



Japanese Society for Palliative Medicine

# 日本緩和医療学会 ニューズレター

May 2009 **43**



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

### 今、改めて想うこと

帝京大学医学部 内科学講座 緩和医療科 有賀 悦子

桜の蕾が、急に膨らみ始め、黄砂が舞っています。この原稿を書いているのは、3月も終わりにさしかかった頃です。緩和ケアに携わっている者にとって、桜の頃の思い出は、他の季節とは比べものにならないほど多いのではないのでしょうか。

木枯らしの頃、できれば桜の頃に死にたいと涙した患者さん、頸椎転移で動けない方をベットごと桜の木の下まで研修医と運んだこと、来日された故シシリーソングース先生は遅咲きの桜を京で楽しまれたと聞いたこと、そして、この2009年の桜を、様々の思いで眺められたのではないかと思います。

がん対策基本法のもと、社会のうねりの真ただ中に、緩和ケアがあります。5年ほど前、雑誌記者さんに、早期からの緩和ケアというコンセプトを話したことがありましたが、もうひとつ理解してもらえなかったことを思い出しますと、近年、実に急速な変化をとげていると感じます。

10年間で全がん診療医に対する研修を完了させることとして、全国で緩和ケア研修会が開催され始めました。300名を超す暫定指導医、認定研修施設が選ばれ、この秋には緩和医療専門医の試験が準備されています。また、日本緩和医療薬学会でも、緩和薬物療法認定薬剤師の募集が始まります。新たな疼痛ガイドラインが作成過程にあり、がん集学的治療財団とe-ラーニングの計画が進んでいます。

私自身、ここ数年間はがん治療施設において、早期からの緩和医療の導入に携わってきました。この急流の中において、時に疲れ、空を見上げた時、ふとケアの心を忘れないで、今、自分はいるだろうかと自問することがあります。

患者さんが私たちに託してくれた経験や知恵を、目の前の患者さんに生かしているだろうか、蓄えた知識を若い人たちに伝えられているだろうか、学会の一輪として最善を尽くしているだろうか、そして、故シシリーソングース先生が来日し、架けてくださった橋をさらに伸ばすことができているのだろうか。

桜を想いながら、省みているこの頃です。どのような流れに身をおいたとしても、原点を忘れないでいたい…と。

皆様の支えがあって、学会はこのうねりの中、社会の役割を果たしていています。心から感謝申し上げますと同時に、引き続き、共に育ててくださいますようお願い添えのほどを何卒、よろしくお願い申し上げます。

蕾の頃によせて

## Current Insight

### 終末期のがん患者を介護した遺族による介護経験の評価尺度の作成

東京大学大学院医学系研究科緩和ケア看護学/ がん集学的治療研究財団 三條 真紀子

Caregiving Consequence Inventory: A measure for evaluating caregiving consequence from the bereaved family member's perspective. Makiko Sanjo, Tatsuya Morita, Mitsunori Miyashita, Mariko Shiozaki, Kazuki Sato, Kei Hirai, Yasuo Shima, Yosuke Uchitomi. *psycho-oncology*. in press.

終末期がん患者を介護する家族は、身体的、心理的、経済的に多くの負担を感じ、その負担は家族や遺族の健康状態にも影響することが報告されている。また、近年、介護者においては、負担感ばかりでなく、介護経験を通じた肯定的な認識(以下、介護肯定感)も捉えることが重要であると指摘されている。しかし、わが国では、終末期がん患者を介護する家族の介護負担感、介護肯定感に関する実態がこれまで把握されてこなかった。そこで、まず介護経験を負担感・肯定感の両側面から評価しうる尺度の開発を目的とした自記式質問紙調査を行った。

地域がん診療連携拠点病院2病院を利用した終末期がん患者の遺族を対象に、介護経験の評価と尺度の併存妥当性、既知グループ妥当性、弁別妥当性を検討するための項目への回答を依頼し、再テスト信頼性の検討も行った。298名(有効回答率63%)から回答を得、妥当性、信頼性を有する介護経験尺度が開発された。

介護経験尺度は、介護肯定感を測定する「統制感」「他者への感謝」「人生の意味と目的」「優先順位の再構成」の4ドメインと、介護負担感(介護した結果、家族が情緒的、身体的健康、社会生活および経済状態に関して被った被害の程度)を評価する「負担感」の計5ドメインから構成される。「負担感」ドメインには、身体的負担感、時間的負担感、精神的負担感、経済的負担感を示す項目が含まれる。弁別妥当性を検討した結果、家族のアウトカム指標として、うつや適応とは別に、介護肯定感・負担感の両面を測定することの有用性も示唆された。

#### 【コメント】

現在、緩和ケア病棟100施設、在宅緩和ケア施設14施設、がん診療連携拠点病院56施設を利用した患者の遺族を対象に、本尺度を使用した大規模な調査がすでに終了しており、今後結果を公表していく予定である。

本尺度は、介護経験の両側面を測定可能であると共に、項目数が16項目と短く、他の測定項目と組み合わせて利用しやすいという特徴を有する。

本尺度と、介護時の介護者の状況および医療者、周囲の関わりに関する項目を組み合わせることによって、どのような要因が介護負担感の軽減および介護肯定感の獲得に影響するのかを検討し、介入プログラム作成の示唆を得ることが可能になると考えている。

尺度の具体的な使用方法是、「緩和ケア 10月増刊号 臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール 青海社・家族・介護者のケア 2. 終末期のがん患者を介護した遺族による介護経験の評価尺度」をご覧ください。

## 転移を有するがん患者に対する緩和ケア外来（OPCC）の効果 ： Phase II Study.

東京大学成人看護学/緩和ケア看護学 宮下 光令

Follwell M, Burman D, Le LW, Wakimoto K, Seccareccia D, Bryson J, Zimmermann R. Phase II Study of an Outpatient Palliative Care Intervention in Patients With Metastatic Cancer. J Clin Oncol 2009; 27(2): 206-13.

### 【目的】

がん患者にはタイムリーな症状コントロールが必要であるにもかかわらず、外来での緩和ケア介入に関しては殆ど研究が行われていない。本研究では、緩和ケア外来（Oncology Palliative Care Clinic: OPCC）のがん患者に対する症状改善や満足度に関してその有効性を前向きに検討した。

### 【方法】

OPCCに新規に紹介された転移を有するがん患者を対象とした。適格基準は18歳以上で英語を十分に読む、話すことができ、インフォームドコンセントが取れ、質問に回答できるものである。主要評価項目は症状に関してESAS（Edmonton Symptom Assessment Scale）と満足度として患者用に改変したFAMCARE（Family Satisfaction with Advanced Cancer Care）である。これらのデータはベースラインと1週間後、1カ月後に収集された。統計解析は対応があるt検定によってなされた。

### 【結果】

150人の患者が適格となり、123人の患者で1週間後、88人の患者で1カ月後のアセスメントがなされた。ベースラインではESASのDistress Score（DES）の平均は39.5であった。1週間後のEDSの改善は8.8ポイントであり（ $P<0.0001$ ）、1カ月後では7.0ポイントであった（ $P<0.0001$ ）。疼痛、倦怠感、嘔気、抑うつ、不安、傾眠傾向、食欲不振、呼吸困難感、不眠、便秘に関して1週間後（ $P\leq 0.05$ ）、1か月後に統計的に有意な改善があった（ $P\leq 0.05$ ）。FAMCAREの改善の平均は1週間後で6.1ポイント（ $P<0.0001$ ）、1カ月後で5.0ポイント（ $P<0.0001$ ）であった。

### 【結論】

今回のPhase II StudyではOPCCの症状緩和とケアに対する満足度の有効性が示された。外来における専門的緩和ケアの有用性を評価するための無作為化試験による評価が必要である。

### 【コメント】

わが国では緩和ケア外来は緩和ケア病棟を中心として発展してきた。しかし、最近ではがん診療連携拠点病院の整備に関する指針にも外来にて専門的な緩和ケアを提供する体制を整備することが明記され、専門緩和ケア外来が設立されつつある。海外においても専門緩和ケア外来の発展は最近のことである。本報告はカナダのある緩和ケア外来の有用性を患者の視点から評価したものである。状態が悪化しつつある患者に対し、高いデータ収集率と有意な改善効果を認められたことは意義がある。外来コンサルテーションは初回に90-120分の時間をかけ、看護師やMSW、精神科医などによる多職種ケアが行われている。また、この調査では在宅医や訪問看護師からの紹介が多いのも特徴である。通常の外来におけるケアに対する専門外来の優位性に関しては著者らが現在進行中の無作為化試験の結果を待ちたい。わが国においても

専門緩和ケアとしての多職種による外来緩和ケアのより一層の充実と地域ケアとの連携が必要である。

## Journal Club

### がん性疼痛に対するモルヒネ速放製剤の使用にあたり就寝前に2倍量を用いるべきか：二重盲検無作為化クロスオーバー試験の結果

東京大学成人看護学/緩和ケア看護学 宮下 光令

Dale O, Piribauer M, Kaasa S, Moksnes K, Knobel H, Klepstad P. A Double-Blind, Randomized, Crossover Comparison Between Single-Dose and Double-Dose Immediate-Release Oral Morphine at Bedtime in Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage* 2009; 37(1): 68-76.

#### 【目的】

EAPCのガイドラインではがん性疼痛に対するモルヒネ速放製剤の使用に関して、1回量（Single Dose: SD）の4時間ごとの使用ではなく、夜間は就寝前に倍量（Double Dose: DD）の投与をする行いを推奨している。オープン試験による先行研究ではDDのほうがSDに対して副作用が多いことが報告されている。本研究の目的はDDとSDを二重盲検無作為化クロスオーバー試験により比較し、薬物動態に関しても検討することである。

#### 【方法】

モルヒネのタイトレーションを行ったのち、介入が行われた。SDでは4時間ごとに投与を行い、DDでは最初に倍量の投与を行ったのちに4時間後にプラセボが投与された。主要評価項目は11ポイントのNRSで測定された夜間の平均疼痛である。副次的評価項目は朝の疼痛、レスキュー使用の頻度、副作用（嘔気、口腔乾燥、疲労感、睡眠の質、夜間覚醒の頻度）と患者の選好である。モルヒネとその代謝産物に関しては液体クロマトグラフィー/タンデム質量分析によって測定された。19人の患者が試験を完遂した。薬物動態に関しては13人がフォローアップされた。

#### 【結果】

夜間の平均疼痛に関してはDDの方が統計学的に有意に低い傾向にあった（DD 0.8、SD1.4、 $P=0.058$ 、平均の差0.5（95%信頼区間0.02-1.0））。同様の傾向は夜間の最大疼痛（ $P=0.069$ ）、睡眠の質（ $P=0.077$ ）でも認められた。モルヒネのレスキュー投与が必要だった患者は2人のみだった。患者の選好は9人の患者がDD、6人がSD、4人がどちらでもよいであった。DDの患者はモルヒネおよびM6Gに対してAUCの領域が大きかった。

#### 【結論】

DDのほうが平均疼痛に関して若干良好ではあったが、0.5という差は臨床的な意味は小さく、両者は臨床的には同等といえる。EAPCのガイドラインに沿ったモルヒネの投与は妥当であり、投与方法の選択は患者の選好に基づくことが望ましい。

#### 【コメント】

モルヒネ速放製剤の夜間倍量投与は臨床的にはよく行われている治療であり、EAPCもそれを推奨している。オピオイドは速放製剤より徐放製剤の使用が主流になっているが、欧州での調査ではまだ多くの患者が速報製剤を利用してい

る。DDに関してはToddらの研究によるオープン無作為化クロスオーバー試験により、夜間や朝の疼痛、副作用が高まると報告されていたため、今回の二重盲検試験が計画された。本研究ではDDでも4時間ごとにプラセボ投与のために起こされているので、DDとSDの完全な比較は困難である。それにもかかわらず、若干DDのほうが患者の選好が高く、平均疼痛も低かったことはDDの有用性を示しているかもしれない。投与期間が短いため、副作用について十分に評価できているかは疑問が残る。本研究は臨床的にある程度有用な試験であるが、Toddらのオープン試験とは矛盾する結果であり、同等性を結論づけるためには、十分にデザインされた非劣性試験などの更なるエビデンスの蓄積が必要と考えられる。

## Journal Club

### 緩和ケアを受ける患者の尊厳に関連する苦悩を知るための新しい尺度：PDI

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 逢坂 容子

Harvey Max Chochinov, Thomas Hassard, Susan McClement, Thomas Hack, Linda J. Kristjanson, Mike Halos, Shane Sinclair, and Alison Murray. The Patient Dignity Inventory: A Novel Way of Measuring Dignity-Related Distress in Palliative Care. *J Pain Symptom Management*. 2008; 36(6):559-571.

#### 【目的】

終末期患者の尊厳に関連する苦悩を知るための包括的な尺度、PDIを開発すること。

#### 【方法】

カナダ、オーストラリアの計3施設で緩和ケアプログラムを受けている終末期患者253人を対象に質問紙調査を実施した。質問内容は著者の先行研究から抽出された25項目の質問からなるPDIで、身体的・社会心理的側面、スピリチュアリティ、存在の意義といった尊厳に関連する内容を含んでいた。

尺度開発にあたり、併存妥当性の検討のために症状の評価にはEdmonton Symptom Assessment System (ESAS)、抑うつの評価にはBeck Depression Inventory (BDI)、スピリチュアリティの評価にはthe Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being (FACIT-Sp)などを使用している。

#### 【結果】

対象者の58%が女性で、平均年齢は69歳、既婚者は54%であった。また、対象者の90%はがん患者で、入院患者が59%、調査時からの平均余命は78日(SE 6.5)であった。

因子分析の結果、構成ドメインは「症状の苦悩」：6項目、「存在に関する苦悩」：6項目、「自律」：3項目、「心の穏やかさ」：3項目、「ソーシャルサポート」：3項目の5因子が抽出された。各ドメインの項目ごとのクローンバック $\alpha$ 係数は0.55~0.82で、尺度全体としてのクローンバック $\alpha$ 係数は0.93であった。再テスト信頼性については、ピアソンの積率相関係数は $r = 0.85$ であった。併存妥当性については、各ドメインの総合得点と指標尺度のいくつかの項目間でそれぞれ有意な相関がみられた。

#### 【考察】

PDIは緩和ケアを必要とする終末期患者の尊厳に関連する苦悩を知るための妥当性・信頼性のある尺度であることが示

された。苦悩の原因を明らかにすることは、人の苦しみを理解するために重要であり、この尺度は医療者が日常的に終末期患者の尊厳に関連した苦悩に気づき、尊厳を維持した質の高い終末期ケアを提供する助けとなるにちがいない。

【コメント】

著者は先行研究で終末期患者の尊厳についての概念モデルを見い出しており、そこから研究を発展させて本研究では終末期患者の尊厳に関連する苦悩の評価尺度を開発した。緩和ケアを必要とする終末期患者のQOLの質の評価はこれまで多く行われてきているが、死を迎える患者が直面する尊厳に関わる苦悩を評価する尺度の開発はこの分野では新しい試みである。

学会印象記

第9回千葉緩和医療研究会

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

2009年2月28日の土曜日の午後、京葉銀行文化プラザ6階「櫓の間」にて第9回千葉緩和医療研究会が開催された。休日にもかかわらず220名という過去最大人数（主催者発表）の参加者を得て、大ホールは満席状態という盛況であった。本発表会は、千葉緩和医療研究会と塩野義製薬株式会社による共催の形であるが、後援として、千葉県医師会、千葉県病院薬剤師会、千葉県看護協会、千葉県薬剤師会が挙がっており、最近の緩和医療を取り巻く職種拡大、という社会情勢を窺い知ることができた。

プログラムは、一般演題（口述形式1演題5分間）、パネルディスカッション、特別講演、という3本立てで、13時から17時までの4時間としては内容豊富であった。

一般演題は13であった。①終末期患者家族への積極的傾聴と介入：北村瑤子／千葉社会保険病院／看護師（発表者のみの氏名／所属／職種、以下敬称略）②本人・家族の苦痛が大きく、難治性疼痛も有したが、在宅療養が可能であった子宮頸癌の一例：宍戸秀樹／宍戸内科医院副院長／医師③長期臥床状態となった胆管がん患者に対する医学的リハビリテーション：安部能成／千葉県がんセンター整形外科／リハビリ④当院緩和ケアチーム介入症例における機械式PCAポンプの使用状況と今後の課題：関根龍一／亀田総合病院緩和ケアチーム／医師⑤がんを告知された患者・家族へのメンタルケア：橋稚佳子／成田赤十字病院／臨床心理士⑥緩和ケア病棟案内パンフレットの利用状況を報告する：三枝あけみ／君津中央病院緩和ケア病棟／看護師⑦地域がん診療連携拠点病院としての在宅がん緩和ケア地域連携への取り組み：岩井直路／国保松戸市立病院地域がん診療拠点病院運営委員会／医師⑧新規認定された地域がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの現状と課題：濱田佑子／東京歯科大学市川総合病院緩和ケアチーム／医師⑨地域がん診療連携拠点病院としての緩和ケアの取り組み：豊田康義／千葉医療センター緩和ケアチーム／医師⑩山武地域における緩和医療の現況と当院の取り組み：篠原靖志／国保成東病院緩和ケアチーム／医師⑪緩和ケア活動におけるリンクナースの役割の認識及び実践状況と今後の課題：平野知子／日本医科大学千葉北総病院・看護部／看護師⑫緩和ケア病棟での臨床経験から思うこと：植園ゆかり／山王病院緩和ケア病棟／看護師⑬在宅緩和医療における訪問看護ステーションを（病院・保険薬局）薬剤師の役割：加藤久勝／国保成東病院薬剤部／薬剤師、から口述発表、及び、質疑応答があった。フロアの熱気と発表者の熱意から見ると、発表時間・質疑応答ともタイトであり、午前から始めるなど、もう少し余裕が欲しかった。

た。

パネルディスカッションのテーマは「各施設における緩和医療教育システムについて」で、渡辺敏千葉県がんセンター緩和医療科部長、塩原正之千葉市立青葉病院外科副部長を座長に、木下寛也国立がんセンター東病院緩和医療科医長、石井隆之成田赤十字病院外科部長、大岩孝司さくさバ坂通り診療所院長、田口奈津子千葉大学医学部附属病院麻酔・疼痛・緩和医療科助教、田中方士旭中央病院緩和ケア科部長をパネラーとして討論が展開された。大学などの教育機関では特に若い世代への教育の重要性が指摘され、他方、臨床では現任研修をいかにやっていくかが大切、という点に議論が収束していった。

特別講演として、塩原正之千葉市立青葉病院外科副部長を座長に、坂下美彦千葉県がんセンター緩和医療科医長による「緩和医療の普及と千葉県がんセンターの役割」と題した講演が行われた。ここでは、早期からの緩和ケア介入と緩和ケア研修会、千葉県がんセンターの緩和医療センターの持つ症状緩和を中心とした在宅支援の重要性、さらに、今後の展開としての緩和ケアチーム・緩和医療外来・在宅支援センターの3つを統合したサポーターシップケアセンターの構想が語られた。

なお、今回は10年の節目として2010年2月20日に開催される予定であることが、当番世話人の西野卓千葉大学大学院医学研究院麻酔学教授からアナウンスされて閉会となった。

## 施設訪問記

### カナダ・アルバータ州エドモントンの地域緩和ケア研修を受けて

愛媛大学：長橋 巧、福原 竜治、光井 綾子、新居 由香、武智 健一

香川大学：宮脇 有紀、光岡 妙子、片山 陽子

徳島大学：長尾 妙子、川中 崇

岡山大学：長江 弘子、名倉 弘哲、斎藤 信也

今回、文部科学省の事業である「がんプロフェッショナル養成」プログラムの一環として、平成21年1月5日から9日までの5日間、カナダ、アルバータ州エドモントンにおいて、地域緩和ケアシステムについて学ぶ機会がありましたので、その一部を紹介させていただきます。

エドモントンは広域では100万人の人口を有する都市であり、この広い地域をカバーしている地域緩和ケアプログラムの主要なリソースとして、まず、高次緩和ケア病棟（20床）が挙げられます。医師も常勤で3人（他にフェロー、レジデント）を要し、緩和ケアのICUといっても良いような形態で、基本的には他の施設ではコントロール困難ながんの症状、例えばがん性の疼痛や呼吸困難などをコントロールし、再びその施設に帰るあるいは、在宅に移行することを目的としています。これとは別に4施設にあわせて59床のホスピスがあります。次にロイヤル＝アレクサンドラ病院とアルバータ大学附属病院という大規模病院にそれぞれ、緩和ケアのプログラムがあり、専任の医師が1人ずついます。特に後者は北米有数の循環器疾患センターを有する病院の性格上、末期心不全患者の緩和ケアのコンサルトも積極的に行っていました。例えば末期の心不全患者からICD（自動除細動器）を取り外すべきかどうかという倫理問題など、心臓患者の緩和ケアという新しい分野を垣間見ることができました。また、エドモントンで唯一のがんセンターであるクロスがん研究所

病院にも緩和ケア外来があり、がん治療中の患者に対する各種サポートを行っています。もうひとつCCT (Community Consulting Team) と呼ばれるユニークなチームには4人の緩和ケア専門医4人の看護師が、エドモントン地区を飛び回って、家庭医が行う緩和ケアのバックアップをしています。

最後に特筆すべきは、これらの地域緩和ケアシステムを支えている緩和ケア専門の医師は計10人であり、彼らは全てアルバータ大学腫瘍学教室緩和ケア部門に属し、共通のカンファレンスを行い、共同でオンコールに対応している点です。エドモントン地区全ての週末のオンコールをこの10人のうちの1人が交代で当たっており、エドモントンの緩和ケア患者は在宅であろうが、ホスピスに入院していようが、すべてこれら10人の医師の間で情報が共有されることになります。こうしたシステマティックな対応はわが国でも参考になると思われました。

今回研修に参加したメンバーは、看護師4名、ホスピス医1名、精神科医1名、麻酔科医3名、放射線科医1名、外科医2名、薬剤師1名の混成であり、それぞれの専門領域についても朝早くから夜遅くまでみっちり研修を受けましたが、それについての報告は別の機会に譲りたいと思います。(文責：岡山大学 斎藤信也)

## 施設訪問記

### 自治医科大学附属病院緩和ケア病棟

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

上野から関東平野を北上するJR東北本線には自治医大という駅がある。昭和49年に自治医科大学附属病院が開業してから9年後、昭和58年の開業という。駅前から大学病院行のバスに乗って約5分で目的地の附属病院に着いたが、その規模に驚かされた。平成20年現在、1,130床、診療科40科を開設しているから当然であろう。そのロビーも巨大で、案内係がいなければ目的の診療科にはたどり着けないのではないかと感じられるほどであった。

ホームページ上に公開されている病院の沿革によれば、平成18年6月に臨床腫瘍科が開設され、11月には緩和ケア科の設置もあり、翌年5月には緩和ケア病棟も開設された(病床数は非公開)。これまでに訪れた多くの大学病院は巨大組織であり、人工的で雑然とした印象が強い。しかし、自治医科大学附属病院の緩和ケア病棟は、不思議な安らぎを感じる空間であった。その端的な例が、たいへん機能的で使い勝手の良いトイレが、ベッドからすぐ入れるようにデザインされていることである。多くのホスピス/緩和ケア病棟では、最後まで患者さんが希望されることの多い自力での排泄を可能とするため、使いやすいトイレに苦労されていた。当院のものは一つの参考例になりそうである。入口のドアが、あき易く、かつ、安定している。カーテンのように支持性のないものを廃し、しかもハンドルが縦に長く、握り易い形をしている。

このような物理的構造は、設計者の思想を表すことが多いが、案の定であった。緩和ケア部の責任者の丹波嘉一郎准教授はカナダのエドモントンに留学され、緩和ケアを学ばれている。そのことを普及するために委員会を組織し、多くの協力者を総理されたマニュアルを2004年2月に初版刊行され、2008年3月には第2版に及んでいる。このようなソフト面が充実しているからこそ、ハード面もより良いものができると思われる。同じような外見をしていても、使ってみないと分からないことは多いものである。

この自治医科大学附属病院緩和ケアマニュアルは、PDF版で初版48ページ、緩和のイロハと名付けられた第2版で70ペ

ージというボリュームを持つ。ありがたいことに、ホームページ上で閲覧することもダウンロードして手元に置くこともできるようになっている。大学病院では診療科や講座が多く、緩和ケアのような全人的ケアがしづらいという声を聞くが、ここでは幾分その程度が弱まっているように感じられた。このような、全学的な取り組みに心を砕くスタッフが揃っていることが、その一因であろう。このような取り組みが全学的に広がり、ひいてはその施設で研修された若い医師・看護師をはじめとする医療関係者の知るところとなり、緩和ケアの普及に貢献されることを願ってやまない。

## 書評

### 「がん治療の常識・非常識」

田中秀一 著

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

「やられた」というのが第一印象であった。著者は経済学部卒業の新聞記者であり、医学教育を受けた専門家ではない。しかし、サブタイトルにある「患者にとって最良の選択とは？」を行うために必要な、がん治療に関する妥当な情報を網羅的に集め、患者に理解可能な言葉で記している。このことは、単に患者にとって必要であるばかりでなく、患者を取り囲む家族、友人・知人にも必要な基礎知識となっているし、何より、臨床的に患者に接し、その意味で常に説明を求められる、がん治療に携わるすべての医療人にも必須の事柄となっている。

第1章：がんは本当に治るようになったのか？、においては統計的観点からがんの治療成績を検討し、「治る」という意味の再検討を日常日本語で行っている。第2章：抗がん剤治療は有効か？、では、一般の治療薬と比較して、抗がん剤治療の持つ有効性の問題点を検討し、本当に自分にとってのメリットがあるかないかを考えるべきと指摘している。第3章：がん手術の落とし穴、においては、がん治療の王道ともいえるべき外科手術の利点と欠点について、歴史的背景を踏まえて述べている。第4章：軽視されてきた放射線治療、では、日本において展開の遅れている放射線治療のメリットが述べられているが、副作用についての記述が少なく、特に晩発性障害についての記述が少ない点は気にかかる。第5章：免疫療法と代替療法はほとんど効果なし、では、治療効果という点から検討に入り、これらのものよりも禁煙の方が効果的、と結論付けている点では一部の専門家の意見を超えている。第6章：知られざるがん検診のデメリット、においては、がんの発見とその治療効果について、社会的・経済的観点から常識的判断を述べている。第7章：緩和ケアという「選択」、は、特に本学会会員の関心と呼ぶ項目であろう。冒頭でWHOの2002年の定義から出発しているのは良い点である。しかし、全体的にターミナルケアとしての色彩が強くなっており、内容的にはWHOの1992年の定義に沿ってしまっているような印象を受けた。第8章：がんはどう向き合うか？においては、がん治療という常識を超え、限りある人生には必ず終りが来るのであるから、がん治療の問題を通してそのことまで検討すべき、と記されているのは、医療を超えた、人生の常識とすべき、という指摘であろう。

全体を通して、多くの専門家に取材され、一般論から具体的な事実にまで目配りされた良書といえる。マスコミの得意な「がん難民」の実態を明らかにしている点には感心させられた。ところが、がん治療において重要な看護やリハビリは、残念ながら常識化されていないためか、記述がない。いずれにせよ220ページの新書版に参考文献から索引まで付

された本書は、がん治療に関する著述についても「常識・非常識」の再検討を迫るものとなっている。治癒的、緩和ケア的、いずれの立場からも、がん治療を考える際の必読書となり得るものとして推薦する価値のある一冊となっている。

ブルーバックスB1597、2008年、講談社刊  
新書版220ページ、860円

## 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（2001年1月～2009年3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 緩和支援治療科 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。今月から簡単なコメントをつけました

### *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、メタアナリシス、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。

「痛みのアセスメントツール」を共通なものにする必要がある

Hjermstad MJ, Gibbins J, Haugen DF, et al. Pain assessment tools in palliative care: an urgent need for consensus. *Palliat Med.* 2008;22(8): 895-903.

\*臨床で使用する「痛みのアセスメントツール」を国際的に共通なものにする必要があるとのEAPC Task Forceの recommendation。特に、疼痛のパターン（持続痛か突出痛か）の区別が重要であるが従来のアセスメントツールでは詳細に扱われていないことを指摘している。

家庭医と緩和ケア専門医がカンファレンスを行うと患者アウトカムは変わるか？

Mitchell GK, O' Rourke PK, Clavarino AM. Do case conferences between general practitioners and specialist palliative care services improve quality of life? A randomized controlled trial (ISRCTN 52269003). *Palliat Med.* 2008;22(8): 904-912.

\*オーストラリアで行われている一連の無作為化比較試験。患者QOLへの影響は明確ではない。医療者を介した効果で

患者アウトカムにまで影響を与えることは容易ではないことが繰り返して示唆されている

寝る前にオピオイドを倍量のむと夜の鎮痛はよくなるか？

Dale O, Piribauer M, Kaasa S, Moksnes K, Knobel H, Klepstad P. A double-blind, randomized, crossover comparison between single-dose and double-dose immediate-release oral morphine at bedtime in cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2008;37(1): 68-76.

\*夜間の鎮痛を良くするために夜間のオピオイドを倍量のむというEAPCの経験的なrecommendationに対する無作為化比較試験。寝る前に倍量内服しても変わらないので、すくなくとも大多数の患者では寝る前に即効錠の倍量投与は推奨できない

リドカイン静脈投与のPhase-2

Sharma S, Rajagopal MR, Palat G, Singh C, Haji AG, Jain D. A phase 2 pilot study to evaluate use of intravenous lidocaine for opioid-refractory pain in cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2008;37(1): 85-93.

\*Phase-2ではリドカイン静脈投与は鎮痛に有効。これまでもPhase-2では有効だが無作為化比較試験では効果がな  
いとす研究があったため、無作為化比較試験の結果が待たれる

From Japan

Ando M, Morita T, Lee V, Okamoto T. A pilot study of transformation, attributed meanings to the illness, and spiritual well-being for terminally ill cancer patients. *Palliat Support Care.* 2008;6(4): 335-340.