



Japanese Society for Palliative Medicine

# 日本緩和医療学会

## ニューズレター

# 42

February 2009

JSPM 特定非営利活動法人 日本緩和医療学会 〒550-0002 大阪市西区江戸堀1丁目22番38号三洋ビル4F あゆみコーポレーション内  
TEL 06-6441-5860/FAX 06-6441-2055  
E-mail: info@jspm.ne.jp URL: http://www.jspm.ne.jp/

**巻頭言**

### 見つめ続けることのできないもの

静岡県立静岡がんセンター 青木 和恵

看護の責任者となって緩和医療を俯瞰してみると、がん看護の実践者であったときには見えなかったことが見えてくる。その一つに緩和ケア病棟の看護師たちが抱える悲哀がある。そのことに気がついたのは、私の勤務する病院に二つの緩和ケア病棟があり、両方の類似点を見つけやすかったからだと思う。

緩和ケア病棟では心を弱くさせて、しばらく休んだり、退職を希望したりする看護師が他の病棟に比べて多い。私はこの現象にはじめてぶつかった時、1600年代のフランスの文学者ラ・ロシュフコーの「人間には見つめ続けることのできないものが二つある。太陽と死だ」という言葉を真実として実感した。もちろん緩和ケア以外の病棟でも多くの患者の死を看護師は看取っている。が、彼女ら彼らはそれ以上にたくさんの患者を、自分たちの想像力が働く、確実な生の世界に送り出している。そこにラ・ロシュフコーの「見つめ続けることができないもの」ということばの重さを実感するのである。

不本意ながら、緩和ケア病棟には看護師の緊急避難的存在、つまり駆け込み寺のような存在という側面がある。治療に関する医療が分刻みで行われていく病棟や外来では不可能な、患者とのコミュニケーションや交流を、緩和ケア病棟は実現させてくれると思う看護師は多いようである。そのことは年度の途中で他の施設を辞職してわたしたちの病院に入職を希望する看護師、治療主体のがん医療の速度やあわただしさに対して不適応となり所属部署の異動を希望する看護師に、緩和ケア病棟を希望することが圧倒的に多いという現象から感じている。確かに緩和ケア病棟は患者主体に時間を流そうと懸命な努力を続けている。しかしそれは目前に患者の死を見ているからである。その厳しさを感じず、知らず、駆け込むようにして飛び込む看護師たちの覚悟の不足も、心を弱くさせて休んだり退職したりすることが多いという現象の一つの因子なのであろうと推測する。

緩和ケア病棟が、終末期の患者に専門性の高い医療と環境を提供するために独立して運営されるようになったことは、がん医療にとって大きな前進に違いない。しかしそうして立ち上がった緩和ケア病棟でこのような看護師の悲哀に直面するとき、医療者にとってはこのことはどうなのだろうか、と思わざるを得ない。否、はたして患者のためにもどうなのだろうか。緩和ケアチームや緩和医療の外来が活発に稼働していれば、普通の病棟や家庭で終末期を過ごし、死に臨む方が自然で幸せなのではないだろうか、との疑問を抱くに至るのである。

喜び、悲しみ、怒り、笑い、涙、希望、絶望、苦痛、快楽、男、女、おとな、子供、若人、老人、愛、憎しみ、生、

そして死。人間の感情とは、このような混沌とした中で初めて生き生きと働くのではないだろうか。人間は死のみを見つめ続けることはできない。その過酷な環境で誠心誠意仕事する看護師のために管理者としてすべきことは大きい。

## Current Insight

### がん医療水準の均てん化を目的とした医療水準等調査事業による、 がん診療連携拠点病院の緩和ケア及び相談支援センターに関する調査の 「緩和ケア」について

東京大学成人看護学／緩和ケア看護学 宮下 光令

本調査は厚生労働省委託事業として2008年2月に日本緩和医療学会が実施した調査である。委員長は江口理事長であり、筆者は緩和ケア小委員会の小委員長を担当した。本調査の対象は全てのがん診療連携拠点病院にみなし拠点病院である国立がんセンター中央病院及び東病院を加えた353施設である。本調査はがん診療連携拠点病院の「緩和ケア機能」および「相談支援センター機能」に焦点をあて、がん診療連携拠点病院の自己申告により、それぞれの機能の充足の程度を評価することを目的とした。

緩和ケア機能に関しては、設問ごとに「病院長または事務責任者」「緩和ケアチームの責任者」「地域連携に関する部署の責任者」に回答を求めた。部門別に回答を求めたのは、たとえば病院長や事務長に緩和ケアに対して施設が取り組む姿勢を明確にしてほしかったからである。緩和ケアチームによる活動だけではなく、病院長や事務レベルでの支持がないと施設での緩和ケアの充実はなしえないと考えた。緩和ケア機能に関しては、記録の有無や診療実績など具体的な項目について尋ねた。これは、緩和ケアに関する取り組みの実施状況を正確に把握し、今後の課題を明確にするためである。これらの調査項目は拠点病院が備えるべき緩和ケア機能を網羅するように作成した。厚生労働省による指定要件とは必ずしも一致していないが、小委員会で必要と考える項目を網羅した。また、自己申告ではあるが、後日、都道府県などが体制や実施状況を確認できるように配慮し、「虚偽の記載ができない」ように項目設定したことが特徴である。

本調査の目的として、各施設は、本調査の結果を参考とし、各施設で充足している側面、改善が必要な側面を把握し、施設内での改善を図ることが期待される。また、都道府県が、補助金の配分なども含めて、各都道府県内のがん診療連携拠点病院の機能の更なる向上を図っていく際に、参考にしてすることが期待される。なお、調査結果の解釈には各病院の診療規模や都道府県・地域において求められている機能を考慮する必要がある。

本調査の報告書はすでに全拠点病院を対象に郵送されている。本調査の結果は日本緩和医療学会のホームページに掲載される予定である。各項目は施設の緩和ケアの充足度を測定するものであるから、拠点病院だけではなく、一般の病院や大学病院なども参考にしてほしい。本調査は今後も継続される予定であり、拠点病院の緩和ケア提供機能をモニタリングし、全国のがん医療の均てん化に資することが期待されている。

## Current Insight

## 院内シンポジウム「リビングウィル」を開催して

聖路加国際病院 中村 めぐみ

聖路加国際病院では、毎月1回各診療科が持ち回りで症例を提示し、多職種で検討するターミナルケアカンファレンスを行っているが、それに加えて昨年度より年1回シンポジウムを開催している。

今年度のテーマは「リビングウィル-患者の意思を尊重するために」とした。最初に米国の事情に精通している一般内科医師がリビングウィルの要点を解説し、終末期医療において患者の意思を実現させるために当院でもグローバルスタンダードを適用すべきと提案した。次いで呼吸器内科医師が集中治療部門運営委員会で作成した緊急対応テンプレート（10項目の延命措置について説明し、希望するか否かを確認しておくもの）を提示し、記載状況、がん・非がん患者の臨床経過の違い、終末期のDNAR方針決定への適用について述べた。次に内科専門研修医が日々第一線で現場を担う立場から、終末期が近づいた場合のDNAR方針決定プロセスの実態と課題を投げかけた。最後に病棟看護師が終末期のDNARの確認状況と治療経過に関する調査結果や、尊厳死協会に入っていた患者が急変した時の対応例を示しながら論点を整理し、皆でもっと話し合うべきと括った。

その後、緩和ケア科医師の司会で討議がなされた。医療行為におけるインフォームドコンセントの重要性は誰もが認識しており、患者にとって益となる医療を提供しようと努めてはいるが、案外患者本人に直接意思確認をしていないことが明らかとなった。特に終末期のDNARについては、若手医師は患者本人にどう切り出すか、どう反応されるかなどの困惑を抱え、最も身近な家族に確認していること、日頃の診療の中で患者の意思を汲み取っていたとしても、予期しない急変時に、それを十分反映させた判断を下すことはなかなか難しい現実が浮き彫りとなった。

患者本人の意思を最も尊重すべきことは相違ないが、患者と家族の絆が強い日本においては残される家族の思いを軽視できないのも事実である。いつかは必ず訪れる自分の最期の時のことを考え、その思いを家族にも伝え、合意を得ておく機会を作ることが重要と考えられる。そこで、ターミナルケア研究会のメンバーで小冊子「私のリビングウィル」なるものを発案し、作成を手がけ始めたところである。

## Current Insight

## 新たな学際領域としての緩和医療学

岡山大学大学院保健学研究科 斎藤 信也

学問諸領域では、その専門性を同じくする学者・研究者が集まって学会をつくり、学会誌を発行することが普通である。研究の成果は学会誌に投稿され、ピアレビュー（同僚による評価）の結果、公表する価値があると判断されれば、その論文が掲載され、学会の共有の財産としてその学問分野の発展に役立つことになる。専門性というのはこのように、仲間内での相互評価を基盤としていることから、そこに独特の作法が生じるのはある意味当然である。こうした作法をdisciplineと称する。学際的とはinterdisciplinaryが正確な訳であろうが、multi-disciplinaryと訳されることも

多いように、こうしたお作法の違う各専門分野の集まった学問領域という捉え方ができる。

分かり切ったことをくどくど書き連ねているのは、まさにこの緩和医療学会がそうした学際領域のための集まりであり、学会誌の編集のお手伝いをしていて、否応なく学問の専門性と学際性という問題につきあたるからである。例えば、症例報告という形式の論文が医師以外の専門職から投稿されることが少なくないが、それに対して、医学系の査読者は「通常そういう用語は使わない。」とか「症例報告の形式に則っていない。」とコメントを返すことが多い。しかし最近、それはある一つの作法の押しつけではないかという気がしているのである。もちろん医療の場においてはチームのリーダーシップは医師が取ることが多く、共通言語としての医学用語、医学の考え方をある程度共有しないことにはチーム医療は行えない。だがそのことがそのまま、他の学問領域も医学という学問のお作法に倣わなければならないということに直結するとは思われない。

チーム医療では、それぞれの専門職のバックグラウンドに敬意を払いつつ、自分の専門性を発揮して患者さんのために協働するというアプローチが可能であるが、もし「緩和医療学」という学問領域があるとすれば、それは、医学、看護学、薬学、心理学、栄養学、リハビリテーション学、社会福祉学等の単なる集合体ではないはずである。相互の学問領域に対する理解と尊重は必要だが、ただそれぞれの学問領域がその独自性を主張しているだけでは、こうした学際領域の研究分野の発展性は乏しい。またその学会誌は、本来の専門分野の雑誌に掲載されなかった論文のセカンド・ターゲットになってしまう恐れもある。

学際性と専門性の対立は、緩和医療学に限らず昨今の大学改革の嵐の中で至るところで生じている。これは、学問というものの根本にかかわる非常に難しい問題でもある。こと緩和医療学に限定しても、その学際性を確立するには、おそらく気の長い作業になると予測されるが、ここまでは緩和医療という分野の共通の作法、ここからはそれぞれのdisciplineに従ってもお互いに許容しあおうという、すり合わせが要求されよう。ここでいう共通の作法とは医学の作法そのものでないことは言うまでもない。また例えば看護学領域で多用される質的研究に対して、どうしてもなじめない他の領域の学会員もいるかもしれないが、そうした違和感を解決するための方法として、単にそれぞれの専門領域に対する相互理解、相互尊重といった協調のレベルにとどまるのではなく、こうした研究手法も包含した緩和医療学という学問分野を丁寧に育ててゆく努力が必要になってくると思われる。

アメリカ社会はかつて、人種の「メルティング・ポット（るつぼ）」と呼ばれたが、現在は人種の「サラダ・ボール」の方が望ましい呼称らしい。全ての金属が溶け合って、新たな合金になる必要はないが、サラダの野菜たちが、それぞれの個性を発揮しつつ、しかし「トマトはトマト、ブロッコリーはブロッコリーとして別々に食べるより、ドレッシングをかけて一緒に食べた方が美味しいね。」というのが、学際的研究の一つの理想ではないだろうか。その喩えでゆけば、サラダがより美味しくなるドレッシングを追求するのが「緩和医療学会」の役目の一つかも知れない。

## Current Insight

### 日本における緩和ケアの現状と緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM Study)

東京大学大学院医学系研究科緩和ケア看護学／ 国立がんセンター東病院看護部 山岸 暁美

Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Akizuki N, Kizawa Y, Shirahige Y, Akiyama M, Kei Hirai, Kudo T, Yamaguchi T, Fukushima A, Eguchi K. Palliative care in Japan: current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. Am J Hosp Palliat Care. 2008; 25(5):412-8.

緩和ケアは、総合的ながん治療に不可欠であり、地域全体において提供されるべきものであるが、わが国において緩和ケア提供の地域モデルは確立されていない。「第3次対がん総合戦略研究事業 緩和ケアプログラムによる地域介入研究：The Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM study)」は、地域における質の高い緩和ケアの普及に向けて、2007年に着手された。本研究の目的は、1) わが国における緩和ケアの問題点を抽出し、2) OPTIM Studyの概要を紹介することである。

Quality of Lifeの向上は、がん治療において重要な目的のひとつであるが、緩和ケアサービスの利用が少ない、希望する療養死場所と実際の死亡場所が乖離している、オピオイドの消費量が少ない等より、わが国のがん患者の Quality of Lifeの向上が不十分であることが示唆されている。また、地域緩和ケア普及のバリアとして、1) 地域の緩和ケアに関する診療ツールが標準化されていない、2) 患者・家族・地域住民が緩和ケアに関する適切な知識を持っていない、3) 地域全体の緩和ケアに関する情報を集約し、問題点を検討する組織がない、4) 地域の患者が常に専門緩和ケアサービスを受けられる体制がない、などが挙げられる。

2007年よりOPTIM studyが、わが国における地域緩和ケアのモデルを作成・検証するために進められている。この研究の目的は、1) 緩和ケアの標準化と継続性の向上、2) がん患者・家族に対する適切な緩和ケアの知識の提供、3) 地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション、4) 緩和ケア専門家による診療およびケアの提供を中心とする地域単位の緩和ケアプログラムの整備により、地域のがん患者のQuality of Lifeが向上するかどうかを評価することである。同時に、全国においてがん対策基本法に定められた緩和ケアの推進に取り組んでいく際に資する成果、介入過程を作成することにある。

【コメント】本研究は、評価指標に患者・遺族のアウトカムを含めた国際的にも初めての地域介入研究である。2008年4月より3年にわたり、本プログラムによる介入を実施するが、本研究の成果は迅速に臨床に還元するため、研究HP (<http://www.gankanwa.jp/>) に随時報告される。本研究が我が国における緩和ケアの普及と質の向上の一助となれば幸いである。

## Journal Club

### がん患者の慢性的な不眠に対する認知行動療法の臨床効果の 無作為化比較試験

東京大学大学院医学系研究科 成人看護学/ 緩和ケア看護学分野 梅内 美保子

Randomized Controlled Clinical Effectiveness Trial of Cognitive Behavior Therapy Compared With Treatment As Usual for Persistent Insomnia in Patients With Cancer Colin A, Espie, Leanne James Cassidy, Leslie Samuel,

Lynne M. Taylor, Craig A. White, Neil J. Douglas, Heather M. Engleman, Heidi-Louise Kelly, and James Paul J Clin Oncol. 2008 OCT 1 : 26(28): 4651-4658.

#### 【背景】

不眠はがん患者の19-30%に認められるが、見過ごされたり管理が不十分なことがある。認知行動療法は不眠に対する効果が認められているが実践的な研究は行われていない。

#### 【目的】

オンコロジーナースによって提供された不眠に対する認知行動療法の臨床効果を調査する。

#### 【方法】

乳がん・前立腺がん・大腸がん・婦人科がんの積極的治療を終えた150名の患者（女性103名、平均年齢61歳）を介入（認知行動療法）群とコントロール群（通常ケア）群に無作為に割り付け試験を行った。研究はCONSORTガイドラインに従って行った。主要評価項目はベースライン、介入後、6ヶ月のフォローアップ後での睡眠日記の測定である。副次評価項目はアクチグラフ、Functional Assessment of Cancer Therapy Scale-general(FACT-G)、Hospital Anxiety and Depression Scale(HADS)、Fatigue Symptom Inventory(FSI)である。介入群への認知行動療法はプロトコルをマニュアル化した後、スモールグループ（4~6人）でのセッション（1回50分）が週1回、合計5回が連続して行われた。コントロール群は通常の臨床実践を受けた。

#### 【結果】

介入群は変化のなかったコントロール群と比較して一晩で55分不眠を減らし、この結果は介入の6か月後も持続した。標準化した効果の大きさは入眠困難、中途覚醒、睡眠の効率で大となった。認知行動療法は日中の倦怠感を有意に減らすことを含む7つのQOLアウトカムのうち5つに効果の大きさが中~大となること関連していた。これらのアウトカムとベースラインでのデモグラフィック、臨床背景、睡眠の特徴との関連では有意差はみられなかった。

#### 【考察】

この研究で認知行動療法は、入眠までの時間と夜間の覚醒の回数の患者の主観評価に対し効果の大きさを認め、臨床的に効果があることが示された。

#### 【コメント】

先行研究に対してこの研究では、対象とするがんの種類を増やし、心理学者ではなくトレーニングされたオンコロジーナースが認知行動療法を行うという方法をとることで臨床での実現可能性と効果を強調している。オンコロジーナースが認知行動療法を行うことが最善かどうかは検討の余地があるが、実際の臨床場面での利用の可能性の点からは興味深い研究である。

## 学会印象記

### 第28回京滋緩和ケア研究会

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

2008年12月6日土曜日の午後、京滋緩和ケア研究会とワイズ株式会社の共催で第28回京滋緩和研究会が行われた。会場となった京都私学会館地下階の大会議室ホールは満席に近く、参加者の熱気が演台にまで伝わるほどであった。

プログラムの第一部は、大津赤十字病院中山晃呼吸器外科部長、洛和会音羽記念病院の川上明呼吸器内科部長を座長に一般演題の口述発表があった。1. 「ALS患者の痛みにリン酸コデインが著効した事例」京都府立医科大学病院：藤本早和子ほか、2. 「平穏な死に寄り添うための取り組み」神野医院：中谷智春ほか、3. 「当事業所における緩和ケアの取り組み～死ぬまでに自分の足で土を踏みたい！～」神野医院訪問リハビリテーション：津山 努ほか、4. 「京都市立病院における緩和医療への薬剤師の関わり」京都市立病院かんわ療法チーム：大野恵一ほか、5. 「終末期患者に対する作業療法士の関わり～1症例を通して～」滋賀県成人病センター：乙川 亮、6. 「終末期患者のクオリティ・オブ・ライフの維持～目標設定した日常生活動作の拡大～」市立福知山市民病院：酒井知亜紀ほか、7. 「オキシコドン速放製剤を用いたオピオイド導入の経験～敏速で安全な導入を目指して～」独立行政法人国立病院機構京都医療センター薬剤科・緩和ケアチーム：畝 佳子ほか、8. 「緩和ケア病棟におけるケアのあり方を考える～患者の家族の期待と実際の調査を通して～」洛和会音羽記念病院：森 庸子ほか、であった。一演題は発表7分、質疑3分の設定であったが、熱意に溢れて時間も押されるほどであった。一般演題の中でリハビリに関連するものが半分を占め、先進諸国と軌を一にした動向であることが注目された。

第二部は、京都市立病院の大迫努呼吸器外科部長と京都市立病院の冨家久美子副総看護師長の司会により、パネルディスカッション「緩和ケアにおけるコメディカルの関わり」が行われた。演者は、井沢知子：京都大学医学部附属病院（がん専門看護師）、中西弘和：京都桂病院（薬剤師）、安部能成：千葉県がんセンター（上席専門員：作業療法士）、天野可奈子：臨床心理士（滋賀県成人病センター）、橘 直子：山口赤十字病院（ソーシャルワーカー）であった。はじめに、緩和ケアチームのメンバーとして、という切り口で、それぞれの職種からの基調報告があった。5つの職種は各々が専門家に値する水準の内容を述べられ、それがチームを組むという、緩和ケアの特色が見事にプレゼンス、具現化されていた。また、これを踏まえた司会者の卓抜な舞台回しにより多面的な検討が行われ、会長も時間延長を認めるほどの盛り上がりであった。

このような緩和ケア研究における地域的な努力が、本学会の全国学会に反映され、会員数の急速な伸張に結びついていることが感じられた。今後とも機会あるごとに地域的交流の重要性を報告していきたいと考えている。

## 学会印象記

### 第2回日本緩和医療薬学会年會に参加して

聖路加国際病院薬剤部 玉井 英子

2008年10月18日～19日にかけて、パシフィコ横浜にて第2回日本緩和医療薬学会年會が開催されました。年會のテーマは「緩和医療の知識・技能・態度をみがく」であり、プロフェッショナルを目指す者は、知識の裏づけとそれに見合う技能、人と向きあう態度を磨かなければならないという思いが盛り込まれた学会でした。

本学会で特に興味深かったのはイギリスより来日された、トワイクロス先生の特別講演でした。演題名は「Symptom Management in Advanced Cancer」と我々の緩和領域のバイブルとなっている武田文和先生が監訳された「がん患者の症

状マネジメント」と同じタイトルで非常に丁寧に話されていました。会場はパシフィコ横浜の中でも一番大きいメインホールでしたが立ち見が出るほど盛況でトワイクロス先生のご講演を心待ちにしていた様子が伺えます。そして座長はもちろんトワイクロス先生と親交が深い武田文和先生でした。

トワイクロス先生は症例を提示しながら基本的な症状緩和の方法を示されていましたが、先生のご講演の中で特に印象的だったのは、年会テーマにも掲げられている「態度」についてのコメントです。臨床の現場では知識、技能を持ち合わせるだけでなく、人と向き合い接する態度をみがく事が大切であると仰っていました。

またトワイクロス先生は懇親会にも参加されましたが、なんと私は懇親会会場までトワイクロス先生、武田文和先生とタクシーをご一緒させて頂くという幸運を掴みました。はじめは非常に緊張しましたが、トワイクロス先生は始終分かりやすい英語でお話しをされ、聖路加国際病院理事長日野原重明先生の病棟回診の事や緩和ケア病棟の事を質問されたり、以前横浜を訪れた時の印象を話されたりと始終談笑され先生の優しさや人柄の良さを深く感じました。

今回の学会は、まだ設立して2年目ではありましたが、約2,200名と多くの参加者があり、薬剤師が緩和医療の必要性を感じていることが伺われました。私は緩和医療を志す者として、このような貴重な時間を得られたことをとても嬉しく思う一方、薬剤師としての使命をまっとうできるように日々邁進していこうと心に誓った学会でもありました。

(最後に宣伝になってしまいますが、2010年に私たちのバイブルの最新版が出版されるとのこと事です。)

## 書評

### 「小児がん—チーム医療とトータル・ケア」

細谷亮太・真鍋淳 著

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

待望の書である。既に著者らは小児がんの専門家として名をなしている。その実力は本書の執筆に際して十分に反映しているようだ。本書は、がんの成り立ちから説き起こし、患者団体の連絡先の紹介に終わる、という構成からもわかるように、本書執筆の段階における小児がんに関連した諸問題をA to Zのように取り上げた内容になっている。これだけの幅広さを僅か200ページ余りの文章にコンパクトにまとめあげることは真の専門家でないと困難である。しかも、子供さんやそのご家族に丁寧に説明をしてこられた経験が、やさしい語り口に表れており、読者にもやさしい書物となっている。その意味で、一般の方々の理解を得る、という著者らの意図は成就したと思われる。

しかし、決して内容に手抜きはなく、一定の水準を保っており、索引と文献がつけば学術書として俎上にのせることも可能なレベルに仕上がっている。本書の目次を紹介する。はじめに、第1章 小児がんとはどのような病気か、第2章 小児がんの種類と特徴、番外編・生存曲線の読み方、第3章 小児がんの診断と治療法、番外編・検査値の読み方、第4章 標準治療がうまくいかなかったらどうするか、番外編・思春期・若年成人の急性リンパ性白血病の治療について、第5章 小児がんのトータル・ケア、あとがき、となっている。誠に網羅的である。換言すれば、このままで小児がんの教科書となりうる構成となっている。それどころか、慧眼な読者であれば、本書の題材は小児がんでありながら、「がん」というものへの対応方法の王道が書かれている事に気づくに違いない。実際、骨肉腫、白血病、脳腫瘍などのがんは子供と高齢者に多く、統計学的には正規分布ではなく「ふたこぶラクダ」となることが知られている。高齢化社



会を迎え、がん患者の増加が言われている我が国において、小児がんにおける問題提起は、そこに止まらない広がりを持つといえる。ここまで見てくると、本書の出版には、著者らの実力が発揮されたのみならず、編集者の力量も侮れないものであることが明らかとなる。

緩和医療の立場から本書をみると、欧米先進国と比較して日本で未発達な小児がん患者の緩和医療を考えるヒントが多数散見される。もちろん、第4章の3に、緩和医療、として7ページの記述がある。しかし、本書の200ページにわたり、その行間に緩和ケアのヒントが散在していることに多くの読者は驚かれるに違いない。今後、我が国においても小児がんの緩和ケアが終末期を含んだ形で展開する日が来るであろう。その時、本書の内容が、すべてのスタッフ、関係者の常識となっていることを切望する。同時に、本書に示されたような語り口で、緩和医療に従事する我々も関係者とコミュニケーションできるようになりたいものである。

中公新書1973、2008年、中央公論新社刊  
新書版208ページ、760円

## 書評

### 癌緩和ケアガイド—緩和ケアチームのための疼痛と症状の管理—

Janet L. Abrahm 著

栗原稔 監訳 新明裕子 訳

都立駒込病院 佐々木 常雄

本書には、「緩和ケアチームのための疼痛と症状の管理」という副題がついており、特に痛みについての治療法を書いた本であると思ったのだが、本を開いてみて、私の間違いであった。本書は、これまで日本の緩和医療分野では、臨床医やスタッフが最も教育を受けていない部分、つまり、がん患者と家族の心の問題に対して、患者のいろいろな状況で、どう対応するかについて大きく取り上げているのである。

第1部では、がん患者とその家族特有の苦悩と、尋ねることがためられる問いをどのように扱うかについて、第2部は症状の評価と管理について、患者の最期の数日間への対応も含めて記載されている。我々が、いわば逃げている代替療法についても、必ずしも否定的な態度ではなく、さらには患者が自殺幫助、安楽死を望む場合についても言及している。「患者や家族との関係を強めたい。そして、患者だけでなく、家族のケアにも焦点を広げたいと願う臨床家には特に役立つ」と著者が述べているが、まったくそのとおりである。

本書を読むにつれ、米国での「良い死」とは何かをたくさんの経験から考え、国情は違っているが、真実を告げて、死を告げて、そうしていながら 日本のように「がん難民」という言葉が聞かれない理由の一端を教わった気がする。

Robert BuchmanによるHow to break bad news (恒藤 暁監訳「真実を伝える」診断と治療社)の本は、「コミュニケーションスキル」の本であるが、この本は緩和チームとして終末期の患者をどう考えるか、私たちは患者にどのように役立つことが出来るかを考えるのにはとても有用な本であると思う。

2008年の日本緩和医療学会で優秀演題賞を得た「416人の腫瘍医アンケート」では、患者に悪いニュースを伝える時、

「約50%の医師は 負担と感じる。約20%の医師は 辞めたい」と感じたという。その原因は？ 忙しく説明時間が十分に取れない、家族から非難されるのではないか、患者が自制心を失うのではないか、患者の希望を失わせるのではないかなどであった。これらの現状を改善するために、実際の米国で緩和チームはどうしているのかを知り、そして、私たちは日本でどうすればよいのかを考える意味で、ぜひ一読だけでなく、気になるところは何回も読み直していただきたい。そして、日本における日本人のための「緩和ケア」の確立を期待し、1日も早く「がん難民」などという言葉がなくなることを期待したい。

上巻、下巻 共に2800円+税  
2008年8月 初版 EDIXi出版部 星雲社

## 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（2008年10月～2008年12月到着分まで）

対象雑誌：Journal of Pain and Symptom Management, Palliative Medicine, Journal of Palliative Care, Supportive Care in Cancer, Journal of Palliative Medicine, American Journal of Hospice and Palliative Care, European Journal of Palliative Care, Palliative and Supportive Care, Palliative and Supportive Cancer Care, Journal of Clinical Oncology, Cancer

聖隷三方原病院 緩和支援診療科 森田 達也

年々緩和ケアについての系統的レビューやRCTが増えています。時間のない方は系統的レビューだけでも各病院やチームの抄読会で読まれることをお勧めします

#### *Reviews, recommendations, meta-analyses, randomized controlled trials, and large surveys*

対象雑誌に掲載された医学論文のうち緩和ケアの臨床家にとって有用と思われる、レビュー、学会の推奨、メタアナライシス、無作為化試験、あるいは、大規模サーベイなどを列記します。

#### 悪液質

Tan BHL, Deans DAC, Skipworth RJE, Ross JA, Fearon KCH. Biomarkers for cancer cachexia: is there also a genetic component to cachexia? Support Care Cancer. 2008; 16(3):229-234.

#### 症状緩和マニュアルを患者さんに配ると苦痛がよくなるか？のRCT

Wantland DJ, Holzemer WL, Moezzi S, et al. A randomized controlled trial testing the efficacy of an HIV/AIDS symptom management manual. J Pain Symptom Manage. 2008;36(3):235-246.

#### フェンタニルパッチと経口オピオイドのRCT

Kress HG, der Laage DV, Hoerauf KH, et al. A randomized, open, parallel group, multicenter trial to investigate analgesic efficacy and safety of a new transdermal fentanyl patch compared to standard opioid treatment in cancer pain. *J Pain Symptom Manage.* 2008;36(3):268-279.

#### 鎮静のレビュー

Claessens P, Menten J, schotsmans P, Broeckaert B. Palliative sedation: A review of the research literature. *J Pain Symptom Manage.* 2008;36(3):310-333.

#### うつ病の薬物療法以外の治療のRCT

Ell K, Xie B, Quon B, Quinn DI, Dwight-Johnson M, Lee PJ. Randomized Controlled Trial of Collaborative Care Management of Depression Among Low-Income Patients With Cancer. *J Clin Oncol.* 2008;26(27): 4488-4496.

#### 呼吸困難に有効な非薬物療法の系統的レビュー

Zhao I, Yates P. Non-pharmacological interventions for breathlessness management in patients with lung cancer: a systematic review. *Palliat Med.* 2008;22(6): 693-701.

#### 下痢のレビュー

Cherny NI. Evaluation and management of treatment-related diarrhoea in patients with advanced cancer: a review. *J Pain Symptom Manage.* 2008;36(4): 413-423.

#### 吸入ラシックスのエビデンスのレビュー

Newton PJ, Davidson PM, Macdonald P, Ollerton R, Krum H. Nebulized furosemide for the management of dyspnea: does the evidence support its use? *J Pain Symptom Manage.* 2008;36(4): 424-441.

#### 気持の辛さをスクリーニングするための方法の系統的レビュー

Thekkumpurath P, Venkateswaran C, Kumar M, Bennett MI. Screening for psychological distress in palliative care: A systematic review. *J Pain Symptom Manage.* 2008;36(5): 520-528.

#### 化学療法の嘔気嘔吐に対する鍼灸のレビュー

Lee J, Dodd M, Dibble S, Abrams D. Review of acupuncture studies for chemotherapy-induced nausea and vomiting control. *J Pain Symptom Manage.* 2008;36(5): 529-544.

#### 便秘の系統的レビューに基づくガイドライン

Larkin PJ, Sykes NP, Centeno C, et al. The management of constipation in palliative care: clinical practice recommendations. *Palliat Med.* 2008;22(7): 796-807.

#### From Japan

**日本の神経ブロックの多施設オーディット研究**

Tei Y, Morita T, Nakaho T, et al. Treatment efficacy of neural blockade in specialized palliative care services in Japan: A multicenter audit survey. J Pain Symptom Manage. 2008;36(5): 461-467.