

JSPM

Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会
ニューズレターAug 2018 **80**

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	21
理事・監事・特任理事	
就任挨拶	23
Journal Club	29
学会印象記	33
よもやま話	34
Journal Watch	37
委員会活動報告	43

巻頭言

理事長就任のご挨拶

神戸大学医学部附属病院 緩和支援診療科

木澤 義之



2018年6月1日より理事長を拝命いたしました神戸大学医学部附属病院緩和支援診療科の木澤 義之です。わが国は未曾有の高齢化、多死社会を迎えつつあり、今までの疾病の治療と予防、機能の維持向上を目的とした医療・ケアに加えて、「質の高いエンド・オブ・ライフ」をどう過ごすことができるか、に力を入れる必要が出てきました。その中で日本緩和医療学会はどのような役割を果たしていくことができるのでしょうか？

私は、1) 適切なタイミングで必要な人に緩和ケアを行うことができること、2) わが国の専門緩和ケアの質の評価・維持・向上に取り組むこと、3) 症状緩和、QOL/QODの向上に資する研究活動を推進することの3点を軸にして学会の活動を実践していきたいと考えています。

- 1) 適切なタイミングで必要な人に緩和ケアを行うことができること
- ① いわゆる緩和ケアと専門診療の統合（インテグレーション）といわれる概念で、早期からの緩和ケア

や緩和ケアのスクリーニングなどがその代表としてあげられます。

- ② 疾患を問わずに緩和ケアを提供できること、は大きな課題です。心不全、COPD、神経筋疾患、認知症に対する緩和ケアという捉え方もできますが、一方で aging、aged care にどう取り組むかと言う視点も重要です。この観点から考えると、台湾の緩和ケアが Family medicine に立脚して発展した点には学ぶ点が多いかもしれません。
- ③ 主治医やプライマリナースが実践する基本的緩和ケアと専門的緩和ケアをどのように提供するかというサービス提供モデルを考えることも重要です。合わせて、がん以外の疾患や状態に対する基本的緩和ケアを充実させていく必要があります。
- 2) わが国の専門緩和ケアの質の評価・維持・向上に取り組むこと
- ① わが国の専門ケアサービスが、どのような患者の、どのような苦痛や苦悩に対して、どのようなアプローチをして、その効果はどうだったか、に関する調査を、統一された評価方法（ものさし）を使って専門的緩和ケアを実践する施設において定期的に行い、専門緩和

ケアの質の評価、維持、向上（いわゆるオーデジット）をしていきたいと考えています。これによって、日本の専門的緩和ケアがその全体として何をしているかの概要を掴むことができます。また、難治性の症状や状態を同定することにより、取り組むことが必要な研究課題を明らかにすることが可能になります。

- ② 上記の専門的緩和ケアの質の向上のためには緩和医療専門医をはじめとする専門家の育成の推進、専門教育体制の整備を更に進めていく必要があります。
- 3) 症状緩和、QOL/QODの向上に資する研究活動を推進すること
- ① 学会として取り組むべき必要がある研究課題を、2) で述べたオーデジットなどをもとに定め、

QOL/QODの向上に資する研究を支援できる体制を学会として整備していくこと。

- ② 学術大会を更に充実させることで、国内外の第一線の研究者と情報交換できる機会をもち研究と臨床を向上させること。

これらの活動を確実に実践していくために、まずは理事・代議員を中心に学会が目指す緩和ケアについて話し合いの場をもって、これからの行動計画を策定し、その計画の進捗状況を学会員に公表します。学会員が共通の理念と目標を持って緩和ケアの臨床・研究・教育にあたり、社会に貢献していただきたいと考えています。2年間どうぞよろしくお願いいたします。

理事・監事・特任理事 就任の挨拶

ご挨拶一

2年間、どうぞよろしくお願ひ申し上げます



帝京大学医学部
緩和医療学講座
有賀 悦子

今期、理事、関連団体支援・調整委員会の委員長を拝命いたしました有賀でございます。

前期、副理事長、第22回大会長として任に当たらせていただきましたこともあり、少なからず理事長への期待の声を頂戴いたしました。これは、何事にも代えがたい、誠に光栄なことございました。

昨年より、一般社団法人日本癌治療学会において初の女性理事として、多職種で巨大な学会の運営に関わらせていただくようになりました。われわれの学会に対する外部からの評価に直接触れ、同時に私の目で外から見つめてみる機会となりました。これらのことによって、力足らずで情けない限りでございますが、自分にとっての名誉ではなく、学会にとっての最善の選択として、当学会の理事長に立候補することは控えることといたしました。熱い言葉をいただきました会員の皆様には心から感謝申し上げますとともに、一理事として今期の理事会がより円滑に組織力を高めて行くことができるよう注力することで返礼となるべく精一杯努めてまいり所存でございます。

現在、医療社会では第3期がん対策推進計画、非がん疾患への取り組みなどが求められる一方、支持療法とどのようにバランスを取って行くか、新たな局面を迎えようとしています。移植や透析を含む非がんの末期腎不全医療の経験なども活かし、他団体と対等に存在する学会となり、政策提言やチーム医療の促進、卒前卒後教育の向上、社会との連携にも力を尽くしていきたいと考えております。

若輩しかも薄学浅才の身ではございますが、何卒引き続き、ご指導ご鞭撻を賜りますよう心からお願ひ申し上げます。

理事就任のご挨拶



日本医科大学付属病院
薬剤部
伊勢 雄也

この度、初めて日本緩和医療学会の理事に選出させていただきました日本医科大学付属病院薬剤部 伊勢 雄也と申します。代議員選挙、ならびに理事選挙

では多大なるご支援いただき誠にありがとうございました。2018年7月2日現在、会員数12,319名のうち、薬剤師は1,038名(8.4%)となっています。この1,000人いる薬剤師代表として、理事会ならびに各種委員会では責任ある提案、提言をしていきたいと考えております。

現在の医療では、チーム医療が浸透しつつあります。医療技術の進展とともに薬物療法が高度化しており、薬剤の専門家である薬剤師が主体的に薬物療法に参加することが、医療安全の確保ならびに患者QOL向上の観点から非常に有益であると考えます。このチーム医療というのは、入院医療に限ったことでなく、在宅医療についても同様です。在宅医療を担う薬局薬剤師が在宅医や訪問看護師とチームを組むことで、患者さんにより良い医療を提供しています。しかし、これまでのところ、緩和医療の分野において薬剤師の職能が十分に発揮されているとはいえません。そのため、入院、在宅にかかわらず、薬剤師がその役割を十分に発揮できる環境づくりに尽力していきたいと考えております。具体的には、医師・薬剤師などで事前に作成・合意されたプロトコルに基づき、医師・看護師と協働して薬剤の種類、投不量、投不方法、投不期間の変更や検査のオーダーを実施できるような体制づくり(Protocol Based Pharmacotherapy Management:PBPM)について、検討していきたいと考えております。そのほか、緩和医療の発展のため、医療用麻薬の流通や病院-薬局薬剤師間との情報共有、地域へのがん/緩和医療の教育啓発についても考えていきたいと考えております。

微力ではございますが、薬剤師代表として本学会の更なる発展のために尽くしていきたいと考えておりますので、ご支援ご鞭撻の程、どうかよろしくお願ひ申し上げます。

新理事就任のご挨拶



京都府立医科大学
疼痛・緩和医療学教室
上野 博司

この度、新しく理事を拝命いたしました京都府立医科大学疼痛・緩和医療学教室の上野 博司です。理事選挙においてご支援を賜りました多くの先生方に心より感謝申し上げます。

私は1997年3月に京都府立医科大学を卒業後、手術麻酔を中心に麻酔科学の研鑽を積みました。そこで、手術中の眠っている患者さんでもきちんと痛みを取り除くことの重要性を学びました。元来、患者さんとのコミュニケーションを大切にしたいという思いが強く、麻酔科学の中でも痛みの診療（ペインクリニック）に強く興味を抱くようになりました。そして2000年頃より、日本緩和医療学会前理事長の細川 豊史先生に師事し、主に慢性疼痛の患者さんの痛みの治療に携わるようになりました。その後、一旦大学を離れ、大学の分院で手術麻酔の業務に従事しましたが、2008年に大学に戻ってきたときには、ペインクリニック診療の状況は一変していました。がんの痛みのコントロールを必要とする患者さんが大多数を占めるようになっており、世間では、がんの緩和医療の重要性が声高に叫ばれる時代になっていました。それ以降は、緩和医療を中心とした仕事に腰を据え、緩和ケア病棟の立ち上げ、管理・運営、院内・院外の医療者と医学生への教育に取り組んで参りました。

日本緩和医療学会の活動としましては、2014年に代議員に初当選し、今年から3期目を務めております。この間、第23、24回学術大会の組織委員、WPGではガイドライン統括委員、2017年には地方会の前身である第2回関西緩和医療研究会を主宰させていただきました。今回の新理事就任にあたり、総務・財務委員会の副委員長を拝命し、重責に身の引き締まる思いでございます。今後とも本学会の発展はもとより、本学会代表の一人として日本の緩和医療の発展に貢献できるように精進していく所存ですので、ご指導・ご鞭撻のほど何卒よろしくお願い致します。

理事就任のご挨拶



静岡県立静岡がんセンター
緩和医療科
大坂 巖

このたび日本緩和医療学会 理事を拝命いたしました大坂 巖と申します。代議員ならびに理事選挙におきまして、皆様から多大なご支援を賜りましたことに感謝申し上げます。昨期までは専門医認定・育成委員会の副委員長として、専門医および認定医試験の運営や専門医の育成に参画して参りました。また、緩和ケア普及に関する関連団体支援・調整委員会の委員長として、他の学術団体との合同企画のサポートや緩和ケア関連団体会議の運営を行って参りました。成果としましては、18団体合同でWHO 緩和ケアの定義（2002年）の定訳を作成することができました。ご協力を賜りました会員の皆様には心より御礼申し上げます。

今回は3期目となりますが、専門医認定・育成委員会の委員長を仰せつかりました。重要な課題は3つあると考えております。まずは、専門医・認定医を増やすことです。現在、専門医は208名、認定医は329名しかおりません。わが国における緩和医療の均てん化を図るにはまだまだ不十分であり、一人でも多くの専門医・認定医を輩出することは喫緊の課題です。2つ目は、日本専門医機構におけるサブスペシャルティ領域としての認定を目指すことです。数年前から、このことに関する議論を重ねて参りましたが、日本の医療における緩和医療専門医の立ち位置を明確にし、後進育成のためにもサブスペシャルティ領域として認定されることが重要であると考えております。3つ目は専門医のスキルアップです。緩和医療専門医に求められるタスクは、この10年でも大きく変わってきております。さらに、緩和医療の守備範囲は拡大しており、新たな知見を積極的に修得し続けることはたやすいことではありません。そこで、今年度より専門医や認定医の継続教育を目的としたセミナーの開催を検討しております。これからの2年間、ご指導ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

理事就任挨拶



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
小川 朝生

今回、理事ならびにガイドライン統括委員長を担当することとなりました。

この5年ほどの間に緩和医療を取り巻く状況は大きく変わりつつあります。がん医療においては、各地域において広く提供するためのあり方、質を高めることも検討を始めました。単にがん診療連携拠点病院などの施設内を考えるだけでなく、退院後の自宅での支援や転院後のケアの継続までを含めて支援体制がどのようになっているのか、より広い視点が求められています。

加えて、がん以外の領域にも（ひょっとするとこちらが本体かもしれませんが）緩和ケアの考え方が認識されつつあります。実際心不全における緩和ケアに関する報告書も出されました。がん以外の領域でも、がんで培った緩和ケアの考え方は有用ですが、一方で疾患ごとの trajectory は独特です。それぞれの専門領域と連携して、緩和ケアの提供のあり方を検討することが必要です。しかし、その動きは始まったばかりで、具体的な形を成すにはこれからの積み重ねが必要です。

これらの大きな流れの中で、どの方向に向かうことが望まれるのか、一緒に考え、検討を深めながら取り組んで参りたいと思います。どうぞご指導のほど、よろしくお願い申し上げます。



飯塚病院 緩和ケア科
柏木 秀行

この度、日本緩和医療学会の理事を拝命いたしました、飯塚病院緩和ケア科の柏木 秀行です。選出いただき、心から感謝申し上げますと同時に、身の引き締まる思いです。

私は筑波大学医学専門学群を卒業し、福岡県の飯塚病院総合診療科で内科トレーニングを経て、緩和ケアに本格的に関わるようになりました。緩和ケア病棟の立ち上げや、地域の緩和ケアリソースをつなぐ訪問診療、そして緩和医療専門医取得といった経験を通じて、さまざまな出会いをいただきました

た。日本緩和医療学会に関しては、教育セミナーのWPG員、専門医認定・育成委員会の委員といった、教育と育成に関する役割を中心に関わってまいりました。また、P-CREG（Palliative Care Research and Education Group）の事務局活動を通じて、全国の若手緩和ケアスタッフのネットワーキングに取り組んでいます。

私の2年の任期において、①緩和ケア人材の育成に関わる施設の支援体制構築、②非がん疾患に対する緩和ケア提供の確立、の2点を重点的に取り組むたいと考えています。まずは安全・感染委員会の委員長ならびに、教育・研修委員会の副委員長という役割を通じ、2年間でできることを精一杯取り組んでまいります。



佐賀県医療センター好生館
緩和ケア科
小杉 寿文

このたび、日本緩和医療学会の理事を拝命いたしました。微力ではございますが、緩和ケアの普及と発展に皆様方とご一緒させて頂きたいと思っております。どうかよろしくお願い申し上げます。

私は麻酔科医で、ペインクリニックの専門医であります。がん性疼痛が臨床と研究の専門領域になります。オピオイドを中心に鎮痛薬の臨床研究やくも膜下鎮痛法などの神経ブロックを積極的に行うことによって質の高い鎮痛を確保し、生活の質を高めることを最終目標としております。我が国で、少なくとも痛みが原因で鎮静をする必要がないように、痛みの専門医として技術の向上と普及、地域連携を目指したいと思っております。

しかし、痛みだけを診療しているわけではなく、死に向き合うことの重要性、死に向き合うための教育にも力を入れております。佐賀県医療センター好生館緩和ケア病棟では、介護施設職員の看取り研修を行っています。我々と一緒に日常のケアに参加して頂き、看取りの過程を共に歩んでいただくことによって、死を自然なものとして感じていただけるのではないかと考えて取り組みを始めました。また、その研修参加者の施設に向いて看取りのワークショップを開催し、住み慣れた施設で最期まで過ごすことができるように一緒に考える試みも行っています。研修医や医学生、看護学生、ボランティアに病

棟に来ていただくことによっても、学びの場として地域に開かれたホスピス・緩和ケア病棟にしたいと思っております。日本緩和医療学会はサイエンスを基にエビデンスをつくり、普及を目指す使命を担っていますが、介護士の参加はほとんど無く、看護以外のケアについては発展途上と言えるでしょう。高齢化した我が国では医療から介護へのシフトは待ってられません。「医療」以外の「ケア」に対して、もっと開かれた日本緩和医療学会を夢見ています。

理事就任ご挨拶



慶應義塾大学医学部
麻酔学教室
慶應義塾大学病院
緩和ケアセンター
橋口 さおり

このたび、理事に選出いただきました。ご支援いただいた皆様には深く感謝申し上げます。

今期は倫理・利益相反委員会の委員長を拝命いたしました。医療は、受け手である患者さんやご家族に最大限のメリットがあるように提供されるべきものですし、最良の医療を提供するためには医学の発展は欠かせません。近年、緩和医療においても様々な研究が行われていますが、研究倫理には細心の注意を払わなければなりません。今年から臨床研究法が施行されていますし、患者さんの個人情報についての配慮も、さらに厳しくみられるようになりました。一見、厳しすぎるようにもみえる研究倫理ですが、患者さんの権利を守り、研究が患者さんの不利益にならないように、研究者には最大限の努力が求められています。研究を立案し、成果発表としての学会発表や論文作成まで、気を緩めることはできません。また利益相反についても、よく理解していただきたいと思います。研究の実施にあたっては資金が必要ですが、競争的資金の獲得は年々難しくなり、用途の監査も厳しくなっているのが現状です。一方、産学協働は医学においても重要で、良質な資金が供給されない分野はなかなか発展しません。利益相反は、研究協力者の理解や判断に影響を及ぼす可能性がある、研究課題内外の資金・個人フィー・便益提供などについて、適切な情報を開示するために行われます。資金を得るのが悪なのではなく、適切な管理と配慮、公開が求められています。倫理規定の順守も、利益相反開示も医学が発展する中で起こった

負の歴史を、繰り返すことがないように形にしてきたものです。倫理・利益相反は、結局のところ、「それって、人としてどうよ？」の部分で、学術集団として適切に管理し、内外に示し、ステイタスを高める仕事だと考えております。なお、専門医・認定医関連については、制度検討を中心に引き続き仕事をさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。



熊本大学医学部附属病院
山本 達郎

理事として2期目を務めさせていただき、熊本大学の山本達郎です。

1期目・2期目と地区委員会の委員長として活動させていただくこととなりました。地区委員会では、今年度から支部学術大会を開催するための準備を行ってまいりました。今まで、各地区は、代議員の選出時の選挙区であり、各地区としての活動は行っていませんでした。緩和医療に関しては、県単位での活動が主で、講演会なども県単位で行われることが多かったように思います。このため隣の県であっても、どのような緩和医療の活動が行われているかわかりませんでした。また、交流もほとんどありませんでした。

これからは、緩和医療学会として支部単位での活動も行っていく方針となり、支部学術大会を開催する運びとなりました。支部学術大会では、各支部の独自性を出していただきたいと思っております。また会員の皆様の発表の機会を提供できるものと考えております。さらに支部学術大会を行うことにより、会員相互の理解が深まり、新たな緩和医療の発展に寄与するものと考えております。緩和医療学会では、多くのガイドラインを作成しております。このような緩和医療学会の活動を広めていく上にも、重要な役割を果たすものと思っております。

会員の皆様には、支部学術大会にご出席いただきたいと思っております。そのうえで、多くの発表をしていただくとともに、新たな知識を吸収する場として活用をお願いいたします。今後、緩和医療学会が更なる発展を遂げるように頑張っていきたいと思っております。ご支援をよろしく願いいたします。

2期目の教育・研修委員会委員長として 教育・研修事業の見直し・整備を行います



佐久総合病院佐久医療センター
緩和ケア内科
山本 亮

佐久医療センター緩和ケア内科の山本 亮と申します。今回3期目の理事に選んでいただきありがとうございます。今期も一生懸命頑張りたいと思います

ので、どうかよろしくお願いたします。

前期に引き続き、教育・研修委員会を担当させていただくこととなりました。教育・研修委員会には、教育セミナー WPG、緩和ケア基礎セミナー WPG、医学生セミナー WPG、看護職セミナー WPG、MSW セミナー WPG、ELNEC-J コアカリキュラム WPG、専門医カリキュラム策定 WPG の7つの WPG があり、緩和ケアに関する教育、研修事業を行っています。専門医や認定医の認定制度がスタートしたこと、緩和ケアががんだけでなく非がんにも広がり、そのカバーする範囲がますます広がっていることなどを考えると、事業全体を見直していく時期にきているのではないかと感じています。

これまで行ってきた様々な事業を、緩和ケアの裾野を広げていく事業、基本的緩和ケアの底上げをしていく事業、専門的緩和ケアを充実させていく事業の3つに分け、それぞれの目的にあった形で整備していくことができる2年間にしたいと考えています。当会が厚労省から委託を受けて行っている緩和ケア研修会（PEACE 研修会）の一部が e-learning 化され、研修対象者も多職種に広げられたことは、緩和ケアの基本教育を学ぶ共通のプラットフォームが作られることに他なりません。さらに、専門医や認定医のための教育機会を提供するリフレッシャーコース（仮称）の開催も専門医認定・育成委員会を中心に検討していくこととなっています。これらの事業ともうまく連携し、より良い教育・研修の場が提供できるよう、会員の皆様の声も聴きながら、努力したいと思います。どうかよろしくお願いたします。

監事に就任して



一般社団法人 医薬品適正使用・
乱用防止推進会議
加賀谷 肇

本学会は1996年の創立以来、がんやその他の治療困難な病気の全過程において、人々のQOLの向上を目指し、緩和医療を発展させ学際的に活動を続け、この度木澤新理事長のもと新たなスタートが切られました。

私は、2008年7月より2016年6月まで理事として務めさせていただき、2010年からは専門的緩和ケア推薦委員会に所属し、2012年からは総務・財務委員長を拝命し2014年から2016年までは事務局長も務めさせていただき本学会の発展に参画できましたことを光栄に存じております。

チーム医療を実践する上で、専門性の高い人材を養成することは学会の使命の一つと思います。緩和医療の質を高めるためには、それぞれの職種が緩和医療の実践のための知識・技術・態度の充実を図る必要があります。病院・診療所でのチーム医療の実践のみならず、在宅医療へのシームレスな連携は継続的な課題です。緩和医療を支える職種として薬剤師もその一翼を担えるように、医師、看護師、ソーシャルワーカー、リハビリ専門職、心理職などのメディカルスタッフと協働で薬学の視点からこれまでは務めて参りました。

多職種から構成される学会の理事会として会員の皆様に納得いただける会務運営に監事として選任いただき身の引き締まる思いで居ります。

今や12,300人超の会員を擁する学会に成長した本学会の財産状況や業務執行に監事として監査の役目を果たせればと思います。

特任理事就任のご挨拶



都立駒込病院 神経科
秋月 伸哉

この度、特任理事に就任いたしました。

私は研修医として広島大学精神科に入局したころより、精神疾患の治療としてだけでなく身体疾患を持つことの苦痛を和ら

げるために精神医学のスキル、知識が役に立つのではないかと考え、リエゾン精神医学、精神腫瘍学に関心を持ちました。国立がんセンター東病院、中央病院でのレジデント研修、国立がんセンター東病院臨床開発センターでの臨床研究、千葉県がんセンターでの精神腫瘍科の立ち上げ、緩和ケアチームの運営に関わり、本年7月から都立駒込病院神経科に勤務しております。

このような精神腫瘍学に関する臨床、研究の経験を活かし、日本緩和医療学会では緩和ケア研修プログラム作成や、コミュニケーションスキル研修プログラム、緩和ケアチームの質評価活動などに関わってきました。今後は、特任理事として緩和医療の実践を広めるために必要な保険制度、その礎となる臨床研究とガイドライン、精神腫瘍学の考え方をがん以外の領域に広げていくための人材育成などに取り組んでいきたいと考えております。



島根大学医学部附属病院
太田 桂子

この度、日本緩和医療学会特任理事を拝命いたしました島根大学医学部附属病院の太田 桂子と申します。理事会におきまして、チーム医療におけるソーシャルワーカーの専門性とその必要

性をご理解いただき、特任理事として2期目をご承認いただきましたことに心から感謝申し上げます。

現在は当院地域医療連携センターでの退院支援、緩和ケアセンターの緩和ケア病棟、緩和ケアチームのソーシャルワーカーとして、がんのみならず非がん患者とご家族の心理社会的支援を行っております。本学会の理事1期目では、将来構想委員会の副委員長を拝命し、今後の学会が進むべき道筋について先生方と多方面から検討する場は大変貴重な経験でありました。特任理事1期では引き続き将来構想委員会を務め、併せて2018年度理事選挙の選挙管理委員長も務めさせていただきました。また、MSWセミナー WPG 委員としてMSWセミナーの企画などを担当させていただきました。皆様のご高配により、第1回MSWセミナーとして、緩和医療に携わる全国の現任MSWにむけた教育研修の機会をいただくことができました。

また、今年度から厚生労働省がん対策推進協議会の委員を務めさせていただくこととなりました。相談支援はもとより、在宅緩和ケアの推進、小児・

AYA世代における緩和ケアに関しまして、これまでの学会活動などからの知見をふまえて積極的な情報発信が求められていると認識しております。

これからも、医療現場の多職種チームから地域の医療・ケアチームへ「想いとともにつなぐ」体制整備を通して、温かみのある全人的なケアの実現にむけて取り組む所存でございます。皆さまからのご支援ご鞭撻のほど、どうぞよろしくご願ひ申し上げます。

ソーシャルワーカーは、疾患や病期に限らず、患者と家族の抱える多様な心理社会的課題に対応することが求められています。患者や家族の価値や希望を「聴く」面接や、属する社会に戻れるよう「つなぐ」ネットワーキングなどの専門的な技術の研鑽が不可欠です。

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

今後は、地域包括ケアシステムでも信頼できる専門職となれるよう、ソーシャルワーカーの教育機会の確保や制度政策への提言など各方面から、その整備にむけて努力を重ねる所存でございます。

1. がん診断後1年間の症状の軌跡とその関連要因

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

Bubis LD, Davis L, Mahar A, Barbera L, Li Q, Moody L, Karanicolos P, Sutradhar R, Coburn NG. Symptom Burden in the First Year After Cancer Diagnosis: An Analysis of Patient-Reported Outcomes. J Clin Oncol. 2018 Apr 10;36(11):1103-1111. Epub 2018 Mar 1. PMID:29494259

【目的】

がん診断後早期の症状を系統的かつ大規模に調査した研究はない。新規にがんと診断された患者の症状の経時的な傾向と症状の要因を明らかにすることを目的とした。

【方法】

カナダのオンタリオ州のがん登録で2007年～2014年に新規にがんと診断され、1年以上生存した約12万名を対象とした。症状は外来受診時にESASにより前向きに評価し、がん登録と連結されたデータを後ろ向きに収集した。11段階のNRS評価で4点以上を中程度以上の症状と操作的に定義した。

【結果】

約12万名の患者に述べ約73万回のESAS評価を行った。対象者のがん原発部位は、乳腺30%、消化器19%、泌尿器17%、呼吸器11%、婦人科10%の順であった。

診断後1年間に1回でも中程度以上であった割合は、だるさ59%、全体的な調子55%、不安感44%、食欲不振43%、眠気39%、痛み37%、気分の落ち込み31%、息苦しさ29%、吐き気19%の順であった。中程度以上の症状を有する割合は、ほとんどの症状では診断後1カ月目がもっとも高かったが、吐き気は診断後6カ月まで経時的に増加し、その後低下した。

診断後1年間での中程度以上の症状の有無に関連する独立したリスク要因は、がん原発部位、若年、併存疾患が多い、女性、低収入、都市部居住であった。

【結論】

がん診断後1年間での中程度以上の症状を有する割合は、がん原発部位に依らず共通して高かった。がん診断後早期は複数の症状を有するリスクが高く、がん罹患早期からの支持療法の必要性が示唆さ

れた。中等度以上の症状を有するリスク要因として示された特性を有する患者は支持療法の優先的な介入対象となる。

【コメント】

カナダのオンタリオ州ではがん対策の一環としてがんセンターの外来でのESAS評価データが中央に集約され、モニタリングされている。そのデータを用いて過去には死亡前6カ月間の症状の推移が示され (Seow, J Clin Oncol, 2011, PMID=21300920)、今回は診断後1年間の症状の推移が示された。系統的かつ大規模な患者報告アウトカムデータであり、がん患者の症状に関する貴重な疫学データである。

2. 中等度のがん性疼痛に対する長期の低用量モルヒネは、トラマドールに比べ臨床的に意味がある除痛を得る

静岡県立静岡がんセンター 薬剤部
佐藤 淳也

Zheng RJ, Fu Y, Zhu J, Xu JP, Xiang QF, Chen L, Zhong H, Li JY, Yu CH. Long-term low-dose morphine for patients with moderate cancer pain is predominant factor effecting clinically meaningful pain reduction. Support Care Cancer. 2018 May 31. doi: 10.1007/s00520-018-4282-2. [Epub ahead of print]

【目的】

WHO方式の三段階除痛ラダーに準じた中等度のがん性疼痛の除痛には、トラマドール塩酸塩の使用が推奨されている。今回の研究は、中等度のがん性疼痛を有する患者に対して、トラマドール塩酸塩と比較的低用量のモルヒネを経口にて長期間使用した場合の有効性および安全性を後方視的に比較調査した。

【方法】

対象は、著者らの所属する大学病院において、Numerical Rating Scale 4-6の中等度のがん性疼痛を有する353名を抽出した。トラマドール塩酸塩の開始用量は、200mg/日とし、試験期間中の最大投与量は400mg/日までとした。モルヒネは、30mg/日から開始し、3日間で用量設定し、最大投与量は60mg/日までとした。主要評価項目は、臨床的に意味のある除痛率 (CMPR; ベースラインの疼痛強度から30%以上の除痛) とし、27週間評価した。

【結果】

トラマドール塩酸塩投与患者 (221名) およびモ

ルヒネ投与患者（132名）の1日平均投与量は、各々310mgおよび47mgであった。また、9,18および27週時点のCMPRは、各々77.3%、44.8%、18.1%および84.8%、68.2%、53.8%であり、モルヒネ投与患者において有意に高かった（P値の記載なし）。評価期間中に、トラマドール塩酸塩投与患者の81.9%は、強オピオイドにスイッチングされていたが、モルヒネ投与患者におけるその頻度は、46.2%にすぎなかった。副作用は、主に便秘が観察された。モルヒネ投与患者における便秘の頻度は、トラマドール塩酸塩に比べ有意に低かった（34.1% vs 46.2%、 $p=0.026$ ）。その他の副作用については、統計的な有意差を認めなかった。

【結論】

中等度のがん性疼痛を有する患者に対して、比較的低用量のモルヒネは、トラマドール塩酸塩に比べ長期間有効かつ安全である。

【コメント】

トラマドール塩酸塩は、WHO方式の三段階除痛ラダーにおける中等度のがん性疼痛に対して使用が推奨される薬剤（正しくは、代表薬であるコデインの代替薬）である。臨床現場において、トラマドール塩酸塩は、保険適用上非麻薬として扱われ、NSAIDsの効果不良時に開始されることが多い。しかし、最終的ながん治療期間中のすべてをトラマドール塩酸塩で除痛が完結する患者は多くない。今回の研究では、中等度のがん性疼痛には60mg/日までのモルヒネの方が、トラマドール塩酸塩で除痛を継続するより安全かつ有効であり、これが除痛不良によるスイッチングが少ない点になっている。著者らは、これらの結果からWHO方式の三段階除痛ラダーへの科学的疑問を掲げている。臨床家にとって使い慣れたWHO方式の三段階除痛ラダーであるが、これに縛られず疼痛強度や経済性（論文で平均的に使用された約300mgのトラマドール塩酸塩（50mg錠×6）の薬価：385円、約50mgのモルヒネ（10mg硫酸塩徐放錠×5）：1,206円）を考慮した柔軟なオピオイド選択が重要であるかもしれない。

3. 早期乳癌におけるアロマターゼ阻害薬により誘発される関節痛に対するデュロキセチンの有効性に関する多施設共同プラセボ対照比較試験

名古屋大学病院 薬剤部
宮崎 雅之

Henry NL, Unger JM, Schott AF, Fehrenbacher L, Flynn PJ, Prow DM, Sharer CW, Burton GV, Kuzma CS, Moseley A, Lew DL, Fisch MJ, Moinpour CM, Hershman DL, Wade JL 3rd. Randomized, Multicenter, Placebo-Controlled Clinical Trial of Duloxetine Versus Placebo for Aromatase Inhibitor-Associated Arthralgias in Early-Stage Breast Cancer: SWOG S1202. *J Clin Oncol.* 2018 Feb 1;36(4):326-332.

【目的】

早期乳癌におけるアロマターゼ阻害薬（AI）は約半数で関節痛症状（AI-associated musculoskeletal symptoms: AIMSS）を引き起こし、AIのアドヒアランスに影響を及ぼすことがある。デュロキセチンは米国FDAにおいて様々な慢性疼痛疾患に対する鎮痛薬として承認されている。本試験ではAIMSSの治療としてデュロキセチンがプラセボに比較して関節痛を改善するかについて検討した。

【方法】

本研究はランダム化二重盲検比較PhaseIII試験であり、閉経後早期乳癌に対してAIを開始し、平均の関節痛スコアが4/10以上の患者を対象とした。患者はデュロキセチンもしくはプラセボに1:1にランダム化され13週間服用した。主要評価項目は12週間の平均関節痛スコアとし、層別因子（ベースラインの疼痛スコアが4-6, 7-10, タキサン系の投与歴）で補正し、多変量線形回帰分析を行った。疼痛スコアがベースラインから2ポイント以上の減少を臨床的に顕著な効果があったと定義した。

【結果】

299名が本試験にエントリーされ、127名がデュロキセチン（30mg/day）、128名がプラセボの治療を受けた。12週における関節痛の平均疼痛スコアはデュロキセチン群がプラセボ群に比べて0.82ポイント低かった[95% CI, -1.24 ~ -0.40] ($p=0.0002$)。関節痛スコアの最悪値、関節の硬直、疼痛による影響、機能の各エンドポイントなども同様の結果が得られた。副作用については、デュロキセチン投与において、倦怠感や悪心、口渇などが多く、その頻度（全グレード）は、デュロキセチンの方がプラセボに比べて高かった（デュロキセチン78% vs. プラセボ群50%）。しかし、グレード3の副作用頻度は同等だった。

【結論】

早期乳癌がん患者におけるAIMSSに対するデュロキセチンはプラセボに比べて低グレードの副作用頻度が高いものの鎮痛効果に優れていることが明らかとなった。

【コメント】

AIMSS の発現率は 50% 程度とも報告され、AIMSS が治療中断の原因となる場合も少なくない。AIMSS の原因は血中のエストロゲン濃度の低下が関与するともいわれているが、その詳細なメカニズムは明らかとされていない。セロトニン-ノルエピネフリン再取り込み阻害作用 (SNRI) を有するデュロキセチンは、プラチナ製剤による末梢神経障害を改善することが報告されている (JAMA 2013;309:1359-67)。本研究では AIMSS に対するデュロキセチンは、比較的早期からプラセボに比べて高い除痛効果が得られており、AIMSS に対する有効性が認められている。一方でプラセボ群においても一定の除痛効果が認められていることにも留意が必要である。

4. 臨死期 (死亡前数日) にある患者の看取りのケアのプロセスとアウトカム評価尺度遺族版の開発

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

Kanno Y, Sato K, Shimizu M, Funamizu Y, Andoh H, Kishino M, Senaga T, Takahashi T, Miyashita M. Validity and Reliability of the Dying Care Process and Outcome Scales Before and After Death From the Bereaved Family Members' Perspective. *Am J Hosp Palliat Care*. 2018 Jan 1;1049909118785178.

【目的】

遺族による臨死期 (死亡前数日) の看取りのケアの質を評価できる尺度として、看取りのケアプロセス評価尺度と看取りのケアアウトカム評価尺度を開発し、信頼性と妥当性を検証する。

【方法】

全国の一般病棟 3 施設、緩和ケア病棟 2 施設において、がんで死亡した患者の遺族 345 名を対象に、2013 年 1 月～3 月に郵送法による自記式質問紙調査を実施した。調査から 1 カ月後に信頼性検証のための再調査を行った。

【結果】

探索的因子分析の結果、臨死期の看取りのケアプロセス評価尺度 (the Dying Care Process Scale for Bereaved Family Members: DPS-B) は、「症状緩和」、「尊厳」、「説明」、「家族ケア」の 4 ドメイン 8 項目が抽出された。また、臨死期の看取りのケア

アウトカム評価尺度 (the Dying Care Outcome Scale for Bereaved Family Members: DOS-B) は、「症状緩和」、「尊厳」、「患者との関係性」、「医療者との関係性」の 4 ドメイン 8 項目が抽出された。両尺度は、内の一貫性 (DPS-B: $\alpha = 0.91$, 各ドメイン 0.78-0.91; DOS-B: $\alpha = 0.91$, 0.78-0.94)、再テスト信頼性 (DPS-B: intraclass correlation coefficient [ICC]=0.79, 各ドメイン =0.55-0.79; DOS-B: ICC=0.88, 0.70-0.88)、Multi-trait 分析により収束妥当性と弁別妥当性、既知尺度との併存妥当性、既知集団妥当性が確認された。

【結論】

遺族の視点から臨死期の看取りのケアの質を評価するためのケアプロセス評価尺度 (DPS-B) とケアアウトカム評価尺度 (DOS-B) の 2 つの尺度が開発され、信頼性と妥当性が示された。これらの評価尺度は、遺族調査において臨死期の看取りのケアの実態を評価する際に活用でき、また、臨死期の看取りのケアに関する教育介入の評価にも活用できるだろう。

【コメント】

臨死期の看取りのケアにおいて、ケアを受けた側とケアを提供した側からケアプロセスやアウトカムを評価することは、ケアの質を維持し、がん患者や家族の Quality of Life の向上に重要である。今回、遺族の視点から評価できる尺度を開発したが、看護師の視点から評価できる尺度も開発している (Kanno Y, et al. *J Hosp Palliat Nurs* 2018. [in press])。これらの尺度は、今後、緩和ケアに関する尺度 HP (<http://www.pctool.umin.jp/frame.html>) に掲載される予定である。

5. 複雑性悲嘆・うつの関連要因

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 青山 真帆

Aoyama M, Sakaguchi Y, Morita T, Ogawa A, Fujisawa D, Kizawa Y, Tsuneto S, Shima Y, Miyashita M. Factors associated with possible complicated grief and major depressive disorders. *Psychooncology*. 2018 Mar;27(3):915-921. doi: 10.1002/pon.4610.

【目的】

死別に関連した心理的健康障害に関して、複雑性悲嘆 (CG) とうつ (MDD) は異なるものであるとされているものの、合併あるいは独立して症状を有することがあるが、その関連要因は明らかでなく、本研究で明らかにすることを目的とした。

【方法】

2014年に実施された日本における大規模遺族調査であるJ-HOPE3研究の一部として実施された。全国175施設で死亡したがん患者遺族10,513名に質問紙を送付した。調査項目は人口統計学的要因の他、うつはPatient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)、複雑性悲嘆はBrief Grief Questionnaire (BGQ)、ケアの構造とプロセスの評価はCare Evaluation Scale (CES)、望ましい死の達成度はGood Death Inventory (GDI)、ケアに対する全般的満足度だった。単変量および多変量解析を行い、関連要因を探索した。

【結果】

有効回答率は67% (9,123名) だった。CGの推定有病率は14%、MDDは17%で、CGと推定された対象者の58%が同時にMDDとも推定された。CG、MDDに共通してみとめられた関連要因は、死別前からの精神疾患既往歴、肉体の死後に魂の存在を信じていること、死別に対する心の準備不足、介護時からのからだ・こころの健康状態が良くないこと、患者が自分は他者の負担になっていると感じていると思っていたこと(すべて $p<0.05$)だった。多変量解析では、死別後経過時間には有意な差は認められなかった。

【結論】

CGとMDDの関連要因には共通する項目も多く、異なるものとはいえ、両者の症状を同時に有することも多いことが確認された。

【コメント】

本研究は、CG・MDDの症状を単独または混合して有する際の関連要因の類似・相違点を大規模サンプルで明らかにした初めての研究である。共通する関連要因は重要なリスクファクターと考えられ、死別前後に臨床的にも注意すべき項目と考えられる。死別後経過期間が有意に関連していなかった点については、先行研究の知見と異なり、個別的なアプローチの重要性が示唆された。

6. ナーシングホームの進行期認知症患者とその家族を対象としたケアの目標設定に関する介入の効果：ランダム化比較試験

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 清水 陽一

Hanson LC, Zimmerman S, Song MK, Lin FC, Rosemond C, Carey TS, Mitchell SL. Effect of the Goals of Care Intervention for Advanced Dementia: A

Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2017 Jan 1;177(1):24-31.

【目的】

ケアの目標設定のための意思決定支援ツールによる介入が、進行期認知症のナーシングホーム（以下、NH）利用者に対するコミュニケーションと緩和ケアの質を改善するかを明らかにすること。

【方法】

2012年4月～2014年9月に進行期認知症のNH利用者とその家族を対象とした、クラスターランダム化比較試験。介入群（11施設）では、家族に対して、1)ケアの目標設定のため意思決定支援ツール（18分間のVTRと質問リストを含むパンフレット）、2)1時間のトレーニングを受けたNHの医療者（看護師、ソーシャルワーカー、施術者、栄養士）による構造化された話し合いを提供した。対象群（11施設）では、認知症のある方との関わり方と通常のケアプランのためのミーティングに関するVTRを家族に提供した。

【結果】

介入群151組、対照群151組から同意を得た。3カ月後の家族によるコミュニケーションの質（QOC）の評価は介入群で良く（QOC, 6.0 vs 5.6 $p=.05$ ）、特に終末期に関するコミュニケーションで良かった（QOC, 3.7 vs 3.0 $p=.02$ ）。医療者と家族のケア目標の一致度は3カ月後では差がなかったが、9カ月後では介入群で良かった（88.4% vs 71.2%, $p=.001$ ）。治療と選好との一貫性、症状管理、ケアの質に関する家族の評価は両群で差はなかった。一方で、介入群の方が治療計画の中に緩和ケアの内容を多く含み、事前指示書のある割合が高く、病院に運ばれた人は少なかった。9カ月後までのフォローにおいて生存期間については両群で有意差はなかった（調整後ハザード比：0.76、95%信頼区間：0.54-1.08、 $p=.13$ ）。

【結論】

NHの進行期認知症の利用者において、ケアの目標設定のための意思決定支援ツールは終末期におけるコミュニケーションを改善し緩和ケアプランを促すことが分かった。

【コメント】

ケアの目標設定のための意思決定支援ツールをただ使うだけではなく、それを活用するためのコミュニケーション技術や態度に関する教育を医療者に行ったことが、医療者と家族とのコミュニケーションの質を高める結果に繋がったと解釈できる。

学会印象記

Precision Medicine と
Impeccable Assessment山梨大学医学部 麻酔科
飯嶋 哲也

2018年5月17日から19日までの3日間、パシフィコ横浜を主会場として日本麻酔科学会第65回学術集会が開催されました。会長は広島大学大学院麻酔蘇生学講座の河本 昌志教授。西の名門、広島大学初の日本麻酔科学会主催ということで、会員懇親会には越智 光夫学長（整形外科学、専門は膝関節外科）も出席され、広島大学挙げての盛り上がりを見せていました。参加者は1万622人とのこと。1万人を超える参加者の学術集会運営のために、日本緩和医療学会の学術大会と同様、近年は横浜と神戸の交互開催が通例となっています。また、学会長特別企画として桂 米二師匠が落語を演じました。演目は「青菜」と「変わり目」の2題。コミュニケーションスキル教育を目下のテーマとしている私としては落語家の話術には特別に感じ入るところがありました。

次にご紹介したいのは東京大学 住谷 昌彦准教授の『痛み医療での Precision Medicine（精密医療）に向けて』という招請講演。住谷先生は精密医療を「従来の病名というカテゴリーで患者を分類し単一的な治療方針を提供するのではなく、患者個人から得られた精密な情報(biomarker など)をもとに病態・疾患をより詳細に階層化し、最適な診断・治療を提案しようという考え方」と定義。私は「精密な情報」のひとつとして疼痛の重症化に関与する遺伝子多型の特定があるという講演を聴きながら、WHOの緩和ケアの定義にある「impeccable assessment」という言葉を思い出していました^{注1)}。そして、Precision medicineとは「impeccable assessment（的確な評価）」の結果に他ならないということなのだと思に至りました。要するに「診立て」をしっかりとすることがいつの時代でも大切であるということなのだ。この講演の後、最新医学情報にキャッチアップしてだけでなく、時間に追われ、数値に追われ、麻酔科医としてとかく怠りがちな、患者さんのおなかをちゃんと触診するよう努力しようと思ったのは、私だけでしょうか？

注1) WHOの緩和ケアの定義は先日、緩和医療関連18学会とのコンセンサスのもと「定訳」が完成しました。日本緩和医療学会および特定非営利活動法人日本ホスピス緩和ケア協会のホームページなどで公開されています。

※日本緩和医療学会では下記URLに定訳を掲載しております。

<https://www.jspm.ne.jp/proposal/proposal.html>



緩和ケア病棟入院料あたふた

岐北厚生病院 緩和ケアセンター 西村 幸祐

会員の皆様はご存知の方も多いと思いますが、今年 2018 年の 4 月から、緩和ケア病棟入院料が 2 つに分類されました。①直近 1 年間の入院日数の平均が 30 日未満で、入院までの待機日数の平均が 14 日未満であること、もしくは②直近 1 年間の在宅（保険医療機関でない施設を含む）退院率が 15% 以上であること（詳細は別でご確認下さい）、のいずれかを満たす場合に、緩和ケア病棟入院料 1 を算定できることとなり、従来よりも報酬が増えることになりました。一方、以上の要件を満たさない場合は緩和ケア病棟入院料 2 の算定となり、減収となります。当病棟の場合で試算したところ、1 を算定するとしなないとでは 1,600 万円ほどの差が生じました。

病院を挙げて、すわ、「1 をとるぞ」となったわけでありませう。そのような氣勢を上げたご施設も少なくないのではないのでしょうか。

中山間部の比較的のんびりとしたロケーションにある当院は、限界集落を含む地域を医療圏としており、介護力・施設数・マンパワーがかなり不足しています。「やっと安心する場所を見つけた。」と当病棟に転院してこられる患者さんご家族に対して、この仕組みは見事に医療者との対立関係をもたらしています。すなわち、「どこの病院に行っても、最初から追い出すことばかり言われる」という言葉に表されるように、医療機関からの圧力に怒りとともに困惑する患者・家族と、その“プロジェクト”を進めざるを得ないスタッフの軋轢です。大学病院や地域基幹病院ですでにそのような苦難を患者・家族もスタッフも経験していらっしゃることでせう。

おかしなことですが、ケアの目的である症状緩和と暮らしの場所の提供がいったん完成すると、もうそこにはいられないということになる矛盾があります。それは目的達成が不安をもたらすという矛盾です。

限られた医療資源をより大勢の方にできるだけ平等に使っていただくという理念は誠に正しいと思います。しかしそのような社会正義は、不安や苦しみにさいなまれてる個々の患者さんご家族一人一人にとっては素直に受け入れることができづら、誤解をあえて恐れずに言えば、「どうだっていいこと」なのではないのでしょうか。

曲がりなりにもホスピス運動の教えを受けてきた比較的古い世代には、その人その家族らしく安心して過ごせる療養場所を作っていきたい、という思いがありました。在宅医療を望む方には実現のためのそれなりの努力をしてきました。一方で、病棟の運営が成り立たなくてはなりませんから、無理には退院を勧めることはなく、ひいてはのんびりと緩和ケア病棟・ホスピスで過ごす方もいらっしゃいました。これからもそのような運営を否定されているわけではありませんが、「もっと収益が上がる」というエンジンをチラチラ見せられれば、施設管理側は「何とかならないか」と思ってしまうのも人情でせう。

先月は関係者の努力が実り、思いのほか退院の方が多くなりました。しかし、空床が続いてしまい、逆に冷や冷やしました。

いったい私たちは何をしているのだらう、と思いました。

ホスピスが医療にとり込まれ、緩和ケア病棟なるがん病棟に変容してしまった、というホスピス運動の先駆的非医療関係者がそういつていたことを思い出します。

皆様はどのようにお考えでしょうか。

あたふたと退院調整の言い訳づくりに追われた昼間を思い、深夜の風呂桶の中で「時代は変わるんだな」と独り言ちています。最近、『嫌われる勇気』という本を買いました。

味噌汁回診

岐阜北厚生病院 緩和ケアセンター 西村 幸祐

当緩和ケア病棟では月に1度、『味噌汁回診』なるものを行っています。単に患者さんとご家族に味噌汁を配って召し上がっていただく『“なんちゃって”回診』です。ただその味噌汁は、出来立てであります。アツアツなのです。

在宅でお過ごしの方であれば、そんなことは当たり前でしょう。日常でしょう。だからこそ“在宅医療・在宅ケアの補完”に過ぎないと言われるもするホスピス・緩和ケア病棟としては、ちょっとでも自宅に近づけないものかと思っ、はかない抵抗ですが続けています。理想はどうか、現実的に目の前にいらっしゃる患者さんとご家族は、この緩和ケア病棟というまあ、”非日常”の施設内で「今」を生きていらっしゃいますので、ささやかでも我々スタッフは頑張らないといけません。

前日の日の昼休みに、近所のスーパーで買い出しをします。旬のお野菜が具の決め手であります。今を味わっていただきたいと願います。そして夜、勤務後から“出し”取りを開始します。ファミリーキッチンをお借りしておよそ4～5リットルのお水に煮干しの頭と腹を外して入れ、冷蔵庫で一晩つけておきます。飛魚（あご）を使う時もあります。

当日の朝は、その“出し”の中に厚削りのカツオ節を混ぜ、火にかけます。味噌汁回診は、昼に行っています。6年前に始めたころ、朝にやろうとしたら、看護師さんの負担がやたらに大きくなってしまいましたので、以後お昼に行くことにしたのです。

前日に購入しておいた具をボランティアさんが上手に刻んだり下ごしらえしたりして下さいます。食べやすくするにはどうしたらいいか、でもほんの少しでも歯ごたえを感じられないか、と毎回あれこれ考えて下さいます。

このころには、病棟中が御出汁のいい匂いでいっぱいになります。「今日は味噌汁なんですね。楽しみにしています」と、月間行事表で確認した患者さんやご家族から期待のお声掛けをいただくようになります。いつの間にか、当病棟の名物行事になって、スタッフも『宣伝』をしてくれていますので。

さあ、いよいよ最終段階の味噌投入のときが来ました。味噌は毎回産地の異なるものを使います。ソムリエはワインの目利きですが、「味噌ムリエ」もあってほしいと思います（もし検定試験があれば勉強し、できれば称号を狙いたいと思います）。それほど味噌の種類は多いのです。岐阜県内でもそれはもうたくさん種類があります。患者さんはほとんどが、県内の方ですが、よく話を伺うと、岐阜に嫁いできた、幼いころは九州だった、いつも新潟から取り寄せている。赤だしとうちは決めている、など、毎回その選択は困難を極めました。いったいどなたを基準で選べばいいのか…。

しかし、ここ数年は、もうインフォームド・コンセントも、アドバンス・ケア・プランニングもへったくれもありません！私（筆者）がこれで行く、といった味噌を使うことにしてしまっています！多様性を確保するために、旅行・学会・研究会のときはまずは地元のスーパーの味噌コーナーをのぞくことにしています。そうして仕入れてくることもあります。

複数のスタッフの味見を経て、いよいよ回診スタートです。しかし、20人を超える患者さんとご家族にいかにかアツアツを届けるか、まさに時間との勝負です。また、給食も来てしまいますので、それとのマリアージュのタイミングを合わせなければならないのです。

『回診』が“なんちゃって”であるのは、このためです。診察も、傾聴もほとんどしません。ねぎとミョウガとワカメの好み（これらはオプション）を患者さんとご家族に伺い、そのあとお椀に具をうまく混ぜ合わせて彩り豊かに整えるのは、極めて高度な技であり（笑）、一連の流れを完成させるプロセスは誠に大忙しです。患者さんがお一人いらっしゃるだけのお部屋は余裕もあって少しコミュニケーションがとれますが、どういうわけかお見舞いのご家族が5人！というときは、合計6杯のご提供になります。こうして汗だくの給仕が続きます。

結果はどうでしょう。

おかげさまで、「うまい！」「お～いしいー！」と言われっぱなしで、申し訳ないですが、配るほう

としては、悪くない気分ではあります。お上手でいって下さるにしても、そのままお受けし、心から感謝申し上げてお部屋を去ります。

最もうれしいのは、今までお水だけかろうじて飲んでいらっしやって、もう多くは食べられないと寂しく思っていたら患者さんとそのご家族のお部屋でのことです。ご許可をいただき、ほんの少しの味噌汁をスプーンにすくい、フーフーしてお口の中に注ぎ込ませていただくのです。

「オ・イ・シ…」

涙が出るうれしさです。

「いのちのスープ」であるお味噌汁。このアツアツは、当院のケアスタッフの気持ちの熱さでもあるのです、なーんてかっこよく述べて拙文を終わります。

英国への長期出張で考えたこと

(1) King's College London、緩和ケア、看護

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
宮下 光令

2017年10月から2018年3月まで国際共同研究加速基金という科研費で英国に長期出張の機会を得た。ニューズレター編集部から依頼を受けたので、自分にとってもいい振り返りになるので、この出張で学んだことを本コーナーに書かせていただくことにした。

私が滞在したのは英国 King's College London (KCL) の Cicely Saunders Institute (CSI) であった。所長は今年、神戸の学術大会に来ていただいた Irene Higginson 先生であり、世界で唯一最大規模の緩和ケアの研究を目的とした研究所と言っていいただろう。まず初めに King's College London と日本の関係から振り返ろうと思う。

いわゆる「脚気論争」をご存知だろうか。EBM を学ぶときに最初に聞くことが多いこの話だが、日本に戻って意外と知らない人が多かったのでここで簡単に解説する。脚気はご存知のとおり Vitamin B1 欠乏症であり、江戸末期から第二次世界大戦の頃まで国家的な健康問題であった。特に問題であったのが軍隊で、いくつかの大きな戦争で戦闘よりも多くの脚気による死者を出していた(ナイチンゲールの時代に軍隊が戦闘でなく感染症で多くの死者を出していたことに似ている)。脚気論争を簡単に説明すると、海軍の軍医であった鹿児島医学校出身で英国 St.Tomas 医学校 (KCL の前身の1つ) に留学し英国流の経験論 (エビデンス重視) に依拠した高木兼寛と、陸軍の軍医であった東大医学部出身でドイツ流の観念論 (病因・基礎研究重視) に依拠した森鷗外の論争である。高木兼寛は脚気の原因を食生活と考え実際の海軍の軍艦で比較試験を行い、白米を玄米に変更することにより海軍から脚気を根絶することに成功した (高木はたんぱく質が原因と考えていたので理論は間違っていた。ただし当時 Vitamin はまだ世界的に発見されていなかった)。しかし、森鷗外は高木兼寛の進言を聞き入れず、その後も陸軍で死者を出し続けた。森鷗外が玄米を採用しなかった主たる理由は、いくつか理由があるが、「脚気菌」説を支持した東大医学部への「忖度」もあったと考えられている。東大医学部および陸軍の権威というものは絶対的なものであったのだ。

この話には2つ続きがある。1つ目は Vitamin B1 に関するもので、当時ドイツ留学中であった北里柴三郎 (東大医学部卒) は北里の師でもある緒方正規 (東大医学部講師) の「脚気菌発見」の論文に対して批判する論文を書き、森鷗外や日本の医学会から批判・冷遇された。また、現在では Vitamin B1 の発見者の1人と考えられている鈴木梅太郎は東大農学部出身であるという理由で、東大医学部の妨害を受けノーベル化学賞の受賞機会を逃したとも言われている。農学部出身者が医学研究で日本初のノーベル賞では東大医学部の面子が潰れるというのである。

もう1つの続きは看護に関するものである。高木兼寛が留学した St.Tomas 医学校はナイチンゲール看護学校が開設された場でもある (ちなみに Cicely Saunders も St.Tomas 医学校出身である)。

CSIは2017年に医学部から看護学部に移管されたが、看護学部の現在の名称はFlorence Nightingale Faculty of Nursing, Midwifery & Palliative Careと呼ぶ。高木兼寛は日本で慈恵大学を開設したが、すでに開設されていたナイチンゲール看護学校に刺激を受けるとともに、医療における看護の重要性を認識し、日本初の看護学校を開設した。ここまで書いて、King's Collegeと緩和ケア、看護がつながった（のでレターの内容として間違っていないだろう）。ふー、長かった。

今回、なぜこのようなことを書こうと思ったかという、英国で現在学んでいることを日本にどう生かすかと考えた時に「日本はつくづく階層社会である」ということを実感したからである。英国では人間関係自体が（少なくとも表面的には）フラットであるだけでなく、NHSの終末期医療政策に関しても進捗状況がデータとして適宜モニタリングされ、それに対する監査やNHSによる政策の見直しが適宜行われている（これについては機会があれば後日書こうと思う）。例えば英国で国策の一環として導入されたLiverpool Care Pathwayは不適切な運用が報告されたのちに、第三者委員会により検証され、中止が勧告された。

日本の状況はどうか。折しも現在、医科大学における受験時の女性差別が話題になっているが、日本にも階層社会における「見えないガラス」は実在するように思える。国や中央官庁、大学の序列、男尊女卑、医師と看護師…、手盛りと忖度…。エビデンスより階層・序列・関係性が重視される意思決定方式は日本の伝統でもある。

この現実がすぐに（というか、かなり時間が経っても）変わるとは思えない。ただ「脚気論争」の頃と違うのは、社会の中での情報格差が小さくなってきたことと、少なくとも臨床においては「エビデンス」がより尊重されるようになってきたことだろう。平民でも権威に対抗する手段を得た。ここ20年間で日本の緩和ケアも看護も大きく進歩し、医療の重要な1要素と認識されている。これは多くが臨床家たちの実践と教育による側面が大きいと思う。しかし、学術面ではまだ格下と思われる感は否めない。2010年に発表されたTemelらによる早期緩和ケアの試験は緩和ケア専門家だけでなく多くの腫瘍学の関係者に関心を持って受け入れられた。今後は学術的な面での発展が重要だろう。

長くなったが、「脚気論争」は知っていてもあまり詳しくない、という方は、ネットでいくらでも資料は手に入るの、様々な視点からの論争とその後の解釈を見て、現代社会の在り方について考えてみることをお勧めする。以上「よもやま話」なので許されるかなと思って好きに書いた。ついでに(1)とした。クレームが来なければ(2)(3)と続けていこうと思う。次からは、個人的・思想的な話ではなく、緩和ケアの研究や質の評価に関して学んだことを中心に書こうと思う。



Cicely Saunders Institute と筆者。

ジャーナルウォッチ 緩和ケアに関する論文レビュー (2018年3月～5月刊行分)

対象雑誌：N Engl J Med, Lancet, Lancet Oncol, JAMA, JAMA Intern Med, JAMA Oncol, 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. 2018;378(9-22)】

1. 等張電解質輸液と生理食塩水の非重症救急患者のクラスター RCT (SALT-ED 試験)
Self WH, Semler MW, Wanderer JP, Wang L, Byrne DW, Collins SP, Slovis CM, Lindsell CJ, Ehrenfeld JM, Siew ED, Shaw AD, Bernard GR, Rice TW, Investigators S-E. Balanced Crystalloids versus Saline in Noncritically Ill Adults. N Engl J Med. 2018;378(9):819-28. [PMID: 29485926]
2. 等張電解質輸液と生理食塩水の重症救急患者のクラスター RCT (SMART 試験)
Semler MW, Self WH, Wanderer JP, Ehrenfeld JM, Wang L, Byrne DW, Stollings JL, Kumar AB, Hughes CG, Hernandez A, Guillaumondegui OD, May AK, Weavind L, Casey JD, Siew ED, Shaw AD, Bernard GR, Rice TW, Investigators S, the Pragmatic Critical Care Research G. Balanced Crystalloids versus Saline in Critically Ill Adults. N Engl J Med. 2018;378(9):829-39. [PMID: 29485925]
3. 癌性胸水に対する留置胸腔カテーテルを用いた外来タルク投与の RCT
Bhatnagar R, Keenan EK, Morley AJ, Kahan BC, Stanton AE, Haris M, Harrison RN, Mustafa RA, Bishop LJ, Ahmed L, West A, Holme J, Evison M, Munavvar M, Sivasothy P, Herre J, Cooper D, Roberts M, Guhan A, Hooper C, Walters J, Saba TS, Chakrabarti B, Gunatilake S, Psallidas I, Walker SP, Bibby AC, Smith S, Staddon LJ, Zahan-Evans NJ, Lee YCG, Harvey JE, Rahman NM, Miller RF, Maskell NA. Outpatient Talc Administration by Indwelling Pleural Catheter for Malignant Effusion. N Engl J Med. 2018;378(14):1313-22. [PMID: 29617585]

【Lancet. 2017; 2018;391(10123-10135)】

- 4.71 カ国の 2000～2014 年のがんの予後 (CONCORD-3)
Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Niksic M, Bonaventure A, Valkov M, Johnson CJ, Esteve J, Ogunbiyi OJ, Azevedo ESG, Chen WQ, Eser S, Engholm G, Stiller CA, Monnereau A, Woods RR, Visser O, Lim GH, Aitken J, Weir HK, Coleman MP, Group CW. Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. Lancet. 2018;391(10125):1023-75. [PMID: 29395269]
5. 大うつ病の急性期治療での抗うつ薬 21 医薬品の効果と有害事象のシステマティックレビュー
Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, Leucht S, Ruhe HG, Turner EH, Higgins JPT, Egger M, Takeshima N, Hayasaka Y, Imai H, Shinohara K, Tajika A, Ioannidis JPA, Geddes JR. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. Lancet. 2018;391(10128):1357-66. [PMID: 29477251]
6. 電子カルテを用いた高齢者の急性期入院中のフレイル予測スコア
Gilbert T, Neuburger J, Kraindler J, Keeble E, Smith P, Ariti C, Arora S, Street A, Parker S, Roberts HC, Bardsley M, Conroy S. Development and validation of a Hospital Frailty Risk Score focusing on older people in acute care settings using electronic hospital records: an observational study. Lancet. 2018;391(10132):1775-82. [PMID: 29706364]

【Lancet Oncol. 2018;19(3-5)】

7. ベルギーでの進行がんに対する早期緩和ケアの RCT
Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, Surmont V, De Laat M, Colman R, Eecloo K, Cocquyt V, Geboes K, Deliens L. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. Lancet Oncol. 2018;19(3):394-404. [PMID: 29402701]

【JAMA. 2018;319(9-20)】

8. 慢性痛に関連する機能障害に対するオピオイドと非オピオイドの RCT
Krebs EE, Gravely A, Nugent S, Jensen AC, DeRonne B, Goldsmith ES, Kroenke K, Bair MJ, Noorbaloochi S. Effect of Opioid vs Nonopioid Medications on Pain-Related Function in Patients With Chronic Back Pain or Hip or Knee Os-

teoarthritis Pain: The SPACE Randomized Clinical Trial. JAMA. 2018;319(9):872-82. [PMID: 29509867]

9. 薬物依存や傷害による死亡率の米国の1980～2014年の推移と地域差

Dwyer-Lindgren L, Bertozzi-Villa A, Stubbs RW, Morozoff C, Shirude S, Unutzer J, Naghavi M, Mokdad AH, Murray CJL. Trends and Patterns of Geographic Variation in Mortality From Substance Use Disorders and Intentional Injuries Among US Counties, 1980-2014. JAMA. 2018;319(10):1013-23. [PMID: 29536097]

10. 薬物過剰摂取死亡でのオピオイド：米国の2010～2016年の変化 (Letter)

Jones CM, Einstein EB, Compton WM. Changes in Synthetic Opioid Involvement in Drug Overdose Deaths in the United States, 2010-2016. JAMA. 2018;319(17):1819-21. [PMID: 29715347]

【JAMA Intern Med. 2018;178(3-5)】

11. カリフォルニア州終末期選択法施行後1年での医師の自殺ほう助の実態 (Letter)

Nguyen HQ, Gelman EJ, Bush TA, Lee JS, Kanter MH. Characterizing Kaiser Permanente Southern California's Experience With the California End of Life Option Act in the First Year of Implementation. JAMA Intern Med. 2018;178(3):417-21. [PMID: 29279895]

12. 米国での医療用大麻の合法化とオピオイド処方に関連

Bradford AC, Bradford WD, Abraham A, Bagwell Adams G. Association Between US State Medical Cannabis Laws and Opioid Prescribing in the Medicare Part D Population. JAMA Intern Med. 2018;178(5):667-72. [PMID: 29610897]

13. 米国での嗜好用大麻の合法化とオピオイド処方に関連

Wen H, Hockenberry JM. Association of Medical and Adult-Use Marijuana Laws With Opioid Prescribing for Medicaid Enrollees. JAMA Intern Med. 2018;178(5):673-9. [PMID: 29610827]

14. 慢性痛での外来オピオイド減量法 (letter)

Darnall BD, Ziadni MS, Stieg RL, Mackey IG, Kao MC, Flood P. Patient-Centered Prescription Opioid Tapering in Community Outpatients With Chronic Pain. JAMA Intern Med. 2018;178(5):707-8. [PMID: 29459978]

15. チャプレンによるACPの推進 (Letter)

Lee AC, McGinness CE, Levine S, O'Mahony S, Fitchett G. Using Chaplains to Facilitate Advance Care Planning in Medical Practice. JAMA Intern Med. 2018;178(5):708-10. [PMID: 29340565]

【JAMA Oncol. 2018;4(3-5)】

16. がん患者が閲覧可能なオンライン電子カルテの利用状況 (Letter)

Pho K, Lu R, Gates S, Xie Y, Lee SJC, Gerber DE. Characteristics of Patients Using Patient Portals in Oncology. JAMA Oncol. 2018;4(3):416-8. [PMID: 29372242]

17. 血小板減少法または血液がんでの血小板輸血による止血効果：病原因子低減技術のRCT

Garban F, Guyard A, Labussiere H, Bulabois CE, Marchand T, Mounier C, Caillot D, Bay JO, Coiteux V, Schmidt-Tanguy A, Le Niger C, Robin C, Ladaïque P, Lapusan S, Deconinck E, Rolland C, Foote AM, Francois A, Jacquot C, Tardivel R, Tiberghien P, Bosson JL. Evaluation of the Efficacy of Platelets Treated With Pathogen Reduction Process Study G. Comparison of the Hemostatic Efficacy of Pathogen-Reduced Platelets vs Untreated Platelets in Patients With Thrombocytopenia and Malignant Hematologic Diseases: A Randomized Clinical Trial. JAMA Oncol. 2018;4(4):468-75. [PMID: 29392283]

18. 神経膠芽腫に対するTTフィールド（電場腫瘍治療）のQOLへの影響

Taphoorn MJB, Dirven L, Kanner AA, Lavy-Shahaf G, Weinberg U, Taillibert S, Toms SA, Honnorat J, Chen TC, Sroubek J, David C, Idbaih A, Easaw JC, Kim CY, Bruna J, Hottinger AF, Kew Y, Roth P, Desai R, Villano JL, Kirson ED, Ram Z, Stupp R. Influence of Treatment With Tumor-Treating Fields on Health-Related Quality of Life of Patients With Newly Diagnosed Glioblastoma: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. JAMA Oncol. 2018;4(4):495-504. [PMID: 29392280]

19. 小児がんサバイバーでの医療保険保持のため離職できない問題 (短報)

Kirchoff AC, Nipp R, Warner EL, Kuhlthau K, Leisenring WM, Donelan K, Rabin J, Perez GK, Oeffinger KC, Nathan PC, Robison LL, Armstrong GT, Park ER. "Job Lock" Among Long-term Survivors of Childhood Cancer: A Report From the Childhood Cancer Survivor Study. JAMA Oncol. 2018;4(5):707-11. [PMID: 29049517]

20. 高齢血液がんサバイバーの認知機能障害と予後

Hshieh TT, Jung WF, Grande LJ, Chen J, Stone RM, Soiffer RJ, Driver JA, Abel GA. Prevalence of Cognitive Impairment and Association With Survival Among Older Patients With Hematologic Cancers. JAMA Oncol. 2018;4(5):686-93. [PMID: 29494732]

【BMJ 2018;360(8143-8154)】

21. 米国の医師の支持政党と提供する終末期ケアに関連

Jena AB, Olenski AR, Khullar D, Bonica A, Rosenthal H. Physicians' political preferences and the delivery of end of life care in the United States: retrospective observational study. BMJ. 2018;361:k1161. [PMID: 29643089]

【Ann Intern Med. 2018;168(5-10)】

22. 緩和ケアの総説

Swetz KM, Kamal AH. Palliative Care. Ann Intern Med. 2018;168(5):ITC33-ITC48. [PMID: 29507970]

23. オピオイド鎮痛薬の使用と肺炎リスク

Wiese AD, Griffin MR, Schaffner W, Stein CM, Greevy RA, Mitchel EF, Jr., Grijalva CG. Opioid Analgesic Use and Risk for Invasive Pneumococcal Diseases: A Nested Case-Control Study. Ann Intern Med. 2018;168(6):396-404. [PMID: 29435555]

24. 米国の薬物過剰摂取による死亡の人種別の2000年～2015年の傾向 (Letter)

Shiels MS, Freedman ND, Thomas D, Berrington de Gonzalez A. Trends in U.S. Drug Overdose Deaths in Non-Hispanic Black, Hispanic, and Non-Hispanic White Persons, 2000-2015. Ann Intern Med. 2018;168(6):453-5. [PMID: 29204603]

25. 低所得患者の慢性疼痛に対する認知行動療法と教育の無作為化比較試験

Thorn BE, Eyer JC, Van Dyke BP, Torres CA, Burns JW, Kim M, Newman AK, Campbell LC, Anderson B, Block PR, Bobrow BJ, Brooks R, Burton TT, Cheavens JS, DeMonte CM, DeMonte WD, Edwards CS, Jeong M, Mulla MM, Penn T, Smith LJ, Tucker DH. Literacy-Adapted Cognitive Behavioral Therapy Versus Education for Chronic Pain at Low-Income Clinics: A Randomized Controlled Trial. Ann Intern Med. 2018;168(7):471-80. [PMID: 29482213]

26. 慢性疼痛での医療用大麻の効果 (Letter)

Nugent SM, Kansagara D. The Effects of Cannabis Among Adults With Chronic Pain. Ann Intern Med. 2018;168(7):525. [PMID: 29610910]

27. 人工呼吸管理中のオピオイド使用と胸壁硬直の関連に関する事例報告 (Letter)

Roan JP, Bajaj N, Davis FA, Kandinata N. Opioids and Chest Wall Rigidity During Mechanical Ventilation. Ann Intern Med. 2018;168(9):678. [PMID: 29310135]

28. 薬物過剰摂取の拡がりや死体臓器移植ドナー：米国の疫学調査

Durand CM, Bowring MG, Thomas AG, Kucirka LM, Massie AB, Cameron A, Desai NM, Sulkowski M, Segev DL. The Drug Overdose Epidemic and Deceased-Donor Transplantation in the United States: A National Registry Study. Ann Intern Med. 2018;168(10):702-11. [PMID: 29710288]

29. 死亡前の急性期治療後施設利用とホスピス利用 (Letter)

Lage DE, Caudry DJ, Ackerly DC, Keating NL, Grabowski DC. The Care Continuum for Hospitalized Medicare Beneficiaries Near Death. Ann Intern Med. 2018;168(10):748-50. [PMID: 29435586]

【J Clin Oncol. 2018;36(7-15)】

30. 小児緩和ケアチーム介入の関連要因と終末期ケアへの影響

Widger K, Sutradhar R, Rapoport A, Vadeboncoeur C, Zelcer S, Kassam A, Nelson K, Liu Y, Wolfe J, Earle CC, Pole JD, Gupta S. Predictors of Specialized Pediatric Palliative Care Involvement and Impact on Patterns of End-of-Life Care in Children With Cancer. J Clin Oncol. 2018;36(8):801-7. [PMID: 29356606]

31. 新規がん診断患者対象のWebを用いたストレス管理プログラム STREAM の RCT

Urech C, Grossert A, Alder J, Scherer S, Handschin B, Kasenda B, Borislavova B, Degen S, Erb J, Faessler A, Gattlen L, Schibli S, Werndli C, Gaab J, Berger T, Zumbrunn T, Hess V. Web-Based Stress Management for Newly Diagnosed Patients With Cancer (STREAM): A Randomized, Wait-List Controlled Intervention Study. J Clin Oncol. 2018;36(8):780-8. [PMID: 29369731]

32. 多発性骨髄腫での骨修飾薬の ASCO ガイドラインの更新

Anderson K, Ismaila N, Flynn PJ, Halabi S, Jagannath S, Ogaily MS, Omel J, Raje N, Roodman GD, Yee GC, Kyle RA. Role of Bone-Modifying Agents in Multiple Myeloma: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol. 2018;36(8):812-8. [PMID: 29341831]

33. 高度催吐性化学療法でのデキサメタゾンの予防投与日数の RCT

Ito Y, Tsuda T, Minatogawa H, Kano S, Sakamaki K, Ando M, Tsugawa K, Kojima Y, Furuya N, Matsuzaki K, Fukuda M, Sugae S, Ohta I, Arioka H, Tokuda Y, Narui K, Tsuboya A, Suda T, Morita S, Boku N, Yamanaka T, Nakajima TE. Placebo-Controlled, Double-Blinded Phase III Study Comparing Dexamethasone on Day 1 With Dexamethasone on Days 1 to 3 With Combined Neurokinin-1 Receptor Antagonist and Palonosetron in High-Emetogenic Chemotherapy. J Clin Oncol. 2018;36(10):1000-6. [PMID: 29443652]

34. QOL 改善や終末期ケアの変化に影響する早期緩和ケア介入の要素

Hoerger M, Greer JA, Jackson VA, Park ER, Pirl WF, El-Jawahri A, Gallagher ER, Hagan T, Jacobsen J, Perry LM, Temel JS. Defining the Elements of Early Palliative Care That Are Associated With Patient-Reported Outcomes and the Delivery of End-of-Life Care. J Clin Oncol. 2018;36(11):1096-102. [PMID: 29474102]

35. がん診断後 12 カ月の症状の推移

Bubis LD, Davis L, Mahar A, Barbera L, Li Q, Moody L, Karanicolas P, Sutradhar R, Coburn NG. Symptom Burden in the First Year After Cancer Diagnosis: An Analysis of Patient-Reported Outcomes. J Clin Oncol. 2018;36(11):1103-

11. [PMID: 29494259]

【Ann Oncol. 2018;29(3-5)】

36. 子宮がん患者の情報ニーズと治療の希望

Oskay-Ozcelik G, Alavi S, Richter R, Keller M, Chekerov R, Cecere SC, Cormio G, Joly F, Kurtz JE, du Bois A, Maciejewski M, Jedryka M, Vergote I, Van Nieuwenhuysen E, Casado A, Mendiola C, Achimas-Cadariu P, Vlad C, Reimer D, Zeimet AG, Friedlander M, Sehoul J. Expression III: patients' expectations and preferences regarding physician-patient relationship and clinical management-results of the international NOGGO/ENGOT-ov4-GCIG study in 1830 ovarian cancer patients from European countries. *Ann Oncol.* 2018;29(4):910-6. [PMID: 29415128]

37. 化学療法中の栄養介入システマティックレビュー

de van der Schueren MAE, Laviano A, Blanchard H, Jourdan M, Arends J, Baracos VE. Systematic review and meta-analysis of the evidence for oral nutritional intervention on nutritional and clinical outcomes during chemo(radio)therapy: current evidence and guidance for design of future trials. *Ann Oncol.* 2018;29(5):1141-53. [PMID: 29788170]

【Eur J Cancer. 2018;91-95】

38. 膵がん入院患者のQOLの関連要因

Deng Y, Tu H, Pierzynski JA, Miller ED, Gu X, Huang M, Chang DW, Ye Y, Hildebrandt MAT, Klein AP, Zhao R, Lippman SM, Wu X. Determinants and prognostic value of quality of life in patients with pancreatic ductal adenocarcinoma. *Eur J Cancer.* 2018;92:20-32. [PMID: 29413686]

39. 患者会による情報提供の実態：欧米の比較

Lawler M, Prue G, Banks I, Law K, Selby P, McVie G, Sullivan R. Mapping the cancer patient information landscape: A comparative analysis of patient groups across Europe and North America. *Eur J Cancer.* 2018;92:88-95. [PMID: 29428868]

40. 東欧でのがん診断の遅れと予後との関連

Minicozzi P, Walsh PM, Sanchez MJ, Trama A, Innos K, Marcos-Gragera R, Dimitrova N, Botta L, Johannesen TB, Rossi S, Sant M, Group E-W. Is low survival for cancer in Eastern Europe due principally to late stage at diagnosis? *Eur J Cancer.* 2018;93:127-37. [PMID: 29518726]

41. 化学療法後のゾレドロン酸による乳がん患者の骨折予防のRCT (AZURE試験)

Wilson C, Bell R, Hinsley S, Marshall H, Brown J, Cameron D, Dodwell D, Coleman R. Adjuvant zoledronic acid reduces fractures in breast cancer patients; an AZURE (BIG 01/04) study. *Eur J Cancer.* 2018;94:70-8. [PMID: 29544162]

【Br J Cancer. 2018;118(5-10)】

42. 乳がん診断後の就労できなかった期間とその要因

Plym A, Bower H, Fredriksson I, Holmberg L, Lambert PC, Lambe M. Loss in working years after a breast cancer diagnosis. *Br J Cancer.* 2018;118(5):738-43. [PMID: 29360816]

43. ホジキンリンパ腫長期サバイバーの2次発がんと心血管疾患リスク

de Vries S, Schaapveld M, van Nimwegen FA, Jozwiak K, Lugtenburg PJ, Daniels LA, Roesink JM, van der Maazen RWM, Kok WEM, Aleman BMP, van Leeuwen FE. High burden of subsequent malignant neoplasms and cardiovascular disease in long-term Hodgkin lymphoma survivors. *Br J Cancer.* 2018;118(6):887-95. [PMID: 29381685]

44. がん患者の鼻出血と喀血リスク

Ording AG, Veres K, Farkas DK, Adelborg K, Sorensen HT. Risk of cancer in patients with epistaxis and haemoptysis. *Br J Cancer.* 2018;118(6):913-9. [PMID: 29462130]

45. 高齢がん患者の一次化学療法での有害事象のリスク予測モデル

Kim JW, Lee YG, Hwang IG, Song HS, Koh SJ, Ko YH, Shin SH, Woo IS, Hong S, Kim TY, Kim SY, Nam BH, Kim HJ, Kim HJ, Lee MA, Kwon JH, Hong YS, Bae SH, Koo DH, Kim KI, Kim JH. Predicting cumulative incidence of adverse events in older patients with cancer undergoing first-line palliative chemotherapy: Korean Cancer Study Group (KCSG) multicentre prospective study. *Br J Cancer.* 2018;118(9):1169-75. [PMID: 29576622]

46. 終末期の話し合いのがん部位別の実態：ベルギーでの死亡小票を基にした全国医師調査

Verkissen MN, Houttekier D, Cohen J, Schots R, Chambaere K, Deliëns L. End-of-life decision-making across cancer types: results from a nationwide retrospective survey among treating physicians. *Br J Cancer.* 2018;118(10):1369-76. [PMID: 29593337]

47. 進行がんで受ける治療の社会背景による違い：英国での全国調査

Henson KE, Fry A, Lyratzopoulos G, Peake M, Roberts KJ, McPhail S. Sociodemographic variation in the use of chemotherapy and radiotherapy in patients with stage IV lung, oesophageal, stomach and pancreatic cancer: evidence from population-based data in England during 2013-2014. *Br J Cancer.* 2018. [PMID: 29743552]

【Cancer. 2018;124(5-10)】

48. 治療の副作用による悩みの主観的な単項目評価は実際の有害事象を反映するか
Pearman TP, Beaumont JL, Mroczek D, O'Connor M, Cella D. Validity and usefulness of a single-item measure of patient-reported bother from side effects of cancer therapy. *Cancer*. 2018;124(5):991-7. [PMID: 29131323]
49. AYA 世代がん患者の臨床試験参加
Thomas SM, Malvar J, Tran H, Shows J, Freyer DR. A prospective, observational cohort study comparing cancer clinical trial availability and enrollment between early adolescents/young adults and children. *Cancer*. 2018;124(5):983-90. [PMID: 29149450]
50. 頭頸部がんでの抑うつと予後の関連
Zimmaro LA, Sephton SE, Siwik CJ, Phillips KM, Rebholz WN, Kraemer HC, Giese-Davis J, Wilson L, Bumpous JM, Cash ED. Depressive symptoms predict head and neck cancer survival: Examining plausible behavioral and biological pathways. *Cancer*. 2018;124(5):1053-60. [PMID: 29355901]
51. 免疫チェックポイント阻害薬による内分泌機能不全の総説
Barroso-Sousa R, Ott PA, Hodi FS, Kaiser UB, Tolaney SM, Min L. Endocrine dysfunction induced by immune checkpoint inhibitors: Practical recommendations for diagnosis and clinical management. *Cancer*. 2018;124(6):1111-21. [PMID: 29313945]
52. 小児がんでの高催吐性化学療法による悪心・嘔吐に対する指圧バンドのRCT
Dupuis LL, Kelly KM, Krischer JP, Langevin AM, Tamura RN, Xu P, Chen L, Kolb EA, Ullrich NJ, Sahler OJZ, Hendershot E, Stratton A, Sung L, McLean TW. Acupressure bands do not improve chemotherapy-induced nausea control in pediatric patients receiving highly emetogenic chemotherapy: A single-blinded, randomized controlled trial. *Cancer*. 2018;124(6):1188-96. [PMID: 29266260]
53. 米国のがん患者の栄養補助食品使用の推移
Li C, Hansen RA, Chou C, Calderon AI, Qian J. Trends in botanical dietary supplement use among US adults by cancer status: The National Health and Nutrition Examination Survey, 1999 to 2014. *Cancer*. 2018;124(6):1207-15. [PMID: 29211315]
54. 小児がん患者の両親への予後説明の関連要因
Marron JM, Cronin AM, Kang TI, Mack JW. Intended and unintended consequences: Ethics, communication, and prognostic disclosure in pediatric oncology. *Cancer*. 2018;124(6):1232-41. [PMID: 29278434]
55. 患者報告アウトカムを用いた骨髄異形成症候群の予後予測指標の開発
Efficace F, Cottone F, Abel G, Niscola P, Gaidano G, Bonnetain F, Anota A, Caocci G, Cronin A, Fianchi L, Breccia M, Stauder R, Platzbecker U, Palumbo GA, Luppi M, Invernizzi R, Bergamaschi M, Borin L, Di Tucci AA, Zhang H, Sprangers M, Vignetti M, Mandelli F. Patient-reported outcomes enhance the survival prediction of traditional disease risk classifications: An international study in patients with myelodysplastic syndromes. *Cancer*. 2018;124(6):1251-9. [PMID: 29231969]
56. AYA 世代がん患者の二次発がんリスク
Goldfarb M, Rosenberg AS, Li Q, Keegan THM. Impact of latency time on survival for adolescents and young adults with a second primary malignancy. *Cancer*. 2018;124(6):1260-8. [PMID: 29205296]
57. がん罹患経験による急性心筋梗塞治療と予後の比較
Gong IY, Yan AT, Ko DT, Earle CC, Cheung WY, Peacock S, Hall M, Gale CP, Chan KKW. Temporal changes in treatments and outcomes after acute myocardial infarction among cancer survivors and patients without cancer, 1995 to 2013. *Cancer*. 2018;124(6):1269-78. [PMID: 29211307]
58. がん罹患経験による疲れやすさと持久運動能力の比較
Gresham G, Dy SM, Zipunnikov V, Browner IS, Studenski SA, Simonsick EM, Ferrucci L, Schrack JA. Fatigability and endurance performance in cancer survivors: Analyses from the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Cancer*. 2018;124(6):1279-87. [PMID: 29419879]
59. 前立腺がん患者の男性ホルモン除去療法と認知機能障害のレビュー
McHugh DJ, Root JC, Nelson CJ, Morris MJ. Androgen-deprivation therapy, dementia, and cognitive dysfunction in men with prostate cancer: How much smoke and how much fire? *Cancer*. 2018;124(7):1326-34. [PMID: 29338083]
60. 小児がん診断後の両親の収入の推移
Hiyoshi A, Montgomery S, Bottai M, Hoven EI. Trajectories of income and social benefits for mothers and fathers of children with cancer: A national cohort study in Sweden. *Cancer*. 2018;124(7):1492-500. [PMID: 29430634]
61. 消化器がん化学療法中の握力測定の実施可能性
Ordan MA, Mazza C, Barbe C, Perrier M, Botsen D, Renard Y, Moreau J, Brasseur M, Tailliere B, Bertin E, Bouche O. Feasibility of systematic handgrip strength testing in digestive cancer patients treated with chemotherapy: The FIGHTDIGO study. *Cancer*. 2018;124(7):1501-6. [PMID: 29278424]

62. 造血幹細胞移植後サバイバーの生活習慣による虚血性心疾患リスク
Leger KJ, Baker KS, Cushing-Haugen KL, Flowers MED, Leisenring WM, Martin PJ, Mendoza JA, Reding KW, Syrjala KL, Lee SJ, Chow EJ. Lifestyle factors and subsequent ischemic heart disease risk after hematopoietic cell transplantation. *Cancer*. 2018;124(7):1507-15. [PMID: 29315507]
63. 小児・AYA 世代がんでの妊孕性保護の総説
Burns KC, Hoefgen H, Strine A, Dasgupta R. Fertility preservation options in pediatric and adolescent patients with cancer. *Cancer*. 2018;124(9):1867-76. [PMID: 29370455]
64. がん罹患と治療・予後の人種による違いの総説
Fang CY, Tseng M. Ethnic density and cancer: A review of the evidence. *Cancer*. 2018;124(9):1877-903. [PMID: 29411868]
65. がん患者での Elixhauser 併存疾患スコアの有用性
Mehta HB, Sura SD, Adhikari D, Andersen CR, Williams SB, Senagore AJ, Kuo YF, Goodwin JS. Adapting the Elixhauser comorbidity index for cancer patients. *Cancer*. 2018;124(9):2018-25. [PMID: 29390174]
66. 早期乳がん患者の治療後 2 年間の就労状況
Ekenga CC, Perez M, Margenthaler JA, Jeffe DB. Early-stage breast cancer and employment participation after 2 years of follow-up: A comparison with age-matched controls. *Cancer*. 2018;124(9):2026-35. [PMID: 29437204]
67. 小児がんサバイバーの精神疾患の有害事象のリスク
Nathan PC, Nachman A, Sutradhar R, Kurdyak P, Pole JD, Lau C, Gupta S. Adverse mental health outcomes in a population-based cohort of survivors of childhood cancer. *Cancer*. 2018;124(9):2045-57. [PMID: 29468664]
68. 脳転移での全脳照射の総説
Trifiletti DM, Brown PD. The role of whole-brain radiation therapy in patients with cerebral metastases. *Cancer*. 2018;124(10):2072-4. [PMID: 29603127]
69. 肝細胞がん手術後の漢方による長期的な再発予防効果
Zhai XF, Liu XL, Shen F, Fan J, Ling CQ. Traditional herbal medicine prevents postoperative recurrence of small hepatocellular carcinoma: A randomized controlled study. *Cancer*. 2018;124(10):2161-8. [PMID: 29499082]
70. 乳がん患者の年齢による予後の違い
Freedman RA, Keating NL, Lin NU, Winer EP, Vaz-Luis I, Lii J, Exman P, Barry WT. Breast cancer-specific survival by age: Worse outcomes for the oldest patients. *Cancer*. 2018;124(10):2184-91. [PMID: 29499074]
71. がん治療薬に対する米国市民の認識
Frosch ZAK, Cronin AM, Gagne JJ, Teschke MP, Gray SW, Abel GA. Cancer drug shortages: Awareness and perspectives from a representative sample of the US population. *Cancer*. 2018;124(10):2205-11. [PMID: 29635808]
72. 進行前立腺がん患者に対する過剰な検査の関連要因とそれによる影響
Golan R, Bernstein AN, Gu X, Dinerman BF, Sedrakyan A, Hu JC. Increased resource use in men with metastatic prostate cancer does not result in improved survival or quality of care at the end of life. *Cancer*. 2018;124(10):2212-9. [PMID: 29579318]
73. AYA 世代がん患者のソーシャルネットワーク評価尺度の開発
Huang IC, Jones CM, Brinkman TM, Hudson MM, Srivastava DK, Li Y, Robison LL, Krull KR. Development of the functional social network index for adolescent and young adult cancer survivors. *Cancer*. 2018;124(10):2220-7. [PMID: 29517807]
74. がん患者のせん妄での鎮静スケール RASS の臨床的に意義のある最小の差
Hui D, Hess K, Dibaj SS, Arthur J, Dev R, Dalal S, Reddy S, Bruera E. The minimal clinically important difference of the Richmond Agitation-Sedation Scale in patients with cancer with agitated delirium. *Cancer*. 2018;124(10):2246-52. [PMID: 29469951]

委員会活動報告

第4回緩和ケアを目指す 看護職のセミナー開催報告

教育・研修委員会 看護職セミナー WPG
WPG 員長 荒尾 晴恵
WPG 委員 市原 香織、川村 三希子、
小山 富美子、關本 翌子、
船越 政江、村木 明美、
清水 佐智子

2018年3月18日(日)、ビジョンセンター田町において、「第4回緩和ケアを目指す看護職のセミナー」を開催しました。セミナーの目的は、緩和ケアに興味がある看護師を対象に「今後のキャリアパスの描き方を考える」です。今回は初の東京開催でしたが、全国から69名が参加し、希望を語り、悩みを分かち合う中で、自身のあり方を考え、かつ、交流を深めることができました。

午前中は、講師による講演、認定・専門看護師からの「私のキャリアパス」の紹介、午後は、『ケア・カフェ』を導入したグループワークを主に行いました。

講演は、医師の林 章敏先生(聖路加国際病院)、看護師の梅田 恵先生(昭和大学保健医療学部)から、「緩和ケアで大切にしていること」をお話いただきました。林先生は、患者さんに目に見える変化がみられないときでも、毎日丁寧に関わる、そこに自分が存在していることで、相手が安心感を得られることこそが大切であると話されました。また、退室時に「今、何かお手伝いすることないですか?」と尋ねることは、患者さんが遠慮なく依頼できることへ役立つとのことがあり、参加者から、明日から実践していきたいとの声が聞かれました。

梅田先生は、大切にしていることとして、「Innovation(革新)」「Professionalism(専門性)」「Nature(看護の本質/基盤)」の3つを提示されました。イギリス研修から戻ってきた際に「日本にないシステムをつくるぞ」「日本でなされてないケアをやるぞ」と意気込んでいたと伺い、壁があってもそれを乗り越え、常に前進し続ける梅田先生をまさに表す言葉と感じました。看護師の主体性、専門性についてのお話からは、看護職として何ができるか、何をどう変えていけるかを常に意識することの重要性が話されました。看護の機能や緩和ケアが当たり前にある社会を目指し、さらに活躍していくと締めくくられ、参加者と共に、自ら道を切り開いていくことの重要性を再認識する機会と

なりました。

「私のキャリアパス」では、緩和ケアを目指した理由、緩和ケアの魅力、困難の乗り越え方、などをお話いただきました。がん看護専門看護師の矢野 和美氏(東京通信病院)からは、「Do & think」のポリシーで、とにかくやってみる、失敗はきちんと振り返り、同じ失敗をしないよう常に改善を重ねるとの話がありました。緩和ケア認定看護師の木村 芳子氏(国立がんセンター東病院)からは、認定・専門看護師を目指す際には、所属組織にどう貢献したいか、できるのか、まで考えて希望すること、また、内省の重要性が話されました。訪問看護専門看護師の船越 政江氏(訪問看護ステーションわたぼうし)からは、自らの関わりにより、患者さんが生きる意味を見出すことができる、生きる意味が深まったときに喜びを感じたことのお話がありました。3名の歩んできた道や今後の展望に関するお話から刺激を受け、勇気を得た参加者が多く見受けられました。

午後のグループワークには講師も参加し、ワールドカフェ形式で、「緩和ケアで大切にしていること、していきたいこと」を互いに熱く語り合いました。

事後アンケートでは、すべての項目で参加者の90%以上が、有用であったと回答し、自由記述では、「改めて緩和ケアの大切さや良さに気付けた」「いろいろな人と話ができ嬉しかった」「あきらめず前に進みたい」「自分の進むべき方向が見いだせた」などの意見があり、この研修が緩和ケアをめざす看護師にとって有意義であることを確認できました。

本セミナーの参加経験が、自分が目指したい姿に近づけることの手助けとなり、一人でも多くの患者さん・ご家族によりよいケアが提供できますよう、WPG関係者一同、心より願っております。

**編集
後記**

平成 30 年 7 月 31 日付け健康局長通知『がん診療連携拠点病院の整備について』に付随して公表された『がん診療連携拠点病院等の指定要件の見直しに関する報告書』の中で「緩和ケアチームに配置する身体症状の緩和に携わる医師について、よりその分野において専門性が高いことが認められた有資格者であることが望ましいとすべきである。なお、当該資格については、特定非営利活動法人日本緩和医療学会が認定を行う緩和医療専門医又は緩和医療認定医が想定される。」（下線筆者）と記載されています。学会が認定する専門資格に対してインセンティブがついたことは大きな前進です。木澤 義之新理事長就任早々の快挙です！これからの起こる変化に大いに期待している今日この頃です。（飯嶋 哲也）

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

女性医師のための就業支援

医師の求人・求職は 日本医師会女性医師バンクへ

日本医師会女性医師バンクは厚生労働省の委託事業です。

求人・求職とも紹介にかかる
費用は
すべて無料

日本医師会
会員以外でも
利用可能

女性医師バンクの 特徴

医師のアドバイザーが
専門的な
相談にも対応

専任コーディネーターが
求職者の状況に合わせ
就業先を紹介

—女性医師の“働く”を応援！—



日本医師会 女性医師バンク

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16 日本医師会館B1F
TEL: 03-3942-6512 FAX: 03-3942-7397 E-mail: info-bank@jmawdbk.med.or.jp

日本医師会女性医師バンク 検索

<https://www.jmawdbk.med.or.jp/>

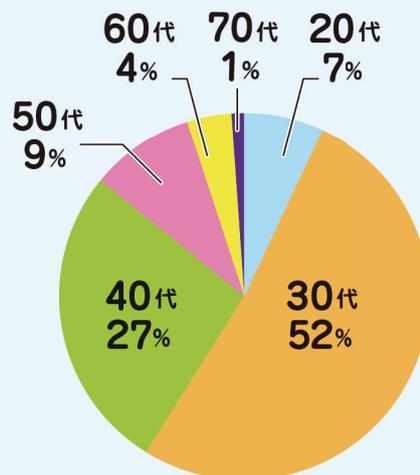
復職支援も女性医師バンクにお任せください！

女性医師バンクの求職登録者の状況

日本医師会女性医師バンク 平成29年2月現在

求職登録者の年代別比率

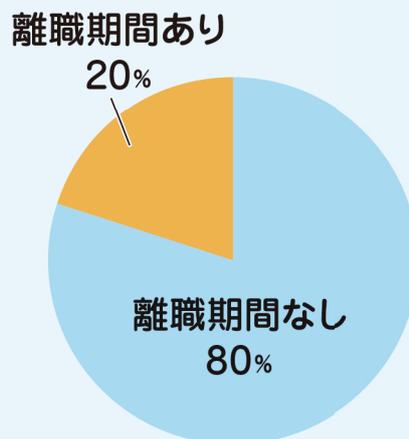
- 求職者の約5割は30代
➡ 出産・育児等ライフイベントの時期と重なる
- 近年では、50代の方のご登録も増加傾向
➡ 親の介護の問題なども出てくる年代



今後はますます多様な働き方を希望する女性医師が増えてくると予想されます

離職期間のある求職登録者の割合

- 求職登録者の約2割が1年以上の離職期間があり、再就職を希望して登録
- 離職期間のある求職者の平均的な離職期間は4.5年
➡ 復職を支援するためには再研修が必要不可欠



女性医師バンクではこのような離職期間がある求職者に対しては、再研修が可能な施設をご紹介します。女性医師が安心して復帰できるよう施設側と調整を図っています

女性医師バンクは、個々の状況やニーズに最大限配慮しながら、多様な選択肢を用意してよりよい形での就労継続を支援していきます