

# 大学病院の緩和ケアを考える会

ニュース・レター Vol. 24 No. 1

平成 31 年 5 月 1 日発行

大学病院の緩和ケアを考える会 事務局

〒142-8555 東京都品川区旗の台 1-5-8 昭和大学医学部 医学教育推進室

E-mail: jimukyoku@da-kanwa.org http://www.da-kanwa.org

編集責任者 高宮有介

○ ご挨拶

○ 第 25 回総会・研究会開催に向けて

○ 準世話人リレー連載

大学病院における緩和ケアを考える

○ 第 6 回医学生への緩和ケア教育のための授業実践大会

○ 心不全の緩和と緩和ケアチーム

○ クールダウン エッセイ

～麻酔科医に戻った緩和ケア医

## ご挨拶

代表世話人 高宮 有介（昭和大学医学部）

桜は満開となり、そして散り行く。艶やかな桜の下で、別れと出会いの悲喜交々の時だったかもしれません。このニュース・レターが皆様に届くころは緑が映えていることでしょう。

3 月にある尼僧から日本の「さくら」の歌をリクエストされました。ここは、香港プラムヴィレッジ。世界的に有名な瞑想の寺です。そこにいた日本人は、戸惑いながらも、うろ覚えの歌詞を歌いました。「さくら さくら。やよいの空は見わたす限り。かすみか雲か 匂いぞ出ずる。いざやいざや 見にゆかん。」日本人にとって桜は心の故郷ですが、海外の方にとっても思い出深いようです。

3 月 18 日から 23 日まで、香港プラムヴィレッジの研修に日本人 20 名で行って参りました。プラムヴィレッジは、ベトナムの僧侶ティクナットハン師が創設したマインドフルネスを実践する寺です。師はベトナムで反戦運動を行ったために国外追放となったのですが、力や武器で戦うのではなく、愛と笑顔で世界を変えたいと、マインドフルネスを広めていきました。その拠点がプラムヴィレッジで、1982 年に南フランスに創設されました。マインドフルネスを慢性疼痛患者の治療に応用してエビデンスを発信したジョンカバットジン氏や、GRACE の創設者のジョアン・ハリファックス老師も薫陶を受けた人物です。マインドフルネスを学ぶ者として、一度はその場を体験したいと願っていました。

日本から近い香港にもプラムヴィレッジがあるこ

とを知り、昨年 3 月に研修に行きました。座る瞑想、歩く瞑想、食べる瞑想、歌う瞑想を体験するとともに、心に残る法話がありました。その体験を是非、日本の方達にも体験して頂きたいと、今年 3 月に日本人向けの研修を開催したのです。呼吸が身体に落とし込まれていく感覚と共に、トラウマ治療へのマインドフルネスの実践や生と死が表裏一体であるといった講義は心に残りました。

そんな体験を緩和ケアに携わる医療者へ伝えたいと願っています。昨年 12 月に南山堂から「セルフケアできていますか？マインドフルネスを活かして」を上梓しました。医療者自身の心のケアです。アマゾンでも買えます。お手に取って頂ければ幸いです。

第 25 回総会・研究会は、2019 年 9 月 21 日（土）に、千葉県立

保健医療大学と千葉大学病院の主催で、千葉県立保健医療大学の幕張キャンパスで開催されます。当番世話人は安部能成先生と藤澤陽子さんと、鋭意準備してくださっています。ランチョンセミナーは「心不全の緩和ケア」、その他、多職種の緩和ケアや緩和ケアのリハビリなど、盛りだくさんです。特別講演は、千葉県立保健医療大学の田邊政裕学長にお願いしています。千葉大学で小児外科医として活躍され、医学教育を担当しておられた医師です。楽しい講演です。盛会となることを期待しています。

写真 マインドフルネスを診療に活用する心理療法師のジェニー・チャン氏と共に



## 第25回総会・研究会開催にむけて



伝統ある大学病院の緩和ケアを考える会の総会研究会は第25回目を迎えます。今回は、日本一高低差の少ないフラット千葉県、その中心に位置する千葉市美浜区にあります千葉県立保健医療大学の幕張キャンパスを会場として、2019年9月21日(土曜日)午後開催の運びと

なりました。

本学は今年創立10周年を迎えます、医療関連職種の養成課程を中核とした単科大学で、看護学科、栄養学科、リハビリテーション学科があり、歯科衛生学科には附属歯科診療所がありますが、附属病院がありません。そこで、戦前の官立医大からの伝統ある千葉大学の医学部附属病院麻酔科の田口奈津子先生、同病院緩和ケアチームの藤澤陽子師長さんに企画委員として参加して頂き、トロイカ体制で準備にあたっています。総会研究会のテーマは、これまで取り上げられておらず、最近、話題となることが多くなっている非がんの緩和ケアとしての「心不全の緩和ケア」とさせて頂きました。

具体的なプログラムとしては、ランチョンセッションで「基礎から学ぶ心不全の治療—緩和ケアまで(仮)」について、千葉大学医学部附属病院循環器内科の岡田

☆準世話人リレー連載 大学病院における緩和ケアを考える☆

私事ですが、大学病院を3月で退職し、東京都立川市にて通院に特化した緩和ケアクリニックを運営することとなりました。そこで、大学病院に籍を置いたこの4年を振り返り、大学病院における緩和ケアを考えてみたいと思います。

母校の大学病院に戻って4年間、緩和ケアチーム専従医師として症状緩和と療養選択支援に取り組みました。教育面では、第23回の当会総会・研究会と、2回の緩和ケア研修会を開催することができました。

大学の各診療科の医師の行動には3つのパターンがあります。それは、①コンサルトした内容についてチームと協働してくれる、②コンサルトしたら任せっきり、③すべて自分で対応してチームには頼らない、の3つです。チーム活動としては当初は①を理想形と

当番世話人 安部能成(千葉県立保健医療大学) 将先生に御登壇を頂き、心不全を対象とした治療的基礎から緩和ケアまでの御話を伺える予定です。

第25回総会研究会を記念いたしまして、千葉県立保健医療大学学長の田邊政裕先生に御登壇を頂く予定になっております。先生は千葉大学医学部附属病院長でおられましたので、千葉大学と本学との懸け橋ともいべき存在の先生でもあります。

メインシンポジウムは藤澤陽子師長さんを座長に、複数の専門職の先生方に登壇を頂き、今回のテーマであります「心不全の緩和ケア」について、様々な角度から検討を深めて参りたいと考えております。

会長講演として「緩和ケアとしてのリハビリテーション」と題し、旧来からの機能回復リハビリ、あるいは、高齢化社会の進展とともに重要性を増している機能維持リハビリとは異なるアプローチについて、御話をさせて頂く予定に致しております。

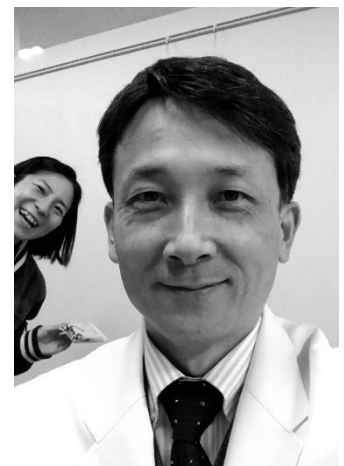
千葉は、こじんまりとした東京湾と、はるかなる太平洋という対照的な海に囲まれた、温暖な気候の土地柄です。広い大地に日本一の生産量を誇る野菜県であり、江戸時代からの日本酪農の発祥の地でもあります。大都会の隣に位置するベッドタウンであると同時に、成田空港という日本の国際玄関口でもあるという多様性をもっております。

不慣れなために行き届かない点多々あるかと存じますが、幕張新都心のネオンサインをご覧になりながら、海の幸を御堪能いただけましたら幸甚に存じます。

### 立川緩和ケアクリニック 藤本肇

療養選択支援の相談結果を踏まえた連携先へは主科から調整を行ってもらうつもりでした。

私がこの大学かつ外科出身であったこともあり、外科が全依頼の3分の2を占め、それなりに協働できていたと思います。しかし、依頼をより迅速にこなせるようにとの思いで、療養選択支援を行ったあと、手術で多忙な主治医に代わって、紹介先への診療情報提供書の準備や諸調整を、私が



行うことが多くなりました。その結果、依頼件数は年間 200 例を超えて順調に推移しましたが、紹介先との調整の際に気づくことが多い視点、つまり、患者さんの暮らしを考えながら治療法を検討することや、療養選択先や支援体制に応じて処置や手技を見直すといった配慮を育むには至りませんでした。

また、主治医がチームにコンサルトして話がまとまりかけていたところに、めったに顔を出さない指導医が現れて“ちゃぶ台返し”の如くな方針転換も大学病院には少なからず存在します。それでも依頼がある診療科は良いほうで、腫瘍を扱いながらコンサルトが皆無に近い診療科もありました。

## 第 6 回医学生への緩和ケア教育のための授業実践大会

東邦大学医療センター大森病院 緩和ケアセンター 東邦大学医学部 臨床腫瘍学講座・医学教育センター 中村陽一

当会で全国の医学部・医科大学にアンケート調査を行ったところ、卒前医学教育において、「死」に対する授業は十分に実施されていないことが明らかになりました。だからと言って、この問題を解決するために、われわれ教員が「死」についての講義をするだけで、それで医学教育が行われているとはなりません。高等教育においては学生が自ら学び修めていくこと、「学修」が求められています。医学生が死について学び修めていく必要があるのです。授業とは講義だけを意味するものではありません。問題解決型学修 (Problem Based Learning: PBL) やテュートリアルあるいは、実習も含まれます。

臨床実習においては、従来の見学を行うだけでなく、医療チームの一員として診療に携わりながら学修していく診療参加型臨床実習が行われています。しかし、多くの医学生が人の死の瞬間 (看取り) に立ち会うこと無く、卒業していくことが明らかになりました。看取りの瞬間は、やはり究極のプライベートの時間であり、直接の医療者ではない第 3 者である学生がその場にいることが相応しくないのかもしれない。残念ながら、看取りの場面の診療参加型臨床実習が行われてはいません。また、日々の臨床において、必ずしも医療者が心のこもった態度で看取りを行っているわけ

愚痴っぽくなりましたが、どのような距離感で主科とかかわっていくかを、診療科・主治医ごとに工夫していくことが、大学病院の緩和ケアの神髄ではないかと思われま。そのためには、連携部門スタッフと協力し合っ、患者さんが宙に浮かないよう取り組んでいくことが望まれます。

私は再び受け手側に戻りますが、チームでの経験を活かして、病院での治療と並行して、早期から緩和ケアのかかわりを専門的に進めていく通院型緩和ケアクリニックを機能させていきたいと考えています。引き続きご指導、ご支援をお願い致します。

ではなく、遺される家族を傷つけてしまっている場面に、残念ながら出会うことがあります。看取りの場での態度を医学生が学ぶこと。これは医学教育において重要なテーマであると考えています。

医学教育以外の看護・薬学教育においても死に近く患者に学生が直接、寄り添い直接、看取りの瞬間まで立ち会うことは多くない現状があります。

授業実践大会では緩和ケアの教育に携わっている教員に広く参加をしていただき、死の教育の方略について検討していきたいと考えております。臨床実習や演習での教育方略を開発していくことが、本実践大会の主目的です。

緩和ケアの卒前教育は、大学病院だけで行うものではありません。地域の基幹病院、ホスピス・緩和ケア病棟、在宅診療などでも、診療参加型の臨床実習が行われつつあります。自分自身が直接、卒前教育に携わっていない皆様も、是非、未来の医療者を育てるために参加されてはいかがでしょうか？



## 心不全の緩和と緩和ケアチーム

我が国における主要死因である循環器疾患 (主に心不全) は、症状が増悪と緩解を繰り返しながら次第に身体機能が低下していくという進行性・慢性の経過をたどる上に予測困難な事態が発生する可能性のある病態である。それゆえ従来行われてきた心不全治療と

東海大学医学部医学科専門診療学系緩和医療学 竹中 元康

しての薬物治療や各種デバイス治療に加えて症状増悪に対する集中的治療だけでなく、症状の進行に伴う患者の全人的苦痛や家族の苦痛の増強を和らげることの重要性・困難性が検討されている。近年、心不全患者およびその家族の Quality of Life の維持向上を



目的とした多職種連携・地域連携による緩和ケアが有効であると考えられ心臓疾患(心不全)の初期段階から治療と並行して提供されるものであるとして注目されている。

一方、がんに対する緩和ケアの提供においては、マンパワーの不足など問題点はまだあるが緩和ケアチームの整備も進み、がん治療と並行した早期からの緩和ケアとその病状の進行に合わせたケアが行われるようになってきている。従って、循環器科の医師及びスタッフと既存の緩和ケアチームが連携・協働することによって心不全患者へ対応することで心不全患者・家族への緩和ケアの提供が可能であると考えられ厚生労働省も推奨している。しかし心不全は治療により改善することも多く予後予測がむずかしいことも多い事、患者家族が病状やケアに対する誤解や抵抗感もがんより強い可能性がある事などのため既存の

緩和ケアチームの介入は難しいことが予想されるなどの問題点もある。

さらに、2018年診療報酬改定により緩和診療加算の項目に新たに末期心不全患者(極めて重症な病態で終末期が対象)が加えられたことも関係していると考えられるが、不十分なアナウンスが先行しているきらいがあり、いかにも現在のがん患者に対応している緩和ケアチームが心不全患者全員の緩和ケアを行うこととなったと認識している医療関係者がいる様であり問い合わせを受け説明することが時々ある。

私や周囲のスタッフの意見を総合すると、心不全患者に対する緩和ケアの提供方法としては、心不全治療に携わるスタッフ(医師をはじめとする循環器科医療スタッフ)に対して緩和ケアチームなどが指導・啓蒙することを通して緩和ケアの理念を理解して知識・スキルを身に付けていただき患者対応をしていただく。緩和ケアチームはその際の援助や協働をするという体制を構築することが良い方法ではないかと考えている。皆様のご意見を聞くことができれば幸いである。

## ○●クールダウンエッセイ～麻醉科医に戻った緩和ケア医○●

独立行政法人国立病院機構災害医療センター 麻醉科 窪田靖志

故巖康秀教授から大学に戻ってペインクリニックをやらないかといわれたのが2002年10月のことだった。そこから、緩和ケアとペインクリニックの両方を提供する病棟ペインサービスとペインクリニック外来にどっぷりとつかり、やがて世の中の流れもあり徐々にペインクリニックから緩和ケアの比重が重くなっていった。手術室のお手伝いをするのは週に1回水曜日の午前中だけであった。2016年現在の災害医療センターに麻醉科医長として赴任してからは、手術室業務のみに専念することとなった。3次救急を診る病院であり、超重症患者・ハイリスク患者の麻醉の比率が高く、私のリハビリテーションはなかなか大変であった。また、現場から離れている間に発達した、超音波ガイド下神経ブロックなど新たに勉強する必要があり楽しいながらも苦勞をした。14年の月日は臨床をこうも変えるのかと驚いたことと、今までの仕事のペースや内容と全く違う業務をどうやって行けば良いのか悩んだ。

次第に仕事にも慣れてきて、麻醉科の術前リスク評価外来なるものを立ち上げた。理由は、入院してから術前診をすると、時々把握されていないリスクが手術直前に見付き、追加検査のため手術延期や一旦退院

になったり、手術中止になってしまうことを避けるためであった。この目的は達成できたが、実は思わぬ事に気づいた。手術を受ける患者さんのほとんどは手術や麻醉を怖いことと考えており、でも病気を治すためには仕方なく受けるということ。心疾患や呼吸器疾患など重篤な併存症を持って手術を受ける患者さんは、麻醉や手術自体が命がけの治療になってしまうことを覚悟しなければならないこと。その前に外科医からがんであると告げられたこと自体がショックで手術や麻醉のことまで気持ちが追いつかない患者さんもいるということであった。患者さんそれぞれが考えている思いをくみ取り、それに対応した説明をすること。麻醉方法や手術方法によって最良のシナリオから最悪のシナリオまで説明し患者さんが自分の意思で治療法を決められることを意識し対応することを患者さんから学び、また必要であると感じた。「なんかこれって、緩和ケア研修会で教えてなかったか？」そんなことを思って日々麻醉科医を続けている。

