



Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会 ニューズレター

August 2010

48



特定非営利活動法人
日本緩和医療学会

〒550-0002 大阪市西区江戸堀1丁目22番38号三洋ビル4F あゆみコーポレーション内
TEL 06-6441-5860/FAX 06-6441-2055
E-mail: info@jspm.ne.jp URL: http://www.jspm.ne.jp/

巻頭言

理事長就任にあたって

理事長 恒藤 暁

大阪大学大学院 医学系研究科 緩和医療学

この度、理事長の任を仰せつかりました。甚だ若輩の身ではありますが、この大任をお受けしましたうえは皆様のご期待に添えますよう、一層精進して参る所存です。

江口研二前理事長の在任中の6年間において、学会はEPEC-0 (Education for Palliative Care and End of Life Care-Oncology) の開催の開始 (2005年12月)、オンラインジャーナルの刊行 (2006年3月)、NPO法人化 (2006年12月)、理事・代議員選挙制度の導入 (2007年10月)、鎮静 (2005年3月、2010年6月改定)、輸液 (2007年4月)、泌尿器症状 (2008年11月)、補完代替医療 (2009年2月)、がん疼痛 (2010年6月) のガイドラインの刊行、暫定指導医・認定研修施設の認定 (2009年4月)、専門医の誕生 (2010年4月)、緩和ケア指導者研修会・緩和ケア研修会や緩和ケアの普及啓発事業 (PEACEプロジェクト・オレンジバレーンプロジェクト、2008年) の開始、ELNEC-J (End-of-Life Nursing Education Consortium Japan、2009年7月) の開始、利益相反マネジメントの導入 (2010年5月) など多数の事業を展開し、これらの活動に伴い、緩和医療は普及と専門性の観点から飛躍的な成長を遂げました。これは江口前理事長を始め、多くの方々の努力の賜物であると思います。

今後、以下の3点に取り組んで参ります。第一は、緩和医療を「広める」だけでなく、「深める」ことと「高める」ことを目指します。「深める」ために、緩和ケアチーム検討委員会を改組・改名し、「専門的緩和ケア推進委員会」を立ち上げ、緩和ケアチーム、緩和ケア病棟、在宅緩和ケアの質の向上と拡充を目指します。また、「高める」ために、新たに「研究推進委員会」を立ち上げ、学会が主体となって多施設共同研究を進めると共にその支援体制を整えます。さらに専門医を認定するだけでなく、その育成に力を入れることを目的に、「専門医認定制度委員会」を「専門医認定・育成委員会」に名称変更し、新たな活動を展開していきます。

第二に、学会の活動をより戦略的に行うことを目指します。学会には取り組むべき多くの課題がありますが、その課題を理事会で整理し、優先順位を付け、短期・中期・長期の行動計画を立て、より効果的・効率的な学会運営を行い、学会員と社会に貢献することを目指します。

第三に、上記した行動計画を遂行するために、学会自体の組織力を高めるように努めていきます。これまでは理事会と委員会の連絡が緊密に取られておらず、その活動が透明化されていませんでした。これからは理事会が各委員会と有

機能的、機能的、機動的に連携することを目指し、部門制を取り入れて、各部門に複数の委員会が所属する形をとり、かつ各部門には担当の常任理事1~3名を置き、各委員会と報告、連絡、相談などの支援をすることを考えています。

患者・家族、社会の必要性に少しでも応えられるよう励んで参る所存ですので、皆様にはなお一層のご理解とご協力を賜りますよう、何卒、宜しくお願い申し上げます。

総会の総括

第15回日本緩和医療学会学術大会を終えて いつでもどこでも緩和ケアを提供できる社会への第1歩

筑波メディカルセンター病院 緩和医療科 志真 泰夫

第15回日本緩和医療学会学術大会を6月18、19日の2日間、東京国際フォーラムで開催しました。がん対策基本法の施行以降、大きく変わりつつある緩和医療の現状と今後の課題が浮き彫りとなった学術大会でした。

○学術大会の規模と事前登録について

学術大会の参加者数をみると、事前登録参加者3,978名、当日参加者2,862名、合計6,840名と6,000名を大きく越える参加者数でした。参加者数は、東京国際フォーラムの賃借料等から予算の目標として、6,000名を見込んでおり、なんとか目標を達成できたことは幸いでした。また、事前登録のシステムは、ある程度参加者数の予測ができることと当日参加者の受付での混雑を避けることができた、という点で有用でした。今後も継続してよい方法と考えます。

○一般演題の応募と査読

第15回学術大会では過去最多の1,019題の一般演題が集まりました。演題数は年々増加しています。そこで、研究発表の質を向上させることを目的として第13回大会より査読を行うようになり、今回で3回目となりました。査読の結果、採択された演題は828題（採択率81%）でした。しかし、今回の査読の経験を通じて「査読の質」「採択の基準」などいくつか問題点が明らかとなりました。

○基調講演と特別講演

第1日目午前中の基調講演、特別講演は緩和医療学会15年の歴史と重みを感じる、充実した人選と内容だったという評価を何人かの人からいただきました。「基調講演はとても感動しました」ということばもいただき、身に余る光栄だと思っています。緩和医療学会が「少年期」から「青年期」に成長していくこの時期に基調講演の機会を得たことは、私自身もとてもありがたいことでした。

○パネル・ディスカッション、シンポジウム、ワークショップなど

ガイドラインが出版されたのに合わせてシンポジウムを企画したのはよかったという評価の一方で、どうしても聞きたいシンポジウムなどが重なってしまったのが残念だったという意見がありました。学会としてここは多くの人に参加してほしいというセッションの時には他にプログラムを作らずにプレナリーセッションとして行うほうがよいのかもしれない。また、臨床研究のワークショップは会場が小さく、中継会場にも立ち見ができるほどの盛況ぶりでした。やはり臨床研究への関心が高まっているのではないかと思います。

○その他

中継会場があつてよかったという意見を多く聞きました。可能であれば、中継会場からの質問の受付ができるとよいという意見もありました。事前登録でランチョンセミナーの予約が取れたのもよかったという意見が多く聞かれました。例年、学術大会 2 日目の午後は参加者がどんどん帰ってしまうのですが、「今回はプログラムに引っ張られ、多くの人が 2 日分まるまる楽しんでいったような印象です」という声を聞き、主催者として疲れたけれども達成感を感じています。組織委員の皆さんをはじめ、運営に協力を頂いた多くの方々に心から感謝します。

特別講演3

緩和ケアにおける看護 - その歴史とこれからの課題 -

座長・報告 ピースハウス病院 二見 典子

特別講演の前半では、がん看護の最前線で実践・管理・教育を経験されてきた丸口先生が、日本における緩和ケア看護の歴史をご自身の経験に重ねて概観された。がん看護領域での研究テーマの割合は、かつては、ターミナルケアへの関心が高かったが、1990年代後半からは、診断治療の進歩にあいまって治療に関連した看護の割合が増えてきた。疾患の早期からの緩和ケアの必要性を考える時、それが非常に重要なことであることは明白である。一方で、特に臨床実践において、「息苦しい」と患者が訴えた時に、バイタルサインを図って酸素吸入を始めて「様子を見ましょう」というだけの治療関連の看護行為だけでなく、できる看護はもっとあることを今一度しっかり見直して欲しい、安楽な体位、衣類の状態、室温や換気の快適性、観察し調整できることはあるはず。その様な看護が希薄になっていないかと危惧していると話された。

そして、すべての看護師が基礎教育の最初に学習する“看護の基本となるもの”を引用された。「看護師の果たすべき責任の第一義的なものは、患者が日常生活の様式を守りうるように助けること、すなわち、普通であれば人の手を借りなくても出来る、呼吸、食事、排泄、休息、睡眠と運動、身体の清潔、体温の保持、適切に衣類を着ける等々に関し、患者を助けることである。加えて、生活をより一層意義のあるものとする、さまざまな活動を人々に与えるよう助力もする。」である。「苦痛を緩和し日常生活への支障を最小限にする」という緩和ケア看護の目標は基本的な看護をしっかりと行うことなしに実現することは出来ないし、ケアの丁寧な積み重ねからエビデンスを作り熟達した技術や緩和ケア看護の質の向上に向かって欲しいと。最後に、この講演で筆者の心に響いたことは、緩和ケア看護の中心課題は「End of Life Care」であるという先生の言葉である。看護の基本を丁寧に大切に実践されてきた丸口先生のメッセージは、とてもわかりやすく、多くの参加者がおおきくうなずいて聴いていたことも印象的であった。

特別講演4

緩和医療薬学-基礎から臨床へ-

座長・報告 恩賜財団 済生会横浜市南部病院 薬剤部 加賀谷 肇

緩和医療薬学は緩和医療における薬物療法を薬学的観点から遂行・支援して行くことを目的にしている。

講演は、はじめ平成19年に設立された日本緩和医療薬学会（鈴木勉代表理事）について概説し、次いで基礎薬学の緩和医療への貢献について触れられた、その骨子を以下に要約する。

1. 年会もこれまでに3回行い、認定事業にも着手した。
2. 第1回緩和薬物療法認定薬剤師71名が本年4月に認定された。認定者について特筆すべきこととして保険薬局薬剤師が3名含まれていることである。保険薬局の数からすると認定者は少ないと言わざるを得ないが、今後在宅における緩和医療を推進する上で、多くの保険薬局の薬剤師が認定試験にアプライしてほしい。
3. 学術雑誌を年4回発行し、基礎から臨床への橋渡しを担っていること。
4. 薬・薬・学の連携が大きなテーマで、すなわち病院薬剤師、保険薬局薬剤師、大学の教育研究者が密な連携を計ることで、臨床現場での薬・薬連携によって緩和医療を薬理学、薬剤学、毒性学などの教育研究者が支援していることと述べられ、臨床での問題点を基礎で詳細に検討して、その成果を臨床に反映していくことが重要性である。
5. がん疼痛などの疼痛治療に医療用麻薬を用いた場合に精神依存が問題にならないこと、そしてそのメカニズムの解明、副作用対策についてのエビデンスが示された。
6. NMDA 受容体拮抗薬であるイフェンプロジルは MR1 と NR2B サブユニットで構築された鎮痛補助薬であり、その有用性と安全性についても基礎と臨床のデータを基に説明。

朝一番のプログラムにも関わらず多くの聴衆で会場は一杯となり、予備に用意された講演中継会場も立ち見ができる盛況ぶりだった。また、医師、看護師等の聴衆参加者も多く会場に足を運んでいただいて、熱気溢れる雰囲気会場が包まれた。

インターナショナルシンポジウム1

世界各地における地域緩和ケア

座長・報告

帝京大学医学部内科学講座 腫瘍内科 江口 研二

聖路加看護大学 山田 雅子

大会二日目、9時から2時間半にわたり、イギリス、オーストラリアそして日本における地域緩和ケアについて活発な意見交換がなされた。

英国・シェフィールド大学のSam H Ahmedzai氏は、ヨーロッパにおける緩和ケアの歴史を15世紀から辿ったあとに、

現在シェフィールド大学で先駆的に実践しているComprehensive supportive and palliative careシステムの紹介につなげた。そこでは医療だけでなく多職種が包括的にかかわるケアの重要性が強調された。中でも死亡前約2週間から開始される集中的在宅ケアシステムでは、看護師による24時間滞在型の訪問サービスも含めて提供されているという。同じ時期に在宅ケアの導入を検討し始めるわが国との違いが浮き彫りとなった。氏はまた、45項目からなるSheffield Profile for Assessment and Referral for Care (SPARC)を活用することで、今後高齢化に向うEU各国での緩和ケアに対するニーズ（がん及び非がん患者共）を適切に把握し、対策をとることができるなど、工夫と仕掛けをもって取り組むことの重要性について言及した。

豪州・メルボルン大学のDavid J Brumley氏は、自国ではがんが死亡原因の2番目であり死亡者の7割が未だ濃厚な医療を受けながら病院で亡くなっている現状から、地域緩和ケアの周知を図ることの重要性について語った。氏は、国が展開しているThe National Palliative Care Programの解説を通して、人口密度が低く、原住民を含む多民族文化を持つ地域での医療の実際について解説した。遠隔地でのカンファレンスを可能にし、緩和ケア・スタンダードや最新の医療情報を閲覧できる情報システム（CARESEARCH palliative care knowledge network）の構築、医薬品へのアクセスのしやすさの推進などが紹介された。今後死亡者数が倍増するとの予測に、距離や民族を超えた地域における緩和ケアシステムの更なる普及に向けた挑戦の必要性が指摘された。

両氏は最後に、国立がん研究センターがん対策情報センター加藤雅志氏によるわが国の「緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM）」については、組織的な活動が展開されており素晴らしい、成果が報告されることを心から期待しているとエールを送った。

各国の共通点として、地域緩和ケアの普及を、高齢化問題を併せ持つ課題として取り組んでいることを痛感したシンポジウムであった。

シンポジウム2

遺族による緩和ケアの質の評価 -J-HOPE 研究から見えてくるもの-

座長・演者・報告 東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野

宮下 光令

座長 大阪大学大学院医学系研究科 緩和医療学 恒藤 暁

本シンポジウムは、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団および厚生労働省研究班が行ったがん診療連携拠点病院、緩和ケア病棟、在宅ケア施設に対する世界最大規模の遺族調査であるJ-HOPE (Japan Hospice and Palliative Care Evaluation Study) 研究に関するものである。J-HOPE研究は2007年から2008年にかけて実施され、56のがん診療連携拠点病院、100の緩和ケア病棟、14の在宅ケア施設が参加した。合計13,181人の遺族に調査が実施され、8,163人（62%）に回答を得た。

シンポジウムでは、まず宮下が「J-HOPE研究の概要とケアプロセス・アウトカムの評価：と題し、研究計画とメインアウトカムである「ケアプロセスの評価」「アウトカム（望ましい死の達成）」について、現状と今後の課題について

述べた。次に三條真紀子氏がメインアウトカムの1つである「遺族の介護経験（介護肯定感や負担感）」「遺族の健康関連QOL」に関する結果を述べた。本研究では緩和ケア病棟の遺族を対象に多くの付帯研究が実施されたが、森田達也氏は「遺族からの見た『望ましいケア』：家族の声をしっかりと聞く」と題し、付帯研究のうち「患者の他者への負担感」「希望を持ちながら心の準備をすること」「経口摂取が出来ない患者へのケア」「予後告知」といった臨床的な課題を取り上げ、遺族の視点からみた終末期がん患者に対する望ましいケアのあり方について述べた。これらの結果を受けて、二見典子氏から「ホスピス・緩和ケア病棟の管理者の立場から」と題し看護師長の立場からのコメント、福地智巴氏から「QOLの維持向上につながる情報提供のあり方とは」と題しMSWの立場からコメントを得た。これらの報告の後には会場と活発な討論が行われた。わが国の遺族調査は世界で最も系統的になされていると考えられ、今後も発展が期待される。

また、当日会場で日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団が発行した本研究の統括報告書が配布されたが、それぞれの研究が今後の臨床や学術的に有意義なものであり、「遺族の声をしっかりと聞く」ことが、わが国の緩和ケアの質の向上につながることを再認識したシンポジウムであった。

シンポジウム3

がん患者・家族とのコミュニケーション

座長・演者・報告

独立行政法人国立がん研究センター東病院 緩和医療科 木下 寛也

座長・演者

独立行政法人科学技術振興機構 戦略的創造研究推進事業 岡ノ谷情動情報プロジェクト

藤森 麻衣子

第15回日本緩和医療学会総会ではどのシンポジウムも多数の参加者の熱気が伝わってきました。本シンポジウム「がん患者・家族とのコミュニケーション」においても多数の方に関心を持っていただきお礼申し上げます

当日参加できなかった会員の皆様のために、概略をご紹介します。

緩和医療において様々な場面でコミュニケーションは重要な役割を果たし、医療従事者にとってその知識と技術の習得は必須と考えられます。そこで、まずわが国において、患者の意向に基づいたがん医療における悪い知らせの伝え方の研究に携わってきた藤森先生に研究の成果とその結果に基づいた「SHARE」プロトコールについて紹介していただきました。また、全国展開で開催されているコミュニケーション技術研修会が紹介されました。次に九州がんセンターの鶴池先生がオンコロジストの立場から、特に造血幹細胞移植療法という常に生と死の狭間にいる患者とのコミュニケーションについて、自らの経験に基づいて「双方向のコミュニケーションと支援」の重要性とそのプロセスについて具体的にお話しされました。続いて、千葉県がんセンターサポーターズセンター（おそらく日本でこの名称のセンターは唯一）の坂下先生が、「早期からの緩和ケアの導入と円滑な在宅医療への移行」におけるコミュニケーションについて、症例を呈示しながら「SHARE」における「RE（安心感と情緒的サポートの提供）」を使いながら、患者・家族の目標設定/修正のサポートをいかに行っていくかを示されました。最後に、木下からは家族とのコミュニケーションについて、家族が第二の患

者であると同時に家族自身も身体的・精神的な問題を抱えていることの可能性に対する注意、家族が自らのこころのつらさを訴えることについての困難、患者と家族の思いをつなぐコミュニケーション等について説明しました。

総合討論では、「家族が患者への告知を反対する場合」「不安が強く、退院が出来ない患者・家族へのアプローチ」「余命について尋ねられたときの対応」「高齢者への対応の際の注意」「共感のセンスを磨くには」などについて各演者の意見を述べました。

シンポジウムという性質上、フロアとの議論は不十分であったと思われますが、コミュニケーションは重要なテーマであり、今後の学会においてもセッションが組まれることを希望して筆をおきたいと思います。

シンポジウム5

こころを支える

座長・演者・報告

独立行政法人国立がん研究センター中央病院 看護部 リエゾン精神専門看護師

梅澤 志乃

座長 名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学／

名古屋市立大学病院 こころの医療センター

明智 龍男

シンポジウム5「こころを支える」の発表の概要および会場で交わされた討議について、ご紹介させていただきます。

本シンポジウムでは、緩和ケアの現場で遭遇することの多い難しい事例への対応やケアの在り方を、2つの仮想事例を元に、精神腫瘍医、臨床心理士、精神看護専門看護師の各種専門家の立場から議論していくことを通して、緩和ケアに従事する医療者が患者のこころを支える際に現場で感じている困難に具体的に対処する一助となることを目的としました。

当日は5人の演者を迎え、名古屋市立大学の明智龍男先生と筆者で司会を担当しました。

仮想事例としては、病棟看護師が困難を感じるケースとして『怒りの事例：看護師に怒りを向ける患者のケース』を国立がん研究センター中央病院の山岸恵先生より、緩和ケア医が困難を感じるケースとして『否認の事例：実現困難と考えられる歩行が可能となることを望んだケース』を国立がん研究センター東病院の松本禎久先生より、ご提示いただきました。

『怒り』の事例は、抗がん治療の継続が難しく症状緩和を優先とした治療へ変更することを告知された患者が、看護師に激しい怒りをぶつけたケースでした。看護師側には「患者と関わりたくない」といった拒否感や、「何もしてあげられない」といった無力感が生じたことを踏まえ、このような怒りをどう理解したらいいのか、怒りをどこまで受け入れたらいいのか、どのようなコミュニケーションが患者の苦痛緩和につながったか、看護師の困惑・疲弊している状況を緩和するにはどうしたらいいのか、といった問題提起がされました。

『否認』の事例は、病状が進行するにつれて歩行に対する非現実的な希望を表出するようになった患者が、そのままでは今後の療養に支障をきたすと医療チームより判断され、苦渋の選択として担当医より歩行が難しいことを伝えられ

たところ、激しい反応を示したケースでした。背景には否認が働いていることが推測されましたが、この状態をどう評価し、どのように対応することが適切であったらうかという問題提起がされました。

各ケースに対し、まずは精神腫瘍医の立場より、埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科の大西秀樹先生が、『怒り』および『否認』の定義、有病率、アセスメントのポイント、鑑別診断、そして具体的な関わり方に至るまで、親しみやすい口調でお話下さいました。起こっている精神症状の背景にある問題を探求し原因を把握することで、患者を深く理解し適切な治療的介入につながる事が分かりました。

次に、臨床心理士の立場より、群馬県立がんセンター精神腫瘍科・総合相談支援センターの大庭章先生が、『怒り』および『否認』を呈した患者とのコミュニケーションのとり方について明快に説明して下さいました。精神症状の背景にある問題を把握した上で、患者とのコミュニケーションをどうしたらよいかについて段階的に示していただき、とても理解しやすく臨床に即使用できる内容と感じました。

そして最後に、精神看護専門看護師の立場より、『怒り』の事例に関しては東京大学医学部附属病院の中嶋須磨子先生が、『否認』の事例に関しては筆者が、それぞれお話をさせていただきました。医療者への支援という視点を踏まえ、医療者自身が無理することなく、患者を支え続けるためには、患者の心理を理解した上でベストなケアに尽くすことと同時に、医療者自身のケアを行うことも大切であることを強調させていただきました。

これらの発表を元にフロアの参加者と討議を行いました。フロアからの意見としては、ご自身が体験されたケースを振り返り、行ってきた対応が間違いではなかったことを確認できたという方がおられました。また、緩和ケア病棟に入院されてきた患者の場合、情報の少ない中でどうやって精神症状を査定したらよいかという質問がありました。これに対しては、終末期がん患者には『怒り』や『否認』といった精神症状が存在するという前提で、関わりをはじめることが必要なのではないかという座長の明智先生からのコメントがありました。最後に、患者の“歩きたい”という発言は、“生きたい”の裏返しであり、否認だけで患者を理解してもよいのだろうかという疑問が投げかけられました。ご意見の通り、患者の心理は複雑であり、否認だけで単純に理解できない場合もありますし、医療者の関わりにも答えはないと思います。しかしながら、今回のシンポジウムで交わされたサイコオンコロジー領域の専門家からの発表やフロアとの討議が、参加者の皆様の日々の臨床における患者理解やケアに少しでも役に立てばと願ってやみません。

演者の先生方、参加者の皆様に感謝してこの文章を終えたいと思います。

パネルディスカッション1

精神・心理的支援の理論的背景を学ぶ

座長・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
／名古屋市立大学病院 こころの医療センター 明智 龍男
座長 北里大学大学院医療系研究科 医療心理学 岩満 優美

第15回日本緩和医療学会におきまして、北里大学の岩満優美先生と「精神・心理的支援の理論的背景を学ぶ」と題されたパネルディスカッションの座長を務めさせていただきました。本紙面をお借りして、パネルディスカッションに参加できなかった皆様のためにも当日の内容をご紹介させていただきたいと思います。

本パネルディスカッションの目的は、がんの患者さんの精神症状に対して各種の心理療法的なアプローチが用いられますが、緩和医療の領域で用いられることが多い治療技法の背景に存在する理論的な枠組みと具体的な実践方法を紹介し、がんの患者さんの精神的支援の理論的背景を学ぶことにありました。

当日はサイコオンコロジーおよび緩和医療の領域で実践を重ねておられる3人の先生方にご専門としておられます治療技法をご紹介していただき、実際の応用例や想定される治療機序などについても触れていただきました。

まず最初に、我が国における認知行動療法の分野では若手ナンバーワンといっても過言ではない国立がん研究センター東病院精神腫瘍科の藤澤大介先生が「認知行動療法・問題解決療法ってなあに？」というタイトルで、文字通り認知行動療法とその中の一つの治療法であります問題解決療法についてご紹介くださいました。中でも最近サイコオンコロジーや緩和医療の領域でも数々の研究により有効性が示されております問題解決療法について、1. 問題解決に取り組もうという考えを整え、2. 問題をはっきりさせ、3. 解決策を考え、4. 解決策を決め、それを、5. 実行し、6. 結果を評価する、という問題解決スキルを中心とした簡便な治療法であることを、実例を交えながらわかりやすく示してくださいました。次いで、愛知県がんセンター中央病院精神腫瘍診療科の小森康永先生が「ナラティブ・セラピーの考え方と緩和ケア領域での実践」と題してお話してくださいました。ちなみに小森先生は、知る人ぞ知る、我が国におけるナラティブ・セラピーの第一人者であり、本治療法に関する多くの著作を翻訳され、日本にご紹介くださってきた中心人物です。小森先生は、ナラティブ・セラピーにおける問題の外在化（問題が問題なのであって、人間やその人間関係が問題なのではないというように表現されます）の重要性とその応用としての「うつ病を擬人化した人形劇」や治療的文書の活用的重要性という視点からディグニティセラピーの治療メカニズムとその実践についてご紹介くださいました。その他にも、愛知県がんセンターで取り組まれているナラティブ・セラピーを応用したユニークな取り組みの数々をご紹介くださいました。宣伝になってしまい恐縮ですが、本年9月24-25日に名古屋で開催されます日本サイコオンコロジー学会 (<http://www.asas.or.jp/goudou2010/index.html>) では、小森先生の人形劇の実演を予定しておりますので興味がおありの方はぜひ足をお運びください。最後に、聖マリア大学の安藤満代先生が、ご自身が開発されました終末期の患者さんのための短期回想法についてご紹介くださいました。安藤先生の御講演では、短期回想法の理論的枠組みとしてエリクソンの発達課題などについても触れられながら、実際の短期回想法の実施方法なども含めてお話してくださいました。安藤先生が実践されておられます短期回想法は実際の終末期がんの患者さんの精神的苦悩に対しても無作為化比較試験にてその有用性が示されております (Ando M, et al. Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. J Pain Symptom Manage. 2010 Jun;39(6):993-1002.)。

その後、パネラーの先生方間で質疑応答をしていただきましたが、興味深いことに、理論は異なっても共通の要素が浮き彫りになり、精神療法の基盤となるような部分の理解にも役立ちました。またフロアからは金城学院大学の柏木哲夫先生が豊富なご経験から終末期の患者さんの心理状態の変化について示唆に富むコメントをいただくこともできました。いずれにしても今回ご紹介くださった治療技法は緩和医療の領域で極めて実施可能性および有用性が高い治療技法ではないかと感じました。再度の紹介になって恐縮ですが、お3人とも先にご紹介させていただきました今年9月に開催されます日本サイコオンコロジー学会でも精神療法に関するシンポジウムなどにご参加いただく予定になっておりますので、がんの患者さんの心理的援助に関してもっと深く学んでみたいという方はぜひ名古屋まで足をお運びください。

パネルディスカッション3

緩和ケアにおいて内科治療をどこまでやるか

座長・報告 横浜市立みなと赤十字病院 緩和ケア科 黒田 俊也

座長 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 消化器内科 里見 絵理子

終末期がん患者のケアにおいて、各種内科治療を適切に行えば患者のQOLは改善するが、病状の進行には目を向けず無制限に行えば苦痛を増す結果にもなりえる。パネルディスカッション3では、終末期のがん患者に対してどのように内科治療を選択することが患者のQOL改善に働くか、をテーマに話し合いが行われた。

はじめに林章敏先生より、緩和ケア領域における感染症治療に関する文献・論文からのデータや自施設で緩和ケア病棟と一般病棟とを比較したデータ、研修医に対するアンケート結果の発表があった。感染症治療は延命効果・症状緩和の可能性と治療に伴う苦痛とを考慮して実施されるべきであると述べた。濱卓至先生は、終末期のがん患者に対する輸液のメリット・デメリットについて言及され、緩和ケア病棟やがん診療連携拠点病院の輸液内容に関するデータを紹介し、現状に対する分析を行った。また、がん患者における栄養管理を、診断直後の時期から、治療期を経て、終末期まで切れ目なく行うことの重要性を強調した。宇野さつき先生は、在宅医療を受けた2症例を提示し、患者の意思や身体状況に応じて内科治療を適切に選択することで、患者のQOL向上につながることを示した。

総合討論のはじめに、座長でもある里見絵理子先生が、予後予測1カ月の患者に対する感染症治療・輸液療法に関するアンケート結果を発表した後に、患者・家族の意向、予後予測、内科治療のスキル、療養場所という4つの項目が治療内容の選択に影響するのではないかという見解を述べられ、総合討論に入った。総合討論では、栄養療法と腫瘍増大との関係、輸血療法の適応、抗生剤投与の工夫、家族とのコミュニケーション、終末期がん患者に対する感染症治療のガイドラインの必要性などに関する意見交換が行われ、過剰でもなく過少でもない、患者のニーズにあった内科治療が施されるためには、現場での地道な努力が必要であることを確認しあった。

パネルディスカッション4

緩和ケアチームが取り組む精神症状の緩和

座長・報告 千葉県がんセンター 精神腫瘍科 秋月 伸哉

座長 筑波大学大学院人間総合科学研究科 木澤 義之

精神症状緩和は緩和ケアチームの重要な役割の一つであり、国際的には多職種医療チームによる精神症状緩和モデルも示されつつある。国内では各施設の緩和ケアチームによる試行錯誤の段階である。このセッションでは緩和ケアチームが精神症状緩和を行う際にチーム内でどのような連携を行うべきかについて議論することを目的とした。

最初に緩和ケア医の立場から名古屋市立大学の坂本雅樹氏が発表した。チームによる精神症状の見落としを防ぐこと、継続的に関わること、緩和ケア医と違った立場で主治医にフィードバックすることなどが精神科医への期待として報告された。精神科医の立場から国立がん研究センター中央病院の清水研氏が、対象とする症状の薬物療法と精神療法

の必要性のバランスの違いにより精神科医、精神科専門看護師、心理士の役割を考えて診療を行っていること、カンファレンスを通じてチーム全体で目標を共有していることを報告した。最後に心理士の立場から千葉県がんセンターの堂谷知香子氏が、一般的な心理士の業務と異なり、チーム医療における心理士は身体状態を含む包括的な評価も不可欠であり、受け身ではなく積極的に他職種に働きかける能動的なモデルが必要であることを報告した。3名のパネリストが所属する施設には専従精神症状緩和担当スタッフが活動しており、年間数百件のコンサルテーション活動の経験に基づく報告であった。そこでは個人として精神症状緩和に臨むだけではなく、チーム全体でゴールを共有し、それぞれの役割を意識しながら活動を行うことの重要性が強調されていた。総合ディスカッションでは、マンパワーが限られる専門家チームが一般医療スタッフに精神症状緩和を担ってもらうための方法や、非常勤であっても精神症状緩和の専門家が関わることによってがん医療に変化が起きえること、地域全体で専門家チームのスキルを共有する方向性など、活発な議論が行われた。

パネルディスカッション5

実証研究から見るスピリチュアルケアの方向性

座長・演者 淀川キリスト教病院 ホスピス 田村 恵子

座長・報告 NPO法人緩和ケアサポートグループ 河 正子

本パネルでは3人の演者に、患者のケアに直接関わるデータに基づいて臨床のスピリチュアルケアに示唆を与える知見を発表していただいた。対象の背景もデータの集積や分析方法も異なるものでありながら、共通する方向性が見出されて興味深い内容であった。

森田達也氏からは、患者自身が望む「スピリチュアルケア」を明らかにするために、89名のがん患者への構造化面接を実施、内容分析を行なった結果が紹介された。先行研究による精神的苦悩の暫定的な概念に基づく8つの苦悩について、それらを和らげることに役立っていると患者自身が感じた方策が整理されるとともに、方策の具体例の提示があった。日常臨床で役立てられる内容として印象に残るものであった。考察からは「その方が何を大事にしているかを知ろうとすること」「その方が『わかってもらえた』と感ぜられること」がケアの核心にあるということが伝わってきた。最後に「わかってもらえた感」を患者がもてるためにどうすればよいか明らかにする研究が必要であるとの課題が示された。

佐藤泰子氏は、病院の一画で開かれているがん患者サロンの事例から、患者の「語り」を患者が「聴く」ことの意味を、「苦しみ」の構造の図解をとおして論じられた。「聴く」人が患者であるからこそ、語る患者は「つらさをわかってもらえた」と感じることができる。また、この関係では聴き手が自己の新たな役割に出会い、生きる意味を回復できるということもある。患者が「こうありたいという事から」のゆえに現在の事態をゆるせない、苦しいという「思い」であるとき、「こうありたい事から」を動かし変えることは困難でも、「思い」の方を患者自身が動かし始めることができる。そのために「聴くこと」や「情報・意見の提供」がささえとなる。何よりも「つらさをわかってもらえた感」をもつことがスタートとなる。発表全体からそのような主旨を受けとれたと思う。

田村恵子氏は、ホスピスで村田理論に基づくカンファレンスシートを用いて毎週実施している医師と看護師によるス

スピリチュアルケアカンファレンスについて分析された。101回のカンファレンスで対象となった患者50名のスピリチュアルペインの内容、緩和・増強に影響する事柄、ケア計画の内容が紹介された。実際の事例のカンファレンス経過も示された。ケア計画の分析からは、患者・家族の橋渡しとなる家族ケアの重要性や、患者・家族の病状理解の確認などの重要性が示唆されている。分析結果のみならず、カンファレンスで、まず医療チームの介入ニーズの有無を検討すること、不足している情報の確認の計画をたてることなど、実施方法についても発表から学ぶことが多くあった。

ディスカッションの時間には、会場から3人の方の質問やコメントがあり、発表内容の理解をさらに深めることができた。本パネルのキーワードの一つは「わかってもらえた感」であったように思う。その感覚をもってもらえるケアの可能性につながる各演者からの発言のいくつかを紹介して、まとめたい。

「わかってもらえて嬉しいと言われるようなときには、聞くことに徹し、相手に関心を寄せている」「患者さんに語ってもらうことで、患者さん自身が自分の思いをほんとうにはわかっていなかったことに気づくこともある」「人それぞれに多様な価値観があることを認めよう」「患者さんが非現実的な希望をもつのは当たり前のことといえるだろう」「よい聴き手になるためには、自分の価値観を保留にしよう」

臨床研究ワークショップ

臨床家が知っておくべき臨床研究の知識と緩和ケアの臨床研究の基本

座長・報告 筑波大学大学院人間総合科学研究科 看護科学系 笹原 朋代
座長・演者 聖隷三方原病院 緩和支援診療科 森田 達也

近年EBMが重視され、日本でも臨床研究を行い公表する臨床家が増えてきている。そのような現状を受けて、本セッションは「臨床家が必要な臨床研究の知識を整理する、臨床研究にとって必要な基礎知識を得る」ことを目的とし、複数の職種の先生から、研究のあらゆる側面についてご発表いただいた。

森田先生（医師）は、これまで数多くの論文の査読をなさったご経験から、研究結果の解釈や研究の実施において、臨床家が間違えやすい点についてご説明いただいた。長谷川先生（看護師）は、臨床で疑問が生じたときの調べ方を「便秘」を例にとって示していただいた。調べる際の疑問を公式化する方法や検索データベース画面が用いられていたため、調べ方の手順を具体的に理解できたのではないと思う。平井先生（心理士）は、研究デザインの重要性についてお話しくださった。研究を行う際に重要なことは、方法論でも統計学的知識でもなく「研究をしっかりデザインすること」であること、疑問を研究としてまとめる7つのステップのうち、PICO（Patients, Intervention, Comparison, Outcome）と研究デザイン選択の2つが重要であることを述べられた。新城先生（医師）は、論文をJournal of Clinical Oncologyに掲載されたご経験から、海外雑誌に論文を投稿し受理されるまでのプロセスについてお話くださった。伊勢先生（薬剤師）も同様に、研究の計画から海外雑誌に掲載されるまでのプロセスについてお話いただいた。特に、薬剤師としてこれまで基礎研究を中心に携わってきたご経験から、初めて臨床研究を行った率直なご感想や裏話なども「開示」された。

会場が100人程度収容の小さな部屋だったこともあるが、立ち見が出るほどであった。全体討論は時間が少なかったこともあり、あまり活発とはいかなかったが、このセッションに参加して「文献を読んでみよう」「研究に取り組んで

みよう」と思った参加者は多いのではないだろうか。ぜひ身近な問題から取り組んでいただき、その成果が患者さんに生かされることを期待する。

職種別フォーラム4

緩和ケアチーム・フォーラム よりよい活動のために -成熟期への道しるべ-

座長・報告 独立行政法人国立がん研究センター東病院 臨床開発センター 精神腫瘍学開発部

小川 朝生

座長 神戸市看護大学 療養生活看護学領域 慢性期看護分野 高山 良子

学会2日目(6/19)午後に緩和ケアチーム・フォーラムが開催されましたので、簡単ですがご報告申し上げます。

がん診療連携拠点病院の整備指針に緩和ケアチームの設置が義務づけられたこともあり、この3年ほどで緩和ケアチームの数は急増し、昨年の医療調査では全国612施設に設置されていることが明らかになりました。しかし、施設内での位置づけが示されなかったり、教育体制が整っていないこともあり、まだ活動が不安定な面があります。

市立秋田総合病院の橋爪隆弘先生からは、平成21年度の緩和ケアチーム研修会の現状をご報告いただき、チームのほとんどが兼任のため熱意があっても活動時間が確保されていない施設が多いこと、今後の発展のためにはチームのレベルアップとそのための相互交流が重要であることを指摘いただきました。

埼玉県立がんセンター余宮きのみ先生からは、緩和ケア病棟とチームと両方の臨床経験をお話し下さり、緩和ケアチームが機能するためには臨床チームの一員として動くことが重要であること、そのために意識的に敷居を低くする取り組みが必要なことをご教示いただきました。

国立病院機構金沢医療センター小室龍太郎先生からは、施設内でのコミュニケーション技術研修に関する取り組みをご報告いただき、チーム内でのお互いがリーダーシップを発揮することお互いのサポートが重要なことを強調されました。

千葉県がんセンターの笠谷美保先生からは、チーム専従看護師の役割に関して、ともすれば意義を見失いがちなことを指摘いただくとともに、病棟看護師を支える教育的な役割を担うことの重要性、外来との継続性を保つための独自の取り組みについてお話しいただきました。

会場には立ち見が出るほどの参加で、意見交換も熱気にあふれたものとなり、現場での問題と解決に向けた取り組みに強い期待がかけられていることを実感しました。チームメンバー皆さんの活躍のためにも、今後も継続して現場の方に役立つ情報を発信していきたいと考えています。

口演1

OPTIM QOL・家族ケア

座長・報告 東京厚生年金病院 緩和ケア科 金石 圭祐

このセッションではQOL・家族ケアについて4つの口演が行われた。

最初の口演は聖隷三方原病院の大谷弘行先生から「看取りのパンフレットを用いた家族への介入研究」の発表であった。看取りのパンフレットが「実際に家族が役に立つとおもっていること」に対する調査結果から作成されたもので、その有用性が報告された。

2番目は東京大学大学院医学研究科の山岸 暁美先生から「外来進行癌患者の疼痛とQuality of Lifeに関する多施設調査」の発表であった。外来進行がん患者の疼痛やQOLを多地域・多施設で把握した初めての研究で、療養場所や医師への信頼などの項目は評価が高かった一方で、疼痛緩和などの項目でその改善の必要性について報告された。

後半2演題は共に東北大学大学院医学研究科 保健学専攻緩和ケア看護学分野の宮下光令先生からの発表であった。3番目は「地域の病院（一般病棟、緩和ケア病棟）、診療所のがん患者の遺族による緩和ケアの質の評価」であった。地域での多施設における包括的な国内初の大規模遺族調査で、全般的満足度など評価の高かった一方で、疼痛の緩和が十分な水準に達していないと考えられることが課題として報告された。4番目は「がん医療に対する安心感尺度の作成と関連要因」であった。がん医療に対する安心感尺度の妥当性と信頼性が確認されたことについて報告された。

がん患者・家族の QOL の向上は重要な課題であり、今後これらの研究のさらなる成果が期待されたセッションであった。

口演3

OPTIM 教育

座長・報告 社会保険神戸中央病院 内科 岡田 雅邦

OPTIM研究における成果について、医師、MSW、薬剤師、看護師それぞれの立場から発表が行われた。

浜松医科大学第2外科の福本氏は、麻薬に不慣れな医師が簡便かつ安全に麻薬導入ができるシステムとして麻薬導入タイトレーションパスを作成し導入したところ、必ずしもパスを使用しなくてもレスキュー、制吐剤や下剤といった麻薬導入時に併用すべき薬剤の処方率が改善し、患者のQOL向上につながったという成功例を紹介した。聖隷三方原病院浜松がんサポートセンターの赤澤氏は、緩和ケア普及のための小冊子をどこに配置するのが手に取ってもらうために一番効果的であるかを調べたところ、人の通行量が多い場所で、なおかつ積極的治療中でも手に取りやすい抗がん治療に関する情報と併せて提供することが有効であったことを示した。浜松レモン薬局見方原店の前堀氏は、外来でオピオイド処方開始された患者の80%が自宅で鎮痛不良や副作用、レスキューの使用方法が分からないといった問題を抱えていることに対し、処方後適宜患者宅へ電話モニタリングを行うことで適切に対応し、自宅でのQOL向上に役立っている現状を報告した。国際医療福祉大学大学院医療福祉研究科の末田氏は、がん患者の家族が感じる介護負担感に関して多施設で

の遺族調査を行ったところ、病院や緩和ケア病棟で死亡したものに比べて在宅で死亡した患者の家族の負担度が低い傾向になることを示したが、会場からも、在宅での介護負担を心配する家族にとって安心して在宅へ移行してもらうためにも大変有用なデータであるとのコメントがあった。

浜松地域からの報告であった前3題は、よりスムーズな支持療法の導入のための提案として他地域においても参考となる秀題であったし、最後の演題は在宅での看取りが患者本人だけでなく家族にとって意義深いものであることを改めて感じさせるものであった。

口演5

OPTIM システム

座長・報告 社会保険神戸中央病院 内科 緩和ケア病棟 新城 拓也

OPTIM（平成20年度から、日本の4地域で行われている緩和ケア普及のための地域プロジェクト）に関する研究の成果として4演題の発表と質疑が行われた。

山田らは、地域のがん患者、遺族調査から、病院の医師に対する臨床へのフィードバックを行う研究を発表した。「患者家族の気持ちにより添って一緒に考える」こと、「生きる希望を支えること」の重要性を指摘した。

山川らは、緩和ケアの普及にインターネットのホームページを活用することを発表した。多くのアクセスのうち、退院支援プログラムや、諸症状の説明に使うパンフレット、評価ツールのアクセスが多いことを発表した。ホームページの活用は、コストの問題もあるが、有用であると結論づけた。

野末らは、介護保険の迅速化介入について発表した。介護保険の審査結果を待っている間に死亡する患者が多いことを指摘し、また迅速化によって年々減少していることを発表した。終末期がんでは病状悪化が急速なことから、制度の抜本的な検討が必要であることを指摘した。

平井らは、がん患者と遺族の緩和ケアに対する認識について発表した。郵送による質問紙調査で、半数近いがん患者と3割が、「緩和ケア」自体を知らない事を指摘した。地域での緩和ケア普及の啓発が必要で、どのような情報提供が有効であるか今後の研究が必要であることを指摘した。

口演7

緩和ケアチーム

埼玉県立がんセンター 緩和ケア科 余宮 きのみ

126席の会場が満席で、臨床実践的な質疑が多く、和やかな中にも熱気のこもったセッションとなった。

1. ベルランド総合病院、渡邊裕之氏：PCTスタッフが全て兼任で週1回半日の活動という条件下で、より多くの患者を

診療するための工夫として、データベース（DB）の導入について報告した。DBは、リンクナース、薬剤師、PCT内の複数の医師が、それぞれの専門領域の項目を予め記録しておく。業務量の負担はあるものの、活動日にはまとまった情報がDB上に集約されており効率的な活動につながっているとの報告であった。

2. 筑波大学大学院、笹原朋代氏：PCTの活動記録フォーマットを作成し、妥当性を検討するために10施設で使用した結果、PCTの活動内容の可視化に役立つことがわかった。興味深かったのは、推奨内容、実施内容ともに、「症状のアセスメント」、「患者が困っていること、心配なこと」の同定であったことである。推奨する前にもう一度PCTがアセスメントすることの重要性が浮かび上がったと思われる。今回のパイロットスタディに参加した10施設は、モデルとなる施設と考えられるだけに興味深い。この活動記録フォーマットにより、日本のPCTの活動内容が明確になるだけでなく、各施設間の活動内容の差が明らかになり、自施設の発展に役立つと思われる。今後のさらなる研究に期待したい。

3. 聖隷三方原病院、小田切拓也氏：原因不明の神経症状を伴う疼痛に対して、検査を追加することで原因が明らかとなること、また診断することで病態も改善される場合があることが報告された。ただ薬剤を推奨するだけでなく、病態を診断した上で対応することの重要性を再認識したい。

4. 慶應義塾大学病院、安達昌子氏：当施設では病棟とPCTがそれぞれ別に、包括的な症状の評価をしており、病棟が見逃しやすい症状（認知機能障害、心のつらさ）とPCTが見逃しやすい症状（倦怠感、食欲不振）を検出することができた。見逃しやすい症状は、施設ごとに異なるであろうが、病棟とPCTがそれぞれ包括的な症状評価をすることは、緩和ケアの質の向上に役立つと考えられた。

5. 信州大学医学部附属病院、浜善久氏：PCT アセスメントシートを電子カルテ上に導入した効果を報告した。毎日、STAS-J、SOAP 形式で記載することで、主治医チームから様々な利点が挙げられた。一方、「重要なことは従来どおり、直接主治医に会って話をして欲しい」との要望があったとのこと。電子媒体が発達する中でも心に留めたい意見である。

口演10

家族・遺族ケア・調査研究

座長・報告 筑波メディカルセンター病院 緩和医療科 久永 貴之

このセッションでは遺族調査3演題とその他の調査研究1演題の発表があった。

東北大学の宮下氏は、海外で用いられている緩和ケアの質の臨床指標（Quality Indicator）が妥当であるかを1つの緩和ケア病棟の遺族を対象に調査した結果、海外で指標とされているものの中でいくつかの指標は、日本では適切とは言えず、独自の指標の開発が必要であることを報告した。

神奈川県立保健福祉大学の木下氏は、全国の一般集団を対象とした5000部の郵送調査により、集中治療室で亡くなった遺族179名が抽出され、療養の質に関して一般病棟との比較がされた。結果として遺族の評価では、一般的に低いと考えられている集中治療室での療養の質が、ほとんどの項目で一般病棟と差がみられなかったと報告した。

山口宇部医療センターの片山氏は、緩和ケア病棟入院中の48例を対象として血清マグネシウムを測定した観察研究の結果、8例の低マグネシウム血症と2例の高マグネシウム血症を認めたが、それに伴う臨床症状は認めなかったことを報告した。

尼崎医療生協病院の加山氏は、同院で行った133名の遺族調査において死別において辛かった事柄や背景因子と悲嘆の強度との関連について検討され、配偶者であることなどが悲嘆が強くなる因子として挙げられ、危険因子がある場合には家族ケアに注意が必要と報告した。

遺族調査が大半を占めたが、これらの遺族からの視点を生かすことで、これからのケアの質を向上させていくことが求められていることをセッションを通じて確認することができた。

モーニングセミナー2

がんに伴う消化管閉塞（イレウス）のケアと治療

座長・報告 藤田保健衛生大学医学部 外科・緩和医療学講座 東口 高志

学会二日目の早朝からのセミナーであったが、480名収容の第3会場が立ち見のほどの盛況ぶりであり、今回のテーマに対する聴衆の興味の深さに驚かされた。講師の新城拓也先生は、名古屋市立大学医学部ご卒業の新進気鋭の緩和ケア医であり、以前に内科医として三重県の片田舎にある厚生連の地域病院で緩和ケアに目覚めたそうである。三重県出身で、同じように厚生連の関連病院にて在宅緩和ケアを開始した司会者としては、当然表現できない親しみが湧いたことは言うまでもない。

大きな拍手で迎えられた新城先生は、i-phone を駆使した遠隔操作でスライドを巧みに操りながら、消化管閉塞についての病因論を展開していく。卵巣がんの腹膜播種による腸閉塞症例の画像を示し、同時に開腹手術中の写真を提示してその差を検証することの有用性を述べた。重要なことは痛みや吐気、嘔吐などの症状を早急に取り上げることである。そのためには従来より内視鏡的ステント挿入術や、イレウス管および経鼻胃管の挿入、手術による閉塞部位の切除やバイパス術などが行われてきた。いずれも適応の設定と有効性の判定が一樣でなく、また疼痛や鼻腔刺激などのやむを得ない合併症や副作用などがあり、加えて手技自体にも多少のリスクが存在する。そこで安全性と有効性の高い薬剤としてオクトレオチド（サンドスタチン）が登場する。他のステロイドや抗コリン剤、各種制吐剤とその作用機序が異なり、オクトレオチドは各種消化液の分泌を強力に抑制するため吐気や嘔吐、腹部膨満感などの症状が改善し、同時に閉塞部位の腫脹が解除されて経口摂取が再開できる場合もある。投与法は、我が国では経静脈投与は認められておらず、一般的には持続皮下注が推奨される。有益性の高い薬剤であるが、適切な輸液・栄養管理を行いながら投与することによって、全く食べるができなかった患者が僅かながらでも経口摂取が可能となることが知られている。患者が本当に食べたい物を提供することが可能となり、そして食を楽しむことが心の緩和にもつながっていくのである。

WHO 除痛ラダーの誤解を正す： “眠れない痛みを訴える進行膵がん患者の治療”の調査から

加藤佳子^{1) 2)}, 加藤 滉³⁾, 山川真由美²⁾, 横尾倫子²⁾, 川村博司⁴⁾

1) 三友堂病院 緩和ケア科

2) 山形大学医学部附属病院 麻酔科

3) 三友堂病院 麻酔科

4) 三友堂病院 外科

がん対策基本法が2007年に制定され、適切な緩和ケアに対する期待が大きくなっている。しかし、がん疼痛治療の基本である“WHO方式がん疼痛治療法（以下、WHO方式）”¹⁾、とくに「除痛ラダー」に関して、正しく理解していないと考えられる事態が進行している。2008年春に行われた「医師国家試験対応プレ公開模擬試験問題（以下、模試問題）」²⁾や2008年度から始まった「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会（以下、緩和ケア研修会）」の教材“PEACE (Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education)”³⁾の一部に誤りが見られる。両者ともに、がん疼痛治療に際して「痛みの強さに応じた薬剤を選択する」として、「非オピオイド鎮痛薬をまず投与する」と述べている。これは、WHO方式が示す除痛ラダーの誤った解釈に基づく。“By the ladder (除痛ラダーにそって効力の順に)”とは、鎮痛薬を除痛ラダーにしたがって“順次選択していく”ことである¹⁾。痛みが強くない時は非オピオイド鎮痛薬を使い、痛みが軽度から中等度の場合はコデイン等のオピオイドを、痛みが中等度から高度な時にはモルヒネ等のオピオイドを選択するのである^{4) 5)}。日本緩和医療学会が作成したPEACE教材³⁾の制作者らは、「初学者は疼痛の強さを判断できないことが多い」ことを危惧して、上記の誤った内容としたようであるが、この誤りは看過できない。このような危惧がないように、学会が間違いのない教材を準備し広報するべきである。

筆者らが医師を対象に行った「痛みの強さの診断／鎮痛薬の選択」についての調査結果を報告し、この問題に対する意見を述べる。

調査の方法：

2009年1月から3月までの間に、がん症例検討会およびがんと痛み治療に関する研修会に参加した医師（主に山形県内の病院勤務医）199人を対象に、WHO方式がん疼痛治療法について出題された「模試問題」²⁾を回答してもらった。あわせて、WHO方式と三段階除痛ラダーの理解程度について、4つの回答肢（よく知っている・だいたい知っている・少し知っている・知らない）から自分自身のレベルを示す項目を選んでもらった。

—模試問題—

70歳の男性。4か月前から食欲不振、体重減少および背部痛があった。これらの症状が次第に悪化したため来院した。腹部のCT画像検査で、多数の肝転移を伴う切除不能の膵癌と診断された。背部の疼痛が著しく、眠れない。

血液所見：赤血球380万，白血球2800，血小板8万 血清生化学所見：総蛋白 5.8g/dl，アルブミン 2.8g/dl，尿素窒素 25mg/dl，総ビリルビン 3.5mg/dl まず行う処置はどれか：a経過観察 b非ステロイド性抗炎症薬 cリン酸コデイン dモルヒネ e肝切除術

結果：

1) 199人全員が薬による疼痛治療を選択した。経過観察や肝切除術を選択した医師はいなかった。本症例は切除不能の膵がんで、“背部の疼痛著しく夜眠れない”、すなわち中等度以上の著しい痛みを訴えている。WHO方式三段階除痛ラダーに則れば、モルヒネが正回答となる。

2) 64%の医師がモルヒネ(d)と回答した。非ステロイド性抗炎症薬(b)は33%，リン酸コデイン(c)は3%であった。モルヒネを選択した回答には医師の勤務場所によって50～80%と差があり（表、 $p < 0.01$ ）、大学病院の医師が最も高率であった。

3) WHO方式ならびに三段階除痛ラダーの理解程度は、半数以上が「よく知っている」「だいたい知っている」を選択した（WHO方式53%，除痛ラダー55%）。しかし、理解の程度と鎮痛薬選択の間に関連を見いだせなかった。

	人	非ステロイド性 抗炎症薬	コデイン	モルヒネ
計	199	66 (33.2%)	6 (3.0%)	127 (63.8%)
大学病院	74	15 (20.3)	0	59 (79.7)
一般病院	13	4 (30.8)	0	9 (69.2)
ペインクリニック地方会	32	13 (40.6)	3 (9.4)	16 (50.5)
がん疼痛治療研修会	80	34 (42.5)	3 (3.8)	43 (53.8)

考察：

切除不能な膵がんの患者が夜も眠れない痛みを訴えた場合、この痛みの程度は「中等度～高度」と診断できる。したがって、WHO方式三段階除痛ラダーに則れば、治療薬としてモルヒネなどのオピオイドを用いるのが正回答である。今回の調査対象である医師全員（199人）が薬による疼痛治療を選び、64%はモルヒネを選択した。これは、がんの痛みとWHO方式に対する知識がかなり浸透していることを表している。ただし、医師の勤務場所によってモルヒネとする正回答率に50～80%と差が見られ、WHO方式ならびに除痛ラダーの理解程度と鎮痛薬選択の間には関連を見いだせなかったという事実は、WHO方式の理解が不十分であるか不正確であることを示唆している。一方、この模試の出題者は、「眠れないほどの激しい痛みを放置してはおけない」と解説しながら、模範解答で非ステロイド性抗炎症薬（非オピオイド鎮痛薬の一部）を選択するという正しくない回答を示している²⁾。また、PEACEの教材でも「非オピオイド鎮痛薬をまず投与する」とある³⁾ように、教育する側でも「WHO方式」の正確な理解が乏しいと言わざるをえない。WHO方式がん疼痛治療法の作成者である武田文和氏は、原書を通読していないと思われる曲解ないし誤解に対して強く是正を促し、“by the ladderとは、．．．いつも必ず第1段階からはじめるのではなく、痛みの強さに応じてどの段階の薬からはじめてもよい。「必ず第1段階から」「痛みの強さも把握できない医師だから第1段階からはじめるべき」などの言葉が曲解を招き、初心者をおぼろげにしてしまう”と述べている⁶⁾。

「がん性疼痛緩和指導管理料」の算定にあたって、「．．．WHO方式のがん性疼痛の治療法（がんの痛みからの解放—WHO方式がん疼痛治療法—第2版）に従って」各種の治療を行うことが必要とされている。しかし、緩和ケア研修会で使用されている“PEACE”の教材では、WHO方式とは異なり“非オピオイド鎮痛薬をまず投与する”という内容となっており³⁾、この研修を受けた医師がそのままの内容で患者の痛みを治療した場合、「がん性疼痛緩和指導管理料」の算定基準を満たしていないことになる。何よりも、がん患者の激しい痛みをいたずらに長引かせる結果になるであろう。

緩和ケア研修会には、WHO方式三段階除痛ラダーに則って「痛みの強さを正しく診断して適切な鎮痛薬を使用できる」医師を養成する役割がある。夜眠れない痛みや仕事ができないほどの痛みは、中等度以上の痛みである。この場合はモルヒネなどの「中等度から高度の痛み用いるオピオイド」を使って、早く確実に患者を痛みから解放しなければならない。がんの痛みに対しては、鎮痛薬を除痛ラダーにしたがって「順次選択していく」のであって、いつも第一段階の

薬から「順番に使って行く」のではない。がん診療に携わる医師が適切な鎮痛薬を選択できるように、研修会の指導者自身がWHO方式ならびに三段階除痛ラダーを正しく理解した上で教育することが重要であり、学会は間違いのない教材を準備すべきである。

武田文和先生から貴重なご助言をいただきました。深謝いたします。

本文の主旨は、第14回日本緩和医療学会学術大会（大阪市2009.6）において、一般演題“医師は「WHO除痛ラダー」を正しく理解しているか?”として発表した。

引用文献

- 1)世界保健機関編, 武田文和訳:がんの痛みからの解放—WHO方式がん疼痛治療法—第2版(第11刷). 金原出版, 東京, 2008
- 2)加藤佳子, 他:「WHO方式がん疼痛治療法」を全文読んで正しく理解しよう!—医師国家試験対応2008年度春のプレ公開模範試験問題に物申す—. 第18回山形県緩和医療研究会口演, 山形市, 2008年9月
- 3)日本緩和医療学会 <http://www.jspm-peace.jp/pdfdownload.php>
- 4)武田文和, 小林正幸:がんの痛みが強オピオイド鎮痛薬を使い始めるとき. がん患者と対症療法 2009;14 (No2): 24-28.
- 5)加藤佳子, 他:WHO方式がん疼痛治療の基礎と実際. 臨床麻酔 2004; 28 (増): 423-433.
- 6)武田文和:WHO方式がん疼痛治療法の“by the ladder”をめぐる曲解. がん患者と対症療法 2009; 20 (No1): 60-62.

Current Insight

保険薬局における緩和医療の関わりに関する調査

日本医科大学付属病院薬剤部 伊勢 雄也

Ise Y, Morita T, Maehori N, Kutsuwa M, Shiokawa M, Kizawa Y. Role of the community pharmacy in Palliative care: A Nationwide Survey in Japan. J Palliat Med. 2010; 13(6):733-37.

近年、緩和医療の分野において、入院医療と同時に在宅がん患者に対する緩和医療のニーズが高まっており、そのため在宅緩和ケアの基盤整備が急務となっている。しかしながら、在宅緩和ケア推進において重要な役割を担う保険薬局の業務の実態、緩和ケアに関する意識や問題点等を検討した全国規模の調査はまだない。そこで「がん医療の均てん化に資する緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究」班では、保険薬局の業務の実態や困難感等を集計、解析することにより現時点での保険薬局の緩和ケアへの関与の度合いについて評価を行った。層化二段階無作為抽出法によって抽出した全国3000の保険調剤薬局の薬剤師に対して自記式質問紙による郵送調査を行った。回収率は1036通であり、回答率は34.5%であった。在宅における緩和ケアの推進が叫ばれている現在、薬剤の供給や服薬指導/副作用のチェックを担う調剤薬局の役割は重要なものとなってくると考えられるが、本結果からは現在ではその役割を十分に発揮してい

るとは言い難く、円滑な業務の遂行のためには現在の麻薬の流通上の規制、地域での患者情報の共有、薬局薬剤師の態度や知識等、解決しなければならない数多くの問題点があることが分かった。特に、麻薬の流通上の問題に関しては地域の保険調剤薬局及び医療機関の努力では改善が不可能な事項であるため、改善に向けての働きかけを行政に対して行っていくべきであると考えられる。また、患者情報の共有に関しては各地域毎に何らかの対策を講ずる必要があると考えられる。さらには、薬局薬剤師の教育に関しては、知識はもとより“死に直面している患者に対してどのように接したら良いか”という患者とのコミュニケーションに関する教育を行う必要があると考えられた。これらの問題点を一つ一つ解決していくことにより、在宅において疼痛治療を行っているがん患者に有効かつ安全な薬物療法が提供でき、その結果として患者QOLの更なる向上が図れると考えられた。

Journal Club

早期乳癌患者に対するリフレクソロジーの効果に関する 無作為化コントロール試験

東北大学大学院医学系研究科保健学専攻 清水 恵

A randomized, controlled trial of the psychological effects of reflexology in early breast cancer
Sharp, D. M., M. B. Walker, et al. (2010). European Journal of Cancer 46(2): 312-322.

【背景】

多くの乳がんの女性は、補完代替療法を行っており、中でもリフレクソロジーはポピュラーな療法の一つである。リフレクソロジーが乳がん患者のQuality-of-lifeに効果を与えるかどうかについて、その他の補完代替療法（スカルプマッサージ、SIS※）と比較することにより検証する。

※術後乳がん患者に行う、通常の術後の自己ケアに関するサポート

【介入】

乳がんの術後約6週間の女性患者183名を無作為以下の3群に割り付け、それぞれの補完代替療法についての介入を実施。（リフレクソロジーとスカルプマッサージは1時間/週のセッションを8週間にわたり実施）

1. リフレクソロジー+SIS
2. スカルプマッサージ+SIS
3. SISのみ

【評価方法】

FACT-B（乳がん患者のQOL尺度）、MRS（リラクゼーションや気楽さについての評価尺度）、HADS（不安と抑うつについての評価尺度）などを用いて、それぞれの介入の効果を評価。ランダム割り付け時（術後6週間目）、術後18週間目、術後24週間目に評価を実施した。

プライマリーアウトカムは、術後18週間目のFACT-Bとし、セカンダリーアウトカムは、術後18週間後のその他の評価尺度、術後24週間目のFACT-Bとした。

【結果】

術後18週間目では、スカルプマッサージ実施群で、SISのみ群と比較して、FACT-Bのスコアが有意に高かった。MRSのリラクゼーションについてのスコアは、リフレクソロジー実施群、スカルプマッサージ実施群でSISのみ群よりも有意に高かった。

術後24週間目では、リフレクソロジー実施群で、SISのみ群と比較して、FACT-BのスコアとMRSのリラクゼーションについてのスコアが高かった。

リフレクソロジー実施群とスカルプマッサージ実施群では、統計的に有意な差は見られなかった。

【結論】

リフレクソロジーやマッサージを行うことは、SISのみを行うよりも、術後の乳がん患者のQOLにより効果を及ぼすといえる。

【コメント】

昨今リフレクソロジーは注目を集めている補完代替療法であり、我が国においても介入研究が行われている。本研究では、リフレクソロジーの効果について、リフレクソロジーとは違うマッサージであるスカルプマッサージとの比較を行ったことにより新しい知見が得られている。スカルプマッサージにおいても、術後乳がん患者のQOLに対して良い影響を与えたという本研究の結果は、今後は、リフレクソロジーのみではなく、その他の身体的なケアについての介入・検討を行っていくことの価値を示唆している。

Journal Club

**どのようながん患者が自宅で亡くなるのか？
ヨーロッパ6カ国の死亡個票を用いた調査**

東北大学大学院緩和ケア看護学分野 佐藤 一樹

Cohen J, Houttekier D, Onwuteaka-Philipsen B, Miccinesi G, Addington-Hall J, Kaasa S, et al. Which patients with cancer die at home? A study of six European countries using death certificate data. *J Clin Oncol.* 28(13): 2267-73.

【目的】

欧州の6カ国でのがん患者の在宅死亡率の実態と在宅死亡率の関連要因を明らかにする。

【方法】

各国の死亡個票のデータを用いた。2003年のがん死亡者に関し、ベルギーの2地域、オランダの全国、ノルウェーの全国、イングランドの全国、ウェールズの全国のデータを、2002年のがん死亡者に関し、イタリアの3地域のデータを得た（合計23.8万名）。死亡個票データに各地域の医療統計等を連結し、多変量ロジスティック回帰分析により在宅死亡の関連要因を検討した。

【結果】

がん患者の在宅死亡率は、ノルウェー12.7%、イングランド22.1%、ウェールズ22.7%、ベルギー27.9%、イタリア35.8%、オランダ45.4%の順であった。がん患者と非がん患者の比較では、ノルウェーのみ非がん患者の方が、その他の5カ国ではがん患者の方が在宅死亡率が高かった。患者背景での比較では、6ヶ国共通して固形がんである方が在宅死亡率が高かった。年齢では、イタリアのみ若年者の方が、その他の5カ国では高齢者の方が在宅死亡率が高かった。婚姻状況では、データの得られた4カ国で共通して既婚者の方が在宅死亡率が高かった。教育歴では、データの得られた3カ国で共通して学歴が高い方が在宅死亡率が高かった。都市規模では、イングランドとウェールズを除いて田舎の方が在宅死亡率が高かった。地域の病院・ケア施設病床数では、ベルギー・イタリア・ウェールズの3カ国で病床数が多いほど在宅死亡率が低かったが、6ヶ国に共通した傾向はみられなかった。

【考察・結論】

がん患者の在宅死亡率は国により大きく異なり、各国特有の文化、社会、医療面の要因に影響されていた。例えば、在宅死亡率の最も高かったオランダは、誠実さに価値を置く文化で医師と患者間でも率直な会話が行われ、医療政策では在宅・外来医療を推進し、緩和ケアは在宅や家族を常に強く意識している。一方、ノルウェーでは施設ケアへのアクセスがよく、在宅死亡率は最も低かった。在宅死亡率のばらつきは米国の各州間でもみられ、欧州各国と米国各州の比較によっても在宅死亡率の要因が検討できる。在宅死亡を推進する政策立案時には、国際間比較とともに自国の文化、社会、医療の特徴を考慮する必要がある。

【コメント】

わが国でのがん患者の在宅死亡率は、2005年の5.7%をピークに減少から増加に転じているが、依然として低い(2008年で7.3%)。終末期在宅医療の推進策の検討には、特に文化、社会、医療制度の似通った国・地域での対策が参考になる可能性が示唆された。

Journal Club

日本のホスピス・緩和ケア病棟における遺体の処置（エンゼルケア）

社会保険神戸中央病院 内科 緩和ケア病棟 新城 拓也

Shinjo T, Morita T, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y, Care for the bodies of deceased cancer inpatients in Japanese palliative care units. *J Palliat Med* 13(1), 27-31, 2010

【目的】

日本の病院では、遺体の処置は終末期ケアの一部であると考えられている。日本のがん患者は、病院での死亡が多いにもかかわらず、遺体の処置に関する実証的な研究はほとんどない。よって、この研究の目的は、遺族の考える死後の遺体の処置に関する実際の体験と、さらに好みや考えを明らかにする。とである。

【方法】

日本の95のホスピス・緩和ケア病棟で、死別を体験した遺族に対して、2007年に質問紙調査を行った。

【結果】

670人の遺族を調査対象とし、492人の質問紙を回収した。(返答率76%) 全般的な終末期ケアに対する全般的な改善要求度は、「改善が必要な点が非常にある」1.4%、「改善が必要な点がかかなりある」4.3%、「改善が必要な点が少しある」37%、「改善は必要ない」58%であった。遺族のうち9.4%は、病院を出てから、患者の遺体に問題があったと報告しており、何らかの原因で面影が変化した(8.5%)、排泄物や血液で体が汚れた(8%)、体のおい気がなくなった(4%) (複数回答可能)であった。遺族の遺体の処置に対する考えは、「手を前で組むように紐で手首をしぼる」、「口があかないように顔のまわりに紐をつける」、「遺体を布でくるむ」を好まず、一方で最も好まれる化粧の方法は、「うすく、落ち着いたふんいきのメイク」であった。

【結語】

遺体の容姿・様相を保つことは、終末期ケアの満足度と関連があった。遺体の処置に対する、考え、好みは時代と共に変化する。よって、文化、宗教観、そして患者や家族の考え、好みを尊重して遺体の処置を含む終末期ケアに行う必要がある。

【コメント】

日本の病院で、主に看護師によって行われている死後の処置、いわゆる「エンゼルケア」に関しては、広く行われているにも拘らず、国際的なジャーナルに報告がなかった。そして、「エンゼルケア」で行われている行為や、死後の儀式に関しては、宗教的な影響だけでなく、民族的な習俗の影響を強く受けていると報告した。また映画で納棺師の仕事を描いた「おくりびと」で、日本の一般市民にも死後の処置について広く知られるようになり、今後も「エンゼルケア」を技術的に洗練していくことが重要である。この分野で熱心に活動している方々の報告を心待ちにしている。

Journal Club

遺族調査からみる臨終前後の家族の経験と望ましいケア

社会保険神戸中央病院 内科 緩和ケア病棟 新城 拓也

Shinjo T, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y. Care for Imminently Dying Cancer Patients: Family Members' Experiences and Recommendations. J Clin Oncol 28:142-148, 2010

【目的】

専門家の意見や経験的記述に基づく、ケアやコミュニケーションが、実際に患者や家族の視点から実証された研究はない。本研究の目的は、終末期がん患者の家族の視点から見た、臨終前後の患者へのケアに関する家族の経験を明らかにし、それらに関する要因を検討し、ケアのモデルを明らかにすることである。

【方法】

2007年に日本国内の95のホスピス・緩和ケア病棟で死別を経験した670名の遺族に発送した。

【結果】

492名(76%)の遺族から回答を得た。遺族は、臨終前後のできごとが、「とてもつらかった」45%で、臨終前後のケアに対して、「改善が必要な点が非常にある」1.2%、「改善は必要ない」58%と返答した。「つらさ」と「改善の必要性」の決定

因子は、患者の年齢が若いこと、遺族が配偶者であること、「病室の外から医師や看護師の声が聞こえて、不快なことがあった」、「患者の安楽を促進する」、「患者の接し方やケアの仕方をコーチする」、「家族が十分悲嘆できる時間を確保する」であった。

【結論】

臨終前後の患者に対する望ましいケアのモデルとは、「苦痛の緩和への配慮」「患者への接し方やケアの仕方をコーチする」「家族が十分悲嘆できる時間を確保する」「医療者の思慮のない会話を避ける」ことである。

【コメント】

苦痛の緩和だけでなく、どのような対応が患者、家族にとって望ましいかを探索した。日本のホスピス・緩和ケア病棟で行われている、医療者の丁寧で吟味された行動と、多くの医療者の経験から培われている伝承的な対応が、実際に家族に「よい」と考えられていることがわかった。さらに今後も、ホスピス・緩和ケア病棟の現場でよりケアを発展させていきたい。

Journal Club

緩和ケアにおける代替投与経路 – 舌下投与の有用性 –

川崎市立井田病院 佐藤 恭子

佐藤恭子, 安藤 孝, 西 智弘, 狩野真由美, 石黒浩史, 宮森 正. 緩和ケアにおける代替投与経路—舌下投与の有用性—. Palliative Care Research 2010;5(1):201-205

舌下投与は痛みを伴わないため、内服不能で他の投与経路確保が困難な終末期の患者に有用な方法である。我々は、がん性疼痛に対するブプレノルフィン、フェンタニル注射剤舌下投与および、不眠時のミダゾラム注射剤舌下投与について、有効性と安全性について検討した。3剤はいずれも脂溶性であり、口腔内からの吸収率が高い。また、舌下投与は肝臓での初回効果を受けない為、少量で速やかに薬効が得られることは知られている¹⁾。

投与量は、ブプレノルフィンは定時投与として0.2~0.4mg 分2または0.1~0.2mg 分1眠前で使用しており、レスキューとして0.05~0.2mg/回で使用した。フェンタニルはベースの疼痛管理はフェンタニルパッチとし、ベース量に応じてレスキューとして0.05~0.2mg/回で使用した。ミダゾラムは2.5~5mg/回(約0.1mg・kg⁻¹)とし、不眠時の頓用として使用した。

3剤は、口腔内により速やかに吸収され(効果発現まで10~60分)、約90%の症例に効果があった。

眠気、嘔気その他、嚥下障害を有する例で痰の増加が見られた以外は特に大きな副作用はなかった。

注射剤の舌下投与は保険適応のない方法であるが、海外ではすでに口腔内崩壊錠や舌下錠が発売され、有効性が示されている^{2) 3) 4)}。飲めなくても、なめることは可能な患者は多く、注射剤の舌下投与は緩和ケアにおける代替投与経路として患者のQOLのために有用な手段と考えられ、保険適応のある製剤の早期の販売が望まれる。

1) 池永昌之, 恒藤 暁. モルヒネ以外の鎮痛薬によるがん性疼痛管理. ターミナルケア 1998;8(2):126-36.

2) 有田英子, 花岡一雄. ブプレノルフィンによる治療. 痛みと臨床 2003;3(2):192-8.

- 3) Zhang H, Zhang J, Streisand B.J. Oral Mucosal Drug Delivery. Clin Pharmacokinet 2002;41(9):661-80.
4) Gary M. Reisfield, George R. Wilson. Rational Use of Sublingual Opioids in Palliative Medicine. J Palliative Med 2007;10(2):465-75.

Journal Club

がん性疼痛緩和ケアを目的とした看護師によるマッサージの 活用と関連要因の検討

(株) 緩和ケアパートナーズ 新幡 智子

新幡智子, 小松浩子. がん性疼痛緩和ケアを目的とした看護師によるマッサージの活用と関連要因の検討. Palliative Care Research 2010;5(1):101-113.

【目的】

全国のホスピス・緩和ケア病棟におけるがん性疼痛緩和ケアを目的とした看護師によるマッサージの活用状況と、その活用に影響を及ぼす関連要因を明らかにする。

【方法】

全国の緩和ケア病棟承認施設に勤務し、がん看護の臨床経験が2年以上ある看護師989名を対象に、質問紙調査を行った(調査期間:2006年6月~10月)。質問紙は、研究者が作成し、関連要因については、「看護師の持つ特性」「看護師を取り巻く環境の特性」「看護師がマッサージを行おうと思う患者の特性」の3つの視点から、調査項目を構成した。データ分析には、SPSS (Ver. 14.0)を用い、ロジスティック回帰分析を行った。本研究は聖路加看護大学研究倫理審査委員会の承認後に実施した。

【成績】

有効回答数は、606名(61.3%)で、95.7%の看護師は日々のケアとしてマッサージを取り入れ、気持ち良さの増進や不安の軽減など様々な効果を認識していた。実際に行っているマッサージの種類は、特定の方式によらない方法が全体の91.9%と最も多かったが、アロマセラピーマッサージやリンパマッサージといった専門的な方法も40%以上が実施していた。そして、マッサージを定期的に行い、専門的な方法も含めて複数実施している場合を「積極的な活用」、それ以外を「控えめな活用」としてロジスティック回帰分析を行った結果、積極的な活用には、「がん看護の臨床経験年数」が長く(OR:2.51, 95%CI:1.20~4.80)、「マッサージに関するアセスメント能力」が高い(OR:1.18, 95%CI:1.09~1.27)ことが統計学的に有意に影響を及ぼしていた。

【結論】

積極的にマッサージを活用していくには、臨床で培った経験知を活かすとともに、適切なアセスメント能力を向上させる必要があり、より有効なマッサージの活用の普及を追究していくうえで、教育体制の充実が課題である。

Journal Club

フェンタニル貼付剤からのオピオイドローテーション、投与量の検討

明和病院 薬剤部 谷村 紀代子

谷村紀代子、野村浩英、藤井一美、恩田誠二、光信正夫 フェンタニル貼付剤からのオピオイドローテーション、投与量の検討 Palliative Care Research 2010; 5(1):301-307

【目的】

フェンタニル貼付剤(FP)からオピオイドローテーション(OR)を行い、換算量より少ない投与量で除痛した症例を経験した。(経口モルヒネ:フェンタニル=100:1)そこで、FPからORする場合の投与量について検討する。

【方法】

当院の入院患者からH16年10月～H21年5月の期間にFPを貼付しORをおこなった患者を抽出し、OR前後のレスキューを含むオピオイドの1日の総投与量について比較検討した。OR前後で鎮痛効果に影響を及ぼす追加の処置や併用薬に変更があった症例は対象外とした。

【結果】

対象となった14症例のOR後の平均投与量は換算量の76%であった。OR後の投与量は11症例(79%)で換算量より少なく、その中の2症例は換算量の25%で除痛した。換算量より多かった症例は3症例(21%)のみであった。またOR前のFPの投与量が75 μ g/hr以下の症例では、OR後の投与量が換算量の101% (n=5)であるのに対し、75 μ g/hrを超える症例では63% (n=10)であった。

【結論】

がん性疼痛に対しFP 75 μ g/hrを超えても除痛できない症例はORを考える必要があり、その投与量は約60%に減量して開始するのが安全であると考えられる。もちろん減量しても痛みの変動に注意し、レスキューを用意し、退薬症状にも注意が必要である。

【コメント】

今回の調査は、「がん疼痛では85%の患者での経口モルヒネ必要量が30～180mg/day以下である」というガイドライン¹⁾の記載をFP 75 μ g/hr以下であるとして検討をおこなった。

1) 日本緩和医療学会がん疼痛治療ガイドライン作成委員会編。がん疼痛治療ガイドライン。真興交易(株) 医書出版部、東京、2000、60-61

学会印象記

緩和ケア・作業療法研修会に参加して

医療法人東札幌病院 作業療法士 大原 有郁子

2010年3月27～28日、大阪で行なわれた『緩和ケア・作業療法研修会』に参加しました。緩和ケアにおけるリハビリテーションは徐々に浸透してきましたが、作業療法士（以下OT）のみに特化した研修等はまだまだ少ないのが現状です。当研修会は、前年6月の日本作業療法学会の中で、目良幸子OT（近畿中央胸部疾患センター）をコーディネーターとして開かれた緩和ケアの作業療法に関するワークショップを発端とし、有志が協力して実現したものでした。全国から、50名の定員を超える申し込みがあったそうです。

目良OTと島崎寛将OT（ベルランド総合病院）による講義では、がん・緩和ケアの基礎知識やその中におけるOTの役割・専門性などが話されました。緩和ケアの経験年数も様々な参加者に対し、基礎から丁寧に講義をして下さいました。

多くの時間を占めたグループワークでは、施設の特性や地域ごとに分かれ、実際にどのような介入をしているか、課題や対策など様々なテーマについて話し合い、グループごとに発表しました。同様に2例の事例検討もあり、それらの中では「福祉用具などを用いた住環境の調整を得意とするOTは、一時帰宅や退院時の調整でもチームに貢献できる」「精神障害者のリハビリテーションも行なうOTは、精神心理的な支援・アプローチも可能」など、OTの専門性を思案する意見が飛び交ったことが印象的でした。専門的な視点で作業活動（手工芸など狭義ではなく、人間の生活すべて）を捉え、活用していくスキルの向上、そしてチームへのアピールや連携も今後の課題と言えそうです。

初回の研修会としては、各地で孤独に頑張っていたOT達が、顔を合わせて横の繋がりを持ち、相談する相手・場ができたことがひとつの目標達成ではないかと思います。さらに大きな収穫として、この研修会を元に『終末期・緩和ケア作業療法研究会』が立ち上げられたことがあります（HP：<http://kanwaot.net>）。今後、リハビリテーション、ひいては作業療法士が、緩和ケアにますます貢献していけるよう、相互に高め合う場になることを願います。

学会印象記

NPO法人高知緩和ケア協会「第9回高知緩和ケア研究発表会」と 「豊かないのち講演会-がん哲学外来-」報告

高知厚生病院 山口 龍彦

平成22年5月22日（土）高知城にほど近い高新RKCホールにおいて、毎年恒例となった高知緩和ケア協会による高知緩和ケア研究発表会（午前の部）と豊かないのち講演会（午後の部）が開催された。午前の部の演題は県内3カ所のがん診療連携拠点病院の緩和ケアチームから2題、同じく看護サポートチームから1題、県内に6カ所ある緩和ケア病棟のうちから4題、（以上7題は看護師）高知大学医学部附属病院医師から1題、緩和ケアチーム薬剤師から1題、がん相談窓口を担当するがん看護専門看護師から1題の計10題であった。

緩和ケアチームからの演題では活動報告や、活動の拡大に障害となっている問題の解決方法、活動の評価のあり方などが話し合われた。緩和ケア病棟からの演題では患者や家族の希望をいかに支えてゆくか、また、緩和ケア病棟で看取ったご遺族が定期的に病棟を訪問して下さるとき、その心情をインタビューするなどの研究があり、活発な討論がなされた。骨転移の痛みに対して「MRガイド下集束超音波治療」を行なった高知大学整形外科からの発表は、世界的にも始まったばかりの将来有望な治療法として注目された。

午後開催の一般県民を対象とした第15回豊かないのち講演会の講師は順天堂大学の樋野興夫先生、演題は「がん哲学外来」であった。がん哲学というのは、樋野興夫先生の造語であるが、樋野先生が順天堂医院でがん哲学外来を開設して以来、あっという間に全国に知れ渡った。人間は普く死すべき運命のもとにあるが、がんを持って生きることは、そのことを常に意識させられることである。しかし、限られた時間を如何に生きるべきかを相談することのできる公的な場所はこの「がん哲学外来」のほかには存在しない（かも知れない）。樋野先生は、患者の訴えに傾聴しつつ、その方が今一番必要としている言葉を投げかける。「勇ましい高尚なる生涯」「人生いばらの道、にもかかわらず宴会」これができるのは人生哲学を学び続けてきた先生の教養の力であって、やはりそう簡単には誰にでもできることではない。「人間は誰でもその存在には絶対的な価値と意味がある。それが私自身の「根源」です。」という樋野興夫先生の優しさあふれる講演に、教養の大切さを再認識させられた一日であった。

学会印象記

第31回京滋緩和ケア研究会に参加して

京都府立医科大学附属病院

看護部・疼痛緩和医療部 藤本 早和子

2010年5月29日、京都私学会館で第31回京滋緩和ケア研究会が開催された。今回は『緩和ケアは施設を越えて～いかにすれば早期から緩和ケアを行っていいのか～』をテーマとして4名の講演とワークショップが開催された。

まず担当世話人の、もりいじゅん外科内科クリニック・森居純医師により『全国ホスピス・緩和ケア病棟・在宅診療所から見た紹介元施設の医療・ケアの現状や望むこと』のアンケート調査報告がなされた。ホスピス・緩和ケア病棟の医師・看護師の大多数は自施設への紹介が遅いと考えていることなど興味深い報告であった。

講演では、名古屋掖済会病院緩和ケア部長・久保速三医師が、ホスピス医としての貴重な経験の中から、化学療法を断念しホスピスにいられた患者の複雑な気持ちについて話された。長崎在宅Dr. ネット奥平外科医院・奥平定之医師は、複数の医師が連携することで24時間対応を実現し細やかな対応に加え、医師の負担軽減をも目指した長崎在宅Dr. ネットについて紹介された。公立富岡総合病院緩和ケアチーム・津金澤理恵子看護師は、病院だけでなく地域全体をも見据えた上での緩和ケアチーム・緩和ケア病棟の活動展開の重要性を提示された。名古屋大学医学部附属病院化学療法部准教授・安藤雄一医師は、外来化学療法部内の医師が緩和ケアチームのコア・メンバーになっており、それを生かした事例経験について話された。

その後、「いかにすれば早期から緩和ケアを行っていいのか」をテーマに議論がなされた。「市民公開講座やメディアなどでの緩和ケアに対する正しい認知の促進」「ギアチェンジは、患者の価値観や生活スタイルを医療者が理解した上で情報を呈示する」など、多くの意見交換がなされた。その中で、久保速三医師の「ホスピスでは来られるのが早くても遅くてもそれなりに対応している。来られた時期が遅くても、色々な経過があつてこそだということを理解して関わっている。」とのコメントが最も印象的であった。医療者は、患者・家族が後悔のないように環境調整をしていくことは確かに大事だが、患者・家族の気持ちの速度がそれについてくるとは限らない。やるべきことをやった後は、患者・家族を信じて「待つ」「見守る」、そして自己決定されたことを最大限サポートし、その結果を「肯定すること」

も大切なのだと改めて考えさせられたワークショップであった。

Journal Watch

ジャーナルウォッチ 緩和ケアに関する論文レビュー（2010年4月～2010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, Palliative and Supportive Care, Journal of Clinical Oncology, Cancer

聖隷三方原病院 緩和支援診療科 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。今期も緩和治療に関する複数の無作為化比較試験などが腫瘍学誌に掲載されています

がん悪液質の最新の治療のレビュー

Mantovani G, madeddu C. Cancer cachexia: medical management. Support Care Cancer. 2010;18(1): 1-9.

クモ膜下オピオイドについての系統的レビュー

Myers J, Chan V, Jarvis V, Dilks CW. Intraspinal techniques for pain management in cancer patients: a systematic review. Support Care Cancer. 2010;18(2): 137-149.

MASCCの精神的サポートについてのステートメント

Surbone A, Baider, L, Weitzman TS, et al. Psychosocial care for patients and their families is integral to supportive care in cancer: MASCC position statement. Support Care Cancer. 2010;18(2):255-263.

がん悪液質の新しい定義と分類

Blum D, Omlin A, Fearon K, et al. Evolving classification systems for cancer cachexia: ready for clinical practice? Support Care Cancer. 2010;18(3): 273-279.

プロポフォールの緩和ケアでの利用についての系統的レビュー

McWilliams K, Keeley PW, Waterhouse ET. Propofol for terminal sedation in palliative care: a systematic review. J Palliat Med. 2010;13(1): 73-76.

モルヒネうがいの無作為化比較試験

Wayne-Bossert P, Escher M, de Vautibault CG, et al. Effect of topical morphine (mouthwash) on oral pain due to chemotherapy- and/or radiotherapy-induced mucositis: a randomized double-blinded study. *J Palliat Med.* 2010;13(2): 125-128.

緩和ケアでのQOL評価尺度の系統的レビュー

Albers G, Echteld MA, deVet HC, et al. Evaluation of quality-of-life measures for use in palliative care: a systematic review. *Palliat Med.* 2010;24(1): 17-37.

遺族ケアのニーズについての系統的レビュー

Agnew A, Manktelow R, Taylor B, Jones L. Bereavement needs assessment in specialist palliative care: a review of the literature. *Palliat Med.* 2010;24(1): 46-59.

緩和ケアの研究

Duke S, Bennett H. Review: A narrative review of the published ethical debates in palliative care research and an assessment of their adequacy to inform research governance. *Palliat Med.* 2010;24(2): 111-126.

「グッドデス」の測定についての系統的レビュー

Hales S, Zimmermann C, Rodin G. Review: The quality of dying and death: a systematic review of measures. *Palliat Med.* 2010;24(2): 127-144.

アセトアミノフェンを追加しても鎮痛はよくならなかった無作為化比較試験

Israel FJ, Parker G, Charles M, Reymond L. Lack of benefit from paracetamol (Acetaminophen) for palliative cancer patients requiring high-dose strong opioids: A randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover trial. *J Pain Symptom Manage.* 2010;39(3): 548-554.

望む死亡場所と実際に死亡場所との差をきたす要因

Bell CL, Somogyi-Zalud E, Masaki KH. Factors associated with congruence between preferred and actual place of death. *J Pain Symptom Manage.* 2010;39(3): 591-604.

イギリスのGSFについての系統的レビューと評価

Shaw KL, Clifford C, Thomas K, Meehan H. Review: improving end-of-life care: a critical review of the gold standards framework in primary care. *Palliat Med.* 2010;24(3): 317-329.

From Japan

「死後の処置」について家族の視点から望ましいこと

Shinjo T, Morita T, Miyashita M, et al. Care for the bodies of deceased cancer inpatients in Japanese

palliative care units. J Palliat Med. 2010;13(1): 27-31.

緩和ケアチームによりオピオイドの副作用が軽減する

Myotoku M, Nakanishi A, Kanematsu M, et al. Reduction of opioid side effects by prophylactic measures of palliative care team may result in improved quality of life. J Palliat Med. 2010;13(4): 401-406.

医療者の緩和ケアの自己実践と困難感を測定する尺度の開発

Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, et al. The palliative care self-reported practices scale and the palliative care difficulties scale: reliability and validity of two scales evaluating self-reported practices and difficulties experienced in palliative care by health professional. J Palliat Med. 2010;13(4): 427-437.

1 大学病院の緩和ケアチームの多方面からの評価

Sasahara T, Miyashita M, Umeda M, et al. Multiple evaluation of a hospital-based palliative care consultation team in a university hospital: Activities, patient outcome, and referring staff' s view. Palliat Support Care. 2010;8(1): 49-57.