



日本緩和医療学会 ニュースレター May 2014 63

JSPM 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

これでいいのか、緩和ケア

独立行政法人 国立がん研究センター東病院 緩和医療科 木下 寛也

がん対策基本法、がん対策推進基本画といった政策、緩和ケア診療加算、がん患者カウンセリング料、がん性疼痛緩和指導管理料といった診療報酬、がん診療連携拠点病院の指定要件の見直し、などの効果もあり、緩和ケアは医療分野として一定の市民権を得るようになってきた。しかし、同時に疑問に思うことも増えてきた。今回は、私が日々考えている疑問のうち2つについて述べる。(本当はまだいくつが疑問ありますが、今回は2つにしておきます)

1. がんと診断された時からの緩和ケア？

Temelらの論文¹⁾以降、早期からの緩和ケアが注目を浴び、第二期のがん対策推進基本計画では「がんと診断されたときからの緩和ケアの推進」と記載されている。がん対策推進に係る会議等の議事録を見ていると、いつも「緩和ケアチームが利用されていない」ことばかりが問題にされている。がん治療医が緩和ケアの第一提供者であることが忘れられている気がする。がん治療医が提供する緩和ケアは、がん治療医が主体となり考える問題である。緩和ケア医はがん治療医に協力する立場であると考えますが、現状は??? がん治療医と緩和ケア医の建設的な議論の場は皆無??? まずは、がん治療医に緩和ケア医が果たすべき役割について耳を傾ける機会が必要である。

がんと診断された時からの専門的緩和ケアの提供について、現在の医療リソースから考えると、全てのがん患者に専門的緩和ケアを早期から提供することは不可能であることは自明である。では、どのような患者にどのくらい早期から関わり、何をすればいいのか?このことを考えていた時に丁度、Zimmermann らの早期からの緩和ケアに関するクラスターRCT²⁾に対する、コメント³⁾が出た。皆様も是非ご一読を!

2. チーム医療、多職種協働?

緩和ケアチーム=チーム医療と間違った認識がある。正しくは、患者・家族+主治医チーム+緩和ケアチームでチーム医療である。また、多職種協働も誤用が多い。多職種が患者・家族に関わり、介入することが多職種協働と思われるらしい。医療従事者が次々と目の前に現れ、患者・家族はくたくた。まるでファーストフードで、「ポテトもいかがですか」のように、「介護保険の手続きはしましたか」「薬剤指導はいかがですか」「退院前カンファレンスをしましょう」と責め立てられる。そのくせ、患者・家族が専門外のことを尋ねると、「それは私の専門ではないので〇〇さんに聞いて下さい」と患者・家族をたらい回しにする。患者・家族への支援が分断化(Fragmentation)している。全体に責任を持ってくれる医療従事者は不在???

こんなに愚痴を述べた巻頭言は、前代未聞でしょうが、是非、これらの問題について一緒に考えてくれる方がいましたら、下記のアドレスまで連絡をいただければ幸いです。

hikinosh@east.ncc.go.jp

- 1) Temel JS et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 363(8):733-42. 2010.
- 2) Zimmermann C et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2014
- 3) Block SD1, Billings JA. A need for scalable outpatient palliative care interventions. Lancet. 2014

Current Insight

海外におけるがん患者支援

Massachusetts General Hospital / 慶應義塾大学 藤澤 大介

米国ボストンのMassachusetts General Hospitalで、がん患者さん・ご家族の支援センターを視察する機会を得ましたのでご報告いたします。

このセンターは同院のがんセンターの一角にあり、個別相談を受け付けるほか、病気や治療に関するパンフレットや書籍（貸出可）、検索用のパソコン、ソファやコーヒーマシンのあるちょっとした休憩スペースがあります。Wellness Program と呼ばれるたくさんのプログラムを運営しています（www.massgeneral.org/cancer/hopes/）。同じ病気を持った患者さん同士を紹介するマッチングプログラムもあります。以下にその一部を紹介します。

アート・セラピー

アートセラピストによるコラージュ、絵、工作、編み物など。アートを通じて、患者さんが心の内を語れる手助けをすることが目的とのことです。同じ目的で、音楽療法や、作文による自己表出グループもあります。

ヨガ・気功

いずれも第一の目的はリラクゼーションですが、内容は参加者の構成により変わります。ヨガのプログラムでは各回、常に一番繊細な人（初心者、体調が悪い人など）のレベルに合わせたプログラムとなるよう配慮しているとのことです。気功は動きがゆっくりなため、ヨガよりも高齢の参加者が目立ちました。

霊気療法

霊気療法は代替医療の一つとして重宝されています。看護師資格を持つスタッフが霊気療法の資格を取り、現在は院内の霊気療法専門家としてグループ療法と個人療法を実施していました。最も多い依頼は化学療法などの処置前の不安・緊張の緩和であり、患者さんの緊張がほぐれて血管確保がしやすくなるので看護師からの依頼が多いそうです。

スピリチュアル・カウンセリング

チャプレンによるスピリチュアルカウンセリング。宗教に関係なく、個々人が持っている信念体系の中に、がんの体験

をどう位置付けるかを目標とします。スピリチュアリティを刺激するいろいろな仕掛け（詩、文章、Labyrinth など）を用います。

鍼治療

鍼灸療法は、がんやがん治療に伴うさまざまな症状緩和に役立つことがわかっています。グループでの簡単な鍼灸療法の紹介のほか、1時間56ドルの個人療法を提供しています。

教育セッション

- ・化学療法教育（初めて化学療法を受ける人への教育セッション）
- ・栄養士による栄養教育（“Fighting Cancer with your Fork”）
- ・運動療法の紹介（簡単な導入）
- ・代理意思決定者の手続きについての教育
- ・患者さんのご家族・友人のための教育
- ・子供を持つがん患者さんのための教育セッション（Parenting at a Challenging Time : PACT）など

サポートグループ

脳腫瘍、肺・食道がん、前立腺がん、頭頸部がん、甲状腺がん、放射線療法、骨髄移植、若年世代（20-40歳）、の各グループ。

文化や医療事情が異なる国でのプログラムですので、一律に真似するわけにはいかないと思いますが、参考になるものがあれば幸いです。

Journal Club

本邦における、緩和ケアチームに配属されている薬剤師の業務内容に関する全国調査

日本医科大学付属病院薬剤部 伊勢 雄也

Ise Y, Morita T, Katayama S, Kizawa Y. The activity of palliative care team pharmacists in designated cancer hospitals: a nationwide survey in Japan. J Pain Symptom Manage. 2014 March; 47(3):588-93

【目的】

緩和医療の分野においては薬剤師が医療チームの一員として薬物療法等の分野で評価を得つつある。しかし、緩和ケアチームの中で薬剤師が薬物療法のスペシャリストとしてどのような業務体制で実務を行っているかについて、全国規模で調査した報告はない。そこで本研究では、緩和ケアチームに配属されている薬剤師の業務体制やその内容（臨床、研究および教育活動や緩和ケアチームへの貢献度）に関する調査を行うことにより、緩和ケアチームにおける薬剤師業務の実態を明らかにすることを目的とした。

【方法】

がん診療連携拠点病院（397施設）の緩和ケアチームに配属されている薬剤師を対象として調査を行なった。なお、1つ

のチームに薬剤師が複数在籍している場合は、代表薬剤師が他の薬剤師と話し合い調査票を記入することとした。各施設に自記式質問紙調査票を郵送し、一定期間後に返信してもらった。なお、本調査は2012年11月～2013年1月に行われた。

【結果】

304施設より回答があり、回収率は約77%であった。79%の施設で薬剤師がラウンドへ参加しており94%の施設で薬剤師がカンファレンスへ参加していた。半数以上の施設において、オピオイド製剤の副作用対策、疼痛以外の症状緩和で用いられる薬剤の情報提供、オピオイド製剤の剤形とその特徴、薬理作用、相互作用および腎/肝機能障害時における投与設計に関する情報提供が週に3回以上行われていた。約8割の施設において、他職種に対する緩和医療に関連した勉強会を薬剤師が開催していた。加えて約6割の施設において、緩和ケアに関する研究結果の学会・研究会への発表を薬剤師が筆頭演者で発表していた。約7割の薬剤師が緩和ケアチームに貢献している、と回答していた。その一方で、貢献できていないと回答した薬剤師も16%いた。原因として、時間やスタッフ数が足りないとの回答が多かった。

【結論】

多くの薬剤師が「チームに貢献している」と回答しており、また一定の臨床活動がなされていたことから、薬剤師の緩和ケアチーム内での業務が浸透してきたと考えられた。また、臨床活動だけでなく、教育活動や研究活動（学会発表）にも力を入れている可能性が考えられた。

【コメント】

本調査のように緩和ケアチームにおける薬剤師の業務内容を詳細に検討した報告はこれまでになく、緩和ケアチーム内における薬剤師の役割を評価、検討する貴重な報告であると考えられる。

Journal Club

パソコンやタブレットを用いたがん患者の症状自己評価・教育ツールに関する
多施設共同無作為化比較試験

東北大学大学院 緩和ケア看護学分野 佐藤 一樹

Berry DL, Hong F, Halpenny B, Partridge AH, Fann JR, Wolpin S, Lober WB, Bush NE, Parvathaneni U, Back AL, Amtmann D, Ford R. Electronic self-report assessment for cancer and self-care support: results of a multicenter randomized trial. J Clin Oncol. 2014;32(3):199-205.

【目的】

外来受診前にタブレットを用いてがん患者が症状を自己評価し医療者に報告するツールであるElectronic Self-Report Assessment - Cancer (ESRA-C)の実施可能性と有効性が無作為化比較試験により示されている。しかし、症状の報告を受けても医師は身体的な症状にしか対応しないなど問題があった。本研究は、患者教育とコーチングの機能を追加したESRA-CIIの効果を検証する。

【方法】

米国のがんセンター2施設の外来がん患者で、新規のがん治療を受ける779名を無作為に介入群と対照群に割りつけた。

介入群はESRA-Cの症状自己評価を自宅のパソコンか外来受診時のタブレットを用いて実施できる。症状がある値以上の場合、症状の原因と対処方法、医療者への症状の伝え方(症状の頻度と程度、軽減・増悪因子、緩和してほしいこと)に関するメッセージが現れる。対照群は外来受診時のみESRA-Cに回答する。両群ともESRA-Cの回答結果は医師に伝えられる。ベースライン、がん治療開始後3~6週、その2週後、治療終了後2~4週の4時点で症状評価尺度Symptom Distress Scale?15(SDS-15)を評価し、SDS-15スコアの変化を主要評価項目とした。

【結果】

SDS-15スコアの平均±標準偏差は、ベースライン、最終評価時点の順に、介入群 24.3 ± 6.7 , 24.2 ± 6.7 、対照群 24.1 ± 6.8 , 25.4 ± 7.9 であり、対照群の方が有意に症状スコアの悪化が認められた(変化の差 $+1.21$, 95%CI, 0.23 to 2.20 ; $P=.02$)。年齢のサブグループ別の分析では、50歳未満では症状スコアの変化に有意差はみられず($P=.4$)、50歳以上では有意差がみられた($P=.002$)。

【結論】

がん患者の症状自己評価ツールに患者教育とコーチングの機能を追加したESRA-CIIは、がん治療後の症状悪化を軽減した。特に50歳以上で効果的であった。

【コメント】

医療者が症状評価のデータを得ても活用しなければ意味をなさない。患者自らが症状緩和してほしいニーズを伝えることで個別の症状への対応が促進されたと考えられる。高齢群で効果を認めたのは、医療者にニーズを伝えることが得意ではなく、セルフケア方法に関する情報アクセスの良くない集団であったためであろう。タブレットによる症状自己評価システムを導入する場合に限らず、高齢者の症状緩和のニーズを医療者が積極的に引き出すことが必要かもしれない。

Journal Club

がんと診断後、早期からの看護師による電話介入効果：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

Wagner EH, Ludman EJ, Aiello Bowles EJ, Penfold R, Reid RJ, Rutter CM, Chubak J, McCorkle R. Nurse navigators in early cancer care: a randomized, controlled trial. *J Clin Oncol*. 2014 Jan 1; $32(1)$:12-8.

【目的】

がんと診断を受けた患者は、断片的な医療支援を受け治療選択を行っている。本研究では、がんと診断を受けた時点から一定期間、看護師がナビゲーターとなり電話ベースで症状マネジメントや情報提供を行うことで、患者のQOL、ケアの質が改善するかを無作為化比較試験で検討した。

【方法】

National Cancer Institute-funded Cancer Communication Research Center の一部として、米国の4つ州で無作為化比較試験が行われた。対象は、原発部位が乳がん、結腸直腸がん、肺がんと診断された18歳以上の成人患者で、2009年7月から2011年9月までエントリーされた。133人が介入群、118人が通常ケア群に割り付けられた。介入群の患者は、看護師

から電話で症状のスクリーニングを毎週受け、外来時には看護師が同席した。症状がみられた場合は、治療やケア計画の相談を看護師から受けた。主要評価項目は、患者のQOL評価(FACT-G)、受けた医療に対する患者の評価(PACIC)、ケアの問題点であり、ベースライン、4ヶ月後、12ヶ月後にデータ収集された。

【結果】

介入群では4ヶ月後、12ヶ月後のFACT-Gの得点割合で通常ケア群と有意な差がみられなかったが、PACICの得点割合は有意に高かった。看護師の電話介入を受けた患者は、精神的なケア、ケアの調整、情報提供において問題があると回答した割合が有意に少なかった。また、診断後の医療費において、両群で有意な差はみられなかったが、部位別では、介入群の肺癌患者で6,852ドル低かった。

【結論】

本研究で実施された、がんと診断後、早期から看護師による電話介入は患者のQOLで統計的に有意な差がみられなかったが、患者のケアの質を有意に改善した。

【コメント】

本研究は、がんと診断された患者に対し、看護師による電話介入により通常ケア群と比べ高い割合でケアの質を改善したことに意義がある。看護師の電話介入に関する研究では、電話ベースの症状マネジメントで疼痛と抑うつ軽減に効果があることが示されており(Kroneke K, 2010)、本研究結果は、がんと診断後、早期から電話介入した場合の有用性について新たな知見を追加した。本研究では、患者のQOLにおいて介入効果が示せなかったが、診断後の治療の有無でQOLの評価に影響がみられることが推察されるため、評価時点も含めさらなる検討が期待される。

Journal Club

がんによって配偶者をなくした男性遺族の死別後4～5年における慢性疼痛と死別に対する心の準備に関する一般市民調査

東北大学大学院 緩和ケア看護学分野 竹内 真帆

Asgeirsdottir HG, Valdimarsdottir U, Furst CJ, Steineck G, Hauksdottir A. Low preparedness before the loss of a wife to cancer and the widower's chronic pain 4-5 years later—a population-based study. *Psychooncology*. 2013;22(12):2763-70.

【目的】

本研究の目的は妻の死別時に心の準備ができていないことが、死別後4～5年経過時の慢性疼痛にどのような影響を与えるかを明らかにすることである。

【方法】

スウェーデンの一般市民のうち2000～2001年にがんによって妻を亡くした男性907名を対象に横断的な質問紙調査を行った。質問の内容は死別時点における「妻の死に対する心の準備状況」と死別後6ヶ月および現在の自覚的な「身体の健康状態(慢性疼痛の有無と、特に「筋肉痛」、「筋緊張」、「頭痛」、「腰背部痛」、「バーンアウト」の各症状の有無)」

と「心の健康状態(抑うつや不眠)」について尋ねる質問で構成された。先行研究から、「年齢が低い(38-61歳)」群と「年齢が高い(62-80歳)」群では前者の方が、死別時の「心の準備状況」が現在の「心の健康」に与える影響がより大きいことが明らかになっていることから、2群をサブグループとした解析を行った。

【結果】

691名から回答が得られた(回答率76%)。回答者のうち、慢性疼痛を有するものは全体の12%(76名)であり、そのうち38-61歳に該当するものが41%、62-80歳に該当する者が59%を占めていた。心の準備ができていなかった「38-61歳」の男性遺族において、慢性疼痛の出現するリスクが高くなることが明らかになった(OR6.67;2.49-17.82)。また、慢性疼痛を経験した男性遺族の方が、抑うつ(RR2.21;1.31-3.74)、不安(RR 2.11;1.33-3.37)、睡眠障害(RR2.19;1.30-3.69)など、精神障害の出現リスクが高くなることが明らかになった。

【結論】

妻の死別時に心の準備ができていないことにより、死別後4~5年経過時の慢性疼痛の出現のリスクが高まる可能性が示唆された。さらに、慢性疼痛は精神障害のリスクを高める可能性があることが明らかになった。

【コメント】

慢性疼痛を死別の長期的アウトカムとして、妻の死亡当時の心の準備状況との関連について、代表性のあるサンプルを用いて調査したことに本研究の新規性がある。死別時の心の準備状況が、遺族の心身における長期的な健康状態に関連するという知見は、患者の症状や予想される変化について丁寧に説明することや、家族も含めたEOLディスカッションの重要性について臨床的にも有用であると考えられる。

Journal Club

がん突出痛：ヨーロッパのがん患者1000例の観察研究

神戸大学大学院医学研究科 山口 崇

Davies A, Buchanan A, Zeppetella G, Porta-Sales J, Likar R, Weismayr W, Slama O, Korhonen T, Filbet M, Poulain P, Mystakidou K, Ardavanis A, O'Brien T, Wilkinson P, Caraceni A, Zucco F, Zuurmond W, Andersen S, Damkier A, Vejlgaard T, Nauck F, Radbruch L, Sjolund KF, Stenberg M. Breakthrough cancer pain: An observational study of 1000 European oncology patients. J Pain Symptom Manage 2013;46:619-28.

【目的】

がん患者における突出痛の特徴を明らかにする。

【方法】

ヨーロッパ13ヶ国の28施設(専門緩和ケアまたは疼痛治療部門)の国際多施設共同観察研究である。2008-2011年の期間に参加施設で入院もしくは外来診療を受けた患者を対象とした。適格基準は、18歳以上・がんの診断・がん疼痛あり・がん突出痛あり・定期オピオイド鎮痛薬使用あり、とした。がん突出痛の診断は診断アルゴリズムにのっとり行われた。除外基準は、認知機能障害・各国の母国語が十分に理解できない、とした。使用された質問票は本研究のために作成され

たもので、以下の3つの質問に分かれている；1)突出痛スクリーニング、2)突出痛の特徴、3)現在受けている突出痛に対する治療。

【結果】

1000例が参加し、年齢の中央値は62歳（範囲：23-92歳）、男性が51%であった。440例（44%）がincident-type pain、415例（41.5%）がspontaneous-type pain、143例（14.3%）は両方の合併を報告していた。Incident-type pain を訴えた患者の内、324例は随意動作に伴うもので、67例では不随意動作に伴うものであった。突出痛の出現頻度の中央値は、3回/日（範囲：1回/月-24回/日）で、突出痛のタイプで違いは見られなかった。最大強度到達までの時間に関する質問は936例が回答し、中央値は10分（範囲：1分以内-240分）であった。Incident-typeおよびSpontaneous-typeでは、それぞれ、5分（範囲：1分以内-240分）、10分（範囲：1分以内-240分）であった。（無治療の場合の）突出痛の持続時間に関する質問は505例が回答し、中央値は60分（範囲：1分以内-360分）で、Incident-typeでは45分（範囲：1分以内-360分）、Spontaneous-typeでは60分（範囲：1分以内-360分）であった。Incident-typeは歩行や仕事に影響を及ぼし、Spontaneous-type は気分や睡眠へ影響を及ぼしていた。65.5%は突出痛に対する治療は有効であると報告した。

【結論】

突出痛は不均一な病態であり、個々の症例および固体内の個々のエピソードでも一様ではない。突出痛はQoLへ影響を与え、直接的な苦痛と共に間接的に日常生活に対する影響を与える。

【コメント】

本研究は、がん患者の突出痛の特徴を示した初めての大規模調査である。本研究の結果から、突出痛は1日数回・最大強度までの到達時間は10分以内・持続時間は60分程度という特徴が示唆された。今後、突出痛治療はこの特徴を踏まえた対応を心がけることが望まれるであろう。しかしながら、本研究は、突出痛の診断およびその後の調査に関しても患者の申告がそのまま使用されており、医療者の診断介入は関与していない。したがって、その結果に関して信頼性が担保されるか疑問が残る。今後、突出痛の診断および特徴の調査に関してより信頼性が担保された方法を用いた研究が待たれる。

学会印象記

第29回日本静脈経腸栄養学会

医療法人 東札幌病院 薬剤課 和泉 早智子

2014年2月27、28日の2日間、横浜で第29回日本静脈経腸栄養学会が開催されました。日本緩和医療学会と同様、多くの職種により構成された学会であり、2014年現在約2万人にも会員数が及ぶそうです。今回は「志学創新」のテーマのもと、参加者は1万人を超え、各会場では演者と聴衆の人たちの熱気で学会がより盛り上がっていたように思えます。

印象に残っているワークショップの1つに高齢者のPolypharmacy対策を行っている施設の発表がありました。薬剤師の立場から疾病に対する使用薬剤のアウトカムを立て、実際の症状に必要な投与であるかを検討しているというものでした。薬剤の影響によって食事に向かえなくなっていることもあるようです。実際、薬剤の内服によって患者の症状が安定していれば内服継続、そして病状の悪化によって突然内服中止になってしまうことも多くあるのが現状かと思います。薬剤を使用する上で、十分な効果を得ること、また副作用の可能性を常に考える、薬剤師として基本的な事ではありますが、使用

薬剤の整理を提案していく必要性を改めて気づかされた時間でした。

また、今回は日本緩和医療学会と日本静脈経腸栄養学会の合同シンポジウムが開催されました。パシフィコ横浜の会議センター1階のメインホール1000名収容人数の会場に人があふれ、通路にまで人が座り込み聞き入るという状況からも、多くの医療者が緩和医療と栄養に興味を持っていることが伺えました。主題はがん患者における代謝・栄養管理で、実際に終末期患者に栄養管理を行っている先生方からの講演は、日々の臨床で参考になることばかりで約2時間のシンポジウムはすごく短時間に感じられました。6月に開催される第20回日本緩和医療学会では同様の合同シンポジウムが企画されているとのことでした。

私はいつも緩和医療に関連した学会にしか参加していませんでしたが、日々の薬剤師業務で行うべきこと、また、栄養療法のヒントをたくさん得て帰ってくることができました。人の多さには困りましたが、本当に参加して大満足な静脈経腸栄養学会でした。

学会印象記

支える医療～第16回日本在宅医学会大会に参加して

洞爺温泉病院 ホスピス長 岡本 拓也

2014年3月1～2日、浜松において第16回日本在宅医学会大会が開催されました。

印象記を書くように言われましたが、日程の都合で、自分のセッション以外には出席できませんでした。従いまして、非常に限られた印象記になりますが、少しでもご報告をさせていただきます。

在宅医療は、ご存じのように、私たちの分野である緩和医療と共に、近年、いわば脚光を浴び、急成長している分野です。学会参加者も急増しているようで、本大会には、2日間で約3000人の参加者、市民公開講座には約1000人の参加者があったそうです。

私が講演したのは、指導医大会というプログラムの中でした。指導医大会では、「プリンシプルを学ぶ」というシリーズで、在宅に関連するさまざまな分野の学びを続けてきているようです。今回は、第4回とのことで、テーマは、「家庭医療」と「緩和ケア」でした。「家庭医療」の方は、「もはやヒポクラテスではいられない」新医師宣言プロジェクト <http://www.ishisengen.net/> の活動で有名な、東京医療センターの尾藤誠司先生が担当し、「緩和ケア」の方を私が担当させていただきました。私に与えられたお題は、『緩和ケアのプリンシプル 在宅医療を支える多職種によるチーム医療 信念対立を中心に』で、のぞみの花クリニック院長の古賀友之先生が座長を勤めて下さいました。

さて、抄録集に載っている小野宏志大会長挨拶には、こうあります。「年間160万人の人々をどこでどのように看取るかという議論も大切です。しかし、それ以上に、社会はその方たちの生き方をどのように支え、人それぞれはいかに納得できる人生を送ることができるかを考えることも大切だと思います。（中略）現在日本は、治す医療においては世界でもトップレベルの水準を維持しています。それに比べて、支える医療においては先進国の中でも低い水準に甘んじています。これからの日本が安心して人生を全うできる社会になるには、もちろん治す医療も大切ですが、支える医療をより充実させていかなければなりません。（下線岡本）」全く同感であり、私の講演の中でも、改めて触れさせていただきました。

今、在宅医療や緩和医療が注目されているのは、百年に一度とも言われる医療の大変革期において、大きな歴史的流れ

の中で起こるべくして起こっていることなのだと、『病院の世紀の理論』（猪飼周平著有斐閣）を読んだ時に思わされました。「医学モデル」や「治す医療」が重要でなくなるわけではありませんが、QOLを大事にする「生活モデル」や「支える医療」は、今後ますます重要性を増して参ります。「地域包括ケアシステム」という時代の潮流は、さらに大きな流れに成長していくことでしょう。別の時間帯にありました、私たちにはなじみの深いOPTIM関連のシンポジウムも、そのような流れの中でとらえることができます。

思えば、私に与えられた講演のテーマなども、以前ならマニアックな内容に過ぎないと考えられたでしょうが、多職種との連携が必須のものとなる時代にあっては、非常に重要なテーマとなって参ります。私に講演のお鉢が回ってきた所以です。加えて、私は、ものごとを根本から考えるのが大好きなので、緩和ケアのプリンシプルというテーマも、すごく気に入りました。というわけで、とても楽しくしゃべりまくらせていただきました。最後はもちろん、ちゃんと、“緩和ケアの本質と医療の根本的問題を理解するために”書いた前著と、“真のケアを目指す医療者が、意味・価値の次元を適切に扱えるために”書いた新著の宣伝をして、90分間の講演を終了し、浜松と言えば「うな重」を堪能して、帰途につきました。

学会印象記

第28回日本がん看護学会学術集会に参加して

地方独立行政法人神奈川県立病院機構 神奈川県立がんセンター

副院長兼看護局長 渡邊 眞理

2014年2月8日（土）～2月9日（日）に新潟県の朱鷺メッセで開催された第28回日本がん看護学会学術集会に参加しました。学術集会1日目は関東で記録的な大雪となり、交通網に大きな影響が出たにもかかわらず学術集会参加者数は合計3,808名と盛会となりました。

本学術集会のテーマは「暮らす」を考えるがん看護-知・技・倫の融合-でした。このテーマには、がん患者が治療を続けながら、日常生活はもちろん仕事や社会生活も「できる限り今までと変わりなくおくる」ことを望んでいること。生活者として主体的に「暮らす」がん患者を支えるための看護師の技術や役割（実践）、その根底に流れる高い倫理観を培うことを大切にするといった思いが込められていました。

開会式の後に本学術集会長である新潟県立がんセンター新潟病院の看護部長の佐藤順子氏より会長講演がありました。特別講演1では教育評論家である尾木直樹氏より「心が元気になる共感論-がんとともに暮らす人に寄り添って-」というテーマでの講演、また2日目の特別講演2では精神科医 名越康文氏による「心が軽くなる知と技-生きる希望、生きる意味を考える-」というテーマでの講演があり、いずれも会場が活気に包まれました。

一般口演演題152演題、示説演題310演題、計462演題が活発に発表されていました。

私は2日目のパネルディスカッションで「「暮らす」を支えるがん看護の知・技・倫-がん患者の療養支援の現状と展望-」というテーマのもと、新潟県立看護大学の酒井禎子准教授と共に座長を担当いたしました。がん患者が治療やケアを継続しながら「暮らす」ことを支えるコミュニティのあり方や現実に即した改題について意見交換がなされました。

教育講演では「がんとお金」「生きていく希望を支えるケアリング」「生命の継続-遺伝性がん看護-」等のがん患者の

生活の視点とがん看護の本質について考えさせられました。新たな取り組みの紹介も多くありましたが、全体的に新潟のほっこりとした温かさを感じる学術集会でした。次期学術集会長となる私は身の引き締まる思いがしました。

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12月～2014年2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(23-26), 2014;370(1-9)】

なし

【Lancet. 2013; 382(9908-9910), 2014; 383(9911-9918)】

看取りのクリニカルパスLiverpool Care Pathwayの有効性を検証したクラスター無作為化比較試験（イタリア）

Costantini M, Romoli V, Leo SD, Beccaro M, Bono L, Pilastrri P, Miccinesi G, Valenti D, Peruselli C, Bulli F, Franceschini C, Grubich S, Brunelli C, Martini C, Pellegrini F, Higginson IJ, Liverpool Care Pathway Italian Cluster Trial Study G. Liverpool Care Pathway for patients with cancer in hospital: a cluster randomised trial. Lancet.2014;383(9913):226-37.

【Lancet Oncol. 2013;14(13), 2014;15(1-2)】

なし

【JAMA. 2013;310(21-24), 2014;311(1-8)】

研修医・ナースプラクティショナー（NP）対象のコミュニケーションスキルトレーニングの患者アウトカムに対する有効性を検証した無作為化比較試験

Curtis JR, Back AL, Ford DW, Downey L, Shannon SE, Doorenbos AZ, Kross EK, Reinke LF, Feemster LC, Edlund B, Arnold RW, O'Connor K, Engelberg RA. Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: a randomized trial. JAMA. 2013;310(21):2271-81.

【JAMA Intern Med. 2013;73(22), 2014;174(1-2)】

ナーシングホームの高度認知症の入居者の健康保険とケアの関係

Goldfeld KS, Grabowski DC, Caudry DJ, Mitchell SL. Health insurance status and the care of nursing home residents with advanced dementia. *JAMA Intern Med.* 2013;173(22):2047-53.

退役軍人病院での終末期がん患者に対する支持療法の質評価と改善すべき点

Walling AM, Tisnado D, Asch SM, Malin JM, Pantoja P, Dy SM, Ettner SL, Zisser AP, Schreiber-Baum H, Lee M, Lorenz KA. The quality of supportive cancer care in the veterans affairs health system and targets for improvement. *JAMA Intern Med.* 2013;173(22):2071-9.

【*BMJ.* 2013;347(7936-7938), 2014;348(7939-7943)】

メディケアでの複数医師からのオピオイド処方の実態

Jena AB, Goldman D, Weaver L, Karaca-Mandic P. Opioid prescribing by multiple providers in Medicare: retrospective observational study of insurance claims. *BMJ.* 2014;348:g1393.

【*Ann Intern Med.* 2013;159(11-12), 2014;160(1-4)】

小児がん成人サバイバーケアに対する内科医の認識と知識

Suh E, Daugherty CK, Wroblewski K, Lee H, Kigin ML, Rasinski KA, Ford JS, Tonorezos ES, Nathan PC, Oeffinger KC, Henderson TO. General Internists' Preferences and Knowledge About the Care of Adult Survivors of Childhood Cancer: A Cross-sectional Survey. *Ann Intern Med.* 2014;160(1):11-7.

慢性疼痛に対するオピオイド処方に関するガイドラインのレビュー

Nuckols TK, Anderson L, Popescu I, Diamant AL, Doyle B, Di Capua P, Chou R. Opioid Prescribing: A Systematic Review and Critical Appraisal of Guidelines for Chronic Pain. *Ann Intern Med.* 2014;160(1):38-47.

【*J Clin Oncol.* 2013; 31(34-36), 2014; 32(1-6)】

化学療法による好中球減少症に対するG-CSFの予防的投与を比較した無作為化比較試験

(最初の2サイクルのみと全サイクル)

Aarts MJ, Peters FP, Mandigers CM, Dercksen MW, Stouthard JM, Nortier HJ, van Laarhoven HW, van Warmerdam LJ, van de Wouw AJ, Jacobs EM, Mattijssen V, van der Rijt CC, Smilde TJ, van der Velden AW, Temizkan M, Batman E, Muller EW, van Gastel SM, Borm GF, Tjan-Heijnen VC. Primary granulocyte colony-stimulating factor prophylaxis during the first two cycles only or throughout all chemotherapy cycles in patients with breast cancer at risk for febrile neutropenia. *J Clin Oncol.* 2013;31(34):4290-6.

小児がん成人サバイバーの虚弱の割合

Ness KK, Krull KR, Jones KE, Mulrooney DA, Armstrong GT, Green DM, Chemaitilly W, Smith WA, Wilson CL, Sklar CA, Shelton K, Srivastava DK, Ali S, Robison LL, Hudson MM. Physiologic frailty as a sign of accelerated aging among adult survivors of childhood cancer: a report from the St Jude Lifetime cohort study. *J Clin Oncol.* 2013;31(36):4496-503.

診断後早期のがん患者に対する看護師の電話相談支援に関する無作為化比較試験

Wagner EH, Ludman EJ, Aiello Bowles EJ, Penfold R, Reid RJ, Rutter CM, Chubak J, McCorkle R. Nurse navigators in early cancer care: a randomized, controlled trial. *J Clin Oncol.* 2014;32(1):12-8.

高齢がん患者での高齢者スクリーニングツールの比較

Kenis C, Decoster L, Van Puyvelde K, De Greve J, Conings G, Milisen K, Flamaing J, Lobelle JP, Wildiers H. Performance of two geriatric screening tools in older patients with cancer. *J Clin Oncol.* 2014;32(1):19-26.

化学療法後の遅発性の嘔気に対するアプレピタントとデキサメタゾンの予防効果を比較した無作為化比較試験

Roila F, Ruggeri B, Ballatori E, Del Favero A, Tonato M. Aprepitant versus dexamethasone for preventing chemotherapy-induced delayed emesis in patients with breast cancer: a randomized double-blind study. *J Clin Oncol.* 2014;32(2):101-6.

人種・年齢と抑うつ症状・心理社会的サービス利用の関連

Traeger L, Cannon S, Keating NL, Pirl WF, Lathan C, Martin MY, He Y, Park ER. Race by sex differences in depression symptoms and psychosocial service use among non-Hispanic black and white patients with lung cancer. *J Clin Oncol.* 2014;32(2):107-13.

ASCO special article : 2013年のがん医療の進展

Patel JD, Krilov L, Adams S, Aghajanian C, Basch E, Brose MS, Carroll WL, de Lima M, Gilbert MR, Kris MG, Marshall JL, Masters GA, O'Day SJ, Polite B, Schwartz GK, Sharma S, Thompson I, Vogelzang NJ, Roth BJ. Clinical Cancer Advances 2013: Annual Report on Progress Against Cancer from the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol.* 2014;32(2):129-60.

WEBIによるがん患者の症状評価・教育ツールに関する無作為化比較試験

Berry DL, Hong F, Halpenny B, Partridge AH, Fann JR, Wolpin S, Lober WB, Bush NE, Parvathaneni U, Back AL, Amtmann D, Ford R. Electronic self-report assessment for cancer and self-care support: results of a multicenter randomized trial. *J Clin Oncol.* 2014;32(3):199-205.

早期乳がん患者の再発・予後リスクの予測指標と説明に関するレビュー

Engelhardt EG, Garvelink MM, de Haes JH, van der Hoeven JJ, Smets EM, Pieterse AH, Stiggelbout AM. Predicting and communicating the risk of recurrence and death in women with early-stage breast cancer: a systematic review of risk prediction models. *J Clin Oncol.* 2014;32(3):238-50.

外来がん患者の疼痛の改善の関連要因：ECOG試験E2Z02の分析

Zhao F, Chang VT, Cleeland C, Cleary JF, Mitchell EP, Wagner LI, Fisch MJ. Determinants of Pain Severity

Changes in Ambulatory Patients with Cancer: An Analysis From Eastern Cooperative Oncology Group Trial E2Z02. *J Clin Oncol.* 2014;32(4):312-9.

アンドロゲン補充療法を受ける前立腺がん患者での治療関連の有害事象に対する運動の効果に関するレビュー

Gardner JR, Livingston PM, Fraser SF. Effects of exercise on treatment-related adverse effects for patients with prostate cancer receiving androgen-deprivation therapy: a systematic review. *J Clin Oncol.* 2014;32(4):335-46.

他疾患による死亡率の変化を加味したがん死亡の推移（1985-2005）

Soneji S, Beltran-Sanchez H, Sox HC. Assessing progress in reducing the burden of cancer mortality, 1985-2005. *J Clin Oncol.* 2014;32(5):444-8.

がん患者の睡眠障害に対するマインドフルネス・ストレス低減法と認知行動療法を比較した無作為化比較試験

Garland SN, Carlson LE, Stephens AJ, Antle MC, Samuels C, Campbell TS. Mindfulness-based stress reduction compared with cognitive behavioral therapy for the treatment of insomnia comorbid with cancer: a randomized, partially blinded, noninferiority trial. *J Clin Oncol.* 2014;32(5):449-57.

【Ann Oncol. 2013;24(12), 2014;25(1-2)】

化学療法関連の末梢神経障害に関する医療者評価と患者評価の違い

Alberti P, Rossi E, Cornblath DR, Merkies IS, Postma TJ, Frigeni B, Bruna J, Velasco R, Argyriou AA, Kalofonos HP, Psimaras D, Ricard D, Pace A, Galie E, Briani C, Dalla Torre C, Faber CG, Lalisang RI, Boogerd W, Brandsma D, Koeppen S, Hense J, Storey D, Kerrigan S, Schenone A, Fabbri S, Valsecchi MG, Cavaletti G, Group CI-P. Physician-assessed and patient-reported outcome measures in chemotherapy-induced sensory peripheral neurotoxicity: two sides of the same coin. *Ann Oncol.* 2014;25(1):257-64.

カルボプラチン・パクリタキセル療法の1週投与と3週投与でのQOLの比較：子宮がん対象の第III相試験から

Harano K, Terauchi F, Katsumata N, Takahashi F, Yasuda M, Takakura S, Takano M, Yamamoto Y, Sugiyama T. Quality-of-life outcomes from a randomized phase III trial of dose-dense weekly paclitaxel and carboplatin compared with conventional paclitaxel and carboplatin as a first-line treatment for stage II-IV ovarian cancer: Japanese Gynecologic Oncology Group Trial (JGOG3016). *Ann Oncol.* 2014;25(1):251-7.

ソラフェニブに関連した腎がんの手足症候群に対する低摩擦性のセラミド配合ハイドロコロイドドレッシング材の効果を検証した無作為化比較試験

Shinohara N, Nonomura N, Eto M, Kimura G, Minami H, Tokunaga S, Naito S. A randomized multicenter phase II trial on the efficacy of a hydrocolloid dressing containing ceramide with a low-friction external surface for hand-foot skin reaction caused by sorafenib in patients with renal cell carcinoma. *Ann Oncol.* 2014;25(2):472-6.

アラブ系イスラエルでのがん医療での緩和ケア目的の補助薬（ハーブなど）の使用状況

Ben-Arye E, Massalha E, Bar-Sela G, Silbermann M, Agbarya A, Saad B, Lev E, Schiff E. Stepping from traditional to integrative medicine: perspectives of Israeli-Arab patients on complementary medicine's role in cancer care. *Ann Oncol.* 2014;25(2):476-80.

非経口的な在宅栄養療法を行う悪液質を有したがん患者の予後の関連因子：コホート研究

Bozzetti F, Santarpia L, Pironi L, Thul P, Klek S, Gavazzi C, Tinivella M, Joly F, Jonkers C, Baxter J, Gramlich L, Chicharro L, Staun M, Van Gossum A, Lo Vullo S, Mariani L. The prognosis of incurable cachectic cancer patients on home parenteral nutrition: a multi-centre observational study with prospective follow-up of 414 patients. *Ann Oncol.* 2014;25(2):487-93.

リンパ腫患者での化学療法中の運動プログラムによる治療関連の副作用やQOL に対する効果を検証した無作為化比較試験

Streckmann F, Kneis S, Leifert JA, Baumann FT, Kleber M, Ihorst G, Herich L, Grussinger V, Gollhofer A, Bertz H. Exercise program improves therapy-related side-effects and quality of life in lymphoma patients undergoing therapy. *Ann Oncol.* 2014;25(2):493-9.

【*Eur J Cancer.* 2013;49(18), 2014;50(1-3)】

なし

【*Br J Cancer.* 2013;109(11-12), 2014;110(1-4)】

頭頸部がん患者に対する看護師主導の心理社会的介入の健康関連QOLへの長期的効果を検証した無作為化比較試験

van der Meulen IC, May AM, de Leeuw JR, Koole R, Oosterom M, Hordijk GJ, Ros WJ. Long-term effect of a nurse-led psychosocial intervention on health-related quality of life in patients with head and neck cancer: a randomised controlled trial. *Br J Cancer.* 2014;110(3):593-601.

【*Cancer.* 2013;119(23-24), 2014;120(1-4)】

アンドロゲン除去療法中の前立腺がん患者に対するレジスタンス・エアロビック運動介入による身体的・全般的健康度の効果の関連要因

Buffart LM, Galvao DA, Chinapaw MJ, Brug J, Taaffe DR, Spry N, Joseph D, Newton RU. Mediators of the resistance and aerobic exercise intervention effect on physical and general health in men undergoing androgen deprivation therapy for prostate cancer. *Cancer.* 2014;120(2):294-301.

進行がん患者の予後認識とQOL・精神的状態の関連

El-Jawahri A, Traeger L, Park ER, Greer JA, Pirl WF, Lennes IT, Jackson VA, Gallagher ER, Temel JS. Associations among prognostic understanding, quality of life, and mood in patients with advanced cancer. *Cancer.* 2014;120(2):278-85.

様々ながん腫でのQOL・症状による予後予測：EORTC QLQ-C30を用いた無作為化比較試験データの2次分析

Quinten C, Martinelli F, Coens C, Sprangers MA, Ringash J, Gotay C, Bjordal K, Greimel E, Reeve BB, Maringwa J, Ediebah DE, Zikos E, King MT, Osoba D, Taphoorn MJ, Flechtner H, Schmucker-Von Koch J, Weis J, Bottomley A, Patient Reported O, Behavioral E, the European Organization for R, Treatment of Cancer Clinical G. A global analysis of multitrial data investigating quality of life and symptoms as prognostic factors for survival in different tumor sites. *Cancer*. 2014;120(2):302-11.

食道がん術後の症状クラスターと生存率との関連：スウェーデンの全国コホート調査

Wikman A, Johar A, Lagergren P. Presence of symptom clusters in surgically treated patients with esophageal cancer: implications for survival. *Cancer*. 2014;120(2):286-93.

外来がん患者の倦怠感の1ヶ月間での急激な悪化の予測因子

Fisch MJ, Zhao F, O'Mara AM, Wang XS, Cella D, Cleeland CS. Predictors of significant worsening of patient reported fatigue over a 1-month timeframe in ambulatory patients with common solid tumors. *Cancer*. 2014;120(3):442-50.