

JSPM

Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会

ニュースレター

May 2016 71

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/

主な内容

巻頭言	1
Journal Club	3
学会印象記	7
よもやま話	9
Journal Watch	16
委員会活動報告	21

巻頭言

つぎへの一步を

国立病院機構 名古屋医療センター 緩和ケア科
下山 理史

春は別れと出会いの時。苦楽を共にしてきた気心の知れた仲間との別れ、そして、不安と緊張とともに新しい仲間との出会いが待っている季節です。春はひとに様々な感情を引き起こします。そこから新たな一步が始まります。今年のがん対策基本法成立から10年の節目です。診断時からの緩和ケアが推進されてきましたが、これから緩和ケアはどこに進んでいくのでしょうか？

医療は進歩し、不治の病であると思われていた病気も治りうる時代になり、悩ましい症状もより和らぐようになってきました。一方で多くの方々が、未だ病により様々な苦しみを感じ、様々な日常生活の困難さにぶつかっています。私たち医療者は、まず患者さんやご家族を知り、抱えている苦痛を理解し、それを和らげるよう日々努力しています。これが治療の第一歩であり緩和ケアの第一歩でもあります。

この10年で専門的緩和ケアを提供する緩和ケアチームやホスピス・緩和ケア病棟、また在宅緩和ケアを提供される医療者の数は飛躍的に増えました。基本的緩和ケアも、緩和ケア研修会などのおかげで全国的に広がりつつあります。少しずつつかみませんが緩和

ケアを提供する体制は、整いつつあるのです。オンコロジストの方々も近年では病気のことだけでなく様々な症状の緩和にまで幅広く目を配られており、総合的に治療・ケアが提供されるようになって来ました。しかし、いまだ緩和ケアが十分に行き渡っているとは言えません。痛みを我慢している方は多いですし、病気の治療のことだけしか病院では話せないという方も多くいらっしゃいます。いつになったら患者さんやご家族は、苦痛のない療養生活を送ることができるようになるのでしょうか。

私たちは、患者さんやご家族の生きる希望を支えるために、医療者として日々働いています。哲学者の鷲田清一先生はかつて大阪大学の卒業式で、精神科医の中井久夫先生から教わった copresence (「いてくれること」という言葉を用いてこう語ったそうです。「じっと見守ってくれる人がいるということが、人をいかに勇気付けるか」。これは緩和ケアの真髄を端的に表しています。生きることには様々な困難が付きまといまいます。困難を乗り越えようとするとき、そばにいてくれるひとがいれば誰しも心強いものです。症状を和らげ、療養生活の質を向上していくことはもち

ろん大事なのですが、同時に忘れてならないことが、このcopresenceです。これからの緩和ケアでは、病と共生しながら、ある意味当たり前なのだけれど大切なことであるcopresenceをどのような立場であれ常に心に留めつつ、ともに歩いていくことこそが、求められているように思います。

6月17日、18日には第21回の学術大会が、国立京都国際会館・グランドプリンスホテル京都にて細川豊史理事長・大会長の下、～あなたらしさに寄り添って～“愛と思いやり・・・そしてユーモア・・・”をメインテーマとして行われます。すべての人たちがあなたらしさを大切にしながら日々暮らせるような社会を、共に考え、取り組むための次への一歩となることを期待しています。どうぞ皆さん奮ってご参加下さい。そして、志を同じくする仲間と一緒に学んでみませんか？

1. がん悪液質によって家族介護者はどのような影響を受けているか： 質的研究のシステマティックレビュー

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

Wheelwright S, Darlington AS, Hopkinson JB, Fitzsimmons D, Johnson C. A systematic review and thematic synthesis of quality of life in the informal carers of cancer patients with cachexia. *Palliat Med.* 2016 Feb;30(2):149-60.

【目的】

悪液質を有するがん患者の家族介護者のQOLの影響を同定する。

【方法】

「がん」「悪液質・体重減少・食欲・栄養など」「QOL」「介護者・家族」などをキーワードに、1980年～2015年の質的研究をシステマティックレビューし、テーマを統合した。PRISMAガイドラインに従ってシステマティックレビューを行い、Thomasらの提唱した方法によりテーマ統合を行った。

【結果】

システマティックレビューにより16研究からがん悪液質患者の家族のQOLに関する57のコードが抽出され、質的内容分析により5つのカテゴリーが同定された。

「日々の生活への影響」は、家族介護者が患者の食事摂取低下とその影響に日々直面し、患者の栄養摂取について責任感を抱き、食事について思い悩み、場合によっては家族自身の食事摂取にも影響を受けてしまうことである。

「患者の世話」は、家族介護者が患者の栄養摂取について抱く責任感を肯定的にとらえ、家族から見て適切な栄養摂取を与えることで患者を守っているという感覚を得る。患者を守るために食事に関する会話を避けることもある。

「外部支援の必要性」は、家族介護者は在宅医療者による支援を必要としており、在宅医療者が体重減少を問題としてとらえていなかったり適切なケアが提供できなかったりする場合に家族は怒りや孤独感を感じてしまうことである。

「患者との対立」は、家族介護者が患者に健康的で適切な量の食事摂取を期待するため、必要以上に

食べさせようとしてしまったり食事の内容で意見があわなかったりすることである。

「情緒的反応」は、患者が悪液質となることで引き起こされる家族介護者の陰性感情で、怒り、心配、恐れ、悲しみなどがある。

【結論】

がん悪液質は家族介護者にも様々な影響を与えている。がん悪液質による家族介護者への影響を同定することで、患者・家族のQOL向上につながりうる。

【コメント】

終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン2013年版に「精神面・生活への影響」として経口摂取低下時の家族のつらさについて記載があるが、本研究により経口摂取低下による家族のQOLに対する影響がより詳細に記述された。食欲低下は終末期特有の問題ではなく、中等度以上の食欲不振は進行がん患者の半数にみられると報告されている。家族は患者の食欲不振に対し在宅で長期間直面することとなり、医療者が認識している以上に家族は困難を感じているのかもしれない。栄養摂取に関する家族ケアがより早期から必要である可能性が示唆された。

2. フェンタニル舌下錠の吸収に及ぼす唾液分泌不良の影響

岩手医科大学薬学部 臨床薬剤学講座
岩手医科大学附属病院 薬剤部 佐藤 淳也

Davies A, Mundin G, Vriens J, Webber K, Buchanan A, Waghorn M. The Influence of Low Salivary Flow Rates on the Absorption of a Sublingual Fentanyl Citrate Formulation for Breakthrough Cancer Pain. *J Pain Symptom Manage.* 2016 Mar;51(3):538-45.

【目的】

がん性疼痛における突出痛に対してフェンタニル口腔吸収剤は、効果発現が早くその対処に有効な製剤である。しかし、フェンタニル口腔吸収剤は、吸収される過程で唾液による溶解が必要である。従って、唾液分泌が不十分な患者においてフェンタニル口腔吸収剤の効果が不良となる可能性があり、本研究は、薬物動態の側面からその影響を検証した。

【方法】

対象は、経口モルヒネ換算60mg/日以上オピオイドを使用中で、唾液分泌量が0.1mL/分未満と通常の0.3～0.4mL/分より少ない9名の固形癌患者。これら患者には、介入なし(Phase1)→水を口に含

んだ後 (Phase2) → 5 ~ 10mg のピロカルピン塩酸塩を服薬し、唾液分泌量が >0.1mL/分 に増えた後 (Phase3) の3条件において、200 μ g のフェンタニル舌下錠 (Abstral) を口腔内投与し、180分までの経時的採血から血中フェンタニル濃度を測定した。

【結果】

Phase1 ~ 3の最高血中濃度到達時間の中央値は、それぞれ0.83および0.50、0.67時間と唾液分泌が少ないPhase1では、血中濃度上昇までの時間が延長した。Phase2 およびPhase3の最高血中濃度は、Phase1の139%および155%まで有意に増加した。同様にフェンタニルの血中吸収量を示すAUC₀₋₃₀は、150%および207%と同様に有意に増加したが、AUC₀₋₁₈₀の有差はなかった。

【結論】

唾液分泌が少ない場合、フェンタニル口腔吸収剤の最高血中濃度到達時間は遅延し、30分までのAUCも著しく減少した。口に水を含むこととピロカルピン塩酸塩内服との差は、いずれの指標とも認められなかった。これらの結果は、唾液分泌機能に関わらず口腔内の保湿度がフェンタニル口腔吸収剤の薬物動態に影響することを立証したものである。

【コメント】

レスキュー麻薬に求められる特徴は、突出痛に対処するような即効性と副作用に繋がらないよう短時間の効果があることである。フェンタニル口腔粘膜吸収剤は、これらの点でレスキュー麻薬として理想的な薬剤である。今回の報告は、フェンタニル口腔粘膜吸収剤の効果に口腔内の保湿度が影響する可能性を示した論文である。終末期がん患者においては、唾液分泌減少や口腔乾燥を生じている患者は非常に多い。このように唾液分泌が少ない場合にもフェンタニル口腔粘膜吸収剤を効果的に使用するためには、水で含嗽あるいは飲水後に使用するなど口腔内の保湿にも目を向けて使用することが重要であると思われる。

3.ICUを除く入院患者におけるせん妄の予防的介入効果：コクランレビュー

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

国立がん研究センター東病院先端医療開発センター
精神腫瘍学開発分野 小川 朝生

Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, Teale EA, Young J,

Taylor J, Simpkins SA. Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Mar 11;3:CD005563. [Epub ahead of print]

【目的】

せん妄は入院中に起こり得る精神症状の一つであり、患者と家族の苦痛を伴う。本研究では、ICUを除く入院患者のせん妄に対する予防的介入効果を系統的レビューにより明らかにすることである。

【方法】

2015年12月までにデータベースに発表された、せん妄に対する予防的介入でランダム化比較試験を行なった論文を抽出した。

【結果】

3,383本抽出され、そのうち適格基準に該当した論文は39本であった。非薬物療法では、通常ケア群よりも複合的介入群でせん妄の予防効果を認めたが (リスク比 0.69, 95% 信頼区間 0.59-0.81)、サブグループ解析では、認知症患者を対象とした場合、せん妄の予防効果は認められなかった (リスク比 0.90, 95% 信頼区間 0.59-1.36)。薬物療法では、コリンエステラーゼ阻害薬、抗精神病薬全体としてせん妄の予防効果が認められなかった (リスク比 0.68, 95% 信頼区間 0.17-2.62; リスク比 0.73, 95% 信頼区間 0.33-1.59)。メラトニン・アゴニストでは、プラセボ群との比較でせん妄の予防効果は認められなかった (リスク比 0.41, 95% 信頼区間 0.09-1.89)。また、Bispectral Index (BIS) による麻酔管理では、BISを用いない、または臨床判断による麻酔管理よりも術後せん妄の予防効果が認められた (リスク比 0.71, 95% 信頼区間 0.60-0.85)。

【結論】

ICUを除く入院患者のせん妄に対する予防的介入効果として、非薬物療法でエビデンスが強く支持され、薬物療法 (コリンエステラーゼ阻害薬、抗精神病薬、メラトニン・アゴニスト) でエビデンスは支持されなかった。術後せん妄への予防効果としては、BISによる麻酔管理でエビデンスは支持された。

【コメント】

せん妄は、治療的介入と予防的介入に大別され、本研究はせん妄の予防的介入効果に関するエビデンスの2007年からのアップデートである。わが国で実証された、メラトニン・アゴニストであるラメルテオンは、本研究ではエビデンスが支持されなかったが、Hattaらの行った二次解析では認知症患者で予防効果を認めており今後エビデンスの集積が期

待される (Hatta K. et al. JAMA Psychiatry. 2014; JAMA. 2015)。一方、非薬物療法においては一定のエビデンスが支持されている。Inouye らによる The Hospital Elder Life Program (HELP program) では、多職種チームによる複合的介入によりせん妄の発症だけでなく、在院日数、身体機能や認知機能の変化などの介入効果を認めている (Inouye, SK. et al. J Am Geriatr. 2000; Hshieh TT. et al. JAMA Intern Med. 2015)。わが国では、共著者らがせん妄に対する非薬物療法として多職種協働介入によるプログラム (Delirium Team Approach Program: DELTA Program) の開発を進めている。

4. 前立腺がん患者における心理的ストレスや短期的な益を優先することの緩和ケアに対する選好との関連

東北大学大学院医学系研究科 地域保健学分野
青山 真帆

Gerhart J, Asvat Y, Lattie E, O'Mahony S, Duberstein P, Hoerger M. Distress, delay of gratification and preference for palliative care in men with prostate cancer. *Psychooncology*. 2016 Jan;25(1):91-6.

【目的】

意思決定に関する先行研究において、心理的ストレスが強い時には、長期的な益よりも、短期的な益を優先させる傾向にあることが明らかとなっている。したがって、ストレスを抱えている患者は、緩和ケアによって心理社会的なストレスが軽減されるにも関わらず、将来的な Quality of Life (QOL) の改善という長期的な問題よりも、現在緩和ケアに関する話し合いを避けることを優先させるかもしれない。本研究の目標は、前立腺がん患者における心理社会的ストレスや短期的な益を優先することと緩和ケアに対する選好との関連を明らかにすることである。

【方法】

前立腺がん患者 212 名を対象とし、自記式質問紙調査を実施した。心理社会的ストレスは、短期的な益を優先する度合いを媒介とし、緩和ケアの選好と関連しているという仮説を明らかにするため、調査内容には、抑うつ・不安に関する尺度 (the depression anxiety stress scales anxiety and depression symptoms)、短期的な益の優先度を評価

する尺度 (the delay of gratification inventory)、緩和ケアに対する選好に関する項目 (化学療法の効果が期待できない際には医師に告げられたいと思うかどうか) が含まれた。

【結果】

対象者の平均年齢±標準偏差は 62 ± 8 歳、94% が白人、27% が進行がんであった。単変量解析の結果、抑うつが強い群はそうでない群と比較して緩和ケアに対して 2.7 倍消極的であり有意な差が認められた ($p=0.019$)。不安については有意な差は認められなかったが、不安が強いと 2.1 倍緩和ケアに対して消極的であった ($p=0.106$)。多変量解析による媒介分析の結果、単変量解析の結果、有意差がみとめられた抑うつと緩和ケアの選好の関連も、短期的な益の優先度を媒介しない場合には有意差は認められなかった。

【結論】

はじめに立てた仮説のとおり、心理社会的ストレスは、短期的な益を優先する度合いを媒介とし、緩和ケアの選好と関連していた。

【コメント】

本研究では、心理的なストレスの軽減が緩和ケアの導入や意思決定支援につながる可能性を示している。早期からの緩和ケアの効果は、近年 Temel らや Bakitas らによって明らかにされているが、臨床的には患者がそれを望まないまたは、緩和ケアについての話し合いを避けるような場合には導入が難しいことがある。患者の意思決定支援は心理社会的なストレスを軽減することとともに行うことの重要性を本研究では改めて示唆している。

5. 中程度がん疼痛に対する低用量モルヒネと弱オピオイドのランダムイズ比較試験

名古屋大学病院 薬剤部 宮崎 雅之

Bandieri E, Romero M, Ripamonti CI, Artioli F, Sichetti D, Fanizza C, Santini D, Cavanna L, Melotti B, Conte PF, Roila F, Cascinu S, Bruera E, Tognoni G, Luppi M. Randomized Trial of Low-Dose Morphine Versus Weak Opioids in Moderate Cancer Pain. *J Clin Oncol*. 2016 Feb 10;34(5):436-42.

【目的】

がん疼痛の管理に関する WHO ガイドラインは 3 ステップの鎮痛ラダーを痛みの程度に応じて順次行

うことを推奨している。しかし、中等度の痛みに対してステップ2の弱オピオイドか低用量のステップ3の強オピオイドのいずれを用いるべきかを結論づけるデータは不足している。本研究ではオピオイド初回使用患者における低用量モルヒネと標準用量の弱オピオイドの効果および忍容性を比較評価した。

【方法】

イタリアの非盲検多施設ランダム化試験で、中等度疼痛（Numerical Rating Scale(NRS) 4～6）を有するオピオイド投与歴のないがん患者240人をステップ2にあたる弱オピオイド（コデインまたはトラマドール（アセトアミノフェンとの合剤も可）、最大推奨用量に漸増）またはステップ3にあたる経口低用量モルヒネ（短時間型製剤5mg 4時間毎から開始し、3日間でタイトレーション後、徐放型相当用量に移行）群に割り付けた。7、14、21および28日後に疼痛の程度、副作用を評価した。主要アウトカムは鎮痛効果（NRSで20%以上の改善）が得られた患者数とした。

【結果】

240名のオピオイド未投与がん疼痛患者が低用量モルヒネ群（118名）と弱オピオイド群（122名）に割り付けられた。弱オピオイド群の内訳はコデインが99名、トラマドール単剤が19名、トラマドール、アセトアミノフェン合剤が4名だった。7日開始後における鎮痛効果は、低用量モルヒネ群で88.2%、弱オピオイド群で57.5%だった（odds risk, 6.18; 95% CI, 3.12 to 12.24; $P < 0.001$ ）。治療不十分による薬剤変更は弱オピオイド群で高頻度になされた。一方、嘔吐、便秘、口渴といった有害事象の頻度は両群でほぼ同等だった。

【結論】

中等度のがん疼痛を有する患者では低用量モルヒネは弱オピオイドよりも疼痛軽減に有用である。忍容性は良好で、早期からの効果発現も期待できる。

【コメント】

がん疼痛患者に対してステップ2を介した薬物治療を行うか否かは日常診療でも判断に迷う場面が多い。本研究ではその臨床疑問を解決すべくなされた検討であり、ステップ3での薬物治療において良好な鎮痛効果が得られることが示された。本研究では弱オピオイド投与群の多くがコデインを用いていた。本邦においては弱オピオイドとしてコデインに代わりトラマドールを用いることが多いこと、強オピオイドにおいても低用量オキシコドンを用いることが多いため、使用薬剤の背景が若干異なっていることが注意点である。

学会印象記

1. 第30回日本がん看護学会学術集会
印象記名古屋大学大学院 医学系研究科 看護学専攻
安藤 詳子

記念すべき第30回日本がん看護学会学術集会は、群馬大学大学院保健学研究科の神田清子会長により2016年2月20～21日、千葉の幕張メッセにて開催された。本会は、これまで臨床の看護部長の方々が会長を務めることが多かったが、今回、大学教授による開催となり、また、現在、会員5,300人を超え、広い会場確保による千葉での開催となった。当日は、まだ寒さが残り曇りから雨という空模様であったが、予定通り、本会メインテーマでもある「挑戦するがん看護～未来を拓く研究と実践の融合～」と題した会長講演から清々しく幕開けした。そして、特別講演2、パネルディスカッション1、30周年記念シンポジウムやガイドラインシンポジウムと他3、教育講演3、教育セミナー8、交流集会19、一般演題（口演・示説）53群549題と内容豊富な充実した企画となった。

本会設立1987年から30回目となった今回、記念シンポジウム「10年後のがん看護研究と社会への貢献」は、本会の象徴的な企画であった。本会理事長である慶應義塾大学看護医療学部長の小松浩子教授の座長により進行し、この30年で専門看護師や認定看護師制度をスタートし整備してきた活動において中核となりリードしてきた“がん看護”に、更なる強化を込めた真意と今後の展望が議論された。2007年「がん対策基本計画」から2012年の第2期計画で「患者家族に最も近い職種として医療現場での生活支援にも関わる看護領域については、外来や病棟などでのがん看護体制の更なる強化を図る」ことが提示され、「専門看護師・認定看護師などの適正配置」などが掲げられた経緯が報告され、その具現化が強調された。また、がん診断早期からの緩和ケアについて、厚生労働省委託事業として日本看護協会と当学会でテキスト作成と指導者育成にも取り組んできたことから、更なる緩和ケアの体制整備と充実が求められた。そして、効果的な実践を育むために、現場に必要な知見を見出すべく研究を重ねていく当学会が目指す方向を掲げてシンポジウムを終えた。

2. 日本臨床腫瘍薬学会 学術大会 2016
(第5回)医療法人社団慈成会 東旭川病院
里見 眞知子

2016年3月12、13日、鹿児島市において日本臨床腫瘍薬学会学術大会2016（第5回）が開催されました。本学会は、臨床腫瘍研究会として2011年3月、東京で発足記念シンポジウム&講演会開催予定でしたが、3月11日、東北大震災があり、6月25・26日に延期された経緯があります。当時の会員にとっては忘れられない日となりました。2013年3月開催の第2回から一般社団法人日本臨床腫瘍薬学会となり、今回で第5回を迎えた若い学会です。昨年2015年、一般社団法人日本がん看護学会、公益社団法人日本臨床腫瘍薬学会、一般社団法人日本臨床腫瘍薬学会の3学会合同の『がん薬物療法における暴露対策合同ガイドライン2015年版』が発表されました。欧米では1980年代頃から医療従事者の抗がん薬暴露防止のガイドラインに基づき、標準的な暴露対策がなされてきましたが、日本では明確な基準がないまま各施設に任せられてきました。このガイドラインにより、日本全国どの医療機関でもがん薬物療法がより安全に実施できる環境作りが可能になりました。

本学会はがん薬物療法に関する学術研究の進歩や科学的根拠のあるがん薬物療法の開発・普及により、抗がん剤による最善の治療効果の実現、副作用の軽減、重篤な健康被害の未然防止を図り、がん医療の発展や公衆衛生の向上に寄与することを目的としています。学会ではがん薬物療法（支持療法を含みます）に関する以下の内容を事業として、(1)学術大会、講演会、セミナー、研修会の開催 (2)病院と薬局の連携強化・推進 (3)臨床研究の支援、情報交換、相互交流の推進、調査研究の実施 (4)がん患者、家族に対する啓発 (5)専門性を有する薬剤師の養成・認定（2015年5月7日現在、外来がん治療認定薬剤師169名）が行われています。今回の大会では事前参加登録が約2,000名、口演69題、ポスター250題の計319演題、特別講演3題、10のシンポジウムと大きな学術大会に成長しました。

発足当初から、病院⇄薬局薬剤師の連携の強化・推進を目的としていますが、特に2025年問題を控え、本大会では地域医療連携について、『薬剤師が繋ぐ薬物療法の向上と実践～チーム医療から地域連携へ～』、『がん薬物療法における薬局薬剤師の役割

—がん化学療法、薬局でできること、できないこと、やるべきこと』、『たけしのTVタックル風、まだあるのか？ベルリンの壁（病院-保険薬局）～抗がん薬治療に対する保険薬局と病院薬剤師の連携を阻む壁はなにか？』と3シンポジウムが開催されました。また、市民公開シンポジウムでは「乳がん患者」「肺がん患者」「ストーマ患者」「小児がん患者と家族」「がん患者・家族」の声として、患者さんやご家族の声を直接聴くことができました。

本大会は教育プログラムが充実しています。特別講演1では Memorial Sloan Kettering Cancer Center の Stephen J. Harnicar 氏をニューヨークから迎え、がん薬物療法における薬理遺伝学について講義をしていただきました。遺伝薬理学を用いることで、医療チーム内で医師やスタッフに対して、また、患者さんに対して、その患者さんにあった薬、用法用量の提案が可能となる、薬剤師としてのすばらしい役割を学ぶことができました。また、がん薬物療法セミナー Basic（乳がん、大腸がん、泌尿器がん、血液がん）、Advanced（がん化学療法におけるスペシャルポピュレーションのマネジメント、高齢者の肺がん治療～非小細胞肺がん）の計8（それぞれ医師、薬剤師各1名計16名の講師による）、教育セミナー2題、臨床研究についてのシンポジウム2題と、とてもモチベーションが向上するプログラムになっていました。

よもやま話



「マレーシアのホスピスで、お茶でいっぷく」

名古屋掖済会病院 緩和医療科 部長
家田 秀明

はじめに

本稿に寄稿いただいた伊藤悠温さんは臨床仏教研究所のスピリチュアルケア研修で当院にて臨床仏教師の資格を取られた方です。北海道大学を出られた後に地元名古屋の住職としてのお仕事もなされながら、ボランティアとしても当院でお茶会の催しやら興味あるお話を下さっています。当院ではこのような僧侶の方が今では3人も気軽に入ってこられて患者さんの日頃の苦悩に向き合っています。現在伊藤悠温さんは東南アジアにて臨床宗教師としてご活躍なされており、世界の様々な事情をお伝え下さっています。

お茶のようにちょっと一服、一息いただければ幸いです。

伊藤 悠温（臨床仏教師）

「お茶でもどうですか？」「有難う、でも私はコピ（コーヒー）の方が好きだわ。お願いできる？」「私はプーアル茶をお願いします」—ここは浄蓮慈悲院という名前のホスピス。マレーシア北部・ペナン島の中にある7床だけの小さな施設です。10名ほどの職員とボランティアが常駐しており、静かで温かく、いつも家庭的な雰囲気が漂っています。設備は日本の医療現場と大差ありませんが、（介助が必要な方を除いて）食事がセルフサービスであることや、仏堂があって定期的に読経会が行われていることは大きな違いとして挙げられるでしょう。ご存知の方もおいででしょうが、マレーシアは多民族・多宗教の国家です。このホスピスは中華系である華人の方が開いた仏教系ホスピスであり、職員・患者も華人がほとんどですが、マレー系やインド系の方もいらっしゃいます。施設内ではマレー語や中国語や福建語、白人のボランティアの方が来れば英語も飛び交い、日本人である私にとっては多民族国家独特の生活環境はとても興味深く感じられます。

私は現在ペナン島で生活（僧侶として布教活動）していますが、このホスピスでは臨床仏教師として、傾聴活動やお茶を振る舞うといったボランティア活動を行っています。臨床仏教師は仏教教義を説く布教活動ではなく、（仏教者としての信仰を胸に保ちながら）仏教という生老病死、つまり私たちが日々の生活で遭遇するあらゆる種類の苦しみに向き合い、人々のそうした苦しみに寄り添っていこうと努める活動を行います。自死遺族支援、貧困支援、高齢者福祉など活動の領域は様々ですが、私は資格を取得する前から日本の終末医療の現場でボランティア活動を行ってきました。

とはいえ、こうした活動を行うときに「私は傾聴活動をしています。どうぞ悩みをお話下さい！」では、かえって話しにくくなるのは当然のこと。目の前にいる相手は人生で今日が初対面、という方がほとんど。そうした面識もない相手を前に何をしようか考えた結果、始めたのがお茶でいっぷくの呈茶活動でした。日本ではお抹茶や煎茶。マレーシアでは中国茶やコーヒー。それぞれ場所によって好みが変わるのが面白いところですが、お茶菓子とあわせてお出しすると、自然と会話が弾むのは不思議なことです。「お茶を飲んでひと息ついて、まずは気軽におしゃべりを楽しもう」—趣味の延長

でもあったこの活動は思った以上に反応が大きく、現在では職員の方も含め、「楽しみに待ってたんですよ」「今日は〇〇が飲みたいです」と言った嬉しい言葉もいただくことが多くなりました。

こうした活動をする中で特に印象深いのは、やはり予後幾ばくもない患者さんの言葉。「ああ、とっても美味しい。以前はよく飲んでいたので。最期にこんなに美味しい一杯がいただけるなんて思いもしなかった。幸せです。どうも有難う」。こうした言葉を述べて下さる方は(国に関係なく)案外と多いのですが、初めはこの言葉の意味をあまり理解できていませんでした。しかし、活動が続けるにつれて分かったことがあります。それは、お茶(コーヒー)を片手に誰かと喋る時間は、私たちにとって「何の変哲もない日常」のひとつを与えてくれるものだという事です。考えてみれば当たり前のことですが、どんなにホスピスが居心地よい雰囲気であっても、そこはやはり患者さんにとって日常生活の空間ではないのだということです。

「妻がいてくれるコーヒーが美味しくてね、一緒にテレビを見ながら飲んだんだ」「孫が金曜日に来てくれて、とりとめもないおしゃべりをするのが楽しみだったわ」。おしゃべりの中で色々な方が話されるのはこうしたありふれた日常のひとつ。私にできるのは一杯のお茶を出すことぐらいですが、目の前でしみじみと話される表情を見つめながら、いつも傾聴とは、寄り添うとは何だろうと考えています。何の変哲もない喋る時間がほんのひと時、誰かにとってありふれた日常の時間となればと願うばかりです。煎茶、抹茶、コーヒー、烏龍茶、プーアル茶、紅茶、今日はどんなお茶を持って行こうかと考える毎日です。



36年目の「ヒポクラテスたち」・対話篇

東北労災病院 腫瘍内科 丹田 滋

～職員食堂で出会ったがん治療医Aと緩和ケア医Bとの対話～

A「先日は(患者)Cさんを看取ってもらって、ありがとうね」

B「こちらこそ、結構長い期間を担当させてもらって本人や家族と良い関係ができたと思うよ」

A「そうだね。あの方は最後のケモ(抗がん剤療法)を終えてから、そちらのケアが良かったと思うけど、こちらが予想していたよりずっと延命されたよね」

B「その余命予測って、どうやるの？」

A「余命の『予測』はできないでしょう。Cさんは、ケモ中止の時点で大小含めて多発肺転移の状況だったから半年以内かなと勘と経験と度胸で『予想』したけど、結局1年以上すごされたので」

B「がん診断時に担当医から『余命×カ月』と告げられた、という話はよく聞くよね」

A「あるがん種のステージごとの生存期間中央値(Median Survival Time)というデータはもちろんあるけど、その値を『余命』期間としてそのまま目の前の患者さんやご家族に告げるのはナンセンスでしょう。よく言うけど『5年生存率』というデータも少なくとも5年前に治療を開始した

患者さんグループの成績なわけだし。ある治療レジメンをはじめるときに『先行研究では、この状況でのこの治療が有効な期間（Progression Free Survival）は×カ月でした』とは言えるかもしれないけど、これも効いた患者さん（responder）と効かなかった患者さん(non-responder)では大違いだよ」

B「さすがに発展著しい抗がん剤治療の先生らしい言い方だね」

A「逆に緩和医療の分野では生命予後予測について、さまざまな研究がされていると聞くけど」

B「自他覚所見で余命が週単位であるとか月単位であるとか判断するツールだね」

A「そうしたツールがend of life care段階に使うものとしたら、抗がん剤治療の適応判断にはあまり参考になりそうもないね」

B「さっきの『最後のケモ』だけど、やる・やらないの見極めや、ほんとの終了はどうやって決めているの？」

A「総論的には本人の意向・体力（臓器機能）とエビデンス（医学的適応）ということになるけど」

B「そうしたものが一致すればいいのだろうけど。たとえばレジメンもあとに（既治療レジメン数が多く）なればなるほど確固としたエビデンスは少なくなるよね」

A「おっしゃるとおりだし、ご存じのようにがん種によっては新薬がつぎつぎと登場して治療ガイドラインでの立ち位置（投与順序など）を争っている状況。さらに近年登場した免疫チェックポイント阻害薬のインパクトは医療費の問題も含めて治療分野ではとてつもなく大きい。意思決定やACP (Advance Care Planning)で情報提供が重要とあれば一通り、患者さんにはお話しざるをえないし…」

B「という治療医の立場では、抗がん剤治療は『やめ時がない』の？」

A「以前は抗がん治療をやめたら、たちまちがんが進行して患者さんが亡くなってしまうと思っていたけどそうじゃないこともある、Cさんのように。その感覚を裏付けてくれたのが、例のTemelグループの研究（2010年、NEJMなど）だろうね。進行がんにおいては、と条件をつけるけど抗がん剤治療のやめ時は、患者さんの心の声を尋ねることが有力な判断材料というかとても大切」

B「ならば医者から見たら有害無益という状況で患者さん自身に、それでも抗がん剤治療を続行してくれと言われたら？」

A「いるね、そうした患者さんは確かに。何人ものイケてる治療医がすでに指摘しているように、その抗がん剤治療の目的がなんなのか、患者さん自身を本当にhappyにするかどうかを考えてもらうことかな。『抗がん剤治療に積極的な治療医である私からみても、いまの状況での抗がん剤治療はかえってあなたの足を引っ張って寿命を短くすると思えます』と説明すれば、ほぼ全員が納得してくれると思うけど」

B「きみの専門性が、そこでは役立つわけだね」

A「ふふふ、それまでの治療を担当している期間の長さや、その間のつきあい方、つまり患者さんとの信頼関係が説得力を増していると言ってほしいな」

B「これは失礼。いつも思うんだけど、進行がんの治療レジメンが悪化（Progressive Disease）によって変更・終了する時って治療担当医にも辛いよね？」

A「深刻な bad news tellingだよ。昔はぼくも悩んだけれど、あるときASCOの教育カリキュラムである言葉をみつけて正直救われたような気がしたよ」

B「どういった？」

A「ここにメモしているけど『標準的治療を受けていても、多くの患者は残念ながら治癒には至らない。悪性疾患の再発について(医師が) 個人的な失敗や責任とを感じる必要はない (It makes no sense to feel personal failure or responsibility for recurrence of the malignancy.) 失敗したというこの医師の個人的な感情が患者や家族とのコミュニケーションにおいてどのような影響を与えるかに気づくべきである』」

B「なるほどね」

100:1)。

家族中心社会は病室の様子にも表れていて、個室・大部屋を問わず、患者さんのベッドの脇には家族用のベッドがあります(写真①)。患者さんが入院すると誰かが必ず付き添います。cubicleと呼ばれるプライバシーのない大部屋(写真②)でもそれは同じです。

医師は(多くが欧米豪で訓練を受けているためでしょうか)、概して温かく紳士的でしたが、「緩和ケアも心のケアも大切にしたいのだけど、とにかく症例が多すぎてどうしていいかわからない」という感じでした。看護師の数がとても少なく(印象では100人くらいの病棟に数人)、十分なトレーニングを受けていないために、それが支持療法のレベルと著しく制限しているようでした。

緩和ケア医は国土に2,000人くらいいるとのこと(私信なので正確な数は不明です)ですが、疼痛管理以外で紹介されることは稀で、医師への啓発が必要だと言っていました。がんセンター常駐の精神科医もいましたが、「医師からせん妄以外で紹介が来ることはまずないから、ソーシャルワーカーから紹介してもらうことが多い」とのことでした。

インドはほとんどが在宅死です。病院死でない理由は、金銭的理由の他、病院に入院していても看護にあたる人は家族なので、家にいるのと同じで、わざわざ病院まで来る意味がないからだそうです。緩和ケア医にかかる患者さんはごくわずかで、最期まで主治医(オンコロジスト)か地元医師が主治医です。終末期では家族の誰かが医師のところに来て病状を説明し(時にはスマホで写真を見せながら)、薬をもらって帰る、あるいは、医師に電話をかけて指示を受ける、という感じだそうです。ホスピスはほとんど老人ホームに近い状態で空きがなかなか出ないようです。

他に面白かったのは、診察室や病室には靴を脱いで入るという慣習で、各診察室入口に大きな下駄箱がありました。衛生的な意味はあまりなさそうだなあと考えていたら、町のモスクで建物の敷地に入る時に靴を脱ぐ風習を見て、こういった精神性から来ているのかもしれないと面白く思いました。そのような目で見直すと私たちの日常でも科学的には不要な慣習が色々あるかもしれませんね。

最後に、日本の様子を尋ねられましたので、がん対策基本法、がん診療連携拠点病院、緩和ケアチームの要件などを話してきました。PEACE研修会みたいな研修を自分たちもできたらいいなあと、興味を持って受け入れられました。世界に誇れる日本の緩和ケア制度ですね。本学会に感謝です。



写真①



写真②

スピリチュアルペイン、緩和ケア病棟における音楽のちから

栃木県済生会宇都宮病院 緩和ケア科
粕田 晴之

当院の緩和ケア病棟は20床。院外からの紹介患者は緩和ケア科医師が受け持ちとなりますが、院内各診療科からの入棟患者は当該診療科主治医が引き続き受け持ち、緩和ケア科医師は主治医をサポートする役割を担っています。各診療科からの指示だしが診療科ごとまちまちなると看護業務にも差し支えるので、バイタル測定・治療・検査の適応やモルヒネの皮下注方法など、緩和ケア病棟として一定のルールを設定しています。

緩和ケア科医師は入棟判定会議で入棟可否をチェックし、入棟後はすべての患者を毎日回診し、必要に応じて主治医にアドバイスし、主治医が手術・検査などで対応できない場合は、緊急性の程度に応じて診療を代行しています。主治医と緩和ケア科医と、ダブルの眼で患者さん・ご家族を診ることができ、見逃しの少ない体制だと感じています。

今日は、その緩和ケア病棟での、音楽のチョットしたきっかけがスピリチュアルペインを癒したお話を紹介させていただきます。

前立腺がんの終末期、腹膜播種で経口摂取も困難になった患者さんが緩和ケア病棟に転棟してきました。当時は、室内だけでも歩けるようになりたいという意欲があり、指導すればベッド上で膝を持ち上げる動作に取り組むなどの姿勢も見られていました。しかし、病状の進行に伴ってベッド上での動きも少なくなり、「こんな身体で生きていても仕方がない、早く終わりにしたい」「眠らせてくれ」などの訴えが始めました。奥さまから見た患者さんの性格は、「言葉少なく一本気。人一倍神経質で、がん診断時、再発時には大きなショックを受けた。」とのことでした。何度か対話を試み、元気に過ごしておられた頃の仕事の話や、余暇の趣味の話などを引き出そうとしましたが、話はあまり弾みませんでした。

対話の幅を広げられるようにとの思いから、兄弟の中で最も仲の良いという妹さんにも来院していただき、子供時代からの生活歴をおききました。「喧嘩はよくした、短気だったが後はサバサバしていた。」「しばしば川へ釣りに。ゴルフ、麻雀も結婚前から」などの情報を得ましたが、患者さんとの対話はあまり発展しませんでした。奥さまは涙ぐみながら「眠らせて欲しいと言ってるんです。眠らせて下さい」とややパニック状態で、泌尿器科主治医からも「鎮静」について相談を受けました。そんな中でのある日、看護師が「今日はお二人の結婚記念日」であることを知り、花束を準備、夕方にスタッフが二人を囲んでお祝いしました。患者さん以上に奥さまの顔が和んだのが印象的でした。

その3日後、その日は、短大・音楽療法学科の学生たちが、ボランティアで毎月1回音楽演奏にきてくれる日でした。デイルームで演奏が始まるなか、看護師が、患者さんをリクライニングチェアに乗せてデイルームまでお連れしました。すると、いつもは口数少なく受動的と思われていた患者さんが「アザミの歌」をリクエストしたのです。学生が「アザミの歌」を歌い始めると、小さな声でしたが患者さんの口も動きました。奥さまは寄り添いながら涙を流しました。

そして、この日を境に、「眠らせてくれ」という言葉は聞かれなくなったのでした。このあと、青木光一の「柿の木坂の家」、三橋美智也の「古城」などがカラオケの持ち歌であったことを知りました。「アザミの歌」を含め、いずれもA調の哀愁を帯びた曲で、患者さんの性格の一部をうかがい知ることができたのですが、患者・ご家族との対話のなかで、「患者さんは歌に興味がある」ということを引き出せなかったのは大きな反省点でした。

それからは、訪室時には素人ながらハモニカを携帯し「アザミの歌、古城」など、哀愁を帯びた曲の演奏に努めました。患者さんは声にならない声で歌ってくれて、終わると小さく手ばたきし、微笑んでくれるのでした。そして、それから約3週後に旅立たれました。

緩和ケア病棟ダイルームでは、日替わりで毎日3人前後のボランティアが患者・ご家族に接して下さっていますが、その他に、毎週火・木・金曜日にはボランティアの音楽家の方々が曜日替わりで来て下さっています。歌や演奏が始まると、患者さんは生き返ったように眼を輝かせ、頭や身体を動かしてリズムをとり、歌い、そしてそれを見たご家族の顔がほころぶのを何度も目にしてきました。その度に、「音楽のちから」に感嘆してしまいました。昨春から、日本音楽療法学会認定音楽療法士が毎月1回ボランティア参加して下さっているのですが、病院がその実績と有用性を認め、間もなく正式に非常勤契約を結べることになっています。私はハモニカのレパートリーを増やす努力をしています。改めて、音楽のちからは偉大です！

音楽療法士に紹介されて素敵な本に出会いました。

「ラストソング 人生の最期に聴く音楽」佐藤由美子著 ポプラ社 2014年12月出版 本体1,200円

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12月～2016年2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(23-27), 2016;374(1-8)】

1. ホジキンリンパ腫治療後 40 年間の二次発がんリスク

Schaapveld M, Aleman BM, van Eggermond AM, Janus CP, Krol AD, van der Maazen RW, et al. Second Cancer Risk Up to 40 Years after Treatment for Hodgkin's Lymphoma. N Engl J Med. 2015;373(26):2499-511.

2. 病院での臨死期ケアの総説

Blinderman CD, Billings JA. Comfort Care for Patients Dying in the Hospital. N Engl J Med. 2015;373(26):2549-61.

3. オピオイド乱用とヘロイン乱用の疫学的関係 (総説)

Compton WM, Jones CM, Baldwin GT. Relationship between Nonmedical Prescription-Opioid Use and Heroin Use. N Engl J Med. 2016;374(2):154-63.

4. 高齢者の認知症発生率 (地域住民の 30 年間のコホート研究)

Satizabal CL, Beiser AS, Chouraki V, Chene G, Dufouil C, Seshadri S. Incidence of Dementia over Three Decades in the Framingham Heart Study. N Engl J Med. 2016;374(6):523-32.

【Lancet. 2015;386(10010-10012), 2016;387(10013-10021)】

5. 救急外来での小児患者の疼痛管理

Krauss BS, Calligaris L, Green SM, Barbi E. Current concepts in management of pain in children in the emergency department. Lancet. 2016;387(10013):83-92.

6. 中国の死因別死亡率

Zhou M, Wang H, Zhu J, Chen W, Wang L, Liu S, et al. Cause-specific mortality for 240 causes in China during 1990-2013: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2016;387(10015):251-72.

7. 英国の平均余命の 1991 年と 2011 年の比較

Jagger C, Matthews FE, Wohland P, Fouweather T, Stephan BC, Robinson L, et al. A comparison of health expectancies over two decades in England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. Lancet. 2016;387(10020):779-86.

8. 女性の幸福感のその後の予後への影響

Liu B, Floud S, Pirie K, Green J, Peto R, Beral V, et al. Does happiness itself directly affect mortality? The prospective UK Million Women Study. Lancet. 2016;387(10021):874-81.

【Lancet Oncol. 2015;16(16), 2016;17(1-2)】

9. 持続的鎮静の予後への影響 (J-Proval 研究)

Maeda I, Morita T, Yamaguchi T, Inoue S, Ikenaga M, Matsumoto Y, et al. 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;17(1):115-22.

10. オピオイド鎮痛薬のバリア：中東欧 11 カ国の法律と規制のレビュー

Vranken MJ, Lisman JA, Mantel-Teeuwisse AK, Junger S, Scholten W, Radbruch L, et al. Barriers to access to opioid medicines: a review of national legislation and regulations of 11 central and eastern European countries. Lancet Oncol. 2016;17(1):e13-22.

【JAMA. 2015;314(21-24), 2016;315(1-8)】

11. 乳がん化学療法中の LHRH アナログ製剤 Triptorelin による卵巣機能抑制の長期効果：第Ⅲ相試験

Lambertini M, Boni L, Michelotti A, Gamucci T, Scotto T, Gori S, et al. Ovarian Suppression With Triptorelin During Adjuvant Breast Cancer Chemotherapy and Long-term Ovarian Function, Pregnancies, and Disease-Free Survival: A

- Randomized Clinical Trial. JAMA. 2015;314(24):2632-40.
12. 胸腔ドレーンのサイズと鎮痛薬の第Ⅲ相試験：悪性胸水の胸膜癒着術での痛みと有効性
Rahman NM, Pepperell J, Rehal S, Saba T, Tang A, Ali N, et al. Effect of Opioids vs NSAIDs and Larger vs Smaller Chest Tube Size on Pain Control and Pleurodesis Efficacy Among Patients With Malignant Pleural Effusion: The TIME1 Randomized Clinical Trial. JAMA. 2015;314(24):2641-53.
 13. 就業中の大腸がん患者の有給病気休暇と経済的負担感の関係（短報）
Veenstra CM, Regenbogen SE, Hawley ST, Abrahamse P, Banerjee M, Morris AM. Association of Paid Sick Leave With Job Retention and Financial Burden Among Working Patients With Colorectal Cancer. JAMA. 2015;314(24):2688-90.
 14. 慢性便秘の診断・治療のレビュー
Wald A. Constipation: Advances in Diagnosis and Treatment. JAMA. 2016;315(2):185-91.
 15. 終末期がん患者の死亡場所・医療利用・医療費の欧米7カ国での比較
Bekelman JE, Halpern SD, Blankart CR, Bynum JP, Cohen J, Fowler R, et al. Comparison of Site of Death, Health Care Utilization, and Hospital Expenditures for Patients Dying With Cancer in 7 Developed Countries. JAMA. 2016;315(3):272-83.
 16. がん終末期の積極治療の指標と遺族による終末期医療評価との関連
Wright AA, Keating NL, Ayanian JZ, Chrischilles EA, Kahn KL, Ritchie CS, et al. Family Perspectives on Aggressive Cancer Care Near the End of Life. JAMA. 2016;315(3):284-92.
 17. 死亡者の職業・学歴と死亡場所の関連（短報）
Blecker S, Johnson NJ, Altekruze S, Horwitz LI. Association of Occupation as a Physician With Likelihood of Dying in a Hospital. JAMA. 2016;315(3):301-3.
 18. 医師、弁護士、その他の市民での終末期医療の比較（短報）
Weissman JS, Cooper Z, Hyder JA, Lipsitz S, Jiang W, Zinner MJ, et al. End-of-Life Care Intensity for Physicians, Lawyers, and the General Population. JAMA. 2016;315(3):303-5.
 19. 成人の抑うつスクリーニング：米国予防医学作業部会の推奨
Siu AL, Force USPST, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, et al. Screening for Depression in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2016;315(4):380-7.
 20. 代謝性アルカローシスを伴う COPD 患者の人工呼吸管理に対するアセタゾラミドの RCT (DIABOLO study)
Faisy C, Meziani F, Planquette B, Clavel M, Gacouin A, Bornstain C, et al. Effect of Acetazolamide vs Placebo on Duration of Invasive Mechanical Ventilation Among Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2016;315(5):480-8.
 21. 急性筋骨格痛への局所 NSAIDs の総説
Derry S, Wiffen P, Moore A. Topical Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs for Acute Musculoskeletal Pain. JAMA. 2016;315(8):813-4.
- 【JAMA Intern Med. 2015;175(12), 2016;176(1-2)】
22. 栄養不良の入院患者に対する栄養サポートとアウトカム：系統レビューとメタ分析
Bally MR, Blaser Yildirim PZ, Bounoure L, Gloy VL, Mueller B, Briel M, et al. Nutritional Support and Outcomes in Malnourished Medical Inpatients: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med. 2016;176(1):43-53.
 23. 肺炎患者の DNR 指示と病院死亡の関連
Walkey AJ, Weinberg J, Wiener RS, Cooke CR, Lindenauer PK. Association of Do-Not-Resuscitate Orders and Hospital Mortality Rate Among Patients With Pneumonia. JAMA Intern Med. 2016;176(1):97-104.
 24. 一般病棟での看護師による尿道留置カテーテル抜去アルゴリズムの効果検証（短報）
Leis JA, Corpus C, Rahmani A, Catt B, Wong BM, Callery S, et al. Medical Directive for Urinary Catheter Removal by Nurses on General Medical Wards. JAMA Intern Med. 2016;176(1):113-5.
 25. 腰痛予防の系統レビューとメタ分析
Steffens D, Maher CG, Pereira LS, Stevens ML, Oliveira VC, Chapple M, et al. Prevention of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med. 2016;176(2):199-208.
 26. プロトンポンプ阻害薬)の使用と慢性腎臓病との関連
Lazarus B, Chen Y, Wilson FP, Sang Y, Chang AR, Coresh J, et al. Proton Pump Inhibitor Use and the Risk of Chronic Kidney Disease. JAMA Intern Med. 2016;176(2):238-46.
 27. 血液腫瘍医の EOL discussion のタイミング：全国医師調査（短報）
Odejide OO, Cronin AM, Condrón N, Earle CC, Wolfe J, Abel GA. Timeliness of End-of-Life Discussions for Blood Cancers: A National Survey of Hematologic Oncologists. JAMA Intern Med. 2016;176(2):263-5.

【BMJ. 2015;351(8036-8038), 2016;352(8039-8046)】

28. 緩和ケアでの悪心・嘔吐の診断・治療のレビュー

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

29. 大うつ病の初期治療としての第二世代抗うつ薬と認知行動療法の比較：レビューとメタ分析

Amick HR, Gartlehner G, Gaynes BN, Forneris C, Asher GN, Morgan LC, et al. Comparative benefits and harms of second generation antidepressants and cognitive behavioral therapies in initial treatment of major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2015;351:h6019.

30. NICE による臨死期ケアのガイドラインの紹介

Ruegger J, Hodgkinson S, Field-Smith A, Ahmedzai SH, guideline c. Care of adults in the last days of life: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2015;351:h6631.

31. 転倒予防の複合介入 6-PACK プログラムの効果 (RCT)

Barker AL, Morello RT, Wolfe R, Brand CA, Haines TP, Hill KD, et al. 6-PACK programme to decrease fall injuries in acute hospitals: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2016;352:h6781.

32. 抗うつ治療での自殺傾向と攻撃性：レビューとメタ分析

Sharma T, Guski LS, Freund N, Gotzsche PC. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. *BMJ*. 2016;352:i65.

33. 高齢者の運動療法による転倒予防効果の RCT (LIFE Study)

Gill TM, Pahor M, Guralnik JM, McDermott MM, King AC, Buford TW, et al. Effect of structured physical activity on prevention of serious fall injuries in adults aged 70-89: randomized clinical trial (LIFE Study). *BMJ*. 2016;352:i245.

【Ann Intern Med.2015;136(11-12), 2016;164(1-4)】

34. 非がん性疼痛でのオピオイド過量摂取の既往と過量摂取の再発

Laroche MR, Liebschutz JM, Zhang F, Ross-Degnan D, Wharam JF. Opioid Prescribing After Nonfatal Overdose and Association With Repeated Overdose: A Cohort Study. *Ann Intern Med*. 2016;164(1):1-9.

35. 小児がんサバイバーの長期的な心機能

Mulrooney DA, Armstrong GT, Huang S, Ness KK, Ehrhardt MJ, Joshi VM, et al. Cardiac Outcomes in Adult Survivors of Childhood Cancer Exposed to Cardiotoxic Therapy: A Cross-sectional Study. *Ann Intern Med*. 2016;164(2):93-101.

36. 閉経後のほてりに対する鍼治療の RCT (非がん)

Ee C, Xue C, Chondros P, Myers SP, French SD, Teede H, et al. Acupuncture for Menopausal Hot Flashes: A Randomized Trial. *Ann Intern Med*. 2016;164(3):146-54.

【J Clin Oncol. 2015;33(34-36), 2016;34(1-6)】

37. 大腸がんでの化学療法と認知機能の関係

Vardy JL, Dhillon HM, Pond GR, Rourke SB, Bekele T, Renton C, et al. Cognitive Function in Patients With Colorectal Cancer Who Do and Do Not Receive Chemotherapy: A Prospective, Longitudinal, Controlled Study. *J Clin Oncol*. 2015;33(34):4085-92.

38. 発展途上国での緩和ケア提供のバリアの総説

Hannon B, Zimmermann C, Knaul FM, Powell RA, Mwangi-Powell FN, Rodin G. Provision of Palliative Care in Low- and Middle-Income Countries: Overcoming Obstacles for Effective Treatment Delivery. *J Clin Oncol*. 2016;34(1):62-8.

39. がん性疼痛に対する低用量モルヒネと弱オピオイドの RCT

Bandieri E, Romero M, Ripamonti CI, Artioli F, Sichetti D, Fanizza C, et al. Randomized Trial of Low-Dose Morphine Versus Weak Opioids in Moderate Cancer Pain. *J Clin Oncol*. 2016;34(5):436-42.

【Ann Oncol. 2015;26(12), 2016;27(1-2)】

40. 分子標的治療薬での脱毛のレビューとメタ分析

Belum VR, Marulanda K, Ensslin C, Gorcey L, Parikh T, Wu S, et al. Alopecia in patients treated with molecularly targeted anticancer therapies. *Ann Oncol*. 2015;26(12):2496-502.

41. 進行期胆道がんの予後因子

Bridgewater J, Lopes A, Wasan H, Malka D, Jensen L, Okusaka T, et al. Prognostic factors for progression-free and overall survival in advanced biliary tract cancer. *Ann Oncol*. 2016;27(1):134-40.

42. 中等度催吐性化学療法での悪心・嘔吐に対するホスアプレピタントの第Ⅲ相試験

Weinstein C, Jordan K, Green SA, Camacho E, Khanani S, Beckford-Brathwaite E, et al. Single-dose fosaprepitant for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting associated with moderately emetogenic chemotherapy:

results of a randomized, double-blind phase III trial. *Ann Oncol.* 2016;27(1):172-8.

43. 外来化学療法受診前のタブレットによる症状等の自己評価の第Ⅲ相試験

Strasser F, Blum D, von Moos R, Cathomas R, Ribi K, Aebi S, et al. The effect of real-time electronic monitoring of patient-reported symptoms and clinical syndromes in outpatient workflow of medical oncologists: E-MOSAIC, a multicenter cluster-randomized phase III study (SAKK 95/06). *Ann Oncol.* 2016;27(2):324-32.

【*Eur J Cancer.* 2015;51(18), 2016;52-54】

44. がん患者と一般市民の QOL の比較での年齢の影響

Quinten C, Coens C, Ghislain I, Zikos E, Sprangers MA, Ringash J, et al. The effects of age on health-related quality of life in cancer populations: A pooled analysis of randomized controlled trials using the European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-C30 involving 6024 cancer patients. *Eur J Cancer.* 2015;51(18):2808-19.

45. nab- パクリタキセル / ゲムシタビン療法での末梢神経障害

Goldstein D, Von Hoff DD, Moore M, Greeno E, Tortora G, Ramanathan RK, et al. Development of peripheral neuropathy and its association with survival during treatment with nab-paclitaxel plus gemcitabine for patients with metastatic adenocarcinoma of the pancreas: A subset analysis from a randomised phase III trial (MPACT). *Eur J Cancer.* 2016;52:85-91.

46. 骨転移患者でのデノスマブとゾレドロン酸による骨関連有害事象リスクの比較

Lipton A, Fizazi K, Stopeck AT, Henry DH, Smith MR, Shore N, et al. Effect of denosumab versus zoledronic acid in preventing skeletal-related events in patients with bone metastases by baseline characteristics. *Eur J Cancer.* 2016;53:75-83.

【*Br J Cancer.* 2015;113(11-12), 2016;114(1-4)】

47. 小児がんの予後と社会経済的因子の関係

Mogensen H, Modig K, Tettamanti G, Talback M, Feychting M. Socioeconomic differences in cancer survival among Swedish children. *Br J Cancer.* 2016;114(1):118-24.

48. HER2 陰性の転移性乳がんでのカペシタビン / ベバシズマブ併用の一次治療で手足症候群が治療効果の予測因子になる

Zielinski C, Lang I, Beslija S, Kahan Z, Inbar MJ, Stemmer SM, et al. Predictive role of hand-foot syndrome in patients receiving first-line capecitabine plus bevacizumab for HER2-negative metastatic breast cancer. *Br J Cancer.* 2016;114(2):163-70.

【*Cancer.* 2015;121(23-24), 2016;122(1-4)】

49. 抗がん治療中止のコミュニケーションに進行がん患者が望むこと

Umezawa S, Fujimori M, Matsushima E, Kinoshita H, Uchitomi Y. Preferences of advanced cancer patients for communication on anticancer treatment cessation and the transition to palliative care. *Cancer.* 2015;121(23):4240-9.

50. 若年がん患者の治療意思決定に望むこと

Weaver MS, Baker JN, Gattuso JS, Gibson DV, Sykes AD, Hinds PS. Adolescents' preferences for treatment decisional involvement during their cancer. *Cancer.* 2015;121(24):4416-24.

51. がんサバイバーの雇用と収入減少

Zajacova A, Dowd JB, Schoeni RF, Wallace RB. Employment and income losses among cancer survivors: Estimates from a national longitudinal survey of American families. *Cancer.* 2015;121(24):4425-32.

52. 頭頸部がんでの治療開始前の抑うつと治療後の予後や栄養状態との関連

Kim SA, Roh JL, Lee SA, Lee SW, Kim SB, Choi SH, et al. Pretreatment depression as a prognostic indicator of survival and nutritional status in patients with head and neck cancer. *Cancer.* 2016;122(1):131-40.

53. 強オピオイド鎮痛薬からフェンタニル貼付薬への換算比

Reddy A, Tayjasanant S, Haider A, Heung Y, Wu J, Liu D, et al. The opioid rotation ratio of strong opioids to transdermal fentanyl in cancer patients. *Cancer.* 2016;122(1):149-56.

54. 進行期腎臓がんでの手足症候群と粘膜炎による生活の障害の評価尺度の妥当性検証

Lai JS, Beaumont JL, Diaz J, Khan S, Cella D. Validation of a short questionnaire to measure symptoms and functional limitations associated with hand-foot syndrome and mucositis in patients with metastatic renal cell carcinoma. *Cancer.* 2016;122(2):287-95.

55. 家族介護者の QOL と社会的因子との関連 (CanCORS 研究)

Litzelman K, Kent EE, Rowland JH. Social factors in informal cancer caregivers: The interrelationships among social

stressors, relationship quality, and family functioning in the CanCORS data set. *Cancer*. 2016;122(2):278-86.

56. 骨髄増殖性腫瘍での倦怠感

Scherber RM, Kosiorek HE, Senyak Z, Dueck AC, Clark MM, Boxer MA, et al. Comprehensively understanding fatigue in patients with myeloproliferative neoplasms. *Cancer*. 2016;122(3):477-85.

57. オランダでの小児がんの支持療法の現状調査

Loeffen EA, Mulder RL, van de Wetering MD, Font-Gonzalez A, Abbink FC, Ball LM, et al. Current variations in childhood cancer supportive care in the Netherlands. *Cancer*. 2016;122(4):642-50.

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 恵一朗
 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) 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
 (担当委員) 坂下 明大

改訂版がいよいよ6月に発刊となります！

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り、「Minds ガイドライン作成の手引き」に忠実に従い作業を進めた。

第21回学術大会時には会員の皆様のお手元に届く予定であり、学術大会のシンポジウム「ここが変わった！！呼吸器症状ガイドライン2016年版」では、変更の概略と注意点をまとめて解説する予定であるので、ぜひご参加いただきたい。

ガイドラインの英文化も並行して進んでおり、英語圏に向けて成果を発信していく予定である。

2) 消化器症状ガイドライン改訂 WPG

(WPG 員長) 中島 信久
 (WPG 副員長) 新城 拓也、久永 貴之

2015年12月会議以降 CQの確定～1次スクリーニング
 2016年4月会議 1次スクリーニングの確定
 2016年4～6月 2次スクリーニング
 2016年7月会議 2次スクリーニングの確定
 2016年7～9月 エビデンス評価
 2016年9月会議 エビデンス評価を全体会議で検討

以後、12月、2017年3月頃に会議を行い、2017年後半の出版を目指しています。

3) 輸液ガイドライン英文化 WPG

(WPG 員長) 東口 高志
 (WPG 員) 二村 昭彦

「終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン2013年版」の英論文を作成し、投稿先を理事会の承認を経て、投稿し査読中となっています。

・進捗状況

2015年12月 日本語原稿を完成
 2016年1月 日本語原稿の英訳作業
 2016年2月 WPG員による英訳原稿の校正と外部委員による最終承認
 2016年3月10日 論文投稿（査読中）

4) 泌尿器症状ガイドライン作成 WPG

(WPG 員長) 太田 恵一朗
 (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ます。

外部評価委員による外部評価を終了しました。理事、代議員の皆様の評価をいただき、発刊の予定です。

・進捗状況（2016年3月現在の状況と予定）

2016年2月 外部評価終了
 2016年4月 理事、代議員による評価
 2016年4月23日 WPG会議にて、最終のチェック

2016年6月の発行を予定しています。

5) 補完代替療法ガイドライン改訂 WPG

(WPG 員長) 太田 恵一朗
 (WPG 副員長) 大野 智

2016年6月の発刊を目指して最終の作業を行なっている。

・進捗状況

2015年12月25日：出版社決定

2016年1月31日：原稿入稿
2016年2月28日：最終原稿確定（平成27年度第2回
会議）
2016年3月15日：初稿ゲラ校正

・今後の予定
今後、理事・代議員の評価を経て発行予定となっ
ている。

2. 緩和ケア普及に関する関連団体支援・ 調整委員会

緩和ケア普及に関する関連団体支援・調整委員会
委員長 大坂 巖

本委員会は、当学会において最も新しく設立された委
員会です。昨年度まで、委託事業委員会が厚労省委
託事業として開催していた「緩和ケア普及啓発関連団
体協議会」を発展させて設置された委員会という位置づ
けになります。

緩和ケアの普及啓発事業は本学会の重要な業務であ
り、委託事業委員会として加藤雅志前委員長と上村恵
一現委員長が尽力されてこられました。緩和ケアに関連
する研修会、市民公開講座や各種イベントなどを幅広く
展開され、オレンジバールンプロジェクト、ポスター、緩和
ケア研修会修了者用バッジなど様々なアイデアのもとに緩和
ケアを広める活動が現在も精力的に続けられています。
こうした普及啓発事業には本学会以外の学術団体の協
力が必要であるため、関連団体へ委託事業費からの支
援と「緩和ケア普及啓発関連団体協議会」を開催して
おりましたが、昨年度より委託事業の対象外となってしま
いました。学会としては、関連団体と協働を続けることは
必要不可欠であるとの結論に達し、本委員会が設立され
る運びとなりました。

委員会の目的は、緩和ケアを名実共に認知されるため
の普及啓発活動を行い、広く国民の健康推進に貢献す
ることです。そのための業務として、以下のことを行います。

- 1) 緩和ケアに関連する団体(以下、関連団体)と協同して
緩和ケアの普及啓発を行う
- 2) 緩和ケア普及啓発関連団体会議を開催する
- 3) 当学会における渉外担当としての役割を担う
- 4) 関連団体との催し(主催・共催・協賛・後援など)に関す
る支援と調整を行う
- 5) 関連団体との双方向性の情報交換を行う
- 6) 学会員への関連団体に関する情報提供を行う

緩和ケア普及啓発関連団体会議には、特定非営利

活動法人日本ホスピス・在宅ケア研究会、一般社団法人
日本ペインクリニック学会、一般社団法人日本緩和医
療薬学会、公益社団法人日本放射線腫瘍学会、一般
社団法人日本癌治療学会、公益社団法人日本麻酔科
学会、一般社団法人日本サイコオンコロジー学会、公益
社団法人日本臨床腫瘍学会、特定非営利活動法人日
本ホスピス緩和ケア協会、一般社団法人日本がん看護
学会の12団体が継続して参加していただくこととなっ
ておりますが、新たに6つの団体にも招聘を依頼する予定で
す。会議は年2回程度開催し、各方面での緩和ケアの
普及啓発に関する活動を支援していく予定です。

本委員会は特定非営利活動法人日本緩和医療学会
における渉外という立場に相当しますので、例えば学術
集会での合同プログラム、普及啓発に関する事業、教
育マテリアルの作成など他の関連団体と相談する窓口を
担当させていただくこととなります。そのためには、多くの
委員会(特に委託事業委員会、広報委員会、教育・
研修委員会など)との協力が欠かせませんし、委員は多
職種による構成が必要でした。そこで、副委員長は委託
事業委員として緩和ケア普及啓発関連団体協議会にも
出席されておられました池永昌之先生にお願いし、委員
は有賀悦子先生、上村恵一先生、岡本禎晃先生、木
澤義之先生、小山富美子先生、細川豊史先生、吉澤
明孝先生(五十音順)をお願いすることとなりました。

昨今の緩和ケアに関する学術団体の動向を俯瞰い
たしますと、複数の学術団体による共同声明や合同シ
ンポジウムなどが積極的に行われています。例えば、
2013年にEuropean Association for Palliative Care
(EAPC)は、International Association for Palliative
Care (IAHPC)、Worldwide Palliative Care Alliance
(WPCA)、Human Rights Watch (HRW)などの団
体と協同でプラハ憲章として”Palliative care as a
human right”を提唱しています。また、昨年はポスト
ンでAmerican Academy of Hospice and Palliative
Medicine (AAHPM)、American Society of Clinical
Oncology (ASCO)、American Society of Radiation
Oncology (ASTRO)、Multinational Association of
Supportive Care in Cancer (MASCC)などの学術団
体が協同でPalliative Care in Oncology Symposium
を開催しています。こうした潮流を鑑みますと、本邦にお
いても、緩和ケアに関連する学術団体の枠組みを超えた活
動が求められ、がん治療に限らず、在宅や非がん疾患な
どの学術団体との連携も重要になると考えられます。

誕生したばかりの委員会ではありますが、緩和ケ
アの普及を目指して関連団体と協調しながら、学会
のために、会員の皆様のために、そして患者さんと
ご家族のために、行動力のある委員会となることを

目指しております。今後ともよろしくお願ひいたします。

ーなどを通じてお伝えしていくようにしたいと思います。

3. 専門医制度検討委員会

緩和医療認定医制度（案）(Ver.2.1)

専門医制度検討委員会委員長 山本 亮

1) 新専門医制度について

（原稿執筆時点では延期されるのではないかとという憶測もされていますが）2017年度から新専門医制度が開始される予定です。緩和医療専門医に関しては、基本領域ではなく、サブスペシャリティ領域に属し、今後サブスペシャリティ領域専門医制度の議論が始まる形となります。当学会としては、プログラム整備指針案を作成していますが、今後の機構の動きを見ながら柔軟に対応していきたいと考えています。新しく設置する予定の研修指導医の養成についても1年間延期し、2017年度から開始する予定としました。流動的な要素が多いため、状況がわかり次第学会ホームページやニュースレターなどを通じてお伝えしていくようにしたいと思います。

2) 認定医制度創設について

専門医制度については、上記の通り今後プログラムに基づく研修を行うことが必要となっていきます。このため、現在緩和ケアに従事している医師が専門医として認定されることが難しくなることが予想されます。専門医機構の方針に準じて確固たる専門医を育成していくことは重要ではありますが、緩和ケアをより広めていくためには「認定医」という新たな枠組みを設けることにより、日本における緩和ケアのボトムアップを図ることも必要なのではないかという議論がなされました。「認定医」は現行の「緩和ケア研修会修了者」と「緩和医療専門医」の中間に位置付けられ、緩和ケアの現場で、専門的緩和ケアを提供している医師を認定していきたいと考えています。緩和医療認定医制度（案）は先日行われました理事会で承認され、現在代議員の皆様からのパブリックコメントを募集し、制度案を確定させていく作業に入っています。パブリックコメントでは、特に緩和ケアに従事している期間についてのご意見を多くいただきましたので、委員会で今後さらに議論を続けることとしました。

現時点では、2017年度に第1回の認定試験を行う方向で準備を進めていきたいと考えています。こちらについても随時学会ホームページやニュースレタ

緩和医療認定医の定義

緩和医療認定医とは、専門的緩和ケアを提供する場において必要な広い知識を持ち、緩和医療の進歩に基づく治療とケアに精通し、専門的緩和ケアを実際に提供している医師とする。

申請条件

- ①日本国の医師免許を取得している者
- ②初期研修を含め7年以上の臨床経験を有する者
- ③専門的緩和ケアの現場で6ヶ月以上の期間、臨床経験を積んだ者

なお、専門的緩和ケアの現場とは、緩和ケア病棟・病床、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアを指し、それぞれの場におけるEffort率は50%以上とする。さらに経験症例数について、緩和ケア病棟・病床においては50例以上、緩和ケアチームにおいては100例以上、在宅緩和ケアにおいては在宅看取り10例以上とする。

網掛け部についてはさらに議論を続ける

- ④本会学術大会に1回以上参加していること
- ⑤本会主催の教育セミナーを1回以上受講していること
- ⑥緩和ケア研修会を修了していること
- ⑦日本緩和医療学会会員歴が2年以上あり、受験申し込み時に会費を完納している者

申請時に提出する書類

- ①受験申請書
- ②医師免許証の写し
- ③担当患者の一覧表*
- ④本会学術大会参加を証明するもの（参加証などの写し）1部
- ⑤本会主催の教育セミナーを受講した証明になるもの（参加証などの写し）1部
- ⑥緩和ケア研修会修了證書の写し
- ⑦在職証明

*担当患者一覧表には、専門的緩和ケアの種別、患者の年齢、性別、疾患名、症例区分、担当期間を記載する（担当患者一覧表ファイルを利用）

受験資格と、受験申し込み時に提出する研修に関

する記録を満たし、緩和医療認定医資格認定試験に合格した者を緩和医療認定医として認定する。

緩和医療認定医資格認定試験

国民に信頼される緩和ケア医に要求される緩和医療全般の医学知識と臨床能力を評価するために行う試験。マークシートによる選択式の筆記試験を行う。

認定更新について

緩和医療認定医のレベル保持のため、更新試験を実施する

- 1) 緩和医療認定医の認定を受けたものは、本会の会員を継続し、その義務を果たさなければならない。認定後でも、会員としての資格を失えば、認定を取り消す
- 2) 認定更新のためには、本会学術大会および本会主催の教育セミナーに参加しなければならない。
- 3) 認定更新実施のため、緩和医療認定医は認定を受けてから5年を経たときに、認定更新の審査を受けなければならない。認定審査は、緩和医療認定医としての臨床実績と、緩和ケアの進歩に基づく医学的知識全般を評価するための更新試験からなる。
- 4) 何らかの理由により更新手続きを行えなかった場合は、2年間の猶予期間を認め、更新手続きを行うことができる。その場合の認定医資格の有効期間は、正規に手続きを行った場合の残余期間とする。

編集
後記

熊本の大震災も大惨事で、大勢が生活に困窮しています。心温かな多くの支援があり苦しい中にも希望があるようです。今回も生と死を再考させられました。余震で家が傾き翌日の本災で倒壊し途方に暮れた5人家族がニュースで映し出されました。長男は高校でボランティア活動を、末っ子の小学生は久しぶりの授業で「生きるとは？」という課題作文で「生きるとは家族みんなと一緒にご飯を食べること、そんな当たり前のことが大切だったと気づきました」と発表していました。涙がスーとあふれ止まりませんでした。この子の父親も映像を見て「こんな大変なことになって希望もなくなったように思えたけど、この子達がこんな風を感じてくれたなら、まだ良かったかもしれない」と語っていました。苦は単に苦ししいだけでないような気がします。もちろん耐えがたい苦痛はない方がいい、なくした方がいい。生と死のギリギリの中で苦だけに終わらず希望を絶やさないことが大事。見ざる、聞かざるで過ぎていく時代は終わり、誰もが生と死を身近に感じています。(家田 秀明)

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