

JSPM

Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会

ニュースレター

Nov 2016

73

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	59
理事・監事・特任理事	
就任挨拶	60
Journal Club	66
よもやま話	69
Journal Watch	72
委員会活動報告	76

巻頭言

第22回 日本緩和医療学会学術大会の準備を通して

帝京大学医学部 緩和医療学講座
第22回 日本緩和医療学会学術大会
大会長 有賀 悦子

この度、2017年（平成29年）6月23日（金）～24日（土）の2日間、パシフィコ横浜にて第22回日本緩和医療学会学術大会を開催させていただき光栄にあずかり、心より感謝申し上げます。多くの方から、素敵なポスター！と感想をいただいております。

私たちを取り巻く様々な関係性を軸に、多様化した社会や人との葛藤を乗り越えていく対話の場として位置づけ、メインテーマは「集い対話する」、サブテーマとして「～疾病と共に健やかさを生きるために」「～社会の中で生きる医療となるために」といたしました。

それを受けて、現在、WGの皆様のお力を借りながら、プログラムの組み立てを行っているところです。新たな試みとして、すでに6月の総会でご報告させていただいておりますが、症例検討ワークショップ、地域別シンポジウム、ケアカフェ、市民参加セッションなどが進行しており、他学会との合同シンポジウムを多く設置したり、ワークショップでは参加者全員に演習を行ってもらえるよう事前登録制で企画したりしています。さらに、患者団体の方々にご尽力いただいている患者アドボケート・ラウンジ（PAL）は、大ホールの前のマリンホールになりました。

この秋の11月1日～18日には、シンポジウムの一部を演者公募、交流フォーラム（4件）や症例検討ワークショップの症例公募（4件）を行います。奮ってご応募のほど、お願いいたします。

例年通り一般演題の募集は、来年年明け早々1月5日から1月31日にホームページ上で行います。

ランチョンには全国の駅弁から地域別にリストアップするなどしていますが、これは事前予約で対応させていただこうと思っています。このように事前予約、登録のプログラムなどが多く準備されていますので、どうか大会ホームページを“お気に入り”に登録下さい！（<http://jspm2017.umin.jp/>）

緩和ケアを支えて下さる皆様がプロフェッショナルリズムを磨き、リフレッシュし、次の大会までの1年間、健康や福祉に寄与し続けていけるよう、「対話の場」を「もてなしの場」として鋭意準備に取り組んでいます。この学術大会が緩和ケアを必要としているすべての方に届けられていくことを祈りつつ、皆様と2017年6月横浜でお目にかかれる日を心から楽しみにしています。



第22回 日本緩和医療学会
学術大会ホームページはこ
ちらからアクセス頂けます。



理事・監事・特任理事 就任の挨拶

理事就任のご挨拶



静岡県立静岡がんセンター
緩和医療科
大坂 巖

このたび日本緩和医療学会理事を拝命いたしました大坂巖と申します。代議員ならびに理事選挙におきまして、皆様から多大なご支援を賜りましたことに感謝申し上げます。一期目は専門医認定・育成委員会の副委員長として、緩和医療専門医の育成と援助に力を入れて参りました。また、専門医制度検討委員会の副委員長として、新専門医制度に向けての本学会の専門医制度の在り方について検討して参りました。さらに、昨年より新設されました緩和ケア普及に関する関連団体支援・調整委員会の委員長として、他の学術団体への窓口を担当させていただいております。

緩和ケアに対する関心の高まりは、国内外を問わず時代の趨勢であると考えます。わが国においてもこの10年間、多くの医療従事者からの緩和ケアに対する理解は深まり、期待も大きくなりました。国の施策においても、がん診療における緩和ケアのポジションは確固たるものとされ、さらなる拡充および均てん化に力が注がれております。特に、がん以外の疾患における緩和ケアの必要性が重要視されており、今後ますます他の領域の医療従事者との連携や学術団体との協力が求められます。

ホスピスケアから展開してきた緩和ケアは、この半世紀にめまぐるしい変遷を遂げています。今後がん治療の進歩とともに、時代、国や地域の情勢に応じてさらに発展するものと考えられます。しかし、多くの先達が築き上げてこられたわが国特有のホスピスマインドを忘れてはならないと思います。その上で、エビデンスの構築、治療やケアの均てん化、対象の拡充を推し進めることが重要であり、まさに“不易流行”の緩和ケアが求められると思います。

これからの2年間、理事の立場から本学会および日本における緩和ケアの発展のために多くの課題に対して取り組みを行う所存でございます。今後ともご指導ご鞭撻いただけますよう何卒よろしくお願い申し上げます。

全国でより質の高い緩和ケアが提供されることを目指して



国立がん研究センターがん対策
情報センター
加藤 雅志

全国でより質の高い緩和ケアを提供されることを目指し「緩和ケアチームセルフチェックプログラム」を開始しました！皆さま、ぜひご参加下さい！！

今回、理事に就任し、2期目の専門的・横断的緩和ケア推進委員会委員長を拝命いたしました。本委員会が担っている重要な役割を十分に果たしていくため、具体的な活動をしていけるよう努めております。そのような活動の一環として、本委員会では今年度から新たな取り組みとして「緩和ケアチームセルフチェックプログラム」を開始いたしました。

「緩和ケアの質の向上」については様々な課題があります。わが国の緩和ケアは、当初はホスピス緩和ケア病棟を中心に発展し、その後、緩和ケアチームや外来、在宅へと広がり、現在はすべての医療福祉従事者が基本的な緩和ケアを習得していくことが求められるようになりました。

特に、がん対策の推進に伴って、がん拠点病院での緩和ケアの提供体制の整備が強く進められ、がん拠点病院をはじめ、多くの病院に緩和ケアチームが新たに設置されるようになりました。緩和ケアチームを作るということは、院内で緩和ケアを提供していくための第一歩としては重要なことではありますが、それで問題が解決するわけではありません。緩和ケアチームが、患者の苦痛を和らげるのに必要な専門的な知識や技術を持っていなければなりませんし、院内で適切に緩和ケアが提供される体制が整備できるように活動をしなければなりません。

このような課題を解決していくために、全国の緩和ケアチームの活動を把握していくことを目的に、日本緩和医療学会は「緩和ケアチーム登録」に取り組んできました。そして、今回、全国の緩和ケアチームがより質の高い緩和ケアを提供していくことを支援していくことを目指し、専門的・横断的緩和ケア推進委員会では、2016年度から新たに「緩和ケア

チームセルフチェックプログラム」を開始いたしました。このプログラムは、チーム内での話し合いをもとに自分たちの活動内容を見直し、課題を抽出し、具体的な改善計画を立案していくことを支援していくものとなっています。がん拠点病院に求められている PDCA サイクルの確保に資するよう工夫されています。ぜひ、がん拠点病院をはじめ、多くの緩和ケアチームに参加していただきたいと考えております。

患者や家族と向き合う現場の関係者が、自分たちでできることを協力しながら一つ一つ取り組んでいくことは、苦悩する方々の苦痛を和らげていくための一歩一歩になっていく者だと確信しております。これからも、皆さまと一緒に話し合いながら、自分たちができることを具体的に行動していきたいと考えております。



札幌市立大学看護学部
成人看護学領域
川村 三希子

この度、はじめて理事を拝命致しました札幌市立大学の川村三希子です。私は、約 20 年緩和ケア病棟や訪問看護ステーションなどで勤務した後、緩和ケア認定看護師教育の機会をいただいたことをきっかけに教育に携わるようになり、現在は看護基礎教育とがん看護専門看護師教育に従事しております。本学会はこの 20 年間で 1,000 人だった会員が 12,000 人を超える大きな学会となり、政策にも影響を与えるまでになりました。活動規模は大きくなっておりませんが、常に目の前にいる一人ひとりの患者様とご家族に質の高い緩和ケアを届けられているかを見失わないよう、初心を忘れずに活動したいと思っております。これまで ELNEC-J WPG 員、看護職セミナー WPG 員として活動してまいりましたが、これからも教育・研修委員会委員として、日々ベッドサイドケアを提供している学会員に質の高い教育の機会が公平に提供できるよう取り組んでまいりたいと思います。さらに、地区委員会、緩和ケア普及に関する関連団体支援・調整委員として、地域の緩和ケアの現状や課題についても丁寧に検討し緩和ケアの普及に務めてまいります。日本緩和医療学会の特徴は多職種協働・チームアプローチです。この協働、連携の考えを大切に、皆様のお力添えをいただきながら看護の視点か

ら患者・家族そして学会員のニーズを捉え発信していく所存です。ご指導のほど、どうぞよろしくお願い申し上げます。

理事就任にあたって



島根大学医学部麻酔科学・
附属病院緩和ケアセンター
齊藤 洋司

この度は、日本緩和医療学会の理事に選出いただき誠にありがとうございます。

日本における緩和ケアの普及、充実は急速な勢いで進められようとしており、日本緩和医療学会への期待と果たすべき役割もますます大きなものとなってきています。前任期間におきましては、用語委員会、国際交流委員会、地区委員会、専門医制度検討委員会の各委員として日本緩和医療学会の運営・活動に関わってまいりました。2014 年は第 19 回日本緩和医療学会学術大会の大会長を務めさせていただきました。長年、痛みの臨床と研究を専門としてがん性疼痛緩和を実践し、2003 年より島根大学医学部附属病院緩和ケアセンター設置とともにセンター長として緩和ケアを担ってきました。教育においては、医学科における卒前教育ならびに初期研修から専門医教育までを広く担っています。これまでの経験や学会活動を礎として、本学会と地域活動を結び支える役割を果たしていく所存です。

今後本学会が取り組むべき重要な課題として、1) 緩和ケアのナショナルデータに基づく方策の策定と実践、2) 地域における緩和ケアの実践と学術交流体制の確立、3) 緩和ケア領域の研究システムの確立と研究成果（科学的根拠）の発信、4) 卒前教育の標準化と専門医制度と連動した育制度の確立、の 4 つを挙げたいと思います。これらの課題は個々に取り組むべきものではなく、社会および関連団体との連携と整合性ならびに国際化の視点を保ちながら取り組んでいく必要があります。

皆さまの声をいつでもどこでも気軽にお聞かせいただくことをお願いして、理事就任のご挨拶とさせていただきます。何卒よろしくお願い申し上げます。

理事に就任してのご挨拶

KKR 札幌医療センター 緩和ケア科
瀧川 千鶴子

KKR 札幌医療センター 緩和ケア科の瀧川千鶴子です。

自分は、「地元を愛する緩和ケア」が全国に普及するために活動すべく、理事立候補しました。これまでの3年間は札幌ホスピス緩和ケアネットワークの代表として、非がんも含めた死を意識する状態の患者・家族を対象として ケアする医療職・介護職が有機的な交流をできるように、市民活動への援助、研修会、講演会、交流会活動をして参りました。これらにより交流の密度は深まりましたが、活動が地域の裾野に広がっていくことにはまだまだ課題が取り残されています。今後は、緩和ケアが中央や世界で、どのように取り組み展開されているかの情報をもとに、更なる地域の発展を目指して努力する次第です。しかし、この私の志とは裏腹に理事としての役割は、オンラインジャーナルの編集という予想とは異なる分野での作業が現実でした。しかし、ジャーナルを目にする機会が増えた中で感じるのは、医師以外の職種の頑張りです。最近の、薬剤師・看護師さんの論文は非常に丁寧に執筆され、役立つ内容が多いのには目を見はります。多職種チームが機能することは、緩和ケアを実践するうえで欠かせないことです。このように、多職種が協働で今以上に機能していくことへの援助が、私の理事としての役割と認識するこの頃です。

実は、この4月からは、診療部長を仰せつかり多部門と交流する機会が増えました。薬剤・リハビリ・検査・放射線科・病理部のスタッフと将来への希望や構想を検討することは自分のエネルギーとなり、不安に立ち向かう勇気をもらいました。協働作業が共通の喜びとなることが自分の立場であるのは、学会も同様です。多くの職種と目標をともにすることが喜びとなるように、自分がすべきことは何かを冷静に判断し、客観的な人間として、多職種のお役に立ちたいと存じます。どうぞ、ご指導よろしく願いいたします。

理事就任に際して



藤田保健衛生大学医学部
外科・緩和医療学講座教授
東口 高志

この度、日本緩和医療学会理事にご選出賜りました藤田保健衛生大学外科・緩和医療学講座の東口高志です。ご推挙いただきました本学会の代議員の方々はもとより、日頃より種々のご高配を賜っております皆様方に、その熱きご支援ならびにご助力に対しまして心より御礼申し上げます。さて、私は今回で第5期目の理事を務めさせていただくことになります。初めて理事を勤めさせていただきました際には、まだ若手の一人でしたが、いつのまにか上から数番目に歳だけは出世したみたいです。学会は1981年に医師になってから数多く経験してきましたので、その経験とそこで得られた知恵を可能な限り発揮して、本学会の会員の皆様や緩和ケアを必要とされる患者さんにご家族のためになるように身を粉にして働きたいと思っています。

さて、私事ではありますが、少し私自身の事とこの2年間の目指すべき目標などについて述べたいと思います。2003年より現講座、藤田保健衛生大学医学部外科・緩和医療学講座の主任教授を務めさせていただいております。わが国初の緩和医療学講座であり、世界でも23番目にできた講座です。生命医学的な立場と精神・哲学的領域を包括した新しい取り組みとして“代謝・栄養学を駆使した緩和医療”の確立に邁進してきました。2008年より本学会理事にご選出いただき、当初より健康保険・介護保険委員長を拝命し、本学会の活動を診療報酬へ反映いただけるような道筋づくりに精を尽くしてまいりました。おかげさまで、①緩和ケア診療加算（チーム加算）の点数アップ、②緩和ケア病棟の点数アップ、③緩和ケア研修会との関連で緩和ケア疼痛管理指導料、④在宅医移行推進関連診療報酬など多くの評価をいただくことができました。また、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WPG員長として携わらせていただき、最近英語版もパブリッシュすることができました。さらに、2013年には第18回学術大会の会長も勤めさせていただきました。これからは国際交流委員会の委員長を拝命しておりますので、本学会の国際化に勤めるとともに、緩和医療学をわが国の医療の基盤として

しっかりと根付かせることに尽力したいと思っています。

理事就任のご挨拶



神戸大学医学部附属病院
藤原 由佳

この度、理事に選出いただきました神戸大学医学部附属病院の藤原由佳です。代議員選挙・理事選挙におきまして、ご支援

いただきありがとうございます。初めての経験で不慣れな点が多々あるかと思いますが、精一杯、頑張っていきたいと思っています。どうぞよろしくお願いたします。

日本緩和医療学会との出会いは、2004年に札幌で開催された第9回学術大会への参加からです。その時から十数年が経過し、緩和医療を取り巻く環境も大きく変化し、会員数も年々増加し多職種で構成される学会となりました。多くの学会員の中でも看護師は、4割弱を占めております。看護職の学会員の方にとって有益な学会になるように看護職理事5名で力をあわせて活動していきたいと思っています。

今回、教育・研修委員会、および、総務・財務委員会の委員を務めさせていただきます。教育・研修は、緩和医療の担い手を育成し、そして、質の向上を図る上で必須です。将来を見据えつつ、学会員の方の意見・ニーズを反映しながら、教育・研修を企画していきたいと思っています。

私のモットーは、“諦めず、ねばり強く”です。2年間、全力を尽くしていきますので、皆さま、ご支援をよろしくお願いたします。

監事就任のご挨拶



兵庫県立大学 看護学部長
内布 敦子

ご挨拶をさせていただくのに、参考のためこれまで自分が書いた理事や監事就任のあいさつを見ておりましたら、2年前に監事就任のご挨拶を書かせていただきました時の文章ファイルに「これがたぶん私が

参加する最後の期の理事会になると思います。」とあり、にわかに思い出しました。確かにそのつもりでやっていたのですが、定款では監事は3期までやれるので…、と事務局の人に教えられ、なんだかみっともないことになりましたが、お引き受けすることにしました。正真正銘、今期が最後の期の理事会になります。できる限りお役にたてるように働きたいと思っていますので、どうぞよろしくおねがいます。

会計年度の終わりには事務局が揃えて下さった膨大な資料を、数字を追いかけて見せていただき会計の監査をさせていただいています。事務局の細かい作業にも頭が下がりますが、いくつもあるプロジェクトの集まり、議事録、旅費などの明細を見て、各委員会の血のにじむような活動を想像しています。皆さんの努力のおかげで、緩和ケア・緩和医療は、この20年で飛躍的に「知」を体系化していると思います。そして、医学、看護、薬学、福祉、心理等々の知識が緩和ケアを必要とする人々のために集結してきているのは間違いなことだと思います。すでに一部で始めておられると思いますが、集結するだけでなく、それらをいかに融合させるか、そして新しい学問領域を創造するか、といったことが大きな課題ではないかと思っています。看護学の最近の動きを見ると、社会学、植物学、哲学、福祉学、ロボット工学などの研究者とお互いの「知」を共有して理解し合い「ケアサイエンス」の領域を創造しようとしています。学問に限らず、異種のものがぶつかりと火花が散り、必ず新しい何かが生まれます。意味ある融合、高め合う融合によって、緩和ケアを必要とする人にとって価値ある火花を散らすことができれば、すばらしいですね。

監事は年齢的なこともあり、それぞれが病院や大学で管理的な仕事をしておりますので、なかなか出席がままならないときもあり、ご迷惑をおかけするかもしれません。皆さまのあたたかいところで、役員会の末席におりますことをお許しいただければと思います。

監事就任のご挨拶



広島県緩和ケア支援センター
本家 好文

このたび、日本緩和医療学会監事を拝命しました広島県緩和ケア支援センターの本家です。

私は1996年の学会設立時か

ら学会員として参加し、学会の発展する姿を目の当たりにしてきました。この間、2001年から2008年までの7年間は理事を務めさせていただき、2010年までの9年間は広報委員会として、ホームページの立ち上げから運用などに関わりました。その後、2010年から2014年は倫理・利益相反委員も務めさせていただきました。

ホームページを開設した2001年には、2,000名足らずだった会員数は、その後増加し続けて、今では12,000名を越える大きな学会になりました。なかでも医師会員が5,700名を越え、医師の緩和医療への関心が高くなっています。本学会が中心となって取り組んできた「がん診療に従事する医師の緩和ケア研修会」が広く実施されたことも大きな要因だと感じています。

今後、緩和ケア（緩和医療）に対する関心の裾野が広がり、医療・介護関係者だけでなく一般社会にも広く理解されるためにも、本学会には大きな責任があります。近年、緩和医療領域では毎年のように新しい薬剤が上市され、苦痛緩和に対する貢献度も大きくなっています。一方で、利益相反の問題を生じる機会も増えています。今後とも襟を正しながら、社会から信頼される適切な学会運営のために、与えられた監事の役割を果たしたいと思いますので、よろしく申し上げます。

特任理事就任のご挨拶



島根大学医学部附属病院
太田 桂子

この度、田村恵子先生からご推薦をいただき、理事の先生方に特任理事としてご承認いただきました島根大学医学部附属病院の太田桂子です。

当学会に加入しているソーシャルワーカーは95名（2016年9月1日現在）で全会員の0.8%と少数派ではありますが、全人的ケアをチームで支える緩和ケアにおけるMSWの役割の重要性をご理解いただきましたことに心から感謝申し上げます。

私は、2013年に当院緩和ケアチームが設置された当初からメンバーに加わり、これまで大学病院において成人・小児における緩和ケアに携わってきました。

ソーシャルワーカーは、疾患や病期に限らず、患者と家族の抱える多様な心理社会的課題に対応する

ことが求められています。患者や家族の価値や希望を「聴く」面接や、属する社会に戻るよう「つなぐ」ネットワーキングなどの専門的な技術の研鑽が不可欠です。

実際、ソーシャルワーカーの多くは地域連携部門に所属し、緩和ケアチームや緩和ケア病棟の兼任もしくは専任をしております。そのような立場で専門性を活用し、病院内のみならず、地域社会の多職種とシームレスな連携を図り、患者と家族の生活の質の向上にむけて日々努力しています。

今後は、地域包括ケアシステムでの在宅緩和ケアの推進、小児がんにおける緩和ケアなどにおいても、信頼できる専門職となれるよう、ソーシャルワーカーの教育機会の確保や制度政策への提言など各方面から、その整備にむけて努力を重ねる所存でございます。

大変微力ではありますが、ご支援・ご鞭撻を賜りますよう、心よりお願い申し上げます。

特任理事就任のご挨拶



福井大学医学部附属病院
がん診療推進センター
センター長、教授
栄養部長、NST チェアマン
福井大学医学部
腫瘍病態治療学講座 教授
片山 寛次

この度、理事会の皆様の御推挙をいただきまして日本緩和医療学会の特任理事として就任いたしました。名誉あることと心から感謝申し上げます。

私は、30数年以上がんの腹膜播種性転移と進行膵癌に対する集学的治療に携わっております現役の外科医です。これら予後不良ながん患者さんたちと一緒に闘うためには、精神緩和も含めた全人的緩和の技術と、支持療法としての栄養管理技術が必要です。そしてそれらを実行するためには、医師だけではなく多職種がそれぞれの専門性を生かして同等な立場で参加するチーム医療が極めて重要であると考え実行して参りました。

福井大学に奉職して28年目ですが、20年程前から緩和医療と栄養管理のためのチームを集め、学生教育、卒後教育、地域における研修も継続して行って参りました。また地域に繋げるべく、在宅緩和パス、栄養パス普及も続けて参りました。

本学会の理事選出細則に依りますと、「本法人の

活動に相応しい者若干名を、特任理事として選任することができる」とあります。私を推挙いただいた理由には、私が今まで肝に銘じてきました、病院にあってはがんと診断されてからの緩和ケア、シームレスに在宅、地域に繋げる地域一体型の緩和ケア、その基本的な支持技術としての臨床栄養学、そしてこれらの卒前からの教育にあるのではないかと思考しております。

ご期待に添えますよう精一杯お手伝いさせていただきますのでよろしくお願いいたします。

1. 進行期膵がんでの早期緩和ケア介入の無作為化比較試験

東北大学大学院医学系研究科保健学専攻
緩和ケア看護学分野 佐藤 一樹

Maltoni M, Scarpi E, Dall'Agata M, Zagonel V, Bertè R, Ferrari D, Brogna CM, Bortolussi R, Trentin L, Valgiusti M, Pini S, Farolfi A, Casadei Gardini A, Nanni O, Amadori D; Early Palliative Care Italian Study Group (EPCISG). Systematic versus on-demand early palliative care: results from a multi-centre, randomised clinical trial. *Eur J Cancer*. 2016 Sep;65:61-8. Pubmed; PMID 27472648.

【目的】

進行がんでの早期緩和ケア介入の有効性が臨床試験により示されている。本研究では、進行期膵がんの診断後に必ず専門的な緩和ケア介入を受ける群と必要に応じて専門的な緩和ケア介入を受ける群で患者アウトカムや終末期医療を比較する。

【方法】

多施設共同無作為化比較試験を行った。イタリアの21施設の外来で、進行期膵がんと診断されて8週間以内のPS0～2の患者207名を対象とし、介入群100名と通常ケア群107名に無作為に割り付けた。介入群の患者は、緩和ケア外来を2～4週ごとに受診し、問題チェックリストによる系統的な評価と薬物療法・非薬物療法の調整を受ける。意思決定の相談内容は腫瘍医と共有される。通常ケア群の患者は、必要に応じて上記の専門的な緩和ケア介入を受けることができる。主要評価項目は、肝胆膵がん患者用のQOL評価尺度であるFACT-Hepの12週後の変化とし、FACT-Hepの身体面・心理面・肝胆膵専用項目の3ドメインの総合評価TOIスコアを用いた。副次的評価項目として、不安・抑うつ(HADS)、生存期間、家族評価による終末期医療の満足度(FAMCARE)、死亡前の積極治療の実施を測定した。

【結果】

QOL評価であるTOIスコアの12週後の変化は、介入群で-0.63、通常ケア群で-4.47であり、介入効果が示された($p=0.041$)。不安($p=0.062$)や抑うつ($p=0.281$)の有病率や生存率、死亡前の化学療法実施やホスピス利用率・期間に有意差はなかった。

【結論】

進行期膵がんで、診断後に専門的な緩和ケア介入を必ず受けた患者は必要に応じて受けた患者より有意にQOLが良好な推移であった。

【コメント】

2010年に発表されたTemelらの早期緩和ケア介入試験(N Engl J Med. 2010 Aug 19;363(8):733-42)と同様の介入試験である。Temel試験が生存期間延長を示したことで世界中から注目を集め、「早期緩和ケア」は2012年にASCOの推奨に加えられた。Temel試験は進行期の非小細胞肺癌と消化器癌(追試験で対象に追加)を対象に行われ、本試験で進行期膵癌での有効性のエビデンスが新たに追加された。「早期緩和ケア」の介入研究は、他に看護師主導の電話によるでも有効性が示されている(JAMA. 2009 Aug 19;302(7):741-9; J Clin Oncol. 2015 May 1;33(13):1438-45)。

腫瘍医などの抗癌治療を提供する医療チームによる基本的緩和ケアに加えて、専門的な緩和ケアを早期から提供する介入のエビデンスはより強化された。一方で、異なる患者集団での効果検証、早期緩和ケアの重要な構成要素の同定、家族対象の介入の追加が研究面での課題であり(Am Soc Clin Oncol Educ Book. 2016;35:e534-8)、腫瘍科での基本的緩和ケアの教育と緩和ケア専門家の人材育成、限られたリソースでの効果的・効率的な専門的緩和ケア提供が臨床面での課題である。

2. 長期間オピオイド処方を受ける患者に対するナロキソン同時処方の有用性

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

Coffin PO, Behar E, Rowe C, Santos GM, Coffa D, Bald M, Vittinghoff E. Nonrandomized Intervention Study of Naloxone Coprescription for Primary Care Patients Receiving Long-Term Opioid Therapy for Pain. *Ann Intern Med*. 2016 Aug 16;165(4):245-52.

【目的】

米国では、慢性疼痛にオピオイドが処方され、その意図的ではない過量投与による死亡が問題となっている。本研究では、慢性疼痛患者にオピオイドと同時に、その拮抗剤であるナロキソンを処方し、オピオイドの副作用による緊急受診への影響を調べた。

【方法】

ナロキソンは、鼻腔吸入キットを使用し、これを処方するか否かは、医療従事者の判断とした（ランダム化はされていない）。吸入方法や使用判断は、まず医療従事者によく周知され、患者や家族に指導された。観察期間は、ナロキソンが処方しなかった期間を含めて2年間であった。

【結果】

対象患者は、慢性疼痛を有する1,985名であり、オピオイドとしては、オキシコドンの使用が46%と多く、その1日使用量は、31%が経口モルヒネ換算120mg/日以上であった。対象患者の759名(38%)にナロキソンが処方され、これら患者においては、オピオイドの副作用による緊急受診の頻度は、処方を受けていない患者に比べ63%低頻度であった（頻度比=0.37 [CI, 0.22 to 0.64]; P<0.001）。なお、調査期間中にナロキソン処方を受けた患者におけるオピオイド使用量に変化はなかった。

【結論】

ナロキソンは、痛みのためにオピオイドを処方されるプライマリーケア患者に、予め処方しておくことは、オピオイド関連の有害事象を減らすことに有用である可能性がある。

【コメント】

欧米では、アルコール以外の薬物過剰摂取による死亡で最も多い薬剤がオピオイドによるものである。特に、経口モルヒネ換算200mg/日以上では、低用量（20mg/日未満）と比較して、オピオイド関連死亡の危険性がほぼ3倍増加する報告もある（Arch Intern Med. 2011;171:686-91.）。これらの多くが、複数の医療機関からの重複処方など不適切な使用が指摘されている。本邦でも、モルヒネ塩酸塩錠、フェンタニル貼付剤などのオピオイドが慢性疼痛に使用されており、使用動向が増えるのであれば、ナロキソン鼻腔吸入キットのような救済製剤の登場が期待される。また、欧米の教訓を踏まえた慢性疼痛に対するオピオイドの適正使用が重要である。

3. オレキシン受容体拮抗薬スボレキサントとゾルピデムの乱用の危険性の比較

山形大学医学部附属病院 薬剤部
志田 敏宏

Schoedel KA, Sun H, Sellers EM, Faulknor J, Levy-Cooperman N, Li X, Kennedy WP, Cha JH, Lewis

NM, Liu W, Bondiskey P, McCrea JB, Panebianco DL, Troyer MD, Wagner JA. Assessment of the Abuse Potential of the Orexin Receptor Antagonist, Suvorexant, Compared With Zolpidem in a Randomized Crossover Study. J Clin Psychopharmacol. 2016 Aug;36(4):314-23.

【目的】

不眠症は10人に1人発症する最も一般的な睡眠障害である。近年、睡眠薬の使用が増加しており、乱用が懸念されている。スボレキサントは、オレキシン受容体アンタゴニストであり、不眠症治療に使用される。ベンゾジアゼピンと比較して耐性や依存が少ない事を示唆する報告があるが、乱用が生じる可能性は否定できない。本研究はスボレキサントおよびゾルピデムの乱用の危険性を評価した。

【方法】

無作為化二重盲検クロスオーバー試験であり、治療用途ではなく快楽的な医療用薬物乱用歴のある18～55歳の健常人36例を対象とした。スボレキサントの用量（40、80、150mg）、ゾルピデム（15、30mg）、およびプラセボを、10日間のウォッシュアウトで単回投与した。薬剤嗜好視覚的アナログスケール（VAS）、または、その他の指標について、投与後24時間にわたり評価した。

【結果】

両薬剤とも薬剤嗜好VASはプラセボと比較して高く、スボレキサントのプラセボとの差は、22.84（40mg）、21.99（80mg）、20.44（150mg）であり、ゾルピデムでの24.86（15mg）、28.08（30mg）と同程度であった。また、VASの時間経過も両薬剤で類似していた。薬剤類似度評価は両薬剤で同等であった。乱用に関わる有害事象発現率はスボレキサントで有意に低かった（30.6% vs. 58.3%）。

【考察】

本研究は、スボレキサント単回投与後の乱用の可能性を初めて評価したものである。スボレキサントはゾルピデムに比べ依存誘発作用が低いのが、乱用が生じる危険性は同等である可能性が示唆された。しかし、本研究において、乱用に関わる様々な因子については評価しておらず、調査対象とした評価集団は一般的な集団と比較して乱用傾向があることが示唆される。

実際の乱用発現率は市販後の臨床経験での評価が必要である。

【コメント】

睡眠薬の処方頻度が高まる中、一部の患者では長

期服用時の依存や乱用が大きな社会問題となっている。スボレキサントは新しい機序の睡眠薬として承認された。依存性が少ないと言われているが、うつ
の悪化や、自殺念慮などの新たな副作用の報告もあり、乱用の危険性も含め、安全性については今後評価していく必要がある。

4. 死亡前1年間にがん患者が受ける医療の体験 :SERR-CAHPS データの分析

東北大学大学院医学系研究科保健学専攻
緩和ケア看護学分野 清水 陽一

Halpern MT, Urato MP, Kent EE. The health care experience of patients with cancer during the last year of life: Analysis of the SEER-CAHPS data set. *Cancer*. 2016 Sep 21. doi: 10.1002/cncr.30319.

【目的】

死亡前1年の間に受けた医療に対するがん患者の評価に影響する因子を明らかにすること。

【方法】

米国国立がん研究所(NCI:National Cancer Institute)のSEER (the surveillance, Epidemiology, and End Results) プログラムの臨床情報と、メディケアのCAHPS (the Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) 調査において患者自身が死亡前の1年間に回答した受けた医療(ケア全体、医療計画、主治医、専門医、カスタマーサービス、医師のコミュニケーション、ケアの迅速性、必要なケアを受けれたかどうか、必要な処方を受けれたかどうか)に対する評価のデータを連結して解析した。2000年~2011年のメディケア受給者160,959名のうち、1) 初めてがんと診断された、2) 調査時に66歳以上、3) がんと診断された後にCAHPSに回答した、4) CAHPSに回答後1年以内に死亡、の条件に適切した4,689名が対象となった。

【結果】

主治医と専門医に対する評価が他の項目と比較して『素晴らしかった』と回答した割合が高かったが、一方で医師のコミュニケーションの評価は『素晴らしかった』と回答した割合が最も低かった。

全般的な身体状態や精神状態が良好な方において、評価が全体的に良い傾向にあった。女性と比較して男性が医療計画と専門医の評価において、高卒

と比較して大卒の方が医療計画の評価において、より『素晴らしかった』と回答しない傾向にあった。アジア人は必要なケアおよび処方を受けれたかどうかにおいてより『素晴らしかった』と回答しない傾向にあった。メディケアにおけるプランにおいて出来高払い型給付プランがマネジドケア給付プランと比較してケアの迅速性、必要なケアを受けれたかどうか、必要な処方を受けれたかどうかにおいて、より『素晴らしかった』と回答する傾向にあった。

【結論】

死亡前1年間にがん患者の受けた医療に対する評価は、社会人口統計学的因子、保険のタイプ、臨床的特徴に関連していた。これらの知見は体験する医療の評価をよくするためのプログラム開発に役立つ。

【コメント】

全般的な身体状態が良い、精神状態が良いと認識しているほど、受けた医療に対する評価も全体的に高い傾向にあり、本研究は横断調査のため因果推論はできないが、身体症状や精神症状の緩和に努め、QOL (Quality of Life) の維持、向上が重要であることが示唆される結果である。また、患者背景の違いによって受けた医療の体験の評価に違いがあることから、個々のニーズや希望を確認し個別性に合わせた医療の提供の必要性が示唆される。



7th PaCCSC Annual Research Forum 体験記

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
松田 能宣

2016年3月にオーストラリアの緩和の研究組織であるPaCCSC (Palliative Care Clinical Studies Collaborative、以下PaCCSC)のAnnual Research Forumに参加してきました。PaCCSCはご存知の通り、呼吸困難の緩和研究で高名なCurrow教授を中心に緩和ケア領域の研究を次々に完遂、論文化している研究組織です。現在計画されている研究、進行中の研究、その支援体制などを実際に会議に参加して聞いてみたいという思いが以前よりありました。「とりあえず参加して」と軽く考えていたのですが、「発表するなら行ってもいいよ」という厳しくも温かい言葉を上司からいただき、演題を出させていただきました。

ご一緒させていただいたメンバーは近畿大学の松岡弘道先生、大阪大学の前田一石先生、東大医科研病院の石木寛人先生、研究支援組織であるJORTCの木原康太さんで、会場で東北大学の山口拓洋先生、東京大学の宮路天平さん、近畿大学の羽多野裕先生と合流しました。宿泊ホテルは4人相部屋、合宿形式で、じゃんけんを負けた私はキングベッドを獲得できず、前田先生とベッドを並べて寝ることになりました。合宿形式ですので食事はもちろん自炊でしたが、石木、木原シェフがオーストラリアの食材を用いたすばらしい料理を毎食用意して下さいました。毎晩、夕食を囲みながら、これからの日本の緩和ケアの研究について語るすばらしい時間をいただきました。

初日のAnnual Research Forumの会場(写真)は、「学会」という感じではなく、結婚式会場のようなテーブルの配置になっており、みなさん結構ラフな格好で参加しており、日本とは違う文化を感じました。そしてなにより女性の方が多くことに驚きました。後で聞くとリサーチナースが非常に多く参加されていたようで、ディスカッションでも発表、質問、コメントなどもパワフルにされていました。非常にフレンドリーな雰囲気で行進していき、ウィットにとんだ発表中のコメントで会場は大爆笑になっていました(私は残念ながら英語力不足のため、私は周りが笑っているの、とりあえず笑っておきました)。

私の発表ですが、日本緩和医療学会の研究費で行わせていただいている「JORTC PAL05 間質性肺疾患の呼吸困難に対するモルヒネの安全性に関する第I相試験」を発表させていただきました。「研究内容だけではなく、研究過程の苦労も話すといいよ」と過去に参加経験のある前田先生からアドバイスをもらっていたので、日本ではリサーチナースがあまりおらず、緩和ケアチームのスタッフのみで努力して完遂したことを話すとともに共感的なリアクションをしていただきました。また、リサーチナースになることについて積極的に希望出す人が少ないエピソードを話すと、みなさん、”unbelievable!”的な反応をされていました。オーストラリアではリサーチナースが誇りを持って仕事ができる体制があり、日本でもそのような体制が構築できれば、緩和ケア領域の研究もさらに進むのかもしれない。

オーストラリア滞在最終夜にはちょうど世界でも有数のゲイとレズビアンのお祭りがシドニーで開催されていました。他のメンバーは興味がないとのことで、一人シドニーの夜に繰り出し、熱狂的な観客にもまれながら、最前列でパレードを見てきました。社会的にはマイノリティーであろう人々がとてもいきいきと楽しそうに自分を表現しながら行進している姿を見て、自分がいかに色んなものに縛られていて、狭い価値観の中で生きていることを感じました。多様な価値観を持った患者さん、ご家族、他の医療者と接する我々自身が柔軟な価値観を持つ必要性を再認識することができました。こ

のような気づきもあり、部屋に戻って、「めっちゃ、よかった！」と同行メンバーに伝えましたが、残念ながら、「ただの祭りを楽しんだ人」との扱いしか受けず、少しさびしい思いをしました。

このよやま話を読んでいただいて、興味を持っていただいた方、ぜひ一度参加されてみてはいかがでしょうか。



全人的医学教育「silent mentor program（無語良師）」

獨協医科大学 医学部 麻醉科学講座
山口 重樹、白川 賢宗

医療者のソーシャル・アイソレーション（社会的孤立）は様々な問題を引き起こす（Pain Prac 2016）。例えば、医療者の燃え尽き症候群が代表例である（Lancet 2016）。社会的孤立の原因の多くはコミュニケーション不足に由来するものであろう。医療におけるコミュニケーションでは、スタッフ間以上に患者や家族と医療者の間の関係が重要である。そのコミュニケーション能力は決して個人の技量にのみ左右されるものではない。医学教育での様々な手法によってコミュニケーション能力を高めることができるはずである。

コミュニケーション能力の向上に繋がる興味深い医学教育を行っている大学があるので紹介したい。英語で「silent mentor program」、台湾語で「無語良師」と表記されているプログラムは、台湾東海岸の片田舎に位置する花蓮県花蓮市にある慈済大学で行われている（J Relig Health 2016）。慈済大学の医学部は、開設から20数年の新しい医学校（当初は慈済医学院）であり、大学自体の創設も2000年（以降、慈済大学医学部）と、医学教育の歴史の浅い大学である。

「silent mentor program」、「無語良師」とは、読んで字のごとく、献体を用いた医学教育のことである。「silent mentor program」は、慈済大学での解剖実習、模擬臨床、その付属の施設である佛教慈済総合病院での若手医師の模擬手術に幅広く実施されている。「silent mentor program」では、プログラムを受講する学生や医師は、献体者を患者と同様に接するだけでなく、献体者を「献体先生」と敬意を払って呼んでいる。また、「献体先生」の遺族を患者の家族と同様に接している。

日本では、献体者の個人的な情報は開示されていないため、解剖実習では、医学生には名前や生前の生活については知らされることはない。多くの医学生は、献体者





の人生に興味を抱くことなく、淡々と人体解剖の知識習得のために実習を行っている。一方、慈済大学の「silent mentor program」では、日本では考えもしなかった医学教育が行われている。「silent mentor program」では、解剖実習や模擬臨床が開始される以前からプログラムが開始される。実習に参加する医学生が「献体先生」の家族と事前に交流を深め、「献体先生」の生前の生活史についても興味を持って実習に臨んでいる。

「silent mentor program」の詳細を以下にまとめる。

実習開始前夜、実習に参加する医学生、教官、そして、「献体先生」のご家族が集い、医学生が事前に準備した各々の「献体先生」の生活史を紹介し、献体先生の生前の思い、献体に至った経緯などを皆で共有する。そして、実習当日早朝から家族と共に慰霊祭に臨み、朝食を共にし、その後に実習が開始される。実習開始に際しては、「献体先生」の周りに医学生と家族が集まり、僧侶と共に仏式の祈りを捧げる。実習中は、献体先生の頭上に掲げられたモニターに、医学生がまとめた献体先生の生活史が常にスライドショー形式で表示されている。医学生は、実習の合間、手を休める際に、表示されている生活史に目を向け、「献体先生」の生前の様子に思いを馳せる。実習終了後は「献体先生」を丁寧に棺に納め、その後に、家族と共に火葬の義に臨む。火葬後の遺骨は大学内にある専用の施設に納められ、その後も医学生は家族と共に祈りを捧げる。



責任者である曾國藩教授は、この「silent mentor program」を、医学生に医療における「respect: 尊敬」と「humanity: 人間性」について考える機会にしたいと話してくれた。人体解剖や手術手技などの知識を教えるのは教員の役割かもしれない、しかしながら医療における倫理的な側面である「尊敬」と「人間性」を教えてくれるのは献体された無語良師とも呼ばれている「献体先生」であることが曾國藩教授の思いから伝わってきた。

今、医療の世界においてもグローバルゼーション（世界的規模化）の波が押し寄せてきている。一方、多くの国において社会的孤立といった問題も表面化しつつある。一度陥ってしまった社会的孤立を改善することは難しい。しかしながら、社会的孤立を未然に防ぐ手立てはあるはずである。慈済大学で行われている「silent mentor program」は、医療者の社会的孤立、そして、燃え尽き症候群といった様々な問題を解決するための全人的医学教育であろう。

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6月～8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(22-26), 375(1-8)】

1. 障害者（65歳未満のMedicare被保険者）でのオピオイド使用の法規制と処方との関係
Meara E, Horwitz JR, Powell W, McClelland L, Zhou W, O'Malley AJ, et al. State Legal Restrictions and Prescription-Opioid Use among Disabled Adults. N Engl J Med. 2016;375(1):44-53. Pubmed; PMID 27332619.
2. オランザピンの化学療法での制吐作用の第3相試験
Navari RM, Qin R, Ruddy KJ, Liu H, Powell SF, Bajaj M, et al. Olanzapine for the Prevention of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting. N Engl J Med. 2016;375(2):134-42. Pubmed; PMID 27410922.

【Lancet. 2016;387(10035-10038), 388(10039-10047)】

- 3.2015 Quality of Death Index についてコメント (Comment)
Krakauer EL, Rajagopal MR. End-of-life care across the world: a global moral failing. Lancet. 2016;388(10043):444-6. Pubmed; PMID 27507744.
4. 世界経済とがん死亡の関係
Maruthappu M, Watkins J, Noor AM, Williams C, Ali R, Sullivan R, et al. Economic downturns, universal health coverage, and cancer mortality in high-income and middle-income countries, 1990-2010: a longitudinal analysis. Lancet. 2016;388(10045):684-95. Pubmed; PMID 27236345.

【Lancet Oncol. 2016;17(6-8)】

- 5.AYA世代（若年）がんの5年生存率:EUROCORE-5
Trama A, Botta L, Foschi R, Ferrari A, Stiller C, Desandes E, et al. Survival of European adolescents and young adults diagnosed with cancer in 2000-07: population-based data from EUROCORE-5. Lancet Oncol. 2016;17(7):896-906. Pubmed; PMID 27237614.
6. 進行乳がんの臨床試験でのQOL評価のレビュー
Ghislain I, Zikos E, Coens C, Quinten C, Balta V, Tryfonidis K, et al. Health-related quality of life in locally advanced and metastatic breast cancer: methodological and clinical issues in randomised controlled trials. Lancet Oncol. 2016;17(7):e294-304. Pubmed; PMID 27396647.

【JAMA.2016;315(21-24), 316(1-8)】

7. 非がん慢性痛でのオピオイド徐放薬と死亡率の関係
Ray WA, Chung CP, Murray KT, Hall K, Stein CM. Prescription of Long-Acting Opioids and Mortality in Patients With Chronic Noncancer Pain. JAMA. 2016;315(22):2415-23. Pubmed; PMID 27299617.
- 8.ICUの非がん患者での緩和ケア専門家の家族面接のRCT
Carson SS, Cox CE, Wallenstein S, Hanson LC, Danis M, Tulsky JA, et al. Effect of Palliative Care-Led Meetings for Families of Patients With Chronic Critical Illness: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2016;316(1):51-62. Pubmed; PMID 27380343.

【JAMA Intern Med. 2016;176(6-8)】

9. 米国高齢者の退院間近の新規オピオイド処方の施設間差
Jena AB, Goldman D, Karaca-Mandic P. Hospital Prescribing of Opioids to Medicare Beneficiaries. JAMA Intern Med. 2016;176(7):990-7. Pubmed; PMID 27294595.
10. 米国での終末期医療の疾患別の比較
Wachterman MW, Pilver C, Smith D, Ersek M, Lipsitz SR, Keating NL. Quality of End-of-Life Care Provided to Pa-

tients With Different Serious Illnesses. JAMA Intern Med. 2016;176(8):1095-102. Pubmed; PMID 27367547.

11. 家族による終末期ケア評価へのコメント (Comment)

Fischer SM, Bekelman D, Bailey FA. Family Assessment of Quality of Care in the Last Month of Life. JAMA Intern Med. 2016;176(8):1102-4. Pubmed; PMID 27367457.

12. 米国のがん関連広告費の 2005 年～ 2014 年の推移 (レター)

Vater LB, Donohue JM, Park SY, Schenker Y. Trends in Cancer-Center Spending on Advertising in the United States, 2005 to 2014. JAMA Intern Med. 2016;176(8):1214-6. Pubmed; PMID 27400275.

【BMJ. 2016;352(8060-8063), 353(8064-8070)】

なし

【Ann Intern Med. 2016;164(11-12), 165(1-4)】

13. 成人の慢性不眠の米国内科学会のガイドライン

Qaseem A, Kansagara D, Forcica MA, Cooke M, Denberg TD, Clinical Guidelines Committee of the American College of P. Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2016;165(2):125-33. Pubmed; PMID 27136449.

14. 慢性痛のオピオイド処方時のナロキソン処方の医療者教育介入

Coffin PO, Behar E, Rowe C, Santos GM, Coffa D, Bald M, et al. Nonrandomized Intervention Study of Naloxone Coprescription for Primary Care Patients Receiving Long-Term Opioid Therapy for Pain. Ann Intern Med. 2016;165(4):245-52. Pubmed; PMID 27366987.

【J Clin Oncol. 2016;34(16-24)】

15. 家族関係に障害のある進行がん患者の家族への家族介入の RCT

Kissane DW, Zaider TI, Li Y, Hichenberg S, Schuler T, Lederberg M, et al. Randomized Controlled Trial of Family Therapy in Advanced Cancer Continued Into Bereavement. J Clin Oncol. 2016;34(16):1921-7. Pubmed; PMID 27069071.

16. がん患者への支持療法や終末期医療の人種による違い

Check DK, Samuel CA, Rosenstein DL, Dusetzina SB. Investigation of Racial Disparities in Early Supportive Medication Use and End-of-Life Care Among Medicare Beneficiaries With Stage IV Breast Cancer. J Clin Oncol. 2016;34(19):2265-70. Pubmed; PMID 27161968.

17. 進行がん患者への予後説明と病状認識

Epstein AS, Prigerson HG, O'Reilly EM, Maciejewski PK. Discussions of Life Expectancy and Changes in Illness Understanding in Patients With Advanced Cancer. J Clin Oncol. 2016;34(20):2398-403. Pubmed; PMID 27217454.

18. 進行がん患者の QOL 評価と炎症反応の関連

Laird BJ, Fallon M, Hjermsstad MJ, Tuck S, Kaasa S, Klepstad P, et al. Quality of Life in Patients With Advanced Cancer: Differential Association With Performance Status and Systemic Inflammatory Response. J Clin Oncol. 2016;34(23):2769-75. Pubmed; PMID 27354484.

19. 腫瘍医の人種への偏見とコミュニケーション評価の関連

Penner LA, Dovidio JF, Gonzalez R, Albrecht TL, Chapman R, Foster T, et al. The Effects of Oncologist Implicit Racial Bias in Racially Discordant Oncology Interactions. J Clin Oncol. 2016;34(24):2874-80. Pubmed; PMID 27325865.

【Ann Oncol. 2016;27(6-8)】

20. がん性疼痛に対するオピオイド鎮痛薬の実臨床での第 4 相試験

Corli O, Floriani I, Roberto A, Montanari M, Galli F, Greco MT, et al. Are strong opioids equally effective and safe in the treatment of chronic cancer pain? A multicenter randomized phase IV 'real life' trial on the variability of response to opioids. Ann Oncol. 2016;27(6):1107-15. Pubmed; PMID 26940689.

21. 高催吐性化学療法でのパロノセトロンとグラニセトロンの制吐作用の第 3 相試験

Suzuki K, Yamanaka T, Hashimoto H, Shimada Y, Arata K, Matsui R, et al. Randomized, double-blind, phase III trial of palonosetron versus granisetron in the triplet regimen for preventing chemotherapy-induced nausea and vomiting after highly emetogenic chemotherapy: TRIPLE study. Ann Oncol. 2016;27(8):1601-6. Pubmed; PMID 27358385.

22. 進行がん患者の家族の不安と抑うつとの関連要因

Nipp RD, El-Jawahri A, Fishbein JN, Gallagher ER, Stagl JM, Park ER, et al. Factors associated with depression and anxiety symptoms in family caregivers of patients with incurable cancer. Ann Oncol. 2016;27(8):1607-12. Pubmed; PMID 27177859.

【Eur J Cancer. 2016;60-63】

23. 進行肺がん患者の呼吸困難に対する鍼治療とモルヒネのRCT

Minchom A, Punwani R, Filshie J, Bhosle J, Nimako K, Myerson J, et al. A randomised study comparing the effectiveness of acupuncture or morphine versus the combination for the relief of dyspnoea in patients with advanced non-small cell lung cancer and mesothelioma. *Eur J Cancer*. 2016;61:102-10. Pubmed; PMID 27156228.

24. 欧州での小児がんでの標準ケア提供状況

Kowalczyk JR, Samardakiewicz M, Pritchard-Jones K, Ladenstein R, Essiaf S, Fitzgerald E, et al. European Survey on Standards of Care in paediatric oncology centres. *Eur J Cancer*. 2016;61:11-9. Pubmed; PMID 27131152.

25. 限局性前立腺がんサバイバーの長期的な QOL:QALIPRO 研究

Kerleau C, Guizard AV, Daubisse-Marliac L, Heutte N, Mercier M, Grosclaude P, et al. Long-term quality of life among localised prostate cancer survivors: QALIPRO population-based study. *Eur J Cancer*. 2016;63:143-53. Pubmed; PMID 27318002.

【Br J Cancer. 2016;114(11-12), 115(1-4)】

26. オーストラリアでの死亡前 6 カ月間の医療と医療費

Langton JM, Reeve R, Srasuebkul P, Haas M, Viney R, Currow D, et al. Health service use and costs in the last 6 months of life in elderly decedents with a history of cancer: a comprehensive analysis from a health payer perspective. *Br J Cancer*. 2016;114(11):1293-302. Pubmed; PMID 27115468.

【Cancer. 2016;122(11-16)】

27. 化学療法の耳毒性のレビュー

Landier W. Ototoxicity and cancer therapy. *Cancer*. 2016;122(11):1647-58. Pubmed; PMID 26859792.

28. ラテン系がん患者の終末期の話し合いと DNAR 記載

Shen MJ, Prigerson HG, Paulk E, Trevino KM, Penedo FJ, Tergas AI, et al. Impact of end-of-life discussions on the reduction of Latino/non-Latino disparities in do-not-resuscitate order completion. *Cancer*. 2016;122(11):1749-56. Pubmed; PMID 26992109.

29. 進行がん患者の 10 症状の個別目標 (Personalized symptom goals) とその関連要因

Hui D, Park M, Shamieh O, Paiva CE, Perez-Cruz PE, Muckaden MA, et al. Personalized symptom goals and response in patients with advanced cancer. *Cancer*. 2016;122(11):1774-81. Pubmed; PMID 26970366.

30. 認知機能低下のある乳がんサバイバーへのビデオ会議による認知行動療法の RCT

Ferguson RJ, Sigmon ST, Pritchard AJ, LaBrie SL, Goetze RE, Fink CM, et al. A randomized trial of videoconference-delivered cognitive behavioral therapy for survivors of breast cancer with self-reported cognitive dysfunction. *Cancer*. 2016;122(11):1782-91. Pubmed; PMID 27135464.

31. 放射線治療後の二次発がんリスクのレビュー

Kamran SC, Berrington de Gonzalez A, Ng A, Haas-Kogan D, Viswanathan AN. Therapeutic radiation and the potential risk of second malignancies. *Cancer*. 2016;122(12):1809-21. Pubmed; PMID 26950597.

32. 進行がんの予後予測の正確性の人種による違い

Trevino KM, Zhang B, Shen MJ, Prigerson HG. Accuracy of advanced cancer patients' life expectancy estimates: The role of race and source of life expectancy information. *Cancer*. 2016;122(12):1905-12. Pubmed; PMID 27028270.

33. がん治療施設の心理社会的支援サービスの施設間差

Zebrack B, Kayser K, Padgett L, Sundstrom L, Jobin C, Nelson K, et al. Institutional capacity to provide psychosocial oncology support services: A report from the Association of Oncology Social Work. *Cancer*. 2016;122(12):1937-45. Pubmed; PMID 27070342.

34. がん患者の家族介護者へのケアの総説

Kent EE, Rowland JH, Northouse L, Litzelman K, Chou WY, Shelburne N, et al. Caring for caregivers and patients: Research and clinical priorities for informal cancer caregiving. *Cancer*. 2016;122(13):1987-95. Pubmed; PMID 26991807.

35. 進行がん患者のコーピング、QOL、気分の関連

Nipp RD, El-Jawahri A, Fishbein JN, Eusebio J, Stagl JM, Gallagher ER, et al. The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. *Cancer*. 2016;122(13):2110-6. Pubmed; PMID 27089045.

36. 若年がん患者の定義する「良い患者」

Weaver MS, Baker JN, Gattuso JS, Gibson DV, Hinds PS. "Being a good patient" during times of illness as defined by adolescent patients with cancer. *Cancer*. 2016;122(14):2224-33. Pubmed; PMID 27141846.

37. 新規診断後の乳がん患者へのピアカウンセリングの RCT を

Giese-Davis J, Bliss-Isberg C, Wittenberg L, White J, Star P, Zhong L, et al. Peer-counseling for women newly diagnosed with breast cancer: A randomized community/research collaboration trial. *Cancer*. 2016;122(15):2408-17. Pubmed; PMID 27198057.

38. NK1 受容体拮抗薬ロラピタントのカルボプラチン化学療法での制吐作用の RCT

Hesketh PJ, Schnadig ID, Schwartzberg LS, Modiano MR, Jordan K, Arora S, et al. Efficacy of the neurokinin-1 receptor antagonist rolapitant in preventing nausea and vomiting in patients receiving carboplatin-based chemotherapy. *Cancer*. 2016;122(15):2418-25. Pubmed; PMID 27176138.

39. 高齢がん患者の QOL 改善の介入研究の総説

Mohile SG, Hurria A, Cohen HJ, Rowland JH, Leach CR, Arora NK, et al. Improving the quality of survivorship for older adults with cancer. *Cancer*. 2016;122(16):2459-568. Pubmed; PMID 27172129.

40. 小児がんサバイバーの将来に対する両親の準備と長期的な障害

Greenzang KA, Cronin AM, Mack JW. Parental preparedness for late effects and long-term quality of life in survivors of childhood cancer. *Cancer*. 2016;122(16):2587-94. Pubmed; PMID 27219336.

委員会活動報告

地区委員会活動報告

地区委員会委員長 山本 達郎

地区委員会では2015年度から2年間、モデルとなる地区活動の支援および検証事業を行っております。2015年には九州緩和ケア研究会と北海道緩和医療研究会の支援を行いました。2016年には北陸緩和医療研究会、関西緩和医療研究会、九州緩和ケア研修会の支援を行うことが決まっています（詳細は、日本緩和医療学会のホームページをご覧ください：<https://www.jspm.ne.jp/areasupport/seminar.html>）。この事業は、地区ごとに特徴ある緩和ケアのニーズを把握して、地区活動を活性化することの意義を検証することを目的としております。地区委員会では、会員の皆様方にこのような活動が行われていることをお知らせし、今後の地区活動の更なる活性化を目指していきたいと考えております。

**編集
後記**

今回からニューズレターの編集委員に加えていただきました。先日開かれた、年に一度の顔を合わせての編集会議では、どのようにしたら会員の皆様に役立つニューズレターとして目にしていただけるかを討議しました。冊子体から電子版へと形はかわっていますが、内容は十分なものになっていると恒藤委員長以下全員が自負しております。ニューズレターは会員の皆様の目に触れてこそそのものです。現在のメールや葉書での通知ではなくフェイスブックによる通知で、スマートフォンの画面で見やすい誌面構成にする、などいろいろ検討中です。会員の皆様に役立つ情報をいかにタイムリーにお届けするかがニューズレターの役割りだと考えています。(飯嶋 哲也)

飯嶋 哲也
岸田さな江
佐藤 一樹
○恒藤 暁
所 昭宏
西村 幸祐
久原 幸
吉田 沙蘭