



Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会

ニューズレター

February 2014

62



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
TEL 06-6479-1031/FAX 06-6479-1032
E-mail: info@jspm.ne.jp URL: http://www.jspm.ne.jp/

巻頭言

これからの「緩和ケア」で求められていくこと

国立がん研究センター がん対策情報センター がん医療支援研究部 加藤 雅志

「『緩和ケア』が変わった」

ここ数年、そのような話をよく耳にします。日々、緩和ケアに携わっていると、その変化を感じることは難しいかもしれませんが、ふと振り返ってみると、様々な変化に気づきます。皆様はどのような変化を感じるでしょうか。

まだ緩和ケアという言葉が医療従事者にすら浸透していなかったような頃、緩和ケアを実践する第一人者たちが緩和ケアを牽引し、医療で欠かせない重要な領域にしてきました。

そして、2008年6月のがん対策基本法の成立が、緩和ケアの一つの大きな転換期だったと私は考えています。以降、緩和ケアの推進者には、緩和ケアの専門家だけでなく、患者やその家族を中心とする「緩和ケアの享受者」も加わるようになりました。政府のがん対策の全体の方向性を定める「がん対策推進基本計画」を策定するため、政府は「がん対策推進協議会」を設置しました。この審議会は、委員に患者やその家族を加えた画期的なものです。当時、私は厚生労働省のがん対策の担当官として、行政の立場から緩和ケアの施策に関わっていましたが、患者の方々の意向を可能な限り尊重できるよう、がん対策の方向性が定められていきました。それらの一部は、緩和ケアの専門家からすると“途方もない”ように感じるものだったかもしれません。たとえば、10万人はいるかもしれないと言われるがん診療に携わるすべての医師に、緩和ケア研修を修了させるという目標は、緩和ケアの専門家が自発的に立てられるものではなかったと思います。このように、緩和ケアの担い手以外からの要望が制度となっていくことが、がん対策基本法以降みられるようになりました。

今、緩和ケアについて何が課題とされているのか。それは、「質」です。

医療の質は、緩和ケアだけではなく、医療のすべてに該当する課題です。特に、がん医療においては、がん拠点病院の整備が進むなど、外形的な体制は整いつつあります。がん拠点病院には緩和ケアチームの設置が義務付けられていることもあり、理屈の上では全国で専門的な緩和ケアが提供できる体制が整備されたこととなります。しかし、必ずしもそうなっていない現実があります。

「緩和ケアを提供しているはずの病院で適切な緩和ケアを受けることができなかった」というような事例が、厚生労働省に繰り返し報告されるような状況を踏まえ、厚生労働省では、緩和ケアの質を高めていくためにどのような取り組みをしていくべきなのかという議論が進められています。

緩和ケアの質を高めていくためにどうしていけばよいのか。その方策については、実際の担い手である緩和ケアに携わる医療従事者が積極的に示していくべきだと考えています。監査のような方法で質を評価していくことは好ましくありません。自らが課題を明らかにして改善に取り組むこと、そして、当事者同士が相互に訪問し課題や改善策について話し合い、学びあうようなピアレビューを実施していくことなどは有効ではなかろうかと考えたりしています。ただし、画一的なものではなく、施設や地域の状況に合わせ、それぞれにとって最適な方法で実施されるべきでしょう。皆様はどのようにお考えになりますでしょうか。

Current Insight

非がん患者の緩和ケア

慶應義塾大学医学部 精神神経科 慶應義塾大学病院 緩和ケアチーム 宮島 加耶

以前より、緩和ケアの対象としてprogressive, incurable diseasesあるいはprogressive, life-threatening conditionsという用語が用いられてきました。つまり、対象はがんに限りません。非がん疾患 (non-malignant diseases) には、慢性心不全、COPDなどの呼吸器疾患、end-stageの腎疾患、HIV/AIDS、運動ニューロン疾患、さらには認知症など幅広い疾患が含まれます。しかし、一般に、緩和ケアという言葉はまだ「がん患者に対するもの」というイメージが強いのではないのでしょうか。

Palliative Medicine誌の2013年の第27(9)号では英国における非がん疾患の緩和ケアに関する特集が組まれました。Editorial¹⁾では、十分に満たされていないニーズの現状、最近の研究について解説されています。その内容をここに簡単に紹介いたします。非がん患者の緩和ケアへのアクセスのバリアとしては、あらゆる積極的な治療をし尽くしてはじめて緩和ケアチームに依頼するという時期の問題、secondary care とprimary care のコミュニケーション不足などがあります。また、“end of life care” という表現もバリアの一つであり、深刻な疾患とともに生きること (living with serious illness) を強調する方が、早期からの介入が可能となるかもしれません。現在、心不全患者を対象として通常のケアを行った群と早期からの緩和ケアを行った群とで患者のアウトカムを比較するrandomised controlled trial (RCT) が進行中です。また、近年、心不全患者を対象とした、日常臨床での使用を目的とする緩和ケアのニーズのアセスメントツールに関する研究が報告され、現在、パーキンソン病の患者を対象として同様の研究が行われています。さらに、呼吸苦に対する少量のモルヒネの効果についてはエビデンスがあるとされているものの、これまでのRCTの結果は一致せず、呼吸苦への複合的な介入に関するRCTが進行中です。Editorialの筆者は最後に、最適な疾患に対する治療と最適な症状緩和は二者択一ではなく統合されるべきであり、“誰に” “何を” “どのように” 緩和ケアとして提供するかが明らかにされるべきである、と強調しています。

わが国でも、非がん患者の緩和ケアへの関心は高まっていると考えられます。第18回日本緩和医療学会学術大会の非がん疾患に対する緩和ケアのシンポジウムでは、非がん疾患の緩和ケアチーム設立、小児専門病院や在宅における緩和ケアに関する話題があり、興味深く聴かせていただきました。当院の緩和ケアチームでは2013年の夏より、非がん患者の緩和ケアの勉強会を始めました。きっかけは、ある内科医からの「肺高血圧症とか循環器疾患の患者さんのケアに悩んでいるスタッフが多いのだけど、一緒に何かできないかな」という誘いでした。ふだんがんの緩和ケアに携わってい

る緩和ケアチームのメンバーと非がん疾患の診療に携わっている医師・看護師とで集まり、お互いの経験を共有しながら、患者・家族からどのようなことが求められているか、どのような支援ができるかを一緒に考える、そんな会にしたいと思います。

1) Johnson M, Fallon M. Just good care? The palliative care of those with non-malignant disease. Palliative Medicine 2013; 27(9):803-804.

Current Insight

論文投稿を勧める、二つの大切な理由

オンラインジャーナル（学会誌）編集委員会 委員／しんじょう医院 新城 拓也

皆さんは論文を投稿するということに関してどんな思いを持っていらっしゃるでしょうか。本当は書かなくてはならないけどじっくりと取り組む時間がない、書いてみたいけど書き方が分からない、自分の研究が書くに値するものなのかどうか自信が持てない、色んな思いがあることと思います。実は私もずっと同じような思いを持っています。それでも論文を書き続けています。それは何故なのか、自分でも深くは考えていませんでしたが、心と思い立ち、診療の合間にじっくりと考えてみました。すると、二つの大切な理由が心に浮かびました。

まず一つ目の理由ですが、論文というのは研究のゴールです。例えば 簡単なアンケートの研究でも、アンケートの作成に関わる医療者や専門家、アンケートを配布する事務職、そしてアンケートを実際に記入する患者さんやご家族。さらには、アンケートを集計する人もいます。そして集計した結果を計算し、結果からどんな事が分かるか検討します。その検討にも、同僚や専門家、もしかしたら自分とは職場の異なる専門家の助言も必要かもしれません。

このように、一つの研究は多くの人達の協力と労力の結晶と言えます。臨床でも最近は一人的カリスマのスーパードクターの存在よりも、チーム医療の重要性が強調されるようになりました。細分化し専門化していく医療の世界では、最早ブラックジャックが一人で奇跡を起こし続ける事は出来ないのです。臨床の現場だけではありません。研究の世界でもチームの力が重要だとつくづく思うようになりました。自分の関心のあるテーマをきちんと他人が理解できる状態にし、さらに外に向かって発信するには多くの人達の力を必要とします。こうして、臨床だけではなく、研究も自分一人の努力だけでは形にならない現状となりました。

そして、私自身も臨床でも研究でもチームの力を感じています。自分で全部やれば、自分で全部やることができれば一番大きな成果が出せると思い込む、傲慢な若さもうありません。チームで仕事をする喜びを心底から実感できる、そのような謙虚さを持つことが出来ました。そして、今私は、自分の関心にチームとして研究に関わった同僚の労力と時間、そして何と言っても自分の研究に協力して下さった、患者さん、ご家族のためにも必ず自分の研究を形にする使命感を感じています。どんなに小さな研究でも、形にしなければ、同僚と患者さん、ご家族に不義理をしてしまう、そんな風に私は考えています。形にしない研究は宙に浮き、いつまでも世の中に着地できない状態になります。これを「成仏できない状態」と私は密かに呼んでいます。成仏でも昇天でもよいのですが、必ず研究は終わらせなくてはなりません。成仏できない研究は、他の誰でもない、自分の心の中で小さなとげのように残ってしまうことでしょう。

ですから、是非とも論文を投稿してあなたの研究を終わらせて下さい。「私の研究なんてたいしたことない」などと思わず、多くの人達の関わった結晶は、どうか同じ時代を生き証として成仏させて下さい。

二つ目の理由は、論文というのは後世への贈り物だということです。今、あなたが疑問に思っ研究をしたこと、あなたが診療でうまくいったと思っ報告したことは、いつか、どこかの誰かに必ず役立ちます。いや、役立つと信じて下さい。研究のゴールを学会発表にする方も多いと思いますが、学会発表は学会が終われば、内容（コンテンツ）は消えてしまいます。例えプログラムが残っていても、情報量が足りないため詳細が分からないか、プログラム自体を持っていない人達には、検索不可能です。学会発表は多くの人達の意見、批判を同時に討論するには優れていますが、時間を超えて研究の結果を残すという点では、論文発表と比べて明らかに劣っています。言い換えれば、学会発表とは揮発性の高い方法だということです。その点、論文は形になって内容が残りますので、後世への記録という点で優れていることは言うまでもありません。しかし、私が強調したいのは、論文とは「贈り物(gift)」だということなのです。

例えば、私も診療でうまくいかないときには、色んな人に意見を求めますし、自分のMacからPubMedを検索し疑問の解消をしようと試みます。時には的外れな意見、論文を沢山読まされることもあります。しかし、真剣に自分が疑問の解消を求めているときには必ず良い論文に出会えます。まるで宝物を見つけ出した気分です。「ああ、世界のどこかに自分と同じような事で悩み、そして研究しある程度の答えを論文として世間に発表している人がいる」と、顔見知りでもない著者に感謝すら感じます。そして良い論文は、自分の知らない臨床観、世界観を提示しています。今まで自分が臨床でうまく行かなかったのはただ単に知識や技術が欠損しているからだけではなく、物事の考え方や問題解決の根本となる理路、言い換えればOS(Operating System)の未熟さにあるのだと気付かされることだってあります。私が、緩和ケアの臨床観、世界観や、症状緩和の基礎、そして人間を見つめる視点を学んだのも優れた研究の論文でした。皆さんにも、自分の仕事の取り組みが変わるほどの影響を受けた論文がもしかしたらあるのではないのでしょうか。

つまり、論文を書くということは、後世への贈り物になるということです。宛先のないボトルレターのようなものです。そのボトルがいつ、誰に回収されるかわからなくても、今の自分の知性と努力を駆使して「どうか自分の研究をわかってほしい」という切迫感をもって書かれた論文には、必ず誰かの贈り物になる崇高なオーラが漂っています。

自分の研究が誰かに届く、自分と同じ悩みを感じている人は、世界のどこかであなたの論文を待っている。これが論文を書く大事な理由なのです。

そして、研究は誰でも検索可能で、閲覧可能な状態でなければ贈り物にはなりません。折角ボトルレターを手に入れても、そのボトルを開ける特別な鍵（ID、パスワード）や多くの人達にとって解読不可能な暗号（日本語）で書かれていれば、手中に贈り物が届いているのにその価値に気付かないという残念なことが起こります。

日本緩和医療学会誌、オンラインジャーナルは、誰でも特別な鍵もなく全文にアクセスできますし、本文は残念ながら解読不可能な暗号ですが、英語の抄録があり一部は世界中からアクセス可能です。

ここまで読んだあなたなら、なぜ論文を書くのか、そしてどうして日本緩和医療学会誌に投稿するべきなのかお分かりになったと思います。あなたの研究を成仏させ、そして後世への贈り物として下さい。

国際交流委員会の仕事

日本緩和医療学会 国際交流委員会 委員長 安部 能成

1996年の創立以来18年、会員数が1万人を超える学術団体としてようやく、日本緩和医療学会にも国際交流委員会が発足した。より規模の小さな学会や研究会でも、国際交流を目的とした委員会を持っている組織、団体は多い。これまでも国際交流の必要性は指摘されていたが、今期の理事会および細川理事長のリーダーシップのもとに委員会が発足し、当該領域における国際社会において存在感を示すことが可能となった。国際的プレゼンスのなさをいわれている日本では、小さいながら有意義な前進である。

その第1の責務は、緩和医療の領域における日本の代表学会として、同じ領域で活動している海外の学会、関連諸団体と交流する窓口となることである。当委員会の発足直後、すでに昨年の横浜での学術大会の時期には、隣国である韓国ならびに台湾の緩和ケア学会から相互交流の提案があった。その折の話し合いを受けて、先月初めには代表者がソウルに赴き、日本の緩和医療について報告を行うとともに、皮切りとなる国際交流を開始した。2014年は、本学会の神戸での学術大会に両国の代表をお招きするとともに、6月の台湾および12月の韓国におけるホスピス緩和ケア学会において、それぞれ3学会による相互訪問を行う予定となっている。

第2の責務は、海外への情報発信である。これまでの関連学会の動向を拝見していると、国際交流とは言いながら海外からの招聘活動に終始する傾向が見られた。たしかに、海外の情報を得ることは重要ではある。しかしながら、一方向性では交流とは言い切れない。当委員会は、日本緩和医療学会の活動を国際社会に情報発信することから着手した。すでに昨年の学術大会の報告記事は英文にて当該領域の海外メディアに報告されており、欧州緩和ケア学会（European Association for Palliative Care : EAPC）および、オーストラリアのニューズレターに掲載された。本年はアジア太平洋ホスピスネットワーク（Asia Pacific Hospice Network : APHN）などの近隣諸国や北米などに情報発信を拡大していく方針である。

その発信内容として検討されているものは、本学会が取り組んでいる諸々の事業である。たとえば、2010年から公刊されている各種の診療ガイドライン、OPTIM2011、OPTIM2012、オレンジバルーンプロジェクト、あるいはPEACE事業、すでに受賞歴のあるELNEC-Jの活動、緩和ケアチーム活動の手引き（第2版）などを英文化し、国際社会に向けて情報発信していくことを検討している。この他にも本学会においては情報発信すべき活動に取り組まれていると思われるので、不足の点については会員諸氏よりご指摘をいただければ幸いである。

第3の責務は、海外の情報収集である。もちろん、インターネットの普及した現在、個人的に海外情報にアクセスしておられる会員は多いかもしれない。けれども、当該領域において普及し、スタンダード化しつつある資料も散見されている。たとえば、上述のEAPCでは2009年以降、White Paper（緩和ケア白書）を公開している。すでに数カ国語に翻訳されており、欧州のみならずスペイン語版は南米にも広がっている。検討対象として理解しておく必要があるのも、参考資料として日本語に翻訳し、PDFファイル化して会員諸氏に参考資料として提供する活動に取り組んでいる。

当然のことながら本委員会は産声を上げたばかりであり、不十分な点が多々あることは承知している。幸い当委員会には、英国、カナダ、米国、オーストラリア、EAPCなどにおける緩和医療、緩和ケアの経験を持ち、その地域にはパイプのあるメンバーにご参集いただくことができた。本学会の特色を反映する職種としても医師、看護師、リハビリテーション専門職、ソーシャルワーカーなど多岐にわたっているのも、最低限度のご期待にはお応えできるだけの人材を揃

えることができたと考えている。会員諸氏のご批判、ご指摘を頂戴しながら、さらなる活動を展開していきたい。

Current Insight

がん医療に携わる医師に対するコミュニケーション技術研修会（CST）のご紹介

国立病院機構 西群馬病院 精神腫瘍科・緩和ケアチーム 間島 竹彦

2007年のがん対策基本法が施行され、がん対策推進基本計画の中で「がん医療における告知等の際には、がん患者に対する特段の配慮が必要であることから、医師のコミュニケーション技術の向上に努める」という施策が盛り込まれたことで、今日のがん医療においてはこれまで以上に、医療者の患者さんやご家族に対するコミュニケーションの重要性がクローズアップされるようになりました。緩和医療の領域においても、PEACEプロジェクトで行われている緩和ケア研修会の中に3時間の「コミュニケーション」のモジュールが組み込まれており、「悪い知らせを伝える」コミュニケーションのロールプレイがあります。そこでの感想をお聞きすると、「ロールプレイと分かっているが、やはり悪い知らせを伝えられた直後には頭が真っ白になる」というような、患者体験がインパクトのあるものであることを示すお話がよく聞こえてきます。

がん医療に携わる医師に対するコミュニケーション技術研修会（CST）は、「患者体験」が主たる目的の、緩和ケア研修会で行われるモジュールよりもさらに本格的な研修会です。CSTの目標は「患者さんの意向に沿った患者-医師間のコミュニケーションの促進を目指して、医師が患者に悪い知らせを伝える際に必要なコミュニケーション技術を習得すること」です。CSTは、SHAREプロトコルという、患者さんの意向を調査して得られた知見をもとに開発された、医師が患者に悪い知らせを伝える際の効果的なコミュニケーションを実践する態度や行動を、講義とロールプレイを通して学習するプログラムです。がん臨床経験年数が3年以上の医師を対象とし、1グループ3～4名の参加者がそれぞれ1時間、医師役としてロールプレイをします。2日間で8回のロールプレイの時間があるため、ひとり2～3回のロールプレイができます。ロールプレイは模擬患者(Simulated Patient;SP)さんを相手に、「難治がんを伝える」「再発・転移を伝える」「抗がん治療の中止を伝える」という設定で実際の診察の場面さながらに参加者が医師役を演じます。ロールプレイは1時間まるまる行うのではなく、細かく区切って観察者も含めたグループ全員でディスカッションしながら、どのようにコミュニケーションするのがよいか考えてゆく形で行われます。医師役としてロールプレイを行うことが重要な学習機会であるのは間違いないのですが、自分が医師役をしていないときに観察者として議論に参加することもまた、有意義な時間になります。SPさんの迫真の演技もあり、参加者からは「自分の面談スタイルを見直すよい機会になった」「患者さんの『気持ち』を探索し受け止めることの重要性に気づいた」といったような好評価を、毎回どの会場でもいただいています。

ロールプレイの進行とグループのディスカッションを促進する役割を果たすのが、2名のファシリテーターです。メインのファシリテーターが主に進行役となり、サブファシリテーターはホワイトボードにコミュニケーションの内容などを板書したり、SPさんとの連絡を行ったりします。ある意味、ファシリテーターは参加者以上にコミュニケーションの勉強ができる立場と言えましょう。ファシリテーターはグループ内の議論を促進する役割であり、「コミュニケーションを教える」教師役ではありません。ファシリテーターは、参加者が自分自身で問題点に気づき、能動的にグループ内で議論を深めていくにはどうすればよいか、というところに腐心しながらファシリテートしていくのです。ですから、緩和

ケアチームなどのコンサルテーションチームに参画する機会の多い医療者にとっては、ファシリテートの技術がチーム医療を運営する技術として役立つと思います。

2007年から2012年の5年間において、CSTの受講者は683名、ファシリテーターは96名を数えました。今年度も東京、神戸、福岡で計4回のCSTと、ファシリテーター養成講習会が開催されています。CSTに参加した受講者からは、複数回の受講を希望する声も多数あり、こうした声を背景に、過去にCSTを受講した方々を対象にした「地固め研修会」を2012年度から開始、ここでは「怒り」「患者と家族の意向が異なる」場面でのコミュニケーションを取り扱っています。また、各ファシリテーターが独自に自分の施設や地域でCSTの個別開催を行うようになってきており、CSTの裾野が広がっています。

皆さんも是非、CSTに参加してみたいはいかがでしょうか。必ずや、日々の臨床に役立つこと請け合いです。また、CSTに参加された先生方は地固め研修会へのご参加や、さらには、CSTファシリテーターの養成講習会に参加され、CSTファシリテーターになれるのはいかがでしょうか。興味を持たれた方は、日本サイコオンコロジー学会のCSTのホームページ(<http://www.jpos-society.org/cst/>)で詳細をご覧ください。皆さんのご参加をお待ちしています。

Current Insight

骨転移疼痛緩和剤 塩化ストロンチウム-89治療の 適正使用マニュアルの改定について

公益社団法人 日本アイソトープ協会 常務理事
(元 がん研有明病院 副院長・放射線科部長) 山下 孝

放射性医薬品塩化ストロンチウム-89（商品名メタストロン注、以下、本剤という。）の承認要件であった市販後使用成績調査（全例調査）は2012年9月に解除され、これを受けて2013年2月に本剤の適正使用マニュアルの臨床編が大幅に改定され、本剤の特徴を生かした臨床使用ができるようになった。

今回の適正使用マニュアル改定の要点は、①安全で有効に本剤を使用するために、骨転移の早期の段階から使用することが推奨され、骨転移治療における本剤の位置づけが末期状態から早期状態まで広がったこと、②これまで併用できなかった外部照射及び化学療法を相互作用に注意しながら同時併用可能となったことである。それぞれについて詳しく述べる。

1. 有痛性骨転移の早期段階での使用の推奨

本剤は以下のような要因で、一般に、骨転移の早期例でより効果があり、逆に末期のがん患者では除痛効果がより低く、副作用がより著明となると言われている。まず、有効性に関しては、①数個の骨転移例では、広範な骨転移例と比較して、病巣当たりのSr-89の集積率が高くなること、②組織酸素濃度が高くなるようなヘモグロビン値が高い（PS良好で栄養状態がよい）患者では、β線の酸素効果により抗腫瘍効果の増強が期待される。また、骨転移進行例では、骨転移そのものによる骨折や神経根圧迫などによる疼痛が重なり、腫瘍の縮小効果では制御しきれなくなる。一方、安全性に関しては、骨転移進行例では、腫瘍の骨髄浸潤や長期化学療法などによる骨髄抑制により、本剤投与前からすでに骨髄機能が著しく低下し、Sr-89によるわずかな骨髄抑制すら生命の危険となることがある。また、広範な骨転移では、全

身正常骨へのSr-89の残存率が高くなり、骨髄抑制がより発現するおそれが危惧される。すなわち、本剤の特徴を活かして、より有効に安全に使用するためには、これまでとは異なり骨転移痛が生じた早期段階からの使用を考慮することが推奨される。

2. 外部放射線照射治療との併用

海外のガイドラインでは、骨髄抑制が著明な半身・全身照射などの広範囲の外部照射では、その実施前後4週間は、本剤の使用を控えるようになっているが、局所外部照射は併用可能とされている。しかし、これまでの添付文書ではこれらの区別なく、局所外部照射も含めて併用注意とされているため、全例調査中は放射線治療の併用ができなかった。この点、改定マニュアルでは局所外部照射中であっても問題となる骨髄抑制がなければ、併用が可能とされているので、適応範囲が広がった。

3. 化学療法との併用

本剤の骨髄抑制作用による血小板数や白血球数の減少は緩やかで、一般に投与6～10週間後に最低値となり、投与前に対し2～3割程度低下する。しかも、抗がん化学療法併用の骨髄抑制の増強は、両者の和として予測可能であると言われている。この特徴を理解して改定マニュアルでは、「本剤と抗悪性腫瘍薬の併用に関しては、各治療による骨髄抑制の程度及び血液学的検査値の最低値の出現時期を十分考慮して慎重に決定する。」と記載されている。

今回のマニュアル改定により、投与に慎重を要するものの本剤と化学療法との同時併用が可能となった。骨転移疼痛に対し、化学療法中であってもADLまたはQOLが改善される質の高い緩和医療を施行するため、鎮痛薬のみならず、がんの原因療法である放射線治療の一環として、本剤の使用を早期から考慮すべきであろう。

以上、塩化ストロンチウム-89治療の使用適正マニュアルの改定について述べてきたが、未だに各診療科においては、本剤に対して鎮痛薬の一つとしての認識しかないか、あるいは治療手段がなくなった終末期で使用すべき製剤であるとの誤解が残っていることが危惧される。今回の適正使用マニュアル改定により、より安全で有効な本剤の臨床適応ができるようになった。これを機に有痛性骨転移に対する治療として、早期段階からの本剤の使用が望まれる。

謝辞：本稿の執筆にあたり、図表の提供、原稿内容の確認および校正をお願いした、日本メジフィジックス(株) 腫瘍製品企画部 吉村光信氏に深謝いたします。

Journal Club

予後をはっきり伝えること、見捨てないことを伝えること： 模擬面接ビデオを用いた緩和ケア移行時のコミュニケーションに関する介入研究

東北大学大学院 緩和ケア看護学分野 佐藤 一樹

van Vliet LM, van der Wall E, Plum NM, Bensing JM. Explicit prognostic information and reassurance about nonabandonment when entering palliative breast cancer care: findings from a scripted video-vignette study. J Clin Oncol. 2013 Sep 10;31(26):3242-9.

【目的】

乳がん患者ががん治療を中止し緩和ケアに移行する際に、予後をはっきり伝えることと見捨てないことを伝えることの影響を明らかにする。

【方法】

乳がん患者53名と一般女性53名を対象に、4通りの悪い知らせを伝える模擬面接のビデオを順番に視聴し、視聴前の不安と視聴後の不安、理解度、自己効力感、満足度を測定する試験を行った。ビデオのシナリオは、「予後をはっきり説明する（2年生存率は50%であり、個人によってそれより長いことも短いこともあり得る）」または「予後を明確には伝ええない（個人差が大きいため分からないが、重大な疾患ではある）」×「見捨てないことを伝える（ケアは継続する、最善をつくす、決して見捨てない）」または「見捨てないことに言及しない」の4通りであった。

【結果】

乳がん患者と一般女性で結果は同様であったので合算して示す。理解度・自己効力感・満足度について、「予後をはっきり伝える×見捨てないことを伝える」方法で評価が最も肯定的で、「予後をはっきり伝ええない×見捨てないことを伝ええない」方法で評価が最も否定的であった（すべて $p < 0.05$ ）。多変量解析の結果、「予後をはっきり伝えること」は理解度・自己効力感・満足度の向上に関係し（ $p < 0.001$, $p = 0.004$, $p < 0.001$ ）、「見捨てないことを伝えること」は理解度・自己効力感・満足度の向上と不安の軽減に関連し（ $p = 0.002$, $p < 0.001$, $p < 0.001$, $p = 0.001$ ）、「予後をはっきり伝える」方が理解度の改善がより大きく、「見捨てないことを伝える」方が不安・自己効力感・満足度の改善がより大きかった。情報を求めるコーピングスタイルを持つ対象に対し、「予後をはっきり伝えること」ことでアウトカムの改善は少ししかみられなかった。

【結論】

予後をはっきり伝え、見捨てないことを伝えることは、多くの患者に対して望ましいコミュニケーション方法である可能性が示された。しかし、コミュニケーションに対する希望には個人差があることに配慮する必要がある。

【コメント】

悪い知らせに対する「理解したい」と「理解されたい」という患者のニーズについて、情報提供と共感的態度を組み合わせたコミュニケーション方法の効果を検証した研究である。臨床への還元は、(1)情報を求めるタイプの患者に対して予後をはっきり伝えることが必ずしも良いコミュニケーション方法とは限らない、(2)がん治療の選択肢がない場合でも見捨てないことを伝える共感的態度が有用である、の2点にまとめられるであろう。「希望や楽しみをもって過ごすこと」は日本人の望ましい死の構成概念の1つである。希望のニーズに対して主治医は共感的態度を示すだけでなく、緩和ケアでも実際に継続して役割を果たすことが論文中で提言されている。しかし、本研究の対象者の半数は一般市民であることやビデオを視聴してその状況を想像した疑似体験に基づく評価であることが最大の限界であり、実際の臨床場面でも同様の反応であるかは検証が必要である。

Journal Club**死亡前1年間における日常生活を制限する症状に関する前向きコホート研究**

東北大学大学院 緩和ケア看護学分野 竹内 真帆

Chaudhry SI, Murphy TE, Gahbauer E, Sussman S, Allore HG, Gill TM. Restricting symptoms in the last year of life: a prospective cohort study. JAMA Intern Med. 2013 Sep 9;173(16):1534-40.

【目的】

苦痛な症状がないことはGood Death 達成の決定因子であるといわれている。一般高齢者について、死亡前1年間ににおける日常生活を制限する身体的・精神的症状の出現頻度とその関連因子について明らかにすることを目的とした。

【方法】

米国コネチカット州ニューヘイブンの70歳以上の健常な一般市民1002名を抽出し、症状の有無と内容について、18か月毎の包括的な訪問調査と1か月毎の電話インタビューによる前向きコホート調査を実施した。対象者の選定は1998～1999年に行われ、2011年6月30日以前に死亡したものを解析の対象とし、754名が研究に参加した。体調等の理由で対象者本人へのインタビューが不可能な場合には、家族などの代理による評価を行った。本研究において調査した主な症状は、倦怠感、めまい、不安定感、記憶・思考力の低下、下肢の浮腫、感冒様症状、筋骨格痛、呼吸苦、抑うつ、不安、視力低下、上下肢の筋力低下、嘔気・嘔吐または下痢、排尿障害、不眠、胸痛の15症状であった。

【結果】

491名が解析対象となった。死亡時年齢の平均は85.8歳、女性61.9%、非白人9.0%であった。73.1%が複数疾患を有していた。死因は老衰(28.1%)、臓器不全(20.8%)、がん(18.9%)の順に多かった。症状の出現頻度は倦怠感、筋骨格痛、めまい、呼吸苦の順に高かった。死亡前一年間の症状の出現頻度の変化については、死亡前5か月(27.4%)以降から増加しはじめ、死亡前1か月においては57.2%であった。多変量解析の結果、85歳未満(OR=1.30)、複数疾患合併(OR=1.38)、死亡までの時間(OR=1.14)が症状の出現と有意に関連していた。がんによる死亡は、突然死よりも月毎の症状の出現頻度が有意に高かった(p=0.04)。

【結論】

死亡前1年間、特に死亡前5か月以降では、日常生活を制限する症状が多く出現する。本研究では、特に合併症を有する高齢者に対する症状のアセスメントと管理の重要性が強調された。

【コメント】

終末期の身体的・精神的症状に関する先行研究においては、主にすでに何らかの医療ケアを受けている患者を対象としているが、健常な一般市民を対象とした大規模な前向きコホートである点に新規性がある。死亡前1年における入院や受診などの受けた医療の状況、療養場所など、交絡が考えられる要因については本研究では十分に検討がされていなかったため、今後のさらに詳細な検討が期待される。

Journal Club

一般病棟におけるLCPイタリア版の有用性の検証：層別無作為化比較試験

東北大学大学院 緩和ケア看護学分野 菅野 雄介

Costantini M, Romoli V, Leo SD, Beccaro M, Bono L, Pilastri P, Miccinesi G, Valenti D, Peruselli C, Bulli

F, Franceschini C, Grubich S, Brunelli C, Martini C, Pellegrini F, Higginson IJ; the Liverpool Care Pathway Italian Cluster Trial Study Group. Liverpool Care Pathway for patients with cancer in hospital: a cluster randomised trial. *Lancet*. 2013 Oct 11. pii:S0140-6736(13)61725-0.

【目的】

看取りのケアのクリニカルパスLiverpool care pathway(LCP)は、有用性を保証するエビデンスがない。本研究では、がん患者の遺族からみて、LCPイタリア版(LCP-I)がEnd-of-Life(EOL)ケアの質を向上するか層別無作為化比較試験で検討した。

【方法】

調査は、2009年11月～2010年12月に行われた。イタリアの5地域で層別され、病院16施設がLCP-I介入群8施設、標準ケア群8施設に無作為に割り付けられた。LCP-I介入群の患者は、EOLケアの教育とLCP-Iの使用法の教育および訓練を受けた医師と看護師からEOLケアを受けた。なお、LCP-I介入群の医師と看護師は、介入期間中LCP-Iの教育を受けた緩和ケアチームのサポートを受けた。主要評価項目は、患者家族ケアの合計得点(Toolkit after-death bereaved family member interview: Toolkit)であり、患者の死別後2～4ヶ月以上経過した遺族にインタビュー調査を行った。

【結果】

308人のがん患者がケアの対象となり、そのうち232人の遺族がインタビュー調査を受けた(介入群119人, 対照群113人)。Toolkitの合計得点は、介入群は70.5/100点、対照群は63.0/100点で統計的に有意な差はみられなかった(クラスター調整平均差7.6(95%CI-3.6-18.7), P=0.186)。

【結論】

本研究で実施されたLCP-Iは、がん患者の遺族による評価において有用性が示されなかった。

【コメント】

本研究は、LCP-Iの有用性をPhase I / IIから段階的に検証し、層別無作為化比較試験を行ったことに意義がある。結果はネガティブであったが、サンプルサイズの見積もりが十分に行われれば統計的に有意な差を検出できたかもしれない。

本研究で重要な知見は、EOLやLCP-Iに関する教育の継続性である。LCP-Iは、LCP-Iを導入から運用まで包括的なプログラムであり、EOLやLCP-Iに関する教育も含まれる。教育では、医師と看護師を対象に3モジュール計12時間が2回繰り返されたが、同様なことを日本の一般病棟に外挿できるかどうかは疑問である。LCP-I介入群の病院の中でも、医師と看護師の受講率にバラツキが大きく見られることから、臨床現場に合わせた運用方法を検討する必要があるだろう。

日本では、英国のLCPの動向を受け、日本独自の看取りのケアに関する包括的プログラムを現在開発中である。看取りのケアの教育を受けた医療者が看取りのケアの質を維持向上していくための包括的プログラムを検討する上で、本研究の知見は参考になると考える。

デキサメサゾンによるがん関連倦怠感の軽減： 進行がん患者における2重盲検プラセボ対照無作為化比較試験

神戸大学医学部附属病院 薬剤部 大田 泉

Yennurajalingam S, Frisbee-Hume S, Palmer JL, Delgado-Guay MO, Bull J, Phan AT, Tannir NM, Litton JK, Reddy A, Hui D, Dalal S, Massie L, Reddy SK, Bruera E. Reduction of cancer-related fatigue with dexamethasone: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2013 Sep;31(25):3076-82.

【目的】

がん関連倦怠感（CRF）は進行がん患者の最も一般的な症状である。この研究の主要目的は、CRFに対するデキサメサゾンの効果を比較することである。

【方法】

米国3施設の外来通院中のがん患者に対して行われた2重盲検無作為化比較試験である。CRFに関連した症状（倦怠感、疼痛、悪心、食欲不振、抑うつ、不安、不眠）のうちESASで4/10以上の症状を3項目以上認める進行がん患者を対象とした。その他の適格基準は、認知機能正常・感染状態にない・Hb>9mg/dl・4週以上の予後が見積もられる・糖尿病合併がない、など。患者はデキサメサゾン群（4mgを1日2回14日間投与）とプラセボ群に1:1で割り付けられた。主要評価項目はFunctional Assessment of Chronic Illness-Fatigue(FACIT-F) subscale の試験開始時から15日目の平均変化量である。その他の評価項目は、FAACT・ESAS・HADSであった。

【結果】

最終的に132名が無作為に割り付けられ、うち84名の患者（デキサメサゾン群43名；プラセボ群41名）が評価可能であった。デキサメサゾン群で女性の比率が多い以外に両群の患者背景情報に有意差は認めなかった。プラセボ群と比較してデキサメサゾン群で15日目のFACIT-F subscale は改善量は有意に大きかった（平均±標準偏差=9[±10.3]対3.1[±9.59]; P=.008）。15日目のFACIT-Fの総スコア・physical well-beingスコアともに、デキサメサゾン群で有意に大きい改善を認めた。また、15日目におけるFAACTの改善もデキサメサゾン群で有意に大きかった。15日目のESASの身体症状スコアの合計はデキサメサゾン群で8日目・15日目ともに有意に改善していたが、ESASの各症状スコア・心理症状の合計のスコア・HADSでは有意な改善は認めなかった。有害事象の発生頻度としては両群間に有意差はみられなかった。（41/62対44/58; P=.14）。

【結論】

デキサメサゾンは進行がん患者の倦怠感の改善にプラセボより有効である。

【コメント】

本研究は、CRFの薬物療法に関する十分に信頼性と妥当性が検証された評価ツールを用いた初めての無作為化比較試験である。その結果、身体的苦痛のスコアに有意な改善を認めたものの、心理的苦痛のスコアに有意差を認めなかったことから、デキサメサゾンのCRFに対する効果は気分変調作用に起因するものではなく炎症性サイトカインの抑制によるものである可能性なども示唆される。また、有害事象においては、不眠をはじめとしたステロイドによる有害事象に有意

差はみられなかった。しかし、本研究では、外来通院可能な比較的状态がよい患者が対象であり、より状態不良の患者に対しての有効性は不明である。また、観察期間は14日と比較的短期間のため、長期成績は不明である。さらに、本研究で用いられたデキサメサゾンの投与量は、本邦の通常臨床で倦怠感に対して使用される投与量と比較し非常に高用量である。そのため、欧米人と比較し、より体格の小さい日本人では過量投与となる可能性が懸念される。今後、さらなる検討が必要であると考ええる。

Journal Club

乳がん骨転移患者におけるゾレドロン酸の12週毎投与と4週毎投与の比較

神戸大学大学院医学研究科 先端緩和医療学分野 山口 崇

Amadori D, Aglietta M, Alessi B, Gianni L, Ibrahim T, Farina G, Gaion F, Bertoldo F, Santini D, Rondena R, Bogani P, Ripamonti CI. Efficacy and safety of 12-weekly versus 4-weekly zoledronic acid for prolonged treatment of patients with bone metastases from breast cancer (ZOOM): a phase 3, open-label, randomised, non-inferiority trial. *Lancet Oncol.* 2013 Jun;14(7):663-70.

【目的】

投与頻度を少なくしたゾレドロン酸投与法が標準的投与法と同様の効果とより高いアドヒアランスと安全性を示せるかを探索する。

【方法】

イタリアの62施設が参加した非盲検化無作為化非劣勢検証試験である。適格基準は、IV期乳がんを罹患している18歳以上の女性、1つ以上の骨転移が画像で指摘されている、3-4週毎のゾレドロン酸投与を12-15カ月継続されている、の全てを満たすものとして。除外基準は、最終のゾレドロン酸投与から3カ月以上経過している、ゾレドロン酸以外のビスホスホネート製剤を使用している、Cr>3mg/dl、血清カルシウム<8mg/dlまたは>12mg/dl、活動性の歯科疾患、6週間以内もしくは今後予定されている歯科処置、とした。共治療は制限しなかった。

参加者は、ゾレドロン酸4mgの12週毎投与群(12週毎投与群)と4週毎投与群(標準治療群)に1:1に無作為に割付けられた。両群ともカルシウム・Vit Dの補充を受けていた。

腰椎もしくは腰椎以外の病的骨折、骨に対する放射線もしくは外科治療、脊髄圧迫、高Ca血症、のいずれかを発症した場合、骨関連事象と判断した。安静時及び体動時の疼痛は、6段階のVRSで測定した。

主要評価項目は、人年当たりの骨関連事象発症数とし、ITT解析が行われた。

【結果】

425例が登録され無作為に割付けされた(12週毎投与群209例、標準治療群216例)。両群の背景情報に有意差は認めなかった。観察期間の中央値は337日(範囲205-346日)であった。

骨関連事象は、12週投与群で31例(15%)、標準治療群で33例(15%)であり、それぞれの発生頻度は0.26/人・年0.22/人・年であった。両群の差は0.04で、片方の97.5%CIの上限は0.17であり、12週群は非劣勢であった。両群で疼痛

強度や鎮痛薬使用に有意差は認めなかった。

副作用に関しては、12週毎投与群、標準投与群それぞれ21例（10%）、29(13%)で重篤な有害事象が報告された。

【結論】

ゾレドロン酸4週間毎投与を1年継続した後の12週毎投与での維持療法で治療効果維持ができる可能性が示唆された。

【コメント】

今回の試験では骨転移を有する乳がん患者のSRE予防目的のゾレドロン酸投与を12か月後以降の継続投与に関して12週毎投与が4週毎投与と同等の効果を示した。このことから、費用対効果の観点から乳がん患者に対してはゾレドロン酸の継続投与に関しては投与間隔を長く設定することは検討に値すると考えられるかもしれない。しかしながら、今回の研究は観察期間が12ヶ月に限られているので、それ以上の長期での効果に関しては情報が無い。実際、骨代謝マーカーのNTx に関しては12週毎投与群で高値を示しているため、更なる長期に観察した場合にSRE発生に差が生じてくる可能性がある。また、乳がん以外のがん種での効果に関しては今後の検討が必要である。今回の研究結果を日常臨床で使用する際は、生命予後・経済的な状況・患者の希望などを踏まえて対応する必要がある。

学会印象記

第15回アジア静脈経腸栄養学会参加印象記

藤田保健衛生大学 医学部外科・緩和医療学講座 二村 昭彦

PENSA (Parenteral and Enteral Nutrition Society of Asia: アジア静脈経腸栄養学会) は、現在アジアを中心に9カ国が加盟するPEN society の一つで、今年、第15回目を迎える学術集会在2013年9月27日から29日にかけて、インドネシアのバリ島にあるDiscovery Kartika Plaza Hotel において開催されました。本講座からは、東口高志教授、森直治准教授とともに3名で参加させていただきました。“Nutrition in Clinical Practice to Improve Patient Outcome: From Supportive to Therapy” のテーマのもと、アジアの栄養療法の重要性を知る医療人が一同に会して、熱いディスカッションが交わされました。プログラムは、7つの基調講演、4つの教育講演、10の要望セッションに口頭発表、ポスター発表で構成されており、日本でも開催されているヨーロッパ静脈経腸栄養学会の教育プログラム Life Long Learning (LLL)が学会前に開催されるなど、教育色の強いプログラムとなっていました。がん患者の栄養管理、悪液質に関しても、加齢による筋肉減少Sarcopenia とともに焦点があてられ、がんにおける食欲不振の研究の第一人者であるAlessandro Lavino 先生 (Italy) のご講演をはじめ、European Palliative Care Research Collaborative(EPCRC)の悪液質ガイドラインのエキスパートパネリストであるRemy F.Meier 先生 (Switzerland) 、Alastair Forbes 先生 (England) らが、日本静脈経腸栄養学会 (JSPEN) 理事長 東口高志先生や、米国静脈経腸栄養学会 (ASPEN) 理事長 Ainsley Malone 先生 (米国) らとともに教育講演や座長を担当されました。発表演題数は、日本からが最も多く、閉会に際し行われた表彰式では、Best Free Oral Presenterに大久保病院外科の丸山道生先生が、Best Free Paper Poster Presenter に藤田保健衛生大学医学部外科・緩和医療学講座准教授の森直治先生が選ばれ、数のみならず質でも、アジ

アにおける臨床栄養をリードしていると思われました。世界一の会員数を有する臨床栄養の学会JSPENを背景とした日本の栄養に関する知識や技術、研究の質の高さをアジアならびに世界各国の先生方に広くアピールできたのではないかと思います。また、別会場にて、Pharmacists & Dietician/Nurses-Conjunction track というプログラムが企画されました。そこでは、日本においても議論となる注射剤の配合変化や輸液ラインフィルター、輸液自動混合器、経管チューブ閉塞に関する最新の論文やトピックスが紹介されていました。今回、海外での発表と視察を兼ねた3日間でしたが、私にとって国際交流の一端を学ぶ大変貴重な経験となりました。そして、この経験を次の第16回の学術集会につなげたいと思います。第16回PENSA は、日本静脈経腸栄養学会理事長 東口高志大会長のもと、2015年7月24日から26日にかけて、名古屋国際会議場において開催されます。日本緩和医療学会の会員諸氏にもがん緩和医療における栄養に関する演題発表を期待したいと思います。

学会印象記

第37回日本死の臨床研究会年次大会

静岡県立静岡がんセンター 緩和医療科 心理療法士 榎場 美穂

11月2・3日、今年式年遷宮が行われた出雲大社まで足を伸ばせばすぐそこという、島根県松江にて、「いのちをつなぐ“神秘の国出雲から考える”」とのテーマのもと、第37回日本死の臨床研究会年次大会が開催されました。旧暦10月を迎えようとする出雲の地には、全国八百万の神々が集いつつある時期だったようです（出雲では神在月、他の地域は神無月と呼ばれるとのこと）。もしかすると大会会場にも、いずこかの神様がまぎれていたのかもしれない。

本大会では、2日間に亘り、密度の濃い充実したプログラムが組まれていました。今回はその中からふたつ取り上げてみたいと思います。

パネルディスカッション「難しい場面の意思決定支援」では、緩和ケア医の阿部泰之氏、薬剤師の川村和美氏、専門看護師（老人看護）の西山みどり氏がそれぞれの立場から、“意思決定”と“自律”をテーマに見解を述べられ、活発な討議が行われました。討議の中では、“自律”はともすれば自己決定と同義で扱われることが指摘されました。「他者に“委ねる”ことを選ぶという己の決定もまた、自律と考えられるのではないか」との意見や、「患者も医療者も、ともに関係性に参加するプロセスそのものが重要ではないか」との意見を拝聴し、深く腑に落ちる感覚となりました。なお、フロアから医療者以外の意見として、「世代が移り変われば自己主張の在り方も変わり、その時代ごとに高齢者像は変化しうるだろう、その変化に合わせたケアの訓練がされているかも重要なのでは」との提起もあり、時代の趨勢を捉えていく視点について考えさせられました。

国際交流委員会企画として、Dr. Kenneth Doka（ニューロツシエル・カレッジ大学院老年学教授）によるご講演、「Intuitive and Instrumental Grief 感情的グリーフと理論・行動的グリーフ」も大変興味深く聴かせていただきました。悲嘆の反応は個性が高く、なかには悲嘆を感情よりも頭で論理的に捉えたり、悲嘆を行動として表す人もいます。そのような人たちには気持ちを訊くよりも、彼らがどのように日々行動しているかを問いかけることが、サポートの入り口になると説明されていました。ご講演の内容に、グリーフケアとしてお会いしていたあるご遺族の様子が重なる

って眼前に浮かび、今後の関わりにおける示唆をいただいたと感じました。

最後に、同僚の看護師が、ポスター会場で各発表を丹念に見ながら、「この会場に患者さんへの愛が溢れていますね。」とそとつづがやっていたことを、書き添えたいと思います。患者さん、ご家族との関わりを通して、時に苦慮し悩みながら学び、考えたことを大会では他の人と共有し、意見を交流させ、考えを発展させていきます。それらをこの先の日々に携え、また新たに患者さん、ご家族と出会っていくこと、それが「いのちを」通して次へと「つなぐ」ことになるのではないかと、今大会を通してあらためて感じています。

学会印象記

ホスピス緩和ケア韓国協会（KSHPC）での発表機会をいただいて

社会保険中京病院 緩和支援治療科 吉本 鉄介

2013年12月6日にKSHPC Winter Congress がソウルで開催され、日韓台の緩和学会国際交流として『日本における緩和ケアチーム（PCT）の経験』というテーマで40分のレクチャーをする機会をいただいた。隣国とはいえ外国から招聘スピーカーとして（カタカナ英語ではありましたが）プレゼンするという、一生で初めてで、きっと最後の貴重な体験ができました。推薦していただいたJSPMの方々、暖かいホスピタリティで迎えてくれたKSHPCの方々には心から感謝します、特に初対面で「韓国人も英語下手だから」と言ってくれたMSW、Kim 女史の優しい笑顔が忘れられません。

発表前の予習情報はこんな感じでした。KSHPCは1998年に世界ホスピス緩和ケア協会ISHPCの支部として設立、年2回（夏と冬）に1日日程で開催。会場は国際認証JCIをもつ1200床（地上22階、地下6階、ホスピス16床）の巨大病院カソリック大学ソウル聖母病院でした。レクチャーは台湾のWang 先生による「台湾における緩和ケアの促進事業の歩み」と縦並びシンポ形式で持ち時間40分ずつ（われわれのシンポ以外は全部韓国語）。韓国では家族愛が強いいためか適応の乏しい延命医療が進行がん患者を対象として、ICUや急性期病棟で行われる頻度が高く、これらが全医療費の半分近くを占め、かつ増加傾向にある。シンポの目的は、がん治療施設において健康保険でカバーしたPCTを普及させている日本、事前指示や緩和医療を国全体のシステムとして計画的に促進してきた台湾からの2情報を学会として発信する事と思われた。聖母病院のホスピススタッフの方々「散在型ホスピス」として一般病床でホスピスケアを提供しているものの、治療期から介入できるPCTやLiving Will 取得を組み込んだ医療システムを必要としておられるようでした。

散在型ホスピス活動でがんばっている医師やナースに何を伝える事ができるのか？と考えつつPM2.5に煙る仁川空港から韓国入りしたわけですが、結局は日本のPCT医療体制の解説はハンドアウトに詳述し、40分間はひたすら毎日PCT医師として頭脳格闘技をしている「体験」、患者さんからの「学び」の伝道に徹しました。メッセージは4つ「見逃しは許されない、系統的に」「困る前に準備！」「依頼ない患者さんに目を配ろう」、「生活やQOL（幸せの度合い）視点からモノがみえるナースと仲良く」、でした。合計3回は「笑いがとれた」事と韓国ナースから「こういう講義、待ってた！」と言われたのが良い思い出になりました。次のWang 先生は（対照的に）流暢な英語で理路整然と台湾での緩和ケアがシステムとして確立してきた経過を話されたのですが、まさに「聞きたかった」情報として質問が相次ぎました。韓国も台湾も緩和ケアを経済や社会システムの一部としてとらえる態度がとても鮮明で、各々の努力に甘えがちな日本にはないセンスを痛感しました。民族性の差だけでなく、常時敵国と対峙している緊張感のせいなのかな、と思いつつ

壇上で議論をきいていました。

以上、国際交流により日韓台3か国の緩和ケアがお互いの長所を学びあい発展することをハングルに負けない熱い言葉、名古屋弁が飛び交う医療の最前線より祈りつつレポートを終わります。

学会印象記

7th international meeting of the Society on Sarcopenia, Cachexia and Wasting Disease 参加印象記

藤田保健衛生大学医学部外科・緩和医療学講座 森 直治

Society on Sarcopenia, Cachexia and Wasting Disease(SCWD)は、がんや慢性疾患、加齢によって生ずる筋肉量の減少、悪液質の病態解明や克服を目指す国際学会で、学術大会は隔年で世界の主要都市で開催されている。第7回ミーティング(学術大会)は2013年12月9日から3日間、グレリン研究の第一人者である鹿児島大学大学院心身内科学分野教授 乾 明夫先生が大会長のもと、神戸で開催された。もともと第6回大会が2011年に同じ神戸で開催予定であったが、東日本大震災の影響でミラノに変更となり、第7回が待望の日本での開催となった。神戸ポートピアホテルの2つの会場で、基礎系と臨床系のトラックに分かれ、食欲不振、筋肉量、悪液質の指標、メカニズム、治療戦略などについてレクチャーや口演発表が、また別の2会場でポスター発表がおこなわれ、早朝から夕方まで最新の知見に基づいたホットなディスカッションが繰り広げられた。臨床栄養や緩和ケア、がん治療に携わる医師のみならず様々な職種、そして基礎研究者が参加し、最終的な参加人数は400名弱で、世界中の名高い第一線の研究者が一堂に会し、ハイレベルながらアットホームな雰囲気、あっという間に3日間が過ぎた。残念ながら参加者の多くが外国からで、日本人の発表者、参加者は少なく、まるでヨーロッパの学会に参加していると錯覚するほどであった。英語をofficial language とした国際学会で、参加費が高額であったことも一因であろうが、日本での悪液質、サルコペニアに対する認識の遅れも影響していると考えられ、今後の啓発活動の必要性を痛感した。そんな中、初日のスタートにあたり藤田保健衛生大学外科・緩和医療学講座の東口高志教授、また二日目には同講座、二村昭彦先生のランチョンセミナーがプログラムされ、日本における悪液質研究を世界に向け大いにアピールする機会となった。悪液質、サルコペニアの克服は、がん、加齢を含めた慢性消耗性疾患の生活の質や予後の改善を考える上での最重要課題である。がん患者の筋肉量、タンパク量を温存することが免疫力、抗がん治療への忍容性を高め、「歩くこと」、「食べること」、「話すこと」を維持し、倦怠感の出現を予防する。日本緩和医療学会においても、この領域の話題が多く取り上げられ、また、2015年12月にパリで開催される第8回大会で、日本からの演題、参加者が少しでも増えることを期待したい。

Journal Watch

ジャーナルウォッチ 緩和ケアに関する論文レビュー（2013年9月～2013年11月刊行分）

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

東北大学大学院緩和ケア看護学分野 佐藤 一樹（レビュー担当：宮下 光令、佐藤 一樹、清水 恵）

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. 2013; 369(10-22)】

なし

【Lancet. 2013; 382(9895-907)】

なし

【Lancet Oncol. 2013;14(10-2)】

小児がんサバイバーとその兄弟の精神障害による通院状況：デンマークのコホート研究

Lund LW, Winther JF, Dalton SO, Cederkvist L, Jeppesen P, Deltour I, Hargreave M, Kjaer SK, Jensen A, Rechnitzer C, Andersen KK, Schmiegelow K, Johansen C. Hospital contact for mental disorders in survivors of childhood cancer and their siblings in Denmark: a population-based cohort study. Lancet Oncol. 2013;14(10):971-80.

【JAMA. 2013; 310(9-20)】

なし

【JAMA Intern Med. 2013;173(16-21)】

前向きコホートによる死亡前1年間の生活の制限となる症状の頻度

Chaudhry SI, Murphy TE, Gahbauer E, Sussman LS, Allore HG, Gill TM. Restricting symptoms in the last year of life: a prospective cohort study. JAMA Intern Med. 2013;173(16):1534-40.

【BMJ. 2013; 347(7923-35)】

一親等の家族または配偶者を自殺で亡くした遺族の8-10年間の悲嘆の経過

de Groot M, Kollen BJ. Course of bereavement over 8-10 years in first degree relatives and spouses of people who committed suicide: longitudinal community based cohort study. BMJ. 2013;347:f5519.

【Ann Intern Med. 2013; 159(5-10)】

なし

【J Clin Oncol. 2013; 31(25-33)】

進行がん患者の倦怠感に対するデキサメタゾンのRCT

Yennurajalingam S, Frisbee-Hume S, Palmer JL, Delgado-Guay MO, Bull J, Phan AT, Tannir NM, Litton JK, Reddy A, Hui D, Dalal S, Massie L, Reddy SK, Bruera E. Reduction of cancer-related fatigue with dexamethasone: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial in patients with advanced cancer. J Clin Oncol. 2013;31(25):3076-82.

がんサバイバーの睡眠障害に対するヨガのRCT

Mustian KM, Sprod LK, Janelins M, Peppone LJ, Palesh OG, Chandwani K, Reddy PS, Melnik MK, Heckler C, Morrow GR. Multicenter, randomized controlled trial of yoga for sleep quality among cancer survivors. J Clin Oncol. 2013;31(26):3233-41.

治療中止時のコミュニケーションではっきりとした予後と見放さないことの説明の効果

van Vliet LM, van der Wall E, Plum NM, Bensing JM. Explicit prognostic information and reassurance about nonabandonment when entering palliative breast cancer care: findings from a scripted video-vignette study. J Clin Oncol. 2013;31(26):3242-9.

進行がん患者の終末期の意思決定に対する心理職の意思決定支援のRCT

Stein RA, Sharpe L, Bell ML, Boyle FM, Dunn SM, Clarke SJ. Randomized controlled trial of a structured intervention to facilitate end-of-life decision making in patients with advanced cancer. J Clin Oncol. 2013;31(27):3403-10.

闘病記の個人WEB ページ作成による乳がん患者の精神面に対する効果：RCT

Stanton AL, Thompson EH, Crespi CM, Link JS, Waisman JR. Project connect online: randomized trial of an internet-based program to chronicle the cancer experience and facilitate communication. J Clin Oncol. 2013;31(27):3411-7.

乳がんサバイバーの長期的QOL の推移

Hsu T, Ennis M, Hood N, Graham M, Goodwin PJ. Quality of life in long-term breast cancer survivors. J Clin Oncol. 2013;31(28):3540-8.

腫瘍医による進行がん患者の予後予測の正確性

Kiely BE, Martin AJ, Tattersall MH, Nowak AK, Goldstein D, Wilcken NR, Wyld DK, Abdi EA, Glasgow A, Beale PJ, Jefford M, Glare PA, Stockler MR. The median informs the message: accuracy of individualized scenarios for survival time based on oncologists' estimates. J Clin Oncol. 2013;31(28):3565-71.

コールセンターでの看護師相談による大腸がん術後のケア調整とQOL に対する効果：RCT

Young JM, Butow PN, Walsh J, Durcinoska I, Dobbins TA, Rodwell L, Harrison JD, White K, Gilmore A, Hodge B, Hicks H, Smith S, O'Connor G, Byrne CM, Meagher AP, Jancewicz S, Sutherland A, Ctercteko G, Pathma-Nathan N, Curtin A, Townend D, Abraham NS, Longfi eld G, Rangiah D, Young CJ, Evers A, Lee P, Fisher D, Solomon MJ. Multicenter randomized trial of centralized nurse-led telephone-based care coordination to improve outcomes after surgical resection for colorectal cancer: the CONNECT intervention. J Clin Oncol. 2013;31(28):3585-91.

がん患者の苦痛に対する苦痛の寒暖計と問題リストを使用したニーズアセスメントの効果：RCT

Hollingworth W, Metcalfe C, Mancero S, Harris S, Campbell R, Biddle L, McKell-Redwood D, Brennan J. Are needs assessments cost effective in reducing distress among patients with cancer? A randomized controlled trial using the Distress Thermometer and Problem List. J Clin Oncol. 2013;31(29):3631-8.

心理社会面でのコミュニケーションの障害に関する腫瘍医の認識

Fagerlind H, Kettis A, Glimelius B, Ring L. Barriers against psychosocial communication: oncologists' perceptions. J Clin Oncol. 2013;31(30):3815-22.

がん患者の予後に対する婚姻状況の影響

Aizer AA, Chen MH, McCarthy EP, Mendu ML, Koo S, Wilhite TJ, Graham PL, Choueiri TK, Hoff man KE, Martin NE, Hu JC, Nguyen PL. Marital status and survival in patients with cancer. J Clin Oncol. 2013;31(31):3869-76.

抗がん剤の1 次治療を受けた高齢がん患者のADL 低下の関連要因

Hoppe S, Rainfray M, Fonck M, Hoppenreys L, Blanc JF, Ceccaldi J, Mertens C, Blanc-Bisson C, Imbert Y, Cany L, Vogt L, Dauba J, Houede N, Bellera CA, Floquet A, Fabry MN, Ravaud A, Chakiba C, Mathoulin-Pelissier S, Soubeyran P. Functional decline in older patients with cancer receiving first-line chemotherapy. J Clin Oncol. 2013;31(31):3877-82.

非ホジキンリンパ腫患者の健康関連QOL に関する医師との相談ニーズとその関連要因

Arora NK, Jensen RE, Sulayman N, Hamilton AS, Potosky AL. Patient-Physician Communication About Health-Related Quality-of-Life Problems: Are Non-Hodgkin Lymphoma Survivors Willing to Talk? J Clin Oncol. 2013;31(31):3964-70.

がん患者の子の心理社会的問題：ノルウェーでの大規模ケースコントロール研究

Jeppesen E, Bjelland I, Fossa SD, Loge JH, Dahl AA. Psychosocial Problems of Teenagers Who Have a Parent With Cancer: A Population-Based Case-Control Study (Young-HUNT Study). J Clin Oncol. 2013;31(32):4099-104.

小児がんの成人サバイバーの症状と健康関連QOLとの関連

Huang IC, Brinkman TM, Kenzik K, Gurney JG, Ness KK, Lanctot J, Shenkman E, Robison LL, Hudson MM, Krull KR. Association between the prevalence of symptoms and health-related quality of life in adult survivors of childhood cancer: a report from the St Jude lifetime cohort study. *J Clin Oncol.* 2013;31(33):4242-51.

【*Ann Oncol.* 2013;24(9-11)】

がんサバイバーに対するエクササイズによるリハビリの心肺機能への効果：デンマークでのRCT

Midtgaard J, Christensen JF, Tolver A, Jones LW, Uth J, Rasmussen B, Tang L, Adamsen L, Rorth M. Efficacy of multimodal exercise-based rehabilitation on physical activity, cardiorespiratory fitness, and patient-reported outcomes in cancer survivors: a randomized, controlled trial. *Ann Oncol.* 2013;24(9):2267-73.

がんと精神健康の関連に関するレビュー

Purushotham A, Bains S, Lewison G, Szmukler G, Sullivan R. Cancer and mental health—a clinical and research unmet need. *Ann Oncol.* 2013;24(9):2274-8.

高齢がん患者の家族介護者の心理的苦痛・社会的支援・コーピング能力

Goldzweig G, Merims S, Ganon R, Peretz T, Altman A, Baider L. Informal caregiving to older cancer patients: preliminary research outcomes and implications. *Ann Oncol.* 2013;24(10):2635-40.

【*Eur J Cancer.* 2013;49(13-9)】

化学療法による末梢神経障害の評価尺度Rasch-built Overall Disability Scale の開発

Binda D, Vanhoutte EK, Cavaletti G, Cornblath DR, Postma TJ, Frigeni B, et al. Rasch-built Overall Disability Scale for patients with chemotherapy-induced peripheral neuropathy (CIPN-R-ODS). *European journal of cancer.* 2013;49(13):2910-8.

【*Br J Cancer.* 2013; 109(5-10)】

肺がん患者の補助・1次・2次・3次化学療法時のQOLの推移

Wintner LM, Giesinger JM, Zabernigg A, Sztankay M, Meraner V, Pall G, Hilbe W, Holzner B. Quality of life during chemotherapy in lung cancer patients: results across different treatment lines. *Br J Cancer.* 2013;109(9):2301-8.

【*Cancer.* 2013;119(17-22)】

卵巣癌患者の診断度1年間での睡眠障害と精神的苦痛・QOL

Clevenger L, Schrepf A, Degeest K, Bender D, Goodheart M, Ahmed A, Dahmouh L, Penedo F, Lucci J, 3rd, Thaker PH, Mendez L, Sood AK, Slavich GM, Lutgendorf SK. Sleep disturbance, distress, and quality of life in ovarian cancer patients during the first year after diagnosis. *Cancer.* 2013;119(17):3234-41.

がんサバイバーのADLと就労の障害と併存疾患の関連：米国のMedical Expenditure Panel Survey

Dowling EC, Chawla N, Forsythe LP, de Moor J, McNeel T, Rozjabek HM, Ekwueme DU, Yabroff KR. Lost productivity and burden of illness in cancer survivors with and without other chronic conditions. *Cancer*. 2013;119(18):3393-401.

新規に診断された高齢乳がん患者のADL 障害に人種間比較

Owusu C, Schluchter M, Koroukian SM, Mazhuvanchery S, Berger NA. Racial disparities in functional disability among older women with newly diagnosed nonmetastatic breast cancer. *Cancer*. 2013;119(21):3839-46.

がんサバイバーケアに関するWEB ページによる医療と健康行動の変化

Hill-Kayser CE, Vachani CC, Hampshire MK, Di Lullo G, Jacobs LA, Metz JM. Impact of internet-based cancer survivorship care plans on health care and lifestyle behaviors. *Cancer*. 2013;119(21):3854-60.

妊孕性温存に関する意思決定の困難

Mersereau JE, Goodman LR, Deal AM, Gorman JR, Whitcomb BW, Su HI. To preserve or not to preserve: How difficult is the decision about fertility preservation? *Cancer*. 2013;119(22):4044-50.