

# SHIGA IDAI NEWS

発行日：平成22年9月 発行：滋賀医科大学

<http://www.shiga-med.ac.jp/>

Vol.  
16

2010  
Autumn

IDAI NEWS

16

2010 Autumn

●編集人 三ッ浪 健一  
●発行人 馬場 忠雄  
●発行月 平成22年9月  
●発行 滋賀医科大学

〒520-2192  
滋賀県大津市瀬田月輪町



滋賀医科大学

医学教育の現状と課題..... 2  
滋賀医科大学学長 馬場 忠雄

**SPECIAL TALK** 巻頭対談.....4

## 滋賀医科大学医学部附属病院 「緩和ケアチーム」の 現状と今後の展開

総合がん治療学講座 特任教授 醍醐 弥太郎  
臨床看護学講座 教授 遠藤 善裕

**Special Article** ..... 8  
心のケアでQOLを高める サイコオンコロジーの実践を目指して  
精神科神経科 助教 森田 幸代

**Special Article** .....10  
ペインクリニック科におけるがん性疼痛の緩和ケア  
ペインクリニック科 病院教授 福井 聖

**Special Article** .....12  
緩和ケア“ケアを受ける人も、提供する人も”  
家庭医療学講座 准教授 田村 祐樹

**Special Article** .....14  
薬剤師の参加で実現するきめ細かな疼痛コントロール  
薬剤部 副薬剤部長 千葉 幹夫

**Special Article** .....16  
より安全で安心できる治療を目指して がん専門薬剤師の果たす役割  
薬剤部 化学療法管理室長 森井 博朗

**Special Article** .....18  
患者やその家族が集い交流する がん患者サロン「ゆらり」  
患者支援センター 副センター長 多川 晴美 副看護部長

**Special Article** .....20  
がん化学療法看護認定看護師の役割について  
がん化学療法看護認定看護師 田崎 亜希子 副看護師長



# 医学教育の現状と課題

滋賀医科大学学長 馬場 忠雄

医学教育は十数年の間に大きく改革されてきました。本学設立の基本構想（1974年）には、地域の特徴を生かし、従来の慣習にとられない、新しい独自の医学の教育・研究機関を目指す」と記されています。その精神を受け継いで、設立時においてカリキュラムの編成には弾力性を持たせ、その後においても、常に新しい医学教育の動向に柔軟に対応し、改革が行われてきました。

## （1）現状

PBL (Problem-based learning) は、1960年代後半頃からカナダのマックマスター大学で最初にはじめられて以降、欧米の医学教育に導入されたもので、医師や研究者として問題に直面した際に、問題点を明確にし、解決する能力を養う教育方法に有用とされ、わが国の医学部（医科大学）に導入され、1990年には東京女子医科大学では1学年から6学年まで全学年PBLの教育が行われています。実際には6〜8名の学生からなる小グループで、作成されたシナリオ（課題）を基に学生間で討論して問題を抽出し、その解決に必要な情報を収集し、解決方法を導き出すもので、各グループに配置された教員（チューター）は適宜アドバイスするのみです。本学では平成12年から「少人数能動学習」としてPBLを臨床教育に組み入れています。この教育方法を実効性のあるものにするため、Faculty Development (FD・教員研修) を毎年実施し、チューターの役割やシナリオの作り方、あるいは内容の精選を行ってきました。同じ時間に行うため、グループ数だけの小部屋と教員数が必要で、全学的に教員を動員する協力体制のもとに行われてきました。

一方、平成13年3月には、医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議から「21世紀における医学・歯学教育の改善対策について―学部教育の再構築のために―」の別冊として医学教育モデル・コア・カリキュラム―教育内容ガイドラインが提示されました。これは、医学知識の最新の知見を含め膨大な知識を整理し、医学生として理解しておくべき事項をコア・カリキュラムとしてまとめ、修得するべき最少必要限の知識レベルを示したものです。これを基本として各大学はそれぞれ特徴ある授業内容を加えてカリキュラム編成を行っています。本学では、講義は各臓器系にまとめられ各科が参加したものとなりました。臨床実習は5年から6年前期までの1年6カ月となり、附属病院や関連病院、診療所などの協力を得て、実践を重視するものとなりました。これと共に臨床実習時に学



生が必要な医学的知識をもっていること、さらに患者さんに接し患者さんの同意を得て診察する態度や技能を身につけている質の保証をする必要があります。

そのため、診察の訓練のために市民からボランティアを求め、模擬患者として医学教育に参加いただいています。他大学に比べて早い時期の平成11年から組織され、患者役の研修を受けていただき、学生が実習の基本的な態度やコミュニケーション能力を養うことにご協力いただいています。

また、実技も重視され、身体モデルや器具を使って、聴診、注射、処置、機器の挿入や操作方法などを訓練するスキルズラボが設置され、本学においても年々充実し、臨床教育は今までの見学型から参加型への道筋がつけられました。

そして、知識レベルは、臨床実習開始前の4年の終わりにCBT (computer based testing) により、また実技についてはOSCE (objective structured clinical examination) により、全国的に統一されたレベルで行われ、第三者の評価を踏まえて可否の判定が行われています。しかし、CBTやOSCEの問題作成は全国の大学の教員の協力により行われており、また、運営費についても全国の大学および受験生の負担によっているもので、全国の大学の自主的な取り組みであります。

## （2）課題と対応

### （1）教員数

医学教育はこのように改革が行われてきましたが、教育の質を確保するため教員の増加が必要であるにもかかわらず、大学の設置基

準（昭和31年）のもとに教員の増員は改正されていません。すなわち、医学関係では、収容定員720人までの場合、専任教員数は140名となっております。本学では収容定員600名ですから、教員数は140名でよいこととなりますが、現在299名であります。平成21年に医学定員増に伴う教育の質の確保のため、大学設置基準の改正が行われ、入学定員が120名を超える大学には、専任教員10名を加算することとなりました。これでも150名であり、現状を全く反映していません。さらに、平成18年から人件費削減（毎年1%、5年間5%）が行われており、また運営費交付金は毎年1%ずつ削減されており、増員は困難な状況となっております。本学では、自己資金により特任教員制を採用し、任期5年で臨床医学系教員の確保を少しずつ行っているところであり

ます。

## （II）学生実習と新臨床研修制度

学生の実習内容は、スキルズラボの充実、OSCEなどにより参加型実習となり、実際にチームの一員として学生が診療に加わる体制が整いつつあります。山形大学においては、臨床実習の前にこれらの試験に合格した学生については、Student Doctorの称号を授与し、学生に自覚を持たせると共に患者さんに信頼を与え、参加型実習の充実を行って効果をあげています。

学生実習と研修医の実習とを比較したデータをみると、Student Doctorでは研修開始初期にすでに研修可能な医行為の7割以上が経験済みであり、文科省の通知に記載のない医行為、すなわち、学生が行う診療行為として認められていない臨床検査、手技、治療法および治療計画、医療記録などの一部が実施されていないだけであり、学生の行う医行為の範囲の改善により学生実習でも可能というデータが示されています。研修医の研修内容のさらなる充実と高度化および現行の2年を1年とすることの妥当性がうかがえ、抜本的改革が求められます。

## （III）CBT、OSCEと医師国家試験

次いで、厚労省の管轄で行われる医師国家試験は3日間にわたって500題の設問のもとに行われ、知識レベルのチェックのみが行われています。そのため学生は6年の後半は、医学教育の集大成の期間

でありながらほとんど国家試験対策にかかり、せっかく身につけた実技能力を犠牲にした座学が中心となり大きな損失と考えられます。医学部の教育内容の充実、卒業試験、さらに医師国家試験、そして臨床研修制度との一体的な教育研修システムになっていないことから、これらのさらなる連携が求められます。

医師国家試験を廃止し、各大学にまかせることが必要ではないかと考えますが、難しい選択でしょう。少なくとも国家試験の内容を改正し、口頭試験や実技を入れたものとすべきであると考えます。

教育内容や方法も大きく変革してきたなかで、国家認定制度を従来型で評価することは、医学教育の改革が評価されていないことを意味するものであり、早期の対応を求めたいと思います。

## （3）教育研究の質の保証

PBLなどの教育方法は、確かにマスプロの講義とは異なって身につく学習法ではありますが、これに要する教員数は現有の教員数では全く不足しており、少なくとも現在の2倍の教員数が必要です。わが国では、欧米の制度をそのまま新しい方向性を示すものとしてしばしば取り入れますが、社会的基盤の異なるところでそれを上手に動かすことはしばしば困難がともないます。教育方法や教育システムの変更の場合には、効果を上げる素地を整えないと成果が上げられず、他にひずみを作るだけであります。

平成16年の法人化後、運営費交付金は平成21年度までに全国国立大学で720億円減少、病院への運営費交付金は207億円減少しています。附属病院を有する大学では、病院機能の一層の充実、そして患者さんへの説明と同意、IT化などで業務が複雑多様化し、医師は診療に多くの時間を費やすことになっています。1998年から2002年の間に世界的に評価の高い主要3誌に掲載された論文数は、日本から183編（12位）でしたが、2003年から2007年では74編（18位）と少なくなっています。教育研究診療の質の低下は各大学において顕著に表れています。

平成23年度の財政方針でも1割削減がさげばれています。高等教育がこれ以上劣悪な状態におかれ、「知の基盤社会」や「科学技術立国」とわが国を位置付けているスローガンと相反することのないことを願っています。



## 醍醐弥太郎・遠藤善裕

総合がん治療学講座 特任教授

臨床看護学講座 教授

## 滋賀医科大学医学部附属病院「緩和ケアチーム」の現状と今後の展開

今年4月に緩和ケアチームのチームリーダーに就任した醍醐弥太郎教授と、病棟で緩和ケアチームを立ち上げ、基盤づくりに取り組んできた遠藤善裕教授。

緩和ケアチームの活躍への期待が高まる中、チームの活動状況や今後の展望について話し合っていました。

## 「痛くない外科」を目指して、緩和医療をスタート

**醍醐** この4月に腫瘍センター長、緩和ケアチームリーダーに就任いたしました。緩和ケアチームを担当することになったのですが、滋賀医科大学医学部附属病院では、かなり以前から緩和医療にチームで取り組んでこられたということで、我が国のがん医療分野では大変先駆

的な取り組みであると思います。

**遠藤** 1996年から消化器外科病棟で、がんの痛みとともに手術後の痛み治療に取り組み始めたことが、現在の緩和ケアチームの基礎になっています。「痛いのは当然」であった外科治療から、少しでも苦痛を取り除く治療を行って、「痛くない外科」を目指そうということである時の谷徹先生（現・外科教授）、藤野みつ子看護師長（現・看護部長）らとスター

トしました。同時に、がんそのものの痛みである「がん性疼痛」にも目を向けまして、さらに消化器外科病棟から他科の病棟へと取り組みを拡大していった経緯

があります。

当初は医師、看護師、薬剤師でスタートしましたが、後に精神科の医師が加わり、さらに臨床心理士が参加して、身体

的な痛みだけでなく、心の痛みに対してもアプローチできるようにしました。これが2003年に院内緩和ケアチームに発展しました。

**醍醐** 近年、緩和ケアが注目されているのは、もちろん国の施策として進められていることもありますが、患者さんや家族、患者団体の声が次第に届くようになってきた一面もあります。その声に応じて、2006年にがん対策基本法が成立して、がん対策推進基本計画においてがん緩和医療が治療の初期段階から適切に切れ目なく実施されることが我が国においても明確にされました。

**遠藤** 緩和ケアというと、終末期の医療であるというイメージをいまだに持つ

ている方も多いのですが、WHOは2002年に、疾患の早期より体や心の痛み、心理社会的問題に対処していくことが緩和ケアであると定義しています。当院では手術後の疼痛緩和から始まって、治療の早い段階から痛みへのアプローチを行ってきた歴史があります。大学病院の使命として高度な医療の提供を行いながら、患者さんのQOL（生活の質）に配慮した治療を目指しています。

## 多職種が参加して、心の痛みや社会的な痛みにも対応

**醍醐** 滋賀医科大学では、治療の早い段階から疼痛緩和に取り組んできたわけ

ですが、それによってどのような効果が具体的に現れていますか。

**遠藤** 患者さんの痛みに関する訴えに日常的に接している病棟看護師が、もっとも強く実感していると思うのですが、痛みが緩和されることで、食事がとれるようになって症状が改善したといった、良い方向への循環が始まっていくことを経験しています。

当院が術後の疼痛緩和に取り組み始めた頃、乳がん患者を対象に行った研究で、抑うつ的な患者さんと、病気に立ち向かっていく患者さん、2つのタイプの生

存率を調べると、明らかに立ち向かっていくタイプの生存率が高いという報告があったことから、抑うつ的な状態を改善するために、精神科医や臨床心理士にもチームに参加してもらうことにしました。

不安が強い、夜が眠れないなどの抑うつ的な患者さんに、カウンセリングなどを通して精神的なサポートを行うことで、症状が良くなっていかれたケースがたくさんあります。

**醍醐** 薬物療法を中心にがん治療をしていますと、進行期や再発がんの患者さんもたくさんおられるわけです。精神面

## 治療の初期段階からの緩和ケアの実施

がん患者とその家族が可能な限り質の高い療養生活を送れるようにするためには、緩和ケアが、治療の初期段階から行われるとともに、診断、治療、在宅医療など様々な場面において切れ目なく実施される必要がある。

しかしながら、欧米先進諸国に比べると、我が国のがん性疼痛の緩和等に用いられる医療用麻薬の消費量はまだ数分の一程度にとどまっていることや、がん診療に携わる医師の緩和ケアの重要性に対する認識が不十分であること等から、緩和ケアをより一層推進していくことが求められている。

このため、がん診療に携わる医師の研修等により、がん患者の状況に応じ、身体的な苦痛だけでなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアの提供体制を整備するとともに、より質の高い緩和ケアを実施していくため、緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師や看護師等の医療従事者を育成していく必要がある。

また、がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養も選択できるよう、在宅医療の充実を図ることが求められており、がん患者の在宅での療養生活の質の維持向上を図るため、在宅医療と介護を適切に提供していく体制を整備していく必要がある。〈がん対策推進基本計画（2006年）より〉

## WHO（世界保健機関）の緩和ケアの定義（2002年）

緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな（霊的な・魂の）問題に関してきちんとした評価を行い、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティー・オブ・ライフ（生活の質、生命の質）を改善するためのアプローチである。



醍醐 弥太郎 特任教授



遠藤 善裕 教授





幸い、本院ではソーシャルワーカーもチームに加わって、良いチーム体制が整っていますので、あらゆる病期の患者さんのさまざまな問題についてサポートしていけるとしています。

### すべての医療人に求められる 緩和ケアの理念

**遠藤** 大学病院で緩和ケアに取り組んでいくことの意義と言いますと、まず医科大学は医療人を育成するという大きな使命を負っているわけですが、若い医療人に緩和医療に対して目を向けてもらえる、緩和医療の大切さを理解してもらえることが、一つの大きなポイントになると思います。

チームのカンファレンスに医学科や看護学科の学生が参加するケースがあることから、教育的な成果が上がっているのではないかと思っています。

緩和ケアの理念は、病気の初期から身体的な痛みだけでなく、心の痛みや社会的痛みなど、全人的痛みを対象にしていくなことですが、このようなアプローチはがんの治療に限らず、すべての疾病の治療において、医療人として必要なことです。

**醍醐** どの病期にある患者さんも「生きる希望」をもてる緩和医療を、最新の医療も導入しながらやっていくということが、大学病院の目指す一つの方向ではないかと考えます。

**遠藤** 一般に、大学病院では高度な医療を受けて、緩和ケアが必要になると緩和ケア病棟のある他の病院に転院するとい

うケースが多いのですが、高度な医療も行いながら、緩和医療も並行してやっていくことの、患者さんへのメリットは大きいと思います。

**醍醐** もう一つ、大学で緩和医療をやることの利点は、さまざまな緩和医療における取り組みを科学的に検証できるということです。患者さんから得られる情報を科学的に評価して、次の治療に活かしたり、教育に役立てたり、他の医療機関に発信していったりできるのも大学の強みです。これらは滋賀県で唯一の医学部を持つ大学の使命でもあると思います。

**遠藤** 当院の緩和ケアチームの特色として、チームはあるが病棟を持たないということがあげられます。患者さんのアンケートでは、ほとんどの患者さんが自宅で治療することを希望しておられます。その際、緩和ケアチームが介入して、在宅で安心して治療を続けられるようにしていきたいと考えています。

地域医療連携室を通して、地域の医師や訪問看護師といった在宅療養を支えるスタッフとの連携を強めながら、在宅での緩和治療を切れ目なく行っていくような体制づくりに取り組んでいくことも今後の課題です。

昨年から、県内でがんの治療に携わっておられる医療従事者を対象とした緩和ケアの講習会を、他の緩和ケア施設と協同で開催しています。当院の緩和ケアチームには、醍醐先生と私のほかに、緩和ケアの基本教育のための指導者研修を修了した医師が複数いますので、まさに県の緩和医療をリードしていく存在であると自負しています。

### 医療スタッフにも必要な緩和ケアに 対する正しい理解

**遠藤** 醍醐先生に緩和ケアチームを率いていたことになり、診療報酬に則ったかたちでの治療が提供できるようになったことは、非常に意義深いことだと思っています。緩和治療では、従来の主治医を離れ、ペインクリニック科や精神科の医師のみのケースも多いのですが、当院ではがん治療の主治医の立場にある医師がペインクリニック科や精神科の医師と連携し、緩和治療にも対応していることが大きな強みになるのではないのでしょうか。

**醍醐** 心身の痛みだけでなく、仕事や家



庭などの社会的な問題に対処が必要な場合や、今後の治療方針の説明が難しい時に、緩和ケアチームの介入を依頼されるケースも出てきています。患者さん一人ひとりの状況に合った医療を提供していくためには、医師以外の専門職のサポートが重要になります。これからも多彩な職種からなるチームで対処する必要がある依頼が増えてくるのではないかと思います。

**遠藤** 緩和ケアチームにソーシャルワーカーが参加しているところは、県内ではまだ少ないと思います。当面は月に10例くらいを目標に、緩和ケアチームによる支援を実施していきたいと考えています。

**醍醐** がん治療を受けている患者さんを治療の早い段階でどのように緩和ケアチームでスムーズに引き受けていくかが、今後の課題になりますね。

**遠藤** あくまで主治医が、緩和ケア治療の窓口となりますので、困っていることがあったら、どんなことでもまず主治医に話をして、声に出して伝えていくことが大切です。入院されている患者さんについては、病棟の看護師から情報が入りますが、外来では、限られた診療時間の中でなかなか難しいと思いますが、患者さんからの声をあげていただくことが必要です。

**醍醐** 患者さんへの啓蒙も必要で、さらに医師や他の医療スタッフへの周知も大切です。緩和ケアチームに依頼すると、さまざまな患者さんのQOLを下げる問題の解決をサポートしてくれるという認識を、まず医療スタッフに持ってもらわなければならないと思います。



**遠藤** 日本人には痛みを我慢することは美德といった考えがあり、痛みを表面に出すまいとされる患者さんも多いのですが、がまんしてもQOLを低下させて悪循環が起るだけです。

**醍醐** 心身の痛みや社会的な問題がある場合に患者さんが相談を受けられるシステムは、院内にできていますので、いかに患者さんがこういったシステムにスムーズにアクセスできるようにしていくかは重要な課題です。

例えばがんと診断された患者さんに、診断直後からがん看護専門看護師やがんに関わる医療スタッフなどがコンタクトをとり、治療の過程で起こるさまざまな問題を整理して対処していく体制ができればいいのですが、残念ながらすべての患者さんに対して実施するのは難しいのが現状です。ですから現場のスタッフがつねに意識して、緩和ケアを必要とする患者さんがいたら、早めに緩和ケアチームにサポートを依頼できる体制、環境を作ることが望まれます。

**遠藤** これまでは、まだ緩和医療について教育を受けておられない世代の医師が多くて、がんの治療と疼痛緩和は別に行うという考えが一般的でしたが、社会全体の流れとして、徐々に緩和医療に目が向いて、医療スタッフの認識も変わってきています。

緩和ケアの研修会などを通じて、緩和ケアのノウハウを伝えながら、どんな疾患においても緩和ケア的なアプローチが必要であるということを、医療従事者のみなさんに認識してもらうよう努めていきたいと思っています。



## 心のケアで QOL を高める、サイコオンコロジーの実践を目指して

\*一生懸命仕事などに取り組んできた人が、突然燃え尽きように無気力状態に陥ること。医療関係者などの専門職に多く、極度の心身の疲労や無力感、抑うつ、不眠などの症状が現れる。



精神科神経科 助教 森田 幸代

# 心のケアでQOLを高めるサイコオンコロジーの実践を目指して

精神科神経科 助教 森田 幸代

2007年に施行された「がん対策基本法」で、がん医療における心のケアが必須となったことを受けて、がん患者さんの心の問題を扱うサイコオンコロジー（精神腫瘍学）への注目が高まっています。

特に、緩和ケアでは、患者さんの身体症状だけでなく精神症状も包括的に評価し、支援することが求められています。

緩和ケアチームにおける精神科医の役割を中心に話をうかがいました。

### サイコオンコロジーが目指すもの

「精神腫瘍学」と訳されるサイコオンコロジーは、がん患者さんやそのご家族、さらに医療従事者を対象に、がんにかかわる心理的な問題解決を目指す学問です。「がんが心や行動に与える影響」や「心や行動が、がんの進行などにどう影響するか」について、精神医学や腫瘍学のほか、心理学、社会学、哲学などさまざまな学問的立場から研究が行われ、その成果が臨床に活かされています。

例えば、がんの告知を受けた患者さんは一般に、「頭の中が真っ白になる」ような大きな衝撃を受け、やがて自分の置かれた状況を否定したい気持ちになったり、「なぜ自分が」といった怒りや絶望感を感じたりします。

こういった初期の反応の後、漠然とした不安で夜眠れなくなったり、気持ちがふさぎ込んでしまう「不安・抑うつ期」を経て、2週間程度でこのような症状は改善して、現実に向直し、さまざまな問題に対処できるように

合、必要な情報が適切に伝わらないだけでなく、患者さんの精神的苦痛を増し、治療に対する不満につながったり、さらには医師や看護師のストレス、\*燃え尽き状態（燃え尽き症候群）にもつながります。

当院では、緩和医療学会主催、サイコオンコロジー学会共催の精神腫瘍学の基本教育に関する指導者講習を受講して認定を受けた3名の精神科医が、院内だけでなく、滋賀県でがん診療に携わる医師を対象に講習会を行っています。医療面接のロールプレイを行ったり、それぞれの取り組みや工夫などを話し合っ共有することで、コミュニケーション能力の向上を目指しています。

### がん患者さんに多い精神症状

がん患者さんの半数に、何らかの精神的症状が現れるといわれています。適応障害、うつ病、せん妄が、がん患者さんに多い精神疾患です。

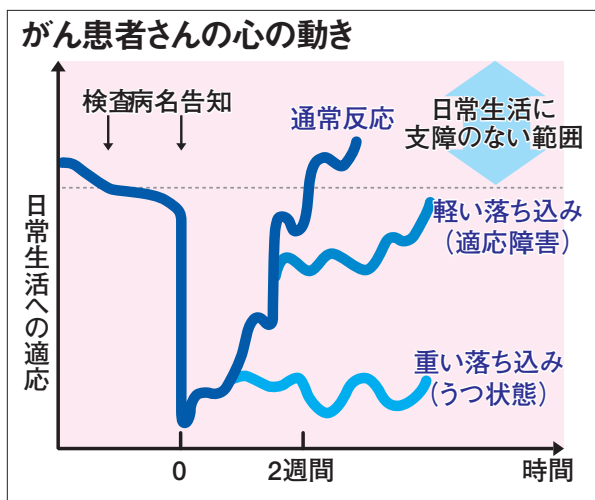
最も多いのが適応障害で、がん告知を受けた直後の患者さんによく見られるように、「がんになってしまった」という環境の変化に適応できずに、不安や抑うつの気分、不眠といったさまざまな精神症状が現れます。

抑うつ症状は、がんの痛みが原因となっていることも多いため、身体状況にも注意して、痛みがコントロールできていない場合は疼痛治療を優先します。不眠については、患者さんの話をよく聞いて、不眠の原因を明らかにし、不安を軽減する方法をいっしょに考えたり、睡眠剤や抗不安剤を処方するほか、日常生活リズムを保つための睡眠衛生指導を行うこともあります。

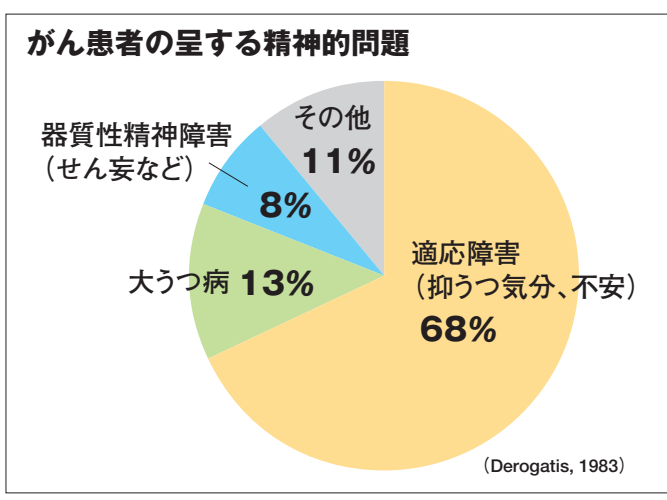
がんの治療現場では、精神科の治療が必要

なります。

医療スタッフが心の問題を理解し、適切な対応を行っていくことで、患者さんは自ら意思決定を行い、がんと同じ向き合っていくことができるようになります。



な大うつ病などの診断が難しいため、見過ごされてしまいがちですが、適切な診断に基づく治療が行われなければ、患者さんのQOLの低下や治療意欲の妨げなどにつながります。術後や終末期の患者さんに高い頻度で起こるせん妄は、意識混濁に幻覚や興奮などを伴う意識障害で、薬による治療のほか、予期せぬ事故を防ぐための配慮などにも必要になります。



### 緩和ケアチームにおける精神科医の役割

緩和ケアチームで、精神科医に求められることは、がん患者さんの精神症状を発見し、症状を把握して適切な対応を行うことです。また、精神症状に対するチーム内の理解を深め、対応の方法などについて情報提供を行います。



### 大切なコミュニケーション能力

告知を受けた時だけでなく、がんの疑いがあるとかかった検査の段階から、入院や外来での治療中はもちろん、治療を終えた後も、患者さんはさまざまなストレスや不安にさらされます。

がん医療の現場では、難治がんの診断や、がんの進行・再発、積極的治療の中止など、しばしば「悪い知らせ」を患者さんに告げなければいけない場合があります。そのため、さまざまな場面で医療従事者のコミュニケーション能力が問われます。

コミュニケーション技術が十分でない場

特に、治療に必要な精神的疾患があるかどうかを適切に見極めるために、精神科医の果たす役割が重要になります。

また、病気だけを診るのではなくて、患者さんの気持ちや人生をトータルに捉えるためには、精神医学的なアプローチを習得してもらうことが役に立ちます。

診療科を越えて情報交換していくことによって、例えば、疼痛緩和医療で抗うつ剤が鎮痛補助薬として使用される場合の薬の使い方などについて検討することで、より安全で質の高い医療を提供していけるようになります。

さらに、がんの治療に当たるスタッフのサポートも、精神科医に求められる役割の一つです。日々、変化する病状への対応や、「死」と接することの多い医療であるため、医療スタッフが大きなストレスを感じて、抑うつ的なったり、燃え尽き状態になって敗北感や無力感にとらわれたりすることがないよう、コミュニケーションを密にして、スタッフ間の相互理解と援助に努め、ストレスの軽減を図っています。

かつて、がんの告知をためらう医師が多かったのは、主治医一人で精神症状までケアすることが難しいという事情がありました。チーム医療では、スタッフがそれぞれの専門性を活かして、その都度発生するさまざまな課題に適切に対処しながら、患者さんをサポートできるようにしました。

がんを発症しても、仕事や社会生活を継続しながら、病とともに生きる患者さんが増えています。心身両面からのサポートはもとより、社会生活で生じる問題なども含めた、サイコオンコロジーに基づく多角的な支援体制を充実させていくことが、これからの課題であると思います。





ペインクリニック科 病院教授 福井 聖

# ペインクリニック科におけるがん性疼痛の緩和ケア

ペインクリニック科 病院教授 福井 聖

がんによる強い痛みによって、人間らしさが奪われ、QOL（生活の質）を著しく損なうことが問題とされてきましたが、近年、この痛みを緩和する治療が進んできました。滋賀医科大学医学部附属病院緩和ケアチームでは、疼痛緩和の専門医がチームに加わり、ペインクリニック科と連携して、がんによる痛みをコントロールするための治療を行っています。

## 個々の患者さんに合わせた疼痛マネジメント

がんによる痛み（がん性疼痛）は、病状がかなり進んでから現れるものと思われがちですが、末期の患者さんだけでなく、3分の1の患者さんには、がんがそれほど進行していない早い時期から痛みが出ると言われています。

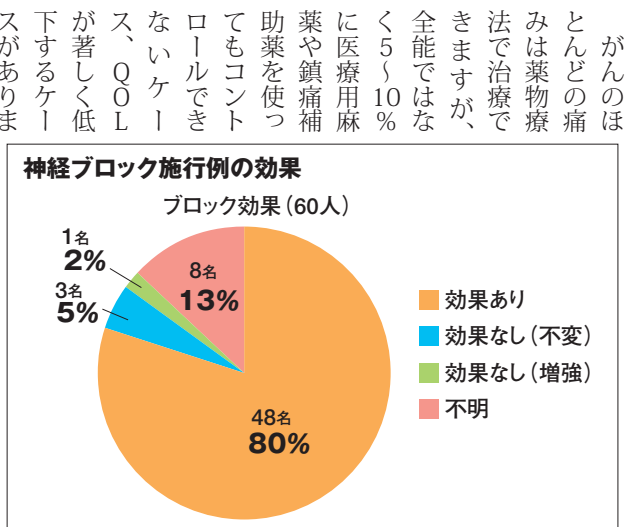
緩和ケアは、これまで末期のがん患者さんを対象とした終末期医療に主眼が置かれていましたが、WHO（世界保健機構）では、緩和ケアは積極的ながん治療と並行して早期から提供されるべきものであると提言しています。国のがん対策基本法にも「疼痛などの緩和を目的とする医療が、早期から適切に行われるようにすること」と明記されています。

滋賀医科大学の緩和ケアチームでは、ペインクリニック科の専門医が参加して、主治医と連携しながらがん性疼痛の治療「疼痛マネジメント」に取り組んできました。

疼痛マネジメントを正しく行うためには、まず個々の患者さんの全身状態を把握して、

移による痛みに対しては、放射線療法を行うこともあります。

## 痛みの伝導を遮断する神経ブロック療法



疼痛の評価を適切に行う必要があります。問診やカルテ、画像データなどによって、痛みの強さやどのような時に痛みが増すかといった特徴、性質などを知り、痛みの原因や機序（仕組み）を推察するほか、これまでに受けた鎮痛治療とその効果などを確認します。

また、不安や抑うつといった痛み以外の苦痛や症状などについても留意しながら、それぞれの患者さんの病状に合わせた疼痛治療を行っています。

## がん性疼痛に有効な医療用麻薬

モルヒネなどの医療用麻薬（オピオイド鎮痛薬）を用いると、がんの痛みのおよそ80%は取り除くことができると言われています。WHOが1987年にがんの痛みの治療に関する指針を作成したことで、オピオイドの使用が世界各国に広まりました。

麻薬と言うと、中毒物質で依存性があるという誤解が多いのですが、オピオイドをがんの痛みの治療に使っても、中毒にならないこ

入して痛みの信号の伝達を遮断する「腹腔神経叢ブロック」を行うと、しばしば劇的に痛みが軽減することがあります。

このような交感神経ブロックは、知覚神経や運動神経のブロックのように、感覚麻痺などの知覚・運動機能障害が起こる恐れはありませんが、副作用として腸管のぜん動が活発になって消化管の閉塞症状が悪化したり、下痢を起こすことがあります。

腹腔神経叢ブロックのほかにも、がんによる下腹部痛に対する「下腸間膜神経叢ブロック」や、骨盤内臓器のがんの痛みに対する「上下腹神経叢ブロック」、がんによる肛門部・会陰部痛には「サドルブロック」「不對神経ブロック」、骨転移痛の神経根の圧迫症状には「神経根ブロック」「神経根パルス高周波法、高周波熱凝固法」などを行います。

「神経根パルス高周波法」は、2分間ほど間欠的な電気刺激を神経に送ることで、鎮痛効果が得られる方法で、神経の凝固、変性を起こさず、感覚の低下を起こすことなく、痛みを緩和させることができます。がんの痛みだけでなく、腰痛などの治療にも広く用いられる方法です。

「くも膜下鎮痛法」には、神経破壊薬を入れる方法とカテーテルを入れて薬剤を注入し続ける方法とがありますが、前者は副作用の点から最近ではあまり行われていません。後者は、くも膜下にカテーテルを入れて、皮下に埋め込んだ小さなポンプに1週間から10日に1回ほどオピオイドなどの薬剤を注入する方法で、欧米では一般に行われています。日本では、まだ使用できませんが、医療用麻薬や鎮痛補助薬を使ってもコントロールできないケース、QOLが著しく低下するケースに非常に有効な方法です。他の鎮痛法では



とが証明されています。続けて投与していると、次第に効きにくくなるということもあります。

オピオイドの副作用には、便秘や吐き気、眠気などがありますが、最初から対策を講じて薬を投与すると、ほとんどの場合、副作用を予防・軽減することができます。

また、オピオイドが効きにくい場合には、抗うつ薬、抗てんかん薬、抗不整脈薬などの鎮痛補助薬を併用することで痛みを軽減します。

安静時に痛みを感じないこと、夜ぐっすり眠れることなどを目標に、薬の量を決めていきます。定期的に服用して、突然起こる強い痛みには、早く効果が現れるオピオイドをレスキュー投与して対応します。

オピオイドはがんの痛みにも有効な鎮痛薬ですが、神経障害性疼痛や骨転移痛には効きにくいいため、それらの痛みに対しては、痛みを抑えるしくみを活発化させる抗うつ薬や、神経の興奮を抑える抗不整脈薬、抗てんかん薬などの鎮痛補助薬を併用します。また、骨転

コントロールできない難知性のがん性疼痛には「くも膜下鎮痛法」の鎮痛効果が高いため、QOLを高める痛みの治療を目指して将来的には行っていきたいと考えています。

痛みに対する防衛反応として交感神経や運動神経が緊張すると、血管が収縮して血液の流れが悪くなり、痛みの原因物質が留まることで、さらに痛みが強くなるという「痛みの悪循環」が起こります。神経ブロックで、痛みを伝える神経の活動を遮断すると、血液の流れが改善して、この悪循環を断ち切り、症状を緩和することができます。

痛みを抑えるだけでなく、鎮痛薬の使用量を減らしたり、副作用を軽減するなど、がん性疼痛に対して神経ブロックは有効な手段です。痛みが劇的に改善して、QOLの向上につながり、在宅ケアへの移行が可能になるケースもあります。

ただ、最小限の侵襲で治療が行えるとはいえ、他の神経まで破壊された場合には、運動障害などを起こす可能性もあるため、習熟した専門医による治療を受けることが望まれます。

また、全身状態が悪化してからでは、神経ブロック処置を行えないことがあるので、早期から適応について相談しておくことも大切です。

ペインクリニック科では、他科では鎮痛しにくい痛みの治療を行うことによって、患者さんのQOLを高めることを目標としています。

身体的な痛みを取り除くだけでなく、不安などに対する精神的なケアも含めた全人的支援を行っていくために、緩和ケアチームによるサポート体制の充実を図り、できるだけ多くのスタッフで患者さんを支えることができるよう、地域の支援体制の整備を進めていくことも今後の課題であると言えます。



## 緩和ケア “ケアを受ける人も、提供する人も” ～サイモントン療法と PCM を用いた心のケアとストレスマネジメント～



家庭医療学講座 准教授 田村 祐樹

# 緩和ケア “ケアを受ける人も、提供する人も” サイモントン療法とPCMを用いた心のケアとストレスマネジメント

サイモントン療法認定スーパーバイザー PCM（プロセスコミュニケーションモデル）認定トレーナー

がん治療・療養のどの段階においても、「今、生きる力を高める」「その人らしくある」「感情が安定する」ことを支える、そして、そのケアを提供するスタッフのケア（Care for Caregiver）を行うことも、緩和ケアの大切な役目であると、田村祐樹先生（7月1日着任）は各地で講演・セミナーを精力的に行っています。

今回は、サイモントン療法や行動心理学「PCM」をベースに、緩和ケア病棟内外で、7年間、患者さんや家族の心のケア、そしてスタッフケアを行ってきた先生に、緩和ケアの柱となる心理面でのサポートについてうかがいました。

### より良い状態で治療を進めるために

がんであると告げられたら、気持ちが悪く揺る方が大半だと思います。しかし、ネガティブな感情は、今後の歩みに負の影響を与えることになり、また、感情が不安定になつて強いストレス状態に陥ります。この状態のままでは、どのような治療であっても、その治療を進める上でさまざまな問題が生じてきます。より良い状態で治療を受け、歩んで行くためには、感情が安定していることが大切です。

彦根市立病院の緩和ケア病棟や外来において、患者さんやご家族と関わっていく中で、安定した感情を支えるために、心のケアが大きな役割を果たすことを実感しました。

そこで、サポート力やコミュニケーションスキルを高めるために、がん患者さんとその家族のためのヒーリングプログラムである「サイモントン療法」や、コミュニケーションスキル「PCM（Process Communication Model®）」を学び、その手法を用いることで

年度は、各地で50回超の講演やセミナーを行い、これまでに滋賀県でも、本学で計4回、大津市民病院含め他病院で4回、県市の医療・保健行政で5回、各研究会で2回、サイモントン療法について講演やセミナーを行いました。他県だけではなく、滋賀県においてもサイモントン療法の講義を受けた医療関係のスタッフや、サイモントン療法のエッセンスを、それぞれの関わりの中で活かしていると聞いています。

さらに、「Care for Caregiver」、つまり、患者さんや家族のサポートに携わる医療スタッフに対する心のケアに応用できるということが、サイモントン療法に期待されるもう一つの役割です。

ケアを提供する人が、ストレス状態で疲弊していたのでは、良いケアを提供すること、良いコミュニケーションを図ることは、かなり困難です。まず自分自身をケアして、ストレスの軽減を図り、良い状態を保つてもらうことが大切です。つまり、ストレスフリーであることが、自分の持ち味・能力を最大限発揮することに必要なのです。そのことを伝えようと、4年前から、サイモントン療法のプログラムを基盤として、医療、介護そして教育職の方々向けにアレンジを加え、「Care for Caregiver」を中心とした内容の講演やセミナーを各地で行っています。

### 人間関係を円滑にする コミュニケーションスキル

一方、PCMは、臨床心理学者、行動科学者である、テービ・ケーラー博士によって開発されたコミュニケーションの手法です。自分自身や周囲にいる人のパーソナリティ要素を把握し、お互いの性格の違いによって起こるミスコミュニケーションを回避して、コ

患者さんより良い関わりができるようになります。

滋賀医科大学でも、これまでの経験や人的ネットワークを活かして、緩和ケアの柱となる心のケアに役立つメソッドを提供していきたいと考えています。

### 人生の質を高める癒しのプログラム

サイモントン療法は、アメリカのカール・サイモントン博士（故）によって開発されたがん患者さんとその家族やパートナーのためのヒーリングプログラムです。

喜びや充足感、心地よさをもたらすものをリストアップする「喜び・生きがいのワーク」や、不健全思考を健全思考に変える「ビリーフワーク」、自己治癒力を高める「イメージ療法」、関係性を改善・健全化する「サポートとコミュニケーション」などのトピックについて、レクチャー、グループワーク、瞑想法を組み合わせたプログラムを進めながら、セルフケアやストレスマネジメントの力を培って

コミュニケーションを円滑にすることで、人間関係からくるストレスの軽減を図ります。この理論は、欧米では企業や大学で活用されていますが、アジアではあまり知られていません。

元アメリカ大統領のクリントン氏がこの理論を積極的に取り入れたことでも有名です。また、NASAでは、宇宙飛行士やスタッフの採用・配属（適材適所）、ストレスケアに長年用いられてきました。

生身の人間である患者さんをケアするためには、医療の現場でも、人と人、日常の中での関わりが欠かせません。緩和ケアに7年携わってきた中で気付いたことは、一人の人である患者さんや家族とより良く関わるためには、医療面接などのコミュニケーション技法に加え、PCMのような他分野でも活用され役立っているスキルを学ぶことがとても大切だということです。

いろいろなサポートやコミュニケーションの方法があるということを知って、自分の間口を広げることが必要です。多種多様な患者さんに、緩和ケアに携わるスタッフはもちろん、病院全体の方々がそれぞれ自分の持ち味を活かした関わりができる一助に、本学でも、サイモントン療法やPCMのエッセンスを伝えていければ幸いに思います。

### 早い段階からの支援体制づくりをめざして

どのような治療を進めていくうえでも、感情が安定していることが大切です。今、がんと診断されたばかりの患者さんにも、すでに治療を受けている方にも、より良い状態で治療を受けていただくために、心理的なサポートが有効です。そして、そのサポートが求められています。

感情が不安定なままでは、たとえ医師から丁寧に説明を受けたとしても、適切な理解、



いきます。

例えば、「もう治らない」「治療は辛いだけ」「自分には治す力がない」といった負の影響を及ぼす否定的な感情を少なくして、「治る可能性がある」「治療はとても効果的である」「自分の中には治癒力がある」といった安定したイメージ、健全な思考や信念を支えていくようにします。

また、心の平安や勇気をもたらす、「希望」「信頼感」を育んで、「もう健康になれない」「悪化する一方だ」という絶望感を和らげ、今を生きるエネルギーを高めることは、患者さんのこれからの経過に違いをもたらし、人生の質（QOL）を高めます。

ここ数年、がんプロフェッショナル養成プランの一環として各地で開催されるサイモントン療法の研修会や、各地の病院や研究会などで開催される講演やセミナーへの参加を希望する医療スタッフが増えてきています。昨

### サイモントン療法のプログラム概要

喜び・生きがいのワーク (自分にとって良いものに焦点を当てる)
ビリーフワーク (思い込みを書き換えるエクササイズ)
イメージ療法 (がんが自己治癒力により消滅するイメージ)
イメージの絵(描画法、深層心理)
ストレスパターンと病気の二次的恩恵
希望、信頼、内なる叡智、スピリチュアリティ
死生観(健全な死のとりえ方)
サポートとコミュニケーション
2年間の健康プラン (自分にとって良いものを具体的に取り組む)

通常、ゆったりした環境のもとで6日間かけて、グループで上記のプログラムを進行していきます。参加者はそれぞれ自分のペースで癒されていき、自然な笑顔に戻ります。レギュラープログラム以外に、1～2日のセッションもあります。

判断、選択が難しくなります。一方、感情が安定している状態なら、病气や治療をきちんと理解して、納得して自分らしく選択しやすくなります。その結果、QOLを保ちながら、がんの治療・療養生活を送ることに繋がっていきます。

また、医療現場では、外来でがんの診断がついてから入院するまでの間、ケアがほとんどないのが現状です。この間に、患者さんの苦痛・苦悩はピークになり、不安定な感情のまま治療に入ってしまうがちです。この時期に心のケアが提供できるような仕組みを整えて、実際の治療が始まるまでに、治療サポート的緩和ケアをどのように行っていくかは今後の課題と考えています。

早い段階から患者さんに寄り添って心理的なサポートを行うシステムがあれば、患者さんや家族ばかりではなく、治療に当たる医療スタッフの負担を減らすことにもつながります。

今後、がん相談支援部門や緩和ケアチームなどの持ち味を活かしやすい形、患者さんや家族も相談しやすい形をすり合わせ、早い段階からお互いの顔が見える『心のケア』を行う、一つのモデルケースを形作っていきたいと考えています。



薬剤師の参加で実現するきめ細かな疼痛コントロール



薬剤部 副薬剤部長 千葉 幹夫

# 薬剤師の参加で実現するきめ細かな疼痛コントロール

薬剤部 副薬剤部長 千葉 幹夫

がん性疼痛のコントロールでは薬物療法が主体となるため、緩和ケアチームの中で薬剤師が専門性を活かしながら、薬の使い方や用量、組み合わせなど、適切な助言を行っていくことが重要になります。また、服薬指導をとおして患者さんに情報提供を行い、QOL（生活の質）の向上に寄与することが期待されています。

滋賀医科大学医学部附属病院緩和ケアチームにおける薬剤師の役割と、痛みに対する薬物療法についてうかがいました。

## 緩和ケアチームにおける薬剤師の役割

WHO（世界保健機関）は1993年に「患者は痛みをコントロールするために必要な鎮痛薬を要求する権利があり、医師にはそれを投与する義務がある。痛みから解放されることは、すべてのがん患者の権利とみなすべきである」と提言しました。

ほとんどのがん性疼痛は、医療用麻薬のほか消炎鎮痛剤や鎮痛補助薬を用いた薬物療法によってコントロールできますが、一人ひとりの患者さんに合わせて、それぞれの投与量・剤形・投与方法などをうまく調節することが必要です。

それにはまず、痛みの性質や仕組みなどを正しく把握することが必要になります。がん患者さんの痛みを理解するために、患者さん本人はもとより、ご家族とも信頼関係を築いて、十分なコミュニケーションを図る必要が

て、鎮痛作用が切れることのないように服用します。突然強くでる痛み（突出痛）は、鎮痛薬を追加するレスキュー投与を行ってコントロールします。

## 医療用麻薬（オピオイド）について

現在、日本で使用している主な医療用麻薬は、モルヒネ製剤、オキシコドン製剤、フェンタニル製剤の3種類があります。	第1段階	軽度の痛みには、非ステロイド性消炎鎮痛剤（NSAIDs）などの非オピオイド鎮痛薬を使います。
	第2段階	非オピオイド鎮痛薬が効果不十分なときは、第1段階の薬剤に弱オピオイドの追加投与を行います。
	第3段階	第2段階の鎮痛薬が効果不十分なときは、弱オピオイドを強オピオイドに変更します。

●第1～3段階において、必要に応じて鎮痛補助薬を併用します。

薬とさまざまな剤形があります。また、服用して10分～20分で効果が発現する即放性製剤と、少しずつ薬が放出されて長く効果が持続する徐放性製剤があり、効き目の長さも8時間、12時間、24時間、3日間などさまざまです。

オピオイドには用量の限界がないため、痛みの程度に応じて副作用に注意しながら増やすことが出来ます。たくさん量をういても中毒になったり、使い続けるうちに効かなくなったり、やめられなくなったりする心配はありません。

また、あるオピオイド製剤を投与しても効果が不十分な時や、副作用で続けられない時、投与の方法を変更したい時には、他のオピオイドに変更する（オピオイドローテーション）

あります。

当院では、患者さんの訴えに注意深く耳を傾け、痛みの程度を10段階で表すスケールなどを用いながら、痛みの仕組みや全身の状態を評価し、個々の患者さんに合わせて、例えば「夜間ぐっすり眠れるようにする」「安静時に痛みを感じない」「痛みを感じずに体を動かせる」といった治療の目標を設定し、患者さんに一番適した薬剤の処方設計を行っています。

薬剤師は薬学的知識を活用し、他のチームメンバーに対してオピオイド製剤を中心とする薬剤の情報提供を行っています。また患者さんに使用しているオピオイド製剤の投与量・投与時期、増量・減量方法、レスキュー量、他剤との相互作用、副作用の対処薬剤などをチェックし、オピオイド製剤が適正に使用されているかを確認しています。

そして、患者さんへの服薬指導では、特に、

ことで、良好な鎮痛効果が得られたり、副作用を軽減したりすることが出来ます。

当院では、独自に作成したオピオイド使用説明書を、服薬指導時に患者さんに配布しています。

## オピオイドの副作用対策

オピオイドにも他の薬と同様に副作用がありますが、副作用を抑える薬を使ったり、別の薬に切り替えたりすることで、治療を続けることが出来ます。代表的な副作用は、便秘、吐き気、眠気です。

最も高い頻度で現れる便秘については、オピオイドの服薬開始とともに、緩下剤の予防的投与を行います。オピオイドの種類や量によって、便秘の頻度も変わるため、オピオイドを変更した場合には、緩下剤のコントロールも必要になります。

吐き気や嘔吐は、オピオイドを初めて使用した時や、量を増やした時に1～2週間程度みられます。ほとんどの場合は制吐剤で抑えることが出来ますが、がまん出来ない場合はオピオイドの変更が必要です。

眠気は使い始めや量を増やした時にみられます。眠気を感じるの、痛くて眠れなかった日が続いていたためです。3～5日続けて飲んでいいうちに眠気は軽減してきます。

その他まれに、ふらつき・めまい感、呼吸数の減少、のどの乾き、汗が出やすくなる、尿が出にくい、幻覚などが起こる場合があります。

## 鎮痛補助薬を効果的に使う

非ステロイド性消炎鎮痛剤やオピオイド以

医療用麻薬（オピオイド）に対する偏見や誤解を解き、正しく使用することでのがんの痛みに対してとても効果があることを説明し、副作用の対処方法や服用時・使用時の注意事項について説明を行い、患者さんやご家族の不安や疑問を解決します。

## がん性疼痛緩和の薬物療法

がん性疼痛治療の第一選択は薬物治療で、WHOではがん性疼痛治療の5原則を次のように定めています。

- 1 患者さんにとって、維持・管理しやすい経口薬を優先的に選択する。
  - 2 痛みが出た時だけ用いるのではなく、時間を決めて定期的に投与する。
  - 3 除痛ラダーに沿って効力の弱いものから順に鎮痛薬を選択する。
  - 4 鎮痛効果は個人差が大きいため、個々の患者さんの痛みが消失する量を求めながら用いる。
  - 5 副作用対策や心理状態への配慮など、一人ひとりの患者さんに細かい配慮を行う。
- 痛みの部位や症状、治療の目的などに合わせて、単独あるいは複数の薬を組み合わせ

外の薬剤を併用することで、オピオイドの効きにくい神経障害性疼痛や骨転移の痛みを緩和したり、オピオイドの使用量を減らしたりすることが出来ます。このような鎮痛補助薬には、抗うつ薬、抗てんかん薬、抗不整脈薬、ステロイド薬などがあります。

十分な鎮痛効果が得られないままに、オピオイドを増量していくと、副作用の悪化を招くことになりかねませんが、鎮痛補助薬をうまく組み合わせることで、鎮痛効果を得ながらオピオイドの使用量を減らすことも可能になります。

疼痛管理は、刻々と変化する症状に対して、きめ細かいフォローが必要になります。当院では緩和ケアチームの専任薬剤師だけでなく、各病棟担当の薬剤師が、患者さんへの服薬指導をとおして情報提供に努めながら、安心して治療を受けていただけるように心がけています。

そして、身体的な痛みを緩和するだけでなく、がん専門看護師やソーシャルワーカーなどの他の専門職と連携しながら、スピリチュアルな苦痛を含めたトータルな痛みに対するサポートを行っていきたいと考えています。



緩和ケアチームのラウンド





より安全で安心できる治療を目指して、  
がん専門薬剤師の果たす役割



薬剤部 化学療法管理室長 森井 博朗

# より安全で安心できる治療を目指して がん専門薬剤師の果たす役割

薬剤部 化学療法管理室長 森井 博朗

新しい抗がん剤が続々登場し、がんの薬物療法は飛躍的な進歩を遂げています。

これに伴い、高度化するがん薬物療法に対して、より専門的な知識を持った薬剤師の必要性が高まり、2006年から「がん専門薬剤師」の認定制度がスタートしました。

滋賀医科大学医学部附属病院でも、化学療法管理室を中心にがん専門薬剤師やがん薬物療法認定薬剤師が活躍しています。

## 望まれるがん専門薬剤師の育成

抗がん剤による薬物療法（がん化学療法）の進歩によって、がんの治療成績は近年飛躍的に向上しました。

最近では、がんの発生や増殖に関係する特定の分子に効率よく作用する薬（分子標的薬）の開発が積極的に行われるなど、がん化学療法は急速な進歩を遂げ、格段に高い有効性と安全性が得られるようになってきました。

その一方で、抗がん剤は使い方を誤ると、時には致命的な副作用が現れることもあり、専門的な知識と経験を有する医療スタッフによって、適切に管理され、安全に使用されることが求められています。

こういったニーズに応えるべく、がん薬物療法に精通した薬剤師を育成するために、日本病院薬剤師会では、2004年に専門薬剤師認定制度特別委員会を立ち上げて、認定制度の整備に取り組んできました。

がん専門薬剤師へのステップとして、現在では5年以上の実務研修と50症例のがん薬物管理指導実績などの要件を満たした者を対象に、試験を行ってがん薬物療法認定薬剤師を

認定しています。

また上記に加えて、さらに豊富な知識や経験を備え、他の医療スタッフや薬剤師への指導、教育および研究活動や学会発表などを行う能力を有する者に、がん専門薬剤師の認定資格が与えられます。（2009年からがん専門薬剤師制度は、日本病院薬剤師会から日本医療薬学会に移管）

当院薬剤部は2006年4月には滋賀県初のがん専門薬剤師研修施設に認定され、研修生を受け入れてきました。がん薬物療法に関する専門的な知識と技術が習得できるよう、化学療法部や薬剤部における実務実習、病棟におけるさまざまな活動はもとより、当院の専門医や製薬メーカーなどによる講義を行っています。これまでに県内外の病院薬剤師は研修した後にはがん専門薬剤師やがん薬物療法認定薬剤師として活躍されています。

## 化学療法部の開設と薬剤師による無菌調製およびレジメン管理の開始

抗がん剤の進化とともに、副作用を抑える支持療法の進歩によって、患者さんの日常生活

この新しい化学療法部は、薬剤混注室を併設するサテライト方式を採用しており、3、4名の薬剤師が常駐して、患者さん一人ひとりのレジメンのチェック、用法、用量、配合禁忌などに関する疑義照会、他の薬との相互作用などをチェックします。またこの薬剤混注室には薬剤を無菌下で調製できる安全キャビネットが4台設置されています。薬剤混注室で無菌調製された抗がん剤の点滴薬は、必ず2名の薬剤師によりダブルチェックを行い万全の注意を払っています。

## がん薬物療法の安全管理システム構築を目指して

化学療法部の開設以来、外来患者さんを対象とした無菌調製件数は年々増加しています。入院患者さんを対象とした抗がん剤の無菌調製についても、薬剤師の増員により人員も確保できるようになったため、徐々に薬剤混注室で調製を行えるようになりました。

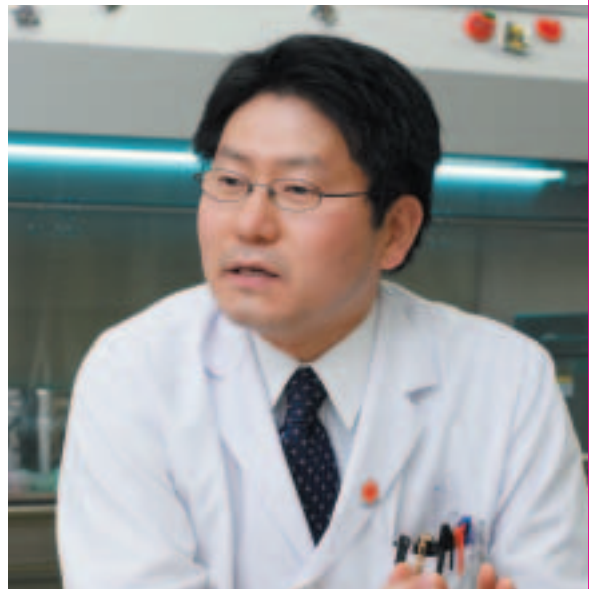
入院でがん化学療法の治療を受けられる患者さんについて、これまでは各病棟で医師や看護師が抗がん剤注射薬の調製作業を行っていました。しかし医療事故防止のほか、調製者が抗がん剤に暴露される危険性を回避するためにも、薬剤師が行うことが望ましいことから、2005年には呼吸器内科病棟からスタートして、呼吸器外科、血液内科と徐々に薬剤師が無菌調製を行う診療科を広げてきました。そして2010年7月から新しい電子カルテシステムが稼働し、これまで紙媒体を用いたマニュアル的な手法から電子カルテを用いたシステムティックな手法を用いることで、より簡便にかつ安全に全診療科を対象として抗がん剤の無菌調製業務を行うことが可能となりました。

この電子カルテシステムでは病院内のプロトコル審査委員会で承認されたレジメンに合わせてがん化学療法に必要な支持療法なども一括してオーダー可能な「セット処方」として設定しています。これにより医師がコンピュータ端末からオーダーするときは、画面で登録されたレジメンを選択し、お薬の用量も患者さん一人ひとりに合わせて自動計算し、処方せんに反映され、予約できるようになっています。そうすることにより記載間違いや計算ミスなどのケアレスミスが少なくなります。また薬剤師が予め前日に疑義照会することが可能となります。それにより迅速に患者さんのもとへ点滴薬を届けることができます。

現在のところ全診療科から約300以上のレジメンが登録されています。

## がん患者さんへの服薬指導

抗がん剤はこれまでは遺伝子（DNA）に作用する殺細胞効果のある薬剤が主流でありましたが、現在では前述した分子標的薬が多く開発されており、治療効果が向上しています。しかし従来の抗がん剤で認められた骨髄抑制や嘔吐などの副作用のほかに、分子標的薬にはざ瘡様（にきび様）症状や手足症候群のような皮膚障害など、これまでに認められなかった副作用が発現しています。これらの副作用はがん患者さんのQOL（Quality of Life…生活の質）の低下につながりかねません。このような場合、「入浴後に保湿クリーム・ローションなどをたっぷり塗布すること」や「直射日光を避けること」など、私たち薬剤師は、ご要望があれば抗がん剤治療を受けられる場合、治療薬の効果や点滴スケジュールの説明だけでなく、出現が予想され



活を維持しながら、継続的な治療が行えるようにすることを目的に、また医療経済事情の変化に対応するために、がん化学療法は、入院から外来での治療へとシフトが進んでいます。

滋賀医科大学医学部附属病院では、2005年に化学療法部が開設され、薬剤師による外来患者さんの抗がん剤無菌調製を開始しました。同時に医師、看護師とともに、薬剤部がチームに参加して、薬剤師としての専門的な知識と経験を活かして、医薬品の情報提供、服薬指導、副作用の把握などによって、患者さんや他のスタッフをサポートして、治療の安全確保に努めてきました。

2008年4月には薬剤部内に新たに化学療法管理室という部署が開設され、薬剤師によるレジメン（薬の用量や用法、治療期間などを決めた治療計画）の一元管理を行っています。



薬剤の調製は、化学療法部に併設された薬剤混注室の安全キャビネットが無菌下で行われる。

る副作用やその対策についても、説明書を用いて丁寧な説明を行っています。さらに、がん性疼痛を緩和するオピオイド製剤（医療用麻薬）などに関する情報を、チームのスタッフや患者さんに対して提供しています。

1983年には抗がん剤治療を受けられている患者さんにとって最もつらい副作用であった「嘔吐」は、2002年には最もつらい症状の上位10位に入らなくなりました。その一方で「家族やパートナーとの関係」「社会生活への影響」「倦怠感、抑うつ」などの症状が患者さんにとってつらい症状の上位にあり、薬剤だけでなく、がん患者さんのニーズも大きく日々変化しています。このような変化に迅速に対応できるように、今後がん患者さんおよびその家族の方々のためにがん専門薬剤師としてまた医療人として何ができるかを考えながら、より安全で安心できる治療をサポートしていきたいと考えています。



患者やその家族が集い交流する、  
がん患者サロン「ゆらり」



情報提供用のラックを設置している。

最近注目が高まっている「がん免疫療法」については、すでに総合がん治療学講座の醍醐弥太郎教授による勉強会の企画が進められています。その他にも、美容に関すること、

今後、『くについて知りたい』といった要望が出てきた場合は、サロンとは別の機会に「ゆらりスペシャル」(講演会・勉強会など)を設けていく予定です。

参加者からは「明るく生きている方を見て、生きる力をもらえた」「病氣と闘う考え方が少し変わった」「患者だけでなく家族の方と話ができてよかった」といった感想が寄せられました。

開設に先駆けて、5月24日には「ゆらり」開設記念講演会『がんとともに生きる』が開催され、患者さんやスタッフなど約50名が参加しました。

6月25日に、病院内の会議室で開催された第1回患者サロンには、24名の患者さんと家族が参加、2名のピアサポーターとともに、一人一人が自己紹介を行い、それぞれ自分が語りたいことを自由に話すフリートークングスタイルで進められました。

開設に先駆けて、5月24日には「ゆらり」開設記念講演会『がんとともに生きる』が開催され、患者さんやスタッフなど約50名が参加しました。

## がん患者サロン「ゆらり」のご案内

滋賀医科大学医学部附属病院では、滋賀県がん患者団体連絡協議会との協働のもと「がん患者サロン」の中心として開催しています。がん患者さん、ご家族の方や同士が、お互いに支え合い、不安や悩みを語り合い、交流できる場を提供することを目指しています。どうぞお気軽にご参加ください。

平成22年度の開催日：原則として毎月第4金曜日

7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
23日	27日	24日	22日	26日	24日	28日	25日	25日

時間 ● 13:30～15:30

場所 ● 滋賀医科大学医学部附属病院

3階 第1会議室

(11月～開催場所が変わる予定です)

定員 ● 20名 程度 (事前予約制)

《お問い合わせ・お申し込み先》

TEL : 077-548-2850

E-mail : hqpara@hshiga-med.ac.jp

(※申し込み)

がん患者サロン「ゆらり」参加申込(病院内スタッフにお渡しください。スタッフは必ずお届に連絡をお願いします。)

ふりがな

氏名

患者・家族の別

患者・家族

患者・家族

連絡先

(電話番号)



5月24日に開かれた「ゆらり」開設記念講演会



患者支援センター 副センター長 多川 晴美 副看護部長

## 患者やその家族が集い交流する がん患者サロン「ゆらり」

患者支援センター 副センター長 多川 晴美 副看護部長

専門的ながん医療の提供や、地域がん医療連携体制の構築のほか、患者さんやご家族への情報提供・相談支援を行っていくことが、がん診療拠点病院の使命となっています。滋賀医科大学医学部附属病院では、平成19年のがん相談支援窓口の開設に引き続き、今年がん患者サロン「ゆらり」を開設しました。

心の内を語り合う場と機会を提供

滋賀県がん対策推進計画において、がん診療拠点病院の要件の一つである「がん医療に関する相談支援および情報提供」に、平成24年までに、すべてのがん診療連携拠点病院で患者サロンを開催することがあげられています。

今年6月、滋賀医科大学医学部附属病院に、県立成人病センター、市立長浜病院、大津赤十字病院に次ぐ、県内で4番目のがん患者サロン「ゆらり」が開設されました。

患者サロンの目的は、がん患者さんやそのご家族同士が関わりを持つ機会と、自由に語り合える場を提供し、お互いの心の内を語り合ったり、励まし合ったり、さまざまな情報交換を行うことで、がんとともに生きる気持ちをより良い方向へ高めていくことにあります。

「ゆらり」という名称には、ゆったりと語り合い、心をゆるめる場にしてほしいという思いが込められています。

がん患者さんとその家族なら、毎月第4金曜日の午後1時30分から3時30分まで開かれるサロンに、自由に参加することができます。

滋賀医科大学附属病院以外での医療機関で治療を受けている患者さんご家族も参加できます。

滋賀県がん患者団体連絡協議会と協同で運営に当たり、患者支援センターのほか、平成19年からスタートしたがん相談支援部門で、がん相談員を務めるがん看護専門看護師や医療ソーシャルワーカーが、サロンの運営をサポートしていきます。

進行役を務めるピアサポーター

患者サロン開催日には、がん患者団体連絡協議会が行っている＊ピアサポーター養成講座を終了したがん患者さん(あるいはご家族)が、サロンの進行役であるファシリテーター(促進者)として、参加者間のより良い関わりや交流を促します。ファシリテーターへの質疑応答ではなく、参加者同士の語り合いを主軸として進行していきます。

医師や看護師が同席すると、つい構えてしまいがちですが、患者さん同士ならざつづばらんに話ができたり、医療スタッフには聞きづらいこともサポーターや参加者には気軽に

聞けるはず。専門家による回答やアドバイスが必要な場合は、がん相談支援部門の窓口を紹介するか、次回までに情報を収集してフィードバックしたり、必要があれば個別の患者相談につなげます。

がん相談員とピアサポーターが、院内の相談窓口や資源について情報共有することで、ピアサポーターから適切な窓口を紹介者に紹介できるようにします。また、がん相談員は患者会などの情報を得ることで、患者会の情報を必要としている相談者に提供できるようになります。

さらに、特定の宗教や健康食品などに関する話題や勧誘を一切しないことや、個人情報保護についての規約を、サロンの開催前に必ず読みあげて共有することになっています。

＊ピアサポーター  
同じような立場の人によるサポートという意味。サロンでは進行役としてのファシリテータを務める人。





がん化学療法看護認定看護師の役割について



がん化学療法看護認定看護師 田崎 亜希子 副看護師長

# がん化学療法看護認定看護師の役割について

消化器・乳腺一般外科、歯科口腔外科病棟勤務  
がん化学療法看護認定看護師 田崎 亜希子 副看護師長

がん化学療法が治療の選択肢となった患者さんやご家族の意思決定時から、がん化学療法の治療期と、その後のフォローアップ期までの看護を専門とするがん化学療法看護。専門的な知識と技術を活かして、がん化学療法を安全に行いながら、患者さんのQOL（生活の質）の維持・向上に寄与することが期待されています。

## 看護師の資格認定制度について

ますます高度化、専門分化が進む医療現場において、看護の質の向上を図るために発足したのが、専門看護師、認定看護師、認定看護管理者という3つの資格認定制度です。

専門看護師は、ある特定の専門看護分野において卓越した看護実践能力を有し、高い水準の看護ケアを効率よく提供し、看護学の向上のための研究活動なども行っています。また、認定看護管理者は、組織の管理者として優れた資質を持ち、質の高い組織的看護サービスの提供を目指します。

そして、特定の看護分野で熟練した技術と知識を用いて、高い水準の看護を実践するのが認定看護師です。

現在、滋賀医科大学附属病院には、救急看護や感染管理など11分野22名の認定看護師が所属しています。

認定看護師になるためには、全国に11ある研修施設で6カ月以上の研修を受けて、日本看護協会の審査試験に合格することが必要です。がん化学療法看護認定看護師の研修では、

- 1 患者さんやご家族が、セルフケア能力や治療中に起こる問題に対応する能力を高められるように適切な看護援助を行う。
- 2 患者さんやご家族が、十分に適切な情報のもとに意思決定し、治療参加ができるように支援する。
- 3 がん化学療法看護の実践を通して役割モデルを示し、看護スタッフに対して具体的な指導を行う。
- 4 がん化学療法に伴う看護ケアについて、看護スタッフの具体的な相談にのる。
- 5 医師や薬剤師等の他職種と積極的に協働し、チーム医療としてのがん化学療法を推進するための役割を担う。
- 6 がんという疾患とその治療に関する十分な知識と、患者さんやご家族に関わる技術、看護スタッフや他職種と協働していく能力を持ち、実践・指導・相談に活かすところが他の看護師と異なります。

患者さんやご家族の思いや希望を十分に理解して、医師や他の医療スタッフとディスカッションしながら、どのような治療や支援を行っていくのが良いかを考えたり、他の看護スタッフの知識や技術の向上に貢献していくことが求められています。

## 外来がん化学療法におけるサポート

制吐剤など副作用をコントロールする薬剤の開発、新薬の開発、外来で化学療法を受けられるよう治療スケジュールが工夫されたことなどにより、がん化学療法の治療の場は入院から外来へ移行しています。外来がん化学療法により、患者さんは、社会生活を営み、QOLを維持しながら治療を継続することができます。

## 〈特定分野一覧〉

分野名	認定開始年月
救急看護	1997.6
皮膚・排泄ケア	1997.6
集中ケア	1999.6
緩和ケア	1999.6
がん化学療法看護	2001.8
がん性疼痛看護	1999.6
訪問看護	2006.7
感染管理	2001.8
糖尿病看護	2002.8
不妊症看護	2003.8
新生児集中ケア	2005.8
透析看護	2005.8
手術看護	2005.8
乳がん看護	2006.7
摂食・嚥下障害看護	2006.7
小児救急看護	2006.7
認知症看護	2006.7
脳卒中リハビリテーション看護	2010(見込み)
がん放射線療法看護	2010(見込み)

\*「慢性呼吸器疾患看護」と「慢性心不全看護」についても2010年2月に特定分野とすることが議決されています。

腫瘍学、分子生物学、薬理学等の基礎知識のほか、各がんとその治療の概要について、がん化学療法に伴う副作用などの症状緩和や、患者・家族の意思決定を支える看護援助などについて学びます。

## がん化学療法看護とは

近年、分子レベルでのがんの解明が進み、多くの分子標的薬が開発されるなど、がん化

外来化学療法室



外来でがん化学療法を受ける患者さんは、治療期間のほとんどを医療従事者のいない病院外で過ごすため、自己の副作

用症状の観察や副作用への対処能力を身に付けられるよう、適切な指導を行うことが必要になります。がん化学療法は身体的・精神的・社会的な苦痛を伴うことが多い治療であるため、安心して外来での治療を継続できるよう支援を行い、在宅生活をサポートしていくことは、がん化学療法看護認定看護師の大きな役割の一つであると言えます。

## これからのがん化学療法看護

この春まで、化学療法部で、外来がん化学療法を受ける患者さんの看護、同部署の看護師への指導・相談業務を行いながら、医師・薬剤師と協働して化学療法部の運営に携わっていました。

医師や薬剤師の関わりが大きいがん化学療法では、これまで看護師の役割があまりはつきりしていませんでしたが、がん化学療法看護認定看護師が関わることで、患者さん個別のアセスメントやきめ細かな対応が行えるようになりました。

例えば、むかつき止めや便秘薬等を、治療に用いる抗がん剤と患者さんの状況や希望から総合的に判断して選択し、服用方法を仕事や家事など生活リズムに合わせたものとする



がん化学療法の内容や治療中の注意点について患者さんに説明するための手づくりの資料



学療法はめざましい進歩を遂げています。一方で、多様化・複雑化している治療法は、患者さんやご家族にとって分かりづらく、インフォームドコンセントを行ううえで、専門的な知識を持った看護師の存在が重要になります。

そのほかにも、治療スケジュールや副作用についての説明、生活の調整などの指導を行い、治療開始後は、時に致命的な状態となる副作用の早期発見や対処方法の指導などを行います。

また、副作用に伴う辛さや苦悩など、心理的・社会的な部分に寄り添い、患者さんと共に対処法を考えていくことは、看護師の果たすべき大きな役割です。

## がん化学療法看護認定看護師の活動

がん化学療法看護認定看護師に期待される実践内容は、以下のようなものがあ

- 1 がん化学療法で用いられる薬物の投与、管理、副作用対策を安全かつ適正に責任を持って行う。

また、長い治療期間の中で、治療を継続する自信がなくなったり、他の治療法への変更を考える患者さんもおられます。患者さんやご家族の思いをしっかり受け止め、病気の状態などから必要な情報提供を行うことで、患者さんやご家族が安心して治療を選択し、より良い時間を過ごせるよう支援することも重要な役割となります。

現在、当院のがん化学療法看護認定看護師は1名であり、院内すべての患者さんやスタッフのフォローをすることは困難な状況です。今後、院内のがん化学療法看護認定看護師が増えれば病棟と外来それぞれに対応することが可能となると考えます。

また、自宅で内服抗がん剤治療を受ける患者さんのための看護外来の設置も将来的に必要であると考えます。これらを実践していくことで、少しずつでも治療中の患者さんのサポートが充実し、院内全体のがん化学療法看護のスキルアップとなればと思います。



## 国立大学法人評価で 86 大学中 2 位

滋賀医科大学は、平成16～19年度の4年間の教育研究や業務運営、財務内容に関する実績を報告書にまとめ、国立大学法人評価委員会に提出した結果、86国立大学中2位という高い評価を得ることができました。全体評価としては、達成に向け関係者が一体となって意欲的に取り組んでいることが評価されたほか、特色ある取り組みとして、以下の事項が評価されました。

- 「地域『里親』による学生支援プログラム」において、卒業生と地域が一体となって学生を支援する体制を整備している。
- 四半期ごとの財務分析について、経営効率の観点から人件費、一般管理費、診療経費が収益に占める割合の分析を行うとともに、短期運用による資産運用を実施している。
- 作業の効率化・合理化のため、独自に開発した「目標・計画進捗状況管理システム」によって、平成19年度は紙使用量を79.2%に節約するなどの効果を出している。
- 学内ESCO事業で、平成19年度エネルギー優秀事例全国大会（財団法人省エネルギーセンター主催）で「省エネルギーセンター会長賞」を受賞するなど、環境に配慮した取り組みを継続的に実施している。

2010.7.23

### 学外有識者会議を開催しました。

7月23日（金）、9名の学外有識者の委員にご出席をいただき、滋賀医科大学学外有識者会議が開催されました。馬場学長の挨拶の後、井村 裕夫委員（先端医療振興財団理事長）が議長に選出され、初めに馬場学長から、第1期6年間の中期目標の達成状況について説明がありました。

続いて、服部理事から教育・研究面、柏木理事から病院・診療面、村山理事から財務・経営面、谷川理事から総務・人事面について、本学の活動状況に関する報告を行いました。

説明、報告を受けて、委員の皆様から、学生の論文作成力等の強化、東近江地域での地域医療連携や県・市町及び大学間連携の推進、共同研究・国際面等での医師会との連携推進、生活習慣病等の予防医学についての情報発信、自己収入を増やす工夫など、さまざまなご意見や貴重なご提言をいただきました。



2010.6.15

### D病棟に屋上庭園がオープンしました。

平成22年6月15日（火）、D病棟6階レストラン「フォレスト」横の屋上スペースに屋上庭園がオープンしました。ツツジやアジサイなどの植栽や芝を植えて屋上緑化を図り、パラソルやテーブル、椅子、ベンチ等を設置しました。患者さんやお見舞いに来られた方々の憩いの場として、利用していただくことができます。

ご利用時間は、午前8時から午後5時までです（雨天及び強風の日の除く）。



2010.8.22

### 救急部を移転、緊急時の連携を強化しました。

従来、病院玄関を入った左側にありました救急部が、平成22年8月22日に放射線科奥へ移転しました。

緊急時の連携をより強化するため、新しい救急部は、手術部、小児病棟、母子・女性診療科病棟への専用エレベーターを設置し、患者さんの直接搬送を可能としました。

また、救急車専用道路を新設し救急車出入口を移転しましたが、救急車搬送患者さん以外は、従来どおり病院玄関よりお越しください。時間外（17:00～）については、病院玄関に案内窓口を設置しスタッフが救急部への案内を致します。また、病院玄関から床導線（色矢印）や案内看板を設置いたします。みなさまにはご不便をおかけいたしますが、ご理解ご協力をお願いいたします。

