



日本緩和医療学会

ニューズレター

November 2013

61

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

次回学術大会に向けて

島根大学医学部麻酔科学・緩和ケアセンター 齊藤 洋司

このたび、第19回日本緩和医療学会学術大会の大会長を務めさせていただきますことを誠に光栄に存じます。日本緩和医療学会は会員1万人を超える学術団体であり、2012年には日本医学会分科会となりました。日本における緩和ケアの普及、充実が急速な勢いで進んでおり、日本緩和医療学会への期待はますます大きなものとなっています。この中で、学術大会は、最新の科学、ケア、教育、社会の情報を収集、交換、議論し、課題と方向性を導き出すという重要な役割を担っています。この役割を果たすべく、第19回学術大会は、「今を知り、明日に活かす」学術集会を目指したいと考えます。20年を迎えるにあたり、日本緩和医療学会のこれまでの活動を振り返り、今を見つめる節目の時期でもあると考えます。「今」を的確に見つめることで、私達の目指すべき方向性を共に考え、短期、長期の臨床、研究、教育の明日からの実践に繋がりたいと思います。

今回の学術大会は「これでいいのだ！」をメインテーマに2014年6月19日（木）から21日（土）、神戸市で開催いたします。このテーマは、患者さんや家族がその一瞬、その日、その月、その年をこれでよかった（これでいいのだ！）と思える、その人らしい生活を支えることが緩和ケアであるという思いを込めたものです。医療者は日々の緩和ケアを振り返り、これでいいのだ！と思える緩和ケアを提供していく、これもこのテーマに込められたものです。

会期は3日間となりますが、プログラム構成は初日が教育セミナーと理事会をはじめとする会議、2日目、3日目が主たる学術プログラムであり、これまでの構成と全く同じものです。多職種が集い、多くの領域を網羅する本学会の特徴を十分に活かし、有意義な学術大会の運用を実現するため、学術集会の企画、運営の基盤となる組織委員会には新しい体制を導入しました。具体的には、組織委員は従来の半分以下の少人数とし、組織委員会の下に組織委員が長となる6領域のワーキンググループ（WG）を設置しました。各WGの担当領域において十分に吟味した企画案を組織委員会での全体審議に諮り決定するというシステムです。

第19回学術大会が明日の緩和ケアの発展に寄与できる学術大会となりますよう、ご支援、ご協力のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

教育講演3

緩和ケアとユーモア

座長・報告 聖隷クリストファー大学 小島 操子

柏木哲夫先生は、アメリカで精神医学の研修を積まれ、帰国後、淀川キリスト教病院に精神神経科を、またホスピスを開設され、日本にホスピスケアを発展させた第一人者でございます。その後、大学教授、学院長になられてからも、臨床で、また教育の場でエネルギーにご活躍でございます。

先生のご講演は、いつもながら参加者の心をしっかりとらえて、ユーモアたっぷりに私たちの欠点にふれ、笑いを引き出し、教育的示唆に富んだ笑いで学びと元気をいただきました。

先生は、緩和ケアという臨床の場におけるユーモアの重要性について、ユーモアの定義、機能・役割などに関して例をあげながら具体的に述べられました。それらの内容は、まず、ユーモアの語源から、人間はユーモア無しには生きていけないだろうと。そして、ドイツの定義から「(苦しい、死が近い・・・)にもかかわらず笑うこと」また、「他の人への愛と思いやりの現実的な表現であること」をあげられ、機能として、つらいこと、悲しいことの間には距離をおくことが可能になる「自己距離化」の働きと、人と人之间存在する「立場の壁を崩す」ことをあげられました。

ご自身や患者様の言葉や作品を例にあげながら説明され、真剣さと、あたたかい笑いにつつまれながら、患者様のとまどいや本音を沢山学ばせていただきました。

また、よりよい医療・看護、緩和ケアを行うために、ユーモアのセンスが自分たちのストレスを解消したり、コミュニケーションを促進したり、楽しい雰囲気やポジティブな雰囲気を作るのに、いかに大切か改めて思われました。

参加者の皆様の様子から、笑いとお話につつまれ、明日へのエネルギーをいただいた柏木先生のご講演は、東口学術大会会長のご意向にそった素晴らしいフィナーレであったのではと感動させられました。

インターナショナルセッション3

40 years of palliative care in Canada; lessons learned and challenges ahead

座長・報告 がん研究会有明病院 がん治療支援緩和ケアチーム、麻酔科 服部 政治

私が座長の任を務めたインターナショナルセッション3には、カナダで緩和医療の推進にご尽力されているBernard J. Lapointe先生にご登壇いただき、これまで緩和医療を医療の現場に根付かせるために行ってきたことやこれからの展望についてご講演いただいた。”40 years of palliative care in Canada; Lessons learned and challenges ahead”の表題ではじまり、実にゆっくりとした英語で、語りかけるようにお話ししてくださいました。

1974年、ホスピス・緩和ケア運動はカナダの2大教育病院にはじまった。日本や欧米諸国がホスピス、ケアハウス、在宅医療からはじまり、数々の運動を経て教育施設へ、政策へと移って行った経過とは異なる点が特徴的だと思えた。教育施設で始まるということは、その教育施設を経る医師はきっと「緩和医療」という概念を自然なものとして捉えることができるでしょう。その後40年間の間に多くの啓発がなされて“National Care Giver’s Day”が制定されるなど、家

族や介護者をも勇気づけるような運動も実現している。彼は、緩和医療を成功させるための取り組みには、Politics, Physician aid in dying, Cost, Quality and Consistency, Education をしっかりと実施していく必要があると強調された。それでも、まだ国民の多くがend of life careに辿り着けていないという問題点もあるのだという。日本との文化や宗教のちがいもあるのかもしれないが、euthanasia（安楽死）を法制化しようという動きもあるとのことだった。

日本でも、「緩和医療」を啓発しようと学会やいろいろな協会が努力をしているが、まだまだ国民に根付かせるには至っていない。医療者に対しても不十分である。大学での講義時間も少なく、また臨床実習を組ませることも十分にはできていないという実状であろう。日本はまだカナダの20年前にやっとたどり着いたところなのだろうか・・・と座長席で講演を拝聴しながら思っていた。

シンポジウム3

癒し環境を提供するための工夫

座長・報告・演者 聖路加国際病院 緩和ケア科 林 章敏
座長 医療法人東札幌病院 看護部 長谷川 美栄子

このシンポジウムは、今大会の裏テーマである「癒し」を取り上げるものであった。第2会場である会議センターメインホールで大会初日6月21日（金）10:30-12:00に開催された。座長は東札幌病院の長谷川美栄子氏と林が務め、シンポジストからは患者に癒し環境を提供するために、医療における様々な視点と立場から発表がなされた。

はじめに、基調講演として林が総論的な話をした。人的環境、施設や環境としての工夫、また財政的な裏付け等について話が及んだ。

次いで、東札幌病院の看護師遠藤佳子氏から、「五感に注ぎ、人によってつなぐ癒しの環境」について、大和会在宅サポートセンター村山大和診療所の訪問看護師渡邊美華氏からは「STAS-J導入による診療所看護師意識の変化と、看護師自身の癒し効果」について、日本生命済世会付属日生病院緩和ケアチーム、神経科・精神科の臨床心理士丸山加奈氏からは「臨床心理士による無菌室入室患者への面接の取り組み」についてそれぞれ発表がなされた後、フロアとのディスカッションとなった。

癒し人としての人と人とのつながりの重要性や、気付きと肯定の大切さ、また、一人ひとりの努力としての取り組みのみならず、システムとして取り組むことによる効果などが話題にあがり、それぞれの重要性を再認識することができた。

会場全体に広がる音楽やもてなしの心と雰囲気のもと、この大会に参加することによって癒された参加者も多くいたことと思われた。

シンポジウム4

災害と緩和ケア ～東日本大震災から学ぶ～

座長・報告 君津中央病院 放射線治療科 清水 わか子
座長・演者 東京大学医学部附属病院 放射線科、緩和ケア診療部 中川 恵一

東日本大震災から3度目の夏を迎える今、被災地以外では既に震災が「過去のこと」になりつつあるような印象を否めない。しかし、現実には復興の道のりも遠く、また震災で明らかになった諸問題も多くが未解決のままである。このシンポジウムでは、実際に被災した立場や震災直後の支援活動に関わった立場、さらにその後の支援活動を行っている立場など複数の視点からの基調講演2題と口演発表3題を通じて、震災発生直後および現在の問題点や「今、我々に求められること」についての討論を行った。

東京大学の中川先生の基調講演は、原発事故という他の被災地とは異なる要因がある福島への厳しい現実を、生々しく衝撃的な形で提示するものであった。また、高橋参議院議員の基調講演では、震災直後、政治・行政の現場でどのような問題があり、それに対してどのように対応されたかについて具体的に情報が提供された。

続いて、DMAT・JMAT 活動で被災地に赴いた岩田先生からは、救命救急とは少し違った様相を示した実情についての報告があった。特に、オピオイドの調達や被災地への情報の伝達の難しさは、今後、解決を要する問題であるという印象を受けた。

被災地を代表する形になった大船渡病院の村上先生は、ご自身の体験を率直に語り、「未だ、決して何も終わっていない」という事実を会場に伝えられた。語ることの精神的負担には計り知れないものがあったが、やはり当事者の視点からの語りから会場に伝わるものは大きかった。「当時のことを、キチンと整理できていない」という村上先生の言葉には、「あの時」についての検証作業は、これから本格的に行わなくてはならず、それには被災していない我々が関わっていくべきであると痛感させられた。

そして、現在も「お医者さんのお茶っこ」で被災者支援活動を続けられている儀賀先生は、被災者の方々の現状について、暖かいまなざしを持った報告があった。

限られた時間の中で、十分に討論をしたとはいえないが、「東日本大震災から学ぶ」ということは、過去の経験としてではなく、現在進行形の現実を「学び続ける」ことであると認識できたことは一つの収穫であった。

重いテーマではあったが、シンポジウムが終わるころには会場全体が何か暖かい雰囲気にも包まれていた。「今の我々に何よりも求められるのは、『忘れないこと』」と皆の心に届いた90分であったなら幸いである。

シンポジウム10

緩和ケアで結ぶ地域連携

座長・報告 東札幌病院 MSW課 田村 里子
座長 佐賀大学医学部附属病院 地域包括緩和ケア科 佐藤 英俊

シンポジウム10. 緩和ケアで結ぶ地域連携において、緩和ケアというキーワードで、地域をいかに結び繋いでいくかについて、活発な議論がなされた。

「都道府県がん診療連携拠点病院における地域医療者支援・在宅療養支援を重視した緩和ケア病床設立の意義」（兵庫県立がんセンターの駒沢伸泰先生）は、在宅緩和の後方支援を行う目的で、がん診療連携拠点病院に緩和ケア病棟を設立した効果について発表された。

「緩和ケア病棟における救急患者受け入れの実践と運営方法の検討」（国立病院機構豊橋医療センター外科 佐藤健先生）は、緩和ケアの救急対応について述べ、緩和ケア病棟が緊急時に常時入院を受け入れることが出来る事が地域医療機関との信頼の要との指摘がされた。「在宅緩和ケア地域連携パスの評価」（富山県済生会高岡病院 澤田幸一郎先生）は、連携パスの使用が、最後まで自宅で過ごす事に効果があると述べられた。

「ICTを活用した在宅緩和ケアと退院後モニタリング・ケア・カンファレンスについて」（尾道総合病院 石川哲大先生）は、事例を通し、スタッフの情報共有と、連携した後のモニタリングを得ることで、シームレスな地域連携・在宅緩和ケアが可能になることを示された。「がん地域連携ワークショップin名寄を開催して～北海道名寄市の地域連携の課題抽出と解決策の模索～」（名寄市立総合病院堀井一樹先生）は、地域介入のプロジェクトで課題を抽出し解決のための共同作業で、顔の見える関係作りの効果を述べられた。

「緩和ケアで結ぶ地域連携～MSWの立場から～」（総合病院山口赤十字病院 橘直子先生）は、MSWの立場からのネットワークの実際を伝えられた。

「退院時カンファレンスの重要性～退院初日から安心して過ごせる環境を整えるために～」（らいふ薬局 藤堂延彰先生）は、退院時カンファレンスに薬剤師が参加する意味について考察された。

多方面からの発表により、示唆に富むシンポジウムとなった。

パネルディスカッション5

End of life を考える ～日本人と和の心

座長・報告・演者 飛驒千光寺／京都大学大学院医学研究科 大下 大圓
座長 京都大学大学院医学研究科人間健康科学専攻 若村 智子

最初に基調提案として、大下大圓が日本人の心性について、インド哲学から流れをくむ思想的背景や、日本人の活動形態を端的に表す「和」の意味の解釈を加えた。和とは「こえを合せる、やわらぐ、かなう、あつまる、ゆるす、なかなかおりする」とあり、古字においては「穌」であり、「ととのう、やわらぐ、あう」であるとして、衆縁和合の精神が融和的な思考を生み出したことを説明した。なおその精神性は現代においては「全体的」「全的」「全体論的」と表記される「holistic」と類似性を持ち、「ホリスティック医学」や「チーム医療」に反映されているとした。「和の医療」を提言したあとに3人の演題発表があり、日本人の精神性に基づいた緩和医療の方向性を全体でも議論した。

1番目に、新潟の白根大通病院ホスピス医である長谷川聡さんは「特殊な自然環境のもと、日本人は独自の風土・文化・歴史を築き、宗教に深くは依存しない精神性が培われた。その精神的基盤として「農耕民族的社会性」の影響が特

に強く、協調性や和が重視された。人との繋がりが心の拠り所となるのである。一方その欠如は、心的苦悩の大きな要因にもなりうる。終末期の心理・精神面を理解するため、「全人的苦痛」とは異なる「和心」の視点でも苦悩を捉えることが大切である」と提言された。

2番目に岩手県でホームケアクリニックえんの訪問看護師である高橋美保さんは「地域の『早く逝きたい』という言葉は穏やかな響きを持つ。理由として、生活の中では『いのち』を伝える場があり、伝える人がおり、日々の営みがある。生死を特別なことにせず、あたりまえに過ごしている。だからこそ私達は、いのちに関わる者として目の前の方が生活の中で大事にしていることを『伝えることができるように』地域の人と共に、つらさを軽減できる知識と技術、こころを持っていきたい」と。

3番目には、東北大学大学院文学研究科准教授の谷山洋三さんは「様々な調査によると、特定の宗教（成立宗教）を信仰している人々は約2割ほどだが、墓参りや仏壇・神棚に手を合わせる人々は7割以上になる。例えば仏壇には、本来仏教とは無関係なはずの祖先信仰の要素が強く入り込んでおり、特に、先祖の霊の依り代である位牌に具現化される。このように、和の心に適ったスピリチュアルケア、宗教的ケアについて考えるとき、民間信仰という側面は重要であり、臨床宗教師の研修にも活かされている。」と提言された。

医療では、日頃から分析的な思考を科学的なものとして重視しがちである。しかし、3人の演題は、目の前に起こる事象を統合した形で読み取る重要性を日本人の心として述べたものであった。これは基調講演と深く呼応し、End of lifeのひとつの様相を描き出すことになった。

パネルディスカッション8

高齢者の緩和ケア

座長・報告 青森県立中央病院 緩和医療科 蘆野 吉和
座長 株式会社ケアーズ 白十字訪問看護ステーション 秋山 正子

このパネルディスカッションでは7題の発表があり、短時間ではあったが総合討論が行われた。

齊藤義之氏（新潟市）は、地方都市では、地域の緩和ケアの受け皿がないため、高齢がん患者が治療を受けたがん専門病院で亡くなっている実態を報告し、緩和ケアの地域連携を積極的に推し進める必要性を強調した。笹川優美氏（清水市）は、病院で死亡した80歳以上のがん患者では、80歳以下のがん患者と比較し、「何もしない」選択が家族および医療者に許容される傾向があると分析し、意思決定を含め高齢者の思いや苦痛に寄り添う必要性について問いかけた。杉本由佳氏（名古屋市）は、独居高齢者がん患者および認知症がん患者の在宅看取りを報告し、症状緩和治療をしっかり行い、多職種協働で生活環境を整備することで自宅での看取りは可能であることを報告した。同様に、姫野美穂子氏（東京都東大和市）は、独居高齢者の在宅看取りを報告し、地域全体での支援体制の整備、事前の個々人の状況に応じた対策を講じることが重要であると述べた。吉村純彦氏（十和田市）は、急性期病院が展開している地域の医療介護職種との連携を基盤とした緩和ケア活動について紹介し、高齢者に対する緩和ケア実践上の課題として、「生活を支える医療」への視点の転換が必要であること、意思決定の経験知となりうる看取りを病院から地域に戻すことが必要であることを提示した。荒金英樹氏（京都市）は、「地域ケアステーション」について紹介し、この活動が地域の高齢者の多

様なニーズ（緩和ケア、嚥下リハ、食）への対応、多職種協働の基盤となっていること、そして加齢や死の問題に関する市民啓発活動となっていることを報告した。平原佐斗司氏（東京都北区）は、高齢者のがんと非がんの緩和ケアの特徴と課題を提示し、高齢者に対しては基本的な緩和ケアと看護ケアの手法が必要であり、緩和ケアでは緩和医療学と老年医学の融合が必要不可欠であることを強調した。

なお、総合討論では、高齢者の緩和ケアにおいては地域全体での取り組みが重要であるとの共通認識が得られた。

ワークショップ1

補完代替療法の現況と展望

座長・報告 早稲田大学 先端科学・健康医療融合研究機構 大野 智
座長 藤田保健衛生大学病院 看護部 緩和ケア病棟 浦崎 優子

わが国のがん患者の約半数は補完代替療法を利用しているとされている。しかし、補完代替療法に関する正確な情報は乏しく、患者やその家族への対応に苦慮することが多い。そこで今回、補完代替療法の定義や現状を改めて確認した上で、がん患者と補完代替療法の関係を理解し、最新の科学的根拠を踏まえ、日常の診療・ケアに活かせるノウハウを習得することを目的にワークショップが企画され、演者として6人が登壇した。

福原敬先生（札幌厚生病院）には緩和ケア病棟における音楽療法の実践を通しておこなった質的研究の成果を発表いただいた。その結果、好きな音楽を聴くことは臨死期の患者にとって好ましい精神的あるいは身体的な反応が認められる可能性について言及された。新倉晶子先生（日本赤十字社医療センター）には緩和領域の医療施設に音楽療法の実施状況についてのアンケート調査結果を報告いただいた。さらに会場において即興での音楽療法もご披露いただいた。早川貴子先生（NPO法人整膚美肌褥瘡予防協会）には伝統的な経絡学説と現代生理学理論に基づいた「整膚」について解説していただくとともにヒト臨床試験の研究成果についても紹介いただいた。相原由花先生（ホリスティックケアプロフェSSIONALSスクール）にはアロママッサージの作用メカニズムについて分かりやすく説明していただくとともに日本の医療現場における実態調査や緩和ケア病棟に入院中のがん患者を対象とした臨床研究結果について発表いただいた。今津嘉宏先生（芝大門いまづクリニック）には厚労省研究班にて実施された医師・薬剤師に対する漢方の意識調査の結果を報告いただいた。小俣浩（埼玉医科大学）にはがん患者を対象とした鍼治療の科学的根拠をレビューしていただいた。

総合討論では、実際に補完代替療法を医療現場で活用するにあたり、専門の知識と技術を有した人材の確保や費用の問題について課題が残されている点が議論された。また、医療者への補完代替療法に関する教育の必要性についても意見が出された。

なお、学会終了後、会場で資料として配付した「がんの補完代替医療ガイドブック（第3版）」について問い合わせをいただいた。追加で要望される場合は、以下に問い合わせいただきたい。

〒173-8605

東京都板橋区加賀2-11-1

帝京大学医学部臨床研究医学講座

大野 智

TEL: 03-3964-1211 (代表)

E-mail: ohno55@med.teikyo-u.ac.jp

ワークショップ3

患者、家族の否認、怒りを理解するための必須コミュニケーション

座長・報告 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 生体制御学専攻 内富 庸介

座長・演者 群馬県立がんセンター 精神腫瘍科・総合相談支援センター 大庭 章

ある程度臨床を経験して振り返った時、印象深く思い出す症例の中に否認や怒りの症例が必ずあると思う。狭くはない会場であったが、通路まで座って、内外に人が溢れていた。

本セッションの冒頭に、基本的知識の提供を群馬県立がんセンター 精神腫瘍科の大庭 章先生から解説。その後、一般公募ながら珠玉の報告ばかりであった。

市立伊丹病院 緩和ケアチームの堀木優志先生は、がん診断後の急性期患者に、否認、妄想が出現し、非常勤医の精神科医と協働して抗精神病薬を用い、否認から来る妄想反応としてチームで理解を深め対応をした症例報告であった。精神科医の参加をスムーズにチームを整えるスマートな活動報告であった。

大阪市立総合医療センター 緩和医療科の相木佐代先生は、死への不安からモルヒネ剤を治療拒否する家族、相対する患者・医療者の症例を報告し、根気強く、背景にある家族の不安に対処して、患者の意向に沿った緩和ケアをまさに積み上げ実現した報告であった。

金沢医療センター精神科・緩和ケアチームの小室龍太郎先生は、日本サイコオンコロジー学会が厚生労働省委託事業で行っているコミュニケーション技術研修会の上級編としてはじめた、「怒り」に対応するコミュニケーション研修の内容について報告された。怒り、否認、意見の食い違う家族など、まだまだ克服すべき状況はなお存在し、実践に活かせる模擬患者研修の有用性を紹介した。

サザン・リージョン病院 麻酔科 緩和ケア病棟の大瀬 克広先生は、自分自身の怒りの理解とセルフコントロールを、これまでのアンガーマネジメントに関する資源を活用して自らの経験、実践を織り交ぜスマートに紹介された。怒りという感情自体を全くなくすのではなく、それによって生じる自分の行動の内容や程度、頻度、対象や状況を見つめなおすことを提唱している。聴衆を含め、希望の持てるスキルであり魅了された。

以上、簡略に報告したが、身体の痛みへの理解に加え、まさに心の痛みへの理解に関心が高まりつつあることを肌で感じた横浜大会であった。それが、現在、多くの会員の共通項として確認でき、次大会もさらに広い会場での関連セッションを望む。

ワークショップ5

緩和ケア病棟の現状と将来像

座長・報告・演者 国立病院機構豊橋医療センター 外科・緩和ケア 佐藤 健
座長 大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻 荒尾 晴恵

日本の緩和医療の歴史上、実践の牽引役としてのホスピス・緩和ケア病棟の役割は大きく、その現状と将来像を探る重要な企画であり、関心は高く、満席の会場で熱気のある時間となった。

基調講演は中世からアイルランドの近代ホスピス、現代に繋がるホスピス運動の歴史と、豊橋医療センターの取り組み、地域の市民団体と共に普及活動を行い、国に請願し実現した市民と共に創造したホスピスであること、三つの入院形態（症状コントロール、レスパイトケア、看取り）を運営方針として、在宅ケアと連携してきたこと等の紹介をした。加えてホスピス運動は市民と医療者が共に創造する医療を変革するエネルギーをもった運動で、緩和ケア病棟は今後も社会を変えていくホスピス運動の推進役としての使命を自覚すべきであることを述べ、演者の発表と討論に繋いだ。

まず伊藤浩明氏より「ホスピス機能を有する急性期緩和ケア病棟」と捉えた運営の現状が紹介された。次に月山氏から9床という小規模施設の13年間の運営の変遷が紹介され、長期療養から短期入院へのシフトが報告された。久保氏は症状緩和されれば在宅診療への調整する体制で行っていること、緩和ケアも急性期病棟と慢性期病棟に分けることが必要と述べられた。また伊藤彰博氏から大学病院の施設としての特徴、一般病棟と適宜、転棟をする形態をとっていることや、在院日数の短縮傾向等が報告された。小池氏からは58床の大規模施設での取り組み、特徴等が紹介され、海外交流を行っていることも強調された。

発表施設の平均在院日数は18.6日～41.6日で短縮している傾向がみられ、今後急性期型と慢性期型に分かれ、緩和ケア病棟は急性期型中心になっていくだろうと考えられた。それに対しいつまでも入院できるのが従来のホスピスと考えていたが、それが変わったと危惧するとの発言があったが、ただ亡くなるまで入院し続けることがホスピスの本質ではなく、入院と在宅ケアを組み合わせ終末期のすべての期間を通して支え続けることがホスピスケアの本質であることを座長として強調しておいた。他にも様々な討論がなされたが、より深くホスピス、緩和ケアの理念、思想までを含めた議論をしたいと考えたが、時間は少なかった。まだそこまで深い議論ができるほどわが国の緩和医療の現状は成熟していないとも感じたが、現時点の企画として意義深いワークショップであったと考える。

ワークショップ12

新しい薬物療法とその評価

座長・報告 総合病院 聖隷浜松病院 薬剤部 塩川 満
座長・演者 明治薬科大学 臨床薬理学教室 加賀谷 肇

このワークショップ12は薬剤師企画であり、「新しい薬物療法とその評価」と題し、2012年5月に発売になった「オキ

ファスト[®]注（以下、0F）」と2013年3月に新たな医療用麻薬として登場した「メサドン」に注目し、それぞれ2施設より報告いただいた。

0Fに注目した企画者側のねらいは、強オピオイドとして使用頻度の高いオキシコドンが注射剤として発売され、1年が経過した時点での使用経験や換算比の考え方を情報共有することである。

札幌ひばりヶ丘病院 緩和ケア科の高橋大賀医師からは、0Fを66名の患者に使用したところ、他剤で症状緩和が困難であったがん性疼痛7例、倦怠感31例、呼吸苦7例に有効であったという報告であった。特に倦怠感改善に対する投与量や効果発現時間など明確には示されなかったが、有意な症状緩和が得られていた。

日本生命済生会付属日生病院 麻酔・緩和医療科の川原玲子医師からは「先行麻薬に対する換算比の検討」と題し、がん患者に0Fを静注（17例）ないし皮下注（3例）した20例に対する検討報告があった。つまり、Glasgow Prognostic Score（GPS；予後予測の指標値）が高いと換算比（0F/0Cオキシコドン内服）も高いという傾向になるため、病期を考慮して換算比設定の必要性が示された。この結果は今後ローテーションする際の有効な情報と思われる。

次に「メサドン」に注目した企画者のねらいは、メサドンは従来のオピオイドでは十分な効果が得られないがん疼痛に対して有効と考えられているが、既存のオピオイドと違い、半減期に個人差があり、CYP分子種やP糖蛋白による影響等による個体間変動も大きく、また重大な副作用として不整脈（QT延長、心室頻脈など）や呼吸抑制もある薬剤であり、取り扱いが非常に難しい薬剤であるため、実際に使用経験のある演者にお話しいただき参考にさせていただきたいと考えたからである。

西宮市立中央病院麻酔科・ペインクリニック科の前田倫医師から「高用量のメサドンで十分な鎮痛が得られずクモ膜下ポートにて疼痛管理した使用経験」と題し、メサドンを使用しても鎮痛効果が得られない例があったことの報告をいただいた。注目すべきはメサドンが万能ではないことの認識を持たなくてはならないことと、高用量のメサドンからの切り替えをどのように行なったかであった。亀田総合病院疼痛・緩和ケア科の関根龍一医師から「メサドン塩酸塩錠の治験概要」と題しご講演いただいた。21例中18例に切り替えが成功し、タイトレーション完了までの日数は中央値で8日、NRS変化量は平均-1.8と有意に減少したという結果であったが、副作用を十分に注意して使用する重要性が示された。

ワークショップ14

PEGをとりまく諸問題 ～幸せなPEGを行なうために～

座長・報告・演者 長尾クリニック 長尾 和宏
座長 藤田保健衛生大学医学部 外科・緩和医療学講座 森 直治

40万人ともいわれるPEG患者さんがマスコミで取り上げられた結果、あたかもPEGは悪いものであるかのように誤解されたことは大変残念である。PEGは悪いものだから経鼻胃管やIVHにしてくれという人が増えて現場は困惑している。申すまでもなく、PEGは単なる人工栄養の道具にすぎず、問題の本質は優れた文明の利器を患者さんの幸福のためにどのように使うかである。すなわち、PEGは再び食べるための松葉杖のようなものであり、PEGを入れた瞬間から口腔ケアと嚥

下リハを継続しなければならない。また、障害者や神経難病へのPEGは、延命処置ではなく福祉用具であることを忘れてはならない。PEG問題の本質は、あくまで終末期の諸問題である。伊藤、西山らは、「PEGのジレンマ」と題して、ハッピーな胃ろうとアンハッピーな胃ろうの図を用いて説明している。その境界は、認知症が進行して意志疎通ができない、自分の唾液さえも誤嚥する段階としている。

本ワークショップでは中瀬一先生（北杜市立甲陽病院）が、胃ろう患者の家族へのアンケート調査を発表した。たとえ短期に終わっても家族は満足を感じる事が多く、医療者側の理論ではなく家族の緩和という視点も必要だという認識を示した。児玉佳之先生（カレスサッポロ時計台記念病院）は、がん緩和ケアにおけるQOL改善を目指すPEGについて考察した。がん緩和ケア患者の栄養管理のみならず減圧目的のPEGの有用性を指摘した。日下部明彦先生（みらい在宅クリニック）は、胃ろうのチャンスは公平に与えられるべきだと主張した。吉澤明考先生（要町病院）は、在宅緩和ケアにおける胃ろうの役割を具体的に示した。葛谷雅文先生（名古屋大学）は、日本老年医学会の立場表明ならびにガイドラインを通じて胃ろうの導入と中止について概説した。以上、緩和ケアとしてのPEGについて活発な議論がなされた。

ワークショップ17

ホスピスの原点に立ち返る

座長・報告 聖隷三方原病院 ホスピス科 井上 聡
座長 淀川キリスト教病院 看護部 田村 恵子

ホスピスの原点は、「死に至る前のわずかな時であってもすべての人に平等に人間らしいケアを提供すること」である。この原点に立ち返り、心を込めたホスピスケアをいかに実践しているかについて4名の演者に発表していただき、その後討論した。

大井裕子先生は、「聖ヨハネホスピスが大切にしているホスピスケアの原点」と題して、事例を交えながらスピリチュアルケアの大切さや死の臨床におけるコミュニケーションスキルの向上の必要性について発表された。患者のニーズを的確に把握し、そのニーズに応えていくプロセスの共有こそがスピリチュアルケアであり、信頼関係の構築やわかりやすい情報提示、チームによるケアなど特別なことではなく丁寧に行うことが大切であると話された。

柏谷優子先生は、「傍らに添うものとしてのありようを問う」と題して、緩和ケア病棟や現在の大学病院での体験を事例を交えながら話され、ケアリングの構成要素や患者をあたたくもてなすII型医療を紹介しつつ患者の変化と喪失の連続を支えるのが看護であると話された。看護師は患者にとって重要な環境要因のひとつであり、自分自身のありようを整えるためには、共に今を生きる生活者として目の前にある人を大切に思うところ、尊敬をもって人として遇する態度であると話された。

前野宏先生は、「ホスピスのこころを深め、スピリチュアルケアへ」と題して、ホスピスの原点をホスピスのこころとして話された。ホスピスのこころとは、弱さに仕えるところであると定義し、患者も医療者も共にいずれ死ぬべき弱さを抱えた人間として平等であり、弱さにおける連帯であると話された。終末期にある人の傍らに存在させていただくために自身の人間力を常に強めていく努力をしなければならず、それはホスピスのこころを深める作業であり、次のステップであるスピリチュアルケアに繋がってゆくと話された。

志真泰夫先生は、「歴史的源流としてのホスピスとは」と題して、歴史と思想の文献的考察、ホスピスの成り立ちと考え方や歴史的・地理的な広がりを仏教伝来の道を引用しながらホスピス伝来の道を紹介された。そしてホスピス緩和ケアの思想は、その地域の思想や歴史と結びつくことが大切と話された。また、日本の緩和ケアは変化しすぎてしまったのではないかと思想に矛盾があり混乱してしまっているのではないかと発展と混乱は紙一重だと案じられた。

会場からホスピスケアと緩和ケアの違いについての質問があったが、演者間でも違いがあり、ほぼ同義語として使用されていたり、似て非なるものと捉えていたり、ケース・バイ・ケースで対象者に合わせて使い分けされたりしておられた。また、ホスピス緩和ケアとホスピス・緩和ケア、ホスピスとホスピスケアでもニュアンスが違うのではないかと意見や緩和ケアは広がりをみせた分、中身が薄まったのではないかと意見もあった。本大会の中ではやや異質なワークショップであったが、予想をはるかに上回る参加で、有意義な内容であった。

フォーラム2

看護師フォーラム

座長・報告 淀川キリスト教病院 看護部 田村 恵子
座長 近畿大学医学部附属病院 小山富美子

看護師フォーラムは、参加者が元気をもらって「明日から頑張ろう」と思っていただけをお願い看護系理事で企画いたしました。そこで、現在、緩和ケアの第一線で活躍されている4人の方にご登壇いただきました。

トップバッターの村木明美さんは、済生会松阪病院でがん看護専門看護師としてコンサルテーション活動を行っています。昨春の緩和ケア病棟開設を契機として始まった緩和ケアカンサーボードについて紹介されました。病院全体の取り組みを通して、人の持つ無限の力や可能性を改めて感じ、ケアの可能性を実感していると熱く語っていただきました。続く、高橋紀子さんはがん性疼痛看護認定看護師で、仙台医療センター緩和ケアチームで活動されています。緩和ケアチームの力と病棟看護師の力が一つなることで、患者や家族の思いや希望を叶えることが可能となり、さらにはスタッフが笑顔になることを紹介されました。様々な困難が、緩和ケアによって喜びに変わることを素敵な笑顔でお話していただきました。3人目の福田かおりさんは緩和ケア認定看護師で、聖隷三方原病院ホスピスで勤務しています。逃れられない死と向き合う患者・家族へのケアは、看護師ができることと真摯に向き合うことから始まり、患者・家族から教えていただくことにケアの可能性が秘められていることを理解し、チームでケアの意味を深めて実践していくことと述べられました。このプロセスにある難しさが、魅力でもあると語られました。最後は、YMCA訪問看護ステーション・ピースのがん看護専門看護師の濱本千春さんです。地域での緩和ケアや看取りには病院とは異なる複雑さがあり、現場に臨んで、考えつつケアを創り出す力と、そこに関わる人々をまとめる力が必要であると説明されました。看護職の力量でダイナミクスが大きく変化する。それが魅力であり困難さでもあると力強く語って下さいました。

発表後のディスカッションでは、座長も加わり、臨床での課題について話し合いました。参加者の大きな頷きと共に会場が一体感に包まれました。演者・参加者の皆様、ありがとうございました。

フォーラム3

大学病院フォーラム

座長・報告 昭和大学医学部 医学教育推進室 高宮 有介
横浜市立大学附属市民総合医療センター 斎藤 真理

全国の大学病院における緩和医療の実践報告と問題点の共有、今後の日本の緩和ケアを推進するプランを討議することを目的に、今回初めて開催された。

東邦大学、中村陽一医師による、全国80大学医学部、医学科附属139病院を対象とした調査報告（回収率47.5%）。チーム医療が大学病院の緩和ケアの主体になっていると総括された。課題としては、多職種の協力、主治医／看護師とコンサルテーション型チームとの共働などが挙げられた。

弘前大学、佐藤哲観医師。ペインクリニックに始まり、6病床を有する緩和ケアチームで症状緩和から看取りまで行うようになったと語られた。根気強く院内の多職種と連携を保つことで、教育的な効果が上がると報告された。

山梨大学、飯嶋哲也医師。緩和ケアチームが始動して10年であるが、医師の異動の早さ、それに伴う関係性の構築の繰り返し、質の維持の困難などを指摘された。大学病院でも十分な緩和ケアを提供できるようにする苦労と熱意が感じられた。

島根大学、齋藤洋司医師。年々講義数を少なくする傾向の医学部卒前教育の中、緩和医療に関する教育時間数を確保している工夫と努力を報告された。また、研究成果をいかに臨床に活かすかも重要と語られ、患者が安心して死を迎えることができる緩和ケア病棟は大学病院に必須であると述べられた。

藤田保健衛生大学、森直治医師。学会開催大学でもあり、多面的に緩和医療を展開している現状が報告された。医局として多くのスタッフがそろい、臨床、教育、研究において切磋琢磨できるいい環境であることが伝わった。

質疑応答においては、他の大学数校から独自の困難さが呈示された。コンサルテーション技法、研究推進力、学生・後輩医師の人心掌握術などに関するやりとりがあった。大学病院という特殊性があると思われ、来年も多くの大学の報告が多職種からなされることを希望する。

フォーラム4

専門医フォーラム

座長・報告・演者 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

緩和医療学会専門医制度は平成20年から認定を開始し、4回の試験を経て58名の専門医が誕生している。わが国における緩和医療の発展のためには、さらに多くの専門医を養成する必要があるが、受験者数は増えていない。そこで、制度や試験についてよく知っていただくことを目的として、専門医認定・育成委員会ではこのフォーラムを企画した。まずは座長より専門医制度の概要について、症例報告書の書式変更の目的、試験問題の一部公開のこと、専門医制度改革に

あわせて今後予想される対応について説明された。坂下委員からは、申請書と症例報告書記載方法のポイントが説明された。申請書については、業績は緩和医療との関連がわかりにくいものは認められにくいこと、緩和医療の臨床経験がみえやすくなるように記載してほしいことなどが説明された。今年度大きく変わったのは、症例報告書に7項目の課題症例が設定されたことである。これは、これまでの審査において、記載内容に偏りが多くみられたことから、記載のポイントが見えやすいように取り入れた。また、評価のポイントも公開されており、より記載しやすくなっているのではないかと考える。岡田委員からは、筆記試験問題について説明された。試験問題はこれまで公開してこなかったが、昨年度出題分から20題が公開された。今年度の出題形式はA type（五肢択一形式）、X2 type（五肢択二形式）となっていること、出題領域、マークシート方式となり出題数を120題に減らすことが話された。大坂委員からは、口頭試問ではロールプレイ、臨床問題、症例報告書についての質問が行われること、コミュニケーションと実践的な能力について重視していることが話された。最後に、昨年度受験して合格した関根委員から、試験準備のことや試験時の様子、米国の専門医事情が紹介された。委員会では、多くの方に専門医試験の受験をご検討いただくことを切望する。

フォーラム5

MSWフォーラム

座長・報告 東札幌病院 MSW課 田村 里子

MSWフォーラムは、「緩和ケアチームにおけるMSWの活動拡充をめざして」がテーマであった。

全国にがん診療連携拠点病院が整備され、緩和ケアチーム（PCT）が必置となり、ソーシャルワーカー（以下MSW）は、PCTの一員として名前を連ねている。しかし人的に十分な配置とはいえない背景からも、専従ではなく専任もしくは兼任での配置である。

こうした現状の中で、緩和ケアの対象であるがん患者とその家族への心理社会的支援を、タイムリーに提供するには、患者および家族の背景や価値観をふまえた治療や療養環境の意思決定への支援、家族関係の調整、未完の仕事への支援など、MSW本来の役割を再確認しつつ、緩和ケアチームにおけるMSWの活動の拡充を図って行く必要がある。

そこで、MSWフォーラムでは、PCTにおけるMSWの活動を拡充していくために、3人の演者より、種々の困難な条件のもと方策や工夫を結集しソーシャルワーク実践を展開してきた実際について話があり、フロアーとのディスカッションをおこなった。

「緩和ケアチームにおけるソーシャルワーク実践」として藤田保健衛生大学病院 浅野正友輝さんが、チームにおけるMSW機能を中心に、「今こそ！MSWが緩和ケアチームの力を地域へつなぐ」として、島根大学医学部附属病院 太田桂子さんが、地域と緩和ケアチームの橋渡しについて、「大学病院におけるがん相談支援体制づくり」として、東京医科大学病院品田雄市さんが、組織の中で相談機能を発揮するための体制作りについて、発表された。

現在、全国のPCTのMSWが実際の活動について、またPCTの他の職種のチームメンバーとどのように協働しているのかを、このように共有する機会は少ない。フォーラムは、実践を見直し自由な意見や考えを共有し、また、参加の医師よりのMSWへの期待と励ましの発言など、PCTの活動のための智恵と元気を出し合う貴重な場となった。

フォーラム6

緩和ケアチームフォーラム

座長・演者・報告 はしづめクリニック 橋爪 隆弘
座長 近畿大学医学部附属病院 小山富美子

「平成24年度緩和ケアチーム登録の速報値の公表」と「緩和ケアチーム活動の手引き改訂版」の解説を行った。

登録事業に協力していただいた会員の皆様にこの場をお借りして御礼申し上げます。登録締め切りが5月末日で学術大会が6月中旬なので、集計解析を迅速に行うことが要求されたが、とにかく会員に還元するとの意気込みでした。

今回の集計で注目すべき点は、緩和ケア診療加算の算定施設の割合。緩和ケア診療加算は、都道府県拠点病院で6割、地域がん拠点病院では3割未満。ベッド数では500床～1000床の施設では5割未満。つまり診療加算のハードルがいかにか高いかを示している。これは診療加算の見直しを国に要求する根拠になります。

緩和ケアチームに登録していただいた依頼件数は61574件、がんが59492件、小児がん519件。依頼件数は病床数に相關しており、500床以下の施設では平均で約70件、500床～1000床では約150件、1000床以上では約240件程度。発表スライドは近日中に学会ホームページ上にUPします。

フォーラム後半は改訂した「緩和ケアチーム活動の手引き」の解説。来場者には1冊ずつ配布させていただきました。改訂のポイントは4点。①可能な限り簡潔な表現とした。②実践的な内容に絞った。③具体的な例を多く挙げてイメージが湧くようにした。④ありがちな落とし穴を職種毎に記載した。ことです。各部門の執筆担当者である吉本鉄介、濱卓至、小川朝生、中村貴美子、小宮幸子、福地智巴、安部能成WPG員から内容について解説を行った。十分な時間がとれなかったが、会員にはこの手引きを是非活用していただきたい。

専門的横断的緩和ケア推進委員会では、今後も緩和ケア登録をはじめ、緩和ケアチームのサポートを継続していきたいと考えております。ご協力いただいた会員皆様に感謝いたします。

関連企画4

厚生労働省委託事業 緩和ケア普及啓発事業 (オレンジバルーンプロジェクト)

座長・報告 国立がん研究センターがん対策情報センター がん医療支援研究部 加藤 雅志
座長 大阪府立病院機構大阪府立成人病センター 心療・緩和科、緩和ケアチーム 濱 卓至

日本緩和医療学会は、2007年より厚生労働省からの委託を受け、緩和ケアの普及啓発に取り組んでいます。この普及啓発活動を「オレンジバルーンプロジェクト」(以下「OBP」)と呼び、市民の方々に緩和ケアを正しく理解してもらえよう活動してきました。2012年より、濱卓至先生を緩和ケア普及啓発WPG員長とし、その活動をより活発に展開しております。緩和ケアの理解を拡げていくために、緩和ケアの関係者が協力し、より多くのチャンネルから普及啓発に向け

たメッセージを発信していくことが重要です。今回の企画は、日本緩和医療学会の皆様には0BPの活動を知っていただき、その活動をより効果的に発展させていくために、より多くの方々にご協力いただくきっかけになることを期待して濱先生を中心に企画いたしました。

まず、今年の1月に開催された「緩和ケア普及啓発事業のあり方検討会（ワールド・カフェ）報告」として、酒見惇子先生が検討会から抽出された今後の活動の軸となるアイデアを紹介し、塩川満先生から0BPの具体的な活動として、患者・家族に加えて医療従事者を対象とした普及啓発に取り組むとともに、緩和ケアについてわかりやすい「説明文」を作成し、それをういた活動を行っていくことが示されました。

そして、橘直子先生から今年度の活動の方向性についての説明があり、10月を中心に全国で普及啓発に関連したシンポジウム等のイベントの開催を予定していること、平井啓先生からは医療従事者に正しく緩和ケアを理解することが効果的な普及啓発につながるという戦略の根拠について説明がありました。

緩和ケアを患者や家族をはじめとした一般市民の方々に効果的に普及啓発していくためには、全国の医療従事者がそれぞれの現場で、緩和ケアのことを正しく、わかりやすく説明していくことが重要です。0BPの活動を通して、日本緩和医療学会の会員がそれぞれの立場で各地域での普及啓発の活動に参加し、全国で緩和ケアがより一層普及していくことを願って会を閉会いたしました。

これからも、会員の皆様におかれましては、0BPの活動にご理解ご参加のほど、なにとぞよろしくお願いいたします。

特別企画1

緩和ケアにおける免疫療法を考える

座長・報告 東海中央病院 渡辺 正

進行がん患者に対して化学療法、放射線療法などが標準的治療として行われているが、免疫療法は、樹状細胞の発見、がんペプチドの開発研究、リンパ球の培養技術の発展、さらに臨床において多数の治療効果が発表され大きな注目を集めている。それを反映して、緩和ケアの臨床現場においても“がんペプチドワクチン”治療の相談を受けることが増えてきている。今回特別企画として、400例以上の臨床経験を持つ演者により、がんペプチドワクチンの具体的な実施方法や治療効果の現状について発表の機会を得たことは、時機を得た有意義なものであった。

がんペプチド樹状細胞ワクチン療法は、単球をサイトカインとの混合培養により作製した樹状細胞に、がんペプチドワクチンを直接作用させて抗原提示細胞とし、その抗原を認識したTリンパ球によりがん細胞を攻撃する療法である。がんペプチドの選択は、個々のがん腫の遺伝子情報や患者のHLAタイプなどを参考に決められるが、主としてWT1、Muc-1などが使用された。また免疫能をあげるために、サイトカインを用いたがん特異的リンパ球の増殖や活性化リンパ球の併用などが行われた。がん免疫はワクチン接種後約3ヶ月で獲得され、そして治療効果は4人に1人でがんが縮小、20人に1人程度にがんが消失、全体で3人に2人は一時的にがんの進行の停止が認められた。肺がん、大腸がん、膵がん、胃がんなどについて、治療前後のCT所見や内視鏡所見などのスライドが供覧され、がんワクチン療法によるがんの縮小効果に強い印象を持つことができた。

免疫療法は個々に対応するオーダーメイド治療として、副作用が少なく一定の治療効果があるため、がんの縮小によ

る延命効果と症状緩和、また治療計画の見通しが患者と家族に希望を与えることができるなど、緩和ケアにおいて有用であることが認められた。

特別企画2

東海がんプロの緩和領域への取り組み

座長・報告 東海中央病院 渡辺 正

「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」は、平成24年度に始まり、全国で15の取り組みが行われている。その目的は横断的ながん治療を専門とする医療人の育成、チーム医療の発展、社会への積極的な情報発信などである。東海地区では7大学がそれぞれの特色を生かしたコースを設け、「東海がんプロ」として共同で取り組んでいる。今回は、教育活動について藤田保健衛生大学、キャンパス型のがんサロンおよび外来化学療法での緩和ケアチームの活動につき名古屋大学大学院医学系研究科から報告があった。

藤田保健衛生大学における緩和ケア卒前・卒後教育（森 直治）：外科・緩和医療学講座が中心となり、第1・3教育病院での緩和ケア病棟の運営、緩和ケアチームの活動、代謝・栄養学の研究を通して卒前・卒後教育に取り組んでいる。卒前教育では9単位の緩和医療学講義と臨床実習、卒後教育として大学院講座、緩和医療専門医養成コースなどを行っている。

キャンパス型緩和ケアの実践活動（阿部まゆみ）：名古屋大学大幸キャンパスにて「ライフトピアサロン」が2008年スタートし、現在まで191回開催している。サロンでは健康管理のほか、個別相談、リラクゼーション、クリエイティブセラピーなどを行っている。「不安が笑いに変わる」という声があるように、がんと共に生きるスキルアップの支援になっていると思われる。

早期からの緩和ケア：外来化学療法と併用する緩和ケアの取り組みについて（杉下美保子）：がん薬物療法は外来にシフトしてきているため、外来治療中における緩和ケアの必要性が高まっている。2009年11月より3年3ヶ月で化学療法部における外来患者依頼は34件で、内容は疼痛が32件と最も多かった。小児がん患者の家族ケアの一例は、child life specialist との連携の下に行われ印象の深い事例であった。

今回の3題の先進的な活動報告と討論を通して経験を共有することができ、今後の活動に大きな示唆を与えるものとなった。

特別企画3

サイコオンコロジー入門

座長・報告 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 生体制御科学専攻 内富 庸介
座長 埼玉医科大学国際医療センター 精神腫瘍科 大西 秀樹

今でも振り返り症例として多く挙げられる、せん妄、コミュニケーション、不眠をテーマに選び、サイコオンコロジー入門編として企画した。ある程度予想はしていたが、プログラムの関係か、狭い会場の数倍の人ばかりができてしまい、申し訳なく感じた。

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から、がん患者のせん妄について、特に半数を占める、低活動型せん妄が詳解された。一般に、無関心、注意減退、発語が少なく緩徐、不活発、動作緩慢、目がうつろ、無感動などが挙げられているが、うつ病と誤診されたり、気付かれないままに最期を迎えていたりすることも多い。治療には誘発要因を軽減するとともに、直接要因の検索とその対応が必要であるが、脳転移がある場合や身体状態が重症の場合のように、極めて不自然な脳機能状態にあるときには、治療目標をせん妄の完全な改善ではなく、症状コントロールを目指すことに設定することも必要である。

名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学分野の明智龍男先生は、コミュニケーションについて詳解された。言葉として表現できない患者のこころの苦痛の背景を汲み取りながら、時として患者自身でさえ気付いていない苦痛に対して適切に「応え」、「手当てを行う」ことがより良いコミュニケーションとなる。深い患者理解に基づいた医療者の温かい一言あるいは所作は、時として、どんな薬剤ももたらし得ない大きな症状緩和をもたらす。心理的防衛機制、コミュニケーション・スキルのエッセンスについて紹介された。

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分野の小川朝生先生から、安易に扱われがちな不眠について詳解された。不眠はがん患者の23-60%に認められ、慢性化する傾向があり、平均して48ヶ月に及ぶ。不眠は日中の活動度の低下を通して、QOLに影響するため、見落とせない重要な対応ポイントである。鑑別を要する睡眠障害に鉄欠乏性貧血を伴うRestless leg syndrome、ステロイドが誘発する不眠、頭頸部がん患者の術後や気道の変形・閉塞による閉塞性睡眠時無呼吸症候群が発症することが知られている。聴衆を魅了する内容ばかりで、次大会は広い会場での関連セッションを望む。

特別企画5

緩和医療におけるIVR

座長・報告 国立がん研究センター がん対策情報センター がん医療支援研究部 加藤 雅志

みなさま、「IVR」という言葉はご存知でしょうか？

「IVR」とは、「Interventional Radiology」の略で、画像誘導下に、体内に針やカテーテル等の機器を挿入・操作して治療等を行う技術の総称であり、緩和ケア領域での活用が期待されている技術です。IVRを用いることでQOLの向上が期待される患者が多く見込まれる一方で、全国的には緩和ケア領域で十分に普及していない現状があります。全国の患者がこの技術の恩恵に与ることができるよう、日本緩和医療学会の皆様にもIVRのことをぜひ知っていただきたいと考え、本講演が企画されました。今回、IVRの第一人者である国立がん研究センター中央病院長の荒井保明先生にご講演をいただきました。

まず、IVRの特徴として、外科的な治療に比べて侵襲が低く、即効性が高いため、QOLを大きく損なうことなく短期に

症状の緩和を図ることができるという利点があり、緩和ケアに適した特性を有しております。具体的には、がんによって生じた病態の修復として難治性腹水に対するシャント術、種々のドレナージや管腔臓器閉塞の解除術。疼痛の軽減として骨転移に対する骨セメントによる骨形成術や有痛性腫瘍に対するラジオ波凝固療法。チューブの負担軽減として経頸部食道胃管挿入術（PTEG）などの紹介がありました。また、IVRを標準的治療として確立するために、日本腫瘍IVR研究グループ（JIVROSG）による世界をリードする臨床試験が紹介されました。

荒井先生からのメッセージとして、緩和ケアに携わる医療従事者にIVRが十分に知られていないことが現在の課題であり、困ったときにはIVRを思い出してもらいたいということ、そして、国立がん研究センター中央病院のように他施設の患者を積極的に受け入れている病院もあるため、困った症例があった時には専門家に相談していただきたいということ強調し講演を締めくくりました。

この講演をきっかけに、緩和ケアの関係者にIVRの認識が広がり、IVRを利用できる患者が増えていくことを願っております。

ランチョンセミナー4（1日目）

緩和ケアにおける褥瘡対策 ～最新の情報～

座長・報告 静岡県立静岡がんセンター 青木 和恵

日本の創傷看護の創始者であり、強力かつ強靱なリーダーシップで日本のWOC分野を率い、日本の創傷ケアの実践力を世界に知らしめた真田教授のご講演である。「臨床に根ざした研究」を信念とされ、創傷看護に取り組まれているその日々の結実を、緩和ケアにおける褥瘡対策という観点に立って、「吹きぬける一陣の風」のように解説された。その鮮やかな研究の軌跡は、看護が科学でもあるが、五感をfullに使い抜くArtでもあることを確信させた。

まず終末期には1989年に報告されている“Kennedy terminal ulcer”（KTU）など死期に関連する防ぎきれない褥瘡があり、その特徴は、洋梨型、赤・黄・黒色、仙骨・尾骨に急激に発生、であることを述べられた。しかしその形態的特徴はICUで発生する褥瘡とも似ていることからKTUは終末期にのみ特有ではなく、発生のメカニズムについては今後十分に検討される必要があることを述べられた。その上で、これまで褥瘡対策として、①終末期の症状であるい瘦に対応する骨突出部分のみに圧分散が起こりその他は安定性を保つ構造を持つエアマットセル、②緩和的治療などの有害事象として起こる泥状便に対応する200gまで吸収体中に落とし込み便漏れを防止するおむつ、③褥瘡創内と褥瘡周囲皮膚における細菌数の測定による褥瘡周囲の洗浄の有効性の証明によるケア、④褥瘡状態と低栄養との関係を示す褥瘡肉芽色と褥瘡漏出蛋白質量との相関の証明、⑤褥瘡好発部位の皮膚血流量を増加させる振動機、などを開発されてきたこと、その内容を具体的に解説された。最後にこれらの研究や開発を駆使して褥瘡予防を行うことが緩和ケアを進歩させることを強調された。

ランチョンセミナー7 (1日目)

がん治療を支える口腔の感染症対策

座長・報告 横浜市立みなと赤十字病院 歯科口腔外科 向山 仁

がん治療期の患者においては口腔管理を怠れば、QOLの低下のみならず、診療計画にも影響がでてくる。また、終末期医療の一部として口腔管理は患者QOLを維持させる方法として注目されている。このランチョンセミナーでは岩淵博史先生に口腔管理について時間余すところなくご講演をいただいた。会場も本講演への関心度の高さゆえ満員の盛況であった。

好中球が減少した患者が口腔粘膜炎を発症すると敗血症の発生率が4倍にもなることから、口腔管理は重要であるが、がん治療中の口腔管理は歯磨き、粘膜清掃、含嗽、保湿などセルフケアが中心であり、その内容は限定的である。セルフケアを円滑に行うにはがん治療前に歯科において口腔ケアを行うことが重要である。それは最も効果が高く持続性があり、セルフケアや看護師のケアの効率を上げることができるからである。それゆえ、がん治療前の診療計画や看護計画の一環として口腔管理を行い、口腔の感染源を少なく口腔粘膜炎の発症を管理してゆくことが重要であることが示された。

口腔管理は1) 口腔を清潔にして、口腔の衛生状態を保つことで口腔粘膜炎の発症や炎症程度を抑えるようにすること、2) 歯周病やその他の口腔感染源をコントロールすること、3) 口腔粘膜の日見感染を防ぐために常在菌を維持し口腔環境を保持すること、4) 口腔内を保湿すること、が要点であった。

口腔の日見感染症としてはカンジダ菌が関与していることが多く、口腔粘膜炎の重症度もカンジダ菌共存下ではgradeが上がることを示唆されており、カンジダ菌を念頭においての口腔観察やカンジダ対策が必要である。また、口腔の乾燥は味覚異常や口腔内の疼痛、摂食嚥下障害などに関連し、QOLの低下を招いてしまう。さらに菌叢の変化によりカンジダ菌を代表とするさまざまな細菌の日見感染の原因となる。そこで、口腔乾燥が生じてきたら躊躇なく保湿剤を使用してゆくことも示された。

がん治療期から終末期に至る口腔管理について詳細に解説された非常に有意義なご講演であった。

ランチョンセミナー11 (1日目)

幸せな最後(とき)のために

～ PTEG キット(経皮経食道胃管挿入用キット)の緩和医療への適応～

座長・報告 町立長沼病院 倉 敏郎

がん患者の苦痛を緩和する手段には様々なものがあり、われわれはそこから適切なものを適切な時期に選択しなければなりません。がん性のイレウスに対する減圧としてPTEG (Percutaneous Transesophageal Gastro-tubing: ピーテグ) が昨年4月から保険適応となりました。今回のセミナーでは開発者である東京女子医科大学八千代医療センター消化器外科の大石英人先生に「緩和から生まれたPTEG」と題して、また同院内科病棟看護師の田久保由美先生に「PTEG造設

でQOLが向上した患者の看護」と題してご講演いただきました。

大石先生からは、減圧目的に長期間経鼻胃管を留置されていた症例の提示があり、このようながん性イレウスに苦しむ末期がん患者の減圧を何とかしたいという思いがPTEGを考案したきっかけになったと述べられました。PTEGの標準的造設法は、非破裂型穿刺用バルーン(RFB)を用いた超音波下穿刺によって頸部食道瘻を造設し、X線透視下にチューブを挿入留置する消化管のIVR手技です。PEGと異なり内視鏡を使用しなくても造設が可能であることを特徴としています。胆がん状態の患者における治療法には低侵襲であること、確実なQOLの向上が期待できること、経済的であることが望ましく、PTEGはそれらの要件を満たす手技として、緩和領域において普及されるべき手技と思われる。

田久保先生からは、40代男性で胃がん、がん性腹膜炎の症例提示がありました。

イレウス管、経鼻胃管挿入中は留置の苦痛のためかネガティブな発言が目立ったが、PTEG造設後は前向きになり在宅療養となったこと。在宅で仕事の引き継ぎ、家族への遺産相続等を行い2週間過ごすことが可能であったことを述べていただきました。

このようにPTEGはがん性イレウスに対する減圧方法として優れた手段です。全国の緩和医療を受けるべき患者がPTEGの恩恵を受けられるために、さらなる普及が望まれます。

ランチョンセミナー12 (1日目)

緩和医療とリハビリテーション栄養

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

本セミナーでは、横浜市立大学附属市民総合医療センターリハビリテーション科の若林秀隆先生に、リハビリテーション栄養とサルコペニアについてご講演をいただいたので簡単に報告する。

まず、若林先生より、緩和医療において、倦怠感や悪液質に対してリハビリテーションが重要であることが認識されてきているが、ともするとリハビリテーションの機能回復訓練をする面だけが強調されがちであること、実際は機能回復訓練を実施できる栄養状態かどうか、低栄養や不適切な栄養管理がなされていないかのリスク評価は忘れられがちであることのお話があった。実際、リハビリテーションと栄養管理は表裏一体となっており、栄養管理のなされないリハビリテーションは禁忌である、ということは臨床においてまだ十分に理解が広まっていない事項であり、確認の意味でも重要な指摘であった。

続いて、悪液質を含む広く筋力量低下を招く病態としてサルコペニアについても紹介をいただいた。サルコペニアは、寝たきりや嚥下障害、呼吸障害を招く基本的な病態と認識されてきており、治療に伴う不要な安静や禁食を回避すること、栄養管理を主体に、アセスメントに則ったリハビリテーションの実施が必要である。特に体重が横ばいから微減の時期に、抗炎症作用を期待したリハビリテーションを実施し、早期離床・経口摂取を進めること、適切な栄養管理を行うことで、サルコペニアによる嚥下障害を予防する取り組みが重要であることをご指摘いただいた。臨床において、誤嚥性肺炎は非常によく遭遇する事象である。臨床では誤嚥性肺炎があるとすぐに禁食の対応を取りがちである。しかし、禁食にすることでも誤嚥は防げないこと、かえって禁食にすることで低栄養と過度の安静による筋力低下を誘発し誤嚥が悪化することは、緩和ケアにおいて重要な示唆であり、認識の向上が必要と改めて感じた。

ランチョンセミナー6 (2日目)

Nutritional and metabolic therapy for cancer patients with cachexia

座長・報告 名古屋市立大学大学院 消化器外科学 竹山 廣光

1) 悪液質の診断と定義

がん悪液質は多因子性の症候群で、通常の栄養サポートでは改善しない進行性の筋肉減少（脂肪減少の有無は問わない）と進行性の機能障害と定義している。病態生理学的には、様々な程度に摂食低下や代謝異常が組み合わさり負の窒素バランス、エネルギーバランスが特徴である。悪液質の診断の基本的合意として前悪液質、悪液質、治療不応性悪液質に分けている。

2) サルコペニア、悪液質のもたらす結果

悪液質、サルコペニアでは化学療法の毒性がたかまり、肥満の有無にかかわらず、生命予後が不良である。また、術後感染も増え回復が遅れ医療費も高くなる。

3) 悪液質における代謝

がん組織からは侵害受容性刺激が脳組織に向かい食欲不振、性機能低下をきたす。サイトカインなどにより筋肉崩壊、脂質融解、急性期蛋白産生、インスリン抵抗性を招く。さらに食欲不振をきたし、握力、退院時の体重、食事摂取量の低下、入院期間の延長をもたらす。体重減少に関わる遺伝子の解析が進んでおり異常遺伝子が多いほど生命予後が不良である。がんと免疫細胞から産生されるサイトカインはがんを増殖させ疲労感や抑うつ認知障害など精神障害をもたらす。

4) 治療法

栄養不良のがん患者における早期栄養介入、集学的チーム医療、適切ながん治療、十分な栄養サポート、運動療法、貧血対策、抗炎症治療、良質な支持療法など多様な治療で予後を改善できる。ω-3系脂肪酸であるEPA, DHAはLBMと体重を増加させる。また、血清中PGE2濃度を下げ抗炎症性に働く。EPAを多く含む経腸栄養食品は、食道がん術後の合併症では通常の経腸栄養食品と変わらなかったが、体重はよく維持できた。肺がんではQOLを上げることができた。

5) 結語

進行がんに対する薬剤中心の治療は、しばしば最適ではない。

栄養はがんの遺伝子や代謝変化を再度変化させるエネルギーや栄養素になりうる。

ω-3系脂肪酸を供給する栄養療法は悪液質の予防や治療になり、がん治療の効果を増強する。

ランチョンセミナー11 (2日目)

看護・歯科連携で行う口腔ケア

座長・報告 聖隷三方原病院 看護部 加藤 亜沙代

終末期にある患者の口腔ケアは職種を問わず重要視されている。口腔ケアの担い手となっているのは看護師がほとんど

どである。しかし、他の業務もあり口腔ケアばかりに時間がかけられないのが実情である。このテーマでセッションが開催されたということは、多くの人が自施設でどのように対応すべきか、またどのように連携すべきかと課題と感じているからだと考える。

歯科医師である演者より、まず口腔トラブルと対応に関するミニレクチャー、所属施設での背景と歯科に対する相談件数、歯科としての介入のポイント等の話がなされた。特に、終末期がん患者の口腔ケアの目的は、単に口腔衛生状態の改善や感染予防等の機能維持だけでなく、家族のケアとしても重要であることが述べられたことは印象的であった。

口腔ケアの重要性は理解できても、限られた人員・時間の中で適切な対応をすることは看護師にとって容易ではない。そこで人的資源を有効に活用し、必要な患者に歯科対応や口腔ケアが提供できるシステム作りが不可欠である。演者より自施設で立ち上げた歯科依頼システムを紹介された。看護師がスクリーナーとなり、「なんだかヘンだな」と思ったら簡単に相談できるシステムである。また、がん治療期から歯科介入できることも必要であり、診療科間においてもスムーズに連絡が取れるシステムを構築している。さらに、病院内に歯科がない環境での現実的な対応についても紹介され、演者の病院とは背景の異なる施設において歯科介入を検討する上で参考になるのではと思われる。

セッション終了後、演者に直接質問される方、導入しているシステムの詳細を知りたいと言われる方がいらっしゃるなど、聴講された皆様のニーズにマッチした内容だったのではないかとと思われる。それぞれの施設にあった看護-歯科の連携スタイルが構築されることを期待する。

口演5

緩和ケアチーム1

座長・報告 聖路加国際病院 オンコロジーセンター 高橋美賀子
座長 小牧市民病院 緩和ケア科 渡邊 紘章

このセッションでは、緩和ケアチームに携わる医師、看護師、薬剤師による7題の発表があり活発な議論がなされた。

演題1では進行肺がん患者に早期から緩和チームで介入することによってQOLの改善が得られることが示唆された。また、介入により医療者と患者の評価したQOLの差が減少したことから、主治医が気づいていない症状を緩和ケアチームの介入によって改善させた可能性があることが報告された。

演題2では、がん療養サポートチームによる肺がんサポートの活動として、初回化学療法導入時から専門看護師による定期的な面談、呼吸器内科チームとの定期的なカンファレンスでの情報共有などの介入を開始。疼痛緩和、在宅療養支援、精神面へのサポート、家族ケアなどの問題解決が必要とされたことが報告された。

演題3では、外科出身の緩和ケア医が中心静脈栄養ポートの造設依頼を受けており、その際にポートが必要ない患者の造設差し控えや患者のニーズを踏まえた環境調整、看取りの支援などを行ったことが症例を通して発表された。

演題4では、顎骨壊死の悪臭に対してCLDM注とメトロニダゾールワセリン軟膏の使用が著明に効果を示し、排膿の減少、口臭・疼痛の消失、食事量の増加、家族の苦痛の緩和が得られた症例が紹介された。

演題5では、患者、家族、医療スタッフ間での病状認識の相違について、MDASI-Jを用いた調査結果であった。症状評価の多くの項目で相違が認められ、患者と医療スタッフ、家族と医療スタッフ、医療スタッフ間において評価が一致し

ないことが示唆された。

演題6では、がん患者の幸福度を生活の自由度ととらえ、亡くなるまでの間にQOLを維持しながら住み慣れた自宅で過ごせた期間を幸福度の評価方法として緩和ケアチームが介入したケースを分析。在宅期間は緩和ケア導入、在宅率は往診体制の導入が効果的であり、早期にチームとして介入することが望ましいと結論づけた。

演題7では、兵庫県緩和ケアチーム研修会開催報告であった。チームと地域医療者が緩和医療に関する「共通知識を持ち」「関係性を築く」ことに焦点をあて、独自の教材を作成し、地域で緩和ケアを提供するための方策や問題点などを在宅医による講義とグループワークにより検討。評価は教材やグループワークなど80%以上の高評価でありチームが地域で緩和医療を提供することに対する意識が高まったことが述べられた。

口演7

非がんの緩和ケア

座長・報告 独立行政法人国立病院機構新潟病院

中島 孝

国立長寿医療研究センター 緩和ケア診療部、
在宅連携医療部、内科総合診療部呼吸機能診療科

西川 満則

毎年、緩和医療学会で少しずつ深まっている領域が「非がんの緩和ケア」である。しかし、現在日本では緩和ケア診療加算も緩和ケア病棟入院料も悪性腫瘍の患者と後天性免疫不全症候群のケアに対してでしかなく、多くの参加者はまだ真の方向性を見いだせていない。それでも今回のセッションでは実りが多い議論が行われた。

現代の緩和ケアシステムは1967年に英国でシシリーソングダースが構築したホスピスに由来するが、当初から、がんだけでなく非がんの難病ケアと在宅支援が対象とされていた。非がんの患者に対するケア技術の向上はがんの緩和ケアの質を高めるためにも重要と考えられてきた。日本や北米などの緩和医療制度においては、英国とは異なり、生命維持療法、がん化学療法、放射線療法、手術を緩和として捉えるのが困難な医療費構造がとられている上、米国のメディケアのホスピスは六ヶ月以内に患者死亡が予想される終末期医療システムであり、日本の緩和ケア病棟も包括医療であるため、現実には治療選択の幅が制限されている。このため、緩和ケアにおいて、重要な価値観である”Affirm life”，“Do not abandon life”の理解、緩和の方法論としての多様な症状コントロールの理解は難しくなってしまった。緩和ケアとは患者・家族に死を受容させ、麻薬で痛みをコントロールし、良い死を迎えることを促進するケアとする意味の取り間違えが起きている。

一方、WHO、世界の臓器別専門学会、総合診療を行っている学会は治せない病態や高齢化社会におけるケアの質の向上や「喪失から再生」のケアとして緩和ケアの重要性を認識しており、日本の各専門学会の専門医、在宅医も、緩和ケアアプローチにそれを期待している。緩和ケアとは決してターミナルケアに限定したものではなく、QOLが向上し生命予後も良くなることは本来の緩和ケアのアウトカムとして良いはずなのである。日本や北米で、緩和ケアチームの実際の介入が、治療をあきらめた終末期になってしまうのはとても残念なことである。緩和ケアとは終末期に行うケア行為を示す

ものではなく、治らない病気に対して、緩和ケアとしての価値観・意味で行われるケアの事であり、どの病期においても必要とされるのである。

現状では、今回のセッションの共通テーマとして、非がんの領域において、疾患毎の専門医がモルヒネを適正に使えるかどうか、また緩和ケアチームががん患者の疼痛管理のみならず、非がんの患者の症状コントロールとしてモルヒネを適正に使えるかどうか焦点となってしまったことは致し方がない。現代緩和ケアは症状コントロールとしての痛みの薬理学的コントロールでさえも、モルヒネが有効な痛みだけでなく、プレガバリンが有効な痛みも、向精神薬が有効な痛みもあると考えており、さらに、薬物療法以外のあらゆる治療法をも緩和として推進している中で、「非がんの緩和ケアとはモルヒネ療法」と多くの参加者が捉えていると誤解されかねないのは、すこし残念だった。

このセッションではがん以外の疼痛、呼吸不全に対する呼吸苦、ALSや心不全に対する呼吸苦を緩和するモルヒネの使用経験が発表された。また、間質性肺炎の急性期治療にも焦点をあてcureとcareのバランスをとることの重要性が発表された。身体症状の緩和について言えば、それぞれレベルの高い発表だったが、今後、モルヒネの有効性を評価するためには緩和であるにしても何らかの対照薬との比較検討が望ましい。心不全の呼吸苦に対して、モルヒネは病態的にも有効性が高いと思われるが、持続皮下注（CSCI：continuous subcutaneous infusion）を使うと一日10mgという少量で有用であることが発表されていたのはとても印象深かった。

緩和ケアチームの在り方も、国際的な流れに対応し、呼吸不全や心不全などに対しては、理学療法士などリハビリスタッフの役割を重視し、緩和（パリエーション）としての人工呼吸療法、栄養療法などのmultidisciplinary team(多専門職種チーム)の重要性が指摘された。身体的な痛みに限らず症状のコントロールを行いながら、患者・家族のQOLを向上するために、その時の患者本人の意思、気持ちを尊重して、「語り（ナラティブ）」を傾聴していくことこそ非がんの緩和ケアであることが話合われた。それは、がんに対しても共有すべき緩和ケアの価値であることは明らかである。

口演8

倫理

座長・報告 兵庫県立大学看護学部 内布 敦子
座長 新潟県立看護大学 酒井 禎子

08-1は「倫理」という課題で分類されていたが、正確には倫理というより患者への病状説明に関する課題を扱う演題が6題あつまったセッションであった。病気、治療の経過に伴う医師からの病状説明、看護師による患者の意思決定支援の在り方、患者の病状認知と意思決定の分析、さらに患者の自律的な意思決定を支える医療者側の苦悩といった焦点でそれぞれの演題発表が行われた。

それぞれの発表では、医師や看護師が患者の病状理解を進めるために、苦慮しながらも正直に情報を伝え、その都度、患者の意思を確認しながら、慎重に医療提供の方向性を定めていく様子が示された。その経過で、医学的に価値のあることと患者にとっての価値が相反し、医学的には受け入れにくい決定を患者が行ったとき、医師がどのように対応すべきかといった苦悩なども提示された。治療の方向性があたかも患者の意思に翻弄されるように見える状況も、一方では、患者の自律的な意思を尊重した結果としてみることもできる。医療者が、その都度できるだけ正確な身体の状況

や治療の選択肢を見せながら、当事者である患者の意思を確認することが丁寧に行われていることで、深い信頼関係が築き上げられている様子も読みとることができた。

近年、医療機関の機能分化がすすみ、一人の患者を同じ医師が継続して診療することができにくくなったが、地域に根ざした病院では、同一の医師が発病から最期まで、病気の軌跡に応じた患者への説明を実現し、最期の時期の話し合いがストレスなく行われるという現象も提示された。病状理解をよりしやすくするためには、情報提供だけでなく戸惑う患者の気持ちに時間をかけて付き合い、患者が納得のいく決定をすることを支えるケアが望まれるが、そのためには看護師の配置、他職種等のリソースの整備が必要である。セッションでは患者理解や意思決定支援にそそぐ医療者側のありかたを議論するだけでなく、そのために人員配置やサービス提供への保険診療点数による保障についても合わせて議論された。医療サービスの提供システムが変化する中で、患者の意志を丁寧にくみ取り、ケアの継続性を保証するために、チーム医療の本来の機能が発揮されることに期待したい。

口演9

緩和ケアの質

座長・報告 時計台記念病院 消化器センター、緩和ケア内科 児玉 佳之

本セッションでは多職種から緩和ケアの質に関わる演題が発表された。

演題1は、終末期がん患者に対する鎮静に関する認識について、医師と看護師からアンケート調査した結果についての報告であった。適切な鎮静導入のためには、アンケート結果からわかった問題点を解決し、鎮静導入の基準作成が必要であることが示された。

演題2は、キャンパス型緩和デイケアサロンを利用しているがんサバイバーの体験について、面接にて内容分析した報告であった。がんサバイバーは生きるための支援を求めており、サロンでの交流からがんと共に自分らしく生きることに価値を見出していることが示された。

演題3は、臨死期の麻薬使用量の変動を指標に在宅緩和ケアの質を評価した報告であった。在宅における臨死期の麻薬使用量の変動と症状緩和の程度やケアの質の関連についてはさらに検討が必要と思われた。

演題4は、ゾレドロン酸投与のレジメン作成することでコンプライアンスの確保と腎機能を考慮した適切な投与が可能となるという報告であった。

演題5は、院内のメディカルスタッフに対して行った緩和ケアに関するアンケート結果の報告であり、教育についてはどの施設でも同様の悩みがあると考えられ、今後の活動に役立てられる内容であった。

演題6は食道がんに対する治療を受けた493例において集学的治療における緩和医療について検討した報告であった。緩和ケアチームの積極的な関与は17%でしたが姑息的治療や緩和ケア病棟への紹介など含めると4割 以上で緩和医療の関与があったことが示された。

演題7はがん緩和ケア患者に対して写真付き食事メニュー表を導入した有効性についての報告であった。メニュー表により食事摂取量の維持、絶食期間の短縮につながった可能性があることが示された。いずれも緩和ケアの質向上のために、多職種が様々な視点から取り組まれている活動の報告であり、今後の臨床においては是非役立てて欲しい内容であっ

た。

口演14

免疫・補完代替・ハーバル療法

座長・報告 熊本赤十字病院 血液・腫瘍内科 吉田 稔

患者さんご家族を癒すために様々な選択肢が提供され実践されている。近年評価されだした免疫・補完代替療法・ハーバル療法に関する5つのご講演が行われた。

014-1 非社会的、他罰的性格により治療に協力が得られず、スタッフに過重な負担をかけ親戚との関係も壊れていた症例。元ピアノ教師であったことを頼りに、治療医とピアノの連弾をする音楽療法を通じて喜びと生きる力を取り戻すことができた。ピアノを弾き続けようとする姿勢がスタッフや親戚に感銘を与え関係修復ができた。

014-2 経路にそって皮膚を引っ張る「整膚」を施術する事により、緩和ケア病棟に入院中の終末期がん患者の症状緩和に有効であることを明らかにした報告。「整膚」の前後で疼痛、全身倦怠感、呼吸困難感、気分の落ち込み、食欲の5項目で有意差を持って改善を認めた。リンパ浮腫への効果も言及された。さらなる検証が期待された。

014-3 消化管閉塞のない進行・再発大腸がんで積極的抗がん治療が終了し予後が3ヶ月以上期待される症例に六君子湯を投与することによりQOLと食思不振を有意差をもって改善することを明らかにした報告。投与開始2週間後より効果を認め6週間後まで持続した。機序としてはグレリンを介する効果が推測された。症例と時期を選び六君子湯を投与すると有効であることが明らかにされた。

014-4 便秘改善剤オピオイド受容体拮抗薬Methylnaltrexoneのわが国での第2相臨床試験で発生した死亡例に関する勇気ある報告。海外での開発データを十分に検証せずに重大事故が惹起され本邦での薬剤開発も頓挫した。製薬会社の姿勢が問われると共に、治療研究に参加する医療機関においても副作用情報の検証を行い安全性を確保することが重要である。

014-5 進行期非小細胞肺癌患者に樹状細胞ワクチンを投与した症例の後ろ向き解析により、貧血のない患者にWT-1ペプチドワクチンを投与することにより、全生存期間が改善したことが報告された。今後の前向き試験の結果が期待される。

口演19

小児の緩和ケア

座長・報告 国家公務員共済組合連合会 浜の町病院 緩和医療科 永山 淳
座長 四国こどもとおとなの医療センター 松岡 真里

本セッションは、成人緩和ケアチームの小児がん患者に対する取り組み 1 題（名古屋大学医学部附属病院・杉下美保子先生）、小児専門病院での小児緩和ケアチームのあり方に関するアンケート調査報告 2 題（東京都立小児総合医療センター・菊地祐子先生、宮崎隆先生）、看取りも含めた小児がん患者の在宅緩和ケアの報告 2 題（つばさクリニック・中村幸伸先生、在宅ホスピスとちの木・渡辺邦彦先生）、そして就学前のがんの子どもに対して、遊びの提供も含めた療養環境調整の実践についての 2 題（島根大学医学部・金井理恵先生、同附属病院・太田桂子先生）と、小児緩和ケアを提供するさまざまな環境からのご口演となりました。いずれも、これからわたしたちが小児緩和ケアを実践していく上での示唆に富むご発表をいただきました。それぞれのお立場から小児緩和ケアのさまざまな側面をお示しいただきましたが、共通していたのは、病気の子どもがその子どもらしく生きることを支援すること、そして子どもだけでなくその家族ごと支えていくという視点であったと感じております。これは小児緩和ケアに限らず、成人も含めた緩和ケア全体に敷衍しうる大切なテーマであると考えます。近年、本学術大会では、「小児緩和ケア」をテーマとした、シンポジウムやご口演セッションが毎年設けられるようになっていますが、この数年の中でも最も参加人数が多く、小児緩和ケアへの関心が増していることを感じさせるものでした。今回、学びの多いセッションとなりましたこと、すばらしいご発表をいただいた演者の皆さま、会場を熱気で埋めてくださった参加者の皆さまにお礼申し上げます。また拙い司会進行をお助けいただいた、共同座長の松岡真里先生にも改めて感謝いたします。

口演20

CART

座長・報告 要町病院 腹水治療センター 松崎 圭祐
座長 名古屋徳洲会総合病院 外科 坂本 雅樹

今回、日本緩和医療学会学術大会において初めてCARTセッションとして演題募集がなされ、8題が採択された。

1題目は、東京大学の伊藤先生から腹水中サイトカインの検討を行った結果、腹水中のIL-6、IL-8濃度がCART施行後の発熱と相関し、IL-10濃度が良好な予後と関連することが報告された。今後CARTによるサイトカインの変化、濾過濃縮液の静注による生体、特に免疫系への影響が解明されることが期待される。

2題目は、原土井病院の末満先生から癌性胸水に対してCARTに加えて胸膜癒着術を併用することで、胸水マネージメントが可能になった1例が報告された。

3題目は、札幌厚生病院の飯田先生からがん終末期難治性腹水14例に対して計26回の改良型CART（KM-CART）を施行し、安全かつ効果的に施行できたと報告された。

4題目は、とちの木病院の鹿島先生から難治性腹水25例に対して計96回のKM-CARTを施行し、有効性、安全性に優れるため、積極的に施行すべきであることが発表された。また、「がん患者の消化器症状の緩和に関するガイドライン」の悪性腹水に対する治療にCARTが記載されることを期待したいと結ばれた。

5題目は、日生病院の三木先生からKM-CARTにおける濾過膜洗浄液を再濾過することにより、アルブミンの回収率を向

上させる工夫が報告された。

6題目は、久保田げんきクリニックの行田先生からCARTの普及に関する問題点が報告された。

7題目は、愛知県がんセンターの近藤先生から腹腔静脈シャント術は治療関連死亡割合が高く、その適応における患者選択の重要性が報告された。

8題目は、東京慈恵会医大柏病院の濱口先生から、難治性腹水に対してトルバプタンが奏功して在宅移行が可能になった卵巣がん症例が報告された。トルバプタンはがん性腹水に対しても臨床治験が進行しており、今後難治性腹水治療薬として大いに期待が持てる利尿剤である。

CARTは1981年に難治性腹水治療法として保険承認された古い治療法であるが、多量の細胞成分や粘液などを含むがん性腹水に対しては、その副作用と処理能力から1980年代後半には適応不能とされ、全く普及していないのが現状である。今回、発熱も軽度で濾過膜洗浄機能を有して大量のがん性腹水も短時間で処理可能な改良型のKM-CARTに関する演題が3題報告された。『腹水は抜いたら弱る』という医療界の常識の前で苦しんでいる多くの腹水患者さんの苦痛を一日も早く緩和するためにも、安全でより効果的なCARTの早期普及と医療現場における腹水に対する積極的アプローチが期待される。

口演22

身体的苦痛4

座長・報告 兵庫県立がんセンター 池垣 淳一
外旭川病院 松尾 直樹

オピオイドに関して2題、かゆみ、浮腫腹水に対する薬物療法が各1題、消化管狭窄・閉塞の治療に関する3題の計7題について議論された。

1題目は消化器がん患者に対するオピオイドは早期よりフェンタニル貼付剤の方が良かったという発表であった。終末期に経口困難となり、オピオイドローテーションが困難であるとの理解ができた。2題目は肝硬変患者のオピオイドの使用についてであったが、一般的に肝硬変患者に安全とされるフェンタニルによっても、過量投与による傾眠傾向がみられる症例もあり注意が促された。3題目は胆汁鬱滞による搔痒感にパロキセチンが奏功するという発表であった。投与開始後の効果発現は数時間から2日と早く、中止後も数日間は効果が持続するとの実臨床に有用なご経験についてのべられた。メカニズムについても考察され、SSRI、抗うつ薬、5HT₃拮抗薬、H₂拮抗薬などの有効性についてもご示唆いただいた。多くの質問がなされ関心もたれていた。

腹水、浮腫に対する抗バソプレッシン製剤トルバプタンが奏功するとのご発表であった例の報告であったが、無効例は肝内静脈の閉塞を有していたことをお示しいただいた。今後、症例が蓄積され、適応症例が明らかにされていく事を期待したい。

5題目は下部消化管の狭窄に対する化学放射線治療の効果についてであった。PSの比較的よい患者に対する治療である。消化管の照射の副作用が懸念されるが、多門照射などの工夫により合併症を軽減することができる。一方、6題目は下部消化管のステント症例の報告であった。PSの悪い場合も適応があり、イレウス時にも施行されていた。

7題目は食道、胃十二指腸など様々な部位のステント症例の経験をお示しいただいた。経口摂取状態の改善が大多数でみられ、改善しない場合でも、胃管抜去、嘔吐症状は軽減できた。またステントによる穿孔の合併症の症例の提示もいただいた。

口演23

地域連携1

座長・報告 福山市民病院 緩和ケア科 古口 契児
座長 岩手県立中部病院 星野 彰

本セッションでは7題の発表があり、地域緩和ケアネットワーク構築のための取り組みが発表された。

演題1：他院で7次治療まで抗がん治療がなされた方の在宅移行例であったが、初回入院時に短期集中型の症状コントロールと地域連携室を通じた在宅調整を行えば2度の退院が可能であったことを教えられた。

演題2：外来化学療法中の患者に関する医療チームへの面接調査の分析で、化学療法中止時には患者の転換点となる「気持ちを切り替えていく」と「僅かな望みで治療場所を決めていくこと」をチームがサポートしていくことが重要であることを教えられた。

演題3：治療関連顎骨壊死予防のための医科歯科連携の報告で、病院と近隣歯科医師会との協議会・合同勉強会・チェックシート方式の情報提供書・治療前からの連携が重要であることを教えられた。

演題4：がん終末期における療養場所・死亡場所に関する医療従事者への意識調査の報告で、一般市民への調査と比べて医療従事者は自宅での看取りを多く希望している（66～59%VS11%）ことが示された。

演題5：がん拠点病院等からの転院受け入れ事例における患者・家族・担当看護師へのアンケート分析報告で、介護力不足・症状コントロール不足・信頼関係構築や退院調整困難等の問題があり、多面的な理解と対応が必要であることが示された。

演題6：がん難民ゼロを目指す「鶴見在宅ケアネットワーク」の取り組みが報告され、基幹病院とのがん治療中からの併診・在宅療養支援診療所の活動状況把握・緩和ケア提供施設の外来機能強化と確実なバックアップが大切であることを教えられた。

演題7：在宅緩和ケアチーム訪問の有用性を検証した報告で、訪問は医療福祉従事者との良好なコミュニケーションにより患者・家族にとっても安心感を与えることに有用であることが示された。

各地域での在宅緩和ケアの具体的な取り組みを知ることにより、今やっていることへの保証・新たな気づき・今後への希望を与えられたセッションであったと思う。

口演24

教育

座長・報告 佐久総合病院 緩和ケア科 山本 亮
座長 鹿児島大学医学部 保健学科 清水佐智子

緩和ケア教育は重要であり、その対象も医療従事者だけではない。教育効果を測定することは難しいが、本大会でも多くの研究結果が報告された。

多職種を対象とした研究は2題あった。岡本氏は、PEACEプロジェクトの「死が近づいたとき」モジュールを利用した「死」をテーマにした研修会の有用性について報告した。研修会を行うことで精神的負担が軽減する可能性があると結論づけた。久須美氏は、骨転移に対する教育映画「骨メタ劇場」を作成・上映した経過とその効果について報告した。プロジェクトを運営するプロセス自体が教育・啓蒙に役立つ可能性が指摘された。

看護師を対象とした研究も2題あった。伊藤氏は、看護師向けのエンド・オブ・ライフ・ケア教育カリキュラムであるELNEC-Jの教育効果について報告した。研修会開催により、知識量は増加したが、「わかる」ことが「できる」こととなり、「自信がつく」ようになるまでにはさらなる工夫やサポートが必要であることを指摘した。丸谷氏は、PCAポンプの使用方法を教育するために自施設で行っている、PCAポンプセミナーの長期的な教育効果について報告した。PCAポンプ使用頻度の低い病棟での教育効果は低かったことが指摘され、セミナーのみではなく実践の機会の重要性が指摘された。

友利氏は、自施設の初期臨床研修医に対し緩和ケアに対する意識についてアンケート調査を行い、初期臨床研修医は緩和ケアに興味をもっており、緩和ケアに対する教育ニーズがあることを指摘した。

岩満氏は、がん医療に携わる心理士が抱える問題について質的方法を用いて分析し、他職種との協働の不十分さからくる問題が主であることを報告した。

安藤氏は、中高生に対して「秋田県がん教育モデル事業」としてがん教育授業（啓発ビデオ、講義、がん体験者の講演、グループワーク）を行った結果を報告した。直接授業を受けていない保護者に対しても教育効果が認められ、中高生に対してがん教育を行っていくことの重要性が示唆された。

春田氏は、地域住民に対して、ストーリーを用いた緩和ケアの教育プログラムを作成・開催した結果について報告した。このような形式の教育は、緩和ケアを考える機会になる可能性があるとして指摘した。

口演26

リハビリテーション1

座長・報告 静岡厚生病院 リハビリテーション科 佐藤 恭子
座長 慶應義塾大学医学部 リハビリテーション医学教室 辻 哲也

第1席は、末期大腸がん患者が術後うつ状態となり臥床傾向となっていたが、リハビリの介入と病棟スタッフによる協

同的な支援により、ADLが改善し自宅退院できたという症例報告であった。

第2席は、終末期のがん患者へのリハビリの介入がADLやQOLへ及ぼす影響について14名を対象とし、介入前後で機能的自立度評価法（FIM）は9名が維持改善、5名は低下したが、EORTCQLQ C30(QLQ C30)の各尺度では「全般的健康感・QOL」「疼痛」の2項目で有意な改善を認めたと報告された。

第3席は、緩和ケア病棟における専従の理学療法士（PT）1名の取組みについての調査であった。入院患者67名のうち27名(40.3%)にリハビリが実施され、その内容はリラクゼーション、歩行訓練、呼吸リハ、嚥下訓練などであった。

第4席は、がんのリハビリがグリーフケアに与える影響についての研究で、郵送法にて没後年数、良かったと思うリハ内容、ADL向上の有無、グリーフケアへの貢献について調査したところ、リハビリ介入によりできることが増えたと感じた事実とリハビリにより悲しみが和らいだこととの有意な相関がみられた。

第5席と第6席は一連の多施設共同研究に関する発表であった。第5席は進行がん患者199例を対象とし、客観的身体機能(FIM、PS、Berg Balance Scale)と主観的QOL(Good death Inventory(GDI)の下位尺度3項目及びQLQ C30)はリハビリ介入前後でどのように相関するかについて検討された。結果、ADL尺度間には相関を認めるものの、ADLとQOLの各尺度間の相関は低く、ADLが悪化してもQOLが維持される可能性が示唆された。第6席は進行がん患者128例の廃用症候群に対するリハビリの効果に関する検討で、2週間のリハビリ前後でFIMは低下していたが、GDIの下位尺度3項目及びQLQ C30は維持もしくは改善していたことが示された。

第7席は、緩和ケア病棟におけるトイレ歩行に関する154名を対象とした実態調査で、終末期にかけ症状が増加する中、オピオイド等により症状コントロールのもとで最期までトイレ歩行・座位を実施する症例が多く、傾眠・せん妄が阻害因子の1つであると報告された。

終末期がん患者においては自記式調査票によるQOLの評価にも苦労がある中で、症例報告や現状報告だけでなく、多施設共同研究を含めて臨床研究が多数報告されたことは素晴らしく、今後の研究成果を期待したい。

口演27

放射線療法

座長・報告 君津中央病院 放射線治療科 清水 わか子
座長 広島県緩和ケア支援センター 緩和ケア科 本家 好文

今回のこのセッションでは8つの演題が取り上げられた。

大熊先生からは緩和ケアチームに放射線治療医がかかわることによって放射線治療という選択肢が提示されやすくなることが報告された。分割回数を少なくすることの重要性に言及されていたが、緩和ケアチームがもっと「早期からの緩和ケア」を提供するようになると、放射線治療の多様性を活かした発展も必要であると感じられた。

工藤先生と和田先生の発表は、麻痺を発症した転移性脊髄圧迫の放射線治療の難しさを改めて指摘するものであった。フロアからは放射線治療の病床がないことを指摘する発言があったが、緩和ケア領域と同様に放射線治療も極端にマンパワーが不足している現状を踏まえ、今後、転移性脊髄圧迫への対応改善につながることを期待したい。

続く小島先生と久我先生の2題は、出血性病変や多発脳転移に対する放射線治療についての発表であった。放射線治療

の専門家から見れば常識的な内容であったが、緩和医療の側から見れば有用な情報である。いずれも症例数が少なく、症例のばらつきが大きかったので、さらに経験を重ねての発表が望まれる。

近藤先生のガンナイフの発表や石田先生のサイバーナイフの発表は、一つのモダリティの提示としては興味深いものがあつた。しかし、施設ごとのスタンスの違いやアクセスの問題などもあって一般化することは難しく、比較的限られた状況での選択肢として捉える必要があると思われた。

井関先生からはメタストロン治療を受ける患者の心理状態に関する発表があつた。患者の気持ちを丁寧に読み解いたもので、医師とは異なる視点からの分析は示唆に富むものであつた。

演題数とその内容の多様性は、緩和医療の領域における放射線治療の現状を示しているが、一方で、同じ症状への対応を目的とした他の治療法との比較や適応判断についての意見交換がなく、議論が深まらなかったことは残念であつた。

放射線治療はハード面での進歩が著しく、選択肢も多くなっている一方、適切な治療法の選択には十分な専門的知識が必要である。今後、症状緩和における放射線治療の有用性をもっと活かしていくためには、治療を「依頼する・依頼される」という関係性を越え、患者や家族の心理状態なども含んだ様々な情報を共有しながら、放射線治療のスタッフも多職種チームの一員として、個々の患者における適応判断・治療法の選択および実際の治療に関わることが求められると実感された。

口演33

リハビリテーション2

座長・報告 千葉県立保健医療大学 健康科学部 リハビリテーション学科 安部 能成
座長 手稲溪仁会病院 中山 紀子

がん患者のみならず、緩和医療におけるリハビリテーションの重要性は高まる一方である。本口演では、このテーマに関連した8つの発表があつた。第1席の山崎祐子先生は、緩和ケア病棟における理学療法の実践について物理療法の中でも温泉療法に注目され、骨転移のある前立腺がんに対麻痺を呈する患者への浮力を利用した取り組みを発表された。第2席の池端隆一先生は、機能的自立度評価法を使用した終末期がん患者の日常生活動作自立度の調査報告を統計的手法でされたが、対象19症例であつた。第3席の岩城基先生は、肺がんと慢性呼吸器疾患における終末期リハビリテーションの検討についてがんと非がんの150症例を用いて対比的に発表され、エビデンスの重要性を指摘された。第4席の畑慶弥先生は、がん保存療法に対するリハビリテーション効果について、廃用症候群の予防によるADL維持、ならびにPS維持の観点から発表された。第5席の大野綾先生は、がんが主病名で嚥下リハ依頼のあつた58症例を対象に、病態理解とそれに基づく対応を踏まえて、進行期・終末期がん患者における嚥下障害に関する検討を発表された。第6席の三原絵美先生は、終末期がん患者に対する訪問リハビリテーションの役割について、医療と介護とを有機的に結び付ける在宅リハビリのもつ意義について発表された。第7席の福永浩明先生は、進行終末期がん患者における理学療法の役割について、「歩くこと」の意味の観点から再検討し、「生きる希望」に至るスケールの大きな考察を発表された。第8

席の西山菜々子先生は、緩和ケアリハビリテーションにおける患者の希望表明の時期についての検討において、一般に考えられるよりも早期であることを実例で示された。土曜日の午前中にリハビリテーションに関するセッションが 2 つ連続したためか、発表会場は立ち見どころか、会場から溢れ出してしまう始末で、御足労をいただいた皆様に御迷惑をおかけした。充実した発表が多かっただけに誠に残念であった。

口演36

地域連携3

座長・報告 医療法人 東札幌病院 看護部 長谷川 美栄子

本セッションでは地域連携に関する 5 題の発表が行なわれた。

演題 1. 千葉県がんセンターの坂下 美彦先生は、在宅緩和ケア地域連携パスを適用した 241 件の転帰を調査し、在宅緩和ケアの現状と病院の役割について報告された。在宅死は約 6 割で在宅期間は平均 2 ヶ月弱、連携後の入院は 4 割で入院死の在院期間は約 7 日と短い。病院の後方支援も明確にして、がん患者が安心して自宅で暮らすことができていた。

演題 2. パプテスト在宅ホスピス緩和ケアクリニックの渡辺 剛先生は、京都市のがん診療連携拠点病院 7 院からの紹介患者を調査し、シームレスな緩和ケア移行のための要因として早期からの緩和ケア導入が挙げられることと在宅ケアの普及が肝心と述べられた。

演題 3. 熊本赤十字病院の吉田 稔先生は、5年間に渡り地域で緩和ケアに従事する医師や看護師、多職種と顔の見える関係を築くために、緩和ケア回診同行、合同の症例検討、相互に講演会の講師を務める等を実践され、成果として院内死亡率の低下、逆紹介例の増加が挙げられた。

演題 4. 愛知県がんセンター愛知病院の橋本 淳先生は、院内で地域がんサポートチームを創り、がん患者の自宅を訪問して在宅医や訪問看護師等と共に在宅療養を支援する活動の成果を述べられ、緩和ケア病棟からの在宅移行、在宅看取りが促進された可能性が示唆された。

演題 5. 神戸大学医学部附属病院の坂下 明大先生は、大学病院の医師は地域連携で何を困難に感じているのかを明らかにするためにアンケート調査を行ない、在宅医療についての知識や経験の不足、在宅医との顔の見える連携の不足が支障になっていると考察された。

「地域連携 3」では、在宅で QOL の高い暮らしや自然な看取りの実現、また、安心して自宅で過ごせるための地域連携を推進させる熱心な実践活動が報告された。会場の参加者と共に有意義な学びの場となった。

口演43

多職種協働2

座長・報告 公益財団法人がん研究会有明病院 濱口 恵子

海津未希子氏は、がん性疼痛緩和指導の充実と指導管理料算定に向けて多職種WGを結成し、計画書や患者説明用紙の作成、患者指導を多職種で行うしくみを構築した。その結果、算定率は8.0%→57.6%に上昇した。今後の課題として、算定システムの改善、外来患者へのしくみ作り等をあげられた。

本田正宏氏は、多職種で構成される緩和ケアチームはメンバー間の情報共有が必要な一方、PC操作に不慣れな職員が多い状況をふまえて、Microsoft Excelで患者情報シートを作成し、時系列の記録、点数化した問題点を自動的にグラフ描画ができるようにした。この取り組みにより、情報収集の時間が短縮（30%）し、症例検討の時間を増やすことが可能になったことを発表された。

阿瀬寛幸氏は、乳がん骨転移患者に対して、担当医、整形外科医、放射線医、リハ医、病棟看護師、退院支援看護師、緩和ケアチーム、社会福祉士、理学・作業療法士が参加するカンファレンスを隔週で開催した上でリハビリテーションを行い、自宅退院に至った13例を分析した。その結果と、1事例の提示から、一同に会して情報共有し、リスクを最小限にする指導と環境調整ができたことと、退院支援看護師から訪問看護師やケアマネに共通認識できたことを発表された。

川嶋麻有氏は、「歩けるうちに帰りたい」という意向をもつ患者に対して、退院支援を行う際に家族や多職種との連携の問題から時間的なロスが生じた事例を紹介し、情報共有や各職種の専門性や役割をお互いに理解することの重要性を発表された。

川口美喜子氏は、緩和ケアチームの栄養士が、がん治療を受ける患者や終末期患者の物語を直接聴き、食べたい欲求、思い出の味覚、患者の希望をかなえる「口にしたいメニュー」を完成。マンパワーの問題はありながら、栄養士が直接患者に接し、心理状態を把握した食の提案が重要であり、栄養アセスメントと介入プロセスを考察していく重要性を発表された。

口演44

リンパ浮腫治療

座長・報告 公益財団法人田附興風会 医学研究所 北野病院 看護部 鎗野 りか

第1席は、リンパ浮腫患者に対するQOL評価としてSF-36を用いて、リンパ浮腫治療に関する治療反応性効果を評価した結果、リンパ浮腫の改善が得られても、SF-36下位項目の高い反応が無いことから、浮腫の改善が治療効果を反映する指標としては十分ではないことが報告された。

第2席は、リンパ浮腫における複合的理学療法の1つである圧迫療法を、患者状態に合わせ弱圧で実施した結果、効果が得られたケースについて報告され、今後の弱圧弾性着衣の可能性について示唆された。

第3席は、炎症所見があるリンパ浮腫患者3例に対して、皮膚状態を整え冷罨法などにより熱感へのケアを行いながら、低圧での圧迫療法を継続したことで、炎症症状および浮腫の軽減に繋がったケースについて報告された。

第4席は、腎不全を合併し、抗菌薬の使用困難な子宮がん術後患者の、下腿リンパ管炎の局所感染コントロールのために、局所洗浄と銀含有ハイドロファイバーを使用してリンパ管炎が改善した1例について報告された。

第5席は、邦人女性のインピーダンス指標の標準値についての調査が報告された。結果、インピーダンス指標標準値はBMI別に設定する必要性があることが示唆された。今後は標準値を使用しリンパ浮腫早期発見に対する有用性の検討が予定されているという点で注目された。

治療の合併症であるリンパ浮腫に注目度が高まる中で、様々な視点でのアプローチが実践・研究され、今後さらにそれらが進められることから、患者のQOLの向上に向けたケアがますます充実されていくことが実感できた。

口演45

外来業務

座長・報告 愛知国際病院 ホスピス 井手 宏
座長 名古屋市立大学病院 緩和ケア部 坂本 宣弘

多様な内容の7題の発表が行われた。

演題1：大学病院におけるがん相談外来について報告され、医療者からの依頼内容と実際の相談内容が異なっていることも多く、潜在的ニーズの把握ができ、必要な援助へ繋がっていけることが紹介された。限られた時間と人手の中での相談業務の効率化、他部署との連携が今後の課題とされた。

演題2：がん看護専門外来における電話対応が医療施設との繋がりを持ちたいと思う患者や家族へ安心感をもたらしていることなどが報告された。曜日別件数では月曜日と金曜日が多いことから、先ずはその二つの曜日から開始すればという実践的な助言があった。

演題3：緩和ケア病棟に入院する前に緩和ケア専門外来で症状コントロールを行うことで、初診から緩和ケア病棟へ入院するまでの期間が長くなり、平均在院日数が2週間短縮され、入院後在宅へ戻るケースが出るなどの効果を認めたことなどが報告された。

演題4：緩和ケアを必要とする患者の緊急入院を緩和ケア科の医師が一般病棟で担当するという緩和ケア病棟だけでなく病院全体で緩和ケアを行っている現状が報告された。一般病棟を利用することで、緩和ケア病棟満床時、夜間・休日の入院対応も可能となり、緩和ケア提供施設としての責務を果たすことが出来ていた。

演題5, 6：ともに「がん患者サロン」の調査結果報告がなされた。「生きる勇気や希望を持てる」「役割を見いだす」という利用者にプラスの変容をもたらすなど、その効果は有意義なものであった。しかし、施設によっては予算や人員などの面で病院からの協力が得られず、今後の発展には病院のさらなる理解や診療報酬として認められることが望まれた。

演題7：がん患者の有症率・相談支援ニーズとバリアについての4施設調査（12093対象中6516人回答）について報告された。疼痛や不眠などの有症率は15～25%に留まった。情報へのニーズが高く治療や身体に関する相談が多い、暮ら

しや心の問題は少なく相談しづらいなどの問題点が明らかになった。

口演50

多職種協働3

座長・報告 名古屋第一赤十字病院 呼吸器内科、化学療法内科 野村 史郎

学会の2日目の最終のセッションでしたが、想像以上の聴衆の方々の参加があり、会場を盛り上げていただいた皆様に感謝申し上げます。安生更生病院から医療用麻薬を注射のまま退院する院内マニュアルを作成したという報告では、緩和ケアについての地域連携を進めていくためには退院コーディネーターと地域の開業医さんとの連携が重要で、今後退院マニュアル、パスなどを活用することにより在院日数を短縮していくことができる可能性が示されました。小牧市民病院からは小型シリンジポンプのキャリングケースが使いにくいので、点滴を行っている患者さんに点滴スタンドに固定できるような小型シリンジポンプを新規作成してスタッフからの評判が良かったという報告がありました。東海大学からは病棟ごとにオピオイドレスキューのやり方に差があったので病院で突出痛に対してシリンジポンプによるオピオイドレスキュー投与システムを統一したことにより医師や病棟間による差がなくなり、安全性も向上しているという報告がありました。最後に会長の所属施設である藤田保健衛生大学からから薬剤師が医療用麻薬注射剤調整を行う多職種協働の麻薬調整システムを構築し、運用しているという報告がありました。それぞれの職種が得意とする分野を担当することにより安全に麻薬の適正使用が図れるようになることが示されました。

このように院内に緩和ケアを普及させるためには個の力だけでは不十分で、それぞれの個の力を発揮しながら多職種協働で活動することによりチーム力がアップしていくことが期待されます。Tuckmanはチームの発達段階について以下の4段階を提唱しています。①形成期(forming)、②騒乱期(storming)、③規範(秩序)期(norming)、④遂行期(performing)。現在自分たちのチームがどの段階にあるのかを評価をしながら、よりよいチームを育てていってください。

一般演題

優秀ポスター2

座長・演者 東札幌病院 内科 照井 健
座長 鳥取市立病院 診療部、地域医療総合支援センター 足立 誠司

このセッションのいずれもが優秀ポスター賞に相応しい内容であった。

宮下氏は、「2010年の全死亡およびがん死亡の都道府県別自宅死亡割合と医療社会的指標の地域相関分析」において在宅死亡割合に及ぼす因子の分析を試みた。がん患者の在宅死亡割合には在宅療養支援診療所における看取り数が最

も大きな因子であることを報告した。病院数・病床数などの病院施設リソースの要因よりも在宅医療体制の充実度ががん患者の在宅での看取りには関与していると考察した。

前田氏らは、在宅緩和ケアの高い専門性を有した薬局(PCP: Palliative Care Pharmacy)の所在や機能を明らかにしてデータベース化してそのメーリングリストを作成した。在宅緩和ケアに携わる医師が求めるPCPの機能が現状と乖離している部分もあるが、PCPは在宅緩和ケアを支える大切な機能であり、その増加が必要であると考察した。

小林氏らは、京都府でのオピオイド系鎮痛薬を扱う薬局の実態を調査した。服薬指導は患者さんの情報不足の中での説明であることが難点であり、今後副作用ばかりでなくレスキュー使用の確認にも取り組むべきとした。また、麻薬小売業者間譲渡許可は可能になっているものの麻薬不動金額が高いことが薬局の負担となっていることを指摘した。

五十嵐氏らは、死亡票の分析によりがん患者の死亡場所が病院死90.4%、在宅死7.8%、施設死1.4%であり、疾患分類では乳腺や泌尿器といった比較的長期生存が見込める疾患で施設死が多いということを見出した。

渡邊氏らは、在宅緩和ケアを担う訪問看護師の育成に役立つ教育プログラムの基礎資料を作成するにあたり必要な10の項目を示した。また、講義だけでなく実習を含めた教育プログラムの開発が必要であるとした。

大谷氏らは、がんセンターの緩和ケアチームが月に1回、地域へ出張訪問する形で在宅医療を担う医療機関の医師と顔を合わせることで、地域における緩和ケアコンサルテーションチームを構築し、緩和ケアに関する医療者の困難感を軽減することを示した。

内野氏らは、がん診療拠点病院、在宅ホスピス、施設ホスピスが一堂に会して、互いに共有した症例を取り上げてデスカンファランスをすることが、がん治療期からの切れ目のない地域緩和ケアの普及に役立つことを示した。

一般演題

優秀ポスター3

座長・報告 川崎医科大学 臨床腫瘍学 山口 佳之
座長 医療法人社団 東札幌病院 緩和ケア科 小池 和彦

本セッションには7演題が採択された。

『早期からの緩和ケアの重要性』について三友堂病院 木村彩氏より発表された。早期からの介入によって、患者の希望する在宅への支援が向上することが報告された。背景として、ではどのようにして患者の希望を知るか、真実の告知をどうするか、ツールの必要性などがあらためて議論となった。

『遺族によるケアの質の評価に関する研究J-HOPE2-study』についてJ-HOPE2運営委員会東北大学 清水恵氏より発表された。ケアの評価はその質向上に不可欠であるが、現場的には簡単ではなく継続課題である。今回、遺族を対象とした膨大な質問調査が実施され発表された。幸いにして、現在のケアが高く評価された結果であった。評価システムの開発が望まれる。

『緩和ケアチームの今後の活動』について山形市立病院 色摩慶子氏より発表された。院内で統一した痛みの観察シートを作成したことによって、疼痛ケアの質向上とチームの院内への浸透という好影響が認められた。院内にとどまらず地域への拡大が期待された。

『外来患者の電話相談の現状』について函館五稜郭病院 高橋玲子氏より発表された。短時間の外来での疼痛ケアの対応を補うものとして電話相談は有用で、看護師対応のみが大部分であるなど、報告された。対応が報われるよう、今後の行政の手厚い見直しに期待したい。

『ALSの終末期苦痛緩和』について柳井医療センター 八本久仁子氏より発表された。がん性疼痛のオピオイドより少ない量で苦痛の緩和が可能であり、患者・家族の偏見をなくし、積極的な導入を考慮することの重要性が指摘された。経験のない筆者には貴重な報告であった。

『非がん患者における緩和ケア』として、山梨大学 熊倉康友氏より3年間の施設での現状について、聖隷横浜病院 根岸恵氏より慢性心不全患者に対する介入について、それぞれ発表された。必要性が増している一方、現場的な知識や技術、スキル、および行政的対応において、諸外国より遅れているケア対象である。今後、益々開かれていかねばならないケア領域と感じさせられた。

以上、いずれ劣らぬ優秀な発表で、聴衆に大いに資するものであった。

Current Insight

緩和医療における前向き臨床試験の重要性

日本緩和医療学会オンラインジャーナル編集委員

東北大学病院 臨床研究推進センター

井上 彰

腫瘍内科医として進行がんの患者さんに関わっている私にとって、新しい治療（主に抗がん剤）の有効性や安全性を検討する臨床試験に参加するのは珍しいことではありませんが、緩和医療においては「良いかどうか分からない治療の臨床試験」に抵抗感を持たれる方が少なくない印象を受けます。ただ、それは大きな間違いであると言わざるを得ません。何故なら新しい治療に限らず、「昔から行われてきた治療（対症療法も含む）」のなかにも、本当に有用かどうか分からないものは山ほどあるからです。それらを良いと信じ込んで漫然と日常診療で用いる立場と、有用性を確かめるべく臨床研究を行う立場では、医療者として後者が正しいのは明らかです。

事実、海外では緩和領域の治療についても前向き臨床試験で有効性を検証する動きが盛んで、数多くの重要な結果が示されています。この1年の間にも「がん性疼痛に対するケタミンは無効」、「進行がんの倦怠感に対するステロイドは有効」との結果がプラセボ対照無作為比較試験によって示され、臨床腫瘍学のトップジャーナルである J Clin Oncol 誌にそれぞれ掲載されました。ケタミンは疼痛緩和のガイドラインでも推奨されている古くからの治療薬であり、上記の結果に賛同できない方は多いでしょう。私自身、おそらくは対象患者の選択の仕方でも異なる結果になったのではと感じます。しかし、少なくとも「経験的に有効だ」という主観的な意見よりはるかに重い意味があり、本剤の適切な使い方については今後も検討すべきだと思います。一方のステロイドは、私を含め「経験的に」用いていた方は多いでしょうが、科学的にその有用性が証明されたことは非常に重要です。

このような前向き介入研究は日本でも最近増えてきましたが、率直な印象として研究計画（プロトコル）が拙いものが多いです。研究の背景が漠然として意義が不明なものや、エンドポイントが不適切で結果を客観的に評価できないもの、サンプルサイズが不十分で統計学的評価に耐えられないものなどは、計画段階でその後の顛末が見えてしまいます。「取りあえずやってみよう」という姿勢も大事ですが、患者さんの貴重な協力を得るからには、日常臨床に還元できるような研究を行うべきでしょう。もちろん苦労は多いですが、良い結果が得られた際の喜びは格別ですので、特に若手の皆さんには是非意欲的に取り組んでいただければと思います。そして、前回宮下先生が書かれたように良い結果はしっかりと論文にまとめましょう。

東京オリンピック開催に湧く昨今ですが、「気は優しく力持ち（実力者）」というのはスポーツ選手だけでなく、緩和医療に携わる医療者にも望まれる資質だと思います。緩和医療における優れた臨床試験の結果が日本から発信される日を強く願う次第です。

Current Insight

英国でのLiverpool Care Pathway の動向について

LCP日本語版研究普及グループ

菅野 雄介、茅根 義和、池永 昌之、宮下 光令

Liverpool Care Pathway（以下、LCP）は、2000年代初頭に英国で開発された看取りのケアのクリニカルパスである。欧州を中心に世界20カ国以上で使用さ

れ、日本では、2010年にLCP日本語版がリリースされている。英国政府は、LCPをEnd-of-Life Careの重要な枠組みとして推奨してきたが、現在、LCPに代わるEnd-of-Life Careの新たな枠組みを検討するよう求められている。

2013年7月15日にLCPを評価した英国の第三者評価機関は、医療者や遺族への聞き取り調査からLCPの実態をまとめた、Independent Review(以下、Review)を発表した¹⁾。具体的には、輸液や栄養の中止に関して医療者の独断で判断していたケース、疾患や病状に合わせて治療やケアの選択をせずパスに沿った画一的なケアを行っていたケースなどが報告され、End-of-Life CareやLCPの使用法に関する教育やトレーニングが十分に行われていないことを指摘している。さらに、LCPに関する研究において有用性を保証するエビデンスはなく、また患者や家族をアウトカムとした研究が少ないことを指摘している。これらの実態を踏まえ、Reviewでは、LCPを半年または1年以内に段階的に廃止し、患者と家族の個別性を尊重したEnd-of-Life Careの新しい枠組みを検討するよう勧告を出した。この勧告を受けて、英国のNational Institutes of Health(以下、NIH)は、LCPの実態を究明しEnd-of-Life Careの新たな枠組みを秋頃までに検討することを発表した。英国メディアは、今回のReviewを大きく取り上げLCPの実態について報道し、英国の一部の病院では、患者と家族の懸念を考慮しLCPの使用を控える動きがみられた。

今回LCPを評価したReviewでは、LCP自体に問題があるというよりは、不適切な使用方法に問題があると言える。LCPを使用してきた医師や看護師からは、学会誌を通してこの問題を指摘しており²⁾、LCPを廃止することに否定的な意見を示している。Reviewでも、LCPを適切に使用することでEnd-of-Life Careのガイドになることを認めている。また、LCP

の実態を踏まえ44の推奨事項を提示している。その中には、医師会や看護協会をはじめ、各団体にEnd-of-Life Careに関するガイドラインや教育プログラムの見直しを行うよう推奨している。また、Pathwayの用語はEnd-of-Lifeにおいて不適切であり、End-of-Life Care Planのような名称に変更するよう推奨している。これらの推奨事項は、英国のEnd-of-Life Careの新たな枠組みを検討する上で重要な内容であり、LCPを使用している国々においても参考となる内容である。

日本では、LCP日本語版は研究段階にある。End-of-Life Careの政策に関して、英国と日本ではかなり状況が異なるため、英国でのReviewの勧告に沿って日本でLCP日本語版を使用している施設が直ちに使用を中止する必要はないと考えている。私たちの見解は、LCP日本語版ホームページ([http:// www.lcp.umin.jp/](http://www.lcp.umin.jp/))に掲載する予定であるので、LCP日本語版を使用している施設、使用を検討している施設、また関心がある方はご覧いただきたい。また、私たちはLCP日本語版の使用登録をお願いしている。LCP日本語版ホームページに登録方法が掲載されているので、LCP日本語版を使用しているが登録していない施設、使用を検討している施設には使用登録をお願いする。今後は、英国の状況を含め、出来るだけタイムリーな連絡を使用登録施設に対して、電子メールで連絡する予定である。

参考文献

- 1) Department of Health. More care, less pathway: a review of the Liverpool Care Pathway. July 2013. <https://www.gov.uk/government/publications/review-of-liverpool-care-pathwayfor-dying-patients>.
- 2) Sykes N. The end of the Liverpool Care Pathway? The lancet oncology. 2013;14(10):926-7. Epub 2013/09/03.

Journal Club

成人がん患者の診断後1年間での不安と抑うつ推移とその関連要因

東北大学大学院 緩和ケア看護学分野 佐藤 一樹

Boyes AW, Girgis A, D'Este CA, Zucca AC, Lecathelinais C, Carey ML. Prevalence and predictors of the short-term trajectory of anxiety and depression in the first year after a cancer diagnosis: a population-based longitudinal study. J Clin Oncol. 2013;31(21):2724-9.

【目的】

がん治療から治療後での心理的適応を調査した研究は少ない。成人がん患者の不安と抑うつ有症率の推移とその関連要因を明らかにすることを目的とした。

【方法】

オーストラリアの2つのがん登録を用い、診断後6ヶ月以内の成人がん患者3315名を抽出し、診断後6ヶ月後と12ヶ月後に質問紙調査を行った。不安と抑うつはHADSにより測定し、カットオフ以上を「症状あり」とした。不安と抑うつ2時点での推移を次の4つに分類した：なし→なし（無症状）、あり→なし（回復）、なし→あり（遅発）、あり→あり（慢

性)。また、診断12ヶ月後での不安・抑うつに関連要因として、6ヶ月後での不安・抑うつ、患者背景、疾患・治療背景、健康行動、心理・社会的要因を調査した。

【結果】

1154名から有効回答を得た。がん原発部位は、前立腺28%、乳腺16%、悪性黒色腫15%、血液14%、大腸12%の順であった。

がん診断後6ヶ月→12ヶ月での有症率は、不安では22%→21%、抑うつでは13%→13%であり、ほとんど一定であった。不安の推移は、なし→なし70%、あり→なし8%、なし→あり7%、あり→あり14%であった。抑うつは、なし→なし82%、あり→なし6%、なし→あり6%、あり→あり6%であった。

がん診断後12ヶ月での不安は、女性で (OR=1.8)、6ヶ月後時点で不安や抑うつがあり (OR=10.7, OR=1.9)、不安のとりわれや闘争心のコーピングス成人がん患者の診断後1年間での不安と抑うつとの推移とその関連要因タイトルがある (OR=1.6, OR=1.7) ほど有意に症状を有していた。がん診断後12ヶ月での抑うつは、肺がんで、6ヶ月後時点で不安や抑うつがあり (OR=2.6, OR=6.9)、運動不足であり (OR=2.1)、回避のコーピングスタイルがある (OR=1.7) ほど有意に症状を有していた。

【結論】

成人がん患者の不安と抑うつの有症率とその推移を明らかにした。ハイリスク患者に対象を限定した精神問題のスクリーニングによる早期介入が有用であろう。

【コメント】

脆弱性 (vulnerability) の対義語として、レジリエンス (回復力、resilience) という用語が近年提唱されている。著者らはこの概念に着目し、不安と抑うつとの推移を明らかにした点に新規性がある。がん患者の代表性の高いコホート研究である強みに対して、がん診断後12ヶ月間での治療や再発を考慮していないことが大きな限界である。また、長期生存がんサバイバーの不安と抑うつに関する系統的レビューが最近発表された (Lancet Oncol. 2013;14(8):721-32.)。不安と抑うつの有症率はそれぞれ17.9%, 11.6%であり、本研究と大きく異ならなかった。

Journal Club

終末期患者ケアでの医療者とのコミュニケーションと遺族の信頼感 (がん患者の子である遺族の全国調査)

東北大学大学院 緩和ケア看護学分野 菅野 雄介

Bylund Grenklo T, Kreicbergs UC, Valdimarsdottir UA, Nyberg T, Steineck G, Furst CJ. Communication and trust in the care provided to a dying parent: a nationwide study of cancer-bereaved youths. J Clin Oncol. 2013;31(23):2886-94.

【目的】

本研究の目的は、親をがんで亡くした子供の遺族を対象に、医療者のEnd-of-Life Care の説明と親が受けられた医療

に対する信頼感との関連を明らかにすることである。

【方法】

スウェーデンの死亡登録データを使用した。2000～2003年に親ががんで死亡した子供の遺族(当時13～16歳)851名に、2009～2010年に自記式質問紙による郵送調査を行った。そのうち、調査に協力した子供の遺族593名(19～25歳)を分析対象とした。主要評価項目は、死亡前1週間に親が受けた医療に対する信頼感と親の病状や死が近いことについて医師からの説明の有無や時期について尋ねた。質問紙は、著者らが作成し、表面妥当性を検証後に使用した。また、抑うつ症状の有無に関してPHQ-9で尋ねた。

【結果】

親が受けた医療に対して信頼していた子供の遺族は、82%であった。多変量解析の結果、不信に感じた子供の遺族は、親が死亡する前に医師から説明を受けた子供の遺族と比べて、説明を受けていない(リスク比=2.5, 95% CI:1.5-4.1)、死別後に説明を受けた(リスク比=3.2, 95% CI:1.7-5.9)、説明を受けたか不明(リスク比=1.7, 95% CI:1.1-2.5)で有意に高かった。また、抑うつに関して、不信に感じた子供の遺族の方が有意に高かった(リスク比=2.2, 95% CI:1.5-3.5)。

【結論】

本研究により、子供の遺族は、親が亡くなる前に説明を受けることで、医療者のケアに対する信頼感が高まる可能性が示唆された。

【コメント】

親の病状について、いつのタイミングで子供に伝えるべきかを大規模調査で示した研究である。子供の遺族は、当時13～16歳であった。子供の悲嘆を考慮し、片親や親族だけに説明がされていたと推察できるが、子供の遺族にとっては、医療者のケアに対する不信感が高まった。このことから、親が亡くなる前に、子供にも親の病状について説明する必要があることが示された。本研究は、親の死別後6年以降に調査をしており、リコールバイアスが含まれるため、調査結果の解釈において注意が必要である。日本では、20歳以下の子供の遺族を対象とした研究は報告されていないが、本研究の方法であれば実施可能であろう。医療者の説明の仕方や内容などによっても子供の遺族の信頼感との関連が推察されるため、さらなる検討が期待される。

Journal Club

緩和ケアをうけたがん患者遺族の遷延性悲嘆のリスクファクターに関する縦断的研究

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 竹内 真帆

Thomas K, Hudson P, Trauer T, Remedios S, Clarke D. Risk Factors for Developing Prolonged Grief During Bereavement in Family Carers of Cancer Patients in Palliative Care: A Longitudinal Study. *J Pain Symptom Manage.* 2013 Aug 19. pii: S0885-3924(13)00367-9.

【目的】

緩和ケアを受ける患者の家族は、介護や死別を通して、高い心理的ストレスを受けると報告されている。本研究の目的は、死別後6ヶ月および13か月における遺族の遷延性悲嘆の症状の出現や程度を、死別以前の情報から予測可能であるかを明らかにすることである。

【方法】

オーストラリア国内で緩和ケアを提供する3施設に入院した患者の家族を、緩和ケア導入時(T1)にリクルートし、1) 家族に関連する心理社会的因子11因子(自尊心、家族支援、経済的影響、スケジュールへの影響、健康への影響、配偶者への依存、ソーシャルサポート、家族機能、楽観的思考、介護に対する受けとめ)、2) 家族の心理的ストレス因子4因子(予期悲嘆、不安、抑うつ、意欲喪失)をそれぞれ妥当性が明らかにされている評価尺度を用いて測定した。死別後6ヶ月(T2)、13ヶ月(T3)では、T1の尺度を繰り返し測定し(予期悲嘆は遷延性悲嘆の尺度に変更した)、それに加えてPTSDの評価尺度を調査した。

【結果】

992名の対象のうち、301名(30%)が研究参加に対して応諾した(T1)。そのうちT2では167名、T3では143名が参加した。T1における予期悲嘆は、T2、T3における遷延性悲嘆(PG)および遷延性悲嘆障害(PGD)の強い予測因子であった。その他、PGのリスクファクターとしては、死別への依存の強さ、患者との配偶者関係、介護負担の重さ、家族機能の乏しさ、楽観的思考の程度の低さが認められた。T3時点でPGDの基準に当てはまるものは11%であったが、その3分の2が6か月時点のPGの得点から予測可能であることが明らかになった。

【結論】

緩和ケア導入時点で予期悲嘆のスクリーニングをすることは、PGDのリスクの高い家族を同定する方法として、最も効果的だと考えられる。本研究結果から、PGを抱える遺族を同定する方法として、死別後6ヶ月時点でのスクリーニングを推奨する。

【コメント】

PGまたはPGDについての縦断的調査研究は数少なく、本研究は貴重なデータを提供したものと考えられる。しかし、研究限界として、サンプル数や代表性の問題がある。また、PGまたはPGDは診断基準や定義が確立されておらず、他の精神疾患との区別も曖昧であり、他の先行研究ではPGDと抑うつ・不安障害などの併存の割合の高さも指摘されている。今後は死別と、PGDおよび他の精神疾患との関連性も明らかにしていく必要がある。

Journal Club

化学療法による末梢神経障害に伴う疼痛・身体機能・QOLに対するデュロキセチンの効果

神戸大学医学部附属病院 腫瘍センター 緩和ケアチーム 山口 崇

Smith EM, Pang H, Cirrincione C, Fleishman S, Paskett ED, Ahles T, Bressler LR, Fadul CE, Knox C, Le-Lindqwister N, Gilman PB, Shapiro CL; Alliance for Clinical Trials in Oncology. Effect of duloxetine on pain, function, and quality of life among patients with chemotherapy-induced painful peripheral neuropathy: A randomized clinical trial. JAMA. 2013 Apr 3;309(13):1359-67.

【目的】

主要目的は、デュロキシセチンが化学療法による末梢神経障害（chemotherapy-induced peripheral neuropathy: CIPN）に伴う痛みを軽減するか評価すること。副次目的として、デュロキシセチンのQOL・身体機能に対する影響と有害事象に関して評価する。

【方法】

米国の8施設において行われた二重盲検プラセボ対象無作為化クロスオーバー試験。CIPNの診断は、病歴・深部腱反射の消失、神経障害性化学療法後に生じた左右対称性の手袋-靴下型の感覚低下もしくは異常感覚、のいずれかの有無によって判断された。対象は当初paclitaxelとoxaliplatin使用関連のみに限定したが、後にdocetaxel・cisplatinにも対象を広げた。適格基準は以下：25歳以上、CTCAE ver3.0 grade1以上の神経痛、化学療法終了3カ月以上期間持続する平均で10段階評価中4以上の神経障害性疼痛。原疾患の種類・病期による限定は行わなかった。試験開始時点でその他の神経障害性化学療法を継続している、神経障害の既往がある場合は除外された。

参加者はGroup A（Week 1-5:デュロキシセチン→Week 8-12:プラセボ）またはGroup B（プラセボ→デュロキシセチン）1:1に無作為に割り付けられた。デュロキシセチンは1週目に30mg/日、2-5週目は60mg/日で投与された。試験開始2週間で投与量が安定している場合決められた鎮痛薬の併用は許容されたが、セロトニン作動に影響する薬剤の併用は禁止された。

主要評価項目はweek6のday1におけるBPI-SFで評価した「平均の痛み」とした。臨床的に有意な数値差は、0.98と設定した。QOLはFACT/GOG-Ntxで、身体機能はBPI-SFの下位項目で、有害事象はCTCAE ver3.0で評価した。

【結果】

231例がリクルートされ、Group A に115例、Group B に116例が割り付けられた。Group A では109例が実際にデュロキシセチン投与され、88例が投与を完遂した。Group B では111例が実際にプラセボを投与され、99例が投与を完遂した。Group A 11%、Group B 1% が有害事象で脱落した。両群の背景情報は有意な差はなく、試験開始時の疼痛はGroup A 6.1、Group B 5.6 で有意差はなかった。疼痛はGroup A では5週後に平均1.06(95%CI:0.72-1.40)、Group B では0.34(95%CI: 0.01-0.66)低下し、Group A で有意に低下が大きかった ($p=0.003$)。Group A ではGroup B と比較して、疼痛強度が30%以上低下するRelative risk(RR)は1.96(95%CI:1.15-3.35)、50%以上低下するRRは2.43(95%CI:1.11-5.30)であった。原因薬剤による違いとしては、oxaliplatin関連CIPNでは有意に疼痛強度が低下していたが、taxane関連CIPNでは有意な効果は認めなかった。

副次評価項目では、Group Aの方が生活の支障はより改善する傾向が見られ、QOLもより改善する傾向が見られた。重大な有害事象はいずれの群でも報告されなかった。

【結論】

5週間のデュロキシセチン投与はCIPNに伴う痛みを有意に改善した。

【コメント】

本研究はデュロキシセチンの有痛性CIPNに対する効果を示した初めての大規模臨床研究である。しかしながら、本研究でのデュロキシセチンが有効性を示したのはあくまでも有痛性CIPNの「痛み」であり、「しびれ」に対する効果は検討されていない。したがって、有痛性CIPNを有する症例にのみ本研究の結果を当てはめることが可能であると考えられる。また、サブ解析で示されているように、oxaliplatin関連の有痛性CIPNでは有意な効果であったが、taxane関連CIPNでは有意な効果は示せなかったことも臨床に研究結果を当てはめる際には注意が必要である。また、結果的にITT解析は行われず、その上デュロキシセチン投与群の脱落例が有意に多かった、という結果にも注意をする必要がある。さらに、デュロキシセチンはもともと抗うつ薬として使用されている薬剤であるが、今回の研究では抑うつとの関連は評価されていない。このようにいくつかの限界があることを踏まえながら、今回の研究結果を解釈する必要がある。

学会印象記

第19回大学病院の緩和ケアを考える会研究会を終えて

聖マリアンナ医科大学 麻酔学教室 西木戸 修

2013年9月7日、聖マリアンナ医科大学病院3階大講堂で第19回大学病院の緩和ケアを考える会総会・研究会を開催しました。残暑のなか、関東地方を中心に151名の方に参加していただきました。聖マリアンナ医科大学では、1998年・第4回、2003年・第9回に続いて、3度目の開催となりました。第4回では「患者は最後の時をどこで過ごしたいのか」、第9回では「立ち上げよう！緩和ケアチーム」でしたが、今回のテーマは「多職種で支える緩和ケア」としました。このテーマを踏まえ、シンポジウムは「多職種で支える緩和ケア in 聖マリアンナ医科大学」としました。医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、臨床心理士、社会福祉士がシンポジストとして各々の立場から大学病院の緩和ケアについて発表していただきました。ランチョンセミナーは昭和大学内科学講座緩和医療科学部門樋口比登美教授に昭和大学病院緩和ケアチーム活動報告、特別講演は、がん・感染症センター都立駒込病院 緩和ケア科栗原幸江先生に多職種間のコミュニケーションについてご講演いただきました。

研究会参加者の方々に、アンケート方式で大学病院の役割についてお聞きしたところ、チーム医療のモデル(71.3%)、研究機関(67%)、教育機関(54.8%)とのことでした。この研究会を通じて大学病院の緩和ケアとは・・・と考えながら仕事ができると考えています。最後に本研修会を開催するにあたって多大なご協力を頂いた三宅良彦学長、腫瘍センター緩和医療部の仲間らに感謝して筆を置かせていただきます。

学会印象記

第6回日本スピリチュアルケア学会「緩和医療のチームにスピリチュアルケア専門職を」 ～日本で初めての学会認定「スピリチュアルケア師」誕生～

日本スピリチュアルケア学会 理事 大下 大圓

平成25年9月15日、東北大学において開催された第6回日本スピリチュアルケア学会学術大会において、学会理事長の日野原重明氏から「スピリチュアルケア師」の資格認定証が授与された。資格は「認定」「専門」「指導」の三種類で、各々69名、24名、39名が日本で初めてスピリチュアルケアの資格を得たことになる。

この資格認定は、学会発足以降2008年から、学会理事会で議論され、同学会資格認定委員会の整備作業を通じて実現した。本資格認定は、学会会則第2条(目的)の「本会は、すべての人びとがスピリチュアリティを有しているという認識に基づき、スピリチュアルケアの学術的・学際的研究およびその発表と実践とを通して、スピリチュアルケアを含む全人的なケアが社会のあらゆる場面で実践されるよう推進することを目的とする」との理念に基づき、日本におけるスピリチュアルケアの普及啓発と、専門性を有した人材の育成を目的としている。

同学会の資格認定委員会は、まず、これまでスピリチュアルケアの理論と実践教育の養成講座を行ってきた国内の6団体（臨床パストラル教育研究センター、上智大学グリーンケア研究所、NPO法人日本スピリチュアルケアワーカー協会、臨床スピリチュアルケア協会、東京看とり人プロジェクト、高知がん患者支援推進協議会）を「認定プログラム」とし、それらのプログラム修了生の中から、各団体からの推薦者に対して、個人認定を行った。

「認定プログラム」は、基礎領域（①思想・宗教・伝統・文化、②心理・力動・援助、③臨床専門職倫理）と専門領域（①スピリチュアリティ論、②スピリチュアルケア論、③グループワーク、④臨床スーパーヴィジョン、⑤臨床実習、⑥スピリチュリティの涵養、⑦継続教育）などの分野での計300時間以上の教育の提供などが条件となっている。また今回認定された個人は、5年後の更新時まで一定時間数の臨床実践などの条件が課せられており、更なる専門性向上をめざすことになる。

前述の目的にあるように、様々な臨床現場におけるスピリチュアルケアの普及と専門性の発揮が期待されているが、3種類の個人資格のうち、「認定」がそれぞれの臨床における活動資格基準となる。「専門」は、臨床活動と共に研究活動（学会等での研究発表、学術論文発表・専門書の発刊、講演会・研修会等の講師）を通して、スピリチュアルケア理論を深めるとともに、社会に対しての啓発の役割を担う。「指導」は、各「認定プログラム」において、スーパーヴィジョンを担う立場にある者に対して与えられる資格である。

今回、資格認定制度を発足するにあたり、学会独自のスピリチュアルケア人材育成プログラムを作成するのではなく、すでに国内で実施されてきたスピリチュアルケア人材育成の英知を結集し、より高い専門性を発揮できる資格認定制度に10年をかけて整えていく形をとった。

本年の資格認定授与はその第一歩であったが、今後、さらなる多職種連携ケアの加速が予想される中、国内の病院や介護施設、在宅へのスピリチュアルケアの専門職導入に新たな道が開かれたと言える。また、心理系、宗教系大学でのスピリチュアルケア学の開講、開設にも弾みがつくことが期待される。

学会印象記

第7回 日本緩和医療薬学会年会印象記

(株)コムファ なの花薬局 南郷店 在宅訪問室 土井 真喜

第7回日本緩和医療薬学会が、2013年9月15、16日の2日間で開催された。

台風18号の影響で、皆会場に向かうにも帰宅するにも一苦労…違う意味でも印象に残る学会となった。

今回の学会テーマは『今、「絆」でつくる地域の緩和・・・薬局が担う地域の緩和医療・・・』。実践・研究・教育の循環や、薬薬学連携、多職種協働についてなど、様々な連携を意識した内容になっていた。

どのシンポジウムも興味深いものばかりで、ポスターも見たいし、口頭発表も聴きたいし…と大忙し。予めスケジュール管理をしておかないと、とても回りきれない。

その中でも私の印象に残ったものは、①地域の在宅緩和ケア連携について、②メサドンの臨床使用状況やその注意点、③患者の主観的QOL評価法(SEIQoL)などだった。特にSEIQoLはさらに深く学びたいと感じる項目だった。

学会参加の楽しみは、最新知識の習得や自己研鑽の他に懇親会がある。活発に活動している方々が多数集まる中で、

自分と同じような活動をし、同じような悩みを持つ仲間達に出逢える。そして毎年お互いに情報交換を行うのだ。お互いの悩みを相談し合い、問題解決のヒントを得て帰る。そうしているうちに、毎年少しずつ知り合いが増え、学会に参加する楽しみが増えるのだ。

学会は私にとって元気をもらえる大切な場なのである。

そして、また来年の学会で良い報告ができるように、日々頑張ろうと思う。

学会印象記

第26 回日本サイコオンコロジー学会総会並びに研修セミナー

国立病院機構 岩国医療センター 緩和ケア病棟 看護師 大松 和恵

9月19日～21日大阪国際交流センターにて開催された第26回日本サイコオンコロジー研修セミナーおよび学会に参加させていただきました。私が勤務する岩国医療センターは2013年4月に緩和ケア病棟が設立されました。私は今まで一般病棟でがん患者と関わることはありましたが、緩和ケアについて深く学んだことはありませんでした。この度は、がん患者の怒りの対応やスピリチュアルケアについて学びたいと思い、参加させていただきました。

19日の研修は、まず講義で精神症状の包括的アセスメントや怒りのアセスメントなど自分が知りたかったことや、病棟ですぐに役立てていけることを教えていただきました。その後のワークショップでは、C A S (Comprehensive Assessment Sheet)を用いて症例を検討する中で、様々な意見を交換し、今までの自分の視点では見落としていたことや、気づかなかった考え方など幅広い意見を聞くことができました。6時間の研修セミナーでしたが、時間を全く感じさせず飽きることなく勉強させていただきました。

翌日からの学会では普段聞くことができない先生方のご講演を沢山聞くことができました。特に印象に残ったのは村田久行先生と武井麻子先生のご講演です。村田久行先生のご講演では、スピリチュアルケアは時間性・関係性・自律性の3次元から構成されており、それは宗教を必ずしも必要とせず、看護師でも傾聴とタッチングを用いた関係性の中で行えることを教えていただきました。また、武井麻子先生の「がんに関わるスタッフのメンタルヘルス」では、私達看護師は日々の業務の中で共感ストレスを受けやすく、まさに今の自分の状況でもあり聞き入りました。他にも家族や遺族ケアなど興味深く聴講することができました。

今回、研修や学会に参加して得た知識を、病棟で共有し実践していきたいと思っています。また、今後も研修や学会などに積極的に参加し、がん患者の精神症状に対応する力を身に付けていきたいと考えています。

学会印象記

第26回日本サイコオンコロジー研修セミナー ～一般医療者・看護師合同コース～に参加して

第二岡本総合病院 がん性疼痛看護認定看護師 北村 和美

今回セミナーに参加を希望した動機として、病棟で勤務するスタッフの一員として精神症状を有する患者さんの対応に苦渋するケースが多い。そのため、精神症状を有する患者さんを少しでも理解しサポートできたらよいと思いこのセミナーに参加を希望しました。

緩和研修会やELNEC-Jを受講し基礎的な知識を得たものの、実践にうまく応用できていないのが現状でありました。

しかし、この研修で多職種の方とワークショップを行うことで看護師だけが悩んでいる問題ではなく多職種の多くの方もそれぞれの悩みがあるのを知りました。

そして、セミナーでは精神症状の包括アセスメントについて学びました。包括アセスメントといっても大切なのはわかりますが、どのようにアセスメントすればよいかかわからず悩んでいるスタッフが多いのが現状です。アセスメントで最も大切なのが「精神症状に気づく」ということを知り、私たちは精神症状のアセスメントができていないのではなく、その気づきをうまく次のアセスメントに活用できていないという現実がセミナーに参加することで見えてきました。そして「精神症状は難しい」「精神症状をどう評価すればいいのか、どのような症状を専門家に紹介するか」ということを学びました。

今回のセミナーは、「怒り」を事例に取り入れ多職種の方とのワークショップを行うことでそれぞれの立場での悩みをディスカッションし、自分がもともとめられている役割や対処方法について考える良い機会になりました。

参加後、同職種だけでなく多職種で考えることで困難であった事例に対し対応できるということはこのワークショップを通じて学び、今後の行動としてアセスメントに必要なものは何か、解決に導くにはどうすればよいかを考え、自分たちだけで悩むのではなく専門家に相談をしたりと医療者間でのコンサルテーションを密に行い早期に解決できるように行動していきたいと思います。

学会印象記

第26回日本サイコオンコロジー学会総会・研修セミナーに参加して

前橋赤十字病院 かんわ支援チーム 北爪 ひかり

2013年9月19日に日本サイコオンコロジー学会研修セミナーが大阪で行われた。今回は「怒り」がテーマであった。私は緩和ケアチームで専従看護師として活動しているが、日頃、患者家族の怒りへの対応に苦慮しており、とてもタイムリーで興味のあるテーマであったため参加した。参加してみると、私以外にも「怒り」への対応に困っている方が多くいることが分かり、現場のニーズに沿ったテーマや内容であることを感じた。

研修ではオンコロジストの先生方からの講義があり、その講義内容をもとにグループで事例検討を行った。グループは緩和ケアチームという設定で、患者のアセスメントのみでなく、依頼した主治医や病棟へどのように働きかけるかというところまで考えるもので、とても具体的だった。怒りのアセスメントに関しては、まずせん妄などの器質的な原因からアセスメントし、一つ一つ除外していき正常心理かどうかを判断するというものであった。また、怒りの原因が器質的か、心理的かどうかで対応方法も変わってくるということも学んだ。今までは怒りのアセスメントが漠然としていたが、順序立てて考える方法を知り、考えを整理することができた。

また、「患者の怒りへの対応」として、推奨される対応、“してはいけない”対応を学ぶことが出来た。その中で印象に残っているのは「忍耐と寛容に努める」ということだ。患者の怒りに向き合うことは非常に労力を必要とすることであり、時には自分自身への無力感を抱くこともある。そうすると「すぐに何とかしたい/何とかならないか」と状況を変えたくなくなってしまうが、まずは忍耐と寛容に努めていくことが大切であると学んだ。また、経験豊富なファシリテーターの先生方が苦勞しながらも忍耐と寛容に努めて対応されている話を聞き、心強さを感じると同時に私自身も現場で実践していきたいという思いになった。

今回は看護師の参加が一番多かったが、医師、ソーシャルワーカー、理学療法士等の多職種の参加があった。事例検討においても、それぞれの職種からの意見や経験を聞くことで新たな気付きを得ることができた。今後の研修セミナーにおいて更に多くのメディカルスタッフが参加し、共にサイコオンコロジーへの理解を深められたらと思う。

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6月～2013年8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(23-26), 369(1-9)】

なし

【Lancet. 2013;381(9881-5), 382(3886-94)】

なし

【Lancet Oncol. 2013; 14(7-9)】

緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM study) の介入効果

Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, Akiyama M, Akizuki N, Hirai K, Imura C, Kato M, Kizawa Y, Shirahige Y, Yamaguchi T, Eguchi K. Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer: a mixed-methods study. *Lancet Oncol.* 2013;14(7):638-46.

長期生存がんサバイバーの抑うつと不安の系統的レビューとメタアナリシス

Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J, Paul J, Symonds P. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol.* 2013;14(8):721-32.

女性の小児がんサバイバーの不妊、不妊治療、妊娠に関するコホート研究

Barton SE, Najita JS, Ginsburg ES, Leisenring WM, Stovall M, Weathers RE, Sklar CA, Robison LL, Diller L. Infertility, infertility treatment, and achievement of pregnancy in female survivors of childhood cancer: a report from the Childhood Cancer Survivor Study cohort. *Lancet Oncol.* 2013;14(9):873-81.

【*JAMA.* 2013;309(21-4), 310(1-8)】

複雑性悲嘆の診断、リスク因子、治療に関する系統的レビュー

Simon NM. Treating complicated grief. *JAMA.* 2013;310(4):416-23.

【*JAMA Intern Med.* 2013;173(11-5)】

非メラノーマ皮膚がん患者での終末期の治療状況

Linos E, Parvataneni R, Stuart SE, Boscardin WJ, Landefeld CS, Chren MM. Treatment of nonfatal conditions at the end of life: nonmelanoma skin cancer. *JAMA Intern Med.* 2013;173(11):1006-12.

進行がん患者に対するスピリチュアルサポートの提供と終末期医療との関係

Balboni TA, Balboni M, Enzinger AC, Gallivan K, Paulk ME, Wright A, Steinhauser K, VanderWeele TJ, Prigerson HG. Provision of spiritual support to patients with advanced cancer by religious communities and associations with medical care at the end of life. *JAMA Intern Med.* 2013;173(12):1109-17.

透析を受ける重症患者と腎臓医での予後に関する認識の違い

Wachterman MW, Marcantonio ER, Davis RB, Cohen RA, Waikar SS, Phillips RS, McCarthy EP. Relationship between the prognostic expectations of seriously ill patients undergoing hemodialysis and their nephrologists. *JAMA Intern Med.* 2013;173(13):1206-14.

【*BMJ.* 2013;346(7910-4), 347(7915-22)】

なし

【*BMJ Support Palliat Care.* 2013;3(2)】

がん患者と非がん患者での療養場所の希望と実際の一致に関するレビュー

Billingham MJ, Billingham S-J. 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(2):144-54.

学会や医療者による悪液質に関するweb サイトのレビュー

Mauri D, Tsiara A, Valachis A, Kalopita K, Tsali L, Tolis P, Polyzos NP. Cancer cachexia: global awareness and guideline implementation on the web. *BMJ Support Palliat Care*. 2013;3(2):155-60.

一般病棟での終末期ケアツール導入によるケア・症状に対する影響

Reid CM, Gibbins J, Bloor S, Burcombe M, McCoubrie R, Forbes K. Can the impact of an acute hospital end-of-life care tool on care and symptom burden be measured contemporaneously? *BMJ Support Palliat Care*. 2013;3(2):161-7.

死亡場所の希望と実際の死亡場所の関連

Abel J, Pring A, Rich A, Malik T, Verne J. The impact of advance care planning of place of death, a hospice retrospective cohort study. *BMJ Support Palliat Care*. 2013;3(2):168-73.

臨床試験と通常ケアでのがん患者の終末期ケアの比較

Lind S, Adolfsson J, Axelsson B, Fürst CJ. Quality indicators for palliative and end of life care: a review of Swedish policy documents. *BMJ Support Palliat Care*. 2013;3(2):174-80.

スウェーデンの緩和ケアと終末期ケアのQI のレビュー

Thompson CA, Hugo SE, Swetz KM, Novotny PJ, Sloan JA, Loprinzi CL, Moynihan TJ, Shanafelt TD. End-of-life care in a population-based cohort of cancer patients: clinical trial participation versus standard of care. *BMJ Support Palliat Care*. 2013;3(2):181-7.

ACP に焦点をあてた高齢者ケアの開発と評価

Silvester W, Parslow RA, Lewis VJ, Fullam RS, Sjanta R, Jackson L, White V, Hudson R. Development and evaluation of an aged care specific Advance Care Plan. *BMJ Support Palliat Care*. 2013;3(2):188-95.

英国の緩和ケア推進・普及プロジェクトの実践状況に関するWeb 調査

Paul S, Sallnow L. Public health approaches to end-of-life care in the UK: an online survey of palliative care services. *BMJ Support Palliat Care*. 2013;3(2):196-9.

【*Ann Intern Med*. 2013;158(11-12), 159(1-4)】

米国のがんサバイバーを対象とした心理社会的ケア（カウンセリング・サポートグループ）の全国実態調査

なし

【J Clin Oncol. 2013;31(16-24)】

米国のがんサバイバーを対象とした心理社会的ケア（カウンセリング・サポートグループ）の全国実態調査

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;31(16):1961-9.

電子デバイスを用いた診療情報提供の紹介（臨床試験で使用、患者アウトカムの患者入力など）

Pietanza MC, Basch EM, Lash A, Schwartz LH, Ginsberg MS, Zhao B, Shouery M, Shaw M, Rogak LJ, Wilson M, Gabow A, Latif M, Lin KH, Wu Q, Kass SL, Miller CP, Tyson L, Sumner DK, Berkowitz-Hergianto A, Sima CS, Kris MG. Harnessing technology to improve clinical trials: study of real-time informatics to collect data, toxicities, image response assessments, and patient-reported outcomes in a phase II clinical trial. J Clin Oncol. 2013;31(16):2004-9.

米国のAYA 世代がん患者のQOL の全国調査: AYA HOPE study

Smith AW, Bellizzi KM, Keegan TH, Zebrack B, Chen VW, Neale AV, Hamilton AS, Shnorhavorian M, Lynch CF. Health-related quality of life of adolescent and young adult patients with cancer in the United States: the Adolescent and Young Adult Health Outcomes and Patient Experience study. J Clin Oncol. 2013;31(17):2136-45.

AYA 世代がん患者の心理的苦痛の推移: 1 年間の縦断調査

Kwak M, Zebrack BJ, Meeske KA, Embry L, Aguilar C, Block R, Hayes-Lattin B, Li Y, Butler M, Cole S. Trajectories of psychological distress in adolescent and young adult patients with cancer: a 1-year longitudinal study. J Clin Oncol. 2013;31(17):2160-6.

静脈血栓塞栓症とその治療に関するASCO のガイドライン更新

Lyman GH, Khorana AA, Kuderer NM, Lee AY, Arcelus JI, Balaban EP, Clarke JM, Flowers CR, Francis CW, Gates LE, Kakkar AK, Key NS, Levine MN, Liebman HA, Tempero MA, Wong SL, Prestrud AA, Falanga A. Venous thromboembolism prophylaxis and treatment in patients with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. J Clin Oncol. 2013;31(17):2189-204.

電話による行動変容の複合介入CanChange、大腸がん患者対象の行動アウトカムに対する無作為化比較試験

Hawkes AL, Chambers SK, Pakenham KI, Patrao TA, Baade PD, Lynch BM, Aitken JF, Meng X, Courneya KS. Effects of a telephone-delivered multiple health behavior change intervention (CanChange) on health and behavioral outcomes in survivors of colorectal cancer: a randomized controlled trial. J Clin Oncol. 2013;31(18):2313-21.

乳がん・大腸がんサバイバーケアのバリアに関する米国の全国医療者調査

Virgo KS, Lerro CC, Klabunde CN, Earle C, Ganz PA. Barriers to breast and colorectal cancer survivorship care: perceptions of primary care physicians and medical oncologists in the United States. J Clin Oncol.

2013;31(18):2322-36.

進行がん患者の倦怠感に対するメチルフェニデートと看護師電話介入の無作為化比較試験

Bruera E, Yennurajalingam S, Palmer JL, Perez-Cruz PE, Frisbee-Hume S, Allo JA, Williams JL, Cohen MZ. Methylphenidate and/or a nursing telephone intervention for fatigue in patients with advanced cancer: a randomized, placebo-controlled, phase II trial. *J Clin Oncol.* 2013;31(19):2421-7.

がん患者の妊孕性に関するASCO のガイドラインの更新

Loren AW, Mangu PB, Beck LN, Brennan L, Magdalinski AJ, Partridge AH, Quinn G, Wallace WH, Oktay K. Fertility preservation for patients with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol.* 2013;31(19):2500-10.

米国医学研究所IOM による診療ガイドラインの開発基準を用いた最近のがん関連ガイドラインの評価

Reames BN, Krell RW, Ponto SN, Wong SL. Critical evaluation of oncology clinical practice guidelines. *J Clin Oncol.* 2013;31(20):2563-8.

Medicaidを使用する進行期肺がん患者でホスピスケアの利用が少ない (米国)

Mack JW, Chen K, Boscoe FP, Gesten FC, Roohan PJ, Weeks JC, Schymura MJ, Schrag D. Underuse of hospice care by Medicaid-insured patients with stage IV lung cancer in New York and California. *J Clin Oncol.* 2013;31(20):2569-79.

電子デバイスを用いた在宅での化学療法に関する副作用症状の患者自己報告システムのアドヒアランス

Judson TJ, Bennett AV, Rogak LJ, Sit L, Barz A, Kris MG, Hudis CA, Scher HI, Sabbatini P, Schrag D, Basch E. Feasibility of long-term patient self-reporting of toxicities from home via the Internet during routine chemotherapy. *J Clin Oncol.* 2013;31(20):2580-5.

術後補助化学療法を受ける乳がん患者での神経障害性疼痛に対するL-カルチニンの有効性、無作為化比較試験

Hershman DL, Unger JM, Crew KD, Minasian LM, Awad D, Moinpour CM, Hansen L, Lew DL, Greenlee H, Fehrenbacher L, Wade JL, 3rd, Wong SF, Hortobagyi GN, Meyskens FL, Albain KS. Randomized double-blind placebo-controlled trial of acetyl-L-carnitine for the prevention of taxane-induced neuropathy in women undergoing adjuvant breast cancer therapy. *J Clin Oncol.* 2013;31(20):2627-33.

ゾレドロン酸の乳がん術後補助療法後の顎骨壊死と口腔関連QOL (大規模臨床試験での報告)

Rathbone EJ, Brown JE, Marshall HC, Collinson M, Liversedge V, Murden GA, Cameron D, Bell R, Spensley S, Agrawal R, Jyothirmayi R, Chakraborti P, Yuille F, Coleman RE. Osteonecrosis of the Jaw and Oral Health-Related Quality of Life After Adjuvant Zoledronic Acid: An Adjuvant Zoledronic Acid to Reduce Recurrence Trial Subprotocol (BIG01/04). *J Clin Oncol.* 2013;31(21):2685-91.

診断後2-11年の大腸がんサバイバーでの化学療法関連末梢神経障害とその関連要因

Mols F, Beijers T, Lemmens V, van den Hurk CJ, Vreugdenhil G, van de Poll-Franse LV. Chemotherapy-Induced Neuropathy and Its Association With Quality of Life Among 2- to 11-Year Colorectal Cancer Survivors: RESULTS From the Population-Based PROFILES Registry. *J Clin Oncol.* 2013;31(21):2699-707.

Administrative dataを用いたQOC測定での患者の選好と治療適応の影響

Ryoo JJ, Ordin DL, Antonio AL, Oishi SM, Gould MK, Asch SM, Malin JL. Patient preference and contraindications in measuring quality of care: what do administrative data miss? *J Clin Oncol.* 2013;31(21):2716-23.

がん診断後1年間での不安と抑うつ推移とその予測因子（縦断調査）

Boyes AW, Girgis A, D'Este CA, Zucca AC, Lecathelinais C, Carey ML. Prevalence and predictors of the short-term trajectory of anxiety and depression in the first year after a cancer diagnosis: a population-based longitudinal study. *J Clin Oncol.* 2013;31(21):2724-9.

根治不能肺がん患者での放射線治療の有効性に関する期待（The CanCORS study）

Chen AB, Cronin A, Weeks JC, Chrischilles EA, Malin J, Hayman JA, Schrag D. Expectations about the effectiveness of radiation therapy among patients with incurable lung cancer. *J Clin Oncol.* 2013;31(21):2730-5.

乳がん手術の意思決定時の対立に関する困難感、無作為化比較試験

Lam WW, Chan M, Or A, Kwong A, Suen D, Fielding R. Reducing treatment decision conflict difficulties in breast cancer surgery: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol.* 2013;31(23):2879-85.

終末期患者ケアでの医療者とのコミュニケーションと遺族の信頼感（がん患者の子である遺族の全国調査）

Bylund Grenklo T, Kreicbergs UC, Valdimarsdottir UA, Nyberg T, Steineck G, Furst CJ. Communication and trust in the care provided to a dying parent: a nationwide study of cancer-bereaved youths. *J Clin Oncol.* 2013;31(23):2886-94.

【*Ann Oncol.* 2013;24(6-8)】

性的傾向（同性愛者かどうか）は、乳がんサバイバーのQOLに影響するか

Boehmer U, Glickman M, Winter M, Clark MA. Breast cancer survivors of different sexual orientations: which factors explain survivors' quality of life and adjustment? *Ann Oncol.* 2013;24(6):1622-30.

補助化学療法を受けた高齢がん患者のQOLに関する前向き研究

Park S, Kim IR, Baek KK, Lee SJ, Chang WJ, Maeng CH, Hong JY, Choi MK, Kim YS, Sun JM, Ahn JS, Park K, Jo J, Jung SH, Ahn MJ. Prospective analysis of quality of life in elderly patients treated with adjuvant chemotherapy for non-small-cell lung cancer. *Ann Oncol.* 2013;24(6):1630-9.

自殺ほう助により死亡した患者の死を選択した理由や医療者の関わり：スイスの遺族インタビュー調査

Gamondi C, Pott M, Payne S. Families' experiences with patients who died after assisted suicide: a retrospective interview study in southern Switzerland. *Ann Oncol.* 2013;24(6):1639-44.

がん関連の倦怠感に対する、専門家による針治療奏功後に針治療を自分で継続することの効果

：乳がん患者での無作為化比較試験

Molassiotis A, Bardy J, Finnegan-John J, Mackereth P, Ryder WD, Filshie J, Ream E, Eaton D, Richardson A. A randomized, controlled trial of acupuncture self-needling as maintenance therapy for cancer-related fatigue after therapist-delivered acupuncture. *Ann Oncol.* 2013;24(6):1645-52.

様々ながん患者における鉄分欠乏の割合と、鉄分欠乏の身体活動、疾患状態、貧血との関連

Goossens GA, Jerome M, Janssens C, Peetermans WE, Fieuws S, Moons P, Verschakelen J, Peerlinck K, Jacquemin M, Stas M. Comparing normal saline versus diluted heparin to lock non-valved totally implantable venous access devices in cancer patients: a randomised, non-inferiority, open trial. *Ann Oncol.* 2013;24(7):1892-9.

サポーティブケアの必要性の高い乳がん患者の同定を目的とした、サポーティブケアニーズとQOL、ケアに対する満足度、社会的背景との関連の検討

Bredart A, Kop JL, Griesser AC, Fiszer C, Zaman K, Panes-Ruedin B, Jeanneret W, Delaloye JF, Zimmers S, Berthet V, Dolbeault S. Assessment of needs, health-related quality of life, and satisfaction with care in breast cancer patients to better target supportive care. *Ann Oncol.* 2013;24(8):2151-8.

【*Eur J Cancer.* 2013;49(9-12)】

なし

【*Br J Cancer.* 2013;108(11-12), 109(1-4)】

高齢がん患者のQOL アセスメント評価ツールEORTC QLQ-ELD14 の妥当性検討研究：多国間研究

Wheelwright S, Darlington AS, Fitzsimmons D, Fayers P, Arraras JI, Bonnetain F, Brain E, Bredart A, Chie WC, Giesinger J, Hammerlid E, O'Connor SJ, Oerlemans S, Pallis A, Reed M, Singhal N, Vassiliou V, Young T, Johnson C. International validation of the EORTC QLQ-ELD14 questionnaire for assessment of health-related quality of life elderly patients with cancer. *Br J Cancer.* 2013;109(4):852-8.

【*Cancer.* 2013;119(11-16)】

DNR の話し合いの際に患者の意思に任せるか、医師がDNRを勧めるかでの患者のDNR の選択の違い

Rhondali W, Perez-Cruz P, Hui D, Chisholm GB, Dalal S, Baile W, Chittenden E, Bruera E. Patient-physician communication about code status preferences: a randomized controlled trial. *Cancer.* 2013;119(11):2067-73.

入院後30 日以内に死亡するリスクのある患者を同定する予測モデル

：入院時の電子医療記録をもとにした検討

Ramchandran KJ, Shega JW, Von Roenn J, Schumacher M, Szmuiłowicz E, Rademaker A, Weitner BB, Loftus PD, Chu IM, Weitzman S. A predictive model to identify hospitalized cancer patients at risk for 30-day mortality based on admission criteria via the electronic medical record. *Cancer*. 2013;119(11):2074-80.

小さな子供を持つがん患者の心理社会的サポートの利用状況と必要性

Ernst JC, Beierlein V, Romer G, Moller B, Koch U, Bergelt C. Use and need for psychosocial support in cancer patients: a population-based sample of patients with minor children. *Cancer*. 2013;119(12):2333-41.

治療の意思決定に患者自身がどう関わりたいかという選好と意思決定後のQOL の関連

Atherton PJ, Smith T, Singh JA, Huntington J, Diekmann BB, Huschka M, Sloan JA. The relation between cancer patient treatment decision-making roles and quality of life. *Cancer*. 2013;119(12):2342-9.