

日本緩和医療学会 ニューズレター Aug 2021 **92**

USPM

21

31

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:https://www.jspm.ne.jp/

巻頭言

がんの痛みの緩和と今後の課題

信州大学医学部附属病院 信州がんセンター緩和部門

間宮 敬子

主な内容

巻頭言

Current Insight22Journal Club24学会印象記29よもやま話30

委員会活動報告 35

Journal Watch

1980年代、私が医学生の時、母ががんで亡くなった。がんの痛みはとても酷いものだと思い知らされた。母が痛みを訴える度に、看護師さんにお願いして、母にブロンプトンカクテルをいただいた。家族としてバッドニュースを聞かされた時の衝撃、母の腹痛がコントロールできなかったことがトラウマとなり、医師になってもがん患者さんには関わりたくないと思っていた。

卒業試験の直前、消化器内科の講義として海外の先生が英語でご講演をされた。内臓痛の話だった。友人が試験勉強をしている中で、講義の内容が面白くて聞き入った。「痛みを研究している医師がいらっしゃるんだ」と思ったことを鮮烈に覚えている。卒業試験にその講義の内容を問う問題が出てとてもうれしかった記憶もある。

期せずして麻酔科医になった。ペインクリニック外来を担当するように言われ、以来、痛みの患者を診療アという学問は普及しておらず、難治性のがん疼痛患者は、ペインクリニックに認力であるにもないた。私が初めて投稿しただの痛みについてあるに共感しすぎてしまう自分を和しながら、診療を行っていた。

それも今は昔。ここ 20 年、痛みに対する治療の発展は目を見張るものがある。特にオピオイド鎮痛薬や鎮痛補助薬の種類・剤型・投与方法に関する基礎研究、臨床研究が進み発展してきた。私自身、この間父、姉をがんで亡くしたが、母の時より身体的な痛みに関しては満足のいく管理をしていただいたように思う。

身体の痛みに関しての今後の課題はがんサバイバーへの対応であろう。がんが原因の痛みに対しては、WHOのガイドラインに準拠しつつオピオイド鎮痛薬を主軸として加療するが、サバイバーとなると、オピオイド鎮痛薬の長期投与の弊害を考慮する必要が出てくる。ASCOは2016年、がんサバイバーの慢性疼痛の管理に対するガイドライン1)を公開している。本邦でもこのようなガイドラインや医療者や患者・家族に対する教育ツールが必要であろう。

今後、がん患者が痛みから解放され、 サバイバーになってからは、必要以上 に鎮痛薬を使用することなく生活を継 続できるように、医療者としてサポー トしていきたい。

Management of Chronic Pain in Survivors of Adult Cancers: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline: Judith A. Paice, Russell Portenoy, Christina Lacchetti, Toby Campbell, Andrea Cheville, Marc Citron. Jounal of Clinical Onclolgy 2016



自分でも書きたくない、 他人にも書かせたくない ACP

Oregon Health & Science University 和泉 成子

今春、父の介護のために久しぶりに日本に帰国し たときに上野千鶴子氏の「在宅ひとり死のススメ」(文 春新書)を読む機会を得ました。上野氏はベストセ ラー「おひとりさまの老後」を書かれた社会学者で ジェンダー・介護に関する研究をされている方です。 この本を読みながら最近の日本の高齢多死社会事情 についていろいろと学ぶことができましたが、第7 章「死の自己決定は可能か?」を読んだとき、ハッ とさせられた箇所があります。同章のなかでは、不 適切な説明の結果「自己決定」で透析を中止し死亡 した方の例、事前指示書や人生会議の意味や盲点な どについて述べられていますが、一番気になったの は「ACP (アドバンス・ケア・プランニング) を勧 める立場にいるんですけどねえ…でも、内心、気が 進まないんですよ。自分でも書きたくないし、他人 にも書かせたくない」というつぶやきを医療・介護 業界で働く上野氏の友人たちが漏らしている点です。

私はアメリカで医療者を対象に ACP の話し合い のためのコミュニケーション技術の教育と、現場へ の ACP 導入を検証する研究に携わっています。そ の中で医療者が ACP の導入に抵抗もしくは躊躇す るということはよくあります。理由の大半としては、 エンド・オブ・ライフケアについて話すことに対す る不安や、どのように話したらよいのかの教育・訓 練を受けていないこと、話し合うための時間の確保 が難しいことなどがその理由として挙げられていま す。しかしこれは上野氏の友人たちの気が進まない 理由とは異なるようです。上野氏の友人たちが懸念 しているのは、将来どのような状況になるのかわか らないのに「この治療はするが、この治療は望まな い | という事前指示書(つまり誓約書)に印を押す ことを患者に迫ることに対するためらいのように感 じられました。治療の選択肢や、患者や家族の思い、 どのような治療を望むかということはその状況や経 緯によって変わります。予想もつかない将来の状況 のなかでどのような治療を受けるかを、今から決め てサインをするなんて私も嫌です。ここでの大きな 障害は、この書面にサインをするということではな いでしょうか。この言質を取られるということ、そ れを書面に証拠として残すということは、あとで「気 が変わった、状況が変わった」ということが許されないような気になり多くの人が躊躇するのは当然のことのように思います。アメリカにおいても、話し合いをすることは受け入れてもアドバンスディレクティブ(AD)にサインをすることを拒否する患者は多くいます。また、本人が元気であった何十年か前に書かれた AD の中で望んでいた治療方法が、健康状態も家族構成も変わった今の時点で望む治療法であることは稀です。このような AD の有効性についての疑問から、アメリカでの ACP は将来の治療選択を書面に残すことから、患者との会話をとおして患者の価値を知ることを重視する方向へと過去 20 年ぐらいの間に変わってきています。

事前に患者と家族・医療者が話し合って、患者に とってなにが大切なのか(価値)を知っていると、 患者本人の意思決定能力が失われたときでも家族と 医療者が話し合って患者の価値を反映する治療方法 を選択することが可能になります。例えば、本人の 大切にしていることが「家族と一緒に食事をするこ と」であれば、気管切開あるいは経管栄養をはじめ るのかの決定を家族がしなければならなくなったと きに、患者が望むと思われる治療を推察することが 可能になります。この話し合いを重視した ACP の 考え方は、現在厚生労働省が進めている「人生会 議」と類似しています。しかし、上野氏が記述して いるような家族や関係者がわいわいがやがや語り合 って共同意思決定するというものとは違います。話 し合いの焦点は、患者の価値を知ることであり、 アメリカでよく使われている Serious Illness Care Program¹⁾ の例では、患者の 1) goals, 2) fears and worries, 3) sources of strength, 4) critical abilities, 5) tradeoffs, 6) family について聞くことにあります。 ですから家族や関係者などの声の大きい人の意見が 通るというものではなく、患者の話を聞くことに重 点が置かれています。

上野氏は、「事前指示書が助けるのは家族や医療者」であって本人ではないことを皮肉だと言っていますが、これは自分で意思決定をできなくなったときに本人に代わって意思決定をしなければならない家族や医療者を助けるためのものであることに違いはありません。患者本人がサインした指示書は、訴訟を恐れる医療者や難しい話し合いを望まない家族にとっては都合の良い証拠になります。しかし実際には指示書があっても、家族や医療者は本当にこれがこの人にとっての最善のケアなのだろうかと悩みます。エンド・オブ・ライフの意思決定をしなければならないときに、約2/3の患者は決定能力を喪失

しているといわれています²⁾。話し合いをして患者の価値を知っていたとしても、どの治療が真に患者の価値を算重することになるのか、家族は悩みます。それでも「お父さんは家族と一緒にご飯を食べるのが一番楽しみだと言っていた」話し合いの記憶は、家族が「お父さんがこの場にいたら気管切開を望むだろうか」を考える助けになります。ACPの話し合いをしていた家族では治療法決定に関する家族内でのいさかいや、患者の死後の鬱や不安の症状が少ないという調査報告³⁾があります。ですから、ACPの話し合いをすることは、患者が将来難しい延命治療の判断をしなければならない家族を助けることに他ならないのです。患者にACPを勧めるとさに「これは家族の心の負担を軽減するギフトなのだ」と説明している医療者もいます。

高齢化・多死社会が進む中、医療者だけでなく多 くの市民がどのように人生を最期まで生きるのか、 またどのようにそれを支援していくかを模索してい るのだと思います。そんななかで ACP や人生会議 への関心が高まっているようですが、形だけを重視 した ACP 導入が先走りして単に事前指示書を書く ことや、心肺蘇生をする・しないの承諾書を強制す るような ACP では、真の意味で患者の価値に沿っ た医療を提供することにはならないと思います。こ の度、医療者ではない著者による一般市民向けの同 書を読む中で、ACP がこのような形で社会に受け 取られ、使われる可能性があることに気づかされま した。ACP の導入を指導する立場に立つことの多 い緩和ケア医療者として、心ある医療者が躊躇をつ ぶやくような ACP ではなく、患者・家族・医療者 が一緒に悩みながらも患者にとっての最善を選択す ることを支援できるような ACP の形を考え、普及 していくことの重要性を考えさせられました。

- 1) Ariadne Labs. The Serious IIIness Conversation Guide. https://www.ariadnelabs.org/resources/downloads/. Accessed 06/13/2021.
- Silveira MJ, Kim SYH, Langa KM. Advance Directives and Outcomes of Surrogate Decision Making before Death. New England Journal of Medicine. 2010;362(13):1211-1218.
- Chiarchiaro J, Buddadhumaruk P, Arnold RM, White DB. Prior Advance Care Planning Is Associated with Less Decisional Conflict among Surrogates for Critically III Patients. Annals of the American Thoracic Society. 2015;12(10):1528-1533.

Journal Club

1. 終末期がん患者の悪性腹水に対する 最適な穿刺量の検討

国際医療福祉大学病院 薬剤部 佐藤 淳也

Tetsuya Ito, Naosuke Yokomichi, Hiroto Ishiki, Takashi Kawaguchi, Ken Masuda, Hiroaki Tsukuura, Hiromi Funaki, Kozue Suzuki, Kiyofumi Oya, Jun Nakagawa, Masanori Mori, Takuhiro Yamaguchi Optimal Paracentesis Volume for Terminally Ill Cancer Patients With Ascites

J Pain Symptom Manage. 2021 Apr 29; S0885-3924 (21)00310-9. DOI: 10.1016/j.jpainsymman. 2021.04.010. PMID: 33933616

【目的】

悪性腹水は、終末期がん患者の苦痛症状の一つである。腹水が顕著になった場合の苦痛軽減方法として、腹腔穿刺は一般的に行われる。しかし、最適な穿刺量(ドレナージ量)は不明である。そこで、悪性腹水を有する終末期がん患者に対するドレナージ量の違いによる有効性と安全性を検討した。

【方法】

研究デザインは、多施設共同前向き観察研究として、23 施設の緩和ケア病棟に入院した成人進行がん患者を対象とした。ドレナージ量を3つのグループ (最小容量:<1,500mL、小容量:1,500 ~ 2,500mL、中等容量:>2,500mL)に分類し、次の穿刺までの期間(paracentesis-free survival:PFS)を比較した。また、腹部膨満感の数値評価尺度(NRS:0 ~ 10)と有害事象を3群間で比較した。

【結果】

登録された 1,926 人の患者のうち、673 人が腹水を発症した。最終的に、穿刺を行った 87 名の患者が解析された。PFS の中央値は 7 日であった。年齢、性別、肝転移、ステロイド使用、血清アルブミン値、過去の穿刺歴を因子とした多変量解析では、小容量の穿刺が行われた患者では、中等容量の患者と比較して、PFS の短縮リスクは有意ではなかった(HR: 1.14,95% CI: 0.69-1.93, p=0.62)。一方、最小容量の穿刺では、有意な PFS の短縮リスクであった(HR: 2.34,95% CI: 1.25-4.39, p=0.0079)。穿刺前後の腹部膨満感 NRS の中央値は、それぞれ 7.5 と 4.0 であった(p<0.0001)。穿刺前後の NRS の差は、ドレナー

ジ量が増えても有意に増加しなかった(最小容量; -2、小容量; -4、中等容量; -3、p=0.61)。グレード3以上の有害事象は認められなかったが、グレード1-2の低血圧は、4名(5.2%)、腹壁からの漏出は、6名に発生した。

【結論】

小容量のドレナージ量でも、中等容量と比較して、 穿刺間隔を短くすることなく、終末期がん患者の腹 部膨満感を緩和することができた。小容量の穿刺は、 患者にとってバランスのとれた治療法である。

【コメント】

悪性腹水は、食欲の低下や便秘、時に悪心嘔吐、 呼吸のしづらさを伴う。この症状緩和策として、オ ピオイドや利尿剤の投与が行われるが、効果は十分 と言えない。最近、腹水濾過濃縮再静注法(CART) も保険適用のある治療として普及しているが、予後 の限られた患者においては積極的に行われないこと もある。苦痛の切迫した患者にとって穿刺は、確実 な苦痛軽減法であるが、「抜くと溜まるのも早い」 などの臨床的ジレンマがある。今回の研究は、ドレ ナージの至適量として、1.500-2.500mLであっても 次の穿刺の間隔を短くすることなく苦痛軽減が得ら れることを示した。さらに、ステロイドを使用して いる患者は、PFS 短縮のリスクが半減することも注 目すべき点であった。悪性腹水を有する終末期のが ん患者の症状緩和に対する穿刺計画に有益な情報を もたらしたと思われた。

2. 進行がん悪液質に対する静脈栄養の QOL に関するインパクト: RCT

小牧市民病院 山本 泰大

Carole Bouleuc, Amélie Anota, Cécile Cornet, Ghislain Grodard, Antoine Thiery-Vuillemin, Olivier Dubroeucq, Nathalie Crétineau, Véronique Frasie, Vincent Gamblin, Gisèle Chvetzoff, Laure Favier, Christophe Tournigand, Marie-Christine Grach, Bruno Raynard, Sébastien Salas, Géraldine Capodano, Lionel Pazart, Régis Aubry

Impact on Health-Related Quality of Life of Parenteral Nutrition for Patients with Advanced Cancer Cachexia: Results from a Randomized Controlled Trial

Oncologist.2020May;25(5):e843-e851.PMID:32212354 PMCID: PMC7216468 DOI: 10.1634/theoncologist. 2019-0856

【目的】

低栄養は進行がん患者の QOL や予後を悪化させる。本研究の目的は、腸管障害がない進行がん悪液質患者に対して、静脈栄養は経口摂取に上回る臨床上の利点があるかを評価することである。

【方法】

本試験は前向き多施設非盲検ランダム化比較試験で、低栄養の進行がん患者に対して最適な栄養ケアを提供した上で、補助的静脈栄養の投与の有無でランダム割り付けした。ランダム化には、Zelen 法を使用した。栄養、PS、QLQ-C15-PAL を用いた QOLをベースラインならびに亡くなるまでの毎月評価した。主要評価項目は QOL が悪化するまでの時期(DFS)で、QLQ-C15-PAL の値がベースラインから10点以上悪化するもしくは死亡した場合と定義した。【結果】

ランダム化された患者 148 人中、静脈栄養群は 48 人、経口栄養のみの対照群は 63 人であった(早期脱落か同意が得られなかった患者は 37 人)。ITT 解析では、以下の 3 つの分野の DFS は 2 群で差はなかった:全体的な健康状態(HR 1.31, 95%CI 0.80-1.94, p=0.18)、身体機能(HR 1.58, 95% CI 1.06-2.35, p=0.024)、全身倦怠感(HR 1.19, 95%CI 0.80-1.77, p=0.40)。生存に関しては、静脈栄養群の方が悪い傾向があった(注:ここでの p 値は 0.016 以下を有意な差と設定している)。As treated 解析では、重篤な副作用(主に感染)は、経口摂取のみより静脈栄養群の方が多かった(p=0.01)。

【結論】

進行がんで低栄養がある患者において、静脈栄養群は経口摂取のみの群に比べて、QOLも余命も改善せず、重篤な副作用を増やす。

【コメント】

この研究での静脈栄養の介入とは1,000kcal/日以上の中心静脈栄養のことであり、Bouleuc Cらは3カ月以下の生命予後の終末期がん患者へは実施しないことを推奨している。Refractory cachexia に対しては静脈栄養が不利益をもたらす可能性があり、本研究結果はそれを支持する結果であったと思われる。ただし、がん悪液質の stage、生命予後の長いがん患者に対しての中心静脈栄養を行うタイミングについては未だ明確な答えは出ておらず、臨床上判断に悩む場面は多い。今後、更なる研究が実施され、エビデンスが蓄積されることを期待する。

3. COPD における緩和ケアニーズと、 緩和ケアの COPD 診療への統合に 関する質的研究

> 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 仙台厚生病院 看護部 富樫 慎太郎

Yu Fu, Anne Mason, Alison C Boland, Gordon Linklater, Vania Dimitrova, Ascensión Doñate-Martínez, Michael I Bennett

Palliative Care Needs and Integration of Palliative Care Support in COPD: A Qualitative Study Chest.2021 Jun;159(6):2222-2232. PMID: 33434498. DOI: 10.1016/j.chest.2020.12.055. Epub 2021 Jan 9.

【目的】

重症 Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) 患者に対する緩和ケア提供は依然として少なく、その結果、患者と介護者のニーズは満たせていない状況である。そこで本研究目的は、重症 COPD 患者と介護者の緩和ケアニーズを探索すること、緩和ケアに対する見解や経験に影響する要因が何であるかを明らかにすること、緩和ケアと COPD 診療はどの程度統合されているかを探索することとした。

【方法】

研究デザインは、英国2カ国4施設での質的研究である。研究対象者は、重症 COPD 患者(適合基準: FEV1% ≤ 30%、HOT 使用、1年で2回増悪)、介護者、医療従事者(医師、看護師、理学療法士、作業療法士など)とした。データ収集は半構造化面接を行い、NVivoを用いてフレームワーク分析を行った。

【結果】

患者 20 名、介護者 6 名、医療者 24 名に対するインタビュー結果から、4 つのカテゴリー(増悪管理、緩和ケアニーズ、緩和ケア利用機会と実践フロー、COPD 診療と緩和ケア支援の統合)を作成した。緩和ケアニーズでは、患者と介護者に共通していた項目として「緩和ケア」に対する不安と恐れが挙げられた。その他に、安心感を得ること、迅速な医療提供、自宅でのケア、経済的助言が挙げられた。緩和ケアは COPD 診療に統合されていたが、提供モデルは地域によって多様であった。緩和ケア紹介や疾患管理のために医療者が重要であると位置づけた項目は、重要なニーズに対応するための信頼性の高いスクリーニングやニーズ評価ツールが開発されること、心理学的ケアを組み込むこと、緩和ケアやコミュニケー

ション技術のトレーニングを強化することであった。 【結論】

英国では、COPDを含めた非がん疾患に対する緩和ケアは臨床実装されている一方で、提供モデルは多様であった。インタビューデータから論理モデルとして COPD 診療への緩和ケア支援の統合として実践フローを開発した。今後展望として、重要なニーズに対応するための信頼性の高いスクリーニングやニーズ評価ツール開発が求められる。

【コメント】

著者らが強調している点は、既存の尺度では、 COPD に関連する症状を系統的に評価することが難 しいことである。COPD のみならず、非がん疾患患 者の重要なニーズに対応するために、IPOS やアプ リによる遠隔での ePRO などの継続的に同一評価が 可能な尺度が求められていると考えられる。

さらに Editorial comment では、緩和ケアという 用語に対する「終末期に近い」という偏見に対処す るために、教育を通じて支持療法としての認識を得 ることが必要であると紹介された。

4. 早期緩和ケアの有無での終末期ケア の比較: 傾向スコアマッチング法を 利用した人口ベースの後ろ向きコホート 研究

> 名古屋大学大学院 医学系研究科 総合保健学専攻看護科学コース 奥原 康司

Hsien Seow, Rinku Sutradhar, Fred Burge, Kimberlyn McGrail, Dawn M Guthrie, Beverley Lawson, Urun Erbas Oz, Kelvin Chan, Stuart Peacock, Lisa Barbera

End-of-life outcomes with or without early palliative care: a propensity score matched, population-based cancer cohort study

BMJ Open. 2021 Feb 12;11(2):e041432. PMID: 33579764 PMCID: PMC7883853. DOI: 10.1136/bm-jopen-2020-041432.

【目的】

早期緩和ケア(以下、EPC)の有無で、死亡前1カ月間に積極治療と在宅緩和ケアの利用率が異なるかどうかを調査する。

【方法】

後ろ向きコホート研究であり、がん登録、人口動

態、退院・救急・在宅ケアデータベース、診療報酬 データベースを用いた。対象はカナダ・オンタリオ 州で 2004 年から 2014 年に死亡したすべてのがん患 者とし、がんと診断後6カ月以内に死亡した者は除 外した。EPC 群は、緩和ケア介入を早期(死亡前6 ~ 12 カ月)に受けたと定義した。非 EPC 群は、緩 和ケア介入が晩期(死亡前6カ月以内)にあった、 もしくは緩和ケア介入がなかったとした。緩和ケア の定義は、緩和目的の在宅ケア、もしくは緩和ケア 診療である。両群はそれぞれ、長期療養施設の入所 の有無の層別に傾向スコアにより EPC 群と非 EPC 群を1:1でマッチングし、終末期ケアを比較した。 傾向スコアは性別、年齢、併存疾患などの共変量に より算出した。評価項目は、病院死亡、死亡前30 日の積極治療(救急受診、入院、ICU入室)、在宅 緩和ケア(緩和ケアを目的とした医師の往診、訪問 看護、自宅での個別支援)とした。両群はそれぞれ 長期療養施設の入所の有無で層別化し比較した。

【結果】

対象は、144,306人のがん患者で構成された。長期療養施設利用群では EPC 群と非 EPC 群が 36,238 組、非利用群では 3,586 組がマッチングした。積極的治療では、いずれのサブグループでも EPC 群の方が有意に、病院死亡が少なく(長期療養施設利用群リスク差-10%、非利用群-13%)、延命治療の実施が少なく(-10%、-10%)、死亡前の救急外来利用が少なかった(-4%、-5%)。在宅緩和ケアでは、EPC 群の方が有意に、死亡前の医師の訪問が多く(+10%、+14%)、緩和目的の訪問看護が多く(+22%、+37%)、緩和目的の個別支援が多かった(+16%、+30%)。

【結論】

死亡前6カ月以前に緩和ケアを受けたがん死亡患者は、積極治療を受ける可能性が低く、在宅緩和ケアを受ける可能性が大きかった。

【コメント】

非 EPC 群には緩和ケア介入のない集団と晩期に緩和ケア介入のあった集団が含まれている。そのため、感度分析では非 EPC 群をわけてそれぞれ EPC 群と比較し、主分析と同様の差を示した。また、本研究の重要な意義として、リアルワールドデータを用いており、実臨床での緩和ケアの効果の可能性を示したことが挙げられる。ただし、評価に用いたアウトカムは医療利用の頻度であり、患者の満足度やQOLへどのような影響があったかは不明であるため、解釈には注意が必要である。

5. 進行がん患者における人生の意味: 多国籍研究

NPO 任意団体プチボヌール(小さな幸せ) おおたかの森こどもクリニック 森川 みはる

Anna L Gravier, Omar Shamieh, Carlos Eduardo Paiva, Pedro Emilio Perez-Cruz, Mary Ann Muckaden, Minjeong Park, Eduardo Bruera, David Hui Meaning in life in patients with advanced cancer: a multinational study

Support Care Cancer. 2020 Aug; 28(8): 3927-3934. PMID: 31858248. DOI: 10.1007/s00520-019-05239-5. Epub 2019 Dec 19.

【目的】

5 カ国における進行がん患者の人生における意味 の違いと、人生の意味に関連する要因を調査した。 【方法】

進行がん患者を対象とした前向き縦断的多施設共同観察研究の二次解析である。米国、ブラジル、チリ、インド、ヨルダンの5つの三次医療機関の外来緩和ケアクリニック受診者が参加した。人生の意味は言語検証された Meaning in Life (人生の意味)尺度(4領域;価値、目的、目標、リフレクション、8設問;4点リカートスケール)を用いて評価した。合計スコアは8~32点で、スコアが高いほど人生の意味が大きいことを示す。調査開始前と追跡調査時に Edmonton Symptom Assessment System:ESAS を調査した。アルコール依存症のリスク評価は CAGE 質問票を、全体的な機能は Karnofsky performance status (KPS) で評価した。質問は、初診時に実施した。

【結果】

進行がん患者 728 名が登録され、内訳は米国 (n=300)、ヨルダン (n=182)、ブラジル (n=131)、チリ (n=71)、インド (n=44) であった。患者の 86.8%が転移性がんであった。

人生の意味スコアの中央値は25/32 (四分位範囲23~28) であった。国別による人生の意味の合計スコアに差はなかったが (P=0.11)、領域別サブスコアは有意差が認められた。単変量解析では、身体的症状 (痛み、疲労、眠気、呼吸困難、不眠)、情緒的苦痛(うつ、不安)、実存的関心(スピリチュアルペイン)、経済的問題(経済的苦痛、経済的影響)の強度が高い患者、また、CAGEスコアが高い患者は、人生の意味スコアが低かった。一方、結婚して

いること、楽観的であること、教育水準が高いことは、人生の意味スコアが高いことと関連していた。 多変量解析では、人生の意味スコアの総得点が高いことは、楽観的であることに加えて、抑うつ、スピリチュアルペイン、および経済的苦痛が低いことと有意に関連していた。出身国は、人生の意味の有意な予測因子ではなかった。

【結論】

出身国は、人生の意味の決定要因ではなかった。 しかし、人生の意味は、楽観主義、抑うつ、スピリチュアルペイン、および経済的苦痛と有意に関連しており、これらの構成要素に取り組むことにより、 進行がん患者における人生の意味を改善する可能性が強調された。

【コメント】

近年、がん患者における人生の意味や目的の認識、およびそれらの健康状態の関連について関心が高まっている。本研究は二次的な分析であるため、仮説生成としての知見であり、一般化できない。本研究で用いられた人生の意味尺度は8つの質問で評価でき、臨床的にも取り入れやすい。人生の意味を評価することは、がん患者の実存的苦痛に気づき、学際的な介入の必要性を認識できることを示唆している。

6. 非がん患者とがん患者の死亡前1年 間の緩和ケア提供の比較

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 川島 有沙

Kieran L Quinn, Peter Wegier, Therese A Stukel, Anjie Huang, Chaim M Bell, Peter Tanuseputro Comparison of Palliative Care Delivery in the Last Year of Life Between Adults With Terminal Noncancer Illness or Cancer

JAMA Netw Open. 2021 Mar 1;4(3):e210677. PMID: 33662135 PMCID: PMC7933993. DOI: 10.1001/jamanetworkopen. 2021.0677.

【目的】

非がん患者とがん患者の間では、緩和ケアへの アクセスに格差がある。がん患者は、非がん患者に 比べて緩和ケアを受ける可能性が高く、早期に緩和 ケア介入がされやすい傾向があることが分かってい る。しかし、疾患の種類による緩和ケアの提供方法 の違いに関する研究は十分に行われていない。本研 究では、非がん患者とがん患者の死亡前1年間の緩和ケア提供について調べ、比較することを目的とする。 【方法】

カナダのオンタリオ州で、2010年1月1日から2017年12月31日の間に非がん疾患(心不全、COPD、末期腎不全、肝硬変、脳卒中、認知症)とがんで死亡し、死亡前1年間に新たに緩和ケアを受けた成人を対象とした。医療行政データを用いて、緩和ケア提供の構成要素(開始時期、開始場所、ケアモデル、医師の構成、ケア提供の場所、死亡場所など)を調べた。主要評価項目は、緩和ケアの開始時期で、死亡前30日以内・死亡31~90日前・死亡90日以前に分類された。

【結果】

がん・非がん疾患で死亡前1年間の緩和ケア提供を受けた145,709人のうち、21,054人が臓器不全、14,033人が認知症、110,622人ががんで死亡した。がん患者(32,010 [28.9%])は、臓器不全や認知症患者に比べて、緩和ケアが早期(死亡90日以前)に開始されていた。(臓器不全3,349 [15.9%];絶対差13.0%;標準化差0.3、認知症2,148 [15.3%];絶対差13.6%;標準化差0.3)更に、がん患者は緩和ケアが病院で開始されやすく、複数の場所でケア提供される傾向があった。また、がん患者は、ジェネラリストモデル(一般的緩和ケア)ではなく専門家モデル(専門的緩和ケア)を受ける傾向があり、トレーニングを受けた医師から緩和ケアを受けることが多かった。

【結論】

死亡前1年間の緩和ケア提供には、非がん疾患とがん疾患の間で大きな違いがあった。疾患による緩和ケアの提供方法の違いを明らかにしたことは、医療者の教育・訓練の強化や、あらゆる環境での緩和ケアへの公平なアクセスの改善の必要性などに重要な意味を持つ。

【コメント】

緩和ケア提供の患者・医療者レベルでの潜在的な格差の存在は、非がん緩和ケアプログラムの実装に向けての課題となり得る。非がん患者とがん患者の緩和ケア提供の構成要素の違いを集団レベルで記述し、格差を明らかにしたことが、本研究の意義である。

学会印象記

第14回日本緩和医療薬学会年会に参加して

長崎大学病院 薬剤部 龍 恵美

2021年5月13日(木)~16日(日)に第14回日本緩和医療薬学会年会が開催された。2020年開催予定が新型コロナウイルス感染症の影響で延期となったため、2年ぶりの開催である。開催形式も現地開催は見送られ、「完全Web形式(オンデマンド配信)」となった。この年会に演題登録したときには、まだ新型コロナがここまでの影響をおよぼすとはまったく想像していなかったことを思うと隔世の感を禁じ得ない。

年会は、「あなたらしさに向き合う、緩和医療薬学の可能性」というテーマで行われた。特別講演2演題、シンポジウム19テーマ、ワークショップ4つ、口頭発表(動画とスライド)とポスター発表を合わせて350演題に加えてスポンサードセミナーが18演題と盛沢山で、その上一部を除きオンデマンドで2週間後まで配信された。学会会場で参加者と意見を交わし、その土地の名物も楽しみつつ様々な情報が得られる機会がないのが残念だが、会場がいっぱいで目当てのシンポジウムに参加できない事態を回避できるという点は、オンデマンド型のメリットだと感じられた。

本学会の年会の特徴として、緩和医療薬学関連の 大学研究者、病院薬剤師、保険薬局薬剤師などに関 わる事項が集約されているという点がある。痛みの 分子病態に精通している研究者によるシンポジウム、病院と保険薬局それぞれの立場の薬剤師で検討 する医療用麻薬の自己管理や地域包括ケアのシンポ ジウムなどは関連するが異なるフィールドの話をき くことができ大いに刺激になった。また、各種緩和 医療の話題に加え体内動態、腎機能低下などをキー ワードとする薬学らしいシンポジウムもあり、多く の学びを得られた。

シンポジウム終了後に質問を入力できるフォームがあり、後日質問に対するQ&Aがすべて年会ホームページに公開されていたのはWebならではであり、状況が変わる中で2年間にわたる準備を経て開催されたことに感謝するとともに、来年の年会は開催地の熊本で多くの人々と顔を合わせて緩和医療を実感したいと願っている。

よりやま話

緩和ケアはどこへいく?

飯田市立病院 緩和ケア内科 山田 武志

「緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族の QOL を、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである。」

皆さんご存知の緩和ケアの定義です。WHOが1990年に終末期の医療として定義したものを、2002年に再定義したものであり、もちろん当学会のHPにもしっかりと掲げられています。

これまでがんの【緩和ケア】に主に関わってきた私は、「緩和ケアというと、私は終末期なのでしょうか?」と言う患者さんからの問いに対して、この定義に沿うように「終末期などの時期に関わらず、がんや治療の副作用などの症状を緩和することでQOL、ADLを向上させようと言う考え方が緩和ケアですよ。」と説明をしながら日々【緩和ケア】を行ってきました。多くの先輩方の努力のお陰で、【緩和ケア】と言う言葉もずいぶん一般化してきており、また父を膵癌で亡くした30年ほど前の【緩和ケア】=終末期医療という一般的なイメージもかなり変わってきていると感じます。

今年の日本緩和医療学会学術集会でも多くのご講演で話題となっていましたが、ここ 20 年のがん 治療は劇的に進化しており、それと同時に【緩和ケア】も進化してきました。現在の私たち急性期病 院の緩和ケアチームが行っている【緩和ケア】は、主に支持療法と終末期ケアの二本柱で行っています。 私自身は、がん治療を行う上での『支持療法』が長期間(年単位)にわたって行われ、サバイバーに は治療や副作用によって生じてしまった苦痛の『支持療法』が生涯に渡って行われ、そして終末期(が んによるものか老衰によるものかは微妙な方も大勢みえることになってきていますが)には『終末期 ケア』が行われるという形という認識を持っています。それぞれかなり方向性が異なる医療でもあり、 今のままではどちらも中途半端になってしまっている様な気もしています。

一方でここ2~3年、心不全や呼吸不全、神経難病などがん以外の疾患にも【緩和ケア】をという取り組みが進んでいます。しかし、私にはこの【緩和ケア】という言葉は以前の様ないわゆる終末期ケアという意味合いが強く感じられてしまいますが、皆さんはどのように感じておられるのでしょうか。

がんの緩和ケア、地域緩和ケア、そして非がんの緩和ケアも言葉としては同じ【緩和ケア】となっていますが、それぞれ意味合いは異なっています。専門職である我々には何となく分かっていても、周囲の人々に通じないのであれば、一般の人々に広めるのは難しいものとなってしまうのでは無いでしょうか。終末期医療もこれからの時代を考えるまでもなく、とても大切な医療だとは思いますが、支持療法も終末期医療も【緩和ケア】としてまとめてしまうのはこれからの時代は少し強引な気がしてきています。【緩和ケア】を歴史的な側面から見ると、時代とともに意味合いも変化してきていますので、これからも変化し続けていくものなのでしょうが、一体どこへ向かっていくのか、これから【緩和ケア】を志してくれる若者たちのためにも、我々が道標を示せると良いのですが…。

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 (2021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. 2021;384(9-21)]

なし

[Lancet. 397(10277-10289)]

なし

[Lancet Oncol. 2021;22(3-5)]

なし

[JAMA. 2021;325(9-20)]

1. 小児の慢性疼痛治療の WHO の新しいガイドライン

Kuehn BM. New WHO Guideline for Treating Chronic Pain in Children, JAMA. 2021;325(11):1031. [PMID: 33724333]

[JAMA Intern Med. 2021;7(3-5)]

2. 高齢者対象の ACP の看護師主導の多職種介入の無作為化比較試験

Gabbard J, Pajewski NM, Callahan KE, Dharod A, Foley KL, Ferris K, et al. Effectiveness of a Nurse-Led Multidisciplinary Intervention vs Usual Care on Advance Care Planning for Vulnerable Older Adults in an Accountable Care Organization: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2021;181(3):361-9. [PMID: 33427851]

[JAMA Oncol. 2021;181(3-5)]

3. がん疼痛でオピオイド鎮痛薬処方のあるがん患者のオピオイド乱用とその要因

Yennurajalingam S, Arthur J, Reddy S, Edwards T, Lu Z, Rozman de Moraes A, et al. Frequency of and Factors Associated With Nonmedical Opioid Use Behavior Among Patients With Cancer Receiving Opioids for Cancer Pain. JAMA Oncol. 2021;7(3):404-11. [PMID: 33410866]

4. COVID-19 パンデミック禍のがんセンターでのバーチャルケアの効果

Berlin A, Lovas M, Truong T, Melwani S, Liu J, Liu ZA, et al. Implementation and Outcomes of Virtual Care Across a Tertiary Cancer Center During COVID-19. JAMA Oncol. 2021;7(4):597-602. [PMID: 33410867]

5. がん患者の筋骨格の慢性痛に対する電気鍼治療・耳鍼治療の無作為化比較試験: PEACE 試験

Mao JJ, Liou KT, Baser RE, Bao T, Panageas KS, Romero SAD, et al. Effectiveness of Electroacupuncture or Auricular Acupuncture vs Usual Care for Chronic Musculoskeletal Pain Among Cancer Survivors: The PEACE Randomized Clinical Trial. JAMA Oncol. 2021;7(5):720-7. [PMID: 33734288]

[BMJ. 2021; 372(8282-8285), 373(8286-8293)]

6. 不安・抑うつ評価尺度 HADS による大うつ病スクリーニングの正確さのメタアナリシス

Wu Y, Levis B, Sun Y, He C, Krishnan A, Neupane D, et al. Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale Depression subscale (HADS-D) to screen for major depression: systematic review and individual participant data meta-analysis. BMJ. 2021;373:n972.[PMID: 33972268]

[Ann Intern Med. 2021;175(3-5)]

7. COVID-19 パンデミック禍での終末期ケアに関する医療者の認識

Cook DJ, Takaoka A, Hoad N, Swinton M, Clarke FJ, Rudkowski JC, et al. Clinician Perspectives on Caring for Dying Patients During the Pandemic: A Mixed-Methods Study. Ann Intern Med. 2021;174(4):493-500. [PMID: 33284683]

[J Clin Oncol. 2020;39(7-15)]

8. 進行がん患者の呼吸困難マネジメント: ASCO ガイドライン

Hui D, Bohlke K, Bao T, Campbell TC, Coyne PJ, Currow DC, et al. Management of Dyspnea in Advanced Cancer: ASCO Guideline. J Clin Oncol. 2021;39(12):1389-411.[PMID: 33617290]

9. がん患者の禁煙外来紹介のオプトアウトによる推定同意アプローチ

Ohde JW, Master Z, Tilburt JC, Warner DO. Presumed Consent With Opt-Out: An Ethical Consent Approach to Automatically Refer Patients With Cancer to Tobacco Treatment Services. J Clin Oncol. 2021;39(8):876-80.[PMID: 33439692]

10. AYA 世代がんサバイバーの長期的な精神健康障害リスク

De R, Sutradhar R, Kurdyak P, Aktar S, Pole JD, Baxter N, et al. Incidence and Predictors of Mental Health Outcomes Among Survivors of Adolescent and Young Adult Cancer: A Population-Based Study Using the IMPACT Cohort. J Clin Oncol. 2021;39(9):1010-9. [PMID: 33492982]

11. がんサバイバー対象の電話による抑うつセルフケア介入 CanDirect

McCusker J, Jones JM, Li M, Faria R, Yaffe MJ, Lambert SD, et al. CanDirect: Effectiveness of a Telephone-Supported Depression Self-Care Intervention for Cancer Survivors. J Clin Oncol. 2021;39(10):1150-61. [PMID: 33555912]

12. びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫の高齢患者の単純化した高齢者評価

Merli F, Luminari S, Tucci A, Arcari A, Rigacci L, Hawkes E, et al. Simplified Geriatric Assessment in Older Patients With Diffuse Large B-Cell Lymphoma: The Prospective Elderly Project of the Fondazione Italiana Linfomi. J Clin Oncol. 2021;39(11):1214-22. [PMID: 33577377]

[Ann Oncol. 2021;32(3-5)]

13. 欧州の 2021 年のがん死亡数の予測

Carioli G, Malvezzi M, Bertuccio P, Boffetta P, Levi F, La Vecchia C, et al. European cancer mortality predictions for the year 2021 with focus on pancreatic and female lung cancer. Ann Oncol. 2021;32(4):478-87. [PMID: 33626377]

[Eur J Cancer. 2021;145-149]

なし

[Br J Cancer. 2021;124(3-11)]

14. 各国のがん登録制度とがん患者の予後の関連

Andersson TM, Rutherford MJ, Myklebust TA, Moller B, Soerjomataram I, Arnold M, et al. Exploring the impact of cancer registry completeness on international cancer survival differences: a simulation study. Br J Cancer. 2021;124(5):1026-32. [PMID: 33293692]

15. 脳腫瘍の新規診断患者の炎症スコアと予後の関連

Starzer AM, Steindl A, Mair MJ, Deischinger C, Simonovska A, Widhalm G, et al. Systemic inflammation scores correlate with survival prognosis in patients with newly diagnosed brain metastases. Br J Cancer. 2021;124(7):1294-300. [PMID: 33473170]

16. 膵臓がん患者の悪液質の総説

Kordes M, Larsson L, Engstrand L, Lohr JM. Pancreatic cancer cachexia: three dimensions of a complex syndrome. Br J Cancer. 2021;124(10):1623-36. [PMID: 33742145]

[Cancer. 2021;127(5-10)]

17. 乳がん診断後治療開始までの期間と患者の苦痛の関連

Fayanju OM, Ren Y, Stashko I, Power S, Thornton MJ, Marcom PK, et al. Patient-reported causes of distress predict disparities in time to evaluation and time to treatment after breast cancer diagnosis. Cancer. 2021;127(5):757-68. [PMID: 33175437]

18. 造血幹細胞移植サバイバーの長期的なフレイル評価

Arora M, Chen Y, Wu J, Hageman L, Ness E, Kung M, et al. Longitudinal trajectory of frailty in blood or marrow transplant survivors: Report from the Blood or Marrow Transplant Survivor Study. Cancer. 2021;127(5):794-800. [PMID: 33206383]

19. 化学療法後の就業状況の縦断調査

Tevaarwerk AJ, Kwekkeboom K, Buhr KA, Dennee A, Conkright W, Onitilo AA, et al. Results from a prospective longitudinal survey of employment and work outcomes in newly diagnosed cancer patients during and after curative-intent chemotherapy: A Wisconsin Oncology Network study. Cancer. 2021;127(5):801-8. [PMID: 33231882]

20. 米国の乳がん女性の医療保険の種類と予後との関連

Berrian JL, Liu Y, Lian M, Schmaltz CL, Colditz GA. Relationship between insurance status and outcomes for patients with breast cancer in Missouri. Cancer. 2021;127(6):931-7. [PMID: 33201532]

21. 早期乳がん患者の化学療法の有害事象の年齢比較

Nyrop KA, Deal AM, Chen YT, Reeve BB, Basch EM, Wood WA, et al. Patient-reported symptom severity, interference with daily activities, and adverse events in older and younger women receiving chemotherapy for early breast cancer. Cancer. 2021;127(6):957-67. [PMID: 33216355]

22. がん疼痛でオピオイド鎮痛薬処方のあるがん患者に対する非医療用オピオイド使用の無作為尿検査

Arthur JA, Tang M, Lu Z, Hui D, Nguyen K, Rodriguez EM, et al. Random urine drug testing among patients receiving opioid therapy for cancer pain. Cancer. 2021;127(6):968-75. [PMID: 33231885]

23. 乳がんサバイバーの妊娠の関連要因

Poorvu PD, Gelber SI, Zheng Y, Ruddy KJ, Tamimi RM, Peppercorn J, et al. Pregnancy after breast cancer: Results from a prospective cohort of young women with breast cancer. Cancer. 2021;127(7):1021-8. [PMID: 33259061]

24. 黒人がん患者と腫瘍医の非言語的コミュニケーション

Hamel LM, Moulder R, Harper FWK, Penner LA, Albrecht TL, Eggly S. Examining the dynamic nature of nonverbal communication between Black patients with cancer and their oncologists. Cancer. 2021;127(7):1080-90. [PMID: 33290592]

25. 乳がん健康関連 QOL と予後の関連

Park J, Rodriguez JL, O'Brien KM, Nichols HB, Hodgson ME, Weinberg CR, et al. Health-related quality of life outcomes among breast cancer survivors. Cancer. 2021;127(7):1114-25. [PMID: 3323760]

26. 小児がん患者の親に対するコミュニケーション促進介入 Day 100 Talk の実施可能性

Feraco AM, McCarthy SR, Revette AC, Stevens SE, Das PJ, Al-Sayegh H, et al. Feasibility and acceptability of the "Day 100 Talk": An interdisciplinary communication intervention during the first six months of childhood cancer treatment. Cancer. 2021;127(7):1134-45. [PMID: 33320337]

27. がんサバイバーの医療利用と配偶者の精神健康の関連

Litzelman K, Choi H, Maher ME, Harnish A. Role of cancer survivor health and health service use in spouses' use of mental health-related care. Cancer. 2021;127(7):1146-53. [PMID: 33290580]

28. 乳がん長期サバイバーの併存疾患

Mohl A, Orban E, Jung AY, Behrens S, Obi N, Chang-Claude J, et al. Comorbidity burden in long-term breast cancer survivors compared with a cohort of population-based controls from the MARIE study. Cancer. 2021;127(7):1154-60. [PMID: 33259052]

29. 造血幹細胞移植患者に対するソーシャルサポートと QOL の関連

Amonoo HL, Johnson PC, Dhawale TM, Traeger L, Rice J, Lavoie MW, et al. Sharing and caring: The impact of social support on quality of life and health outcomes in hematopoietic stem cell transplantation. Cancer. 2021;127(8):1260-5. [PMID: 33598938]

30. 若年がん患者家族の SNS での誤ったがん情報の体験

Warner EL, Waters AR, Cloyes KG, Ellington L, Kirchhoff AC. Young adult cancer caregivers' exposure to cancer misinformation on social media. Cancer. 2021;127(8):1318-24. [PMID: 33368215]

31. カナダの AYA 世代がん患者の QOL

Schulte FSM, Chalifour K, Eaton G, Garland SN. Quality of life among survivors of adolescent and young adult cancer in Canada: A Young Adults With Cancer in Their Prime (YACPRIME) study. Cancer. 2021;127(8):1325-33. [PMID: 33332603]

32. 乳がん患者の倦怠感の縦断調査

Bower JE, Ganz PA, Irwin MR, Cole SW, Garet D, Petersen L, et al. Do all patients with cancer experience fatigue? A longitudinal study of fatigue trajectories in women with breast cancer. Cancer. 2021;127(8):1334-44. [PMID: 33606273]

33. 免疫療法を受けるがん患者の QOL の総説

Voon PJ, Cella D, Hansen AR. Health-related quality-of-life assessment of patients with solid tumors on immuno-oncology therapies. Cancer. 2021;127(9):1360-8. [PMID: 33662145]

34. 乳がん術後患者の抑うつ・睡眠障害に対するマインドフルネス自助介入の無作為化比較試験

Shao D, Zhang H, Cui N, Sun J, Li J, Cao F. The efficacy and mechanisms of a guided self-help intervention based on mindfulness in patients with breast cancer: A randomized controlled trial. Cancer. 2021;127(9):1377-86. [PMID: 33332582]

35. 高齢がん患者のサルコペニアと QOL の関連

Williams GR, Al-Obaidi M, Dai C, Bhatia S, Giri S. SARC-F for screening of sarcopenia among older adults with cancer. Cancer. 2021;127(9):1469-75. [PMID: 33369894]

36. 小児がん患者の家族による化学療法有害事象報告 Ped-PRO-CTCAE の信頼性と妥当性

Reeve BB, McFatrich M, Lin L, Lucas NR, Mack JW, Jacobs SS, et al. Validation of the caregiver Pediatric Patient-Reported Outcomes Version of the Common Terminology Criteria for Adverse Events measure. Cancer. 2021;127(9):1483-94. [PMID: 33332590]

37. 化学療法中の運動療法の実施可能性

Schmitz KH, Potiaumpai M, Schleicher EA, Wolf LJ, Doerksen SE, Drabick JJ, et al. The exercise in all chemotherapy trial. Cancer. 2021;127(9):1507-16. [PMID: 33332587]

38. がんサバイバーのオピオイド鎮痛薬長期資料のリスク予測モデル

Riviere P, Vitzthum LK, Nalawade V, Deka R, Furnish T, Mell LK, et al. Validation of an oncology-specific opioid risk calculator in cancer survivors. Cancer. 2021;127(9):1529-35. [PMID: 33378556]

39. オピオイド鎮痛薬処方歴とがん発症の関連

Havidich JE, Weiss JE, Onega TL, Low YH, Goodrich ME, Davis MA, et al. The association of prescription opioid use with incident cancer: A Surveillance, Epidemiology, and End Results-Medicare population-based case-control study. Cancer. 2021;127(10):1648-57. [PMID: 33370446]

40. 小児がん長期サバイバーの痛みと機能評価の関連

Tonning Olsson I, Alberts NM, Li C, Ehrhardt MJ, Mulrooney DA, Liu W, et al. Pain and functional outcomes in adult survivors of childhood cancer: A report from the St. Jude Lifetime Cohort study. Cancer. 2021;127(10):1679-89. [PMID: 33369896]

委員会活動報告

1. Palliative Care Research 編集委員会

Palliative Care Research 編集委員会 委員長 関根 龍一

2020年の査読功労者につきましては、委員の協議と厳正なる審査の結果、以下、3名で決定しました。

1位 坂下 明大先生(査読論文3本)

2位 菅野 雄介先生(香読論文3本)

3位 清水 恵先生(査読論文3本)

※査読論文数が同一でしたので、査読日数で順位を 決定いたしました。

今年度も、学会総会は聴衆が不在でしたので、賞 の発表の場とはなり得ませんでしたが、次年度以降、 対面での開催時には総会でアナウンスをする予定で ございます。

2. 委員会だより: 広報委員会

広報委員会 副委員長 永山 淳

広報委員会では、上村恵一委員長以下7名の委員 に外部委員1名を加えたメンバーで、以下の3つの タスクに取り組んでいます。

- 1. 学会ウェブサイトのリニューアル
- 2. 会員の積極的な学会参加を促すための広報活動
- 3. オレンジバルーンプロジェクトとの協働

1. 学会ウェブサイトのリニューアル

学会ウェブサイトは始動から長い年月が経過しており、他学会の最新サイトと比べるとやや古色蒼然とした趣のものになってしまいました。訪問者が必要とする情報にたどり着きづらいなど、ユーザビリティには改善の余地があると感じています。検索エンジン最適化やアクセス解析、セキュリティなどの機能面の強化も必要だと思われます。また学会公式サイトとして、会員向けだけでなく、非会員の医療者や患者・家族・一般市民の方たちもアクセスしてくることを前提に、内容を再構築することが求められます。これらホームページのコンセプトの見直し、

改善点の抽出を行い、今後ウェブ制作会社の選定・ 交渉へと進めて、2021年度中のリニューアルを予定 しています。

2. 会員の積極的な学会活動参加を促すための広報活動

本学会は会員数 11,887 名(2021 年 6 月 1 日現在)の大所帯で、その職種や所属施設も多岐にわたります。立場も専門性も異なる多数の会員に、緩和ケアの最新の流れや学会活動の詳細を知っていただくことは、会員の主体的・積極的な学会活動への参加に繋がり、ひいては本学会の発展に寄与するものだと考えています。この点にこそ広報活動の重要性があると思います。当委員会では、従来活用されていたメーリングリストに加えて、Twitter、LINE、Instagram などの SNS を積極的に活用し、それぞれの担当を割り振って日々の情報発信に努めています。公式の情報発信だけでなく、日々の雑感のつぶやきや LINE スタンプの作成(計画中)など硬軟取り混ぜて、会員の興味を引くような発信を心がけてまいります。

3. オレンジバルーンプロジェクトとの協働

本学会では厚生労働省の委託事業の一環として、 緩和ケアに関する普及啓発活動のためのオレンジバルーンプロジェクト (OBP) を遂行しています。当 委員会でも委託事業委員会・普及啓発 WPG と協働 して、緩和ケア普及啓発の一翼を担っています。上 述の SNS を利用した患者・家族や一般市民向けの 発信など、OBP とはまた違った切り口での取り組 みを続けてきました。今後も学会独自の動画配信な ど、当委員会ならではの情報発信を続けていければ と考えています。

以上、当委員会の活動の大きな柱についてご紹介いたしました。活動への忌憚のないご意見をお願いいたします。今後とも広報委員会の活動にご理解、ご支援をいただければ幸いです。

3. 第3回関東・甲信越支部学術大会 について

第3回関東・甲信越支部学術大会 大会長 坂井 さゆり

第3回関東・甲信越支部学術大会を、2021年 10月10日にオンライン形式で開催いたします。 当大会は、2020年の同日に開催予定でしたが、 COVID-19感染拡大予防のため、やむなく中止とし、 実行委員会も解散いたしました。新潟県の実行委員 の皆様には、プログラムの検討に多大なご尽力をい ただきましたこと、厚く御礼を申し上げます。大会 の再開が決定してからは、新潟県代議員による実行 委員会を組織し、支部運営委員会や支部代議員会と 連携し、シンプルかつベストなプログラムを構成し ました。

また、開催方法も工夫しました。当支部は、広域であり会員数も多く、都県をまたぐ移動も困難な状況が続いています。そこで、任意の都県にサテライト会場を設定し、自宅からでもサテライト会場からでも参加・交流できる仕組みを試行します。この方法は、COVID-19対策ではありますが、今後の支部大会の運営方法にも貢献できるものと考えています。大会テーマは、「緩和ケアを支えるエビデンス、

ナラティヴ、そしてケアリング」です。

プログラムは、指定演題(基調シンポジウム1題、 企画ワークショップ1題)と一般演題(口演 15 題、 デジタルポスター)を予定しています。基調シンポ ジウムは、アドバンス・ケア・プランニングを題材に、 エビデンス、ナラティヴ、ケアリングの側面から、 対話のプロセスと緩和ケアを深掘りしていきたいと 思います。企画ワークショップは「ウィズコロナ時 代の緩和ケアを考える~医療者の葛藤とレジリエン ス~」をテーマに、講演と参加者のグループワーク を行う予定です。ここでは、ウィズコロナ時代にお いて緩和ケアに携わる医療者の葛藤やその対策に焦 点をあて、それぞれの体験を共有し、明日からも頑 張ろうと思えるきっかけとなることを願って企画し ました。

支部会員はもちろん、支部を超えて、多くの皆様 のご参加を心よりお待ちしております。

4. 第 3 回東海・北陸支部学術大会 開催のご案内

第3回東海・北陸支部学術大会 大会長 坂本 雅樹

2020年12月に開催を予定していた支部学術大会でしたが、新型コロナウイルス感染蔓延で延期になり、本年10月に集合形式での開催を予定していました。その後ワクチン接種が進んでいるとはいえ、新型コロナウイルス感染が収束するまでには至らず、医療への負担も続いていて、現地開催が難しいなら再度の延期も考慮しました。その判断に際して支部会員にアンケートをお願いしたところ173名もの方から回答をいただき、現時点では支部学術大会の開催形式はハイブリッドあるいは完全オンラインが望ましいというご意見が大多数を占め、今回は完全オンライン開催とさせていただきました。

テーマは「エビデンスとナラティブのはざまで」 とし、「エビデンスは大切だが、患者さんの語りで あるナラティブも大切で、エビデンスを知ることで ナラティブの理解を深め、患者さんの生き様を大切 にした医療・ケアを考える」機会にしたいと考えま した。当支部のレジェンドともいえる森田達也、明 智龍男両先生からの身体面、精神面の緩和ケアにつ いての講演、どちらかというとナラティブな「現場 の工夫」の共有、緩和ケアで活躍する薬剤師の活動、 COVID-19と緩和ケア、エビデンスが少ない緩和ケ アの褥瘡について、一般演題 (e-poster) など、多 彩な内容を予定しております。10月9日(土)の生 中継と、オンデマンドを組み合わせて配信いたしま すので、遠方の皆様でも気軽にご参加いただけると 思います。学会本部の方針で学会員の皆様は参加費 が無料ですが、聴講には ID、パスワードが必要です ので、必ず8月31日までに事前登録をお願いいた します。詳細は是非ホームページ (https://3rdjspmtokai.jp/) をご覧下さい。

参加して良かったと思っていただけるような会になるよう準備してまいりますので、皆様のご参加を 心よりお待ちしております。

5. 第3回日本緩和医療学会関西支部 学術大会 Web 開催にむけて

第3回関西支部学術大会 大会長 池垣 淳一

昨年予定していた開催は他の支部学術大会同様、 Covid-19 感染蔓延により1年延期となり、本年は 11月21日(日)に開催する運びとなりました。

開催様式を対面でするか、Webかハイブリッドとするか様々な検討をいたしましたが、結局完全Webによる開催としました。支部学術大会のあるべき姿として、人との交流、若手の登竜門であることが重要であると確認し、Webにおいてもこのミッションを果たすべく企画し、さらにWebならではの工夫も織り込むことにしました。

まず、一般演題についてはポスターでなく、対面の口演と同様にライブプレゼンテーションをしていただくことにしました。議論をすることが重要と考え、2ないし3名の座長名、共同演者だけでなる、質問者(ディスカッサント)も事前申し込みで議論に参加できるようにしました。演題のカテゴリーにオンラインカンファレンスという枠を設けています。相談したい事例、課題をご提示いただき、座長ともに検討する企画です。さらに、演題応募にあたっては座長を指名できるシステムとしています。当日の発表時間も通常より長めに設定予定です。

特別講演、教育講演などは支部会レベルの対面開催では多数の講演は実現不能でしたが、オンデマンドですので、10本の演題を予定しており、12月末まで視聴できるようにしています。会場との意見交換を行う長時間のシンポジウムは Web では困難と考え企画していません。

さて、今回のテーマですが、「理念と実践」としました。理念とはこうあるべきという考え方です。個人的には理念に基づいて活動することで様々な問題を解決してきたので重要であると考えています。緩和ケアの従事者は多職種かつ臨床の場も多様ですので、どのような考えのもとに実践しているかは興味あるところです。今回 Web 開催ですので限界はありますが、可能な限りご講演を担当される演者にはご自身の哲学、ポリシーも併せて、お話をしていただく予定です。

全国から多くの皆様のご参加をお待ちしています。

6. 第3回九州支部学術大会

第3回九州支部学術大会 大会長 笹良 剛史

九州支部では、2020年当初には沖縄で2日間の日程で第3回九州支部学術大会を現地開催する予定でした。COVID-19の影響で中止後、ハイブリッド方式を含めいろいろ検討しましたが、今年の2021年11月20日に完全WEB開催することになりました。 先日そのホームページ立ち上げと演題募集が始まりました。(ポスターは沖縄らしさを少しでも感じてもらいたくて、海亀です)

九州支部大会のテーマは「今ここで、いのち、こころ、暮らしを Hug する」です。

がんを抱える患者さんや高齢者の命、心、暮らしを抱きしめる様にしっかりサポートできる様になりたい、との思いからですが、実際に命、心、暮らしをしっかり大切にするためには、患者さんや家族の苦しみや希望、人生の物語に耳を傾けた上で、支えるための多職種による数々の技術、知恵と工夫と思いやりの心、絆が必要です。

現在、九州支部では、感染者数の多い沖縄や福岡など人の流れを止められない地域では患者数が多く、面会制限が続き、本当に命、心、暮らしを満足できる様に支えるのは大変な局面を経験しました。九州でも緩和ケア病棟がコロナ病棟に転用された施設もあり、急性期病院もそれを支える在宅医療、介護施設も厳しい現状がまだ続いていますが、オンライン診療やICT連携、WEB勉強会などコロナ禍だからこそ始められたことや発展したこともあります。

今回の支部学術集会では、残念ながら実際に集ま ってハグすることはできませんが、患者や家族を支 え関わる我々支援者も含めて温かくお互いハグでき る様な医療、介護、地域連携の多職種が集う学びの 場にしたいと考えています。大会テーマに沿って、 いのち (生物学的な命、命の教育)、心の問題、苦 しみを抱える人のケア、暮らしのケア(離島での緩 和ケア、認知症、コロナ禍での地域連携)などのテ ーマについて、一般演題はもちろん、九州を代表す る各分野のエキスパートによるシンポジウムのほ か、意思決定やナラティブとマインドフルネス・コ ンパッッションに関する教育セッション、そして臨 床倫理やエンゼルケア、リンパ浮腫対策などのオン デマンドプログラムなども準備しています。会議や 学会では正式な話し合いの後の休憩時間や雑談時に 本音と聞きたいことが満ち溢れてくる体験は皆さん あると思いますが、ざっくばらんに話ができるケア カフェ (ワールドカフェ) を公募によるテーマで開催し、参加者みんなで懇親会も兼ねて楽しむ交流プログラムにしたいと思い準備中です。九州支部以外の全国の皆様もどうぞご参加下さい。



東京オリンピックは終了し、いよいよデルタ株が日本全国を席巻し始めました。これまでは比較的穏やかであった田舎も、他人事ではなくなってきた感じがあります。オリンピックや甲子園が開催されたから、地域の運動会も行いますというのは暴論にも聞こえますが、子供たちにしてみれ

ば「何でダメなの?」と思ってしまうことは理解できる気もします。緩和ケアでもそうですが、様々な角度からの物の見方を一概に否定せずに、それぞれの立場を思い遣って、「より良い」道筋を見つけていくことが、この様な複雑な世の中では特に大切なことなのかなと感じる日々を過ごしています。 (山田 武志) 安部 能成惠紙 英昭 武村 尊生 萬谷摩美子 一山田 武吉田 智美