



Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会
ニュースレター

Aug 2017

76

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	23
Journal Club	24
よもやま話	29
Journal Watch	32
委員会活動報告	37

巻頭言

助けないという助け方

札幌市立大学 看護学部
川村 三希子

私の好きな本の中から「べてるの家」の「非」援助論～そのままがいいと思えるための25章」を紹介します。タイトルからして風変りなこの本は、北海道浦河町にある精神障害を抱えた人たちの有限会社・社会福祉法人「浦河べてるの家」から発行されています。「浦河べてるの家」には、「苦労を取り戻す」、「三度の飯よりミーティング」、「弱さを絆に」、「安心してサボれる会社づくり」をキャッチフレーズに精神障害を抱えた人達が、自分を取り戻すために暮らしています。そこには、幻聴や妄想を語り合う「幻覚&妄想大会」があり、「失敗してもいい」、「不安があっても当然」、「悩みや苦労を取り戻そう」といった逆転の人生哲学があります。精神障害をもつ人たちが、その語るに値しないと封印してきた自らの歩みを自分の生きてきた歴史として語るとき、無意味であった日々が意味をもちはじめ、語ることを通じて、人と人が新たなつながりを得るという実話が描かれています。語ることによって人が救われる。助けない、という助け方がある。そんな驚きの一冊です。

ちょうどこの本に出合った頃、私の友人が進行がんを患い闘病していました。彼女は脳にも転移し、かなり深刻

な状態でしたが、いつも明るく調子のよいときには一緒にご飯を食べ他愛のない話をして過ごしました。ある日、いつものようにおしゃべりをしながら過ごしていると、彼女から唐突に、「あなたは私を助けようとしなくていいから一緒にいてとても楽。他の人はね、私が病気の話をしたりすると助けようとするからとても疲れるの。」と言われたのです。複雑な気持ちでした。彼女が抱えている現実を想像するだけで苦しく、理解しようとするだけで精一杯でした。助けようとしなくていいのではなく助けられないだけでした。ただ、彼女にこう言ってもらえたことで私は最期まで彼女の友人として居続けることができました。助けないという助け方があるということを感じさせてもらったような気がします。

彼女が逝ってから12年が経ちました。「がん患者がいつでも集まって、おしゃべりできる喫茶店を作りたい。名前は“天国に一番近い喫茶店”にしてね!」。それが彼女の願いでした。もし彼女の願いが叶えられたら、がんになった苦労や悩みも、がんになったこと以外の苦労や悩みや不安も、たくさん語られるような素敵な喫茶店ができると思います。

1. 死亡前の化学療法の関連要因

名古屋大学大学院医学系研究科
看護学専攻基礎・臨床看護学講座 佐藤 一樹

Rochigneux P, Raoul JL, Beaussant Y, Aubry R, Goldwasser F, Tournigand C, Morin L. Use of chemotherapy near the end of life: what factors matter? Ann Oncol. 2017 Apr 1;28(4):809-817. PMID:27993817

【目的】

進行がん患者に対する死亡直前の抗がん剤投与は効果は見込めず有害事象も生じうるが、その実施の要因に関する研究は乏しい。死亡前数カ月間での抗がん剤投与に関連する患者・疾患・施設要因を明らかにすることを目的とした。

【方法】

フランスのがん登録データを用い、2010～2013年に転移性固形がんのため死亡したすべての成人入院患者 279,846 名のデータを取得した。死亡前3カ月以内の抗がん剤投与は、内服を含み、入院・外来・在宅で1種類以上の抗がん剤を投与されていることで定義した。死亡前1カ月以内の新規抗がん剤投与は、死亡2～3カ月前に抗がん剤投与がなく死亡前1カ月以内に抗がん剤投与があることで定義した。ただし、臨床試験での抗がん剤投与は除外した。また、抗がん剤の感受性を First-line の抗がん剤治療の奏効率により定義した。

【結果】

死亡前の抗がん剤投与を受けた割合は、死亡前3カ月以内で 39.1%、1カ月以内で 19.5%、2週間以内で 11.3%であった。

死亡前1カ月以内での抗がん剤投与は、患者要因では女性の方が少なく、高齢ほど少なく、併存疾患を有する方が少なく、がん原発部位により異なり、施設要因では施設種別により異なり、化学療法を多く行う施設の方が多く、緩和ケア病棟のない病院の方が多かった。

死亡前1カ月以内での新規抗がん剤投与を受けた割合は 6.6%で、その関連要因は抗がん剤投与の要因と同様の傾向であった。

抗がん剤の感受性が高いがん原発部位の方が死亡前1カ月以内の抗がん剤投与は多かった。しかし、90歳以上の高齢者や小規模な公立病院では抗がん

剤の感受性と死亡前の抗がん剤投与が関連しなかった。また、精巣がんと卵巣がんを除くがんでは抗がん剤感受性と死亡前の抗がん剤投与が関連しなかった。

【結論】

入院がん患者では、若年で、がん専門病院や抗がん剤実施件数の多い病院であり、緩和ケア病棟を有さない病院で死亡前の抗がん剤投与が多い傾向がみられた。また、抗がん剤の感受性の高いがんほど死亡前の抗がん剤投与が多いという傾向はみられなかった。

【コメント】

死亡前の抗がん剤投与や新規抗がん剤投与はがん終末期の積極治療の質指標とされ、ベンチマークとして死亡前1カ月以内の抗がん剤投与では 10%、死亡前2週間以内の新規抗がん剤投与では 2%が提案されている。本研究では入院患者に限定したため、より高頻度であったのかもしれない。これまでコホート研究により進行がん患者ががん治療の目標を根治目的と正しく認識していないと死亡前の抗がん剤投与が増加し、死亡前の抗がん剤投与による QOL 改善は示さなかった。抗がん剤治療終了の意思決定はがん医療の重要なテーマの1つである。

死亡前の抗がん剤投与が一部のがんを除いて抗がん剤の感受性と関連しなかったことは注目に値する。著者らは死亡前の抗がん剤投与について、一律の適切性の判断基準を設けるのではなく、疾患、身体症状、患者の意向により個別的にニーズをアセスメントすることが重要と論じ、患者と共有した意思決定や個別化した終末期医療の意思決定に焦点化したガイドラインの必要であることを訴えて結論とした。

2. 緩和ケアユニットに入院した進行がん患者における飲酒と喫煙習慣の影響

静岡県立静岡がんセンター 薬剤部
佐藤 淳也

Mercadante S, Adile C, Ferrera P, Casuccio A. The effects of alcoholism and smoking on advanced cancer patients admitted to an acute supportive/palliative care unit. Support Care Cancer. 2017 Jul;25(7):2147-2153.

【目的】

本研究は、緩和ケアユニットに入院した進行がん患者における症状と飲酒、喫煙習慣の関連を前向きに検証することである。

【方法】

入院患者の身体的および心因性症状は、Edmonton Symptom Assessment Scale(ESAS)により評価された。また、飲酒習慣については、CAGE テスト（問題のある飲酒習慣についての4項目の質問、2つ以上該当でアルコール依存とされる）を用いて行われた。喫煙習慣については、患者は、持続的な喫煙者（PS）、元喫煙者（FS）と非喫煙者（NS）と3つの群に分けられた。せん妄の有無は、Memorial Delirium Assessment Scale（MDAS）を用いて評価された。

【結果】

314名の患者が調査対象となった。喫煙習慣については、現喫煙者；47名（14.9%）、過去喫煙者；143名（45.5%）と非喫煙者；124名（39.5%）であった。また、飲酒習慣における問題のある飲酒習慣の有無については、16例の患者がCAGE陽性であった。現喫煙者では、他喫煙状態の患者に対して病気への認識が低かった（ $p=0.048$ ）。また、ESASによる各症状は、CAGE陽性の患者では陰性の患者に比べ悪心（入院時；4.6 vs 1.9, $p<0.0005$ ）、呼吸困難（入院時；4.6 vs 2.3, $p=0.008$, 退院時；2.9 vs 1.3, $p=0.023$ ）と全体的な調子（退院時；5.8 vs 3.6, $p=0.003$ ）において有意に高い値（症状が重い）を示した。経口モルヒネ換算使用量は、CAGE陽性患者で陰性者に比べ多い傾向を示したが統計的有意差を認めなかった（入院時～退院時；121～102 vs 77～80mg）。CAGE陽性の患者と喫煙者の間で、症状発現の相関はなかった。

【考察】

本研究は、単一施設での研究ながらアルコール依存と喫煙状態は、進行がん患者への緩和医療の症状進行や病気に認識に影響しているであろうと結論している。

【コメント】

日本における生活習慣病リスクを生じる飲酒習慣は、男性15.8%、女性8.8%と決して少なくない（平成26年「国民健康・栄養調査」）。また、喫煙率も、同様に男性29.7%、女性9.7%と示されている（JT全国喫煙者率調査）。これら数値からも、本邦の緩和ケアを受けるがん患者においても、飲酒や喫煙習慣のある場合が少なくないと予想される。また、これら習慣のない患者に比べ、緩和ケアを受ける時点で既に症状が増悪しているあるいは治療経過中症状が増悪しやすい可能性を踏まえて治療に臨むことが期待される。

3. がん骨転移に対するゾレドロン酸の投与間隔についてのランダム化比較試験

名古屋大学病院 薬剤部
宮崎 雅之

Himmelstein AL, Foster JC, Khatcheressian JL, Roberts JD, Seisler DK, Novotny PJ, Qin R, Go RS, Grubbs SS, O'Connor T, Velasco MR Jr, Weckstein D, O'Mara A, Loprinzi CL, Shapiro CL. Effect of Longer-Interval vs Standard Dosing of Zoledronic Acid on Skeletal Events in Patients With Bone Metastases: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2017 Jan 3;317(1):48-58.

【目的】

ゾレドロン酸は骨転移患者での骨関連事象（skeletal-related event：SRE）を予防するが、至適な投与スケジュールは不明である。そこで本研究はゾレドロン酸の至適投与量を検討するために骨転移を有する乳がん、前立腺がんおよび多発性骨髄腫患者を対象に、4週または12週毎のゾレドロン酸の投与を行う非盲検ランダム化非劣性試験を行った。

【方法】

米国の269施設で登録された骨転移を有する18歳以上のがん患者1,822例（乳がん855例、前立腺がん689例、多発性骨髄腫278例）を対象とした。ゾレドロン酸を12週毎（911例）または4週毎（911例）に静脈内投与する群に無作為化に割り付けられ、2年間の治療が行われた。主要評価項目は2年以内の1イベント以上のSRE発生率（臨床的骨折、脊髄圧迫、骨への放射線照射、骨関連手術）とした。また副次評価項目は癌腫間でのSREの発生率、疼痛スコア（Brief Pain Inventory）、ECOGのPerformance Status（PS）、腎機能障害と顎骨壊死の発生頻度とした。

【結果】

795名が試験を完了した。2年間でのSREの発生率は4週毎投与群の29.5%に対し、12週毎投与群は28.6%となり、非劣性が示された（リスク差-0.3%、片側95%CI、-0.4% - ∞ 、 $P<0.001$ ）。癌腫間でのSREの発生率、疼痛スコアおよびPSは両群間に差がなかった。骨代謝回転のマーカーであるC末端テロペプチド値は12週群で高かった。顎骨壊死およびGrade3以上のクレアチニン上昇の発現頻度は、両群間に差はなかった（顎骨壊死：4週毎投与群：2.0%、12週毎投与群：1.0%、 $P=0.08$ 、クレアチニ

ン上昇：4 週毎投与群：1.2%、12 週毎投与群：0.5%、 $P=0.10$ 。

【結論】

骨転移を有する乳がん、前立腺がんおよび多発性骨髄腫患者において、12 週毎のゾレドロン酸投与は、通常の 4 週間毎の投与と比較して 2 年間での SRE の発生率を上昇させない。

【コメント】

本研究はオープンラベル試験ではあるものの、ゾレドロン酸の長期間隔の投与は標準スケジュールに非劣性であることが大規模試験で確認された。デノスマブとの差別化が図れる可能性がある。また長期間隔投与は医療経済的にも有益であると考えられる。

4. 終末期がん患者の QOL に Locus of control が与える影響

名古屋大学大学院医学系研究科
杉村 鮎美

Brown AJ, Thaker PH, Sun CC, Urbauer DL, Bruera E, Bodurka DC, Ramondetta LM. Nothing left to chance? The impact of locus of control on physical and mental quality of life in terminal cancer patients. *Support Care Cancer*. 2017 Jun;25(6):1985-1991. PMID:28175997

【目的】

Locus of control (LOC) は自分の行動を統制する主体の存在がどこにあると認識しているかにより、内的統制と外的統制に分けられる。内的統制は自分で統制できると認識し、外的統制は他者や偶然・運により統制されると認識する。外的統制を認識している者は低い QOL や精神健康に影響している可能性が示唆されており、高いがん患者のうつ罹患率にも関連している。そこで本研究の目的は、終末期がん患者の様々な QOL と精神的健康に LOC が与える影響を明らかにすることである。

【方法】

MD アンダーソンがんセンターのサポーターケア部門の新規外来患者の内、進行がんと診断され余命 6 カ月以上の者に対して、5 つの尺度 (LOC scale, QOL のスピリチュアリティの測定尺度：FACIT-Sp, QOL の測定尺度：FACT-G, 希望の測定尺度：Herth Hope Index, 不安と抑うつ の測定尺度：HADS) を用いて調査した。LOC Scale の 3 つの下位尺度 (内的、偶然、

他者) を従属変数、その他の尺度を説明変数として多変量解析を用いて関連を明らかにした。下位項目の「内的」は内的統制、「偶然」と「他者」は外的統制を示す。

【結果】

100 名の患者が研究に参加し、診断後経過日数の中央値は 0.83 カ月であった。多変量解析の結果、統制の所在を「偶然」と認識している (LOC chance) 者ほど、QOL の総合評価 (FACT-G, 偏回帰係数 $\beta = -1.05$)、スピリチュアルな側面 (FACIT-Sp, 信念 $\beta = -0.35$, 生きる意味 / 平穏 $\beta = -0.64$)、希望 (HHI, $\beta = -0.47$) が低く、不安や抑うつ (HADS, 不安 $\beta = 0.33$, 抑うつ $\beta = 0.27$) が高かった。「内的」と「他者」に統制の所在を認識している者は、QOL や精神健康に影響をしていなかった。

【結論】

行動統制の所在を「偶然」と捉える傾向のあるがん患者は、終末期に QOL や精神面の健康を損なう可能性がある。そのため、患者の早期スクリーニングと対象患者のコントロール感を改善させる介入を行う必要がある。

【コメント】

LOC は、がん患者の QOL 低下や抑うつを早期に予測し、効果的な心理療法を行うための患者特性を示す有用な指標である可能性が示唆された。日本においても文化的背景を考慮した LOC 尺度が複数開発されている (堀毛, 1991; 鎌原ら, 1982; 渡辺, 1986) ため、臨床においてスクリーニングツールとして活用が期待される。一方で、LOC 介入の縦断的な効果検証や LOC に合わせた効果的な心理療法の開発が望まれる。

5. Web による患者報告に基づく症状モニタリングと通常ケアとの単施設による無作為化比較試験：生存時間解析

国立研究開発法人 国立がん研究センター
先端医療開発センター 精神腫瘍学開発分野
菅野 雄介、小川 朝生

Basch E, Deal AM, Dueck AC, Scher HI, Kris MG, Hudis C, Schrag D. Overall Survival Results of a Trial Assessing Patient-Reported Outcomes for Symptom Monitoring During Routine Cancer Treatment. *JAMA*. 2017 Jul 11;318(2):197-198. doi: 10.1001/jama.2017.7156.

【目的】

臨床において、電子システムを用いた患者報告型の症状モニタリングに関心が高くなっているが、その有効性を示すエビデンスに限りがある。本研究では、Web による患者報告 (PRO; patient-reported outcomes) に基づく症状モニタリングと通常ケアとの単施設による無作為化比較試験 (Basch E. J Clin Oncol 2016) の二次解析として、生存期間について調査した。

【方法】

調査は、2007年9月から2011年1月に、メモリアル・スローン・ケタリングがんセンターの外来に受診し、転移のある固形がんでがん化学療法を受ける患者766名を、通常ケア群とPRO群に無作為に割付けした。PRO群では、患者はWeb上で12症状 (食思不信、便秘、咳嗽、下痢、呼吸困難、排尿障害、倦怠感、ほてり、嘔気、嘔吐、疼痛、神経紹介) を評価し、症状が強い項目に対し主に看護師による訪問または電話にて症状マネジメントが行われた。通常ケア群では、外来時に医療者に症状を伝え治療やケアが行われた。解析は、カプランマイヤー法、コックス比例ハザード回帰による生存時間解析を行った。

【結果】

766名が無作為割付けされ、年齢の中央値が61歳、白人が86%、女性が58%であった。フォローアップ期間の中央値が7年で、2016年6月時点で517名 (67%) が死亡した。生存期間の中央値では、PRO群で31.2カ月 (95%信頼区間, 24.5-39.6)、通常ケア群で26カ月 (22.1-30.9) であった (Log-rank test: $P=0.03$)。また、ハザード比は0.83 (95%信頼区間, 0.70-0.99; $P=0.04$) であった。

【結論】

電子システムを用いた患者報告型の症状モニタリングは、質の高いケアを提供するための一部であるかもしれない。

【コメント】

本研究は、ASCO2017で発表され、BMJ誌でもResearch Newsで取り上げられている (Mayor S. BMJ 2017)。著者らは、Webベースによる症状モニタリングシステムを導入したことで、中程度以上の症状への適時適切な対応が可能となり、重症化の予防につながったと考察しており、がん化学療法の継続期間にも統計学的に有意な差が示されている (Basch E. J Clin Oncol 2016)。

国立がん研究センター東病院では、Webベースの症状モニタリングシステムとして、ESAS-r日本語

版を外来に試験的に導入している。今後は、PRO-CTCAE日本語版も内蔵し、抗がん治療の有害事象のモニタリングシステムを構築していく予定である。

6. 超高齢者のエンド・オブ・ライフケアと死亡場所の希望: VOICES 短縮版を使用した人口調査

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 五十嵐 尚子

Hunt KJ, Shlomo N, Addington-Hall J. End-of-life care and preferences for place of death among the oldest old: results of a population-based survey using VOICES-Short Form. J Palliat Med. 2014 Feb;17(2):176-82.

【目的】

超高齢者の最期の3カ月に受けたケアと死亡場所の希望の決定に関して探索することとした。

【方法】

本調査は自記式質問紙による後ろ向き横断調査である。本調査は英国の全国遺族調査 (View of Informal Care Evaluation of Service: VOICES) の予備調査として行った。対象は2009年10月～2010年4月の期間に死亡した2つの地域の住民の遺族である。抽出されたのは2,272名でそのうち除外されたのは850名 (変死: 788名、別の地域で死亡: 8名、18歳以下: 13名、遺族が海外にいる: 17名、遺族が引っ越しをした: 24名) であった。よって1,422名を対象とした。死別後6～12カ月の遺族にVOICES短縮版の質問紙を送付した。解析は85歳以上と85歳未満で比較をした。

【結果】

有効回答数は473名 (33%) だった。故人の48%は85歳以上の超高齢者だった。85歳以上の群の認知症を有していたのは20.4%と有意に多かった ($p<0.01$)。85歳以上と85歳未満で最期の3カ月のケアの質に違いは無かった。しかし、最期の2日間の疼痛以外の症状コントロールや心理的・スピリチュアル的なケアは85歳以上の方が有意に評価は低かった ($p=0.02\sim0.05$)。また、85歳以上の群は、85歳未満の群と比較して以下の項目が有意であった。死ぬ事を知らない ($p<0.02$)、死亡場所の希望の記録が無い ($p<0.01$)、希望した場所で最期を過ごせない ($p<0.01$)、死亡場所について十分な選択

肢が無い ($p<0.05$)、望まない治療選択が行われる ($p<0.01$)。また、在宅死の予測因子は在宅での十分なサポートと希望の死亡場所の記録であり、年齢は関連しなかった。

【結論】

本調査で超高齢者が不平等な最期を迎えているのが明らかになった。最期の2日間のケアの評価の低さや死亡場所の十分な選択肢がない事は、早期に患者と家族へEOLについての話し合いを行うことの重要性を強調している。早期からのEOLでの治療の選択や死亡場所についての話し合いは超高齢者にとってより治療決定を自身でコントロールが可能であるし、死亡場所の希望を記録する事に繋がる。

【コメント】

本調査より、合併症や老化による身体機能の衰えのために複雑化する身体的問題と認知症などによる認知機能の低下がより顕著となりやすい超高齢者へのEOLケアの困難さを改めて感じた。早期からEOLケアについての話し合いはとても重要であるが、話し合うタイミングが課題となる。認知症や心不全など非がんで予後予測が困難で経過が長い場合にどのタイミングでEOLの話し合いを行うか、今後更なる議論が必要である。

よもやま話



チョコレート事件

みずほ在宅支援クリニック

家田 秀明

2月から在宅訪問診療を専門とするクリニックを開業しました。20年ほど勤めた前の病院では緩和ケアを専門にしていました。緩和ケアチームを組織し緩和ケア病棟を開設し、家にいるかのような、社会の中で過ごしているかのような、家庭や社会のにおい、温かみを含んだ笑いのある風を病院に流すことを心がけていました。一般病棟でも緩和ケア病棟でもがんの患者さんは過去を悔やみ、未来を憂いながら、今を、痛みを感じながら辛い状況に置かされて生きていました。疼痛コントロールの知識や技術がよくなり身体的には苦痛は軽減されてきましたし、メンタルやスピリチュアルのケアもここがけて不安や焦燥、せん妄、死の恐怖、絶望感や生きている意味や価値の喪失感に対しても軽減できたかと思っています。長年緩和ケアをやっていて、がんに伴うマイナス面をいかに軽減するかに尽力したとはいえ、死の差し迫った末期がんの状態にあってもさえずりと満足の笑みを浮かべ穏やかに日々を過ごされている方もいらっしゃり、どうしてこのように達観されているのか不思議でなりません。こうした方をよくよく観察していると、ちょっとしたことにも新鮮でいきいきとした感覚を向けていらっしゃることに気づきました。それが本当に辛い状況にあってもです。ふとしたことにも新鮮で別の視点からまるで他人目線でうまく解釈しておられるのです。辛い状況にあってもそこにフッと脱力しそうな笑いや知恵が生まれ、うまくその状況をやり過ごしていけるのです。柏木先生がユーモアの大切さを述べていらっしゃいますが、その巧みな生き方に脱帽するほどです。今まで一生懸命知識や技術を用いてきましたが、こうした知恵といいますかユーモアでしょうか、マイナスをプラスに転じたり、プラスの面を増幅させて、今をいきいきと上手に輝かせていくことに、改めて緩和ケアの奥深さを感じました。病院から家に帰られたあとはどんなふうなところ持ちや生き方に差が出るのだろうかと思い、5年ほど前から時々患家を訪れ病院と家の違いを見に行くことにしました。自分の家では、自身が主でいられます、主客転倒が起こります。そして他人任せではない自己コントロール感、自律という意識が自然と高まりますし、他人にしてもらうにしても自律の下に、純粋な感謝の気持ちも芽生えてくるようでした。そして自宅においては、落ち着いて、庭の木々の葉っぱや鳥の訪れ、家族の何気ない動きにも優しい笑顔で静かに見ている“ひと”が私には見えてきました。些細なことにふと笑みや涙が顔にでます。どんな環境でも慣れ親しんだわが家には、病院から戻ってくると今までとは違った意識や感覚があるようでした。認知症のある大腸がんのおばあちゃんは明るいときに恐怖や不安に苛まれますが、薄暗くて静かなお部屋で普段は穏やかに笑顔で過ごされて、非常にかわいい方で愛されています。食事でも栄養ドリンクも好きで、中でもチョコレートは好物でベッドの頭にはいつもたくさんのチョコレート菓子が置かれています。ですから貧血もなく血色の良いおばあちゃんなのですが、たびたび出血があるようで、大腸内視鏡も異常が見当たらないのに、本人も家族も心配です。この前はトイレで用を足した際におむつや便器に真っ黒な汚れや滴りがあり、「大出血」だったようで、私も緊急で呼ばれました。電話の向こうから「死んじゃう・・・」って悲痛な声が聞こえてきます。病気の悪化をかなり心配されているようで、私も点滴や止血剤を車に持ち込み急いで往診に出ました。おばあちゃんは大騒ぎです。家族も多量の「血痕」に大慌てです。「こんなに出了んです。」おむつには真っ黒でドロドロと「血」が付着しており、下着にも便器にも床にも滴り落ちています。「大丈夫？・・・そうだね。」出血しそうな部位も診察しましたが、奥からは出血はなさそうです。おむつをよく見ると「血痕」は不思議なことにパリパリと割れます・・・中に紙も混ざっています・・・臭いところか・・・なんだか甘いにおいがします。下着も汚れているようで、シャツをはだけると・・・「まあ！」

なんとおいしそうな香り！がするではありませんか？部屋を明るくさせてもらっておむつをみると、チョコレートがいくつか溶けて本当に「出血おむつのレプリカ」のようでした。まあなんとうまくできた作品なんでしょう！フツと笑えてきました。決め手はお菓子の包装紙でした！本人も家族も泣くやら笑うやら・・・「出血」の原因を突き止めることができて、長年の懸案事項が解決されて、ひと安心となりました。なんだかホッと温かく包まれたようで、緊急往診もなんのことやら・・・「在宅なんだなあ」また1つところが緩むひと時をいただきました。

精神科リエゾンチームのご紹介

がん・感染症センター 都立駒込病院 神経科 心理士
武村 尊生

近年、チーム医療の重要性がますます強調されています。緩和ケアチームをはじめ、認知症ケアチームや救急患者継続支援チームなど、様々な目的で多職種が協働する場面が増えてきました。精神科リエゾンチームもその一つです。今回は、精神科リエゾンチームについて紹介させていただきます。

精神科リエゾンチームは、平成24年度診療報酬改定で加算が新設されたことに伴い、全国的にチーム設立の機運が高まりました。しかし、それ以前から、精神科コンサルテーション・リエゾン活動として、多くの医療機関で実践されていました。

リエゾンの語源はフランス語です。「連携」「つなぐ」という意味があります。がんをはじめとする重大な病気は、患者さんの身体のみならず、ころころにも影響を及ぼします。不眠や気持ちの辛さ、病気になるってしまったやり場のない気持ち、ほかにも様々なことが起こりえます。精神科リエゾンチームは、入院されている患者さんやご家族が、安心して治療が受けられるよう活動しています。

精神科リエゾンチームとは、精神科医師、臨床心理士、精神看護専門看護師、精神保健福祉士、薬剤師、作業療法士など精神科医療に携わる多職種からなる医療チームです。一般病棟に入院している患者さんやその家族の精神症状や心理的問題に対し、その状態を多面的にアセスメントし、精神医療と身体医療の連携を図り、全人的な視点から精神科治療、心理社会的ケアを病棟チームと連携して行います。それぞれの専門性をつなぎ、精神医療と身体医療が途切れることのない全人的なサポートを目標としています。また、治療に関わるスタッフが治療やケアを行いやすくなるようにし、医療従事者のバーンアウト（燃え尽き）を防止することも目指しています。

チームの名称、具体的な活動内容は、各医療機関の特色やチームの掲げる理念や目標によって、一般的に少しずつ異なります。

私は現在、がん・感染症センター 都立駒込病院において、臨床心理士として、リエゾンチームの活動に参画しています。チーム内で臨床心理士は、精神科的診断の補助、心理的援助、家族への支援、患者・家族と医療者間のコミュニケーション支援、医師・看護師への助言等を行っています。また患者・家族のみならず、医療を提供するスタッフをも含めた全体の俯瞰を行うことも役割の一つと考えています。例えば、個々のスタッフが患者さんに対してどのような思いで診療にあたっているか、スタッフ自身が精神的な健康バランスを良好に保つことができているかにも目を向けています。

リエゾンチームの介入終了は、患者さんや家族の精神・心理的問題が改善した時、退院した時、病棟スタッフだけで対応が可能となったときに、介入を終了としています。困ったときにサポートを開

始し、それが解決した時が引き際と考えています。主役はあくまでも患者さんと家族、そして主治医や病棟、治療にあたるチームのスタッフです。リエゾンチームの役割は黒子と考えています。

ここから先は、個人的な見解となることをご承知おきます。

治療の経過中、困ったことは起きないことに越したことはありません。病棟からリエゾンチームが呼ばれないことは、スタッフや患者さんが困っていないということ、つらい思いをしていないということであり、ある意味治療が理想的に遂行されていることの現れとも言えるでしょう。また、困ったことの解決を通じて、精神・心理的問題の解決力をどんどんパワーアップしていただければ嬉しいなとも考えています。

誤解を承知で表現すれば、リエゾンチームのメンバーからみた究極の理想は「依頼がなくなってしまふこと」かもしれません。しかし現実は大変厳しく、それを実現することは遠い道のりの遥か彼方であると日々感じています。

依頼がなくなり、失業するのはある意味困りますが、少しでも理想に近づけるよう、今後も日々努力していきたいと考えております。

最後までお付き合いいただき、ありがとうございました。

ジャーナルウォッチ 緩和ケアに関する論文レビュー (2017年3月～5月刊行分)

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

名古屋大学大学院 医学系研究科 看護学専攻 基礎・臨床看護学講座 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. 2017;376(9-21)】

1. 坐骨神経痛に対するプレガバリンの臨床試験
Mathieson S, Maher CG, McLachlan AJ, Latimer J, Koes BW, Hancock MJ, et al. Trial of Pregabalin for Acute and Chronic Sciatica. N Engl J Med. 2017;376(12):1111-20. PMID 28328324.
2. ベンゾジアゼピン依存の治療の総説
Soyka M. Treatment of Benzodiazepine Dependence. N Engl J Med. 2017;376(12):1147-57. PMID 28328330.
3. がん患者の急性腎障害のレビュー
Rosner MH, Perazella MA. Acute Kidney Injury in Patients with Cancer. N Engl J Med. 2017;376(18):1770-81. PMID 28467867.

【Lancet. 2017;389(10072-10084)】

4. 脳卒中後の失語に対する集中言語訓練の無作為化比較試験
Breitenstein C, Grewe T, Floel A, Ziegler W, Springer L, Martus P, et al. Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke: a randomised, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting. Lancet. 2017;389(10078):1528-38. PMID 28256356.
5. 中国の85歳以上高齢者の予後、ADL、身体・認知機能
Zeng Y, Feng Q, Hesketh T, Christensen K, Vaupel JW. Survival, disabilities in activities of daily living, and physical and cognitive functioning among the oldest-old in China: a cohort study. Lancet. 2017;389(10079):1619-29. PMID 28285816.

【Lancet Oncol. 2017;18(3-5)】

6. がん患者対象のQOL調査の応諾率に関するレビュー
Wakefield CE, Fardell JE, Doolan EL, Aaronson NK, Jacobsen PB, Cohn RJ, et al. Participation in psychosocial oncology and quality-of-life research: a systematic review. Lancet Oncol. 2017;18(3):e153-e65. PMID 28271870.
7. 東地中海沿岸諸国での緩和ケアの現状と課題
Fadhil I, Lyons G, Payne S. Barriers to, and opportunities for, palliative care development in the Eastern Mediterranean Region. Lancet Oncol. 2017;18(3):e176-e84. PMID 28271872.

【JAMA. 2017;317(8-20)】

8. 米国の1980～2014年のがん死亡率の推移
Mokdad AH, Dwyer-Lindgren L, Fitzmaurice C, Stubbs RW, Bertozzi-Villa A, Morozoff C, et al. Trends and Patterns of Disparities in Cancer Mortality Among US Counties, 1980-2014. JAMA. 2017;317(4):388-406. PMID 28118455.
9. 限局型前立腺がんの治療後3年後の患者報告アウトカム PRO
Barocas DA, Alvarez J, Resnick MJ, Koyama T, Hoffman KE, Tyson MD, et al. Association Between Radiation Therapy, Surgery, or Observation for Localized Prostate Cancer and Patient-Reported Outcomes After 3 Years. JAMA. 2017;317(11):1126-40. PMID 28324093.
10. 限局型前立腺がんでの治療間でのQOLの比較
Chen RC, Basak R, Meyer AM, Kuo TM, Carpenter WR, Agans RP, et al. Association Between Choice of Radical Prostatectomy, External Beam Radiotherapy, Brachytherapy, or Active Surveillance and Patient-Reported Quality of Life Among Men With Localized Prostate Cancer. JAMA. 2017;317(11):1141-50. PMID 28324092.

11. 術後のオピオイド処方と痛み評価 (Letter)

Lee JS, Hu HM, Brummett CM, Syrjamaki JD, Dupree JM, Englesbe MJ, et al. Postoperative Opioid Prescribing and the Pain Scores on Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Survey. JAMA. 2017;317(19):2013-5. PMID 28510669.

12. 高齢者のうつ病治療のレビュー

Kok RM, Reynolds CF, 3rd. Management of Depression in Older Adults: A Review. JAMA. 2017;317(20):2114-22. PMID 28535241.

【JAMA Intern Med. 2017;177(3-5)】**13. 米国の不法移民のホスピス利用**

Gray NA, Boucher NA, Kuchibhatla M, Johnson KS. Hospice Access for Undocumented Immigrants. JAMA Intern Med. 2017;177(4):579-80. PMID 28166315.

【BMJ. 2017;354(8095-8107)】**14. オピオイド鎮痛薬とベンゾジアゼピンの併用処方と過量摂取の関連**

Sun EC, Dixit A, Humphreys K, Darnall BD, Baker LC, Mackey S. Association between concurrent use of prescription opioids and benzodiazepines and overdose: retrospective analysis. BMJ. 2017;356:j760. PMID 28292769.

15. オピオイド依存に対するメサドンまたはブプレノルフィン代替療法の死亡率のレビュー

Sordo L, Barrio G, Bravo MJ, Indave BI, Degenhardt L, Wiessing L, et al. Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. BMJ. 2017;357:j1550. PMID 28446428.

16. 悲嘆の総説 (Practice)

Boelen PA, Smid GE. Disturbed grief: prolonged grief disorder and persistent complex bereavement disorder. BMJ. 2017;357:j2016. PMID 28522468.

【Ann Intern Med. 2017;166(5-10)】**17. 肥満とホスピス利用の関連**

Harris JA, Byhoff E, Perumalswami CR, Langa KM, Wright AA, Griggs JJ. The Relationship of Obesity to Hospice Use and Expenditures: A Cohort Study. Ann Intern Med. 2017;166(6):381-9. PMID 28166546.

18. 腰痛の薬物療法のレビューと米国内科学会のガイドライン

Chou R, Deyo R, Friedly J, Skelly A, Weimer M, Fu R, et al. Systemic Pharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. Ann Intern Med. 2017;166(7):480-92. PMID 28192790.

19. 腰痛の非薬物療法のレビューと米国内科学会のガイドライン

Chou R, Deyo R, Friedly J, Skelly A, Hashimoto R, Weimer M, et al. Nonpharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. Ann Intern Med. 2017;166(7):493-505. PMID 28192793.

20. 急性・亜急性・慢性腰痛の非侵襲的治療のレビューと米国内科学会のガイドライン

Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA, Clinical Guidelines Committee of the American College of P. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2017;166(7):514-30. PMID 28192789.

21. 薬物依存の予防と治療：米国内科学会ポジションペーパー

Crowley R, Kirschner N, Dunn AS, Bornstein SS, Health, Public Policy Committee of the American College of P. Health and Public Policy to Facilitate Effective Prevention and Treatment of Substance Use Disorders Involving Illicit and Prescription Drugs: An American College of Physicians Position Paper. Ann Intern Med. 2017;166(10):733-6. PMID 28346947.

【J Clin Oncol. 2017;35(7-15)】**22. フェンタニル舌下錠とモルヒネ皮下注射のレスキュー投与の比較：オピオイド治療中の重度の痛みでのRCT**

Zecca E, Brunelli C, Centurioni F, Manzoni A, Pigni A, Caraceni A. Fentanyl Sublingual Tablets Versus Subcutaneous Morphine for the Management of Severe Cancer Pain Episodes in Patients Receiving Opioid Treatment: A Double-Blind, Randomized, Noninferiority Trial. J Clin Oncol. 2017;35(7):759-65. PMID 28113021.

23. 高齢がん患者の虚弱分類指標による予後予測

Ferrat E, Paillaud E, Caillet P, Laurent M, Tournigand C, Lagrange JL, et al. Performance of Four Frailty Classifications in Older Patients With Cancer: Prospective Elderly Cancer Patients Cohort Study. J Clin Oncol. 2017;35(7):766-77. PMID 28095145.

24. 進行期肺がん・消化器がんでの早期緩和ケア介入の RCT

Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A, Pirl WF, Park ER, Jackson VA, et al. Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial. *J Clin Oncol.* 2017;35(8):834-41. PMID 28029308.

25. 進行がんでの終末期ディスカッションに対する医療者のコーチング訓練と質問促進リストのクラスター RCT

Rodenbach RA, Brandes K, Fiscella K, Kravitz RL, Butow PN, Walczak A, et al. Promoting End-of-Life Discussions in Advanced Cancer: Effects of Patient Coaching and Question Prompt Lists. *J Clin Oncol.* 2017;35(8):842-51. PMID 28135140.

26. 成人がんサバイバーでの心機能障害の予防とモニタリング：米国腫瘍学会のガイドライン

Armenian SH, Lacchetti C, Barac A, Carver J, Constine LS, Denduluri N, et al. Prevention and Monitoring of Cardiac Dysfunction in Survivors of Adult Cancers: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol.* 2017;35(8):893-911. PMID 27918725.

27. 乳がんサバイバーの性機能に対するインターネットによる認知行動療法の RCT

Hummel SB, van Lankveld J, Oldenburg HSA, Hahn DEE, Kieffer JM, Gerritsma MA, et al. Efficacy of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Improving Sexual Functioning of Breast Cancer Survivors: Results of a Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol.* 2017;35(12):1328-40. PMID 28240966.

28. 小児がんでの頭蓋内放射線治療後の髄膜腫の長期リスク

Bowers DC, Moskowitz CS, Chou JF, Mazewski CM, Neglia JP, Armstrong GT, et al. Morbidity and Mortality Associated With Meningioma After Cranial Radiotherapy: A Report From the Childhood Cancer Survivor Study. *J Clin Oncol.* 2017;35(14):1570-6. PMID 28339329.

29. 小児・若年がんサバイバーの生殖：スウェーデンの大規模コホート

Armund G, Skoog-Svanberg A, Bladh M, Sydsjo G. Reproductive Patterns Among Childhood and Adolescent Cancer Survivors in Sweden: A Population-Based Matched-Cohort Study. *J Clin Oncol.* 2017;35(14):1577-83. PMID 28350518.

30. 頭頸部がんサバイバー・ケア：米国腫瘍学会のガイドライン

Nekhlyudov L, Lacchetti C, Davis NB, Garvey TQ, Goldstein DP, Nunnink JC, et al. Head and Neck Cancer Survivorship Care Guideline: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Endorsement of the American Cancer Society Guideline. *J Clin Oncol.* 2017;35(14):1606-21. PMID 28240970.

31. 乳がん術後の持続性疼痛の予測モデル

Meretoja TJ, Andersen KG, Bruce J, Haasio L, Sipila R, Scott NW, et al. Clinical Prediction Model and Tool for Assessing Risk of Persistent Pain After Breast Cancer Surgery. *J Clin Oncol.* 2017;35(15):1660-7. PMID 28524782.

【Ann Oncol. 2017;28(3-5)】**32. 大腸がんでの緩和的化学療法の重度の有害事象と QOL との関連のレビュー**

Schuurhuizen C, Braamse AMJ, Konings I, Sprangers MAG, Ket JCF, Dekker J, et al. Does severe toxicity affect global quality of life in patients with metastatic colorectal cancer during palliative systemic treatment? A systematic review. *Ann Oncol.* 2017;28(3):478-86. PMID 27998965.

33. 腎がん治療後の二次発がんリスク

Rombouts AJM, Hugen N, Elferink MAG, Feuth T, Poortmans PMP, Nagtegaal ID, et al. Incidence of second tumors after treatment with or without radiation for rectal cancer. *Ann Oncol.* 2017;28(3):535-40. PMID 27993790.

34. アントラサイクリン系薬剤による心筋症の予防介入のレビュー

Abdel-Qadir H, Ong G, Fazlizada R, Amir E, Lee DS, Thavendiranathan P, et al. Interventions for preventing cardiomyopathy due to anthracyclines: a Bayesian network meta-analysis. *Ann Oncol.* 2017;28(3):628-33. PMID 28028033.

35. 死亡前の化学療法の関連要因

Rochigneux P, Raoul JL, Beaussant Y, Aubry R, Goldwasser F, Tournigand C, et al. Use of chemotherapy near the end of life: what factors matter? *Ann Oncol.* 2017;28(4):809-17. PMID 27993817.

36. がん患者の主観的・客観的な味覚・嗅覚の変化のレビュー

Spotten LE, Corish CA, Lorton CM, Ui Dhuibhir PM, O'Donoghue NC, O'Connor B, et al. Subjective and objective taste and smell changes in cancer. *Ann Oncol.* 2017;28(5):969-84. PMID 28327968.

【Eur J Cancer. 2017;73-78】**37. 終末期の治療選択での意思決定の後悔モデル**

Tsalatsanis A, Hozo I, Djulbegovic B. Acceptable regret model in the end-of-life setting: Patients require high level of certainty before forgoing management recommendations. *Eur J Cancer.* 2017;75:159-66. PMID 28235727.

38. 化学療法中のインフルエンザワクチン

Vollaard A, Schreuder I, Slok-Raijmakers L, Opstelten W, Rimmelzwaan G, Gelderblom H. Influenza vaccination in adult patients with solid tumours treated with chemotherapy. *Eur J Cancer.* 2017;76:134-43. PMID 28324748.

39. 転移性食道がんでの病院の治療実績と予後の関連

Haj Mohammad N, Bernards N, van Putten M, Lemmens V, van Oijen MGH, van Laarhoven HWM. Volume-outcome relation in palliative systemic treatment of metastatic oesophagogastric cancer. *Eur J Cancer*. 2017;78:28-36. PMID 28412586.

40. 中咽頭がん患者の QOL のメタアナリシス

Hoxbroe Michaelsen S, Gronhoj C, Hoxbroe Michaelsen J, Friberg J, von Buchwald C. Quality of life in survivors of oropharyngeal cancer: A systematic review and meta-analysis of 1366 patients. *Eur J Cancer*. 2017;78:91-102. PMID 28431302.

【Br J Cancer. 2017;116(5-10)】**41. がん関連倦怠感に対する患者教育の RCT**

Bourmaud A, Anota A, Moncharmont C, Tinquaut F, Oriol M, Trillet-Lenoir V, et al. Cancer-related fatigue management: evaluation of a patient education program with a large-scale randomised controlled trial, the PEPs fatigue study. *Br J Cancer*. 2017;116(7):849-58. PMID 28196066.

42. 前立腺がん治療 5 年後の機能障害

Lehto US, Tenhola H, Taari K, Aromaa A. Patients' perceptions of the negative effects following different prostate cancer treatments and the impact on psychological well-being: a nationwide survey. *Br J Cancer*. 2017;116(7):864-73. PMID 28222069.

43. 肺塞栓症のリスク因子

Carmona-Bayonas A, Jimenez-Fonseca P, Font C, Fenoy F, Otero R, Beato C, et al. Predicting serious complications in patients with cancer and pulmonary embolism using decision tree modelling: the EPIPHANY Index. *Br J Cancer*. 2017;116(8):994-1001. PMID 28267709.

【Cancer. 2017;123(5-10)】**44. 神経膠芽腫の予後と家族の統制感との関連**

Boele FW, Given CW, Given BA, Donovan HS, Schulz R, Weimer JM, et al. Family caregivers' level of mastery predicts survival of patients with glioblastoma: A preliminary report. *Cancer*. 2017;123(5):832-40. PMID 27787881.

45. 殺細胞性抗がん剤治療中のインフルエンザワクチン接種のタイミング

Keam B, Kim MK, Choi Y, Choi SJ, Choe PG, Lee KH, et al. Optimal timing of influenza vaccination during 3-week cytotoxic chemotherapy cycles. *Cancer*. 2017;123(5):841-8. PMID 27997703.

46. 米国の先住民民族の乳がんサバイバーの治療と QOL

Goodwin EA, Burhansstipanov L, Dignan M, Jones KL, Kaur JS. The experience of treatment barriers and their influence on quality of life in American Indian/Alaska Native breast cancer survivors. *Cancer*. 2017;123(5):861-8. PMID 27763688.

47. 米国の AYA 世代がん患者での精神的苦痛と医療利用

Kaul S, Avila JC, Mutambudzi M, Russell H, Kirchhoff AC, Schwartz CL. Mental distress and health care use among survivors of adolescent and young adult cancer: A cross-sectional analysis of the National Health Interview Survey. *Cancer*. 2017;123(5):869-78. PMID 27859009.

48. がん医療での医療費のコミュニケーションのレビュー

Shih YT, Chien CR. A review of cost communication in oncology: Patient attitude, provider acceptance, and outcome assessment. *Cancer*. 2017;123(6):928-39. PMID 27893929.

49. 前立腺がんでのセカンドオピニオンと治療選択の関連

Radhakrishnan A, Grande D, Mitra N, Bekelman J, Stillson C, Pollack CE. Second opinions from urologists for prostate cancer: Who gets them, why, and their link to treatment. *Cancer*. 2017;123(6):1027-34. PMID 28263389.

50. がん診断前のアルコール消費量と大腸がんの予後との関連

Phipps AI, Robinson JR, Campbell PT, Win AK, Figueiredo JC, Lindor NM, et al. Prediagnostic alcohol consumption and colorectal cancer survival: The Colon Cancer Family Registry. *Cancer*. 2017;123(6):1035-43. PMID 27861761.

51. 硬膜外転移の診断と治療

Yanez ML, Miller JJ, Batchelor TT. Diagnosis and treatment of epidural metastases. *Cancer*. 2017;123(7):1106-14. PMID 28026861.

52. がん診断後のソーシャルネットワークと乳がんの予後

Kroenke CH, Michael YL, Poole EM, Kwan ML, Nechuta S, Leas E, et al. Postdiagnosis social networks and breast cancer mortality in the After Breast Cancer Pooling Project. *Cancer*. 2017;123(7):1228-37. PMID 27943274.

53. 小児がんによる就業への短期・長期的な影響

Lindahl Norberg A, Montgomery SM, Bottai M, Heyman M, Hoven EI. Short-term and long-term effects of childhood cancer on income from employment and employment status: A national cohort study in Sweden. *Cancer*. 2017;123(7):1238-48. PMID 27870013.

54. がんサバイバーの運動療法の RCT

Irwin ML, Cartmel B, Harrigan M, Li F, Sanft T, Shockro L, et al. Effect of the LIVESTRONG at the YMCA exercise program on physical activity, fitness, quality of life, and fatigue in cancer survivors. *Cancer*. 2017;123(7):1249-58. PMID 27893938.

55. 造血幹細胞移植レシピエントのがんと治療関連の苦痛の経時変化

Syrjala KL, Sutton SK, Jim HS, Knight JM, Wood WA, Lee SJ, et al. Cancer and treatment distress psychometric evaluation over time: A BMT CTN 0902 secondary analysis. *Cancer*. 2017;123(8):1416-23. PMID 27893933.

56. 乳がん再発の恐怖に対する認知バイアス調整アプローチの RCT

Lichtenthal WG, Corner GW, Slivjak ET, Roberts KE, Li Y, Breitbart W, et al. A pilot randomized controlled trial of cognitive bias modification to reduce fear of breast cancer recurrence. *Cancer*. 2017;123(8):1424-33. PMID 28055119.

57. PS を用いた予後予測指標の精度の比較

Yamada T, Morita T, Maeda I, Inoue S, Ikenaga M, Matsumoto Y, et al. A prospective, multicenter cohort study to validate a simple performance status-based survival prediction system for oncologists. *Cancer*. 2017;123(8):1442-52. PMID 27926777.

58. 米国のがんサバイバーの経済的理由による処方薬の変化

Zheng Z, Han X, Guy GP, Jr., Davidoff AJ, Li C, Banegas MP, et al. Do cancer survivors change their prescription drug use for financial reasons? Findings from a nationally representative sample in the United States. *Cancer*. 2017;123(8):1453-63. PMID 28218801.

59. 小児がんの影響に関する成人サバイバーの認識

Willard VW, Klosky JL, Li C, Srivastava DK, Brinkman TM, Robison LL, et al. The impact of childhood cancer: Perceptions of adult survivors. *Cancer*. 2017;123(9):1625-34. PMID 28098955.

60. 喉頭摘出後の有害事象・在院日数・再入院

Goepfert RP, Hutcheson KA, Lewin JS, Desai NG, Zafereo ME, Hessel AC, et al. Complications, hospital length of stay, and readmission after total laryngectomy. *Cancer*. 2017;123(10):1760-7. PMID 28026864.

61. 早期乳がんの補助化学療法中の倦怠感のマーカー

Mortimer JE, Waliany S, Dieli-Conwright CM, Patel SK, Hurria A, Chao J, et al. Objective physical and mental markers of self-reported fatigue in women undergoing (neo)adjuvant chemotherapy for early-stage breast cancer. *Cancer*. 2017;123(10):1810-6. PMID 28061004.

62. 造血幹細胞移植前の抑うつと移植後アウトカムの関連

El-Jawahri A, Chen YB, Brazauskas R, He N, Lee SJ, Knight JM, et al. Impact of pre-transplant depression on outcomes of allogeneic and autologous hematopoietic stem cell transplantation. *Cancer*. 2017;123(10):1828-38. PMID 28102896.

63. 患者報告アウトカムと早期大腸がんの予後の関連

Hsu T, Speers CH, Kennecke HF, Cheung WY. The utility of abbreviated patient-reported outcomes for predicting survival in early stage colorectal cancer. *Cancer*. 2017;123(10):1839-47. PMID 28081292.

64. 患者報告アウトカムの示し方の違いによる解釈しやすさ

Snyder CF, Smith KC, Bantug ET, Tolbert EE, Blackford AL, Brundage MD, et al. What do these scores mean? Presenting patient-reported outcomes data to patients and clinicians to improve interpretability. *Cancer*. 2017;123(10):1848-59. PMID 28085201.

65. 消化器がんサバイバーの患者報告アウトカム

Frick MA, Vachani CC, Hampshire MK, Bach C, Arnold-Korzeniowski K, Metz JM, et al. Survivorship after lower gastrointestinal cancer: Patient-reported outcomes and planning for care. *Cancer*. 2017;123(10):1860-8. PMID 28055110.

66. 小児がん長期サバイバーの性的心理の発達への治療の影響

Lehmann V, Tuinman MA, Keim MC, Winning AM, Olshefski RS, Bajwa RPS, et al. Psychosexual development and satisfaction in long-term survivors of childhood cancer: Neurotoxic treatment intensity as a risk indicator. *Cancer*. 2017;123(10):1869-76. PMID 28165611.

委員会活動報告

委託事業委員会

—新しい緩和ケア研修会の指針作成における厚生労働省への申し入れ案—

委託事業委員会

委員長 上村 恵一

会員の皆さまにおかれましては、日頃から厚生労働省委託事業へのご協力誠に感謝申し上げます。本稿では2017年度委託事業の中から、今年度厚生労働省から発出予定の緩和ケア研修会の新しい開催指針の作成について、当会から下記のような開催指針となるよう申し入れ、協議を行っております。また開催指針の改訂のスケジュールは、2018年度は現指針と新指針の移行期間、2019年度より新指針へ完全移行の予定となっております。厚生労働省からの指針発出は2017年12月頃と見込んでおり、2018年2～3月にかけて新指針に対応した指導者研修会ならびに現在の緩和ケア研修会指導者を対象とした新指針伝達研修会を開催する予定としております。詳細はホームページ、メーリングリストなどでの今後のご案内をご覧ください。当会会員の多くが本研修会の運営に寄与していただいている現状を鑑み、ここに現時点での進捗をご報告いたします。本申し入れは当会からの申し入れ内容に過ぎず、実際に厚生労働省から発出される指針とは大きく異なる可能性がありますことをご了承下さい。

緩和ケア研修会の今後の開催の進め方について（当会からの申し入れ内容）

●緩和ケア研修会の新たな形態について

緩和ケア研修会は、eラーニング（これまでの研修会の講義部分）と、集合研修からなる。eラーニングには受講後にテストを設け、これに合格すれば集合研修に参加することができる。集合研修の修了をもって緩和ケア研修会を修了したとみなす（eラーニング修了時にも受講修了書を発行し、集合研修受講にはこの提出を必須とする）。

●研修会の対象について

緩和ケア研修会の対象は、がんなどの診療に携わる医師・歯科医師を対象とする。なお、緩和ケアは医師・歯科医師のみで行うケアではないため、集合研修においては多職種で行うことを妨げないこととする。

●eラーニングについて

学習項目案は下記の通り

- ア 苦痛のスクリーニングとその結果に応じた症状緩和について
- イ がん疼痛の機序、評価及びWHO方式のがん疼痛治療法を基本とした疼痛緩和に係る治療計画などを含む具体的なマネジメント方法について（放射線治療や神経ブロックの適応も含めた専門的な緩和ケアへの依頼の要点及び多様化する医療用麻薬の使用上の注意点などにも配慮した内容であること）
- ウ 呼吸困難、消化器症状等のがん疼痛以外の身体症状に対する緩和ケア
- エ 不安、抑うつ及びせん妄等の精神心理的症状に対する緩和ケア
- オ 悪い知らせを伝える際のコミュニケーション
- カ 治癒が困難な疾患と診断された時から行われる当該患者の治療全体の見通しについての説明について
- キ 患者の視点を取り入れた全人的な緩和ケアについて
- ク 患者の療養場所の選択、地域における医療連携、在宅における緩和ケアの実践について
- ケ 患者の意思決定支援について
- コ がん以外の緩和ケアについて
- サ 家族・遺族のケアについて

●集合研修について

集合研修の学習項目原案は、以下の通り。研修時間の合計は240分以上とする。

①質疑応答を含んだ講義

講義部分をeラーニングのみで学習したことでの学習効果が限定的であることに鑑み、集合研修の冒頭部分に質疑応答を設ける。eラーニングで学んだ内容の確認と疑問点解決のための講義時間を作る。

②事例検討

現在のM4（がん疼痛事例検討）+M9（療養場所の選択と地域連携）のセッションを想定。事例は、がんと非がん（心不全あるいはCOPD）を扱い、現在のM-4a（腎がん）・b（乳がん）・c（肺がん）にがん以外の事例としてM-4dが追加されるイメージを提案する。

③悪い知らせを伝えるためのコミュニケーション

ンのロールプレイ

M-8（コミュニケーション）をイメージ。オピオイドを開始するときのロールプレイは行わない。

●指導者研修会について

今後、心不全を扱う循環器内科の医師など普段あまり緩和ケアの診療に従事していない医師も指導者研修会に参加することが想定される。総合病院に勤務する精神科医、心療内科の相当数は既に指導者研修会を受講済であることが推察される。よって、緩和ケア・精神ともに緩和ケアの基本的教育内容を取り入れることも念頭に今後との指導者研修会のあり方について引き続き協議していく。

**編集
後記**

会員の皆様、残暑お見舞い申し上げます。第22回日本緩和医療学会学術大会が終わり各施設、地域にて学術大会の成果を共有、還元し、来年の第23回大会に備えて夢を膨らませているのではないのでしょうか。前号よりニューズレターはスマートフォン対応になりました。現代生活で欠かせないスマホですが、夏休みの移動の駅や車内、機内で、診療の休憩時間に、自宅リビングで本ニューズレターの情報を手に取って活用いただければありがたいです。今号も最新の医学論文の情報、次年度の緩和ケア研修会の動向が掲載されています。また巻頭言、よもやま話のコーナーでは大変示唆に富む内容が読みやすく寄稿されています。本ニューズレターが今後も会員に愛される親しまれる読み物として発展することを願い編集後記といたします。(所 昭宏)

飯嶋 哲也
岸田さな江
佐藤 一樹
○恒藤 暁
所 昭宏
西村 幸祐
久原 幸
吉田 沙蘭