

JSPM

Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会

ニューズレター

May 2015

67

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	1
Journal Club	2
学会印象記	4
よもやま話	5
Journal Watch	8
委員会活動報告	13

## 巻頭言

## 志

静岡県立静岡がんセンター 緩和医療科 大坂 巖

緩和ケアが進化している。人や施設は増え、診療報酬にも反映されている。緩和ケアに関する論文も増え、ガイドラインなども充実してきた。Oncologistの緩和ケアに対する見方が変わり、がん診療の中で重要な一翼を担っていることが認められてきている。がん診療連携拠点病院の要件として、緩和ケアセンターの設置が義務づけられたことも画期的なことである。ホスピスで産声を上げたわが国の緩和ケアは、一般病棟や在宅へと発展し、外来にまで浸透してきている。緩和ケアに携わる医療従事者にとってはまさに追風であり、活躍の場が多岐にわたっていることはありがたいことである。

しかし、制度やシステムの構築に翻弄され過ぎてはいないだろうか。その地域や施設ごとに求められる緩和ケアは異なり、構成メンバーの背景や考え方によっても緩和ケアのdeliveryは異なるはずである。minimum requirementsを規定することは重要であるが、体裁を整えるだけで十分と言えるのであろうか。私たちは、なぜ緩和ケアという道を選び、これから何をすべきなのか。緩和ケアを実践するにあたって、大切な何かを置き去りにされている風潮を感じている。

ヒントは、わが国におけるホスピス・緩和ケアの黎明期にあるかも知れない。この時代を作った先達の言葉

は、風化することなく心に響くものが多い。患者と家族のためにというmissionとpassionが織り合わさって、緩和ケアは成熟してきたのかも知れない。専門医、専門看護師、認定看護師、認定薬剤師などの資格を取得すること、がん診療連携拠点病院や在宅療養支援診療所の要件を満たすこと、緩和ケア病棟入院料、緩和ケア診療加算を算定すること、論文や学会発表で業績を増やすことだけではなく、大切なことはその前にあるのではないか。

森信三は『修身教授録』の中で、こう述べている。「人間が志を立てるといことは、いわばローソクに火を点ずるようなものです。ローソクは、火を点けられて初めて光を放つものです。同様にまた人間は、その志を立てて初めてその人の真価が現れるのです。志を立てない人間というものはいかに才能のある人でも、結局は酔生夢死の徒にすぎない。」「結局のところ真の志とは、世のため人のために自分が何ができるかということがなければ、真の意味での志とはいいたくない。」奥の深い言葉である。個としての志、チームとしての志が改めて問われている時代なのではないだろうか。そのことに私たちが気づくことによって、ひとりでも多くの患者・家族が恩恵を受けられるようになることを願っている。

## 1. インターネットを用いた乳がん患者のピアサポートグループによる参加者の不安・抑うつに対する効果：ヘルパー・セラピー原則（援助者がもっとも援助を受ける）に基づいた無作為化比較試験

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

Lepore SJ, Buzaglo JS, Lieberman MA, Golant M, Greener JR, Davey A. Comparing standard versus prosocial internet support groups for patients with breast cancer: a randomized controlled trial of the helper therapy principle. *J Clin Oncol.* 2014;32(36):4081-6.

### 【目的】

インターネットを用いたピアサポートグループ（ISG）の参加者は、社会的支援を受けることとヘルパー・セラピー原則（援助者がもっとも援助を受ける）による恩恵がある。本研究の目的は、他者を支援することでの精神的な健康状態に対する効果を無作為化比較試験に検証することである。

### 【方法】

過去3年以内に非進行期の乳がんと診断され、精神的苦痛を有する女性184名を無作為に標準ISG（S-ISG）群と強化型ISG（P-ISG）群に割りつけた。6つのS-ISGと6つのP-ISGが運営され、グループごとの人数は14-17名であった。両群のISGとも、毎週90分のチャットを6週間行った。チャットではファシリテーターがテーマを提供した（テーマの例：症状、自己効力感やボディイメージ、日常生活の障害、不安・抑うつ・再発の恐怖、食事や運動など）。チャットの内容は文書化され24時間以内に投稿された。また掲示板は常に使用可能で、参加者同士でコミュニケーションできた。S-ISG群では、情報交換や精神面のピアサポート、経験の共有、人生をプラスに変える技術や自信の促進を主眼とした。P-ISG群ではS-ISG群の内容に加えて、ヘルパー・セラピー原則に基づいた介入を行った。すなわち、他者のニーズを理解し支援する方法を文書で説明し、チャットのテーマとそれに関する自身の経験が

他者の支えになりうることを記述したメールを毎週送付し、ファシリテーターは参加者のニーズや支援行動をフィードバックし、掲示板にテーマについて投稿するよう参加者に依頼した。介入前後にHADSで不安と抑うつを測定した。

### 【結果】

S-ISG群とP-ISG群にそれぞれ96名・88名が割り付けられ、介入終了後1ヶ月の調査にそれぞれ82名・78名が回答した。チャットへの参加状況、ISGによる支援の評価に有意差はみられなかったが、S-ISG群よりP-ISG群で有意にISGへの投稿や援助行動を示す投稿は多く、一人称が少なく二人称が多く（自身に焦点をあてた投稿は少なく他者に焦点をあてた投稿が多く）、否定的感情の表現が少なく投稿されていた。初期値や支援の評価を調整した多変量解析の結果、介入後の不安・抑うつはS-ISG群よりP-ISG群で有意に高かった。

### 【結論】

インターネットを用いたピアサポートグループは実施可能で支援が得られると評価された。ヘルパー・セラピー原則に基づいた強化したサポートグループでは他者を援助する行動やコミュニケーションが増加したにも関わらず、不安や抑うつは増強してしまった。精神的回復の遅延や否定的感情の惹起をもたらしたのかもしれない。他者を支援することは乳がんサバイバーの自身の精神的苦痛の治療には役立たないのかもしれない。

### 【コメント】

がんサバイバーのピアサポートとしては患者会が一般的で、インターネットのSNSやメーリングリストなどを利用したサポートグループは比較的新しい取り組みである。対面でのサポートグループと比較して非言語コミュニケーションが取りにくいことやコンピューターを扱う技術が必要となることがデメリットとなる一方で、参加しやすい、振り返りがしやすい、情報検索がしやすいなどのメリットが考えられる。本研究ではさらに「ヘルパー・セラピー原則」を取り入れた点が独創的である。

しかし、本研究では期待した介入効果は得られなかった。ファシリテーターがニーズを積極的に抽出することでかえって不安や負担感を増強させてしまったのかもしれない。ヘルパー・セラピー原則はこれまで横断研究で指摘されることが多く、臨床での治療的技法としての有用性はあまり検討されていない。本試験の結果からヘルパー・セラピー原則が臨床応用できないというわけではなく、より効果的な導入方法を検討していく必要がある。また、イン

ターネットを用いたピアサポートグループのがんサバイバー支援での有用性の検証も必要である。

## 2. 終末期入院患者とその家族に治療のゴールを話すときに医療者を悩ませる障害とは

東北大学加齢医学研究所 臨床腫瘍学分野  
大石 隆之

You JJ, Downar J, Fowler RA, Lamontagne F, Ma IW, Jayaraman D, Kryworuchko J, Strachan PH, Ilan R, Nijjar AP, Neary J, Shik J, Brazil K, Patel A, Wiebe K, Albert M, Palepu A, Nouvet E, des Ordon AR, Sharma N, Abdul-Razzak A, Jiang X, Day A, Heyland DK; for the Canadian Researchers at the End of Life Network (CARENET). JAMA Intern Med. 2015 Feb 2. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.7732.

### 【目的】

病棟を担当する医療者に対して、(1) 重症入院患者とその家族に対して相談の上で治療ゴール決定しようとするときに何が障害となるか、また (2) 自分でその話し合いをしようと思うか、さらに他の職種の医療者がその話し合いを行うことは妥当だと考えるか、を調査すること。

### 【方法】

カナダの5つの州の13の大学病院の一般内科で入院患者を担当する、スタッフ医師、内科レジデント、看護師を対象とし、質問紙またはEメールによる横断調査を行った。質問紙は医師用、看護師用それぞれ文献レビューに基づくコアグループによるドラフト作成後、23人の多職種フォーカスグループによるフィードバックにより修正し、32人の医療者に対するパイロット調査を経て作成された。主要評価項目は患者と家族との治療ゴールを決定する際の話し合いで感じる21の障害をどの程度重要と考えるかを7段階のスケールで評価したものである。

### 【結果】

1,617人の対象者のうち、1,256人から回答が得られた(応諾率77.7%)。全ての医療者グループにおいて、①患者とその家族が悪い予後を受け入れられないこと(mean [SD] score, 5.8[1.2], 5.6[1.3])、②患者と家族が延命治療の限界と合併症が理解できないこと(それぞれ5.8[1.2])、③家族が治療ゴールに同意

できないこと(5.8[1.2])、④患者が治療ゴールを決められないこと(5.6[1.2])、が重要な障害であった。医療者にとって自らの技能やシステムの問題はあまり重要ではなかった。治療ゴールを決めるきっかけを作ることと意思決定の支援を行うことは回答者の多くにとって許容できるものであった。

### 【結論】

病棟担当医療者は治療ゴールの話し合いをするときの最も重要な障害になるのは患者と家族の要素だと考えていた。また回答者は全ての医療者は治療ゴールを話し合う際に重要な役割を担うと考えていた。この研究は患者、家族とのより良い意思疎通と治療ゴールの決定のための介入方法をデザインするうえで有用な情報を与えてくれるものであると考えられる。

### 【コメント】

死が避けられない患者とその家族とのコミュニケーションは非常に難しい。文化的背景から本邦において医師以外が患者や家族と治療ゴールについて話し合うことは未だ少ないと思われるが、この研究の回答者は許容できる部分もあると考えていた。米国でもend-of-life discussion(この場合は緩和ケアやDNR/DNARについての話)はほとんど医師が行っている現状がある(Mack JW et al. Ann Intern Med. 2012)が、今後多職種による介入を用いた研究が出てくると思われる。

## 学会印象記

## 1. 第29回 日本がん看護学会学術集会「先人に学び がん看護の先を読む」

新潟県立がんセンター新潟病院  
西村 香

わが国は、2人に1人ががん患者であり、また、団塊の世代が後期高齢者に達する2025年には高齢化率が30%を超え、後期高齢は1人を20～64歳の生産人口3人で支えなければならない。本学会は、このような状況を踏まえ、これからの先を見据えた社会に求められるがん看護のあり方の方策を探るものであった。

シンポジウム「がん体験者の“生きる”を支える看護」では、高橋都氏は、がんになってもその後があることを啓発することが大切である。人生のピンチはがんだけではないと述べられており、“がん”を広く捉えることが必要と感じた。また、竹之内直子氏は、小児がん体験者について、成人としてふさわしいヘルスリテラシーを獲得し、その人なりの望ましい生活を送れるような支援が必要と述べる。小児がん体験者の“生きる”を支えることは、人生すべてを支えることにつながると考える。

パネルディスカッション「進行がん患者が“その人らしく生き抜く”を支える～地域で支える仕組みとスキル～」では、患者会代表の緒方真子氏は言う。「治療の継続は患者にとって“生きている証”」「緩和治療は末期のイメージがあり受け入れがたい」「緩和ケアを受ける時期は自己決定したい」と。そして中には、緩和ケアに辿りつけぬままの患者もいる。しかし、このような状況に関わってくれているのが看護師であり、「自分と同じ目線で自分のいのちを考えてくれている人」と表現している。このような患者の生の声を聞き、私も患者にとって一番の理解者でありたい、そして、患者と同じ目線を持ち続けたいと思った。それから、横川史穂子氏は長野県健康長寿プロジェクトを紹介し、これをもとに行政と住民が主体的に行動し構築したソーシャルキャピタルの基盤と保健、医療、福祉を併せて今後の地域で支えることの新たな方略の検討の提案をされた。また、栗原美穂子氏は、“その人らしく生き抜く”を支援するには、多職種が連携した地域医療の充実と地域社会でのその人の役割を尊重し、そこに関わる人・モノ・制度が適切な時期に必要なされる関わりを

もつことが重要であると述べている。昔は「向こう三軒両隣」という、ご近所付き合いがあったが、今や、お隣さんの顔も名前も知らないような稀薄な関係は少くない。しかし、時代は巡っている。昔の良きモノやことが見直されている気がする。これからの医療や福祉、介護であってもそうなのだと感じた。

本学会参加者は5,300名以上あり、看護界においても注目度の高い学会であることが伺えた。1人ではなし得ないことでも、このような多くの仲間とであれば何か成し遂げられる気がした学会であった。



## スピリチュアルメッセージ

医療法人愛和会 愛和病院 薬局長  
萬谷 摩美子

医療用麻薬の適正使用推進活動から、緩和医療に関わるようになり、10年以上が経つ。

当初私は、一般病院（後のがん診療連携拠点病院）の薬剤部に在籍していたが、2012年1月より長野県長野市に位置する愛和病院に職場を移し、緩和医療を専門とする緩和ケア病棟、在宅緩和医療（非がんも含む）にも関与している。

在宅緩和医療の現場では、多くのミラクルに遭遇する。そのひとつを紹介する。

パーキンソン病で寝たきりのAさんは、基幹病院を退院後、娘さん達と共に自宅で過ごすことを希望されたのだが、中心静脈ラインを挿入するために来院された当初は、コミュニケーションを取ることすら困難だった。

ところが往診や訪問看護が始まり、私も薬剤師としてTPN輸液の混合調製等に関わるようになると、ご自宅では、来院当初とは別人のように笑顔にあふれ、私たち医療者を驚かせた。

私は「栄養管理の改善によるものか？」と考えたが、訪問看護師は「家族力」だと言った。

一週間に一回の在宅カンファレンスという情報共有の場で、Aさんの状況を確認する。

薬剤師の立場で、「できることはないか」という思いで参加する。

だんだんと発熱を繰り返すようになり、TPNへの薬剤混合調製から、ロチゴチン貼付剤への切り替えを選択した。切り替えは初めての症例であったが、運よく良好なコントロールに恵まれた。

そのとき偶然にも私は大学2年生の薬理学の講義へ参加することとなり、新薬への変更症例は格好の題材となった。

教科書に記載されていない「新薬」が臨床現場ですでに使用されていることを知ると、学生たちは、びっくりするほど一斉に携帯をスクリーンに向け、写真を撮った。

「ありがとう、ラインで流して共有して（試験に出すよ）」と大学の先生は仰った。

情報の伝達方法に時代の変遷を肌で感じながら、役に立っている感を嬉しく思った。

一方で、患者さんに、「おかげさまで新しい薬がこうしてうまく使われていることを薬剤師の卵の学生さんたちへ紹介させて頂きました。ありがとうございます。」と報告すると、とても嬉しそうな顔をされた。恐らく、寝たきりの状態であっても「役に立てること」が嬉しかったのではないかと思う。

その後、症状が落ち着いた時間も有ったのだが、再び頻繁に熱が出始め、抗菌剤が奏功しないと主治医が判断したとき、私はカンファレンスで質問した。

「抗菌剤を（もっとスペクトルの広い薬剤に）変えるという選択はないでしょうか？」

「（予後と病状を鑑みて）ない。」

在宅緩和医療の現場では、患者さんやご本人の思いを尊重し、時に医療者として、目をつぶらざるを得ないことがあるけれど、薬剤師の立場で思ったことは伝えないと。それがカンファレンスに参加する意義であると思ふ。

訪問看護師さんたちもこの方針を共有し、奏功しない抗菌剤を中止して、消毒薬と塗布薬だけで愛情を込めてケアすると、いつしか創がとてもきれいになったと、娘さんが見せてくれた。抗菌薬では成し得なかった治癒のパワーに私が驚いた。

しかし、時は来た。

創がきれいになって、みんなを一旦安心させたこの時間はとても貴重だった。

「亡くなった父が、忘れっぽい自分たちへの計らいで、父の月命日に母を迎えに来た。」と娘さんが仰った。

「自分が妻の面倒を見るはずだったのに、(膵臓がんが見つかって)先に逝ってしまうことを本当にすまないと心配していた父でしたが、ようやく安心できたのではないかと思う。」と続けられた。

自分の家で家族と一緒に過ごしたいという希望を叶える緩和医療。

訪問看護、往診医師、ときに薬剤師らと、それらをまとめるケアマネ等、患者さんとご家族を支えるチーム医療。関わる皆の気持ちや思いが一つになる時、ミラクルは起こる。

病院ではない、自分の住まいで自分らしく最後を過ごす緩和医療には、たくさんの神秘が生まれる。

## 緩和ケア研修会「コミュニケーション」の工夫

千葉県がんセンター精神腫瘍科 秋月 伸哉

がん対策推進基本計画に基づいて緩和ケア研修会が全国で開催されています。そのプログラムの中でも「コミュニケーション」はいろいろな工夫がされているようです。「コミュニケーション」モジュールは精神腫瘍学指導者にしか解説されていないため、背景や指導法の要点をここで紹介します。

### ・コミュニケーション技術の習得は難しい！

国際的にも医師のコミュニケーション技術訓練は重要なテーマであり、いくつかの比較試験が報告されています。数日間、10～40時間程度の訓練で面接技術は改善するものの、患者アウトカムまでに差が認められた報告は少ないのが現状です<sup>1)</sup>。またレジデントなどに終末期について話し合うコミュニケーション技術訓練ではかえって患者のQOLが低下したという報告もあり、難しいことでもやればよいというものではないかもしれません<sup>2)</sup>。

緩和ケア研修会の「コミュニケーション」モジュールは2時間のロールプレイと1時間の講義で合わせてたった3時間しかないので、学習目標には限界があります。そのため、緩和ケア研修会では、①ロールプレイで医師役としての実践、観察者としての観察、患者の疑似体験を通じてコミュニケーション技術の重要性に気づくこと、②重要性に気づいたコミュニケーション技術について情報量の多いDVDや講義から自分を取り入れたいと思う技術を見て学ぶ、ことまでを目標としています。

### ・ロールプレイのコツ、工夫

ロールプレイは強力ですが、時に参加者が傷ついてしまうこともある学習技法です。コミュニケーションモジュールに組み込まれているコツや、その他の工夫を紹介します。

医師役にとってロールプレイを効果的に行うために、コミュニケーションモジュールでは、①行うスキルを絞り込み事前に意識させる(事前に宣言しておくことで観察者も注意して観察できます)、②な

るべく自身の実際の状況に近い形のシナリオにする（不自然な演技にならずスキル以外に注意なくして済みます）などの工夫がされています。①について、特に共感のスキルは自分一人でトレーニングすることが難しい技術のため、ある程度自信がある参加者には積極的に試してもらおうとよいでしょう。②について机やカルテなど小道具を用意すると座る位置の工夫もできるようになります。また医師以外のメディカルスタッフがロールプレイをしやすいよう独自のシナリオを作っている施設もあります。

医師役はロールプレイで最も緊張し、傷つきやすい立場です。安全にロールプレイを行う工夫として、素の自分ではなくコミュニケーションスキルを試す普段ではない自分（医師名も自分と異なるものにする）を演じてもらいます。これにより批判を受けた時の衝撃を和らげ、安心して学習することができます。ロールプレイと議論で座る場所を変える、白衣や役名を書いたゼッケンを脱ぎ着するなどの方法も切り替えに役に立ちます。「普段通りを見てもらう」という参加者がいますが、このような傷つきの問題、またスキルの重要性に気づけないことがあるためあまりお勧めできません。また、いきなり怒り出すなど難しすぎる患者の対応をさせる、レジデントなど告知体験のない参加者にロールプレイの中で行うべきことをたくさん指導するなどは、医師役にとって失敗体験になってしまいかねないため注意深く行うべきです。グループごとにファシリテーターがつくことができ、繰り返し演技を試行錯誤できるような環境を作れば、段階的に難しい課題に挑戦するのも良いかもしれません。

患者の疑似体験を効果的に行うためには、患者の気持ちを想像しながら真面目に役になりきる事が重要です。そのため生活背景を設定し、心配事や気持ちをイメージする時間をロールプレイの前に作ると良いでしょう。一方で患者役に入り込みすぎると、感情的に不安定になったり気分が悪くなったりすることがあります。ロールプレイの合間に深呼吸や伸びといった役から降りるための消去動作を行う、演技の椅子と議論の椅子を変えるなど切り替えのスキルが役に立ちます。また最近がん体験をしているなどコミュニケーションのロールプレイがひどく負担になる参加者もいるため、事前の拒否や途中で抜けることができることをアナウンスしておいたほうが良いでしょう。

緩和ケア研修会のコミュニケーションモジュールの背景を理解いただいたうえで、核施設の事情に応じた工夫をしていただきたいと思います。

1) Fujimori M et al. 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 Jul 10;32(20):2166-72.

2) Curtis JR et al. Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: a randomized trial. JAMA. 2013 Dec 4;310(21):2271-81.

## 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12月～2015年2月刊行分)

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

東北大学大学院緩和ケア看護学分野 佐藤 一樹

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(23-26), 2015;372(1-9)】

1. 米国でのオピオイド乱用と関連死の2002年から2013年の傾向

Dart RC, Surratt HL, Cicero TJ, Parrino MW, Severtson SG, Bucher-Bartelson B, et al. Trends in opioid analgesic abuse and mortality in the United States. N Engl J Med. 2015;372(3):241-8.

2. 終末期ケアの40年間の歴史に関する総説

Wolf SM, Berlinger N, Jennings B. Forty years of work on end-of-life care—from patients' rights to systemic reform. N Engl J Med. 2015;372(7):678-82.

【Lancet. 2014;384(9959-9961), 2015;385(9962-9970)】

なし

【Lancet Oncol. 2014;15(13), 2015;16(1-2)】

3. 多剤耐性菌時代の血液がん患者の感染症コントロール：レビュー

Ruhnke M, Arnold R, Gastmeier P. Infection control issues in patients with haematological malignancies in the era of multidrug-resistant bacteria. Lancet Oncol. 2014;15(13):e606-e19.

4. 乳がん術後の放射線治療の長期的な影響

Bartelink H, Maingon P, Poortmans P, Weltens C, Fourquet A, Jager J, et al. Whole-breast irradiation with or without a boost for patients treated with breast-conserving surgery for early breast cancer: 20-year follow-up of a randomised phase 3 trial. Lancet Oncol. 2015;16(1):47-56.

【JAMA. 2014; 312(21-24), 2015;313(1-8)】

なし

【JAMA Intern Med. 2014;174(12), 2015;175(1-2)】

5. 非がん患者でのオピオイド依存に対するブプレノルフィン減量と維持の無作為化比較試験

Fiellin DA, Schottenfeld RS, Cutter CJ, Moore BA, Barry DT, O' Connor PG. Primary care-based buprenorphine taper vs maintenance therapy for prescription opioid dependence: a randomized clinical trial. JAMA Intern Med. 2014;174(12):1947-54.

6. 脳震盪後の症状に対する高気圧酸素療法の無作為化比較試験

Miller RS, Weaver LK, Bahraini N, Churchill S, Price RC, Skiba V, et al. Effects of hyperbaric oxygen on symptoms and quality of life among service members with persistent postconcussion symptoms: a randomized clinical trial. JAMA Intern Med. 2015;175(1):43-52.

7. 非がん性疼痛でのトラマドール使用と低血糖による入院リスク

Fournier JP, Azoulay L, Yin H, Montastruc JL, Suissa S. Tramadol use and the risk of hospitalization for hypoglycemia in patients with noncancer pain. JAMA Intern Med. 2015;175(2):186-93.

【BMJ. 2014;349(7986-7988), 2015;350(7989-7997)】

8. 重症患者でのせん妄の予後への影響

Klein Klouwenberg PM, Zaai IJ, Spitoni C, Ong DS, van der Kooi AW, Bonten MJ, et al. The attributable mortality of delirium in critically ill patients: prospective cohort study. BMJ. 2014;349:g6652.



【Ann Intern Med. 2014;161(11-12), 2015;162(1-4)】

9. 死亡前 1 年間の症状の 1998 年から 2010 年での変化

Singer AE, Meeker D, Teno JM, Lynn J, Lunney JR, Lorenz KA. Symptom trends in the last year of life from 1998 to 2010: a cohort study. Ann Intern Med. 2015;162(3):175-83.

10. 慢性疼痛に対するオピオイドの長期使用の効果とリスクのシステマティックレビュー

Chou R, Turner JA, Devine EB, Hansen RN, Sullivan SD, Blazina I, et al. The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic review for a national institutes of health pathways to prevention workshop. Ann Intern Med. 2015;162(4):276-86.

11. 慢性疼痛治療でのオピオイドに関する NIH (米国国立衛生研究所) のポジションペーパー

Reuben DB, Alvanzo AA, Ashikaga T, Bogat GA, Callahan CM, Ruffing V, et al. National institutes of health pathways to prevention workshop: the role of opioids in the treatment of chronic pain. Ann Intern Med. 2015;162(4):295-300.

【J Clin Oncol. 2014;32(34-36), 2015;33(1-6)】

12. 脳転移の全脳照射で海馬神経幹細胞を避けることでの記憶障害の予防効果：第Ⅱ相多施設共同試験 (RTOG0933)

Gondi V, Pugh SL, Tome WA, Caine C, Corn B, Kanner A, et al. Preservation of memory with conformal avoidance of the hippocampal neural stem-cell compartment during whole-brain radiotherapy for brain metastases (RTOG 0933): a phase II multi-institutional trial. J Clin Oncol. 2014;32(34):3810-6.

13. 乳がん診断後の抑うつリスクの増加：デンマークでの 1998 年～ 2011 年の前向き全国調査

Suppli NP, Johansen C, Christensen J, Kessing LV, Kroman N, Dalton SO. Increased risk for depression after breast cancer: a nationwide population-based cohort study of associated factors in Denmark, 1998-2011. J Clin Oncol. 2014;32(34):3831-9.

14. 痛みのある骨転移への放射線再照射による QOL や ADL への影響：NCIC CTG SC.20 無作為化比較試験の二次解析

Chow E, Meyer RM, Chen BE, van der Linden YM, Roos D, Hartsell WF, et al. Impact of reirradiation of painful osseous metastases on quality of life and function: a secondary analysis of the NCIC CTG SC.20 randomized trial. J Clin Oncol. 2014;32(34):3867-73.

15. がんサバイバーの喫煙による二次発がんリスク

Shiels MS, Gibson T, Sampson J, Albanes D, Andreotti G, Beane Freeman L, et al. Cigarette smoking prior to first cancer and risk of second smoking-associated cancers among survivors of bladder, kidney, head and neck, and stage I lung cancers. J Clin Oncol. 2014;32(35):3989-95.

16. BRCA1/2 遺伝子変異を有する女性の精神的苦痛に対する電話でのピアサポートプログラム：無作為化比較試験

White VM, Young MA, Farrelly A, Meiser B, Jefford M, Williamson E, et al. Randomized controlled trial of a telephone-based peer-support program for women carrying a BRCA1 or BRCA2 mutation: impact on psychological distress. J Clin Oncol. 2014;32(36):4073-80.

17. 乳がん患者の精神的苦痛に対するインターネットを用いたピアサポートグループの効果：ヘルパー・セラピー原則（援助者がもっとも援助を受ける）に基づいた介入の無作為化比較試験

Lepore SJ, Buzaglo JS, Lieberman MA, Golant M, Greener JR, Davey A. Comparing standard versus prosocial internet support groups for patients with breast cancer: a randomized controlled trial of the helper therapy principle. J Clin Oncol. 2014;32(36):4081-6.

18. がん性疼痛治療の質に関するシステマティックレビュー（2008 年のレビューのアップデート）

Greco MT, Roberto A, Corli O, Deandrea S, Bandieri E, Cavuto S, et al. Quality of cancer pain management: an update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer. J Clin Oncol. 2014;32(36):4149-54.

19. がんに関連した体重減少の分類に関する新しい診断基準

Martin L, Senesse P, Gioulbasanis I, Antoun S, Bozzetti F, Deans C, et al. Diagnostic criteria for the classification of cancer-associated weight loss. J Clin Oncol. 2015;33(1):90-9.

20. がん治療後の不眠に対する認知行動療法とアルモダフィニルの無作為化比較試験

Roscoe JA, Garland SN, Heckler CE, Perlis ML, Peoples AR, Shayne M, et al. Randomized placebo-controlled trial of cognitive behavioral therapy and armodafinil for insomnia after cancer treatment. J Clin Oncol. 2015;33(2):165-71.

21. 終末期の QOL と介護負担の評価と死亡場所との関連

Kinoshita H, Maeda I, Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, Shirahige Y, et al. Place of death and the differences in patient quality of death and dying and caregiver burden. J Clin Oncol. 2015;33(4):357-63.

22. がん患者の死亡前 1 ヶ月間での救急外来利用のシステマティックレビュー

Henson LA, Gao W, Higginson IJ, Smith M, Davies JM, Ellis-Smith C, et al. Emergency department attendance by patients with cancer in their last month of life: a systematic review and meta-analysis. J Clin Oncol. 2015;33(4):370-6.

## 23. 小児がんサバイバーの心不全の予測因子

Chow EJ, Chen Y, Kremer LC, Breslow NE, Hudson MM, Armstrong GT, et al. Individual prediction of heart failure among childhood cancer survivors. *J Clin Oncol.* 2015;33(5):394-402.

## 24. 食道がん手術後の心疾患罹患と予後

Wikman A, Ljung R, Johar A, Hellstadius Y, Lagergren J, Lagergren P. Psychiatric morbidity and survival after surgery for esophageal cancer: a population-based cohort study. *J Clin Oncol.* 2015;33(5):448-54.

## 25. 一見安定した発熱性好中球減少症患者での重篤な合併症の予測因子

Carmona-Bayonas A, Jimenez-Fonseca P, Virizuela Echaburu J, Antonio M, Font C, Biosca M, et al. Prediction of serious complications in patients with seemingly stable febrile neutropenia: validation of the Clinical Index of Stable Febrile Neutropenia in a prospective cohort of patients from the FINITE study. *J Clin Oncol.* 2015;33(5):465-71.

## 26. 小児がんサバイバーの加齢による健康状態の変化

Hudson MM, Oeffinger KC, Jones K, Brinkman TM, Krull KR, Mulrooney DA, et al. Age-dependent changes in health status in the Childhood Cancer Survivor cohort. *J Clin Oncol.* 2015;33(5):479-91.

## 27. 頭蓋への放射線療法を行った小児がんの成人サバイバーでの脳下垂体前葉の機能低下

Chemaitilly W, Li Z, Huang S, Ness KK, Clark KL, Green DM, et al. Anterior hypopituitarism in adult survivors of childhood cancers treated with cranial radiotherapy: a report from the St Jude Lifetime Cohort study. *J Clin Oncol.* 2015;33(5):492-500.

## 28. 術後補助化学放射線療法を受けた乳がん長期サバイバーでの脳微小血管障害

Koppelmans V, Vernooij MW, Boogerd W, Seynaeve C, Ikram MA, Breteler MM, et al. Prevalence of cerebral small-vessel disease in long-term breast cancer survivors exposed to both adjuvant radiotherapy and chemotherapy. *J Clin Oncol.* 2015;33(6):588-93.

## 29. 英国の診断後 1 ～ 3 年の大腸がん患者の健康関連 QOL

Downing A, Morris EJ, Richards M, Corner J, Wright P, Sebag-Montefiore D, et al. Health-related quality of life after colorectal cancer in England: a patient-reported outcomes study of individuals 12 to 36 months after diagnosis. *J Clin Oncol.* 2015;33(6):616-24.

## 30. がん患者の静脈血栓塞栓症の予防と治療：ASCO 診療ガイドラインのアップデート

Lyman GH, Bohlke K, Khorana AA, Kuderer NM, Lee AY, Arcelus JJ, et al. Venous thromboembolism prophylaxis and treatment in patients with cancer: american society of clinical oncology clinical practice guideline update 2014. *J Clin Oncol.* 2015;33(6):654-6.

## 【Ann Oncol. 2014;25(12), 2015;26(1-2)】

## 31. 大腸がん患者の手術前後の認知機能と倦怠感

Vardy J, Dhillon HM, Pond GR, Rourke SB, Xu W, Dodd A, et al. Cognitive function and fatigue after diagnosis of colorectal cancer. *Ann Oncol.* 2014;25(12):2404-12.

## 32. がん患者の心肺機能と予後の関係に関するシステマティックレビュー

Schmid D, Leitzmann MF. Cardiorespiratory fitness as predictor of cancer mortality: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol.* 2015;26(2):272-8.

## 33. 高齢がん患者での包括的高齢者評価のスクリーニングツールのシステマティックレビュー：国際老年腫瘍学会 SIOG の 2005 年の推奨のアップデート

Decoster L, Van Puyvelde K, Mohile S, Wedding U, Basso U, Colloca G, et al. Screening tools for multidimensional health problems warranting a geriatric assessment in older cancer patients: an update on SIOG recommendations-dagger. *Ann Oncol.* 2015;26(2):288-300.

## 34. 骨転移を有する去勢抵抗性前立腺がん患者の骨関連イベント SRE と骨関連症状 SSE に対するデノスマブとゾレドロン酸の無作為化比較試験

Smith MR, Coleman RE, Klotz L, Pittman K, Milecki P, Ng S, et al. Denosumab for the prevention of skeletal complications in metastatic castration-resistant prostate cancer: comparison of skeletal-related events and symptomatic skeletal events. *Ann Oncol.* 2015;26(2):368-74.

## 【Eur J Cancer. 2014;50(18), 2015;51(1-3)】

## 35. 化学療法後 30 日以内の死亡率とその関連要因：英国での 2009 年から 2013 年のオーディットから

Khoja L, McGurk A, O' Hara C, Chow S, Hasan J. Mortality within 30 days following systemic anti-cancer therapy, a review of all cases over a 4 year period in a tertiary cancer centre. *Eur J Cancer.* 2015;51(2):233-40.

## 36. 早期乳がん患者でのドセタキセルによる末梢神経障害の持続期間と QOL への影響

Eckhoff L, Knoop A, Jensen MB, Ewertz M. Persistence of docetaxel-induced neuropathy and impact on quality of

life among breast cancer survivors. *Eur J Cancer*. 2015;51(3):292-300.

【*Br J Cancer*. 2014;111(11-12), 2015;112(1-4)】

37. 化学療法を受ける高齢がん患者の低グレードの有害事象での化学療法の変更や中止

Kalsi T, Babic-Illman G, Fields P, Hughes S, Maisey N, Ross P, et al. The impact of low-grade toxicity in older people with cancer undergoing chemotherapy. *Br J Cancer*. 2014;111(12):2224-8.

38. がんサバイバーの身体機能（歩行など）と予後の関連

Brown JC, Harhay MO, Harhay MN. Physical function as a prognostic biomarker among cancer survivors. *Br J Cancer*. 2015;112(1):194-8.

39. 肺がんサバイバーの持続する咳嗽に関する英国での啓発の評価

Ironmonger L, Ohuma E, Ormiston-Smith N, Gildea C, Thomson CS, Peake MD. An evaluation of the impact of large-scale interventions to raise public awareness of a lung cancer symptom. *Br J Cancer*. 2015;112(1):207-16.

40. 肺がん患者の不安・抑うつやその他の症状に対する家での歩行運動の無作為化比較試験

Chen HM, Tsai CM, Wu YC, Lin KC, Lin CC. Randomised controlled trial on the effectiveness of home-based walking exercise on anxiety, depression and cancer-related symptoms in patients with lung cancer. *Br J Cancer*. 2015;112(3):438-45.

41. 食事・運動・肥満・喫煙・飲酒のがんサバイバーと一般市民の比較

Wang Z, McLoone P, Morrison DS. Diet, exercise, obesity, smoking and alcohol consumption in cancer survivors and the general population: a comparative study of 16 282 individuals. *Br J Cancer*. 2015;112(3):572-5.

42. 手術・放射線治療後の乳がん患者の QOL の年齢による違い

Bantema-Joppe EJ, de Bock GH, Woltman-van Iersel M, Busz DM, Ranchor AV, Langendijk JA, et al. The impact of age on changes in quality of life among breast cancer survivors treated with breast-conserving surgery and radiotherapy. *Br J Cancer*. 2015;112(4):636-43.

【*Cancer*. 2014;120(17-22)】

43. 進行・再発期卵巣がん患者の治療選択に関する症状、有害事象、PFS の選好

Havrilesky LJ, Alvarez Secord A, Ehrisman JA, Berchuck A, Valea FA, Lee PS, et al. Patient preferences in advanced or recurrent ovarian cancer. *Cancer*. 2014;120(23):3651-9.

44. 進行がん患者の予後予測指標としての健康関連 QOL

Steel JL, Geller DA, Robinson TL, Savkova AY, Brower DS, Marsh JW, et al. Health-related quality of life as a prognostic factor in patients with advanced cancer. *Cancer*. 2014;120(23):3717-21.

45. アロマターゼ阻害薬による関節痛を有する乳がん患者の倦怠感、不眠、心理的苦痛に対する電気鍼治療の効果：無作為化比較試験

Mao JJ, Farrar JT, Bruner D, Zee J, Bowman M, Seluzicki C, et al. Electroacupuncture for fatigue, sleep, and psychological distress in breast cancer patients with aromatase inhibitor-related arthralgia: A randomized trial. *Cancer*. 2014;120(23):3744-51.

46. 婦人科がん患者での骨盤内放射線照射の有害事象に関するレビュー

Viswanathan AN, Lee LJ, Eswara JR, Horowitz NS, Konstantinopoulos PA, Mirabeau-Beale KL, et al. Complications of pelvic radiation in patients treated for gynecologic malignancies. *Cancer*. 2014;120(24):3870-83.

47. 人種別の事前指示と終末期医療の話し合いに関する選好

Garrido MM, Harrington ST, Prigerson HG. End-of-life treatment preferences: A key to reducing ethnic/racial disparities in advance care planning? *Cancer*. 2014;120(24):3981-6.

48. がんサバイバーに対する食事・運動療法のアドヒアランスの関連要因

Adams RN, Mosher CE, Blair CK, Snyder DC, Sloane R, Demark-Wahnefried W. Cancer survivors' uptake and adherence in diet and exercise intervention trials: An integrative data analysis. *Cancer*. 2015;121(1):77-83.

49. 成人がんサバイバーの認知機能と社会役割

Brinkman TM, Merchant TE, Li Z, Brennan R, Wilson M, Hoehn ME, et al. Cognitive function and social attainment in adult survivors of retinoblastoma: A report from the St. Jude Lifetime Cohort Study. *Cancer*. 2015;121(1):123-31.

50. 長期がんサバイバーでの抗精神病薬使用

Braun IM, Rao SR, Meyer FL, Fedele G. Patterns of psychiatric medication use among nationally representative long-term cancer survivors and controls. *Cancer*. 2015;121(1):132-8.

51. 進行がん患者と家族に対する 2 つの心理社会的介入：予備的な無作為化比較試験

Badr H, Smith CB, Goldstein NE, Gomez JE, Redd WH. Dyadic psychosocial intervention for advanced lung cancer patients and their family caregivers: Results of a randomized pilot trial. *Cancer*. 2015;121(1):150-8.

52. がん患者の介護体験の長期的な家族への影響

Kim Y, Carver CS, Shaffer KM, Gansler T, Cannady RS. Cancer caregiving predicts physical impairments: Roles of earlier caregiving stress and being a spousal caregiver. *Cancer*. 2015;121(2):302-10.

53. マインドフルネス認知療法（瞑想とヨガ）と支持的感情表出的グループ療法による乳がん患者のテロメア長に対する効果：無作為化比較試験

Carlson LE, Beattie TL, Giese-Davis J, Faris P, Tamagawa R, Fick LJ, et al. Mindfulness-based cancer recovery and supportive-expressive therapy maintain telomere length relative to controls in distressed breast cancer survivors. *Cancer*. 2015;121(3):476-84.

54. 小児がんサバイバーのフォローアップケア実施の要因

Milam JE, Meeske K, Slaughter RI, Sherman-Bien S, Ritt-Olson A, Kuperberg A, et al. Cancer-related follow-up care among Hispanic and non-Hispanic childhood cancer survivors: The Project Forward study. *Cancer*. 2015;121(4):605-13.

55. 重度の精神的苦痛とサービス利用・医療費との関連

Han X, Lin CC, Li C, de Moor JS, Rodriguez JL, Kent EE, et al. Association between serious psychological distress and health care use and expenditures by cancer history. *Cancer*. 2015;121(4):614-22.

56. がんサバイバーの unmet needs に関する Mixed-Methods 法による調査

Burg MA, Adorno G, Lopez ED, Loerzel V, Stein K, Wallace C, et al. Current unmet needs of cancer survivors: Analysis of open-ended responses to the American Cancer Society Study of Cancer Survivors II. *Cancer*. 2015;121(4):623-30.

## 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) 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。(詳細については第65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

・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)

<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

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3月29日

・第3回WPG会議@大阪、評価シート作成時の問題点の整理・情報共有・進捗状況の確認

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

#### 2) 補完代替療法ガイドライン改訂WPG:

(WPG 員長) 太田 恵一朗

(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。2015年1月11日に平成26年度第2回WPG会議を行い改訂にあたっての方向性を検討しました。

・基本方針として、各施術、療法について、システマティックレビュー(SR)およびランダム化比較試験(RCT)を主体として文献検索し、その要約(エビデンス総体)を分かりやすく記載し、推奨度は設定しない。

・各施術・療法の記載項目は、「サマリー」と「臨床疑問に対するエビデンスレビュー」で構成する。

・臨床疑問は各施術・療法で共通のものとする。また、SRやRCTの報告数が多いものについては、共通の臨床疑問にさらに少項目として設定することも可能とする。

・SR、RCTについて、構造化抄録を作成する。

・上記作業を、2015年6月までに完了する。

## 2. 国際交流委員会活動報告

国際交流委員会  
委員長 安部 能成

日本緩和医療学会の常置委員会として新参者である本委員会は2期目を迎え、その活動を本格化させている。各委員は、医師、看護師、心理職、リハビリテーション専門職から構成されている。これまでの活動背景に、米国、英国、欧州、オーストラリア、アジア諸国などの海外での活動経験が豊富な点が特色である。

今回は緩和ケアに関連する重要な情報収集の第1弾として、ヨーロッパ緩和ケア学会（以下EAPC）の白書を英日対訳の形で資料化する作業を進めており、理事会の審議を経て、ようやくパブリックコメントを頂く段階にまで辿り着いた。今年の第20回学術大会までにはPDFファイル化によりホームページにアップし、会員の皆様に情報提供したいと考えている。さらに、EAPC関連白書の翻訳事業として第2弾も準備中である。

毎年の学術大会を世界各国の関連団体にショートレポートの形で発信している。第1期では、英国、豪州など少数にとどまったが、昨年の学術大会報告は、新たに米国とシンガポールが加わり、地域的広がりを見せている。同時に、日本から発信した情報について、外国からのレスポンスもあり、文字通り相互交通が図られるようになってきた。

国際交流に関して言えば日本語は頼りにならない。インターネットの世界では情報量の80%以上が英語であるといわれているように、国際交流における共通言語は英語である。これまでのように、英語と日本語の相互的翻訳による交流の必要性もあるかもしれないが、日進月歩の緩和ケアの世界的潮流についていくにはスピード不足が否めないところである。そこで、本委員会としては、できる限り英語で直接発信することを進めていきたい。

端的な例は本学会のホームページに対する海外からのアクセスにどのように答えるか、という問題である。上述したように、学術大会のレポートを海外に発信したとたん、本学会のホームページにアクセスしたが、情報量が少ない、という連絡がきた。ここでいう情報量は英文のことである。幸い、現委員には英語使いが揃っているが、発信内容には学会としての見解に関わることもある。このことは国際交流委員会の範疇を超える問題を孕んでおり、広報委

員会や理事会とも緊密な協議の上で情報発信を進めていかなければならないと考えている。

設立から20年を迎えようとする本学会が行ってきた活動内容は、日本語で蓄積されている。残念ながら、このままでは国際的に通用しないので、前述のように重要な情報の英語化は、今後も進められていくことが予想される。たとえば、緩和ケアチームの手引き（第2版）は既に英文化がなされている。

国際交流委員会としては、文章による情報発信以外の方法も検討している。アジアの近隣諸国との国際交流として、相互的に学術大会にゲストスピーカーを招待することなどが、検討され、さらに国際共同研究のご提案を頂いた。共同研究事業は国際交流委員会の範疇を超えるので、理事会の承認を得て、学会全体としての取り組みに展開した。

さらに、相互の学会にブースを出すことで、お互いに顔の見える学会間交流、国際交流の方法もあるのではないかと考えている。

グローバル化の目覚ましい今日、国際交流は本委員会の活動に留まるものではないと思う。会員諸氏からのコメント・ご批判を頂戴しながら、今後とも緩和ケア領域を中心とした国際社会でのプレゼンスを高める活動を進めていきたい。そのためのお手伝いをさせて頂くことが本委員会の役割と考えている。

引き続きヨーロッパ緩和ケア学会との交流、ならびに、日本・韓国・台湾の3か国の緩和ケア関連学会交流に加えて、今年が2年に一度の学術集会の開催年にあたるオーストラリア緩和ケア学会、これまでに直接交渉できていない北米の緩和ケア関連学会との国際交流も図っていききたいと考えている。

### 3. 専門医制度検討委員会活動報告

専門医制度検討委員会  
委員長 山本 亮

2017年度から新専門医制度が開始されます。新専門医制度では、医師は初期臨床研修修了後に19の基本診療領域のいずれかの専門医資格を取得することが求められ、その後にサブスペシャリティ領域専門医を目指すこととなります。サブスペシャリティ領域専門医については、日本専門医機構のほうからもまだ明確な指針が示されておらず、不透明な部分が多いのが現状です。しかしながら、緩和医療専門医認定制度も、新しい専門医制度に対応できるように調整が必要になると考えられます。そこで2014年度に、専門医制度検討委員会が設置され、緩和医療専門医制度についての検討を行ってきました。現時点での新専門医制度案を公開します。別稿として、プログラム案を掲載しましたが、要点は以下の4点です。

#### 1) 連携する基本領域専門医資格について

サブスペシャリティ専門医認定に関しての基本的な考え方の中に、「連携する基本領域専門医資格との関係の確認ができており、専門医の医師像が明確である」ことがあります。緩和医療専門医を志す医師は様々な基本領域をベースにすることが考えられますが、まずは、内科、外科、麻酔科、総合診療の4つの基本領域との連携をすすめていきたいと考えています。将来的には他の基本領域とも連携をすすめていくことを検討しています。

#### 2) 研修プログラムについて

これまでも認定研修施設での2年間の研修を求めていましたが、その内容については特に規定をしていませんでした。新専門医制度においても認定医試験受験資格を得るために合計2年間の研修を求めるとします。専攻医は「研修開始登録」を行い、研修を開始します。研修場所としては、緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアの3つの研修ユニットを組み合わせる研修を行います。このうち緩和ケア病棟と緩和ケアチームでの研修はそれぞれ6ヶ月以上を必修とします。在宅緩和ケアの研修は必修ではありませんが、2ヶ月以上経験することが望ましいこととします。2年間続けて研修を行うこと

を基本としますが、研修プログラム登録から5年以内に合計2年間の研修を行うことも可能とします。

#### 3) 研修指導医の認定とその役割について

暫定指導医は、延長措置はとらずに、10年間で資格を喪失します。新しい専門医制度に対応するために、研修施設には、新たに「研修指導医」を置くこととします。研修指導医は、研修指導医講習会を受講した緩和医療専門医と暫定指導医、または緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアに専従するものとします。研修指導医は、専攻医の臨床における教育を行うとともに、症例報告書やポートフォリオ作成についての指導を行います。

研修指導医講習会では、研修プログラムの作成方法や、ポートフォリオを用いた指導方法などについての講習を行う予定です。2016年3月に第1回の研修指導医講習会を開催する予定としています。

#### 4) 研修評価について

これまで同様症例報告書の記載を求めますが、症例報告書は15例とし、この他に、緩和医療に関する研究、緩和医療に関する教育、地域連携、チームワーク、倫理的側面の5つの領域についてポートフォリオを作成することを求めます。

プログラム認定を行い、研修指導医が研修を評価することとなるため、現在認定試験において実施しているロールプレイについては、新制度移行後は実施しない可能性があります。

今回報告したものは確定したものではなく、現時点での案です。また、この制度は、これから緩和医療を志す若い医師のための制度です。緩和医療を志す医師に対してキャリアパスを示していくことは重要だと考えます。この案をたたき台に、広く学会員の皆様からの貴重なご意見を頂戴し、よりよい制度設計ができればと考えています。

なお、第20回日本緩和医療学会学術大会において「緩和医療専門医制度を考える」と題したシンポジウムを開催します。多くの学会員の皆さんの参加をお待ちしています。

## 緩和医療専門医研修プログラム整備指針（案）

### ○専門医研修に関わる用語説明

#### A) 専攻医

専門医取得を目指し研修を受けている医師

#### B) 研修プログラム

専攻医が専門医を取得できるように、日本緩和医療学会が認定した単独または複数の認定研修施設群が提供する臨床研修の実施体制。

#### C) 研修指導医

特定非営利活動法人日本緩和医療学会（以下、日本緩和医療学会）所定の研修指導医講習会を受講した緩和医療専門医と暫定指導医、または緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアに専従する医師。

#### D) 研修カリキュラム

各研修プログラムが提供する研修課程。専攻医が、研修期間中に定められた研修カリキュラム到達目標を達成できるような構成となっていることを、日本緩和医療学会から認定を受ける必要がある。その内容は、日本緩和医療学会が定めた「緩和医療専門医をめざす医師のための研修カリキュラム」に準拠する。

### 1. 緩和医療専門医について

緩和医療専門医とは、専攻医として定められた水準の研鑽を積み、緩和医療関連の臨床、研究に関する十分な知識と技量を有することを認定された緩和医療関連業務に専従する医師である。同時に専門医は医の倫理を体得していることが求められる。専攻医として、卒後臨床研修終了後2年以上、日本緩和医療学会が承認した研修プログラム（体制）が提供する研修カリキュラム（研修課程）のもとで研修を行う必要がある。

\* 「卒後臨床研修」とは、平成16年から医師法第16条の2の第1項で規定された臨床研修をさす。

### 2. 専攻医の資格について

- ①医師法に定められた日本の医師免許を有すること
- ②卒後臨床研修終了登録証を有すること（第98回以降の医師国家試験合格者）
- ③日本緩和医療学会に「研修開始登録」を行うこと

### 3. 研修カリキュラム（研修課程）について

- ①各研修プログラムは、緩和医療研修をする専攻医が、十分な知識と技量を修得すべく、後述する研修カリキュラム到達目標が達成できるような研修カリキュラムを提供する必要がある。
- ②研修プログラムに参加する各施設の特徴、違いを踏まえ、研修プログラムに所属する全ての専攻医が定められた水準の知識・技術を獲得できるような研修カリキュラムを構築する必要がある。
- ③各専攻医の経験必須症例の年次毎の到達目標数を明確にすることが望ましい。
- ④研修カリキュラムは、産休や育休など個別の専攻医のニーズに対応させる必要がある。
- ⑤卒後臨床研修期間の2年の間にも、研修カリキュラム到達目標に定められた経験目標の症例数が経験できるよう、卒後臨床研修プログラムと連携できることが望ましい

### 4. 研修期間について

基本診療領域の研修プログラム終了後12単位（1単位：2ヶ月）以上の期間を必要とする。研修期間は日本緩和医療学会に研修開始登録を行った日付より厳密に算定され、研修開始登録より5年以内に12単位以上を修了することとする。研修登録以前に経験した症例は、原則認められない。



5. 研修プログラム実施施設について

研修プログラムは、緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアの研修ユニットを組み合わせで構成される。いずれの施設も日本緩和医療学会の認定研修施設（以下、「認定施設」）である必要がある。緩和ケア病棟および緩和ケアチームでの研修は各3単位（6ヶ月）以上の研修を必修とする。在宅緩和ケアでの研修は必修でないが、在宅緩和ケアでの研修は1単位以上を研修することが望ましい。

※研修ユニットとして求められる要件

- ①緩和ケア病棟…「緩和ケア病棟入院料」届出受理施設であること。
- ②緩和ケアチーム…新規依頼患者数80人/年(新規入院患者数)以上が望ましい。
- ③在宅緩和ケア…在宅療養支援診療所の要件をみたすことが望ましい。  
看取り件数20人/年以上が望ましい。

○ 臨床研修例

(1) 単独の認定施設で研修する場合(主に緩和ケア病棟で研修)

研修内容			
1年目	緩和ケア病棟(6単位)		
2年目	緩和ケアチーム(3単位)	在宅緩和ケア(1単位)	自由選択(2単位)

※自由選択: 緩和ケア病棟, 緩和ケアチーム, 在宅緩和ケアから選択する

(2) 単独の認定施設で研修する場合(主に緩和ケアチームで研修)

研修内容			
1年目	緩和ケアチーム(6単位)		
2年目	緩和ケア病棟(3単位)	在宅緩和ケア(1単位)	自由選択(2単位)

※自由選択: 緩和ケア病棟, 緩和ケアチーム, 在宅緩和ケアから選択する

(3) 複数の認定施設群で研修する場合

研修内容			
1年目	認定施設1 緩和ケア病棟(6単位)		
2年目	認定施設2 緩和ケアチーム(6単位)		

(4) 複数の認定施設群で研修する場合

研修内容			
1年目	認定施設1 緩和ケア病棟(6単位)		
2年目	認定施設2 緩和ケアチーム(3単位)	認定施設3 在宅緩和ケア(1単位)	認定施設2 緩和ケアチーム(2単位)

(5) 複数の認定施設群で研修を行う場合

研修内容			
1年目	認定施設1 緩和ケア病棟(6単位)		
2年目			
3年目	認定施設2 緩和ケアチーム(6単位)		
4年目			
5年目	在宅緩和ケア(6単位)		

6. 研修責任者・研修指導医について

研修責任者は、緩和医療専門医と暫定指導医、または緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアに専従するもので、日本緩和医療学会所定の研修指導医講習会を受講したものとする。研修責任者は研修プログラムを策定し、プログラム全体の指導体制、内容、評価に関し監督責任を持つ。同時に、当該施設においては研修実施の責任者としてその指導体制、内容、評価に関しても責任を持つ。

研修指導医は、日本緩和医療学会所定の研修指導医講習会を受講した緩和医療専門医と暫定指導医、または緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアに専従するものとする。研修指導医は専攻医の臨床における教育を行うとともに、症例報告書やポートフォリオの作成についても指導を行う。

7. 研修実施計画について

- ①研修責任者は、各専攻医が研修期間中に後述の研修カリキュラム到達目標を達成できるよう、満2年以上の研修内容を具体的に明記した、研修実施計画を策定しなければならない。
- ②研修プログラムが複数施設によって構成されている場合は、専攻医がどのように施設間をローテーションするのか、研修の運営方針を示さなければならない。
- ③研修責任者は、年度ごとの研修可能な専攻医を含めた各研修施設の研修状況を把握する必要がある。
- ④各専攻医が研修責任者との協議により、途中で研修プログラム実施計画の内容を変更することは妨げない。

8. 専攻医の研修プログラムの変更について

専攻医は、やむを得ない場合、研修期間中に研修プログラムを変更することができる。変更の際は双方の研修責任者の承認を得る必要がある。また、研修責任者は、研修途中で研修プログラムに実施施設を追加または変更することができる。

9. 各専攻医の研修内容の評価について

日本緩和医療学会の認定審査委員会に対して専門医試験の受験を申請時に、申請者の研修期間、経験症例数は、書類審査によって評価される。緩和医療専門医をめざす医師のための研修カリキュラムの到達目標の達成度は、筆記試験および口頭試問によって評価される。日本緩和医療学会の専門医認定・育成委員会が必要と認めたときは、別に実地試験を課す。



編集  
後記

「的外れな」怒りや悲しみで自分自身や周りの人間を苦しめている、あるいは、あるのが当たり前の「できる・できない」を「自分だけの見方」で「良い・悪い」の単純な二項対立の図式に当てはめてしまって苦しんでいる、そんな人が最近増えているように感じています。

そんな時は、「緩和ケア的な考え方ができれば、もっと楽になるのになあ…」とか妄想してしまいます。「知っていることが増えると、『的外れな』怒りや悲しみが減るし、周りの人間を思いやることができるように自分を変えることができる（パーソナリティ障害などの問題がなければ）」ということを私自身が「緩和ケア」との関わりの中で体験しているからなのですが、一人の人間のつらさを軽くする緩和ケアの普及は、本当に地域全体のつらさを軽くすることにつながるのではないのでしょうか。（齋藤 義之）

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