





# がんセンター年報

## 目次

今年度をふり返って	中瀬 一則	1
連携部門	櫻井 洋至	4
教育部門	井上 靖浩	7
調査部門	生物統計部門 田丸 智巳	8
	がん登録部門 福留 寿生	9
	がん登録データ2010年	11
治療部門	化学療法部門 影山 慎一	12
	放射線治療部門 山門 亨一郎	13
	緩和医療部門 佐藤 佳代子	14
	患者支援部門 中村 喜美子	22
	鈴木 志保子	
	中村 喜美子	
	地崎 真寿美	
	前田 多見	
	佐々木 知香	
	内田 恵一	
診断部門	Tumor Boardだより 松峯 昭彦	25
	平成22年度 Tumor Boardの記録	26
事務部門	岡田 康子	35
	江頭 恵	37
	福本 由美子	38
	石井 茜	40
	木村 直子	41
	村林 千歳	
	濱元 幸子	
	山口 知子	42
	坂野 華	43
	花井 大介	44
事務部門のがんセンターサポートについて	小林 康之	46
三重県での地域がん登録の実施について	中瀬 一則	47
オーストラリアの緩和ケアから感じたこと	岡本 明大	53
市民公開講座とがんチーム医療研究会について	中瀬 一則	56
がんセンター2010年度関連イベント日程表		63
がんプロフェッショナル養成プラン推奨大学院セミナー一覧		69
がんセンター名簿		75
がんセンター規程		76
緩和ケアマニュアル		附1～附51
編集後記		

## 今年度をふり返って

がんセンター長 中瀬 一則



平成18年8月に、三重大学医学部附属病院にがんセンターが設立されてから、5年が経過しました。がんセンターでは、これまで「多職種・多業種の連携」を基本理念として、大学病院内での各診療科間及び職種の枠を超えた連携、行政、保健所および関連病院、診療所との連携推進、地域における市民公開講座等を通じた啓発活動などにより、人と人との繋がりによるシームレスながん診療連携体制を構築することを目指して活動を行ってまいりました。

平成22年度は、前号の年報でも少しご紹介させて頂きましたが、平成22年4月8日に、三重大学医学部附属病院が事務局となる「三重医療安心ネット」の設立発表会を行い、三重県でのインターネットによる医療連携の開始元年となりました。この設立発表会は、平成21年度に、がん診療連携拠点病院機能強化事業補助金と三重県が総務省より獲得した地域情報通信技術利活用推進交付金（国による仕分け作業により、当初予算よりかなり減額された）を活用して、準備を進め、21年度末にID-Linkによる双方向型のアプリケーションサーバーを県内6病院に導入が完了したことを受けて、三重県全体への広報のために行いました。

また、平成21年11月に三重大学から文部科学省へ申請する平成23年度特別経費（プロジェクト分）概算要求（地域貢献機能の充実）の募集がありましたので、がんセンターから、このID-Linkの拡充を重点項目として、地域医療貢献、地域活性、人材養成機能充実、専門医教育を柱とした「三重総合がんセンター推

進事業」の計画書案をまとめ、申請をさせて頂きました（図1）。この要求内容が三重大学からの申請分として採択されたため、平成22年5月26日に文部科学省の本庁でのヒアリングでプレゼンテーションを行いました。三重県全域でインターネットを活用したがん診療連携体制を構築するという他府県にはみられない構想でしたが、残念ながら、不採択となりました。



図1. 三重総合がんセンター推進事業の説明資料（表紙抜粋）

しかし、平成22年12月になり、三重県健康福祉部より、平成23年度三重県地域医療再生計画（拡充分）のがん領域における計画書案の作成を命じられましたので、再度、がん診療連携拠点病院の機能強化・連携強化と退院後の患者を地域において受け入れる体制の確保支援をテーマとして、ID-Linkの拡充によるインターネットを活用したがん診療地域連携の推進を骨子とした計画案を立てさせて頂きました（図2）。計画案の作成に当たっては、地域がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院、三重県医師会、三重大学医学部公衆衛生学講座のそれぞれの代表の先生方と平成23年1月20日、1月25日、2月17日、2月25日の計4回にわたって協議をさせて頂き、その内容についてまとめた計画案を、3月8日に、竹田 寛三重大学医学部附属病院長を部会長とする三重県医療審議会地域医療対策部会の委員による第1回目のヒアリングでプレゼンテーションを行いました。さらに、4月14日に各代表の方々と最終的な協議を行い、その結果を踏まえ

て、4月19日に第2回目のヒアリングに臨みました。このがん領域の計画案については三重県健康福祉部で他の領域と調整の上、厚生労働省へ提出され、平成23年10月に交付額が内定される予定になっています。地域医療再生計画により、三重県全域にわたるがん診療連携体制が構築され、切れ目のない安心・安全ながん医療が実現されることを期待しています。

### 三重県地域医療再生計画(拡充分)

#### テーマ

- ・がん診療連携拠点病院の機能強化・連携強化
- ・退院後の患者を地域において受け入れる体制の確保支援

三重大学医学部附属病院がんセンター  
中瀬一則

関係者：がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院、診療所(医師会)

図2. 三重県地域医療再生計画がん領域説明資料(表紙抜粋)

また、長年の懸案であった三重県の地域がん登録について、三重県のワーキンググループでの協議の結果、がんセンターが事務局となって地域がん登録に取り組むことになり、平成22年10月19日に開催された、内田淳正三重大学学長を会長とする三重県がん対策推進協議会で、平成23年度から、三重県の地域がん登録が開始されることが決定されました。平成23年4月1日付けで病理の福留寿生先生に、がんセンターの助教として移動して頂き、福留先生、医療サービス課の小林係長を中心にして、がんセンターで本格的に地域がん登録の準備を開始しております。この地域がん登録の意義を理解して頂くために、平成22年度三重県がん登録推進強化事業(地域がん登録)研修会として、平成23年3月10日(木)にプラザ洞津で、三重県内の医療機関でがん診療に携わる医療従事者、がん登録関係者及び行政担当者を対象として説明会を開催させて頂きました。この説明会には、国立がんセンターがん対策情報センターのがん情報・統計部地域がん

登録室室長の味木和貴子先生にお越し頂き、地域がん登録の目的と具体的な活用例についてご講演を御願いしました。なお、地域がん登録実現への経緯については、この年報の中でご報告させて頂いております。

また、紀宝町からがんセンターに、がん検診受診促進事業への協力依頼があり、企画評価委員会委員に就任させて頂きました。平成22年10月6日から平成23年3月29日まで、計7回企画評価委員会が開催され、それぞれ意見を述べさせて頂きました。紀宝町のがん検診受診率のさらなる向上を期待しております。なお、紀宝町は平成23年9月3日の台風12号の影響で豪雨が続き、土砂崩れや河川の増水による浸水などの多大な被害を受けられました。この場をお借りして、被害に遭われた方々へのお見舞いと、被災地の一日も早い、復旧、復興を心よりお祈りさせて頂きます。



味木先生のご講演の様子

がんの教育啓蒙活動では、例年のように、がん診療に携わる医療者向けのがんチーム医療研究会と地域住民の方向けの市民公開講座をそれぞれ2回ずつ開催しており、今年度も多数の参加者をお迎えし、盛会のうちに終了させて頂きました。ありがとうございました。

以上、主だった活動に関して、ご報告致しましたが、それぞれの部門・部署のリーダーと事務職員の方々にも、平成22年度1年間の活動報告をして頂きました。

がんセンターでは、さらに組織の拡充を目指し、三重県のがん診療の発展に少しでも貢献できるように活動を続けていきたいと考えておりますので、附属病院内の皆様には、引き続き御指導、ご鞭撻を何卒よろしくお願い申し上げます。



私からも閉会の挨拶で地域がん登録の重要性について訴えさせて頂きました。

## 連携部門

櫻井 洋至

2007年6月の「がん対策推進基本計画」で閣議決定された目標の一つである「5年以内にすべてのがん診療連携拠点病院で5大がん（胃、大腸、肺、乳、子肝）の地域連携クリニカルパスを整備」の部分で次期がん診療連携拠点病院の更新に際して、平成20年3月1日付けの厚生労働省健康局長通知で必須要件となることが示されたことにより連携部門の最大のミッションはがん地域連携クリニカルパスを整備することであり、その地域連携パスを広めるための強力なツールとしてIT医療連携ネットワークの導入を目指して活動を行って参りました。

### がん連携クリニカルパスとは

がん連携クリニカルパスとは、

- ・ 医療機関の機能・役割分担表
- ・ 共同診療計画表（医療者用地域連携クリニカルパス）
- ・ Myカルテ（患者用地域連携クリニカルパス） ≡ 医療連携ネットワーク
- ・ 医療連携ポスター

の4つを兼ね備えたもので、特に、われわれが院内で使用しているようなクリパスを地域の連携病院との間で共有する、診療計画表（がん診療連携拠点病院と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表）を共有することにより、病院医師だけでなく、在宅医、かかりつけ医、訪問看護師（ステーション）、薬剤師など地域の医療者が連携してがんの患者を支えるネットワークの要になる部分と考えてよいと思います。

### がん地域連携パスを広める強力なツール（三重医療安心ネットワークの整備）

以上の地域医療連携を構築するためにがんセンターでは医師会の協力を得て、県ならびに中勢地区のがん

拠点病院である三重大学病院、三重中央医療センターと近隣の開業医（在宅医、かかりつけ医）などが集まって、肝がんクリニカルパス研究会（第4回よりがん連携クリニカルパス研究会に改称）を立ち上げ、6回にわたって講演会やワークショップ活動を行って、地域連携クリニカルパスの構築、普及活動を行って参りました。

この連携クリニカルパスをスムーズかつ、広く普及させるためのツールとして、三重大学がんセンターでは極めてセキュリティの高いインターネット回線を通じて、どこの医療施設からでも、連携する医療機関での患者さんの診療情報（血液検査データ、CTなどの画像データ、処方内容、入退院サマリー、紹介状、クリニカルパス）を共通のIDひとつで検索できるシステム（ID Link）を利用した地域IT医療連携ネットワーク（三重医療安心ネットワーク）を立ちあげることが計画されました。すなわちこのネットワークの設立目的は、がんをはじめとする地域連携クリニカルパスの円滑な運用と県内における安心、安全かつ切れ目のない医療提供体制の充実をめざすことにあります。

平成21年当時、国もこのような医療連携システムへのIT技術の導入に対しては率先して補助金を交付して頂ける方向で進んでおり、県がん診療連携拠点病院である三重大学附属病院と中勢地区の地域がん診療拠点病院である三重中央医療センターではそれぞれ厚生労働省から「厚生労働省がん診療拠点病院機能強化事業補助金」の交付が決定していたところに、他の県内の拠点病院に対してもこのシステムを普及させる目的で三重県が「総務省ユビキタスタウン構想推進交付金」をうけることができました。平成21年8月総選挙の結果民主党政権が誕生し、事業仕分けにより一時この補助金が仕分けの対象となる懸念が生じましたが、陳情などを行った結果大幅な削減をさけることができ、その結果県内4病院を追加して合計6拠点病院で、平成22年4月に三重県全域をカバーして三重医療安心ネットワークとして稼働を開始することが出来ました。

これにより大学や地域の病院で実施された検査や画像、処方、サマリーなどの情報が連携する（該当する患者さんがかかっている病院であれば）どの医療機関でも閲覧、共有でき、患者さんや医療者にとって大変安心で有益なシステムが稼働することとなりました。

このIT医療連携のメリットとしては、1) ムダな検査、投薬の重複を省いて効率化、2) 拠点病院間では紹介、逆紹介はフィルムレス、3) 遠方の患者さんは最寄りの拠点病院で定期検診(CT,MRI,PET)、治療(化学療法、放射線治療など)が行え、専門施設で情報を共有、4)連携施設間（病院、かかりつけ医、在宅医、訪問看護・介護ステーション、MSW）では血液検査、処方、CTなど画像情報を共有し、病気の状態を正確かつリアルタイムに把握することで、緊急・急変時に迅速・適切な対応、5) 連携クリニカルパス（共同診療計画表）を共有し、切れ目なし、きめの細かい医療支援（リハビリ・在宅含む）、6) 連携の強化により、かかりつけ医の負担や不安を軽減などの多くのメリットが期待されます。

## 診療報酬の算定

国、厚労省は平成22年4月の診療報酬改正で、がん専門病院ががん治療を行って、退院する患者さんを地域連携クリニカルパスを用いてかかりつけ医や在宅医などと連携して治療を行う場合に、がん地域連携計画策定料（750点）を、連携医療機関側にはがん治療連携指導料（患者一人当たり月1回、300点）を算定することにより、新たにがんの連携に関わる地域連携の評価を行うことを決めました。未だ制度としては始まったばかりで、特掲診療料加算のための施設基準、連携先の施設認定や施設登録を個々の患者ごとに退院前に完了する必要があることの事務手続きが複雑、煩雑なことなど、運用手続き上多くの問題を残してはいますが、今後がんをはじめとする医療連携ネットワークを推進することにより患者さん、医療者に安心確実

な連携をもたらすのみならず、診療報酬算定によりがん診療で連携体制を取る医療機関に対して、病院経営上の負担をかけずに病診連携、病病連携の強化となることも期待されます。

## 三重医療安心ネットワークの現状

平成22年8月末の時点で三重医療安心ネットは連携患者数624名に登り、増え続けています。一方、情報開示施設もがん診療連携拠点4病院を含む6病院に加え、診療情報を共有することのできる閲覧施設の整備が進み、連携医療機関は45施設に増えました。さらに平成22年4月より試験運用(ネットワーク接続料:無料)を開始し、10月からの本格稼働ではネットワークへの接続料が全国では5,980円/月であったのを、ID Linkの開発元であるSEC社の協力で三重医療安心ネットワークでは2,980円/月と割安の値段でサービスの提供を開始いたしました。さらに平成23年8月より閲覧施設、すなわちかかりつけ医などの連携医療機関の接続料を0円/月(無料化)する事ができました。これによって、かかりつけ医の先生の医療機関では、インターネットに接続可能なパソコンがあるだけで、大学病院や拠点病院にかかっている患者さんの画像、検査結果、処方情報、レポートなどが共有でき、日常の診療の効率化、拠点病院とのがん、脳卒中、大腿骨頸部骨折などの診療連携クリニカルパスに役立つツールとして利用頂けます。また、拠点病院と緊密な連携体制をとっていることのでかかりつけの患者さんの安心していただけるものと思っております。また、平成23年度の地域医療再生基金でも、三重県内すべてのがん診療連携拠点病院が情報開示施設となるためのサーバーの整備が完了するほか、がん連携推進病院など平成23年度中には三重県下合計6病院に拡充予定であり、三重県全域どこでもMy病院といえる医療連携を構築することができる見込みです。三重県とがん診療連携拠点病院を中心に三重県民のみな

まの健康に資することができるよう努力を続けたいと  
考えておりますので、何卒よろしくご協力、連携施設  
への御加盟のほどお願い申し上げます。

## 教育部門

井上 靖浩

教育部門ではがんに対する化学療法、手術療法、放射線療法、緩和医療などの講演会を定期的で開催し、県内の各病院、医院へも積極的に案内し、県内のがん治療の標準化を図っています。

昨年度よりEKIDEN for Lifeの会（がんと闘っている人を励まし、がん研究を支援するための会）による「EKIDEN for Life～生命の駅伝～ 市民公開講座」を年1回お手伝いさせて頂くこととなり、平成22年5月23日（日）に三重大学三翠ホールにて「生命の駅伝ジョイント 市民公開講座—知ってほしいがんのこと—」と題し、専門の医師による講演が行われました。あいにく雨天となってしまいましたが、講演1「がんと上手につきあう方法：NTT関東東日本病院緩和ケア科部長 堀夏樹先生」、講演2「躍進するがん研究—歩いて走ってがん予防—：愛知県がんセンター研究所 所長 田島和雄先生」の2講演が行われ、226名の参加者が熱心に傾聴されていました。また、激しい風雨の中、メインの駅伝もしっかりと行われました。



激しい風雨の中をRUNスタート

もう一つの市民公開講座は、消化器がんをテーマに平成23年2月19日（土）、三重県総合文化センター中ホールにて第4回市民公開講座「がんから身を守る！！知ってほしい消化器がん～胃がん・大腸がんの診断と治療」が開催されました。こちらは、5大癌をテーマに毎年1回行ってきているものです。

当日は前年度を大きく上回る605名ものご参加を

頂き、内科、外科、放射線科それぞれの領域の専門医により、検診から治療まで興味深い講演が行われました。また大学病院をあげて取り組んでいる三重医療安心ネットワークについても、がんセンター地域連携部門長 櫻井洋至先生から、市民の方々へわかりやすく解説いただき、大変好評を博しました。



今後も同様に、年2回の定期的市民公開講座を予定しており、引き続きがん治療の均てん化に貢献できればと考えております。

## 調査部門 生物統計部門

田丸 智巳

このたび東北地方太平洋沖大震災により、お亡くなりになられた皆様に深く哀悼の意をささげます。被災された皆様に、心よりお見舞い申し上げますとともに、被災地の一日も早い復興をお祈り申し上げます。

平成23年1月24日、国立がん研究センターが主催する第1回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会－臨床試験部会が、国立がん研究センター内国際交流会館で開催されました。全国の都道府県がん診療連携拠点病院のうち、臨床試験部会に参加を希望した49病院すべてからの部会委員もしくは代理出席者、厚生労働省健康局総務課がん対策推進室および内閣官房医療イノベーション推進室のスタッフ、国立がん研究センターのスタッフが参加しました。当院から正委員の西川政勝臨床研究開発センター長、副委員の田丸智巳同副センター長が出席しました。開会にあたり、国立がん研究センター 嘉山孝正理事長から、「オールジャパンで臨床試験／医師主導治験を実施するための受け皿として、臨床試験部会が設置された。みなさまのご協力をよろしく願いいたします。」とあいさつされました。

次に、国立がん研究センター 境田正樹理事長特任補佐より、医療イノベーションの概要、および、医療イノベーション推進室と臨床試験部会との関係についての説明が行われました。

国立がん研究センターがん対策情報センター 多施設臨床試験・診療支援部 福田治彦部長より、臨床試験部会の機能・役割について、説明が行われました。この中で、臨床試験部会は、研究者主導臨床試験の基盤整備と実施支援を主たる目的としており、米国におけるNational Cancer Institute - Cancer Therapy Evaluation Program (NCI-CTEP) に相当する役割を担うことを想定していること、医療イノベーション推進室、がん対策推進室、医薬品医療機器総合機構との緊密な連携が不可欠であること等の説明がされました。次に、同多施設臨床試験・診療支援部 薬事安

全管理室 柴田大朗室長より、医薬品の適応外使用にかかわる問題点、および、高度医療評価制度の概要について説明が行われました。

さらに、臨床試験部会規約案が福田部長より提示され、その内容が検討されました。この中で、臨床試験部会委員は、都道府県拠点および国立がん研究センター中央病院・東病院から選出されることが決定されました。また、開発拠点の選定においては、過去の実績のみで評価するのではなく、質が担保されている場合、地域性も考慮したうえで選定されるべきとされました。さらに、共同研究グループの選定は、過去の実績の評価のみでなく、対象が希少疾患であるか否かも考慮されるべきとされました。その他にも規約案に対して多くの意見が出され、活発な議論が行われました。最後に今後の予定として、第1回臨床試験部会での議論内容を反映した規約案を臨床試験部会事務局が作成し、その内容について、第2回臨床試験部会を3月に開催し議論することが決定されました。

3月25日に第2回臨床試験部会が開催される予定でしたが、冒頭の震災の影響で延期となりました。7月20日に行われる予定となりましたが、台風6号のため延期されることとなりました。改めて10月25日に開催されることとなっております。会の様子は追って連絡させていただきます。

今後ともよろしく願い申し上げます。

# 調査部門 がん登録部門

福留 寿生

## がん登録について

2006年の院内がん登録開始より2010年までの院内がん登録は田畑務先生が担当されていましたが、2011年4月より担当を引き継ぎました。院内がん登録は各診療科の先生方のご理解とご協力の上に成り立っており、今後ともご支援をいただきますようお願いいたします。

### 1. がん登録部門の概要

がんセンターに設置されているがん登録部門のスタッフは、登録実務を行う8名の女性事務員と、1名の診療情報管理士、事務全般をサポートする医療サービス課係長と私（病理専門医）の11名で、各診療科の先生方にも必要に応じてご協力いただいています。女性事務員はがんセンターに設置されている他部門の業務すべてにも関わっており、状況に応じて分担して登録をおこなっています。診療情報管理士と私はそれぞれの役割に応じて登録実務への助言と支援を行い、係長は企画・広報および県や他の医療機関との連絡調整を担当しています。病棟6階にあるがんセンター内にはがん登録専用のパソコンが設置されており、個人情報保護に配慮した登録を行っています。2011年末の新病棟開設に伴い、がんセンターも移転予定です。

### 2. 院内がん登録の現状

2006年9月より開始した院内がん登録も4年目を迎えました。当院では登録データの標準化と悉皆性の確保、医師の業務を増やさないとの方針から、国立がん研究センターが行う研修会を修了した登録実務者により標準登録様式に準拠した登録を行っています。2010年度の院内がん登録総数は1582例で（表）、2008年の院内がん登録の開始から登録数は増加しています。三重県の2010年の推定がん罹患患者数を1万人（がん死亡

者数のおよそ2倍と推定される）とすると、当院は三重県のがん医療の約1割強を担っていることとなります。院内がん登録を行うことは当院が「都道府県がん診療連携拠点病院」であるための指定要件で、毎年国立がん研究センターへの登録データ（個人の特定につながる情報を含まない）の提出が義務づけられています。現時点で4年分の登録情報が存在しています。現状では当院での診療が終了した院内がん登録症例に関する予後調査は行われていませんが、試験的試みとして国立がん研究センターによる登録症例の予後調査が計画されています。

### 3. 地域がん登録への取り組み

地域がん登録の最大の目的は、がんの罹患を把握することです。がん予防対策やがん検診などの早期発見・早期治療につながる施策の有効性を検証するためには、罹患と死亡の両方を把握することが必要です。国は地域がん登録を推進しており、三重県でも2011年7月より三重県地域がん登録が開始されました。2012年度にはすべての都道府県で地域がん登録が開始される予定です。当院がんセンターは三重県地域がん登録事業を受託しており、現在登録開始に向けての準備が進められています。がんセンターの移転に合わせ入室制限された中央登録室が設置される予定です。

### 4. がん登録研修会の開催、院内学習会の実施

院内がん登録は地域医療連携拠点病院の指定要件となっており、地域がん登録の基盤でもありません。院内がん登録を行う県内の基幹病院も徐々に増えており、登録実務担当者には腫瘍全般に対する知識と、院内がん登録の標準登録様式に関する知識とが求められます。がんセンターは、「がん登録ネットワーク」と名付けたメーリングリストを利用した情報提供やがん登録研修会の開催を行

っています。院内がん登録研修会では福井県立病院病理科の海崎先生にご協力を頂き、2010年度は2回の研修会を行いました。また、2011年度よりがんセンター内で登録担当者向けの勉強会を始めています。

#### 5. 今後の課題

国立がん研究センターは、2011年7月末より全国集計された院内がん登録データのうち2008年度分をホームページ上で公開しました。医療機関ごとの詳細なデータが公表されており、今後は、がん治療を受けようとする方が医療機関を選択する際の重要な情報になると考えられます。三重大学附属病院のがん医療の姿を正しく知っていただくため、がん症例を漏れなく正確に登録することを心掛けたいと思います。

がんセンターは地域がん登録に関して、三重県の中央登録室の役割を担っており、がん対策に役立てることのできる可及的に漏れのない正確な登録を目指します。がん拠点病院でない医療機関にも院内がん登録を行っていただくため、がん登録担当者に対する研修会の開催に加えて、県の担当者とも連携し必要な活動を行う考えです。

院内がん登録データを利用してがん診療を客観的に評価し、医療活動に役立てる上で、登録症例の予後情報を得ることは重要です。がん登録に関する早急な法整備が望まれますが、個人情報保護に配慮した予後調査の在り方について検討していきたいと考えています。

# がん登録データ2010年

## 平成22年度の院内がん登録者数

単位:人

臓器種類	性別		外科的治療	体腔鏡的治療	内視鏡的治療	放射線治療	化学療法	免疫・内分泌	その他	
	集計	男								女
脳	50	23	27	44	0	2	10	7	0	1
喉頭・声門	16	15	1	8	0	0	3	2	0	0
口腔・咽頭	64	45	19	34	0	1	20	33	1	2
甲状腺	34	13	21	24	0	0	1	4	0	2
肺	128	86	42	22	40	1	6	33	3	20
食道	31	25	6	9	1	6	4	13	0	1
胃	130	95	35	44	13	49	1	18	0	3
大腸(結腸・その他)	72	31	41	24	11	11	0	8	1	2
大腸(直腸)	59	34	25	16	6	5	3	6	2	2
肝・肝内胆管	89	65	24	18	0	0	4	25	3	44
胆嚢	7	3	4	3	0	0	0	2	0	0
肝外胆管	24	17	7	12	0	0	6	13	0	2
膵臓	55	29	26	17	0	0	13	19	0	1
乳房	271	0	271	240	1	1	8	33	6	4
子宮(頸部)	52	0	52	36	0	0	10	7	1	3
子宮(体部)	47	0	47	44	0	0	0	5	2	1
子宮NOS	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0
卵巣・卵管	42	0	42	33	0	0	0	12	0	0
外陰・膺	12	0	12	6	0	0	1	1	1	0
陰嚢・陰茎	3	3	0	2	0	0	0	0	0	0
前立腺	59	59	0	14	4	0	6	4	18	0
肛門管	4	3	1	3	1	0	0	0	0	1
腎	82	62	20	17	9	4	0	5	1	35
腎盂・尿管	8	5	3	2	0	1	1	3	0	0
副腎	3	2	1	1	0	0	0	2	0	0
膀胱	37	27	10	7	1	20	1	1	0	0
皮膚	103	51	52	91	0	0	1	3	2	0
骨髄	24	17	7	0	0	0	0	20	0	0
リンパ節	12	7	5	0	0	0	0	7	0	0
後腹膜	4	2	2	1	0	0	1	2	0	0
軟部組織	30	18	12	22	1	0	3	4	0	0
原発不明	12	7	5	3	0	0	0	7	0	0
胸腺	2	0	2	0	1	0	0	0	0	0
縦隔・胸膜	3	3	0	1	0	1	0	2	0	0
骨	8	4	4	5	0	0	0	3	0	0
脾	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
総計	1582	752	830	803	89	102	103	304	41	124

# 治療部門 化学療法部門

影山 慎一

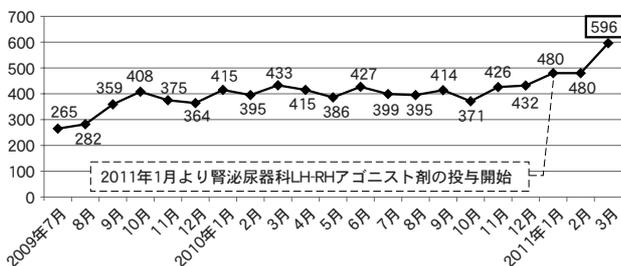
化学療法部門は2010年4月に院内中央診療部門として外来化学療法部が設置され、部門委員会は外来化学療法部運営委員会に移行した。部長は発足時は片山教授（血液・腫瘍内科）が、2010年6月より影山准教授（遺伝子・免疫細胞治療）が担当し、副部长は井上講師（消化管外科）が担当している。

外来化学療法部が病院2階に設置され、12の治療ユニットに加えて、隣接内科外来にも3ユニットを追加して、15ユニットでの運用をしている。また、薬剤調整室に2台の専用安全キャビネットを設置し、当日治療決定された化学療法剤の薬剤調整を行っている。また、専用の診察室を2部屋設置している。

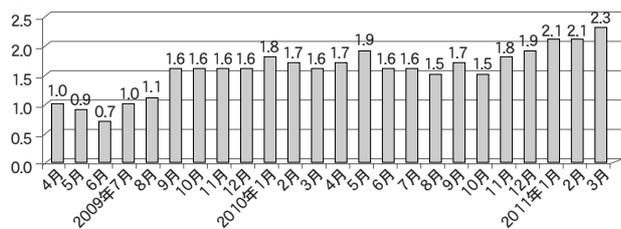
2009年4月から内科部門の化学療法を開始、同年7月よりは全科受け入れた体制で院内の外来化学療法が一元的に行われている。外来化学療法部設置に伴い、治療レジメン登録がほぼ完備され、登録レジメンからの注射薬処方が行われ、より安全性が増している。外来化学療法部では定例運営委員会が毎月開催され、医師、看護師、薬剤師、事務と院内多職種の打ち合わせが行われている。

2010年度は総数5,221件の治療を実施した。2009年度は3,916件であったので、33%増加の実績となった。月別推移と月別稼働率を下図に示す。

●月別推移

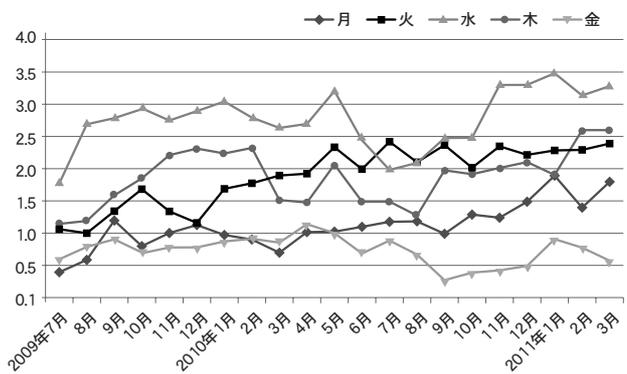


●月別稼働率

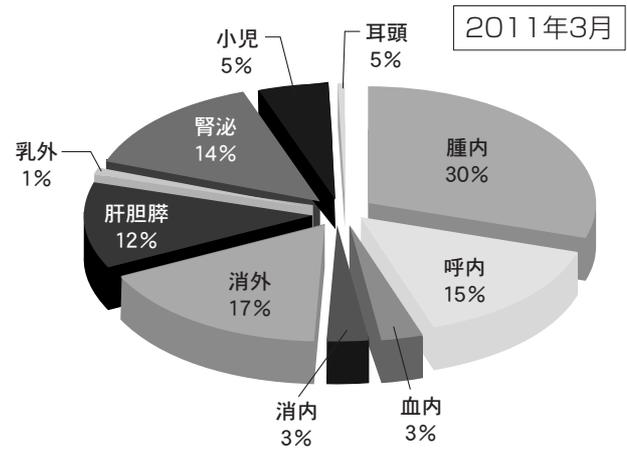


曜日別には、水曜日が最も多く、次に木曜、火曜で稼働率2以上であった。月曜日と金曜の実施数が少なく、特に金曜は稼働率1を下回っていた。

●曜日別稼働率



診療科別では、3月のみの集計であるが、腫瘍内科、消化管外科、呼吸器内科、肝胆膵外科の順であった。院内12科の治療を担当している。



このように運用開始後、1年8か月経過して順調な治療実施となっているが、現在の12(+3)のユニットでは絶対数の不足があり、新病院への移行までこれ以上の治療数を増やすことが困難になりつつあり、過渡的増床も含めて、病院方と協議調整すべきと考えている。

以上

## 治療部門 放射線治療部門

山門 亨一郎

放射線治療部門の主要な仕事はがん治療です。放射線治療グループと、インターヴェンショナル・ラディオロジー（Interventional Radiology以下IVR）グループの2つのグループから構成され、それぞれのグループで特色のある治療を行っています。

放射線治療は現在、ほとんどが外来で行われています。平成22年度は2台ある照射装置を全て更新いたしました。照射休止期間を短くするため、1台ずつ更新を行ったため、一日の患者数は約25～30人でした。平成22年度の患者数の内訳は体外照射211人、のべ治療数5120、腔内照射は患者数24人、のべ治療回数47でした。平成22年10月から、1台目の治療装置（Brain LAB社製 Novalis Tx）が稼働を始め、画像誘導にて照射野の位置合わせが出来るようになり、Image guided radiotherapyを行っています。今後、2台目が稼働を始めましたら、特殊治療を行っていきたいと考えています。

一方、IVRグループではラジオ波治療や、肝臓癌に対する肝動脈塞栓術等の治療を行っています。ラジオ波治療数は肺癌180、肝臓癌164、骨腫瘍約42、腎癌45、副腎腫瘍4、その他20の総計455治療でした。肝動脈塞栓術は約250治療でした。約100件の膿瘍ドレナージも施行しています。また、椎体形成術などの先端医療も積極的に行っています。

# 治療部門 緩和医療部門

佐藤 佳代子・中村 喜美子

## I. 緩和ケアチームの活動

2010年度の活動について報告します。

依頼件数は、年間81件でした。依頼内容では、最も多かったのが「疼痛コントロール」、次いで「心のケア」「転院・退院調整」「家族のケア」「消化器症状のコントロール」の順でした。「疼痛コントロール」が依頼内容の第一位であることはこれまでと変わりはありませんが、昨年度までは全体の5割を占めていたのが、今年度は4割弱になっております。また、オピオイドの導入やシンプルな疼痛コントロールはそれぞれの部署で行われ、コントロールに難渋する症例が緩和ケアチームに依頼されるようになってきたように思います。このように変化してきた要因の一つには、医療者への研修の効果があると考えます。三重大学主催の医師対象の緩和ケア研修会も今年度で3回目を終了しました。看護師教育も、院内のがん看護研修が4年目を迎え、多くの看護師が修了しております。このように、研修を修了した医師看護師が増えることで、プライマリー緩和ケアのレベルアップが図られてきているのではないかと感じております。

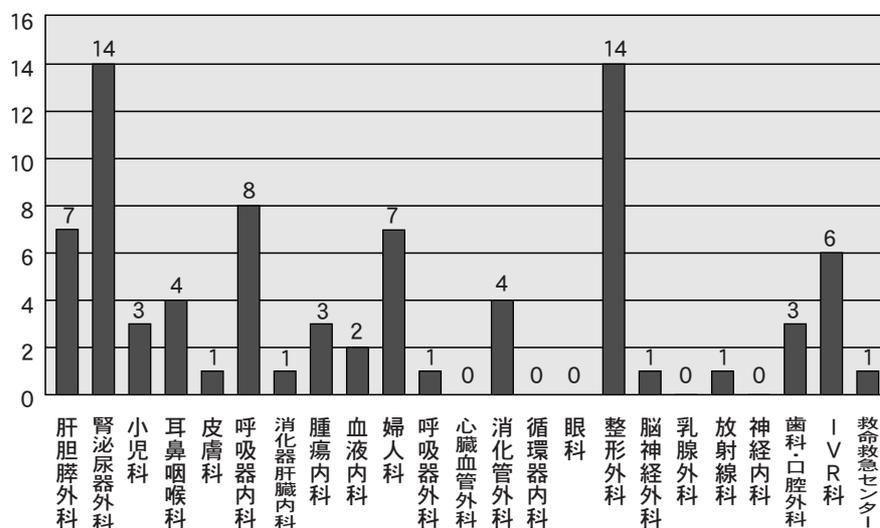
また、今年度初の試みとして、一般市民に向けた緩和ケアについての啓蒙活動を行いました。10月10日の津まつりに、「緩和ケアを知っていますか？」というテーマのもと、市民の皆さんに緩和ケアについてのパンフレットやチラシを配ったり、緩和ケアについての相談会を行ったりしました。

市民の方々にとっては、“緩和ケア”という言葉はまだまだ身近なものではなく、終末期になってからのケアであると思っておられる方がやはり多いと感じました。しかし、このイベント中に、健康診断結果についての質問があったり、がん患者を抱えるご家族の方から緩和ケア病棟についての相談があったりするなど、市民の方々は一気軽に相談できる場を求めていることが分かりました。今後も、院内活動だけでなくこのような院外活動も継続的に行っていきたいと考えております。

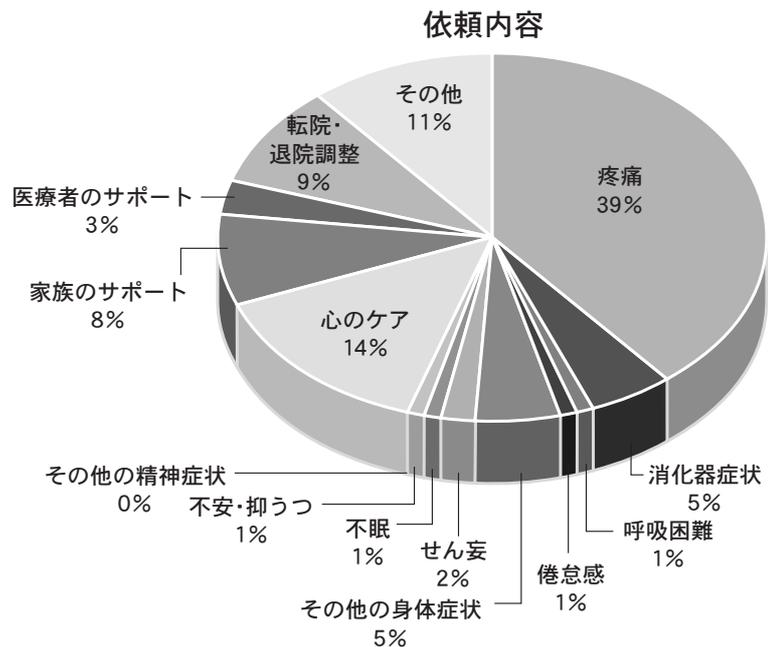
以下に、2010年度の緩和ケアチームへの依頼について表とグラフで報告致します。

依頼部署	件数
肝胆膵外科	7
腎泌尿器外科	14
小児科	3
耳鼻咽喉科	4
皮膚科	1
呼吸器内科	8
消化器肝臓内科	1
腫瘍内科	3
血液内科	2
婦人科	7
呼吸器外科	1
心臓血管外科	0
消化管外科	4
循環器内科	0
眼科	0
整形外科	14
脳神経外科	1
乳腺外科	0
放射線科	1
神経内科	0
歯科・口腔外科	3
IVR科	6
救命救急センター	1
合計	81

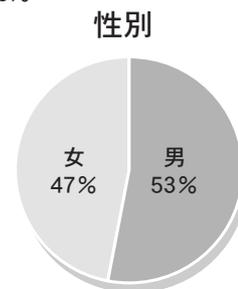
依頼部署



依頼内容	件数
疼痛	48
消化器症状	6
呼吸困難	2
倦怠感	1
身体症状その他	6
せん妄	2
不眠	1
不安・抑うつ	1
精神症状・その他	0
心のケア	17
家族のサポート	10
医療者のサポート	4
転院・退院調整	11
その他	14
合計	123



性別	件数
男	43
女	38
合計	81



## Ⅱ. 各メンバーの活動実績

### 佐藤佳代子

#### ○研修会の企画運営

- ・三重大学医学部附属病院 緩和ケア研修会 企画責任者 (2010年12月23・26日)

#### ○研修会での講師

- ・県立総合医療センター 緩和ケア研修会の講師 (2010年5月28日)  
「M-3 がん疼痛治療の評価と治療」
- ・松阪中央総合病院 緩和ケア研修会の講師 (2010年7月18日)  
「M-3 がん疼痛治療の評価と治療」
- ・三重県がんにおける質の高い看護育成研修の講師  
がん性疼痛のマネジメント「痛みのメカニズム」(2010年11月1日)  
がん性疼痛マネジメント「薬物療法、薬物以外の治療」(2010年11月8日)

○研修会・研究会等での発表

- ・がんプロフェッショナル養成プラン緩和医療研修会（2010年2月20日 京都メルパルク）  
「三重大学医学部附属病院 緩和ケアチーム 活動報告」発表

松本卓也

○研修会での講師

- ・JA 愛知厚生連 海南病院 緩和ケア研修会の講師（2010年4月3・4日）  
「M-7 精神症状 気持ちの辛さ・せん妄」
- ・JA 三重厚生連 鈴鹿中央病院 緩和ケア研修会の講師（2010年9月20日）  
「M-7 精神症状 気持ちの辛さ・せん妄」
- ・三重大学医学部附属病院 緩和ケア研修会の講師（2010年12月23・26日）  
「M-7 精神症状 気持ちの辛さ・せん妄」
- ・三重中央医療センター緩和ケア研修会の講師（2011年3月20・21日）  
「M-7 精神症状 気持ちの辛さ・せん妄」
- ・三重県がんにおける質の高い看護育成研修の講師（2011年2月4日）  
「精神症状の理解」

岡本明大

○研修会での講師

- ・三重大学医学部附属病院 緩和ケア研修会の講師（2010年12月23・26日）  
「M-9 地域連携」

○オーストラリア緩和ケア研修 in Adelaide（2010年9月6日～10日）

鈴木志保子

○研修会での講師等

- ・三重大学医学部附属病院 緩和ケア研修会の講師（2010年12月23・26日）  
「M-9 地域連携」
- ・三重県がん相談員研修 グループワークファシリテーター（2010年12月19日）

○三重大学がんセンター主催市民公開講座のパネリスト（2011年2月19日）

- ・「消化器がんの治療 パネルディスカッション これからのがん医療について」

○研修会・研究会等での発表

- ・第10回がんチーム医療研究会にて発表（2011年3月1日）  
「リボンズハウスからの報告～開室1年間の取り組みと今後の課題」

- ・ キャンサーリボンズネットワーク会議 (2011年3月6日)

#### 前田多見

##### ○研修会での講師等

- ・ 三重大学医学部附属病院 緩和ケア研修会の講師 (2010年12月23・26日)  
「M-9 地域連携」

##### ○研修会・研究会等での発表

- ・ 第10回がんチーム医療研究会にて発表 (2011年3月1日)  
「リボンズハウスからの報告～開室1年間の取り組みと今後の課題」
- ・ キャンサーリボンズネットワーク会議 (2011年3月6日)

#### 佐々木知香

##### ○研修会・研究会等での発表

- ・ 第10回がんチーム医療研究会にて発表 (2011年3月1日)  
「リボンズハウスからの報告～開室1年間の取り組みと今後の課題」

#### 福永稚子

##### ○研修会企画・運営

- ・ 2009年度 三重県がんにおける質の高い看護師育成研修 フォローアップ研修 (2010年10月12日)
- ・ 2010年度 三重県がんにおける質の高い看護師育成研修  
(2010年12月13日～17日・2011年1月11日～2月25日)

##### ○研修会での講師等

- ・ 三重大学医学部附属病院 緩和ケア研修会での講師およびファシリテーター (2010年12月23・26日)
- ・ 看護学科講義「成人看護学；放射線治療をうける患者の看護」(2010年6月1日)
- ・ 三重看護専門学校講義 「和顔愛語論；和顔愛語の実践」(2010年6月25日)
- ・ 三重県看護協会主催 中堅看護職員実務研修 (がん看護) (2010年10月27日)  
「がん患者とのコミュニケーション」「コミュニケーション演習」
- ・ 看護学科成人看護学Ⅱ 「放射線治療を受ける患者の看護」(2010年12月8日)
- ・ 三重県がんにおける質の高い看護師育成研修  
「放射線治療をうける患者の看護」(2010年12月17日)  
「コミュニケーション」(2011年2月4日)
- ・ 三重大学医学系研究科 がん看護援助論Ⅰ (2010年12月21日)  
「症状管理6 放射線治療」

##### ○研修会・研究会等での発表

- ・三重がん看護フォーラム 事例検討パネリスト (2010年5月8日)
- ・第30回日本看護科学学会学術集会 交流集会 (2010年12月3日)  
「初期段階におけるCNSが経験する困難とそれを乗り越えるための取り組み」
- ・第1回三重頭頸部癌治療セミナー(2010年12月9日)  
「頭頸部における放射線治療有害事象の緩和～皮膚炎予防の取り組み」

#### 中村喜美子

##### ○研修会の企画・運営

- ・2009年度 三重県がんにおける質の高い看護師育成研修 フォローアップ研修 (2010年10月12日)
- ・三重県看護協会主催 中堅看護職員実務研修 (がん看護)  
(2010年10月25日～11月24日のうちの6日間)
- ・2010年度 三重県がんにおける質の高い看護師育成研修  
(2010年12月13日～17日・2011年1月11日～2月25日)

##### ○研修会での講師等

- ・三重大学医学部附属病院 緩和ケア研修会での講師およびファシリテーター  
「M-9 地域連携」 (2010年12月23・26日)
- ・三重大学医学部看護学科成人看護学Ⅲ「チーム医療としての緩和ケア」(2010年7月6日)
- ・三重看護専門学校講義 「和顔愛語論；和顔愛語の実践」(2010年6月25日)
- ・三重県看護協会主催 中堅看護職員実務研修 (がん看護)  
「事例検討」および「コミュニケーション演習」のファシリテーター  
「がん看護の動向」 (2010年10月25日～11月24日)
- ・三重県がんにおける質の高い看護師育成研修  
「痛みのアセスメント」(2010年12月16日)  
演習のファシリテーター (2011年1月20・26日 2月9日)
- ・三重大学大学院医学系研究科 がん看護援助論Ⅱ (2010年12月9日)  
「大学病院での緩和ケアチームの活動」

##### ○研修会・研究会等での発表

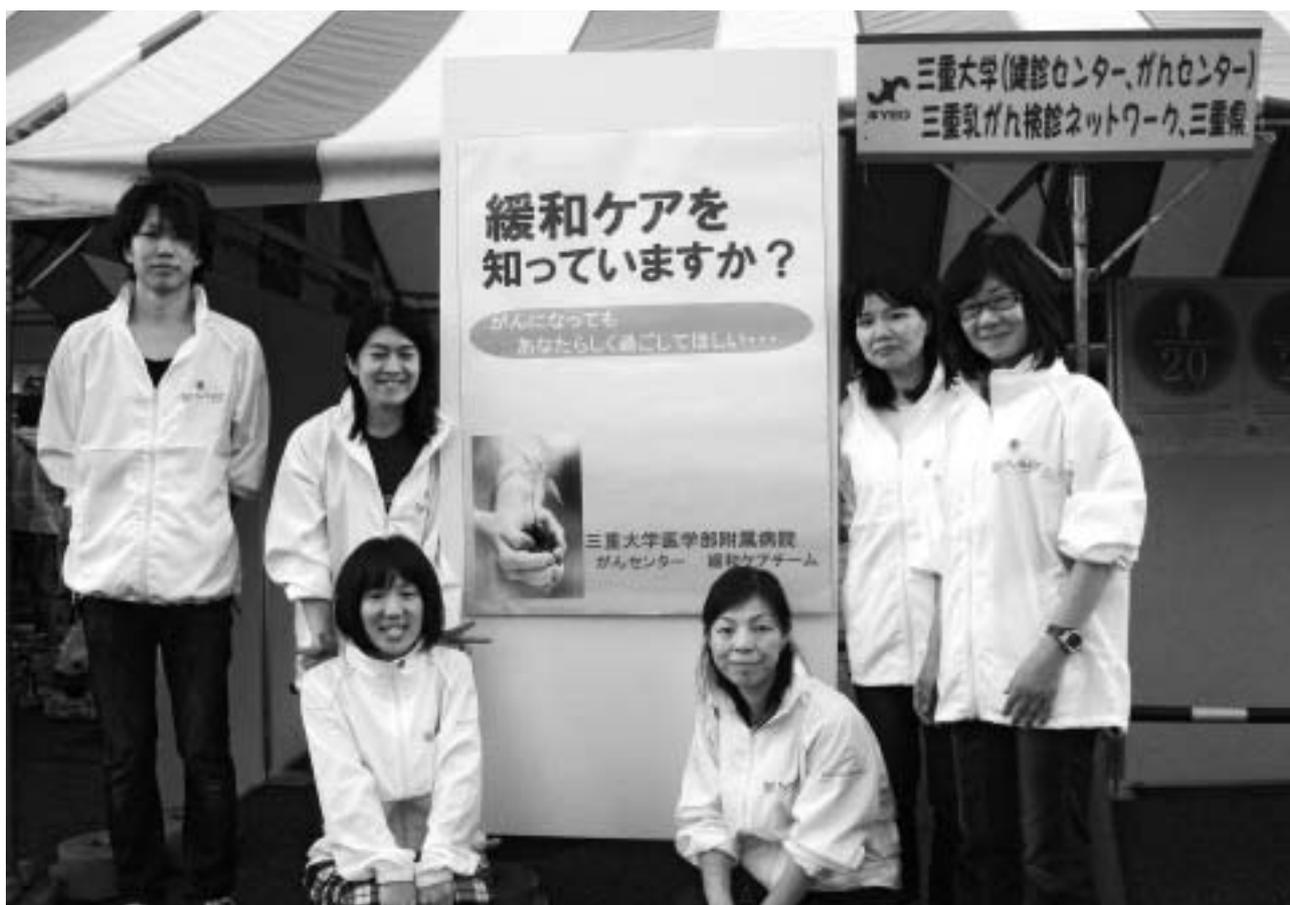
- ・第30回日本看護科学学会学術集会 交流集会 (2010年12月3日)  
「初期段階におけるCNSが経験する困難とそれを乗り越えるための取り組み」
- ・三重呼吸器トータルケア研究会 (2010年7月23日)  
「病状が進行する夫に寄り添えない妻への関わり～看護師が望む“妻像”とのギャップからの気づき～」

##### ○座長等

- ・第25回日本がん看護学会学術集会 (2011年2月12日)

教育セミナー6「緩和ケア特有のリスクマネジメント」

・第4回三重がん看護フォーラム 事例検討（2010年5月8日）



### Ⅲ．緩和ケア研修会についての報告

研修会名：第3回三重大学医学部附属病院緩和ケア研修会

日時：平成22年12月23日、26日

会場：先端医科学教育研究棟3階（旧医学部基礎校舎）第2講義室及び多目的室

平成19年6月に策定された「がん対策推進基本計画」において、「10年以内に全てのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得することとする」と明記されたことにより、各がん診療連携拠点病院はこの研修会を年1回主催することが必須となりました。研修内容は、厚生労働省が定めた「緩和ケア研修についてのガイドライン」に則ったもので、2日間にわたり延べ12時間以上、講義とワークショップ形式を含んだ内容で、今年で3回目になります。

平成22年10月から受講者の募集を開始し、22名の受講希望者がありました。22名の受講者のうち、当院からは12名、院外からは10名で、院外の受講者の多くは開業医の先生方でした。

研修内容は、第1日目は緩和ケア概論、がん性疼痛、疼痛の事例検討、麻薬処方時のロールプレイ、第2日目は呼吸困難、消化器症状、精神症状、がん医療におけるコミュニケーション技術の講義およびロールプレイ、地域連携と治療・療養の場の選択のグループワークでした。講師およびファシリテーターには、県内外で精力的に緩和ケアに携わっている先生方へ依頼しました。研修会協力者として名古屋市立大学の坂本雅樹先生、市立伊勢総合病院の松原貴子先生、山田赤十字病院の辻村恭江先生、県立志摩病院の小西邦彦先生、寺田病院の遠藤彰先生、当院精神科の松本卓也先生、鈴木大先生、当院緩和ケアチームより中村喜美子がん看護専門看護師、岡本明大薬剤師、鈴木志保子医療ソーシャルワーカーに講義をしていただき、グループワークにおいては当院より影山慎一先生、松峯昭彦先生、三木誓雄先生、成田有吾先生、中瀬一則先生、櫻井洋至先生、山本憲彦先生、山門亨一郎先生、中村知樹先生、福永稚子がん看護専門看護師、佐藤亮薬剤師、前田多見医療ソーシャルワーカーにファシリテーターとしてご協力していただきました。

第1日目の午前中は緊張した雰囲気の中で講義が行われましたが、午後のグループワークからは皆様が積極的に参加されるようになり、活発な意見交換が行われるようになりました。

22名の受講者が2日間にわたる既定の研修を修了され、厚生労働省健康局長からの修了証を受け取ることができました。また研修終了後のポストアンケートでは「作業量が多い」「スケジュールが長い」などの意見がありました。また、「期待していたものと一致した」「他の医師にも研修会への参加を勧めたい」など概ね良好な感想が得られました。

このような研修会を年1回以上開催することが、がん診療連携拠点病院の指定条件となっており、引き続き来年度も開催していく予定です。「がん対策推進基本計画」において、「10年以内にすべてのがん診療に携わる医師が研修等により緩和ケアについての基本的な知識を習得すること」と定められておりますので、各診療科の先生方のご参加を是非お願い申し上げます。



# 治療部門 患者支援部門

鈴木 志保子、中村 喜美子、地崎 真寿美、前田 多見、佐々木 知香、内田 恵一

## 1. がん相談

平成22年度がん相談件数は404件であった。相談者内訳は、患者本人が32%、家族が40%、医療関係者が23%であった（表1）。受診状況としては、当院入院中患者が45%、当院通院中患者が33%で合わせて約80%を占めている。それ以外の患者の相談が約20%となっている（表2）。がん種別で見ると、頭頸部がんが多く、乳がん、子宮・卵巣がんの順となっている（表3）。相談内容の内訳は、「介護・看護・養育」に関する相談が多く、次いで「ホスピス・緩和ケア」に関すること、「在宅医療」となっている（表4）。

表1 相談者内訳

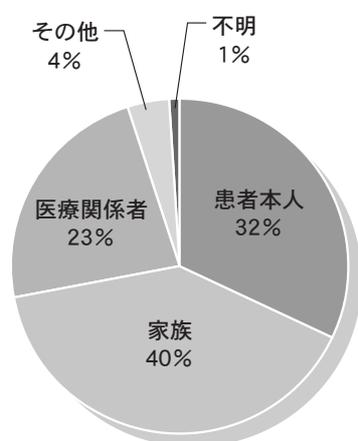


表2 受診状況

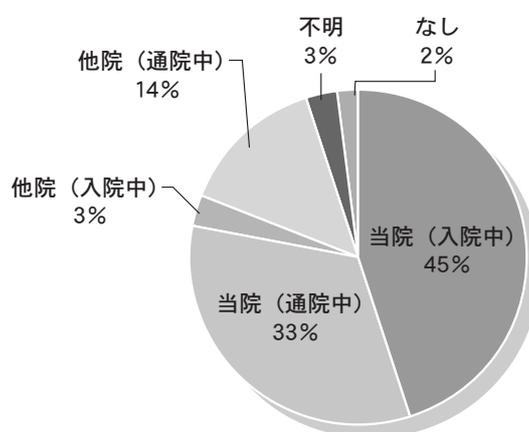


表3 がんの種類

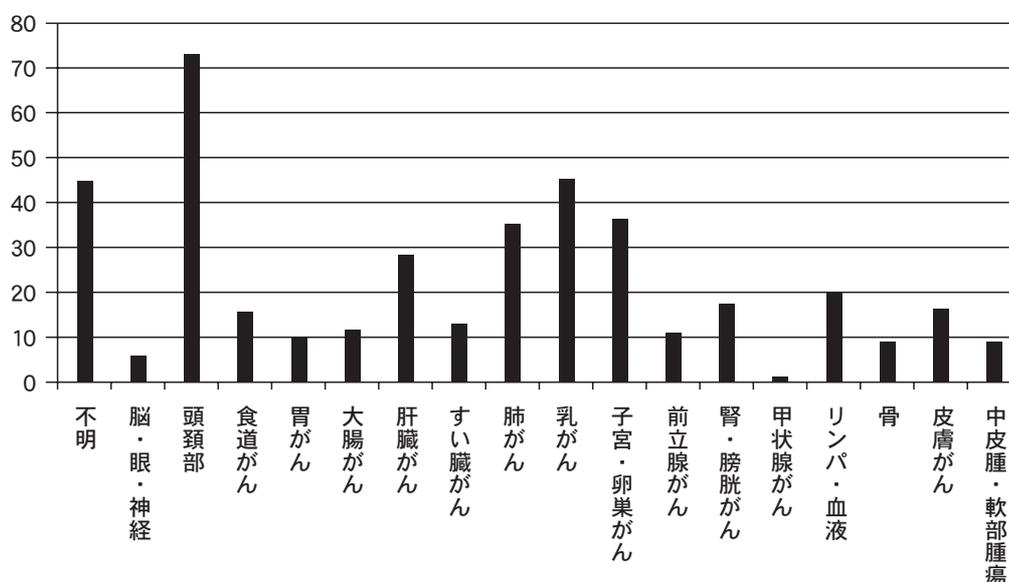
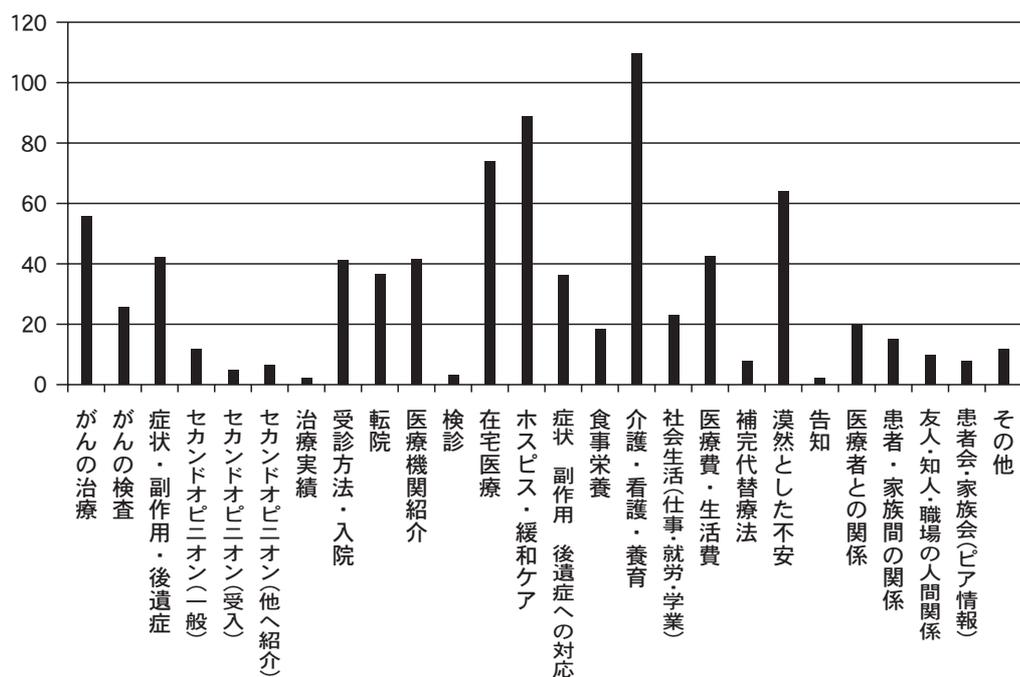


表4 相談内容



## 2. リボズハウス活動について

【開設時間】 月曜日～金曜日 9:00～16:00

※患者からの要望により、平成22年11月から開設時間を16:00まで延長

【スタッフ】 がんセンター事務職員1名常駐

患者支援部門ミーティングを月1回開催し、活動内容・運営について検討

【利用者数】 2,520名(平成22年4月～平成23年3月) 月約200名利用

利用者の内訳としては、女性77%、男性23%(表5)。

外来患者52%、入院患者22%、その他26%である(表6)。

表5 利用者の内訳(男女比)

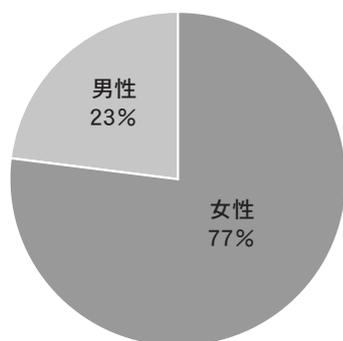
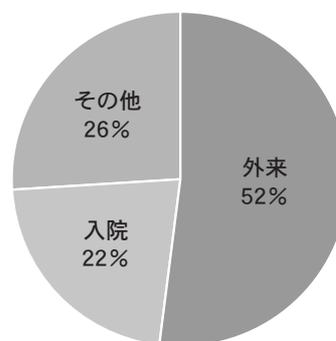


表6 利用者の内訳(入外他別)



### 【具体的な活動】

#### ①なごみの場

#### ②がんに関するさまざまな情報提供の場

- ・がん関連冊子の配布
- ・がん関連図書の貸出（年間229冊の貸出あり）
- ・ウィッグや補正下着のパンフレット配布
- ・インターネット検索可能なパソコンを設置
- ・脱毛された患者さん用の帽子を支給（年間627個支給）

#### ③がん患者さんやご家族の交流の場

- ・タオル帽子を作ろう会（月1回）
- ・なごみサロン（月1回）
- ・リラックスヨガ（月1回） 平成23年3月より開催

#### ④緩和ケアチームによるがん相談会 毎月第3週の1週間

相談担当：（月）薬剤師（火）緩和ケア医師（水）がん看護専門看護師  
（木）管理栄養士（金）医療ソーシャルワーカー



タオル帽子を作ろう会

## 3. その他

### 【がん相談支援センター実務者会議の開催】

県内がん拠点病院相談支援センター、三重県がん相談支援センター、県健康づくり室とで、「がん相談支援センター実務者会議」を定期的で開催している。平成22年度は、3回開催し情報共有や意見交換を行っている。

### 【三重県がん相談員研修会の開催】

12月に県と共催で「三重県がん相談員研修会」を開催した。静岡がんセンター患者家族支援研究部の石川睦弓先生の講演とがん患者の在宅療養支援についてのグループワークを行った。当日は、中村喜美子、鈴木志保子がグループワークのファシリテーターとして協力した。

## 診断部門

# Tumor Boardだより

松峯 昭彦

第1回Tumor Boardが開催されたのが平成19年5月ですので、はやいもので4年以上の月日が経過しました。おかげ様で、平成23年7月には第39回の開催するに至りました。

昨年の年報でもお話ししましたが、検討症例が無い場合は、現在司会担当科が症例を呈示するシステムを一昨年より取り入れましたが、そのために確実にTumor Boardは開催されるようになりました。そして図1に示しますように、最近のTumor Boardの参加者は、明らかな増加傾向にあります。特に、卒後臨床研修期間の若い先生方の参加が増加しており、頼もしい限りです。平成22年3月には、登医学部長より、教授会でのTumor Boardの宣伝の機会を与えていただいたことも大きな効果があったようにも思われます。

最近の、Tumor Boardの検討症例の特徴として、臨床的問題点が、多数の診療科にまたがっているために単一の診療科だけでの解決が困難な症例が、議論になっている傾向があります。症例検討中に、思いがけない問題点が次々と見つかり、議論によりそれらに対する妥当な解決策が示され、そして治療の道筋が見えた患者さんが何人もおられます。これこそが、Tumor Boardの本来の姿ではないかと考えます。

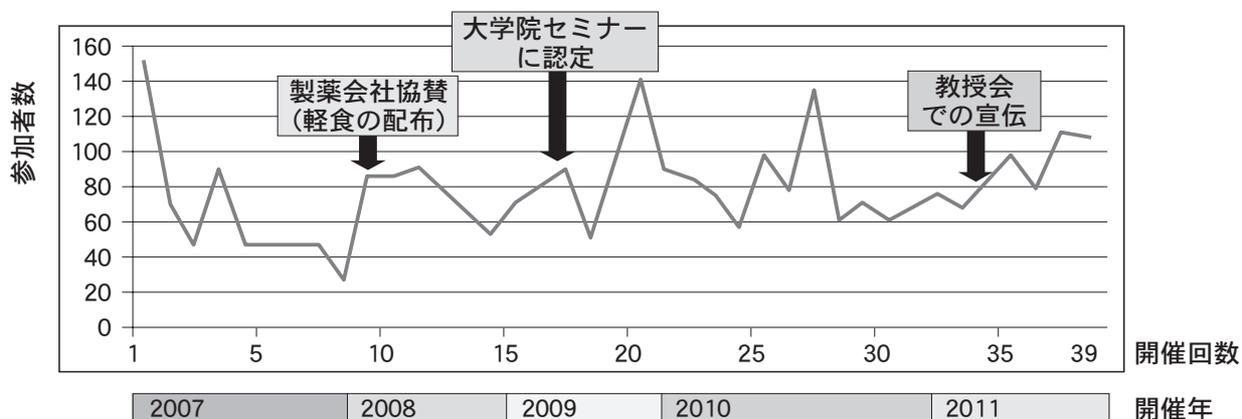
このようなTumor Boardを開催できているのも、表1に示す世話人会の先生方のおかげです。ご協力を改めて感謝いたします。

Tumor Boardのコンセプト、開催方法、議論方法に関しては、現在の方法がベストとは全く考えておりません。何か、よい案がありましたら是非各診療科の世話人の先生か私にお伝えくだされば幸いです。

表1 Tumor Board世話人会メンバー

所属	氏名
整形外科	松峯 昭彦
小児科	豊田 秀美
血液/腫瘍内科	山口 素子
消化管外科	井上 靖浩
泌尿器科	山田 泰司
婦人科	谷田 耕治
放射線治療科	伊井 憲子
画像診断科	村嶋 秀市
病理部	今井 裕
薬剤部	川瀬 亮介
オーダーメイド医療部	中谷 中
耳鼻咽喉科	湯田 厚司
脳神経外科	松原 年生
皮膚科	仙波 祐子
口腔外科	乾 眞登可
呼吸器内科	小林 裕康
肝胆膵外科	櫻井 洋至
がんセンター(緩和)	佐藤 佳代子
血液/腫瘍内科	北野 滋久
消化器肝臓内科	山本 憲彦
乳腺内分泌外科	花村 典子
胸部外科	島本 亮
緩和ケアチーム	中村 喜美子

図1 Tumor Board参加者数の変化



第26回 (平成22年4月14日開催)

司会：山田 泰司先生 (泌尿器科)

参加者数：97名

再発した精巣腫瘍

診療科：泌尿器科

発表者：舩井 寛先生、木瀬 英明先生

年齢：39歳

性：男性

経過：

H15年8月左精巣腫瘍の診断で摘出。non seminoma (Embryonal>immatured teratoma>seminoma)であった。頸部・縦隔・後腹膜に多発リンパ節転移ありstagellIA poor prognosisと診断。H15年9月から BEP療法 4コース (3コース終了時にPBSCT) 施行。腫瘍マーカーは陰性化した後腹膜リンパ節腫大が残存していたため、H16年1月後腹膜リンパ節郭清を行った。摘出病理にてmatured&immaturedteratoma+yolk sac tumorの残存を認めためVIP治療3コース施行した。その後明かな再発無く経過していたが、患者都合により来院されず、フォローが途絶えてしまった。H22年3月 再発所見あり 他院から紹介受診された。CT画像では右腋下、縦隔に腫大したリンパ節を多数認め、精巣腫瘍の再発が疑われている。骨シンチではTh5にhot spotを指摘されている。

問題点：

- ①従来の精巣腫瘍に対する化学療法に抵抗示した組織に対する化学療法の選択 (腋下リンパ節生検にて組織を確認予定)
- ②化学療法施行後に残存腫瘍 (縦隔リンパ節) の提出は可能か？

検討希望科：腫瘍内科 胸部外科

検討内容：

胸腔LN転移は多発性であり、外科的に切除困難であ

る。骨転移もあることから予後は不良と考えられ、まず、QOLを保つために胸椎転移に対してラベグ治療を開始し、麻痺の出現を予防する。また、腫瘍マーカーが再上昇していない点、遅発性の再発を来している点などから、右腋下のリンパ節生検を施行し、組織型を確認の方が望ましい。もし、胚細胞性腫瘍であれば、CDDPを含んだregimenによる化学療法 (具体的にはTIP) を施行し反応を見てみることにする。

頭部皮膚腫瘍

診療科：皮膚科

発表者：西井 倫子先生、中井 康雄先生

年齢：72歳

性：女性

現病歴：

20数年前 頭部に脱毛伴う腫瘤病変

1997/07/02 当科受診。皮膚生検→付属器腫瘍

手術予定であったが自己都合にてキャンセル、放置。

その後徐々に拡大し家人に勧められ再診

2010/03/08 当科再診。

/03/15 精査・加療目的に入院

所見：

左前頭部から頭頂にかけて皮膚の菲薄化、萎縮した血管拡張を伴う紅斑を認める。同 紅斑内・外には拇指頭大までの弾性硬の皮膚・皮下腫瘤が多発。

問題点：

- ①生検病理では汗管腫 (良性) のコメントであるが画像上頭蓋骨浸潤を伴っており、局所破壊性を示す悪性腫瘍の可能性はいかがでしょうか？
- ②全身検索にて明かな遠隔転移は認めず、局所治療の対応を第一に考えているが、治療切除を行うためには皮膚腫瘍に加え、頭蓋骨合併切除も必要となるか？
- ③頭蓋骨を切除した場合に再建をいかに行うか？

特に相談したい診療科：

病理部、脳神経外科、整形外科、(耳鼻咽喉科)

検討内容：

72歳、女性の頭部皮膚付属器腫瘍に関して。

①生検組織で良性のreportであったが、悪性の可能性に関して質問。

→サイズ、深部浸潤(画像)をふまえ、総合的には悪性を考える。

microcystic adnexal carcinoma (MAC) に矛盾しない。

②悪性腫瘍に準じて治療を行う場合、頭蓋骨合併切除、創部再建をいかに行うか？

→当該診療科医師不在のため検討に至らず。

## 第27回 (平成22年6月9日開催)

司会：谷田 耕治先生(婦人科)

参加者数：77名

### 下顎歯肉癌再発症例について

診療科：口腔・顎顔面外科

発表者：清水 香澄先生

年齢：63歳

性：Female

現病歴(簡単にご記入ください)：

平成20年10月 1日

近医にて抜歯術施行、治癒不良のため、平成21年1月13日当科初診。

1月27-29日 UFTE顆粒内服

1月30日 タキソテール80mg 点滴静注

2月20日 手術(右側頸部郭清術, 右側下顎骨区域切除術及び再建術, 大胸筋皮弁形成術)施行

3月19-23日 ペブレオ筋注5mg

3月26日 退院

11月30日 MRIにて再発確認

12月21日 放射線治療 70Gy + CDDP 120mg ×3クール(12月21日、1月12日、2月9日)(静岡がんセンターにて)

3月27日 退院、4月より当院にて経過観察となる

5月 7日 左側おとがい部皮下膿瘍形成

5月24日 CTにて右側下顎膿瘍形成認める

5月26日 消炎のために入院

その後左側おとがい部生検を行い、病理組織診断により再発を確認

問題点：

放射線治療、各種抗癌剤に抵抗性であると考えられる。

今後、選択し得る癌化学療法について相談したい。

特に相談したい診療科：腫瘍内科、緩和ケアチーム

検討内容：

腫瘍内科

(手術標本が抗体に陽性であったことから、がんワクチンの適応について質問)がんワクチンが適応となるには、退院し、外来通院可能な状態である必要がある。がんワクチンの投与は、治療というよりも、治験に参加するということであるので、過度な期待は持つべきでない。

患者が、今後も治療を希望するのであれば、抗癌剤の投与も再検討した方がよい。シスプラチンは、がんセンターで3クール投与されているので、耐性ができているであろうが、タキソテールは再考の余地があるのではないかと。

緩和ケアチーム

今後、病棟を訪問して治療に関わっていく。

その後の経過

タキソテール術前投与時の記録を参照すると、NCとの効果判定であった。そのため、投与歴のないTS-1を投与したが、効果は十分には得られなかった。全身状態の悪化により、現在は化学療法を中止し、疼痛緩和を行っている。

### 腭癌手術後に発生した頬粘膜癌の1例

診療科：口腔・顎顔面外科

発表者：清水 香澄先生

年齢：63歳

性：male

現病歴：

平成22年1月に当院肝胆膵外科で手術を施行。現在、化学療法中である。(GEM 1回/14日) 化学療法中より右頬粘膜に潰瘍形成を認め、最近になって疼痛増強してきたため、5月25日に来科した。

診断：頬粘膜扁平上皮癌(T4aN1M0)

問題点：

腫瘍径が大きく、皮膚への浸潤もあり、手術の際には切除範囲が広範になること

腭癌化学療法中であるが、頬粘膜癌の治療を並行あるいは優先させられるかどうか

糖尿病の既往があり、糖尿病内分泌内科も現在受診中である

特に相談したい診療科：

肝胆膵外科、腫瘍内科、放射線科、糖尿病内分泌内科、耳鼻咽喉頭頸部外科

検討内容：

肝胆膵外科：腭癌については、手術によって切除できたと考えているが、stageIVであったため、化学療法は続けたいところである。しかし、現況では、頬粘膜癌の治療を優先した方がよいと考えている。

放射線科：現在の腫瘍の伸展状況では放射線治療では根治は見込めず、緩和治療といった意味合いになる。

耳鼻咽喉頭頸部外科：頬部から上顎に至る切除が必要である。再建は、前腕皮弁もしくは腹直筋皮弁といった遊離皮弁が必要になると考えられる。

その後の経過：

耳鼻咽喉頭頸部外科に転科し、腫瘍切除・遊離皮弁による再建を行うこととなった。

### 第28回 (平成22年7月14日開催)

司会：櫻井 洋至先生 (肝胆膵外科)

参加者数：136名

医療福祉支援センターとの共同開催

### 在宅ターミナルケアを行った小児固形腫瘍の1例

診療科：小児科

発表者：岩本彰太郎先生、河俣あゆみ先生

年齢：16歳

性：女性

現病歴：

平成12年5月 口腔底原発の横紋筋肉腫 (embryonal type, stage I, Group IIA) と診断され、肉眼的全摘術及び化学療法を施行し治療終了となった。しかし、平成13年12月より局所再発を繰り返すようになり、本年4月には髄膜播種及び多発性肺転移を認めた。

意識レベルの低下及び摂食障害も伴うため緊急入院となったが、本人及びご両親が高校入学式への参加・登校生活を楽しみにされており、入院と同時に終末期在宅医療ケアの可能性を模索した。その結果、短期間に医療福祉支援センターより小児例を診て頂ける地域在宅ケアクリニック及び訪問看護ステーションを見つけたことができた。それらの支援のもと、当院緩和ケアチーム及び医事課・管理課スタッフのご協力も得て、大学病院小児科による在宅医療支援へと移行し、在宅で最期を迎えることができた症例をご紹介します。

本例を通じ、がん拠点病院としての当大学における在宅医療支援の在り方についてご検討頂ければと思います。

問題点：

- ・当院における在宅医療支援システムの在り方—必要性の議論、専属スタッフ不在、保険点数の問題？
- ・小児例を診て頂ける地域在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションの数

・小児と成人の在宅ターミナルケアの相違点  
特に相談したい診療科：  
がん終末期医療に興味のある先生方、緩和ケアチーム、  
医事課、医療福祉支援センター、看護部  
検討内容：  
看護部の「在宅看護の会」との合同講演となりました。  
三重大小児科の半世紀に及ぶ小児がんトータルケアの  
取り組みを紹介した上で、在宅ターミナルケアを行っ  
た小児がん患児の経験例を提示した。ターミナル児の  
在宅への道のりは大変厳しく、家族の意志だけでは実  
現できません。今回、最大のサポーターとなる地域訪  
問看護ステーションの方々と意見交流することができ  
たことは、小児がんのトータルケアを実践していく上  
で大変大きな収穫でした。  
本発表を通じ、大学病院企画運営会議において慢性小  
児疾患を対象とした在宅医療支援へのご理解を頂き、  
現在医療福祉支援センター（内田恵一センター長）の  
お力をお借りし定期的に在宅医療支援患児の検討会を  
開き、在宅訪問を行うまでに至っています。  
末期の小児がん患児が地元地域に戻る場合、成人と異  
なりホスピス等の支援施設はありません。自宅こそ彼  
らが帰りたい・帰るべき場所であり、それをかなえる  
ためにも当専門病院の支援とそのシステム作りが必要  
です。当がんセンターの支援の下、より充実したもの  
に展開できることを期待します。

## 第29回（平成22年9月8日開催）

司会：湯田 厚司先生（耳鼻咽喉科）

参加者数：59名

甲状腺癌および難治性足趾足背潰瘍を合併  
した、腹部リンパ節腫脹を有する1例

診療科：耳鼻咽喉科、皮膚科

発表者：湯田 厚司先生、皮膚科医師

年齢：71歳

性：女性

現病歴：

難治性足趾足背の潰瘍にて当院皮膚科・整形外科にて  
長期加療中。血管再生治療の適応の有無を判断するた  
め、循環器内科入院の上全身検索を行った所、PET-  
CTにて、甲状腺左葉・縦隔・腹部リンパ節に集積あり、  
2010.8.当科を紹介受診した。

経過）抗血小板薬を一時中止し、甲状腺腫瘍より  
FNA（穿刺吸引針細胞診）施行したところ、甲状腺  
乳頭癌の診断であった。しかし、抗血小板薬の休薬に  
より、左足趾足背の潰瘍・壊死の進行と疼痛の増強を  
認めた。甲状腺癌が縦隔リンパ節に転移する事は考え  
られるが、腹部リンパ節に転移を来すとは考えにくい。  
また、乳頭癌の進行は緩徐であり、腹部が予後因子と  
判断し、2010.9腫瘍内科にコンサルトした。

同科で腹部リンパ節からの組織診を勧められたが、  
左足疼痛に対する治療を優先させたいとの事で患者の  
同意得られていない（1週間前の時点）。

検討したい内容：

今後の主科と診断手順

抗凝固薬中止の可否と対処

腹部リンパ節の診断は？ 組織診の方法は？

難治性足趾足背潰瘍の病状／疼痛コントロールにつ  
いて

コメント希望科：

皮膚科 循環器内科 腫瘍内科 血液内科

画像診断科 病理 整形外科 麻酔科

（その他消化器・消化管系統の外科関係・腹部につ  
いて）

検討内容：

症例は71歳・女性 難治性足趾足背潰瘍の血管再生  
治療適応を判断するためにおこなったPET-CTで甲状  
腺左葉・縦隔・腹部リンパ節に集積を認めた。甲状腺  
の穿刺吸引針細胞診で甲状腺乳頭癌と診断されたが、  
甲状腺乳頭癌で縦隔リンパ節転移はありえるが腹部リ

リンパ節転移は考えにくい。さらに、検査のため抗凝固薬を一時中止したところ急速に足趾足背壊死が進んだ。この症例の今後の方針を検討した。

検討の結果：画像上傍大動脈に4.5cmの大きなリンパ節がある。PETのSUVは8であり悪性が疑われる。甲状腺とは別物と考える。原発らしき集積が無く悪性リンパ腫が第一に考えられ生検が望まれる。CTガイド下生検は不可能でないが開腹生検が妥当である。残念ながら生検の有無にかかわらず現時点で下腿切断が必要であり、生検と下腿切断を同時に行うのが望ましい。

### 第30回（平成22年10月13日開催）

司会：仙波 祐子先生（皮膚科）

参加者数：60名

#### 化学療法による白血球減少性腸炎にて腸管穿孔を来した悪性軟部肉腫1例

診療科：整形外科

発表者：浅沼 邦洋先生

年齢：48歳

性：女性

現病歴：

4月中旬に伊勢山田赤十字病院より、左骨盤軟部腫瘍にて当科紹介、入院

5/31-6/4 化学療法（ピノルビン：60mg/m<sup>2</sup>、イフォマイド：10g/m<sup>2</sup>）

6/11 夜間より急激な熱発、腹痛出現し、敗血症性ショック、DICを発症。

その後の血液培養にて緑膿菌検出

6月26日 腸管穿孔。回盲部壊死あり、右半結腸切除、人工肛門を造設

その後、腹腔内膿瘍に対し、数回CTガイド下ドレナージを施行後、感染は沈静化し、10月8日退院

問題点：

1. 病名はneutropenic colitis による消化管穿孔でよいのか。
2. このような合併症は防ぎえたのか？
3. 発症後、消化管穿孔は防ぎえたのか？
4. 化学療法後の敗血症に対する治療
5. 化学療法後の消化管穿孔に対する対処法

特に相談したい診療科：

血液/腫瘍内科、小児科、画像診断科、消化器内科、消化管外科、ICU

検討内容：

48歳女性、4月中旬に伊勢山田赤十字病院より左骨盤軟部腫瘍にて当科紹介され入院となった。5/31-6/4に化学療法（ピノルビン：60mg/m<sup>2</sup>、イフォマイド：10g/m<sup>2</sup>）を施行し、6/11の夜間より急激な熱発、腹痛が出現し、敗血症性ショック、DICを発症した。血液培養にて緑膿菌検出された。6月26日に腸管穿孔が疑われ、緊急開腹手術にて回盲部壊死による穿孔を認め、右半結腸切除、人工肛門を造設した。その後、腹腔内膿瘍に対し、数回のCTガイド下ドレナージを施行後、感染は沈静化し、10月8日退院となった。

本症例は化学療法後の緑膿菌によるneutropenic colitisと考えられ、劇的な経過をたどった症例であった。発症時の抗菌剤の選択と外科的処置のタイミングについての議論が行われた。

### 第31回（平成22年11月10日開催）

司会：松原 年生先生（脳神経外科）

参加者数：71名

#### 化学療法・放射線療法先行の髄芽腫の一例

診療科：小児科

発表者：本間 仁先生

年齢：6歳

性：男児

現病歴：

6才男児、入院約1ヵ月前より朝方の頭痛・嘔吐が出現し、以後増悪傾向にあるため受診した。神経学的異常所見は認めないものの、頭部CT・MRIと脊髄MRIにて水頭症、小脳虫部腫瘍、テント上と脊髄に広汎な播種病変を認めた。生検は行わず、第3脳室開窓術とOmmaya reservoir留置術を施行した後、速やかに化学療法（CBDCA 500mg/m<sup>2</sup> x 2 days, VP-16 100mg/m<sup>2</sup> x 5 days）を行い、引き続き全脳・全脊髄に放射線療法を施行中である。放射線療法終了後に残存病変を摘出し、大量化学療法（BU+L-PAM）を含む化学療法を行う予定である。

問題点：

- 1) 画像診断、血液・髄液中の腫瘍マーカー値で髄芽腫と診断可能か？
- 2) 化学療法・放射線療法後に腫瘍摘出した場合、診断的意義・価値はどれほどあるか？
- 3) 上記治療ストラテジーの他に考えられる治療法は？

特に相談したい診療科：

放射線診断科、放射線治療科、病理部、脳神経外科

#### 頭蓋底浸潤を伴う嗅神経芽細胞腫の一例

診療科：耳鼻咽喉・頭頸部外科

発表者：大津先生 中村先生

年齢：62歳

性：男性

現病歴：

2010.9.18

左不全片麻痺出現。脳梗塞（右内包）の診断にて某病院入院。MRI上、左鼻腔から副鼻腔および前頭蓋底に浸潤する腫瘍を認めた。

2010.10.4

精査加療目的に某病院脳神経外科に転院転科となった。

同院耳鼻咽喉科にて鼻腔内の腫瘍より生検施行。当初の診断は小細胞癌疑いであった。MRI上、内包の病巣も造影効果を認めたため、鼻腔腫瘍前頭蓋底浸潤・脳転移の診断となった。その後、嗅神経芽細胞腫の診断となった。

2010.10.29

精査加療目的に当科に転院転科となった。

問題点：

脳転移or 梗塞？

治療法について

手術+照射 or 化学放射線療法（化学療法の内容）

特に相談したい診療科：

放射線診断科 放射線治療科 脳神経外科 病理部

#### 第32回 （平成22年12月8日開催）

司会：乾 眞登可先生（口腔外科）

参加者数：68名

下顎歯肉癌患者での全身性骨転移を来したと思われる1例  
—原発経過良好症例での骨転移の診断・治療について—

診療科：口腔・顎顔面外科

発表者：松村 佳彦先生

年齢：82歳

性：Male

現病歴：

2008年3月頃より、左側下顎歯肉部に疼痛出現するも放置、その後歯肉の増大とともに易出血性となり、7月30日に近歯科を受診。抗生剤の投与にて経過観察を受けるも変化なく、8月26日紹介にて当科受診

となる。初診時、歯肉腫瘍は22×18×15mm大で所属リンパ節は触知せず、cT2N0M0；stageⅡであり、生検にてSquamous cell carcinomaの診断を得た。

既往歴：

2006年4月十二指腸MATLリンパ腫で除菌治療にて改善、慢性C型肝炎も現在follow中であるが、LCパターン(-)、HCC(-)でUG、大腸ファイバーともに所見なく、消化器内科的に骨転移となる原発は認めない。

処置および経過：

術前にペブレオ5mg/day×5日投与後、9月26日左側下顎歯肉悪性腫瘍摘出術および下顎骨辺縁切除術を施行した。病理組織診断では高分化型扁平上皮癌でわずかに骨浸潤を認めるも断端は陰性との診断であった。術後化学療法は10月24日にタキソテール80mgを行い、以後外来followとなる。2009年4月のCT、MRIでは原発部は術後性変化と思われる所見であり、顎部リンパ腫大はなかった。2010年1月のCTおよび2月のMRIでも同様に特に問題は認められなかった。その後、左側顎下部周囲に徐々に疼痛を自覚する様になり、次いで左側腋窩部にも疼痛を生じるようになったため、2010年6月にCTを行い、局所再発所見(-)、両側顎下、顎部、鎖骨上窩、腋窩にも腫大リンパはなく、胸腹部も以前からのfollow CTと著変を示す所見は認めなかった。しかし、8月のMRIにて左側上腕骨頭に転移を疑う所見あり、骨シンチではさらに左側前頭骨に異常集積を認めた。加えてPETでは左座骨にSUV=6.3集積がみられ、他にもL3、左上腕骨、右第四肋骨、左腸骨、仙骨、右大腿骨にも転移の可能性を示唆された。さらに前立腺肥大はあるもPSAも陰性である。今回、12月8日IVR科でCTガイド下にて生検を行う予定である。

問題点：

下顎歯肉SCCに対して術後経過は良好で、臨床所見、画像検索とともに原発部、顎下部および顎部に有意な所見は認められていない。

既往歴でfollowされている消化器内科および泌尿器からも骨転移を来たす原発巣の存在は考えにくいとのコメントである。

特に相談したい診療科：

放射線科、腫瘍内科、整形外科チーム

検討内容：

整形外科Dr 口腔内原発の扁平上皮癌で画像に指摘される多発性の骨転移像はよく経験することか？

応 答 口腔内原発経過良好症例でもあるが扁平上皮癌での多発性骨転移の経験はない。

腫瘍内科Dr MALTについての経過はどうであったか？

応 答 十二指腸の洗浄療法後、経過は問題なく、内視鏡followおよびCFでも消化管に問題はなかったとの報告を受けている。

司会進行者 本日CTガイド下でPETによる高集積部位の座骨より針生検の所見はどのようなものであったか？

IVR科Dr 骨からの生検として、特別変わった所見は認めなかった。

腫瘍内科Dr 病理診断の際、鑑別ため必要に応じた免疫染色を追加、更にリンパ腫等の鑑別補助として採血項目の追加が必要である。生検結果によるが、年齢と症状の関連性も考慮して治療計画を行うことが望ましい。

第33回 (平成23年1月12日開催)

司会：山本 憲彦先生 (消化器肝臓内科)

参加者数：75名

肝予備能不良例での大腸癌に対する手術適応

診療科：消化器肝臓内科

発表者：杉本 龍亮先生、山本 憲彦先生

年齢：62歳

性：女性

現病歴：

20年前にHCV陽性を指摘。

H22年7/5日遠山HpにてS状結腸癌にてEMRを受けるも断端陽性(sm2以上、ly2, VM+)にて追加の加療(手術)が必要と判断されたが肝不全にて手術は不可との判断であった(この際内科一岡Drにてvaricesに対しEVLを受けた)。その後Pt's hopeにてみえ消化器科一垣内先生にて加療を受けるようになった。同院にてSNMC 5A+リーバクト+アミノレバンEN、スミフェロン(9月~10月)を受け、やや肝機能は改善傾向にて、大腸癌に対する加療や脾摘等につき11/10紹介受診。

精査・加療目的入院となる。

既往歴：特記事項なし。

輸血歴：なし。

アレルギー：なし。

嗜好歴：タバコ(-)、飲酒(-)

#1 大腸癌(S状結腸癌)：EMR後断端陽性

#2 LC(C)：Child-Pugh 7点(B)

#3 肝細胞癌

問題点：

肝予備能不良例での大腸癌に対する手術適応

今後の治療方針について

特に相談したい診療科：

消化管外科 腫瘍内科 IVR科

### 骨盤内から臀部に生じたSCCの1例

診療科：整形外科

発表者：竹上 徳彦先生、中村 知樹先生

年齢：67歳

性：女性

現病歴：

2010年12月より臀部にゴルフボール大の腫瘤を自覚した。徐々に増大し疼痛も出現したため、2011年近医外科を受診した。CT撮影したところ骨盤内から臀部皮下まで占める巨大腫瘤を認めたため、当院紹介受診となった。確定診断のために切開生検をおこなったところSCCとの結果であった。

現在頸部から骨盤までの造影CT、骨盤部造影MRI撮影あり、消化器外科にて肛門-直腸の精査をしていた。生下時に臀部に小さな腫瘤があったとのことだが、親からは詳しい話は聞いておらず詳細不明。明らかな手術痕なし。

問題点：

原発部位は?(2月21日PET-CT撮影予定)

治療は?

特に相談したい診療科：

腫瘍内科 消化管外科(下部消化管) 病理部 放射線治療科 皮膚科

検討内容：

扁平上皮がんであることが病理、今井先生により確認された。

発生源に関しては、直腸由来である可能性や、直腸関連である可能性、皮膚由来である可能性など議論されたが、起源に関する決定的な結論は出なかった。

治療に関しては、抗がん剤治療の有効性について議論されたが、放射線治療が良いのではないかとという外科医師の指摘があった。

整形外科として粒子線治療を行った。病変部の増大は現在抑制されているが、照射部位に放射線皮膚炎が発生しており、入院にて整形外科で治療を要した。

### 第34回 (平成23年2月9日開催)

司会：花村 典子先生(乳腺内分泌外科)

参加者数：68名

## 第35回 (平成23年3月9日開催)

司会：島本 亮先生 (胸部外科)

参加者数：83名

### 多発骨転移をともなう肺癌、喉頭癌術後症例

診療科：耳鼻咽喉・頭頸部外科

発表者：大津 和弥先生

年齢：65歳

性：男性

現病歴：

20年前 (45歳時) 喉頭癌に対して放射線治療 (30回線量不明) を受けた。

今回、近医内科にて胸部XP上の陰影を指摘され

2010. 9. 8 県立医療センター呼吸器科紹介受診、  
気管支鏡下生検にて肺癌 (SCC)

2010.10. 2 同院にて 右肺上葉切除+リンパ節郭清  
治癒切除 stage III A (切除可能)  
5年生存率30%

術後化学療法は腎機能低下のためせず。

肺癌術前の気管支鏡検査時に喉頭披裂部の病変を指摘されたため、同院耳鼻咽喉科紹介受診。同部位からの生検にて移行上皮癌の診断であった。

2010.11.10 当科紹介受診。

既往) 65歳 糖尿病 肺癌 両側内頸動脈狭窄 ASO  
<経過>

2010年12月 喉頭全摘出施行。術後は腎機能悪化、両側内頸動脈狭窄に伴う意識消失発作繰り返すが改善。歩行リハビリを進めるも痛み改善せず、歩行困難であった。

2011年2月にPET-CTにて左大腿骨転移判明 (その他C4右椎弓、Th3、L5椎体や左坐骨、仙骨右側などにもSUV=5程度までの限局性集積があり、同様に骨転移の疑い)

問題点：

1. 疼痛コントロール

2. 呼吸器症状の管理

特に相談したい診療科：

- 呼吸器内科
- 呼吸器外科
- 放射線治療科
- 整形外科
- 緩和ケアチーム
- ペインクリニック

### 進行胃癌術後8ヶ月で胃癌再発と肺癌の増大を認めた1例

診療科：呼吸器外科

発表者：天白 宏典先生

問題点：治療方針

特に相談したい診療科：

消化器外科、画像診断科、腫瘍内科、呼吸器科、緩和医療科などです。

## 事務部門

岡田 康子

### 【研 修 会 受 講・学 会・協 議 会 参 加】

- 平成22年 4月 8日  
三重大学医学部附属病院 臨床第一講義室 三重医療安心ネット説明会
- 平成22年 4月27日  
津地区医師会館 第5回三重がん診療連携クリニカルパス研究会
- 平成22年 6月30日  
三重大学医学部附属病院 臨床第一講義室 三重医療安心ネット院内説明会
- 平成22年 9月 4日  
津市橋北公民館 研修室A 三重県がん登録研修会
- 平成22年 9月14日  
ホテルグリーンパーク津 第9回がんチーム医療研究会
- 平成22年 9月22日  
国立がん研究センター国際交流会館 院内がん登録実務初級修了者研修会
- 平成22年10月15日  
横浜赤レンガ倉庫1号館 地域がん登録全国協議会 第19回学術集会
- 平成22年12月23日26日  
三重大学医学部附属病院 先端医科学教育研究棟 緩和ケア研修会
- 平成23年 1月22日  
津市橋北公民館 研修室A 三重県がん登録研修会&地域がん登録意見交換会
- 平成23年 2月 5日  
鳥羽国際ホテル 三重病理医育成臨床研修モデル講演会
- 平成23年 3月 5日  
京都大学医学部附属病院 第二臨床講堂 京都府がん診療連携協議会
- 平成23年 3月10日  
プラザ洞津 孔雀の間 三重県がん登録推進事業地域がん登録研修会
- 平成23年 3月14日  
三重大学医学部附属病院大会議室 三重県がん診療連携連絡協議会

### 【市 民 公 開 講 座】

- 平成22年 5月23日  
三重大学 三翠ホール 大ホール  
EKIDEN for LIFE  
生命の駅伝ジョイント 市民公開講座  
—知ってほしいがんのこと—
- 平成22年11月23日  
三重県総合文化センター 小ホール

市民公開講座 放っておけないC型肝炎。  
肝がんにならないためにできること

平成23年2月19日

三重県総合文化センター 中ホール  
第4回市民公開講座

がんから身を守る!! — 知ってほしい消化器がん —  
胃がん・大腸がんの診断と治療

### ★★★2010年を振り返って★★★

今年度のがんセンター業務の始まりは、三重医療安心ネットワーク説明会から始まりました。ネットワーク回線を用いた医療連携システム（ID-Linkシステム）を導入し本格的に運用を開始しました。通常のリーダー会議や教育・研修部門会議は、毎月欠かさず開催されていて、部門リーダーの先生方からは、活動の報告やお知らせ等が発表され、教育研修会議では、市民公開講座準備の進捗状況やホームページの内容について話し合われています。Tumor Boardも毎回平均約90人程の参加者があり、いつも盛況に討論されています。

市民公開講座は、5月にEKIDEN for LIFEとのジョイントで三翠ホールで開催され、生憎のお天気になり、大雨にもかかわらず226名の方々にお越し頂きました。例年2月の三重県総合文化センター中ホールでの開催は、「消化器がん」がテーマで、今までの開催の中で最高の605名の聴講者の方々の参加がありました。院内がん登録実務では、登録に従事する人数も増え、三重県がん登録研修会も福井県立病院病理科の海崎先生をお招きして年2回三重県内はもちろん愛知県や大阪府のほうからも多数ご参加頂いていて大変好評です。国立がんセンターでの研修や京都大学病院で開催された研修会も参加させて頂きました。私の日頃の業務としては、予算のほうを担当させて頂いたり、緩和ケア研修会の準備や資料作成をしたり、行事やイベントが年度後半に集中するため後期は大変ですが、みんなで力を合わせて楽しく仕事をさせて頂いております。また来年度から開始となる三重県地域がん登録事業説明会も順次開催され着々と準備が整ってきているところです。

よりいっそう頑張りがんセンター業務に従事したいと思っております。

【2010年 研修会・公開講座】

- 平成22年 5月23日(日) 三重大学 三翠ホール 大ホール  
生命の駅伝 ジョイント 市民公開講座 「知ってほしい がんのこと」
- 平成22年 9月 4日(土) 津市橋北公民館 研修室A  
三重県がん登録研修会 講師：福井県立病院 臨床病理科医長 海崎 泰治先生  
「食道と食道胃接合部」「あらためて標準登録様式(2007年提出症例の反省)」
- 平成22年10月15日(金) 横浜赤レンガ倉庫1号館  
地域がん登録全国協議会 第19回学術集会
- 平成22年11月 1日(月) 山梨県庁  
地域がん登録の取り組みに係る訪問調査
- 平成22年11月23日(火・祝) 三重県総合文化センター 小ホール  
市民公開講座 「放っておけないC型肝炎 肝がんにならないためにできること」
- 平成22年12月 1日(水)～2日(木) 国立がん研究センター 国際研究交流会館  
地域がん登録行政担当者講習会・実務者講習会
- 平成22年12月22日(水) 国立がん研究センター 国際研究交流会館  
がん診療連携拠点病院院内がん登録2009年全国集計のための品質管理ツールに関する講習会について
- 平成22年12月26日(日) 三重大学医学部 第2講義室及び多目的室  
三重大学医学部附属病院主催 緩和ケア研修会
- 平成23年 1月22日(土) 津市橋北公民館 研修室A  
三重県がん登録研修会 講師：福井県立病院 臨床病理科医長 海崎 泰治先生  
「国がん提出症例を利用した病期分類項目の反省」「怒涛の標準登録様式演習」  
「膀胱がんの病期分類」
- 平成23年 2月 5日(土) 鳥羽国際ホテル  
三重病理医育成臨床研修モデル 講演会
- 平成23年 2月19日(土) 三重県総合文化センター 中ホール  
第4回 市民公開講座  
「がんから身を守る!! 知ってほしい 消化器がん～胃がん・大腸がんの診断と治療～」
- 平成23年 3月 5日(土) 京都大学医学部附属病院 第二臨床講堂  
京都府がん診療連携協議会 院内がん登録部会 講演会及び研修会
- 平成23年 3月10日(木) プラザ洞津 孔雀の間  
平成22年度三重県がん登録推進強化事業(地域がん登録)研修会

【2010年を振り返って】

来年度から、開始される地域がん登録の準備の為に、視察に他県へ、また、研修会へも行かせて頂きました。新しい事業を始める事が、どんなに大変な事か、改めて感じました。院内がん登録が地域がん登録データの元となります。もっと院内がん登録の精度もあげていきたいと思えます。

## 事務部門

福本 由美子

### 【平成22年度 研修会・公開講座等参加一覧】

平成22年 4月 8日	「三重医療安心ネットワーク」設立発表会・デモンストレーション	三重大学医学部臨床講義棟 第一講義室
平成22年 4月27日	第5回三重がん診療連携クリニカルパス研究会	津地区医師会館 講堂
平成22年 5月23日	EKIDEN for LIFEとのジョイント 市民公開講座	三重大学 三翠ホール 大ホール
平成22年 5月28日	第1回地域医療連携連絡協議会	三重大学病態医科学研究棟 2階大会議室
平成22年 6月30日	「三重医療安心ネットワーク」院内説明会	三重大学医学部臨床講義棟 第一講義室
平成22年 7月 6日	第2回地域医療連携連絡協議会	三重大学病態医科学研究棟 2階大会議室
平成22年 7月20日	第6回三重がん診療連携クリニカルパス研究会	津地区医師会館 講堂
平成22年 9月 4日	平成22年度三重県がん登録研修会	津市橋北公民館 研修室A
平成22年 9月14日	第9回がんチーム医療研究会	ホテルグリーンパーク津 6階伊勢・安濃の間
平成22年 9月22日	院内がん登録実務初級修了者研修会	国立がん研究センター国際交流会館
平成22年 9月28日	第7回三重がん診療連携クリニカルパス研究会	津地区医師会館 講堂
平成22年10月 7日	第3回地域医療連携連絡協議会	三重大学病態医科学研究棟 2階大会議室
平成22年10月15日	地域がん登録全国協議会 第19回学術集会	横浜赤レンガ倉庫1号館
平成22年11月23日	C型肝炎市民公開講座	三重県総合文化センター 小ホール
平成22年12月 6日	第8回三重がん診療連携クリニカルパス研究会	津地区医師会館 講堂
平成22年12月22日	全国集計のための品質管理ツールに関する講習会	国立がん研究センター 国際研究交流会館
平成22年12月26日	緩和ケア研修会	三重大学医学部附属病院 先端医科学教育研究棟

平成23年 1月19日

第4回地域医療連携連絡協議会

三重大学病態医科学研究棟 2階大会議室

平成23年 1月22日

平成22年度三重県がん登録研修会

津市橋北公民館 研修室A

平成23年 2月 6日

三重病理医育成臨床研修モデル講習会

鳥羽国際ホテル

平成23年 2月19日

第4回市民公開講座

三重県総合文化センター 中ホール

平成23年 3月 5日

京都府がん診療連携協議会

京都大学医学部附属病院 第二臨床講堂

平成23年 3月10日

地域がん登録推進事業地域がん登録研修会

プラザ洞津 孔雀の間

◇◇平成22年度を振り返って・・・◇◇

昨年度に引き続き、今年度も色々な研修会・公開講座・会議等に参加させていただきました。

今年度は、院内がん登録のデータの全国集計にも携わらせていただきました。今まで、1件1件大切に登録させていただいておりましたが、集計をかけるにあたり、さまざまな問題が発生し、これまで以上にがん登録をさせていただく上で注意をしていかなければと、再確認を致しました。

## 事務部門

石井 茜

### 【平成22年度 研修会等参加一覧】

生命の駅伝ジョイント市民公開講座—知ってほしいがんのこと—	5月23日（日）	三重大学 三翠ホール
院内がん登録実務初級者研修会	5月27日（木）・28日（金）	DAITEC SAKAE貸会議室
平成22年度三重県がん登録勉強会 「食道と食道胃接合部がんの病期分類」「あらためて標準登録様式（2007年国がん提出症例の反省）」	9月4日（土）	津市橋北公民館 研修室A
第19回地域がん登録全国協議会研究会	10月15日（金）	横浜赤レンガ倉庫1号館
院内がん登録実務初級者研修会	11月8日（月）・9日（火）	DAITEC SAKAE貸会議室
地域がん登録意見交換会 平成22年度三重県がん登録研修会 「国がん提出症例を利用した病期分類項目の反省」「怒涛の標準登録様式演習」「膀胱がんの病期分類」	1月22日（土）	津市橋北公民館 研修室A
第4回市民公開講座 がんから身を守る！！知ってほしい消化器がん ～胃がん・大腸がんの診断と治療～	2月19日（土）	三重県総合文化センター 中ホール
講演会及び第3回院内がん登録部会研修会（医療情報セミナー）	3月5日（土）	京都大学医学部附属病院
平成22年度三重県がん登録推進強化事業（地域がん登録）	3月10日（木）	ブラザ洞津

### 【平成22年度を振り返って】

今年度から本格的に院内がん登録の実務を担当させていただきました。院内がん登録では、解剖学・発生学・病理学などの様々な分野においての難しい知識が必要となってくるので、戸惑うこともありますが大変やりがいのある仕事だと思っております。コツコツとした作業の積み重ねですが、そういった扱う情報や必要な知識は常に変化していくので、日々努力のいる仕事だと実感しております。

また、5月と11月には国立がん研究センター主催の院内がん登録実務初級者研修会に参加させていただきました。実務に関する基本的なことから、登録を行うのに大切なポイントなどをご教示いただき、より一層がん登録に対する意識が向上しました。

三重県内でも、福井県立病院の海崎先生にお越しいただき、がん登録についての講義をしていただいております。回を重ねる度に、他の病院の実務者様のがん登録に対する意識の高さに感心すると共に、自分ももっと頑張ろうと奮起しております。

院内がん登録以外にも毎年恒例の市民公開講座やTumorBoardにもより一層力を入れていきたいと思っております。

## 事務部門

木村 直子、村林 千歳、濱元 幸子

木村 直子

参加 研修会・公開講座

平成22年11月14日（日） サポーター研修会

三重県総合文化センターフレンテみえセミナー室C

平成23年 2月19日（土） 第4回市民公開講座

三重県総合文化センター

平成22年度を振り返って

がんに係る医療資源調査事業の事務補佐をさせていただきました。

サポーター研修会では三重県で実際に活動されているボランティアの方々と研修を受け、色々な話が聞けました。病院ではボランティアの方と接する機会もあり、勉強になりました。講師の臨床心理士さんがおっしゃった「謙虚な気持ちと姿勢で向き合いきましょう」という言葉が何事にも通じる事だと感じ、印象に残りました。

全体的に知識が浅く苦勞する場面が多々あったので、改善していきたいと思います。

村林 千歳

【参加行事】

第4回市民公開講座 がんから身を守る！

知ってほしい消化器がん

平成23年2月19日

三重県総合文化センター 中ホール

昨年度に引き続き、今年度もがん診療を実施する病院、診療所、訪問看護ステーション、特別養護老人ホーム、老人保健施設、調剤薬局を対象に医療資源調査を実施しました。

昨年度は各施設からの回答内容の公開先は「がん診療病院」のみであったのですが、今年度は「三重医療安心ネットワーク」への公開意志も調査確認し、情報をより柔軟に活用できるよう改善しました。がんセンターのホームページ上で、施設ごとの調査結果を閲覧できるようPDF化し、病院向け情報として公開しま

した。また情報提供を希望する病院には、回答結果をエクセル表にまとめ、CD-ROMにして発送しました。

地域における在宅医療を推進するためのツールとしてご活用いただければと思います。

がんセンターにおいても、この調査結果をもとにさまざまな情報を発信していきたいと思います。

濱元 幸子

平成23年2月19日

第4回市民公開講座

三重県総合文化センター

平成23年3月5日

京都大学 院内がん登録

平成22年度を振り返って

平成22年11月より医療資源調査の業務を担当させていただきました。

当初は、知識が浅く医療用語等に苦戦することもありましたが、各医療機関の医療に対する姿勢を学ばせていただき、又様々なご苦勞等、貴重なご意見いただき大変勉強になりました。三重県内のがん医療の促進に少しでもお役に立てるよう今後も努力したいと思います。

## 事務部門

山口 知子

### 【平成22年度 リボنزハウス イベント一覧】

#### ◆タオル帽子を作る会◆

- 第1回 平成22年6月10日
- 第2回 平成22年7月29日
- 第3回 平成22年8月26日
- 第4回 平成22年9月30日
- 第5回 平成22年10月21日
- 第6回 平成22年11月25日
- 第7回 平成23年1月27日
- 第8回 平成23年2月24日
- 第9回 平成23年3月24日

#### ◆なごみサロン◆

- 第3回 平成22年6月10日
- 第4回 平成22年9月9日
- 第5回 平成22年12月9日
- 第6回 平成23年3月10日

#### ◆緩和ケアチームによる相談会◆

- 第1回 平成22年6月21日～25日
- 第2回 平成22年7月12日～16日
- 第3回 平成22年8月16日～20日
- 第4回 平成22年9月13日～17日
- 第5回 平成22年10月18日～22日
- 第6回 平成22年11月4日 15日～19日
- 第7回 平成22年12月2日 13日～17日
- 第8回 平成23年1月17日～21日
- 第9回 平成23年2月21日～25日
- 第10回 平成23年3月14日～18日

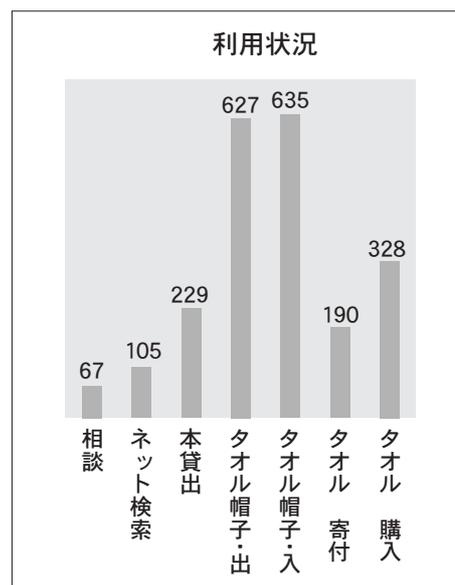
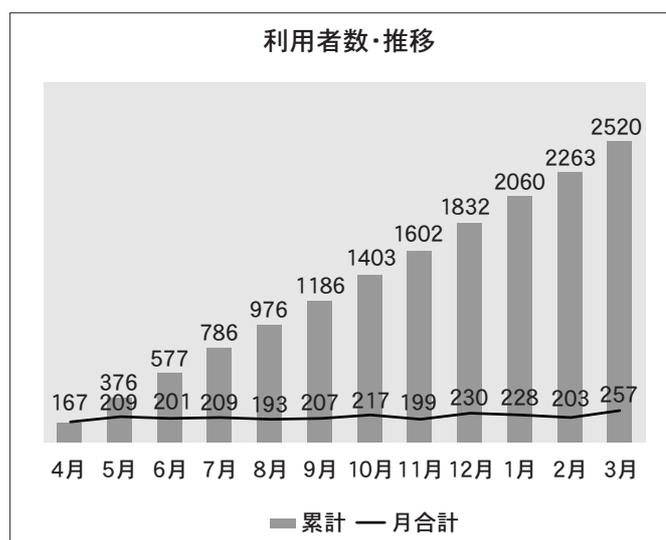
#### ◆リラックスヨガ◆

- 第1回 平成23年3月17日

第16回プチフォーラム サポーター研修会 平成22年11月14日

5月よりリボنزハウス業務を担当させて頂いております。

来年度からは「アートセラピー」「アロマハンドトリートメント」など新しいイベントの開催を予定しております。今後も経験を活かし業務に取り組んでいきたいと思っております。



## 事務部門

坂野 華

平成22年12月より新しくがんセンタースタッフの一員となりました坂野です。約4ヶ月間、市民公開講座のお手伝いや、がん登録の研修会に参加させていただきました。初めての事ばかりで戸惑いもありましたが、少しずつ理解していく上でとてもやりがいのある仕事だなと実感しました。これからも日々新しい知識を身につけて、業務に生かしていけるよう頑張りたいと思っておりますので、よろしくお願い致します。

【平成22年度 公開講座・研修会・研究会一覧】

第1回あじさいネット研究会	平成22年5月15日	長崎県医師会館
生命の駅伝ジョイント 市民公開講座—知ってほしいがんのこと—	平成22年5月23日	三重大学 三翠ホール 大ホール
第12回日本医療マネジメント学会学術総会	平成22年6月11日～12日	札幌コンベンションセンター
国際モダンホスピタルショー2010	平成22年7月14日～16日	東京ビッグサイト
第6回三重がん診療連携クリニカルパス研究会	平成22年7月20日	津地区医師会館
あじさいネット運用講習会	平成22年8月4日	長崎市医師会館
第1回全国ID-Link研究会	平成22年9月11日	金森ホール
第7回三重がん診療連携クリニカルパス研究会	平成22年9月28日	津地区医師会館
院内がん登録実務初級者研修会	平成22年11月8日～9日	DAITEC SAKAE貸会議室
日本医療マネジメント学会 2010年度 第1回 医療連携分科会	平成22年11月20日	東京医科大学 本館6階 臨床講堂
第8回三重がん診療連携クリニカルパス研究会	平成22年12月6日	津地区医師会館
第63回三重県公衆衛生学会	平成23年1月7日	三重県総合文化センター 多目的ホール
平成22年度大学病院情報マネジメント部門連絡会議	平成23年2月3日～4日	つくば国際会議場
第4回市民公開講座 がんから身を守る！知ってほしい消化器がん	平成23年2月19日	三重県総合文化センター 中ホール
日本医療マネジメント学会 —第10回香川支部学術集会—	平成23年3月5日	丸亀市民会館

はじめに

がんセンター 連携部門での私の活動についてご報告します。

今年度、三重県における地域医療連携システム（三重医療安心ネットワーク）の拡大とがん対策推進基本計画でもある5大がんの地域連携クリニカルパスの整備を目標として様々な地域医療連携に関する講習会や研究会に参加させていただき勉強させていただきました。

また、三重大学病院でがんの治療を行っている患者様のお近くのかかりつけの先生に三重医療安心ネットワークへの参加の呼び掛けやサポートを行い、より安心・安全ながん連携を提供するため普及啓発活動を行ってきました。

#### 三重医療安心ネットワーク運用実績

今年4月から3ヶ月間を試験運用とし7月から本格運用を開始した。運用後半年は拠点病院間での利用に留まっていた。（図1）

地域連携の先進県である長崎では県の医師会や地区医

師会の先生のご協力によりスムーズな地域連携に成功している。長崎のあじさいネットを参考にまずは地区医師会の先生方に三重医療安心ネットワークへの参加を呼びかけた。案内の成果もあり、医師会の先生方の参加に結びつき連携患者の増加につながった。

さらに参加していただいている先生から三重医療安心ネットワークのインタビューを行いその記事を元にパンフレットを作成し院内で配布し、より多くの患者様に知っていただくように案内を行っています。

#### がん診療連携クリニカルパスの整備

度重なる三重がん診療連携クリニカルパス研究会により活発な意見交換の中から5大がんについて今年12月によりやく整備が完了しましたが実際の運用というのは難しく、今後より活用しやすいように改良を重ねる必要があると考えています。また三重大学病院だけでなく県がん診療拠点病院や地域がん診療連携拠点病院等で独自のクリニカルパスが整備されつつあり煩雑になることから各拠点病院が統一したクリニカルパスで運用を行う必要性があると考えており、今後はパスの統一に向けた活動も行っていきたいと思えます。

2010年度月別・連携患者数

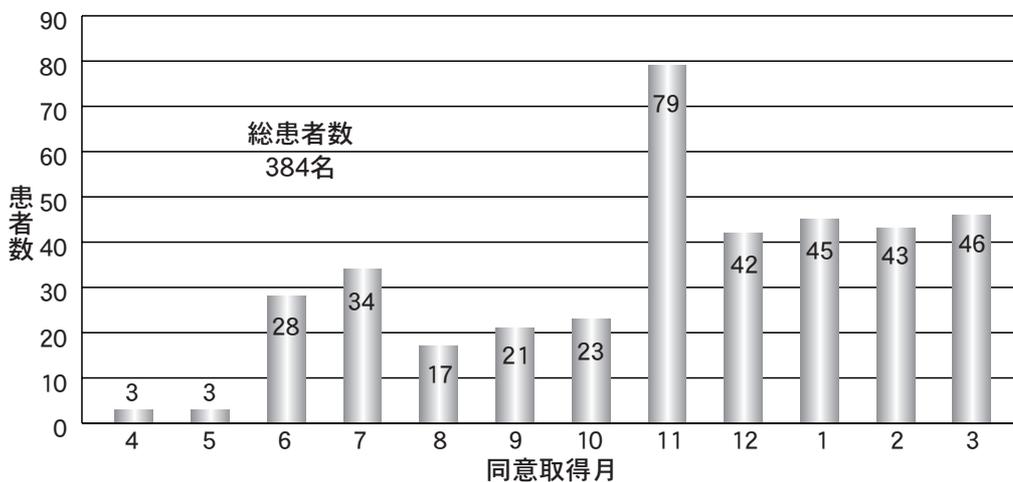


図1

# 事務部門のがんセンターサポートについて

医事係長 小林 康之

2006年6月に三重大学医学部附属病院にがんセンターを立ち上げ、今年で5年目に突入し、これまで各種研修会、市民公開講座等、センター長を中心として、各部門の先生方と事務部門が一致協力して開催し、県拠点病院としての活動を行ってまいりました。

年々増加する行事及び業務に併せ、専任の事務スタッフも10人を超え、医療サービス課としてもそれを支えるべく、がんセンターの事務スタッフを医事係所属に変更し、病院事務部としての協力体制の構築を行いました。

2010年度からは新たな事業として、県内において安心・安全でかつ切れ目のない医療提供体制を充実するため、ID-Linkを活用した“三重医療安心ネットワーク”を三重県と県内6病院（三重大学医学部附属病院、三重中央医療センター、鈴鹿中央総合病院、松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院、紀南病院）で立ち上げ、組織運営の中心的役割として、三重県地域医療連携協議会事務局をがんセンターに設置し、三重県内医療機関での連携業務を開始しました。まだ初年度であることから問題等も山積みの中、着実に連携医療機関を伸ばし、県内に本ネットワークを張り巡らせるための組織として本院医療福祉支援センター内に地域連携室を設置し、がんセンターと共同しながら活動を行っております。

を始め、中央登録室を本院10階東翼に設置し、がんセンターを中心に事業の円滑な運営のため、毎週水曜日に勉強会、連絡会を実施しております。

地域がん登録については、2010年初めに部会にて実施に関する検討を開始し、2010年11月には山梨県地域がん登録室の視察を行い、具体的な準備に入り、県内にて院内がん登録を実施している各医療機関担当者への説明会等を実施し、開始に向けた準備、検討を行ってまいりました。三重県知事の交代などの影響から開始を2011年7月開始を目標に、国立がん研究センター等の指導を受けながら2011年症例からの登録を始めるための最終的な詰めの協議を行っております。



また全国38道府県1市で実施されている“地域がん登録事業”についても2011年度開始に向けて三重県健康福祉部健康づくり室と共に計画、検討及び準備

がんセンターとして、これら新たな事業と並行し、例年実施している市民公開講座、緩和ケア研修会などより良いものにするための検討を重ね、2011年2月19日に開催した市民公開講座では過去最多となる605名の参加がありました。

2011年度も引き続き事務部門として、がんセンター運営のために事務部門スタッフとともに各部門と協力しながら充実した企画の検討、実施をしていきたいと思っております。

# 三重県での地域がん登録の実施について

中瀬 一則

院内がん登録は三重県内のがん診療連携拠点病院を含めた計13病院で現在行われていますが、平成23年度より、三重県でも、ようやく地域がん登録が実施されるようになりますので、その実現に至る経緯を含めて、ご説明させて頂きたいと思えます。現在、わが国では臓器がん登録、院内がん登録、地域がん登録の3種類のがん登録が行われています。それぞれに特徴があり、目的が異なりますので、最初に少し、ご説明をさせて頂きます。臓器がん登録は学会主導で学会の認定施設などにより、特定のがん種について詳細な登録が行われ、学会の中央事務局にデータが集められる全国規模の仕組みです。収集された臨床情報の解析により、診断と治療についての評価が可能となりますが、登録症例に偏りがある危険性があり、個人情報の扱いが解決されていません。院内がん登録は、その実施が、がん診療連携拠点病院の指定要件になっているため、全国の拠点病院で、病院に受診したすべてのがんについての登録が行われています。三重県では、拠点病院の6病院以外にも7病院で、院内がん登録が実施され

ています。施設におけるがん診療の実態を把握する仕組みで、施設間の評価が可能となります。個人情報、ひとつの施設内にとどまるため、個人情報保護上の問題点はないとされています。地域がん登録は、各都道府県でがん診療を行うすべての医療機関でがんについての登録を行い、県庁や医師会などの事務局に登録結果を集めて、地域全体のがん罹患情報の把握を行う仕組みで、対象地域のがんの罹患率と生存率の計測が可能となります。これにより、初めて県内でのすべてのがんの実態が解明されることとなります。個人情報保護に関しては、後述しますが、公衆衛生の観点から社会全体の利益が得られることより、個人情報保護法の適用外とされています。行政ががん対策として、地域の健康福祉の分野で介入するためには、正確ながんの実態把握が不可欠となりますので、地域がん登録のデータがないとがん対策の企画立案ができません。以下に、それぞれのがん登録の違いについてイメージ図で簡単にお示します(図1)。

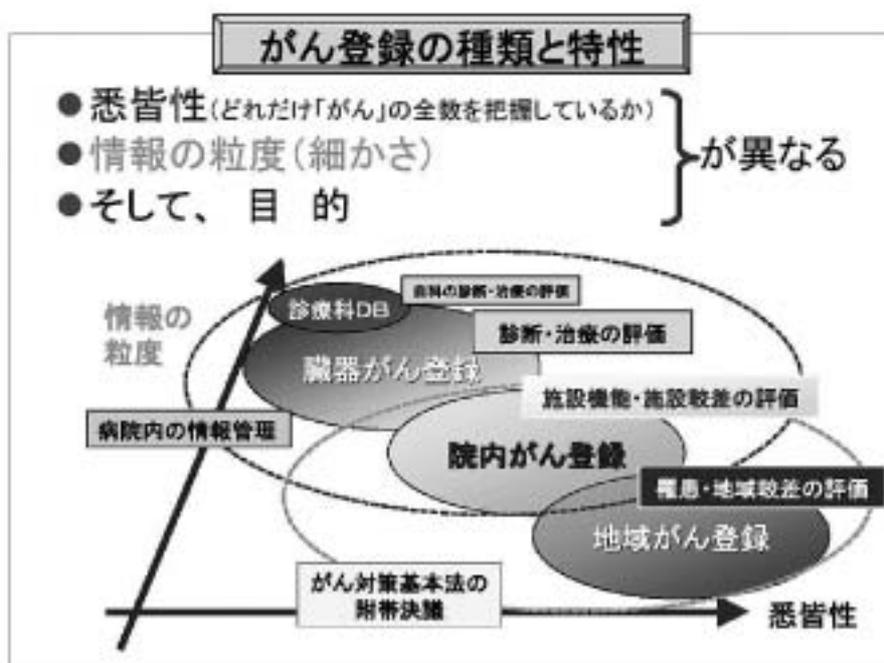


図1. それぞれのがん登録の特性について



それから、しばらくして、たまたま、三重テレビのニュースでがん対策の特集があり、1月29日にがんセンターが取材を受け、そのインタビューで思わず三重県で地域がん登録が行われていないのは問題であると発言してしまい、その部分だけが、2月5日のニュースで放映されました。その後、公明党の県議会議員の今井智広さんに、2月27日の三重県議会で地域がん登録の問題を取り上げていただき、当時の向井正治健康福祉部長から、「地域がん登録の実施に向けた体制整備に取り組んでまいりたい、また、三重県のがん対策戦略プランにも盛り込みたい」との答弁がありました。2008年8月発行の三重県のがん対策戦略プ

ランに、「地域がん登録の実施に向けて検討を行い、各関係機関の協力体制の構築に向けた検討を行います」との文言が入りました。その後、少し時間がかかりましたが、2010年になり、ようやく、具体的に三重県の地域がん登録のワーキンググループが立ち上がり、3月に第1回の会議が開催され、三重大学のがんセンターが事務局になる方向性が打ち出されました。7月に第2回の会議が行われ、登録体制や登録項目について協議され、10月19日の三重県がん対策推進協議会で、2011年度からの三重県での地域がん登録開始が決定されました（図3）。



図3. 地域がん登録の実施を伝える10月20日付けの伊勢新聞の記事

地域がん登録は、現在、全国39道府県1市で実施されています。現状では、がんの死亡数、死亡率はわかりませんが、県内のがん種別の患者数や治療成績等の情報は不明です。がん登録は個人情報を扱いますので、個人情報保護の問題がありますが、地域がん登録に関しては以下の法的根拠が示されています。

#### <根拠法令>

・健康増進法（平成15年5月1日施行）

（生活習慣病の発生の状況の把握）

第16条 国及び地方公共団体は、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基礎資料として、国民の生活習慣とがん、循環器病その他の政令で定める生活習慣病（以下単に「生活習慣病」という。）との相関関係を明らかにするため、生活習慣病の発生の状況の把握に努めなければならない。

・厚生労働省健康局通知「健康増進法等の施行について」（平成15年4月30日健発第040001号）

生活習慣病の発生の状況の把握（法第16条）の具体的な内容は、地域がん登録事業及び脳卒中登録事業であること。

・がん対策基本法（平成19年4月1日施行）

第17条 第2項 「国および地方公共団体は、がん患者の罹患、転帰その他の状況を把握し、分析するための取組を支援するために必要な施策を講ずるものとする。」

付帯決議 第16項「がん登録については、がん罹患数・罹患率などの疫学的研究、がん検診の評価、がん医療の評価の不可欠の制度であり、院内がん登録制度の向上ならびに個人情報の保護を徹底するための措置について、本法成立後、検討を行い、所要の措置を講ずること。」

・地域がん登録事業に関する「個人情報の保護に関する

法律」、 「行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律」及び「独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律」の取扱いについて（2004年1月8日付け健発第0108003号健康局通知）

増進法（平成14年法律第103号）第16条に基づく地域がん登録事業において、民間の医療機関が国又は地方公共団体へ診療情報を提供する場合は、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第16条第3項第3号及び第23条第1項第3号に規定する「利用目的による制限」及び「第三者提供の制限」の適用除外の事例に該当する。

・三重県個人情報保護条例第7条第2項第8号

三重県個人情報保護条例においては、個人情報の本人からの収集原則など個人情報の取扱いに関する制限を制定していることから、三重県地域がん登録事業の実施にあたり、平成23年6月21日「三重県個人情報保護審査会」に諮問を行い、「本人からの収集の原則の適用」を除外することを認める答申を受けました。（答申第85条）

また、個人情報の確認については、住民基本台帳の活用を予定していますが、これに関しても、住民基本台帳法第30条の8に都道府県知事は、次の各号のいずれかに該当する場合には、保存期間に係る本人確認情報を利用することができる。

- 1 別表第5に掲げる事務を遂行するとき
- 2 条例で定める事務を遂行するとき
- 3 本人確認情報の利用につき、当該本人確認情報に係る本人が同意した事務を遂行するとき
- 4 統計資料の作成を行うとき

と示されており、近県では、滋賀県、兵庫県、和歌山県、大阪府などで本人確認情報の利用・提供に関する条例が制定されています。大阪府では、本人確認情報を利用する事務として、「がん対策基本法および健康増進法に基づくがん患者の状況の把握に関する事務」

をあげ、住基ネットを利用し、がん患者の生存確認を毎年行うこととしています。三重県では、「住民基本台帳法に基づく本人確認情報の利用および提供に関する条例」を平成22年12月28日に制定しており、住民基本台帳ネットワークシステムにおける本人確認情

報を利用する事務の拡大について、条例改正を行えば、生存状況と転出状況をシステム上で確認することが可能になりますので、現在、準備中です。図4に三重県における地域がん登録の流れについてお示しします。

三重県で、この地域がん登録を開始するにあたり、

## 三重県における地域がん登録の流れ

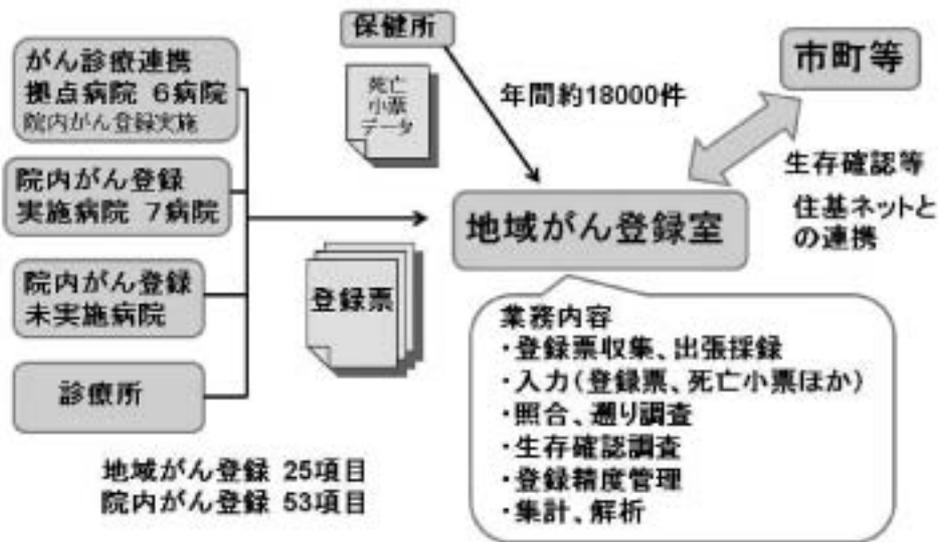


図4. 地域がん登録室までの流れ

三重大学の公衆衛生学講座との共同研究で地域の住民調査と地域がん登録のデータをリンクさせることにより、臨床疫学的調査を実施し、生活習慣とがんの発生との関連等について研究を行っていくことになっています。この計画は、三重県の地域医療再生計画の中に組み入れて頂きました。三重県から、地域がん登録のデータを活用した貴重な情報を今後、発信していければと考えています。最後に、地域がん登録の案内のチラシをお示しします（図6）。三重県のデータに基づいた適切ながん対策の実現のために、がん医療に携わる先生方の地域がん登録へのご理解とご協力を何卒よろしくお願い申し上げます。



図5. がんセンターで行われている地域がん登録に向けた勉強会の様子



個人情報保護制度との関係は？

個人情報保護法との関係では—

厚生労働省健康局長より、地域がん登録事業における診療情報の提供は、個人情報保護法等における「利用目的による制限」および「第三者提供の制限」の本人同意原則の適用除外の事例に該当する旨の通知がなされています(2004年1月)。

「医療・介護関係事業における個人情報の適切取扱いのためのガイドライン」(厚生労働省、2004年12月)では、地域がん登録事業への情報提供は、公衆衛生の向上のために特に必要がある場合に該当し、「本人の同意を得る必要はない」と明記されています。

三重県個人情報保護条例との関係では—

三重県地域がん登録事業は個人情報保護審議会との連携を受け、がんに関する診療情報の収集と登録、資料の提供について承認されています。



三重県地域がん登録に関するご質問にお答えします！

Q がん登録のしくみは？

A 実数集積でがんと診断されますと、病状の経過が三重県地域がん登録室(三重大学医学部附属病院内)に届けられます。これらの情報は、患者さんごと、医療ごとに集約されます。

また、住民登録の届出などから、診断後一定期間を経た患者さんの状況を確認します。こうした作業には個人情報取扱が必要で、がん登録には診療・診療情報と共に、氏名、生年月日、住所も届けられます。

Q がん登録はどうして必要？

A 患者ごとに集約された情報に基づき、県内におけるがんの現状(どのようながんが多いか？その増減は？)、がんの治療成績(診断から5年後の生存率は？がんの転がりや生存率の関連は？)、さらにはがん発症の要因も把握されます。

がん登録で得られた統計は、がん対策の企画と評価に活用されています。また、特定凶悪病法、毒物管理法、がん予防の研究にも

活用されます(注:診療情報とがんとの関係、統計の件など)。

がん登録はアメリカや韓国など海外では多くの国・地域で行われており、日本では一部の地域を除き、ほぼ全国で実施されています。

Q がん登録における個人情報の扱いは？

A 個人情報の漏えい、取次ぎによる個人の権利利益の侵害を防止するため、①登録室への入室者の制限、②取扱う職員の設定、③登録室及び業務保管室等の施錠管理、④個人情報等を保存するコンピュータの密着機密の厳格な管理により、適切かつ安全に管理されます。

がん登録では、毎年自己などの個人識別情報が提供されますが、集約結果ががん登録に基づく研究発表において個人の特定につながる情報が伝わることはありません。



Q 届出について本人に説明がありますか？

A がん登録への届出について、ご本人に説明に御料したりはございません。がんの発生把握を目的としていることから、了解の得られなかった場合は通知が送付することが考えられ、本来の目的を達成できなくなるためです。地域がん登録は、厚生労働省を通じて、本人の同意が必須のないもののひとつとされています。

Q がん登録の活用事例は？

A がん発症の発生率やがん発症の発症時に活用されています。

近年、子宮頸がん検診の受診率が拡大されたり、乳がん検診にマンモグラフィが導入されました。これらは、地域がん登録のデータを活用した研究によって認識し得られた結果です。

ご理解を  
お願いいたします。



図6. 地域がん登録の案内のチラシ

# オーストラリアの緩和ケアから感じたこと

緩和ケアチーム 薬剤師 岡本 明大

2007年4月に「がん対策基本法」が成立し、がん治療の早期から、心身の苦痛や治療に伴う不快な症状を和らげ、QOLを向上させる緩和ケアが知られ始めました。最近になってようやく様々なところで緩和ケアの話が聞かれるようになりましたが、まだまだ一般市民には深く浸透しているとは言い難い状況です。私自身、三重大学医学部附属病院（以下、当院）の緩和ケアチームに所属して4年目になります。少しずつ緩和ケアについて学び様々ながん患者さんに関わってきました。今回、2010年9月、その緩和ケアの本場とも言えるオーストラリアの緩和ケアに触れる機会を与えていただきました。

私たちが研修をさせていただいた場所はオーストラリアの南部、アデレードです。そこで緩和ケアのパイオニアである Ian Maddocks先生の診療活動等に参加させていただきました。Maddocks先生の功績は素晴らしく、1985年に核戦争防止国際医師会議がノーベル平和賞を授与された際の副会長も務められました。私たちは医師1名、看護学科教授1名、そして薬剤師である私の3人で日本を出発し、現地での滞在期間は6日間と短い期間でしたが、その中で様々なことを学びました。

まずオーストラリアの医療保障制度は混合診療を認める国民皆保証制度（メディケア）であり、給与から一定の割合の税金を納入させることでその財源を確保しています。かかりつけ医（GP）が中心のイギリス型医療制度で公立（パブリック）の病院や施設においては大抵の医療が無料で受けられる仕組みになっています。一方私立（プライベート）の病院で医療を受けるためにはメディケア以外の民間医療保険に加入する必要があります。今回の研修ではパブリック、プライベート、それぞれの病院、ホスピス、そして在宅ケアを見学させて頂き、それぞれの特徴について実際に目で見て感じることができました。

プライベートの施設では2つのホスピス（Mary Potter Hospiceと Blackwood Hospital

Cherington ward）と2つの病院（Tennyson CentreとAshford Hospital）の計4施設、パブリックの施設はRepatriation Hospital とその緩和ケア病棟であるDaw Houseの2施設を見学させていただきました。

Maddocks先生はBlackwood Hospital Cherington ward、Tennyson Centre、Ashford Hospitalにおいては、主治医として患者を担当されていました。また、それぞれのホスピスには終末期医療だけではなく、症状コントロール目的で入院されている患者も多くみえました。そこで症状コントロールができるようになれば再び在宅やナーシングホームなど、本人の希望する療養の場所への変更ができるよう調整をはかります。また、専門的な治療が必要となった場合はTennyson CentreやAshford Hospitalの様な専門病院で治療を行うなど、在宅、ホスピス、病院のシームレスな関係が最も印象に残っています。

在宅ではgrannyflatと呼ばれる「離れ」で療養されている患者宅を訪問させていただきました。そこでは家族やペットと一緒に生活し、穏やかな時間が流れていました。もちろん疼痛コントロールをはじめ症状コントロールはホスピスや病院と同じように在宅で行われ、GPと訪問看護師が連携した緩和ケアを行っていました。

実際に在宅の患者の中には私たちが滞在中に亡くなられた方がみえました。Maddocks先生は、その方の看取りに行かれた帰りに塩酸モルヒネ注の箱を私に手渡してこうおっしゃいました。「この麻薬は今から別の患者さんに投与します。余った麻薬は発展途上国に寄付します。この麻薬の利便性についてどう思いますか？」と。日本での厳密な管理のことや返品された麻薬の廃棄などについて説明はしたものの、この質問に対する答えを私はその場でみつけることができませんでした。

そして迎えた最終日、ワインで有名なBarossa ValleyにてInner Rural Palliative Care Forum

2010に参加させていただきました。そこでは南オーストラリアで活躍される緩和ケアの先生方が多数参加されており、Maddocks先生も講演をされてみえました。このForumも独特の雰囲気です。アットホームな時間が流れていました。Forumの前夜は、もちろん、名産品のワインもたっぷり堪能させていただきました。あまりワインに詳しくない僕でも聞いたことのあるJacob's Creekなど有名なワイナリーのワインも美味しく頂きましたが、一番印象に残っているのは、全員で頂いたPort wineでした。深みのある色で甘く香り、本当にリラックスしてゆっくり休むことができました。

帰りの空港でMaddocks夫妻に別れを告げ、日本に帰ってきてから様々なことを考えました。オーストラリアの緩和ケアと日本の緩和ケアの違いは一体何だろう。もちろん文化の違い、風土の違い、宗教の違いもありますが、最も感じたのは時間の流れでした。当院のような急性期の病院で時間をかけて緩和ケアを提供することはなかなか難しいですが、そのなかでもやはり患者のために穏やかな時間を提供できるようなスタイルが必要なのではないか、そう思いました。決して日本の緩和ケアが、症状コントロールなどのスキルの面で劣っているわけではないですし、今の緩和ケアが間違っている訳では無いと思います。より良い緩和ケアを患者さん達に提供するために、具体的に何ができるかはまだまだ勉強不足で分かりませんが、これからの人生の中でその答えを見つけていきたいと強く思いました。私には私の緩和ケアがあり、for patientsそしてconvenientな緩和ケアをこれからも突き詰めていきたいと思えます。

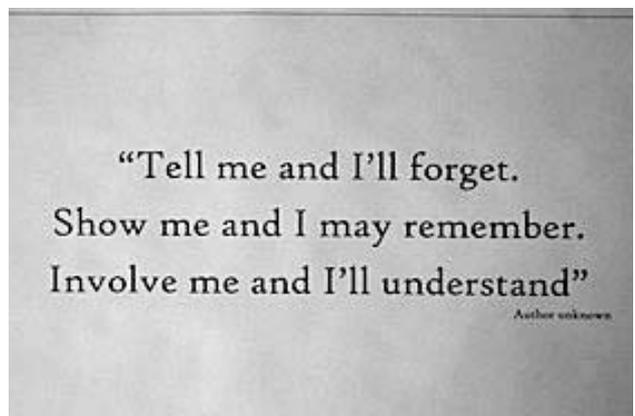
最後にこのような機会を与えて下さった中瀬がんセンター長をはじめ関係者の皆様、またつたない英語力の私に対しても温かく迎え入れて下さり、様々なことをご教授いただいたlan Maddocks先生、Diana夫人、Adelaideの医療機関のスタッフの皆様にご心より御礼申し上げます。



grannyflatにて  
一番手前がMaddocks先生。処方せんを記入中。訪問看護師はご家族とケアの方法などを話されていました。



Repatriation Hospitalにて  
緩和ケア科のSood医師（左）、Joanne看護師（中央）と一緒に院内のカフェテリアにて談笑中。



Daw Houseのスタッフルームの壁にあったメッセージ



Ashford Hospitalにて  
Maddocks先生と古くから知り合いの患者と一緒に。  
とても良好な関係が二人の会話から伺えました。



Barossa Valleyのホテルにて  
全員でPort wineを堪能。とてもリラックスできま  
した。



Inner Rural Palliative Care Forum 2010  
独特のアットホームな雰囲気でも多くの参加者が議論さ  
れていました。

# 市民公開講座とがんチーム医療研究会について

中瀬 一則

三重大学医学部附属病院がんセンターが、本年度に取り組んだ市民公開講座とがんチーム医療研究会について、ご紹介させていただきます。市民公開講座については、特に力を入れておりますので、がんセンター教育部門リーダーの井上靖浩先生にも報告して頂いておりますが、私の方からもご報告させて頂きたいと思っております。市民公開講座は毎年2回開催しておりますが、第1回目は平成22年5月23日（日）に三重大学三翠ホールの大ホールで、Ekiden for Life～生命の駅伝～との共催で開催し、2回目は、例年のように、三重県総合文化センター中ホールを会場として、平成23年2月19日（土）に開催しました。

第1回目の市民公開講座のプログラムは以下の如くです（敬称 略）。

日時：平成22年5月23日（日）  
午前10：00～12：00

場所：三重大学三翠ホール大ホール

開会挨拶

三重大学学長

内田淳正

講演1

「がんと上手につきあう方法」

NTT東日本関東病院緩和ケア部長 堀 夏樹

講演2

「躍進するがん研究 ～歩いて走ってがん予防～」

愛知県がんセンター研究所所長 田島和雄

閉会挨拶

三重大学医学部附属病院院長

竹田 寛

この市民公開講座は三重大学医学部病理学講座教授の白石泰三先生と相談させて頂き、白石先生が所属されているEkiden for Life～生命の駅伝～との共催での

開催となりました。当日は朝から雨と風が強くなり悪天候でしたが、226名の方が参加され、気分不良となる方もなく、無事終了することができました。

NTT東日本関東病院緩和ケア部長の堀 夏樹先生は本学ご出身で白石先生と同級生とのこと。がんと上手につき合う方法ということで、緩和ケアについてわかりやすくご講演して頂きました。堀先生にはご著書の「緩和ケア ゴールデンハンドブック」（南江堂）を頂戴致しました。本学での緩和ケアに役立たせて頂きたいと思っております。ありがとうございました。



生命の駅伝ジョイント市民公開講座のポスター

また、愛知県がんセンター研究所所長の田島和雄先生にも、白石先生の方から、お声をかけてもらい、来て頂くことができました。田島先生には、三重県の地域がん登録の立ち上げのためのワーキンググループの

会議でも大変お世話になっております。ありがとうございます。田島先生が長距離長時間を愛知県がんセンターまで歩いて通勤し、健康を保持しているというお話がとても印象的でした。

閉会では、三重県に来てみえた中川正春文部科学副大臣（現 文部科学大臣）にお越し頂き、ご挨拶を賜うことができました。誠にありがとうございました。午後からは、悪天候について白石先生を中心にランニングが行われ、がん撲滅の息吹が高まりました。ご参加された方々、どうもご苦労様でした。



講演される愛知県がんセンター研究所所長の田島和雄先生



市民公開講座会場の風景



閉会の挨拶をされる中川正春文部科学副大臣



公開講座終了後ランニングの準備をする参加者の方々

本年度としては2回目となる第4回市民公開講座のプログラムは以下の如くです（敬称 略）。

日時：平成23年2月19日（土）

午後1：00～4：30

場所：三重県総合文化センター中ホール

開会挨拶

三重大学医学部附属病院がんセンター

センター長 中瀬一則

三重県健康福祉部

医療政策監 古元重和





パネルディスカッションの様子



市民公開講座会場の風景

がんチーム医療研究会は、年2回開催し、三重大学医学部附属病院はもとより、三重県の地域がん診療連携拠点病院から院長はじめ、医師、薬剤師、看護師、ソーシャルワーカー、事務部を含め毎回多数の方々にご参加して頂いております。今年度はホテルグリーンパーク津で、平成22年9月14日（火）に第9回、平成23年3月1日（火）に第10回のがんチーム医療研究会を開催しました。

第9回がんチーム医療研究会は以下のプログラム（敬称 略）で行われ、131名の多数の方にご参加頂きました。

日時：2010年9月14日（火）

18：30～20：30

場所：ホテルグリーンパーク津

6階『伊勢・安濃の間』

18：25～

【開会の挨拶】

三重大学医学部附属病院 がんセンター長

中瀬一則

18：30～

一般演題 テーマ：『地域連携医療の取り組み』

司会：三重大学医学部 看護学科

教授 辻川 真弓

I 『三重県における在宅医療の最前線

～チーム「ZAITAKU」の活動～』

いしが在宅ケアクリニック

院長 石賀丈士

II 『在宅看護の実際』

社団法人三重県看護協会

ナーシングヒル・なでしこ 田中まり子

19：10～

講演 I

司会：三重県健康福祉部 健康づくり室

主査 松見隆子

『三重医療安心ネットについて』

三重大学医学部附属病院 がんセンター

連携部門長 櫻井洋至

19：30～

講演 II

司会：三重大学大学院医学系研究科

先進医療外科学講座 准教授 毛利靖彦

『進行・再発胃がんの現状と展望』

大阪医科大学附属病院 化学療法センター

教授 瀧内比呂也

20：30～

【閉会のご挨拶】

三重大学医学部附属病院 病院長 竹田 寛

今回は一般演題として、在宅医療を取り上げました。第二内科出身で、孤軍奮闘して、在宅医療に積極的に取り組む石賀先生に在宅でのがん医療の実情についてお話を頂きました。大変、意欲的な内容で希望のもてる素晴らしいお話でした。切れ目のないがん医療の実現を目指して、在宅医との連携の必要性を痛感しました。ナーシングヒル・なでしこの田中まり子さんには、三重県の看護ステーションの実情についてご説明して頂きました。看護ステーションについては、まだ知られていないことも多いと思いますが、これからは、がん医療においては看護ステーションとの連携もさらに重要になってくるのではないかと感じました。

講演Ⅰでは、三重県健康福祉部健康づくり室主査の松見隆子さんに、三重医療安心ネットについての概略をご説明して頂いてから、三重大学医学部附属病院がんセンター連携部門長の櫻井洋至先生に、三重医療安心ネットの実情と今後の方向性について、ご講演を御願いました。安心安全ながん医療の地域完結型医療の実現を目指して、三重県全域において、インターネットを活用した医療連携体制が構築されることを期待しております。



第9回がんチーム医療研究会の様子

講演Ⅱでは、過去のがんチーム医療研究会で取り上

げてきた5大がんのうち最後となる胃がんをテーマにして、がんプロフェッショナル養成プランで連携する大阪医科大学から大阪医科大学附属病院化学療法センター教授の瀧内比呂也先生をお招きして、進行・再発胃がんの現状と展望についてご講演を賜りました。座長には、三重大学で胃がんの治療に中心的に携わっておられる先進医療外科学講座准教授の毛利靖彦先生に御願しました。胃がんの化学療法について、さまざまな臨床試験が行われていることなどがよくわかりました。



瀧内比呂也先生をお囲みして、左から血液腫瘍内科教授の片山直之先生、附属病院院長の竹田 寛先生、瀧内先生、私

第10回がんチーム医療研究会のプログラム（敬称略）は以下の如くで、94名の方にご参加頂きました。

日時：2011年3月1日（火）

18：30～20：30

場所：ホテルグリーンパーク津 6階

【伊勢・安濃の間】

開会の挨拶

三重大学医学部附属病院

がんセンター長 中瀬一則

一般演題

司会：松阪中央総合病院  
 がん看護専門看護師 武田紀子  
 三重大学医学部附属病院  
 准教授 副薬剤部長 岩本卓也

整形外科 部長 杉浦英志

閉会の挨拶  
 三重大学大学院医学系研究科  
 血液・腫瘍内科学 教授 片山直之

I 『抗がん剤調製室開室3年間における疑義照会の解析』  
 間瀬広樹1)、小山一子1)、稻吉隆行1)、  
 稻吉瑠美2)、鈴木 晃1)、井端英憲3)、  
 横井 一4)、堀部千治1)  
 三重中央医療センター 薬剤科1)、看護部  
 2)、呼吸器科3)、外科4)

II 『リボンスハウスからの報告～開室1年間の取り組みと今後の課題～』  
 ○鈴木志保子1)、中村喜美子1) 2)、前田  
 多見1)、佐々木知香1)、地崎真寿美1)、  
 内田恵一1)、中瀬一則2)

三重大学医学部附属病院がんセンター患者  
 支援部門1)、  
 三重大学医学部附属病院がんセンター2)

講演 I

司会 三重大学医学部 看護学科  
 教授 辻川真弓  
 『看護師としての自分のキャリアを育てるために』  
 三重県立志摩病院  
 がん看護専門看護師 廣津美恵  
 岡波総合病院 看護師 市川智子

講演 II (教育講演)

司会 三重大学医学部附属病院  
 整形外科 松峯昭彦  
 『整形外科の立場からみた骨転移治療の重要性』  
 愛知県がんセンター中央病院



第10回がんチーム医療研究会の案内用ちらし

一般演題は2題で、三重中央医療センターの間瀬広樹先生からの抗がん剤調製室開室3年間における疑義照会についてのご報告と三重大学医学部附属病院医療福祉支援センターで医療ソーシャルワーカーを務める鈴木志保子さんから、三重大学医学部附属病院のリボンスハウスでの開室1年間の現状を報告して頂きました。それぞれ、まだ、開室されてから、間がないですが、積極的な活動内容で、がん医療への貢献の姿勢が

よく伝わってきました。

講演Ⅰでは、三重大学医学部看護学科教授の辻川真弓先生に、がん看護の専門職について紹介して頂くようにお願いしました。辻川先生のご配慮により、三重県立志摩病院と岡波総合病院のそれぞれの看護師である廣津美恵さんと市川智子さんに専門職のキャリアを育てるための活動についてお話を頂きました。これから、看護専門職を目指す方の参考になったのではないかと思います。

講演Ⅱでは、最近増加しつつあるがんの骨転移について取り上げ、愛知県がんセンター中央病院整形外科部長の杉浦英志先生をお迎えして、骨転移治療についてのご講演を賜りました。座長は、杉浦先生から、是非、松峯先生を御願いますとうかがっておりましたので、当院整形外科准教授の松峯昭彦先生にお願いしました。骨転移の診断と治療のポイントについて、よく理解できました。誠にありがとうございました。

以上、三重大学医学部附属病院がんセンターが特に力を入れて、それぞれ年に2回ずつ取り組んでいる地域住民の方対象の市民公開講座とがん医療従事者対象のがんチーム医療研究会についてご報告致しました。今後とも、ご支援の程、何卒よろしくお願い申し上げます。

# がんセンター

## 2010年度関連イベント日程表

(敬称は省略)

2010年 4月 8日	三重医療安心ネット設立発表会 取材：NHKテレビ、名古屋テレビ、三重テレビ、朝日新聞、 読売新聞、毎日新聞、中日新聞、伊勢新聞、三重タイムズ 三重大学医学部臨床第1講義室
4月 9日	竹田 寛病院長名で地域医療連携システム稼動に伴う個人 情報の利用について、病院職員に通達
4月14日	第26回Tumor Board
4月15日	第34回がんセンター教育・研修部門会議
4月19日	緩和ケアチーム定例会 がんセンター
4月22日	第34回がんセンターリーダー会議
4月27日	第5回三重診療連携クリニカルパス研究会 取材：ZTV (ケーブルテレビ) 津地区医師会
5月 7- 9日	平成22年度精神腫瘍学の基本教育のための都道府県指導 者研修会 クロスウェーブ船橋 鈴木 大
5月15-16日	第1回あじさいネット研究会 花井大介 長崎県医師会館
5月17日	緩和ケアチーム定例会 がんセンター
5月20日	第35回がんセンター教育・研修部門会議
5月23日	EKIDEN for LIFE市民公開講座 参加者：226名 三重大学 三翠ホール
5月27-28日	院内がん登録実務初級者研修会 DAITEC SAKAE貸会議室 石井 茜
5月28日	第1回三重県地域医療連携連絡協議会
5月29-31日	日本超音波医学会第83回学術集会 国立京都国際会館 中瀬一則
6月 2- 4日	第58回日本化学療法学会総会 長崎ブリックホール 中瀬一則
6月 8日	がんセンター歓迎会 (山村哲史・花井大介・松田明子・山口知子) 東洋軒
6月 9日	第27回Tumor Board
6月10日	第1回タオル帽子を作る会 リボンズハウス
6月10日	第3回なごみサロン リボンズハウス
6月10-12日	日本医療マネジメント学会 札幌コンベンションセンター 花井大介
6月16日	伊勢市民病院より院内がん登録の視察のためがんセンター 訪問 医療事務課診療情報管理係長 森 宏子、西川奈美
6月17日	第36回がんセンター教育・研修部門会議
6月18日	第15回日本緩和医療学会学術大会 東京国際フォーラム 中瀬一則

6月21日	緩和ケアチーム定例会 がんセンター
6月24日	第36回がんセンターリーダー会議
6月30日	第11回がんプロフェッショナル養成プランWG会議
6月30日	三重医療安心ネット院内説明会
7月 5日	三重県地域がん登録WG委員会 参加者：田島和雄、白石泰三、富本秀和、笠島茂、矢花正、 中瀬一則、廣部智子、小林康之、江頭恵、古元 重和、服部秀二、松見隆子、田中幸夫
7月 6日	総務省より総務省交付金（三重医療安心ネットワーク）の 運用状況の視察のため当院訪問 総務省東海総合通信局長 鈴木茂樹 東海総合通信局総 務部総務課 今村富士男 三重大学より中瀬一則、桜井洋至、 安積良紀、小林康之、花井大介、三重県より松見隆子同席
7月 6日	第2回三重県地域医療連携連絡協議会
7月14日	第28回Tumor Board
7月14-16日	国際モダンホスピタルショウ2010 東京ビッグサイト 花井大介
7月15日	第37回がんセンター教育・研修部門会議
7月20日	第6回三重診療連携クリニカルパス研究会 津地区医師会
7月22日	第37回がんセンターリーダー会議
7月26日	緩和ケアチーム定例会 がんセンター
7月29日	血液腫瘍内科検討会でIDリンク説明
7月29日	第2回タオル帽子を作る会 リボンスハウス
8月 4- 5日	長崎市の運営委員会 長崎市医師会 花井大介
8月18日	地方自治体によるがん検診受診率向上に関する意見交換 会のためがんセンター訪問 紀宝町特別参与 二村 昭 三重大学より中瀬一則同席
8月26日	第3回タオル帽子を作る会 リボンスハウス
9月 1日	国立がん研究センターより地域がん登録準備状況の視察の ため、当院訪問 国立がんセンター地域がん登録室長 味木和喜子 同研 究員 松田智大 三重県より松見隆子、田中幸夫 三重 大学より白石泰三、中瀬一則、小林康之、江頭 恵
9月 4日	三重県がん登録研修会 アスト津
9月 5-12日	緩和ケアチーム オーストラリアアデレードの緩和医療視察 星野奈月、辻川真弓、岡本明大
9月 8日	第29回Tumor Board

9月 9日	名古屋市陽子線治療施設紹介のため、当院訪問 名古屋市病院局長 上田龍三 名古屋市記念病院院長 藤田民夫 名古屋市健康福祉局健康部主幹（陽子線がん 治療施設） 荻野浩幸 同主幹（陽子線がん治療施設事業） 稲垣弘和 名古屋市病院局管理部経営企画室主幹（病院 再整備等） 佐藤誠司 三重大学より竹田寛院長、中瀬 一則、伊井憲子同席
9月 9日	第4回なごみサロン リボンズハウス
9月10-12日	全国ID-Link研究会 金森ホール 小林康之、花井大介
9月14日	第9回がんチーム医療研究会 ホテルグリーンパーク津
9月15日	がんセンター送別会（星野奈月） とりあえず吾平
9月16日	第38回がんセンター教育・研修部門会議
9月21-22日	院内がん登録実務初級修了者研修会 国際研究交流会館 岡田康子、福本由美子
9月27日	アデレード緩和医療視察報告会 三重大学医学部臨床第2講義室
9月28日	第7回三重診療連携クリニカルパス研究会 津地区医師会
9月30日	第38回がんセンターリーダー会議
9月30日	第4回タオル帽子を作る会 リボンズハウス
10月 4日	緩和ケアチーム定例会 がんセンター
10月 5日	鈴鹿回生病院地域連携ネットワーク視察 鈴鹿回生病院 花井大介
10月 6日	第1回紀宝町がん検診受診促進事業企画評価委員会 意見提出 中瀬一則
10月 7日	第3回三重県地域医療連携連絡協議会
10月 8日	第3回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 国際交流会館 中瀬一則
10月13日	第30回TumorBoard
10月15日	第19回地域がん登録全国協議会研究会 横浜赤レンガ倉庫1号館 岡田康子、江頭恵、福本由美子、 石井茜
10月20-26日	IDS48th ANNUALMEETING Vancouver Exhibition and Convention Center 中瀬一則
10月21日	第39回がんセンター教育・研修部門会議
10月21日	第5回タオル帽子を作る会 リボンズハウス
10月25日	緩和ケアチーム定例会 がんセンター

10月28日	第39回がんセンターリーダー会議
10月29日	第48回日本癌治療学会学術集会 国立京都国際会館 中瀬一則
11月 1日	地域がん登録視察、打ち合わせ 山梨県庁 江頭恵
11月 2日	第2回紀宝町がん検診受診促進事業企画評価委員会 意見提出 中瀬一則
11月 8- 9日	院内がん登録実務初級者研修会 DAITEC SAKAE貸会議室 花井大介、石井茜
11月10日	第31回Tumor Board
11月12日	がんプロフェッショナル養成プラン特別セミナー学術講演会
11月18日	第40回がんセンター教育・研修部門会議
11月20日	日本医療マネジメント学会 医療連携分科会 東京医科大学病院 花井大介
11月22日	放射線治療医セミナー がんプロフェッショナル養成プラン紹介 中瀬一則
11月22日	治療早期からの緩和ケアを考える会 岡山大学精神科教授 内富庸介
11月24日	第3回紀宝町がん検診受診促進事業企画評価委員会 意見提出 中瀬一則
11月25日	第40回がんセンターリーダー会議
11月25日	第6回タオル帽子を作る会 リボズハウス
11月29日	緩和ケアチーム定例会 がんセンター
12月 1日	がんセンターに非常勤 濱元幸子、坂野華、栗原直子
12月 1- 2日	平成22年地域がん登録行政担当者講習会、実務者講習会 国立がん研究センター 小林康之、江頭恵
12月 6日	第8回三重診療連携クリニカルパス研究会 津地区医師会
12月 7日	第4回紀宝町がん検診受診促進事業企画評価委員会 意見提出 中瀬一則
12月 7日	がんセンター歓送迎会&忘年会（松田明子・濱元幸子・坂野華・栗原直子） ぴゅあ菜
12月 8日	第32回Tumor Board
12月 9日	第5回なごみサロン リボズハウス
12月16日	第41回がんセンター教育・研修部門会議
12月16日	第41回がんセンターリーダー会議
12月20日	緩和ケアチーム定例会 がんセンター

12月22日	がん診療連携拠点病院院内がん登録2009年全国集計のための品質管理ツールに関する講習会 国立がん研究センター 江頭恵、福本由美子
12月23日	緩和ケア研修会
12月26日	緩和ケア研修会
2011年 1月11日	第5回紀宝町がん検診受診促進事業企画評価委員会 意見提出 中瀬一則
1月12日	第33回Tumor Board
1月13日	地域医療再生計画について三重県と打ち合わせ
1月19日	がんプロフェッショナル養成プラン4大学合同テレビ会議
1月19日	第4回三重県地域医療連携連絡協議会
1月20日	地域医療再生計画の関係医療機関からのヒアリング 山田赤十字病院、県立総合医療センター、三重県医師会
1月22日	三重県がん登録勉強会 アスト津
1月24日	緩和ケアチーム定例会 がんセンター
1月26日	第42回がんセンター教育・研修部門会議
1月27日	第42回がんセンターリーダー会議
1月27日	第7回タオル帽子を作る会 リボンズハウス
1月31日	がんプロフェッショナル養成プランWG会議
2月 1日	新しい臨床心理士が緩和ケアチームに参加 大原紀江
2月 2- 4日	平成22年度大学病院情報マネジメント部門連絡会議 つくば国際会議場 花井大介
2月 3- 5日	平成22年度がん化学療法医療チーム養成にかかる指導者研修 国立がん研究センター 影山慎一、岩本卓也、堀口美穂、 前田多見
2月 5日	平成22年度病理医育成臨床研修モデル講演会 鳥羽国際ホテル 岡田康子、江頭恵
2月 5- 6日	平成22年度病理医育成臨床研修モデル講演会 鳥羽国際ホテル 村田哲也、石原明德、野田雅俊、矢花正、 渥美伸一郎、中野洋、林昭伸、藤原雅也、 佐藤雄基、中林洋、馬場洋一郎、小林康之
2月 6日	平成22年度病理医育成臨床研修モデル講演会 鳥羽国際ホテル 内山智子、福本由美子
2月 7日	第4回市民公開講座パネルディスカッション打ち合わせ
2月 9日	第34回Tumor Board
2月15日	第6回紀宝町がん検診受診促進事業企画評価委員会 意見提出 中瀬一則
2月16-17日	第2回地域がん登録事業会議 301新橋ビル8F 小林康之
2月17日	地域医療再生計画の関係医療機関からのヒアリング 鈴鹿中央総合病院、松阪中央総合病院、済生会松阪総合 病院、三重大学公衆衛生学

2月17日	第43回がんセンター教育・研修部門会議
2月19日	第4回市民公開講座 三重県総合文化センター中ホール
2月20日	緩和医療研修会 メルパルク京都 佐藤佳代子
2月24日	第43回がんセンターリーダー会議
2月24日	第8回タオル帽子を作る会 リボンスハウス
2月25日	地域医療再生計画の関係医療機関からのヒアリング 山田赤十字病院、済生会松阪総合病院、三重大学公衆衛生学
2月25日	「三重県がんにおける質の高い看護師育成研修」の発表会、閉講式 三重大学医学部附属病院4階看護部研修室 松井和世
2月26日	第13回NICユーザー会 ウインクあいち（愛知県産業労働センター） 花井大介
2月28日	緩和ケアチーム定例会 がんセンター
3月 1日	第10回がんチーム医療研究会 ホテルグリーンパーク津
3月 4- 6日	日本医療マネジメント学会 第10回香川支部学術集会 丸亀市民会館 花井大介
3月 5日	講演会及び第3回院内がん登録部会研修会(医療情報セミナー) 京都大学医学部附属病院 小林康之、不破由美、岡田康子、 江頭恵、福本由美子、村林千歳、 石井茜、瀧元幸子、坂野華
3月 8日	地域医療再生計画の県でのヒアリング
3月 9日	第35回Tumor Board
3月10日	三重県がん登録推進強化事業（地域がん登録）研修会 プラザ洞津
3月10日	三重県がん診療連携拠点病院会議
3月10日	第6回なごみサロン リボンスハウス
3月10-11日	平成22年度三重県がん登録推進強化事業（地域がん登録） 研修会 プラザ洞津
3月14日	第5回三重県地域医療連携連絡協議会
3月17日	第44回がんセンター教育・研修部門会議
3月24日	第44回がんセンターリーダー会議
3月24日	第9回タオル帽子を作る会 リボンスハウス
3月28日	緩和ケアチーム定例会 がんセンター
3月29日	第7回紀宝町がん検診受診促進事業企画評価委員会 意見提出 中瀬一則

# がんプロフェッショナル養成プラン推奨大学院セミナー一覧

(1) 第5回三重がん診療連携クリニカルパス研究会  
平成22年4月27日(火)

津地区医師会館 講堂

「開会の挨拶」：三重大学医学部附属病院

がんセンター長 中瀬 一則

「がん地域医療連携クリニカルパスの重要性と中  
勢医療圏における地域連携クリニカルパス導入  
への準備状況について」

三重大学医学部附属病院

がんセンター地域連携部門長 櫻井 洋至

「乳癌の診断と外科治療」

三重大学医学部附属病院

乳腺外科 助教 花村 典子

「乳癌の薬物治療」

三重大学医学部附属病院

腫瘍内科 助教 斎藤 佳菜子

「総括発言」：NHO 三重中央医療センター

院長 森本 保

(2) 第3回医療フォーラム

がん医療専門職教育の実践

平成22年5月15日(土)

芝蘭会館 稲盛ホール(京都大学創立百周年記念施設)

「開会の挨拶」：京都大学医学研究科長 光山 正雄

第I部 「4大学の活動報告」

「京都大学の活動」

京都大学医学研究科 准教授 岸本 寛史

「三重大学の活動」

三重大学医学系研究科 准教授 中瀬 一則

「滋賀医科大学の活動」

滋賀医科大学医学系研究科 特任講師 梅田 朋子

「大阪医科大学の活動」

大阪医科大学医学研究科 教授 瀧内 比呂也

第II部 招待講演

「6大学連携オンコロジーチームの現状と課題」

近畿大学医学部内科学腫瘍内科部門

教授 中川 和彦

(3) 市民公開講座

知ってほしいがんのこと

平成22年5月23日(日)

三重大学 三翠ホール 大ホール

「開会挨拶」：三重大学学長 内田 淳正

講演1 「がんと上手につきあう方法」

NTT東日本関東病院 緩和ケア部長 堀 夏樹

講演2 「躍進するがん研究 一歩いて走ってがん予  
防一」

愛知県がんセンター研究所 所長 田島 和雄

「閉会の挨拶」：三重大学医学部附属病院

病院長 竹田 寛

(4) 治療早期からの集学的緩和ケアを考える会

平成22年5月28日(金)

三重大学医学部臨床第二講堂

「開会挨拶」：三重大学医学部附属病院

がんセンター長 中瀬一則

座長：三重大学医学部附属病院がんセンター

助教 星野 奈月

「がん疼痛治療の基本と最前線」

癌研究会有明病院 麻酔科 医長 服部 政治

(5) 第6回三重がん診療連携クリニカルパス研究会

平成22年7月20日(火)

津地区医師会館 講堂

「開会の挨拶」：三重大学医学部附属病院

がんセンター長 中瀬 一則

「IT地域医療連携の実際：三重医療安心ネットを  
用いたシミュレーション」

三重大学医学部附属病院

がんセンター地域連携部門長 櫻井 洋至

「症例提示」

Case1-1 根治手術Follow up 「内分泌療法」

Case1-2 根治手術Follow up「化学療法」

Case2 「術後再発」

三重大学医学部附属病院

乳腺外科 助教 花村 典子

腫瘍内科 助教 斎藤 佳菜子

「総括発言」：NHO 三重中央医療センター

院長 森本 保

「2. ホジキンリンパ腫の移植療法」

三重大学医学部附属病院 血液内科 藤枝 敦史

「FDG-PETを用いた悪性リンパ腫の診断と治療効果判定」

三重大学医学部附属病院 放射線診断科

須澤 尚久

Case1. 提示 遠山病院 内科 武光 哲志

Case2. 提示 松阪中央総合病院 内科 水谷 実

(6) がんワクチン／遺伝子・免疫学細胞治療学講座  
がんワクチンセミナー

平成22年8月23日(月)

看護学科棟4階 会議室

「Costimulation in the Control of Immune Responses」

Prof.Lieping Chen

Professor of Oncology

Professor of Dermatology

Institute for Cell Engineering

Johns Hopkins University School of Medicine

Baltimore,Maryland,USA

(7) 第8回三重リンパ腫フォーラム

平成22年9月7日(火)

ホテルグリーンパーク津 6階「藤・萩の間」

「開会の挨拶」：三重大学大学院医学系研究科

血液・腫瘍内科学 教授 片山 直之

座長：三重大学医学部附属病院 血液内科

山口 素子

指定コメンテーター：三重大学医学部附属病院

病理部 今井 裕

三重大学医学部附属病院

放射線治療科 伊井 憲子

「1. ホジキンリンパ腫の治療 オーバービュー」

三重大学大学院医学系研究科血液・腫瘍内科学

宮崎 香奈

(8) 第9回がんチーム医療研究会

平成22年9月14日(火)

ホテルグリーンパーク津 6階「伊勢・安濃の間」

「開会の挨拶」：三重大学医学部附属病院

がんセンター長 中瀬 一則

一般演題 「地域医療の取り組み」

座長：三重大学医学部 看護学科 教授

辻川 真弓

I 「三重県における在宅医療の最前線～チーム「ZAITAKU」の活動～」

いしが在宅ケアクリニック 院長 石賀 丈士

II 「在宅看護の実際」

社団法人三重県看護協会

ナーシングヒル・なでしこ 藤波 恵子

講演 I

座長：三重県健康福祉部 健康づくり室 主査

松見 隆子

「三重医療安心ネットについて」

三重大学医学部附属病院

がんセンター連携部門長 櫻井 洋至

講演 II

座長：三重大学大学院医学系研究科

先進医療外科学講座 准教授 毛利 靖彦

「進行・再発胃がんの現状と展望」

大阪医科大学附属病院 化学療法センター 教授

瀧内 比呂也

「閉会の挨拶」：三重大学医学部附属病院

病院長 竹田 寛

(9) 第7回三重がん診療連携クリニカルパス研究会  
平成22年9月28日(火)  
津地区医師会館 講堂  
「開会の挨拶」：三重大学医学部附属病院  
がんセンター長 中瀬 一則  
「大腸癌治療ガイドラインの解説と改訂のポイント」  
三重大学医学部附属病院 消化管・小児外科講師  
井上 靖浩  
「大腸がん治療の歴史的変遷と今後の展開」  
三重大学医学部附属病院  
消化管・小児外科准教授 三木 誓雄  
「三重医療安心ネットの運用状況と診療報酬算定  
方法について」  
三重大学医学部附属病院 がんセンター地域連携部門長  
櫻井 洋至(肝胆膵外科)  
「総括発言」：三重中央医療センター 病院長  
森本 保

(10) がんプロフェッショナル養成プラン特別セミナー  
学術講演会  
平成22年11月12日(金)  
三重大学医学部臨床第二講堂  
「開会の挨拶」：三重大学医学部附属病院  
がんセンター長 中瀬 一則  
「地域で取り組む緩和医療 IN オーストラリア」  
三重大学医学部附属病院 薬剤部 岡本 明大  
三重大学医学部看護学科 教授 辻川 真弓  
静岡県立がんセンター緩和医療科 副院長  
星野 奈月  
「閉会の挨拶」：三重大学医学部看護学科  
特任教授 大西 和子

(11) 三重県／腎癌フォーラム  
平成22年11月18日(木)  
ホテルグリーンパーク津 6階「葵・橘の間」  
一般演題

座長：三重大学大学院医学系研究科 病態修復医学講座  
腎泌尿器外科学 准教授 有馬 公伸  
「スニチブ投与と転移巣切除により完全寛解が得  
られた転移性腎細胞癌の1例」  
松阪中央総合病院 泌尿器科 雄谷 剛士  
「スニチブの投与スケジュールを工夫することに  
より長期コントロールできている転移性腎細胞  
癌の1例」  
伊賀市立上野総合病院 泌尿器科 小林 一昭  
特別講演

座長：三重大学大学院医学系研究科 病態修復医学講座  
腎泌尿器外科 教授 杉村 芳樹  
「腎細胞がん治療 —Update2010—」  
熊本大学大学院生命科学研究部 泌尿器病態学分野  
教授 江藤 正俊

(12) 第8回 血液・腫瘍セミナー  
平成22年11月19日(金)  
三重大学看護学科4F会議室  
座長：三重大学大学院医学系研究科  
血液・腫瘍内科学教授 片山 直之

一般演題  
「真菌感染症における末梢血PCR検査の有用性」  
三重大学医学部附属病院中央検査部臨床検査技師  
中村 明子  
特別講演  
「血液内科領域の感染対策」  
帝京大学医学部附属溝口病院第4内科教授  
吉田 稔

(13) 三重放射線治療セミナー  
平成22年11月22日(月)

津都ホテル 5階  
「がんプロフェッショナル養成プランについて」  
三重大学医学部附属病院がんセンター長  
中瀬 一則

特別講演

座長：松阪中央総合病院放射線治療科部長

野本 由人

「最近の放射線治療の進歩 ―陽子線治療を中心に―

南東北がん陽子線治療センター長 不破 信和

(14) 治療早期からの集学的緩和ケアを考える会

平成22年11月22日(月)

三重大学医学部先端医科学教育研究棟3階第2講義室

「開会の挨拶」：三重大学医学部附属病院

がんセンター長 中瀬 一則

特別講演

座長：三重大学医学部看護学科特任教授

大西 和子

「精神腫瘍学：がん医療における心の医学」

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科精神神経病態学講座教授

内富 庸介

「閉会の挨拶」：三重大学医学部附属病院長

竹田 寛

(15) 第3回三重骨軟部疾患集学的治療研究会

平成22年11月26日(金)

津都ホテル 5階「伊勢東中の間」

「開会の挨拶」：三重大学医学部附属病院整形外科

准教授 松峯 昭彦

一般演題

座長：三重大学医学部附属病院腫瘍内科

水野 聡朗

I 「治療前にNTx高値を示した局所進行乳癌の1例」

三重大学医学部附属病院血液・腫瘍内科

戸野 泰孝

II 「ゾメタ投与を含む集学的治療により長期生存が得られた非小細胞肺癌骨転移例」

松阪市民病院呼吸器科 畑地 治

III 「胃癌骨転移での骨関連事象の検討」

遠山病院内科 野村 英毅

特別講演

座長：鈴鹿中央総合病院副院長 川上 恵基

「癌骨転移治療に対する薬物治療最新の知見」

癌研究会有明病院化学療法科部長 高橋 俊二

「閉会の挨拶」：三重大学医学部附属病院

がんセンター長 中瀬 一則

(16) 第8回三重がん診療連携クリニカルパス研究会

平成22年12月6日(月)

津地区医師会館 講堂

「開会の挨拶」：三重大学医学部附属病院

がんセンター長 中瀬 一則

「三重医療安心ネットを利活用した病診連携モデルについて」

三重大学医学部附属病院がんセンター

地域連携部門長(肝胆脾外科) 櫻井 洋至

「大腸癌治療マネージメントの実際 ～医療連携を視野に～」

三重大学医学部附属病院消化管・小児外科講師  
井上 靖浩

「総括発言」：三重中央医療センター病院長

森本 保

(17) 第11回三重肺癌研究会

平成22年12月11日(土)

アスト津4階 第1会議室

「開会挨拶」：三重大学医学部附属病院中央手術部

准教授 高尾 仁二

臨床研究報告

「SURF Studyについて」

SURF Study研究事務局 高木 治行

## 一般講演

座長：三重大学医学部附属病院中央手術部准教授  
高尾 仁二

### 1. 「肺分画症に発生したLocalized fibrous tumorの1例」

松阪市民病院（呼吸器科）河口 泉、畑地 治、  
（内科）駒田 文彦、（呼吸器外科・循環器外科）  
矢田 公、三重大学医学部附属病院（呼吸器外科）  
高尾 仁二、（呼吸器内科）田口 修

### 2. 「原発性肺癌術後再発に対する肺RFA」

三重大学医学部附属病院（放射線診断科）竹田  
寛、児玉 大志、（IVR科）山門 亨一郎、高木  
治行、鹿島 正隆、浦城 淳二、中塚 豊真、山  
中 隆嗣、（呼吸器外科）高尾 仁二、（呼吸器内  
科）田口 修

### 3. 「当院における完全胸腔鏡下肺葉切除術」

松阪中央総合病院胸部外科 片山 芳彦、草川  
均、駒田 拓也、庄村 心

## 特別講演

座長：松阪市民病院呼吸器科長 畑地 治  
「肺がんの術後アジュバンド療法のゆくえ」  
国立病院機構名古屋医療センターがん総合診療部長  
坂 英雄

「閉会挨拶」：三重大学医学部附属病院放射線診断科  
講師 村嶋 秀市

### (18) 第5回三重血液・腫瘍カンファレンス

平成23年1月21日（金）

三重大学医学部看護学科棟4階

総合司会：三重大学大学院医学系研究科血液・腫瘍  
内科学教授 片山 直之

## 講演Ⅰ

「造血器細胞移植に関する最近の話題」  
Assistant Professor of Medicine Section

of Hematology/Oncology University of  
Illinois at Cicago  
Nadim Mahmud,MD,PhD

## 講演Ⅱ

「Imatinib血中濃度がCMLに及ぼす影響」

秋田大学大学院医学系研究科血液・腎臓・膠原病  
内科 高橋 直人

### (19) がんプロフェッショナル養成プラン「高度がん 医療を先導する人材養成拠点の形成」

第4回医療フォーラムーがん医療専門職教育の  
実践ー

平成23年2月18日（金）

芝蘭会館 稲盛ホール

総合司会：三重大学医学部看護学科教授

辻川 真弓

開会挨拶：京都大学大学院医学研究科長

湊 長博

## 第Ⅰ部「4大学の活動報告」

司会：三重大学大学院医学系研究科がんプロ特任教授  
大西 和子

「京都大学の活動」

京都大学医学研究科准教授 柳原 一広

「三重大学の活動」

三重大学医学系研究科准教授 中瀬 一則

「滋賀医科大学の活動」

滋賀医科大学医学系研究科特任講師 梅田 朋子

「大阪医科大学の活動」

大阪医科大学医学研究科教授 瀧内 比呂也

## 全体討論

## 第Ⅱ部 招待講演

司会：三重大学医学部附属病院がんセンター長／  
准教授 中瀬 一則

「東海がんプロフェッショナル養成プランの現状と課題」

名古屋大学医学部附属病院化学療法部長／准教授

安藤 雄一

全体討論

閉会挨拶：三重大学大学院医学系研究科副研究科長／  
教授 宇治 幸隆

(20) がんプロフェッショナル養成プラン～高度がん  
医療を先導する人材育成拠点の形成～  
緩和医療研修会

平成23年2月20日（日）

メルパルク京都

「大学病院における緩和医療への取り組みについて」

座長：滋賀医科大学 野坂 修一、

三重大学 成田 有吾

京都大学集学的がん診療講座 林 晶子

三重大学麻酔科 佐藤 佳代子

滋賀医科大学麻酔科 本間 恵子

大阪医科大学第二内科 桑門 心

一般演題

座長：医療法人川部医院 川部 伸一郎、

京都大学地域医療ネットワーク部 岸本 寛史

「整形外科から緩和ケアチームに依頼のあった12  
症例の分析」

京大がんプロ緩和コース大学院生、整形外科

田中 真砂史

「性腺外胚細胞腫瘍の終末期緩和ケアの一例」

京大がんプロ緩和コース大学院生、呼吸器外科

小島 史嗣

特別演題

座長：京都大学地域医療ネットワーク部

岸本 寛史

「緩和医療におけるナラティブ・ベイスト・リサーチ  
の可能性」

富山大学保健管理センター長教授 斎藤 清二

平成23年3月4日（金）

三重大学看護学科棟 4F

特別講演1

座長：三重大学大学院医学系研究科小児科学教授  
駒田 美弘

「造血幹細胞維持メカニズムと白血病」

金沢大学がん研究所がん幹細胞研究プログラム遺伝子・  
染色体構築研究分野教授 平尾 敦

特別講演2

座長：三重大学大学院医学系研究科血液・腫瘍内科学  
教授 片山 直之

「造血系疾患におけるポリコム遺伝子の機能異常」

千葉大学大学院医学研究院先端応用医学講座細胞分子医学  
教授 岩間 厚志

(21) 第10回血液腫瘍フォーラム

## がんセンター リーダー・職員名簿

センター長	中瀬一則（がんセンター・血液内科）	
副センター長	中村喜美子（がん看護専門看護師）	
各部門リーダー		
連携部門	櫻井洋至（肝胆膵外科）	
教育部門	井上靖浩（消化管・小児外科）	
調査部門		
	がん登録	福留寿生（がんセンター・病理）
	生物統計	田丸智巳（臨床創薬学）
治療部門		
化学療法	影山慎一（遺伝子免疫細胞治療学）	
手術療法	毛利靖彦（消化管・小児外科）	
放射線療法	山門亨一郎（IVR科）	
緩和医療	佐藤佳代子（がんセンター・麻酔科）	
患者支援	内田恵一（福祉支援センター）	
診断部門		
Tumor board	松峯昭彦（整形外科）	
事務部門		
	小林康之（医療サービス課）	
	河村知江子（医療サービス課）	
	（休職中）	
	岡田康子（院内がん登録）	
	江頭 恵（院内がん登録）	
	福本由美子（院内がん登録）	
	石井 茜（がんプロフェッショナル養成プラン）	
	村林千歳（医療資源調査）	
	濱元幸子（医療資源調査）	
	坂野 華（医療資源調査）	
	木村直子（がん看護）	
	山口知子（リボンズハウス）	

# 三重大学医学部附属病院がんセンター 規程

## 趣旨

### 第1条

この規程は、三重大学医学部附属病院規程第15条第6項の規定に基づき、三重大学医学部附属病院がんセンター（以下「センター」という。）の組織及び業務について必要な事項を定める。

## 目的

### 第2条

センターは、三重大学医学部附属病院（以下「本院」という。）における高度で集学的ながん診療及び教育推進を目的とする。

## 業務

### 第3条

センターは、次の各号に掲げる業務を行う。

- 一 本院のがん患者登録に関すること。
- 二 がん治療成績のとりまとめ及びその公表に関すること。
- 三 診療科間のがん診療連携の企画・運営に関すること。
- 四 次世代がん診療に係る臨床腫瘍学的研究の推進に関すること。
- 五 がん治療に係る医療機関等との連携及びその推進に関すること。
- 六 がん診療及びがん予防についての啓発活動に関すること。
- 七 がん化学療法に関すること。

## 構成員

### 第4条

センターは、次の各号に掲げる者で構成する。

- 一 専任のセンター長
- 二 各診療科長
- 三 病理部長
- 四 薬剤部長
- 五 外来部門長
- 六 病棟部門長
- 七 看護部長
- 八 診療科所属の医師のうち、抗がん剤治療に関する専門的知識を有する者
- 九 診療科所属の医師のうち、放射線診断・治療に関する専門的知識を有する者

- 十 診療科所属の医師のうち、前2号に規定する以外の者
- 十一 診療放射線技師のうち、放射線治療に従事する者
- 十二 診療録管理に携わる者
- 十三 その他病院長が必要と認めた者

## 運営委員会

### 第5条

センターに、センターの管理運営に関する事項等を審議するため、三重大学医学部附属病院がんセンター運営委員会（以下「委員会」という。）を置く。

2 委員会に関し必要な事項は、別に定める。

## 事務

### 第6条

センターの事務は、医療サービス課において処理する。

## その他

### 第7条

この規程に定めるもののほか、センターに関し必要な事項は、病院長が定めることができる。

## 附 則

この規程は、平成18年6月28日から施行する。

三重大学医学部附属病院

# 緩和ケアマニュアル

2010年2月改訂

## 目 次

がん医療における緩和ケアの視点 .....	附2
意思決定 .....	附2
緩和ケアマニュアル	
I. 症状のマネジメント	
1. 疼痛のマネジメント .....	附4
2. 消化器症状のマネジメント .....	附12
3. 呼吸器症状のマネジメント .....	附17
4. 倦怠感のマネジメント .....	附20
5. 精神症状のマネジメント .....	附23
6. 鎮静導入の判断とその方法 .....	附29
II. 地域連携 .....	附34
III. リハビリテーション .....	附36
IV. 看護師の役割 .....	附38
V. 緩和ケアチームへの依頼方法 .....	附40
附録	
1. ペインスケール	
2. アセスメントシート	
3. 計画書・同意書	
4. がんセンターの組織図	
5. 緩和ケアチームの構成メンバー	
6. 緩和ケアチームの理念（チームの役割・責務）	
7. 緩和ケアチームの広報用チラシ	

## がん医療における緩和ケアの視点

三重大学医学部附属病院がんセンター長 中瀬一則

昭和56年より、日本人の死因の第1位はがんによる死亡が続いており、現在（平成22年）、生涯のうちで国民の2人に1人ががんに罹患し、3人に1人ががんで亡くなる状況となっています。今後も高齢化の進展に伴い、わが国では、さらになが患者の増加が予想されています。このようながんの罹患率と死亡率を激減させることを目的として、平成18年6月に議員立法による「がん対策基本法」が成立し、平成19年6月に具体的な、わが国のがん対策推進基本計画が策定されました。

がん対策の全体目標として、75歳未満のがん患者死亡率の20%減少とともにすべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上があげられています。また、重点的に取り組むべき課題として、がん治療の初期段階から緩和ケアが実施されるようにすると定められました。がん患者やその家族はがんと診断された時点から、精神的なつらさ、肉体的な痛み、社会的な不安、生きる意味や価値に対する疑問など、がんに関連するさまざまな苦痛を経験します。がん治療で治癒するしないにかかわらず、すべてのがん患者に早期の段階から緩和ケアを行っていくことになりました。

患者の苦痛を緩和することは、医療の原点であり、がん医療の緩和ケアにおいて初めて医療の本質に迫る取り組みが重視されることになったと考えています。さらに、緩和ケアでは、身体症状担当の医師だけでなく、精神科医師、看護師、薬剤師、臨床心理士、ソーシャルワーカーなどの多職種がそれぞれの専門性を生かしたチーム医療による、全人的なトータルケアを行っていくことが必要とされています。したがって、がん医療における緩和ケアの視点は、医療に携わるすべての者が、患者の立場に立った正しい医療のあり方を問い直すための方向性を示すものであり、今後、緩和ケアが適切に普及していくことにより、医療本来のあるべき姿が明らかになっていくものと思われれます。

## 意思決定

三重大学医学部看護学科 基礎看護学講座 教授 成田 有吾

### 1. 終末期の緩和ケアと関連する「自ら決めるといふこと」の論点整理

#### 1). 終末期の「自己決定」、「自律」といふこと

終末期にその人らしく生きるといふことが求められて久しい。本邦でも終末期の自己決定について議論されるようになってきた。しかし、患者・家族ばかりでなく、各医療専門職でさえ自己決定や自律に関する本邦の現状を熟知しているとはいき切れない。むしろ、このような話題を持ち出すことは緩和にはなじまないと考える専門職も少なくない。この項では緩和ケアと関連する可能性がある意思決定について現状を述べる。

#### 2). リビングウィルと事前指示

リビングウィルや事前指示という言葉が一般の方も用いられるようになってきた。リビングウィルや事前指示とは何か、両者はどう違うのか、また、法的にはどのような状況なのか。これらについて厳密には何も決まっていない。しかし、一般的定義では、リビングウィルとは、治療方法の選択が自らできなくなる前に自らの意向を書き記したウィル（will、遺言状）である。治療・療養の意思表示、生前発効の遺言、尊厳死を求める遺書などとも呼ばれる。事前指示とは、このリビングウィルに加えて、自らの意思表出が困難になった場合の代理意思決定者を指示したものであり、ウィルと代理意思決定者の指名の両者を明記した文書を事前指示書と呼ぶことが多い。ほぼ同義語として用いられているが、きちんと確立した定義はない。本邦での法整備はまだなされていない。従って、医師など医療関係者が提示された文書をもとに治療のさしひかえや中止を行った場合の違法性阻却について根拠は薄い。後期高齢者医療制度の開始（2008年4月）に伴って事前指示書等作成に伴う医療保健点数が記載されたものの、半年以内に取下げられたことは記憶に新しい。2007年5月には厚労省からのガイドラインが提示されたが、概念的な記載だけに留まり、具体的な使用にはほど遠いものであった<sup>1,2)</sup>。しかし、このガイドライン発表以降、さまざまな場面で、リビングウィルや事前指示書が議論され、作成されることが生じてきている。

### 3). 現時点で、リビングウィルや事前指示書をどのように用いればよいか

すでに作成されたものを家族や代理意思決定者から提示された場合には、医療者が提示者に再確認の上、これを尊重することになる。しかし、文書は未作成で、患者・家族間に葛藤がある場合に問題となりやすい。リビングウィルや事前指示を医療者側から積極的に提案することは難しい。患者の意思に同意できない家族等から訴追された場合、医療者は危機に陥る。仮に、法廷で妥当性を認められるに至るとしても、その間の医療者の心的・物理的なマイナス面を充分に考慮する必要がある。従って、リビングウィルや事前指示書は、現時点では、本人と家族の内的な問題点整理のための方策のひとつとして、プロセスを重視し、あくまでも話し合いでの決定を尊重するべきである。厚労省のガイドラインはこのプロセスを支持している<sup>1,2)</sup>。また、患者・家族内の内的葛藤が疑われた場合、緩和ケアチーム (PCT) ; ラウンド担当者ばかりでなく相談担当者 (本院では、医療福祉支援センターが該当する) へのコンサルテーションがふさわしい。また、チーム内だけでなく院内各職種からの担当者への理解と心的負担軽減のための協力が必須である。

## 2. 意思能力の低下

### 1). 意思能力をみるヒント

患者さんに何か意向を訊ねた場合、一見明快そうな回答だとしても、代謝性脳症、低酸素脳症など意識障害が予想される場合、同じ内容の質問を否定疑問で問い直してみることをお勧めする。もし、普通疑問なら肯定で、否定疑問なら否定の返答ならば、理解していることが示唆されるが、一定しない回答や矛盾する回答の場合、意思能力について再度検討する必要がある。疾患の進行に伴う代謝や呼吸性の障害ばかりでなく薬剤の影響を受けている場合が少なくない。この状態はせん妄にもつながる。本学の緩和ケアチームには専任の精神科医が参加しており、また、チーム内の神経内科医も関与できる。

### 2). 意思能力が低下した場合の代理意思決定

これも法的な規定はない。多くは家族に委ねられる。しかし、家族内の優先順位や、家族がない場合の対応は何も規定されていない。成年後見人も医療同意権は認められていない。日弁連では「成年後見人の医療同意」の必要性を感じ、法整備への提言をまとめているが、未だ整備の目処は立っていない。法の欠陥は成年後見制度発足当時 (2000年) と10年後の現在も余り変わっていない。日弁連資料 (2008年11~12月調査) には、医療同意が得られないために治療行為が行えなかった調査結果が提示されている。

現時点では、療養の自己決定について話し合いによる解決しか方法はないが、十分な症状緩和とコミュニケーション能力を高めたPCTの存在は大きい。もちろん、PCT活動を支援する上で、病院倫理委員会など第三者を含めた諮問機関の存在が重層的に機能することが望まれる。

### 【参考資料】

- 1) 厚生労働省。終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン。(平成19年5月刊)  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf> (平成21年12月29日接続確認)
- 2) 厚生労働省。終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編。(平成19年5月刊)  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11b.pdf> (平成21年12月29日接続確認)
- 3) 日本弁護士連合会。「成年後見人の医療同意に関するアンケート」(集計)。シンポジウム 必要な医療がほしい！  
 一看取り介護と終末期医療— 配付資料。2009年8月29日 東京 弁護士会館 p.23-26。  
 (日弁連会員向けの調査 [2008年11月~12月、有効回答273人] で、成年後見人経験者は222名 [675件] あり、このうち医療同意相談は126名 [299件] にあった。また、全体の3/4は親族がいてもまとまらないため後見人に相談していることが示唆された。最終的に親族等の同意は74件で、同意権はないものの後見人が同意した事例が46件、後見人が同意できなかった8件のうち、4件は医療行為が行われなかったことが読み取れる)

## 緩和ケアマニュアル

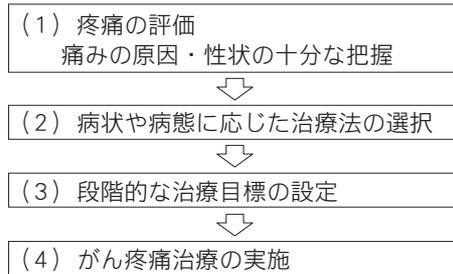
### I. 症状のマネジメント

#### 1. 疼痛のマネジメント

##### 1) はじめに

- ・ 痛みの評価は患者自身の評価が基準である
- ・ 身体的な痛みだけでなく、他の側面（精神的、社会的、スピリチュアルな面）にも配慮する必要がある。

##### 2) がん疼痛治療の流れ



##### (1) 疼痛の評価 以下の項目などについて確認し、評価を行う。

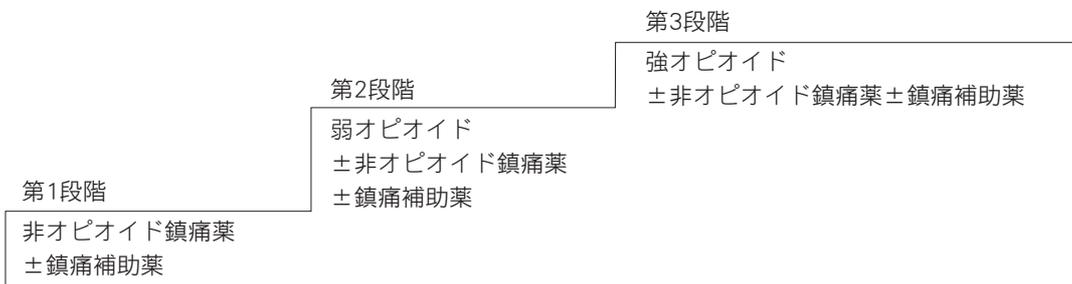
- ・ 疼痛の部位と場所を聞く
- ・ 疼痛の性状を聞く
  - 侵害受容性疼痛：内臓痛、体性痛
  - 神経障害性疼痛
- ・ 疼痛のパターンと強さを聞く
  - パターン：持続痛、突出痛、持続痛＋突出痛
  - 強 さ：NRSスコアを使用
- ・ 疼痛の増悪因子と軽快因子を聞く
- ・ 現在行っている治療の反応
- ・ レスキューの効果と副作用
- ・ 日常生活への影響と満足度

##### (2) 治療法の選択

###### ① WHO方式がん性疼痛治療法の5原則

経口投与を基本とする  
 時間を決めて定期的に投与する  
 WHOラダーに沿って痛みの強さに応じた薬剤を選択する  
 患者に見合った個別的な量を投与する  
 患者に見合った細かい配慮をする

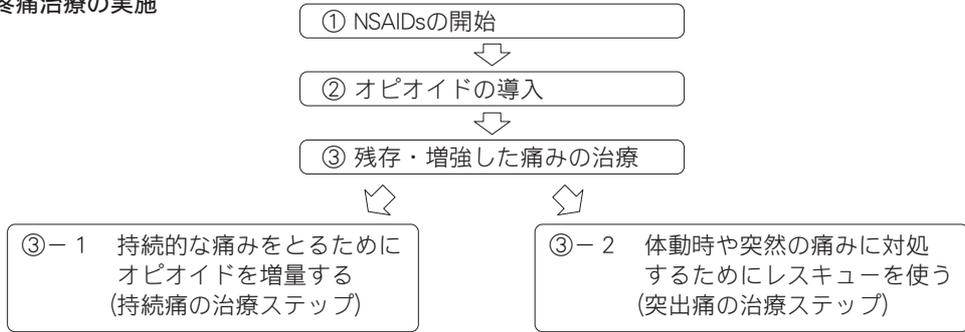
###### ② WHOラダー



##### (3) 段階的な治療目標を設定する

- 第1目標：痛みに妨げられない夜間の良眠の確保
- 第2目標：安静時の痛みの緩和
- 第3目標：体動時の痛みの緩和

(4) がん疼痛治療の実施



① NSAIDsの開始

- ・ NSAIDsの定期投与：鎮痛効果と副作用のバランスを考えて選択する。(参照74ページ) 胃潰瘍や腎機能障害があるときにはアセトアミノフェンを投与する。
- ・ 胃潰瘍の予防：ミソプロストール (サイトテック)、プロトンポンプ阻害薬またはH2 ブロッカーを併用する。
- ・ レスキューの指示：疼痛の悪化に備えてレスキューの指示を出す。  
NSAIDsの1日最大投与量を超えない範囲でNSAIDsを1回分すでに最大投与量に達している場合はアセトアミノフェンかオピオイドを使用する
- ・ 1～3日で効果を判定し、鎮痛不十分であればオピオイドを開始する。

② オピオイドの導入

- ・ オピオイドの定期投与 (参照75、76、77ページ)  
時間を決めて定期投与  
NSAIDsは中止せずに併用することが望ましい。  
体格の小さい者、高齢者、全身状態不良の場合は少量から開始する。
- ・ 副作用対策  
<嘔気・嘔吐>経口投与では制吐薬を併用し {プロクラルペラジン (ノバミン) 3錠/日}、2週間後に嘔気がなければ中止を検討する。坐薬、経静脈・皮下投与では嘔気出現の可能性が高い場合に併用する。  
<便秘>オピオイドの使用により、ほとんどの患者に便秘は生じるため、下剤を併用する。(酸化マグネシウム 1.5～3g/日など)  
<眠気>「眠気はうとうとちょうどいいぐらいですか？それとも不快な感じですか？」と聞いてみて、不快なく呼吸数が10回/分以上あれば様子を見る。10回/分未満や不快であれば、オピオイドの減量や他の薬剤を見直す。

・ レスキューの指示

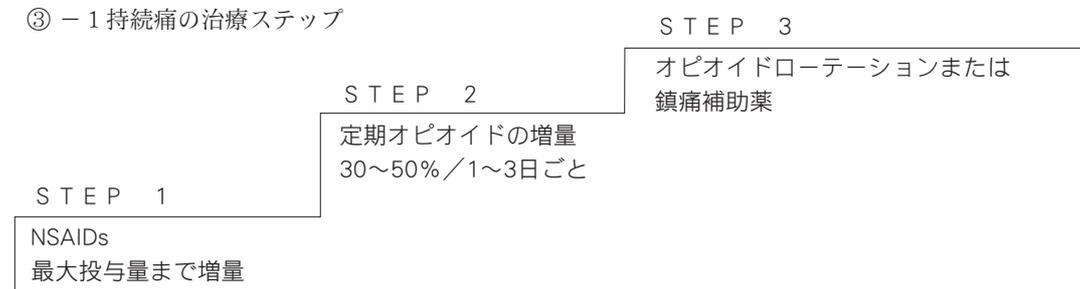
疼痛の悪化に備えて、必ずレスキューの指示を出すこと。  
徐放性製剤と同じ種類の即効性オピオイドを用いることが基本。

レスキュー1回量：内服では徐放性剤定期処方1日量の1/6  
持続静注・皮下注の場合、1時間量

次のレスキューまでの間隔：内服の場合、1時間あければ反復可  
持続静注・皮下注の場合、15～30分あければ反復可

③ 残存・増強した痛みの治療

③-1 持続痛の治療ステップ



放射線治療・神経ブロック (ステップに関わらず考慮する)

\*放射線・神経ブロックについては専門医、緩和ケアチームにコンサルトする

**持続痛治療 ステップ1**

NSAIDs最大投与量まで増量しているか確認する

**持続痛治療 ステップ2**

- ・オピオイドの副作用（嘔気や眠気）が生じない範囲で、痛みが軽減するまでオピオイドを増量する。
- ・増量幅は50%（経口モルヒネ換算120mg/日以下）、120mg/日以上の場合、体格の小さい者、高齢者、全身状態が不良の場合は30%を原則とする。または前日分のレスキューを上乗せする方法もある。
- ・増量間隔は1～3日（フェンタニルパッチは3日）とする
- ・定期オピオイドを増量したら、レスキューも計算して処方しなおす。

**持続痛治療 ステップ3**

- ・オピオイドローテーション  
鎮痛が不十分で、または副作用のためにオピオイドの種類を変更することをオピオイドローテーションという。  
#オピオイド力価表に従って、現在のオピオイドと等価の新しいオピオイドの投与量を求め、オピオイドを変更する。  
#レスキュー指示を変更する  
#変更後は、痛みと副作用の観察を行う  
#オピオイドの投与量が多い場合（経口モルヒネ換算60mg/日以上）には、一度に変更せずに30～50%ずつ徐々にローテーションを行う。  
#フェンタニルパッチへの変更、またはフェンタニルパッチからの変更するときの注意点を以下に示す。

**\*モルヒネ・オキシコドン→フェンタニル貼付剤への変更時**

12時間徐放性オピオイド	内服と同時に貼付し、次回より中止または減量
24時間徐放性オピオイド	内服の12時間後に貼付し、次回より中止または減量
モルヒネ注射	貼付6時間後に中止または減量

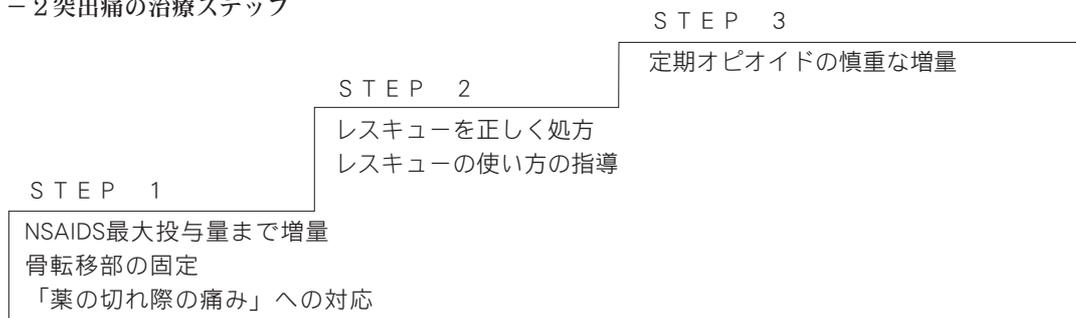
**\*フェンタニル貼付剤→フェンタニル注、塩酸モルヒネ注**

フェンタニル貼付剤	<ul style="list-style-type: none"> <li>・貼付剤を剥したあと、6時間後に半量から持続静注を開始し、12時間後に全量に増量。</li> <li>・貼付剤を剥したあと、12時間後に全量で持続静注開始。</li> </ul>
-----------	--

**・鎮痛補助薬**

オピオイドを増量しても痛みが軽減せず、眠気などの副作用が出現した場合には、痛みがオピオイドでは効きにくい痛み（神経障害性疼痛）の可能性がある。そのような時には、鎮痛補助薬の使用を検討する。（参照 14、17ページ）

**③ - 2 突出痛の治療ステップ**



放射線治療・神経ブロック（ステップに関わらず考慮する）

\*放射線治療・神経ブロックについては専門医・緩和ケアチームにコンサルトする

**突出痛治療 ステップ1**

- ・NSAIDsを最大投与量で増量する
- ・骨転移の場合、動揺性を減らすためにコルセットなど装着の着用を考える。ビスホスホネート製剤（ゾメタ）の点滴も検討する。

- ・定期オピオイドの服薬前に痛くなる「薬の切れ際の痛み」の場合、定期オピオイドを増量する、または投与間隔を短くする。

**突出痛治療 ステップ2**

- ・レスキューを正しく処方しているか確認する。
- ・レスキューの使い方の指導：レスキューの使用により「鎮痛薬の必要量を早く見積もることができること」「突出痛による苦痛へ対応できること」など説明し、患者の「自分で痛みの対処ができる感覚」を高める。

**突出痛治療 ステップ3**

定期オピオイドの増量20～30%ずつ行う。生活に支障のある眠気をきたさないように、経過を慎重に観察する。

**【参考文献】**

- ① 2008年版がん緩和ケアガイドブック 監修：日本医師会
- ② がん疼痛治療のレシピ 春秋社

**本院採用の鎮痛薬**

1. 非オピオイド鎮痛薬 (NSAID s、アセトアミノフェン)

院内採用のNSAID s とアセトアミノフェンの特徴

	半減期 (時間)	Tmax (時間)	胃腸障害
アセトアミノフェン (コカール錠200mg、ピリナジン末)	2.5	1～2	－
アセトアミノフェン坐薬 (アンヒバ坐剤100mg・200mg)	2.7	1.6	－
メフェナム酸 (ポンタールシロップ3.25%、ポンタールカプセル250mg)	2.3	2	±
<b>プロピオン酸系</b>			
ロキソプロフェンナトリウム (ロキソプロフェンナトリウム錠60mg)	1.2	0.5	+
ナプロキセン (ナイキサン10mg)	14	2～4	+
フルルビプロフェンアキセチル (ロピオン注50mg)	5.8	0.1	+
<b>アリール酢酸系</b>			
ジクロフェナクナトリウム (ボルタレン錠25mg)	1.2	2.7	++
ジクロフェナクナトリウム坐薬 (ボンフェナック坐剤12.5mg・25mg・50mg)	1.3	1	++
エトドラク (ハイペン200mg)	6	1.4	+
<b>オキシカム系</b>			
ロルノキシカム (ロルカム4mg)	2.3	0.6	+
メロキシカム (モービック錠10mg)	28	7	+
<b>コキシブ系</b>			
セレコキシブ (セレコックス100mg)	7	2	－

- 1) NSAID s はがんの炎症による疼痛を和らげる。
- 2) 定期投与、胃潰瘍の予防薬の投与、レスキューの指示を併せて行う。  
 ※胃潰瘍予防薬  
 ミソプロストール (サイトテック錠100μg)  
 PPI、H2ブロッカー
- 3) NSAID s で鎮痛が不十分な場合、オピオイドを導入する。

2. オピオイド鎮痛薬

別表1 本院採用のオピオイド一覧 参照

別表2、3 オピオイド換算表・オピオイド院内採用品目 参照

- 1) 定期投与、嘔気・便秘の予防薬の投与、レスキューの指示を併せて行う。  
 ※制吐薬・緩下剤に関しては消化器症状に対する対策の項目を参照
  - 2) NSAID s は中止しないで併用する。
  - 3) 腎機能障害があるときは、モルヒネの投与はできる限り避ける。
  - 4) 錐体外路症状を避けるため、中枢性制吐薬は嘔気がなければ2週間で中止する。
- 強オピオイドの比較

	モルヒネ	オキシコドン	フェンタニル
主消失	肝 (腎7%)	肝 (腎19%)	肝 (腎10%)
(代謝、排泄) 臓器	肝血流依存型	肝消失能依存型 (Fより判断)	肝血流依存型 (消失能依存の可能性あり)
嘔気・嘔吐	++	+	±
便秘	++	++ (+++)	±
眠気・傾眠	++	+	±
せん妄	++	+	±
呼吸抑制	+	+	+
搔痒	++	+	-
肝障害の影響 (経口)	あり	あり	-
(注射)	なし	あり	なし (ある可能性あり)
腎障害の影響	あり	少ない	なし
肝血流量の影響	あり (経口：少ない)	少ない	あり (なしの可能性あり)
血漿蛋白結合率の影響	なし	なし	あり

F：バイオアベイラビリティ

3. 鎮痛補助薬

1) 第一種鎮痛補助薬

神経障害性疼痛に対して、NSAID s やオピオイド鎮痛薬の鎮痛効果を高める事を目的とした薬物。

2) 第二種鎮痛補助薬

オピオイド等の鎮痛薬の副作用をやわらげ、本来の鎮痛作用を発揮させることを目的とした薬物。

※ほとんどの薬物が適応外使用であるが、がん患者の症状緩和において適応外使用を行わざるを得ない場合には以下のことを念頭に置くべきである。

- ①患者の症状緩和に関して他に代わる方法がないか、その薬物を積極的に使用するための臨床試験の結果、海外での治験による高い裏付けがあること
- ②原則として、患者に対しての説明の下に、患者の同意が得られていること
- ③診療グループ内、院内での使用の指針が示されていること

別表4 本院採用の鎮痛補助薬の適応と投与方法 参照

【参考文献】

1. 臨床緩和医療薬学 日本緩和医療薬学会編 真興交易(株) 医書出版部
2. 2008年版 がん緩和ケアガイドブック 日本医師会監修
3. がん疼痛診療のレシピ 的場元弘 春秋社
4. 薬事 47:209-17, 2005 平山武司

表1 本院採用のオピオイド一覧

一般名	製品名	規格	作用発現時間	投与間隔	特徴
速放性 塩酸モルヒネ製剤	塩酸モルヒネ錠	10mg	10～15分	(4時間)	モルヒネの速放錠。吸収は速やかに服用後30分程度で最大の鎮痛効果を得られる。レスキューとして使用する以外にも、モルヒネの導入時に一日量を決定するまでの間使用されることがある。がん性疼痛以外にも使用可。
	10%塩酸モルヒネ散	100mg /1g	10～15分	(4時間)	モルヒネ末から10%散剤に調剤されたもの。モルヒネ末はそのままでは非常に苦いため、10%散に調剤するため乳糖が混ぜてある。
	オプソ内服液	5mg /2.5ml	10～15分	(4時間)	通常は突出痛に対するレスキューとして使用。モルヒネ独特の苦味を感じさせないよう味付けされているが、この甘さを嫌う患者もいる。スティック型の個別包装で、室温で3年間の保存が可能。
徐放性 塩酸モルヒネ製剤	パシーフ	30mg	15～30分	24時間	モルヒネの徐放性カプセル。カプセル剤であるが口腔内で滑りやすく内服しやすい。速放性粒:徐放性粒=1:4で含有するためレスキュー並みに血中濃度の立ち上がり早い。特別購入品。
徐放性 硫酸モルヒネ製剤	MSソフワイロン カプセル	10mg 30mg	1～2時間	12時間	MSコンチンの後発品。カプセル剤であるが内容の顆粒のみ服用することもできる。経管栄養チューブへの使用ができるとされているが、顆粒の大きさのため細粒に比べて閉塞しやすい。
塩酸モルヒネ坐剤	アンベック坐剤	10mg 20mg	0.5～1時間	6～8時間	鎮痛の力価は経口と注射のほぼ中間。比較的長時間の鎮痛維持が可能だが、これだけで維持するには8時間毎1日3回の直腸投与となり、長期連用には不向き。1日に投与できる回数にも限度があると考えられるので高用量が必要な患者では投与経路の変更が必要。
塩酸モルヒネ注射薬	塩酸モルヒネ注	10mg /1ml 50mg /5ml	静注の場合 直ちに	通常 持続投与	持続皮下注、持続静注の他、硬膜外投与やくも膜下投与も可能。
速放性 塩酸オキシコドン製剤	オキノーム散	2.5mg /0.5g 5mg /1g 10mg /2g	10～15分	4～6時間	オキシコドンの速放製剤として2007年2月に発売。白色の散剤で甘味が付加されており、水に溶けやすい。腎機能障害患者にはレスキューとしてモルヒネ製剤よりも適している。2g包については特別購入品となっている。
徐放性 塩酸オキシコドン製剤	オキシコンチン錠	5mg 20mg 40mg	0.5～1時間	12時間	最近ではMSコンチンに代わって経口剤の主軸となっている。モルヒネよりも副作用の幅が少なくとされる。5mg錠はWHO第2段階のオピオイドとして有用。腎機能障害患者でも使える。
フェンタニル 貼付剤	デュロテップ MTパッチ	2.1mg 4.2mg 8.4mg 16.8mg	初回投与では 5～6時間 以上	72時間	MTパッチは2008年7月にリニューアル発売。モルヒネに比べ副作用が少ない。代謝物に活性がなく腎機能障害患者にも使用できる。これまでのデュロテップパッチと比べると同力価のものでサイズが小さく薄く、しかも貼付部位のかぶれが少ないと言われている。
フェンタニル 注射薬	フェンタニル注	0.1mg /2ml 0.5mg /10ml	静注の場合 直ちに	通常 持続投与	持続静注、持続硬膜外投与などで使用。持続皮下注でも使用できるが、吸収量に限界があるため、皮下注では20ml/日程度が上限。フェンタニル12ml(0.6mg)/日がデュロテップMTパッチ4.2mgに相当。
リン酸コデイン 錠剤	リン酸コデイン錠	20mg	0.5～1時間	4～6時間	WHO方式がん疼痛治療法の第2段階の主な薬剤。約1割が体内でメチル化され、モルヒネに変化して鎮痛効果を発揮。コデインの鎮痛効果はモルヒネの1/6～1/12(約1/10)ががん性疼痛以外にも使用可。

「がん疼痛治療のレシピ」2007年度版 的場元宏 執筆・監修 春秋社より一部抜粋・改変

平成21年10月現在

三重大学医学部附属病院 薬剤部・緩和ケアチーム

表2 オピオイド換算表

2008年10月15日現在

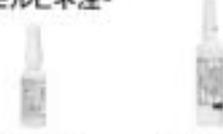
2008年度版がん緩和ケアガイドブックより一部引用

オキシコンテン® (mg/日)	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120
MSツワイスロン® (mg/日)	15	30	45	60	75	90	105	120	135	150	165	180
アンベック坐薬® (mg/日)	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120
デュロテップMTパッチ® (mg/3日)	2.1		4.2		6.3 (4.2+2.1)		8.4		10.5 (8.4+2.1)		12.6	
塩酸モルヒネ注® (mg/日)	10	15		30		45		60		75		90
フェンタニル注® (mg/日)		0.3		0.6		0.9		1.2		1.5		1.8
レスキュー・ドーズ												
オキノーム散® (mg/回)	2.5	5		10			15		20		30	
オブソ® (mg/回)	5		10		15		20		25		30	
アンベック坐薬® (mg/回)	5			10				20				

三重大学医学部附属病院 緩和ケアチーム・薬剤部

表3 オピオイド院内採用品目

2010年01月05日現在

<b>塩酸モルヒネ注®</b>  10 mg / 1 mL      50 mg / 5 mL	<b>オキシコンテン錠®</b> (オキシコドン製剤)  5 mg      20 mg      40 mg	<b>オキノーム散®</b> (速効性オキシコドン製剤)  0.5% 0.5g包 (2.5mg)      0.5% 1g包 (5mg)
<b>塩酸モルヒネ錠®</b>  10 mg	<b>フェンタニル注®</b>  0.1 mg / 2 mL      0.5 mg / 10 mL	<b>オブソ®</b> (速効性モルヒネ製剤)  5 mg
<b>MSツワイスロンカプセル®</b> (除放性モルヒネ製剤)  10 mg      30 mg	<b>デュロテップMTパッチ®</b> (フェンタニル経皮吸収型製剤)  2.1 mg    4.2 mg    8.4 mg    16.8 mg	<b>オキノーム散®</b> <b>特別購入品</b>  0.5% 2g包 (10mg)
<b>アンベック坐薬</b> (モルヒネ製剤)  10 mg      20 mg	<b>リン酸コデイン錠®</b>  20mg	<b>パシーフ®</b> <b>特別購入品</b> (除放性モルヒネ製剤)  30mg

三重大学医学部附属病院 緩和ケアチーム・薬剤部

表4 本院採用の鎮痛補助薬の適応と投与法

薬剤	一般名	薬剤名	適応	開始量	増量幅(1日量)	増量間隔	維持量	投与方法	注意点
抗けいれん薬	ギャバペンチン	ガバペン錠	神経障害性疼痛 電気が走るような 刺すような	600mg	300mg	1~7日	900mg	分3	ギャバペンチン は腎臓薬では 減量せず 抗けいれん薬 ではふらつきが 生じやすい
	カルバマゼピン	テグレートール錠 50mg・錠 100mg・200mg		100~200mg	100~200mg		分2/直前		
	クロナゼパム	リボトリール錠錠		0.5mg	0.5mg		直前		
	フェニトイン	アレピアチン錠 1%・注 250mg		100mg	100mg		分2/直前		
	バルプロ酸ナトリウム	デバケン錠錠		200~400mg	200mg		分2		
中枢性筋弛緩薬	バクロフェン	リオレサル	抗けいれん薬と同じ	10~20mg	10mg	1~7日	10~30mg	分2~分3	眠気
抗うつ薬	アモキシタジン	アモキシタジン錠	神経障害性疼痛 しびれたような 締め付けられるような つらばるような	2~5mg	2~5mg	1~7日	40~60mg	直前	眠気と口渇 高納食では甘 ん寒に注意
	アミトリアチリン	トリプタノール							
	イミプラミン	トフラニール							
抗不安薬	ジアゼパム	セルシン錠 1%・錠 2mg・5mg	抗嘔吐による疼痛	2~5mg	2~5mg	1~7日	2~30mg	分2~分4/直前	ふらつきと眠気
鎮静薬	リドカイン	キシロカイン静注 2%	神経障害性疼痛 しびれたような 締め付けられるような つらばるような	500mg/day	20~50%	1~3日	0.5~1.0mg/kg/hr	持続皮下/持続静注	局麻薬中毒に よる不穏・悪夢 局麻薬中毒 胃腸不快感
	メキシレチン	メキシタールカプセル		150~300mg/day	100~150mg		分3		
	塩酸ケタミン	ケタラール静注		50~150mg/day	50~100mg		持続静注		
コルチコステロイド	プレドニゾン	プレドニゾン 1%錠・プレドニゾン錠 5mg	神経障害性疼痛 神経伝達による痛み	5~20mg	5~20mg	1~3日	10~100mg	分2~分3/朝	悪夢・高血圧
	デキサメタゾン	デキサメタゾン 0.5mg・エリキシル 0.01%		1~2mg	1~2mg				
	ベタメタゾン	リンデロン 0.1%錠・錠 0.3mg・シロップ 0.01%		1~2mg	1~2mg				

## 2. 消化器症状のマネジメント

### 1) 口内炎

#### (1) 口内炎の予防

口内炎は化学療法、放射線治療を受けている患者の30～40%に発症するとされている。特に、造血器腫瘍で造血幹細胞移植など高用量化学療法を受けるケースで発症頻度が高い。

口内炎は一度発症してしまうと、治療にはかなりの時間を要するため、予防することが重要である。

##### ①口腔内の衛生管理

う歯があれば、化学療法実施まえに治療しておく。

ポピドンヨード（イソジンガーグル）による含嗽も有効。

##### ②口腔内冷却（クライオセラピー）

5-FUによる口内炎に有効とされる。

##### ③アロプリノールまたはメシル酸カモスタット含嗽

アロプリノール（ザイロリック）やメシル酸カモスタット（フォイパン）にはフリーラジカル除去作用がある。

##### ④他にL-グルタミン、G-CSF製剤などが期待されている。

#### (2) 口内炎の治療

口内炎を発症した場合、様々な治療法が試みられているが、確立された治療は現状ではなく、対症療法は中心である。

##### ①食事の工夫

食物の接触時間の制限、刺激物（香料、塩分のきつい食物等）を避ける、噛む回数を少なくするなどの工夫が一般的に行われている。

##### ②口腔粘膜保護

##### ③塩化ベンゼトニウム、アズレンスルホン酸ナトリウム含嗽の使用

塩化ベンゼトニウム（ネオステリングリーン）による殺菌、アズレンスルホン酸ナトリウム（アズノール）による抗炎症作用が有効。

##### ④感染症の対策

感染を合併している場合は、適切な抗生物質の投与を行う。

##### ⑤鎮痛剤

局所麻酔薬（キシロカインビスカスなど）を含嗽水に混合する。

##### ⑥ステロイドを含む口腔用軟膏

### 2) 悪心嘔吐

#### (1) 嘔気嘔吐の評価

嘔気嘔吐の原因を検索する

- ・ 病歴聴取・身体診察
- ・ 薬剤を見直す（オピオイド、SSRI、NSAIDs、抗がん剤など）
- ・ 血液検査（高カルシウム血症、腎障害など）
- ・ 腹部検査：身体所見、X線、US、CT（消化管閉塞、便秘、腹水、胃潰瘍など）
- ・ 頭部検査：CT、MRI（脳転移、がん性髄膜炎）

#### (2) 一般的な嘔気嘔吐の治療

##### ①原因の治療、制吐薬の頓用

制吐薬を頓用で使用しながら、可能であれば原因の治療（例えば高カルシウム血症の治療など）を行う。

##### ②病態に合わせた制吐薬の定期投与

- i) 最も関与していると思われる病態を同定し、制吐薬を1つ選択する。

(下表参照)

作用機序	有効な病態	臨床症状	薬剤の種類	薬剤
前庭神経の刺激	・脳転移・がん性髄膜炎 ・オピオイドの副作用	・動くと嘔気が悪化する ・めまいを伴う	抗ヒスタミン薬	トラベルミン クロルフェニラミン アタラックスP
化学受容体 (CTZ) の刺激	・オピオイドなどの薬剤の副作用 ・腎機能障害 ・高カルシウム血症	・1日を通して気持ち悪い オピオイドの血中濃度に合わせて増悪	ドーパミン受容体拮抗薬	セレネース
消化管蠕動の低下	・オピオイドの副作用 ・肝腫大・腹水による消化管蠕動の低下	・食後に増悪する ・便秘や消化管ガスの増加	消化管蠕動促進薬	ナウゼリン プリンペラン
消化管蠕動の亢進	消化管閉塞	蠕動痛がある	抗コリン薬	ブスコパン
複数の受容体に作用	原因が複数または特定できない		複数の受容体の拮抗薬	ノバミン ジプレキサなど
炎症・サイトカインの抑制	悪液質	・中程度の炎症反応 ・悪液質を伴う	ステロイド	リンデロン

ii) 効果がなければ、1～2日ごとに30～50%ずつ副作用のない範囲で最大投与量まで増量する。

③制吐薬の変更、他の作用機序の制吐薬・ステロイドの追加

- i) 最大投与量で改善が得られない、または眠気・錐体外路症状の副作用が生じた場合、⑦制吐薬を変更する、または④他の作用機序をもつ制吐薬・ステロイドを併用する。
- ii) ステロイドは、効果と副作用、予後のバランスを考えて投与する。

(3) 抗悪性腫瘍剤による悪心・嘔吐

①急性悪心・嘔吐

抗癌剤投与開始後、24時間以内に発症する悪心・嘔吐。

High risk group (発現率30%以上) の化学療法剤の場合

5-HT3受容体拮抗薬+デキサメサゾン+アプレピタント

例) カイトリル3mg+デカドロン8～20mg+イメンド125mg

例) ソフラン4mg+デカドロン8～20mg+イメンド125mg

Moderate risk group (発現率10～30%) の化学療法剤の場合

5-HT3受容体拮抗薬+デキサメサゾン

例) カイトリル3mg+デカドロン12～20mg+イメンド125mg

Low risk group (発現率10%未満) の化学療法剤の場合

デキサメサゾン

例) デカドロン8mg

## ②遅発性悪心・嘔吐

抗癌剤投与後、24時間以降に発症し、5日前後続く悪心・嘔吐。

## i) デキサメサゾン+アプレピタント

例) デカドロン8mg+イメンド80mg

例) ソフラン+デカドロン8mg

## ii) コントロール不良な場合はメトクロプラミド（プリンペラン）やハロペリドール（セレネース）の使用を考慮

## ③予測性悪心・嘔吐

不安など精神的要因により発症する悪心・嘔吐。

## i) ロラゼパム（ワイパックス）

## ii) アルプラゾラム（ソラナックス）

## (4) 脳転移、脳浮腫による悪心・嘔吐

## ①ステロイド

デキサメサゾン

## ②浸透圧利尿剤

マンニトール（マンニトール）

グリセリン（グリセオール）

## ③放射線治療

## ④手術

## 3) 下痢

## (1) 下痢の原因

## ①食事に無関係・夜間にも起こる下痢

感染性下痢：細菌性、ウイルス性

抗菌薬起因性下痢

薬剤性下痢：化学療法など

## ②食事により誘発され、夜間睡眠中には起こらない下痢

消化・吸収不良による下痢：膵外分泌機能低下、乳糖不耐症、過度の経腸栄養、過敏性腸症候群など

## (2) 下痢の治療

## ①感染性下痢

急性の発症、発熱、嘔吐などの随伴症状、食事摂取歴などで感染性下痢が疑われたら、必要に応じて便の細菌検査による確認を行う。粘膜障害をきたさない細菌性下痢は自然軽快することが多いため、抗菌薬を使用せず、整腸剤などで経過をみる。止痢剤は通常使用しない。

## ②抗菌薬起因性下痢

・発症時期は投与後数日から20日と幅がある。

・疑わしい抗菌薬を中止し、腸管の安静を計る。

・症状が中等度以上の偽膜性大腸炎に対しては、メトロニダゾール（フラジール）を750mg～1000mg/日やバンコマイシン散0.5～2g/日を内服。整腸剤の内服も併用。

## ③化学療法に伴う下痢

化学療法に伴う下痢では、好中球減少症と同時期に発症すると重症化する場合があるので、適切な対応が必要である。

## i) 一般的な薬物療法

・輸液

・乳酸菌製剤

・タンニン酸製剤

・ロペラミド（ロペミン）

・リン酸コデイン

## ii) CPT-11による下痢に対応

急性期 抗コリン剤（腹痛を伴うコリン様症状）

遅発性 大量ロペラミド療法

例) ロペミン2mgを2～4時間毎に内服

## iii) 5-FUによる下痢に対応

オクトレオチド（サンドスタチン）が有効とする報告がある。

## ④消化・吸収不良に伴う下痢

膵外分泌機能低下による下痢では脂肪摂取の制限、比較的大量の膵酵素剤をH2ブロッカーとともに内服することが有効。

#### 4) 便秘

##### (1) 便秘の原因

単純性便秘：明らかな原因を認めない

薬剤性の便秘：オピオイド、抗コリン薬、抗うつ薬の内服など

直腸に異常所見を認める便秘：Fecal impaction(老人や長期臥床などで起こりやすい)、痔核、直腸癌

その他の原因による慢性便秘：低カリウム血症、腹水など

急速に増悪し、嘔吐や腹痛を伴う：イレウス

##### (2) 便秘の治療

①原因が明らかで、原因の除去で便秘の改善が見込める場合にはまずは原因の除去を行う。オピオイドによる便秘ではフェンタニルへのオピオイドローテーションも検討する。

②まずは浸透圧性下剤を使用する。

酸化マグネシウム 1.5～3g/日

(またはラクツロース 30～60ml)

3～7日で効果判定を行い、排便が2～3日に1回の目安であり、患者が今の排便状況に満足していることを目標にする。

③浸透圧下剤では排便コントロールができない時には、大腸刺激性下剤を追加する。

センノシド(フォルセニッド) 1～4錠/回

ピコスルファートナトリウム(ラキソベロン) 3～30滴

ラキソベロンの方が調節しやすい

④経直腸的処置

②、③の治療でも便秘が改善されない場合には

新レシカルボン座薬

グリセリン浣腸

摘便

など経直腸的処置を行う。

#### 5) 食欲の低下

##### (1) 食欲低下の原因

①疼痛などの苦痛症状

②高カルシウム血症

③胃拡張不全症候群：腹水、肝腫大など(食欲はあるが、少ししか食べられない)

④口腔の問題

⑤嚥下障害

⑥消化管閉塞

⑦便秘

⑧抑うつ状態

##### (2) 食欲低下の治療

①原因を除去すれば食欲の改善が見込めるものは原因の除去を行う。

②消化管蠕動促進薬を投与する

ドンペリドン(ナウゼリン)(10mg) 3～6錠 分3 食前

メトクロプラミド(プリンペラン)(10mg/A) 静注 1A×3 毎食前

または 3～6A/日 持続静注・皮下注

③消化管蠕動促進薬の投与では十分ではないとき、ステロイドの投与も検討する。ステロイドは効果と副作用、予後のバランスを考えて投与する。ステロイドを開始する時期として適切か判断できないときはコンサルテーションする。

ベタメタゾン(リンデロン)

i) 漸減法

4～6mg/日を3～7日間投与し、効果がある場合は効果の維持できる最小量に漸減(0.5～4mg/日)。

効果がなければ中止

ii) 漸減法

0.5mg/日から開始し、0.5mgずつ4mg/日まで増量。

\*食欲が改善することを目標とするが、病状が進行すると食欲の回復は目標にはならない。患者・家族が満足 of いく食事・栄養治療を目標とする。

## 6) 消化管閉塞

### (1) 消化管閉塞の診断

- ①症状：悪心・嘔吐、腹部膨満、腹痛、便秘など
- ②腹部X線検査、腹部CTなど

### (2) 治療

- ①手術の適応性がある場合、外科医に依頼する。  
適応となるのは以下の条件がそろふこと。
  - ・予後が2か月以上見込まれること
  - ・全身状態が良好
  - ・進行した癌性腹膜炎や多量の腹水がないこと
  - ・閉塞部位が多発していないこと
- ②手術の適応性がない場合、緩和的薬物療法となる  
症状緩和のための薬物療法と並行してオクトレオチド（サンドスタチン）を投与する。症例によってはステロイドも併用する。
  - i) 腹痛や悪心嘔吐の緩和
    - ・腹痛に対しては、オピオイド または  
臭化ブチルスコポラミン（ブスコパン） 60～120mg / 日の持続静注・皮下注
    - ・悪心嘔吐に対しては、制吐薬  
メトクロプラミド（プリンペラン） 30～60mg / 日 点滴静注  
ハロペリドール（セレネース） 5～15mg / 日 持続皮下・静注  
プロクロルペラジン（ノバミン） 5～20mg / 日 点滴静注  
\*完全閉塞ではプリンペランは痙攣発作を起こすので禁忌
  - ii) 消化管閉塞症状を緩和：オクトレオチドの投与  
サンドスタチン 200～600 $\mu$ g / 日 持続皮下注・静注
  - iii) ステロイド  
ステロイドは腸管や腫瘍周囲の浮腫の軽減のほか、全身倦怠感、食欲低下にも効果がある。  
ベタメタゾン（リンデロン） 8～24mg / 日 持続皮下・静注

### (3) 輸液と経口摂取

- ・過剰な輸液は腸液分泌や腹水、浮腫の増加をもたらすため、1日1000ml以上の輸液や高カロリー輸液は、予後1か月以内と考えられる場合には避けるべきである。
- ・緩和的薬物療法を適切に行うことで少量の経口摂取が可能となることが多い。低残渣の食事を少量食べることが患者の楽しみにつながることもある。

#### 【参考文献】

- ①2008年版がん緩和ケアガイドブック 監修；日本医師会
- ②誰でもできる緩和医療 医学書院
- ③一般病棟における緩和ケアマニュアル へるす出版 編集 小川道雄

### 3. 呼吸器症状のマネジメント

#### 1) 定義

##### (1) 呼吸困難の定義

「呼吸時の不快な感覚」という主観的な症状<sup>1)</sup>

##### (2) 呼吸不全の定義

「酸素分圧 (PaO<sub>2</sub>) 60Torr以下」という客観的な病態

#### 2) 疫学

##### (1) 呼吸困難の頻度

- ・がんの種類・病期によるが、21~90%<sup>2)</sup>
- ・進行がん患者の70%が最期の6週間で呼吸困難を経験している<sup>3)</sup>

##### (2) 予後

- ・呼吸困難が出現してからの平均予後 6ヵ月以下<sup>4)</sup>

##### (3) 呼吸困難の評価1

- ・ゴールドスタンダードは、患者の主観的評価である
- ・呼吸回数・酸素飽和度の異常は必ずしも伴わない!
- ・以下の質問を行う
  - 「息が苦しくて、日常生活でどんなことに困っていますか？」
  - 「どのくらい苦しいですか?0~10の数字で教えてください」

##### (4) 呼吸困難の評価2

- ・呼吸困難以外の症状 (咳・痰など) の有無
- ・不安の要素の有無
- ・既往歴・喫煙歴・職業歴の聴取
- ・呼吸数、酸素飽和度、聴診などの身体所見
- ・必要に応じて検査
  - 採血・血液ガス分析
  - 胸部レントゲン
  - 心エコー・胸部CT など

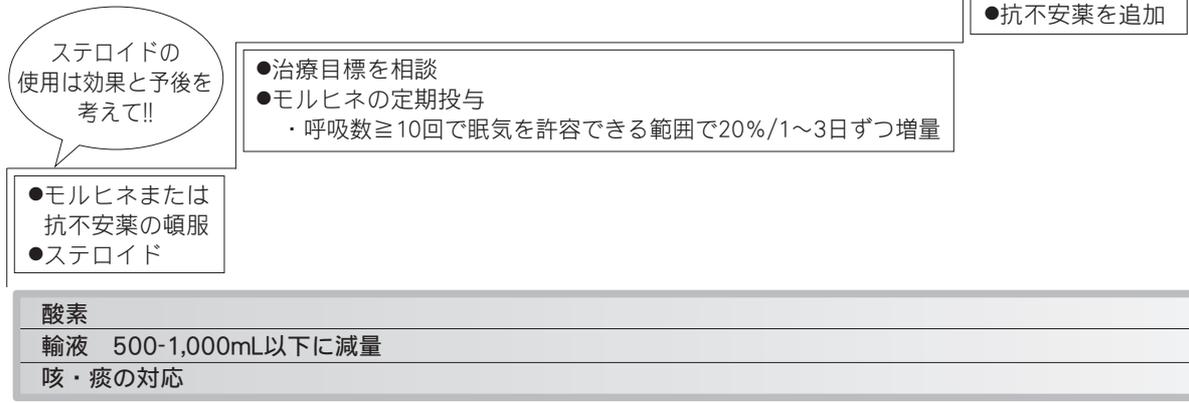
#### 3) 治療可能な原因とその治療

- ・原疾患に対する化学療法・放射線療法
- ・気道狭窄に対する放射線治療・ステント
- ・SVC症候群に対する放射線治療・ステント
- ・胸水・心嚢液のドレナージ
- ・肺炎に対する抗菌薬治療
- ・心不全治療
- ・輸血による貧血の補正 など

#### 4) 呼吸困難の評価のポイント

- ・患者の主観的な評価 (量的・質的) を第一とする
- ・呼吸不全を伴っているか?
- ・治療可能な原因が存在するか?
- ・不安の要素を伴っているか?

5) 呼吸困難の治療STEP



(1) STEPにかかわらず考えること

- ①酸素
  - ・低酸素血症を合併する場合
  - ・低酸素血症がなくとも、使用后評価で患者が楽になる場合
- ②輸液の減量（胸水、気道分泌、肺水腫による呼吸困難を緩和）
  - ・生命予後が数週間以下と考えられる患者
  - ・500~1,000mL/日以下に減量
- ③咳・痰への対処

(2) 治療の実際

- ①モルヒネ
  - ・がん患者の呼吸困難に対する改善効果が証明されている<sup>5) 6)</sup>
  - ・治療用量では酸素飽和度の低下、EtCO<sub>2</sub>の上昇、呼吸抑制は来たさない<sup>7)</sup>
  - ・呼吸困難に対するモルヒネ使用による死亡率の上昇は報告されていない
- ②抗不安薬
  - ・呼吸困難が不安を惹起し、不安が呼吸困難を助長する悪循環を断ち切る
  - ・抗不安薬単剤での効果に関しては、十分なエビデンスは存在しない
  - ・モルヒネとの併用で上乘せ効果が認められる<sup>8)</sup>

(3) 実際の処方例

- ①STEP 1 ~その1~
  - ・モルヒネ
    - 塩酸モルヒネ（オプソ®） 5mg 0.5~1包
    - 塩酸モルヒネ注 2mg(0.2ml) 皮下注
  - ・抗不安薬
    - アルプラゾラム（ソラナックス®） 0.4mg 0.5錠
    - ロラゼパム（ワイバックス®） 0.5mg 1錠
- ②STEP 1 ~その2~
  - ・ステロイドの定期投与
    - ベタメタゾン（リンデロン®） 4~8mg/日を数日投与。
    - 効果認める場合は漸減し、効果の維持できる最小量（0.5~4mg/日）で継続する。
  - ・効果がない場合には中止する
- ③STEP 2
  - ・モルヒネの定期投与
    - 開始量
      - 硫酸モルヒネ徐放製剤（MSコンチン®） 1日20mg
      - モルヒネ注5~10mg/日持続静注・持続皮下注
      - モルヒネが投与されている場合は20~30%増量
    - ・呼吸困難時のレスキューを設定
      - 内服・坐薬は1日量の1/6の速放性製剤を使用（1時間あけて反復可）
      - 注射剤は1時間分を早送り（15-30分あけて反復可）

④STEP 3

- ・抗不安薬をモルヒネに追加 (処方例)

内服

アルプラゾラム (ソラナックス®) 0.4mg 1~3錠 分1~3

ロラゼパム (ワイパックス®) 0.5mg 1~3錠 分1~3

坐剤

ジアゼパム (ダイアアップ®) 4mg 1~3個 分1~3

プロマゼパム (セニラン®) 3mg 0.5~1.5個 分1~3

持続静注・皮下注

ミダゾラム (ドルミカム®) 2.5mg/日から開始

→眠気が許容できる範囲で5mg/日まで増量

(4) 治療目標の設定

- ・呼吸困難を取り去ることが目標であるが、時に難しいことがある
- ・特に呼吸不全を合併している患者では薬物療法によって傾眠をきたしやすい
- ・呼吸困難の治療
- ・コンサルテーションのタイミング

(5) 原因が特定できないとき

- ・モルヒネの投与・増量が適切か判断できない場合
- ・モルヒネ開始後も呼吸困難が緩和できない場合

6) 薬物療法以外のケア

環境調整

- ・低温、気流 (外気、うちわ、扇風機)
- ・酸素をしながら動ける部屋の整備
- ・ナースコール・薬を手元に

酸素療法中の配慮

- ・においなどの不快感に対処
- ・乾燥しやすいので、いつでも水分を取れるようにする



- 姿勢の工夫
- ・起座位
  - ・患者の楽な姿勢

- 不安への対応
- ・そばに付き添う
  - ・十分な説明

7) まとめ

- ・呼吸困難は主観的な症状である
- ・呼吸困難は、がん患者において高頻度で認められ、QOLを下げる重要な症状である
- ・呼吸困難に対するモルヒネの有効性は証明されている
- ・薬物療法のみならず、環境調整などのケアも症状緩和に重要である

【参考文献】

- 1) the American Thoracic Society 1999
- 2) Thomas JR. Lancet Oncol 2002;3:223-8
- 3) Reuben DB. Chest 1986;89:234-6
- 4) EPEC™-O Participant's Handbook
- 5) Bruera E. Ann Int Med 1993;119:906-7
- 6) Mazzocato C. Ann Oncol 1999;10:1511-4
- 7) Bruera E. J Pain Symptom Manage 1990;5:341-4
- 8) Navigante AH. J Pain Symptom Manage 2006;31:38-47

## 4. 倦怠感のマネジメント

### 1) 倦怠感とは

倦怠感とは日常生活に支障をきたすような衰弱、疲れやすさ、あるいはエネルギーの欠如であるといわれている<sup>1)</sup>。

#### (1) 健康人の倦怠感との違い

健康人の倦怠感とがんに伴う倦怠感とは質的に異なる。

	健康人の倦怠感	がんに伴う倦怠感
持続性	一時的	持続的
日常生活の障害	少し	多い
活動との関係	強い	弱い
活動との関係	あり	なし

#### (2) がん患者の倦怠感の頻度

がん患者では最も頻度が高い症状である。がん治療中の患者で、化学療法中の80~96%、放射線治療中の60~93%にみられる。終末期ではほとんど(100%)の患者で生じる。長期生存者でも倦怠感が生じる。

#### (3) 倦怠感治療の問題点

疼痛治療のように治療方法が確立していないため、過小評価と過小治療されがちである<sup>2) 3)</sup>。多くの研究は抗がん治療中のもので、薬物療法の研究も少ない。また、終末期の倦怠感治療をどこまで行うのかも、課題となっている。

### 2) 評価

#### (1) 評価のポイント

##### ①主観的評価

介護者や医療者による評価ではなく、あくまでも患者自身の評価である。

例：「元気そう、疲れてなさそう」だからといって、「だるくない」とは判断できない  
「だるそう」にみえるからといって、「だるい」とは判断できない

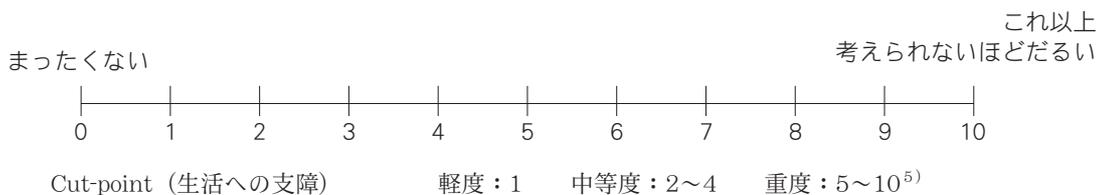
##### ②多次元的评价<sup>4)</sup>

「だるい」の内容、質を考慮することが大切。

例：「だるいですか？」との問いに、患者が「だるくない」と答えていても、客観的には表情や活動状況からだるそうにみえるときには、質問のしかたを変える。「だるそうにみえますが、何か気がかりなことがありますか？」と聞いてみると、「何もする気になれない」「眠れない」「食欲がない」「集中力がない」などの訴えが得られることもある。

#### (2) 評価ツール

##### ①倦怠感NRS (Fatigue Numerical Rating Scale : FN)



##### ② Cancer Fatigue Scale<sup>6)</sup>

1. 疲れやすいですか？	9. うんざりと感じますか？
2. 横になっていたと感じますか？	10. 忘れやすくなったと感じますか？
3. ぐったりと感じますか？	11. 物事に集中することはできますか？
4. 不注意になったと感じますか？	12. おっくうに感じますか？
5. 気力はありますか？	13. 答える早さは落ちたと感じますか？
6. 身体がだるいと感じますか？	14. がんばろうと思うことができますか？
7. 言い間違いが増えたように感じますか？	15. 身の置き所のないようなだるさを感じますか？
8. 物事に興味をもてますか？	

身体的倦怠感 = (項目1 + 2 + 3 + 6 + 9 + 12 + 15) - 7 = /28点

精神的倦怠感 = 20 - (項目5 + 8 + 11 + 14) = /16点

認知的倦怠感 = (項目4 + 7 + 10 + 13) - 4 = /16点

総合的倦怠感/60点

3) 倦怠感の病態生理<sup>7)</sup>

①一次的倦怠感 (Primary Fatigue)<sup>8) 9)</sup>

腫瘍そのものによる倦怠感である。  
サイトカインの放出→貧血、悪液質、体重減少、食欲不振の原因となり倦怠感を生じるといわれている。

②二次的倦怠感 (Secondary Fatigue)

以下のような原因で二次的に倦怠感が生じる。原因の治療が可能なことが多く、原因を除去できれば倦怠感が改善されることが期待される。

貧血、腎機能障害、感染症、肝機能障害、薬剤性脱水、栄養障害発熱、精神症状、電解質異常、血糖値異常、他の身体症状 (疼痛・呼吸困難、睡眠障害など)

\*倦怠感と抑うつは共通点がある<sup>10)</sup> ため、十分に鑑別することが重要

	倦怠感	抑うつ
衰弱感	○	○
疲労感	○	○
抑うつ気分	○	○
無価値感		○
希死念慮		○
運動後の疲労感	○	○

4) 倦怠感の治療

(1) 治療指針

患者の倦怠感の改善の希望を聞いて評価し、原因病態の診断を行う。倦怠感の原因があればその治療を行い、なければ薬物療法や非薬物療法を施行する。

①原因の治療

貧血、感染症、高カルシウム血症など原因の治療が可能なものについては、それらの治療を行う。

②非薬物療法

i) 運動療法 (有酸素運動、筋力トレーニングなど)

運動療法は、20~30分、週3~5回、最大心拍数の60~80%程度の運動がよい<sup>11)</sup> との報告がある。体調の評価と適切な運動の処方が重要である。

低レベルの運動から開始して、間隔をあけて徐々に増強していくことが望ましい。

骨転移、白血球、血小板減少、貧血、発熱のある患者には、注意を要する<sup>11)</sup>

\*終末期を対象とした研究は少ないが、緩和ケア対象 (KPS中央値80、予後3か月~12か月) で週2回の50分のグループ運動療法 (有酸素運動、筋力トレーニング) にて倦怠感の有意な改善がみられた<sup>12)</sup> という報告がある。運動療法の強度や頻度は今後の課題である。PS低下も考慮して、運動療法を取りいれれば有用な可能性はある<sup>13)</sup>。

ii) 精神療法 (個別、集団)

iii) その他の非薬物療法 (エネルギー保存療法、アロマセラピー、マッサージ、気分転換活動)

<エネルギー保存療法>

1日の生活の中で患者のエネルギーを配分する。

倦怠感の強い時間帯、倦怠感が少ない (エネルギーが高い) 時間帯を知る。

エネルギーが高いときに優先度の高いことをする。→患者によって優先度が高いことは異なる。

エネルギー保存の工夫

いつもしていることを全て行おうとせず、負担の少ない方法に変える。

必要なものが手取りやすいように環境整備をする。

休息は、一度に長時間とるよりも、頻回に短時間とる。

③薬物療法

i) コルチコステロイド

倦怠感を対象とした研究は皆無であり、倦怠感を改善する機序は不明である。

過去の報告例としては、メチルプレドニゾロン32mgが食欲、ADLを改善したというもの (RCT)<sup>14)</sup>、メチルプレドニゾロン125mgがQOLを改善したというものがある<sup>15) 16)</sup>。食欲不振および衰弱の改善を目的に処方された報告もある (倦怠感については、記載なし)<sup>17) 18)</sup>。スウェーデンではベタメタゾンが倦怠感の治療に用いられている<sup>19)</sup>。

<コルチコステロイドの使用法>

- ・ベタメタゾン（リンデロン<sup>®</sup>）が適している。
- ・投与時刻は昼頃まで。
- ・予後3か月未満と考えられる場合、効果をみながら漸増。

ベタメタゾン（リンデロン）2mgから開始。  
2mg→4mg→6mgと増量していく。（効果の上限は8～12mg/日）

ii) 精神刺激薬の類似薬品

メチルフェニデートが倦怠感に有効と言われていたが、現在適応が規制され、がん患者には使用できない状況。類似薬品は以下のとおり。

＊適応ではないため、緩和ケアチームに相談すること

- ・ペモリン（ベタナミン<sup>®</sup>）  
倦怠感、オピオイドによる傾眠に対して有効とする研究あり。

- ・ドネペジル（アリセプト<sup>®</sup>）

選択的アセチルコリンエステラーゼ阻害薬。

がん患者を対象としたRCTでは倦怠感はプラセボと有意差はなし<sup>20)</sup>。

→使用可能な薬剤が限られている。薬物療法の臨床研究が急務。

④終末期での対応

終末期の倦怠感の治療をどこまで行うのか。

ステロイドの突然の中止はterminal restlessnessを悪化させるのではない<sup>21)</sup>。終末期では倦怠感の治療が適応ではない時期を見極めることが苦痛緩和のために重要である<sup>22)</sup>。

→終末期に、どこまで倦怠感の治療をするかは今後の課題。個人の価値観や希望を重視。

⑤倦怠感に対する鎮静<sup>23)</sup>

2005年の苦痛緩和のための鎮静に関するガイドラインでは持続的鎮静が対象症状として倦怠感の頻度は高い(27%)と言われている。鎮静を行うには本人・家族の意志確認が重要であり、慎重に行うこと。

＊I-6. 鎮静導入の判断とその方法を参照

【参考文献】

- 1) 一般病棟における緩和ケアマニュアル へるす出版
- 2) Passik SD, JPSM, 2002
- 3) Vogelzang NJ, Semin Hematol, 1997
- 4) EAPC, 2008
- 5) Given B, JPSM, 2008
- 6) Okuyama T. J PSM, 2000
- 7) EAPC, 2008
- 8) EAPC, 2008
- 9) Morrow GR, SCC, 2002
- 10) Jacobsen PB, Semin Clin Neuropsychiatry, 2003
- 11) NCCN guideline, 2007
- 12) Olderoll LM, JPSM, 2006
- 13) EAPC(European Association for Palliative Care), 2008
- 14) Bruera E, Cancer Treat Rep,1985
- 15) Popiela T, Eur J Cncer Clin Oncol, 1989
- 16) Della Cuna GR, Eur J Cncer Clin Oncol, 1989
- 17) Mercadante S, SCC, 2001
- 18) Hardy JR, Palliat Med, 2001
- 19) Lundstrom SH, Acta Oncol, 2006
- 20) Bruera E, J Clin Oncol, 2007
- 21) Barsevick AM, Cancer, 2004
- 22) Hardy JR, Palliat Med, 2001
- 23) 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン, 2005

## 5. 精神症状のマネジメント

### 1) 緩和ケアで考える必要がある心理的・精神科的問題

- 患者が抱える問題
- 家族が抱える問題
- 医療スタッフが抱える問題

患者が抱える問題について考え、対処するだけでなく、家族やスタッフが抱える問題についても考え、対処する必要がある。

### 2) 心理的苦痛に対するアプローチ

心理的な苦痛を抱えた者と向き合う時、まずは共感的に話を聞くことは言うまでもない。心理的な苦痛に対して話を聞き、苦痛の内容に対して出来るだけ具体的な情報を得た上で、何らかの心理的アプローチが必要か、あるいは精神科専門医への相談が必要になるかを判断する。

共感的に話を聞くことと、苦痛に対して具体的な話を聞くことは、それだけでも治療的な介入となり、精神状態が安定する場合もある。また、具体的な話を聞く場合には、開かれた質問 (Open Question) を用いて尋ねると良い。開かれた質問とは「気持ちをつらくさせているのはどういったことですか？」など、「はい」「いいえ」では答えられない質問である。

### ● 本人から「気持ちのつらさ」や「不安」「恐怖」の訴えがある場合

#### (1) 共感する

#### (2) 情報の収集

- ① 苦痛の内容、悩みや心配の内容、不安や恐怖の状態について、患者や家族から具体的に話を聞く
- ② 痛みなどの身体症状をチェック
- ③ 睡眠や食欲の変化をチェック
- ④ 使用中の薬剤をチェック

#### (3) 専門的な治療が必要かを評価

##### ① うつ状態を確認

うつ状態はうつ病の他、ストレス反応や適応障害から起こることがある。服用中の薬剤が影響している場合もある。

##### ② 病的な不安、あるいは病的な恐怖なのかを確認

不安や恐怖の理由がはっきりしている場合は、対処可能な場合が多い。理由がはっきりせず、強すぎる不安や恐怖に対しては薬物療法も考える。

身体症状の訴えの背景に病的な不安がある場合がある。

不安については、うつ状態やせん妄の前駆状態でもみられることがあるので、しっかりと状態について確認すること。

##### ③ 希死念慮の確認

「死にたい」と直接訴えることもあれば、「消えたい」「終わりにしたい」という訴えがみられることもある。家族にのみ訴えている場合もあるため、家族からも確認をする。

#### 確認の仕方の例：

「気持ちがつらいようですが、もうすべてを終わりにしてしまいたいとか、つらくて生きていてもしょうがないと感じることはありますか？」

#### (4) 支持的に対応し、必要があれば精神科へ相談

### ● 表情が乏しい、反応に乏しい、声にハリがなくなった、涙もろくなった、怒りっぽくなった、落ち着きがないなど表情やしぐさに気になる変化が現れた場合、不眠や食欲不振など生活リズムの変化から精神的な問題が考えられる場合

#### (1) 情報の収集

- ① 気持ちのつらさなどがいないか、患者から共感的に話を聞く。
- ② 患者の変化に気付いた点はないか、家族から具体的に話を聞く
- ③ 痛みなどの身体症状をチェック
- ④ 睡眠や食欲の変化をチェック
- ⑤ 使用中の薬剤をチェック

#### (2) 専門的な治療が必要かを評価

##### ① うつ状態やせん妄などがいないかを確認

うつ状態のみならず、せん妄状態の場合も、表情やしぐさ、生活リズムに変化がみられることが多い。

#### (3) 必要があれば精神科へ相談

● 「死にたい」と訴えたり、自殺をほのめかす言動がみられたりする場合

- (1) 受容的な関わりをもつ。  
つらさを受け入れ、理解しようとする準備があることを伝える。
- (2) 話を聞いて、具体的な苦痛を把握する。
- (3) 精神科専門医への受診をすすめる。  
具体的な死に方を考えたり、すでに試したりしたことがある場合は特に精神科専門医への受診を考える。

● 精神科への受診を拒否する場合

- (1) 拒否の理由を尋ねる。  
誤解に基づく場合は、誤解を解くよう努める。
- (2) 希望があれば相談することが可能であることを伝え、機会をみて改めてすすめてみる。  
はじめは拒否をされていても、考えが変わることもある。
- (3) 直接的な介入が難しい場合は、間接的に精神科医に相談する。

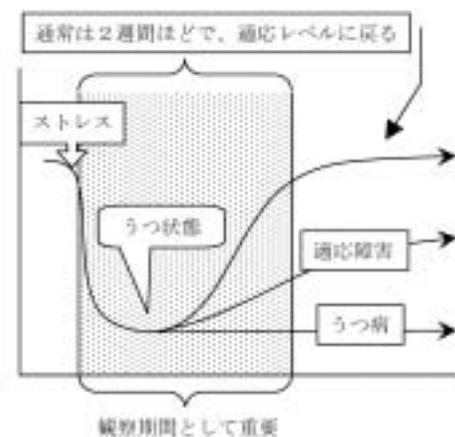
3) 緩和ケアで出会う精神科的問題

適応障害、うつ病  
不安障害  
せん妄

(1) 適応障害、うつ病

がん患者の精神的な問題の中で、適応障害は最も多く、終末期を除く全病期の約10～30%の患者に認められる。一方、うつ病はがんの種類や病期を問わず、約4～7%のがん患者に認められるといわれている。がん患者においては気分が沈んで当たり前と思われたり、症状が見逃されたりしやすい。しかし、うつ病はそれ自体が苦痛であるだけでなく、全体的なQOLの低下、さらに最悪の場合自殺の危険を伴う。また、治療意欲が低下し、治療の継続が困難になるなど、がん療養治療に様々な悪影響をもたらす。このため、がん患者の適応障害やうつ病を早期に発見し、適切に加療することはがん治療においても非常に重要である。

がんの告知や、再発やがん治療の中止などのストレスに対する通常の心理的反応でも、不安や抑うつを生じる。その多くは2週間ほどで最低限の日常生活への適応レベルに改善する。しかし、日常生活の適応レベルが著しく落ちたまま改善せず、日常生活に大きな支障をきたす状態がうつ病である。このような支障をきたす状態において、正常とうつ病との中間レベルの障害が適応障害と考えられる。



うつ病の主な症状

- 1. 抑うつ気分（気分の落ち込み、憂うつ感、悲哀感、興味や喜びの喪失など）
  - 意欲・行動の障害（おっくう感、意欲低下など）
  - 知的活動の低下、思考障害（集中力の低下、思考抑制、決断不能、自責感、微小妄想、罪業妄想、心気妄想、貧困妄想、自殺念慮など）
  - 身体症状（睡眠障害、倦怠感、易疲労感、食欲低下もしくは亢進、頭痛、便秘異常、肩こり、動悸、めまい、性欲低下など）
  - 日内変動

上記の症状のうち、食欲低下、睡眠障害、倦怠感などの症状はがんの身体症状に重なっており、うつ病であるかどうかの正しい評価が困難となることがある。しかし、うつ病を見逃さないことが重要であり、重複した身体的症状も含めて抑うつを診断することが推奨されている。

うつ病における危険因子

医学的要因としては、進行・再発がん、身体的機能の低下、痛みなどの身体症状の不十分なコントロール、インターフェロンやステロイドなどの投与によるものなどがあり、心理・社会的要因としては、若年、神経質な性格、うつ病などの精神疾患の既往、独居、乏しい社会的サポートなどがある。

## 治療

### ① 原因への対処

抑うつ気分はがんや治療に起因した身体的苦痛や身体的機能の低下などと関連していることが多い。そのため治療にあたっては、まず抑うつ気分の原因を検討し、その原因をできる限り取り除くことが重要である。

### ② 心理教育的介入

正しい医学的な知識を提供することで、不確実な知識や、知識の欠如によって生じている患者の不安感や絶望感を改善できる可能性がある。これまでに患者へどのような説明が行われてきたのか、またがんとその治療についての患者の理解度を把握することが重要である。適切な情報を提供することで、無用な不安などの精神症状を軽減することができる場合もある。

### ③ 支持的療法

### ④ 薬物療法

具体的な薬物療法については「がん緩和ケアガイドブック」日本医師会監修を参照

### ⑤ 家族への対応：

患者自身が抑うつ気分を抱えている場合は、家族の精神的な負担も大きいため、患者を支える家族へのサポートも重要である。

## (2) 不安状態

がんは生命の危険をきたす疾患であり、がんが疑われた時から、精密検査、診断、治療に至るまで、患者には大きな不安が生じる。不安を感じることは一般的な心理反応であるが、当然起こりうる通常的不安から、専門的な介入が必要な病的な不安まで幅広くある。病的な不安は、QOLの全般的な低下と関係し、時にうつ病や不安障害に該当する状態を呈することもある。このため、不安を適切に評価し、必要であれば治療することが必要である。治療が必要となる不安はがん患者の10～40%に生じると言われている。

不安を持つ患者は精神症状として不安を訴えるだけでなく、身体的な症状として訴えることも多い。

また、時にはパニック障害や、急性ストレス障害、外傷後ストレス障害などの診断基準を満たすような不安状態を呈する患者も見られる。

### 通常的不安と病的な不安を区別するポイント

- ① 脅威に対して、通常予測されるよりも著しく強い不安症状が出現している場合
- ② 時間がたっても不安が軽減しない
- ③ パニック発作など、強い症状が出現する場合
- ④ 誤った信念を持っている場合（すぐに死んでしまうなど）
- ⑤ 日常機能に支障をきたす場合

(精神腫瘍学クイックリファレンス 小川朝生ら編集)

## 治療

### ① 原因への対処

抑うつ状態と同様に、身体的苦痛や身体的機能の低下など、不安の原因を検討し、その原因をできる限り軽減に努める。また、誤った知識や、知識の欠如によって不安を生じている場合は、正しい医学的な知識を提供することが重要である。

またステロイド、制吐剤や抗精神病薬によるアカシジア（静座不能症）、睡眠薬や抗不安薬の離脱症状などの、治療に関連した原因を除外することも重要である。

### ② 支持的療法

### ③ リラクゼーション、自律訓練法

### ④ 薬物療法

まずはベンゾジアゼピン系抗不安薬を少量より開始し、効果を見ながら漸増する。(アルプラゾラム0.4mg～1.2mg、ロラゼパム0.5mg～1.5mg、エチゾラム0.5mgから1.5mg)。

効果が乏しい場合は、ベンゾジアゼピン系抗不安薬に加えて、パロキセチン、フルボキサミン、セルトラリンなどのSSRIを少量より開始する。

## (3) せん妄

せん妄は頻度が高い病態であり、終末期がん患者の30～40%に合併し、死亡直前においては、患者の90%がせん妄の状態にある。

せん妄は身体状態の増悪や投与した薬物などによって起こった軽度の意識障害に、多彩な精神症状（失見当識、記憶力障害、誤認、錯覚など）を伴った急性の脳機能不全である。意識障害に加えて、幻覚や妄想、興奮などの精神症状を伴うことがあり、せん妄は患者だけでなく、家族や医療者にも強い苦痛と負担を強いる病態である。せん妄状態の患者では、事故や突発的な自殺の危険が高まるため、適切な対応が重要である。適切な対応を取ることで、約半数は症状の改善を図ることができるといわれている。また、家族の動揺や、家族との良好なコミュ

ニケーションが取れなくなることも大きな問題であり、家族への対応も重要である。

## 診 断

せん妄の評価基準 (DSM-IV)

- 注意を集中し、維持し転導する能力の低下を伴う意識の障害 (すなわち環境認識における清明度の低下)
- 認知の変化 (記憶欠損、失見当識、言語の障害など)、またはすでに先行し、確定され、または進行中の痴呆ではうまく説明されない知覚障害の発現
- その障害は短期間のうちに出現し (通常数時間から数日)、一日のうちで変動する傾向がある
- 病歴、身体診察、臨床検査所見から、その障害が一般身体疾患の直接的な生理学的結果に引き起こされたという証拠がある

以上の4つすべてを満たす場合にせん妄と診断される。

認知症と鑑別点として、症状が急激に発症し、日内変動が存在するという点が特徴的である。また、幻覚や妄想、興奮などの精神症状を伴わない「低活動性せん妄」は見逃されやすく注意が必要である。

## 治 療

せん妄は、身体的な異常に起因して出現する精神症状であり、原因は身体疾患の増悪であることが多い。また睡眠薬や抗不安薬などのベンゾジアゼピン系薬物やオピオイド、抗コリン作用のある薬剤がせん妄を惹起することも多い。そのため精神状態の評価は精神科医が行い、原因の除去や身体的治療は身体疾患の主治医が行うという役割分担を行った上で、密な連携を取ることが大変重要である。

### せん妄の治療 (米国精神医学会治療ガイドライン)

#### A. 医学的管理

##### (ア) 原因の同定と治療

理学的所見、臨床検査、投薬内容の検討  
身体的原因の治療、原因薬剤の中止・減薬・変薬。

##### (イ) 行動の危険性評価・安全性確保

危険物の撤去、頻回の訪床など

#### B. 環境的・支持的介入

##### (ア) 環境的介入

照明の調整 (昼夜のメリハリ、夜間の薄明かり)  
日付・時間の手がかり (カレンダー、時計を置く)  
眼鏡、補聴器の使用  
親しみやすい環境を整える (家族の面会、自宅で使用していたものを置く)

##### (イ) オリエンテーションを繰り返す

場所、日付や時間、起きている状況について患者自身が思い出せるよう手助けをする

##### (ウ) 家族への適切な説明

病態の説明、親しみやすい環境作りをすすめる

#### C. 身体的介入：薬物療法

##### (ア) 抗精神病薬 (第一選択)：投与前に心電図の確認

- ① 意識を低下させずに、幻覚、妄想、興奮などを抑える
- ② ハロペリドールが循環・呼吸機能に及ぼす影響が比較的少ないので有用
- ③ 治療初日に、少量頻回投与で一日必要量、効果を推定
- ④ 計2～3アンプル使用しても症状の改善がみられない場合は、鎮静の強いクロルプロマジンに変更 (血圧低下に注意)
- ⑤ リスペリドン、クエチアピン、オランザピンも有用

##### (イ) 睡眠剤 (フルニトラゼパム、ミダゾラムなど)

重篤な呼吸抑制が出現する恐れがあり、原則的に緊急避難的な使用等に限り (安易に使用しない)

具体的な薬物療法については「がん緩和ケアガイドブック」日本医師会監修を参照

#### 4) 家族へのケア

##### ● 見守り

見捨てられたという思いを患者・家族が抱かないように配慮。

##### ● 家族の満足感も考慮

家族が患者のためにできること（そばにいる、声をかける、手足に触れる、好きだった音楽を流すなど）を共に考える。

最期まで自分たちがしてあげたいと思うケアは十分してあげられたと家族が思えるようにサポートしていく。

##### ● 悲嘆への対処

家族の看護疲れや強すぎる悲嘆は、家族の情緒的エネルギーを消耗、撤退させ、患者が「見捨てられ感」「孤独感」を抱くことにつながってしまうことがある。身体的負担を軽減するとともに、家族の心配や不安を傾聴し、悲嘆や精神的負担を支援していく。

##### ● 孤立に注意

家族の一人に負担がかかると、孤立感を強める恐れがある。放っておくと身体の調子を崩したり、うつ病になったりと、患者を支える側が病気になってしまうことがある。一人で抱えず相談できる体制を整えることが重要である。

##### ● 患者さんや家族が涙を流したとき

信頼関係ができていからこそ泣けることを理解する。涙を見てどうしてよいかわからないあまり、逃げないことが大切である。何も言わなくても側に寄り添うだけでも安心感を与え、充分共感を示すことができる。

##### ● 患者さんや家族が怒りを示した場合

怒りの背景を考える。やり場のない怒りが目の前にいる医療者に向けられることもある。陰性感情を抱きやすいが、医療者として安定した関わりを維持することが大切。

#### 家族の防衛機制

病気は、患者や家族にとって極めて大きなライフイベントとなる。このため、否認や無関心、過保護、怒りといったさまざまな感情が、あらゆる表現で、他の家族や医療スタッフなど身近にいる人たちに向けられることがあり、受け取る側を悩ますことが多い。これらの心理的な反応は防衛機制といわれている。防衛機制はそれ自体、ストレスから心を守ろうとする大事な働きである。防衛機制そのものを否定するのではなく、家族にとっても精神的な重圧がかかる状況であることを理解し、家族を対象としたケアも行っていくことが重要である。

#### 予期悲嘆

死を予期し、死別を想像して嘆き悲しむことはごく自然な反応である。プライバシーに配慮しつつ、十分な感情表現を支持することが大切である。

予期悲嘆は喪失を受け入れる準備のために必要なプロセスであると理解し、安心して揺れることのできる環境を整えていく。

#### 5) 医療関係者の反応と癒し

医療スタッフは、患者・家族から受け取る驚愕、否認、孤立感、離人感、自責感、自信の喪失、不安感、怒りなど様々な感情に苛まれる。患者、家族からの感情表現に医療スタッフがどう対応したら良いのかわからないあまりに逃げたり、否定したりせずに受け止めることが大切であるが、同時に医療スタッフが受ける心理的ストレスについて自覚することも大切である。同様の経験を有する同僚や上司に相談したり、孤立感や自責感を軽減したりするなど、自分自身に対する援助を積極的に求めることが推奨される。一人で抱え込まずに病棟全体でチームとしての関わりの中で共有していくことが重要である。

「何かしなくては」と思い込まない。「何かしなくてはいけないのに、何もできない」と自分を責めることが医療スタッフの心理的なストレスを高めてしまうこともある。何も言わなくても何もしなくても、ただそばにいて寄り添うことが安心感を与え、充分に共感を示すことができる。

#### 【参考文献・引用文献】

- 1) 小川朝生, 他; 精神腫瘍学クイックリファレンス. 創造出版, 2009.
- 2) 武田文和, 他; がん緩和ケアに関するマニュアル. 財団法人 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2005.
- 3) 大傷央子, 森山美智子, 宮下美香; がん看護 カルガリー家族アセスメントモデル・介入モデルのがん看護への適用 南江堂2004 P299

## 付録

## 適応障害の診断基準 (DSM-IV-TR)

- A. はっきりと確認できるストレス因子に反応して、そのストレス因子の始まりから3ヶ月以内に情緒面または行動面の症状が出現。
1. これらの症状や行動は臨床的に著しく、それは以下のどちらかによって裏付けられている
  2. そのストレス因子に曝露されたときに予測されるものをはるかに超えた苦痛
- B. 社会的または職業的(学業上の)機能の著しい障害。
- C. そのストレス因子(またはその結果)がひとたび終結すると、症状がその後さらに6ヶ月以上持続することはない。
- D. 症状は死別反応を示すものではない。
- E. そのストレス因子が終結すると、症状は6ヶ月以上持続しない。

## うつ病の診断基準 (DSM-IV-TR) 大うつ病エピソード

- A. 以下の症状のうち 5 つ (またはそれ以上) が同じ 2 週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている。これらの症状のうち少なくとも 1 つは、(1) 抑うつ気分または (2) 興味または喜びの喪失である。
1. その人自身の言明 (例: 悲しみまたは、空虚感を感じる) か、他者の観察 (例: 涙を流しているように見える) によって示される、ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分。
  2. ほとんど1日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味、喜びの著しい減退 (その人の言明、または他者の観察によって示される)。
  3. 食事療法をしていないのに、著しい体重減少、あるいは体重増加 (例: 1 カ月で体重の 5% 以上の変化)、またはほとんど毎日の、食欲の減退または増加。
  4. ほとんど毎日の不眠または睡眠過多。
  5. ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または制止 (他者によって観察可能で、ただ単に落ち着きがないとか、のろくなったという主観的感覚ではないもの)。
  6. ほとんど毎日の易疲労性、または気力の減退。
  7. ほとんど毎日の無価値観、または過剰であるか不適切な罪責感 (妄想的であることもある。単に自分をとがめたり、病気になることに対する罪の意識ではない)。
  8. 思考力や集中力の減退、または決断困難がほとんど毎日認められる (その人自信の言明による、または、他者によって観察される)。
  9. 死についての反復思考 (死の恐怖だけではない)、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画。
- B. 症状は混合性エピソードの基準を満たさない。
- C. 症状は、臨床的に著しい苦痛、または、社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
- D. 症状は、物質 (例: 乱用薬物、投薬) の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患 (例: 甲状腺機能低下症) によるものではない。
- E. 症状は死別反応ではうまく説明されない。すなわち、愛する者を失った後、症状が 2 ヶ月を超えて続くか、または、著明な機能不全、無価値観への病的なとらわれ、自殺念慮、精神病性の症状、精神運動抑止があることで特徴づけられる。

## パニック障害 (DSM-IV-TR) の診断基準

強い恐怖または不快を感じるはっきり他と区別ができる期間で、そのとき、以下の症状のうち4つ (またはそれ以上) が突然に発現し、10分以内にその頂点に達する。

- ① 動悸、心悸亢進、または心拍数の増加
- ② 発汗
- ③ 身震いまたは震え
- ④ 息切れ感または息苦しさ
- ⑤ 窒息感
- ⑥ 胸痛または胸部の不快感
- ⑦ 嘔気または腹部の不快感
- ⑧ めまい感、ふらつく感じ、頭が軽くなる感じ、または気が遠くなる感じ
- ⑨ 現実感消失 (現実でない感じ) または離人症状 (自分自身から離れている)
- ⑩ コントロールを失うことに対する、または気が狂うことに対する恐怖
- ⑪ 死ぬことに対する恐怖
- ⑫ 異常感覚 (感覚麻痺またはうずき感)
- ⑬ 冷感または熱感

## 外傷後ストレス障害（DSM-IV-TR）の診断基準

- A. その人は、以下の2つがともに認められる外傷的な出来事に暴露されたことがある。
- (1) 実際にまたは危うく死ぬまたは重症を負うような出来事を、1度または数度、あるいは自分または他人の身体の安全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した。
  - (2) その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである。
- B. 外傷的な出来事が、以下の1つ（またはそれ以上）の形で再体験され続けている。
- (1) 出来事の反復的、侵入的、苦痛な想起で、それは心像、思考、または知覚を含む。
  - (2) 出来事についての反復的で苦痛な夢
  - (3) 外傷的な出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりする（その体験を再体験する感覚、錯覚、幻覚、および解離性フラッシュバックのエピソードを含む、また、覚醒時または中毒時に起こるものを含む）。
  - (4) 外傷的出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合に生じる、強い心理的苦痛
  - (5) 外傷的出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合の生理学的反応性
- C. 以下の3つ（またはそれ以上）によって示される、（外傷以前には存在していなかった）外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺：
- (1) 外傷と関連した思考、感情、または会話を回避しようとする努力
  - (2) 外傷を想起させる活動、場所または人物を避けようとする努力
  - (3) 外傷の重要な側面の想起不能
  - (4) 重要な活動への関心または参加の著しい減退
  - (5) 他の人から孤立している、または疎遠になっているという感覚
  - (6) 感情の範囲の縮小（例：愛の感情を持つことができない）
  - (7) 未来が短縮した感覚（例：仕事、結婚、子供、または正常な寿命を期待しない）
- D. （外傷以前には存在していなかった）持続的な覚醒亢進症状で、以下の2つ（またはそれ以上）によって示される。
- (1) 入眠、または睡眠維持の困難
  - (2) いらだたしさまたは怒りの爆発
  - (3) 集中困難
  - (4) 過度の警戒心
  - (5) 過剰な驚愕反応
- E. 障害（基準B、C、およびDの症状）の持続期間が1カ月以上。
- F. 障害は、臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

## 6. 鎮静導入の判断とその方法

### 1) 適応の注意<sup>1)</sup>

#### (1) 対象

緩和ケア病棟に入院している、あるいは、緩和ケアチームの診療を受けている、治癒を見込むことができない成人のがん患者とその家族。

#### (2) 使用者

原則として、緩和ケア病棟、あるいは緩和ケアチームの医療チームを使用者とする。

#### (3) 個別性と人間性の尊重

個々の患者への適応は、対象となる患者の個性を十分に配慮し、医療チームが責任を持って決定するべきである。

### 2) 鎮静の効果の指標

- ・ 生命の質・死の過程/死の質( quality of life, dying, and death)。
- ・ 何が生命の質・死の過程/死の質を決定するかは、患者・家族の価値観によって異なるため、画一的には決定できない。
- ・ 身体的苦痛の緩和、精神的おだやかさ、人生の意味や価値を感じられること、家族との関係を強めること、死に対するこころ構えができること、心残りが少ないことなど。

### 3) 鎮静の定義

- ・ 苦痛緩和を目的として患者の意識を低下させる薬物を投与すること、あるいは苦痛緩和目的で投与した薬物により生じた意識の低下を意図的に維持すること。

#### 4) 鎮静の分類

##### (1) 鎮静様式

###### ① 持続的鎮静

中止する時期をあらかじめ定めずに、意識の低下を継続して維持する鎮静。

###### ② 間欠的鎮静

一定期間意識の低下をもたらした後に薬物を中止・減量して、意識の低下しない時間を確保する鎮静。

##### (2) 鎮静水準

###### ① 深い鎮静

言語的・非言語的コミュニケーションができない様な、深い意識の低下をもたらす鎮静。

###### ② 浅い鎮静

言語的・非言語的コミュニケーションができる程度の、軽度の意識の低下をもたらす鎮静。

#### 5) 鎮静の倫理的基盤

##### (1) 鎮静と安楽死との違い

鎮静と安楽死は、

- ・ 意図 (苦痛緩和vs.患者の死亡)
- ・ 方法 (苦痛が緩和されるだけの鎮静薬の投与vs.致死性薬物の投与)
- ・ 結果 (苦痛緩和vs.患者の死亡)

の3点において異なる医療行為である

##### (2) 倫理的基盤

鎮静は、以下の3条件を満たす場合に妥当と考えられる。

###### ① 意図鎮静は苦痛緩和を目的としていること

###### ② 自律性

- ・ 患者に意思決定能力がある場合、必要十分な情報を知らされた上での明確な意思表示がある、患者に意思決定能力が無い場合、患者の推定意思がある。

かつ

- ・ 家族の同意がある。

###### ③ 相応性 (proportionality)

- ・ 患者の状態 (苦痛の強さ、他に緩和される手段がないこと、予測される生命予後予測される益 (苦痛緩和)、予測される害 (意識・生命予後への影響) からみて、鎮静がすべてのとりうる選択肢の中で、最も状況に相応な行為であると考えられる。

##### (3) 鎮静における好ましい結果と好ましくない結果

###### ① 好ましい結果

苦痛緩和

###### ② 好ましくない結果

一般的に、意識の低下、コミュニケーションができなくなること、生命予後を短縮する可能性である

しかし、患者・家族によっては、意識の低下や生命予後を短縮する可能性を好ましくないとは考えない場合がある。

#### 6) 持続的深い鎮静を行う要件

- ・ 医療者の意図
- ・ 患者、家族の意思
- ・ 相応性
- ・ 安全性

##### (1) 医療者の意図

- ・ 医療チームが、意図が苦痛緩和であることを理解している。
- ・ 鎮静を行う意図 (苦痛緩和) からみて相応の薬物、投与量、投与方法が選択されている。

##### (2) 患者・家族の意思

###### ① 患者

意思決定能力がある場合

必要十分な情報を提供されたうえでの明確な意思表示がある。

意思決定能力が無いとみなされる場合

患者の価値観や以前の意思表示にてらして患者が鎮静を希望することが十分に推測できる。

###### ② 家族

(家族がいる場合には) 家族の同意がある。

### (3) 相応性

- ・患者の状態（苦痛の強さ、他に苦痛緩和の手段が無いこと、予測される生命予後）、予測される益benefits(苦痛緩和)、および、予測される害harms(意識・生命予後への影響) からみて、とりうる全ての選択肢の中で、鎮静が最も状況に相応な行為であると考えられる。
- ・耐え難い苦痛があると判断される。
- ・苦痛は、医療チームにより治療抵抗性と判断される。
- ・原疾患の増悪のために、数日から2-3週間以内に死亡が生じると予測される。

## 7) 鎮静実施の流れ

- ・医学的適応の確認
- ・意思の確認
- ・鎮静開始前の確認
- ・鎮静方法の決定
- ・鎮静開始後のケア

### (1) 耐え難い苦痛の評価

- ・患者自身が耐えられないと表現する
- ・患者が表現できない場合、患者の価値観に照らして、患者にとって耐え難いことが家族や医療チームにより十分推測される

### (2) 耐え難い苦痛の内容

- ・せん妄、呼吸困難、過度な気道分泌、疼痛、嘔気・嘔吐、倦怠感、痙攣・ミオクローヌス、不安、抑うつ、心理・実存的苦痛
- ・ただし、不安、抑うつ、心理・実存的苦痛が単独で持続的深い鎮静の対象症状となることは例外的であり、適応の判断は、慎重に行うべきである

#### ①治療抵抗性の定義

- ・全ての治療が無効である
- ・もしくは、患者の希望と全身状態から考えて、予測される生命予後までに有効でかつ合併症の危険性と、侵襲を許容できる治療手段が無いと考えられる場合

#### ②治療抵抗性の評価

- ・治療可能な因子について、原因療法、対症療法、および寄与因子、それぞれについて検討する
- ・十分な評価、治療を行わずに治療抵抗性であるとしてはならない
- ・苦痛の治療抵抗性が不明瞭な場合、期間を限定して苦痛緩和に有効な可能性のある治療を行うこと

## 8) 鎮静を施行する前に

### (1) 何らかの緩和ケアを検討するべき諸症状

- ・せん妄
- ・呼吸困難
- ・過剰な気道分泌
- ・疼痛
- ・嘔気・嘔吐
- ・倦怠感
- ・痙攣・ミオクローヌス
- ・不安・抑うつ、心理的・実存的苦痛

### (2) 全身状態・生命予後の評価

- ・対象患者の全身状態について、評価尺度（Palliative Prognostic Score, Palliative Prognostic Indexなど）、予後因子（Karnofsky Performance Scale, 呼吸困難、食思不振、経口摂取量、せん妄、浮腫など）、臓器不全の有無（呼吸不全、肝不全、腎不全、心不全など）、及び臨床的に予測される予後を評価し、記載する。
- ・通常、持続的深い鎮静の対象となる患者の生命予後は、数日以下である。

①Palliative Performance Scale<sup>2)</sup>

	起居	活動と症状	ADL	経口摂取	意識レベル
100	100%起居 している	正常の活動・仕事が可能 症状無し	自立	正常	清明
90		何らかの症状はあるが正常の活動が可能			
80		明らかな症状があり、通常の仕事や業務が困難			
70	殆ど起居 している	明らかな症状があり、趣味や家事を行うことが困難	時に介助	正常、 もしくは減少	清明 もしくは 混乱
60	殆ど座位 もしくは臥床	著明な症状があり、 どんな仕事もすることが困難	しばしば 介助		
50	殆ど臥床	著明な症状があり、 殆どの活動が制限される	殆ど介助		
40	常に臥床	著明な症状があり、 いかなる活動も行うことが出来ない	全介助	数口以下 マウスケアのみ	清明 もしくは 傾眠 ±混乱
30					
20					
10					

②Palliative Prognostic Index<sup>2)</sup>

得点が6より大きい場合3週間以内に死亡する確立は感度80%、特異度85%、 陽性反応的中度71%、陰性反応的中度90%		
Palliative performance scale	10-20	4.0
	30-50	2.5
	≧60	0
経口摂取	著明に減少 (数口以下)	2.5
	中程度減少	1.0
	正常	0
浮腫	あり	1.0
安静時の呼吸困難	あり	3.5
せん妄	あり	4.0

③Palliative Prognostic Score<sup>2)</sup>

得点が0-5.5,5.6-11,11.1-17.5の場合、生存確率(生存期間の95%信頼区間が それぞれ>70%(67-87日)、30-70%(28-39日)、<30%(11-18日))		
臨床的な予後予測	1-2週	8.5
	3-4週	6.0
	5-6週	4.5
	7-10週	2.5
	11-12週	2.0
	>12週	0
Kamofsky Performance Scale	10-20	2.5
	≧30	0
食欲不振	あり	1.5
呼吸困難	あり	1.0
白血球	>11000	1.5
	8501-11000	0.5
リンパ球	0-11.9%	2.5
	12-19.9	1.0

**(3) 持続的深い鎮静の要件**

- ・安全性
- ・医療チームの合意がある。多職種が同席するカンファレンスを行うことが望ましい。
- ・意思決定能力、苦痛の治療抵抗性、および、予測される患者の予後について判断が困難な場合には、適切な専門家（精神科医、麻酔科医、疼痛専門医、腫瘍専門医、専門看護師など）にコンサルテーションされることが望ましい。
- ・鎮静を行った医学的根拠、意思決定過程、鎮静薬の投与量・投与方法などを診療記録に記載する。

**9) 鎮静実施の流れ（再確認）**

- ・医学的適応の確認
- ・意思の確認
- ・鎮静開始前の確認
- ・鎮静方法の決定
- ・鎮静開始後のケア

**10) 意思決定能力の定義・評価**

- ・自分の意思を伝えることができる
- ・関連する情報を理解していること
- ・鎮静によって生じる影響の意味を認識していること
- ・選択した理由に合理性があること

**(1) 患者に意思決定能力が無い場合の意思決定**

- ・家族に期待される役割は、患者の意思を推測することであり、家族が全ての意思決定の責任を負うものではない。
- ・鎮静の意思決定については、医療チームが責任を共有することを明確にする。

**(2) 患者、家族の意思が異なるとき**

- ・なぜ家族が鎮静を希望しないのかを聞き、不安に対処する。
- ・患者の体験や意思を共有することを勧める。
- ・当面の妥協できる手段を提示する。

**(3) 人工的な水分・栄養の補給**

- ・水分・栄養の補給は、鎮静とは別に判断するべきものである。鎮静前に鎮静後の水分・栄養の補給についてあらかじめ患者・家族と相談しておくことが望ましい。

**11) 鎮静に用いられる薬剤**

	開始量	投与量	投与経路	利点	不利な点
Midazolam ドルミカム	0.2-1 mg/hr	5-120 mg/day	静脈皮下	抗痙攣作用 短時間作用	耐性 離脱症状
Flunitrazepam 口ヒプノール	0.5-12.5mg/hr		静脈		舌根沈下 呼吸抑制
Chlorpromazine ウィンタミン	5-12.5mg/hr		静脈筋肉	せん妄症状 の緩和	錐体外路症状 抗コリン作用
Levomepromazine ヒルナミン	5-12.5 mg/day	12.5-50 mg/day	皮下筋肉		抗コリン作用 皮膚刺激性
Phenobarbiturate フェノバルール	100-800mg/dayで 開始し鎮静後減量		皮下直腸	抗痙攣作用	蓄積性 薬物相互作用

**12) 鎮静開始後のケア 1**

- ・鎮静開始後の評価
- ・苦痛の程度、意識水準、鎮静による有害事象、および鎮静以外の方法で苦痛が緩和される可能性について、定期的に評価する。
- ・患者に対する看護ケア
- ・誠実に、患者の尊厳に配慮して声かけや環境整備などのケアを行う。

### 13) 鎮静開始後のケア2

#### (1) 家族に対するケア

・家族の心配や不安に傾聴し、悲嘆や身体的・精神的負担に対する支援を行う。

#### (2) 医療スタッフに対するケア

・全ての医療スタッフの精神的負担に配慮し、必要に応じて情報の共有やカンファレンスを行う。

#### 【参考文献】

- 1) 苦痛に対する鎮静のガイドライン 2005
- 2) Morita T. Support Care Cancer 1999;7:128-133

## II. 地域連携

### 1. 在宅支援・転院支援

#### 1) 概要

患者や家族が安心して自宅や療養場所として地域の施設へ移行することができるよう支援する。患者の身体状況・家族を含めた生活状況・精神状況を把握し、社会資源の活用などの退院後の療養方法・療養場所を検討。患者・家族が自己決定できるように支援する。院内関係職種及び、地域の医療・保健・福祉機関と連携する。外来通院中の患者・家族についても、院内外の関係職種と連携して在宅生活・在宅医療を継続的に支援する。

#### 2) 在宅療養支援

緩和ケアチームへ相談があった患者・家族やスタッフからの依頼のあった患者・家族への利用可能な社会資源に関する情報提供、退院に向けての医療福祉サービスの調整。ケアマネージャー、訪問看護師など在宅スタッフへの情報提供。

##### (1) 担当医、看護師、他のスタッフ、カルテからの情報収集

- ・電子カルテ情報（患者プロフィール、医師記録、看護記録、カンファレンス記録、検査結果、リハビリ記録、栄養情報）
- ・面談にての情報収集（病状、医療処置、ADL、家族状況、退院の目処、退院についての家人への説明、緩和ケアチームの紹介等）

##### (2) 患者・家族との面談

- ・患者・家族の思いを確認
- ・退院の方向性について確認
- ・在宅で利用可能なサービスの情報提供
- ・家族の介護力、介護サービス利用の必要性を検討
- ・介護保険対象の方であれば、介護サービスの申請・サービス利用状況、ケアマネージャーの有無を確認

##### (3) 患者・家族との面談結果を担当医、看護師に報告

- ・面談、電話、他科依頼の返信、CIS上緩和ケア記録にて記載
- ・退院の方向性について確認

##### (4) 在宅サービス利用の場合の打診、調整、必要書類の依頼

- ・訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所の選定、依頼、情報提供
- ・訪問看護師やケアマネージャーとの退院前打ち合わせが必要な場合の日時調整
- ・訪問看護利用の場合、訪問看護指示書の確認
- ・介護保険サービス利用者について、状況に応じて看護サマリーを依頼

##### (5) 在宅医確保の必要性を担当医、看護師、本人、家族と検討。必要時在宅医の選定、連携依頼

##### (6) 退院に向けた病棟での関係者カンファレンス、院外関係者を招いての面談・打ち合わせに参加

- ・退院に向けての支援の方向性を各職種で確認
- ・在宅支援担当者（往診医、訪問看護師、ケアマネージャー等）へ情報提供、情報の共有
- ・退院後のフォローについて各機関の役割を確認
- ・患者・家族へ在宅支援担当者の紹介
- ・退院前共同指導料が算定できる場合は、算定を入院係へ依頼

##### (7) 退院前の最終確認、院外関係機関への連絡

- ・必要に応じて、試験的に外泊を行い、問題があれば再検討行う。
- ・退院日が決定したら、在宅支援担当者へ連絡、退院調整状況を報告
- ・退院調整状況を電子カルテ記録にて記載
- ・必要書類確認

- ・後期高齢者退院調整加算が算定できる場合は、算定を入院係へ依頼

### 3) 退院後の患者・家族支援

退院後であっても、引き続き支援が必要なケースについては、状況に応じて支援していく。

- ・関係機関へ在宅支援を依頼したケースについては、必要に応じて退院後の状況を電話にて確認
- ・病状の変化等、訪問看護師等からの連絡事項がある場合は、主治医へ電話をつなぐ。主治医との連絡が付かない場合は、主治医に確認後、連絡を入れる
- ・在宅サービスの再調整が必要な場合は、在宅関係者へ相談、連絡、調整を依頼
- ・必要に応じて退院後も、関係機関とのカンファレンスを開催

### 4) 在宅療養中の患者・家族支援

外来スタッフから依頼のあった患者・家族、緩和ケアチームへ相談があった患者・家族への利用可能な社会資源に関する情報提供、在宅療養環境整備に向けての連絡・調整など。

### 5) 転院支援

患者の病状等により、適切な医療機関や施設へ転院・入所できるように支援する。

ほとんどの場合が、担当医・病棟看護師からの依頼を受けて支援を開始する。

基本的な支援の流れは以下の通り。

- (1) 患者の身体状況、治療状況、家族関係等をカルテや担当医・病棟スタッフに確認し、方向性を確認する。(状況により、患者・家族との面談が先になる場合もある)
- (2) 患者・家族と面談
  - ・患者、家族の病状認識を確認
  - ・今後の療養についての患者・家族の思いを確認
  - ・病状や今後必要とされる医療管理・ケアに応じた療養場所の選定、情報提供（情報提供内容は、個々の状況に応じて判断）
- (3) 患者・家族の転院希望が確認できたら希望に添う形で転院希望先への転院調整
  - ・希望される病院の入院相談担当者へ入院申し込み手順を確認
  - ・入院申し込みに必要な書類を準備（診療情報提供書など）
  - ・必要書類が整ったら、以後は個々の病院の入院申し込み時の手続きに従う
  - ・先に書類審査、入院可否の判定が必要な場合は、入院相談担当者へ必要書類を郵送・FAXする
  - ・家人面談時に書類を持参の場合は、家族に必要な書類を渡す。入院相談担当者へあらかじめ連絡を取り、面談の予約を行った上で入院相談に行っていただくように家人に説明
- (4) 転院希望先の入院申し込み、相談結果を確認  
入院可能な場合は転院日時の確認
- (5) 患者・家族に転院日時を連絡。介護タクシーの手配が必要な場合は支援する
- (6) 転院まで必要に応じて連絡・調整、患者・家族支援
  - ・転院先からの問い合わせに対応
  - ・病状に変化があれば転院先に連絡

### 6) 関連業務

- (1) 支援記録の記載
  - ・支援記録については、電子カルテ記録にて支援内容を記載
- (2) データー蓄積
  - ・支援実績の集計
  - ・社会資源に関する情報を蓄積、更新
- (3) 地域保健医療福祉機関とのネットワーク作り

### Ⅲ. リハビリテーション

#### 1. がんのリハビリテーションの概要

がんのリハビリテーションの目的は、「がんとその統合的な治療過程において受けた身体的および心理的な種々の制約に対して、個々の患者が属するそれぞれの家庭や社会へ、可能な限り早く復帰することができるように導いていくこと」にある。すなわち、疼痛、移動・セルフケアの問題、疲労、筋力低下などがんの種類によらない一般的な問題、および嘔吐障害、認知障害、リンパ浮腫、末梢神経炎、軟部組織や骨切除後などがんの種類による特別な問題に対して、二次的障害を予防し、運動機能の低下や生活機能の低下予防・改善を目的としてリハビリテーション治療を行うものである。

がんのリハビリテーションは予防的、回復的、維持的および緩和的リハビリテーションの大きく4つの段階に分けることができる(表1)。対象となる障害は、がんそのものによる障害と、その治療過程において生じた障害とに大別される(表2)。これらの問題に対して、二次的障害を予防し、機能や生活能力の維持・改善を目的としてリハビリテーション治療を行う。

表1 がんのリハビリテーションの分類 (Diezの分類)

<p>1. 予防的 (preventive) リハビリテーション がんと診断された後、早期に開始されるもので、手術、放射線治療、化学療法の前もしくは直後に施行される。機能障害はまだないが、その予防を目的とする。</p> <p>2. 回復的 (restorative) リハビリテーション 治療されたが残存する機能や能力をもった患者に対して、最大限の機能回復を目指す包括的アプローチを意味する。機能障害、能力低下の存在する患者に対して、最大限の機能回復を図る。</p> <p>3. 維持的 (supportive) リハビリテーション がんが増大しつつあり、機能障害、能力低下が進行しつつある患者に対して、すばやく効果的な手段(例えば、自励回やセルフケアのコツの指導など)により、セルフケアの能力や移動能力を増進させる。また、褥瘡、肺炎、脱水、能力低下、摂食のような復元を予防することも含まれる。</p> <p>4. 緩和的 (palliative) リハビリテーション 末期のがん患者に対して、そのニーズを尊重しながら、身体的、精神的、社会的にもQOLの高い生活を送れるようにすることを目的とし、温熱、低周波治療、ボジショニング、呼吸介助、リラクゼーション、各種自動具・補装具の使用などにより、疼痛、呼吸困難、浮腫などの症状緩和や褥瘡、摂食の予防などを行う。</p>
---

表2 リハビリテーションの対象となる障害の種類

<p>1. がんそのものによる障害</p> <p>(1) がんの直接的影響</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 骨転移</li> <li>- 脳腫瘍 (脳転移) に伴う片側性、失語症など</li> <li>- 肺腫瘍 (肺転移) に伴う呼吸困難、胸痛など</li> <li>- 臓器の直接浸潤による神経障害 (脳神経腫瘍、膵臓神経腫瘍、神経根症)</li> <li>- 疼痛</li> </ul> <p>(2) がんの間接的影響 (遠隔効果)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 悪性末梢神経症 (運動性・感覚性多発性末梢神経症)</li> <li>- 悪性腫瘍に伴う疲労 (早期に運動失調、筋力低下に伴う筋力低下など)</li> </ul> <p>2. おもに治療過程においてもたらされる障害</p> <p>(1) 全身性の機能低下、薬理経絡群</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 吐き・嘔吐、食欲不振、消化器障害</li> </ul> <p>(2) 手術</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 骨・軟部組織切除後の運動障害 (患肢運動制限、固定術後)</li> <li>- 乳房切除後の肩関節拘縮</li> <li>- 乳房・子宮切除術 (腹腔・骨盤内リンパ管腫瘍) 後のリンパ浮腫</li> <li>- 頭頸部切除後の嚥下・構音障害、発声障害</li> <li>- 頸部リンパ節切除後の肩甲甲腕の運動障害</li> <li>- 頸部・喉頭切除後の呼吸器合併症</li> </ul> <p>(3) 化学療法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 末梢神経障害など</li> </ul> <p>(4) 放射線療法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 放射性骨転移、脳神経腫瘍、嚥下障害など</li> </ul>
--

#### 2. 治療に伴う影響

吐き気、倦怠感などの、リハビリに支障のある症状が強い場合には、その症状コントロールをまず優先し、リハビリは体調に合わせたメニューにとどめる配慮が必要である。がん患者によくみられる症状のなかで、特にリハビリ実施に影響を与える頻度の高い症状として、以下を説明する。

##### 1) めまい

臥床状態が続いたあとに、急に起き上がる動作を開始した際に、発作性のめまいが生じることがある。対症療法とともに、少しずつリハビリによる離床練習を行うことで対応する。

##### 2) 嘔気、嘔吐

さまざまな原因として以下のものがある。

- ・ 抗がん剤や放射線による、一過性の副作用。
- ・ 消化管の蠕動低下、便秘、腸閉塞：抗がん剤以外の薬剤 (オピオイド) の副作用、がんの進行 (腫瘍増大) など、複数の原因が関与するケースが多い。
- ・ 慢性の嘔気の結果生じた、不安の要素の強い予期性嘔吐。
- ・ 脳転移などによる、頭蓋内圧亢進など。

嘔気、嘔吐が慢性的に持続すると、患者のQOLは極度に低下し、リハビリ実施、がん治療継続にも大きな支障となるため、早期対応に症状コントロールを図る。

##### 3) 浮腫

心機能、腎機能、肝機能、あるいは甲状腺機能などの機能低下時に浮腫が生じる。浮腫は高度になれば、皮膚表面の緊張、つっぱり感に伴う痛みが生じる。皮膚表面の痛覚過敏が悪化すれば、激痛の原因ともなり、リハビリの障害となるため、早期対応が重要である。

リンパ浮腫においては、予防 (セルフケア支援・指導) が重要である。

##### 4) 倦怠感

抗がん剤、放射線療法期間には、一過性に悪化するがこれらは可逆性である。評価として、栄養状態、経口摂取量、貧血の有無、痛みの状況、抑うつ状態のスクリーニング、悪液質、夜間睡眠の状況などが重要である。

5) 精神神経系

入院環境の変化による不安で生じる不眠、化学療法に含まれるレジメンで投与されるステロイドや大量輸液による尿量増加、夜間トイレ歩行頻回による不眠がある。

またがんの病状進行や病状進行の告知後に、気持ちの落ち込みが生じ、抑うつやこれが遷延してうつ状態となる患者は少なくない。

3. リスク管理

リハビリを進める上で、全身状態、がんの進行度、がん治療の経過について把握し、リスク管理を行うことは重要である。(表3) はがん患者が安全にリハビリを行えるかどうかの目安である。現実的には、これらの所見をすべてみたしていなくとも、必要なリハビリは継続することは多いが、その場合には、処方の際に運動負荷量や運動の種類の詳細な指示や注意事項を明記すると同時に、リハビリ時の全身状態の観察を注意深く行い、問題のある時には躊躇せずリハビリを中断する。

特に、進行がん患者では、骨転移による骨の脆弱性のみならず、様々な原因による心肺系の機能低下、貧血、四肢の筋萎縮・筋力低下、体力・全身持久力低下などにより、呼吸苦などの症状が乏しくとも、安静時や運動時の酸素化能が低下していることがよくみられる。そのため、リハビリを施行する際にはパルスオキシメーターを携帯し、適宜、運動時の酸素化の状態と心拍数をモニターできることが、リスク管理の面から望まれる。

表3 がん患者におけるリハビリテーションの中止基準

1. 血液所見：ヘモグロビン 7.5 g/dl 以下、血小板 50,000/ $\mu$ 以下、白血球 3,000/ $\mu$ 以下
2. 骨皮質の50%以上の浸潤、骨中心部に向かう骨びらん、大腿骨に3cm以上の病変などを有する長管骨の転移所見
3. 右腔臓器、血管、奇形の圧迫
4. 疼痛、呼吸困難、運動制限を伴う胸膈、心臓、腹膜、後腹膜への浸出液貯留
5. 中枢神経系の機能低下、意識障害、頭蓋内圧亢進
6. 低・高カリウム血症、低ナトリウム血症、低・高カルシウム血症
7. 起立性低血圧、160/100 mmHg以上の高血圧
8. 110/分以上の頻脈、心室性不整脈

転倒・骨折の予防に対するリハビリの対策としては、患者や病棟スタッフへの教育が最も重要である。特に認知障害を伴った例では、「しているADL」や介助方法を具体的に指導し、立ち上がり時につかまる場所などの環境設定を細かく行う必要がある。骨転移では軽微な外力で病的骨折をきたすことがあり、転倒予防とともに骨折のリスクの高い運動負荷などを具体的に教育することが大切である。骨転移部に急な衝撃や捻転力、大きなモーメントが加わらないように、脊椎転移では体幹をなるべく捻らずに起き上がり、大腿骨や骨盤転移では立ち座りは反動つけずにゆっくり行い、歩行時には接地時の衝撃を少なくするなどの具体的な動作方法を指導する。

【参考文献】

- 1) 辻 哲也：がんのリハビリテーション最前線：現状と今後の動向：総合リハ、36巻5号、pp427-434、2008
- 2) 大西 正徳、水落 和也：がんのリハビリ最前線：総合リハ、36巻5号、pp435-440、2008
- 3) 辻 哲也：がん治療の現状：PTジャーナル、42巻11号、pp915-924、2008
- 4) 関根 龍一：がん患者の包括的リハビリテーション：JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION、Vol.18 No10、2009

## IV. 看護師の役割

緩和ケアにおける看護師の役割は、まずは症状マネジメントをおこない、身体的な苦痛や不快症状を緩和することである。そのためには、十分なコミュニケーション能力が必要であり、共感的なコミュニケーションが、患者の精神的、社会的、そしてスピリチュアルペインの緩和につながる。

### 1. 痛みを持つ患者とのコミュニケーション

#### 1) 患者と看護師との関係の特殊性

患者と医師とは治療を目的とした関係であるが、看護師は、患者の生活そのものにかかわるという関係にある。看護師は、患者がトイレに行くのを手伝う、お茶を飲むのを助ける、痛いところをさす…といった日常生活に密着している。そのため、看護師は時には家族よりも、患者にとって精神的にも身体的にも重要な存在になる場面もある。したがって、看護師は、他の医療者よりも精神的ケアや治療的介入を実行しやすい立場にある。

#### 2) 共感的なかわりは重要なケア

患者と看護師との関係において、もっとも大切なのは患者が“自分をわかってもらえた”と思うことである。看護師は、共感の能力を必要とされている。また、患者の痛みを理解しようとするのが大切である。患者自身が、“自分をわかってもらえた”と感じるような関わりができれば、それはケアとして成立している。

#### 3) 身体的な痛みは軽減されても、精神的な痛み・スピリチュアルな痛みは軽減できない時もある

身体的な痛みは、薬により軽減されても、痛い時に感じた不安や、どうしてこのようなことになってしまったのか…というスピリチュアルな痛みは解決されない場合もある。患者の心の痛みに、逃げずに向き合っていく姿勢でコミュニケーションを継続させていくことが重要である。

### 2. 痛みの緩和に役立つ看護技術

痛みの緩和を行っていく上で薬物療法は基本である。しかし、全ての痛みに対して、薬物だけで対応できるということはほとんどない。看護師が、日々の関わりを通して提供している看護技術は、薬物療法の効果を高めたり患者に安心感を与えるなど、その有効性は明らかである。薬物療法と看護技術を組み合わせることによって、より効果的なマネジメントへとつながられるよう、以下に代表的なケアの方法をあげる。

#### 1) マッサージ

身体的な痛みは、痛み刺激により知覚神経が興奮し、局所の血管や筋肉の攣縮からその周囲の虚血が起り、発痛物質や代謝産物が蓄積してさらに痛みを増強する、という悪循環を形成している。また、痛みに伴う不安や緊張感も、痛みを複雑にしている。マッサージは、筋の緊張を和らげ血管循環を促すことや、そばに付き添い安心感を与えることで、痛みの軽減につながると考えられる。

マッサージを効果的に行うためのポイントとして次の点が考えられる。

- ① 痛みの原因やメカニズムを明確に知り、マッサージに侵襲がないことを確認してから行う。神経因性疼痛では、触れるだけで痛みを増強させることがあり、炎症を伴う場合はマッサージによって炎症を拡げることもある。
- ② 患者の意思を確認してから行う。身体に触れることに不快感を持つ患者もいるかも知れない。また、マッサージの部位や強さ、使用するオイルやローションの香りの好みなど、患者の希望を聞いて施行していく。
- ③ マッサージを看護計画に取り入れる目的を明らかにして、看護師間のマッサージへの意識の差をなくす。
- ④ 定期的に時間を決めて取り入れる。どの時間帯に行うか、あらかじめ決めておくことで、看護師は時間の調整が付き、患者も心づもりができる。

#### 2) アロマセラピー

アロマセラピーとは、芳香植物から抽出した精油を、鼻、気管支、皮膚といった経路からさまざまな方法で体内に送り込む療法である。

精油成分には、消化作用、局所麻酔作用、血管拡張作用、交感神経遮断作用、血流増加作用による発痛物質の排泄作用など、薬理的に鎮痛効果をもつものもある。またアロママッサージによるゲートコントロール作用、リラックスすることによる脳内モルヒネ放出促進作用、タッチング効果や香りによる鎮痛効果などの総合的作用で鎮痛効果が現れると考えられている。また、嗅覚は、人間の情動や記憶に関係すると言われている大脳辺縁系に働きかけることから、スピリチュアルな痛みに対する効果も期待できる。

##### ① 精油の選択

患者が受け入れやすい精油には、ラベンダー、スイートオレンジ、グレープフルーツ、レモン、ローズウッド、サンダルウッド、ユーカリ、ペパーミント、ローズマリーなどがある。しかし、あくまで患者の好みに合わせる事が前提である。

## ② ケアの方法

- 湿 布・・・湯や冷水に精油を混ぜ、タオルやガーゼを浸して絞ったものを患部に当てる。
- 芳香 剤・・・ティシュペーパーやハンカチに精油を1～2滴落として嗅ぐ。
- 手浴、足浴・・・洗面器の湯や冷水に1～3滴を、まず、あら塩か牛乳に混ぜてから洗面器に入れる。精油をそのまま入れると、解けずに水面に浮いてしまい原液が患者の皮膚に接触する可能性があるため避ける。
- マッサージ・・・精油を植物油で1～2%の濃度に希釈して使用する。パッチテストを行い異常がないことを確認してから行う。精油を皮膚から吸収させることが主な目的で、軽くなでさする軽擦法が基本である。手掌になじませ、手掌を患者の肌に密着させる。肩の力を抜き、最初は軽く、少しずつ力を加え、最後に力を抜くような感じで行う。

## 3) 気分転換（注意転換）法

気分転換（注意転換）法は、聴覚や視覚など、痛覚以外に意識を集中させ、痛みを遮断したり、痛みを意識の外に追いやる方法である。方法としては、音楽、ユーモア、TVを見る、本を読む、会話をするなどがある。

この方法は、自主的な行動により効果を生じさせる手段であるので、患者には他の刺激に集中できるよう、また、積極的に行うように指導する必要がある。より効果的に行うためには、気分転換（注意転換）のために行われる行動が、患者の関心の対象であること、患者の集中力・運動機能や感覚機能のレベルに合致するものであること、痛みの程度に応じて刺激量を調節できるものであることが望まれる。

医療者は、患者がTVを見たり、本を読んだりしていると、痛みがないものと受け取りがちである。しかし、患者は気分転換（注意転換）をすることで痛みを忘れようとしている場合もあり、疼痛緩和のための気分転換（注意転換）行動を理解しておく必要がある。

## 4) リラクゼーション

リラクゼーションは、意図的にリラクゼーション反応を起こすことにより、痛みによって起こっている緊張や不安を軽減し、痛みの閾値や痛みに対する認知を変化させて、痛みの悪循環を断ち切ることを目的として行う。リラクゼーション反応とは、生理学的には、副交感神経を優位にさせることで、呼吸回数減少、心拍数減少、血圧の正常化、 $\alpha$ 波出現、最大酸素摂取量増加、筋緊張低下などがあり、この様な反応が結果として痛みにも効果があるといえる。

### ① 呼吸法

- ゆっくりとした腹式呼吸を行うことで、全身の力がゆるむ。
- 呼吸に集中することで痛みの知覚が転換される。
- 呼吸と共に、痛みがスーと抜け出していくようにイメージしてもらう。
- 方法
  - ・鼻からゆっくり息を吸い込み、腹部を大きく膨らませるようにする（1,2,3,4と数えながら）
  - ・いったん息を止める（1,2と数える）
  - ・口をすぼめて長く息を吐き、腹部をくぼませる（1,2,3,4,5,6,7,8と数えながら）

### ② イメージ療法

- 自分が最も安らいだり、心地よい場所にいることをイメージすることに集中することで、まるでそこにいるかのような解放感を体験してもらう。
- 方法
  - ・たとえば、以下のように質問する。
    - 「あなたがとても心地よいと感じたときのことを思い浮かべてください」
    - 「どんな感じがしますか」
  - ・静かな情景を思い浮かべてもらうよう、看護師が言葉で誘導することもある。
    - 「夕日が海の水平線に沈んでいく」
    - 「心地よい風が吹いている野原に座っている」

### ③ 漸進的筋弛緩法

- 痛みによって緊張している筋肉をほぐし、血流を増加させる。
- 痛みが軽減しているときに、自分でリラックスする感覚を習得してもらう。
- ある部位の筋肉に注意を集中させ、「緊張（5秒）－弛緩（7秒）」を繰り返す。
- 以下の順序で全身へ筋肉の弛緩を広げていく。
  - ・手→腕→顔→顔→頸部→胸・背中→腹部→大腿→足

#### 【参考文献】

- 1) 田中恵子：がん患者の症状マネジメント、学研
- 2) 岡田美賀子、梅田恵、桐山靖代：最新ナースによるナースのためのがん患者のペインマネジメント、日本看護協会出版会
- 3) 日野原重明総監修：がん看護マニュアル、学研

## V. 緩和ケアチームへの依頼方法

1. 緩和ケアマニュアルに基づき、各部署で問題解決を図るよう努める。
2. 上記の取り組みにても、解決困難は症例については、以下の手順に則り緩和ケアチームへ依頼する。

①患者家族・主治医・看護師の同意のもと、依頼



②CIS「他科依頼」に入力する。入力は、医師、看護師いずれも可能。

- ・依頼先科：「緩和ケアチーム」を選択
- ・依頼目的：「緩和ケア」を選択
- ・依頼内容：右クリックでテンプレートへ「緩和ケアチーム」を選択  
「緩和ケア」を選択

※テンプレート内の以下の4項目は必須項目なので、必ず入力する。

- 「★基本情報」
- 「★依頼内容」
- 「★患者への説明」
- 「★緩和ケアチーム介入についての患者家族への説明と同意」



③送信

※チーム側は患者統合画面で確認するが、送信と同時に電話にて連絡を入れる

「緩和ケアチーム専従 がん看護専門看護師 中村PHS 70-7163」

※他科受診手続きは不要



④緩和ケアチームは、出来る限り速やかに対応する



⑤緩和ケアチームと診療科の医師・看護師とでカンファレンスを行い、計画書を作成する。患者の同意をとり、同意書は、患者・診療科・緩和ケアチームで保管する。

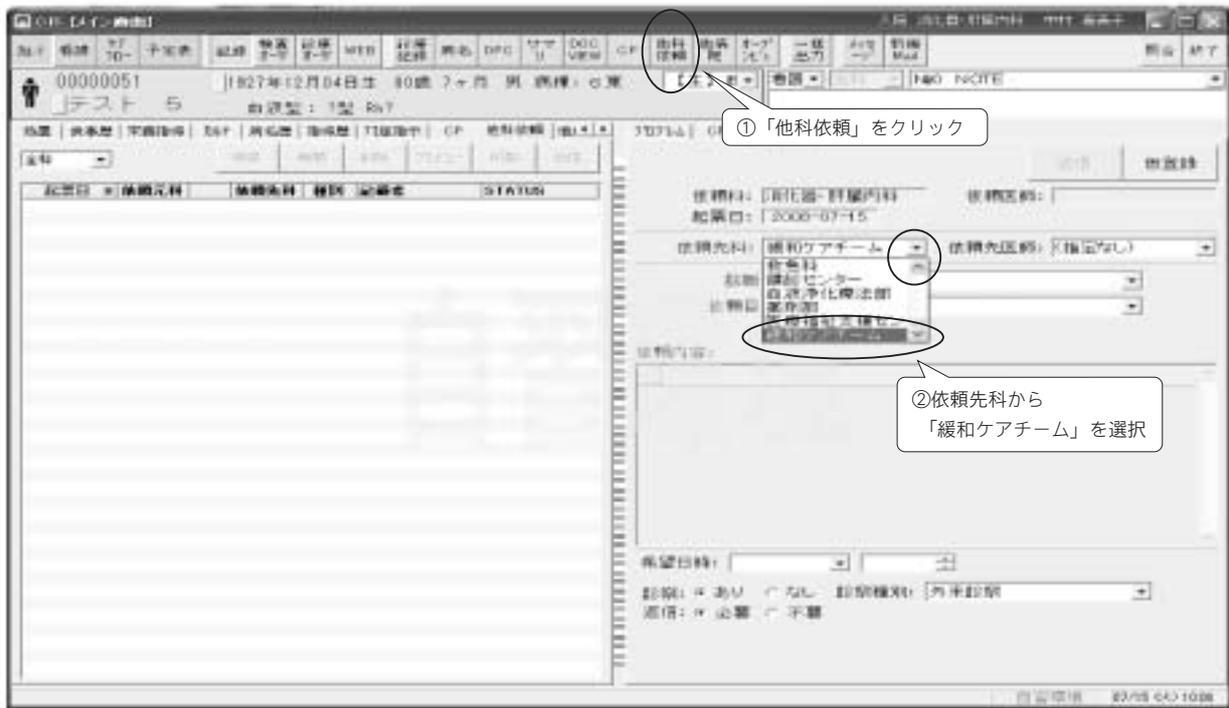


⑥診療後、依頼に対する返信をする。

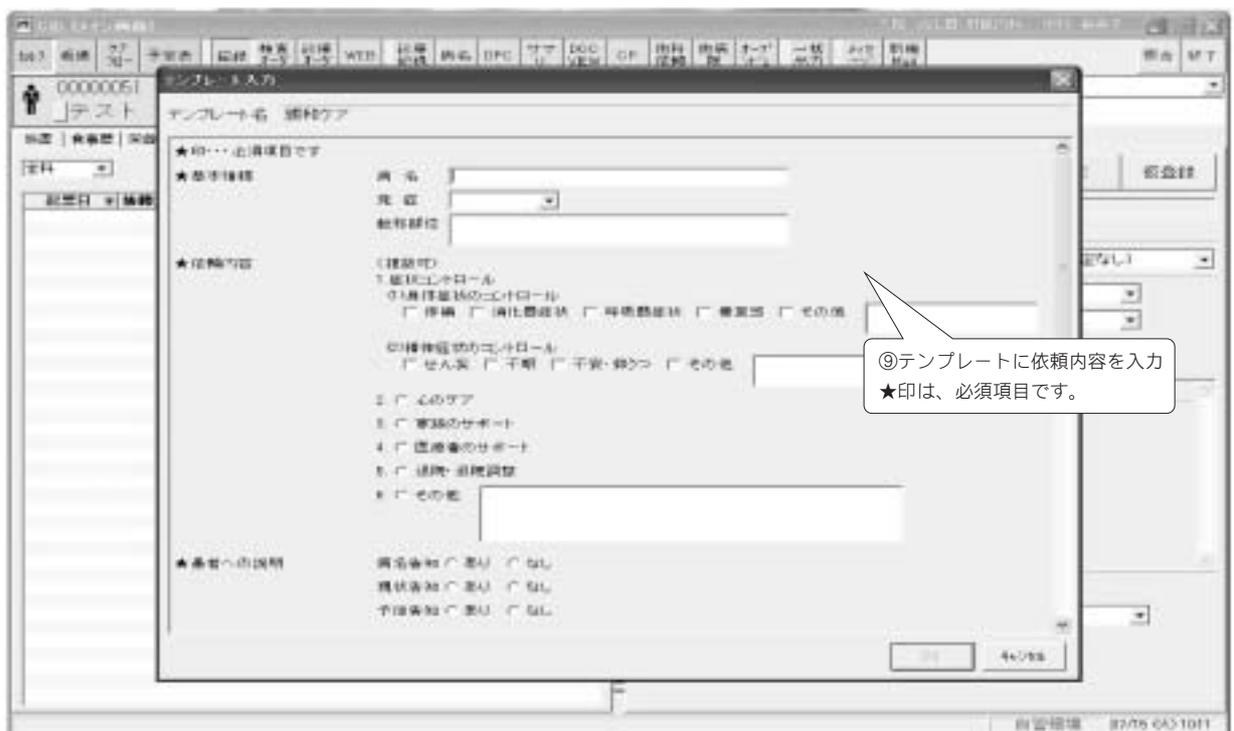
緩和ケアチームの記録は、オレンジ色で「K# 0～」として表示される。

### 緩和ケアチームへの依頼方法

2008.7.16 緩和ケアチーム









⑨テンプレートに依頼内容を入力  
★印は、必須項目です。



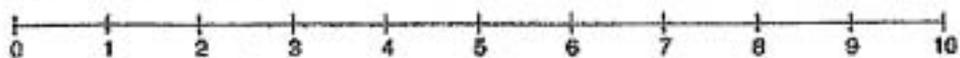
⑪「送信」をクリック

※「他科受診手続き」は不要である  
※プリントアウトされる用紙は不要のため、破棄する

## 付録

### 1. ペインスケール

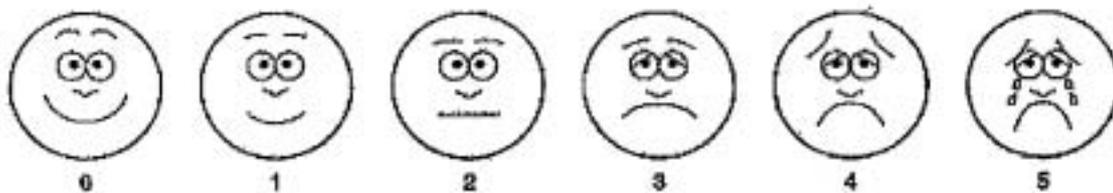
NRS (nonverbal rating scale) 【0-10】



VAS (visual analogue scale) 【10cm】



フェイススケール(Wong-Baker face scale)

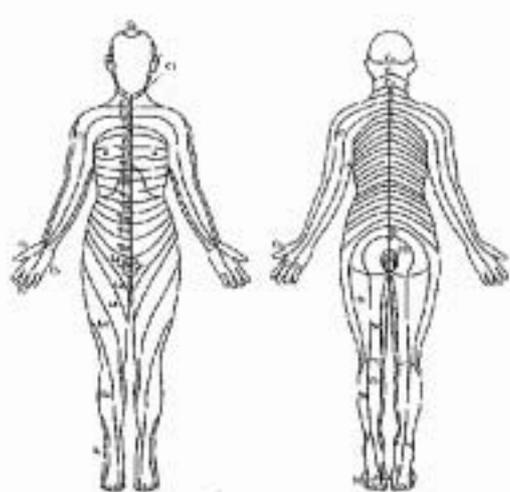


※ペインスケールは患者自身に答えてもらうものである。フェイスマークであっても他者が勝手に当てはめてはいけない

2. アセスメントシート

### 緩和ケア実施計画書

緩和医療評価実施日 年 月 日

病棟	ID	生年月日	
患者名 (ふりがな)	年齢	性別	主訴
様	歳		
診断			
現病歴			
既往歴			
著名な身体症状		【症状の性質、分布】	
1. 痛み <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 2. 呼吸困難 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 3. 倦怠感 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 4. 発熱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 5. 口渇 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 6. 嘔・痰 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 7. 食欲不振 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 8. 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 9. 腹部膨満感 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 10. 排便障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 11. 排尿障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 12. 浮腫 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 13. その他 (具体的に)	NRS		
著名な精神症状			
1. 不安 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 2. 抑うつ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 3. せん妄 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 4. 不眠 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 5. 脱力 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 6. その他 (具体的に)			
日常生活活動度		社会的状況	
食事の問題 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		家族 (頼りにしているキーパーソン)	
歩行の問題 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		経済	
排泄の問題 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		その他 (具体的に)	
入浴の問題 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		介護保険 :	
本人の希望		在宅診療機関 :	
		家族の希望	
身体活動状態 (PS)			
使用薬剤			
備考			
終診日	年 月 日	理由	<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 主治医の方針 <input type="checkbox"/> 患者の拒否 <input type="checkbox"/> 他 ( )

三重大学医学部附属病院

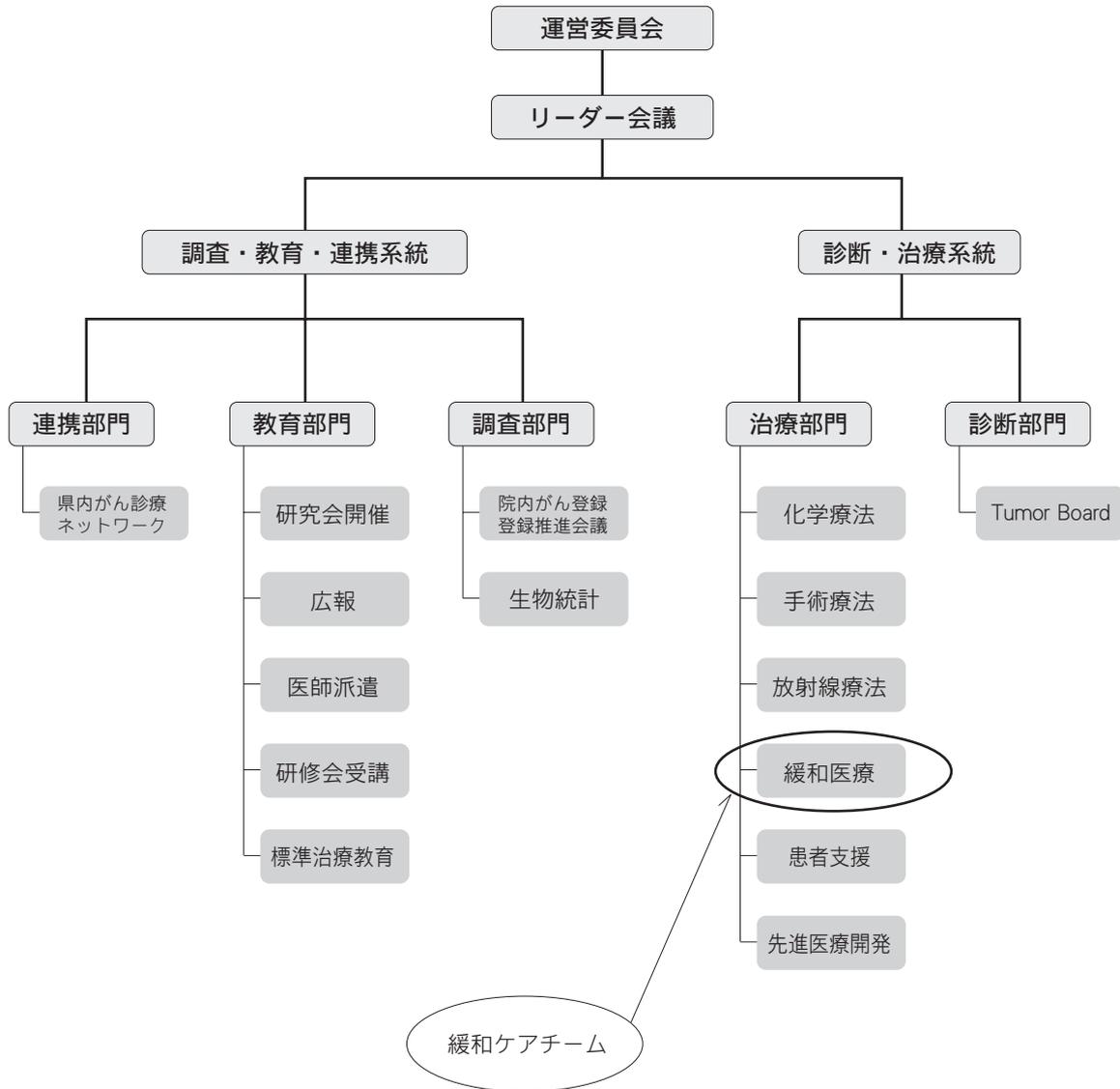
3. 計画書・同意書

<h2>緩和ケア実施計画書</h2>			
説明日		年	月 日
ID _____			
患者名		様	
緩和ケア医 星野 奈月 佐藤 佳代子	緩和担当看護師 中村 喜美子		
精神科医 鈴木 大	緩和担当薬剤師 岡本 明大		
精神目標（優先順に）			
1)			
2)			
3)			
4)			
緩和計画			
<input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 理学・作業療法 <input type="checkbox"/> その他			
本人あるいは説明を受けた家族の署名		本人	
氏名 _____		代理人（続柄 _____）	
担当医		説明者	

三重大学医学部附属病院 カルテ用 11-16-03

4. がんセンターの組織図

三重大学医学部附属病院 がんセンター組織図



## 5. 緩和ケアチームの構成メンバー

平成23年3月31日現在

	名 前	職 種	備 考
1	佐藤佳代子	麻酔科医師	リーダー・コアメンバー
2	山村 哲史	精神科神経科医師	コアメンバー
3	岡本 明大	薬剤師	コアメンバー
4	佐藤 亮	薬剤師	コアメンバー
5	中村喜美子	がん看護専門看護師	コアメンバー・専従看護師
6	大原 紀江	臨床心理士	コアメンバー
7	成田 有吾	神経内科医師	
8	松本 卓也	精神科神経科医師	
9	鈴木 大	精神科神経科医師	
10	水野 聡朗	腫瘍内科医師	
11	鈴木志保子	医療ソーシャルワーカー	
12	前田 多見	医療ソーシャルワーカー	
13	佐々木知香	医療ソーシャルワーカー	
14	鈴木 良枝	作業療法士	
15	大西 和子	看護学科教員	
16	辻川 真弓	看護学科教員	
17	奥川 直子	看護師	
18	森 多佳美	看護師	
19	福永 稚子	がん看護専門看護師	

6. 緩和ケアチームの理念（チームの役割・責務）

### 緩和ケアチーム 組織理念

<mission>

1. 多職種のメンバーが、がん患者さんとそのご家族の抱える問題を共に考え、解決できるよう努めているチームです

<vision>

2. がん患者さんやそのご家族から、また、がん医療に携わる医療者から、信頼され安心して相談してもらえるチームを目指します。

<value>

3. がんになっても、その人らしく少しでも満足できるような生活をめざして、私たちはサポートしていきます

7. 緩和ケアチームの広報用チラシ

**緩和ケアチームのご案内**

多職種のメンバーが、がん患者さんとそのご家族の抱える問題を共に考え、解決できるよう努めているチームです。

具体的にはどんな問題？

- ・痛み、吐き気、だるさ、息苦しさなどの  
身体症状のコントロール
- ・不眠、抑うつなどの精神症状のコントロール
- ・療養生活上の不安
- ・インフォームド・コンセント後のサポート
- ・ご家族のサポート
- ・療養場所についての情報提供や調整
- ・治療費など その他

<チームメンバー>

身体症状担当医師、精神症状担当医師、  
がん看護専門看護師、薬剤師、臨床心理士、  
医療ソーシャルワーカー、作業療法士、  
看護学科教員

がんになっても、  
その人らしく、少しでも満足できるような生活をめざして、  
私たちはサポートしていきます。

三重大学医学部附属病院 緩和ケアチーム

<問い合わせ> 主治医・担当看護師におたずね下さい。  
もしくは、医療福祉支援センター(059-231-5434)にも相談可能です。

## がんセンター緩和ケアチーム



緩和ケア検討会の様子

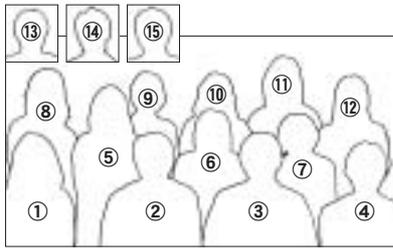


緩和ケアチームメンバー

前列左より、平松紘子、中村喜美子、佐藤佳代子、中瀬一則、山村哲史、岡本明大  
後列左より、福永雅子、鈴木良枝、前田多見、佐々木知香、鈴木志保子、佐藤 亮



## がんセンター構成員の紹介



- ①石井 茜 ②中瀬一則 ③福留寿生 ④伊藤智仁（医療サービス課）
- ⑤福本由美子 ⑥岡田康子 ⑦江頭 恵
- ⑧濱元幸子 ⑨木村直子 ⑩山口知子 ⑪村林千歳 ⑫坂野 華
- ⑬小林康之（医療サービス課）
- ⑭花井大介（医療福祉支援センター）
- ⑮栗原直子（医療福祉支援センター）

## 編集後記

三重大学医学部附属病院がんセンター年報（vol 4）がやっと完成しましたので、お届けさせていただきます。地域がん登録の立ち上げとその県内説明会、5大がんの地域連携クリティカルパスの県内統一パスの策定、その説明会と業務が立て込んだため、年報の編集業務が遅れてしまいました。この年報の編集は、がんセンターの重要な業務の一つと考えていますので、来年度は、何とか早く編集を開始できるように努力したいと思います。よろしくお願い致します。

今年度は1年間、附属病院6階の西翼奥の居室で過ごさせていただきました。まだ、2回、がんセンター居室の移転が控えていますが、今年度は少し落ち着いた気分で業務が行えたような気がします。各部門のリーダーの先生方もご自分の担当診療科での業務がお忙しい中、がんセンターの業務にも積極的に取り組んで頂き、その1年間の活動報告をしてもらいました。本当にありがとうございました。また、がんセンターの事務職員の皆様にも、それぞれの活動報告をして頂きました。岡田さんには、活動報告の原稿のとりまとめもして頂きました。ありがとうございました。

このがんセンターの年報は、三重県のがん診療連携拠点病院である三重大学医学部附属病院のがん診療の軌跡を記録として残す貴重な資料になると考えています。平成23年3月11日午後2時46分に起きたマグニチュード9.0の東日本大震災とその後の津波、東京電力福島第一原子力発電所の事故による甚大な被害からの復旧・復興支援の様子が連日メディアを通して伝えられています。この復旧・復興の鍵になるのは、人と人とのつながり、絆であると言われています。がんセンターでは、今後も引き続き、院内および県内のがん診療に携わる皆様のご意見、ご要望を拝聴しながら、人と人とをつなぐ連携を中心とした三重県のがん診療体制の発展のために少しでも貢献できるように活動を続けていきたいと思っておりますので、ご支援、ご協力のほどを何とぞよろしくお願い申し上げます。

（記 中瀬一則）

三重大学医学部附属病院がんセンター年報Vol.4

2012年1月発行

三重大学医学部附属病院がんセンター