

日本緩和医療学会 Vol.106

ニューズレター

◆◆◆
Feb.2025



特定非営利活動法人
日本緩和医療学会
Japanese Society for Palliative Medicine

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

主な内容

巻頭言	76
Journal Club.....	78
よもやま話	84
Journal Watch.....	87
委員会活動報告	91

巻頭言

デジタルでスマートな学会を目指して

京都府立医科大学附属病院 疼痛緩和医療部
上野 博司

総務・財務委員会傘下の会員管理システム構築 WPG を担当しております理事の上野 博司でございます。このWPGのことをご存じでない方もおられると思いますが、国でいうとデジタル庁のようなイメージの部署でしょうか。学会の全会員の情報の一元的な管理と各委員会のワークフローのデジタル化を通して、省力化とコストの削減、そして会員の皆様の利便性を向上させることを目的に2020年に創設されました。現在までに、会員管理の基幹システムの開発・構築、専門医などの資格の申請・審査システムの構築、ペーパーレス化（各種役職の委嘱状、利益相反の届出など）、年会費支払いのクレジット決済の導入などの事業を行って参りました。

日本緩和医療学会は1996年に創立し、2000年初頭には1800人程度であった会員数が、2006年のがん対策基本法が制定を皮切りに、日本中で緩和ケアの重要性が認識されるととともに、急激に増加し、2013年には10000人を超えました。その後も2019年まで増加を続け、現在では12000人余りの会員の方とともに学会は歩み続けています。また、この間にデジタル化の波が押し寄せ、インターネット利用の拡大、テレビ放送のデジタル化、スマートフォンの普及などICTの導入が急速に進みました。こうした時代背景

を受けて、本学会でも旧来の会員情報の管理方法では限界があると判断し、将来を見据えた新しい会員管理システムの導入を行いました。

本学会は、会員の内訳を見ると、医師、看護師、薬剤師の3つの職種が9割を占め、他にもMSWやさまざまな職種で構成されており、医学系学会の中でも多職種で構成される数少ない学会の一つです。職種によって、学会に対して求める情報やイベントも異なるので、会員管理システムでは、学会からのお知らせも職種別に発信することを可能にしました。また、職種の枠組みを超えて、同じ興味を持った会員同士が連絡を取り合い、研究やさまざまな事業を展開することを支援するために、会員基本情報には、職種だけでなく保有資格、得意とする分野・関心のある分野、SNSアカウントなどを登録することができるようになっています。また、希望に応じて会員に公開することも可能です。こういったいわゆるSpecial Interest Group (SIG) の設置に向けても学会が始動する方向で検討が進んでいます。

大変残念なことに、まだ会員基本情報をご登録いただいていない会員が多くおられます。日本緩和医療学会は緩和医療・緩和ケアのプロフェッショナルの集合体です。会員同士がさまざまな形で連携することで、多彩なアイデ

アが生まれ、緩和医療の発展に寄与することは確実です。この機会に是非会員基本情報をご登録いただき、可能であれば会員に向けて公開をお願いできますと幸いです。

最近パソコンを立ち上げなくても、多くのことをスマートフォン一つで済ませてしまえる時代になりました。総務省の調査によると2024年のスマートフォンの個人保有率は79%と報告されています。会員管理システム構築 WPG では、近い将来、スマートフォンのアプリケーションの導入を検討しております。学会からのお知らせの確認、各種手続き、学術大会やセミナーなどの申し込み、会員証の表示などをアプリケーション一つで可能にして、さらにデジタルでスマートな学会へと進化していくように努力を続けて参ります。どうぞご期待ください。会員の皆様からのご意見・ご要望がございましたら、積極的に事務局にお寄せいただきますようよろしくお願い申し上げます。

1. 進行肺がん患者に対する早期の遠隔緩和ケアと対面緩和ケアの比較：多施設ランダム化試験

名古屋大学大学院 医学系研究科
総合保健学専攻
川島 有沙

Joseph A Greer, Jennifer S Temel, Areej El-Jawahri, Simone Rinaldi, Mihir Kamdar, Elyse R Park, Nora K Horick, Kedie Pintro, Dustin J Rabideau, Lee Schwamm, Josephine Feliciano, Isaac Chua, Konstantinos Leventakos, Stacy M Fischer, Toby C Campbell, Michael W Rabow, Finly Zachariah, Laura C Hanson, Sara F Martin, Maria Silveira, Laura Shoemaker, Marie Bakitas, Jessica Bauman, Lori Spoozak, Carl Grey, Leslie Blackhall, Kimberly Curseen, Sean O'Mahony, Melanie M Smith, Ramona Rhodes, Amelia Cullinan, Vicki Jackson ; REACH PC Investigators.

Telehealth vs In-Person Early Palliative Care for Patients With Advanced Lung Cancer: A Multisite Randomized Clinical Trial.

JAMA. 2024 Sep 11;332(14):1153-1164. PMID: 39259563 PMCID: PMC11391365 (available on 2025-03-11) DOI: 10.1001/jama.2024.13964. Online ahead of print.

【目的】

進行がん患者に対する早期の緩和ケアは生活の質(QOL: Quality of life)を改善するが、緩和ケア専門家の人手不足や患者の通院負担などが緩和ケア提供の障壁となっている。本研究では、進行がん患者のQOL改善において、遠隔医療による早期緩和ケアが対面での緩和ケアと同等の効果を示すかを評価した。

【方法】

米国の22施設のがんセンターで行われたランダム化試験である。研究対象者は、過去12週以内に進行非小細胞肺がんと診断され、根治目的の治療を受けていないパフォーマンスステータス0-3の患者1250名(遠隔群633名、対面群617名)であった。遠隔群では初回のみ対面診療を受け、その後は映像を用いた月1回の遠隔緩和ケア診療を受けた。対面群では月1回の対面診療を受けた。主要評価項目は

24週後のFACT-L (the Functional Assessment of Cancer Therapy-Lung questionnaire)で測定するQOLであり、同等性の範囲を±4ポイントと設定した。副次評価項目は患者と介護者のケア満足度と、診察時の介護者の同席率とした。

【結果】

対象者は平均65歳で54%が女性であり、パフォーマンスステータス1が約半数を占めた。解析対象者は620名(遠隔群305名、対面群315名)であった。24週時点でのFACT-Lスコアは遠隔群で99.7点、対面群で97.7点であり、両群間の差は2.0点(90%信頼区間, 0.1-3.9); $P=0.04$ であった。FACT-L改善の平均スコアは、遠隔群で8.4点、対面群で6.9点であり、臨床的に意味のある6ポイント以上の改善を両群で達成した。介護者の同席率は、遠隔群よりも対面群の方が高かった(遠隔群36.6%、対面群49.7%)が、患者と介護者のケア満足度では群間で有意な差は無かった。

【結論】

進行肺がん患者のQOL改善において、遠隔緩和ケアは対面緩和ケアと同等の効果を示した。遠隔群の方が介護者の同席が少なかった点は、介護者による通院補助が不要であったことによる可能性がある。公平な緩和ケア提供実現のために遠隔医療は重要である。

【コメント】

これまでも対面診療の補助として、電話やメールを通じた遠隔緩和ケアは行われていた。本研究は初回の対面診療で信頼関係を築いた後に、遠隔のみで緩和ケアを行った点が特徴である。今後は、遠隔緩和ケアの効果が年齢やデジタルスキルにより異なるかをサブグループ解析で明らかにすることが求められる。本邦でも、遠隔医療の恩恵をより受けるべき地の患者に対応できるよう、多様な背景の患者での研究と実践を積み重ねる必要がある。

2. 単一項目を使用した患者報告によるがん薬物療法有害事象評価と早期治療中止との関連

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
多賀谷 理子

John Devin Peipert, Fengmin Zhao, Ju-Whei Lee, Shu-En Shen, Edward Ip, Nathaniel O'Connell, Ruth C Carlos, Noah Graham, Mary Lou Smith, Ilana F Gareen, Pamela J Raper, Matthias Weiss, Shaji K Ku-

mar, S Vincent Rajkumar, David Cella, Robert Gray, Lynne I Wagner.

Patient-Reported Adverse Events and Early Treatment Discontinuation Among Patients With Multiple Myeloma.

JAMA Netw Open. 2024 Mar 4;7(3): e243854. PMID: 38536173 PMCID: PMC10973895 DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.3854.

【目的】

近年、患者報告型アウトカム（PRO）によって、がん患者の治療忍容性を捉えることに関心が寄せられている。本研究では、がん患者のQOL評価尺度FACT-Gに含まれる単一項目で「治療の副作用で悩まされているか」を問うGP5と、がん薬物療法の有害事象（AE）による早期治療中止との関連を評価した。

【方法】

本研究では、ECOG-ACRIN がん研究グループにより実施された試験データの二次解析を行った。多発性骨髄腫と診断された患者を、レナリドマイド+デキサメタゾンに加えてボルテゾミブを投与する群、またはカルフィルゾミブを投与する群のどちらかにランダムに割り付け、薬剤効果を評価することが研究の主目的だった。その研究内で、患者に対して「治療の副作用に悩まされている」というGP5単項目も質問をした。患者へは「まったくない」～「非常にあてはまる」の5段階での評価を求めた。GP5項目は、ベースライン時（治療前）と、ベースライン後1か月、2.8か月、5.5か月に測定した。

【結果】

1058人の参加者がGP5項目に回答し、二次解析の対象に含まれた。GP5で「非常にあてはまる」もしくは「かなりあてはまる」と回答した患者では、治療開始後1か月（調整オッズ比[aOR]: 2.2; 95%信頼区間[95%CI]: 1.3-3.9）、2.8か月（aOR: 3.4; 95%CI: 2.0-5.8）、5.5か月（aOR: 4.7; 95%CI: 1.7-3.9）時点のどの時点においてもAEによる早期治療中止と有意に関連していた。加えて、GP5がベースラインから2段階以上悪化した場合、2.8か月（aOR: 3.0; 95%CI: 1.6-5.5）、5.5か月（aOR: 5.5; 95%CI: 1.5-20.8）においてAEによる早期治療中止と有意に関連していた。

【結論】

GP5の項目で高いAEの煩わしさ、およびベースラインから2段階以上悪化した場合は、AEによる早期治療中止と有意に関連していた。このことは、

GP5の単項目を用いることで、患者の治療忍容性と早期治療中止リスクを負担なく、効率よく捉えることが可能であることを示唆している。

【コメント】

本研究では、GP5の「治療の副作用に悩まされている」の単項目による評価が、AEによる早期治療中止との有意な関連があることが示された。がん薬物療法のAEは多岐にわたる症状があるが、GP5の簡便な単項目を用いることで、それらAEの全体的な影響を捉えることができる可能性がある。症状別のAE測定ツールであるPRO-CTCAEなどと共に、GP5を患者の治療忍容性を捉える指標としてどのように活用していくべきか、今後より実証的な研究が必要であると考えられる。

3. 癌患者のオピオイド誘発性便秘に対するナルデメジン：多施設共同二重盲検ランダム化プラセボ対照試験

湘南医療大学 薬学部
佐藤 淳也

Jun Hamano, Takahiro Higashibata, Takaomi Kesoku, Shinya Kajiura, Mami Hirakawa, Shunsuke Oyamada, Keisuke Ariyoshi, Takeshi Yamada, Yoshiyuki Yamamoto, Yasuyuki Takashima, Kosuke Doki, Masato Homma, Bryan J Mathis, Tsumugi Jono, Tomoki Ogata, Kosuke Tanaka, Yuki Kasai, Michihiro Iwaki, Akiko Fuyuki, Atsushi Nakajima, Ryuji Hayashi, Takayuki Ando, Naoki Izawa, Yuko Kobayashi, Yoshiki Horie, Tatsuya Morita.

Naldemedine for Opioid-Induced Constipation in Patients With Cancer: A Multicenter, Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial.

J Clin Oncol. 2024 Dec 10;42(35):4206-4217. PMID: 39255425 PMCID: PMC11637578 DOI: 10.1200/JCO.24.00381. Epub 2024 Sep 10.

【目的】

強オピオイドを開始するがん患者のオピオイド誘発便秘（OIC）に対してナルデメジンの予防効果をプラセボと比較することを目的とした。

【方法】

日本の4つの大学病院において、がん疼痛に対して初めて強オピオイドの定期投与を開始する患者を対象とした。試験期間は、ナルデメジン 0.2mg また

はプラセボ（1日1回朝食後）の開始後14日間とした。排便が2日以上起こらなかった場合に、レスキュー用下剤（センナ錠2錠）を使用可能とした。便通は、BFI（Bowel Function Index）を用いて評価した。これは、3項目（排便のしやすさ（0:容易/困難なし、100:極めて困難）、排便残量感（0:全くない、100:非常に強い）、および便秘の個人的な判断（0:全くない、100:非常に強い））の主観的尺度である。主要評価項目は、14日目のBFI28.8未満であった患者の割合とした（BFI>28.8が便秘となる感度と特異度はそれぞれ81%と55%）。副次的評価項目として、1週間に3回以上の自発排便（SBM）と完全自発排便（CSBM:息み、残便などない快適な排便）を達成した患者の割合、QOL評価（EORTC QLQ-C15-PAL, PAC-QOL, PAC-SYM）、オピオイド誘発悪心嘔吐（OINV）の評価として、3日目までの制吐薬を使用した患者の割合、少なくとも1回の嘔吐を経験した患者の割合とした。その他、有害事象を評価した。

【結果】

99人の患者が1:1の割合でナルデメジン（n=49）またはプラセボ（n=50）に無作為に割り付けられた。登録前に使用していた下剤は、14日間のプロトコル終了まで変更なく継続され、30-35%の患者が酸化マグネシウムなどを併用した。患者背景は、均等であったが、累積オピオイド投与量は、ナルデメジン群がプラセボ群よりも有意に高かった（275.7 ± 59.1mg vs 230.0 ± 50.7mg, p=0.0096）。14日目にBFIが28.8未満であった患者の割合は、ナルデメジン群で有意に高かった（64.6% vs 17.0%, p<0.0001）。14日間のレスキュー下剤の使用頻度は、ナルデメジン群で少ない傾向があった（0.6 ± 1.5回 vs 2.0 ± 3.0回, p=0.0059）。7日目および14日目にCSBMが週3回以上あった患者の割合は、いずれもナルデメジン群で高かった（72.9% vs 36.2%, p=0.0003, 70.8% vs 36.2%, p=0.0007）。SBMが週3回以上あった患者においても同様にナルデメジン群で高かった（85.4% vs 51.1%, p=0.0003, 87.5% vs 53.2%, p=0.0002）。3つのQOL指標は、いずれもナルデメジン群のQOLが有意に高い結果を示した。OINVに対する3日目までの制吐薬の使用割合は、ナルデメジン群で有意に低かった（10.6% vs 51.1%, p<0.0001）。嘔吐のあった患者の割合もナルデメジン群で有意に低かった（2.1-6.4% vs 35.6-46.6%, p<0.0001）。主な有害事象は、腹部膨満、腹痛、下痢、腸閉塞、吐き気の割合は、グループ間で差はなかった。

【結論】

がん患者においてオピオイドを開始と同時にナルデメジンを使用することは、便秘とそれに関連した

QOLを改善し、OINVの予防効果も示した。

【コメント】

これまでのナルデメジンの保険収載根拠となる試験では、「ナルデメジン投与開始前14日間のオピオイド投与量が安定し、かつその間のSBMが5回以下のOICを有するがん患者」が対象であった。すなわちOICが確立してから、治療的にナルデメジンを使用していた。この場合の2週間レスポンス率（SBMが3回/週以上）の割合は、71%であり、単純比較はできないが、本研究においてオピオイド開始と同時にナルデメジンを使用した予防投与の有効性が高い（87.5%）可能性がある。さらに、オピオイド開始初期に問題となるOINVの軽減も副次的効果として確認された。これまでのガイドライン（便通異常症診療ガイドライン2023やがん疼痛の薬物療法に関するガイドライン（2020年版））では、ナルデメジンの使用は、「他剤無効の場合」という条件的推奨であったが、これらの根拠をもとにナルデメジンの先制治療が標準化することが期待される。

4. フェンタニルの皮下投与から経皮投与へのローテーションにおける投与レジメンの最適化

小牧市民病院 薬局
山本 泰大

Bram C Agema, Kim Vrieling, Esther Oomen-de Hoop, Frank van Tienen, Eric C T Geijteman, Carin C D Van der Rijt, Birgit C P Koch, Stijn L W Koolen, Astrid W Oosten, Ron H J Mathijssen.

Optimizing the Dosing Regimen During Rotation From Subcutaneous to Transdermal Administration of Fentanyl.

J Pain Symptom Manage. 2024 Dec;68(6):e491-e499. PMID: 39214260 DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2024.08.031. Epub 2024 Aug 29.

【目的】

フェンタニルの皮下投与は、終末期がん患者における迅速な疼痛コントロールの方法として広く用いられており、十分な疼痛管理が達成された後、経皮フェンタニル外用剤への切り替えをしばしば実施している。従来の切り替えの方法では、フェンタニル外用剤貼付後に皮下投与を6時間100%、その後6時間50%の用量で継続する切り替え方法が採用されてきた。しかし、Oostenらの報告（PMID:

26762381)によれば、この方法では患者の21%においてフェンタニル関連の副作用が原因でオピオイドの減量が必要であったとされている。これを受けて、筆者らは母集団薬物動態モデルを用いてシミュレーションを実施し、外用剤貼付時に皮下投与を中止する新しい切り替え方法を提案した。本研究では、この新しい切り替え方法の妥当性を評価し、切り替え前後のフェンタニル曝露量の薬物動態(PK)の同等性を検証した。

【方法】

観察的単一施設コホート研究。対象は、中等度から重度のがん性疼痛を持つホスピス入院患者で、フェンタニル皮下投与により十分な疼痛コントロール(レスキュー使用が1日5回以下)が達成され、経皮フェンタニル外用剤に切り替えられた患者とした。皮下から経皮への用量換算比は1:1。PKデータは切り替え前(12時間および0.5時間前)と切り替え後(4時間、8時間、12時間後)に収集し、臨床データとしてNRSとフェンタニル関連副作用を評価した。主要評価項目は切り替え前後のフェンタニル曝露量の同等性であり、AUCの幾何平均値の90%信頼区間が生物学的同等性の基準(0.8-1.25)内に収まるかを評価した。副次評価項目として、切り替え前後の疼痛強度(NRS)および副作用強度(VRS)の変化を検討した。

【結果】

2021年12月から2023年9月の間に、29人の患者が評価対象となった。患者の中央値年齢は64歳(範囲:25-82)、CYP3A4に影響を及ぼす薬剤としてデキサメタゾンを使用した患者は5人、その他の患者は該当薬剤を使用していなかった。切り替え前後のフェンタニル曝露量の幾何平均比は1.10(90%CI:1.05-1.16)であり、生物学的同等性の基準内に収まった。疼痛強度は切り替え前後で有意な変化はなく($p=0.688$)、患者報告による吐き気($p=0.047$)と発汗($p=0.034$)の強度が切り替え後に減少した。その他の有害事象に有意な差はなかったが、1名の患者が切り替え40時間後にフェンタニル関連の毒性(眠気、嘔吐)のためオピオイド療法の減量を必要とした。

【結論】

本研究は、フェンタニル皮下投与を外用剤貼付直後に中止する新しい切り替え方法が、切り替え前後のフェンタニル曝露量を同等に保つことを示した。また、患者の安全性と有効性の面でも適切であることが確認された。この新しい切り替え方法は、緩和ケアの現場において、より安定したフェンタニル管理を可能にする実践的な方法として貢献できると考えられる。

【コメント】

本研究は、フェンタニルの皮下投与から経皮外用剤への切り替え方法について、実臨床における課題に応える重要な知見を提供している。従来の切り替え方法は長年にわたり使用されているが、その根拠は必ずしも十分ではなかったところ、本研究は現在の慣習的なアプローチに挑戦し、新しいエビデンスに基づく方法を提案した点で意義深いといえる。特に、新しい切り替え方法が安全性と有効性の両立を実現した点は注目に値する。切り替え直後のフェンタニル関連副作用の発現を抑えつつ、疼痛管理が維持されたという結果は、患者のQOL向上に直結する実践的な成果である。さらに、吐き気や発汗といった患者報告の副作用が有意に減少した点は非常に興味深い。筆者らのDiscussionでも具体的な理由が明示されていないため、これについてはさらなる検証が必要であろう。

今後の課題としてまず挙げられるのは、フェンタニル静脈投与から経皮外用剤への切り替えについての検討である。静脈投与は皮下投与よりも吸収速度が速く、その結果、曝露量の動態が異なる可能性が高い。同様の切り替え方法が静脈投与でも適用可能か、安全性と有効性を担保できるかについては、さらなる研究が求められる。また、他のオピオイドにも応用できる切り替え方法の最適化や、オピオイドスイッチング全般の標準化に向けた知見の蓄積が期待される。

新しい切り替え方法の臨床での普及に関しては、有効性や安全性を裏付けるさらなるエビデンスが必要である。今後のさらなる研究や報告を通じて、オピオイドスイッチングや用量調整の指針がさらに強化され、より多くの患者に安全で効果的なオピオイド管理が提供されることを期待する。

5. ジクロフェナク外用剤によるカペシタビン関連手足症候群の予防効果；二重盲検比較試験

北海道がんセンター
深井 雄太

Akhil Santhosh, Atul Sharma, Sameer Bakhshi, Akash Kumar, Vinod Sharma, Prabhat Singh Malik, Raja Pramanik, Ajay Gogia, Chandra Prakash Prasad, Tushar Sehgal, Sneha Gund, Arundhathi Dev, Winson Y Cheung, R M Pandey, Saran Kumar, Ishaan Gupta, Atul Batra; D-TORCH Trial Investigators.

Topical Diclofenac for Prevention of Capecitabine-Associated Hand-Foot Syndrome: A Double-Blind

Randomized Controlled Trial.
J Clin Oncol. 2024 May 20;42(15):1821-1829. PMID:
38412399 DOI: 10.1200/JCO.23.01730. Epub 2024 Feb
27.

【目的】

手足症候群はカペシタビンの主要な有害事象のひとつであり、Hand foot syndrome (HFS) とよばれるグローブ・ソックスの範囲に好発する皮膚障害である。カペシタビンのHFSは報告によっては約75%の症例で発症するとされており、発症すると手足の感覚異常や紅斑・光沢が現れ、悪化すると疼痛により生活に支障をきたしQOLの低下や、カペシタビンの減量を必要とするケースもあるため、適切な予防が重要である。本研究はカペシタビンを服用する乳がんまたは消化器がん患者を対象に、ジクロフェナク外用薬によるHFS予防効果を検討するために立案された。

【方法】

2021年2月から2023年1月にかけて、インドの単施設にて、無作為化二重盲検プラセボ対照試験として実施された。対象はカペシタビンをベースとした治療を受ける乳がんまたは消化器がん患者であり、HFS評価に影響を及ぼす皮膚疾患や末梢神経障害の既往のある症例は除外された。被験者は1%ジクロフェナク群とプラセボ群に1:1に割り付けられ、カペシタビンの服用開始と同時に1日2回、両手の掌・手背に各1回、0.5g (1FTU) ずつ、ゲルタイプの外用剤を塗布した。主要評価項目は12週目までのCTCAE Grade2または3のHFSの発生率とされた。

【結果】

264名が対象となり、それぞれジクロフェナク群131例、プラセボ群133例が割り付けられた。ほとんどの参加者は女性(71.1%)で、乳がん患者が多く割り付けられた(56.3%)。全体では58.9%の症例が併用化学療法を受けており、併用薬剤はオキサリプラチンが最も多かった。主要評価項目である12週時点のHFS評価では、25例(9.5%)にGrade2または3のHFSが発症し、ジクロフェナク群で5例(3.8%)、プラセボ群で20例(15.0%)であった。(P=0.003)層別化因子である性別・治療内容で調整した際の調整リスク差は11.3%であり、Grade2または3のHFS発生頻度はいずれもジクロフェナク群で低かった。副次的評価項目であるGrade1-3のHFS発生率はジクロフェナク群6.1%、プラセボ群18.1%。HFSによるカペシタビン減量の頻度はジク

ロフェナク群3.8%、プラセボ群13.5%であった。

【結論】

カペシタビンによるHFSに対して、ジクロフェナクゲルの1日2回の塗布は予防効果が得られる可能性が示唆された。

【コメント】

抗がん剤による皮膚障害は患者のQOLを著しく低下させることがある副作用である。カペシタビンによるHFSはよく知られている皮膚障害のひとつであり、予防・治療には主に保湿やステロイド外用剤が用いられている。だが、それら薬剤で適切な対処を行っていたとしても制御が困難となってしまう症例が一定数存在し、その他の対抗策がないままカペシタビンの減量が避けられないというケースもある。本研究はそういったHFS対策の場において新たな手段を提案してくれたものであり、減量の頻度を減らすことができたという点においても非常に意義深いものであると考えられる。本研究で示唆された内容については、単施設であること、ジクロフェナクゲルの至適塗布量の検討が行われていないことなどについてはさらなる検討が必要である。しかし、ジクロフェナクゲルの安全性の高さやコストの低さなどから、今後臨床において検討・導入しやすい予防法だといえる。ただ、本研究ではカペシタビンのHFSの誘引となる酵素が掌に多く存在するとの理由で、足には塗布を行わず掌でのみ塗布と評価が実施された。体感としては足の裏に症状が出現する例も多く存在するが、足でも同様の予防効果が得られるかについてのデータは無い点については注意したい。筆者は機序の違いから効果は期待出来ないと考えていると考察で述べているが、分子標的薬によるHFSへの効果についての検討や、HFS発症後の治療的なジクロフェナクゲル塗布の効果、ステロイド外用剤や保湿剤との併用した場合の検討など、今後の広がりについても期待したい研究である。

6. 乳がん患者の生活の質、不安、倦怠感に対する音楽介入の効果：ランダム化比較試験

兵庫県立大学 看護学部
清原 花

Ching-Hui Chuang, Chung-Hey Chen.
The Effects of Music Intervention on Quality of Life, Anxiety, and Fatigue Among Patients With Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial.

【目的】

乳がん患者の生活の質、不安、倦怠感に対する音楽介入の効果を明らかにすること。

【方法】

乳房切除術を受けた患者は、介入群 (63 名) または対照群 (65 名) に無作為に割り付けられた。介入群は、12 週間毎週 1 時間、合計 12 時間音楽介入を受けた。音楽介入は、クリスタル (グラスハーモニカ)、ポピュラー音楽、ライトミュージック、中国の宗教音楽、ヨーロッパのクラシック音楽などの音楽によって作成されたプレイリストを用いて実施された。音楽介入中、参加者は、一人で部屋にいて、楽な姿勢をとり、リラックスするように指示された。また、参加者は、音楽を聴きたいときには、日記に時間を記録し、作成したプレイリストを聴いた。参加者は、介入前、介入 4 週間後、8 週間後、12 週間後に生活の質 (WHOQOL-BREF)、不安 (STAI) 疲労感 (BFI-T) を測定された。

【結果】

緊急治療が必要な有害事象は発生せず、介入 8 週間後および 12 週間後での介入群の脱落率は 15% であった。介入群の患者は、介入 4 週間後、8 週間後、12 週間後で対照群の患者よりも高い WHOQOL-BREF スコアを示され、4～12 週間の音楽介入によって生活の質が大幅に向上したことが明らかになった。また、介入群は、対照群と比較して、介入 8 週間後における STAI (特性) のスコアが低く、不安が軽減したことが示されたが、12 週間後においては有意な変化は認めなかった。BFI-T スコアは、すべての期間、統計的に有意な差を認められなかった。

【結論】

音楽介入は乳がん患者の不安と生活の質を改善する可能性がある。また、本研究での脱落率は低く、音楽介入は乳房切除後に確立され、回復中も継続される可能性がある。

【コメント】

がん患者への音楽介入に関する報告は複数あり、身体症状や心理社会面に対する音楽介入の有効性が検証されている。この研究では、患者自身で実施できる簡便な方法で、QOL の向上や不安の軽減に寄与していることが明らかとなった。今後、この研究成果をもとに、臨床現場におけるケアの選択肢が増え、がん患者の心理社会的支援がより充実したものになることを期待する。



SDGsな緩和ケア

北見赤十字病院 緩和ケア病棟師長 部川 玲子

この度、聖マリアンナ医科大学の橋口さおり先生にお声かけいただき、ニューズレター編集委員として活動させていただくことになりました。皆さま、どうぞよろしく申し上げます。

私の住む北海道オホーツク地域は、昨日の最低気温が -17°C 、最高気温は -4°C でした。この原稿を書いているのは、2024年の年の瀬もせまるクリスマス当日です。外は雪景色、身を切るような寒さを実感する日々です。

お正月が近づき、私の勤務する病棟の患者さんも多くが退院されます。当科は緩和ケア病棟で最期を迎えるより、在宅で最期を迎えたいという希望が多く、患者さんの求めに応じて、当科医師の往診体制整備、在宅看取りの対応などを行ってきました。病棟師長ではありますが、私も訪問看護にでかけますので退院時には、「〇日にお家にお邪魔しますね」と声をかけています。年末に退院される患者さんには「良いお年を」と言って送り出します。嬉しいような、戸惑ったような表情を見せながら笑顔で退院する患者さんを見送る時、この仕事を選んで良かったなと実感します。

北海道は広大な地域と、過疎化、高齢化が著しく、人口減少にどのように対応するのが大きな課題です。廃業するクリニックも目立ち、病院もダウンサイズが必要です。患者さんが少ないこともありますが、医療や介護の働き手がないという厳しい現状を突きつけられています。地方における緩和ケア医師の不在も深刻な問題です。

学会に参加すると、緩和ケアに携わっていらっしゃる多くの方にお目にかかれますが、地元にもどると、目を皿のようにして探さないと、緩和ケアの仲間がなかなか見つかりません。学会活動や日々の実践で、何とか仲間を増やし、オホーツク地域の緩和ケアの火種を消さないようにするのが私の役割だと認識しています。今はやりのSDGsですね。

2025年に北海道で、地域緩和ケア研修会@北海道（仮称）が立ち上がります。これからもう少しカッコいい名称になるようです。この会は、日本緩和医療学会理事長の木澤義之先生が取り組まれている研究の一貫で、緩和ケアの専門科のアドバイスを得る機会の少ない病院関係者に対する情報提供や、いつでも相談できる顔の見える関係づくりを目的とした会です。

このような取り組みを通して、繋がることのできる仲間を増やし、地域の求めに応じて緩和ケアの形を変化させながら継続したいと考えています。皆様の住まう場所でも緩和ケアを行う上で様々な問題を抱えていらっしゃると思います。私も学会の力を借りながら、このニューズレターを通して皆様と繋がり、オホーツク地域で持続可能な緩和ケアを作ってみようと思います。皆様からのご意見を生かして、皆様の関心事を発信できるニューズレターになるよう取り組んで参ります。

さて、時計は0時を回り、クリスマスも終わりました。病棟の飾り付けも明日には変わります。今年は年末年始が9連休で、在宅の患者さんが心配です。緩和ケア医が不在の日もあり、地域の訪問看護師さんと助け合いながら、患者さんやご家族を支えなければと、気を引き締めてお正月を迎えたいと思います。皆様がこのニューズレターを読む頃には、とっくにお正月は過ぎていますが、どうぞ良いお年をお迎えください。私の大切な患者さんやご家族と、皆様にとって新しい1年が良いスタートになりますことをお祈りしております。

「生と死を考える」オンライン講演会と医学生実習の紹介

金沢大学附属病院 緩和ケアセンター 山田 圭輔

2024年11月に、清水 研先生（がん研究会有明病院精神腫瘍科）と筆者を含めた3名の講師で「生と死を考える」をテーマにしたオンライン講演会を開催した。清水先生は、金沢大学の卒業生で筆者の後輩にあたり、時々金沢での講演会と、夜の片町での食事会（金沢玉寿司）に参加してもらっている。清水先生には多くの著書があり、当院の売店には清水先生コーナーを設営している。

また、筆者が担当している金沢大学医学生の実習では、「生と死を考える」をテーマに、「これまでに人の生と死を考えさせられ、深く共感した書籍、映画、芸術、自分の経験などを1つ選び、人は苦境の中をいかに生きることができるか、医療者はどのような支援ができるかに関する自分の考えを皆に紹介しなさい」の課題を与えており、清水先生の著書が取り上げられることもある。

筆者は、日常の業務に追われてこころの余裕をなくしてしまうことがあるが、「生と死を考える」講演会や学生実習を継続して行うことで、患者や家族や医療者同士のコミュニケーションをおろそかにしないように気持ちを奮い立たせている。本稿では、1) 清水先生の講演要旨、2) 清水先生の著書を取り上げた医学生のレポートを紹介する。

1) 死と向き合う患者のこころのケア

がんは、心理学的観点からは人生そのものを脅かす病気という意味合いがある。がん罹患することで、将来の楽観的見通しを根底から覆されるような感覚を持つ人も少なくない。がん告知直後に生じる精神的苦痛は著しく、約5人に1人が抑うつ状態となり、自殺率も高いと繰り返し報告されている。

一方で、人のこころは厳しい状況と向き合う力（レジリエンス）があり、悲しみや怒りなどの負の感情が、大切な役割を果たす。また、がん罹患することによって、人生の見方が深まるような体験（＝心的外傷後成長）をされる方もいる。

私が、がん専門病院で精神科医として働きだしたのは卒後6年目のことだが、赴任当時はがん患者の心理についてよく知らず、進行したがん罹患することで患者は絶望するものだと思い込んでいた。しかし、多くの患者の話を聴く中で、そうではないことを知った。「がんになってよかった」という方はいないが、「がんにならないと分からないことがあった」という方は多くいる。レジリエンス、あるいは心的外傷後成長という概念で説明されているが、死を意識することで一日一日が貴重に思えるようになり、自分はその一日をどう生きたいかということ真剣に考えるようになる。そして、生きるとはどういうことかという問いに、患者ひとりひとりが向き合い、その人なりの答えを出していく。

このようなこころの道筋をたどる患者や家族と向き合うために、医療者はどのような心構えを持ったらいだろうか。現代人の傾向として、自分や家族が病気などの体験をしていないと、死という問題と向き合うことを避ける傾向がある。私自身もがん医療の現場で働きだしたころは、死と向き合う患者にどのように関わったらよいか分からず当惑した。試行錯誤して関わり現在に至っているが、患者および家族から生きることについて多くのことを学んだという実感もある。

死は確かに多くの人にとって恐怖の対象であるが、すべての人がそれを免れないということも人生の真実である。「メントモリ」の言葉通り、死を意識することは、人生を豊かに生きるためのヒントになる。

2) もしも一年後、この世にいないとしたら（清水研、文響社）

表題の作品から、人は苦境の中をいかに生きることができるかに関する3つの要点を取り上げた

① 苦境にあることを自覚すること。その過程で大いなる悲しみや怒りが生じるが、それを無理に押さえ込まないことが大事である。人は誰しも心の可塑性（レジリエンス）を持っており、しっかり悲しむことで現実と向きあうプロセスを開始できる。

②自身と苦境との関係を理解すること。自身がどんな人生を歩んで何を大切にしてきたか、苦境が自身の人生にどのような影響を与えているか、何に最も困っているかを把握する。

③苦境の内容に対処すること。自身がしたいことや心地よいことを指標にすることが肝要となる。その際に、本当にしたいことを望む自分とこうあるべきとの自分の対立に気づくこと、人はなぜ死を恐れるのかを理解することが大いに役立つ。

これらを踏まえて医療者が行える支援は、1) に関しては、悲しみや怒りの表出を抑えないように促し、その感情を真摯に受け止めること、2) と3) に関しては、そのプロセスを患者独りだけで行うのは難しいため、医療者側から適切にカウンセリングを行い、患者の悩みと要望を対話形式で引き出していくことである。人は言語化する過程でその思いを整理して理解することができるため、知識を持った存在として効果的な話し合いの場を持つことは医療者の特権であり責任であると考えられる。

※なお、原稿内の個人名については、ご本人の許可を得て実名で記載しています。

ジャーナルウォッチ 緩和ケアに関する論文レビュー (2024年9月~2024年11月刊行分)

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

名古屋大学大学院 医学系研究科 総合保健学専攻 高度実践看護開発学講座 川島 有沙

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. 2024; 391(9-11)】

1. 平滑筋肉腫に対するドキソルビシン+トラベクテジン併用療法とトラベクテジン維持療法
Pautier P, Italiano A, Piperno-Neumann S, Chevreau C, Penel N, Firmin N, et al. Doxorubicin-Trabectedin with Trabectedin Maintenance in Leiomyosarcoma. N Engl J Med. 2024;391(9):789-99. [PMID: 39231341]
2. 新たに診断された慢性骨髄性白血病に対するアシミニブ
Hochhaus A, Wang J, Kim DW, Kim DDH, Mayer J, Goh YT, et al. Asciminib in Newly Diagnosed Chronic Myeloid Leukemia. N Engl J Med. 2024;391(10):885-98. [PMID: 38820078]
3. オピオイドの過剰摂取による死亡を減らすための地域ベースのクラスターランダム化試験
Consortium HECS, Samet JH, El-Bassel N, Winhusen TJ, Jackson RD, Oga EA, et al. Community-Based Cluster-Randomized Trial to Reduce Opioid Overdose Deaths. N Engl J Med. 2024;391(11):989-1001. [PMID: 38884347]
4. PSA 検査と MRI による前立腺がんスクリーニングの 4 年後の結果
Hugosson J, Godtman RA, Wallstrom J, Axcrone U, Bergh A, Egevad L, et al. Results after Four Years of Screening for Prostate Cancer with PSA and MRI. N Engl J Med. 2024;391(12):1083-95. [PMID: 39321360]
5. 長期に遷延する悲嘆障害
Simon NM, Shear MK. Prolonged Grief Disorder. N Engl J Med. 2024;391(13):1227-36. [PMID: 39589372]
6. 限局期小細胞肺癌における化学放射線療法後のデュルバルマブ
Cheng Y, Spigel DR, Cho BC, Laktionov KK, Fang J, Chen Y, et al. Durvalumab after Chemoradiotherapy in Limited-Stage Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med. 2024;391(14):1313-27. [PMID: 39268857]
7. 限局性前立腺がんに対する体幹部定位放射線療法 (SBRT) の第 3 相試験
van As N, Griffin C, Tree A, Patel J, Ostler P, van der Voet H, et al. Phase 3 Trial of Stereotactic Body Radiotherapy in Localized Prostate Cancer. N Engl J Med. 2024;391(15):1413-25. [PMID: 39413377]
8. 進行期の古典的ホジキンリンパ腫に対するニボルマブ+ AVD
Herrera AF, LeBlanc M, Castellino SM, Li H, Rutherford SC, Evens AM, et al. Nivolumab+AVD in Advanced-Stage Classic Hodgkin's Lymphoma. N Engl J Med. 2024;391(15):1379-89. [PMID: 39413375]
9. 治療歴のない EGFR 変異陽性の進行非小細胞肺癌に対するアミバンタマブとラゼルチニブの併用
Cho BC, Lu S, Felip E, Spira AI, Girard N, Lee JS, et al. Amivantamab plus Lazertinib in Previously Untreated EGFR-Mutated Advanced NSCLC. N Engl J Med. 2024;391(16):1486-98. [PMID: 38924756]
10. PIK3CA 変異陽性の進行乳がんに対するイナボリシブベースの治療
Turner NC, Im SA, Saura C, Juric D, Loibl S, Kalinsky K, et al. Inavolisib-Based Therapy in PIK3CA-Mutated Advanced Breast Cancer. N Engl J Med. 2024;391(17):1584-96. [PMID: 39476340]
11. 多発性骨髄腫に対するイサツキシマブ、ボルテゾミブ、レナリドミド、デキサメタゾンの併用
Facon T, Dimopoulos MA, Leleu XP, Beksac M, Pour L, Hajek R, et al. Isatuximab, Bortezomib, Lenalidomide, and Dexamethasone for Multiple Myeloma. N Engl J Med. 2024;391(17):1597-609. [PMID: 38832972]
12. 高頻度マイクロサテライト不安定性転移性大腸がんに対するニボルマブとイピリムマブの併用
Andre T, Elez E, Van Cutsem E, Jensen LH, Bennouna J, Mendez G, et al. Nivolumab plus Ipilimumab in Microsatellite-Instability-High Metastatic Colorectal Cancer. N Engl J Med. 2024;391(21):2014-26. [PMID: 39602630]

【Lancet. 2024; 404(10456-10468)】

13. 早期非小細胞肺癌患者におけるネオアジュバントのペムブロリズマブ+化学療法とアジュバントペムブロリズマブとネオアジュバント化学療法単独の比較：KEYNOTE-671 試験
Morris MJ, Castellano D, Herrmann K, de Bono JS, Shore ND, Chi KN, et al. (177)Lu-PSMA-617 versus a change of androgen receptor pathway inhibitor therapy for taxane-naïve patients with progressive metastatic castration-resistant prostate cancer (PSMAfore): a phase 3, randomised, controlled trial. Lancet. 2024;404(10459):1227-39. [PMID: 39293462]

14. タキサン未治療の去勢抵抗性の転移を有する進行性前立腺がん患者に対する 177Lu-PSMA-617 とアンドロゲン受容体経路阻害剤変更の比較 : PSMAfore 試験

Spicer JD, Garassino MC, Wakelee H, Liberman M, Kato T, Tsuboi M, et al. Neoadjuvant pembrolizumab plus chemotherapy followed by adjuvant pembrolizumab compared with neoadjuvant chemotherapy alone in patients with early-stage non-small-cell lung cancer (KEYNOTE-671): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet*. 2024;404(10459):1240-52. [PMID: 39288781]

15. 進行腎細胞がんにおけるチボザニブ単独 vs. ニボルマブ併用療法 : 第 III 相試験

Choueiri TK, Albiges L, Barthelemy P, Iacovelli R, Emambux S, Molina-Cerrillo J, et al. Tivozanib plus nivolumab versus tivozanib monotherapy in patients with renal cell carcinoma following an immune checkpoint inhibitor: results of the phase 3 TiNivo-2 Study. *Lancet*. 2024;404(10460):1309-20. [PMID: 39284329]

16. 新規に診断された高リスク局所進行子宮頸がん患者に対するペムブロリズマブ+同時科学放射線療法の有効性 : ENGOT-cx11/GOG-3047/KEYNOTE-A18 試験

Lorusso D, Xiang Y, Hasegawa K, Scambia G, Leiva M, Ramos-Elias P, et al. Pembrolizumab or placebo with chemoradiotherapy followed by pembrolizumab or placebo for newly diagnosed, high-risk, locally advanced cervical cancer (ENGOT-cx11/GOG-3047/KEYNOTE-A18): overall survival results from a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet*. 2024;404(10460):1321-32. [PMID: 39288779]

17. 局所進行子宮頸がんにおける化学放射線療法前の導入化学療法 vs 化学放射線療法単独 : GCIG INTERLACE 試験

McCormack M, Eminowicz G, Gallardo D, Diez P, Farrelly L, Kent C, et al. Induction chemotherapy followed by standard chemoradiotherapy versus standard chemoradiotherapy alone in patients with locally advanced cervical cancer (GCIG INTERLACE): an international, multicentre, randomised phase 3 trial. *Lancet*. 2024;404(10462):1525-35. [PMID: 39419054]

18. 再発 / 転移性子宮頸がんに対するカドニリマブ+プラチナ系化学療法の有効性 : COMPASSION-16 試験

Wu X, Sun Y, Yang H, Wang J, Lou H, Li D, et al. Cadonilimab plus platinum-based chemotherapy with or without bevacizumab as first-line treatment for persistent, recurrent, or metastatic cervical cancer (COMPASSION-16): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial in China. *Lancet*. 2024;404(10463):1668-76. [PMID: 39426385]

19. ステージ III 軟部肉腫に対するペムブロリズマブ+放射線療法+手術の併用と放射線療法+手術単独の安全性と有効性 : ランダム化試験

Mowery YM, Ballman KV, Hong AM, Schuetze SM, Wagner AJ, Monga V, et al. Safety and efficacy of pembrolizumab, radiation therapy, and surgery versus radiation therapy and surgery for stage III soft tissue sarcoma of the extremity (SU2C-SARC032): an open-label, randomised clinical trial. *Lancet*. 2024;404(10467):2053-64. [PMID: 39547252]

20. 転移を有する去勢感受性前立腺がんにおける放射線療法の有効性と安全性 : 多施設ランダム化試験

Bossi A, Foulon S, Maldonado X, Sargos P, MacDermott R, Kelly P, et al. Efficacy and safety of prostate radiotherapy in de novo metastatic castration-sensitive prostate cancer (PEACE-1): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 study with a 2 x 2 factorial design. *Lancet*. 2024;404(10467):2065-76. [PMID: 39580202]

【Lancet Oncol. 2024; 25(9-11)】

21. 痛みのある肝がん患者における緩和的放射線療法とベストサポーティブケア : 第 3 相多施設非盲検ランダム化比較試験

Dawson LA, Ringash J, Fairchild A, Stos P, Dennis K, Mahmud A, et al. Palliative radiotherapy versus best supportive care in patients with painful hepatic cancer (CCTG HE1): a multicentre, open-label, randomised, controlled, phase 3 study. *Lancet Oncol*. 2024;25(10):1337-46. [PMID: 39245060]

22. がん患者の介護者へのケア

The Lancet O. Caring for carers of people with cancer. *Lancet Oncol*. 2024;25(11):1387. [PMID: 39481393]

【JAMA. 2024; 332(9-11)】

23. 進行肺がん患者に対する早期の遠隔緩和ケアと対面緩和ケアの比較 : 多施設ランダム化試験

Greer JA, Temel JS, El-Jawahri A, Rinaldi S, Kamdar M, Park ER, et al. Telehealth vs In-Person Early Palliative Care for Patients With Advanced Lung Cancer: A Multisite Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2024;332(14):1153-64. [PMID: 39259563]

24. 医療による自殺補助は緩和ケアの一部なのか?

Chochinov HM, Fins JJ. Is Medical Assistance in Dying Part of Palliative Care? *JAMA*. 2024. [PMID: 39259560]

25. メトミジンの米国違法オピオイド市場への浸透

Palamar JJ, Krotulski AJ. Medetomidine Infiltrates the US Illicit Opioid Market. *JAMA*. 2024;332(17):1425-6. [PMID: 39230918]

【JAMA Intern Med. 2024;184(9-11)】

26. 人工知能は終末期の意志決定能力を欠いた患者の代弁者になり得るか?

Brender TD, Smith AK, Block BL. Can Artificial Intelligence Speak for Incapacitated Patients at the End of Life? *JAMA Intern Med*. 2024;184(9):1005-6. [PMID: 39037787]

27. 化学療法誘発性神経障害に対する神経・筋トレーニングの予防効果：ランダム化試験
Streckmann F, Elter T, Lehmann HC, Baurecht H, Nazarenus T, Oschwald V, et al. Preventive Effect of Neuromuscular Training on Chemotherapy-Induced Neuropathy: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2024;184(9):1046-53. [PMID: 38949824]
28. オピオイド使用障害の治療開始と関わりのための依存症相談サービス：ランダム化試験
McNeely J, Wang SS, Rostam Abadi Y, Barron C, Billings J, Tarpey T, et al. Addiction Consultation Services for Opioid Use Disorder Treatment Initiation and Engagement: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2024;184(9):1106-15. [PMID: 39073796]
29. 慢性疼痛に対する遠隔医療マインドフルネスに基づく介入：LAMP ランダム化臨床試験（米）
Burgess DJ, Calvert C, Hagel Campbell EM, Allen KD, Bangerter A, Behrens K, et al. Telehealth Mindfulness-Based Interventions for Chronic Pain: The LAMP Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2024;184(10):1163-73.[PMID: 39158851]
30. 看護師の支援付きの自己管理型認知行動療法と不眠症：ランダム化試験
Ulmer CS, Voils CI, Jeffreys AS, Olsen M, Zervakis J, Goodwin K, et al. Nurse-Supported Self-Directed Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2024;184(11):1356-64. [PMID: 39250131]
- 【*JAMA Oncol.* 2024;10(9-11)】
31. 水タバコとがん死亡のリスク
Le NT, Phan CV, Pham YT, Le PH, Dao HV, Nguyen LC, et al. Waterpipe Tobacco Smoking and Risk of Cancer Mortality. *JAMA Oncol.* 2024;10(9):1237-44. [PMID: 38990578]
32. ホームレス状態にあるがん患者の入院治療と治療成績
Shah K, Santos PMG, Boe LA, Barnes JM, Tao A, Tsai CJ, et al. Inpatient Care and Outcomes Among People With Cancer Experiencing Homelessness. *JAMA Oncol.* 2024;10(11):1503-10. [PMID:39235774]
33. がん患者の配偶者における自殺未遂と自殺死
Liu Q, Yang F, Laszlo KD, Hu K, Feychting M, Wei D, et al. Suicide Attempt and Suicide Death Among Spouses of Patients With Cancer. *JAMA Oncol.* 2024;10(10):1323-30. [PMID:39145973]
34. アスピリンの使用と生活習慣のリスクによる大腸がん発生率
Sikavi DR, Wang K, Ma W, Drew DA, Ogino S, Giovannucci EL, et al. Aspirin Use and Incidence of Colorectal Cancer According to Lifestyle Risk. *JAMA Oncol.* 2024;10(10):1354-61. [PMID:39088221]
- 【*BMJ.* 385(8440-8450)】
35. 欧州における前立腺がんの発生率と死亡率、スクリーニング活動への影響：人口ベースの研究
Vaccarella S, Li M, Bray F, Kvale R, Serraino D, Lorenzoni V, et al. Prostate cancer incidence and mortality in Europe and implications for screening activities: population based study. *BMJ.* 2024;386:e077738. [PMID:39231588]
36. 乳がんにおける放射線分割照射に関するランダム化比較試験：副作用と美容に重点をおいた系統的レビューとメタ分析
Lee SF, Kennedy SKF, Caini S, Wong HCY, Yip PL, Poortmans PM, et al. Randomised controlled trials on radiation dose fractionation in breast cancer: systematic review and meta-analysis with emphasis on side effects and cosmesis. *BMJ.* 2024;386:e079089. [PMID:39260879]
37. 英国の緩和医療医が死の補助についてさまざまな見解を持つことは知られていない
Ahmedzai SH, Fingas S. Palliative medicine doctors in the UK have a plurality of views on assisted dying, but you wouldn't know it. *BMJ.* 2024;387:q2351. [PMID: 39477368]
- 【*Ann Intern Med.* 2024;177(9-11)】
該当なし
- 【*J Clin Oncol.* 2024;43(1-33)】
38. 進行肺がん患者における呼吸困難に対する看護師主導の簡易的な介入のランダム化比較試験
Greer JA, Post KE, Chabria R, Aribindi S, Brennan N, Eche-Ugwu IJ, et al. Randomized Controlled Trial of a Nurse-Led Brief Behavioral Intervention for Dyspnea in Patients With Advanced Lung Cancer. *J Clin Oncol.* 2024;42(30):3570-80. [PMID: 39088766]
- 【*Ann Oncol.* 2024;35(9-11)】
39. 乳がん診断時の全身性炎症と2年後の臨床的に重要ながん関連疲労を結びつける生物行動モデル
Di Meglio A, Havas J, Pagliuca M, Franzoi MA, Soldato D, Chiodi CK, et al. A bio-behavioral model of systemic inflammation at breast cancer diagnosis and fatigue of clinical importance 2 years later. *Ann Oncol.* 2024;35(11):1048-60. [PMID: 39098454]

【Eur J Cancer. 2024(210-212)】

40. がん臨床試験における患者報告アウトカム評価の完了率の改善：研究デザインへの示唆を目的としたスコーピングレビュー
van der Weijst L, Machingura A, Alanya A, Lidington E, Velikova G, Flechtner HH, et al. Improving completion rates of patient-reported outcome measures in cancer clinical trials: Scoping review investigating the implications for trial designs. *Eur J Cancer*. 2024;212:114313. [PMID: 39305741]
40. 欧州がん研究治療機関の頭頸部がんモジュール (EORTC QLQ-HN43)：重要な最小の差と変化の推定値
Singer S, Hammerlid E, Tomaszewska IM, Amdal CD, Herlofson BB, Santos M, et al. The european organisation for research and treatment of cancer head and neck cancer module (EORTC QLQ-HN43): Estimates for minimal important difference and minimal important change. *Eur J Cancer*. 2024;212:115062. [PMID: 39405647]
41. 神経腫瘍学における日常生活動作：EORTC IADL-BN32 質問票の国際的な検証
Oort Q, Reijneveld JC, Sikkes SAM, Koekkoek JAF, Boele F, Young T, et al. Instrumental activities of daily living in neuro-oncology: International validation of the EORTC IADL-BN32 questionnaire. *Eur J Cancer*. 2024;212:114335. [PMID: 39332215]

【Br J Cancer. 2024;131(6-10)】

該当なし

【Cancer. 2024;130(17-22)】

42. ランダム化試験で化学療法を開始した高齢がん患者におけるアウトカムの優先順位と好み
Soto-Perez-de-Celis E, Dale W, Katheria V, Kim H, Fakih M, Chung VM, et al. Outcome prioritization and preferences among older adults with cancer starting chemotherapy in a randomized clinical trial. *Cancer*. 2024;130(17):3000-10. [PMID: 38630903]
43. 成人の小児がんサバイバーの性機能：Project REACH study
Chevalier LL, McCormick K, Cooney TM, Recklitis CJ, Bober SL. Sexual health in adult survivors of childhood cancer: A Project REACH study. *Cancer*. 2024;130(17):3023-33. [PMID: 38804691]
44. 「処方すべきか、すべきでないか、それが問題だ」：がんサバイバーの疼痛治療に関わる医師による慢性疼痛とがん関連痛に対するオピオイド処方に関する見解
Bulls HW, Hamm M, Wasilewski J, Olejniczak D, Bell SG, Liebschutz JM. "To prescribe or not to prescribe, that is the question": Perspectives on opioid prescribing for chronic, cancer-related pain from clinicians who treat pain in survivorship. *Cancer*. 2024;130(17):3034-42. [PMID: 38567685]
45. がん関連の医療費による経済困難を軽減するための介入：系統的レビューとメタ分析
Rashidi A, Jung J, Kao R, Nguyen EL, Le T, Ton B, et al. Interventions to mitigate cancer-related medical financial hardship: A systematic review and meta-analysis. *Cancer*. 2024;130(18):3198-209. [PMID: 38758809]
46. ホルモン受容体陽性乳がんにおけるホットフラッシュに対する鍼治療：並行群間ランダム化試験の個別データのプール解析
Lu W, Giobbie-Hurder A, Tanasijevic A, Kassis SB, Park SH, Jeong YJ, et al. Acupuncture for hot flashes in hormone receptor-positive breast cancer: A pooled analysis of individual patient data from parallel randomized trials. *Cancer*. 2024;130(18):3219-28. [PMID: 38924035]
47. 造血幹細胞移植を受けた AYA 世代患者のレジリエンスと苦痛：ストレス管理のレジリエンスを促すランダム化試験
Rosenberg AR, Taylor MR, Fladeboe KM, Zhou C, Levine DR, Johnston EE, et al. Resilience and distress among adolescents and young adults receiving hematopoietic cell transplantation: The Promoting Resilience in Stress Management randomized trial. *Cancer*. 2024;130(20):3519-29. [PMID: 39031841]
48. 死亡 30 日前のがん患者に対して全身治療を行うがん治療医のばらつき推定
George LS, Duberstein PR, Keating NL, Bates B, Bhagianadh D, Lin H, et al. Estimating oncologist variability in prescribing systemic cancer therapies to patients in the last 30 days of life. *Cancer*. 2024;130(21):3757-67. [PMID: 39077884]
49. 孤立、差別、絶え間ない罪悪感：女医の出産、家族計画、腫瘍学のキャリアに関する経験についての混合研究法分析
Marion S, Dalwadi SM, Kuczmarska-Haas A, Gillespie EF, Ludwig MS, Holliday EB, et al. Isolation, discrimination, and feeling "constant guilt": A mixed-methods analysis of female physicians' experience with fertility, family planning, and oncology careers. *Cancer*. 2024;130(22):3855-62. [PMID: 39072703]
50. 高齢がん患者の精神症状と化学療法の毒性リスクの関係：老年医学的評価に基づく介入研究の結果
Jayani RV, Hamparsumian A, Sun C, Li D, Cabrera Chien L, Moreno J, et al. The relationship of mental health symptoms to chemotherapy toxicity risk in older adults with cancer: Results from the geriatric assessment-driven intervention study. *Cancer*. 2024;130(22):3894-901. [PMID: 39097801]
51. 高齢の頭頸部がんサバイバーに対するオピオイド処方におけるプライマリケアの役割
Salz T, Meza AM, Bradshaw PT, Jinna S, Moryl N, Kriplani A, et al. Role of primary care in opioid prescribing for older head and neck cancer survivors. *Cancer*. 2024;130(22):3913-25. [PMID: 39072710]

委員会活動報告

1. 委員会活動報告（学術委員会）

学術委員会
委員長 松岡 弘道

6月24日の第1回学術委員会では、13件の申請書について審議を行い、第一段階（書類審査）通過者は点数上位の4名とし、ヒアリング（二次審査）を行い具体的な内容を確認することとしました。その後のヒアリングでは2件の採択候補演題を決定し、理事会審議にかけさせていただきました。また、8月に学術委員長を引き継いで、まず広く日本緩和医療学会の学会員全体に公募を行いました。学術委員会および学術大会支援WPGに多くの手を挙げていただき委員になっていただき、ありがとうございました。

10月4日に行われた第2回学術委員会では、学術大会での委員会企画について検討致しました。研究助成に採択された研究を取り上げて、研究助成申請から今に至る過程に焦点を当てた発表を行い、将来の応募者に参考にしていただきたいと思っております。具体的には、本学会研究助成に採択され、最近、査読付き英文雑誌に受理された2つの研究を取り上げ、①研究計画立案～研究助成申請、②申請課題採択～研究開始、③症例登録終了～結果公表まで、の各段階に応じての苦労話とともに、そこを乗り越えて成功する臨床研究の秘訣を教えてください。また助成研究の論文アクセプト後の広報についても広報委員会と相談しながら、より研究のその後の流れがわかるようにしていきたいと考えております。

今後もより会員の皆様の意見が反映される学術委員会としての活動を行っていきたくと思っておりますし、皆様のお力で学術大会も盛り上げていただければと思います。

2. 日本緩和医療学会 第6回関西支部学術大会開催報告

第6回関西支部学術大会
大会長 醍醐 弥太郎

日本緩和医療学会第6回関西支部学術大会を2024年9月28日（土）に滋賀県大津市で開催させていただきました。

本大会では、「希望の切れ目のない総合的医療における緩和ケア」をテーマに若手を含む多彩な演者による57演題、10セッションで構成される一般演題に加えて、上記の趣旨で厳選したテーマとこれらの領域の第一線で活躍している演者・座長による41演題、13セッションからなるシンポジウム、セミナー、TIPSとワークショップやランチョンセミナーを対面とオンデマンドで開催しました。426名の参加登録（会員252名、非会員142名、学生32名）があり、活発な討議と多職種からなる緩和医療関係者の交流が行われました。関西支部開催ならではの魅力を高めるべく、開催県の緩和医療関係者のみならず、関西全域からの実行委員・協力者の参画を得て、多彩なプログラムを企画し、運営を行いました。また、関西支部との綿密な連携により、プログラムの充実、省人省力化、デジタル化、広報の充実を行い、実行委員会による自力での運営を心掛けました。

今日のがん医療においては、病気の段階に対応したプレジジョン医療と多職種チームによる総合的かつ全人的な医療が求められています。このような医療の推進と人材の育成に本大会が資することを目標に、(1)学際的な緩和ケア教育・研修の普及、(2)緩和医療に関わる地域医療者の人的交流とネットワーク構築の促進、(3)緩和ケアを専門とする医師・看護師・薬剤師をはじめとする専門医療人の裾野の拡大に向けた育成活動等の活性化を念頭に置いたプログラム編成を行い、多くの非会員と学生を含めた参加を得ることができました。

本大会では、湖国滋賀の地で緩和医療に関わる関西の大学、病院、地域の医療・介護・福祉施設などの医療関係者の皆様のご協力を得て、次世代の緩和医療を討議し育む会として微力ながら新風をおこせたと考えております。この場をお借りして、ご支援をいただきました日本緩和医療学会、実行委員や座長・演者、参加者、関係者の皆様に心より御礼申し上げます。

3. 第5回東北支部学術大会を終えて

第5回東北支部学術大会
大会長 木村 太

2024年10月5日（土）に青森県弘前市の弘前文化センターで、第5回東北支部学術大会および第27回東北緩和医療研究会を開催させていただきました。

交通の便が悪く、参加人数が少なくなるのではないかと危惧しておりましたが、事前登録98名、当日参加39名の合計137名となりました。内訳は会員が84名、非会員が52名、学生が1名でした。日本緩和医療学会の荒尾副理事長、事務の小林様にもご参加いただいた大会終了後のミーティングでは、学生の参加が少ないことが取り上げられ、「素晴らしい内容の講演が多かったのでは是非とも学生の参加人数を増やしてほしい」、「1000円の参加費を無料にしてはどうか」といった意見が出されました。

特別講演は的場元弘先生（青森県立中央病院 緩和ケアセンター長）の「緩和ケアチームのWeb診療支援ネットワーク～リアルタイムの困ったを共有し、支援する～」、ランチョンセミナーは佐藤哲観先生（静岡県立静岡がんセンター 緩和医療科部長）の「一歩進んだがん疼痛治療～メサドン、オピオイド併用療法、麻酔科的鎮痛法～」、教育講演は青木昌彦先生（弘前大学大学院医学研究科 放射線腫瘍学講座教授）の「がん性疼痛と緩和的放射線治療」、招請講演は佐藤温先生（弘前大学大学院医学研究科腫瘍内科学講座教授）の「腫瘍内科医の緩和ケア～キュアとケアの考え方～」で、いずれも充実した内容であり、ご参加の皆様には満足していただけたのではないかと考えております。

一般演題は6セッション、23演題を予定していましたが、取り下げが1題あり、22演題となりました。十分な発表時間、討論時間、広い会場を確保し、各県から1人ずつお願いした座長の先生方の適切なお助言もあり、滞りなく終了することができました。

テーマとした「つなげよう緩和の輪を」を実現すべく、地域の連携を広げ、次の世代へとつなげていければと思っております。

運営面では、企業からの協賛が思うように伸びず、赤字となる可能性もありましたが、最終的にはわずかながら黒字という結果になりました。

当日は天候にも恵まれ、秋晴れの岩木山が綺麗に見えておりました。次回は2025年10月25日（土）に仙台で井上 彰先生を大会長として、第6回東北支部学術大会が予定されております。また皆様にお会いできることを楽しみにしております。

多方面の方々大変お世話になり、本当にありがとうございました。

4. 日本緩和医療学会第6回関東・甲信越支部学術大会 / 第20回長野県緩和医療研究会を終えて

第6回関東・甲信越支部学術大会
大会長 間宮 敬子
第20回長野県緩和ケア研究会
当番世話人 市川 直明

日本緩和医療学会の第6回関東・甲信越支部学術大会を2024年10月5日（日）に長野県松本市のホテルブエナビスタにて開催しました。今回の学術大会は、第20回長野県緩和ケア研究会と合同開催としました。

大会のテーマは「つなぐ」。地域と病院をつなぐ、患者・家族と医療者をつなぐ、そして関東甲信越と日本全国、日本と世界の緩和ケアをつなぎ、その全てを次世代へとつなげていこうという意味をこめてテーマとしました。参加方法として、現地参加とオンデマンド参加を受け付け、会員221名、非会員参加者108名、合計329名（現地216名、オンデマンド113名）の方々に参加いただきました。

地方都市の松本での開催ではありましたが、招待講演1、教育講演3、シンポジウム3、ランチョンセミナー2、スイーツセミナー1、一般演題数52の発表がありました。招待講演はカナダ、エドモントンのアルバータ大学の樽見 葉子先生とオンラインでつなぎ、「What we can pass on to future」と題して貴重なご講演をいただき、たくさんの質問にも答えていただきました。

出席者に対するアンケート結果で最も好評だったのは「ACPのこれまでとこれから」と題したシンポジウムでした。日本緩和医療学会の理事長で長野県出身の木澤 義之先生に座長や基調講演をお願いしてのシンポジウムで大変興味深い内容でした。他の指定演題、そして一般演題も大変興味深く、熱いディスカッションができていたことに感銘をうけました。

反省点としては、開業医の先生方に配慮して日曜日の開催としましたが、働き方改革の故に企業は休日勤務をよしとせず共催がとりにくかったことなどで、今後は土曜日開催が現実的かと思われました。また関東・甲信越地区は地理的に広大であるため、今後は広報委員会と協力し、ハイブリッド開催やオンデマンドも活用すれば、もう少し多くの参加者を見込めると思われました。

最後に、素晴らしい講演や演題を発表してくださ

った皆様、座長の労を賜った皆様、遠く松本まで足を運んで学会に出席して下さった皆様、オンデマンドで学会に出席して下さった皆様、地方会の企画をサポートして下さった学会事務局の皆様、企画当初からかかわって下さった実行委員の皆様、一生懸命査読をして下さった査読委員の皆様、いつでも手伝うからと声をかけて下さった皆様、ホテルブエナビスタの皆様、信州大学のスタッフの皆様に心から感謝申し上げます。ありがとうございます。

次回・第7回関東・甲信越支部学術大会は10月18日(土)に幕張メッセで千葉県がんセンターの坂下 美彦先生が大会長で行われる予定です。大会のご成功を祈念いたします。

5. 第6回東海・北陸支部学術大会開催報告

第6回東海・北陸支部学術大会
大会長 森 直治

第6回日本緩和医療学会東海・北陸支部学術大会を、2024年11月16日(土)に愛知県長久手市の愛知医科大学本館にて開催いたしました。本大会には約300名の参加者をお迎えし、盛会のうちに終了することができました。ご参加いただいた皆様、ならびにご支援いただいた関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

本大会のテーマは「アンメット・ケア・ニーズに寄り添う」とし、第1会場の大学ホールでは、悪液質や食の苦悩に関する上級セッションを実施しました。また、計42題の一般演題が3つの講義室を利用した会場に分かれて発表され、各会場では熱意あふれる議論が活発に交わされました。さらに、ご高名な先生方による3つのランチョンセミナーを開催したほか、「難治性疼痛」「せん妄」「スピリチュアルペイン」「鎮静」といった、緩和医療において高頻度かつ日常臨床でも重要な課題に焦点を当てたセッションも行いました。これらのセッションでは、支部のエキスパートの先生方による教育講演や、気軽に議論できる「ミート・ザ・エキスパート」の形式を採用し、効率的で深い学びの場として大変好評をいただきました。

会場は公共交通機関をご利用の場合、名古屋駅からのアクセスがやや不便でしたが、最寄りの地下鉄駅からシャトルバスを運行し、利便性の向上に努めました。このサービスについても概ねご好評をいた

だき、運営チームとしても安堵しております。

今回の大会は、地域における緩和医療の向上と研究を結びつける場として、有意義なものになったのではないかと考えております。改めて、参加者の皆様、学会本部、協賛企業の皆様、そして運営にご尽力いただいたすべての関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

最後に、2025年9月20日に石黒 崇大会長のもと、岐阜じゅうろくプラザで開催されます第7回東海・北陸支部学術大会の成功とさらなる発展を祈念し、本報告を締めくくらせていただきます。

6. 第6回九州支部学術大会終了のご報告

第6回九州支部学術大会
大会長 山賀 昌治

2024年11月16日(土)に、宮崎市のホテルニューウェルシティ宮崎において、「継ぎ目のない緩和医療提供のために～一歩先を考える～」をテーマとして、第6回九州支部学術大会を開催いたしました。支部学術大会の名称として6回目となりますが、九州の地方会としては9回目で、今回の宮崎開催で九州を一回りしたことになります。当初はオンデマンドなど配信を交えた開催も検討しましたが、費用の観点から、現地開催のみとしたため、交通アクセスが良いとは言えない当県での開催でどれだけの方に参加いただけるかと危惧しておりましたが、九州を中心に、304名の方にご参加いただき、盛会に終わることができました。

今回は、企業共催講演2、教育講演4、シンポジウム2、一般演題8(ポスター発表50演題)の構成で、11:20～16:15まで3会場を使用して実施いたしました。どのセッションも多くの方に関心を持っていただき、会場がやや狭く感じる場面もございましたが、幸い大きなご不便はおかけせずに実施できたようです。本会の内容を一部紹介いたしますと、自宅でも施設でも受け入れが難しいときに「家のような雰囲気最後まで過ごせる場所」の提供を目指しホームホスピスを立ち上げられたいきさつについての教育講演、身寄りのない生活困窮者の看取りについてどのように取り組んでいくべきかについて。医療機関と行政それぞれが行えることの「隙間」を埋めるための仕組みの欠落をそれぞれの職員の個人的努力で埋めている現状を地域でどのように解決していくかについてのシンポジウム。一般演題では、看護・

患者支援・症状緩和など多くの分野での取り組みや難渋した症例に関する活発な議論が行われました。

ご参加いただいた方々、講師や座長を引き受けてくださった皆様、協賛・展示・広告にご応募いただいた企業の皆様、後援いただきました各組織、当日準備をしてくださった実行委員の皆様のおかげをもちまして充実した会となりましたこと、厚くお礼を申し上げます。

次回は、2025年10月19日熊本城ホールでの開催となります。

編 | 集 | 後 | 記

今期よりニューズレターを担当しますあけぼの薬局の坂本岳志です。今号では各支部学術大会の開催報告がされており、各支部会の活動が活発になされていることがうかがえます。参加者数や演題数も多く、現地での白熱したディスカッションが繰り広げられたことと思います。私も関東・甲信越学術大会に参加しましたが、様々な職種からの発表に刺激を受ける良い機会となりました。対面でのディスカッション、交流がもたらす効果を再度実感した次第です。昨今の医薬品供給困難な状況が続いておりますが、薬局薬剤師として医薬品の供給に不備がないよう努めたいと思います。(坂本 岳志)

小早川 誠
坂本 岳志
武村 尊生
○橋口さおり
部川 玲子
細 矢美紀
山口 重樹
山田 圭輔
吉 武 淳