



Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会 ニュースレター

103

May.2024



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
E-mail : info@jspm.ne.jp URL : https://www.jspm.ne.jp/

主な内容

巻頭言1
Journal Club.....2
よもやま話8
Journal Watch.....10
委員会活動報告14

巻頭言

Faculty Development (FD)について取り組んでいます

飯塚病院 連携医療・緩和ケア科
柏木 秀行

専門医育成・教育委員会で委員長を務めております柏木秀行と申します。当委員会では主に緩和医療認定医および専門医の育成・教育に取り組んでいます。具体的な活動としては、専門医・認定医セミナー／研修指導者講習会の運営、書籍「専門家を目指す人のための緩和医療学」の改訂作業などです。そして、今回、新規事業として取り組んでおります、Faculty Developmentについてご紹介させていただきます。

教育は、現状、十分提供されているとは言えません。医師はある程度の年次になると、臨床研修指導者としての研修を受けることはあるのですが、緩和ケア領域に特化した指導医育成はありません。今後、緩和ケアを志す医師がより良い教育・研修を良い指導医のもとで受けられるように、当委員会でFaculty Development Working Practitioner Group（以下、FD WPG）を立ち上げました。

Faculty Development（以下、FD）って聞いたことはありますか？細かい定義となると、色々あるのですが、「良い指導医を育成するための取り組み」と理解いただければ良いかと思えます。まだまだ十分とは言えないまでも、少しずつ緩和医療認定医・専門医が増えてきました。そして、緩和医療指導医も創設されています。そうなってくると、緩和ケアを指導する指導医陣の提供する教育の質が問われます。一方、良い指導医になるための教育を受けた方はどの程度いるのでしょうか？自分が受けてきた指導をそのまま取り組んでいるというのが実際のところではないのでしょうか。さらには、指導した経験はあまりなく、プログラムを設計するなんて全く自信がない方も多いと思います。

FD WPGでは指導医育成についてWPGメンバー自身も学び合いながら、緩和医療の指導医に必要な学びを整理している真っ最中です。また、医学教育の専門家のアドバイスも盛り込むべく、日本医学教育学会にもご協力いただいております。今後は理事の先生方も意見交換をしながら、e-Learningで広く会員の皆様に活用いただけるコンテンツを作成してまいります。

実はこういった指導医としてのスキルやマインドを身につけるための

私自身は日本緩和医療学会での活動を通じて、さまざまな経験をさせていただきました。この学びを次世代に繋いでいく上で、教育・研修は非常に大切です。そして、指導医育成という新たなアプローチを切り開くべく、采野WPG長を支えながら邁進してまいります。ご意見、ご要望についてはいつでもご連絡ください。

1. COPD・心不全・間質性肺炎患者に対する看護師とソーシャルワーカーの遠隔緩和ケア介入: ADAPT 無作為化比較試験

名古屋大学大学院 医学系研究科
総合保健学専攻
佐藤 一樹

David B Bekelman, William Feser, Brianne Morgan, Carolyn H Welsh, Elizabeth C Parsons, Grady Paden, Anna Baron, Brack Hattler, Connor McBryde, Andrew Cheng, Allison V Lange, David H Au.

Nurse and Social Worker Palliative Telecare Team and Quality of Life in Patients With COPD, Heart Failure, or Interstitial Lung Disease: The ADAPT Randomized Clinical Trial.

JAMA. 2024 Jan 16;331(3):212-223. PMID: 38227034
PMCID: PMC10792473 (available on 2024-07-16)
DOI: 10.1001/jama.2023.24035.

【目的】

COPD、心不全、間質性肺炎の外来患者に対する看護師とソーシャルワーカーの遠隔緩和ケア介入の通常ケアと比較した QOL への効果を明らかにした。

【方法】

無作為化比較試験を行った。米国の退役軍人病院 2 施設で、退院または 2 回以上外来受診し、1 年以内の入院・死亡リスクが上位 20% の COPD・心不全・間質性肺炎患者を対象とした。介入群は、看護師の症状アセスメントとソーシャルワーカーのカウンセリングの電話介入を 2 か月間に 6 回ずつ行った。看護師は 8 時間の教育を受け、マニュアルに従って症状緩和ケアを提供した。ソーシャルワーカーは 8 時間の教育を受け、病気への適応と抑うつ症状の支援を行った。看護師、ソーシャルワーカー、主治医、緩和ケア専門家、循環器専門家、呼吸器専門家のミーティングを毎週行った。通常ケア群では、通常ケアに加えて各疾患に応じたセルフケアの概要を記した教育冊子が配布された。

主要評価項目はがん / 慢性疾患関連 QOL 評価尺度である FACT-G の 6 か月後の評価とし、副次評価項目として心不全関連 QOL 評価尺度 KCCQ-12、COPD 関連 QOL 評価尺度 CCQ、抑うつ症状評価尺度 PHQ-8、不安評価尺度 GAD-7 を測定した。

【結果】

介入群 154 名、通常ケア群 152 名を無作為に割り付け、介入群 146 名、通常ケア群 143 名が 6 か月後の評価を完遂した。6 か月後の評価での介入群と通常ケア群の標準化差 (= 差 / 標準偏差) は、QOL 評価の総合 0.42、身体面 0.24、社会・家族面 0.13、心理面 0.44、機能面 0.34、抑うつ評価 -0.50、不安評価 -0.51、COPD 関連 QOL 評価 -0.41、心不全関連 QOL 評価 0.44 であった。

【結論】

看護師やソーシャルワーカーによる遠隔緩和ケア介入により死亡・入院リスクの高い COPD、心不全、間質性肺炎患者の QOL を通常ケアと比較して臨床的に有意に改善できた。

【コメント】

緩和ケアの遠隔介入は ENABLE 研究などがあるが、この ADAPT 試験は看護師とソーシャルワーカーの協働介入モデルである点が新しい。早期緩和ケア介入でコーピングに対する支援が重要となることは Temel らのがん患者対象の介入試験で強調された点であり、ソーシャルワーカーのカウンセリングを介入に組み込んだモデルが非がん疾患患者の QOL を改善できたことは重要な知見である。

なお、標準化差は、0.2 以上を臨床的に小さな差、0.5 以上を臨床的に中程度の差、0.8 以上を臨床的に大きな差と解釈できる。本試験の結果は、不安・抑うつに中程度、QOL に小さな改善効果の差を認めたと解釈できる。

2. 既存の生成系 AI は緩和ケア・サポर्टティブケア・ホスピスケアをどの程度正確に定義 / 区別することができるのか?

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
升川 研人

Min Ji Kim, Sonal Admane, Yuchieh Kathryn Chang, Kao-Swi Karina Shih, Akhila Reddy, Michael Tang, Maxine De La Cruz, Terry Pham Taylor, Eduardo Bruera, David Hui.

Chatbot Performance in Defining and Differentiating Palliative Care, Supportive Care, Hospice Care.

J Pain Symptom Manage. 2024 Jan 12: S0885-3924(24)00008-3. PMID: 38219964 DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2024.01.008. Online ahead of print.

【目的】

対話式の生成系 AI である ChatGPT の出現は我々の生活に大きな影響を与えている。医学領域でも ChatGPT が医師国家試験に合格したと話題になっている。臨床における教育ツール、そして患者やその家族の情報源として今後活用が期待される。このような背景から、ChatGPT から出力される情報の正確性を評価する研究が進められている。今回紹介する研究では3つの対話式生成系 AI が「緩和ケア / サポートケア / ホスピスケア」の定義 / 区別を正しく行うことができるかを評価した。

【方法】

対話式生成 AI である ChatGPT, Bing, Bard の3つに対して、緩和ケア / サポートケア / ホスピスケアの定義とその区別、さらに3つの参考文献を提示するよう研究者が指示を出した。各々の AI が出力した回答を6名の緩和ケア医が正確性 / 網羅性 / 参考文献の信頼性に関して最低0点から最高10点で評価をした。さらに、出力の読みやすさを Word for Microsoft 365 で出力できる Flesch Kincaid Grade Level (FKGL) と Flesch Reading Ease (FRE) で評価した。FKGL は6点以下が推奨レベルで、FRE は点数が高いほど理解しやすいことを示し70点以上が一般的には理解しやすい。

【結果】

3サービスで、正確性は8.2～9.1点、網羅性は5.6～8.7点、参考文献の信頼性は3.2～7.2点だった。高い正確性ではあったが中には重大な情報の誤りも見受けられた。読みやすさについてはFRE/FKGLともに基準値に満たなかった。

【結論】

全体的に高い正確性を示したが、いくつかの重大な誤りも認められたことが報告された。網羅性、信頼性、読みやすさにも課題があることが明らかになった。以上から、患者やその家族、医療者が緩和ケアの情報源として現時点ではこれら AI を使用することには注意が必要である。

【コメント】

ChatGPT の登場により、学び方に変化があった緩和ケア関係者も多いだろう。簡単な指示で多くの情報を得ることができ、医療者の学習効率を向上させてくれる。しかし、本研究が示すように、出力された情報が本当に正しいのか否かの判断は慎重にする必要がある。現時点では臨床支援や医療者の学習ツールとしては推奨の段階ではないが、今後性能が向上し、我々の日常臨床や学び方が良い方向に変化することを期待したい。

3. 手術不能な悪性消化管閉塞の緩和的管理：NCI 総合がんセンターにおけるプロスペクティブ、オープンラベル、フェーズ2試験

湘南医療大学 薬学部
佐藤 淳也

Michelle Walter, Eric Hansen, Showkat Hamid, Desi Carozza, Gary Mann, Charles Roche, Anthony George, Kristopher Attwood, Amy Case.

Palliative Management of Inoperable Malignant Bowel Obstruction: Prospective, Open Label, Phase 2 Study at an NCI Comprehensive Cancer Center.

J Pain Symptom Manage. 2024 Jan;67(1):20-26.PMID: 37769820 DOI:10.1016/j.jpainsymman.2023.09.014. Epub 2023 Sep 27.

【目的】

進行消化管がんや婦人科がんでみられる悪性消化管閉塞 (MBO) が手術適応にならない場合の治療法は限られている。オクトレオチドが腸閉塞の緩和と閉塞に悪心・嘔吐の改善に使用されている。本研究では、オクトレオチドにデキサメタゾンとメトクロプラミドを加えた「3剤併用療法」の有効性と忍容性、安全性を前向きに評価した。

【方法】

対象は、部分的 MBO により入院した成人がん患者であった (完全閉塞は除外)。3剤併用療法として、オクトレオチド (1回 300 μ g、1日3回静注)、デキサメタゾン (1回 4mg、午前・正午静注)、メトクロプラミド (1回 10mg、6時間毎静注) が最大10日間投与された。主要評価項目は、腸閉塞の解除 (一口程度の水分を超える経口摂取の開始、嘔吐停止、経鼻胃管抜去、クランプ式通気胃瘻チューブ (GT) の忍容、排便の再開) であり、副次評価項目は安全性と忍容性、悪心嘔吐、腹痛、便秘、患者生存率であった。

【結果】

合計15人の患者が試験に登録した。13例 (87%) が試験を完了し、10例 (67%) が試験期間内で腸閉塞が解除した。2例 (13%) がオクトレオチドに起因する徐脈により中止した。腸穿孔の発生はなかった。試験を完了した10例では全員、嘔吐が消失した。8例 (53%) で便秘が再開し、9例 (60%) で経口摂取にある程度耐えられるまで改善した。全患者では、6ヵ月以内に12例 (80%) が死亡した (生存期間中央値は89日)。このうち、閉塞が解除された患

者の生存期間中央値は、114 日であった。

【結論】

この少ないサンプル数における、非外科的 MBO の管理に対するデキサメタゾン、メトクロプラミド、オクトレオチドによる 3 剤併用療法は、安全で忍容性が高いと思われるが、手術不能 MBO と診断された場合、予後不良で数ヵ月以内に死亡する可能性が残った。

【コメント】

これまで、MBO の管理には、コルチコステロイド、オクトレオチド、オランザピン、メトクロプラミド、ハロペリドール、ラニチジンなど複数の薬理学的アプローチが行われてきた。いずれも対症療法ながら、オクトレオチドは、ガイドラインで唯一使用が推奨されている。一方、デキサメタゾンは抗炎症薬として腸壁の浮腫を軽減し、中枢性制吐薬として作用する。メトクロプラミドは、制吐作用をもつ運動促進薬として作用するが、部分的な閉塞にのみ有用であるとされる。これまで、MBO に対して使用されるこれら 3 薬剤の併用に関する情報は限られてきた。唯一、同じ施設の研究者らは、後ろ向きコホート研究において 3 剤併用療法（本報告より投与量が少なく標準化されていない）を受けた 20 名がいずれの薬剤も投与されなかった患者 29 名と閉塞解除率に統計的に有意な差がないことを報告している (PMID: 33084354)。今回、単アームながら、3 剤併用療法に高い有効性と忍容性が確認された。今後、3 剤併用療法は、2 剤（オクトレオチドとデキサメタゾン）やオクトレオチド単独と比較した評価が期待される。

4. 自動車事故前後の高齢者の運転に影響を与える可能性のある服用薬の変化

小牧市民病院 薬局
山本 泰大

Melissa R Riester, Adam M D'Amico, Marzan A Khan, Nina R Joyce, Melissa R Pfeiffer, Seth A Margolis, Brian R Ott, Allison E Curry, Thomas A Bayer, Andrew R Zullo.

Changes in the burden of medications that may impair driving among older adults before and after a motor vehicle crash.

J Am Geriatr Soc. 2024 Feb;72(2):444-455. PMID: 37905738 PMCID: PMC10922040 (available on 2025-02-01) DOI: 10.1111/jgs.18643. Epub 2023 Oct 31.

【目的】

高齢者の自動車事故 (MVC) の危険因子の中で、薬物療法は最も簡単に修正できる危険因子の 1 つである。しかし、MVC 後に潜在的な運転障害 (PDI) リスクを有する薬の使用がどのように変化するかについての情報は限られている。そこで、MVC の前後で処方された PDI リスクを有する薬の分類と薬剤数を遡及的に調査した。

【方法】

この観察研究は、2008 年から 2017 年の間にニュージャージー州で警察が報告した MVC の中で人身事故を引き起こした 67 歳以上の一部の健康保険 (Medicare fee-for-service) 受給者を対象とした。MVC 前後 120 日の PDI リスクを有する薬 (36 種類) の服用数とその種類、MVC 後に開始・中止されたこれらの薬について調査した。

【結果】

調査期間内に人身事故の加害者となった患者は 124,954 人であり、平均年齢 (SD) は 76.0 (6.5) 歳で、51.3% が女性、83.9% が非ヒスパニック系白人であった。PDI リスクを有する薬の服用数は、MVC 前と MVC 後の両方の期間で中央値 (IQR) 2 (Q1:1, Q3:4)。MVC 後に PDI リスクを有する薬が増えた患者の割合は 20.3%、減少した患者の割合は 15.9%、変化なしは 63.8% であった。MVC 後に中止された PDI 薬効分類はオピオイド鎮痛薬、抗ヒスタミン薬、サイアザイド系利尿薬が上位を占め、それぞれ 6.2%、2.1%、1.7% であった。MVC 後に追加された薬物分類の上位は、オピオイド鎮痛薬 (8.3%)、骨格筋弛緩薬 (2.2%)、ベンゾジアゼピン (2.1%) であった。

【結論】

人身事故の加害者となった高齢者の大多数は複数の PDI リスクを有する薬を使用していた。人身事故の割合が高いほど、PDI リスクを有する薬の数は減るのではなく、増える結果であった。この研究では臨床医が MVC 後に PDI リスクを有する薬の中止を控える理由はまだ解明されていない。

【コメント】

内閣府 令和 5 年交通安全白書によると、65 歳以上の交通事故死者は年々減少しているものの、年齢層別で見るといまだ全体の約 6 割を占めると報告されている。自動運転レベル 5 (完全運転自動化、走行領域限定なし) の車両が実装されていない現時点においては、如何にして高齢者の事故を減らすかを考えることが地域社会において重要である。

PDI リスクを有する薬に関しては十分なコンセンサスが得られていないが、この研究では既報を参考に 36 種類の薬を対象としている。これらの中には ARB や

Ca拮抗薬などの降圧剤も含まれており、この研究で事故前に最も使用されていたPDIリスクを有する薬の分類は降圧剤(70.7%)であり、次いで抗うつ薬(16.6%)、オピオイド鎮痛薬(14.1%)、血糖降下薬(10.7%)の順であった。この研究は交通事故前後のこれらの薬の使用実態を明らかにしたものであり、各薬剤が運転に与える影響の程度やどの薬剤との組み合わせがより運転に影響を与えるかについてのEvidenceが不足していることから、これに関して言及することは難しい。

この研究で筆者らが強調している点は、少しでも高齢者におけるPDIリスクを有する薬を減少させることである。事故後にこれらの薬を減らすことができた高齢者は15.9%であり、薬効分類別ではオピオイドが最も中止されていた(6.2%)。日本の臨床現場でも、がんサバイバーが増えている現状もあり、オピオイド鎮痛薬やガバベンチノイドなどの鎮痛補助薬が漫然と長期投与されている事例も散見される。そのため、緩和医療に従事する医療者として、患者個々の苦痛症状を正確に評価するだけでなく、多職種で「投薬している患者の自動車運転の実態を把握すること」、「投薬の際にPDIリスクを有する薬が適切かどうか」に関しても確認し、定期的にオピオイド鎮痛薬も含めたPDIリスクを有する薬の有益性が上回るかを確認し続けることが重要だと思われる。

今後はこの分野において基礎研究とも組み合わせながらEvidenceの充実されることを期待したい。

5. 高度催吐性リスクの化学療法における低用量オランザピンと標準用量オランザピンを比較した無作為化オープンラベル第Ⅲ相試験

北海道がんセンター
深井 雄太

Jyoti Bajpai, Venkatesh Kapu, Sushmita Rath, Sravan Kumar, Anbarasan Sekar, Priyanka Patil, Altaf Siddiqui, Srikanth Anne, Akash Pawar, Sujay Srinivas, Prabhat Bhargava, Seema Gulia, Vanita Noronha, Amit Joshi, Kumar Prabhash, Shripad Banavali, Rajiv Sarin, Rajendra Badwe, Sudeep Gupta.

Low-dose versus standard-dose olanzapine with triple antiemetic therapy for prevention of highly emetogenic chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients with solid tumours: a single-centre, open-label, non-inferiority, randomised, controlled, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2024 Feb;25(2):246-254. PMID:

38224701 DOI: 10.1016/S1470-2045(23)00628-9. Epub 2024 Jan 12.

【目的】

がん化学療法による悪心嘔吐は、がん患者にとって特に不快な有害事象のひとつである。標準的なガイドラインでは催吐性の高い化学療法に対してNK₁受容体作動薬、5-HT₃受容体拮抗薬、およびデキサメタゾンによる3剤併用制吐療法を推奨している。

オランザピンはドパミンおよびセロトニン受容体などさまざまな受容体に拮抗作用を示す抗精神病薬である。がん領域では3剤併用制吐療法と共に、催吐性の高い化学療法による悪心・嘔吐の抑制に高い有効性が認められているが、ときおり日中の傾眠が問題となることがある。本研究では標準用量と低用量のオランザピンの有効性と安全性を比較するために計画された。

【方法】

南インドの3次ケアセンターにおける単施設、オープンラベル、ランダム化、非劣性試験。固形がんに対してドキシソルピシン(60mg/m²) + シクロホスファミド(600mg/m²)療法または高用量シスプラチン(70mg/m²)が投与される患者が対象となった。症候性脳転移や消化管閉塞、併用薬などのその他悪心に影響する因子を持つ被験者は除外されたのち、1:1に無作為化され、低用量オランザピン群は2.5mgが、標準用量群は10mgが、day1-4の期間に標準的な3剤併用制吐療法(パロノセトロンなど5-HT₃受容体拮抗薬、アプレピタントなどNK₁受容体拮抗薬、デキサメタゾン)に上乗せして投与された。

主要評価項目は0-120時間において嘔吐エピソードがなく、レスキュー薬を必要とせず、悪心症状がないかごく軽度であるとされたComplete Response(CR)率に設定された。安全性のエンドポイントは日中の傾眠が設定され、悪心・嘔吐・傾眠の各症状は患者本人によって0-3の4段階の尺度評価が行われた。

【結果】

2021年2月9日から2023年5月30日の間、356例の患者がスクリーニングを受け、最終的にそのうち275例が割り付けられた。(低用量群132例、標準用量群135例)

低用量群と標準用量群のCR率には急性期、遅発期のいずれにおいても有意な差は認められず非劣性であることが示された(45% vs 44%, p=0.87)。傾眠については両群ともに1日目の重症度が高く、2-5日

目に減少する傾向が見られ、全グレートおよびシビアな眠気とも低用量群の日中の傾眠が有意に少なかった。(65% vs 90%, $p < 0.0001$, 5% vs 40%, $p < 0.0001$)。

【結論】

オランザピン 2.5mg の制吐効果は 10mg に対して非劣性であり、日中の傾眠の発生を減少させることが示唆された。

【コメント】

本研究は制吐療法に用いられるオランザピンの用量について、効果・安全性の両面から検討を行った報告である。オランザピンは制吐薬適正使用ガイドライン 2023 にも記載が追加され、今後使用量が増えていくことが想定される薬剤であるが、実臨床においては傾眠が問題となるケースをよく見かける。近年は外来での化学療法も増加傾向にあり、社会生活を営みながら治療を受ける患者さんも多くおられるため、支持療法による副作用のコントロールはより重要性を増している。傾眠が生じた際にオランザピンの減量を提案することは今までも経験的に行ったことがあるが、制吐効果と傾眠軽減について Phase3 のデータを得られたことは非常に意義深い。その他の悪心の原因となる因子を除外基準で取り除いている点も含め、臨床に非常に取り入れやすい結果であったと考える。また評価項目には含まれていないが、継続していくことで日を追うごとに傾眠が軽減していく傾向についても実臨床の実感と一致するところであり、患者指導に役立てやすい内容であった。

Limitation として、本研究ではアンスラサイクリン+シクロホスファミド療法が 92% を占めており、シスプラチンベースの化学療法は 8% しか含まれていない点が挙げられる。同様の高度催吐性リスクに分類されるレジメンでもアンスラサイクリンとシスプラチンでは悪心の出現パターンが異なることが知られており、本研究ではシスプラチンレジメンでの検討が不十分な点は考慮するべきである。また、実臨床ではオランザピンを使用しているも制御に難渋する悪心嘔吐に遭遇することもあるが、2.5mg で不応の際、オランザピンの投与量をどう考えるべきかについては今後さらに検討すべき余地がある。

オランザピンの至適用量は議論が多い領域である。今後のさらなる研究に期待したい。

6. 化学療法を受けるがん患者に対する 2 つの異なるタイプの音楽の効果～初回化学療法による不安、悪心、満足度のレベル～

聖路加国際大学大学院 看護学研究科
小林 成光

Öznur Erbay Dalli, Derya Akça Doğan, Seda Pehlivan, Yasemin Yıldırım, Türkkkan Evrensel.

The effect of two different types of music played to cancer patients during chemotherapy on anxiety, nausea, and satisfaction levels.

Support Care Cancer. 2023 Nov 20;31(12):710. PMID: 37982892 DOI: 10.1007/s00520-023-08165-9.

【目的】

本研究の目的は、初めて化学療法を受けるがん患者の不安、悪心、満足度に対する 2 種類の異なる音楽の効果を検証することである。

【方法】

3 群のランダム化比較試験のデザインは、2022 年 8 月から 2023 年 2 月に行われた。参加者は、初回化学療法前にリラクゼーション音楽グループ (relaxing music group; RMG)、トルコ古典音楽グループ (Turkish classical music group; TCMG)、コントロールグループ (control group; CG) にランダムに割り付けられた。RMG は、ハープ、チェロ、弦楽器、自然の音 (雨、鳥、森の音) を用いた 60 ~ 80bpm のリズムの音楽を聴いた。TCMG は、トルコ古典音楽に特徴的な「Rast」マカーム (微分音を用いた独自の旋律) で構成され、タンブール、バグラマ、ネイ、ウードなどの民族楽器を用いて演奏された 60 ~ 66bpm リズムの音楽を聴いた。これらの 2 つのタイプの音楽による介入は、ノイズキャンセリング機能のあるヘッドホンを用いて、少なくとも 60 分間実施された。CG は、音楽を聴くことによる介入を受けなかった。なお、すべてのグループは、前投薬治療を含む標準的な治療を受けた。介入の評価は、不安には The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI)、悪心および満足度には Visual Analog Scale (VAS) を用いて、化学療法前後 (T0, T1) の 2 時点で測定された。

【結果】

75 名 (各群 25 名ずつ) のがん患者が研究に参加し、すべての参加者を分析対象とした。その結果、RMG

およびTCMGでは、CGと比較して、不安、悪心において症状が軽減した（不安； $p=0.001$, $F=210.221$, $\eta^2=0.745$, 悪心； $p=0.001$, $F=100.785$, $\eta^2=0.583$ ）。また、満足度は、TCMGがRMG、CGより高く、有意差を認めた（ 8.64 ± 0.95 vs. 7.88 ± 0.72 vs. 7.00 ± 0.70 ）。なお、介入による有害事象や否定的な反応は見られなかった。

【結論】

音楽を聴く介入は、初めて化学療法を受けるがん患者の不安と悪心を軽減するための効果的な非薬物療法のオプションの一つとなる可能性がある。

【コメント】

本研究は、音楽を聴くことによる不安、悪心、満足度への効果を検証した重要な研究である。用いられた音楽は、事前に内容を構成された音楽を聴くという簡便な手段であるため、臨床への適応可能性は高いと考える。一方で、採用された音楽の一つは伝統的な古典音楽であるため、文化的な影響がある。また、初回化学療法に限定した介入であるため、長期継続的な効果があるかどうかは更なる検証が必要である。本分野での今後の研究の発展が望まれる。

ACP(アドバンス・ケア・プランニング)と人生会議

飯田市立病院 緩和ケア内科 山田 武志

ここ数年 ACP(アドバンス・ケア・プランニング)について様々な場所でお話をさせていただく機会が増えてきました。ACPという言葉は同じでも内容としては大きく3つくらいに分けて考えた方が良さそうな気がしています。主に急性期病院でのDNARを中心とするもの、医療者側から見た主に在宅医療におけるいわゆるACPと言われているもの、そして一般市民の立場からのものでいわゆる人生会議と言われているものの3つです。

今回の診療報酬改定で、人生の最終段階における適切な意思決定支援に関する指針の作成が入院機能を持つ医療機関ではほぼ必須の要件とされました。これを受けて慌てて作成するところもあると思いますが、当院のようにすでに作成済みであっても現実的には作っただけで止まってしまっている様なところも多いのではないのでしょうか。事前指示書もかなり多くの地域で雛形は見かける様にはなりましたが、実際に有効利用できているという話はごく一部に限られている様です。ただ、人生会議の講演会を公民館などでさせていただくと、それなりに多くの地域住民の参加はありますので、一般の方々がその様な話に興味がないということでもなさそうです。講演会場で挙手をしてもらおうと、家族と人生の終末期の話をしたことがある人はそれなりにいますが、文書を書くとなると一人居るか居ないかになってしまいます。これまでの厚労省の調査でもほとんど増えてきていないことから、やはり欧米の契約書文化は、我々の日本文化の下ではなかなか馴染みにくく、書かなくても済む良い方法を検討しても良い時期なのかもしれません。

ただし、代理意思決定者(キーパーソン)についての話は、私たち医師が思っている以上に一般の方々には響く様な印象を受けます。講演をした後の質問時間に「子どもたちは遠方に住んでいるし、近所の幼馴染に代理意思決定者になってもらうことは可能か?」という質問がありました。「もちろんお子様たちを含めて周囲の方々と人生会議をした上での話だとは思いますが、皆さんが同意していれば血縁の有無は問わず、本人が自分の一番の理解者と思う人を指名することに問題はありません」とお返事をしました。国としても家族に限らないという方針を示していますが、一般の方々への周知はほとんどできていないと思われますので、この様な形で少しずつ広めて行くことが必要なのではないかなと感じた出来事でした。

また、DNARを含めた終末期の話をする際に、医師は家族に「決めてきてください」と伝えていませんかでしょうか。それをフォローする看護師はどのように家族に話しかけているのでしょうか。「本人がどう望んでいたかを私たちに教えてください」、「本人ならばどう言うかを私たちと一緒に考えてみましょう」と言葉を換えるだけでも、家族の負担はとて和らぎますし、いつか「人生会議をされていましたか?それを私たちに教えてください」と言うだけで話が進む様になることを願っています。

がん診療におけるがん看護専門看護師の重要性とその育成

久留米大学 医学部 外科学講座 石橋 生哉

「○田○子さんですね、お変わりありませんか？タブレットへの入力お願いしま～す。今日はInBody(体成分分析)の測定もありますよ～」看護師の○里さんからいつもの通りの元気な声掛け。彼女、感じいいな。そう、私は「○田○子」約3年前に大腸がんの手術を受け、半年ほど前に再発といわれて抗がん剤による治療を行っている。そろそろ8回目になるが、最近、食欲が落ち気味で体重も減っている。それに、手足の感覚も鈍くなって、ボタンが掛けにくかったり、躓き易かったり。うちの子どもはまだ中学生だから何としても治らないといけないから、今日も頑張って治療を受けない。前回、食事が食べられないことを言ったら延期されちゃったから、今回は、十分食事は摂れていることにして、手足の痺れのことみつからないように隠さなきゃ・・・。

「○田さん、タブレットの内容の確認をしたいので少しお話しできますか？」と○里さんが話しかけてきた。○里さんは3か月前からアメニティーセンターで働いている看護師さんで、なんでも“がん薬物療法”と“栄養と水分管理に係る薬物投与関連の特定行為”の研修を修了したそうで、周りの人からも頼りにされている。○里さんがタブレットとInBodyの結果を見た後に、私をじっと見て、「○田さん、本当にちゃんと食べられていますか？手足の痺れや痛みは悪くなっていませんか？」と尋ねてきた。

やばいな？嘘がばれちゃったかな？だけど早く治りたいし、治療を受けたいけど・・・と思っていると、「○田さん。無理していませんか？」と・・・。「前回に食事が減っている話を聞いて、先生とも相談してInBodyで体重や体型の変化もみないって話していたんですが、食べられるって割に体重はかなり減っているし、脱水気味にみえますよ。」「あと、上着を着たり脱いだりするとことか歩き方も気になって。」と言われて、心配してもらっているのに嘘をつき通すわけにもいかないよね。いつの間にか現状を吐露しなければいけなくなった。○里さんから詳しい話を聞いてみると、無理していると痺れは治らなくなったり、副作用が強くなり出して治療が続けられなくなるそうだ。今日は、脱水もありそうなので点滴をして自宅に帰ることになった。自分勝手な考えではダメなんだな。食事のことや水分摂取についても教えてくれたな。タブレットとかで便利になってはいるけど会話は減っていたかも。○里さんに相談しながらなら安心して治療頑張れる・・・かな。

緩和医療や薬物療法などのがん看護専門看護師が病院に定着する以前は、今よりも多くの患者さんが副作用に悩み苦しんでいたと思います。この○田さんのように頑張りすぎて、末梢神経障害がなかなか治らなくなった患者さんや食べられないのに無理して治療を受けて高度の副作用が出現してしまった患者さんを私も見たことがあります。このような患者さん方に適正な治療を心の安寧を保ちながら受けてもらうためには、AIが取りざたされてはいますが、やはり多くの医療スタッフによるサポートが必要だと思います。その中でも重要な位置を占めているのは、やはり看護師さんだと思います。私もこれまでいくつかの施設で働きながら、がん看護専門看護師やがん専門薬剤師、管理栄養士の方々に助けてもらってまいりました。しかし、世の中のがん看護専門看護師さんの数はまだまだ不十分のようです。

久留米大学認定看護師教育センターでは、2022年度から看護師特定行為研修もプログラムに組み込み、がん患者さんへの質の高いチーム医療を行うために必須の心豊かながん看護専門看護師（がん薬物療法看護、緩和ケア、がん放射線療法看護の3分野）の育成を続けています。興味がある方は、久留米大学のホームページからアクセスしてください。私もここで特定行為研修のお手伝いをしています。特定行為研修では、フィジカルアセスメントとともに久留米大学クリニカルスキル・トレーニングセンターでのシミュレータを用いたトレーニングや医師や先輩看護師から直接診察の方法や考え方を学ぶことができます。先の物語はフィクションとノンフィクションが混ざりあった内容ですが、緩和医療とがんに対する治療をよく理解した経験豊かな医師や看護師、メディカルスタッフの育成が多くのがん患者さんの幸せにつながるものと信じています。

ジャーナルウォッチ 緩和ケアに関する論文レビュー (2023年12月~2024年2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. 2023;389(23-25), 2024;390(1-8)】

- フルタイムの二つの仕事をこなす：メサドンクリニックでの診療とがん治療
Jones KF, Joudrey P, Meier D, Meghani S, Merlin J. Juggling Two Full-Time Jobs - Methadone Clinic Engagement and Cancer Care. N Engl J Med. 2023;389(22):2024-6. [PMID: 38009604]
- 椎間関節由来の腰背部痛に対する後枝内側枝ブロックと高周波熱凝固法
Hao D, Yong RJ, Cohen SP, Stojanovic MP. Medial Branch Blocks and Radiofrequency Ablation for Low Back Pain from Facet Joints. N Engl J Med. 2023;389(25):e53. [PMID: 38118025]
- うつ病治療におけるウェアラブル技術
Galduroz JC, Campos-Junior M, Andreatini R. Wearable Technology in Clinical Practice for Depressive Disorder. N Engl J Med. 2024;390(11):1056-7. [PMID: 38478001]
- 重篤な病気と終末期についてのナビゲートとコミュニケーション
Jackson VA, Emanuel L. Navigating and Communicating about Serious Illness and End of Life. N Engl J Med. 2024;390(1):63-9. [PMID: 38118003]
- 高齢者における治療抵抗性のうつ病
Steffens DC. Treatment-Resistant Depression in Older Adults. N Engl J Med. 2024;390(7):630-9. [PMID: 38354142]

【Lancet. 2023;402(10417-10418),2024;403(10419-10428)】

- 進行性乳がんや非小細胞肺癌患者を対象とした定位放射線治療を併用する全身療法と併用しない全身療法：第II相非盲検ランダム化比較試験
Tsai CJ, Yang JT, Shaverdian N, Patel J, Shepherd AF, Eng J, et al. Standard-of-care systemic therapy with or without stereotactic body radiotherapy in patients with oligoprogressive breast cancer or non-small-cell lung cancer (Consolidative Use of Radiotherapy to Block [CURB] oligoprogression): an open-label, randomised, controlled, phase 2 study. Lancet. 2024;403(10422):171-82. [PMID: 38104577]

【Lancet Oncol. 2023;24(12),2024;25(1-2)】

- 経口モルヒネへのアクセス向上を目指すモルヒネ・マニフェスト
Sharma DC. Morphine manifesto seeks to boost access to oral morphine. Lancet Oncol. 2024;25(1):e5. [PMID: 38104582]
- 終末期における尊厳と不平等
Stirrups R. Dignity and inequality at the end of life. Lancet Oncol. 2024;25(1):26-8. [PMID: 38181806]
- 英国におけるがん医療の未来：抜本的かつ持続可能ながん計画の必要性
Aggarwal A, Choudhury A, Fearnhead N, Kearns P, Kirby A, Lawler M, et al. The future of cancer care in the UK-time for a radical and sustainable National Cancer Plan. Lancet Oncol. 2024;25(1):e6-e17. [PMID: 37977167]
- 固形がん患者における高度催吐性化学療法による悪心嘔吐の予防を目的とした、低用量オランザピンと標準用量オランザピンの3剤併用制吐療法の比較：第III相単施設非盲検非劣性ランダム化比較試験
Bajpai J, Kapu V, Rath S, Kumar S, Sekar A, Patil P, et al. Low-dose versus standard-dose olanzapine with triple anti-emetic therapy for prevention of highly emetogenic chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients with solid tumours: a single-centre, open-label, non-inferiority, randomised, controlled, phase 3 trial. Lancet Oncol. 2024;25(2):246-54. [PMID: 38224701]

【JAMA. 2023;330(21-24),2024;331(1-8)】

- 胎盤機能に関連する大麻曝露と妊娠の有害転帰
Metz TD, Allshouse AA, McMillin GA, Greene T, Chung JH, Grobman WA, et al. Cannabis Exposure and Adverse Pregnancy Outcomes Related to Placental Function. JAMA. 2023;330(22):2191-9. [PMID: 38085313]
- COPD・心不全・間質性肺疾患患者における看護師とソーシャルワーカーによる遠隔緩和ケアがQOLに与える効果：ラン

ダム化比較試験

- Bekelman DB, Feser W, Morgan B, Welsh CH, Parsons EC, Paden G, et al. Nurse and Social Worker Palliative Telecare Team and Quality of Life in Patients With COPD, Heart Failure, or Interstitial Lung Disease: The ADAPT Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2024;331(3):212-23. [PMID: 38227034]
13. 重症入院患者に対する緩和ケア自動介入：クラスターランダム化比較試験
Courtright KR, Madden V, Bayes B, Chowdhury M, Whitman C, Small DS, et al. Default Palliative Care Consultation for Seriously Ill Hospitalized Patients: A Pragmatic Cluster Randomized Trial. *JAMA*. 2024;331(3):224-32. [PMID: 38227032]
14. オピオイド過剰摂取に対する経鼻ナロキソン
Taylor JL, Lasser KE. Intranasal Naloxone for Opioid Overdose. *JAMA*. 2024;331(3):250-1. [PMID: 38127361]
15. 薬物使用障害の治療施設における長時間作用型ブプレノルフィン注射剤の利用可能性
Vidyasagar N, Bunting SR, Arora VM, Ari M. Availability of Long-Acting Injectable Buprenorphine at Substance Use Treatment Facilities in 2021. *JAMA*. 2024;331(6):524-6. [PMID: 38236586]
16. 妊娠中のオピオイド使用障害の治療はメサドンよりブプレノルフィンが安全
Harris E. Buprenorphine Treatment May Be Safer Than Methadone During Pregnancy. *JAMA*. 2024;331(7):555. [PMID: 38294782]

【*JAMA Intern Med*. 2023;183(12),2024;184(1-2)】

17. 意思決定能力の乏しい入院患者に対する意思決定
Batbold S, Duke JD, Riggan KA, DeMartino ES. Decision-Making for Hospitalized Incarcerated Patients Lacking Decisional Capacity. *JAMA Intern Med*. 2024;184(1):28-35. [PMID: 38048093]
18. オピオイド鎮痛薬使用と重篤な転倒イベントの加齢に伴うリスク
Hopkins RE, Bharat C, Buizen L, Close J, Ivers R, Draper B, et al. Age-Related Risk of Serious Fall Events and Opioid Analgesic Use. *JAMA Intern Med*. 2024. [PMID: 38373005]
19. ヒスパニック系の重篤な非がん疾患患者における緩和ケアアウトカム改善のための患者ナビゲーター介入
Fischer SM, Min SJ, Kline DM, Lester K, Gozansky W, Schifeling C, et al. Patient Navigator Intervention to Improve Palliative Care Outcomes for Hispanic Patients With Serious Noncancer Illness: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2024. [PMID: 38345793]

【*JAMA Oncol*. 2023;9(12),2024;10(1-2)】

該当なし

【*BMJ*. 2023; 383(8409-8411), 2024; 384(8412-8418)】

20. 椅子の位置が医師の行動と患者の満足度に与える影響：ランダム化試験
Iyer R, Park D, Kim J, Newman C, Young A, Sumarsono A. Effect of chair placement on physicians' behavior and patients' satisfaction: randomized deception trial. *BMJ*. 2023;383:e076309. [PMID: 38101923]
21. オピオイドおよび精神刺激薬のリスク軽減ガイドランスが死亡率と急性期医療受診率に及ぼす影響：公衆衛生上の二重の緊急事態の中での後ろ向きコホート研究
Slaunwhite A, Min JE, Palis H, Urbanoski K, Pauly B, Barker B, et al. Effect of Risk Mitigation Guidance opioid and stimulant dispensations on mortality and acute care visits during dual public health emergencies: retrospective cohort study. *BMJ*. 2024;384:e076336. [PMID: 38199614]
22. 検診以外で発見された浸潤性乳がんとは非浸潤性乳管がんの死亡率：1990-2018年イングランドの集団ベースコホート研究
Mannu GS, Wang Z, Dodwell D, Broggio J, Charman J, Darby SC. Invasive breast cancer and breast cancer death after non-screen detected ductal carcinoma in situ from 1990 to 2018 in England: population based cohort study. *BMJ*. 2024;384:e075498. [PMID: 38267073]

【*Ann Intern Med*. 2023;176(12), 2024; 177(1-2)】

23. 医師主導の患者中心のメディカルホームとチームベースのケアに関する原則：アメリカ内科学会のポジションペーパー
Crowley R, Pugach D, Williams M, Goldman J, Hilden D, Schultz AF, et al. Principles for the Physician-Led Patient-Centered Medical Home and Other Approaches to Team-Based Care: A Position Paper From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2024;177(1):65-7. [PMID: 38145573]

【*J Clin Oncol*. 2023;41(34-36), 2024;42(1-6)】

24. 転移性大腸がん高齢患者のエビデンスに基づいたケア：画期的な臨床試験からの洞察
Ioffe D, Dotan E. Evidence-Based Care of Older Adults With Metastatic Colorectal Cancer: Insights From Landmark Clinical Trials. *J Clin Oncol*. 2023;41(34):5228-36. [PMID: 37856768]

25. 乳がん女性における化学療法完遂と病理学的な完全奏効に対する運動と栄養の効果：診断後早期のライフスタイル、運動、栄養に関するランダム化試験

Sanft T, Harrigan M, McGowan C, Cartmel B, Zupa M, Li FY, et al. Randomized Trial of Exercise and Nutrition on Chemotherapy Completion and Pathologic Complete Response in Women With Breast Cancer: The Lifestyle, Exercise, and Nutrition Early After Diagnosis Study. *J Clin Oncol.* 2023;41(34):5285-95. [PMID: 37656930]

26. 大腸がん術後の高齢患者における機能回復と QoL の予測：国際 GOSAFE 研究から得たリアルワールドデータ

Montroni I, Ugolini G, Saur NM, Rostoft S, Spinelli A, Van Leeuwen BL, et al. Predicting Functional Recovery and Quality of Life in Older Patients Undergoing Colorectal Cancer Surgery: Real-World Data From the International GOSAFE Study. *J Clin Oncol.* 2023;41(34):5247-62. [PMID: 37390383]

27. がん治療スケールでの機能評価：一般的な尺度の開発と検証

Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: Development and Validation of the General Measure. *J Clin Oncol.* 2023;41(35):5335-44.[PMID: 38056080]

28. 健康関連 QoL の変化の重要性の解釈

Osoba D, Rodrigues G, Myles J, Zee B, Pater J. Interpreting the Significance of Changes in Health-Related Quality-of-Life Scores. *J Clin Oncol.* 2023;41(35):5345-50. [PMID: 38056079]

29. 無症候性骨転移ハイリスク患者に対する予防的放射線治療と標準治療：第Ⅱ相多施設ランダム化試験

Gillespie EF, Yang JC, Mathis NJ, Marine CB, White C, Zhang Z, et al. Prophylactic Radiation Therapy Versus Standard of Care for Patients With High-Risk Asymptomatic Bone Metastases: A Multicenter, Randomized Phase II Clinical Trial. *J Clin Oncol.* 2024;42(1):38-46. [PMID: 37748124]

30. がん高齢者における高齢者評価と管理の費用対効果：5C 試験での経済評価

Sahakyan Y, Li Q, Alibhai SMH, Puts M, Yeretzyan ST, Anwar MR, et al. Cost-Utility Analysis of Geriatric Assessment and Management in Older Adults With Cancer: Economic Evaluation Within 5C Trial. *J Clin Oncol.* 2024;42(1):59-69.[PMID: 37871266]

31. AYA 世代のがん患者に対する緩和ケア

Johnston EE, Rosenberg AR. Palliative Care in Adolescents and Young Adults With Cancer. *J Clin Oncol.* 2024;42(6):755-63. [PMID: 37862672]

32. AYA 世代のがん患者における終末期ケアの質

Mack JW, Cernik C, Uno H, Laurent CA, Fisher L, Xu L, et al. Quality of End-of-Life Care Among Adolescents and Young Adults With Cancer. *J Clin Oncol.* 2024;42(6):621-9. [PMID: 37890132]

33. AYA 世代がんサバイバーの心理アウトカム

McGrady ME, Willard VW, Williams AM, Brinkman TM. Psychological Outcomes in Adolescent and Young Adult Cancer Survivors. *J Clin Oncol.* 2024;42(6):707-16. [PMID: 37967297]

34. AYA 世代のがん患者における性的健康

Cherven BO, Demedis J, Frederick NN. Sexual Health in Adolescents and Young Adults With Cancer. *J Clin Oncol.* 2024;42(6):717-24. [PMID: 37856773]

35. 米国における AYA 世代がん患者のケアへのアクセス：現状のレビュー

Kirchhoff AC, Waters AR, Chevrier A, Wolfson JA. Access to Care for Adolescents and Young Adults With Cancer in the United States: State of the Literature. *J Clin Oncol.* 2024;42(6):642-52. [PMID: 37939320]

36. 低所得層およびマイノリティのがん患者に対する地域医療従事者主導の介入効果：ランダム化試験

Patel MI, Kapphahn K, Wood E, Coker T, Salava D, Riley A, et al. Effect of a Community Health Worker-Led Intervention Among Low-Income and Minoritized Patients With Cancer: A Randomized Clinical Trial. *J Clin Oncol.* 2024;42(5):518-28. [PMID: 37625110]

【Ann Oncol. 2023;34(12),2024;35(1-2)】

37. がん領域のリアルワールドエビデンスを報告するための ESMO ガイダンス

Castelo-Branco L, Pellat A, Martins-Branco D, Valachis A, Derksen JWG, Suijkerbuijk KPM, et al. ESMO Guidance for Reporting Oncology real-World evidence (GROW). *Ann Oncol.* 2023;34(12):1097-112. [PMID: 37848160]

【Eur J Cancer. 2023(195), 2024(196-198)】

38. がん全身療法の第Ⅲ相非劣性試験における健康関連 QoL の採用、報告、影響：系統的レビュー

Notarnicola S ZL, Paparo J, Marandino L, Perrone F, Di Maio M. Systematic review of adoption, reporting and impact of health-related quality of life in phase III non-inferiority trials of systemic oncology treatments. *Eur J Cancer.* 2023;195.

39. がん全身療法の質指標：医療施設間で質を比較する指標の系統的レビュー

Leung K, McLeod M, Torode J, Ilbawi A, Chakowa J, Bourbeau B, et al. Quality indicators for systemic anticancer therapy services: a systematic review of metrics used to compare quality across healthcare facilities. *Eur J Cancer.* 2023;195:113389. [PMID: 37924649]

【Br J Cancer. 2023;129(12), 2024;130(1-3)】

該当なし

【Cancer. 2023;129(23-24), 2024;130(1-4)】

40. 進行がん関連疼痛に非医療用の精神刺激薬を使用している患者におけるオピオイド管理のアプローチに関する専門家のコンセンサスに基づく指針

Jones KF, Khodyakov D, Han BH, Arnold RM, Dao E, Morrison J, et al. Expert consensus-based guidance on approaches to opioid management in individuals with advanced cancer-related pain and nonmedical stimulant use. *Cancer*. 2023;129(24):3978-86. [PMID: 37691479]

41. 精神保健サービス利用者における検診受診と診断時の浸潤性乳がんの広がり度：データベース研究

Sara G, Lambeth C, Burgess P, Curtis J, Walton R, Currow D. Breast screening participation and degree of spread of invasive breast cancer at diagnosis in mental health service users: A population linkage study. *Cancer*. 2024;130(1):77-85. [PMID: 37632356]

42. 米国の労働人口における独居とがん死亡率：人種・民族および社会経済的地位別の調査

Lee H, Singh GK, Jemal A, Islami F. Living alone and cancer mortality by race/ethnicity and socioeconomic status among US working-age adults. *Cancer*. 2024;130(1):86-95. [PMID: 37855867]

43. 小児がんサバイバーにおける生殖補助医療技術の利用と結果

Keefe KW, Lanes A, Stratton K, Green DM, Chow EJ, Oeffinger KC, et al. Assisted reproductive technology use and outcomes in childhood cancer survivors. *Cancer*. 2024;130(1):128-39. [PMID: 37732943]

44. 乳がん長期サバイバーの全国サンプルにおける晩期障害の負担

Smedsland SK, Falk RS, Reinertsen KV, Kiserud CE, Brekke M, Bohn SH, et al. Burden of late effects in a nationwide sample of long-term breast cancer survivors. *Cancer*. 2024;130(1):140-9. [PMID: 37776533]

45. 頭頸部扁平上皮がん患者における口腔粘膜炎の経過に及ぼす口腔微生物の特徴の影響

Zhang L, San Valentin EMD, John TM, Jenq RR, Do KA, Hanna EY, et al. Influence of oral microbiome on longitudinal patterns of oral mucositis severity in patients with squamous cell carcinoma of the head and neck. *Cancer*. 2024;130(1):150-61. [PMID: 37688396]

46. 口腔の健康が頭頸部がんの生存率と関連する

Nierengarten MB. Oral health linked to survival in head and neck cancer. *Cancer*. 2024;130(2):171. [PMID: 38251416]

47. ブレイン・コンピューター・インターフェイスによる化学療法の末梢神経障害緩和：二重盲検プラセボランダム化比較試験

Prinsloo S, Kaptchuk TJ, De Ridder D, Lyle R, Bruera E, Novy D, et al. Brain-computer interface relieves chronic chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Cancer*. 2024;130(2):300-11. [PMID: 37733286]

委員会活動報告

1.2025年以降の学術大会における公募演題の倫理審査の必要性の厳格化について(第2報) — 厳格に審査される例と自施設に倫理委員会がない場合の対応について —

学術委員会 学術大会支援WPG
WPG員長 宮下 光令

2024年2月発行のニューズレター第102号で、2025年以降の学術大会における公募演題において、症例報告や患者の健康関連情報を扱わない活動報告など一部を除き、倫理委員会を通過していない研究は採択されない旨のご連絡をさせていただきました。具体的には以下のようなケースでは、活動報告のカテゴリであっても倫理委員会の承認を得ていない場合は採択されない可能性があります。

(倫理委員会の承認が必要な例)

- ・自施設の過去の症例を解析(※)したもの
- ・自施設で医療を受けた患者や家族を対象としたアンケート調査やインタビュー調査
- ・一般市民や医療者を対象としたアンケート調査やインタビュー調査で参加者の健康関連情報(※※)を含むもの
- ・自施設(地域)で行った(行っている)医療者向け研修の紹介、参加者内訳、アンケートの結果を解析(※)した報告で、参加者の健康関連情報(※※)を含むもの
- ・自施設で行った(行っている)患者・家族向けの取り組み(がんサロンなど)の紹介、参加者内訳、アンケートの結果を解析(※)した報告で健康関連情報(※※)を含むもの

※解析とは平均や割合(%)などの基本的な統計処理を行う場合も含みます。

※※健康関連情報とは、病名や経過などの病気に関する情報、薬剤や処置などの医療行為に関するもの、身体症状・精神症状など、自己効力感などの心理的なもの、医療に対する満足度などを指します。

(倫理審査の承認を必要としない例)

- ・広く一般に公開されているデータベース等公開情報のみを用いるもの

・一般市民又は医療者を対象とする又はインタビュー等の社会調査の手法を用いるものであって、研究対象者の健康関連情報を扱わないもの

所属施設内に倫理委員会がないケースもあると思われますが、そのような場合には、外部施設の研究の倫理審査をしている施設に依頼するなどの対応が必要になります。日本医師会では倫理審査を受け付けておりますし、大学病院などの大規模病院でも外部機関の倫理審査を受け付けているところが多いです。実際に地域にどのような倫理委員会があるかは、厚生労働省による「研究倫理審査委員会報告システム」で検索することができます。ただし、この検索結果では外部審査を受け付けているか分からないため、各委員会に個別に問い合わせる必要があります。倫理委員会は構成や活動内容などがガイドラインによって定められており、このシステムに登録することが義務付けられています。逆に考えると「研究倫理審査委員会報告システム」に登録されていない倫理委員会はガイドラインの要件を満たす倫理委員会とは言えません。学会としては全ての演題において「研究倫理審査委員会報告システム」に掲載されている倫理委員会による審査を強く推奨いたします。

最終的な募集要項が出た段階で倫理審査を申請しても、演題募集期限に間に合わないケースが多いと思います。2025年の学術大会に一般演題の応募を検討されている方は、日本医学会連合による「学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針」を熟読し、余裕をもって倫理審査を受けることをお勧めいたします。

2. 第6回北海道支部学術大会開催に向けて

第6回北海道支部学術大会
大会長 高田 慎也

2024年8月31日土曜日、札幌医科大学にて第6回北海道支部学術大会を開催することとなりました。新型コロナウイルス感染症も5類へと移行し、1年以上が経過し、様々な学会、イベントも本格的に対面で開催されるようになってきていることから、本支部大会も対面開催できることを嬉しく思いつつ事務局一同、鋭意準備を進めております。今大会は、

テーマを『持続可能な緩和ケアの確実な変化～新たな挑戦として何が出来るか～』といたしました。がんの緩和ケアはパラレルケアという考えのもと病棟、外来、在宅に平行して治療中においても行われるようになっておりその対象は多岐にわたっております。今まで長い年月をかけて築き上げてきた緩和ケアを今後も持続可能なものとして受け継ぎ、さらには、現在求められている多様化するニーズを満たすための挑戦をしていく必要があると考えます。プログラムには、築き上げてきた緩和ケアを今後も持続可能なものとして受け継ぎ、さらには、現在求められている多様化するニーズを満たし日々の業務の一助になるような内容となっております。

オープニングの特別講演は、佐藤淳也先生の「NSAIDs、便秘薬の使い分けを掘り下げる－アカデミックディテリングのすすめ－」です。具体的には、緩和ケアに関連する治療薬剤をもう一度アカデミック的な視点で再考する講演、高齢者の薬物療法の注意点などを多職種で議論する講演、また、看護師、栄養士、リハビリ、Child Life Specialistなどによる多職種セミナーも企画しておりますので、多くの方に参加いただき、明日からの診療の一助になれば幸いです。教育講演では、「答えのなき領域を模索する～高齢者薬物療法の道しるべ～」を企画しております。医師、薬剤師、看護師の立場から中々正解のない領域についてどのように考えたらうまくいくのかというコツについて参加者と一緒に考えるようなセッションとなればと企画しました。また、今回の注目企画として多職種セミナーを企画しました。緩和ケアを支えている様々な立場での関りについて講演いただく内容となっております。

①看護師企画：「コミュニケーションと共感－あなたのその「共感」大丈夫？－」、②栄養士企画：「食からその人らしい生き方を見つめる～がん患者さんに寄り添う食支援の在り方～」、③リハビリテーション企画：「個別性の尊重に対して柔軟に考える新たな緩和ケアのリハビリテーションの挑戦」、④Child Life Specialist 企画：「パパやママががんになるってどういうこと？～子ども達の視点から伝えたいこと～」から構成している4部門の講演となっております。また一般演題は、非会員も演題登録を行えるようにいたしました。すべて口演で予定しております。昨年の大会開催日は、非常に暑く天候にも恵まれました。今年も暑い夏が予想されます。多くの学びの後は、札幌の美味しい食事とビールでリフレッシュいただき、今後の皆様の業務の一助になれば幸いです。

3. 日本緩和医療学会 第6回中国・四国支部学術大会 開催案内

第6回中国・四国支部学術大会
大会長 足立 誠司

第6回中国・四国支部学術大会を以下の通り、開催できるように準備を進めています。

1. 会期 2024年8月31日(土)
2. 会場 とりぎん文化会館(鳥取県立県民文化会館)〒680-0017 鳥取市尚徳町 101-5
3. 大会テーマ「そこにある～其処・底 × 在る・有る～」

学術大会として、緩和医療に関する知識・技能・態度を学際的かつ学術的に深く極めていく姿勢(底に有る)が重要であるのはもちろんのこと、緩和医療は目の前の人、其処で提供され、治療が難しい状況になっても在り続ける姿勢(其処に在る)も同様に大切であることから、大会テーマとしました。

4. 大会プログラム概要

【教育講演・特別講演】

講演1 神経ブロックを用いた痛み緩和
大槻明広(鳥取大学医学部麻酔・集中治療医学分野)

講演2 行動経済学と意思決定支援
佐々木周作(大阪大学感染症総合教育研究拠点)

講演3 チームで取り組む死亡直前の苦痛と鎮静
今井堅吾(聖隷三方原病院)

講演4 在り方を支えるケア～スピリチュアルケアの重要性～

玉置妙憂(大慈学苑)

【一般演題】口演発表、ポスター発表

【中国・四国支部企画：シンポジウム】

各県における先進的なACP(アドバンス・ケア・プランニング)の取り組みについて

【共催セミナー】ランチョンセミナー、シンポジウム

このように、本大会では、第一線で活躍されている講師の方々をお招きしています。がん疼痛治療の最新の話題をはじめ、行動経済学の視点から、意思決定支援についての認知バイアスを理解し、医療者の意思決定の在り方を振り返る機会となることを期待しています。また、鎮静における倫理的な問題に苦慮する臨床現場の悩みについても、最新の手引きに基づいた講演で学びを深めたいと考えています。そして、スピリチュアルケアについても実践的な講演を企画し準備しています。さらに、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の地域の実情などの支

部企画も準備しています。

本大会にぜひご参加いただき、大会テーマ「そこにある～其処・底 × 在る・有る～」について一緒に考え、学びを深めることができれば幸甚です。皆様と現地でお会いできることを楽しみにしています。

**編集
後記**

昨今、対面で開催される学術集会等が増えてきました。オンラインも便利ですが、参加会場での白熱したディスカッションから得られる刺激をはじめ、場外でのちょっとした情報交換、同じ想いで活動している新たな仲間との出会いといった、対面ならではのメリットを改めて実感しています。巷に目を向けると、人の流れも徐々に戻ってきたようですね。

交通機関では周囲との間隔をとりながら座席を選ぶことが難しくかったり、好条件な宿泊施設も早くから満室となる状況も増えたように感じます。まもなく第29回日本緩和医療学会学術大会が開催されます。読者の皆様の中には既に参加登録を済ませた方も多いと思います。あわせて、お出かけのご準備もどうぞお早めに。(武村 尊生)

惠紙英昭
坂井さゆり
武村 尊生
萬谷摩美子
○山口重樹
山田武志