



日本緩和医療学会 ニュースレター May 2005 27

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

延命治療の差し控えと中止をめぐる：学会として取り組みを

筑波メディカルセンター病院 緩和医療科 志真 泰夫

今年、私は6月にパシフィコ横浜で開かれる第10回緩和医療学会総会のシンポジウム「終末期をめぐる課題」で司会を担当する。このシンポジウムの目的は「鎮静」「延命治療の中止」「水分・栄養の補給」という3つの課題を取り上げて、臨床医学と臨床倫理学のふたつの側面から検討しようというものである。もうひとりの司会を務めてくださる清水哲郎先生は緩和医療学会創立当初から学会に参加され、最近は「臨床倫理検討システム開発プロジェクト」に取り組んでおられる。シンポジウムで取り上げたこの3つの課題に共通するテーマは、「延命治療の差し控えと中止」である。一昨年の厚生労働省による医師に対する「終末期医療に関する意識調査」によれば、医師が担当している患者をがん終末期（およそ予後6ヶ月以内と想定）と判断した場合、「延命治療を続けるべきだ」という回答は13%にすぎない。しかし、医療現場における延命治療の現実とは調査に対する回答とはかけ離れている。その原因はいくつか考えられるが、まず「延命治療の定義」が曖昧であり、次に延命治療を差し控えや中止の手順、「意思決定の過程」が曖昧なことだと私は考える。確かにそれらを曖昧にすることで暗黙のうちに「和を尊ぶ」という日本の人間関係が保たれてきた。しかし、最近それでは済まない事件が相次いでいる。3月25日、医師が患者の気管内チューブを抜いて、その後筋弛緩剤を投与して死に至らしめた「川崎協同病院」事件に有罪の地裁判決がくだされた。また、同日に広島県の病院で医師が脳梗塞と肺炎で入院にしていた患者の気管内チューブを抜いて死に至らしめたとして警察の事情聴取を受けた。

「延命治療の差し控えと中止」の問題は救命救急、高齢者医療の現場でも重要な課題であるが、緩和医療学会としてもそろそろしっかり議論する時期が来ていると私は思う。

Current Insight

医師と看護師からみた終末期癌患者の症状に対する輸液療法の効果

聖隷三方原病院ホスピス 穴戸 英樹
同 緩和支援診療科 森田 達也

Physician- and Nurse-Reported Effects of Intravenous Hydration Therapy on Symptoms of Terminally Ill Patients with Cancer

Morita T, Shima Y, Miyashita M, Kimura R, Adachi I, Japan palliative Oncology Study (J-POS) Group
Journal of Palliative Medicine 2004 ; 7 : 683-693

【目的】

医師と看護師からみた終末期癌患者の症状に対する輸液療法の効果を明らかにする。

【方法】

質問紙による横断調査。

終末期肺癌または胃癌患者に対する輸液療法を、輸液量が0.5～1L/日の群、1.5～2L/日の群、1.5～2L/日から0.5L～1L/日に減量した群に分け、それぞれの群において、脱水に関する3つの症状（口渇、全身倦怠感、意識レベル）および体液過剰に関する4つの症状（気道分泌、浮腫、胸水/腹水、呼吸困難感）が改善したか悪化したかについて、腫瘍医、緩和ケア医、腫瘍看護師、緩和ケア看護師に質問した。

【結果】

全国がん・成人病センター協議会、および、日本緩和ケア病棟連絡協議会に加盟している病院の腫瘍医413名、緩和ケア医88名、腫瘍看護師2,735名、緩和ケア看護師593名（回収率：医師53%、看護師83%）が解析対象となった。

輸液量0.5～1L/日および1.5～2L/日の終末期肺癌および胃癌患者において、腫瘍医、緩和ケア医、腫瘍看護師、緩和ケア看護師が報告した脱水症状（口渇、全身倦怠感、意識レベル、それぞれについて）の改善の割合は、30%以下であった。

輸液量0.5～1L/日の終末期肺癌患者において、腫瘍医が報告した体液過剰症状（気道分泌、浮腫、胸水、呼吸困難感、それぞれについて）の悪化の割合は、5.8～13%であり、緩和ケア医、腫瘍看護師、緩和ケア看護師では20～50%であった。

輸液量1.5～2L/日の終末期胃癌患者において、腫瘍医が報告した体液過剰症状（気道分泌、浮腫、腹水、呼吸困難感、それぞれについて）の悪化の割合は、9.3～24%であり、緩和ケア医、腫瘍看護師、緩和ケア看護師では16～68%であった。

輸液量を1.5～2L/日から0.5L～1L/日に減量した場合、終末期肺癌および胃癌患者において、緩和ケア医、緩和ケア看護師が報告した体液過剰症状（気道分泌、浮腫、胸水/腹水、呼吸困難感、それぞれについて）の改善の割合は20～70%であった。逆に、腫瘍医、腫瘍看護師が報告した脱水症状（口渇、全身倦怠感、意識レベル、それぞれについて）の悪化の割合は7%以下であった。

【結論】

腫瘍治療学、緩和ケアいずれにおいても医師、看護師は、終末期癌患者に対する輸液療法によって、体液過剰症状

の悪化がみられ、脱水症状の緩和には限られた効果しか得られないことをしばしば観察した。以上より、癌終末期には輸液はルーチンには行われるべきではなく、個々の患者ごとの包括的な評価に基づいた個別化した治療が強く要求されることが示唆された。

Current Insight

終末期癌患者へのリスペリドン少量投与で発生した Torsades de Pointes

聖隷三方原病院 緩和支援診療科 鄭 陽、森田 達也

Tei Y, Morita T, Inoue S, Miyata H

Torsades de pointes caused by a small dose of risperidone in a terminally ill cancer patient

Psychosomatics 2004; 45: 450-451

新しい抗精神病薬であるリスペリドンは最近せん妄患者への使用が増加している。ハロペリドールなどの古典的な抗精神病薬と比較して安全で副作用が少ないとされているが、致死的不整脈と関連するQT延長を来す可能性があり、今までに突然死1例、QT延長数例が報告されている。今回我々はせん妄を示した終末期癌患者に少量のリスペリドン投与したところ生じたTorsades de Pointesを経験した。

症例は84才の大腸癌の女性であり、せん妄と疼痛コントロールの目的でホスピスに入院した。採血検査では軽度の肝機能障害と高血糖が認められた。画像検査では肝転移と腹腔内リンパ節転移が認められた。心電図でのQTc時間は基準値内であった。モルヒネからフェンタニルへのオピオイドローテーションと血糖補正を行い、過活動時にはリスペリドンを1回0.5mg頓用で合計4回服用した。その後せん妄は改善したが、患者が突然前胸部不快を訴え、心電図で多形性心室性頻脈（Torsades de Pointes）を認めた。直ちに硫酸マグネシウムを静脈注射したところ洞調律に復帰した。再検した心電図ではQTc時間が延長し、血液検査では肝機能障害が増悪していた。リスペリドンの服用を中止した後QTc時間は正常化した。その後不整脈は再発せず、患者は肝不全で永眠された。

リスペリドンは主にCYP2D6酵素群によって肝臓で代謝されるため、肝機能が低下しているとリスペリドンの血中濃度が上昇することが予測される。この症例は、肝機能が低下した患者においてはたとえ少量のリスペリドンでもQT延長から致死的不整脈を引き起こしうるということを念頭におく必要があるということを示唆している。

Journal Club

Existential Plight of Adult Daughters Following
Their Mother's Breast Cancer Diagnosis
乳癌患者を母に持つ成人女性の、現存の／存在に関する窮状

名古屋市立大学看護学部 石黒 千映子

Raveis, V. A., Pretter, S.: Existential Plight of Adult Daughters Following Their Mother's Breast Cancer Diagnosis. *Psycho-oncology*, 14(1), 49-60(2005).

今まであまり調査されていない、成人女性が母親の癌の診断後に向き合うことになる困難な状況について理解することを目的に面接調査を行った。面接は1対1で平均53分間行われた。面接者は事前に面接の訓練を受けた2名の医学的な知識のある女性であった。面接では、対象者が主体的かつ自由に、介護を引き受けたときの状況および母親の病気や治療に対する自分の反応や母娘関係の変化などについて詳しく語るよう促された。また、自分の癌の感受性と癌のリスクファクターについても聞かれた。録音された面接内容を2人のメンバーがそれぞれに分析した後、議論と検証を重ねてその内容をコード化した。対象者数は50名、平均38.3±9.6歳(21~60歳)で、70%が大学院以上の学歴があり、74%が働いていた。56%は既婚もしくはパートナーがおり、60%は自分も母親であった。面接は母親が癌の診断を受けてから平均7.5ヵ月後に行われた。面接内容から、対象者に起こる重要な問題と癌の診断の影響は3つに大別された。(1) 母親の癌の診断に関する情緒的な反応: 母親の癌の診断を知った後、ショック→否認→パニック→恐怖→困惑→悲哀へと感情が変化した。(2) 母娘関係の変化: それまで母親に対し強く不屈のイメージを抱いていたが、傷つきやすい／壊れやすいイメージに変わり、自分は母親を失うのではないかと恐れていた。母娘の絆が強くなるとともに母娘の役割は逆転し、娘が母親を守り支える行動が増えた。(3) 自分自身の乳癌のリスクに関する懸念: 自分が乳癌になるかもしれないという恐れを抱くようになり、家族の病歴を確認するようになった。また、自分の価値観を見直し、自分のこれからの人生における優先順位を考え直していた。医療者は、乳癌の母親を介護している女性たちが、母親の病気によって抱く自分の感情と向き合いながら、母親と同じ病気に罹患する心配を抱えていることを深く理解する必要がある。

Journal Club

終末期癌患者に対する苦痛緩和のための鎮静に伴う家族の体験

聖隷三方原病院ホスピス 穴戸 英樹
同 緩和支援診療科 森田 達也

Family Experience with Palliative Sedation Therapy for Terminally Ill Cancer Patients

Morita T, Ikenaga M, Adachi I, et al. *Japan Pain, Rehabilitation, Palliative Medicine, and Psycho-Oncology (J-PRPP) Study Group*

苦痛緩和のための鎮静はしばしば終末期癌患者に必要とされ、家族にとって重大な苦痛となりうる。本研究の目的は、苦痛緩和のための鎮静に関して家族がどのような体験をするかを、家族の満足度、苦痛の程度と、それらに関連する要因を明らかにすることである。日本ホスピス緩和ケア病棟連絡会議の会員で、350床以上の病院に併設された15床以上を有する7ヶ所の緩和ケア病棟において鎮静を受けた癌患者の遺族280名を対象とした、多施設における質問紙による調査が行われた。家族の満足（非常に不満足～完全に満足の8段階）や苦痛の程度（全くない～非常に強い5段階）、鎮静の開始時期、家族の体験、意思決定過程、鎮静についての不安などを質問した。回答が得られた185名を解析した（回答率73%）。患者の69%が鎮静前に、「かなり」あるいは「非常に強い」苦痛を感じていた。患者の55%は鎮静の希望をはっきりと表示しており、家族の89%は医師または看護師からきちんと説明を受けていた。全体として、25%の家族が苦痛を体験していたが、78%が治療に満足していた。家族の満足度を低くする独立因子として、鎮静後の不十分な症状緩和、不十分な情報提供、鎮静が患者の命を縮めてしまうかもしれないという不安、症状緩和を達成する方法が他にもあったのではとの思い、が挙げられた。家族の苦痛を強める独立因子として、鎮静後の不十分な症状緩和、鎮静を決定する責任を負わされているという思い、患者の容態の変化に準備ができていない思い、医師や看護師の共感が十分でなかったという思い、患者の死までの期間が短かったこと、が挙げられた。

【結論】 苦痛緩和のための鎮静は、患者と家族の同意に基づいて強い苦悩から解放するために行われており、家族の大多数は満足していた。医師および看護師は、（1）患者の苦痛を定期的にモニタリングし、タイムリーに鎮静のプロトコルの修正を行い、（2）十分な情報（特に他の手段と生命予後への影響について）を提供し、（3）鎮静の決定の責任を共有し、（4）悲嘆の表出を促進し、（5）感情面での援助を行うことで、家族の苦痛を最小化すべきである。

学会印象記

第6回アジア太平洋ホスピス会議：韓国ソウル市

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

2005年3月16日から19日まで、韓国の首都ソウル市で開催された第6回アジア太平洋ホスピス会議（6th. APHC）に参加する機会を得たので会員の皆様にご報告したい。

隔年開催の本会議は、アジア太平洋地域におけるホスピス緩和ケアの関係者が一堂に会し、母国語を離れた共通言語（English）を用いることによってコミュニケーションを図り、それぞれの国における活動の展開に寄与しようというものである。主たる発起人が日野原重明先生であり、前回は柏木哲夫先生の主催で、大阪で開かれたことから分かるように我国との関係も深い。今回も、北は北海道から南は九州・沖縄まで、日本全国から韓国に足を運ばれ、国内学会とは異なる交流の機会となっていた。

大会会長のスピーチによれば参加者は1,000人を超え、国内（韓国）が600人、外国から400人という。開会式では保健大臣や国会議員も挨拶されるなど、開催国の熱意が伺われた。また、外国人の最大勢力は、前回開催の日本と前々回の開催の台湾で100人規模の参加者があったようで、本会議の開催による影響力を感じさせられた。少数の参加者では、北

米カナダ、南米アルゼンチン、アフリカのウガンダ、欧州からはポーランドなど世界的な広がりを見せていた。

3日間にわたる本会議では、プレナリー：4セッション22演題、シンポジウム：10セッション32演題、口述発表：12セッション104演題、ポスターは2日間2セッションに分かれて合計187演題、その他、討論会やワークショップもあり、最終日の午後には外国人向けのホスピス見学会も組まれていた。

すべての発表に接していないので、とても評価できる立場にはないが、自分の取材できた範囲では、基礎的なものから高度なレベルまで相当な広がりがあり、多種多様なアジアの状況を反映したものであったと思われる。したがって、参加者の興味と経験により、学ぶ立場と経験を伝える立場をとることが可能、という意味で、自分の力量を問われている印象を受けた。

そのうえで参加者としては次の2点には改善を望みたい。第一はプロシーディングのインデックスで、著者別で自分の発表を確認することは容易である。しかし、開催日の受付時点で本会議での全貌を知るので、時間的に興味ある演題を探すことが困難であり、キーワード・インデックスの掲載を望む。第二はポスター会場が狭く、発表面積も狭小、討議時間の設定も短く、技術的な問題を強く感じさせられた。次の開催は、2007年にフィリピンのマニラで行われる予定なので、それ迄には対策を講じられることを要求したい。

非常に友好的な会議の雰囲気と主催者の親切な態度を具現された韓国の関係者には、本会議の成功を祝福し、重ねて御礼を述べておきたい。カムサハムニダ（thanks a lot）！

施設訪問記

光が丘スペルマン病院ホスピス病棟（仙台市宮城野区）

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

冬とは言いながら雪の见えない東仙台駅を下車した。「徒歩10分ぐらいですがタクシーに乗られた方が便利ですよ」とアドバイスを受けていたものの、約束の時間まで少々あり、周辺を散策しながら訪ねることにした。駅からは真直ぐ、中学校を過ぎて国道を渡り、ゆったりとした坂道を昇る。途中カトリックの修道院もあった小高い丘の中腹に、それは建って居た。閑静な住宅街の中にあることは、日常生活から切り離されずにいる、という意味合もあるだろう。事実、このホスピスのモットーは「共に生きる、共に歩む」であった。

案内は病棟師長がして下さった。2階建てのモダンな建物は、樹の温もりが感じられるのみならず、開口部分が大きく、開放感を与えている。途中に於かれたソファや椅子にも寛ぎを覚えたが、祈りの間や病棟内の美容室にも、ケアのゆとりを読み取ることができる。ここは既存の建物を研究された後が随所に見られた。

周知のように日本のホスピス緩和ケアのパイオニアは、プロテスタント系キリスト教を背景に持つものが多いが、ここはカトリック仙台教区が母体となっており、少し趣をことにしている。ボランティア活動の盛んであることは共通項目であるがパストラルケア担当のシスターが活躍している。設立の経緯には、市民グループ「ホスピスの設置を願う会」の働きかけがあり、150床程の内科系病院にホスピスが開設されたことがあげられている。また、ホスピス運営のソフトウェアでは遺族会の活動に充実したものを感じた。

ホスピス病棟の病床数20に対し、職員配置は専任医師1名、看護師14名、看護助手1名、ソーシャルワーカー1名、パス

トラルワーカー2名であり、ボランティアは70名である。これらの情報は、かなり充実したホームページで事前に入手したものの確認になってしまう。しかし、実際に訪問してみても印象は、事前のものとは異なっていた。

現代的な病院建築の常識では、平面構造が第一であると言われるが、この病棟は立体構造を活かしている。地階には霊安に利用出来る部屋を持ち、生活空間との分離が図られている。逆に、屋上からは仙台市や太平洋を望むことができる。また、植物が置かれて園芸療法への余地を残しており、アウトドア利用としての工夫はエレベータから段差なく屋上フロアに出られることから分かる。広々とした2階のデイルームにはバーがあり、春には病院の庭の桜が美しいと聞かされ、春に再訪したい気持ちになった。

短い訪問時間であったにもかかわらず、御挨拶下さいました志村院長、案内役の渡辺師長、後のホスピスセミナーでお目にかかれた専任医師の亀岡先生にはホスピスにおけるリハビリの重要性を御指摘下さいましたが、病棟スタッフの皆さまに感謝致します。

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12月～2005年2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, Palliative and Supportive Care, Palliative and Supportive Cancer Care, Journal of Clinical Oncology, Cancer

聖隷三方原病院 緩和支援診療科 森田 達也

※今月から、review対象雑誌にPalliative and Supportive Care (U.S.A.; 精神的苦悩、いわゆる「スピリチュアルペイン」を主要テーマとした雑誌です)、Palliative and Supportive Cancer Care (Italy; Italyの緩和ケアグループが中心となって起こした雑誌です)を含めました。

疼痛学と精神腫瘍学専門の雑誌を除く緩和医学専門誌だけで10誌程度が発刊されています。タイトルとして、Palliativeが7誌、Supportiveが3誌、Symptom ManagementとHospiceが各1誌に使われています。

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。

呼吸困難感

Vora VA, Ahmedzai SH. Pulse oximetry in supportive and palliative care. Supportive Care in Cancer. 2004; 12 (11) : 758-761.

Campbell ML. Terminal dyspnea and respiratory distress. Crit Care Clin. 2004; 20:403-417.

倦怠感

Dimeo FC, Thomas F, Raabe-Menssen C, Propper F, Mathias M. Related. Effect of aerobic exercise and relaxation training on fatigue and physical performance of cancer patients after surgery. A randomised controlled trial. Support Care Cancer. 2004; 12 (11) : 774-779.

研究

National Hospice and Palliative Care Organization. Development of the NHPCO research agenda. J Pain Symptom Manage. 2004;28 (5) :488-496.

Walshe CE, Caress AL, Chew-Graham C, Todd CJ. Case studies: A research strategy appropriate for palliative care? Palliat Med. 2004;18 (8) :677-684.

Palmer JL. Analysis of missing data in palliative care studies. J Pain Symptom Manage. 2004;28 (6) :612-618.

腎不全でのオピオイド

Mervyn D. Opioids in Renal Failure and Dialysis Patients. J Pain Symptom Manage. 2004;28(5):497-504.

小児の緩和ケア

Turner J. Children' s and family needs of young women with advanced breast cancer: A review. Palliative and Supportive Care. 2004;2(1):55-64.

精神的つらさ (distress)

Murillo M, Holland JC. Clinical practice guidelines for the management of psychosocial distress at the end of life. Palliative and Supportive Care. 2004;2(1):65-77.

疼痛

Miaskowski C, Dodd M, West C, Schumacher K, Paul SM, Tripathy D, Koo P. Randomized clinical trial of the effectiveness of a self-care intervention to improve cancer pain management. J Clin Oncol. 2004;22(9):1713-1720.

Hanks GW, Nugent M, Higgs CMB, Busch MA. Oral transmucosal fentanyl citrate in the management of breakthrough pain in cancer: an open, multicenter, dose-titration and long-term use study. Palliat Med. 2004;18 (8) :698-704.

Parlow JL, Milne B, Tod DA, Stewart GI, Griffiths JM, Dudgeon DJ. Self-administered nitrous oxide for the management of incident pain in terminally ill patients: a blinded case series. Palliat Med. 2005;19(1):3-8.

Leppert W, Łuczak J. The role of tramadol in cancer pain treatment--a review. Support Care Cancer. 2005;13(1):5-17.

クリニカルパス

Mirando S, Davies PD, Lipp A. Introducing an integrated care pathway for the last days of life. Palliat

Med. 2005; 19(1):33-39.

システム

Miller SC, Mor V. The opportunity for collaborative care provision: The presence of nursing home/hospice collaborations in the U.S. States. J Pain Symptom Manage. 2004;28(6):537-547.

From Japan

日本からの論文を紹介します。

Kohara H, Miyauchi T, Suehiro Y, Ueoka H, Takeyama H, Morita T. Combined modality treatment of aromatherapy, footsoak, and reflexology relieves fatigue in patients with cancer. J Palliat Med. 2004;7(6):791-796.

Kohara H, Ueoka H, Takeyama H, Murakami T, Morita T. Sedation for terminally ill patients with cancer with uncontrollable physical distress. J Palliat Med. 2005;8(1):20-25.

Morita T, Ikenaga M, Adachi I, Narabayashi I, Kizawa Y, Honke Y, Kohara H, Mukaiyama T, Akechi T, Kurihara Y, Uchitomi Y. Concerns of family members of patients receiving palliative sedation therapy. Support Care Cancer. 2004;12(12):885-889.

Morita T, Ikenaga M, Adachi I, Narabayashi I, Kizawa Y, Honke Y, Kohara H, Mukaiyama T, Akechi T, Uchitomi Y. Family experience with palliative sedation therapy for terminally ill cancer patients. J Pain Symptom Manage. 2004;28(6):557-565.

Morita T, Shima M, Miyashita M, Kimura R, Adachi I. Physician-and Nurse-Reported Effects of Intravenous Hydration Therapy on Symptoms of Terminally Ill Patients with Cancer. Palliative Medicine. 2004; 7(5):683-683.

Morita T, Shishido H, Tei Y, Inoue S, Nagayama K. Neuroleptic malignant syndrome after haloperidol and fentanyl infusion in a patient with cancer with severe mineral imbalance. J Palliat Med. 2004;7(6):861-864.

Morita T. Palliative sedation to relieve psycho-existential suffering of terminally ill cancer patients. J Pain Symptom Manage. 2004; 28(5):445-450.