

JSPM

Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会
ニューズレター

August 2014

64

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 日米ビル603B号室
TEL 06-6479-1031 / FAX 06-6479-1032
E-mail : info@jspm.ne.jp URL : http://www.jspm.ne.jp/

主な内容

巻頭言	53
学術大会の記録	54
理事・監事 就任挨拶	71
Journal Club	77
学会印象記	80
Journal Watch	83
活動報告	87
委員会活動報告	88

巻頭言

理事長就任の挨拶

理事長 細川 豊史

京都府立医科大学附属病院 疼痛・緩和ケア科

京都府立医科大学附属病院 疼痛緩和医療部

京都府立医科大学 疼痛・緩和医療学講座



2012年6月に日本緩和医療学会の理事長を拝命して以来、瞬間に2年が過ぎました。この間、日本緩和医療学会の運営、運用に関わる関連学会、研修会、協議会、学術大会に参加させていただき、在宅医、一般病院、訪問看護師、ケアマネージャーなどの視点から見た緩和ケアの現状も知ることができました。また厚生労働省の緩和ケア推進検討会、がん対策推進協議会を通じては医療政策としての緩和ケアの位置づけもおぼろげながらに理解できるようになりました。結果として、2年前に掲げた三つの活動目標については、多少の進展を示せたかもしれません。

① 緩和ケア研修会への参加医師を増やすには、年間4,000人の研修医に研修会参加を研修医課程修了の必須とする。

＜進展＞がん診療拠点病院の卒後2年目～5年目の医師に緩和ケア研修を推奨し、その受講率を公表していく。

② 看護師、薬剤師の緩和ケア研修をPEACE同様のシステムを導入して行う。

＜進展＞厚労省委託事業として「がん医療に携わる看護研修事業の看護師に対する緩和ケア研修事業」の立ち上げが決まり、「看護師に対する緩和ケア教育テキスト」が日本看護協会により上梓された。

③ 緩和ケアセンター等をごん診療連携拠点病院に設置し、がん患者さんと家族がいつでも相談できる体制を整備する。

＜進展＞まずは都道府県がん診療連携拠点病院において緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合する「緩和ケアセンター」を平成28年3月までに整備する。

また“がんと診断された時からの緩和ケア”の普及の要となる“緩和ケア”という“用語”の一般的説明文を、日本緩和医療学会会員と緩和ケア普及啓発事業関連団体協議会の協力を得て作りました。「緩和ケアとは、重い病を抱える患者やその家族一人一人の身体や心などの様々なつらさをやわらげ、より豊かな人生を送ることができる

ように支えていくケア」がそれです。またメディカルスタッフという言葉の普及も進んでいます。心配なのは、一部の施設では高度な緩和ケアを目指し、かつ実践されている中で、がん診療連携拠点病院であるにもかかわらず、名ばかりの緩和ケアチームが

あり、まだまだないがしろにされたままのがん患者さんとその家族が多くいることです。ボトムアップと切れ目のない均てん化された「がんと診断された時からの緩和ケア」を目標に日本緩和医療学会員の益々の奮励努力を期待しています。

第19回日本緩和医療学会学術大会を終えて これでいいのだ！

島根大学医学部麻酔科学・附属病院緩和ケアセンター 齊藤 洋司

第19回日本緩和医療学会学術大会に全国から多数のご参加をいただき、盛会にさせていただきました。一重に皆様のご支援、ご協力の賜物と心より御礼申し上げます。

本学術大会が私達の目指すべき方向性を共に考え、臨床や研究、教育の明日からの実践に繋げる場となることを願い、学術大会の企画、構成をしました。企画にあたり、いくつかの新しい試みをいたしました。

1つ目は、学術大会のメインテーマを「これでいいのだ！」として、ポスターや抄録に故赤塚不二夫先生の作品「天才バカボン」のキャラクターを起用させていただいたことです。患者さんや家族がその一瞬、そして日々を、「これでよかった。これでいいのだ！」と思える、その人らしい生活を支える。これが緩和ケアであるという思いを込めたものです。医療者は日々の緩和ケアを振り返り、「これでいいのだ！」と思える緩和ケアを提供していく、これも本テーマに込められたものです。2つ目に、学術大会の企画、運営の基盤となる組織委員会に新しいシステムを導入しました。具体的には、組織委員は従来の半分以下の少人数とし、組織委員会の下に6領域の学術分野を担当するワーキンググループを設置し各担当領域において企画案を検討し、これを組織委員会での全体審議に諮り決定するというもの

です。3つ目に、学術の会期をこれまでの2日間から3日間としました。プログラム構成は初日が教育セミナーと会議、2日目、3日目が主たる学術プログラムであり、これまでの大会構成と同じものです。構成は従来と変わりませんが、会期を3日とすることで、多くの会員の皆様が初日から参加しやすくなると考えたからです。また、本来の会期の拡大を考える時期というメッセージでもあります。4つ目は、学術大会による国際交流への貢献です。日本緩和医療学会の国際交流の重要性、将来性を考え、初めて英語によるセッションを企画しました。100人以上の参加と活発な討論があり、国際交流を育てるという役割が果たせたのではないかと思います。

本学術大会に多くのご参加をいただき、実り多い学術の場、交流の場にさせていただきましたことは、これらの新しい取り組みが少しでもお役に立ったのではないかと考えております。新しい組織委員会システム、学術大会の会期拡大、学術大会の国際交流への貢献などの取り組みは、高宮有介会長のもと、次期の第20回日本緩和医療学会学術大会へ引き継がれることとなり、とても嬉しく思っています。

会員皆様のご厚情に改めて深謝申し上げます、また日本緩和医療学会の益々の発展を祈念し、第19回日本緩和医療学会学術大会のご報告、ご挨拶とさせていただきます。

第19回(2014年度)日本緩和医療学会学術大会の記録

海外招待 講演 3

骨がん性疼痛：機序から治療へ

座長・報告

熊本大学医学部附属病院 麻酔科 山本 達郎
演者

Department of Pharmacology, University of
Arizona, Arizona Cancer Center, University of
Arizona, Tucson, USA Patrick W. Mantyh

Mantyh 先生は、1999年にマウスを用いた骨がん性疼痛のモデルを報告されて以来、一貫して骨がん性疼痛の研究をされてきた骨がん性疼痛の第一人者です。

骨がん性疼痛を侵害受容性疼痛の要素と神経障害性疼痛の要素に分けて説明されました。侵害受容性疼痛の発症には、腫瘍からの要因として①腫瘍細胞から放出される様々な物質、②腫瘍細胞・破骨細胞により酸性化、③骨の不安定化、などが痛み発症にかかわっていることを話されました。また、炎症性の要因として免疫系の細胞に由来するプロスタグランジン・神経成長因子 (NGF)・コロニー刺激因子-1 (CSF-1) の関与を示されました。ビスホスホネートや、破骨細胞の分化・成熟・機能などに関与している RANKL を標的としたモノクローナル抗体製剤であるデノスマブが、破骨細胞を抑制することにより骨がん性疼痛を抑制する機序を説明されました。神経障害性疼痛の発症には、①腫瘍による神経の破壊、②腫瘍により誘導される神経の発芽、③腫瘍により誘導される神経鞘腫、④腫瘍により誘導される感覚神経と交感神経との間の相互作用、等がかかわっていることを示されました。

次に、痛み治療が腫瘍の成長を修飾する可能性を示されました。ここでは、CSF-1の作用に関係するキナーゼの阻害薬である PLX3397により痛みが抑制され、腫瘍の成長が抑制されることが動物実験で示されました。

最後に骨がん性疼痛の治療をどのように行うべきかを訊ねたところ、骨がん性疼痛は、病期により痛みの発症メカニズムが異なり、メカニズムを考えた治療の選択が重要であることを話されました。実際の臨床での骨がん性疼痛治療にあたり、大きな示唆

に富むお話しを伺うことが出来ました。

招待講演 3 質的研究と量的研究を架橋する

座長・報告

兵庫県立大学 看護学部 内布 敦子
演者

東邦大学 看護学部 高木 廣文

緩和医療の領域で生起する様々な現象を紐解くには、複数の研究方法が必要であることは誰もが同意するところであるが、研究者にとって異なるパラダイムを受け入れることは簡単なことではない。量的研究がよって立つパラダイムは比較的受け入れられやすいが、質的研究となると必ずしもそうではなく、特に科学性に関する批判が多く巻き起こるのが常である。この講演では、科学の定義を再検討するところから出発し、質的研究の科学性が量的研究の科学性と同等であることを科学哲学ないしは構造構成主義の立場で立証するというプロセスから始まった。高木先生は、HALBAU / HALWIN 等多変量解析のプログラム開発を手掛ける量的研究のメソドロジストとして有名な研究者である。15年ほど前から質的研究にも関心をもたれ、構造構成主義に基づき一般言語論の手法を用いて質的研究の一般性（つまりは科学性）を論述することに挑戦しておられる。講演では、デカルトの心身二元論に依拠する科学論、Popper の反証主義とその批判、Kuhn の Paradigm 論と話が展開した。さらに、構造構成主義の視点に立てば、量的、質的の対立ではなく、研究主題によって研究方法を選ぶ関心相関的選択という考え方に立つことができることを示された。その後、講演は、質的研究の方法論としてのテキスト解釈の科学性について、Saussure の一般言語学、Chomsky の生成文法、普遍文法、さらには普遍的意味言語要素の存在についての解説に移行した。構造主義的科学論の観点に基づけば質的研究は量的研究と同じく科学的であり、その方法論の中心をなすテキスト解釈の科学性は科学的言語学によって裏付けることができる

という結論を導くまで、哲学に始まり、途中、ビッグバン、ニュートン、アインシュタインを引き合いに出しながら、なんと60分という驚異的な短さで解説するという「離れ業的講演」であった。量的研究、数理統計のエキスパートが質的研究の科学性を立証していく様は、逆説的（もはやこの講演の後では逆説という認識はあてはまらないが）であるがゆえに大変説得力があり、まさに緩和医療学領域にはなくてはならない認識と議論であった。高木先生にしかできない離れ業的講演のおかげで、参加者の研究方法に対する理解も深まったと思われる。高木廣文先生に感謝します。

招待講演 4

緩和ケアにおける課題と多面的・多元的・多重的評価の必要性

座長・報告

国立がん研究センター東病院 緩和医療科

木下 寛也

演者

千葉大学予防医学センター 環境健康学研究部門

教授

近藤 克則

第19回日本緩和医療学会において、千葉大学予防医学センター環境研究学分野の近藤克則先生の招待講演の座長を務めさせていただきました。2025年に向けた我が国における医療・介護に関する重要法案「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法案の整備等に関する法律」が本学会の直前に参議院で可決されました。近藤先生の講演はタイムリーで示唆に富む講演でした。当日参加出来なかった会員の皆様にも内容をご紹介させていただきたいと思います。

最初にミクロ、メゾ、マクロの視点をもって、医療・介護を見ることの重要性を示し、具体的な問題について、次のように4つに分けて解説されました。

1. 日本の緩和ケアにおける課題－超高齢化・人口減少社会の課題

一般的に言われている多死超高齢化に関しても、背景として生涯独身男性の増加が目立つこと、過疎化が進む地域の人口減少率が著しいことが示されました。生涯独身男性増加、過疎化への対応も課題とする必要があることが示唆されました。

2. 多面的評価の必要性－効果だけで良いのか？

効果だけでなく、効率や公正の視点の重要性につ

いて示されました。特に「死の臨床にも格差」がある。具体的には経済的に余裕がない人たちは在宅療養の実現が困難で、実現したとしても死に至る過程の質が低かったことが、調査から示されました。

3. 多元的評価の必要性－医療職だけで良いのか？

全国の訪問看護ステーションを対象とした調査から、在宅療養開始前が患者・家族の不安が一番強いことが示されました。本人及び介護者の意思把握、心理状況の理解の重要性が示されました。

4. 多重的評価の必要性－臨床だけで良いのか？

臨床だけでなくプログラムや政策レベルについても評価が重要である。この評価のためには多施設症例登録データベースの構築の必要性が示されました。具体的には日本リハビリテーション・データベースが紹介されました。

以上のように、ミクロ、メゾ、マクロの視点、枠組みをもって緩和ケアにおける課題を整理し、評価を行っていくことの重要性について解説されました。特に最後に示された、質の評価のための患者データベースの構築は、緩和ケアにおいても重要な課題の一つと考えられました。

招請講演 1

人が生き、死ぬこと

座長・報告

金城学院大学 淀川キリスト教病院

柏木 哲夫

演者

公益財団法人 日本対がん協会

垣添 忠生

演者の垣添忠生先生は、長年国立がんセンターでがん診療に携わり、総長を務められ、現在は公益財団法人日本対がん協会の会長として活躍されています。

ご自身も大腸がんと腎がんを経験されました。さらに奥様を小細胞肺がんで亡くされました。今回の講演は先生のがん診療に携わられた臨床家の視点、自らががんを経験した患者の視点、そして、奥様を看取られた家族の視点から我々にとって、実に示唆に富む内容でした。

先生はまず、「人の生死の多様性」について、先生が主治医として関わられた患者さんの例を提示されました。がんというものに対峙する際に、これほどまでに違った対応の仕方があるのかと驚かされま

した。患者さんの「個々性」を重視した対応が必要であることを教えられました。

先生は次に奥様を看取られた体験談を話されました。先生は「妻を看取る日」（新潮社）という著書を上梓しておられますが、その中に奥様を亡くされた後、奥様が様々な形で先生の近くに姿を変えて現されることを正直に書いておられるのが、非常に印象的でした。例えば、奥日光の滝でアサギマダラという蝶の舞いを見て、「妻の舞い姿に重なった」と書いておられます。北海道の山に登り、疲れて立ち止まったとき、ハイマツの茂みからナキウサギが飛び出し、先生は「あっ、妻だ！」と思ったと書いておられます。そして、まとめの文章として、「様々な場面で妻が現れ、一体感を感じられたことは、私を精神的に癒してくれたし、気力を取り戻す大きなきっかけともなった。どんな非科学的な話であっても、当事者には特別な意味を持っているのである」と書いておられます。

緩和医療に従事する者が科学的な視点をしっかり持つことは大切なことですが、患者、家族に「特別な意味」をもっているものに目を向けることの重要性を教えられたすばらしい講演だったと思います。

シンポジウム 1 患者・家族との良好なコミュニケーションのために

座長・報告

がん研究会有明病院 緩和ケアセンター

濱口 恵子

座長

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科

精神神経病態学教室 内富 庸介

演者

国立がん研究センター中央病院 精神腫瘍科

清水 研

臨床心理士 二宮 ひとみ

名古屋市立大学大学院医学研究科

精神・認知・行動医学分野 明智 龍男

緩和医療の領域において医療者に求められるコミュニケーションの基礎から応用を、3人のシンポジストにお話していただいた。

清水研先生（国立がん研究センター中央病院）は、「患者・家族と信頼関係を築くための支持的コミュニケーションのコツ」と題して、2事例を提示しな

がら患者の心情を理解できたと思えるまで探索してその理解を相手に伝えること、理解できないと感じるときは「そう思われるには〇〇さんなりの理由があるのではないのでしょうか？」など患者と向き合い続けること、また、医療者の外傷体験、共感的疲弊などについて語られた。二宮ひとみ先生（獨協医科大学）は「否認と怒りに対応する」と題し、否認は結果ではなくプロセスであること、逆転移の問題があること、また、怒っている人にこそ基本的なコミュニケーションができなくなっており、守りの構えを見せたり、時期尚早に安心させるたりするのを避けることなど、ケアの落とし穴についても具体的に説明された。明智龍男先生（名古屋市立大学大学院）は「希死念慮を理解し対応する」と題して、希死念慮の関連要因として「うつ状態」「絶望感」「身体的機能の低下」、希死念慮の意味として「生きたいことに対する逆説的表現」、「耐え難い苦痛・苦悩の恐怖」など多くの研究結果を示された。また、患者さんが死にたいと言ったらどうするかについて具体的に話され、緩和ケアによる継続的な症状緩和や精神的援助は自死を低下させ得る一方、がんの自死は診断後の1週間で最も危険性が高いというコホート研究の結果も示された。

一人ひとりの医療者が本シンポジウムの内容を実践することができれば、患者・家族とのコミュニケーションが困難な状況でも一歩前に進んで関わり続けられるのではないかと思われた。また、チームで支えあうことの重要性も再認識した。会場とも活発な意見交換がなされて、本シンポジウムは具体的に示唆に富んだ内容であり有意義であった。

シンポジウム 5 がん診療連携拠点病院の相談支援センターとPCT・PCUとの連携の実際と課題

座長・報告

東京歯科大学市川総合病院 麻酔科

小坂橋 俊哉

座長

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

演者

総合病院山口赤十字病院 医療社会事業部／

相談支援センター 橋 直子

国立病院機構大阪医療センター 緩和ケア内科・
がんサポートチーム、

現 国立がん研究センター中央病院 緩和医療科
 里見 絵理子
 神奈川県立がんセンター 清水 奈緒美
 島根大学医学部附属病院 緩和ケアセンター
 橋本 龍也

相談支援センターに寄せられる期待や実際の相談件数は今後ますます増加することが予想されるが、支援センター業務に携われるマンパワーは決して多くない。相談支援センター業務に従事しているソーシャルワーカー、看護師のみならず、医師が期待する相談支援センターとPCT・PCUとの連携の実際と課題を取り上げた。

相談支援センターのソーシャルワーカーである橋本氏は、患者の病期、対象者、診療形態にとらわれずに患者の意思決定支援、PCTへの積極的支援を行っていることを報告した。具体的には、患者の抱える課題と問題の明確化と共有、情報提供と理解の促進、今後の方向性の検討と共有が重要であると結んだ。相談支援センター専従看護師である清水氏は、相談支援センターの役割として個別の相談支援と関係者への適切な情報発信、提供を挙げ、患者と医療者間の考え方、問題点のギャップを埋める役割の大切さを強調した。緩和ケア医師である里見氏は、相談支援センターに寄せられる相談の3分の2が緩和ケア関連であることを報告した。相談支援センターと緩和ケアチームとの連携によって、患者を支援する上での問題点の早期同定、プライマリチーム支援、相談支援アプローチの促進、院外の緩和ケアネットワークの活用、患者ニーズに応える体制が構築されることと、さらには相談員支援も行えることが述べられた。PCUに勤務する橋本氏は、相談支援センターに相談する医師には正しいPCUの理解が必要であること、在宅医療の専門家ではない一般かかりつけ医が困って相談を寄せることが少なくないことを紹介した。患者、家族には気持ちに寄り添いながら療養場所の選択肢としてPCUを提案することも支援センターに期待される役割であることが述べられた。

その後、相談支援センターと緩和ケアとのかかわりについて討論した。業務は地域との連携、患者や家族の抱えている問題点を評価し専門医につなぐなど多様であるが、基本は患者、家族支援であることが確認された。相談支援センターは緩和ケア対象患者、家族にとって相談できる重要な場であり、患者と主治医、在宅医師との間を調整するクッションとしての役割も重要であると考えられた。

シンポジウム 6

pros & cons こんなときどうする：
 輸血する / しない

座長・報告

横浜市立みなと赤十字病院 小笠原 利枝

座長

筑波メディカルセンター病院 緩和医療科

志真 泰夫

演者

聖隷浜松病院 緩和医療科

森 雅紀

川崎市立井田病院 かわさき総合ケアセンター

西 智弘

本セッションは、2名の演者の方に「輸血をする」立場と「輸血しない」立場から症例に対する輸血のpros & cons（賛否）について、壇上で考察し討論してもらおうという「ライブ感」を重視した企画でした。日本緩和医療学会学術大会では、pros & cons（賛否）は初企画でしたが、医師だけでなくメディカルスタッフの参加者が半数おり、多くの方の興味を引いたのではないかと考えています。西先生は、臨床倫理の4分割法をベースに考察をしたうえで「輸血をしない」立場、森先生は、文献的根拠をベースに考察をしたうえで「輸血する」という立場で口演をして、その後それぞれの立場の医師役として志真医師演じる「シマダ」という模擬患者に対して各々の立場で説明する場面を設定し、ロールプレイを行いました。医師の思考過程や感情を共有するという意味で、ロールプレイはリアリティーがありました。

総合討論の初めに、それぞれの主張を聞いたうえで、会場の皆さんに“あなたならどう考えますか”という質問を行いました。「輸血する」「輸血しない」の意見は、ほぼ半数となっていました。会場からは、“私だったらどうするか”という視点での意見、それぞれの立場に対する質問や感想、臨床で困った症例など、多くの発言がありました。討論では、「輸血する / しない」を決めるのではなく、医師が治療方針を立てる思考過程を検討したり、決断するときの感情の揺れを出し合うことで、参加者とともに考えてともに悩むということを大切にしました。演者もセッションの参加者もお互いの葛藤を出し合うことができたのではないかと考えています。このセッションが、日常の診療場面において、職種を越えて互いに悩んでいること、葛藤していることを表出したり、検討できるチーム作りの一助になることを期待します。今後も、pros & consのような企画を望

む声がありました。今後も継続して学術大会の楽しみ企画に育ててほしいと思います。

シンポジウム 9

医師—医師間のコミュニケーションを振り返る

座長・報告

島根大学医学部 緩和ケア講座 中谷 俊彦
弘前大学大学院 医学研究科 腫瘍内科学講座 佐藤 温

演者

山形大学医学部附属病院 疼痛緩和医療部 奥山 慎一郎
亀田総合病院 精神科 大上 俊彦
虎の門病院 臨床腫瘍科 高野 利実
東京大学医学部附属病院 海津 未希子

チーム医療では、各職種間の良好なコミュニケーションが基本であるが、医療者間の敷居で最も高いのが医師-医師間であると考えられる。それを今、振り返ることでこれからの緩和ケアを発展させるために、このシンポジウムが企画された。

山形大学附属病院の奥山慎一郎先生は、緩和ケアチーム身体症状担当医の立場で、お互いに価値観の違いがあることがわからず信念対立で問題が生じる、従ってお互いの多様性を認め、相手の大事にしていることが何かを話し合い、患者・家族のために何が必要かの合意形成を行うことが重要であることを話された。

亀田総合病院の大上俊彦先生は、緩和ケアチーム精神症状担当医の立場で、精神科が関与する領域における問題点を挙げた上で、対応として他科の先生と直接話すことや依頼元の先生の話をよく聴き、そして共感することが重要であり、「(話せばわかる、ではなく)聴けばわかる」ことを主張された。

虎の門病院の高野利実先生は、主治医である腫瘍内科医の立場で、腫瘍内科医の職務を挙げて、緩和ケアチーム担当医とお互いに立場上近い存在だけに難しさがあることを指摘された。しかし一緒に悩みながら取り組む姿勢が欲しいこと、緩和ケアは希望の医療であり、積極的にコミュニケーションをとり患者さんのためのチーム医療を、力を合わせて展開したいと話された。

東京大学附属病院の海津未希子先生は、緩和ケアチーム看護師の立場から、緩和ケアチームとしては

依頼医のニーズに応えることが重要であるが、「可能性思考を持つ」ことが対応のポイントとなる、すなわち相手を受け入れること、意図的に言葉を使うことをコミュニケーションの基本とすることが重要であるとし、うまくいかなかった経験がさらにコミュニケーションスキルを高めることも強調して話された。

会場からも現場に即した意見や質問が積極的に行われて討論がなされたが、緩和ケアは当たり前の医療であり、患者にエネルギーを注ぐことが重要であること、医師と医療者間の良好なコミュニケーションを取っていくことで引き続き緩和ケアを発展させて行くことをまとめとしてこのシンポジウムを終了した。

シンポジウム 11

在宅医療での疼痛緩和におけるハードル

座長・報告

十和田市立中央病院 看護管理室 太田 緑
座長

鳥取市立病院 総合診療科、地域医療総合支援センター 足立 誠司

演者

村井クリニック・自治医科大学麻酔科学 村井 邦彦
安田調剤薬局 岡野 聡
新国内科医院 宇野 さつき

第19回日本緩和医療学会学術大会において、鳥取市立病院の足立誠司先生と一緒に「在宅医療での疼痛緩和におけるハードル」と題されたシンポジウムの座長を務めさせていただきました。

シンポジウム11では在宅および緩和医療の領域で実践を重ねておられる3名の先生方からご講演いただきました。

まず最初に村井クリニックの村井邦彦先生が在宅医の立場から、在宅緩和ケアで感じる問題として、在宅や病院の医師・看護師の知識・技術・経験の不足、患者家族に関連する問題、社会制度や診療報酬等について話されました。そのような中でも多職種で連携し、調整することの重要性や最期まで在宅で安心して過ごすことができるという理解を社会全体で共有すること(社会の成熟)の必要性を話されました。また、行政からのサポートとして、在宅においてコ

ンサルテーションや同行をした場合に県から謝礼金が出ていることも紹介されました。

二人目は安田調剤薬局の岡野聡先生が保険薬局の薬剤師の立場から、院外処方できない薬剤や無菌調剤室がない薬局、各種医療材料への対応の問題が話された。その他にも知識、技能、態度の準備不足などといった薬剤師の漫然とした不安があり、一步を踏み出せずにいることが話されました。ハードルを下げる取り組みとして、青森県薬剤師会での無菌調剤室の共同利用や拠点薬局・サブ拠点薬局制度でのリーダー育成研修会の取り組みなどが発表されました。

三人目は新国内科医院の宇野さつき先生が訪問看護師の立場から、痛みを0にするだけではない生活者の視点からの疼痛緩和、薬物療法以外のリソースを活用しての調整が大切であること、多職種連携によるトータルマネジメントにおける調整役としての看護師の役割などが、活動事例を通して紹介されました。

総合討論では、今後、在宅を始めようとしている人へのアドバイスとして、いろいろなハードルはあるが、そのハードルを同職間・多職種間の連携や細かな確認、情報共有とやる気で乗り越えていることが話されました。最後のハードルは、個人の心(気持ち)の中にあるのかもしれない、まずは、在宅に向けての一步を踏み出していきましょうというエールで締めくくられました。

会場からは活発な質問があり、在宅に関する関心の高さがうかがわれました。

シンポジウム 17 緩和ケアにおける音楽療法の実践からみる可能性と課題

座長・報告

市立芦屋病院 薬剤科 岡本 禎晃

座長

医療法人社団関本クリニック 関本 雅子

演者

札幌大谷大学芸術学部 中山 ヒサ子

甲陽音楽学院 堀 彩

武蔵野大学 長坂 希望

京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻

田村 恵子

緩和ケアにおける音楽療法の存在は知られていても、実際に体験した人が少ないことから緩和ケアに

おける音楽療法について学び、考えることを目的に企画しました。

中山ヒサ子先生には文献からみる音楽療法の歴史と、現在の緩和ケアにおける音楽療法の現状をお示しいただきました。音楽療法士が少ない現状と、多くの緩和ケア病棟において現在実施されていないことが分かりました。

堀彩先生からは、実際の写真を用いて解りやすくご自身のご経験をお話いただきました。中でも、必ずしも演奏を行わないことがあるというのは緩和ケアの特徴であると思いました。

長坂希望先生からは、米国ご留学の経験を中心にお話いただきました。米国では既に音楽療法を実施する際、痛みや吐き気を緩和するといったことを目的にして、実施後に音楽療法士がアセスメントを行い、カルテに記載するシステムがあることをご紹介いただきました。また、吐き気を緩和する目的で音楽療法士が病室に呼ばれることに驚きました。

田村恵子先生からは、医療従事者からみた緩和ケアにおける音楽療法についてお話いただきました。レクリエーションとしての院内演奏会と音楽療法の違いや、医療従事者の音楽療法に対する姿勢についてお示しいただきました。音楽療法という言葉自体が緩和ケアに合致しない可能性もあり、今後適切な用語の検討も必要であるという提言もいただきました。

緩和ケアにおける音楽療法の理解と普及には学会発表も大切な場ではありますが、研究としては大規模スタディーより丁寧な事例研究の積み重ねが必要であるという結論に至りました。

本シンポジウムを通して、参加者の方々からも「音楽療法についてイメージができた」「来年は学会発表ができるように研鑽をつみたい」などの肯定的なご意見を多くいただき、緩和ケアにおける音楽療法の現状を明確にすることができました。

今回このような機会を与えていただきました、大会長ならびに組織委員の先生方に深く感謝申し上げます。

シンポジウム 18 症状の重症化を予防するためのサポーターケア

座長・報告

兵庫県立大学 看護学部

川崎 優子

座長

大阪大学大学院医学系研究科 荒尾 晴恵
 演者
 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター
 看護部 看護支援室 宮脇 聡子
 聖路加メディカルセンター 大畑 美里
 兵庫県立がんセンター 看護部 橋口 周子
 京都第二赤十字病院 看護部 西谷 葉子

シンポジウム 26 新規抗精神病薬および抗うつ薬、睡眠薬を緩和医療の現場で使いこなす

座長・報告
 川崎医科大学精神科学教室 川崎医療福祉大学
 医療福祉学部 山田 了士
 演者

がん研有明病院 緩和治療科 佐伯 吉規
 市立札幌病院精神医療センター 上村 恵一
 大阪大学医学部附属病院 オンコロジーセンター
 谷向 仁

本シンポジウムでは、治療に伴う有害事象として代表的な症状である倦怠感、リンパ浮腫、口内炎、手足症候群等を取り上げ、早期からの緩和ケアの視点から症状悪化を予防するための看護介入について、宮脇聡子氏(国立病院機構四国がんセンター)、大畑美里氏(聖路加看護大 看護実践開発研究センター)、橋口周子氏(兵庫県立がんセンター)、西谷葉子氏(京都第二赤十字病院)の4名から発表があった。

宮脇氏は、抗がん剤治療前の乳がん患者に対する倦怠感緩和のための「ウォーキングエクササイズプログラム」を紹介し、継続するためのポイントとして患者のセルフケア能力を向上させること、患者にあったエクササイズを取り入れることなどを解説した。

大畑氏は、リンパ浮腫を呈する進行がん患者の特徴やアセスメントに基づいたケア方法の選択、自己研鑽のための定期的な研修会やセラピスト間でのピアレビューを紹介した。また、自施設の「リンパ浮腫ケアステーション」の課題として、ケア提供スペースの確保や地域医療連携の困難、認知機能低下がある対象への介入を解説した。

橋口氏は、放射線治療中の口内炎をコントロールするためには治療計画に基づいた有害事象発生部位の予測が大切であることを指摘し、多職種で構成された「口腔ケアチーム」での取り組みを紹介した。また、口腔内アセスメントシートの活用やブラッシングを習慣化することの必要性を解説した。

西谷氏は、分子標的薬に伴う手足症候群の重症化を予防するための「スキンケア」として、保湿、除圧、角質予防の3点をあげながら治療開始前から行うこと、患者・家族の表現力を高めながらセルフケア能力を引き出すことの必要性を解説した。

いずれの発表においても、症状の重症化を予防するためのサポートケアにおいては、症状出現を予測したアセスメント、対象のセルフケア能力に応じたケア提供、チームでの支援が重要であることが述べられた。

緩和ケアの現場では、不眠、抑うつ、せん妄といった精神症状の緩和がきわめて重要な臨床的課題である。一定以上の症状には適切な薬物療法を行う必要が生じてくるが、精神科を専門としないスタッフからは、向精神薬の選択理由や用量設定の基準がわかりにくいという声をよく聞く。この5-10年程の間に登場した新規向精神薬は、その薬理特徴が比較的明確なものも多く、より論理的な薬剤選択ができるようになった面がある。しかし、その薬理学的背景と実践的なコツを非専門家に向けて総合的に解説される機会は少ない。本シンポジウムでは緩和ケアに詳しい精神科医の先生方3人に御登壇いただき、それぞれ抗精神病薬、抗うつ薬、睡眠薬の3種薬剤について新しい薬の使い方を中心にご解説頂いた。

まず佐伯吉規先生が、非定型抗精神病薬の受容体レベルの作用機序を丁寧に解説され、オランザピン、クエチアピピン、アリピプラゾールを中心に、薬理作用に基づく各薬剤の選択または回避の論理について美しいスライドで大変わかりやすく話を進められた。緩和ケアでは初期投与量を通常の1/2～1/4に抑えんとする法則や、アカシジアについての解説は大変有用なものであった。

次いで上村恵一先生は、緩和ケア現場での抗うつ薬の持つ問題点として、薬物相互作用、器質性疾患に伴ううつ病でのせん妄誘発リスク、吐気・体重減少と抗うつ薬との相性、抑うつを示す認知症(とくにレビー小体型)という4点を挙げられた。緩和ケア現場では、こうした作用、有害作用、相互作用というプロフィールに注意して抗うつ薬を上手く選択すべきであるとの示唆に富む解説がなされた。

最後に谷向仁先生は、不眠について、恒常性維持機構、体内時計機構やSpielmanの3Pモデルなどの基礎的な事柄を紹介することによって、睡眠薬の使いかたを明快に示された。なかでも新規睡眠薬で

あるラメルテオンは作用機序が従来薬と大きく異なり、適切な使用方法を用いることで有用性が高められることを解説された。

総合討論でも数多くの有意義な質問が呈され、演者の先生方とともに、緩和ケアでの合理的な向精神薬療法について、実践的な知識と考え方の共有ができたと思う。こうした成果は得難いものであり、演者、聴衆の先生方の熱意ある討論に深く感謝したい。

シンポジウム 27

転移性骨腫瘍カンファレンス～転移性骨腫瘍に対するチームアプローチ～

座長・報告

近畿大学医学部附属病院 看護部 がんセンター

長尾 充子

座長

神戸大学医学部附属病院 腫瘍センター

緩和ケアチーム 坂下 明大

演者

静岡県立静岡がんセンター 整形外科

片桐 浩久

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室

辻 哲也

順天堂大学医学部附属順天堂医院

リハビリテーション室 北原 エリ子

神戸大学医学部附属病院 放射線腫瘍科

佐々木 良平

近年、がんの治療が進歩し延命が得られるようになり骨転移を来す患者の増加が顕著になっている。骨転移は患者のQOLに大きな影響を与える要因であり、このセッションではライブカンファレンスとして演者となり専門的な立場から意見交換を行い転移性骨腫瘍に対するチームアプローチを考えた。

整形外科医の立場から静岡県立がんセンターの片桐医師は、施設で実施されている4つのチーム医療の実際について紹介された。骨転移にはさまざまな病態があるため治療法やリハビリテーションも多様であることから、複数の職種、職員が科の垣根を越えて関わるのが、その人にとって最善で最良の治療につながるのだということを理解できた。

リハビリテーション科医の慶應義塾大学医学部の辻医師は、骨転移を早期に診断し疼痛を緩和し病的骨折を起こさせない重要性と過度な安静状態が患者のQOLの低下を招く危険性を危惧されていた。骨

折のリスクには十分配慮しつつ、症状緩和とともにリハビリを実施することで身体機能を維持・向上させる“Bone Management”が求められると述べられていた。

理学療法士の立場から順天堂大学医学部順天堂医院の北原療法士の取り組みは、患者の疼痛・感覚・筋力・運動巧緻性・バランス能・日常生活動作能を評価し、カンファレンスにおいて動画を用いて紹介していた。地域施設への情報提供などにも活用している現状を紹介され、今後の情報共有のあり方について考える機会となった。

放射線腫瘍科の立場から神戸大学医学部附属病院の佐々木医師は、転移性骨腫瘍に有効な治療手段である放射線治療について基本的な知識についてだけでなくIMRTやサイバーナイフ治療などの高精度放射線療法についても概説され、原病の放射線治療の感受性、悪性度や個々の患者の予後を適確に把握する必要を述べられた。

このライブカンファレンスに参加した人々が、転移性骨腫瘍を有する患者のQOLの向上に意識を向けて臨床現場をよりよく変容させていくことに貢献してもらいたい。

シンポジウム 29

事例に学ぶ痛みの緩和（初級編）

座長・報告

弘前大学医学部附属病院 麻酔科

緩和ケア診療室

佐藤 哲観

演者

岡山済生会総合病院 緩和ケア科 石原 辰彦

岩手医科大学附属病院 薬剤部 佐藤 淳也

公立富岡総合病院 緩和ケアチーム

津金澤 理恵子

このシンポジウムでは、初学者を対象として、がん疼痛の一事例を経時的に追いながら症例検討を行っていく形式で、がん疼痛の評価と治療に関する基本的な知識やスキルの向上を目的とした。

進行膀胱癌の一仮想症例を通じて、1) 診断時に患者の痛みをうまく引き出して痛みの治療に結びつけること、2) 治療期におけるがん治療と並行して行う痛み治療について、3) 骨転移を生じて新たな痛みが出現した際の体性痛や神経障害性疼痛に関する評価や治療法、4) 内服が困難となった際のオピ

オイドスイッチングの概念や方法論、5) 終末期～臨終期における痛みの評価と薬物療法における考え方、についてシンポジストの先生方からご講演を頂いた。

岡山済生会総合病院の石原辰彦先生に、医師の立場から患者の痛みの評価法や薬物療法・非薬物療法の実際についてお話いただいた。岩手医科大学の佐藤淳也先生に、薬剤師の立場からそれぞれの場面における治療薬剤の選択、薬理学的な留意点や副作用対策に関する実際の推奨を列挙していただいた。公立富岡総合病院の津金澤理恵子先生に、痛みを抱えている患者とその家族の不安や気掛かりに配慮した痛みの評価法や、日常生活上の痛みに対するケアの方法論について解説していただいた。

合計 140 枚程度のスライドを用いて 85 分間程度 3 人の演者の先生方に代わる代わるご講演いただいた。一方向性の講義形式だったためフロアの方々は少々お疲れになったかもしれないが、内容には様々なエビデンスや臨床経験が随所に散りばめられていた。一事例を通して痛みの評価と治療のスタートラインから最終段階まで、患者の状況に合わせた適切な介入をそれぞれの職種の高い専門性を活かしてチーム医療として行っていくことの重要性が再認識された。がん患者の痛みの評価と治療について、明日から使える臨床上の ABC を学んでいただけたことと思う。

シンポジウム 31 緩和ケア領域における研究方法論の最近の Controversy

座長・報告

東北大学病院 臨床研究推進センター

井上 彰

座長

東北大学大学院 医学系研究科 外科病態学講座

緩和医療学分野 中島 信久

演者

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

大阪大学大学院 医学系研究科
緩和医療学寄附講座 前田 一石

聖隷三方原病院 緩和支援治療科 森田 達也

東京大学大学院 医学系研究科 緩和医療学講座
岩瀬 哲

本シンポジウムでは、同会場で直前に行われた SY22 の上級編といった位置付けで、緩和ケア領域で質の高い臨床研究を行ううえで欠かせない方法論に関する最近の知見を 4 名の演者が概説した。宮下氏は、近年欧州の研究グループから「MORECare」として提言された、緩和研究を行ううえで留意すべき諸点について解説した。患者・家族を研究チームの一員として考え、倫理委員会において当該研究の必要性を訴えていただくことは（実現は簡単ではなさそうだが）緩和研究ならではの視点と言えるだろう。前田氏は、研究の成否を左右すると言っても過言ではない「エンドポイント」について、いかに客観的で臨床的意味のある設定が重要かを力説された。MCID (minimal clinically important difference) が既に研究されている項目ではその情報を十分に吟味する必要がある、一方で新規のエンドポイントを用いる際にはどのようにして MCID を検討すべきかが理解できたかと思う。森田氏からは、複数の介入コンポーネントがある介入研究の代表的な方法論について、海外の著名な研究報告を例に分かりやすい解説がなされ、さらには同氏が発表した OPTIM 研究を「アウトカム研究とプロセス研究を組み合わせた介入研究」の成功例として紹介された。岩瀬氏は、オンコロジー領域では広く浸透している CONSORT チェックリストをふまえた適切な臨床試験の有り方について述べ、さらには氏が緩和領域に適していると考えられる patient preference をエンドポイントとした試験デザインについても概説がなされた。いずれの演題も質疑応答も含めて緩和研究の実践において極めて示唆に富む内容であり、参加者が今後の臨床研究を立案するうえで大いに役立ったのではないかと思う。

シンポジウム 36 呼吸困難への対応～明日から役立つ多職種アプローチ！～

座長・報告

国立がん研究センター東病院 關本 翌子

座長

がん・感染症センター都立駒込病院
緩和ケア科 田中 桂子

演者

国家公務員共済組合連合会吉島病院
リハビリテーション科 岩城 基
独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター

栄養管理部	中山 環
大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター	
緩和ケア病棟	山川 幸枝
がん・感染症センター都立駒込病院	
緩和ケア科	栗原 幸江

呼吸困難は、頻度の高い症状で難治性の場合が多く、患者さんにとって苦痛な体験となります。多職種による適切な評価とマネジメント、丁寧な説明が重要であるといえますが、それぞれの職種がどのようなアセスメントを行い、介入しているのかはあまりよく知られていません。多職種が行うそれぞれのケアやコツについて理解を深め、実践に役立つシンポジウムになればと、4人の演者と座長は何度も何度もメール上の議論を交わして当日に臨みました。

最初の演者は吉島病院リハビリテーション科の岩城基先生でした。呼吸状態・症状の評価やゴール設定の修正を頻回に行いながら、安楽なポジショニングの取り方、呼吸法、呼吸介助法、胸郭の軟らかさを保つ方法を丁寧にご紹介いただきました。多職種との情報の共有を行い、患者家族のニーズにあわせ、臨死期まで介入を続けることができるという先生のスキルは様々な職種が行うことができる実践のヒントにあふれていました。続いて国立病院機構大阪医療センター栄養管理部の中山環先生からは、低栄養による呼吸筋力の低下を起ささないという予防的な介入、栄養摂取量評価や電解質のアセスメント、形態や消化がよく見た目にもこだわった工夫、患者さんの嗜好に合わせた介入をわかりやすく紹介して頂きました。栄養という切り口から、心理的なサポート、リハビリ介入などの必要性も多職種に提言し、食事から得られる喜びを提供したいという先生の熱い語りが印象的でした。続いて大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター緩和ケア病棟の山川幸枝先生からは看護師の立場から、日常生活の様々な側面のなかでケアの工夫についてご紹介いただきました。原因のアセスメント、治療の理解、その人の体験を理解した上での環境調整と、心地よく過ごせる体験をいかに作り出していくかということが大事であるとお話いただきました。最後に、がん・感染症センター都立駒込病院緩和ケア科の栗原幸江先生からは、心理士の立場から、信頼感や安心感を育むコミュニケーション、「その人にとっての癒し」のアセスメントと工夫、リラクゼーションについて具体的にお話頂きました。自分の呼吸や体全体に意識を向ける方法、呼気にあわせた「おまじない的な言葉」は明日からすぐに役立つスキルとして使い始めた医

療者も多くいると思います。

多職種で情報共有し伝達すること、お互いのケアでよかったことを積極的にフィードバックし、更なるケアのコツを皆で探していくこと、患者さんを中心に横に縦にケアをつないでいくことの大切さを認識したシンポジウムでした。大会最後のプログラムにも関わらず、多くの職種の方がケアの工夫を探しに参加して下さったことが印象的でした。

シンポジウム 38

緩和ケアの卒前教育

座長・報告

徳島県立中央病院 臨床腫瘍科 寺嶋 吉保

座長

昭和大学医学部 医学教育推進室 高宮 有介

演者

山梨大学医学部 麻酔科 飯嶋 哲也

自治医科大学附属病院 緩和ケア部

丹波 嘉一郎

共立女子大学 看護学部 伊藤 まゆみ

鹿児島大学医学部 保健学科 清水 佐智子

明治薬科大学 臨床薬剤学教室 加賀谷 肇

医看薬3学部の5人の発表後に、高宮氏が低学年の医療系学部合同PBL（Project-Based Learning 課題解決型学習）や臨床実習での合同カンファ等の昭和大学の先進的取組みを紹介され討論した。

1. 飯嶋哲也氏（山梨大学麻酔科）は、臨床実習で毎日学生1人を緩和ケアチームの患者との面談に同行させて、使ったコミュニケーション技法等をレポート作成させる実習を行い学生から好評を得ている。こうした教育を臨床実習前に受けたかったという学生の声・数を集めて、学部長に新しい緩和ケアの講義枠確保を迫る戦術を披露された。

2. 丹波嘉一郎氏（自治医大）は、医師国家試験には、緩和ケアは高出題の領域（広義で3位、狭義で10位）であり、演者開設の国試過去問の解説サイトのアクセスは国試直前に増加した。この点からも卒前緩和ケア教育不足を示された。

3. 伊藤まゆみ氏（共立女子大学）は、緩和ケア教育や態度教育の不足のまま臨床実習に出て、終末期ケア実習で末期患者を受け持ち心的衝撃を受けて悩む看護学生がかなり存在するので、実習前の自己調節能力の獲得や実習中のスクリーニング・発見とケ

アを含む教育法の開発や心理教育的支援を紹介された。

4. 清水佐智子氏（鹿児島大学）は、看護学生の寄り添う心を育てる実習指導では、終末期の患者を受け持った学生に気を配り、問題を抱えた学生に時間を割き徹底的に寄り添うことの重要性を示された。

5. 加賀谷肇氏（明治薬科大学）は、緩和医療薬学会の2回の調査から、6年制薬学部での緩和ケア講義は必須と考える大学が96%以上であり、講義数は増加傾向にあり、模擬患者とのコミュニケーション・スキルトレーニング実習などが紹介された。

医学や薬学は、看護のように学生への個別的な心理的ケアをできる教員構造になっていないので、看護のご発表は、他の学部関係者には新鮮だった。多職種連携が強調されているが、卒前教育の違いについて共通理解がまだまだ不足しており、今後もこの企画継続が必要と思った。

シンポジウム 41 明日から使える症状緩和のコツ

座長・報告

静岡県立静岡がんセンター 緩和医療科

大坂 巖

座長

長崎大学病院 薬剤部

龍 恵美

演者

しんじょう医院

新城 拓也

外旭川病院 ホスピス

松尾 直樹

JCHO 東京新宿メディカルセンター

金石 圭祐

本シンポジウムでは、3名の医師から発表をしていただいた。新城拓也先生からは、パロキセチンによる掻痒感の軽減、アトロピン点眼薬の舌下投与による喘鳴の軽減、オピオイドコンビネーションによる効果、腹腔穿刺の際にカテーテル刺入部からの漏出を防ぐための外科用アロンアルファの使い方など、臨床の現場で役に立ちそうな多くのコツについてご発表があった。松尾直樹先生からは、倦怠感、食思不振に対するステロイドの使い方のコツ、眠剤としてミダゾラムとフルニトラゼパムの使い方のコツについてご発表があった。また、ステロイドや眠剤の使用状況について多施設で行われた調査についてのご報告もいただいた。金石圭祐先生には、吃逆

や咳嗽に対するリドカイン投与の試み、不眠に対するベンゾジアゼピン系注射剤の単回皮下投与のコツなどをご発表いただいた。

総合討論の時間に余裕があったため、会場からも多くのご質問やご自分のコツを披露していただくことができた。ガイドラインや論文では解決できず、エビデンスも乏しい領域ではあるが、各々の施設で多くの試みが行われている。そのようなちょっとしたコツが目の中の患者に恩恵をもたらすことも、多くの医療従事者が経験しており関心を抱いていることであると考えられる。

今回のシンポジストの先生方は、臨床で困っていても諦められがちなことを何とかしたいという熱意に満ちあふれていた。その熱意がコツを考案させ、患者にとって有益な診療につながったものと思われる。特に、成功体験をご自分の満足だけで終わらずに、進んでpeer reviewを受け、英文論文にまで昇華させておられる点で秀でておられた。コツを惜しげなく世に知らしめることによって、自らの業績のためにではなく、多くの患者に利益と幸福が伝播していくことを真摯に考えておられる姿勢に敬意を表したい。

シンポジウム 42 在宅緩和ケアにおける多職種の役割と連携

座長・報告

安芸地区医師会居宅介護支援事業所

鉄穴口 麻里子

座長

YMCA訪問看護ステーション・ピース

濱本 千春

演者

札幌医療生活協同組合 ホームケアクリニック札幌
前野 宏

浅草医師会立訪問看護ステーション

倉持 雅代

かとう内科並木通り診療所

横山 幸生

手稲溪仁会病院

佐藤 義文

薬局セントラルファーマシー長嶺

天方 奉子

このシンポジウムでは、地域で緩和ケアを実践する上での問題点や課題を明らかにし、個々の地域でなされている工夫や多職種の連携の取り組みについて、ディスカッションを展開した。

前野先生からは、病院から在宅に速やかに移行し、家族が安心して看取ることができるサポートのためには、専門の在宅緩和ケアの受け皿の整備が不十分との指摘があった。まずは医師や看護師の研修が必須で、医師のリーダーシップのもと看護師が主体となって地域での拡がりを目指すのが妥当ではとの提案であった。

倉持先生は、独立型訪問看護ステーションであるため、地域でのつながりは勉強会などでの「顔の見える連携」から「相手の人と成りが分かる連携」を目指し、信頼関係の構築を大切にされている。それぞれの職種の役割をしっかりと理解した上で連携を強化し、よりよいチームケアを達成したいとの思いで取り組まれている。

横山先生は、MSWが感じている問題点として、24時間の在宅医療体制等の医療資源の不足、早急な在宅調整が必要な際の困難さをあげられた。緩和ケアの専門家による支援が重要と考え、プライマリケア医と腫瘍センターの治療早期からの関わりや、医療と介護スタッフの情報共有のためメーリングリストを利用するなどの方法を実践されている。

佐藤先生は、在宅緩和期におけるリハビリ介入例が少ないのは、マンパワーが確保できないこと、コスト面、さらには緩和期のリハビリについてあまり知られていないことが原因として考えられるとのことであった。退院前カンファレンスなどで必要性を説き、その後も継続して在宅での担当者会議につながる努力が必要であると指摘された。

天方先生は薬局薬剤師として、従来の薬剤師業務より更なる職能の確立とともに、医療用麻薬の円滑な供給や注射剤の無菌調製、医療材料の供給までも担い、在宅緩和ケアのチームでの役割を果たしている。多職種が同時に経時的に情報を共有するためのツールや、事例検討など研究会を通し実践している「顔の見える連携」を紹介された。

ディスカッションの中に、今後の多職種連携を深めるためのヒントがたくさん出されたので、今後の各地での取り組みに結びつくなら幸いである。

フォーラム 3

多職種フォーラム 緩和医療の携わる医療者のダイバーシティ～育児から親の介護のはざままで～

座長・報告

帝京大学 医学部 緩和医療学講座 有賀 悦子

座長

聖隷浜松病院 緩和医療科 山田 博英
演者

埼玉県立がんセンター薬剤部 芝崎 由美子
聖隷浜松病院 看護部 番匠 千佳子
松江市立病院 緩和ケアセンター 安部 睦美

私たち医療者は、“患者さんのために”という気持ちを優先し、自分自身を横においてしまうことがあります。医療者だけではなく、時間経過と共に多様に変化する生活者として、自分に目を向けることを目的に本フォーラムを企画いたしました。

芝崎由美子先生は育児をしながら認定薬剤師を修得されました。なりたい自分の姿を強く想い描くことで目標を実現された経験をお話し頂きました。

専門看護師の番匠千佳子先生は、倒れたお父様を巡る家族の混乱や再構築、看取りを通して、自身の専門家でありながら感じた限界と出来ることを継続されたことについて感謝と共に語って下さいました。

安部睦美先生は、30余年に渡る医師としての専門性を高めていったプロセスとご家庭との両立を、「女の先生だから」という言葉の2面性を取り上げながらお話し頂きました。

子育ての結果はどう表れるかという質問に、親と同職を選択した例や考え方などに働いてきた自分を感じたことが述べられ、さらにあるといいと感じる（た）ことは、同じ背景を持つ仲間、男性からの理解などが挙げられました。フロアから、男性医師自身の子育て経験や女性医師への支援経験などの意見、女性は家庭でどのような育児支援を男性に望んでいるかという質問がでたりしました。また、目標を目指し頑張っているスタッフと仕事が残っていても時間で切り上げてしまうスタッフの差についても話がおよびました。こうしたフロアからの意見に、単に時間や仕事のカバーだけではなく、頑張る女性の姿勢や将来の目標を、共に感じ、共に歩んでいる同僚や上司の姿を見たように思います。

時に、仕事を縮小せざるを得なくなることもあります。でも、それと向上心を捨てることは異なることを再確認でき、ゆっくりと新鮮な空気を深く吸い込んだようなりフレッシュした気持ちになりました。演者の先生、ご参加して下さった皆様、男性医師の育児休暇を支援された座長の山田博英先生、本当に、ありがとうございました。

フォーラム 4

薬剤師フォーラム 新薬に対する薬学的対応

座長・報告

日本医科大学付属病院 薬剤部 片山 志郎

座長

埼玉県立がんセンター 余宮 きのみ

演者

北里大学東病院薬剤部 平山 武司

横浜市立大学附属病院 薬剤部 小宮 幸子

長崎大学病院 薬剤部・緩和ケアチーム
龍 恵美

本フォーラムは、テーマを「新薬に対する薬学的対応」とし、埼玉県立がんセンター 余宮きのみ先生と私の座長により、フェンタニルの速放性製剤の特徴や臨床使用上の注意点などを2人の演者から、近々に発売予定のタペンタドールを1人の演者から発表いただいた。

FO4-1：フェンタニル速放性製剤の適正使用に必要な薬物動態からみた基本的知識 平山武司先生、FO4-2：フェンタニル速放製剤適正使用のための方策・注意点 小宮幸子先生、FO4-3：新薬の位置づけと処方 タペンタドールのプロフィール 龍恵美先生。

平山先生からは、フェンタニル製剤の血中濃度推移の特徴や変動要因についてシミュレーションモデルを用いた解析、フェンタニルがタンパク結合依存性薬物であることからの血清アルブミン値の低下がもたらす遊離型フェンタニル濃度に与える影響など、とても興味深いご報告をいただいた。小宮先生からは、フェンタニル速放錠の用法がこれまでのレスキュードーズとの考え方と全く異なることから、院内の処方上の約束事をしっかりと取り決めておくことが、思わぬ事故や誤りを防ぐ重要な手段であることを示していただいた。中でも電子カルテにおいて1回量の極量超過エラーを設定したり用法マスタをあらかじめ必要分作成しているなどの工夫は、各病院での取り組みの大きなヒントになったものと思われる。龍先生からは、これまでのオピオイド製剤の発売の経緯を年表に基づきご説明いただいた上で、近々に発売予定の「タペンタドール」についてその特徴を示していただいた。タペンタドールは μ 受容体親和性に加えノルアドレナリン再取り込み阻害作用を併せ持つユニークな薬剤であり、下行性痛覚抑制経路にも作用することから神経障害性疼痛を

併せ持つ痛みに対して期待できる旨のご報告をいただいた。フロアからの活発な質問はいうまでもない。

委員会
企画 1

緩和医療におけるガイドラインの考え方と活用のポイント

座長・報告

聖路加国際病院 消化器センター

太田 恵一郎

座長

帝京大学 医学部臨床研究医学講座 大野 智

演者

埼玉県立がんセンター 緩和ケア科

余宮 きのみ

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻
健康情報学分野

中山 健夫

国立がん研究センターがん対策情報センター

がん情報提供研究部

高山 智子

1. 「がん疼痛の薬物療法のためのガイドライン 2014年版を読む」と題して、余宮きのみ先生（埼玉県立がんセンター）に話していただいた。「読み方」のポイントとして、質の高いエビデンスが少ない分野であることを考慮して、臨床では推奨の強弱が重要であることを述べた。各項目のフローチャートに推奨内容が反映されていて、解説を読むことで臨床に還元しやすいことを示した。「活用のポイント」として、オピオイド投与中のせん妄の問題、レスキュー薬のタイトレーションの仕方を例に実際のガイドラインの内容をもとに解説した。最後に「2014年版の主な変更点」である新規追加薬剤、推奨追加・更新した文献、記載内容の修正、使用方法の改訂、海外ガイドラインの更新点、背景知識への新規追加項目を説明した。

2. 「診療ガイドライン：国内外の動向」と題して、中山健夫先生（京都大学）に講演をしていただいた。①「経験」と「エビデンス」②EBMと診療ガイドライン③患者の視点と“shared decision-making”の内容であった。診療ガイドラインは「特定の臨床状況において、適切な判断をおこなうため、臨床家と患者を支援する目的で系統的に作成された文書」（米国医学研究所 IOM 1990）であり「患者ケアの最適化を目的とする推奨を含む文書」であること、さらに「エビデンスの系統的レビューと他の選択肢の益と害の評価によって作成される」（IOM 2011）こと

を紹介した。あくまでもガイドラインは、患者と医療者の意思決定を支援する文書であることを強調した。さらにガイドラインの今後の可能性として、エビデンス診療ギャップの改善、コミュニケーションの基点、医療者の生涯教育にも役立つことを示した。

3.「どこでどんな情報が得られるか～信頼できる情報を見分けて活用するには～」と題して、高山智子先生（国立がん研究センターがん対策情報センター）に講演していただいた。健康に関する情報源は、ここ数年、インターネットや医師・保健師など専門家からということが大きく増加している。診療ガイドラインには高い信頼性が求められており、それはエビデンスに基づく科学的判断と作成プロセスに普遍性が確保され、偏った判断の影響が少ないことが源泉であると解説した。また、がん対策推進基本計画にある、患者向けの診療ガイドラインや解説の充実により患者に分かりやすい情報を提供することの重要性を説明した。

委員会 企画5

委託事業委員会企画 緩和ケア普及啓発事業（オレンジバルーンプロジェクト）活動報告と今後の展開

座長・報告

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

座長

大阪府立成人病センター 心療・緩和科/
緩和ケアチーム 濱 卓至

演者

淀川キリスト教病院 ホスピス・こどもホスピス
病院 ホスピス科 池永 昌之

国家公務員共済組合連合会浜の町病院
緩和医療内科 永山 淳

株式会社中央薬局 堀籠 淳之
富山赤十字病院呼吸器外科 小林 孝一郎

総合病院山口赤十字病院 医療社会事業部
橋 直子

総合病院 聖隷浜松病院 塩川 満

今回、委託事業委員会の企画として、緩和ケア普及啓発 WPG 員長である濱卓至先生とともに本シンポジウムを開催いたしました。緩和ケアの普及啓発活動は、2007年に厚生労働省から委託を受けたことに始まり、緩和ケアの普及啓発活動の名称をオレンジ

バルーンプロジェクトとし、市民への緩和ケアの正しい理解と利用の促進を目指して進められてきました。私が委託事業委員会委員長となった2012年から、濱先生を中心に普及啓発活動に取り組む新たな体制を作り、この2年間精力的に新しい試みをしてまいりました。特に、市民に緩和ケアのことを正しく理解してもらうために、市民の身近にいる医療従事者が緩和ケアのことを正しく説明できるよう、普及啓発を行う対象として医療従事者を位置づけて活動を行いました。2013年の取り組みとして、全国で多くの医療従事者が緩和ケアの普及啓発活動に参加できるように7か所でイベントを開催いたしました。本シンポジウムでは、東京会場を除く6か所から、開催状況と今後への課題について発表いたしました（関西 池永昌之先生、九州 永山淳先生、北海道 堀籠淳之先生、北陸 小林孝一郎先生、中・四国 橋直子先生、東海 塩川満先生）。

それぞれの地域で、企画者のアイデアに基づいた様々な形式のイベントが開催されました。本シンポジウムで全体を俯瞰することにより、今後につながる多くの示唆が得られました。イベントの対象地域を広域にしてしまうと、普段から緩和ケアに積極に関わっている者以外の医療従事者は参加しづらくなってしまふということ、ただし、普段は直接顔を合わせたことがない他地域との交流の場になり、関係者にとっては有意義であったということ。逆に、対象となる地域や施設を絞り込み、その地域や施設の発言力が大きい方（必ずしも緩和ケアに深く関わっている必要はない）を中心に位置づけてイベントを行うと、普段は緩和ケアに関心を持っていない方も多く参加されたということ。カフェ形式やグループワーク形式で開催すると、参加者の発言できる機会が増え、それぞれの議論が深まること。各地域で継続的に実施していくことが重要であり、企画者の負担にならないように既存のイベント等を活用するなど開催方法を工夫すること、などが議論されました。シンポジウム後のアンケートにも、フロアの参加者から普及啓発活動に関する具体的な提案や今後の活動に参加していきたいといったコメントも多く、オレンジバルーンプロジェクトに寄せられる期待が大きいことが明らかになりました。2014年はこれまでの活動をさらに発展させ、新体制で進めていくことになっております。これからも多くの会員の皆様とともに、普及啓発活動を広げていきたいと思っています。

ランチョン
セミナー5緩和ケアセンターの役割とがん疼痛
治療の最前線

座長・報告

公益財団法人 がん研究会有明病院

緩和ケアセンター

濱口 恵子

演者

公益財団法人 がん研究会有明病院

緩和ケアセンター 緩和・がん疼痛治療部

服部 政治

服部政治先生は、今年4月に麻酔科ペインクリニックから独立して‘がん疼痛治療科’を立ち上げ、緩和治療科・腫瘍精神科の3科を束ねる緩和・がん疼痛治療部の部長として、また緩和ケアチームの専従医師として活動されている。

服部先生は最初に身内の体験を紹介し、緩和ケアの講座がある病院でさえ患者・家族が緩和ケアを希望してもアクセスしてもらえなかったこと、一方在宅では訪問医等により穏やかな日々を過ごせたことを話された。そして、病院内の緩和ケア関連部門の機能を統合し、診断時から患者に緩和ケアを提供し続ける体制、つまり緩和ケアセンターの必要性を具体的に述べられた。

がん研有明病院では緩和ケアに関する各々の診療科・部門の実績はあったが、今年4月に緩和ケアセンターに統合された。その立ち上げのプロセスを「プロジェクトX」になぞり、動画で示され、現在の活動と今後の課題について説明された。

次に、オピオイドの全身投与では緩和困難な難治性疼痛に対する硬膜外や脊髄くも膜下ポートによる鎮痛について数名の事例を通して説明された。服部先生がペインクリニックを専門にされるきっかけは、WHO がん疼痛治療法により「90%の痛みが緩和される」との謳い文句に対して「残りの10%はどうするのか？」という素朴な疑問から、ニューヨークの Memorial Sloan-Kettering Cancer Center で学ばれた経験であった。がん性腹膜炎や腹水による腹部膨満感など堪えがたい苦痛があった終末期患者がペインクリニックの知識と技術により苦痛から解放されたその姿と患者の言葉は感動的であった。

服部先生のお話はユーモアにあふれ、人間味あふれる内容で、あっと言う間の1時間であった。

ペインクリニックの専門的な判断と技術なくして緩和できない苦痛がある。緩和ケアの標準化、均てん化が求められている中、緩和ケアとしてのペイン

クリニックの技術が日本全国に広まることを願わずにいらなかった。

ランチョン
セミナー12緩和ケア充実化に向けて～呼吸器症
状を中心に～

座長・報告

がん・感染症センター都立駒込病院 緩和ケア科

田中 桂子

演者

神経内科クリニックなんば

難波 玲子

佐久総合病院佐久医療センター 緩和ケア内科

山本 亮

今回の学術大会では緩和ケアの対象が広がっていることを踏まえ、非癌患者を取り上げたセッションが目立ったが、このランチョンセミナーも神経筋疾患、慢性呼吸器・心疾患患者の呼吸器症状の緩和をテーマにした講演であった。

はじめに座長の田中より、ミニレクチャーとして、呼吸困難（本人が苦しいと感じる主観的症状）と呼吸不全（低酸素血症と定義される客観的病態）の用語を整理し、評価が重要であることを再確認し、緩和医療学会の「がん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン」についてごく簡単なまとめを行ったのち、お二人の演者にバトンタッチした。

前半は、神経内科クリニックなんば難波玲子先生より、「神経筋疾患の終末期の呼吸苦とその緩和—ALSを中心に」というテーマでご講演いただいた。神経疾患の呼吸不全は病態としてはII型呼吸不全（換気不全）であり、ALS 終末期では50～60%に呼吸困難が生じる。ALS 診療ガイドラインをもとに、エキスパートからの提案として、①臨床的には比較的呼吸抑制が生じにくいとされるモルヒネをごく少量(2.5mg)程度から開始し、②不穏時には抗精神薬・非定型抗精神病薬を使用することが勧められること、③高炭酸ガス血症を気にして酸素投与を躊躇すべきではないことが示された。

後半は、佐久総合病院佐久医療センター緩和ケア内科部長山本亮先生より、「非がん患者（特に慢性閉塞性肺疾患と心不全）の緩和ケア」というテーマでご講演いただいた。非がん患者は、がんと異なり予後予測が困難であるが、がんと同様さまざまな症状が出現し特に呼吸困難が問題となることが多く、ケアのゴールを患者家族と相談することが重要であ

ることが示された。慢性心不全と COPD の 2 疾患にフォーカスを当て、それぞれの疾患の終末期像とその診断法が示され、両者の標準的な治療法が簡単に解説されたあと、症例が提示され、少量のモルヒネを上手に使う工夫について述べられた。

このセッションでは非痛患者の呼吸困難に対するモルヒネの有効性が紹介されたが、モルヒネの効能・効果は癌性疼痛・咳嗽である点にはご留意いただいた上で上手に利用していただきたい。

ランチョン セミナー 17

緩和ケアにおけるオピオイドと PCA の基礎 / 在宅における PCA ポンプ 管理実施に至るまで

座長・報告

島根大学医学部 緩和ケア講座 中谷 俊彦

演者

島根大学医学部附属病院 緩和ケアセンター

橋本 龍也

島根県立中央病院 総合診療科

今田 敏宏

将来の人口年齢構成は高齢化率が高まっていくことが確実であり、病院だけでなく在宅医療の速やかな充実が強く求められている。その具体的な対応法の 1 つとして、PCA ポンプによるオピオイド投与で在宅の身体症状管理を行うことが考えられる。高齢化率が高い島根県からその現状と対応法を報告して、今後を考えていく目的でこのセミナーが企画された。

島根大学病院緩和ケアセンターの橋本先生からは、「緩和ケアにおけるオピオイドと PCA の基礎」として、痛みのマネジメントにおけるオピオイドの総論、注射投与によるオピオイド使用、PCA の基礎・およびその利点の解説、在宅ケアと PCA ポンプについて、在宅ケアは QOL が高く家族の心の傷も軽いこと、終末期では経口摂取が難しくなるため PCA の活用が期待されること、PCA ポンプの種類・その利点と欠点についての説明・解説が行われた。

島根県立中央病院総合診療科の今田先生からは、「在宅における PCA ポンプ管理実施に至るまで」の講演が行われた。過去のケースの反省を原点として PCA ポンプ管理への取り組みを開始して、対応できる器機を購入し、院内マニュアル作成、患者家族用手順書作成、在宅ケアを視野に入れて各関係職種との話し合いにより、特に在宅酸素業者、拠点薬局との連携を重視した 24 時間対応の体制を整備した

ことを報告された。そして個々の症例を提示して、1 度連携体制を構築したら続いて活用できること、PCA ポンプ操作への不安の声があるのでその研修会を企画したいこと、コストの問題として保険適応の見直しが望ましいことなどについて述べ、出雲モデルとして発信していく方針を話された。

会場からは、在宅ケアを行っている立場としての提言や、現状のコストなどの問題点、具体的な対応内容についての質問がなされ、PCA ポンプによるオピオイド投与により身体症状を管理することで在宅ケアを向上させる有用性を認識できたセミナーとなった。

理事・監事 就任の挨拶

理事就任の御挨拶



千葉県立保健医療大学
健康科学部
リハビリテーション学科
安部 能成

この度、理事を拝命いたしました千葉県立保健医療大学の安部能成でございます。御支援を頂戴いたしました皆様の負託にお応えできますよう、できる限りの努力を傾注するよう心掛けて参りたいと存じます。

緩和医療の特色の一つは複数の専門職によるチーム医療の推進にあるといわれております。最新の日本緩和医療学会の会員構成を拝見いたしますと、医師 1/2、看護師 1/3、薬剤師 1/10 の比率に近く、合計は 90% を超えております。そのような状況において、少数派の専門職にも理事としての発言の機会を与えて頂きましたことは、本学会員の皆様の見識を物語るものと感じております。

前回理事に当選させて頂きました際には、理事会の信任を得まして国際交流委員会を発足させることができました。15 年を超える歴史を有する学術団体でありながら、海外の同領域の団体や組織との交渉窓口を持たないことは、国際化の叫ばれている現在、不自然と考えておりました。初年度は海外交流として、ホスピス緩和ケア韓国協会（Korean Society for Hospice and Palliative Care : KSHPC）、及び欧州緩和ケア学会（European Association for Palliative Care : EAPC）との直接対話を始めることができました。本学会の年次大会に関する英文記事は海外に発信され、早速に反響を頂くことができました。国際社会の同僚にわが国の活動が認められる道筋となるべく活動を継続したいと存じます。さらに本学会の活動を英文化して海外に発信すること、同時に、海外の有力情報を本学会員の皆様にお届けできますように活動を進めたいと存じます。

本学会の推進おります事業の一つに全国の緩和ケアチームの登録事業があります。それを拝見いたしますと、500 近い登録チームの 60% にはリハビリテーション専門職の参加があると示されております。しかし、量的構造は明らかとなりましたが、質的機

能は不明のままです。今後は、施設における緩和ケアとしてのリハビリテーションのみならず、地域社会に展開する緩和ケア、そこでのリハビリテーションについても何らかの役割を果たしていきたいと希望しております。

会員の皆様におかれましては、今後とも御指導御鞭撻を頂けますよう何卒よろしくお願い申し上げます。

ご挨拶



帝京大学医学部緩和医療学講座
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。

がん診療連携拠点病院の要件は回を増すごとに求められることが多くなり、がん対策基本計画の遂行においても緩和ケアが担うことは容易なことではないと感じています。そのような中、日本各地においてそれぞれの問題を抱えながらも、求められることに一生懸命応えようとする会員の皆様の声が聞こえてきます。

私は、理事前期 2 年間は、学会活動ができるだけ国内の隅々にわかりやすく情報が届くように、ホームページ管理を中心とした広報委員会に席を置き、委員長を務めながら理事業務を進めてまいりました。また、日本癌治療学会緩和医療領域代議員として日本緩和医療学会と繋ぐ役割を担ってきました。本年は、東京都緩和医療研究会が立ち上がり、第 1 回学術集会を開催するなど地域での緩和医療活動にも取り組んでまいりました。教育面でも大学に緩和医療学の講座を設置したことも大きな取り組みの一つでした。

1 万人を超える学会を支える理事会は、本当に沢山の任務を抱えています。自施設の業務とのバランスも考えなくてはならず、今期立候補させて頂くときは覚悟が要りました。しかしながら、緩和医療が

熟成することも追いつかないような速さで社会からの要求が変化していく一方で、国民意識は相変わらず終末期の緩和ケアから抜けきれない、何か歯車がずれたまま回っているような今を感じ、まだ、やらなくてはいけないことを残しているという感覚をもちました。

次の2年。情報提供のあり方をさらに考えていきたいと思っています。前期は会員の皆様のための情報提供を主体としてきましたが、今期は社会に対する情報提供へと広げていきたいと思っています。ぜひ、皆様のお力をお貸してください。学会がよりよく進んでいくことができるよう力を尽くしていきます。2年間、どうぞ、よろしく願い申し上げます。

日本緩和医療学会の理事に就任して

- つながりとネットワークの強化を目指して -



市立札幌病院
精神医療センター
上村 恵一

2014年6月から理事の末席を勤めることになりました。会員の皆様におかれましては、今後ともなお一層のご指導を頂ければ幸いです。

わたしは2001年3月旭川医科大学医学部医学科を卒業後、北海道大学医学部精神医学講座へ入局し、その後独立行政法人国立病院機構札幌病院北海道がんセンターでの研修を経て、その後現在の市立札幌病院の精神科医師として勤務しております。2013年4月に同院は精神科救急合併症病棟38床を増改築し道央圏広く身体合併症を有する精神疾患患者と精神科救急を要する患者の対応にあたっています。

緩和医療の世界には、2007年に市立札幌病院 緩和ケア内科 合田 由紀子 先生が立ち上げられた緩和ケアチームの精神症状担当専任医師としてお声をお掛け頂きました。同年に本学会主催の精神腫瘍学の基本教育に関する指導者研修会へ参加し、以後本学会委託事業委員会緩和ケア研修WPG員、日本サイコオンコロジー学会教育委員会PEACE担当委員として精神科医/心療内科医が抵抗なくがん医療、緩和医療および緩和ケアチームへの参画が進むようお手伝いをさせて頂いております。

総合病院精神科医は、医師になった直後からリエゾンコンサルテーションという他科からの依頼に応

じた精神科医療を提供しております。その際には患者QOLだけでなく、コンサルティの満足度を意識した介入が必要とされます。緩和ケアチームや、多職種との連携を進めていくことが必須な緩和医療では精神科医がもともとリエゾンで培った連携のスキルを生かすことが必要ではないでしょうか。

日本緩和医療学会は、その教育や普及に関する事業の多様性から、医療分野のみならず行政機関、大学医学部を含む学校教育期間などとタイムリーに、密な連携を取ることが必要と思われます。本邦発信の地域介入研究OPTIM研究の質的研究の部分でも効果があつた項目は「つながりができ、ネットワークが広がった」ことでした。地域介入だけではなく、チーム医療を推進する緩和医療分野の発展のために「つながりとネットワークの強化」は欠かせないものと思います。これをわたしの使命と肝に銘じ、精神科医師として臨床、研究、教育のすべての側面でのこの命題を進めていきたいと思っています。

理事就任のご挨拶



静岡県立静岡がんセンター
緩和医療科
大坂 巖

このたび日本緩和医療学会理事を拝命いたしました大坂巖と申します。代議員ならびに理事選挙におきまして、皆様から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、2002年よりがん専門病院の中で緩和ケア病棟・チーム・外来を通じて緩和ケアに従事して参りましたが、この間に「緩和ケア」に求められるものや期待されていることは大きく変わってきています。国の施策に基づいた制度の変革や診療報酬の拡充、がん治療医の視点の変化、がんという疾患の流れ(trajjectory)における立ち位置の変化、一流の医学雑誌での注目度、症状緩和に有用な薬剤の増加など、「緩和ケア」が表舞台に登場することが確実に増えています。本学会におきましても、会員数の増加、各種ガイドラインの整備、教育セミナーや研修会などによる教育活動の展開、Palliative Care Researchによる研究報告の賦活化、緩和医療専門医制度の発足、緩和ケアチーム登録や緩和ケア普及啓発事業の推進など、目覚ましい発展を遂げていると思います。これまで活動してこられた諸先輩方

のご苦労とご尽力の賜物であると感謝申し上げます。一方で、適切な時期に最適な緩和ケアを提供（delivery）することの難しさ、地域や施設間での格差、がん治療チームや地域における連携、専門家の不足、新専門医制度への適合など多岐にわたる課題が残されています。

今まで私は、専門医認定・育成委員会の副委員長、指導者研修会協力者、医学生セミナー WPG 員、複数のガイドライン作成および改訂委員などを務めさせていただきました。今後は専門医認定・育成委員会および専門医制度検討委員会の副委員長として、緩和医療専門医の育成と援助をさらに発展させ、理事の立場から前述いたしました多くの課題に対して取り組みを行う所存でございます。

今後ともご指導ご鞭撻いただけますよう何卒よろしくお願い申し上げます。

ご挨拶



聖路加国際病院
消化器センター
太田 恵一朗

このたびは、3期目の理事に選出していただきまして、誠にありがとうございます。過去2期にわたり、本会代議員および理事として、倫理・利益相反委員ならびにガイドライン委員長として仕事をまいりました。特に2期目は、がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2014年版（余宮きのみ先生）、患者さんと家族のためのがんの痛み治療ガイド（的場元弘先生）発行に関与することができ、執筆に携われた多くの会員の皆様に深く感謝申し上げます。今期は、引き続き呼吸器症状、消化器症状、鎮静、泌尿器症状、補完代替療法ガイドラインの改訂作業を担当いたしますし、昨年発行された輸液ガイドラインの英文論文化の作業を推進することになります。更なるご支援をお願いいたします。

癌の緩和医療・ケアは、癌診療のありとあらゆる場面で患者さんと家族を根底から支える医療・介護・福祉であると強調してまいりました。実際の臨床の現場では、全国の多くの外科医が癌の診断時から治療、再発、看取り、さらにはグリーフケアまでも担当しているのが現実です。腫瘍外科医の立場で現場と学会との橋渡し役を務めるとともに、低侵襲姑息

手術や処置を、緩和医療・ケアに取り入れるべく努力していく所存です。

悪性疾患に対する緩和医療・ケアを推進し充実させるのは当然ですが、急性期総合病院に勤務する医師として、あらゆる治癒不能症例に対する緩和医療・ケアへの取り組みも始めています。欧米から移入された緩和医療・ケアの概念ですが、本邦独自の、各地域の風土、伝統、文化に根差した医療・ケア内容の充実を目指していきたいものです。

市立芦屋病院 薬剤科
岡本 禎晃



今期から理事を拝命しました市立芦屋病院の岡本禎晃でございます。

日本緩和医療学会は、前職の大阪大学医学部附属病院に緩和ケアチームが発足し、薬剤師として参加した2004年に入会し10年になります。この間、大学病院の緩和ケアチームの薬剤師として、その後は大学の教員として、現在は緩和ケア病棟の薬剤師と緩和ケアチームのメンバーとして、また、麻薬管理者として仕事をしております。

私は理事として、専門的・横断的緩和ケア推進委員会、オンラインジャーナル（学会誌）編集委員会、委託事業委員会に関わるようになっております。専門的・横断的緩和ケア推進委員会につきましては、日本ホスピス緩和ケア協会の理事も拝命しておりますことから、両会のより密接な関係構築と発展に寄与したいと考えております。

オンラインジャーナル（学会誌）編集委員会につきましては、今まで査読をさせていただいておりましたが、編集という新たな仕事に取り組むことにより、会員の皆様により有益な情報をより迅速にお届けできるよう努力してまいります。

委託事業委員会は緩和ケアの普及啓発に関係するWPGで、私は日本緩和医療薬学会の理事・広報委員会副委員長を拝命しておりますことから、両学会で効率的な運営が行えればと考えております。

2年間、微力ながら精進してまいりますので、会員の皆様方におかれましてはご指導、ご鞭撻の程、何卒よろしくお願い申し上げます。

理事就任のご挨拶



明治薬科大学 臨床薬剤学教室
加賀谷 肇

代議員および理事選挙におきましては、皆様から多大なご支援を賜りまして厚く御礼を申し上げます。多職種から構成される学会の理事として会員の皆様に納得いただける会務運営に精進して参りたいと存じます。本学会は1996年の創立以来、がんやその他の治癒困難な病気の全過程において、人々のQOLの向上を目指し、緩和医療を発展させ学際的に活動を続けて、来年の学術大会は記念すべき第20回を迎えます。本学会の職種別構成率では医師48%、看護師36%に次ぎ薬剤師は10%（2014年7月現在）となっております。これまで緩和医療におけるチーム医療の実践と、薬剤師の育成をテーマに学会の多様性に貢献したいと考えて微力ながら努力して参りました。この間、2007年には日本緩和医療薬学会を設立し、本学会と両輪で緩和医療における薬学的アプローチや基礎および臨床研究を通して臨床へのフィードバックや緩和薬物療法認定薬剤師の認定を行うことを通じて緩和医療の職域別均てん化の基礎づくりを進めてきました。

2012年からは、総務・財務委員長を拝命し、またこの度、細川理事長のもと再び総務・財務委員長ならびに事務局長も拝命しました。本学会は11,000人の会員を擁する大きな学会に成長し、学会活動費における運用支出が4億円規模の事業体になっております。学会の委員会構成も19委員会となり、それぞれの委員会が活発な委員会活動を通して会員に還元すべく研鑽しております。ニューズレターのWEB化に伴い今後出版印刷費、配送費の大幅な節減がなされます。また、委員会の招集もWEB会議が試験的に教育委員会で運用検討を行います。厚生労働省からの委託事業等から小規模の会務ありますが、総務委員会担当としては会務の円滑な運営および財務の安定基盤の維持については、監視機構の管理整備も必要と考えております。

緩和医療の均てん化に本学会の果たす役割は絶大で、その活動を支援することを第一義に今期も頑張ります。宜しくお願い申し上げます。

理事に就任して



国立がん研究センター東病院
緩和医療科
木下 寛也

この度、理事に再び選出されました国立がん研究センター東病院の木下でございます。第63号ニューズレター巻頭言で「これでいいのか、緩和ケア」を書いた木下ですと言ったほうが、皆様に私の人となりにより理解していただくことが可能かもしれません。この巻頭言に関しては、多くの会員の方々から、施設内で緩和ケアの専従として働くことはなかなか難しいが、患者・家族に最適な緩和ケアを届けるために日々努力しているという現状に関するメールや私の意見に対して賛同いただく意見を多数いただきました。これを機会に今後も会員の皆様と意見交換を行い、全国に緩和ケアを行き渡らせるような仕事を学会内で出来ればと考えています。

前回の理事選で初めて理事に選出され、理事会の中から日本緩和医療学会を眺めて、来年成人式を迎える学会が抱える様々な問題点を少しばかりですが、知ることが出来ました。今期は理事として、より具体的に学会に以下について貢献したいと考えています。

1) 健康保険・介護保険委員会の委員として、診療報酬改定等に向けたデータ収集する。2) 緩和ケア病棟のあり方について、今後の病床機能届け出制度において緩和ケア病棟がどのような位置づけになるのか、日本ホスピス緩和ケア協会、日本病院機能評価機構等と連携をとりながら厚生労働省の動向等の情報を収集し学会会員に提供する。3) 当院は教育機関でもあり、当学会の専門医の育成のモデルとなるような、教育体制を構築する。4) 地域包括ケアにおける緩和ケアの役割について関係団体を協議する。

理事就任挨拶



総合病院 聖隷浜松病院 薬剤部
塩川 満

今期で2期目を務めさせていただきます聖隷浜松病院の塩川満と申します。理事に就任した私の責務は、薬学の視点から、緩和医療を医療者や国民に普及啓発し、全国民が痛みから解放されるように務めることであると考えております。痛みから解放されるためには、患者さんが満足した療養生活を送ればなりません。

ところが、患者さんは各々のバックグラウンドから、さまざまな思いをもって療養生活を送ります。そんな千差万別の患者さんが望む個別の緩和医療を提供するためには、1つの職種ではとても実現不可能で、多職種の連携・協働による幅広い視点が必要です。

今期は、“多職種の連携・協働の実現”を自らの課題とし、取り組みたいと考えております。宜しくお願い申し上げます。



しんじょう医院
新城 拓也

この度、初めて日本緩和医療学会の理事に立候補し、皆様のお力で選出していただきました。私は、1996年に名古屋市立大学を卒業後、脳神経外科、内科の研鑽を主に郡部の病院で行いました。地域医療の真っ只中で、不思議と人間の生死に強い関心をひかれていきました。そして、ホスピスで働きたいと熱望し、2002年より社会保険神戸中央病院（現JCHO神戸中央病院）の緩和ケア病棟での勤務を始めました。当時、緩和ケアというよりも患者の最期をどう看取るかということに重きが置かれていました。2007年頃より、多くの先生方のお引き立てもあり緩和ケアを日本に普及する様々なプロジェクトに参加させていただきました。特に的場元弘先生（現職 青森県立中央病院）には、数々の仕事のチャンスをいただき、森田達也先生（現職 聖隷三方原病院）には、論文執筆を始め多くのご指導をいただきました。日本緩和医療学会では、各種ガイドラインの作成、日本緩和医療学会誌、Palliative Care Research

の編集、専門医認定の仕事に深く関わらせていただきました。緩和ケアに魅了され、その研鑽と自分自身の力を高めるいわば、「人生の夏」を過ごした30代でした。そして40代となり、そろそろ「人生の秋」に入り、自分自身の活動を通じて今まで私が習得した技術、知識、ノウハウを社会にお返しする時期が来たかと悟り、開業いたしました。2012年に神戸市北区にしんじょう医院を開業、主に在宅ホスピス・ケアを中心に活動しております。症状緩和を中心とした医療技術、知識の普及、洗練と、闘病、看病、看取りという文化的な側面の考察を深めながらの毎日でございます。そして、地域医療の提供や後進の教育だけでなく学会活動に奉仕することが、今まで多くの先生方からいただいた恩恵をお返しすることだと確信し、今回理事に就任いたしました。緩和ケアに限らず現在の医療は、質の高さと知識の広さが医師に要求されます。医師個人の研鑽はもちろんのこと、医師自身の人脈がそのまま患者に提供する医療の質に反映します。今までの人脈を大切にしつつ、さらに発展させながら理事の仕事に努めたいと考えております。

理事就任挨拶



京都大学大学院
医学研究科人間健康科学系専攻
田村 恵子

この度、前期に引き続き理事を拝命いたしました京都大学大学院医学研究科の田村恵子です。本学会の会員数は、2014年6月現在11,000名を超え、そのうち、看護職の占める割合は36%であり、医師（48%）に次ぐ職種となっています。しかし、現状の学会活動では看護職会員が受けられるサービスは僅かであり、会員としてのメリットを実感しにくい状況が続いています。私はこれまで教育・研修委員会内ELNEC-J WPG員代表として、看護職のために開催されているELNEC-J指導者（EOLケアや緩和ケアの教育を行う立場の看護師）養成プログラムの運営に携わってきました。現在までに全国に997名のELNEC-J指導者が誕生しており、2014年度末には1,300名を超える予定です。

国民の総死亡数が増加を続ける中で、看護師は、人々のQuality of Life (QOL) を維持・向上させる

こと、患者の尊厳ある人生の最期を支えるとともにその家族に安心を与えること、つまり“質の高いEOLケアを提供する”という重要な役割を担っています。その役割を果たすためにELNEC-J WPGでは、ELNEC-J 指導者の養成に加えて、指導者のスキルアップのためのプログラムの開催、地域におけるELNEC-J 看護師教育プログラムの開催支援などの取り組みを通して、がんに限らずEOLケアを必要とする人や、人生の終焉にある患者と家族を支援していきたいと考えています。

第19回日本緩和医療学会学術大会においては、「第5回看護師フォーラム」が開催されました。興味深いテーマが並ぶプログラムであるにもかかわらず、たくさんの看護職の方々にご参加くださりありがとうございました。皆様のご意見を十分に伺うだけの時間的余裕はありませんでしたが、看護職理事5名がこれまで以上に連携を密に図り、皆様に会員としてメリットを実感していただけるように活動していきたいと思っております。

皆様からのご支援と共に、是非、忌憚のないご意見をお寄せ下さい。どうぞよろしくお願いいたします。

理事就任の挨拶



京都大学大学院医学研究科
集学的がん診療学講座
恒藤 暁

本学会の創設から理事として学会運営に携わる機会が与えられていますことを感謝しております。改めて自己紹介させていただきます。

私は筑波大学医学専門学群を卒業後、麻酔・ペインクリニックの研修を受けました。その後、淀川キリスト教病院ホスピスに14年間、大阪大学大学院人間科学研究科を経て、2006年より大阪大学大学院医学系研究科 緩和医療学寄附講座に8年間勤務しました。本年4月に京都大学大学院医学研究科 集学的がん診療学講座教授に就任しました。京都大学医学部附属病院では、外来がん診療部門、入院がん診療部門、緩和ケアチームの関わるがん診療支援部門の3部門で構成される「がんセンター（新病棟）」が2007年に開設されました。集学的がん診療学講座は、京都大学がんセンターの各部門の立ち上げ、

効率的な運用を主目的として設置されています。京都大学における緩和医療の臨床、教育・研修と研究の拡充を目指しています。

今後とも、会員の皆様のご支援とご協力を頂戴しながら、学会の発展のために励んでいきたいと願っています。何卒、宜しくお願い申し上げます。

理事就任のごあいさつ



東北大学大学院医学系研究科
緩和医療学分野
中島 信久

このたび、皆さまのご支援により、3期目の理事を務めさせていただく機会を賜りましたことに感謝申し上げます。

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7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てきました。こうした視点から、緩和ケアを「広める」「高める」「伝える」ことを目指した活動を行っていく所存です。

これまでの2期4年間、ニューズレター (NL) 編集委員会の委員長ならびにガイドライン (GL) 委員会、国際交流委員会の委員として活動させていただきました。NL委員会に関しましては、3か月ごとの発行を計16回にわたり継続することができ、また以前からの検討課題であったWeb化が本号から始まります。今日までやってこられたのは、本委員会・作業部会のメンバーならびに学会員の皆様のご協力の賜物です。心より感謝申し上げます。

3期目は将来構想委員会の委員長ならびに緩和医療ガイドライン委員会、倫理・利益相反委員会の委員を担当いたします。まず、将来構想委員会に關してですが、本学会には19の委員会があり、それぞれの委員会が緩和医療の普及発展のために活発な活動を展開しています。それぞれが抱える「今やるべきこと」や「将来取り組んでいきたいこと」などを、本学会の活動の枠組みの中で、短期・中期・長期目標などに整理しそのバランスを取りながら有機的に活動していくことを目指して、2年前に本委員会が発足しました。内富前委員長の後を引き継ぎ、総勢16名(副委員長2名、委員13名)の理事の先生方

とこの委員会において将来の緩和医療の発展に向けての議論を深めたいと思います。

GL 委員会に関しましては、これまで「終末期輸液」「苦痛緩和のための鎮静」「消化器症状」「呼吸器症状」の4つのGLの作成に従事してきました。今期は消化器症状GL改訂作業部長ならびに本学会から推薦いただいた日本癌治療学会・ガイドライン評価委員としての活動を通して、現場に役立つGLの作成と普及を行っていきます。

利益相反に関しましては、昨今、役員、委員会活動、研究活動など様々な局面において透明性が求められています。下山委員長の指揮のもと、円滑な活動を目指したいと考えております。

今後ともご指導ご鞭撻のほど、どうぞよろしくお願いいたします。

Journal Club

腫瘍医のコミュニケーションの3つの要素の医師への信頼感に対する効果：臨床能力を示すこと、真実を話すこと、共感的態度で接すること

東北大学大学院 緩和ケア看護学分野 佐藤 一樹

Hillen MA, de Haes HC, Stalpers LJ, Klinkenbijn JH, Eddes EH, Butow PN, van der Vloodt J, van Laarhoven HW, Smets EM. How can communication by oncologists enhance patients' trust? An experimental study. *Ann Oncol.* 2014 Apr;25 (4):896-901.

【目的】

がん患者が医師を信頼できることはコミュニケーションや意思決定の促進につながるが、医師のどのようなコミュニケーション方法が医師への信頼感に貢献するかは明らかでない。腫瘍医のがん患者に対するコミュニケーションに関する3つの要素（臨床能力を示すこと、真実を話すこと、共感的態度で接すること）による医師への信頼感の患者評価に対する効果を検証する。

【方法】

腫瘍医と大腸がん患者での治療選択に関するコミュニケーションについて、腫瘍医の臨床能力、真実を話すこと、共感的態度の有無による2×2×2=8種のコミュニケーション法での仮想の面談ビデオを作成した。がん患者345名は無作為に割り付けられた2つの面談ビデオを視聴し、各ビデオの視聴後に医師への信頼感を評価した。

【結果】

腫瘍医の臨床能力 ($\beta = 0.17$, 95% CI 0.08, 0.27; $P < 0.001$)、真実を話すこと ($\beta = 0.30$, 95% CI 0.20, 0.40; $P < 0.001$)、共感的態度 ($\beta = 0.36$, 95% CI 0.26, 0.46; $P < 0.001$) の3つのコミュニケーション要素のいずれも有意に患者の医師への信頼感を増加させた。真実を話すことと共感的態度は、患者の手術成功への期待感の高さや医師を他者に薦めたいという認識にも関連していた。

【結論】

医師が自身の臨床能力を示すこと、真実を語ること、共感的態度で接することを高めたコミュニケーションを行うことにより、医師への信頼感の患者評価の向上につながった。特に、共感的態度がもっとも信頼感と関連した。これらはコミュニケーション・スキル・トレーニングや実臨床に直接応用できる知見である。

【コメント】

本研究は治療選択の場面でのコミュニケーション方法に関する研究であり、この知見がそのまま他のコミュニケーション場面でも適用できるとは限らない。また、医師のコミュニケーション・スタイルを患者がどのように受け取るかには個人差があり、個々の患者の望むコミュニケーション方法を柔軟に取り入れる必要がある。さらに、患者の医師への信頼感には、年齢などの患者背景要因や疾患・治療に関する要因、医師とのこれまでの関係・コミュニケーションなど様々な要因が関係すると考えられる。緩和ケア場面での適用には限界が多いが、本研究の知見（その治療の効果や医師の能力を示すこと、真実を話し率直なコミュニケーションを行うこと、患者に対し共感的態度で接すること）を応用してみる価値は十分にあるであろう。

地域ベースの専門的緩和ケアチームによる死亡前2週間の入院とICU利用、病院死亡に対する効果：カナダの後ろ向きコホート調査

東北大学大学院 緩和ケア看護学分野 菅野 雄介

Seow H, Brazil K, Sussman J, Pereira J, Marshall D, Austin PC, Husain A, Rangrej J, Barbera L. Impact of community based, specialist palliative care teams on hospitalisations and emergency department visits late in life and hospital deaths: a pooled analysis. *BMJ*. 2014 Jun 6;348:g3496.

【目的】

地域ベースの専門的緩和ケアチームによる介入効果が9つの無作為化比較試験で示されている。しかし、これらは、専門的緩和ケアチームの構成や規模によって効果の違いが推察されるが調べられていない。従って、本研究の目的は、チームの構成や規模が異なる11の地域ベースの専門的緩和ケアチームによる介入効果を後ろ向きコホート調査により明らかにすることである。

【方法】

対象者は、カナダのオンタリオ州で2009年-2011年に11の地域ベースの専門的緩和ケアチームからケアを受けた患者3,109名と、傾向スコアによりマッチングを行い、同地域で通常の在宅ケアを受けた患者3,109名とした。専門的緩和ケアチームは、構成人数や対象地域により様々であるが、緩和ケア医、看護師、家庭医で中心に構成され、役割は、症状緩和、教育やケアの提供、サービスの調整を行い、24時間終日対応可能であった。主要評価項目は、患者の1)死亡前2週間の病院利用と2)死亡前2週間のICU利用、または3)病院での死亡とした。

【結果】

専門的緩和ケアチームからケアを受けた患者は、通常の在宅ケアを受けた患者と比較し、死亡前2週間の病院利用で低く(31.2% vs 39.3%, $P<0.001$; 相対リスク 0.68, 95% CI 0.61-0.76)、死亡前2週間のICU利用で低く(28.9% vs 34.5%, $P<0.001$; 相対リスク 0.77, 95% CI 0.69-0.86)、病院死亡で低かった(16.2% vs 28.6%, $P<0.001$; 相対リスク 0.46, 95% CI 0.40-0.52)。

【結論】

チームの構成や規模が異なるにもかかわらず、地域ベースの専門的緩和ケアチームの介入効果が示された。

【コメント】

本研究はコホート研究により、地域ベースの専門的緩和ケアチームの介入効果を検討した。本研究の優れた点は、チームの構成や規模が様々な専門的緩和ケアチームを対象とし、よりreal worldに近い状況で介入効果を示すことができた点である。今回、介入群と非介入群は傾向スコアにより調整されているが、介護状況やsocialサポートに関しては調整されていないため、更なる検討が期待される。

進行がん患者に対する早期からの緩和ケアに関する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 竹内 真帆

Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leighl N, Oza A, Moore M, Rydall A, Rodin G, Tannock I, Donner A, Lo C. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2014 May 17;383(9930):1721-30.

【目的】

進行がん患者はQOLが低く、それは終末期に近づくにつれてさらに低下していく傾向にある。本研究は、早期からの緩和ケアの介入は標準的治療と比べて、QOLの改善、症状のコントロール、ケアに対する満足感、医療者との良好な関係に関連すると仮定し、早期からの緩和ケアが進行がん患者の多面的なQOLに与える影響について調査した。

【方法】

カナダのオンタリオ州のがんの診療所24施設を施設規模や治療がん種(肺・胃腸・泌尿器・乳腺・婦人科)に基づき、コンピュータによって、早期からの緩和ケアを受ける介入群と標準的治療をうける対照群に1:1の比率に層別無作為化した。患者の適格基準は、進行がん患者であること、Eastern Cooperative Oncology Groupのperformance statusが0-2であること、推定予後が6-24か月であること

であった。QOL(Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being [FACIT-Sp]と Quality of Life at the End of Life QUAL-E)、症状 (Edmonton Symptom Assessment System [ESAS])、ケアに対する満足度 (FAMCARE-P16)、医療者との関係性 (Cancer Rehabilitation Evaluation System Medical Interaction Subscale [CARE-MIS])について、ベースラインと以後1か月毎に4か月、それぞれの尺度を用いて評価した。主要エンドポイントは3か月時点における FACIT-SP のスコアの変化、副次エンドポイントは4か月時点における FACIT-SP のスコアの変化に加えて3か月および4か月時点での他の尺度のスコアの変化に両群で違いがみとめられること、とした。

【結果】

ベースライン時点では461名(介入群228名、対照群233名)が参加し、393名が最低1回のフォローアップ評価をうけた。3か月時点では、FACIT-Spにおいて両群に有意な差はみとめられなかったが(3.56[95% CI -0.27-7.40], p=0.07)、QUAL-E(2.25 [0.01-4.49],p=0.05)、FAMCARE-P16(3.79 [1.74-5.85], p=0.0003)には有意な差がみとめられた。ESAS(-1.70[-5.26-1.87],p=0.33)、CARE-MIS(-0.66[-2.25-0.94], p=0.40)には有意な差はみとめられなかった。4か月時点では、CARE-MIS以外の全ての評価で両群に有意な差が認められた。

【結論】

主要エンドポイントではQOLに有意な差が認められなかったが、本研究は進行がん患者における早期からの緩和ケアを支持する結果を示した。

【コメント】

がん患者に対する早期からの緩和ケアは重要であるという認識は広まっているものの、十分に実践されているとはいえない。QOLの向上は緩和ケアの大きな目標のひとつであり、緩和ケア領域では、方法論的困難さから、RCTが少ない中で、本研究は貴重な結果を提示したといえる。本研究データからのコスト分析も進行中であるとのことから、その結果から得られる経済的意味づけについても今後期待したい。

Journal Club

がん診断後に起こる自殺死や外因死に関する前向き研究

東北大学大学院 緩和ケア看護学分野 杉沢 真衣

Yamauchi T, Inagaki M, Yonemoto N, Iwasaki M, Inoue M, Akechi T, Iso H, Tsugane S; on behalf of the JPHC Study Group. Death by suicide and other externally caused injuries following a cancer diagnosis: the Japan Public Health Center-based Prospective Study. *Psychooncology*. 2014 Apr 8. doi: 10.1002/pon.3529.

【目的】

がん患者において、がんの診断から1年以内に生じる自殺や外因死の頻度が高いことは、いくつかの論文で報告されている。しかし、アジア諸国における報告はほとんどされていない。そこで、本研究では、がんと初めて診断された人と自殺やその他の外因死との関連を調査することを目的とした。

【方法】

本研究は、多目的コホート研究(JPHC研究)において収集されたデータから行われた。期間は、1990年から2010年の20年間、約10万3000人を追跡調査した。自殺による死亡は国際疾病分類第10版(ICD-10)コードX60-X84、外因による死亡はICD-10コードY10-Y34と定義した。フォローアップは、各地域の住民基本台帳の閲覧と保健所から得られるデータより行い、がん患者の抽出は各地域の主要な病院からの通知届と地域がん登録の情報により行われた。

【結果】

追跡期間中に、がんの発症が確認された人は11,187人で、そのうち34人が自殺し、その他の外因死は32人であった。

自殺に関しては、がんの診断後1年以内の人のリスクは、がんの発症がなかった人に対して23.9倍であったが、1年以上では1.1倍とがんの発症がなかった人とあまり変わらなかった。

他の外因死に関しても、がんの診断後1年以内の人のリスクは、がんの発症がなかった人に対して18.8倍であったが、1年以上では1.2倍であった。

【結論】

がんと診断後1年以内の自殺や外因による死亡のリスクは、がんの発症がない集団よりも高かった。がんの診断は、致命的な転帰となるリスクを高める可能性があり、重大な意味をもつ体験である。

【コメント】

がんの診断から1年以内の患者は、がんの発症がない人と比べて、自殺・外因死のリスクは20倍ほ

ど高いことが明らかとなった。この自殺リスクは他国のデータと比較すると非常に高いが、1年間の自殺者が13人と少なかったことが影響していることも考えられる。

がん診断時には、ショックや将来への悲観、治療のつらさ、それに伴う仕事や家庭の役割、収入の変化が予測される。実際に治療による身体的・心理的

苦痛の増強や、身体機能の低下もあり、抑うつも少なくない。わが国のがん対策では「診断時からの緩和ケア」が重点的な目標に掲げられており、診断時の患者の気持ちのつらさの緩和も身体症状などと同様に重要な課題とされている。本研究からも、診断後の患者への心のケアは治療への支援とともに大切なケアと位置づけられ、充実が望まれる。

学会 印象記

時速 303 キロで駆け付けた 学会—第 8 回欧州緩和ケア 学会 (8th World Research Congress of the European Association for Palliative Care) 学術集会に参加して

千葉県立保健医療大学 安部 能成

成田からイスタンブール経由で約 30 時間、ようやく飛行機はスペインの首都マドリードに到着。空港から路線バスでアトーチャ駅に移動し、スペインご自慢の REF (日本の新幹線に似た高速列車) で学会場のあるリエイダ (Lleida) に向かう。「ずいぶん飛ばすな」と思ったら、列車内の速度計は時速 303 km を示していた。お陰様で約 2 時間でリエイダ新駅に到着。

ここから学会場のコンGRESSセンターまでは徒歩 5-6 分なのだが、まだ大会前日の午後である。駅前広場に待ち構えていた EAPC デスクの女性たちに道順を教わり、宿舎として選択したリエイダ大学の学生寮に向かった。何も難しいことはない。駅前の大通りをまっすぐに進み、大きな橋を渡ってセグレ (Segre) 川沿いに 10 分も歩くと、左手に現れた一番大きな建物が目指す学生寮であった。

6 月 5 日 (木曜日) ~ 6 月 7 日 (土曜日) までの 3 日間の会期に、招請講演: 33、プレナリーセッション: 3 (5 演題)、口演: 90、ポスター: 444、この他に新しい試みとして印刷のみの抄録: 187 の各形式により、総数 769 演題が発表された。参加した会場では、発表者と参加者の距離が近く、かつ、活発な話し合いが印象的であった。

学会長に問い合わせたところ、参加者は 1,100 人であり、世界の 53 の国と地域から参集しており、

アフリカ、北・南米、豪州、アジアにまで及ぶ。国別でみると、最大多数は英国 (UK) からで 151 人、地元のスペインは 71 人で第 3 位。ちなみに、日本からは 28 人の参加者があった。

学術発表の充実は当然であるが、オープニング・セレモニーでは地元の演劇が上演され、聴衆から拍手喝采を浴びていた。歓迎パーティーでは地元リエイダのワインや料理がふるまわれ、楽しい雰囲気の中で世界各地から集まった緩和ケアの仲間たちが新たな友人を得ることができた。また、リエイダのあるカタルーニャ地方の祭りの出し物である人間タワーに学会参加者が加わったり、リエイダのシンボルである古いお城を会場にしたクラシックのコンサートもあり、日々の業務の疲れが癒されるプログラムも用意されていた。

次回の EAPC は 2015 年 5 月 8 日 ~ 11 日にデンマークのコペンハーゲンで、第 9 回の学術集会は 2016 年 6 月 9 日 ~ 11 日にアイルランドのダブリンで開催されることがアナウンスされた。得るものが大きいので、参加する価値は大いにあると思われる。

学会 印象記

第 19 回日本緩和医療学会 学術大会印象記

あそかビハーラ病院 緩和ケア内科 岡本 宗一郎

6 月 19 日 ~ 21 日と神戸国際展示場及び神戸ポートピアホテルにて開催された、第 19 回緩和医療学会学術大会に参加させていただきました。

私は、この春より京都市にある、あそかビハーラ病院に就職いたしました。緩和ケア医として歩み始めたばかりの 3 年目の医師です。その為、本学会に参加するのは初めてであり、日本における緩和ケアの現状と今後の展望などが分かればな、という

心持ちで会場に足を運びました。

仕事の兼ね合いで、20日の午後から参加いたしました。その日は、せん妄に関しての講演を受けました。終末期におけるせん妄対策は、現段階の医療においても対処に困る問題の一つです。この講演では、診断方法から薬物的・非薬物的治療の介入などについて、演じられました。ただし、せん妄予防や低活動型せん妄に関しては、いまだエビデンスのある治療や予防法に乏しく、臨床現場では手探り状態であることが印象的でした。今後の研究が待たれる分野の一つではないでしょうか。

21日は、朝からどれも魅力的な講演ばかりであり、どれに出席するか悩ましい限りでした。出席した講演で特に印象を受けたのは橋本智貴先生の医療用麻薬以外のオピオイドの使い方、トラマドールに関しての講演でした。癌性疼痛の多くは神経障害性疼痛を含んでいます。トラマドールにはSNRI作用があり、鎮痛補助剤としての側面を持つことが知られているため、当院では最初に使用するオピオイドという位置づけで多くの患者に使用しております。恥ずかしい限りですが、鎮痛補助剤として裏付ける論文までは目を通しておりませんでした。今回講演を拝聴し、より一層理解が深まったと感じております。

また午後には、明日から使える症状緩和のコツにも参加させて頂きました。かゆみやしゃっくりなど、患者にとって苦痛になるが中々対処に困る症状に対してのパールがちりばめられていました。また演者の先生方の臨床現場から、臨床研究や症例発表を行う情熱を生で感じることができ大変刺激的でした。

新しく緩和医療に携わり始めた者として、今回の学会は自分たちが行っている医療の位置を再確認することができ、今後の課題に気付くことができた学会でした。ここで学んだことを、いま関わっている患者、そしてこれから関わることになる未来の患者に役立てたいと思います。

学会
印象記

第19回日本緩和医療学会 学術大会印象記

あそかビハーラ病院緩和ケア内科
/ 昭和大学江東豊洲病院消化器センター外科
小城原 傑

第19回日本緩和医療学会学術大会（以下、学会）が2014年6月19日、20日、21日の3日間に渡り、

神戸で開催された。メインテーマは「これでいいのだ!」として、学会を赤塚不二夫氏のバカボンのパパ達がバックアップして盛り上げに華を添えてくれた。

筆者は医師4年目である。今回6度目の参加で20・21日と2日間に渡って神戸の地で様々な学びを得た。筆者は昨年10月より、東京・豊洲の大学病院から国内留学という立場で、京都・城陽市にあるあそかビハーラ病院での専従ホスピス医としての道を歩き始めた。学生時代より本学会に度々参加させていただき、緩和ケア医としての思いや熱意を燃え上がらせていただけた立場から、ようやく自分が医師として臨床の場で、熱く滾らせていた緩和ケアへの情熱を患者・家族のために向けることができるようになった。その嬉しさを噛みしめながら、学会場では自分と意思を共にする医師・看護師・医療者の方がこれだけ多くいるのだと、改めて感じる事ができた。今回参加したセッションで特に印象に残るのは認知症緩和ケアのシンポジウムである。緩和ケア領域でのコミュニケーションスキルだけでなく、認知症ケアのコミュニケーションツールも様々な角度から体系化されていることを知った。今後、日本はますます高齢化が進むため、特に緩和ケアの領域では認知症患者に出会うことが多くなる。その中で今回の学びを活かしていければと思う。

緩和ケアでは多くの苦悩や困難、壁に遭遇することが少なくないと思う。それは症状コントロールであり、患者・家族のスピリチュアルなことであったりと多岐に渡る。今回の学会でも様々なケースの報告・発表があった。ただ、それを知ること、困難に直面した時に自身のチームの和を越えて、学会に参加している多くの方々と患者家族のためにこれだけ悩んでいるんだ、という共有の思いがあることを強く感じられた。

また明日からの緩和ケアを熱い思いで邁進していく原動力の一つになった。

学会
印象記

第19回日本緩和医療学会 学術大会印象記

東北労災病院 薬剤部・緩和ケアチーム
熊谷 史由

第19回日本緩和医療学会学術大会が、2014年6月19日から21日の3日間にわたり、神戸で開催さ

れた。大会長である齊藤洋司・島根大学教授が掲げるメインテーマは「これでいいのだ!」であり、患者やその家族が残された大切な時間を「これでいいのだ!」と実感できるように支えたいという思いが感じられる学術大会であった。

そのテーマをよく表していると思われたシンポジウム「多職種サポーターチームの現状と展望」を紹介したい。筆者にとっては、チーム医療におけるリーダーシップ、コーディネート力の重要性に関して考察するよい機会となった。特に、市立秋田総合病院 菊地香織看護師の「多職種サポーターケアチームと病棟間の連携」に関する講演では、がん終末期の積極的なケアを行えないときは患者を全人的アセスメントし、その患者の最善策は何なのかを多職種で関わり、目標を設定する必要があることを再認識した。チーム医療では、患者やその家族を中心に、医師や看護師、薬剤師など多職種とのよりよい関係が求められているが、現状は他職種とは情報共有する時間が少ないことが問題である。円滑なチーム医療を行うには、各職種が個々の意見や立場を言い募るのではなく、お互いを尊重し他者の考え方を理解することが必要であり、最終的に患者にとって「これでいいのだ!」という結論を出すことが目標である。それを実践するには、各職種間の調整を行えるコーディネーターの存在が非常に大切であることを、シンポジウムを通して痛感した。当院での緩和ケアチームのコーディネーターは看護師であるが、筆者もチームの一員としてチーム活動をサポートしていきたいと思う。

筆者にとって本学会への参加は3回目となったが、今年も緩和医療における新しい知識、技術、態度を学ぶことや他施設の参加者との交流もできて有意義な時間を持つことができた。さらなる研鑽を積み、よりよい緩和医療を提供できるよう頑張っていきたい。

学会
印象記

第19回日本緩和医療学会 学術大会印象記

甲府共立病院 外科・緩和ケアチーム 長田 忠大

6月19日より21日まで、神戸で開催されました第19回日本緩和医療学会学術大会に参加しました。当院から、医師、認定看護師、作業療法士、臨床心理士ら総勢7名（内ポスター発表3名）の参加でし

た。初日は、第17回日本緩和医療学会教育セミナーに出席しました。全ての講義が興味深く勉強になりました。中でも「心不全の緩和ケア」の講義をされた大石醒悟先生の講演では、心不全の症状緩和のために多職種連携のチーム活動が始まり、成長していく過程までを聞くことが出来てすばらしかったです。大会プログラムの中では近藤克則先生が講演された「IL4 緩和ケアにおける課題と多面的・多角的・多重的評価の必要性」が特に印象に残りました。更なる高齢化・多死社会に向かう日本で、「効果だけではない効率や公正などを含む多面的な視点、医療者だけでなく他職種や家族の立場を含む多元的な視点、臨床に加えシステムレベルを含む多重レベルの長期的な視点の件について考えることが不可欠である」との先生のご講演に大変感銘を受けました。他のプログラムでも演者の先生のお話はどれも参考になるものばかりでした。ポスター発表では、発表者とは研究内容、抄録提出、ポスター制作まで相談し協力しながら準備してきました。直前まで表現がまとまらず苦勞もしましたが、演者が伝えたいことは何とか表現できたと思っています。発表終了後にチーム全員で写真を撮りました。その写真を自分のパソコンの壁紙にして、こうして写真の中のチームメンバーの笑顔を眺めていると、この大会のテーマである「これでいいのだ」と言葉が自然に浮かびます。新たな出会いもありましたし、普段お話しすることのできない先生方にもお声をかけて頂きました。今回の大会を通じて、私だけでなくチームメンバーそれぞれが学習し、成長する機会を得ることができたと思います。このような素晴らしい大会を準備して頂いた齊藤洋司大会長はじめ関係者の皆様、並びにこのような執筆の機会を与えて頂いた中島信久先生に感謝の気持ちを込めまして学会印象記とさせていただきます。

学会
印象記

第19回日本緩和医療学会 学術大会

「これでいいのだ!」とスピリチュアルケア

高知厚生病院 山口 龍彦

抄録集の表紙には「これでいいのだ!」と断言するバカボンのパパ。セッションの開始にはバカボンのテーマ曲がフランス語で流れるエスプリ。「これ

でいいのだ！」という大変珍しい大会テーマのもと第19回目の緩和医療学会学術大会が開催された。

「これでいい」と立ち止まってしまっただけは置いてけぼりを食ってしまう今の世に、何がこれでいいのだろうとつい考えてしまうが、このテーマは、シシリー・ソンドースのいう「You matter because you are you. (あなたはまさにあなたであるから大切なのです)」に通じているものとして理解した。

ホスピスで大切にしていることは、人が人として尊ばれること(=尊厳)であるが、ある意味「これでいいのだ！」とその方をそのまま受け入れることではなかろうか。

それは、言葉で言うのは簡単だが、実際にはそれほど簡単なことではない。生まれも育ちも違う。体格も年齢も性別も違う。性格も違う。趣味や嗜好も違う。社会的役割も違えば、立場も違う。半身不随の人、失語の人、四肢麻痺で拘縮して横たわっている人、認知症の人、せん妄状態の人、時には暴言や暴力を振るうなど、社会人としての常識的態度が取れなくなった人もいて、バカボンのパパのごとくすべての人を「これでいいのだ！」とそのまま受け入れることは、自分の器を何倍にも大きくしなければ

難しい。

それでも、私たちは何とかその人を大切にしたいと思う。その理由は何だろうか。人間の尊厳の源はどこにあるのだろうか。

シシリー・ソンドースは「You matter to the last moment of your life (あなたはあなたの人生の最後の瞬間まで大切です)」と続けているが、これはその人が他の人や社会のために役立つかどうかに関わりなく、存在そのものが大切であるとの表明でもあろう。

一人ひとりの存在がそれぞれに尊厳ある存在である根拠は何なのか。医学にも科学にも答えはない。ただ、「私たち一人ひとりが仏神によって創られた尊い魂だから。」という答えしか私は知らない。これは、信仰であって、その大切な魂のお世話をスピリチュアルケアというのである。

患者のほんとうの姿は、病に蝕まれ、思い通りに動かなくなった身体ではない。ほんとうのあなたそして私は、魂という永遠の旅人なのだ。「これでいいのだ！」とバカボンのパパが宣言しているのは一人ひとりの人間の尊厳を大切にできる心でもあるのだらう。

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 (2014年3月～2014年5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、竹内 真帆、菅野 雄介)

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. 2014;370(10-22)】

なし

【Lancet. 2014; 383(99919-9932)】

1. 高齢者のせん妄に関するレビュー

Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. Lancet. 2014;383(9920):911-22.

2. 進行がん患者に対する早期緩和ケアによる QOL や症状などに対する効果に関するクラスター無作為化比較試験

Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leighl N, Oza A, Moore M, Rydall A, Rodin G, Tannock I, Donner A, Lo C. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2014;383(9930):1721-30.

【Lancet Oncol. 2014;15(3-6)】

なし

【JAMA. 2014;311(9-20)】

3. 慢性疼痛に対する鍼治療のレビュー

Vickers AJ, Linde K. Acupuncture for chronic pain. JAMA. 2014;311(9):955-6.

4. 介護負担感に関するレビュー

Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: a clinical review. JAMA. 2014;311(10):1052-60.

5. 在宅緩和ケアの通常ケアと比較した利点と費用対効果のレビュー

Gomes B, Calanzani N, Higginson IJ. Benefits and costs of home palliative care compared with usual care for patients with advanced illness and their family caregivers. JAMA. 2014;311(10):1060-1.

【JAMA Intern Med. 2014;174(3-5)】

6. 入院高齢者の代理意思決定と受けた医療

Torke AM, Sachs GA, Helft PR, Montz K, Hui SL, Slaven JE, Callahan CM. Scope and outcomes of surrogate decision making among hospitalized older adults. JAMA Intern Med. 2014;174(3):370-7.

7. 8項目の簡易症状スケール Somatic Symptom Scale (SSS-8) の一般市民を対象とした妥当性検証

Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, Spangenberg L, Zenger M, Brahler E, Lowe B. The somatic symptom scale-8 (SSS-8): a brief measure of somatic symptom burden. JAMA Intern Med. 2014;174(3):399-407.

8. 米国の営利型ホスピスの特徴 (NHPCO による全国調査)

Aldridge MD, Schlesinger M, Barry CL, Morrison RS, McCorkle R, Hurzeler R, Bradley EH. National hospice survey results: for-profit status, community engagement, and service. JAMA Intern Med. 2014;174(4):500-6.

9. 米国での終末期腎疾患高齢者に対する貧血治療の 1995 ~ 2010 年の変化

Winkelmayer WC, Mitani AA, Goldstein BA, Brookhart MA, Chertow GM. Trends in anemia care in older patients approaching end-stage renal disease in the United States (1995-2010). JAMA Intern Med. 2014;174(5):699-707.

10. 疼痛に対するオピオイド処方パターンと過剰服用による死亡リスク

Gwira Baumblatt JA, Wiedeman C, Dunn JR, Schaffner W, Paulozzi LJ, Jones TF. High-risk use by patients prescribed opioids for pain and its role in overdose deaths. JAMA Intern Med. 2014;174(5):796-801.

【BMJ. 2014;348(7947-7960)】

11. 緩和的化学療法の実施の有無と死亡前の延命治療の実施や死亡場所との関連: 前向きコホート研究 (Coping with Cancer study)

Wright AA, Zhang B, Keating NL, Weeks JC, Prigerson HG. Associations between palliative chemotherapy and adult cancer patients' end of life care and place of death: prospective cohort study. BMJ. 2014;348:g1219.

【Ann Intern Med. 2014;160(5-10)】

12. せん妄の重症度の簡便な評価尺度 CAM-s の妥当性の検証

The CAM-S: development and validation of a new scoring system for delirium severity in 2 cohorts
Inouye SK, Kosar CM, Tommet D, Schmitt EM, Puelle MR, Saczynski JS, Marcantonio ER, Jones RN. The CAM-S: development and validation of a new scoring system for delirium severity in 2 cohorts. Ann Intern Med. 2014;160(8):526-33.

【J Clin Oncol. 2014; 32(7-15)】

13. 小児がん患者での心的外傷と精神的成長

Phipps S, Klosky JL, Long A, Hudson MM, Huang Q, Zhang H, Noll RB. Posttraumatic stress and psychological growth in children with cancer: has the traumatic impact of cancer been overestimated? J Clin Oncol. 2014;32(7):641-6.

14. 米国の腫瘍医のバーンアウトと職務満足

Shanafelt TD, Gradishar WJ, Kosty M, Satele D, Chew H, Horn L, Clark B, Hanley AE, Chu Q, Pippen J, Sloan J, Raymond M. Burnout and career satisfaction among US oncologists. J Clin Oncol. 2014;32(7):678-86.

15. 米国の退役軍人病院での大腸がん患者に対する支持療法の質に関する患者評価

van Ryn M, Phelan SM, Arora NK, Haggstrom DA, Jackson GL, Zafar SY, Griffin JM, Zullig LL, Provenzale D, Yeazel MW, Jindal RM, Clauser SB. Patient-reported quality of supportive care among patients with colorectal cancer in the Veterans Affairs Health Care System. J Clin Oncol. 2014;32(8):809-15.

16. 非小細胞肺癌での少量胸水と予後の関係
Ryu JS, Ryu HJ, Lee SN, Memon A, Lee SK, Nam HS, Kim HJ, Lee KH, Cho JH, Hwang SS. Prognostic impact of minimal pleural effusion in non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol*. 2014;32(9):960-7.
17. オキサリプラチンによる感覚性神経毒性に対する Ca, Mg 静注による予防効果の第Ⅲ層無作為化比較試験
Loprinzi CL, Qin R, Dakhil SR, Fehrenbacher L, Flynn KA, Atherton P, Seisler D, Qamar R, Lewis GC, Grothey A. Phase III randomized, placebo-controlled, double-blind study of intravenous calcium and magnesium to prevent oxaliplatin-induced sensory neurotoxicity (N08CB/Alliance). *J Clin Oncol*. 2014;32(10):997-1005.
18. 乳がんサバイバーの炎症・気分・倦怠感に対するヨガの効果に関する無作為化比較試験
Kiecolt-Glaser JK, Bennett JM, Andridge R, Peng J, Shapiro CL, Malarkey WB, Emery CF, Layman R, Mrozek EE, Glaser R. Yoga's impact on inflammation, mood, and fatigue in breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2014;32(10):1040-9.
19. 放射線療法中の乳がん患者での QOL に対するヨガの効果に関する無作為化比較試験
Chandwani KD, Perkins G, Nagendra HR, Raghuram NV, Spelman A, Nagarathna R, Johnson K, Fortier A, Arun B, Wei Q, Kirschbaum C, Haddad R, Morris GS, Scheetz J, Chaoul A, Cohen L. Randomized, controlled trial of yoga in women with breast cancer undergoing radiotherapy. *J Clin Oncol*. 2014;32(10):1058-65.
20. 乳がんサバイバーの長期的な経済負担に関するコホート調査
Jagsi R, Pottow JA, Griffith KA, Bradley C, Hamilton AS, Graff J, Katz SJ, Hawley ST. Long-term financial burden of breast cancer: experiences of a diverse cohort of survivors identified through population-based registries. *J Clin Oncol*. 2014;32(12):1269-76.
21. サバイバーシップケアプランに関する腫瘍医とかかりつけ医の認識
Blanch-Hartigan D, Forsythe LP, Alfano CM, Smith T, Nekhlyudov L, Ganz PA, Rowland JH. Provision and discussion of survivorship care plans among cancer survivors: results of a nationally representative survey of oncologists and primary care physicians. *J Clin Oncol*. 2014;32(15):1578-85.

【Ann Oncol. 2014; 25(3-5)】

22. BRAF 変異のある進行期メラノーマ患者の QOL に対する新規 MEK 阻害剤 trametinib の効果に関する無作為化比較試験：METRIC study
Schadendorf D, Amonkar MM, Milhem M, Grotzinger K, Demidov LV, Rutkowski P, Garbe C, Dummer R, Hassel JC, Wolter P, Mohr P, Trefzer U, Lefeuvre-Plesse C, Rutten A, Steven N, Ullenhag G, Sherman L, Wu FS, Patel K, Casey M, Robert C. Functional and symptom impact of trametinib versus chemotherapy in BRAF V600E advanced or metastatic melanoma: quality-of-life analyses of the METRIC study. *Ann Oncol*. 2014;25(3):700-6.
23. 悪い知らせの伝え方：ドイツでの SPIKES プロトコルの評価
Seifart C, Hofmann M, Bar T, Riera Knorrenschild J, Seifart U, Rief W. Breaking bad news-what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany. *Ann Oncol*. 2014;25(3):707-11.
24. 腫瘍医のコミュニケーション法による医師への信頼感の患者評価への効果
Hillen MA, de Haes HC, Stalpers LJ, Klinkenbijn JH, Eddes EH, Butow PN, van der Vloodt J, van Laarhoven HW, Smets EM. How can communication by oncologists enhance patients' trust? An experimental study. *Ann Oncol*. 2014;25(4):896-901.
25. 不安と抑うつに関する 1 項目でのスクリーニングと HADS による評価との一致度
Mackenzie LJ, Carey ML, Sanson-Fisher RW, D'Este CA, Paul CL, Yoong SL. Agreement between HADS classifications and single-item screening questions for anxiety and depression: a cross-sectional survey of cancer patients. *Ann Oncol*. 2014;25(4):889-95.

【Eur J Cancer. 2014;50(4-8)】

なし

【Br J Cancer. 2014;110(5-10)】

なし

【Cancer. 2014;120(1-4)】

26. がんサバイバーケアをかかりつけ医が担うことに関する腫瘍医・看護師の認識
Salz T, McCabe MS, Onstad EE, Baxi SS, Deming RL, Franco RA, Glenn LA, Harper GR, Jumonville AJ, Payne RM, Peters EA, Salner AL, Schallenkamp JM, Williams SR, Yiee K, Oeffinger KC. Survivorship care plans: Is there buy-in from community oncology providers? *Cancer*. 2014;120(5):722-30.

27. 低 Na 血症のある入院がん患者のトルバプタン投与の有効性と安全性：二重盲検プラセボコントロール比較試験
Salahudeen AK, Ali N, George M, Lahoti A, Palla S. Tolvaptan in hospitalized cancer patients with hyponatremia: A double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial on efficacy and safety. *Cancer*. 2014;120(5):744-51.
28. 臨床試験での疼痛緩和の測定方法：FDA の見解
Basch E, Trentacosti AM, Burke LB, Kwitkowski V, Kane RC, Autio KA, Papadopoulos E, Stansbury JP, Kluetz PG, Smith H, Justice R, Pazdur R. Pain palliation measurement in cancer clinical trials: The US Food and Drug Administration perspective. *Cancer*. 2014;120(5):761-7.
29. 脊椎転移の外科療法の効果に関する無作為化比較試験：2000-2010 年のコホート研究
Kelly ML, Kshetry VR, Rosenbaum BP, Seicean A, Weil RJ. Effect of a randomized controlled trial on the surgical treatment of spinal metastasis, 2000 through 2010: A population-based cohort study. *Cancer*. 2014;120(6):901-8.
30. がん患者遺族の QOL・精神健康と終末期の状況の関連 (Coping with Cancer study)
Garrido MM, Prigerson HG. The end-of-life experience: Modifiable predictors of caregivers' bereavement adjustment. *Cancer*. 2014;120(6):918-25.
31. 前立腺がん患者の治療前の機能障害と治療後の併存疾患スコアとの関連
Resnick MJ, Barocas DA, Morgans AK, Phillips SE, Chen VW, Cooperberg MR, Goodman M, Greenfield S, Hamilton AS, Hoffman KE, Kaplan SH, Paddock LE, Stroup AM, Wu XC, Koyama T, Penson DF. Contemporary prevalence of pretreatment urinary, sexual, hormonal, and bowel dysfunction: Defining the population at risk for harms of prostate cancer treatment. *Cancer*. 2014;120(8):1263-71.
32. 進行乳がんでの漢方処方と生存期間延長の関連：台湾の保健医療データの分析
Lee YW, Chen TL, Shih YR, Tsai CL, Chang CC, Liang HH, Tseng SH, Chien SC, Wang CC. Adjunctive traditional Chinese medicine therapy improves survival in patients with advanced breast cancer: a population-based study. *Cancer*. 2014;120(9):1338-44.
33. 白血病と診断された小児の 1 年間での不安・抑うつと推移
Myers RM, Balsamo L, Lu X, Devidas M, Hunger SP, Carroll WL, Winick NJ, Maloney KW, Kadan-Lottick NS. A prospective study of anxiety, depression, and behavioral changes in the first year after a diagnosis of childhood acute lymphoblastic leukemia: a report from the Children's Oncology Group. *Cancer*. 2014;120(9):1417-25.
34. がん治療に伴う粘膜障害に対する臨床診療ガイドライン (MASCC/ISOO)
Lalla RV, Bowen J, Barasch A, Elting L, Epstein J, Keefe DM, McGuire DB, Migliorati C, Nicolatou-Galitis O, Peterson DE, Raber-Durlacher JE, Sonis ST, Elad S. MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*. 2014;120(10):1453-61.
35. 頭頸部がんサバイバーの長期予後と死因
Baxi SS, Pinheiro LC, Patil SM, Pfister DG, Oeffinger KC, Elkin EB. Causes of death in long-term survivors of head and neck cancer. *Cancer*. 2014;120(10):1507-13.
36. がん死亡率の人種による格差は過去 20 年間で改善していない
Aizer AA, Wilhite TJ, Chen MH, Graham PL, Choueiri TK, Hoffman KE, Martin NE, Trinh QD, Hu JC, Nguyen PL. Lack of reduction in racial disparities in cancer-specific mortality over a 20-year period. *Cancer*. 2014;120(10):1532-9.
37. 大腸がん患者の診断前の生活習慣と予後の関係
Pelsler C, Arem H, Pfeiffer RM, Elena JW, Alfano CM, Hollenbeck AR, Park Y. Prediagnostic lifestyle factors and survival after colon and rectal cancer diagnosis in the National Institutes of Health (NIH)-AARP Diet and Health Study. *Cancer*. 2014;120(10):1540-7.
38. 血液がん患者での終末期ケアの質評価
Hui D, Didwaniya N, Vidal M, Shin SH, Chisholm G, Roquemore J, Bruera E. Quality of end-of-life care in patients with hematologic malignancies: A retrospective cohort study. *Cancer*. 2014;120(10):1572-8.
39. 男性進行がん患者のテストステロン分泌低下と症状・予後との関連
Dev R, Hui D, Del Fabbro E, Delgado-Guay MO, Sobti N, Dalal S, Bruera E. Association between hypogonadism, symptom burden, and survival in male patients with advanced cancer. *Cancer*. 2014;120(10):1586-93.

「活動報告」

「スピリチュアルなアナムネーシスの作成： 患者さんと医療従事者の内面的な力を引き 出すために医療・看護・スピリチュアルケ ア従事者のための講演会とワークショップ」



新座志木中央総合病院 薬剤師
臨床パストラルケア教育研究センター研修生 佐藤 真理子

生命が脅かされるような局面において、その経験を生き抜くことを可能にする内面的力を、いかにして患者自身ならびに医療従事者がそれぞれ引き出せるようになるか。ミュンヘン大学医学部で「医療とスピリチュアリティ講座」を担当されているエクハルド フリック教授を迎え、2014年6月8日～15日まで全国各地で講演とワークショップが開催されました。四谷で行われたワークショップは定員の倍の申し込みがあり、聖職者、医師、看護師、薬剤師、介護士、カウンセラー、大学教員、学生など多彩なメンバーが集まりました。

氏は、疾病を持ちながらも生きる力を与える機能としてスピリチュアリティを捉えようとする研究を続け、患者とその家族のスピリチュアルな痛み・叫びに答えることが、すべての医療関係者の責任であることを主張されています。今回は、参加者自身の価値観、スピリチュアリティを明確化するようなワークを丁寧に行うことに力を注がれ、クレヨンを使ったワーク、半構造化面接、ディスカッションを行いました。

心を整え、置かれた状況を受け入れ、生き抜く力はそれぞれの核にあります。氏は、スピリチュアルケアは終末期に限ったものではないこと、絶えず感受性を研ぎ澄ましておくことを勧められ、参加者は勇気や使命を胸にそれぞれの現場へと散っていきました。

今回、フリック教授を招聘したNPO法人臨床パストラルケア教育研究センターは『スピリチュアルケアの提供を保障する、日本の社会の実現』を目指しており、日本スピリチュアルケア学会専門資格認定プログラムとして承認されています。現在、センター主催の研修会が定期的に行われる他、全国で9つのブロックが活動しています。センターは更なる研修先医療機関を探していますが、同時にケアワーカー・ケアカウンセラー、あるいは職員用に院内研修ならびにワークショップを希望する医療機関・施設に広く開かれています。個人的参加を希望される方、関心のある医療機関はどうぞHPにアクセスし、問い合わせをしてみてください。

問い合わせ先；NPO法人 臨床パストラルケア教育研究センター東京本部事務所
〒158-0095 東京都世田谷区瀬田 1-28-2 HP：http://pastoralcare.jp/
TEL: 03-3700-3425 FAX: 03-3700-3427 mail:tokyo@pastoralcare.jp

委員会活動報告 オンラインジャーナル（学会誌）編集委員会から

オンラインジャーナル（学会誌）編集委員会
前委員長 宮下 光令

本ジャーナルは Rapid review and publication を目標に、公平で迅速な査読と出版を目指して活動しております。オンラインジャーナル編集委員会は平成24年8月より新体制にて活動を行っております。今後ともよろしくお願いたします。

1. Call for papers !

本誌（Palliative Care Research：日本緩和医療学会誌）は日本緩和医療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ものです。会員の皆様からの積極的な投稿をお待ちしております。

2. 2014年度学術大会で発表された演題に対して、 本誌への投稿を提案する通知について

本学会は学術集会での発表数が1,000題を超えていますが、それが論文となって発表されているものは必ずしも多くありません。優れた研究が学会発表で終わってしまい埋もれている可能性があり、大変残念です。そこで、本編集委員会では2012年度から学術集会において発表された演題のうち論文として公表された場合にわが国の緩和医療に貢献が期待されると予想されるものに対して学会誌への投稿を提案する通知を行っております。2013年度学術大会でも7月末頃までを目途に同様に行う予定です。通知が届いた方は、ぜひ学会誌への投稿をご検討ください。

投稿に関しましては以下の点にご留意ください。

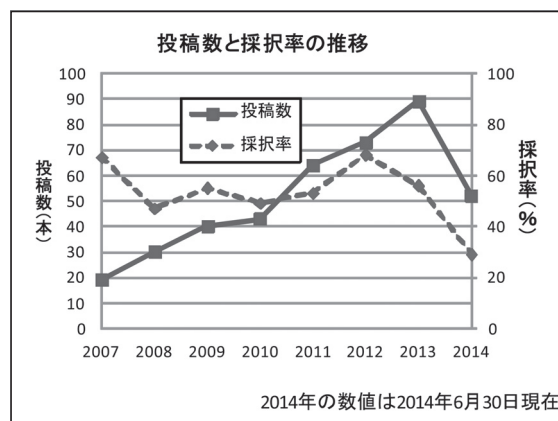
- ・2014年度学術大会発表演題に関するお手紙は、座長および学会誌編集委員から推薦された演題に対してお送りいたします。
- ・本状は投稿をご検討いただくためのお願いであり、原稿の執筆依頼ではございません。投稿された論文は通常の手続きに沿って査読を行います。査読の結果、不採択となる可能性も十分にございます。査読にあたり、本状を送付したかどうかは全く考慮されませんのでご了承ください。
- ・投稿にあたりましては投稿規定をよくお読みいた

だき、規定に沿ってご投稿ください。特に臨床試験登録に関しましてはご注意ください。

- ・本誌では昨年度より「活動報告」というカテゴリーを設けました。病院や地域における実践活動で学会員に有益であると考えられるものがございましたら是非ご投稿ください。
- ・現在の投稿の状況を見るにあたり、内容的には優れた可能性を秘めているものの、体裁などが不十分であるため不採択となったり、査読にかなりの時間を有するものがございます。投稿の経験が浅い方は、ぜひ論文投稿の経験を多く有する方に指導を受けることをお勧めいたします。
- ・投稿に際して、倫理的配慮は非常に重要とされますのでご承知ください。
- ・ご不明な点がございましたら、本誌編集室までご連絡ください。

3. 本誌の投稿数と採択率の動向について

本誌の採択率および投稿数は図のようになっております。



4. 本誌の平均査読期間について

本誌の平均査読期間につきまして以下のように集計結果をまとめました。2011年11月の投稿、査読の電子化後は大幅に査読期間が短縮されております。2014年6月30日時点では採択された論文の初回の査読回答までの期間の中央値は24日、採択までの期間の中央値は92日となっております。査読の迅速化にご協力いただいております査読者の方々および修正投稿をすぐにしていただいております投稿者の方々に御礼申し上げます。編集部では今後も

	初回査読平均日数			平均審査日数			平均公開作業日数		
	投稿日から初回査読の回答までの期間			投稿日から採択の通知をするまでの期間			採択の決定がなされてから公開までの期間		
	平均	範囲	中央値	平均	範囲	中央値	平均	範囲	中央値
2006年				216	(66-300)	236	49	(25-78)	47
2007年				227	(77-496)	193	68	(32-124)	61
2008年	102	(57-165)	97	273	(105-585)	143	59	(24-157)	51
2009年	61	(20-103)	61	169	(58-343)	157	69	(25-90)	70
2010年	65	(27-171)	56	200	(63-381)	196	80	(53-123)	76
2011年	68	(13-174)	62	214	(53-787)	163	78	(38-122)	75
2012年	43	(2-124)	34	116	(16-287)	117	79	(25-144)	81
2013年	24	(3-63)	21	94	(15-255)	64	104	(19-206)	103
2014年	25	(5-51)	24	94	(60-124)	92	75	(21-49)	85

Rapid review and publication を目指して努力いたしますので、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

5.2014年4月～2014年6月に出版された論文一覧

2014年4月1日から6月30日までに出版された論文は以下のとおりです。

原著

角甲 純, 酒井 智子. 終末期がん患者の呼吸困難に対して緩和ケア病棟の看護師が行っている非薬物療法の認識調査. Palliat Care Res 2014; 9(2): 101 - 7

今井 堅吾, 池永 昌之, 児玉 智之, 加村 玲奈, 田村 恵子, 嶽小原 恵, 高下 智子, 森田 達也. 病態に応じた制吐薬の推奨を緩和ケアチームが行うことによる、がん患者の悪心に対する効果. Palliat Care Res 2014; 9(2): 108 - 13

五十嵐 美幸, 佐藤 一樹, 清水 恵, 菅野 雄介, 菅野 喜久子, 川原 礼子, 宮下 光令. がん死亡および全死因の都道府県別自宅死亡割合と医療社会的指標の地域相関分析. Palliat Care Res 2014; 9(2): 114 - 21

志田 敏宏, 加藤 智幸, 富田 善彦, 遠藤 裕司, 豊口 禎子, 白石 正. アズレンスルホン酸ナトリウム含嗽によるエベロリムスの口内炎発現予防効果. Palliat Care Res 2014; 9(2): 122 - 27

綿貫 成明, 飯野 京子, 小山 友里江, 栗原 美穂, 市川 智里, 岡田 教子, 上杉 英生, 浅沼 智恵, 大幸 宏幸, 藤田 武郎, 鈴木 恭子, 和田 千穂子, 森美知子, 久部 洋子, 矢ヶ崎 香, 小松 浩子. 胸部食道がん術後患者の退院後の生活における困難の実態. Palliat Care Res 2014; 9(2): 122 - 27

短報

上林 孝豊, 中務 博信, 本井 真樹, 加藤 直子. 1 緩和ケア病棟における感染症に対する抗菌薬治療の実態調査. Palliat Care Res 2014; 9(2): 301-6

症例報告

小西 徹夫, 児玉 佳之, 長岡 康裕, 吉田 晴恒. 減圧目的の経皮内視鏡的胃瘻造設術により QOL 改善を認めた終末期膵がんの 1 例. Palliat Care Res 2014; 9(2): 501-5

活動報告

井原 亜沙子, 酒井 郁吉子, 水田 友子, 不破 理映,

軽部 太一, 濱口 まどか, 瀬野 佳奈子, 大湊 梨菜, 岡田 綾佳, 趙 斌, 中田 博, 元吉 誠. 医療チームによるサポートシステムの構築に向けて—カペシタピン療法を受ける患者への電話・面談サポート. Palliat Care Res 2014; 9(2): 901-5

首藤 智美, 清松 美枝子, 首藤 真理子. 緩和ケア病棟入院中の患者に対する「心を支える食事」の提供を目的とした専門チームの活動について. Palliat Care Res 2014; 9(2): 906-9

伊藤 浩明. 「ホスピス機能を有する急性期緩和ケア病棟」への模索 —緩和ケア病棟開設3年間の活動経過と結果. Palliat Care Res 2014; 9(2): 910-14

越智 拓良, 中橋 恒, 西久保 直樹, 佐々木 徹, 森

洋二, 上杉 和美, 太田 多佳子. 緩和ケア病棟におけるかかりつけ医との24時間連携体制の構築. Palliat Care Res 2014; 9(2): 915-19

前田 文子, 秦 洋一, 三原 直子, 古川 香, 須田 沙耶香, 丸山 淳子. 終末期がん患者に対する排泄環境調整—チームで取り組んだ排泄ケアについて. Palliat Care Res 2014; 9(2): 920-23

オンラインジャーナル編集委員会(平成24年8月～)

委員長 宮下 光令

委員 井上 彰 小川 朝生 国分 秀也

笹原 朋代 新城 拓也 関根 龍一

田口奈津子 松尾 直樹 山口 拓洋

委員会活動報告 倫理・利益相反委員会から

倫理・利益相反委員会 前委員長 柏木 雄次郎

1. 役員等の就任前・定期利益相反届出書の審査

平成26年5月30日の時点で、役員・各種委員等の2014年度就任前・定期利益相反届出書の提出対象者35名中25名より提出があり、うち5名が「該当あり」であった(5月29日時点)。平成26年度第1回倫理・利益相反委員会(平成26年6月20日)において審査した結果、利益相反上の疑義がある者は認めなかった。

2. 日本医学会 COI マネージメント研修セミナー

平成26年2月28日(金曜日)、日本医師会館・大講堂(東京都文京区)にて、「産学連携にかかるCOI マネージメントの考え方と実践」をテーマとして、「日本医学会 COI マネージメント研修セミナー」が全国医学部長・病院長会議と共催にて実施された。本セミナーは日本医学会に所属する総ての学会の利益相反担当者と大学医学部管理者が一堂に会して、利益相反の現状と問題点・適切な対応に関して、医学研究 COI マネージメントガイドラインを中心に検討し修得する会合である。当委員会からは濱本千春委員と川村和美委員が出席し、医学研究に関する利益相反の最新知見を修得して頂いた。

3. 倫理適格基準

役員、各種委員等の就任に際して就任前・定期利益相反届出書による倫理審査以外の倫理適格基準を検討し、平成26年度第1回倫理・利益相反委員会(平成26年6月20日)において審議し、本学会の委員会細則第5条に第3項として「委員は、患者が利用する製品やサービスなどにより商業上の利益をあげる団体に所属する個人ならびに利害関係のある個人を候補者から除外する。ただし、患者へ直接、臨床上のサービスや診療を行っている個人は、この限りではない。」を追加する改訂案を策定した。

4. ガイドラインへの作成者利益相反情報の掲載

前回の平成25年度第2回倫理・利益相反委員会(平成25年12月23日)で作成者の利益相反情報をガイドラインに掲載することが確認されたため、緩和医療ガイドライン委員会の太田恵一朗委員長と調整の結果、本年6月発行の「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2014年版」「患者さんと家族のためのがんの痛み治療ガイド」については、作成者に連絡を行い、2013年度(開示期間:平成24年4月1日～平成25年3月31日)の就任前・定期報告の際の報告内容を掲載した。本件に関する利益相反の取扱いに関する細則について、平成26年度第1回倫理・利益相反委員会(平成26年6月20日)において審議し、細則の一部を追加する改訂案を策定した。

5. 受託研究費（治験等）・研究助成金（寄付金等）の利益相反報告

受託研究費・研究寄付金の利益相反報告に関しては、年度をまたいで研究を継続している場合があるため、平成26年度第1回倫理・利益相反委員会（平成26年6月20日）において審議し、今後は下記の通りの報告を求めるよう書式の変更を行うこととなった。

○開示期間内に研究継続中で、総受託額200万円以上の場合に報告を求める。

○治験期間、支払い予定時期を報告項目として追加する。

・現在の報告項目

①学術大会・学会誌・セミナー報告：企業名

②就任前・定期報告：企業名、分類、研究名称

委員会活動報告 国際交流委員会から

国際交流委員会 委員長 安部 能成

本委員会は、2012年に発足した理事会の承認により新設された委員会である。その目的は、日本緩和医療学会の所属領域における諸外国の団体や組織との交流を図るための窓口となることにある。

海外との交流が必須の前提条件となる貿易立国であるわが国において、国際化の重要性が叫ばれて久しいが、学術団体も例外ではない。緩和医療の領域でも諸外国の動向を無視できないことは論を待たないが、日本緩和医療学会の活動において、国際交流に関しては本格的な活動に取り組めずにいた。

日本緩和医療学会の発足から20年を迎えようとする現在、新しい理事会体制となったことを契機に、1万人を超える会員を擁する本学会にふさわしい国際活動に取り組むべく、細川理事長のリーダーシップのもとで理事会の承認を踏まえて国際交流委員長が任命され、具体的な活動に着手することとなった。

委員長以下、国際交流に必須の英語力を備え、かつ、国際社会の有力な一員として役割を果たしている国で活動した実績を持つ本学会員の中から、複数の専門職から構成されるように9名の会員に当委員会委員への就任をお願いした。具体的には、医師、看護師、リハビリテーション専門職を得ることができ、英国、カナダ、豪州、米国などに留学された経験を持つ人材を登用することができた。

御多分に漏れず、本学会も財政的に逼迫している状況を踏まえ、大きな資金を必要としないで、個々の会員の皆様に利益のある活動を検討するように、との御注文を頂戴しての活動開始となった。以下、簡単に初期的活動を御報告したい。

2013年6月の横浜学会において、ホスピス緩

和ケア韓国協会（Korean Society for Hospice and Palliative Care：KSHPC、以下KSHPC）の代表者と日韓交流の初会合を持った。この席上、2013年12月のKSHPCに日本緩和医療学会の代表者を送り、かつ、韓国の学会で日本の緩和医療に関する報告を行うスピーカーも派遣することが決まった。

第18回日本緩和医療学会学術大会に関する記事は、英文にて欧州緩和ケア学会（European Association for Palliative Care：EAPC、以下EAPC）、オーストラリア・ニュージーランド緩和医学学会（The Australian and New Zealand Society of Palliative Medicine Inc.：ANZSPM）などに投稿したところ、早々に反応を得ることができた。また、EAPCからは、さらなる交流を図りたいとの御連絡も頂き、2014年6月に開催のEAPCの第8回学術集会をお訪ねすることとなった。

海外における緩和医療に関する重要文書として、2009年にEAPCが公開した「White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe; Part I & II」について、わかりやすい形で会員に提供することを本委員会で決定した。

その際、これまでのように、単に英文を和文に翻訳するだけでなく、海外の動向を理解するための資料としての形式をとることが話し合われた。さらに、ニューズレターも紙媒体による提供形式をやめ、オンラインジャーナルと同様の形式をとることに鑑み、今回の資料はPDF化してホームページにアップし、少ない予算において本学会員の皆様に提供する方針が示され、その作業を開始した。

2013年12月6日にはソウルにて開催されたKSHPCに日本緩和医療学会の代表者が参加し、スピーカーが日本の緩和ケアについて報告を行い、海

外での交流を開始した。

2013年8月の本委員会の発足を受け、2013年12月、及び2014年3月には2013年度第2回、及び、第3回国際交流委員会を開催し、EAPC White Paper Part I & IIの資料化作業を進めた。その結果、EAPC White Paper Part I & IIの全訳（参考文献を除く）を終了し、国際交流委員会の各委員において検討したところ特段の疑義は指摘されなかった。そこで、当委員会より理事会に承認を求めることになった。

2014年6月5日、スペインのリエイダ（Lleida）で開催された第8回欧州緩和ケア学会学術集会において、EAPC会長Sheila Payne氏、及び広報担当者Avril Jackson氏と本学会国際交流委員長の間で協議を行い、日欧間において一層の交流を深めることが確認された。

EAPC White Paper Part I & IIの資料化については、たいへん前向きな反応を頂いた。さらに2009年のEAPC White Paper以外の文章についても、資料化を求められた。より具体的には「緩和ケアの教育プログラムに関するWhite Paper」をあげられたので、持ち帰って検討することとなった。本件については、ぜひとも次期国際交流委員会に引き継ぎたいと考えている。EAPC広報担当との協議では、EAPC Blogの積極的活用についての具体的な説明があったので、より積極的に取り組むことを検討したい。

本年6月の第19回日本緩和医療学会学術大会において、日本、韓国、台湾による3学会交流を図る予定であったが、草創期事業のためもあってかコミュニケーションに円滑さを欠く結果となったこと、及び、日本の緩和医療学会と時期が近接していることもあり、2014年6月22日の台湾安寧緩和医学学会（Taiwan Academy of Hospice Palliative Medicine：TAHPM）への代表者派遣については中止となった。本年12月6日に予定されているKSHPCへの派遣については実施する方向である。

発足したばかりの未熟な委員会活動ではあるが、今後につなげる道筋は見えてきたと思われる。限られた予算内で、効率的な活動を実施することにより、個々の会員の皆様に利益のある成果が得られるよう、しっかりと次期委員会への引継ぎをさせていただきたいと考えている。

編集
後記

まだまだ暑い日が続いておりますが、蝉の声や朝の風に夏の峠を越えた気配を感じるようになりました。季節が移り変わるようにこのニュースレターも時代の流れに伴い、今回より Web 化となっております。また、長くニュースレター編集委員長を務められた中島先生もご交代の時期となりました。これまで年間通して準備に追われるニュースレター委員長の責を果たされた先生に感謝の意をささげたいと思います。(龍 恵美)

ニュースレター (NL) 編集委員会の委員長を拝命して、ちょうど4年が経ちました。新たに立ち上げた委員会のメンバーと話し合い、「緩和ケアを『高める』『広める』『伝える』」を三本柱にして誌面作りを行ってきました。「高める」こととして、Journal club や Journal watch、Current insight などを通じて最新の知見や重要なテーマに関する情報を発信するとともに、「広める」ために、「学会印象記」や「活動報告」において、学会員の皆様が経験したことをお互いに共有することを目指しました。ここでのキーワードは「双方向性の情報発信」です。「伝える」こととして、各種委員会活動を始め、学会が取り組んでいることを皆様に見えやすい形でタイムリーに提供することに努めました。こうして曲りなりにも3か月ごとの発刊を計16回にわたり継続し、また、かねてから懸案事項であったNLのWeb化を今号から始められることができたのは、本委員会・作業部会のメンバーならびに学会員の皆様のご協力の賜物です。私は今号の発刊を以って委員長を退任いたします。皆様からいただいたご好意に感謝を申し上げますとともに、新しい体制のもと、「皆様からの声」をもとに、NLが皆様にとってますます身近な存在でかつ有用なものになっていくことを願っております。
(ニュースレター編集委員長 中島 信久)

秋月 伸哉
家田 秀明
齋藤 義之
笹原 朋代
佐藤 一樹
○中島 信久
久原 幸
龍 恵美