



日本緩和医療学会 ニュースレター February 2010 46



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

近畿大学医学部附属病院 小山 富美子

新年を迎えたこの月はいつも、患者さんのお正月外泊・退院準備のイベントがひと段落しほつとすると同時に、私達日本人にとってのお正月の意味を改めて考える時期であります。医療者としてそのような貴重な時間に携わらせて頂くことは喜びもあり、その重みを感じます。また、もっと早く、より良く出来たことは無かったのか、と技術不足の壁に直面し不全感も感じてしまいます。そのようなかわりのなかでいつも人間同士の支えあう強さに感銘を受けます。ご家族は患者さんの存在そのものを支えとしており、それは互いの生きる強さになっているということを目の当たりにします。そんなとき生きるプロセスを支えることなのだと、あらためて緩和医療のあり方とその難しさを実感いたします。しかし、その一方で我々医療チームはお互い支えあい、目の前の患者さんやご家族に最善を尽くしているのか、といった自問が湧いてきます。

緩和ケアチーム加算ができるまでの頃は組織の承認を受けていたチームは少なく、医師・看護師・薬剤師、他職種が目標を共有し、自主的に強い熱意で活動していました。診療報酬が取れるといった社会的評価を得たことは、そういった先人の方々の多大なる努力の成果であり、国民にとっての大きな利益となりました。今、私達は熱意を維持しつつ提供する緩和医療の質を問うことを課題としています。チームのスタッフは「診療報酬に見合うケアの質を保っているのか」という重圧、または兼務の苦勞を抱え、患者・家族そして医療スタッフのニーズに応えるために努力を続けています。それぞれがストレスフルな状況乗り越えていかねばなりません。その解決の鍵のひとつとなるのは、それぞれの職種が専門性を引き出しあい、認め合いながら機能的なアプローチを行うことではないかと考えます。

本学会は多職種で構成されていることが大きな強みです。PEACE プロジェクト、各地の緩和ケア研修、各種ガイドライン作成において他職種が参画しています。学際的に能力を合わせ集大成された力を用いることができることは、より多くの現場の問題解決に役立つでしょう。他の職種と建設的な意見交換ができることは大変大きな解決の力となり救いでもあります。高い機能をもつチームには互いの信頼、遠慮なく衝突できること、責任を持った行動と互いの責任説明ができること、チーム全体の結果を重視すること、などが必要であるといわれています。チームメンバーとして決して受身ではなく、ひとりひとりがチームの成長に責任を持ち、ケアの質を高められるよう主体的な行動を私たちに求められています。患者と家族の生きるプロセスを支えるため、チームの一員として、また、本学会員の約3割を占める看護職の一人として、よりよいチーム作りに貢献できるよう努力してまいりたいと考えております。

Current Insight

一般市民を対象とした緩和ケアに関する教育的介入の長期効果

東京大学大学院 緩和ケア看護学 佐藤 一樹

Sato K, Miyashita M, Morita T, Suzuki M. Long-term effects of public education focusing on end-of-life home care, life prolongation treatment, knowledge about palliative care. J Palliat Care. 2009; 25(3): 206-12.

緩和ケアに関する誤解や知識不足は、終末期がん患者に緩和ケアを提供する際のバリアとなる。我々は、東北地方のある市の地域住民を対象に、緩和ケアに関する1時間の講演会を行った。講演会は、地域の保健所主催で2006年度に11回開催し、1回の参加人数は17～188人（計607名）であった。講演会のテーマは、緩和ケアとは、治療型医療の限界、患者-医師間のコミュニケーション、オピオイド、終末期輸液、大病院信奉、家で死ぬことの意義、終末期在宅療養の実現可能性、終末期在宅療養での地域のリソースであった。講演会の前後で参加者に対して質問紙調査を行い、教育的介入の短期効果を評価した。その結果、がん終末期に最期まで自宅療養できるという認識は9%から34%に増加し、終末期在宅療養の障害、延命治療の希望や在宅での症状緩和、オピオイドの誤解、輸液療法、患者-医療者間のコミュニケーションの問題に関する認識に変化が認められた。

一般市民を対象とした緩和ケアに関する講演会の短期効果が示されたが、長期効果が認められなければ「真の」教育的効果があったとは言えない。そこで我々は、講演会の参加者に対して、講演会前後に行ったものと同様の質問紙を用いた調査を講演会の6ヵ月後に郵送により行った。講演会前後の質問紙に回答した一般市民は595名で、そのうち424名から6ヵ月後の質問紙の有効回答を得た（有効回答率71%）。その結果、がん終末期に最期まで自宅療養できるという認識は12%に減少して元に戻り、オピオイドの誤解など一部の項目で6ヵ月後も改善が認められたものの、その他のほとんどの認識で講演会前と比較して有意差は認められなかった。したがって、1回の講演会では、教育的介入の長期効果はあまり得られないことが示された。

【コメント】

緩和ケアの理念や知識の啓蒙の方法として講演会は最もポピュラーな方法であるが、これまでその長期的な効果は評価されてこなかった。本研究から、従来の大人数を対象とした講義形式の講演会では長期効果はほとんど得られていないことが明らかとなった。例えば、繰り返し介入すること、少人数を対象とすること、年齢別に介入内容を変更すること、講義形式としないことなどといった何らかの工夫が必要であり、今後は成人教育理論などを参考としながら、長期的にも有効な教育方法を検討していく必要がある。

Journal Club

Improved Pain Resolution in Hospitalized Patients through Targeting of Pain Mismanagement as Medical Error

東北大学大学院医学系研究科保健学専攻 緩和ケア看護学分野 清水 恵

Tomasz R. Okon, MD, Peggy S. Lutz, RN, BSN, and Hong Liang, PhD Marshfield Clinic (T.R.O.), St. Joseph's Hospital (T.R.O., P.S.L.), and Marshfield Clinic Research Foundation (H.L.), Marshfield, Wisconsin, USA

【背景】

入院患者の重度の疼痛を軽減する対策は不十分なので、入院患者の疼痛マネジメント改善のために新しい対策が必要である。その新しいアプローチとして、疼痛マネジメント不十分を医療ミスとして位置づけ、その医療ミスを防ぐ観点から、疼痛マネジメントの改善策を開発する動きがある（ACT error-prevention model）。

【目的】

「患者の激痛の訴え後120分以内に再アセスメントを行わない」という“医療ミス”を未然に防ぐための行動改善を促す介入を実施、その効果を検証する

【方法】

介入方法：疼痛アセスメント記録を電子化している1施設（St. Josephs Hospital）のICU以外の病棟の看護師を対象に介入を実施。看護師が使用するコンピュータに、患者の激痛の訴えの記録後、65分以内に再アセスメントが記録されない場合にコンピュータ画面に警告が出現し、120分以上経過しても再アセスメントが記録されない場合には“医療ミス”としてカウントされるというシステムを導入した。加えて、参加看護師を対象に、システムの詳細な説明と、「患者の激痛の訴え後、120分以内に再アセスメントを行わない」ことを“医療ミス”と認識するためのセッションを実施した。

アウトカム：

- ・「患者の激痛の訴え後、120分以内に再アセスメントを行わない」という“医療ミスの発生率
 - ・激痛が解決されるまでの時間
 - ・オピオイドの過剰使用による過鎮静の指標として、ナロキソンの臨時投与状況
- 上記について、介入によるデータの変化を検証した。

【結果】

2006/1（介入前）、2007/1、/4、/6（介入後）で、の4つの月それぞれで観察された全51619の激痛について分析の対象となった。

- ・“医療ミス”（再アセスメントの遅れ）の発生率は、介入前では、各病棟での平均±SE:が56.2%±1.4%、介入後の3つの月では、35.8%±0.7%であり、介入後での有意な改善がみられた（ $P < 0.0001$ ）。
- ・激痛が解決するまでの時間は、介入前の1か月（2006/1）の中央値が195分、介入後の3つの月（2007/1、/4、/7）のそ

それぞれの1ヶ月間での中央値が、117分、106分、101分と、介入後で有意に減少していた($P<0.0001$)。

・ナロキソン臨時投与も、介入前(平均 $\pm$ SE: 2.69 ± 0.35 /月1000人)、介入後(1.48 ± 0.21)と、介入後で有意に減少していた($P=0.0130$)。

【結論】

激痛についての再アセスメントの遅れという“医療ミス”を未然に防ぐために、コンピュータを利用して、リアルタイムで警告を行うという介入は、再アセスメントの遅れを減少させ、より安全により早く激痛を軽減させることにつながり、疼痛マネジメントの改善法として有効な手段といえる。

【コメント】

ACT error-prevention modelは、疼痛マネジメントの3要素(疼痛についてのアセスメント、コミュニケーション、治療・対策)において、再アセスメントの遅れや、疼痛に関連したコミュニケーションの欠如などを医療ミスとして定義し、予防しようとするモデルである。

今回の介入のように、電子システムを導入することは困難でも、このモデルを活用した何らかの介入が、疼痛マネジメントの改善へ有効に働く可能性が考えられる。

Journal Club

緩和ケアに関する医療者の知識を評価する尺度の信頼性と妥当性

東京大学大学院医学系研究科 緩和ケア看護学分野 中澤 葉宇子

Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T. The Palliative Care Knowledge Test (PCKT): the reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. Palliat Med. (in press)

【目的】

本研究の目的は、緩和ケアに対する医師や看護師の知識・態度・困難度を評価するための尺度を作成し、信頼性と妥当性を検証することである。

【方法】

文献検索と専門家による議論をもとに40の予備項目を作成し、信頼性・妥当性を検証するための調査を実施した。調査は自記式質問紙法によって行い、2007年8月に2施設の看護師940人、1ヶ月後の再調査では同施設の看護師204人を対象とした。分析は、項目反応理論、the Kuder-Richardson formula-20、級内相関係数の算出を行った。

【結果】

本調査では797人（85%）、再調査は151人（74%）から回答を得た。分析の結果、「理念」「疼痛・オピオイド」「呼吸困難」「せん妄」「消化器症状」の5ドメインから構成される20項目（PCKT）が選定された。内的一貫性の指標であるThe Kuder-Richardson formula20（KR-20）は全項目で0.81であった。また、再現性の指標である級内相関係数は全項目で0.88、各ドメインでは0.61～0.82であった。

【結論】

計量心理学的方法を用いて、緩和ケアに対する医師や看護師の知識を評価する尺度を検討し、信頼性と妥当性が保証された尺度を開発した。PCKTは緩和ケアに対する医師・看護師の実態調査や、教育プログラムの評価に有用である。

【コメント】

PCKTは20項目で構成され、各項目について「1.正しい」「2.間違っている」「3.分からない」で回答します。現状のアセスメントや改善点の同定、講習会の評価などに簡単に使用することが可能です。すでに第3次がん総合戦略研究事業「緩和ケアによる地域介入研究」による医師・看護師調査や、日本医師会に委託された大規模医師調査などにも用いられています。PCKTの最新情報についてはホームページから入手可能です(<http://www.pctool.umin.jp>)。なお、本尺度の使用にあたり許諾を得る必要はありません。

Journal Club**がん患者の支持療法に関する質指標の開発
：The Cancer Quality Assist Project**

東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野 宮下 光令

Lorenz KA, Dy SM, Naeim A, Walling AM, Sanati H, Smith P, Shanman R, Roth CP, Asch SM. Quality Measures for Supportive Cancer Care: The Cancer Quality-ASSIST Project. J Pain Symptom Manage 2009; 37(6): 943-64.

【目的】

患者や医師は症状コントロールをがん患者のケアの最も重要な目的の一つと考える。しかし、がん患者に対する支持療法の質を評価するツールは殆ど存在しない。そこで、本研究では、がん患者の疼痛や疼痛以外の症状、ケア計画などを包括的に評価する質指標（Quality Indicator）のセットを開発することを目的とした。

【方法】

症状の頻度やQOLに関するデータに基づき、臨床家と研究者が疼痛、心理社会的苦痛、呼吸困難感、嘔気嘔吐、倦怠感・食欲不振、治療関連の副作用、情報とケア計画などについて優先順位をつけた。MEDLINEを用いて1997-2007年の英文文献を検索し、インターネットを用いた情報検索も行った。VA Health Services Research and Developmentの方法を

用いて、多職種による国際的なパネルでそれぞれの質指標の妥当性と測定可能性を評価した。

【結果】

133の候補のうち、パネルによって92の項目が確定した。内訳は疼痛15、抑うつ5、呼吸困難感8、嘔気嘔吐15、倦怠感・食欲不振13、他の治療関連の副作用23、情報とケア計画13であった。これらの指標のうち、67が入院患者に適用可能と考えられ、81が外来患者、26がスクリーニングや予防、12が診断やアセスメント、20が症状マネージメント、21がフォローアップに適用可能と考えられた。

【結論】

がん患者への質の高い支持療法のプロセスを評価するためのエビデンスに基づいた質指標が作成された。これらの質指標が推奨するケアの遵守状況や質指標が質改善に結び付くかなどについては今後も研究が必要である。

【コメント】

米国ではUCLA/LANDによるACOVEプロジェクトによって高齢者を対象にした診療の質のプロセスを評価する方法が開発されたが、疼痛や終末期ケアに関しては十分ではなかった。本プロジェクトはLANDから支援を受けており、がん患者支持療法バージョンと位置づけられるのかもしれない。日本では厚労省研究班によって同様のがん治療のプロセスを評価する質指標のツール（QI）の開発が行われた（<http://qi.ncc.go.jp/index.html>）。しかし、緩和ケアに関してはプロセスを評価する項目としてのエビデンスが乏しく、疼痛と意思決定に限ったという経緯がある。主要臓器の治療と異なりエビデンスに基づくガイドラインが整備されていないことが一因であった。また、作成したQIの測定可能性にも改善の余地が見受けられた。ASSISTプロジェクトで作成されたQIは理想的ではあるが、測定可能性という観点から見ると若干困難があるようにも思える。IF文で条件設定されているが、論文で読む以上、条件設定は曖昧である。しかもこのような条件付けをした場合に、診療記録からの測定は非常に困難かつ時間がかかるというのが日本における経験である。今後、測定データが発表されることに期待したい。診療記録から抽出する質指標は、患者に負担を与えることなく評価が可能であり、重要な事項である。わが国でも緩和ケア・支持療法に関するエビデンスに基づいたガイドラインの整備と、それに基づく測定可能性・実施可能性が高く、質の評価として妥当なQIの開発が求められる。

学会印象記

第33回日本死の臨床研究会年次大会に参加して

船橋市立医療センター 緩和ケア内科 野本 靖史

平成21年11月7日と8日の両日、秋の快晴の名古屋で開催された「第33回 日本死の臨床研究会年次大会」に参加しました。日本死の臨床研究会は第33回と伝統のある会です。20年以上前、私が呼吸器外科医であった頃、千葉大学麻酔科

．．．．．

教授であられた水口公信先生から手術中！にこの会の名前を伺いました。死の臨床というびっくりする名前できっと

したことを覚えております。数年前から緩和ケアに携わるようになり、今回初めてこの会に参加いたしました。

今回は佐藤健先生（独立行政法人国立病院機構豊橋医療センター緩和ケア部長）、安藤詳子先生（名古屋大学医学部保健学科看護学専攻教授）を大会長とし、「いのちを見つめ、心を結ぶ、今すべての人と」をテーマに開催されました。学会の内容は、特別講演「おそれない死をどう支えるか」（鎌田實先生）、文化講演「物語を生きる人間の『生と死』～つながるいのち、つなげるケア～」（作家・柳田邦男さん）、教育講演「日本人の死について」（濱口道成先生）、講演「老いの風景～老いること・死ぬこと・愛すること～」（渡辺哲雄先生）、「健康格差社会-bio-psycho-socialモデルといのち」（近藤克則先生）、シンポジウムでは「ホスピスへの遠い道 その歴史と現在・未来～マザー・エイケンヘッドと岡村昭彦～」・「食といのち」・「地域・在宅における緩和ケア」・「いのちの教育」・「いのちの授業（1限目～3限目）」、市民公開講座「食といのち」（日野原重明先生、料理研究家・辰巳芳子さん）・「がん哲学外来（樋野興夫先生）」と幅広い話題に迫ってありました。また、ランチョンセミナー8題、ワークショップ10題（ミニを含む）、体験講座4題、事例検討16題、一般演題（ポスター）250題、それに市民団体フォーラムまで加わり、興味をそえられるセッションばかりでした。

これが名古屋国際会議場の14会場を使って2日足らずで開催されました。予め抄録集に参加したいセッションに○印を付けましたが、時間が重なっているものも多く迷いました。また、いざ会場に入ろうとすると、既に満席（立ち見もいっぱい）の状態の会場も多く、参加者の関心の高さが伺えましたが、いくつか壁にもたれながら参加することができました。

緩和ケアは、わが国のがん医療政策の中で示される重要課題の1つですが、ともすれば患者の身体の疼痛コントロールに主眼が置かれてしまいます。今回「日本死の臨床研究会」に参加して、患者さんとその家族の終末期における様々な心の変化について考えさせられました。一般的な医療とは異なった、医療経済などでは語れない、一人一人に個別に生じる問題で、これに携わるものは、患者とその家族の気持ちを良く理解し、真摯に受けとめ、一緒に考え、できる限り対応していくことが重要であると思います。

20数年前故水口公信先生から言われた「死の臨床」という言葉が初めてわかった気がします。当時は私を含めた外科医はがんの治癒のみを考え、がん患者の身体の痛み、ましてや心の痛みには目を向けていなかった時代です。その中で、水口先生は末期がんの患者さんの元を訪れ、痛みの治療や人生相談にのられていたそうです。死に臨んだ患者さんと死について話し合ったとも聞いています。がん告知もままならなかった当時のわれわれのことを考えるとあらためて水口先生に敬意を表さずにはいられません。全ての医療者が死あるいは臨死の患者とその家族の十分な支えとなれることが望まれます。

施設訪問記

小松病院 緩和ケア病棟・ひまわり

千葉県立保健医療大学 安部 能成

大阪では私鉄が発達しているが、大手私鉄の京阪電車沿線では唯一の緩和ケア・ホスピス病棟が今回の訪問施設「ひまわり」である。寝屋川市駅は、大阪の京橋駅から急行で11分、京都の四条駅から急行で50分。ひまわりは、駅から徒

歩で約15分の距離にある。

医療法人協仁会小松病院は、大阪府寝屋川市において、クリニック、介護老人保健施設、グループホーム、訪問看護ステーション、デイサービスセンターなど、多くの施設を展開している。このことを背景に持ったためか、ホスピスケア病棟の案内には、・入院によるホスピスケア、・通院によるホスピスケア、・在宅によるホスピスケアが、トライアングルのように描かれていた。

その中核をなす小松病院の最上階に18床の小さなホスピス病棟があった。歴史的にみて、大阪は日本で一番古い町のひとつである。したがって、土地利用は高度で、密度が高い。このホスピスケア病棟「ひまわり」もビルの屋上に位置している。英国では、人々が土に近づくことを求めるため、ホスピスは平地に立っていることが多い。しかし、これまで訪問してきた日本のホスピス緩和ケア病棟は、建物の最上階と地上設置が半々であった。確かに、土に近いのはひとつの安らぎをもたらす面がある。四季折々の自然と接するためには、庭園を持つ方が望ましいであろう。けれども、死期が迫るほどに御本人は動けなくなるので、御家族をはじめとした訪問者の利便性を考えることも大切なのではないか、と思えてくる。

要は、ハードではなく、建物の中でのサービス、つまりソフトウェアなのかもしれない。その点では、狭い空間ながら様々の工夫により、心の安らぎをもたらそうという工夫が見られた。そのひとつが、カウンセリング・サービスである。医師・看護師だけにとどまらないチームケアは、昨今の緩和ケアの潮流となっている感があるが、小松病院でも臨床心理士や音楽療法士の活動が見られた。けれども、老人保健施設をはじめ多数のスタッフを抱えているリハビリテーション専門職の参加が見られなかったのは少々残念であった。

訪問当日に案内して下さった看護次長の山田育子ナース、また、今回の訪問実現に際し、御紹介の労をおとりくださった谷壮吉先生ありがとうございました。この場をお借りして御礼申し上げます。

書評

「かぎりなき使命—ホスピス・緩和ケアとそのプロたち」

柴田岳三 著

旭川医科大学病院 緩和ケア診療部 阿部 泰之

それはうれしい裏切りであった。タイトルから、ホスピス・緩和ケアに関わる多職種の仕事について紹介する本だと思って読み始めたからである。しかし、読み進めるにしたがい、本書は筆者がホスピス・緩和ケアの現場にいて悩み考えたことを、医療をより良くしてほしいというメッセージとして伝えるべく生まれたものであるとわかった。それは高圧的に理想論を語るものではなく、筆者の人柄そのものの素朴な文体で柔らかに伝わってくる。各所で頷きながら一気に読み上げてしまった。

もちろん、タイトル通り、中盤には筆者の施設において各プロフェSSIONナルがどのように働き、またいかに互いを尊重し合っているかが書かれている。各科医師から始まりボランティアまで、なんと34職種について紹介されている。これだけ多くの職種について書かれた本も珍しいのではないかと思う。ただ、共通しているのは各職種への感謝の念であり、その点については関わりの多少の違い、職種別のランクは見当たらない。彼らにとって、名前の上についている

肩書きは意味がないようである。このことがチーム医療の原点であるということは、賢明な読者であればすぐに気づくことであろう。筆者が述べているように、「病院全体があたかも大きなチームとなっているように感じられる」のである。本書を通じて読者は、チーム医療の原点に立ち返ることと、そのモデルを知ることができるのである。

本書においては、その舞台となっている北海道西胆振（いぶり）地域での取り組みも紹介されている。この地域では当初、ホスピス・緩和ケアに対して、患者・家族のみならず医療者にも強い偏見や誤解が見られたという。筆者を含む仲間の地道な活動が実り、現在では病院、在宅等の垣根なく話し合いが行われている様は特筆すべきである。地域活動のヒントにもなり得る良書である。

青海社 2009年11月5日発行 1,890円

書評

「幸福な死を迎えたい」

下稲葉康之 著

千葉県立保健医療大学 安部 能成

本書は、いわゆる緩和医療の技術書ではない。緩和医療の原点となったホスピス・ケアを28年間、北九州の地で積み重ねてきた著者は「現実には死が避けられないとするなら、それでは、どうしたら幸福な死を迎えられるのか」という根源的な問いに応えようと、真摯な歩みを綴っている。

本学会の会長を務められた柏木哲夫先生は、淀川キリスト教病院のホスピスで2500人を看取られた、と本書の序文で披露されている。著者の下稲葉康之先生はホスピス医として栄光病院ホスピスで4800人と関わられたという（本書序文より）。この一文からも、その経歴の程度を推し量ることができよう。

近年、good death（良き死）ということが緩和医療の世界で言われ、そのような論文も散見される。しかし、死を良し悪しでとらえるのではなく、幸福であったか否かでとらえることも、重要な視点であると思われる。その意味で、本書は緩和医療を再検討し、より善き治療を考えるのに好都合なヒントを多数与えてくれる。

本書の組み立ては、豊かな生 豊かな死、「幸福な死を迎えたい」、福音こそ神の力、病める人に仕えるには、「不惜身命」の思いで、の5部構成となっており、キリスト教思想が大きなうねりのように出てくる。我々の日常と不可分の、緩和ケアの出発点となったホスピスという考え方、その実践の基盤となった哲学を我々は回避することはできないだろう。逆にいえば、日常避けてしまいがちな問題について、包み隠さず俎上に載せてみよう、という、しなやかな強さが表れている。

好むと好まざるとに拘わらず、時には技術書から離れて、必ずしも宗教学の書ではないが、このような魂の言葉に触れてみることも良いことなのではないか、と感じた。

確かに、本書には命の言葉が書かれているのだが、読者諸氏には、ぜひとも多数配された写真にご注目頂きたい。そこに登場する人々の表情に、その人数や配置に、そして、反対側にいてシャッターを押した人が、どのような思いで、その場面を写真に納めようと考えたか、に思いをはせるとき、本書の持つ真の豊かさに触れる可能性は、飛躍的に高ま

るはずである。

いのちのことば社 2009年9月16日発行 1,050円

書評

「がんを生きる」

佐々木常雄 著

昭和大学腫瘍内科 佐藤 温

佐々木先生の講演はすでに5回聴講させていただいている。けれどもまだ何度でも何度でも拝聴したい。聴講するたびに自分の中に感動をもって新たな「気づき」をもたらしてくれるから。本書は著者がこれまで講演で一生懸命問いかけてきた大切な思いをひとつひとつ丁寧に、やさしく、そしてときに厳しい言葉で伝えてくれる。“患者さんは「あと3ヶ月の命です」と医師に言われて、どう生きるのでしょうか？人生のどん底に落とされて、患者さんはどう奈落から立ち上がるのでしょうか？立ち上がることは、できるのでしょうか？”著者は常に患者の立場に立ち、応援することを誓い、そして患者さんが早く安寧な気持ちに戻れる、心静かに過ごせる術はどこにあるのかを求めて悩み続け、その答えを個々の患者さんの言葉や行動を通して語りかけてくる。

著者である佐々木常雄先生（がん・感染症センター都立駒込病院院長）は、日本のがん薬物療法の基盤を築き上げた誰もが知る大労者であり、なおかつ現役のoncologistである。先生が看取られた2000人以上の患者さんとは、先生が担当していた患者であり、抗がん剤治療から看取りまで喜びと悲しみをともに過ごしていることが痛いほど伝わってくる。本書では、「患者さん本人に告知をしなかった時代」から、「告知をしても予後告げない時代」、そして現在の「真実を医師が話し、患者が知る時代」に至るまでの時代の変遷を筆者の豊富な経験を重ねながら、患者さん視線で語りかけてくる。告知される時代になった。本人が決定する時代になった。この時もっとも必要なのは、患者の目線、患者の視点、患者の立場である。“生きるには寿命なんて知らないほうがいい” “「緩和に徹する」という意味は何のことなのでしょう？”現代医療の中に身勝手な医療が隠れているのではないかと指摘する。日本人としての心を重視し、日本人に合った日本独自の医療の在り方を考える必要があると指摘する。さらには、死生観についても切り込んで論じられている。

最終章“短い命の宣告で心が辛い状況にある方へ、奈落から這い上がる具体的方法”では、「安心できる心」を引き出す術を提示してくれる。本書は私たちががん医療に携わる医療人にとって叱りつけてくれる師であり、優しく包んでくれる親であり、一緒に悩んでくれる仲間となるであろう。是非にではなく、必ず読んでいただきたい。できたら帯付きの本を購入できるといい。そこには満面の笑みで迎えてくれる佐々木先生がおられる。

講談社現代新書2030 2009年12月16日発行 720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（2009年10月～2009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, Palliative and Supportive Care, Journal of Clinical Oncology, Cancer

聖隷三方原病院 緩和支援治療科 森田 達也

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。

フェンタニルパッチを初回投与する安全性と有効性の系統的レビュー

Mozzotta P, Jeney Tassinari D, Sartori S, Tamburini E, et al. Transdermal fentanyl as a front-line approach to moderate-severe pain: A meta-analysis of randomized clinical trials. J Palliat Care. 2009;25(3): 172-180.

腹水を抜くためのカテーテル埋め込みの系統的レビュー

Fleming ND, Alvarez-Second A, Gruenigen VV, Miller MJ, Abernethy AP. Indwelling catheters for the management of refractory malignant ascites: A systematic literature overview and retrospective chart review. J Pain Symptom Manage. 2009;38(3): 341-349.

イタリアでの保険適応外使用の全国調査

Toscani F, Giulio PD, Campi R, et al. Off-label prescriptions in Italian hospices: A national survey. J Pain Symptom Manage. 2009;38(3): 365-371.

オピオイドローテーションのガイドライン：EAPCの推奨

Fine PG, Portenoy RK. Establishing “best practices” for opioid rotation: Conclusions of an expert panel. J Pain Symptom Manage. 2009;38(3): 418-425.

オピオイドローテーションの「等価換算表」の見直し

Knotkova H, Fine PG, Portenoy RK. Opioid rotation: The science and the limitations of the equianalgesic dose table. J Pain Symptom Manage. 2009;38(3): 426-439.

鎮静を受ける患者の家族の懸念

van Dooren S, van Veluw HTM, van Zuylen L, et al. Exploration of concerns of relatives during continuous

palliative sedation of their family members with cancer. J Pain Symptom Manage. 2009;38(3): 452-459.

日本から

福島県で行われた市民対象の講演会の長期効果

Sato K, Miyashita M, Morita T, Suzuki M. The long-term effect of a population-based educational intervention focusing on end-of-life home care, life-prolongation treatment, and knowledge about palliative care. J Palliat Care. 2009;25(3): 206-212.

緩和ケアチームの「基準」をデルファイ法で作成した

Sasahara T, Kizawa Y, Morita T, et al. Development of a standard for hospital-based palliative care consultation teams using a modified delphi method. J Pain Symptom Manage. 2009;38(4): 496-504.

輸液に関する看護師対象セミナーの評価

Yamagishi A, Tanaka F, Morita T. Artificial hydration therapy for terminally ill cancer patients: A nurse-education intervention. J Pain Symptom Manage. 2009;38(3): 358-364.