

JSPM

Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会

ニュースレター

November 2014

65

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/

主な内容

巻頭言	95
学術大会の記録	97
理事・監事 就任挨拶	114
Journal Club	121
学会印象記	123
Journal Watch	125
委員会活動報告	130

巻頭言

夢をかなえる

～ 20年目を迎える学術大会に向けて～

第20回日本緩和医療学会学術大会 大会長
昭和大学医学部 医学教育推進室 高宮 有介

このたび、第20回日本緩和医療学会学術大会の大会長を拝命いたしました。記念すべき第20回大会をお世話させて頂くことは、誠に光栄に存じます。日本緩和医療学会は、会員が1万1千人を超える学術団体であり、来年は20年の節目を迎え、成人式とも言えます。

今回の大会のメインテーマは、「夢をかなえる～この20年、そして、あしたへ～」としました。医療者として、かなった夢もあれば、かなわなかった夢もあろうかと思えます。患者さん、ご家族のささやかな夢もかなったかもしれないし、かなわなかったかもしれない。そんな時代を想いながら、あしたへ向かって、再び、夢を抱いて進んで行こうというメッセージです。

ポスターは、「夢をかなえる」のイメージを絵本作家の葉祥明氏に伝え、描き下ろして頂きました。虹が夢を表現し、世界に発信しています。群れをなして飛ぶかもめが20年のときの経過を比喻し、ヨットと青い海が会場の横浜を表しています。

多職種が集い、多くの領域を網羅する本学会の特徴を十分に活かすため、第19回よりスタートしている組織委

員会を継続して、学術集会の企画・運営を実施して参ります。組織委員長は、前回と同様に木澤義之先生にお願いしました。さらに内容をバージョンアップし、また、前回、実施できなかった項目についても積極的に取り上げていきたいと考えております。

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(WG)が設置されております。6領域は、「痛み」「痛み以外の身体症状・治療」「精神・心理・社会的ケア・倫理的問題」「チーム医療・緩和ケアデリバリー」「地域・在宅緩和ケアと特定集団に対する緩和ケア」「教育・啓発・研究・概念」です。各WGで各担当領域において十分に企画案を検討し、これを組織委員会での全体審議に諮り決定するというシステムです。これに会長企画を加え、学術プログラムと致します。

海外招聘講師は、2名が決定いたしました。1名は、Narrative Medicineを提唱されたコロンビア大学のRita Charon先生です。患者さんの物語とともに、医療者自身の物語もあります。その講演は、まさに物語を紡ぐような言葉の力を感じます。もう一人は、オーストラリアのメルボルンでGPとし

て働く傍ら、モナシュ大学の医学生や医師の教育に携わる Craig Hassed 先生です。医学生、医療者のセルフケアとマインドフルネスについてお話いただく予定です。私自身が講演をお聞きして、感銘を受けたお二人を講師として、お呼びできるのは喜びでもあります。

20年を振り返り、行く先を考える時、ある言葉を思い出します。それは、「守破離（しゅはり）」です。私は幼少時から剣道をやって参りましたが、武道の修行の中で常に耳にする教えです。「守」は、師についてその流儀を習い、その流儀を守って励むこと、「破」は、師の流儀を極めた後に他流をも研究すること、「離」は、自己の研究を集大成し、独自の境

地を拓いて一流派を編み出すこととされています。創成期に海外から学び取り入れた緩和ケアを、海外の知見や先進的な取り組みを吸収しつつ、わが国独自の緩和ケアを確立していく時期だと考えます。20年を顧みながら、次の10年、20年に向かっての方向性を見定める大会にしたいと願っております。

皆様が、第20回大会に参加することにより、新たな夢と勇気を持ち、次のステージに進める機会にしたいと考えております。皆様の力を集結することにより、大会を盛り上げて頂ければ幸いです。横浜で、多くのお顔と出会えることを楽しみにしております。

第19回(2014年度)日本緩和医療学会学術大会の記録

会長講演 これがいいのだ!

座長・報告

昭和大学医学部 医学教育推進室 高宮 有介

演者

島根大学医学部附属病院 麻酔科
緩和ケアセンター 齊藤 洋司

会長講演の「これがいいのだ!」の座長を務めさせて頂いた。講演時間は、サッカー W カップの日本対ギリシャ戦の最中であった。日本中が試合を見守る中であったが、講演に集った聴衆は、熱心に大会長の話に耳を傾けていた。講演では、齊藤先生がこれまで歩んでこられた道程を示して頂いた。麻酔科の研究から、ペインクリニックとしての臨床、緩和ケアとの出会いと発展、そして、今回の大会テーマに至るまでの経緯が語られた。まず、麻酔科では、とくに疼痛に関心を持たれ、研究として、下行性抑制系やプロスタグランジンと疼痛の関連性などを明確にしてこられた。一方、臨床医としては、麻酔科とくにペインクリニックの医師として、患者さんの痛みと向き合ってこられた。2003年の緩和ケアセンターの創設に伴い、痛みへの関心がさらに広がり、全人的ケアへと繋がっていかれた。大学病院としては、数少ない緩和ケア病棟の開設も果たされている。研究者として第一線で活躍してこられたが、臨床医としても温かさを兼ね備え、緩和ケアの場でその資質を発揮してこられた片鱗が報告から感じられた。また、大学の重要な役割である教育にも心血を注いでこられた。4年次に、1週間の緩和ケアのPBLチュートリアルを実施し、学生からの評価も大変高く、患者さんとの向き合い方や医師としての自覚を確認する機会となっている。彼らの医師人生に核として残る講義である。

医師として、患者さんと向き合う中で、患者さん、ご家族の願いが叶うこともあれば、叶わないこともあったと話された。今回の学会のテーマは、「これがいいのだ!」。患者さん、ご家族が緩和ケアを受け、人生を振り返る中で、これでよかったと思って頂きたい。そして、緩和ケアを提供する医療者も、実現できないこともあったかもしれないが、これでよ

かったと思って頂きたい。そんなメッセージであったと明かされた。元々、落語をこよなく愛し、回診中もギャグを飛ばす、ユーモア溢れる教授であり、天才バカボンの言葉を取り入れたのは納得できる。言葉と共に、漫画のキャラクターもポスターに登場した。これは、故赤塚不二夫氏が、がんの闘病生活をし、残された娘さんらが、緩和ケアの発展を祈念して、特別にご提供いただいたものである。これも大会長の人となりを感じさせるエピソードであった。最後に、サッカーのギリシャ戦が引き分けに終わったことを告げて、講演を閉めさせて頂いた。

海外招待講演 2 米国における非がん疾患の緩和ケアの動向：認知症患者のケア

座長・報告

亀田総合病院 疼痛・緩和ケア科 関根 龍一

座長

筑波大学医学医療系保健医療学域 笹原 朋代

演者

Kameda Medical Center, Department of
Medicine, University of California

Dr. Sandra Moody

Moody 先生は3年前に米国のUCSF（カリフォルニア大学サンフランシスコ校）から私が勤務する亀田総合病院へ外国人教育専任教授として赴任されました。Moody 先生が他の海外招聘演者と決定的に異なるのは、来日後に日本の医療システムを知る機会を得られる点です。この点を踏まえて、日本で今後いかに非がんの緩和ケアを広げることができるか、日米の医療システムの違いにも踏み込んだ議論を期待して講演会に臨みました。Moody 先生は最初に看護師として医療職のキャリアを始められ、その後医師となられたユニークなご経歴をお持ちです。ご依頼した講演内容は、「日本で非がん疾患に対してどのように緩和ケアを広げていくことができるか、米国ではどのような取り組みがなされ、日本の今後の緩和ケアに取り入れられる仕組みや具体的な方策があるか」についてでした。

当日の講演テーマとして、先生は数ある非がん疾

患の中から認知症を代表疾患として取り上げ、その緩和ケアの概要について米国の状況を解説されました。米国のホスピス・緩和ケアの対象疾患はがんのみならず非がん疾患全般を扱うこと、がんに比べて非がん疾患では予後の予測が難しいこと、病気の進行状況にしたがってアドバンスケア計画を適宜行う必要性や米国におけるその運用状況について等についてお話になりました。後半部には認知症の症例を提示され、意思決定支援を含む緩和ケアの実際についてご紹介されました。この患者さんは、実は先生ご自身のお父上だったのですが、こうしたことから先生の気さくなお人柄と教育への熱意が伺えました。

講演後の質疑応答では、アドバンスケア計画を進める際のコミュニケーション上の工夫について、また、米国では貧富の差によって受けられる緩和ケアに差があるかどうか、等の質問が次々に押し寄せられ、Moody 先生も聴衆の熱意に感銘を受けておられました。Moody 先生は現在も亀田総合病院に勤務されておられますので、講演会の内容に関連して、先生に質問できなかった方は、私 (sekiner@kameda.jp) までご連絡くだされば、先生におつなぎできますので、ぜひご連絡くだされば幸いです。

事をつくる」「出会いを増やす」「良い社会資本を残す」ための諸活動を、積極的に実践しています。「なつかしい未来」の創造は、震災以前から岩手県中小企業家同友会気仙支部の経営者たちの間で育まれてきたコンセプトと聞いています。

震災後の厳しい現実の中、しっかりと地元で足をつけてそのような活動している諸兄とその横で一緒に歩いている演者の講演は、淡々とした語りくちの中に芯の通った強い意志が感じられました。被災地に夢を持ち込まない、よく聞きよく見るそして一緒にいる、足りないところを手伝う、する人を可能になるように支える、といった言葉は演者の活動のスタンスを明確に表していると感じられました。相手に本当の関心を持つこと、関係の大切さを継続するとともに依存的でない営みを育むことが肝要であると話されました。震災から3年半しか経っていないにも関わらず、地元以外の世間は震災を忘れかけているように思われます。復旧・復興はまだままだの状況です。決して風化させてはならないのです。9月中旬には地元陸前高田の皆さんが手掛けた「箱根山テラス」が完成します。この大震災を忘れず、人と人との繋がりを大切にしたいと思える素晴らしい講演でした。

招待講演 5 被災地の仕事づくりを通じて

座長・報告

博愛会一関病院 緩和医療科 佐藤 隆次

演者

リビングワールド代表、働き方研究家
西村 佳哲

今回、西村佳哲先生の「被災地の仕事づくりを通じて」の座長をつとめさせて頂きました。

未曾有の被害をもたらした2011年3月11日の東日本大震災までは足を運んだこともなく縁もゆかりもなかった岩手県陸前高田市。演者は震災を契機にその陸前高田市の皆さんと関わり絆を強めていく過程を話されました。

震災で被災された陸前高田の地元中小企業経営者らが立ち上げた仕事づくり会社「なつかしい未来創造」は、地域の資源を活かしながら、社会の今日的課題に応え、多くの雇用を創出し、複数の事業の育成を目指しています。陸前高田に軸足を置いて、「仕

招待講演 6 子どものホスピスにおける親と子の緩和ケア

座長・報告

昭和大学横浜市北部病院 緩和医療科

岡本 健一郎

演者

NPO 法人生きるちから vivace 甲斐 裕美

新たに2012年に発表されたがん対策推進基本計画で「小児がん」が新たな重点項目となったことから、当学会でも小児緩和医療の充実を図っていく必要性に迫られています。

しかし、成人での緩和ケアとは異なり、対象患者が少ないため、小児緩和の専門家はおろか、小児緩和医療に携わった医療者が極端に少ないのが現状です。そういった環境の中で、2007年に国内初のハウス型子どものホスピス作りに向けて活動を開始された甲斐先生の小児緩和ケアに対する取り組みについて具体的な講演をされました。

甲斐先生は「生と死」や「いのち」をテーマにし

た童話を執筆され、ホスピスボランティアの経験を生かし、1997年より全国の小中学校や医学部を訪問して、「いのちの授業」を2,500回以上実施されている実績があります。

この講演では英国にある世界初の子どものホスピスをモデルとした「海の見える森」を初めとして日本全国での子どものホスピスの取り組みについてお話しになり、病気や障害を持った子どもだけではなく、その家族も安心して心と身体を休め、元気を取り戻すためのレスパイト施設であることを強調しておられました。

小児の特徴として成長していく人という点を考慮する必要があり、教育の問題や同じく幼い兄弟の存在があり、お互いの影響も考慮しなければなりません。また将来のある小児が故に、家族の心理社会的な問題も大きな問題となります。

それに何よりも当の患児自身の身体的、精神的苦痛を考慮する必要があり、物事を理解できない人ではなく、むしろ成人より感受性が鋭いので、同じ目線で対応していく必要性もあります。

子どもは大人の想像以上に大人であって、本人も含めた家族全員が病気に負けない日常生活を営むことが、結局本人のためにもなるのではないかと、言い換えれば、子ども本人だけではなく家族も含めたケアがまさしく本人の全人的苦痛緩和に繋がることを実証されていたように思います。

招待講演 8 痛みと心

座長・報告

松江市立病院 緩和ケアセンター 安部 睦美
演者

九州大学病院 心療内科 細井 昌子

「心の痛み」が身体的な痛みを強くする、そう多くの医療者が感じているのではないのでしょうか？

細井昌子先生のお話を伺うのは2回目であった。穏やかで、それでいてはっきりとした口調でのお話に、60分間はあっという間に過ぎた。講演の内容を一部紹介する。

身体的痛みの時と同様に、心理的痛みの時にも背側前部帯状回（辺縁系運動野）と島皮質前部（辺縁系感覚野）が活性化されることより、「心の痛み」の苦しさは、身体的痛みにも匹敵するほどに辛くな

ることが予想されると説明された。

また失感情症（アレキシサイミア：感情への気付きが減弱し、感情を表現できないという心理特性で心身症の危険因子）との関連が示唆されている疾患には「がん」も含まれており、失感情症の3つの側面（感情同定困難・感情伝達困難・外的志向）を示し、TAS-20（Toronto Alexithymia Scale-20）による評価にて、言葉で伝えることができない程度が強いほど痛みのない健康な人の割合が有意に低いとの見解を話された。会場でも行ったTAS-20の一部を皆さんもやってみて下さい。17点以上はすこしリフレッシュされたほうがいいかもしれません。

- 1) しばしば、どんな感情を自分が感じているのかわからなくなる
 - 2) 自分の気持ちにぴったりの言葉を見つけるのは難しい
 - 3) 自分には医者にさえ分かってもらえないような身体感覚がある
 - 4) 簡単に自分の気持ちを表現できる
 - 5) 問題について単に説明するより、なぜそうなったか問題を分析する方をより好む
 - 6) 気が動転しているとき、自分は悲しんでいるのか、おびえているのか、怒っているのかわからない
 - 7) しばしば、自分の身体の中の感覚に戸惑ってしまう
- 1：全くあてはまらない
2：あまりあてはまらない
3：どちらともいえない
4：ややあてはまる
5：非常にあてはまる

いかがでしたでしょうか？ 私は●点、少しリフレッシュをした方がいいのかな…と感じて座長の任を終えた。

招請講演 2

がん治療後の性生活を考える —あなたが今日からできること

座長・報告

聖マリアンナ医科大学

産婦人科学教授（講座代表）

鈴木 直

演者

国立がん研究センターがん対策情報センター

がんサバイバーシップ支援研究部 高橋 都

第19回日本緩和医療学会学術大会の招請講演として国立がん研究センターがん対策情報センターがんサバイバーシップ支援研究部の高橋都先生に「がん治療後の性生活を考える—あなたが今日からできること」という題目でご講演いただきました。高橋先生は、がんサバイバーシップ研究に関する本邦における第一人者であり、特にがん患者のセクシャリティーに関するご研究は大変有名です。高橋先生の貴重なご講演を本学会学術大会にて拝聴させていただいたこの機会は、学会員にとりましても大変有意義でありました。朝最初のセッションにも関わらず、たくさんの他職種の方々が参加されていました。以下に、本講演の内容をまとめさせていただきます。

がんの診断と治療は、患者さんの性別に関係なく、本人の性反応（性欲・性感・オルガズム）やカップル関係に影響を及ぼすことがあります。しかし、治療的介入が論じられやすい妊孕性の問題と比較すると、性反応やカップル関係といった個別性が高く価値観がからむ問題にどう向き合うべきか戸惑う医療者は少なくありません。「性の疑問」に医療者が現場でどのように対応すべきか、性の専門家ではない医療者が出来る事として、PLISSITモデルを高橋先生は紹介されました。性的問題への一般医療者の段階的関与モデルであるPLISSITモデルは、P(Permission)：性の相談ができることを伝える、LI(Limited Information)：基本的な情報を伝える、SS(Specific Suggestions)：より詳細な情報を伝える、IT(Intensive Therapy)：専門家による集中的治療の4段階に分類されるモデルであり、1976年にAnnonにより提唱されたモデルです。最初の2段階(P+LI)は予防的な意味合いが、また後の2段階(SS+IT)は対応の意味合いがあります。本講演の中でも、特に高橋先生は「これだけは覚えて帰ろう！」とPLISSITモデルを強調されていました。さらに、「医療者が患者の性的悩みの相談にのるときの基本的態度」や「患者本人とパートナーに伝えたい気持ちが楽になる性生活のヒント」に関して、明快に詳細にそのポイントを紹介されました。がん治療を受ける本人とパートナーの双方にとって満足度の高い性生活を実現するために、またがんサバイバーシップの向上を目指して、緩和ケアも含めたがんの臨床現場で働く医療従事者が無理なく提供できる支援のかたちについて論じていただきました。

招請講演 4

がん患者のQOLを向上させる漢方薬 - 基礎研究および臨床研究を通して明らかになってきたエビデンス -

座長・報告

芝大門 いまづクリニック

今津 嘉宏

演者

国立がん研究センター研究所

がん患者病態生理研究分野

上園 保仁

近年、日本の医療は専門領域別の診療体制から横断的なチーム医療へと変化しています。感染管理、栄養管理に加え緩和医療は、医師、薬剤師、看護師、管理栄養士など多職種による総合的なアプローチを通して医療が提供されるようになりました。1962年に設立された国立がん研究センターは、2012年に50周年を迎え「All Activities for Cancer Patients(職員のすべての活動はがん患者のために!)」をスローガンに研究と臨床をすすめています。2009年に出来た「がん患者病態生理研究分野」の分野長である上園保仁先生は、「漢方薬」についての研究を行っています。特に基礎から臨床に至るトランスレーションリサーチに重点を置き、「患者の苦痛を和らげる新しい薬」の創造を目指していらっしゃいます。

2010～2013年度、第3次対がん総合戦略研究事業「がん治療の副作用軽減ならびにがん患者のQOL向上のための漢方薬の臨床応用とその作用機序の解明」の研究で得られた研究成果をわかりやすく紹介されました。

「癌悪液質」では、すでに摂食促進作用を有するグレリン濃度が上昇しているにも関わらず1日の平均食事量が減少している病態について、CDDPによる食思低下を六君子湯（りっくんしとう）に含まれる陳皮（ちんぴ）のヘスペリジンが血中グレリン濃度を上昇させるだけでなく、蒼朮（そうじゅつ）のアトラクチロジンがG蛋白共役型受容体であるグレリン受容体の感受性を高めると説明。さらに六君子湯が濃度依存性に担癌動物の寿命を延長することなどを挙げ、これからのがん診療における漢方薬の可能性を示していただきました。

口内炎の治療に従来内服薬として用いられている半夏瀉心湯（はんげしゃしんとう）を含嗽で用いることで局所濃度を上げ自然治癒の半分の期間で改善するメカニズムや、腸閉塞症の薬と考えられていた大建中湯（だいけんちゅうとう）が圧と温度のセンサー異常に対する作用で病態を改善することなどを

説明していただきました。これらの基礎研究の成果は漢方キャラバンという形で日本全国の医師、薬剤師、看護師へ広げられ、市民公開講座では情報開示として一般へ報告されてこられました。今後益々上園保仁先生が、がん診療に漢方薬の科学的根拠を解明されることを心から期待したいと思います。

シンポジウム 10 生活の視点から就労問題を考える

座長・報告

WITH 医療福祉実践研究所 がん・緩和ケア部
田村 里子

演者

独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター
患者・家族総合支援センター 菊内 由貴
静岡県立静岡がんセンター
疾病管理センター：よろず相談 高田 由香
近藤社会保険労務士事務所 近藤 明美
国立がん研究センターがん対策情報センター
がんサバイバーシップ支援研究部 高橋 都

がん患者への就労支援は、第2期がん対策推進基本計画にも重点課題としてあげられ、関心の高まりがみられる。シンポジウムでは、四国がんセンター患者・家族総合支援センターの菊内由貴先生が、がん看護専門看護師の立場より、厚生労働省の「長期にわたる治療等が必要な疾病をもつ求職者に対する就職支援モデル事業」であるハローワークとの連携について、愛媛での取り組みを紹介された。ハローワークと医療機関による支援を、有機的に機能させることが重要と述べられた。

静岡県立静岡がんセンター 疾病管理センター：よろず相談 高田由香先生は、ソーシャルワーカーの立場から、仕事をめぐる支援として、「身体的限界や価値観の揺らぎなど個人への支援とともに、地元法人会と連携した就労支援システムや県社会保険労務士会との障害年金相談会、地域の産業医との交流などを通し、企業との相互理解と協働につなげるなど、就労支援の資源そのものを創りだしていく」両面からの実践を報告された。

近藤社会保険労務士事務所 近藤明美先生は、医療者が社会保険労務士と連携してがん患者の相談支援を行う有用性を述べられ、互いの強みや専門性を活かし合い協働する為にも、支援の場作りと人作り

を課題としてあげられた。

国立がん研究センターがん対策情報センターがんサバイバーシップ支援研究部の高橋都先生は、就労問題に関わる様々な登場人物の役割を概説され、「医療者のすべきこと・出来ることは、患者の職場への説明能力を高める支援。確定診断時からの就労関連サポートの提供と治療計画などのわかりやすい説明、本人の了承を得た上での事業所との過不足ない情報共有などの支援が、働く事への大きな助けとなる」と強調された。

就労支援は、機を捉え現場に即したテーマであり、熱心な多くの参加者が参集され、充実のシンポジウムとなった。

シンポジウム 13 緩和ケアを市民に届けるためには？

座長・報告

総合病院山口赤十字病院 医療社会事業部

橋 直子

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

NPO 法人周南いのちを考える会 前川 育
毎日新聞科学環境部医療情報室 永山 悦子
岡山大学大学院保健学研究科
岡山大学病院緩和支援医療科 松岡 順治
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

本シンポジウムでは、4名のシンポジストのご発言を受けフロアとのディスカッションを行った。前川育氏は、身近な方に尋ねてみた結果から「緩和ケア」のイメージについて紹介され、辛いことがどれだけ話しにくいことか、また緩和ケアチームの所在の不明瞭さや広報の問題点、実際にケアを提供されたとしても実感が不明であることなどを指摘された。永山悦子氏は、10年前の取材記事を紹介され、当時から必要な方に必要な緩和ケアが届くことの困難さを指摘された。緩和ケア的治療に加え、緩和ケア的なケア、心構え・姿勢は他の疾患へも同様の取り組みが必要で、さらに心のケアの重要性を指摘された。今後展開される maggie's tokyo project について情報提供された。松岡順治氏はがん治療学から

がん生存学への転換について指摘され、現在の患者に加えて将来患者になるであろう一般市民への啓発が家族の力や地域の力の底上げになること、ソーシャルプルーフをもとにした地域における「緩和ケア」の市民の認識・認知度の向上について述べられた。加藤雅志氏は、緩和ケアに関する普及啓発の第2次中間とりまとめを受けて、緩和ケアを正しく理解し実践すること、説明することのあり方を示された。また、OPTIMの報告より幅広く市民を対象にした普及啓発もさることながら、対象を絞ったリーフレットの作成や医療福祉従事者への啓発が効果的であることを指摘された。フロアからは、緩和ケアの指す言葉の概念に関する意見や教育現場における啓発活動の取り組みの重要性、「診断時からの緩和ケア」の前提として『いのちそのものをどう捉え、どう過ごすのか』といった啓発の必要性について活発な議論が展開された。本テーマに関心をお寄せいただきご参加くださったお一人ずつのお力こそが、このテーマをさらに発展させるべく力になると確信できる時間であった。改めて演者及び参加者の方々に深謝申し上げたい。

シンポジウム 15 排便マネジメント～難治性便秘に対する多職種アプローチ～

座長・報告

公益財団法人 筑波メディカルセンター

在宅事業部 訪問看護ステーションふれあい

サテライトなの花 榎谷 貴子

座長・演者

聖隷三方原病院 ホスピス科 今井 堅吾

演者

岐阜大学医学部付属病院 薬剤部 石原 正志

行徳総合病院 看護部 山口 聖子

難治性便秘は多職種でかかわることが必要な症状であり、便秘のマネジメントについて立場の違う3人の演者からの発表は、臨床ですぐに活用ができる内容であった。

今井氏より医師の立場から便秘の総論的な話がなされた。がん患者に高頻度に認められ、場合によっては疼痛よりも患者の大きな苦痛になり得ること、QOLに大きく影響する一方で、医療者からは過少評価されがちであることが伝えられた。加えて、排便障害で見逃したくない病態として消化管閉塞、宿

便、骨盤臓器脱、高Ca血症について説明された。また、緩下剤では改善しない難治例に対してエリスロマイシン、プロスタグランジン製剤、漢方薬、ルピプロストンなどを、病態に応じて使用することを提案された。

石原氏は薬剤師の立場より、オピオイドによる便秘について話され、下剤の予防投与に関するエビデンスとして、オピオイドによる消化器症状に関する多施設共同観察研究を紹介された。緩下剤を予防投与した場合、予防投与しなかった場合と比較して便秘発現率は有意に低く、明確な効果を発揮させるには、酸化マグネシウムでは1,000mg以上の用量が必要であることを示唆された。ルピプロストンは腎不全などで酸化マグネシウムが使用しにくい人や、オピオイド性の便秘の改善に有効な可能性があることや、他の治験中の新薬などについても紹介された。

山口氏は看護師の立場より、多職種の中でも患者の便秘に直接的に関わる看護師の重要性を示された。患者は人の手を煩わせることを負担に思っていることが多いため、排便介助の必要性を理解されるように説明することが大切であることに触れ、一方で、排便回数を確認だけに終わっていないか？ 排便について話し合っているか？ なぜ、便秘が起こっているのかをアセスメントしているか？ と看護師自身の日々関わる姿勢について、会場に投げかけた。ブリストルスケールなどを使用して患者と話し合うこと、チームで共有する必要があること、看護師自身の便秘への認識を見直して、高めていくことが必要である、と強調された。

便秘は患者のQOLや日常生活に大きな影響を与えるため、多職種間の連携やコミュニケーションを十分に取り、患者に負担を強いたり、不利益が生じないように適切なマネジメントを選択することが必要であることを痛感した。

シンポジウム 16 患者家族のための意思決定支援～わが国の医療システムを見据えて～

座長・報告

藤沢湘南台病院 看護部

林 糸り子

座長

神戸大学大学院医学研究科 腫瘍センター

山口 崇

演者

九州がんセンター

緩和ケアチーム / 緩和治療科 大谷 弘行
在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス
宇都宮 宏子
北里大学病院 総合相談部 近藤 まゆみ
国立がん研究センター中央病院
乳腺・腫瘍内科 外来 清水 千佳子

ここ数年は、ASCOでもAdvance Care Planning (ACP)の重要性が唱えられており、日本のACPに関する課題として、日本ではどのようなACPのあり方が望ましいか、本シンポジウムでは、日本のがん医療におけるACPの現状、今後の日本のACPの方向性の示唆を得ることを目標に企画された。がん医療やケア提供の役割が全く異なる4人の先生より、日頃の活動や今後のACPに関する方向性を投げかけて頂いた。

緩和ケア医師としてACPのプロトコール・アドボカシー活動の先駆者である大谷先生は、「アドバンス・ケア・プランニングの背景と問題提起」のテーマで、ACPに関する最新の文献レビューをご紹介頂きながら、日本の文化背景と比較し、国際的な動向を提示して頂いた。がん看護の豊富な経験と知識を基にがん看護専門看護師の近藤先生は、「End of Life Careにおける対話と意思決定支援」のテーマで、End of Life Careにおける対話の重要性と、患者と家族、医療者がともに考え、語り、プランしていくプロセスを強調して頂いた。自宅で療養するがん患者の支援者である宇都宮先生は、「在宅・病院医療チームが協働で支える～どう生きたいかに伴走する～」のテーマで、入院・外来を問わずシームレスな「在宅療養（移行）支援」の考え方、「受容支援、治癒しない病気、障害を持ってどう生きるか、人生の再構築をして生きるための心の受容」「自立支援、自分の力を最大限に活用して自立する、自律支援、たとえ人のサポートを受けたとしても、自分で決めて生きる」の重要性を述べられた。治療医の立場である清水先生は、「終末期の話し合いにおける意思決定支援：オンコロジストの立場から」のテーマで、進行がん患者の治療の早い時期から対話を開始し、意思決定の連続にある患者の医療システムと、進行・再発がん患者の治療方針決定における意思決定支援モデルの確立に関する研究の取り組みからの示唆をご紹介して頂いた。

ACPの関心が強く、会場に多くの方がご参加され、絶えず積極的な意見や質問で討議がなされ、このテーマは、今後、大きく発展していく分野であり、本シンポジウムでは、まだ序章にすぎず、次年度に

続くテーマとして終了した。

シンポジウム 19

あなたにとって理想的な卒後教育とは？

座長・報告

国立大学法人 東京医科歯科大学

大学院医歯学総合研究科臨床腫瘍学分野

三宅 智

座長

慶應義塾大学病院 緩和ケアセンター

橋口 さおり

演者

聖隷浜松病院 緩和医療科

森 雅紀

慶應義塾大学医学部緩和ケアセンター

竹内 麻理

筑波メディカルセンター病院 緩和医療科

久永 貴之

本シンポジウムでは、異なる切り口で今後の理想的な緩和ケアの卒後教育について3名の演者にご講演いただきました。

聖隷浜松病院の森先生には、若手医師を対象にした質問紙調査によって、研修体制についてのニーズをご発表していただきました。因子分析によって以下の6項目のニーズが高いことが明らかになりました。①全国どこでも質の高い標準化された研修が受けられること、②幅広い内容の研修が受けられること、③研修の時間が確保されていること、④世代・職種・地域を越えたネットワークがあること、⑤研究について学ぶ方法があること、⑥安心してキャリアを積んでいけること。

慶應義塾大学の竹内先生には、文部科学省の「がんプロフェッショナル養成プラン」（がんプロ）を履修することによって、学位と緩和医療専門医を取得する道筋を示していただきました。がんプロは2012年から、5年単位の2期目に入り、がんプロによって新たに全国の10を越える医学部に緩和医療学の講座が新設されました。本来がんプロは卒後教育の1システムが整備されることで、がんプロを含む卒後の大学院教育での学位および緩和医療専門医育成が加速することが期待されます。

筑波メディカルセンター病院の久永先生には、つくば地域での緩和ケア研修システムを紹介していただきました。具体的には、急性期緩和ケア病棟、亜

急性期緩和ケア病棟、緩和ケアチーム（大学病院）、在宅緩和ケアの4つの異なる施設における研修を系統的に行なうというもので、今後、複数の施設における緩和ケア研修のモデルともいべきシステムと考えられます。

本シンポジウムは朝一番ということもあり、参加者は必ずしも多くはありませんでしたが、講演者どうし、あるいは参加者も含めた活発な議論が交わされました。若手医師のニーズ、大学院教育、複数の施設での統合型研修システムという異なるテーマでの講演でしたが、根底には「いかにして良い緩和ケア医を育てるか」という気持ちにあふれた大変有意義なシンポジウムであったことをここに報告させていただきます。

シンポジウム 20

医療用麻薬以外のオピオイドの使い方

座長・報告

順天堂大学医学部 麻酔科学・ペインクリニック
講座 井関 雅子

座長

聖隷浜松病院 塩川 満

演者

仙台ペインクリニック 伊達 久
手稲溪仁会病院 がん治療管理センター
緩和ケア室・緩和ケアチーム 久原 幸
獨協医科大学 医学部 麻酔科学講座 橋本 智貴

本シンポジウムは、6月21日8時半より第5会場1号館2階で開催された。

朝早くからのシンポジウムにも関わらず、非常に多くの参加者があり、多様化するオピオイド治療において、「医療用麻薬以外のオピオイドの使い方」への感心の高さが伺われた。

現在、本邦において、オピオイド治療に関して、大きな変化や問題が生じている。まず、がん性痛に対して、様々な種類、剤形のオピオイド治療が可能になったことであり、より確実な疼痛緩和が得られる可能性が高まったとともに、薬剤選択や使用が複雑化したことである。次に、非がん性痛に対して使用可能なオピオイドが増え処方裾野が拡大している反面、がん性痛のストラテジーとは全く異なることが十分に理解されていない現状がある。そのような状況下で、オピオイドナイーブではない患者のが

ん性痛を治療する機会が増えていくことが予想される。さらに、がん治療の研究が進む中で、がん性痛に対するオピオイド治療の期間も長期化する可能性がある。

そこで、本シンポジウムにおいては、上記のような現状をふまえて、医療用麻薬に区分されないオピオイドの使い方について、3人の演者に発表頂いた。

医療用麻薬以外のオピオイドの薬理学的作用、WHO3段階ラダーにおける位置づけ、服薬指導法、がん性痛と非がん性痛に対する使用法の違い、ピットホール、など3人の演者の系統だった講演は、非常に有用なものであった。ディスカッションでは、がん性痛に対して、第2段階の薬剤として医療用麻薬以外のオピオイドを上手に活用していきながら、第3段階へのステップアップの必要性を十分に見極めるタイミング、少ない用量設定からの高齢者への投与法、麻薬処方箋が不要である利便性についても言及された。

シンポジウム 23

非がん疾患の緩和ケア

～専門領域からみた緩和ケアの現状と課題～

座長・報告

東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所
平原 佐斗司

演者

兵庫県立姫路循環器病センター 循環器内科
大石 醒悟
札幌北クリニック 大平 整爾

2010年以降、我が国の各専門領域の学会が終末期の医療やケアのあり方に関する提言やガイドラインを発表するようになりました。例えば、循環器疾患における末期医療に関する提言（2010年：日本循環器学会）、高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン～人工的水分・栄養補給の導入を中心として～（2011年：日本老年医学会）、慢性血液透析の非導入と継続中止に関する提言（2012年：日本透析医学会）、COPD診断と治療のためのガイドライン第4版（2013年、日本呼吸器学会）（第4版でCOPD末期の緩和ケアについて初めて詳細に言及）などです。

非がん疾患の緩和ケアの推進において、このようなガイドラインや提言を発表している専門領域の医学会との連携は極めて重要です。そこで今回、循環

器領域から、心不全の緩和ケアにおいて多くの発信されている兵庫県立姫路循環器病センター循環器内科の大石醒悟先生と、透析医学会の提言に作成を中心的推進された札幌北クリニックの大平整爾先生にシンポジストとしてご登壇いただきました。

大石先生の講演では、心不全患者の経過をステージでとらえることの重要性、末期の緩和ケアの重要性、そして、予後予測と意思決定支援の課題、症状緩和の方法、さらに心不全の緩和ケアにおけるチームアプローチなどについて、体系的にわかりやすくお話しいただきました。

大平先生の講演では、維持血液透析患者および透析新規導入患者の高齢化と障害や合併症の増加に伴い、透析非導入や透析中止に関して、病の軌道を予測し、事実を率直に語り、継続的に意思決定の支援を行うこと、そして患者や家族の価値観に基づいた倫理的な判断が重要になってくることを再認識できました。

今回は学会どうしの合同シンポジウムとはなりませんが、非がん疾患の緩和ケアにおいて今後各学会との協力が必須であり、今後専門領域との連携をはかる第一歩になれば、大変意義深いと思います。

シンポジウム 24 こどもへのいのちの教育

座長・演者・報告

めぐみ在宅クリニック 小澤 竹俊

座長

川崎市立井田病院 かわさき総合ケアセンター
西 智弘

演者

堂園メディカルハウス 堂園 晴彦
秋田大学医学部附属病院緩和ケアセンター、
秋田大学次世代がんプロフェッショナル養成基盤
推進プラン、秋田県健康推進課がん対策室
安藤 秀明

こどもへのいのちの教育について、各方面で活動している3名より報告があった。

まず小澤竹俊氏より、スピリチュアルケアをもとにした対人援助の基礎をいのちの教育として展開された内容の紹介があった。具体的には、(1)相手の苦しみをキャッチする、(2)相手の支えをキャッチする、

(3)どんな私たちであれば相手の支えを強めることができるのかを知り実践する、(4)支えようとする私たちの支えを知る。死を前に理不尽な苦しみを抱えた人に対する援助のアプローチは、理不尽な社会だとしても生きていこうとする子どもへの援助の可能性であるとまとめた。堂園晴彦氏より、ご自身のクリニックで経験された患者さんの体験をもとに、1. 遺される子どもへのケアに絵本やアニメーションを活用された実践報告、2. 命の授業は、終末期の患者さんに同行して生と死について生徒や学生に話をしてもらうこと、3. 若くして亡くなる人へのケアについてご自身の体験から報告があった。安藤秀明氏より、秋田県内でがん教育を行ってきた経験の紹介があった。3年間21校2,300人を対象に授業を行い、がんに対するイメージの改善、生活習慣の改善により予防できる考えの改善、家庭でがんについて話し合った経験の改善、保護者の検診受診率の改善を得たとの報告があった。子どもへのいのちの教育は、まだ試みの段階であり、それぞれの課題が多く残されている分野である。これからも様々な取り組みを検証しながら、このテーマを深めて行く必要性を感じるシンポジウムであった。

シンポジウム 25 「看護の場面で考える：やる?やらない?」—終末期のケアで悩む場面を考えよう—

座長・報告

近畿大学医学部附属病院 看護部 小山 富美子
座長

国立がん研究センター中央病院 緩和医療科
里見 絵理子

シンポジスト

北海道医療大学 石垣 靖子
静岡県立静岡がんセンター 久山 幸恵
東京大学医学部附属病院 海津 未希子
大分ゆふみ病院 堺 千代

日常の看護場面で遭遇する倫理的問題で、かつ、「その場で考えて看護師としてなにかしなければならぬ」といった場面を想定した2つのケースについて討論した。方法はディベート式で、シンポジストが「やる派」「やらない派」の立場で発言し、ディスカッションが行われた。ケース1は「酸素化が不十分な患者に酸素投与量増量の指示通りに、更に上げていくか、上げないか」が課題。家族から「患

者の話す声が聞こえない、酸素を減らすかやめてほしい」と夜勤で言われた看護師はその場でどう判断して、何をするかというケースについて、やる派として海津未希子さん、やらない派として久山幸恵さんが意見を述べた。ケース2は「転倒リスクが高い患者に対し、安全を確保するために尿道カテーテルを留置するか、しないか？」が課題。「できるだけ個室トイレ使用したい」という腰椎転移がある患者の想いと、転倒を予防するために尿道カテーテル留置が良いという同僚の意見のあいだで、担当看護師としてそこで何を根拠に、どう行動するか？ というケースについて、やる派から久山幸恵さん、やらない派から堺千代さんが意見を述べた。それぞれシンポジストが、やる/やらないの根拠やケアの方向性について端的に説明され、日頃、「なんとなくそうすべき」と思いながらもモヤモヤしていたことを考えたり、カンファレンスに活かすヒントを得ることができる素晴らしい内容であった。また、石垣靖子さんの発言では、患者と家族を中心据えたケアとはなにかについて深く考え、会場とシンポジストがケアの原点に戻ったような有意義な時間となった。当学会の看護師対象企画では初めての(おそらく)ディベート式であったので、どのくらいの方が興味を持っていただけるか心配であったが、第1会場がいっぱいで立ち見の方もおられるくらいに盛況であった。看護のテーマであるにもかかわらず医師の参加もあり、倫理的問題の解決は引き続き大切なテーマであると実感したシンポジウムであった。

シンポジウム 30 鎮痛補助薬：ケタミン・リドカイン・ステロイドの up to date

座長・報告

昭和大学病院 緩和医療科 樋口 比登実

座長

国立がん研究センター研究所
がん患者病態生理研究分野 鈴木 雅美

演者

東北大学病院緩和医療科 田島 つかさ

KKR 札幌医療センター 緩和ケア科
瀧川 千鶴子

東海大学医学部附属東京病院 麻酔科
益田 律子

近年、オピオイド&NSAIDsの適正使用に関し

てはかなり普及したと思われる。しかし、適切な鎮痛補助薬の選択に難渋している医療者は少なくない。今回、代表的な鎮痛補助薬であるケタミン・リドカイン・ステロイドの現状について①鎮痛機序、②適応症例、③リスクとベネフィット、④使用方法の実際、⑤注意事項、⑥今後の期待など踏まえて3名の先生に御講演をお願いした。

抗NMDA効果が判明しているケタミンは田島つかさ先生が、「ケタミンの使用は推奨されない」という2012年Hardyらの研究を引用し、総合的な有用性が否定されながらも、少量を他の鎮痛薬と併用することによって新たな有用性を持つ余地がある、といった見解を述べていただいた。リドカインに関しては瀧川千鶴子先生が、症例も含め胸膜肥厚が見られるがん性胸膜炎に伴う胸部痛に対して、リドカインが有効であることや、新しい局所麻酔薬であるQX-314の臨床応用について解説された。さらにはがんの腹膜播種に伴う痛みの研究をされておられる座長の鈴木雅美先生から、腹壁(壁側腹膜)に癌を移植したラットの実験から、A δ 線維刺激に対する閾値が下がり、この反応がリドカインにより改善されることから、リドカインが腹壁に生着したがん性痛に有効あることや、がんの浸潤先端部にはNaチャンネルのNav1.7が強発現し、転移や浸潤に寄与するといった報告などもあることなどが説明された。最後に益田律子先生から、ステロイド剤は鎮痛をはじめ各種症状緩和目的に最も多用されているにもかかわらず、臨床治験は数少なく、エビデンスに乏しい弱点があるが、現時点でステロイドが鎮痛補助薬として有効と立証されている病態とは何かなど非常にわかりやすく解説していただいた。わかりやすい御講演をいただいた美しい先生方に感謝し、シンポジウム30に参加された皆様の処方された鎮痛補助薬が症状緩和の一翼を担うことを願っている。

シンポジウム 32

認知症の緩和ケア

～人としてのつながりをコミュニケーションから考える～

座長・報告

青梅慶友病院 看護介護開発室長 桑田 美代子

座長

有馬温泉病院 ケア開発室長 西山 みどり

演者

日本スウェーデン福祉研究所 木本 明恵

関西福祉科学大学 都村 尚子

慶成会老年学研究所 宮本 典子
国立病院機構東京医療センター 総合内科
本田 美和子

認知症高齢者は、コミュニケーションの障害をしばしば指摘される。本シンポジウムは、①タクティールケア：木本氏、②認知症高齢者を支援すること～バリデーションから、得られるもの～：都村氏、③回想法：宮本氏、④後天的に学べる優しさを伝える技術～ユマニチュード～：本田氏をシンポジストに招き、実践的な方法を紹介した。

タクティールケアは、認知症高齢者との肌と肌の触れ合いによる心地よさを提供し、不安を和らげ、安心と穏やかさを提供する方法である。認知症は症状の進行とともに自分自身のことを伝える、相手のことを理解することが難しくなる。肌と肌の触れ合いにより、身体言語や顔の表情からの微妙なサインを読み取ることが容易になる。その反応からコミュニケーションを向上させる技術方法の紹介があった。

バリデーションは、「基本的態度」「基礎となる理論」「テクニック」の3つで構成されている。その中で最も重要なのは「基本的態度」である。これまでの認知症の対応は、「何もかもわからなくなる者」として扱い、非現実的な訴えには「ごまかし」「うそをつく」方法でしか対処してこなかった。しかし、バリデーションでは、それを打ち破ることで、認知症高齢者だけではなく、ケアする側にも誇りや価値をもたらすと述べている。

回想法は、認知症高齢者の失われた歴史的時間や「今、ここ」とのつながりを取り戻す一助となるコミュニケーションツールであり、良き聞き手とともに人生を振り返ることで、高齢者の心理的安定を目的にしている。宮本氏は、「緩和ケアが身体的苦痛を取り除くことを目的としていることはいまでもないが、認知症高齢者のQOL向上を目指すのであれば、その方がどこで生まれ、どのように育ち、何を仕事とし、どのように生きてきたかを認知症早期に介入し知ることは重要な意味を持つ」と述べ、家族支援の観点からも回想法の役割は大きいことが報告された。

ユマニチュードは、知覚・感情・言葉に基づく包括的高齢者ケアメソッドであり、4つの基本技術：見る・話す・触れる・立位援助から構成されている。認知機能低下が進行するにつれ、自分で受けているケアや治療が理解できず、ケアの拒絶もしくはケア実施者に対する暴言・暴力行為が表出する高齢者が多い。そのような行動に対し、4つの基本技術の具

体的な技法の紹介があった。

認知症高齢者の興奮・暴言などのBPSD (Behavioral psychological symptoms of dementia) に対する質問があり、会場の参加者より『認知症の人のスピリチュアルペインである』という発言があった。今回紹介した方法すべてに、認知症の人を“人として対応する”ことのケアの哲学を感じた。それが認知症の緩和ケアの基本であり、スピリチュアルケアにつながると考えられた。

シンポジウム 39 症例に学ぶ total pain へのアプローチ

座長・報告

市立札幌病院 精神医療センター 武村 史
座長

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

演者

宮崎市郡医師会病院 緩和ケア病棟 黒岩 ゆかり
兵庫県立がんセンター 看護部 伊藤 由美子
横浜市立大学附属病院 薬剤部 小宮 幸子
奈良県立医科大学附属病院 緩和ケアセンター 厚坊 浩史

このシンポジウムでは、全人的苦痛へのアプローチについて、症例を通してディスカッションすることを目的とした。準備の段階で、発表形式について演者・座長でディスカッションしていったところ、奇しくも凝集性が高まり、結局、演者・座長で即席の緩和ケアチームを結成し、壇上で模擬カンファレンスを行うこととした。

2症例について、緩和ケアチームに相談があった、という設定で、チーム内でカンファレンスを行い、聴衆の皆様にはそのまま見ていただいた。いざ壇上に上がると緊張してしまい、なかなか思うところを述べられない場面もあった。それでも、やはり普段からの臨床力なのだろう。黒岩ゆかり先生からは、常に冷静で、且つ患者さんの全体像を俯瞰のご意見をいただいた。特に余命がどの程度と推測するか、それを見越して対応を考えて行く必要がある、とのご意見を繰り返し述べてくださり、議論が深まった。伊藤由美子先生からは、看護師の立場として、患者さんの身近な、本当にささやかな変化をとらえた話

から全体に広げていくような議論をいただいた。小宮幸子先生からは、薬剤師の立場として、心理的な話に傾きがちな議論を身体的な評価を先に行えるよう引き戻して下さったり、場の雰囲気が沈みがちな時に元来のちゃきちゃきされた活力を与えて下さったりした。厚坊浩史先生からは、唯一の男性メンバーとして、且つ心理士として、皆の意見を柔らかく包んで下さった上、時には患者さんの認知機能の評価など鋭いご指摘もいただいた。

2症例とも、カンファレンス後に会場からご意見を伺うと、「きっと患者さんは心の奥底で、こう思っておられたのでは?」といった、スピリチュアルペインに属する内容を複数いただくことができ、さらに議論が深まった。

参加された皆様に、全人的苦痛へのアプローチはもちろん、チーム医療の利点というか、味わい深さのようなものを、少しでも感じていただけたなら幸いである。

シンポジウム 40

いまあらためてスピリチュアルケアの本質を問う

座長・報告

WITH 医療福祉実践研究所 がん・緩和ケア
田村 里子

座長

札幌市立大学 看護学部 川村 三希子

演者

関西学院大学大学院 人間福祉研究科 / 死生学・スピリチュアリティ研究センター 藤井 美和
九州大学病院がんセンター 嶋本 正弥
北海道医療大学 石垣 靖子

スピリチュアルケアの本質について、あらためて思考するシンポジウムであった。

九州がんセンターの嶋本正弥先生は、緩和ケアチーム医師の立場から「患者の苦痛を全人的なものとして捉え、その個別性を尊重しながら、その苦痛が孕む複雑さや多層性に、可能な限り寄り添おうとする姿勢で関わりを継続する過程そのものが、臨床実践におけるスピリチュアルケアの基本である」と、話された。

関西学院大学大学院人間福祉研究科 死生学・スピリチュアリティ研究センターの藤井美和先生は、近年のスピリチュアルケアへの高い注目を背景に、

スピリチュアルケアに関わる者の在り方を中心に本質を語られた。「自分の存在や生きること、いのちに意味を与えるもの、関係性の中で自己存在を見出すこと、こうした、人の存在の根源を支える領域に寄り添おうとする者には、自身の無力や限界を認め自己と対峙するといった、ありようそのものが問われる。はたしてスピリチュアルケアは方法論を見出すことで可能となるものか」との本質的な問いを残された。

北海道医療大学大学院教授 石垣靖子先生は、「スピリチュアルケアにおける in a presence というケア」と題し、「ただひたすらその人の苦悩をわかろうとする姿勢で、その人の傍らにいる (in a presence) こと。そのことが、“境遇と折り合ううちから” がひきだされるきっかけになる。医療者としての限界をわきまえ、苦悩を和らげようとの関わりが、時に相手に対する越権行為となることを心したい」と語られた。

学会の最終日の最終プログラムであったのにもかかわらず、多くの参加者が最後まで熱心に参加され、会場はスピリチュアルケアの本質についての深いメッセージに、深い感銘につつまれた。

シンポジウム 43

進行性神経筋疾患におけるオピオイドの使用

座長・報告

北里大学医学部神経内科学 (北里大学メディカルセンター) 荻野 美恵子

演者

独立行政法人国立病院機構医王病院神経内科 駒井 清暢
シャローム病院緩和ケア科、救世軍清瀬病院
ホスピス科 加藤 修一
神経内科クリニックなんば 難波 玲子
相模原市医師会 訪問看護ステーション
白倉 すみ江

苦痛をとるという意味で神経筋疾患の除痛として企画された本シンポジウムでは神経専門病院、ホスピス、在宅医師、訪問看護師と様々な立場からご報告いただいた。

国立病院機構医王病院神経内科駒井清暢先生は神経専門病院としてNST、RSTの他に緩和ケア・倫理・QOL チームを組織した。オピオイド使用 57 例

(ALS53、多系統萎縮症4)の報告では投与期間は1カ月以内が57%、1~3カ月が22%。1例は吐気のため投与できず、初回1回量は0.2~1mg、維持量は30mg以下が多く84%で有効だったが、導入時期のばらつきが今後の課題とされた。

現在シャローム病院緩和ケア科、前救世軍清瀬病院ホスピス科の加藤修一先生からは終末期ALS13例について、身体的苦痛として疼痛、身の置き所がない、呼吸困難感があげられ、spiritual painも多く認めた。モルヒネを中心に、オキシコドン、フェンタニルを用いた症例もあったが、オピオイドだけでは不十分で、体位変換、マッサージ、酸素投与、鎮静などが必要。ホスピスケアは疾患・人・場所を選ばないで行われるべきものと報告した。

神経内科クリニックなんばの難波玲子先生からは在宅での使用として、モルヒネは2.5mg/回から開始し必要に応じて漸増。ALS死亡131例/11年間の苦痛緩和処置は重複も含めモルヒネ55%、HOT53%、抗精神病薬11.5%、抗うつ薬18%で31%は何も用いなかった。1例のみ嘔気で継続できず。62%は在宅で看取り、十分に苦痛緩和可能である。患者・家族が終末期に最も望むのは“苦痛緩和”と“安心感”で実現できる体制と文化が必要と報告した。

相模原市医師会訪問看護ステーション白倉すみ江先生からは、がんではオピオイドの除痛に対する抵抗感は少なくなっているが、非がんでは抵抗感があること、しかし、看取りに際しての対応は共通しており、最期まで自分らしく人生を生き切っていただけよう緩和ケアが重要と報告した。

今年は神経内科領域の緩和医療に関するシンポジウムを複数とりあげていただいた。がんのみならず全ての苦痛をもつ方に緩和ケアが届く社会にしたいものである。

フォーラム1

看護師フォーラム「緩和ケアにおける看護への期待～緩和ケアの実践、教育、創造に向かって～」

座長・報告

YMCA 訪問看護ステーション・ピース

濱本 千春

座長

株式会社緩和ケアパートナーズ 梅田 恵

演者

広島・ホスピスケアをすすめる会 竹原支部代表
大石 睦子

地域看護専門看護師・広島市議会議員・WCS

婦人科がん患者会 馬庭 恭子

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 渡邊 眞理

筑波大学 医学医療系 総合診療グループ・

緩和ケアチーム 浜野 淳

本フォーラムは看護系理事が企画し、本年度5回目を迎える。これまでは病院や在宅、教育などの現場で緩和ケアの実践や取り組みについて共有してきた。今回のフォーラムでは、がんサバイバーや地域の方々、地方自治、現任教育における緩和ケア教育、他職種などの様々な視点から「緩和ケアにおける看護への期待」を御講演いただき、その後、ディスカッションをおこなった。

大石氏は一市民であり、がんサバイバーとしての体験から、住み慣れた「広島県竹原市をホスピスタウンにしたい」との思いで、有志と共に在宅ホスピスボランティアとして活動している。地域の一室で、週1回、患者・家族・ボランティアがかけがえのない仲間として繋がり、患者の身体状況に合わせて、病院へ在宅へと訪問している。その草の根的な活動が徐々に地域住民や医療従事者へ意識の変化をもたらせ、現在では在宅支援のチームの一員として活動している様子を説明された。

馬庭氏は、看護職であり、がんサバイバーとしての体験から、広島県と広島大学との連携により緩和ケア認定看護師の教育課程を開設させた。さらに、在宅現場での様々な課題を当事者目線で行政を動かすために市議会議員として地方自治の現場から広島市の緩和ケアの推進を図っている。常に問題意識を持ち続けながら活動の現場を拡大されている。

渡邊氏からは現任教育の立場から発表いただいた。2013年6月から日本看護協会が厚生労働省委託事業「がん医療に携わる看護研修事業特別委員会」が開催され、「看護師に対する緩和ケア教育テキスト」が作成され、「早期からの緩和ケア教育プログラム」の第1回研修会が開催されていることが報告された。今後は全国のがん診療拠点病院のがん看護専門看護師・認定看護師を対象に各施設で基本的緩和ケアを担う看護師養成のための研修会が開催されるとのことであった。

浜野氏より医師の立場から、生活の視点をバランス良く保ち、包括的な視点から患者・家族・多職種の連携・協働におけるハブ機能を果たしながら、相互理解を基盤とした信頼関係の構築、豊かなコミュニケーション能力と多職種への教育的介入スキルの

修得により、継続的な支援が提供できる役割を担うことへの期待が述べられた。

緩和ケアにおける看護職への期待としては、①生活の視点を持ち、②多様な価値観を尊重することができ、③これまで以上にコミュニケーション能力を洗練させ、④多職種への教育及びチーム創りと連携などを図り、⑤自ら考えて行動すること、などが挙げられる。看護の専門性を特化・洗練し、新たな活動の場を創造することで、緩和ケアの更なるレベルアップや発展が期待されていることをフロアと共有した。

フォーラム2

MSW フォーラム ソーシャルワークアセスメントをチームケアに活かす

座長・報告

静岡県立静岡がんセンター 福地 智巴

座長

松山ベテル病院 医療相談室 太田 多佳子

演者

埼玉医科大学国際医療センター 総合相談センター／
がん相談支援センター 御牧 由子
聖マリアンナ医科大学東横病院 佐藤 千秋

MSW フォーラムは、「ソーシャルワークアセスメントをチームケアに活かす」をテーマに、2人の演者が日々の実践を語り、その発表を踏まえてディスカッションする方法で開催された。緩和ケアは、多職種が専門性を発揮しながら患者家族のQOLの維持・向上を目指すチームアプローチによって提供されることは周知の通りである。MSWは心理社会的アセスメントとその支援を専門としているが、その専門性を、患者家族にとって有効な資源となるようにチームケアに反映させるためには、どのような視点やアプローチが必要であり、それをどれくらい意識的に行っているかを再確認・再検討できる機会となった。

埼玉医科大学病院の御牧由子さんは、「人と環境の相互作用に焦点をあてたアセスメントをチームケアに活かす」をテーマに、クライアントの環境をミクロ・メゾ・マクロのシステムで捉え、多層の環境に身を置くクライアントの全体性を把握することの重要性と具体的なアプローチの実践を発表された。聖マリアンナ医科大学東横病院の佐藤千秋さんは、「MSWアセスメントを活かしたがん患者・家族への

支援体制づくり」をテーマに、患者の診療過程を追いながら、バイオ、サイコ、ソーシャルの切り口で捉えたアセスメントや、介入のタイミングと支援ターゲットを示し、アセスメントをケアに活かすための他職種との連携ツールについても発表された。

フロアとのディスカッションでは、MSWだけでなく、多職種（医師、看護師、リハビリ、心理士、介護支援専門員等）の方々も、積極的に参加され意見を述べて下さったことが特筆される。これにより、ソーシャルワークアセスメントをチームケア（院内）にどう活かすかのテーマが、病病連携、病診連携、病介連携の視点から、院内チームと院外チームにおける共有内容や協働のあり方へと大きく広がり、大変充実した時間となった。

フォーラム5

大学病院フォーラム 大学病院における緩和ケア病棟の役割

座長・報告

横浜市立大学附属 市民総合医療センター
化学療法・緩和ケア部 斎藤 真理

座長

昭和大学医学部 医学教育推進室 高宮 有介

演者

藤田保健衛生大学医学部 外科・緩和医療学講座 東口 高志
東北大学大学院医学系研究科 緩和医療学分野 中保 利通
島根大学医学部 麻酔科学・緩和ケアセンター 齊藤 洋司
(当日代理演者：島根大学医学部 緩和ケア講座 中谷 俊彦)
山梨大学医学部麻酔科 飯嶋 哲也
久留米大学病院緩和ケアセンター 松尾 光代

6月20日、大学病院における緩和医療について検討するフォーラムが開催された。今回のテーマは「大学病院における緩和ケア病棟の役割」であり、5大学病院から演者が登壇し（藤田保健衛生大学／東口高志、東北大学／中保利通、島根大学／中谷俊彦、山梨大学／飯嶋哲也、久留米大学／松尾光代）、以下のような論点について検討された。

1) 緩和ケア病棟でなければできないことは何か？

患者／家族の病状・心情に合わせた環境作り。看護体制の充実が可能。多職種チームの密なコミュニ

ケーション。

2) 緩和ケア病棟がなぜ大学病院に必要なのか？

卒前教育の場である。専門的緩和医療教育の場、臨床研究の場となるべきである。

3) 全国に多くある緩和ケア病棟の中で、大学病院の緩和ケア病棟には特徴があるのか？

がん患者を多く診療する大学病院では、自前で緩和ケア病棟を持つことが必須。

4) 緩和ケア病棟を持たない大学病院はどうしているだろうか？

緩和ケアチームと主治医・担当看護師との密なコミュニケーションを行う。地域での大学病院の役割を明確化する。在宅療養体制との連続性を保つ。

各発表者から、病棟運営、教育・研修、臨床研究などに関する報告がなされたうえで、フロアとのディスカッションが進んだ。109名と多くの大学病院関係者が集まり、情報交換の好機になった。

しかし、90分という限られた時間内で、5施設の報告という制限があり、テーマを重点的に論じることができず、アウトカムが薄くなった感が否めない。特に3)にある「大学病院の緩和ケア病棟の特徴」というのは、多施設の情報を集計して比較検討するか、あるいは医療機能評価のような第三者評価をもって初めて、明らかになるのではないかと考えられた。

大学病院が緩和医療の発展のなかで果たすべき役割を模索するためにも、来年はさらにテーマを絞った討論が期待される。

緩和ケアチーム

亀田総合病院 疼痛・緩和ケア科
神戸大学医学部附属病院 緩和支援診療科

坂下 明大

関根 龍一

山口 崇

専門医認定・育成委員会の企画として、専門医フォーラムを開催しました。専門医認定試験は今年6回目を行うことになっており、これまでに83名が専門医に認定されています。しかし、数はまだ十分ではないため、最近3年ほどは専門医制度に関するフォーラムを指導者や受験予定者に試験についてよく知っていただくために学会に合わせて開催していました。今回は、これまでのような試験制度の説明に加え、昨年度、暫定指導医を対象に、専門医制度についてのアンケートを行いましたので、結果も合わせて報告をいたしました(山本 亮委員)。暫定指導医の50%に受験の意思があるものの、回答者の3割は受験資格を満たさないために受験できないとの回答であり、不足する要件は「論文」との回答でした。しかし、最近では本学会のPalliative Care Researchへの投稿と、その論文を業績として受験されている方が増加していることも報告いたしました。試験制度としては、昨年からの申請書類や症例報告書の書き方が変わったこと、書き方の注意点についての解説をいたしました(久永貴之委員)。筆記試験は、学会ホームページで公開されている問題をご参照いただきたいと思います。X2タイプ(5つの選択肢から2つを選ぶ方式)と、Aタイプ(5つの選択肢から1つを選ぶ方式)に統一され、問題数もそれまでの150問から120問に減らしたことが説明されました(小原弘之委員)。口頭試問は、この2回は、30分の時間内に、臨床問題、ロールプレイ、症例報告書の確認が行われ、3名の試験官の総合評価となることが説明されました(坂下明大委員)。また、来年行われる、第1回の更新試験についての説明がされました(関根龍一委員)。専門医は認定されてからもブラッシュアップを怠らず、質の高い緩和ケアを提供することができるようになっていかなければなりません。新専門医制度でも、認定後の教育制度の整備も行わなければならないことから、その手始めとして、今年度は「緩和医療 Up-Date」として知識のブラッシュアップの時間を設けました(山口 崇氏)。この1年間の新規学術論文のうち、専門医としてぜひ知っておくべきものをピックアップし、概要の解説とデータの解釈などについての情報を提示していただきました。この企画は、新専門医

委員会
企画3

専門医フォーラム
「専門医認定制度 / 専門医 Brush up セミナー」

座長・報告

慶應義塾大学病院 緩和ケアセンター

橋口 さおり

座長

静岡県立静岡がんセンター 緩和医療科

大坂 巖

演者

佐久総合病院佐久医療センター 緩和ケア内科

山本 亮

筑波メディカルセンター病院 緩和医療科

久永 貴之

県立広島病院 緩和ケア科

小原 弘之

神戸大学医学部附属病院 腫瘍センター

制度の整備に向けて、専門医向け教育セミナーとして大きくしていくことを計画しています。

委員会 企画4

第4回 ELNEC-J 指導者 交流集会 ～ ELNEC-J コアカリキュラム指導 者用ガイド2014 を使いこなそう～

報告

ELNEC-J WG / 前・淀川キリスト教病院

市原 香織

座長

株式会社緩和ケアパートナーズ 梅田 恵

演者

京都大学大学院 医学研究科 人間健康科学系専攻

竹之内 沙弥香

筑波大学医学医療系保健医療学域 笹原 朋代

筑波大学大学院人間総合科学研究科 新幡 智子

日本緩和医療学会 教育・研修委員会

ELNEC-J Working Practitioner Group 員,

Woking Group 員

2014年6月21日、第19回日本緩和医療学会学術大会において第4回ELNEC-J指導者交流集会が開催された。指導者の増加とともに参加者も増加し(約200名)、今回は各地の指導者との交流に加え、改訂されたELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド2014(以下ガイド)に対する関心の高さも伺えた。以下、交流集会プログラムから『ガイドの改訂内容の概要』と『地域別交流』について報告する。

2011年にリリースされたガイドから2014年に改訂された点は、「データのアップデート」「ケーススタディの充実」「補助教材の充実」「ELNEC-J指導者へのアンケート結果に基づく修正」であり、各モジュールの変更内容について説明があった。今回の改訂は、基本的にマイナーチェンジであるが、「モジュール1: エンド・オブ・ライフ・ケアにおける看護」から、受講者に伝えていきたい内容が整理され、最後の「モジュール10: 質の高いエンド・オブ・ライフ・ケアの達成」では、「自分で何ができるか“考える”」ことが強調された内容になっていた。ガイド2014は、より受講者の明日からの実践に活かせるように工夫されていたことを再認識した。

地域別交流では、例年に倣って各地域でグループワークを実施し、「開催状況・開催計画」「開催するうえで困っていること・工夫していること」を話し合った。現在、「ELNEC-Jコアカリキュラム看護師

教育プログラム」は、全国的に開催されるようになったが、開催の告知や広報、費用や事務作業など運営に関する困りごとが挙げられ、活発な意見交換がなされた。これに加えて筆者のグループは、新指導者の経験の積み方についても話し合われた。経験の多い指導者から、各地の開催情報のキャッチの仕方、運営への参加方法等について情報提供やアドバイスがあり有意義に感じられた。

今回の交流集会を通して、ガイド2014によって時代のニーズに適したエンド・オブ・ライフ・ケアを看護師に伝え、そして人々に質の高いエンド・オブ・ライフ・ケアを届けるという指導者としての私の決意も新たになった。

ランチ セミナー3

「最後(しあわせ)への選択」～ PTEGキット(経皮食道胃管挿入用 キット)の緩和医療への応用～

座長・報告

町立長沼病院

倉 敏郎

コメンテーター

日立港病院

末永 仁

演者

医療法人惇慈会日立港病院

小林 由紀子

医療法人惇慈会日立港病院

鈴木 英子

消化管の癌性狭窄や癌性腹膜炎による慢性イレウス状態の患者に対する緩和医療のアプローチとして、如何にQOLを損ねずに消化管減圧を行うかがポイントとなる。

経皮経食道胃管挿入術(PTEG/ピーテグ)はPEG困難な症例での栄養投与経路と、消化管減圧ルートを可能とする、簡便・安全な消化管のインターベンション手技である。

今回のセミナーではPTEGの緩和医療への応用を、第一線で看護に当たる小林由起子先生から『『生きる力』を取り戻すための選択』、看護師長の鈴木英子先生から「最後(しあわせ)への選択」と題して講演いただいた。

小林先生から、PTEGの管理、特にカテーテル自己抜去の予防策と閉塞予防についての解説と、経鼻胃管栄養からPTEG造設を行い、安定した栄養管理と部分的経口摂取が可能となった脊髄小脳変性症の症例が紹介された。また最近みられる経腸栄養に関する逆風に対して「社会ではPEG、PTEGを延命処置として非難する意見もあり、経管栄養法の選択に

苦しむ家族もたくさんいらっしゃいます。なぜ、経鼻栄養や中心静脈栄養は認められ、PEG、PTEGが特殊なもの、否定されるものになるのでしょうか。私はこの患者さんの笑顔を見て、PTEGは決して延命治療ではなく、残された時間の質を向上させ、少しでもその人らしく生きていくための有効な手段のひとつであると再認識しました。」と述べられた。

鈴木先生からは、癌性イレウスに減圧目的で長期経鼻胃管留置されている症例に対するPTEG導入についての紹介があった。かなり進行した終末期であったため導入に逡巡したが、本人の強い希望によりPTEGを行い、10日間ではあったがQOLの向上がみられ、後日家族から評価されたことに喜びを感じたと述べられた。

最後に、PTEGの第一人者である末永先生にコメンテーターとして、PTEGの適応、管理、造設手順について豊富な経験を元に話しをいただいた。PTEGのさらなる普及によって、適応となる患者のQOL向上がもたらされることを願ってやまない。

後神経痛患者の不安や、乳がん術後の遷延性疼痛にも効果があることが示された。

日本ペインクリニック学会の神経障害性疼痛の薬物療法アルゴリズムも紹介された。第1選択薬として、三環系抗うつ薬とCaチャンネル $\alpha 2\delta$ リガンド（プレガバリン、ガバペンチン）があり、第2選択薬としてデュロキセチンやメキシレチン等、第3選択薬として麻薬性鎮痛薬がある。麻薬性鎮痛薬は、原則として頓用使用をしないこと、モルヒネ換算で120mg/日以下にすることが推奨されている。麻薬性鎮痛薬に関しては、米国で非がん患者を含め、濫用が問題となっており、鎮痛薬の不適切使用によって救急外来を受診するほとんどが強オピオイド鎮痛薬であることから、注意喚起がなされた。

早期からの緩和医療介入はQOLおよび患者の予後を改善することも強調された。まとめとして、神経障害性疼痛の薬物療法として、第1選択はプレガバリンであり、教育や認知行動療法などの心理療法、神経ブロックや神経刺激療法などの疼痛に対する治療を併用して、ADLの維持・向上、さらに、QOLの向上を目指すべきと締めくくられた。

ランチョン セミナー6

がん性疼痛における神経障害性疼痛 の治療戦略 Treatment strategy of neuropathic pain in clinical oncology field

座長・報告

昭和大学医学部 医学教育推進室 高宮 有介

演者

東京大学医学部附属病院 緩和ケア診療部

住谷 昌彦

がん性疼痛は、終末期だけでなく、がんの治療に伴う痛みも含め、対応が必要である。とくに神経障害性疼痛に対しての症状緩和が必須となる。講演では、神経障害性疼痛の基礎から、臨床的な戦略まで、EBMを示しながら懇切丁寧に概説していただいた。まず、神経障害性疼痛の悪循環モデルや、神経障害性疼痛患者のQOLの低下、スクリーニング質問票、有痛率などをデータで示しながらご紹介いただいた。とくに化学療法誘発神経障害性疼痛は、全がん患者の34%と高頻度であることを示された。神経障害性疼痛への治療薬の選択として、プレガバリンがある。プレガバリンは、鎮痛作用だけでなく、睡眠を改善させる作用もある。不眠はがん患者の予後を悪化させるというデータもあり、睡眠の改善は重要な要素である。また、プレガバリンは、帯状疱疹

理事・監事 就任の挨拶

理事就任のご挨拶



大阪大学大学院医学系研究科
保健学専攻
荒尾 晴恵

代議員選挙、理事選挙では、会員の皆様から多くのご支援を賜り心からお礼申し上げます。役割を通して緩和ケアの発展に努めてまいりたいと思います。

私は、前期2年間はそれまで担当していました総務から教育研修委員会に代わり活動させていただきました。教育研修委員会は多様な教育プログラムを提供していますが、その中の1つに、将来、緩和医療を専攻する医師の卒後の臨床教育体制の整備を見据えて、緩和医療を目指す医学生・研修医・若手医師に、緩和医療のキャリアパスとロールモデルを示すための「医学生・研修医・若手医師のための緩和ケアセミナー」があります。

緩和医療・ケアに対する社会のニーズが高まる中では、医師以外の職種においても、専門的緩和ケアを担っていく人々の育成が急務となっています。看護専門職における専門家の育成の現状は、公益社団法人日本看護協会の専門看護師、認定看護師の資格認定制度があります。しかし、緩和ケア、がん性疼痛看護認定看護師の教育機関は、受講者が減少し教育機関を休講するところが増えてくる事態になっています。また、専門看護師教育課程も定員の確保に苦慮しています。このような背景から、当学会としても、緩和ケアを専門とする看護職の育成は急遽取り組むべき課題となっています。そこで、平成26年度の新規事業として「緩和ケアを目指す看護職のためのセミナー（案）」を提案し、承認していただくことができました。第1回の開催に向けて準備を進めています。看護師は所属組織の人員配置の考え方等から、自分の関心領域をもつことが難しい状況にあります。そのため、自身のキャリアパスを描きにくいのですが、緩和ケアを専門的に追及していきたいと考えている看護師のキャリアパス形成を支援することができればと考えています。この事業が、専門的緩和ケアを担っていく人々の育成につながればと期待しています。

今後ともご指導ご鞭撻賜りますようお願い申し上げます。

日本緩和医療学会理事に再選されて： 多様性と対話

岡山大学大学院 精神神経病態学教室
内富 庸介

この度、再度、理事に選出されました。この二年間、細川理事長の元、将来構想委員会の仕事を頂きました。孤軍奮闘して各委員会が活動してきた状況から、一步進めて各委員会の活動を報告しあって理解を深め、学会全体としてのまとまりをもたせ、一貫性のある方針づくりの一助となればと考え活動してきました。少しずつ風通しをよくして多様な職種間の対話が促進されたのではないかと振り返っております。ともするとこれほどの規模の学会になるとなかなかできるものではありませんが、各委員会の委員長にはほぼ全員ご参加いただき、現在今ある学会の足元と近い将来を共有できただけでも良かったのではないかと思います。優先度の高い議題として1) 日本における緩和医療の概念・定義、2) 専門医のあり方、3) 学術大会のあり方、4) 教育事業のあり方、5) PEACEなど委託事業のあり方、6) 国内外の学会との連携について、7) CAM、などを扱いました。中長期の将来が討論できなかったことが反省点として挙げられますが、次世代に委ねたいと思います。

今後の二年間は、学術委員長として、1) 研究助成の振り返りを行って改善点を検討する、2) 学会プログラムの支援などを恒久的に行う方策、3) 多様性を反映した新学術領域の研究課題の検討などを行いたいと思います。

以上、2年間の任期を何とか全うし、有為の世代に引き継ぎたいと思います。風通しのよい対話を心がけますので、忌憚のないご意見を是非お寄せください。よろしく願いいたします。

理事就任の挨拶

島根大学医学部附属病院
太田 桂子



この度、理事会推薦理事としてご推薦を賜り、理事を拝命いたしました島根大学医学部附属病院の太田桂子です。当学会会員の中で、ソーシャルワーカーはまだマイノリティな存在ではありますが、チーム医療を展開していくうえでその役割の重要性をご理解いただきましたことに心から感謝申し上げます。

私は看護師としての経験をふまえ、2000年から社会福祉学を学び、2013年から医療ソーシャルワーカーとして勤務しております。同年に当院緩和ケアチームが設置されて以来、緩和ケアに携わってきました。

ソーシャルワーカーは緩和ケアチームの構成メンバーとして、患者とご家族の抱える心理社会的課題に対して、適切でタイムリーな支援が求められています。多様なニーズに対応するためには、患者や家族の価値や希望を「聴く」面接や、その人の社会に「つなぐ」ネットワークング等の専門的な技術の研鑽が不可欠です。

ソーシャルワーカーの多くは地域連携部門に所属し、緩和ケアチームや緩和ケア病棟の兼任もしくは専任であります。そのような立場でも専門性をうまく活用し、病院内のみならず、地域の多職種と連携を図り、患者とご家族の生活の質向上にむけて日々努力しています。

ソーシャルワーカーが単なる退院調整担当ではなく、心理社会的な支援者として信頼できる専門職であるためにも、教育機会の確保や制度政策への提言など各方面から、その整備にむけて努力を重ねる所存でございます。

大変微力ではありますが、ご支援・ご鞭撻を賜りますよう、心よりお願い申し上げます。

医療の現場で緩和ケアに取り組む皆さまに貢献できる活動を目指して

国立がん研究センター
がん対策情報センター
がん医療支援研究所
加藤 雅志



緩和ケアに携わる関係者が、今の医療現場において緩和ケアに対して感じている思いはどのようなものでしょうか。

平成18年にがん対策基本法が成立し、がん対策は転換期を迎えたといわれ、これを機会に緩和ケアも大きく推進されてきました。今日に至るまで、政府は緩和ケアについて様々な施策を講じてきました。日本緩和医療学会が委託を受けている緩和ケア研修会（PEACEプロジェクト）や普及啓発活動（オレンジバレーンプロジェクト）は、その代表例といえます。そして、新たに定められたがん診療連携拠点病院制度において緩和ケアに関連する要件が新たに多く定められるなど、医療システムの中にも緩和ケアは確実に組み込まれつつあります。

しかし、緩和ケアを進めていくための設計が描かれてきましたが、全国の医療現場でその実態はどのようになっているのでしょうか。それぞれの地域、施設、個人において、新たな方向性の実現に向けての歩み続けることはできているのでしょうか。

答えは「否」かもしれません。その理由ですが、状況も多様で個別性の高い事項も多いかと思えます。それであれば、その解決は現場に委ねるしかないのでしょうか。おそらく、これまでは現場任せになっていたのが実情だったと思います。それ故に、力のある地域、施設、個人であれば、次々に生じる新たな課題を乗り越えていくことができるのかもしれませんが、しかし、そのやり方では全国の水準を向上させていくことは不可能です。

この困難な問題を解決していくために、今求められていることは、全国における緩和ケアの水準の把握とそれに基づく他施設との比較による自施設の現状の把握システムの確立、多くの施設が困難と感じていることについてのその解決に向けた標準的な方法の提示、ピアレビュー等による現場主導での問題点の改善に向けた取り組みの実施、好事例の共有と課題解決に向けた広く意見交換を行う場の作成などでしょうか。

上記の4つの点について、医療現場に少しでも貢献できるように、この2年の間で取り組みを進めていきたいと考えています。特に前半の2点については、私が新たに委員長を拝命した専門的・横断的緩和ケア推進委員会に置いて取り組んでいきたいと考えています。また、後半の2点については、がん拠点病院間での意見交換や緩和ケアの質的な向上を図ることを目的として国立がん研究センターが設置した「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 緩和ケア部会」を活用することで実践できるのではないかと考えています。今回幸いにも、私はこれらの活動に関わることができる立場にあります。この2年では医療現場の課題を解決していくための枠組み作りに努めていきたいと思っています。

これらの活動を成功させるために、関係者への十分な説明と報告を心がけ、学会会員の皆様の意見と理解、協力をいただきながら、理事としての責務を果たしていきたいと考えています。

理事就任の挨拶



神戸大学大学院医学研究科
内科系講座
先端緩和医療学分野
木澤 義之

この度理事、副理事長、教育・研修委員長を拝命いたしました。この10年、がん対策基本法の成立とがん対策推進基本計画の後押しもあり、まだ十分ではないものの、がんの緩和医療は目覚ましい進歩と普及を遂げました。今回の理事就任にあたり、俯瞰的にとらえなおしてみると今後どのようにわが国で緩和医療の臨床・研究・教育をやってゆくのかわめて考える時期に来ているように感じます。

取り組むべき課題は次の5点に集約できると考えています：1) 患者・家族の声と医療現場の実際を勘案したうえで計画的に行われる緩和ケアに関する施策の実施（いわゆる Evidence-based policy making）への積極的な関与、2) 患者・家族の苦痛に対する新たな薬物療法・非薬物療法・ケアの開発に関する研究、3) すべての医療従事者・ケア提供者に対する基本的な緩和ケア教育の実施と緩和ケア専門家の育成・継続教育に関する教育体制の整備・充実、4) 年齢と疾患を問わない緩和ケア・エンドオブライフケアを実施する体制の整備、5) 4) の

実現のための他学会との協働。

すべて重要な課題ですが、私は特に、2) において、「エンド・オブ・ライフ・ディスカッション、どのように、いのちの終わりについて話し合いを始めるか？」に関するコミュニケーションの方法の開発、3) の基本的・専門的緩和ケアの教育、4) の非がん疾患の緩和ケアに関して、力を入れてその臨床実践・研究・教育を行い、多くの会員、ひいては患者・家族の方々に還元できるような学会を目指していきたいと考えています。ご指導ご鞭撻を賜りますよう、どうぞよろしくお願いいたします。

理事就任のご挨拶

近畿大学医学部附属病院
小山 富美子

この度、前期に引き続き理事を拝命いたしました小山富美子でございます。皆様のご支援を賜りましたこと心よりお礼申し上げます。3期6年間、専門的・横断的緩和ケア推進委員会で緩和ケアチーム登録に関わらせていただき、日本の緩和ケアチームの実態とその成果を学会として把握することの重要性を感じてまいりました。今5月に実施された2013年度チーム登録では497チーム、64,000件余りのデータが登録されました。また、緩和ケアチーム活動の手引き第2版を改訂し、新しく立ち上げたチームや困っているチームの支援になることを目指してまいりました。がん対策基本計画の推進のもと、多くの緩和ケアチームは苦しい事情を持ちながらも、目の前の患者・家族の苦痛の軽減を目指して活動されています。今後の日本の緩和医療に必要な、緩和ケアチームの支援について引き続き皆様と共に検討してまいりたいと考えております。登録にご協力いただきました会員の皆様に心より感謝申し上げます。日本緩和医療学会の会員は2013年より1万人を超え、その35.8%の4,100人が看護師の会員です。本学会は緩和医療にかかわる多くの職種と、一般病院や緩和ケア病棟、在宅医療など多様な場面で患者・家族を支援している人々が会している、とてもユニークな学会です。学術大会はじめ多くの委員会活動、WPG活動は職種間の壁が低く、チームワークを形成しつつ活動しており、私自身たいへん大きな学びを得てまいりました。本学会の強みはこのチームワークであり、会員の皆様が緩和医療の現場で作り出す雰囲気とエネルギーが学会活動に大きく影響して

いると感じております。看護師の理事のひとりとして、このチームワークに貢献できる活動を目指し、そして、4,100人の看護師会員の皆様にお役に立てよう励んでまいりたいと思います。何卒ご支援賜りますようよろしくお願い申し上げます。

理事就任のご挨拶



佐賀大学医学部附属病院
地域包括緩和ケア科 診療教授
佐藤 英俊

今回理事に再選されました佐賀大学医学部附属病院の佐藤です。前回の理事任期中は、主に新設された地区委員会委員長、用語委員会委員および国際交流委員会委員として活動して参りました。とくに地区委員会では、各地区において代議員同士の情報交換の場として有効活用し本学会の学会活動の活性化につながることを目的に学術大会前日の代議員会後に「地区代議員意見交換会」を新たに設置いたしました。

本学会は1996年に創設されてすでに18年経過いたしますが、いまだに支部等の地方組織が整備されておりません。そこで次の2年間の目標として地区委員および各地区の代議員を中心として地方組織整備のための準備にあたることにいたしますので会員の皆様にも是非ご協力をお願いいたします。

2年の任期期間中の地区委員会の活動計画概要は下記のとおりです。

【大目標】各地区に日本緩和医療学会支部を設立するための組織整備をする。

【個別達成目標】以下の項目を2年間で整備する。

- 1) 地区代議員会の整備：地区委員を代表とし、窓口となる代議員会事務局を設置し、地区代議員会はそれぞれの地区の実情にあった形式で活動を行う。各地区の代議員間での情報交換を通じて地区の意見を理事会に反映させる。
- 2) 地区の現状把握：地区単位での会員動向を把握し、組織整備や新規会員のリクルートに活用する。
- 3) 研究会・講演会・講習会等の開催：各地区の会員に研究発表の場を提供し、会員相互の情報交換および親睦をはかる。
- 4) 各地区委員会間での情報交換：日本緩和医療学会支部規約・細則を作成する。地区によってはかなり整備が進んでいる地区もあり、整備が進んで

いる地区のノウハウを各地区委員会で共有する。

ご挨拶



愛知県がんセンター中央病院
緩和ケア科
下山 理史

このたび、理事を拝命いたしました愛知県がんセンター中央病院の下山理史と申します。会員の皆様には代議員、理事選を通じて多大なるご支援をいただきました。この場をおかりして、御礼申し上げます。

これまで消化器外科医として、出会った時から患者さんご家族と共に歩む日々を送りつつ、病に苦しむ人々に対する緩和ケアの重要性を感じ、その苦痛を和らげる努力をして参りました。現在は縁ありまして当院にて緩和ケア医としてお世話になっております。お一人お一人の声に耳を傾けつつ日常の臨床を大切にすると同時に、生活を重視した医療・社会を目指して、医療者や患者家族の方々と共に地域の医療介護福祉のネットワークの充実、緩和ケアの普及にも取り組ませて頂いております。

今期は倫理・利益相反委員会委員長、委託事業委員会委員、緩和ケア普及啓発WPG員長、SHARE-CST WPG員などを務めさせていただくことになりました。特に倫理・利益相反委員会では、学会内外での活動に関する透明性をより高めるべく取り組むと共に、臨床倫理、臨床研究の指針等に関しましては当委員会の指針なども明確にしつつ新たな枠組を作って参りたいと存じます。緩和ケア普及啓発WPGでは、諸先生方が築き上げてこられたオレンジバルーンプロジェクトを引継ぎ、緩和ケア普及が広く隅々までいきわたるよう推進して参ります。そして会員の皆様の貴重な声をお聴きしつつ、また厚労省や委託事業委員会のご指導を仰ぎつつ、普及活動の推進に努めたいとも考えております。

所謂拠点病院から、地域で奮闘している病院、介護老人保健施設などで働いて参りました経験を生かし、いつでもどこでも誰もが緩和ケアを受けることができ、それが当たり前の社会になるよう皆様と共に働きかけて参りたいと存じます。

日常診療を疎かにせず、皆様の声をお聴きしながら、ご期待にそえますよう誠心誠意つとめさせていただき所存です。今後ともご指導ご鞭撻のほど、宜

しくお願い申し上げます。

理事就任挨拶



昭和大学医学部
医学教育推進室
高宮 有介

この度、理事に選出して頂き心から感謝いたします。私は、昭和大学の緩和ケアチームと緩和ケア病棟で、20年間、緩和ケアの臨床に専心して参りました。2007年より医学教育推進室の専従となり、緩和ケアで経験したエッセンスを医学教育の中に注入する仕事をしております。また、昭和大学は医学部だけでなく、歯学部、薬学部、保健医療学部（看護、理学療法、作業療法）があり、4学部合同の問題解決型チュートリアル、病棟臨床実習などを通し、緩和ケアとチーム医療の教育を実践しています。

当学会では、これまで、医学生セミナー WPG 員長として、若手・医学生のための緩和ケア夏季セミナーを企画・運営して参りました。緩和ケア医を目指す若者達にキャリアパスを示し、若手同士も連携を取り、支えあう機会になっていると感じております。今後も、新たに就任された黒岩ゆかり WPG 員長を支えながら、進めていきたいと存じます。

ここ数年の個人的な関心は、Whole Person Care、医療者自身のセルフケアであります。2013年10月に開催された第1回 Whole Person Care 世界大会での Hutchinson 先生との出会いもあり、モントリオールの McGill 大学医学部での教育をモデルにして進めております。治癒できる患者さんには、全力で知識と技術を学び、対処する。治癒できない患者さん（末期がん患者さん、慢性疾患の患者さん）にも、癒しを提供できる医師を育てる。昭和大学の建学の精神として「至誠一貫」という言葉あり、相通ずるマインドを感じます。さらに、マインドフルネスをキーワードにした「医療者自身のセルフケア」を、日本にどのように取り入れていくか検討しております。

当学会では、安全委員会の委員長を拝命しており、緩和ケア領域における医療安全についても検討・発信していきたいと存じます。

最後に、2015年の第20回日本緩和医療学会学術大会の大会長を拝命しており、準備に全力を尽くし

ていきたいと存じます。企画・運営において、皆様からのご支援を頂ければ幸いです。一人でも多くの皆様のご参加を、心からお待ちしております。

理事就任あいさつ



慶應義塾大学病院
緩和ケアセンター
橋口 さおり

このたび、理事に当選させていただき、二期目として務めさせていただきますことになりました。ご支援、ご指導を賜った方々には篤く御礼申し上げます。前期は専門医認定・育成委員会の委員長を仰せつかり、現行の試験制度の整備と、専門医認定後の育成についての足掛かりをつくること中心に活動いたしました。専門医とは、技術と知識とを以て質の高い緩和ケアを提供し、臨床疑問を普遍的知恵に置き換えることができる科学的思考を身に着け、専門的緩和ケアを担う医療人としてのあるべき姿を体現する存在であってほしいと考えております。本学会は、発足してまだ20年余りであり、学術的領域としての歴史も浅く、基盤づくりに精を出している段階です。これから年月を重ねて領域を広め、さらに深めていかなければなりません。そのためには人材の育成が必要です。100年を超える領域との差は、人材の厚さの差です。卒前教育、卒後教育、専門的教育すべてにおいて体制ができていませんし、学会としてさらに努力して食い込んでいかなければならないのです。教育プログラムも含めて専門医教育制度と、その一区切りである専門医試験制度を整えることは、学会の運営の中でも大切な部分であると考えております。さらに今期の大きな課題のひとつに、新専門医制度との整合性があります。すでに教育基盤ができていない学会とは異なり、制度構築の早い段階で新専門医制度との転換期を迎えたことの吉凶はわかりません。方向転換を柔軟にできるというメリットはありますが、おそらく海外の専門医制度に倣ってプログラム重視となるであろうことを考えると、プログラムを提供できる施設が十分に育っていない現段階では危機的ともいえます。この学会が目指す緩和ケアとは何かに軸足を置き、十分に検討を重ねて、よりよい育成プログラムと制度の構築のために努力していきます。

理事就任挨拶

YMCA 訪問看護ステーション・ピース
濱本 千春

この度、2期目を努めさせていただきます、YMCA 訪問看護ステーション・ピースの濱本千春です。

今年度は昨年に引き続き、健康保険・介護保険委員会で診療報酬及び介護報酬改定について、関連団体との情報交換や協働しながら、2025年問題などに向けて努めて参りたいと存じます。

当学会では医師だけではなく、看護師や薬剤師などの多職種が「緩和医療・緩和ケア」の発展に努めています。しかし、これからの緩和医療・緩和ケアは地域への視点を無視して展開は望めません。今後は、今まで以上に地域医療に関連する医師・看護師・薬剤師・リハビリ関連職種・ケアマネジメント関連職種とも連携・協働を図る必要があります。

その点について、地域は当学会に期待し、注目しています。但し一方で、緩和ケア病棟及び病院偏重の発言や教育プログラムなどを厳しく視ています。さらに都市部と地方では抱える課題が異なるため、ニーズにズレがあります。そのため、緩和医療・緩和ケアについて最大の会員数を持つ当学会の行動について地域・地方はこれまで以上に注目し、厳しく見つめています。

マニュアル通りのケアよりも、小さな声にも耳を傾ける姿勢がこれからの緩和医療の現場では求められています。マイナーな地方・地域・訪問看護の立場から、学会員と会員が活動する現場にいる患者・家族の声が活かされるように活動して参りたいと存じます。今後ともご指導のほど、よろしくお願いたします。

理事就任の挨拶



独立行政法人
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
教育研修室
細矢 美紀

この度、理事に就任させていただきました看護師の細矢美紀と申します。私は2003年にがん看護専門看護師の認定を受け、緩和ケアチームや退院支援専従として活動してまいりました。現在は国立がん研究センターがん対策情報センターで、がん診療連携拠点病院等の看護師等を対象とした、がん看護や緩和ケアに関する研修の企画・運営に携わっています。本学会では、緩和医療ガイドライン委員会副委員長を拝命しました。微力ではありますが、太田委員長を補佐してガイドライン改訂や普及に取り組んでまいります。

看護師の立場からは、がん患者さんの身体的・精神心理的・社会的苦痛等のスクリーニングの実施、緩和ケアセンターの整備、定期的ながん看護外来（がん患者指導管理料）の開催など、緩和ケアにおける看護師の役割と責任は、がん診療連携拠点病院の指定要件や診療報酬によって年々高まっています。患者さんにご家族の暮らしや病に対する思いを聞きながら、地域で生活することを支えるために、多職種チームの中で看護師が果たすべき役割も大きくなっています。しかし、どの医療機関や地域も取り組みが始まったばかりで、わからないことや課題が山積しています。患者さんにご家族が人生を全うするまで、安心して暮らせる地域をつくれるよう、多職種の皆様と一緒に知恵を絞って考えていきたいと思えます。何卒よろしくお願いたします。

理事就任の挨拶



佐久総合病院
佐久医療センター
緩和ケア内科
山本 亮

この度、初めて理事を拝命いたしました。佐久総合病院佐久医療センター緩和ケア内科の山

本亮と申します。

私は、1996年に筑波大学医学専門学群を卒業後、地域で働く医師になりたいと佐久総合病院に就職し、プライマリ・ケア、総合診療領域で研鑽を積んできました。在宅訪問診療を行っている中で、緩和ケアの重要性を感じ、学んでいくなかで次第に緩和ケア領域での仕事を中心となってきています。現在も緩和ケアチームの活動を中心にしてはいますが、自宅に戻りたいと希望する患者さんのもとには病院からの在宅訪問診療も行っています。

これまで教育研修委員として、またPEACE指導者研修会の協力者として主に緩和ケア教育の分野で活動をしていきました。また専門医認定・育成委員として専門医制度にも関わってきました。このような活動の中から、基本的な緩和ケア教育から、専門的緩和ケア教育まで幅広い教育分野の体制のさらなる整備に取り組んでいきたいと理事に立候補させていただきました。

2017年度から開始される新専門医制度に対応するために新しく設置された、専門医制度整備検討委員会の委員長を拝命いたしました。本学会のような、基本領域の学会ではないサブスペシャリティ領域の専門医制度については、まだ議論が十分には行われておらず不確定な点も多く、手探りの状態ではありますが、積極的に情報収集を行い、専門医認定・育成委員会とも連携しながら、よりよい専門医制度が構築できるよう努力していく所存です。どうかよろしく願いいたします。

監事就任のご挨拶



国立病院機構西群馬病院
斎藤 龍生

この度、日本緩和医療学会の監事に再任いたしました、斎藤龍生と申します。これまで、2006年から2010年まで理事を務め、その間倫理委員会の前身「利益相反に関する委員会」の委員長として、「利益相反マネジメントの指針」、「利益相反に関する細則」等を作成し、2010年からは倫理委員会の委員として学会運営に参加して参りました。2012年度からは監事に就任し、今回引き続き監事を務めさせていただきます。

特定非営利活動法人(NPO)の監事の役割は、「(1) 理事の業務執行の状況を監査すること、(2) 法人の財産の状況を監査すること、(3) 監査の結果、特定非営利活動法人の業務又は財産に関し不正の行為又は法令若しくは定款に違反する重大な事実があることを発見した場合には、総会又は所轄庁に報告すること、(4) 報告をするために必要がある場合には、総会を招集すること、(5) 理事の業務執行の状況又は特定非営利活動法人の財産の状況について理事に意見を述べ、必要があれば理事会の招集を請求すること」となっております。本学会は会員数も年々増加し10,000名を超え、収支決算監査規模も3億円を超える巨大な学会となっており、監事の責務は益々重要になってきております。そこで、2012年度監事に就任してからは、従来の「書類の持ち回り監査」から、監事が事務局にそろって出向き、必要に応じて詳細資料を求め、説明を求めするなどして、より精度の高い監査に努めて参りました。引き続き、公正かつ適正な監事業務に努めて参りますので、よろしく願いいたします。

1. がんやがん治療に関する情報では外来化学療法中のがん患者の症状を予測できない：症状の有無による患者分類

東北大学大学院 緩和ケア看護学分野 佐藤 一樹

Miaskowski C, Cooper BA, Melisko M, Chen LM, Mastick J, West C, Paul SM, Dunn LB, Schmidt BL, Hammer M, Cartwright F, Wright F, Langford DJ, Lee K, Aouizerat BE. Disease and treatment characteristics do not predict symptom occurrence profiles in oncology outpatients receiving chemotherapy. *Cancer*. 2014 Aug 1;120(15):2371-8.

【目的】

化学療法を受けるがん患者は多くの症状を経験するが、個人差が大きい。そのため、より焦点化した症状緩和治療が必要な患者群の同定が望まれる。本研究は、化学療法を受けるがん患者を様々な症状の有無により分類したサブグループ分類を同定し、サブグループ間で患者背景・臨床的特徴や QOL 評価を比較する。

【方法】

多施設共同の縦断研究のデータを用いた。対象者は外来化学療法を受ける成人がん患者（乳がん、消化器がん、婦人科がん、肺がん）で、582名の回答を用いた（応諾率60%）。症状は、次の化学療法サイクル開始の前週での32症状をMSASにより評価した。QOLは、一般的な健康関連QOL評価尺度SF-12と疾患特異的QOL評価尺度QOL-PVを用いて評価した。患者のサブグループ分類は潜在クラス分析（注：カテゴリカル変数での因子分析）により行った。頻度の少ない症状を除いた25症状の有無を用いて分析した。

【結果】

潜在クラス分析の結果、同様の症状を有する患者の3サブグループが同定された。最も多くの症状を有する「多症状」群に患者の14%が分類され、25症状の有症率は70~100%程、症状数は平均±標準偏差 20.3 ± 2.7 であった。中程度の数の症状を有する「中症状」群に患者の50%が分類され、25症状の有症率は40~60%程、症状数は 12.9 ± 2.6 であった。最も少ない症状を有する「少症状」群に患者の36%が分類され、25症状の有症率は10~40%程、症

状数は 5.7 ± 2.3 であった。「多症状」群は有意に、若年で、女性や非白人が多く、未婚で、世帯収入が低く、PSが低く、併存疾患が多かった。SF-12やQOL-MVは、「少症状」群>「中症状」群>「多症状」群の順に評価が低下した。

【結論】

多くの症状を有する化学療法を受けるがん患者が一定数おり、その患者のQOLは低下していた。

【コメント】

有する症状の数で化学療法中のがん患者を分類した結果、約1~2割の患者が非常に多くの種類の症状を有していることが示された。これら症状に苦しむ患者に対する症状緩和は重要な課題である。多症状の患者群での特徴（若年、女性、未婚、低収入、低PSなど）を有する患者の場合はより症状に注意し、予測的に対応することが可能であろう。一方、がんやがん治療と患者分類に関連は示されなかったため、現状では、どのような治療を受けるがん患者に対しても丁寧な症状アセスメントが求められる。

2. 終末期におけるスピリチュアルケアについて看護師・医師がバリアと感じていること

東北大学大学院 緩和ケア看護学分野 竹内 真帆

Balboni MJ, Sullivan A, Enzinger AC, Epstein-Peterson ZD, Tseng YD, Mitchell C, Niska J, Zollfrank A, VanderWeele TJ, Balboni TA. Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. *J Pain Symptom Manage*. 2014 Sep;48(3):400-10.

【目的】

スピリチュアルケア(SC)は終末期ケアのコアドメインと定義され、医療者によるSCの提供の重要性が指摘されているが十分に行われているとは言えない。本研究では、看護師および医師のSC提供に関する希望を明らかにし、SC提供のバリアとなる11の潜在的要因について評価することを目的とした。

【方法】

2008年10月から2009年1月に、ボストンの4つの教育施設を通して、適格基準を満たす看護師・医師を合計537名リクルートし、オンライン調査を実施した。調査内容について、がん診療の経験年

数を含む対象者背景、対象者自身の宗教・スピリチュアリティとして Measure of Religiousness and Spirituality を用いて評価した。終末期のがん患者に対する宗教的ケアや SC の希望については「SC を提供したいと感じる頻度」や「SC を実際に提供する頻度」などについて「まったくしない～いつもする」の 7 件法と直近 3 症例に関する SC 提供の有無について評価した。また、SC 提供のバリアとなりうる 11 要因のスコアリング法を開発し、評価を行った。さらに SC を適切に提供するためのトレーニングを受けたいかの可否について回答する項目を設けた。

【結果】

回答数は 332 名 (回答率 =63%)、そのうち看護師が 118 名、医師が 204 名であった。

終末期ケアにおいて看護師の 74%、医師の 64% が SC を提供したいという希望を持っている一方、看護師・医師合わせて 40% が希望するよりも実際には SC を提供できていないと回答した。SC 提供のバリアで最も回答割合が高かった要因は、看護師では「プライバシーが保たれたスペースの欠如 (74%)」、医師では「時間の欠如 (73%)」であった。今後、SC のトレーニングを希望しなかった回答者の割合は低かった (看護師 : 21%、医師 : 49%)。SC を希望しなかった対象の要因として「自身のスピリチュアリティの評価得点が低い ($P < 0.001$)」「男性 ($P < 0.001$)」があげられた。

【結論】

今後の SC トレーニングが、医療従事者による SC の提供に重要な役割を果たすことが考えられる。

【コメント】

近年、わが国でも終末期における宗教的ケアやスピリチュアルケアの重要性について関心が高まっている。しかし、宗教的ケアやスピリチュアルケアの定義や、その具体的な内容などについては明確ではない。本研究は米国での知見であるが、今後、宗教観や文化・慣習が異なるわが国においても、医療者・患者ともに宗教的ケアやスピリチュアルケアのニーズやその内容、バリアなど、詳細に踏み込んだ研究が行われることが期待される。

学会印象記

1. 第 52 回日本癌治療学会学術集会

長崎大学病院がん診療センター 中嶋 由紀子

第 52 回日本癌治療学会学術集会が、福島県立医科大学機器官制御外科学講座主任教授竹之下誠一先生を会長に、パシフィコ横浜にて開催され、始めて参加させて頂いた。夏休み最後の週末 8 月 28・29・30 日の日程で「愚直なる継続」の大会テーマで 22 会場が設営されていたが、17,000 人強（2013 年）の会員数とあって会場はどこも沢山の参加者で埋まっていた。

各セッションのテーマとしては、がん治療学会ということで各がん種の Up to Date、分子標的薬、バイオマーカー研究、など各種がんの治療に関するものが多くみられた。がんサバイバーの妊孕性、就労支援、高齢者のがんへの対応や、栄養、心理にまでおよび、がん医療の全体を網羅するような広範囲で深いテーマが盛りこまれていた。

その中に「がん緩和治療戦略の Up to Date ー緩和と医療：初期から End of Life Care までー」、パネルディスカッションとして「社会全体で考えるべき終末期医療の現実と課題」など緩和ケアに関するセッションが設けられており、活発なディスカッションが繰り返され、治療と緩和ケアの同時推進が広まっていることを強く感じた。学術セミナーでは慶應義塾大学看護医療学部茶園美香先生より「親ががんになった時、子供が必要としている事」と題して講演行われた。がん患者の若年化と共にがんの親を持つ子供も増加しており筆者も現場で苦慮している事でもある。「子供は変化を感じ取っている」「がんに対して大人以上に悪い想像をする」「罪悪感や責任があると感じる」「見捨てられると思う」という子供の反応があると教えて頂き、子供に親の病気を伝えるために必要なことやアセスメントなど沢山の示唆を頂いた。また、「癒しの学び」としてアロマセラピー、ミュージックセラピーなども実演されており、緩和ケア技術の学びの場も提供されていた。

一般演題として緩和ケアに関するものも複数報告され、私も 2 題報告させて頂いた。「がん患者のカウンセリング」に関する演題に対しては 10 名以上の看護師の方からの質問やご意見を頂いた。今年度より看護師単独の面接に対しても加算が付き、質問して下さった方々と共に、専門の看護師による患者支援の有用性をようやく厚生労働省が認識して

下さったのだから気を引き締めないといけない」と決意を新たにするとともに、大会長のごあいさつの中にあつた「癒されてほしい」が随所で感じさせられた学会であった。

東北の美味しいお弁当の中から好みのものを自分たちで選ぶ事ができたり、桃のジェラートやカジキメンチなどふくしまマルシェで堪能させて頂き、大会中新たな知見をいただくとともに、大会長のごあいさつの中にあつた「癒されてほしい」が随所で感じさせられた学会であった。

2. 日本スピリチュアルケア学会 2014 年度第 7 回学術大会報告

青森県立中央病院 蘆野 吉和

日本スピリチュアルケア学会 2014 年度第 7 回学術大会が、9 月 6 日（土）7 日（日）の二日間にわたり、上智大学四谷キャンパス（東京）で開催された。大会長は島蘭進氏（東京大学定年後、上智大学グリーフケア研究所所長に就任）。

大会のテーマは『宗教とスピリチュアルケア』。プログラム一日目午前のプレ・パネル「臨床宗教教育の可能性」では、昨年より誕生した「臨床宗教師」の定義（公共空間で心のケアを行うことのできる宗教者）や活動内容および役割などについて谷山洋三氏から報告があった。午後は基調講演「カトリックのスピリチュアリティ」（講師：川中仁氏）および記念講演「人生の総括とスピリチュアリティ」（講師：柳田邦男氏）。柳田氏の講演では、「物語を生きる人間」、「生活臨床」、「苦しみ悲しみの意味」、「言葉」、「音楽」、「ユーモア」などをキーワードに「スピリチュアリティ」についての思索が述べられ、精神性のいのちは年齢を増すごとに成長し、残されている人の心の中で生きる、この「死後生」という未来が今の自分を照らし出してくれると同時に、後を生きる人の人生を膨らませる、このため、「死後生」まで展望したケアが重要であるとのメッセージが述べられた。

二日目午前は二つの会場での研究発表、午後はシンポジウム「宗教とスピリチュアルケア」が開催された。このシンポジウムは、「スピリチュアリティ」を考える上で無視することのできない「宗教」との係りについて、多様な視点で考えてみるという趣旨で企画され、前日の基調講演を含めてカトリック、禅宗、神道、仏教などにおけるスピリチュアルケアやスピリチュアリティの捉え方について関連する宗

教者の見解が披露された。

現在、緩和ケアや救急医療の現場そして大規模災害ではスピリチュアルケアが必要であることは多くの人が実感しつつあるものの、「誰がどのようなケアを提供するのか」まったく定見がない状況である。今回、学会に参加し、「スピリチュアリティとは何か？」という基本的命題を、縄文文化を含めたこれまでの日本文化や日本の風土を考慮した形で、医療・介護従事者、宗教者や市民と一緒に考えていこうという気迫を感じた。

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
(2014年6月～8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）

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(23-26), 371(1-9)】

1. 非がん性疼痛でのオピオイドによる便秘に対する Naloxegol の効果：第Ⅲ相二重盲検無作為化比較試験

Chey WD, Webster L, Sostek M, Lappalainen J, Barker PN, Tack J. Naloxegol for opioid-induced constipation in patients with noncancer pain. N Engl J Med. 2014;370(25):2387-96.

2. ICUでの尊厳ある死に関するレビュー

Cook D, Rocker G. Dying with dignity in the intensive care unit. N Engl J Med. 2014;370(26):2506-14.

3. 外来がん患者での静脈血栓塞栓症の予防的治療に関するレビュー

Connors JM. Prophylaxis against venous thromboembolism in ambulatory patients with cancer. N Engl J Med. 2014;370(26):2515-9.

【Lancet. 2014;383(9933)- 384(9945)】

4. 小児がんの長期サバイバーでの内分泌疾患：国際共同大規模コホート

de Fine Licht S, Winther JF, Gudmundsdottir T, Holmqvist AS, Bonnesen TG, Asdahl PH, et al. Hospital contacts for endocrine disorders in Adult Life after Childhood Cancer in Scandinavia (ALiCCS): a population-based cohort study. Lancet. 2014;383(9933):1981-9.

【Lancet Oncol. 2014;15(7-9)】

なし

【JAMA. 2014;311(21-24), 312(1-8)】

5. プライマリーケアでの慢性疼痛に対する電話での遠隔的な緩和ケアコンサルテーションの効果：無作為化比較試験

Kroenke K, Krebs EE, Wu J, Yu Z, Chumbler NR, Bair MJ. Telecare collaborative management of chronic pain in primary care: a randomized clinical trial. JAMA. 2014;312(3):240-8.

【JAMA Intern Med. 2014;174(6-8)】

6. 死亡前14日間での化学療法（レター）

Rodriguez MA, DeJesus AY, Cheng L. Use of chemotherapy within the last 14 days of life in patients treated at a comprehensive cancer center. JAMA Intern Med. 2014;174(6):989-91.

7. 終末期に関する希望（事前指示）の時間経過や病状変化での安定性に関する系統的レビュー

Auriemma CL, Nguyen CA, Bronheim R, Kent S, Nadiger S, Pardo D, et al. Stability of end-of-life preferences: a systematic review of the evidence. JAMA Intern Med. 2014;174(7):1085-92.

【BMJ. 2014;348(7961-7964), 349(7968-7972)】

8. 地域緩和ケアチームによる死亡前2週間での入院・救急外来利用や入院死亡に対する影響

Seow H, Brazil K, Sussman J, Pereira J, Marshall D, Austin PC, et al. 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;348:g3496.

【Ann Intern Med. 2014;160(11-12), 161(1-4)】

9. がんセンターでの市民向け広報に関する質的内容分析

Vater LB, Donohue JM, Arnold R, White DB, Chu E, Schenker Y. What are cancer centers advertising to the public?: a content analysis. *Ann Intern Med.* 2014;160(12):813-20.

10. リスク（確率的な情報）を伝える際の効果的なコミュニケーション方法に関する系統的レビュー

Zipkin DA, Umscheid CA, Keating NL, Allen E, Aung K, Beyth R, et al. Evidence-based risk communication: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2014;161(4):270-80.

【J Clin Oncol. 2014; 32(16-24)】

11. がん性疼痛の評価・治療の個別のアプローチ：レビュー

Hui D, Bruera E. A personalized approach to assessing and managing pain in patients with cancer. *J Clin Oncol.* 2014;32(16):1640-6.

12. がんによる骨の痛みの機序：レビュー

Falk S, Dickenson AH. Pain and nociception: mechanisms of cancer-induced bone pain. *J Clin Oncol.* 2014;32(16):1647-54.

13. オピオイドの薬理と疼痛緩和：レビュー

Pasternak GW. Opiate pharmacology and relief of pain. *J Clin Oncol.* 2014;32(16):1655-61.

14. がん疼痛におけるオピオイド使用の原則：レビュー

Portenoy RK, Ahmed E. Principles of opioid use in cancer pain. *J Clin Oncol.* 2014;32(16):1662-70.

15. 新規オピオイド薬：レビュー（ヒドロコドン、オキシモルフォン、タベンタドールなど）

Mercadante S, Porzio G, Gebbia V. New opioids. *J Clin Oncol.* 2014;32(16):1671-6.

16. がん性疼痛治療での非オピオイド薬：レビュー

Vardy J, Agar M. Nonopioid drugs in the treatment of cancer pain. *J Clin Oncol.* 2014;32(16):1677-90.

17. がん性疼痛治療でのリハビリテーションと理学療法の役割：レビュー

Chevillat AL, Basford JR. Role of rehabilitation medicine and physical agents in the treatment of cancer-associated pain. *J Clin Oncol.* 2014;32(16):1691-702.

18. がん性疼痛治療での心理療法・行動療法：レビュー

Syrjala KL, Jensen MP, Mendoza ME, Yi JC, Fisher HM, Keefe FJ. Psychological and behavioral approaches to cancer pain management. *J Clin Oncol.* 2014;32(16):1703-11.

19. がん性疼痛での患者教育・コーチング・セルフマネジメント：レビュー

Lovell MR, Luckett T, Boyle FM, Phillips J, Agar M, Davidson PM. Patient education, coaching, and self-management for cancer pain. *J Clin Oncol.* 2014;32(16):1712-20.

20. がん性疼痛の過少治療と過剰治療：レビュー

Paice JA, Von Roenn JH. Under- or overtreatment of pain in the patient with cancer: how to achieve proper balance. *J Clin Oncol.* 2014;32(16):1721-6.

21. がん性疼痛治療のバリアとその克服：レビュー

Kwon JH. Overcoming barriers in cancer pain management. *J Clin Oncol.* 2014;32(16):1727-33.

22. がん患者のケミカルコーピングの評価と治療：レビュー

Del Fabbro E. Assessment and management of chemical coping in patients with cancer. *J Clin Oncol.* 2014;32(16):1734-8.

23. がんサバイバーの痛み：レビュー

Glare PA, Davies PS, Finlay E, Gulati A, Lemanne D, Moryl N, et al. Pain in cancer survivors. *J Clin Oncol.* 2014;32(16):1739-47.

24. 若年成人がん患者での健康保険加入状況とがんの転帰

Aizer AA, Falit B, Mendu ML, Chen MH, Choueiri TK, Hoffman KE, et al. Cancer-specific outcomes among young adults without health insurance. *J Clin Oncol.* 2014;32(19):2025-30.

25. 化学療法によるマルチタスク時の脳機能障害の認知機能障害：縦断的評価

Deprez S, Vandenbulcke M, Peeters R, Emsell L, Smeets A, Christiaens MR, et al. Longitudinal assessment of chemotherapy-induced alterations in brain activation during multitasking and its relation with cognitive complaints. *J Clin Oncol.* 2014;32(19):2031-8.

26. 悪い知らせの伝え方の患者の希望に基づいた腫瘍医対象のコミュニケーション・スキル研修の効果：無作為化比較試験

Fujimori M, Shirai Y, Asai M, Kubota K, Katsumata N, Uchitomi Y. Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol.* 2014;32(20):2166-72.

27. 結腸がんサバイバーでのカルシウム・ビタミンD・乳製品の摂取と死亡率

Yang B, McCullough ML, Gapstur SM, Jacobs EJ, Bostick RM, Fedirko V, et al. Calcium, vitamin D, dairy products,

and mortality among colorectal cancer survivors: the Cancer Prevention Study-II Nutrition Cohort. *J Clin Oncol*. 2014;32(22):2335-43.

28. 高齢がん患者での中心静脈カテーテルの長期使用と感染リスク
Lipitz-Snyderman A, Sepkowitz KA, Elkin EB, Pinheiro LC, Sima CS, Son CH, et al. Long-term central venous catheter use and risk of infection in older adults with cancer. *J Clin Oncol*. 2014;32(22):2351-6.
29. 限局性前立腺がん患者での抑うつと診断・治療・予後との関連
Prasad SM, Eggener SE, Lipsitz SR, Irwin MR, Ganz PA, Hu JC. Effect of depression on diagnosis, treatment, and mortality of men with clinically localized prostate cancer. *J Clin Oncol*. 2014;32(23):2471-8.
30. ステージI期のメラノーマ患者の予後予測因子
Maurichi A, Miceli R, Camerini T, Mariani L, Patuzzo R, Ruggeri R, et al. Prediction of survival in patients with thin melanoma: results from a multi-institution study. *J Clin Oncol*. 2014;32(23):2479-85.
31. 高齢がん患者でのがん全身治療の認知機能に対する効果：レビュー
Mandelblatt JS, Jacobsen PB, Ahles T. Cognitive Effects of Cancer Systemic Therapy: Implications for the Care of Older Patients and Survivors. *J Clin Oncol*. 2014;32(24):2617-26.
32. 高齢がん患者サバイバーに対するサポートティブケア：レビュー
Naeim A, Aapro M, Subbarao R, Balducci L. Supportive Care Considerations for Older Adults With Cancer. *J Clin Oncol*. 2014;32(24):2627-34.
33. 高齢がん患者の長期サバイバーでのがんとがん治療の影響：レビュー
Rowland JH, Bellizzi KM. Cancer Survivorship Issues: Life After Treatment and Implications for an Aging Population. *J Clin Oncol*. 2014;32(24):2662-8.

【Ann Oncol. 2014; 25(6-8)】

34. がんの治療と診断的手技に関連する痛み
Ripamonti CI, Bossi P, Santini D, Fallon M. Pain related to cancer treatments and diagnostic procedures: a no man's land? *Ann Oncol*. 2014;25(6):1097-106.
35. 中等度催嘔吐性化学療法後の悪心・嘔吐予防に対する NEPA (netupitant-palonsetron 配合剤) の有効性と安全性に関する第Ⅲ相無作為比較試験
Aapro M, Rugo H, Rossi G, Rizzi G, Borroni ME, Bondarenko I, et al. A randomized phase III study evaluating the efficacy and safety of NEPA, a fixed-dose combination of netupitant and palonosetron, for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting following moderately emetogenic chemotherapy. *Ann Oncol*. 2014;25(7):1328-33.
36. 高度・中等度催嘔吐性化学療法の複数サイクル後の悪心・嘔吐予防に対する NEPA (netupitant-palonsetron 配合剤) の有効性と安全性に関する第Ⅲ相無作為比較試験
Gralla RJ, Bosnjak SM, Hontsa A, Balsler C, Rizzi G, Rossi G, et al. A phase III study evaluating the safety and efficacy of NEPA, a fixed-dose combination of netupitant and palonosetron, for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting over repeated cycles of chemotherapy. *Ann Oncol*. 2014;25(7):1333-9.
37. 高度催嘔吐性化学療法後の悪心・嘔吐予防に対する NEPA (netupitant-palonsetron 配合剤) の有効性と安全性に関する第Ⅲ相無作為比較試験
Hesketh PJ, Rossi G, Rizzi G, Palmas M, Alyasova A, Bondarenko I, et al. Efficacy and safety of NEPA, an oral combination of netupitant and palonosetron, for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting following highly emetogenic chemotherapy: a randomized dose-ranging pivotal study. *Ann Oncol*. 2014;25(7):1340-6.
38. 進行期頭頸部がんでヒトパピローマウイルスの有無が予後を予測するか
Argiris A, Li S, Ghebremichael M, Egloff AM, Wang L, Forastiere AA, et al. Prognostic significance of human papillomavirus in recurrent or metastatic head and neck cancer: an analysis of Eastern Cooperative Oncology Group trials. *Ann Oncol*. 2014;25(7):1410-6.
39. がん患者の栄養不良と悪液質の早期発見：European School of Oncology のポジションペーパー
Aapro M, Arends J, Bozzetti F, Fearon K, Grunberg SM, Herrstedt J, et al. Early recognition of malnutrition and cachexia in the cancer patient: a position paper of a European School of Oncology Task Force. *Ann Oncol*. 2014;25(8):1492-9.
40. がん悪液質に対する診断基準の妥当性と評価に関する国際多施設プロジェクト (EPCRC-CSA)
Blum D, Stene GB, Solheim TS, Fayers P, Hjermstad MJ, Baracos VE, et al. Validation of the Consensus-Definition for Cancer Cachexia and evaluation of a classification model—a study based on data from an international multicentre project (EPCRC-CSA). *Ann Oncol*. 2014;25(8):1635-42.

【Eur J Cancer. 2014;50(9-12)】

41. 胆管がんでの好中球 / リンパ球比による予後予測

McNamara MG, Templeton AJ, Maganti M, Walter T, Horgan AM, McKeever L, et al. Neutrophil/lymphocyte ratio as a prognostic factor in biliary tract cancer. *Eur J Cancer*. 2014;50(9):1581-9.

42. 婦人科がんでの無作為化比較試験での患者評価アウトカム (PRO) 活用の現状

Efficace F, Jacobs M, Pusic A, Greimel E, Piciocchi A, Kieffer JM, et al. Patient-reported outcomes in randomised controlled trials of gynaecological cancers: investigating methodological quality and impact on clinical decision-making. *Eur J Cancer*. 2014;50(11):1925-41.

43. EORTC の第Ⅲ相試験参加者の長期がんサバイバーを対象とした QOL 調査の実施可能性

van Leeuwen M, Efficace F, Fossa SD, Bolla M, De Giorgi U, de Wit R, et al. Recruiting long-term survivors of European Organisation for Research and Treatment of Cancer phase III clinical trials into quality of life studies: challenges and opportunities. *Eur J Cancer*. 2014;50(11):1957-63.

【Br J Cancer. 2014;110(11-12), 111(1-4)】

44. 化学療法中の胚細胞腫瘍患者でのレジスタンストレーニング (筋トレ) の安全性と有効性

Christensen JF, Jones LW, Tolver A, Jorgensen LW, Andersen JL, Adamsen L, et al. Safety and efficacy of resistance training in germ cell cancer patients undergoing chemotherapy: a randomized controlled trial. *Br J Cancer*. 2014;111(1):8-16.

45. 膵臓がん患者の糖尿病の既往と予後の関係 : 前向きコホート調査

Toriola AT, Stolzenberg-Solomon R, Dalidowitz L, Linehan D, Colditz G. Diabetes and pancreatic cancer survival: a prospective cohort-based study. *Br J Cancer*. 2014;111(1):181-5.

46. 高齢悪性胸膜中皮腫患者の予後因子 : 多施設共同研究

Ceresoli GL, Grosso F, Zucali PA, Mencoboni M, Pasello G, Ripa C, et al. Prognostic factors in elderly patients with malignant pleural mesothelioma: results of a multicenter survey. *Br J Cancer*. 2014;111(2):220-6.

47. 術前の小中級 / リンパ球比は根治的膀胱全摘術を受ける尿路上皮がんでの有害事象の予測因子となる

Hermanns T, Bhindi B, Wei Y, Yu J, Noon AP, Richard PO, et al. Pre-treatment neutrophil-to-lymphocyte ratio as predictor of adverse outcomes in patients undergoing radical cystectomy for urothelial carcinoma of the bladder. *Br J Cancer*. 2014;111(3):444-51.

48. 診断時の好中球 / リンパ球比は小細胞肺がん患者の予後因子となる

Kang MH, Go SI, Song HN, Lee A, Kim SH, Kang JH, et al. The prognostic impact of the neutrophil-to-lymphocyte ratio in patients with small-cell lung cancer. *Br J Cancer*. 2014;111(3):452-60.

49. 大腸がん患者の緊急入院のリスク因子

Wallace D, Walker K, Kuryba A, Finan P, Scott N, van der Meulen J. Identifying patients at risk of emergency admission for colorectal cancer. *Br J Cancer*. 2014;111(3):577-80.

50. 卵巣がん患者での経済状況と予後の関係

Abdel-Rahman ME, Butler J, Sydes MR, Parmar MK, Gordon E, Harper P, et al. No socioeconomic inequalities in ovarian cancer survival within two randomised clinical trials. *Br J Cancer*. 2014;111(3):589-97.

51. 乳がん診断後のアスピリン使用と予後

Abdel-Rahman ME, Butler J, Sydes MR, Parmar MK, Gordon E, Harper P, et al. No socioeconomic inequalities in ovarian cancer survival within two randomised clinical trials. *Br J Cancer*. 2014;111(3):589-97.

52. 多発性骨髄腫での糖尿病・糖尿病治療薬と予後の関係

Wu W, Merriman K, Nabaah A, Seval N, Seval D, Lin H, et al. The association of diabetes and anti-diabetic medications with clinical outcomes in multiple myeloma. *Br J Cancer*. 2014;111(3):628-36.

【Cancer. 2014;120(11-16)】

53. 進行がん患者の専門的緩和ケア紹介時期と受けた終末期医療との関係

Hui D, Kim SH, Roquemore J, Dev R, Chisholm G, Bruera E. Impact of timing and setting of palliative care referral on quality of end-of-life care in cancer patients. *Cancer*. 2014;120(11):1743-9.

54. 非進行期乳がん患者の化学療法による長期的な就業への影響

Jagsi R, Hawley ST, Abrahamse P, Li Y, Janz NK, Griggs JJ, et al. Impact of adjuvant chemotherapy on long-term employment of survivors of early-stage breast cancer. *Cancer*. 2014;120(12):1854-62.

55. 放射線治療での Shared decision-making と患者満足度との関連

Shabason JE, Mao JJ, Frankel ES, Vapiwala N. Shared decision-making and patient control in radiation oncology: implications for patient satisfaction. *Cancer*. 2014;120(12):1863-70.

56. 進行期腎臓がん患者でのスニチニブ使用による倦怠感と QOL への影響
Cella D, Davis MP, Negrier S, Figlin RA, Michaelson MD, Bushmakina AG, et al. Characterizing fatigue associated with sunitinib and its impact on health-related quality of life in patients with metastatic renal cell carcinoma. *Cancer*. 2014;120(12):1871-80.
57. 高齢乳がん患者の診断後の QOL の変化
Stover AM, Mayer DK, Muss H, Wheeler SB, Lyons JC, Reeve BB. Quality of life changes during the pre- to postdiagnosis period and treatment-related recovery time in older women with breast cancer. *Cancer*. 2014;120(12):1881-9.
58. パクリタキセル / カルボプラチン療法後神経障害に対するグルタチオンの予防効果に関する無作為化比較試験
Leal AD, Qin R, Atherton PJ, Haluska P, Behrens RJ, Tiber CH, et al. North Central Cancer Treatment Group/ Alliance trial N08CA-the use of glutathione for prevention of paclitaxel/carboplatin-induced peripheral neuropathy: a phase 3 randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Cancer*. 2014;120(12):1890-7.
59. がん患者の精神障害と早期退職の関連：前向きコホート研究
Singer S, Meyer A, Wienholz S, Briest S, Brown A, Dietz A, et al. Early retirement in cancer patients with or without comorbid mental health conditions: a prospective cohort study. *Cancer*. 2014;120(14):2199-206.
60. 生体電気インピーダンスによる位相角が進行がん患者の予後予測指標となる
Hui D, Bansal S, Morgado M, Dev R, Chisholm G, Bruera E. Phase angle for prognostication of survival in patients with advanced cancer: preliminary findings. *Cancer*. 2014;120(14):2207-14.
61. 進行がん患者の身体所見検査に関する認識
Kadakia KC, Hui D, Chisholm GB, Frisbee-Hume SE, Williams JL, Bruera E. Cancer patients' perceptions regarding the value of the physical examination: a survey study. *Cancer*. 2014;120(14):2215-21.
62. がん治療後の若年がん患者と一般集団での身体・精神・社会的健康の一般集団との比較
Salsman JM, Garcia SF, Yanez B, Sanford SD, Snyder MA, Victorson D. Physical, emotional, and social health differences between posttreatment young adults with cancer and matched healthy controls. *Cancer*. 2014;120(15):2247-54.
63. 進行期乳腺・大腸がん患者の症状の年齢（40 歳以上 / 未満）での比較
Sanford SD, Zhao F, Salsman JM, Chang VT, Wagner LI, Fisch MJ. Symptom burden among young adults with breast or colorectal cancer. *Cancer*. 2014;120(15):2255-63.
64. 若年がん患者サバイバーでの治療に関連した無月経と性機能
Rosenberg SM, Tamimi RM, Gelber S, Ruddy KJ, Bober SL, Kerekoglow S, et al. Treatment-related amenorrhea and sexual functioning in young breast cancer survivors. *Cancer*. 2014;120(15):2264-71.
65. 若年の進行がん患者の希死念慮と患者 - 医師関係の関連
Trevino KM, Abbott CH, Fisch MJ, Friedlander RJ, Duberstein PR, Prigerson HG. Patient-oncologist alliance as protection against suicidal ideation in young adults with advanced cancer. *Cancer*. 2014;120(15):2272-81.
66. がん患者の子どもの感情障害と行動障害の有症率とその関連要因
Moller B, Barkmann C, Krattenmacher T, Kuhne F, Bergelt C, Beierlein V, et al. Children of cancer patients: prevalence and predictors of emotional and behavioral problems. *Cancer*. 2014;120(15):2361-70.
67. 化学療法中のがん患者の症状の有症率による分類
Miaszkowski C, Cooper BA, Melisko M, Chen LM, Mastick J, West C, et al. Disease and treatment characteristics do not predict symptom occurrence profiles in oncology outpatients receiving chemotherapy. *Cancer*. 2014;120(15):2371-8.
68. 乳がん患者の治療前の症状と補助ホルモン療法の中止の関連
Kidwell KM, Harte SE, Hayes DF, Storniolo AM, Carpenter J, Flockhart DA, et al. Patient-reported symptoms and discontinuation of adjuvant aromatase inhibitor therapy. *Cancer*. 2014;120(16):2403-11.
69. 小児・若年がんの長期サバイバーでの感染症
Perkins JL, Chen Y, Harris A, Diller L, Stovall M, Armstrong GT, et al. Infections among long-term survivors of childhood and adolescent cancer: A report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Cancer*. 2014;120(16):2514-21.

委員会活動報告

1. 緩和医療ガイドライン委員会活動報告

緩和医療ガイドライン委員会
委員長 太田 恵一朗
副委員長 細矢 美紀
副委員長 余宮 きのみ

前回ニューズレター掲載以降の各 WPG の活動内容をご報告いたします。

1) 泌尿器症状ガイドライン作成 WPG :

(WPG 員長) 太田 恵一朗
(WPG 副員長) 津島 知靖
三浦 剛史

- ▶ 平成 26 年度第 1 回 WPG 会議開催 (平成 26 年 6 月 21 日、神戸市)
- ▶ 平成 26 年度第 2 回 WPG 会議開催 (平成 26 年 8 月 30 日、横浜市)
- ▶ 日本医療機能評価機構 Minds 診療ガイドライン作成支援ツール GUIDE システムトライアルに参加申し込みし、採用されました。
- ▶ 日本医学図書館協会に文献検索を依頼しました。The Cochrane Library の検索を依頼し、PubMed と医中誌は WPG の検索の妥当性を助言していただく予定です。(作成支援費用は 10 万円、予算に計上済み)
- ▶ 平成 26 年 9 月中に文献の一次スクリーニングを終了し、2 次スクリーニングに入る予定です。
- ▶ 次回平成 26 年度第 3 回 WPG 会議は、平成 27 年 4 月に金沢 (日本泌尿器科学会開催地) で開催予定です。

2) 消化器症状ガイドライン改訂 WPG :

(WPG 員長) 中島 信久
(WPG 副員長) 新城 拓也
久永 貴之

- ▶ 学術大会期間中に WPG のコアメンバー (WPG 員長、WPG 副員長) を含む 4 名でミーティングを行いました。
- ▶ 平成 28 年の改訂版の発行を目指して、改訂の準備作業を進めていくことを確認しました。
- ▶ 悪心嘔吐と消化管閉塞については、系統的文献検索を行い推奨内容や推奨度の見直しを行う

こととなりました。

- ▶ 便秘 悪性腹水 食欲不振については、推奨文を立てられるかについて検討することとなりました。
- ▶ 患者家族用ガイドライン (ガイド) については、他のガイドラインの作成との調整を図りながら対応していく予定です。

3) 呼吸器症状ガイドライン改訂 WPG :

(WPG 員長) 田中 桂子
(WPG 副員長) 山口 崇
(担当委員) 坂下 明大

<報告>

- (1) 2016 年夏改訂版発刊を目指して、10 名の WPG メンバーに、オブザーバー中山健夫先生 (ガイドライン委員) に加わっていただき、作業進行中です。
- (2) Minds のガイドライン作成サポートトライアルに参加登録が認められました。
これにより、
 - ①作業に必要なテンプレートをダウンロードでき、記載してアップロードできる。
 - ②文書は、履歴を残しながら最新版をメンバーで共有できる。
 - ③トライアルで参加している我々には、作業に関する Q & A を受けてもらえる。
 - ④学会 HP などにリンクをかけて、簡単にパブリックコメントを得られる。
 - ⑤ (追加依頼すれば) 簡易版や、一般向け (患者家族向け) 版を作成してもらえる。
などのメリットが得られることになりました。
- (3) Minds の講習会、ワークショップには可能な限りメンバーが直接参加し、参加できないメンバーには伝達講習していく方針です。

<平成 26 年度第 2 回 WPG 会議>

(2014 年 8 月 3 日 @新大阪)

- (1) 文献検索方法の確定 (検索の範囲、検索法、検索式等について中山健夫先生に最終確認しました)
- (2) 一次スクリーニングの確定作業 (具体的な問題点について討議しました)

<今後のスケジュール>

2014 年 8 月末 SCOPE の確定 一次スクリーニン

グの決定

2014年12月 エビデンス評価シート作成と二次スクリーニング決定

2015年春 修正デルファイ会議

2016年夏 発刊予定

<確認事項>

デルファイ会議の段階で、他学会（日本癌治療学会、日本プライマリ・ケア連合学会、日本がん看護学会、日本緩和医療薬学会、日本呼吸器学会）、および、患者会（グループ・ネクサス・ジャパン）から各1名に参加していただく予定です。

4) 補完代替療法ガイドライン改訂 WPG :

(WPG 員長) 太田 恵一郎

(WPG 副員長) 大野 智

・補完代替療法ガイドライン改訂に向けて準備を進めています。平成26年6月20日に第1回WPG会議を行い改訂にあたっての方向性の確認、具体的な作業内容を検討しました。

<方向性>

- (1) 改訂版では、推奨レベルは設定せずエビデンスのみを提示する「補完代替療法クリニカル・エビデンス (仮)」をタイトルとし作業を進める。
- (2) 検索対象とする文献は、メタアナリシス、システマティックレビューのみとする。検索するデータベースはPubMedとする。ただし、有害事象については、医学中央雑誌のデータベースを用いて症例報告も検索対象とする。

<具体的作業>

- (1) 検索キーワードを統一し、文献を検索
 - (2) 文献のアブストラクトから、PICOを整理
- 現在、上記の行程を平成26年12月末までに作業を終えることを目標に、各委員が分担して取り組んでいます。その後、文献の全体を把握した上で、各療法・施術のアウトカム(クリニカル・クエッション)を設定する予定になっています。

5) 輸液ガイドライン英文化 WPG :

(WPG 員長) 東口 高志

- ▶ 『終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン2013年版』の英語論文投稿を行うため、準備を進めています。

6) 鎮静ガイドライン改訂 WPG :

(WPG 員長) 池永 昌之

- ▶ 平成26年度第1回WPG会議開催(平成26年

6月21日)

- ▶ 平成28年の発行を目指し、本年末を目標に、文献検索、構造化抄録の作成を進めています。

2. 将来構想委員会のこれまでの活動

将来構想委員会 前委員長・現委員 内富 庸介
委員 加藤 雅志

将来構想委員会は、細川理事長の号令の下、2012年度に新たに設置された委員会である。その目的は、学会の意思決定のプロセスの透明化を図りつつ、これまで十分に議論がなされてこなかった検討事項について、必要な議論ができる場を提供し、議論が活発になされるように促していくこととしている。ともすると、学会の拡大とともに各委員会が扱う検討事項が膨大となり結果的に関連委員会との連携が十分に計れず、学会全体としてのまとまりに欠ける側面が否めずそれを補う目的があった。具体的には、学会が取り組むべき事項について、関係者の出席のもと委員会において幅広く議論を行い、その意見を取りまとめ、理事会や関係する委員会に提出することにより、学会の方針を決定するための資料を作成している。

これまでに、計5回の委員会を開催してきており、継続的に議論が必要な事項については「検討項目」として定め、担当委員が議論の内容をとりまとめ、関連する委員会等の活動にフィードバックするよう努めてきた。例えば、厚生労働省委託事業の普及啓発活動のように、社会的に影響が大きい取り組みについて、様々な立場の者が参加して意見交換を行うことができる本委員会で話し合ったことはとても有意義であった。学会として目指すべき中長期的な目標について議論を行いつつ、委託事業でこれまで取り組んできた活動を今後も一貫性のあるものとするように意見交換がなされた。その結果、効果的な普及啓発を目指し、学会としては医療従事者を普及啓発の主な対象として力点を置いていく。また、学会としては「がん」や「早期」にとらわれずに、「非がん」や「終末期」の緩和ケアの重要性についても取り上げていく。その際に、厚生労働省の委託事業という枠で収まらない普及啓発活動については、学会の広報という枠で活動を行うことを検討していくこと、などが議論され、これらの意見は理事会や関連委員会に提出され、重要な課題として継続的に審議されている。

これまでに扱われてきたテーマは、専門医制度、各職種の専門性、各種教育、広報活動、普及啓発、診療報酬、緩和ケアチーム、在宅医療、疼痛管理、学術大会の企画運営、ガイドライン、緩和ケアに関連する臨床評価、ニューズレター・学会誌、学会の会議の効率化などが取り上げられてきた。

2014年6月20日に開催された「平成26年度 第1回 将来構想委員会」での主な議事の内容は以下の通りであった。

1. 緩和ケアの普及啓発と教育研修について

診断時からの緩和ケアの推進を目指す厚生労働省の委託事業と学会本来の広報活動の整合性については、今後も継続的に検討を進めていく必要があると意見が取りまとめられた。

2. 各種ガイドラインの更新、患者・家族向けのガイド作成について

理事会から当委員会へ検討が依頼された出版社の選定と編集方法について、現状を継続しながらも定期的に見直しを行っていくことの必要性が提案された。

3. 総務・財務委員会からの提案

会議の効率化を目指したスカイプ会議の導入について試験的に実施していく方針となったことを確認した。

4. 大会プログラムのあり方

大会プログラムについて、プログラムの構成、ポスター発表の方法、開催日程、職種間の交流などについて話し合わせ、大会ごとのノウハウを引き継いでいく必要があることが確認された。

5. 推薦代議員の在り方

推薦代議員について、人数が少ない職種でも一定数の代議員が確保されるように、選挙は従来通り実施し、推薦代議員は職種に関連する事項のみで推薦する案を理事会に提案することが意見として取りまとめられた。

6. 推薦理事の在り方について

推薦代議員と同様に、推薦理事は職種を考慮された枠でのみ選出され、選挙に立候補して落選した該当する職種の代議員の中から得票数が高い者から選出する案を理事会に提案することが意見として取りまとめられた。

7. がん診療連携拠点病院の要件変更に対応する学会としての活動の在り方について

新たに定められたがん診療連携拠点病院の緩和ケアに関する指定要件について、現場だけでは対応が難しいものを、学会として支援していくことについ

て議論し、専門的・横断的緩和ケアで継続審議することとなった。

また、今後、将来構想委員会は新委員長である中島信久先生のもと、新体制で活動を行っていくこととなっており、継続して将来構想委員会で検討すべき項目についても議論された。主な継続検討項目として、学会で定めている「地域」の分け方、委員会の体制、ガイドラインなどがあげられた。

将来構想委員会は、学会の方針を決定する委員会ではないということを明示することにより、学会のあり方について、関係者や第三者を交えて幅広い議論することが可能な委員会である。この2年間で、多くの方々の協力のもと、本委員会から理事会や関連委員会に対して意義ある提案を行うことができた。会員の皆様方におかれては、引き続き、本委員会の活動を応援していただきたいと願っている。

3. 委託事業委員会の2年間の活動

委託事業委員会 前委員長 加藤 雅志

委託事業委員会は、2012年度に細川理事長の指揮のもと新たに設置された委員会である。厚生労働省からの業務委託として、日本緩和医療学会が国民の方々からの税金を活用し事業を実施するという特殊な状況を踏まえ、委託事業に特化した活動を行うことを目的に設置された。事業の性質から、本委員会の活動は常に説明責任を負っているということ意識し、この2年間は透明性のある活動を心がけてきた。その具体的な内容について、例えば、予算執行に関するルールを明確にし、明文化したことなどがあげられる。つまり、予算執行の書類上の監査だけではなく、業務内容の監査にも応えられる体制を整備したといえる。

支出の範囲や基準を明確にしていくという作業は、学術団体として学問を追及していく活動とは遠いところにあるように感じる方も多いかもしれない。しかし、会員が安心して活動を行っていくためには必要不可欠なものである。研修や普及啓発活動を実践していくにあたり、協力してくれる会員が活動に専念していくことができるよう、環境整備に邁進した2年間であった。そういった観点からでは、特に事務局の整備に最も注力してきたともいえる。あまり知られていないかもしれないが、学会事務局は、大きく分けて2つの部門に分かれている。「学

会事務局本体」と「厚生労働省委託事業事務局」である。簡単に述べると、「厚生労働省委託事業事務局」は、厚生労働省の委託事業に関する業務を担当しており、「学会事務局本体」はそれ以外の業務を担当している。なぜこのように明確に分けているのかというと、厚生労働省委託事業費で雇用された事務員は、委託事業以外の業務を行ってはいけないという明確かつ厳密なルールがあるからである。このことを明確に説明できるように、このような事務局体制を作っているのである（参考までに「学会事務局本体」の事務員が、委託事業の仕事をするには問題がない）。委託事業委員会委員長は、この「厚生労働省委託事業事務局」の責任者でもあり、事務局の業務の管理を行う必要がある。実際には、現場責任者である事務員の正木加菜子さんのマネジメントによるところが多く、正木さんには深く感謝をしている。そして、学会が自らの経費で正職員として雇用する正木さんに加え、契約職員として委託事業費で雇用される6名前後の事務員を雇用しているのだが、職員を雇用する以上雇用者として果たすべき責任というものがある。事務局の体制づくりはこの2年間で最も心砕いた業務であったともいえる。学会が円滑に活動をしていくことができるようにと基盤を支えている熱意ある事務員たちがいることを多くの会員に知っていただきたいと思い、紹介させていただいた。

これらの事務局周辺の業務が、委託事業委員会委員長が特に責任を持って果たすべき業務である。事業のコンテンツである「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修」については木澤義之先生と秋月伸哉先生に、「緩和ケア普及啓発」については濱卓至先生と池永昌之先生に、「SHARE-CST」については間島竹彦先生と小室龍太郎先生にご協力いただくことにより、多くの成果を得ることができた。各WPGのメンバーの先生方にこの場を借りて御礼を申し上げるとともに、素晴らしい結果を出してきたメンバーたちには尊敬の気持ちを新たにしている。

特に、普及啓発活動に関しては、濱WPG員長を中心に多くの新しいことに取り組むことができた。緩和ケアの普及啓発活動は「オレンジバールプロジェクト」として活動を行ってきており、多くの会員の皆様方にご支援をいただいているところである。これまでの対象として一般市民を中心とした普及啓発活動から、医療従事者を介しての患者や家族への普及啓発活動へ方針を転換し、シンポジウムの開催、冊子などの資料の作成にこの2年間は取り組んできた。政府において「がんと診断された

時からの緩和ケア」が推進されているが、「がんと診断された時からの緩和ケア」とは何か、という現場からの疑問がしばしば寄せられた。それに答えるべく、委託事業委員会において「がん診療に携わる医師が今日からできる診断時からの緩和ケア 5つのアクション」をとりまとめて、冊子にして広く周知したことは高く評価された。また、医療従事者を介して、患者や家族に緩和ケアを説明するために作成した冊子も多くの施設で活用されていると聞いている。これらの資料はオレンジバールプロジェクトのホームページで公開されている (<http://www.kanwacare.net/>)。また、2013年度は、全国7地域においてリレー方式でシンポジウム等のイベントを開催するなど、新たな企画にもチャレンジした。地域の特性を活かし、地域内での連携を強化するといった利点がある一方で、活動が分散することで事務量が増大し現場に大きな負担が生じるため、効率的な運営のあり方などの課題も明らかになった。

そして、細川理事長のリーダーシップと濱WPG員長の実行力により、緩和ケアをより分かりやすく説明する『市民に向けた緩和ケアの説明文』を新たに定めたことは大きな成果だと考えている。これは、医療従事者が患者・家族に説明する際、あるいはメディアや民間企業が緩和ケアについて説明する際に、WHOの定義を分かりやすく、短い言葉として使用できるような新たな説明文の作成することを目的に企画したものである。

「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」

多くの関係者に、この説明文を活用していただきたいと考えている。

2014年度、上村恵一新委員長のもと新体制で委託事業委員会の活動が開始した。今年度は、厚生労働省が普及啓発に力を注ぎたいという強い意向を示しており、これまで以上に事業が活発化することが予想される。新委員会の体制は、これまで以上の体制を整えているので心配におよばないかと思うが、事業の活性化に会員の皆様方の協力は不可欠である。ぜひこれからも、委託事業委員会が取り組む「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修」、「緩和ケア普及啓発」、「SHARE-CST」についてご支援いただきたいと願っている。

**編集
後記**

ここ数日、世界で活躍するフィギュアスケート・テニスの日本の若者の頑張りにより、熱いニュースが届けられておりました。そのような中、当地札幌は昨日からの雪が積もり、本格的に冬の装いをみせております。緑～黄～赤～白・・・日本の四季の移ろいは、本当に美しいと感じます。

今号より、恒藤委員長のもと、ニューズレター編集委員会も、心機一転リニューアルです。みなさまに広く、親しみをもって、読んでいただけるように、多職種で構成される委員会一同、チーム力を発揮して頑張りたいと思います。

忌憚のないご意見をお寄せくださいますよう、今後ともどうぞよろしく
お願い申し上げます。(久原 幸)

秋月 伸哉
家田 秀明
岸田さな江
齋藤 義之
佐藤 一樹
○恒藤 暁
久原 幸
龍 恵美