

日本緩和医療学会 Vol.107 ニューズレター

May.2025



特定非営利活動法人
日本緩和医療学会
Japanese Society for Palliative Medicine

〒550-0001 大阪市西区土佐堀1丁目4-8 日栄ビル603B号室
E-mail: info@jspm.ne.jp URL: https://www.jspm.ne.jp/

主な内容

巻頭言	1
Current Insight	2
Journal Club	4
よもやま話	10
Journal Watch	15
委員会活動報告	19

巻頭言

理事として看護師としてご挨拶

国立がん研究センター中央病院 看護部
關本 翌子

会則検討委員会の委員長、総務・財務委員会、医療保険・介護保険委員会の委員を担当しております理事の關本翌子でございます。理事としては今回で3期目となります。会則検討委員会では、法人が定めるべき規定や、会則の根拠となる条項の設置を検討しています。これらの規定や細則の設置は私にとっては不得手な分野でありましたが、経験豊富な先生方や事務局の支援を受け、各委員会の意見を尊重しつつ進める中で非常に充実した時間を過ごしています。時代が不確実であるからこそ、基盤となる規定に立ち戻り、柔軟に規定や細則の改定に対応できるように努めていく所存です。

日本緩和医療学会は1996年の設立以来、がんや重篤な疾患を抱える方々の生活の質を向上させることを目指し、多職種での実践を大切にしてきました。本学会は医師、看護師、薬剤師、MSW やさまざまな専門職が関与している数少ない学会の一つです。特に、がん対策基本法が施行された後は、診断時からの緩和ケアの普及に取り組み、緩和ケアチームの活動やチーム医療をリードしてきたことが大きな成果です。これを施設内にとどめることなく、地域包括ケアにおいても緩和ケア専門家が果たすべき役割が今後の課題として挙げられます。地域の医療機関との協力体制を強化し、緩和ケアのコンサルテーションシステムを構築し、

実装するために力を入れていく所存です。

理事として、またがん専門病院の看護部長としての役割において、日々何が最善であるかを考え続けています。がん看護のエキスパートを育成するだけでなく、育成した看護師が地域との橋渡し役として活躍できるような支援体制を整えることが求められています。また、がん分野以外の専門看護師や認定看護師も、生活支援において重要な役割を果たしており、今後も看護師のスペシャリティを支える教育・研修環境の整備を進めていきます。日本看護協会や全国がんセンター協議会との意見交換を通じて、課題の明確化と情報共有を行い、より良い看護体制を目指していきます。

また理事の間で、緩和ケア領域の専門看護師・認定看護師をどのように育成していくか、学会としてどのような支援ができるのかが議論にあがっています。実際に学会に所属している専門・認定看護師も決して多くはございません。チーム医療を大事にしてきた当学会の良さや、同じ土俵で研究や実践を語れること、モチベーションをあげるにより、実践モデルとしての姿を示すことにより後進も育成できます。今後も多職種が協力し、積極的なディスカッションができる学会を創り上げていきたいと存じます。

拡張現実 (AR) 技術と終末期ケア：生と死の新たな在り方

名古屋外国語大学
城月 雅大

クロスリアリティ (Extended/Cross Reality, XR) 技術は、終末期ケアにおいて単なる快適性の向上や環境の補助を超え、人間の生と死に対する理解そのものを変える可能性を持っている。従来、終末期における技術活用は疼痛管理や意思決定支援などの実用的な側面に焦点が当てられてきた。しかし、XRは、患者が現実をどのように捉え、人生をどう振り返り、死をどう受け入れるかという本質的な問いにアプローチする新たな手段となりうる。本稿では、XRが終末期にもたらしうる意義について考察する。

人間は視覚や聴覚を通じて世界を認識し、自己の存在を確認している。しかし、終末期には身体機能の低下や病室という限られた環境により、外界との接触が著しく制限される。こうした状況でXRが提供する「新たな現実」は、患者の自己認識に影響を及ぼす可能性がある。たとえば、病室にいながらもXRによって広大な自然の中にいる体験をすることで、閉塞感や孤立感を和らげられるかもしれない。また、現実とは何かという根源的な問いに対し、XRが「もう一つの現実」を示すことで、新たな視点を提供する可能性も考えられる。

さらに、XRは身体的苦痛の緩和にも寄与しうる。終末期の患者にとって、痛みや身体の衰えは大きな苦しみとなるが、XRを通じて「身体の制約から解放された感覚」を提供できる可能性がある。たとえば、動かすことのできない足が自由に動いているような感覚を体験できれば、一時的に不自由さを忘れられるかもしれない。このような感覚の拡張は、肉体的な制約を超えた「新たな自己像」を生み出し、死を迎える過程において精神的な安定をもたらす一助となる可能性がある。

また、XRは終末期における「自己物語の再編」を促す手段にもなる。人間は自己の人生を物語として捉え、その意味を見出そうとする。終末期には「自分の人生とは何だったのか？」という問いが浮かび

やすいが、XRを用いることで過去の記憶や大切な瞬間を視覚的に再現し、患者が人生を振り返る場を提供できる。たとえば、故郷の風景や家族との特別な思い出を再体験することで、人生の意味を再評価し、肯定的に受け入れる機会となるかもしれない。また、実現できなかった夢をXRによって仮想的に体験することで、未練や後悔を和らげることも考えられる。

加えて、XRは「今、この瞬間を生きる」ことの重要性を実感させる手段にもなりうる。終末期においては、「未来への希望」よりも「現在をどう生きるか」がより重要となる。XRを通じて美しい風景を眺めたり、大切な人と対話したりする体験をリアルに味わうことで、たとえ身体が衰えていても、その瞬間の幸福感や充実感を得ることができる。これにより、死を迎えるまでの時間が単なる「待つ時間」ではなく、「生きる時間」として意味を持つようになるかもしれない。

死の受け止め方を変える可能性も、XRが持つ重要な意義の一つである。現代社会では、死は恐れられる対象となることが多い。しかし、XRを用いて「死の体験」をシミュレーションすることで、死を単なる「消滅」ではなく、「意識の変容」として捉える新たな視点を生み出すことができるかもしれない。たとえば、「肉体を離れ、光に包まれる感覚」や「意識が宇宙へと広がる感覚」などを視覚的・体感的に提供することで、患者が死を受け入れる過程を支援する可能性がある。

さらに、XRは遺族との関係性を再構築する手段にもなりうる。従来、死別は生者と死者の間に絶対的な断絶を生じさせるものと考えられてきた。しかし、XRを活用すれば、患者が家族に向けたメッセージを3Dホログラムとして残したり、対話型のデジタルアバターを通じて「死後も会話ができる」仕組みを構築したりすることが可能になるかもしれない。このように故人の思考や言葉が残ることは、遺族にとっての「死別の痛み」を和らげ、新たな死生観を生み出す契機となる可能性がある。一方で、死後の人格の再現や遺族との対話が、グリーフプロセスにどのような影響を与えるのか、また生と死の境界を曖昧にすることが社会にどのような意味を持つのかといった倫理的な課題については、慎重な議論が求められるだろう。

このように、XR 技術は単なる環境の拡張や快適性の向上にとどまらず、人間の生と死に対する根源的な認識を変える可能性を持っている。それは、患者に新たな現実体験を提供し、自己の物語を再構築し、死を受け入れるための支援となるかもしれない。そして、死別を迎えた遺族にとっても、新しいつながりの形を示すことができるだろう。XR は、終末期における人間の存在の在り方を根本から変革する可能性を秘めた技術であり、今後、その活用の在り方がますます重要になっていくと考えられる。

筆者の最近の論文

城月雅大・仁木一順・須釜淳子・大岩昌子・大槻知史・牛田享宏・片方容子・舟橋亜矢

「最期の食事を再考する～拡張現実を通じたガストロノミーリズムが死に直面した人々にもたらす精神的、倫理的、文化的意義の統合的考察～」

雑誌『Artes MUNDI (アルテス・ムンディ)』
Vol.10

名古屋外国語大学ワールドリベラルアーツセンター
発行 (2025年3月)

1. がん患者のうつ病に対する異なる認知行動療法 (CBT) 実施形態の比較有効性：ランダム化比較試験 (RCT) のネットワーク・メタアナリシス

名古屋大学大学院 医学系研究科
総合保健学専攻 博士後期課程
田島 瑞穂

Liyang Duan, Shu Zhang, Qianwen Yan, Xiaolin Hu.
Comparative Efficacy of Different Cognitive Behavior Therapy Delivery Formats for Depression in Patients With Cancer: A Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials.

Psychooncology. 2025 Jan;34(1):e70078. PMID: 39828669 DOI: 10.1002/pon.70078.

【目的】

認知行動療法 (CBT) はがん患者のうつ病改善に有効とされる。本研究は、がん患者のうつ病の改善を目指し、認知行動療法 (CBT) の異なる提供形式の相対的な効果の評価を目的とした。

【方法】

主要 6 つのデータベース、PubMed、Web of Science、Embase、CINAHL、Cochrane Central Register of Controlled Trials、PsycINFO を使用し、2024 年 5 月 30 日までに発表された、Cognitive Behavioral Therapy (CBT)、depression、Neoplasms、ランダム化比較試験 (RCT) をキーワードに検索し、2 人の査読者が独立し、研究の組み入れ、データ抽出、バイアスリスクの評価を行った。各 CBT 提供形式におけるペアワイズメタ解析やネットワークメタ解析を実施し、うつ病スコアの変化を標準化平均差 (SMD) や P-score に基づく介入のネットワークランキングを示した。また介入期間やフォローアップ期間のサブグループ解析を行った。

【結果】

CBT の 6 つの提供形式 (対面個別、対面集団、電話個別、インターネット個別、アプリ個別、複合個別) を含む 34 件のランダム化比較試験が特定された。対面集団 (SMD=-.88 [95%CI=-1.33, -.44])、アプリ個別 (SMD=-.81 [-1.45, -.18])、「インターネット個別」 (SMD=-.49 [-.92, -.06])、複合個別 (SMD=-.35

[-.62, -.09]) がインアクティブコントロール群よりも有意に有効であった。また、アプリ個別はアクティブコントロール群より有意に有効であった。ネットワークメタ解析の P-score の各介入のネットワークランキングは、対面集団 (P-score=.86) が最も高く、アプリ個別 (P-score=.74)、インターネット個別 (P-score=.57) と続いた。介入期間が 10 週間を超えると改善効果がある傾向が見られた。一方で、上位 3 つの CBT 形式間の有効性に有意差はなかった。

【結論】

本研究により、がん患者のうつ病改善のための 6 つの CBT の提供形式の有効性のランキングが明らかになった。この結果は、がん患者のうつ病改善のための今後の研究や臨床的意思決定に、エビデンスに基づく指針を与えることが期待される。

【コメント】

本研究から、医療従事者は患者の特性や希望に応じて、最適な形式を適用することが推奨される。一方で、抽出された研究の質の方法論的限界を考慮すると、この知見を実証するために、今後より多くの多施設、ランダム化、大規模サンプル、二重盲検試験を行う必要がある。対面 CBT とアプリやインターネット CBT のそれぞれに有効性が示されたことは、遠隔医療の普及やライフスタイルの変化が進む現代において意味のある結果と言える。

2. 進行肺がん患者の呼吸困難に対する看護師主導の短期行動介入：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 緩和ケア看護学分野
伊藤 里美

Joseph A Greer, Kathryn E Post, Reena Chabria, Seetha Aribindi, Natalie Brennan, Ijeoma Julie Eche-Ugwu, Barbara Halpenny, Erica Fox, Stephen Lo, Lauren P Waldman, Kedie Pinto, Dustin J Rabideau, William F Pirl, Mary E Cooley, Jennifer S Temel.
Randomized Controlled Trial of a Nurse-Led Brief Behavioral Intervention for Dyspnea in Patients With Advanced Lung Cancer.

J Clin Oncol. 2024 Oct 20;42(30):3570-3580. PMID: 39088766 PMCID: PMC11483213 (available on 2025-10-20) DOI: 10.1200/JCO.24.00048.

【目的】

進行がん患者の呼吸困難に対して、非薬理学的介入はリスクがほとんどなく、ある程度の有用性が示されているため、ASCO や ESMO のガイドラインでは、非薬理学的介入が第一選択とされている。本研究は、パイロット調査の結果をふまえ、看護師主導の短期行動介入と通常ケアを比較するランダム化比較試験を実施した。主な目的は、呼吸困難に対する介入の有効性を明らかにすることで、副次的な目的は QOL、精神症状、活動レベルの変化を評価することだった。

【方法】

2017 年 5 月から 2022 年 10 月の間にアメリカのがんセンター 3 か所のがん治療を受けている、中等度以上の呼吸困難を訴える肺がん患者 247 人をがん種と研究施設で層別化し、ランダムに 2 群に割り付けた。

介入群は、訓練を受けた看護師による 30 ～ 45 分のセッションを対面または電話またはビデオで受けた。セッションの内容は、(1) 呼吸困難とストレス反応に関する心理教育、(2) 急性呼吸困難への対処法：口すぼめ呼吸、送風療法など、(3) ストレスを軽減する方法：腹式呼吸などだった。2 ～ 3 週間後に再度セッションを行い、復習などを行った。対照群は、通常のケアを受けた。

ベースラインと介入から 8 週間後、16 週間後、24 週間後に呼吸困難による機能障害の程度 (mMRCDS)、呼吸困難の質 (CDS)、QOL (FACT-L)、精神症状 (HADS)、活動レベル (GSLTPAQ) を取得した。

【結果】

通常ケア群と比較して介入群の方が、8 週目時点での mMRCDS が低い、つまり呼吸困難による機能障害の程度が低く (調整済み $P=.038$, Effect Size = 0.32)、ベースラインから 8 週目にかけて 1 点以上改善した割合も介入群の方が多かった (72.0% v 59.2%)。さらに、8 週目時点での CDS の呼吸不快感のサブスケールと FACT-L の機能的満足度のサブスケールのみ介入群で有意に改善が見られた ($p = 0.045$, $p = 0.024$)。

【結論】

看護師による短期的な行動介入により、進行肺がん患者の呼吸困難が緩和することが明らかになった。より包括的なリハビリテーションプログラムも呼吸困難を改善する可能性があるが、進行がん患者が実際にそれを実施できるのか、という実施可能性を考える必要がある。今後はこのような簡便な介入

で、長期的な効果が得られる介入を検討していく必要がある。

【コメント】

これまでに、セルフマネジメントと教育による介入研究は行われてきたが、診察の際に看護師が介入を行うという、実臨床に即した形での介入方法を検討している点が本研究の特徴である。本介入により、多くの患者が自身で呼吸困難に対処する能力を得ることが出来たと考えられるため、セルフエフィカシーに関するアウトカムを取得するとより考察が深まったのではないかと考えられる。今後は、呼吸困難の質の多側面に対して介入可能な教育内容を検討していく必要がある。

3. 人生の最終段階における薬剤の減薬に関する推奨：国際的デルファイ研究

湘南医療大学 薬学部
佐藤 淳也

Eline E C M Elsten, Iris E Pot, Eric C T Geijteman, Christel Hedman, Agnes van der Heide, P Hugo M van der Kuy, Carl-Johan Fürst, Steffen Eychmüller, Lia van Zuylen, Carin C D van der Rijt. Recommendations for Deprescribing of Medication in the Last Phase of Life: An International Delphi Study. J Pain Symptom Manage. 2024 Nov;68(5):443-455. e2. PMID: 39094669 DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2024.07.029.

【目的】

終末期緩和ケア患者において、服薬している薬剤が不適切になることがあり、多剤併用によって患者の QOL (生活の質) を損なう可能性がある。本調査は、余命 6 カ月以内の成人患者に対する薬剤の減薬に関する推奨事項を専門家の投票により決定する。

【方法】

世界 10 カ国の緩和ケアまたは関連分野の専門家 (医師、薬剤師、薬理学研究者など) 47 名が、さまざまな薬剤の減薬に関する 42 の推奨事項について 5 段階リッカート尺度 (「強く同意」～「強く不同意」) で投票した。少なくとも 70% の専門家が (強く) 同意し、四分位範囲 (IQR) が 1 以下であり、10% 未満が「強く不同意」と回答した場合、その推奨は合意が得られたと判断した。

【結果】

水分摂取量が減少または水分喪失量が増加した場合の利尿薬の処方中止、一次予防のために処方された場合の脂質調整剤の処方中止、出血リスクが高い場合のビタミン K 拮抗薬および直接経口抗凝固薬の処方中止に関する推奨について、最も高いレベルの合意が得られた。余命 6 カ月以下の患者の減薬内容のうち、臨床上使用が多いものの適用目的（対応、同意率％）を示した。

・心血管系薬剤

ACE 阻害薬 / ARB：糖尿病性腎症の予防、軽度から中等度の高血圧（収縮期血圧 <179、拡張期血圧 <110 mmHg）（中止、94%/89%）、カルシウム拮抗薬：軽度から中等度の高血圧（収縮期血圧 179mmHg 未満、拡張期血圧 110mmHg 未満）の場合（減薬、78%）、利尿薬：水分摂取量の減少や水分損失の増加（下痢、嘔吐、過剰な発汗）が見られる場合（減量、100%）、脂質異常症治療薬：心血管疾患の一次予防（高コレステロール血症）、二次予防（自覚症状あり、ステント留置などあり）（中止、98%）

・抗血小板療法

一次予防、二次予防とも抗血小板薬（アスピリン、クロピドグレルなど）（中止、87%）

・抗凝固薬

出血リスクが高い場合のワルファリン（中止、100%）

出血リスクが高い場合の直接経口抗凝固薬（DOAC）（中止、100%）

・糖尿病薬

インスリン：速効性インスリンを長時間作用型インスリンにして、使用し投与回数を減らす。また、食事摂取量が少ないまたは不規則な患者では、短時間作用型または速効性インスリンを 1 日数回に減らす（88%-90%）、ビッグアナイド（メトホルミン）、スルホニル尿素薬、DPP-4 阻害薬 / GLP-1 作動薬（中止、82-94%）

・消化器系薬剤

H2 受容体拮抗薬、プロトンポンプ阻害薬：消化性潰瘍の既往、NSAIDs の使用がない場合（漸減や中止、78-92%）

・骨粗鬆症治療薬

ビスホスホネート、デノスマブなど：骨折予防（92%）

・泌尿器系薬剤

前立腺肥大治療薬：低尿路症状がない場合（87%）

・その他

サプリメント：ビタミン剤など（100%）、ホルモン補充療法：中等度以下の症状（83%）

【結論】

本研究では、余命 6 カ月以内の患者に対する薬剤の減薬推奨事項について高いレベルの合意が得られた。

【コメント】

高齢かつ併発疾患を抱えるがん患者では、ポリファーマシーが問題となる。ヨーロッパのオピオイドを使用している進行がん患者では、平均 7.8 種類の薬剤が投与され、4 人に 1 人以上の患者が 10 種類以上の薬剤を使用していたことが報告されている（J Pain Symptom Manage.2014; 48: 1145-1159）。死亡までの最後の数カ月間は、慢性疾患の予防的に使用される薬の大部分を中止することができる。しかし、患者に予後不良を突きつけることへの恐怖や臨床的合併症への懸念など、多くの障壁があり困難なことが多い。本デルファイ研究では、余命 6 カ月以内の患者に対する減薬推奨事項について、高いレベルの合意が得られた。このコンセンサスに基づく推奨事項は、医師が“潜在的に不適切な薬剤”（PIMs）の減薬を検討する際の指針となる他、意思決定や QOL の向上などを推進する基盤となるであろう。

4. 緩和ケア病棟に入院中の進行がん患者におけるオピオイド使用とせん妄の発症との関連：多施設レジストリ研究

小牧市民病院 薬局
山本 泰大

Shin Hye Yoo, Jiseung Kang, Hyeon Jin Kim, Si Won Lee, Moonki Hong, Eun Hee Jung, Yu Jung Kim, Dong Keon Yon, Beodeul Kang.

Opioid use and subsequent delirium risk in patients with advanced cancer in palliative care: a multicenter registry study.

Sci Rep. 2024 Mar 12;14(1):6004. PMID: 38472471
PMCID: PMC10933309 DOI: 10.1038/s41598-024-56675-1.

【目的】

進行がん患者の疼痛管理において、オピオイドの使用が広く行われている。しかし、オピオイドの使用に伴う副作用のひとつであるせん妄の発症には十分な注意が必要である。これまでに、進行がん患者

におけるオピオイド使用とせん妄の関連を調査した研究は数多くあるが、多くはサンプルサイズが十分でなく、確固たるエビデンスが得られていない。そこで本研究では、緩和ケア病棟に入院した進行がん患者におけるオピオイド使用とせん妄発症の関連を検討することを目的とした。

【方法】

本研究は多施設の患者ベースのレジストリコホートを用いた後ろ向き観察研究であり、2019年1月1日から2020年12月31日までのデータを収集した。患者の病歴、転帰、および共変量に関するすべてのデータは、腫瘍学の専門知識を有する医療専門家のチームによるレトロスペクティブカルテレビューを通じて構築した。傾向スコアマッチングを用い、交絡因子を調整後に層別分析を実施した。主要評価項目であるせん妄は、DSM-IVに基づき診断された。

【結果】

進行がん患者 2066 人のうち、オピオイド非使用者は 42.8% (平均年齢 64.4 ± 13.3 歳、男性 60.8%)、オピオイド使用者は 57.2% (平均年齢 62.8 ± 12.5 歳、男性 55.9%) であった。オピオイド使用は、進行がん患者のせん妄発症リスクの増加と有意に関連していた (OR 2.02 [95%CI 1.22-3.35])。また、せん妄リスクはオピオイドの用量依存的に増加する傾向を示した。高用量オピオイド使用者は、非使用者と比較して、せん妄リスクがさらに増加していた (低用量使用者: OR 2.21 [95%CI 1.27-3.84]; 高用量使用者: OR 5.75 [95%CI 2.81-11.77]; OR 比、2.60 [95%CI 1.05-6.44])。また、高齢、男性、非肥満 (BMI 25 未満)、および入院中に化学療法を受けていない患者は、せん妄の有意なリスク因子であった。

【結論】

本研究は多施設レジストリを用いた観察研究として、進行がん患者におけるオピオイド使用とせん妄リスクの増加と有意に関連し、特にその関連が用量依存的であることを示した。また、せん妄を発症しやすい患者の特徴も明らかにした。これらの知見は、進行がん患者の疼痛管理において、医療従事者がオピオイドの処方を慎重に行う必要性を強調している。せん妄リスクを最小限に抑えるための最適なオピオイド投与量を決定することが求められるが、これらの問題を解決するためにはさらなる研究が必要である。

【コメント】

せん妄は、疼痛管理と患者の QOL に大きな影響を及ぼすため、そのリスク低減は重要な課題である。本研究では、オピオイド使用が進行がん患者のせん妄

リスクを増加させることが示されており、これは先行研究の報告とも一致している。特に、高用量 (本研究では経口モルヒネ換算量 $>100\text{mg/日}$) のオピオイド使用でせん妄発症のリスクがさらに上昇する点は興味深い。ただし、本研究では言及していないが、高用量オピオイドを使用する患者では、病状の進行や苦痛の強度が高いことが予想され、PS の低下や筋肉量の減少などの背景因子が関与している可能性も否定できない。そのため、オピオイド使用量とせん妄の関係が用量依存的であるかについては、さらなる研究が求められる。

また、過去の研究 (PMID: 28405945) では、フェンタニルやヒドロモルフォンの方が、他のオピオイドと比較してせん妄リスクが低い可能性が示されているが、一貫した結論には至っていない。この点についても今後のさらなる研究を期待される。

オピオイド使用に伴うせん妄リスクを低減するためには、睡眠の調整、環境調整、認知機能の評価などを含めた包括的な管理が重要である。特に、高用量のオピオイドを使用する患者に対しては、せん妄の発症を予防するため、オピオイドスイッチングや抗精神病薬の投与を事前に検討・準備しておくことが重要であると考えられる。

5. 化学療法誘発性神経障害 (CIPN) に対する神経筋トレーニングの予防効果について

北海道がんセンター
深井 雄太

Fiona Streckmann, Thomas Elter, Helmar C Lehmann, Hansjörg Baurecht, Tatjana Nazarenus, Vanessa Oschwald, Christina Koliymitra, Sarah Otten, Andreas Draube, Petra Heinen, Tilman Steinmetz, Michael Hallek, Michael Leitzmann, Wilhelm Bloch, Maryam Balke.

Preventive Effect of Neuromuscular Training on Chemotherapy-Induced Neuropathy: A Randomized Clinical Trial.

JAMA Intern Med. 2024 Sep 1;184(9):1046-1053.
PMID: 38949824 PMCID: PMC11217888 (available on 2025-07-01) DOI: 10.1001/jamaintern-med.2024.2354.

【目的】

化学療法誘発性神経障害 (CIPN) はオキサリプラチンやビンカルカロイド系薬剤を用いた化学療

法で高率に生じる有害事象のひとつであり、感覚異常・しびれ・疼痛をきたし、歩行困難や転倒の原因となる。これらの症状は長期にわたり日常生活を困難にさせることもあり、患者のQoLを著しく低下させることが分かっているが、現在、適切な予防法・治療法が確立されているとはいいがたい。そんな中、昨今運動療法の効果が注目され始め、さまざまな介入研究が行われている。本研究は運動療法の具体的内容ごとの差に着目し、感覚運動トレーニング（SMT）と全身振動トレーニング（WBV）がCIPNの発症を抑制するかを検討した研究である。

※ SMT：バランストレーニングとも呼ばれ、不安定な足元での片足立ちやエアプレーンなどの体幹トレーニングなどとも呼ばれるトレーニング

※ WBV：振動を起こす運動マシンによるトレーニング

【方法】

2014年5月から2020年11月にかけてドイツの4つの病院で実施された、多施設前向き無作為化臨床試験である。対象はオキサリプラチンまたはビンカアルカロイドによる治療を受ける患者で、SMT実施群、WBV実施群、非介入群の1:1:1に割り付けし、介入群には治療開始前の割付時から週2回、セラピストの元で15-30分のトレーニングが実施された。評価は化学療法前のベースライン評価と、化学療法開始12週後、最終化学療法終了後の10日後・12週後に行われた。

主要評価項目はCIPNの発症率とされ、神経機能検査（振動感覚異常・深部腱反射異常、位置覚異常のうち、2項目以上の異常）、神経伝導検査、主観的評価（FACT/GOG-Nix質問票と痛みの評価）によって評価された。

【結果】

最終的に158名が組み入れられ、SMT群55名、WBV群53名、非介入群50名に割り付けられた。主要評価項目であるCIPNの発症率はSMT群30%、WBV群41.2%、非介入群70.6%と、介入群で有意に低下した（ $P=0.002$ ）。また、トレーニング実施遵守率が75%以上の被験者や、SMT群でも特にビンカアルカロイド系薬剤投与群で、より顕著に予防効果が認められる傾向が認められた。

また、副次的評価項目としてSMT群ではバランス能力の改善が顕著であり、化学療法のRDI、死亡率も改善されていた。

【結論】

神経筋トレーニング療法の実施によりCIPNの発症が抑制された。

【コメント】

運動療法によるCIPNの予防はいくつかの報告がある（PMID: 29198853、PMID: 30382392、PMID: 29243164）が、本研究はそれらの結果を補強するものであった。運動療法は安全かつ低コスト、地域を選ばず実施できる方法である点が非常に優れている。さらに、運動はCIPN以外にも筋力・ADLの維持や、倦怠感の改善や気分転換などの副次的効果も期待でき、特定の機材を必要としないSMTトレーニングが効果的だった点も含めて患者さんにも勧めやすい内容だった。また、これまでCIPN自体が主観的な症状であることに加え、運動療法は盲検化が困難であるため、その有効性の評価は困難だと考えられていたが、本研究は客観的評価を主要評価項目に加えている点も、運動療法による効果の信憑性を補強していると考えられる。

一方で本論文では薬剤の投与量や運動プログラムの具体的方法が明記されていないため、臨床導入を行うのにあたって具体的な指導の方法がいまひとつ明らかではない点は残念であった。また、特に薬剤間でも結果に違いがあったという点から、今後はタキサン系なども含めた検討が期待される。

既報でも有酸素運動、筋力トレーニング、SMT、WBVなど、様々な運動療法がCIPNに有効だという報告が行われているが、どのトレーニングをどの程度行うのが最も最適なのかは現時点ではまだ不明である。今後こういった研究が盛んに行われ、CIPN予防や治療におけるトレーニング方法が薬剤ごとに確立・標準化されていき、広く実施され効果をあげる日がくることを期待したい。

6. 転移性消化器がん患者の倦怠感に対する深部横隔膜呼吸の効果：無作為化比較試験

三重大学大学院 医学系研究科 看護学専攻
角甲 純

Maryam Rezaei, Alireza Abdi, Nader Salari, Mozafar Aznab, Seyed Vahid Jasemi.

The effect of deep diaphragmatic breathing on fatigue in patients with metastatic gastrointestinal cancers: a randomized clinical trial.

Support Care Cancer. 2025 Feb 3;33(2):144. PMID: 39899118 DOI: 10.1007/s00520-025-09207-0.

【目的】

倦怠感は多くのがん患者が経験する一般的かつ不快な症状である。倦怠感を軽減する手法として、深部横隔膜呼吸が提案されている。しかし、進行がん患者に対するこの手法の有効性については、限られた情報しかない。そこで本研究では、転移性消化管がん患者の倦怠感に対する深部横隔膜呼吸の効果を検討することを目的とした。

【方法】

本研究は、2022年にイマーム・レザー（AS）ケルマーンシャー病院の腫瘍科にて、悪性消化管がんの患者44名に対して介入試験の効果を検討した。適格基準は、転移性消化管がんの診断を受けていること、研究への協力に同意していること、年齢が18～65歳であった。除外基準は、腫瘍科からの転院、死亡、誤診、研究不参加の意思表明者とされた。患者は無作為に介入群（深部横隔膜呼吸）と対照群（通常ケア）の2群に割り当てられた。介入群では、1日2回、各10分間の深部横隔膜呼吸を10日間実施した。なお、深部横隔膜呼吸の指導は、まず病棟の処置室でトレーニングを受け、その後の入院期間中は病室または処置室で実施し、退院後はビデオを送信またはビデオ通話でセッションを行いモニタリングした。介入前後に、両群ともPiper Fatigue Scale（PFS：がん患者の倦怠感を多面的に測定する尺度）および背景情報を収集した。統計解析には、SPSS ver.25を使用した。

【結果】

介入前の総倦怠感スコアは、介入群が 5.15 ± 1.98 、対照群が 4.43 ± 1.74 であり、両群間に有意差はなかった（ $p = 0.213$ ）。しかし、介入後には、介入群の総倦怠感スコアは 3.59 ± 1.91 に低下したが、対照群では 6.14 ± 1.91 に増加し、両群間で有意な差が認められた（ $p = 0.001$ ）。

【結論】

本研究により、深部横隔膜呼吸ががん患者の倦怠感軽減に有意な効果をもたらすことを示した。本手法は低コストかつ実施しやすいため、患者のケアプランに組み込み、日常的な介入として活用することが推奨される。

【コメント】

深部横隔膜呼吸はリラクゼーション法の一つであり、呼吸数を減らし、1回の呼吸を深くすることで換気を改善し、動脈の酸素飽和度を高めることで酸素供給を向上させる。その結果、倦怠感の軽減につながると考えられている。本研究で用いられた深部横隔膜呼吸は、先行研究（1日30分のセッションを

6週間実施）と比較して、より手軽に実施できる点が注目される。また、実施コストが低く、適切な指導が行えれば臨床現場での応用も十分に可能である。この点から、本研究は非常に有用な示唆を与えるものであると考える。

よもやま話



歯科医師としてなにができるのか

公益財団法人仙台市医療センター 仙台オープン病院 口腔管理センター・歯科
千葉 高大

仙台オープン病院は、1976年に仙台市及び仙台市医師会の出資により仙台市医療センターが運営する330床の急性期病院として開設された。当院は歯科開設以前から横断的なチーム医療が活発に行われており、看護師を中心とした口腔ケアチームが活動する中で、高齢者や誤嚥性肺炎の増加、周術期、化学療法、緩和ケアにおける口腔ケアの需要が高まり、専門職からなる口腔管理センターの必要性を感じ、2012年9月に口腔管理センター・歯科を開設した背景がある。

口腔管理センター・歯科の診療は主に、がんや心臓血管外科手術前後の患者さんのお口の管理、化学療法や緩和ケアの患者さんのお口の管理、入院中の患者さんの歯や顎・口の病気への対応を行っている。特に入院患者さんや緩和ケア病棟の患者さんは、いつでも患者さんの口腔環境について相談や歯科へ診察依頼がしやすい多職種連携体制であるため、早期に口腔環境を整えることができる（このことは、病院内に歯科がある大きなメリットである）。また、当院はがん治療から緩和ケアまで完結できることが特色の一つであり、当科も連携してがん手術の患者さんや化学療法の患者さんの周術期等口腔機能管理を担当し、緩和病棟に入棟された最期まで口腔管理をしている。

ここで、当院で口腔管理をしていた中で、私が一番記憶に残っている出来事を紹介したい。患者さんは70歳代で、化学療法開始予定のため周術期等口腔機能管理依頼があり診察した。歯科を受診した際、私への初めてのひと言が「先生、誰でも取り外しができる入れ歯を作ってくれませんか？」であった。私は、当院に勤務し周術期等口腔機能管理を担当して数年が経過していたのだが、今まであまり言われたことがない訴えだったので「え？」と思わず言ってしまった。そして、口腔管理をしていく旨をひと通り説明した後に、いざお口の中を診て義歯を外そうとすると、恥ずかしながら歯科医師である私でも取り外しの難しい入れ歯だった。あとでよくよく話を聞くと「もし自分が体調悪くなって看病してくれる人が入れ歯を外せないと困るからね」と話されていた。そこで、まず化学療法開始前に保存できない歯を抜歯し、すぐに化学療法と並行して入れ歯の作製をすすめた。入れ歯の完成後、何度か入れ歯の調整を行い（もちろん取り外しも問題なくでき）、満足された様子だった。しかし、その後、化学療法および歯科受診予定の日に当科を受診されなかった。カルテを確認してみると、全身状態の悪化により緩和ケア病棟に入棟されていたのだ。私は、当院の緩和ケア病棟へ入れ歯の状態を確認しに行くと「先生！みてよ～！飴食べてるけど入れ歯してるからみてほしい！」と満面の笑みで「ニコっ」と入れ歯を見せてくれた（その数日後に永眠された）。最期の最期まで入れ歯をして笑顔でいてくれた、これは歯科医師冥利に尽きると感じた瞬間だった。今まで数えきれないほどの入れ歯を作ってきたのだが、これほどまでに作ってよかったな～と思うことはなかった。

その他にも、終末期がん患者に多く出現する口腔乾燥に対して口腔内を保湿して「美味しく水を飲めた」と言ってくれたことや、カンジダ性口内炎が多発し疼痛が激しかった終末期がん患者さんの口腔内が治癒した際には手をとって感謝されたこともあった。

口腔支持療法を担当している私は、がん治療をしたり原疾患の疼痛コントロールをしたりするわけでもなく（正直なところあまり感謝されるような職種でもないため）、患者さんに何をしてあげたらいいのか迷いながら口腔管理を行っている日々であった。しかし、このような経験が歯科医師としてがん患者さんに対して何をしてあげられるのかの転機となった。

近年、口腔の問題が全身疾患と関連していることが次々と明らかになり、口腔健康管理への関心もますます高まっている。今後も患者さんに寄り添いながら口腔管理に携わり、いつまでも美味しく口から食べることができるようサポートしていきたいと思います。

「あなたの ところに ぴたっとよりそう」

広島赤十字・原爆病院 精神科 小早川 誠

いきなりですが、これ为什么呢。よくみると A と C と P が浮かびませんか。これは後述する広島県版アドバンス・ケア・プランニング（以下 ACP）を普及するため、広島県地域保健対策協議会の委員会で考えられた ACP のフレーズです。

私が ACP を意識するようになったのは 2013 年 2 月、12 年前の冬です。たった 1 週間でしたが、当時所属していた広島大学のがんプロフェッショナル養成プランの事業で、カナダのアルバータ州エドモントンで緩和ケアの研修を受けました。2 月のエドモントンは外気温マイナス 10 度前後が当たり前で防寒対策ばかり考えていましたが、実際にはそんなに寒かったという記憶はありません。市役所の池はアイスリンクになっていたので確かに寒かったはずですが、毎日が新鮮でホットな出会いの連続だったからかもしれません。当時のメモをみると、外来緩和ケアを見学したとき、痛みのことで紹介になった初診の膀胱がんの方に、症状のことを丁寧にたずねるもののほかに、personal directive、意識がなくなったときの代理決定をだれにゆだねるか、もし死期が近いときには蘇生などして生きたいか、natural death を迎えたいかまで踏み込んで聞いていたことに衝撃を感じた・・・と書いてありました。また、緩和ケアのカンファレンスでは、必ず goals of care が話題になっていました。アルバータ州で管理しているインターネットサイトでは、ACP についてビデオでわかりやすく視聴することができ、アドバンスディレクティブとして goals of care を記入できる表（goals of care designation order）をダウンロードできます。その表の情報がカルテに記載されていました。市民レベルでの認知があってこそ可能なことで、日本は遅れているとしか感じられませんでした。

その後間もなく、2013 年 4 月より広島県地域保健対策協議会の終末期の在り方検討特別委員会が設置され、若輩だった私も委員に加えていただきました。当時の県医師会理事である有田 健一先生、広島県緩和ケア支援センターの本案 好文先生を中心に県内の有識者が集い、広島県で ACP をすすめる方略について議論が行われました。年度の終わりには広島県版 ACP のすすめの第一版「わたしの ところづもり」が作成されました。このリーフレットは説明を読みながら自分の考えや思いを書き込める形式のもので、各医療機関で手に取ってもらうよう配布されました。また各地域で ACP の考えを広めるために講演会も開催されました。実はアルバータ州のホームページのコンテンツを参考に家族と先々のことを話し合うドラマ仕立ての動画も作成されたのですが、残念ながら幻に終わっています。その後も高齢者に読みやすく字を大きくするなど修正を重ね現在第 3 版が配布されています。ただ私の感覚としては、心ある看護師など一部の医療人は ACP をすすめようとしているものの、残念ながらいまだに ACP が実践されるようになってきたとまでは感じられません。

ACP の学習については日本緩和医療学会と日本サイコオンコロジー学会が共同で開発した PEACE プロジェクトの緩和ケア研修会の続編である緩和ケアフォローアップ研修会の講義にも含まれていました。広島県では 2012 年より緩和ケアフォローアップ研修会が開催され、現在も広島大学病院で年 1 回行われています。ACP は私が担当していますが、ここ数年筑波大学の木澤義之先生に許諾をいただき、厚生労働省委託事業である「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」に沿って意思決定支援ができる相談員の研修会、いわゆる E-FIELD の研修会の講義資料を使わせていただいています。

E-FIELD の研修会は今でこそ WEB 開催が主流になっていますが、2017 年 2 月に上記の委託事業として広島大学病院を会場に開催されたことがあります。その頃から私も同研修会に協力する機会をいただいています。この事業を率いてこられた木澤 義之先生は、いずれ委託事業として行えなくなすることを想定し、各地域でこの取り組みを行えるような体制が必要と言われていました。2024 年度から委託先がかわり、その内容も病院から施設や在宅・訪問診療をより意識したものに変化しています。私の現在の仕事の半分は緩和ケアチーム活動です。カンファレンスでしばしば問題になるのは今後の

療養を考える際にゴールが定まっていないことです。まさに前述の goals of care の問題ですが、それには医療者と患者それぞれの問題があり、話し合いが十分行えていないという背景があります。今の職場は緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、さらに訪問看護ステーションもあり施設としては比較的充実していますが、地域医療との関係をより一層深め、地域全体で患者を支えていくためには意思決定支援が重要で、そのために病院のすべての医療者が今一歩踏み込んで患者の気持ちを聞く姿勢が必要なのではと感じます。つい先日、E-FIELD のプログラム、コンテンツをほぼそのまま使用した研修会を所属先のメンバーのみで開催することができました。第1回としてまずは広島赤十字・原爆病院の職員 25 名が参加しましたが、いずれは医師会や地域の医療機関にも声をかけ、参加者を増やし、広島市・広島県の終末期医療の意思決定支援に役立てればと少々背伸びしたことを思っています。

笑わせるのではなく、笑いをひきだす“笑い療法士”

獨協医科大学 医学部 麻酔科学講座 山口 重樹

外来の受付で、「今日の先生、疲れていませんか？」と患者さんが話しており、看護師さんが「どうして、そう思われたのですか？」と問い返すと、「今日の先生、機嫌悪そうでした、私が先生を怒らせてしまったかもしれません」と患者さんが返す、二人のやり取りをたまたま耳にしてみました。いつも患者さんを診ているはずの自分が患者さんから見られていたと気づかされた瞬間でした。そして、なぜ、患者さんがそのように感じてしまったのか、その看護師さんに訊ねると、「先生、笑顔、笑顔が全くなかったですよ」と返されました。患者さんの笑顔を取り戻すのが自分たちの仕事、「自分たちに笑顔がなく、患者さんの笑顔を取り戻すことができるわけがない」、そんなことを思い、患者さんに笑顔を見せることのできない自分の余裕のなさに打ちのめされた瞬間でもありました。そんな出来事があった時、たまたま癒しの環境研究会の理事長である高柳 和江先生に出合う機会があり、“笑い療法士”の取得を促されました。

“笑い療法士”とは、「笑いで患者さんの自己治癒力を高めたり、または笑いをもって病気の予防をサポートする人のことです。医療や福祉の現場に、また社会全般に笑いを広げること、また実際に笑いを提供している人を発掘し、さらにがんばっていただくことが認定の目的です。医療・福祉関係者（医師・看護師のほか、仕事で病院や施設に出入りしている人すべて）のほか、医療笑費者（患者さんを笑わせている患者さん）やその家族、一般の方も参加していただいています。まわりの人々をワッハハッと笑わせるだけでなく、その人がいるだけで空気が変わる、社会が楽しくなる人も対象といたします。」と、“笑い療法士”資格要綱に説明されています。“笑い療法士”は、癒しの環境研究会が2005年に認定を始め、既に全国に1,000名が認定され、活動しています。“笑い療法士”の資格認定は、癒しの環境研究会の研究会に参加し、笑い療法士講習とフォローアップ研修を受け、実践報告書を提出、「笑い療法士認定評価委員会」の審査の後、合格すれば正式に認定されます。

“笑い療法士”の「笑い」とは何か、明確にしておきたいと思います。単刀直入に“笑い療法士”の「笑い」を説明すると「笑顔」ということです。「笑顔」を引き出すのが“笑い療法士”の役割ということになります。自身、この「笑い療法士」の資格を取得し、実践を始めてから、「笑い療法士」の資質に何が大切なのか色々と考えてきました。病を患った患者さん、あるいは、そのご家族の目の前にいる医療者に笑顔が消えてしまったらどうなってしまうか、容易に想像できます。自身は30年以上、痛みを専門とし、がん疼痛、慢性疼痛、術後痛など全ての痛みを診続けています。また、痛みという訴えを通して、社会を見続けてきました。ある意味で、痛みの診療は社会医学ではないかと、最近では考えるようになっていきます。複雑化した社会におけるこれまでのつけ、そして、急速に多様化する社会の変化が、生き辛い環境を生み、様々な痛みの原因となり、患者さんやご家族から笑顔を奪ってきているように感じられます。医療経済が逼迫するなか、医療者にも同様のことが言えると思います。

痛みの診療においては、絶対的に痛みを緩和する何らかの手段は必要ですが、その痛みの緩和を効果的に、そして、最大限に引き出すことのできるカンフル剤は、医療者の笑顔ではないでしょうか。医療者の笑顔が患者さんやご家族に伝染する、そして、患者さんやご家族の笑顔が医療者に再伝染することが大切なはずです。この正のスパイラルこそが、医療におけるSDGs（Sustainable Development Goals）ではないでしょうか。この医療におけるSDGsの原点にある医療者の笑顔を大切にしていくために何が必要なのか、そのことを教えてくれたのが笑い療法士です。まだ、自身、笑い療法士の極意を得るまでに至っていませんが、日々の生活で、自身の笑顔が失われることのない、心身の体調を整えるように努力し、患者さんやご家族の前で、普通に笑顔になれているよう心掛けています。

最後に、笑い療法士の実践に重要な6つの基本原則を読者の皆さんに共有させていただきます。

- ①日常的に笑いをひきだす
- ②心にしみる温かな笑い—安全・安心が基本
- ③笑いを感染させる力が強い
- ④特に場所を選ばなくてできる
- ⑤パフォーマンスは必ずしも必要ない
- ⑥特にグッズを必要としない

是非、皆さんも「笑わせるのではなく、笑いをひきだす」笑い療法士の活動に参加してみませんか。

ジャーナルウォッチ 緩和ケアに関する論文レビュー (2024年12月~2025年2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 総合保健学専攻 高度実践看護開発学講座 川島 有沙

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. 2024; 391(12), 2025; 392(1-2)】

1. がん悪液質に対するポンセグロマブの効果

Groarke JD, Crawford J, Collins SM, Lubaczewski S, Roeland EJ, Naito T, et al. Ponesegromab for the Treatment of Cancer Cachexia. N Engl J Med. 2024;391(24):2291-303. [PMID: 39282907]

2. プライマリケアの価値を向上し強化するためのメディケア支払い改革

Jacobs DB, LaBonte CT, Seshamani M. Changing Medicare Payment to Strengthen Primary Care. N Engl J Med. 2025;392(3):211-3. [PMID: 39693561]

3. 50-60代の閉経後早期女性に対する骨折予防目的のゾレドロン酸の間欠投与

Bolland MJ, Nisa Z, Mellar A, Gasteiger C, Pinel V, Mihov B, et al. Fracture Prevention with Infrequent Zoledronate in Women 50 to 60 Years of Age. N Engl J Med. 2025;392(3):239-48. [PMID: 39813642]

【Lancet. 2024; 404(10469-10471), 2025; 405(10472-10479)】

4. ニタゼンはフェンタニルより悪い

Samarasekera U. "Even worse than fentanyl": nitazenes in the USA. Lancet. 2024;404(10469):2250-1. [PMID: 39647481]

5. 70歳未満の「早死に」の地域差と推移

Norheim OF, Chang AY, Bolongaita S, Barraza-Llorens M, Fawole A, Gebremedhin LT, et al. Halving premature death and improving quality of life at all ages: cross-country analyses of past trends and future directions. Lancet. 2024;404(10470):2437-46. [PMID: 39581203]

6. 安楽死、複雑な社会システム、緩和ケアの世界的な公平性：英国での法制化へのコメント

Sallnow L, Dorsey-Rivera BE, Ntirimira C, Ahmad N, Kumar S. Assisted dying, complex systems, and global equity in palliative care. Lancet. 2025;405(10473):103-5. [PMID: 39701122]

7. 放射線治療の毒性：機序、管理、今後の課題

Verginadis II, Citrin DE, Ky B, Feigenberg SJ, Georgakilas AG, Hill-Kayser CE, et al. Radiotherapy toxicities: mechanisms, management, and future directions. Lancet. 2025;405(10475):338-52. [PMID: 39827884]

8. 私はまだ私：頭頸部がん患者のさまざまな顔

Stirrups R. I'm Still Me: the many faces of cancer. Lancet Oncol. 2025;26(1):24-6. [PMID: 39756442]

9. ラテンアメリカにおける腫瘍学ケアの変革：AIを活用した人材不足の解決策

Moraes FY, Yan M, Muellner A, Hricak H. Transforming oncology care in Latin America: artificial intelligence-driven solutions to bridge workforce gaps. Lancet Oncol. 2025;26(2):155-7. [PMID: 39914417]

10. 高齢がん患者における免疫チェックポイント阻害剤関連毒性の管理：国際老年腫瘍学会（SIOG）による推奨

Eochagain CM, Neuendorff NR, Gente K, Leipe J, Verhaert M, Sam C, et al. Management of immune checkpoint inhibitor-associated toxicities in older adults with cancer: recommendations from the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). Lancet Oncol. 2025;26(2):e90-e102. [PMID: 39914430]

【JAMA. 2024; 332(21-24), 2025; 333(1-8)】

11. オピオイド使用障害の治療におけるブプレノルフィン / ナロキソンとメサドンとの比較

Nosyk B, Min JE, Homayra F, Kurz M, Guerra-Alejos BC, Yan R, et al. Buprenorphine/Naloxone vs Methadone for the Treatment of Opioid Use Disorder. JAMA. 2024;332(21):1822-31. [PMID: 39418046]

12. プラグマティック臨床試験をより実用的にする

Platt R, Bosworth HB, Simon GE. Making Pragmatic Clinical Trials More Pragmatic. JAMA. 2024;332(22):1875-6. [PMID: 39356531]

13. 小児がん患者のケアパスウェイとリンクした症状スクリーニング：ランダム化比較試験

Dupuis LL, Vettese E, Grimes AC, Beauchemin MP, Klesges LM, Baggott C, et al. Symptom Screening Linked to Care Pathways for Pediatric Patients With Cancer: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2024;332(23):1981-91. [PMID: 39535768]

14. ヘルシンキ宣言 60 周年の改訂：急速に変化する医療研究エコシステムにおける研究参加者への敬意を促すための現代に合わせた倫理原則

Resneck JS, Jr. Revisions to the Declaration of Helsinki on Its 60th Anniversary: A Modernized Set of Ethical Principles to Promote and Ensure Respect for Participants in a Rapidly Innovating Medical Research Ecosystem. JAMA. 2025;333(1):15-7. [PMID: 39425954]

15. 救急部から始める緩和ケア：クラスターランダム化試験

Grudzen CR, Siman N, Cuthel AM, Adeyemi O, Yamarik RL, Goldfeld KS, et al. Palliative Care Initiated in the Emergency Department: A Cluster Randomized Clinical Trial. JAMA. 2025;333(7):599-608. [PMID: 39813042]

16. 一部のがんはがんと呼ぶべきではないか：専門家の議論

Rubin R. Experts Are Debating Whether Some Cancers Shouldn't Be Called That. JAMA. 2025;333(7):556-8. [PMID: 39820969]

【JAMA Intern Med. 2024;184(12), 2025; 185(1-2)】

17. 椎間板ヘルニアからの慢性坐骨神経痛に対する鍼治療とシャム鍼治療

Tu JF, Shi GX, Yan SY, Ni GX, Yu FT, Cai GW, et al. Acupuncture vs Sham Acupuncture for Chronic Sciatica From Herniated Disk: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2024;184(12):1417-24. [PMID: 39401008]

18. ベンゾジアゼピン受容体作動薬中止のための認知行動療法と投与量の盲検化の効果：ランダム化試験

Fung CH, Alessi C, Martin JL, Josephson K, Kierlin L, Dzierzewski JM, et al. Masked Taper With Behavioral Intervention for Discontinuation of Benzodiazepine Receptor Agonists: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2024;184(12):1448-56. [PMID: 39374004]

19. アクティブサーベイランス時代における、予後が限られた前立腺がん男性の過剰治療

Daskivich TJ, Luu M, Heard J, Thomas IC, Leppert JT. Overtreatment of Prostate Cancer Among Men With Limited Longevity in the Active Surveillance Era. JAMA Intern Med. 2025;185(1):28-36. [PMID: 39527047]

20. ACP、終末期の希望、積極治療：実用的なクラスターランダム化試験

Wolff JL, Scerpella D, Giovannetti ER, Roth DL, Hanna V, Hussain N, et al. Advance Care Planning, End-of-Life Preferences, and Burdensome Care: A Pragmatic Cluster Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2025;185(2):162-70. [PMID: 39621341]

21. ICU の高齢患者に対するモバイルアプリを活用した多職種連携緩和ケア介入：ランダム化試験

Cox CE, Ashana DC, Dempsey K, Olsen MK, Parish A, Casarett D, et al. Mobile App-Facilitated Collaborative Palliative Care Intervention for Critically Ill Older Adults: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2025;185(2):173-83. [PMID: 39680398]

【JAMA Oncol. 2024;10(12), 2025; 11(1-2)】

該当なし

【BMJ. 387(8451-8453), 388(8454-8457)】

22. 地域社会中心の死と悲嘆に対する公衆衛生的なアプローチが必要

Selman L. Facing death differently: revolutionising our approach to death and grief. BMJ. 2024;387:q2815. [PMID: 39715642]

【Ann Intern Med. 2024;177(12), 2025; 178(1-2)】

23. ガバペンチン vs. デュロキセチン開始後の高齢者における転倒リスク

Chaitoff A, Desai RJ, Choudhry NK, Jungo KT, Haff N, Lauffenburger JC. Assessing the Risk for Falls in Older Adults After Initiating Gabapentin Versus Duloxetine. Ann Intern Med. 2025;178(2):187-98. [PMID: 39761587]

【Ann Intern Med. 2024;177(9-11)】

該当なし

【J Clin Oncol. 2024;42(34-36), 2025; 43(1-6)】

24. 難治性の化学療法誘発性悪心・嘔吐に対する大麻

Zimmermann C. Cannabis for Refractory Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting. J Clin Oncol. 2024;42(34):4008-11. [PMID: 39163562]

25. 化学療法誘発性悪心・嘔吐の二次予防のための経口大麻抽出物：ランダム化プラセボ対照第 II/III 相試験

Grimson P, Mersiades A, Kirby A, Tognola A, Olver I, Morton RL, et al. Oral Cannabis Extract for Secondary Prevention of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: Final Results of a Randomized, Placebo-Controlled, Phase II/III Trial. J Clin Oncol. 2024;42(34):4040-50. [PMID: 39151115]

26. 標準的な三剤併用療法への電気鍼療法追加による化学療法誘発性悪心・嘔吐への効果：ランダム化比較試験
Shen G, Ren D, Zhao F, Wang M, Liu Z, Feng X, et al. Effect of Adding Electroacupuncture to Standard Triple Antiemetic Therapy on Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: A Randomized Controlled Clinical Trial. *J Clin Oncol*. 2024;42(34):4051-9. [PMID: 39241208]
27. がん患者のオピオイド誘発性便秘に対するナルデメジン：多施設二重盲検ランダム化プラセボ比較試験
Hamano J, Higashibata T, Kessoku T, Kajiura S, Hirakawa M, Oyamada S, et al. Naldemedine for Opioid-Induced Constipation in Patients With Cancer: A Multicenter, Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial. *J Clin Oncol*. 2024;42(35):4206-17. [PMID: 39255425]
28. 原発性悪性脳腫瘍患者の介護者に対する心理的介入：ランダム化比較試験
Forst DA, Podgurski AF, Strander SM, Whitman JD, Datta S, Pintro K, et al. NeuroCARE: A Randomized Controlled Trial of a Psychological Intervention for Caregivers of Patients With Primary Malignant Brain Tumors. *J Clin Oncol*. 2024;42(36):4252-62. [PMID: 39284103]
29. 化学療法を受けている非骨髄系がん患者の化学療法誘発性貧血に対するロキサデュスタットの有効性と安全性
Lu S, Wu J, Jiang J, Guo Q, Yu Y, Liu Y, et al. Efficacy and Safety of Roxadustat for Anemia in Patients Receiving Chemotherapy for Nonmyeloid Malignancies: A Randomized, Open-Label, Active-Controlled Phase III Study. *J Clin Oncol*. 2025;43(2):143-53. [PMID: 39353163]
30. 転移性乳がん患者の疲労による機能障害に対するアクセプタンス & コミットメント療法：ランダム化比較試験
Mosher CE, Lee S, Addington EL, Park S, Lewson AB, Snyder S, et al. Randomized Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy for Fatigue Interference With Functioning in Metastatic Breast Cancer. *J Clin Oncol*. 2025;43(6):662-71. [PMID: 39454125]
- 【Ann Oncol. 2024;35(12), 2025; 36(1-2)】
31. HER2 陽性または HER2 低発現乳がん患者におけるトラスツズマブ デルクステカン治療後の遅発性および持続性悪心・嘔吐に対するオランザピンベースの予防的制吐療法：ランダム化二重盲検プラセボ比較第 II 相試験
Sakai H, Tsurutani J, Ozaki Y, Ishiguro H, Nozawa K, Yamanaka T, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled phase II study of olanzapine-based prophylactic antiemetic therapy for delayed and persistent nausea and vomiting in patients with HER2-positive or HER2-low breast cancer treated with trastuzumab deruxtecan: ERICA study (WJOG14320B). *Ann Oncol*. 2025;36(1):31-42. [PMID: 39284382]
- 【Eur J Cancer. 2024(213), 2025(214-217)】
32. 乳がんの根治的治療後の定期検査における転帰情報に基づく共同意思決定：SHOUT-BC 研究
Ankersmid JW, Drossaert CHC, Strobbe LJA, Hackert MQN, Engels N, Prick JCM, et al. Shared decision-making supported by outcome information regarding surveillance after curative treatment for breast cancer: Results of the SHOUT-BC study. *Eur J Cancer*. 2024;213:115107. [PMID: 39504676]
33. レジストリデータを用いた転移性大腸がん治療の質の測定：修正デルファイ研究
Dunn C, Shapiro J, Lee M, Wong R, Lee B, Wong HL, et al. Measuring quality in the care of metastatic colorectal cancer utilising available registry data: A modified Delphi study. *Eur J Cancer*. 2025;214:115142. [PMID: 39615331]
34. がん治療における医療用大麻の使用に関する知識・態度・実践の国際調査
Trapani D, Nidhamalddin SJ, Gandini S, Filetti M, Altuna SC, Carnevale Schianca A, et al. An international survey on the knowledge, attitudes and clinical patterns of use of medical cannabis for cancer care: The TASMAN study. *Eur J Cancer*. 2025;215:115158. [PMID: 39647216]
35. 医療経済評価のためのがんに特異的な有用性の評価尺度：EORTC QLU-C10D ユーザーマニュアルの概要と妥当性
Seyringer S, Pilz MJ, Jansen F, Buttner M, King MT, Norman R, et al. Cancer-specific utility instrument for health economic evaluations: A synopsis of the EORTC QLU-C10D user manual and current validity evidence. *Eur J Cancer*. 2025;217:115235. [PMID: 39874909]
- 【Br J Cancer. 2024;131(11-12), 2025;132(1-3)】
該当なし
- 【Cancer. 2024;130(23-24), 2025; 131(1-4)】
36. 米国臨床腫瘍学会によるがん緩和ケアガイドラインのアップデート：現実のギャップへの対応
Crowley F, Smith CB, Arnold RM, Afezoli D. American Society of Clinical Oncology guideline update on palliative care for patients with cancer: Addressing the reality gap. *Cancer*. 2025;131(1):e35656. [PMID: 39560401]
37. 復職したがん患者の将来の病気休暇・障害年金・失業：スウェーデンの前向きマッチドコホート研究
Hiyoshi A, Alexanderson K, Tinghog P, Cao Y, Fall K, Montgomery S. Future sick leave, disability pension, and unemployment among patients with cancer after returning to work: Swedish register-based matched prospective cohort study. *Cancer*. 2025;131(1):e35580. [PMID: 39377486]

38. ヒスパニック系 / ラテン系がんサバイバーの支持療法のアンメットニーズに対する文化に沿った患者ナビゲーションプログラムの効果：ランダム化比較試験

Noriega Esquivas BS, Moreno PI, Munoz E, Lad TE, Hollowell CMP, Benzo RM, et al. Effects of a culturally tailored patient navigation program on unmet supportive care needs in Hispanic/Latino cancer survivors: A randomized controlled trial. *Cancer*. 2025;131(1):e35626. [PMID: 39487386]

39. がん疼痛を有する入院患者におけるヒドロモルフォン静注乱用の可能性と鎮痛効果：二重盲検ダブルダミーランダム化クロスオーバー試験

Arthur JA, Reddy A, Popat U, Halm J, Vaughan-Adams N, Myers A, et al. Abuse potential and analgesic efficacy of intravenous hydromorphone bolus administration among hospitalized patients with cancer pain: A double-blind, double dummy, randomized crossover trial. *Cancer*. 2025;131(3):e35723. [PMID: 39865340]

40. がん関連悪液質に対する新たな治療法の可能性

Nierengarten MB. Potential new treatment for cancer-related cachexia: Patients with cancer-related cachexia who were treated with ponesegromab had a significant increase in weight gain from the baseline in comparison with patients treated with a placebo. *Cancer*. 2025;131(1):e35657. [PMID: 39752226]

41. がんサバイバーにおける精神疾患と死亡率の推定：韓国の調査

Mai Tran TX, Chung MS, Cha C, Park B. A national estimate of mental disorders and mortality outcomes in cancer survivors. *Cancer*. 2025;131(2):e35711. [PMID: 39775788]

42. 進行乳がんの黒人 / ラテン系女性を対象とした、ナビゲーター主導の地域と連携した早期からの緩和ケア介入

Mazor M, Lin JJ, Smith C, Rosa WE, Moorehead D, Boorstin RM, et al. Community-engaged adaptation of ACCESS: A navigator-led early palliative care intervention for Black and Latina women with advanced breast cancer. *Cancer*. 2025;131(4):e35745. [PMID: 39916311]

43. 全身治療を受ける高齢進行がん患者における患者報告および医療者評価による毒性と日常生活機能との関係

Culakova E, Mohamed M, Flannery M, Jensen-Battaglia M, Zhang Z, Ramsdale E, et al. Relationships between patient-reported and clinician-rated toxicities and daily functioning in older adults with advanced cancer undergoing systemic therapy. *Cancer*. 2025;131(4):e35766. [PMID: 39945245]

44. がんサバイバーの2つの全国サンプルにおける痛みと非オピオイド性薬物使用との関係

Powers JM, LaRowe LR, Rubenstein D, Paice JA, Hitsman B, Rini CM. Relationship between pain and nonopioid substance use in two national samples of cancer survivors. *Cancer*. 2025;131(4):e35701. [PMID: 39925086]

1. 日本緩和医療学会のブランディングを考える — 学会の持続可能性のために

広報委員会
副委員長 永山 淳

はじめに

当会の会員数は、2019年の12,786名をピークに減少傾向にあり、2025年4月現在12,301名です。医師は専門医制度の存在もあってわずかに増加していますが、看護師や薬剤師などその他の職種では、会員全体と同様に減少傾向が続いています。

2022年度(398名)・2023年度(363名)の退会者について詳しく見ると、2年間で退会した761名のうち、在籍5年以内の退会者が41.0%を占めており、比較的短期間で退会される方が多いことがわかります。一方で、在籍16年以上の長期会員の退会も15.4%と一定数存在します。退会理由としては、部署異動や離職など環境の変化を挙げる方が最も多く、理由を明示した617名のうち57.1%を占めています。定年・高齢・健康問題・逝去を理由とした退会も115名(18.6%)に上ります。

少子高齢化・多死社会が進む中、今後も緩和ケアのニーズは増加していくと見込まれます。それを担う専門職の中核となるべき当会が、その**持続可能性を真剣に議論すべき時期にある**と私たちは考えています。

研究・教育・普及啓発など、当会の主要な活動を継続し、さまざまな緩和ケアのニーズに応えていくためには、**多様な背景を持つ会員が安心して在籍し続けられる環境を整えることが不可欠**です。新たに入会した会員が「この学会に所属したい」と感じられるような、誇りと喜びを持てる学会を目指すことが、今、求められています。

ブランディングについて

広報委員会では、こうした学会の魅力や価値を高めるための方策として、ブランディングの重要性について議論を重ねてきました。

ブランディングとは、もともと企業のマーケティング活動として発展した手法であり、組織がもつ価値や理念を明確にし、それを内外のステークホルダーに伝える**戦略的な認知形成プロセス**です。「**私たちは何を提供し、どのように見られたいのか**」を

考え、それにふさわしい姿をつくりあげていく作業です。

企業においては、顧客との信頼関係の構築やブランド価値の向上を通じて収益を生むことが目的ですが、非営利の学術団体である当会にとっての主な目的は次の3点に集約されます。

1. 学会の社会的価値を高める
2. 会員の誇りと帰属意識を醸成する
3. 未来を担う新たな会員を迎え入れる

ブランディングには、**外向けの「アウトターブランディング」と、内向けの「インナーブランディング」**があります。

たとえば当会の場合、

・アウトターブランディング

教育研修事業やガイドライン作成などを通じて、緩和ケア分野における標準を示し、信頼できる情報源としての存在感を社会に発信していくこと

・インナーブランディング

会員が「この学会に所属していることに意義を感じる」ような関係性や文化を築き、**誇りと愛着を育む環境づくり**を行うこと

このようなブランディングの取り組みは、結果として当会の持続可能性を支える基盤となっていくはずです。

これからの取り組み

広報委員会では、こうしたビジョンのもと、2022年には公式サイトを全面リニューアルし、24年にはロゴ・マークを22年ぶりに刷新いたしました。いずれも多くの方の皆さまのご理解とご協力により、成功裏に終えることができました。あらためて心より感謝申し上げます。

現在は、アウトターブランディングの一環として、**一般市民に向けた情報提供ページの新設**を準備中です。さらに、会の持続可能性を考える上で重要となる「会員の声」を反映するべく、広くご意見を伺うためのアンケートなどご協力をお願いすることがあるかと思います。

当会が「**所属して良かった**」「**仲間とつながっていたい**」と思えるような場であり続けるために—これからも、会員の皆さまとともに歩みを進めてまいります。引き続き、ご助力、ご指導を賜りますようお願い申し上げます。

2. 日本緩和医療学会 第7回北海道支部学術大会 開催案内

第7回北海道支部学術大会
大会長 山崎 裕

第7回北海道支部学術大会を以下のとおり開催する準備をただいま進めております。

1. 会期 2025年8月30日(土)
2. 会場 函館アリーナ
(北海道函館市湯川町1-32-2 [市電「函館アリーナ前」徒歩1分])
3. 大会テーマ 「原点回帰。～北の医療開闢(かいびやく)の地から～」

1860年(万延元年)に北海道初の病院として箱館医学所が開設されました。それがわれわれの所属する市立函館病院の前身となります。つまり北海道医療の原点は函館であり、この地で開催するからには、緩和医療や緩和ケア、ひいては医療の原点を再考する機会にできればとの思いを込めてテーマを設定させていただきました。また、函館は新幹線で本州と繋がっています。北海道だけでなく、お隣の青森県や東北地方との繋がりも意識した大会にしたいと考えております。

大会プログラムとして、清水 研先生(がん研有明病院精神腫瘍科 部長)に患者との対話についてのご講演、小川 朝生先生(国立がん研究センター東病院精神腫瘍科 科長)に高齢者の意思決定支援についてのご講演、佐藤 温先生(弘前大学大学院医学研究科腫瘍内科学講座 教授)にがん治療医から見た緩和ケアについてのご講演等をそれぞれお願いしています。

またシンポジウムは「地域から発信する緩和ケアの取り組み」、「『いつでもどこでも緩和ケア』の実現に向けて～地方の人材不足にどう立ち向かうか～」の2つを準備中です。

講演、シンポジウムともに、聴講していただいた方々の明日からの緩和医療の一助となり、より一層の学びを深める企画になるよう精一杯準備させていただきます。

一般演題についてはポスター発表とさせていただきました。是非とも活発なご討議をいただくと共に、「顔の見える関係」を構築できればと考えています。

8月下旬の函館は観光にもうってつけの時期です。この機会に函館にお越しいただき、学会と観光を満喫いただければ幸いです。皆さまのご発表、ご参加を心からお待ちしております。

3. ご挨拶

第7回東海・北陸支部学術大会
大会長 石黒 崇

このたび、2025年9月20日(土)日本緩和医療学会 第7回東海・北陸支部学術大会を、岐阜市じゅうろくプラザ(岐阜市文化産業交流センター)におきまして開催させていただきます。

2025年3月に緩和医療学会のホームページを公開いたしました。演題登録開始日が近づいて参りましたので、改めてご案内いたします。

- ・大会 HP
<https://www.k-gakkai.jp/jspm7tthokaihokuriku/>
- ・演題登録 4月1日(火)～5月31日(土)
- ・参加登録 6月2日(月)～8月8日(金)

本会のテーマは「緩和ケアを広めるために、今できること」といたしました。緩和ケアを専門にされている皆様をもちろんのこと、緩和ケアにこれから学び始める方、どうやって緩和ケアを現場で実践したら良いか迷い模索している方にも参加していただき、学びの場になるよう幅広いプログラム構成を心がけております。

教育講演では緩和ケアに必要なアセスメントを小田切先生(西濃厚生病院)に、特別講演では緩和ケアのトピックスを森田先生(聖隷三方原病院)にご講演いただきます。

職種別の企画として、薬剤師(テーマ:オピオイド使用における諸問題)・看護師(テーマ:せん妄のケア)で集合するシンポジウムでは、それぞれの職種で抱える話題に関して深掘りしていただきます。また、近年話題になっているものの実際の運用では課題の多い「意思決定支援・ACP」に関するワークショップ、もしかしたらまだ緩和ケアが十分行き届いていない医療過疎地域・施設に関する地域医療のシンポジウム、困難症例に対するフロア参加型の事例検討会なども企画しております。全国的にご高名な講師の先生方のご講演を拝聴出来るだけでなく、同じような日常臨床の問題に取り組んでいる「緩和ケア」の医療者の貴重な情報交換の場になると考えております。同時に、総会より気軽に日頃の研究や取り組みを学会発表し、意見交換を出来る機会になればと、鋭意開催準備しております。

チラシは、東海・北陸支部会員 裾野赤十字病院 相河明規先生に作成していただきましたので、ご覧いただき周知していただけると幸いです。

岐阜は名古屋からJR新快速で最短18分、会場であるじゅうろくプラザは、JR岐阜駅から徒歩3分と非常にアクセスも良い場所です。9月は清流長良

川の鮎・鵜飼いの最盛期でもあります。当日は活発な意見交換や有意義な情報収集をしていただき、その後は参加者同士で交流を温めながら岐阜の街（会場から至近）も楽しんでいただけたら望外の喜びです。

多くの皆様のご参加と演題登録を心よりお待ちしております。

4. 日本緩和医療学会第7回関西支部学術大会開催のご案内

第7回関西支部学術大会
大会長 清水 政克

このたび、2025年9月20日（土）に兵庫県神戸市におきまして、日本緩和医療学会第7回関西支部学術大会を開催する運びとなりました。

本邦の緩和医療では、病院（緩和ケアチーム）、ホスピス・緩和ケア病棟、在宅医療の3つの場で、適切な緩和医療の提供ができる体制づくりが求められています。特に在宅医療においては、我が国が2025年に超高齢多死社会を迎える（いわゆる2025年問題）という文脈から、在宅緩和ケア・在宅看取りが推進されてきました。厚生労働省が2012年に行った「在宅医療連携拠点事業」においても、2025年は在宅医療推進における一つの節目の年とされていました。そこで、まさにこの2025年に開催される本大会のテーマは「いま、あらためて2025年問題を再考する」としました。

内容としましては、領域別の様々な課題を取り上げ厳選した5つのシンポジウムと3つのパネルディスカッション、1つのワークショップ、初学者向けの教育講演4つ、9セッションで構成される一般演題（一般セッション7、フレッシューズセッション2）、ランチョンセミナー（共催セミナー）、共催展示など、進取精神で企画準備しております。

2025年の今を生きる私たちの目から見て、これまでに行われてきた2025年問題に対する様々な施策は有効に機能してきたのでしょうか？その成果はどうだったのでしょうか？あらためて成果を振り返り、残された課題を共有し、この先の活動に繋がたいと思います。緩和医療を実践する専門職（地域の医療・介護・福祉の関係者等）が一堂に集い、討議し育む会にするべく、実行委員・大会運営事務局一同鋭意準備に取り組んでまいります。

みなさまのご参加を心よりお待ちしております。秋の神戸でお会いしましょう！その他、詳

細は大会HP（<https://jspm-kansai2025.sprt-link.jp/index.html>）をご覧ください（大会長おすすめランチ・ディナーマップもあります！）。

5. 第7回九州支部学術大会のご案内

第7回九州支部学術大会
大会長 吉武 淳

このたび、2025年10月19日（日）に熊本城ホール（<https://www.kumamoto-jo-hall.jp>）において、「日本緩和医療学会 第7回九州支部学術大会」を開催させていただくこととなりました。現在、実行委員長の鳥崎哲平先生を中心に実行委員会のメンバーが鋭意準備を進めております。また、学会場に隣接するSAKURA MACHI Kumamoto（サクラマチ熊本）には、バスターミナルの他にもグルメやショッピング、映画館など、さまざまな施設があります。前泊してリフレッシュするもよし、当日に日帰りするもよし、是非、多くの方々の来熊をお待ちしています。

・演題登録期間（予定）

4月16日（水）～6月18日（水）

・参加登録期間（予定）

7月22日（火）～9月19日（金）

・特別講演 1題

板井 孝壱郎：現場実践に活かす「臨床倫理」の考え方－緩和的鎮静をめぐる「倫理的ジレンマ」を中心に－

・教育講演 4題

中川 美幸（MSW）、加藤 真樹子（心理職）

石上 雄一郎（医師）、江口 恵子（看護師）

以上、順不同 敬称略

実行委員だけによる手作りの広報用ポスター

<https://www.jspm.ne.jp/files/localmeeting/kyuusyu/poster2025.pdf>

日本緩和医療学会九州支部学術大会のホームページ（演題登録はこちら）

https://www.jspm.ne.jp/meetings/branch_kyushu/meeting_individual.html?entry_id=2068

第7回九州支部学術大会Webサイト

（参加登録はこちら）

<https://www.k-gakkai.jp/jspm7thkyushu/>

SAKURA MACHI Kumamoto（サクラマチ熊本）

<https://kumamoto.guide/spots/detail/12302>

編 | 集 | 後 | 記

新年度を迎え、第1号のニューズレターをお届けいたします。読者の皆様も、年度替わりの慌ただしい日々を過ごされたことと思いますが、そろそろ落ち着きを取り戻されている頃でしょうか。初夏の気配が感じられるこの時期、すでに今年度の学会や研修会の予定を立て始めている方もいらっしゃるのではと思います。

ニューズレターでは、各地で開催される支部の学術大会のご案内も掲載しています。近年は、地域ならではの視点や工夫が光るプログラムが数多く見られ、とても魅力的です。遠方となる方もいらっしゃるかと思いますが、記事を通じて「ちょっと行ってみようかな」と感じていただけたら嬉しい限りです。(武村 尊生)

小早川 誠
坂本 岳志
武村 尊生
○橋口さおり
部川 玲子
細矢 美紀
山口 重樹
山田 圭輔
吉武 淳