



Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会
ニューズレターFeb 2019 **82**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	76
Journal Club	78
学会印象記	81
よもやま話	83
Journal Watch	87
委員会活動報告	91

巻頭言

Advance Care Planning の拡がりに向けて

岩手医科大学 緩和医療学科

木村 祐輔

「人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス」と説明される ACP（アドバンス・ケア・プランニング）は、2018 年 3 月に改訂・公表された「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」にその概念が盛り込まれたことを契機に、現在、各地域において ACP 導入が急速に進められています。わが国には「縁起でもない」という言葉がありますが、これは言霊信仰から来る日本特有の考えだと聞いたことがあります。私たち日本人は、死や死にまつわることを日常的に忌避する空気の中で過ごしてきたようです。こうした文化的背景を持つ私たちが、人生の最終段階について正面から話し合おうというのですから、私も含め多くの方々が、ACP をどう受け止め、どう対応すれば良いか戸惑うのも当然なのかもしれません。一方で、超高齢社会、多死社会に突入していることを考えると、1 人 1 人の価値観を共有することに主眼を置く ACP の導入は、確かに必然であると理解もできます。私たちはこの流れにどのように対応すれば良いのでしょうか。そのヒントを、私は以前、ある新聞報道から得ました。ACP の先進国であるオースト

リアのある州では、教育を受けた医療者が高齢者の ACP に対応する仕組みが構築されており、初回の話し合いに実に 1 時間 30 分以上掛けているとの記事でした。初回に 1 時間 30 分。皆さんはどのように感じられるでしょう。この記事を読んだ時に私が抱いたのは、ACP とは、機械的に何かを決めるために行う一種効率的な作業などではなく、むしろ時間をかけたコミュニケーションによる、極めて人間的な触れ合いなのだ、という思いでした。同時に、ん？これは決して特別なことではないぞ、とも感じました。緩和ケアを日々学び担っている私たちは、患者さんとの関わりの中で、その方の辿ってきた道について話を伺い、仕事に対する誇りや、ご家族への想い、あるいは趣味の話など、実に様々な話題に触れています。その 1 つ 1 つが、その方の人生観や価値観を形作る大切な要素であり、これら要素の集合として「その人らしさ」が私たちの前に立ち現れてくるのだと考えます。こうした対話の繰り返しを経て、「縁起でもない」と言われかねない死にまつわる繊細な話題など、その方の心の淵に触れることが許されるのだらうとも思っています。私たちが大切にしているこうした関わりは、価値観の共有を目的とする ACP

そのものだ、というと言い過ぎでしょうか。少なくとも私は、緩和ケアと ACP が共通のルールに乗る概念なのだと感じたことで、当初抱いた ACP に対する戸惑いが随分と和らぎました。もちろん、それを一般化することが最も難しいのだ、との指摘もあるでしょう。そう、まさにその点に、私たち医療に携わる者たちの「覚悟」が要求されている気がしています。

時に ACP を、まるで DNAR（心肺蘇生を試みないこと）を確認する仕組みであるかのように話され

る方がいてオヤオヤ?と思うことがあります。私は、ACP という新しい概念が歪んだ形に成長する未来は見たくないなあと思っています。緩和ケアを学ぶ私たちが、「ありのままのその方を尊重する」という緩和ケアマインドを胸に ACP の発展に臨めば、将来、日本文化の土壌の上に真っ直ぐに育つ ACP の姿を見ることができるのではないだろうか。そう考えたら少し勇気が湧いてきました。

皆さんはいかががお考えでしょうか。

1. 病院・在宅医療者協働の緩和ケアと患者・家族ペアへの心理介入による介護者の不安・抑うつに対する効果: ‘Domus’ 無作為化比較試験

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

Br J Cancer. 2018 Nov;119(11):1307-1315. doi: 10.1038/s41416-018-0193-8. Epub 2018 Nov 14. [PMID: 30425351]
Effect of home-based specialised palliative care and dyadic psychological intervention on caregiver anxiety and depression: a randomised controlled trial.
von Heymann-Horan A, Bidstrup P, Guldin MB, Sjøgren P, Andersen EAW, von der Maase H, Kjellberg J, Timm H, Johansen C.

【目的】

専門的緩和ケアの介入試験で家族介護者（特に死別後の）の不安・抑うつに対する介入効果を示せなかった先行研究がいくつかある。本研究は、専門的緩和ケアと心理療法を組み合わせた介入による家族介護者の不安・抑うつに対する効果は無作為化比較試験により検証した。

【方法】

デンマークの大学病院1施設の腫瘍科で抗癌治療の限られる治癒不能がん患者とその家族介護者を対象に介入群と通常ケア群に1:1で無作為割り付けし、無作為化比較試験を行った。介入群は、在宅緩和ケアへの移行支援（多職種カンファレンス、病院の緩和ケア医療者と在宅医療者の継続アセスメント）と患者・家族介護者ペアへの心理療法（ニード・アセスメントとケアの月1回のセッション、死別後の2回の家族介護者対象セッション）の提供を受けた。家族介護者の不安・抑うつは割り付け後6か月までと死別後2週～19か月に Symptom Checklist-92 により測定した。

【結果】

258組の患者・家族介護者ペアが研究に参加し、介入群に139組・通常ケア群に119組が割り付けられ、研究の観察期間内にそれぞれ105組・89組の患者が死亡した。心理介入を死別前では平均4回、死別後では平均0.4回受けた。家族介護者の不安では、全期間全体（estimated difference=-0.12 [95% 信頼区間,

-0.22, -0.01], p=0.027）で有意に介入効果を認めた。家族介護者の抑うつでは、介入開始後8週（-0.17 [-0.33, -0.02], p=0.031）、6か月（-0.27 [-0.49, -0.05], p=0.017）、死別後2週（-0.28 [-0.52, -0.03], p=0.030）、2か月（-0.24 [-0.48, -0.01], p=0.045）で有意に介入効果を認めた。

【結論】

本研究は専門的緩和ケアと患者・家族介護者ペアへの心理介入による家族介護者の死別前後の不安・抑うつの有意な介入効果を示した初めての無作為化比較試験である。

【コメント】

終末期患者の家族は精神疾患の短期・長期のリスクを有しているが、十分な支援を受けられていない。本試験は長期間に渡る強い介入であり家族の不安・抑うつの有意な改善を死別前後ともに示すことができた一方で、脱落が多かったことが大きな限界である。

また、結果として示されている家族の不安と抑うつの経時推移の図も興味深い。抑うつは死別後2週～2か月がピークで1年かけて軽減していくことは先行研究と同様の推移である。また、不安は抑うつより早期に（死別前から）増悪し軽減すること、不安は介入により死別前後も増悪せず経過できること、なども読み取れる。ただし、上述の通り脱落が多いため図の解釈は参考程度に留める必要はある。

2. 免疫チェックポイント阻害剤の安全性比較～薬剤毎、2剤併用、conventional drugとの併用～

静岡県立静岡がんセンター
薬剤部 佐藤 淳也

BMJ. 2018 Nov 8;363:k4226. doi: 10.1136/bmj.k4226.
Comparative safety of immune checkpoint inhibitors in cancer: systematic review and network meta-analysis.

Xu C, Chen YP, Du XJ, Liu JQ, Huang CL, Chen L, Zhou GQ, Li WF, Mao YP, Hsu C, Liu Q, Lin AH, Tang LL, Sun Y, Ma J.

【目的】

現在、免疫チェックポイント阻害剤（ICI）は、複数の薬剤があるほか、ICIの併用、既存の抗癌剤（conventional drug）との併用など治療選択肢が広がっている。ICIの毒性プロファイルの違いをシステマティックレビューとネットワークメタアナリシスの手法を用いて明らかにした。

【方法】

データは、2007年～2018年にHead to headのフェーズ2およびフェーズ3試験をPubMed, Embase, Cochrane Library, Web of Scienceから抽出した。ICIには、ニボルマブ、ペンブロリズマブ、イピリムマブ、トレメリムマブ、アテゾリズマブを含み、conventional drugには、殺細胞性抗癌剤の他、分子標的剤を含んだ。

【結果】

36の試験から15,370名のデータを抽出した。グレード3-4の副作用発現率は、低い順にニボルマブ(14.4%)、アテゾリズマブ(15.7%)、ペンブロリズマブ(20.8%)、イピリムマブ(25.4%)、conventional drug(36.2%)、ICIとconventional drug併用(43.7%)、トレメリムマブ(52.3%)、ICI2剤併用(57.7%)であった。conventional drugに対するグレード3-4の副作用発現に関するオッズ比[95%信頼区間]は、ニボルマブ(0.25[0.15-0.42])、アテゾリズマブ(0.25[0.11-0.57])、ペンブロリズマブ(0.41[0.21-0.79])、イピリムマブ(0.89[0.42-1.96])、トレメリムマブ(1.85[0.45-7.49])、ICIとconventional drug併用(2.19[1.23-3.95])であった。イピリムマブおよびニボルマブに他のICI併用は、グレード3-4の副作用発現に関するオッズ比をそれぞれ2.86[1.05-7.69]および10.00[3.40-30.65]と増加させた。

【結論】

肺癌では、ニボルマブ>アテゾリズマブ>ペンブロリズマブ、悪性黒色腫では、ニボルマブ>ペンブロリズマブの順に安全性が高かった。一方、肺癌では、ICIとconventional drug併用がICI単独あるいはconventional drugのみより、悪性黒色腫では、ICIとconventional drug併用がICI2剤併用より副作用が多いと結論された。

【コメント】

複数のICIが登場するなかで、著者らのネットワークメタアナリシスの手法により、ICI間の副作用に差があることが示された。特にICI単独では、ニボルマブの安全性が比較的高いことが示された点は、薬剤選択に有用な情報であろう。副作用種別では、ICI2剤の併用の副作用リスクは、皮膚障害や下痢、肝機能障害、肺炎、内分泌障害などで増加する。一方、今後標準治療となるconventional drugとICIの併用は、倦怠感、悪心嘔吐、間質性肺炎、関節痛などの副作用が増加すると著者らは示している。このようなICIの副作用管理は、投与中のみならず、投与終了後に再燃することもあり、次治療あるいはbest supportive careに移行した場合でも、注意したモニタリングが重要である。

3. がん患者の呼吸困難に対する即放性オキシコドンの有効性：がん性呼吸困難緩和試験

北海道がんセンター 薬剤部
高田 慎也

Jpn J Clin Oncol. 2018 Dec 1;48(12):1070-1075. doi: 10.1093/jcco/hyy139.

Efficacy of immediate-release oxycodone for dyspnoea in cancer patient: cancer dyspnoea relief (CDR) trial.

Yamaguchi T, Matsuda Y, Matsuoka H, Hisanaga T, Osaka I, Watanabe H, Maeda I, Imai K, Tsuneto S, Wagatsuma Y, Kizawa Y.

【目的】

がんによる呼吸困難に対する一次薬物療法として、複数のガイドラインがモルヒネを推奨しているが、他のオピオイドと比較した臨床試験は実施されていなかった。そこで、がん患者の呼吸困難症状緩和を目的としたモルヒネに対するオキシコドンの非劣性を検証するための試験が行われた。

【方法：試験デザイン】

多施設共同オープンランダム化並行群間比較試験として実施され、呼吸困難が認められたがん患者を2群に1:1でランダム化した。群の詳細は、単一用量の経口即放性オキシコドン投与群、またはモルヒネ投与群としている。評価項目は、NRS(0～10)を用いた呼吸困難の変化および薬剤投与後の有害事象としている。

【結果】

本試験は信頼できる期間、成熟度に達する前に中止された。今回、17例が組み入れられ、オキシコドン群8例、モルヒネ群9例で評価を行った。オキシコドン群の呼吸困難の程度は、60分で1.75点[95%CI:0.72-2.78]、120分で1.50点[95%CI:-0.11-3.11]低下した。一方、モルヒネ群の呼吸困難は、60分で1.33点[95%CI:0.41-2.25]、120分で1.00点[95%CI:-0.08-2.08]低下であり、非劣性の条件を満たさなかった。また、モルヒネ群では60分で2例、120分で4例に傾眠が認められたが、オキシコドン群では顕著な有害事象は確認されていない。

【結論】

オキシコドンの非劣性を示すことはできなかったが、安全性の重大な懸念もなくオキシコドンには有効性を示す可能性が考えられる。

【コメント】

がん患者の呼吸困難症状に対し、モルヒネは使用実績もありガイドラインにも記載されている第一選択である。しかし、実際の臨床の現場では、オキシコドンなどモルヒネ以外の薬剤も使用されており、モルヒネ以外による呼吸困難症状の改善を経験している方も少なくはないのではないと思われる。その臨床疑問に一石を投じる興味深い試験である。今後、症例数を増やすことでより確かな根拠になると思われる。

4. 青年期の若いがん患者の臨床試験の認識と意思決定：質的分析

名桜大学人間健康学部看護学科
木村 安貴

BMC Cancer. 2018 Jun 4;18(1):629. doi: 10.1186/s12885-018-4515-2.

Perceptions of and decision making about clinical trials in adolescent and young adults with Cancer: a qualitative analysis.

Bell JAH, Forcina V, Mitchell L, Tam S, Wang K, Gupta AA, Lewin J.

【目的】

青年期の若い成人である AYA のがん臨床試験の登録率は年齢別にみて最も低い。そこで本研究は、AYA 世代特有な認識や態度を含めた臨床試験の意思決定に影響する要因を明らかにすることを目的とする。

【方法】

対象者は 15 歳～39 歳の白血病、リンパ腫、肉腫、乳がんおよび精巣がん患者 21 名である。インタビューの内容は臨床試験について理解していること、臨床試験の経験、臨床試験登録について彼らの意思決定に影響する要因と AYA の臨床試験に対する特有の認識または態度で構成されており、個別に半構造化面接を実施した。逐語録は Qualitative interpretive descriptive methodology を用いて分析した。

【結果】

AYA の臨床試験の参加の意思決定に影響する因子は全部で 35 テーマが抽出され、なかでも AYA に特化した主要なテーマは 1) 病状の深刻さと切迫した状況、2) 短期的および長期的な治療薬の副作用、3) 臨床試験への参加について誰が患者に話を持ちかけるか、4) 臨床試験や研究者についてのオンラインによる詳細な情報、5) 臨床試験に関連する家

族や友人、仲間の意見が挙げられた。

【結論】

臨床試験における AYA の意思決定に社会心理的な要因と人間関係の要因が影響していることが明らかとなった。臨床試験に参加への意思決定を支える提案として、1) 家族を意思決定に巻き込むこと、2) AYA 世代が短期的、長期的に臨床試験に参加がおよぼす影響について考えるのを助けることが挙げられる。最後に、AYA が臨床試験について独立してアクセスできるソーシャル・ネットワーキングや一般教育について調査することは、臨床試験の参加が増加すると考える。

【コメント】

AYA 世代の意思決定に関する研究は少なく本研究はその先駆けとなる研究のひとつであると考えられる。臨床試験参加の意思決定の関連要因として、治療の副作用が今後の生活への影響や、家族や友人、仲間の意見についてが AYA 世代の特有要因として挙げられたが、これら要因は、臨床試験だけでなく、AYA 世代の様々な意思決定にも共通する要因であると考えられた。AYA 世代の意思決定支援においてこれら要因を考慮した支援と更なる研究が必要である。

学会印象記

1. 第16回日本臨床腫瘍学会学術集会に参加して

滋賀県立総合病院 東出 千鶴
吉田 智美

第16回日本臨床腫瘍学会学術集会は2018年7月19日～21日に神戸で行われました。今回のテーマは「Beyond Borders ～Nation Organ Profession」です。あらゆるボーダーを超えて、がん医療が前進することを願われています。様々なテーマについて発表がありましたが、私が興味をもって参加したセッションは、ゲノム医療、がんサバイバー、がん患者の就労支援、免疫チェックポイント阻害薬、抗がん薬曝露対策です。特に今回の学会で学びたいと思っていたのは、ゲノム医療です。乳がんの治療薬として2018年7月2日リムパーザ®が承認されました。リムパーザ®は、BRCA 遺伝子変異によってDNA損傷応答（DDR）経路に異常をきたしたがん細胞に特異的に作用し、がん細胞死を誘導する薬剤です。つまりリムパーザ®を治療薬として使用するためにはBRCAに関する遺伝子学的検査が必要になります。その検査結果で必然的に患者さんがご自分の遺伝子を知ることになり、変異がある場合はリムパーザ®の適応となるが、同時に遺伝性腫瘍の診断となります。患者さんの親や子供、兄弟姉妹にもBRCA遺伝子変異である可能性がでてきます。「がん」であることに加えて、家族へどのように、この事実を伝えて対応すればよいのか、という悩みが増えることになるのです。遺伝子治療は、患者さんのがんの性質を知り、効果的な治療を選択できる可能性が拡大しますが、生殖系細胞変異である家族性腫瘍に対する不安も生じます。遺伝子タイプがわかっても、保険適応外の薬剤の可能性もあるため、それを使用するためには金銭的な負担も大きくなります。看護師として遺伝子治療を理解し、適切な情報を伝えていかなければいけないと実感しました。

抗がん薬の曝露対策については、薬剤師、看護師、医師からの発表があり、各施設の動向を知ることができました。様々な病院が全ての抗がん薬に閉鎖式システムの導入を進められていて、当院がまだまだ遅れていることを実感しました。曝露対策の推進はチームで取り組み協力することでコストや必要性を訴えやすくなると学ぶことができました。抗がん薬曝露対策ガイドラインも2019年に更新される予定ですが、ある医師から「エビデンスがないのであれ

ば推奨をしてはいけない。ガイドラインの性質上、ガイドラインの言葉の威力を理解して慎重に伝えてほしい」と意見がありました。抗がん薬の危険性を伝えて、医療者が安心して抗がん薬投与を行うことは大切なことです。しかし、「ガイドラインが正義」と、安易に過信せず、自分自身がエビデンスレベルをしっかりと見定めて、抗がん薬の投与を安全に実施できるようにしたいと思いました。

学術集会は新たな知見や刺激の宝庫です。いろいろな情報を持ち帰り、職場に還元し、一緒に働く仲間とともに、がん看護の意識を高めていけるよう頑張りたいと思います。

2. 癒し、癒された第42回日本死の臨床研究会年次大会 in 新潟

昭和大学医学部 医学教育学講座
高宮 有介
（日本死の臨床研究会 世話人代表）

第42回日本死の臨床研究会年次大会が、2018年12月8日、9日に新潟市の朱鷺メッセで開催されました。初雪の中の肌寒い大会でしたが、約3,000人が集い、熱い議論を繰り広げました。大会長は東京医科歯科大学の三宅智さんと昭和大学の梅田恵さんで、テーマは「ひらかれた看取りをすべての人と～『いのち』と『死』を見つめて～」でした。各会場で、実行委員の医師、看護師、そして学生達がボランティアとして活躍し、きめ細やかな心配りで溢れていました。

私はシンポジウム「ケアする人自身のケア～あなた自身のケア、していますか？」を企画・担当しました。日頃、死に逝く患者さんと向き合う中で感じる様々な葛藤や疲れを癒す場となったと自負しています。瞑想や自分自身をみつめる機会を持ち、締めは東京工業大学の中野民夫さんのリードで「生きてるうちに」を合唱しました。

また、当研究会の目玉である1時間の事例検討は27題が開催され、どの会場も満員で立ち見が出るほどでした。私が共同演者となった「4回目の人工呼吸器はもう着けない～終末期非がん患者の意思決定支援における医療者の葛藤」では、難しい課題ではありましたが、会場から温かい意見や励ましがあり、同じ悩みも共有されました。発表者も癒され、会場全体が癒しの空間となっていました。

フィナーレは、キッズミュージカル。魚沼地域の子ども達を中心とした「魚沼産☆夢ひかり」の公演でした。東日本大震災の体験を盛り込んだ「心結び」

を熱演し、会場は感動の涙に包まれました。「震災で亡くなった少女が、悲しむ家族や友人を見て、自分の記憶を消して欲しいと妖精に頼む。しかし、悲しみだけでなく、喜びや絆、夢を思い出していく中で少女の記憶が甦ってくる。」子供たちは舞台を駆け回り、観客は伸びやかな歌声とメッセージに心が揺さぶられました。

世話人代表退任記念講演で、ケアタウン小平クリニックの山崎章郎さんが「苦しみに向き合う力—支える力」をお話しされました。身体的痛みには原因があってそれに対応するように、スピリチュアルペインにもスピリチュアリティがあり、それをケアすることがスピリチュアルケア。「スピリチュアルケアのためには、真に拠り所となる他者が必要」と力強く語られました。

私は、今回の年次大会で、山崎章郎さんから世話人代表を引き継ぐことになりました。40年以上の歴史と伝統のある研究会です。温かな目線、ボランティア精神、おもてなしの心を継承していきたいと願っています。

3. 第56回日本癌治療学会学術集会に参加して

帝京大学医学部緩和医療学講座
有賀 悦子

一般社団法人日本癌治療学会（以下、JSCO）は横断的分野の会員約17,300名の学会です。第56回となる本年の学術集会は、2018年10月18日（木）から20日（土）まで、大阪大学医学院医学系研究科泌尿器科学教授野々村祝夫会長のもとパシフィコ横浜で盛大に執り行われました。

メインテーマは、「調和と融合による次世代癌治療」、サブテーマは、(1)「Precision medicineの検証」、(2)「がん治療における異分野融合研究」、(3)「世界にはばたく日本発のがん治療」、(4)「がん患者の未来を切り拓く」の4つが掲げられました。

ESMO、ASCO、FACOおよびJSCOの合同シンポジウムでは国際共同研究の成果や予防、免疫、集学的治療が議論され、基本的に全抄録は英語となるなど国際色豊かでした。

シンポジウムは、ゲノム医療に関する遺伝子診断、バイオマーカーの開発や臨床応用について保険収載への足掛かりとして厚労省からの演者と共に、日本発信の治療として多光子励起イメージングの切らない組織診断やAI診断、遺伝子や免疫治療、原発不明癌の診断・治療、低侵襲外科手術支援ロボット、希少癌

への戦略、IO治療（免疫療法）、臓器別トピックス、高齢者やAYA世代がん、各種ガイドラインなど枚挙にいとまがありません。緩和医療に関連する「質の高いコミュニケーションの実現に向けて」「アピアランスケア」「支持・緩和・心のケアの臨床試験体制構築」「学校がん教育」は会場に参加者で溢れたものもありました。アドバンスな教育シンポジウム「ゲノム医療」、認定医向け教育セミナー「がん診断学」、基礎的な教育セッションは各30分20本のプログラムで緩和医療も含まれていました。さらにCRC育成などのメディカルスタッフセミナー、がんナビゲーター養成セミナーも例年通り本集会の中で並行開催されました。さらに、がん患者・支援者プログラム（本学会のPALに相当）では、ポスター発表、PALセミナー、研究倫理委員会の模擬開催など、語り尽くせない大変興味深いプログラムが目白押しとなり、そこそこで活発な議論が展開された3日間でした。

よもやま話



とちぎ CST（コミュニケーション技術研修会）を開催しました

栃木県立がんセンター 放射線治療科 井上 浩一

2017年10月と2018年12月の2回にわたり個別開催としてコミュニケーション技術研修会「とちぎCST」を開催した。コミュニケーション技術研修会（CST）とはがん診療に従事する医師・歯科医師を対象とした医療面接などでのコミュニケーションに関する技術を習得する内容の研修会で、現在は一般社団法人日本サイコオンコロジー学会が開催しており、ロールプレイを中心としたプログラム構成が規定されている。近年は医療機関が主催する個別開催が増えつつある。

「とちぎCST」では2回ともそれぞれ受講者を最大8名までとし、ファシリテーター6名と模擬患者2名を確保した。ファシリテーター6名のうちロールプレイを担当するのが最大4名で、会場管理担当と事務局もファシリテーターの資格を保有する人員で構成した。ファシリテーターは全員が栃木県に関係があり、かつ緩和ケア研修会のファシリテーターや同研修会に関連する会議などで顔を合わせる頻度が多く、普段からさまざまな業務で連携している。

研修会会場は当院の入退院センター内の相談室を使用した。この相談室は診察室のレイアウトになった部屋5室がならぶように配置されている。このため診察室のリアリティを保つことができ、スタッフ動線の利便性がよく、さらに週末は人の通行がなく研修会に専念できる静かな環境が得られる。これらの点などを考慮し、総合的に判断し研修会場を選定した。

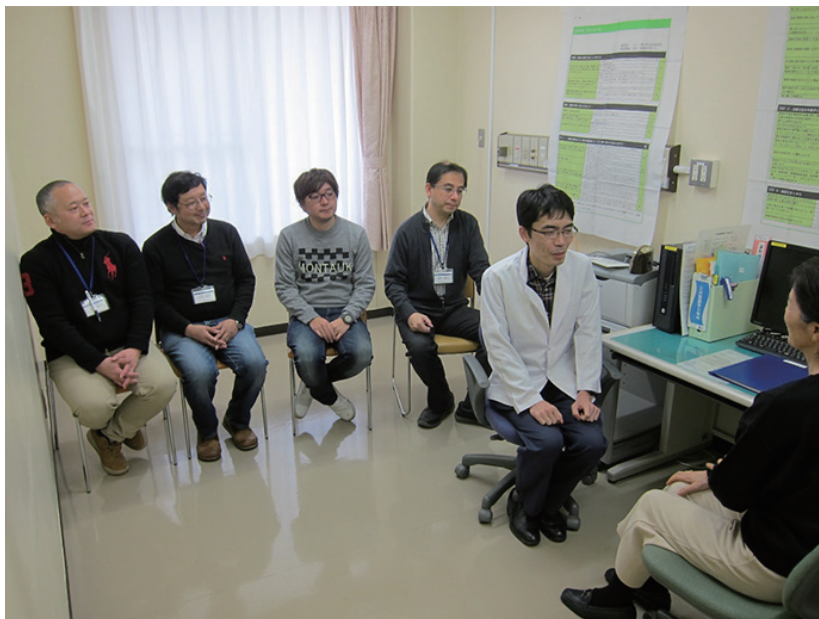
受講者は2回の開催とも当初は栃木県内から募集し、定員に満たない場合に全国公募に切り替えることとして計画した。全国公募を行っても応募者が2017年は3名で2018年が2名であった。2回とも定員8名に満たなかったため開催を継続することが妥当なのかの葛藤があった。しかし、いざ開催してみると2回とも無事に全日程を進めることができた。

「とちぎCST」には大きな魅力がある。そのひとつがきめ細かなファシリテートを心がけている点である。ファシリテーターおよび模擬患者からなる関係スタッフ全員による議論を重要視している。研修会の開始前と終了後のスタッフミーティングだけでなく必要に応じて研修会の休憩時間にもスタッフが一同に会するブリーフィングを実施し、研修の方向性についての意思統一を常に図っていくことで、より充実した研修になるよう配慮している。

もうひとつの魅力は修了者とファシリテーターによる地域内での業務上のネットワーク形成である。2日間の研修を充実させるために受講者全員およびファシリテーター全員で関係性を構築することが必要であり、とりわけこの点を重視している。受講者の多くが栃木県内および近県で勤務していることから、顔の見える関係を構築することで地域内での診療においてお互いに紹介したり相談したりすることがよりスムーズになる点でも研修会が役立つのではないかと考えている。研修会開催事業を継続していくことで地域内ネットワーク形成をさらに拡大させていくことができるのではないかと大きな期待を寄せている。

「とちぎCST」の個別開催にはいくつか課題がある。そのうち最大の課題が受講者をどのように集めるか、開催情報をいかに提供するかである。メールおよびメーリングリストを使用した開催情報の発信、ファシリテーター全員による身近な医師・歯科医師に対する個別の受講の呼びかけ、および県内各施設の緩和ケア研修会などでの開催情報の提供に注力したが、われわれ医療機関の医師自身が県内の医師・歯科医師の多くに広く情報を届ける点では限界があるとの印象がある。その他の課題としては、受講者定員が少人数であるためキャンセルが出た場合の影響が大きいことや、がん診療以外の内容に対応することが現実的に困難であることなどが挙げられる。

研修会のわずか2日間で受講者全員がめざましく成長した。本研修会は受講者自身の潜在能力を引き出すことに大きく資する研修会であると実感できた。前述の課題が残るが、このような研修の場を継続的に提供していくことの重要性をあらためて認識した。



興福寺の阿修羅像は緩和ケアの心を表している

京都民医連中央病院 緩和ケア科 荻野 行正

奈良県興福寺の阿修羅像は3つの顔を持っている。中央の顔の何とも言えない切なげな表情が、多くの人の心を惹きつける。この阿修羅像のまなざしや表情については、色々な人がさまざまなことを言っている。しかしながら、阿修羅像の6本の手については、その表情ほどには語られることがない。「この6本の手は、実は緩和ケアの心を表しているのだ」と言う唐突に聞こえるだろうか？



(スケッチ：著者)

阿修羅はインドの戦闘の神アスラに由来すると言われている。一説によれば、ささげた両手には日輪と月輪を、真ん中の手には弓と矢を持っていたという。が、興福寺の阿修羅像は、手には何も持たず、戦闘の神からはほど遠い穏やかな表情をしている。何も持たずに木の枝のように上肢を拡げている方が、イメージの自由度が大きくなる。すなわち、これらの手の恰好は何を意味しているのだろうかと思像する余地を私たちに残してくれているように思われる。

緩和ケア病棟で仕事をするようになってから、興福寺の阿修羅像を見に行く機会があった。それまでも何度か阿修羅像を見ていたのだが、そのとき初めて、阿修羅像の上肢に目が留まった。

「支える、抱える、祈る」

これは緩和ケアに求められていることなのではないだろうか、と思い至ったのだ。その後、興福寺国宝館のミュージアムショップで買い求めた『阿修羅を究める』（興福寺・監修、初版、小学館、2001）という本の中の「阿修羅と現代人の癒し」（立川昭二）という論考に、同様の解釈を見出した。「この三組の手はやはり苦しみ悲しみを共に支え抱き祈る手である」と。

「抱える」ためには、私たちは患者に近づかなければならない。すなわち「寄り添う」必要がある。「支え、祈る」ことは離れていてもできるかも知れないが、「抱える」ことだけは、患者に「寄り添わ」なければできないのだ。

ここで思い出されるのが、宮沢賢治の『雨ニモマケズ』の詩の一節である。

東ニ病気ノコドモアレバ
行ッテ看病シテヤリ
西ニツカレタ母アレバ
行ッテソノ稲ノ束ヲ負ヒ
南ニ死ニサウナ人アレバ
行ッテコハガラナクテモイ、トイヒ
北ニケンクウヤソショウガアレバ
ツマラナイカラヤメロトイヒ

ここでは、「行ッテ」という言葉がくり返されている。これは、まさに「寄り添う」という行為に他ならない。緩和ケアにおいては、患者のベッドサイドに「行ッテ」、ときに手を握り、ときに傾聴するという行為が「寄り添う」ことではないだろうか。ロジャー・パルバースは、宮沢賢治の『行ッテ』という言葉は、彼の生涯を見事に象徴する大切な言葉だと述べ、「ただ口先で相手の幸せを祈るのではなく、自分の体を使って相手のためになにかする。そうしないと相手は幸福にならないし、相手が幸福にならないと自分も幸福にはならない」と指摘している。（NHK テレビテキスト 100 分 de 名著, 2011 年 12 月号）

興福寺の阿修羅像が作られたのは天平時代。聖武天皇の妻、光明皇后の命によって作られたとされている。この時代の日本は、各地で飢饉・疫病が絶え間なくくり返されていたという。先の立川昭二の論考の中では、「そうした時代、人びとの病苦や悲嘆を受け止め、共に苦しみ、共に悲しみ、その苦しみ悲しみを癒してくれたのが、阿修羅だったのではないか」と述べられている。したがって、阿修羅のまなざしからは、ひたすら苦悩を共にしようという「共苦」、悲しみを共にしようという「共悲」の意思が伝わってくるのだという。

たとえ、痛みやその他の症状を良好にコントロールできて患者を「支える」ことができて、やがては死に至る病を患っている患者の「苦悩」は解消されないかも知れない。そのようなときには、患者に「寄り添い、抱え」、ひたすら「祈る」ことしかできないのではないだろうか。

このようなことを考えながら阿修羅像に相対していると、阿修羅の六本の手が、「患者の苦痛を支えつつ、患者に寄り添い抱えながら、ひたすら祈っている」ように見えてきて「緩和の心」を表しているように思えてくるのである。

英国への長期出張で考えたこと

(2) 専門的緩和ケアと Complexity

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

英国ではホスピスには疾患を問わず入院できる。英国は日本の半分の人口でホスピスの数は200程度である。全死亡のうちホスピスでの死亡は5%程度、がんに限っても20%未満である。かといって在宅ケアがそれほど進んでいるわけではなく、全死亡の半分は病院である（日本と違うのは20%程度がケアホームで亡くなっていることである）。遺族調査や多くの報告で英国のホスピスの評価は高く、日本以上にホスピスは市民権を得ているので、ホスピスへの入院希望が多くて困るのではないかと思った。

英国滞在中に2か所のホスピスに訪問したので、ホスピスの入院基準を尋ねてみたところ、2か所とも担当者の回答は「complexity」ということだった。complexityとは何か？と聞いてみたのだが、「症状や社会的な問題など複雑なニーズを抱える患者」というような感じで、あまり具体的な答えは得られなかった。

実は緩和ケアにおけるcomplexityを具体的に明らかにする試みがいくつか進められている。滞在していたCicely Saunders InstituteではC-CHANGEというプロジェクトが動いていた。C-CHANGEプロジェクトは緩和ケアのcase-mix分類を明らかにするもので、費用分析も含みながら量的研究・質的研究を組み合わせ様々なセッティングでの専門的緩和ケアの対象となる患者を分類しようという試みである。IPOS (Integrated Palliative Outcome Scale) などの様々な量的データと質的研究から分類モデルを作成し、別に収集されたデータでそのモデルを検証する。当初は英国の医療システムに沿って作成するが将来的には国際的な発展も目指している。詳細は最近出版されたプロトコルペーパー (Guo P, 2018 BMJ Open [PMID: 29550781]) と初期の質的研究の結果 (Pask S, 2018, Palliat Med [PMID: 29457743])、CSIのWebサイトなどを参考にされたい。

他にもこのテーマで最近いくつか研究成果が出版された。Carduffらによる英国の質的研究ではcomplexityとして多次元のニーズ、併存疾患の存在、難治性の症状、複雑な社会的・心理的問題などが挙げられている (Carduff E, 2018, BMC Palliat Care [PMID: 29301524])。Tucaらによるドイツの量的研究でも同様の結果であるが、要素の抽出にとどまり、具体的な分類を与えるには至っていない (Tuca A, 2018, Support Care Cancer [PMID: 28780728])。なじみがある言葉で言えば「全人的ケア」であるが、それを解きほぐすのは難しいことである。

わが国では専門的緩和ケアは緩和ケア病棟、緩和ケアチームなどのサービス（プロバイダ）ベースで定義されることが多い。緩和ケア病棟では最近の診療報酬の動きから、入院期間が短縮する方向に動いている。在宅医療の推進と限られた資源の有効利用という点でこの政策が間違っているとは思わないが、「専門的な緩和ケアが必要な患者とは何か」という問題はやや置き去りにされてきた感もある。大事なことは「大きな苦痛を抱える患者が1人でも減ること」であり、そのためには専門的緩和ケアが必要な対象を同定し、限られた医療資源を有効に利用することは不可欠である。拠点病院などで行われている緩和ケアスクリーニングはこのcomplexなニーズを抽出できているだろうか。英国でも緩和ケアの専門家の数は十分でなく、今後も顕著な増加は望めないという前提で議論されていると思われる。

今回、この記事に書いた1つの理由は、C-CHANGEのような緩和ケアの本質を量的に明らかにしようという、一見すると可能かもしれないがものすごい労力がかかり、結果が出るかもわからないプロジェクトに真正面から取り組む英国の姿勢に感銘を受けたことにある。わが国でも緩和ケアの専門家の数は十分ではなく、高齢化がさらに進むなか、早期からの緩和ケアおよび非がん患者への緩和ケアと対象が拡大するにつれ、「専門的緩和ケアとは何か」という議論がなされはじめている。そのなかで、complexityというのは重要なキーワードの1つになると思う。英国をはじめとした海外の研究の成果を待ちつつ、私も日本の専門的緩和ケアをcomplexityという枠組みで少し考えてみたいと考えている。

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9月～11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; 379(10-22)】

1. 合成カンナビノイド関連凝固障害の集団発生への報告

Kelkar AH, Smith NA, Martial A, Moole H, Tarantino MD, Roberts JC. An Outbreak of Synthetic Cannabinoid-Associated Coagulopathy in Illinois. N Engl J Med. 2018;379(13):1216-23. [PMID: 30280655]

【Lancet. 2017; 2018;391(10149-10161)】

なし

【Lancet Oncol. 2018;19(9-11)】

2. 緩和ケアのエビデンスに関する包括的なレビュー

Kaasa S, Loge JH, Aapro M, Albrecht T, Anderson R, Bruera E, et al. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. Lancet Oncol. 2018;19(11):e588-e653. [PMID: 30344075]

【JAMA. 2018;320(9-20)】

3. オピオイド使用障害予防のための処方箋なしでのナロキソン処方制度化後の薬局実態調査 (Letter)

Evoy KE, Hill LG, Groff L, Mazin L, Carlson CC, Reveles KR. Naloxone Accessibility Without a Prescriber Encounter Under Standing Orders at Community Pharmacy Chains in Texas. JAMA. 2018;320(18):1934-7. [PMID: 30422186]

4. ガバペンチンとプレガバリンの処方：英国での実態調査 (Letter)

Montastruc F, Loo SY, Renoux C. Trends in First Gabapentin and Pregabalin Prescriptions in Primary Care in the United Kingdom, 1993-2017. JAMA. 2018;320(20):2149-51. [PMID: 30480717]

【JAMA Intern Med. 2018;178(9-11)】

5. 肺がん健診時の説明と意思決定に関する質的研究

Brenner AT, Malo TL, Margolis M, Elston Lafata J, James S, Vu MB, et al. Evaluating Shared Decision Making for Lung Cancer Screening. JAMA Intern Med. 2018;178(10):1311-6. [PMID: 30105393]

6. 慢性腰痛に対する低用量アミトリプチンの有効性に関する無作為化比較試験

Urquhart DM, Wluka AE, van Tulder M, Heritier S, Forbes A, Fong C, et al. Efficacy of Low-Dose Amitriptyline for Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2018;178(11):1474-81. [PMID: 30285054]

【JAMA Oncol. 2018;4(9-11)】

7. 小児がん長期サバイバーの運動と死亡率の関連

Scott JM, Li N, Liu Q, Yasui Y, Leisenring W, Nathan PC, et al. Association of Exercise With Mortality in Adult Survivors of Childhood Cancer. JAMA Oncol. 2018;4(10):1352-8. [PMID: 29862412]

8. 根治可能がん患者の補完療法利用とがん治療拒否や予後との関連

Johnson SB, Park HS, Gross CP, Yu JB. Complementary Medicine, Refusal of Conventional Cancer Therapy, and Survival Among Patients With Curable Cancers. JAMA Oncol. 2018;4(10):1375-81. [PMID: 30027204]

9. がん診断後の意思決定や医療に対する非医療職の支援員による介入の無作為化比較試験

Patel MI, Sundaram V, Desai M, Periyakoil VS, Kahn JS, Bhattacharya J, et al. Effect of a Lay Health Worker Intervention on Goals-of-Care Documentation and on Health Care Use, Costs, and Satisfaction Among Patients With Cancer: A Randomized Clinical Trial. JAMA Oncol. 2018;4(10):1359-66. [PMID: 30054634]

10. 固形がんサバイバーの死亡リスクの長期的な推移

Dood RL, Zhao Y, Armbruster SD, Coleman RL, Tworoger S, Sood AK, et al. Defining Survivorship Trajectories Across Patients With Solid Tumors: An Evidence-Based Approach. JAMA Oncol. 2018;4(11):1519-26. [PMID: 29860375]

11. がんの罹患、死亡、障害生存年数、障害調整生命年：1990～2016年の国際的疫学データ

Global Burden of Disease Cancer, Collaboration. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-Years for 29 Cancer Groups, 1990 to 2016: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. JAMA Oncol. 2018;4(11):1553-68. [PMID: 29860482]

【BMJ 2018;360(8165-8177)】

12. オピオイド関連死とオピオイド処方歴の関連

Gomes T, Khuu W, Martins D, Tadrous M, Mamdani MM, Paterson JM, et al. Contributions of prescribed and non-prescribed opioids to opioid related deaths: population based cohort study in Ontario, Canada. BMJ. 2018;362:k3207. [PMID: 30158106]

【Ann Intern Med. 2018;169(5-10)】

13. 医療用マリファナの米国市民の認識

Keyhani S, Steigerwald S, Ishida J, Vali M, Cerda M, Hasin D, et al. Risks and Benefits of Marijuana Use: A National Survey of U.S. Adults. Ann Intern Med. 2018;169(5):282-90. [PMID: 30039154]

14. 米国の2016年のガイドライン前後でのオピオイド処方の変化

Bohnert ASB, Guy GP, Jr., Losby JL. Opioid Prescribing in the United States Before and After the Centers for Disease Control and Prevention's 2016 Opioid Guideline. Ann Intern Med. 2018;169(6):367-75. [PMID: 30167651]

15. 慢性疼痛患者の自死：米国の2003～2014年の大規模データ

Petrosky E, Harpaz R, Fowler KA, Bohm MK, Helmick CG, Yuan K, et al. Chronic Pain Among Suicide Decedents, 2003 to 2014: Findings From the National Violent Death Reporting System. Ann Intern Med. 2018;169(7):448-55. [PMID: 30208405]

16. オピオイドとベンゾジアゼピンの重複処方の状況

Carico R, Zhao X, Thorpe CT, Thorpe JM, Sileanu FE, Cashy JP, et al. Receipt of Overlapping Opioid and Benzodiazepine Prescriptions Among Veterans Dually Enrolled in Medicare Part D and the Department of Veterans Affairs: A Cross-sectional Study. Ann Intern Med. 2018;169(9):593-601. [PMID: 30304353]

17. オピオイド使用障害に対するブプレノルフィン漸減療法の総説

Martin SA, Chiodo LM, Bosse JD, Wilson A. The Next Stage of Buprenorphine Care for Opioid Use Disorder. Ann Intern Med. 2018;169(9):628-35. [PMID: 30357262]

18. プレガバリン併用によるオピオイド関連死のリスク増加 (Letter)

Gomes T, Greaves S, van den Brink W, Antoniou T, Mamdani MM, Paterson JM, et al. Pregabalin and the Risk for Opioid-Related Death: A Nested Case-Control Study. Ann Intern Med. 2018;169(10):732-4. [PMID: 30140853]

【J Clin Oncol. 2018;36(22-33)】

19. がん患者の心肺機能に対する運動療法の有効性のシステマティックレビュー

Scott JM, Zabor EC, Schwitzer E, Koelwyn GJ, Adams SC, Nilsen TS, et al. Efficacy of Exercise Therapy on Cardio-respiratory Fitness in Patients With Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Oncol. 2018;36(22):2297-305. [PMID: 29894274]

20. 高齢がん患者の化学療法時の高齢者総合機能評価：米国臨床腫瘍学会 ASCO ガイドライン

Mohile SG, Dale W, Somerfield MR, Schonberg MA, Boyd CM, Burhenn PS, et al. Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Chemotherapy: ASCO Guideline for Geriatric Oncology. J Clin Oncol. 2018;36(22):2326-47. [PMID: 29782209]

21. がん患者の心理的苦痛に対するマインドフルネス認知療法の無作為化比較試験：対面型とインターネット利用型と通常ケアの比較
Compen F, Bisseling E, Schellekens M, Donders R, Carlson L, van der Lee M, et al. Face-to-Face and Internet-Based Mindfulness-Based Cognitive Therapy Compared With Treatment as Usual in Reducing Psychological Distress in Patients With Cancer: A Multicenter Randomized Controlled Trial. J Clin Oncol. 2018;36(23):2413-21. [PMID: 29953304]**22. 進行がん患者の抑うつに対する簡便な支持的・表出的精神療法 Managing Cancer and Living Meaningfully(CALM) の無作為化比較試験**

Rodin G, Lo C, Rydall A, Shnall J, Malfitano C, Chiu A, et al. Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): A Randomized Controlled Trial of a Psychological Intervention for Patients With Advanced Cancer. J Clin Oncol. 2018;36(23):2422-32. [PMID: 29958037]

23. 第I相臨床試験に参加する進行がん患者の認知機能の評価

Hlubocky FJ, Sachs GA, Larson ER, Nimeiri HS, Cella D, Wroblewski KE, et al. Do Patients With Advanced Cancer Have the Ability to Make Informed Decisions for Participation in Phase I Clinical Trials? J Clin Oncol. 2018;36(24):2483-91. [PMID: 29985748]

24. 小児中枢神経系腫瘍の成人サバイバーの機能的自立と社会的自立

Brinkman TM, Ness KK, Li Z, Huang IC, Krull KR, Gajjar A, et al. Attainment of Functional and Social Independence in Adult Survivors of Pediatric CNS Tumors: A Report From the St Jude Lifetime Cohort Study. *J Clin Oncol*. 2018;36(27):2762-9. [PMID: 30091946]

25. 同種造血幹細胞移植患者の終末期の積極治療の実施状況

Johnston EE, Muffy L, Alvarez E, Saynina O, Sanders LM, Bhatia S, et al. End-of-Life Care Intensity in Patients Undergoing Allogeneic Hematopoietic Cell Transplantation: A Population-Level Analysis. *J Clin Oncol*. 2018;36(30):3023-30. [PMID: 30183467]

26. がん関連の免疫抑制に対する抗菌予防：米国臨床腫瘍学会 ASCO・米国感染症学会 IDSA 臨床実践ガイドラインの更新

Taplitz RA, Kennedy EB, Bow EJ, Crews J, Gleason C, Hawley DK, et al. Antimicrobial Prophylaxis for Adult Patients With Cancer-Related Immunosuppression: ASCO and IDSA Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2018;36(33):3043-54. [PMID: 30179565]

【Ann Oncol. 2018;29(9-11)】

27. 高齢がん患者の総合高齢者評価のアドヒアランス：ベルギーの実態調査

Kenis C, Decoster L, Flamaing J, Debruyne PR, De Groof I, Focan C, et al. Adherence to geriatric assessment-based recommendations in older patients with cancer: a multicenter prospective cohort study in Belgium. *Ann Oncol*. 2018;29(9):1987-94. [PMID: 29905766]

28. 腫瘍医のコミュニケーション研修：欧州コンセンサス会議からの position paper

Stiefel F, Kiss A, Salmon P, Peters S, Razavi D, Cervantes A, et al. Training in communication of oncology clinicians: a position paper based on the third consensus meeting among European experts in 2018. *Ann Oncol*. 2018;29(10):2033-6. [PMID: 30412225]

【Eur J Cancer. 2018;100-104】

29. 総合高齢者評価を用いた高齢がん患者の早期死亡の予測モデル

Boulaheiss R, Gonfrier S, Ferrero JM, Sanchez M, Mari V, Moranne O, et al. Predicting early death in older adults with cancer. *Eur J Cancer*. 2018;100:65-74. [PMID: 30014882]

30. 欧州でのがんに関する研究のマッピング

Begum M, Lewison G, Lawler M, Sullivan R. Mapping the European cancer research landscape: An evidence base for national and Pan-European research and funding. *Eur J Cancer*. 2018;100:75-84. [PMID: 30014883]

31. 早期乳がん患者の診断後 1 年間の症状の推移

Davis LE, Bubis LD, Mahar AL, Li Q, Sussman J, Moody L, et al. Patient-reported symptoms after breast cancer diagnosis and treatment: A retrospective cohort study. *Eur J Cancer*. 2018;101:1-11. [PMID: 30014970]

32. アロマターゼ阻害薬を服薬する乳がん患者での倦怠感の発症率とリスク因子

Mao H, Bao T, Shen X, Li Q, Seluzicki C, Im EO, et al. Prevalence and risk factors for fatigue among breast cancer survivors on aromatase inhibitors. *Eur J Cancer*. 2018;101:47-54. [PMID: 30014974]

33. 悪性黒色腫での QOL 評価尺度 EORTC QLQ-C30 の臨床的に意味ある最小の差

Musoro JZ, Bottomley A, Coens C, Eggermont AM, King MT, Cocks K, et al. Interpreting European Organisation for Research and Treatment for Cancer Quality of life Questionnaire core 30 scores as minimally important different for patients with malignant melanoma. *Eur J Cancer*. 2018;104:169-81. [PMID: 30359910]

【Br J Cancer. 2018;119(6-10)】

34. 根治不能がん患者でのアドバンス・ケア・プランニング介入の無作為化比較試験

Johnson SB, Butow PN, Bell ML, Detering K, Clayton JM, Silvester W, et al. A randomised controlled trial of an advance care planning intervention for patients with incurable cancer. *Br J Cancer*. 2018;119(10):1182-90. [PMID: 30369600]

【Cancer. 2018;124(17-22)】

35. 小児がん長期サバイバーの肥満とステロイド使用歴は関連しない

Belle FN, Kasteler R, Schindera C, Bochud M, Ammann RA, von der Weid NX, et al. No evidence of overweight in long-term survivors of childhood cancer after glucocorticoid treatment. *Cancer*. 2018;124(17):3576-85. [PMID: 30119140]

36. 小児中枢神経系腫瘍の成人サバイバーの社会的適応

Schulte F, Brinkman TM, Li C, Fay-McClymont T, Srivastava DK, Ness KK, et al. Social adjustment in adolescent survivors of pediatric central nervous system tumors: A report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Cancer*. 2018;124(17):3596-608. [PMID: 30067866]

37. がん患者の病期に対する楽観的・現実的・悲観的認識と QOL や予後との関連
de Rooij BH, Thong MSY, van Rooij J, Bonhof CS, Husson O, Ezendam NPM. Optimistic, realistic, and pessimistic illness perceptions; quality of life; and survival among 2457 cancer survivors: the population-based PROFILES registry. *Cancer*. 2018;124(17):3609-17. [PMID: 30192384]
38. 乳がん診断後の経済面へのケアの実践状況
Jagsi R, Ward KC, Abrahamse PH, Wallner LP, Kurian AW, Hamilton AS, et al. Unmet need for clinician engagement regarding financial toxicity after diagnosis of breast cancer. *Cancer*. 2018;124(18):3668-76. [PMID: 30033631]
39. 頭頸部がん患者の小児期の精神的外傷の経験と現在の心理症状との関連
Sarafim-Silva BAM, Duarte GD, Sundfeld M, Biasoli ER, Miyahara GI, Bernabe DG. Childhood trauma is predictive for clinical staging, alcohol consumption, and emotional symptoms in patients with head and neck cancer. *Cancer*. 2018;124(18):3684-92. [PMID: 30079469]
40. 高齢がん患者の総合高齢者評価と予後との関連
Kenis C, Baitar A, Decoster L, De Greve J, Lobelle JP, Flamaing J, et al. The added value of geriatric screening and assessment for predicting overall survival in older patients with cancer. *Cancer*. 2018;124(18):3753-63. [PMID: 30299540]
41. 高齢がん患者の総合高齢者評価や血液検査と予後との関連
Baitar A, Kenis C, Decoster L, De Greve J, Lobelle JP, Flamaing J, et al. The prognostic value of 3 commonly measured blood parameters and geriatric assessment to predict overall survival in addition to clinical information in older patients with cancer. *Cancer*. 2018;124(18):3764-75. [PMID: 30298906]
42. 進行期小児がん患者の倦怠感とその関連要因
Ullrich CK, Dussel V, Orellana L, Kang TI, Rosenberg AR, Feudtner C, et al. Self-reported fatigue in children with advanced cancer: Results of the PediQUEST study. *Cancer*. 2018;124(18):3776-83. [PMID: 30291811]
43. 頭頸部がん患者の自殺リスク
Osazuwa-Peters N, Simpson MC, Zhao L, Boakye EA, Olomukoro SI, Deshields T, et al. Suicide risk among cancer survivors: Head and neck versus other cancers. *Cancer*. 2018;124(20):4072-9. [PMID: 30335190]
44. AYA 世代の若年がん患者の生活の満足度とその関連要因
Leuteritz K, Friedrich M, Sender A, Nowe E, Stoebel-Richter Y, Geue K. Life satisfaction in young adults with cancer and the role of sociodemographic, medical, and psychosocial factors: Results of a longitudinal study. *Cancer*. 2018;124(22):4374-82. [PMID: 30198085]
45. 糖尿病を有する小児がん長期サバイバーの心血管疾患リスク
Winther JF, Bhatia S, Cederkvist L, Gudmundsdottir T, Madanat-Harjuoja L, Tryggvadottir L, et al. Risk of cardiovascular disease among Nordic childhood cancer survivors with diabetes mellitus: A report from adult life after childhood cancer in Scandinavia. *Cancer*. 2018;124(22):4393-400. [PMID: 30307617]
46. がん治療後 1 年以内の妊娠での出生児の健康状態とその関連要因
Hartnett KP, Mertens AC, Kramer MR, Lash TL, Spencer JB, Ward KC, et al. Pregnancy after cancer: Does timing of conception affect infant health? *Cancer*. 2018;124(22):4401-7. [PMID: 30403424]
47. 米国のがん患者の 1999 ～ 2015 年の死亡場所とその関連要因
Chino F, Kamal AH, Leblanc TW, Zafar SY, Suneja G, Chino JP. Place of death for patients with cancer in the United States, 1999 through 2015: Racial, age, and geographic disparities. *Cancer*. 2018;124(22):4408-19. [PMID: 30343501]

委員会活動報告

1. 国際交流委員会 活動報告

国際交流委員会
副委員長 森 雅紀

はじめまして、今年度より国際交流委員会に参加させていただきました、森雅紀と申します。国際交流委員会では、当学会をはじめとした本邦の緩和ケアに関連する重要な情報を国際社会に向けて発信するとともに、国際社会からの関連情報の収集を行っています。

今回は、国際学会の一つである、Asia Pacific Hospice Conference (APHC 2019) についてご紹介させていただきます (<https://www.aphc2019.com/>)。APHC は、Asia Pacific Hospice Palliative Care Network (APHN) が2年に1回、各地域の団体と共同開催する学術大会で、2019年は8月1～4日にインドネシアのスラバヤで開催されます。APHN は日野原重明先生がアジア太平洋地域の緩和ケア専門家に呼びかけて立ち上げられたネットワークで、20年来、同地域における幅広い交流を目的に活動しています。2021年には、日本では二回目となる APHC が神戸で開催される予定です。

APHC2019のテーマは“Bringing Hope to Those in Despair”（絶望の淵にある人々に希望を）です。アジア太平洋地域には、緩和ケアのリソースや、医療自体のリソースが必ずしも豊富でない地域が多数あります。モルヒネなど鎮痛薬へのアクセスも限られている地域も少なくありません。「絶望」の中で最期の日々を迎える—そのような現状が、厳然としてあります。一方、日本のように緩和ケアのリソースが比較的豊富な国においても、「絶望」感を抱える患者さんはおられます。私たちは臨床の場で、医療者としてそのような方々を前に何ができるのか。また、アジア太平洋地域の緩和ケアにどのように貢献できるのか。そのようなことを考えるきっかけになる4日間かと思えます。

本学会の木澤義之理事長が APHC2019 の学術委員会の委員長を務められ、APHN や主催国側とプログラム案を取りまとめて来られました。私も学術委員会の末席に加えていただき、プログラムの企画のお手伝いをさせていただいております。

プログラムの内容をご紹介させていただきます。まず、プレナリー講演として、国際的に活躍されている David Currow 先生(オーストラリア)、

Josephine Clayton 先生 (オーストラリア)、David Hui 先生 (米国)、Marie Bakitas 先生 (米国) がご登壇されます。それぞれ「慢性呼吸困難」「絶望の淵にある人々に希望を—アドバンスケアプランニングにおけるコミュニケーション」「死亡前3日間における最適な緩和ケア」「心不全における早期からの緩和ケア」について最新の知見と臨床への応用についてお話し下さいます。また、当大会から設けられた「日野原メモリアルレクチャー」では、Joanne Lynn 先生 (米国) がご発表される予定です。緩和ケアの世界では、とても「豪華」なメンバーです！

その他、学術講演・シンポジウムや教育講演でも魅力的なプログラムが用意されており、日本からも、緩和ケアでご活躍中の先生方が10名以上演者や座長としてご登壇される予定です。各日の主なプログラムを抜粋させていただきます。

●8月1日(木)：プレカンファレンス・ワークショップ

「がん医療と緩和ケアの統合」を始め、日本人演者・座長も参加して、アジア太平洋地域でどのように考え活動するかについてのWSが複数行われます。

●8月2日(金)

学術講演として「がん性疼痛の緩和：いかに安価な鎮痛薬を最大限活用するか」「終末期における不穏からの解放」、サテライトシンポジウムとして「心不全における緩和ケア」「認知症における緩和ケア」「糖尿病・腎不全における緩和ケア」、教育講演として「悪心・嘔吐」「食思不振・悪液質」「倦怠感」等が予定されています。

●8月3日(土)

朝は、各領域の専門家と同じテーブルで直接話しあえる Meet the Expert (専門家と話し合う) セッションから始まります。その後、学術講演・シンポジウムとして「緩和ケアにおいて必須のリーダーシップ」「非がん疾患における疼痛緩和」「緩和ケアにおける主要トピックの最新の知見」(神経障害性疼痛、予後予測、質の改善など)、サテライトシンポジウムとして「神経疾患」「肝胆道系疾患」「感染症」、教育講演として「HIV/AIDSにおける緩和ケア」「緩和ケアナーシング」(Quality indicator を用いた緩和ケアの向上、患者家族教育、セクシュアリティなど)等が予定されており、幅広く学ぶことができます。

● 8月4日（日）

最終日になります。朝は同じく Meet the expert セッションが始まります。学術講演・シンポジウムでは「終末期についての話し合いとアドバンスケア プランニング：アジアにおける現状・課題・展望」「小児の緩和ケア」等の演題を聞いた後、プレナリー講演があり、午後早めに終わります。最終日には2021年の日本での大会の宣伝もあり、盛り上げるお手伝いができればと思います。

APHC2019は、国際的な緩和ケアについて学び、私たちの日々の臨床や活動を振り返る好機であるばかりでなく、インドネシアの長い歴史に基づく魅力的な文化に触れる絶好の機会でもあります。国際交流委員会からも、多くのメンバーがAPHCに参加する予定です。遠方にはなりますが、2021年の日本での大会に繋がるAPHC2019に、みなさまも是非ご一緒しませんか？アジア太平洋地域において、さらに国際交流の輪が広がることを楽しみにしております。

2. 地区委員会活動報告

地区委員会
委員長 山本 達郎

地区委員会では、2018年度に各地区で第1回支部学術大会の開催を目指して活動をしてまいりました。

8月25日には、旭川にて北海道支部学術大会が、会長 菅原かおり先生（JA北海道厚生連 旭川厚生病院）のもと開催されました。270名（会員：120名、非会員150名）の参加がありました。予想以上に非会員・コメディカルの参加者が多かったようです。

9月7日～8日には、松江にて中国・四国支部学術大会が、会長 齊藤洋司先生（島根大学医学部附属病院）のもと開催されました。451名（会員：187名、非会員：197名、学生：67名）の参加がありました。7日はイブニングセミナーが行われました。支部代議員からの要望で、教育的な講演を行いました。

10月27日には、仙台にて第22回東北緩和医療研究会が、会長 井上彰先生（東北大学大学院医学系研究科）のもと開催されました。本年度は、日本緩和医療学会は東北緩和医療研究会に対する支援を行うことになりました。今まで東北地方では、毎年東北緩和医療研究会が、各県持ち回りで行われてきました。2019年には東北緩和医療研究会が、第1回東北支部学術大会・第23回東北緩和医療研究会として開催されることになっています。市民・患者にも参加していただくケアカフェがプログラムに入れられています。

11月3日には、名古屋にて東海・北陸支部学術大会が、会長 東口高志先生（藤田医科大学医学部）のもと開催されました。323名（会員：174名、非会員：149名）の参加がありました。参加費は、会員：3,000円、非会員：4,000円でした。

11月4日には、東京にて関東・甲信越支部学術大会が、会長 下山直人先生（東京慈恵会医科大学）のもと開催されました。308名の参加がありました。関東・甲信越支部学術大会では、東京都緩和医療研究会との共催プログラムも行いました。参加費は、5,000円と他の支部に比べ高めになっています。

11月11日には、大阪にて関西支部学術大会が、会長 山崎圭一先生（ベルランド総合病院）のもと開催されました。493名の参加がありました。

12月22日には、福岡にて九州支部学術大会が、会長 大島彰先生のもと行われました。参加費は3,000円でした。854名の参加がありました。非会員は57%でした。

各地の支部学術大会では、多くの参加者がありました。東北を除いた6地区での参加数は、2,699名でした。半数程度が非会員の参加者でした。このような多くの参加者がいることは、まだまだ各地域での緩和医療の知識普及のニーズがあることを示していると思います。さらにこれからは、「がん以外の緩和医療」など新たな分野での緩和医療の普及が求められています。今後は、各地域でのニーズに基づいた地区学術集会を開催し、緩和医療の普及が可能だと思っています。

支部学術大会の目的は、会員の知識の啓発および研究成果の社会還元です。多くの非会員の参加がありました。研究成果を会員外の多くの人と共有することができました。支部学術大会へ参加していただくことにより、非会員が会員となるきっかけとなることも期待できるものと考えております。

2019年には、北海道支部学術大会は8月24日に札幌市（会長：川村三希子先生）で、東北支部学術大会は10月19日に北上市（会長：伊藤達朗先生）で、関東・甲信越学術大会は（日程は未定）東京（会長：吉澤明孝先生）で、東海・北陸支部学術大会は（日程未定）津市（会長：松原貴子先生）で、関西支部学術大会は10月21日に和歌山市（会長：月山淑先生）で、中国・四国支部学術大会は8月30日～31日に広島市（会長：小原弘之先生）で、九州支部学術大会は12月14日に長崎市（会長：石井浩二先生）で、開催される予定です。会員の皆様には、多くの参加をお願いいたします。

3. 学術委員会

学術委員会
委員長 宮下 光令

学術委員会では2018年度は研究助成を1年間中断し、助成後のフォローアップなどについて検討しておりました。2019年度からの助成の再開が決定し、現在公募要領などを作成しております。公募開始は2019年2～3月頃になる予定です。ご応募を検討される方は、ぜひともご準備をお願いします。

4. 学術委員会 学術大会支援 WPG

学術委員会学術大会支援 WPG
WPG 員長 宮下 光令

2019年11月の理事会で学術委員会内に学術大会支援 WPG を設置することが決定いたしました。学術大会の参加者数も7,000人を超え、各回の大会長や組織委員会の負荷は非常に大きなものになっております。また、支部学術大会も実施されるようになり、学術大会と支部学術大会の住み分けを検討する必要もございます。学術大会支援 WPG では学術大会の継続的な質の担保および質の向上と大会長や組織委員会の負担軽減に取り組んでいきたいと考えております。学術大会に関しましてご意見がございましたら、ぜひ事務局および学術大会支援 WPG 員にご連絡ください。

5. 専門的・横断的緩和ケア推進委員会 緩和ケアの質評価 WPG

緩和ケアの質評価 WPG
WPG 員長 宮下 光令
専門的・横断的緩和ケア推進委員会
委員長 加藤 雅志

2019年11月の理事会で専門的・横断的緩和ケア推進委員会内に緩和ケアの質評価 WPG を設置することが決定いたしました。緩和ケアの質評価 WPG ではわが国の専門的緩和ケアの質の維持・向上に向けた取り組みを検討する予定です。

6. 安全・感染委員会活動報告 緩和ケア病棟における結核の発生と 結核対策についての調査報告

安全・感染委員会
委員長 柏木 秀行

結核罹患率はこの10年減少傾向にありますが、日本の結核罹患率は、先進国の中では唯一の中蔓延国です。緩和ケア病棟に入院される患者さんは、化学療法や放射線治療後であり、低栄養の状態の上に副腎皮質ステロイドの使用例も多く、結核リスクが高い状態です。そこで、緩和ケア病棟における結核の実態に関する全国調査として、2018年4月に特定非営利活動法人日本ホスピス緩和ケア協会正会員の緩和ケア病棟担当医師を対象としたアンケート調査を行いました。その結果についてご報告いたします。

アンケートは340施設に送付し、回答率64.1%でした。回答施設の病床数は500床以上が51施設、200～500床未満が78施設、20～200床未満が74施設、20床以下が4施設でした。緩和ケア病棟における結核発生状況は、結核診断施設13施設(6%)、14事例であり、肺結核は12例でした。2006年に大学病院、国立病院機構、その他を対象とした結核院内感染に関するアンケート調査¹⁾に比べ、少ない発生数でした。診断のきっかけとなる症状は咳7例、痰7例、発熱7例、食欲不振1例、呼吸困難1例、未回答1例であり、診断方法は胸部X線8例、塗抹抗酸菌検査12例、IGRA3例、胸部CT3例、未回答1例でした(複数回答)。原発癌は肺癌5例、胃癌2例、甲状腺髄様癌、膀胱癌、悪性リンパ腫、大腸癌、食道がん、前立腺癌がそれぞれ1例でした(未回答1例)。肺癌と胃癌は結核発病リスクとして知られており、7例(50%)を占めていました。喀痰塗抹抗酸菌検査は、陰性2例、±3例、1+3例、2+1例、3+2例、未回答3例であり、排菌している結核症例は6例(42.8%)でした。結核診断までの日数は入院1日が最も多く4例、3日が3例、7日が1例、12日が1例、24日が1例、30日が1例、310日が1例、未回答2例でした。結核の確定診断として、抗酸菌塗抹検査に3日間連続痰を用いることが推奨されています。3日以内に診断された事例は7例(50%)であり、入院早期に診断されています。紹介元の施設での発症が疑われますが、今回は診断までの日数の調査を行い、入院後発病までの日数は調査していないため、今後の課題です。結核発病リスクスクリーニングの実施として、①入院審査時の胸部X線検

査は 100 施設 (46%)、②胸部 X 線検査を行う場合、結核陰影の有無の確認は 148 施設 (74%)、③結核の治療歴や接触歴の問診は 93 施設 (43%)、④ 2 週間以上続く咳や痰がある場合の胸部 X 線検査は 157 施設 (74%)、⑤ 2 週間以上続く咳や痰がある場合の喀痰塗抹抗酸菌検査は 169 施設 (79%)、⑥結核既往歴や胸部 X 線で既往所見がある場合、結核発病リスクを念頭にした診察は 186 施設 (86%)、⑦免疫抑制状態にある患者の結核発病リスクを念頭に置いた診察は 143 施設 (66%)、⑧肺癌患者は結核発病リスクを考慮した診察は 103 施設 (48%) 実施していました。2 週間以上続く咳や痰がある場合の胸部 X 線検査と喀痰抗酸菌検査は、結核院内（施設内）感染対策の手引き²⁾で患者の早期発見のために推奨されており、検査を定着させることが必要と考えます。

会員の皆様には結核アンケート調査にご協力いただき、感謝申し上げます。日本緩和医療学会の会員の皆様の安全・感染対策の普及の一助としてご活用いただければと思います。

参考文献

- 1) 医療現場における結核対策の盲点
結核院内感染に関するアンケート調査
第 21 回日本環境感染学会学術集会 2006.2.24
http://www.kuhp.kyoto-u.ac.jp/~ict/ict/inf_practice/inf_ict/houkoku.pdf
- 2) 研究代表者 加藤 誠也
結核院内（施設内）感染対策の手引き 平成 26 年版 厚生労働省インフルエンザ等新興再興感染症研究事業「結核の革新的な診断・治療及び対策の強化に関する研究」
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000046630.pdf>

編集
後記

がん患者の人生の最終段階における苦痛や療養状況に関する初めての全国的な実態調査が、厚生労働省の委託事業として行われます。本邦でこれまで行われたがん患者体験の全国的な実態調査は、治療期を対象とする（患者体験調査）や医療機関に限られる（J-HOPE 研究）などの限界がありました。この調査は人口動態調査に用いられる死亡票を用いて死亡者を同定することで、地域や医療機関の垣根のない真の意味での“全国調査”となります。2018 年に実施された予備調査の結果は HP で公表されています（<https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/sup/project/090/result/index.html>）。本年行われる本調査の結果が大いに期待されます。（佐藤 一樹）

安部 能成
恵紙 英昭
佐藤 一樹
武村 尊生
萬谷摩美子
○山口 重樹
吉田 智美