

JSPM

Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会

ニューズレター

Feb2016

70

JSPM

特定非営利活動法人  
日本緩和医療学会〒550-0001 大阪市西区土佐堀1丁目4-8 日米ビル603B号室  
TEL 06-6479-1031 / FAX 06-6479-1032  
E-mail : info@jspm.ne.jp URL : http://www.jspm.ne.jp/

## 主な内容

巻頭言	57
Journal Club	59
よもやま話	63
Journal Watch	66
委員会活動報告	71

## 巻頭言

## 専門医制度改革と緩和医療

慶應義塾大学

医学部麻酔学教室・緩和ケアセンター

橋口 さおり

専門医制度が大きく変更される2017年に向けて、基本19領域の学会は急ピッチで制度改革を進めています。これまでと大きく変わったところは、新制度はその領域の実践に必要な専門的な技術や知識を身に着けることができる「研修プログラムありき」だということです。教科書や文献を読むことで一通りの知識は身に着けられますが、技術を磨くには、専門医たるに必要な症例を満遍なく経験するしかありません。新制度では、施設ごとの症例数、指導者数を割り出し、その施設で研鑽が可能な専攻医数しか受け入れることができなくなりますし、その研修施設で責任をもって専攻医を指導することになります。

当学会の専門医認定業務に携わる中で、もっとも苦労したのが、実践しているかどうかの判断です。実地試験であれば、ある程度の判断がつくのですが、実際はそうはいきませんので、ロールプレイや症例報告で確かめてきました。おそらくどの学会の専門医認定の過程でも苦労してきたのではないのでしょうか。新制度になれば、専門医として実践が十分かどうかは、認定された研修プログラムをこなしたことで保障されることが期待されます。

新制度が固まる中でひとつ懸念していたのが、学術的な部分の扱いです。将来の緩和医療の発展のためには、単に技術を磨くだけではなく、リサーチマインドをもち、基礎研究や臨床研究の契機となるようなものの見方を身につける必要があります。この視点は、自身が実践している医療を客観的に見直すことにもなります。基本領域の多くの学会が学術的な部分にも言及していることから、この方向性は緩和医療でも必要なものと考えています。

一方、医療を受ける側の目線から見ると、専門医の資格は「専門でやっています」の看板です。専門医に認定されるところまでは、専門に実践するための基本を身に着ける段階であり、実績は、それ以降の更新制度にゆだねられます。基本的なことを身に着けるだけでその後の実践がなければ、「専門でやっています」の看板を掲げ続けるのは難しくなるわけです。

では、国民目線から、緩和医療での「専門でやっています」の看板とは何でしょう。現時点でわかりやすいところで、緩和ケア病棟専従医、緩和ケアチーム専従医、在宅緩和ケア専従医が挙げられると考えています。ただ、医療制度上、緩和ケア病棟や緩和ケアチームは

がんを主に診ていますので、今後、非がんをどのようにしていくかは大きな課題のひとつです。

新専門医制度の今後の動きを注視しながら、緩和医療の発展につなげていけるような制度構築を目指したいものです。

## 1. がん性疼痛の「コントロールされている」 判断基準と突出痛の診断アルゴリズム の精度

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

Webber K, Davies AN, Cowie MR. Accuracy of a Diagnostic Algorithm to Diagnose Breakthrough Cancer Pain as Compared With Clinical Assessment. J Pain Symptom Manage. 2015;50(4):495-500.

### 【目的】

突出痛 (breakthrough pain) は「オピオイド治療によって持続痛が適切にコントロールされている患者に発生する一過性の痛みの増悪」と定義される。研究目的は、(1) 突出痛の診断アルゴリズムの精度評価、(2) 持続痛コントロールの VRS (Verbal rating scale) による判断の精度評価とした。

### 【方法】

英国のがん拠点病院、一般病院、ホスピスの3施設で、がん性疼痛またはがん治療関連痛を有し、鎮痛薬の定時投与を受けている成人の入院・外来がん患者を対象とした。

突出痛の診断アルゴリズムは英国のガイドラインを基に作成した。前週の痛みについて、質問1: 持続痛はあったか、または鎮痛薬なければ持続痛があったと考えられるか (“No” の場合は持続痛がないので質問終了)、質問2: 持続痛はどの程度であったか (なし、軽度、中等度、強度の4段階のVRS、中等度・強度の場合は持続痛がコントロールされていないので質問終了)、質問3: 一過性の痛みの増悪はあったか (“Yes” の場合は突出痛あり) のように突出痛を診断した。また、突出痛の真の診断として、緩和医療学会の突出痛グループに所属する専門家が持続痛のコントロールと一過性の痛みの増悪エピソードを基に全体的な印象として突出痛を診断した。

### 【結果】

135名から有効回答を得た。がん原発部位は胃26%、乳腺19%、泌尿器19%、肺12%の順で、PSは0~1, 25%、2, 33%、3~4, 41%であった。

持続痛コントロールの専門家の判断は、コントロール95名、非コントロール40名であった。患者による痛みのVRSごとでは、VRS痛みなし群で専門家による持続痛コントロールの診断100%、VRS軽

度群で持続痛コントロール83%、VRS中等度群で持続痛コントロール51%、VRS強度群で持続痛コントロール69%であった。患者のVRSによる痛み評価での持続痛コントロールの判断基準を「なし~軽度」とした場合と「なし~中等度」とした場合の専門家の診断に対する精度はそれぞれ、「なし~軽度」感度0.69、特異度0.78、「なし~中等度」感度0.97、特異度0.20であった。

突出痛の診断アルゴリズムの専門家による突出痛の診断に対する精度は、感度0.54、特異度0.76、一致度を示すカッパー係数0.36であった。

### 【結論】

突出痛の診断アルゴリズムの感度は不十分であった。持続痛コントロールの判断基準をVRS軽度までから中等度までに変更すれば持続痛コントロール判断の感度は増加するが特異度は大きく減少した。現時点では突出痛の診断は包括的な臨床判断が最適な方法であるが、持続痛コントロールの判断基準を中等度までと改良した診断アルゴリズムはスクリーニングツールとして活用できる可能性がある。

### 【コメント】

本研究から突出痛のアセスメントの難しさをあらためて感じさせられた。また、臨床的な持続痛の「コントロール」の判断が患者のVRSによる痛み評価で区別できないことも興味深い。近年、鎮痛治療目標の新しい概念として“Personalized Pain Goal, PPG”が提唱されている。PPGは患者個別の鎮痛治療の目標を0~10のNRSによる痛み評価で尋ねるもので、米国の調査でのPPGの中央値は3であった。「痛みが軽度 (NRSで3~4程度まで) は痛みがコントロールされているとみなして良いが、中等度 (NRSで4~7程度) では痛みのコントロール感は個性が高い (さらなる介入の必要性も個別に判断)」が現状の知見と考えられる。

## 2. 終末期についての話し合いにおける医師の態度に関する全国調査: 何が終末期についての話し合いの時期を決定するのか?

聖隷浜松病院 緩和医療科 森 雅紀

Mori M, Shimizu C, Ogawa A, Okusaka T, Yoshida S, Morita T. A National Survey to Systematically Identify Factors Associated With Oncologists' At-

titudes Toward End-of-Life Discussions: What Determines Timing of End-of-Life Discussions? *Oncologist*. 2015 Nov;20(11):1304-11.

#### 【目的】

終末期についての話し合い(End-of-life discussions (EOLd))は、進行期がん患者の意向に沿ったケアの提供に有用であるが、終末期まで行われないことが多い。EOLdの時期に関するがん治療医の要因を明らかにすることを目的に調査研究を行った。

#### 【方法】

日本臨床腫瘍学会のがん薬物療法専門医・指導医で、がん診療連携拠点病院に在籍している医師を対象とした質問紙調査。転移がんの診断を受けた患者の仮想症例に基づき、予後、ホスピス、終末期の療養場所、DNRについていつ患者と話すかを質問し、EOLdに関する医師の体験や考え、望ましい死についての医師の考えを尋ねた。診断時にEOLdを行う要因を多変量解析で同定した。

#### 【結果】

490名(回答率57%)のうち、仮想症例に関して、予後、ホスピス、終末期の療養場所、DNRについて診断時に話すと答えたのは、各々34%、14%、9.8%、4.2%だった。多変量解析の結果、診断時に予後を伝える医師の独立した要因は、自律が望ましい死にとって重要という考え(オッズ比(OR)1.34;  $p=0.014$ )、予後予測に関する困難感が低いこと(OR 0.77;  $p=0.012$ )、血液内科医(OR 1.68;  $p=0.016$ )だった。診断時にホスピスに関して話す独立した要因は、人生の完成が望ましい死にとって重要という考え(OR 1.58;  $p=0.018$ )、死について話すつらさが少ないこと(OR 0.67;  $p=0.002$ )、死亡まで主治医として診療しないこと(OR 1.94;  $p=0.031$ )が挙げられた。また、診断時に終末期の療養場所について話す独立した要因は、人生の完成が望ましい死にとって重要という考え(OR 1.83;  $p=0.008$ )、死について話すつらさが少ないこと(OR 0.74;  $p=0.034$ )だった。最後に、診断時にDNRについて話す独立した要因は、死について話すつらさが少ないこと(OR 0.49;  $p=0.003$ )だった。

#### 【結論】

がん治療医が適切な時期にEOLdを行うためには、望ましい死に関する自身の価値観がEOLdの実践に影響しうると認識すること、妥当性の検証された予後予測尺度を知ること、死について話すつらさに対処するスキルを習得することなどが有用であろう。

#### 【コメント】

診断時からの緩和ケアには、適切な時期でのEOLdや事前ケア計画の支援も必須になる。EOLdの障壁として、医療者・患者・家族・システムなど多様な要因が知られている。今回、医師の考え方がどのようにEOLdの実践に関与しうかが明らかになった。医師要因の如何を問わず個々の患者・家族にとって望ましい時期にEOLdが行われるためには、緩和ケアチームにとって治療医の考えや困難感を知り、必要に応じて共に対策を練ることが有用と思われる。

### 3. 専門的緩和ケアを受けている終末期がん患者に対する持続的な深い鎮静の生存期間への影響：J-Proval 研究

大阪大学医学部附属病院オンコロジーセンター  
前田 一石

Maeda I, Morita T, Yamaguchi T, Inoue S, Ikenaga M, Matsumoto Y, Sekine R, Yamaguchi T, Hirohashi T, Tajima T, Tataru R, Watanabe H, Otani H, Takigawa C, Matsuda Y, Nagaoka H, Mori M, Tei Y, Kikuchi A, Baba M, Kinoshita H. Effect of continuous deep sedation on survival in patients with advanced cancer (J-Proval): a propensity score-weighted analysis of a prospective cohort study. *Lancet Oncol*. 2016 Jan;17(1):115-22.

#### 【目的】

専門的緩和ケアを受ける終末期がん患者に対する持続的な深い鎮静(continuous deep sedation: CDS)の生命予後への影響を検討すること。

#### 【方法】

2012年9月～2014年4月に日本国内58の緩和ケア施設(緩和ケアチーム、緩和ケア病棟、在宅緩和ケア)で実施された終末期がん患者の予後予測に関する多施設前向き観察研究(J-Proval研究)のデータを利用したサブ解析。年齢、性別、原発巣、転移の有無、PS、認知機能、1か月以内の化学療法、症状、治療場所を用いて傾向スコアを算出し、スコアによる重みづけ(inverse probability of treatment weighting法)によって交絡調整を行い、CDS実施群・非実施群間の入院から死亡までの日数を比較した。

#### 【結果】

研究に登録された2,426人中、180日以上生存した289人、欠損値を有する310人を除外した1,827人が解析対象となった。CDSの実施率は15%で、治療場所による差はみられなかった ( $p=0.10$ )。CDSに使用された薬剤は84%がミダゾラム、9%がフェノバルビタールであった。入院からの生存期間中央値は、CDS実施群27日、非実施群26日であった (ハザード比 0.91, 95%信頼区間 0.81-1.05,  $p=0.21$ )。傾向スコアによる重みづけを行うと、生存期間中央値は、CDS実施群22日、非実施群26日 (ハザード比 1.01, 95%信頼区間 0.87-1.17,  $p=0.91$ ) となった。年齢、性別、PS、治療場所、死亡前の輸液量によるハザード比の変化を交互作用項を含むモデルにより検証し、有意な生存期間の短縮と関連するサブグループは認めなかった。感度分析として、ミダゾラム以外の薬剤をCDSに使用した者、傾向スコアが高いまたは低い集団を除いた解析を行ったが、結果は変わらなかった。

#### 【結論】

本研究が実施された専門的緩和ケアのセッティングでは、CDSは患者の生存期間を短縮させなかった。終末期の耐え難い苦痛を有する患者において、CDSは有用な苦痛緩和の手段となり得る。

#### 【コメント】

わが国の「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」では、有効な緩和治療のない耐え難い苦痛を有する患者で、予後2～3週間以下と考えられる者をCDSの対象とすること、緩和ケアの専門家が適応の判断・実施に関与することを勧めている。本研究の結果は、このような枠組みの中で行われた鎮静に関する結果であることに留意が必要である。すなわち、週単位以上の予後を有する患者・実存的苦痛に対する鎮静、非がん患者・専門的緩和ケアを受けていない患者に対してCDSが実施された場合や、鎮静の実施と共に輸液・栄養を中止した場合には予後が短縮する可能性がある。今後、鎮静の適応や方法ごとに予後への影響が異なるかについての検討、安全に実施できる鎮静プロトコルの確立などが必要である。

## 4. ホスピスケアを受けて死亡した患者の遺族を対象とした調査のタイミングと回答の安定性

東北大学大学院医学系研究科 緩和ケア看護学分野  
青山 真帆

DiBiasio EL1, Clark MA1, Gozalo PL1, Spence C2, Casarett DJ3, Teno JM4. Timing of Survey Administration After Hospice Patient Death: Stability of Bereaved Respondents. *J Pain Symptom Manage*. 2015 Jul;50(1):17-27.

#### 【目的】

終末期におけるケアの質の評価は、遺族による代理評価が一般的であるが、遺族調査において、最も信頼できる回答は死別後いつの時点での回答であるかについては明らかになっていない。本研究の目的は、ケアの質に関する遺族調査の最も適した時期を明らかにすることと、悲嘆が終末期のケアの質の評価に影響するかどうかについて明らかにすることであった。

#### 【方法】

ホスピス6施設において死亡した患者の遺族に対して、ケアの質の代理評価を目的とした自記式質問紙または電話インタビューによる調査を実施した。ケアの質はFamily Evaluation of Hospice Care (FEHC)改訂版、遺族の悲嘆の程度はInventory of Complicated Grief-Revised Short Form (ICG-R)を使用して評価した。ケアの評価の安定性については、期間(死別後3、6、9カ月)と悲嘆の変化(改善あり、悪化、変化なし)それぞれにおける回答の一致度とカッパ係数を算出した。

#### 【結果】

死別後3、6、9カ月における回答数はそれぞれ、536件、529件、467件で、全体の有効回答率は49%(643名)だった。死別後3～9カ月のFEHC主要項目のカッパ係数は0.54で、在宅ホスピス用項目では0.58、ナーシングホーム用項目では0.54だった。悲嘆の程度が大きく変化した場合でも、FEHC主要項目において中程度から高い結果の安定性がみとめられた。

#### 【結論】

死別後3～9カ月の間では、ケアの質に対する遺族の代理評価について安定した結果が得られることが明らかになった。本研究結果から、死別後に転居する可能性やリコールバイアスを考慮し、死別後3カ月程度での調査が望ましいと考えられる。

#### 【コメント】

遺族の精神面の配慮または、遺族の精神状況が回答に与える影響に関する考慮から、調査時期は様々な議論がされており、先行研究においても数週間～半年程度と調査時期には幅がある。本研究結果は、

死別後期間や悲嘆の程度によってケアの質の代理評価は影響を受けないことを示した。死別によるつらさを抱える遺族に対して、最大限の配慮を行った上で死別後3カ月程度と比較的早期に調査を行うことの有益性を示す内容だった。

## よもやま話



## 一刻の沈黙

東北大学大学院文学研究科 修士課程一年  
金田 諦晃  
新潟県立がんセンター新潟病院 緩和ケア科  
齋藤 義之

東北大学病院緩和ケア病棟でのボランティア活動に参加させていただいてから、約一年が過ぎました。私自身（金田）のことを少しだけお話させていただきます。活動を開始する半年前まで、福井県にある「永平寺」という僧堂におり日夜修行をさせていただいておりました。ある日、新聞の記事で、「緩和ケア」に関する内容のものを目にした時です。「人が死に向かっていく目の前で、それに向き合っている人がいる。すごい。」「生きること、死ぬことに向き合っているのはお坊さんだけじゃないんだ。」という気づきと、医療の現場で奮闘する方々から何かを学べるのではないかという思いにハッとしたことを覚えています。

その頃、東日本大震災を機に、被災地や医療の現場で活動をする「臨床宗教師」を養成する講座が、東北大学で行われていることを知りました。私は早速受講を決意し修行に区切りをつけることにしました。その講座では、宗教者が社会活動をする際に、問題視されがちな、布教や公共性、倫理観についての考え方の徹底的な指導があり、布教を目的とせず、現場のニーズに寄り添った活動を行うための知識や知恵を学ばせていただきました。そして、研修修了後、東北大学病院緩和ケア病棟にてボランティアとして活動に参加させていただいております。

最近、病棟ではクリスマス会が開催されました。ボランティアの皆さんが飾りつけをした会場で、トナカイのコスプレをしたちょっとお茶目な先生方の歌やギターの演奏があり、看護師のみなさんのピアノやハンドベルの演奏が楽しく奏でられます。そして最後には、患者さま、ご家族のみなさまとその場にいる全員で大合唱をしました。

このような普段と違った少し陽気な雰囲気が、みなさんの笑い声や、拍手を引き出していたように思います。ここでは、一年を通して様々な行事が開催されます。また、そのような活動の中で、様々な出会いや想いに触れることがあり、多くの学びや問いをいただきます。

それでは、私がいただいた「問い」の一つをみなさまと一緒に考えられればと思います。それは最近開催された“家族会”でのことです。この病棟で大切な方を見送った多くのご家族の方が集まり、医師、看護師、その他のスタッフと故人を偲ぶ語らいが始まりました。しばらくして、ご家族代表のスピーチがありました。その方は、ここで最愛の伴侶との死別を体験されておりました。お話の最後に、会場にいる皆にこのような問いかけをしました。

「時間がたった今でも、もうこの世にはいない〇〇を思い出すと寂しい・・・辛い・・・。今でも、そこにいるような感じがする・・・みなさんはそんな時、ありますか？そんな時どうしていますか？」

身体を固くこわばらせ、涙を浮かべながら語られるそのお姿から、とても心細い、寂しい感情が、私の全身に伝わってきました。自分の心が、すごく揺さぶられた感覚を覚えています。

その質問に誰かが答えるということはなく、一刻の「沈黙」の時間が流れました。実際、時間にすれば、そんなに長くはなかったと思います。結局、最後まで口を開く人はいませんでしたが、きっとその場

にいた一人ひとりにとっての沈黙の感じ方があったのだと思います。例えば、そのような想いを初めて知り、ただただ動揺した人、伝えたい想いはあるが言葉にできなかった人、同じ心境をもっている人がいるんだということを知って安心した人など。

私自身は、その方へ伝えたい「想い」が沸き起こってきました。しかし、その想いは、本当に相手の方の気持ちに寄り添う中から生まれてきたものなのか。もしかしたら、私自身の使命感や、個人的な感情から湧いてきたものではないか。もしもその想いを伝えたら、自分が満足するだけで、本当に相手のためになっていないのではないか、という葛藤に苛まれたのを覚えています。その一刻はとても長く、重く、密度の濃いものでした。

ここで活動をさせていただいている中で、患者さまやご家族の方々のお話を聞かせていただいている時や、ふとした場面で、時折そのような言葉のない「沈黙の場」に立ち会うことがあります。その度に、「あの沈黙にはどんな意味があったのだろう」「この沈黙にあの方は、なにを感じていたのだろう」という、答えのない問いに考えを巡らせます。

私たちは普段の生活の中で、他の人と「言葉」を介して意思や感情を伝えあうことで、協力して何かを目指したり、表現をしたり、診断をしたり、説法をしたり、そして時に、笑いあったり、ケンカをしたりもします。さらに最近では、テレビやインターネットを通して、たくさんの「言葉」が世間にあふれている印象を受けます。それはとても賑やかで楽しく、時には、騒々しささえ覚えてしまうこともあると思います。

しかし、私たちはどんなに「言葉」や「行為」を尽くしても、伝わらず、また受け取れない感情や想いがあり、そこにもどかしさを覚えることがあると思います。人と人が本当に分かり合えること、通じ合うとは何か？ 「沈黙」が人に語り掛けることは何か？ 活動の中で、みなさまからいただいた、大事な問いをご紹介します。いただきました。

(合掌)

## 千葉県のパイアサポート事業の紹介

千葉県がんセンター 精神腫瘍科  
 秋月 伸哉  
 千葉県地域統括相談支援センター  
 浜野 公明

がん患者・家族のサポートの方法として、がん体験者同士が支えあう“パイアサポート”が注目され、各都道府県のがん対策基本計画や拠点病院指定要件に取り入れられるようになっていきます。一方、パイアサポートには様々な理念、活動形態があるうえ、行政や病院が主導で行う場合は、医療との連携や安全上のトラブルも考える必要があるなど、新しく始めるのは容易ではありません。千葉県のパイアサポート事業は、地域統括相談支援センターが受託し、行政、医療が主導して始めたパイアサポートとして順調に活動を広げているため、その特徴を紹介します。

### 1) パイアサポーター養成

2008年第1期の千葉県独自の養成研修を経て、対がん協会が作成したパイアサポーター養成研修をベースとした25時間の研修会を開発しました。パイアサポートの技術、考え方だけでなく、新しく病院に導入する際の医療側の心配も考慮し、病院で活動する際のお作法も研修に取り入れています。明確

に示せる研修プログラムであることも病院に導入する際の品質保証の一助と考えています。ピアサポートに相当習熟しているがん専門相談員が教育に関わっているという事が大きく影響しています。

#### 2) ピアサポート活動場所を作る

ピアサポート事業の委託をうけ、千葉県ではピアサポーターの養成だけでなく、活動する場所として、「ピアサポーターズサロンちば」を作りました。このサロンの活動を県のがん診療連携拠点病院で展開するにあたり、サポーターの派遣と運営を『パッケージ化』しました。パッケージ化により開催する病院の負担を減らし、ピアサポート活動に理解のある病院から活動をはじめ、成果を示しながらほかの施設にも導入を勧める計画としました。現在は月2回、千葉県がんセンターと県内ほとんどの拠点病院で定期的に開催しています。

#### 3) 安全で効果的なピアサポートモデルの開発

ピアサポートを効果的に行うにはサポーターと来談者の背景（がんの種類など）を一致させるマッチングが重要ですが、なかなか困難です。そこで開催案内に参加するピアサポーターの背景を事前に公開する方法をとりました。また自信のないサポーターや、ピアサポートの過程での傷つきに対応できるよう、必ず複数のピアサポーターが対応できるサロン形式をとることや、必要時に相談支援センターがすぐに対応できる体制、活動後の振り返りを相談支援センターと合同で行う体制をとっています。このような活動方法をピアサポーターズサロンと名付け、毎月定期的に開催しています。

#### 4) フォローアップ研修

養成研修と活動時の振り返り以外に、スキルをブラッシュアップするためのフォローアップ研修を開発しました。千葉大学で医学教育に携わるボランティアに模擬患者として、熟練したピアサポーターや精神腫瘍医がスーパーバイザーとして協力し、ロールプレイを中心とした研修を行っています。

このような活動の背景として、事業主体である県が現場に事業計画を任せつつ協力体制をとったこと、患者会のピアサポートの経験やノウハウを取り入れることができる環境にあったこと、計画・企画・運営に当たる千葉県がんセンターのスタッフがピアサポートに相当習熟していたことなどがあると思います。ご興味をお持ちの方、これからピアサポートを立ち上げようと考えている方は、ぜひ千葉県ピアサポーター事業を見に来て下さい。

## ジャーナルウォッチ 緩和ケアに関する論文レビュー (2015年9～11月刊行分)

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

東北大学大学院緩和ケア看護学分野 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. 2015;373(10-22)】

なし

【Lancet. 2015;386(9997-10009)】

1. 早期乳がんでのビスホスホネート補助療法の骨転移や生存への効果に関するメタ分析

Early Breast Cancer Trialists' Collaborative G, Coleman R, Powles T, Paterson A, Gnant M, Anderson S, et al. Adjuvant bisphosphonate treatment in early breast cancer: meta-analyses of individual patient data from randomised trials. Lancet. 2015;386(10001):1353-61.

【Lancet Oncol. 2015;16(9-14)】

2. 中等度催吐性化学療法の悪心・嘔吐の予防に対するNK-1受容体拮抗薬ロラピタントの効果と安全性：第Ⅲ相臨床試験

Schwartzberg LS, Modiano MR, Rapoport BL, Chasen MR, Gridelli C, Urban L, et al. Safety and efficacy of rolapitant for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting after administration of moderately emetogenic chemotherapy or anthracycline and cyclophosphamide regimens in patients with cancer: a randomised, active-controlled, double-blind, phase 3 trial. Lancet Oncol. 2015;16(9):1071-8.

3. 高度催吐性化学療法の悪心・嘔吐の予防に対するNK-1受容体拮抗薬ロラピタントの効果と安全性：第Ⅲ相臨床試験

Rapoport BL, Chasen MR, Gridelli C, Urban L, Modiano MR, Schnadig ID, et al. Safety and efficacy of rolapitant for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting after administration of cisplatin-based highly emetogenic chemotherapy in patients with cancer: two randomised, active-controlled, double-blind, phase 3 trials. Lancet Oncol. 2015;16(9):1079-89.

4. デキサメタゾンによる骨転移の放射線治療後の疼痛フレア予防：第Ⅲ相臨床試験

Chow E, Meyer RM, Ding K, Nabid A, Chabot P, Wong P, et al. Dexamethasone in the prophylaxis of radiation-induced pain flare after palliative radiotherapy for bone metastases: a double-blind, randomised placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet Oncol. 2015;16(15):1463-72.

5. 骨髄異形成症候群での患者評価の倦怠感による予後予測

Efficace F, Gaidano G, Breccia M, Voso MT, Cottone F, Angelucci E, et al. Prognostic value of self-reported fatigue on overall survival in patients with myelodysplastic syndromes: a multicentre, prospective, observational, cohort study. Lancet Oncol. 2015;16(15):1506-14.

【JAMA. 2015;314(9-20)】

6. 急性腰痛に対する早期理学療法のRCT

Fritz JM, Magel JS, McFadden M, Asche C, Thackeray A, Meier W, et al. Early Physical Therapy vs Usual Care in Patients With Recent-Onset Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2015;314(14):1459-67.

7. 米国の2003-2013年の鎮痛目的外のオピオイド使用の推移とリスク因子

Han B, Compton WM, Jones CM, Cai R. Nonmedical Prescription Opioid Use and Use Disorders Among Adults Aged 18 Through 64 Years in the United States, 2003-2013. JAMA. 2015;314(14):1468-78.

8. 米国の2004-2013年のオピオイド依存に対する治療状況 (Research Letter)

Saloner B, Karthikeyan S. Changes in Substance Abuse Treatment Use Among Individuals With Opioid Use Disorders in the United States, 2004-2013. JAMA. 2015;314(14):1515-7.

9. 免疫不全の1型呼吸不全患者の生存に対する非侵襲的換気療法NIVと酸素療法のRCT

Lemiale V, Mokart D, Resche-Rigon M, Pene F, Mayaux J, Faucher E, et al. Effect of Noninvasive Ventilation vs Oxygen Therapy on Mortality Among Immunocompromised Patients With Acute Respiratory Failure: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2015;314(16):1711-9.

10. 米国の1969-2013年の死亡率の推移

Ma J, Ward EM, Siegel RL, Jemal A. Temporal Trends in Mortality in the United States, 1969-2013. *JAMA*. 2015;314(16):1731-9.

**[JAMA Intern Med. 2015;175(9-11)]**

11. 認知症患者の認知機能テストに関するメタアナリシス

Tsoi KK, Chan JY, Hirai HW, Wong SY, Kwok TC. Cognitive Tests to Detect Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2015;175(9):1450-8.

12. 合併症としての不眠に対する認知行動療法のメタアナリシス

Wu JQ, Appleman ER, Salazar RD, Ong JC. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Comorbid With Psychiatric and Medical Conditions: A Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2015;175(9):1461-72.

13. 75歳以上の高齢者と家族介護者の健康情報の共有と管理法の質的研究

Crotty BH, Walker J, Dierks M, Lipsitz L, O'Brien J, Fischer S, et al. Information Sharing Preferences of Older Patients and Their Families. *JAMA Intern Med*. 2015;175(9):1492-7.

14. オランダの End-of-Life Clinic での積極的安楽死と自殺補助の提供状況とその関連要因

Snijdewind MC, Willems DL, Deliens L, Onwuteaka-Philipsen BD, Chambaere K. A Study of the First Year of the End-of-Life Clinic for Physician-Assisted Dying in the Netherlands. *JAMA Intern Med*. 2015;175(10):1633-40.

15. フロリダ州の処方薬監視システムと pill Mill 法のオピオイド処方や使用への影響

Rutkow L, Chang HY, Daubresse M, Webster DW, Stuart EA, Alexander GC. Effect of Florida's Prescription Drug Monitoring Program and Pill Mill Laws on Opioid Prescribing and Use. *JAMA Intern Med*. 2015;175(10):1642-9.

16. ICU での家族との治療目標に関する面談時の宗教やスピリチュアルな側面に対する医療者の対応

Ernecoff NC, Curlin FA, Buddadhumaruk P, White DB. Health Care Professionals' Responses to Religious or Spiritual Statements by Surrogate Decision Makers During Goals-of-Care Discussions. *JAMA Intern Med*. 2015;175(10):1662-9.

17. ベルギーでの安楽死の 2007 年と 2013 年の比較 (Research Letter)

Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Comparison of the Expression and Granting of Requests for Euthanasia in Belgium in 2007 vs 2013. *JAMA Intern Med*. 2015;175(10):1703-6.

18. 心不全入院患者の症状 (Research Letter)

Khan RF, Feder S, Goldstein NE, Chaudhry SI. Symptom Burden Among Patients Who Were Hospitalized for Heart Failure. *JAMA Intern Med*. 2015;175(10):1713-5.

19. かかりつけ医での抗うつ薬選択や抑うつ症状に対する薬物療法意思決定支援ツールのクラスター RCT

LeBlanc A, Herrin J, Williams MD, Inselman JW, Branda ME, Shah ND, et al. Shared Decision Making for Antidepressants in Primary Care: A Cluster Randomized Trial. *JAMA Intern Med*. 2015;175(11):1761-70.

20. 心不全患者での認知行動療法の抑うつやセルフケアの RCT

Freedland KE, Carney RM, Rich MW, Steinmeyer BC, Rubin EH. Cognitive Behavior Therapy for Depression and Self-Care in Heart Failure Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2015;175(11):1773-82.

**[BMJ. 2015;351(8023-8032)]**

21. 欧州 34 カ国の 1970 ~ 2002 年の大腸がんの死亡率

Ait Ouakrim D, Pizot C, Boniol M, Malvezzi M, Boniol M, Negri E, et al. Trends in colorectal cancer mortality in Europe: retrospective analysis of the WHO mortality database. *BMJ*. 2015;351:h4970.

22. 緩和ケアでの悪心・嘔吐に関する総説

Collis E, Mather H. Nausea and vomiting in palliative care. *BMJ*. 2015;351:h6249.

**[Ann Intern Med. 2015;163(5-10)]**

23. 慢性頸部痛に対するアレクサンダー・テクニックと鍼治療の無作為化比較試験

MacPherson H, Tilbrook H, Richmond S, Woodman J, Ballard K, Atkin K, et al. Alexander Technique Lessons or Acupuncture Sessions for Persons With Chronic Neck Pain: A Randomized Trial. *Ann Intern Med*. 2015;163(9):653-62.

**[J Clin Oncol. 2015;33(25-33)]**

24. 進行肺がん患者に対する院内緩和ケアチームの早期コンサルテーションによる医療費削減効果

May P, Garrido MM, Cassel JB, Kelley AS, Meier DE, Normand C, et al. Prospective Cohort Study of Hospital Palliative Care Teams for Inpatients With Advanced Cancer: Earlier Consultation Is Associated With Larger Cost-Saving Effect. *J Clin Oncol*. 2015;33(25):2745-52.

25. 小児がんサバイバーの長期的な腸閉塞リスク

Madenci AL, Fisher S, Diller LR, Goldsby RE, Leisenring WM, Oeffinger KC, et al. Intestinal Obstruction in Survivors of Childhood Cancer: A Report From the Childhood Cancer Survivor Study. *J Clin Oncol*. 2015;33(26):2893-900.

26. 乳がんの診断や治療のの外来での外科的処置の際の麻酔薬の要求や不安に対する音楽療法の効果に関する無作為化比較試験  
Palmer JB, Lane D, Mayo D, Schluchter M, Leeming R. Effects of Music Therapy on Anesthesia Requirements and Anxiety in Women Undergoing Ambulatory Breast Surgery for Cancer Diagnosis and Treatment: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol.* 2015;33(28):3162-8.
27. 頭頸部がん患者の晩期障害に対する支持療法の進歩のレビュー  
Murphy BA, Deng J. Advances in Supportive Care for Late Effects of Head and Neck Cancer. *J Clin Oncol.* 2015;33(29):3314-21.
28. 頭頸部がんのサバイバーシップと QOL に関する総説  
Ringash J. Survivorship and Quality of Life in Head and Neck Cancer. *J Clin Oncol.* 2015;33(29):3322-7.
29. 脳転移治療に関する総説  
Lin X, DeAngelis LM. Treatment of Brain Metastases. *J Clin Oncol.* 2015;33(30):3475-84.
30. 患者入力式のサバイバーシップケアプランの情報・医療満足度に対する効果：クラスター無作為化比較試験（サバイバーシップケアプラン：患者・医療者共有のカルテ、病歴や経過観察の計画などを記載）  
Nicolaije KA, Ezendam NP, Vos MC, Pijnenborg JM, Boll D, Boss EA, et al. Impact of an Automatically Generated Cancer Survivorship Care Plan on Patient-Reported Outcomes in Routine Clinical Practice: Longitudinal Outcomes of a Pragmatic, Cluster Randomized Trial. *J Clin Oncol.* 2015;33(31):3550-9.
31. 成人網膜芽腫サバイバーの長期的な心理社会的アウトカム  
Ford JS, Chou JF, Sklar CA, Oeffinger KC, Novetsky Friedman D, McCabe M, et al. Psychosocial Outcomes in Adult Survivors of Retinoblastoma. *J Clin Oncol.* 2015;33(31):3608-14.
32. 乳がん患者のほてりに対する鍼治療との無作為化比較試験  
Mao JJ, Bowman MA, Xie SX, Bruner D, DeMichele A, Farrar JT. Electroacupuncture Versus Gabapentin for Hot Flashes Among Breast Cancer Survivors: A Randomized Placebo-Controlled Trial. *J Clin Oncol.* 2015;33(31):3615-20.
33. 進行がんでの院内緩和ケアコンサルテーションの人種による違い  
Sharma RK, Cameron KA, Chmiel JS, Von Roenn JH, Szmuiłowicz E, Prigerson HG, et al. Racial/Ethnic Differences in Inpatient Palliative Care Consultation for Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol.* 2015;33(32):3802-8.
34. 進行がん患者への予後告知と予後理解、苦痛、医療者との関係との関連  
Enzinger AC, Zhang B, Schrag D, Prigerson HG. Outcomes of Prognostic Disclosure: Associations With Prognostic Understanding, Distress, and Relationship With Physician Among Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol.* 2015;33(32):3809-16.
35. 小児がんサバイバーに対するコンピューターによる認知機能訓練の効果に関する無作為化比較試験  
Conklin HM, Ogg RJ, Ashford JM, Scoggins MA, Zou P, Clark KN, et al. Computerized Cognitive Training for Amelioration of Cognitive Late Effects Among Childhood Cancer Survivors: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol.* 2015;33(33):3894-902.

【Ann Oncol. 2015;26(9-11)】

36. 化学療法中の乳がん患者での G-CSF 製剤フィルグラスチムとそのバイオ後続品 EP2006 の重度好中球減少症に対する効果に関する第Ⅲ相試験  
Blackwell K, Semiglazov V, Krasnozhan D, Davidenko I, Nelyubina L, Nakov R, et al. Comparison of EP2006, a filgrastim biosimilar, to the reference: a phase III, randomized, double-blind clinical study in the prevention of severe neutropenia in patients with breast cancer receiving myelosuppressive chemotherapy. *Ann Oncol.* 2015;26(9):1948-53.
37. 腫瘍科と緩和ケアの統合の国際的に合意された指標の開発  
Hui D, Bansal S, Strasser F, Morita T, Caraceni A, Davis M, et al. Indicators of integration of oncology and palliative care programs: an international consensus. *Ann Oncol.* 2015;26(9):1953-9.
38. 進行期非小細胞肺がんでの必須アミノ酸摂取によるタンパク質合成への影響  
Engelen MP, Safar AM, Bartter T, Koeman F, Deutz NE. High anabolic potential of essential amino acid mixtures in advanced nonsmall cell lung cancer. *Ann Oncol.* 2015;26(9):1960-6.
39. がん患者への情報提供と意思決定での葛藤との関連  
Sim JA, Shin JS, Park SM, Chang YJ, Shin A, Noh DY, et al. Association between information provision and decisional conflict in cancer patients. *Ann Oncol.* 2015;26(9):1974-80.
40. 精巣がんサバイバーでの慢性倦怠感の長期的な発症とそのリスク因子  
Sprauten M, Haugnes HS, Brydoy M, Kiserud C, Tandstad T, Bjoro T, et al. Chronic fatigue in 812 testicular cancer survivors during long-term follow-up: increasing prevalence and risk factors. *Ann Oncol.* 2015;26(10):2133-40.
41. 血液がん患者の腫瘍崩壊症候群の予防に対するフェブキシスタッドとアロプリノールの第Ⅲ相比較試験  
Spina M, Nagy Z, Ribera JM, Federico M, Aurer I, Jordan K, et al. FLORENCE: a randomized, double-blind, phase III pivotal study of febuxostat versus allopurinol for the prevention of tumor lysis syndrome (TLS) in patients with

hematologic malignancies at intermediate to high TLS risk. *Ann Oncol.* 2015;26(10):2155-61.

42. 高齢の進行期乳がん患者の死因の人種差

Ning J, Peng S, Ueno N, Xu Y, Shih Y, Karuturi M, et al. Has racial difference in cause-specific death improved in older patients with late-stage breast cancer? *Ann Oncol.* 2015;26(10):2161-8.

43. 乳がん骨転移に対するビスホスホネートやデノスマブの減量治療のメタアナリシス

Ibrahim MF, Mazzarello S, Shorr R, Vandermeer L, Jacobs C, Hilton J, et al. Should de-escalation of bone-targeting agents be standard of care for patients with bone metastases from breast cancer? A systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol.* 2015;26(11):2205-13.

44. 在宅中心静脈栄養を受ける根治不能な悪液質がん患者の予後予測ノモグラムの開発と妥当性検証

Bozzetti F, Cotogni P, Lo Vullo S, Pironi L, Giardiello D, Mariani L. Development and validation of a nomogram to predict survival in incurable cachectic cancer patients on home parenteral nutrition. *Ann Oncol.* 2015;26(11):2335-40.

【*Eur J Cancer.* 2015;51(13-17)】

45. 若年直腸がん患者の疾患・治療の特徴と生存期間

Orsini RG, Verhoeven RH, Lemmens VE, van Steenberghe LN, de Hingh IH, Nieuwenhuijzen GA, et al. Comparable survival for young rectal cancer patients, despite unfavourable morphology and more advanced-stage disease. *Eur J Cancer.* 2015;51(13):1675-82.

46. デノスマブによる低カルシウム血症のリスク因子

Body JJ, Bone HG, de Boer RH, Stopeck A, Van Poznak C, Damiao R, et al. Hypocalcaemia in patients with metastatic bone disease treated with denosumab. *Eur J Cancer.* 2015;51(13):1812-21.

47. 70% エタノールロックによる小児がんでの中心静脈カテーテル関連血流感染予防効果の無作為化比較試験

Schoot RA, van Ommen CH, Stijnen T, Tissing WJ, Michiels E, Abbink FC, et al. Prevention of central venous catheter-associated bloodstream infections in paediatric oncology patients using 70% ethanol locks: A randomised controlled multi-centre trial. *Eur J Cancer.* 2015;51(14):2031-8.

48. 英国の15 - 24歳のがん患者の予後：1992年～2006年の傾向

O'Hara C, Moran A, Whelan JS, Hough RE, Stiller CA, Stevens MC, et al. Trends in survival for teenagers and young adults with cancer in the UK 1992-2006. *Eur J Cancer.* 2015;51(14):2039-48.

49. 新規がんと診断された患者の介護者の満たされないケア・ニーズと抑うつとの関連

Heckel L, Fennell KM, Reynolds J, Osborne RH, Chirgwin J, Botti M, et al. Unmet needs and depression among carers of people newly diagnosed with cancer. *Eur J Cancer.* 2015;51(14):2049-57.

50. 欧州29カ国の年齢とがん原発部位を調整したがん患者の生存期間：1999年～2007年の傾向

Baili P, Di Salvo F, Marcos-Gragera R, Siesling S, Mallone S, Santaquilani M, et al. Age and case mix-standardised survival for all cancer patients in Europe 1999-2007: Results of EURO CARE-5, a population-based study. *Eur J Cancer.* 2015; 51(15):2120-9.

51. 乳がんサバイバーのp化学療法後18年での心機能アセスメント

de Azambuja E, Ameye L, Diaz M, Vandenbossche S, Aftimos P, Hernandez SB, et al. Cardiac assessment of early breast cancer patients 18 years after treatment with cyclophosphamide-, methotrexate-, fluorouracil- or epirubicin-based chemotherapy. *Eur J Cancer.* 2015;51(17):2517-24.

52. 英国の49歳以下のがん患者での予後の年齢による比較

Stark D, Bowen D, Dunwoodie E, Feltbower R, Johnson R, Moran A, et al. Survival patterns in teenagers and young adults with cancer in the United Kingdom: Comparisons with younger and older age groups. *Eur J Cancer.* 2015;51(17):2643-54.

【*Br J Cancer.* 2015;113(5-10)】

53. 小児がんサバイバーの精神障害

Fidler MM, Ziff OJ, Wang S, Cave J, Janardhanan P, Winter DL, et al. Aspects of mental health dysfunction among survivors of childhood cancer. *Br J Cancer.* 2015;113(7):1121-32.

54.4 大陸14カ国のがん患者の死亡場所

Cohen J, Pivodic L, Miccinesi G, Onwuteaka-Philipsen BD, Naylor WA, Wilson DM, et al. International study of the place of death of people with cancer: a population-level comparison of 14 countries across 4 continents using death certificate data. *Br J Cancer.* 2015;113(9):1397-404.

【*Cancer.* 2015;121(17-22)】

55. オーストラリア先住民でのがんケア・ニーズ評価尺度の信頼性・妥当性検証

Garvey G, Beesley VL, Janda M, O'Rourke PK, He VY, Hawkes AL, et al. Psychometric properties of an Australian

- supportive care needs assessment tool for Indigenous patients with cancer. *Cancer*. 2015;121(17):3018-26.
56. 症状評価尺度 ESAS がん患者での臨床上に意味のある最小変化量 MCID  
Hui D, Shamieh O, Paiva CE, Perez-Cruz PE, Kwon JH, Muckaden MA, et al. Minimal clinically important differences in the Edmonton Symptom Assessment Scale in cancer patients: A prospective, multicenter study. *Cancer*. 2015;121(17):3027-35.
57. がん患者の死亡前 1 ヶ月間の積極治療と医療費の関連  
Cheung MC, Earle CC, Rangrej J, Ho TH, Liu N, Barbera L, et al. Impact of aggressive management and palliative care on cancer costs in the final month of life. *Cancer*. 2015;121(18):3307-15.
58. 非ホジキンリンパ腫の長期サバイバーの生活様式と健康関連 QOL の関連  
Spector DJ, Noonan D, Mayer DK, Benecha H, Zimmerman S, Smith SK. Are lifestyle behavioral factors associated with health-related quality of life in long-term survivors of non-Hodgkin lymphoma? *Cancer*. 2015;121(18):3343-51.
59. 中国系米国人がん患者評価の症状  
Dhingra LK, Lam K, Cheung W, Shao T, Li Z, Van de Maele S, et al. Variation in symptom distress in underserved Chinese American cancer patients. *Cancer*. 2015;121(18):3352-9.
60. オピオイドと乳癌再発の関連  
Cronin-Fenton DP, Heide-Jorgensen U, Ahern TP, Lash TL, Christiansen PM, Ejlersen B, et al. Opioids and breast cancer recurrence: A Danish population-based cohort study. *Cancer*. 2015;121(19):3507-14.
61. 患者と腫瘍医の信頼関係と介護者の悲嘆への適応との関連  
Trevino KM, Maciejewski PK, Epstein AS, Prigerson HG. The lasting impact of the therapeutic alliance: Patient-oncologist alliance as a predictor of caregiver bereavement adjustment. *Cancer*. 2015;121(19):3534-42.
62. 上皮性卵巣がん患者の主観的幸福感と脳内のノルエピネフリンの関連  
Davis LZ, Slavich GM, Thaker PH, Goodheart MJ, Bender DP, Dahmouh L, et al. Eudaimonic well-being and tumor norepinephrine in patients with epithelial ovarian cancer. *Cancer*. 2015;121(19):3543-50.
63. 18 歳以下の子を有するがん患者の子育ての自己効力感と苦悩とその要因  
Moore CW, Rauch PK, Baer L, Pirl WF, Muriel AC. Parenting changes in adults with cancer. *Cancer*. 2015;121(19):3551-7.
64. 甲状腺がんの放射性ヨード治療の意思決定支援の長期効果  
Sawka AM, Straus S, Rodin G, Heus L, Brierley JD, Tsang RW, et al. Thyroid cancer patient perceptions of radioactive iodine treatment choice: Follow-up from a decision-aid randomized trial. *Cancer*. 2015;121(20):3717-26.
65. 緩和ケアを受ける進行がん患者の倦怠感に対するメラトニンの効果の無作為化比較試験  
Lund Rasmussen C, Klee Olsen M, Thit Johnsen A, Petersen MA, Lindholm H, Andersen L, et al. Effects of melatonin on physical fatigue and other symptoms in patients with advanced cancer receiving palliative care: A double-blind placebo-controlled crossover trial. *Cancer*. 2015;121(20):3727-36.
66. 肺がん患者の家族に対する多職種協働緩和ケアの準実験研究  
Sun V, Grant M, Koczywas M, Freeman B, Zachariah F, Fujinami R, et al. Effectiveness of an interdisciplinary palliative care intervention for family caregivers in lung cancer. *Cancer*. 2015;121(20):3737-45.
67. がん患者の宗教とスピリチュアリティに関する総説  
Salsman JM, Fitchett G, Merluzzi TV, Sherman AC, Park CL. Religion, spirituality, and health outcomes in cancer: A case for a meta-analytic investigation. *Cancer*. 2015;121(21):3754-9.
68. がん患者の宗教、スピリチュアリティ、身体的健康状態に関するメタアナリシス  
Jim HS, Pustejovsky JE, Park CL, Danhauer SC, Sherman AC, Fitchett G, et al. Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer*. 2015;121(21):3760-8.
69. がん患者の宗教、スピリチュアリティ、精神的健康状態に関するメタアナリシス  
Salsman JM, Pustejovsky JE, Jim HS, Munoz AR, Merluzzi TV, George L, et al. A meta-analytic approach to examining the correlation between religion/spirituality and mental health in cancer. *Cancer*. 2015;121(21):3769-78.
70. がん患者の宗教、スピリチュアリティ、QOL に関する課題や今後の展望  
Park CL, Sherman AC, Jim HS, Salsman JM. Religion/spirituality and health in the context of cancer: Cross-domain integration, unresolved issues, and future directions. *Cancer*. 2015;121(21):3789-94.
71. 米国のがん診療拠点病院とそれ以外の施設でのがん治療と医療アクセスの比較  
Wolfson JA, Sun CL, Wyatt LP, Hurria A, Bhatia S. Impact of care at comprehensive cancer centers on outcome: Results from a population-based study. *Cancer*. 2015;121(21):3885-93.
72. 外来化学療法中のがん患者の症状緩和に対する高度実践看護師 NP による介入効果に関する無作為化比較試験  
Traeger L, McDonnell TM, McCarty CE, Greer JA, El-Jawahri A, Temel JS. Nursing intervention to enhance outpatient chemotherapy symptom management: Patient-reported outcomes of a randomized controlled trial. *Cancer*. 2015;121(21):3905-13.

## 委員会活動報告

### 1. 緩和医療ガイドライン委員会活動報告

緩和医療ガイドライン委員会

委員長 太田 恵一郎

副委員長 細矢 美紀

副委員長 余宮 きのみ

前回ニューズレター掲載以降の各 WPG の活動内容をご報告いたします。

#### 1) 泌尿器症状ガイドライン作成 WPG

(WPG 員長) 太田 恵一郎

(WPG 副員長) 津島 知靖、三浦 剛史

2016 年 6 月の発刊を目指して、最終の作業を行っている。

一般社団法人 日本泌尿器科学会、一般社団法人 日本癌治療学会、一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会、一般社団法人 日本緩和医療薬学会、一般社団法人 日本がん看護学会に外部評価委員の推薦を依頼し、理事会の承認を経て、決定された。

背景知識の性機能の部分については、日本性機能学会に執筆者の推薦を依頼し、理事会の承認を経て、決定された。

第 2 回デルファイ会議を経て、最終原稿を確定し、外部評価委員、理事、代議員の皆様の評価をいただいて、発刊の予定です。

##### ▶ 進捗状況

◇2015年10月31日 第1回デルファイ会議

◇2015年12月 修正原稿提出、デルファイ作業

◇2016年 1月17日 第2回デルファイ会議

▶2016年6月の発行を目指している。

#### 2) 呼吸器症状ガイドライン改訂 WPG

(WPG 員長) 田中 桂子

(WPG 副員長) 山口 崇

##### (1) 改訂版のポイント

Minds ガイドライン作成の手法を遵守しながら改訂作業を進めており、予定通り 2016 年 6 月の発刊の予定です。改訂版の主な変更点は、①現在の「関連する特定の病態の治療」(悪性胸水、咳嗽、死前喘鳴)について最新の文献レビューを行い、推奨文を作成する、②現在の推奨部分について、再度最新

の文献レビューを行い最新データにアップデートする、③今回の改訂に伴って必要となるその他の項目(薬剤の説明など)の修正・加筆をすることである。

##### (2) 進捗状況

①推奨文については、外部のデルファイ委員(一般社団法人 日本癌治療学会、一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会、一般社団法人 日本がん看護学会、一般社団法人 日本緩和医療薬学会、一般社団法人 日本呼吸器学会、一般社団法人 グループ・ネクサス・ジャパン(患者家族代表)から推薦された委員)に評価していただき、2回のデルファイ(1回は対面会議、2回目は ML 上)で基準を満たす収束が見られ、確定した。

②背景部分については、現在分担執筆中であり、12月中に完成予定である。

③その他の部分(文献、用語解説、始めに、今後の課題等)について、順次作成中である。

④外部委員として、当学会内より医師、看護師、薬剤師各1名、特定非営利活動法人 日本肺癌学会、一般社団法人 日本癌治療学会、一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会より各1名、計6名を推薦いただき、正式に依頼をした。

⑤推奨内容、作成プロセスに関して、海外ジャーナルに投稿を予定しており英文化作業も並行して進めている。

##### (3) 今後の予定

2016 年 1 月中にすべての原稿を完成し入稿予定である。外部評価委員、理事、代議員の皆様の評価を受けたのち、6 月の発刊予定である。

### 2. 緩和ケアに関する研究助成の拡大

学術委員会

委員長 内富 庸介

これまで本学会は「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン」、「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」、「がん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン」、「がん患者の消化器症状の緩和に関するガイドライン」、「終末期がん患者に対する輸液治療のガイドライン」などを発行してきました。今後緩和医療の質をさらに高めてゆくために、ガイ

ドラインを支えるエビデンスによる裏打ちが充分ではない領域において研究助成し、学術委員会で審査し、学会として取り組むに相応しい研究を選定し研究費を助成します。

研究課題①は、ガイドラインにおいてエビデンスが充分ではない領域における検証的な研究です。研究課題②は、緩和ケアに資する研究であれば、手法や目的を問いません。候補者は研究課題に積極的に取り組み、英文で原著論文を執筆することができる本学会の会員です。

研究課題①は大幅に増額しました。1件あたり400万円以内(1件)。

研究課題②は新設です。1件あたり50万円以内(2件)。

研究の成果は学術論文として公開しなければなりません。その場合、「日本緩和医療学会の助成を受けた」旨の表示ならびに邦文名(日本緩和医療学会研究推進助成)、英文名(Grant for Research Advancement on Palliative Medicine, Japanese Society for Palliative Medicine)の記載をし、支給開始年度の4年以内に学術論文もしくは本学会学術大会で研究の成果を発表します。

研究助成の拡大がきっかけに緩和ケア領域のエビデンスが産出されることを期待します。



**編 集**  
**後 記**

今年はどういう年にしていこうなどと考えているうちに、2016年もはや1カ月がすぎてしまいました。危機に直面しているわけでもないのに過去を振り返り、将来を計画し、思い考えることの容易ではないこと…。

さて、今号では終末期の話し合いに対する医師の態度と、終末期鎮静が予後に与える影響に関する国内の研究が紹介されています。いずれも患者、家族にとってやり直しのできない重要な体験であり、医師にとっても単純な価値では判断できない状況です。難しい臨床場面を考える一助となるような研究が進むことを期待しています。さらには「その後」についての話題提供もありました。私自身の臨床でも、死後について考えを伺うことや意見を問われることは珍しくありません。改めて振り返って考える機会をいただきました。

悩み、迷いながら選択を繰り返す新しい年が始まります。今年が皆様にとってよい1年でありますように。(秋月 伸哉)

秋月 伸哉  
家田 秀明  
岸田さな江  
齋藤 義之  
佐藤 一樹  
○恒藤 暁  
久原 幸  
龍 恵美