

JSPM

Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会

ニューズレター

Nov 2015

69

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	39
Journal Club	41
学会印象記	44
よもやま話	45
Journal Watch	47
委員会活動報告	52

巻頭言

“緩和ケア”とその周辺の用語の定義

日本緩和医療学会理事長
京都府立医科大学 疼痛・緩和医療学講座
細川 豊史

以前から機会あるごとに申し上げていますが、本邦では、医学に関して、言葉の定義、いわゆる“terminology”というものがあまりきちんと整理されていません。“緩和ケア”の定義に関しては、厚生労働省は、2002年のWHOの定義、「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面する患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的、心理的、社会的な問題、さらにスピリチュアルな問題を早期に発見し、的確な評価と処置を行うことによって、苦痛を予防し和らげることで、QOLを改善する行為」を以って本邦の緩和ケアの定義とすると明言しています。これからも、これを定義として運用していかなければなりません。また、“緩和ケア”には、主治医や担当看護師、薬剤師などによる“基本的緩和ケア”と緩和ケアチームや在宅緩和ケア、緩和ケア病棟、ホスピスなどが提供する“専門的緩和ケア”があることには、概ね異存はないと思われれます。WHOの定義で示される「早期に」提供される“緩和ケア”も2007年の第1期がん対策推進基本計画に謳われた「治療の初期段階からの“緩和ケア”の推進」の“緩和ケア”も“専門的緩和ケア”を意味しています。では、2012年の第2期がん対策推進基本計画

で推奨されている「がんと診断された時からの“緩和ケア”の推進」の“緩和ケア”はどうでしょう。当たり前ですが、これは、“基本的緩和ケア”のことです。第1期の2007年当時には、殆どのがん医療者に“基本的緩和ケア”の知識はなく、そのため“基本的緩和ケア”習得のために「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会：PEACE研修会」が2008年に開始されたわけです。これにより数万人の研修会修了者が輩出されたため、第2期の2012年には「がんと診断された時からの“基本的緩和ケア”の推進」を打ち出したわけです。この定義は、今後誤解を招かないため、厚生労働省の「第53回がん対策推進協議会」で再確認しています。最初に、これを明らかにしていなかったために、少なからぬがん医療、緩和ケア関係者が、「がんと診断されたときからの“緩和ケア”の推進」を「がんと診断されたときからの“専門的緩和ケア”の推進」と誤解し、本邦には“専門的緩和ケア”を提供できる人材不足故、がんと診断されたときからの“専門的緩和ケア”の提供は不可能と考えたり、発言するというようなことを招いてしまったわけです。

“緩和ケア”周辺の用語には、世

界的な論文、著作で使用される“palliative care”、“supportive care”、“best supportive care”、“hospice care”などがあり、それが、和製英語としてカタカナとなった“サポートケア”、“サポーティブケア”、“ベストサポーティブケア”、“ホスピスケア”、さらにその日本語訳とも言える“緩和ケア”、“支持療法”、“支持的ケア”などがあります。本来の英語で使用された元の意味とそれがカタカナとなった和製英語、直訳の日本語、がん治療専門施設で頻用されるようになった用語など、それぞれが違ったニュアンスを持ち、その解釈に多くの意見、議論が生まれ、未だ一定した見解に達していないのが現状です。さらにインターネット上の議論や意見がそれに拍車を掛けています。例えば、「BSC :best supportive care」という用語は、「積極的な抗がん治療が困難となった際に切り替えられるもの」とか「治療を終了し症状緩和のみを行う終末期医療」の意味合いで、今使用され始めていますが、もともと海外の文献では、腫瘍学の分野で新しい抗がん剤の臨床試験における副作用・合併症の症状緩和を行うことのみを指すことが多かったようです。また“支持療法”についても“緩和ケア”と同義であると記され

ている論文等もありますが、第54回がん対策推進協議会で、「“支持療法”は、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症等を治療することにより、療養生活の質を向上させ、さらに患者が無理なく仕事と治療を両立できるようにする治療」との意味で今後使用するとされました。“緩和ケア”は、がんだけでなく、循環器、呼吸器、難病など命を脅かす重篤な疾患も対象とするため、その違いが明記されたわけです。

用語の定義については、「日本医学会」が医学会加盟の専門学会の意向、意見を基に集大成するとかつて明言していたのですが、その後、何年も進展がありませんでした。今年の12月に第1回の各専門学会の用語委員による会議が開かれることとなり、今後の進展が期待されています。

“緩和ケア”は、近い将来、がん医療だけでなく、循環器、呼吸器、難病など命を脅かす重篤な疾患の患者さんと御家族を対象としていくこととなります。日本緩和医療学会にも、それらの分野の医療者への教育など幅広い活動が、今後、求められるようになってきます。日本緩和医療学会会員の皆様の益々の活躍を期待しています。

1. 重篤な患者とその家族との治療目標の話し合いに関する障害：多施設医療者調査

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

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; Canadian Researchers at the End of Life Network. Barriers to goals of care discussions with seriously ill hospitalized patients and their families: a multicenter survey of clinicians. JAMA Intern Med. 2015 Apr;175(4):549-56.

【目的】

重篤な入院患者が治療目標の話し合いや意思決定を行うことは終末期ケアの質改善のために重要である。多施設病院医療者調査により、患者・家族と治療目標を話し合うことの障害と話し合いでの医療者の役割に関する医療者の認識を明らかにする。

【方法】

カナダ5州の大学病院13施設に勤務する看護師、内科研修医、医師を対象に多施設調査を行った。治療目標の話し合いの障害は21項目の重要度を7件法で尋ねた。

【結果】

看護師512名、内科研修医484名、医師260名から回答を得た（全体の応諾率78%）。

治療目標の話し合いの障害では、「家族が予後を受け入れられない、平均[標準偏差]、5.8[1.2]」「家族が延命治療の限界や合併症を理解できない、5.8[1.2]」「家族と治療目標を合意できない、5.8[1.2]」「患者が延命治療の限界や合併症を理解できない、5.8[1.2]」「患者に意思決定能力がない、5.6[1.2]」「患者が予後を受け入れられない、5.6[1.3]」といった患者・家族に関連した障害が重要と認識され、医療者や医療制度に関連した障害の重要度は低く認識されていた。

治療目標の話し合いでの医療者の役割では、話し合いの開始や意思決定の支援は看護師やソーシャル

ワーカーを含めた多職種が担いけると回答され、話し合いでの情報提供は医師・研修医・高度実践看護師が担うことができ、最終の意思決定は医師や研修医が担うことができるという回答が多かった。

【結論】

病院勤務の医療者は、治療目標の話し合いの障害として患者・家族に関連した障害が重要であり、治療目標の話し合いには多職種が重要な役割を担いけると認識していた。これらは治療目標の話し合いや意思決定に関する介入研究を計画する際に有用な知見である。

【コメント】

治療目標の話し合いは、抗がん治療の継続・中止や延命治療の実施・差し控えなどが含まれる。話し合いの障害は、患者・家族の不安や否認といった精神的な問題に関連した障害が医療者の視点では重視されており、コミュニケーションスキルトレーニングや意思決定の支援ツールが助けとなる可能性があると考えられている。Temelらによる進行がん患者に対する早期緩和ケア介入の無作為比較試験（N Engl J Med, 2010）から抗がん治療の中止の話し合いの重要性は増しているが、分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬の発展から抗がん治療の中止の判断はますます複雑化している。医療者調査による片側の視点だけでなく患者・家族調査も行い多面的に問題を解釈して治療目標の話し合いの改善のための方略を検討し、介入試験により検証していくことが必要である。

2. Edmonton Symptom Assessment System revised (ESAS-r) 日本語版の妥当性の検証

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 菅野 雄介
国立がん研究センター東病院先端医療開発センター
精神腫瘍学開発分野 小川 朝生

Yokomichi N, Morita T, Nitto A, Takahashi N, Miyamoto S, Nishie H, Matsuoka J, Sakurai H, Ishihara T, Mori M, Tarumi Y, Ogawa A. Validation of the Japanese Version of Edmonton Symptom Assessment System-Revised. J Pain Symptom Manage. 2015 Jul 11. pii: S0885-3924(15)00331-0. doi: 10.1016/j.jpainsym-man.2015.05.014. [Epub ahead of print]

【目的】

がん患者の身体・精神症状に関する簡易評価尺度で国際的にも広く用いられている Edmonton Symptom Assessment System revised (ESAS-r) の日本語版の信頼性・妥当性を検証した。

【方法】

全国5施設において、成人がん患者を対象に、2013年2月～2014年6月に前向き観察研究を実施した。調査から30分後に信頼性検証のための再調査を行った。調査項目は、ESAS-r日本語版、MDASI、EORTCQLQ-Core30、MMSEとし、解析は、内の一貫性、再テスト信頼性、基準関連妥当性、既知集団妥当性を行った。また、想起期間の比較として、現在と24時間で相関を調べた。

【結果】

ESAS-r日本語版を実施した患者は320名で、解析対象となった患者は292名であった。ESAS-r日本語版は、内的一貫性(Cronbach's alpha: 0.87)、再テスト信頼性(全項目ICC:0.90、各項目ICC:0.82-0.91)、基準関連妥当性(MDASIとEORTCQLQ-Core30で r 0.45-0.80)が確認された。ECOG PS 0-1($n=205$)に比べ、PS 2-4($n=83$)でESAS-r日本語版の得点が統計学的に有意に高く($p<0.0001$)、既知集団妥当性が確認された。また、想起期間では、現在と24時間で強い相関がみられた($r=0.76-0.88$)。

【結論】

9項目(疼痛、倦怠感、眠気、嘔気、食不振、呼吸困難、抑うつ、不安、健康状態)からなるESAS-r日本語版が開発され、十分な信頼性と妥当性が示された。

【コメント】

本研究により、国際的に広く使用されている症状評価ツールであるESAS-rの日本語版が開発されたことは、国内外で共通のツールを用いて症状の評価および比較検討が可能となり大変意義深い。また、がん診療連携拠点病院の指定要件である全がん患者を対象とした苦痛のスクリーニングにおいて、簡便に症状評価が可能であるESAS-r日本語版は、医療者や患者の負担を軽減させるかもしれない。カナダでは、外来・地域共通のモニタリング方法としてESAS-r用いられ、身体・精神症状のtrajectoryの把握や情報共有手段となっている(Seow H, et al. J Clin Oncol. 2011)。我が国では、国立がん研究センター東病院でタブレットを用いてESAS-rを含む症状評価モニタリングシステムを開発し、その実施可能性を検証する予定である。ESAS-r日本語版は、国立がん研究センター東病院精神腫瘍学開発分野ホ

ームページ(<http://pod.ncc.go.jp/>)に掲載する予定である。

3. 死亡前一カ月間の侵襲的な治療と緩和ケアが医療費に与える影響

東北大学加齢医学研究所 臨床腫瘍学分野
大石 隆之

Cheung MC, Earle CC, Rangrej J, Ho TH, Liu N, Barbera L, Saskin R, Porter J, Seung SJ, Mittmann N. Impact of aggressive management and palliative care on cancer costs in the final month of life. Cancer. 2015 Sep 15;121(18):3307-15.

【目的】

終末期がん治療の質の評価項目(Quality Indicator; 以下QI)に基づいて、死亡前に侵襲的な治療を受けた患者とそうでない患者の終末期ケアの医療費を評価すること。

【方法】

カナダ、オンタリオ州で登録されている Ontario Cancer Registry というデータベースを用いた終末期ケアの医療費に関する後方視的コホート研究である。2005年1月から2009年12月までに死亡した成人がん患者を対象に、データベースから社会人口統計学的背景、終末期がん治療のQI等を抽出した。終末期がん治療のQIの中から、1)死亡前14日以内の化学療法の実行、2)死亡前30日以内の一回以上の救急外来受診、3)死亡前30日以内の一回以上の入院、4)死亡前30日以内の一回以上の集中治療室入室、のいずれかがあった場合、その患者は侵襲的な治療を受けた、と定義とした。主要評価項目は死亡前30日間に要した医療費の総額とした。

【結果】

107,253人の患者において、死亡前一カ月間に要した医療費の平均は侵襲的な治療を受けた患者では\$18,131、受けなかった患者では\$12,678であった($P<0.0001$)。死亡前14日以内に化学療法を受けた患者はそうでない患者に比べ医療費が高かった($P<0.0001$)。全体のうち高い医療費がかかった上位1/5の患者の中で、早期の複数回にわたる緩和ケアサービスへの紹介を受けた患者は医療費がより少なかった。多変量解析では、死亡前14日以内の化学療法の実行は医療費の増加を予測する因子であった

(コスト増中央値；\$536； $P < .0001$)。一方で緩和ケアサービスへの紹介は医療費の減少を予測する因子であった(コスト減中央値；418； $P < .0001$)。

【結論】

死亡前に侵襲的な治療を受けた患者は、そうでない患者に比べて43%高い医療費がかかっていた。緩和ケアサービスへの紹介によってこの医療費を減少させることができるかもしれない。

【コメント】

End of Life discussion(緩和ケアまたは急変時の心肺蘇生に関する主治医との相談、以下EOLd)と医療費の関連についてはCoping With Cancerの二次解析として報告があり、EOLdをした患者はしなかった患者に比べて死亡前一週間の医療費が少なかった(Zhang B et al. Arch Intern Med. 2009; 169: 480-8)。またMackらはCanCORSの二次解析でEOLdがあった患者は死亡前に侵襲的な治療が少なかったと報告している(Mack JW et al. J Clin Oncol. 2012; 30: 4387-95)。今回の報告とMackらの報告は、EOLdが医療費を抑制する可能性があることを示したZhangらの報告をさらに支持するものである。今後、本邦での報告が待たれる。

4. 人生の終わりにおける化学療法と Performance Status、QOLの関係

京都医療センター緩和ケア科 石田 大助

Prigerson HG, Bao Y, Shah MA, Paulk ME, LeBlanc TW, Schneider BJ, Garrido MM, Reid MC, Berlin DA, Adelson KB, Neugut AI, Maciejewski PK. Chemotherapy Use, Performance Status, and Quality of Life at the End of Life. JAMA Oncol. 2015 Sep 1;1(6):778-84.

【目的】

多くの終末期がん患者がQOLの向上を目的として化学療法をうけているが、進行性転移性腫瘍に対して化学療法を行うことが患者のQOLにどのように影響するかはよく分かっていない。ASCOのガイドラインでは、Performance Statusが良好な固形腫瘍の患者にのみ緩和的化学療法を推奨している。化学療法とQOD(QOL near death: 死亡直前におけるQOL)の関係が、患者のPerformance Statusによってどうなるかを評価する。

【方法】

米国の多施設でおこなわれた縦断研究。2002年9月から2008年2月の間にリクルートされた終末期がん患者について研究をおこなった。患者全体の50.6%にあたる156名がリクルート時に化学療法を受けていた。ベースライン(中央値=患者が死亡する3.8ヶ月前)でのECOG Performance Statusが評価された。少なくとも一つ以上の化学療法を受けた後の進行性転移性がんの患者312名が、6つの外来腫瘍クリニックで死亡まで前方視的にフォローされた。主要評価項目は患者のQODであり、介護者が患者の死亡前1週間の身体的苦痛、精神的苦痛を評価した。

【結果】

化学療法は、患者の生存期間延長やPerformance Statusの向上に寄与しなかった。ベースラインでのPerformance Statusが良好(ECOG score = 1)な患者では、化学療法をうけることはうけないことと比較してQODの低下につながっていた(odds ratio {OR}, 0.35; 95%CI, 0.17-0.75; $P = .01$)。Performance Statusが中程度(ECOG score = 2)や悪い(ECOG score = 3)患者では化学療法はQODに影響しなかった(OR, 1.06; 95% CI, 0.51-2.21; $P = .87$) (OR, 1.34; 95% CI, 0.46-3.89; $P = .59$)。

【結論】

緩和的化学療法は終末期がん患者のQOLの向上を目的としておこなわれるが、Performance Statusが中程度(ECOG score = 2)や悪い(ECOG score = 3)患者ではQODは改善せず、Performance Statusが良好な(ECOG score = 1)患者ではQODは悪化した。死亡直前の化学療法によって終末期がん患者のQODが向上することはなく、低下する可能性すらある。それはPerformance Statusが良好な患者においてさえである。

【コメント】

治療抵抗性の転移性がんに対する化学療法が、患者のQODにより影響をあたえるかどうか疑わしいことが示唆された。Performance Statusがよい患者がもっとも終末期化学療法によりダメージをうける可能性が示され、筆者らは終末期がん患者に対する化学療法についてのASCOのガイドラインの修正が必要かもしれないとしている。しかし今回の研究には、化学療法の評価やQOLの評価方法などに不十分な点がある。また化学療法がQODに悪影響を及ぼす正確な機序は明らかでない。それらをふまえたさらなる研究が期待される。

学会印象記

1. 第3回医学生・若手医師のための緩和ケア夏季セミナーに参加して

川崎市立井田病院かわさき総合ケアセンター
西 智弘

8月22日～23日に開催されました、「第3回医学生・若手医師のための緩和ケア夏季セミナー」にスタッフとして参加してきました。

元々は、日帰りで開催されていましたこのセミナーですが、若手からの強い要望があり、1泊2日の合宿形式にグレードアップして3年目を迎えました。このセミナーの主な目的は「医学生や若手医師に、緩和ケア医のキャリアパスを示し、緩和ケア従事者を増やす」というものですが、日帰りでは十分な時間が取れず、その目的を達しきれないということから2日間となりました。例年、熱海で開催してきましたが、今年は場所を淡路島へ移し、暑い2日間を過ごしてきました！

まず、神戸大の木澤先生の基調講演に始まり、毎年恒例の「私のキャリアパス」の発表。今年は山口崇先生(神戸大)、佐藤哲観先生(弘前大)、山代亜紀子先生(京都府立医大)の3名の先生方に、これまで歩んできた道をお話いただきました。これまでの年もそうでしたが、今年も基調講演やキャリアパスの中で「内科研修の重要性」が語られていたことは印象的でした。もちろん、麻酔科や精神科などの経験も重要ですし、その能力を基盤として緩和ケアのキャリアを築いていくことはひとつの道として確立されています。しかし、緩和ケア医として病棟やチーム、在宅までも範囲として活動していくためには、内科の基礎知識とその応用能力はどこかで学ばなければならない、というのが最近の流れになってきているように思います。

さて、その後の全体セッションでは「緩和ケアを日本に広めるためには」というテーマで、ワールドカフェ形式でのディスカッションが行われました。若干、難しいテーマかな、と思いましたが、意外と各テーブルでのディスカッションは盛り上がり、「各施設や地域でもこのような会を開く」「他の科と顔の見える関係を作る」といった意見が出ていました。

夜の懇親会では、全国からお越しいただいた各研修施設の先生方から、自施設の研修プログラム紹介をしていただきながらの、淡路島の名産品での夕食

となりました。

二次会以降は任意参加だったのですが、スタッフの部屋にギュウギュウに参加者が集まり、深夜まで熱い議論を重ねていました。

そして2日目は、選択制の分科会へ。今回は、「在宅医療の現場(新城拓也先生)」、「緩和ケアのチーム医療(佐藤哲観先生)」、「痛みの緩和(山口崇先生)」、「マンガで学ぶ緩和ケア(西智弘)」の4テーマで開催でしたが、教育セミナーなどと違い、ワークショップ形式での講義などもあり、寝不足で疲れた中でも楽しんで参加でき、有意義だったのではないのでしょうか。

今回の参加者のアンケートでも意見がありましたが、このセミナーを期に緩和ケア専門の道へ進んだという方が複数いらっしゃり、そしてまた、現在は緩和ケアの道ではなく別の専門医を考えているけれども、例えば腎不全の終末期を診られる医師になりたいとか、婦人科や泌尿器分野でのがん・非がん緩和ケアに取り組みたいといった声も多く聞かれたことが印象的でした。

このセミナーをきっかけに、緩和ケア専門医だけではなく、そういった形で裾野が広がっていくことの一助になっているのであれば、それはひいては日本の緩和ケア全体を広げていることにつながっているのではないかと思います。今後も、よりよい形で、セミナーを開催していければと思っていますし、若手同士のつながりを強めて、未来の緩和ケアを創っていく礎になればと思っています。



17年ぶりの学生生活 ～高野山大学別科スピリチュアルケアコース

関西電力病院 緩和医療科
梶山 徹

昨年4月、大学院を修了して以来17年ぶりに高野山大学別科スピリチュアルケアコースに入学した。すでに孫が居る身でありながら久しぶりに貰えたカード式の学生証が嬉しくて、京都の水族館で学割の入場券を購入してみたのだが、顔と学生証の写真を散々見比べた挙げ句に首をひねりながら売ってくれたのが恥ずかしくて、以後は学割の恩恵にあずかっていない。スピリチュアルケアには以前から関心があったが、高野山大学への入学は、人生の師と仰ぐ飛騨千光寺住職の天下大圓先生から勧められたことがきっかけであった。別科スピリチュアルケアコースは、関電病院から徒歩数分の大阪中之島キャンパスで行われる社会人を対象とした教育課程で、夜間や土曜日を中心に授業が組まれていたが、がん拠点の急性期病院で緩和ケア病床を受け持つ身なので、規定の出席日数を満たすのは無理と思われた。しかし師の勧めを頭から否定するわけにもいかず、「まあ半年授業を受けてみて、やっぱり無理ですという実績を作ってから、勘弁してもらおう」と思いながら授業を受け始めた。しかし、これが見事に嵌まってしまったのである。授業は、単なる座学は少なく、受講生同士の討議や実習を中心に進められ、高野山での瞑想実習や聖地巡礼もあり、ホスピスでの傾聴ボランティア実習にも参加させてもらった。そうした経験を積む中で、スピリチュアルケアの本質的な部分を学ばせて頂くことができて、還暦を前にして自分自身の人生観が変わってしまった。

スピリチュアルペインは、スピリチュアリティの覚醒による『魂の痛み』であるが、人間は病気などで死を意識したときにスピリチュアリティが覚醒して魂の苦悩を感じることが多い。スピリチュアリティが覚醒すると、それまでの自分の人生を振り返り、生きてきた意味を探り、自分が大切にしてきたものや価値観、死生観などを再吟味するようになる。医療者にとってスピリチュアルケアが難しいのは、普段の診療で行っている問題解決型アプローチが身につけてしまっているため、介入によってスピリチュアルペインを無くそうとしてしまうからである。がん患者が持つスピリチュアルな問いかけは、答えることが出来ないほど厳しいものであるため、それに対して気の利いた答えを用意できない医療者は、患者の魂の訴えに耳を塞いでしまう。しかし患者は答えを求めているのではなく、「そんなに苦しい自分を分かって欲しい」のである。天下大圓先生は、高野山大学の授業の中で「スピリチュアルペインは苦悩者の財産（仏種）なので、他人が勝手に取り除いてはいけません。解決策は苦悩者自身が持っているのだから、援助者は答えを用意せず、傾聴しながら共に悩んで、苦悩の意味を探ってください」と述べられた。今まで患者の訴えを聞くことを問診としか捉えていなかった自分にとって、「患者の語りを引き出し、傾聴すること自体がケアである」という教えは、目からウロコが何枚も落ちるものであった。傾聴に徹して信頼関係を構築した後は対話に転じて、最終的には指示ではなく『使命』を相手に与えるのである。

『よき生を生きる』とは、「自分のなすべき役割（＝使命）とは何か」を自分自身に問い掛けて、人それぞれで異なる『使命』を人生の中で果たすことである。『ダブル・メジャー』とは、衣食住のための専門職と、自分本来の役割に費やすボランティア的な専門職の二つを同時に持つことを言う。私は、来春にはスピリチュアルケア師の学会認定を取得できる予定なので、『ダブル・メジャー』を職業としての緩和ケア医とボランティアとしてのスピリチュアルケア師の二つとして、患者の苦悩に寄り添うことを『使命』にしたいと考えている。

長崎緩和ケア回顧録

熊本医療センター 薬剤部
尾関 あゆみ

2015年7月、6年間の長崎での緩和ケアチーム活動に終止符を打ちました。

私が緩和ケアに携わるきっかけは、大学時代に遡ります。星薬科大学薬品毒性学教室教授（現・星薬科大学薬物依存研究室特任教授・名誉教授）の鈴木勉先生に卒業論文作成でお世話になり、医療用麻薬についての基礎を学ぶ機会があったこと、そしてその時期に聞いたある一言でした。『がん患者の痛みに対してオピオイドを長期間使用しても精神依存はまれである』ことが明らかにされているが、「まだ医療用麻薬の誤解は根強い」と聞く。実際の医療現場はどうなんだろう…基礎研究を通して緩和ケアに興味を持ち、漠然と思っていたある日、幼少の頃からお世話になっていた知人の方が、がんを患い亡くなったことを聞きました。訃報と一緒に『最期はモルヒネも使っていたんだって』という言葉聞いた時、『なぜ最期？もっと早くから痛みがあったのではないかな？ちゃんとモルヒネを使ってもらっていなかったのではないかな？』という思いが消えませんでした。この思いはやがて、緩和ケアの臨床現場で働いてみたい、医療用麻薬は実際に患者さんにどのように受け入れられているのか知りたい、という思いに変わっていきました。そして縁あって長崎市立市民病院（現・長崎みなとメディカルセンター市民病院）の緩和ケアチームで活動する機会を頂くことが出来ました。

長崎での6年という歳月のなかで出会った患者さんとそのご家族からは、本当に多くのことを学びました。薬学的知識はもちろんのこと、それと同じくらいに『一人の人生に関わることの喜び』を教えてもらいました。初めて医療用麻薬を飲んだ患者さんから『良く効いたよ！もっと早く願ひすればよかった！』と言われた時、下剤の調節についてアドバイスをした患者さんが『アドバイスのおかげで調節できるようになったよ！』と満面の笑顔で話してくれた時、この言葉・笑顔が自分の原動力なのだと思いが奮い立ちました。

また、私がずっと気になっていた『医療用麻薬の誤解』の疑問にとっても嬉しかった答えをしてくれた患者さんがいました。がん疼痛に医療用麻薬を継続して数年間使っていた患者さんに『最初に医療用麻薬を使うって言われた時、どう思いましたか？怖くありませんか？』と聞いた時、その患者さんは迷うこともなく、『そんなことはなかったよ』と答えてくれたのです。正直、私はネガティブな返事が返ってくると思っていたので、少しびっくりしました。『どうしてですか？』と思わず聞き返した私に、患者さんは手帳からある新聞記事を取り出し見せてくれました。それは、埼玉がんセンター緩和ケア科科長の余宮のみ先生が医療用麻薬の適正使用についてお話しされている記事でした。『この記事を読んで、自分のがんの痛みが出てきたら麻薬を使ってもらおうって思っていたの。だから、悪いイメージってなかったの。』患者さんの言葉を聞いて、お守りのように大事に手帳に挟まれていた記事を見て、私はなんだかとても勇気付けられた思いでした。私たち医療者の啓発は、間違いなく患者さんの力になるのだと。

先日、がんと闘病する親族のお薬箱を見せてもらおうと、なかにはオキシコドン速放製剤が入っていました。『これ、使ってる？』と尋ねると、『ううん。今は痛みがないから。でもこれは大事なお守りなの。昔と違って、いい痛み止めがあるから良かった。』と穏やかに話してくれる様子を見て私も安心しました。『大丈夫、例え少しずつであっても、ちゃんと医療用麻薬の誤解は解けてきている』

今、私は長崎を離れ、熊本の新しい職場で勤務を開始しています。長崎で学んだことを、今度は熊本の患者さん達に還元できるよう、今後も精進していきたいと思ひます。

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
(2015年6～8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

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. 2015;372(23-26), 373(1-9)】

1. 重篤な患者に対する緩和ケアの総説

Kelley AS, Morrison RS. Palliative Care for the Seriously Ill. N Engl J Med. 2015;373(8):747-55.

【Lancet. 2015;385(9984-9987), 386(9988-9996)】

2. うつ病に対する抗うつ薬維持療法と抗うつ薬漸減中止・マインドフルネス認知療法の無作為化比較試験

Kuyken W, Hayes R, Barrett B, Byng R, Dalgleish T, Kessler D, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. Lancet. 2015;386(9988):63-73.

3. オピオイド依存患者に対するメサドン維持療法と強制減量療法の無作為化比較試験：囚人対象の試験

Rich JD, McKenzie M, Larney S, Wong JB, Tran L, Clarke J, et al. Methadone continuation versus forced withdrawal on incarceration in a combined US prison and jail: a randomised, open-label trial. Lancet. 2015;386(9991):350-9.

【Lancet Oncol. 2015;16(6-8)】

4. 進行がん患者での多剤処方と薬剤整理の役割に関するレビュー

LeBlanc TW, McNeil MJ, Kamal AH, Currow DC, Abernethy AP. Polypharmacy in patients with advanced cancer and the role of medication discontinuation. Lancet Oncol. 2015;16(7):e333-41.

【JAMA. 2015;313(21-24), 314(1-8)】

5. 医療用大麻の有効性と有害事象：メタアナリシス

Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S, Di Nisio M, Duffy S, Hernandez AV, et al. Cannabinoids for Medical Use: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2015;313(24):2456-73.

6. がん治療中の急性の静脈血栓塞栓症に対する Tinzaparin とワーファリンの無作為化比較試験

Lee AY, Kamphuisen PW, Meyer G, Bauersachs R, Janas MS, Jarner MF, et al. Tinzaparin vs Warfarin for Treatment of Acute Venous Thromboembolism in Patients With Active Cancer: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2015;314(7):677-86.

【JAMA Intern Med. 2015;175(6-8)】

7. 乱用防止機構付きの徐放性オキシコドン製剤導入・プロポキシフェン発売中止後のオピオイド過剰投与

Larochelle MR, Zhang F, Ross-Degnan D, Wharam JF. Rates of opioid dispensing and overdose after introduction of abuse-deterrent extended-release oxycodone and withdrawal of propoxyphene. JAMA Intern Med. 2015;175(6):978-87.

8. ホジキンリンパ腫治療後 40 年間での心血管疾患

van Nimwegen FA, Schaapveld M, Janus CP, Krol AD, Petersen EJ, Raemaekers JM, et al. Cardiovascular disease after hodgkin lymphoma treatment: 40-year disease risk. JAMA Intern Med. 2015;175(6):1007-17.

9. 延命治療に限界のある ICU 患者の割合と実際の延命治療

Hart JL, Harhay MO, Gabler NB, Ratcliffe SJ, Quill CM, Halpern SD. Variability Among US Intensive Care Units in Managing the Care of Patients Admitted With Preexisting Limits on Life-Sustaining Therapies. JAMA Intern Med. 2015;175(6):1019-26.

10. 維持透析患者での CPR

Wong SP, Kreuter W, Curtis JR, Hall YN, O'Hare AM. Trends in in-hospital cardiopulmonary resuscitation and survival in adults receiving maintenance dialysis. JAMA Intern Med. 2015;175(6):1028-35.

11. ホスピス利用と配偶者遺族の抑うつに関連

Ornstein KA, Aldridge MD, Garrido MM, Gorges R, Meier DE, Kelley AS. Association Between Hospice Use and Depressive Symptoms in Surviving Spouses. *JAMA Intern Med.* 2015;175(7):1138-46.

12. 重篤患者の意思決定支援ツールの系統的レビュー

Austin CA, Mohottige D, Sudore RL, Smith AK, Hanson LC. Tools to Promote Shared Decision Making in Serious Illness: A Systematic Review. *JAMA Intern Med.* 2015;175(7):1213-21.

【BMJ. 2015;350(8011-8014), 351(8015-8022)】

13. 重症患者でのせん妄の予後に関するメタアナリシス

Salluh JI, Wang H, Schneider EB, Nagaraja N, Yenokyan G, Damluji A, et al. Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2015;350:h2538.

14. 高カルシウム血症の診断に関する総説

Minisola S, Pepe J, Piemonte S, Cipriani C. The diagnosis and management of hypercalcaemia. *BMJ.* 2015;350:h2723.

15. 救急での非外傷性腹痛患者の疼痛に対するPCA使用の無作為化比較試験

Smith JE, Rockett M, Creanor S, Squire R, Hayward C, Ewings P, et al. PAIN SoluTions In the Emergency Setting (PASTIES)-patient controlled analgesia versus routine care in emergency department patients with non-traumatic abdominal pain: randomised trial. *BMJ.* 2015;350:h3147.

【Ann Intern Med. 2015;162(11-12), 163(1-4)】

16. 慢性不眠に対する認知行動療法のメタアナリシス

Trauer JM, Qian MY, Doyle JS, Rajaratnam SM, Cunnington D. Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2015;163(3):191-204.

17. ICUでの看取りケア：3つの願いプロジェクトの効果

Cook D, Swinton M, Toledo F, Clarke F, Rose T, Hand-Breckenridge T, et al. Personalizing Death in the Intensive Care Unit: The 3 Wishes Project: A Mixed-Methods Study. *Ann Intern Med.* 2015;163(4):271-9.

【J Clin Oncol. 2015;33(16-24)】

18. アロマトターゼ阻害薬による筋骨格痛に対する ω 3脂肪酸のプラセボ対照無作為化比較試験

Hershman DL, Unger JM, Crew KD, Awad D, Dakhil SR, Gralow J, et al. Randomized Multicenter Placebo-Controlled Trial of Omega-3 Fatty Acids for the Control of Aromatase Inhibitor-Induced Musculoskeletal Pain: SWOG S0927. *J Clin Oncol.* 2015;33(17):1910-7.

19. 補助化学療法を受ける乳がん患者の身体機能や化学療法完遂率に対する運動療法の無作為化比較試験

van Waart H, Stuiver MM, van Harten WH, Geleijn E, Kieffer JM, Buffart LM, et al. Effect of Low-Intensity Physical Activity and Moderate- to High-Intensity Physical Exercise During Adjuvant Chemotherapy on Physical Fitness, Fatigue, and Chemotherapy Completion Rates: Results of the PACES Randomized Clinical Trial. *J Clin Oncol.* 2015;33(17):1918-27.

20. 進行期小児がん患児の症状と苦痛の前向き調査

Wolfe J, Orellana L, Ullrich C, Cook EF, Kang TI, Rosenberg A, et al. Symptoms and Distress in Children With Advanced Cancer: Prospective Patient-Reported Outcomes From the PediQUEST Study. *J Clin Oncol.* 2015;33(17):1928-35.

21. 外来通院中の進行期すい臓がん患者の予防的低分子ヘパリン投与の無作為化比較試験

Pelzer U, Opitz B, Deuschinoff G, Stauch M, Reitzig PC, Hahnfeld S, et al. Efficacy of Prophylactic Low-Molecular Weight Heparin for Ambulatory Patients With Advanced Pancreatic Cancer: Outcomes From the CONKO-004 Trial. *J Clin Oncol.* 2015;33(18):2028-34.

22. 免疫療法の有害事象のレビュー

Weber JS, Yang JC, Atkins MB, Disis ML. Toxicities of Immunotherapy for the Practitioner. *J Clin Oncol.* 2015;33(18):2092-9.

23. 白血病治療後の認知機能低下に酸化ストレスに関連した遺伝子多型が関連

Cole PD, Finkelstein Y, Stevenson KE, Blonquist TM, Vijayanathan V, Silverman LB, et al. Polymorphisms in Genes Related to Oxidative Stress Are Associated With Inferior Cognitive Function After Therapy for Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia. *J Clin Oncol.* 2015;33(19):2205-11.

24. がんで子どもを亡くした親の精神科利用

Lichtenthal WG, Corner GW, Sweeney CR, Wiener L, Roberts KE, Baser RE, et al. Mental Health Services for Parents Who Lost a Child to Cancer: If We Build Them, Will They Come? *J Clin Oncol.* 2015;33(20):2246-53.

25. 乳がん患者にアロマターゼ阻害薬と卵巣刺激の併用による妊孕性温存
Oktay K, Turan V, Bedoschi G, Pacheco FS, Moy F. Fertility Preservation Success Subsequent to Concurrent Aromatase Inhibitor Treatment and Ovarian Stimulation in Women With Breast Cancer. *J Clin Oncol.* 2015;33(22):2424-9.
26. がん患者への悪い知らせの伝え方のメタアナリシス
Bousquet G, Orri M, Winterman S, Brugiére C, Verneuil L, Revah-Levy A. Breaking Bad News in Oncology: A Meta-synthesis. *J Clin Oncol.* 2015;33(22):2437-43.
27. カペシタビンの手足症候群に対する Mapisal と尿素クリームは無作為化比較試験
Hofheinz RD, Gencer D, Schulz H, Stahl M, Hegewisch-Becker S, Loeffler LM, et al. Mapisal Versus Urea Cream as Prophylaxis for Capecitabine-Associated Hand-Foot Syndrome: A Randomized Phase III Trial of the AIO Quality of Life Working Group. *J Clin Oncol.* 2015;33(22):2444-9.
28. 若年がんサバイバーの心理社会・認知機能アウトカム：Childhood Cancer Survivor Study
Prasad PK, Hardy KK, Zhang N, Edelstein K, Srivastava D, Zeltzer L, et al. Psychosocial and Neurocognitive Outcomes in Adult Survivors of Adolescent and Early Young Adult Cancer: A Report From the Childhood Cancer Survivor Study. *J Clin Oncol.* 2015;33(23):2545-52.
29. 若年がんサバイバーの入院率
Richardson DP, Daly C, Sutradhar R, Paszat LF, Wilton AS, Rabeneck L, et al. Hospitalization Rates Among Survivors of Young Adult Malignancies. *J Clin Oncol.* 2015;33(24):2655-9.
30. 自家骨髄移植後のリンパ腫サバイバーの心機能
Murbraech K, Smeland KB, Holte H, Loge JH, Lund MB, Wethal T, et al. Heart Failure and Asymptomatic Left Ventricular Systolic Dysfunction in Lymphoma Survivors Treated With Autologous Stem-Cell Transplantation: A National Cross-Sectional Study. *J Clin Oncol.* 2015;33(24):2683-91.

【Ann Oncol. 2015;26(6-8)】

31. 化学療法による悪心・嘔吐の予防に関するレビュー
Jordan K, Jahn F, Aapro M. Recent developments in the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV): a comprehensive review. *Ann Oncol.* 2015;26(6):1081-90.
32. 高齢者の脆弱性の頻度と予後の系統的レビュー
Handforth C, Clegg A, Young C, Simpkins S, Seymour MT, Selby PJ, et al. The prevalence and outcomes of frailty in older cancer patients: a systematic review. *Ann Oncol.* 2015;26(6):1091-101.
33. シスプラチンによる遅発性嘔吐の予防に対するアプレピタントとメトクロプラミドの無作為化比較試験
Roila F, Ruggeri B, Ballatori E, Fatigoni S, Caserta C, Licitra L, et al. Aprepitant versus metoclopramide, both combined with dexamethasone, for the prevention of cisplatin-induced delayed emesis: a randomized, double-blind study. *Ann Oncol.* 2015;26(6):1248-53.
34. 血液がんと固形がんの専門家での終末期医療に対する考えの違い
Hui D, Bansal S, Park M, Reddy A, Cortes J, Fossella F, et al. Differences in attitudes and beliefs toward end-of-life care between hematologic and solid tumor oncology specialists. *Ann Oncol.* 2015;26(7):1440-6.
35. 乳がん患者での炎症性サイトカインと化学療法関連の認知機能低下の関連
Cheung YT, Ng T, Shwe M, Ho HK, Foo KM, Cham MT, et al. Association of proinflammatory cytokines and chemotherapy-associated cognitive impairment in breast cancer patients: a multi-centered, prospective, cohort study. *Ann Oncol.* 2015;26(7):1446-51.
36. 化学療法を受けるがん患者での G-CSF 製剤の予後延長効果のメタアナリシス
Lyman GH, Reiner M, Morrow PK, Crawford J. The effect of filgrastim or pegfilgrastim on survival outcomes of patients with cancer receiving myelosuppressive chemotherapy. *Ann Oncol.* 2015;26(7):1452-8.

【Eur J Cancer. 2015;51(9-12)】

37. 小児がんサバイバーの長期ケア：PanCare による声明
Hjorth L, Haupt R, Skinner R, Grabow D, Byrne J, Karner S, et al. Survivorship after childhood cancer: PanCare: a European Network to promote optimal long-term care. *Eur J Cancer.* 2015;51(10):1203-11.
38. 大腸がんサバイバーの QOL と症状の治療による比較
Verhaar S, Vissers PA, Maas H, van de Poll-Franse LV, van Erning FN, Mols F. Treatment-related differences in health related quality of life and disease specific symptoms among colon cancer survivors: results from the population-based PROFILES registry. *Eur J Cancer.* 2015;51(10):1263-73.
39. 終末期ケアの質と年齢の関連
Lindskog M, Tavelin B, Lundstrom S. Old age as risk indicator for poor end-of-life care quality - a population-based

study of cancer deaths from the Swedish Register of Palliative Care. *Eur J Cancer*. 2015;51(10):1331-9.

40. 骨転移を有するがん患者の高カルシウム血症予防に対するデノスマブとゾレドロン酸の比較
Diel IJ, Body JJ, Stopeck AT, Vadhan-Raj S, Spencer A, Steger G, et al. The role of denosumab in the prevention of hypercalcaemia of malignancy in cancer patients with metastatic bone disease. *Eur J Cancer*. 2015;51(11):1467-75.
41. 非小細胞肺がんでの補助化学療法の価値に対する患者と医療者の考え
Blinman P, Hughes B, Crombie C, Christmas T, Hudson M, Veillard AS, et al. Patients' and doctors' preferences for adjuvant chemotherapy in resected non-small-cell lung cancer: What makes it worthwhile? *Eur J Cancer*. 2015;51(12):1529-37.
42. 進行がん患者の予後予測ツールの比較
Baba M, Maeda I, Morita T, Inoue S, Ikenaga M, Matsumoto Y, et al. Survival prediction for advanced cancer patients in the real world: A comparison of the Palliative Prognostic Score, Delirium-Palliative Prognostic Score, Palliative Prognostic Index and modified Prognosis in Palliative Care Study predictor model. *Eur J Cancer*. 2015;51(12):1618-29.

【*Br J Cancer*. 2015;112(11-12), 113(1-4)】

43. アフリカのがん対策での小児がん緩和ケアのレビュー
Weaver MS, Yao AJ, Renner LA, Harif M, Lam CG. The prioritisation of paediatrics and palliative care in cancer control plans in Africa. *Br J Cancer*. 2015;112(12):1845-56.
44. 臨床試験での "Best supportive care" の介入内容のレビュー
Nipp RD, Currow DC, Cherny NI, Strasser F, Abernethy AP, Zafar SY. Best supportive care in clinical trials: review of the inconsistency in control arm design. *Br J Cancer*. 2015;113(1):6-11.

【*Cancer*. 2015;121(11-16)】

45. スピリチュアル側面を含んだ QOL 評価尺度 FACIT-Sp の成人がんサバイバーでの標準値の作成
Munoz AR, Salsman JM, Stein KD, Cella D. Reference values of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being: a report from the American Cancer Society's studies of cancer survivors. *Cancer*. 2015;121(11):1838-44.
46. 進行がん患者の 化学療法の根治可能性の認識と受けた終末期医療の関係 : CanCORS 研究
Mack JW, Walling A, Dy S, Antonio AL, Adams J, Keating NL, et al. Patient beliefs that chemotherapy may be curative and care received at the end of life among patients with metastatic lung and colorectal cancer. *Cancer*. 2015;121(11):1891-7.
47. マイノリティの乳がん患者に対する鎮痛治療の非無作為化比較試験
Anderson KO, Palos GR, Mendoza TR, Cleeland CS, Liao KP, Fisch MJ, et al. Automated pain intervention for underserved minority women with breast cancer. *Cancer*. 2015;121(11):1882-90.
48. 前立腺がん患者での治療選択の後悔とその関連要因
Morris BB, Farnan L, Song L, Addington EL, Chen RC, Nielsen ME, et al. Treatment decisional regret among men with prostate cancer: Racial differences and influential factors in the North Carolina Health Access and Prostate Cancer Treatment Project (HCaP-NC). *Cancer*. 2015;121(12):2029-35.
49. がんによる腸閉塞の予後予測因子
Alese OB, Kim S, Chen Z, Owonikoko TK, El-Rayes BF. Management patterns and predictors of mortality among US patients with cancer hospitalized for malignant bowel obstruction. *Cancer*. 2015;121(11):1772-8.
50. 乳がん患者の閉経症状に対するヨガと瞑想の無作為化比較試験
Cramer H, Rabsilber S, Lauche R, Kummel S, Dobos G. Yoga and meditation for menopausal symptoms in breast cancer survivors-A randomized controlled trial. *Cancer*. 2015;121(13):2175-84.
51. がん関連の倦怠感と 2,3-dioxygenase (IDO) pathway の関連に関するレビュー
Kim S, Miller BJ, Stefanek ME, Miller AH. Inflammation-induced activation of the indoleamine 2,3-dioxygenase pathway: Relevance to cancer-related fatigue. *Cancer*. 2015.
52. がん患者の代替補完療法の認識と実際の使用
Bauml JM, Chokshi S, Schapira MM, Im EO, Li SQ, Langer CJ, et al. Do attitudes and beliefs regarding complementary and alternative medicine impact its use among patients with cancer? A cross-sectional survey. *Cancer*. 2015;121(14):2431-8.
53. 近所付き合いに関する項目の研究での活用状況のレビュー
Gomez SL, Shariff-Marco S, DeRouen M, Keegan TH, Yen IH, Mujahid M, et al. The impact of neighborhood social and built environment factors across the cancer continuum: Current research, methodological considerations, and fu-

ture directions. *Cancer*. 2015;121(14):2314-30.

54. 血液がん患者での患者中心の医療の質評価尺度の開発と計量心理学的検討

Tzelepis F, Sanson-Fisher RW, Hall AE, Carey ML, Paul CL, Clinton-McHarg T. Development and psychometric evaluation of the Quality of Patient-Centered Cancer Care measure with hematological cancer survivors. *Cancer*. 2015;121(14):2383-92.

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

1) 改訂版のポイント

Minds ガイドライン作成の手法を遵守しながら改訂作業を進めており、予定通り 2016 年 6 月の発刊をめざしている。改訂版の主な変更点は、①現在の「関連する特定の病態の治療」(悪性胸水、咳嗽、死前喘鳴)について最新の文献レビューを行い、推奨文を作成する、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、③今回の改訂に伴って必要となるその他の項目(薬剤の説明など)の修正・加筆をすることである。

2) 進捗状況

2015 年 9 月時点で、SCOPE 作成、システマティックレビュー、推奨文(案)作成まで終了した。推奨文(案)は、外部のデルファイ委員(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、一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパン(患者家族代表)から推薦された委員)に評価していただいている。

3) 今後の予定

今後、推奨文の確定、背景知識の部分の加筆・追加を進め、外部評価委員、理事、代議員の皆様の評価を受けたのち、2016 年 6 月の発刊予定である。

同時に、推奨内容、作成プロセスに関して、海外ジャーナルに投稿を予定しており英文化作業も並行して進めている。

2) 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

- ・ 2015年度第1回WPG会議開催
(2015年6月20日、横浜)
- ・ 2015年度第2回WPG会議開催
(2015年10月31日、京都)
- ・ 進捗状況
8月 推奨原稿作成
9月 背景知識原稿作成
10月 デルファイ評価(第1回目)
10月31日 デルファイ会議開催
- ・ 2016年6月の発行を目指している。

3) 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る。2015年6月20日に2015年度第1回WPG会議を行い以下の方向性で作業を進めている。

- ・ 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」「臨床疑問に対するエビデンスレビュー」「構造化抄録」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。
- ・ 2015年8月末までに「サマリー」「臨床疑問に対するエビデンスレビュー」を完成させる。
- ・ 2015年10月末までに「構造化抄録」を完成させる。
- ・ 表現の統一などの校正を行い2016年3月末までに改訂版を完成させる。

2. 委託事業委員会活動報告

委託事業委員会 委員長 上村 恵一

委託事業委員会では事務局6名がそれぞれ緩和ケア教育研修事業担当3名、普及啓発担当2名、CST担当1名で担当している。2015年9月末時点での事業進捗状況を報告する。

▶緩和ケア教育研修事業について

(1) 指導者研修会の開催

本年度は2回の指導者研修会を開催する。初回である「第27回緩和ケアの基本教育における指導者研修会」は2015年9月26日(土)～27日(日)に開催した。本研修会には228名の応募があり、抽選により選ばれた60名が参加・修了した。次回「第28回緩和ケアおよび精神腫瘍学の基本教育に関する指導者研修会」は、2015年12月19日(土)～20日(日)にクロスウェーブ船橋にて開催を予定している。

(2) 病院長等を対象とした緩和ケア研修会の開催

本年度より初めての取り組みとなる、全国のがん診療連携拠点病院における病院長等の病院幹部を対象とした緩和ケア研修会を開催する。これは病院幹部の研修会受講が、がん診療連携拠点病院に求められていることから、病院長等が研修を受講できる体制を整えること、さらには病院長等が自ら研修会を受講することで緩和ケア及び緩和ケア教育の重要性を実感してもらい、自施設内でより多くの緩和ケア研修会の開催が促されることを目的としている。本研修会の内容は2008年4月1日付健発第0401016号厚生労働省健康局長通知「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(2015年2月10日付健発0210第8号)」に準拠したプログラムで実施し、これは自施設内で開催される緩和ケア研修会の内容とほぼ同様のものである。また、研修会修了者へは厚生労働省健康局長印の押印された修了証書も交付される。

なお、開催日程は以下の通りである。

- ・2015年10月24日(土)～25日(日)
フクラシア品川クリスタルスクエア
- ・2015年11月21日(土)～22日(日)
新大阪丸ビル別館

▶緩和ケア普及啓発事業について

(1) 緩和ケア研修会修了者用バッジの作製

昨年度、「がん診療連携拠点病院等の整備について(2014年1月10日付健発0110第7号健康局長通知)」に明記されている「研修修了者について、患者とその家族に対してわかりやすく情報提供する」という項目に則り、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会(以下、緩和ケア研修会)」修了者であることを示すバッジを作製した。

本年度は本バッジを緩和ケア研修会修了者に広く配布するために、学術大会等会場にブースを出展しての配付や、普及啓発事業公式ホームページ「緩和ケア.net」内に緩和ケア研修会修了者用バッジ申込み用のフォームを設置しての配付を進めている。

学術大会等へのブース出展による配布では、第20回日本緩和医療学会学術大会(2015年6月18日～20日開催、配付は19日・20日に実施)では232個を配付した。次に、第13回日本臨床腫瘍学会学術集会(2015年7月16日・18日開催、配付は16日のみ実施)では20個を配付した。なお、配布実績から効果が見込めないため、ブース出展による配付は今後実施しない。

普及啓発事業公式ホームページ「緩和ケア.net」からの請求については、現在、申込み用フォームの設置を進めている。本フォームを使つての申込みは、基本的には病院単位での申込みとし、申込みには各施設よりバッジの配付対象である緩和ケア研修会修了者の名簿を提出いただく予定である。また、病院単位での申込みが出来ず個人で申込み場合には、緩和ケア研修会の修了証書の提出をお願いする予定である。(指導者研修会の修了を以て緩和ケア研修会を修了している場合は指導者研修会の修了証書)本フォームの使用開始については、文書や普及啓発事業公式ホームページ「緩和ケア.net」で告知する予定である。

(2) 緩和ケア普及啓発イベントの開催

「診断時からの緩和ケア」を広く普及啓発することを目的とし、一般市民を対象としたイベントを開催する。また、イベント開催前には新聞、雑誌等の記者を対象としたプレスセミナーも開催し、報道で緩和ケアと当該イベントの周知を図る。

なお、街頭イベントは2016年1月10日(日)にナディアパーク(愛知県名古屋市)にて、市民公開講座は2016年2月11日(祝・木)にイノホール(東京都千代田区)にて開催する予

定である。

▶コミュニケーション技術研修事業について

(1) コミュニケーション技術研修会の開催

本年度はコミュニケーション技術研修会を4回開催する予定である。コミュニケーション技術研修事業は本年度より当会が主催団体として厚生労働省から委託された。前述の教育研修事業にて行っている緩和ケア研修の内容と本研修内容は相補的なものであるため、今後は委託事業内でコミュニケーション技術研修事業と教育研修事業とがより一層の連携強化を図って事業を進めていく所存である。

第1回：2015年12月12日(土)～13日(日)

東邦大学看護学部

第2回：2016年 1月 9日(土)～10日(日)

東邦大学看護学部

第3回：2016年 1月30日(土)～31日(日)

天満研修センター

第4回：2016年 2月13日(土)～14日(日)

東邦大学看護学部

(2) ファシリテーター養成講習会の開催

本講習会は、コミュニケーション技術研修会におけるファシリテーターを養成するものである。全7日間の講習期間の内、最後の2日間ではコミュニケーション技術研修会にて実践のファシリテートを行う。そのため、全日程への受講が参加の必須条件となっている。

第1回：2015年10月10日(土)～12日(月)

第2回：2015年11月 7日(土)～ 8日(日)

第3回：上記、コミュニケーション技術研修会
の内、どれか1回

**編集
後記**

今から30年ほど前、故・千原所長さんの浜松聖隷三方原病院ホスピスをみて、こんな医療もあるんだと感心したことを覚えている。そして20年前、娘が生まれ大学院をでた頃に本学会が創設されたこともよく覚えている。山崎章郎先生の「続 病院で死ぬことーそして今、僕はホスピスに」を読んで益々ホスピスに関心が強くなっていた。でもまだ緩和ケアは市民権を得ておらず、緩和ケアチームで普及活動をしていた。末期がん患者と向き合いながら10年ほど前に緩和ケア病棟を遂に開設した。当時でも「緩和ケアです」と言う「なに？ 棺桶屋？」と言われ落胆したこともよく覚えている。だがこの10年は速かった。そして次の10年後はどうなっているのだろうとワクワクする。(家田 秀明)

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