



# 日本緩和医療学会

## ニューズレター

August 2013

# 60

JSPM 特定非営利活動法人  
日本緩和医療学会

〒550-0001 大阪市西区土佐堀1丁目4-8 日栄ビル603B号室  
TEL 06-6479-1031 / FAX 06-6479-1032  
E-mail: info@jspm.ne.jp URL: http://www.jspm.ne.jp/

### 巻頭言

## 緩和ケアでの出会い ～患者が大切にしているものをrespectする～

関西福祉科学大学 臨床心理学科 柏木 雄次郎

これまで勤務しました関西労災病院や大阪府立成人病センターなどの緩和ケアの臨床現場で、患者・家族・医療者との様々な出会いと別れを経験しました。その中で、ひときわ印象深く、心の奥底まで沁み入る大事な言葉を私に与えて下さった方が居られます。その方は、高槻赤十字病院（大阪）の前・緩和ケア科部長の岡田圭司先生です。ご自身もがん患者として種々の思いを抱えながらも、最後まで患者・家族、またご自身のご家族、友人、知人への優しい思いを大切に、これらの人々に献身し尽くして、2010年6月25日に永眠されました。

岡田先生には沢山のことを教えていただきましたが、その中でも「患者さんが苦しい時や辛い時に本当に救いになるのは、目の前にいる人（家族・医療者など）が患者自身のことや患者が大切にしているものをrespect（尊重）してくれていると感じられることです。」という言葉が、緩和ケアの原点として私の心に今も深く刻まれています。これは岡田先生が緩和ケア医としてよりも、一人のがん患者として伝えたかった言葉であったと思います。「患者が大切にしているもの」つまり「患者にとって生き甲斐といえるもの」を患者の目線で尊重されてこそ、生きる力が湧いてきて、医療者の持っている緩和ケアの知識や技術が活かしてくるということでした。

また、「患者・家族に対して、あくまでも謙虚な姿勢が必要です。」ということも強調されていました。ともすれば、「患者のために」と言いつつも医療者の意向が優先してしまうことがあります。患者・家族の意向・希望に沿うためには、医療者として何が出来るかを謙虚に考えて、「してあげるではなくて、させていただくのです。」とも仰っておられました。

これらの言葉は、「緩和ケア」だけでなく医療一般においても、最も基本になる言葉ではないかと思います。岡田先生は大阪府がん診療連携協議会・緩和ケア部会や PEACE 研修会での多くの医療者との出会いを大切し、ここで知り合った友人たちを「大阪びーすの仲間」と呼んで宝物のように思われて、亡くなる直前まで緩和ケアに寄せる思いを「大阪びーすの仲間」に少しでも伝えてほしいと希望されていました。此度、大阪のみならず広く全国の緩和ケアに携わる方々に岡田先生の思いをお伝えできる機会を与えていただきましたことを心より深く感謝申し上げます。

学会の総括

第18回日本緩和医療学会学術大会を終えて  
いきいきと生き、幸せに逝く

藤田保健衛生大学医学部外科・緩和医療学講座 教授 東口 高志

2013年6月21、22日の両日、横浜市のパシフィコ横浜にて第18回日本緩和医療学会学術大会を開催させていただきました。皆様の多大なご協力のおかげで、7,866名という過去最多のご参加を得て、盛会裡に終えることができました。これもひとえに多くの方々のご厚情とご支援の賜物と、心より御礼申し上げます。

今回は、学会の活動はすべての会員の皆様と分かち合うことが基本と考え、主題から一般口演、ポスターなどの演題をすべて募集いたしました。本大会のメインテーマ「いきいきと生き、幸せに逝く」ための活発な討論が各会場で繰り広げられ、参加者が会場に入りきれずに中継を出したセッションもございました。それぞれのテーマのエキスパートとして、ご高名な先生方にご登壇いただき基調講演や特別講演などをできる限りふんだんに盛り込ませていただきました。また、ランチョンセミナーや関連企画も、いずれも練りに練った内容で、すべての方々にご満足いただけたことと存じます。

懇親会の八神純子さんのコンサートでは、参加者の皆様が青春時代にタイムスリップしたかのような盛り上がりでした。

私がぜひとも取り組みたかった裏テーマの“癒し”企画も大好評でした。特にマザープラネットでは、「癒しとともに明日への気力をいただけた」、「大変楽しい会で、身も心も癒されました」など数えきれないほどの称賛をたまわりました。また、「待ち時間に流れていた音楽が厳選されて素晴らしかった」、「隅々にホスピタリティがあふれている学会でした」などと、嬉しいおほめの言葉も頂戴いたしました。感謝・感謝・感謝です。

この二日間を通じて学んだことは、「いきいきと生きる」ことも「幸せに逝く」ことも、患者、家族にとって常に何が必要で何をすべきかを念頭におきながら、決して軸をぶらさない医療を確実に構築していかなばならないということです。皆様の熱きご発表とご討論を聞かせていただき、これをどこでも誰でもできるようにすること、これは決して難しいことではないのでは・・・と思いました。と、同時にご参加の皆様には、学会で得た知識を各施設に持ち帰り、ひとりでも多くの患者、家族を幸せにしていいただければと、心より願っております。

このような機会を賜りましたことを、細川理事長をはじめとする理事の皆様、多くの諸先輩ならびに組織委員、査読委員そして会員の皆様、ご協力をいただきましたすべての方々に厚く御礼申し上げます。最後に、私のわがままに最後まで根を上げずについてきてくれました医局員ならびにご支援を賜りましたボランティアの方々に心より御礼申し上げます。大会長としてのご挨拶とさせていただきます。本当にありがとうございました。

教育講演1

魂の原郷  
～伊勢神宮のこころ～

座長・報告 市立貝塚病院 小川 道雄

人の体を「<sup>から</sup>殻」とみなし、その殻の中に「<sup>たま</sup>霊(魂)」が収まっているという千数百年昔からのわが国の信仰は、今もそのまま残っている。

伊勢神宮は天照大神を祭る内宮、豊受大神を祭る外宮を頂点に、125のお宮、お社からなることが示され、そこで行われている行事が紹介された。

外宮では「日別朝夕大御饗祭」が毎朝夕行われ、食事が供えられる。また内宮・外宮二つの正宮の正殿、14の別宮の社殿は、持統天皇4年(690年)から20年に一度行われている「神宮式年遷宮」で造りかえられ、神座が遷される。全く同じ御殿を隣り合った場所に新造し、装束、神宝も全く同じものが新しく造られる。このときの「遷御の儀」の様子を、絵巻や赤外線写真(夜間に行われるため)でみることができた。

「食」として日に2度同じ食事(内容は季節により少し異なる)が供えられ、「住」、「衣」は20年に1度、いにしえに造られたものがそのままの型で造りかえられる。

われわれの細胞は、日々新しく、しかも同じものとして生まれかわっている。また個人は、ある時間をおいて子、そして孫に入れかわる。「式年遷宮」の仕来りや様子をききながら、「式年遷宮」が弥生建築や弥生文化の保存という意義とは別に、生命現象そのものを象徴しているのではないか、という印象をうけた。

緩和医療を担当していると、はじめ患者さんは、年齢、性、職業、教育、家庭状況などの相違によって、一人ひとりが皆違うと感じる。しかししばらく交流をつづけていると、その背後に共通するところがあることに気付く。それは神話の時代から綿々と伝えられる歴史が、日本人の心に刷り込まれていることを示しており、日本人の魂の原点は、伊勢神宮によって受けつがれている、と感じた。

東口高志学術大会会長が本講演を企画された狙いは、この点にあったのではないかと推察した。

シンポジウム2

せん妄のケア、マネジメントの進歩と問題点

座長・報告 名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学分野 明智 龍男  
座長 国立がん研究センター 東病院緩和医療科 木下 寛也

第18回日本緩和医療学会におきまして、国立がん研究センター東病院緩和ケア科の木下寛也先生と「せん妄のケア、マネジメントの進歩と問題点」と題されたシンポジウム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、シンポジウム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っております。

本シンポジウムで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4人の先生方にせん妄のケアや

マネジメントに関しての先駆的な取り組みについてご紹介いただきました。打ち合せの際に抄録と発表の順番を変更することになり、まず最初に東京女子医科大学の山内典子先生に、御自身が精神看護専門看護師として取り組んでおられる看護師に対するせん妄に関しての教育やコンサルテーション活動に関してご発表いただきました。中でも病院に勤務する看護師を対象に、看護師本来の役割を念頭においたせん妄の早期発見および促進因子への看護ケアを適切に提供するためのせん妄ケア教育プログラムを紹介され、その効果とともに早期からの対応の促進には更なる取り組みが必要であるなどの課題もご紹介下さいました。せん妄の患者さんの視点にたったよりよいケアの在り方として、実際の事例などを紹介され、その取り組みの重要性に多くの聴衆の方がうなづいておられました。二人目は国立がん研究センター東病院の小川朝生先生が精神腫瘍医として、病院全体の多職種によるせん妄ケアを改善する取り組みについてご発表されました。介入の結果についてはこれからとのことでしたが、現場の看護師さんや薬剤師さんを対象にしたフォーカスグループで問題点を明らかにして、それらを盛り込んだ多職種介入プログラムを開発されたとのことご発表でした。患者さんの言動の観察のポイントや薬剤の整理など臨床的には大変重要な内容が盛り込まれたプログラム内容でした。三人目は聖隷三方原病院の森田達也先生が緩和ケア医の立場から、終末期せん妄の御家族に対するケアの在り方に関しての御自身の研究を紹介されました。大変興味深かったのは家族の立場からは医療者が困らないような「うとうとしてしまって会話が十分できない」といった症状も苦痛に感じていること、本来の緩和医療としての介入はこれら家族の視点も忘れずに行わないといけない、というメッセージでした。これらを受けまして、最後の演者として、市立札幌病院の上村恵一先生が精神科医の立場から、終末期の活動低下型せん妄に対しての薬物療法の可能性としてラメルテオンの有用性に関して後方視的な臨床研究の結果をご紹介されました。患者さんのコミュニケーション能力の維持を主要評価項目として行われた薬剤に関する知見は非常にまれなものであり、今後の前方視的な研究がぜひ待たれるところです。4名の演者の先生からのご発表後、フロアからは、看護師および医師に対するせん妄の啓もうに関してのより実際的な方法、低活動型せん妄に対してのラメルテオンの投与量や方法の詳細などについて活発な質問があり、聴衆をまじえて多彩な議論がなされました。フロアは立ち見の方であふれる盛況ぶりでありせん妄に関しての関心の高さがうかがわれました。

今年9月20-21日には大阪で第26回日本サイコオンコロジー学会総会 (<http://jpos26.umin.jp/>) が開催されます。日本サイコオンコロジー学会でもせん妄をはじめとしたがん患者の精神症状のマネジメントの話題がたくさん取り上げられますので、がんの患者さんの精神症状マネジメントに関してもっと深く学んでみたいという方はぜひ大阪まで足をお運び下さい。

## シンポジウム5

### 全人的医療の実践を目指した取り組み

座長・報告 NTT 東日本関東病院 緩和ケア科 堀 夏樹  
座長 YMCA 訪問看護ステーション・ピース 瀧本 千春

与えられたテーマは非常に包括的であるため、定義から始まる直截的なものではなく、基調講演もなく、様々なこころみを切り口として、そこから自由に全体像に迫る形態のシンポジウムであった。

個別発表は、中尾看護師による家族の悲嘆へのアプローチから始まった。氏は看取り時の家族反応についての詳細な

統計的解析結果を解説し、これが死別後の複雑性悲嘆を予測する手法の一助になる可能性を示した。ついで補完代替療法によって患者・家族の希望を支える試みを行っている遠藤氏は、医学的エビデンスははっきりしないものの、気功・鍼灸などにより一定の満足感が示された例を提示した。第三席の國枝氏は、医療リソースの乏しい地方の精神科病院における緩和ケアの取り組みを示した。氏は自ら外科医から精神腫瘍医に転じた経緯と、それに重なるようにスタッフが精神疾患を有する患者への緩和ケアへの理解を深めていった事実を、ひとつの成長としてとらえた。第四席でPCU（緩和ケア病棟）における病状理解程度や在院日数の多寡、年齢などがスタッフの苦痛評価にどうつながるかを解析した金井氏は、スタッフによる苦痛の過小評価とこれらの要因との統計学的関連を示した。

総合討論では、家族、補完療法、精神疾患、苦痛評価などをキーワードとして、それぞれのシンポジストが行っている医療・ケアの目標やそれらを実行するにあたって必要な視点・姿勢について討議し、型にとらわれず（こういうことをすべきだとはこだわらず）、多職種で（ひとりでかかえこまない）、希望を支え（たとえ奇跡であろうと）、かつ一定の冷静な距離感をもつことが重要とされた。司会の濱本氏より提案された地域への展開については、補完療法への無理解のため地域から浮いてしまっている事実もあるが、自らが行っている医療について、目に見える関係性のなかで支援をする意思が重要であり、学会（サイコオンコロジーなど）のホームページへのアクセスも手助けになることが示された。

## シンポジウム6

### 緩和ケアNST（栄養サポートチーム）の役割

座長・報告 社会医療法人 緑社会 金田病院 外科 三村 卓司

座長・演者 香川大学医学部附属病院 腫瘍センター PCT NST 合田 文則

シンポジウム6では、合田先生と共に司会の機会を与えていただき、緩和ケア領域における栄養サポートの役割について、4名の演者からご講演いただきました。

合田先生（香川大学）の基調講演で、緩和ケアにおける栄養療法の考え方と緩和ケアNSTについて、悪疫質の最新の知見と評価方法、エビデンスに基づく多職種のチームアプローチの重要性を示していただきました。

中島先生（東札幌病院）からは、膨大な臨床データに基づいた水分栄養管理のプランニングを水と栄養に分け、さらに食べられないことに起因する苦痛への対応について、貴重なデータをご発表いただきました。

片山先生（福井大学）からは、緩和医療における症状緩和と在宅移行について、外科医としての積極的な関わりと全人的アプローチについて、症例を提示いただきながらご教授いただきました。

大原先生（藤田保健衛生大学）からは、症状・機能改善補助食品「インナー・パワー」の効果について、臨床データから得られた、確かな有効性について、わかりやすく報告いただきました。

阿波先生（藤田保健衛生大学）からは、栄養指標でもあるトランスサイレチンについて、予後予測因子として有用であることを、非常にクリアなデータを示していただきました。

総合討論では、それぞれの施設におけるNSTの取り組みについて、そして栄養療法からwell-beingの向上にシフトする際の指標、評価方法について、さらにシフトする際の情報共有、家族への対応方法について意見の交換がなされまし

た。ガイドラインも提示はされていますが、まだon-going の事も多く、エビデンスやデータが少しずつ集積されてきていることが示されました。

会場からは、在宅緩和ケアをされている先生からの質問もあり、在宅へとつなげていくことが今後の検討内容としてあげられました。

非常に内容の濃いセッションでしたが、参加者の皆さんも最後まで熱心に聞いていただいたことに深謝いたします。

## シンポジウム7

### コミュニティ（相補的支援環境）の構築に向けて

座長・報告 名古屋掖済会病院 緩和医療科 家田 秀明

座長・演者 名古屋大学大学院医学系研究科 看護学専攻 安藤 詳子

がん患者や家族が療養上抱える悩みを互いに相談し情報交換する集いの場が今注目されている。今までにも医療者が直接間接に情報発信等で患者会などに関わりを持ってきたが、がん患者や家族が主体となって気軽に参加できるがんサロン等が全国で広がってきた。

2012年6月に厚労省はがん対策推進基本計画を発表し、こうした場の推進とがん体験ピアサポーター育成にも注力する方針を明記した。本シンポジウムはまさにタイムリーな話題である。基調講演として座長の安藤先生が、がんサロンなどの相補的支援環境の場がどれだけ広がりを見せ、どのような効果や問題点があるか、全国のがん拠点病院等を調査した結果を発表した。国や自治体の支援が明記されているものの、調査対象病院の半分は予算がなく人的支援も不足していることが明らかになった。サロン活動は患者同士の交流が調査対象の8割以上で行われており、セミナー5割、相談支援4割、家族支援3割などで医療者の介入も見られ、事務員の参加が院内周知や院外広報に重要であることも示された。藤田保健衛生大学七栗サナトリウム緩和ケア病棟のがん性疼痛看護認定看護師の橋本先生は緩和ケア病棟でのコミュニティドームという語らいの場でお茶会を定期的に催し終末期の患者や家族はもちろんスタッフにとっても癒しの場になっていることを示された。信愛病院の高世先生は地域の医療関係者の有志とともに院外にがんカフェを開催し、経済的援助や病院の支援のない中で規制緩和、非成長戦略、分かち合いの3本の矢を放って活動をされていた。四国がんセンターの井上先生はグリーンケアを専門とする臨床心理士として活動される傍ら、院内の患者サロンを支援してきた。問題点や苦勞、コーディネートのおぼろげさを心理的立場から披露された。経済的・人的・環境の支援としては県や病院の十分なバックアップを受け新たに患者家族総合支援センターが開設されるため、今後は1つの推奨モデルとなるであろう。岩手医科大学の木村先生は緩和ケア室長としてがん患者・家族サロンに関わってみえる。特徴はサロン自体が院内独立部門で専従常駐スタッフや年300万円以上の活動費など大学の全面的なバックアップをとっているところである。また患者サイドからの視点を取り入れているところも興味深く拝聴した。例えば定期受診されている患者が各相談医療者に必ず会えるように曜日配置をずらして設定したり男性の日を設けたりしていた。3年半以上の活動で1万2千人を超える利用者は群を抜いており、リピート率の高さが伺われた。時間が少なく十分な討議はできなかったが、其々の特徴をいかした活動、運営方法は会場の参加者には届いたと思われる。相補的支援環境の構築には運営基盤が必要であり、医療関係者の黒子的関わりが共通して重要であることを再認識した。また其々の対象者、患者背景、個別性、地域、施設

等の特徴は様々であり、継続発展するためには其々に合った支援環境を工夫することが重要であると思われた。

## シンポジウム9

### 腫瘍学における緩和ケア

座長・報告 弘前大学大学院医学研究科 腫瘍内科学講座 佐藤 温  
座長 兵庫県立大学看護学部 内布 敦子

会議センターメインホールの大会場に多くの方々に参加され、また各発表に対しては予想以上の熱のこもった質疑応答が繰り返され盛況であった。「腫瘍学における緩和ケア」というタイトルは曖昧だったかもしれない。捉え方が千差万別となってしまった感が残る。本来、腫瘍学という学問は臨床現場では「がん医療」を意味し、緩和ケアはそこに含まれるものと理解していた。しかし今回の発表の多くは、腫瘍学を、手術や抗がん薬物治療といった、積極的な抗がん治療と捉え、それに対する緩和ケアを対比して論じていた。名古屋大学産婦人科 梶山広明先生は、積極的抗がん治療の終了後の婦人科癌患者において在宅/緩和ケア施設での診療が予後を延長する可能性について報告した。バイアスがかかっているため、結論はでないが、今後研究分野としては興味深いものである。大分県立病院呼吸器外科 赤嶺晋治先生は副作用が目立ったEGFR-TKI使用についてのアンケート調査を報告した。商品名の告知なしでの結果であり、報道の影響は外されていたものの、医師らと患者の思いの違いを浮き彫りにしていた。市立千歳市民病院外科 福島剛先生らは、積極的抗がん治療から緩和ケアへの移行のタイミングにおいて客観的評価方法の有用性を報告した。大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター緩和ケア科の津森鉄平先生らはCVポートが緩和ケア移行においても有用であると報告した。これらの発表に共通している緩和ケアとは、診断時から始まるべきケアの緩和ケアではなく、終末期医療としての従来の緩和ケアを意味していた。この領域における言葉が豊富ではないことが、医療者間の認識にギャップを作ってしまう可能性があることを心配する。救世軍清瀬病院ホスピス緩和ケア科 赤司雅子先生からは、分子標的治療の登場により、ホスピスでの診療期間が短くなったことから、ホスピスの役割も再考していく必要があると報告した。東札幌病院血液腫瘍科平山泰生先生の発表は大変インパクトのある今後の方向性を示す内容であった。緩和ケアの必要性をoncologistがゲートキーパーとして判断するが如く、がん薬物療法の適応についても緩和ケア医にゲートキーパーとしての判断が求められることになるかもしれない。やはり、包括的医療における方針決定が的確におこなわれるべきシステムが各医療施設に求められている。多くの問題が、各職種それぞれのプロフェッショナルリズム追求で解決できることを願う。

## パネルディスカッション1

### 悪液質を制御する

座長・報告 足利赤十字病院 緩和ケア内科 田村洋一郎  
座長 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 社会・行動医学講座 心身内科学分野 乾 明夫

悪液質は慢性の消耗性疾患にみられる栄養不良の終末像で、栄養摂取量の減少と代謝異常によってもたらされる蛋白・エネルギーの喪失した状態、体重減少と筋肉量の減少が起きている。どう対処すべきか、不明で未解決の問題が多く残されている一方、諸外国とくに欧米では主要な研究テーマの一つとなっている。日本でも本学会が中心的役割を果たすべきと考えていたが、今回、本主題が提示され、活発な討議が行われた。

上園氏はヒト悪液質モデルラットを作製して六君子湯を投与し、体重減少が改善することを明らかにした。六君子湯は末梢投与で唯一有効な食欲促進ペプチド、グレリンの分泌を促すとされていたが、悪液質ではグレリンがすでに高値となっていて、六君子湯に含有されるソウジュツのアトラクチロジンがグレリン受容体の感受性を高めることがその機序であることを示した。この知見を応用した薬物の開発が期待される。

山田氏は悪液質に見られる筋肉量の減少は栄養障害より炎症が関連することから、悪液質治療の主体は抗炎症治療とした。具体的に $\omega$ -3系多価不飽和脂肪酸(EPA・DHA)をあげ、がん細胞に与える直接的効果を示した。今後、詳細な病態把握のためアルブミン・CRPに加え、急性期蛋白や免疫能との関連の検討が望まれる。

森氏はがん悪液質における脂質代謝を脂肪乳剤の投与とトリグリセリド値から検討し、脂肪乳剤が有効に代謝されることを報告した。脂質代謝を制御するリポ蛋白リパーゼ(LPL)はインスリンの影響を受け、異なる2つのアイソザイムを持ち、一つは脂肪酸を筋組織などでエネルギー源に、一つは脂肪組織で貯蔵に向かわせるが、終末期では抑制されている。臨死期でのケトン体代謝を考慮すると、エネルギー基質としての脂肪は重要な意義を持ち、悪液質における脂質代謝とLPLとの関連の解明が望まれる。

服巻氏は悪液質への医学的対応として「維持保存療法へのシフトダウン」と「がんとともに生きる適応への支援」を指摘し、がん診断時からの患者のこころとからだのサポートが悪液質を制御することを強調した。心理学的療法として、意図、努力、身体運動から成り立つ「動作法」を紹介し、その可能性を報告した。

総合討議では、がん悪液質を制御するにはPrecachexia、Cachexia、Refractory cachexiaに分け、病態を正確に診断し、病期別の対応が必須であるとの見解が示された。

現状では「悪液質を制御する」は極めて解決困難な課題といえる。というのも、がんの本質が消耗性疾患であることから、担がん患者にとって必然的に生じてしまう進行性の病態だからである。臨床医として、日々「この病態、なんとかならないものか」と感じているが、腫瘍学、代謝・栄養学、免疫学、心理学などを活用して、少しでも悪液質を緩和できるようにしていかなければと気持ちを新たにした。

## パネルディスカッション2

### スピリチュアルペイン再考

座長・報告 関西福祉科学大学 社会福祉学部臨床心理学科 柏木雄次郎  
座長 NPO 法人緩和ケアサポートグループ 河 正子

当パネルディスカッションは、スピリチュアリティあるいはスピリチュアルペインそのものについて再考し、臨床現場ではどのように対応してゆけるのかを討議・探究することを目的として企画いたしました。

金子和彦先生には、外科医・緩和ケア医としてスピリチュアルケアを実施するに際して、当初は困難を感じられなが

らも、村田理論に出会われて、さらに認知行動療法に至られたことを伺い、認知行動療法の要素を取り入れた「双方向性の気持ちいい会話」を行うことの有用性についてご報告いただきました。村瀬正光先生には、腎臓内科医として腎不全終末期を診られたご経験、正式な仏教僧侶としてのご立場、精神科臨床のご経験の後に緩和ケア医となられた現在のお立場などを踏まえて、医療現場における宗教家（チャプレンなど）の活動についてご報告いただきました。田村恵子先生には、日本を代表するホスピスでの長年にわたるがん看護専門看護師としての御立場から、Spiritual Pain Assessment Sheet (SpiPas) を用いることによって、患者のスピリチュアルペイン評価のみならず、患者の苦痛表出を促すと同時にケア提供者の姿勢にも望ましい影響を与え得ることをご報告いただきました。伊藤高章先生にはNational Consensus Project for Quality Palliative Care に基づいてスピリチュアリティを再定義していただき、実施されるケアとしてはNarrativeな対話型ケアが望ましいが、それと共に「スピリチュアルペインは必ずしも取り除くべきものではない」ということをご報告いただきました。

その後の総合討論を通じて、スピリチュアルペインは容易に軽減・解消できるものではないが、今回提示いただいたアプローチ（認知行動療法、宗教、SpiPas、Narrativeな対話型ケア）のいずれであっても、「ケア提供者が苦悩する患者に寄り添い支えること」が望ましいケアであると改めて思い至りました。

## パネルディスカッション

### 政治と緩和医療 ～医療政策に期待すること～

座長・報告 岡山大学病院 緩和支援医療科 松岡 順治

座長・演者 公立学校共済組合 近畿中央病院 飯島 正平

国民皆保健制度のもとで医療を行なうわが国において、緩和医療のあり方も保険制度とその方向性を定める医療政策に大きな影響を受ける。緩和医療はがん対策基本法とがん対策推進基本計画による政策誘導によって従来と比べると格段に拡大してきた。今回大会長の英断により、わが国における緩和医療の現状と今後のあるべき姿を論議し、政策にいかんにか反映していくべきかを現職の国会議員である後藤田正純氏とともに論議する機会を得た。後藤田氏は医師の家系に生まれ医療を身近に見てこられた経験から、現状の政治あるいは診療報酬により誘導される医療はいわゆるnoisy minorityによって合意形成される傾向があり、理想的な医療を実現するためには、毎日患者さん家族のために緩和医療を行っている有為のsilent majorityの意見を反映させるべきであると説かれた。そのために多くの医療者が政治に参加してほしいとの希望を示された。飯島氏は超高齢社会を迎える日本において、今後は専門家を集めるチーム医療の充実が益々重要となり、そのためには医療者と国民の教育と啓発、さらに報酬の裏付けが必要となるとした。全国で大規模にサービス付き高齢者住宅を展開するメッセージの橋本俊明氏は、在宅を推進するのは医療費の問題ではなく、自己決定権を発揮する場所としての住居が必要であるからであり、そのためにも早期の退院を推進すべきであるとした。そのための政策としては入院費の減減、クリニカルパス、外来の充実、在宅医のグループ化、訪問看護の充実などを挙げた。カナダでの在宅緩和医療の成功モデルとして有名なエドモントンの樽見葉子氏は、カナダでもがんによる死亡場所は45%が急性期病院であること、在宅死亡は20%程度から増えていないという現状を示された。医療のシステムを変える

だけでは在宅緩和は成功せず、社会の構造、収入、国民の教育などのソーシャルキャピタルを変えなければ成功しないと説かれた。エドモントンでは在宅死を増やすのではなく、いかに長く在宅で過ごすことができたかを在宅緩和成功の指標としている。患者の診療情報を共有するシステムについてはエドモントンではすべての患者診療記録が閲覧できるようになっており、日本でもそのようなシステムを望む声が多かった。カナダでは医療者が医療倫理と経済効率を遵守することが義務づけられているが、日本にはそのようなシステムがないことも指摘された。教育の重要性を説いたパネリストが多かったが、会場を埋め尽くした医療者の中で緩和医療の講義を医学部で受けた方は1人にすぎず、永続的な緩和医療学講座の設置が望まれる。会場からは在宅を支援する医療者の日常の苦勞、あるいは医師会の地道な活動についての発言があり、患者家族のために汗を流している医療者に対しての適切な評価を望む声がかかれた。このパネルでの医療者の声が為政者に届き政策に反映されることを期待している。

## ワークショップ2

### 卒前教育の確立に向かって

座長・報告・演者 昭和大学医学部 医学教育推進室 高宮 有介  
座長 藤田保健衛生大学医学部 外科・緩和医療学講座 伊藤 彰博

最初に、高宮から全国の医学部における緩和ケア教育の実態調査の報告があった。97.1%の大学で実施され、コマ数は、平均6.78コマで、最大は28コマであった。7コマ以上は、23大学であった。実施学年は4年生が90.9%と多く、講義の名称は、緩和医療41.7%、緩和ケア25.8%であった。講義方法は、講義が98.5%と主体であるが、事例検討22.7%、グループワーク18.2%、ロールプレイ15.2%などの工夫がみられ、さらに、実習、ビデオ学習、PBLテュートリアル、TBLと続いた。緩和ケアに関する教育内容は多様でそれぞれの大学の方針に任されている現状にある。緩和ケアに関する卒前教育の内容を標準化する必要性の示唆を得た。次に東京医科歯科大学の三宅先生より、がんプロフェッショナル養成プランにより臨床腫瘍学分野が新設され、新たに始まる緩和医療学の講義を報告していただいた。また、島根大学医学部の齊藤先生より、1週間に集中したPBLテュートリアル講義について、学生が主体的に作成した魅力的なロールプレイをご紹介いただいた。また、神戸大学医学部の木澤先生からは、全国で統一した緩和ケア学習到達目標の報告をいただいた。さらに、カナダやオーストラリアの卒前教育にも触れていただいた。自治医科大学の丹波先生からは、日本財団の寄附講座で作成したモデル的なカリキュラムのご報告をいただいた。討論では、今後、緩和ケア教育のリソースを市民、卒前、卒後のカテゴリー分けをして、web上で公表をしていくことが提案された。とくに、卒前教育では、自治医科大学や島根大学の講義などの特徴的な講義、他大学でも実施可能な講義を発信し、どの大学でも取り入れていくことができれば有用である。医師国家試験への出題の促進と対応、緩和ケア教育としての緩和ケア病棟の必要性についても討議された。緩和ケア病棟は大学病院内だけでなく、近隣の緩和ケア病棟との連携が提案された。臨床実習の拡大化があり、系統講義の縮小がある。医療面接でも病名・病状説明を組み入れる可能性が高く、バッドニュースの伝え方など、PEACEプロジェクトで積み上げてきたコンテンツの応用も可能かもしれない。

## ワークショップ4

## 卒後教育の果たす役割

座長・報告 神戸大学大学院医学研究科 内科系講座 先端緩和医療学分野 木澤 義之  
座長 慶應義塾大学医学部麻酔学教室 腫瘍センター 緩和医療部門 橋口さおり

ワークショップ4は、緩和ケア研修会（PEACE）の開催報告とその効果の検証についてが2題（岩手県立胆沢病院：郷右近祐司先生、藤田保健衛生大学：佐々木ひと美先生）、緩和ケア研修会指導者のスキルアップ研修会の開催報告とその課題の検証が1題（弘前大学：佐藤哲観先生）、小児科医のための緩和ケア教育プログラム（CLIC）の開催報告とその教育効果の検証について1題（浜の町病院：永山淳先生）、緩和ケア医を目指す若手医師の教育・研修ニーズに関する質的研究が1題（川崎市立井田病院：西智弘先生）、卒後の専門医の臨床教育に関してホスピス・緩和ケア病棟の果たす役割について1例（六甲病院：安保博文先生）と卒後の緩和ケアの基本教育、専門教育に関してバラエティーに富んだワークショップとなった。特に、マイクをあまり使わず、参加者全員が前に詰めて、ユーモアあふれる発表と熱い討論が繰り広げられた。

PEACEプログラムを用いた緩和ケア研修会の意義、参加者募集の工夫、魅力ある研修会を開催するための工夫、研修会講師のスキルアップの方法、小児緩和ケアとその教育の現状、緩和ケア医を志向する若手医師のニーズ、緩和ケア病棟における研修で得られるもの、などその内容は多くの示唆に富み、また参加者の意見や質問からその内容が膨らんでいき、インタラクティブな楽しい学びの時間を過ごすことができた。

長年教育のセッションを担当してきましたが、この分野では、国際学会を含め、最も参加人数が多く、活発なワークショップであったと感じています。改めて演者の皆様と、ともに座長を務めて下さいました慶応大学の橋口さおり先生に感謝申し上げます。

## ワークショップ6

## 意思決定を支えるためのチーム医療

座長・報告 熊本大学大学院生命科学研究部 生命倫理学分野 浅井 篤  
座長・演者 株式会社緩和ケアパートナーズ 梅田 恵

本ワークショップでは、チーム医療で重要な役割を担う5名の専門職から発表があった。がん看護専門看護師の梅田恵氏は基調講演で、チーム医療を緩和ケアの必須の要素と位置付け、多職種チームメンバーによって患者の価値観をより広く受け止め、彼らの自律性や尊厳を維持できることがその本質だと論じた。また各々のチームメンバーの専門性の自覚と表現が大切であると述べた。

がん診療連携拠点病院でピアサポートに携わる乳がん体験者の丹原博子氏は、患者の不安や悩み、葛藤を傾聴し、日常生活や人間関係の問題等の相談に乗っている現状を報告した。ピアサポートは患者と医師の意志疎通を促進し、他専門職や患者サロンを紹介する機能も果たしている。病院でピアサポートの意義が的確に認識されておらず、十分に普及

していない現状も指摘された。

大学病院緩和医療ケアチームの看護職メンバーである海津未希子氏は「情報共有 - 合意モデル」を用いてがん患者の持つ悩みや不安、迷いに対応した事例を紹介し、意思決定における緩和ケアチームおよび看護師メンバーの役割を報告した。意思決定支援ではプロセスをチェックし、患者が自らの「いのちの物語」を医療専門職に伝えられることが肝要だと指摘された。

薬剤師の川口崇氏は、近年薬物に関する情報提供に加え、患者の意思決定を支援しインフォームド・チョイスに薬剤師が関わる機会が増えている状況が紹介した。また患者のニーズにそって、どんな人にどんな情報を提供するかを検討することが重要だと述べられた。病棟業務を行う薬剤師が直面する障害や、氏が実施中の情報提供に関する研究についても言及があった。

医師の竹下啓氏は大学附属病院における約五年間の倫理コンサルテーション活動に関する報告を行った。全15件の依頼があり、多くの事例で関係者間にコンフリクトが存在していたが、少人数チームによるコンサルテーション後には関係者間で合意が得られており、倫理コンサルテーションが葛藤解消や意思決定支援に意義があることが示された。

## ワークショップ8

### 患者・家族からみた緩和ケア

座長・報告 岐阜中央病院 緩和ケア科 西村 幸祐

座長 がん・感染症センター都立駒込病院 緩和ケア科 栗原 幸江

緩和ケアの視点は、終始、患者・家族の全人的QOLの向上である。この視点から、良き援助者として如何にケアを提供するかという最も根源的なところに立ち返り、①医療者とのギャップの認識とそれらを埋めていく現在の試みを分かち合うこと、②目指す緩和ケアに向けての具体的な一歩を見つけて行くこと、をポイントとしてワークショップが展開された。患者・家族からの声として、前川育氏（NPO法人周南いのちを考える会）、MSWからの視点で田村里子氏（東札幌病院）、在宅看護の視点から宇野さつき氏（新国内科医院）、緩和ケア医として石原辰彦氏（岡山済生会総合病院）が登壇した。前川氏からは、医療者から突き付けられる「緩和ケア」施設（セッティング）への強制力を持った紹介についての患者家族の思いについて語られ、その思いに耳を傾ける態度をさらに涵養してほしいとメッセージされた。田村氏からは患者家族・医療者をめぐる詳細な関係性について示された後、顔の見える関係をしっかり築いていくことが重要であり、ずれやギャップを埋めて行くより添いについて語られた。宇野氏からは、無念と不安の中で終末期在宅生活へはいらざるを得なくなった患者家族への支援の在り方について具体例が紹介された。患者の思いを真摯に聞かせていただくことで、在宅医療が幸せなものになる経過が示された。石原氏は、緩和ケア病棟への紹介の在り方の困難・問題点について歴史的経緯を含めて紹介された。まだまだ緩和ケアに対する理解の不足と誤解がある状況の一方、多様な立場の患者・家族が増加することが予想され、今まで以上に“寄り添いというコミュニケーション”を深めていく重要性が示された。

緩和ケアの在り方の根本が問われる場面に3氏は関わっており、それぞれの立場での医療者と患者・家族のギャップについて指摘され、その上で深い経験に基づいた工夫が提示された。共通して言えることはやはり、患者家族の思いに

耳を澄まして受け止め、熟達したコミュニケーションを基にして信頼関係を構築し、安心を保証することが不可欠であるということであった。今後のあり方として、それぞれのセッティングで思いをしっかりと受け止める感受性のアンテナを今まで以上に深く広く張り巡らし、患者・家族の「感情」に焦点を当てるといった態度が医療者に必須であることが確認された。

本ワークショップでは質問用紙を会場に配布し、アクティブな参加をもくろんだ。多くのコメント・質問が寄せられ、本報告に反映することになった（が、紙面の関係で Q&A が本稿で示されずお詫び申し上げます）。発表者にはすべての質問・コメントが提供されたことを報告する。いただいたコメントの多くに共通したのは「いかに信頼を得るコミュニケーションを構築するか」であり、改めて参加者・発表者にそれぞれに宿題が課せられたということになった。集った参加者はみな、「患者・家族から見た」という視点は援助者にとってごく自然にそして常に熟慮する視点である、ということを確認したと思われた。

## ワークショップ9

### 死の生理学に関するEvidence

座長・報告 弘前大学医学部附属病院 麻酔科 緩和ケア診療室 佐藤 哲観  
座長 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

このワークショップでは、公募演題として三重県立志摩病院緩和ケア科の山際健太郎氏、指定演題として国立がん研究センター研究所がん患者病態生理研究分野の上園保仁氏と鹿児島大学大学院医歯学総合研究科心身内科学の乾明夫氏の計3名にご発表いただいた。

山際氏は、終末期がん患者67人の貧血に着目し、その原因と病態を鉄代謝や網赤血球産生能の面から論考した。臨床的に出血の原因が不明で消耗性疾患に付随する貧血を呈する患者では、溶血や出血がないにもかかわらず、網赤血球の増加と、鉄代謝異常による赤血球産生能低下を同時に生じていることが示唆され、摂食量低下も鉄欠乏に拍車をかけることが示唆された。終末期患者のケアを行いながらscientistとして患者の身体機能の変化を具に観察することの大切さをご教示いただいた。

上園氏は、豊富な漢方治療のご経験に基づいて、グレリンを介した食欲刺激作用を有する六君子湯の有用性をご紹介された。医療現場における日常の出来事には科学的な側面と人間的な側面があること、高度細分化された現代の医療をしてチーム医療の落とし穴として、患者にとって「誰が船頭として自分の全体像をみてるのだ」という事態を生じやすいこと、について言及し、エビデンスによって構築される科学的側面と、個々人の価値観や生きる意味を尊重する人間的側面のバランスをもって、「生への支援」と「死への支援」を真摯に行っていくことの重要性を述べられた。

乾氏は、健康長寿に関連するいくつかの要因を解説し、遺伝子で規定された要因と環境要因によって健康寿命の長短が左右され、長寿を全うする人の死因として免疫能低下、摂食量低下と悪液質が根底をなすであろうと推論されている。人間にとって天寿とは何かということを考えさせられる深遠なお話であった。

天候不順な第1日目の最後のセッションであったが、多くの皆様にご聴講いただき、各演者の方々との質疑応答も活発

に行われ、多くの参加者にとって「死にゆく人」に対する医療者としての新たな視点が芽生えたことと思われる。

## ワークショップ10

### ガイドラインから学ぶ：がん患者の消化器症状の緩和

座長・報告 医療法人 東札幌病院 緩和ケア科 中島 信久

「がん患者の消化器症状の緩和に関するガイドライン(GL)」が世に出て2年が経ちました。日常臨床の現場において役に立つという声が寄せられる一方で、活用方法に混乱が見られることもあります。「朝イチ」のセッションであるにも拘わらず立ち見も出る大盛況の中、これらの点を整理するべく、4名の先生方にご講演いただきました。

久永貴之先生（筑波メディカルセンター病院緩和医療科）は、GLの構成、とりわけ2つの「推奨」（嘔気嘔吐と消化管閉塞）と「関連する病態」の取り扱い方の相違について明快に解説された。また、推奨項目の1つである「病態に応じて制吐薬を投与すること」に関する実臨床への適用方法と問題点について解説された。

濱 卓至先生（大阪府立成人病センター心療・緩和科）は、2つ目の推奨である「消化管閉塞」に関して、最初に薬物療法ならびに非薬物療法を含めた治療戦略の立て方について述べられた。ついで薬物療法、とりわけオクトレオチドの適切な使用方法について、症例を通じて解説された。

片山寛次先生（福井大学外科、NST）は、消化器外科医の立場から「消化管閉塞」の非薬物療法（人工肛門、バイパス、ステント、PEG/PTEG、腸瘻など）の実際を示され、こうした治療戦略を考える場面でのカンサーボードの開催や消化器外科医が関わることの意義を述べられた。さらに悪性腹水に対するCARTの効果にも言及された。

宇野さつき先生（新国内科医院、がん看護専門看護師）は、ともすれば堅苦しく思われがちなGLを臨床上の道先案内をするガイドブックに例えながら、現場で生じる疑問を解決するヒントを得る手段として活用する術を事例を通して示された。

限られた時間の中、フロアから質問がたくさん寄せられ、とてもアトラクティブなやり取りができたように思います。このワークショップに参加した方々がGLの理解をより一層深め、明日からの診療に役立てることができることを確信しております。

## ワークショップ13

### ガイドラインから学ぶ：がん患者の呼吸器症状の緩和

座長・報告・演者 がん・感染症センター都立駒込病院 緩和ケア科 田中 桂子

このワークショップでは、身近な症例を提示しながら「がん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン」のエッセンス（＝ぜひ知っておいていただきたいこと）を紹介し、臨床現場でどう応用していくかという「ガイドラインの意

味」を理解していただくことを目的とした。

最初に筆者より「ガイドライン作成の立場」として、ガイドライン全体の構造を紹介し、エビデンスレベル（結果の確かさ）と推奨の強さ（治療によって得られる利益とそれによって生じる害・負担のバランス）について解説した。

続いて「呼吸器科医の立場」として北里大学北里研究所病院呼吸器内科竹下啓先生より、①胸水、②咳嗽、③がん性リンパ管症、④肺塞栓症の症例が豊富な画像と共に提示され、「治療可能な原因を探し出すという診断力の重要性」が示された。

次に「緩和ケア医の立場」として神戸大学医学部附属病院緩和ケアチームの坂下明大先生より、ガイドラインのメインである推奨部分の①モルヒネとその他のオピオイド、②ステロイド、③抗不安薬ベンゾジアゼピン系薬についてわかりやすく解説され、「ガイドラインに示された2B、2Cの意味を読み解く重要性」が示された。

最後に「緩和ケア看護師の立場」としてがん・感染症センター都立駒込病院がん看護専門看護師の宗定水奈子先生より、質の高いエビデンスはないもののガイドラインで紹介されている文献（呼吸法のトレーニング、看護師によるフォローアッププログラム、音楽を聴きながらの歩行やエクササイズなど）が概説され、症例をもとにアセスメントとケアの実際が紹介され、「現場目線の個別性の高いナーシングケアの重要性」が示された。

会場は満席で立ち見も多く、入りきれない聴講者は会場前に車座になって熱心にメモを取り、さらに終了後も多くの質問者が列を作って演者を囲み、大変な盛況であった。このテーマに対する関心の高さが示され、今後もこうしたワークショップを繰り返し継続していくことが必要であると思われた。

## フォーラム1

### リハビリテーションフォーラム ～リハビリテーションにおけるコミュニケーションの重要性～

座長・報告 広島大学大学院医歯薬保健学研究院 岡村 仁

近年、緩和医療におけるリハビリテーションの役割が注目されてきている中、本大会ではリハビリテーションに関する話題を5つのフォーラムのひとつに取り上げていただき、「リハビリテーションフォーラム～リハビリテーションにおけるコミュニケーションの重要性～」と題してセッションが開催された。

筆者が座長を務めさせていただき、演者を、理学療法士である地域リハビリ支援室・タムラの田村茂先生、心理療法士である都立駒込病院の栗原幸江先生、作業療法士である千葉県保健医療大学の安部能成先生、リハビリテーション医である藤田保健衛生大学の太田喜久夫先生（発表順）の4名が担当された。

田村先生と太田先生はセラピストに対する調査から、終末期医療あるいは緩和ケア病棟におけるリハビリテーションスタッフのコミュニケーションの重要性、およびそのスキルの必要性を述べられた。いずれも現場スタッフのコミュニケーションに対する思いが良く伝わってくる内容であった。そして、コミュニケーションの実践として、栗原先生は言語的なコミュニケーションスキルを、安部先生は非言語的なコミュニケーションスキルを紹介された。いずれも具体例をあげられ、明日からの臨床にすぐにでも活かすことのできるものであった。その後、時間は短かったが総合討論が行われ、充実した内容の質疑・応答が繰り広げられた。

初日の朝一番というセッションにもかかわらず、多数の参加者があったことから、緩和医療におけるリハビリテーションの役割、重要性について改めて認識できたように思う。一般演題でも、年々リハビリテーションに関する演題は増えてきており、今回もさまざまな施設から報告が出され、活発な討論が行われていた。今後もこの流れを絶やすことなく、リハビリテーションに関する話題が積極的に取り上げられ、がん患者のQOLの維持・向上のために、リハビリテーションががん医療あるいは緩和医療の中にさらに強く根付いていくことが期待される。

## 学会企画

### 第3回ELNEC-J 指導者交流集会2013

報告	宝塚市立病院緩和ケア認定看護師	岡山 幸子
司会	ELNEC-J指導者、株式会社緩和ケアパートナーズ	梅田 恵
講師	ELNEC-J指導者、新潟県立看護大学	酒井 禎子
	ELNEC-J指導者、鹿児島大学	清水佐智子

2013年6月21日、22日に第18回日本緩和医療学会学術大会が横浜で開催された。22日の午後から学会企画：ELNEC-J交流集会2013が開かれ、全国のELNEC-J指導者が集まり私も参加した。最初にELNEC-Jコアカリキュラムの全10モジュールの中から、2モジュールの教育技法について講義を受けた。1つ目は、モジュール2：痛みのマネジメントを、新潟県立看護大学の酒井禎子先生から、グループワークを効果的に行うためのポイントやファシリテーターへの役割依頼などをご教示いただいた。2つ目は、モジュール7：喪失・悲嘆・死別を、鹿児島大学の清水佐智子先生より、講義を行う上での工夫として、優れた講義を作るポイント①相手を尊重すること、②臨場感を出すことなどを教えていただいた。さらにそれらを踏まえた上でモジュール7の講義は、自分らしさを出すことや指導者自身の悲嘆についてなど、明日から使える教育技法の工夫を示唆いただいた。その後、地域毎に集まり、①ELNEC-Jコアカリキュラム看護師教育プログラムの開催状況、②ELNEC-Jコアカリキュラム看護師教育プログラムを開催するうえで、困っていること・工夫していること、③本日の教育技法のセッションを聞いて、参考になった点、取り入れてみようと思った点などについて話し合った。私は近畿地方のELNEC-J指導者と情報交換を行った。近畿地方の開催状況は様々であった。②の工夫している点において、ファシリテーターの招集に関して論議し、研修会自体の質を保つため、講師だけでなくファシリテーターもELNEC-J指導者で会を運営している県もあれば、ファシリテーターは、専門看護師や認定看護師に担ってもらい、後にELNEC-J指導者になっていただくようにしているなど、開催地による工夫が見られた。今後もELNEC-J指導者交流集会が毎年開かれ指導者同士の情報交換が行え、また講義方法などについてスキルアップをしていただくことを願います。

## 関連企画1

### 構造構成医療研究会 第3回討論会

座長・報告・演者 洞爺温泉病院 緩和ケア病棟 岡本 拓也

感謝なことに、小さな部屋には入り切らない大勢の人が集まってくれた。話が中途半端で消化不良になってはいけないので、ご講演は阿部泰之氏と京極真氏だけにして、私は司会に回った。25分程あった質疑応答の時間は全く足りなかったもので、結果的にそれで正解だったろう。

阿部氏は慢性疼痛について、京極氏は信念対立とその解明アプローチについて、それぞれ自らの臨床経験に照らし合わせつつ、構造構成主義のツールを駆使して、自ら考究した結果を発表してくれた。

阿部氏は、痛みが「志向相関的に構成され続ける構造である」ことをさまざまな例を示しながら説明した。痛みに関与する神経伝導路に絡めた生物学的な説明が支配的だけれども、それも1つの志向性に過ぎず、痛みは様々な志向性によって様々な構成され得るものであり、阿部氏に言わせれば「スライムのように」絶えず変化し続けている構造である。

ただ、このテーマについて十分に論じ切るためには、私が『わかりやすい構造構成理論』（青海社）の中で展開したような言語論的アプローチも加える必要もあるように感じた。痛みという言葉（概念）で捉えるのが妥当かもしれない経験も、やはり言葉によって捉えられ表現されるからである。

京極氏は、現在、厚労省科研費の助成をうけ、自らのライフワークとも言える信念対立解明アプローチが臨床現場で実践的に役立つものとなるように、調査・実践を通して改良と工夫を重ねているようだ。提示される喩えが秀逸で、参加者は爆笑させられながら深い原理や概念の理解へと導かれて行った。

基本的に、信念対立は、相手や自分が置かれている「状況」と相手や自分が抱いている「関心（目的、意図）」がわからないことから生じる。この「状況」と「関心」を、お互いに「自覚」し「共有」することによって、信念対立の解消が期待される。この「自覚」と「共有」をいかにして実現するかスキルを、京極氏は開発し（ようと）しているわけだ。

予定の2時間をたっぷり使っても時間の不足を誰もが感じた。もっと議論したくなるような雰囲気があり、参加者は知的興味を掻き立てられた。本質学であり、臨床的役立ちへの志向性を持つ構造構成医療学をさらに発展させるべく、これからも緩和医療学会のご支援・ご協力をお願いしたい。

## 関連企画3

### 第9回CART研究会

座長・報告 湘南鎌倉総合病院 オンコロジーセンター  
湘南鎌倉がんセンター 太田 恵一朗

先ず基調講演として「今後のCART が目指す道～症状緩和からオーダーメイド癌治療へ～」と題して、要町病院腹水治療センターの松崎圭祐先生にお話ししていただいた。

癌性腹膜炎に伴う難治性腹水は、患者のADLを著しく低下させるのみならず、積極的な抗癌治療を中止せざるを得なくなる。演者らは2009年2月から、大量癌性腹水にも対応可能な膜洗浄機能付き改良型CARTシステムを考案し施行してきた。改良型CARTの基本構造と、今後期待される膜洗浄液から回収される癌細胞を利用した新たな癌治療への応用について報告した。

後半は改良型CARTの適正普及と有用性確認を目的としておこなわれる「癌性腹水に対する改良型腹水濾過濃縮再静注法(CART)の有用性に関する多施設共同研究」の試験計画書の説明が行われた。癌性腹水症例を対象として改良型CARTの効果について、prospectiveに通常各施設で行われている単純腹水ドレナージ群と無作為化比較対照試験により検討するものである。Primary endpointはQOL(治療翌日、1、2、4週目)、Secondary endpointはPerformance Status、生存率および期間、腹水再ドレナージまでの期間である。CART研究会推奨の改良型CARTが適正に使用できることを確認後、今秋からスタート予定となっている。

この臨床試験に関するお問い合わせ

CART研究会事務局：

要第2クリニック

Tel：03-5917-2607 Fax：03-5917-2608

E-mail：keimatsusaki@ymdmail.jp

## 特別企画6

### 緩和医療に携わる女性のライフデザインを考える

座長・報告 帝京大学医学部 緩和医療学講座 有賀 悦子  
座長 市立札幌病院 緩和ケア内科 合田由紀子

国はポジティブアクション「2020年30%」-2020年にすべての分野における女性管理職を30%とする-という目標を10年前に掲げました。未だ風は感じられず数字の先走りの中で、身近では皆さん実際どうしているのだろう・・・そんな疑問を土台に医療者のQOLをテーマに企画をさせていただきました。

星野信子さんは、緩和ケア病棟に復職された認定看護師さんです。夕方の保育園の時間に向けて、必須の仕事は午前、午後は余裕のあるケアというように随所に生活のヒントを話されました。森雅紀先生は、海外勤務を経て4人目の出産で育休をお取りになった男性医師です。職場の方々の応援を受け、その体験がご自身の臨床に大いに影響を受けていると述べられました。松原貴子先生は、お子さんが成人となられて大学院に入学されました。それまでの道のりを提示されつつ、粹にとらわれない選択の可能性を示されました。村井美代先生は、大会長とともに講座・病棟運営にあたっていらっしゃる外科・緩和医療の女性医師です。女性医師の横のつながりの大切さを例示されました。

会場からは、同じように育児休暇を取られたことがある男性の報告、乗り切り方法として姉妹でのシェアリング、両親や職場の同性先輩の支持の難しさなどの指摘がありました。

ライフ・ワークバランスと考えると、常に2つを両てんびんにかけいづれかを犠牲にしている感がぬぐえませんが、そ

れを、生活全体のデザインにおける一つへの時限的集中と捉えれば心は軽くなるように思います。星野さんが、職場で支えて下さった仕事仲間は生活を分かち合う友人となっていたと話されたことが印象的でした。

他者の痛みを心に投じつつ、答えのない自分の道のりを歩み続けるには、自分を振り返る時を持つことが大切なのだ痛感しました。来年の学術大会テーマ「これでいいのだ！」と自らを思えるよう、また1年頑張れそうな気持で、満席の今年最後のセッションを終えました。

## ランチオンセミナー3

### 悪性消化管閉塞に対する治療戦略 ～手術から薬物治療まで～

座長・報告 NTT 東日本関東病院 緩和ケア科 堀 夏樹

東口会長の意図であるのか、広い第二会場には見入ってしまうような映像と軽快な音楽が流れ、「学会は楽しいね」というメッセージがあふれていた。そこがたちまち多くの参加者で占められてゆくのを見るにつけ、当学会の発展について想いを馳せたのは筆者ばかりであろうか。

そんな中で片山寛次氏が迫力をもって登壇した。氏は消化器外科医としての長いキャリアから、消化管閉塞や腹水貯留例が「末期」としてひとくりにされている事実に対して警鐘を鳴らした。すなわちその病期にあわせた妥当な栄養管理を行うことで、QOL向上がなされる事実を示したのである。さらに緩和医療にたずさわる医療者はTotal Nutrition Therapyなどの研修を受け、NSTとの協働を重視すべきであるとの提言をされた。むろんここにおいては経口摂取がいかに重要かという課題が出てくるが、解決の緒として、在宅でも行える腹水濾過還元法の新しい手技、オクトレオチドの有用性、PEG/PTEGの積極施行、膵がん手術非適応例に対するバイパスと術中照射併用療法、HIPECと称される高温腹腔内化学療法などを解説され、こうした手技や工夫が症状緩和ばかりか、長期にわたり経口摂取を可能ならしめ、予後にすら好影響を与えると話された。筆者が内容以上に感銘を受けたのは、(1)病期・病態を評価しながら、(2)患者・家族の希望を聴き、(3)今後について十分話し合い、(4)可能な限り多くの選択肢の中からできることをやる、という緩和医療の原点に貫かれた「支え続ける」という姿勢であり、「できること」の選択肢の多さであった。

ランチオンセミナーの宿命か、新たな知見や示唆に富んだご講演であるにもかかわらず、ご講演終わり近く、中途退席者が多くみられた。次セッションへの参加のためと思われたが、セミナー開始時の熱気があからさまに薄れてゆくのは残念であった。

## ランチョンセミナー5

### 再発とともに生きる ～乳癌の場合～

座長・報告 岡山大学病院 緩和支援医療科 松岡 順治

学会 2 日目の LS5 では満員の観衆のもとにランチョンセミナーを行うことができた。登壇の中村先生はこの日世界遺産に登録された富士山の写真とともに柔らかい語り口でご講演を開始された。再発乳がんを火山の噴火にたとえながら、その治療の進歩についてご講演を進められた。いまは山頂にも登ることができる富士山も江戸時代には度々噴火していたこと、再発乳がんの治療も同様に、新しい治療法の開発によって年々改善されていることが示された。先生の示された少し前の東京の写真からは今日の東京の姿は想像もできない。同様にいまは夢物語に思えても、将来は「昔、乳がんという病気があった」といえる日が来るのではないかとも思えた。再発においては副作用が少なく日常生活を送ることができるような治療を選択することが肝要であることも示された。QOL をたかめるためにも現状を知り最悪に備える覚悟は必要であるが、再発しても希望を持って日常をおくることが肝要であることを示された。多くの乳がん患者さんとそれをケアする医療者に希望を与えるおはなしであった。

## ランチョンセミナー8

### 患者がもつめる早期からの緩和ケア ～最近の話題～

座長・報告 静岡県立静岡がんセンター 緩和医療科 大坂 巖

「早期からの緩和ケア」という言葉が登場して久しいが、がん治療における緩和ケアの重要性がますます認められつつあるのが時代の趨勢であろう。これまでは緩和ケア病棟・ホスピスから緩和ケアチーム、在宅ホスピスと緩和ケアの delivery がより幅広く求められてきたが、近年は緩和ケア外来が最重要視されている。久永先生におかれては、この点を最新の研究をもとにわかりやすく解説され、実臨床の場面を惜しげもなく impressive にご披露いただくことができた。まず、がん治療の早期から緩和ケアを提供することの意義 (Temel J, et al. NEJM2010)、適切な時期に適切な治療が選択されることやホスピスサービスの介入の重要性 (Greer JA, et al. J Clin Oncol 2012)、さらに、緩和ケア外来では、症状緩和・コーピングの支援・病状や予後の認識を深めることや腫瘍外来との相補的關係が大切であること (Yoong J, et al. JAMA 2013) を解説していただいた。これらの研究結果からは、患者が何を求めている、緩和ケアに携わる医療従事者は何をサポートすべきなのかがより明確にされたと言える。久永先生は、これらの研究で行われている介入とご自分が緩和ケア外来で実践されていることが同じであることを強調されておられた。実際の患者さんとの診

療場面も織り交ぜられ、外来患者に対する具体的な接し方のヒントも教えていただくことができた。久永先生のような緩和ケア医が一人でも多く増え、筑波メディカルセンターのような診療体制が全国に広まるのが、わが国における緩和ケアの発展のためには必要不可欠であること痛感させられたセミナーであった。

## ランチョンセミナー9

### チーム医療による輸液管理の重要性 ～緩和ケアNST活動の実際～

座長・報告 湘南鎌倉総合病院 オンコロジーセンター  
湘南鎌倉がんセンター 太田 恵一郎

薬剤師である演者は、NSTおよび緩和ケア双方にチームの一員として積極的な活動を行っている。終末期の患者を診る場合、その病態が「飢餓状態なのか不可逆的悪液質の状態なのか」を判断することの重要性を説いた。悪液質の出現を見落とすことなく、摂取エネルギーと輸液量を軽減する必要がある。常に代謝・栄養学的観点から、精神（こころ）にも身体（からだ）にも優しい緩和ケアの推進をNST活動の実際を紹介しながら説明した。

また、演者は本学会緩和医療ガイドライン委員会輸液ガイドライン改訂WPG員として、「終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン2013年版」の発刊に尽力した経験を持つ。今回の改訂にあたり、生命予後1カ月以内と考えられる終末期がん患者を対象としたこと、単なる水分管理だけでなく栄養輸液というカテゴリーで改訂が行われたことを解説した。さらには、輸液が水・電解質に加えて、栄養状態の恒常性を改善、維持するための重要な役割を担い、より詳細な病態や代謝動態の把握、移りゆく症状増悪への対応に関する種々の知識が必要だと考えられることから、輸液の定義など輸液療法の基礎から応用、そしてがん悪液質に関する最新の情報などを背景知識に盛り込んだことを披露した。

## 口演1

### 全人的苦痛1

座長・報告 洞爺温泉病院 ホスピス緩和ケア病棟 岡本 拓也  
座長 名古屋市立大学病院 緩和ケア部 奥山 徹

学会初日の朝一番、午前8時半からのセッションにもかかわらず、大勢の参加者があったことに、本学会会員のモチベーションの高さを感じた。興味深い発表はいくつかあったが、字数の関係で報告は1つに絞らせていただく。

金沢大学付属病院麻酔科蘇生科の山田圭輔氏が発表して下さった『「スピリチュアルペインに向き合う力を養う」セミナーの開催経験』は、オリジナリティの高い活動であり、今後どのように展開していくのか楽しみであるように感じた。具体的には、スピリチュアルペイン／ケアについての基調講演（これはまあ普通だ）の後、医療・介護・福祉関係

者の多職種からなる参加者が、小グループに分かれてグループワーク（以下GW）を行う。そのGWの内容とは、「人が生きる・死ぬということについて考えさせられた自分自身の体験」などについて小グループ内で、各人の語りを傾聴し合い、それを受けてコメントを述べ合う、というものである。

このようなやり方を行うことにした背景には、スピリチュアルペインを持った人と向き合うためには、ケア提供者自身が、自らの生きる死ぬるについて、また自己の存在と意味について、自らの問題として主体的に考える機会を持つことが重要である、という考えがあったようである。そのような考えに至る過程として、発表者は、デーケン氏や柳田邦夫氏、村田久行氏など、この分野で活躍されている日本中の諸先生方に直接教を乞うために日本各地に出向かっている。その行動力と熱心さには、感心するところ大であった。

概ね参加者からは高いプラスの評価が得られたようであるが、GW最中に感情のコントロールが利かなくなる参加者がいて「炎上」した小グループが1例のみあったらしい。十分に注意しながら実践を重ね、失敗の経験も含めてノウハウを蓄積すると共に、中・長期的な経過も含めた結果をフォローしていただくようお願いした。

## 口演2

### ホスピス・緩和ケア病棟

座長・報告 協立総合病院 緩和ケア診療部 飯田 邦夫

最初に、医療法人誠和会藤木病院の藤木啓氏より「地域終末期緩和ケアネットワークにおける療養病床の役割」を発表していただいた。緩和ケア病棟が1施設しかない地域で、在宅へ帰れない患者の緩和ケアを、療養型病床で介護職の協力を得て行っているとの報告であった。最期まで穏やかに療養できる場を提供できている、とのことであった。

次に、済生会松阪総合病院中西容子氏より「緩和ケア病棟開設初年度の現状と課題」の発表があった。過疎化、高齢化、老老介護、在宅医療機関が少ないなどの地域特性があり、在院日数が長期化していることが問題となっていること、その対策としてMSWが早期から関わること、関連機関との連携、地域連携の強化のための連携パスなどを考えている、との報告であった。

3番目に、救世軍清瀬病院赤司雅子氏より「終末期の治療方針決定者の属性がホスピスの入院決定に与える影響についての検討」を発表していただいた。ホスピス入院の相談者が配偶者だった場合、それ以外の方に比べて入院相談が遅くなり、入院待機中に患者が亡くなる傾向が認められるとの報告であった。その理由としては、自宅で状態が悪化するまで介護される傾向があるのでは、との分析であった。

続いて、岐阜県立多治見病院伊藤浩明氏より「緩和ケア病棟から在宅移行した患者の緩和ケア病棟再入院理由についての解析」の発表があった。緩和ケア病棟を開設して3年ではあるが、地域連携を重視し40%以上の患者が在宅へ退院していること、再入院の理由が症状コントロールや家族のレスパイトの場合は再び在宅へ戻れる可能性が高いが、家族が病状に危機感を感じている場合は退院は難しく短期間に死亡に至る可能性が高い、との解析であった。

最後に、名古屋第一赤十字病院、湯浅典博氏より「最近3年間の名古屋第一赤十字病院緩和ケア病棟の役割の変化」を発表していただいた。入院期間が年々短くなり、一方緩和ケア病棟入院を希望していても入れない方が増えている中、医療者からは緩和ケアチームとの連携を強めて一般病棟でのケアを充実させてほしいとのアンケート結果があった、と

の報告であった。

### 口演3

## 基礎・調査研究

座長・報告 慶應義塾病院 武田 純三

座長 国立病院機構 山口宇部医療センター 片山 英樹

緩和医療が学問としての位置付けを確立していく上で、基礎研究、調査研究の積み重ねが、非常に重要と考えられる。

呼吸困難感の緩和：低反撥マットレスを積み重ねることで異常筋緊張や関節拘縮が改善するとの研究をもとに、今回慢性閉塞性肺疾患患者で検討している。SpO<sub>2</sub>の改善、呼吸数減少、心拍数低下などのphysicalな改善に加え、苦痛も改善した。マットレスによる緊張低下が安静をもたらした可能性が示唆された。緊張低下が先行したのか、SpO<sub>2</sub>改善が緊張低下をもたらしたのかの検討が望まれる。

造血器腫瘍に対する終末期診療の実態調査：市中の中規模病院であるが、多くの血液疾患患者を擁している施設での、貴重な報告である。原疾患、感染、出血が主な死亡原因で、末期には血液検査、単純X線撮影が多く行われた。抗生剤・抗真菌剤投与、輸血、化学療法、カテーテル挿入、鎮痛・鎮静薬投与などが行われ、固形がん患者の末期に比べて処置が多くなっていること、医療者の意向の影響がしやすいことなどが挙げられた。

デノスマブ投与後の血清カルシウム低下率に影響する因子の検討：デノスマブによる血清カルシウム低下は、低アルブミン血症の存在で生じやすいので、血清カルシウム濃度に注意を払う必要があることが示唆された。

がん化学療法施行中の患者における緩和医療に関する意識調査：化学療法中の患者を対象にした研究で、化学療法の副作用としての苦痛が多く、鎮痛薬が投与されていても疼痛管理は十分でなく、また必要時に緩和ケア受診の希望はあるが、内容についての理解は十分とはいえないことが示された。

原発不明がん患者の受診家庭から比較した闘病体験の差異：がんの確定診断がつくまでに時間を要した患者では、不満足感や心身の苦痛が増強しており、看護支援が必要であることが提示された。特定機能病院が紹介患者を中心とした診療を行っていく上で、近医受診から確定診断までに時間を要した患者に対する、重要な問題提起であった。

在宅緩和ケアに対する意識の変化に関する研究：「がん医療フォーラム2012地域で支える新しいがん医療の形」参加者の意識の変容の調査を行った研究である。最期を迎える場所として「家」が増えたことが示された。今後の継続しての研究が望まれた。

## 口演4

### 身体的苦痛1

座長・報告 国家公務員共済組合連合会 六甲病院 緩和ケア科 安保 博文  
座長 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、オキファスト®注に関するもの5題、フェンタニルバツカル錠の臨床試験報告が1題、内臓痛随伴症状に対するオピオイドの効果に関するもの1題の発表があった。

演題1：内服困難な状況にあるがん性疼痛を持つ7事例に対し、オキファスト®7.2mg/日（オキシコドン®10mg/日と同等量）の持続注入によってオピオイドを導入し、大きな有害事象の出現を伴わずに良好なコントロールを得たと報告された。

演題2：痛みと呼吸苦に対してオキファスト®持続注入を使用した事例において、肝・腎障害などのためにモルヒネへの変更が困難と思われた4例についてオキファスト®増量とモルヒネレスキュー・胸水穿刺などで対応し、まずまずのコントロールを得たが、オキファスト®単独の呼吸困難に対する効果は判断しがたいと報告された。

演題3：激しい痛みに対し、Intravenous Rapid Titration（オキファスト®2mgを5-10分ごとに静注）によって早急な痛みのコントロールを行い、それに要した用量からオキシコドン維持量を算定した2症例の報告がなされた。

演題4：オキシコドン経口薬から注射剤に変更した8症例について除痛に要したオキファスト®注の用量を検討したところ、一般にオキシコドン内服の75%換算と言われているが、実際には約50%程度で除痛が可能であったと報告された。

演題5：オキシコドン注射剤と他のオピオイドの切り替えを行った32症例について検討したところ、一般に推奨される換算比とは異なる処方が必要となる場合が多くみられ、特にオキシコドン内服からオキファスト®注への切り替えに際しては平均1.4倍の用量を必要としていたことが報告された。

演題6：お腹が張る、尿や便が漏れそうなのに出ない、など不定愁訴とされていた不快な腹部症状を訴える16例について、全例でオピオイドの使用が有効であったと報告された。

演題7：フェンタニルバツカル錠（FBT）の第三相試験において、FBTはがん突出痛に対し重篤な有害事象を伴わずに即効性が得られたことが報告された。

## 口演11

### 身体的苦痛2

座長・報告 呉医療センター・中国がんセンター 緩和ケア科 砂田 祥司  
座長 千葉県がんセンター 緩和医療科 坂下 美彦

非常に人気のあるセッションのためか、会場の外にまで聴衆があふれる状態でした。

演題1：別府医療センターの武内氏は、神経障害性疼痛に対しガバペンチン投与により十分な除痛が得られない4例に対して、プレガバリンに変更して良好な疼痛コントロールが得られたという発表をされました。

演題2：近畿大学の松岡氏は、神経障害性疼痛に対しプレガバリン投与により十分な除痛が得られない15例に対して、抗うつ薬のデュロキセチンを投与し、7例に疼痛軽減が認められ、4例に眠気・ふらつきが改善されたという発表をされました。

演題3：聖隷三方原病院の今井氏は、ガイドライン第二選択薬投与で改善しない終末期がん患者の難治性嘔気8例に対しオンダンセトロンを投与し、投与後24時間のSTAS-Jスコアが全例低下したという発表をされました。

演題4：岡山赤十字病院の渡辺氏は、体動時痛のある骨転移のある2例に対し強オピオイドから経口トラマドールに変更し、効果があったという発表をされました。強オピオイドで満足できる除痛が得られない場合はトラマドールを試すことも選択肢になると思われました。

演題5：救世軍清瀬病院の赤司氏は、癌患者の死前喘鳴に対しスコポラミンの院内製造軟膏を使用し効果があったという発表をされました。スコポラミン1gに親水軟膏を加えて計20gとするのですが、製造に少しコツが必要であるようです。

演題6：宝塚市民病院の松田氏は、メサドンの治験を4例行った結果を発表されました。内服剤2例、貼付剤1例、注射剤1例からメサドンに変更し、4例すべてに満足できる鎮痛効果を得られました。2例に心電図上QT延長を認めましたが、メサドンの投与中止により心電図異常は改善しました。

## 口演13

### 化学療法2

座長・報告 弘前大学大学院医学研究科 腫瘍内科学講座 佐藤 温  
座長 高崎総合医療センター 緩和医療科 田中 俊行

化学療法というセッションではあるものの、開始時間前にすでに満席となり、後方及び両側に立見の参加者が並ぶという大盛況のうちに行われた。厚生連高岡病院緩和ケアチーム柴田和彦先生らは、初回がん化学療法導入時の緩和ケアニーズについて、「生活のしやすさに関する質問票」とEuroQOL調査票（EQ5D）を用いて評価し、継続的なスクリーニングの必要性を報告した。計画された興味深い調査であり、さらに緩和ケア介入による経時的変化や医療者への影響まで膨らませて研究をすすめていただきたい。三井記念病院緩和ケア科の廣橋猛先生らは、プレガバリンでは改善が認められなかったPaclitaxelによる末梢神経障害に対してデュロキセチンが有効であった症例を報告した。抗がん薬治療の臨床現場では最も困っている問題の一つであり、有用な情報をもつ症例報告である。今後の臨床開発展開に期待する。抗がん剤に伴う悪心・嘔吐に対する制吐剤について、新潟県立がんセンター新潟病院阿部徹哉先生らは多施設共同研究で実施してきた制吐薬の2つの前向き試験を比較して、3剤併用制吐療法の遅発期の悪心嘔吐に対する有効性を報告した。また、静岡県立がんセンター婦人科の安部正和先生らは標準支持療法に抵抗性の症例に対してオランザピンの有効性について探索的研究を報告した。いずれも、実臨床現場に有益な示唆であり、今後の計画した研究への発展を期待する。箕面市立病院緩和ケアチームの石川明子先生らは、化学療法を受けている切除不能進行再発大腸癌患者における緩和ケ

アの関わりについて、病状進行に伴いケアニーズにも変化があると報告した。重要な問題でもあり、今後は確立された評価方法を用いてより明確な結論を導くことを期待する。大分医療センターの米谷卓郎先生らは、増悪する骨転移にストロンチウム治療の併用による病勢コントロールができた症例を報告した。また、盛岡赤十字病院看護部の柳生千代子先生らは、友人の終末期を見届けた大腸癌患者の意思決定について経過報告をした。今後は詳細なアセスメントから有効なケアが導きだされることを願う。内容としては統一テーマではなく雑多な印象をうけるものの、明日からの診療に役立つヒントを多くいただけた。

## 口演18

### その他

座長・報告 県立広島病院 緩和ケア科 小原 弘之

このセッションでは医師・看護師・薬剤師がそれぞれの専門の立場から発表し討論を行った。

和田氏らは、悪性腫瘍による消化管狭窄 (Malignant Bowel Obstruction ; MBO) と診断された症例を対象に行った消化管ステント治療の有効性を報告した。消化管ステントでQOLが改善する可能性が示唆されたが、便塊によって再閉塞することがあり、排便コントロールが重要であることを報告した。

河内氏らは、終末期の消化管閉塞により人工肛門を造設した症例の問題点をretrospectiveに解析した結果を発表した。腹膜播種の進展などで人工肛門の形状変化や人工肛門周囲の皮膚トラブルが発生し、終末期に造設した人工肛門の管理の困難さを報告した。

上元氏らは、終末期がん患者で低血糖の管理で難渋した症例を報告した。がんの終末期で予後が限られることが予測される状態では、血糖の管理を続けることも中止することは、医療者だけでなく本人や家族にも辛さと苦悩を伴う判断になることを指摘した。

最上氏らは、麻薬拮抗薬が必要になった終末期がん患者の背景因子を検討した結果を報告した。終末期にオピオイドを使用する際には、モルヒネの増量だけでなく、腎機能低下が相対的なオピオイドの過剰につながりやすいことを指摘した。

米丸氏らは、化学療法の継続を選択した消化器がん患者の倦怠感と治療継続の思いの関連性を報告した。倦怠感を抱えたがん患者は、化学療法の効果に強い期待を持っており、その思いに沿った看護支援が重要であることを指摘した。

堂園氏らは、東日本大震災で被災した陸前高田病院の医療サポートの経験と婦人科診療車を作って在宅診療支援を行った実績を報告した。生かされた立場にある患者の複雑な心情に配慮した活動が行われていた。今回の活動は今後医療過疎地域の増加が予測される地域での緩和医療推進モデルになり得ることが示唆された。

## 口演25

## 代謝・栄養療法1

座長・報告 伊賀市立上野総合市民病院 三木 誓雄  
座長 大隈病院 外科 谷口 正哲

本セッション、は谷口先生と三木が司会を担当させていただきました。

7題いずれも、がん終末期患者に対する栄養管理を中心とした全人的ケアに関するもので、きめ細やかなチーム医療の展開が示された素晴らしいものであった。

7題中、栄養療法の有効性、意義が示されたものが4題、栄養療法の選択に、いかにチーム医療として関わるべきか示されたものが2題、そして終末期患者に対するTPN下の血糖管理に関するものが1題であった。終末期医療における栄養療法の有効性に関しては、QOLを維持するのみならず、心のケアとしての意義も示された。臨死期にあっても最期まで食べたいと思う患者の望みを維持し、食事摂取量を増やす工夫が必要なこと、また終末期患者の社会的責任を果たしたいという希望をかなえるため、NSTが全人的ケアを展開し、患者本人、家族のみならず、治療に関わった医療スタッフも充足感を得ることが出来た事例が報告された。さらに、栄養サポートが臨死期の褥瘡発生率を有意に低下させたことが報告され、新しい試みとして、終末期に輸液を要しない期間を延長する目的でアミノ酸ゼリーを投与し、輸液フリー生存期間が4-5日延長できたことも示された。栄養療法の選択に関して、本人-家族の関わりを評価する調査結果では、胃瘻などを用いた終末期栄養療法の選択には、家族の患者への思いが強く反映されることが示された。また、TPN下患者の血糖コントロールに関する臨床研究では、安定していれば週一回程度の血糖値測定で問題ないことが示された。

いずれの演題も、がん終末期患者に対する栄養管理がQOL維持のみならず、心のケアとして、患者本人、家族のみならず、現場に関わる医療従事者にとっても大きな意義を有することを示された。フロアーと演者間の活発な質疑応答もあり、あっという間に1時間半が過ぎた、大変有意義なセッションでした。

## 口演28

## 在宅医療2

座長・報告 やまおか在宅クリニック 山岡 憲夫

本セッションは在宅医療において、特に病院から在宅への移行についての問題点や課題についての発表が行われ、会場からも活発な質疑応答が行われた。

演題1：今給黎総合病院の松添大助氏は肺がんの生活保護者が在宅療養を希望しながら、行政の指導で在宅移行できなかった症例を報告した。在宅療養は医療費の面からも、入院継続に比べて国の負担が少ない現状を具体的な医療費を挙げ指摘し、行政の考え方を変えるべきことを強調された。会場からも同じ趣旨の追加発言があり、行政の不十分さが指摘された。

演題2：磐田市立総合病院の福本和彦氏は急性期病院の外科病棟における長期入院患者の解析を発表した。病院から在

宅移行への障害は、地域のリソースの不十分さや、MSWの啓蒙の不十分さや家族の介護力不足を指摘した。

演題3：彩都友誼会病院の天野晃滋氏は緩和ケア病棟から在宅緩和ケアへの移行に影響する因子の検討を報告した。在宅へ移行しやすい因子は経口摂取可能なことや強い症状がないこと、予後が比較的良いことなどを挙げ、また、介護者側の要因は影響ないことも報告した。そして地域の在宅の資源の充実が大切であることを強調した。

演題4：秋田往診クリニックの佐藤浩平氏はがん拠点病院の緩和ケアチームと在宅療養支援診療所との間の在宅移行の問題点について検討した。患者も家族も在宅への移行が明確である患者が移行し易く、また、退院前カンファランス参加の重要性も指摘した。

演題 5：埼玉医科大学国際医療センターの柳澤隆昭氏は小児悪性脳腫瘍患者の在宅療養への移行を報告した。34 例も多数の小児例で在宅移行の継続が行われ、抗がん剤治療なども行われていた。院内多職種チームと地域の在宅医や訪問看護ステーションとの連携が大切であることを強調し、重篤な神経症状を呈する小児悪性脳腫瘍でも、在宅移行ができることを示した。

## 口演29

### 全人的苦痛2

座長・報告 岐阜県立多治見病院 緩和ケア病棟 伊藤 浩明

029-1, 029-2：岩手県立大船渡病院緩和ケアチームの村上雅彦先生から、東日本大震災における緩和ケアチーム活動の問題点と課題について、また緩和ケアを提供する医療者への支援についての発表があった。

発災後は災害対応のためチーム活動は停止し、情報の収集や発信は不可能な状態になったこと、活動を再開してもメンバーの状況が理解できず充分活動できなかつたこと、その後、緩和ケアを提供する自分たちも被災者で悲嘆状況にあり、その状態が当たり前なのだと気付いてやっと安心できたことなど、現在に至る当事者の思いを述べられた。

災害急性期には生きるための支援を、亜急性期には病院機能維持のための支援を、慢性期には被災者である医療者への心の支援を、サイコロジカルファーストエイドのスタンスで関わる必要があることを提言された。

被災地外にいる我々が今なすべきことは、被災したスタッフの周りに理解者のネットワークを作って話し合うことであり、被災者にとって当時のことを語るのはつらいことではあるが、それが他の地域の人の役に立つなら必要であると考えていることで締め括られた。

次の災害の被災者になりうる我々としては、今後も現地の復興状況に関心を持ち、この経験をもとに、超急性期に被災地に入れるDMATによる情報発信・コーディネート体制や、緩和ケアチームによる支援活動体制などについて、学会としても早急に検討して構築する必要がある。

029-3：第二岡本総合病院の岡野博之先生より、気切をした終末期頭頸部がん患者の問題点についての発表があった。気切前は胸苦等の身体的苦痛が主だが、気切後はコミュニケーションがうまく取れないこと等による精神的・スピリチュアルな苦痛が出現することを報告された。本人が筆談で書いているときに、職員が気をまわして先読みすることで苛立ちを訴える患者もおり、その人の気持ちになった対応が必要であることを述べられた。

## 口演31

## 看取り

座長・報告 武蔵野大学 教養教育部会、看護学部 小西 達也  
座長 聖隷三方原病院 ホスピス科 鄭 陽

本セッションでは6題の発表が行われた。立見状態の参加者が数多く見られ、関心の高さが伺われた。発表テーマは、a)看取りプロセス全体の改善に関するものと、b)看取りについての個別的なテーマの二種類に分類することができる。

まずa)の第一は、過去の看取り事例についてLCP(Liverpool Care Pathway)の評価項目を中心に検討を加えることで、発表者の病院へのLCP導入により期待される具体的な改善点を明らかにするものであった。その第二は、看護師が考える「よい看取り」の主観的な基準の調査に関するものであり、今後、そうした「ケア提供者側」からの視点に加え「ケア対象者側」の視点をも考慮することで、「よい看取り」についての更に意義深い洞察が期待されるものであった。

b)の第一は、J-HOPE2に関する発表で、終末期患者に対してその家族が自分の思いを伝える際の家族自身の複雑な心理的ダイナミクスを明らかにすると同時に、それを考慮した家族サポートの必要性を指摘するものであった。その第二は、様々な理由で困難になりがちな心肺蘇生(CPR)に関する本人意思の確認について、その必要性の認識が高まりつつある中、その具体的方法論についての議論とコンセンサス形成を、単に一病院のレベルでなく社会的レベルで行う必要性を訴えるものであった。第三の発表は、「急性期一般病院での終末期がん患者・家族への看護において看護師が感じている困難感」の実態調査結果、およびその整理・分類を中心としたものであり、今後、それらに対する具体的な解決・対応策を考えていく上での基盤となるものであった。第四は「デスカンファレンスの現状と改善点」に関する発表であり、これまでのデスカンファレンスでみられた効果と同時にその改善点について検討を加えたもので、今後、それらの具体的な改善策やデスカンファレンスの更なる効果や役割についての検討が期待されるものであった。

今回の「看取り」に関するセッションでの発表は、いずれも臨床に即した実践的で具体的なものであり、参加者にとっても有意義な学びの場になったものと考えられる。発表者と参加者に心より感謝申し上げたい。

## 口演32

## 代謝・栄養療法2

座長・報告 名古屋記念病院 外科・救急部 武内 有城

私が座長を担当した「代謝・栄養療法2」は合計5題の報告がありました。最初の藤田保健衛生大学の中川先生は、終末期のがん患者の輸液療法におけるルートと留置期間に関する考察で、予後予測にて30日以上生存が見込める場合には、患者のADLを考慮してCVポートを推奨するとの報告でした。次の金田病院の三村先生は、輸液と患者のQOLについての考察で、経口摂取を重視した輸液療法の有効性を報告されました。3番目の大阪府立呼吸器・アレルギー医療センターの合屋先生は、悪液質を呈した肺がん患者2例に抗IL-6受容体抗体であるトリシズマブの有用性を報告していただきました。悪液質や腫瘍による随伴症状の発現において、いろいろなサイトカインの関与が確認され、抗サイトカイン療法が

脚光を浴びており、臨床応用された貴重な報告でした。4番目に名古屋市立大学病院の伊藤先生からは、1年以上生存した患者の外来化学療法施行時の栄養指導において、PG-SGAによる栄養評価とその後の体重変化が予後と相関するとの報告でした。最後は、山形市立病院済生館の小野先生に、原発不明がんの栄養療法を含めた集学的治療が有効であった1例を報告していただきました。このセクションのまとめとして、緩和療法における栄養管理は、その選択および実施において、多職種による協働の重要性を再認識しました。食べられないから輸液療法という安易な栄養管理ではなく、強制栄養法の適応およびその方法について、患者・家族とチームで話し合うことは重要です。また、栄養療法の適応については、より正確な予後予測と悪液質の進行度評価が重要なポイントになっていること、さらには変化する終末期の患者状態に柔軟にかつ迅速に対応できることがQOLをそこなわないとされています。

## 口演34

### 在宅医療3

座長・報告 めぐみ在宅クリニック 小澤 竹俊

発表は5題あり、在宅看取りについて3題、心肺停止で救急搬送されたがん終末期患者の検討1題、急変時病床確保事業に関して1題であった。在宅療養から病院での看取りになった患者の調査では、在宅看取りとなった12名の平均在宅療養日数が23.9日に対して病院に再入院しての看取りになった平均在宅療養日数は77日と長かったという報告であった。

山間部での小規模病院での2年間の報告では、緩和ケア外来を受診されなくなった27名のうち、在宅8例、病院18例、他病院1例であり、入院になった理由は、介護力不足が多かったとの報告であった。患者・家族のニーズに合わせた関わりが提供されている内容であった。

在宅に行くと寿命が短くなるのか？という検討では、PCTが介入してから亡くなるまでの日数を病院群と在宅に戻った群にわけて検討された。2群間では、年齢、PSに有意差はなく、生存日数は、病院群が平均33日に対して、在宅群57日と、有意に在宅群が、長い結果となった。在宅に行くと寿命が短くなることは誤解であることを示すデータであったが、限界として、病院で関わったPCTが、在宅での療養支援に当たっていたことが挙げられた。心肺停止状態で救急搬送されたがん終末期患者の検討では、救急搬送3402件のうち、悪性疾患が106例、そのうち、CPAが8例であった。呼吸器のがんでは、急変の予測が困難なことがあり、早い段階でのDNARの意思確認、救急隊や医療者への情報提供の方法を考えるべきとの報告がなされた。

容体急変時の病床確保事業についての報告では、東京都港区在住の患者さんを対象に3年2ヶ月で利用者数が、12名のべ17回の入院回数であったと報告があった。報告のあった病院は、都心にあるがん診療中核病院であり、港区在住の患者さんだけを対象にした事業であるため、報告された数字の解釈については注意が必要と思われた。

## 口演38

## 手術療法1

座長・報告 富山赤十字病院 呼吸器外科 小林 孝一郎

手術療法をテーマとして5題の発表が行われた。

関西医科大学滝井病院の吉田良先生からは、消化器症状緩和手術の取り組みが示された。人工肛門造設術やバイパス手術により経口摂取が可能となったりPSが改善したりして、退院や在宅移行例が半数を超えた一方で、30日以内の死亡例もあり、ガイドラインに基づいて厳密に適応を判断する必要があるとされた。

洲本伊月病院の橋本芳正先生からは、乳癌の癌性腹膜炎に対し腹腔静脈シャント術を行い長期生存中の1例報告がなされた。これまでに多数の症例に行ったが、明らかな転移の促進は認めず、1週間以上の予後が期待される場合には有効な治療であると結んだ。シャント閉塞に対する質問があり、ポンプ部で切断しシングルバルブタイプに替える対処法が示された。

田岡病院の三木仁司先生からは、進行再発乳癌3症例に対する緩和的手術療法として、消化管バイパス術や大腿骨転移部骨折の髄内釘による整復固定術、ホルモン療法後の両側卵巢摘出術によるQOL改善の意義が示された。両側卵巢提出術の適応について議論がなされたが、意見の一致を見なかった。

南風病院の益満幸一郎先生からは、胃空腸バイパスの効果と適応について発表があり、上部消化管閉塞で予後見込みが3ヶ月以上を適応としたところ、平均生存期間は約3ヶ月だったことが示された。

加古川医療センターの相原英夫先生からは、脳神経外科的治療の意義について発表があり、3ヶ月以上の予後が見込めれば、放射線治療や抗がん剤髄腔内投与、開頭術によって、生命・機能予後に関して有用とは言えないが、意識の改善や歩行、嚥下機能の改善などQOLの維持・向上に繋がるケースもあることが示された。固形がんに対する抗がん剤の髄腔内投与のエビデンスについて質問があったが、明確なエビデンスはないということだった。

全体を通して、症状緩和のための手術療法によってQOL改善を目指す取り組みが積極的に行われていた。しかしながら、恩恵を受けなかった症例も少なくなく、その適応については個々の患者ごとにメリット・デメリットを勘案し、患者の希望や予後を考慮して、チームで検討することの重要性を再認識した。

## 口演41

## 医療体制

座長・報告 立命館大学 生命科学部 生命医科学科 下妻 晃二郎

医療体制のセッションには2演題の発表があった。専門的な在宅医療の充実や、病診連携に注目が集まる中、本分野のより多くの発表を今後期待したい。

1 題目は、富山県済生会高岡病院の高島留美氏らによる「在宅緩和ケアにおける病院認定看護師と訪問看護師による同行訪問の評価」であった。

一般の訪問看護ステーションの看護師の中にはがん患者の扱いに慣れない人も多い。緩和ケア認定看護師の同行によって、訪問看護師の視点からどのような変化があったかについての発表であった。

多職種対応の機会が増え、訪問看護師の困難感が軽減し、症状緩和に役立ち、特に新しい機器の導入時の訪問を希望するというニーズが明らかになった。

質疑応答では、在宅患者訪問看護指導料3の算定について、家計を考慮して躊躇ったり拒否されたりすることはないか、という質問があった。初期の関わりで丁寧に説明することにより幸い問題はおきていないが、暗黙のうちに考慮することはあるとのことであった。次に、認定看護師が病院を空けることについての病院側の理解についての議論があった。

2 題目は、岡山中央奉還町病院の筒井哲也氏らによる「医療用麻薬廃棄処分に関する考察」であった。

病院における医療用麻薬廃棄処分の理由別内訳、無駄になっているコストを算定して発表された。内訳は、他院外来処方分で、使用せず退院となったものが50.4%、院内調剤後使用せず退院となったものが27.4%、転院時持参していたが使用せず退院となったものが15.1%、であった。年間約25万円が無駄になっていた。

期限内未使用品であれば、「書類申請等の結果、病院保有と認められ他患への使用が許可される」、「製造業者に回収してもらい、成分抽出等の処理により再活用する」方法はとれないものか、という問題提起があった。

質疑応答では、今後、在宅ケアの普及により、一回の処方日数が多くなりさらに無駄が増える可能性が高く、根本的な対策が望まれるとの議論があった。

## 口演42

### 家族ケア

座長・報告　がん・感染症センター都立駒込病院 緩和ケア科　栗原 幸江

本セッションでは、家族ケア・遺族ケアについて5題の発表があった。

演題1：学童期の子供を抱える終末期肺がん患者とその家族に対する介入について、臨床心理士より事例提示を通じて報告された。親が終末期にある子どもとの関わりで意識したいポイントのほか、家族力動やコミュニティーも視野に入れたサポート体制のアセスメントの重要性や、患者・家族それぞれの自助能力とニーズに見合った介入を意識することの大切さなどをお伝えいただいた。

演題2：がんで母親を亡くし父子家庭となった父親に対し行われた調査結果を通じて、母親不在となった「父親と子ども」間の相互作用についてご発表いただいた。患者の死後家族員それぞれの悲嘆反応とその影響、それまで母親が担ってきた役割を分担することの各々への負荷、特に「叱る場面」における父親の苦悩など、今後の遺族ケアを考える上で大切なポイントが示唆された。また、今回調査研究という形を通して初めて父親たちに「語る場」が得られたことなど、遺族ケアのアウトリーチの課題も意識された。

演題3：終末期にある患者を抱えた家族に対する看護師の関わりのプロセスを振り返り、そこから抽出された「家族の精神的健康を整える看護援助」の実践の特徴が報告された。「望みを支える」「別れの準備を整える」「感情整理を助ける」「介護疲れに対応する」「家族の存在を大切にすること」「患者と家族の結びつきを強める」など、看護実践の意図

をあらためて意識化することが、家族の満足度向上のみならず看護師自身の自己効力感の向上につながるということが示唆された。

演題4：家族外来を提供している医師より、家族外来を受診する家族の受診に至る経緯や目的、受診による満足度など、利用者に対する調査結果が報告された。利用者の満足度は非常に高く、家族外来という場があることが、受診する家族のみならず家族のことを心配する患者の安心にもつながるなどが挙げられ、家族外来の存在意義が改めて示唆された。

演題5：ご遺体へのケアを看護師が家族と一緒にすることについての家族の体験・評価の調査研究の結果が報告された。ご遺体へのケアを一緒にすることへの「声かけ」が参加率を左右すること、故人への感謝やねぎらいとして、また死別への気持ちの整理になるなど、ご遺体のケアを行ったご遺族の満足度が高いこと、しかしケアを一緒に行う際に不安や戸惑いを感じるご遺族があり配慮が必要である、などの貴重な示唆をいただいた。

いずれの報告も明日からの臨床へのヒントをいただくものであり、日々のケアについて「あらためて意識化する」ことの大切さを教えていただいた。発表者と参加者に心より感謝したい。

## 口演46

### 患者・家族に対する癒し

座長・報告 埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科・緩和ケア推進室 儀賀 理暁

本大会のメインテーマでもある「癒し」を掲げた本セッションでは、4名の演者の心温まるご報告により会場全体が優しい時間を共有しました。

第一席は、岐阜中央病院の西村幸祐先生が、「30代の母親の死を小学生の子供たちに伝えるために医療者は何ができるか」という演題で、様々な絵本とともに大切なメッセージを届けられたお子さんが、母親の死後「僕生き抜くよ」と述べた様子をお話して下さいました。ご本人ご家族と医療者が一緒に悩み難しい話を伝えた真摯な姿勢そのものが、子どもたちの心に届いた様に思われました。

第二席は、JA愛知豊田厚生病院の西村大作先生が、「ハーモニカによる音楽療法が心のケアに有効であった終末期子宮がんの1例」という演題で、担当医師自身が音を届けることの意義をお話して下さいました。患者さん宅でのセッションもご紹介いただき、先生と患者さんの奏でるハーモニカとご家族や医療スタッフの優しい笑顔が素晴らしいハーモニーを奏でる様子を堪能させていただきました。

第三席は、総合上飯田第一病院の清水智子先生が、「患者と家族の不安解消に“タッピングタッチ”が奏功した一例」という演題で、やや特殊なタッチングの手法が終末期の患者さんとご家族のかけ橋となったご経験をお話して下さいました。比較的高齢の男性が、奥さまとともに心を開かれる様子が紹介され、バランス良く心と身体の両面へと働きかけることの大切さを再確認いたしました。

第四席は、日本海総合病院の村上祥子先生が、「急性期病院における癒し環境を提供するための工夫」という演題で、音楽会とお茶会をセットにした「やすらぎティータイム」の活動をご報告して下さいました。音楽で揺り動かされた情動を、その後に家族や馴染みのスタッフと一緒に話す時間を持つことでより安全かつ豊かなものにするという企画力に感服いたしました。

「癒し」を表現し評価することは、大変困難です。しかし、何を提供するかではなく、彼らの中にある言葉と物語が  
いかに紡がれるかという観点を忘れないことが大切であると再認識させていただきました。

## 口演47

### 手術療法2

座長・報告 順天堂大学医学部附属浦安病院 がん治療センター 木所 昭夫

1. 同心会古賀総合病院、高橋徹先生は80歳、切除不能の進行食道がん患者さんに対して逆流防止弁付きのステントを挿入した結果、経口摂取が可能となり、QOL改善が出来た症例を報告した。このステントには逆流防止弁が付いているため、胃内容の逆流を防止することが可能で、生存率の向上につながることを期待される。

2. 岡山大学病院消化器内科、那須淳一郎先生は切除不能の悪性幽門狭窄6例に対して、内視鏡的にステントを挿入、いずれも経口摂取が可能となった。数ヵ月後、経口摂取が出来なくなった症例に対しては、再度、ステントを挿入したり、開腹、胃空腸吻合を行い最長476日の生存期間と最長471日の経口摂取可能期間を得、G00SS scoreは6例中5例で改善がみられたと報告した。がん性腹膜播種、腹水などを合併していても、ステント治療により、これだけの長期生存が得られることを示された。

3. 西宮市立中央病院外科、岡義雄先生は胃がん、すい臓がんによる癌性狭窄患者5例について、好中球/リンパ球数比(NLR)、Glasgow prognostic score(GPS), prognostic nutritional index (PNI) を指標として十二指腸ステント留置前の評価を行い、留置前後でG00SS scoreを比較、在宅率、生存期間を算出した。前例で指標はすべて改善しており、十二指腸ステントは有用であることを示していただいた。

4. 厚生連高岡病院外科、太田尚宏先生は下部消化管悪性腫瘍による閉塞に対して、大腸ステントを使用した2例の臨床経過を示した。挿入後は、いずれも、良好な経過を示し、経口摂取が可能となり、栄養状態の改善から良好なQOLの改善が期待できると思われる。

5. 千葉西総合病院外科、長谷川圭先生は悪性大腸閉塞を合併した患者16例について、大腸ステント留置群6例と姑息的手術群10例にわけ、比較検討を行い、ステント留置群の有用性を示された。ただ、ステント留置術も、施行困難な例があり、適応を良く考慮すべきであるとも述べられた。

消化管閉塞の緩和医療をあきらめてはいけないということをこれら5編の演者は示した。

## 口演48

### ペインクリニック2

座長 山梨県立中央病院 麻酔科 阿部 文明

演題1はオキシコドン内服から注射剤に変更する場合、腎機能高度障害患者でも換算比通りで問題なく変更できた症例報告であった。今まではオキシコドン内服からモルヒネ注射薬に変更する必要があったが、純粋オキシコドン注射薬の出現により同じ成分での変更ができるようになった。そして、代謝過程から考えてより副作用が少なくなった。

演題2はオキシコドン内服患者を注射剤に変更した症例の後ろ向き研究であった。内服不能がその理由として最多であった。またモルヒネ注射薬への変更症例が70%以上と多かったが、オキシコドン注射液への変更可能と考えられた症例が80%以上であった。モルヒネ注射液への変更が必要と考えられた症例は呼吸困難への対応が必要だった患者さんが多かった。オキシコドンの呼吸困難への効果が確実に認められればもっと使用量が増加する可能性がある。

演題3はオキシコドン注射液を使用した消化器がん患者6名の症例報告であった。オキシコドン注射液使用となった理由は、疼痛の管理困難が主な理由であった。全例3日以内に疼痛管理は良好となり、有用性が示された。

演題4はフェンタニル1日貼付製剤2種（フェントステープとワンデュロパッチ）の使い心地を看護師へのアンケート調査で比較したものであった。242名の看護師にアンケート調査したが、両者を使ったことのある看護師は94名と想像より少なかった。処方する医師の好みがあるかもしれない。使用感に関して様々な質問項目があったが、パッケージの扱いやすさでフェントステープの方がやや優勢であった以外はほぼ同等であった。ほぼ同等であると評価する方が多い中、どちらかを選んだ方が数人ずついたので、その理由を調査してはどうかという指摘が出た。

## 一般演題

### 優秀ポスター4

座長・報告 関西福祉科学大学 社会福祉学部臨床心理学科 柏木雄次郎  
座長 聖隷三方原病院 ホスピス科 今井 堅吾

宮森正先生ら（川崎市立井田病院）：がん終末期にIDAS（Integrated Distress Activity Score）によるQOL評価を連日実施したところ、深い持続的鎮静への相応性を客観的に確認できることを明らかにした。

及川佑介先生ら（砂川市立病院）：将来の意思決定能力低下に備えたACP（advance care planning）に関する意識調査を行ったところ、市民は積極的治療を優先し、医療関係者はQOLを優先することを明らかにした。

櫻井智穂子先生ら（千葉大学）：高齢がん患者が終末期において望む生き方と影響要因を調査分析したところ、最期には「家族の負担にならないように」準備する傾向を認め、その意向を理解し支援すべきことを示した。

鈴木優子先生ら（旭川厚生病院）：開設3ヶ月の緩和ケア病棟での看護師職務満足度への影響要因を調査したところ、「看護師間の相互影響」が最も職務満足度を増加させる要因であることを明らかにした。

松田陽一先生ら（大阪大学）：がん患者のオピオイドによる異常薬物関連行動について調査したところ、1.5%に同行動（偽嗜癖を除く）を認め、その総てがフェンタニル注射液使用・非高齢・男性であり、これらの患者では異常薬物関

連行動に留意すべきことを示した。

船木康二郎先生（富山市民病院）：ビスフォスフォネート製剤長期投与後に生じた非定型大腿骨骨折の前駆痛が神経障害性疼痛と鑑別困難であった症例により、同薬剤長期投与患者では非定型大腿骨骨折を常に念頭に置くべきことを示した。

久村和穂先生ら（小松市民病院）：社会的問題と支援ニーズ・身体状態・心理的問題の相関について調査したところ、回答者の8割が1ヶ月以内に社会的問題を経験し、その7割に支援ニーズがあり、身体状態や心理的問題と有意な相関があることを示した。

これらのいずれもが、新たな知見または有意な示唆を提供し、優秀ポスター賞にふさわしい内容であった。

## Current Insight

### がん診療ガイドライン

湘南鎌倉総合病院オンコロジーセンター 太田 恵一朗

がん対策基本法のキーワードに「均霈（きんてん）化」という言葉がある。どこでも誰もが、等しくある一定水準のがん医療を受けられるようにとの思いがそこに込められている。がん診療の均霈化に欠くことのできないツールが「がん診療ガイドライン」である。

2001年3月、日本胃癌学会が「胃癌治療ガイドライン」を発刊したのが始まりで、各専門分野の学会、研究会が独自に、各々の分野の臨床研究に基づく科学的根拠や現段階におけるコンセンサスを考慮して作成している。実臨床の診療内容を拘束するものではなく、あくまでも治療の指針であり、各患者個人の病態に応じた対応が望まれる。臨床試験で得られた新たな知見をもとに、ガイドラインは改訂される。また、ガイドラインに記載されている標準治療を参考に、新たな臨床試験の説明の際にも利用される。

そもそも診療ガイドラインとは、「特定の臨床状況において、適切な判断を行うため、臨床家（医師に限らない）と患者（家族や介護者も含む）を支援する目的で系統的に作成された文書」である（米国医学研究所Institute of Medicine, 1990）。2011年のIOMの定義では、「患者ケアの最適化を目的とする推奨を含む文書であり、エビデンスの系統的レビューと、他の選択肢の益と害の評価によって作成される」とある。

診療ガイドライン作成の方法論にGRADE(Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)がある。エビデンスの質と推奨の強さを系統的にグレーディングするアプローチであり、系統的レビューや診療ガイドライン作成および理解するための標準的な方法となりつつある。

診療ガイドラインの評価は国際的評価ツールであるAGREE(Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation)で行われる。今年6月29日に開催された医療情報サービスMindsの診療ガイドライン作成者のための意見交換会での報告では、2001年版AGREEIと2009年版AGREEIIの評価方法による差はなく、268編のガイドラインを評価し、一定水準を満たしたのは約半数の87編であった。AGREEIIの項目は1) 対象と目的、2) 利害関係者の参加、3) 作成の厳密さ、4) 提示の明確さ、5) 適用可能性、6) 編集の独立性の6領域である。この中で、ガイドラインの目的と対象者、そしてどのような転帰

を改善しようとしているかを明記することがガイドラインの質に反映するという。これからは量よりも質が問われる段階に入ったと説明された。

また一方で、わが国ではガイドラインに対する過大評価があるが、あくまで疫学的手法で得られた質の高い一般論である。複数の併存疾患を有する患者の状態や各医療施設の事情を考慮しながら、ガイドラインに医療スタッフの経験に基づく判断も加味しなければならないことも挙げられた。

## Current Insight

### 学会発表なんてたいして意味はありません

オンラインジャーナル（学会誌）編集委員会 委員長／  
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

タイトルはいささか過激だったかもしれないが、みなさんは研究に関して学会発表で満足してしまっていないでしょうか。ちょうどこの原稿を書いている最中に2013年度学術大会の抄録集が届いたので、私も真っ先に抄録をみてこんな研究発表があるのかとワクワクしています。しかし、残念ながら当日すべての口演を聞きに行くことはできないし、時間内にすべてのポスターを見ることも実際には難しいと思います。あとで論文として発表されればぜひ拝見したいという演題が多くみられます。

本学会の発表演題はここ数年で大きく質・量ともに向上したと思います。素晴らしい研究に仕上がっているものだけでなく、臨床的な問題に真っ向から取り組んだダイヤの原石のようなものも多いと思っています。本学会は学術大会での発表は1000題を超えていますが、残念なことに学術論文となって発表されているものは必ずしも多くないと思います。優れた研究が学会発表で終わってしまい埋もれており、大変残念なことと感じています。

研究は一般的にピアレビューを受けた雑誌に掲載されてはじめて意味があるものになります。学会発表はたとえ優れた発表であってもそのとき限りで終わってしまい、臨床的、学術的にあまり貢献しないことも少なくありません。論文にならないとデータベースにも蓄積されず、その後、「…で困った」「…を調べたい」というときに調べても詳細がわからず、参考にならないことが多いです。毎年同じような発表が繰り返されることもあり、これは学術的な進展がないだけでなく、臨床からの知見が患者さん・ご家族にすぐに届かないという点で、われわれの専門家集団としての怠慢もあると思います。そういった意味で本稿のタイトルを「学会発表なんてたいした意味はない」としました。

私は教育・研究者になったときに、研究成果はすべて学術論文として発表するように指導されました。それがデータを取らせていただいた患者さん・ご家族に対する最低限の礼儀であり、学術論文にならない研究をすることは倫理的に間違っていると教えられました。研究者は学会発表の数が論文の数を超えないようにと教育されることもあります。私これが完全に守って来たとはいえませんが、残念ながら失敗してしまい発表する価値がなくなってしまった場合やプレリミナリーな結果で、今後発展させて確かな結果が出てから学術論文にするというケース以外はすべての研究が学術論文にされるべきだと思って取り組んでいます。もちろんプレリミナリーな研究をしたならできるだけ確かな結果が出るまで研究を続けるべきだと思っています。

この文章は私的な意見を述べたものですが、このような背景もあり、本学会のオンラインジャーナル（学会誌）編集委員会では学術大会において発表された演題のうち論文として公表された場合にわが国の緩和医療に貢献が期待されると予想されるものに対して学会誌への投稿を提案する通知をすることにしました。詳細は本号の委員会報告をご覧ください。通知が行った方はぜひ、残念ながら編集委員がその研究の意義に気付かず通知が行かなかった方も、ぜひ学会誌や国内外の学術雑誌への投稿をご検討いただければと思っています。

## Journal Club

### 終末期がん患者の呼吸困難に対する非侵襲的人工呼吸（NIV）と酸素療法の無作為化比較試験

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 佐藤 一樹

Nava S, Ferrer M, Esquinas A, Scala R, Groff P, Cosentini R, et al. Palliative use of non-invasive ventilation in end-of-life patients with solid tumours: a randomised feasibility trial. *Lancet Oncol.* 2013;14(3):219-27.

#### 【目的】

最良の緩和医療を提供しても、多くの終末期がん患者は呼吸困難を経験する。非侵襲的人工呼吸（NIV）の忍容性と呼吸困難症状の緩和やオピオイド使用量減少に対する酸素療法を比較対照とした有効性を明らかにすることを目的とした。

#### 【方法】

イタリア、スペイン、台湾のICU7施設で、予後6か月以内と見込まれ、P/F比<250、呼吸困難症状を有する終末期がん患者を対象とした。すべての患者に5分間程度NIVを装着し、NIV装着可能であった患者に対し、高炭酸ガス血症の有無（炭酸ガス分圧PaCO<sub>2</sub> 45mmHgを基準）により層別無作為化し、NIV群と酸素投与群に割り付けた。NIV群は、BiPAP Visionを用い、呼吸終末陽圧PEEP=5cmH<sub>2</sub>O以上、吸気時圧支持=10cmH<sub>2</sub>O以上、吸入気酸素濃度FiO<sub>2</sub>は適宜設定し、動脈血酸素飽和度SaO<sub>2</sub>が90%以上となるように調整した。NIVは、患者・家族の希望時や看取りが近い時期、呼吸困難症状の改善時には中止した。酸素投与群は、ベンチュリーマスクまたはリザーバマスクを用い、SaO<sub>2</sub>が90%以上となるようにFiO<sub>2</sub>を調整した。主要評価項目はNIVの忍容性と呼吸困難症状（0～10のボルグスケール）の緩和やオピオイド使用量減少に対する酸素療法を比較対照とした有効性とした。

#### 【結果】

急性呼吸不全を有しICUに入室した終末期がん患者200名をNIV群99名・酸素投与群101名に無作為割り付けした。治療中止は、NIV群11名・酸素投与群0名であった。主な有害事象は、NIV群で嘔気・嘔吐5名、便秘4名、のどの乾燥6名、閉所恐怖6名不安・発汗4名など、酸素投与群で嘔気・嘔吐4名、便秘6名、不安・発汗4名などであった。呼吸困難感は、酸素投与群よりNIV群で有意に早く改善し（呼吸困難感の改善の差0.58, p=0.0012）、高炭酸ガス血症を有する場合はNIV開始後1時間でほとんどの患者に効果が認められた。治療開始後48時間でのモルヒネ投与総量は、酸素投与群（59.4±67.1mg）に比較してNIV群（26.9±37.3mg）で有意に少なかった。NIV中止の原因となった有害事象は、主にマスクによ

る不快症状と不安であった。モルヒネ投与中止となった理由は、重度の嘔気・嘔吐（両群1名ずつ）、突然の心停止（NIV群1名）、心筋梗塞（酸素投与群1名）であった。高炭酸ガス血症を有する場合、酸素投与群よりNIV群で有意に病院死が少なかった（HR=0.41, 95% CI 0.10-0.80）が、全体では病院死と有意な関連はみられなかった。

#### 【結論】

終末期がん患者の呼吸困難症状の緩和やオピオイド使用量減少に対する酸素療法と比較したNIVの有効性が示唆された。今後はNIVの予後に対する効果などより詳細に検証する必要がある。しかし、今回はNIV使用に慣れたICUでの研究であったため、本研究の知見の一般化は難しい。

#### 【コメント】

本研究の知見はICUでの調査結果であり、すぐに日本の一般病棟や緩和ケア病棟での呼吸困難感の緩和にNIVを推奨することはできない。急性呼吸不全の原因がさまざまであること、NIV装着に関連した不快症状があること、ICUであり医療者がNIVの管理に慣れていること、器材が利用しやすいこと、そもそもNIVを装着可能であった患者のみを研究対象としていることなどに注意が必要である。一方で、特に高炭酸ガス血症を有する患者に対し、モルヒネなど通常の緩和治療で緩和できない呼吸困難に対して鎮静以外の選択肢があることで、家族とお別れの時間を持てることや重要な意思決定ができることにつながるかもしれない。臨床応用のためには、NIVによる呼吸困難感の緩和治療の適用基準についてより詳細な研究が求められる。

## Journal Club

### がん患者と非がん患者における希望する死亡場所と 実際の死亡場所の一致に関する研究：系統的レビュー及びメタ分析

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

Billingham MJ, Billingham SJ. Congruence between preferred and actual place of death according to the presence of malignant or non-malignant disease: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care* 2013;3:144-154.

#### 【目的】

患者が望んだ場所で最期を迎えられるように調整することは緩和ケアにおいて重要である。本論文では、がん患者と非がん患者における希望する死亡場所と実際の死亡場所の一致に関して系統的レビューとメタ分析により明らかにすることを目的とした。

#### 【方法】

14のデータベースを利用し、1980年から2012年10月までに出版された研究をレビューし、メタ分析を行った。適格基準は、がん患者、非がん患者の単独群、または両群で患者の希望する死亡場所と実際の死亡場所を比較し一致しているかどうかを検証した研究に関するものである。選択された論文は独立した評価者によりレビューされ、データの抽出と

研究の質の評価が行われた。

【結果】

718本の論文が同定され、最終的に26本の論文が適格基準に該当した。該当した論文の多くは欧州のもので、そのうち12本の論文が英国であった。メタ分析により、がん患者は、非がん患者に比べ、患者が希望する死亡場所と実際の死亡場所での一致において有意な差がみられた（調整リスク比1.23, 95%信頼区間1.01-1.49）。死亡場所で在宅を希望する患者と希望しない患者では、実際の死亡場所での一致において有意な差はみられず（調整リスク比1.17, 95%信頼区間0.84-1.64）、また、在宅死亡で実際の死亡場所と希望する死亡場所との達成割合において、がん患者と非がん患者に有意な差がみられなかった（ $p=0.095$ ）。

【結論】

非がん患者は、がん患者に比べ、希望する死亡場所と実際の死亡場所が異なることが明らかになった。

【コメント】

本論文は、非がん患者の死亡場所と実際の死亡場所の一致において、がん患者と比較した貴重なレビューである。非がん患者は、がん患者に比べ、希望する死亡場所と実際の死亡場所が異なることが明らかになったが、認知症患者の場合、希望する死亡場所をどの段階で確認するべきか意思決定の問題も含め更なる検討が必要と考える。

## Journal Club

### 米国におけるがんサバイバーの心理社会的ケアの実態

東北大学大学院医学系研究科緩和ケア看護学分野 竹内 真帆

Forsythe LP, Kent EE, Weaver KE, Buchanan N, Hawkins NA, Rodriguez JL, Ryerson AB, Rowland JH. Receipt of psychosocial care among cancer survivors in the United States. *J Clin Oncol*.

2013 Jun 1;31(16):1961-9.

【目的】

がんサバイバーに対する心理社会的ケアが重要であることを示すため、がんが及ぼす心理社会的な影響について医療者と話し合ったり、専門家のカウンセリングやサポートグループ(PCSG)を利用したりする、がんサバイバーの集団ごとの特徴を明らかにし、心理社会的ケアの受給とケアに対する満足度との関係について調査した。

【方法】

米国の一般市民調査であるNational Health Interview Surveyの2010年のデータから、成人がん患者1,777名を対象に調査を行った。多重ロジスティック回帰を用いて、心理社会的ケアの受給と満足度の関連因子について調査を行った。

【結果】

55.1%のサバイバーが、医療者との話し合い、PCSGの利用のいずれも行っていないと報告した。31.4%では、医療者

との話し合いのみがもたれ、4.4%ではPCSGの利用のみが行われ、どちらも実施されたのは、8.9%であった。黒人、既婚者、乳がん患者、化学療法を行った患者、過去に何らかの研究調査の協力をした経験のあるサバイバーの方が医療者との話し合いをより行う傾向にあった( $P < .01$ )。ヒスパニック、40-49歳の患者、乳がん患者、一年以内のがんの診断を受けたもの、放射線療法を受けたもの、過去に研究調査に参加した経験があるものは、より多PCSGを利用している傾向がみられた( $P < .05$ )。何らかの心理社会的ケアを受けたサバイバーの方が、ニーズの充足度に対して“とても満足”とより多く回答する傾向にあった。

#### 【結論】

多くのサバイバーが、がんによる心理社会的影響について、医療者との話し合いを行っていないことが明らかになった。これはサバイバーの心理社会的サービスへのアクセスの機会を逃していることになる。今回のデータはがんに関連した心理社会的ケアのアクセスの改善に向けた取り組みが成功するための基礎データとなる。

#### 【コメント】

がんサバイバーに対する心理社会的なケアにおいては、医師以外の医療スタッフ(看護師や臨床心理士など)も重要な役割を担っている。多職種で連携し、PCSGの紹介も含めた情報共有や話し合いをすることの必要性が示唆された。本研究では、医療者からの説明・話し合いやPCSGの具体的内容までは示されておらず、ケアニーズも含め、関連因子について、さらに詳細な探索が必要である。

## Journal Club

### 胸腔留置カテーテルとタルクによる胸膜癒着術の悪性胸水に伴う 呼吸困難緩和に対する効果の比較

手稲溪仁会病院 総合内科・緩和ケアチーム 山口 崇

Davies HE, Mishra EK, Kahan BC, Wrightson JM, Stanton AE, Guhan A, Davies CW, Grayez J, Harrison R, Prasad A, Crosthwaite N, Lee YC, Davies RJ, Miller RF, Rahman NM. Effect of an indwelling pleural catheter vs chest tube and talc pleurodesis for relieving dyspnea in patients with malignant pleural effusion: the TIME2 randomized controlled trial. JAMA. 2012 Jun 13;307(22):2383-9.

#### 【目的】

悪性胸水に対する一次治療として胸腔留置カテーテルとタルク懸濁液による胸膜癒着術の呼吸困難改善効果を比較する。

#### 【方法】

2007年4月～11年2月の間に英国の7つの施設で参加募集されたオープンラベルの無作為化比較試験である。適格基準は成人の有症状性悪性胸水と診断され胸膜癒着術が適応と考えられたもので、除外基準は18歳未満、予測予後3カ月未満、

乳び胸水、患側に葉切除または肺全摘を行われた既往がある、胸膜癒着術の既往がある、胸腔内感染、白血球減少状態、2型呼吸不全、妊婦・授乳婦、不可逆的な出血傾向、不可逆的な視覚異常、とした。参加者はタルク群（胸腔ドレーン＋タルク懸濁液による胸膜癒着術）とカテーテル群（胸腔留置カテーテルで胸水抜水を繰り返す）に振り分けられた。参加者は12ヶ月後までフォローされた。呼吸困難・胸痛はVAS(0-100mm)で、QOLはEORTC-QLQ30で評価された。主要評価項目は最初の42日間の平均呼吸困難強度（VAS）とした。

#### 【結果】

106名（タルク群：54名、カテーテル群：52名）が試験に参加した。平均年齢（67歳vs67歳）、性別（男性割合44%vs43%）には差がなかった。原発巣は肺癌がタルク群で多く（16/54名vs9/52名）、乳癌がカテーテル群が多かった（11/54名vs16/54名）。試験開始時の呼吸困難VASの平均は55mmvs62mmとタルク群の方が低かった。最初の42日間における呼吸困難VASの平均値はタルク群24.4mm(95%CI: 19.4-29.4)、カテーテル群24.7mm(19.3-30.1)で有意な差はなかった（差0.16mm（-6.82-7.15; P=.96））。開始前と比較して呼吸困難VASの改善の平均値はタルク群30.2mm(22.0-38.4)、カテーテル群 37.0mm (29.2-44.8)であった。副次評価項目としては、6ヶ月目の呼吸困難強度（タルク群>カテーテル群）、入院期間（タルク群>カテーテル群）、有害事象発生頻度（カテーテル群>タルク群）に有意差がみられたが、それ以外（胸痛、QOLなど）は差がなかった。

#### 【結論】

悪性胸水患者において、胸腔留置カテーテルとタルクによる胸膜癒着術には有意な呼吸困難改善効果の差は見られなかった。

#### 【コメント】

本研究はがん患者の重大な合併症である悪性胸水の症状緩和治療に関する重要な比較研究である。本研究の結果は、あくまでも胸膜癒着術が胸腔留置カテーテルを上回る有益性が示せなかったのみであり、胸腔留置カテーテルがより優れているという結果ではない。副次評価項目でも、胸腔留置カテーテルは入院期間が短い一方で有害事象発生頻度が多いなど、それぞれの長所短所があることが今回の結果からうかがわせる。したがって、患者の状態や予後、希望などを踏まえながら治療法を選択していくのがよいと考えられる。

### Journal Club

## 高度催吐性リスク化学療法 of 突出性悪心・嘔吐治療における オランザピンとメトクロプラミドの二重盲検無作為化比較試験

手稲溪仁会病院 薬剤部 平手 大輔

Navari RM, Nagy CK, Gray SE. The use of olanzapine versus metoclopramide for the treatment of breakthrough chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients receiving highly emetogenic chemotherapy. Support Care Cancer.

2013 Jun;21(6):1655-63.

**【目的】**

高度催吐性リスク化学療法誘発性の悪心・嘔吐予防としては、アプレピタント、5-HT<sub>3</sub>受容体拮抗薬、デキサメタゾン（以下、DEX）を併用する3剤併用療法が標準となっているが、制吐剤を予防投与していたにも関わらず発現した突出性悪心・嘔吐に対し推奨される薬剤はない。オランザピン（以下、OLN）は化学療法に関連する突出性悪心・嘔吐のレスキューとしても有効な可能性はあるものの、ガイドラインでは予防投与の項に記載があるのみである。本研究では突出性悪心・嘔吐に対するOLNの有効性を検証した。

**【方法】**

化学療法治療歴のない高度催吐性リスク化学療法を受けるがん患者（シスプラチン $\geq 70\text{mg}/\text{m}^2$ またはドキシソルビシン $\geq 50\text{mg}/\text{m}^2$ +シクロホスファミド $\geq 600\text{mg}/\text{m}^2$ ）を対象としたメトクロプラミド（以下、METO）とOLNの治療効果を比較検討する第Ⅲ相二重盲検無作為化比較試験である。予防的制吐療法は化学療法開始前にDEX12mg、パロノセトロン0.25mg、ホスアプレピタント150mg、day2-4にDEX4mgを1日2回内服とした。化学療法終了後、悪心・嘔吐が出現した時点でOLN10mg 1日1回とプラセボ1日3回を内服する群（OLN群）もしくはMETO10mg1日3回とプラセボ1日1回を3日間内服する群（METO群）に無作為に割り付けた。モニタリング期間はOLNもしくはMETO内服後72時間とした。主要評価項目はモニタリング期間中に嘔吐を認めなかった患者数、副次評価項目はM. D. Anderson Symptom Inventoryで嘔気を認めなかった患者数（scale0-10で0）とし、両群の有意差検定はANOVAにより行なっている。

**【結果】**

276名の患者（年齢中央値62歳、年齢幅38-79歳、女性43%、ECOG PS0,1）が登録され、112名に突出性悪心・嘔吐が出現した。うち、108名について解析が可能であった。72時間のモニタリング期間中、OLN群39/56名（70%）、METO群16/52名（31%）に嘔吐が認められなかった（ $p<0.01$ ）。同様にOLN群38/56名（68%）、METO群12/52名（23%）に嘔気が認められなかった（ $p<0.01$ ）。試験を通じてGrade3/4の毒性は認められなかった。

**【結論】**

高度催吐性の化学療法を受ける患者に突出性の悪心・嘔吐が起こった場合、OLNはMETOよりも統計学的有意に症状をコントロールすることが出来る。

**【コメント】**

国内外で制吐療法のガイドラインが制定され予防的投与法は確立されてきたが、突出性悪心・嘔吐に対しては治療法が確立しておらず、推奨されている薬剤もない。日常臨床では5-HT<sub>3</sub>受容体拮抗薬やD<sub>2</sub>受容体拮抗薬などが経験的に使用されているものの、期待する効果が得られないことも多い。本研究では、突出性悪心・嘔吐に対しOLNは優れた有効性を示しており、他剤無効例では血糖測定を行った上で早期のOLNによるレスキューを考慮しても良いかもしれない。なお、わが国では悪心・嘔吐に対し保険適応外使用となる点、OLN投与量の検証が不十分な点には注意が必要である。

**学会印象記****EAPC（欧州緩和ケア学会）**

手稲溪仁会病院 臨床研修部 園田 博

EAPC2013のテーマは ” the right way forward” 。今後のグローバルな緩和ケアの発展に重点を置いたセッションが多かったのではないかと思う。また、プラハチャーターと称して、発展途上国における緩和ケア領域でのギャップや、人権問題の克服などに取り組んでいくことが会議の中心となった。

プログラム構成として印象的だったのは、毎日2回は、全ての参加者が参加できるようにplenary lectureが設けられてあり、そこでEAPCが目指す目標の共有と、参加者に対するリーダーシップ・コンピテンシーモデルが明確に示されていたところだ。オープンディスカッションには誰もが参加することができた。テーマに沿って、世界の周辺地域との連携、周辺分野との統合、緩和ケアの対象の拡大の必要性に関するセッションが開かれ、EAPCの目指す将来に対する姿勢が周知された。

各セッションのあいだに、時間的なゆとりがあるプログラム構成も肯定的に感じられた。同時並列で重複の多い、隙間のないセッション構成とは違い、各セッション後に余裕があるため、前後での立ち話や情報共有の時間があった。ポスターセッションでも、すべてのポスターに目を通しながら、プレゼンターとディスカッションする参加者が頻繁に見受けられ、EAPCの人材交流を大切にしようとする工夫が感じられた。

日照時間の長い夏の欧州は、朝早くから夜遅くまで人々が活動的だった。18時に学会が終わっても、そこから町に出て、ビールを片手にトワイライトタイムを楽しみながら、レストラン、広場、カフェなどでさらなる人材交流が行われたことだろう。今後もEAPCは、よりインターアクティブでダイナミックな変化を起こしながら、裾野を広げていこう。新規性と創造性を探究しようとする明確な姿勢から、参加者は大いに今大会のテーマである ” The right way forward” のEAPCのマインドセットを感じたのではないだろうか。

## 学会印象記

### 13th World Congress of the European Association for Palliative care

信州大学医学部附属病院 リハビリテーション部 作業療法士 高田 明子

2013年5月30日から6月2日にかけて、第13回EAPCがチェコ共和国のプラハ (Prague Congress Center)で開催されました。今回の日本からの発表者は27名でした。

今大会の演題数は、プレナリーセッションが14、パラレルセッションが92、Meet the expert が12、口述セッションが78、ポスターディスカッションが18、ポスター発表が890と大規模な学術大会でした。

リハスタッフの私としては、EAPC taskforces physiotherapy & occupational therapyが最も印象深いものでした。このセッションではEAPCの理学療法士と作業療法士が、国を越え終末期により良いリハビリテーションを展開することを目的として活動されてきた結果が実を結び、今大会でPotential and Possibility : Rehabilitation at end of lifeという本の出版に至ったということでした。まだ、日本でも終末期のリハビリテーションに関する知識や技術を記載した本はまだ少なく、リハビリテーション領域におけるトピックスでした。

「Spiritual Care」のセッションでは、会場の参加者の約半数が医師、残りの大多数が看護師、そしてチャプレン、

コメディカルスタッフ、倫理学者等と、多職種が一堂に会し、和やかでユーモアを交えて活発な質疑応答がなされている様子は、多職種会議の理想形の一つと映りました。

私の語学力は非常に拙いものですが、セッションやレセプションで多国、多職種の参加者との交流を通して、知識・技術の吸収はもちろんですが、EAPCの参加者のホスピタリティの高さに魅せられました。また、リハビリテーション領域の発表においても、日本より先んじた発表も多く非常に勉強になりました。

EAPC は、私を最も鼓吹してくれる学会であり、その素晴らしさをお伝えするには役不足ではありますが、百聞は一見にしかず、一人でも多くの日本の作業療法士、理学療法士の方に EAPC に参加をお勧めしたいと思います。

## 学会印象記

### 第18回日本緩和医療学会学術大会学会印象記

長崎大学病院緩和ケアチーム 医師 石井 浩二

第18回日本緩和医療学会学術大会（以下、学会）が、2013年6月21日、22日の2日間にわたり、異国情緒あふれる港町、横浜で盛大に開催された。メインテーマは「いきいきと生き、幸せに逝く」、大会ポスターともども何ともおしゃれである。

この四月から緩和ケアチームの一員となった筆者は、本学会へは初の参加だった。寛大な上司をはじめスタッフからの心遣いをいただき、学会前日の6月20日に開催された第15回日本緩和医療学会教育セミナーにも参加することができた。ガイドラインの解説から新規薬剤メサドンについてまで幅広く学ぶことができた。本セミナーは今後、学会の日程に組み込まれるとのことであつたので、より多くの学会参加者にとって受講しやすいものになりそうだ。

本学会の講演内容は症状コントロール、精神的サポート、ガイドライン解説、法改正による診療への影響などなど多岐にわたっており、どの会場へ行くべきか数週間前から悩んでいたが、いざ学会が開会すると学会場はあっという間に参加者で埋め尽くされてしまうほどだった。悩む間もなくなんとか空いていた会場へ滑り込んだが、参加者が入りきれず廊下まで参加者があふれている会場も出る程であつた。翌日は土曜日ということもあり学会場はさらに混沌としていたが、筆者は何とか2日間とも概ね計画通りのスケジュールで講演や発表を聞くことが出来た。

今回は初の緩和医療学会参加であつたので症状緩和やガイドラインについての講演を中心に受講したが、どの講演も今後の臨床に即展開できるような充実した内容だった。本学会で学んだことを今後の臨床へ活用し、患者さんにいきいきと生きていただけるような緩和ケアの提供を目指していきたい。

**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（2013年3月～2013年5月刊行分）

対象雑誌：N Engl J Med, Lancet, Lancet Oncol, JAMA, JAMA Intern Med, BMJ, BMJ Support Palliat Care, Ann Intern Med, J Clin Oncol, Ann Oncol, Eur J Cancer, Br J Cancer, Cancer

東北大学大学院緩和ケア看護学分野 佐藤 一樹（レビュー担当：宮下 光令、佐藤 一樹、清水 恵）

いわゆる“トップジャーナル”に掲載された緩和ケアに関する最新論文を広く紹介します。

【N Engl J Med. 2013;368(10-22)】

CPR への家族の同席 (Clinical Decisions)

Downar J, Kritek PA. Family presence during cardiac resuscitation. N Engl J Med. 2013;368(11):1060-2.

【Lancet. 2013;381(9868-80)】

終末期がん患者の呼吸困難に対する非侵襲的人工呼吸 (NIV) と酸素療法のRCT

Nava S, Ferrer M, Esquinas A, Scala R, Groff P, Cosentini R, et al. Palliative use of non-invasive ventilation in end-of-life patients with solid tumours: a randomised feasibility trial. Lancet Oncol. 2013;14(3):219-27.

がん患者の悪液質に対するenobosarmの二重盲検無作為化第Ⅱ相試験

Dobs AS, Boccia RV, Croot CC, Gabrail NY, Dalton JT, Hancock ML, et al. Effects of enobosarm on muscle wasting and physical function in patients with cancer: a double-blind, randomised controlled phase 2 trial. Lancet Oncol. 2013;14(4):335-45.

サハラ以南アフリカの緩和ケア (Series)

Harding R, Selman L, Powell RA, Namisango E, Downing J, Merriman A, et al. Research into palliative care in sub-Saharan Africa. Lancet Oncol. 2013;14(4):e183-8.

【JAMA. 2013;309(9-20)】

デュロキセチンの化学療法による末梢神経障害に対するRCT

Smith EM, Pang H, Cirrincione C, Fleishman S, Paskett ED, Ahles T, et al. Effect of duloxetine on pain, function, and quality of life among patients with chemotherapy-induced painful peripheral neuropathy: a randomized clinical trial. JAMA. 2013;309(13):1359-67.

【JAMA Intern Med. 2013;173(5-10)】

在宅ホスピスを受ける患者の収入や在宅ホスピスケアの状況と死亡場所の関連

Barclay JS, Kuchibhatla M, Tulsy JA, Johnson KS. Association of hospice patients' income and care level with place of death. *JAMA Intern Med.* 2013;173(6):450-6.

#### 終末期高齢者のACP（事前ケア計画）の希望と実際

Heyland DK, Barwich D, Pichora D, Dodek P, Lamontagne F, You JJ, et al. Failure to engage hospitalized elderly patients and their families in advance care planning. *JAMA Intern Med.* 2013;173(9):778-87.

【BMJ. 2013;346(7897-909)】

#### 乳がん術後5～7年での持続する疼痛と知覚障害

Mejdahl MK, Andersen KG, Gartner R, Kroman N, Kehlet H. Persistent pain and sensory disturbances after treatment for breast cancer: six year nationwide follow-up study. *BMJ.* 2013;346:f1865.

【BMJ Support Palliat Care. 2013;3(1)】

#### 死や終末期に対する英国国民の認識に関する系統的レビュー

Cox K, Bird L, Arthur A, Kennedy S, Kumar A, Pollock K, Stanton A, Seymour S. Public attitudes to death and dying in the UK: A review of published literature. *BMJ Support Palliat Care.* 2013;3(1):37-45.

#### 英国の緩和ケア患者登録制度での「緩和ケア患者」の定義に関するかかりつけ医GPの認識

Mitchell H, Noble S, Finlay I, Nelson A. Defining the palliative care patient: its challenges and implications for service deliver. *BMJ Support Palliat Care.* 2013;3(1):46-52.

#### “supportive care”の言葉の定義の明確化のための文献レビューと質的研究

Cramp FA, Bennett M. Development of a generic working definition of 'supportive care.' *BMJ Support Palliat Care.* 2013;3(1):53-60.

#### カナダの原住民での緩和ケアに関する認識

Johnston G, Vukic A. Cultural understanding in the provision of supportive and palliative care: perspectives in relation to an indigenous population. *BMJ Support Palliat Care.* 2013;3(1):61-68.

#### 進行期心不全患者への緩和ケア提供によるアウトカム改善と費用対効果、非無作為化比較試験

Pattenden JF, Mason AR, Lewin RJ. Collaborative palliative care for advanced heart failure: outcomes and costs from the 'Better Together' pilot study. *BMJ Support Palliat Care.* 2013;3(1):69-76.

#### オーストラリアの脳卒中ケア病棟での専門的緩和ケア紹介の関連要因

Eastman P, McCarthy G, Brand CA, Weir L, Gorelik A, Le B. Who, why and when: stroke care unit patients seen by a palliative care service within a large metropolitan teaching hospital. *BMJ Support Palliat Care.* 2013;3(1):77-83.

**繊維性間質性肺疾患の終末期患者での事前支持と情報ニーズに関する患者・介護者・医療者調査**

Bajwah S, Koffman J, Higginson IJ, Ross JR, Wells AU, Biring SS, Riley J. 'I wish I knew more ...' the end-of-life planning and information needs for end-stage fibrotic interstitial lung disease: views of patients, carers and health professionals. *BMJ Support Palliat Care*. 2013;3(1):84-90.

**終末期在宅療養での地域医療者による予測的処方課題**

Faull C, Windridge K, Ockleford E, Hudson M. Anticipatory prescribing in terminal care at home: what challenges do community health professionals encounter? *BMJ Support Palliat Care*. 2013;3(1):91-97.

**オーストラリアでのオピオイドによる便秘に対するメチルナルトレキソン処方の実態調査**

Clark K, Rowett D, Robinson M, Currow DC. Uptake of methyl naltrexone in Australian patients with opioid-induced constipation: a review of the number of prescriptions presented in the first 12 months of subsidization. *BMJ Support Palliat Care*. 2013;3(1):98-102.

【*Ann Intern Med*. 2013;158(5-10)】

**米国の前立腺患者のがん死亡/その他の原因による死亡と年齢・腫瘍・併存疾患の関連**

Daskivich TJ, Fan KH, Koyama T, Albertsen PC, Goodman M, Hamilton AS, Hoffman RM, Stanford JL, Stroup AM, Litwin MS, Penson DF. Effect of age, tumor risk, and comorbidity on competing risks for survival in a U.S. population-based cohort of men with prostate cancer. *Ann Intern Med*. 2013;158(10):709-17.

**メサドンによる不整脈の1997年～2011年での報告の傾向**

Kao D, Bucher Bartelson B, Khatri V, Dart R, Mehler PS, Katz D, Krantz MJ. Trends in reporting methadone associated cardiac arrhythmia, 1997-2011: an analysis of registry data. *Ann Intern Med*. 2013;158(10):735-40.

【*J Clin Oncol*. 2013;31(7-15)】

**米国のNational Consensus Projectによる小児がん緩和ケアガイドラインに関する遺族と小児腫瘍医の評価**

Kassam A, Skiadaresis J, Habib S, Alexander S, Wolfe J. Moving toward quality palliative cancer care: parent and clinician perspectives on gaps between what matters and what is accessible. *J Clin Oncol*. 2013;31(7):910-5.

**がん医療での針治療に関する系統的レビュー**

Garcia MK, McQuade J, Haddad R, Patel S, Lee R, Yang P, Palmer JL, Cohen L. Systematic review of acupuncture in cancer care: a synthesis of the evidence. *J Clin Oncol*. 2013;31(7):952-60.

**乳がん患者のフォローアップに関するASCOガイドラインの更新**

Khatcheressian JL, Hurley P, Bantug E, Esserman LJ, Grunfeld E, Halberg F, Hantel A, Henry NL, Muss HB, Smith TJ, Vogel VG, Wolff AC, Somerfield MR, Davidson NE. Breast cancer follow-up and management after

primary treatment: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol.* 2013;31(7):961-5.

#### がんサバイバーと非がん患者での併存疾患のケアの質指標を比較する後ろ向き研究

Snyder CF, Frick KD, Herbert RJ, Blackford AL, Neville BA, Wolff AC, Carducci MA, Earle CC. Quality of care for comorbid conditions during the transition to survivorship: differences between cancer survivors and noncancer controls. *J Clin Oncol.* 2013;31(9):1140-8.

#### 低リスク好中球減少症がん患者での経口抗生剤に関する多施設共同無作為化比較試験

Kern WV, Marchetti O, Drgona L, Akan H, Aoun M, Akova M, de Bock R, Paesmans M, Viscoli C, Calandra T. Oral Antibiotics for Fever in Low-Risk Neutropenic Patients With Cancer: A Double-Blind, Randomized, Multicenter Trial Comparing Single Daily Moxifloxacin With Twice Daily Ciprofloxacin Plus Amoxicillin/Clavulanic Acid Combination Therapy-EORTC Infectious Diseases Group Trial XV. *J Clin Oncol.* 2013;31(9):1149-56.

#### 小児・若年がん女性患者の妊孕性のガイドラインに関する文献的検討

Metzger ML, Meacham LR, Patterson B, Casillas JS, Constine LS, Hijiya N, Kenney LB, Leonard M, Lockart BA, Likes W, Green DM. Female reproductive health after childhood, adolescent, and young adult cancers: guidelines for the assessment and management of female reproductive complications. *J Clin Oncol.* 2013;31(9):1239-47.

#### 悪液質のある進行がん患者の食欲不振とその他症状に対するメラトニンの有効性を検証するRCT

Del Fabbro E, Dev R, Hui D, Palmer L, Bruera E. Effects of melatonin on appetite and other symptoms in patients with advanced cancer and cachexia: a double-blind placebo-controlled trial. *J Clin Oncol.* 2013;31(10):1271-6.

#### がんサバイバーの復職プロセスの性別による違い、フランスの大規模調査

Marino P, Luis Sagaon T, Laetitia M, Anne-Gaelle le CS. Sex differences in the return-to-work process of cancer survivors 2 years after diagnosis: results from a large French population-based sample. *J Clin Oncol.* 2013;31(10):1277-84.

#### リウマチ治療薬JAF阻害剤ruxolitinibの骨髄線維症に関連した症状に対する有効性を検証するRCT

Mesa RA, Gotlib J, Gupta V, Catalano JV, Deininger MW, Shields AL, Miller CB, Silver RT, Talpaz M, Winton EF, Harvey JH, Hare T, Erickson-Viitanen S, Sun W, Sandor V, Levy RS, Kantarjian HM, Verstovsek S. Effect of ruxolitinib therapy on myelofibrosis-related symptoms and other patient-reported outcomes in COMFORT-I: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Oncol.* 2013;31(10):1285-92.

#### ASCO臨床ガイドライン：がん患者でのCVカテーテルのケア

Schiffer CA, Mangu PB, Wade JC, Camp-Sorrell D, Cope DG, El-Rayes BF, Gorman M, Ligibel J, Mansfield P, Levine M. Central venous catheter care for the patient with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. *J Clin Oncol.* 2013;31(10):1357-70.

#### ベルギーのがん患者と非がん患者での終末期ケアの意思決定

(延命治療や積極的安楽死など)の2007年と1998年の比較

Pardon K, Chambaere K, Pasman HR, Deschepper R, Rietjens J, Deliens L. Trends in end-of-life decision making in patients with and without cancer. *J Clin Oncol.* 2013;31(11):1450-7.

#### QOPIによる米国の腫瘍内科の外来診療の質の評価、2006年～2010年の推移

Neuss MN, Malin JL, Chan S, Kadlubek PJ, Adams JL, Jacobson JO, Blayney DW, Simone JV. Measuring the improving quality of outpatient care in medical oncology practices in the United States. *J Clin Oncol.* 2013;31(11):1471-7.

#### がん患者の筋肉量減少はBMIと独立した予後因子となる

Martin L, Birdsell L, Macdonald N, Reiman T, Clandinin MT, McCargar LJ, Murphy R, Ghosh S, Sawyer MB, Baracos VE. Cancer cachexia in the age of obesity: skeletal muscle depletion is a powerful prognostic factor, independent of body mass index. *J Clin Oncol.* 2013;31(12):1539-47.

#### がん専門家によるがん医療の質改善の介入のレビュー

Coory M, White VM, Johnson KS, Hill DJ, Jefford M, Harrison S, Winship I, Millar J, Giles GG. Systematic review of quality improvement interventions directed at cancer specialists. *J Clin Oncol.* 2013;31(12):1583-91.

#### 青年期にある(YA世代の)進行がん患者での患者-腫瘍医関係、心理社会的QOL、治療アドヒアランスの関連

Trevino KM, Fasciano K, Prigerson HG. Patient-oncologist alliance, psychosocial well-being, and treatment adherence among young adults with advanced cancer. *J Clin Oncol.* 2013;31(13):1683-9.

【*Ann Oncol.* 2013;24(3-5)】

なし

【*Eur J Cancer.* 2013;49(4-8)】

#### 欧州でのがん患者のリハビリの指標EUROCHIP-3

Baili P, Hoekstra-Weebers J, Van Hoof E, Bartsch HH, Travado L, Garami M, Di Salvo F, Micheli A, Veerus P. Cancer rehabilitation indicators for Europe. *Eur J Cancer.* 2013;49(6):1356-64.

#### マインドフルネス・ストレス低減法による乳がん患者の不安・抑うつ軽減を示したRCT

Wurtzen H, Dalton SO, Elsass P, Sumbundu AD, Steding-Jensen M, Karlsen RV, Andersen KK, Flyger HL,

Pedersen AE, Johansen C. Mindfulness significantly reduces self-reported levels of anxiety and depression: results of a randomised controlled trial among 336 Danish women treated for stage I-III breast cancer. *Eur J Cancer*. 2013;49(6):1365-73.

#### がん患者の死亡場所の希望に関するかかりつけ医GPの理解、欧州4か国の調査

Ko W, Beccaro M, Miccinesi G, Van Casteren V, Donker GA, Onwuteaka-Philipsen B, Miralles Espi MT, Deliens L, Costantini M, Van den Block L. Awareness of general practitioners concerning cancer patients' preferences for place of death: evidence from four European countries. *Eur J Cancer*. 2013;49(8):1967-74.

【*Br J Cancer*. 2013;108(5-10)】

#### 進行がん患者の全般的QOLの関連要因

A MR, Mayo NE, Gagnon B. Independent contributors to overall quality of life in people with advanced cancer. *Br J Cancer*. 2013;108(9):1790-800.

#### 看取りのパス「リバプール・ケア・パスウェイ」は看取りの時期でのケアの質を改善するか

Mayland CR, Williams EM, Addington-Hall J, Cox TF, Ellershaw JE. Does the 'Liverpool Care Pathway' facilitate an improvement in quality of care for dying cancer patients? *Br J Cancer*. 2013;108(10):1942-8.

【*Cancer*. 2013;119(5-10)】

#### 緩和ケア領域の臨床試験での対象の脱落の発生状況、その理由と予測因子

Hui D, Glitza I, Chisholm G, Yennu S, Bruera E. Attrition rates, reasons, and predictive factors in supportive care and palliative oncology clinical trials. *Cancer*. 2013;119(5):1098-105.

#### 化学療法施行時の予防的制吐薬使用に関するNCCNガイドラインの順守状況、米国テキサス州

Gomez DR, Liao KP, Giordano S, Nguyen H, Smith BD, Elting LS. Adherence to national guidelines for antiemesis prophylaxis in patients undergoing chemotherapy for lung cancer: a population-based study. *Cancer*. 2013;119(7):1428-36.

#### CONNECTというがん患者と腫瘍医のコミュニケーション促進ツールに関するRCT

Meropol NJ, Egleston BL, Buzaglo JS, Balshem A, Benson AB, 3rd, Cegala DJ, Cohen RB, Collins M, Diefenbach MA, Miller SM, Fleisher L, Millard JL, Ross EA, Schulman KA, Silver A, Slater E, Solarino N, Sulmasy DP, Trinastic J, Weinfurt KP. A Web-based communication aid for patients with cancer: the CONNECT Study. *Cancer*. 2013;119(7):1437-45.

#### がん患者の心的苦痛のケアのための医療者のコミュニケーション技術

Chochinov HM, McClement SE, Hack TF, McKeen NA, Rach AM, Gagnon P, Sinclair S, Taylor-Brown J. Health care provider communication: an empirical model of therapeutic effectiveness. *Cancer*. 2013;119(9):1706-13.

**つらさの寒暖計を用いた苦痛スクリーニングの妥当性と利用可能性、イタリアの全国調査**

Grassi L, Johansen C, Annunziata MA, Capovilla E, Costantini A, Gritti P, Torta R, Bellani M. Screening for distress in cancer patients: a multicenter, nationwide study in Italy. *Cancer*. 2013;119(9):1714-21.

**姉妹が乳がんと診断された女性の苦痛と乳がんリスクの認識**

Metcalfe KA, Quan ML, Eisen A, Cil T, Sun P, Narod SA. The impact of having a sister diagnosed with breast cancer on cancer-related distress and breast cancer risk perception. *Cancer*. 2013;119(9):1722-8.

**局所前立腺がんに対する3種類の放射線照射方法でのQOLの比較**

Gray PJ, Paly JJ, Yeap BY, Sanda MG, Sandler HM, Michalski JM, Talcott JA, Coen JJ, Hamstra DA, Shipley WU, Hahn SM, Zietman AL, Bekelman JE, Efstathiou JA. Patient-reported outcomes after 3-dimensional conformal, intensity-modulated, or proton beam radiotherapy for localized prostate cancer. *Cancer*. 2013;119(9):1729-35.

**非小細胞がん患者に対する緩和ケアのオンラインサポートシステムに関するRCT**

Gustafson DH, DuBenske LL, Namkoong K, Hawkins R, Chih MY, Atwood AK, Johnson R, Bhattacharya A, Carmack CL, Traynor AM, Campbell TC, Buss MK, Govindan R, Schiller JH, Cleary JF. An eHealth system supporting palliative care for patients with non-small cell lung cancer: a randomized trial. *Cancer*. 2013;119(9):1744-51.