

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	3
教育部門		井上 靖浩	6
調査部門	院内がん登録・生物統計	田畑 務	7
		西川 政勝	
治療部門	化学療法	影山 慎一	8
	手術療法	三木 誓雄	9
	放射線治療	山門 亨一郎	10
	緩和医療	星野 奈月	11
		中村 喜美子	
	患者支援	内田 恵一 ほか	18
		鈴木 志保子	
診断部門	Tumor Boardだより	松峯 昭彦	20
	2009年度Tumor Board記録集	松峯 昭彦	23
事務部門		岡田 康子	33
		江頭 恵	34
		福本 由美子	35
		石井 茜	36
		花井 大介	37
		松田 明子	38
		村林 千歳	
		笹岡 円	
		木村 直子	
		山口 知子	
副センター長を拝命して		中村 喜美子	39
市民公開講座とがんチーム医療研究会			40
三重医療安心ネット			48
医療安全標語			52
がんセンター2009年度関連イベント日程表			53
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			57
がんプロフェッショナル養成プラン募集要項			63
がんセンター名簿			64
がんセンター規程			65
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



三重大学医学部附属病院がんセンターでは、平成21年度も附属病院内での適切ながん診療の提供およびその効率化と三重県全体を視野に入れたがんの連携医療体制の構築、がんに関するさまざまな情報の教育啓蒙活動に取り組んでまいりました。

院内でのがんに関わる診療科間の連携では、tumor boardの定期的な開催について、リーダーの松峯昭彦先生を中心に検討して頂き、症例の提出がない場合は司会担当の診療科から必ず症例を出すようになった結果、ほぼ毎回の開催が可能となり、参加者も増加し、活発な討議が行われるようになりました。院内での診療科間、多職種間連携による集学的治療の適切かつ効果的な実施にさらに貢献できるようになったと考えております。

緩和ケア研修会は、毎年、がん診療連携拠点病院が主催し、がん診療に携わるすべての医師が平成23年度末までに2日間で12時間以上の研修を受けることが定められています。三重大学では今まで、外部の講師にプログラム責任者を依頼して開催してきましたが、平成21年度は緩和ケアチームの星野奈月先生が責任者となり、平成22年の1月10日と11日に、三重県医師会館で開催致しました。この研修会の終了者には厚生労働省から終了証書が発行され、終了者ががんに関する説明を行った場合は、平成22年の保険診療改定で、がん患者カウンセリング料（500点）が算定できるようになりました。まだ受講されていない先生方は是非、参加を御願いたいと思います。

大学の緩和医療については、看護学科の成田有吾教授のご紹介で、オーストラリアのフリンダース大学名誉教授のマドックス先生にがんセンターを訪問して頂き、意見を交わすことができました（図1）。平成22年9月に緩和ケアチームの3名が、マドックス先生のお計らいでオーストラリアの地域における緩和医療の視察に行くことになりました。できれば、継続して、交流を行い、緩和ケアのさらなる充実に貢献できればと考えています。



図1 マドックス先生御夫妻
成田教授と緩和ケアチームメンバー
平成21年11月9日 がんセンター
(当時、旧臨床研究棟9階)にて

また、今後の三重県のがん診療の発展を目的として、三重大学のがんセンター機能の拡充構想について、元厚生労働大臣の坂口 力代議士より、三重大学にお話がありました。平成21年11月に院内のがんセンター拡充準備委員会を開催し、がん関連診療科、各職種の代表の方々にお集まり頂き、新しい医療機器の購入や新病院の中央診療棟でのフロアの利用方法などについて協議致しました。12月に、院外のがんセンター拡充準備委員会で、内田淳正三重大学学長、県内の各地域がん診療連携拠点病院の院長、三重県健康福祉部の古元重和医療政策監、三重県病院協会の藤森健而理事長もご出席のもと、院内での準備委員会でまとめた要望事項の報告を行い、ご承認を得ました。この要望書

は病院長の竹田 寛先生から坂口 力議員に提出して頂きました。また、がんセンター拡充に関連して、将来へ向けての緩和ケア病棟設置について検討するために、12月24日に緩和ケアチームで自治医科大学附属病院の緩和ケア病棟を訪問し、緩和ケア部長の丹波嘉一郎先生のご好意により、緩和ケア病室を視察し、病棟検討会へも参加させて頂きました。今後の病棟での緩和診療の参考にさせて頂きたいと思っています。

がんの連携医療体制については、連携部門リーダーの櫻井洋至先生に進めてもらっています。この年報の中でも詳しく紹介致しますが、三重県内のがん診療連携拠点病院を中心とする6病院により、患者診療情報を共有できるITによるネットワークシステムが構築されました。この三重医療安心ネットの設立発表会はNHKテレビや名古屋テレビのニュースでも報道されました。現在、三重県全域をカバーできるネットワーク網の拡大に向けて活動を続けてもらっています。

また、三重県でも地域がん登録の実施にむけた取り組みがようやく開始され、平成22年3月に第1回の三重県のワーキンググループ会議が開催されました。がんセンターが事務局となり、平成23年度より、地域がん登録開始の方向性が打ち出されました。この地域がん登録が実施されれば、三重県でも、がんの罹患率、治療予後などの実態が明らかとなり、今後のがん対策の企画、立案、評価に有用なデータの蓄積が可能になると思います。

NPO法人キャンサーリボنزのメンバーのお一人である、附属病院院長の竹田 寛先生のご尽力で、三重大学附属病院にもリボنزハウスが平成22年1月26日に開設されました。病院1階の外科外来左隣に設置され、CBCラジオでも紹介されました。この部屋の運営については、がんセンターの中村喜美子副センター長が中心になって取り組んでおり、患者さんやご家族がお気軽に立ち寄れるようにと、インターネットで検索できるパソコンやがんに関するパンフレット、書籍を豊富に取り揃えております。患者さん同士

が話し合うなごみサロンも開催していますので、院内の皆様もお立ち寄り頂ければと思います。

がんの教育啓蒙活動では、年に2回、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（今年度は津と名張で開催）をそれぞれ開催しており、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。市民公開講座では、教育部門リーダーの井上靖浩先生が英国留学で不在でしたので、三木誓雄先生に代役を務めて頂き、大変お世話になりました。詳細については、この年報の中で紹介しております。

上述のがんセンターの様々な活動においては、がんセンター内の事務職員の方々に、連日、夜遅くまで真剣に取り組んで頂きました。その功績が認められて、平成21年度の病院貢献賞の特別賞（図2）を事務職員を代表して、河村知江子事務員が頂いております。



図2 病院長より頂いた病院貢献賞特別賞

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・部署のリーダーの先生方と事務職員の方々にも、平成21年度1年間の活動報告をしてもらいました。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、引き続き、院内の皆様の御指導、御鞭撻をよろしくお願い申し上げます。

連携部門

櫻井 洋至

はじめに

連携部門では、がんの診療連携に関して取り組んでおります。その活動内容について報告致します。

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拠点病院で5大がん（胃、大腸、肺、乳、子宮がん）の地域連携クリニカルパスを整備」の部分が次期がん診療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りました。この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ニカル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（図1）。

平成21年1月	肝がん連携クリニカルパス研究会立ち上げ(三重大学、三重中央医療センター) 第1回肝がん連携クリニカルパス研究会 第1回肝がん連携クリニカルパス研究会 第1回肝がん連携クリニカルパス研究会
平成21年4月	第4回肝がん連携クリニカルパス研究会 5大がん連携クリニカルパスと地域連携体制の強化方針を確立 ITネットワークを用いた地域連携体制について協議
平成21年7月	第2回肝がん連携クリニカルパス研究会 肝がん診療連携協議会（三重大学肝臓病内科、三重中央医療センター内科、三重大学消化器科内科、NRI）
平成21年8月	三重大学、三重中央医療センター補助金交付決定
平成21年11月	第3回肝がん連携クリニカルパス研究会 ケースシナリオを用いた肝がん連携パスワークショップ → 改称、がん連携クリニカルパス研究会
平成21年12月	三重県補助金交付決定
平成22年2月	第4回肝がん連携クリニカルパス研究会 ケースシナリオを用いた肝がん連携パスワークショップ 三重県地域医療連携推進協議会承認（対象を三重県全県域に拡大）
平成22年4月	第5回肝がん連携クリニカルパス研究会
平成22年7月	三重医療安心ネットワーク発祥会、第4回肝がん連携クリニカルパス研究会 ケースシナリオを用いた乳がん連携パスワークショップ

図1

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ひとつで共有できるシステム（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（図2）。

三重医療安心ネットワーク 設立目的

① 国立大学法人三重大学医学部附属病院と三重県は、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、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）に整備し、がんをはじめとした地域連携クリニカルパスの円滑な運用及び、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を目的とする。

図2

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

三重県地域医療連携連絡協議会
三重医療安心ネットワーク
連携強化施設一覧

連携強化施設	病種種別	医療圏
三重大学医学部附属病院	県がん診療連携拠点病院	三重県全域
三重中央医療センター	地域がん診療連携拠点病院・地域医療支援病院	中勢医療圏
鈴鹿中央総合病院	地域がん診療連携拠点病院・地域医療支援病院	北勢医療圏
松阪中央総合病院	地域がん診療連携拠点病院・地域医療支援病院	南勢医療圏
済生会松阪総合病院	地域医療支援病院	南勢医療圏
紀南病院	へき地医療拠点病院	東紀伊医療圏

図3

各情報開示施設担当医療圏



図4

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（図3、4）。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（図5）。

IT 医療連携のメリット

- ムダな検査、投薬の重複を省いて効率化
- 拠点病院間では紹介、逆紹介はフィルムレス
- 遠方の患者さんは近寄りの拠点病院で定期検診(CT,MRI,PET)、治療(放射線治療など)
- 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→緊急・急変時に迅速・適切な対応
- 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）
- 連携の強化により、かかりつけ医の負担や不安を軽減

図5

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、病院経営上手厚いサポートとなることも期待されます。

平成22年8月末の時点で三重医療安心ネットは連携医療機関17施設、連携患者数79名ですが（図6）、今後も個診療科毎に院内説明会などを重ねて、連携実

施設別連携患者数

三重医療安心ネット 2010.8.31現在

	連携施設数	連携先予後施設別患者数 (79名)	情報共有施設別患者数 (79名)
県がん診療連携拠点病院	1	40	35
地域がん診療連携拠点病院・地域医療支援病院	3	21	22
地域医療支援病院	1	3	4
へき地医療拠点病院	1	15	3
公立病院	1	-	0
民間病院	3	-	5
かかりつけ医、診療所	7	-	8

図6

績を増やして参りたいと考えております。がん連携部門では5大がんの地域連携クリニカルパスを策定（図7）するとともに、連携してがん診療に当たって頂く医療機関に少しでも多く三重医療安心ネットワークに加入して頂き、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により三重県民のみなさ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。

図7

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を開催し、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。昨年度は2回の市民公開講座を開催致しました。平成21年12月12日（土）には、名張市武道交流館いきいき多目的ホールにて「安心できるがん医療－知ってほしい緩和ケアのこと－」と題し、専門の医師、看護師による講演が行われました。がん緩和医療の普及は、国としても力を入れている分野であり、定員150名を超える192名の方々にお越しいただき、大盛況のうちに終了いたしました。平成22年2月11日（木・祝）には、三重県総合文化センター中ホールにて第3回市民公開講座「がんから身を守る！！知ってほしい肝臓がんの治療」が開催されました。当日は雨模様にもかかわらず484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、肝臓がんの治療について興味深い講演が行われました。また特別講演では国立がんセンター名誉総長の垣添忠生先生より、貴重なお話を頂き、大変好評を博しました。今後も年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

院内がん登録・生物統計

田畑 務・西川 政勝

平成21年度のがん登録患者数は、1,278名でした。これは、昨年より200名あまり少なくなっています。本年度の患者登録は事務員が入院カルテよりケースファインディングを行い登録いたしました。しかし、事務員の減少により業務に若干の支障が生じたようです。今後は、先生方にご入力いただいた“がん一発ボタン”を活用し、業務量の削減を図っていきたく思います。

院内がん登録は、がんセンターの根幹をなすものと

考えております。がん登録に係る研修会などに登録事務員を積極的に派遣し、精度管理も行っていきたく思います。今後は、事務員の確保ならびに登録業務の簡略化を図り、遅滞なく登録業務を行っていきよう努力してまいります。先生方もお忙しいとは存じますが、“がん一発ボタン”にて患者様を漏れなくご登録いただき、ご協力賜わりたいと存じます。何卒よろしくお願い申し上げます。

平成21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	
	男	女								
脳	34	14	20	30	0	5	9	8	0	3
喉頭・声門	16	14	2	8	0	0	7	3	0	4
口腔・咽頭	58	39	19	28	0	0	25	28	2	1
甲状腺	26	9	17	21	0	0	0	0	0	2
肺	100	74	26	6	37	2	6	25	0	14
食道	30	28	2	5	0	11	6	13	0	3
胃	88	60	28	43	1	30	2	18	1	3
大腸(結腸・その他)	91	54	37	35	3	12	0	6	2	9
大腸(直腸)	36	19	17	14	1	5	6	6	0	2
肝・肝内胆管	87	62	25	17	0	1	1	47	3	65
胆嚢	7	4	3	3	0	0	0	3	0	0
肝外胆管	9	5	4	5	0	0	1	3	0	0
膵臓	36	26	10	18	0	1	18	26	0	4
乳房	160	1	159	135	0	1	2	35	9	0
子宮(頸部)	63	0	63	33	0	2	28	24	2	0
子宮(体部)	30	0	30	27	0	0	0	8	0	2
子宮NOS	2	0	2	1	0	0	0	0	1	1
卵巣・卵管	31	0	31	23	0	0	0	16	0	0
外陰	6	1	5	4	0	0	1	1	0	0
陰嚢・陰茎	4	4	0	4	0	0	0	0	0	0
前立腺	75	75	0	14	8	1	1	8	42	4
精巣(睾丸)	3	3	0	2	0	0	0	1	0	0
肛門・肛門管	2	1	1	1	0	0	1	1	0	0
腎	58	41	17	15	10	1	0	0	1	30
腎盂・尿管	10	6	4	4	1	0	0	2	1	2
副腎	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0
膀胱	44	38	6	9	0	26	0	2	0	1
皮膚	87	48	39	79	0	0	4	3	5	0
骨髄	23	15	8	1	0	0	2	15	0	1
リンパ節	16	8	8	2	0	0	0	8	0	2
後腹膜	5	3	2	2	0	1	0	1	0	1
軟部組織	12	8	4	8	0	0	0	1	0	1
原発不明	14	5	9	3	1	0	1	9	0	1
胸腺	2	1	1	0	0	0	1	2	0	0
縦隔・胸膜	5	4	1	2	0	0	0	2	0	0
骨	6	3	3	5	0	0	0	2	1	0
網膜	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0
総計	1278	675	603	609	62	99	123	329	70	156

治療部門 化学療法

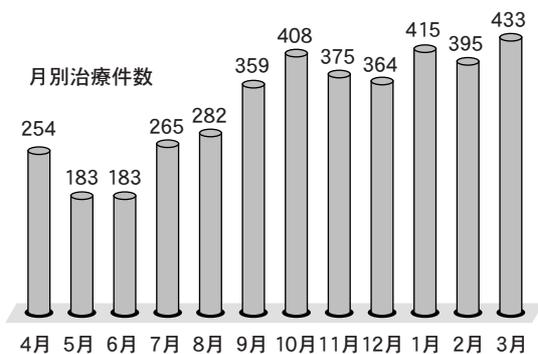
影山 慎一

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。部長は片山教授（血液・腫瘍内科）が、副部長は影山准教授（遺伝子・免疫細胞治療）、井上講師（消化管外科）が担当した。

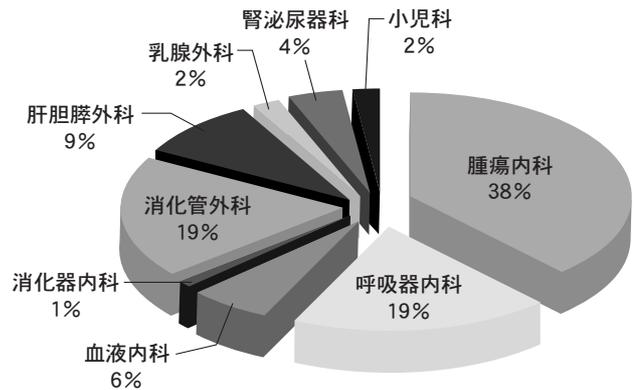
外来化学療法部が病院2階に設置され、12の治療ユニットに加えて、隣接内科外来にも3ユニットを追加して、15ユニットでの運用をしている。また、薬剤調整室に2台の専用安全キャビネットを設置し当日治療決定された化学療法剤の薬剤調整を行っている。また、専用の診察室を2部屋設置した。

4月から内科部門の化学療法を開始、7月より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。2009年度は図のように、総数3,916件の治療を実施した。9月以降は350～430件の治療が行われている。

2009年度外来化学療法部実績総数=3,916件



診療科別では、図のように腫瘍内科、呼吸器内科、血液内科で約3分の2を占め、外科系は3分の1という割合であった。また、小児科の化学療法も実施されている。



このように順調な治療の実施で初年度2009年の外来化学療法が開始されたが、曜日の偏りが大きく、特に水曜日の2.7の稼働率と月曜、金曜の3倍以上の治療数を行うという状況があった。診療科の外来、手術など全体の枠組みの中で再調整をしながらできるだけ平均化することが必要である。人員配置のみならず、安全管理の側面からも対応すべきであり、病院方とも協議調整を依頼しているところである。

月	火	水	木	金
0.86	1.45	2.73	0.84	0.82

外来化学療法部設置に伴い、治療レジメン登録のほぼ完備され、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話し合が行われている。

治療部門 手術療法

三木 誓雄

手術療法部門は、手術療法を円滑に進めるためのシステム構築、全科的な手術療法関連必要物品の整備、手術療法に関する新しい情報の発信などを目的として設立されました。

がん治療、特に固形腫瘍の治療において中心的な役割を果たしている手術療法は、ここ数年飛躍的な進化を遂げています。痛みが少なく、身体への負担が少ない、内視鏡を駆使した低侵襲手術は、新しい器械の開発と手術手技の向上に伴い、より難易度の高い複雑な術式にまで適用されるようになりました。今後、各がん治療のガイドラインに、鏡視下手術の適応・標準手技に関する項目が付け加えられる日も、そう遠くはないと考えます。

手術療法部門では従来の手術方法に加え、この低侵襲手術に関する問題点も各診療科共通の課題項目として拾い上げていく所存です。特に鏡視下手術に必要な器械・器具は各診療科共有であるという観点から、各診療科がより円滑に安全に使用できるよう連携システムを構築する必要があると考えます。また、鏡視下手術に必要な器械・器具が比較的高額で、さらに手術自体も通常の手術に比較して時間を要するため、cost benefitという視点も持たなければなりません。

固形腫瘍に対する手術療法に関しては、将来的には県内地域癌診療連携施設と情報を共有できるシステムを構築すべきと考えます。乳がん、肝がんに加え、胃がん、大腸がんに関しても地域連携クリニカルパスが策定されます。本年は、それに向け手術術式、手術法に関しても各診療ガイドラインに準拠したパスの策定にも着手する予定です。手術療法部門は外科系診療科のみならず、内視鏡的治療やIVRにかかわる全科的領域を網羅する必要があり、今後はそういう観点からも活動領域を広げていく所存です。

治療部門 放射線治療

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。一日の患者数は約50–60人です。放射線治療の内容は外照射といわれる、体外から病変に対して放射線を照射する方法と、気管支や胆管、血管内に放射性線源を入れて、体内から放射線を当てる腔内照射という方法があります。平成20年度の患者数の内訳は対外照射312人のべ治療数7050、腔内照射は患者数29人、のべ治療回数111でした。

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201、肝臓癌224、骨腫瘍約45、腎癌36、副腎腫瘍12、その他15の総計533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。

大腸癌肺転移に対する臨床試験もスタートし、ますます活気がましています。

治療部門 緩和医療

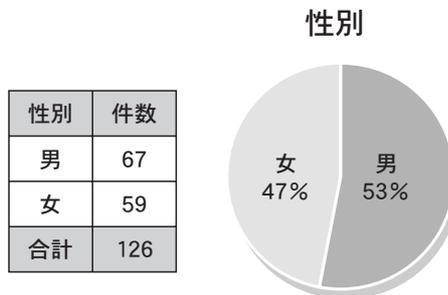
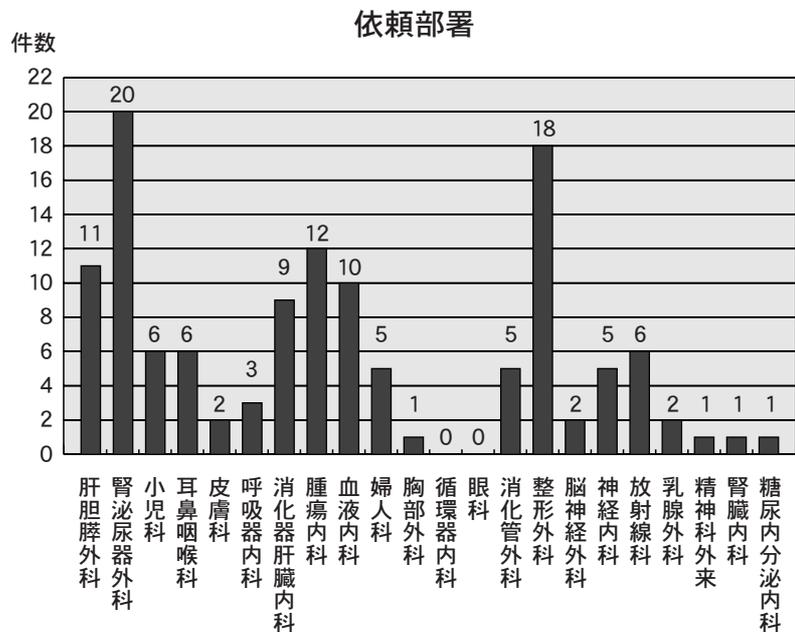
星野 奈月、中村 喜美子

I. 緩和ケアチームの活動

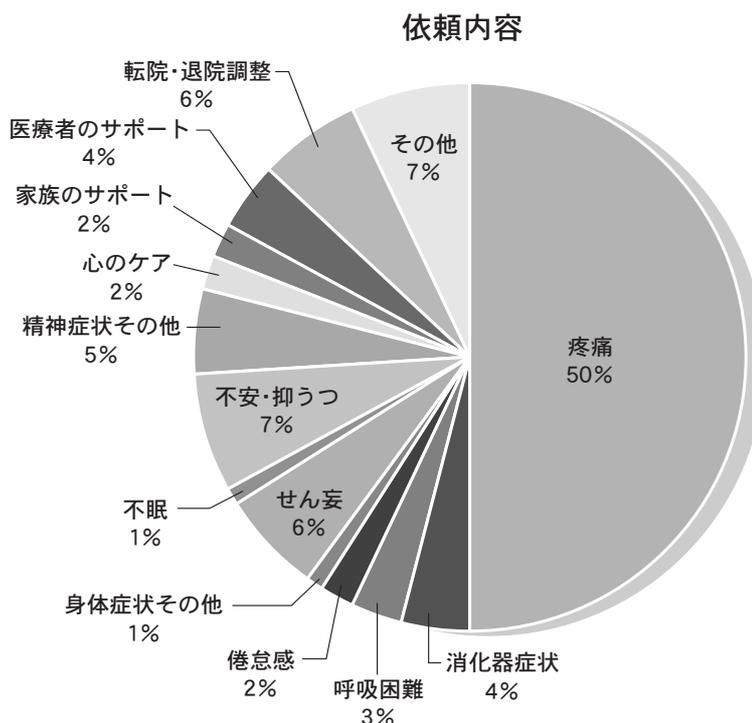
緩和ケアチームの活動は、2009年4月から新しいメンバーを迎え、新体制でのスタートとなりました。チームへの依頼は、入院患者に限らず外来患者についての相談を受けることもあり、緩和ケア外来の必要性を感じております。

以下に、2009年度の活動内容を報告します。

依頼部署	件数
肝胆膵外科	11
腎泌尿器外科	20
小児科	6
耳鼻咽喉科	6
皮膚科	2
呼吸器内科	3
消化器肝臓内科	9
腫瘍内科	12
血液内科	10
婦人科	5
胸部外科	1
循環器内科	0
眼科	0
消化管外科	5
整形外科	18
脳神経外科	2
神経内科	5
放射線科	6
乳腺外科	2
精神科外来	1
腎臓内科	1
糖尿内分泌内科	1
合計	126



依頼内容	件数
疼痛	81
消化器症状	6
呼吸困難	4
倦怠感	3
身体症状その他	2
せん妄	10
不眠	1
不安・抑うつ	12
精神症状その他	8
心のケア	4
家族のサポート	3
医療者のサポート	7
転院・退院調整	9
その他	12
合計	162



Ⅱ. 各メンバーの活動実績

成田有吾

- 「がん診療連携拠点病院等における緩和ケア研修会への神経内科医の参加について」
臨床神経, 50: 34—36, 2010. (2010年1月刊)
- 「虐待事例に気付き、対処するために —地域支援者からの調査—」
岡部立志、井澤貴代美、高橋和子、鈴木志保子、前田多見、佐々木知香、林智世、地崎真須美、成田有吾. 三重看護学誌 2010, 12: 49-52.(平成22年3月20日刊)
- 「コミュニケーション機器等を支援する人材の全国的な交流に向けて」
成田有吾、土井静樹、青木正志、今井尚志、森田光哉、駒井清暢、立石貴久、蛸島八重子、関本聖子、遠藤久美子、岡田美砂、岩木三保、上三垣かずえ、海野幸太郎、中井三智子. 厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患克服研究事業）重症難病患者の地域医療体制の構築に関する研究班（主任研究者 糸山泰人）平成21年度総合研究報告書. 2010年3月刊 pp.120-126
- 「難病医療専門員の活動の現況と問題点」（日本難病医療ネットワーク研究会での難病医療専門員によるポスター発表開催から）
成田有吾、中井三智子、川邊伊公子. 厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患克服研究事業）重症難病患者の地域医療体制の構築に関する研究班（主任研究者 糸山泰人）平成21年度総合研究報告書.

2010年3月刊 pp.130-135

- 「緩和ケアチームの活動に対する医療従事者からの評価と今後の課題 ―緩和ケアチームに関するアンケート調査から―」第14回日本緩和医療学会学術大会 2009年6月19日～20日
松本卓也、平松紘子、中村喜美子、岡本明大、森多佳美、奥川直子、鈴木良枝、鈴木志保子、辻川真弓、大西和子、成田有吾
- 「大学附属病院緩和ケアチームの活動状況と今後の課題 ―院内統一のオピオイド換算表作成とその評価―」第14回日本緩和医療学会学術大会 2009年6月19日～20日
岡本明大、松本卓也、中村喜美子、平松紘子、石橋美紀、兼児敏浩、岩本卓也、辻川真弓、奥田真弘、成田有吾

松本卓也

○学会発表

- 「緩和ケアチームの活動に対する医療従事者からの評価と今後の課題 ―緩和ケアチームに関するアンケート調査から―」第14回日本緩和医療学会学術大会 2009年6月19日～20日
松本卓也、平松紘子、中村喜美子、岡本明大、森多佳美、奥川直子、鈴木良枝、鈴木志保子、辻川真弓、大西和子、成田有吾
- 「大学附属病院緩和ケアチームの活動状況と今後の課題 ―院内統一のオピオイド換算表作成とその評価―」第14回日本緩和医療学会学術大会 2009年6月19日～20日
岡本明大、松本卓也、中村喜美子、平松紘子、石橋美紀、兼児敏浩、岩本卓也、辻川真弓、奥田真弘、成田有吾

○研修会講師

- ・4月4日 三重県緩和ケア研修会 主催 三重県 於 尾鷲総合病院
「M-7 精神症状 気持ちのつらさ・せん妄」
- ・5月17日 海南病院緩和ケア研修会 主催 海南病院 於 海南病院
「M-7 精神症状 気持ちのつらさ・せん妄」
- ・6月27日～28日 三重中央医療センター緩和ケア研修会 主催 三重中央医療センター 於 三重中央医療センター
「M-7 精神症状 気持ちのつらさ・せん妄」
- ・1月10日～11日 三重大学緩和ケア研修会 主催 三重大学 於 三重県医師会館
「M-7 精神症状 気持ちのつらさ・せん妄」
- ・3月21日～22日 三重中央医療センター緩和ケア研修会 主催 三重中央医療センター 於 三重中央医療センター
「M-7 精神症状 気持ちのつらさ・せん妄」
- ・2月4日 三重県がんにおける質の高い看護育成研修
「精神症状の理解」

星野奈月

○研修会

- ・第2回 三重大学主催 緩和ケア研修会
(医師に対する緩和ケア教育プログラムPEACE)
2010年1月10～11日 三重県医師会館
- ・第3回がんプロフェッショナル養成プラン4大学合同緩和医療研修会
2010年2月14日 滋賀

○三重大学がんプロフェッショナル養成プラン 緩和ケアインテンシブコース 推奨セミナー

- ・集学的緩和ケアを考えるセミナー
講師：NTT関東病院 堀 夏樹先生 2009年9月24日 三重大学
- ・がんとプライマリー緩和ケアを考える会
講師：都立駒込病院 高橋慶一先生 2009年10月15日 三重大学
- ・抗がん治療中からの積極的緩和支援療法を考えるセミナー
講師：癌研有明病院 向山雄人先生 2009年11月6日 三重大学

○講演

- ・緩和医療としてのMohs' chemosurgery
第1回三重乳腺疾患治療研究会 2009年5月16日 津
- ・国立がんセンター東病院 (NCCHE) で学んだ緩和医療
第7回薬剤師疼痛緩和を考える会 2009年10月30日 津
- ・いま、なぜ、緩和ケアなのか
市民公開講座in伊賀+名張 2009年12月12日 名張

佐藤佳代子

○研修会講師

- ・2009年4月25～26日 県立総合医療センター 緩和ケア研修会
「M-3がん性疼痛の評価と治療」
- ・2009年7月11～12日 松阪中央総合病院 緩和ケア研修会
「M-3がん性疼痛の評価と治療」
- ・2009年9月26～27日 鈴鹿中央総合病院 緩和ケア研修会
「M-3がん性疼痛の評価と治療」
- ・2010年1月10～11日 三重大学医学部附属病院 緩和ケア研修会
「M-3がん性疼痛の評価と治療」
- ・2009年12月16日 三重県がんにおける質の高い看護育成研修
「緩和医療概論・がん性疼痛マネジメント」
「疼痛マネジメントにおける薬物療法と薬物以外の治療」

岡本明大

○薬剤部緩和ケア勉強会について

薬剤部の緩和ケアメンバーを中心に有志で行う勉強会

開催日時 月1回 約1時間

テーマ 症例検討を中心に、ファーマシューティカルケアについて検討した

2009年度は7回実施し、参加者は 平均13.4人/回であった

今後は薬学部の長期実習生にも参加してもらう予定である

○学会発表

- ・「大学附属病院緩和ケアチームの活動状況と今後の課題 ―院内統一のオピオイド換算表作成とその評価―」

第14回日本緩和医療学会学術大会 2009年6月19日～20日

岡本明大、松本卓也、中村喜美子、平松紘子、石橋美紀、兼児敏浩、岩本卓也、辻川真弓、奥田真弘、成田有吾

- ・「緩和ケアチームの活動に対する医療従事者からの評価と今後の課題 ―緩和ケアチームに関するアンケート調査から―」第14回日本緩和医療学会学術大会 2009年6月19日～20日

松本卓也、平松紘子、中村喜美子、岡本明大、森多佳美、奥川直子、鈴木良枝、鈴木志保子、辻川真弓、大西和子、成田有吾

○研修会講師

三重大学医学部附属病院 緩和ケア研修会 2010年1月10～11日

「M-9 地域連携」

鈴木 志保子

○講演・学会発表

- ・「相談支援部門における医療ソーシャルワーカーの活動～腫瘍内科からの依頼の特性～」

第14回日本緩和医療学会学術大会 2009年6月19日～20日

鈴木志保子、前田多見、佐々木知香、地崎真寿美、成田有吾

- ・「緩和ケアチームの活動に対する医療従事者からの評価と今後の課題 ―緩和ケアチームに関するアンケート調査から―」第14回日本緩和医療学会学術大会 2009年6月19日～20日

松本卓也、平松紘子、中村喜美子、岡本明大、森多佳美、奥川直子、鈴木良枝、鈴木志保子、辻川真弓、大西和子、成田有吾

- ・「医療ソーシャルワーカーとしての支援」

勇気の会 2009年6月21日

- ・「緩和ケアチームで介入した退院調整の現状と今後の課題」

第11回日本看護医療学会学術集会 2009年10月3日

鈴木志保子、中村喜美子、辻川真弓

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

三重大学がんセンター市民公開講座 2010年2月11日

- ・「小児在宅支援の現状と医療福祉支援センターの役割」
がんの子どもを守る会講演会 2010年3月28日

○社会活動

- ・がんに係る医療資源調査ワーキンググループ
- ・三重がん連携クリニカルパス研究会

○研修会講師

- 三重大学医学部附属病院 緩和ケア研修会 2010年1月10～11日
「M-9 地域連携」鈴木志保子 前田多見

平松紘子

○講演・学会発表

- ・「緩和ケアチームの活動に対する医療従事者からの評価と今後の課題ー緩和ケアチームに関するアンケート調査からー」第14回日本緩和医療学会学術大会 2009年6月19日～20日
松本卓也、平松紘子、中村喜美子、岡本明大、森多佳美、奥川直子、鈴木良枝、鈴木志保子、辻川真弓、大西和子、成田有吾
- ・「大学附属病院緩和ケアチームの活動状況と今後の課題 ー院内統一のオピオイド換算表作成とその評価ー」第14回日本緩和医療学会学術大会 2009年6月19日～20日
岡本明大、松本卓也、中村喜美子、平松紘子、石橋美紀、兼児敏浩、岩本卓也、辻川真弓、奥田真弘、成田有吾
- ・「緩和ケアチームにおける臨床心理士の活動について」
三重県臨床心理士研修会 2009年8月2日

鈴木良枝

○講演・学会発表

- ・「緩和ケアチームの活動に対する医療従事者からの評価と今後の課題 ー緩和ケアチームに関するアンケート調査からー」第14回日本緩和医療学会学術大会 2009年6月19日～20日
松本卓也、平松紘子、中村喜美子、岡本明大、森多佳美、奥川直子、鈴木良枝、鈴木志保子、辻川真弓、大西和子、成田有吾
- ・「多発骨転移のある患者へのリハビリテーションー緩和ケアチームでの関わりー」
第8回 がんチーム医療研究会 2010年3月9日

中村喜美子

○学会発表

- ・「大学附属病院緩和ケアチームの活動状況と今後の課題 ー院内統一のオピオイド換算表作成とその評価ー」第14回日本緩和医療学会学術大会 2009年6月19日～20日
岡本明大、松本卓也、中村喜美子、平松紘子、石橋美紀、兼児敏浩、岩本卓也、辻川真弓、奥田真弘、成田有吾

- ・「緩和ケアチームの活動に対する医療従事者からの評価と今後の課題 ―緩和ケアチームに関するアンケート調査から―」第14回日本緩和医療学会学術大会 2009年6月19日～20日
松本卓也、平松紘子、中村喜美子、岡本明大、森多佳美、奥川直子、鈴木良枝、鈴木志保子、辻川真弓、大西和子、成田有吾
- ・「緩和ケアチームで介入した退院調整の現状と今後の課題」
第11回日本看護医療学会学術集会 2009年10月3日
鈴木志保子、中村喜美子、辻川真弓

○研修会等講師等

- ・「がん患者の心に寄り添って～がん相談での出会い～」
患者会「勇気の会」勉強会 2009年6月21日
- ・「肝臓がんの治療 パネルディスカッション これからのがん医療について」
三重大学がんセンター市民公開講座 2010年2月11日
- ・「がん相談会」アドバイザー
三重県がん患者とサポーターの集い 2010年2月28日
- ・三重大学医学部附属病院 緩和ケア研修会 2010年1月10～11日
「M-9 地域連携」他

○看護教育

- ・院内教育 ～院内認定「がん看護」初級コース・中級コース
2009年9月～12月 企画実施および講師
- ・三重県看護協会主催「中堅看護職員研修(がん看護)」
2009年10月～12月 企画実施および講師
- ・三重県質の高い看護師育成研修
2009年12月～2010年2月 企画実施および講師

Ⅲ. 緩和ケアマニュアル改訂

2004年に作成した緩和ケアマニュアルを、チームメンバーで見直し、改訂版を2010年2月に、ポータルサイトにアップしました。

本年報の巻末にも併せて掲載しましたので、ご参照下さい。

治療部門 患者支援

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

平成19年より医療福祉支援センターが「がん相談支援センター」としての機能を担っており、患者・家族等の多様な相談に応じております。平成22年1月にはリボンズハウスが院内にオープンしました。リボンズハウスはNPO法人キャンサーリボンズが「がん患者さんの治療と生活をつなぐ場」として全国的に展開している施設で当院は全国で8番目となります。リボンズハウスでは、がん関連図書の貸出しやインターネット検索が利用できるように整備しております。また3か月に1回、患者同士の交流の場として「なごみサロン」も開催しております。開設後314名（3月31日現在）の利用がありました。今後患者・家族等の要望に添った形で、運営していきたいと考えています。

平成21年度のがん相談件数は481件でした。相談者の内訳は、患者本人29%、家族29%、医療関係者39%（表1）。受診状況は、当院入院中・通院中が85%、他院入院中・通院中が13%となっています（表2）。相談内容の内訳は、「介護・看護・養育」に関する相談が97件と多く、「医療費・生活費」が88件、「在宅医療」が64件となっております（表3）、内容に応じてがん看護専門看護師、医療ソーシャルワーカー、臨床心理士が相談に応じております。

また、がん相談支援センター実務者会議を定期的で開催し、県内拠点病院と県相談支援センター、県医療政策室とで情報の共有や意見交換、がん相談員研修の企画等県内がん相談体制の整備に努めています。

1. リボンズハウス

開室時間：月～金曜日 9時から15時

事務職員1名常駐

①情報提供

がん関連パンフの配布、講演会等の案内、図書の貸出しを行っている。また、インターネット検索が可能なパソコンを常備し自由に情報収集できる環境を整えている。

②なごみの場

休憩したり語り合ったり読書をしたりなど自由に利用していただける場を提供している。

③がん相談

訪室者のなかで相談したい旨の申出があればその内容に応じてがん看護専門看護師、医療ソーシャルワーカー、臨床心理士など適切な職種へつなげて相談に応じている。

④なごみサロン開催

患者、家族の交流の場として当院独自の患者サロン「なごみサロン」をリボンズハウスで開催している。

⑤岩手ホスピスの会

地域のボランティアから譲り受けた「タオル帽子」を多数置いていて、希望される患者には自由に持ち帰っていただいている。

今後「医療用ウィッグの説明会」や「タオル帽子を作る会」の開催を計画中である。



リボンズハウス内



リボンズハウス入口

2. がん相談

表1 相談者内訳

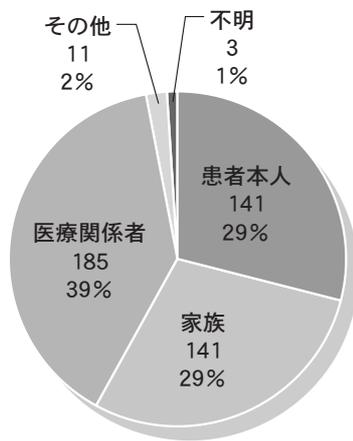


表2 受診状況

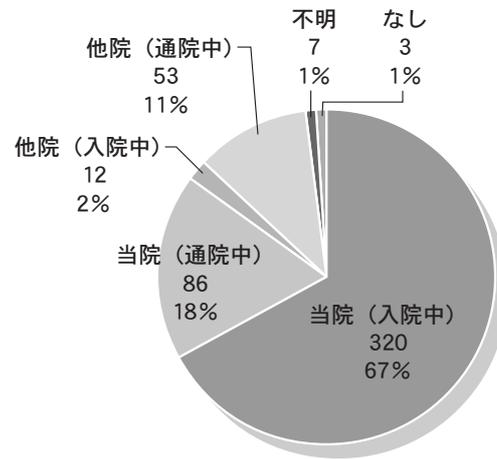
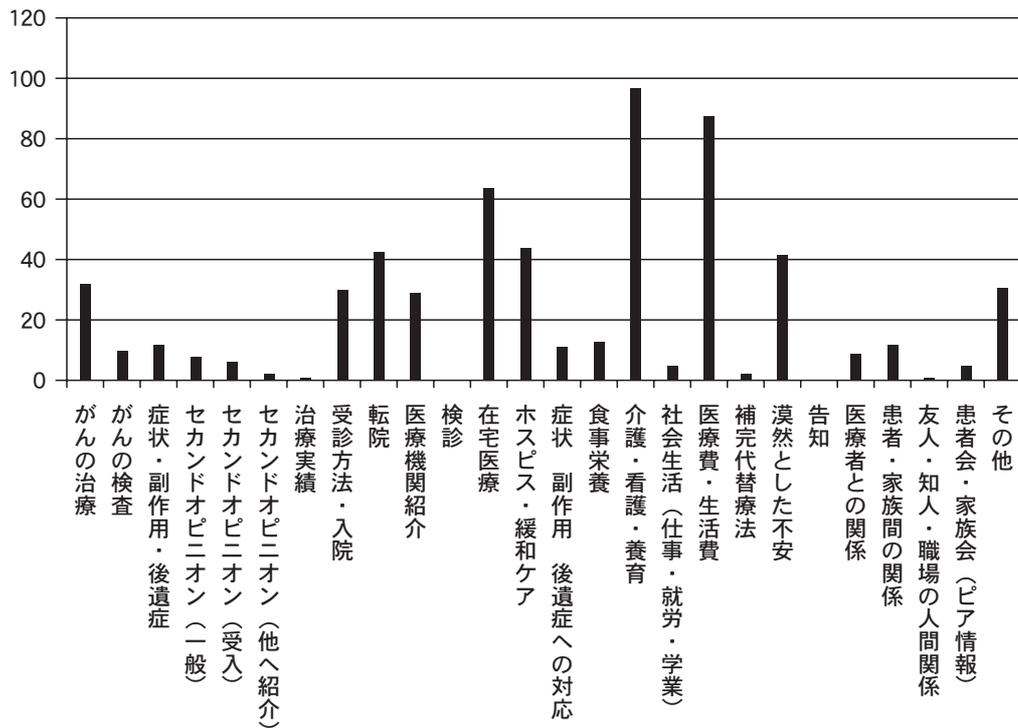


表3 相談内容内訳



診断部門

Tumor Boardだより

松峯 昭彦

2007年5月16日に記念すべき第1回Tumor Boardを開催して以来、2010年6月9日には第27回の開催を数え、48症例の検討を行うことができました。これはひとえに、がんセンター所長の中瀬先生およびがんセンタースタッフの皆さん、Tumor Board世話人会の皆様（表1）、Tumor Boardで積極的に発言していただいている先生方、そして支援メーカーの皆様（表2）のおかげです。この場をお借りして厚くお礼申し上げます。

表1 三重大学がんセンター
Tumor Board世話人会
(2010年6月現在)

所属	氏名
整形外科	松峯 昭彦
小児科	熊本 忠史
麻酔科(緩和療法)	佐藤 佳代子
放射線治療科	伊井 憲子
血液/腫瘍内科	山口 素子
消化管外科	田中 光司
呼吸器内科	小林 裕康
泌尿器科	木瀬 英明
婦人科	谷田 慧治
肝胆膵外科	櫻井 洋至
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
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
薬剤部	川瀬 亮介
緩和ケアチーム	中村 喜美子
画像診断科	村嶋 秀市
病理部	今井 裕
オーダーメイド医療部	中谷 中

表2 Tumor Board開催
支援メーカー
(2010年6月現在)

ブリistol
バイエル
ヤンセン
大塚
協和発酵、キリン
ノバルティス
武田
第一三共
シオノギ
サノフィアベンティス
明治
アストラゼネカ
ヤクルト
グラクソスミスクライン
ファイザー
中外

これまでのTumor Boardの活動をまとめてみました。Tumor Boardへの参加者数の変化（図1）ですが、最近では80人程度の参加者がいます。製薬会社協賛による軽食の配布の開始や、大学院セミナーへの認定が功を奏したようにも思えますが、演題数にも大きく影響を受けていることがわかります。参加者の職種をまとめたのが図2ですが、医師だけではなく、薬剤師、学生、検査技師、理学療法士、看護師、放射線技師など、様々な職種の方々が参加していることがわかります。医師以外の参加者は多いのですが、もっと多くの職種の方々に積極的に参加して頂けるよう、まだまだ改善の余地はありそうです。診療科別検討症例（図3）では、小児科、整形外科、耳鼻咽喉科からの検討依頼が多いことがわかります。本年度には（図4）に検討内容を示しました。治療方針、化学療法のレジメン、病理診断に関する相談が多く、その結果、腫瘍内科、放射線治療科、病理、画像診断科（図5）への相談希望が多いことがわかります。

これまでTumor Boardを開催してきて、様々な問題がありました。現在の大きな問題は、①検討希望症例が出ない月があるということ、②「特に相談したい診療科」の先生方がTumor Boardに参加されない場合があるということです。①に対しては、本年より「検討希望症例が無い場合は、その月のTumor Board司会担当科が検討症例を出す」というノルマを設けました。ノルマを設けるという行為自体、Tumor Boardの開催主旨に反すると思うのですが、Tumor Boardの存続が重要ですので、世話人会の皆さんの了解のもと、このようにしました。また、②に対する対策としては、「相談したい診療科」の先生方にはあらかじめ、メールまたは電話で連絡を取ること、参加を依頼しています。しかし、なにぶん多忙であるためか、参加されないことも多く、肝心のディス

カッションが進まない事がしばしばありました。魅力あるディスカッションができるよう環境を整えることが必要かと思いますが、良いアイデアがありましたら、是非ご連絡ください。

Tumor Boardの開催目的は、「これからの癌治療で重要なことは、従来各診療科で個別に行われてきた癌治療を、効率的で全人的ながん診療に発展させることです。診療科、職種にこだわることなく症例を検討することにより、Tumor Boardがその足がかりになることを期待する」としています。現状では、まだまだ当初の目的に達成しているとは思えませんが、さらなる皆様の協力を得て発展させていきたいと考えていますのでご協力のほどよろしくお願ひします。

図1 Tumor Board参加者数および演題数

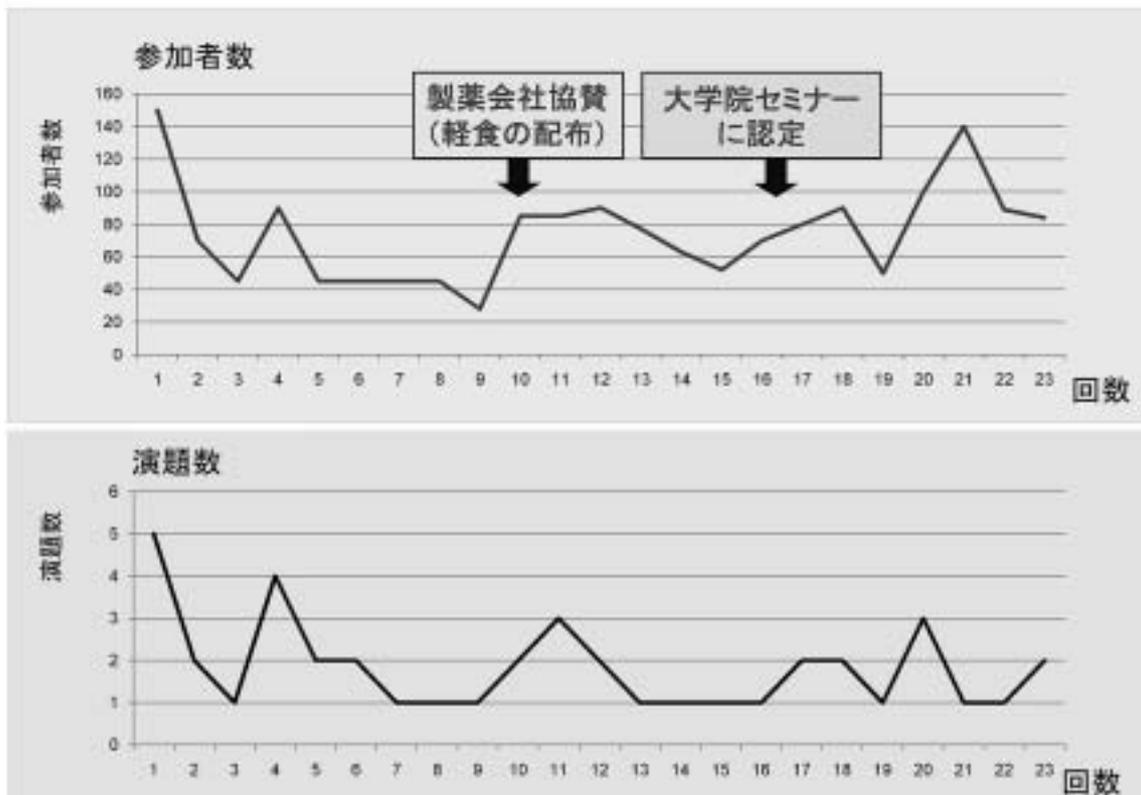


図2 参加者の職種別分類



図3 診療科別検討症例数

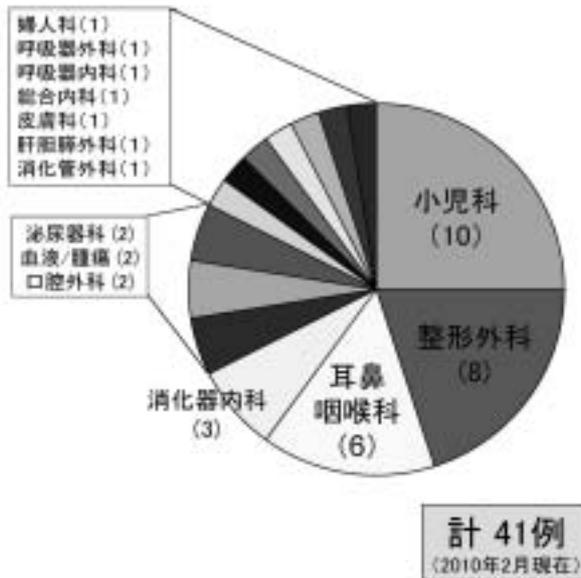


図4 Tumor Boardでの検討項目

相談内容	症例数	(%)
治療方針	35	85
化学療法レジメン	24	73
病理診断	17	52
治療手技	10	30
合併症対策	10	30
放射線治療の適応	7	21
画像診断	6	18
緩和ケア	4	12
病態	3	9
癌診療ネットワーク	1	3

図5 Tumor Boardでの“相談したい診療科”

診療科	相談希望症例数	相談希望割合 (%)
腫瘍内科	23	56
放射線治療科	16	39
病理	13	31
画像診断科	12	29
整形外科	10	24
消化器内科	9	22
消化器外科	6	14
脳神経外科	5	12
検査部、呼吸器外科、緩和ケア	4	10
心血管外科、泌尿器科、小児科、皮膚科、腎臓内科、薬剤部	3	7
循環器内科、肝胆膵外科、耳鼻咽喉科、小児科	2	5
呼吸器内科、神経内科、産科、乳腺外科、看護部	1	2

第18回 (平成21年4月8日開催)

司会：山本 憲彦 (消化器肝臓内科)

参加者数：70名

放射線化学療法後局所再発にESD
一括切除が可能であった早期食道癌の1例

診療科：消化器肝臓内科 発表者：堀木 紀行

年齢：78歳

性：男性

現病歴：

アルコール性肝硬変、胸椎圧迫骨折にて脊髄損傷のため膀胱直腸障害があり、右優位の下半身麻痺があり車椅子にて移動している78歳男性。2007年5月に門歯より34~36cmの下部食道にsm浸潤を伴う早期食道癌(T1bNOMO stage1)に対して当院腫瘍内科にて放射線化学療法(JCOGレジメンでFP radiation)を施行され、以降は遠山病院内科にてfollowされていた。また2008年11月からは胸椎圧迫骨折にて整形外科follow中の三重中央医療センターへ紹介されfollowされていた。2008年12月の内視鏡検査で門歯より35cmの下部食道にヨード不染域を認め生検でSCCと診断、局所再発が疑われた。再度遠山病院へ紹介され、内視鏡治療目的で2009年1月16日当院へ紹介された。当院での内視鏡検査では内視鏡治療可能病変と判断され、2009年2月10日入院した。なお、胃底部には巨木型の胃静脈瘤を認めた。入院時血小板数は7.6万でCT上肝硬変パターンであったが、HCCは認めなかった。2月16日に内視鏡的粘膜下層剥離術(endoscopic submucosal resection, ESD)施行、放射線治療後の線維化があるものの偶発症なく一括切除可能であった。病理結果は、Carcinoma in situ, pT1a-EP(pTis), ly0, v0, pHM0(0.9mm), pVM0(1.6mm), UICC;pTisであり、病的にも治癒切除であった。

問題点：

食道癌は、施術浸襲が大きく、高齢者や合併症を有する症例では困難であることも少なくない。内視鏡治療は浸襲が少なく、近年ESDの普及により一括切除が可能となったが、m3~sm1程度の早期食道癌でもリンパ節転移をきたす為、内視鏡的治療は適応外となる。発表者は今までに進行した食道癌でも放射線化学療法を行い、治療後の食道局所再発病変において、内視鏡所見より浸達度がm1~2程度である場合は、内視鏡的治療を行ってきた。今後、down staging目的に放射線化学療法を行い、局所再発症例では内視鏡治療をすることが可能であるか、検討したい。

特に相談したい診療科：

腫瘍内科、放射線治療部、病理診断部

検討事項：

食道癌は、手術浸襲が大きく、高齢者や合併症を有する症例では困難であることも少なくない。それに対して新しい低侵襲手術としての内視鏡治療の実際が供覧された。今後、down staging目的に放射線化学療法を行い、局所再発症例では内視鏡治療をすることの可能が議論された。術後の食道狭窄などの問題もまだ完全には解決されていないことも議論された

肉腫様変化を伴った肝細胞癌切除後、
縦隔・肝門部リンパ節転移をきたした1例

診療科：消化器肝臓内科 発表者：草川 聡子

症例：67歳

性：男性

現病歴：

平成7年頃C型肝炎を指摘され、その後、武内病院にて通院加療を受けていた。平成20年5月中旬より38-39度の発熱あり、精査では肝左葉に約φ7cmの腫瘤を認め、肝膿瘍と診断された。しかし、AFP:232, PIVKAll:227と腫瘍マーカーが上昇しており、HCCも疑われ当院肝胆膵外科紹介受診。その

後の精査で肝細胞癌下大静脈浸潤と診断。平成20年8月19日下大静脈合併肝拡大左葉切除術を受けた。以後通院加療受けていたが、平成21年2月6日、半年後のFollow up CTで縦隔、肝門部にリンパ節転移が疑われ、消化器肝臓内科紹介、精査加療目的に4月3日入院した。

既往歴：

糖尿病、49歳時 胆嚢摘出術、54歳時 C型肝炎（輸血歴なし。刺青あり）

嗜好歴：

酒：13才～66才まで一升瓶2本/日。入院後禁酒。

家族歴：

父：肺炎、癌なし。肝臓病なし。

入院時検査所見：

[手術所見] 下大静脈合併肝拡大左葉切除（平成20年8月19日）

p T3N x M x Poorly differentiated hepatocellular carcinoma, compact type, sarcomatoid im(-), eg, fc(+), fc-inf(+), s0, n0, vp1, vv3, va0, b0, p0, sm(-, 300μm), CH, f 3 肉腫様成分が主体で、辺縁部に中～低分化型肝細胞癌(+) 組織では内部に広範に壊死(+)

[L/D]ヘモグロビンA1c 5.1, CEA 1.7, AFP 2, CA19-9 11.3, PIVKA II 22

[CT] HCCにて下大静脈合併肝拡大左葉切除後。肝門部に25×20mm、食道の右側に29×26mm大のTumor(+)。前回の当院CT、2008/10/27の他院CTと比較して明らかな増大+ →リンパ節転移疑い 残肝に明らかな新規HCC(-)

診断：

肝細胞癌術後 リンパ節転移の疑い

今後の方針：

上部消化管内視鏡、EOB、肝外病変の再検索を行い、放射線療法およびLow dose FPIによる化学療法を予定。

問題点：

- ・組織学的診断には至っておらず画像/経過から肝細胞癌リンパ節転移と診断してよいか
- ・治療方法(手術、放射線化学療法、そのレジメンについて)

特に相談したい診療科：

放射線治療部、肝胆膵外科、腫瘍内科

その後の経過：

67歳男性

#1 縦隔、肝門部、傍大動脈リンパ節腫脹

#2 肝細胞癌肝切除後

上記にて入院。肝細胞癌切除後 半年で、縦隔、肝門部、傍大動脈リンパ節腫脹出現。

これに対して鑑別診断の方法、及び、治療法について検討を行った。組織学的な検索は必要であると考えられたために、EUS下FNA施行。その結果、肝細胞癌のリンパ節転移と診断。放射線療法、全身化学療法を行う方針とした。

第19回 （平成21年5月20日開催）

司会：熊本 忠史（小児科）

参加者数：100名

骨転移を来した巨大右葉状腫瘍の1例

診療科：乳腺外科 発表者：花村 典子

年齢：

性：女性

現病歴：20代頃より、右上外側に1cm大の腫瘤を認めていた。H19年、3月頃より腫瘍の増大傾向を認めため、近医受診し、精査目的にてH19年8月、当科紹介。CNBは良性葉状腫瘍と診断。H19年9月5日、右乳房切除術施行。病理結果は境界型の葉状腫瘍であった。

以後、外来followしていたが、H21年2月右胸壁に

3cm大の腫瘍が出現。CNBにて葉状腫瘍と診断され、H21年4月1日腫瘍摘出術施行。病理結果は境界型の葉状腫瘍再発と診断された。この時点で、胸腹部CTでは遠隔転移等は認めず。

H21年3月頃より、左股部痛を認め、次第に増強してきたため、近医受診し、MRIにて左股関節周囲の異常を指摘されたため、当院整形外科紹介。左腸骨臼蓋部、大腿骨転子部に溶骨性変化を認め、骨転移疑いにてH21年5月11日、全麻下にて骨生検施行された。

問題点：

- 1) 今後の治療について
- 2) 病理組織学的診断について

特に相談したい診療科：

整形外科、腫瘍内科、放射線治療部、病理部

検討事項：

葉状腫瘍の骨転移であることは間違いないであろうという結論になった。

葉状腫瘍は通常は良性疾患であるがきわめてまれであるが遠隔転移を来すことが過去の報告を元に示された。悪性葉状腫瘍はきわめて予後が悪く、抗がん剤治療や放射線治療の適応ではないことを示され、可能な限り切除するのが望ましいであろうとの結論になった。

第20回（平成21年7月8日開催）

司会：佐藤 佳代子（緩和ケア）

参加者数：140名

葉状腫瘍骨盤転移切除後の1例

診療科：整形外科 発表者：中川 太郎 前田 真由

年齢：49歳

性：女性

現病歴：

第19回Tumor Boardで乳腺外科より提示された症

例である。

20代頃より、右乳房上外側に1cm大の腫瘍を認めていた。H19年、3月頃より腫瘍の増大傾向を認めたため、近医受診し、精査目的にてH19年8月、当科紹介。CNBは良性葉状腫瘍と診断。H19年9月5日、右乳房切除術施行。病理結果は境界型の葉状腫瘍であった。

以後、外来followしていたが、H21年2月右胸壁に3cm大の腫瘍が出現。CNBにて葉状腫瘍と診断され、H21年4月1日腫瘍摘出術施行。病理結果は境界型の葉状腫瘍再発と診断された。この時点で、胸腹部CTでは遠隔転移等は認めず。

H21年3月頃より、左股部痛を認め、次第に増強してきたため近医受診。MRIにて左股関節周囲の異常を指摘されたため、当院整形外科紹介。左腸骨臼蓋部、大腿骨転子部に溶骨性変化を認め、骨転移疑いにてH21年5月11日、全麻下にて骨生検施行された。その結果葉状腫瘍の骨転移と診断されたため、5月25日手術（骨盤悪性腫瘍切除＋腫瘍用人工関節置換術）施行した。術後感染兆候無く順調に経過していたが、6月15日、胸腹部、骨盤CTを撮影したところ、多発肺転移、無症候性肺塞栓、深部静脈血栓症、局所再発を認めた。翌16日下大静脈フィルター留置した。現在、骨盤部に放射線治療（予定照射線量total 60Gy）を行っている。

問題点：

- 1) 急速に病状は進行しているが、骨転移巣の組織学的悪性度は増しているのか？？？
- 2) 病態は進行しているが、何か治療として出来ることはあるか？
- 3) 多発肺転移が出現している。家族は何らかの治療を期待している。家族はRFAを期待しているが、PE存在下でも可能か？腫瘍学的に意味はあるか？
- 4) 患者は自分の考えをほとんど表出しない。配偶者との親密な会話もあまり無いようである。配偶者

もこの事態を一人で抱え込もうとしている。したがって今後の治療計画が立てにくい。打開策は？

5) 今後のケアはどこで誰がやる？

特に相談したい診療科：

乳腺内分泌外科、病理部、緩和ケア、放射線治療部、腫瘍内科、看護師

検討項目：

骨盤腫瘍を切除したことがまず報告された。しかし、術後1ヶ月で再発を認めていることが確認された。今後の治療に関しては緩和ケアを中心に行っていくことが重要であるとの共通認識に至った。緩和ケアを重点的に進めて行く際の留意点などが病棟看護師、緩和ケアチームから示され、活発な議論となった。

篩骨洞骨肉腫症例

診療科：耳鼻咽喉・頭頸部外科

発表者：坂井田 寛、湯田 厚司

年齢：34歳

性：女性

現病歴：

平成18年11月に藤田保健大学耳鼻咽喉科で右篩骨洞骨肉腫と診断された (osteosarcoma, conventional, chondroblastic type)。以後、化学療法 (VCR, ADM, IFM, ACT-D)、放射線外照射 (X線60Gy)、定位放射線治療を施行した。

平成18年9月に湖東記念病院にて開頭腫瘍摘出術施行。腫瘍は前頭蓋底の硬膜、右の眼窩内にも浸潤しており術中所見として眼窩下壁に腫瘍残存していた。病理学的にも断端陽性であった。

平成19年12月にfollow upを当科へ依頼された。PET-CTでは眼窩内側壁に集積を認め、腫瘍の遺残と考えられた。平成20年4月から平成21年5月まで化学療法 (MTX, IFO, ADM, CDDP) を施行している。平成21年6月のPET-CTでも同部位に依然集積あり。

問題点：

すでに頭蓋内は術後で、副鼻腔側に残存が考えられるが、患者は再手術を拒否している。

これまでの抗がん剤での副作用も認められる。今まで本患者に行ってきたレジメンを継続して行うことを考えていたが、レジメン委員会で承認されていない。副鼻腔の骨肉腫は稀で、現在も今後も世界的にエビデンスのある治療法が出てくる可能性は少なく、代案レジメンを出すに十分なエビデンスはない。

今後の抗がん剤治療をどのようなレジメンで行なうのか？

また、今後このような稀な腫瘍に対しての治療を行うにあたり、手術ならば腫瘍の部位で主科が決められるが、抗がん剤治療をする場合に、腫瘍部位で主科を決めるのが適切か？腫瘍組織型で主科を決めるのが適切か？

相談したい科：

レジメン委員会、腫瘍内科、整形外科、小児科、脳神経外科

検討事項：

化学療法のレジメとしてはICE(IFM+Calbo+Etoposide)やGEMが壮行する可能性があることが発言された。しかしきわめて珍しいこれらの腫瘍の癌化学療法に対して、病院としてはどのように取り組んでいくかという基本的スタンスが議論となった。当面は腫瘍発生部位により主科を決めるのが現実的ではないかというがんセンター所長の発言があった。

遠隔転移を来した上咽頭carcinoma NOS 症例

診療科：耳鼻咽喉・頭頸部外科 発表者：坂井田 寛

年齢：68歳

性：男性

現病歴：

左滲出性中耳炎にて近医を受診したところ上咽頭左側

壁に腫瘍を指摘され、2007年11月に当科に紹介された。上咽頭腫瘍から複数回の生検を行ったものの、組織の確定診断が困難であり、最終的に上咽頭癌 carcinoma NOS T2bNOMOと診断された。手術が困難な部位であること、放射線治療抵抗性であることから判断して重粒子線治療を行うこととした。2008年3月に兵庫県立粒子線センターにて炭素イオン線治療（64GyE/16fr）を施行した。治療効果はCRであった。2009年6月のPET-CTにて肺・肝にそれぞれ複数のFDGの集積があり、遠隔転移が疑われた。CTガイド下肝生検にて上咽頭と同一の組織型と確認された。

問題点：

病理組織について。

化学療法の実施について

特に相談したい診療科：

放射線治療科、病理部、腫瘍内科

検討事項：

病理組織、化学療法の適応につき病理医、腫瘍内科医を中心に議論された

第21回（平成21年9月9日開催）

司会：島本 亮（呼吸器外科）

参加者数：90名

直腸カルチノイドが原発と考えられる 多発性骨転移の1例

診療科：整形外科 発表者：三浦 良浩

年齢：47歳

性：女性

現病歴：

平成12年に前医外科にて直腸ポリープ切除したところ、カルチノイドであった。病理組織学的に断端陽性であった。

平成20年9月健診で、脊椎・胸骨・腸骨に多発性骨硬化病変を指摘されたため近医受診、転移性骨腫瘍などを疑われ乳がん検診など受けるが異常なし。平成21年1月に骨硬化部位のCTガイド下腸骨生検するも明らかな異常所見なし。

経過観察されていたが、背部痛、左側胸部痛、右股関節痛を自覚し、次第に増強してきたため、精査目的にて当院紹介受診した。なを、昨年まで前医外科で直腸の精査は受けていたが、「異常なし」とのことであった。

血液検査

白血球数6.65↑，赤血球数 3.86， Hb 11.3，
Ht 35.0, Plt 299, CRP 0.23,
CEA 10.6↑

単純X線

骨盤、大腿骨近位、肋骨、脊椎に多発性骨硬化病変あり

FDG-PET/CT

全身骨にびまん性の骨硬化性変化認めるも、高いFDG集積はなし。

胸椎Th1棘突起には骨折がみられ、FDG集積あり。明らかな腫瘍としては同定できず。

骨盤内には大小複数の腫瘍が認められ、辺縁石灰化を伴う嚢胞性腫瘍もあり。嚢胞性腫瘍が最大（51mm）で、FDGの異常集積はない。

FDG集積が最も高いのは骨盤内右側にある40mmの腫瘍で、SUV=2.6。

問題点：

病理組織学的診断

今後の治療

特に相談したい診療科：

病理、消化器内科、消化管外科、腫瘍内科

検討事項：

画像上、病理組織上カルチノイドの骨転移であることが確認された。予後はきわめて厳しいだろうとの発言があった。現在、新規化学療法剤の治験が開始されて

いるのでそれに乗るという案も出された。

第22回 (平成21年12月9日開催)

司会：伊井 憲子 (放射線治療科)

参加者数：90名

肺転移(疑い含む)を伴う骨軟部腫瘍の3例

診療科：小児科 発表者：大槻 祥一郎、淀谷 典子

症例1：14歳女児 診断：再発ユーイング肉腫

初発：平成18年4月 Ewing sarcoma
(右第9肋骨原発)

治療：腫瘍全摘術＋化学療法＋放射線療法
(45Gy) でCR。

再発：平成21年4月 再発 (右腸骨)

治療：化学療法 Topotecan＋
Cyclophosphamide
放射線療法 (TomoTherapy)
2.0Gy/30Fr：計60Gy
大量化学療法後自己末梢血幹細胞移植
(10/27) 終了 (全治療終了)

肺CT：供覧

症例2：13歳女児 診断：ユーイング肉腫 (骨肉腫後)

初発：平成18年9月 骨肉腫 (右大腿骨)

治療：化学療法＋腫瘍全摘術＋化学療法でCR。

再発：平成21年4月 ユーイング肉腫 (左
大腿骨)

治療：化学療法＋腫瘍全摘術＋化学療法中

肺CT：供覧

症例3：23歳女性 診断：骨肉腫肺転移

初発：平成19年2月 骨肉腫 (右脛骨)

治療：化学療法＋腫瘍全摘術＋化学療法でCR。

再発：平成20年9月 骨肉腫肺転移 (数か

所)

治療：胸腔鏡下肺切除→RFA→化学療法
(Gemcitabine 7コース) 中

肺CT：供覧

問題点：

・症例1, 2：

骨軟部腫瘍の転移、感染との鑑別、確定診断目的での
胸腔鏡下肺切除の適応とその箇所

・症例3：

骨腫瘍の肺転移 (複数箇所) への治療法：
Gemcitabineの有効性の評価 (画像的腫瘍量の国際
的評価方法などで) と今後の継続期間？

効果判定のための胸腔鏡下肺切除の適応とその場所

特に相談したい診療科：

放射線科、腫瘍内・外科 (特にGemcitabine使用経
験科)、細菌検査部、呼吸器外科

検討事項：

画像上このような小さな病変を肺転移として断言する
のは大変困難であるとの放射線科医からの意見があっ
た。胸部外科医からはこのような小さな病変を切除す
ることは可能であるが、実際は切除後の病理組織評価
がきわめて困難であるので切除する腫瘍学的意義に乏
しいのではないかという意見があった。症例3は
GEMが奏功している症例であるが、新規治験薬 (メ
ルク) に参加する是非が議論となった。腫瘍内科医の
なかでもGEMを続けるべきという意見と、せっかく
良い薬が出てきたわけだから治験に積極的に参加すべ
きという意見とに分かれて、活発な議論となった。最
最終的に治験に参加することを患者は選択された。

第23回 (平成22年1月13日開催)

司会：山口 素子 (血液/腫瘍内科)

参加者数：84名

中枢神経系再発を繰り返すリンパ腫症例

診療科：血液内科 発表者：山口 素子

年齢：57歳

性：女性

現病歴：

平成19年4月嘔声および呼吸困難で発症、同年6月診断のCD5びまん性大細胞型B細胞リンパ腫 (CD5+DLBCL：高齢、高LDH血症、進行期、PS>1、節外病変数>1などの予後不良因子を高率に有し、予後不良であるDLBCLのサブグループ)。初回治療前の病変部位は縦隔リンパ節、心嚢水でstage IIEA, IPI Low-intermediate riskと判定。同年7月よりR-CHOP療法を開始し、6コース時点でCRとなり、計8コース実施し退院。

平成20年1月中旬より右下肢脱力感が出現し、画像上中枢神経系 (CNS)再発と診断され入院。大量MTX療法 (3.5 g/m²)を開始し、1コースで症状改善しPRを確認。計5コース後、同年4月より全脳照射 (1.8 Gy x 25 Fr)を行い退院。

今回、平成21年11月下旬に左上肢不全麻痺が出現し、画像上CNS再再発と診断され、緊急避難的に松阪中央総合病院で大量MTX療法 (3.5 g/m²)を1コース導入後転入院。大量MTX+AraC療法に切り替え、現在第2コースを実施中であり、症状は改善傾向にある。

問題点：

DLBCLは抗CD20モノクローナル抗体製剤 rituximabを併用したCHOP療法 (R-CHOP)により、全期で5年生存率65%程度を見込めるようになった。しかし、CNS再発あるいはCNS原発例の予後は依然として不良である。

本例では現在のところ頭蓋内病変はコントロールされ

つつあるが、病型特性から今後もCNS病変の再発/増悪が予想される。幸い頭蓋外病変はなく、臓器機能も保たれており、患者の治癒指向が強いことから、今回も治癒指向的治療を行うことを目指している。

今後の治療について、リンパ腫にとどまらず、CNS転移の頻度が高い腫瘍の治療経験をお持ちの先生方からのアドバイスを希望します。

相談したい科：

脳神経外科、放射線科、腫瘍内科、その他

検討事項：

CD5びまん性大細胞型B細胞リンパ腫は脳転移が優位に多いことが今までの血液腫瘍内科の症例を元に示された。脳神経外科医よりマンニトールなどで血液脳関門を破壊しながらの抗がん剤投与が有効であることが示された。

再発性下顎部腺様嚢胞癌の1例

—子宮がん、膣癌との3重癌—

診療科：口腔・顎顔面外科 発表者：松村 佳彦

年齢：77歳

性：女性

現病歴：

66歳時、子宮がん (SCC) と左側下顎部ACCの診断のもと、フィリピンで治療を受けた。治療は下顎に対しては腫瘍摘出、頸部隔清術で放射線治療および抗がん剤の使用に対しては不明である。73歳より膣癌にて当院婦人科入院、放射線治療を受けた。その後、左側肺下葉S9の結節性陰影を指摘されている。

H21年、当院胸部外科入院となり、術前診査のため口腔外科を受診した。口腔内所見およびX-Pで下顎腫瘍が疑われ、本年1月4日口腔外科入院、生検術が行われた。結果ACCと確定診断され、再発腫瘍が強く疑われた。

問題点：

下顎腫瘍に対してはフィリピンの病院からの治療記録では手術のみ記載されている。しかし、本人と家族の記憶では放射線治療？を受けたとの申し出がある。抗がん剤の使用については不明。

放射線治療または癌化学療法がされているかどうかを診断する方法。

特に相談したい診療科：

腫瘍内科、放射線科、胸部外科および緩和治療チーム
検討事項：

以前フィリピンでなされた放射線治療や癌化学療法のデータがフィリピンの病院が火事になったため資料がすべて紛失したことが報告された。癌化学療法は現在の患者さんの状況から考えてかなり困難であろうとの意見であった。また放射線療法は以前の照射データが無い状況ではやはり再照射は危険であるとの見解であった。外科的に切除するのが結局は良いのではないかという意見があった。

第24回（平成22年2月10日開催）

司会：田中 光司（消化管外科）

参加者数：75名

肝臓と全身骨に転移病変を伴う巨大腭腫瘍

診療科：血液内科 発表者：松本 剛史

年齢：65歳

性：男性

現病歴：

8年前から関節リウマチにてMTXとPSLで治療中。数年前より健診のエコーにて腭臓に数cm大の腫瘍を指摘。2009年12月初旬から食思不振あり、鈴鹿中央病院にて腭体部の腫瘍が10cm大まで増大し、経食道エコー下針生検にて悪性リンパ腫の診断。加療目的にて当院転院。塩川病院のFDG-PETでは腫瘍最大径17cm。不整形で左腎浸潤。周囲にリンパ節と思われ

る腫瘍。SUV26.102→30.355の著明なFDG集積。肝2ヶ所、骨左右肩甲骨、左上腕骨、右鎖骨、左右薦骨、左右坐骨、第5胸椎左横突起に集積。しかし当院病理部での再鏡検にては、この組織標本のみで積極的に悪性リンパ腫を示唆する所見はないとの所見。ゆえに1月20日再度当院にて腭腫瘍に対するCTガイド下生検を施行した。病理所見からは、血管線維性組織が採取され、その一部にリンパ球浸潤が見られ、腭実質は含まれず。浸潤するリンパ球に異型は見られず、免疫染色ではCD3陽性T細胞が主体で、極少数のB細胞が含まれ、これでも積極的に悪性リンパ腫を疑う所見無し。形質細胞浸潤ほとんど無し。背景に類上皮細胞の浸潤が目立つ。

結核やサルコイドーシスの鑑別に施行した、クオンティフェロン・ツ反陰性。1日尿中Ca正常、血清ACE低値。やはり診断に至らず。2月8日消化器内科にて再度EUSで針生検の予定。なお、CEA、CA19-9は陰性。Span-1 35↑。Dupan-2>1600↑↑。sIL2Rは1170(12/28)→1914.5(1/7)→800.3(2/1)。LDHアイソザイム3,4優位に増加。血清アミラーゼは正常もリパーゼは増加。

2月8日再度EUSにて針生検。

問題点：

- #1 画像、血液検査所見、臨床病態などで悪性リンパ腫以外に考えられる疾患はないか？他に追加すべき検査は？
- #2 再度EUSにても診断確定できなかった場合に行うとすればどこの生検が良いか？

特に相談したい診療科：

画像診断科、肝胆膵外科、消化器、肝臓内科、整形外科、呼吸器内科、腫瘍内科

検討内容：

65歳男性の腭体部腫瘍（10cm大）の画像診断、病理組織診断について活発な討論がされた。

CT、MRIの画像所見では、悪性リンパ腫を強く疑い、

膀胱癌は否定的とのコメントであった。(encasementがみられないなど)超音波内視鏡下とCTガイド下生検による病理組織所見では、神経内分泌系腫瘍を強く疑うとのコメントであった。まだ、免疫組織学的染色による詳細な検討はされていないため、今回はその結果とその後の経過を報告する予定である。

家族性大腸ポリポーシス大腸全摘後に出現した難治性デスマイドの1例

診療科：消化管・小児外科学講座

発表者：奥川 喜永

年齢：25歳

性別：女性

現病歴

デスマイド腫瘍は、局所浸潤性の線維性腫瘍性病変であり、遠隔転移を来すことはないが再発率の高い疾患であるため、臨床的には良悪性の中間的疾患と位置づけられている。治療法としては外科的切除が第1選択であるが、腸管膜や骨盤腔内への浸潤性で境界不明瞭なもの、発生した場所によっては切除困難で、薬物療法、放射線療法などが選択される。本症は、FAP大腸全摘後に多発性にデスマイドを発症し、薬物療法を行っているが、増大傾向を認め治療に苦慮している。デスマイドを含めた、軟部(線維性)腫瘍について、治療経験をお持ちの先生からのアドバイスをいただきたいと考えています。

検討内容：

25歳女性。家族性大腸ポリポーシスの大腸全摘後、多発性腹腔内、腹壁のデスマイド腫瘍の治療方針について活発な討論がされた。

手術療法について、局所再発を防止するため広範囲切除が一般的であるとのコメントを整形外科よりいただいた。薬物療法について、標準的レジメンはないがアドリアシンが中心であること、今後、tyrosine

kinase inhibitorsなども有効ではないかとのコメントを腫瘍内科からいただいた。放射線治療について、標的病変に約5cmの照射マージンが必要で広範囲になり場所によっては治療困難であるとのコメントであった。その他、各科より示唆に富むコメントが出され、それらを参考にし、今回は治療経過報告をする予定である。

第25回 (平成22年3月10日開催)

司会：小林 裕康(呼吸器内科)

参加者数：57名

病態把握に難渋する肺炎像および多発肝腫瘤影を呈した1例

診療科：呼吸器内科 発表者：内藤 雅大

年齢：66

性：男性

現病歴：

2009年10月から湿性咳嗽出現。12/16近医にて、胸部CT施行したが、明らかな異常所見は認められなかった。2010/1/2近医採血にて、白血球数/CRP:8400/13.8と高値を示し、抗生剤(詳細不明)が投与された結果、1/6にはCRPが3.9へ改善した。しかしながら、1/20労作時呼吸困難出現し、1/23には白血球数/CRP:6500/11.7と高値を示すとともに、胸部X線にて右上肺野に浸潤影が認められ、肺炎疑いで同日近医入院となった。入院後、喀痰抗酸菌塗沫陰性培養陰性、尿中肺炎球菌抗原陰性、尿中レジオネラ抗原陰性であったが、胸部CTでは、両側肺のスリガラス影が認められた。SBT/ABPC3g/日点滴静注施行され、症状、炎症反応上昇は改善したが、胸部X線の陰影には変化が認められなかった。その後も抗生剤の変更を重ねたものの、肺野の陰影に改善が認められず、精査加療目的に、2010/2/18当科紹介入院となった。入院後、改めて全身検索を施行した

ところ、肺野の間質影に加えて、腹部CTにて、多発性の腫瘍影が認められ、転移性肝腫瘍の可能性が示唆された。

問題点：

- ① 原発巣がどこか。
- ② 肺病変との関係は？

特に相談したい診療科：

消化器肝臓内科、放射線科（画像診断科）、腫瘍内科

検討内容：

画像上は腫瘍と言うより炎症を思わせるような腫瘍であり、特に初期のCTから腫瘍であるとの診断をすることは困難であることが指摘された。経過中に胸水の細胞診が行われていたが、adenocarcinomaという診断であった。全身状態の悪化が急速に進行したために、これ以上の精査は不能であり、原発巣が肺なのか他臓器なのかは不明のまま患者さんは亡くなられた。呼吸器内科医の意見としては肺がんの可能性が高いという事であったが、家族の希望により剖検は行われなかった。

事務部門

岡田 康子

【研 修 会 ・ 学 会 受 講】

第2回三重がん診療連携クリニカルパス研究会 院内がん登録初級者研修会（大阪）	平成21年5月19日 平成21年6月18日	津地区医師会館 新梅田研修センター
三重県がん登録研修会	平成21年7月4日	津教育文化会館
第3回三重がん診療連携クリニカルパス研究会 三重県がん登録研修会	平成21年9月10日 平成21年11月7日	津地区医師会館 ザ・グランコート津西
第10回神戸市管理士集会	平成21年11月21日	神戸百年記念病院
病理医育成臨床研修モデル事業講習会	平成21年12月5日	鳥羽国際ホテル
//	平成21年12月6日	県営サンアリーナ
三重大学医学部附属病院緩和ケア研修会	平成22年1月10～11日	三重県医師会館
第4回三重がん診療連携クリニカルパス研究会	平成21年2月24日	津地区医師会館
第8回がんチーム医療研究会	平成22年3月9日	ホテルグリーンパーク津
日本病理学会中部支部スライドセミナー	平成22年3月20日	福井商工会議所 コンベンションホール

【市 民 公 開 講 座】

市民公開講座 in 伊賀☆名張

安心できるがん医療 — 知ってほしい緩和ケアのこと —

平成21年12月12日

名張市武道交流館いきいき 多目的ホール

第3回市民公開講座

がんから身を守る！！ — 知ってほしい肝臓がんの治療 —

平成22年2月11日

三重県総合文化センター 中ホール

◆2009年を振り返って◆

平成18年に設立された三重大学がんセンターは、今年度で3年が経過し設立当初は、先生と事務員は私一人でしたが、年々増員され今では10人を超えるスタッフ数になりました。今年度は、二回も引っ越しがあり、7月に管理棟（現 探索医科学研究棟）2階から病態医科学研究棟9階へ3月には病院6階西翼へと移転し慌ただしい一年でした。

今年度の活動は、院内がん登録は勿論のこといろいろながん登録研修会に参加させて頂きました。地方での市民公開講座は、名張で開催し、今年で3回目となった津市での市民公開講座は、あいにくの大雨となりましたが、関心の深いたくさんの方々に聴講して頂きました。最近のTumor Boardは、いつも盛況で、三重がん診療連携クリニカルパス研究会や緩和ケア研修会、患者会も回を重ねて本格化してきました。また来年度はI-D-L i n kの導入や地域がん登録の開始準備等ますます忙しくなりそうですが、発展途上の部門として成果が見えて来るのがとても楽しみです。益々頑張りたいと思っております。

2009年度研修会・公開講座

- 平成21年6月10日 愛知県名古屋 I MY ホール会議室
院内がん登録初級修了者研修会
- 平成21年6月21日 四日市市文化会館 第2ホール
市民公開講座「安心して受けられるがん治療のためにー乳がん治療ー」
- 平成21年7月4日 三重県教育文化会館
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
「今一度5大がんについて、病気分類から臨床までー肝がん・大腸がんー」
- 平成21年11月7日 ザ・グランコート津西 多目的スペースにて
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
「胆嚢・胆管・ファーター乳頭の病期分類」「ICD-O 形態コーディングの実際」
- 平成21年12月6日 三重県サンアリーナ レセプション室にて
病理医育成臨床研修モデル事業講演会
講師：三重大学医学部附属病院 病理部 福留 寿生先生
講師：福井県立病院 臨床病理科医長 海崎 泰治先生
- 平成21年12月12日 名張市武道交流館いきいき 多目的ホール
市民公開講座in伊賀・名張「安心できるがん医療ー知ってほしい緩和ケアのことー」
- 平成22年1月10日 三重県医師会館
三重大学医学部附属病院主催 緩和ケア研修会
- 平成22年1月22日 日本消防会館
第1回 日本臨床試験研究会学術集会2010 in 東京
- 平成22年2月11日 三重県総合文化センター 中ホール
第3回 市民公開講座「がんから身を守る!!知ってほしい 肝臓がんの治療」
- 平成22年3月20日 福井県福井商工会議所 コンベンションホール
第13回 日本病理学会中部支部スライドセミナー

2009年度を振り返って

今年度も、色々な研修会・公開講座に参加させていただきました。
がん登録だけでなく、他の行事にも参加させていただくことで、貴重な経験をさせて頂きました。
今後も、この経験を活かし、また、日々勉強してまいりたいと思います。

事務部門

福本 由美子

【平成21年度 研修会・公開講座一覧】

平成21年度院内がん登録 初級者研修会

平成21年6月18日～19日

新梅田研修センター

市民公開講座「安心して受けられるがん医療のためにー乳がん治療ー」

平成21年6月21日

四日市市文化会館

平成21年度三重県がん登録研修会「今一度5大がんについて、病期分類からがんの臨床まで」

平成21年7月4日

三重県教育文化会館

第18回地域がん登録全国協議会総会研究会

平成21年9月3日～4日

新潟県民会館

平成21年度三重県がん登録研修会「胆嚢・胆管・ファーター乳頭の病期分類」

「ICD-O形態コーディングの実際」

平成21年11月7日

ザ・グランコート津西

第10回神戸市管理士集会

平成21年11月21日

神戸百年記念病院

市民公開講座 in 伊賀・名張「安心できるがん医療ー知ってほしい緩和ケアのことー」

平成21年12月12日

名張市武道交流館いきいき 多目的ホール

三重大学医学部附属病院主催緩和ケア研修会

平成22年1月10日

三重県医師会館

第3回市民公開講座「がんから身を守る！！知ってほしい肝臓がんの治療」

平成22年2月11日

三重県総合文化センター 中ホール

ID-Link 導入に向けた連絡会議

平成22年2月16日

三重大学病態医科学研究棟 8階中会議室

第4回三重がん診療連携クリニカルパス研究会

平成22年2月24日

津地区医師会館

第13回日本病理医学会中部支部スライドセミナー

平成22年3月20日

福井商工会議所 コンベンションホール

ID-Link 導入に向けた連絡会議

平成22年3月29日

三重大学病態医科学研究棟 2階大会議室

◇平成21年度を振り返って・・・◇

今年度もさまざまな研修会・公開講座に参加させて頂き、色々なことを学ばせていただきました。来年度も、これらの経験を活かし日々のがん登録、がんセンター業務に努めてまいりたいと思います。

【平成21年度 公開講座・研修会参加一覧】

市民公開講座「安心して受けられるがん医療のためにー乳がん治療ー」	平成21年6月22日	四日市文化会館
平成21年度三重県がん登録研修会 「胆嚢・胆管・ファーター乳頭の病期分類」「ICD-O形態コーディングの実際」	平成21年11月7日	ザ・グランコート津西
第10回神戸市管理士集会	平成21年11月21日	神戸百年記念病院
市民公開講座in伊賀・名張「安心できるがん医療ー知ってほしい緩和ケアのことー」	平成21年12月12日	名張市武道交流館いきいき
病理医育成臨床研修モデル事業講演会（1日目）	平成21年12月5日	鳥羽国際ホテル
病理医育成臨床研修モデル事業講演会（2日目）	平成21年12月6日	三重県営サンアリーナ
三重大学医学部附属病院主催緩和ケア研修会	平成21年1月11日	三重県医師会館
第13回日本病理医学会中部支部スライドセミナー	平成21年3月20日	福井商工会議所

◆◆◆平成21年度を振り返って◆◆◆

今年度よりがんセンターでお世話になり、たくさんの経験をさせていただきました。

市民公開講座ではチラシやポスターのデザインから任せていただき、たくさんの人の目の留まるよう工夫し、自分ならではのデザインを考えさせていただきました。普段は患者さんと直接お話ししたりする機会がありませんが、市民公開講座を通して少しでもお役に立てればと思い、来年度からも力をいれていきたいです。

また、病院内での医療安全標語の最優秀賞をいただきました。直接的ではなくても、こういった標語を通して患者さんと係わり、何かを伝えることができることにも大変嬉しく思います。

事務部門

花井 大介

地域連携システム担当 花井です。今年4月、三重大学医学部附属病院と三重県は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、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）に整備し、がんをはじめとした地域連携クリニカルパスの円滑な運用及び、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を目的とした『三重医療安心ネットワーク』の試験運用を始めました。このシステムの大きな特徴としてインターネット回線を使用し、比較的簡単に低コストでネットワークの構築ができるという点があります。また、拠点病院と連携施設間では患者様の診療情報を共有し、リアルタイムに病態や経過が観察、把握できることにより一貫した医療を行うことができます。拠点病院側で行った血液検査、処方、CTなどの診療情報を共有し連携施設間で共有することにより、重複検査、重複投薬の防止につながり、医療資源の節約、患者様の負担の軽減等が期待されています。このシステムは三重医療安心ネットワークに参加している医療機関で、医療情報開示のための同意書を提出された患者様の診療情報を共有するものであり、三重医療安心ネットワークに参加している施設での情報共有が可能となりますが、希望された医療機関以外での閲覧は制限されますので、どこの医療機関でも自由に閲覧できるわけではありません。したがってプライバシーに配慮し、安心安全にご利用することができます。

現在県内の6拠点病院と参加に意欲的な連携施設間で『三重医療安心ネットワーク』が構築されていますが、まだまだそのネットワークの網は小さくこのシステムの機能を十分に活かすには至っていません。これからの目標として県内に広くネットワークの網を広げ、多くの患者様に『三重医療安心ネットワーク』に参加していただき地域医療連携を推進していくことです。また三重医療安心ネットワークを活用することに

より昨今の医師不足やへき地医療等の問題の解決につながればと考えております。

事務部門

松田 明子、村林 千歳、笹岡 円、木村 直子、山口 知子

松田 明子

平成22年5月より新しくがんセンターのスタッフになりました松田です。

がんセンターでは「地域連携」に係わる業務を担当させていただくことになり、地域医療について日々勉強させていただいております。まだまだ知識も浅く、無知な部分もたくさんありますが、今後も吸収したことを活かして取り組んでいきたいと思っております。

よろしくお願い致します。

村林 千歳

平成21年10月より、医療資源調査アンケートの事務担当としてがんセンターにお世話になっております。アンケート登録の際は、初めて目にする医療専門用語もたくさん出てきて戸惑うこともありましたが、同時に各医療機関のがん患者受け入れ情報や様々なご意見に触れることができ、たいへん勉強になりました。この調査内容が公開され、がん診療の連携に役立てていただけるよう、今後も引き続き取り組んでいきたいと思っております。

笹岡 円

平成21年10月1日より新しくがんセンタースタッフになりました笹岡です。

がんセンターでは、「医療資源調査」に係わる業務を担当させていただきました。

附属病院での勤務は初めてということもあり、最初は不安な気持ちもありましたが、毎日新鮮な気持ちで過ごせた実りある一年でした。

まだまだがんに関する知識は浅く、未知の部分がたくさんあるので、これからも日々勉強、そして自己のレベルアップに取り組んでいきたいと思っております。

今後もよろしくお願い致します。

木村 直子

2009年度を振り返って

2009年11月より、がんセンターで勤務していません。

質の高い看護師育成研修の事務補佐をさせて頂きました。

熱意あふれる講師の方々、志し高き研修生の方々、百戦錬磨な関係者の方々の中で、自己を振り返る日々でもありました。

今年度は昨年度の学びを業務に生かし務めたいと思います。

よろしく申し上げます。

山口 知子

平成22年5月1日よりがんセンタースタッフの一員となりました山口です。

担当は今年より開設されたリボンズハウスです。リボンズハウスは、がん患者さんの「治療と生活」をつなぐ場なので、少しでも患者さんや患者さんのご家族のお手伝いが出来ればと思っております。

人が集い和むスペースをどなたにでも気軽に利用して頂けるよう、日々心がけていきたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

副センター長を拝命して

がん看護専門看護師 中村 喜美子

2009年度は、副センター長として私は何をすべきか、何ができるのかを模索していた1年間でした。

まず、これらの自分の役割を考えるにあたり、がんセンター全体の活動を把握するという実に基本的なところから始めております。もちろん、これまでも、リーダー会議や年報などを拝見し、私なりに承知しておりましたが、今年度は看護職という視点で概観してまいりました。

そして、わかったことは、・・・実はまだまだ模索中であるということです。しかしながら、多職種で構成された組織であるがんセンターにおいて、私は、副センター長というポジションにこだわらずに、常に看護という視点を忘れずに発信していけばよいのだということまでは、自分で再確認できました。

つまり、がんセンターの活動のoutcomeを、“がんを持ちながら生活する人のQOLをいかに維持向上させることができるか”、ということに焦点をあてて考えることが、私の役割ではないかと考えております。

そして、がんセンターの活動が、より一層良い方向へと進むように、多職種間の調整役や潤滑油の役割を果たせたら嬉しいなと、僭越ながら考えております。

中瀬センター長からは、「やる気のある者welcomeだ」と言っていていただき、自由にやらせていただいていることは、本当にありがたく感謝いたしております。

今後は、私のモットーであります「積極的に前向きに、そして楽しく」を常に心におきながら、微力ではありますが、今の私にできることから務めてまいりたいと思っております。

今後ともご指導ご鞭撻の程、どうぞよろしくお願いいたします。



市民公開講座とがんチーム医療研究会

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

当がんセンターが力を入れて取り組んでいる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。市民公開講座は毎年2回、津と津以外の地域で開催しており、今年度は平成21年12月12日（土）に名張市の武道交流会館いきいきの多目的ホール、平成22年2月11日（木）に三重県総合文化センター中ホールを会場として開催しました。

（1）名張での公開講座は公開講座in伊賀+名張として、「安心できるがん医療一知ってほしい緩和ケアのこと」をテーマとして開催し、緩和ケアについて知っていただくために、以下のような案内文を挿入したパンフレットを参加された方全員に配布させていただきました。

緩和ケアについて皆さんはご存知でしょうか。緩和ケアとは、体の痛みやつらさ、不安な気持ちや生きる意味、価値について生じる疑問などのがん患者さんや家族の方が直面するさまざまながんに関連する苦痛を和らげる医療のことを言います。平成19年に国が定めたがん対策推進基本計画の中では、「緩和ケアについては、身体症状の緩和や精神心理的な問題への援助など、がんの治療の初期段階から積極的な治療と並行して行い、治療時期や療養場所を問わず患者の状態に応じて、適切に提供されるとともに、がん患者と同様にその家族もさまざまな苦痛を抱えていることから、がん患者のみならず、その家族に対しても心のケアを行う必要がある」と述べられています。今回の市民公開講座では、緩和ケアの現状について専門の医師、看護師による講演を行ったあと、これからのがん医療について皆様からお寄せ頂いたご質問を基にしてパネルディスカッションを予定しています。緩和ケアについて知って頂くことにより、がん患者さんや家族の方が少しでも快適な生活を送って頂くためのお役に立てればと考えておりますので、よろしくご申し上げます。

今回の伊賀名張地区での公開講座については緩和ケアをテーマに掲げていましたので、この地区で緩和医療に積極的に取り組んでいる寺田病院と合同で開催することになりました。寺田病院へは打ち合わせのために2回ほど訪問させて頂き、プログラムの内容、パネルディスカッションの進め方などについて協議させて頂きました。寺田病院院長の板野 聡先生には貴重なご意見をうかがい大変お世話になりました。

公開講座のプログラムは以下の如くです。

日時：平成21年12月12日（土）

13：00～16：00(12：30開場)

場所：名張市の武道交流会館いきいき多目的ホール

開会挨拶

三重大学がんセンター

中瀬一則

名賀医師会

会長 加藤正彦

講演1

「いま、なぜ、緩和ケアなのか」

三重大学医学部がんセンター助教 星野奈月

講演2

「意外と知らない緩和医療のこと」

寺田病院 外科部長

遠藤 彰

緩和ケア認定看護師

長嶋千恵子

講演3

「お家で快適に過ごすために」

岡波総合病院 がん看護専門看護師 中 凜子

パネルディスカッション

「これからのがん医療について」

座長：寺田病院院長

板野 聡

三重大学医学部看護学科准教授

辻川真弓

パネリスト：星野奈月、遠藤 彰、長嶋千恵子、
中 滉子、北森祥子（名張市健康
福祉部 地域包括支援センター長）

閉会挨拶

伊賀医師会

会長 子日光雄



公開講座会場入り口の風景



公開講座受付の様子

皆様にお配りした公開講座のちらしを以下にお示し
致します。

緩和ケアがテーマでしたので、明るい暖色の色調で
統一しました。



当日は夕方近くから一時、雨となり、悪天候でしたが、定員150名のところを190名の方にご参加頂き、本会場が満席となりましたので、武道交流会館内の別会場でも中継で放映させて頂きました。伊賀名張地区での公開講座ということで、開会の御挨拶を名賀医師会会長の加藤正彦先生（現三重県医師会会長）に、閉会の御挨拶を伊賀医師会会長の子日光雄先生に御願いました。講演では三重大学緩和ケアチームの星野奈月の方から緩和ケアとはどういうものかについてまず説明し、地元の寺田病院で緩和ケアに取り組まれている遠藤彰先生と長嶋千恵子看護師に緩和医療の現状についてお話し頂きました。また、岡波病院の中滉子看護師には、具体的な在宅での療養生活についても触れて頂きました。講演終了後に寺田病院院長の板野 聡先生と三重大看護学科の辻川真弓先生の座長で講演担



ぎっしり満員の会場



パネルディスカッションを総括される板野院長

当の先生方に名張市健康福祉部地域包括支援センターの北森祥子センター長にも加わって頂いて、ご参加の皆様から寄せられた質問を基にパネルディスカッションを行いました。最後に板野先生がイメージ図を示されて、「がん医療」と「緩和医療」の関係についてどちらが先なのかではなく、緩和医療はがん医療そのものであることをお話になり、締めくくって頂きました。ご参加された方は最後まで熱心に耳を傾けられ、盛況のうちに終了させて頂くことができました。お世話になりました寺田病院、名賀医師会、伊賀医師会、名張市健康福祉部の皆様に心より厚く御礼申し上げます。ありがとうございました。

(2) 津での第3回となる市民公開講座は、「知ってほしい、肝臓がんの診療」をテーマに開催致しました。これまで、日本人に多い5大がんについての情報提供ということで第1回は肺がん、第2回は乳がんを取り上げてきましたが、今回は三重大学医学部附属病院に肝炎相談支援センターが開設されましたので、そのご紹介も兼ねて肝臓がんを取り上げさせて頂きました。また、昨年よりご依頼申し上げていた、国立がんセンター元総長の垣添忠生先生のがん対策についての特別講演も拝聴することになりました。当日参加された方全員に、以下の案内文を挿入したパンフレットをお配り致しました。

肝臓がんは、そのほとんどが肝炎ウイルスが原因で起こることがわかっています。近年になり、この肝炎ウイルスに対する治療が可能となり、肝臓がんの発症を予防する道が開けました。

また、肝臓がんに対する新しい治療法も開発されています。今回の市民公開講座では、この肝臓がんを取り上げました。最初に、内科、外科、放射線科それぞれの領域の専門医が肝臓がんの治療についての講演を行います。今回は、国立がんセンター名誉総長の垣添忠生先生の「わが国のがん対策について」の特別講演も予定しています。そのあとで、応募葉書でお寄せ頂いたご質問をもとに、パネルディスカッションを行い、皆様の疑問にお答えします。肝臓がんについて、正しい知識を持って頂くことにより、肝臓がんから身を守り、また、肝臓がんで苦しまないように、少しでも皆様のお役に立てればと考えておりますので、最後までよろしくお願い申し上げます。

当日の公開講座のプログラムは以下の如くです。

日時：平成22年2月11日（木・祝）

13：00～16：00(12：00開場)

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 院長 竹田 寛
三重県健康福祉部 医療政策監 古元重和

講演Ⅰ

肝がんの原因と内科治療
三重大学医学部附属病院肝臓相談支援センター
講師 藤田尚己

講演Ⅱ

肝がんの外科的治療
三重大学医学部附属病院肝胆膵外科
講師 櫻井洋至

講演Ⅲ

肝がんに対する I V R
三重大学医学部附属病院 I V R 科
助教 高木治行

特別講演

わが国のがん対策一人人として、
地域として、国として—
国立がんセンター名誉総長兼財団法人
日本対がん協会会長 垣添忠生

パネルディスカッション

これからのがん医療について
座長：三重大学看護学科成人・精神看護学講座
准教授 辻川真弓
パネリスト：垣添忠生、藤田尚己、櫻井洋至、
高木治行
中村喜美子（がん看護専門看護師）
鈴木志保子（医療ソーシャルワーカー）

閉会挨拶

三重大学医学部附属病院がんセンター 中瀬一則

以下に示すちらしを地域に配布して、参加をよびかけさせて頂きました。



この公開講座には、484名の方が参加され、熱心に御聴講頂きました。開会の御挨拶を三重大学医学部附属病院院長の竹田 寛先生と三重県健康福祉部医療政策監の古元重和先生に御願いました。講演は最初に、三重大学の肝炎相談支援センターの紹介も兼ねて、肝がんの内科的治療について同支援センター講師の藤田尚己先生にお話し頂き、肝移植も含めた外科的治療について、三重大学肝胆膵外科講師の櫻井洋至先生、ラジオ波を中心とした放射線科的治療について三重大学ⅠV R科助教の高木治行先生にそれぞれ講演を御願いました。今回は特別講演として、国立がんセンター名誉総長の垣添忠生先生にわが国のがん対策について、さまざまな角度から幅広くお話しして頂きました。参加された方からのご質問を基にしたパネルディスカッションでは、三重大学看護学科の辻川真弓先生に座長を御願いし、講演頂いた先生の他に、三重大学附属病院の中村喜美子看護師、鈴木志保子医療ソーシャルワーカーにも加わって頂きました。この中で、垣添先生が、がんで奥様を亡くされた時の状況についても言及され、家族のグリーフケアの問題についても深く考えさせられる内容となりました。



公開講座会場の様子



垣添先生を囲む講演の先生方と役員

上段左から櫻井洋至、三木誓雄、藤田尚己、竹田 寛、垣添忠生先生、私、高木治行、下段左から中村喜美子、辻川真弓、鈴木志保子、星野奈月（敬称 略）

(3) 第7回がんチーム医療研究会が平成21年9月18日（金）に津のホテルグリーンパーク津で開催されました。県内のがん診療連携拠点病院を中心に医師、薬剤師、看護師等含めて97名の方が参加されました。当日は以下のプログラムで行われました。

平成21年9月18日（金）

ホテルグリーンパーク津6階「伊勢・安濃の間」

18：25～

開会挨拶

三重大学医学部附属病院がんセンター 中瀬一則

18：30～

一般演題

座長：松阪中央総合病院がん薬物療法認定薬剤師

谷口賢二

山田赤十字病院がん看護専門看護師

大市三鈴

I 「当院における抗がん剤血管外漏出時対応の現状と対策」

鈴鹿中央総合病院薬剤部 九鬼大作

II 「化学療法を受ける患者への支援～ボランティアによるタオル帽子づくりへのとりくみ～」

山田赤十字病院医療社会事業部医療社会事業課社会係 中原クミ
 山田赤十字病院看護部 大市三鈴
 山田赤十字病院地域医療連携課長 稲垣臣司
 山田赤十字病院内科 辻幸太

19:10～

講演 I

座長：三重大学医学部附属病院腫瘍内科講師
 水野聡朗
 「血液内科医としてのがん薬物療法専門医」
 鈴鹿中央総合病院副院長 川上恵基

19:30～

講演 II

座長：独立行政法人国立病院機構三重中央医療センター院長 坂井 隆
 「肝臓がんにおける地域連携パス作成の取り組み」
 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

20:30～

閉会挨拶

三重大学医学部附属病院院長 竹田 寛

一般演題では、鈴鹿中央病院薬剤部から、抗がん剤血管外漏出時の対応について、山田赤十字病院社会事業部から、タオル帽子づくりによる患者支援の取り組みについての発表がありました。毎回、がん専門職の紹介をしている講演 I では、日本臨床腫瘍学会認定の

がん薬物療法専門医である鈴鹿中央病院副院長の川上恵基先生に血液内科医の立場からのがん薬物療法専門医としての活動について報告して頂きました。座長は同じく、がん薬物療法専門医の三重大学医学部附属病院腫瘍内科講師の水野聡朗先生に御願いました。講演 II は日本人に多い5大がんについての教育講演を乳がん、肺がん、大腸がんと続けてきましたので、今回は肝臓がんを取り上げました。丁度、肝臓がんについての地域連携クリニカルパスの策定について、中勢医療圏で三重大学と三重中央医療センターが中心となり、取り組みを続けていましたので、三重中央医療センター院長の坂井 隆先生に座長になって頂き、がんセンターの連携部門長として、この地域パス策定のリーダーシップを取ってもらっている櫻井洋至先生に現在の取り組みの状況について報告して頂きました。各二次医療圏で地域がん診療連携拠点病院が中心となり、5大がんの地域連携クリニカルパスを平成23年度末までに策定することが義務付けられていますので、今回、参加された拠点病院の先生方にはご参考になったかと思っています。



第7回がんチーム医療研究会の案内用のちらし

(4) 第8回がんチーム医療研究会が平成22年3月9日(火)にホテルグリーンパーク津で開催されました。今までは、第6回を除いて、ずっと金曜日の開催でしたが、参加者の方から金曜日では参加できないので、曜日を変更してほしいとの要望があったため、今回、初めて火曜日の開催となりました。今回は133名の方が参加されました。当日のプログラムは以下の如くです。

平成22年3月9日(火)

ホテルグリーンパーク津6階「伊勢・安濃の間」

18:25~

開会挨拶

三重大学医学部附属病院がんセンター 中瀬一則

18:30~

一般演題

座長：四日市社会保険病院がん化学療法看護認定看護師 中村吉孝
鈴鹿中央総合病院がん薬物療法認定薬剤師 森 章哉

I 「多発骨転移のある患者へのリハビリテーションー緩和ケアチームでの関わりー」
三重大学医学部附属病院緩和ケアチーム作業療法士 鈴木良枝
三重大学医学部附属病院身体症状担当医師 星野奈月、佐藤佳代子
三重大学医学部附属病院精神症状担当医師 鈴木 大
三重大学医学部附属病院がん看護専門看護師 福永雅子、中村喜美子
三重大学医学部附属病院医療ソーシャルワーカー 鈴木志保子
三重大学医学部附属病院がんセンター 中瀬一則

II 「緩和ケア病棟における嘔気・嘔吐に対するオランザピンの有効性の検討」

松阪厚生病院薬剤課 山中幸典、松浦明子
松阪厚生病院緩和ケア病棟 荒木裕登
長島 渉、岡井美鈴、田中友晴、齋藤純一

19:10~

講演 I

座長：三重大学医学部附属病院放射線科

山門亨一郎

「放射線治療専門医の役割と現状」

松阪中央総合病院放射線科 野本由人

19:30~

講演 II

座長：三重大学医学部附属病院がんセンター

星野奈月

「日本のがんのウィークポイントー放射線治療と緩和ケアー」

東京大学大学院医学系研究科放射線科准教授 中川恵一

今回は一般演題では、骨転移のある患者のリハビリテーションへの緩和ケアチームの関わりについて、三重大学緩和ケアチームからの発表がありました。また、今回より、初参加の松阪厚生病院からは、嘔気・嘔吐に対するオランザピンの有効性の検討についての報告がありました。がん専門職について紹介する講演 I では、放射線治療専門医について、大学から松阪中央病院へ移られた野本由人先生にお願いし、座長は三重大学附属病院放射線科講師の山門亨一郎先生に務めて頂きました。講演 II では、わが国のがん対策推進基本計画の策定に関わられ、がんに関連する新聞や雑誌の連載記事や多数の著書を通じて、わが国のがん医療のリーダー的存在である東京大学医学部放射線科准教授で緩和ケア診療部長の中川恵一先生をお招きして、日本

のがんのウイークポイントについてと題するご講演を賜りました。中川先生の穏やかな雰囲気がかもし出す癒しのオーラを感じながら、拝聴させて頂きました。



第8回がんチーム医療研究会の案内用のちらし

「三重医療安心ネット」

中瀬 一則

がんセンター連携部門長の櫻井洋至先生からも活動報告の中で紹介があると思いますが、私からも三重医療安心ネットについて述べさせていただきます。平成22年3月に、三重大学医学部附属病院を中心として、三重県内の6病院（三重大学、三重中央医療センター、鈴鹿中央病院、松阪中央病院、済生会松阪病院、紀南病院）にインターネットによる医療連携システムを導入し、「三重医療安心ネット」を設立（図1）しました。平成22年4月8日に三重大学医学部の臨床第一講義室

でそれぞれの病院の代表者が参加して、設立発表会を行っています。当日は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、三重タイムズ等の報道関係者も集まり、各テレビのニュースや新聞で報道されたことはご存知の方もみえるかと思います。

このシステム（IDリンク）（図2）は、連携施設間で患者診療情報を共有することにより、切れ目のない連携医療を効率的に進めることを目的にしております。



図1 「三重医療安心ネット」の設立を伝える三重タイムズの記事

日本では今、団塊の世代ががん年齢に入り、先進国で唯一右肩上がりに、がん患者が増加し、cancer tsunamiに直面しております。この状況に対応するために、わが国では、平成19年4月にがん対策基本法が施行され、この法律のマスタープランである、がん対策推進基本計画がその年の6月に閣議決定されました。

その中で、5大がん（肺がん、胃がん、大腸がん、肝がん、乳がん）に対する地域連携クリニカルパスをそれぞれの2次医療圏でがん診療連携拠点病院が中心となり策定していくことが義務づけられました。津市周辺の中勢医療圏では、がん診療連携拠点病院である三重大学医学部附属病院と三重中央医療センターが中心

になり、現在、肝臓がんを皮切りに地域連携クリニカルパスの策定を進めております。この地域パスは増加するがん患者に対応するために、一施設完結型医療から、地域の各施設間で機能に応じた役割分担を行い、連携して患者診療に当たる地域完結型医療への移行を円滑に進めるためのツールになるものです。がんの拠点病院のみでがんのすべての病期の診療に対応することになると、急性期治療を終了してから、約5年間、がんの種類によっては10年以上の長期間、経過観察が必要になり、がん患者の増加により、行き場を失ったがん難民を生む可能性が出てきます。そこで、がんの拠点病院、一般急性期病院、慢性期病院、かかりつけ医、訪問看護ステーション、居宅介護支援センター、介護療養施設等で、がんの急性期の治療、その後の

follow up、在宅ケアとそれぞれの医療施設の特性に応じた役割分担（図2）を行い、連携することにより、切れ目のない継続的な医療の提供を目指そうというものです。

ITによる情報革命が進行していく中で、医療分野でもITを導入して、医療を効率化していくことは必然の流れと考えられますが、この地域連携パスを効率的に運用していくことを目的として、三重大学がんセンターと三重中央医療センターでインターネットを活用した施設間の医療連携システムの構築にこれまで取り組んできました。過去においては、平成12年度に、経済産業省がITを活用した医療連携に対して補助金を出したことがあり、全国から応募があった26プロジェクトに対して、総額58億円が交付されましたが、わず



図2 各医療施設との医療連携

か4年で、ほぼすべてのプロジェクトが破綻したことが知られております。しかし、当時の状況とは異なり、現在では、電子カルテの普及が格段に進んでおり、ブロードバンドの導入により、画像の転送も効率化されたため、医療を取り巻くIT環境は整備されており、今こそ、積極的にITを導入する時期が来たのではないかと考えております。また、三重県が地域医療連携推進事業として総務省より助成金を交付されることになり、県の拠点病院である三重大学医学部附属病院のがんセンター連携部門と三重県の健康福祉部が協力して、三重県全体の連携システムの構築を推進することになり、このたび三重大学、三重中央医療センターのほかにも鈴鹿中央病院、松阪中央病院、済生会松阪病院、紀南病院の計6病院にシステムの導入が完了し、この「三重医療安心ネットワーク」を立ち上げることができました(図3)。この間、佐賀の医療連携システムの視察に出かけたり、三重県内の総合病院の代表者の参加を仰い

で説明会を開催したり、がんの拠点病院へは直接出向いて説明を行ったり、また、今回の交付金が事業仕分けの対象になったりと様々な紆余曲折がありましたが、何とか、コアとなるネットワークを立ち上げることができました。ITを活用した医療連携の試みは他府県では、一部の地域で行われておりますが、今回の三重県のような県全体でがんの拠点病院が中心になった医療連携の試みはまだありませんので、全国的にみても他府県にはない先進的な取り組みになると思います。この事業は、医師不足、地域医療崩壊と暗いニュースが多い中で医療を前向きに大きく転換していくための医療再生へ向けての起死回生の突破口の一つになればよいと考えています。

三重県の南北をつなぐ主だった病院にネットワークができたことにより、連携の大動脈が構築されたので、今後はさらに多くの病院、医師会のかかりつけ医となる先生方とネットワークの輪を広げることによ

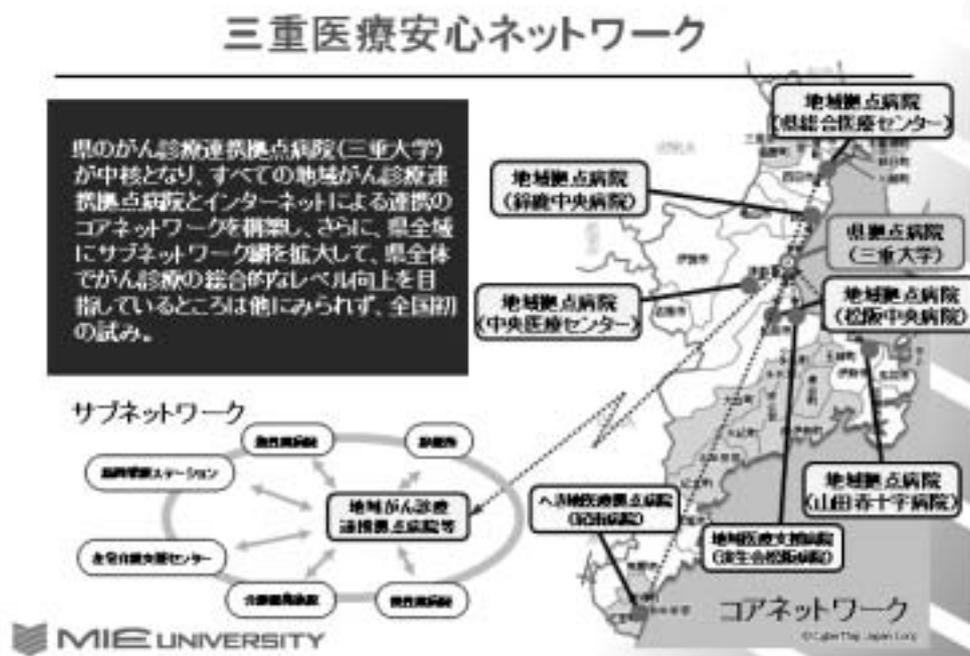


図3 ネットワークの分布図

り、三重県全体としてバーチャルがんセンター、バーチャルホスピタルとなるような地域完結型の三重総合がんセンター構想を実現し、三重県在住のがん患者含め多くの地域住民の方々に三重県にいれば安心して医療を受けられると実感してもらえそうな体制づくりを目指していきたいと思っておりますので、皆様の今

後のさらなるご理解とご支援、ご協力をお願い致します。最後に、三重医療安心ネットワークの案内用のちらしを掲載させていただきます。また、詳細に関しては、三重大学医学部附属病院がんセンターのホームページをご参照下さい。

<http://www.medic.mie-u.ac.jp/ca-center/>

三重医療安心ネットワークのご案内

三重医療安心ネットワークとは？

三重医療安心ネットワークとは、三重県内の複数の医療機関間で、個人情報保護した上で、ID-linkという仕組みにより、インターネット回線を用いて医療情報を共有するシステムです。三重医療安心ネットワークでは、右薬の処方、血液検査の結果、レントゲンやCT等の画像情報とレポートなどが異なる病院間で共有されます。

三重医療安心ネットに同意して頂くことによるメリットは？

三重医療安心ネットに同意して頂くことによるメリットとして

- 1) 医療情報を共有することにより、一貫した医療が可能になります。
- 2) 重複した薬の処方、検査を防ぐことができます。
- 3) 三重医療安心ネットワークへの登録情報を、三重県地域医療連携協議会事務局にて集計し、地域の医療連携向上のために役立たせて頂きます。

三重医療安心ネットワークを利用するための手続きは？

三重医療安心ネットワークに参加している医療機関で、医療情報開示のための同意書を提出してください。一度同意書を提出して頂くと、三重医療安心ネットワークに参加している施設での情報共有が可能となりますが、希望された医療機関以外での開示は制限されますので、どこの医療機関でも自由に閲覧出来るわけではありません。

また、三重医療安心ネットワークでの情報公開を希望しなくなった場合には、同意書と一緒にお返しする同意撤回書を提出してください。速やかにネットワーク上への情報公開を停止します。

個人情報保護対策は？

三重医療安心ネットは以下のような個人情報保護対策を行っています。

- 1) 暗号化：個人情報は暗号化されていますので、回線からの個人情報取得は非常に困難です。
- 2) 端末の特定：医療情報を開示するための端末は認証されており、特定の端末以外はネットワークに接続出来ないようにしています。
- 3) 情報閲覧の記録：ネットワークにアクセスした端末の操作は全て記録が取られており、いつ、だれが、どこで、どの情報を見たか確認できるようになっています。
- 4) 医療従事者の責務：医療従事者は法律上、守秘義務（患者様の情報等を漏洩してはいけない）を課せられているため、もし違反した場合には罰則が科せられます。

詳細につきましては <http://www.mykarta.org/idlink/index.html> をご覧ください。

医療安全標語

医療安全標語に選ばれました

がんセンターの事務職員、石井 茜さんが、病院の安全管理部が募集した平成21年度の医療安全標語に下記の標語を応募し、見事、最優秀賞に選ばれました。石井さんは、がんセンターでがんに関連するさまざまな業務を続ける中で、自然に、この標語が思い浮かんだそうです。

信頼が 心をつなぎ 命をつなぐ

この標語を掲載したポスターが、病院の玄関に掲示されています。また、この標語入りのティッシュペーパーも置かれていますので、ご利用下さい。



がんセンター

2009年度関連イベント日程表

(敬称は省略)

2009年 4月8日	第18回Tumor Board
4月11日	全国医科大学腫瘍内科連携協議会設立記念シンポジウム 東京国際フォーラム 中瀬一則
4月23日	三重肝がん診療連携クリニカルパスWG
4月24日	国立がんセンター 指導者継続研修 国立がんセンター 河村知江子
4月27日	緩和ケアチーム定例会
4月30日	第23回がんセンターリーダー会議
5月1日	がんセンター事務スタッフ加入 (石井 茜)
5月13日	がんセンター歓迎会 (がんセンター石井 茜) KAMAYAN (津市内)
5月18日	第24回がんセンターリーダー会議
5月19日	第2回三重肝がん診療連携クリニカルパス研究会 津地区医師会館
5月20日	第19回Tumor Board
5月21日	市民公開講座in伊賀・名張会場下見 名張市武道交流館いきいき他 中瀬一則、河村知江子、 石井 茜
5月21日	第24回がんセンター教育・研修部門会議
5月25日	緩和ケアチーム定例会
5月28日	第24回がんセンターリーダー会議
6月4日	市民公開講座in伊賀・名張の打ち合わせ 寺田病院 中瀬一則、星野奈月、河村知江子
6月10日	院内がん登録初級修了者研修会 IMYホール会議室 川俣晴美、江頭 恵
6月12日	院内がん登録 初級者研修会 IMYホール会議室 中瀬一則
6月15日	ラジオ波免疫検討会 中瀬一則
6月18日	院内がん登録 初級者研修会 新梅田研修センター 岡田康子、福本由美子
6月18日	第25回がんセンター教育・研修部門会議
6月19日	第14回日本緩和医療学会学術大会 大阪国際会議場 星野奈月、中村喜美子
6月21日	市民公開講座「安心して受けられるがん医療のために」 四日市市文化会館 河村知江子、江頭 恵、福本由美子、 石井 茜
6月25日	三重肝がん診療連携クリニカルパスWG
6月25日	第25回がんセンターリーダー会議
6月29日	生存確認調査ツール講習会 国立がんセンター 河村知江子
6月29日	緩和ケアチーム定例会
7月2-5日	第6回 緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会 筑波メディカルセンター病院 星野奈月
7月2日	国立がんセンターより視察

7月3日	第2回がん診療拠点病院連絡協議会 東京 三田共用会議所 中瀬一則
7月4日	平成21年度三重県がん登録研修会 三重県教育文化会館
7月8日	第20回Tumor Board
7月16日	がんセンター管理棟2階から臨床研究棟9階へ引っ越し
7月17日	4大学病院ベンチマーク勉強会 神戸大学医学部附属病院 河村知江子
7月21日	地域がん登録視察 愛知県がんセンター 中瀬一則、河村知江子
7月23日	第26回がんセンター教育・研修部門会議
7月25日	市民公開講座in伊賀・名張打ち合わせ 寺田病院 河村知江子
7月27日	緩和ケアチーム定例会
7月29日	平成21年度第1回地域がん登録事業に関する会 国立がんセンター 河村知江子
7月30日	第26回がんセンターリーダー会議
8月18日	がんセンター餃子パーティー
8月20日	第27回がんセンター教育・研修部門会議
8月31日	緩和ケアチーム定例会
9月3日	三重肝がん診療連携クリニカルパスWG
9月4日	第18回地域がん登録全国協議会総会研究会 新潟県民会館 中瀬一則、福本由美子
9月9日	第21回Tumor Board
9月10日	第3回三重肝がん診療連携クリニカルパス研究会 津地区医師会館
9月16日	第28回がんセンター教育・研修部門会議
9月17日	第27回がんセンターリーダー会議
9月18日	第7回がんチーム医療研究会 ホテルグリーンパーク津
9月26-27日	緩和ケア研修会 鈴鹿中央病院 星野奈月
10月1日	がん医療資源調査開始 (スタッフ加入 村林千歳・笹岡 円・堀江美紀)
10月16-17日	平成21年度大学病院医事関連業務「情報交換会」 KKRホテルびわこ 河村知江子
10月21日	第29回がんセンター教育・研修部門会議
10月29日	第28回がんセンターリーダー会議
11月1日	がん看護専任スタッフ加入 (木村直子)
11月4日	緩和ケアチーム定例会
11月7日	平成21年度三重県がん登録研修会 ザ・グランコート津西
11月9日	フリンダース大学マドックス名誉教授がんセンターに来訪 中瀬一則、星野奈月、中村喜美子、岡本明大

11月12日	三重県がん診療連携協議会
11月17日	三重がん診療連携クリニカルパスWG 津地区医師会館
11月18日	がんセンター拡充準備委員会（院内）
11月18日	第30回がんセンター教育・研修部門会議
11月19日	第1回なごみサロン リボンズハウス 鈴木志保子、中村喜美子
11月21日	第10回神戸市管理士集会 神戸百年記念病院 岡田康子、川俣晴美、福本由美子、 石井 茜
11月26日	第29回がんセンターリーダー会議
11月27日	IDリンクシステムの説明会 鈴鹿中央病院 櫻井洋至、河村知江子
11月28-29日	医学生の緩和ケア教育のための教員セミナー 昭和大学病院 星野奈月
12月3日	IDリンクシステムの説明会 松阪中央病院 中瀬一則、櫻井洋至、河村知江子
12月6日	病理医育成臨床研修モデル事業講演会 県営サンアリーナ 河村知江子、岡田康子、江頭 恵、 川俣晴美、石井 茜
12月9日	第22回Tumor Board
12月12日	市民公開講座 i n 伊賀・名張 名張市武道交流館いきいき 中瀬一則、星野奈月、 河村知江子、岡田康子、 川俣晴美、江頭 恵、 福本由美子、石井 茜
12月17日	第30回がんセンターリーダー会議
12月21日	緩和ケアチーム定例会
12月24日	自治医科大附属病院緩和ケア病棟視察 自治医科大学附属病院 中瀬一則、星野奈月、佐藤佳代子、 中村喜美子、岡本明大
12月25日	三重大学医学部附属病院がんセンター拡充準備委員会（院外）
12月28日	がんセンター、緩和ケアチーム忘年会 食道園（津市内）
2010年 1月5日	緩和ケア研修会 会場 下見・見学 三重県医師会館
1月10-11日	三重大学医学部附属病院主催緩和ケア研修会 三重県医師会館 星野奈月、中瀬一則、中村喜美子、 岡田康子、川俣晴美、江頭 恵、 福本由美子、石井 茜
1月13日	第23回Tumor Board
1月18日	緩和ケアチーム定例会
1月20日	第31回がんセンター教育・研修部門会議
1月22日	第1回日本臨床試験研究会学術集会2010in東京 日本消防会館 江頭 恵

1月23-24日	がんのリハビリテーション研修 ワークショップ 広島大学医学部保健学科棟 星野奈月、鈴木良枝
1月26日	リボズハウス開設 (病院1階)
1月28日	第31回がんセンターリーダー会議
1月29日	第3回市民公開講座 会場下見 三重県総合文化センター中ホール
2月2日	三重県総合文化センター 貸館抽選会 三重県総合文化センターレセプションルーム 岡田康子
2月10日	第24回Tumor Board
2月11日	第3回市民公開講座 三重県総合文化センター中ホール
2月14日	地域連携クリニカルパスモデルの開発班オープンカンファレンス 東京女子医科大学 弥生記念講堂 中瀬一則
2月14日	がんプロフェッショナル緩和医療医コースコーディネーター会議 滋賀ビル 星野奈月
2月15日	緩和ケアチーム定例会
2月16日	I D-Link導入に向けた連絡会議 中瀬一則、河村知江子
2月16日	第32回がんセンター教育・研修部門会議
2月23日	地域医療講演会 三重中央医療センター 中瀬一則、星野奈月、櫻井洋至
2月24日	第4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
2月25日	第32回がんセンターリーダー会議
3月9日	第8回がんチーム医療研究会 ホテルグリーンパーク津
3月10日	第25回Tumor Board
3月11日	第2回なごみサロン リボズハウス 鈴木志保子、中村喜美子
3月13日	がんセンター臨床研究棟9階から病院6階西翼へ引っ越し
3月15日	地域がん登録会議
3月16日	第33回がんセンター教育・研修部門会議
3月20日	がん患者と家族の方のおしゃべりサロン 岡波総合病院
3月20日	第13回日本病理医学会中部支部スライドセミナー 福井商工会議所 岡田康子、川俣晴美、江頭 恵、 福本由美子、石井 茜
3月23日	がんセンター送別会 (がんセンター 川俣晴美・堀江美紀) アンダルシア2丁目142番地 (津市内)
3月25日	第33回がんセンターリーダー会議
3月29日	緩和ケアチーム定例会
3月29日	I D-Link導入に向けた連絡会議
3月30日	河村 知江子 病院貢献賞 特別賞 受賞
3月30日	石井 茜 医療安全標語最優秀賞 受賞

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

三重大学が京都大学、滋賀医科大学、大阪医科大学と4大学合同で申請した「高度がん医療を先導する人材養成拠点の形成」と題する大学院プランが、平成19年度の文部科学省がんプロフェッショナル養成プランに採択されており、本がんセンターでは、このプランの推進のために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の認定を行っております。平成21年度に開催されたセミナーを以下にお示しします。

(1) がんプロフェッショナル養成プラン特別講演
三重メディカル・オンコロジー・フォーラム
平成21年4月24日（金）
ホテルグリーンパーク津 6階 「伊勢の間」
Opening Session
「文部科学省がんプロフェッショナル養成プランの紹介」
三重大学医学部附属病院がんセンター長 中瀬一則

Session 1
座長：山田赤十字病院腫瘍内科副部長 谷口正益
「San Antonio Breast Cancer Symposium 2008 参加報告」
三重大学医学部附属病院腫瘍内科助教 北野滋久

Session 2： 特別講演
座長：三重大学医学部附属病院腫瘍内科講師 水野聡朗
「消化器癌の化学療法：現状と展望」
愛知県がんセンター中央病院薬物療法部部长 室 圭

(2) 三重尿路上皮癌治療フォーラム
平成21年6月4日（木）
ホテルグリーンパーク津

一般講演
座長：三重大学大学院医学系研究科腎泌尿器外科学准教授 有馬 公伸
「三重大学における進行性尿路上皮癌に対する、Gemcitabine単独療法の効果」
三重大学大学院医学系研究科腎泌尿器外科学講師 曾我 倫久人

特別講演
座長：三重大学大学院医学系研究科腎泌尿器外科学教授 杉村 芳樹
「尿路上皮癌に対する化学療法」
愛媛大学大学院医学系研究科泌尿器制御学分野准教授 丹司 望

(3) 第8回血液腫瘍フォーラム
平成21年6月5日（金）
三重大学医学部看護学科 4F会議室

特別講演 1
座長：三重大学大学院医学系研究科小児発達医学教授 駒田 美弘
「Down症候群に伴う急性巨核球性白血病の発症機構」
弘前大学大学院医学研究科小児科学講座教授 伊藤 悦朗

特別講演 2
座長：三重大学大学院医学系研究科造血病態内科学教授 片山 直之
「造血器腫瘍に対する細胞免疫遺伝子治療の開発」
愛媛大学大学院医学系研究科生体統御内科学教授 安川 正貴

(4) 第8回三重肺癌研究会
平成21年6月20日（土）
三重大学医学部臨床第2講義室

一般演題
座長：三重大学医学部附属病院呼吸器内科助教 小林 哲
1. 「切除可能であった小細胞肺癌3例」

- 松阪市民病院呼吸器科 畑地 治
2. 「ラジオ波焼灼術施行後に肺切除術を施行した4例」
三重大学呼吸器外科 鈴木仁之、島本 亮、高尾仁二、新保秀人
3. 「SURF Study について」
SURF Study研究事務局 高木治行

特別講演

座長：三重大学医学部附属病院放射線治療科
伊井憲子

「肺癌の放射線治療」

松阪中央総合病院放射線治療科部長 野本 由人

(5) 第18回 三重県産婦人科腫瘍研究会

平成21年7月2日(木)

ベシスカ 2階「ルームA・B・C」

一般演題

座長：三重大学医学部産婦人科准教授 田畑 務

1. 「急速に進行した高悪性度子宮内膜間質肉腫の1例」

三重大学産婦人科

塩崎隆也、田畑 務、長尾賢治、近藤英司、谷田耕治、奥川利治、佐川典正

2. 「子宮体癌術後にTC療法を行い、著明な紅斑を生じた一例」

三重県立総合医療センター産婦人科

伊藤譲子、田中浩彦、小林 巧、吉田佳代、朝倉徹夫、谷口晴記

3. 「妊娠合併乳癌の2例」

山田赤十字病院産婦人科

小河恵理奈、山脇孝晴、山崎晃裕、菊川 瞳、西村公宏、能勢義正

4. 「卵巣腫瘍核出術後に悪性腫瘍と診断された3症例」

三重中央医療センター産科・婦人科

- 小林良成、吉村公一、前川有香、日下秀人、澤木泰仁、前田 眞
5. 「記述式子宮内膜細胞診報告様式の現状と今後の課題」

JA三重厚生連鈴鹿中央総合病院婦人科

矢納研二、丹羽正幸、早川滋彦、岡田香純、鳥谷部邦明

JA三重厚生連鈴鹿中央総合病院病理 村田哲也

山田赤十字病院婦人科 山脇孝晴

三重大学医学部産婦人科学 近藤英司、田畑 務、佐川典正

特別講演

座長：三重大学医学部産婦人科教授 佐川典正

「子宮頸癌の集学的治療」

佐賀大学医学部産科婦人科学教授 岩坂 剛

(6) 第14回三重肺癌キモセラピー研究会

平成21年7月17日(金)

ホテルグリーンパーク津 6階「葵・橘の間」

Session1 一般演題

座長：三重大学医学部附属病院呼吸器内科

小林裕康

「EGFR遺伝子変異が陰性にもかかわらずタルセバが奏効した3例」

松阪市民病院呼吸器科 畑地 治

「三重中央医療センターにおけるエルロチニブ(タルセバ) 著効例の検討」

独立行政法人国立病院機構三重中央医療センター呼吸器科 井端英憲、藤本 源、大本恭裕

Session2 特別講演

座長：三重県立総合医療センター呼吸器科

吉田正道

「進行非小細胞肺癌の治療戦略－化学療法、分子標的療法を中心に－」

栃木県立がんセンター呼吸器内科部長 森 清志

三重大学医学部附属病院血液内科 藤枝敦史

- (7) 第1回三重骨軟部画像診断・集学的治療研究会
平成21年7月31日(金)

ホテルグリーンパーク津 6階「伊勢の間」

一般演題・症例検討

座長：三重県立総合医療センター整形外科

松本壽夫

- I 「三重大学医学部附属病院放射線治療科における
転移性骨腫瘍治療の現状」

三重大学医学部附属病院放射線治療科

中塚豊真

- II 「転移性骨腫瘍に対して集学的治療が奏効した1
例」

三重大学医学部附属病院整形外科 松峯昭彦

特別講演

座長：三重大学医学部附属病院放射線治療科

山門享一郎

「経皮的椎体形成術について」

独立行政法人労働者健康福祉機構 中国労災病院

放射線科部長 内藤 晃

- (8) 第6回三重リンパ腫フォーラム

平成21年9月8日(火)

ホテルグリーンパーク津 6階「藤・萩の間」

テーマ【末梢性T細胞リンパ腫の治療】

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皮膚科 磯田憲一

三重大学医学部附属病院病

理部 今井 裕

1. 末梢性T細胞リンパ腫の治療 オーバービュー
三重大学医学部附属病院血液内科 宮崎香奈
2. 末梢性T細胞リンパ腫の移植療法

- (9) 第7回がんチーム医療研究会

平成21年9月18日(金)

ホテルグリーンパーク津 6階「伊勢・安濃の間」

一般演題テーマ：「看護師・薬剤師が抱えるがん
化学療法時の諸問題」

座長：松阪中央総合病院 がん薬物療法認定薬剤師

谷口賢二

山田赤十字病院 がん看護専門看護師 大市三鈴

- I 「当院における抗がん剤血管外漏出時対応の現状
と対策」

鈴鹿中央総合病院薬剤部 九鬼大作

- II 「化学療法を受ける患者への支援～ボランティア
によるタオル帽子づくりへのとりくみ～」

山田赤十字病院医療社会事業部医療社会事業課

社会係 中原クミ

山田赤十字病院看護部 大市 三鈴

山田赤十字病院地域医療連携課長 稲垣臣司

山田赤十字病院内科 辻 幸太

講演 I 「血液内科医としてのがん薬物療法専門医」

鈴鹿中央総合病院副院長 川上恵基

講演 II 「肝臓がんにおける地域連携パス作成の取り
組み」

三重大学大学院医学系研究科医学医療教育
学講師 櫻井洋至

- (10) 集学的緩和ケアセミナー

平成21年9月24日(木)

三重大学医学部臨床第2講義室

特別講演

座長：三重大学がんセンター 星野奈月

「緩和ケア標準化ツールとしてのクリニカルパス」

NTT東日本関東病院緩和ケア科部長 堀 夏樹

(11) がんとプライマリー緩和ケアを考える会
平成21年10月15日(木)
三重大学医学部臨床第2講義室

一般講演

座長：三重大学医学部附属病院がんセンター緩和
医療部門助教 星野奈月
「難治性疼痛のある患者に対して看護師ができる
疼痛緩和の関わり」
三重大学医学部附属病院消化管外科病棟看護師
中川乃梨子

特別講演

座長：三重大学大学院医学系研究科消化管・小児
外科学 准教授 三木誓雄
「大腸癌治療の進歩と緩和ケアの関わりについて」
感染症センター都立駒込病院大腸外科部長
高橋慶一

(12) 第9回三重乳癌薬物療法研究会
平成21年10月16日(金)
ホテルグリーンパーク津 6階「菜・橘・藤の間」
座長：三重大学医学部附属病院腫瘍内科 水野聡朗
講師：国立がんセンター東病院化学療法科
向井博文

(13) 抗がん治療中からの積極的緩和支援療法を考え
るセミナー

平成21年11月6日(金)

三重大学医学部2階 臨床第2講義室

座長：三重大学医学部附属病院がんセンター
緩和医療部門助教 星野 奈月

一般演題

「腸管蠕動障害が化学療法遂行上の障害となった
多発性骨髄腫の一例」
三重大学医学部附属病院血液内科助教 藤枝敦史

特別講演

「腫瘍学に魅せられて～がん緩和医学最前線～」
癌研有明病院緩和ケア科部長 向山雄人

(14) 第7回血液・腫瘍セミナー

平成21年11月12日(木)

三重大学看護学科4F会議室

特別講演

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
「造血器腫瘍患者の真菌感染対策」
自治医科大学附属さいたま医療センター血液科教授
神田善伸

(15) 三重県／乳癌治療講演会2009

平成21年11月14日(土)

ホテルグリーンパーク津 6階 「伊勢の間」

特別講演

座長：三重大学医学部附属病院腫瘍内科講師 水
野聡朗
「乳癌内分泌療法の新しい展開」
医療法人圭友会 浜松オンコロジーセンター長
渡辺 享

(16) 第7回三重リンパ腫フォーラム

平成22年1月8日(金)

ベイシスカ2階「ルームA・B・C」

世話人報告

「限局期NK/T細胞リンパ腫の新しい治療」
三重大学医学部附属病院血液内科講師 山口素子

特別講演

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
「本邦における悪性リンパ腫に対する新薬の開発
動向と今後の展望」
名古屋第二赤十字病院血液・腫瘍内科部長

小椋美知則

(17) 第9回血液腫瘍フォーラム

平成22年2月26日(金)

三重大学医学部総合研究棟 I 4F

特別講演1

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

「骨髓異形成症候群および関連疾患の遺伝的背景
の解析」

東京大学医学部附属病院がんゲノミクスプロジェ
クト特任准教授 小川誠司

特別講演2

座長：三重大学大学院医学系研究科小児発達医学
教授 駒田美弘

「難治性血液疾患におけるアポトーシスとオート
ファジー」

京都大学医学部人間健康科学科小児科
教授 足立壮一

(18) 第3回三重造血器・固形腫瘍免疫研究会

平成22年3月2日(火)

三重大学医学部看護学科棟4階会議室

座長：三重大学大学院医学系研究科がんメタボ治療
学、遺伝子・免疫細胞治療学教授 珠玖 洋

「米国での人工抗原提示細胞の臨床試験と人工樹
状細胞の研究開発」

ダナファーマー癌研究所、ハーバード大学医学
部准教授 平野直人

(19) 第2回三重骨軟部画像診断・集学的治療研究会

平成22年3月5日(金)

津都ホテル 5階「安濃津の間」

一般演題

I 「骨腫瘍に対するラジオ波焼灼治療(RFA) -

三重大における125例の検討」

三重大学医学部附属病院IVR科助教 中塚豊真

II 「Ⅲ期非小細胞肺癌症例の骨転移発症に発する検
討」

三重大学医学部附属病院呼吸器内科助教 小林裕康

特別講演

座長：三重大学医学部附属病院整形外科講師

松峯昭彦

「骨転移治療のpitfall」

大阪府立成人病センター整形外科主任部長

荒木信人

(20) 第8回がんチーム医療研究会

平成22年3月9日(火)

ホテルグリーンパーク津 6階「伊勢・安濃の間」

一般演題

座長：四日市社会保険病院 がん化学療法看護認
定看護師 中村吉孝

鈴鹿中央総合病院 がん薬物療法認定薬剤師
森 章哉

I 「多発骨転移のある患者へのリハビリテーショ
ン-緩和ケアチームでの関わり-」

三重大学医学部附属病院緩和ケアチーム作業療法士

鈴木良枝

三重大学医学部附属病院身体症状担当医師

星野奈月、佐藤佳代子

三重大学医学部附属病院精神症状担当医師 鈴木大

三重大学医学部附属病院がん看護専門看護師

福永稚子、中村喜美子

三重大学医学部附属病院医療ソーシャルワーカー

鈴木志保子

三重大学医学部附属病院臨床心理士 平松紘子

三重大学医学部附属病院薬剤師 岡本明大

三重大学医学部附属病院がんセンター 中瀬一則

Ⅱ 「緩和ケア病棟における嘔吐・嘔吐に対するオランザピンの有効性の検討」

松阪厚生病院薬剤課 山中 幸典、松浦 明子
松阪厚生病院緩和ケア病棟 荒木 裕登、
長島 渉、岡井 美鈴、田中 友晴、齋藤 純一

講演Ⅰ

座長：三重大学医学部附属病院放射線科
山門 享一郎
「放射線治療専門医の役割と現状」
松阪中央総合病院放射線科 野本 由人

講演Ⅱ

座長：三重大学医学部附属病院がんセンター
星野 奈月
「日本のがんウィークポイントー放射線治療と緩和ケアー」
東京大学大学院医学系研究科放射線科准教授
中川 恵一

(21) がん薬物支持療法講演会

平成22年3月25日（木）

三重大学医学部附属病院 先端医科学教育研究棟2F
「基礎第1講義室」

一般演題

座長：三重大学医学部附属病院呼吸器内科助教
小林 哲
「当科におけるアプレピタントの使用経験」
三重大学医学部附属病院血液・腫瘍内科 田丸 智巳

特別講演

座長：三重大学医学部附属病院がんセンター長
中瀬 一則
「がんの個別化医療ーがん化学療法に伴う悪心・嘔吐対策の新展開ー」
近畿大学医学部附属病院腫瘍内科講師 鶴谷 純司

「がんプロフェッショナル養成プラン」入学志願者募集

三重大学大学院医学系研究科の大学院プログラムは文部科学省が募集した2007年度「がんプロフェッショナル養成プラン」に選定されており、がん診療の第一線で活躍する医師、薬剤師、看護師を目指す方を対象として入学志願者を募集しています。「がんプロフェッショナル養成プラン」入学志願者募集

以下のコースが設定されています。

[1] がん医療に携わる専門医師養成コース

がん医療に携わる専門医師養成コースとして、がん薬物療法医、放射線治療医、婦人科腫瘍専門医、乳腺専門医の4コースを開設し、コアカリキュラムとして臨床腫瘍学を教授し、加えて各コースに必須な知識および技能を修得する専門修練カリキュラムを提供し、このコースの終了時点でそれぞれ日本臨床腫瘍学会のがん薬物療法専門医、日本放射線腫瘍学会の認定医、日本婦人科腫瘍学会の婦人科腫瘍専門医、日本乳癌学会の乳腺専門医を取得できるように実地修練し、かつ各分野における臨床研究で学位を取得できるように教授します。

[2] がん医療に携わるコメディカル養成コース

がん医療に携わるコメディカル養成コースとして、がん専門薬剤師、がん専門看護師のコースを開設し、日本病院薬剤師会のがん専門薬剤師、日本看護協会のがん専門看護師の資格を取れるように教育し、同時に臨床研究によって学位を取得できるように教授します。

[3] がん医療に携わる医師の研修（インテンシブ）コース

がん医療に携わる医師の研修（インテンシブ）コースとして、がん薬物療法医インテンシブ・コースと緩和医療医インテンシブ・コースを開設し、既に地域の基幹病院や一般病院でがん医療を行っている医師を対象として、より高度な治療技術や知識にアップデートできるように時間外等の時間を利用した研修を行い、地域医療のボトムアップに貢献することを目指します。

「がんプロフェッショナル養成プラン」の詳細については下記の三重大学大学院医学系研究科ホームページを御覧下さい。

<http://www.medic.mie-u.ac.jp/gakumu/>

問い合わせは、三重大学医学部医学系研究科チーム学務グループ大学院担当まで。

TEL : 059-231-5424 (直通) e-mail : g-daigakuin@mo.medic.mie-u.ac.jp

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）	
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		
	院内がん登録	田畑 務（産婦人科）
	生物統計	西川政勝（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	三木誓雄（消化管・小児外科）	
放射線療法	山門亨一郎（IVR科）	
緩和医療	星野奈月（がんセンター）	
患者支援	内田恵一（福祉支援センター）	
先進医療開発	水野聡朗（腫瘍内科）	
診断部門		
Tumor board	松峯昭彦（整形外科）	
事務部門		
	河村知江子（医療サービス課）	
	岡田康子（院内がん登録）	
	川俣晴美（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）	
	堀江美紀（医療資源調査）	
	笹岡 円（医療資源調査）	
	木村直子（がん看護）	

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、さらにはがん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、半年以内に取り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^{1,2)}。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書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^{1,2)}。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

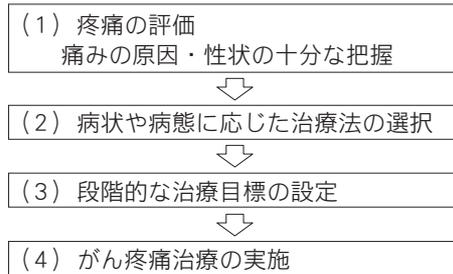
I. 症状のマネジメント

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。

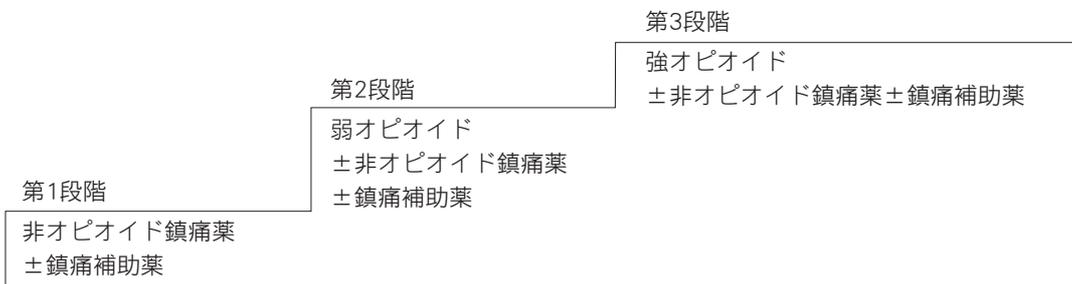
- ・ 疼痛の部位と場所を聞く
- ・ 疼痛の性状を聞く
 - 侵害受容性疼痛：内臓痛、体性痛
 - 神経障害性疼痛
- ・ 疼痛のパターンと強さを聞く
 - パターン：持続痛、突出痛、持続痛＋突出痛
 - 強 さ：NRSスコアを使用
- ・ 疼痛の増悪因子と軽快因子を聞く
- ・ 現在行っている治療の反応
- ・ レスキューの効果と副作用
- ・ 日常生活への影響と満足度

(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

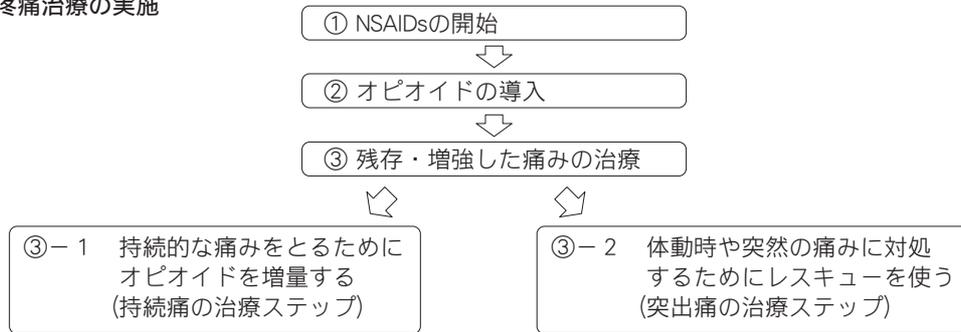
② WHOラダー



(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

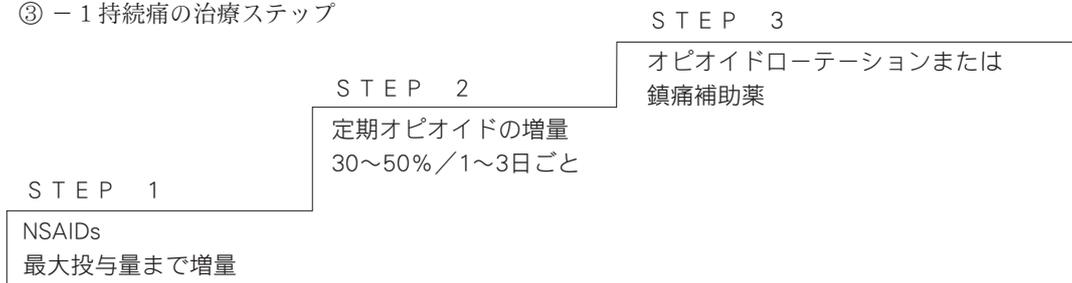
疼痛の悪化に備えて、必ずレスキューの指示を出すこと。
徐放性製剤と同じ種類の即効性オピオイドを用いることが基本。

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

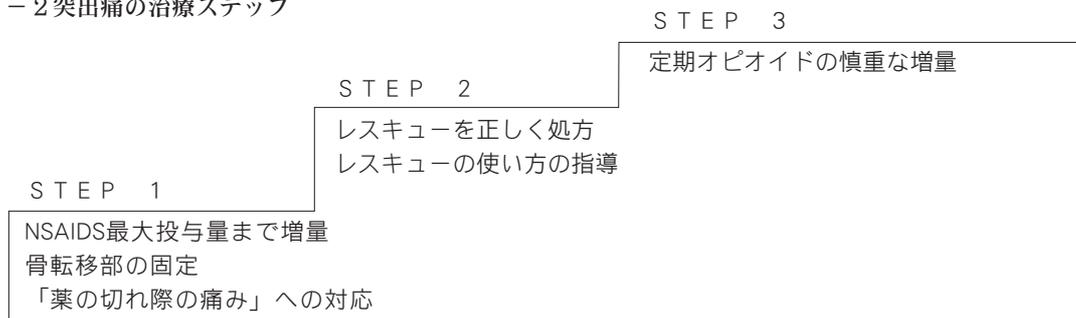
*フェンタニル貼付剤→フェンタニル注、塩酸モルヒネ注

フェンタニル貼付剤	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・貼付剤を剥したあと、12時間後に全量で持続静注開始。
-----------	--

・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	±
プロピオン酸系			
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	+
アリール酢酸系			
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	+
オキシカム系			
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	+
コキシブ系			
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こととされているが、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はほぼ中間。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割が体内で脱メチル化され、モルヒネに変化して鎮痛効果を生ずる。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
オプソ® (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

塩酸モルヒネ注®  10 mg / 1 mL 50 mg / 5 mL	オキシコンテン錠® (オキシコドン製剤)  5 mg 20 mg 40 mg	オキノーム散® (速効性オキシコドン製剤)  0.5% 0.5g包 (2.5mg) 0.5% 1g包 (5mg)
塩酸モルヒネ錠®  10 mg	フェンタニル注®  0.1 mg / 2 mL 0.5 mg / 10 mL	オプソ® (速効性モルヒネ製剤)  5 mg
MSツワイスロンカプセル® (除放性モルヒネ製剤)  10 mg 30 mg	デュロテップMT/パッチ® (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	オキノーム散® 特別購入品  0.5% 2g包 (10mg)
アンベック坐薬 (モルヒネ製剤)  10 mg 20 mg	リン酸コデイン錠®  20mg	パシーフ® 特別購入品 (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	投与法	注意点
鎮けいれん薬	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 鎮けいれん薬 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
鎮うつ薬	アモキサゼン	アモキサゾ錠	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	10 or 25mg	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)	鎮安静による疼痛	2~5mg	2~5mg	1~7日	2~30mg	分2~分4/直前	ふらつきと眠気
鎮不動薬	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	メキシチールカプセル		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	神経伝達による痛み	5~20mg	5~20mg	1~3日	10~100mg	分2~分3/朝	高血糖 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%							

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SP
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 ジブレキサなど
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 μ 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¹⁾

(2) 呼吸不全の定義

「酸素分圧 (PaO₂) 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%²⁾
- ・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³⁾

(2) 予後

- ・呼吸困難が出現してからの平均予後 6ヵ月以下⁴⁾

(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

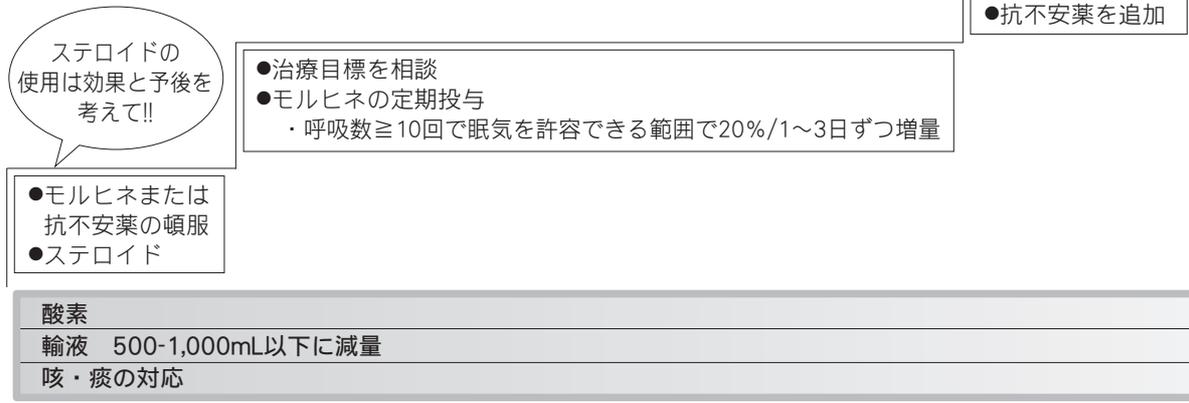
3) 治療可能な原因とその治療

- ・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^{5) 6)}
 - ・治療用量では酸素飽和度の低下、EtCO₂の上昇、呼吸抑制は来たさない⁷⁾
 - ・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⁸⁾

(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¹⁾。

(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^{2) 3)}。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

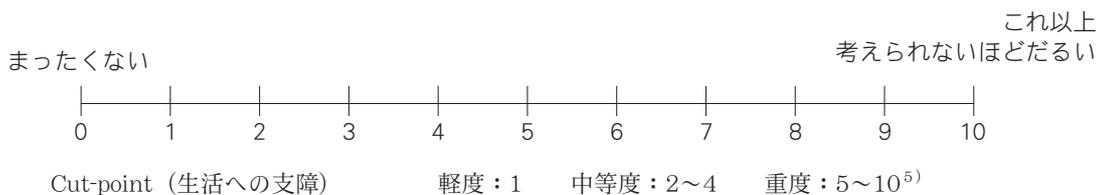
②多次元的评价⁴⁾

「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 Scale⁶⁾

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⁷⁾

①一次的倦怠感 (Primary Fatigue)^{8) 9)}

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¹⁰⁾ 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¹¹⁾ 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¹¹⁾

*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¹²⁾ 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¹³⁾。

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)¹⁴⁾、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^{15) 16)}。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)^{17) 18)}。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¹⁹⁾。

<コルチコステロイドの使用法>

- ・ベタメタゾン（リンデロン[®]）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[®]）

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[®]）

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²⁰⁾。

→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²¹⁾。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²²⁾。

→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²³⁾

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。

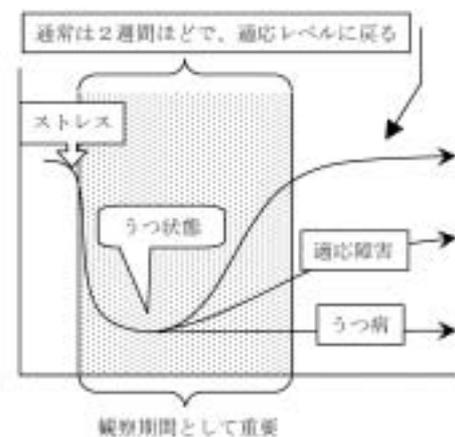
3) 緩和ケアで出会う精神科的問題

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、便通異常、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 リスベリドン、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¹⁾

(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別性を十分に配慮し、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 Scale²⁾

	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 Index²⁾

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 Score²⁾

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"> - 骨転移 - 脳腫瘍 (脳転移) に伴う片側性、失語症など - 肺腫瘍 (肺転移) に伴う呼吸困難、胸痛など - 腫瘍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) - 疼痛 <p>(2) がんの間接的影響 (遠隔効果)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 悪性末梢神経症 (運動性・感覚性多発性末梢神経症) - 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) <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"> - 吐き・嘔吐、食欲不振、消化器障害 <p>(2) 手術</p> <ul style="list-style-type: none"> - 骨・軟部組織切除後の運動障害 (患肢運動制限、固定術後) - 乳房切除後の肩関節拘縮 - 乳房・子宮切除術 (根治・保乳的リンパ節切除) 後のリンパ浮腫 - 放射線治療後の筋力低下・構音障害、発声障害 - 頸部リンパ節切除後の肩甲甲仙の運動障害 - 頸部・喉頭切除後の呼吸器合併症 <p>(3) 化学療法</p> <ul style="list-style-type: none"> - 末梢神経障害など <p>(4) 放射線療法</p> <ul style="list-style-type: none"> - 放射性骨転移、脳神経腫瘍、嚥下障害など
--

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、四肢の筋委縮・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/ μ 以下、白血球 3,000/ μ 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、痛いところをさする…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、 α 波出現、最大酸素摂取量増加、筋緊張低下などがあり、このよう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。

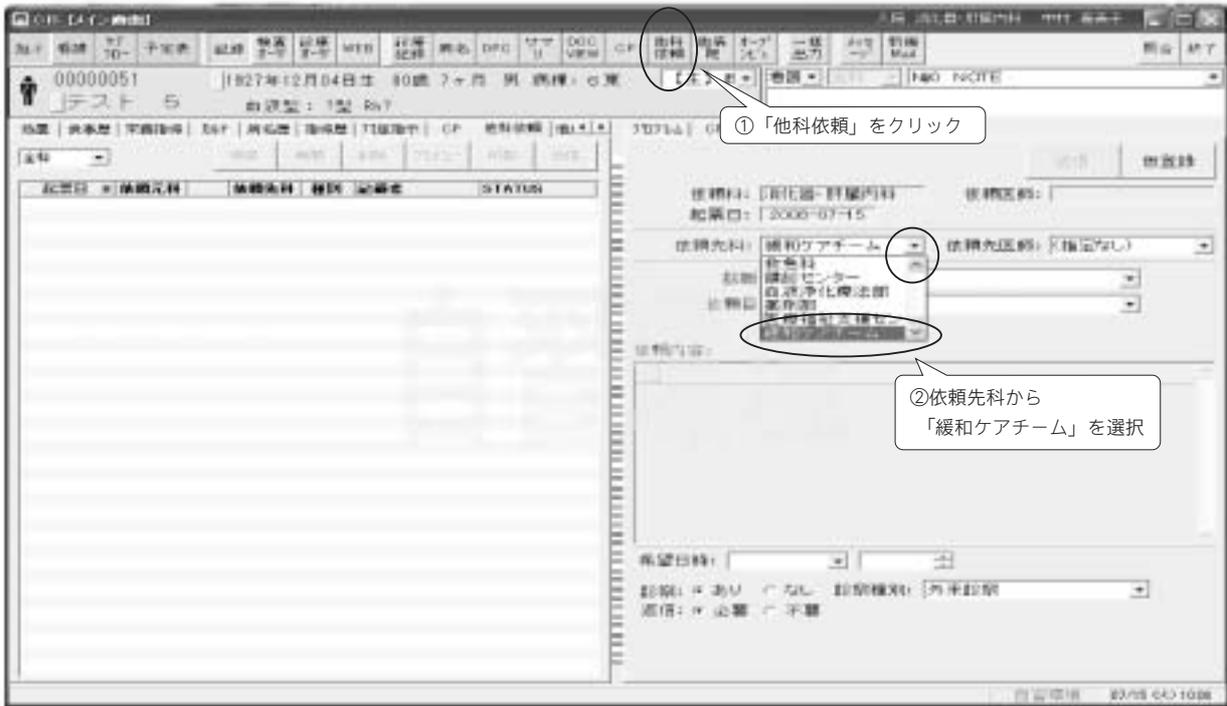


⑥診療後、依頼に対する返信をする。

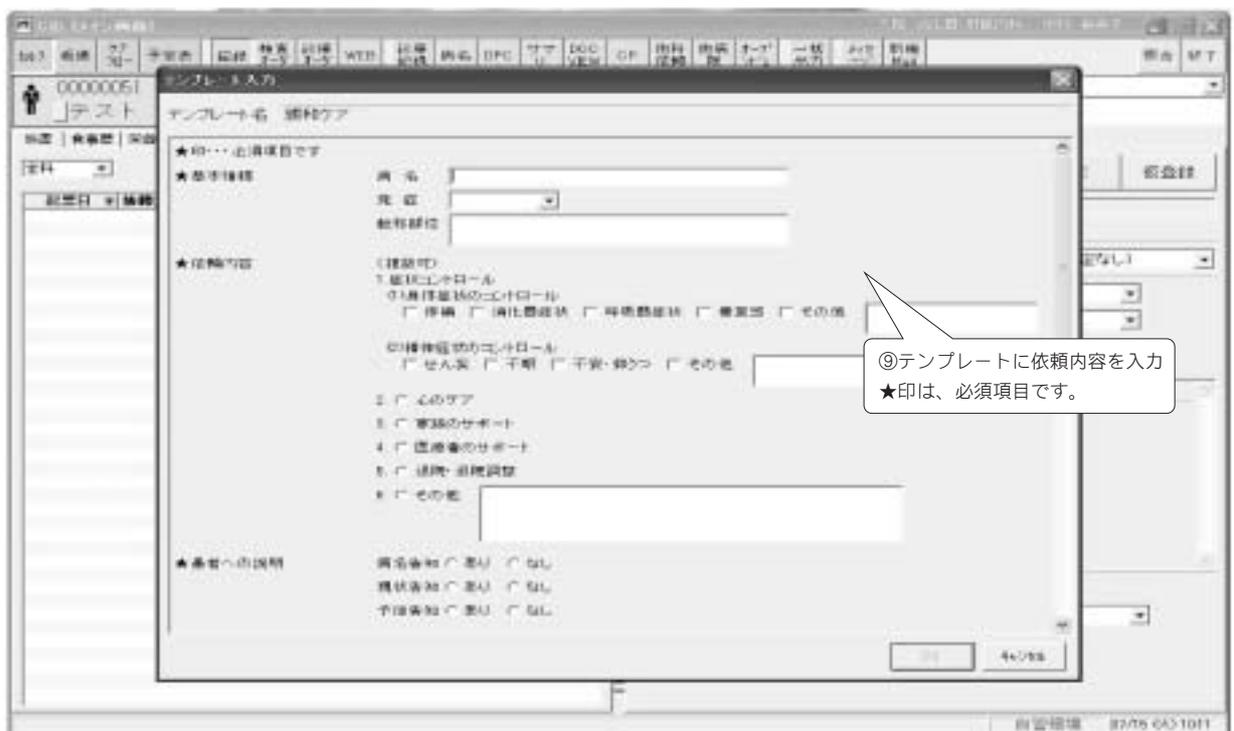
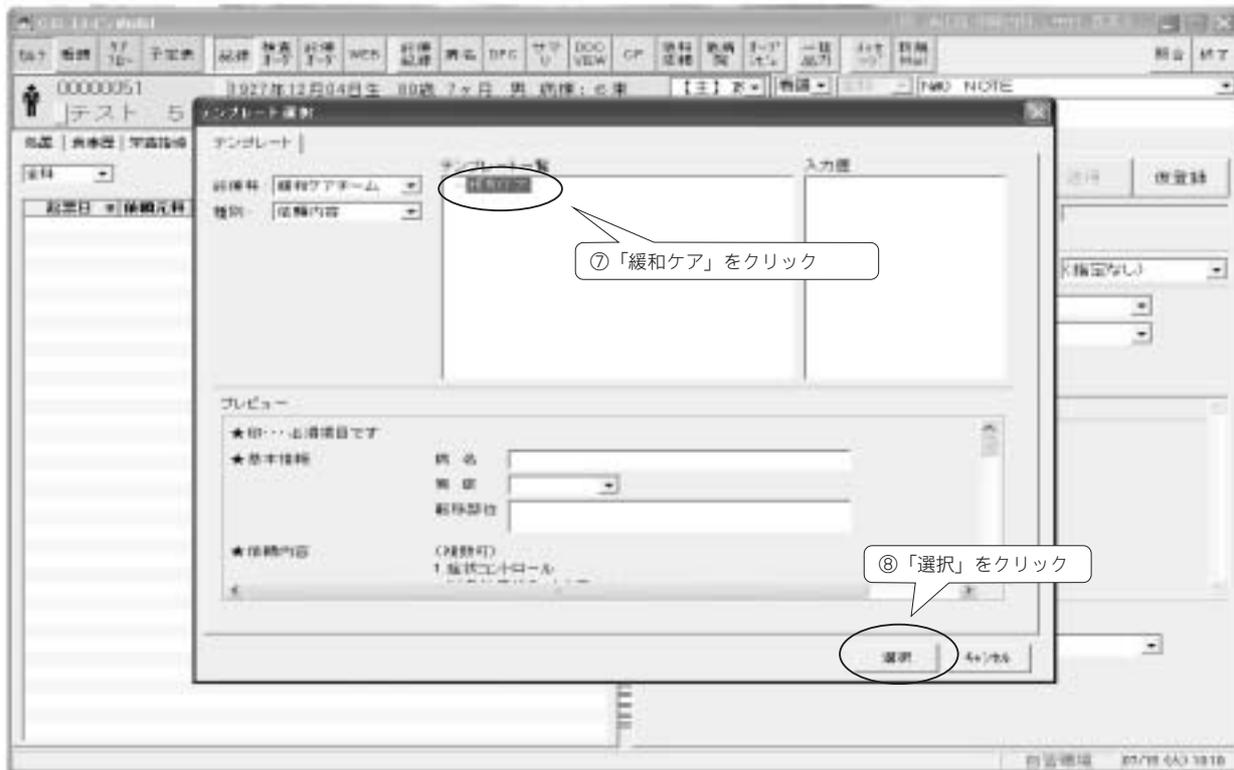
緩和ケアチームの記録は、オレンジ色で「K# 0～」として表示される。

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。



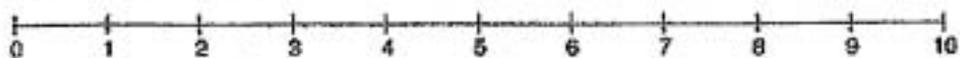
⑪「送信」をクリック

※「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

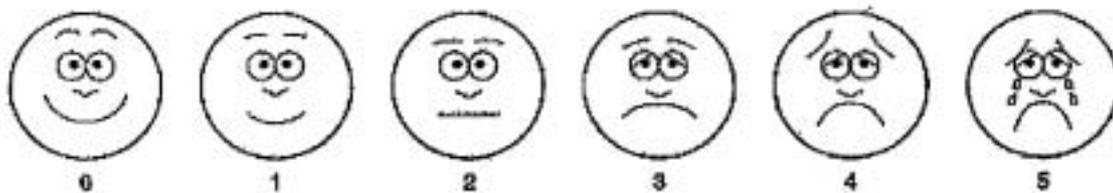
NRS (nonverbal rating scale) 【0-10】



VAS (visual analogue scale) 【10cm】



フェイススケール(Wong-Baker face scale)

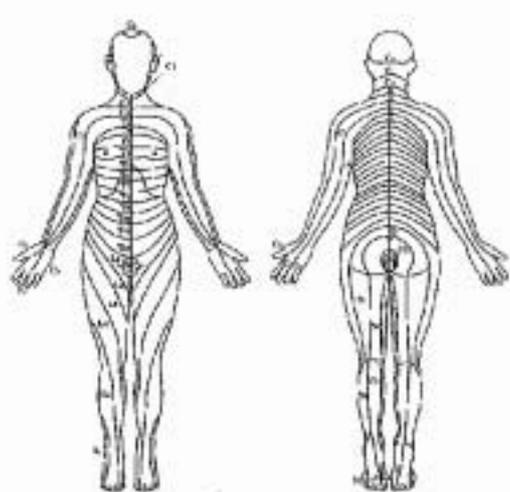


※ペインスケールは患者自身に答えてもらうものである。フェイスマークであっても他者が勝手に当てはめてはいけない

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. 咳・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	歩行の問題 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	排泄の問題 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	入浴の問題 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
本人の希望		家族 (頼りにしているキーパーソン) 経済 その他 (具体的に) 介護保険 : 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

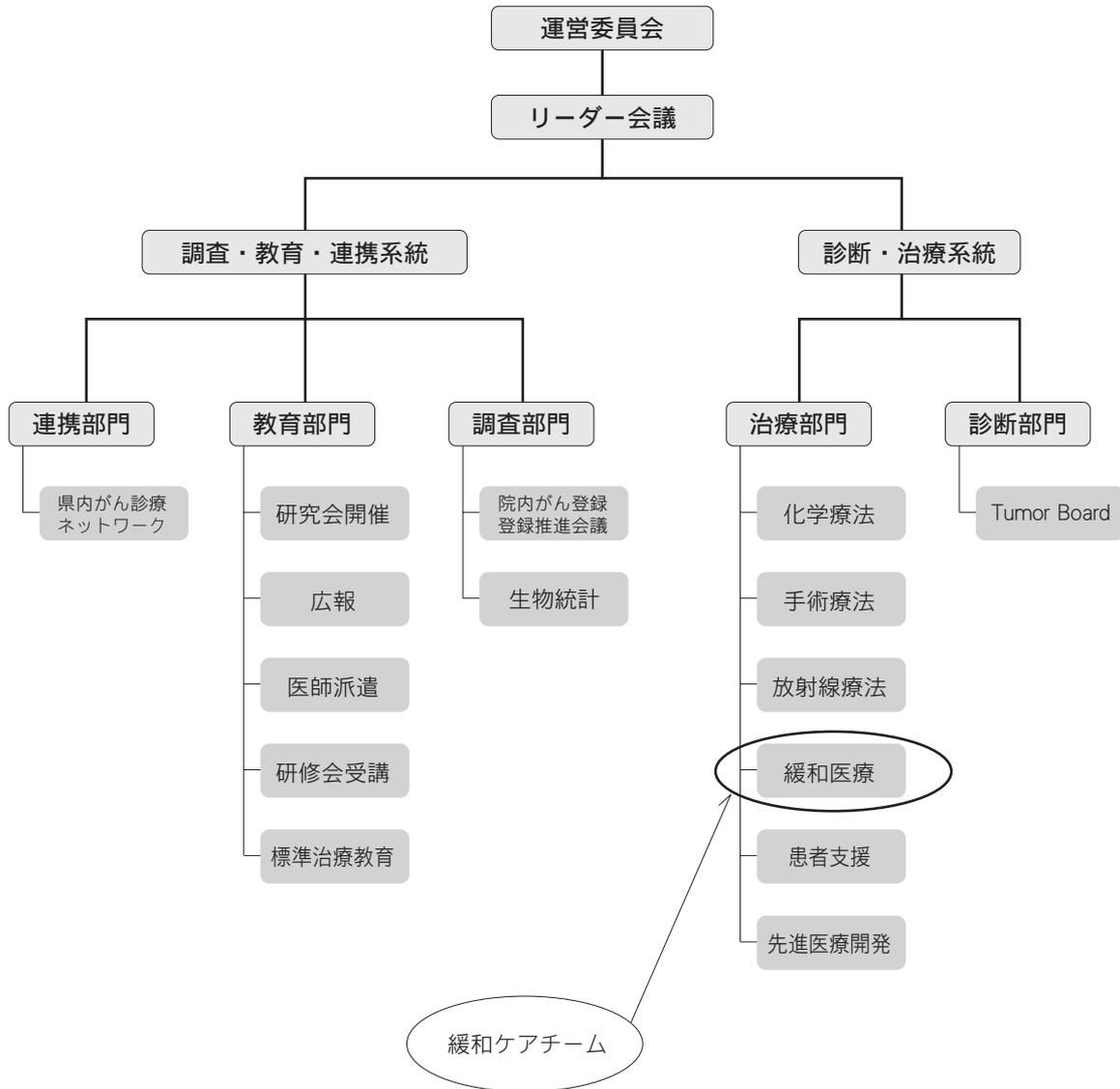
3. 計画書・同意書

緩和ケア実施計画書			
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22年1月31日現在

	名 前	職 種	備 考
1	星野 奈月	血液腫瘍内科医師	リーダー・専従医師・コアメンバー
2	佐藤佳代子	麻酔科医師	コアメンバー
3	鈴木 大	精神科神経科医師	コアメンバー
4	岡本 明大	薬剤師	コアメンバー
5	平松 紘子	臨床心理士	コアメンバー
6	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
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	水野 聡朗	腫瘍内科医師	
10	堀川 常樹	薬剤師	
11	野田 晋司	薬剤師	
12	佐藤 亮	薬剤師	
13	鈴木志保子	医療ソーシャルワーカー	
14	前田 多見	医療ソーシャルワーカー	
15	佐々木知香	医療ソーシャルワーカー	
16	鈴木 良枝	作業療法士	
17	大西 和子	看護学科教員	
18	辻川 真弓	看護学科教員	
19	奥川 直子	看護師	
20	森 多佳美	看護師	
21	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

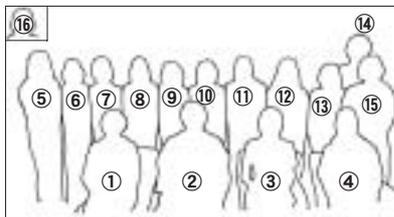
がんになっても、
その人らしく、少しでも満足できるような生活をめざして、
私たちはサポートしていきます。

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。



がんセンター構成員の紹介



- ①緩和ケアチーム 星野奈月 ②センター長 中瀬一則 ③副センター長 中村喜美子
 ④緩和ケアチーム 佐藤佳代子 ⑤がんセンター 村林千歳 ⑥同 木村直子
 ⑦同 堀江美紀、⑧同 笹岡 円 ⑨同 川俣晴美 ⑩同 江頭 恵
 ⑪同 福本由美子 ⑫同 石井 茜 ⑬同 岡田康子
 ⑭緩和ケアチーム 岡本明大 ⑮同 平松紘子
 ⑯枠外 がんセンター 河村知江子

平成21年12月

編集後記

三重大学医学部附属病院がんセンターの2009年度年報（vol 3）をお届けさせていただきます。新病院の完成が近づくにつれて、旧病院の改築も進み、がんセンターは引越しが続いています。平成22年2月末に旧医学部臨床研究棟9階奥から、附属病院6階西翼の元総合診療部の居室あとに移動しました。この年報の編集業務や市民公開講座、がん診療連携クリニカルパス研究会の資料作成等は、がんセンター内で職員が協力し合って手作業で進めています。緩和ケアチームの事例検討会、定例会や教育部門の会議も、このがんセンター内で開催できるようになりました。今後、附属病院の10階東翼の部屋をお借りして、地域がん登録の業務も開始する予定になっています。なかなか、がんセンターの拠点が決まらず、浮き草のような状態が続いていますが、各部門のリーダーの先生方には、さまざまな業務に取り組んで頂いており、お忙しい中、2009年度1年間の活動報告をして頂きました。各部門、部署のリーダーの先生方に深謝致します。また、がんセンター内の事務職の方々にも、1年間の活動内容を報告してもらいました。事務職の岡田康子さんには、この年報の原稿の取りまとめもして頂きました。どうも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歩みを記録する貴重な資料になると考えています。今後も、皆様のご意見、ご要望を拝聴しながら、三重県のがん診療の発展に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.3

2010年10月5日発行

三重大学医学部附属病院がんセンター