

大学病院の緩和ケアを考える会

ニュース・レター Vol. 24 No. 2

令和元年12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・研究会開催を終えて
- 準世話人リレー連載：
大学病院の緩和ケアを考える
- 第13回アジア太平洋ホスピス会議 参加報告
- 第6回 医学生の緩和ケア教育のための
授業実践大会に参加して
- クールダウンエッセイ

ご挨拶

代表世話人 高宮 有介(昭和大学医学部 医学教育学講座)



台風19号および大雨により、お亡くなりになられた方々のご冥福をお祈り致します。また、甚大な被害を受けた方々に心からお見舞い申し上げます。台風により、私自身は、計画していた研究会や昭和大学の卒業生を迎えるホームカミングデイを中止とせざるを得ませんでした。会員の皆さんも予定を変更した方が多かったのではないのでしょうか。

台風19号の日は、目黒区の自宅にいたのですが、23時頃に停電となりました。まさか自分の家が！と思ってもみなかった出来事でした。自宅とは言え、真っ暗闇で、どこに何があるか分かりません。冷蔵庫も止まり、中身も心配になりました。幸い短時間で元に戻り、すぐにLEDの懐中電灯を手元に置き、就寝時も緊張感をもって臨みました。緩和ケアに関わる中で、自分自身の死、家族の死を考えてきたつもりです。しかし、停電の例のように、どこかで他人事としていたかもしれません。人生、いつ何が起こるか分かりません。改めて、自分の死、家族の死を現実として見つめる機会になりました。

ラグビーワールドカップは大いに盛り上がりまし

第25回総会・研究会を終えて

当番世話人 安部能成(千葉県立保健医療大学)

大学病院の緩和ケアを考える会の総会・研究会は第25回目を千葉で迎えることができた。これは諸先輩方の努力が四半世紀にわたり積み重ねられてきた証左であり、これに敬意を表したい。

今回の総会・研究会は2つの点で画期的と考えている。第一は、がんがリードしてきた緩和ケアから踏

た。ラグビーの有名な言葉に「One for all, All for one」があります。「一人はみんなのために、みんなは一人のために」ただし、こんな解釈もあります。「一人はみんなのために、みんなは一つの目的のために」ラグビーで言えば、フォワードが押して、司令塔が調整し、バックスがトライする。大学病院の緩和ケアを考える会の大きな目的に、医学生への緩和ケア教育があります。第6回授業実践大会は、「死の看取りをどう教えるか」。世話人、会員の皆さんのご協力を頂きながら、このテーマを追及していきたいと思っております。

第25回総会・研究会は、千葉県立保健医療大学と千葉大学病院が協同で、千葉県立保健医療大学の幕張キャンパスで開催されました。心不全の緩和ケアについて、基礎から臨床の問題点まで、熱く討論しました。台風による会場の変更はありましたが、盛会裏に終えることができました。会の開催のためにご尽力頂いた安部能成世話人と藤澤陽子世話人、関係各位に心から御礼申し上げます。

来年の第26回は、東海大学が主催です。当番世話人は竹中元康先生で、日程は2020年9月12日(土)です。是非、ご予定にいらしてください。



み出し、心不全の緩和ケアをサブテーマとした。既に先進諸国ではプライマリケアとして緩和ケアが展開しており、臓器疾患の代表である心不全は緩和ケアの対象である。日本でも昨年、心不全が

緩和ケアの対象として加えられたのでタイムリーな話題提供とできた。

第二は、附属病院を持たない医療専門職の養成大学が開催地となったことである。歴史的にみて医師・看護師をはじめとする医療専門職は、座学とともに臨床教育を附属病院で行ってきた。現に千葉大学の玄鼻キャンパスでは、医師、薬剤師、看護師の教育が行われている。多職種チーム医療を特徴とする緩和ケアでは、これに加えて、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、管理栄養士などの国家資格を有する専門職が構成員となっている。

これまでの開催地は附属病院を持つ大学が大多数で、医学部に隣接した職種だけに目が向きがちであった。大学病院の外に出たことで、その特色は薄まったかもしれないが、緩和ケアが複数の専門職によるチーム医療であること、そのチームメンバーの出身母体である大学が医学部附属病院の外にも存在することを認識して頂けたと思う。

メイン・シンポジウムでは千葉大学医学部附属病院の職員のみならず、基幹病院勤務の心不全のエキスパート医師である菅野先生、患者が療養を継続する在宅医療を担う開業医師の梅野先生にも御登壇いただき、

心不全患者の治療やケアの過程を通して、社会の中で大学病院の役割にも目を向けられたと考える。

ランチセッションでは、大学病院の循環器内科医師の岡田先生より心不全の治療から緩和ケアに至る一連の流れを基礎から御講義いただき、シンポジウムへの橋渡しがなされた。この企画を通して、大学病院の役割が基礎教育にあることを再認識できた。

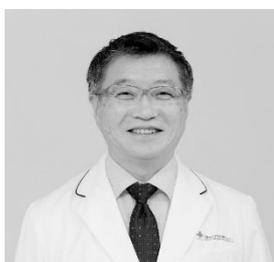
特別講演は「保健医療専門職のキャリア形成を考える」と題され、千葉県立保健医療大学学長の田邊先生より親しみやすいお話を伺えた。個人的体験を俎上に載せられ、外科医、医学教育者、患者としての御経験から、多職種チーム医療の価値を独りの患者と構成員との出会いを通して再認識された。

最期に「緩和リハビリにおける EBM と NBM」と題して、機能回復訓練による社会復帰のみが役割と思われがちなリハビリテーションについて、ホスピスでも活動可能なのは、患者に心地好さを提供できるからであり、そのことを認めた周囲の人たちの要望に応ずることが Needs based と呼ばれることから、NBM には 2 種類あることを指摘した。

盛会の内に終えることができ、関係者の皆様に心より感謝を申し上げる次第である。

☆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

日本赤十字社医療センター薬剤部長 城西大学薬学部特任教授 細谷 治



私が緩和ケアと関わるようになったのは、今から遡ること四半世紀。当時、私は TTS 技術研究所の研究者として、

モルヒネの経皮吸収の研究に明け暮れていました。TTS 技術研究所とは、経皮吸収型製剤の開発に特化した産官学合同の研究所でした。もともとモルヒネはその物理化学的性質から、皮膚からの吸収性が悪く開発には難渋しました。しかしながら、吸収促進剤を共存させることで、なんとか臨床に耐えうる吸収性を得ることができました。いくつかの施設で患者さんにも適用し、臨床効果も確認できましたが、様々な要因が重なり、発売には至りませんでした。また、その頃のがん疼痛治療は、使用できる製剤も少なく、さらに医療者の知識や経験も今とは比べ物にならないほど頼りないものでした。研究者として患者さんが痛みを苦しむ姿を目の当たりにして、このままでは“まずい”と勝手に焦っていました。その後いくつかの病院を経験し、当時担当していた前立腺癌患者さんに、苦痛の中、小さな声で「先生、早く殺してくれ」と言われたことが、今でも忘れられません。その頃から、「真

剣に緩和ケアに関わる薬剤師がもっと増えないと、後々、きっとまずいことになる。」と思うようになり、2008年、城西大学薬学部の教員となり、2010年に独立した科目として「緩和医療学」を立ち上げました。また、タイミングよく、2012年に「彩の国連携力育成プロジェクト（以下、SAIPE）」と称した多職種連携教育（以下、IPE）プログラムが文科省の事業に採択され、埼玉県内の4大学（埼玉医科大学、埼玉県立大学保健医療学部、城西大学薬学部、日本工業大学建築学部）の学生が共に学ぶことで、連携力とそれぞれの専門性の両方を学ぶ教育がスタートしました。そこで、城西大学のリーダーを務めることになった私は、毎月1回、時に2回3回と4大学の教員と共に、まずは教員自ら IPE を実践し連携力を高めていきました。その結果、SAIPE に参加した学生達が目の前で成長していく姿を見て、“連携力”は教育で身につけることができるんだ！と、改めて認識しました。これまでは現場で経験を積めば自然と連携力は身につく、すなわち On the Job Training で十分と考えられてきましたが、それでは現場の負担が大きく、さらに修得した連携力をチーム医療に活かしても、いわゆる持ち

寄り型のチーム医療にしかならず、そこには他の職種（特に医師）に意見を言わない、「基本、承認する」チームが出来上がることがほとんどでした。ヒエラルキーが存在する臨床教育の限界かもしれません。しかし、各職種がカバーできない部分（どの職種も専門としない部分）を積極的に担う連携力が必要であり、特に患者の求めるものが単に治癒を目指す治療に留まらない緩和ケアにこそ、そのような要素が必要になるのだと思っています。連携力はコンフリクトを乗り越えてこそ身につくのです。

2019年、私は日赤医療センターの薬剤部長として再び臨床の場に身を置くことになりましたが、私の

第13回アジア太平洋ホスピス会議 参加報告

今年はずいぶん緩和ケアの国際学会と縁があり、夏に APHC インドネシア、冬に KSHPC 韓国と呼ばれてお話ししてきました。もっとも APHC はオーストラリア政府がインドネシアを危険地帯としたため予定していた多くのオーストラリアからの演者がキャンセルになったと聞きました。そこで、次回開催国である日本から急遽、人がかき集められたという経緯があったようです。「なんで私が APHC に(〇〇学院風)」という感じだったので、ああそういうことねと納得しました。肝心の学会の内容のご報告ですが、欧米からの参加者は少なくアジアからの先生方のご報告が中心で、中でも日本人の先生方のご発表のクオリティーが高かったのではないかと思います。メインは Lynn 先生の御講演で、新しいこととお話しになるというよりも、病の軌跡を踏まえた緩和ケアへの考え方、単なる痛みへの対応ではなくて、人生そのものを考えて対応するという基本的な心構えを再認識させるようなご講演でした。

私自身の発表については、1. 世界で最も先を行く、日本の高齢化社会における緩和ケアでは非がん疾患が重要とならざるをえない事をデータをもって提示し、しかもその対応が遅れている事、他の国もそれに続くことになること、2. 日米比較研究をした経験を含め、欧米とは異なるアジアの文化的背景からくる死への考え方があるのではないかと、3. 自身の経験を踏

メンタリティは以前と少しも変わっておりません。現場でも様々な仕掛けをすれば、連携力を養う教育ができること信じ、既に現職者を対象とした「緩和ケア IPW 研修会」を始めました。現在は城西大学の特任教授としても引き続き薬学教育に関わっております。研究対象としてのモルヒネに出会い、緩和ケアに足を踏み入れ、IPE を実践しながら、これからもより良い緩和ケアが提供できるよう、人材育成に注力したいと思っています。

ご関係者の皆様、今後ともご指導の程、宜しくお願い申し上げます。

国際医療福祉大学医学部 医学教育統括センター 荻野 美恵子

また神経難病を中心とした緩和ケアの技術的工夫、を中心に発表しました。マレーシアの看護師さんから、最近在宅人工呼吸器の導入を始めて行い、患者の QOL 向上のために努力をしているが、医療保険財政の限界から退院後 2 回しか訪問に行けない、もっと助けに行きたいが、あとは家族でやってもらうしかない現状で、どうしたらよいのか、と悲痛な質問を受けました。アジアの発展途上国における医療保険財政の問題に関する質問は私に答えられるはずもなく、高度医療機器を用いることは、非常に難しい状況であると改めて感じました。ただ、前職北里大学で 1986 年にはじめて在宅人工呼吸療法を始めた時には、すべてボランティアで大学から訪問して始めました。それ以降様々な医療保険を通してきましたが、最初というのはそういうことかと思っています。与えてくれるのを待っているは新しいことはできないのだろうと感じたことでした。



第6回医学生の緩和ケア教育のための授業実践大会に参加して「教育の奥深さを垣間見て」

市立砺波総合病院 総合リハビリテーションセンター呼吸療法係 理学療法士 藤吉健史

学校教育は難しい。何も知らない学生に専門用語や 技術の意味を教えなければならないからだ。

他方、臨床教育も難しい。それは学校で習った意味を踏まえて、自ら行動できるようにしなければならないからだ。



のか。この問いと向き合う為に私はこの研修に参加した。

研修に参加して感じたことは、意味(知識)

その為には、まずは頭で理解している意味(知識)を実際の現場で体験させなければならない。「習うより慣れる」とはよく言ったもので、現場で体験を繰り返すことが大切である。繰り返えず体験の中で、体験を心で感じる瞬間を経験する。ある人にとっては、心で感じる体験は人から感謝されるような嬉しいものかもしれない。別の人にとっては、心で感じる体験はヒヤリとする怖いものかもしれない。いずれにしても体験を心で感じた瞬間が「腑に落ちた」時であり、専門家として行動できるようになるきっかけをつかんだ瞬間であると私は考えている。

臨床現場でリハビリテーション専門職にがん患者への緩和ケアを教えようとする意味(知識)を教えることから始めなければならない。なぜなら、私たちは腫瘍学を殆ど学んでいないからである。病気がわからなければ、現場で体験しても「腑に落ちる」ことは難しい。では、どのように意味(知識)を教えれば良い

を教える際に大切なことは「教材」と「言葉」である。「教材」とは臨床現場を教室に再現する道具である。細やかに、そして忠実に場面設定を行うことにより学生たちに臨床現場を疑似体験させようとしている。「言葉」とは学生に意味を届ける力である。豊かな臨床経験から生み出される教師の「言葉」は、まるで学生たちの心に学ぶべき意味を届けようとしている様に感じた。

私は臨床現場にいるため教材には恵まれている。にもかかわらず臨床教育に悩むのは、受け手と話し手の組み合わせによる問題があるのかもしれない。受け手を変えることは中々難しいため、私が発する「言葉」を磨き上げるしかない。それは日々の仕事を大切にすることかもしれない。日々の臨床に裏付けされた言葉だけが後輩たちの心に届くのかかもしれないと感じるからである。

教育とは本当に難しい課題である…。

○●クールダウンエッセイ○●

2019年11月25日、厚生労働省が公表した「人生会議」の啓発ポスターが「炎上」し、翌日にはポスターの発送が中止されました。お笑いタレントの小藪千豊さんが起用されたのは自らのお母様を亡くされたときのつらい体験があつてのことだとのこと。 (「こやぶかずとよ プリン」で検索すると、物語の動画がご覧になれます。必見です!) このポスターは直感的に死を連想させ、病院に掲示できる代物ではないのは誰の目にも明らかだと思います。では、なぜそんなものが公表されたのでしょうか。語呂合わせから「いい看取りの日」とされた11月30日に間に合わせるためとの推察もありました。急ぐあまり、前もって関係者の意見を聴くという「プロセス」を省いたのが、今回の「炎上」騒動を招いた一番の原因であるということは間違いなさそうです。

厚生労働省の委託事業として全国各地で行われている「患者の意向を尊重した意思決定のための研修会相談員研修会」では、「人生会議を始めるにあたって注意すること」として国民への啓発と医療現場での実践を分けて考えることが大切である、とされています。4070万円を費やして制作されたといわれる

山梨大学医学部麻酔科 飯嶋哲也

このポスターの使い道としては、国民への啓発を目的として医療現場でない場所に限定して配布してもよいのではと思っているのは私だけではないかもしれません。

「がん告知」率は1990年には13%だった(Uchitomi, 1995)ものが、2012年には73.5% (松島, 2012)へと20年かかって向上しています。スマホやSNSの普及で情報の拡散速度が格段に速くなっている現在では「人生会議」の一般化も思いのほか早くなるのが期待されます。「がん告知」も「人生会議」もその目的は「よりよく生きる」ことにあります。誰もが迎える「死」の瞬間まで「よりよく生きる」ことができるようにするためにはどうしたらよいかを改めて考える機会を持つことができた初冬の1週間でした(2019年11月30日記)。

・・・このニュース・レターが会員の皆様のお手元に届くころには鎮静化していると思われま

