



Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会
ニュースレター

May 2017 75

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	1
Journal Club	3
学会印象記	7
よもやま話	8
Journal Watch	12
委員会活動報告	17

巻頭言

花は咲けども 雪が降る準備

KKR 札幌医療センター 緩和ケア科
瀧川 千鶴子

札幌の桜は例年5月中旬が旬なのですが、今年は4月の終わりに満開を迎えました。当地では、花の順番はなく、ツツジ、梅、桜、こぶしが一斉に咲くので、春の季節感とは本州とは全く異なります。今、真夏日のゴールデンウィークでさえ、来月のヨサコイの頃にはリラ冷えがやって来るのを私たちは知っています。暑かったり、寒かったりの心の準備は、例年の様子からおおよそ予測できるので、がっかりすることはありません。しかし、2013年3月3日中標津に襲った暴風雪で車が立ち往生し、車内での一酸化炭素中毒や車外のホワイトアウトが、多くの命を奪いました。3月にこのような激しい気象になるとは誰もが想定外でしたので、不要不急な外出を自他ともに容認したのでした。いまでは冬の天気各地の降雪量と風力が予報され、外出への警告もされるようになりました。判断力の低下から惨事を繰り返さぬよう、事前準備がされているわけです。

がん末期や治すことのできない病気であると宣告されたとしたら、その瞬間は判断能力の欠如した状態になるであろうことは、容易に想像できます。しかし、日頃からの教育によって病気や死ぬ話をタブーにせずに語りあわていたなら、そのプロセスが絶望感を変容させる可能性があります。さらに、

強いストレスにさらされてもなお、知識、経験、取り巻く環境、感情のコントロールによって、レジリエンスを築くことが可能なのは周知です。避けられない死と生きる力をつける教育および潜在的な克服能力を引き出すことは、緩和ケアの一つであると考えてるのは自分だけではないと思います。

そういえば、冬になるずいぶん前から、母は朝早くからニシン漬けの食材である大根、キャベツ、人参、糠、磨きニシンを準備し、父は庭木に添え木と雪囲いをし、室には食料が保存され、秋味*〔*秋、産卵のために川を遡る鮭の異名。〕を物置に干し、厳しい冬に備えていたものでした。窓ガラスが凍り、透明な雪の結晶が太陽にキラキラ反射するのを、もう現代ではみることができません。文明が進化し、準備や支度をせずとも生活できる時代であるからこそ、子どもから高齢者に至るまで判断能力を養う・あるいは準備能力を培う教育が必要だと考えています。

多分この人は、鎌倉時代からこのようなことを考えていたのでしょう。

「春暮れて後、夏になり、夏果てて、秋の来るにはあらず。春はやがて夏の気を催し、夏より既に秋は通ひ、秋は即ち寒くなり、十月は小春の天気、草も青くなり、梅も蕾みぬ。木の葉の落

つるも、先づ落ちて芽ぐむにはあらず、下より萌しつはるに堪へずして落つるなり。迎ふる氣、下に設けたる故に、待ちとる序甚だ速し。生・老・病・死の移り来る事、また、これに過ぎたり。

四季は、なほ、定まれる序あり。死期は序を待たず。死は、前よりしも来らず、かねて後に迫れり。人皆死ある事を知りて、待つことしかも急ならざるに、覚えずして来る。沖の干潟遥かなれども、磯より潮の満つるが如し。

吉田 兼行 徒然草」

1. 進行期膵臓がんでの早期緩和ケア介入の無作為化比較試験：終末期ケアの比較

名古屋大学大学院医学系研究科
看護学専攻基礎・臨床看護学講座 佐藤 一樹

Maltoni M, Scarpi E, Dall'Agata M, Schiavon S, Biasini C, Codecà C, Broglio CM, Sansoni E, Bortolussi R, Garetto F, Fioretto L, Cattaneo MT, Giacobino A, Luzzani M, Luchena G, Alquati S, Quadrini S, Zagonel V, Cavanna L, Ferrari D, Pedrazzoli P, Frassinetti GL, Galiano A, Casadei Gardini A, Monti M, Nanni O; Early Palliative Care Italian Study Group (EPCISG). Systematic versus on-demand early palliative care: A randomised clinical trial assessing quality of care and treatment aggressiveness near the end of life. Eur J Cancer. 2016 Dec;69:110-118. PMID:27821313.

【目的】

進行膵臓がんの診断後に専門的な緩和ケア介入を必ず受ける群と必要に応じて受ける群で比較し、早期緩和ケア介入による QOL や症状の改善を別論文で示した（ニューズレター 73 号ジャーナルクラブで紹介）。この論文では、副次評価項目である死亡前に受けた医療・ケアを比較した。

【方法】

イタリアで行われた多施設共同無作為化比較試験で、21 施設の外来で進行膵臓がんと診断されて 8 週間以内の PS 良好な 207 名を対象とした。早期緩和ケア群 100 名は緩和ケア外来を 2～4 週ごとに受診して系統的な症状・問題評価とケア調整を受け、意思決定支援の内容は腫瘍医とも共有された。通常ケア群 107 名は必要に応じて専門的な緩和ケア介入を受けた。20 カ月経過観察し、149 名（80%）が死亡した。評価項目は死亡前の化学療法の頻度と種類、その他の医療、死亡場所、生存期間とした。

【結果】

ホスピス利用の頻度や期間は早期緩和ケア群の方が有意に多く（早期緩和ケア群 1.38 ± 0.64 回 vs 通常ケア群 0.97 ± 0.37 回, adjusted $P=0.001$ ）、長かった（ 25.2 ± 24.0 日 vs 14.9 ± 11.1 日, adj $P=0.025$ ）。死亡前 30 日以内の化学療法の実施は早期緩和ケア群の方が少なかった（18.7% vs 27.8%, adj $P=0.036$ ）。一方、入院や救急外来利用、死亡場所に有

意差はみられなかった。予後は 1 年生存率（22.4% vs 12.3%, $P=0.288$ ）や生存期間の中央値（6.6 カ月 vs 5.7 カ月）で有意差はなかった。

【結論】

進行期膵臓がん、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ホスピス利用は多く死亡前の化学療法は少く、その他の終末期ケアでも有意ではないが違いがみられた。早期緩和ケア介入により終末期ケアの質が改善される可能性が示された。

【コメント】

進行期の肺がんや消化器がんを対象に行われた Temel らによる早期緩和ケア介入試験と同様に、進行がんと診断されたら必ず専門的緩和ケアを併診するという介入プロトコルである。生存期間の違いは 1 カ月に過ぎないが早期緩和ケア群の方が長期生存であるのは他研究とも一貫した結果である。なお、1 カ月の違いは進行期膵臓がんの生存期間の中央値 6 カ月に対して 15% 程の延長であり、QOL 評価でなく生存期間を主要評価項目としてサンプルサイズ設計をすれば統計的に有意な差を示すことも可能であったであろう。生存期間が長いにもかかわらず死亡前ぎりぎりでの抗がん剤投与が少なかったのも Temel らの知見と同様である。Temel らの米国での緩和ケア介入と同じく、このイタリアでの介入でも緩和ケア専門家ががん治療の意思決定支援に携わっていた。特定の症状や問題に対するコンサルテーションとして導入される（日本も多くは同様であろう）のではなく、包括的な緩和ケアプログラムの一環として意思決定支援が位置づけられていることが生存期間延長に寄与した可能性が考えられる。

2. がん性摂食障害—悪液質症候群に対するアナモレリンの有効性；メタアナリシス

静岡県立静岡がんセンター 薬剤部
佐藤 淳也

Bai Y, Hu Y, Zhao Y, Yu X, Xu J, Hua Z, Zhao Z. Anamorelin for cancer anorexia-cachexia syndrome: a systematic review and meta-analysis. Support Care Cancer. 2017 Jan 10.

【目的】

グレリンは、消化管から分泌される食欲促進ホル

モンである。アナモレリンは、グレリンの経口アナログ製剤として、成長ホルモン（GH）の分泌を促し、食欲、筋肉量、体重を増加させ、悪液質を改善する。論文では、アナモレリンの臨床的有効性をメタアナリシスの手法で解析した。

【方法】

アナモレリンを使用した臨床報告 284 報から、試験デザインがプラセボを設けたランダム化比較試験を抽出した。評価項目として、除脂肪体重（LBM）および全体重変化、Edmonton Symptom Assessment Scale (ASAS; 0=ワースト, 10=症状なし、100 点満点)、握力、IGF-1 分泌量、副作用を評価した。

【結果】

4 論文からアナモレリン投与群 764 名、プラセボ群 404 名が解析された。筋肉量を示す LBM および全体重は、アナモレリン投与群で有意に増加した (0.34kg, $p<0.00001$ および 1.91kg, $p=0.007$)。QOL 指標である ASAS も、アナモレリン投与群で有意に増加した (8.05 点, $p<0.00001$)。その他、GH 分泌の指標である IGF-1 は、有意な分泌増加をしたが、握力については、有意差がなかった。副作用は、悪心などが多かったが、プラセボと発現率に有意差がなかった。

【結論】

一部の結果に異質性を認めたもののアナモレリンは、悪液質に伴う各種症状を改善し、QOL を向上させると結論づけられた。

【コメント】

がん性悪液質は、食欲不振と体重減少を生じ、抗がん剤の毒性が増加するなど予後に影響する。さらに、悪液質に陥ると倦怠感も増し、QOL は著しく低下する。これまで、悪液質に対しては、ステロイド、メゲストロール、 ω 3 系脂肪酸 (EPA) などが検討されてきたが、それらの効果は限定的である。例えば、ステロイドの効果は 2 週程度と一時的である。また、メゲストロールによる体重増加は、脂肪によるもので、QOL は増加しないとされる。今回、アナモレリンの有効性は、LBM や QOL 指標など複合的なアウトカムで示された。抽出された 3 論文では、12 週間にわたり評価されており、長期間の有効性が期待される。最近、日本人における phase2 試験においても有効性と安全性が報告 (Support Care Cancer 24:3495-3505:2016) されており、今後臨床での登場が強く期待される。

3. 化学療法誘発性悪心・嘔吐に対するオランザピンの予防効果

山形大学医学部附属病院 薬剤部

志田 敏宏

Navari RM, Qin R, Ruddy KJ, Liu H, Powell SF, Bajaj M, Dietrich L, Biggs D, Lafky JM, Loprinzi CL. Olanzapine for the Prevention of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting. N Engl J Med. 2016 Jul 14;375(2):134-42.

【目的】

高度催吐性化学療法を施行した患者の悪心・嘔吐に対するオランザピンの有効性を検討した。

【方法】

無作為化二重盲検第 3 相試験で、新規にシスプラチン 70mg/m² 以上またはシクロホスファミド + ドキソルビシン併用療法を施行し、制吐対策としてデキサメタゾン (12mg:day1, 8mg:day2-4 経口)、NK1 アンタゴニスト (day1)、および 5HT₃ アンタゴニスト (day1) を投与している患者を対象とし、オランザピンまたはプラセボを併用した場合の制吐効果を比較した。1 日目から 4 日目にオランザピン 10mg またはプラセボを経口で投与した。

【結果】

対象患者は 380 人 (オランザピン 192 人、プラセボ 188 人) であった。オランザピンおよびプラセボ投与群において、化学療法後に悪心がなかった患者の割合は 24 時間後 (73.8% vs 45.3%, $P=0.002$)、25 ~ 120 時間後 (42.4% vs 25.4%, $P=0.002$) および 120 時間以降 (37.3% vs 21.9%, $P=0.002$) 全てにおいて有意に高かった。完全奏効の患者の割合もオランザピンはプラセボと比較して有意に高かった。Grade3 以上の副作用として倦怠感、高血糖および血液毒性が認められた。また、オランザピン投与 2 日目にベースラインと比較して 5% の鎮静の増強が認められた。投与継続したが 3 日目以降は軽快した。

【結論】

オランザピンは高度催吐性化学療法を施行された患者において、明らかな制吐作用が認められた。本研究では 1 用量 (10mg) のみでの検討であったため、さらに低用量または高用量での検討が必要である。

【コメント】

がん患者の多くに悪心・嘔吐が生じ、様々な原因が考えられる。オランザピンは多くの受容体に対する拮抗作用を有しており、緩和医療においてはオピ

オイドによる悪心・嘔吐に対する有効性が報告されている。本論文は化学療法に対する制吐作用を示したものであるが、オランザピンはわが国では吐き気に対しては保険適用外であることに十分注意を要する。日本人に対する用量として、オランザピンは10mgは過量である可能性があり、今後のさらなる研究が望まれる。

4. 進行がん患者の家族に対する早期緩和ケアの影響についてのクラスターランダム化比較試験

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 青山 真帆

McDonald J, Swami N, Hannon B1, Lo C, Pope A, Oza A, Leighl N, Krzyzanowska MK, Rodin G, Le LW, Zimmermann C. Impact of early palliative care on caregivers of patients with advanced cancer: cluster randomised trial. Ann Oncol. 2016 Sep 29. pii: mdw438.

【目的】

早期緩和ケアは、進行がん患者の quality of life (QOL) やケアに対する満足度の向上への効果が明らかになっているが、家族への影響は明らかではない。そのため本研究では早期緩和ケアが進行がん患者の家族の QOL やケアに対する満足度に与える影響について明らかにすることを目的とした。

【方法】

24 のがん診療所をクラスターランダム化、がん原発部位（肺、胃腸、泌尿生殖器、乳腺、婦人科）で層別化し、患者を早期緩和ケアチーム紹介群（介入群）と標準治療群（対照群）に割り付けた。両群の患者の家族に対して、ケアに対する満足度（FAMCARE-19）、QOL（SF-36v2, CQoL-C）をベースラインとその後、月毎に最大4カ月間調査した。介入群に対する効果について、3カ月後および4カ月後のケアに対する満足度、QOLを対照群と比較を行った。

【結果】

ベースラインは計182名（介入群:94名、対照群:88名）が回答し、計151名（介入群:77名、対照群:74名）が最低1回のフォローアップ調査に参加した。ケアに対する満足度は3カ月後（ $p=0.007$ ）と4カ

月後（ $p=0.02$ ）の調査で対照群と比較して、どちらも介入群で有意に向上した。QOLについては、SF-36 v2、CQoL-C どちらの尺度で評価した結果においても、介入群と比較群で3カ月後または4カ月後いずれも有意な差は認められなかった。

【結論】

早期緩和ケアは、進行がん患者のケアに対する満足度を向上させた。

【コメント】

QOLでは対照群と比較群に有意差はみとめられなかったが、家族のQOLはケアに対する満足度と異なり、患者のがん治療以外の要因も多く関連するであろうことから、患者への早期緩和ケア介入によって変化が生じにくかった可能性がある。先行研究から、患者の療養中の家族の健康状態やケアに対する満足度の低さが死別後の悲嘆やうつと関連することが明らかとなっており、早期緩和ケアは遺族の精神的健康にも良い影響をあたえる可能性がある。

5. 緩和ケアを受けている患者のせん妄に対する、リスペリドン、ハロペリドール、プラセボの経口投与による効能に関するランダム化比較試験

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 清水 陽一

Agar MR, Lawlor PG, Quinn S, Draper B, Caplan GA, Rowett D, Sanderson C, Hardy J, Le B, Eckermann S, McCaffrey N, Devilee L, Fazekas B, Hill M, Currow DC. Efficacy of Oral Risperidone, Haloperidol, or Placebo for Symptoms of Delirium Among Patients in Palliative Care: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2017 Jan 1;177(1):34-42.

【目的】

緩和ケアを受けている患者の苦痛に関連したせん妄に対するリスペリドン、ハロペリドール、プラセボの効能を比較するためにランダム化比較試験を行った。

【方法】

2008年8月13日～2014年4月2日に入院型のホスピスもしくは病院の緩和ケアサービスを利用して、せん妄（診断がある（DSM-4-TR）、MDAS ≥ 7 、Delirium Symptom Score（NuDESCのうち、行動、会話、認識の3項目の合計点） ≥ 1 ）のある

予後不良の患者を対象に、2重盲検化ランダム化比較試験を行った。なお、投与量は年齢と Delirium Symptom Score の値を用いて先行研究に基づいたプロトコルに従い調整した。12時間ごとに72時間、投与を行い、プライマリーエンドポイントがベースラインと72時間後の Delirium Symptom Score の差、セカンダリーエンドポイントが、症状の強さ (MDAS、Delirium Symptom Score の最低値)、ミタゾラムの使用の有無、錐体外路症状の有無、鎮静状況、生存期間で評価した。

【結果】

247名の参加者のうち、リスペリドン：82名、ハロペリドール：81名、プラセボ：84名に割り振られ、Intention-to-Treat で分析を行った。72時間後の時点で、プラセボに対して、リスペリドンが0.48単位 (95%信頼区間：0.09-0.86, $P=0.02$)、ハロペリドールが0.24単位 (95%信頼区間：0.06-0.42, $P=0.009$)、Delirium Symptom Score が高かった。プライマリーエンドポイントも多変量のランダム効果モデルを用いた分析で、リスペリドン： $\beta =0.64$ 、ハロペリドール： $\beta =0.70$ で有意にプラセボの方がより Delirium Symptom Score が改善していた。さらに、錐体外路症状はリスペリドン、ハロペリドールの双方においてプラセボより発生頻度が高く、ハロペリドールについては有意に生存期間がプラセボより悪かった。

【結論】

緩和ケアを受けている患者においては、リスペリドンやハロペリドールの経口投与を受けた方よりも投与を受けていない方がせん妄の程度も期間も短く、副作用も少なかった。

【コメント】

リスペリドンやハロペリドールはせん妄症状に対してよく使用されている薬剤であろう。がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン (2014年) の中でオピオイドの副作用によるせん妄についてではあるが、推奨度 2B (弱い推奨) とされ、その他のガイドラインにも記載されており、この結果に驚く医療者も多いのではないか。少なくとも緩和ケアの場面で身体的苦痛に伴うせん妄に対する両剤の使用は見直しを検討する必要がある結果である。

学会印象記

第 31 回日本がん看護学会学術集会に参加して

公立学校共済組合 東海中央病院
平澤 宏卓

2017 年 2 月 4・5 日、美味しい食べ物や豊かな自然など、沢山の魅力で溢れる高知市で開催された第 31 回日本がん看護学会学術集会に参加しました。今回は、高知県立大学の藤田佐和会長のもと、“がん看護の跳躍する力—未知なる世界の探究—”をテーマに、高知市内 4 会場に分かれ、全国よりがん看護に携わる約 3,500 名の方々が参加していました。各会場では数多くのスタッフの方々や、ゆるキャラなどに暖かく迎えられ活気溢れる会場となっていました。学術集会は、会長講演から華々しく幕を開け、特別講演 3 題、教育講演 2 題、シンポジウム 2 題、パネルディスカッション 2 題、交流集会 17 題、教育セミナー 14 題、各種委員会企画などの他、一般演題も 575 題と大変充実した内容でした。

シンポジウムでは、「超高齢社会におけるがん患者と家族の意思決定支援」といった、今まさに私が直面している課題も取り上げられていました。そして、高齢者自身が明確に意思を伝えられるうちから、意思決定に介入していくアドバンス・ケア・プランニングの重要性を改めて実感することができました。その他、超高齢社会における新たな課題や看護についてはもちろん、AYA 世代といわれる思春期・若年成人の就労問題や、高度かつ複雑に進歩しているがん医療の最新情報や、それらに伴う看護ケアなどについても学ぶことができました。また、編集委員会主催の研修会である「論文投稿における研究倫理の最新情報」では、研究倫理に関する最新ガイドラインの概要など、研究倫理についての最新情報について分かりやすく学ぶことができました。自らも専門知識や技術の向上・開発を図るため研究活動を行わなければならないと日々感じており、研究倫理について理解を深める機会となりました。

今回の学術集会で得た、多くの新しい知見を活かし、がん看護の新しい夜明けの一端を担えるよう、今後も努力していきたいと思いました。



end-of-life care におけるコミュニケーションスキル実習

山梨大学医学部附属病院 緩和ケアチーム

飯嶋 哲也

コミュニケーションスキルの臨床実習を行うにはどうしたらよいのだろうか。2014年2月、英国Liverpool大学での緩和ケア臨床実習の視察を終えての帰路、飛行機の窓から遠ざかる英国の街並みをみつめながら考えていました。恒藤暁先生のご紹介で実現した視察でした。当時のLiverpool大学では4週間のPalliative Careの臨床実習期間中、毎週水曜日がコミュニケーションスキル実習に充てられていました。朝から晩まで、



【写真】コミュニケーションスキル実習

まる一日コミュニケーションづくめです。私が見学したのは1週目のグループワークでした。12人ほどの学生のグループを2つに分けて、簡単なレクチャーを行います。そのあとグループごとに「医療者はなぜ患者の気がかりを明らかにしようとししないのか？」というテーマで話し合います。その結果を模造紙にリストアップして、それぞれについてグループ間で討議するというものでした（写真参照）。これだけでほぼ半日かけての実習です。こんな時間の余裕は少なくとも私にはありません。さてどうするかとしばらく思案に明け暮れていました。しばらく考えたのち、今あるリソースの中でやってみるしかない、と踏ん切りをつけることにしました。私が所属する麻酔科の既存の臨床実習の合間を縫って、可能な限りのことをやってみることにしたのです。2014年4月から麻酔科臨床実習の一環として「end-of-life care におけるコミュニケーションスキル実習」と銘打った実習を始めました。

山梨大学医学部医学科では1グループ6名の5年生が2週間ごとに各診療科を実習するというスタイルをとっています。麻酔科では朝一番の手術症例の麻酔導入を見学したあとにクルズスを行って、午後は、術前・術後の診察やペインクリニックの外来実習などという構成になっています。この麻酔科実習の合間を縫って、コミュニケーションスキル実習を行うことにしました。初日にトリガーとなる講義を行い、翌日から1日にひとりずつ、教官である私とのマンツーマン回診に同行してもらい、レポートをe-mailで提出してもらうという形式としました。

これまでの3年間で「end-of-life care におけるコミュニケーションスキル実習」をほぼ構造化することができました。2週間の麻酔科臨床実習の初日に約2時間のトリガーレクチャーを行い、翌日から毎日ひとりの学生と30分程度の回診を行います。対象は緩和ケアチームで併診しているend-of-lifeの患者さん・ご家族です。2016年3月から稼働し始めた6床の緩和ケア病床が主たる実習の場となっています。余命1週間程度のend-of-lifeの患者さん・ご家族と教官である私が、どのようなコミュニケーションスキルを使って話をしているのかをよく観察してもらうことに主眼を置いています。理論を教えるだけでなく、実際にコミュニケーションスキルがどのように役立っているのかを注意深く観察してもらうのです。回診中に使われたコミュニケーションスキルをピックアップしてもらうことを中心としたレポートはe-mailで翌朝までに提出してもらいます。届いたメールにはコメントをつけて返信します。この実習はコミュニケーションスキルを自主学習していくためのきっかけづくりの実習であると学生たちを鼓舞しています。臨床実習を始める前にこの実習を受けたかったという感想が

る寸前まで水が注がれたコップのような状態だったのだろう。それにも関わらず、私たち医療者チームは、そのコップの水を汲み出すことをせず、溢れそうになっていることに気づきもせず、がん治療という名の水を注ぎ続けていたのだ。それには「ここが最後の砦だと」という私たちのプロフェッショナルリズムが投影されていたのかもしれない。しかし、激変した彼の様子を目の当たりにし、どうしてももっと早く彼の心理に寄り添えなかったのか、なぜ彼が大切にしていた学校や社会とのつながりにもっと配慮できなかったのだろうと、深く反省すると同時に、AYA 世代患者さんへの心理社会的支援の必要性、そしてそれを担当する多職種チームの必要性に気がついた。

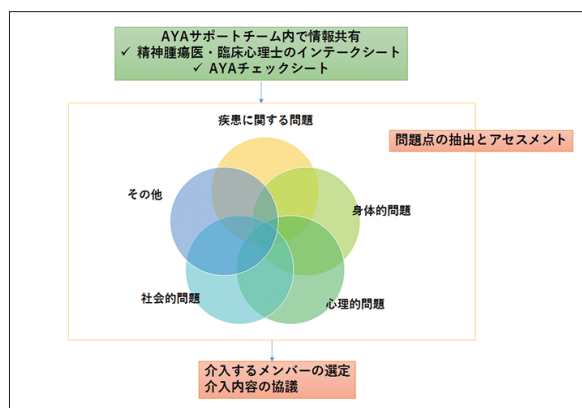
そこで、医師、薬剤師、看護師、臨床心理士、管理栄養士、プレイセラピストなど、AYA 世代がん患者さんの心理社会的支援をやりたいという有志が集まり、現場に即した形での支援のあり方についてワークショップを行った。

これらの話し合いを経て、2015年10月より「自称 AYA サポートチーム」として乳腺・腫瘍内科の AYA 世代がん患者（主に入院患者）を対象として活動を開始した。「自称」としたのは、緩和ケアチームのように病院として公式に認められたチームではなく、あくまで任意チームだからだ。

AYA サポートチームの活動は大きく3つある。1つ目は病棟看護師によるチェックリストの実施と評価、2つ目がその評価を元とした AYA サポートチーム内の専門職の介入、そして3つ目が本人および親に対する精神腫瘍科医・臨床心理士による詳細なヒアリングだ。

当院の16A 病棟では AYA 世代がん患者さんに対し、入院毎に身体的、精神的、社会的困難事項を聞き出すためのチェックリストを配布し、それを元に、看護師がどのような支援が必要かの評価を行う。チェックリストの情報は毎週行われている AYA サポートチームのカンファレンスで全メンバーで共有し、その患者に対しどの専門職が介入するのが適切かを話し合い、関わりのコアとなるメンバーの選定を行う。またほぼ全員の患者および親と、精神腫瘍科医または臨床心理士が話し合いを持ち、生育歴、家庭環境、親の病気に対する理解度、認識の程度などを情報収集し、こちらもカンファレンスを通して全員で共有する【図1】。このような地道な活動の介もあり、2016年9月から病院公式事業として「AYA ひろば」という AYA 世代がん患者さんを対象とした院内サロンの開設が実現できた【図2】。

しかしながら大病院特有の組織の壁の中で、このような多職種チームを運営していくことは難しい側面もある。1つの例として、私たちの場合は公式チームでなく、あくまで任意チームであることから、AYA サポートチームのカンファレンスの際はそれぞれの職種が自身の業務の手を止めて参加するわけで、それに対し賛否両論が分かれてしまう。カンファレンスに参加したいけど、業務を抜



【図1】

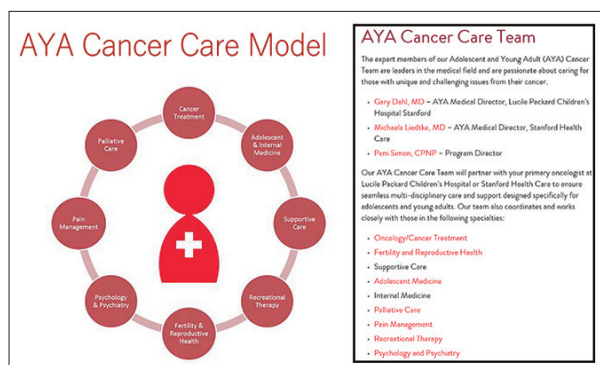


【図2】

け出せずに参加できない、しかしその人が参加しないとカンファレンスが有機的に機能しないというジレンマに陥るのである。

海外の有名病院ではこのような多職種で構成されたAYAサポートチームを病院として正式に作り、患者支援事業の一貫として取り組んでいるところもある【図3】。個人的にはAYA世代がん患者さんを診療するのであれば、それに特化した心理社会的サポートチームの存在がなければ、彼らのニーズに対し包括的に応じることはできないと考える。ぜひ、いつかは「自称」という頭文字が外れるよう、国立がん研究センター中央病院 AYA サポートチームの進化に期待し、この活動の輪が広がることを祈願したい。

最後に、AYA サポートチームの立ち上げにゼロから協力し、支えてきてくれた大切な仲間たちに最大級の感謝の意を表し、よもやま話を終わりたいと思う【図4】。



【図3】Stanford 大学付属 Lucile Packard Children's Hospital ホームページ



【図4】AYA サポートチームのメンバ（2016 年度）
（AYA 世代の医療スタッフが大半を占める）

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12月～2017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

名古屋大学大学院 医学系研究科 看護学専攻 基礎・臨床看護学講座 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;375(22-26), 2017;376(1-8)】

1. 米国の救急医のオピオイド処方

Barnett ML, Olenski AR, Jena AB. Opioid-Prescribing Patterns of Emergency Physicians and Risk of Long-Term Use. N Engl J Med. 2017;376(7):663-73. PMID 28199807.

【Lancet. 2016;388(10061-10063), 2017;389(10064-10071)】

なし

【Lancet Oncol. 2016;17(12), 2017;18(1-2)】

2. 小児・若年男性がん長期サバイバーのケアガイドライン

Skinner R, Mulder RL, Kremer LC, Hudson MM, Constine LS, Bardi E, et al. Recommendations for gonadotoxicity surveillance in male childhood, adolescent, and young adult cancer survivors: a report from the International Late Effects of Childhood Cancer Guideline Harmonization Group in collaboration with the PanCareSurFup Consortium. Lancet Oncol. 2017;18(2):e75-e90. PMID 28214419.

3. 小児脳腫瘍サバイバーの放射線治療による認知機能障害

Ajithkumar T, Price S, Horan G, Burke A, Jefferies S. Prevention of radiotherapy-induced neurocognitive dysfunction in survivors of paediatric brain tumours: the potential role of modern imaging and radiotherapy techniques. Lancet Oncol. 2017;18(2):e91-e100. PMID 28214420.

【JAMA. 2016;316(21-24), 2017;317(1-7)】

4. 研修医の異動による入院患者の死亡リスク増加

Golub RM. Looking Inward and Reflecting Back: Medical Education and JAMA. JAMA. 2016;316(21):2200-3. PMID 27923079.

5. 主要死因別死亡率：米国の1980～2014年の統計

Dwyer-Lindgren L, Bertozzi-Villa A, Stubbs RW, Morozoff C, Kutz MJ, Huynh C, et al. US County-Level Trends in Mortality Rates for Major Causes of Death, 1980-2014. JAMA. 2016;316(22):2385-401. PMID 27959996.

6. 骨転移の骨イベントに対するゾレドロン酸の投与間隔のRCT

Himelstein AL, Foster JC, Khatcheressian JL, Roberts JD, Seisler DK, Novotny PJ, et al. Effect of Longer-Interval vs Standard Dosing of Zoledronic Acid on Skeletal Events in Patients With Bone Metastases: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2017;317(1):48-58. PMID 28030702.

7. 敗血症の新診断基準 Sepsis-3 は院内死亡率を予測する

Freund Y, Lemachatti N, Krastinova E, Van Laer M, Claessens YE, Avondo A, et al. Prognostic Accuracy of Sepsis-3 Criteria for In-Hospital Mortality Among Patients With Suspected Infection Presenting to the Emergency Department. JAMA. 2017;317(3):301-8. PMID 28114554.

8. がん死亡率の格差：米国の1980～2014年の統計

Mokdad AH, Dwyer-Lindgren L, Fitzmaurice C, Stubbs RW, Bertozzi-Villa A, Morozoff C, et al. Trends and Patterns of Disparities in Cancer Mortality Among US Counties, 1980-2014. JAMA. 2017;317(4):388-406. PMID 28118455.

9. 乳がん化学療法での脱毛に対する頭皮冷却のRCT

Nangia J, Wang T, Osborne C, Niravath P, Otte K, Papish S, et al. Effect of a Scalp Cooling Device on Alopecia in Women Undergoing Chemotherapy for Breast Cancer: The SCALP Randomized Clinical Trial. JAMA. 2017;317(6):596-605. PMID 28196254.

10. 乳がん化学療法での脱毛と頭皮冷却の関連

Rugo HS, Klein P, Melin SA, Hurvitz SA, Melisko ME, Moore A, et al. Association Between Use of a Scalp Cooling Device and Alopecia After Chemotherapy for Breast Cancer. JAMA. 2017;317(6):606-14. PMID 28196257.

11. 慢性腰痛に対するマインドフルネスストレス低減法の長期効果に関する RCT (短報)

Cherkin DC, Anderson ML, Sherman KJ, Balderson BH, Cook AJ, Hansen KE, et al. Two-Year Follow-up of a Randomized Clinical Trial of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care for Chronic Low Back Pain. JAMA. 2017;317(6):642-4. PMID 28196244.

12. 高齢者の抑うつに対する多職種ケアの RCT

Gilbody S, Lewis H, Adamson J, Atherton K, Bailey D, Birtwistle J, et al. Effect of Collaborative Care vs Usual Care on Depressive Symptoms in Older Adults With Subthreshold Depression: The CASPER Randomized Clinical Trial. JAMA. 2017;317(7):728-37. PMID 28241357.

13. 小児がんの治療と二次発がんリスク：1970～2015年の統計データ

Turcotte LM, Liu Q, Yasui Y, Arnold MA, Hammond S, Howell RM, et al. Temporal Trends in Treatment and Subsequent Neoplasm Risk Among 5-Year Survivors of Childhood Cancer, 1970-2015. JAMA. 2017;317(8):814-24. PMID 28245323.

【JAMA Intern Med. 2016;176(12), 2017;177(1-2)】**14. 外来医療の質：米国の 2002～2013 年の調査**

Levine DM, Linder JA, Landon BE. The Quality of Outpatient Care Delivered to Adults in the United States, 2002 to 2013. JAMA Intern Med. 2016;176(12):1778-90. PMID 27749962.

15. 米国の州別の喫煙率とがん死亡率の地域相関研究

Lortet-Tieulent J, Goding Sauer A, Siegel RL, Miller KD, Islami F, Fedewa SA, et al. State-Level Cancer Mortality Attributable to Cigarette Smoking in the United States. JAMA Intern Med. 2016;176(12):1792-8. PMID 27775761.

16. 米国のナースিংホームの進行認知症高齢者での人工呼吸器使用と ICU 病床数の関連

Teno JM, Gozalo P, Khandelwal N, Curtis JR, Meltzer D, Engelberg R, et al. Association of Increasing Use of Mechanical Ventilation Among Nursing Home Residents With Advanced Dementia and Intensive Care Unit Beds. JAMA Intern Med. 2016;176(12):1809-16. PMID 27723891.

17. 進行認知症での意思決定支援 Goals of Care 介入の RCT

Hanson LC, Zimmerman S, Song MK, Lin FC, Rosemond C, Carey TS, et al. Effect of the Goals of Care Intervention for Advanced Dementia: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2017;177(1):24-31. PMID 27893884.

18. せん妄に対する経口リスペリドンとハロペリドールの RCT

Agar MR, Lawlor PG, Quinn S, Draper B, Caplan GA, Rowett D, et al. Efficacy of Oral Risperidone, Haloperidol, or Placebo for Symptoms of Delirium Among Patients in Palliative Care: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2017;177(1):34-42. PMID 27918778.

19. 医師のバーンアウトに対する介入試験のシステマティックレビュー

Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et al. Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med. 2017;177(2):195-205. PMID 27918798.

20. 医師の性別と高齢患者の入院死亡率と再入院率との関連

Tsugawa Y, Jena AB, Figueroa JF, Orav EJ, Blumenthal DM, Jha AK. Comparison of Hospital Mortality and Readmission Rates for Medicare Patients Treated by Male vs Female Physicians. JAMA Intern Med. 2017;177(2):206-13. PMID 27992617.

【BMJ. 2016;353(8084-8086), 2017;354(8087-8094)】**21. 大腸がんでのアスピリン以外の NSAIDs と再発の関連**

Dulai PS, Singh S, Marquez E, Khera R, Prokop LJ, Limburg PJ, et al. Chemoprevention of colorectal cancer in individuals with previous colorectal neoplasia: systematic review and network meta-analysis. BMJ. 2016;355:i6188. PMID 27919915.

22. 心疾患イベントの低リスク患者でのコミュニケーションスキルの RCT

Hess EP, Hollander JE, Schaffer JT, Kline JA, Torres CA, Diercks DB, et al. Shared decision making in patients with low risk chest pain: prospective randomized pragmatic trial. BMJ. 2016;355:i6165. PMID 27919865.

23. 抑うつとがん死亡の関連

Batty GD, Russ TC, Stamatakis E, Kivimäki M. Psychological distress in relation to site specific cancer mortality: pooling of unpublished data from 16 prospective cohort studies. BMJ. 2017;356:j108. PMID 28122812.

【Ann Intern Med. 2016;165(11-12), 2017;166(1-4)】

24. 重度の機能性便秘に対する針治療の RCT

Liu Z, Yan S, Wu J, He L, Li N, Dong G, et al. Acupuncture for Chronic Severe Functional Constipation: A Randomized Trial. Ann Intern Med. 2016;165(11):761-9. PMID 27618593.

25. 時代や治療内容ごとの小児がん患者の QOL

Ness KK, Hudson MM, Jones KE, Leisenring W, Yasui Y, Chen Y, et al. Effect of Temporal Changes in Therapeutic Exposure on Self-reported Health Status in Childhood Cancer Survivors. Ann Intern Med. 2017;166(2):89-98. PMID 27820947.

26. オピオイド関連障害に対する一般診療所での治療モデルのレビュー

Korthuis PT, McCarty D, Weimer M, Bougatsos C, Blazina I, Zakher B, et al. Primary Care-Based Models for the Treatment of Opioid Use Disorder: A Scoping Review. Ann Intern Med. 2017;166(4):268-78. PMID 27919103.

【J Clin Oncol. 2016;34(34-36), 2017;35(1-6)】

27. ホジキンリンパ腫でのがん関連倦怠感と治療効果や社会性との関連

Behringer K, Goergen H, Müller H, Thielen I, Brillant C, Kreissl S, et al. Cancer-Related Fatigue in Patients With and Survivors of Hodgkin Lymphoma: The Impact on Treatment Outcome and Social Reintegration. J Clin Oncol. 2016;34(36):4329-37. PMID 27998235.

28. 再発リスクの高い悪性黒色腫患者の死の恐怖に対する心理教育的介入の RCT

Dieng M, Butow PN, Costa DS, Morton RL, Menzies SW, Mireskandari S, et al. Psychoeducational Intervention to Reduce Fear of Cancer Recurrence in People at High Risk of Developing Another Primary Melanoma: Results of a Randomized Controlled Trial. J Clin Oncol. 2016;34(36):4405-14. PMID 27998215.

29. 米国のがんサバイバーでの抗不安薬・抗うつ薬の使用状況

Hawkins NA, Soman A, Buchanan Lunsford N, Leadbetter S, Rodriguez JL. Use of Medications for Treating Anxiety and Depression in Cancer Survivors in the United States. J Clin Oncol. 2017;35(1):78-85. PMID 28034075.

30. 早期緩和ケアに関する ASCO ガイドラインの更新

Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol. 2017;35(1):96-112. PMID 28034065.

31. 化学療法後の認知機能低下に対する Web による認知リハビリテーションの効果

Bray VJ, Dhillon HM, Bell ML, Kabourakis M, Fiero MH, Yip D, et al. Evaluation of a Web-Based Cognitive Rehabilitation Program in Cancer Survivors Reporting Cognitive Symptoms After Chemotherapy. J Clin Oncol. 2017;35(2):217-25. PMID 28056205.

32. カナダ・オンタリオ州の小児がんでの終末期の積極医療の状況とその予測因子

Kassam A, Sutradhar R, Widger K, Rapoport A, Pole JD, Nelson K, et al. Predictors of and Trends in High-Intensity End-of-Life Care Among Children With Cancer: A Population-Based Study Using Health Services Data. J Clin Oncol. 2017;35(2):236-42. PMID 28056201.

33. 進行前立腺患者でのマインドフルネスを用いた認知療法の RCT

Chambers SK, Occhipinti S, Foley E, Clutton S, Legg M, Berry M, et al. Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Advanced Prostate Cancer: A Randomized Controlled Trial. J Clin Oncol. 2017;35(3):291-7. PMID 27870567.

34. がん患者の受けたホスピスケアと終末期ケアの家族評価との関連

Kumar P, Wright AA, Hatfield LA, Temel JS, Keating NL. Family Perspectives on Hospice Care Experiences of Patients with Cancer. J Clin Oncol. 2017;35(4):432-9. PMID 27992271.

35. 乳がん化学療法後の認知機能低下とその関連要因

Janelins MC, Heckler CE, Peppone LJ, Kamen C, Mustian KM, Mohile SG, et al. Cognitive Complaints in Survivors of Breast Cancer After Chemotherapy Compared With Age-Matched Controls: An Analysis From a Nationwide, Multicenter, Prospective Longitudinal Study. J Clin Oncol. 2017;35(5):506-14. PMID 28029304.

36. 多発性骨髄腫での施設の治療件数と死亡率の関連

Go RS, Bartley AC, Crowson CS, Shah ND, Habermann EB, Holton SJ, et al. Association Between Treatment Facility Volume and Mortality of Patients With Multiple Myeloma. J Clin Oncol. 2017;35(6):598-604. PMID 28199819.

37. 若年がん患者の QOL の縦断調査

Husson O, Zebrack BJ, Block R, Embry L, Aguilar C, Hayes-Lattin B, et al. Health-Related Quality of Life in Adolescent and Young Adult Patients With Cancer: A Longitudinal Study. J Clin Oncol. 2017;35(6):652-9. PMID 28095151.

【Ann Oncol. 2016;27(12), 2017;28(1-2)】

38. がん患者の経済的問題と QOL や予後との関連

Huntington SF. Cancer-related financial toxicity: beyond the realm of drug pricing and out-of-pocket costs. Ann Oncol. 2016;27(12):2143-5. PMID 27742653.

39. ドイツ語版 PRO-CTCAE の開発

Hagelstein V, Ortland I, Wilmer A, Mitchell SA, Jaehde U. Validation of the German patient-reported outcomes version of the common terminology criteria for adverse events (PRO-CTCAE™). Ann Oncol. 2016;27(12):2294-9. PMID 27681863.

40. 早期緩和ケア介入の進行がん患者の家族に対する効果：クラスター RCT

McDonald J, Swami N, Hannon B, Lo C, Pope A, Oza A, et al. Impact of early palliative care on caregivers of patients with advanced cancer: cluster randomised trial. Ann Oncol. 2017;28(1):163-8. PMID 27687308.

41. 米国のがん患者の死因

Zaorsky NG, Churilla TM, Egleston BL, Fisher SG, Ridge JA, Horwitz EM, et al. Causes of death among cancer patients. Ann Oncol. 2017;28(2):400-7. PMID 27831506.

【Eur J Cancer. 2016;69, 2017;70-72】

42. オランダでの化学療法後の末梢神経障害に関連した QOL 評価

Mols F, van de Poll-Franse LV, Vreugdenhil G, Beijers AJ, Kieffer JM, Aaronson NK, et al. Reference data of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-CIPN20 Questionnaire in the general Dutch population. Eur J Cancer. 2016;69:28-38. PMID 27814471.

43. 大腸がん診断 2 ～ 4 年後の非雇用リスク

Rottenberg Y, Ratzon NZ, Cohen M, Hubert A, Uziely B, de Boer AG. Unemployment risk at 2 and 4 years following colorectal cancer diagnosis: a population based study. Eur J Cancer. 2016;69:70-6. PMID 27821321.

44. イタリアでの進行膵がんの早期緩和ケア介入の RCT での終末期の積極医療の比較

Maltoni M, Scarpi E, Dall'Agata M, Schiavon S, Biasini C, Codecà C, et al. Systematic versus on-demand early palliative care: A randomized clinical trial assessing quality of care and treatment aggressiveness near the end of life. Eur J Cancer. 2016;69:110-8. PMID 27821313.

45. 悪性黒色腫での代替補完療法の実施状況

Loquai C, Dechent D, Garzarolli M, Kaatz M, Kaehler KC, Kurschat P, et al. Use of complementary and alternative medicine: A multicenter cross-sectional study in 1089 melanoma patients. Eur J Cancer. 2017;71:70-9. PMID 27984769.

46. 進行がんの骨転移による痛みに関連した QOL 評価の改善

von Moos R, Costa L, Ripamonti CI, Niepel D, Santini D. Improving quality of life in patients with advanced cancer: Targeting metastatic bone pain. Eur J Cancer. 2017;71:80-94. PMID 27984770.

47. 肺がん治療での系統的苦痛スクリーニングと支持療法の RCT

Geerse OP, Hoekstra-Weebers JE, Stokroos MH, Burgerhof JG, Groen HJ, Kerstjens HA, et al. Structural distress screening and supportive care for patients with lung cancer on systemic therapy: A randomised controlled trial. Eur J Cancer. 2017;72:37-45. PMID 28024265.

48. ドイツでの抑うつのがんサバイバーと一般市民の比較

Hartung TJ, Brähler E, Faller H, Härter M, Hinz A, Johansen C, et al. The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: Prevalence and severity of depressive symptoms across major cancer types. Eur J Cancer. 2017;72:46-53. PMID 28024266.

【Br J Cancer. 2016;115(11-12), 2017;116(1-4)】

49. 乳がんの病的骨折による入院・死亡リスク

Colzani E, Clements M, Johansson AL, Liljegren A, He W, Brand J, et al. Risk of hospitalisation and death due to bone fractures after breast cancer: a registry-based cohort study. Br J Cancer. 2016;115(11):1400-7. PMID 27701383.

50. 小児がん死亡のなかでの治療関連死

Pole JD, Gibson P, Ethier MC, Lazor T, Johnston DL, Portwine C, et al. Evaluation of treatment-related mortality among paediatric cancer deaths: a population based analysis. Br J Cancer. 2017;116(4):540-5. PMID 28095399.

【Cancer. 2016;122(23-24), 2017;123(1-4)】

51. 乳がんの病的骨折による入院・死亡リスク

Colzani E, Clements M, Johansson AL, Liljegren A, He W, Brand J, et al. Risk of hospitalisation and death due to bone fractures after breast cancer: a registry-based cohort study. Br J Cancer. 2016;115(11):1400-7. PMID 27701383.

52. 腫瘍医の悲嘆反応とバーンアウトの性差

Granek L, Krzyzanowska MK, Nakash O, Cohen M, Ariad S, Barbera L, et al. Gender differences in the effect of grief reactions and burnout on emotional distress among clinical oncologists. *Cancer*. 2016;122(23):3705-14. PMID 27509210.

53. 外来での進行がん患者の慢性的なオピオイド使用の頻度と予測因子と尿検査初見

Arthur JA, Edwards T, Lu Z, Reddy S, Hui D, Wu J, et al. Frequency, predictors, and outcomes of urine drug testing among patients with advanced cancer on chronic opioid therapy at an outpatient supportive care clinic. *Cancer*. 2016;122(23):3732-9. PMID 27509305.

54. 若年がん患者の経済的自立度

Gunnes MW, Lie RT, Bjørge T, Syse A, Ruud E, Wesenberg F, et al. Economic independence in survivors of cancer diagnosed at a young age: A Norwegian national cohort study. *Cancer*. 2016;122(24):3873-82. PMID 27518040.

55. がん診断後のセクシャリティ

Jackson SE, Wardle J, Steptoe A, Fisher A. Sexuality after a cancer diagnosis: A population-based study. *Cancer*. 2016;122(24):3883-91. PMID 27531631.

56. 患者による症状・機能評価 PROMIS の反応性

Jensen RE, Moinpour CM, Potosky AL, Lobo T, Hahn EA, Hays RD, et al. Responsiveness of 8 Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) measures in a large, community-based cancer study cohort. *Cancer*. 2017;123(2):327-35. PMID 27696377.

57. 死亡前 1 年間のがん患者の医療とその要因

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*. 2017;123(2):336-44. PMID 27654842.

58. 小児がん患者の親と医師の困難な関係性に関する質的研究

Mack JW, Ilowite M, Taddei S. Difficult relationships between parents and physicians of children with cancer: A qualitative study of parent and physician perspectives. *Cancer*. 2017;123(4):675-81. PMID 27727442.

委員会活動報告

1. 医学生セミナー WPG 活動報告

教育・研修委員会 医学生セミナー WPG

WPG 員長 山代 亜紀子

WPG 員 奥山 慎一郎、佐藤 哲観

西 智弘、松原 貴子

医学生セミナー WPG では、医学生・若手医師の「緩和ケアには興味があるけれどどのようにキャリアを形成していけばよいかわからない」といった声を拾い上げ、毎年夏にキャリア形成支援のためのセミナーを開催しています。2009 年より「医学生・研修医・若手医師のための緩和ケアセミナー」として始まり、2013 年からは「医学生・若手医師のための緩和ケア夏季セミナー」として形式を 1 泊 2 日の宿泊研修に変更し、全国各地から緩和ケアを志す医学生、若手医師が集まり積極的な意見交換や相談、交流を行っています。

2016 年度の第 4 回セミナーは 8 月に兵庫県淡路夢舞台国際会議場で開催し、大学 1 年生から卒後 10 年目までの医師 42 名が参加者として、10 年目以降の医師 2 名がオブザーバーとして参加しました。また、セミナーの構成に緩和医療の専門的な研修のプログラム紹介が組み込まれており、緩和ケアの教育研修施設より 9 名が施設紹介者として参加し、多職種のファシリテーターと共に医学生・若手医師の日々の学習や臨床での疑問や進路の悩みなどを直接相談する機会となりました。

セミナーの内容は、1 日目に基調講演として高宮有介先生（昭和大学医学部）に「緩和ケアを目指す若者に伝えたいこと」を、「私のキャリアパス」として濱口大輔先生（医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院）、岡本拓也先生（聖ヶ丘病院サテライトクリニック）、松原貴子先生（三重大学医学部附属病院 緩和ケアセンター）の 3 名にキャリア形成モデルとしてそれぞれの経験をお話いただきました。全体セッションは「みんなで語ろう！これからの緩和ケアにできること」をワールドカフェ形式で行い、参加者が平日頃の自分の考えや疑問などを声に出して語り相互に学び合う場となりました。2 日目は、4 つの分科会を設定し、濱口先生に「痛みをとりながら成長しよう」、山田圭輔先生（金沢大学附属病院 麻酔科蘇生科）に「がん哲学に関するワークショップ」、岡本先生に「構造構成主義で考える緩和ケア」、西智弘先生（かわ

さき総合ケアセンター）に「『あとのくらい生きられるのでしょうか？』と聞かれたら」のセッションを担当いただき、各参加者の学習・臨床レベルに応じて、単なる知識、技術ではなく、緩和ケアを担う医療人としての姿勢についても考えることのできる充実した内容となりました。最後の全体セッションでは佐藤哲観先生（静岡県立がんセンター 緩和医療科）より「これから取り組む緩和ケア～明日からの決意表明」で 2 日間のセミナーの振り返りを行い、それぞれが決意を新たにしました。どの参加者も熱心に取り組んでおり、若手ならではの率直な意見や疑問が飛び交い、地域や学年を越えて楽しみながら学習していく姿が非常に印象的でした。

セミナー後に記入していただいた参加者アンケートでは、参加動機として（複数回答可）、「緩和ケアに関心がある」（41%）、「将来、緩和ケア医として働きたいと考えている」（19%）、「専攻する診療科は違うが、緩和ケアの知識は必要だと思うので」（12%）「その他（友人に誘われた、など）」（14%）が挙げられ、セミナー全体は「ニードとマッチしていた」「ややマッチしていた」と答えた参加者が 78.9%となりました。自由記述式の感想では「思考や学問的などから、実践的で普段練習できないことまで学べて貴重な経験となった」「研修病院の紹介や、講師の先生方とざっくばらんに話すことができ、自分の将来や選択について考えるヒントや機会となった」「実際に緩和ケア科・緩和ケア医として働いている先生方の話を聞いた事が新鮮で有意義な時間だった」「同じ考えの同世代の学生や先生と話す機会を得られてよかった」など、満足度の高い評価をいただきました。

また 2016 年度は、セミナーのアウトカムメジャーとしてプレ・ポストで 11 段階のアンケートを行い、参加者のセミナー受講前後の意識変化を測定しました。「自身で緩和ケアを提供していくことに不安がある」「緩和ケアという分野について敷居が高いと感じる」「緩和ケア医のキャリアについて不明瞭と感じる」「緩和ケアの研修・学習を受けていくうえでの不安がある」「緩和ケアが具体的に何をしているのかがよくわからない」の項目は有意に改善しました。一方、「将来、緩和ケアの専門医を目指したい」、「緩和ケア専門医は目指さないが、緩和ケアについて継続的に学びたい」の項目はもともと数値が高くセミナー前後で有意な変化はありませんで

した。これらの結果よりセミナー参加者は、専門的または他科であっても積極的に緩和ケアに関わりたいという意識を持っていますが、緩和ケア分野への抵抗感やキャリアへの不安が強いという特徴があり、セミナーに参加することによってこれらの課題がある程度解決されている事が示唆されました。セミナーの実施が医学生・若手医師の緩和ケアに対するバリアを解く役割を担い、将来的に国内の緩和ケアの発展に資する人材を増やす事に寄与できる可能性が示されています。今後も継続的に測定を行い、医学生・若手医師のニーズを引き出しより有用なセミナーとなるよう改善を重ねていく次第です。

今後の課題としては、臨床研修制度、専門医制度の変化、緩和ケア領域での研修可能施設の増加に伴い、専門医をはじめとするより具体的なキャリア形成への相談に乗ることや、実際のロールモデルとなる医師と若手医師を繋ぐ支援などが挙げられます。

2017年度も「第5回 医学生・若手医師のための緩和ケア夏季セミナー」を以下の日程で開催する予定です。緩和ケア領域でのキャリアを考えている医学生・若手医師、また日々の教育、臨床の中で「若手を育てる」役割を担う皆様にぜひご参加いただき、よりよい研鑽の場となることをWPG員一同切に願っております。

第5回 医学生・若手医師のための 緩和ケア夏季セミナー開催概要

日時：2017年8月19日（土）～20日（日）

会場：淡路夢舞台 国際会議場

対象：将来、緩和ケアの実践・研究を目指す医学生、研修医、若手医師（卒後10年まで）

募集定員：60人

募集開始：2017年6月初旬頃を予定（日本緩和医療学会HPにて）

※オブザーバー、緩和ケアの専門的なプログラム紹介を行う施設紹介者の参加も受け付けております

2. 地区委員会報告

地区委員会
委員長 山本 達郎

日本緩和医療学会では、今まで各地区は代議員選出母体として設定されていましたが、地区としての活動はほとんど行われてきておりませんでした。2017年1月29日に行われた理事会にて、2018年度から各地区にて地方会を開催することが決定いたし

ました。地区委員会は、「地方会をどのような形態で行うか」、また「日本緩和医療学会が地方会に対してどのようにかかわっていくべきか」について議論を始めたところです。

日本緩和医療学会は、地方会開催を見据えて2015年度・2016年度に北海道地区、北陸地区、関西地区、九州地区で、モデル事業として地域の緩和医療に関する研究会を支援してまいりました。この経験から、地方会を開催するにあたり多くの問題点が浮き彫りとなってきました。地方会を始めるにあたり、一番の課題は「地方会を行うニーズが各地域に本当にあるのか」であったと思います。各県単位で、緩和医療に関する多くの研究会が行われています。さらに、「特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会」、「日本死の臨床研究会」などでは地区での学術活動が行われております。しかしながらモデル事業を通じて、いまだに都道府県を超えての交流があまり行われてきていないことを実感しました。さらに九州地区でのモデル事業では、400名程度の参加者があり、地方会のニーズが高いことを知りました。地方会は、都道府県を超えて緩和医療に従事するものが、職種を超えて自由に語り合う場として存在する意義があると考えに至りました。このような場として、日本緩和医療学会の年次集会がありますが、大きな学術集会となりすぎて、十分な議論をする場としては適当ではなくなっているように思います。地方会の目的は、緩和医療の従事者が、都道府県を超えて顔の見える関係を構築していくことであると考えております。さらに各地区特有の問題を議論し、各地区の緩和医療の更なる発展を目指していくことと思います。

地区委員会では、2018年度に地方会がスムーズに立ち上がるように支援ができる体制を作っていきたいと思います。そのために、日本緩和医療学会からの資金面の援助を含めて会則作りを始めてまいります。

地方会を開催するにあたり、会員の皆様から多くの御助言・ご意見をいただき、より良い地方会を作り上げていきたいと思っております。ご支援をよろしくお願いいたします。

3. 第3回緩和ケアを目指す看護職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 委員長 荒尾 晴恵

WPG 委員 關本 翌子、市原 香織

川村 三希子、小山 富美子

清水 佐智子、船越 政江

村木 明美

第3回緩和ケアを目指す看護職のセミナーは、緩和ケアに興味がある看護師を対象に「これからどのようにキャリアパスを描いていけばよいのか」を考えることにより、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、2014年度から開催しています。今年度は2017年3月19日（日曜日）に大阪で開催されました。当日は、北は北海道、南は沖縄から58名が参加し、緩和ケアで大切にしていることや、悩みを分かち合い、自身のあり方を考える充実した1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、医師の山本亮先生（佐久総合病院佐久医療センター）と濱口恵子先生（がん研有明病院）のお二人よりお話をいただきました。看取りのなかで自分に何ができたのだろうかという後悔の思いを抱えていたこと、今までの道を歩んできた過程には、道を示してくれた先輩の存在や、出会った患者さんとそのご家族の存在が支えになっていたというお話に思わず涙が出ました。基本的な痛みのケアを行うこと、生活を支えるケアを丁寧に行うこと、推測ではなく患者さんの理想ややりたいことをきちんと聞いていくこと、わかったつもりにならないことなどの言葉に熱心に傾く受講者の姿が印象的でした。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、がん看護専門看護師 久山幸恵氏（静岡県立静岡がんセンター緩和ケアセンター）、訪問看護認定看護師 原田三奈子氏（訪問看護ステーションすまあと）、緩和ケア認定看護師 藤解すみ子氏（済生会松阪総合病院）の3名から、この領域を目指した理由、緩和ケアの魅力、目標に向かって歩んできた道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、大事にしていること、どのように勉強してきたかなどに、

傾き、時には笑い、驚き、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、山本先生はじめ4名の講師も参加し、ワールドカフェ形式で、緩和ケアで大切にしていること、していききたいことを熱く語り合いました。医師の考え方や報告相談の方法についても山本先生にアドバイスをいただき考えが広がりました。参加者同士がお互いの意見を尊重し、共に考える姿に、緩和ケアを目指す参加者らしい頼もしさ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、〈客観的に物事を捉えたり、何気ない会話の中にも情報が得られる見方を大切にしたい〉、〈先生方もみな患者さんや素晴らしい上司との出会い、家族の協力があることが分かった。生きる事は分かち合うことというのが印象的〉、〈キャリアについて考えることのできるセミナーは初めてだったため、とても勉強になった〉などの意見から、モチベーションアップにつな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、2年後、5年後の自分がどうありたいかの姿に少しでも近づけること、道は自分で切り拓くこと、少しでも多くの患者さん・ご家族によりよいケアが提供できますよう、WPG関係者一同、心より願っております。

4. 委託事業委員会

委託事業委員会

委員長 上村 恵一

会員の皆さまにおかれましては、日頃から厚生労働省委託事業へご協力いただきまして感謝申し上げます。本稿では2016年度委託事業の活動についてご報告申し上げます。

はじめに

当会が受託している厚生労働省委託事業は、2006年のがん対策基本法、同年に策定されたがん対策推進基本計画に基づいて、2007年度に「がん医療水準の均てん化を目的とした医療水準等調査事業」、「がん医療における緩和ケアの意識調査等事業」を受託してから10年の節目を迎える。今後は、昨年、がん対策基本法が改正され第

15条において新たに定められた「緩和ケア」の定義、すなわち「がんその他の特定の疾病に罹患した者に係る身体的若しくは精神的な苦痛又は社会生活上の不安を緩和することによりその療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護その他の行為」をより均てん化するための役割を担うこととなる。

2017年度の委託事業は緩和ケア研修会の一部eラーニング化と、その学習内容をがん以外に広げることが大きな柱としている。

1.緩和ケア普及啓発WPG

①緩和ケア研修会修了者バッジの配付

緩和ケア研修会修了者バッジは、2015年8月に「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（健発第0401016号平成20年4月1日付健康局長通知）」が改正され、研修会終了時に修了証書と共に交付されることとなったが、厚生労働省委託事業では、まだ修了者バッジを受領していない医師に対して配付を行った。施設からの一括申請を原則とし受付を行ったところ、施設単位での申請が255件、個人単位での申請が75件あり、計2,501個の修了者バッジを配付した。

②緩和ケア普及啓発イベントの開催

2016年度は、一般市民を対象とした街頭イベントおよび市民公開講座を各1回、医療従事者を対象とした講演会を1回開催した。

街頭イベントは、2017年2月5日にサッポロファクトリー（北海道札幌市）で開催した。商業施設内のオープンスペースを会場に選定し、緩和ケアへの興味や世代に拘わらず広く普及啓発を行った。当日は緩和ケアの過去と現在を知ることができる展示や、北海道内のがん診療連携拠点病院に協力いただき各病院情報の提供などを行った。緩和ケアに関する講演会（市民公開講座）には延べ762名もの一般市民が参加された。

2017年2月12日に丸ビルホール（東京都千代田区）で開催した市民公開講座には369名、同日に開催した医療従事者向け講演会には173名もの方が参加下さり、緩和ケアへの関心の高さが伺えた。

③緩和ケア普及啓発動画の作製

一般市民に対して「がんの痛みやつらさを訴えることの重要性」を普及啓発することを目的に、緩和ケア普及啓発動画を作製した。本動画は前述の普及啓発イベントで上映し、今後、緩

和ケア普及啓発活動公式ホームページ「緩和ケア.net」でも公開予定である。（2017年3月現在）

2.緩和ケア研修WPG

①病院長等幹部対象緩和ケア研修会の開催

病院長などの病院幹部に、緩和ケアおよび緩和ケア教育の重要性を実感いただき、自施設内で緩和ケア研修会より多く開催されるよう促すことを目的とする、緩和ケア研修会を開催し、51名が修了した。

②緩和ケアおよび精神腫瘍学の基本教育に関する指導者研修会の開催

2016年度は計3回の指導者研修会を開催した（うち1回は緩和・精神を合同開催）。本研修会は、毎回、定員を大きく上回る応募があるため、本年度からは、指導者研修会修了者が在籍しないがん診療連携拠点病院に所属する受講希望者を優先することとした。

〈第29回（緩和のみ）〉応募者214名/修了者60名
 〈第30回（緩和のみ）〉応募者181名/修了者59名
 〈第31回（合同）〉緩和応募者123名/修了者63名、
 精神応募者65名/修了者60名

③これからの緩和ケア研修会

現在の緩和ケア研修会は、研修時間が長い点、継続学習ができない点、受講者のレベルに応じた学習が困難な点などが課題であるが、これに加えてがん以外の疾患を診療する医師なども受講できるよう研修会整備する必要がある。そこで、今後は緩和ケア研修会の座学講義部分にeラーニングを導入し、学習効率の向上を目指したいと考えている。

3.SHARE-CST WPG

①研修会の開催

2016年度はファシリテーター養成講習会を1回（全8日間）とコミュニケーション技術研修会を2回開催した。本年度は、両研修会共に定員を上回る応募があった。

〈ファシリテーター養成講習会〉応募者34名/修了者12名
 〈コミュニケーション技術研修会（以下は見学者を除いた数）〉

第1回…応募者51名/修了者28名

第2回…応募者53名/修了者30名

②研修会受講の単位認定について

本年度より、コミュニケーション技術研修会の受講が、日本がん治療認定医機構の定めるがん治療認定医申請資格の内、学術単位（選択）5単位として認められた。

③CST事業の移管について

本学会では、2014年度より3年間にわたり、

厚生労働省委託事業においてコミュニケーション技術研修事業を主催してきた。2017年度からは、日本サイコオンコロジー学会が主催となり、厚生労働省委託事業ではなく学会の活動として研修会を運営していくことが決定している。本学会は引き続き共催団体として日本サイコオンコロジー学会とともに本研修会活動に取り組んでいきたい。

編集
後記

春は出会いと別れの多い季節、皆様の職場ではいかがでしょうか？ 私事になりますがこの1月に職場を移り、東北地方の仙台から東海地方の名古屋に引越しました。生まれ育った東京ではあまり感じていなかった地元意識を仙台で持つようになり、正月の裸参りに上司共々研究室メンバーで参加したり青葉まつりの稚児行列に子どもが参加したりしたことが懐かしく思い出されます。一方、コンビニはサークルKが立ち並び、きびきびとした運転の車が多い名古屋の土地柄にはすぐに慣れましたが、街のそちこちにある珈琲店の前を素通りするたびに自分が外様なのだと思い知らされます。「あ、モーニング行こう」と自然に思えるくらいに早く馴染みたいです。

東海地方の皆様、どうぞよろしくお願い申し上げます。（佐藤 一樹）

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