

JSPM

Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会

ニューズレター

February 2015

66

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	135
Journal Club	137
学会印象記	139
よもやま話	141
Journal Watch	144
委員会活動報告	149
専門医認定・育成委員会 からのお知らせ	157

巻頭言

緩和ケアに携わる看護師へのエール

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

30年前になりますが、肺がんを患った祖父は最期まで抗がん剤が投与されて絶え間ない副作用に苦しみ、せん妄のために上肢を拘束され、祖父が望んでいた自宅療養も叶えられませんでした。また、家族が静かに別れの言葉も伝えられない病院での看取りにも衝撃を受け、私は「がんのためにつらい思いをする日本中の患者と家族を一人でもなくしたい」という夢を持って看護学部に入りました。いまや2人に1人ががんに罹患する時代となり、がん対策基本法とがん対策推進基本計画によって緩和ケアの多くの施策が推進されています。しかし臨床の場では、抗がん治療を本人のQOLにとって良いタイミングでやめること、せん妄患者とその家族へのケア、看取りのありよう、望んだ療養場所で緩和ケアが受けられることなど、私の家族が30年前に経験した苦しみへの対応はまだまだ十分とはいえないような気がします。

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であり、その実現には看護師の果たす役割と責任は大きいものがあります。なぜなら、看護師は診断を受けたときから死を迎えるまでの時期を

問わず、疾患の治療と日常生活の両面から支えることができる職種であり、また、ケアの最中や眠れない夜を共に過ごすときに患者からふと、抱えているつらさや本音、人生で大切にしていることに触れさせていただける職種であり、どんな薬ももはや通用しないような状況になっても患者と家族を見守り、寄り添うことができる職種であるからです。

緩和ケアの体制やシステムを改善するための様々な施策が今後も進められていきますが、目の前の一人一人の患者と家族の思いや価値観を多職種チームで共有したり、部署や施設を越えた看護師間の連携や情報を共有するなど、臨床の場で今できることの取り組みもとても重要だと思います。本学会のELNEC-J コアカリキュラム指導者養成プログラムは受講の倍率が非常に高く、学術大会で朝から夕まで熱心に会場で聴講する看護師の姿からも、緩和ケアへの情熱がひしひしと伝わってまいります。

2015年6月の第20回学術大会でも、例年通り看護系理事が協力して「今、看護師に求められる家族の捉え方・関わり方」をテーマに看護師フォーラムを計画しています。家族のありようが変化しつつある中、家族ケアで今私

たちができることを皆様と一緒に考えたいと思っておりますので、ぜひ会場にお越しいただけましたら幸いです。これからも看護師が緩和ケアの夢と情熱を持ち続けられるような学会であるよう看護師会員約4,100名の声を学会に届け、また学会の情報を発信できたらと思っています。

1. 予後不良ながん患者のうつ病に対する多職種共同介入の無作為化比較試験：SMaRT Oncology-3 研究

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 佐藤 一樹

Walker J, Hansen CH, Martin P, Symeonides S, Gourley C, Wall L, Weller D, Murray G, Sharpe M; SMaRT (Symptom Management Research Trials) Oncology-3 Team. Integrated collaborative care for major depression comorbid with a poor prognosis cancer (SMaRT Oncology-3): a multicentre randomised controlled trial in patients with lung cancer. *Lancet Oncol*. 2014 Sep;15(10):1168-76.

【目的】

肺がんのような予後不良ながん患者にうつ病の合併は多いが、その治療には課題がある。本研究は、肺がん患者のうつ病に対する多職種共同介入の有効性を検証した。

【方法】

スコットランドのがんセンターで多施設共同無作為化比較試験を行った。対象患者は、予後3ヶ月以上が見込まれ、大うつ病エピソードが4週間以上継続した肺がん患者で、全がん患者のうつ病スクリーニングから同定された142名が無作為に介入群(68名)と通常ケア群(74名)に割りつけられた。通常ケア群では、うつ病スクリーニング結果をかかりつけ医と腫瘍医に情報提供し、患者には主治医に相談するよう促した。介入群では、通常ケアに加えて、看護師・精神科医・主治医による多職種共同介入が提供された。がん看護師は、関係構築、うつ病とその治療の情報提供、問題解決療法、抑うつモニタリングを行い、最初の16週間に10回のセッション、次の16週間に月1回のモニタリングと必要時セッションを行った。精神科医は薬物療法のスーパーバイズを行い、看護師とミーティングを毎週行った。主要評価項目は32週間の抑うつスコアの平均とし、Symptom Checklist Depression Scaleを用いて評価した。

【結果】

32週間に43名(30%)が死亡したがすべてがんに関連した死亡であり、介入の重篤な有害事象はな

かった。主要評価項目に有意な介入効果をもとめた(32週間の抑うつスコアの平均値、介入群1.24 [SD 0.64]; 通常ケア群1.61 [SD 0.58], 効果量-0.62 (95% CI -0.94 to -0.29); p=0.0003)。副次的評価項目のうち、不安、役割機能のQOL、全般的QOL、ケア評価、自覚的な抑うつ改善では介入群で有意に評価が高かったが、疼痛や倦怠感などに有意差はみられなかった。また、抗うつ薬の処方や処方変更が介入群で有意に行われていた。

【結論】

予後不良ながん患者の大うつ病が治療可能であることが示唆され、通常ケアに対する多職種共同介入の効果は大きかった。介入効果や費用対効果の検証のためにはより大規模な試験が必要である。

【コメント】

「予後が1年程度見込まれるがん患者」のうつ病に対する同様の多職種共同介入の有効性を示したSMaRT Oncology-2研究がLancet誌の9月号に(Lancet. 2014 Sep;384(9948):1099-108.)、「予後がより短いと見込まれるがん患者」を対象とした本研究SMaRT Oncology-3研究がLancet Oncol誌の9月号に発表され、同時期に2試験の結果が公表された。いずれも有効で、筆者はその理由として強い介入であったこと(処方、認知行動療法、系統的な看護師教育、継続的な評価)を考察している。本研究は予後の短い患者を対象としているためより早期に効果を得る必要があり、介入内容に工夫(看護師に早期介入の必要性の意識付け、在宅療養中でも継続できる介入方法、精神科医の指示の早期開始や予測的処方)を加えている。効果量の大きさも中程度で十分であった。しかし、複合介入であったため看護師による認知行動療法、精神科医による薬物療法の調整、看護師による介入のプラセボ効果のいずれの影響が大きいかわからない。多職種複合介入が効果的であった要因を検証する臨床試験が期待される。

2. 患者の終末期のQOLが遺族の自殺念慮に与える影響について

東北大学大学院医学系研究科 緩和ケア看護学分野
竹内 真帆

Abbott CH, Prigerson HG, Maciejewski PK. The influence of patients' quality of life at the end of life on bereaved caregivers' suicidal ideation. *J Pain*

【目的】

患者の終末期における体験と家族・遺族の死別時や死別後の悲嘆などの心理ストレスとの関連が報告され、それら心理的ストレスが遺族の自殺の原因となりうる事が指摘されている。終末期ケアにおいて、積極的治療は患者のQOLを下げる要因であり、それによって家族の心理的ストレスも増大するといわれている。本研究では、終末期のQOLと死別後の遺族の自殺念慮との関連を明らかにすることが目的である。

【方法】

本研究は、米国で行われている前向きコホート調査である Coping with Cancer (CwC) のデータのうち、人口統計学的変数と死別前と死別後に家族介護者に調査した自殺念慮 (Yale Evaluation of Auicidality) と積極的治療の有無 (最期 1 週間の ICU 利用、人工呼吸器、経管栄養、心肺蘇生の実施) および患者の QOL (患者の心理的、身体的、全般的 QOL について、それぞれ 0 ~ 10 のスケールで評価) についてそれぞれ尋ねた項目について解析を行った。自殺念慮の関連要因については、ロジスティック回帰モデルを用いて解析した。

【結果】

対象者 127 名のうち、患者との死別前で 15 名 (12%)、死別後で 21 名 (17%) において自殺念慮が報告された。また、30 名 (24%) が積極的治療を受けており、終末期における患者の QOL の平均は 10 点満点中 6 点であった。単変量解析では、遺族背景のうち「配偶者であること (OR=4.53, P=0.012)」「死別前から自殺念慮をもっていたこと (OR=6.13, P=0.002)」「教育年数 (OR=0.81, P=0.012)」「患者の終末期の QOL 評価の低さ (OR=0.82, P=0.020)」の 4 項目について有意な差がみとめられた。これら 4 項目をモデルに含めた多変量解析においても、「患者の終末期の QOL の評価の低さ」は遺族の自殺念慮の関連因子として有意差がみとめられた (OR=0.79, P=0.023)。

【結論】

患者の終末期の QOL 評価が低いこと、配偶者であること、死別前から自殺念慮があることが死別後の遺族の自殺念慮のリスクファクターとしてあげられる。これらの集団、特に患者の終末期の QOL を低く評価した遺族に関しては、自殺のリスクが高いと考えられるため、より心理的介入が必要であるかもしれない。

【コメント】

サンプルサイズ、特に自殺念慮ありと同定された対象が少ないものの、患者との死別前から死別後まで縦断的に追跡し、患者の QOL 評価と家族・遺族の背景因子と自殺念慮との関連について明らかにし、重要なデータを提供した調査である。自殺念慮は、抑うつや悲嘆等、他の心理面に関連する変数との関連もあると考えられることから、今後は、それらも含めた解析が行われることが期待される。

学会印象記

1. 日本サイコオンコロジー学会研修セミナーのすすめ～第27回総会併催研修セミナー（多職種支援コース）に参加して～

旭川厚生病院 菅原 かおり

日本サイコオンコロジー学会併催の研修セミナーには2007年より参加させていただいています。はじめは精神科医・心療内科医対象と心理士対象の研修会の二つでしたので、精神科医対象の研修会を受講していました。その後、研修会の形式が講義形式のものからグループワーク中心のものに変わり、看護師コースも加わり、2012年からは一般医療者コースが加わりました。一般医療者コースは「がん医療に携わる精神科を専門としない医療者（医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、MSWなど）が、臨床でよく出会う精神症状（せん妄、抑うつなど）について、適切なアセスメントができ介入できる、または精神科・心療内科専門医に適切にコンサルテーションができる」ことが目的となっています。

今回私が参加したのは、「多職種支援コース（一般医療者・看護師合同コース）」です。臨床の場で生かせるように、実際に「多職種の緩和ケアチーム」となりプライマリーチームからの依頼に応えるという設定になっていました。参加者は看護師が50%、医師15%、心理士15%、薬剤師10%、MSW10%といったところでしょうか。7名ずつのグループに分かれてGWを行いました。今回のテーマは「怒りを呈する患者への対応」です。まず「怒り」についての講義があります。その後、2例の検討事例に対して包括的アセスメントシート（CAS：Comprehensive Assessment Sheet）を用いてアセスメントを行い、実際に緩和ケアチームでどのように対応するかまで検討しました。1例目は「せん妄」の事例でしたので、CASには「身体症状」「精神的問題」の部分がびっしりと挙げられました。また、2例目は「否認」がある患者の事例で、「社会的問題」「心理的問題」が多く挙げられました。そして、CASを使用することで「せん妄」「否認」だけで片付けてしまわない、ほかの問題点を見落とさないというのも大切なことと感じました。

日頃、多職種でのカンファレンスは進め方が難しいと感じていますが、今回の経験も今後にかかして

いければと思っています。そして、多くの医療者にこのサイコオンコロジー研修セミナーをお勧めしたいと思います。

2. 第8回日本緩和医療薬学会年会「輪（つながり）～いま、緩和医療にできること～」

静岡県立総合病院 薬剤部 中村 和代

10月3～5日の3日間にわたり、愛媛県松山市において第8回日本緩和医療薬学会年會が開催された。本学会の基本姿勢は「よりよい緩和薬物療法の提供・支援を目指し、薬剤師と薬学研究者が一丸となって、多職種と連携し緩和医療の充実・発展に努める」であり、2007年に発足した。今回は初めて四国地方で開催され、会場は道後温泉にも近く路面電車に乗って観光気分を味わいつつ、緩和医療に携わる同志から多くの刺激を受けることができた。

年會で扱われるテーマはオピオイドや鎮痛補助薬など「痛み」そのものに関連するものに限らず、抗がん剤の有害事象対策やせん妄を含む精神症状への介入、褥瘡や依存の問題など回を重ねるごとに広く症状緩和を扱う方向に発展している。これまでに静岡県立総合病院からもオピオイド処方時の薬薬連携に関するものからがん化学療法時の味覚異常に関するシンポジウムまで幅広い演題を出させていただいている。今年度は木村緑化学療法センター副センター長が「外来化学療法施行患者への支援に関する臨床心理士との連携のあり方」について口頭発表を行った。類似のシンポジウムもあり、薬剤師以外の職種との連携も深まりつつあると感じた。

薬物療法に関する領域では、新たに本邦でも使用可能となったメサドンやタペンタドール、フェンタニル速放製剤に関するシンポジウムや各種セミナーが開催された。本学会は臨床的立場からだけでなく薬学研究者による基礎的な面からの講演が多いことが一つの特徴である。同じフィールドであっても立場が異なるため、一つの薬剤についても多方面から考察することができ大変興味深く発表をきくことができる。緩和領域における新規薬剤に関して基礎研究を基に知見を広げる機会は貴重であり、今回も多くのことを学び考えることができた。

来年度は10月2～4日に横浜にて開催される。薬剤師はもちろん、多くの職種にとって有益な情報

が溢れる年会であり、是非参加されることを勧めたい。

3. 第38回日本死の臨床研究会年次大会大会長を終えて

佐賀県医療センター好生館 日浦 あつ子

第38回日本死の臨床研究会年次大会は、11月1日（土）2日（日）別府国際コンベンションセンタービーコンプラザにて開催し、全国から3,300名を超える参加があり盛況のうちに終了することができました。全国から参加して下さった皆様、快く講演、座長を引き受けて下さった皆様、ボランティアの皆様にご心より感謝申し上げます。

今回の大会では、大会テーマを「輝いて今を生きるために一尊い生と死から学ぶ」とし、長年死の臨床の現場で活躍されてきた緩和ケアの達人たちの特別講演6題や、ホスピス緩和ケアの本質を問うシンポジウムなど4題、地域緩和ケアネットワークの広がりや障がい者の緩和ケア、家族ケアのパネルディスカッション3題、がんサバイバーによるフォーラム、震災関連特別企画2題など多彩なプログラムで講演していただきましたが、どの会場も入りきれないほどで座れない方も多くご迷惑をおかけしました。またどのセッションも死の臨床の真髄に触れる内容で参加された皆さんも熱心に討議に加わっていただきました。

事例検討では現場で起きている様々な悩みや考えさせられる事例18題が寄せられ、各会場で活発な意見交換がなされました。ポスター演題281題も、座長を設けてより充実した発表や意見交換が行われました。そして大会最後には、市民公開講座として柏木哲夫さんのユーモアあふれる講演で会場は笑いに包まれ、会場の皆さんと笑顔で大会を終了することができました。

大会期間中は、九州一円から集まった20人の実行委員をはじめとして数多くのボランティアの協力のもと大会を運営してまいりました。各会場からこぼれてくる笑いや涙をこぼしながら出てくる皆さんの表情から大会の目的を果たせたことを確信しホッとしております。大会終了後もぞくぞくと「心温まる大会だったよ」「内容がすばらしかった」など、たくさんの感想をいただきました。ありがとうございました。

また、年次大会初めての試みとして、地元のB

級グルメも取り入れ大分の美味しいランチも愉しんでいただきました。この年次大会で、死の臨床に関わるみなさんとともに、一人ひとりの尊い生と死から学び合い語り合うことができ、私自身が大きな喜びと達成感を味わうことができました。

今後も日々の臨床の現場で、患者家族の生き様死に様に戸惑いながら毎日を過ごしていく私たちですが、こうして学びあう仲間がいることが大きな力になることを実感した大会になりました。

よもやま話



「大切なものは目に見えない」
「大事なことは大抵面倒くさい」…って、
読んだり 聞いたりしてるけど…

新潟県立がんセンター新潟病院 緩和ケア科
齋藤 義之

ある日、「『困っている人の話を、専門職として聴いている臨床心理士さん』の困っている話をお聴きする」という、大変貴重な機会をいただいた。緩和ケア科の外来に紹介されたのは、ある癌で術後補助化学療法施行中の40歳代のTさんで、初診時に一番つらいことであった手足のしびれについては鎮痛補助薬の調整を、その他に気になることであった病状に関する不安については傾聴と問題整理のお手伝い(ご自身でほとんどお済みであった)を行った。翌週には症状の軽減から活動性が増し、「受診して良かった」というお言葉をいただくこととなった。

初診から2・3カ月後、「CTで影がある」ということで精査予定になったため、精神面のケアが必要になるかと思われたが、「不安が強いということはない」「一番気がかりなことは手のこわばり」ということであったので、できることがあるか神経内科で検討していただくことをお勧めした。主科の精査で転移や再発は認められず、神経内科からのコメントの主旨は「可能な対応は現在の治療・ケアの継続」であった。私としては、「患者さんの一番気がかりなことに焦点を当てて対応を考える」という、「緩和ケア的に適切なアプローチ」を行ったと考えていたので、その後の外来でTさんからいただいたお言葉は衝撃的であった。

「一番心配だったのは『再発したかもしれないこと』で、そんな時に『膠原病という病名を追加されたこと』が良かった…」

「え〜〜〜っ？一番気がかりなことへの対応について話し合っ、『どういう可能性が？』『がんとは関係なく膠原病がある可能性もありますが、『できる対応をする』、あるいは『膠原病ではないことを確認する』のは不安を軽くすることにつながると思います』に納得してたじゃ〜ん！」と思ったが、重要なのは「最優先で対応すべきTさんのつらさを私は分かっていた」という事実である。その後が続いた言葉も至極真っ当なものであり、私は「当たり前の『緩和ケア的に適切なアプローチ』」を忘れていたことを恥じ、Tさんに申し訳ないと謝るより他なかった。

「言葉以外の部分も含めて、患者の心配なことに対応してもらいたい。」

言葉以外の部分どころか、「不安なこと」「気がかりなこと」「心配なこと」「つらいこと」といった意味が異なる言葉そのものにも十分に意識を向けていない「的外れな対応」でTさんにつらい思いをさせてしまった訳だが、1時間を超える面談の最後にTさんが口にされたお言葉は、そんなひどいことをした人間をも温かく励ましてくださるものであった。

「色々なやり取りの中で、ここでは、それができると考えています。」

あれから1年が過ぎ、しばらく休んでいた職場に復帰したTさんの今の悩みは「就労可能ながん患者への配慮が今の社会に足りないこと」となっている。最近の電子カルテの診察記事には「『対人援助の専門職としての思考・行動』について臨床心理士と緩和ケア医師との雑談」という記載があり、「外来で何、難しい話してんだよ！」と自分で自分にツッコミを入れてしまうが、私が記憶している会話の内容は以下のような「困った問題にどう対応したら良いのだろう」という本当に他愛もない雑談である。ちなみに、どれがどの業界の話だったのかは記憶が定かでない。

「『コミュニケーションは大事』って言いながら、実社会での対人コミュニケーションに問題があ

る人って結構いる気がしますが、大事だって分かっている『実際にちゃんとやる』のは難しいですよねえ。」

「『相手への配慮や想像力が大切』って言いながら、ヒトやモノといった資源が乏しい地域の事情への配慮も想像力もなしに好き勝手なことを言う『資源が豊富な地域に住んでいる人』の声が大きくて目立ったりすると、ちょっと残念に思いますよねえ。」

「『お互いの価値観を認め合うことが重要』って言いながら、『流派の乱立』や『分断と対立』の中で私たちは混乱しているように思うんですが、元々は『誰のため』『何のため』に発展した分野だったんでしょうかねえ？」

Tさんにはこれまでの診療経過について可能な範囲での文章化をご承諾いただいているが、これからも「専門職同士の雑談」の中から新しいネタが生まれる可能性はゼロではないと考えている。TさんのQOL向上を目的とする外来診療であるが、新ネタを適切な形で社会に発信することが同じ目的につながり、さらには、少しでも社会的に意義のあるものになるのであれば、またTさんと文章化についてご相談させていただくことがあるであろう。そのような訳で、次の外来予約日もまた楽しみである。

～活動報告 Interview : まちなかラウンジ～

長崎大学病院 薬剤部・緩和ケアチーム
龍 恵美

ある水曜日の昼下がり、当院病棟セミナー室に様々な職種、立場の医療者が集まってくる。週に1回の緩和ケアチームオープンカンファレンスの開催日だ。このカンファレンスには、院内の医療者の他に在宅診療所の医師や訪問看護師、在宅訪問を行う保険薬局薬剤師など院外の医療者も参加してくれる。当院の若手薬剤師が参加するときは、「その場にいるだけでなく、ちゃんと発言して役に立ってきてね。」とやさしく送り出すのだが、まさに色々な職種、立場の考えを聞くことができる貴重な場であり、当院のメンバーと地域医療を担う人々との顔が見える関係づくりにも貢献している。

その中で、いつも患者さんの生活の視点で鋭く、そして大切なことを伝えてくれる参加者に長崎市包括ケアまちなかラウンジの看護師である平山美香さんがいる。今回は、平山さんにまちなかラウンジの活動とその中で感じることを聞いてみたい。

「がん保険には、はいったほうがよかとかかな？」医療・介護・福祉の相談窓口として開設した当時の相談電話での女性の第一声です。

現在の年齢や「どうしてがん保険のことを考えたのか。」ということから相談内容を紐解いていくと、夫の介護をしているため、自分のがんで倒れてしまっただけではいけない、がんになったときに介護が必要な夫のために何か残さなければいけない、と考えた末の電話だったそうです。

長崎市医師会は、2008年から2010年に実施された「OPTIM（緩和ケア普及のための地域プロジェクト）」を受託し、市民やがん患者と家族のための相談窓口として「長崎がん相談支援センター」を設置しました。OPTIM終了後は、長崎がん相談支援センターの機能を発展的に継承していくために、長崎市が事業主体となり、その事業を長崎市医師会に委託するかたちで「長崎市包括ケアまちなかラウンジ」が開設されました。がんに関する相談だけでなく、介護や福祉に関する相談もワンストップで解決の方向に支援していくことを第1の目標にしています。

病気のことについて「どこに相談すればいいのかわからない。」、がんの治療や身体のきつさについて

「治療を受けている病院にはなかなか相談しづらい。」といったときに、ひとりで抱え込むことなく、「ちょっと相談してみようかな？」と気軽に相談してもらえる窓口でもあります。冒頭に記した相談者の方も、がん保険にはいるかどうかはひとまず置いて、夫の介護に関して、介護保険の申請や在宅で利用できるサービス等を情報提供することによって「気持ちが楽になった。」と安心されました。

「あなたのすべてが『がん』になったのではなく、『がん』はあなたの一部にすぎない。」とある啓発用DVDで語られる言葉が印象に残っています。がんになっても就業している人、がんになっても家族の中で社会的役割を担っている人など、多くの人は自分自身の生活へと戻っていきます。「がん患者は、いつでも顔色が悪くて寝てなきゃいけない、普通に仕事をしているだけでびっくりされるんだよ。」がんサバイバーの同級生は笑いながらそう話してくれました。「がんになっても安心して住み慣れた地域で生活できる。」「がんになっても自分の目標を持ち、夢を語れる。」がん患者とその家族が、自分自身の力を取り戻し、さらにその力を高めることができるような相談支援者でありたい、と常々考えています。

いつもの飲み会の席よりも少し真面目に、自分の思いもこめて話す平山さん。成人した子供さんがいるようにはとても見えない。

筆者も昨年がんで在宅療養をしていた実父を見送ったが、がんの特化しない介護の中で、うまく緩和医療につながる体制が必要だと実感した。彼女の話聞きながら、まちなかラウンジの存在はそのような患者さんや家族の最初のアクセスポイントとなりうるのではないかと思った。

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9月～11月刊行分)

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

東北大学大学院緩和ケア看護学分野 佐藤 一樹

(レビュー担当：大石 隆之 (腫瘍内科)、佐藤 一樹、佐藤 悠子 (腫瘍内科)、宮下 光令)

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;371(10-22)】

なし

【Lancet. 2014;384(9945-9958)】

1. がん患者のうつ病に対する多職種共同介入の無作為化比較試験、SMaRT Oncology-2 研究
Sharpe M, Walker J, Holm Hansen C, Martin P, Symeonides S, Gourley C, et al. Integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer (SMaRT Oncology-2): a multicentre randomised controlled effectiveness trial. Lancet. 2014;384(9948):1099-108.
2. 男性がん患者の妊孕性温存に関するレビュー
Tournaye H, Dohle GR, Barratt CL. Fertility preservation in men with cancer. Lancet. 2014;384(9950):1295-301.
3. 女性がん患者の妊孕性温存に関するレビュー
De Vos M, Smits J, Woodruff TK. Fertility preservation in women with cancer. Lancet. 2014;384(9950):1302-10.
4. 急性の腰痛に対する paracetamol の有効性：二重盲検無作為化比較試験
Williams CM, Maher CG, Latimer J, McLachlan AJ, Hancock MJ, Day RO, et al. Efficacy of paracetamol for acute low-back pain: a double-blind, randomised controlled trial. Lancet. 2014;384(9954):1586-96.

【Lancet Oncol. 2014;15(10-12)】

5. 若年女性がん患者の卵巣組織凍結保存に関するエジンバラ基準の妥当性検証
Wallace WH, Smith AG, Kelsey TW, Edgar AE, Anderson RA. Fertility preservation for girls and young women with cancer: population-based validation of criteria for ovarian tissue cryopreservation. Lancet Oncol. 2014;15(10):1129-36.
6. 予後不良な肺がん患者でのうつ病に対する多職種共同介入の無作為化比較試験、SMaRT Oncology-3 研究
Walker J, Hansen CH, Martin P, Symeonides S, Gourley C, Wall L, et al. Integrated collaborative care for major depression comorbid with a poor prognosis cancer (SMaRT Oncology-3): a multicentre randomised controlled trial in patients with lung cancer. Lancet Oncol. 2014;15(10):1168-76.
7. 化学療法に関連した下痢の治療ガイドランス
Andreyev J, Ross P, Donnellan C, Lennan E, Leonard P, Waters C, et al. Guidance on the management of diarrhoea during cancer chemotherapy. Lancet Oncol. 2014;15(10):e447-60.
8. がんに関連した炎症と治療の有効性に関するレビュー
Diakos CI, Charles KA, McMillan DC, Clarke SJ. Cancer-related inflammation and treatment effectiveness. Lancet Oncol. 2014;15(11):e493-503.

【JAMA. 2014;312(9-20)】

9. 膝の慢性痛に対する針治療の無作為化比較試験
Hinman RS, McCrory P, Pirota M, Relf I, Forbes A, Crossley KM, et al. Acupuncture for chronic knee pain: a randomized clinical trial. JAMA. 2014;312(13):1313-22.
10. 米国の予後の短いがん患者でのホスピス利用と終末期医療の実施とコストの関連
Obermeyer Z, Makar M, Abujaber S, Dominici F, Block S, Cutler DM. Association between the Medicare hospice benefit and health care utilization and costs for patients with poor-prognosis cancer. JAMA. 2014;312(18):1888-96.

11. 米国の2000年と2010年の心疾患の種類別の死亡率（短報）

Ritchey MD, Loustalot F, Bowman BA, Hong Y. Trends in mortality rates by subtypes of heart disease in the United States, 2000-2010. JAMA. 2014;312(19):2037-9.

【JAMA Intern Med. 2014;174(9-11)】**12. 米国の1999年から2000年の医療大麻法とオピオイド乱用**

Bachhuber MA, Saloner B, Cunningham CO, Barry CL. Medical cannabis laws and opioid analgesic overdose mortality in the United States, 1999-2010. JAMA Intern Med. 2014;174(10):1668-73.

【BMJ. 2014;349(7973-7985)】**13. ベンゾジアゼピン使用とアルツハイマー病リスクの関連：ケースコントロール研究**

Billioti de Gage S, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Tournier M, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. BMJ. 2014;349:g5205.

【Ann Intern Med. 2014;161(5-10)】**14. 事前指示計画 ACP の意思決定支援ツールに関するレビュー**

Butler M, Ratner E, McCreedy E, Shippee N, Kane RL. Decision aids for advance care planning: an overview of the state of the science. Ann Intern Med. 2014;161(6):408-18.

15. 高齢者の退院支援に関する無作為化比較試験

Goldman LE, Sarkar U, Kessell E, Guzman D, Schneidermann M, Pierluissi E, et al. Support from hospital to home for elders: a randomized trial. Ann Intern Med. 2014;161(7):472-81.

16.3 分間で実施可能な鎮静のスクリーニングツール 3D-CAM の信頼性・妥当性検証

Marcantonio ER, Ngo LH, O' Connor M, Jones RN, Crane PK, Metzger ED, et al. 3D-CAM: derivation and validation of a 3-minute diagnostic interview for CAM-defined delirium: a cross-sectional diagnostic test study. Ann Intern Med. 2014;161(8):554-61.

【J Clin Oncol. 2014;32(25-33)】**17. がん性疼痛に対して黒人患者は腎機能低下時でも有害な代謝産物をもつ鎮痛薬を使用されやすい**

Meghani SH, Kang Y, Chittams J, McMenamin E, Mao JJ, Fudin J. African Americans with cancer pain are more likely to receive an analgesic with toxic metabolite despite clinical risks: a mediation analysis study. J Clin Oncol. 2014;32(25):2773-9.

18. 緩和ケアでの放射線療法に関するレビュー

Lutz ST, Jones J, Chow E. Role of radiation therapy in palliative care of the patient with cancer. J Clin Oncol. 2014;32(26):2913-9.

19. がん遺伝子カウンセリングでの個別コミュニケーションや苦痛アセスメントなどの心理社会的問題の継続評価の効果に関する無作為化比較試験

Eijzena W, Aaronson NK, Hahn DE, Sidharta GN, van der Kolk LE, Velthuis ME, et al. Effect of routine assessment of specific psychosocial problems on personalized communication, counselors' awareness, and distress levels in cancer genetic counseling practice: a randomized controlled trial. J Clin Oncol. 2014;32(27):2998-3004.

20. 進行小児がん患者での予後と治療目標に関する親と医療者の認識の不一致

Rosenberg AR, Orellana L, Kang TI, Geyer JR, Feudtner C, Dussel V, et al. Differences in parent-provider concordance regarding prognosis and goals of care among children with advanced cancer. J Clin Oncol. 2014;32(27):3005-11.

21. 小児がんの成人サバイバーの生心理機能

Ford JS, Kawashima T, Whitton J, Leisenring W, Laverdiere C, Stovall M, et al. Psychosexual functioning among adult female survivors of childhood cancer: a report from the childhood cancer survivor study. J Clin Oncol. 2014;32(28):3126-36.

22. 皮膚転移に対する皮膚直接的療法の効果に関するメタ・アナリシス

Spratt DE, Gordon Spratt EA, Wu S, DeRosa A, Lee NY, Lacouture ME, et al. Efficacy of skin-directed therapy for cutaneous metastases from advanced cancer: a meta-analysis. J Clin Oncol. 2014;32(28):3144-55.

23. 多発性骨髄腫患者の潜在的な抹消神経障害は指先の神経支配の密度減少と関連する

Kosturakis AK, He Z, Li Y, Boyette-Davis JA, Shah N, Thomas SK, et al. Subclinical peripheral neuropathy in patients with multiple myeloma before chemotherapy is correlated with decreased fingertip innervation density. J Clin Oncol. 2014;32(28):3156-62.

24. 死亡直前でのホスピス登録の関連要因

O' Connor NR, Hu R, Harris PS, Ache K, Casarett DJ. Hospice admissions for cancer in the final days of life: independent predictors and implications for quality measures. *J Clin Oncol.* 2014;32(28):3184-9.

25. オピオイド使用中のがん患者での疼痛・倦怠感・食欲低下に対するメチルプレドニゾロンの効果に関するプラセボ対照二重盲検無作為化比較試験

Paulsen O, Klepstad P, Rosland JH, Aass N, Albert E, Fayers P, et al. Efficacy of methylprednisolone on pain, fatigue, and appetite loss in patients with advanced cancer using opioids: a randomized, placebo-controlled, double-blind trial. *J Clin Oncol.* 2014;32(29):3221-8.

26. 第I相試験のインフォームド・コンセント時の医師による希望と説得のある説明

Miller VA, Cousino M, Leek AC, Kodish ED. Hope and persuasion by physicians during informed consent. *J Clin Oncol.* 2014;32(29):3229-35.

27. 地域の高齢消化器がん患者での予定外入院とその予測因子

Manzano JG, Luo R, Elting LS, George M, Suarez-Almazor ME. Patterns and predictors of unplanned hospitalization in a population-based cohort of elderly patients with GI cancer. *J Clin Oncol.* 2014;32(31):3527-33.

28. 高齢卵巣がん患者の終末期ケア：ホスピス利用は多いが積極治療も多い

Wright AA, Hatfield LA, Earle CC, Keating NL. End-of-life care for older patients with ovarian cancer is intensive despite high rates of hospice use. *J Clin Oncol.* 2014;32(31):3534-9.

29. がん患者の過去 4 週間の精神疾患の有病率

Mehnert A, Brahler E, Faller H, Harter M, Keller M, Schulz H, et al. Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *J Clin Oncol.* 2014;32(31):3540-6.

30. 早期乳がん患者での補助内分泌療法開始後の認知機能：コホート研究

Ganz PA, Petersen L, Castellon SA, Bower JE, Silverman DH, Cole SW, et al. Cognitive function after the initiation of adjuvant endocrine therapy in early-stage breast cancer: an observational cohort study. *J Clin Oncol.* 2014;32(31):3559-67.

31. がんに関連した深部静脈血栓症の治療での低分子ヘパリンの適切な投与時期

Napolitano M, Saccullo G, Malato A, Sprini D, Ageno W, Imberti D, et al. Optimal Duration of Low Molecular Weight Heparin for the Treatment of Cancer-Related Deep Vein Thrombosis: The Cancer-DACUS Study. *J Clin Oncol.* 2014;32(32):3607-12.

32. 新規抗腫瘍薬の増加する毒性のリスクとコストに関するメタ・アナリシス

Niraula S, Amir E, Vera-Badillo F, Seruga B, Ocana A, Tannock IF. Risk of incremental toxicities and associated costs of new anticancer drugs: a meta-analysis. *J Clin Oncol.* 2014;32(32):3634-42.

【Ann Oncol. 2014;25(9-11)】

33. G-CSF の予防投与を受けないがん患者での化学療法関連の発熱性好中球減少症のリスク

Chao C, Page JH, Yang SJ, Rodriguez R, Huynh J, Chia VM. History of chronic comorbidity and risk of chemotherapy-induced febrile neutropenia in cancer patients not receiving G-CSF prophylaxis. *Ann Oncol.* 2014;25(9):1821-9.

34. 肺がん患者での集中治療に関する国際共同研究

Soares M, Toffart AC, Timsit JF, Burghi G, Irrazabal C, Pattison N, et al. Intensive care in patients with lung cancer: a multinational study. *Ann Oncol.* 2014;25(9):1829-35.

35. 化学療法を受ける高齢固形がん患者での包括的高齢者評価による化学療法の毒性や効果の予測

Versteeg KS, Konings IR, Lagaay AM, van de Loosdrecht AA, Verheul HM. Prediction of treatment-related toxicity and outcome with geriatric assessment in elderly patients with solid malignancies treated with chemotherapy: a systematic review. *Ann Oncol.* 2014;25(10):1914-8.

36. 切除後浸潤皮膚メラノーマ患者での支持療法の満たされないニーズ

Molassiotis A, Brunton L, Hodgetts J, Green AC, Beesley VL, Mulatero C, et al. Prevalence and correlates of unmet supportive care needs in patients with resected invasive cutaneous melanoma. *Ann Oncol.* 2014;25(10):2052-8.

37. 頭頸部癌患者での心理腫瘍学的側面へのケアに関する推奨

Reich M, Leemans CR, Vermorken JB, Bernier J, Licitra L, Parmar S, et al. Best practices in the management of the psycho-oncologic aspects of head and neck cancer patients: recommendations from the European Head and Neck Cancer Society Make Sense Campaign. *Ann Oncol.* 2014;25(11):2115-24.

38. 放射線治療後の乳がん患者でのレジスタンストレーニングによる倦怠感や QOL に対する効果に関する無作為化比較試験

Steindorf K, Schmidt ME, Klassen O, Ulrich CM, Oelmann J, Habermann N, et al. Randomized, controlled trial of resistance training in breast cancer patients receiving adjuvant radiotherapy: results on cancer-related fatigue and quality of life. *Ann Oncol.* 2014;25(11):2237-43.

- 39.ESMO 臨床ガイドライン：がん患者の骨の健康（骨転移、骨代謝、骨髄微小環境）
Coleman R, Body JJ, Aapro M, Hadji P, Herrstedt J, Group EGW. Bone health in cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol. 2014;25 Suppl 3:iii124-37.
- 40.ESMO 臨床ガイドライン：事前指示計画
Schrijvers D, Cherny NI, Group EGW. ESMO Clinical Practice Guidelines on palliative care: advanced care planning. Ann Oncol. 2014;25 Suppl 3:iii138-42.
- 41.ESMO 臨床ガイドライン：終末時の耐え難い苦痛と緩和的鎮静
Cherny NI, Group EGW. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. Ann Oncol. 2014;25 Suppl 3:iii143-52.

【Eur J Cancer. 2014;50(13-17)】

なし

【Br J Cancer. 2014;111(5-10)】

42. がん患者の抗腫瘍免疫に関連する免疫パラメタに対するオピオイドの影響に関するレビュー
Boland JW, McWilliams K, Ahmedzai SH, Pockley AG. Effects of opioids on immunologic parameters that are relevant to anti-tumour immune potential in patients with cancer: a systematic literature review. Br J Cancer. 2014;111(5):866-73.
43. がんサバイバーケアの推奨 Survivorship Care Plans の効果に関するレビュー
Brennan ME, Gormally JF, Butow P, Boyle FM, Spillane AJ. Survivorship care plans in cancer: a systematic review of care plan outcomes. Br J Cancer. 2014;111(10):1899-908.

【Cancer. 2014;120(17-22)】

44. 大腸がんサバイバーの座位行動に対する健康行動変容プログラムの効果検証
Lynch BM, Courneya KS, Sethi P, Patrao TA, Hawkes AL. A randomized controlled trial of a multiple health behavior change intervention delivered to colorectal cancer survivors: effects on sedentary behavior. Cancer. 2014;120(17):2665-72.
45. 前立腺がん診断時の意思決定対立の関連要因
Kaplan AL, Crespi CM, Saucedo JD, Connor SE, Litwin MS, Saigal CS. Decisional conflict in economically disadvantaged men with newly diagnosed prostate cancer: baseline results from a shared decision-making trial. Cancer. 2014;120(17):2721-7.
46. 小児がんサバイバーの生活習慣とメタボリックシンドロームの関係：St. Jude Lifetime Cohort Study
Smith WA, Li C, Nottage KA, Mulrooney DA, Armstrong GT, Lanctot JQ, et al. Lifestyle and metabolic syndrome in adult survivors of childhood cancer: a report from the St. Jude Lifetime Cohort Study. Cancer. 2014;120(17):2742-50.
47. カナダ先住民族の小児がん患者の背景と予後
Marjerrison S, Pole JD, Sung L. Inferior survival among Aboriginal children with cancer in Ontario. Cancer. 2014;120(17):2751-9.
- 48.FACT-G と FACT-G7 の基準値とカットオフ値
Pearman T, Yanez B, Peipert J, Wortman K, Beaumont J, Cella D. Ambulatory cancer and US general population reference values and cutoff scores for the functional assessment of cancer therapy. Cancer. 2014;120(18):2902-9.
49. サルコペニアと根治的膀胱切除術を受ける尿路上皮がん患者の予後との関係
Pstuka SP, Carrasco A, Schmit GD, Moynagh MR, Boorjian SA, Frank I, et al. Sarcopenia in patients with bladder cancer undergoing radical cystectomy: impact on cancer-specific and all-cause mortality. Cancer. 2014;120(18):2910-8.
50. 大腸がんサバイバーでの活動量と HRQOL との関係
Vallance JK, Boyle T, Courneya KS, Lynch BM. Associations of objectively assessed physical activity and sedentary time with health-related quality of life among colon cancer survivors. Cancer. 2014;120(18):2919-26.
51. 高齢がん患者の介護負担感の関連要因
Hsu T, Loscalzo M, Ramani R, Forman S, Popplewell L, Clark K, et al. Factors associated with high burden in caregivers of older adults with cancer. Cancer. 2014;120(18):2927-35.
52. がんセンターでの苦痛スクリーニングの推奨に関する総説
Pirl WF, Fann JR, Greer JA, Braun I, Deshields T, Fulcher C, et al. Recommendations for the implementation of distress screening programs in cancer centers: report from the American Psychosocial Oncology Society (APOS), Association of Oncology Social Work (AOSW), and Oncology Nursing Society (ONS) joint task force. Cancer. 2014;120(19):2946-54.
53. 肺がん患者の支持療法に関する unmet need の人種間差

John DA, Kawachi I, Lathan CS, Ayanian JZ. Disparities in perceived unmet need for supportive services among patients with lung cancer in the Cancer Care Outcomes Research and Surveillance Consortium. *Cancer*. 2014;120(20):3178-91.

54. がん患者のエンパワーメントの評価指標の同定

Lauzier S, Campbell HS, Livingston PM, Maunsell E. Indicators for evaluating cancer organizations' support services: performance and associations with empowerment. *Cancer*. 2014;120(20):3219-27.

55. エンパワーメントの評価尺度 heiQ のがん領域での信頼性・妥当性の検証

Maunsell E, Lauzier S, Brunet J, Pelletier S, Osborne RH, Campbell HS. Health-related empowerment in cancer: validity of scales from the Health Education Impact Questionnaire. *Cancer*. 2014;120(20):3228-36.

56. がん患者の経済的苦痛の評価尺度 COST の開発

de Souza JA, Yap BJ, Hlubocky FJ, Wroblewski K, Ratain MJ, Cella D, et al. The development of a financial toxicity patient-reported outcome in cancer: The COST measure. *Cancer*. 2014;120(20):3245-53.

57. ドイツのがんセンターでの終末期医療に関する医師・看護師の認識

Jors K, Adami S, Xander C, Meffert C, Gaertner J, Bardenheuer H, et al. Dying in cancer centers: do the circumstances allow for a dignified death? *Cancer*. 2014;120(20):3254-60.

58. 前立腺サバイバーでの希死念慮の実態と関連要因

Recklitis CJ, Zhou ES, Zwemer EK, Hu JC, Kantoff PW. Suicidal ideation in prostate cancer survivors: Understanding the role of physical and psychological health outcomes. *Cancer*. 2014;120(21):3393-400.

59. 肺がんスクリーニング検査偽陽性の QOL や不安への影響

Gareen IF, Duan F, Greco EM, Snyder BS, Boiselle PM, Park ER, et al. Impact of lung cancer screening results on participant health-related quality of life and state anxiety in the National Lung Screening Trial. *Cancer*. 2014;120(21):3401-9.

60. 肺がんと大腸がん患者での喫煙歴と疼痛の関係

Gonzalez A, Japuntich S, Keating NL, Wallace R, He Y, Streck JM, et al. Pain experiences among a population-based cohort of current, former, and never regular smokers with lung and colorectal cancer. *Cancer*. 2014;120(22):3554-61.

61. 高催吐性化学療法を受けるがん患者での遅発性嘔気・嘔吐に対する Gabapentin の予防効果：2重盲検プラセボ対照第Ⅲ相無作為化比較試験

Barton DL, Thanarajasingam G, Sloan JA, Diekmann B, Fuloria J, Kottschade LA, et al. Phase III double-blind, placebo-controlled study of gabapentin for the prevention of delayed chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients receiving highly emetogenic chemotherapy, NCCTG N08C3 (Alliance). *Cancer*. 2014;120(22):3575-83.

委員会活動報告

1. 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
委員長 新城 拓也

2014年8月より、現在の新体制での委員会がスタートしました。前任の、宮下 光令先生（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）の尽力で、電子投稿の導入、査読プロセスの充実が達成できました。オンラインジャーナルが2006年に発刊されて以降、多くの論文を投稿していただいた学会会員の方々、査読に関わった多くの先生方、ジャーナルの発展のために尽力された先生方の努力により、このジャーナルもさらに発展しつつあることを実感しております。今後も学会員の皆様の協力を得ながらさらに発展させていくことをお約束いたします。

1) 論文投稿について

私が委員長（編集長）に就任後、1日当たりの投稿論文数（新規、改訂論文）は、およそ0.8-0.9本となっております。論文を受け付けるとまず、編集部で投稿論文の体裁に不備、問題がないかをチェックします。その後、委員長が全ての内容を確認します。その上で、特に倫理的な問題がある論文、内容に大きな不備がある論文はコメントを付けて不採択の決定をします。重大な問題がない論文は、論文の審査を担当する編集委員を編集委員会の中から専門分野を加味して決定します。論文を担当した編集委員には二人の査読者を決定していただき、2週間の期限で査読を行っていただきます。査読者のコメントを参考に、編集委員は論文の審査結果を決定し、委員長が内容を確認後、著者に電子メールで結果を送付します。

編集部で確認し、著者に修正を依頼している内容は、1) 図表に図 1ab、図 2abc など、複数の図を1つとして投稿されることがある。（明らかに図表の点数を超過している）2) 特に症例報告で、年齢、年号などが、60歳代、200X年など、マスクされている（個人情報に含めない情報のマスク）、3) 論文の体裁、順序が投稿規定と異なる（本文中に図表が

挿入されているなど）がありました。投稿規定をよくご確認下さい。

2) 論文を投稿する著者の方々へ

多くの学会員の方から論文を投稿していただき、そして査読、改訂を経て論文が発表されています。特に投稿後のプロセスをスムーズかつ確実にするために、改訂論文投稿時の査読者へのコメントの書き方について、電子メールでリンクが明示されております。論文を審査する編集委員と査読者の負担軽減のためにも、返答の仕方を参考にさせていただきたいと思っております。また査読者、編集委員からのコメントは、読者の視点からの疑問や不備であるとお考えいただき、必ず何らかの対応をお願いいたします。コメントに対応することで、論文の完成度はさらに高まると考えております。編集委員は、皆様から投稿された論文をさらに質の高いものにしたいと考えております。論文の種類、特に原著、短報、活動報告の区別について明確にするために平成26年11月3日に投稿規定を改訂しております。（<https://www.jspm.ne.jp/journal/submission.html>）新規投稿を考えていらっしゃる著者の方々には必ずご一読下さい。

3) 査読を担当されるの方々へ

査読者は、論文の採択に関する意見を専門的な見地から述べる立場として関わっていただいております。論文の採択を決定するのは、編集委員会と、最終的な判断は委員長が担います。時には、査読者が不採択の決定をしても、論文を採択することもあります。反対に、査読者が採択の決定をしても、特に倫理的に大きな問題があると編集委員会が判断すれば、不採択になることもあります。2014年8月以降、二つの論文が、査読者が改訂後採択の決定をしているにも拘わらず、編集委員会の中で討論した結果、不採択になりました。特に、ケアや治療で新しい試みを取り入れる時には、倫理委員会で安全性と危険性を十分に審査しているのか、患者に対する説明と同意の内容に問題はないかを確認させていただきます。査読を担当していただく先生方には、ご多忙中大変ご負担をお掛けいたします

が、緩和医療の発展と、本学会、本ジャーナルの充実のためにご協力いただきたいと思います。査読の依頼は電子メールでさせていただいており、そのメールには査読のマニュアル、査読例のリンクが明示されております。必ずご一読いただいてから、査読を担当して下さい。また、激増した論文に対応するために、査読をいただく方々には非常にご負担をかけております。査読をどなたにお願いすれば良いのか、委員会のメンバーはいつも困っております。そこでこの度、電子投稿のシステム上で専門分野を入力していただくこととさせていただきました。つきましては、大変お手数ですが、アカウントをお持ちの方々におかれましては、専門分野についてご入力頂けると幸いです。

4) 論文投稿の推薦について

また、毎年の学術大会での論文投稿に相応しい優れた研究や活動に対して、論文投稿の勧めを文書で学会員の方々に郵送させていただいております。ポスター発表の座長の推薦と編集委員会の推薦を合わせております。次回の学術大会からは特にポスター発表の座長の先生方の推薦を重視して今後も論文投稿をお願いしようと考えております。推薦された論文の投稿も続々受け付けております。

5) 著者の方からの問い合わせについて

今までに著者の方からいただいた問い合わせにつ

いて、共有した方が良いと思うものを公表いたします。

Q. 論文に掲載される所属、住所、電話番号、FAX番号、電子メールアドレスを非公開として欲しい。

A. 否。論文を通じて研究者の間のやりとりができることが、さらに緩和医療の発展に寄与すると考えているからです。また反対に、論文に重大な不正が発表後疑われる場合には、著者への連絡方法を確保する必要があると考えております。もしも、筆頭著者が、非公表としたい事項があるのであれば、論文の責任著者を別の方にさせていただき、確実に公表していただきます。

Q. 査読者のコメントに対応したところ、改訂論文が文字数を超過してしまった。どの程度超過しても良いのか。

A. 否。現在の委員長（編集長）は文字数を超過した論文を公表することはありません。

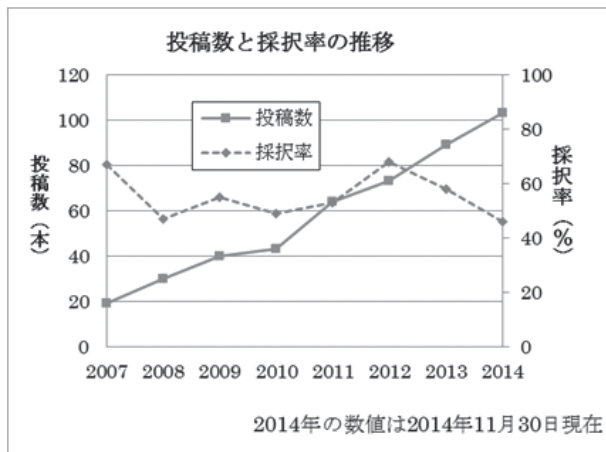
6) 現在までの投稿数と採択率の推移について

多くの著者、査読者の方々のご尽力で年々増加傾向にあります。今後も論文の投稿をよろしくお願いたします。重ねて、本ジャーナルのさらなる発展にどうか皆様のご協力とご支援を賜りますようお願い申し上げます。

Palliative Care Research 投稿から採択等の期間

※それぞれの年度に公開された論文について集計

	初回査読平均日数			平均審査日数			平均公開作業日数		
	平均	範囲	中央値	平均	範囲	中央値	平均	範囲	中央値
	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		
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	22	(3-63)	19	92	(10-255)	64	104	(19-206)	104
2014年	24	(5-51)	21	104	(15-265)	97	86	(20-163)	87



7) 公開論文一覧

2014年7月1日から11月30日までに出版された論文は以下のとおりです。

原著

谷山 智子, 清水 千佳子, 垣本 看子, 小林 典子, Saad Everardo. がん診療における QOL と生存期間の優先順位の検討—乳がん患者・医師・メディカルスタッフの比較. *Palliat Care Res* 2014;9(3):101-9

飯野 京子, 綿貫 成明, 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. 胸部食道がん術後外来患者に対する看護ケアの分析. *Palliat Care Res* 2014;9(3):110-7

栗秋 佐智恵, 上村 智彦. がん患者の臨死期における意思決定についての後方視的検討. *Palliat Care Res* 2014;9(3):118-23

新藤 悦子, 茶園 美香, 近藤 咲子, 本多 昌子. 大学病院に勤務する看護師への「生きる意味を問うがん患者」とのコミュニケーションスキル向上プログラムの効果の検討—介入前と介入後6カ月間の態度比較—. *Palliat Care Res* 2014;9(3):124-31

佐藤 泉美, 牧野 春彦, 下妻 晃二郎, 大橋 靖雄. 乳がん専門医による乳がん患者に対するうつ病診療の実態調査. *Palliat Care Res* 2014;9(3):132-9

佐野 知美, 草島 悦子, 白井 由紀, 瀬戸山 真理子, 玉井 照枝, 廣岡 佳代, 佐藤 隆裕, 宮下 光令, 河正子, 岡部 健. 在宅終末期がん患者家族介護者の死別後の成長感と看取りに関する体験との関連. *Palliat Care Res* 2014;9(3):140-50

山田 正実, 松村 千佳子, 地丸 裕美, 上野 理恵, 矢野 義孝, 高橋 一栄. 外来がん疼痛患者におけるオピオイド鎮痛薬導入に対する薬剤師介入の効

果に関する検討. *Palliat Care Res* 2014;9(3):151-7
宮下 光令, 小野寺 麻衣, 熊田 真紀子, 大桐 規子, 浅野 玲子, 小笠原 喜美代, 後藤 あき子, 柴田 弘子, 庄子 由美, 仙石 美枝子, 山内 かず子, 門間典子. 東北大学病院の看護師のがん看護に関する困難感とその関連要因. *Palliat Care Res* 2014;9(3):158-66

竹内 真帆, 清水 恵, 森田 達也, 佐藤 一樹, 三浦世理佳, 今野 美咲, 佐藤 香織, 内山 美里, 高橋 なつき, 泉 佳那, 恒藤 暁, 志真 泰夫, 宮下 光令. 緩和ケア病棟で死亡したがん患者の遺族による緩和ケアの質の評価と施設要因の関連—遺族5,810名の全国調査から—. *Palliat Care Res* 2014;9(4):101-11

菅野 雄介, 平原 優美, 荒木 和美, 松村 優子, 八杉 まゆみ, 川村 幸子, 古賀 友之, 茅根 義和, 宮下 光令. 在宅緩和ケアにおける Liverpool Care Pathway 日本語版在宅バージョンの開発と実施可能性の検討. *Palliat Care Res* 2014;9(4):112-20

小田切 拓也, 山内 敏宏, 白土 明美, 今井 堅吾, 鄭 陽, 森田 達也, 井上 聡. 緩和ケア病棟における, セフトリアキソンの皮下点滴使用と奏効率. *Palliat Care Res* 2014;9(4):121-4

宮原 強, 小杉 寿文, 仁田 亜由美, 濱田 献, 日浦 あつ子, 森 直美, 八谷 由貴, 平川 奈緒美, 佐藤 英俊, 松永 尚. 簡便な換算比を用いたオキシコドン注射剤のオピオイド・スイッチングに関する臨床的検討. *Palliat Care Res* 2014;9(4):125-30

菅野 喜久子, 木下 寛也, 森田 達也, 佐藤 一樹, 清水 恵, 秋山 聖子, 村上 雅彦, 宮下 光令. 東日本大震災の被災沿岸地域の医療者へのインタビュー調査に基づく災害時におけるがん患者の緩和ケア・在宅医療のあり方に関する研究. *Palliat Care Res* 2014;9(4):131-9

短報

西山 菜々子, 安部 能成. 進行がん・末期がん患者に対するリハビリテーションの立場からみた患者の QOL についての検討—活動中に述べられた患者の主観的な言葉に着目して—. *Palliat Care Res* 2014;9(3):301-4

村上 真基, 山本 直樹, 竹内 裕, 小林 友美, 佐藤 裕信. 緩和ケア病棟における Liverpool Care Pathway 日本語版の使用と非使用に関する後ろ向き検討. *Palliat Care Res* 2014;9(4):301-5

小川 雅子, 作左部 大. 当院看護師における終末期がん患者の口腔ケアに対する意識調査. *Palliat*

症例報告

齋藤 季子, 石原 裕起, 増田 由起子, 村上 真基. 続発性下肢リンパ浮腫急性増悪に対して短期入院集中治療を行った3例. Palliat Care Res 2014; 9(3):501-5

岡山 幸子, 松田 良信, 迫田 淑子, 日吉 理恵, 遠野 かおり, 吉田 こずえ. 緩和ケア認定看護師の支援にて外来でメサドンを安全に導入することが可能であった1例—本邦の販売開始後まもない時期に外来で処方した経験. Palliat Care Res 2014; 9(3):506-10

阿部 克哉, 久永 貴之, 東端 孝博, 稲津 和歌子, 木内 大佑, 萩原 信悟, 下川 美穂, 志真 泰夫. メサドンへの段階的なオピオイド変更が有用であった1例. Palliat Care Res 2014;9(3):511-5

相河 明規, 大坂 巖, 大野 茂樹, 木村 陽, 安達 勇. がん関連倦怠感に対してタウリンが有効であった2症例. Palliat Care Res 2014;9(3):516-9

木本 志津江, 砂田 祥司, 柴崎 千代, 小川 喜通, 實森 直美, 清水 洋祐, 國富 留美, 小川 弘太, 市場 泰全. 難治性嘔吐に対しオランザピンを使用した経過途中でせん妄, 痙攣が生じた1例. Palliat Care Res 2014;9(4):501-4

小林 瑞保, 山口 芳文, 稲邊 恵津子, 萩原 千寿子, 加登 大介, 高谷 久史, 長谷川 久巳, 岸 一馬, 井田 雅祥. がん性髄膜炎に伴うせん妄患者に対する作業療法. Palliat Care Res 2014;9(4):505-9

館野 佑樹. オキシコドンが肝臓がんによる黄疸の搔痒に著効した1例. Palliat Care Res 2014;9(4):510-3

大井 裕子, 林 裕家. オキシコドン経口徐放剤から注射剤に変更した8症例の換算比に関する検討. Palliat Care Res 2014;9(4):514-8

山田 英人, 松本 禎久, 木下 寛也, 川越 正平. 地域連携により安全なメサドン処方が可能となった1例. Palliat Care Res 2014;9(4):519-22

工藤 尚子, 前田 隆司, 鈴木 梢, 鄭 陽, 田中 桂子. 終末期がん患者における消化管出血において, オクトレオチド投与が症状緩和に有効であったと考えられた4症例. Palliat Care Res 2014;9(4):523-7

活動報告

木村 彩, 黒田 美智子, 川村 博司, 渡部 芳紀, 山田 里美, 重野 朋子, 國分 恵, 小笠原 未希, 吉田 満美子, 青木 砂織, 戸屋 亮, 灘岡 壽英, 加藤 佳

子. 地域緩和ケアサポートセンター活動の成果—早期からの緩和ケアの実践, 緩和ケア啓発, 地域連携推進. Palliat Care Res 2014;9(3):901-6

山手 美和, 綿貫 成明, 笠原 嘉子, 大石 恵子, 相良 君映, 中島 朋子, 河 正子, 飯野 京子. 看護大学と医療機関における看護師の連携を基盤とした「たま エンド・オブ・ライフ・ケア交流会」の活動報告. Palliat Care Res 2014;9(3):907-10

岸本 寛史, 小島 一晃, 原武 麻里, 藤原 和子, 岩井 真里絵, 石丸 正吾, 金村 誠哲. フェンタニル舌下錠使用時の留意点と院内スタッフへの周知—ライセンス制と網羅的院内勉強会の導入. Palliat Care Res 2014;9(3):911-5

総説

國分 秀也, 富安 志郎, 丹田 滋, 上園 保仁, 加賀谷 肇, 鈴木 勉, 的場 元弘. メサドンの臨床薬物動態. Palliat Care Res 2014;9(4):401-11

2. 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 恵一郎

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 恵一郎

(WPG 副員長) 津島 知靖

三浦 剛史

- ▶ 2014年度第2回WPG会議開催(2014年8月30日、横浜)
- ▶ 2014年9月に文献の一次スクリーニングを終了し、2次スクリーニングを行っています。構造化抄録を作成し、推奨を作成する予定です。
- ▶ 次回、2014年度第3回WPG会議は、2015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。
- ▶ 2016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) 改訂版は、
 - ①現在の「関連する特定の病態の治療」の部分について最新の文献レビューを行い推奨文を作成すること
 - ②現在の推奨部分について、再度最新の文献レビューを行い最新データにアップデートすることが、主な変更点です。
- (2) 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、現在、作業進行中です。
- (3) 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、技術的、専門的サポート・アドバイスを受けられる体制となりました。（詳細については前号で報告済み）
- (4) 推薦文を吟味・検討する「デルファイ会議」には、他学会および患者会から代表者に参加していただくこととし、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・ジャパンに、代表者を推薦していただくよう依頼しました。

<進捗状況>

2014年8月

日本緩和医療学会 NL Vol.19 Feb 2015

- ・WPG会議で文献検索方法（検索範囲、検索法、検索式）について決定
 - ・SCOPE確定、一次スクリーニングの決定
- 現在

- ・8テーマについて分担し、各自作業中（文献読み、エビデンス評価シート作成、二次スクリーニング検討）

<今後のスケジュール>

2014年12月

- ・エビデンス評価シート完成、二次スクリーニング検討
- ・他学会・他団体のデルファイメンバー決定（別紙参照）

2015年1月12日

- ・第2回WPG会議@東京、二次スクリーニング決定
- ・本文作成作業

2015年7月

- ・修正デルファイ会議（他学会・患者会代表メンバーとの合同会議）
- ・修正作業、推奨以外の部分の編集作業

2016年夏

- ・発刊予定

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。なお、推奨度を設定する通常のガイドラインとは異なりエビデンスのみを提示するエビデンス集としてまとめる予定です。2014年6月20日に開催した第1回WPG会議以降、PubMedより予め設定したキーワードで文献を検索し、そのアブストラクトからPICOの整理をおこなっています。2014年12月末までに作業を終え、2015年1月に第2回WPG会議を開催し、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。

3. 委託事業委員会

委託事業委員会

委員長 上村 恵一

2014年8月から委託事業委員長を拝命しており

ます市立札幌病院精神医療センター 上村恵一です。厚生労働省委託事業は今年度から医師に対するコミュニケーション技術研修が新たに国会への委託となり3部門に分かれて活動しています。大阪の事務局に正職員1名と委託契約職員7名(2015年1月13日現在、PEACE3名、OBP2名、CST1名、経理1名)に勤務していただき、毎週Web会議を行いながら事務局運営をしております。厚生労働省との交渉、外部との折衝も多くストレスフルな職場ですがどのメンバーもとても熱心に取り組んでいます。入れ替わりが多かった時期がありましたため、会員各位におかれましては事務局との対応でご迷惑をおかけしておりますことをお詫び申し上げます。委員会活動をご報告いたします。

がん対策基本法が施行されてから6年、当委託事業委員会では、本年度、主に下記のような事業を展開している。

1) 緩和ケア研修会新開催指針周知のための指導者研修会について

2015年4月より、がん診療に携わる医師に対する「緩和ケア研修会」の開催指針が変更される予定であることを受け、新しい開催指針とそれに伴う研修内容の変更点の解説を目的とした「緩和ケア研修会新開催指針周知のための指導者研修会」を開催する。

これまで当学会では、すべての人が『いつでも、どこでも』質の高い緩和ケアを受けられることを目指し、「日本緩和医療学会 PEACE プロジェクト」を立ち上げ、2008年度より日本サイコオンコロジー学会との共催で、「緩和ケア研修会」を企画運営する指導者を育成する「指導者研修会」を開催してきたが、開催指針の変更に伴い、PEACEプログラムも変更され、またその内容にも変更が加えられ、プレゼンテーションなども一新される予定である。

本研修会受講の有無によって、来年度からの緩和ケア研修会の企画責任者、協力者の資格に影響するものではないが、厚生労働省からの指導により、日本緩和医療学会では指導者のすべてに受講を勧奨しており、次年度から新開催指針に対応する研修会を企画運営して頂く企画責任者の先生方には是非とも受講していただきたいと考えている。

また、本研修会は、日本緩和医療学会主催の『緩和ケア／精神腫瘍学指導者研修会』もしくは国立がん研究センター主催の『緩和ケア／精神腫瘍学都道府県指導者研修』の修了者が対象である。詳細は、PEACE ホームページに掲載されている。また、同

ホームページ上で事前参加登録も可能である。(2015年2月20日締切。参加定員を超えた場合は締切前でも募集を打ち切る場合がある。)

指導者研修会修了者の方は、本研修会の受講をぜひご検討いただきたい。

2) 2014年度緩和ケア普及啓発事業(イベント)について本事業では主に下記3つの事業を行った。

(1) プレスセミナーについて(開催日時及び場所:2014年12月1日[大阪]、12月10日[東京]、2015年1月23日[厚生労働省内])

がん対策推進基本計画の重点課題として挙げられている「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」を目指し、緩和ケアに関する正確な情報をメディアに周知し、それを報道してもらうことで、市民に対する普及啓発に繋げるため、報道機関の記者を対象にしたセミナーを開催した。「診断時からの緩和ケア 現状と課題、今後の取り組み」という題で、緩和ケア担当医だけでなく患者会代表者による患者側の声や、厚生労働省担当者から国としての取り組みについて講演を行った。

大阪会場は10媒体の記者の参加があり、セミナー終了後、参加媒体のほとんどが新聞もしくはWEBニュースに記事を掲載している(新聞記事2件、WEBニュース11件 計13件)。また、東京会場は10媒体の記者の参加があり、セミナー終了後1週間の時点で1社が記事掲載をしている(詳しくは公式WEBサイト[緩和ケア.net]及び公式Facebookを参照)。

(2) 市民公開講座について(2015年2月8日 会場:ザ・グランドホール品川)

緩和ケアを受けるには患者や家族の抱えている痛みやつらさを医療者に伝えることから始まる。市民公開講座では「緩和ケアを誤解していませんか?痛みやつらさが医療者に伝わるために」という題で、患者・家族が痛みやつらさを訴えること、またそれを医療者が受け止めることに焦点を当て、どうすれば上手く伝わるのか、そのコツを、基調講演とラウンドテーブルディスカッションによる話し合いで導きだし、患者・家族、医療者ともに今後につなげるような内容とした。

(3) 街頭イベント(2015年2月11日 会場:グランフロント大阪 北館1F ナレッジプラザ)

本イベントでは「がんを恐れない社会をつくるた

めに…まちかど『がん相談室』in 大阪」をコンセプトに、大阪の一等地である梅田にて街頭イベントを行い、現在緩和ケアを必要としている人だけでなく幅広い世代に緩和ケアを知ってもらうこと、また「がん相談室」を設置し、難しく捉えられがちな「がん相談」をもっと身近に感じてもらうことを目的とし開催した。その他にも、パネル展示、ミニレクチャー、クイズラリーなども行った。

3) 緩和ケア普及啓発事業における新ポスターと緩和ケア研修会修了者用バッジの配布について

(1) 新ポスターについて

2014年度、緩和ケア普及啓発事業において、「緩和ケア」は、積極的ながん治療をあきらめた後に行うものであるとの認識を解消し、「早期からの緩和ケア」を推進するため、患者・家族向けと医療従事者向けの2種類のポスターの作成を予定している。患者・家族向けポスターには「気持ちを誰かに伝えた時から、よりよい治療が始まります。」というメッセージを発信し、多くのがん患者は、苦痛を医療従事者に十分伝えることができていないという現状から、国民全般、特になが患者・家族へ、我慢せず苦痛を医療従事者へ伝えることの重要性を知ってもらい、また、そこから様々な解決方法が展開していくことを示唆している。また、医療従事者向けのポスターには「痛み、つらさ…キャッチしないのは、レッドカード！」というインパクトのあるメッセージとともに、患者の苦痛を拾い上げ、やわらげることには医療従事者の役割であるというところまで、医療従事者の認識を高める目的を持っている。さらに、両方のポスターに「緩和ケアとは、病気に伴う心と体の痛みを和らげること」という厚生労働省発案の緩和ケアの一言表現を厚生労働省のロゴとともに提示することで、国の委託事業であり、国益を伴う事業であることを裏付けている。

上記ポスターの配布に関しては完成次第、全国のがん診療連携拠点病院（409か所）へ各10枚ずつ配布し、厚生労働省より掲示を行うよう働きかけてもらう予定である。また、さらなる広範囲な普及啓発を目指し、従来通り、ホームページ[緩和ケア.net]より請求可能とする予定である。

(2) 緩和ケア研修会修了者用バッジについて

また、同事業において、緩和ケア研修会を修了した医師が装着するバッジの制作も検討している。制作にいたる背景として、がん診療連携拠点病院の新要件である「患者・家族への情報の提供」に

添い、緩和ケアに詳しい医師を識別できるよう、患者会から要望があったことが挙げられる。まずは、試験的に全国のがん診療連携拠点病院における緩和ケア研修会修了者の医師に配布する予定である。本バッジの装着を義務付けることで、患者・家族にその医師が厚生労働省の基準に沿った研修会の修了者であることを明示し、緩和ケアや苦痛・不安に関する相談を持ち掛けやすくする。また、苦痛や悩みに対応するあらゆる選択肢を提供し、ひいては「早期からの緩和ケア」の推進も後押しする。

4) 医師に対するコミュニケーション技術研修会について

(1) SHARE-CST 研修会の開催について

受講者数名の小グループごとに2名のファシリテーターを配置し、2日間にわたり計8回のロールプレイ（模擬患者と共に医師役として面談場面を演じる）を行い、がん医療における患者とのコミュニケーションスキルの向上を図る「コミュニケーション技術研修会」を今年度4回開催した。また同日程で併行した形式で過去に研修会を受講した医師を対象に、技術の向上と再確認を目的とした地固め研修会を開催した。

(2) ファシリテーター養成講習会の開催について

全6日間でコミュニケーション・スキル・トレーニング概論、ロールプレイのファシリテーション等を学び、13月開催のSHARE-CST研修会で実践のファシリテートを行うファシリテーター養成講習会を開催する。今年度1回（3日程）開催した。

4. 専門医認定・育成委員会

「第6回緩和医療専門医認定試験」

専門医認定・育成委員会
委員長 橋口 さおり

第6回の緩和医療専門医認定試験が2014年9月から11月にかけて行われ、新たに25名の専門医が誕生しました。委員会ではぜひ多くの方々に受験をご検討いただきたいと考え、今回の試験を振り返り、注意点や問い合わせが多かった事項などについて報告いたします。

認定試験は申請書審査、症例報告書、筆記試験・口頭試問から成ります。

【申請書】

申請書審査では、認定研修施設での臨床経験、教育歴、業績など要件を満たすかどうかを確認します。問い合わせが多いのは、まず教育歴で、実際のところは、ほとんどの方がPEACEの実績で申請されています。PEACEの講義は実績になりますが、ファシリテーターは教育歴に含まれません。また、今年度からは2件以上必要となっていますのでご注意ください。業績については、筆頭著者である論文が必要です。総説や依頼原稿は含みませんが、原著であれば症例報告は可としています。この領域には様々な分野を背景を持った方が参画されていることから、掲載誌も多岐にわたっていますので、審査員が内容を確認しています。最近、当学会の機関誌であるPalliative Care Researchで申請される方が増えています。全国誌で査読があれば要件を満たしますが、企業の販促目的の雑誌は含まれません。論文も学会発表も、緩和医療に関連した内容であることが必要です。これまでは「緩和医療に関する原著論文または症例報告、かつ学会発表の業績は3件以内(いずれも筆頭の業績は1件以上)」としてきましたが、次年度からは「いずれも筆頭の業績を1件以上(3件以内)」としています。厳しくなったようにみえますが、これまでの試験でも筆頭の業績のみを評価してきましたので、実質文章のみの変更です。

【症例報告書】

作成にあたっては、HP上に「記入上の注意」と、「良い例」、「悪い例」を公開していますので必ず確認してください。審査では複数の審査員が1つ1つの報告書を読み込んでいます。内容としては、HP上の「良い例」に記載されている程度のボリュームが必要です。作成にはかなりの時間がかかりますので、受験をご検討の方は早めに準備を開始してください。今回の試験では、全体を通して鬼門となったのは症例報告書でした。通過できなかった方の多くが、記入にあたっての注意を守らなかったことや、内容が希薄なことによるものでした。時間をかければ解決できることも多いので、細心の注意を払って作成していただきたいと考えています。

【筆記試験】

90分を2コマで、それぞれ60問ずつの問題数となっており、解答はマークシート方式です。第6回試験は、Oxford Textbook of Palliative Medicine(第4版)、学会から既刊のガイドライン、専門家を指す人のための緩和医療学などを参考に出題されました。出題の目安は、年によって若干の増減はありますが、総論(5%)、疼痛(20%)、痛み以外の身

体症状(30%)、精神症状(10%)、社会的・倫理的側面(5%)、家族・遺族ケア(5%)、スピリチュアルな側面(5%)、腫瘍学(15%)、その他(5%)となっています。今年度の問題は近日中にHP上に公開いたしますので、参考にしてください。

【口頭試問】

1人30分間行われ、それぞれ3名の審査員によって評価されました。今年度は、ロールプレイ10分間、臨床問題10分間、症例報告書の確認2症例10分間が行われました。ロールプレイは臨床場面におけるコミュニケーション能力をみるために実施しており、模擬患者を相手に、緩和医療の臨床場面で多くみられる設定となっています。評価項目は点数化して審査します。症例報告書の確認については、ご自身で提出されたものの中から、当日提示されます。

なお、学術大会で専門医フォーラムとして、実際の会場の様子なども含めて認定試験に関する説明を行っています。受験をご検討の方、また、指導される方も、ぜひ参考にしてください。

新専門医制度は基本19領域で一部の領域では2015年度から、多くの領域では2017年度から専攻医の受け入れが開始されます。サブスペシャリティ領域についての詳細はまだ発表されていない状況ですが、最も早ければ2020年度から専攻医の受け入れが始まります。移行措置も含めて、新専門医制度検討委員会とともに制度設計を進めますが、それまでは現行の認定試験が継続される予定です。

専門医認定試験に関する お知らせ

専門医認定・育成委員会 委員長 橋口 さおり

日ごろより当学会運営にご協力いただきましてありがとうございます。

皆様のご理解とご協力のおかげをもちまして、これまでに6回の専門医認定試験を無事に終了することができました。この度は、専門医申請提出書類の記載内容変更についてご案内いたします。

なお、お問い合わせは、学会事務局あてにお送りいただきますようお願いいたします。

提出書類「3)業績書」記載内容の変更

平成26年度までは、業績書の記載内容を「緩和医療に関する原著論文または症例報告、かつ学会発表の業績は3件以内（いずれも筆頭の業績は1件以上）」としていましたが、平成27年度は業績書の記載内容を「緩和医療に関する原著論文または症例報告、かつ学会発表の業績はいずれも筆頭の業績を1件以上（3件以内）」に変更します。筆頭の業績以外は評価しませんので、あらかじめご了承くださいませようお願いいたします。

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 担当：前田

TEL: 06-6479-1031 FAX: 06-6479-1032 E-Mail: info@jspm.ne.jp

編集
後記

陽の光の暖かさに少しずつ春の訪れを感じるようになってきました。今号からこれまでの活動報告をリニューアルし、「よもやま話」のコーナーができました。日常のほっこりした話やちょっと良い話、面白い話を投稿していただくカテゴリーになります。ニューズレターが完全にWeb化し、読みにくくなったという声をきくことがあります。より関心をもっていただけ紙面となるよう少しずつ向上させていきたいと思っております。

さて、横浜の学術大会で楽しみにしていることが3つあります。1つめはおいしい中華料理、2つめは企画に携わった質的研究の方法論のシンポジウム、3つめは宿泊施設での入浴です。ホテル選びで入浴設備を重視してきた結果、逆転の発想でスパに宿泊するようになりました。(佐藤 一樹)

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