen (paracetamol) improves pain and well-being in people with advanced cancer already receiving a strong opioid regimen: a randomized, double-blind, placebo-controlled cross-over trial. J Clin Oncol. 2004; 22(16):3389-94.

せん妄

Centeno C, Sanz A, Bruera E. Delirium in advanced cancer patients. Palliat Med. 2004; 18(3):184-194.

Vella-Brincat J, Macleod AD. Haloperidol in palliative care. Palliat Med. 2004;18(3):195-201.

コミュニケーション

Gysels M, Richardson A, Higginson IJ. Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of effectiveness. Support Care Cancer. 2004; 12(10):692-700.

カテーテル

Morales M, Mendez-Alvarez S, Martin-Lopez JV, et al. Biofilm: the microbial “bunker” for intravascular catheter-related infection. Support Care Cancer. 2004; 12(10):701-707.

スピリチュアルペイン

Chochinov HM, Hack T, Hassard T, et al. Dignity and psychotherapeutic considerations in end-of-life care. J Palliat Care. 2004; 20(3):134-142. (Chochinovの”dignity”の観点からspiritual pain”概念を検討した特集号です)

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

Fukui S, Fukui N, Kawagoe H. Predictors of Place of Death for Japanese Patients with Advanced-Stage Malignant Disease in Home care Settings: A Nationwide Survey. Cancer. 2004; 101(2):1090-1098.

Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, Nakano T, Shima Y, Uchitomi Y. Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. J Clin Oncol. 2004; 22(10):1957-1965.

Morita T, You T, Shishido H, Inoue S. Chlorpheniramine Maleate as an Alternative to Antiemetic Cyclizine. J Pain Symptom Manage. 2004; 27(5):389-390.

Morita T, Miyashita M, Kimura R, Adachi I, Shima Y. Emotional burden of nurses in palliative sedation therapy. Palliat Med. 2004; 18(6):550-557