

日本緩和医療学会 Vol.104

ニューズレター

Aug.2024



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	18
理事就任挨拶	19
ロゴマーク決定	30
Journal Club.....	32
学会印象記	38
よもやま話	39
Journal Watch.....	42
委員会活動報告	46

巻頭言

理事長就任のご挨拶

筑波大学 医学医療系緩和医療学
木澤 義之



筑波大学医学医療系緩和医療学の木澤義之です。

この度、再び日本緩和医療学会理事長を拝命しました。緩和医療の研究と実践を通じて、重い病を持つ患者さんとその家族のQOLの向上をはかり、人々が、いつでも、どこでも、疾患を問わず、必要なときに緩和ケアを受けられるように、学術団体として社会に貢献していきたいと考えています。この2年間は以下の5つに力を入れて活動していきたいと思っています。

- 1) すべての重い病に対する緩和ケアのさらなる普及とその提供体制の整備
- 2) 次世代の緩和ケアの担い手の育成
- 3) 緩和ケア教育の充実、特に Goals of Care Discussion の教育
- 4) インタレストグループの設置と研究の推進
- 5) 学会機能のさらなる強化と運営の透明化、合理化

具体的には、まず理事を中心として7月末にワークショップを開催し、学会の将来行動計画を策定した上で、課題を確実に実行し、その成果を内外に示していきたいと思っています。

特に、地域包括ケアの中で、どのように緩和ケア専門家とその役割を果たしていくかに注目し、病院だけでなく、地域の医療機関を対象とした緩和ケアのコンサルテーションの仕組みの構築とその社会への実装に力を入れていきたいと思っています。がん以外の疾患に対する緩和ケアとしては、呼吸器疾患、腎臓病の緩和ケアの推進についても力を入れて行くとともに、救急集中治療領域では、日本集中治療学会、日本救急医学会、日本循環器学会と治療の中止と差し控えに関する4学会ガイドラインを共同で作成していきたいと考えています。

また、学会の運営にあたっては、この4年間、会員管理システムの一新、利用者の利便性とセキュリティに配慮したWebページの刷新、SNSを用いた情報発信、今まで委託していた事務局機能の内製化などを進めてきました。今期もさらに活動を透明化し、会員サービスを向上させることができるよう学会運営に取り組んでまいります。会員の皆様のご意見を伺いながら、アクティブに活動してまいりますので、なにかお気づきのことがあればいつでもご相談ください。皆様どうぞよろしく願いいたします。

理事就任挨拶

理事就任のご挨拶



大阪大学大学院
医学系研究科
荒尾 晴恵

このたび、理事に当選させていただきましたこと、ご支援いただきました皆様に心より感謝申し上げます。看護系理事として、緩和医療とケア

の発展のために尽力してまいりたいと思っています。

先日、開催された第29回日本緩和医療学会学術大会・第37回日本サイコオンコロジー学会総会合同学術大会では、6000名近い現地参加者があったと聞いています。私も現地参加をしまして、緩和ケアに関心のある人々がこのようにたくさんいるということに改めて肌で感じました。多様なプログラム構成からみても、参加者は、職種も多様、緩和ケアに関するニーズも多様なのだと再認識しました。前期に続き、副理事長という役割をいただきましたが、多様な価値観やニーズをもつ学会員や緩和ケアに関心のある人々からご指導をいただき、学会に対する期待に少しでも応えられるような学会運営をしていかななくてはと思いを新たにしました。

社会では医師の働き方改革の影響もあり、看護職への役割移行の期待も高く、看護職の在り様を検討していく時期にあります。当会の会員数11,983名(2024年6月)のうち、4,145名(34.6%)が看護職です。会員数全体、看護職の会員数ともに2019年をピークとして、減少傾向にあります。看護職の年齢構成は50代、60代の割合は増え、20代、30代、40代の割合が減っています。20代は2020年は2%でしたが、2023年には僅か1.1%でした。他学会でも若い世代の学会離れが問題になっていますが、同様の現象が当会にもあります。若い世代が興味をもってもらえるような学会の在り方については僅々の課題です。また、当会の看護職のうち、緩和ケアに関する専門性の高い看護職の占める割合は多く、こういった専門性の高い看護職への支援についても検討していく必要があります。文字数の関係上、看護職に関する記載のみになりましたが、会員の皆様のご期待に応えられる学会を目指して努力していきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

理事就任のご挨拶



帝京大学医学部
緩和医療学講座 主任教授
有賀 悦子

代議員および理事選挙におきましては、会員の皆様から大きなご支援を賜り心から御礼申し上げます。皆様の後押しにお応えできるよう精いっぱい努めて

いきたいと思っております。

この数年間、学会の外では、国の審議委員会や厚生労働科学研究評価委員(退任後にて公表済み)、AMEDのプログラム・オフィサー、日本癌治療学会理事などを歴任し、所属元では緩和医療学講座の運営を評価頂き、主任教授として他の専門領域と肩を並べ職責を果たしているところです。これらの経験や人との繋がりは深く、当学会に還元していく所存です。

これまで、当学会においては、専門医制度委員会、広報委員会、渉外委員会、将来構想委員会、地区委員会の委員長として、その他、将来構想委員会や学術WGなどにも多数取り組んできました。今期は、地区委員会を継続担当することとなりましたことをご報告申し上げます。

私たちの学会を今後、引き続き成長させ、発展させていくことができるよう現在のマルチチャンネルな立場を生かし、鋭意、力を尽くしてまいります。

ぜひ、皆様のお力をお貸しください。2年間、どうぞ、よろしくお願い申し上げます。

理事就任のご挨拶



国立がん研究センター中央病院
緩和医療科
石木 寛人

この度、日本緩和医療学会理事に選出いただきました石木寛人です。代議員ならびに理事選挙では会員の皆様から多大なご支援をいただき、心から感謝申

し上げます。

前期は健康保険・介護保険委員長、Palliative Care Research編集委員会副委員長を拝命しました。健康保険・介護保険委員長としては、この度の令和6年度診療報酬改定に関する活動および、薬剤の承認や発売中止に関する学会の窓口として活動してまいりました。この2年間学会担当として他領域や他業界の方とお会いすると、必ずと言って良いほど「緩和ケアって大切だよな」という言葉をいただきます。私達が思っている以上に世の中の緩和ケアに対する期待は大きく、それだけ私達の責任も重いことを強く感じています。一方で、緩和ケアに関する認知が行き届いていない、あるいは緩和ケアを届けられていない方々がまだまだいらっしゃることも事実です。したがって私達は緩和ケアの普及啓発にも力を入れていく必要があると認識しています。2年毎の診療報酬改定の度に制度が変わり、現場では「なんでこうなったのか」「こうだったら良いのにな」という意見が溢れます。今季も健康保険・介護保険委員長を拝命いたしましたので、次期診療報酬改定に向けて、現行の制度面の課題を捉え、それを解決する取り組みを通じて緩和ケアを世の中の多くの人に届けられるよう、力を尽くしてまいります。引き続き皆様のご支援をいただけますようお願い申し上げます。

ネットワーク作りから ノットワーク作りを目指して



国家公務員共済組合連合会
斗南病院
精神科・緩和ケア内科
上村 恵一

この度、理事に再任いただきました国家公務員共済組合連合会 斗南病院 精神科 上村 恵一と申します。いつも YouTube

チャンネルをご覧ください感謝申し上げます。専門的緩和ケアがどこにいても届くコミュニティ作りを目指し、北海道という広大なモデルを生かしたオールジャパンの活動ができれば思っております。

小職は2014年に初めて理事に就任し10年目を迎えました。当時最年少の理事として緩和ケアが直面する種々の課題にただ圧倒され、今は気がつけば若手10名ほどを新しく理事会に迎え責任ある立場に立たされていることに気付かされています。

私は10年前に当会と関係諸団体とのネットワーク作りを活動目標として掲げていました。現在もなお残る課題と思います。そこで今期はいまいちど原点回帰しネットワーク作りの仕事に注力したいと考え、渉外委員長を担当させていただきました。

ネットワークは重要ですが、関係者が増え、広がることで網目が大きくなりこぼれ落ちも多くなっています。そこでネットワークではなく「ノットワーク (knotworking 結び目)」をつむぐ活動が必要になっているのではないのでしょうか。多くの団体を巻き込めば主体性が薄れ責任者不在になるのが常と思います。一方でノットワークの支援は、二者間での関係性を結び、必要なければほどこき、ふたたび結ぶという臨機応変なつながりを形成していきます。各種団体は、人が変わり活発だったネットワークも徐々に縮小することはよくあることと思います。ノットワークは個々の関係性であり、お互いに主体的に継続的に関わることが利点と思います。お互いに相手に思いをはせて結び目をつくる、「私とあなたとの関係性」を築くことが緩和ケアにおける結びつきの構築に今必要なことと認識しています。

会員に真に役立つ学会作りに尽力して参りますので、会員各位のさらなるお力添えをいただければ幸いです。どうぞ2年間よろしく願いいたします。

緩和医療学会理事就任について



富山大学附属病院
臨床腫瘍部
梶浦 新也

この度は理事に選出頂きまして誠にありがとうございます。私は元々、がん薬物療法専門医として消化器がんを主体とした悪性疾患の化学療法を担当して

いました。従来は積極的がん治療には興味があるものの、いわゆる緩和医療への興味は低く、緩和医療への苦手意識があるがん治療医の一人でした。しかし富山大学附属病院の緩和医療部門を担うことになり、緩和医療学会の専門医を目指し取得する過程で、がん治療における緩和医療の重要性に気がつきました。緩和医療に苦手意識のあるがん治療医の目線と、緩和医療専門医の目線から得られた知見を緩和医療学会にフィードバックしたい、との思いで代議員となり、今回初めて理事に選出頂きました。医療現場にいるがん治療医が日々の診療で感じている緩和医療の困難さ、を緩和医療学会へ繋げる役割を担いたいと思います。

現場のがん治療医は緩和医療の困難に接しても、その解決のための情報に接する機会が十分でないと感じています。現場のがん治療医が求めている緩和医療の情報提供法を模索していきたいです。がん治療医が感じる困難の解決法として、チーム医療の充実が挙げられると思います。チーム医療を充実させるための体制構築方法についての学会の活動に関われればとも考えております。

理事としては安全・感染委員会に関わらせていただくことになりました。緩和医療における安全面としてはオピオイド投与の安全性についての課題を感じています。特にオピオイドに慣れていない医師にとって、オピオイドの選択や有害事象マネジメント、オピオイド注射薬の希釈など色々な課題があると思われる、委員会活動を通じてこれらの課題を解決していきたいと考えております。

地方の大学病院に所属しており、地方における緩和ケアの課題にも取り組みたいと考えております。今後の学会の発展につながるような活動を心がけてまいりたいと思いますので、何卒よろしくお願いたします。

次世代に夢のある緩和ケア業界を創出します



飯塚病院
連携医療・緩和ケア科
柏木 秀行

各地域で緩和ケアを必要とする患者、家族に緩和ケアを届けていただきありがとうございます。皆様からのご支援をいただき、前期に続きまして理事を務めることになりました。責任の重大さに身が引き締まる思いです。2年間、しっかり取り組んで参ります。

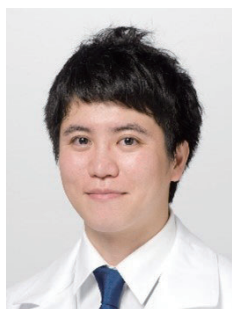
私は理事として専門医の育成及び、教育研修に多く携わってまいりました。診断早期からの緩和ケアの提供や、疾患を問わない緩和ケアの実践のためには、緩和ケア提供者の充実が重要です。各地域、各施設のさまざまな実情に合わせて、現場でできる工夫や取り組みで緩和ケアを提供してくださっていると

思います。一方、専門職としての知識は技術の維持向上だけでも大変な上、教育・研修を提供する立場として活動するのは大変なことです。私自身も手探りで取り組みながら、もう少し同じ課題感を持った仲間とうまく連携することや、悩みを共有しあうことができると感じてきました。ここは個人レベルよりも地域レベル、そして学会レベルでの取り組みが必要な点かと思えます。

私は理事としての2年間に、この課題にしっかりと取り組んで参ります。まず、会員の皆さまへの教育研修及び指導者への支援について活動の幅を広げてまいります。自己研鑽や教育活動に利用可能なコンテンツの充実、利便性の向上に役立つよう、委員会及びWPG活動に努めてまいります。そして、緩和ケア領域でキャリアを積む若手医療者に、緩和ケア領域のキャリアを選択したことがよかったと思える取り組みを考えてまいります。特に、学術活動はもちろん、国際的な交流など、一人では想像もしなかった活動ができるよう取り組みます。緩和ケアに関わるからこそ、「自分にとっての未踏」にたどり着けた！若手にとって、そんな業界であってほしいと思います。

想いは大きく、行動は着実に、一步一步積み重ねる2年間を過ごしてまいりますので、ご支援の程よろしくお願申し上げます。

理事就任のご挨拶



国際医療福祉大学成田病院
緩和医療科
結束 貴臣

国際医療福祉大学成田病院、
緩和医療科の結束貴臣と申しま
す。

この度は、理事に選んでくだ
さりありがとうございます。

これまでは消化器内科および緩和医療の臨床および研究活動を中心に勉強してまいりました。理事に立候補した動機として、日本の緩和医療の国際的なつながりに興味があったためです。これまで取り組んでいた学術活動だけでなく、人との交流もグローバルに行うことでさらに俯瞰して日本の緩和医療がみえてくるのではないかと考えています。

国際交流委員会の委員長を拝命いただき、その任務を全うすべくメンバーの先生と一緒に取り組んでいきたいと思えます。うまくいかないことも多いですが、めげずに頑張りますのでよろしく願いいたします。

理事就任のご挨拶



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

この度、初めて理事に選出い
ただきました。ご支援いただき
ました皆様に心より感謝申し上
げます。

日本緩和医療学会ではこれま
で、オンラインジャーナル編集委員会、Palliative
Care Research 編集委員会、用語委員会、緩和ケア
の質評価 WPG などに委員や WPG 員として携わっ
てきました。前期は Palliative Care Research 編集
委員会副委員長として、Palliative Care Research
誌の編集作業、Channel PCR での論文紹介等の活動
を行いました。今期は理事立候補時の念願が叶い、
Palliative Care Research 編集委員会委員長を拝命
いたしました。

Palliative Care Research 誌の使命は、本学会の機
関誌として、緩和医療に関する基礎的・臨床的研究
を発表することです。年間投稿数は 2017 年をピー
クに安定して推移していましたが、コロナ禍に 2 割
ほど落ち込み、現在はその回復の途上にあります。
興味深いことに、原著論文の投稿数減少が顕著であ
った一方で、活動報告の投稿数はコロナ禍でむしろ
大幅に増加しました。会員の皆様のなかに、研究活
動を十分にできなくても現状を発信したいニーズが
あるのだらうと解釈しています。緩和医療に関する
和文での投稿先の“第一選択誌”である Palliative
Care Research 誌のかじ取りを任される立場となっ
た責任の大きさにあらためて身の引き締まる思いで
す。

緩和ケアを学びたいと国立がん研究センター中央
病院に看護師として就職してから約四半世紀経ち、
現在は名古屋大学大学院医学系研究科に所属し、が
ん看護専門看護師教育等に従事しています。初めて
論文を書いた際の苦労、初めて論文を投稿した際の
緊張、初めて論文が掲載された際の喜びをあらため
て思い出し、投稿者に寄り添いながら、緩和医療の
発展に縁の下から貢献できるよう努めて参ります。
どうぞご指導ご鞭撻のほどどうぞよろしく願ひ申
し上げます。

理事二期目にむけて

国立がん研究センター中央病院
緩和医療科
里見 絵理子

この度の代議員選挙、そして理事選挙におきまして多くの皆様の温かいご支援をいただき理事二期目を務めさせていただくことになりました。心より感謝申し上げます。

私は、これまで緩和ケアチーム診療を専門として臨床に従事するとともに、緩和医療を専門とする医師の育成、がん診療に従事する医療者への基本的緩和医療の研修、海外からの研修の受け入れなどの教育、そして緩和医療・支持療法・患者支援に関する研究に携わってきました。学会活動としては、PEACE 指導者養成研修ファシリテーター、専門医制度 WPG、学会支援 WPG、地区委員会委員、関東甲信越支部長などにかかわらせていただきました。私の臨床は、がん医療になりますが、昨今の医療現場はさまざまな問題が絡みあって複雑化しています。今期、理事として将来構想委員会委員長を務めさせていただくことになりました。将来構想委員会は、本学会の現状と課題を整理し、将来構想ならびに中長期計画について検討することを目的とする活動を行います。緩和医療・緩和ケアは、医療において基本的な学術領域で、本邦ではがん医療において始まり、現在、生命を脅かすすべての疾患を患う方とご家族を対象に展開しております。しかしながら、それぞれにおいて未だ決して十分とは言えず、更なる充実を必要としている状況であります。また、社会情勢、医療従事者の在り方、IT 技術の進歩など本邦の医療、そして緩和医療を取り巻く状況が目まぐるしく変化しています。当委員会を率いる理事として、少し先の未来の日本の緩和医療・緩和ケアのあるべき姿を見据えて、学会としての取り組みを強化していきたいと考えております。つきましては、学会員の皆様の生の声を頂戴し、取り組むべき事柄の整理、必要に応じた WPG の設置を行い、委員会のメンバー、理事および代議員の皆様とともに取り組んでまいります。

行き届かないところもあろうかと存じますが、どうぞご指導ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。

理事就任のご挨拶



愛知県がんセンター
緩和ケア部
下山 理史

この度、皆さまからのご支援のおかげをもちまして理事に再任いただきましたこと、心より感謝申し上げます。

私はこれまで理事として働かせていただく中で、厚生労働省からの委託事業を扱う委託事業委員会では緩和ケア研修・普及啓発を、また副事務局長として学会の事務全般を扱っている事務局をサポートする活動をして参りました。また臨床においては、緩和ケアの提供者として、現場での緩和ケアの実践とともに、どこでもどんな状況であっても患者さんやご家族が緩和ケアを受けられる社会構築のために日々取り組ませていただいております。

新型コロナウイルス感染症も第五類となり、コロナ前のような交流が戻ってまいりました。コロナ禍にて新たに学び感じたひととしての生き方や新たな通信手段等のリソースは緩和ケアに大きな影響を及ぼしていると感じます。しかし、どのような世界であったとしても私たちにとってかわらぬことは、緩和ケアを苦痛を抱えるすべての方々に届けること、それにより療養生活を改善すること、そしてこれらによってすべての人々のQOLを向上することという、緩和ケアの目的です。

この度再び、委託事業委員会の委員長と副事務局長を拝命いたしました。その中で、私がかかわらせていただきたい内容は5つございます。①一般市民や苦しみを抱える患者・家族に対する緩和ケアの普及啓発、②疾患を問わぬ地域緩和ケア連携と実践、③EOLケアの実践と研究、④学会活動の透明性の向上及び学会を支えてくれている事務局支援・協働、⑤専門的緩和ケア実践の継続です。いずれも2年間だけではなかなか達成しえないことかもしれません。しかし、これまで以上に働き続けることによって、少しでも何かが変わり、その結果、先に挙げた目的を達成していくことにつながればよいと考えています。

至らぬことも多いかと存じますが、患者さんご家族や会員の皆さまのこえを聴かせていただきながら、この目的の成就にむけて皆さまお一人お一人と共に懸命に取り組んで参りたいと存じます。どうぞ引き続きご指導賜りますようよろしくお願い申し上げます。

理事就任のご挨拶



国立がん研究センター中央病院
看護部
關本 翠子

この度、日本緩和医療学会の理事を拝命致しました、国立がん研究センター中央病院の關本翠子です。代議員および理事選挙におきましては、会員の皆様

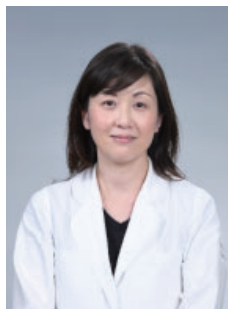
から大きなご支援を賜り心から御礼申し上げます。この2年間、総務・財務委員会、健康保険・介護保険委員会の委員として活動して参りました。

私は18年間国立がん研究センター中央病院でがんの治療を受ける患者や家族のケアに携わり、2006年から国立がん研究センター東病院に異動いたしました。7年間緩和ケア病棟看護師長として勤務し、地域に出向き家族ケアや疼痛緩和に関する看護師教育や症例検討を行ってきました。国立がん研究センター東病院で始めた看護師のCST“NURSE”を、島根県や大阪府へと研修を広げ多くの緩和医療に携わる方たちとの出会いがありました。2013年7月に認定看護師教育課程を立ち上げ、多くの緩和ケア認定看護師を輩出してきました。現施設に戻り4年間、看護管理者として経営的視点での幹部への提言、看護の質の見える化、がん治療と並行する支持療法や緩和ケア教育、臨床倫理委員会のメンバーとして活動しています。診断から標準治療、臨床試験に至るまで、院内外の看護師への教育や他職種との協働により、患者と共に創り上げる「緩和ケア」の実践、診療報酬への提言も含め、活動していくことを目指しています。

今年度、私は会則検討委員会委員長を拝命し、現状に即していない会則・規定がないか全体の確認を公平に行っていくこと、広く代議員や会員の先生方のご意見を聞きながら任務を果たしていきたいと考えています。また、臨床実践の場から、管理者として会員の先生方の直面する問題の解決や、緩和ケアを担う医療職の人材育成の観点から活動していく覚悟です。

微力ではございますが、看護師代表として、本学会の更なる発展のために尽力したいと考えておりますので、ご支援ご鞭撻の程、どうかよろしく願い申し上げます。

理事就任のご挨拶



慶應義塾大学病院
緩和ケアセンター
竹内 麻理

慶應義塾大学病院緩和ケアセンターの竹内麻理と申します。このたび、皆さまのご支援によりはじめて理事を務めさせていただきます。この場をお借りし

て、心より感謝申し上げます。

私はこれまで、慶應義塾大学病院で緩和ケアセンターの診療、運営とともに、大学で教育、研究を行って参りました。本学会の先達のご努力により、緩和医療は普及してきましたが、緩和医療を専門とする医療従事者はまだ不足しており、とぎれのない緩和ケアの提供のためには後進の育成が急務と考えております。特に私の専門とする精神腫瘍の領域は、ニーズがあるにも関わらず、まだまだ足りていない現状があります。学会活動を通して、未来の緩和医療を担う若手医療従事者の育成に注力し、「だれもが緩和ケアを受けることができる、だれもが緩和ケアを提供できる」ことを目指して、励んで参りたいと思います。

また、今期は利益相反委員会の委員長を拝命しました。利益相反の管理は、学会運営の根幹をなす重要な要素と考えております。透明性と公正性を確保し、学会の信頼性を高めるために努めてまいります。

今回理事という大役をいただき、身の引き締まる思いでおりますが、これまで受けてきたご恩を返していく役割をいただいたと認識しております。患者さんやご家族のため、そして学会員の皆様が安心して相談できる環境を整え学会がさらなる発展に向かうよう、力を尽くして参ります。皆さまのご支援、ご指導を賜りますようお願い申し上げます。

理事就任のごあいさつ



琉球大学病院
地域・国際医療部
緩和ケアセンター
中島 信久

このたび、皆さまのご支援により、理事を務めさせていただく機会を賜りました。心より感謝申し上げます。

私は21年間の外科医生活を経て、緩和ケアを生業とするようになって16年目となりました。「治療医」の時も「緩和ケア医」になってからも、「(抗がん)治療と(緩和)ケアのバランスをとること」の難しさと大切さを日々感じながら、「いつでもどこでも切れ目のない緩和ケア」の提供と、「がん治療と緩和ケアの統合」による「早期からの緩和ケアの実践」という2つのテーマの実現に努めてきました。

2010年より理事として活動させていただいております。1、2期目はニューズレター委員会の委員長として、従来の紙媒体からWEB配信への変更を行いました。3期目は将来構想委員会の委員長として、長年の懸案事項であった理事・代議員選挙方法の変更などに取り組みしました。4期目からはガイドライン(GL)委員会の委員長として、この委員会をGL統括委員会に改組し、本学会が刊行するGLならびにGL関連刊行物の作成や普及啓発に向けてそれぞれのWPGの活動をサポートしています。

理事7期目となる今期はGL統括委員会の委員長を再度拝命いたしました。8つ目のWPGである「小児がん疼痛」については、現在、刊行に向けた準備を着々と進めております。またGLの改訂方法の見直し(部分改訂やWebでの改訂を含めて、よりタイムリーな公開を目指す、など)についても取り組んでおります。加えて、日本医学会連合や日本癌治療学会のGL統括の事業にも関与し、各学会との連携のもとに横断的なGL作成体制を整備することや、GLの普及啓発のもとにエビデンスに基づいた緩和ケアの実践が地域を問わず充実していくことを目指します。さらには患者や家族が緩和ケアに関連する情報を適切に受けられる体制の整備を各学会・団体と協働して行い、医療者、国民の双方にとって緩和ケアがより身近なものになるようにしたいと考えています。

今後もWPG、WGと協働してGLの改訂作業を継続していく中で、こうした活動に関心のある若い

世代の参画を大いに期待しております。

これからもご指導ならびにご協力のほど、どうぞよろしくお願いいたします。

理事就任あいさつ



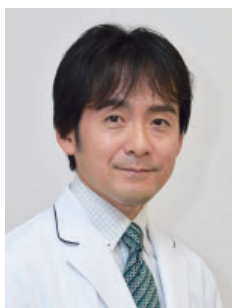
聖マリアンナ医科大学
緩和医療学講座
橋口 さおり

このたび理事に就任させていただくことになりました。日頃からご支援いただいている皆様方には、深く感謝申し上げます。

今回はニューズレター編集委員会の委員長を拝命いたしました。理事選挙にあたって支援して下さる代議員の方々とお話やメールをやりとりする機会がありましたが、何人もの方からお話があったのが、「学会が何をやっているのかよくわからない」というご意見でした。この学会は「緩和医療」あるいは「緩和ケア」というキーワードのもと、様々な職種、地域の会員が集っています。それぞれがイメージする「緩和」には微妙に違いがあり、地域や職種ごとの現状もお聞きしないとわからないものでした。イメージの違いはあって当然で、その多様性こそが発展の基礎です。しかし、それぞれの事情をまったくわからないままで活動してもよいのか、ということを手帳してきた結果、この役割をさせていただく機会を得たのではないかと考えているところです。ニューズレター編集委員会の役目は「緩和医療に関する広報活動、情報提供、情報交換事業」としての会報「ニューズレター」発行となっています。その内容は、地域や職種ごとの現状を知る場であってもよいのではないかと考えました。一緒に活動していただく委員は、地域や職種を考えた上で、委員会に協力していただける方をお願いいたしました。この2年かけて、少しでも会員の皆様に読んでいただけるコンテンツを考えていきたいと思えます。

また、引き続き将来構想委員会、専門医認定委員会も担当いたします。次の30年を見据え、緩和医療に関わる人たちが希望をもって緩和医療、緩和ケアに取り組むことができる未来のために、医学教育の充実と専門人材の育成に取り組めます。どうぞよろしくお願いいたします。

理事就任のご挨拶



筑波メディカルセンター病院
緩和医療科
久永 貴之

この度、日本緩和医療学会理事三期目を拝命いたしました筑波メディカルセンター病院の久永 貴之と申します。選挙においては多大なご支援を

賜りましたことに感謝申し上げます。

私は、2011年より専門医認定・育成委員会委員として、専門医・認定医の審査・育成・制度設計に関わらせていただき、2020年より専門医・認定育成委員会／専門医認定委員会委員長を務め、今期も引き続き委員長を務めさせていただくこととなりました。前期では、専門医の増加と質の向上を目的として専門医制度改訂を行い、今年度より新制度での専門医制度が開始され、WEB上での申請システムを整備しました。また、一般社団法人日本専門医機構へのサブスペシャリティ領域についても引き続き認定を目指し申請を行い、整備基準等の作成を行いました。

本学会の専門医制度が開始となり10年以上経過しましたが、未だ専門医361名、認定医1149名と十分に社会から必要とされる数を充足できておりません。今期は新制度下で大幅に受験者数が増加することが予測されており、試験・審査を円滑かつ厳正に進め、専門医を増やして参ります。そして専門医機構の認定を目指して、制度の整備、機構との折衝を進めて参ります。これらにより学会内外の誰からみても分かりやすく、魅力的な専門医制度を確立し、これから緩和医療を志す方に明確なキャリアパスを示し、質・量ともに社会の要請に応えられる専門医を育成して参ります。そして必要な患者さんやご家族に専門医・認定医による質の高い緩和ケアが提供できるように、専門医・認定医を増やして参りたいと思います。

2年間、どうぞ宜しくお願い申し上げます。

理事就任のご挨拶



福井大学医学部附属病院
がん診療推進センター
廣野 靖夫

このたび初めて理事に就任いたします廣野靖夫と申します。理事選挙では皆様よりご支援をいただき、心より感謝申し上げます。

私は消化器外科医として金沢大学、福井大学で勤務した後、2019年より福井大学のがん診療推進センター長として勤務しております。院内では、緩和ケアチームのチェアマンを務めるとともに、がん手術指導、通院治療センターの運営、がんゲノム医療の統括に携わり、また栄養部長としてNSTも率いて、多角的かつ診療科横断的ながん診療の円滑な推進に関わっております。チーム医療に関わりながら、がんの診断時からの緩和ケアの実践に苦心してきました。

私自身も外科医として治療に当たるだけでなく緩和ケアを行って参りましたが、福井県では外科医が緩和医療に多く関わっております。私は福井県がん診療連携協議会の研修部会（緩和ケア部会）長としても活動しており、本学会・他学会でも外科医の活躍の場を求めるセッション等を企画、発信させていただいてきました。地方ではまだまだどの分野も医師不足に悩んでおり、がん診療の場においても、診断から看取りまでをがん治療医が担うことも多いのが実情です。また、どの病院も緩和ケア専門医は不足し、かつ次世代の担い手も定まらない状況です。だからこそ、がん治療医の先生方には緩和ケア研修会の受講だけでなく、日常診療の中で自然と緩和ケアが実践されるようにしてもらい、数少ない専門医とも連携をしてもらいたいと考えています。また、そのような中から次世代の担い手が現れることを期待しています。そのためにもがん治療医の先生方の学術団体とも連携を深めていきたいと思っております。

日本中の医療機関において診断からの緩和ケアが現場レベルで普及するよう、そして様々な診療科や多職種で緩和医療が実践されるように、頑張りたいと思っております。どうぞ宜しくお願いいたします。

みんなの緩和ケアを知ってもらおう広報



永寿総合病院
がん診療支援・緩和ケアセンター
廣橋 猛

この度、2期目の理事を務めさせていただくことになりました。いつもご支援いただいている皆様、本当にありがとうございます。学会のため、そして緩和

ケアの発展のために、精一杯尽力する所存です。今期は広報委員会委員長を拝命いたしました。当会の広報を担う立場として、この場を借りて所信表明をさせていただきます。

今後の緩和ケアの発展を考えたとき、私は広報こそが一番大切であると考えています。せっかく会員の皆様が、そして学会が素晴らしい活動をしているとしても、それを多くの人に知ってもらわなければ意味がないからです。皆様が所属されているご施設、そして地域での活動は周囲の方に知ってもらってこそ価値は高まり、それによりさらなる拡がりを見せるでしょう。学会が行うさまざまなセミナー、学術大会なども、より多くの方に参加していただきこそ、その価値は高まるのです。

学会ができて30年。完璧ではないにせよ、先人のご努力により素晴らしい発展を遂げてきた本邦の緩和ケア。これをすべての医療関係者、緩和ケアを必要とする患者や家族、そして国民に知ってもらう広報は非常に重要です。具体的には①患者向けのホームページ制作、②当学会や緩和ケアのブランディング、③活動を知ってもらう発信の仕組み化の3点を中心に据え、仲間を増やして取り組んでまいります。ぜひパブリックコメントなどを通じて、会員の皆様から発信についてご意見をお聞かせください。また、本会が他学会に先んじて取り組んでいるSNSを通じた発信にも引き続きご注目ください。

最後に、私ごとですが昨年、甲状腺がんの手術を受けました。自分自身ががん患者になることで、診断時からの緩和ケアの必要性をより強く実感した次第です。1人でも多くの方に緩和ケアを届けることができるよう、広報の立場で全力を尽くしてまいります。

学会員同士の繋がりを深める学会を目指して



国立がん研究センター中央病院
精神腫瘍科
松岡 弘道

今回、理事に就任いたしました国立がん研究センター中央病院の松岡弘道と申します。

私自身、広義の心身医学を実践する心療内科医として、サイ

コオネコロジー、緩和医療、腫瘍内科を含め、悪性腫瘍の診療に携わってきた臨床医であり、心と体のつながりを深く意識した緩和医療の発展を目指しています。院内では精神腫瘍科および支持療法開発部門に所属し、精神腫瘍科外来、家族・遺族ケア外来、緩和ケアチーム、倫理コンサルテーションチームなどを担当しております。また、遺族ケアガイドライン委員長として、家族および遺族ケアの充実のために体制整備に尽力しております。

世界最大の緩和医療/ケアの研究組織であるThe Palliative Care Clinical Studies Collaborative (PaCCSC)への留学を経験し、緩和医療/ケアの発展のためには、臨床研究の発展が必要であり、そのためには、各専門家（特に医師、看護師、薬剤師、心理士、理学療法士、作業療法士、MSWなど）が協力し合う「仲間とのつながり」が最も重要であると痛感しました。まずは、お互いの顔が見えるようになり、さらに顔を越えて信頼できる関係を築き、「この仲間たちと一緒に研究をやりたい!」と思える同志を作っていきたいと考えています。そして、臨床をしながら「これってどうして?」という疑問を一つ一つ解決していけるような輪が日本全体に広がればと思っています。

この関係性を強化するために、まずは研究支援組織であるJ-SUPPORT (<https://www.j-support.org/>)の活動をより多くの学会員（医師のみならず医療スタッフの方々にも）にご理解いただき、私自身も皆様と一緒に学びながら「ALL Japan」体制で緩和医療を発展させ、ガイドライン収載をはじめとして、広く世界へ発信する取り組みを実現していきたいと思えます。また、芽生え期の研究なども積極的にサポートしていきたいと思えます。広く学会員の皆様との交流を深め、皆で一緒に作っていく学会を志向して、2年間理事を務めさせていただきたく、なにとぞ、よろしく願い申し上げます。

ごあいさつ



信州大学医学部附属病院
信州がんセンター 緩和部門
間宮 敬子

この度、日本緩和医療学会の理事を拝命いたしました、信州大学医学部附属病院の間宮敬子です。どうぞよろしくお願い申し上げます。私に理事としての

仕事の場を与えてくださった皆様には心からお礼申し上げます。

4年前新理事としてご挨拶申し上げましたが、2年前コロナ禍で、代議員に出馬することが出来ませんでした。今回再度理事として、学会の運営に積極的に参加し、緩和医療学の発展に力を注ぎたいと考えております。また、用語委員会の委員長も拝命いたしました。今後、用語委員の皆様と協力して、学会員の皆様により適正な医学用語を紹介できるように努めてまいります。私の夢は日本緩和医療学会の会員の皆様が日々正しい医学用語を使用できる環境を作る事です。ご協力のほど、どうぞよろしくお願い申し上げます。

北海道から信州大学に赴任して9年半になります。この間、長野県内の緩和ケアに携わる医療者の皆様と協力し、大学と地域を結ぶ緩和ケアのシステム構築に力を注いでまいりました。今後は日本における地域の緩和ケアの充実にも力を注ぎたいと考えています。近年、緩和ケアは、医学教育のモデル・コア・カリキュラムにも多く掲載され、医師国家試験にもたくさん問題が出題されています。大学人として、医学生、研修医に対する緩和医療の教育にも積極的に携わり、教育部門にも貢献したいと考えております。

今後も学会のために精進して参ります。皆様、ご指導ご鞭撻のほど、どうぞよろしくお願い申し上げます。

学術大会支援 WPG 緩和ケアの質評価 WPG の活動を 進めます



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

今期も理事に再任していただき、御礼申し上げます。

今期の理事会では前期に引き続き、学術委員会に設置されて

おります学術大会支援 WPG の活動を継続していきたく存じます。前期では大会長を務めました2022年大会の経験をもとに学術大会支援 WPG で議論を積み重ね、「学術大会運営の手引き」の第1版を作成することができました。実際に作成してみると、まだまだ課題は山積であり、今後も検討と改定を重ねていかななくてはならないと実感しております。特に学会運営は2025年大会からいまままで運営を手伝ってもらってきたあゆみコーポレーションからJTBコミュニケーションデザインに変更になるため、より学会が主体となった学術大会の運営が求められます。大会長や組織委員会の負担を軽減し、継続性を保ちつつ質の高い学術大会の運営のために力を尽くしたいと思います。

また、今期も引き続き専門的・横断的緩和ケア推進委員会に設置されている緩和ケアの質評価 WPG でも活動する予定です。緩和ケアの質評価 WPG では2021年に学会で行う専門的緩和ケアの質評価として緩和ケアチームの症例登録システムのパイロット調査を実施しました。この事業は2023年度から厚生労働科学研究費補助金「患者報告型アウトカムを用いた緩和ケアチーム等により提供される専門的な緩和ケアの質の評価と質を向上させるシステムの開発」班が立てられ、こちらに引き継がれました。私が研究班長をしております。この厚労科研は研究班が終了しても持続可能な質の評価と改善のプロセスを構築する使命を負っておりますので、今期に何とか完成させていきたいと思っております。

今回私が担当するどちらの事業も多くの方のお力添えが必要です。多くの方のご意見を聞きつつ、着実に進めたいと思っております。今後ともご指導のほどよろしくお願い申し上げます。

理事就任のご挨拶



洛和会音羽病院
緩和ケア内科
山代 亜紀子

このたび、初めて理事に就任いたしました、洛和会音羽病院緩和ケア内科の山代亜紀子と申します。代議員、理事選挙では皆様から多大なご支援をいただき、心より感謝申し上げます。

私は2004年に医師になり、研修医時代から緩和ケアチームに所属し、麻酔科医、ペインクリニック医、緩和ケア医として緩和医療に携わってきました。ちょうどがん対策基本法の施行、基本計画の実施という大きな動きとともに歩んでおり、日本の緩和医療の発展を体感してきた一方で、地域格差やマンパワーの問題などまだまだ多くの課題があることも感じています。特に地方のマンパワー不足は深刻で、基本的緩和ケア領域、専門的緩和ケア領域の両方での人材育成は喫緊の課題です。

これまでも私は学会の中で、PEACEプロジェクトを基礎とした基本的緩和ケア領域の研修の整備、専門的緩和ケアを担う若手医師へのキャリア支援、緩和ケアチームの支援などの活動を行ってきました。今期も、委託事業委員会、教育委員会の活動に従事させていただくことになりました。今後の継続的な緩和医療の提供につながるよう、1) 基本的緩和ケア教育の推進と提供体制の整備、2) 専門的緩和ケアを担う多職種の次世代育成と働き方の充実、3) 各地域を基盤とした専門的緩和ケアへのアクセスの円滑化を進めていきたいと考えております。この20年を見てきて、人材育成は非常に長期的な取り組みであり、時流の変化や次世代の感覚に合わせた対応が必要だと感じております。多くの医療者に緩和ケアの重要性と魅力を理解してもらえよう、次の20年に向けて皆様と協力し、取り組んでいく所存です。「地域の先まで緩和ケアを」が私の理念です。

若輩で至らない点も多々あると思いますが、どうかご支援とご指導を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

年齢・疾患を超えて緩和ケアが届けられるように



国立成育医療研究センター
総合診療部 緩和ケア科
余谷 暢之

国立成育医療研究センターという小児の専門病院で緩和ケアの医師をしております余谷暢之でございます。この度、皆様方のご支援を賜り3期目の理事を

務めさせていただくこととなりました。会員の皆様と一緒に学会活動を前に進められるよう一生懸命取り組みたいと思います。

緩和ケアは年齢や疾患を問わずつらさを抱える人に届けられる体制の整備が重要です。私は、これまで子どもたちに緩和ケアが届けられる体制がわが国でも整備できるよう取り組んで参りました。小児には成人と違った緩和ケアの課題があります。一方で成人と同じ課題もあります。学会活動を通じて類似点と違いを共有することで、子どもたちに対する緩和ケアが広がってきています。実際緩和ケアチームの小児がん患者に対する介入件数は、ここ数年で1.5倍に増加しています。このように年齢や疾患により緩和ケアの課題は違いますが、そういった違いを知り、考えることで多くの方に緩和ケアが届けられる体制を作ることができるのではないかと考えています。豊かに暮らすために多様性が尊重され、大切にされる、そういった社会が求められています。これまで取り上げられにくかった領域にも緩和ケアが広がり、緩和ケアが必要とする人に届けられる体制が作れればと考えています。2026年の学術集会の大会長も拝命し、「年齢・疾患を超えて緩和ケアが届けられるように」私自身理事として一生懸命取り組みたいと考えております。私に何かできることがあればいつでもお声掛けいただければと思います。どうぞよろしく願いいたします。

学会の新しいロゴマークが 決定しました！

広報委員会 委員長 永山 淳

平素より日本緩和医療学会（以下、当会）の広報活動にご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。この度、およそ20年ぶりに当会のロゴマークを刷新いたしました。以下に新しいロゴマークの背景や選定プロセスについてご報告いたします。

これまでのロゴマークについて

2003年12月、当会の公式サイト発足にあたり、ニューズレター上でロゴマークの公募が行われましたが、残念ながら応募がなく、当時の学会事務局が作成したものです。2004年1月の第2回理事会で承認され、同年6月の評議員会で正式に公表されました。

これまでのロゴマークの問題点

初代ロゴマークにはいくつかの課題がありました。まず、使用に関する明確なガイドラインが存在せず、商標登録が行われていませんでした。また当会の頭文字「JSPM」を並べたのみのデザインであり、当会の活動の内容を十分に表現できていないものでした。さらに当会が厚生労働省の委託事業としてすすめている緩和ケア普及啓発活動のシンボル「オレンジバルーン®」との関連性が見えづらいという点も指摘されていました。

新しいロゴマークに求められるもの

新しいロゴマークの作成にあたっては、当会の使命や存在意義を社会に対してわかりやすく伝えることを第一に考えました。特に、ソーシャルメディアを活用した広報活動において、視覚的に強い訴求力を持つことを重要視しました。また他の学会とのイメージの重複を避けるため、独自性のあるデザインを追求しました。

プロジェクトのキックオフ

当会の社会的な認知度を高めるためのブランディングの一環として、ロゴマーク刷新プロジェクトを2023年10月にキックオフしました。多くの企業やプロジェクトを手掛けた実績を持つ高名なアートディレクターにデザインを依頼し、意匠、カラーリング、ロゴ書体について様々なバリエーションを提案していただきました。

ロゴマーク選定のプロセス

提案されたデザイン案の中から、広報委員会および理事会での審議を経て、最終的に2つの図案に絞り込みました。最終決定は会員の皆様に委ねることとし、広く投票を呼びかけました。投票は2024年4月1日から24日までの期間、会員専用サイト上で行われ、全会員の21.7%にあたる2670票の投票がありました。多数の会員のみならず選定プロセスへの参加いただき、大変ありがたく感じております。2130票を獲得した案が最終的に新しいロゴマークとして決定いたしました（図表参照）。

新しいロゴマークの発表

新しいロゴマークは、今後の学会の広報活動や公式文書、ウェブサイト等で順次使用してまいります。これにより、当学会の使命や活動をより多くの方々に伝え、認知度を高めるとともに、より一層の発展を目指してまいります。会員の皆様には引き続きご支援とご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

なお新しいロゴマークの使用に関する詳細なガイドラインや、各種媒体での適用例については、今後改めてご案内いたします。

図表：新しいロゴマーク



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

新しいロゴマークに込められた思い

- 人と人が支え合い、見守る姿を象徴的に図案化したものです。
- 二人の体がそれぞれハートでできており、二つのハートが重なり合って一つのマークを作っています。
- 人と人が支え合う図案は、患者と医療者、患者と家族、患者同士、医療者同士が互いに支え合う緩和ケアのコアになるコンセプトを表したものです。
- オレンジを基調とすることで、オレンジバルーンとの関連性が感じられます。
また他の医療系学会・団体ではあまり用いられていないカラーリングであり
独自性を打ち出すことができます。
- 周囲の縁取りの中に学会名を記すかたちには、学術団体としての正当性、王道感が表れています。
- ロゴはサンセリフ体でやや丸みをおびたフォントを採用し、モダンで親しみやすいものになっています。

1. 終末期における植込み型除細動器の作動停止 - 在宅での ICD 作動停止と緩和ケアの影響に関する研究

名古屋大学大学院 医学系研究科
総合保健学専攻博士後期課程
一宮研伸大学 看護学部
小野寺 美佳

Carl J Höijer, Miriam J Johnson.

Deactivation of implantable defibrillators at the end of life - A register-based study of ICD-deactivation at home and the impact of palliative care.

Int J Cardiol. 2023 Sep 1;386:91-94. PMID: 37263357
DOI: 10.1016/j.ijcard.2023.05.046. Epub 2023 May 30.

【目的】

病院外で死亡した植込み型除細動器 (implantable cardioverter defibrillators ; ICD) が植込まれた患者 (以下、ICD 患者とする) の専門的緩和ケアを受けた割合と ICD 作動停止が行われた割合を明らかにする。

【方法】

スウェーデンの3つの全国登録データベースから、2018年にスウェーデンで死亡した ICD 患者を対象に、レトロスペクティブに ICD 作動停止状況についてカルテ調査を行った。調査項目は、死亡場所、年齢、ICD 植込み年数、挿入目的 (一次予防、二次予防) を調査した。さらに、病院外 (自宅、介護施設、ホスピス) で死亡した患者のカルテからは、死亡前に ICD 作動停止が実施されていたか、専門的緩和ケアを受けていたか、がんの有無を調査した。主要評価項目は、病院外で死亡した患者の ICD 作動停止の実施率である。さらに専門的緩和ケアの有無で ICD 作動停止の実施率の比較を行った。

【結果】

2018年に死亡した ICD 患者数は406人 (83%男性; 死亡時平均年齢 73.3 歳 [範囲 16.6 ~ 91.8]) であった。このうち 46人 (11%) が専門的緩和ケアを受けていた。死亡数は病院内が 234人 (57.6%)、病院外が 172人 (42.4%) であった。病院外で死亡した患者のうち専門的緩和ケアを受けたのは 46人 (26.7%)、なしが 126人 (73.3%) であった。病院内死亡の緩和ケアの有無は算出不可であった。病院外死亡のう

ち 164人 (95%) に作動停止に関する臨床記録が記載されており、86人 (52%) に作動停止が行われていた。病院外で死亡した患者のうち、ICD 作動停止が行われた割合は、緩和ケアあり群 35/46(78%) と緩和ケア無し群 151/360(42%) であった ($p < 0.05$)。また、緩和ケアを受けた患者のうち 23/46人 (50%) はがんの診断も受けていた。非がん疾患で緩和ケアを受けた患者は全死亡の 23/406人 (5.6%) であり、そのうち 50% にがんが並存していた。

【結論】

病院外死亡では死亡した ICD 患者の半数に作動停止が行われた。専門的緩和ケアを受けた患者の方がより ICD 作動停止がされていたが、がん並存のない ICD 患者に専門的緩和ケア利用が少ないことが問題である。

【コメント】

自然な死の過程において、死亡前の除細動器の作動は苦痛を伴うため作動停止を検討することが望ましい。本邦における ICD 作動停止は、小サンプルの調査 (大学病院、在宅クリニック) で 2 割程度であり、スウェーデンでの専門的緩和ケアなし群の半数程度であった。作動停止には十分な話し合いと合意形成が必要であるが、その話し合いの機会を増やしていくことが必要である。本研究の結果は、専門的緩和ケアの有無が ICD 作動停止に関する意思決定を支えることを示す貴重な資料であろう。

2. 緩和ケアにおける補完的アプローチとしてのアロマセラピーの探求: 系統的レビュー

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
伊藤 里美

Sara Gonçalves, Pedro Marques, Rita S Matos.

Exploring Aromatherapy as a Complementary Approach in Palliative Care: A Systematic Review.

J Palliat Med. 2024 Apr 30. PMID: 38686521 DOI: 10.1089/jpm.2024.0019. Online ahead of print.

【目的】

緩和ケアは、生命を脅かす病気を持つ個人の生活の質を優先する包括的な医療の基礎である。緩和ケアにおけるアロマセラピーは、その全体論的アプローチと患者の報告から、緩和ケアにおける症状管理とウェルビーイングの向上に有望な補完的治療法として注目されている。したがって本研究は、緩和ケア

を受けている患者の痛み、不安、吐き気、睡眠障害の管理におけるアロマセラピー介入の有効性、安全性、および使用方法を批判的に検討することを目的とする。

【方法】

緩和ケアにおけるアロマセラピーの有効性と安全性を支持する科学的エビデンスに関連する記事を特定するための包括的な文献検索が行われた。検索は以下のデータベースで行われた：b-on、PubMed、Web of Science、Scopus。検索には、2004年1月から2024年2月の間に発表された、英語、ドイツ語、またはポルトガル語で書かれた文献が含まれた。

適格基準

- ・ 査読付きジャーナルに掲載された RCT および観察研究
- ・ 15歳以上で、緩和ケアを受けているまたは進行性疾患（例：転移性がん、腎不全）を持っている患者が対象の研究
- ・ 吸入、局所使用、または拡散による精油を使用するアロマセラピー介入を評価する研究
- ・ 緩和ケアにおけるアロマセラピー介入の有効性と安全性に関する定量的または定性的データを報告する研究
- ・ 症状管理（例：痛み、不安、吐き気、睡眠障害）、生活の質、患者および介護者の満足度、および副作用に関連する結果を報告する研究

【結果】

最終的に8件の研究が分析対象として選定され、計1,162人が含まれた。様々な方法で提供され、吸入または精油を使用したマッサージとしての介入が多く実施され、参加者の自宅やホスピスなどの目的に応じた場所で行われた。多くの場合、訓練を受けたセラピストや看護師によって参加者の自宅で実施された。結果測定には様々なスケールが使用され、比較対象は通常ケアやプラセボ、他のアクティブな介入など多岐にわたった。

【結論】

レビューの結果、アロマセラピー介入は痛み、不安、吐き気の軽減、および睡眠の質を有意に向上させた。しかし、研究間の異質性が大きく、標準化された方法論と大規模な試験が必要である。今後は、異なるがんの種類やステージに対するアロマセラピーの効果を検証するために、個別化されたアプローチと大規模な試験が重要である。アロマセラピーの臨床的有用性が向上し、治療への統合が促進されることが期待される。

【コメント】

アロマセラピーによる介入は、副反応に関する報告はほとんど無く、正しい方法で使用することで緩和ケアを受けている患者の各種症状を緩和することができることが明らかになった。臨床で使用するには、本レビューのような研究結果をもとに、患者の症状や病態に合わせて精油の種類や使用方法などを検討するためのアルゴリズムが必要であると考えられる。

3. デキサメタゾンの投与量と投与期間が重篤なコルチコステロイド関連有害事象に与える影響

湘南医療大学 薬学部
佐藤 淳也

Amy W An, Xi Chen, Diana L Urbauer, Eduardo Bruera, David Hui.

Impact of Dosing and Duration of Dexamethasone on Serious Corticosteroid-Related Adverse Events.

J Pain Symptom Manage. 2024 Jan;67(1):59-68. PMID: 37769822 DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2023.09.021. Epub 2023 Sep 26.

【目的】

ステロイドの一般的な有害事象 (AE) として、不眠症、精神障害、胃腸障害、高血糖などがある。本研究は RCT のデータを使用して、デキサメタゾンの投与量および投与期間と重篤な有害事象との関連性を評価した。

【方法】

呼吸困難のある癌患者に対するデキサメタゾンの二重盲検 RCT である ABCD 試験 (PMID: 36087590) から収集されたデータの二次分析を行った。比較群は、グループ A: デキサメタゾン 8mg BID × 1 週間、その後 4mg BID × 1 週間、その後オープンラベルで 4mg BID × 1 週間、その後 2mg BID × 1 週間 (n=32, 最大曝露量: 256mg)、グループ B: デキサメタゾン 8mg BID × 1 週間、その後 4mg BID × 1 週間、その後オープンラベルは継続しない (n=47, 168mg)、グループ C: プラセボ 2 週間、続いてオープンラベルで 4mg BID × 1 週間、その後 2mg BID × 1 週間 (n=20, 88mg)、グループ D: プラセボ、その後はオープンラベル継続なし (n=20, 暴露なし)。主要評価項目はグレード 3+ の AE (CTCAE v4.03) とした。

【結果】

グレード 3 以上の AE は、全体として 32% の患者

に発生した。グループ A、B、C、D では、それぞれ 65%、25%、15%、15% の患者に発生した。各 AE の発症頻度と発症時期は、それぞれ不眠症 (31%, 7 日)、胃腸障害 (21%, 7 日)、神経精神症状 (18%, 10 日)、感染症 (17%, 25 日) であった。グレード 3 以上の AE と AE による入院、不眠症のオッズは、累積投与量に応じたグループ間で有意した。特に、グループ A は、デキサメタゾンを投与されなかったグループ D に比べ、グレード 3 以上の A のオッズが 15.1 倍 (95% CI 1.4-160.8, $p=0.01$) 高くなった。

【結論】

デキサメタゾンの曝露量が多いと、たとえ中程度の用量であっても、より重篤な有害事象と関連する。症状の緩和を検討する場合、デキサメタゾンの使用のリスクと利点を慎重に検討する必要がある。

【コメント】

進行がんなど緩和ケア施行がん患者の非対照コホートで報告された AE の発生率は、比較プラセボ群がないことや進行した原疾患が同様の症状を引き起こす可能性があるため、正確な重篤度が不明である。本研究においても、ステロイドを使用しないグループ D において、70% (グレード 3 以上は、15%) の AE を認めており、原疾患の進展やノセボ効果を否定できない。また、RCT では、潜在的な AE に対する懸念から、用量 ($\leq 8\text{mg/日}$) や期間 (1 ~ 10 日) が制限されている報告が殆どである。本研究の強みは、最初に高用量を使用した漸減法による投与、これまでに研究より長期間である 4 週間投与と 6 週間の観察を行っている点である。感染を除く AE は、2 週以内に発生した。臨床転記として許容できないグレード 3 以上の AE やそれによる入院は、20 日以上で発生していた。これらの理由から、デキサメタゾンの使用は、1 日 8mg を超える用量で 2 週間以上使用した場合、がん患者に重篤な AE を引き起こす可能性がある」と結論している。

最近更新された成人がん生存者の疲労管理に対する ASCO ガイドライン Update (PMID: 38754041) では、「禁忌が存在しない終末期の患者において、がんに関連した疲労の症状を管理するために副腎皮質ステロイドを推奨してもよい。副腎皮質ステロイド使用のリスク-便益比は経時的に評価されるべきである」と言及されている。この目安として、1 日 8mg を超えない用量で 2 週間以内という目安は、臨床的に有益な情報であると思われた。

4. 進行がん患者の倦怠感に対するベタメタゾンのランダム化比較試験

小牧市民病院 薬局

山本 泰大

Kikuko Miyazaki, Masayuki Ikenaga, Tosiya Sato, Kenji Ueshima, Shuichi Nawata, Takahiro Horimatsu, Eisaku Komori, Toshihiko Kirishima, Kunihiro Kawabata, Takashi Kawamura, Hiroi Kasai, Yoshimi Suzukamo, Keiichi Matsuzaki, Yoshihiro Kuwabara, Takeo Nakayama; PASQol Study Group.

A Randomized Controlled Trial of Betamethasone on Fatigue in Patients With Advanced Cancer.

J Pain Symptom Manage. 2024 May;67(5):393-401.e1. PMID: 38331232 DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2024.01.037. Epub 2024 Feb 7.

【目的】

倦怠感、進行がん患者に見られる最も不快な身体症状の 1 つである。以前の研究では、西側諸国からのコルチコステロイドの有効性が報告されている。本研究の目的は日本人の進行がん患者における疲労を改善するベタメタゾン (4mg/日) の有効性を評価することである。

【方法】

試験デザインは無作為化二重盲検プラセボ対照試験であり、生存期間が 1 ~ 2 ヶ月と予測され、Eastern Cooperative Oncology Group のパフォーマンスステータスが 2 ~ 3 で且つ倦怠感を有する進行がん患者が登録された。参加者は、2 mg ベタメタゾン (4 mg/日) またはプラセボを 7 日間 1 日 2 回経口投与され、倦怠感 European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-15-palliative criteria (EORTC QLQ-C15-PAL) のサブスケールと NRS スコア (ベースラインと 7 日目) を使用して評価された。この試験は UMIN 000011913 に登録された。

【結果】

スクリーニングを受けた 267 人の患者のうち、81 人が適格であり、そのうち 70 人が評価可能であった (ベタメタゾン 33 人; プラセボ 37 人)。EORTC-QLQ-C15-PAL 倦怠感サブスケールの平均差は $-8.2(95\%CI:-22.3, 0.0; p=0.178)$ で、倦怠感の NRS は $-1.2(95\%CI:-2.5, -0.01; p=0.048)$ です。情動機能、食欲減退、および全般的な健康状態は、プラセボ群よりもベタメタゾン群の方がわずかに良好であった。

【結論】

ベタメタゾン 4mg/日 が終末期の進行がん患者の疲労緩和に及ぼす影響は、主要評価項目である EORTC-QLQ-C15-PAL では統計的有意性を示すことはできなかったが、副次評価項目である NRS では有意な改善を示した。

【コメント】

倦怠感を有するがん患者に対してステロイドは一般的に使用されているが、2023 年の Cochran review では、「倦怠感を有するがん患者に対してステロイドが有効であると示すだけの十分な証拠はない」と報告されている。この領域での大規模な RCT の実施を実現することは非常に困難であるため実現可能なサンプルサイズの設定は極めて難解である。本研究では実現可能なサンプルサイズとするために予測される効果量は 0.5 に設定されて各群 84 人と算出された。しかし、患者登録を 4 年 7 ヶ月に延長するも各群 40 人程度とサンプルサイズが下回ってしまい、さらには得られた効果量も 0.4 と下回ったことが影響して主要評価項目で有意性を示すことができなかった。改めて緩和領域での RCT の計画・実施の難しさを感じる。

ただし、本研究では、副次評価項目ではあるがベタメタゾン 4mg/日を 1 週間投与することにより、倦怠感の NRS を有意に低下させる結果が得られており、これは臨床における重要な知見だと考える。さらに、ベタメタゾン 4mg/日は臨床で広く使用されている用量 (PMID:22734663) であり、以前の研究 (PMID:23897970) よりも低用量の投与で一定の有効性が示されたことも興味深い点である。

終末期がん患者へのステロイド投与は有益と害 (せん妄や不眠、耐糖能異常など) を十分考慮して使用することが望ましく、効果予測因子 (PMID:27233138) や副作用予測因子 (PMID:28379811) もいくつか報告されている。適切な患者に、適切な用量・期間でステロイドが投与されることができるよう、更なる Evidence の充実に期待したい。

5. 終末期における興奮性せん妄に対する薬物療法の比較；多施設前向き研究

北海道がんセンター
深井 雄太

Natsuki Kawashima, Naosuke Yokomichi, Tatsuya Morita, Ritsuko Yabuki, Takayuki Hisanaga, Kengo Imai, Yumi Hirose, Miho Shimokawa, Satoru Miwa, Toshihiro Yamauchi, Soichiro Okamoto, Eriko Satomi. Comparison of Pharmacological Treatments for Agi-

tated Delirium in the Last Days of Life. J Pain Symptom Manage. 2024 May;67(5):441-452. e3. PMID: 38355071 DOI: 10.1016/j.jpainsym-man.2024.02.008. Epub 2024 Feb 12.

【目的】

せん妄とは、身体的異常や薬物の使用を原因として急性に発症する意識障害 (意識変容) を本態とし、失見当識などの認知機能障害や幻覚妄想、気分変動などさまざまな精神症状を呈する病態だと定義されている。せん妄は手術後など身体的な重症度や医療的処置の侵襲度が高いときに認められることが知られているが、がん患者においても高頻度で認められ、特に終末期においては 68-90% の頻度で認められると報告されている。せん妄は精神運動性の程度により、過活動型、低活動型、混合型に分類され、発症することにより本人、家族、医療者に対して強い負担や苦痛となる。特に終末期におけるせん妄は希望していた最期の過ごし方や家族との関わりに悪影響を及ぼすケースもあり、適切なケア・予防・治療を行うことは重要であると考えられる。せん妄発症後の薬物治療では主に抗精神病薬が使用されているが、その効果について明確なエビデンスは少ないのが実情である。

本研究ではせん妄に対して一般的によく使用されるハロペリドール (HPD) と必要に応じたベンゾジアゼピン (BZD) の併用、クロルプロマジン (CPZ)、レボメプロマジン (LPZ) の終末期の過活動型せん妄に対する効果が比較検討された。

【方法】

2020 年 10 月から 2021 年 2 月にかけて日本の 2 つの緩和ケア病棟 (聖隷ホスピス、筑波メディカルセンター) で行われた前向き観察研究。対象は推定予後 3 週間以下と判断された PS3-4 で全身状態が不可逆な興奮型または混合型の終末期せん妄患者 (緩和ケア用 Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS-PAL) が 1 以上) を対象とした。

対象は初めに使用された薬剤によって 3 群 (HPD ± BZD 群、CPZ 群、LPZ 群) に分けられた。聖隷ホスピスでは HPD2.5mg の静脈内または皮下投与を開始用量とし、興奮が強い場合に BZD の併用、効果が不十分な場合に HPD は段階的に 10mg まで増量された。BZD との併用で HPD が無効と判断された場合、CPZ や LPZ への追加や変更が行われた。筑波メディカルセンターでは CPZ30mg 持続皮下投与を、悪心嘔吐を合併する場合は LPZ15mg 持続皮下投与を開始用量とし、必要に応じて増量も行われ

た。抗精神病薬での興奮症状の制御が困難な場合、ミダゾラムによる緩和的鎮静が考慮された。

ベースライン、投与開始 24 時間後、3 日後に RASS-PAL、過活動性せん妄評価スケールである Agitation Distress Scale (ADS)、看護師によるせん妄スクリーニングツールである Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC)、低活動型せん妄の評価である Communication Capacity Scale (CCS) を測定した。

【結果】

最終的に 214 名が対象となり、内訳は HPD ± BZD 群 112 例、CPZ 群 50 例、LPZ 群 52 例だった。CPZ 群、LPZ 群は 88%、98% の症例で 3 日間同じ薬剤が投与されていたが HPD 群では 30%、5.4% がそれぞれ CPZ、LPZ へ切り替えられた。生存期間中央値は 9 日だった。全群において RASS-PAL、ADS、Nu-DESC における興奮の重症度が低下した。スコアの平均値は有意に低下した。CCS は HPD ± BZD 群で 3 日目に有意に増加した。

【結論】

終末期における興奮性せん妄において、HPZ ± BZD、CPZ、LPZ を用いた薬物療法は有益であると考えられる。

【コメント】

終末期の興奮性せん妄は多くの患者で発症し、症状改善がみられないまま亡くなるケースが多い。本人をはじめ介護者や遺族への負担が大きく、経過によっては望まない看取り方に繋がることもあり、遺族の後悔・自責・精神的負担として長く尾を引いてしまうケースもある。そのような興奮性せん妄に対して本研究のように前向きな検討が行われたことは非常に有益であると考えられる。HPD ± BZD、CPZ、LPZ という薬剤選択、用量も日常診療に近く、イメージしやすいものであり、それぞれが有効であったという結果は日々のせん妄対応に役立てやすい結果であった。

一方で、意識障害の存在や適切なコミュニケーションが困難なケースも多く、特に終末期のせん妄の評価についてはさまざまな限界があることも知られている。また、Nu-DESC などのスケールでは鎮静により重症度が高い結果になる可能性もあり、終末期特有のやや鎮静気味に苦痛緩和を行うことが推奨されている背景も考慮すると、適切な評価をどう行うべきかについては議論が多い点である。家族を対象とした終末期せん妄による苦痛の評価尺度として TDDS (Terminal Delirium-Related Distress Scale) が優れているという報告もあり、従来の本人向けの

評価スケールだけではなく、これら家族向け評価スケールを活用することも有益かもしれない。とくに終末期の緩和ケアは症状だけではなく、本人や家族の心情ともバランスを取りながら行うことが重要であるため、困難も多い領域であるが、本研究のような報告が増えていくことでより適切なケアを選択しやすくなると思われる。今後もエビデンスが蓄積されていくことを期待する。

6. 膵癌・乳頭部癌の介護者によるコミュニケーションの質の評価

京都大学大学院 医学研究科
先端中核看護科学講座 緩和ケア看護学分野
森川 みはる

Zhi Ven Fong, Jonathan Teinor, Lilly Engineer, Theresa P Yeo, Dee Rinaldi, Jonathan B Greer, Harish Lavu, Motaz Qadan, Fabian M Johnston, Cristina R Ferrone, David C Chang, Charles J Yeo, Christopher L Wolfgang, Andrew L Warshaw, Keith D Lillemoe, Carlos Fernandez-Del Castillo, Matthew J Weiss, Albert W Wu, Jennifer L Wolff.

Caregiver-reported quality of communication in pancreatic and periampullary cancer.

Cancer. 2024 Jun 1;130(11):2051-2059. PMID: 38146683 PMCID: PMC11102340 (available on 2025-06-01) DOI: 10.1002/cncr.35154. Epub 2023 Dec 26.

【目的】

膵切除後の膵癌・乳頭部癌患者の介護者を対象に、介護者と医療者とのコミュニケーションの質について調査し、これらと患者および介護者の転帰との関連性を評価した。

【方法】

術後 30 日目の外来受診の際、膵癌・乳頭部癌術後患者の介護者を対象に、術後 1 カ月の介護体験について想起してもらい、自記式質問紙「医療チームメンバーとのコミュニケーションに関する介護者の認識を評価する尺度 (CAPACITY)」を実施した。また、経済的・感情的・身体的困難状況、再入院などの特定の転帰の有無に伴う CAPACITY スコアの差の統計的有意性について Student t 検定を用いて比較した。CAPACITY は 6 項目毎の 2 つのサブスケール〈①介護者と医療者のコミュニケーションの質②介護能力〉の全 12 項目からなる 4 段階リッカート尺度である。調査は 2019 年 1 月・2020 年 1 月に米

国の3病院で実施された。

【結果】

240名の介護者が参加した。介護者の背景は平均年齢60歳、女性70.8%、白人83.8%、患者の平均年齢は68.2歳であった。CAPACITY ①コミュニケーションの質において、常にされていると回答した割合は、患者へのわかりやすい説明:48.5%、患者や介護者にとって大切なことへの理解:66.2%、患者の健康に関する介護者の懸念への対応:46.4%と高かったが、ケアプランや患者の健康管理について介護者の認識を確認する項目は9.7%、8.0%と低かった。②介護能力の評価や支援に関する6項目について4.常にされていると回答した介護者は13.5.9%と全体的に低かった。介護者の抱える困難とCAPACITYの結果に有意差はみられなかった。しかし、患者が30日以内に再入院をした介護者の①コミュニケーションの質スコアは有意に低かった。また、日常活動制限の増加と②介護能力スコアは逆相関を示した。

【結論】

膀胱切除後の膀胱癌・乳頭部癌患者において、介護者と医療者とのコミュニケーションの質が低いほど、再入院率が高かった。また、②介護能力の評価・支援の実施が低いほど介護者の日常活動の制限が高かった。

【コメント】

在院日数の減少、在宅療養の増加に伴い、介護者の役割は大きくなっている。本研究では、医療者と介護者とのコミュニケーションは患者の再入院率の高さや介護負担に大きく影響することが示された。サンプルサイズが小さく、患者特性による調整分析はできていないため因果関係は示されていないが、退院前の医療者から介護者への情報提供や情緒的サポート、介護能力の評価、具体的な支援の提案が重要であると考えられる。

第8回日本老年薬学会学術大会に参加して

新潟市民病院 薬剤部 武藤 浩司

医療法人愛和会 愛和病院 薬剤部 萬谷 摩美子

2024年5月18日（土）から5月19日（日）にかけて、都市センターホテル（東京）で開催された第8回日本老年薬学会学術大会に参加した。今回は「つなぐ・あゆむ・まもる ～未来の地域医療を描く～」をテーマに掲げ、高齢者を支える医療職種等の関係者が集った。現地参加に加え、Live配信も行われたため、全国各地から多くの参加者がアクセスできた。本大会では、特別講演が2演題、教育講演が8演題、シンポジウムが7セッション、ハンズオンセミナーが3つ行われた。

特に印象に残ったのは、日本老年薬学会が日本老年医学会と全国老人保健施設協会の協力で取りまとめた「高齢者施設の服薬簡素化提言」の発表である。提言1では「服薬回数を減らすことには多くのメリットがある」とし、誤薬リスクの低下、医療安全の向上、服薬負担の軽減、服薬アドヒアランスの向上、施設職員の与薬負担の軽減と勤務の平準化が期待できるとされた。提言2では「服薬は昼1回に：昼にまとめられる場合は積極的に検討する」とし、施設職員の多い昼の時間帯に服薬を集約することで、さらなるメリットが期待できる（昼服用にまとめられる薬剤の場合）。また、「高齢者施設の服薬簡素化フローチャート」が示されているが、高齢者施設に限らず医療機関内での活用や退院施設の状況に応じて入院中から処方見直しを検討していくことも必要であると考えられた。

本学会は、ポリファーマシーをはじめとする超高齢社会における薬学上の喫緊の課題に対応するために2016年1月に設立され、高齢者の薬物療法の適正化を実践できる薬剤師の養成、研究・学術などの活動を行っている。さらに関連学会との連携・協力を行い、2023年には日本老年学会（7学会で構成）に加盟した。次年度は2年に1回の合同開催であり、2025年6月27日（金）から29日（日）に幕張メッセ・東京ベイ幕張ホールで開催される予定である。次回の学術大会では日本老年医学会、日本老年歯科医学会、日本老年看護学会などの他職種学会への参加も可能となり、老年薬学だけでなく、高齢者を支える多職種との交流、最新の知見を学び、今後の実践に活かしていきたいと考えている。

よもやま話



新しい土地での気づき

新潟県立中央病院 看護部 浅野 暁俊

私は緩和ケア病棟の看護師として、終末期がん患者さんのケアに携わってきた。昨年4月現職場に赴任し、1年と少しが経った。現在は、化学療法を受ける患者さんの看護に従事している。

私の赴任先は、新潟県の西に位置する上越市というところだ。戦国武将上杉謙信の城下町であり、上杉謙信の銅像や歴史博物館、上杉謙信とその家来をモチーフにした「けんけんず」なるゆるキャラも存在している。江戸時代以降は高田城の築城に伴い都市計画が進み、現在でも、日本一長い雁木通りや町家、寺院群など歴史的資産が数多く残っている。高田城の桜は、「日本三大夜桜」の一つとして数えられ、幻想的な景色を楽しむことが出来る。海沿いの直江津地域は、古くから海運が盛んであり、明治以降は新潟県鉄道発祥の地として陸海運の要所として発展した。少し視野を広げると、スノーリゾートで有名な妙高高原が近くにあり、皇族方がご滞在された赤倉観光ホテルを始めとした温泉街と、良質なパウダースノーが楽しめるスキー場が多数ある。

新潟県になじみの少ない読者の方も多と思うが、新潟県は南北に長く、県の北端と南端を結んだ距離は、福岡～鹿児島間と同じくらいである。それだけ広大だと、同じ新潟県民でも住む地域によって言葉や習慣が異なってくる。例えば、緩和ケアは苦痛のアセスメントが重要であるが、地域によって苦痛の表現は異なるだろう。新潟県では、倦怠感や全体的な調子の悪さを表現するときに、「なんぎい」という言葉を用いることが多い。しかし、私が赴任した上越地域では、「たいそ」と表現する。「なんぎい」でも通じなくは無いのだから、「なんぎくないですか？」と患者さんに聞くと、「ん？」と聞かなくて多く、コミュニケーションが円滑に進まないときがある。他にも、「苦しい」は「こわい」、「寂しい」は「しょうしい」、「すごく～」は「ばか～」、「熱い」は「あっちゃい」、「寒い」は「さっぶい」と、前任地の新潟市ではあまり聴き慣れない表現が多い。現地の言葉に慣れてきたのか、「なんぎい」を多用していた私も、今は「たいそ」を使っている。

他にもこんなことがあった。終末期の患者さんから、「家終いと家の墓石も整理しないと。だから家に帰りたい」と伺ったことがある。自宅のお墓と聴いて良く分からなかったのだが、いろいろ調べてみると、昔は故人を身近な距離で偲ぶために、自宅敷地内に墓石を立てるのが一般的だったらしい（上越地域に限らず）。確かに市内を運転していると、古いお宅の敷地内には墓石が散見される。ELNEC-Jのモジュールには、文化に関する内容がある。受講当時はあまり現実味が無かったのだが、住む場所が変わればエンドオブライフ期のニーズも異なることが実感できた。

赴任当初は慣れない土地でどうなることかと思ったが、職場の同僚にも恵まれ、何とか生活できているようだ。言葉や習慣の異なる患者さんから学ばせていただくことも多く、日々勉強である。私は趣味がランニングであり、コロナ前はマラソン大会に何度か出場していた。コロナ禍となってマラソン大会が軒並み中止となり、私自身も走ることを止めてしまったのだが、転勤を機に再開した。緩和ケアは、ケア提供者の心身が疲弊しやすい。私は患者さんに巻き込まれやすく、仕事のオン・オフをつけるのが苦手なのだが、好きな音楽を聴きながら走っている時は、無心になることが出来る。上越は自然が豊かで、お気に入りのランニングコースは、山の景色がとても綺麗だ。当面の目標は、5年ぶりのフルマラソンを無事完走することだ。心身の健康を保ち、オフの時間も大切にしながら、ケア提供者として研鑽を積んでいきたいと思う。

僧職系薬剤師の考える地域の宗教家との連携

米沢市立病院 薬剤部 赤尾 眞

医療法人愛和会 愛和病院 薬剤部 萬谷 摩美子

最近、緩和医療関連の研修会などで臨床宗教師の方などにお会いする機会も増えてきました。この学会でも時折お会いすることもあるのではないのでしょうか？国内では臨床宗教師や臨床仏教師という資格を得て、医療機関や地域の中で傾聴活動をされるお坊さんが存在します。現在、日本臨床宗教師会のホームページを見ると210人程度は全国に臨床宗教師が存在するようです。

私は実家が米沢市内の真宗大谷派寺院で父が住職をしており、自分も僧侶の資格を持っています。お寺さんの悩み事としては少子高齢化のため、墓地を維持管理することが出来なくなってきた、コロナ禍から始まった家族葬などで大人数のお葬式が無くなってきたなど、今までやってきたことが今後も継続できるのかは分からない社会に変化してきています。お坊さんの私としては、地域との係わりがお葬式の時や法事の時だけの係わりではなく、仏教の教えなどを中心にしたお寺を様々な地域のコミュニティと繋げていきたいと感じています。それはご先祖さんを通して生きていらっしゃる方々の様々な生老病死の苦悩に寄り添った係わり、繋がりを持つことこそがお寺、お坊さんの役割であるとも考えます。そこで地域の在宅医療や病院の緩和ケア、介護のなかなどで行われる傾聴活動をする臨床宗教師という役割が、私にとってはとお坊さんの役割そのものだなあと感じるわけです。

このような話をすると、「それじゃあ、あなたも宗教者として傾聴活動などをすればよいではないか？」と感じると思います。私は病院薬剤師として薬物療法に関わることも楽しくやりがいを持ってやっています。緩和ケアにも関わり、患者さんのところで薬剤師として、患者さんの様々な想いなどを傾聴することもあります。しかしながら、宗教的な、或いはスピリチュアル的な患者の問いというのは薬剤師の私に対しては向けられることは多くありません。そもそもそういうつもりで患者さんのベットサイドへ訪室していない、或いはそのような空気感を出して無いからなんだろうなと思います。

前置きが長くなりましたが、当院では緩和ケアチームの一員として臨床宗教師の妻鳥絨明さんが在籍しています。週1日水曜日に、憂い悩みのある患者さんのベットサイドへ訪室して傾聴活動を行っています。活動は5-6年程度になりますでしょうか。このような話を聞くと、近くに臨床宗教師がいたんだなと思われるかもしれませんが、しかしながら、医療の現場に宗教者が入るということは一般的には中々難しい事だと思います。難しい事の一つ目として事務局的にはどういう採用枠で受け入れるのか、二つ目として医療者側として宗教者が何をしてくれる方なのか分かりにくい、活動に診療報酬などあるのか？など受け入れる側にもハードルがあります。また三つ目として臨床宗教師などの宗教者が自身の地域の病院などで活動したいと思ってもどこが受け入れてくれるのか？誰が窓口なのか？入ってからどのように病院の中で活動すればよいか、どのようなどころから患者情報をもらうのか、医師や看護師やその他の職種は実際何をやる人なのか、自身の傾聴活動とどのように繋がりを持つと良いのかなど、このようなところが難しいのだと思います。

ここで今回、記事を読んでいただいている皆様へご提案なのですが、職場の宗教者を活用してはどうでしょうか？職場に地元のお寺さん出身の方などが居れば、是非その難しい点が調整できるのではないかと思います。私の経験ですが、妻鳥さんをまずは地域の多職種連携の会へお誘いし、様々な職種の方へ顔見せをしました。また当時その会の代表は当院看護部長でもあったので、そこの接点を作りました。看護部長からも気に入ってもらえ、看護部長から総務課へ採用について打診してもらい、看護補助者として採用となりました。最初はベッドメイクをする補助者として採用ということにして、空いた時間で傾聴活動を開始してもらいました。私も臨床宗教師の方、数名と話をした際にボランティアとして傾聴活動をしている方が多いなと印象を持っていますが、継続した活動を担保するには給与もあった方が良いのではないかと個人的に考えています。宗教者は院内で活動する際も傾聴

活動を通して誰と情報共有すると良いのか、主治医と話したいとして、主治医はどこに行けば会えるのか、会えない場合はどのような手段で情報を伝えればよいのかなど現場でのちょっとした困りごともあると思います。そのような際は直ぐに私と連絡を取り、「この病棟ではこうやって担当看護師と連携をとると良い」、「この診療科の医師とはこの方法で連絡が取れる」など、その職場で働いているものならではの情報でサポートします。宗教者が行いたい活動についても同じお坊さんとして理解を持ち、活動するのに情報提供してくれる現場の看護師さんへ臨床宗教師のアピール兼病棟勉強会の企画などを行います。妻鳥さんからはこのようなサポートが非常に助かっていると言われています。

宗教者でかつ医療者である人がもし、職場にいるのであれば、その方自身が宗教者としての傾聴活動ができなくとも、地域のお坊さんでそのような活動をしたいと志のある方と病院などを繋ぐハブ役になれるのではないかと、私はこのように考えています。そして臨床宗教師のような研修を積んだ宗教者が医療や介護の現場に入っただくことで患者さんのスピリチュアルケアに大きく貢献してもらえますし、宗教者も自身の地域でお寺以外の場所でもお坊さんの役割を果たせる達成感が得られるものと思います。

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3月~2024年5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;390(9-20)】

該当なし

【Lancet. 2024;403(10429-10441)】

1. がん罹患後の更年期障害の管理

Hickey M, Basu P, Sassarini J, Stegmann ME, Weiderpass E, Nakawala Chilowa K, et al. Managing menopause after cancer. Lancet. 2024;403(10430):984-96.[PMID: 38458217]

2. 米国の腫瘍科でのスクリーニングと段階的共同ケア介入 (CARES) の患者・家族介護者・経済のアウトカム：第Ⅲ相ランダム化試験

Steel JL, George CJ, Terhorst L, Yabes JG, Reyes V, Zandberg DP, et al. Patient, family caregiver, and economic outcomes of an integrated screening and novel stepped collaborative care intervention in the oncology setting in the USA (CARES): a randomised, parallel, phase 3 trial. Lancet. 2024;403(10434):1351-61. [PMID: 38490230]

3. 例外的安楽死：理論的な概念か、医療での必要性か？

Pradat PF, Piazza S, Fourcade C, Perrigault PF. Exceptional euthanasia: a theoretical construct or medical necessity? Lancet. 2024;403(10435):1443. [PMID: 38614476]

4. 死の補助、道徳的苦痛、良心に基づいた拒否

Cavanagh J, Spiller J, Taylor DR. Assisted dying, moral distress, and conscientious objection. Lancet. 2024;403(10435):1443-4. [PMID: 38614475]

5. 死の補助には、思慮深く丁寧な対話が必要

The L. Assisted dying needs a thoughtful and engaged dialogue. Lancet. 2024;403(10437):1603. [PMID: 38677846]

【Lancet Oncol. 2024;25(3-5)】

6. COVID-19 パンデミックにおけるがん患者の院内死亡率の変化：多施設前向きコホート研究

Turtle L, Elliot S, Drake TM, Thorpe M, Khoury EG, Greenhalf W, et al. Changes in hospital mortality in patients with cancer during the COVID-19 pandemic (ISARIC-CCP-UK): a prospective, multicentre cohort study. Lancet Oncol. 2024;25(5):636-48. [PMID: 38621404]

【JAMA. 2024;331(9-20)】

7. 診察における患者と医師間の効果的なメッセージの伝達

Cappella JN, Street RL, Jr. Delivering Effective Messages in the Patient-Clinician Encounter. JAMA. 2024;331(9):792-3. [PMID: 38300603]

8. 触ることがないということ

Mangione S, Basile M, Post SG. Out of Touch. JAMA. 2024;331(9):729-30. [PMID: 38334986]

9. 国内科専門医の認定資格維持：患者と医師にとっての価値

Roswell RO, Johnson EN, Jain R. Maintenance of Certification's Value to Patients and Physicians-Reply. JAMA. 2024;331(23):2047-8. [PMID: 38767869]

10. 米国の成人の4割以上が薬物の過剰摂取で知人を亡くしている

Harris E. More Than 40% of US Adults Know Someone Who Died of Drug Overdose. JAMA. 2024;331(12):1002.[PMID: 38446463]

11. 米国における薬物過剰摂取による死亡は主に喫煙に関連していた可能性

Anderer S. Smoking May Now Be the Leading Route of Drug Use in US Overdose Deaths. JAMA. 2024;331(13):1081. [PMID: 38477933]

12. 早期承認されたがん治療薬の臨床的有用性

Liu ITT, Kesselheim AS, Cliff ERS. Clinical Benefit and Regulatory Outcomes of Cancer Drugs Receiving Accelerated Approval. JAMA. 2024;331(17):1471-9. [PMID: 38583175]

【JAMA Intern Med. 2024;184(3-5)】

13. 高齢者にとって価値の低い医療を減らすための行動経済学の活用：クラスターランダム化試験
Kullgren JT, Kim HM, Slowey M, Colbert J, Soyster B, Winston SA, et al. Using Behavioral Economics to Reduce Low-Value Care Among Older Adults: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2024;184(3):281-90. [PMID: 38285565]
14. 重篤な非がん疾患を患うヒスパニック系患者の緩和ケアの成果を改善するための患者ナビゲーター介入：RCT
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;184(4):384-93. [PMID: 38345793]
15. 加齢に伴う重篤な転倒事故とオピオイド鎮痛薬使用のリスク
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;184(4):394-401. [PMID: 38373005]
16. 心臓デバイスの使用に関する共有意思決定のためのメディケア義務の関連付け
Rager JB, Hou H, Caverly T, Thompson MP. Association of a Medicare Mandate for Shared Decision-Making With Cardiac Device Utilization. *JAMA Intern Med.* 2024;184(4):439-40. [PMID: 38372991]
17. 入院中の成人における肺炎の不適切な診断
Gupta AB, Flanders SA, Petty LA, Gandhi TN, Pulia MS, Horowitz JK, et al. Inappropriate Diagnosis of Pneumonia Among Hospitalized Adults. *JAMA Intern Med.* 2024;184(5):548-56. [PMID: 38526476]

【JAMA Oncol. 2024;10(3-5)】

18. 間違った戦い：米保険会社の事前承認制度
Shahriar AA. The Wrong Fight-Prior Authorization. *JAMA Oncol.* 2024;10(3):295-6. [PMID: 38175626]
19. 食欲不振を伴う非小細胞肺癌患者における食欲増進剤としてのミルタザピン：ランダム化試験
Arrieta O, Cardenas-Fernandez D, Rodriguez-Mayoral O, Gutierrez-Torres S, Castanares D, Flores-Estrada D, et al. Mirtazapine as Appetite Stimulant in Patients With Non-Small Cell Lung Cancer and Anorexia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol.* 2024;10(3):305-14. [PMID: 38206631]
20. 米国における転移性がん患者の終末期の免疫療法開始
Kerekes DM, Frey AE, Prsic EH, Tran TT, Clune JE, Sznol M, et al. Immunotherapy Initiation at the End of Life in Patients With Metastatic Cancer in the US. *JAMA Oncol.* 2024;10(3):342-51. [PMID: 38175659]
21. 米国成人がんサバイバーにおける薬物使用障害
Jones KF, Osazuwa-Peters OL, Des Marais A, Merlin JS, Check DK. Substance Use Disorders Among US Adult Cancer Survivors. *JAMA Oncol.* 2024;10(3):384-9. [PMID: 38206609]
22. 固形がん骨転移に対するMW032とデノスマブの有効性、安全性、薬物動態：ランダム化二重盲検第Ⅲ相同等性試験
Zhang S, Yin Y, Xiong H, Wang J, Liu H, Lu J, et al. Efficacy, Safety, and Population Pharmacokinetics of MW032 Compared With Denosumab for Solid Tumor-Related Bone Metastases: A Randomized, Double-Blind, Phase 3 Equivalence Trial. *JAMA Oncol.* 2024;10(4):448-55. [PMID: 38329745]
23. 放射線照射後乳がん患者の晩期局所毒性に対する高気圧酸素療法の効果：ランダム化試験
Mink van der Molen DR, Batenburg MCT, Maarse W, van den Bongard D, Doeksen A, de Lange MY, et al. Hyperbaric Oxygen Therapy and Late Local Toxic Effects in Patients With Irradiated Breast Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol.* 2024;10(4):464-74. [PMID: 38329746]
24. 乳がん患者における皮膚マイクロバイオームと放射線皮膚炎との関連
Hulpusch C, Neumann AU, Reiger M, Fischer JC, de Tomassi A, Hammel G, et al. Association of Skin Microbiome Dynamics With Radiodermatitis in Patients With Breast Cancer. *JAMA Oncol.* 2024;10(4):516-21. [PMID:38300584]
25. 希望の倫理—腫瘍医の道徳的な責務
Corn BW, Feldman DB. The Ethics of Hope-A Moral Imperative for Oncologists. *JAMA Oncol.* 2024;10(5):565-6. [PMID: 38512274]

【BMJ. 384(8419-8430)】

26. 1995-2020年に欧州医薬品庁により承認されたがん治療薬の付加利益と収益：後ろ向きコホート研究
Brinkhuis F, Goettsch WG, Mantel-Teeuwisse AK, Bloem LT. Added benefit and revenues of oncology drugs approved by the European Medicines Agency between 1995 and 2020: retrospective cohort study. *BMJ.* 2024;384:e077391. [PMID: 38418086]
27. 英国の35-69歳の成人におけるがんの罹患率と死亡率：1993-2018年の25年の傾向
Shelton J, Zotow E, Smith L, Johnson SA, Thomson CS, Ahmad A, et al. 25 year trends in cancer incidence and mortality among adults aged 35-69 years in the UK, 1993-2018: retrospective secondary analysis. *BMJ.* 2024;384:e076962. [PMID: 38479774]

-
28. 豪ニューサウスウェールズ州の入院患者におけるせん妄と認知症発症：後ろ向きコホート研究
Gordon EH, Ward DD, Xiong H, Berkovsky S, Hubbard RE. Delirium and incident dementia in hospital patients in New South Wales, Australia: retrospective cohort study. *BMJ*. 2024;384:e077634. [PMID: 38537951]
29. シスプラチン静脈内投与後の重度急性腎障害を予測する単純なリスクスコアの開発と外部検証：コホート研究
Gupta S, Glezerman IG, Hirsch JS, Chen KL, Devaraj N, Wells SL, et al. Derivation and external validation of a simple risk score for predicting severe acute kidney injury after intravenous cisplatin: cohort study. *BMJ*. 2024;384:e077169. [PMID: 38538012]
30. 認知症患者における抗精神病薬の使用に関連する有害転帰：集団ベースのマッチドコホート研究
Mok PLH, Carr MJ, Guthrie B, Morales DR, Sheikh A, Elliott RA, et al. Multiple adverse outcomes associated with antipsychotic use in people with dementia: population based matched cohort study. *BMJ*. 2024;385:e076268. [PMID: 38631737]
31. 出生前オピオイド曝露とその後の小児における精神神経障害のリスク：韓国の全国出生コホート研究
Kang J, Kim HJ, Kim T, Lee H, Kim M, Lee SW, et al. Prenatal opioid exposure and subsequent risk of neuropsychiatric disorders in children: nationwide birth cohort study in South Korea. *BMJ*. 2024;385:e077664. [PMID: 38658035]
32. 抗うつ薬としてのシロシビンの有効性：系統的レビューとメタ分析
Metaxa AM, Clarke M. Efficacy of psilocybin for treating symptoms of depression: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2024;385:e078084. [PMID: 38692686]
33. 処方医の退職による長期オピオイド治療中止後の臨床・医療利用アウトカム：準実験的差の差分析
Sabety AH, Neprash HT, Gaye M, Barnett ML. Clinical and healthcare use outcomes after cessation of long term opioid treatment due to prescriber workforce exit: quasi-experimental difference-in-differences study. *BMJ*. 2024;385:e076509. [PMID: 38754913]

【Ann Intern Med. 2024;177(3-5)】

該当なし

【J Clin Oncol. 2024;42(7-15)】

34. 思春期および若年成人がん患者における精神疾患：カナダにおける集団ベース・同胞コホート
Oberoi S, Garland A, Yan AP, Lambert P, Xue L, Decker K, et al. Mental Disorders Among Adolescents and Young Adults With Cancer: A Canadian Population-Based and Sibling Cohort Study. *J Clin Oncol*. 2024;42(13):1509-19. [PMID: 38335465]
35. 予後予測の機械学習によるがん治療中の緩和ケア紹介
He JC, Moffat GT, Podolsky S, Khan F, Liu N, Taback N, et al. Machine Learning to Allocate Palliative Care Consultations During Cancer Treatment. *J Clin Oncol*. 2024;42(14):1625-34. [PMID: 38359380]
36. 最適な早期緩和ケア紹介に予後予測の機械学習は十分であるのか？
Weissman GE, Greer JA, Temel JS. Use of Machine Learning to Optimize Referral for Early Palliative Care: Are Prognostic Predictions Enough? *J Clin Oncol*. 2024;42(14):1603-6. [PMID: 38489555]
37. 肺がん患者における終末期治療の人数・民族的格差：13年間の集団ベース研究
Rodriguez GM, Popat R, Rosas LG, Patel MI. Racial and Ethnic Disparities in Intensity of Care at the End of Life for Patients With Lung Cancer: A 13-Year Population-Based Study. *J Clin Oncol*. 2024;42(14):1646-54. [PMID: 38478794]
38. カペシタビン関連手足症候群の予防目的のジクロフェナク外用薬：二重盲検ランダム化試験
Santhosh A, Sharma A, Bakhshi S, Kumar A, Sharma V, Malik PS, et al. Topical Diclofenac for Prevention of Capecitabine-Associated Hand-Foot Syndrome: A Double-Blind Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*. 2024;42(15):1821-9. [PMID: 38412399]

【Ann Oncol. 2024;35(3-5)】

該当なし

【Eur J Cancer. 2024(199-203)】

39. 次世代抗がん剤による妊孕性と生殖機能の懸念と固形がん治療中の若年患者への臨床的影響
Helgadottir H, Matikas A, Fernebro J, Frödin JE, Ekman S, Rodriguez-Wallberg KA. Fertility and reproductive concerns related to the new generation of cancer drugs and the clinical implication for young individuals undergoing treatments for solid tumors. *European journal of cancer (Oxford, England: 1990)*. 2024; 202:114010. [PMID: 38520926]
40. EORTC QLQ-C30を用いた米国の一般集団の健康関連 QoL 標準データ
Rogge AA, Liegl G, Snyder C, Rose M, Nolte S. EORTC QLQ-C30 general population normative data for the United States. *European journal of cancer (Oxford, England: 1990)*. 2024; 202:114030. [PMID: 38552543]

【Br J Cancer. 2024;130(4-9)】

41. 食道がん根治的治療後 5 年間のがん関連疲労の軌跡

Cheng Z, Johar A, Nilsson M, Schandl A, Lagergren P. Cancer-related fatigue trajectories up to 5 years after curative treatment for oesophageal cancer. *British journal of cancer*. 2024;130(4):628-37. [PMID: 38135716]

【Cancer. 2024;130(5-10)】

42. AYA 世代のがん治療におけるレジリエンス：課題と展望

Rosenberg AR, Salsman JM. Resilience in adolescent and young adult oncology: Problems and prospects. *Cancer*. 2024;130(7):1015-8. [PMID: 38150308]

43. AYA 世代におけるレジリエンスの促進：エビデンスに基づく患者中心のオンコロジーケアの考察

Salsman JM, Rosenberg AR. Fostering resilience in adolescence and young adulthood: Considerations for evidence-based, patient-centered oncology care. *Cancer*. 2024;130(7):1031-40. [PMID: 38163249]

44. 大うつ病性障害と診断されたがん患者におけるシロシビン補助によるグループ療法

Agrawal M, Richards W, Beaussant Y, Shnayder S, Ameli R, Roddy K, et al. Psilocybin-assisted group therapy in patients with cancer diagnosed with a major depressive disorder. *Cancer*. 2024;130(7):1137-46. [PMID: 38105655]

45. 大うつ病性障害と診断されたがん患者におけるシロシビン補助によるグループ療法：受容性の質的分析

Beaussant Y, Tarbi E, Nigam K, Miner S, Sager Z, Sanders JJ, et al. Acceptability of psilocybin-assisted group therapy in patients with cancer and major depressive disorder: Qualitative analysis. *Cancer*. 2024;130(7):1147-57. [PMID: 38105653]

46. 患者中心の分散型臨床試験を推進するアクションへの呼びかけ

Harvey RD, Miller TM, Hurley PA, Thota R, Black LJ, Bruinooge SS, et al. A call to action to advance patient-focused and decentralized clinical trials. *Cancer*. 2024;130(8):1193-203. [PMID: 38193828]

47. 性的マイノリティーのがんサバイバーにおけるケア、全体的な健康、精神的健康の満足度：全国がん調査

Kamen CS, Gada U, Lyerly R, Scout NFN. Satisfaction with care, general health, and mental health among sexual and gender minority cancer survivors: Results of the OUT National Cancer Survey. *Cancer*. 2024;130(8):1292-302. [PMID: 38117467]

48. 経験によるレベル別の患者ナビゲーションの職務：ラウンドテーブル

Varanasi AP, Burhansstipanov L, Dorn C, Gentry S, Capossela MA, Fox K, et al. Patient navigation job roles by levels of experience: Workforce Development Task Group, National Navigation Roundtable. *Cancer*. 2024;130(9):1549-67. [PMID: 38306297]

49. 原発性および転移性脳腫瘍患者の静脈血栓塞栓症治療における直接作用型経口抗凝固薬（DOAC）の臨床ガイドライン

Ranjan S, Leung D, Ghiaseddin AP, Taylor JW, Lobbous M, Dhawan A, et al. Practical guidance for direct oral anti-coagulant use in the treatment of venous thromboembolism in primary and metastatic brain tumor patients. *Cancer*. 2024;130(9):1577-89. [PMID: 38288941]

50. エンドオブライフにおける免疫療法の適切な使用にとってのがんセンターの重要性

Nierengarten MB. Cancer center matters for appropriate use of immunotherapy at end of life. *Cancer*. 2024;130(10):1726. [PMID: 38684464]

51. 大腸がんにおける化学療法の相対投与量強度と忍容性に対する在宅レジスタンストレーニング：FORCE ランダム化比較試験

Caan BJ, Brown JC, Lee C, Binder AM, Weltzien E, Ross MC, et al. Effect of home-based resistance training on chemotherapy relative dose intensity and tolerability in colon cancer: The FORCE randomized control trial. *Cancer*. 2024;130(10):1858-68. [PMID: 38265970]

52. 小児がん成人サバイバーに対する 1 年間の身体活動介入による QOL、倦怠感、苦痛への効果：SURfit ランダム化比較試験

Deng WH, Zurcher SJ, Schindera C, Jung R, Hebestreit H, Banteli I, et al. Effect of a 1-year physical activity intervention on quality of life, fatigue, and distress in adult childhood cancer survivors-A randomized controlled trial (SURfit). *Cancer*. 2024;130(10):1869-83. [PMID: 38315522]

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3報) －症例報告に関する情報の追加－

学術委員会 学術大会支援WPG
WPG員長 宮下 光令

第29回日本緩和医療学会学術大会にご参加いただいた皆様には「幕間スライド」でお伝えさせていただきましたが、前回・前々回のニューズレターにてお伝えしているように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くなります。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)

- ・9例以下の症例報告(こちら本ニューズレターにて新しく追加した項目です。従来、3例としていた年もありますが、9例以下になりました。ただし、平均や割合(%)など基本的なものであっても統計

処理を行っていない報告に限ります)

- ・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. Palliative Care Research 編集委員会

Palliative Care Research 編集委員会
委員長 佐藤 一樹

2023年の査読功労者につきましては、委員の協議と厳正なる審査の結果、以下8名を受賞者と決定しました。

- 1位 今井 堅吾先生
聖隷三方原病院 ホスピスコ
- 入賞 池垣 淳一先生
医療法人社団池垣クリニック
- 入賞 采野 優先生
京都大学大学院医学研究科
- 入賞 佐藤 哲観先生
静岡県立静岡がんセンター
- 入賞 西本 哲郎先生
神戸市立医療センター中央市民病院
- 入賞 平塚 裕介先生
竹田総合病院 緩和医療科
- 入賞 松田 能宣先生
近畿中央呼吸器センター心療内科
- 入賞 宮越 浩一先生
亀田総合病院リハビリテーション科

2024年度の日本緩和医療学会総会において、査読功労賞の授賞式を行いました。

3. 関西支部学術大会 開催案内

第6回関西支部学術大会
大会長 醍醐 弥太郎

この度、2024年9月28日（土）に滋賀県大津市で日本緩和医療学会第6回関西支部学術大会を開催させていただきます。滋賀医科大学臨床腫瘍学講座・腫瘍内科・腫瘍センターの醍醐 弥太郎です。

開催にあたりまして、招致のご挨拶を申し上げます。

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。わが国ではこれらのがん医療を担い臓器横断的な治療のマネジメントを行う医療人に加えて、体と心の両面からがんをはじめとする難病特有の症状に対するケアを行う緩和医療を担う医療人の育成が急務になっています。このような医療の推進と人材の育成に向けて私たちは、(1) 社会のがん医療への要請を踏まえた緩和医療に関わる学際的な緩和ケア教育・研修プログラムの拡充、(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の強化、(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に取り組んでおります。

今回の大会では、悠久の歴史の息づく湖国滋賀の地で「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が一堂に集い、次世代の緩和医療を討議し育む会としたいと思います。若手を含む広範な演者による一般演題に加えて、上記の趣旨で厳選したテーマと第一線でご活躍の演者によるシンポジウム、セミナー、TIPS、ワークショップを企画しております。

第6回関西支部学術大会が緩和医療に微力ながら新風をおこせますよう、実行委員、開催事務局一同、鋭意、コンパクトで実り多き開催に向けて準備に取り組んで参ります。皆様からの深甚なるご支援とご協力をよろしくお願い申し上げます。

詳細は関西支部の下記サイトをご覧ください。幸いです。

https://www.jspm.ne.jp/meetings/branch_kansai/meeting_individual.html?entry_id=1598

4. 第5回東北支部学術大会に向けて

第5回東北支部学術大会
大会長 木村 太

2024年10月5日(土曜)に青森県弘前市で第5回東北支部学術大会を開催させていただくことになりました。交通の便が悪く、皆様にはご迷惑をおかけいたしますが、南東北からでも日帰り可能な日程を組みたいと思いますので、多数のご参加をお待ちしております。

テーマは「つなげよう緩和の輪を」といたしました。ご参加の皆様は、日々真摯な姿勢で緩和医療に携わっておられることと存じますが、その輪を地域に広げ、次の世代へとつなげていくことが大事だと思っております。

講演は4題を予定しており、以下の先生方をお願いしています。

会場 元弘

(青森県立中央病院 緩和ケアセンター長)

佐藤 哲観

(静岡県立静岡がんセンター 緩和医療科部長)

青木 昌彦

(弘前大学大学院医学研究科 放射線腫瘍学講座教授)

佐藤 温

(弘前大学大学院医学研究科 腫瘍内科学講座教授)

タイムスケジュールは以下のように予定しています。

10時～ 講演①

11時～ 一般演題①・②

12時～ 講演②

13時～ 講演③

14時～ 一般演題③・④

15時～ 一般演題⑤・⑥

16時～ 講演④

10月初旬はりんごが色づく季節であり、会場の弘前文化センターは弘前公園と隣接しています。お時間に余裕のある方は、是非弘前の秋を楽しんでお帰りください。

関係各位のご協力のもと、準備中ですが、至らぬ点も多いかと思われま。皆様のお力をお借りして意義ある大会にしたいと思っておりますので、どうかよろしくごお願い申し上げます。

5. 日本緩和医療学会 第6回関東・甲信越学術大会 開催案内

第6回関東・甲信越支部学術大会
大会長 間宮 敬子

第6回 日本緩和医療学会 関東・甲信越支部学術大会を、来たる2024年10月6日(日)に、ホテルブエナビスタ(松本市本庄1-2-1)にて開催させていただくこととなりました。今回の学術大会のテーマは「つなぐ」です。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決定いたしました。

招待講演は「つなぐ」と題して、カナダのアルバータ大学の樽見葉子先生にカナダとインターネットでつないでご講演をいただきます。シンポジウムでは「ACPのこれまでとこれから」「がん患者の食事を考える」「せん妄のケア」を、教育講演は「がんサバイバーの慢性疼痛とオピオイドの適正使用」「がん患者の神経ブロック」「地域連携と緩和ケア」を計画しています。他、ランチオンセミナー2講演、スイーツセミナー1講演を用意しております。それぞれ関東甲信越から日本を代表する医療者の皆様にご講演をお願いしております。詳しくは学会のホームページをご確認ください。一般演題の募集は7月1日から31日まで募集しております。たくさんの応募を心よりお待ちしております。

学会が開催されます松本市には国宝に指定されている松本城をはじめ、同じく国宝の旧開智学校、パワースポットである四柱神社、映画「orange-オレンジ-」で有名になった縄手通り、草間弥生さんの作品が展示されている松本市美術館、そして紅葉で美しい上高地があります。隣町にはわさびで有名な安曇野、また、長野県の自慢である長野市の善光寺や戸隠神社もぜひ足を延ばしていただきたい場所でもあります。ぜひ金曜日、土曜日に長野県に入ってください、観光していただいた後、学会で知識をリフレッシュしていただくというプランをおすすめいたします。この秋、ぜひ長野県松本市にお越しいただきますよう、スタッフ一同、心よりお待ちしております。

6. 日本緩和医療学会 第6回 東海・北陸支部学術大会

第6回東海・北陸支部学術大会
大会長 森 直治

この度、2024年11月16日（土）に愛知医科大学にて、日本緩和医療学会 第6回 東海・北陸支部学術大会を開催いたします。本大会は、東海・北陸支部の会員が一堂に会し、地域の緩和医療を担う医療者同士が交流する重要な場であり、大会長を務めることを大変光栄に感じております。皆様を長久手の地でお迎えすることを楽しみにしています。スタッフ一同、全力を尽くして準備を進めております。

本大会は「アンメット・ケア・ニーズに寄り添う」をテーマに掲げました。緩和医療が直面している多くの課題の中でも、特に患者さんやご家族が頻繁に抱える「食の苦悩」など、十分に支援されていない問題に焦点を当て、より効果的なケアの模索を行います。また、緩和医療全般にわたる様々な問題についても広く取り上げ、専門家が直面する課題に対する総合的な解決策を探求する機会として、プログラムを企画しました。せん妄や難治性疼痛、スピリチュアルペインといった頻度の高い苦痛に対し、支部のエキスパートの先生方にレクチャーと個別のディスカッションセッション (Meet the expert) を設け、日々の診療に即役立つ学術大会を目指します。ランチョンセミナーは3つを企画し、それぞれ魅力的な先生方に緩和医療における最新の情報を講演していただきます。

予算などの制約により、現地での開催のみとなりましたが、多くの皆様に会場で直接お会いし、活発な議論と交流が行われることを心から願っています。会場となる愛知医科大学は、名古屋市に隣接する長久手市に位置しており、ジブリパークなどの新しい魅力的な施設が近隣に多く、この地域は近年、華やかに発展しています。また、大学キャンパスも50周年事業で大きなスターバックスが誕生し、さらに美しさを増しています。名古屋インターにほど近く、自動車でのアクセスは便利ですが、公共交通機関をご利用の場合は名古屋駅から少々距離がありますので、地下鉄東山線の藤が丘駅からシャトルバスを運行し、アクセスの便を向上させる予定です。

皆様のご発表、ご参加を心からお待ちしております。

7. 第6回九州支部学術大会のご案内

第6回九州支部学術大会
大会長 山賀 昌治

本文を書いている時点ではまだ、深緑の季節ですごしやすいですが、今年の夏は暑いとの予報が出ており、本稿が公開される頃は暑さに悩まされているのではないかと思います。

さて、九州支部大会として第6回を迎える今回は、2024年11月16日（土）に宮崎駅から徒歩5分程度のニューウェルシティ宮崎で開催させていただくこととなりました。宮崎駅は九州各県をつなぐ高速バスの発着場所であり、宮崎空港にはJRが乗り入れておりますので、アクセスしやすい場所となっております。COVID19感染症に伴う移動制限もなくなりましたので、現地開催のみとなります。宮崎はそのころプロスポーツの秋季キャンプが行われる晴天の多い過ごしやすい季節になりますので、是非宮崎に足を運んでいただければと思います。

本大会のテーマは「継ぎ目のない緩和医療提供のために～一歩先を考える～」としました。治療中から一歩先のことを考え、患者様やご家族の方が思い描く療養生活に近づけるには何が必要かといったことを考えるきっかけにできればと考えております。

教育講演では、患者家族の気持ちへ配慮をしながら、治療・療養の場の移行がスムーズにできるために、情報共有やケアの継続性など多職種の見点でできること、治療の場を変えていくことへの不安や治療が終了することへの不安にどう対応するかといった「継ぎ目のない」というテーマに沿った2つの演題と、治療や療養の選択肢を増やすためにご尽力されている方からお話を伺う内容となっています。シンポジウムは身寄りのない方の看取りに焦点を当ててみました。少子高齢化により、独居高齢者の割合も増えています。行政のシステム構築も急激に進む状況に追いついておらず、こうした方の看取りは大きな問題になっています。具体的な症例をみながらこうした問題にどう対応するのかについて、皆様で検討いただければと考えております。

企業共催講演では、がんの痛みの軽減で中心的役割をはたすオピオイド鎮痛薬について、最新の話題に関しまして御高名な先生方にご講演をいただく予定となっています。

一般演題では日頃の臨床における問題点や悩ましい点などについて活発なご討議をいただければと考えております。

アクセス時間なども考え、プログラム自体は多く

はありませんが、密度の濃いものができたと考えています。宮崎で皆様とお会いできることを楽しみにしております。

編 | 集 | 後 | 記

学会の新体制の理事長や理事の先生方の意気込みを感じられるボリュームのある構成となりました。第81号から104号までを山口重樹委員長による編集委員メンバーで担当させて頂きました。今後も、多職種による専門性を生かした緩和ケアに取り組む学会員の皆様に役立つ情報やアイデアを盛り込んだニューズレターを期待しています。お忙しい中、連載へご寄稿いただいた先生方、執筆依頼に快くお引き受けいただいた先生方、編集委員ならびに事務局の皆様にご心から感謝いたします。先生方の思いがより多くの方々に届き、ますますご活躍いただけることを祈念しております。(萬谷 摩美子)

恵紙 英昭
坂井 さゆり
武村 尊生
萬谷 摩美子
○山口 重樹
山田 武志