

 <p>Japanese Society for Palliative Medicine</p>	<h1>日本緩和医療学会</h1> <h2>ニューズレター</h2> <h1>59</h1> <p>May 2013</p>
 <p>特定非営利活動法人 日本緩和医療学会</p>	<p>〒550-0001 大阪市西区土佐堀1丁目4-8 日栄ビル 603B 号室 TEL 06-6479-1031 / FAX 06-6479-1032 E-mail: info@jspm.ne.jp URL: http://www.jspm.ne.jp/</p>

巻頭言

忘れものを届けに

国立がん研究センター 東病院臨床開発センター 精神腫瘍学開発分野

小川 朝生

新年度を迎え、皆様方それぞれ新しい年度の計画を立て、新しい出会いを経験されていることと存じます。緩和ケア研修会や緩和ケアチーム研修会、各職種の研修会などに声をかけていただき、患者さんご家族の精神心理的ケアについて一緒に考える機会をいただけることを感謝申し上げます。

精神心理的ケアに留まらず、緩和ケアやがん医療、在宅医療などあちこちの領域で、「連携」や「多職種協働」が求められています。

がん医療に目を向ければ、治療場面では医療者と患者・家族間のコミュニケーションの問題に加えて、専門分野間の連携や職種間の協働、病院と在宅医療との連携、医療と介護の連携など、各医療サービスの分断が問題とされています。非専門家と専門家の溝が大きいだけでなく、専門家間の溝も大きく、その溝を埋めることの難しさに直面しています。がん治療が高度化し専門分化が進んだ一方、そこで知らぬうちに忘れてしまったもの、失ったものをあえて意識して考え直さなければいけない時代が来た、ということでしょう。

がん医療でも高齢者医療、認知症医療でも、それぞれが「安心して暮らせる街作り」を目標と唱えています。このことが示しますように、医療とはみなとの共有の財産であり、それは生活であり、地域そのものでもあります。私たちが「〇〇チーム」と改めて名付け、あえて「地域」連携と呼ぶものは、病気の治療だけではなく、各専門に分化された治療でもなく、家族や地域の親しい人とともに生活することをどのように支援するか、私たちの姿勢そのものを問いつけているのだと思います。

協働が求められる背景には、「ケアの質がよくなる」とか「連携を進めた方が効率が良い」というシステム上の問題だけではないでしょう。医療者もみなも、「はじめから終わりまで」「一緒にやりたい」のです。みなで同じ問題を共有し、あれこれ議論し、時にはけんかをしつつも、力を合わせ、解決し、喜びも悲しみも分かち合いたいのではないでしょうか。

「忘れものを届ける」お手伝いができる、精神腫瘍であり緩和医療を考えていきたいと思います。会員皆様のお力添えをいただけましたら幸いです。

日本緩和医療学会 専門医制度

慶應義塾大学医学部 麻酔学教室腫瘍センター 緩和医療部門

橋口 さおり

専門医制度について様々な議論がされています。現在は、各学会で基準を作成し、臨床経験と試験による能力確認を行って認定していますが、乱立した結果、質の担保に懸念を生じるような専門医制度も存在しているのが現状です。現行のままでは「安全で質が高い医療が偏らなく提供される」という国民のニーズには十分応えられる制度とはいえないことから、専門医制度の見直しが検討されるにいたりました。2013年3月時点での検討資料からわかることを踏まえ、当学会の専門医制度について考えてみたいと思います。

緩和医療専門医の役割は、生命を脅かす疾患に伴う様々な問題に直面している患者や家族がかかえる諸問題の早期かつ適切な評価と対応であり、患者と家族を全人的に把握し理解する能力と資質が求められます。当学会の大きな特徴として、医師が様々なバックグラウンドを持ちながら集まっている点が挙げられます。緩和医療が注目されるようになったのは最近のことであり、医学教育の中にもほとんど取り上げられていませんでした。多くの医師は、それぞれが考える‘緩和医療’を習得するために独自の研修を進めてきました。そのような中で到達目標を示すのが、キャリアパスの道標としての専門医制度といえます。がん対策基本法の施行が緩和医療の発展を大きく後押ししたこと、緩和ケア病棟などでの対象が主に悪性腫瘍と後天性免疫不全症候群の患者となっていることから、がんの治療経験をもつ医師がこの領域に参入しています。また、痛みが主たる身体症状となっている患者が多いことから、麻酔科医も携わっています。しかし、どの領域からの医師にしても、それぞれ強化しなければならない部分を持っています。日本では歴史的に医学とケアを分けて考えてきましたので、家族や療養のことも考えて医療を構築することは、どの医師も学ばなければなりません。看取りへの関与も、倫理や死生学など人文系の見識が必要になります。麻酔科など中央診療部門従事者は、多くの職種をまとめる運営には慣れていますが、主治医としての経験が少ないこと、がん治療の知識が少ないことが弱い部分です。主治医としての関わりが主である医師は、緩和ケアチームでのコンサルテーションや多職種を束ねる経験があったほうがよいと考えます。また、研修期間の早くから緩和ケア病棟などに特化した研修を行っている医師は、腫瘍学や積極的抗がん治療について強化すべきと考えます。さらに、緩和医療はエビデンスが不足している部分も多々ありますので、科学的思考ができ、臨床研究を遂行できる人材の養成が必要です。また基本的緩和ケアの教育や後進の指導も大切な役割ですので、教育経験も重要になってきます。

これまで4回の専門医試験では、症例報告書を含む書類審査、筆記試験、口頭試問が実施されてきました。症例報告では、全人的視点で患者を診ることができかどうかを審査しています。2013年度からは、課題症例を設定しましたので、これまでよりは焦点を絞りやすくなったのではないかと考えています。筆記試験はOxfordのテキストと当学会のガイドラインをもとに問題を作成しており、広範な知識が求められます。口頭試問については、昨年度は症例問題とロールプレイを行いました。バックグラウンドの専門領域に偏ることなく、バランスのとれた能力をもつ専門医の養成を視野に入れて審査を実施しています。

今後の動きについてですが、厚生労働省の専門医の在り方に関する検討会では、中立的な第三者機関で認定する仕組みについて検討されてきました。専門医制度は二段階となり、基本領域とサブスペシャリティ領域に分かれます。現状では、当学会の専門医は基本領域に入らないことから、専門医制度の見直された場合にはサブスペシャリティ領域にな

ることが予想されます。現行の緩和医療専門医では基本領域の専門医を取得することは必須としていませんが、これから緩和医療専門医を目指す医師は、基本領域の専門医資格を持つことをも視野に入れた研修をすることを勧めます。また、新専門医制度では、認定研修施設における研修の質を重視することを検討しているようです。指導側も、偏りのない研修が可能となるような研修プログラムの立案、例えば基盤施設と関連施設を組み合わせた研修施設グループの構築などへ向けて準備をしていきたいと考えます。新専門医制度については以前から議論されており、未だに実行されていない現状を考えると、そう簡単には移行しないという見方もあります。しかし、現行の専門医制度をより良くするように、また、特に若手医師にとって本制度がわかりやすいものとなるよう、引き続き努めます。

Journal Club

進行がん患者に対する輸液療法： 多施設 2 重盲検 プラセボ対照無作為化比較試験

手稲溪仁会病院 総合内科・緩和ケアチーム

山口 崇

Bruera E, Hui D, Dalal S, Torres-Vigil I, Trumble J, Roosth J, Krauter S, Strickland C, Unger K, Palmer JL, Allo J, Frisbee-Hume S, Tarleton K. Parenteral hydration in patients with advanced cancer: a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. *J Clin Oncol*. 2013 Jan 1;31(1):111-8.

【目的】

ホスピスケアを受けている進行がん患者で輸液がプラセボよりも、脱水に伴う症状・せん妄の発症や重症度の改善に寄与するか、QoL・生存に影響を与えるかを明らかにする。

【方法】

デザインは多施設 2 重盲検 プラセボ対照無作為化比較試験である。2007 年 2 月から 2011 年 4 月までの間に、アメリカの 5 つのホスピスで行われた。適格基準は、進行がん・18 歳以上・ホスピスプログラム介入中・経口摂取が低下し軽～中等度の脱水所見がみられる・予測予後 1 週間以上・せん妄なし、などである。除外基準は、重度の脱水（血圧低下・意識低下・12 時間以上無尿状態、など）・腎不全/心不全/出血傾向の既往がある場合、とした。参加者は輸液群（生理食塩水 1000ml/日）とプラセボ群（生理食塩水 100ml/日）に割り付けられた。13 の症状が ESAS で評価された。主要評価項目は試験開始時と 4 日目の脱水関連症状（倦怠感・ミオクローヌス・鎮静・幻視）スコアの合計点の変化である。副次評価項目は、せん妄（MDAS・RASS・NuDESC）・QoL（FACIT-F）・生存期間（試験参加～追跡終了もしくは死亡）である。

【結果】

129 名が無作為に割り付けられた（輸液群 63 名、プラセボ群 66 名）。各群の患者背景に差は認めず、全体の 88%が ECOG PS 3-4 であった。全体の生存期間の中央値は 17 日であった。4 日目の脱水関連症状スコアの合計は各群とも試験開始時と比較して有意に改善していたが、群間では有意差を認めなかった。各症状スコアの変化も群間で有意差を認め

なかった。4日目・7日目のいずれの時点でも MDAS・RASS とともに試験開始時よりも有意に悪化し、両群で有意な差はなかった。夜間の NuDESC スコアは輸液群に比較してプラセボ群で有意に悪化していた。輸液群では7日目の FACIT-F が有意に改善したが、プラセボ群では改善傾向であったが、有意ではなかった。群間で FACIT-F 変化に有意差を認めなかった。生存期間の中央値は両群で有意差を認めなかった（輸液群 21 日、プラセボ群 15 日;P=0.83）

【結論】

予後数週以内の進行がん患者に対する 1000ml/日の輸液は脱水症状・QoL・生存期間の改善に寄与しない。

【コメント】

本研究は、経口摂取が難しくなった進行がん患者に対する輸液の有用性をホスピスセッティングで評価した初めての比較試験である。本試験では、1000ml/日と 100ml/日の輸液を行うことで、脱水 関連症状・QoL・生存期間、いずれも有意な差が無かったという結果であった。この結果から、経口摂取ができなくなったという理由で無条件に 1000ml/日以上の輸液を行うのではなく、予後数週間と予測される進行がん患者に対しては、輸液を行うことのメリットを十分に検討した上で、適切な輸液量を日々観察しながら検討することが必要であるということが言える。ただし、本研究ではもともと 150 例が必要サンプルサイズとして計算されていたにも関わらず、最終的に 129 例の解析にとどまったことは結果を読むにあたって注意が必要である。また、血圧が低いなどの脱水所見が強い患者は除外されており、そのような状況の患者に対してどう対応するかに関しては、個々の臨床状況や患者・家族の希望などを踏まえながら輸液療法を考える必要がある。いくつかの限界はあるが、終末期・ホスピスセッティングでプラセボを使用した比較試験を行うことの実現可能性および重要性を示した重要な研究であると考えられる。

Journal Club

進行がん患者の倦怠感に対する看護師主導の身体症状の モニタリング・治療プロトコルでの介入に関する無作為化比較試験

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

佐藤 一樹

de Raaf PJ, de Klerk C, Timman R, Busschbach JJ, Oldenmenger WH, van der Rijt CC. Systematic monitoring and treatment of physical symptoms to alleviate fatigue in patients with advanced cancer: a randomized controlled trial. J Clin Oncol. 2013;31(6):716-23.

【目的】

進行がん患者の倦怠感に対する看護師主導の包括的な身体症状のモニタリング・治療プロトコルによる介入の効果を検証する。

【方法】

オランダのがんセンター1施設の腫瘍内科外来を受診し、NRS4以上の倦怠感を有する固形がん患者152名を対象に、非盲検化無作為化比較試験を行った。介入群に76名、対照群に76名を無作為に割り付け、1か月後のアウトカム測定を介入群71名、対照群66名で行った。介入群の患者は専門看護師の外来を4回受診(1週間以内、2-4週後、5-7週後、8-10週後)し、疼痛や嘔気などの倦怠感以外の9つの身体症状の評価を受けた。NRSで4以上の症状を認めた場合、看護師は医師に症状の原因を確認し、ガイドラインに準じた治療プロトコルによる治療や患者教育、薬剤調整、非薬物療法などにより複合的に介入した。対照群の患者は通常診療を受けた。ベースラインと1・2・3か月後の4時点で質問紙調査を行った。主要評価項目は倦怠感の評価尺度であるMultidimensional Fatigue Inventory (MFI)の一般的倦怠感の下位尺度を用いた。混合効果モデルを用いて群間と時点の交互作用を検討し、モデルによる倦怠感の予測値から効果量Cohen's d =予測値の差/標準偏差を算出した。

【結果】

平均年齢58±10歳、女性57%、緩和的化学療法を65%が受けていた。主要評価項目である一般的倦怠感是对照群に対して介入群で有意に改善し($p=0.01$)、介入群での倦怠感改善の効果量は1か月後 $d=0.26$ 、2か月後 $d=0.36$ 、3か月後 $d=0.27$ であった。副次的評価項目では、MFIの活動低下と意欲低下の下位尺度、倦怠感のNRS、倦怠感評価尺度Brief Fatigue Inventoryの倦怠感による障害の下位尺度、QOL評価尺度EORTC QLQ-C30の症状評価項目、不安と抑うつの評価尺度Hospital Anxiety and Depression Scaleの不安評価についても介入群で有意に改善した。

【結論】

中程度以上の倦怠感を有する進行がん患者に対し、看護師主導の包括的な身体症状のモニタリング・治療プロトコルは倦怠感の軽減に有効であった。

【コメント】

併存する身体症状の治療を最適化することで進行がん患者の倦怠感が軽減することを示した初めての試験である。非盲検化、通常診療群での倦怠感アセスメントと治療の情報不足、小さな効果量、複合的介入のどの要素が効果的か不明といった限界から本研究の追試が必要である。しかし、有害事象を引き起こす可能性が低いと考えられ、倦怠感だけでなくその他の身体症状や不安を軽減し、QOLの向上にも寄与することから、本試験での身体症状に対する複合的介入は有用である可能性が示唆された。

Journal Club

終末期医療の話し合いの状況と終末期の積極治療の実施の関連

東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野

菅野 雄介

Mack JW, Cronin A, Keating NL, Taback N, Huskamp HA, Malin JL, Earle CC, Weeks JC. Associations between end-of-life discussion characteristics and care received near death: a prospective cohort study. *J Clin Oncol*. 2012 Dec 10;30(35):4387-95.

【目的】

米国のガイドラインでは、治癒不能がん患者に対して終末期医療に関する話し合いを早期に行うことが推奨されている。しかし、早期からの終末期医療に関する話し合いが死亡前の積極治療の減少につながるのかは明らかでない。本研究では、終末期医療の話し合いの状況(時期、医療者の同席、場所)と終末期の積極的治療との関連を検証する。

【方法】

米国で 2003 年から 2005 年に肺がん・大腸がんと診断された患者約 1 万名の多施設前向きコホート研究(Cancer Care Outcomes Research and Surveillance Consortium)において、ステージ IV 期の肺がん・大腸がん患者で研究期間 15 ヶ月中に 1 ヶ月以上生存し死亡した 1231 名を対象とした。主要評価項目は、終末期の積極的治療として、死亡前 14 日間の化学療法、死亡前 30 日間の急性期医療 (ER 利用、14 日以上入院)、死亡前 30 日間の ICU 利用である。

【結果】

死亡前に積極的治療を受けていた患者は 47%であった。そのうち、死亡前 14 日間の化学療法が 16%、死亡前 30 日間の ICU 利用が 9%、死亡前 30 日間の急性期医療が 40%であった。また、死亡前にホスピスを利用していた患者は 58%であった。そのうち、死亡前 3 日以内の利用が 8%、死亡前 7 日以内の利用が 15%であった。死亡前 30 日以前に医師と終末期医療に関する話し合いをした患者は、死亡前 14 日間の化学療法 ($P=0.003$)、死亡前 30 日間の急性期医療 ($P<0.001$)、死亡前 30 日間の ICU 利用 ($P<0.001$) が有意に減少し、早期からのホスピス利用が有意に増大した ($P<0.001$)。

【結論】

早期からの終末期医療の話し合いは、積極的な終末期医療の減少とホスピス利用の増大に関連した。

【コメント】

本研究は、米国のガイドラインが推奨する、治癒不能がん患者に対して終末期医療に関する話し合いを早期に行うことを裏付けた研究である。コホート研究により、早期からの終末期医療に関する話し合いが終末期の積極的治療の減少とホスピス利用の増大に関連することが示された。早期から終末期医療に関する話し合いを行うことは、治癒不能がん患者の意思決定支援につながるのではないかと考えられる。

Journal Club

終末期がん患者の家族介護者となることによる 肯定的な影響と関連する要因の探索： 韓国での全国的遺族調査の結果より

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

清水 恵

Kang J, Shin DW, Choi JE, Sanjo M, Yoon SJ, Kim HK, Oh MS, Kwen HS, Choi HY, Yoon WH. Factors associated with positive consequences of serving as a family caregiver for a terminal cancer patient. 2013 Mar;22(3):564-71.

【目的】

終末期がん患者の家族介護者は、ストレスや負担感など心的苦痛を経験する一方で、家族介護者となったことが肯定的な影響 (positive consequences) を与えることもあると言われている。終末期がん患者の家族介護者となったことによる肯定的な影響に関連する要因について、遺族への質問紙調査により検討する。

【方法】

33の緩和ケアサービスを利用した終末期がん患者の家族介護者であった遺族への全国的な質問紙調査を実施した。家族介護者となったことによる影響は、日本で開発された、Caregiving Consequence Inventory(CCI) (三条ら, 2009) をもとに質問項目を作成した。

CCIは、価値を見出すことについての4ドメイン(熟達感、他人への感謝、人生の意味、価値観の再構築)と負担感についての1ドメインから構成されている。

【結果】

2398の対象者のうち501の回答を得た(有効回答率20.9%)。遺族は、家族介護者であったことに対して高いレベルで価値も負担感も感じていた。遺族の個人的背景について、より高齢、女性、信仰している宗教があることは、CCIの価値を見出すことについてのいくつかのドメインと相関していた。一方、配偶者であることは、いくつかのドメインにおいて、負の関連が見られた。遺族の抑うつ状態や負担感は家族介護者となったことに価値を見出していることと関連は見られなかった。遺族ケアを受けた人ほど、家族介護者になったことに対して、より熟達感、他人への感謝、人生の意味、価値観の再構築といった価値を見出していた。

【結論】

終末期がん患者の家族介護者は負担感を経験する一方で、家族介護者となることによる肯定的な影響も受ける。本研究では、遺族への介入が、家族介護者となったことの肯定的な影響を促進することを示唆する可能性が示された。

【コメント】

本研究では、遺族ケアが、家族介護者となったことに価値を見出す助けになる可能性が示唆された。本研究では、価値を見出していることと遺族のQOLとの関連は検討されなかったが、今後の研究で、遺族ケアが、家族介護者となったことに価値を見出すことを促進し、それが遺族のQOLによい影響を与えるかどうかを明らかにすることにより、遺族ケアの重要性がより強調できると考えられる。

学会印象記

1st European Congress on Paediatric Palliative Care (ECPCC)

国家公務員共済組合連合会 浜の町病院 緩和医療科

永山 淳

2012年11月28~30日、イタリア・ローマにて開かれた第1回ECPCCに参加しました。EAPCでは、小児緩和ケア(PPC)への取り組みを進めており、今回の会議もこの流れに沿うものです。小児緩和ケアにフォーカスした国際会議は世

界的にもはじめての取り組みであり、19世紀に築造された水族館を改修した、歴史を感じさせる学会場に、ヨーロッパのみならず世界各国から300名あまりの参加者が集まりました。

初日はPPCの定義や対象疾患についての話題から始まり、ヨーロッパの現状報告のセッションが続きました。PPCの対象疾患のカテゴリーは4つ提唱されていますが、病状や病期によってカテゴリーは変化するという意味で、”Everybody doesn't receive the same categorization everywhere.”との言葉が印象的でした。

各国の現状についてはPPCの先進地であるヨーロッパといえどもそのあり方はさまざまでした。例えばベラルーシでは、小児ホスピスがありdistant consultationも行っている、レスパイトプログラムも整っている、しかしオピオイド供給が不十分で疼痛緩和の問題が残っている。フランスでは政策的なバックアップがあって、PPCの年間予算は400万ユーロもついています。スペインからは最重症の脊髄筋萎縮症に対する治療差し控えや治療中止についての報告があり、ほとんどは人工呼吸管理を受けることなく、自宅で亡くなっているとのことでした。制度、政策、倫理観…わが国との違いを知る良い機会となりました。

2日目は症状マネジメントの話題から始まりました。Pain Managementのセッションでは2012年に出たWHO Guidelinesの解説が中心でした。Dana-FarberのDr. Wolfeによるレビューは、さまざまな症状緩和の臨床研究を網羅した内容で、大変informativeなものでした。新生児期の緩和ケアを取り上げたセッションも興味深いものでした。PPCの対象となる子どもたちの多くが1歳の誕生日を迎える前に亡くなっている現状があり、新生児・乳児期の緩和ケアはとても重要と位置づけられています。一方で新生児医療は救命をめざした集中医療であり、延命治療の差し控えや中止などの倫理的問題と背中合わせでもあります。ヨーロッパでは、新生児に対する緩和ケアのパスや、イギリス周産期学会による新生児緩和ケアガイドラインなどさまざまな提案がされています。

クロージングセッションでのEAPCチェアマン・Sheilla Paynさんの挨拶に心を動かされました。「チェアマンを引き受けたとき、ヨーロッパからのoutreachが自分のミッションだと思った。今回ヨーロッパだけでなく、世界各地からの参加があったことをとてもうれしく思う。みなさんもどんどんoutreachして、小児緩和ケアの世界を広げてほしい。」ミッションが世界を動かし変えて行くのだ、日本でもPPCが実践される環境を作って行かなければと感じました。この機会に学んだことを国内でも活かしていきたいと考えています。

学会印象記

第27回日本がん看護学会

新潟県立がんセンター新潟病院 がん看護専門看護師 看護師長
丸山 美香

石川県金沢市にて2013年2月15日、16日に開催された第27回日本がん看護学会学術集会に参加しました。

今回は「未来と希望を拓く温もりのあるがん看護」をメインテーマに、各方面・地域での実際の活動と今後の展望、支援の仕組み等幅広い企画の数々が盛り込まれたプログラムとなっていました。シンポジウム「治療期の患者・家族の輝きを引き出すがん看護」では、患者や家族のその人らしさを支援する看護、先端がん医療の現状、就労の問題、家族のサポート活動、外来における支援の現状とさまざまな視点からのご講演を聴くことができ、看護の重要性を再認識す

る機会となりました。がんサバイバーが今後の人生をその人らしく過ごせるために、看護者もさらに力を発揮していきたいものです。

パネルディスカッションでは、「今を生きるために拓く」というテーマで、免疫細胞療法とがん医療の新たな可能性、外来看護を含めたケアの継続、End of Life を意識したケアなどについての講演・討論がなされました。

教育講演はどれも興味深い内容でした。金沢大学附属病院 麻酔科蘇生科 山田圭輔先生のご講演が印象に残っています。「患者が自己の存在と意味や生と死について考えることを支援する時間と場の提供」を実践している金沢大学附属病院がん哲学外来の活動に、感動しました。患者を支える本質を学ぶことができました。

パイプオルガン演奏でのお出迎え、一筆啓上作品の展示、金沢の伝統的な加賀とびの披露、学術集会の様々な場面で金沢のおもてなしの心を感じました。がん看護学会学術集会は毎年 2 月の開催です。この時期は雪が降り寒い時ですが、メインテーマのキーワードにもあるように、看護の未来への希望を感じ、心の温もりを感じた学術集会でした。

学会印象記

第 28 回日本静脈経腸栄養学会

藤田保健衛生大学 七栗サナトリウム 薬剤課
二村 昭彦

日本静脈経腸栄養学会（理事長：東口高志教授）は、現在 18,000 名を超える会員を有する世界最大の栄養関連学会です。本学会の飛躍的な発展の理由には、NST（栄養サポートチーム）をはじめとする栄養関連医療チームの活躍と同時に、適切な栄養管理の実践を望む社会情勢の高まりが考えられます。この NST の普及に伴って各施設で適切な栄養管理の必要性や有用性が認知されるようになり、これまで軽視されてきた終末期がん患者に対する代謝・栄養管理も大きく体系づけられようとしています。そして、第 28 回を迎える本学会の学術集会在 2013 年 2 月 21 日と 22 日の両日、石川県立音楽堂などで開催されました。「和」のテーマのもと、全国の栄養療法の重要性を知る医療人が一同に会して、熱いディスカッションが交わされました。本テーマは、医療現場において病を治すにとどまらず、心も癒す「和みの心」を忘れてはならないとの思いが込められており、参加者にとっては緩和医療を強く印象付けた大会になったものと思います。また、本学会は、多職種で構成される学会としては世界最大級のものであり、NST を象徴するように、日本緩和医療学会に共通する「チーム医療」が軸となっていることも特徴としてあげられます。プログラムのなかで特に目を引いたのは、理事長の東口教授の呼びかけでアジアの国々の静脈経腸栄養学会の代表者を集めたジョイントセッションの開催でした。多くの職種や海外の専門家から多方面の意見や考え方を聴くことができ、非常に新鮮であり大変貴重な場になったと思います。将来、本学会と日本緩和医療学会、さらには European Association for Palliative Care (EAPC) などの合同企画が両学会理事長のもとで実現されることが望まれます。緩和領域では、「緩和医療と栄養管理」が主題演題の筆頭にあがり本学会においてもその関心の高さがうかがえます。発表内容は、終末期がん患者の代謝動態を呼気ガス分析法により基礎代謝エネルギー量を実測することの有用性や鋭敏に反応する栄養アセスメント蛋白である Rapid

turnover protein のうちトランスサイレチンが予後との間に高い相関があることが示されました。これまで臨床症状により主観的に判断が求められた終末期医療のなかでエネルギー代謝動態や biomarker を指標としてモニタリングすることで、医学的に refractory cachexia の診断・評価に応用され、患者の QOL 向上に寄与できるのではないかと期待されます。さらに、第三者機関日本栄養療法推進協議会 (JCNT) の共催で開催される日本静脈経腸栄養学会と日本病態栄養学会の合同シンポジウムにおいても「緩和医療における栄養管理」がテーマに取り上げられ、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士の立場から、患者・家族の気持ちや価値観を考え合わせた栄養療法が紹介されました。今後益々、NST と緩和ケアチームとの連携強化や幸せに逝く在宅医療体制の構築が重要であると実感するシンポジウムでした。悪液質、在宅、サルコペニア、リハビリテーション、栄養評価、教育、摂食・嚥下、人工栄養の適応、など本学会で取り上げられたテーマは、いずれも緩和医療においても深く共通するキーワードであります。このことから栄養療法の実践こそが、精神（こころ）にも身体（からだ）にも優しい緩和医療の基盤であることは疑うべくもなく、そのことを強く再認識できた学会であったと思います。

学会印象記

AAHPM & HPNA 年次集会に参加して

大阪大学大学院医学系研究科 緩和医療学寄附講座 助教

前田 一石

2013 年 3 月 13～16 日にニューオーリンズで開催された米国ホスピス緩和医療学会・ホスピス緩和看護協会 (AAHPM&HPNA) の年次大会に参加しました。開催地はジャズで有名な米国南部の都市で、会場でも朝夕にジャズやケイジャン音楽が演奏され、彩りにあふれた学会でした。参加者は約 2500 名で、アメリカ国内からの医師・看護師・ソーシャルワーカーなどの参加が多いようでした。

初日はプレカンファレンスの Advanced Spiritual Care in Palliative Medicine のセッションに参加しました。スピリチュアルペインをどのように評価するかというレクチャーの後に、模擬患者を用いたチームカンファレンスの演習がありました。医師、看護師、ソーシャルワーカー、チャプレン、そして患者が同じテーブルを囲んでディスカッションすることで、患者の直面する苦しみを多面的に評価し対策を考えることが出来ました。30～45 分という比較的短い時間で問題点が浮き彫りにされる場面を体験し、チームアプローチの有用性を再認識しました。医師主導になりがちな日本の臨床現場と比べて、医師にかかる負担も軽減されている様に感じました。

二日目には 8 年前にニューオーリンズを襲ったハリケーン・カトリーナの経験を踏まえて、災害への備えに関するご講演がありました。電気・水道などのインフラが使えない状況では緩和ケアを含む医療の有り様が全く変わってしまう様子が示され、災害時の様々な取り組みに加え、平時の備えの重要性が示されました。特に、トリアージの必要性・プロ

セスの妥当性について社会で合意を形成し、現場の医療者のみはその責任を引き受けないことが重要だと強調されていたことが印象に残りました。

一年間の重要論文のレビューを行うセッションも幾つかあり、興味深いテーマを簡潔にまとめられるので勉強になりました。研究で得られた知見に基づいて難しい症例のディスカッションを行うセッションもあり、若い演者がフロアと活発にディスカッションしている姿には刺激を受けるとともに、ナラティブに傾倒しがちな緩和ケア領域でサイエンスを重視する姿勢に感銘を受けました。

本学会に参加して、チームアプローチ、重荷を分かち合うこと、緩和ケア領域でもサイエンスを実践することの大切さを再確認しました。刺激の多い学会でしたが、日本からの参加者が非常に少ないのが残念でした。個人的には論文レビューなどの医学英語はある程度分かるものの、スピリチュアルペインなど心理社会的な背景の理解を要する話題では、発表・ディスカッションについていけず残念なことが多かったです。次年度も参加して、現地で皆様とお会いできればと思います。

Journal Watch

ジャーナルウォッチ 緩和ケアに関する論文レビュー（2012年12月～2013年2月刊行分）

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

東北大学大学院緩和ケア看護学分野 佐藤 一樹（レビュー担当：宮下 光令、佐藤 一樹、清水 恵）

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. 2012;367(23-26), 2013;368(1-9)】

なし

【Lancet. 2012;380(9857-9859), 2013;381(9860-9867)】

なし

【Lancet Oncol. 2012;13(12), 2013;14(1-2)】

なし

【JAMA. 2012;308(21-24), 2013;309(1-8)】

米国の高齢患者の死亡場所、療養場所とその移動：2000年～2009年での変化

Teno JM, Gozalo PL, Bynum JP, Leland NE, Miller SC, Morden NE, Scupp T, Goodman DC, Mor V. Change in end-of-life care for Medicare beneficiaries: site of death, place of care, and health care transitions in 2000, 2005, and 2009. *JAMA*. 2013;309(5):470-7.

【*Arch Intern Med*. 2012;172(22), *JAMA Intern Med*. 2013;173(1-4)】

英国の経済状況と心理的苦痛の死亡率への影響

Lazzarino AI, Hamer M, Stamatakis E, Steptoe A. The combined association of psychological distress and socioeconomic status with all-cause mortality: a national cohort study. *JAMA Intern Med*. 2013;173(1):22-7.

オピオイド服用と交通事故外傷の関連

Gomes T, Redelmeier DA, Juurlink DN, Dhalla IA, Camacho X, Mamdani MM. Opioid dose and risk of road trauma in Canada: a population-based study. *JAMA Intern Med*. 2013;173(3):196-201.

進行肺がん患者に対する早期緩和ケアの介入内容に関する質的研究

Yoong J, Park ER, Greer JA, Jackson VA, Gallagher ER, Pirl WF, Back AL, Temel JS. Early palliative care in advanced lung cancer: a qualitative study. *JAMA Intern Med*. 2013;173(4):283-90.

【*BMJ*. 2012;345(7885-7888), 2013;346(7889-7896)】

市民教育と経鼻ナロキソン配布の市民介入によるオピオイド過量服用死に対する効果

Walley AY, Xuan Z, Hackman HH, Quinn E, Doe-Simkins M, Sorensen-Alawad A, Ruiz S, Ozonoff A. Opioid overdose rates and implementation of overdose education and nasal naloxone distribution in Massachusetts: interrupted time series analysis. *BMJ*. 2013;346:f174.

【*BMJ Support Palliat Care*. 2012;2(4)】

肺がん患者のQOLに対する喫煙の影響：系統的レビュー

Rowland C, Eiser C, Rowe R, Danson S. The effect of smoking on health-related quality of life in lung cancer patients: a systematic review. *BMJ Support Palliat Care*. 2012;2(4):312-318.

終末期患者に対するスピリチュアルケア：インタビューと参加観察研究

Shane Sinclair S, Shelley Raffin Bouchal SR, Harvey Chochinov H, Neil Hagen N, Susan McClement S. Spiritual care: how to do it. *BMJ Support Palliat Care*. 2012;2(4):319-327.

進行がん患者の抑うつに対するメチルフェニデートの多施設プラセボ対照二重盲検試験

Centeno C, Sanz A, Cuervo MA, Ramos D, Hernansanz S, Gonzalez J, Almaraz MJ, Lama M, Vara F, Nabal M, Pascual A. Multicentre, double-blind, randomised placebo-controlled clinical trial on the efficacy of methylphenidate on depressive symptoms in advanced cancer patients. *BMJ Support Palliat Care*. 2012;2(4):328-333.

EU でのがんと慢性疾患による死亡の現状

Hasselaar J, Engels Y, Menten J, Jaspers B, Vissers K. The burden of non-acute dying on society: dying of cancer and chronic disease in the European Union. *BMJ Support Palliat Care*. 2012;2(4):334-338.

スピリチュアリティに関するレビュー

Cobb M, Dowrick C, Lloyd-Williams M. Understanding spirituality: a synoptic view. *BMJ Support Palliat Care*. 2012;2(4):339-343.

同種造血幹細胞移植サバイバーの晩期障害とヘルスケアニーズ：質的研究

Hwang JP, Roundtree AK, Giralt SA, Suarez-Almazor M. Late effects and healthcare needs of survivors of allogeneic stem cell transplantation: a qualitative study. *BMJ Support Palliat Care*. 2012;2(4):344-350.

遺伝子変異とオピオイドの有効性の関連

Fladvad T, Fayers P, Skorpen F, Kaasa S, Klepstad P. Lack of association between genetic variability and multiple pain-related outcomes in a large cohort of patients with advanced cancer: the European Pharmacogenetic Opioid Study (EPOS). *BMJ Support Palliat Care*. 2012;2(4):351-355.

スペインの院内緩和ケアチームの実態調査

Tuca-Rodriguez A, Gomez-Batiste X, Espinosa-Rojas J, Martinez-Munoz M, Codorniu N, Porta-Sales J. Structure, organisation and clinical outcomes in cancer patients of hospital support teams in Spain. *BMJ Support Palliat Care*. 2012;2(4):356-362.

脳腫瘍患者に対するマッサージ療法のパイロット研究

Pilot study of the impact of massage therapy on sources and levels of distress in brain tumour patients. Keir ST, Saling JR. *BMJ Support Palliat Care*. 2012;2(4):363-366.

患者による緩和ケアの質評価尺度

Consumer Quality Index Palliative Care. Claessen SJ, Francke AL, Sixma HJ, de Veer AJ, Deliens L. Measuring patients' experiences with palliative care: the Consumer Quality Index Palliative Care. *BMJ Support Palliat Care*. 2012;2(4):367-372.

【*Ann Intern Med*. 2012;157(11-12), 2013;158(1-4)】

ヘロイン服用者へのナロキソン配布による過量服用死に対する費用対効果の推計

Coffin PO, Sullivan SD. Cost-effectiveness of distributing naloxone to heroin users for lay overdose reversal. *Ann Intern Med*. 2013;158(1):1-9.

【*J Clin Oncol*. 2012;30(34-36), 2013;31(1-6)】

小児がんでの第 I 相試験の説明と親の理解

Cousino MK, Zyzanski SJ, Yamokoski AD, Hazen RA, Baker JN, Noll RB, Rheingold SR, Geyer JR, Alexander SC, Drotar D, Kodish ED. Communicating and understanding the purpose of pediatric phase I cancer trials. *J Clin Oncol.* 2012;30(35):4367-72.

英国での死亡前3か月間のオピオイド処方率の年次変化と処方に関連要因

Higginson IJ, Gao W. Opioid prescribing for cancer pain during the last 3 months of life: associated factors and 9-year trends in a nationwide United Kingdom cohort study. *J Clin Oncol.* 2012;30(35):4373-9.

カナダの腫瘍医の専門的緩和ケアサービス紹介に関する認識

Wentlandt K, Krzyzanowska MK, Swami N, Rodin GM, Le LW, Zimmermann C. Referral practices of oncologists to specialized palliative care. *J Clin Oncol.* 2012;30(35):4380-6.

終末期医療の話し合いの状況と終末期の積極治療の実施の関連

Mack JW, Cronin A, Keating NL, Taback N, Huskamp HA, Malin JL, Earle CC, Weeks JC. Associations Between End-of-Life Discussion Characteristics and Care Received Near Death: A Prospective Cohort Study. *J Clin Oncol.* 2012;30(35):4387-95.

がんに関連した倦怠感に対する針治療の効果に関する RCT

Molassiotis A, Bardy J, Finnegan-John J, Mackereth P, Ryder DW, Filshie J, Ream E, Richardson A. Acupuncture for cancer-related fatigue in patients with breast cancer: a pragmatic randomized controlled trial. *J Clin Oncol.* 2012;30(36):4470-6.

終末期輸液の有効性に関する RCT

Bruera E, Hui D, Dalal S, Torres-Vigil I, Trumble J, Roosth J, Krauter S, Strickland C, Unger K, Palmer JL, Allo J, Frisbee-Hume S, Tarleton K. Parenteral hydration in patients with advanced cancer: a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. *J Clin Oncol.* 2013;31(1):111-8.

がん医療に関する 2012 年の知見のまとめ

Roth BJ, Krilov L, Adams S, Aghajanian CA, Bach P, Braithel F, Brose MS, Ellis LM, Erba H, George DJ, Gilbert MR, Jacobson JO, Larsen EC, Lichtman SM, Partridge AH, Patel JD, Quinn DI, Robison LL, von Roenn JH, Samlowski W, Schwartz GK, Vogelzang NJ. Clinical cancer advances 2012: annual report on progress against cancer from the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol.* 2013;31(1):131-61.

非ホジキンリンパ腫の長期サバイバーの QOL の経時変化

Smith SK, Mayer DK, Zimmerman S, Williams CS, Benecha H, Ganz PA, Edwards LJ, Abernethy AP. Quality of life among long-term survivors of non-Hodgkin lymphoma: a follow-up study. *J Clin Oncol.* 2013;31(2):272-9.

ビデオの意思決定支援ツールによる進行がん患者の心肺蘇生の意向に対する有効性に関する RCT

Volandes AE, Paasche-Orlow MK, Mitchell SL, El-Jawahri A, Davis AD, Barry MJ, Hartshorn KL, Jackson VA, Gillick MR, Walker-Corkery ES, Chang Y, Lopez L, Kemeny M, Bulone L, Mann E, Misra S, Peachey M, Abbo ED, Eichler AF, Epstein AS, Noy A, Levin TT, Temel JS. Randomized controlled trial of a video decision support tool for cardiopulmonary resuscitation decision making in advanced cancer. *J Clin Oncol.* 2013;31(3):380-6.

終末期のスピリチュアルケアに関する患者・看護師・医師の認識

Balboni MJ, Sullivan A, Amobi A, Phelps AC, Gorman DP, Zollfrank A, Peteet JR, Prigerson HG, Vanderweele TJ, Balboni TA. Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. *J Clin Oncol.* 2013;31(4):461-7.

転移性非小細胞肺癌患者に対する緩和的放射線治療の実態調査

Chen AB, Cronin A, Weeks JC, Chrischilles EA, Malin J, Hayman JA, Schrag D. Palliative Radiation Therapy Practice in Patients With Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer: A Cancer Care Outcomes Research and Surveillance Consortium (CanCORS) Study. *J Clin Oncol.* 2013;31(5):558-64.

ASCO statement : 質の高いがんサバイバーケア

McCabe MS, Bhatia S, Oeffinger KC, Reaman GH, Tyne C, Wollins DS, Hudson MM. American society of clinical oncology statement: achieving high-quality cancer survivorship care. *J Clin Oncol.* 2013;31(5):631-40.

進行肺がん患者の外来カルテへの急変時対応の記載の促進方法に関する介入研究

Temel JS, Greer JA, Gallagher ER, Jackson VA, Lennes IT, Muzikansky A, Park ER, Pirl WF. Electronic prompt to improve outpatient code status documentation for patients with advanced lung cancer. *J Clin Oncol.* 2013;31(6):710-5.

進行がん患者の倦怠感に対する看護師主導の身体症状のモニタリング・治療プロトコルでの介入に関する RCT

de Raaf PJ, de Klerk C, Timman R, Busschbach JJ, Oldenmenger WH, van der Rijt CC. Systematic monitoring and treatment of physical symptoms to alleviate fatigue in patients with advanced cancer: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol.* 2013;31(6):716-23.

がん患者の心理的苦痛や QOL に対する精神腫瘍学的介入の有効性：系統的レビュー

Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Kuffner R. Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol.* 2013;31(6):782-93.

【Ann Oncol. 2012;23(12), 2013;24(1-2)】

がん患者の QOL が化学療法の治療前・治療中・治療後で異なるか

Ediebah DE, Coens C, Maringwa JT, Quinten C, Zikos E, Ringash J, King M, Gotay C, Flechtner HH, Schmucker von Koch J, Weis J, Smit EF, Kohne CH, Bottomley A. Effect of completion-time windows in the analysis of health-related quality of life outcomes in cancer patients. Ann Oncol. 2013;24(1):231-7.

ホジキンリンパ腫サバイバーの晩期障害による QOL への影響

Khimani N, Chen YH, Mauch PM, Recklitis C, Diller L, Silver B, Ng AK. Influence of new late effects on quality of life over time in Hodgkin lymphoma Survivors: a longitudinal survey study. Ann Oncol. 2013;24(1):226-30.

臨床試験参加に関する話し合いの有無に対する患者と医療者での認識の違い

Bernhard J, Aldridge J, Butow PN, Zoller P, Brown R, Smith A, Juraskova I. Patient-doctor agreement on recall of clinical trial discussion across cultures. Ann Oncol. 2013;24(2):391-7.

進行がん患者の予後予測の正確性：患者と医療者による予測の比較

Gwilliam B, Keeley V, Todd C, Roberts C, Gittins M, Kelly L, Barclay S, Stone P. Prognosticating in patients with advanced cancer—observational study comparing the accuracy of clinicians' and patients' estimates of survival. Ann Oncol. 2013;24(2):482-8.

骨粗しょう症評価尺度 S0F による高齢がん患者の生活機能障害のスクリーニング

Luciani A, Dottorini L, Battisti N, Bertuzzi C, Caldiera S, Floriani I, Zonato S, Ferrari D, Foa P. Screening elderly cancer patients for disabilities: evaluation of study of osteoporotic fractures (SOF) index and comprehensive geriatric assessment (CGA). Ann Oncol. 2013;24(2):469-74.

終末期がん患者の予後と QOL に対する補完代替療法の効果に関する韓国のコホート研究

Yun YH, Lee MK, Park SM, Kim YA, Lee WJ, Lee KS, Choi JS, Jung KH, Do YR, Kim SY, Heo DS, Kim HT, Park SR. Effect of complementary and alternative medicine on the survival and health-related quality of life among terminally ill cancer patients: a prospective cohort study. Ann Oncol. 2013;24(2):489-94.

化学療法による末梢神経障害の評価ツールの信頼性と妥当性の検証

Cavaletti G, Cornblath DR, Merkies IS, Postma TJ, Rossi E, Frigeni B, Alberti P, Bruna J, Velasco R, Argyriou AA, Kalofonos HP, Psimaras D, Ricard D, Pace A, Galie E, Briani C, Dalla Torre C, Faber CG, Lalisang RI, Boogerd W, Brandsma D, Koeppen S, Hense J, Storey D, Kerrigan S, Schenone A, Fabbri S, Valsecchi MG. The chemotherapy-induced peripheral neuropathy outcome measures standardization study: from consensus to the first validity and reliability findings. Ann Oncol. 2013;24(2):454-62.

固形がん患者での埋め込み型静脈ポートに関連した血流感染の予測因子

Chen IC, Hsu C, Chen YC, Chien SF, Kao HF, Chang SY, Hu FC, Yeh KH. Predictors of bloodstream infection associated with permanently implantable venous port in solid cancer patients. *Ann Oncol.* 2013;24(2):463-8. Steinmetz T, Tschechne B, Harlin O, Klement B, Franzem M, Wamhoff J, Tesch H, Rohrberg R, Marschner N. Clinical experience with ferric carboxymaltose in the treatment of cancer- and chemotherapy-associated anaemia. *Ann Oncol.* 2013;24(2):475-82.

【*Eur J Cancer.* 2012;48(18), 2013;49(1-3)】

なし

【*Br J Cancer.* 2012;107(11-12), 2013;108(1-4)】

なし

【*Cancer.* 2012;118(23-24), 2013;119(1-4)】

肝臓・膵臓がん患者の症状評価尺度 NFHSI-18 の開発

Butt Z, Parikh ND, Beaumont JL, Rosenbloom SK, Syrjala KL, Abernethy AP, Benson AB, 3rd, Cella D. Development and validation of a symptom index for advanced hepatobiliary and pancreatic cancers: the National Comprehensive Cancer Network Functional Assessment of Cancer Therapy (NCCN-FACT) Hepatobiliary-Pancreatic Symptom Index (NFHSI). *Cancer.* 2012;118(23):5997-6004.

進行がん患者とがんサバイバーでの炎症反応と倦怠感の関係

de Raaf PJ, Sleijfer S, Lamers CH, Jager A, Gratama JW, van der Rijt CC. Inflammation and fatigue dimensions in advanced cancer patients and cancer survivors: an explorative study. *Cancer.* 2012;118(23):6005-11. Mitchell AJ, Lord K, Slattery J, Grainger L, Symonds P. How feasible is implementation of distress screening by cancer clinicians in routine clinical care? *Cancer.* 2012;118(24):6260-9.

遺伝性非ポリポーシス結腸がん患者の遺伝子検査に関する意向の関連要因

Kuppermann M, Wang G, Wong S, Blanco A, Conrad P, Nakagawa S, Terdiman J, Ladabaum U. Preferences for outcomes associated with decisions to undergo or forgo genetic testing for Lynch syndrome. *Cancer.* 2013;119(1):215-25.

外来進行がん患者の疼痛の長期的な変動とその関連要因

Zhu J, Davis RB, Stuver SO, Berry DL, Block S, Weeks JC, Weingart SN. A longitudinal study of pain variability and its correlates in ambulatory patients with advanced stage cancer. *Cancer.* 2012;118(24):6278-86.

Butt Z, Peipert J, Webster K, Chen C, Cella D. General population norms for the Functional Assessment of Cancer Therapy-Kidney Symptom Index (FKSI). *Cancer.* 2013;119(2):429-37.

がん治療に関する意思決定支援ツールとツール以外の支援方法の有効性：系統的レビュー

Spigle G, Al-Sukhni E, Schmocker S, Gagliardi AR, Victor JC, Baxter NN, Kennedy ED. Patient decision aids for cancer treatment: are there any alternatives? *Cancer*. 2013;119(1):189-200.

前立腺がん治療の意思決定への患者の参加度の関連要因

Song L, Chen RC, Bensen JT, Knafl GJ, Nielsen ME, Farnan L, Wallen EM, Mishel M, Pruthi RS, Mohler JL, Godley PA. Who makes the decision regarding the treatment of clinically localized prostate cancer--the patient or physician?: results from a population-based study. *Cancer*. 2013;119(2):421-8.

新規にがんと診断された患者での化学療法開始時の治療目標の理解とその関連要因

Lenne IT, Temel JS, Hoedt C, Meilleur A, Lamont EB. Predictors of newly diagnosed cancer patients' understanding of the goals of their care at initiation of chemotherapy. *Cancer*. 2013;119(3):691-9.

転移性脊椎圧迫に対する放射線治療の適応の評価スコアの開発

Rades D, Hueppe M, Schild SE. A score to identify patients with metastatic spinal cord compression who may be candidates for best supportive care. *Cancer*. 2013;119(4):897-903.