JSPM
Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会 ニューズレター 88

Aug 2020

特定非営利活動法人
日本緩和医療学会

〒550-0001 大阪市西区土佐堀1丁目4-8 日栄ビル603B号室
TEL 06-6479-1031／FAX 06-6479-1032
E-mail : info@jspm.ne.jp　URL : http://www.jspm.ne.jp/

主な内容

巻頭言 17
理事就任挨拶 18
Journal Club 23
よもやま話 27
Journal Watch 29

巻頭言

理事長就任のご挨拶

神戸大学医学部附属病院　緩和支持治療科

木澤　義之

このたび日本緩和医療学会理事長に再任され、改めて責任の重さを感じています。新型コロナウイルス感染症の流行により、全世界が非常事態となっております。社会経済活動が停滞し、社会のあり方や生活の仕方が急速に変化しつつあります。学会のあり方も例外ではありません。本学会の理念と目的を再確認し、今後取り組むべき課題を明確にし、新体制のもと新たな2年間を始めていきたいと思います。

日本緩和医療学会の活動の目的は、その学術研究を始めとする活動によって、エンド・オブ・ライフケアの質を高め、重篤な疾患を持つ患者と家族のQOLとQODを向上させることだと考えています。従って、これからの2年間は、エンド・オブ・ライフケアの質の向上を目指し、以下の7つの活動に力を注ぎたいと考えています。

①専門的緩和ケアのケア提供モデルの構築ならびに見直し（特にがん緩和ケアと腫瘍学の統合、がん以外の疾患に対する専門的緩和ケア、救急・集中治療領域の緩和ケア）
②緩和ケアの質の測定と向上を継続的に行っていく仕組みの構築とその実践
③緩和ケア、エンド・オブ・ライフケアに関する政府や社会に対する提言（例：生命維持治療の中止や差し控え、安楽死、ACPなどに関する意向表明など）
④緩和ケアに関する学術・研究の充実（特に若手の研究に対する研究支援教育体制の構築、学際性のある大学講座の提案、混合研究法の推進）
⑤緩和ケアの教育（特に疾患を限定しない基本的緩和ケアに関する教育体制の整備ならびに専門家の育成）
⑥世界の人々がuniversal health coverageの一部としていつでもどこでも緩和ケアにアクセスできるように、アジア太平洋ホスピス緩和ケアネットワーク（APHN）と協力しアジアを中心とした緩和ケアの啓発と普及を図ること
⑦学会事務局機能の強化、会員サービスの強化、オンライン化（ペーパーレス化）

緩和ケアの世界は大きな変換点を迎えています。高齢社会の進行とポスト・ウィズコロナ社会が一気に訪れつつあります。今こそ私達は変化を求められていると強く感じています。「より質の高い緩和ケアを、全てのSerious Illnessを対象に、多職種協働で」実践できるように全力を尽くしていきたいと思います。会員の皆様のご意見とご協力をお待ちしております。

理事就任の挨拶

ご挨拶

帝京大学医学部
緩和医療学講座
有賀　悦子

代議員および理事選挙におきましては、会員の皆様から大きなご支援を賜り心から御礼申し上げます。皆様の後押しにお応えできるよう精一杯努めていきたいと思います。

がん診療連携拠点病院の要件は回を増すごとに求められることが多くなり、がん対策基本計画の遂行においても緩和ケアが担うことは容易なことではないと感じています。そのような中、日本各地においてそれぞれの問題を抱えながらも、求められることに一生懸命応えようとする会員の皆様の声が聞こえてきます。

一方、緩和医療分野はがん対策推進基本計画も第3期となり、政策的な追い風は今や凪の状態に入ってきました。今、当学会では、広く医療や社会全体を眺めながらここぞというタイミングを逃さない広い視野と瞬発力が求められています。

前々期までは広報委員会委員長、前期は渉外委員会委員長として外部団体との連携フローの作成に取り組み、外と内を繋ぐことを実践してきました。所属する大学病院では独立した緩和医療学講座の運営と卒前、卒後教育にあたり、別学会の一般社団法人日本癌治療学会では女性理事は一人だけですが、2期連続着任することとなりました。さらに国の審議会などにも関わっています。このような背景の中で、当学会での今期は、地区委員会を担当いたします。

私たちの学会を今後、引き続き成長させ、発展させていくことができるよう現在のマルチチャンネルな立場を生かし、鋭意、力を尽くしてまいる所存です。ぜひ、皆様のお力をお貸し下さい。2年間、どうぞ、よろしくお願い申し上げます。

理事就任のご挨拶

日本医科大学付属病院
薬剤部
伊勢　雄也

この度、2回目の日本緩和医療学会の理事に選出させていただきました、日本医科大学付属病院薬剤部伊勢雄也と申します。代議員選挙、ならびに理事選挙では多大なるご支援をいただき、誠にありがとうございました。2年間に、教育・研修委員会、学術委員会、渉外委員会、緩和ケアチーム自施設評価 WPG、緩和ケアチーム活動の手引き職種別等追補版検討 WPG、学術大会支援 WPG、がん疼痛薬物療法ガイドライン改訂 WG、と3つの委員会、3つの WPG、1つの WG に参加させていただきました。2020年6月1日現在、会員数12,061名のうち、薬剤師は929名（7.7%）となっています。この、900人余いる薬剤師代表として、引き続き、理事会、ならびに各種委員会では責任ある提案、提言を行い、緩和医療の発展に尽力させていただきますのでどうかよろしくお願い申し上げます。

2020年4月診療報酬改定において、患者さんにレジメン（治療内容）を提供し、患者さんの状態を踏まえた上で必要な指導を行うと共に、地域の薬局薬剤師を対象とした研修会の実施などの連携体制を整備した場合、医療機関で診療報酬（連携充実加算：150点／月）が算定できることになりました。一方、保険薬局においても、患者さんのレジメンなどを把握した上で必要な服薬指導を実施したり、次回の診察時までの患者さんの状況を確認し、その結果を医療機関に情報提供した場合についても診療報酬（特定薬剤管理指導2加算：100点／月）が算定できることになりました。

このような背景もあり、がん患者における、医療機関－保険薬局の連携は、益々必要となってくると考えられます。また、抗がん剤だけでなく、抗がん剤の副作用対策に用いられる薬剤や、オピオイド製剤などの有効性や副作用、相互作用などを医療機関－保険薬局で情報共有することは重要になってくると思われます。この、患者さんのための、医療機関－保険薬局の連携、構築というものを第一に考え、

仕事を行っていきたいと考えております。
　微力ではございますが、薬剤師代表として、本学会の更なる発展のために尽くしていきたいと考えておりますので、ご支援ご鞭撻の程、どうかよろしくお願い申し上げます。

理事就任ご挨拶

飯塚病院
連携医療・緩和ケア科
柏木　秀行

　この度、日本緩和医療学会の理事を拝命いたしました、飯塚病院　連携医療・緩和ケア科の柏木秀行です。選出いただき、心から感謝申し上げると同時に、身の引き締まる思いです。
　私は筑波大学医学専門学群を卒業し、福岡県の飯塚病院総合診療科で内科トレーニングを経て、緩和ケアに本格的に関わるようになりました。緩和ケア病棟の立ち上げや、地域の緩和ケアリソースをつなぐ訪問診療、そして緩和医療専門医取得といった経験を通じて、さまざまな出会いをいただきました。日本緩和医療学会に関しては、専門医セミナーの WPG 員長、緩和ケア研修モジュール検討 WG 員長、安全・感染委員会の委員長といった、教育と育成に関する役割を中心に日本緩和医療学会に関わってまいりました。また、P-CREG（Palliative Care Research and Education Group）の事務局活動を通じて、全国の若手緩和ケアスタッフのネットワーキングに取り組んでいます。
　私は①緩和ケア人材の育成に関わる施設の支援体制構築、②非がん疾患に対する緩和ケア提供の確立、の 2 点が重点的に取り組む課題として活動してまいりました。2 期目となるこの 2 年間は、これまで以上に活動的に取り組んでまいります。緩和ケアの様々な分野と同様、多くの方の協力の元に進めていく分野です。引き続き、ご指導ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。

富山赤十字病院
呼吸器外科 / 緩和治療センター
小林　孝一郎

　この度、初めて日本緩和医療学会の理事を拝命いたしました小林孝一郎と申します。代議員ならびに理事選挙におきまして、多大なるご支援を賜り誠にありがとうございました。私は 1988 年に筑波大学医学専門学群を卒業し、金沢大学旧第一外科で外科医としてキャリアをスタートいたしました。1995 年に富山赤十字病院に呼吸器外科医として赴任し、2004 年に緩和ケアチームを立ち上げ、2017 年からは緩和ケア病棟を兼任しています。
　昨期までは、12 年間にわたり教育・研修委員会委員ならびに教育セミナー WPG 員長として教育セミナーの開催に携わってきました。また、緩和ケア普及啓発 WPG 員として公開講座やイベント開催に、専門医セミナー WPG 員として第 1 回専門医セミナー開催に携わってきました。ご協力いただきました会員のみなさまには、心より感謝申し上げます。
　今期は、教育・研修委員会の委員長を仰せつかりました。この委員会には、教育セミナー WPG、緩和ケア基礎セミナー WPG、医学生・若手医師セミナー WPG、看護職セミナー WPG、MSW セミナー WPG、ELNEC-J コアカリキュラム WPG の 6 つの WPG があり、緩和ケアに関する教育・研修事業を行っています。今年は COVID-19 のパンデミックにより、多くの事業が中止となってしまいました。このような事態の中、Web 化によるセミナーや研修会の開催は喫緊の課題です。Web 開催にすることでこれまで以上に参加しやすくなるメリットが期待できる一方で、集合研修でしか得られないものも多いと考えています。次年度以降いわゆるポストコロナ時代を見据えたパラダイムシフトが必要です。“何を変えなければならないのか、変えてはならないのは何なのか”を検討し、いくつかのセミナー事業を統合して新しい枠組みを作っていくなど、各々の事業を抜本的に見直す必要があると考えています。これから 2 年間、ご指導ご鞭撻を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

愛知県がんセンター
緩和ケアセンター / 緩和ケア部
下山　理史

まずは、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に罹患された方々およびそのご家族の皆さまには謹んでお見舞い申し上げますとともに、一日も早いご快復を心よりお祈り申し上げます。また、COVID-19 対策のために大変な毎日をお送りの医療介護福祉従事者の皆さまには、改めまして敬意を表します。

この度、引き続き理事に選出していただきました愛知県がんセンター緩和ケア部の下山理史と申します。日ごろからご支援いただいております皆さまには心より感謝申し上げます。

私自身は消化器外科医から緩和ケア医となり現在に至りますが、緩和ケアの実践と同時に、病院や地域の臨床現場における様々なご意見や問題点などを学会活動に反映していけるよう引き続き取り組んで参る所存です。

前期は厚生労働省の委託事業を扱う委託事業委員会委員長を拝命し、緩和ケア研修 WPG（PEACE）と普及啓発 WPG（OBP）の活動を中心として取り組んで参りました。今期は引き続き委託事業委員長を拝命すると同時に、副事務局長を拝命いたしました。

委託事業に関しては、COVID-19 の影響にて昨年度末にはその活動も制限を受けました。今期は COVID-19 の共生を図りつつ、web などを用いた新たな手段も取り入れながら緩和ケアの知識と認知の普及啓発に取り組んで参りたいと存じます。

副事務局長としては、前期２年で随分整ってきた事務局の運営を引き続き発展させていくと同時に、新しい生活様式に準じた事務局の在り方も、事務局員、所事務局長、木澤理事長、田村副理事長とともに考えて参ります。そして、少しでも会員の皆さまのお役に立てる事務局として充実させて参りたいと存じます。

さらには、東海・北陸支部の活動も、支部会員の皆さまにとってより身近な学会であることができるような、活動の見える化や、本地域ならではの緩和ケアの実践と同時に様々な取り組みを皆さまと一緒に考えて参りたいと存じます。

これまで以上に本学会の学会員の皆さまおよび患者さんご家族の皆さまのために粉骨砕身働かせていただく所存です。今後ともご指導ご鞭撻の程宜しくお願い申し上げます。

理事就任のご挨拶

京都大学大学院医学研究科
田村　恵子

このたび理事を拝命いたしました京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻 緩和ケア・老年看護学分野の田村恵子でございます。代議員ならびに理事選挙におきまして、皆さま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。昨期までは国際交流委員会の委員長として、韓国、台湾をはじめとする諸学国との継続的な交流の支援を中心に取り組んで参りました。成果としましては、COVID-19 感染症の蔓延で Web 開催となりましたが合同大会においてアジアセッションを企画・運営することができました。次期も引き続き国際交流委員会委員長を仰せつかりましたので、皆さまに対して継続的な国外の情報提供を行うと共に、関連する主要な学会、団体との学術・教育・診療などの交流活動の推進を目指して活動を進めたいと考えております。

今期は、副理事長という大役を仰せつかりました。COVID-19 感染症の蔓延で学会運営そのものを根本から検討する必要がさまざまな場面で生じており、パラダイムシフトが求められていることを痛感しております。木澤理事長、所事務局長、下山副事務局長、そして事務局スタッフの皆様と共に、そうした事柄に迅速にかつ誠実に取り組み、対応させていただきたいと思います。また、医師以外の職種の視点から、新しい風をお送りすることにも取り組みたいと考えておりますので、お気づきの点がございましたら遠慮なくお申し出下さい。

２年間、ご指導ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

理事就任のご挨拶

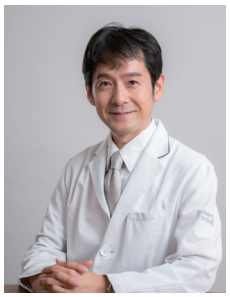
藤沢湘南台病院
がん看護専門看護師
林　ゑり子

理事に選出いただきました藤沢湘南台病院　がん看護専門看護師　林ゑり子と申します。今回理事に選出していただきまして、誠にありがとうございました。一生懸命努めますのでよろしくお願い申し上げます。

本学会では、2005年以降、緩和ケアチームに関わる研修会、教育・研修委員会教育セミナーWPG員、緩和ケアチーム手引書の改訂、ELNEC-JのWG・WPG委員、がん疼痛薬物療法ガイドライン改訂WG員、鎮静ガイドライン改訂WPGなど、日本緩和医療学会の発展と普及に努力してまいりました。また、2018年からは、健康保険・介護保険委員会委員を通じて、日本の医療の問題や課題に対して取り組み、診療報酬につなげられるよう力を注いできました。引き続き、今回は理事の立場で、主として実践、教育、研究活動を通じて、学会員の皆様から国民の多くの方に緩和ケアが届く体制を整備していくよう励んでいきたいと思います。

今回、教育・研修委員会の副委員長および広報委員などを務めますが、COVID-19による影響として、新しい時代に向けた教育・研修事業の転換期に向けて全力に取り組み、また、患者様や医療従事者への緩和ケアの普及啓発が充実できるよう邁進するとともに、看護系理事として、基本的緩和ケアの提供者である看護師（病院、在宅、施設を問わず）が臨床場面で安心して実践できるよう検討し実行していきたいと考えています。

今後ともご指導ご鞭撻の程よろしくお願いいたします。



筑波メディカルセンター病院
緩和医療科　診療科長
緩和ケアセンター長
久永　貴之

この度、日本緩和医療学会 理事を初めて拝命いたしました筑波メディカルセンター病院の久永貴之と申します。選挙においては多大なご支援を賜りましたことに感謝申し上げます。

私は、2011年より専門医認定・育成委員会委員として、専門医・認定医の審査・育成・制度設計に関わらせていただき、また、つくば地域の緩和ケア施設群において、計12名の緩和医療専門医を育成して参りました。そのような経緯もあり、専門医認定・育成委員会の委員長を仰せつかることとなりました。

当学会の専門医制度は2010年に認定を開始し10年を迎えます。2020年4月1日現在専門医は273名、認定医は736名まで増加しましたが、全国で緩和医療の均てん化を図るにはまだまだ十分とは言えず、今後も多くの専門医・認定医を育成していかなくてはなりません。

課題の一つは、一般社団法人日本専門医機構におけるサブスペシャルティ領域の位置づけが未だ決定せず、緩和医療を志す医学生・研修医に学会としてのキャリアパスが示されていないことです。サブスペシャルティ領域としての認定を目指す取り組みを継続し、一方で学会としてのキャリアパスを提案し、模範となる教育プログラムや拠点となる教育施設の整備を検討いたします。

もう一つの重要な課題が、今年度はCOVID-19の影響により既に中止が決定しております専門医・認定医試験を、来年度は必ず実施しなくてはなりません。そのためにもオンラインで申請・審査ができるシステムを構築し、同時に試験や審査の方法についても見直しを行います。周囲の状況が変化したとしても安定して公平・公正に試験や審査を実施できる体制を整え、質の高い専門医・認定医を認定して参ります。

2年間、どうぞ宜しくお願い申し上げます。

2022年度学術大会、学術大会支援WPG、緩和ケアの質評価WPG、がんばります。

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
宮下　光令

まずご報告とお願いです。2022年度の第27回日本緩和医療学会学術大会の大会長を拝命いたしました。会員になったときには、大会長など想像もできませんでしたので、まだ実感がわきませんが、自分も年を取ったなと実感しています。今後も多くの方のご支援、ご指導をいただくことになりますが、よろしくお願い申し上げます。

今期の理事会では学術委員会に設置されております、学術大会支援WPG長を引き続き拝命させていただくことになりました。学術大会の運営にあたり、毎回の大会の内容の継続性や大会長の負担の軽減などが以前から課題に挙げられてきました。そこで、2年ほど前に学術大会支援WPGが設置され、継続的・持続的な運営体制の確立と学術大会の更なる発展を目指すことになりました。この2年間で新しい学術大会運営のための学術委員会や他の委員会などとの体制づくりが進み、その一部は2021年度の橋口さおり大会長から実施されることになっております。まだ1つずつ整理している段階ですので、自分が大会長を務めさせていただく2022年大会までにおよその方向性を確立させたいと思っております。

私が大会長に立候補した9月の時点では、COVID-19の問題はまだ起こっていなかったのですが、この半年でいろいろな状況が変わりました。2022年の6月の状況は予想できませんが、私たちの中でWEB会議が日常化してきたように、学術大会の在り方も変わってくると思っております。大会長として、学術大会支援WPG長として、ICTやWEBの活用なども含めて新しい学術大会の形を模索していきたいと思っております。

また、今期でも引き続き専門的・横断的緩和ケア推進委員会に設置されている緩和ケアの質評価WPG長を拝命することになりました。昨期では学会で行う専門的緩和ケアの質評価の方向性について議論しましたので、今期では実際の調査の体制づくりを行い、パイロット調査などを実施したいと考えております。こちらもわが国の緩和ケアの発展に向けて大事な課題です。

今回私が担当するどちらの事業も多くの方のお力添えが必要です。多くの方のご意見を伺いつつ、着実に進めたいと思っております。今後ともご指導のほどよろしくお願い申し上げます。

Journal Club

1. 緩和ケアでのアロマセラピー、マッサージ、リフレクソロジーの有効性に関するシステマティック・レビュー

名古屋大学大学院医学系研究科
総合保健学専攻高度実践看護開発学講座
佐藤　一樹

Bridget Candy, Megan Armstrong, Kate Flemming, Nuriye Kupeli, Patrick Stone, Victoria Vickerstaff, Susie Wilkinson
The effectiveness of aromatherapy, massage and reflexology in people with palliative care needs: A systematic review
Palliat Med. 2020 Feb;34(2):179-194. doi: 10.1177/0269216319884198. Epub 2019 Oct 29.

【目的】
緩和ケアを必要とする患者でのアロマセラピー、マッサージ、リフレクソロジーの有効性の現在のエビデンスを統合する。
【方法】
コクラン・ガイドラインに準拠した方法でシステマティック・レビューを行った。進行期疾患または緩和ケアを受ける成人を対象とした、アロマセラピー、マッサージ、リフレクソロジーの有効性を検証する無作為比較試験を抽出対象論文とし、8つの論文データベースと3つの臨床試験登録システムを2018年6月まで調べた。主要評価項目は不安､痛み､QOLとし､研究の質と統合した介入効果を評価した。
【結果】
計1,956名を対象とする22試験が同定された。比較対照群は、非実施（通常ケア）群との比較がアロマセラピー4試験、マッサージ8試験、リフレクソロジー6試験、アロマセラピーとマッサージの比較が4試験であった。研究の質は、すべての試験が何らかのバイアスを有していた。介入効果は、異質性（各試験の効果が一貫しない）のため統合した効果を算出できなかった。アロマセラピーとマッサージの不安や痛みを軽減し、QOLを高める効果については結論できなかった（有効性を示した研究と示せなかった研究のいずれもあった）。質の低いエビデンスではあるが、リフレクソロジーの痛みを軽減する効果が認められた。
【結論】
多くの試験を同定できた一方で有効性のある質の高いエビデンスは示せず、新たな臨床実践の推奨を提案することはできない。質の高い有効性のあるエビデンスを示すためには、緩和ケアでのアロマセラピー、マッサージ、リフレクソロジーの有効性の評価項目の検討が必要であろう。
【コメント】
アロマセラピー、マッサージ、リフレクソロジーは緩和ケア領域でよく行われるが、その有効性のエビデンスは限定的である現状が示された。著者らは有効性の評価項目の限界を指摘しているが、重要な視点である。これら補完療法には、日々の楽しみや療養環境の華やぎ、家族が実施することでの家族の悲嘆の軽減や関係性の強化などといった患者・家族への良い影響も期待できる。QOLはその概念に近いが、QOL評価尺度の構成要素がそのような内容を反映しているとは限らない。

2. 乳がんにおけるビスホスホネートによる骨転移の管理：投与間隔に関するシステマティックレビュー

国際医療福祉大学病院　薬剤部
佐藤　淳也

Mei Yang, Xijie Yu
Management of bone metastasis with intravenous bisphosphonates in breast cancer: a systematic review and meta-analysis of dosing frequency
Support Care Cancer. 2020 Jun;28(6):2533-2540.doi: 10.1007/s00520-020-05355-7. Epub 2020 Feb 14.

【背景】
ビスホスホネートは、乳がんに限らず骨転移のあるがん患者の骨関連イベント（骨折、疼痛、高カルシウム血症など）のリスクを軽減するために3-4週毎に投与されている。しかし、最近の臨床試験では、ビスホスホネートの投与頻度を減らしたde-escalation治療は、標準的な頻度の治療に比べ、劣らない可能性が示唆されている。本論文では、これら2つの治療間隔（Standard法：4週毎とde-escalation法：12週毎）の有効性と安全性をシステマティックレビュー手法で検討した。
【方法】
MEDLINE、PubMed、Embase、Cochraneライブラリーなどのデータベースからビスホスホネートが投与された試験を抽出した。アウトカムは、骨関連イベントの他、ビスホスホネートの副作用である腎機能障害と顎骨壊死を含んだ。
【結果】
4つのランダム化臨床試験（n=1,721）がデータ抽出対象となった。1つの試験は、パミドロン酸であ

り、他 3 試験は、ゾレドロン酸を用いた。骨関連イベントの発生率において、Standard 法（193 件 /862 名）と de-escalation 法（202 件 /859 名）の間に有意差はなかった（相対リスク比；1.05, 95％信頼区間；0.88-1.25）。腎機能障害については、Standard 法（21 件 /433 名）と de-escalation 法（17 件 /430 名）の間に有意差はなかった（相対リスク比；0.80, 95％信頼区間；0.43-1.48）。顎骨壊死については、Standard 法（5 件 /435 名）と de-escalation 法（4 件 /431 名）の間に有意差はなかった（相対リスク比；0.82, 95％信頼区間；0.15-4.53）。3 つの試験では、ランダム化前にビスホスホネートが投与されている患者が存在した。探索的解析として、ビスホスホネート既治療患者の骨関連イベント発生率（159 件 /866 名）は、未治療患者（236 件 /855 名）に比べ有意に少なかった（オッズ比；0.59, 95％信頼区間；0.47–0.74, p<0.00001）。

【結論】

12 週毎のビスホスホネートの投与は、骨関連イベントや副作用（腎障害と顎骨壊死）、さらに治療コストの観点で、標準的な 4 週毎の投与に劣るものではないであろう。ただし、投与間隔を延長する前に標準的間隔による数カ月の治療を行うことを推奨する。

【コメント】

今回のレビューでは、客観性の高い 4 つランダム化比較試験が抽出され、ビスホスホネートの投与間隔を延長する妥当性が示された。しかし、3 つの試験では、ランダム化前に 2 カ月から最大 15 カ月前にビスホスホネートの投与を受けたのちに de-escalation が行われている。従って、ビスホスホネート未治療例には、標準治療を数カ月行ったのちに延長法に切り替えることを推奨しているが、この標準的治療期間の妥当性は不明である。

今回、ビスホスホネートの投与間隔を延長しても、腎機能障害や顎骨壊死は低減しなかった。しかし、ゾレドロン酸を例にすれば、先発品（24,070 円 /4mg）および後発品（8,811 円 /4mg）の違いがある。de-escalation 法でも標準的治療期間があり、その期間の治療コストの差は少ないが、これを終えて de-escalation 戦略に切り替えれば、4 週毎および 12 週毎の治療コストは、それぞれ 28.9 万円 / 年（先発 4 週毎）および 7.2 万円 / 年（後発 4 週毎）、10.6 万円 / 年（先発 12 週毎）および 2.6 万円 / 年（後発 12 週毎）と、10 倍以上の違いがある。治療間隔の延長は、患者の通院の負担も軽減するであろう。本研究は、骨転移治療に対する今後のビスホスホネートの使用戦略に有用な情報をもたらしたと思われる。

3. がん患者の死亡の質に対する認知症の影響：在宅緩和ケア使用者の観察研究

北海道がんセンター　薬剤部
高田　慎也

Kayo Hirooka, Miharu Nakanishi, Hiroki Fukahori, Atsushi Nishida

Impact of dementia on quality of death among cancer patients: An observational study of home palliative care users

Geriatr Gerontol Int. 2020 Apr;20(4):354-359. doi: 10.1111/ggi.13860. Epub 2020 Feb 4.

【目的】

現在、がん患者（高齢者を対象）の 7 ～ 30％が認知症を有すると報告されており、認知症を有するがん患者は十分な緩和ケアを受けておらず、終末期 QOL は認知症がない患者よりも低い可能性が指摘されていた。しかし、実態を正確に反映している調査結果は報告されていない。そこで、高齢がん患者の認知症と死亡の質への影響を調査した。

【方法】

日本の訪問看護ステーション 1,200 施設を無作為に抽出し、その施設で高齢がん患者の看取りを経験した場合に、最近に死亡した高齢がん患者 1 名を想起して、その患者に終末期ケアを提供した看護師がカルテを参照しながらアンケートに回答する内容であった。がん患者（508 人）の認知状態、がん関連症状、および死亡の質（終末期 QOL）に関して回答を得た。使用した尺度は、終末期がん患者の看取りの質評価尺度（Good death inventory）を用いた。主な解析は、死の質を目的変数に、認知症との関連を重回帰分析で、死亡場所や主介護者の有無との関連を認知症有無での層別化回帰分析で検討した。

【結果】

死の質（終末期 QOL）の評価は認知症のない患者の方が高く（β=-0.17, P<0.001）、死亡場所が自宅である（β=0.26, P<0.001）や主介護者がいる（β=0.15, P=0.001）患者の方が高い評価であった。認知症の有無別に死の質の評価との関連を検討すると、死亡場所が自宅であることは認知症の有無にかかわらず評価が高いことと関連した（認知症なし：β=0.30, P<0.001、認知症あり：β=0.22, P=0.009）が、主介護者の存在は認知症のある患者のみで死の質の評価と関連した（認知症なし：β=0.09, P=0.12、

認知症あり：β=0.30, P<0.001）。

【結論】

認知症を合併しているがん患者は、非合併患者と比較し、死の質（終末期 QOL）を有意に低かった。本研究結果は、認知症のがん患者とその家族の意思決定を強化するための具体的な支援戦略を開発し、患者とその家族との終末期ケアの議論を強化することの重要性を示している。

【コメント】

終末期 QOL が改善する因子として自宅での死亡や主介護者の存在が明らかとなったことは患者満足度の改善に有意義である。一方で、認知症の合併は、疼痛、症状の緩和などが十分に行われないことで、終末期 QOL 低下を招いている可能性や認知症合併時には、達成しにくい項目が多いことなども一因と考える。本研究の Limitation としては、Good death の評価が看護師による振り返りによる代理評価であり、このことがバイアスになっていることも重要である。

4.ICU における早期緩和ケアコンサルテーション：クラスター無作為化クロスオーバー試験

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
田中　雄太

Jessica Ma, Stephen Chi, Benjamin Buettner, Katherine Pollard, Monica Muir, Charu Kolekar, Noor Al-Hammadi, Ling Chen, Marin Kollef, Maria Dans

Early Palliative Care Consultation in the Medical ICU: A Cluster Randomized Crossover Trial

Randomized Controlled Trial Crit Care Med. 2019 Dec; 47(12):1707-1715. doi: 10.1097/CCM.0000000000004016.

【目的】

ICU において早期緩和ケア介入によって患者アウトカムが改善されるかを検証する。

【方法】

2017 年 8 月～ 2018 年 5 月に、単施設ランダム化クロスオーバー試験を実施した。先行研究をもとに設定した緩和ケアスクリーニングツールを使用し、それに該当した ICU 入室患者（18 歳以上）を対象とした。Barnes Jewish Hospital の 2 つの ICU（16 床と 18 床）を、緩和ケア介入群と通常ケア群に無作為に割り付け、6 週間の非介入期間後にクロスオーバーした。

介入群は、ICU 入室後 48 時間以内に緩和ケアチームによる介入を受け、「患者と家族の身体的・心理的ニーズの特定」「ニーズを満たす方法についてプライマリチーム（ICU）との話し合い」「患者の意思決定支援」などが実施された。一方、対照群は通常ケアを受けた。

主要アウトカムは、退院前に DNR/DNI コード（Do-not-resuscitate/Do-not-intubate）に移行した患者の割合とした。副次アウトカムは、ICU 入室期間、病院入院期間、ホスピスへの退院、人工呼吸器使用時間、血管作動薬の持続時間、気管切開術、CPR 実施、死亡率、退院後の救急外来受診、病院の再入院とした。

【結果】

介入群に 97 名、対照群に 102 名が割り付けられた。

DNR/DNI コードに移行した患者割合は、介入群は対照群と比較して有意に高かった（50.5% vs 23.4%、95% CI 13.6-39.1%；p<0.0001）。加えて、介入群は、研究登録から 30 日間の DNR/DNI コードへより早く、より頻繁に移行していたことが明らかになった（p<0.001）。

ホスピスケアへ移行する割合は介入群では有意に高く（18.6% vs 4.9%；p=0.002）。また、人工呼吸器使用日数は介入群で 2 日短く（中央値 4 日 vs 6 日；p=0.041）、入院中の気管切開術の実施率も介入群にて低い傾向にあった（1.0% vs 7.8%；p=0.035）。加えて、退院まで生存していた患者のうち退院後 30 日以内に救急外来を受診した患者の割合に関しても、介入群で低い傾向にあった（1.3% vs 12.5%；p=0.0067）。一方で、病院死亡率（21.7% vs 27.5%）、30 日死亡率（35.1% vs 36.3%）、ICU 入室期間（median 5 日 vs 5.5 日）、病院入院期間（median 10 日 vs 11 日）については、群間に統計的に有意な差はなかった。

【結論】

ICU における緩和ケアチームによる早期緩和ケア介入は、DNR/DNI の移行、ホスピスへの紹介、医療資源の利用と有意な関連があることが明らかになった。

【コメント】

ICU での早期緩和ケア介入によって、ICU 入院、滞在期間、医療資源利用を減少させるなどの有益な効果が示唆されているが、ランダム化試験の報告が少なく、研究方法論的としてエビデンスに制限があるといわれている（Aslakson R, et al. J Palliat Med. 2014）。そのため、単施設で行われた試験ではあるも

のの、本研究の意義は大きいといえる。注意すべき点として、DNR/DNI コードへの移行は、QOL や患者 / 家族の満足度を直接測定するものではないということが挙げられ、今後さらなる研究が必要である。

5. がん性疼痛に対する鎮痛剤使用に関連した患者のトレード・オフについての MaxDiff 分析

こども支援総合クリニックもりかわよしゆき小児科
NPO 任意団体「プチボヌール（小さな幸せ）」
森川　みはる

William E Rosa, Jesse Chittams, Barbara Riegel, Connie M Ulrich, Salimah H Meghani
Patient Trade-Offs Related to Analgesic Use for Cancer Pain: A MaxDiff Analysis Study
Pain Manag Nurs. 2020 Jun;21(3):245-254. doi: 10.1016/j.pmn.2019.07.013. Epub 2019 Oct 21.

【目的】

先行研究ではがん疼痛に対する鎮痛薬の不順守率が指摘されている。本研究では、MaxDiff 法を用いて、患者の鎮痛剤使用に関する信念に基づくトレード・オフ（何かを達成するために何かを犠牲にする関係性）を特定し、患者が優先する重要性をランク付けすることを目的とした。

【方法】

本研究は3カ月の前向き試験（Journal of pain 2015; 16: 825-835）の 2 次分析である。18 歳以上のアフリカ系アメリカ人・白人で、多発性骨髄腫又は固形腫瘍と診断され、がん疼痛に対し継続的に 1 種類以上鎮痛剤を処方されている 207 名が対象であった。患者信念の評価を目的に 27 項目からなる The Barriers Questionnaire-II、鎮痛剤の副作用の有無と重症度、疼痛の重症度（Brief Pain Inventory）、Social Support Questionnaire、処方された鎮痛剤、患者背景を関連要因として調査し、MaxDiff 分析を行った。次にクラスター分析を行い、疼痛信念グループによるランク付けの差異を調査した。

【結果】

MaxDiff の尤度比検定を行い、患者の疼痛信念が痛み止めの選択肢を考える際の有意な因子であった。「身体を知る（鎮痛剤は身体の中で起こっていることを知るのを妨げる）」「免疫に害を与える」という信念が高い支持を得ていた。鎮痛信念に基づく 2 つのクラスターでは「身体を知る」「副作用」「後に必要となる」の知識体系が優先事項としてランク付けされた。クラスター 1 において、「恥ずかしい言動をさせる」「医療者ががんに注目しない」が、クラスター 2 においては「不平不満と思われる」「恥ずかしい言動をさせる」が優先度の低い項目だった。両クラスターにおいて「薬物中毒の懸念」は 4 位だった。クラスター間での患者属性による統計学有意差はみられなかった。

【結論】

今回の研究では、がん性疼痛管理に関する信念に基づく患者のトレード・オフが、鎮痛剤使用に関する患者の選択に有意な影響をおよぼすことを示唆している。参加者は「身体を知る」の優先度が高く、他の信念よりもこの信念に基づいて選択する可能性が高かった。

【コメント】

本研究はがん性疼痛管理に関する信念に基づく患者のトレード・オフに着目した新しい視点の研究であり、患者のトレード・オフが鎮痛薬使用の意思決定に影響をおよぼすことが示唆された貴重な報告である。今回の結果は医療者が共感的理解を示すことや、個々のニーズや信念に合わせた疼痛管理の一助となると考える。今後多様な背景を対象とすることや、家族・医療提供システム・医療者要因を考慮した研究が求められる。

よもやま話

人との距離、どう探す？　～自身の感覚を使って～

九州がんセンター　サイコオンコロジー科　白石　恵子

・距離って？

“ソーシャルディスタンス”という言葉を毎日耳にする数カ月です。新型コロナウイルス感染症専門家会議からの提言を踏まえ、「新しい生活様式」のひとつとして、具体的に人との間隔はできるだけ２メートル（最低１メートル）空けるという呼びかけが行われています。最近は傍に寄り添って話すこともはばかられ、少し離れて話をすることが多いのではないでしょうか。今回のよもやま話は、“人との距離をどのように探すといいか”について考えていきたいと思います。

・感覚は大切

さて、人と２メートル離れて話をする時にどんな感じがしますか？Ａさんは「ちょっと遠いな、話しにくいな」、Ｂさんは「あまり近寄られるのも好きではないからちょうど良いな」、Ｃさんは「声が聞こえなくて困る」など、人それぞれ感覚は違うものです。「“感覚”って何？」と聞かれると言葉で明確に言い表せないし、実態を捉えにくい感じがします。感覚とは“外部の刺激を受けて生じるもの”とされています。人は常々無意識に感じているものです。いろいろなことに追われ忙しすぎると、自分自身の感覚を味わうことができないこともありますし、時には感覚を感じすぎるとつらくなる人もいるかもしれません。

医療の世界において、客観的なデータやエビデンスなどに基づいた言動をすべきと言われていても、私たちは人間ですからある程度は自分の主観が入るものです。ただ、独りよがりにならないケア、自己満足にならないように注意して行動しようと考えている方も多くおられます。そのためには自分の感覚磨きが大切になってきます。どのような感覚を磨いていくのかというと、身近なたとえ話を挙げてみますと「今日のお昼ご飯何にしようかな、うーん、麺かな…うどん？蕎麦？…うーん、和風は和風がいいのだけど、でもなぁ…和風パスタ！そう、なんかしっくりきた」、このような“微妙に違うのだけど…”とか“あぁしっくりきた”というような、好きとか嫌いとかいう表面的なものではなく、少し深いところにある感覚、そういう感覚です。

私たちは緩和ケアの領域で様々な人間模様に出会います。病気も治療も、家族や社会背景、生きてきた過程もそれぞれ、その時その場で患者さんの感じることは違っています。話をする相手との相互作用もありますので、同じような内容を話していたとしても、受け取る相手によって感覚が変わることも自然なことです。患者のＤさんが同じ内容についての想いを、主治医には○○、看護師には△△、またリハビリ担当者には☆☆と話をしている、そんな時どう考えますか？内容を理解していないと思いますか？言っていることがころころ変わって精神的に不安定だと思いますか？そうかもしれません、ただそう決めてしまう前に“あぁ、○○とも△△とも☆☆とも感じているのだな”とそのままをいったん受け止めてみるのはどうでしょう？そして、医療者自身がＤさんの想いに対して感じている感覚も確かめてみて下さい。Ｄさんが感じていることに対して、素直にそうだそうだと感じることができていますか？（できなくてもいいんです）別の感覚がそこに何か感じられていますか？例えば、Ｄさんがいろいろなことを言っているのは、説明が不十分だった医療者の落ち度だと落ち込んでしまう人、どうしてわかってもらえないのだとちょっとした怒りのような感覚でもやもやする人もいるかもしれません。Ｄさんが困っていそうだから心配だと感じている人もいるかもしれません。相手も自分もいろいろなことを感じて生きています。その感覚をお互いに大切にすることから始めてみることをお勧めします。

・人とのこころの距離の探し方

話を距離ということに戻してみます。緩和ケア領域で働いていると、つい患者さんに気持ちが入り、近寄りすぎて燃え尽きてしまう経験をした人も少なくないと思います。“こころ（人）の距離をどう保つか”多くの人が抱える課題です。ここでもお互いの感覚を吟味して調整することが必要です。人によって、ぐっと近付いた支え方、寄り添い方を希望される方もいます、それに対して医療者も心地良さややりがいを感じることもあります。ただその反面、気持ちがつらくなることもあります。また、人によっては、少し距離をとってそっとしておいてほしいときもあります。その時にはある程度の距離から見守る程度がお互いにしっくりいくかもしれません。

人とのこころの距離は、いわゆるソーシャルディスタンスのように決められた数値では決められないものです。相手の感覚を感じる→自分の感覚を感じる→味わう→そして吟味して、しっくりいく感じを探してみましょう。感覚を確かめることは、初めは難しく感じるかもしれませんが、それもトレーニングです。次第に慣れてきますし、自分のメンタルヘルスにも役に立ちます。まどろっこしい話ですが、このコロナの頃合いに自分の感覚を振り返ってみて下さい。

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（2020 年 3 月～ 5 月刊行分）

対象雑誌：N Engl J Med, Lancet, Lancet Oncol, JAMA, JAMA Intern Med, JAMA Oncol, 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　総合保健学専攻高度実践看護開発学講座　　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. 2020;382(10-22)】

1. がんに関連した静脈血栓塞栓症 VTE に対するアピキサバンとダルテパリンの無作為化比較試験

Agnelli G, Becattini C, Meyer G, Munoz A, Huisman MV, Connors JM, et al. Apixaban for the Treatment of Venous Thromboembolism Associated with Cancer. N Engl J Med. 2020;382(17):1599-607. [PMID: 32223112]

【Lancet. 2020;395(10226-10238)】

2. 緩和ケアと Covid-19 パンデミック（Editorial）

The L. Palliative care and the COVID-19 pandemic. Lancet. 2020;395(10231):1168. [PMID: 32278369]

3.Covid-19 パンデミックでの緩和ケアの役割（Comment）

Radbruch L, Knaul FM, de Lima L, de Joncheere C, Bhadelia A. The key role of palliative care in response to the COVID-19 tsunami of suffering. Lancet. 2020;395(10235):1467-9. [PMID: 32333842]

【Lancet Oncol.2020;21(3-5)】

4. 若年成人がんの長期サバイバーの死亡と健康障害リスク

Suh E, Stratton KL, Leisenring WM, Nathan PC, Ford JS, Freyer DR, et al. Late mortality and chronic health conditions in long-term survivors of early-adolescent and young adult cancers: a retrospective cohort analysis from the Childhood Cancer Survivor Study. Lancet Oncol. 2020;21(3):421-35. [PMID: 32066543]

5. 小児がんの女性長期サバイバーの急性卵巣機能不全のリスク予測モデル

Clark RA, Mostoufi-Moab S, Yasui Y, Vu NK, Sklar CA, Motan T, et al. Predicting acute ovarian failure in female survivors of childhood cancer: a cohort study in the Childhood Cancer Survivor Study (CCSS) and the St Jude Lifetime Cohort (SJLIFE). Lancet Oncol. 2020;21(3):436-45. [PMID: 32066539]

6. 肺がん特異的 QOL 評価尺度 EORTC QLQ-LC29 の計量心理学的特性

Koller M, Shamieh O, Hjermstad MJ, Hornslien K, Young T, Chalk T, et al. Psychometric properties of the updated EORTC module for assessing quality of life in patients with lung cancer (QLQ-LC29): an international, observational field study. Lancet Oncol. 2020;21(5):723-32. [PMID: 32213338]

【JAMA. 2020;323(9-20)】

7. 終末期患者の ACP 文書と ICU 入室の関係

Lee RY, Brumback LC, Sathitratanacheewin S, Lober WB, Modes ME, Lynch YT, et al. Association of Physician Orders for Life-Sustaining Treatment With ICU Admission Among Patients Hospitalized Near the End of Life. JAMA. 2020. [PMID: 32062674]

【JAMA Intern Med. 2020;6(3-5)】

8. 電子カルテの初期値変更による救急外来でのオピオイド処方の変化

Montoy JCC, Coralic Z, Herring AA, Clattenburg EJ, Raven MC. Association of Default Electronic Medical Record Settings With Health Care Professional Patterns of Opioid Prescribing in Emergency Departments: A Randomized Quality Improvement Study. JAMA Intern Med. 2020. [PMID: 31961377]

9. 米国での 2015 ～ 2018 年の高齢者での医療用大麻使用の傾向

Han BH, Palamar JJ. Trends in Cannabis Use Among Older Adults in the United States, 2015-2018. JAMA Intern Med. 2020. [PMID: 32091531]

10.QT 延長作用のある薬剤処方と突然死の関連：検死データの分析

Simpson TF, Salazar JW, Vittinghoff E, Probert J, Iwahashi A, Olgin JE, et al. Association of QT-Prolonging Medications With Risk of Autopsy-Defined Causes of Sudden Death. JAMA Intern Med. 2020. [PMID: 32119028]

11. 米国のオバマケアとオピオイド関連受診率の関係

Wen H, Soni A, Hollingsworth A, Freedman S, Benitez J, Simon K, et al. Association Between Medicaid Expansion and Rates of Opioid-Related Hospital Use. JAMA Intern Med. 2020. [PMID: 32202609]

【JAMA Oncol. 2020;180(3-5)】

なし

【BMJ. 2020;368(8236-8247)】

12. オピオイド鎮痛薬の処方中止と処方期間、過剰摂取、自殺の関連

Oliva EM, Bowe T, Manhapra A, Kertesz S, Hah JM, Henderson P, et al. Associations between stopping prescriptions for opioids, length of opioid treatment, and overdose or suicide deaths in US veterans: observational evaluation. BMJ. 2020;368:m283. [PMID: 32131996]

13. オピオイド使用障害に対する治療効果の疫学調査

Pearce LA, Min JE, Piske M, Zhou H, Homayra F, Slaunwhite A, et al. Opioid agonist treatment and risk of mortality during opioid overdose public health emergency: population based retrospective cohort study. BMJ. 2020;368:m772. [PMID: 32234712]

14. 医療用大麻の NICE ガイドラインの紹介（Practice）

Chang-Douglass S, Mulvihill C, Pilling S, Guideline C. Cannabis-based medicinal products: summary of NICE guidance. BMJ. 2020;369:m1108. [PMID: 32317246]

15.Covid-19 パンデミック下での家族による終末期患者への薬物投与（Editorial）

Bowers B, Pollock K, Barclay S. Administration of end-of-life drugs by family caregivers during covid-19 pandemic. BMJ. 2020;369:m1615. [PMID: 32332027]

16. 神経障害性疼痛に対するプレガバリンとガバペンチンの概説（Practice）

Mathieson S, Lin CC, Underwood M, Eldabe S. Pregabalin and gabapentin for pain. BMJ. 2020;369:m1315. [PMID: 32345589]

【Ann Intern Med. 2020;173(5-10)】

17. 肥満とホスピス利用の関連

Harris JA, Byhoff E, Perumalswami CR, Langa KM, Wright AA, Griggs JJ. The Relationship of Obesity to Hospice Use and Expenditures: A Cohort Study. Ann Intern Med. 2017;166(6):381-9. [PMID: 28166546]

【J Clin Oncol. 2020;18038(7-15)】

18. 乳がん治療の就業への影響

Dumas A, Vaz Luis I, Bovagnet T, El Mouhebb M, Di Meglio A, Pinto S, et al. Impact of Breast Cancer Treatment on Employment: Results of a Multicenter Prospective Cohort Study (CANTO). J Clin Oncol. 2020;38(7):734-43. [PMID: 31834818]

19. がん患者に対する緩和ケアの提供モデルの総説

Temel JS, Jacobsen PB. Palliative Care in Oncology: Continuing to Build the Evidence Base and Disseminate Effective Care Models. J Clin Oncol. 2020;38(9):849-51. [PMID: 32023160]

20. 進行がん患者の緩和ケアでの患者と医師のコミュニケーションの総説

Back AL. Patient-Clinician Communication Issues in Palliative Care for Patients With Advanced Cancer. J Clin Oncol. 2020;38(9):866-76.[PMID: 32023153]

21. がん緩和ケアでの予後認識の総説

Butow PN, Clayton JM, Epstein RM. Prognostic Awareness in Adult Oncology and Palliative Care. J Clin Oncol. 2020;38(9):877-84. [PMID: 32023158]

22. 進行がん患者に対する心理介入の総説

Rodin G, An E, Shnall J, Malfitano C. Psychological Interventions for Patients With Advanced Disease: Implications for Oncology and Palliative Care. J Clin Oncol. 2020;38(9):885-904. [PMID: 32023159]

23. 進行がんでの症状緩和の総説：痛み、息切れ、悪心・嘔吐、倦怠感

Henson LA, Maddocks M, Evans C, Davidson M, Hicks S, Higginson IJ. Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. J Clin Oncol. 2020;38(9):905-14. [PMID: 32023162]

24. 進行がん患者への緩和ケアでのコーピングの役割の総説

Greer JA, Applebaum AJ, Jacobsen JC, Temel JS, Jackson VA. Understanding and Addressing the Role of Coping in Palliative Care for Patients With Advanced Cancer. J Clin Oncol. 2020;38(9):915-25. [PMID: 32023161]

25. 緩和ケアでの家族ケアの総説
Alam S, Hannon B, Zimmermann C. Palliative Care for Family Caregivers. J Clin Oncol. 2020;38(9):926-36. [PMID: 32023152]
26. 脳転移に対する全脳照射でのメマチニンと海馬照射回避の無作為化比較試験
Brown PD, Gondi V, Pugh S, Tome WA, Wefel JS, Armstrong TS, et al. Hippocampal Avoidance During Whole-Brain Radiotherapy Plus Memantine for Patients With Brain Metastases: Phase III Trial NRG Oncology CC001. J Clin Oncol. 2020;38(10):1019-29. [PMID: 32058845]

【Ann Oncol. 2020;31(3-5)】
なし

【Eur J Cancer. 2020;127-131】
27. 小児期の白血病罹患と胎児成長の関連
Karalexi MA, Dessypris N, Ma X, Spector LG, Marcotte E, Clavel J, et al. Age-, sex- and disease subtype-related foetal growth differentials in childhood acute myeloid leukaemia risk: A Childhood Leukemia International Consortium analysis. Eur J Cancer. 2020;130:1-11. [PMID: 32163883]
28. 小児がん患者に対する穿刺の痛みの軽減と予防のための臨床ガイドライン
Loeffen EAH, Mulder RL, Font-Gonzalez A, Leroy P, Dick BD, Taddio A, et al. Reducing pain and distress related to needle procedures in children with cancer: A clinical practice guideline. Eur J Cancer. 2020;131:53-67. [PMID: 32302949]

【Br J Cancer. 2020;122(5-11)】
29.AYA 世代若年がんサバイバーの出産時アウトカム
Kao WH, Kuo CF, Chiou MJ, Liu YC, Wang CC, Hong JH, et al. Adverse birth outcomes in adolescent and young adult female cancer survivors: a nationwide population-based study. Br J Cancer. 2020;122(6):918-24. [PMID: 31929517]
30. 生活習慣と発がんリスク
Zhang YB, Pan XF, Chen J, Cao A, Zhang YG, Xia L, et al. Combined lifestyle factors, incident cancer, and cancer mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. Br J Cancer. 2020;122(7):1085-93. [PMID: 32037402]

【Cancer. 2020;126(5-10)】
31. がん患者に対する患者ナビゲーターの心理社会的支援の無作為化比較試験
Ramirez AG, Choi BY, Munoz E, Perez A, Gallion KJ, Moreno PI, et al. Assessing the effect of patient navigator assistance for psychosocial support services on health-related quality of life in a randomized clinical trial in Latino breast, prostate, and colorectal cancer survivors. Cancer. 2020;126(5):1112-23. [PMID: 31743436]
32. 限局性乳がん患者の配偶者の賃金の損失
Humphries B, Lauzier S, Drolet M, Coyle D, Masse B, Provencher L, et al. Wage losses among spouses of women with nonmetastatic breast cancer. Cancer. 2020;126(5):1124-34. [PMID: 31821547]
33. 血液がんの根治可能性に関する血液腫瘍医の認識の不一致
Loh KP, Xu H, Back A, Duberstein PR, Gupta Mohile S, Epstein R, et al. Patient-hematologist discordance in perceived chance of cure in hematologic malignancies: A multicenter study. Cancer. 2020;126(6):1306-14. [PMID: 31809566]
34. 施設入居高齢がん患者に負担の大きい終末期の療養場所の移動
Lage DE, DuMontier C, Lee Y, Nipp RD, Mitchell SL, Temel JS, et al. Potentially burdensome end-of-life transitions among nursing home residents with poor-prognosis cancer. Cancer. 2020;126(6):1322-9. [PMID: 31860129]
35. がん患者でのてんかん発作
Gonzalez Castro LN, Milligan TA. Seizures in patients with cancer. Cancer. 2020;126(7):1379-89. [PMID: 31967671]
36. 化学療法中の頭頸部がん患者に対するガバペンチンとメサドンの単施設無作為化比較試験
Hermann GM, Iovoli AJ, Platek AJ, Wang C, Miller A, Attwood K, et al. A single-institution, randomized, pilot study evaluating the efficacy of gabapentin and methadone for patients undergoing chemoradiation for head and neck squamous cell cancer. Cancer. 2020;126(7):1480-91. [PMID: 31869451]
37. 甲状腺がん患者の再発・死亡リスクの認識と実際のリスクの乖離
Chen DW, Reyes-Gastelum D, Wallner LP, Papaleontiou M, Hamilton AS, Ward KC, et al. Disparities in risk perception of thyroid cancer recurrence and death. Cancer. 2020;126(7):1512-21. [PMID: 31869452]
38. 乳がん診断後の心血管リスクに対する処方のアドヒアランスと心血管イベントとの関連
Hershman DL, Accordino MK, Shen S, Buono D, Crew KD, Kalinsky K, et al. Association between nonadherence to cardiovascular risk factor medications after breast cancer diagnosis and incidence of cardiac events. Cancer. 2020;126(7):1541-9. [PMID: 31913500]

39. 免疫チェックポイント阻害薬に関する QOL 評価尺度 FACT-ICM の開発
Hansen AR, Ala-Leppilampi K, McKillop C, Siu LL, Bedard PL, Abdul Razak AR, et al. Development of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Immune Checkpoint Modulator (FACT-ICM): A toxicity subscale to measure quality of life in patients with cancer who are treated with ICMs. Cancer. 2020;126(7):1550-8. [PMID: 31914209]

40. 乳がん患者の死因：米国の全国調査
Afifi AM, Saad AM, Al-Husseini MJ, Elmehrath AO, Northfelt DW, Sonbol MB. Causes of death after breast cancer diagnosis: A US population-based analysis. Cancer. 2020;126(7):1559-67. [PMID: 31840240]

41. 若年がん患者の抑うつの PROMIS Depression Short Form によるスクリーニングの評価
Recklitis CJ, Blackmon JE, Chang G. Screening young adult cancer survivors with the PROMIS Depression Short Form (PROMIS-D-SF): Comparison with a structured clinical diagnostic interview. Cancer. 2020;126(7):1568-75. [PMID: 31913510]

42. 小児悪性軟部腫瘍の成人サバイバーでの認知的・心理社会的アウトカム
Tonning Olsson I, Brinkman TM, Wang M, Ehrhardt MJ, Banerjee P, Mulrooney DA, et al. Neurocognitive and psychosocial outcomes in adult survivors of childhood soft-tissue sarcoma: A report from the St. Jude Lifetime Cohort. Cancer. 2020;126(7):1576-84. [PMID: 31913509]

43. がん臨床試験の評価項目に対する患者の親しみ・理解・希望
von Itzstein MS, Railey E, Smith ML, White CB, Sledge GW, Jr., Howell JR, et al. Patient familiarity with, understanding of, and preferences for clinical trial endpoints and terminology. Cancer. 2020;126(8):1605-13. [PMID: 31967687]

44. 高齢固形がん患者での栄養評価と化学療法の有害事象との関連
Dotan E, Tew WP, Mohile SG, Ma H, Kim H, Sun CL, et al. Associations between nutritional factors and chemotherapy toxicity in older adults with solid tumors. Cancer. 2020;126(8):1708-16. [PMID: 31977084]

45. がん化学療法の有効性と有害事象の臨床試験と実臨床での比較
Phillips CM, Parmar A, Guo H, Schwartz D, Isaranuwatchai W, Beca J, et al. Assessing the efficacy-effectiveness gap for cancer therapies: A comparison of overall survival and toxicity between clinical trial and population-based, real-world data for contemporary parenteral cancer therapeutics. Cancer. 2020;126(8):1717-26. [PMID: 31913522]

46. がん診断前後での糖尿病治療の変化
Pinheiro LC, Soroka O, Kern LM, Leonard JP, Safford MM. Diabetes care management patterns before and after a cancer diagnosis: A SEER-Medicare matched cohort study. Cancer. 2020;126(8):1727-35. [PMID: 31999848]

47. 直接経口抗凝固薬によるがん関連血栓症予防の費用対効果
Li A, Carlson JJ, Kuderer NM, Schaefer JK, Li S, Garcia DA, et al. Cost-effectiveness analysis of low-dose direct oral anticoagulant (DOAC) for the prevention of cancer-associated thrombosis in the United States. Cancer. 2020;126(8):1736-48. [PMID: 31999844]

48. 造血幹細胞移植を受ける患者の家族に対する心理介入の無作為化比較試験
El-Jawahri A, Jacobs JM, Nelson AM, Traeger L, Greer JA, Nicholson S, et al. Multimodal psychosocial intervention for family caregivers of patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation: A randomized clinical trial. Cancer. 2020;126(8):1758-65. [PMID: 31899552]

49. 閉経後女性大腸がん患者での診断前の社会的状況と予後との関連
Kroenke CH, Paskett ED, Cene CW, Caan BJ, Luo J, Shadyab AH, et al. Prediagnosis social support, social integration, living status, and colorectal cancer mortality in postmenopausal women from the women's health initiative. Cancer. 2020;126(8):1766-75. [PMID: 31972054]

50. 小児・若年がん患者での聴力低下に関する質的研究
Khan A, Mubdi N, Budnick A, Feldman DR, Williams SW, Patel S, et al. The experience of hearing loss in adult survivors of childhood and young adult cancer: A qualitative study. Cancer. 2020;126(8):1776-83. [PMID: 31899553]

51. がん患者の家族の再発恐怖とがん検診受診行動との関連
Takeuchi E, Kim Y, Shaffer KM, Cannady RS, Carver CS. Fear of cancer recurrence promotes cancer screening behaviors among family caregivers of cancer survivors. Cancer. 2020;126(8):1784-92. [PMID: 31913499]

52. 黒人がん患者の運動習慣と QOL の関係
Beebe-Dimmer JL, Ruterbusch JJ, Harper FWK, Baird TM, Finlay DG, Rundle AG, et al. Physical activity and quality of life in African American cancer survivors: The Detroit Research on Cancer Survivors study. Cancer. 2020;126(9):1987-94. [PMID: 32090322]

53. 骨髄移植後の高齢血液がん患者の痛み
Farrukh N, Hageman L, Chen Y, Wu J, Ness E, Kung M, et al. Pain in older survivors of hematologic malignancies after blood or marrow transplantation: A BMTSS report. Cancer. 2020;126(9):2003-12. [PMID: 32022263]

54. 米国のがん拠点病院での緩和ケアの現況
Hui D, De La Rosa A, Chen J, Dibaj S, Delgado Guay M, Heung Y, et al. State of palliative care services at US cancer centers: An updated national survey. Cancer. 2020;126(9):2013-23. [PMID: 32049358]

55. 低中所得国での医療リソース別の緩和ケアガイドラインの医療者教育：ジャマイカでの教訓
Stoltenberg M, Spence D, Daubman BR, Greaves N, Edwards R, Bromfield B, et al. The central role of provider training in implementing resource-stratified guidelines for palliative care in low-income and middle-income countries: Lessons from the Jamaica Cancer Care and Research Institute in the Caribbean and Universidad Catolica in Latin America. Cancer. 2020;126 Suppl 10:2448-57. [PMID: 32348569]

56. 骨髄移植患者の認知機能障害の自覚と客観評価の関係
Murdaugh DL, Bosworth A, Patel SK, Sharafeldin N, Chen Y, Francisco L, et al. Self-endorsed cognitive problems versus objectively assessed cognitive impairment in blood or bone marrow transplantation recipients: A longitudinal study. Cancer. 2020;126(10):2174-82. [PMID: 32097508]

57. 免疫療法を受ける非小細胞肺がん患者の PS と終末期ケアの関連
Petrillo LA, El-Jawahri A, Nipp RD, Lichtenstein MRL, Durbin SM, Reynolds KL, et al. Performance status and end-of-life care among adults with non-small cell lung cancer receiving immune checkpoint inhibitors. Cancer. 2020;126(10):2288-95. [PMID: 32142165]

58. 乳がん診断後 10 年での QOL の変化：Pink SWAN 研究
Avis NE, Levine B, Goyal N, Crawford SL, Hess R, Colvin A, et al. Health-related quality of life among breast cancer survivors and noncancer controls over 10 years: Pink SWAN. Cancer. 2020;126(10):2296-304. [PMID: 32105350]

編集後記

新型コロナウイルス感染症は「人類は価値観を大きく変えて生きていかなければならない」という宇宙・自然からのメッセージである、と感じながら院内の感染対策委員長を務めています。目に見えないものとの闘いにより心身の疲弊が生じ、目に見えない心の不安定さが円滑なチーム医療の妨げにならないように、病院全体のバランスをとるべく俯瞰し冷静な判断と行動が問われていると思います。いまここで、自分を深く見つめる時間が必要だと感じています。すべてが大きく変わる時期を乗り超えられますように、皆さまのご健康とご多幸をお祈りいたします。（恵紙　英昭）

安部　能成
恵紙　英昭
佐藤　一樹
武村　尊生
萬谷摩美子
○山口　重樹
吉田　智美