



Japanese Society for Palliative Medicine

# 日本緩和医療学会

## ニューズレター

# 56

August 2012

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

## 理事長就任の挨拶

理事長 細川 豊史

京都府立医科大学付属病院 疼痛緩和医療部

京都府立医科大学 疼痛緩和医療学講座

2012年6月の役員改選に伴い、理事長を拝命いたしました京都府立医科大学付属病院 疼痛緩和医療部の細川でございます。会員の皆さんに、この紙面をお借りして御挨拶させていただきます。私は、京都府立医科大学麻酔科の出身で、ペインクリニック、緩和医療を専門とし、1983年から、“がん疼痛”治療を中心に緩和ケアに携わるようになりました。幸い当施設は緩和ケアに興味と関心を持ち、その活動に多くの時間を割いてくださる看護師、薬剤師、精神科リエゾン医や放射線がん治療医などのメディカルスタッフに恵まれ、緩和ケアチームを中心に疼痛緩和医療部を組織し、質の高い緩和ケアを提供し続けて参りました。また日本緩和医療学会は1996年の設立以来、多くの先人が“緩和医療”、“緩和ケア”の概念の普及と医療者への教育・育成に心血を注がれ、本邦の多くのがん患者さんとその家族が緩和ケアを享受する恩恵に浴してまいりました。しかし逆に、設備・人材・経費・病院経営者の理解等に恵まれたがん診療施設とそうでないところに地方の多忙を極める一般病院などとの間に大きな格差が生み出されているのも事実であり、早期からの緩和ケア提供とその均てん化実現には、まだまだ至っておりません。この“早期からの緩和ケア提供とその均てん化”を実現するための方策も含めまして、以下の5点の実現に邁進しようと考えております。

1. コ・メディカルという言葉は適切な和製英語ではありません。具体的な医師、薬剤師、看護師、作業療法士、MSWなどの用語を用い、一括的に述べる場合は“メディカルスタッフ”という言葉は今後使用する。
2. 基本となる“緩和ケア”という言葉がメディカルスタッフ間ですら、まだ統一された意味、認識を持つ用語となっていない。WHOの定義に準拠しつつ、共通の分かりやすい用語として本邦に普及させる。
3. 次世代の緩和ケアを担う若い医師の教育の徹底のため、年間約8,000人生まれる新研修医の緩和ケア研修会への参加を研修医過程終了の必須とする。
4. 看護師、薬剤師への緩和ケア普及と教育のため、医師の緩和ケア研修会と同様に公的な支援を背景に研修会を行う。
5. 厚生労働省の献策である“緩和ケアセンター”の設置を、がん診療連携拠点病院などを中心にすべてのがん診療医療施設に整備し、がん患者さんと家族がいつでも緩和ケアについて相談できる体制を整備する。

上記を日本緩和医療学会が中心となり、厚生労働省を始めとした関係各省や関連学会と連携し、組織的に真の“緩和ケア”普及をさらに押し進めていけるようにと考えています。学会員の皆様のさらなるご支援、ご協力を宜しく願いするとともに就任の挨拶とさせていただきます。

## 学会の総括

### 第 17 回日本緩和医療学会学術大会を終えて ひろく ふかく たかく

岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 緩和医療学講座 松岡 順治

2012年6月22、23日の両日、神戸市神戸国際展示場ほかにおきまして第17回日本緩和医療学会学術大会を開催し、無事終了することができました。これもひとえに学会会員各位をはじめとする多くの方々のご協力の賜物と、こころより御礼申し上げます。前日まで6月にはまれな台風の上陸、それも2つの台風が直撃という天候でありましたが、当日はウソのように青空が広がり、ひとえに皆様の日頃の行いに感謝しています。

学術大会のテーマは「ひろく ふかく たかく」でした。多くの先達が従来から築き上げてきた end of life care の演題にくわえ、今大会特有のものとして緩和医療の将来展望、サバイバーシップ、ソーシャルキャピタル、高齢者・認知症、小児などの新たな概念を提示する機会をいただきました。学会企画、学会員企画、多職種のフォーラム、ガイドライン講座、精神腫瘍学特集、口腔ケアハンズオンなどでは多くの方々のご参加と交流がえられました。老年医学会、臨床腫瘍学会、がん治療学会、乳がん学会、厚生労働省、文部科学省などの様々な分野からのご出席をいただき、学会員との論議を深めていただきました。ポスターセッションではディスカッションを取り入れ、今後のレベルアップにつながるよう企画しました。プログラムの構成として、同じカテゴリーのものを同一会場にまとめ、ポスターディスカッションに全員が参加いただけるように、セッションの終了時間を統一しました。利便性を考えランチは会場内で、私ども岡山の誇るB級グルメをお楽しみいただけるようにしました。市民公開講座は演劇に引き続く詩の朗読、そして胃ろうのパネルディスカッションを開催しました。多職種、多分野のかたがた、それもノービスからエキスパートまですべての方々に充分満足いただくことができるよう考慮いたしました。それがいかに難しいかということを考えさせられた二日間でありました。

今回のポスターは有元利夫画伯のロンドを使用させていただきました。患者さんを多職種の医療者が支える医療を具現化していると考えたからです。このような医療が理想であると考えています。医療は人々を幸せにするためにあり、われわれは社会をよくするためにある、このことを様々な議論を通じて認識していただきました。医療は患者さんと家族の人生を変えることができると同時に、社会も変える力を有しています。会員の皆様におかれましては日常の活動を通じて社会を変えていく力を自覚し、自信をもって発揮していただくようお願いして御礼のご挨拶に代えさせていただきます。

## 特別講演

### 人間の往生～看取りの医師が心がけていること～

座長・報告 金城学院 学院長 柏木 哲夫

大井玄先生は東大の医学部を出、数度のアメリカ留学を経験し、都立衛生研究所を経て、東大医学部衛生学助教授、帝京大公衆衛生学教授、東大医学部成人保健学教授を勤められた。77歳の現在、現役の医師として、終末期医療全般に関わっておられる。

先生のご講演はご自身が臨床の場で経験されたことと、脳科学の知見とを統合されたもので、わかりやすく、かつ、啓蒙的であった。先生は最初に三つのことを話すと言われた。

さわること、笑顔を見せること、相手の「意味の世界」に入ることである。

#### 1) さわること

多くの認知症の人は、こちらがさわることによって、「つながりの感覚」を感じる。肩を抱くだけで泣き出した老女、じっと手を握っているだけで落ち着いてきたおじいさんなど、具体的な例が話された。

#### 2) 笑顔を見せること

ミラー細胞（物まね細胞）の話は聴衆の興味をそそった。赤ちゃんをあやしめながら、親が舌を出すと、赤ちゃんも舌を出す。これはミラー細胞の働きによるという。同じような現象は認知症の老人にも見られる。こちらが笑顔で接すると相手も笑う。

#### 3) 相手の「意味の世界」に入ること

人や動物は過去の経験をもとにして行動する。縁側で主人が手をたたいたところ、鳥は逃げ、鯉は水面に集まり、お手伝いさんはお茶を持ってきたという。

人は衰弱しても、認知症が進んでも、自分の「意味の世界」に住む。その世界では、決して自分の自尊心が傷つかないように解釈する。

大井先生の認知症老人の作話の話は興味深かった。最近の出来事を記憶する能力が低下した場合、つじつまの合う話をしようとすれば、多少の作話が入るのは避けられない。その意味では、作話は環境世界に適応しようとする一つの努力とも解釈できる。大井先生はご自分の臨床体験の中から、老人のケアのポイントを具体的に話して下さった。先生の老人に対する「愛とおもいやり」が感じられるすばらしいご講演であった。

## 国際ナショナルレクチャー2

### 早期からの緩和医療

座長・報告 岡山大学大学院 血液・腫瘍・呼吸器内科 谷本 光音

転移性非小細胞肺癌は不治であり、呼吸困難などの症状が厳しいために終末期であっても積極的治療を受けること

が多い。一方、診断後早期から緩和ケアを導入することで、生活の質（QOL）と終末期の転機が改善される可能性がある。これらの仮説を検証するため、演者はマサチューセッツ総合病院がんセンターで新たに診断を受けた転移性非小細胞肺癌患者 151 例を対象として、診断後早期緩和ケアのランダム化比較試験を行った結果を中心に講演を行った。患者 151 名をがんの標準治療と緩和ケアともに行う群とがんの標準治療のみ行う群とに無作為に振り分け、主要転機は FACT-L で測定した QOL、二次転機は HADS で測定した気分、受けた終末期医療、生存期間として、化学療法の利用と治療によるうつ状態の影響を調査分析した。

12 週目で測定した QOL は、早期緩和ケア群で有意に高く（ $p=.03$ ）、抑うつ症状を有する患者数は標準治療のみの群は早期緩和ケア群の 2 倍であった（ $p=.01$ ）。終末期に積極的治療を受けた患者数は早期緩和ケア群の方が有意に少ない（ $p=.05$ ）にもかかわらず、生存期間の中央値は早期緩和ケア群で有意に長かった（8.9 か月 対 11.6 か月、 $p=.02$ ）。早期緩和ケア群では明らかに受けた化学療法のコース数が少なくはなかったが、終末期には早く治療を中止する傾向があった。早期緩和ケア群ではうつ症状が明らかに改善したが、それはうつ症状の治療によるものではなかった。これらの結果から、演者は新たに転移性非小細胞肺癌と診断された患者において、早期緩和ケアによって QOL と終末期医療の質の改善が明らかに認められ、これらに加えて生存期間の延長につながると結論づけた。

ご講演後の討議では、緩和ケアの内容について詳しい情報を知りたいという質問が多く出たが、実際の内容については現在解析中であること、一部は最近の JCO に報告されていると返答された。うつ症状の改善が直接 QOL の向上に繋がることを証明した最初の報告である。

## インターナショナルシンポジウム 2

### 緩和ケアにおける高度看護実践看護師の果たす役割

座長・報告 高知県立大学 看護学部 藤田 佐和  
座長 三重大学/甲南女子大学大学院 大西 和子

緩和ケアにおける高度看護実践看護師の果たす役割について、3 人の発表があった。第 1 演者であるアイルランド出身でヨーロッパにて広く活躍されている Dr. David Larkin 氏から緩和ケア看護における変遷と今後の課題について、第 2 演者である総合病院の看護師の明石靖子氏から消化器内科病棟の緩和ケア病床からの事例を通して一般看護師とがん看護専門看護師の役割について、第 3 演者である東京都内の大きな総合病院のがん看護専門看護師の長谷川久己氏から専門看護師としての役割獲得・拡大の 10 年間の歩みについて、各々の立場から発表があった。

アイルランドでは、初期のホスピス看護から現在の緩和ケア看護に至る経過の中で、専門看護師、ナースプラクティショナー、そしてナースコンサルタントの 3 つの高度看護実践の職位が存在するようになった。例えば、Larkin 氏は看護系大学の教授をしながら臨床でコンサルタントとして活躍されている。コンサルタントになるには博士の学位を持つことが必要であり、そしてこれまでの臨床経験を活かしながらケアリングを原点に看護師の立場でコンサルタントとして薬の処方も行っているということであった。

日本では、大学院修士課程を修了後、看護協会の認定試験に合格し、がん看護専門看護師として10年以上の経験を有する者が数十名にも達している。その人たちは現在の専門看護師の役割遂行や認知度を勝ち取った先駆者であり、そのうちの数人は博士課程に在籍あるいは博士の学位を取得している人がいる。現在、特定看護師やナースプラクティショナーの資格認定問題が浮上している中で、Larkin氏の発表は日本の高度看護実践看護師の資格認定に一つの示唆を与えてくれている。

高齢がん患者の増加や医療費高騰など多くの問題を抱える日本において、高度実践看護師としてナースプラクティショナーあるいはコンサルタントのような役割と共に大学院教育と資格認定について考えていくことは、日本の医療社会、特に医療経済に貢献できるものとする。

## シンポジウム 1

### 緩和ケアチームが精神心理的ケアを提供する工夫

座長・演者・報告 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 岡山大学病院 看護部 馬場 華奈己

緩和ケアチームの活動が徐々に成熟し、従来の疼痛コントロールに加えて、さまざまな精神心理的ケアの提供にも期待がかけられるようになった。本シンポジウムでは、以上の背景を踏まえ、緩和ケアチームがいかに周囲と連携し、精神的ケアを提供するかについて、積極的に取り組んでいる演者を招いて情報を交換することを目的に開催した。

まず、国立がん研究センター東病院緩和医療科の松本禎久先生は、緩和ケアチームにおける身体症状緩和医師が、身体症状緩和と同時に並行で精神症状緩和に対応する必要性について事例を挙げつつ解説し、症状変化時の対応の統一や家族ケアを見越した対応の重要性を示された。次に、甲南女子大学看護リハビリテーション学部の田中登美先生は、急性期一般病棟に対するがん看護専門看護師のコンサルテーション活動を踏まえて、どのような情報を共有するのかと、目標を設定することの重要性を解説された。続いて、のぞみの花クリニックの古賀友之先生は、在宅チームにおける精神心理的ケアについて触れ、在宅という医療者が孤立しがちななかでの情報共有と専門的なバックアップの重要性を指摘された。最後に市立札幌病院精神医療センターの上村恵一先生は、精神科医の立場から精神科医も医学モデルにしばられがちであること、キュアとケアを意識した介入モデルを意識する重要性を説かれた。各演者の発表の後、演者を中心に意見交換を行なったが、各職種の専門性を意識した情報共有の重要性と、情報の重要性を選択する上での専門的なバックアップの重要性を指摘する意見が多かった。今後、診断時からの緩和ケアが推進される中、治療と一体となった精神心理的ケアをいかに展開するかを考える重要な機会となった。

## シンポジウム 11

### リンパ浮腫ケアの理論と実践

座長・報告 日本赤十字広島看護大学 看護学部看護学科 植田 喜久子  
座長 広島大学大学院 保健学研究科 片岡 健

シンポジウム 11. リンパ浮腫ケアの理論と実践では、広島リンパ浮腫研究会で作成した教育媒体「リンパ浮腫と上手につきあうために」を活用しながら、リンパ浮腫ケアについて言及されました。さらに教育媒体の有用性を検討した研究成果の発表がありました。また、リンパ浮腫ケアを病院内で組織化され運営されている2施設の体制の現状と課題についての発表がありました。

賀出朱美氏は、リンパ浮腫の定義、発症のメカニズム、複合的治療法の詳細、さらに患者会の活動と意義、とくにリンパ浮腫の早期発見と発症予防について言及されました。とくに、リンパ浮腫ケアは継続的・長期的な医療者の関わりが重要であると強調されました。

仁井山由香氏は、教育媒体「リンパ浮腫と上手につきあうために」の有用性を検討するためにがん患者30名に術直後、退院1カ月後の2回にわたり教育介入を行っています。約90%前後の対象者が、発症予防や早期発見の方法を理解し実践しています。発症者3名を早期発見できたことにより、早期に治療が開始できています。患者には、リンパ浮腫ケアのみでなくがんとともに生きる包括的な支援が重要であると語られました。

春田直樹氏は、理学療法士、看護師など多職種によるリンパ浮腫ケア体制を構築されています。チームケアをオーケストラにたとえ、多職種協働チームによるケアの必要性や複合的治療法やセルフケアの有用性をデータに基づき言及されました。必ず深部静脈血栓の鑑別診断を行い、リンパ浮腫治療を開始する重要性を指摘されました。

得能裕子氏は、リンパ浮腫指導技能者である看護師がリンパ浮腫ケアの実践を希望する「一声」を大切に、「リンパ浮腫ケア外来」を創設されました。得能氏は、リンパ浮腫ケアに必要な職種の役割を調整すること、企画から、看護部、事務部と上手に連携・調整された経緯から、ケア体制の構築について言及されました。

## シンポジウム 15

### 「緩和ケア」を伝える難しさ

座長・報告 兵庫県立大学 看護学部 内布 敦子  
座長 広島県緩和ケア支援センター 本家 好文

本学会は厚生労働省委託事業として「緩和ケアに関する国民への普及啓発」に5年間取り組んできた。特に国が掲げる「がんと診断された時からの緩和ケア」は、がん治療に携わる医師の協力なしには実現困難な課題である。このシンポジウムは、緩和ケア普及の現状を知り、患者・家族を含む様々な立場の方々から、さらなる普及戦略のヒントをいただくことを目的として企画された。

はじめに本学会の緩和ケア普及啓発作業部会（オレンジバレーンプロジェクト：OBP）で活動されている川崎優子氏から普及啓発の状況が報告された。「緩和ケア」という言葉の認知度は依然として低いままであるが、医師などの医療職から得られる情報への信頼度は高く、医療者の介在した普及活動は一つの戦略であると述べた。松本陽子氏は、患者を対象とした調査や事例をもとに、患者や家族が緩和ケアにたどりつけるだけの情報を得ていないこと、医療者が目の前の患者に何に困っているのかを尋ねることが重要だと述べた。川上祥子氏は、民間団体としてがんに関する情報の発信を行ってきた経験から、関心のない集団に緩和ケアを伝えるのは難しく、関心のある人は具体的な情報を求めていると述べた。

その後 4 名の登壇者（明智龍男氏、大江裕一郎氏、馬場秀夫氏、岡本禎晃氏）を加え、緩和ケアの普及について精神科医、がん治療医、薬剤師の立場で意見を述べていただいた。早期がんで治癒可能な事例も増えており、診断時期に緩和ケアに関する情報が本当に必要なのかという疑問も寄せられたが、一方でがんの診断を受けた集団の自殺や心疾患による死亡の相対危険度が増大するというデータも示された。麻薬については「ダメ・ゼッタイ」という国のキャンペーンの影響もあり、医療用麻薬使用への抵抗感があることも考慮して、患者が困っていることを医療者側から積極的に問い、適切に向き合うことの重要性を確認した。会場との討論のなかでは、医療者の中でも「緩和ケアの概念」の理解が異なっていること、結果として患者・家族に必要な情報が届いていないことが課題として認識された。

## シンポジウム 16

### 緩和ケアにおける介入研究のエビデンス～飛躍のために～

座長・報告 聖隷三方原病院 緩和支援治療科 森田 達也

座長 十和田市立中央病院 蘆野 吉和

このセッションでは、まず、国際的な介入試験のエビデンスについて緩和医学領域、サイコオンコロジー領域について、それぞれ、聖隷三方原病院の森田氏、国立がん研究センター東病院の小川氏がレビューを行った。

森田氏は、さらに、わが国では観察的研究、遺族調査などのサーベイランス、質的研究、地域介入研究などでは国際的にも主要な医学雑誌に掲載される質の高いエビデンスが蓄積されてきたが、薬物療法をはじめとする介入研究が十分に成功していないことを指摘した。一方、オーストラリアで進捗している緩和ケア領域の無作為比較試験を紹介し、国際的に緩和ケア領域でも質の高いエビデンスの蓄積は可能であり、患者に対してもっとも適切な治療を明らかにする責務があることを述べた。

小川氏は、サイコオンコロジー領域の特に多職種協働モデルの実証研究を多く引用し、「緩和ケア」の一部として行われている多職種協働ケア（看護師によるせん妄予防など）のエビデンスの蓄積を明らかにした。

次に、東京大学医学部附属病院の岩瀬氏、東北大学大学院の山口氏により、介入研究を実施するうえでの臨床研究の方法論として研究に携わる臨床家が共有すべき知識を紹介した。

岩瀬氏はデータ管理学の立場から患者の安全を確保して臨床研究を実施するためにはヘルシンキ宣言を順守することが重要であり、そのためにはプロトコール審査委員会、効果安全評価委員会、データセンター、生物統計家を含む研究

組織が不可欠であることを述べた。山口氏は生物統計学の立場から、臨床研究は医師、看護師、薬剤師など単一職種で行うことはできず、研究計画、実施、解析、解釈すべての段階を通して生物統計家がかかわることで適切な臨床研究が遂行できることを述べた。特に、不適切な研究計画のもとに取得されたデータはあとでどのように解析しようとしても対応できないことは座長も大いに共感するところであった。その後、手稲溪仁会病院の山口氏、東京厚生年金病院の金石氏が、昨年度の日本緩和医療学会の指定研究である、呼吸困難に対するオキシコドンとモルヒネの比較試験、オランザピンとメトクロプラミドの比較試験、を実施していくにあたって実際に苦労したなまなましい体験を共有した。両氏とも研究支援組織がないと研究計画の立案そのものが不可能であることを指摘した。セッション全体を通じて、「患者のために本当にいいことをしているか」を確認するためには、臨床と同じように、多職種チームであたるのが必須であるとのメッセージが伝えられたと思う。あわせて、研究支援組織の維持インフラ整備が学会に求められている。わが国において、「患者の苦しみを最小限にするためにもっとも適切なことをしているのか」が明らかとなる臨床研究が介入試験にも展開していくことを願う。

## シンポジウム 18

### 神経障害性疼痛のメカニズムと最新の治療

座長・報告 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 麻酔・蘇生学 溝渕 知司  
座長 KKR 札幌医療センター 緩和ケア科 瀧川 千鶴子

痛みのコントロールにおいて神経障害性（疼）痛（Neuropathic pain 以下 NP）の診断や治療は難渋することが多い。近年日本でも NP の薬物療法ガイドラインが示されたが、そのメカニズムとがんによる神経障害性痛の治療の考え方を基礎と臨床の両方面から考えるシンポジウムが、6月23日（土）15:20～17:05、ポートピアホール第5会場で「神経障害性疼痛のメカニズムと最新の治療」と題して行われた（シンポジウム 18）。

まず、一般的な NP のメカニズムを基礎研究の分野から山本達郎先生（熊本大学大学院生命科学研究部麻酔科学分野教授）に解説いただいた。山本先生はそのメカニズムは充分にはわかっていないとしながらも、痛みの種類で薬の効果は異なりアロディニアと断端痛の両方に効果があるのはモルヒネであるという研究成果などを示された。次に、安部睦美先生（松江市立病院診療部長兼緩和ケアセンター長）が、がんに関わる NP の診断と治療を診断アルゴリズムと治療のフローチャートを示しながら解説された。また、症例を提示され、その診断と治療を具体的に説明された。3 番目のシンポジストとして登壇された薬剤師の久原幸さん（手稲溪仁会病院がん治療管理センター緩和ケア室緩和ケアチームマネージャー・緩和薬物療法認定薬剤師）は、NP の薬物療法が難しい原因は、ガイドラインが統一されていないことや使用する薬物の副作用が多いことなどが考えられると述べ、最新の文献やガイドラインを紹介しながら、がんの薬物療法のポイントを解説された。また、NNT(number needed to treat)の説明からエビデンスのある薬剤選択の考え方ががんの薬物療法時の相互作用の注意点などを非常に分かりやすくかつ論理的に説明された。関根龍一先生（亀田総合病院疼痛・緩和ケア



科部長)は、米国での緩和医療での臨床経験も踏まえ、がんの NP は混合性痛が多く臨床研究も難しいためエビデンスが乏しいこと、オピオイドに抗うつ薬や抗けいれん薬を加えた場合、非がん性痛よりも鎮痛効果は少ないことなどを述べられた。また、米国では副作用の問題やオピオイドを優先するためいわゆる鎮痛補助薬の使用は少なくオピオイド中心にステロイドも活用することの利点を述べられた。次に、西江宏行先生(岡山大学病院麻酔科蘇生科助教)は、がんの NP に対するインターベンション治療に関し自験例と論文を提示しながら解説された。この中では特に、エコーガイド下神経ブロックの安全性や刺激療法、神経根へのステロイドの効果などの報告が紹介された。その後、薬物療法のコツが各演者から話され、最後に司会コメンテーターを務められた瀧川千鶴子先生(KKR 札幌医療センター緩和ケア科部長)が、注意深い患者診察と診断の重要性を述べられるとともに、薬物療法としてオピオイドが優先、主体に対処されるのが好ましいであろうことを各シンポジストとともに確認され終了した。

## シンポジウム 19

### 緩和ケアにおける倫理的問題

座長・報告 静岡県立静岡がんセンター 緩和医療科 大坂 巖

座長 公益財団法人 がん研究会 有明病院 看護部 がん看護専門看護師

濱口 恵子

本シンポジウムでは、4名のシンポジストからのご講演と、ひとつの研究発表を受けてディスカッションを行っていただいた。岸和田市民病院の川島正裕先生からは、抗がん治療の中止を伝える医師の実際の苦悩と問題点を示された。新国内科医院の宇野さつき先生は、事例を通して患者の意思決定をどのように支援していくのかをわかりやすく解説していただいた。東京大学の清水哲郎先生は、biological life と biographical life の違いを通して、倫理というものの考え方を解説していただいたが、「その方の人生にとって何ができるか」という視点が重要であるとの力強いメッセージが印象的であった。中京大学の稲葉一人先生は、医療従事者は法律を知っておいた方がよいが、法律だけでは患者は幸せにはなれないことを強調された。

聖隷浜松病院の森雅紀先生から、医師に対する予後告知についてのアンケート調査の研究報告があった。予後告知に関する医師の考え方や実践は多様であり、告知後の医師の感情も様々であることを呈示していただいた。ディスカッションの中では、狭義の予後と広義の予後が含まれていることや、患者に対して「これからどうなる」ことを伝えていくことの重要性も討論された。

NPO グループ・ネクサスの天野伸介先生には、患者としていかにつらい体験をされたか、医療従事者との関係性がいかに大切なものであるかを赤裸々に語っていただいた。天野先生のご発言は、参加者やシンポジストの先生方にとって心に響くものであり、私たちがわすれてはならない大切なものを示していただけた。倫理的問題を考えることは、日々の臨床現場で「おやっ」と思うことをそのままにせず、患者・家族の思いや考えをよく聴き、良好なコミュニケーションのもとに、チームで考える姿勢が何よりも大切であることを伝えていただいたセッションであった。

## パネルディスカッション1

### 否認をする患者への対応

座長・報告 千葉県がんセンター精神腫瘍科 秋月 伸哉  
座長 独立行政法人国立がん研究センター東病院 緩和ケア病棟  
關本 翌子

否認は緩和医療の領域で頻りに耳にする言葉ですが、その概念や対応はそれほどよく知られていません。否認について理解を深め、実践に役立つセッションをめざし、同じく座長を務めた国立がん研究センター東病院看護部の關本翌子先生、演者の皆さんとメール上の議論を交わして当日に望みました。

最初の演者は嬉野医療センター看護部市川瞳先生で、医療者が提案する治療を拒否する患者へのケアを紹介しました。治療拒否の背景に否認があることもありますが、この症例はあえて否認ではない葛藤に対するケアを提示しました。続いて国立がん研究センター東病院の藤澤大介先生から否認について概念整理、対応の原則についてミニレクチャーをしていただきました。「私たちは常に死を否認して生活しており、それは健康なことである」という話題から始まり、ストレスから心を守る仕組みとしての否認という概念、否認が問題になったときの考え方で説明されました。否認の概念整理をした上で再び症例の検討として、国立がん研究センター東病院看護部の田中優子先生が、患者の否認に医療スタッフが戸惑い、ストレスを感じた時に専門家チームがどのように医療スタッフを支えたかという症例を紹介し、続いて同じくチームの臨床心理士である能野淳子先生から、がん治療初期には良い方向に機能していた否認が終末期に近づくにつれ問題となり、さらに身体状態の悪化に伴い否認が機能しなくなりうつ病に至った症例のケアを紹介しました。

セッション全体を通じて、否認の良い面、問題となる面をどのように評価し、一般的な葛藤と少し違った否認へのアプローチを具体的な症例を通じて紹介することができたように思います。臨床上に困ることが多い問題であるためか、学会初日の最初のセッションだったにもかかわらず立ち見が出るほど参加者が集まって下さったのも印象的でした。

## パネルディスカッション3

### 各職種による最新のせん妄アプローチ

座長・報告 名古屋市立大学病院 緩和ケア部 奥山 徹  
座長 東京医科歯科大学大学院 医師学総合研究科  
全人的医療開発学系 心療・緩和医療学分野  
梅澤 志乃

本セッションでは、各職種の立場からそれぞれの領域での最近の知見を踏まえてどのようなケアを行うべきかをご提案いただくと共に、近年注目されている多職種チームによるせん妄への対応の実際について共有することを目的として

企画した。東京医科歯科大学大学院 心療・緩和医療学分野の梅澤志乃先生とともに私が座長を務めさせていただいたので、当日の内容についてご報告させていただく。

まず東京医科歯科大学大学院 心療・緩和医療学分野の松島英介先生が、「精神科医の立場から～薬物療法を中心に～」と題して、特に低活動型せん妄の最近の知見についてサマライズして下さるとともに、薬理的知見を踏まえた抗精神病薬の選択方法などについて解説をして下さった。

ついで国立がん研究センター東病院 看護部の寺田千幸先生は、「看護師の立場から～ケアを中心に～」と題して、せん妄の早期発見・予防の実現に当っては、せん妄の診断が困難であることや原因除去への認識が不十分であることといった阻害要因があることを指摘されるとともに、その阻害要因の除去の実際について平易に解説して下さった。またご施設で進行中の教育プログラムづくりといった取り組みについてもご紹介下さった。

また国立がん研究センター東病院 薬剤部の市田泰彦先生は「せん妄治療における薬剤師の役割」としてお話下さり、薬剤師の役割として「原因・誘発因子の除去」「せん妄症状の緩和」という2つの側面についてご説明下さるとともに、薬剤師が関わることの困難とその対応についてもお話いただいた。

さらに名古屋市立大学病院 緩和ケア部の伊藤嘉規先生は「臨床心理士の立場から～家族ケアを中心に～」と題し、仮想症例を提示しながら「家族の体験を理解すること」「せん妄に関する情報提供を行うこと」「家族とのコミュニケーションを図ること」の3点について、その実際についてご説明下さった。

最後に住友病院メンタルヘルス科の池尻義隆先生が、同院におけるせん妄ケアチームの活動についてご紹介下さった。せん妄に関するコンサルテーションや回診のみならず、ハイリスク患者の同定、早期発見や標準的治療手順の教示など、発症予防やスタッフ教育を意識した総合的な取り組みの重要性を示唆して下さった。

各演者の発表後、総合討論を行ったが、会場からも活発なご質問をいただき、せん妄に関する情報ニーズの高さを実感いたしました。

末筆ではあるが、ご発表下さった演者の方々、ご聴講下さった参加者の方々に厚く御礼申し上げたい。

## パネルディスカッション5

### 患者が意思決定できないときの対応

座長・報告・演者 旭川医科大学病院 緩和ケア診療部 阿部 泰之  
座長 名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学分野  
明智 龍男

「患者の自律・自己決定を支える」ことは重要な原則である。しかしながら、実臨床においては「決められない」：意思決定能力の低下や、「決めさせていない」：意思決定能力の判断違い、「決めてくれない」：医師任せの患者などに遭遇する。近年否応なしに臨床課題となっている意思決定の問題を取り上げたセッションである。まず国立がん研究センター東病院小川朝生先生には意思決定能力の基本概念をお話いただいた。意思決定能力はインフォームド・コン

セントが成立する要件のひとつであり、適切に評価するスキルが求められること、しかし、必要な意思決定能力は状況により変化するため、幅を持った評価が求められることが提示された。次いで、意思決定できないときの対応として、認知症、うつ病およびせん妄を取り上げた。青梅慶友病院桑田美代子先生には意思決定が難しい認知症の方の“意思”をいかに支えるか、老人看護専門看護師として豊富な経験をもとに話していただいた。認知症の人にだって“意思”はある。我々がそれを汲み取ることができていないだけだ、という言葉には会場全体が共感していた。広島大学病院小早川誠先生にはがん患者では高頻度に認めるうつ病とせん妄の具体例をお話しいただいた。意思決定能力の評価と適切な治療により自己決定が可能となったうつ病の例や、せん妄への適切な対応により、抗がん治療が可能となった乳がんの例などが提示された。東京大学大学院大関令奈先生には近年キーワードとなっているアドバンス・ケア・プランニングについて歴史的背景、アドバンス・ディレクティブとの違い、最近の知見などをわかりやすく説明していただいた。プロセスを共有することで患者が安心感を得ることが最も大切なことであると付け加えられた。次いで旭川医科大学病院阿部から意思決定能力の違いを超える支援の考え方を提示した。無意識に絶対化されがちな自律という概念を一旦括弧に入れて、その人自体を尊重するという軸を持つ必要性について話した。その後、会場を含めたディスカッションを行った。それぞれが無視できないテーマであることもあって、会場から活発に質問や意見が出た。容易に集束するような話題ではないため、セッション内で各自の疑問が解消するような質疑とはならなかったと推察するが、それだけ今後も議論を重ねる必要のあるテーマであることが明確化された結果となった。今回のセッションを皮切りに今後も同様の討論の場が提供されることを望む。

## ワークショップ1

### ガイドラインを使いこなす 1～呼吸器症状に関するガイドライン

座長・報告    がん・感染症センター都立駒込病院 緩和ケア科    田中 桂子

日本緩和医療学会で作成された5つのガイドラインについて、それを「使いこなす」ワークショップが企画され、そのトップバッターとして大会初日の午後、「呼吸器症状の緩和に関するガイドライン」のセッションが行われた。第1会場には非常に多くの参加者が集り、関心の高さがうかがわれた。

最初に、座長の田中より、ガイドライン全体の構造とエビデンスレベル・推奨レベルについて説明された。

前半の「酸素吸入」については、小牧市民病院の渡邊紘章先生が担当された。1. 低酸素血症を伴う場合、2. 伴わない場合、3. 終末期意識レベルが低下した場合のそれぞれ具体的な症例が提示され、ガイドラインで書かれている文献がわかりやすく読み下され解説され、エビデンスと推奨レベルを理解した上で、それぞれどう対応するかが説明された。

後半の「薬物療法」については、手稲溪仁会病院山口崇先生が担当された。1. コルチコステロイド、2. 抗不安薬（ベンゾジアゼピン）、3. モルヒネとその他のオピオイドのそれぞれについて、前半同様に具体的な症例を通して、海外の文献が整理され、日々の診療でどのように応用するかがわかりやすく説明された。さらに、今回のガイドラインで十分なエビデンスが示されなかったオキシコドンやステロイドの有効性に関する研究が進行中であることが報告された。

ガイドラインに示されたエビデンスを正しく理解して「生きた知識」として身につけた上で、個々の症例にあわせて

「臨床の知恵」を工夫して応用していくことが重要であるということが、座長と演者からのメッセージである。ガイドラインを手にとっていただくきっかけになれば幸いである。

## ワークショップ 5

### ガイドラインを使いこなす 4～消化器症状に関するガイドライン～

座長・報告 しんじょう医院 新城 拓也

昨年出版された、がん患者の消化器症状の緩和に関するガイドライン 2011 年版の製作に、計画段階から関与した委員より内容の概説を行った。

前半では、化学療法、放射線療法が原因でない、嘔気・嘔吐のあるがん患者に対する薬物療法について、製作過程と推奨を、聖隷三方原病院、今井堅吾先生に解説していただいた。根拠となるエビデンスは乏しいが、想定される病態に応じて制吐薬を投与する方法について、会場の参加者の挙手を交えながら説明していただいた。過去の研究から、原因を化学的、消化器系、中枢神経に分類しそれぞれ、ハロペリドール、メトクロプラミドまたはドンペリドン、ヒスタミン受容体拮抗薬または抗コリン薬を投与することを推奨した。実際の臨床では、原因の診断が困難であったり、複数であったりすることもあり、第一選択の制吐薬が無効の場合には、薬物の変更、併用することを推奨した。

後半では、嘔気・嘔吐の原因が消化管閉塞である患者に対する薬物療法について、筑波メディカルセンター病院、久永貴之先生に解説していただいた。オクトレオチド、ブチルスコポラミン、コルチコステロイド、メトクロプラミドや抗精神病薬など制吐薬を組み合わせ、嘔気・嘔吐を緩和すること、さらに合併する疼痛や、輸液管理の基本についても説明していただいた。実際の臨床では、どの薬物から投与するかについては、見解が大きく異なる可能性もあることから、実際の症例を示しながら、ステロイドとオクトレオチドの使用法、またフェンタニルとモルヒネの使い分けについても説明していただいた。

ガイドラインの推奨と解説だけでは、実際の臨床現場に活用できない可能性もあることから、エビデンスと現場の架橋となるような、有意義なワークショップとなった。

## 第 7 回 CART 研究会

### 特別講演 II 癌性腹膜炎に対する新しい治療の確立に向けて

座長・報告 福井大学医学部附属病院 がん診療推進センター 片山 寛次

辻谷先生が鳥取大学と九州大学での主に胃癌の腹膜転移に対する臨床研究の歴史について述べられた。現在はシスプラチン、タキサンの全身投与、S1での治療が中心で、奏功例では延命効果も認める。タキサンの腹腔内投与では明らかな成績は得られなかったが、全身投与との併用では有用性が期待される。漿膜浸潤胃癌では術中腹腔内化学療法による腹膜再発予防効果も期待できる。CARTは、がん性腹水であっても安全に濾過濃縮して血中に戻すことで、栄養、免疫の維持に有用である。その上で、ここから得られたがん細胞からがん抗原を得ることで、がん抗原ペプチドを用いた樹状細胞ワクチン療法の有効性が向上できる、と今後の新しい治療の開発に意欲を示された。

## イブニングセミナー8

### がん治療における緩和医療のあり方「心と体の二重らせん」 ～がん緩和治療研究の現状と将来～

座長・報告 帝京大学医学部 内科学講座 緩和ケア内科 有賀 悦子

学術大会初日の夕方、数百人の方が来場され、熱心にご講演に耳を傾けられていました。内容のエッセンスを一言でまとめるなら、「がん悪液質」。言葉の定義、生化学的な発生機序、栄養からの問題、臨床症状、病態整理について、ヒトとマウスレベルで解説されました。古代ギリシャ時代からのこの症状に対する医学のとらえ方を、今日にいたるまでの哲学的考察も含め、紐解かれました。インターロイキン（以下、IL）-6の話題に触れられ、ご自身の研究の軌跡、今後の展開について述べられています。

アップデートな知見や文献的考察よりも、こうしたストーリー性のある話題を盛り込まれたことは、演者らしさがにじんであり、会場の暖かな雰囲気はそれを期待して足を運ばれた方が多かったことを伺うことができました。予定時間を越えましたが、熱心に最後の質問までメモを取り、頷きながら聴き入っていらっしゃるフロアの方々に感謝するとともに、実に、第1日目のイブニングセミナーらしい1時間だったと感じました。

また、共催されたエーザイ製薬株式会社の方々の日本の緩和医療に対するパートナーシップを実感することができ、今回、学術大会の中でこのような学び・共に感じる場をご提供下さったことに心から感謝しています。

## イブニングセミナー10

### 適切な口腔ケアには的確なアセスメントを！ オーラルマネジメント CREATEの心臓部分

座長・報告 兵庫医科大学疼痛制御科学 ペインクリニック部 村川 和重

神戸国際会議場で6月22日に開催された第17回日本緩和医療学会学術大会のイブニングセミナーには、ご講演に対する関心の高さを物語る様に、多数の聴衆が集まっていた。演者の岸本裕充先生は、兵庫医科大学歯科口腔外科准教授

で、口腔ケアの専門家である。そうした視点から、的確なアセスメントが口腔ケアには不可欠と強調され、その実際を示すために、KOACHと名付けられたパンフレットを会場でも配布された。アセスメントの実際は、「開口」、「口臭」、「流涎」、「口腔乾燥度・唾液」、「歯・義歯」、「粘膜」の6項目に従っており、アセスメントの手順を詳細に説明されて、明日からのケアの実施に役立つように配慮されていた。そして、オーラルマネジメントの主要な構成要素としても、「Cleaning」、「Rehabilitation」、「Education」、「Assessment」、「Treatment」、「Eat&Enjoy」の6項目が提示されており、それぞれの頭文字を取り上げて、CREATEとしていることを詳しく説明された。そして、緩和医療における口腔の問題にも触れられ、がん治療時の口内炎対策の重要性を強調されており、抗がん剤による口腔トラブルについても詳しく説明されていた。ご講演の締めくくりとして、神戸の学術大会への参加のおみやげにと言う事で、「乾いたら負け」、「保湿＝加湿＋蒸発予防」、「歯から出血はしない」、「舌苔のケアは軽く擦る程度でOK」、「オーラルマネジメント CREATE」、「KOACH」の6項目を強調された。

私自身は、痛み治療を専門としており、そうした観点からがん疼痛治療を見ると、まだまだその質を高めることが出来るのではないかと考えている。同様なことを口腔ケアの専門家として、岸本先生もきっと感じているに違いないという印象が強く残った。人が生きて行く上での摂食行動の持つ意味の大きさを考えると、口腔ケアが果たす役割の大きさを、改めて痛感させられたセミナーであった。緩和医療には、このように真の意味での多職種力を集めることが必要であり、そのことが全体的なレベルアップに直結すると実感させられたセミナーであった。

## モーニングセミナー11

### 緩和医療と QOL/PRO 評価-その意義と課題-

座長・報告・演者 QOL/PRO 研究会世話人/京都大学大学院医学研究科 宮崎 貴久子  
座長・演者 QOL/PRO 研究会代表世話人/立命館 生命科学部 下妻 晃二郎

モーニングセミナー11の「緩和医療と QOL/PRO 評価 -その意義と課題-」は、QOL/PRO (Quality of Life and Patient-Reported Outcomes) 研究会主催で行われた。

はじめに、下妻晃二郎氏(立命館大学生命科学部)から、「QOL、PROとは-緩和医療での応用-」に関して、QOL/PRO研究の概観が説明された。QOL/PRO研究会について「Quality of Lifeをはじめとする Patient-Reported Outcomesに関する研究に携わる幅広い分野の研究者が会して情報を交換し、質の高い研究を実現し、社会に還元することを目指して設立された」と紹介があった。QOLとPROについて、その概念と、近年はPRO(患者報告アウトカム)ということばがEMA(2005)やFDA(2009)でも使われるようになった経緯が報告された。QOL/PRO評価の意義と課題としては、FDAのPRO指針から、1)使用尺度の概念構造の明確化、2)奏効例の定義として、意味のあるスコアの変化量を事前に明らかにすること、3)複数エンドポイントの多重性の問題(都合のよいところだけをピックアップする問題)が提示された。

次に、筆者から、「緩和医療におけるQOL研究」に関して、臨床でQOL評価研究をする際の欠測値の状況、代理記入、選択バイアス、評価票選択などの問題が、具体例を用いて説明された。緩和医療患者用にGroenvoldらによって開発された、15問からなるEORTC QLQ-C15-PAL日本語版の使用にあたって、アカデミックの場合は登録料が発生しないことから、登録手順および評価票とスコアリングマニュアルの入手法が示された。最後に、国際的なQOL/PRO研究のトピ

ックスとして、QOL スコアの臨床における意味のある最小の差 (Minimally Important Difference: MID) と、緩和医療では促進させるような働きかけが必要と考えられるレスポンスシフト (Response Shift) の紹介があった。

緩和医療が患者や家族の QOL を向上させる医療であるのなら、緩和医療のアウトカムは、QOL を評価することで得られる。今後、緩和医療のエビデンス構築に寄与する質の高い QOL/PRO 評価研究が望まれる。

QOL/PRO 研究会事務局：qolpro●gmail.com(●マークを@に置き換えています)

## 口演 2

### 化学療法、放射線治療、手術療法

座長・報告 医療法人社団曙会 シムラ病院 緩和ケア病棟 岩田 尚士

本セッションでは薬物療法 2 題、放射線治療 5 題、手術療法 2 題の発表が行われた。初日朝一番ということもあり会場の入りは今一つであったが、活発な討議が行われた。

演題 1：酢酸ゴセレリンの皮下投与時の疼痛緩和のため、1 分間皮膚を冷却した後穿刺する方法を検討した。40 例で冷却なし、ありの両者を比較し穿刺時痛 NRS4 以下は 12.5% から 87.5% と改善し、冷却による苦痛は 10% であったとした。コストもかからず有用な方法と思われた。

演題 2：BSC の適応とされた患者に対し、副作用 0 を目指した低用量の化学療法を行い、単に抗腫瘍効果を期待するだけではなく、精神的にも好影響を与え QOL の改善に寄与する可能性があると発表した。

演題 3：ストロンチウム 87 の臨床経験を通し予後予測と早期投与の必要性を訴えた。6 患者 7 回の投与経験から疼痛軽減は 85.7% で認めたものの、投与時点での平均 PPI は 2.5、生存期間中央値は 63 日と短く、PS の維持されている段階で可及的早期の投与が望ましいとした。

演題 4：総線量 50Gy を超える全脳照射例 36 例を検討し、白質脳症は 6 か月から増加し 18 か月では 100% であったとし、1 年以上の長期生存が期待できる症例には推奨されない姑息照射法と報告した。

演題 5：悪性気道狭窄に対し姑息照射を行った 15 例を検討した。治療完遂は 73%、CT 上の改善が 53%、症状の改善は 60% に得られたとし、ある程度有効な緩和的放射線治療であると報告した。

演題 6：腕神経叢発生の悪性末梢神経鞘腫瘍 2 例に対し術後重粒子線治療を行ったが、根治には至らず、非常に強い上肢の神経障害性疼痛が出現し症状緩和に難渋したと報告し、適応には慎重であるべきとした。

演題 7：化学療法抵抗性となり巨大腫瘤を形成した悪性リンパ腫に対し、放射線治療を行い症状緩和、QOL 向上に有用であったと報告した。

演題 8：転移性骨腫瘍の手術例 43 例 (長幹骨 19 例、脊椎 24 例) を検討し、34 例で ADL の改善を認め概ね良好な成績であったが、根治術の 2 例で ADL の低下も認め、他の治療法に比べ侵襲も大きく適応には慎重な検討が必要とした。

演題 9：十二指腸の通過障害に対し胃空腸吻合を行った 32 例を胃癌と乳頭部癌・膵癌・胆道癌の 2 群に分け、胃癌では成績良好であったが、乳頭部癌・膵癌・胆道癌では有用性が低く内、外瘻が可能であれば手術を回避すべきとした。

外科医である私は放射線治療に関しては門外漢であり、進行にやや不安を感じていたが、フロアの清水わか子先生からの確かな質問や指摘をいただき感謝したい。



## 口演 4

### ホスピス・緩和ケア病棟

座長・報告 松山ベテル病院 中橋 恒

本セッションはホスピス・緩和ケア病棟のあり方について 10 演題の発表があった。急性期型緩和ケア病棟の早期退院を実現させるための要因の発表（演題 1）や、多施設間比較で急性期型と慢性期型の治療や処置の違いについての発表（演題 2）がなされ、興味深い内容であった。また、同じく多施設間比較で患者・家族のケアに対する満足度と望ましい死の達成に対する満足度を指標とした発表（演題 3）では、満足度に差がみられる因子を抽出し、ホスピス緩和ケア病棟の終末期の性格付けの指標として興味深かった。化学療法も行う緩和ケア病棟の役割をスタッフアンケートで見た発表（演題 4）は、化学療法を行う場のあり方を問うものであった。情報提供を受けた患者の意思決定のプロセスに関する発表（演題 5）は、医療連携の観点からすると療養の場の意思決定に重要なプロセスと考えられ、今後院内に組織体制構築にまで研究を進めていただきたい内容であった。在宅緩和ケア推進の中での緩和ケア病棟の役割の発表（演題 6）は、今後の地域連携の中での緩和ケア病棟の役割を考えるモデル的な発表で、非常に示唆に富んだ内容であった。新設緩和ケア病棟における看護師の意識調査の発表（演題 7）は、院内における緩和ケアの啓蒙・普及の基本を与える貴重な発表で、得られたエッセンスは病棟だけにとどめぬ取り組みを続けていただきたい。緩和ケア病棟開設 6 年を振り返っての病棟の役割変化の発表（演題 8）は、本年度の保険の改正で国が求める役割と、それぞれの地域特性を持った病棟の役割をどのような結びつけるかの問いかけのように感じられ興味深かった。短期間看取り症例への看護師の苦悩の発表（演題 10）は、演題 5 と同じく意思決定のプロセスを施設間で共有することが重要と思われ、今後の追加研究に期待したい。緩和ケア病棟での職員の結核集団感染の発表（演題 9）は、緩和ケア病棟が持つリスクの一面を示した興味深い発表であった。

ホスピス・緩和ケア病棟はその役割を終末期の看取りに重点を置いたところから発展してきたが、平成 24 年度の診療報酬の改定では入院期間の短縮を促進させる方向で改定がなされ、急性期型緩和ケア病棟としての症状コントロールに重きを置いた役割や地域連携の中での病棟の役割など機能の多様性が求められる転換の時期にあると考えられ、発表された演題はこれからのホスピス・緩和ケア病棟のあり方へ示唆を与える興味深い内容であった。

## 口演 7

### 事例報告

座長・報告

医療法人若葉会近藤内科病院 緩和ケア科（現 田岡病院 緩和ケア科） 三木 仁司

このセッションではいずれも臨床的に興味深い 8 題の事例報告が行われた。

1 題目はトラマドールの持続静脈注射にて疼痛コントロールを行った 2 症例の報告であった。今後、経口から静脈注

射への変更時における投与換算値の検討が期待される。2 題目はミルタザピンが鎮痛補助薬的に効果を示した 1 例の報告で、ミルタザピンの緩和ケア領域における有用性が示された。3 題目は低血糖性意識障害を示した 3 症例の報告であった。終末期の意識障害は病状進行に伴うものと決めつけ、低血糖による意識障害を案外見過ごしているのではないかと自戒の念を感じさせられた報告であった。また終末期における低血糖患者のケアの問題点も浮き彫りとなった。4 題目はリファンピシンとオキシコドンによる薬物相互作用に関する報告であった。今後、各種薬剤による薬物相互作用に注意を払いながら診療を行わなければならないと感じさせられた。5 題目はむずむず脚症候群(RLS)の症例報告であった。RLS を発症している終末期がん患者は実は多いのではないかと感じ、鑑別診断・治療方法などの示唆を受けた。6 題目はめまいにミダゾラム少量投与が有効であった症例の報告であった。ミダゾラムのめまいに対する作用機序は十分解明はされなかったが、難治性めまいに対してミダゾラム少量投与を試してみる価値はあると思われる。7 題目は三叉神経痛にカルバマゼピン・五苓散が有効であった症例の報告であった。今後、緩和ケア領域においても漢方が脚光を浴びてくる可能性が予感させられた。8 題目は耳鼻咽喉科医があまり緩和ケアに関与していない実態が報告された。耳鼻咽喉科医のみならず多くの各科医師が緩和ケアに興味を持ち、緩和ケアに積極的に関与することが望まれた。

以上、頻度的には稀ではあるが上記のような症例の存在を知っておくことの重要性や、緩和ケアにおけるいろいろな問題点などが示された有意義なセクションであったと思われる。

## 口演 8

### 多職種協同

座長・報告 社会医療法人緑社会金田病院 外科 三村 卓司

チームで行う緩和ケアの実践について、10 題の演題発表を拝聴しました。

患者さんの希望実現のために 800 キロという移動を多職種で支え、実現させた各職種の能力が最大限に発揮できた 1 例。「DNR」の持つ言葉の意味、認識度について、多職種で行った一歩踏み込んだ検討。認定看護師ではなく外来看護師が行う緩和ケアの実践と協同。がん化学療法を行う際の副作用について、部署や診療科を超えた患者サポートの実践。多職種によるカンファレンスが病棟に起こしたイノベーションとその効果。非がん患者（慢性心不全）が終末期状態に陥ったときの、患者・家族をサポートするための多職種カンファレンスの重要性。がん終末期として緩和ケア病棟に紹介された患者さんをチーム一丸となり、複数科でサポートし自宅退院へこぎ着けた 1 例。医療者と患者家族の気持ちに乖離がある場合の癌告知場面で、看護師が行う実践知についての研究。緩和ケア病棟でボランティアの協力によるアロマセラピー、リフレクソロジーの実態調査。リンパ腫患者が有する強固な疼痛に対して、病棟看護師のきめ細かな観察と連携から、疼痛緩和がスムーズに行われた 1 例。

多職種による連携された質の高いケアについて深く検証されている印象を受けました。科を超えたつながりや非がん終末期、DNR に対する解釈など、簡単なようではなかなか深く検証することの出来ない事例についても、フロアとの意見

交換ができました。代替補完療法については、エビデンスの積み重ねが必要という認識が示され、他学会への情報発信の必要性も検討されました。

緩和ケアにおける多職種アプローチの有効性が大いに期待されるなかで、多職種連携がスムーズに行われ、患者さんQOL向上に邁進している現場の息吹が感じられるすばらしいセッションでした。ありがとうございました。

## 口演 13

### 精神症状、栄養・輸液

座長・報告 国立がん研究センター東病院 緩和医療科・精神腫瘍科 木下 寛也

演題1：死亡前1週間以内に発症したせん妄の重症度の要因に関して、薬剤師からの報告であった。有意に関連していた要因として、造血器腫瘍、男性、総ビリルビン値、ヘモグロビン、抗生剤、NSAIDsが抽出された。抗生剤、NSAIDsに関して感染が交絡因子ではないかということが議論された。

演題2：新たに設立された緩和ケア病棟におけるせん妄の頻度とその対応についての報告であった。ケアの工夫や環境調整でも軽減できるせん妄があること、入院時にせん妄についての説明を行っておくことの重要性が示された。

演題3：在宅医療の現場における「お迎え」体験について遺族調査の結果が報告された。「終末期患者が自らが死に臨んで、すでに亡くなっている人物や、通常みることのできない物事を見る類の経験」と定義し、「その体験は家族にとっては穏やかなものであった」との回答が8割弱であった。

演題4：本学会で作成された「終末期がん患者に対する輸液治療ガイドライン」の有用性を示す観察研究の結果報告であった。ガイドラインに基づいた輸液は多少口渴、気道分泌、精神運動興奮に相関を示したが、全般的なQOL、つらさ、その他の症状、体液貯留には相関を示さなかった。

演題5：がん患者の食欲不振時の食事の対応について栄養士からの報告であった。食欲不振時に食事支援献立パターン食、さらに必要に応じて個別対応を行うことにより、7割以上の患者で喫食率の改善を認めた。

演題6：栄養状態の評価には様々な指標が用いられるが、本報告は胃がん、大腸がん術後患者においてCTから最大大腰筋面積を測定し、その変化比は血清アルブミン値、Prognostic nutritional indexと有意な相関を認めた。

演題7：緩和ケア病棟における輸血についての実態に関して、後方視的に検討を行い、輸血適応の判断基準の可能性について報告された。

演題8：演題5と同じく栄養士からの報告であった。終末期がん患者に対する、個別的な食事対応の実態が報告された。

演題9：大腸がん患者における埋め込み式中心静脈カテーテルによる合併症に関しての報告であった。約30%にCVポート関連のトラブルを生じた。逆血を認めないが、静注可能なケースに関してその原因についての議論がされた。

## 口演 17

## スピリチュアルケア、家族・遺族ケア（悲嘆）ケア

座長・報告 淀川キリスト教病院 ホスピス 田村 恵子

9題の発表が行われたがその大部分が家族・遺族ケアに関する内容であった。3題は、がんを患う親の子どもに対する支援を心理士が箱庭療法を用いて行った事例の紹介、親の看取りを支援する小冊子の活用、子育て中の女性がん患者が子どもに病気を説明していない理由の分析など、子どもへの支援のあり方が報告された。子どもへの支援については、多くの臨床において、どうすればよいかについて悩みつつ、試行錯誤を重ねているところであろう。今後、こうした研究の結果に基づいて、ケアの方法が検討され確立されていくことを期待したい。また、悲嘆ケアは家族との出会いのときから始まると言われているが、緩和ケア初診時の家族は既に患者と同等、もしくはそれ以上のつらさを感じていることが報告された。確かに、そのように感じる家族に出会うことは珍しくなく、気になりながらも積極的に関わることができていない。マンパワーの確保が必要であろうが、初診時から関わりを続けることができれば、遺族となった時に、「自分で乗り越えなければならない」と思い、支援を受けることへの抵抗感を抱くことは減少するように思われる。一方、家族が、終末期がん患者の介護体験を通して、自らをエンパワーメントしていく過程も報告された。愛する人を失うという人生にとって最も苦しい営みであるからこそ、その過程で獲得する力は何者にも変え難く、その力が家族の生きる力につながっていくのであろう。家族に対しても、患者ががんと診断された時からの緩和ケアが不可欠であり、ケアの提供システムを構築していくことが課題であると強く感じた。看護師の立場から、患者が「明るさを失わず過ごす」ためのケアの方法や、エンゼルケアを通して悲嘆ケアを充実させることについても報告された。

いずれも臨床に即した具体的、実践的な発表であり、質疑も活発になされ、大変有意義な学びを共有できた。発表者と参加者に心より感謝したい。

## 口演 18

## 在宅医療、看取り

座長・報告 安芸地区医師会居宅介護支援事業所 鉄穴口 麻里子

演題数が9題と多く、字数の関係でそれぞれについて触れることができないので概略を報告する。がん末期であっても在宅療養を可能にするさまざまな工夫や今後の課題が、医療者アンケートや在宅移行例の分析結果から導かれていた。

ご遺族の満足度については、医療者から評価したものであるが、ケアの期間や内容によらず病状理解良好例で高く、ご家族への十分な説明で病状を理解していただくことが重要とのことであった。

療養・看取りの場として介護老人保健施設や緩和ケアアパートの利用は、併設されている診療所や訪問看護ステーション、訪問介護事業所などとの連携、時にはネットワークを生かしたインフォーマルな支援があつてこそ安心できる療養生活を提供できており、多様化するニーズには、地域における小規模ならではの柔軟な対応が生きていた。

在宅移行と、逆に再入院する場合の連携の課題としては、移行時期の見極めや療養場所の選択肢の拡大（有床診療所や介護施設）、人的資源の整備、在宅側のチーム力や技術力向上とそのための支援が挙げられた。石川県では在宅ケア支援センターへの相談内容も、症状への対応・不安・緩和ケアを受けられる場所の問い合わせ件数が多いようであり、あらゆる場所で多職種による患者・家族の安心を保障できるような対応が可能になればと思われた。

看取りの場所については、東京大田区の在宅療養支援診療所の一年間の在宅死率は50%を超えており、老衰・がんなど比較的予後が予測しやすい場合、家族と医師が面談して方針を決定していれば在宅死が可能になるとのことであった。一方、急性期病院では、看取りの時期の医療もルーチン化されているような調査結果となり、遺族に対するケアも行う余裕のない現状が報告され、今後の検討の必要性が示された。

日々の業務の中で、忙しさに流されることなく問題意識を持って患者・家族ケアを継続している医療者が各地に存在することが実感できて心強く、今後のケアの発展が期待される。

## 口演 21

### 緩和ケア教育

座長・報告 岡山大学大学院保健学研究科 齋藤 信也

本セッションは、緩和ケア教育の中でも、学生に対するものよりも医療従事者や地域住民に対する教育に関する発表が多く見られた。

まず、東北大学の宮下らは、医師を対象として大規模（27万人対象）調査を元に、緩和ケアの知識と関連する因子を見たところ、麻薬処方が少ない医師に知識が乏しい傾向があると報告した。佐久総合病院の山本らは、PEACE研修会において緩和ケアの知識を測定するための尺度を開発するとともに、それをを用いて研修会後に、知識が向上することを確認した。慶応大学の新藤らは、スピリチュアル実践能力向上プログラムにより、大学病院看護師に介入研究を行ったところ、終末期患者への実践・態度の向上がみられたと報告した。東広島医療センターの梶山らは、デスカンファレンスにSTAS-Jを導入した結果について発表を行った。東京薬科大学の杉浦らは、薬学生に対し教育を行うに当たって、臨老式死生観尺度を使用し、その死生観を調査した結果を報告した。緩和ケアの教育効果を計るために事前にこうした周知な準備をしていることは注目に値した。鶴岡市立荘内病院の鈴木らは、市民に対する緩和ケア啓発活動に、寸劇を取り入れた成果を発表した。シナリオも自分たちで準備し、方言をとり入れることで、市民の理解を深めるのに効果的であったとのことである。厚生連海南病院の高橋らも同じように、地域住民に対する緩和ケアの普及活動の報告を行った。参加者に対して、アロマハンドマッサージ（10分程度）を行いながら、会話を交わすことが、緩和ケアの知識向上に結びついたとのことであったが、アロマの効果に加えて、参加者とボディタッチをしながら行う会話は非常に効果的であろうと思われた。参考になる試みである。最後に緩和医療学会の川崎らから、一般市民を対象とした「緩和ケア」の認識度調査の報告（第3報）がなされた。2008年に比較しても、一般市民の緩和ケアの認知度は低く、その普及の困難さが伺われる発表であった。

緩和ケア教育における単なる取り組みの紹介にとどまらず、それを科学的に分析し、フィードバックしてゆこうという姿勢が評価されるセッションであった。

## Current Insight

### 看取りのパス～ LCP 日本語版～のこれからの展望

東芝病院 緩和ケア科 茅根 義和

LCP 日本語版の普及活動が 2009 年より始まり 3 年が経ちました。昨年までは学術大会でもワークショップを開催し、多数の参加をいただきました。そして、徐々に LCP 日本語版を導入する施設が増えつつあり、去る 6 月 22 日、23 日に行われた学術大会でも LCP 日本語版に関する発表が 6 題ほどありました。さて、これからの看取りのパス～LCP 日本語版～について述べていこうと思います。英国本国において LCP は随時改訂されており、現在は ver.12 (LCP 日本語版の元になった ver. の次の ver.) が運用されています。LCP 日本語版もある程度臨床現場での使用実績が積み重ねられましたので、これからは実地に即した改良が求められる時期だと考えています。本年度より LCP 日本語版の普及・研究組織は宮下先生を中心とした研究班と池永先生、筆者を中心とした普及班に分かれそれぞれに LCP 日本語版の普及・改良に向けて動き出しています。研究班は看取りのパスに関わる諸研究を行い、新たな知見を積み重ねていく予定です。普及班はこれまで行われていた LCP 日本語版の紹介を中心としたワークショップから、実際に使用していただいている医療者をサポートする活動に徐々にシフトしていく予定です。本年度はこれまでのワークショップ以外に LCP 日本語版の利用者を対象としたセミナーの開催を予定しております。今後はこのようなセミナーにて利用者同士の情報交換が行われ、その中から LCP 日本語版のよりよい活用の仕方が共有されることを願っています。また、セミナーでの意見交換も参考にして今後の改訂に向けての作業を開始することを検討中です。本年度のセミナーは現在 LCP 日本語版のホームページで行っている利用者登録の登録施設にご案内する予定ですので、事務局としては LCP 日本語版を活用している施設におかれましては、是非利用者登録をお願いしたいところです。

## Journal Club

### 乳がん、結腸がん、肺がん、前立腺がん外来患者における PMI を利用した疼痛治療の不適切さに関する前向き観察研究

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

Fisch MJ, Lee JW, Weiss M, Wagner LI, Chang VT, Cella D, Manola JB, Minasian LM, McCaskill-Stevens W, Mendoza TR, Cleeland CS. Prospective, observational study of pain and analgesic prescribing in medical oncology outpatients with breast, colorectal, lung, or prostate cancer. *J Clin Oncol.* 2012 Jun 1;30(16):1980-8.

**【目的】**

がん患者にとって疼痛は頻度が高い症状であるが、外来がん患者の疼痛マネジメントの状況はあまり分かっていない。

**【方法】**

3123 人の浸潤性の乳がん、結腸がん、肺がん、前立腺がんの外来患者が病気や治療のステージとは関係なく前向き研究に参加した。参加時と 4~5 週後に疼痛、疼痛による機能障害、他の症状に関する 25 項目のアンケートに回答した。医療者が処方されている鎮痛薬を記録した。疼痛治療の適切さを評価するために PMI (Pain Management Index) を計算した。

**【結果】**

疼痛のリスクがある 3023 人の患者のうち 2026 人 (67%) が初回時に疼痛を有するか鎮痛薬の処方が必要とした。その 2026 人の患者のうち、670 人 (33%) の鎮痛薬の治療は不適切であった。初回時と再診時で治療の不適切さは変わらなかった。多変量解析の結果、ヒスパニックでない白人では不適切な治療の割合はマイノリティの半分であった (OR=0.51, 95%CI 0.37-0.70, P=0.0029)。他の不適切な治療の関連要因は PS が良いこと、マイノリティが利用する病院で治療を受けていること、治療中でない非がん疾患を持っていることであった。

**【結論】**

多くのこれらの外来がん患者は疼痛の問題に直面している。マイノリティの患者は疼痛治療が不適切である割合が 2 倍であった。しかも、その結果は 1 カ月後の再診時まで続いており、この問題の複雑さを示している。

**【コメント】**

MD. Anderson Cancer Center の Cleeland らによる多施設研究である。PMI は疼痛の治療を鎮痛薬の処方状況によって評価するものである。たとえば強い疼痛を持つ患者が強オピオイドを処方されていない場合には不適切な治療となる。この方法には若干の批判もあるものの、世界的に広く用いられている方法であり、わが国でも単施設での測定結果が報告されている (Okuyama 2004, Uki 1998)。以前から米国では PMI により疼痛治療の不十分さが指摘されてきたものの本研究では大きな改善が見られておらず、外来における疼痛治療の困難さが示唆される。わが国では多施設の PMI の調査は行われておらず、全国的な疼痛治療の状況は不明である。わが国でも現状における疼痛の程度や治療の状況を把握する必要があると思われる。

**Journal Club****がん性疼痛に対する心理社会的介入のメタアナリシス**

東北大学大学院緩和ケア看護学分野 佐藤 一樹

Sheinfeld Gorin S, Krebs P, Badr H, Janke EA, Jim HS, Spring B, Mohr DC, Berendsen MA, Jacobsen PB. Meta-analysis of psychosocial interventions to reduce pain in patients with cancer. J Clin Oncol. 2012 Feb 10;30

(5):539-47.

**【背景】**

疼痛はがん患者が経験する症状のなかで、もっとも頻度が高く、つらく、恐れられる症状のひとつである。その治療には、薬物治療と心理社会的介入が推奨される(全米疼痛学会)。しかし、これまでのシステマティック・レビューは心理社会的介入の内容が限定的であるなど限界があった。本研究では、がん性疼痛に対する心理社会的介入効果の最新で、安定的で、包括的な推定を目的とした。

**【方法】**

成人がん患者を対象とした疼痛に対する心理社会的介入に関する無作為化比較試験のメタアナリシスを行った。3組の調査者が独立に1681論文の抄録をレビューし、一致度を確認した。主要評価項目は疼痛の程度と疼痛による障害とし、介入効果の大きさは効果量 Hedges  $g$  を算出した。

**【結果】**

37試験42論文がメタアナリシスに適格であった。研究対象者(N=4199)の背景は、性別：女性66%、人種：白人72%、治療状況：がん治療中69%、診療の場：外来71%であった。心理社会的介入は、種類：スキル・トレーニング(認知行動療法、リラクゼーション、催眠など)48%、教育(症状のモニタリングや自己管理)50%、支持的表出的グループ療法2%、回数：平均 $6.5 \pm 11.8$ 回、対象：個別90%、方法：対面76%、DVDなどメディア22%、印刷物20%、介入の場：自宅27%、外来73%であった。

メタアナリシスの結果、疼痛の程度を評価した37試験の統合した効果量は0.34(95% CI, 0.23 to 0.46,  $p < .001$ )、疼痛による障害を評価した4試験の統合した効果量は0.40(95% CI, 0.21 to 0.60,  $p < .001$ )であった。介入効果の大きさは、介入の種類( $p = .22$ )、場( $p = .08$ )、介入回数( $p = .76$ )、対象者の性別( $p = .77$ )や人種( $p = .50$ )の偏りなどで試験間の効果量に有意差はみられなかった。

**【結論】**

がん性疼痛の程度や疼痛による障害に対して心理社会的介入は中程度の改善効果がある。がん性疼痛治療の集学的アプローチの一環として、質の高い心理社会的介入の系統的な提供が必要である。

**【コメント】**

わが国のがん疼痛の薬物治療のガイドライン(日本緩和医療学会, 2010)では、心理社会的介入について患者教育は含まれているが認知行動療法やリラクゼーションなどのスキル・トレーニングは含まれていない。がん性疼痛に対する心理社会的介入の効果は明らかであり、質の高い薬物療法の均てん化と併行して、今後は心理社会的介入を臨床実践に組み込む方略に関する議論が必要であろう。



## 入院にて緩和ケアを受けている患者の家族への支援 ：心理教育的介入プログラムの前後比較研究

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

清水 恵

Hudson PL, Lobb EA, Thomas K, Zordan RD, Trauer T, Quinn K, Williams A, Summers M. Psycho-educational group intervention for family caregivers of hospitalized palliative care patients: pilot study. J Palliat Med. 2012 Mar;15(3):277-81.

### 【背景・目的】

緩和ケアを受けている患者の家族介護者の多くは、患者の死と向き合いながら、介護やケアによる負担や、経済的問題などを抱え、身体的・精神的に健康な状態を保つことが困難である。また、介護役割を担ううえで必要な情報などの多くのニーズが満たされておらず、サポートが必要である。本研究では、緩和ケアを受けている入院患者の家族介護者を対象に、家族介護者が患者のサポート役となる準備をするための心理教育的介入プログラムの有効性を検討する。

### 【方法】

入院中の緩和ケア患者の家族介護者への心理教育的介入プログラムの前後比較介入試験として実施した。介入は、主にガイドブックを使用し5つのトピック 1)緩和ケアとは何か、2)家族介護者の典型的な役割 3)介護者の助けとなるサポートサービスの利用法 4)将来へ準備 5)介護者のセルフケア方法) について1.5時間のセッションを1回行った。必要であれば他の家族と連絡をとれるよう情報提供をした。セッション後には、ケアを担当している医療者と、彼らのニーズについて話し合いが持てるような機会の設定を行った。介入の評価として、介入前後に、介護者のニーズの充足度 (Family inventory of need)、介護役割の準備状態 (Preparedness for care-giving scale)、介護役割の達成感 (Caregiver competence scale)、一般的な健康度 (General healthcare questionnaire) の評価を自記式質問紙にて実施した。

### 【結果】

リクルートの対象となった1265人の家族介護者のうち、126人が参加した。うち、107人(84.9%)が介入後の評価を完了した。介入後には、介護役割の準備状態が有意に改善 ( $P<0.001$ ; effect size 0.43) し、介護者の充足されていないニーズが有意に減少していた ( $P=0.014$ ; effect size 0.22)。精神的well-beingや介護役割の達成感への介入の有意な効果は見られなかった。

### 【考察・結論】

入院患者の家族介護者に対する今回の心理教育的介入プログラムは実施可能であり、効果的であると考えられる。しかし、対象とした家族介護者のうち、介入への参加者の割合は低く、方法論としての限界が残る。今後は、介入-コント

ロール比較試験を実施し、この介入の効果のさらなる検討が必要である。

【コメント】

緩和ケア患者の家族への支援についての介入研究はいまだに少なく、エビデンスのある効果が実証されている支援はほとんど確立していないのが現状である。しかし、Hudson 先生のように、家族介護者についての多くの重要な研究を行ってきた研究者が推進しているこのプロジェクトには関心と期待が大きい。特に、今回の心理教育的介入プログラムのように、たった1回のセッションによる効果が示唆されたことは、医療者にとっても家族介護者にとっても実施可能性が高く、重要な支援方法の確立へとつながることが考えられる。今後、介入-コントロール比較試験により効果が実証されることを期待するとともに、日本においても、このような効果的で実施可能な介入についての研究を推進していく必要がある。

**Journal Club**

**進行がんの外来患者における疼痛の程度、QOL、緩和ケアの質、満足度の評価  
：大規模多施設調査**

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

菅野 雄介

Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Igarashi A, Akiyama M, Akizuki N, Shirahige Y, Eguchi K. Pain intensity, quality of life, quality of palliative care, and satisfaction in outpatients with metastatic or recurrent cancer: a Japanese, nationwide, region-based, multicenter survey. *J Pain Symptom Manage.* 2012 Mar;43(3):503-14.

【目的】

外来で抗がん治療または緩和ケアを受けている進行がん患者数は増加しており、外来緩和ケアは包括的ながん治療を提供するために重要である。本研究の目的は、進行がんの外来患者による疼痛の程度、QOL、緩和ケアの質、満足度を評価することである。

【方法】

2008年4月～6月に全国の病院23施設の外来がん患者に郵送法による自記式質問紙調査を行った。調査項目は、疼痛の評価尺度（BPI-J）、患者の評価による終末期のQOL尺度短縮版（GDI）、患者によるケアの質の評価尺度（CES）、全般満足度、患者背景である。

【結果】

がんの転移または再発がある外来患者1493名中、859名（58%）の回答で分析した。患者背景は、男性は55%、年齢は67±11歳、5大がんは71%、PS（0-2）は92%であった。疼痛の程度は、約20%の患者は中程度から最も強い痛みと

回答した。終末期の QOL 評価は、「非常にそう思う」「そう思う」の 60%未満の項目は、[からだや心のつらさが和らげられていること]、[希望や楽しみをもって過ごすこと]、[人に迷惑をかけてつらいと感じていること]、[人生を全うしたと感ぜられること]であった。緩和ケアの質評価は、約 20%の患者は[医師の対応]、[看護師の対応]、[患者様への精神的な配慮]、[医師から患者様への説明]、[連携や継続性]に「改善が必要」と回答した。全般満足度は、13%の患者が不満足と回答した。単変量解析の結果は、PS が全ての項目で有意であった ( $P < 0.001$ )。また、緩和ケアの質評価と全般満足度は、高い相関がみられた ( $\rho = 0.69$ )。

#### 【結論】

転移または再発した外来がん患者の多くは、疼痛、身体症状、精神的苦痛、実存的苦痛を経験しており、複数の地域に渡って緩和ケアを改善していく必要がある。

#### 【コメント】

本研究は、進行がんの外来患者による疼痛の程度、QOL、緩和ケアの質、満足度を大規模調査によって評価した。特に進行がん外来患者の疼痛を大規模で評価したのは日本で初めてのことであり貴重な知見が得られた。今回の調査対象者は、PS が良い患者が 9 割を占めるため、今後 PS が悪い外来患者も含めて評価が必要であると考ええる。

## Journal Club

### 救急外来での緩和ケアの未来は？

聖隷三方原病院 ホスピス科 鄭 陽

Grudzen CR, Richardson LD, Hopper SS, Ortiz JM, Whang C, Morrison RS. Does palliative care have a future in the emergency department? Discussions with attending emergency physicians. *J Pain Symptom Manage.* 2012 Jan;43(1):1-9.

#### 【目的】

救急医療の現場での緩和ケアサービスについての救急医の考え（意識）や信念を調査した。

#### 【方法】

3つの形態の病院（3次医療センター、公立病院、地域病院）に勤務している救急指導医を対象とした。対象者を3つのグループにわけ、それぞれのグループにおいて司会者の進行のもと用意されたガイドに沿って90分のテレフォンカンファレンスを行った。ガイド内には、重篤疾患の高齢者における、意思決定、コミュニケーション、緩和ケアの役割、という要素が盛り込まれた2症例のシナリオがあり、そこから議論を発展させた。録音された議論は文章に書き起こされ、グラウンデッドセオリーを用いてテーマ分類を行った。

#### 【結果】

20名の救急指導医（平均年齢は41歳、40%が女性、経験年数の中央値9年）が参加した。救急医は、自らの仕事が患

者と家族を結びつけられる、不安を鎮める、何らかの教育や説明をする、ということにやりがいを感じていた。一方、フラストレーションを感じることは、認知障害や家庭内対立で前述のやりがいが達成されないとき、「無駄な医療」をしていると感じるとき、であった。また、全員が患者は知る権利があると強く思っていた。

症例シナリオへの反応は次の5つのテーマに分類された。(1)limited understanding and knowledge of palliative care；知識や教育の不足により、終末期の微妙な状況へ対応する準備ができないという自らの限界を感じていた。一方、それがトレーニングによってスキルを上げようという意欲やコンサルテーションへのきっかけになる。(2)fixed view of the role of the emergency provider；救急外来で初対面となる患者・家族が多く、ゴール設定は救急医自らの役割ではなく事前にプライマリケア医が行っておくべきであると考えている救急医もいた。また、患者や家族から積極的なケアを求められていると感じている救急医もいた。(3)complexity inherent in decision making；時間的・空間的制限がある救急外来では、複雑な意思決定を進めていくことに専念ができない。また、時に意識障害のある患者では元来の本人の希望と家族の希望との対立があることを指摘していた。(4)practice of defensive medicine；救急医が患者にとって正しいと思う（処置の差し控えも含めた）医療行為と医療訴訟から身を守ること間での葛藤がある。(5)logistical challenges；緩和ケアが入ることでの救急ケアの中断が必要になる懸念や、他患者の対応が優先される場面での難しさ、緩和ケアチームが夜間や週末に利用できない不便さ、が指摘されていた。

#### 【結論】

救急医は、自らの緩和ケアの知識を高めることや、より複雑な症例において緩和ケアコンサルテーションを利用することに多大な有用性を認めている。

#### 【コメント】

本研究では、救急医の立場から知識向上やコンサルテーションのタイミングを知ることが大切だということが分かった。それに加えて、救急医と患者のコミュニケーション自体も大事なのではないかというように思われる。また、単純に救急現場に緩和ケアサービスが出向いたとしても、面識のない人間が急に赴いて実際に難しい意思決定を促すことは難しいのではないかと予想される。救急医と患者あるいは家族との話し合いの場に同席するなどし、意思決定の支援を行うというのが望ましいかもしれない。

### Journal Club from Palliative Care Research

## 迷惑をかけてつらいと訴える終末期がん患者への緩和ケア —遺族への質的調査からの示唆

大阪大学大学院 人間科学研究科 臨床死生学・老年行動学研究分野

古村 和恵

Komura K, Morita T, Akazawa T, Sanjo M, Tsuneto S, Shima Y. Palliative care for cancer patients who experience self-perceived burden: suggestions from an qualitative study for bereaved family members.

Palliative Care Research 2012;7(1):142-8.

【抄録】

終末期がん患者はしばしば家族や医療者に対する負担感(self-perceived burden)を経験するといわれている。負担感を和らげるためのケアが必要とされる一方で、どのようなケアが望ましいかを実証した研究はほとんどない。本研究では、終末期がん患者の感じている負担感の実態と、患者の負担感を和らげるために必要なケアを調査するために、28 名のがん患者の遺族を対象に半構造化面接を行った。内容分析の結果、「がん患者の負担感の内容」(例: 下の世話をしてもらうのがつらい)、「がん患者が行っていた負担感に対するコーピング」(例: 家族の仕事や予定を優先するよういう)、「家族の気持ちと対応」(例: 患者の遠慮は家族への思いやりの表れだと思った)、「患者の負担感に対して必要なケア」(例: ことさら何かを強調するのではなく、自然な言葉がけをする)が抽出された。収集された患者の負担感を和らげるためのケアの有用性の評価が今後の重要な課題である。

## Journal Club from Palliative Care Research

### わが国の緩和ケア病棟におけるペット面会やセラピードッグ受け入れへの考え方

社会保険神戸中央病院 緩和ケア病棟

岡田 雅邦

Okada M, Shinjo T, Mukai M, Kaimoto M. A study of the attitude of palliative care units in Japan to allowing pets and therapy dogs to visit patients. Palliative Care Research 2012; 7(1): 136-41.

【抄録】

一般には動物を病院に連れてくることは許可されないが、緩和ケア病棟ではペット面会やセラピードッグの訪問を取り入れている施設が多い。全国の緩和ケア病棟におけるペット面会許可の現状、セラピードッグ導入の現状につき、2009年2月現在の緩和ケア病棟承認施設193施設を対象に郵送によるアンケート調査を行い、149施設(77%)より回答を得た。135施設で病院敷地内でのペット面会を許可し、うち36施設はペットの宿泊を、121施設は病室での面会が可能であった。セラピードッグは22施設に導入されていたが、特に宗教を母体とする施設で有意に多かった。病室にペットが宿泊できる場所は宗教を母体とする施設に、病棟でのペットとの面会は緩和ケア病棟開設年度が古い施設で有意に多かった。しかし、無宗教の施設や新しく開設された施設でも、多くの施設でペット面会が行われていた。昨今の緩和ケア病棟でも癒しや心の温もりが大切にされていることが示された。

学会印象記

Pre-congress seminar 参加印象記

北九州市立医療センター 緩和ケア内科主任部長 小早川 晶

7th World Research Congress of the European Association for Palliative Careに先立って、2012年6月4日と5日の2日間、ノルウェーの Inderoy で、European Palliative Care Research Centre と European Association for Palliative Care Research Network 主催のセミナーがありました。参加者はイギリス、アイルランド、フランス、イタリア、スイス、デンマーク、スペインなどのヨーロッパ各国からとオーストラリア、ニュージーランド、アメリカ合衆国、カナダ、インド、ペルーから 56 人でした。日本からは筆者と東札幌病院の中島信久緩和ケア科部長の 2 名が参加しました。

6月4日は、Inflammation and cancer pain について、オーストラリアの Andrew Somogyi が、Basic mechanisms in cancer-related dyspnea について、オーストラリアの David Currow が、そして Basic mechanisms in cancer cachexia についてカナダの Vickie Baracos が概説することから始まりました。講師が話している最中にも、各国の研究者から意見が入ることがしばしばありました。その後、cancer pain、dyspnea、cachexia の部門で Parallel session に分れました。私は、dyspnea のセッションを選びました。オピオイド、特にモルヒネを使用する前後での呼吸困難感の VAS スケールの変化にもっと注目したほうがいいとのコメントが印象的でした。私は David Currow に、モルヒネと同様、患者によっては呼吸困難感を和らげる効果がオキシコドンにもあるかもしれないことを伝えました。彼もそのような印象を抱くことはあるので、今後世界中で大規模なコホート研究が行われることを希望するとコメントしました。

5日は、pain, dyspnea, cachexia の classification, assessment, 新しいガイドラインについての概説がありました。講師は David Currow (AU), Augusto Caraceni (IT), Peter Lawlor (CA), Andrew Somogyi (AU), Ken Fearon (UK) and Amy Abernethy (US) という斯界のエキスパートでした。各国の臨床家が疑義を呈したり、新たな提案がなされたりして、活発な議論がありました。Cancer Pain のガイドラインのセッションで、イタリアの Augusto Caraceni が、数回のオピオイドカンファレンスを経て 2011 年から、ガイドラインを世界の地域性に合わせてより柔軟に使用できるようにしているとの話をされ、印象的でした。最終セッションは屋外のテラス席で行われ、ノルウェーの Pal Klepstad, イギリスの Kenneth Fearon, オーストラリアの David Currow がまとめとこれからのリサーチの方向性について語りました。参加者は白夜と水辺にある Jaegtolden Fjordhotell のすばらしい環境の中で学び、再会を約して帰途につきました。今回このセミナーに参加して、緩和ケアのリサーチの熱気に触れることができとても有益でした。

## 学会印象記

### 7th World Research Congress of the European Association for Palliative Care

大阪大学医学部附属病院 薬剤部 村井 扶

2012年6月7日から9日にかけてノルウェーのトロンハイムで開催された7th World Research Congress of the European Association for Palliative Careに参加する機会をいただいた。世界47カ国から678演題（過去最高）の登録で、1,100人以上の参加があり、日本からも11演題の発表があった。オープニングセレモニーでは、トロンハイム交響楽団による演奏があり、2日目の夜には北欧で2番目に大きいとされるニーダロス大聖堂でのニーダロス大聖堂少年合唱団とバイオリンのコラボレーションによるコンサートが開催されるなど、音楽に包まれた会であった。内容としては、「End of life care」「Other symptoms than pain」「Pain」「Assessment」「Health care services」「Research methodology」の6テーマをリサーチテーマとして掲げ、プレナリーセッションが3、招待演者によるテーマセッションが8、口述セッションが16、専門家と参加者との交流を基本とした指導型のセッション（Meet the experts）が8、ポスター発表が476題と、緩和ケアの領域に入って2年目の私にとっては、緩和ケアの幅の広さと奥深さを再認識させられる内容であった。

その中でも、薬剤師である私にとってはPolypharmacyについてのセッションが印象に残った。がん性疼痛患者の多くは様々な症状や併存疾患のため、多くの薬剤を使用している。また、OTC薬やサプリメント等の処方薬以外のものも使用していることがあり、このようなPolypharmacyは有害な薬物相互作用の増加、ノンアドヒアランスの増加、入院や緊急治療室の受診を増加させるといった問題が挙げられていた。これらの問題を減少させるためには、処方を簡潔にsimpleにすることや、薬剤リストによる薬剤の再評価、不適切な薬物治療を判断するためのツールの検討などが必要とされていた。こうした問題は薬剤師が積極的に介入する部分であると再認識させられたセッションであった。

会場内では一つのテーマに対し演者とフロアーが非常に熱く、そしてジョークも交えながらとてもいい雰囲気でも議論されていることも印象的であった。私もいつかはその中に混ざって議論したいという気持ちが湧き上がり、強い刺激を受けとても充実した会であった。

## 学会印象記

### 第17回日本緩和医療学会学術大会学会印象記

福岡大学病院薬剤部・緩和ケアチーム 高瀬 久光

第17回日本緩和医療学会学術大会が、2012年6月22日、23日の2日間にわたり、平清盛ゆかりの地、神戸で盛大に

開催された。メインテーマは、「ひろく ふかく たかく」であり、大会長講演では、それぞれ深いメッセージが込められていた。筆者は参加を経て、“ひろく”知識を取り入れ、患者・家族を含めたチーム医療の中で最善のケアをすすめること、ジェネラリストの知識・態度のうえにスペシャリストとして“ふかく”探究すること、常にスキルアップにつなげる“たかく”目標を抱き、患者の QOL 向上に寄与する姿勢であることと考察した。プログラム構成は、アクセプトされる論文の書き方-Best of Palliative Care Research-を含め本学会企画 4 演題が新たに設けられ、ガイドラインに基づく標準的治療に関するセッションなど、明日からの業務に即展開できる充実した内容であった。

非がん疾患の緩和ケアのシンポジウムでは、心不全終末期、ALS、訪問看護師による在宅関連、緩和ケアコンサルテーション活動などが紹介された。米国では、ICU と緩和ケアが統合する動きにあり、患者・家族に対して疾患の改善とその後の緩和ケアのニーズが高まりつつある。具体的には、痛みを含む症状コントロール、家族ケアなどが主軸となり、現状ではコミュニケーション不足により、患者・家族が ICU 治療目標を把握できない一方で、医療者と患者側との狭間で心理面の葛藤やストレスが否めない。緩和ケアの介入は、双方の QOL 低下を抑止し、医療費減額にも波及する一面もあり、Advance Care Planning や Death Education などの普及の契機になり得る。また、ALS では患者自身の意思確認が困難であるため、倫理的にも結論にたどり着くのも隘路である。失われていく機能への惜別を勘案し、過去 (Narrative を共有)、現在 (微弱なサインも見逃さない)、未来 (最善の利益) を話し合う環境づくりが必須となる。ここでもメインテーマを裏付ける要素が集積しており、参加を通じて WHO が提唱する「がん」に限定しない、すべての患者を対象とする緩和ケアを目指していきたい。

## 学会印象記

### 第 2 回 ELNEC-J 指導者交流集会に参加して

社会医療法人 博愛会相良病院 江口 恵子

第 17 回日本緩和医療学会学術大会の会期中に、標記の交流集会が開催された。

学会最後の時間帯ということもあり、参加者は 56 人と少ない人数ではあったが、全国での取組みが積極的に行われていることが実感される熱気に溢れた交流集会であった。

実施報告はそれぞれの立場や検討課題に応じて 3 題が報告された。

“北海道初の開催、キックオフの位置づけ”として北海道医療大学がんプロフェッショナル養成プランが主催して実施された北海道医療大学の川村三希子先生は「対象者の教育ニーズから教育目標の吟味・教育方法の選択まで」として報告された。学習を効果的にするための環境の配慮の重要性、ファシリテーター一人ひとりが環境になることを意識することとは当たり前のことではあるが極めて重要な課題であると再認識した。

名古屋市立大学病院の「地域への緩和ケア看護教育の普及・在宅療養移行支援における看護職間の連携強化のために実施している教育プログラム」の 3 年目の集大成として 2 回実施された古賀和子先生は、プログラム作成上の工夫について



て詳細事項まで記載したファシリテーターマニュアルを作成され、参加者は大変貴重な示唆を得られた。地域での継続開催に向けての「あいち ELNEC-」を盛り上げる会」の立ち上げに継続され、多施設スタッフ間の協働感も生まれ全体的な活動への拡がりが進み、着実な発展を感じた。

鹿児島がん看護研究会の取組みとしては、納得して学べるようなプログラムにということで 3 日間のプログラムとし、緩和ケアと EOL をどのように整理して行うかについて議論し、特に“その人らしく生きるためのケアが目標で、そのためには意思決定支援について充分理解できる”ことを目標に教材を選択しモジュール間の連携を行い実施したことを報告した。

その後、「気づいたこと」「よいと思ったこと」「自分たちで工夫できると思ったこと」などを<運営><教育方法>の 2 つの観点から地域別に分かれてグループワークを行った。施設における実施から看護協会の年間研修企画として実施している県の報告など、参加者同士今後の取組みへ大いなる示唆が得られた。どの研修会においても高い満足感や達成感が得られており、この研修会が現場の看護師の教育ツールとしてその有効性を評価し、できるだけ早期に予算化されるなどの措置が行われ、開催者の負担を少なくして行われるよう学会としての取組みを進めていく必要性を強く感じた。

## 学会印象記

### 台湾の緩和ケア見聞記

聖隷三方原病院 緩和支援治療科 森田 達也

台湾の緩和医療学会に招いていただいたのでご報告をします。

Taiwan Academy of Hospice Palliative Medicine (台湾安寧緩和医学学会) は 2012 年 7 月 7 日～8 日、(羽田からは 3 時間、浜松からは 6 時間の) 台北で行われました。European Association of Palliative Care と同じように研究ミーティングと大会を分けていて、大会前日に International academic research workshop がありました。日本の緩和ケア研究の経緯について森田が講演をしましたところ、Family practice と緩和ケアの距離が近いせいか「どのように在宅医療を進めていくか」「研究を進めていく熱意をどうもつか」「非がんの呼吸困難のエビデンスは」「輸液治療が生命予後に与える影響は」といった質問を熱く受けました。次に、台湾の次世代の旗手といわれている(らしい) Cheng (程) 先生がインターネットでつないだ多施設研究の途中経過を報告しました。台湾では国立台湾大学を中心とした研究がかなり行われており、現在、多施設研究を行っていくことにチャレンジしているということでした。次に、Hwang (黄) 先生の指導のもと Liu (林) 先生が全国レジストリの分析から終末期医療の実態を報告しました。日本と同じ国民皆保険の台湾では、患者の受診ごとに診療情報がデータベース化され研究者が連結不可能匿名化された状態で解析することができるということでした。

翌日の大会では、アジアで最初に合法化された尊厳死法を受けて、「抜管するまでの症状緩和手順」（6時間前に何をどれだけ投与するなど）、「複雑性悲嘆の予防とケア」（サイコオンコロジーの方先生が講演されていました）、「国民にどのように啓発するか」、「家族会議成功の要点」などの具体的な話題が取り上げられていました。前日のCheng先生の発表で、台湾では患者のautonomyがgood deathを予測する大きな要因であったが、韓国と日本では違うよくだとの発表があり、「アジアひとくくり」ではないかと改めて思いました。

最終日に国立台湾大学の緩和ケア病棟を訪問しました。印象的だったのは、「宗教師」（僧侶）のレジデンスプログラムがあり、多くの宗教師の方が研修中でした。構造化した記録用紙にアセスメントを記載しており、本当の意味はよくわかりませんが、見たところ、「無我」や「自在」の境地があるようでした。病棟のいたるところに仏像や患者さまが自分の菩提寺にお参りに行けた様子などがあり、明るくてあまり神妙でない(?)宗教師の方が多かったのが印象的でした。クリスマス時には僧衣のままクリスマス会をしているそうです！

日程全体を通して、話や本では聞いていましたが、台湾の人たちの日本に対する「ウエルカム度」は感動するほどでした。国立大学の玄関にある軍服を着た(!)日本人の彫像を「この先生が病院を作ってくれた先生です」と紹介してくれたり…。夕ご飯の時にホストの黄先生のお母さん(83歳)がいらして日本の思い出話をしてくれたのですが「日本は道路も学校も病院もなかった時にすべて作って私たちを育ててくれた。だから日本に何かあれば助けるのは台湾の誇りだ」のようなことを(日本語で)おっしゃってくださいました。そういう文脈から地震の直後に最大の支援がなされたのもよくわかりました。なにごとにも現象そのものよりもその背景というか経緯が大事だとつくづく思います。

医療制度や国民性の非常によく似た台湾から日本が学ぶことは多くあり、長く続いているパートナーシップをさらに発展させてアジア地域の緩和ケアの推進に貢献できればと思います。日本がアジアの中で求められる役割を強く感じた4日間でした。

## 学会印象記

### 第38回日本看護研究学会学術集会に参加して

名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻 安藤 詳子

日本看護研究学会は、看護系学会の中で最も歴史が古く、現在、約6000名の会員で組織され、ジャーナルは今年度35巻目となり年間5冊を発行して、看護学の発展を牽引してきた。

今回は第38回目の学術集会となり、琉球大学医学部保健学科地域看護学の宇座美代子教授が学会長を担い、2012年7月7~8日、沖縄コンベンションセンターにて開催された。梅雨の影響か、東日本・西日本と雨模様であったが、幸運にも沖縄の空は快晴でコバルトブルーの海が広がる中、快適にスタートし、約1300名余りの会員が参集した。

学術集会テーマは「文化に根ざす看護研究の道-沖縄から発信-」であり、会長講演では、沖縄の方言「ユイマール」(助け合い)、「イチャリバチョデー」(会えば皆兄弟)、「チュガルクスイヤンドウ」(人が薬である)など、人との繋がりや高齢

者を大事にする風土について説明され、また、沖縄特有の死生観に触れ、長寿社会や高齢者を中心とした沖縄のスピリチュアルケアとの関連性について言及された。特別講演では琉球舞踊や音楽を話題とし、シンポジウムでは沖縄戦の影響による精神保健上の問題や伝統的な洗骨葬など取り上げられた。緩和ケアに関連し、そこに学ぶ多くのヒントがみられた。

一般演題は、口演 148 題、示説 325 題で、看護教育・看護技術・看護管理などのセッションが多く見られる中で、がん看護・緩和ケアもあった。私が座長を務めた口演発表の演題は、「終末期にある心不全患者への関わり-医師と看護師の認識の相違から-」「施設における看取りの援助-ある事例の支援経過を振り返って-」「看護師の語りから見えてくる告知を受けた ALS 患者の看護の実態」「緩和ケアに携わる熟練看護師のタッチの意味」の 4 題であった。より良い看護実践を希求するが故に沸いてくるナースのジレンマ、そこから少し冷静になって、その問題に研究として取り組み、現実を客観視して打開策を切り開こうとしていた。

沖縄返還 40 周年の今年、本集会在初めて沖縄で 38 回目に開催され、時の流れに染み入るとともに、学会参加者も現地に重みある足跡を各々に感じ取れたことは感慨深い。