

JSPM

Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会

ニューズレター

Aug 2016

72

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	27
理事・監事就任挨拶	29
Journal Club	40
学会印象記	45
よもやま話	46
Journal Watch	49
委員会活動報告	54

巻頭言

理事長就任の挨拶

理事長 細川 豊史

京都府立医科大学大学院 疼痛・緩和医療学講座



2012年6月に日本緩和医療学会の理事長を拝命して以来、瞬く間に2期4年が過ぎました。この間、日本緩和医療学会の運営、運用、また

それに関わる関連学会、緩和ケア研修会、協議会（現緩和ケア普及に関する関連団体支援・調整委員会）などに参加させていただき、在宅医、一般病院、訪問看護師、リハビリテーション、MSW、ケアマネージャー、そしてがん患者さんやそのご家族などの視点から見た緩和ケアの現状や問題点を知ることができました。

また厚生労働省委託事業、厚生労働省健康局がん対策課（現がん・疾病対策課）主催の「がん対策推進協議会」と「緩和ケア推進検討会：現がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」を通じて、医療政策としての緩和ケアの位置づけもかなり理解できるようになりました。また本年2016年6月には、第21回日本緩和医療学会学術大会を私の地元である京都で大会長として主催させていただきました。御協力、御参加有難う御座いました。

さて、この2年間で大きく動いたの

は、厚生労働省の緩和ケア担当課や検討会の名称変更に反映されているように、ほぼ“がん”のみであった本邦の緩和ケア対策が“がん”以外の疾患（取りあえずは循環器疾患）にも、拡がる方向性をはっきり出てきたことです。この6月の学術大会のシンポジウムで、「今年は、記念すべき『非がん緩和ケア元年』です。」と発言していただいたシンポジストの先生がおられました。私も含め学会員の皆さまの御仕事が益々増えることとなりますが、漸く本邦もこのような時代を迎えることが出来たと喜んでおります。

理事長として2期目を終え、4年前の就任時の公約はある程度果たせました。これで後進にとのつもりでしたが、もう1期勤めることとなりました。

というわけで、新たな課題に挑戦したいと思います。

①やはり、「研修医の2年間に緩和ケア研修会を終了する」を研修医の必須課程にする。今後の5年、10年先を考えれば、毎年4,000人が輩出される研修医への緩和ケア研修の必須化は意義あることと考え、その実現化に向かう。

②厚労省委託事業として「がん医療に携わる看護研修事業の看護師に対する緩和ケア研修事業」が立ち

上がりましたが、委託が終了すると同時に、その継続が懸念されています。今後の緩和ケアのがん以外の疾患への拡充を考えれば、看護師の緩和ケア研修は ELNEC-J を基盤とした運用を再考する。

もう2年頑張りたいと思います。御支援の程、どうぞ、宜しくお願い致します。

理事・監事 就任の挨拶

理事就任挨拶



千葉県がんセンター
精神腫瘍科
秋月 伸哉

この度、初めて理事に選出いただきました千葉県がんセンター精神腫瘍科の秋月伸哉です。代議員選挙、理事選挙でたくさ

んのご支援いただきありがとうございます。

私は1997年に広島大学医学部を卒業した際、「病気の苦しみは最終的にはこころが物事をどう受け止めるかではないか」「精神医学の技術は他の病気の苦しみを和らげるために役立てられるのではないか」と考え、リエゾン精神医学を学ぶため広島大学附属病院精神科、国立呉病院精神科で研修しました。その後精神腫瘍学に関心を持ち、1999年から国立がんセンター東病院、中央病院でレジデント研修、2004年から国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部室長、2009年から現職と、ほぼすべてのキャリアを精神腫瘍医としての臨床、研究活動に携わってきました。

日本緩和医療学会ではこれまで自身の経験を活かし、委託事業委員会、緩和ケア研修WPGを通じて緩和ケア研修の精神症状やコミュニケーション分野の責任者や、緩和ケアチーム自施設評価WPGで緩和ケアチーム活動の在り方や評価法を検討してきました。がん治療の中で様々な職種が患者や家族の心をケアすること、専門家が心のケアを通じて総合的に患者の苦痛を緩和できることの支援を引き続き行っていきたくと思います。

また、この度新しく将来構想委員長に任命いただきました。当学会は日本の緩和医療の広がりにおいて大きな責任と影響力を持った団体です。緩和ケアの専門家がどうあるべきか、学会として何に優先的に取り組んでいくべきか、地域それぞれの事情に応じて学会が何をすべきか、などなるべく広く会員の皆様の声をひろいあげ、整理して学会の方針決定に反映できるような委員会運営を心掛けたいと思っています。今後とも諸先輩の皆様のご指導、ご鞭撻をいただけますよう、よろしくお願い致します。

理事就任のご挨拶



大阪大学大学院医学系研究科
荒尾 晴恵

このたび、理事に当選させていただきましたこと、ご支援いただきました皆様に心より感謝申し上げます。看護系理事として、会員の皆様のご期待に応え

られるように努力していきたいと思っております。本学会は多職種で構成されており、2016年6月1日の会員数11,904名のうち、4,335名(36.4%)が看護師となっています。看護師の立場から看護の専門性を生かした発言や提言をすることは、緩和医療、緩和ケアの発展のために不可欠と感じています。

私の理事としてのこれまでの取り組みのうち、教育・研修委員会においては、医師を主な対象としてプログラムされていた教育セミナーに加えて、看護師や緩和ケア入門者を対象とした企画を提案し、緩和ケア入門セミナーとして継続開催することができました。さらに、これからの緩和ケアを担う看護師の人材の育成を目的に、緩和ケアを目指す看護師のセミナーを企画し、2014年度からスタートさせることができました。自身の緩和ケアの専門性をどのようにキャリアデザインしていくか、緩和ケアの先駆者からの応援メッセージやキャリアアップの実例を話してもらい、その後、参加者同士でディスカッションを行っています。今までにない形のセミナーとして、参加者の満足度も高く、申し込み開始から数日で定員に達するようになっています。

今期は、学術委員会を担当することになりました。学会の研究助成のありようを検討し、本会を構成する多職種が利用できるものにしていくことが必要と感じています。その結果、各々の専門性を活かした研究が生まれ、緩和医療、緩和ケアの質の向上に寄与できると考えます。もちろん、多職種で取り組む研究も必要です。学会としての研究支援のありかたを検討していきたいと思っています。

微力ではありますが、これまでの活動からの学びを生かし、緩和ケアの発展のために貢献できればと思っています。どうぞ宜しくお願いいたします。

副理事長就任および第 22 回大会長 始動のご挨拶



帝京大学医学部 緩和医療学講座
有賀 悦子

日頃から学会運営にお力添えを賜り、誠にありがとうございます。

この度、理事にご選出いただき、さらに副理事長として職務に当たらせていただくこととなりました。身の引き締まる思いでございます。

前期理事任期中は広報委員会を中心に、今期も引き続き、広報委員会から会員の皆様に向けて情報発信しながら、緩和ケア普及に関する関連団体支援・調整委員会、将来構想委員会とも共働してまいります。どうぞ、よろしく申し上げます。

さらに、来年 2017 年第 22 回日本緩和医療学会学術大会大会長を拝命しており、「集い対話する」をメインテーマに、双方向の情報交換、共有を目的とした場として、皆様をお迎えできるよう鋭意準備を進めています。二つのサブテーマには、「疾病と共に健やかさを生きるために」として、“人生を過ごしている患者さん”にとって疾病は一部であり、そこを含めながらも生きていくことに焦点を当て、もう一つのサブテーマとして「社会の中で生きる医療となるために」とし、緩和医療が社会に役に立ち、求められるものとなっていくためのプログラムを計画しています。特に、患者団体の皆様にお力添えをいただき、患者アドボケートラウンジを国立大ホールに通じるマリホールにて開催していくことといたしました。

Youtube の PR 動画、大会ホームページ、大会フェイスブックがすでに公開されています。`第 22 回緩和医療学会`で3つとも検索に上がってきますし、学会ホームページからも入ることができます。どうぞ、一度 Web サイトにお立ち寄りいただけますと幸いです。

その来年の 6 月はがん対策基本計画第 2 期が終わり、第 3 期へと入ります。この変革の期に相当する理事任期である 2 年間。薄学浅才の身ではございますが、一層の推進に、そして何よりも会員の皆様が学会の場を心地よく使っていただけるように、志をもって取り組んでいきたいと思っております。

末筆ながら会員の皆様のご発展とご健康を心よりお祈り申し上げ、ご挨拶とさせていただきます。

緩和医療学会の理事に就任して 一次の10年の方向性を決める大切な2年間—



市立札幌病院
精神医療センター
上村 恵一

2016 年 6 月から 2 期目の理事を勤めることになりました。会員の皆様におかれましては、今後ともなお一層のご指導や激励をいただければ幸いです。

私は 2001 年 3 月旭川医科大学医学部医学科を卒業後、北海道大学医学部精神医学講座へ入局し、その後独立行政法人国立病院機構札幌病院北海道がんセンターでの研修を経て、その後現在の市立札幌病院の精神科医師として勤務しております。2013 年 4 月に同院は精神科救急合併症病棟 38 床を増改築し、道央圏広く身体合併症を有する精神疾患患者と精神科救急を要する患者の対応にあたっています。

2006 年 6 月に成立した「がん対策基本法」および「がん対策推進基本計画」は 10 年目を迎え今年度は法改正が行われ、2017 年夏頃から次期がん対策推進基本計画が策定されるため、本年は今後のがん対策における緩和ケアの方向性を位置づける重要な 1 年と思われれます。2016 年 5 月 30 日には、がんなどにおける緩和ケアの更なる推進に関する検討会が発足され緩和ケアのさらなる推進のため心循環器疾患に対する緩和ケアの議論が始まっております。2016 年度は本学会が委託を受けている、がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修等事業も最終年度を迎えます。今年度も例年とほぼ同額の 120,988,000 円の交付申請を行っており、当会がここ 10 年のがん対策推進基本計画の推進に貢献した役割について総括し、実年度以降の新しい委託事業への橋渡しとしたいと考えています。会員諸氏においては、今年度も緩和ケア研修、普及啓発、コミュニケーション研修にご協力いただければ幸いです。

当会の理事として臨床現場の実情と国のがん対策における緩和ケアの方向性を繋ぎ、既存の内容に捕らわれない教育、普及啓発の方法を話し合い、多くの患者さんのつらさを和らげる一助とならせていただければ幸いです。

日本緩和医療学会理事に選出されて： 多様性と対話



国立がん研究センター
内富 庸介

この度、細川理事長の元、将来構想委員会、学術委員会に引き続き、健康保険・介護保険委員会の仕事をいただきました。

5～10年先を見据えた討論から直近の1～2年先の未来を検討する本委員会はスピードが勝負と考えています。緩和医療の発展に直結する結果が求められます。

これまでどおり、学会の意思決定のプロセスの透明化を図りつつ、対話不足となってしまった事項について、必要な議論ができる場を作成し、幅広く学会内から意見を集め、取りまとめ、各委員会と連絡を密にして学会全体としてのまとまりをもたせ、一貫性のある方針の一助となれればと考えております。

以上、2年間の任期を何とか全うし、有為の世代に引き継ぎたいと存じます。風通しのよい対話を心がけますので、委員会まで忌憚のないご意見を是非お寄せ下さい。よろしくお願いいたします。

ご挨拶



日本医科大学付属病院
消化器外科
太田 恵一朗

この度は、4期目の理事に選出いただきまして、誠に有難うございます。1期目は倫理・利益相反委員を務め、2～3期目は緩和医療ガイドライン委員長として、新規あるいは改訂作業に携わることができました。多くのWPG員の皆様のご協力に感謝申し上げますとともに、その労苦に深く敬意を表したいと思います。

さて、私は消化器腫瘍外科医として日夜診療に従事しています。また、この10数年はチーム医療を通じて緩和医療・ケアに積極的に関与して参りました。がん診療連携拠点病院における緩和ケアチームや栄養サポートチームの設立運営を担ってきました。文字通り、癌診療の初期段階からの緩和医療・ケアを実践しております。癌の緩和医療・ケアとは、

癌診療全体を支える医療・介護・福祉であると思います。さらにこれからの緩和医療・ケアは悪性疾患のみならず、その対象を広く治癒の見込みのない非悪性疾患症例や、救急医療、災害医療時の対応などへも向けていかなければなりません。

日本緩和医療学会も大きく育ち、職種横断的な観点からは、今や先輩格である一般社団法人日本癌治療学会をはるかに凌駕するに至りました。学会には、関係する多くの医療従事者が活動しやすい環境づくりが求められています。緩和医療・ケアの対象が広がれば、ますます他の関連学会、研究会や関係団体との連携が必要になって参ります。医療従事者以外の方々とも接する機会が増えてくることでしょう。今までの私の人的交流関係を活かし、本学会の更なる発展に微力ながら尽くしたいと思います。これからもよろしくお願い申し上げます。



日本医科大学付属病院 薬剤部
片山 志郎

この度は、日本緩和医療学会の理事を拝命戴きまして、誠にありがとうございます。

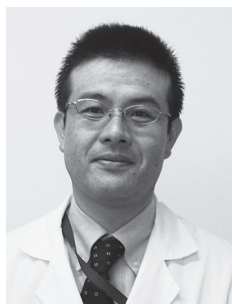
がんによる痛みや苦しみを和らげ、その人自身のあり方を取り戻し、その状態を最後まで保ち続ける。今日、緩和医療の目的の一つでもあるこのテーマに寄せられる国民の期待は、ますます大きくなってきています。私は、薬剤師はこの緩和医療を実践・追求する最も主体となっている緩和ケアチームにおいて、疼痛緩和のより適切な薬物療法の情報提供と副作用のより徹底した管理を実践し、チームに貢献する存在であるべきと考えております。

現在、国家的急務として緩和ケア医および緩和ケアが実践できる医師を充足させることが急ピッチで進められております。しかし、全国に9,000件近くある病院にあまねく行き渡るには多くの時間が必要です。このため、私は緩和医療に精通した薬剤師を一人でも多く増やし、必要な情報を必要な時に現場の医師・看護師および患者に提供できるようにし、この急務に役立てて行きたいと思っております。また、すでに緩和ケアのチーム医療を実践している施設におきましては、特に副作用管理を薬剤師が中心的に受け持ち、緩和医療が滞りなく患者に提供できる体制を支えて行きたいとも考えております。これら緩和医療を実践できる薬剤師を育成し、またチームにおけ

る薬剤師の役割をさらに明確にすることで、がんで苦しむ患者の一助になる存在として今以上に認知いただけるよう努力してまいりたい所存です。

今後は、私のこれまでの緩和医療における経験と研究を生かし、患者 QOL 向上に役立てる存在としての薬剤師を育て、安心して緩和医療における薬物療法が行える環境を、日本緩和医療学会を通じて整えてまいりたいと思います。

何卒、ご理解とご支援のほど、よろしくお願い申し上げます。



神戸大学大学院医学研究科
内科系講座
先端緩和医療学分野
木澤 義之

この度、理事ならびに事務局長ならびに総務・財務委員長を拝命いたしました。この5期10

年間は教育研修委員長、最後の2年間は副理事長として服務しておりましたが、今期からはより学会全体を俯瞰して、学会の活動のさらなる活性化、委員会-WPG活動の透明化を図り、あわせて事務局機能の強化を図ってまいりたい所存です。

今年のがん対策推進基本計画の最後の年にあたります。健康保険・介護保険の大改正、新しいがん対策推進基本計画の策定、がん診療連携拠点病院以外でのがん緩和ケアの充実、専門的緩和ケアの質の保証、緩和ケアの非がん疾患への拡大など、わが国の緩和ケアは大きな転換点に来ていると認識しています。今この時にこそ、学会は未来を志向し、中長期的なビジョンのもとにこの混沌と立ち向かう必要があると思います。将来構想委員会、代議員会を中心として、会員の皆様から意見をいただきながら学会の将来の方向性について十分な検討をしていく必要があると認識しています。

変化と挑戦を楽しみながら、誠実に一つ一つ問題にあたってまいりますので、ご指導ご鞭撻を賜りますようどうぞよろしくお願い申し上げます。

理事就任挨拶



総合病院 聖隷浜松病院 薬剤部
塩川 満

今期で3期目を務めさせていただき、聖隷浜松病院の塩川満と申します。

本学会は会員が12,000人を超え、薬剤師の会員も10%弱を占めるようになりました。この数字は多くありませんが、緩和医療に対する薬剤師の興味、関心は年々高まり、薬剤師の関与が広がっていると感じます。

理事に就任した私の責務は、薬学の視点から、緩和医療を医療者や国民に普及啓発し、全国民が痛みから解放されるように務めることであると考えております。

痛みから解放されるためには、患者さんが満足した療養生活を送れなければなりません。ところが、患者さんは各々のバックグラウンドから、さまざまな思いをもって療養生活を送ります。そんな千差万別の患者さんが望む個別の緩和医療を提供するためには、一つの職種ではとても実現不可能で、多職種の連携・協働による幅広い視点が必要と考えます。

特に今期は、薬学的視点で「多職種の連携・協働の実現」を目指し、取り組みたいと考えております。

どうぞ宜しくお願い申し上げます。

理事就任のご挨拶



国立病院機構 名古屋医療センター
緩和ケア科
下山 理史

前期に引き続きまして理事を拝命いたしました、独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター緩和ケア科の下山理史と申します。代議員選挙、理事選挙におきましては、会員の皆様から心強く温かな応援を賜りましてありがとうございました。今後2年間も引き続き、精一杯務めさせていただきますので、どうぞ宜しくお願い申し上げます。

本年は、がん対策基本法成立からちょうど10年の節目の年です。今後はがん緩和ケアも更なる充実が求められるとともに、いよいよ非がん疾患に対す

る緩和ケアも徐々にその体制が整えられていくことになると思います。これまで以上に様々な場面における緩和ケアのニーズが増えると思いますので、ますます緩和ケアの基盤を強化していく必要性をひしひしと感じます。これまでをよく振り返りながら、更なる一步を前に大きく踏み出していかなければなりません。

これまでの2年間は、倫理・利益相反委員会と委託事業委員会の緩和ケア普及啓発WPGなどを中心として担当させていただいてまいりました。倫理・利益相反委員会では、学会の透明性・公平性を高める一環として、利益相反体制の充実を図ってまいりました。また、緩和ケア普及啓発WPGでは、多くの学会員の皆様からお力をお貸しいただきましたおかげで緩和ケアの普及に関して様々なイベントなどを通じて社会に向けて働きかけることができました。どうもありがとうございます。今後も、ますます医療者・一般市民を問わずあらゆる環境下での緩和ケアの浸透と充実や学会・研究会間の協働そして様々な職種間の協働による緩和ケアの充実、患者さんやご家族を支える環境作り、様々な地域での緩和ケア普及に関する活動およびその支援、そして学会活動の透明性の維持・向上の促進などを中心に全力で取り組んでまいりたいと考えております。

今後も引き続きご指導ご鞭撻のほど、宜しくお願い申し上げます。

新理事のあいさつ



東京慈恵医科大学病院
緩和ケア診療部 診療部長
東京慈恵会医科大学
緩和医療学 教授
下山 直人

東京慈恵会医科大学で緩和医療学を担当している下山です。私が緩和ケアの臨床に関わり始めてからすでに30年がたち、緩和ケア医としては日本の中では古株の一人となってしまいました。WHOがん疼痛治療指針を作った米国メモリアル・スローンケタリングがんセンターのDr.Foley 女史、Dr.Portenoy 先生にあこがれて、1995年、幼い2人の子供を連れて、緩和ケア医の妻とともに、そこで2年間の緩和ケアの研修プログラムを受けてきました。帰国後すぐに本学会に参加させていただき、本年までに1期のみ

外れましたが、法人設立時から理事として関わらせていただいております。法人設立前から数えると10年以上、学会に関与させていただいております。

私は、緩和ケアの臨床、研究、教育の推進を目標とし、これまで色々な施設で緩和ケアチームの設立を中心に活動してまいりました。特に国立がん研究センターに在籍した12年間で、日本の緩和ケアのグランドデザインの構築、ガイドラインの作成に関する厚労省研究班の班長を務めるなど、日本の緩和ケアの発展のために働いてきたことを誇りに思っています。緩和ケアの臨床は、多職種が協力し合い、あらゆる苦痛を和らげ、患者・家族の幸せに貢献することが目標であると思います。しかし、欧米と異なり、日本ではまだ緩和ケア医を育てるシステムがなく、現状の職場で、臨床の1人の医師として、また教育者、研究者として、残りの人生をそのシステム構築に関してかけていこうと思っています。

本学会は、多職種である故に重要な役割を担っていると思います。しかし、医師の教育に限って言うと、現学会の構造では対応しきれない点が多くみられます。その点を今後、全国に拠点を置く多くの仲間とともに改革していきたいと思っています。

今回、理事長からは、緩和医療とペインクリニックの両方に精通しているという点で、用語委員会の委員長としてのお役目をいただきました。日本医学会を中心とした医療情報関連の言語の整合性を保つ役割を推進するつもりです。どうぞよろしく願いいたします。

理事就任挨拶



昭和大学医学部 医学教育学
高宮 有介

この度、理事に選出していただき心から感謝いたします。私は、昭和大学の緩和ケアチームと緩和ケア病棟で、20年間以上、緩和ケアの臨床に専心してまいりました。2007年より医学教育推進室の専従となり、緩和ケアで経験したエッセンスを医学教育の中に注入する仕事をしております。また、昭和大学は医学部だけでなく、歯学部、薬学部、保健医療学部（看護、理学療法、作業療法）があり、4学部合同の問題解決型チュートリアル、病棟臨床実習などを通し、緩和ケアとチーム医療の教育を実践しています。ま

た、死から生といのちを考える「いのちの講座」を、医療系学生を始め、小中学生や予備校生、一般市民にも実施してまいりました。臨床としては、長岡西病院ビハラー病棟と京都のあそかビハラー病院のお手伝いをさせていただいております。

当学会では、これまで、安全委員会の委員長として、医療安全ニュースの発信や、一般社団法人医療安全調査機構の立ち上げに当学会の代表として参加してまいりました。今年から感染対策も含め、安全・感染委員会となり、新委員長を拝命しました。緩和ケアにおける医療安全とともに感染対策も推進してまいります。

ここ数年の個人的な関心は、医療者自身のケアです。2013年にカナダのMcGill大学でホール・パーソン・ケアに出会ったことがきっかけとなり、学び始めました。その後、オーストラリアのモナシュ大学、米国のロチェスター大学での研修を通して、医療者、医療系学生向けの講義を作成し、実践を開始しています。また、米国のハリファックス老師が主催する「死にゆく患者に向き合う医療者のためのプログラム (GRACE)」の学びも深めています。2014年4月に老師が来日し、奈良でセミナーが開催され、以降、昭和大学で月一回の学習会を行っています。全てのキーワードに、瞑想を主体としたマインドフルネスがあります。近年、宗教というよりは、脳科学的に解明されつつあり、医療者自身のケアと共に、患者さん自身が痛みを癒す可能性も示唆されています。当学会でご紹介し、会員の皆様の支えになればと願っております。

2年間、よろしく申し上げます。

理事就任挨拶



京都大学大学院
医学研究科人間健康科学系専攻
田村 恵子

この度、前期に引き続き理事を拝命いたしました京都大学大学院医学研究科の田村恵子です。本学会の会員数は、2016年7月現在12,000名を超え、そのうち、看護職の占める割合は36.5%であり、医師(47.3%)に次ぐ職種となっています。しかし、現状の学会活動では看護職会員が受けられるサービスは十分とはいええず、会員としてのメリットを実感しにくい状況が続

いています。私はこれまで主に教育・研修委員会内ELNEC-J WPG 員代表として、看護職のために開催されているELNEC-J 指導者 (EOL ケアや緩和ケアの教育を行う立場の看護師) 養成プログラムの運営に携わってきました。現在までに全国に1,546名のELNEC-J 指導者が誕生しており、2016年4月現在、全国で17,000名を超える看護師が教育プログラムを受講されています。

国民の総死亡数が増加を続ける中で、看護師は、人々のQuality of Life (QOL) を維持・向上させること、患者の尊厳ある人生の最期を支えるとともにその家族に安心を与えること、つまり“質の高いEOL ケアを提供する”という重要な役割を担っています。その役割を果たすためにELNEC-J WPG では、ELNEC-J 指導者の養成に加えて、指導者のスキルアッププログラムの開催、地域におけるELNEC-J 看護師教育プログラム開催支援などの取り組みを通して、がんに限らずEOL ケアを必要とする人や、人生の終焉にある患者と家族を支援していきたいと考えています。

第21回日本緩和医療学会学術大会においては、「第7回看護師フォーラム」が開催されました。興味深いテーマが並ぶプログラムであるにもかかわらず、たくさんの看護職の方々がご参加下さりありがとうございました。緩和ケアの地域での広がり看護の力を改めて実感いたしました。看護職理事5名がこれまで以上に連携を密に図り、皆様に会員としてメリットを実感していただけるように活動していきたいと思っております。皆様からのご支援と共に、是非、忌憚のないご意見をどしどしお寄せ下さい。

どうぞよろしくお願いいたします。

理事就任の挨拶



京都大学大学院医学研究科
人間健康科学系専攻
恒藤 暁

本学会の創設から理事として学会運営に携わる機会が与えられていますことを感謝しております。改めて自己紹介させていただきます。

私は筑波大学医学専門学群を卒業後、麻酔・ペインクリニックの研修を受けました。その後、淀川キリスト教病院ホスピスに14年間、大阪大学大学院

人間科学研究科を経て、2006年より大阪大学大学院医学系研究科に8年間勤務しました。2014年に京都大学大学院医学研究科に異動しました。京都大学医学部附属病院では、2014年に緩和ケアセンターおよび緩和医療科が開設され、より専門的な緩和ケアを組織的に提供できる体制が整い、京都大学における緩和ケアの臨床、教育・研修、研究の拡充を目指しています。

今後とも、会員の皆様のご支援とご協力を頂戴しながら、学会の発展のために励んでいきたいと願っています。何卒、宜しくお願い申し上げます。



国立病院機構
近畿中央胸部疾患センター
心療内科/
支持・緩和療法チーム
所 昭宏

この度日本緩和医療学会の理事を拝命いたしました近畿中央胸部疾患センター心療内科の所 昭宏です。理事立候補に際しご支援して下さいました多くの会員、代議員の皆様がこの場をおかりしまして厚く御礼申し上げます。

私の緩和医療のルーツは、今から約20年前に関西医科大学心療内科（中井吉英教授）、九州大学心療内科（久保千春教授）で心身医学の研修として心身関連の評価やアプローチ、患者や家族とのコミュニケーションの方法、チームカンファレンスなど緩和診療に必要な基礎的修練を受けたことに始まります。

1996年からの2年間は、国立病院九州がんセンター内科造血部（鶴池直邦部長）にレジデントとして勤務しました。毎日がん患者さんの治療（化学療法や骨髄移植）を行いながら、がん治療の可能性と限界やがんチーム医療を多くの医師や看護スタッフから学びました。今思うと早期からの緩和ケアとしてがんの告知とそのサポート、支持療法、長期生存や就労との共存、チームビルディングなども手元に淀川キリスト教病院の緩和ケアマニュアル、真実を伝えるコミュニケーション技術と精神的援助の指針、マクミランの緩和ケアマニュアルを置き何度も読みながら夜遅くまで毎日一生懸命取り組んでいました。

その後2003年からは現在の近畿中央胸部疾患センターにて年間依頼500件超の緩和ケアチームを組織し、専従臨床活動および当学会教育施設として後進の指導をしてまいりました。また大阪府緩和ケア

部会副会長としてPEACE緩和ケア研修会の円滑な開催を支援し緩和医療の普及に努力してきました。

最後に私の理事としての抱負を述べたいと思います。現在のがん医療の革新にともなう個別化、外来化の流れは急速で上記の経験を活かし、1) 緩和ケアチーム診療の質の向上、2) がん個別化医療におけるコミュニケーションやこころのケアの充実、3) 地域緩和ケア普及のための地区組織の活性化などに取り組みたいと考えています。「縦」としての学会組織を基盤に、「横」としての関係性、多職種や地域のつながりを大切にします。また「個」としての会員、各職種が切磋琢磨することで、「和」としての緩和医療学会のチーム力が両立するように、細川理事長を筆頭に理事、代議員、会員の皆様と共に努力してまいる決意です。もとより浅学非才ではありますが、与えられた使命や役割をつとめられますように何卒ご支援、ご指導を賜りますようお願い申し上げます。

医療法人光仁会 西田病院
緩和ケア病棟
富安 志郎

4年ぶりに日本緩和医療学会のお仕事を手伝わさせていただくことになりました。前回は2010年からの1期理事の仕事に携わらせていただきました。この時は緩和医療専門医が創設され、認定していただいた直後だったこともあり、何も考えずに学会のお手伝いをしようと飛び込みました。諸先輩方と緩和ケアチーム登録や緩和ケアチーム活動の手引きの改訂の仕事に携わらせていくうちに、自分の臨床経験不足を痛感するようになりました。学会やPEACEのスローガンである「いつでもどこでも切れ目のない緩和ケア」を提供する、といっても自分には病院での勤務経験しかありませんでした。学会の中・長期計画である「がんの特化しない緩和ケア」の実践を、といってもがん患者さんを中心とした緩和ケアの提供の経験がほとんどでした。もっと現場での経験を積まなければ、これらの学会の目標達成のためのお手伝いはできない、と考えました。

現在緩和ケア病棟でがん患者さんの緩和ケアに携わり、在宅で認知症の患者さんなど非がん患者さんの緩和ケアに携わっています。たかだか2、3年の経験ではありますが、少なくとも病院においても在宅においても緩和ケア病棟においても、また病気の種類が違っていても、必要とされる緩和医療の知識・

技術には差がないことはわかりました。

今回理事に復帰するにあたり、在宅医療関連の学会や研究会、緩和ケア病棟関連の学会や研究会と協働し、日本緩和医療学会の知識・技術を共有する取り組みのお手伝いをしたい、と考えています。同時に「いつでもどこでも切れ目のない、がんに特化しない緩和医療の提供」を、自分自身が実践できるように努力していきたいと考えています。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

理事就任のごあいさつ



東北大学大学院 医学系研究科
緩和医療学分野
中島 信久

このたび、4期目の理事を務めさせていただく機会を賜りました。皆さまのご支援に心より感謝申し上げます。

私は21年間の外科医生活を経て、緩和ケアを生業とするようになって9年目となりました。「治療医」の時も「緩和ケア医」になってからも、「(抗がん)治療と(緩和)ケアのバランスをとること」の難しさと大切さを日々感じてきました。昨今、緩和ケアの対象は非がん疾患に拡大しており、昨年は救急・集中治療領域との合同事業にも携わる機会をいただきました。こうしたことから、緩和ケアを「広める」「高める」「伝える」ことを目指した活動をさらに進めていく所存です。

3期目は将来構想委員会の委員長ならびに緩和医療ガイドライン(GL)委員会、倫理・利益相反委員会の委員を担当しました。将来構想委員会におきましては、内富前委員長の後を引き継ぎ、総勢16名の理事の先生方とこの委員会において将来の緩和医療の発展に向けての議論を深め、長年の懸案事項であった理事・代議員選挙の変更などの取り組みを成し遂げることができました。本委員会のメンバーならびに学会員の皆様のご支援の賜物です。ありがとうございます。

4期目は緩和医療GL委員会の委員長ならびに将来構想委員会、倫理・利益相反委員会の委員を担当いたします。緩和医療GL委員会に関しましては、これまで10余年にわたり「終末期輸液」「苦痛緩和のための鎮静」「消化器症状」「呼吸器症状」の4つのGLの作成に従事し、消化器症状GL改訂WPG

員長ならびに本学会から推薦いただいた一般社団法人日本癌治療学会 がん診療ガイドライン統括・連絡委員会 評価委員としての活動を通して、現場に役立つGLの作成と普及を行ってきました。このたび委員長を拝命するにあたり、患者・家族、医療者にとってより一層有益なガイドラインの開発、普及と次世代を担う人材の育成を目指していきたいと思っております。

倫理・利益相反に関しましては、昨今、役員、委員会活動、研究活動など様々な局面において透明性が求められています。下山委員長の指揮のもと、円滑かつ適正な活動を目指していきたいと考えております。

今後ともご指導ご鞭撻のほど、どうぞよろしくお願いいたします。

理事就任あいさつ



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

このたび理事に就任させていただくことになりました。日頃からご支援いただいている皆様方には、深く感謝申し上げます。

今回で3期目となりますが、これまでの2期は主に専門医関連の仕事をしていただきました。今期も引き続き、専門医認定・育成委員会を担当します。前期は新専門医制度の動向をにらみつつ、いつでも新制度への対応が可能となるように準備を進めてきました。様々な批判がある新専門医制度ですが、良い点もたくさんあります。一番のよいところは、教育を重視しているところです。専門医制度は、その専門性の将来をかけて人材を育てることに意義があります。専門医の認定は、育ったことを確認する過程であるのが本来の姿です。ひるがえって当学会についてみると、いくつかの弱点があります。まずは、医学部卒前教育の中での確かな位置づけがないことです。全国の医学部を見渡してみると、緩和医療学講座は数えるほどしかありません。厚生労働省が指定するがん診療連携拠点病院に関連して病院での実務が期待されて診療を行っていますが、系統的な教育を十分にできる機会を確保できていません。医学生は基本的な教育を医学部の中で受けて育ちます。「熱いうちに打つ」ことができる機会を手に入れることがまず重要な課題です。その土台の上

に、専門家をめざす人材の育成が成り立ちます。専門医を養成するためには2つの要素が必要です。ひとつは実践するうえで必要な知識や技術を、実臨床を通して習得することであり、もうひとつは科学的な思考を身に着けることです。1つめは当然として、2つめの要素の教育を怠ると、いつまでたっても緩和医療を「知」として共有できず、絵空事のまままになってしまいます。そして、育った専門医が次代を担う人材を育てることで、この分野全体が発展するのです。サイクルは回りはじめたばかりです。この分野をさらに発展させられるよう、専門医制度を通して取り組みます。

6年ぶりに理事に就任して



がん研有明病院
がん疼痛治療科 部長
服部 政治

がん研有明病院の服部です。このたび理事に再び就任し、新たな気持ちで日本緩和医療学会に貢献していこうと思います。当院は日本唯一の私立のがん専門病院・特定機能病院としてがん治療の多くの分野で医療をリードして来ました。緩和医療の分野ではリードとまではいきませんが、専門的がん疼痛治療法を推進するというで病院全体としての特徴を出そうと考えています。そのペインクリニックの技術を緩和医療に導入するために「がん疼痛治療科」を立ち上げました。目的は二つ、①当院でのがん疼痛で苦しむ患者を最小限にすること、②研修体制を構築し技術と管理方法を若い医師に獲得していただき地元の病院で生かしてもらうことです。まだできたばかりの科ですが、緩和医療に貢献できる専門技術を持った医師を今後はひとりでも多く育てていきたいと思っています。

日本緩和医療学会の中では、ペインクリニック的ながん疼痛治療法をどうやったらもっと知ってもらえるかについて働きかけたいと思います。知っているだけでは中々信用してもらえないので、見て体感していただけるようなシステムができないか学会の中で考えていきたいと思っています。理事として、学会員が今よりも一層興味を持てるような、新しい知識や技術を会得することができるように、協力していきたいと考えています。

理事には6年ぶりの復帰ではありますが、まったく

くの新参者として今の日本緩和医療学会にどのよう
に貢献できるか考えていきたいと思っています。これまで貫き通してきた「がん疼痛治療をする」という姿勢を変えることなく、どう貢献できるかを…。

どうぞよろしく願いいたします。

理事就任のご挨拶



国立がん研究センター
がん対策情報センター
細矢 美紀

この度、引き続き理事を拝命
しました看護師の細矢美紀で
す。代議員および理事選挙にお

きましてご支援をいただきました方々に心より御礼申し上げます。前期は緩和医療ガイドライン委員会に籍を置かせていただき、太田委員長をはじめ各WPGの先生方のご尽力により本年6月に「がん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン」、「がん患者の泌尿器症状の緩和に関するガイドライン」、「がんの補完代替療法クリニカル・エビデンス」を発刊することができました。今期は同委員会中島信久委員長のもと、緩和医療ガイドライン委員が活動のビジョンや中長期的な本学会のガイドライン作成スケジュールを共有し、建設的な意見を出し合って活動できることと期待しています。「Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2014」に準拠したガイドライン作成のノウハウを次のガイドライン作成に活かすこと、発刊されたガイドラインが臨床現場で活用されるための普及活動、若手WPG員の育成などに看護の立場から中島委員長を補佐し、全力で取り組んでまいります。

そして本学会の看護師会員は4,400名を超え、会員の36.5%を占めます。看護職理事5名は毎年学術大会で看護師フォーラムを持ち回りで企画・運営してきました。また、ELNEC-J コアカリキュラム指導者養成プログラムや緩和ケアを目指す看護職のためのセミナーなど、看護師会員が集い、緩和ケアやエンド・オブ・ライフケアについて学びを深められるような事業を行ってまいりました。今期も看護職理事5名が力を合わせて、病院や地域で患者さんご家族のQOLを高めるために日々奮闘している看護師会員の声を学会に届け、よりよい学会となるよう努力いたします。何卒よろしく願いいたします。

日本緩和医療学会 理事就任のご挨拶



熊本大学医学部附属病院
緩和ケアセンター センター長
山本 達郎

この度日本緩和医療学会の理事に就任した、熊本大学医学部附属病院緩和ケアセンター センター長の山本達郎です。私自身は麻酔科医です。私の緩和医療を始めるきっかけとなったのは、卒後2年目から3年間、国立がんセンター病院麻酔科で勤務したことでした。当時麻酔科医長の水口公信先生にがん性疼痛管理の手ほどきを受けたのが始まりでした。水口先生が千葉大学麻酔科教授になられた後には、水口先生の指導のもと千葉大学で麻酔科医として勤務する傍ら緩和医療の研鑽を続けました。この時には、モルヒネ坐薬などの麻薬系鎮痛薬の臨床治験などにも関与してきました。2006年に熊本大学麻酔科へ移動しました。熊本大学でも、緩和ケアチームは麻酔科が主体となって運用されておりましたので、引き続き緩和医療に関与を続けてまいりました。熊本大学は熊本県がん診療連携拠点病院であり、私は熊本県がん診療連携協議会の緩和ケア部会長として熊本県の緩和医療の取りまとめ役として活動もしてまいりました。

このような状況のもと、佐賀大学の佐藤英俊先生のお計らいで日本緩和医療学会の九州地区の地区委員を務めるようになりました。地区委員会では各地域での緩和医療の普及、また学会員の交流を深めることなどを目的として各地区での研究会を支援する事業を行ってまいりました。この事業の支援により2005年に九州地区では第1回九州緩和ケア研究会を熊本で開催することができました。この会では、学会員・非学会員を含め300名以上が参加されました。

今回の理事就任後には、地区委員会の委員長として活動することになりました。このような経験を踏まえて各地域での学会活動の活性化に努めていきたいと考えております。日本緩和医療学会はガイドライン作成、PEACE Projectなど全国規模の活動を行ってまいりました。これらの学会での成果を地域に広め、さらにガイドラインに基づいた緩和医療の普及に努めることが重要な課題であると考えております。今後ともご支援をよろしくお願いいたします。



佐久総合病院佐久医療センター
緩和ケア内科
山本 亮

この度2期目の理事に就任させていただきました、佐久医療センターの山本亮です。前期には専門医制度検討委員会委員長として、現在の緩和医療専門医制度を、新専門医制度に対応したものとするため議論を進めてまいりました。この中で、新たに緩和医療認定医を認定することが決定し、来年度より認定を開始していく予定となりました。

今期は教育・研修委員長を拝命することとなりました。教育・研修委員会では、教育セミナーをはじめ、緩和ケア入門セミナー、医学生・若手医師のための緩和ケア夏期セミナー、緩和ケアを目指す看護職のためのセミナー、ELNEC-J、個別開催 SHARE-CST、CLIC-Tなど様々なセミナーの開催を行っている委員会です。緩和ケアに関する教育、研修に関する事業を行う委員会です。様々な職種が所属しているこの学会は、学会員が12,000人を超える大きな組織となっています。現在の各種セミナーなどをより発展させ、それぞれの職種が専門性をより高めていけるようなものとしていきたいと考えています。

緩和ケアを取り巻く環境はこの10年で大きく変化してきているように感じています。がん対策基本法は「緩和ケア」の普及には追い風にはなっていますが、緩和ケアが大切にしていかなければならない、エンドオブライフ・ケアが少し置き去りにされているようにも感じます。さらに今後は、がんだけではなく非がんにも緩和ケアが広がっていきます。緩和ケアとは何なのか、緩和ケアの専門性とは何なのかについてしっかりと議論し、発信していくことも緩和医療学会の重要な使命ではないかとも思います。

2年間精一杯頑張りたいと思います。どうかよろしくよろしくお願いいたします。

監事就任のご挨拶



国立病院機構渋川医療センター
齋藤 龍生

この度、日本緩和医療学会の監事に再任いたしました、齋藤龍生と申します。これまで、2006年から2010年まで理事を務め、その間倫理委員会の前身「利益相反に関する委員会」の委員長として、「利益相反マネジメントの指針」、「利益相反に関する細則」などを作成し、2010年からは倫理委員会の委員として学会運営に参加して参りました。2012年度からは監事に就任し、今回引き続き監事を務めさせていただきます。

特定非営利活動法人（NPO）の監事の役割は、「(1) 理事の業務執行の状況を監査すること、(2) 法人の財産の状況を監査すること、(3) 監査の結果、特定非営利活動法人の業務又は財産に関し不正の行為又は法令若しくは定款に違反する重大な事実があることを発見した場合には、総会又は所轄庁に報告すること、(4) 報告をするために必要がある場合には、総会を招集すること、(5) 理事の業務執行の状況又は特定非営利活動法人の財産の状況について理事に意見を述べ、必要があれば理事会の招集を請求すること」となっております。本学会は会員数も年々増加し12,000名を超え、収支決算監査規模も4億円を超える巨大な学会となっており、監事の責務は益々重要になってきております。そこで、2012年度監事に就任してからは、従来の「書類の持ち回り監査」から、監事が事務局にそろって出向き、必要に応じて詳細資料を求め、説明を求めるなどして、より精度の高い監査に努めて参りました。引き続き、公正かつ適正な監事業務に努めて参りますので、よろしく願いいたします。

1. 電話による早期緩和ケア介入 ENABLE III 試験の家族介護者の 抑うつと複雑性悲嘆への影響

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

Dionne-Odom JN, Azuero A, Lyons KD, Hull JG, Prescott AT, Tosteson T, Frost J, Dragnev KH, Bakitas MA. Family Caregiver Depressive Symptom and Grief Outcomes from the ENABLE III Randomized Controlled Trial. J Pain Symptom Manage. Forthcoming 2016. PubMed PMID: 27265814.

【目的】

早期緩和ケア介入群と3カ月遅れの緩和ケア介入群で遺族の抑うつと複雑性悲嘆を比較する。

【方法】

電話による早期緩和ケア介入の無作為化比較試験を行った。早期緩和ケア群（介護者登録63名/患者登録103名）は進行がんと診断された時点から、3カ月遅れ群（介護者61名/患者104名）では進行がん診断の3カ月後から電話介入を受けた。ENABLEの介護者介入では、電話での看護師による週1回×3週間のセッションと毎月のフォローアップ、死別後の電話を行った。死別後8～12週に遺族の抑うつ（CES-D）と悲嘆（PG13）を評価した。

【結果】

死亡した患者70名に対し、44名（早期群19名、遅れ群25名）の家族介護者から死別後評価を得た。多変量解析の結果、遺族の抑うつ評価（CES-D, 早期群 14.6 ± 10.7 ; 遅れ群 17.6 ± 11.8 , $d=0.07$, $p=0.88$ ）、悲嘆評価（PG13, 早期群 22.7 ± 4.9 ; 遅れ群 24.9 ± 6.9 , $d=-0.21$, $p=0.51$ ）ともに有意差はみられなかった。

【結論】

死別後8～12週での遺族の抑うつと複雑性悲嘆は早期緩和ケアの介入開始時期によって有意差はみられなかった。家族介護者に死別後アウトカムに対する適切な介入開始時期は今後の研究課題である。

【コメント】

ENABLE III 試験は米国の田舎部で行われた電話相談を基本とした緩和ケア介入による効果を進行がん診断直後の開始群とその3カ月遅れでの開始群を比較した無作為化比較試験であり、患者への効果（J Clin Oncol. 2015;33(13):1438-45）と介護者への

効果（J Clin Oncol. 2015;33(13):1446-52）がそれぞれ報告されている。患者は緩和ケア外来受診後に電話での看護師のコーチングセッション（週1回×6週間）と月1回の電話フォローアップを受ける。家族介護者は患者とは別に電話での看護師のコーチングセッション（週1回×3週間）と月1回の電話フォローアップ、死別後の電話相談を受ける。その結果、患者はQOLに有意差はみられなかったが生存時間が有意に延長し、家族介護者は診断3カ月後の抑うつと終末期の抑うつと介護負担の変化が有意に小さかった。

これらの結果を受けて、死別後の遺族アウトカムを検証した分析が本論文である。死亡前の家族の抑うつが死別後の遺族の抑うつ・悲嘆と関連することは先行研究で示されており、遺族アウトカムに関する本研究の結果は想定とは逆であった。この理由の解釈として、小サンプルサイズによる検出力不足、介入内容の主題が終末期や悲嘆でないこと、死別後の評価時期が通常の悲嘆反応の影響を受けやすい時期であったこと、その他の交絡因子の影響を著者らは論じている。本研究の介入は対照群で開始時期が遅れる以外は両群とも同内容であり、介入開始時期の影響と介入内容の影響を分けて整理する必要がある。早期緩和ケアによる遺族アウトカムに関する研究は今後の課題である。

2. 化学療法による末梢神経障害に対する ベンラファキシンの有効性

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

Kus T, Aktas G, Alpak G, Kalender ME, Sevinc A, Kul S, Temizer M, Camci C. Efficacy of venlafaxine for the relief of taxane and oxaliplatin-induced acute neurotoxicity: a single-center retrospective case-control study. Support Care Cancer. 2016 May;24(5):2085-91.

【目的】

化学療法による末梢神経障害（CIPN）は、治療制限因子となる他、長期に障害が残り治療後のQOLを低下させる。今回の報告は、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（SNRI）であるベンラファキシンのCIPNに対する有効性を検討したケースコントロール研究である。

【方法】

評価対象は、タキサン系抗がん剤あるいはオキサリプラチンによってCIPNを生じた206名であり、このうち91名にベンラファキシン75mgが1日1回投与された。コントロール群は、ベンラファキシンが投与されなかった115名であり、年齢や性別、末梢神経障害誘発薬の背景が調整された。効果と副作用は、3週毎に3回NRSおよびNCI-CTCAE v.4.03を用いて観察された。

【結果】

ベンラファキシン投与前後のNRSスコア（平均±標準偏差）は、タキサン系抗がん剤による灼熱感について $5.60 \pm 1.32 \rightarrow 1.08 \pm 1.86$ 、オキサリプラチンによるビリビリ感について、 $6.39 \pm 0.83 \rightarrow 2.65 \pm 2.32$ といずれも有意に低下した（ $P < 0.001$ ）。また、NRSスコアが75%以上低減した患者は、コントロール群にはいなかったのに対して、ベンラファキシン投与患者では、45.2～58.3%が該当した。ベンラファキシンの副作用については、投与患者の8%（7名）が、眠気や嘔気などで中止した。

【結論】

ベンラファキシンは、タキサン系抗がん剤およびオキサリプラチン誘発のCIPNに対して、有効な薬剤の1つであるかもしれない。

【コメント】

今回の報告は、ケースコントロール研究であるが、タキサン系抗がん剤によるCIPNに対してベンラファキシンの有効性を示した。これまでCIPNに有効な薬剤は少なく、デュロキセチンがやや推奨されるにすぎない（J Clin Oncol. 2014 Jun 20;32(18):1941-67.）。ベンラファキシンは、CIPNに対するもう1つの治療選択肢になる可能性がある。しかし、オキサリプラチンによる冷感刺激や感覚異常といったCIPNには、ベンラファキシンが有効とする報告（2012 Jan;23(1):200-5.）と無効とする報告（Support Care Cancer. 2016 Mar;24(3):1071-8.）がある。従って今後、より大規模な追試験による再検証が期待される。

3. 終末期がん患者におけるポリファーマシー（多剤併用）

名古屋大学病院 薬剤部 宮崎 雅之

Kierner KA, Weixler D, Masel EK, Gartner V, Watzke HH. Polypharmacy in the terminal stage of can-

cer. Support Care Cancer. 2016 May;24(5):2067-74.

【目的】

ポリファーマシー（多剤併用）とは一般的に4もしくは5剤以上を同時に服用することをいう。ポリファーマシーは緩和ケアでは広く認められる状況であり、呼吸困難、悪心といった症状緩和を目的として多くの薬剤が投与される。ポリファーマシーはしばしば薬物間相互作用や薬物有害反応を引き起こす。本研究では進行がん終末期における服用薬剤数を一般病棟と緩和ケア病棟とで比較評価した。

【方法】

オーストリアの後ろ向き単施設コホート試験で、2011年1月から2013年3月の間に進行固形がんにて死亡した18歳以上の患者100名を対象とした。死亡9日、6日、3日前および死亡当日における処方薬剤数を算出した。また薬剤は以下の通り分類した（オピオイド、非オピオイド鎮痛薬、精神作用薬、抗血小板薬、抗菌薬、心血管作用薬、抗がん薬、利尿薬、その他）。ポリファーマシーは1日5剤以上の服用と定義した。

【結果】

死亡9日前では、ポリファーマシーは95%の患者でみられ、服用剤数の中央値は11剤だった。死亡当日においては、服用剤数は顕著に減少しているものの、61%の患者が4剤以上服用しており、服用剤数の中央値は6.5剤だった。90%の患者が疼痛および不安に対する投薬を受けていた。一般病棟と緩和ケア病棟との間で服用剤数に差はなかったが、緩和ケア病棟ではオピオイドと精神作用薬が、一般病棟においては抗がん薬と利尿剤を受けている患者が多かった。ポリファーマシーに最も強く影響を及ぼす因子は、患者のPerformance statusだった。

【結論】

終末期がん患者においてポリファーマシーは多数の患者で認められる問題である。

【コメント】

ポリファーマシーによる不適切な処方、副作用の発現を引き起こし、患者に不利益をもたらす。薬剤費を押し上げ、残薬など薬剤費の無駄も発生する。また副作用に対応する費用も必要になり、医療費の高騰を招くことから、わが国においても近年問題視されている。特に緩和ケアにおいては症状緩和を目的とした薬剤を多数併用することによりポリファーマシーに陥りやすい状況となる。6種類以上の薬剤併用により薬剤有害作用発現頻度が顕著に上昇する報告もあることから、適切な薬剤選択とともに、不

適切および不要な薬剤を中止することも念頭において薬物治療が今後望まれる。

4. 終末期がん患者の死別後2年間の遺族の縦断的变化と遷延性悲嘆の予測因子の検討

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
五十嵐 尚子

Tsai WI, Prigerson HG, Li CY, Chou WC, Kuo SC, Tang ST. Longitudinal changes and predictors of prolonged grief for bereaved family caregivers over the first 2 years after the terminally ill cancer patient's death. *Palliat Med.* 2016 May;30(5):495-503.

【目的】

台湾での終末期がん患者の遺族の死別後の遷延性悲嘆の有病率の経時的な変化と遷延性悲嘆の予測因子を検討することを目的とした。

【方法】

研究デザインは前向き縦断的調査である。対象者は2007年1月から2012年12月の間に台湾の北西部の一般病棟の末期がん入院患者・介護者から募集し、2014年4月30日まで調査を行った。調査手順は、死別前に介護者に対して2週間ごと、死別後は1、3、6、13、18、24カ月後にインタビューを実施した。死別前では、客観的な介護負担、主観的な介護負担、抑うつ症状、社会的支援について、死別後は遷延性悲嘆、抑うつ症状、社会的支援、死の状況の認識と死別への準備についてインタビューした。遷延性悲嘆の評価はProlonged grief-13 (PG-13)を使用した。

【結果】

リクルートされたのは789名、死別1カ月後の時点で調査に参加したのは493名であった。遺族の年齢の平均は50.8歳、女性は64.7%、続柄は配偶者が50.1%であった。死別後6、13、18、24カ月の回答数は380、334、281、216名であった。

遷延性悲嘆の有病率は死別後6カ月7.7%、13カ月1.8%、18カ月2.9%、24カ月1.9%であり、時間経過とともに有病率は有意に減少した。

遺族が死別前に重度の抑うつ症状があった場合(aOR=1.05, 95%CI=1.01-1.09, p=0.031)、患者の死

の状況を否定的に捉えたり、患者の死別の準備が十分にできなかった場合(aOR=1.06, 95%CI=1.01-1.12, p=0.015)、遷延性悲嘆が有意に高かった。また、死別前に介護者が高い主観的介護負担を報告し(aOR=0.96, CI=0.93-0.99, p=0.015)、社会的支援を強く認識した場合(aOR=0.93, 95%CI=0.91-0.96, p<0.001)、遷延性悲嘆が有意に減少した。

【結論】

遷延性悲嘆は時間経過と共に減少し、予測因子は死別前後での介入可能な要因であった。死の受容の促進や遷延性悲嘆のリスクを下げるためにリスクのある介護者に対しての死別前後でケアを提供する必要がある。提供するケアとしては、患者の苦痛を緩和する、Advance Care Planning (ACP)により将来起こりうる死別に対し家族が準備できるようにする、介護者の死別前の抑うつ症状の改善、死別後の社会的支援の充実することがあげられる。

【コメント】

本研究はアジア圏内である台湾の遺族を対象に縦断的に遷延性悲嘆の検討を行った調査である。欧米のサンプルでの遷延性悲嘆は10～15%であることより、欧米のサンプルより有病率が低い結果となった。有病率が低い結果の理由として、個人主義の欧米文化に比べて東洋では家を重んじるため、死別後も家族によるサポートが西洋文化よりも充実していたためかもしれない。また、評価尺度がPG-13であり使用した尺度の違いにより有病率の差が出たのかもしれない。

5. ベルギーの高齢者救急病院23施設での死亡前48時間の適切/不適切な薬剤の使用に関する実態調査

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
国立がん研究センター 先端医療開発センター
精神腫瘍学開発分野
菅野 雄介

Van Den Noortgate NJ, Verhofstede R, Cohen J, Piers RD, Deliens L, Smets T. Prescription and Deprescription of Medication During the Last 48 Hours of Life: Multicenter Study in 23 Acute Geriatric Wards in Flanders, Belgium. *J Pain Symptom Manage.* 2016 Jun;51(6):1020-6.

【目的】

臨死期にある高齢者の症状緩和を達成させる要素の1つに、薬剤のマネジメントが挙げられる。本研究は、急性期高齢者病棟における死亡前48時間での適切/不適切な薬剤の使用に関する実態を明らかにすることである。

【方法】

ベルギーのフランダース地方にある高齢者急性期病棟23病棟で2012年10月から2013年9月の期間中、死亡退院した患者の死亡前48時間の薬剤の使用状況について、調査病棟の老年科医師に質問紙調査を行った。薬剤の使用状況については、緩和ケアに精通した老年科医2名で、Good Palliative-Geriatric Practice アルゴリズム (Tjia J, et al. Drugs Aging 2013) を基に、死亡前48時間の薬剤として継続使用を認めるものを適切、中止が可能だったものを不適切と判断した。

【結果】

調査期間中、死亡退院した患者で、解析対象となった患者は290名であった。患者の平均年齢は85.7歳、認知症は43%であり、死亡原因では感染が40%、がんが12%であった。入院時と死亡時で使用された薬剤の変化では、抗生剤が42%減(入院時63%、死亡時21%)、スタチンが13%減(入院時22%、死亡時9%)であった。また、死亡前48時間で使用された薬剤のうち、中止が可能だったものは68%であり、多変量解析の結果、死が予期される(オッズ比20.95% 信頼区間10-43; $P < 0.0001$)、認知症や衰弱と比較しがんによる死亡(オッズ比7.0; 95% 信頼区間1.1-45.6, $P = 0.042$)で関連が示された。

【結論】

急性期高齢者病棟における死亡前48時間を使用した薬剤の実態が明らかにされた。臨死期まで薬剤を継続するかどうかの是非に関しては、更なる検討が必要である。

【コメント】

本研究は、急性期高齢者病棟における臨死期のケアプログラムの第Ⅲ相試験 (Verhofstede R, et al. BMC Geriatric. 2015) の介入前調査の結果である。薬剤の「やめどき」に関しては難しい課題であり、他紙 (森田他編. 緩和ケア .vol25.suppl.2015) でも特集が組まれている。本研究では、Tjia Jらが開発した Good Palliative-Geriatric Practice アルゴリズムを採用しており、高齢者患者の薬剤の「やめどき」を判断する1つの指標として参考になるだろう。本研究では、診療記録調査ではなく質問紙調査を行ったため、薬剤の使用に至るプロセスについては判断

が難しく、結果の解釈に注意が必要である。著者が考察で述べているように、高脂血症薬 (statin) を例に、薬剤の「やめどき」に関するエビデンスの集積が望まれる。

6. 根治不能がん患者の家族介護者の抑うつと不安症状に関連する要因

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 博士課程1年
清水 陽一

Nipp RD, El-Jawahri A, Fishbein JN, Gallagher ER, Stagl JM, Park ER, Jackson VA, Pirl WF, Greer JA, Temel JS. Factors associated with depression and anxiety symptoms in family caregivers of patients with incurable cancer. *Ann Oncol.* 2016 May 13. pii: mdw205. [Epub ahead of print]

【目的】

根治不能がん患者の家族介護者の抑うつと不安症状の有病割合とその関連要因を明らかにし、家族介護者の苦痛に対する支援に関する示唆を得ること。

【方法】

根治不能な肺がん、もしくは消化器がんと診断されて8週以内の患者とその家族介護者を対象とした早期緩和ケア介入試験のベースラインデータを解析した。調査項目は、患者と家族の背景情報および不安と抑うつ (HADS)、患者の Quality of Life (FACT-G)、対処方法 (Brief COPE)、がん治療の最終目標の認識についてであった。不安と抑うつそれぞれに対して重回帰分析を行い、関連要因の検討を行った。

【結果】

275名の患者と家族介護者が調査対象。抑うつ症状を抱える (HADS-D ≥ 8) 患者と家族介護者はそれぞれ21.5%と16.4%で有意差なく ($p = 0.13$)、不安症状を抱える (HADS-A ≥ 8) 患者と家族介護者はそれぞれ28.4%と42.2%で、有意に家族介護者の方が不安を訴えていた ($p < 0.001$)。患者が現状を受容する対処方法の場合に、家族介護者の抑うつは弱い傾向にあった。一方で、患者が情緒的ソーシャルサポートを活用する対処方法の場合には家族介護者の抑うつは強く、不安は弱い傾向にあった。さらに、患者が認識しているがん治療の最終目標が“がんを根治すること”の場合は抑うつが強い傾向にあった。

なお、1/3 近くの患者が、“がんを根治すること”が最終目標だと認識していた。

【結論】

根治不能ながん患者とその家族介護者は強い不安と抑うつを抱えていることが明らかになった。家族介護者は患者と同等もしくはそれ以上の苦痛を感じている可能性があり、家族介護者の苦痛に対する支援が重要であり、その際には今回明らかになった関連要因である患者の対処方法や治療目標の認識の重要性を認識しておく必要がある。

【コメント】

家族介護者は第2の患者ともいわれ、ケアの対象として認識する必要がある。今回の研究で、根治不能のがんと診断された直後においては家族介護者により不安が生じやすいことが明らかになったため、その時期の家族の認識や反応に医療者は留意が必要である。また、治療目標が根治することと認識している患者が少なからず存在し、その認識の場合に家族介護者の心理的苦痛が強いことが示唆されており、患者と家族の診断に対する理解や受容を促す支援が重要となる。

学会印象記

第10回日本緩和医療薬学会年会印象記

焼津市立病院 薬剤科 小野田 千晴
金沢大学附属病院 薬剤部 板井 進悟

一般社団法人日本緩和医療薬学会の記念すべき第10回年会は、日本のホスピス発祥の地である浜松で開催されました。本年会のテーマは『JI-RI-TSU – 緩和医療薬学の持続可能性を探る –』です。自立・自律した学会運営を行うために、新しい試みが多数盛り込まれました。

参加者自らが好きな食事を準備し、屋上など4ヶ所の場所に集まり交流を深めるソーシャルランチが企画されました。著者は最初、久しぶりにあった知人と二人で話していたのですが、事務局の配慮もあり、途中から隣のグループと話し始め、様々な情報交換をすることができました。他にも多数の方から、とても有意義だったという感想を聞きましたが、一部では、知らない人と話すなんてできなかったという方もおられました。

製薬会社はランチョンセミナーの代わりにスイーツセミナーを協賛し、年会事務局が用意したアイスの新フレーバーが振る舞われました。配布されたソルティバナナ & キャラメルは全国発売日前だったため、ちょっとした特別感も堪能することができました。

参加したシンポジウムでは、抗がん薬やオピオイドの薬物動態パラメータを用いて、加齢や病勢進行に伴う薬物血中濃度の変化や薬物間相互作用によるリスクから患者を守る重要性を検討していました。薬物動態は薬剤師の力の見せどころではありますが、やっぱり学問としては奥深く、単純なものではありません。このシンポジウムで血中濃度の考え方のヒントがちりばめられており、日々変化する患者の状況に応じた薬物投与設計を考える上で、明日からでも生かしていきたい話題でした。

参加したワークショップでは浅草でのモデルを中心とした地域連携がテーマでした。本ワークショップを企画された宮原富士子先生は、自分の保険薬局の患者さんが入院されると聞くと、その病院に訪問しているそうです。地域に根ざした、かかりつけ薬局としての活動に感動しました。病院と地域の連携には様々な壁があることをワークショップでも痛感しましたが、より良い連携ができるよう地道に取り組んでいきたいと思いました。

今回、私たちは、緩和ケアに関心の高い薬剤師が、がん化学療法にもっと積極的に関わることを願い、「がん化学療法を理解して、質の高い緩和ケアを目指そう!」というシンポジウムを企画しました。近年、緩和医療とがん化学療法は併行して提供されることが推奨され、薬剤師には薬物療法の総合的なコーディネーターが求められます。肝転移のため肝機能検査値が異常高値を示す患者や高齢患者におけるがん化学療法について、論文などの情報をもとにどのように考え、選択したかについて、患者の思いや自身の悩みなども交えて紹介しました。また、薬物療法をコーディネーターする上で、有効なツールがお薬手帳であり、その活用方法についても紹介しました。患者・家族、地域、医療者間のコミュニケーションツールとして、全ての方にお薬手帳を活用していただけたらと考えています。薬剤師が薬学的視点を持ち、副作用を見極め、適切な投与量を設計し、薬物相互作用を確認し、情報提供を行うなど、薬物療法に積極的に関わることで、適切で安全な薬物治療に結びつき、患者のアウトカムやQOLの向上に貢献しうることが伝われば幸いです。

自分たちの中で、本年会は今まで参加した学会の中で最も楽しい学会でした。このような素晴らしい年会を企画・準備していただいた年会実行委員会の皆様に心からお礼を申し上げます。



「つなぐ・むすぶ・つたえる」活動

慶應義塾大学病院 麻酔科
医療法人社団博腎会 野中医院
NPO 法人 浅草かんわネットワーク研究会
一般財団法人 マイウエイ協会
安達 昌子

私は、大学病院血液内科での臨床の後、地域在宅療養支援診療所在宅医や研修医の地域医療実習の教育指導、病院療養支援部門への出入りなどの経験の後、大学病院での緩和ケアチーム専従医や緩和ケア外来などの場でお仕事をさせて戴いてきた経緯のある医師です。この度はこのような機会を戴き、私が臨床以外の場で活動している内容につき、少しご紹介させて戴けたらと思います。

現在私が理事長をしております、浅草かんわネットワーク研究会という、「真面目な大人のクラブ活動」と称している地域での活動をご紹介させて戴きます。

そもそもは、仲間の緩和ケア認定看護師である訪問看護師さんと、在宅でのお看取りの後で、いつもの反省会と称した飲み会で話をしていっている中でアイデアが生まれ、2010年12月より有志手弁当で立ち上げました。「地域で患者さん・ご家族に寄り添い、最期までの療養支援・緩和ケアに前向きに携わりたい」と希望し活動している、医療・介護・福祉など専門職種による、公平・公正な研鑽・交流の場として活動継続しており、病院専門医・緩和ケア医・看護師・薬剤師・退院調整看護師・地域医師（在宅医）・歯科医師・リハビリテーション医・訪問看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士・歯科衛生士・ケアマネージャー・ヘルパーなどのメンバーがいます。灯を消さずに継続する中、2015年からはNPO法人化し、会員組織として活動しています。「地域の専門職種らが緩和ケアの知識を深める」・「地域の中で顔がわかり、その人がわかる連携を深める」・「地域と病院の間で切れ目が生じない緩和ケアを提供するために、地域と病院間の連携を深める」を活動の基本コンセプトとしています。年3～4回の定例会の他、地域中核病院での共同研究会や年1度のシンポジウムなどを定期開催しています。また、病院と地域の看護師さんの連携構築・強化も念頭においたELNEC-J研修会、また看護師以外の地域介護福祉職対象での同研修会、円滑な薬薬連携構築も念頭においたDI研修会なども定期開催しています。非看護師対象のELNEC-J研修会では、最期まで在宅で患者さん・ご家族に寄り添う専門職の仲間として、介護福祉職にも勉強して戴く事で、ヘルパーさんや訪問入浴介護のスタッフが怖がらずに看取り期の患者の支援にあたって貰えるようになった、などのメリットを強く感じています。定期的な勉強会で、しっかり皆で勉強した後は、必ず楽しく飲み会をし、のみゅにけーしょんで輪を広げる事をしており、着実に仲間作りに繋がっている感覚を持っています。これはまさにIPW（専門職連携）を遂行していて、活きたIPEの場として、「共通用語作りとIPE（専門職連携教育）の推進」をしており、最近ではコアメンバーが各種学会で活動報告などをさせて戴けるようになりました。

また、医療や療養支援は医療者はじめ支援にあたる専門職種と患者さん・ご家族との協働作業ですので、私達専門職だけが研鑽をつむのではなく、地域住民にも広く適切に緩和ケアの事を知って戴き、また「どのように地域で生ききたいのか」「そのためにどのような医療・療養を希望するのか」という事を考えていただける事が何より大切です、そのために、情報提供や啓蒙にもつながる活動、がん哲学カフェやシンポジウムの共催、映画鑑賞会や福祉まつりへの出店なども始めています。

これらの活動を通じ、信頼できる仲間が増える中で、実症例を通じての地域内でのスムーズな連携の他、地域専門職からの相談への対応や他地域から浅草に旅行でみえるがん患者さんへのサポート・情報提供などが可能になり、「地域づくり」にも繋がっている感覚があります。

また、「生活自律総合支援」を主体に20年来活動している財団の理事もしている中で、「生き方支援」にまつわる、生活者・専門職双方への様々な勉強会などにも携わっています。最近では、区のケアマネージャーさん約80名を対象にACPの勉強会を依頼され、「気持ちや希望の変化に留意しながら、恐れずに支援開始時から利用者の医療や療養の希望についても触れていきたい」などの嬉しいアンケート結果を戴きました。

今後の社会変化も鑑みながら、地域ネットワーク、地域包括ケアシステムの構築の必要性などが謳われておりますが、「人にとって必要なもの・大切なものは残る」事を信じて、これらの地道な活動が、じっくり根っこを張りながらゆっくり浸透し、存続していく事を夢んでいます。「倒木更新」により命を繋ぎ・結び・伝えている、理にかなった自然の摂理を敬いつつ、ましてや、素敵な言葉や表情や動きでコミュニケーションをとる事ができる我ら人間としては、命のみならず、希望を繋ぎ・結び・伝える事ができるはず！と信じて、私自身、研鑽を積みながら少しでも前に行き、生き、生きたい、と思ひながら過ごしている毎日です。

ほんとうによもやま話になってしまい、大変恐縮ですが、少しでもご興味・ご関心をもって戴きましたら幸いですし、定期勉強会などにご参加いただけますと幸いです。どうぞよろしくお願い申し上げます。

参考：浅草かんわネットワーク研究会 HP:<http://www.asakusakanwa.net/kanwacare.html>

病院の薬剤師には、何ができるんだろう？

～在宅移行に関わって考えたこと～

長崎大学病院 薬剤部 宗像 千恵

「日々悩んでいることを文字にしてみたら整理できるかもよ」と先輩にアドバイスをもらって、この文章を書かせてもらうことになりました。現在、私は病棟専任薬剤師をしながら、緩和ケアチームの活動にも関わらせてもらっています。

ご存知の先生も多いと思いますが、私が働いている長崎市という場所は、在宅医療がすすんでいる地域です。週1回当院の緩和ケアチームが行うカンファランスは院外の方も参加可能で、在宅医の先生や訪問薬剤指導をしておられる調剤薬局の薬剤師の先生が出席して下さいます。そこで在宅に関わる先生方から患者さんがおうちで自分らしく生活しておられる様子を聞き、実際に在宅医療はどのような様子なのか、訪問看護師さんが何をするのか、薬剤師は何をするのかなどは緩和ケアチームとして関わる中で学ばせてもらいました。例えば在宅で注射を使用するなら何に気を付ければいいのかなんてことも、緩和ケアチームの症例を通じて、先輩の薬剤師やチームの他職種から教わることが多かったです。

そして一昨年から病棟専任薬剤師となり、在宅移行に自分も関わりたい！！という思いで、自分の担当患者さんの退院時合同カンファランスによく出しゃばらせてもらっているのですが…、そのときに悩むのです。「合同カンファに出て、さて、何を言おう？」と。

私は合同カンファで何を言うか事前に一生懸命考えます。他の職種が言わないことを言おう！薬剤師が来た意味があると思われる何かを言おう！と。

そうして、事前に頭をひねって、今まで色んなことを提案してきました。薬が多い人は薬を減らすこと、用法が複雑な人は用法をシンプルにすることを提案しました。コンプライアンスが悪ければ訪問薬剤師の導入を、副作用が出やすい人は注意すべきポイントを在宅関係者に伝えました。注射の配合変化があればそれを避ける方法を薬局の薬剤師さんにデータとともに伝えましたし、在宅で訪問看

護師さんの混注の手間を減らせるように、TPN を複数の製剤を混注するのではなくて一つの剤型で済ませる処方提案をしたこともあります。

主治医には言えない患者の「治療に対するあきらめきれない思い」を情報提供したこともあれば、在宅 TPN をずっと嫌がる患者とよくよく話してみたら予後の認識がかなり甘くて、主治医に予告告知をしてもらったなんて経験もしました。

そうやって何度も悩みながら合同カンファに出て、在宅移行にささやかながら関わってきました。迷ったら何度も「この方にとって今の処方がベストなのか？何か問題はないか？」と自分に問い直してきました。

そうやって悩み続けてきて、自分にできることが少し見えてきた気がします。それは、「この処方でおうちに帰ったら、帰ったときに困らないだろうか？」という問いを原点に、薬の専門家である薬剤師という立場で、コンプライアンス・効果・副作用・相互作用・配合変化などのあらゆる角度から、処方をもう一度見直してみるということです。

では、具体的には何に着目すべきなのか。

私が考える「在宅移行に際して、病院の薬剤師が特に他職種より得意なこと・すべきこと」は①処方の最終見直し②コンプライアンスへの介入③在宅で注射剤使用の場合、その適正化（規格、ルート、速度、配合変化、検討すべきことがたくさん！）④副作用の注意喚起です。

最近是在宅での訪問薬剤師の活動が広がりつつありますが、在宅に送り出す側の病院の薬剤師にも、送り出す前にいろいろできることがあるはずなんだ！と私は信じています。病院の薬剤師の皆様、在宅医療に関わる皆様、いかが思われますか？

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
(2016年3月～5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. 2016;374(9-21)】

1. 小児がんの長期サバイバーの死亡率の減少とその要因
Armstrong GT, Chen Y, Yasui Y, Leisenring W, Gibson TM, Mertens AC, et al. Reduction in Late Mortality among 5-Year Survivors of Childhood Cancer. N Engl J Med. 2016;374(9):833-42. Pubmed; PMID 26761625.
2. 徐放性ナロキソンによるオピオイド依存の再発予防のRCT
Lee JD, Friedmann PD, Kinlock TW, Nunes EV, Boney TY, Hoskinson RA, Jr., et al. Extended-Release Naltrexone to Prevent Opioid Relapse in Criminal Justice Offenders. N Engl J Med. 2016;374(13):1232-42. Pubmed; PMID 27028913.
3. 慢性疼痛でのオピオイド乱用リスクの誤解と予防策の総説
Volkow ND, McLellan AT. Opioid Abuse in Chronic Pain--Misconceptions and Mitigation Strategies. N Engl J Med. 2016;374(13):1253-63. Pubmed; PMID 27028915.
4. FDAによるオピオイド乱用対策の紹介
Califf RM, Woodcock J, Ostroff S. A Proactive Response to Prescription Opioid Abuse. N Engl J Med. 2016;374(15):1480-5. Pubmed; PMID 26845291.
5. CDCによる慢性疼痛でのオピオイド処方ガイドラインの紹介
Frieden TR, Houry D. Reducing the Risks of Relief--The CDC Opioid-Prescribing Guideline. N Engl J Med. 2016;374(16):1501-4. Pubmed; PMID 26977701.
6. ICU退院1年後の介護者アウトカム
Cameron JI, Chu LM, Matte A, Tomlinson G, Chan L, Thomas C, et al. One-Year Outcomes in Caregivers of Critically Ill Patients. N Engl J Med. 2016;374(19):1831-41. Pubmed; PMID 27168433.

【Lancet. 2016;387(10022-10034)】

7. オピオイド使用量の国際比較
Berterame S, Erthal J, Thomas J, Fellner S, Vosse B, Clare P, et al. Use of and barriers to access to opioid analgesics: a worldwide, regional, and national study. Lancet. 2016;387(10028):1644-56. Pubmed; PMID 26852264.
8. カナダの自殺補助の議論 (WORLD REPORT)
Webster PC. Canada debates medically assisted dying law. Lancet. 2016;387(10031):1893. Pubmed; PMID 27203637.
9. 救急での腎疝痛治療のRCT
Pathan SA, Mitra B, Straney LD, Afzal MS, Anjum S, Shukla D, et al. Delivering safe and effective analgesia for management of renal colic in the emergency department: a double-blind, multigroup, randomised controlled trial. Lancet. 2016;387(10032):1999-2007. Pubmed; PMID 26993881.
10. 変形性関節症の痛みに対するNSAIDsの有効性: ネットワークメタ分析
da Costa BR, Reichenbach S, Keller N, Nartey L, Wandel S, Juni P, et al. Effectiveness of non-steroidal anti-inflammatory drugs for the treatment of pain in knee and hip osteoarthritis: a network meta-analysis. Lancet. 2016. Pubmed; PMID 26997557.
11. DCP 3 (Disease Control Priorities: DCP 第三版)による低・中所得国でのがん対策の推奨
Gelband H, Sankaranarayanan R, Gauvreau CL, Horton S, Anderson BO, Bray F, et al. Costs, affordability, and feasibility of an essential package of cancer control interventions in low-income and middle-income countries: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. Lancet. 2015. Pubmed; PMID 26578033.

【Lancet Oncol. 2016;17(3-5)】

12. 中等度以上催吐性抗癌剤での小児がん患者の悪心・嘔吐予防に対するパロノセトロンとオンダンセトロンの無作為化非劣性試験
Kovacs G, Wachtel AE, Basharova EV, Spinelli T, Nicolas P, Kabickova E. Palonosetron versus ondansetron for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting in paediatric patients with cancer receiving moderately or

highly emetogenic chemotherapy: a randomised, phase 3, double-blind, double-dummy, non-inferiority study. *Lancet Oncol.* 2016;17(3):332-44. Pubmed; PMID 26795844.

13. グレリン受容体作動薬アナモレリンの食欲不振・悪液質の第Ⅲ相臨床試験 (ROMANA 1・ROMANA2)

Temel JS, Abernethy AP, Currow DC, Friend J, Duus EM, Yan Y, et al. Anamorelin in patients with non-small-cell lung cancer and cachexia (ROMANA 1 and ROMANA 2): results from two randomised, double-blind, phase 3 trials. *Lancet Oncol.* 2016;17(4):519-31. Pubmed; PMID 26906526.

14.5 週間の化学療法中でのホスアプレピタントの化学療法誘発性悪心嘔吐の予防効果の第Ⅲ相臨床試験

Ruhlmann CH, Christensen TB, Dohn LH, Paludan M, Ronnengart E, Halekoh U, et al. Efficacy and safety of fosaprepitant for the prevention of nausea and emesis during 5 weeks of chemoradiotherapy for cervical cancer (the GAND-esis study): a multinational, randomised, placebo-controlled, double-blind, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2016;17(4):509-18. Pubmed; PMID 26952945.

15. ウェルニッケ・コルサコフ症候群のレビュー

Isenberg-Grzeda E, Rahane S, DeRosa AP, Ellis J, Nicolson SE. Wernicke-Korsakoff syndrome in patients with cancer: a systematic review. *Lancet Oncol.* 2016;17(4):e142-8. Pubmed; PMID 27300674.

16. 化学療法を受けた小児がん長期サバイバーの妊娠

Chow EJ, Stratton KL, Leisenring WM, Oeffinger KC, Sklar CA, Donaldson SS, et al. Pregnancy after chemotherapy in male and female survivors of childhood cancer treated between 1970 and 1999: a report from the Childhood Cancer Survivor Study cohort. *Lancet Oncol.* 2016;17(5):567-76. Pubmed; PMID 27020005.

【JAMA.2016;315(9-20)】

17. 慢性腰痛に対するマインドフルネスストレス低減法と認知行動療法の RCT

Cherkin DC, Sherman KJ, Balderson BH, Cook AJ, Anderson ML, Hawkes RJ, et al. Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care on Back Pain and Functional Limitations in Adults With Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2016;315(12):1240-9. Pubmed; PMID 27002445.

18. 慢性痛へのオピオイド使用の 2016 年版 CDC ガイドライン

Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain—United States, 2016. *JAMA.* 2016;315(15):1624-45. Pubmed; PMID 26977696.

19. うつ病の診断基準を満たさない抑うつ状態患者に対するインターネット介入の RCT

Buntrock C, Ebert DD, Lehr D, Smit F, Riper H, Berking M, et al. Effect of a Web-Based Guided Self-help Intervention for Prevention of Major Depression in Adults With Subthreshold Depression: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2016;315(17):1854-63. Pubmed; PMID 27139058.

【JAMA Intern Med. 2016;176(3-5)】

20. 高齢者の慢性腰痛に対するマインドフルネスストレス低減法の RCT

Morone NE, Greco CM, Moore CG, Rollman BL, Lane B, Morrow LA, et al. A Mind-Body Program for Older Adults With Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2016;176(3):329-37. Pubmed; PMID 26903081.

21. 大麻使用と認知機能の関連

Auer R, Vittinghoff E, Yaffe K, Kunzi A, Kertesz SG, Levine DA, et al. Association Between Lifetime Marijuana Use and Cognitive Function in Middle Age: The Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. *JAMA Intern Med.* 2016;176(3):352-61. Pubmed; PMID 26831916.

22. 死亡前 2 日間の訪問診療・看護の地域間差

Teno JM, Plotzke M, Christian T, Gozalo P. Examining Variation in Hospice Visits by Professional Staff in the Last 2 Days of Life. *JAMA Intern Med.* 2016;176(3):364-70. Pubmed; PMID 26857275.

23. 植込型補助人工心臓装着に関連した終末期の体験の遺族調査

McIlvennan CK, Jones J, Allen LA, Swetz KM, Nowels C, Matlock DD. Bereaved Caregiver Perspectives on the End-of-Life Experience of Patients With a Left Ventricular Assist Device. *JAMA Intern Med.* 2016;176(4):534-9. Pubmed; PMID 26998594.

24. 医師による自殺補助の可能なスイスでの終末期医療 (短報)

Bosshard G, Zellweger U, Bopp M, Schmid M, Hurst SA, Puhon MA, et al. Medical End-of-Life Practices in Switzerland: A Comparison of 2001 and 2013. *JAMA Intern Med.* 2016;176(4):555-6. Pubmed; PMID 26927307.

25. 遺伝的な疾患リスクのコミュニケーションと健康行動のレビュー

Hollands GJ, French DP, Griffin SJ, Prevost AT, Sutton S, King S, et al. The impact of communicating genetic risks of disease on risk-reducing health behaviour: systematic review with meta-analysis. *BMJ.* 2016;352:i1102. Pubmed; PMID 26979548.

【BMJ. 2016;352(8047-8056)】

26. 欧州での国別死亡率の格差

Mackenbach JP, Kulhanova I, Artnik B, Bopp M, Borrell C, Clemens T, et al. Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. BMJ. 2016;353:i1732. Pubmed; PMID 27067249.

【Ann Intern Med. 2016;164(5-10)】

27. 大うつ病の薬物療法・精神療法・補完療法・運動療法の有効性と有害事象のレビュー

Gartlehner G, Gaynes BN, Amick HR, Asher GN, Morgan LC, Coker-Schwimmer E, et al. Comparative Benefits and Harms of Antidepressant, Psychological, Complementary, and Exercise Treatments for Major Depression: An Evidence Report for a Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2016;164(5):331-41. Pubmed; PMID 26857743.

28. 大うつ病の薬物療法と非薬物療法：米国内科学会ガイドライン

Qaseem A, Barry MJ, Kansagara D, Clinical Guidelines Committee of the American College of P. Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatment of Adult Patients With Major Depressive Disorder: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2016;164(5):350-9. Pubmed; PMID 26857948.

29. 成人のうつ病予防のクラスター RCT

Bellon JA, Conejo-Ceron S, Moreno-Peral P, King M, Nazareth I, Martin-Perez C, et al. Intervention to Prevent Major Depression in Primary Care: A Cluster Randomized Trial. Ann Intern Med. 2016;164(10):656-65. Pubmed; PMID 27019334.

【J Clin Oncol. 2016;34(7-15)】

30. 化学療法後末梢神経障害と脳灌流と灰白質変化の関連

Nudelman KN, McDonald BC, Wang Y, Smith DJ, West JD, O'Neill DP, et al. Cerebral Perfusion and Gray Matter Changes Associated With Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy. J Clin Oncol. 2016;34(7):677-83. Pubmed; PMID 26527786.

31. 非小細胞肺がんのEGFR-TKI エルロチニブ治療での予防的皮疹対策の第Ⅲ相臨床試験

Melosky B, Anderson H, Burkes RL, Chu Q, Hao D, Ho V, et al. Pan Canadian Rash Trial: A Randomized Phase III Trial Evaluating the Impact of a Prophylactic Skin Treatment Regimen on Epidermal Growth Factor Receptor-Tyrosine Kinase Inhibitor-Induced Skin Toxicities in Patients With Metastatic Lung Cancer. J Clin Oncol. 2016;34(8):810-5. Pubmed; PMID 26573073.

32. 乳がんの補助内分泌療法の開始後 1 年間の症状

Ganz PA, Petersen L, Bower JE, Crespi CM. Impact of Adjuvant Endocrine Therapy on Quality of Life and Symptoms: Observational Data Over 12 Months From the Mind-Body Study. J Clin Oncol. 2016;34(8):816-24. Pubmed; PMID 26786934.

33. がん患者の経済的問題と死亡との関連

Ramsey SD, Bansal A, Fedorenko CR, Blough DK, Overstreet KA, Shankaran V, et al. Financial Insolvency as a Risk Factor for Early Mortality Among Patients With Cancer. J Clin Oncol. 2016;34(9):980-6. Pubmed; PMID 26811521.

34. 腫瘍縮小術・腹腔内化学療法前の抑うつと治療後の死亡・再入院の関連

Low CA, Bovbjerg DH, Ahrendt S, Alhelo S, Choudry H, Holtzman M, et al. Depressive Symptoms in Patients Scheduled for Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy With Cytoreductive Surgery: Prospective Associations With Morbidity and Mortality. J Clin Oncol. 2016;34(11):1217-22. Pubmed; PMID 26903574.

35. 高齢がん患者の術後の高齢関連イベント（せん妄、転倒・骨折、脱水、褥瘡など）

Tan HJ, Saliba D, Kwan L, Moore AA, Litwin MS. Burden of Geriatric Events Among Older Adults Undergoing Major Cancer Surgery. J Clin Oncol. 2016;34(11):1231-8. Pubmed; PMID 26884578.

36. 転移性大腸がんの化学療法中の筋肉量減少と予後の関連

Blauwhoff-Buskermolen S, Versteeg KS, de van der Schueren MA, den Braver NR, Berkhof J, Langius JA, et al. Loss of Muscle Mass During Chemotherapy Is Predictive for Poor Survival of Patients With Metastatic Colorectal Cancer. J Clin Oncol. 2016;34(12):1339-44. Pubmed; PMID 26903572.

37. 肺・大腸がん患者の貯金額と症状・QOL の関連

Lathan CS, Cronin A, Tucker-Seeley R, Zafar SY, Ayanian JZ, Schrag D. Association of Financial Strain With Symptom Burden and Quality of Life for Patients With Lung or Colorectal Cancer. J Clin Oncol. 2016;34(15):1732-40. Pubmed; PMID 26926678.

【Ann Oncol. 2016;27(3-5)】

38. 早期乳がん術後補助療法でのビスフォスフォネート予防投与の専門家コンセンサス

Hadji P, Coleman RE, Wilson C, Powles TJ, Clezardin P, Aapro M, et al. Adjuvant bisphosphonates in early breast cancer: consensus guidance for clinical practice from a European Panel. *Ann Oncol.* 2016;27(3):379-90. Pubmed; PMID 26681681.

39. がん患者の希望と症状、ニード、スピリチュアリティの関連

Ripamonti CI, Miccinesi G, Pessi MA, Di Pede P, Ferrari M. Is it possible to encourage hope in non-advanced cancer patients? We must try. *Ann Oncol.* 2016;27(3):513-9. Pubmed; PMID 26681679.

40. 臨床試験データでの発熱性好中球減少症の発生率のメタアナリシス

Truong J, Lee EK, Trudeau ME, Chan KK. Interpreting febrile neutropenia rates from randomized, controlled trials for consideration of primary prophylaxis in the real world: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol.* 2016;27(4):608-18. Pubmed; PMID 26712901.

41. 未治療食道癌での好中球 - リンパ球比 NLR による予後予測

Grenader T, Waddell T, Peckitt C, Oates J, Starling N, Cunningham D, et al. Prognostic value of neutrophil-to-lymphocyte ratio in advanced oesophago-gastric cancer: exploratory analysis of the REAL-2 trial. *Ann Oncol.* 2016;27(4):687-92. Pubmed; PMID 26787231.

42. 転移性乳がんでの長期生存の予測因子

Lee ES, Jung SY, Kim JY, Kim JJ, Yoo TK, Kim YG, et al. Identifying the potential long-term survivors among breast cancer patients with distant metastasis. *Ann Oncol.* 2016;27(5):828-33. Pubmed; PMID 26823524.

43. 国際的ながん死亡率の減少と格差

Hashim D, Boffetta P, La Vecchia C, Rota M, Bertuccio P, Malvezzi M, et al. The global decrease in cancer mortality: trends and disparities. *Ann Oncol.* 2016;27(5):926-33. Pubmed; PMID 26802157.

【Eur J Cancer. 2016;55-59】

44. 英国での望ましい死に対する意識調査：がんと心疾患の死因による重要度の比較

Vrinten C, Wardle J. Is cancer a good way to die? A population-based survey among middle-aged and older adults in the United Kingdom. *Eur J Cancer.* 2016;56:172-8. Pubmed; PMID 26920822.

45. 中等度・高度催吐性リスク化学療法の悪心・嘔吐予防に対するロラピタントの2サイクル以降での有効性と安全性

Rapoport B, Schwartzberg L, Chasen M, Powers D, Arora S, Navari R, et al. Efficacy and safety of rolapitant for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting over multiple cycles of moderately or highly emetogenic chemotherapy. *Eur J Cancer.* 2016;57:23-30. Pubmed; PMID 26851398.

【Br J Cancer. 2016;114(5-10)】

46. アフリカ系米国人での鎮痛薬使用による上皮性卵巣がんリスク

Peres LC, Camacho F, Abbott SE, Alberg AJ, Bandera EV, Barnholtz-Sloan J, et al. Analgesic medication use and risk of epithelial ovarian cancer in African American women. *Br J Cancer.* 2016;114(7):819-25. Pubmed; PMID 26908324.

47. 小児がん長期サバイバーの教育・就業アウトカム

Dumas A, Berger C, Auquier P, Michel G, Fresneau B, Setcheou Allodji R, et al. Educational and occupational outcomes of childhood cancer survivors 30 years after diagnosis: a French cohort study. *Br J Cancer.* 2016;114(9):1060-8. Pubmed; PMID 27115571.

【Cancer. 2016;122(5-10)】

48. 造血幹細胞移植後の QOL と抑うつ

El-Jawahri AR, Vandusen HB, Traeger LN, Fishbein JN, Keenan T, Gallagher ER, et al. Quality of life and mood predict posttraumatic stress disorder after hematopoietic stem cell transplantation. *Cancer.* 2016;122(5):806-12. Pubmed; PMID 26650840.

49. 死亡前6カ月間のがん治療とホスピスケアの併用の2006年と2012年の比較

Mor V, Joyce NR, Cote DL, Gidwani RA, Ersek M, Levy CR, et al. The rise of concurrent care for veterans with advanced cancer at the end of life. *Cancer.* 2016;122(5):782-90. Pubmed; PMID 26670795.

50. AYA 世代（若年）血液がん患者の根治目的治療中と寛解後早期の心理状態

Muffy LS, Hlubocky FJ, Khan N, Wroblewski K, Breitenbach K, Gomez J, et al. Psychological morbidities in adolescent and young adult blood cancer patients during curative-intent therapy and early survivorship. *Cancer.* 2016;122(6):954-61. Pubmed; PMID 26749023.

51. 健康関連 QOL と医療利用のがんと慢性疾患の比較

Heins MJ, Korevaar JC, Hopman PE, Donker GA, Schellevis FG, Rijken MP. Health-related quality of life and health care use in cancer survivors compared with patients with chronic diseases. *Cancer.* 2016;122(6):962-70. Pubmed;

PMID 26748907.

52. 高齢食道癌の放射線治療での心肺関連死亡リスクのIMRTと3DRTの比較
Lin SH, Zhang N, Godby J, Wang J, Marsh GD, Liao Z, et al. Radiation modality use and cardiopulmonary mortality risk in elderly patients with esophageal cancer. *Cancer*. 2016;122(6):917-28. Pubmed; PMID 26716915.
53. AYA世代（若年）がんのエビデンスのレビューと将来への推奨
Smith AW, Seibel NL, Lewis DR, Albritton KH, Blair DF, Blanke CD, et al. Next steps for adolescent and young adult oncology workshop: An update on progress and recommendations for the future. *Cancer*. 2016;122(7):988-99. Pubmed; PMID 26849003.
54. AYA世代（若年）がん患者の社会的QOLの系統的レビュー
Warner EL, Kent EE, Trevino KM, Parsons HM, Zebrack BJ, Kirchoff AC. Social well-being among adolescents and young adults with cancer: A systematic review. *Cancer*. 2016;122(7):1029-37. Pubmed; PMID 26848713.
55. 成人がん専門施設でのAYA世代（若年）がん患者ケアプログラムの紹介
Gupta AA, Papadakos JK, Jones JM, Amin L, Chang EK, Korenblum C, et al. Reimagining care for adolescent and young adult cancer programs: Moving with the times. *Cancer*. 2016;122(7):1038-46. Pubmed; PMID 26848554.
56. 小児急性リンパ性白血病での治療中の不安、痛み、悪心
Dupuis LL, Lu X, Mitchell HR, Sung L, Devidas M, Mattano LA, Jr., et al. Anxiety, pain, and nausea during the treatment of standard-risk childhood acute lymphoblastic leukemia: A prospective, longitudinal study from the Children's Oncology Group. *Cancer*. 2016;122(7):1116-25. Pubmed; PMID 26773735.
57. 転移性乳がんでの運動療法のRCT
Ligibel JA, Giobbie-Hurder A, Shockro L, Campbell N, Partridge AH, Tolaney SM, et al. Randomized trial of a physical activity intervention in women with metastatic breast cancer. *Cancer*. 2016;122(8):1169-77. Pubmed; PMID 26872302.
58. 頭頸部がん患者のQOL、身体組成、栄養状態に対する運動療法のRCT
Capozzi LC, McNeely ML, Lau HY, Reimer RA, Giese-Davis J, Fung TS, et al. Patient-reported outcomes, body composition, and nutrition status in patients with head and neck cancer: Results from an exploratory randomized controlled exercise trial. *Cancer*. 2016;122(8):1185-200. Pubmed; PMID 26828426.
59. 骨髄異形成症候群患者の終末期ケアの実態
Fletcher SA, Cronin AM, Zeidan AM, Odejide OO, Gore SD, Davidoff AJ, et al. Intensity of end-of-life care for patients with myelodysplastic syndromes: Findings from a large national database. *Cancer*. 2016;122(8):1209-15. Pubmed; PMID 26914833.
60. 第I相試験を受ける患者の特性的楽観性と治療の期待や非現実的な楽観性との関連
Jansen LA, Mahadevan D, Appelbaum PS, Klein WM, Weinstein ND, Mori M, et al. Dispositional optimism and therapeutic expectations in early-phase oncology trials. *Cancer*. 2016;122(8):1238-46. Pubmed; PMID 26882017.
61. 緩和ケア領域でのがん関連症状のインターネットを用いた複合介入のRCT
Steel JL, Geller DA, Kim KH, Butterfield LH, Spring M, Grady J, et al. Web-based collaborative care intervention to manage cancer-related symptoms in the palliative care setting. *Cancer*. 2016;122(8):1270-82. Pubmed; PMID 26970434.
62. がんの経済的負担感と身体的・精神的QOLへの影響
Kale HP, Carroll NV. Self-reported financial burden of cancer care and its effect on physical and mental health-related quality of life among US cancer survivors. *Cancer*. 2016;122(8):283-9. Pubmed; PMID 26991528.
63. 造血幹細胞移植後サバイバーの抑うつと倦怠感のリスク因子
Jim HS, Sutton SK, Jacobsen PB, Martin PJ, Flowers ME, Lee SJ. Risk factors for depression and fatigue among survivors of hematopoietic cell transplantation. *Cancer*. 2016;122(8):1290-7. Pubmed; PMID 26814442.
64. 在宅死と病院死での生存期間の比較
Hamano J, Yamaguchi T, Maeda I, Suga A, Hisanaga T, Ishihara T, et al. Multicenter cohort study on the survival time of cancer patients dying at home or in a hospital: Does place matter? *Cancer*. 2016;122(9):1453-60. Pubmed; PMID 27018875.
65. 代替補完療法に関するコミュニケーションの患者と看護師の態度
Spencer CN, Lopez G, Cohen L, Urbauer DL, Hallman DM, Fisch MJ, et al. Nurse and patient characteristics predict communication about complementary and alternative medicine. *Cancer*. 2016;122(10):1552-9. Pubmed; PMID 26991683.
66. 小児急性リンパ性白血病の化学療法後の不安と抑うつの頻度と予測因子
Kunin-Batson AS, Lu X, Balsamo L, Graber K, Devidas M, Hunger SP, et al. Prevalence and predictors of anxiety and depression after completion of chemotherapy for childhood acute lymphoblastic leukemia: A prospective longitudinal study. *Cancer*. 2016;122(10):1608-17. Pubmed; PMID 27028090.

委員会活動報告

1. 委託事業委員会報告

委託事業委員会委員長 上村 恵一

2006年6月に成立した「がん対策基本法」および「がん対策推進基本計画」は10年目を迎え今年度は法改正が行われ、2017年夏頃から次期がん対策推進基本計画に策定されるための本年は重要な1年と思われる。2016年5月30日には、**がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会が発足され緩和ケアのさらなる推進のため心循環器疾患に対する緩和ケアの議論が始まっている**。2016年度は本学会が委託を受けている、がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修等事業も最終年度である。今年度も例年とほぼ同額の120,988,000円の交付申請を行っており、当会がここ10年のがん対策推進基本計画の推進に貢献した役割について総括し、実年度以降の新しい委託事業への橋渡しとしたい。会員諸氏においては、今年度も緩和ケア研修、普及啓発、コミュニケーション研修にご協力いただければ幸いである。

▶ 緩和ケア教育研修について

(1) 病院長などの病院幹部を対象とした緩和ケア研修会の開催

緩和ケアおよび緩和ケア教育の重要性を実感し、受講者が所属する施設内で緩和ケア研修会がより多く開催されるよう促すことを目的として、病院長などの幹部を対象とした緩和ケア研修会を1回開催する。開催日程は以下の通りである。

- 2016年9月10日～11日 於：フクラシア 品川クリスタルスクエア（東京都港区）

(2) 緩和ケア研修会指導者研修会の開催

本年度は緩和ケア研修会指導者研修会を3回開催する。そのうち、緩和ケアの基本教育に関する研修会を2回、緩和ケアと精神腫瘍学の基本教育に関する研修会を1回開催する。なお、開催日程は以下の通りである。

- 第29回（緩和ケア）2016年10月29日～30日 於：ホテルコスモスクエア国際交流センター（大阪府大阪市）
- 第30回（緩和ケア）2017年1月7日～8日 於：ホテルコスモスクエア国際交流センター（大阪府大阪市）

- 第31回（緩和ケア・精神腫瘍学）2017年2月25日～26日 於：クロス・ウェーブ府中（東京都府中市）

(3) 緩和ケア研修会の指導者を対象としたフォローアップ研修会の開催

「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」の追加教材に関する教育法の学習、指導方法を確認するための研修会として、指導者研修会修了者を対象に、緩和ケア研修会指導者フォローアップ研修会を1回開催する。なお、開催日程・場所は、現在検討中である。

(4) 指導者研修会修了者を対象とした現況調査の実施

指導者研修会修了者を対象とした現況調査を行っている。6月17日～18日に開催された当学会学術大会会場には専用ブースを設置し、34名の修了者に回答いただいた。なお、PEACEプロジェクトホームページ上の調査用フォームでは、現在も回答を受け付けている。まだ回答されていない指導者の皆さまには、是非ともご協力いただきたい。

▶ 緩和ケア普及啓発について

(1) 普及啓発イベントの開催

緩和ケア普及啓発を目的とした街頭イベントと公開講座を開催する。街頭イベントは一般市民を対象とする。公開講座は、一般市民と医療従事者を対象とし、がん対策基本法が制定されてから現在まで10年間での緩和ケアの変化と、今後の展望について発表・検討する。なお、開催時期・場所については現在検討中である。

(2) 緩和ケア研修会修了者バッジの作製・配付

現在、緩和ケア研修会修了者バッジは、厚生労働省より都道府県を通じて修了証書と同時に交付されているが、それ以前に当該研修会を修了した修了者のうち、本バッジ未受領の方に対して配付するため、公式ホームページ上に専用フォームの設置準備を進めている。（2016年7月中に受付開始）

▶ コミュニケーション技術研修について

(1) ファシリテーター養成講習会の開催

コミュニケーション技術研修会におけるファシリテーターを養成するための研修会を開催する。開催日程は以下の通りである。

- 第1回…2016年11月19日～20日
- 第2回…2016年12月3日～4日
- 第3回…2017年1月14日～15日

※会場は全てクロス・ウェーブ幕張（千葉県千葉市）

なお、本講習会修了には、第1回から第3回まで全日程への参加と、後述のコミュニケーション技術研修会のいずれか1回に参加し、実践のファシリテートを行うことが必須条件である。

(2) コミュニケーション技術研修会の開催

がん医療における患者とのコミュニケーション技術向上を目的とした研修会を開催する。開催日程は以下の通りである。

- 第1回…2017年1月28日～29日
於：東邦大学（東京都大田区）
- 第2回…2017年2月18日～19日
於：国立がん研究センター（東京都中央区）

2. 専門医制度検討委員会

専門医制度検討委員会委員長 山本 亮

1) 専門医制度について

この2年間、新専門医制度に移行する現行制度の見直し作業を行い、大枠については完成しました。現在の案では、2年間のプログラムに基づく研修を行います。そのうち緩和ケア病棟、緩和ケアチームでの研修をそれぞれ6カ月間以上行うことを求めることとなっています。

しかし、サブスペシャリティ領域の専門医制度についての議論が専門医機構側で進展しておらず、現時点ではこれ以上先には進めていくことができない状況となっています。このため、当面は現行の緩和医療専門医制度を継続していく方針となりました。

なお、当学会は現時点では専門医機構にも加盟できていません。この問題に関しては、専門医機構に加盟申請を行っていますが、加盟のためのヒアリングを行う予定との連絡が来て以来進展がない状態が続いています。基本領域の専門医制度の問題がある程度解決したのちに、サブスペシャリティ領域の議

論が始まると思われ、機構からの連絡を待ちたいと考えています。

2) 認定医制度について

専門的緩和ケアを提供しているものの、専門医資格を得るのが難しい医師に対して新たに緩和医療認定医として認定を行っていくこととなりました。これは、緩和医療の現場に長年従事している実践者を専門家として認定できるものであり、今後プログラム制度に移行していった場合にも取得可能な資格として設計しました。

申請条件は、ここ5年以内に専門的緩和ケアの現場（緩和ケア病棟・病床、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアを指し、認定研修施設かどうかは問わない）で6カ月以上（在籍期間にエフォート率を積算して計算）の研修を積み、50例以上の臨床経験があることです。50例の経験症例の一覧と、そのうち5例の詳細な症例報告書（現行の専門医制度で求めているものと同じもの）の提出に加え、学術大会および教育セミナーへの参加、緩和ケア研修会の修了が求められ、書類審査に合格したのち、緩和医療全般の医学知識と臨床能力を評価するためのマークシートによる選択式筆記試験を受験し、これに合格することで認定されます。認定期間は5年間で、更新のための審査も行います。

来年の秋頃に第1回の認定審査を行う予定で準備を進めていきます。申請には学会主催の教育セミナーへの参加が求められます。まだ教育セミナーを受講していない方は、2017年1月に福岡で開催される教育セミナー、6月の学術大会前日に横浜で開催される教育セミナーの受講をご検討下さい。

近日中に学会ホームページ上にも、認定医制度についての情報をアップする予定です。詳細については、そちらをご確認いただければと思います。

3) 研修指導医について

専門医を育成するための指導は、現在緩和医療専門医と緩和医療暫定指導医が行っていますが、暫定指導医の認定期限は延長しないこととなっており、2019年以降は指導医が減少していくこととなります。また、プログラム制度に移行した後は、ポートフォリオによる指導など新たな指導医の役割も増えていきます。このため専門医を育成する「研修指導医」という資格を創設し、この養成も行っていくこととしました。緩和医療専門医もしくは緩和医療認定医が、研修指導医講習会を受講することで、研修指導医として認定されることとなります。

こちらについても詳細が決定し次第、ホームページに情報をアップしていきます。

専門医制度検討委員会は、2年間で上記のような新しい枠組みについての議論を行い、新しい制度設計を行ってきました。本委員会としての活動は2年間で終了し、今後は専門医認定・育成委員会の中で、認定医制度、新専門医制度、研修指導養成についての具体的な作業を行っていくこととなりました。2年間ありがとうございました。

3. 第2回 緩和ケアを目指す看護職のためのセミナー開催報告

教育・研修委員会 看護職セミナー WPG
WPG 員長 荒尾 晴恵
WPG 委員 市原 香織、川村 三希子
清水 佐知子、船越 政江
村木 明美、小山 富美子

第2回緩和ケアを目指す看護職のためのセミナーは、緩和ケアに興味を持っている看護師を対象に「今後どのようにキャリアパスを描いていけば良いか」を実践経験の早い段階から考えていただくことによって、将来、緩和ケア領域で活躍する看護師がいきいきと実践を積み重ねられるよう支援することを目的とし、2015年度から開催しています。今年度は2016年3月19日土曜日に開催されました。当日は、北は秋田、南は沖縄から59名が参加し、緩和ケアの魅力や悩みを分かち合う充実した一日を過ごしました。

セミナーの内容は、講演と3名の「キャリアパス」の紹介、『ケア・カフェ』を取り入れたグループワーク、そして2年後の自分の姿をイメージするワークで構成されていました。講演では「緩和ケアで大切にしていること」について、医師の池永昌之先生（淀川キリスト教病院）と二見典子先生（いいケア研究所）のお二人よりお話いただきました。受講者は先生方の滅多に聞けないヒストリーとそれぞれの哲学に触れ、水をうったようにしーんと、そして熱い視線でお話に聞き入っていた様子がたいへん印象的でした。すでに緩和領域で活躍している先輩からの「私のキャリアパス」のお話は、緩和ケア病棟看護師 杉渕理沙氏（市立芦屋病院）、緩和ケア認定看護師 藤本亘史氏（東北大学病院 緩和ケアセンター）、がん看護専門看護師 市原香織氏（京都大学医学部附属病院）の3名から、この領域を目指した理由、

失敗から学んだこと、緩和ケアの魅力などをお話いただきました。それぞれの講師の語る、道のりや悩みを、へー、うん、うんと頷いたり、驚いたり、より身近な存在として先輩方を感じられたのではないのでしょうか。グループワークでは5名の講師もご参加いただき、日頃の悩みやこれからの展望を話すうち、熱気あるディスカッションが繰り広げられ、参加者のパワーを感じた研修でした。最後に、2年後の自分を描き、明日からのケアへの気持ちを新たに、賑やかな雰囲気でも名残惜しみながら、それぞれ帰路につきました。アンケート結果ではほぼ全員が満足と答えており、〈先生方もみな悩んで今に至っているのだと感じ励みになった〉、〈同じ分野に興味のある人々と話ができ、やる気にもつながりよかった〉〈緩和ケアをやったりしたい！と強く思った〉、〈モヤモヤしていた思いを言語化することでやる気が出た〉などの意見から、モチベーションアップに繋がったことが伺えました。さらに、この研修が緩和ケアに興味を持つ看護師にとって意味あることを改めて認識しました。本セミナーの参加経験が、参加者が描いた「2年後の自分の姿」に少しでも近づけること、少しでも多くの患者さま、ご家族に良いケアが届きますよう、WPG 関係者一同、心より願っております。



編 集
後 記

いよいよ、第31回オリンピック競技大会（リオオリンピック）が開幕した。選手村の宿泊施設にバスタブがない、トイレが壊れているなどの環境から、ドーピングによる問題、準備工事の遅延や治安問題まで、心配は尽きなかったが、何はともあれ開幕した。（まさにこれを書いている今、開会

式が始まった！）

この日をめざして頑張ってきた、全ての国の選手たちと彼らを支えてきたサポートチームが、あますことなく全力を出しきれるように、安全と健闘を願ってやまない。

準備段階では、不安と苦情ばかりが目につく感があったが、本来はコロコバードのキリスト像に象徴されるように、美しく情の豊かな街であるはずだ。ぜひ南米初開催の成功の手本となり、次の東京オリンピックに繋げてもらいたい。（久原 幸）

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