

希望の切れ目のない
総合的医療における緩和ケア

第6回

関西支部学術大会

日本緩和医療学会



プログラム・抄録集

会期

2024年9月28日(土)

会場

ピアザ淡海(滋賀県立県民交流センター)

〒520-0801 滋賀県大津市におの浜1-1-20

大会長

醍醐 弥太郎

滋賀医科大学 臨床腫瘍学講座・先端がん研究センター

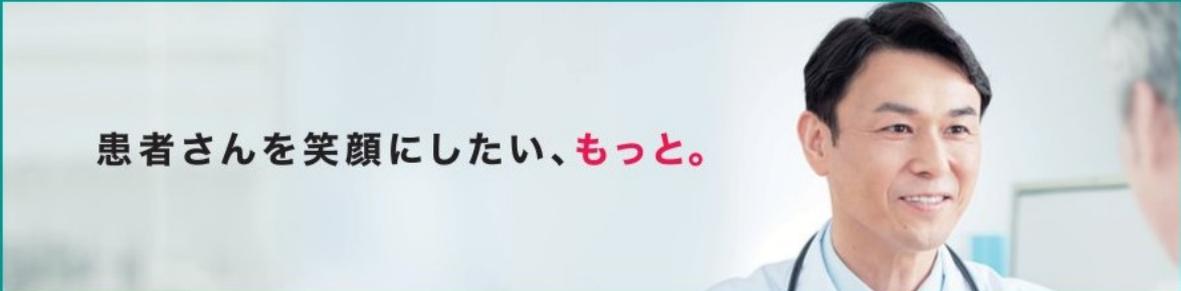
滋賀医科大学医学部附属病院 腫瘍内科・腫瘍センター



がんに勝ちたい、**もっと**。



家族と一緒にいたい、**もっと**。



患者さんを笑顔にしたい、**もっと**。



革新的な薬を届けたい、**もっと**。

がんと向き合う 一人ひとりの想いに応えたい。

私たちMSDは、革新的ながん治療薬を開発する情熱を抱き、
一人でも多くの患者さんに届けるという責任をもって
がん治療への挑戦を続けています。

WINNING

MORE

AGAINST

CANCER



**SHIONOGIは
いま、まさに
立ち向かっている。**

EXPANDING / 拡げている

あらゆる技術を向上し、
新たな領域へ。

PROVIDING / 提供している

薬を、サービスを、
世界の隅々にまで私たちの手で。

ADVANCING / 挑戦している

必要なソリューションを、
必要なタイミングで世の中へ。

半世紀以上、
感染症と向き合い続けてきた誇りを胸に。
ヘルスケアの未来を見据え、
健やかで豊かな人生に貢献するために。



目次

大会長挨拶	P. 1
実行委員会	P. 2
後援・助成・協賛等	P. 3
交通のご案内	P. 4
会場のご案内	P. 6
日程表	P. 7
参加者・座長・演者・発表者の皆様へのご案内	P. 8
シンポジウム①	P. 12
シンポジウム②	P. 17
シンポジウム③	P. 22
シンポジウム④	P. 27
TIPS! みんなでシェアするエッセンス①	P. 32
TIPS! みんなでシェアするエッセンス②	P. 35
TIPS! みんなでシェアするエッセンス③	P. 40
TIPS! みんなでシェアするエッセンス④	P. 43
セミナー①	P. 48
セミナー②	P. 50
セミナー③	P. 52
ランチョンセミナー	P. 54
ワークショップ①	P. 56
ワークショップ②	P. 58
一般演題①	P. 60
一般演題②	P. 66
一般演題③	P. 72
一般演題④	P. 77
一般演題⑤	P. 83
一般演題⑥	P. 89
一般演題⑦	P. 95
フレッシュャーズセッション①	P. 100
フレッシュャーズセッション②	P. 106
フレッシュャーズセッション③	P. 112
優秀演題①	P. 117
優秀演題②	P. 123
癒しのセッション	P. 129
展示	P. 130

大会長挨拶

日本緩和医療学会第6回関西支部学術大会

大会長 醍醐 弥太郎

滋賀医科大学臨床腫瘍学講座

滋賀医科大学先端がん研究センター

滋賀医科大学医学部附属病院

腫瘍内科・腫瘍センター・緩和ケアセンター

教授・診療科長・センター長

この度、2024年9月28日（土）に滋賀県大津市・ピアザ淡海（滋賀県立県民交流センター）におきまして日本緩和医療学会第6回関西支部学術大会を開催させていただきます、滋賀医科大学臨床腫瘍学講座・先端がん研究センター・腫瘍内科・腫瘍センター・緩和ケアセンターの醍醐 弥太郎です。

今日のがんをはじめとする重篤な疾患における医療においては、病気の段階に対応したプレジジョン医療と多職種チームによる総合的かつ全人的な医療が求められています。わが国では、例えば、これらのがん医療を担い臓器横断的な治療のマネージメントを行う医療人に加えて、体と心の両面からがんをはじめとする難病特有の症状に対するケアを行う緩和医療を担う医療人の育成が急務になっています。

このような医療の推進と人材の育成に向けて、

- (1) 社会の医療への要請を踏まえた緩和医療に関わる学際的な緩和ケア教育・研修プログラムの拡充、
- (2) 緩和医療に関わる地域医療者の人的交流とネットワークの強化、
- (3) 緩和ケアを専門とする医師・看護師・薬剤師をはじめとする専門医療人の裾野の拡大に向けた育成活動等の活性化にも期待が寄せられております。

今回の大会では、悠久の歴史の息づく湖国滋賀の地で「希望の切れ目のない総合的医療における緩和ケア」をテーマに緩和医療に関わる関西の大学、病院、地域の医療・介護・福祉施設などの医療関係者や学生等が一堂に集い、次世代の緩和医療を共有・討議し、育む会としたいと願っております。若手を含む多彩な演者による57演題、10セッションで構成される一般演題（優秀演題セッション2、一般セッション5、フレッシューズセッション3）に加えて、上記の趣旨で厳選したテーマとこれらの領域の医療や学術の第一線で活躍されている演者によるシンポジウム（4セッション）、セミナー（4セッション）、TIPS（3セッション）、ワークショップ（2セッション）やランチョンセミナー（共催）を企画しております。また、主なセッションは、オンデマンド配信いたします。

第6回関西支部学術大会が緩和医療に新風をおこせますよう、実行委員、開催事務局一同、実り多き開催に向けて尽力して参りました。皆様と2024年9月に大津でお会いできることを楽しみにしております。

実行委員会

大会長	醍醐 弥太郎	滋賀医科大学医学部附属病院
事務局長・プログラム委員長	寺本 晃治	滋賀医科大学医学部附属病院
副事務局長	高野 淳	滋賀医科大学医学部附属病院
副事務局長	住本 秀敏	滋賀医科大学医学部附属病院

実行委員

森田 幸代	滋賀医科大学医学部附属病院	青木 健	滋賀医科大学医学部附属病院
高橋 顕雅	滋賀医科大学医学部附属病院	河田 優子	滋賀医科大学医学部附属病院
木村 由梨	滋賀医科大学医学部附属病院	西川 誠人	滋賀医科大学医学部附属病院
小倉 知子	滋賀医科大学医学部附属病院	小崎 信子	滋賀医科大学医学部附属病院
武村 昌俊	滋賀医科大学医学部附属病院	須藤 正朝	滋賀医科大学医学部附属病院
日置 三紀	滋賀医科大学医学部附属病院	高矢 理沙	滋賀医科大学医学部附属病院
権 哲	済生会滋賀県病院	大屋 清文	ピースホームケアクリニック
奥野 貴史	ヴォーリス記念病院	花木 宏治	滋賀県立総合病院
大沢 恭子	滋賀県立総合病院	堀 泰祐	淡海医療センター
高橋 恵子	JCHO 滋賀病院	田久保 康隆	市立長浜病院
津田 真	市立大津市民病院	中村 一郎	能登川病院
伏木 雅人	市立長浜病院	石戸谷 哲	大津赤十字病院
藤澤 文絵	滋賀県立総合病院	山内 智香子	滋賀県立総合病院
林 栄一	彦根市立病院	川嶋 頼子	近江八幡市立総合医療センター
木本 美由紀	近江八幡市立総合医療センター	糸島 陽子	滋賀県立大学
徳谷 理恵	ピースホームケアクリニック	岩切 由理	ピースホームケアクリニック
出口 範子	ピースホームケアクリニック	宮崎 恵子	市立長浜病院
杉江 礼子	市立大津市民病院	谷川 弘子	ヴォーリス記念病院
杉山 順哉	市立長浜病院	原田 奈津子	ピースホームケアクリニック
月山 淑	和歌山県立医科大学附属病院	上野 博司	京都府立医科大学附属病院
岡山 幸子	宝塚市立病院	清水 政克	清水メディカルクリニック
所 昭宏	近畿中央呼吸器センター	中村 契	国保中央病院
藤阪 保仁	大阪医科薬科大学	西山 菜々子	大阪公立大学
宇野 さつき	ファミリー・ホスピス神戸垂水ハウス		

広報協力

大武 陽一	たけお内科クリニック からだと心の診療所/水谷クリニック
-------	------------------------------

後援・助成・協賛等

後援

がん診療連携拠点病院機能強化事業

がんゲノム医療中核拠点病院等機能強化事業

滋賀県がん診療人材育成・支援体制構築事業

次世代のがんプロフェッショナル養成プラン

～高度化・多様化するがん医療を担う人材育成～

コホート・生体試料支援プラットフォーム (CoBiA)

滋賀県がん診療連携協議会・診療支援部会、研修推進部会、緩和ケア推進部会

助成

一般財団法人 和仁会

協賛等

(共催セミナー・展示・広告)

第一三共株式会社

クラシエ株式会社

スミスメディカル・ジャパン株式会社

大研医器株式会社

MSD 株式会社

塩野義製薬株式会社

アストラゼネカ株式会社

イーザイ株式会社

株式会社ツムラ

中外製薬株式会社

協和キリン株式会社

大鵬薬品工業株式会社

(出展協力)

株式会社神陵文庫

株式会社 ReTabby

交通のご案内

■会場：ピアザ淡海（滋賀県立県民交流センター） 〒520-0801 滋賀県大津市におの浜 1-1-2



■付近詳細図



- ・ JR 大津駅から京阪・近江バス
[草津駅西口行] または [石山駅行]
「大津署前」下車 約 10 分
- ・ JR 大津駅からタクシー約 5 分
- ・ JR 膳所駅から徒歩約 12 分
- ・ 京阪電車石場駅から徒歩約 5 分
- ・ 名神大津インターから約 7 分

■駐車場（有料）

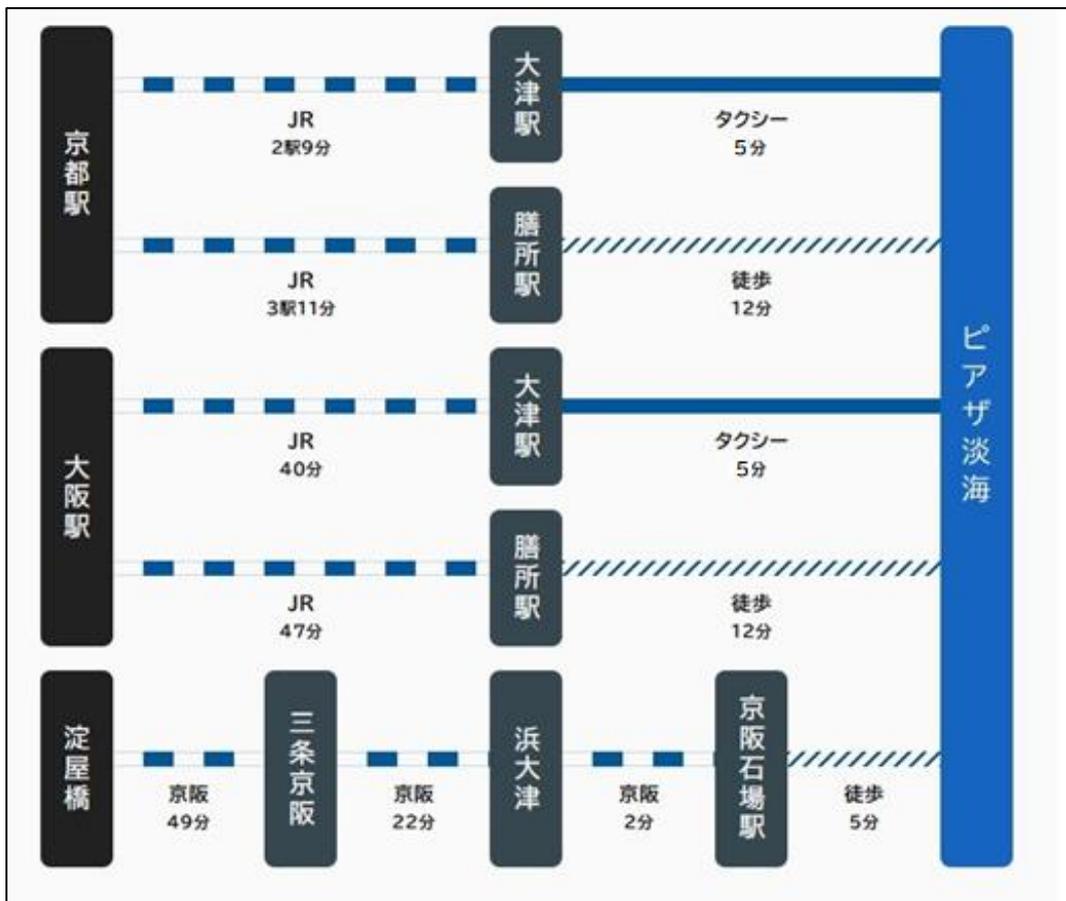
会場地下駐車場もしくは近隣のコインパーキングをご利用ください

※会場地下駐車場 77 台 利用時間：7:00～23:00

料金：4 時間以内は 1 時間につき 210 円、4 時間以上は 4 時間を超える 1 時間につき 110 円

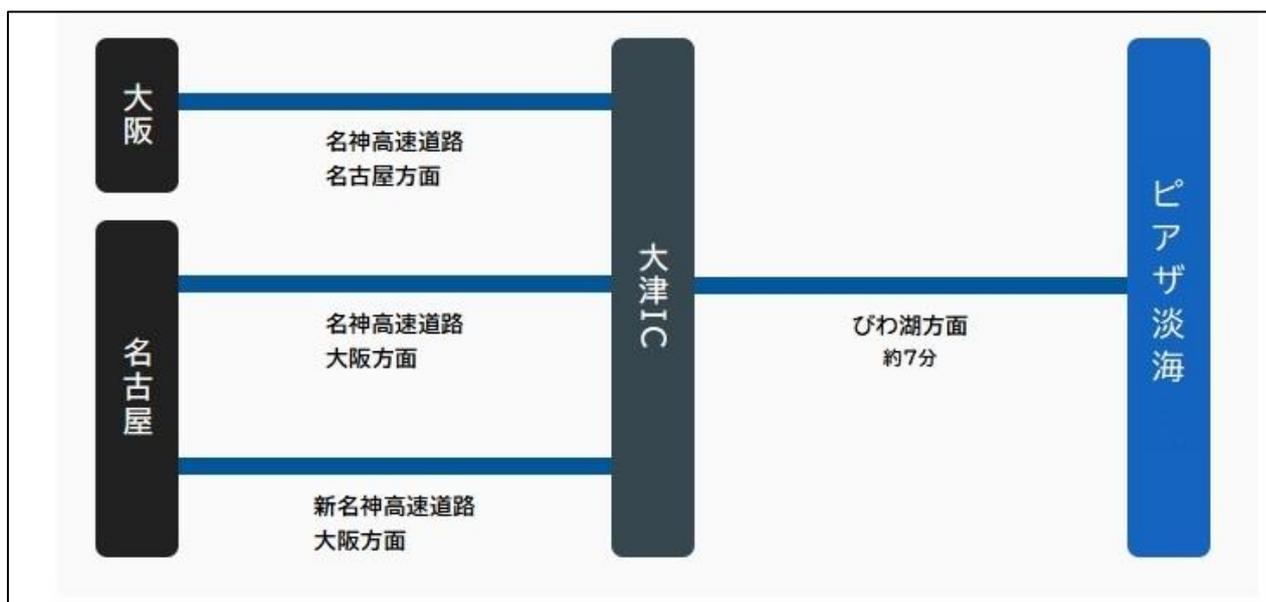
■鉄道をご利用の場合

- ・JR 琵琶湖線大津駅からタクシー5分
- ・JR 琵琶湖線膳所駅から徒歩 12分
- ・京阪電車石場駅から徒歩 5分



■お車でお越しの場合

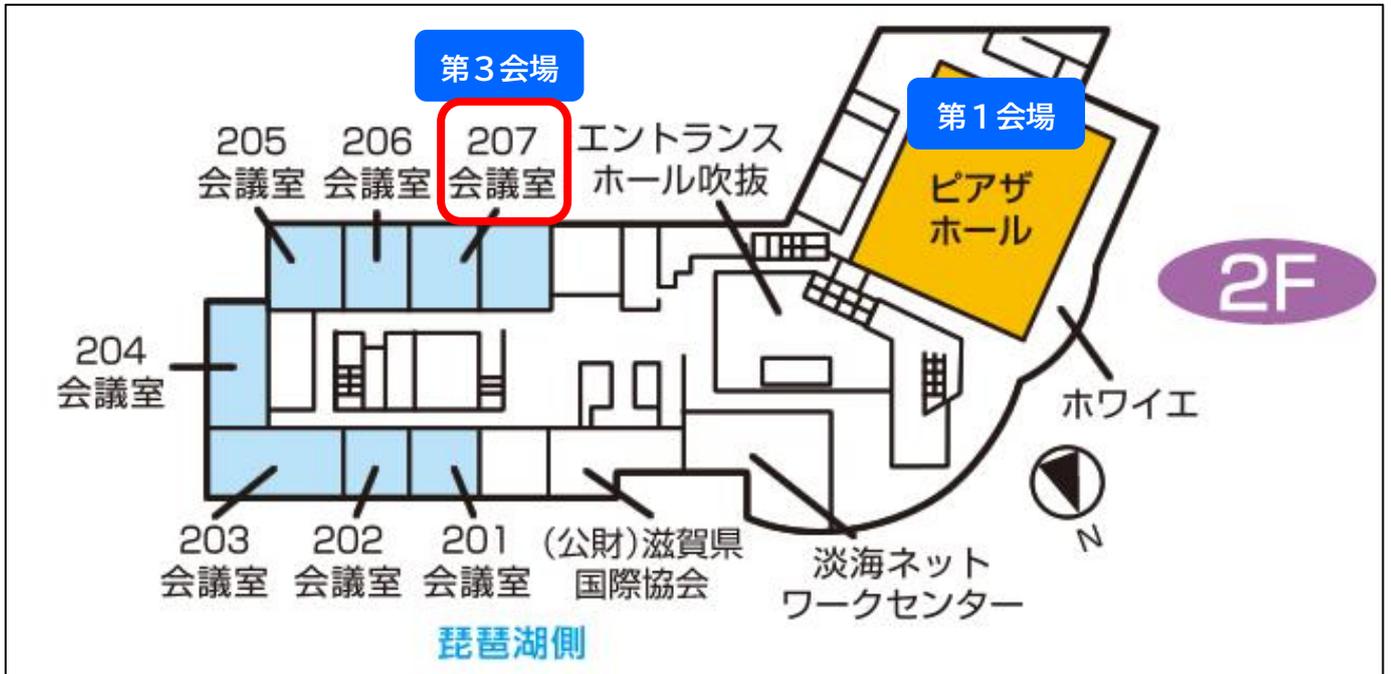
- ・名神大津 IC より約7分



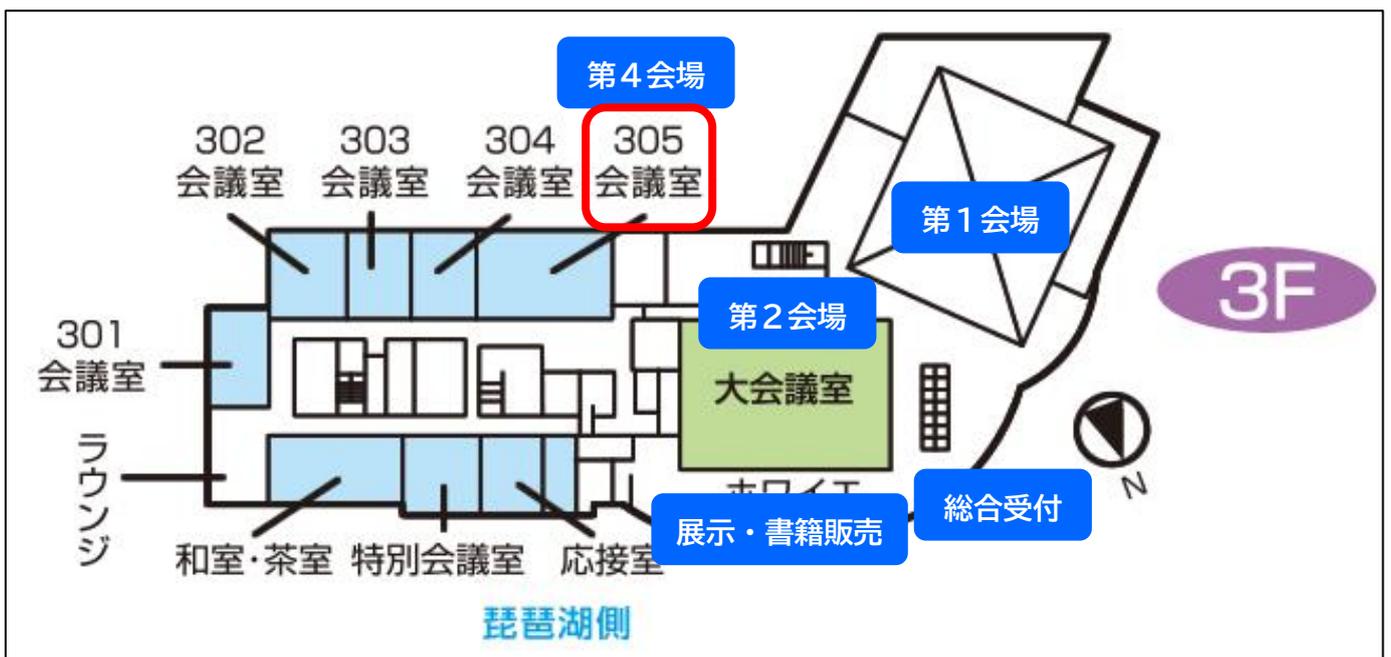
会場のご案内

2F

※第1会場の入口は3Fになります



3F



日程表・プログラム

録音 後日オンデマンド配信予定

	第1会場 ピアザホール (2F・3F、入口は3F)	第2会場 大会議室 (3F)	第3会場 207会議室 (2F)	第4会場 305会議室 (3F)
9:00				
9:10	9:10~9:20 開会式 大会長挨拶			
9:20				
9:30	9:25~10:55 (90分) ◆シンポジウム① 外来がん患者・非がん患者の地域連携のありかたに迫る ~相互に安心感のある地域緩和ケアのために~ 座長:大屋 清文、宇野 さつき 演者:堀 哲雄、堀 加代子、奥 知久、橋本 龍	9:25~10:15 (50分) ◆セミナー① がん関連学際領域の人材育成の今とこれから ~がん患者さんの感じるスティグマを和らげるために~ 座長:清水 正樹 演者:藤阪 保仁	9:20~10:10 (50分) ◆一般演題口演①1-5 分野1:痛み 座長:山崎 圭一、中川 貴之	9:20~10:10 (50分) ◆フレッシュアーズセッション①1-5 座長:高野 淳、山本 瀬奈
9:40				
9:50				
10:00				
10:10				
10:20		10:15~11:05 (50分) ◆一般演題口演②6-10 分野1:痛み 分野2:痛み以外の身体症状 座長:西本 哲郎、宮部 貴誠	10:10~11:00 (50分) ◆フレッシュアーズセッション②6-10 座長:市原 香織、青木 美和	
10:30				
10:40				
10:50				
11:00				
11:10	11:00~11:50 (50分) ◆セミナー② 緩和ケアの質とチーム能力を高められる認知療法的視点 座長:津田 真 演者:畑 謙	10:20~11:50 (90分) ◆シンポジウム② 治療中のがん患者のつらさを和らげる ~つらくないがん治療を目指して~ 座長:吉岡 亮、月山 淑 演者:伊藤 ゆり、江藤 美和子、澤村 忠輝、吉岡 亮	11:10~11:50 (40分) ◆一般演題口演③11-14 分野4:終末期ケア・専門的ケア 座長:安保 博文、坂下 明大	11:00~11:50 (50分) ◆一般演題口演④15-19 分野3:精神・心理的・社会的・スピリチュアルケア 座長:大武 陽一、吉岡 さおり
11:20				
11:30				
11:40				
11:50				
12:00				
12:10		12:05~12:55 (50分) ◆ランチョンセミナー 緩和ケアの力 座長:花本 宏治 演者:余宮 きのみ 共催:第一三共株式会社		
12:20				
12:30				
12:40				
12:50				
13:00				
13:10	13:10~14:40 (90分) ◆シンポジウム③ AYA世代支援チーム: 多様な課題とチームビルディングを考える 座長:藤澤 文絵、日置 三紀 演者:日置 三紀、岡村 理、竹久 志穂、多田 雄真	13:10~14:00 (50分) ◆ワークショップ① 模擬・臨床倫理カンファレンス 座長:多田 龍 竜平、木村 由梨 演者:中村 一郎、森田 幸代、木本 美由紀、川崎 頼子	13:10~13:40 (30分) ◆TIPS!みんなでシェアするエッセンス① 放射線治療・IVR 座長:山内 智香子 演者:青木 健、友澤 裕樹	13:10~13:40 (30分) ◆セミナー③ 緩和医療に必要な腫瘍循環器の基礎知識 座長:住本 秀敏 演者:堀山 渉
13:20				
13:30				
13:40				
13:50				
14:00		14:05~15:05 (60分) ◆ワークショップ② 関西の“つながる”を互いに学び合おう 座長:花本 宏治、西本 哲郎 パネリスト:花本 宏治、月山 淑、西本 哲郎、 山崎 圭一、上野 博司、中村 契	13:45~14:45 (60分) ◆TIPS!みんなでシェアするエッセンス② リンパ浮腫・皮膚潰瘍のケア・ 緩和ケアのリハビリ・ホスピスメリッド 座長:田久保 康隆、徳谷 理恵 演者:柴田 奈々、河田 優子、 西山 菜々子、奥野 貴史	13:45~14:25 (40分) ◆フレッシュアーズセッション③11-14 座長:林 一喜、原田 奈津子
14:10				
14:20				
14:30				
14:40				
14:50	14:50~15:10 (20分) ◆癒しのセッション 滋賀医科大学アカペラサークル Jingle-Jingle	15:10~15:40 (30分) ◆TIPS!みんなでシェアするエッセンス③ 神経ブロック・慢性疼痛 座長:上野 博司 演者:谷口 彩乃、権 哲	14:50~15:40 (50分) ◆優秀演題セッション①1-5 座長:荒尾 晴恵	14:25~15:15 (50分) ◆一般演題口演⑤20-24 分野4:地域・在宅ケア 座長:清水 政克、高橋 顕雅
15:00				
15:10				
15:20				
15:30				
15:40	15:15~16:45 (90分) ◆シンポジウム④ アドバンス・ケア・プランニング (ACP) の今、 それって本当にACP? 座長:岡山 幸子、中村 契 演者:加納 麻子、横谷 倫世、杉江 礼子、須堯 誠	15:45~16:45 (60分) ◆TIPS!みんなでシェアするエッセンス④ コミュニケーション 座長:森田 幸代、糸島 陽子 演者:大沢 恭子、山岸 正明、勝元 さえこ、中村 信雄* *の演者のみ、オンデマンド配信なし	15:45~16:35 (50分) ◆優秀演題セッション②6-10 座長:所 昭宏	15:15~16:05 (50分) ◆一般演題口演⑥25-29 分野7:ACP・意思決定支援 座長:松田 良信、藤原 由佳
15:50				
16:00				
16:10				
16:20				
16:30			16:05~16:45 (40分) ◆一般演題口演⑦30-33 分野6:教育・普及啓発・ ヘルスクエア・その他 座長:林 栄一、小山 富美子	
16:40				
16:50				
16:50	16:50~17:00 閉会式			
17:00				

参加者・座長・演者・発表者の皆様へのご案内

■参加者の皆様へのご案内

1. 参加登録について

参加登録	<p>事前：2024年8月1日（木）～9月27日（金）17時まで 当日：2024年9月28日（土）12時まで（クレジットカード決済のみ） ※事前・当日ともにオンライン参加登録のみ、現地に参加登録受付はございません</p> <p style="text-align: center;">★参加登録はこちらから★</p> 
参加費	<p>■事前参加登録（クレジットカード決済、コンビニ/ATM） 会 員：3,000円（不課税） 非会員：3,500円（課 税） 参加費 3,182円+消費税（10%）318円 学 生：無 料</p> <p>■当日参加登録（クレジットカード決済のみ） 会 員：3,500円（不課税） 非会員：4,000円（課 税） 参加費 3,637円+消費税（10%）363円 学 生：無 料</p> <p>■適格請求書発行事業者登録番号 特定非営利活動法人日本緩和医療学会 T9120005010528</p>

2. 現地参加方法について

- ・皆様に安心してご参加いただくため、基本的な感染症対策にご理解とご協力をお願いいたします。
- ・服装はクールビズを奨励しておりますので軽装でご来場ください。運営スタッフもクールビズに取り組みますので、ご理解のほど、お願いいたします。
- ・開催1週間前より、参加登録が確定した方にネームカード・参加証・QRコードをご案内いたします。
- ・ネームカードはご自身で印刷・記名いただき、当日ご持参の上、会場設置のネームホルダーに入れて会期中は必ずご着用ください。ネームカードをご着用いただきましたら、各会場にお進みいただけます。
- ・参加来場受付は、事前にメールでお送りいたします QRコードをご自身で印刷もしくはスマートフォンなどに表示いただき、ご都合のよい時間帯に3F 総合受付のQRコードリーダーにかざしてください。
- ・クロークはございません。お荷物はご自身で管理ください。

※案内メールが届かない場合は、運営事務局（jspm_kansai2024@sprt-link.jp）までご連絡ください

※ネームカードやQRコードが印刷できない等ございましたら、3F 総合受付にお越しく下さい

受付場所	3F 総合受付
受付時間	2024年9月28日（土）8時30分～15時

3. 共催セミナーについて

共催セミナー	会場・時間	整理券・入場方法
ランチョンセミナー	第2会場 300席 12時5分～12時55分	<ul style="list-style-type: none"> 整理券配布前にネームカードをご着用ください 当日9月28日(土)8時45分より3Fホワイエにて、整理券300枚を先着順で配布いたします 整理券と引き換えに昼食などを受け取りご入場ください

4. 単位について

◆ 日本緩和医療薬学会 緩和薬物療法認定薬剤師 4単位

参加登録時に緩和医療薬学会学会員番号を入力された方は、参加登録をもって後日 LMS にて単位が付与されます。

◆ 日本医師会 認定生涯教育講座

本会の参加証をもって、参加者ご自身でご申請ください。

◆ 日本病院薬剤師会 日病薬病院薬学認定薬剤師 4単位(現地参加のみ)

- ・ 単位手続きには事前・事後を含めて3つの手順が必要です。お早めに「[単位の取得方法について](#)」をご確認ください。
- ・ キーワードは、総合受付にて午前と午後の計2回掲示いたします。
- ・ 登録期限は日本病院薬剤師会の定める期限のため、延長対応は出来かねます。
- ・ 当日、現地ではHOPESSのアカウント作成に関する事項はお答えできません。必ず開催前にアカウントのご確認をお願いします。
- ・ 制度やアカウント作成に関する事項は日本病院薬剤師会にお問い合わせください。



掲示場所	3F 総合受付
掲示時間(午前)	2024年9月28日(土)8時30分～12時
掲示時間(午後)	2024年9月28日(土)12時～15時

5. 最優秀演題賞の審査と表彰式について

最優秀演題は実行委員会によって選定され、閉会式にて発表いたします。

6. オンデマンド配信について

一部セッションは10月中旬より1ヶ月間程度、オンデマンド配信予定です。会期後に準備が整い次第、改めてご案内いたします。

7. 抄録について

WEB抄録となり、冊子での販売はございません。

8. その他のご連絡について

- ・ 会場内での撮影および録音は禁止させていただきます。但し、運営スタッフによる撮影などは行いますのでご了承くださいませ。
- ・ 講演会場内での携帯電話のご使用は禁止させていただきます。会場内では電源を切るかマナーモードの設定をお願いいたします。

■座長の皆様へのご案内

1. 座長受付について

服装はクールビズでご来場ください。座長受付は設けておりません。司会・進行係など会場内スタッフも設けておりませんので、ご自身のセッション開始 10 分前に会場にお越しいただき「次座長席」にご着席ください。

2. 進行について

進行は座長の先生にご一任させていただきます。終了時間厳守でお願いし、プログラムの終了時間に対し、終了 5 分前・終了 3 分前・間もなく終了の掲示をさせていただきます。一般演題は発表 7 分、質疑応答 3 分の合計 10 分で進行をお願いいたします。

■演者の皆様へのご案内

◆シンポジウム、TIPS、セミナー、ワークショップご発表の先生へ

1. ご発表スライドについて

当日、PC センターはございません。発表者ツールはご使用いただけません。

演台 PC (Windows10) のデスクトップにあるセッション名フォルダより事前保存済みのスライドを開いてご発表、もしくはご自身の PC (**Mac は不可**) をお持ち込みの上、ご発表ください。

ご発表スライド作成については、次ページの「■ご発表スライドの作成についてのご案内」をご参照ください。

2. 受付について

服装はクールビズでご来場ください。受付は設けておりません。司会・進行係など会場内スタッフも設けておりませんので、ご自身のセッション開始 10 分前に会場にお越しいただき「次演者席」にご着席ください。

3. 当日のご発表について

予めご連絡させていただいております時間でご発表をお願いいたします。当日の進行は座長にご一任しておりますので指示に従っていただきますようお願いいたします。また、ご発表中に運営スタッフによる写真撮影を行う場合がございますことご了承くださいませ。

◆一般演題ご発表の先生へ

1. ご発表スライドについて

当日、PC センターはございません。発表者ツールはご使用いただけません。

演台 PC (Windows10) のデスクトップにあるセッション名フォルダより事前保存済みのスライドを開いてご発表、もしくはご自身の PC をお持ち込みの上、ご発表ください。

ご発表スライド作成については、次ページの「■ご発表スライドの作成についてのご案内」をご参照ください。

2. 受付について

服装はクールビズでご来場ください。受付は設けておりません。司会・進行係など会場内スタッフも設けておりませんので、ご自身のセッション開始 10 分前に会場にお越しいただき「次演者席」にご着席ください。

3. 当日のご発表について

口演発表 7 分、質疑応答 3 分の合計 10 分をお願いいたします。当日の進行は座長にご一任しておりますので指示に従っていただきますようお願いいたします。また、ご発表中に運営スタッフによる写真撮影を行う場合がございますことご了承くださいませ。

■ご発表スライド作成についてのご案内

◆利益相反の開示について

発表時には全ての演者（座長は不要）に利益相反の開示が義務付けられます。演題名の次・2枚目のスライド等でご提示ください。参考スライドは[大会 HP](#)をご参照ください。

◆クラウドフォルダへの事前保存

- ① **9月22日（日）まで**にご発表スライドをクラウドフォルダへアップロードしてください。PC お持ち込みの場合（Mac は不可）でも、必ずアップロードをお願いいたします。
アップロード後に修正がある場合は、**9月27日（金）17時まで**に再度アップロードしてください。

<https://www.dropbox.com/request/XYNvmbRdN1pvqPzi52Vj>

ファイル名は「セッション名_発表者名.pptx」としてください。

例：シンポジウム1_大阪一郎.pptx、TIPS1_大阪花子.pptx、0-1_大阪二郎.pptx

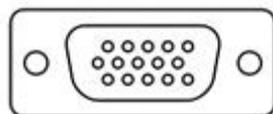
※英数字は半角をお願いいたします

- ② 当日は演台 PC デスクトップのセッション名フォルダよりご自身のスライドを開いてご発表ください。演台 PC には Windows10 の Power Point (2010、2013、2016) をインストールしております。同環境にて正常に作動するデータをご用意ください。
- ③ 会場のスクリーンが正方形に近いため、4：3 標準でのスライド作成を推奨いたします。
発表者ツールはご使用いただけません。
- ④ フォントは文字化けを防ぐため、Windows 標準フォント (MS ゴシック、MS P ゴシック、MS 明朝、MSP 明朝、メイリオ、Arial、Century、Times New Roman など) のいずれかをご使用ください。
- ⑤ 発表データに静止画やグラフ等のデータをリンクさせている場合は、必ず元データを一緒に保存していただき、事前に動作確認をお願いいたします。
- ⑥ 静止画は JPEG 形式での作成を推奨いたします。
- ⑦ 動画は環境が異なると動作保証ができないため、ご自身の PC (**Mac は不可**) をお持ち込みください。
- ⑧ ご発表スライドは本学術大会終了後、適正な方法で完全に消去いたします。

◆PC お持ち込みの場合

① MacPC のお持ち込みはできません（会場設備との接続が難しいため）。

- ② PC お持ち込みの場合でも、ご発表スライドはクラウドフォルダへ保存してください。
- ③ 会場オペレーターを設けておりませんので、ご自身でプロジェクターとの接続を行ってください。
- ④ PC の電源アダプターは必ずご持参ください。
- ⑤ バックアップデータも合わせてお持ち込みください。
- ⑥ 接続コネクタは D-sub15 ピンとなります。変換が必要な場合は変換ケーブル等ご持参ください。



D-sub15 ピン（ミニ）

- ⑦ 予めスクリーンセーバー並びに省電力設定は「なし」に設定してください。
- ⑧ お持ち込みいただく PC に保存されている貴重なデータの損失をさけるため、事前にデータのバックアップをお勧めいたします。

シンポジウム①

9月28日（土）9:25～10:55 第1会場（ピアザホール）

「外来がん患者・非がん患者の地域連携のありかたに迫る
～相互に安心感のある地域緩和ケアのために～」

座長：大屋 清文（ピースホームケアクリニック京都）

宇野 さつき（ファミリー・ホスピス神戸垂水ハウス）

当院における外来での在宅連携について

1) 三菱京都病院 呼吸器外科/腫瘍内科・緩和ケア内科

○ 堀 哲雄 (ほり てつお)¹⁾、吉岡 亮¹⁾、高田 七重¹⁾、谷山 朋彦¹⁾、八城 弘憲¹⁾

がん治療病棟および緩和ケア病棟を有する病院において、入院中に退院支援のなかで訪問看護ステーションや訪問診療医と連携して在宅療養を導入する事例に関しては、症例数も多く一定の知見が得られている。しかし、外来からの在宅導入に関しては近年増加傾向にあるものの、まだ十分な議論は得られていないと考えられる。

当院では積極的に外来からの地域連携を進めている。がん患者においては、入院から退院支援を行なうことに比べると、比較的体力があり残された時間が多い患者が多く、家庭での生活が維持されており利用すべきサービスが検討しやすいといったメリットがある。一方、医療者としては全身状態の把握が十分でない、かかりつけ医との関係性を考慮しなければいけないなどといったデメリットが存在する。

これらの要点を整理し、今回当院における外来からの在宅連携への取り組みを発表する。

【ご略歴】

平成 19 年滋賀医科大学医学部卒

三菱京都病院 呼吸器外科副部長

日本外科学会外科専門医

日本呼吸器外科学会呼吸器外科専門医

日本呼吸器内視鏡学会気管支鏡専門医

日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医

日本緩和医療学会緩和医療専門医・指導医

利益相反 1～12：該当なし

外来がん患者、非がん患者の地域連携のありかたに迫る
～相互に安心感のある地域緩和ケアのために～
外来患者の療養支援に携わる病院地域連携看護師の視点から

神戸大学医学部附属病院 患者支援センター

○ 堀 加代子（ほり かよこ）

昨今の入院期間の短縮やがん治療を含む様々な治療が外来中心となるなどの医療提供体制の変化、患者と家族の意向を尊重した療養の実現、独居・認知症・経済的困窮といった様々な課題を有する患者の増加などから、外来での療養支援や調整（以下、外来支援とする）の必要性和複雑さが増してきた。当院における外来支援では過半数をがん患者が占めており、治療期の終盤から病勢悪化のため緩和ケアを中心とした療養に移行する時期の患者への支援が中心となっている。また、呼吸器疾患や神経難病などの非がん患者の緩和ケアを見据えた介入も行っている。外来支援では、入院患者の退院支援と同様の取り組みを行うが、外来という「限られた人・限られた時間・患者や家族を含む関係者が離れた場に点在している」という制約のもと、いかに支援を要する患者や家族を支え、円滑かつ効果的な対応と関係者間の連携が図れるかが課題となる。当院としても、外来支援を要する患者のスクリーニングや意思決定を含む支援策の検討、地域のリソースとの連携などにおいて、関係者が協力し取り組んでいる。しかし、病院医療者の在宅療養のイメージが乏しく、情報伝達の不十分さや療養支援に関わる者のスキルが支援の質に影響するなどの課題は多く、地域の連携先の補完的な協力により成り立っているという実感がある。患者の療養の質は療養支援の在り方に左右される。私たちは、療養支援に関するスキルの向上に努めるとともに、地域連携の強化において、地域と病院間の双方向の連携をさらに促進する役割にあると考える。

本シンポジウムでは、専門的に療養支援や地域連携に携わる退院調整看護師としての視点から、外来支援の課題を提示するとともに、地域と病院が包括的に患者の療養支援に取り組んでいくための指針を見出していきたい。

【ご略歴】

1988年～看護師として循環器内科・呼吸器内科・NICU等で勤務

1999年～訪問看護ステーションにて訪問看護師・介護支援専門員として勤務

2002年～在宅緩和ケアを専門とした診療所にて訪問看護師として勤務

2017年～神戸大学医学部附属病院 患者支援センターにて退院調整看護師として勤務

現在に至る

利益相反1～12：該当なし

ケア移行の課題解決に向けた統合的アプローチ（在宅医療側から）

医療法人ぼちぼち会 おく内科在宅クリニック

○ 奥 知久（おく ともひさ）

背景:がんおよび非がん患者におけるケア移行（Care Transition）は、医療機関や療養の場を移行する際に、ケア提供者が変わる過程であり、特徴的な課題が生じる。地域緩和ケアにおける連携の質を向上させるためには、その課題を加味した統合的なアプローチが不可欠である。

目的:本発表は、ケア移行（Care Transition）及び統合ケア（Integrated Care）の概念を通じて、地域における緩和ケア連携の課題と対処法を探ることを目的とする。

方法:大阪市北東部地域における臨床及び地域医療の取り組みを紹介する。ここではケア移行の課題として「情報の継続性」「連携のタイミング」「患者中心の情報の質」の3点を挙げる。対処法の例として医療 ICT を用いた情報連携や連携型 ACP の実践事例や地域の連携および規範を合わせるための研修会の事例を紹介する。

結果:医療 ICT や地域での研修会の取り組みによってケアの継続性や統合性が高まり、ケア移行の質が向上した。5つの統合メカニズム（Rosen）のうち臨牀的統合、システム統合、規範的統合の向上が見られた。

結論:ケア移行における統合的ケアのアプローチは患者中心の地域医療の質を向上させるために有効である。ICT の利用や学習と連携を意図した研修会の実施はその一助になる。今後の地域緩和ケアのモデルとして、さらなる知見の集積が必要である。

【ご略歴】

2008年 大阪公立大学医学部卒業

2010年～2018年 長野県の諏訪中央病院で総合診療、緩和医療、家庭医療、在宅医療に従事

2021年 新型コロナウイルス禍でKISA2隊大阪を結成し在宅診療や福祉施設のクラスター対応に従事

現在 医療法人ぼちぼち会 おく内科在宅クリニック院長。大阪市旭区医師会で在宅医療連携拠点事業の担当理事

利益相反 1～12：該当なし

在宅緩和ケアが伴走するための地域連携

医療法人平和の森

○ 橋本 龍（はしもと りゅう）

医療法人平和の森は、大津市と京都市山科区の2拠点で都市型の訪問診療クリニックを運営している。複数の高次医療機関と連携し、特定の訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所に限らず、地域の多職種と幅広く連携しながら在宅医療を提供している。クリニックには、常勤医師4名（うち緩和医療指導医2名）、がん看護専門看護師、緩和薬物療法認定薬剤師等が在籍し、在宅緩和ケアを得意とするクリニックとして地域に認知されている。

外来がん患者の地域連携での課題は、入院患者の退院支援と比較してシステム化されていない病院が比較的多いことである。医師や外来看護師が多忙な外来業務のなか、患者の状況を継続的に把握することは容易でなく、紹介時点で情報が乏しいことも多い。紹介担当者からの聞き取りだけでなく、緩和ケアチームやがん専門相談員、外来化学療法室看護師など患者と関わる多職種や、時には患者家族から直接話を聴き、多面的に情報を得る必要がある。

非がん患者は、疾患や機能低下の部位・進行の個人差が大きく、がん患者のように月単位、週単位の予後の予測は難しい。在宅医療への移行のタイミングや療養を支える家族にとって見通しが立ちづらいため、地域の支援者間で連携してサービス提供量を細やかに調整する必要がある。非がん患者に適切な在宅緩和ケアを提供するには、人生の最終段階における医療の選択についての意思決定支援や、アドバンス・ケア・プランニングについて、これまでの治療史を知る治療医や地域の医療介護事業所と連携することが不可欠である。

今回は、在宅医療の立場から、治療医と訪問診療医が併診しながら在宅緩和ケアを提供している外来がん患者の事例や、非がん患者の終末期における治療選択の意思決定について、治療医や訪問看護師、ケアマネージャーなど多職種で支援した事例を通じて、在宅緩和ケアが伴走するための地域連携について実践知を紹介する。

【ご略歴】

（2010年）日本赤十字社入職。血液造血器腫瘍に対する化学療法や造血細胞移植、ドナーコーディネートに従事。

（2023年）兵庫県立大学大学院経営研究科修了（MBA）。医療法人平和の森入職、地域連携業務を兼任。

利益相反1～12：該当なし

シンポジウム②

9月28日（土）10:20～11:50 第2会場（大会議室）

「治療中のがん患者のつらさを和らげる～つらくないがん治療を目指して～」

座長：吉岡 亮（三菱京都病院）

月山 淑（和歌山県立医科大学）

がん治療による社会的苦痛の現状～誰一人取り残さないがん対策の視点から～

大阪医科大学 総合医学研究センター 医療統計室

○ 伊藤 ゆり (いとう ゆり)

第4期がん対策推進基本計画の全体目標として「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す」ことが掲げられた。がん対策における予防・検診・医療・共生のすべてのフェーズにおいて、患者の属性・社会的背景に関わらず、「誰一人取り残されることのない」がん対策を実現することを目指している。これは、人々の健康がその人の社会的背景（居住地域、職業、教育歴など）により規定されるという健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health）の考え方をがん対策において重要視する方向性を示すものである。日本でも、居住地に基づく社会経済指標によりがんの死亡率・罹患率・生存率に格差が生じており、困窮度の高い地域におけるがんのアウトカム指標が悪いということが明らかになった。このような状況を解決するために、がん対策にかかわるすべての領域・職種の方に知っていただきたい考え方である。

本シンポジウムのテーマである「治療中のがん患者のつらさ」において、そのような格差が生じているのか、特に社会的苦痛の視点から、現在、国内外で報告されているエビデンスを紹介する。がんの患者の治療に関連する社会的苦痛の一つとして、経済毒性（Financial Toxicity）がある。経済的な理由により、治療が継続できなくなり、良好な転帰を得られない状況に陥ることや、がん治療に伴う経済的な理由でがん患者や家族が生活や人生の中であきらめなければならないことが生じる「副反応」である。患者体験調査からこの経済毒性は、貯蓄が少ない、雇用状況が不安定な若年層や女性、非正規雇用者に起こりやすいことが明らかとなった。このようながん患者の社会的苦痛に関する現状のエビデンスを紹介し、参加者の皆様と解決につながる議論を行うきっかけとしたい。

【ご略歴】

2002年3月 大阪大学 医学部 保健学科 卒業

2004年3月 大阪大学大学院 医学系研究科 博士前期課程修了（保健学修士）

2007年3月 大阪大学大学院 医学系研究科 博士後期課程修了（保健学博士）

2007年4月 大阪府立成人病センター調査部（現・大阪国際がんセンターがん対策センター） リサーチ・レジデント

2010年4月 同 研究員（生物統計研究職）

2015年4月 同 主任研究員（生物統計研究職）

2018年4月 大阪医科大学研究支援センター（現・大阪医科大学総合医学研究センター）医療統計室 室長・准教授 現在に至る

学内外の医療統計支援を行い、がん対策と健康格差の研究に取り組むがん疫学・医療統計の研究者。令和5年度より厚生労働科学研究費がん対策推進総合研究事業「誰一人取り残さないがん対策における格差のモニタリングと要因解明に資する研究」班の代表を務める。

利益相反 1～12：該当なし

進行がん患者の QOL 向上を目指す：IPOS による苦痛スクリーニングと緩和ケアの展開

ベルランド総合病院 看護部

○ 江藤 美和子（えとう みわこ）

がん治療の進歩により、多くのがん患者が外来で抗がん剤治療を継続しながら生活を送っている。しかし、これらの患者は身体的、心理的、社会的、そして実存的な苦痛など多岐にわたる苦痛を抱えており、その結果、生活の質（QOL）が著しく低下することがある。近年、がん患者に対し早期から緩和ケアを導入することの重要性が認識されている。緩和ケアは、生活の質の向上、症状管理の改善、生存期間の延長等、多くの利点が報告されており、患者が可能な限り高い QOL を維持し生活するために、極めて重要な医療とケアである。

がん患者の苦痛を早期に特定し、適切な緩和ケアにつなげるためには、苦痛のスクリーニングが重要である。苦痛のスクリーニングは、質問紙などを用いて患者の苦痛の程度や種類を評価する。しかし、既存の苦痛スクリーニングツールは、身体・精神症状の重症度に焦点を当てたものが多く、患者の潜在的なニーズを十分に把握できない場合がある。さらに、患者の状態によっては自己記載が困難な場合もある。

Integrated Palliative Outcome Scale (IPOS) は、身体的、心理的、社会的、スピリチュアルな苦痛や情報ニーズ、実用的な問題など、患者の多様な苦痛を包括的に評価するためのツールである。これにより、患者の苦痛を多面的に捉えることが可能となり、個別のニーズに応じた緩和ケアを提供するための有用なスクリーニングツールとなり得る。

IPOS を用いた苦痛スクリーニングの実装により、治療中のがん患者の苦痛を早期に把握し、タイムリーに個々のニーズに応じた緩和ケアを提供することが可能となる。また、多職種間で IPOS データを共有することで、切れ目のない包括的な緩和ケアが実現できると考える。

本シンポジウムでは、当院での取り組みを紹介し、治療中のがん患者に対する新たな緩和ケアの展開と課題について考察していきたい。

【ご略歴】

2011 年 兵庫県立大学大学院看護学研究科看護学専攻博士前期課程がん看護学専攻分野 修了（看護学修士）

2011 年 日本看護協会認定 がん看護専門看護師 取得

2011 年より社会医療法人生長会ベルランド総合病院に所属し、緩和ケアチーム・緩和ケア外来を担当している。

2020 年 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 看護実践開発科学講座 博士後期課程入学

利益相反 1～12：該当なし

外来化学療法室における薬剤師の診察前面談の効果について

東近江総合医療センター

○ 澤村 忠輝（さわむら ただてる）

当院は外来化学療法室に薬剤師が常駐し、レジメンオーダーの事前確認や服薬指導、お薬手帳シール交付などの業務を行っている。令和6年度の診療報酬改訂でがん薬物療法体制充実加算が新設され、薬剤師が診察前に患者と面談し副作用評価等を行い、医師に共有することで加算が付くようになった。従来は抗がん剤投与中に薬剤師面談を行っていたため、投与が中止や延期となった患者への関わりが不十分だったが、外来がん化学療法を予定している全ての患者に介入するため診察前面談の導入を行った。患者は診察前に外来化学療法室を訪れ、薬剤師が問診票と治療日誌を確認のうえ面談を実施、血液検査結果等の情報も踏まえて副作用の評価を実施する。問診表と評価した内容、処方提案などの特筆事項を診察までにカルテに記載し医師と情報を共有できるようにした。当院の診察前面談導入前後2ヶ月の薬剤師面談数と外来がん化学療法件数の比率を調査したところ、導入前が85%（259/303）導入後98%（325/330）となり、業務導入により面談実施率が上昇した。次に、処方提案の件数を診察前面談導入前後2か月で比較したところ、導入前（24件）から導入後（37件）と増加した。処方提案の内訳は、制吐剤などの支持療法や抗がん剤投与量や休薬に関するものが多くみられたが、がん性疼痛に対する鎮痛剤の提案も一定数あった。薬剤師の診察前面談により、事前に副作用情報や処方提案を医師に共有できることから外来診療の効率化に寄与できると考えられる。当院の処方提案の内訳は支持療法や抗がん剤の投与量に関する項目が多いが、緩和領域に関するものも一定数あった。薬剤師の診察前面談は医師の負担軽減策として据えられているが、実際にその効果が高いものであれば、薬剤師外来という枠組みで対象患者を緩和医療や他の領域に拡大し、より質の高い医療に貢献できるのではないかと考える。

【ご略歴】

平成26年 宇多野病院

令和2年 大阪南医療センター

令和3年 東近江総合医療センター

利益相反1～12：該当なし

治療中のがん患者のつらさを和らげる～緩和ケア外来での取り組み～

1) 三菱京都病院 腫瘍内科・緩和ケア内科

○ 吉岡 亮 (よしおか あきら)¹⁾、堀 哲雄¹⁾、谷山 朋彦¹⁾、高田 七重¹⁾、八城 弘憲¹⁾

延命を目的としたがん薬物治療を受ける患者に対し、苦痛の緩和は不可欠であり、緩和ケアは多職種による包括的な取り組みとして行われる。本発表では、最近の緩和ケア外来での取り組みについて紹介する。

従来、多くの緩和ケア外来はホスピスへの紹介窓口や、終末期の症状緩和をおこなう機能を担っていた。一方、疾患予後を変容させる治療の進展により、がん患者の予後は延び、その予測が困難になってきた。これとほぼ同時期に、治療の早期から緩和ケアを統合することの有効性が明らかにされてきたため、緩和ケア外来の機能の見直しが必要になっている。

緩和ケアの目的は、治療の時期を問わず、患者の QOL (生活の質) を向上させることであり、患者や家族のニーズに応じた包括的な苦痛の緩和を多面的に提供することである。がん治療のサポートとして、早期から疼痛などの症状緩和に取り組むことが有益であり、特にオピオイドの使用に慣れた緩和ケア医の関与は、治療継続率の向上に貢献する。

また、がん薬物治療の中止に関するコミュニケーションは、患者家族にとっても医療者にとっても重大なストレスを伴うが、病状や治療経過の理解を促進して治療中止に関する話し合いを早期から緩和ケア外来で支援することにより、患者家族は、望む医療を選択しやすくなり、より良い終末期ケアが可能になる。

このように守備範囲を広げた緩和ケア外来への早期の紹介は、患者家族にとって大きなメリットがある。緩和ケアは終末期だけでなく、がん診療の初期から積極的に取り入れるべきであり、全ての患者家族を支える人たちがこの意義を理解し、患者家族にも伝えることが求められている。さらに、緩和ケアチームも積極的に早期の介入に取り組み、診療技術の向上に努めることが求められる。

【ご略歴】

《学歴》

1994年 京都大学医学部卒業

2002年 京都大学大学院博士課程終了 医学博士

《職歴》

1994年 京都大学医学部附属病院老年科研修医

1995年 三菱京都病院内科研修医・修練医

2002年 同 内科医師

2002年 同 腫瘍内科医師

2011年 同 腫瘍内科部長

2014年 同 緩和ケア内科部長(兼任)

2021年 同 副院長(兼任)

《がん領域における主な活動》

2016年 京滋緩和ケア研究会代表世話人

2016年 日本死の臨床研究会世話人

利益相反 1～12：該当なし

シンポジウム③

9月28日(土) 13:10~14:40 第1会場(ピアザホール)

「AYA世代支援チーム：多様な課題とチームビルディングを考える」

座長：藤澤 文絵(滋賀県立総合病院 腫瘍内科)

日置 三紀(滋賀医科大学医学部附属病院 薬剤部)

AYA 世代がん当事者を支え、伴走するために：AYA 世代支援チームとは？

滋賀医科大学医学部附属病院 薬剤部

○ 日置 三紀（ひおき みき）

「AYA（あや）世代」とは、15歳から39歳の思春期・若年成人(adolescent and young adult)の世代をさし、地域がん登録の推計によれば年間に約20000人がAYA世代で新しくがんと診断される。AYA世代のがんは、患者数が少ないだけでなく疾患構成が多様で、さまざまな診療科に患者が分散しているため、診療にあたる施設や医療者の経験が積み重ねにくいことが知られている。一方で、AYA世代でがんに罹患すると、経済的問題、就学・就労や恋愛・結婚の問題、妊孕性の低下、晩期障害など様々な課題に直面する。患者がおかれる心理社会的状況、個別のニーズについてもさまざまである。

国は、平成30年度に策定された第3期がん対策推進基本計画から分野別対策のひとつに「小児・AYA世代のがん」を挙げており、この方針は第4期がん対策推進基本計画でも継続されている。さらに、令和4年に発出された「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」には、がん診療連携拠点病院には多職種からなるAYA世代支援チームを設置することが望ましいと明記している。AYA世代がん患者の多様な困りごとに対応するためには支援体制の整備が必須であり、AYA世代のがん医療を充実させ、患者のライフステージに応じたきめ細かな支援を提供していくためには、医療従事者や支援にあたる人たちが、AYA世代のがん患者に関する知識や経験、知恵を共有・蓄積し、実践していけるチームを作ることが重要である。また、リソースを効率的に運用するためには、診療科や専門性、医療機関の垣根を越えて連携するだけでなく、医療機関で対応するのが難しい問題については、医療機関の外にあるリソースを活用していくことも求められる。

今回、AYA世代がんの概要と患者が抱える課題について論じた上で、AYA世代支援チームの構成とその在り方について改めて考える機会としたい。

【ご略歴】

《略歴》

2002年8月 社会福祉法人京都社会事業財団 京都桂病院 入職

2014年1月 三重大学医学部附属病院薬剤部 入職

2018年9月 滋賀医科大学医学部附属病院薬剤部 入職

《主な資格》

2010年1月 日本医療薬学会認定 がん専門薬剤師

2016年10月 日本病院薬剤師会 妊婦・授乳婦薬物療法認定薬剤師

2020年11月 日本薬剤師研修センター 小児薬物療法認定薬剤師

2022年9月 日本がん・生殖医療学会認定ナビゲーター

《主な学会活動》

日本がん・生殖医療学会 薬剤師専門部会 委員

日本がんサポーターブケア学会 妊孕性部会 部会員

日本乳癌学会 乳癌診療ガイドライン 患者向けガイドライン小委員会 委員

日本癌治療学会 小児、思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン 改訂WG 委員

利益相反1～12：該当なし

AYA 世代支援チーム：多様な課題とチームビルディングを考える～市中病院の立場から～

滋賀県立総合病院 がん相談支援センター

○ 岡村 理（おかむら おさむ）

当院ではこれまで AYA 世代のがん患者支援は緩和ケアセンターで実施している全患者対象の苦痛のスクリーニング（症状確認表）において、医療費や生活費、仕事、将来子どもを持つこと等困りごとを把握、相談ニーズがあれば、がん相談支援センターに介入依頼をするシステムを取っていた。しかし AYA 世代では上記に挙げること以外にも多様な困りごとや相談ニーズがあり、AYA 世代がん患者の困りごとすべてには対応できていない可能性もあった。

当院は都道府県がん診療連携拠点病院の指定を受けており、がん診療連携拠点病院の整備について（令和 4 年 8 月 1 日厚生労働省健康局長通知）⑥それぞれの特性に応じた診療等提供体制において、「がん相談支援センターにて就学・就労、妊孕性の温存、アピアランスケア等に関する状況や本人の希望についても確認し、対応できる体制を整備すること。また、それらの相談に応じる多職種からなる AYA 世代支援チームの設置」が求められている。これを受けて、がん相談支援センターのメンバーが中心となり AYA 世代サポートチーム研修会に参加、腫瘍内科、乳腺外科の医師とともに、「AYA 世代がん患者サポートチーム」を立ち上げることとなった。

今回は、当院の AYA 世代がんサポートチームのチームビルディングの実践および新たに作成した AYA 世代専用の苦痛のスクリーニング（症状確認表）を令和 6 年 3 月より運用しておりスクリーニングの実施、介入状況およびこれからの課題について報告する。

【ご略歴】

2006 年 同志社大学文学部卒業

2006 年 医療法人育成会

2009 年 滋賀医科大学医学部附属病院

2014 年 滋賀県立総合病院 現在に至る

利益相反 1～12：該当なし

AYA 世代がん患者サポートチームの取り組みと課題：大学病院から

近畿大学病院

○ 竹久 志穂（たけひさ しほ）

当院では2022年からAYAサポートチーム発足のために体制整備のWGを立ち上げた。年間150名前後のAYA世代がん患者が新規受診しているが、全ての患者にがん相談支援センターや緩和ケアチームが加入はできていないのが現状である。「AYA世代のがん患者さんが今日の初診枠にいらっしゃいます。誰か10時半の外来診察に同席できますか?」。また、「今日入院した患者さんが、がん相談支援センターも緩和ケアチームもサポートされていません。」このように、当日の外来や病棟からの患者支援の依頼は少なくない。その度に、がん領域の看護師全員で当日のスケジュールを調整し直していた。がん看護の看護師の誰かが同席でサポートできた時は良いが、計画性のない支援で良いのだろうかという疑問を感じていた。事前に来院予定の情報を得て支援できる人員配置や、年代ごとのニーズの中でも強化してサポートする項目をピックアップし、もれなく介入できるよう強化する年代を絞り、サポートの流れをAYAサポートチーム体制整備WGで検討し、2024年4月から活動を開始した。

介入を強化した年代と項目は、15-18歳までの患者で①治療開始前の妊孕性の温存についての対応、②就学就労支援、③医療費の情報提供という3つである。これらの課題について、もれなく支援するために、連携する地域から紹介を受ける際に特定の年代を区切り、がん相談支援センターの管理者に情報が届くシステムを構築した。情報を得たがん相談支援センターから院内コミュニケーションツールを使用して、AYAサポートチーム体制整備WGに情報発信し、来院予定の患者情報と担当する職種の選定がスムーズに行われるようになった。事前に支援担当者を決めて主治医や関連する職種との打ち合わせも実施することができた。症例を重ねていくことで見えてきたメリットや運営に関する課題について共有したい。

【ご略歴】

- 1995年4月 近畿大学医学部附属病院 入職
- 2010年3月 社団法人大阪府看護協会 がん性疼痛看護認定看護師教育課程卒業
- 2018年4月 緩和ケアセンター ゼネラルマネージャー
- 2019年3月 学校法人 滋慶医療科学大学院大学 医療安全管理学修了
- 2024年3月 がん相談支援センター 看護長

利益相反1~12：該当なし

がんセンターにおける AYA 支援チーム設立から 5 年の到達点と課題

大阪国際がんセンター 血液内科・AYA 世代サポートチーム

○ 多田 雄真（ただ ゆうま）

大阪国際がんセンターは大阪府唯一の都道府県がん診療連携拠点病院であり、大阪府で新規に発症している年間約 1500 例の AYA 世代がん患者のうち、250～300 例が当院を受診している。AYA 世代サポートチームは 2019 年 4 月より多職種での活動を開始した。当院では初診の AYA 世代患者全例でセルフチェックのスクリーニングシートと看護師による面談を実施し、妊孕性や就学・就労、アピアランス、子どものケアなど世代特有のニーズを拾い上げている。そのうち、チームにコンサルトされた年間約 150 例では、専門的なスクリーニングと、妊孕性温存などの意思決定支援、必要に応じて院内外のリソースに多様なアンメットニーズを「つなぐ」活動を行っている。入院症例に対しては週 1 回のスクリーニングを行い、多職種回診も実施している。チーム介入例について多職種での症例検討会と、看護部の委員会を各々月 1 回開催している。院内外の医療者向けに AYA 世代支援や妊孕性などのテーマで勉強会を開催しており、大阪府下のがん拠点病院での AYA 支援チームビルディングも支援している。患者向けには、病棟で AYA 世代交流会の開催や、プロのカメラマンらと協働した AYA 世代がん患者を対象とした振袖・袴の無料撮影会を AYA week に合わせて開催している。5 年間の活動を経て、院内多くの医療者から AYA 世代サポートチームが認知され、多くの症例がチームにコンサルトされるようになってきている一方、実際の多様な支援に携わる人員の不足が課題となっており、看護部と協働したがん・生殖医療ナビゲーターの養成などに着手している。小児・AYA 世代がんの診断期、治療期、サバイバー期、再発・難治期、終末期までのペイシエントジャーニーに伴走する支援を目指して、今後も院内の多職種、院内外のリソースと幅広く学際的に協働し、AYA 世代がん患者・家族のサバイバーシップ向上に努めていく。

【ご略歴】

《経歴》

2011 年 大阪大学医学部医学科卒

2019 年 大阪国際がんセンター AYA 世代サポートチーム

2024 年 同血液内科 医長

《所属学会・専門医・資格》

日本内科学会 認定内科医、総合内科専門医

日本血液学会 血液専門医

日本造血・免疫細胞療法学会 造血細胞移植認定医

日本輸血・細胞治療学会 細胞治療認定管理士

日本がん・生殖医療学会 暫定がん・生殖医療ナビゲーター

労働者健康安全機構 両立支援コーディネーター

日本癌治療学会 小児、思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン改訂 WG 委員

AYA がんの医療と支援のあり方研究会 副理事長、理事、広報委員会 委員長

日本がん・生殖医療学会 FS リンク管理運営委員会 委員、OCJpn 運営委員会 幹事・委員

大阪府がん対策推進委員会 小児・AYA 世代のがん対策部会 委員

大阪がん・生殖医療ネットワーク 世話人

利益相反 1～12：該当なし

シンポジウム④

9月28日（土）15:15～16:45 第1会場（ピアザホール）

「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の今。それって本当にACP？」

座長：岡山 幸子（宝塚市立病院）

中村 契（国保中央病院）

ACP－本人≠ACP

社会医療法人平和会吉田病院 地域緩和ケアサポートきずな

○ 加納 麻子（かのう あさこ）

当院は外来緩和ケア、在宅緩和ケア、入院緩和ケアの三つリソースを利用し、療養の場を問わない地域緩和ケアを提供している。そのため、治療病院から様々な病期の患者さんの緩和ケアの依頼を受けている。

時に、緩和ケアの依頼に至るまでの話し合いに本人が含まれてこなかったケースに遭遇する。また、本人を中心に話し合いを進めることに困難さを感じるケースも経験する。

アドバンス・ケア・プランニングとは、必要に応じて信頼関係のある医療・ケアチーム等の支援を受けながら、本人が現在の健康状態や今後の生き方、さらには今後受けたい医療・ケアについて考え（将来の心づもりをして）、家族等と話し合うことである¹。

アドバンス・ケア・プランニングの主体は本人である。そうでなければアドバンス・ケア・プランニングとは言えない。この当たり前が難しいことには様々な理由・背景が存在する。

本シンポジウムでは、地域緩和ケアに従事してきた医師として、当院および私の経験を紹介し、我々医療者に求められるアドバンス・ケア・プランニングの支援について課題を共有したい。

引用文献

1 Miyashita J, et al. J Pain Symptom Manage 2022.

【ご略歴】

2005年 奈良県立医科大学医学部卒業

2005年 土庫病院初期研修プログラム

2007年 平和会吉田病院・内科

2012年 淀川キリスト教病院緩和医療内科研修プログラム

2013年 平和会吉田病院地域緩和ケアサポートきずな（地域緩和ケアチーム発足）

2014年 人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業 E-FIELD ファシリテーター

2017年 大阪大学大学院博士課程医学系研究科医学専攻修了

2022年 日本緩和医療学会緩和医療専門医

2024年 日本緩和医療学会緩和医療指導医

利益相反 1～12：該当なし

乳癌診療における APC の実際

1) 奈良県立医科大学 消化器・総合外科、2) 奈良県立医科大学附属病院看護部

○ 横谷 倫世（よこたに ともよ）¹⁾、赤堀 宇広¹⁾、宮城 恵²⁾

乳がんは転移・再発してからの治療期間が長いことが多く、ACP を実践する上で、いつ、何を伝えるかが問題となる。

転移・再発診断時には、【根治は難しいこと】を理解していただくように努め、治療の目的は①癌による症状の緩和、②癌による症状出現の先送り、③生存期間の延長、であると説明している。患者と医療者が治療の目的を共有することが大変重要である。

ACP については、転移・再発診断時点で、すぐに命には関わらないが、今後緩やかに病状が進行していくことを伝え、治療に取り組みつつ、今後のことを本人および家族で相談するよう勧めている。

そして多発肝転移、脳転移など生命予後に直接影響する転移が出現した時点で、本人とご家族に【治療が奏功しない場合、命に関わる状態である】ことを説明。具体的には、①今後 ADL が緩やか、もしくは急激に悪化する可能性がある。②自分のことができなくなった時どう過ごしたいかを、元気な間に家族と相談して欲しいと伝える。③（必要に応じて）ACP の冊子をお渡しする。④病状評価時や、治療変更時はできるだけ家族にも病状説明を行っている。

症例を 2 例提示し、議論したい。

【症例 1】30 代、女性。初診時多発肝転移を伴う乳がん。13 歳から 2 歳までの 3 人のお子さんがいる。診断時から、自分の今後が見通せない不安や、子供との関わりについて気がかりがあった。治療と並行して、がん相談支援センターや、緩和ケアセンターの支援を受けて過ごされ、約 1 年で永眠された。

【症例 2】70 代、女性。術後 14 年目に腹膜再発の診断。再発治療開始後 7 年で多発肝転移を認めるも、化学療法が著効し 2 年間元気に過ごされた。病状悪化後 3 ヶ月で永眠。病状が安定していたため、家族説明の機会を持っていなかった。病状増悪が急で、説明のタイミングを逃し、患者・家族が病状を十分理解しないまま、通院が困難となり在宅で死亡された。

【ご略歴】

1998 年 自治医科大学卒業

1998 年 奈良県立奈良病院 初期研修医

2000 年 奈良県吉野郡大塔村立診療所

2002 年 奈良県立奈良病院 外科

2004 年 奈良県吉野郡黒滝村国民健康保険診療所

2006 年 奈良県立医科大学附属病院 医員（消化器・総合外科）

2008 年 社会医療法人健全会土庫病院大腸肛門病センター 外科

2018 年 奈良県立医科大学 助教（消化器・総合外科学）

2024 年 奈良県立医科大学 学内講師（消化器・総合外科学）

現在に至る

【資格】医学博士，日本外科学会専門医，日本乳癌学会乳腺専門医・認定医，検診マンモグラフィ読影認定医，消化器内視鏡専門医，緩和ケア研修会・指導者研修会修了

【所属学会】近畿外科学会 評議員，日本外科学会会員，日本乳癌学会会員，日本癌治療学会会員，日本臨床外科学会会員

利益相反 1～12：該当なし

改めて Advance care planning を考える ―看護の視点から―

市立大津市民病院 患者相談支援室

○ 杉江 礼子（すぎえ れいこ）

当院は緩和ケア病棟を有しており、健診から看取りまで、地域連携の中でがん医療・療養支援を担っている。私はがん看護専門看護師として、緩和ケアチーム、外来担当看護師、がん相談、リンクナース会の運営など組織横断的な活動の中で ACP に関わっている。

先日のリンクナース会では、「ICU ではほとんどの患者さんが意思疎通できない。患者さんがどういう人なのか、カルテを遡って本人の思いなどの情報を得ている」という課題が出された。本人が意思表示できる時に、価値観や人生観、過ごし方の意向を聴いておくこと、その内容が記録に残されていて、いざという時に関わる医療・ケア提供者、重要他者の道標となるような ACP が重要であることを改めて認識した。

また、「いわゆる終活をしています」と公言している患者さんに、今後に備えた選択肢として医療者が緩和ケア病棟の登録を勧めたところ、それは希望されず、緊急入院時に慌ただしい療養調整となったケースがあった。この時、医療者が考えていた“もしもの時の備え”は、介護保険申請、訪問看護・訪問診療、緩和ケア病棟の登録、終末期医療の意向の確認などだった。一方、患者さんが実行していた終活は、家の整理、思い出作り、相続手続き、墓じまいなどであり、それと並行して、様々な症状に対応しながら日常生活をマネジメントする必要もあった。“もしもの備え”の内容やペースは、患者さん側と医療者側に見えているものが異なる可能性がある。患者さんの準備のペースを尊重するには、何に備えておく必要があるか多職種で共有しておくなど、注意が必要である。このケースの場合、緊急入院になる可能性とその時の対応を、関連する医療スタッフと情報共有・検討しておく必要があった。

このような ACP に関するいくつかの場面を通して、ACP の難しさや課題、今後に向けてどのように関わればいいのか、看護の視点から皆様と一緒に考えていきたい。

【ご略歴】

2005 年緩和ケア認定看護師、2011 年がん看護専門看護師を取得。2000 年から 2019 年までの緩和ケア病棟勤務を経て患者相談支援室に所属し、緩和ケアチームを中心に、ACP 実践の取り組みなど組織横断的な活動を行っている。

利益相反 1～12：該当なし

「緩和ケア領域における ACP」 ～MSW として思うこと～

市立芦屋病院 地域連携室

○ 須堯 誠（すぎょう まこと）

市立芦屋病院は、一般病棟 175 床と緩和ケア病床 24 床を有し、がん診療連携拠点病院に準ずる病院です。私はこの病院で緩和ケア外来の予約調整から入退院支援までを担当しており、今回、二つの重要な点をそれぞれ退院支援の症例を用いて共有したいと考えています。

第一に、患者や家族が病状を十分に把握できているかについてです。相談業務の中で、患者や家族が病状を十分に理解していないケースが見受けられます。これは医師の説明が不十分であったり、患者や家族が説明を理解できないことが原因と考えられます。そのため、私は面談時に病状説明の内容と理解度を確認し、不十分であれば主治医による再説明を促しています。適切な病状理解は、ACP の促進と支援の円滑化に寄与します。しかし、BSC の方針となる病状説明は、患者や家族にとって辛いものです。特に病状説明が不十分であった場合、受容にはより多くの時間がかかります。これに基づき、診断時や治療の早期段階から緩和ケアの選択肢を提示し、繰り返し病状説明を行うことで、早期から ACP を意識させることが重要と考えます。

第二に、終末期における療養場所の選択についてです。厚生労働省は在宅医療を推奨しており、ここ数年で訪問診療を中心としたクリニックが当院の近隣でも開業してきている状況です。MSW として退院支援を進める上で、各ケースの問題を明確にし、患者や家族と共にその対応策を考えています。しかし、退院が困難なケースも現実として存在します。緩和ケア病棟は在宅医療を支えるだけでなく、患者一人ひとりに合わせた柔軟な対応が求められます。日頃から ACP を行い、患者や家族、支援者が方向性を共有しながら、各々の立場で何ができるのか真摯に向き合えば、患者がどこで最期を迎えても納得できる支援が可能となると考えます。

【ご略歴】

近畿医療福祉大学 社会福祉学部 福祉心理学科 2010 年卒

同年に社会福祉士国家資格取得。

2010 年 4 月より芦屋市役所 障がい福祉課 で勤務。

2011 年に精神保健福祉士国家資格取得。

2012 年 4 月より市立芦屋病院 地域連携室にて勤務。

現在に至る（主に緩和ケア内科の相談窓口～入退院支援に携わる）

利益相反 1～12：該当なし

TIPS!みんなでシェアするエッセンス①

9月28日(土) 13:10~13:40 第3会場(207会議室)

「放射線治療・IVR」

座長：山内 智香子(滋賀県立総合病院)

放射線治療（骨転移の単回照射、臓器転移の緩和照射）

滋賀医科大学 放射線科

○ 青木 健（あおき けん）

緩和的放射線治療（緩和照射）は、がん患者の症状緩和に有効な手段の一つです。特に、骨転移による疼痛緩和は広く知られており、多くの放射線治療施設で実施されています。一般的には、10回などの複数回照射が主流ですが、最近ではガイドラインに基づいて単回照射の有効性も注目され、広がりを見せています。本講演では、骨転移に対する単回照射の概要と、複数回照射との違いについて紹介します。

また、緩和照射は骨以外の臓器転移にも効果を発揮しますが、骨転移に比べると認知度が低いのが現状です。当施設でも臓器転移に対する緩和照射の依頼は比較的少ないですが、臓器転移による疼痛緩和や、消化管を含む臓器出血の改善、皮膚浸潤・転移による悪臭の緩和など、幅広い症状に対して有益であることが知られています。本講演では、時間の許す限りこれらについても解説いたします。

放射線科の特性上、患者が直接受診することは少なく、ほとんどが他の臨床科からの依頼によるものです。よく知られた骨転移に対する複数回照射だけでなく、がん患者の症状緩和に役立つさまざまな方法があることを解説し、総合的な緩和治療の一環として、緩和照射を選択肢としてご検討いただけるようお話ししたいと考えています。

【ご略歴】

2007年 滋賀医科大学医学部卒業

2007年 国立病院機構岡山医療センター入職

2009年 滋賀医科大学放射線医学講座入局

現在に至る

利益相反 1～12：該当なし

緩和医療における IVR の役割

滋賀医科大学 放射線科

○ 友澤 裕樹（ともざわ ゆうき）

緩和医療において、難治性の疼痛や出血等の合併症が患者の QOL を下げている場合があるが、緩和という性質上、患者の状態も悪く、手術療法等の高侵襲な処置が出来ないことも多い。そのような場合には、対処療法的ではあるが、局所麻酔下に行える IVR (Interventional Radiology) が役立つことがある。IVR の特徴として、①低侵襲に施行可能、②迅速な治療効果、③画像ガイドを用いた正確な治療、が挙げられ、緩和医療との相性がよいと考えられている。

現在では使用可能な器具の進歩やエビデンスの確立に伴い、様々な手技が施行可能となっているが、緩和医療における IVR の問題点として、その認知度の低さが挙げられる。以前と比較するとある程度認知されてきたものの、症状緩和が必要な予後の限られた患者に速やかに IVR を導入するためには、医師に限らず、緩和医療に関わる医療従事者に IVR の役割を周知することが重要である。

今回は主に出血性の合併症に対する治療を中心に、緩和医療における IVR の役割について、自験例を中心に紹介していく。

【ご略歴】

2003 年 4 月 滋賀医科大学付属病院 放射線科 医員

2006 年 4 月 愛知県がんセンター中央病院 画像診断・IVR 科 レジデント

2010 年 4 月 滋賀医科大学付属病院 放射線科 医員

2015 年 4 月 滋賀医科大学医学部 放射線医学講座 助教

2016 年 9 月 Dotter Interventional Institute (Portland, Oregon) Visiting Scholar

2018 年 9 月 滋賀医科大学医学部 放射線医学講座 助教

利益相反 1～12：該当なし

TIPS!みんなでシェアするエッセンス②

9月28日(土) 13:45~14:45 第3会場(207会議室)

「リンパ浮腫・皮膚潰瘍のケア・緩和ケアのリハビリ・ホスピスメソッド」

座長：田久保 康隆(市立長浜病院)

徳谷 理恵(ピースホームケアクリニック・ピースホームケアクリニック京都)

終末期リンパ浮腫におけるケアのコツ

滋賀医科大学医学部附属病院 看護部

○ 柴田 奈々（しばた なな）

浮腫とは皮下組織内に水分（体液の一部）が過剰に貯留した状態であり、浮腫は大きく全身性浮腫と局所性浮腫に分類することができる。

終末期に多いとされている浮腫の中に局所性浮腫であるリンパ浮腫がある。リンパ浮腫とはリンパ管やリンパ節の先天性の発育不全、または二次性の圧迫、狭窄、切除、閉塞などによる、リンパ流の阻害と減少のために、組織間隙内からリンパ管へのタンパク質の処理能が低下し、組織間隙に高タンパク性の組織間液が貯留したために、組織や臓器の腫脹を生じた病態である。

終末期では悪性腫瘍の経過中の患者も多く、がん細胞によるリンパ管・リンパ節の閉塞、腫瘍や転移リンパ節の深部静脈圧迫・閉塞、皮膚表層リンパ管の閉塞などが原因で、リンパ浮腫をきたす。

終末期におけるリンパ浮腫は積極的な治療の対象となるものではなく、自覚症状の軽減に主眼がおかれる。患部の周径が細くなること、浮腫が軽減することが必ずしも患者の目標となるわけではなく、安楽を保ち、ADL・QOLの維持・改善を図ることが重要であると考えられる。また、終末期の浮腫はリンパ浮腫の他に低タンパク性浮腫や循環不全などが基本にあることが多いため、様々な要因が重なり複雑化している。浮腫は患肢のみではなく全身に及ぶことが多く、リンパ浮腫であるのか、全身性浮腫か、または両者を複合したものかによってケアの内容は異なる。浮腫の原因や機序を把握し、原因に対してアプローチすることも重要である。

一般的なリンパ浮腫の保存的治療としては、スキンケア、圧迫療法、圧迫下での運動療法、ドレナージといった複合的理学療法に加え、患肢の挙上、日常生活指導を加えた複合的治療という考え方がある。今回、終末期患者への対応の注意点を踏まえたリンパ浮腫ケアのコツをお伝えしたい。

【ご略歴】

2015年 滋賀医科大学医学部附属病院 看護部 入職

2023年 一般社団法人 ICAA 認定リンパ浮腫専門看護師資格取得

利益相反 1～12：該当なし

自壊創と緩和ケア

滋賀医科大学医学部附属病院 腫瘍センター

○ 河田 優子（かわた ゆうこ）

がんの皮膚転移、皮下の局所に浸潤したがんが皮膚を破って創傷を形成する自壊創は、疼痛、出血、滲出液、においなどを生じる場合がある。表出がんやがん性皮膚創傷、自壊創などは、進行がん患者や終末期がん患者に生じ、発生と増大は、生命の危機に直結し、患者の身体と心の苦痛や侵襲となる。そのため局所症状のケア方法を知ることが、症状緩和において重要なことだと考える。自壊創は自分で確認できることから身体変化と病気の進行に向き合っていかなければならない。自分で対処し悪化しているのではと不安になり、死への恐怖など心理的負担感を抱きつつ、周囲の人に言わずに一人で苦悩する姿がある。医療者は、様々な苦悩を抱いて生活していることを意識し、局所のケアと、家族や周囲の状況をアセスメントし、全人的ケアとソーシャルサポートを充実させる支援を行うことが重要である。

今回は、外来化学療法治療室に通院する乳がん患者の支援の経験を通して、治療の継続と日常生活の支援を行う外来看護師と皮膚排泄ケアの視点で考える「大切なこと」を紹介したい。看護師は、「観察すべきだが」状態により判断の難しさから専門性が求められる局所ケアゆえに一步踏み出せない思いもある。一步踏み出すために「基本的な清潔ケア」と「チーム医療で繋ぐ患者の笑顔」の2つに凝縮してお伝えしたい。皆様の実践と重なり、改めて支援に繋がれば幸いに思います。

【ご略歴】

1997年 看護師免許取得

2008年 京都橘大学看護研修センター 品低看護師課程 皮膚排泄ケア分野履修

2009年 皮膚排泄ケア認定看護師資格取得

利益相反 1～12：該当なし

緩和ケアが主体となる時期にこそリハビリテーションを考慮しよう

大阪公立大学 大学院リハビリテーション学研究科

○ 西山 菜々子（にしやま ななこ）

がんリハビリテーションの目的は、心身機能や日常生活活動（ADL）の支援を介して患者の QOL を向上することであり、緩和ケアと親和性が高い。

緩和ケアが主体となる時期のリハビリテーションは、世界でも日本でもホスピスや緩和ケア病棟の開設当初から取り入れられてきた歴史があり、リハビリをしたいと希望する患者は少なくない。一方で、緩和ケアが主体となる時期は、患者の心身機能や ADL の低下が避けられない状況となっていることが多く、どのようなリハビリをするとどのような効果が得られるのか？といったことは明らかになっていない状況がある。

本 Tips では、緩和ケアが主体となる時期のリハビリテーションとはどのようなものか、どのような効果が見込めるのか、そして、リハビリテーション専門職をどのように活用できるかなどについて、初学者にもわかりやすく概説する。緩和ケアチームが関わる患者や緩和ケア病棟に入院する患者は、苦痛症状と共に何らかの生活上の支障を有してる場合が多い。ぜひこの機会に緩和ケアが主体となる時期のリハビリテーションについて知っていただければ幸いである。

【ご略歴】

《学歴》

2007年3月 広島大学 医学部保健学科 作業療法学専攻 卒業

2018年4月 広島大学大学院 医歯薬保健学研究科 博士課程前期修了（保健学修士）

2020年4月～大阪府立大学大学院 総合リハビリテーション学研究科 博士後期課程（在学中）

《職歴》

2007年4月 大阪府済生会泉尾病院 リハビリテーションセンター 作業療法士

2014年1月 市立芦屋病院 リハビリテーション科 作業療法士

2018年3月 NPO 法人 JORTC 外来研究員 [現職]

2020年4月 大阪府立大学 大学院総合リハビリテーション学研究科 助教

2022年4月 大阪公立大学 大学院リハビリテーション学研究科 助教 [現職]

《資格》

2015年～3 学会合同呼吸療法認定士

2020年～日本作業療法士協会 認定作業療法士、がん専門作業療法士

利益相反 1～12：該当なし

一般病院で役に立つホスピスメソッド

ヴォーリス記念病院 緩和ケア科

○ 奥野 貴史 (おくの たかふみ)

ホスピスメソッドとして私が一番大切にしているものは「親切なおもてなし」です。ホスピスがまず初めに提供するおもてなしは二つです。一つは患者さんの苦痛は何なのか、身体的、社会的、精神的、スピリチュアルな痛みについて、こころを込めてしっかりと聴くこと、すなわち傾聴です。もう一つは、それら苦痛をしっかりと緩和して、安心して毎日を過ごしてもらうことです。傾聴、苦痛緩和が最初のおもてなしです。そのうえで患者さん、ご家族にとってその患者さんらしいと思える人生を最期まで支えることが、ホスピスの働きでありホスピスの目指す全人的ケアと考えています。そのために丁寧に問診、診察をします。スピリチュアルな領域まで踏み込んで患者さんを知ろうとします。ご家族を知ろうとします。いわゆる人物理解です。スタッフが全人的ケアに関する知識およびメソッドを共有し、統一したケアを提供することが大切ですが、これは簡単ではありません。その助けになるものとして、当ホスピスでは IPOS (Integrated Palliative care Outcome Scale)、「スピリチュアルケアの手引き」を使用し、看護師への研修で「新たな全人的ケア」を使って講義しています。講演ではそれらを簡単に紹介しようと思います。最後に、「親切なおもてなし」には「ことば」も必要です。ことばを選ぶこともおもてなしの大切な要素です。私がホスピスにきて教わった「魔法のことば」についてお話ししようと思います。

【ご略歴】

1997年3月 滋賀医科大学医学部卒業
1997年4月 滋賀医科大学第2内科研修医
2003年3月 滋賀医科大学大学院卒業
2003年4月 彦根市立病院消化器・血液内科医員
2009年4月 滋賀医科大学血液内科助教
2014年10月 ヴォーリス記念病院緩和ケア科医員
2020年4月 同部長

利益相反 1~12：該当なし

TIPS!みんなでシェアするエッセンス③

9月28日(土) 15:10~15:40 第2会場(大会議室)

「神経ブロック・慢性疼痛」

座長：上野 博司(京都府立医科大学附属病院)

がん疼痛に対する神経ブロック

京都第一赤十字病院 緩和ケア内科

○ 谷口 彩乃 (たにぐち あやの)

がん患者の10～30%は、薬物療法では緩和できない難治性がん疼痛や、オピオイド鎮痛薬などの副作用による苦痛を抱えている。こうした薬物療法の限界に、神経ブロックが有用となる可能性がある。神経ブロックとは、脳脊髄神経や交感神経にブロック針を刺入して薬剤を注入し、一時的または半永久的に、末梢からの侵害入力が中枢へ到達する神経伝達を遮断する治療法である。がん疼痛に対する神経ブロックは種々あるが、いずれも長期的な効果を期待して持続ブロックまたは神経破壊を行うことが多い。知覚神経ブロックによる除痛効果が期待できる一方で、しびれなどの感覚異常や、部位によっては運動神経ブロックによる筋力低下などの合併症も起こりうる。患者の機能を失うような合併症があるものは、基本的にはがん疼痛マネジメントの第1選択にはならない。痛みの程度や患者に残された機能、予後を踏まえ、神経ブロックによるメリットとデメリットを患者家族とよく話し合って適応を検討する。代表的なものとして、腹腔神経叢ブロックは、推奨度の高いブロックである。適応は、上腹部内臓や傍大動脈リンパ節由来の上腹部痛・背部痛である。早期に施行でき、薬物療法と比較して鎮痛効果が優れ、オピオイド鎮痛薬を減量できる。持続硬膜外ブロックは、神経浸潤による痛み、腹壁・胸壁浸潤や骨転移による痛みなどが良い適応となり、予後1ヶ月以内の症例や、架橋的な手段として選択する。くも膜下鎮痛法は、頸部より尾側の難治性がん疼痛が適応となる。注入のための皮下ポートを作成すると在宅管理も可能となり、予後1ヶ月以上望める症例で選択する。講演では各種ブロックの解説と、神経ブロック普及の目的に始まった神経ブロック適応の相談や実施施設への連携についての取り組みを紹介する。

【ご略歴】

経歴：

2004年3月 滋賀医科大学医学部医学科卒業

2004年4月 大津市民病院 初期臨床研修医

2006年4月 京都府立医科大学 麻酔科学教室 専攻医

2009年4月 綾部市立病院 麻酔科 医員

2012年4月 京都府立医科大学 疼痛・緩和医療学教室 病院助教

緩和ケア診療（緩和ケア外来、緩和ケアチーム、緩和ケア病棟）とペインクリニック診療に携わる

2023年9月11日 京都第一赤十字病院 緩和ケア内科 副部長

資格：

日本緩和医療学会 指導医

日本ペインクリニック学会 専門医

日本麻酔科学会 専門医

利益相反1～12：該当なし

がん患者の非がん性慢性疼痛

済生会滋賀県病院疼痛・緩和ケア科

○ 権 哲 (ごん ちより)

一般的に、痛みには急性痛、慢性疼痛がある。がん患者が抱える痛みは、がん自体の痛みや、手術、化学療法、放射線照射といった治療による痛み、治療中に生じた带状疱疹や患者が元来有していた腰部脊柱管狭窄症といった痛み、というように多岐にわたっている。近年、多くの新しい効果的ながん治療法の開発により、がんと診断されてからも長期に生存している患者、つまりがんサバイバーが急速に増加している。現在、長期的な視野を持ってそれぞれの痛みに対応する必要性が生じている。ICD-11では、“慢性疼痛は3か月以上持続または再発する痛み”と定義され、がん患者にみられる痛みは、“慢性がん関連疼痛”として分類されている。すなわち、かつてのようにがん患者にみられる痛みは急性痛が主ではなく、慢性的な痛みとして扱われるようになってきている。本邦においては、がん患者が死に瀕した状態になるまでは、オピオイドを使用しない時代があったが、がん対策基本法の施行以降、がん疼痛の緩和と緩和ケアの提供体制も発展した。WHO方式がん疼痛治療法は広く知られ、臨床現場で、多くのがん患者の疼痛緩和をもたらしている。オピオイド使用の敷居が下がった一方で、痛みの強さに応じてオピオイド鎮痛薬を増量していくWHO方式がん疼痛治療法を不適切に用いた場合、医原性にオピオイド依存を呈する可能性がある。幸い本邦では、非がん性慢性疼痛へのオピオイド鎮痛薬乱用が頻発するというような状況には至っていない。依存症からの離脱治療の困難さや、社会的損失を考慮すると、今後もオピオイドの不適切使用の蔓延を事前に食い止めることが極めて重要である。非がん性慢性疼痛を有したがん患者は、再発への不安、経済的不安などの心理、社会的負担は大きいと言え、オピオイド鎮痛薬の不適切使用が起きる可能性がある。今回は非がん性疼痛に対するオピオイド鎮痛薬を用いた場合の適切な疼痛緩和について考える。

【ご略歴】

2004年 京都第一赤十字病院初期研修

2006年 京都第一赤十字病院麻酔科

2011年 京都府立医科大学疼痛緩和医療学講座

2014年 京都府立医科大学在宅チーム医療推進学講座特任助教

2016年 京都府立医科大学包括的地域連携緩和医療学講座特任助教

疼痛・緩和医療学教室兼務

2018年 恩賜財団済生会滋賀県病院 疼痛（ペインクリニック）・緩和ケア科部長（現職）

《専門分野》

緩和医療学、ペインクリニック、麻酔科

利益相反 1～12：該当なし

TIPS!みんなでシェアするエッセンス④

9月28日(土) 15:45~16:45 第2会場(大会議室)

「コミュニケーション」

座長：森田 幸代(滋賀医科大学医学部附属病院腫瘍センター)
糸島 陽子(滋賀県立大学)

がん医療におけるコミュニケーションガイドライン

- 1) 滋賀県立総合病院 精神科、2) 自治医科大学附属病院 こころのケアセンター、3) 阿伎留医療センター 緩和ケア科、
4) 国立研究開発法人国立がん研究センター がん対策研究所サバイバーシップ研究部、
5) がん・感染症センター都立駒込病院 精神腫瘍科・メンタルクリニック

○ 大沢 恭子（おおさわ きょうこ）¹⁾、山本 理栄²⁾、河野 裕太³⁾、岡村 優子⁴⁾、秋月 伸哉⁵⁾

患者の適切なコミュニケーションは、医師による正しい診断や適切な治療プランにつながるだけでなく、診療に対する満足度などに肯定的な影響を及ぼすとされている。また、患者自身の価値観を医師に適切に伝達することで、患者の不安も軽減し、より良い意思決定につながるとされる。しかし、患者が医師にうまく質問や希望を伝えることは容易なことではない。患者の満足度を高め、安全で信頼される医療を実践するためにも、患者—医療者間のコミュニケーションの適切化は重要な課題である。

2022年6月、日本サイコオンコロジー学会、日本がんサポーターケア学会は「がん医療における患者-医療従事者間のコミュニケーションガイドライン 2022年度版」を発刊した。本ガイドラインでは、がん医療におけるコミュニケーションが患者にどのような影響を及ぼすかについて最新の知見を総括し、推奨が作成されている。

ガイドラインの公表から約2年が経ち、日本サイコオンコロジー学会では普及実装調査研究班をたちあげ、現場でいかにガイドラインが浸透しているか実態調査を行うこととなった。ガイドラインの普及状況に加え、ガイドラインで推奨された介入である「質問促進リスト」について、臨床現場での活用程度、また普及を困難にしている要因等について調査計画を検討している。本セッションでは、コミュニケーションガイドラインについて紹介し、その活用方法およびガイドラインの普及への取り組みや、活用状況について紹介し、検討を行う。

【ご略歴】

《略歴》

滋賀県立総合病院 精神科診療科長

《職歴》

和歌山県立医科大学附属病院、紀南こころの医療センター、国立がん研究センター東病院、京都大学医学部附属病院などを経て現職。

《免許、資格など》

博士（理学）

日本精神神経学会 精神科専門医・指導医

日本緩和医療学会 緩和医療専門医・指導医

日本総合病院精神医学会 一般病院連携精神医学専門医・指導医

日本サイコオンコロジー学会 登録精神腫瘍医

日本がん治療認定機構 がん治療認定医

日本認知症学会 専門医・指導医

日本サイコオンコロジー学会コミュニケーション技術研修会ファシリテーター

日本医師会認定産業医

日本サイコオンコロジー学会 代議員

日本サイコオンコロジー学会 コミュニケーション小委員会 普及実装調査研究班委員

利益相反 1～12：該当なし

臨床3年目の心理士から見た緩和医療のコミュニケーション

1) 滋賀県立総合病院 緩和ケア科、2) 滋賀県立総合病院 精神科

○ 山岸 正明(やまぎし まさあき)¹⁾、大沢 恭子²⁾、花木 宏治¹⁾

がん患者やその家族は、がんに罹患する前には社会に適応し、通常の生活を送っていた人がほとんどである。しかし、病気によってその適応力が低下し、感情や思考が整理できなくなることがある。緩和医療に携わる専門職は、そうした「揺るがされた状態」にある患者や家族と接する際、特に彼らの「主観的感情」と「客観的理解」のギャップに留意したコミュニケーションを心がける必要があると考える。

心理士は身体的な処置やケアに直接関与しない立場であり、そのため患者や家族にとって「安全に語れる場」を提供する役割を果たす。感情や思いを受け止めることは、時に介入が難しく、拒否される懸念もあるが実際には稀である。むしろ多くの場合、彼らからは自身の思いを語りたいという動機が感じられる。その語りは、病気そのものに関する客観的な内容よりも、「自分はどうのように感じているか」といった主観的な感情に焦点が当てられている。これらの主観的感情の理解に努め、適切に応答することは、治療やケアのプロセスを円滑に進めるために重要である。さらに、患者や家族が「病気以外のことにも耳を傾けてもらえた」と感じることは、彼らに安心感を与え、信頼関係の形成にもつながる。これによって他職種の治療やケアもより効果的に進む。

心理士としての役割は、エビデンスに基づくケアや客観的理解だけでは解決できない「わからなさ」に寄り添いながら、患者や家族が納得感を持つためのサポートを提供することである。日々の臨床において、こうした「わからなさ」に共感し、それを手がかりに彼らの感情を整理し、時には納得に至らない場合もあるものの、その過程をともに歩むことが私たちの使命と考える。心理士としてこれらの主観的感情や「わからなさ」に寄り添う際に心がけていることについて、皆様と共有し、活発なコミュニケーションが生まれる討論ができればと思う。

【ご略歴】

2022年 京都文教大学大学院 臨床心理学研究科 卒業

2022年 滋賀県立総合病院 緩和ケア科 入職

2022年 公認心理師 資格取得

2023年 臨床心理士 資格取得

利益相反1~12：該当なし

患者さんの意見は患者さんに聞いてみよう！～遺伝カウンセリングでの意思決定支援～

滋賀医科大学医学部附属病院 臨床遺伝相談科

○ 勝元 さえこ（かつもと さえこ）

私は認定遺伝カウンセラーという資格を持っており、現在は大学病院で遺伝カウンセリングに携わっています。遺伝カウンセリングの定義は、疾患の遺伝学的関与について、その医学的影響、心理学的影響および家族への影響を人々が理解し、それに適応していくことを助けるプロセスであるとされています（出典：日本医学会「医療のための遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」）。遺伝カウンセリングは、双方向コミュニケーション過程とも表現され、意思決定の方法としてクライアント（*）とのコミュニケーションを重視しています。（*遺伝カウンセリングでは、相談者ががん罹患者のこどもなどの場合もあり患者とは限らないため、クライアントと呼びます）認定遺伝カウンセラーの基本姿勢はクライアントに寄り添うことですが、寄り添うために私が大事にしていることは、クライアントのことは聴いてみないとわからない、という姿勢です。人は、その道を極めてくるほどに、典型例に出会うことも多く、先入観を持ってしまいがちです。しかし、本当に目の前のその人は典型的なののでしょうか。例えば、1%という確率を聞いて、高いと感じる人もいれば低いと感じる人もいます。このような感覚の違いは意思決定の違いにつながるものが少なくありません。医療の現場では様々な意思決定が行われています。患者さんの意思決定がスムーズにはいかないこともあるでしょう。そんな時、患者さんの考えを聴いてみるのはいかがでしょうか。何に戸惑っているのかがわかると、解決の糸口が見えるかもしれません。

本日は、私がどのようにクライアントとコミュニケーションを行なっているのかの一部を紹介します。全ての場面で適応できるとは限りませんが、コミュニケーション方法の一つとしてお聞きいただければ幸いです。

【ご略歴】

平成 16 年 大阪府立看護大学看護学部看護学科卒業
平成 16 年～ 社会医療法人生長会ベルランド総合病院 産科病棟に助産師として勤務
平成 23 年 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻遺伝カウンセラーコース修了
平成 23 年 認定遺伝カウンセラー資格取得
平成 23 年～ 医療法人財団今井会足立病院勤務（認定遺伝カウンセラー）
平成 28 年～ 京都府立医科大学医学部附属病院勤務（認定遺伝カウンセラー）
平成 31 年～ 滋賀医科大学医学部附属病院 臨床遺伝相談科勤務（現職）

利益相反 1～12：該当なし

病を抱えた方々へのチャプレンのまなざし ～弱さや限界を抱える者として～

ヴォーリズ記念病院 礼拝堂

○ 中村 信雄（なかむら のぶお）

私はがんを患った子どもたちの闘病記から学んだことを今も大切にしています。闘病記には、喜びも悲しみもあった子どもの人生が記され、我が子を見守る親の思いが添えられていました。

病を抱え死と向き合いながら、自分のことだけを考えるのではなく、「親に迷惑をかけている」と感じ、親を気遣う子どもの姿がありました。「代わることができるのなら代わってあげたい」、「子どもに十分なことができていない」と無力さを痛感している親の姿もありました。

しかし、その親子が相互にスピリチュアルケアをしているのではないかと思うようになり、スピリチュアリティの定義（窪寺，2000）を参考に考え始めました。ケアをする側、ケアを受ける側という一方通行の関係性ではなく、親子は互いに弱さや限界を抱える者として同じ立場に立ち、寄り添っていました。そこにケアの手掛かりの一つがあるように思っています。

私は自分の死を想像すると不安を感じるがあります。そのことを病を抱えた人生の先輩に相談させていただくと、ご自身の考えを誠実に答えてくださり、私は慰めを受けました。同様のことを私も尋ねられることがあります。そのときには、私も不安を抱えていることを伝え、その中で気持ちが楽になった考えをお伝えしています。

【ご略歴】

1974年 神戸生まれ、奈良育ち。1994年 国立奈良工業高等専門学校 機械工学科 卒業。P&G ファー・イースト・インク 入社。母親ががんを患いチャプレンの働きを志すようになり、2001年 関西学院大学 神学部 編入学、2003年 同卒業。2006年 関西学院大学大学院 神学研究科 博士課程(前期課程) 修了。愛和病院、松山ペテル病院を経て、現在、ヴォーリズ記念病院チャプレン。

利益相反 1～12：該当なし

セミナー①

9月28日(土) 9:25~10:15 第2会場(大会議室)

「がん関連学際領域の人材育成の今とこれから
～がん患者さんの感じるスティグマを和らげるために～」

座長：清水 正樹(京都桂病院 緩和ケア科)

がん関連学際領域の人材育成の今とこれから
～がん患者さんの感じるスティグマを和らげるために～

大阪医科薬科大学医学部 内科学講座腫瘍内科学

○ 藤阪 保仁（ふじさか やすひと）

がん治療成績の向上により、たとえ進行がんであっても長期生存が希求できる時代が到来しています。その原動力となったのが、分子標的治療薬・免疫チェックポイント阻害剤です。その臨床導入により多種多様な副作用病態が報告されるようになりました。そこで重要なのは、がん患者の生命予後向上と QOL 改善を共通の目標とする学際領域の連携です。腫瘍循環器病学、腫瘍腎臓病学や腫瘍糖尿病学などが盛んとなっており、がん関連学際領域を担う人材育成が課題です。文部科学省の“次世代のがんプロフェッショナル養成プラン”でも取り上げられています。

人材育成の基本は、その理念にあります。長期生生存時代の到来が、がん関連学際領域との連携を求めたのでしょうか。がん患者さんの感じるスティグマや社会的差別に医療者の診療差別が上がっていることを、私達は肝に銘じる必要があります。たとえば、がんになっても、がん患者さんも、健康を希求することは当然の権です。それを支援し、一緒に実現していきたい、そう願うことこそがスティグマを解消し、長期生存時代に求められる真のがん関連学際領域との連携を可能とするものと考えます。

本セミナーでは、がん関連学際領域の人材育成の現状と課題を共有させていただきます。

【ご略歴】

（学歴・職歴）

1998年 大阪医科大学医学部卒業

2000年 国立がんセンター中央病院 レジデント・がん専門修練医

2005年 大阪医科大学附属病院呼吸器内科 助教

2009年 近畿大学医学部 内科学教室腫瘍内科部門 講師

2013年 大阪医科大学附属病院 臨床治験センター センター長

2016年 大阪医科大学附属病院 呼吸器内科・呼吸器腫瘍内科 科長

2020年 大阪医科大学附属病院 臨床研究センター 特務教授

2022年 大阪医科薬科大学医学部 内科学講座腫瘍内科学 教授

（学会役職・社会活動）

日本臨床腫瘍学会 理事・ガイドライン委員会 委員長

日本がんサポーターブケア学会 理事・広報・渉外委員会 副委員長

日本サイコロジック学会 代議員・ガイドライン策定委員・CST 担当委員

日本緩和医療学会 代議員

日本腫瘍循環器学会 評議員

日本臨床薬理学会 評議員

日本肺癌学会 評議員

利益相反 1～12：利益相反開示事項 5（アストラゼネカ株式会社・中外製薬株式会社）

利益相反開示事項 9（③治験費：MSD 株式会社・大鵬薬品工業株式会社・小野薬品工業株式会社）

上記以外は該当なし

セミナー②

9月28日（土）11:00～11:50 第1会場（ピアザホール）

「緩和ケアの質とチーム能力を高められる認知療法的視点」

座長：津田 真（地方独立行政法人 市立大津市民病院）

緩和ケアの質とチーム能力を高められる認知療法的視点

地方独立行政法人 市立大津市民病院 緩和ケア科／精神・心療内科

○ 畑 讓（はた ゆずる）

対応困難な患者を担当し、今日も文句を言われた。先輩からは厳しく注意された。そう、緩和ケアに従事する私たちは、よく悩む。うなだれて家路につく日もある。険しい山を登るようにつらい。平坦な道なら楽なのに。下り坂ならもっといいのに。でも平坦な道だけでは、自分を更に高みに上げられないこともわかっている。そう、悩むことは、今の自分が対応しきれない状況に、いずれ対応できるようになるための登り坂なのだ。悩むからこそ、工夫によって知恵を増やして成長できる。悩まないといつまでも今のままだ。だから悩むことは、いつもポジティブ。そんな風に自分の思考を再構築するのが、「認知療法的視点」だ。

直感的な自動思考で一面だけを見て動くのは、楽だ。直感だけで、自分の経験に裏打ちされたルーティン行動が仕事をこなしてくれる。でもそうすると、困ることが出てくる。対応の難しい患者を「性格が悪い」と直感的に決めつけると、訪室頻度が減ってしまう。また、皆が忙しいのに定時に帰る後輩に「仕事姿勢がなってない」と密かに怒り、思わず冷たく当たってしまうと、後輩は自分を避け始める。それは仕方ないでは終わらず、後で陰口を言われたりする。こうなると、問題はスタッフ間の不仲に留まらない。ケアの質が低下し、患者アウトカムも悪くなる。アンドレア・ボーマンは、そう述べる（2007）。

私たちは、直感的に自動思考に動かされる。例えば自分で自分のことを「性格が悪い」とは、なかなか思わない。何か不具合があれば、周りの状況がたまたま悪かったのだ。しかし相手のこととなると、状況をよく吟味せずに「相手の姿勢・性格が悪い」と決めつけてしまう。これは、非常に強力な自動思考として知られている。このためにケアの質が落ちる。チーム能力が落ちるとも言える。

このセミナーでは、緩和ケアの質とチーム能力を高められる、このような認知療法的視点をお伝えしたい。

【ご略歴】

1984年 京都大学理学部卒業

1986年 京都大学工学研究科中退

1986～2005年 「京都東予備校」を起業・経営、人材育成に注力

2006年 京都府立医科大学卒業、綾部市立病院で初期研修開始

2008～2013年 精神科・緩和ケア科専攻医（京都府立医科大学や大津市民病院）

2013年 京都府立医科大学精神医学教室助教

2014年～ 市立大津市民病院 緩和ケア科／精神・心療内科

2018年～ 同院産業医併任、メンタルヘルス対策を通じた病院風土改革活動に着手

2024年 グロービス経営大学院卒業（MBA）、効果的に価値提供する組織作り・戦略を学ぶ

利益相反 1～12：該当なし

セミナー③

9月28日（土）13:10～13:40 第4会場（305会議室）

「緩和医療に必要な腫瘍循環器の基礎知識」

座長：住本 秀敏（滋賀医科大学医学部附属病院）

緩和医療に必要な腫瘍循環器の基礎知識

滋賀医科大学 循環器内科

○ 塩山 渉（しおやま わたる）

分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬といった化学療法薬の開発や、放射線療法、支持療法の進歩により、がん患者の予後は大きく改善しています。その一方で、がん治療関連心血管毒性（CTR-CVT）が問題となっており、患者の予後やQOLにも悪影響を及ぼすことが知られています。CTR-CVTには心機能障害・心不全、冠動脈疾患、弁膜症、不整脈、高血圧症、血栓塞栓症など様々な循環器疾患が含まれますが、これらに対する治療や長期的な管理、さらには予防に関する専門的なアプローチの需要が高まり、2000年頃から欧米を中心に腫瘍循環器学（Onco-Cardiology または Cardio-oncology）と呼ばれる新しい学際領域が発展してきました。我々循環器内科医に期待されることは、がん専門医との連携を深め、CTR-CVTを早期に発見し、がん治療の中断や変更を回避することです。さらに、アドリアマイシン心筋症や放射線誘発性心疾患のように、治療後数年～数十年が経過してから晩期合併症として発症することもあり、がんサバイバーに対する長期的なマネジメントも重要です。特に晩期合併症については、緩和医療に移行した後にも起こり得る問題であり、緩和ケアを実践するにあたって腫瘍循環器の知識も重要と考えられます。本講演では、明日からの診療に役立つ腫瘍循環器のポイントについて基礎から解説します。

【ご略歴】

平成 11 年 滋賀医科大学医学部卒業

平成 12 年 大阪大学医学部附属病院第 3 内科

平成 13 年 NTT 西日本大阪病院内科

平成 15 年 国立循環器病研究センター心臓血管内科

平成 18 年－平成 23 年 大阪大学大学院医学系研究科内科系臨床医学専攻循環器内科学博士課程

平成 23 年 大阪府立成人病センター循環器内科

平成 29 年 大阪国際がんセンター腫瘍循環器科（大阪府立成人病センターより名称変更）

令和 3 年 滋賀医科大学循環器内科

利益相反 1～12：該当なし

ランチオンセミナー

9月28日(土) 12:05~12:55 第2会場(大会議室)

「緩和ケアの力」

座長：花木 宏治(滋賀県立総合病院)

共催：第一三共株式会社

緩和ケアの力

埼玉県立がんセンター 緩和ケア科 科長

○ 余宮 きのみ (よみや きのみ)

緩和ケアを生業としていると、患者さんの反応から緩和ケアの持つ大きな力を実感します。この「緩和ケアの力」というテーマには、様々な切り口がありますが、本講演では「プラセボ効果」と「関係性をつくる」という主にふたつの切り口でお話しします。

緩和ケアを提供する際に、私たちは患者とコミュニケーションをとりながら診察やアセスメントを行い、治療方法を検討し、患者に治療方針や薬の説明などを行います。この一連の医療行為の中で、私たちがごく自然に行っていることで「緩和ケアの力」に寄与しているのが、「プラセボ効果」と「関係性をつくる」ことだと感じています。本講演では、私たちが日ごろ自然に行っている緩和ケアの力の元を共有したいと思います。特にプラセボ効果については、その実態を知ることによって臨床がよりよい方向に変化することを実感しています。

また、腸内環境と痛みについての最近の知見から便秘治療の重要性と疼痛治療と生命予後についての最新の知見なども加えてお話しします。

【ご略歴】

平成3年 日本医科大学卒業後、

東京医科歯科大学 一般内科、神経内科、整形外科、

日本医科大学 リハビリテーション科を経て、

平成12年4月～現職にて 緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、緩和ケア外来にて

緩和ケアを実践

現在に至る

日本緩和医療学会 専門医

同学会 緩和医療ガイドライン統括委員会 副委員長

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1～12：利益相反開示事項 5（第一三共株式会社）

上記以外は該当なし

ワークショップ①

9月28日(土) 13:10~14:00 第2会場(大会議室)

「模擬・臨床倫理カンファレンス」

司会：多田羅 竜平(大阪市立総合医療センター)

木村 由梨(滋賀医科大学医学部附属病院 看護部)

「高齢の認知症のがん患者の苦痛に対する鎮静について」

(主な参加者)

東近江市立能登川病院 外科

○ 中村 一郎 (なかむら いちろう)

滋賀医科大学医学部附属病院 腫瘍センター

○ 森田 幸代 (もりた さちよ)

近江八幡市立総合医療センター 看護部

○ 川嶋 頼子 (かわしま よりこ)

近江八幡市立総合医療センター 患者相談支援課

○ 木本 美由紀 (きもと みゆき)

【ねらい】

我々、緩和ケアに従事する医療者は、がん患者と家族が抱える様々なつらさ（全人的苦痛）を評価して適切に対処することで、このようなつらさを軽減させて、がん患者と家族が希望に沿った穏やかな日々を過ごせるように、日々、奮闘している。また、終末期においては、患者や家族の希望はより個別性が強くなり、我々、医療従事者は、多様な価値観に配慮する必要性が生じて来る。一方で、治療やケアの決定においては、患者や家族の意思や希望が尊重されるが、患者や家族の意思や希望が最善とは評価しにくいような場面に遭遇することがある。また、患者・家族間においても、患者の（推定）意思と家族の意向が、必ずしも一致しない状況を経験することもある。そのような場面において、我々、医療従事者は、それぞれの職種や個人の価値観や倫理観に照らし合わせてジレンマを感じる。

このワークショップでは、がん終末期の仮想症例について、治療やケアの決定に関しての倫理カンファレンスを開催する。カンファレンスでの話し合いをとおして、患者や家族が納得して、我々、医療従事者も妥当であると判断できるような治療やケアの方向性を決定する。この話し合いのプロセスを、会場の皆さんと共有することで、今後、我々がジレンマを感じた際に、解決のヒントとなることを期待する。

利益相反 1～12：該当なし

ワークショップ②

9月28日（土）14:05～15:05 第2会場（大会議室）

「関西の“つながる”を互いに学び合おう」

座長：花木 宏治（滋賀県立総合病院）

西本 哲郎（神戸市立医療センター中央市民病院）

関西地域の”つながる”を互いに学び合おう

(パネリスト)

滋賀県立総合病院 緩和ケア科

○ 花木 宏治 (はなき こうじ)

京都府立医科大学 緩和ケア科

○ 上野 博司 (うえの ひろし)

ベルランド総合病院 緩和ケア科

○ 山崎 圭一 (やまさき けいいち)

神戸中央市民病院 緩和ケア内科

○ 西本 哲郎 (にしもと てつお)

国保中央病院 緩和ケア科

○ 中村 契 (なかむら けい)

和歌山県立医科大学 緩和ケアセンター

○ 月山 淑 (つきやま よし)

【背景】

患者、家族に医療を届けるにあたって、「情報共有 (=ここでは、まとめた情報の提示と定義) 」と「コミュニケーション (=ここでは双方向の情報交換と定義) 」は医療サービスの質に関わる重要な要素である。現状として各地域の情報共有、コミュニケーションといった“つながり”) が不十分なところで、患者、家族にサービス提供が充分できていない可能性がある。

【課題】

“つながり”が定着し、日頃の医療で有効に利用されるためには、効率化 (シンプルで迅速性を持つ) と統制 (統一規格化) が満たされないと普及しない。

【目的】

関西2府4県の医療サービスにおける“つながる”ための力を高める。

【方法】

関西2府4県から情報共有、コミュニケーションについて現状、工夫、課題を発表する。

【目標】

自らの地域の強み、弱みに気づき、他地域から学んだことを持ち帰って各地域で検討し直し、今後の実際の医療サービス向上に活用する。

利益相反 1~12: 該当なし

一般演題①

9月28日(土) 9:20~10:10 第3会場(207会議室)

分野1「痛み」

座長：山崎 圭一(ベルランド総合病院)

中川 貴之(和歌山県立医科大学)

- 1) 滋賀医科大学医学部附属病院 腫瘍内科、2) 滋賀医科大学医学部附属病院 腫瘍センター、
3) 滋賀医科大学医学部附属病院 緩和ケアセンター、4) 滋賀医科大学医学部附属病院 看護部、
5) 滋賀医科大学医学部附属病院 薬剤部

○住本 秀敏（すみもと ひでとし）^{1), 2), 3)}、西川 誠人^{2), 3), 4)}、木村 由梨^{2), 3), 4)}、武村 昌俊⁵⁾、
高野 淳^{1), 2), 3)}、寺本 晃治^{1), 2), 3)}、醍醐 弥太郎^{1), 2), 3)}

【はじめに】維持透析中に発症した悪性中皮腫患者に対して、ICI を投与後 day 22 に吐血し、食道潰瘍と診断された症例を経験した。食道潰瘍という比較的稀な合併症の病態に考察を加える。

【事例】症例は50歳台男性、初診時PS 1。202X年Y月、CTで腹水貯留、腹腔内大網や腹膜に多発結節を認め、右胸水貯留と胸膜播種病変、胸骨後部リンパ節転移を伴っていた。鏡視下大網生検で悪性中皮腫、上皮型と診断された。Y月Z日にニボルマブ+イピリムマブ併用療法を開始した（治療開始時のPSは2）。Z+7日に全身倦怠感、食思不振が強くなり、緊急入院した。低アルブミン血症、脱水と腫瘍性炎症と思われる発熱を認め、支持療法を開始した。入院第3、8病日にそれぞれCART（360mL 廃液し、510mL 返血）、腹水穿刺（2410mL）を施行した。第8病日にPPI11点と評価し、BSCの方針として、リンデロン4mg/日を開始した。維持透析は週3回を継続したが、第5病日以降、血圧低下傾向を認め、第7病日以降、除水不完全になることを繰り返した。第5病日に頸部の絞扼感が、第8病日夜から前胸部の絞扼感が持続するようになった。第10病日前胸部痛出現し、ニトロペン舌下、アセリオ点滴に反応せず、オキノーム5mg頓服で軽快したため、同日よりオキシコンチン20mgを開始した。第14病日前胸部痛の増悪あり、心電図変化やTnI上昇無くオキノーム頓服不応で、ロピオン点滴で症状軽快した。以後、調節性を考慮してオピオイド持続静注へ変更。第15病日透析中に吐血があり、透析中止。緊急内視鏡検査で、食道内に全周性潰瘍を認めた。第17病日に意識レベル低下、バイタルサイン低下を来し、同日死亡された。

【考察】頸部～前胸部の絞扼感から進展した胸部食道潰瘍の症例を経験した。病因は不明であるが、非典型的経過から学ぶ教訓的な症例と考える。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：醍醐 弥太郎

利益相反 1～12：筆頭演者 該当なし、研究責任者 該当なし

- 1) 東近江総合医療センター 緩和ケアチーム、2) 滋賀医科大学医学部附属病院 腫瘍センター、
 3) 東近江総合医療センター 泌尿器科、4) 東近江総合医療センター 薬剤部、5) 東近江総合医療センター 看護部、
 6) 東近江総合医療センター 元緩和ケアチーム、7) 東近江総合医療センター 元薬剤部

○宮城 暢子 (みやぎ のぶこ)^{1),5)}、森田 幸代²⁾、坂野 祐司^{1),3)}、大西 理恵^{1),5)}、高屋 麻由^{6),7)}、
 音羽 美貴^{1,4)}

【はじめに】

今回、複数の種類のオピオイドを十分量使用したにも関わらず、痛みが軽減しない膀胱がん患者に抗不安薬のアルプラゾラムを追加したことで、不安が軽減し、結果的にオピオイドを中止できた症例を経験した。緩和ケアチーム看護師としての対応の工夫などについて報告する。

【事例】

70 歳台、男性、筋層浸潤膀胱がん。

X+1 年 5 月放射線性膀胱炎となり、6 月には疼痛コントロール不良。病棟スタッフからは、痛みの訴えが一定せず、痛みの存在に懐疑的になっていたところもあった。そこで緩和ケアチームが介入し、ヒドロモルフォンを開始し 18 mg/日までの増量、アセトアミノフェンを追加した。しかし痛みの訴えは更に強まり、フェンタニル注射液へ変更しタイトレーションを試みた。痛みの改善は全く認めず活気もなくなり、レスキュードーズが日に日に増加した。精神科診察により不安障害と診断、ケミカルコーピングのおそれが指摘され、アルプラゾラム頓用で内服開始となった。しかし、これも頓服であれば看護師により判断が異なるため適切に使用されず、朝・眠前の定期内服にしたところ、レスキュードーズの使用が減少し痛みの訴えは消失した。オピオイドが漸減でき、8 月にはアセトアミノフェンと共に中止できた。その後も、痛みは落ち着いた状態が続き退院となった。

【考察】

精神的な症状がある場合の痛みの評価は困難である。その理由のひとつは、患者の訴えが不安などの精神症状に影響されるため、病棟で統一した評価が困難なところにある。今回は成人男性であるが簡単な Face scale の使用や確実なレスキューの効果確認を依頼したが、やはり評価は困難であった。内服もタイミングの判断が難しく実行されないことから、早期の内服タイミングの統一が必要であった。また精神疾患を合併する場合は、特に訴えの生じる心理的背景なども含めたきめ細かな評価が重要と考える。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1～12：筆頭演者 該当なし

1) 京都岡本記念病院 緩和ケア科、2) 京都府立医科大学附属病院 疼痛・緩和ケア科

○丹波 和奈 (たんば かずな) ¹⁾、²⁾

【はじめに】

過去に、小腸ストーマ造設後にオキシコドンを経口投与された症例で吸収障害が起こる可能性が指摘されている。今回、回腸ストーマ造設術後にオキシコドンを経口投与へ変更し、一時的にオピオイドの急激な増量を要した症例を経験したので報告する。

【事例】

50歳台男性、20XX年Y月に直腸がんと診断され、術前化学療法後に腹腔鏡下直腸切断術を実施された。術後約1年で右鼠径リンパ節再発をきたし、2度のリンパ節郭清術と化学療法、さらに放射線療法を実施されたがいずれも奏功せず、右下肢に著しいリンパ浮腫を認めていた。20XX+2年Z月に新規治療導入を目的として入院するも腹膜播種による小腸閉塞を来しており、保存的加療では改善せず第18病日に回腸ストーマ造設術を実施された。

ストーマ造設術の3日前にリンパ浮腫による右下肢の疼痛緩和を目的として当科へ紹介があり、オキシコドン持続皮下注射を少量から開始した。手術前後の補液によりリンパ浮腫が悪化し、オキシコドンを72mg/日まで増量した。術後7日目に経口摂取が可能となったため、オキシコドン徐放剤100mg/日内服へ変更するも頻回のレスキュー薬の投与を要し、最大で総量220mgのオキシコドン速放剤を追加で投与しても疼痛が改善しなかった。そこで、術後11日目にフェンタニル貼付剤(75 μ g/時)へ変更したところ、レスキュー薬の必要量は急激に減り著しい傾眠傾向となった。術後13日目にフェンタニル貼付剤を減量(50 μ g/時)したところ、疼痛増強はなく傾眠も認められなくなった。

【考察】

小腸ストーマ造設術後のオキシコドンの薬物動態については個人差が大きいとされている。2018年にオキシコドン徐放剤が新剤型となってから吸収障害に関する報告はないが、本症例では実際のオピオイド必要量の推移からオキシコドン徐放剤、速放剤のいずれでも吸収障害があった可能性が示唆される。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反1~12：筆頭演者 該当なし

1) 済生会滋賀県病院 疼痛（ペインクリニック）・緩和ケア科

○権 哲（ごん ちより）¹⁾

【はじめに】

がん疼痛へのオピオイド使用により、悪心、眠気などの副作用や、強い痛みが残存することも多い。今回オピオイドの投与下でも強い腹部痛が残存し、高周波熱凝固を用いた神経根ブロックが有効であった症例を報告する。

【事例】

50代の卵巣がんの患者。卵巣がん4B期で、全身化学療法を行うも奏功せず、腫瘍減量手術をうけ、原発巣の左卵巣や一部の大網播種は切除できたが、左側腹部を中心に消化管と癒着した病巣は残存し、非常に強い痛みが残存した。オキシコドン徐放剤 60 mg/day まで増量したが痛みの残存と強い悪心が生じ、フェンタニル貼付剤 50 μ g/h とメサドン 10 mg/day を併用したが、7/10の安静時痛と 8/10の突出痛が残存した。超音波ガイド下で傍脊椎ブロックを施行して痛みの軽減を認めたため、透視下に左T_h10、11、12に対して高周波熱凝固（90°C180秒）を用いた神経根ブロックを施行し、痛みは2/10にまで軽減し化学療法を継続出来た。

【考察】

本症例のがん疼痛は、壁側腹膜へのがんによる直接の刺激が主要因であり高周波熱凝固を用いた神経根ブロックが有効であったものと考えられた。適応症例には、神経ブロックを併用して鎮痛の質を上げることが重要と考えられた。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当する

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし

1) 京都市立医科大学附属病院 疼痛緩和医療部、2) 京都市立病院 緩和ケア科、3) 洛和会音羽病院 緩和ケア内科、
4) 京都市立病院 緩和ケア内科、5) 京都府立医科大学 麻酔科学教室

○大屋 里奈（おおや りな）¹⁾、上野 博司¹⁾、大西 佳子²⁾、山代 亜紀子³⁾、谷口 彩乃⁴⁾、
天谷 文昌⁵⁾

【目的】難治性がん疼痛に対する神経ブロックについて、専門医にメール相談できるシステムを作ることにより、適切かつ速やかな紹介につながることを支援する。

【活動の概要】2022年に厚生労働省より通達されたがん診療連携拠点病院等の整備に関する指針内に、がんの難治性疼痛に対する神経ブロックについて施設間の連携方針を定め、公表する内容が記載された。これを受け、我々は京都府におけるがん疼痛に対する神経ブロックの連携強化のシステムを作成し、第5回緩和医療学会関西支部学術大会（2023年、堺市）にて最初の活動報告を行った。ここでは、神経ブロックについてのパンフレットの配布、京都府下における神経ブロック施行可能施設の一覧表をHP上で公開、そして、施設間が面につながることの重要性を発表した。今回、我々は新たに、がん疼痛に対する神経ブロックのメール相談事業を開始した。これは、神経ブロックが自施設で行えない施設が、がん難治性疼痛の患者に対して神経ブロックが適応かどうか迷った際に、メールで気軽に相談できるシステムである。患者本人が紹介受診する前段階として、緩和医療専門医・ペインクリニック専門医である4施設の医師が回答をする。

【成果】リーフレットを作成し、2024年6月に京都府のがん関連の施設に配布した。リーフレット内には、実際にメール相談する際に個人情報守秘の注意事項を記載した。今後も継続的に周知を行っていく予定である。

【考察】メール相談事業によって、神経ブロックが必要ながん疼痛患者が、適切な時期に適切な神経ブロックを受けることが可能となる症例が増えること、またその中には適応かどうか不明であるため紹介を断念するという症例を減らすことが期待できる。（同日行われる第13回緩和IVR研究会（奈良市）において、共同演者より一部同内容の発表を行う予定である。）

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：天谷 文昌

利益相反 1～12：筆頭演者 該当なし、研究責任者 該当なし

一般演題②

9月28日(土) 10:15~11:05 第3会場(207会議室)

分野1「痛み」

分野2「痛み以外の身体症状」

座長：西本 哲郎(神戸市立医療センター市民中央病院)

宮部 貴識(国立病院機構舞鶴医療センター)

1) 市立奈良病院 総合診療科、2) 市立奈良病院 緩和ケア科

○藤田 直己 (ふじた なおき)^{1),2)}、久保 速三²⁾

【はじめに】

多発性骨髄腫は、骨髄および骨格系を侵す単クローン性免疫グロブリンの異常増殖を特徴とする形質細胞疾患である。骨の痛みの訴えが多く、適切な疼痛コントロールは、がん患者の生活の質を改善するだけでなく、治療のアドヒアランスを助けるために重要である。今回、疼痛のためADLが著明に低下した多発性骨髄腫の患者に対し、メサドン使用で疼痛コントロールを行うことで、造血幹細胞移植を施行できるまでPSを改善でき、社会復帰ができた症例を経験できたため報告する。

【事例】

40代女性、症候性多発性骨髄腫。現病歴:202X年4月8日に診断され、当院血液内科に入院。入院時はなんとかトイレ歩行のできる程度でPS2-3であった。ボルテゾミブ、デノスマブによる治療開始と同時にオキシコドン10mg/日を開始、緩和ケアチームへも紹介された。4月21日にはオキシコドン100mg/日まで増量したが、疼痛コントロールは不十分であったため、オキシコドン100mg/日にメサドン5mgを上乗せし、徐々にスイッチを行った。5月11日にメサドン30mg/日へ完全移行した。この頃には50m歩行が可能で、PS1程度まで改善された。6月12日に退院となり、血液内科で外来化学療法継続となった。外来ではメサドン30mg/日で維持できていた。その後、造血幹細胞移植目的にN病院へ入院され、9月1日に造血幹細胞移植を施行された。10月5日に退院、退院時にはヒドロモルフォン塩酸塩4mgまで減量できていた。その後は当院血液内科外来でRd維持療法を継続し、202X+1年1月には職場復帰できた。202X+1年6月現在も外来通院中である。

【考察】

多発性骨髄腫は強い骨痛ためADLが著しく低下しうる疾患である。適切な疼痛コントロールを行うことで、円滑に原疾患治療へ繋げることができる考える。

研究報告: IRB 審査が不要

個人情報: プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針: 日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法: 該当しない

研究責任者: 筆頭演者自身

利益相反1~12: 筆頭演者 該当なし

- 1) 滋賀医科大学医学部附属病院 看護部 腫瘍センター 緩和ケアチーム、
2) 滋賀医科大学医学部附属病院 臨床腫瘍学講座 緩和ケアチーム、3) 滋賀医科大学医学部附属病院 薬剤部 緩和ケアチーム、
4) 滋賀医科大学医学部附属病院 腫瘍センター 緩和ケアチーム

○西川 誠人 (にしかわ あきひと)¹⁾、寺本 晃治²⁾、武村 昌俊³⁾、森田 幸代⁴⁾、木村 由梨¹⁾、
河田 優子¹⁾

【はじめに】

がん患者が経験する身体的な痛みは、辛く精神的、心理的あるいは社会活動に大きな影響を及ぼす。乾燥による皮膚のバリア機能低下で起こるひりつきに、ヘパリン類似物質や白色ワセリンなどの保湿成分が配合された薬剤が使用されることがある。今回、それに倣い、胸腔内胸壁転移による背部のひりつきに対して、ヘパリン類似物質クリームと白色ワセリンの塗布により、症状軽減の一助となった症例を経験したので報告する。

【事例】

30歳代、女性、上顎歯肉がんの術後、多発肺転移、胸膜転移。背部の傍脊椎に、胸腔内胸壁に転移した腫瘍によると考えられるヒリヒリとした痛みを認めた。背部のひりつきは、座位姿勢で背部がソファの背もたれに接触する時など、刺激が加わる時に増強した。また、臥床時にも増強するために夜間の睡眠が十分に得られていなかった。メサドン塩酸塩、プレガバリン、デュロキセチン塩酸塩などの薬物療法により痛みのレベルとしては軽減した。しかし、皮膚のひりつきは依然、不快な症状で、温罨法や、座位姿勢の際は背部と背もたれとの直接の接触を避けられるように、間にクッションやタオルを入れるなど非薬物的ケアも提案したが、十分な改善には至らず、症状コントロールに難渋していた。そこで、ヘパリン類似物質と白色ワセリンの塗布を提案したところ、座位姿勢や臥床時の皮膚のひりつきは軽減した。特に、症状なく睡眠できる時間が増加し、夜間に使用していたレスキューの使用頻度も減少した。

【考察】

ヘパリン類似物質は高い保湿効果のほかに、血行促進作用、抗炎症作用があり、ワセリンには肌の表面に油膜を張ることで外部の刺激から皮膚を守る保護効果がある。これらの効果や作用により、今回の症例のような背部のひりつきに対して、ヘパリン類似物質と白色ワセリンの塗布が有効である可能性が示唆された。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし

1) 京都府立医科大学附属病院 麻酔科学教室・疼痛緩和医療部、2) 京都府立医科大学附属病院 麻酔科学教室
○松尾 佳那子 (まつお かなこ)¹⁾、大屋 里奈¹⁾、上野 博司¹⁾、天谷 文昌²⁾

【はじめに】

尿路閉塞をきたした進行癌における尿管ステント交換は、一般的には2~4カ月毎が目安となる。終末期がん患者において、尿管ステント交換をいつまで続けるかの判断は時に難しい場合がある。

【事例】

70歳台、男性。肝内胆管癌術後再発で化学療法中、大動脈周囲リンパ節増大に伴う左尿管拡張、腎機能低下を認めた。左尿管ステントが留置され、以後3カ月毎に定期交換を行っていた。呼吸困難で予約外受診され、左胸水貯留、がん性胸膜炎と診断された。胸腔穿刺後、緩和ケア主体の治療方針となり、緩和ケア病棟に入院となった。痛みと呼吸困難に対してヒドロモルフォンを12mgまで漸増し、バタメタゾン2mgを開始したところ、症状緩和が得られた。当初の予想よりも比較的長期予後が見込め、自宅退院も可能と考えられたため、前回の交換から3カ月後に尿管ステント交換を行った。ステント交換翌日の夜に発熱、悪寒戦慄、急激な背部痛、血圧低下を認めた。精査にて緑膿菌による逆行性尿路感染からの敗血症性ショックと判明し、抗菌薬投与による治療を行った。尿路感染症は治癒したが、全身状態の改善を認めず、緩和ケア病棟での療養を継続し、自宅退院することなく1カ月後に永眠された。

【考察】

尿管ステント交換時には体外の細菌による感染を生じる可能性があり、基礎疾患のある症例や長期留置では細菌尿やステントへの細菌のcolonizationの頻度が高い。本症例は、既往に糖尿病があり、悪性疾患、ステロイド使用と免疫抑制状態であったため、ステント交換による感染症発症リスクが高かった。予防的抗菌薬は投与されていたが、第1世代セフェム系抗菌薬であり、緑膿菌はカバーできていなかった。ステント交換を行わない場合の経過についても事前に説明を行った上で交換を行う方針としたが、ステント交換処置は、患者によっては重大な尿路感染症を引き起こす可能性があるため、適応については慎重に判断する必要がある。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし

- 1) 京都岡本記念病院 外科・緩和ケア科、2) 京都岡本記念病院 緩和ケア科、3) 京都岡本記念病院 放射線治療科、
4) 京都岡本記念病院 がん看護科

○山本 芳樹 (やまもと よしき)¹⁾、丹波 和奈²⁾、藤井 崇³⁾、北村 和美⁴⁾

【はじめに】

乳癌の消化管や腹膜転移は比較的稀である。今回われわれは乳癌後腹膜転移による十二指腸狭窄に対し緩和的放射線治療を行い、狭窄部の通過障害が解除できた症例を経験したので報告する。

【事例】

症例は60歳台、女性。201X年X月左乳癌に対し左乳房切除術施行した。組織型は浸潤性小葉癌であった。201X+5年X月に局所再発や大動脈リンパ節再発出現し、再発腫瘍切除行い、化学療法が開始された。20X+6年X月嘔気や嘔吐症状出現し、CT検査で後腹膜広範に播種巣が散見し、十二指腸水平脚に狭窄を認めた。上部消化管内視鏡検査でも同様で、また胃壁外転移も疑われた。乳癌後腹膜転移による十二指腸狭窄と診断し、狭窄部へのステント留置を試みたが挿入出来無かった。胃空腸バイパス術も考慮したが、全身状態や胃壁外転移巣を考慮し困難と判断した。そこで十二指腸狭窄部へ39Gy/13回の放射線治療を行ったところ、通過障害が解除され経口摂取も可能となった。

【考察】

乳癌の転移臓器は主に肺、骨、肝、脳であり、消化管や腹膜転移に関しては剖検例では31%に認めるが、剖検前に診断された症例は2%にすぎないとの報告もある。また乳癌後腹膜転移症例の組織型は浸潤性小葉癌が最も多く、報告17例中8例であった。後腹膜転移による十二指腸狭窄の本邦報告は11例あり、その解除目的の治療は、胃空腸バイパス術8例とステント留置3例であり、放射線治療症例は皆無であった。乳癌後腹膜転移による十二指腸狭窄に対しては、胃空腸バイパス術やステント留置がよく選択されるが、困難な場合は緩和的放射線治療は非侵襲的であり、検討されるべき治療法と考えられた。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし

1) 京都医療センター 緩和ケア科、2) 京都医療センター 緩和ケアチーム、3) 京都医療センター 循環器内科、
4) 京都医療センター 看護部、5) 京都医療センター 薬剤部

○木下 多愛(きのした たえ)^{1),2)}、濱谷 康弘^{2),3)}、坂井 みさき^{2),4)}、松村 亜耶^{2),5)}、大谷 哲之^{1),2)}、
江坂 直樹^{1),2)}

【はじめに】

心不全患者の42～82%に倦怠感を認める。がん患者の倦怠感に対してはコルチコステロイドの有用性が示されているが、心不全患者へは体液貯留による心不全増悪のリスクからその使用は控える傾向がみられる。今回、低心拍出が主体の心不全患者の倦怠感、食欲不振に対してデキサメタゾンを使用した3症例について報告する。

【事例】

症例1：80歳代女性。弁膜症による心不全で入院、強心薬・利尿薬を開始した。肺炎を併発し治療に時間を要した。肺炎の回復後に続く倦怠感、食欲不振に対して入院66日目にデキサメタゾン注1.65mg/日を開始、入院70日目に3.3mg/日に増量した。倦怠感の軽減とともに食事が増え入院84日目にデキサメタゾンを中止した。入院170日目に他院へ転院となる。

症例2：70歳代男性。陳旧性心筋梗塞による心不全で入院、強心薬・利尿薬を開始した。入院6日目、倦怠感、食欲不振、呼吸困難に対してデキサメタゾン2mg/日とモルヒネ4mg/日内服を開始した。食欲はやや改善しフルーツを摂取できるようになった。入院11日目に逝去となる。

症例3：80歳代女性。経過不明の心不全で入院、強心薬・利尿剤を開始した。入院20日目、倦怠感、食欲不振、呼吸困難に対してデキサメタゾン1mg/日内服とモルヒネ持続皮下注3mg/日を開始した。入院26日目より倦怠感や呼吸困難が軽減し食事が増えた。入院42日目に他院へ転院となる。

【考察】

コルチコステロイドの中でもミネラルコルチコイドは、腎臓に作用してナトリウムと水の再吸収を促し循環血漿量増加を促すため心不全によるうっ血を増悪させるリスクがある。今回、低心拍出が主体の心不全患者の倦怠感、食欲不振に対してミネラルコルチコイド作用の弱いデキサメタゾンを使用し体重増加などのうっ血症状の増悪はみられなかった。心不全の病態把握やコルチコステロイドの種類の選択することで、心不全患者の症状緩和につながる可能性が示唆された。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反1～12：筆頭演者 該当なし

一般演題③

9月28日(土) 11:10~11:50 第3会場(207会議室)

分野4「終末期ケア・専門的ケア」

座長：安保 博文(六甲病院)

坂下 明大(兵庫県立はりま姫路総合医療センター)

1) 宝塚市立病院 看護部、2) 宝塚市立病院 呼吸器内科、3) 宝塚市立病院 緩和ケア内科

○岡山 幸子（おかやま さちこ）¹⁾、藤森 令子¹⁾、浦田 恵美¹⁾、発 忠信²⁾、奥本 龍夫³⁾、加藤 豪³⁾

【目的】

急性期一般病棟において、患者の死亡退院後に、デス・ケースカンファレンスを多職種で開催する機会は少ない。今回、急性期一般病棟において、緩和ケアチームに身体症状コントロールを依頼しながら、お亡くなりになった非がん患者のデス・ケースカンファレンスを多職種で開催し、今後の看護において非常に有用と考えられ報告する。

【活動の概要】

症例は、間質性肺炎、細菌性肺炎にて入院中の患者で呼吸困難の症状緩和に難渋した。身体症状緩和について緩和ケアチームに介入依頼。逝去後、患者のデス・ケースカンファレンスを主治医、病棟看護師（日勤看護師全員参加）、緩和ケアチーム医師が参加し多職種で開催した。また、病棟看護師全員にデス・ケースカンファレンスを実施することをアナウンスし、当日参加できない看護スタッフには、事前に意見を募った。開催前には、デス・ケースカンファレンスの目的を看護スタッフに周知した。

【成果】

デス・ケースカンファレンスを開催することにより、主治医を含めた関係者の思いの表出ができた。また、看護師も日々の看護で疑問に思っていた点などについて、思いを吐露できる場となった。同病棟の他チームの看護師も参加し、感じたことを吐露できた。また、緩和ケアチーム医師からは、症状コントロールに関するミニレクチャーがあり、病棟看護スタッフからは非常に勉強になったという声が多かった。

【考察】

一般病棟において、通常のカンファレンスの時間を確保することすら困難な場合も多い。今回、デス・ケースカンファレンスを開催し、看護観を語る場につながり、それぞれの価値観についてもお互いを感じる場となった。看護観を語るカンファレンスを開催することは、風通しの良い職場作りに発展すると考えられ、今後も取り組みを継続していく重要性が示唆された。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1～12：筆頭演者 該当なし

- 1) ヴォーリズ記念病院 看護部 緩和ケア病棟、2) ヴォーリズ記念病院 看護部 地域看護科、
3) ヴォーリズ記念病院 診療部 緩和ケア科

○野村 嘉代 (のむら かよ)¹⁾、谷川 弘子²⁾、奥野 貴史³⁾

【目的】緩和ケアの評価ツールとして新たに開発された IPOS (Integrated Palliative Outcome Scale) スタッフ版に関する勉強会を 2022 年度中に開催、2023 年 4 月より緩和ケア病棟入院患者すべてから IPOS を取得した。1 年が経過したがスタッフからは、IPOS を上手に活用できていると思えない、という評価がでてきた。そこで 1 年間で得た IPOS データを後方視的に解析し、その評価に至った原因を考察した。【方法】2023 年 4 月 1 日から 2024 年 3 月 31 日までに緩和ケア病棟に入院した患者のうち、7 日目以降も入院を継続していた患者を対象とした。IPOS スタッフ版を入院時、7 日目に取得し、Q2、Q3-9 それぞれの回答率、平均値を算出した。回答とは、すべての質問に点数を付与できた場合とした。【結果】対象者は 175 人で、年齢中央値 79.0 歳、在院日数中央値 16 日であった。回答率、平均点は入院時 Q2: 95.4%、10.1 点、Q3-9: 76.0%、10.1 点、7 日目 Q2: 52.5%、11.3 点、Q3-9: 28.5%、10.2 点であった。回答率の低かった設問は、入院時は Q5「気分が落ち込むことはありましたか」、7 日目は Q7「気持ちを家族や友人に十分に分かってもらえましたか」であった。

【考察】7 日目は IPOS 実施率がそもそも 56%と低かった。多忙な業務の中で IPOS を実施する時間が作られなかったこと、患者の状態悪化により評価ができなかったことなどが原因であった。Q3-9 の回答率が低い原因としては、スピリチュアルな質問をすることにスタッフが躊躇したり、面会制限があったために家族、友人への想いを汲み取れなかったりして、評価不能を選択したことが挙げられた。IPOS の結果を活用し適切なケアにつなげるには、スタッフへのスピリチュアルなケアに関する教育を継続することが大切と考えた。

研究報告: IRB 審査を受けた

個人情報: プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針: 日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法: 該当しない

研究責任者: 筆頭演者自身

利益相反 1~12: 筆頭演者 該当なし

- 1) 淡海医療センター 緩和ケア内科、2) 淡海医療センター 看護部、3) 淡海医療センター 薬剤部、
- 4) 淡海医療センター 医療福祉相談課、5) 淡海医療センター 臨床心理課、6) 淡海医療センター リハビリテーション部、
- 7) 淡海医療センター 栄養部、8) 淡海医療センター 消化器内科、9) 淡海医療センター 呼吸器外科、
- 10) 滋賀医科大学 精神腫瘍科

○堀 泰祐 (ほり たいすけ)¹⁾、城 亜希²⁾、谷 美咲³⁾、平尾 綾香³⁾、奥 佳奈²⁾、北川 舞⁴⁾、
谷口 由利子⁵⁾、稲月 愛乃⁶⁾、中嶋 容子⁷⁾、小林 遊⁸⁾、林 一喜⁹⁾、喜田 裕介⁹⁾、森田 幸代¹⁰⁾

【目的】

緩和ケア病棟を持たない一般急性期病院においても、緩和ケアを必要とする患者に早期から適切に対応する緩和ケアチーム（以下 PCT）活動は非常に重要である。緩和ケアの推進のために当院の PCT が取り組んでいる活動について報告する。

【活動の概要】

2017 年 4 月から常勤の緩和ケア医が着任し、緩和ケア内科が新設されたのに伴い、緩和ケア外来を開始し入院患者を対象とした PCT 活動を一新した。緩和ケア外来は年間延べ約 200～300 名の患者に対応している。PCT の介入件数は年間延べ約 200～300 件であり、全入院がん患者の約 15%に相当する。緩和ケアの実施に当たり、苦痛の評価と治療やケアに関しては、緩和ケアマニュアルを電子カルテ上に整備し、すべての医療スタッフが参照して、適切に対応できるようにした。PCT は多職種での介入を重視し、コミュニケーションを促進するため情報交換を密に行い、問題点や解決法の検討のため積極的に症例カンファレンスを実施している。また、緩和ケアの質向上のため、全医療者を対象に、年間 5 回のがん・緩和ケア研修会を開催するとともに、PCT 活動に関するアンケート調査を 2 年に 1 回実施している。

【成果】

PCT に依頼される内容は、疼痛や呼吸困難などの身体症状の緩和が大半を占め（約 90%）、抑うつや不眠などの精神症状は（約 10%）であった。介入内容は薬剤調整が多いが、それ以外では、ケア方法の提案、退院調整などが増加傾向にある。結果として、在宅移行率が増加し、病院看取り率が減少した。PCT 介入日数は減少傾向である一方、カンファレンス実施率の増加が顕著であった。アンケート調査の結果はチーム活動について、おおむね高評価であった。

【考察】

一般急性期病院における PCT 介入を効率的に進めるためには、多職種スタッフのコミュニケーションの促進やカンファレンスの実施が重要である。主治医は診断・治療の業務に追われており、タスクシェアの観点からも PCT 活動は患者の家族を含めた全人的苦痛に対応するためにも必要不可欠である。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1～12：筆頭演者 該当なし

1) 市立芦屋病院 緩和ケア内科、2) 市立芦屋病院 緩和ケア病棟、3) 市立芦屋病院 薬剤科、4) 市立芦屋病院 地域連携室
○松田 良信 (まつだ よしのぶ)¹⁾、河野 真揮枝¹⁾、石丸 紗也佳¹⁾、武田 亜衣¹⁾、阪上 由香子¹⁾、
菅野 絵理子¹⁾、神谷 裕子²⁾、江頭 佐都美²⁾、橋野 陽子²⁾、橋本 百世³⁾、田中 育子³⁾、須堯 誠⁴⁾

【目的】緩和ケア領域での保険診療上の注意点を、当院サポーターシップケアチーム（緩和ケアチーム：PCT）のミーティングで情報共有しており、今後は他医療機関との情報交換が必要であるので、報告する。

【活動の概要】当院 PCT は毎週会合を開き、症例検討や情報交換を行っている。本発表者は兵庫県社会保険診療報酬支払基金の審査員であり、緩和ケア活動での保険診療上の注意点の情報提供を行ってきた。その要点について、学会発表という形式で情報共有したい。

【成果】薬剤について：以前から論議されていたセレコキシブの 400mg/日投与であるが、厚労省の審議会では、がん疼痛での長期投与 200mg/日までに留めるよう正式な見解が示された。ハロペリドールなどの抗精神病薬 4 種類をせん妄患者の投与することを 10 年以上前から認めている。このように保険外診療であっても、ある程度エビデンスがあり、一般的に用いられるようになれば、認められるようになる。がん疼痛に用いられる医療用麻薬の用量には制限はないが、高用量やレスキュードーズの回数が多い場合などは詳記が望まれる。非がん患者の慢性疼痛への医療用麻薬では、経口モルヒネ換算で通常用量の上限は 90mg/日と設定するが、患者によっては 90mg/日を超える用量を選択できるよう、患者の症状に応じて適宜増載する旨を規定する（PMDA 見解）。

その他：PCT での精神症状担当医師は精神科医師などであることが必須ではなく、他の医師でがん患者の精神症状を十分に診療できる医師であれば認めている（各地方厚生局）。

【考察】緩和ケア領域での診療の理解は、一般診療からは得られていないことも多い。しかし、保険外診療であっても患者に有益であれば、実行することも多い。このこと認めてもらうことを厚労省などに繰り返しお願いしていくことは重要と考える。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1～12：筆頭演者 該当なし

一般演題④

9月28日(土) 11:00~11:50 第4会場(305会議室)

分野3「精神・心理的・社会的・スピリチュアルケア」

座長：大武 陽一（たけお内科クリニック）

吉岡 さおり（京都府立医科大学）

1) 済生会滋賀県病院 リハビリテーション技術科、2) 済生会滋賀県病院 疼痛緩和ケア科、3) 済生会滋賀県病院 看護部
○今井 伸也 (いまい しんや)¹⁾、権 哲²⁾、赤澤 昌代³⁾、河津 和樹³⁾、小澤 和義¹⁾

【はじめに】

転移性脊椎腫瘍による脊髄圧迫は神経症状を引き起こし、ADL・QOLが低下すると言われている。今回、横行結腸癌により両下肢麻痺を呈した症例に対し、心身の変化に着目した緩和的理学療法を最期まで行った経験を報告する。

【事例】

60歳代女性。横行結腸癌で化学療法を施行していたが、全身状態の低下で当院に入院となった。入院2日目から理学療法を開始した。開始時はFIM117点 PS1で病棟内ADLはほぼ自立していた。22日目臍部(Th10)以下の感覚鈍麻と筋力低下を認め、MRIにてTh3の骨外腫瘍とL2神経根の腫大リンパ節による脊髄圧迫所見を認めた。同日、放射線療法を施行。しかし、麻痺は進行し急激なADLの変化により不安が増大し睡眠障害を生じた。本人の希望を尊重し歩行練習、下肢の筋力トレーニングは継続して行った。31日目に両下肢完全麻痺となりADLはほぼ全介助となった。一人で過ごすことに強い不安が見られたため車椅子シーティングを実施し、昼夜問わず車椅子でも安心して過ごせる環境調整を行った。積極的な運動療法は困難になったが理学療法士の訪床や看護師との談笑することには意欲がみられた。「少しでも多く来て欲しい」「マッサージしてもらえると楽になる」「家に帰りたい」との要望があったため介入を継続した。39日目、日中独居のため在宅看取りは困難であったが、家族の了承により一時外泊を実施した。理学療法では福祉用具の選定・指導や家族への介助方法の指導等を行った。44日目に死亡退院となった。

【考察】

緩和的リハビリテーションは終末期のがん患者に対して、身体的、精神的、社会的にもQOLの高い生活を送れるように援助することと言われている。本症例も同様に、心身の変化に伴い変動する患者の要望に応じて様々な面から対応することができた。がん終末期患者における理学療法士の担う役割は大きいのではないかと考える。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1～12：筆頭演者 該当なし

1) 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 心療内科、2) 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 内科、
3) 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 看護部、4) 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 薬剤部

○小杉 孝子 (こすぎ たかこ)¹⁾、所 昭宏¹⁾、香川 智子²⁾、藤田 早紀³⁾、多方 実彩⁴⁾、
中尾 みどり³⁾、松田 能宣¹⁾

【はじめに】

認知機能の低下の途上にある高齢者の環境変化には、更なる精神心理反応への注意観察と共に、その後の周辺症状への対応が重要となる。

今回、娘の急逝から環境変化を余儀なくされた事例を経験した。認知機能低下の進行と悲嘆反応が混在する中での、内的・外的環境因子について考察したい。

【事例】

80 歳代女性 肺がん (臨床診断)

X-2 年 4 月左胸水で当院紹介。CT 画像上左肺野の腫瘍を確認するがその後の精査は希望せず、同年 10 月を最後に通院は自己中断。この頃既にキーパーソンの娘は乳がんにて他院で抗がん剤治療中。

1 年半後の X 年 2 月左胸部痛で受診。BSC の方針でがん性疼痛としてオピオイド投与を含め疼痛マネジメントで外来フォロー再開も、5 月ごろから疼痛増強。6 月には左胸背部痛増強と発熱で救急搬送。一方娘は、他院にて入院治療中との情報で、その気がかりへの対応で、X 年 6 月 27 日主治医より依頼あり演者を含めて PCT 介入。

娘は介入直後の X 年 6 月 28 日逝去。一旦自宅退院したが、再び疼痛増強あり 2 日後再入院。

「娘が死んで悲しいのに、涙がでない…」とその衝撃について語った。

息子より認知機能低下の指摘あり、HDS-R の結果、中等度の認知症圏。

仲の良かった妹の急逝に息子も動揺は強く、また本人も服薬管理の困難さから自宅独居は困難と判断し、療養環境調整の目的で一旦 X 年 7 月 18 日 PCU 転棟。

転棟後は娘の位牌を一人にしておくのはかわいそうと、喪の作業への思いを話した。また ADL 自立の中、総室から個室への環境変化に、強い孤立感から帰宅願望を口にし、穏やかだった性格から攻撃的かつ被害的な言動が増え対応に難渋した。

【考察】

心理的な支柱であった娘の逝去は、悲嘆の抑うつ反応が相乗する中で、内的環境の変化として喪失体験となり、認知機能にも大きく影響したと考えられた。また、転棟といった外的環境の変化も同様に、喪失体験として認知機能に影響したと考えられた。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし

1) 医療法人春秋会城山病院 緩和ケアチーム、2) 医療法人春秋会城山病院 看護部、3) 医療法人杏和会阪南病院
○河野 恵 (かわの めぐみ)^{1),2)}、北村 正美^{1),2)}、淵本 麻莉¹⁾、永野 ちか子¹⁾、古賀 稔幸¹⁾、
岡崎 泰弘¹⁾、山元 友美¹⁾、車井 祐一^{1),3)}、新田 敏勝¹⁾、村井 真由美²⁾

【はじめに】がん患者は約 20~40%にうつ病が合併し、うつ病の発生率は一般と比較し 2 倍以上になることが報告されている。今回、乳がんの告知を受け、化学療法中に自宅での生活が困難になるほど、激しい精神症状を呈し、精神科で専門的治療を受けた 40 代女性がいた。今回の症例を通して、精神的サポートの重要性、家族ケアを含めたチーム介入の必要性を再認識したため報告する。

【事例】40 歳代 女性 202X 年 11 月に、右乳癌 Stage III C の診断を受け、12 月より術前化学療法を開始した。EC 療法を 2 クール施行したが、その前後より不安の訴えが多く聞かれるようになった。202X+1 年 1 月より、呼吸促迫、パニック発作が出現し、昼夜問わず大声を出したりするようになった。この頃よりご家族から毎日相談の電話がかかってくるようになった。当院は、精神科の標榜がなく、週に 1 回緩和ケアチームのラウンドに来る精神科医師に相談し、面談を依頼した。内服薬でのコントロールを行うが、次第に日常生活が送れなくなり、食事摂取も拒否し始め、最終的に精神科病院へ受診し、専門的治療を受けた。徐々に、精神症状が安定し、4 月 28 日に退院し、当院での治療を再開し、6 月には手術を施行し、せん妄や著明な精神症状もなく退院。現在も、3 週ごとの治療のために通院されている。

【考察】がん患者において、うつ病の合併は一般の人々と比較して非常に高い割合で発生している。これは、がんの診断や治療に伴う身体的および心理的なストレスが大きな要因となっている。うつ病を見逃さないための初期評価は非常に重要であり、注意を要する患者については多職種で共有する必要がある。今回、がん患者が精神科単独の病院で治療を受けることが難しいことを実感し、身体症状緩和の医師と精神症状緩和の医師との連携が重要であることを感じた。また、臨床心理士が介入し、本人・家族の心のケアにあたり、多職種関わったことが精神的苦痛の緩和につながったと考える。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし

1) 滋賀医科大学医学部附属病院 腫瘍センター、2) 滋賀医科大学 医学部 精神医学講座、
 3) 滋賀医科大学医学部附属病院 看護部、4) 滋賀医科大学医学部附属病院 薬剤部、5) 滋賀医科大学 医学部 臨床腫瘍学講座
 ○森田 幸代 (もりた さちよ)^{1),2)}、西川 誠人³⁾、木村 由梨³⁾、武村 昌俊⁴⁾、寺本 晃治⁵⁾、
 醍醐 弥太郎⁵⁾

【はじめに】

がんという病気になると、“死”を意識してしまうあまり、自身の今後の人生について考えて希望が持てなくなったり、今までとは違う自分を受け入れることが難しくなるのではないだろうか。緩和ケアチームはそのような患者さんの思いを聞き、どうしてよいか困ってしまうことが多いように思う。今回、精神療法の技法のひとつである「行動を変えて感情の変容をもたらす“行動活性化療法”」を参考にした対応を行い、苦痛が軽減した症例を経験したので紹介する。

【事例】

70 歳台 女性 非小細胞性肺癌

元来明るく活動的。化学療法の効果が認められなくなり、「どうせ助からないのにどうして生きているのか」等の発言があり、緩和ケアチームに介入依頼となった。痛みや不眠のコントロールに勤めながら、患者自身の得意なことや趣味を尋ねて、訪室時にその話題を進めることで楽しく過ごせる時間を増やしていった。徐々に他のスタッフともその話題が出るようになり、作業療法で手芸作品を作ったり、スタッフに歌を歌ってもらって涙しながら喜ばれるなどの経験をしてもらった。

60 歳台 男性 膀胱がん

もともと、精力的に仕事をこなすタイプで、職場でも親分肌で世話好きだった。治療効果が出ない状況で入院期間が延びる中、不眠や食欲低下が出現し、口数も少なくなった。本人の気持ちが落ち着く行動を探したところ、塗り絵をしていると集中して心が落ち着く等の発言があった。チームメンバーにも塗り絵の宿題を出したり、他のスタッフにもその交流が広がり、本人が気分よく過ごせる時間を持つことができた。

【考察】

病院生活の中で、がんという持続的ストレスに対するコーピングスタイルを確立することが、本来の自分らしい新たな対人交流が生まれた症例だったと考えられる。しばし、病気のことを忘れて豊かな時間を過ごすことができ、患者本人も医療スタッフも緩和ケアの醍醐味を得られたと思う症例であった。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし

1) 市立大津市民病院 緩和ケア科、精神・心療内科、2) 市立大津市民病院 患者相談支援室

○堀居 侑子 (ほりい ゆうこ)¹⁾、津田 真¹⁾、杉江 礼子²⁾、畑 譲¹⁾

【はじめに】

演者が心理師として緩和ケア病棟で働き始めて間もない頃、患者との距離感を意識せずに関わったことで、患者が精神的に不安定になったケースを経験した。今回はその経験から学んだことを発表したい。

【事例】

30歳代女性。X-5年に子宮頸がんを発症し、X年に当院の緩和ケア病棟に入院となった。入院時の情報では患者のこれまでの生活が適応的であったこともあり、患者が何でも話せる関係を作ろうと意識しながら話を聴いていった。患者と演者の距離は自然と近くなっていったが、やがて患者の感情的な反応が増えた。患者は自分の望む返答がなければ攻撃的になり、距離が離れると依存的になった。経験の浅かった演者は、感情的な反応が増えた患者に対して訪室頻度が減るなど対応を急に変えてしまった。患者はその後、演者が声をかけても閉眼したまま返答されなくなった。

【考察】

精神科診療や心理療法では、患者と医療者での治療構造（治療時間や場所、目標等の治療の枠組み）が重視される。一定の治療構造のなかで患者に語ってもらうことが、お互いのより安定した関係維持につながる。しかし患者のベッドサイドで心理師は、医師や看護師のように患者に対して決まった対応がないため、治療構造のない関係で患者の話を聴くことになる。今回の事例では、治療構造を意識せずに関わったことで、患者の感情的な反応が顕著に出たのだと考える。この経験を通して、患者の心の問題を扱うときには一定の治療構造が重要であることを改めて学んだ。今回の発表では、ベッドサイドで患者の心の問題を扱うときに気をつけていること、演者が使っているキーワード等を紹介できればと考えている。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし

一般演題⑤

9月28日(土) 14:25~15:15 第4会場(305会議室)

分野4「地域・在宅ケア」

座長：清水 政克(清水メディカルクリニック)

高橋 顕雅(滋賀医科大学医学部附属病院)

- 1) 和歌山県立医科大学附属病院 麻酔科、2) 和歌山県立医科大学附属病院 緩和ケアセンター、
3) 和歌山県立医科大学附属病院 薬剤部

○奥田 有香 (おくだ ゆうか)^{1),2)}、栗山 俊之^{1),2)}、石徹白 しのぶ²⁾、新垣 友佳子²⁾、岡 美郷³⁾、
杉山 晶子²⁾、森澤 祐己子²⁾、月山 淑^{1),2)}、川股 知之¹⁾

【はじめに】

皮膚筋炎を合併した上顎癌患者の疼痛コントロールを行っていた際に横紋筋融解症を発症したが、在宅へ移行できた症例を報告する。

【事例】

60歳代男性。X-1年11月左頸部腫脹と眼瞼部や前胸部から両背部の浮腫状紅斑を認め、当院耳鼻科を受診したところ、上顎癌と腫瘍随伴症候群として抗TIF-1 γ 抗体陽性皮膚筋炎と診断された。X年1月Y日皮膚筋炎に伴う痛みのため緩和ケアチームへ紹介された。

介入時PS3で抗癌剤治療はできない状況だった。紅斑部にNRS5/10のズキズキした痛みと体動時にNRS5/10に増強する両大腿の筋肉痛がみられた。オキシコドン徐放剤20mgとアセトアミノフェン2000mg/日を開始した。Y+5日内服困難となり、オキシコドン注射液24mg/日まで増量したが痛みは軽減しなかった。皮膚科に相談し皮膚筋炎症状の緩和目的にY+8日メチルプレドニゾン1000mg/日を投与し痛みはNRS3/10に軽減した。本人は自宅へ帰ることを希望していたが、妻は自分だけで看病はできないと退院を拒否していた。そこで長女が介護休暇を取得し家族でY+15日の本人の誕生日を自宅で祝うことを決断し退院の方針となった。Y+11日高熱とJCS300の意識障害がみられ、血液検査でCK:7559U/L、K:7.9mmol/Lまで上昇し、腎機能障害とミオグロビン尿があり、横紋筋融解症と考えた。予後が数日であると家族に説明したが退院の意向は変わらず、高K血症に対してGI療法とフロセミドを開始し、在宅医に高K血症治療とオピオイド・ステロイドの継続を依頼した。Y+12日K:6.4mmol/L、意識障害はJCS20に改善し退院した。誕生日を祝うことはできなかったがY+14日家族に見守られ自宅で永眠した。

【考察】

皮膚筋炎の約3割で悪性腫瘍を合併する。皮膚筋炎と同時に上顎癌が診断され急速に進行し診断から2ヶ月未満で死に至った。予後の悪い横紋筋融解症を即座に診断し、患者と家族の意向に沿って在宅へ移行できた。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：栗山 俊之

利益相反1~12：筆頭演者 該当なし、研究責任者 該当なし

1) あさい訪問診療所、2) 宝塚市立病院 緩和ケア内科、3) 宝塚市立病院 看護部

○浅井 健佑 (あさい けんすけ)¹⁾、高田 寛仁¹⁾、奥本 龍夫²⁾、岡山 幸子³⁾

【はじめに】

緩和ケア病棟入院料 1 の施設基準の要件として、在宅復帰率が 15%以上であることが求められており、緩和ケア病棟の急性期運用を課されている。また、患者本人が退院を希望するものの、在宅支援体制により在宅療養が一時的にならざるを得ない場合もある。一時退院であっても、病院での医療行為の継続や状態変化に備えて訪問診療が導入されることが増えてきている。今回、在宅専門診療所である本院が、地域中核病院緩和ケア病棟からの一時退院を受け入れた症例について検討した。

【事例】

202X年Y月から、202X+1年Y-3月までの9か月間で本院が緩和ケア病棟からの一時退院を受け入れた9例。一時退院の期間は全例8泊9日の予定であった。9例のうち1例は予定より早く帰院、3例は予定通り帰院、3例は一時退院中に在宅看取り、2例は予定通り帰院後再退院し自宅看取りとなった。

【考察】

一時退院の予定であっても予定通りに経過するわけではない。在宅療養中に死亡したり、症状緩和が困難であったり、介護負担が大きく予定より早く帰院することもある。状態変化時に医療介入を行ったり、病院との連携を円滑に行うために、また在宅療養の経験がその後の自宅看取りにつながることもあるため、退院時に在宅療養支援チームを導入することは必要であると思われる。

また、患者・家族の自宅退院への不安を軽減するために、病院で行われていた医療行為を在宅でどのように継続、あるいは変更するかについて退院前カンファレンスを開催することや、予定外の再入院が保証されていることが重要である。

患者の「自宅で過ごしたい」という思いが可能な限り実現できるよう、在宅療養支援チームは病院との信頼関係を築く必要がある。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし

- 1) 医療法人春秋会 城山病院 がん治療センター緩和ケア対策室、
- 2) 国立病院機構 大阪南医療センター 緩和ケアサポートチーム

○古賀 稔幸 (こが としゆき)¹⁾、新田 敏勝¹⁾、葭山 亜希¹⁾、河野 恵¹⁾、松本 静香¹⁾、松田 和也¹⁾、大槻 紗椰¹⁾、山元 友美¹⁾、岡崎 泰弘¹⁾、北村 正美¹⁾、小山 敦子^{1),2)}、石橋 孝嗣¹⁾

【はじめに】

今回、右乳癌に対する化学療法中に帯状疱疹による下肢の運動麻痺、排尿障害を呈した患者を担当した。化学療法中の副作用や合併症により入院された患者に対して、早期の退院や退院先の決定にリハビリとして家人を含んだチーム医療が重要であることを再認識したため報告する。

【事例】

70歳台の女性。202X年Y月化学療法後より倦怠感・食欲不振が出現し、数日後に背部から腹部に帯状疱疹が出現し疼痛も強いため当院に救急搬送となった。右下肢の運動麻痺により歩行が困難であるためリハビリが開始となる。介入当初、主治医の方針は1週間程度での自宅退院が目標であり、医療ソーシャルワーカーも未介入であった。本症例も早期の自宅退院を希望されており、家屋状況等も考慮して歩行補助具を選定したが転倒リスクは高く、実際に入院中の転倒もあった。右下肢の筋力は改善傾向でリハビリでの歩行の向上も見込めた。家人は退院に対して協力的であるが転倒リスクに対しての情報が不足しており、面会に合わせてリハビリ見学を実施した。その後、主治医、看護師、患者、家人と現状の確認を行い、その結果、リハビリ転院をする方針となり医療ソーシャルワーカーも介入して杖歩行が見守りの状態で転院となった。

【考察】

現在、入院期間の短縮や早期退院を求められることが増えており、主治医や多職種との情報共有の必要性が高まっている。しかし、カルテ情報のみでは正確な現状の理解をすることは難しい。また、自宅退院してから医療者と家人との動作レベルの認識が違っても多く、家人との情報共有がより重要となるが就労や面会時間の制限などもあり難渋することもある。理学療法士として動作の評価や予後予測が重要であり、その情報を基に積極的に多職種とこまめなカンファレンスを図り、家族を含めた情報を共有することで理解が深まりよりよいチーム医療や退院支援が提供できると考える

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし

1) 医療法人若葉会 六甲病院 緩和ケア内科

○前川 佳奈 (まえかわ かな)¹⁾、光齋 久人¹⁾、佐古 辰夫¹⁾、池田 英司¹⁾、安保 博文¹⁾

【はじめに】

がん患者にとって、望んだ場所で過ごすことは重要な希望の1つである。がんで最期を迎える場所に自宅を望む人が57%いるとの報告もあるが、2022年のがん患者の自宅死亡割合は22%であった。この数年でがん患者の自宅死亡率は上昇傾向にあるものの、在宅療養中の介護負担や急変時の不安が障壁となるケースも多い。当院緩和ケア病棟から自宅退院した患者で、患者家族の不安が強く長期療養が難しいと思われたが、当院の訪問リハビリテーションを導入したことで安心感につながり自宅で最期まで過ごすことができた症例を経験したので報告する。

【事例】

症例は70歳代女性で、腎がん術後に脳と肺への転移を認め、化学療法や放射線治療を受けてきたが、併存疾患の増悪で治療終了となり当院緩和ケア病棟へ転院した。転院時、脳転移の影響で認知機能低下があり、ADLは介助で車いす移乗ができる程度であった。身体症状が軽減し、本人が自宅退院を強く希望したため、在宅療養への移行を家族に提案したが、夫は持病があり、介護と状態悪化時の対応に不安が強く、退院には消極的であった。そこで、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを導入して2週間程度の短期退院を提案した。無事退院はできたが、リハビリテーションの内容が入院中と異なることに不安と不満が強かったため、在宅医とも相談し、当院の訪問リハビリテーションの介入を開始した。在宅医と連携しながら、状態に合わせてリハビリテーションメニューも変更し、いつでも入院対応もできることを伝え、安心して過ごせるよう関わった。その結果、当初は2週間の退院希望であったが、看取りも含めて3カ月以上自宅で過ごすことができた。

【考察】

在宅と病院でのケアが入退院を機に途切れることなく、一連の繋がりを示すことで、状態に合わせたサポートが得られるという安心感に繋がり、長期の在宅療養と看取りが実現したと考える。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：安保 博文

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし、研究責任者 該当なし

1) 東近江市立能登川病院、2) 医療社団法人 昴会 湖東記念病院

○伊藤 文 (いとう あや)¹⁾、長谷川 均²⁾、中村 一郎¹⁾

【目的】癌患者が終末期で入院から在宅生活に移行する際、かかりつけ医の設定や生活支援の調整に苦慮する事がある。病院勤務医が訪問診療を担当する事で、諸手を滞りなく行える。当院で行った癌終末期患者に対する訪問診療の導入などの実態を明らかにすることを目的とした。

【活動の概要】2023年3月から2024年7月までに当院勤務医が癌終末期患者9例に対して訪問診療を行った。対象患者は男性5例女性4例、年齢中央値76歳(最小60歳, 最高93歳)。胃癌3例, 結腸癌3例, 直腸癌2例, 肝細胞癌1例。初診から治療を行った症例は6例, 他院で治療を行い化学療法途中から引き継いだ症例2例, 他院治療後経過観察していた1例であった。

【成果】在宅診療計画開始から訪問診療開始日まで10日(中央値)(最短2日, 最長22日)。訪問診療開始後の生存期間は22日(中央値)(最短3日, 最長94日)。2例は再入院なく自宅で永眠された。7例で再入院あり, うち3例は退院可で, 4例はそのまま死亡退院となった。

【考察】当院は102床急性期病院である。癌治療から緩和診療まで同一勤務医が担っている。入院診療に加えて、在宅訪問診療も行っている。がん診療終盤で在宅移行を検討するが、当院では新たな人間関係構築が不要なので、在宅訪問診療計画して早期に退院、訪問診療にたどり着くことが可能であった。7例で再入院したが、3例で症状緩和がえられ、在宅看取りにつながることが出来た。患者が在宅に戻られてからも、切れ目のない診療を行う事が可能な勤務医による癌終末期訪問診療は有用と、思われる。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし

一般演題⑥

9月28日(土) 15:15~16:05 第4会場(305会議室)

分野4「地域・在宅ケア」

分野7「ACP・意思決定支援」

座長：松田 良信(市立芦屋病院)

藤原 由佳(神戸大学)

1) 関西医科大学附属病院 看護部

○文岡 礼雅 (ふみおか あやか) ¹⁾

【はじめに】

急性白血病は一般的に進行が速いため治療を急ぐ必要があり、患者は告知後の衝撃を受けた状態で入院し治療開始となる。治療開始後は感染症による治療関連死のリスクも伴う。そのため、治療と並行しアドバンス・ケア・プランニング（以下 ACP）を視野に入れた支援を開始する必要がある。一方患者は希望をもって治療を受けているため、ACP 支援に苦慮する現状がある。

【事例】

患者は 70 歳代で 202X 年 Y 月に AML と診断、即日治療が開始された。202X 年 Y+1 月完全寛解となり、その後地固め療法を受けていたが、202X 年 Y+4 月敗血症と肺炎による呼吸不全を合併した。患者は朦朧とするなか家に帰りたいと話したが、妻の意向で集中治療が開始、202X 年 Y+6 月に人工呼吸器を離脱し一般病棟へ転棟となった。202X 年 Y+9 月に再発、積極的治療終了と予後 1 ヶ月であると妻に説明、希望のもてる話ではないと患者への告知を拒まれた。告知について妻と話し合ったが、伝えない選択は変わらなかった。患者の「家に帰りたい」を叶えるため、希望の実現可能性を話し合ったが、頻繁な吸引が必要な現状では困難との判断に至った。日々の患者の状態から予後予測を行い、家族で過ごす時間を確保するよう調整、面会時には患者と家族が会話しやすいよう支援し、来院しない日は担当看護師から患者の状態を電話で報告し、現状理解を促進した。202X 年 Y+9 月大量下血を認め、看取りを含めた家族の意向を確認したが付き添いは希望しなかった。患者の苦痛緩和に取り組みながら、家族が心の準備を進める支援を継続、限られた時間を大切に過ごすようケアに取り組んだ。数日後、家族が見守るなか看取りとなった。

【考察】

再発未告知であったため、患者が ACP に関して話し合う準備を進める機会がなく、残された時間を患者の希望に沿って支援することが困難であった。一方でその選択をせざるを得なかった家族を支援し、医療者が最期まで患者の希望を探求しケアすることは重要である。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし

1) 水谷クリニック、2) たけお内科クリニック からだと心の診療所

○大武 陽一（おおたけ よういち）^{1),2)}、水谷 洋子¹⁾

【はじめに】

現在、わが国の透析導入患者の平均年齢は 70 歳を越え、CKD 患者の高齢化が著しい。各種の合併症を持つ維持透析患者も増えており、腎代替療法の選択に難渋する事例も少なくない。

【事例】

90 歳台男性、以前より高血圧症で当院外来を定期通院していた。腎機能が徐々に増悪し、CKD StageG5（原疾患：腎硬化症）となってきたため、本人・家族・医療者を交えて腎代替療法を含むアドバンス・ケア・プランニング（以下 ACP）を繰り返し行った。高齢で重度のうっ血性心不全もあることから、循環動態に影響の少ない腹膜透析（Last PD）も選択肢となったが、本人単独での自己管理は難しいと考えられ、娘氏の協力の下、アシスト PD も検討したが、娘氏の心理的負担が大きいとのことで、回避。内シャント造設を行い、血液透析導入となった。しかし、その後も心機能は徐々に増悪、透析低血圧が持続し、本人も透析後の全身倦怠感が顕著になってきたために、再度 ACP の話し合いを行った。バスキュラーアクセスを皮下埋込式永久カテーテルに変更することで、心負荷軽減が期待できること、また穿刺時の苦痛が軽減できることなどをお伝えし、バスキュラーアクセス変更に至った。その後も、透析困難になりながらも維持透析は施行出来ていたが、徐々に酸素化も悪化。終末期に向けた ACP を繰り返し行い、最期の時間は自宅で過ごしたいが、出来る限り透析は続けたいという本人の意向を確認。ご家族も本人の意向を尊重する形で治療・ケアを継続した。最終的に、透析中日に自宅で息をしていない所を発見され、自宅にて死亡確認となった。

【考察・結語】

多疾患併存の高齢 CKD 患者に対しては腎代替療法の全ての可能性を考え、時に専門家を交えた ACP を繰り返しながらより良い治療・ケアを模索する必要がある。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1~12：筆頭演者 利益相反開示事項 12（たけお内科クリニック からだと心の診療所）

1) 上川ペインクリニック

○上川 竜生 (かみかわ たつお)¹⁾

【はじめに】基幹病院の医師は多忙であり、患者に病状説明や意思決定支援を行う時間は限られているため、患者にとって重要な内容でも医師の裁量によって説明されていないこともある。病状説明や意思決定支援が不十分なケースに対して、在宅主治医として実施した2症例を示す。

【事例1】81歳男性、原発不明癌。202X年3月に腎後性腎不全で入院中に腹部CT検査で多発肺・肝転移、腹膜播種による左尿管閉塞と診断された。患者には病名・病状告知は行われず、腎瘻造設後に自宅退院となった。自宅で療養されていたが、3か月後に体力低下により通院困難となった。初回の往診時に病名・病状告知を含めた説明を本人が希望したため、告知と意思決定支援を行った。症状緩和を行い、7日後に在宅看取りとなった。

【事例2】60歳男性、胃癌。202X年5月に基幹病院からの紹介で疼痛管理目的に外来受診された。内服薬で抗がん治療中であった。病状悪化のため経口摂取困難となったが、本人、家族は治療の継続を希望したため、同薬で抗がん治療を継続された。1か月後、本人・家族に病状告知と意思決定支援を行った。本来の予定を前倒して法要目的に帰省することができた。1週間後中心静脈ポート造設し、高カロリー輸液を開始した。その後2週間の存命期間の間、子息3人の帰省を待ち、家族で過ごす時間を持つことができた。

【考察】がん診療連携拠点病院など高度医療機関では緩和ケア研修会の開催・受講が義務づけられており、がん等の緩和ケアにおけるコミュニケーションを学ぶことができる。しかしながら、主治医の患者説明に割ける時間は限られており、意思決定支援のための体制は十分ではない。また、PSの悪化した患者が医師の説明を受けるために通院することは困難である。在宅医は患者宅に赴くことで、病状説明や患者の生活環境に配慮した意思決定支援を実施することが可能である。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし

1) かがやき訪問看護ステーション加美駅前

○澤田 里子 (さわだ さとこ) ¹⁾

【はじめに】

がんの治療期や終末期のどの時期も、家族にとっては一つの危機であり、崩壊と成長の両方の可能性を含む転換期である。今回、認知症を患い、がんと闘う利用者の家族がストレス源となる出来事を抱える状況に、システムとしての家族がどのように適応しているかについて、ABC-Xモデルを用いて検討したので報告する。

【事例】

A氏(70歳代)は、腹膜癌、アルツハイマー型認知症を患い、次女と同居、長女家族が近居という環境で療養生活を送っていた。202X年、腹膜癌と診断され、抗がん剤治療を開始。娘は献身的に介護にあたっていたが、A氏の認知機能が低下し、日常生活における介護負担が増大した。A氏は、暴言や反抗的な態度を見せるようになり、次女は精神的疲労から長女宅への移行を決断。しかし、長女も介護負担の増大により体調を崩し、姉妹間の意見の相違や葛藤も生じた。家族はショートステイなどを利用しながら介護を継続した。

【考察】

本事例において、A氏の病状悪化と認知機能低下は、家族にとって大きなストレス要因(A)となった。献身的な介護という家族の特性(B)や協力的体制(C)が見られた一方で、介護負担の増大は、姉妹間の葛藤や精神的疲労(X)を引き起こした。しかし、家族は医療者や介護サービスと連携し、ショートステイ利用や助言を得ることで新たな資源(B)を獲得し、状況を乗り越えようと試みた。医療者との相談や感情の吐露を通して、家族は状況に適応するための対処行動をとってきたと言える。

本事例は、がん終末期にある認知症患者の家族が様々なストレス要因に直面し、葛藤や危機を経験する可能性を示すと同時に、家族が自身の持つ資源や認識を変化させながら危機に適応しようと努力することも示した。医療者や介護関係者は、家族の状況やニーズを把握し、適切な情報提供やサービス利用の支援、そして家族の気持ちを尊重しながら寄り添う姿勢が重要である。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし

1) 岸本産婦人科 在宅医療部門

○岸本 拓磨 (きしもと たくま)¹⁾、竹添 詩奈¹⁾

【はじめに】

オピオイドは、がん疼痛コントロールに不可欠な薬剤である。内服困難となればオピオイド持続皮下注射に切り替えることがある。この対応は病院においては遅滞なく行われるものの、在宅においては薬剤・デバイスの準備、薬剤調整、患者・家族指導など、診療所、訪問看護、薬局が連携して克服すべき課題が多々ある。在宅におけるオピオイド持続皮下注射による自己調整鎮痛法 (PCA) の課題と当院の工夫を紹介する。

【事例】

当院では、オピオイド内服困難となれば、携帯型ディスプレイ注入ポンプを使用して、オピオイド持続皮下注射による PCA を導入することが多々ある。2020年7月から2024年6月まで、在宅療養中に PCA を導入し、後に在宅で亡くなった患者数は160例であった。合併症は刺入部感染症2例 (1.3%)、刺入部痛3例 (1.9%)、刺入部掻痒11例 (6.9%)、事故抜去4例 (2.5%) などを認めたものの、重篤な合併症は見られなかった。PCA 導入にあたり、薬局にオピオイド調達、ポンプ注入を依頼する必要があるが、特殊な施設やデバイスを要することや、オピオイドのデッドストックのリスクのため、迅速に対応できる薬局は多くない。また、在宅での PCA 管理のために訪問看護と連携し、患者に指導する必要がある。疼痛悪化時、在宅医が薬剤調整する必要がある。当院では薬局、訪問看護と密に連携を取り、特に薬剤調整に関しては流量可変型のデバイスを用いることにより薬剤調整を行っている。

【考察】

在宅におけるオピオイド持続皮下注射による自己調整鎮痛法は、安楽に自宅で最期を迎えるために大変重要な手技である。しかし、残念ながら前述の課題のために在宅緩和ケアに普及しているとは言い難く、地域での連携を深めて課題を解消すべきと考える。それらの課題があるものの、当院では良好な在宅 PCA 管理を行っていると考えられる。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし

一般演題⑦

9月28日(土) 16:05~16:45 第4会場(305会議室)

分野6「教育・普及啓発・ヘルスケア・その他」

座長：林 栄一(彦根市立病院)

小山 富美子(近畿大学)

1) 滋賀医科大学腫瘍学講座・腫瘍内科・腫瘍センター

○高野 淳（たかの あつし）¹⁾、住本 秀敏¹⁾、寺本 晃治¹⁾、醍醐 弥太郎¹⁾

【目的】

大学病院におけるがん薬物療法の希少、難治がんに対するがん薬物療法レジメンにおける現状と運用について、適応外使用や臨床試験を含め近年のレジメン登録状況と運用、動向を後方視的に調査し考察する。

【活動の概要】

2020年4月から2024年6月の間にレジメン審査委員会で承認された813レジメンを中心に適応外使用のレジメンの審査・管理・運用状況を含めて検討した。

【成果】

全レジメンの中で適応外使用に対するレジメンは95件であった。全レジメン中、臨床試験レジメンは288件であり、90%が小児の固形がんや血液腫瘍を対象としていた。適用外使用や臨床試験のレジメンも支持療法の妥当性を含めて審査し、電子カルテに情報が反映されてリスク管理がなされた。コロナ禍においても減ることなくレジメン登録がなされた。

【考察】

適応外使用に対するレジメンは希少がんに対するレジメンが多かった。希少がんでは承認されている薬剤が少なく、適応外使用、臨床試験を含めた個別の対応を要するレジメンが増加しており、今後も適切な管理と運用が必要である。今後の対応を含めて考察する。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当する

研究責任者：醍醐 弥太郎

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし、研究責任者 該当なし

1) 三菱京都病院 呼吸器外科、2) 三菱京都病院 腫瘍内科・緩和ケア内科

○堀 哲雄（ほり てつお）^{1),2)}、八城 弘憲²⁾、谷山 朋彦²⁾、高田 八重²⁾、吉岡 亮²⁾

【目的】

近年のがん化学療法の進歩はめざましい。治療内容が複雑化してきているため治療提供側の専門化が進んでいる。また治療選択肢が増えたことなどから、化学療法の終了時期が不明瞭になることも増えている、一方、進行がん患者に対する早期からの緩和ケア提供の有用性が提唱されてきている。その中で、がん治療医と緩和ケア医のスムーズな連携が非常に重要であるが、その困難さが問題となっている事例がまだ多く散見される。その解消のために実践している当院の方法を報告する。

【活動の概要】

当院腫瘍内科・緩和ケア科は医師5人が在籍しているが、全員が専門的な緩和ケア医としてのトレーニングを受け、提供できる体制をとっている。化学療法においては、頭頸部・肺・消化管・肝胆膵・婦人科を中心に、骨軟部腫瘍・一部の悪性リンパ腫まで腫瘍内科で担当している。それぞれの医師が（進行期・周術期）化学療法・支持療法・緩和ケアを提供できるため、進行がん診療におけるどの時期からでも専門的に担当することができ、そのための診療体制を整えている。

【成果】

当院で外来化学療法を提供していたものの、その後病状が悪化し永眠された患者の多くが、担当医が変わらずに当院緩和ケア病棟で最期を過ごされている。そのため進行がん患者に対しては、治療期から積極的に症状緩和を提供することができ、早期から終末期の過ごし方についても相談をすることができていると考える。

【考察】

早期からの緩和ケアの実践において、以前より腫瘍内科医・緩和ケア医双方から様々な問題の提起がなされているものの、やはり現在においても解決できていないことが多い。しかし当院のように、それぞれの医師ががん治療も緩和ケアも専門的にトレーニングし提供をすることで、「希望の切れ目のないがん総合的医療」が実践できると考えられる。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1～12：筆頭演者 該当なし

- 1) 大阪大学大学院 医学系研究科 保健学専攻、2) 大阪歯科大学大学院 看護学研究科（仮称）開設準備室、
- 3) 宗教法人在日本南プレスビテリアンミッション 淀川キリスト教病院 看護部、
- 4) 神戸大学大学院 医学研究科 内科系講座先端緩和医療学分野、
- 5) 独立行政法人国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 支持・緩和療法チーム

○青木 美和（あおき みわ）¹⁾、山本 瀬奈¹⁾、田村 恵子²⁾、市原 香織³⁾、藤原 由佳⁴⁾、所 昭宏⁵⁾、
 荒尾 晴恵¹⁾

【目的】がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）の指定要件には、緩和ケアを含めたがん医療に携わる看護師配置の要件が明記されている。我々は看護師配置の要件に着目し、がん関連の認定・専門看護師の配置の必要性を検討するために交流集会を実施した。今回、交流集会事後アンケートの結果をもとに、交流集会に参加した看護師の拠点病院の看護師配置の要件に関する意識を報告する。

【活動の概要】2024年2月に開催されたA学会において、交流集会「がん診療連携拠点病院の看護師要件が意味するもの」を開催した。指定要件策定における看護師配置の経緯、質の高い看護の実践と研究、看護管理者・医師からの専門性の高い看護への期待に関する話題提供および総合討論を行った。交流集会後のWEBアンケート調査のうち、拠点病院の指定要件における看護師配置への自由記述について内容分析を行った。

【成果】対象者58名のうち、54名（93.1%）は拠点病院で勤務していた。がん看護専門看護師の回答が21名（36.2%）と最も多かった。看護師配置への自由記述は、9の<サブカテゴリ>、3の<<カテゴリ>>に分類された。<<専従看護師配置の要望と課題>>において、対象者は交流集会により<専従看護師の配置の必要性>を実感しつつも、<人員不足と業務負担の増加に伴う課題>があるなかで<診療報酬算定を含めた配置要件検討の必要性>を感じていた。また、看護師の配置要件に有資格者が含まれるよう<<認定・専門看護師の専門性の維持・向上>>の必要性を実感するとともに、<<認定・専門看護師の活動への支援>>を求めている。

【考察】交流集会は、専従看護師配置の必要性のみならず、有資格者を専従看護師として配置する上での課題を意識する機会となっていた。看護師配置の要件の維持に向け、認定・専門看護師の専門性担保への支援、看護管理者への啓発など多様な取組みの必要性が示された。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：荒尾 晴恵

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし、研究責任者 該当なし

1) よりよいがん医療をめざす近江の会、2) 市立長浜病院 がん対策推進室 緩和ケアチーム、3) 滋賀県立総合病院 緩和ケア科、4) 日本癌治療学会認定がん医療ネットワーク(*シニア)ナビゲーター

○伏木 雅人(ふしき まさと)^{1),2),4*)}、柴田 善成¹⁾、野崎 安美^{1),4*)}、藤井 登^{1),4*)}、増田 登美子^{1),4*)}、齋藤 千恵子^{1),4)}、荒居 きよみ¹⁾、早野 紀子¹⁾、上松 智秋¹⁾、田久保 康隆^{1),2)}、花木 宏治^{1),3)}、藤原 哲男¹⁾

【目的】

よりよいがん医療をめざす近江の会が行う月1回のピアサポート会合に参加された難治がん3例の精神的回復を通して、ピアサポートのあり方について考察する。

【活動の概要】

当会が活動の一つとして第3土曜の10:30-12:00に開催するピアサポートの会「ハートケアサロン」に参加される方々と3年来向き合ってきた。

会には日本癌治療学会認定がん医療ネットワークナビゲーター1人、シニアナビゲーター4人が所属しており、また医師、薬剤師、看護師もいるので、サポートの内容に応じて必要な医療的知識や経験も一般論として提供することもあるが、相談者が受けている医療についての意見はせずに対応している。

最近複数回参加しておられる、いずれも60歳台男性3例の治療難渋事例を報告し、当会のピアサポート活動の意義をお伝えする。

【成果】

最近参加された60歳台男性3例は複数回参加のうちいずれも大きく変化された。当会において参加者自身が身体的苦痛と精神的苦痛、さらには社会的苦痛と実存的苦痛すなわちスピリチュアルペインを忌憚なく吐露し、サポーターおよび参加者全員と共有できたことで、自らの「苦痛の捉え方」に変化が起こり、初回参加時にはほとんど認めなかった笑顔を取り戻しておられる。さらに新しい参加者の苦痛にも自然に寄り添い、サポートしようとする姿さえ認めている。

有効なピアサポートの展開状況については毎回、近隣のがん相談支援センターに報告しており、連携に役立っている。

【考察】

ピアサポートの会における患者サポートのあり方について効果的な事例を共有し、そのための参加者のスキルは傾聴と共感、そして苦痛の共有であることを見出した。さらには認定がん医療ネットワークナビゲーターの効果的な活動の一つとしても報告する。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反1~12：筆頭演者 該当なし

フレッシュアーズセッション①

9月28日(土) 9:20~10:10 第4会場(305会議室)

座長：高野 淳(滋賀医科大学)
山本 瀬奈(大阪大学)

- 1) 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター リハビリテーション科、
- 2) 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター、
- 3) 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 心療内科/支持・緩和療法チーム

○富永 智美（とみなが ともみ）¹⁾、滝本 宜之²⁾、所 昭宏³⁾、岡本 慶子¹⁾、上西 桃子¹⁾

【目的】

緩和病棟でリハビリテーション科が介入していないことは少なくないが、当院で介入している状況について地域との連携も含め紹介する。

【活動の概要】

緩和病棟でリハビリテーションを施行しても診療報酬を得ることができないため、必要性のある患者に対してリハビリテーション科の介入が進まないことは多い。

当院では自宅退院を目指すなど必要性の高い患者に対しては、一般病棟からの転棟後も継続してリハビリテーションを実施している。一般病棟患者の診療時間を担保しつつ一日約一時間を目安に、現在理学療法士2名がその診療に当たっている。令和6年4月から6月の緩和病棟一日平均在院患者数15.7人に対し、リハの介入患者数は12.7人、実施件数は65.7件/月となっている。自宅への退院に向け、在宅医療を担うスタッフとカンファレンスを開催する、家族など介護者に直接介助方法や環境設定の指導を行うなどし、安心して在宅生活を送れるよう多職種で取り組んでいる。

【成果】

医学的必要度が高い、自宅退院を望む緩和病棟患者に対して、退院前に集中してリハビリテーションを実施、また家人への直接の介助方法等の指導を行い、退院前カンファレンスを開催して十分な情報共有を行った。

その結果、患者が熱望した自宅へ帰り、家族に囲まれて生活を送ることができた。当日事例の概要を詳述して報告予定である。

【考察】

制度上介入が難しい緩和病棟でのリハビリテーションの実施により、より安全に自宅退院を実現することが可能となった。経営的な側面と医療の質のバランスをとりながら、今後も緩和病棟でのリハビリテーション実施を病院全体で考えていく必要がある。また患者等がリハビリテーションの実施やその内容についてどの程度満足できていたか評価し、今後の介入方法の指標とする必要があると考える。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反1～12：筆頭演者 該当なし

1) 滋賀医科大学医学部附属病院 看護部、2) 大阪大学大学院 医学系研究科 保健学専攻、
3) 大阪市立総合医療センター 緩和ケアセンター、4) 大阪大学医学部附属病院 緩和医療センター、5) 市立豊中病院 看護部
○西村 久美子 (にしむら くみこ)¹⁾、青木 美和²⁾、北田 なみ紀³⁾、林 みずほ⁴⁾、小池 万里子⁵⁾、
荒尾 晴恵²⁾

【目的】我が国ではがん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）を中心として緩和ケアが推進されてきた。更なる質の高い緩和ケアの普及に向け、拠点病院に勤務する看護師の緩和ケア実践の実態把握が必要である。そこで、本研究は、拠点病院で勤務する看護師の緩和ケアの実践状況の実態を明らかにすることを目的とした。

【方法】2022年8～11月にA県内の拠点病院5施設の看護師を対象として無記名自記式質問紙調査を実施。質問紙は、緩和ケアに関する医療者の知識・実践・困難感尺度、基本属性で構成した。本研究で用いた実践尺度は計19項目6下位尺度で構成され、1：行っていない～5：常に行っているの5段階評価で回答を得た。分析は、記述統計、単変量解析を用いた。

【結果】有効回答は320名から得た（有効回答率30.6%）。対象者のがん看護経験は平均 $8.2 \pm SD7.4$ 年であり、263名（83.8%）がほぼ毎日がん患者を看護していた。実践尺度の平均点±標準偏差は 4.0 ± 0.5 であり、下位尺度別には【疼痛】 4.4 ± 0.6 、【患者・家族中心ケア】 4.2 ± 0.7 、【コミュニケーション】 4.1 ± 0.6 点、【呼吸困難】 4.0 ± 0.7 、【看取りケア】 3.8 ± 0.8 、【せん妄】 3.4 ± 0.7 であった。看護師経験5年目未満の者は、5～10年目未満（ $p < .01$ ）、20年以上（ $p < .001$ ）の者に比べ、有意に実践尺度平均点が低かった。終末期がん患者を受け持つ機会がほぼない者も、月に数回以上の者に比べて有意に平均点が低かった（ $p < .001$ ）。また、緩和ケア病棟の勤務経験がない者は、勤務経験がある者に比べて有意に平均点が低かった（ $p < .001$ ）。

【考察】拠点病院に勤務する看護師の緩和ケアの実践平均は、2015年の先行研究と同程度であった。これは、一定の緩和ケアの普及がなされていたことを示している。しかし、【せん妄】【看取りのケア】は、その他の下位尺度に比べて得点が低いことから、若手看護師や終末期ケアの経験が十分でない看護師への継続的な緩和ケア教育の必要性が示された。

研究報告：IRB 審査を受けた

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：荒尾 晴恵

利益相反1～12：筆頭演者 該当なし、研究責任者 該当なし

- 1) 社会福祉法人 恩賜財団 済生会滋賀県病院 看護部 消化器内科病棟、
2) 社会福祉法人 恩賜財団 済生会滋賀県病院 疼痛・緩和ケア科、3) 社会福祉法人 恩賜財団 済生会滋賀県病院 看護部
○赤澤 昌代（あかざわ まさよ）¹⁾、権 哲²⁾、三崎 美佐子^{1),3)}

【目的】

近年、がん治療は入院から外来での治療が増え、それにともない在宅でのがん治療・緩和ケアが重視されるようになってきている。在宅緩和ケアの充実を図るためには、訪問看護ステーションとの連携を理解し、切れ目ない緩和ケアを提供していく必要がある。当院においても、訪問看護との連携と質の高い緩和ケアの看護が継続的に提供できるよう、関連施設である訪問看護ステーションの職員を対象に、勉強会の開催を実施した。開催の意義と必要性について検討する。

【活動の概要】

関連施設である訪問看護ステーションの職員に対し、202X年から202X+2年にかけて勉強会の継続開催を実施。勉強会のテーマや修得したい内容については、事前のアンケート調査にて把握した。

【成果】

202X年には「緩和ケア最新情報と訪問看護師へ望むこと」をテーマに勉強会の開催を行い、看護師15名が参加。アンケート結果からは、知識の獲得、病院との連携の重要性や注意点、訪問看護師の役割について学ぶことができたという回答が得られた。202X+1年コロナにて開催中止。202X+2年には「意思決定支援」をテーマにした勉強会を開催し、看護師25名、リハビリ職2名、看護助手1名が参加。アンケート結果からは、知識の獲得、対象者の理解と支援方法について症例を通して具体的にイメージすることができたという回答が得られた。

【考察】

勉強会の開催は、顔の見える連携を図るだけでなく、情報交換や看護実践の言語化を図る場としての役割を担うと再確認できた。看護実践の言語化を図ることは、捉えた看護師たちにより解釈され、新たな考えを引き出しながら、よりよい看護の提供となり、切れ目ない緩和ケアの提供へつなげると考える。今後も継続的な勉強会の開催と開催内容について対象者と共に検討していきたいと考える。

研究報告：IRB 審査を受けた

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反1~12：筆頭演者 該当なし

1) 神戸大学医学部附属病院

○長野 真由 (ながの まゆ)¹⁾、畑 登美子¹⁾、松原 彩也¹⁾、東井 理桜子¹⁾

【目的】

厚生労働省が推進するアドバンスケアプランニング（ACP）とは「人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、家族や医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い、共有する取組」と定義されている。自部署では ACP が普及しておらず、意思決定支援が遅れることがあり、患者の希望に沿った看護ができていない場面があった。そのため、病棟で ACP を周知することが必要と考え、ACP チームを立ち上げた。

【活動の概要】

2022年度の活動で、看護師の ACP に対する意識や理解度の変化をアンケート調査し、分析した。その結果、スタッフが求める学びは①知識②介入方法③実践の3つであった。2023年度の活動では、それぞれのニーズに合った学習会を企画し、臨床の実践に活かす取り組みとしてロールプレイを行った。各活動後にアンケートを実施し、年度末には全体評価を行った。また、日常の介入が必要な患者についてカンファレンスを実施した。

【成果】

勉強会後のアンケートでは、ACP の概念理解が向上したことが分かった。介入方法やタイミングについては、具体的なイメージやタイミングに関する理解が向上し、患者状態に合わせた介入の必要性があると分かった。ロールプレイ演習では、コミュニケーションの困難さが明らかになったが、年度末評価では全員が ACP を十分に行えていると評価する結果には至らなかった。また、ACP カンファレンスは年間8件実施した。

【考察】

ACP の概念定着は病棟全体で出来ており、知識レベルが上がったと考えられるが、実際の介入に関しては、困難さが引き続き感じられている。経験が浅いことも一因であり、理解度が深まるにつれ実際の場面での知識や学びを求めることが分かった。今後は対象者のニーズに合わせた勉強会や、実際の患者に ACP を導入するためにロールプレイの時期を早める必要がある。また、カンファレンスを定期的で開催し、患者の希望する治療や生活につながったかどうかの評価も必要である。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし

1) 滋賀県立大学 人間看護学部

○國丸 周平（くにまる しゅうへい）¹⁾、糸島 陽子¹⁾

【目的】

積極的治療の継続か、緩和ケア主体の生活へ移るかの選択を行う時期に、自身で選ばないことを望んだ患者とその家族に対する看護師の関わりを明らかにし、人生の最終段階の医療・ケアに関する意思決定支援に関して検討する。

【方法】

研究デザインは、Stake の事例研究を用い、人生の最終段階の医療・ケア選択を自身で行わないことを望んだ患者とその家族に関わった看護師に半構造化面接を行った。分析は、語りの中から看護師の医療やケア選択にかかる関わりを表す事象を記述し、同じ意味内容を持つ事象を事例ごとに集約、パターンを形成した。本研究は滋賀県立大学の人を対象とした研究倫理審査専門委員会の承認を得た（第 759 号）。

【結果】

【患者が選択を娘に委ねたいと望んだ事例】では、看護師は「患者が抱く死後の気がかりを把握する」「選択を迫らず、代理意思決定者である娘の選択を本人に伝える」「今の生活に目を向けられるよう関わる」「家で死にたいという希望を多職種で共有する」ように関わっていた。【患者が最期まで告知を望まず選択を行わなかった事例】では「患者の意図をくみ取り、望みに沿った関わりを工夫する」「患者の病状理解と望みを家族が理解していることを確認する」「患者にとっての家族の最善の選択を支える」「多職種と家族で情報を共有し、選択を模索する」ように関わっていた。

【考察】

看護師は患者の自身で医療・ケア選択を行うことを迫らず、患者と家族の意向を尊重することで、家族間の関係を強めていたと考える。また、患者の希望通り、厳しい話を行わないことで、最期まで父親としての威厳を保つことができると考え、その希望を家族とともに支え、尊厳を守っていた。本人が医療・ケアの選択を行うことは、本人の望む最期の過ごし方に繋がる手段であるが、本人が望む生き方を実現させる支援は慎重に検討すべき必要がある。

研究報告：IRB 審査を受けた

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1～12：筆頭演者 該当なし

フレッシュャーズセッション②

9月28日(土) 10:10~11:00 第4会場(305会議室)

座長：市原 香織(淀川キリスト教病院)
青木 美和(大阪大学)

1) 愛知医科大学病院、2) 京都看護大学、3) 地方独立行政法人岡山市立総合医療センター岡山市立市民病院
○藤澤 恵児（ふじさわ けいじ）¹⁾、中村 正子²⁾、安永 ちはる¹⁾、遠藤 康恵³⁾

【はじめに】

がんを患う高齢者は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に感染しやすく、COVID-19 蔓延下に感染対策として多くの病院で面会制限が行われていた。今回は、COVID-19 とがんの診断が同時であった看取りの事例に対応した。一般的な高齢のがん患者の心理状態は、再発の恐怖、不安、抑うつ、孤独などであるが、今回のパンデミック中に心理症状が増幅したとの報告がある。終末期患者と家族間のコミュニケーション阻害は家族の抑うつ気分や不安、複雑性悲嘆のリスクともされており、これらのケアの障壁に対処するために COVID-19 陽性とがんを併せ持つ患者の心理的ニーズを理解することは重要と言える。

【事例】

A 氏 80 歳代男性。PCR 検査で COVID-19 陽性となったと同時に、入院時の CT で肺動脈を狭窄する腫瘤とがんの多発肺転移を認め、原発性肺癌ステージⅣと診断された。隔離病床に入院し、COVID-19 の治療を優先的に行う方針となった。隔離中の看護として、A 氏の好きだったカラオケや将棋を隔離部屋内で行うなど、目標や好きなことが見つかるように働きかけた。隔離解除されないまま呼吸状態が悪化し、入院 18 日目に他界した。キーパーソンは長男・長女で、面会は主に長女と行っていた。また、家族からは A 氏のことについて、看護師から情報を得ることができ安心できたとの発言があった。適宜、窓越し面会を行っていたが、状態が悪くなった後には iPad による面会も実施した。亡くなる直前は、窓越しに家族に看取られ最期を迎えた。

【考察】

当時 COVID-19 は未知の感染症であった。高齢者はパンデミックの間では、健康を維持する為に感染予防に過度のプレッシャーを感じていることが明らかにされている。隔離下での高齢がん患者である A 氏の看護では、①情報の提示方法②情報収集の工夫③コミュニケーションの工夫④家族面会の工夫が重要であった。患者と家族をつなぐ看護師の役割を振り返るケースとなった。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1～12：筆頭演者 該当なし

1) 市立柏原病院、2) 日本赤十字豊田看護大学

○岩元 雅都 (いわもと あず)¹⁾、松川 美夏¹⁾、橋本 淳子¹⁾、カルデナス暁東²⁾

【目的】

緩和ケア病棟看護師の黄疸、閉眼・閉口困難のある患者へのエンゼルメイクに対する自信を高める研修会の効果を評価する

【方法】

2023年8月5日から9月まで研究に協力が得られた当院の緩和ケア病棟看護師15名を対象に、黄疸および閉眼・閉口困難患者のエンゼルメイク研修会を実施し、研修会前後の看護師のエンゼルメイクに対する自信の変化を比較した。研修会では、研究者らが作成した黄疸時メイク用品を紹介したカラー資料とし、黄疸、閉眼・閉口困難時のエンゼルメイクの方法に関するパンフレットを用いて説明を行った。研修会の前後に、黄疸、閉眼・閉口困難患者のエンゼルメイクに対する自信についてアンケート調査を行った。データの単純集計を行い、前後の変化を評価した。なお本研究は所属施設の看護研究倫理審査委員会の承諾を得た。

【結果】

研修会を行ったことで8割以上のスタッフがエンゼルメイクに対して自信を持つことができた。閉眼・閉口困難のある患者のエンゼルメイクはすぐに実践できる方法であったが、黄疸のある患者のエンゼルメイクには、黄疸をカバーするフェンデーションが必要となるが、既存のエンゼルセットにはなかった。そのため、研修会の内容をすぐに実践できないことから、「研修してくれたメイク道具は欲しい」といった意見が聞かれた。

【考察】

研修会を行う事で8割以上の看護師が自信を持つことができ、先行研究と同様の結果となった。また、研修会の内容を実践できるように既存のメイクセットを見直す必要性が今回の研究を通して明らかになった。今後、メイク道具を新調し研修会を実施し、看護師の自信の変化をさらに評価する必要があると考える。

研究報告：IRB 審査を受けた

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし

1) 済生会滋賀県病院、2) 特別養護老人ホーム 淡開荘

○西村 美弥子 (にしむら みやこ)¹⁾、安間 順子¹⁾、三崎 美佐子¹⁾、権 哲¹⁾、中出 たけみ²⁾、
須賀 美栄子²⁾、松並 睦美²⁾

【目的】

特別養護老人ホームは、常時介護を必要とし、在宅での生活が困難な高齢者に対して、生活の全般の介護を提供し終身にわたり入所できる施設である。終の棲家として慣れ親しんだ施設で最期を迎えられるように、最期までその人の望むケアを提供し生ききるケアの取り組みを実践した。

【活動の概要】

入所時に意向確認をしているが、その時には本人の意向を確認することが難しいことが多い。人生の最終段階の対応について今まで考えたことも話したこともないと悩む家族がいたり、入所前に意思決定支援で考える機会があると最期の過ごし方を決めている家族がいる。入所者だけでなく家族にも ACP 支援が必要と考えパンフレットを作成し意向確認を行い、入所後の医療と介護の関わりで、それぞれの最期まで生ききるケアの取り組みについて報告する。

【成果】

入所時にパンフレットを用いて説明することで入所者だけでなく家族にも ACP について考える機会を持つことができた。意向確認の内容をもとに再度確認しながら施設スタッフや家族、病院の嘱託医や緩和ケア外来との連携をすることで、その人らしく生きることにつながった。

【考察】

本来 ACP の目的は、その人自身が望むケアで最期を迎えられる様に支援することである。本人の意向ではなく家族の思いが最優先された時に、スタッフはその思いが最善のケアとは思えずジレンマを感じるがあった。しかし、私たちが思う一般的なこうあるべき姿が必ずしも最善のケアとは限らないとも考えた。入所時の意向確認の大切さや入所後の過ごし方、また施設内の多職種や嘱託医、緩和ケア外来と連携することで最期まで生ききるケアにつながったと考える。その人にとって最期まで生ききる意味を考えながら日々意見交換を行い看取りケアの質向上に繋げていきたい。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし

1) 箕面市立病院 看護局 3階東病棟、2) 箕面市立病院 看護局

○田崎 知恵 (たさき ちえ)¹⁾、千草 あんず¹⁾、奥村 優¹⁾、齋藤 恵美¹⁾、酒井 佳津子¹⁾、野崎 里美¹⁾、見戸 佐織¹⁾、濱口 千佳子²⁾、青木 真理²⁾

【目的】

産婦人科混合病棟における終末期がん患者および非がん患者に対する看護師のターミナルケア態度とその要因との関連性を明らかにする。

【方法】

研究の趣旨に賛同を得られた看護師 26 名を対象に無記名自記式用紙でターミナルケア態度と死生観について調査した。個人属性の看取りの看護に対する満足度の有無についてはマン・ホイットニーの U 検定を用い、日本版ターミナルケア態度尺度と臨老式死生観尺度の関連性についてはスピアマンの順位相関係数を用いて分析した。

【結果】

ターミナルケア態度と個人属性(年齢・経験年数・看取った患者数・身近な人との死別体験)には相関を認めなかった。ターミナルケア態度の〔患者家族を中心とするケアの認識〕と個人属性の「看取りの看護に対する満足度」との関連には有意差($p < .005$)を認めた。ターミナルケア態度の〔総得点〕と死生観の《死からの回避》には負の相関($r = -.52$ $p = .007$)を認めた。ターミナルケア態度の〔死にゆく患者へのケアの前向きさ〕と死生観の《死からの回避》には負の相関($r = -.62$ $p = .001$)を、ターミナルケア態度の〔死にゆく患者へのケアの前向きさ〕と死生観の《死への恐怖・不安》《人生における目的意識》にはそれぞれ負の相関($r = -.43$ $p = .029$) ($r = -.43$ $p = .030$)を認めた。

【考察】

ターミナルケア態度が大切だと考えている看護師は看取りの満足度が高まり、ターミナルケアに積極的であるほど、死を恐れず死から逃げないことが示唆された。

研究報告：IRB 審査を受けた

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし

1) 四天王寺大学 看護学部看護学科、2) 兵庫県立がんセンター 看護部

○前原 なおみ (まえはら なおみ)¹⁾、白井 由美子²⁾、林 泰範²⁾

【目的】

デスカンファレンス (Death Conference 以下 DC) は、患者の逝去後に行われるカンファレンスであり、ケアの振り返りや評価、気持ちの共有や整理、燃え尽き予防等を目的に行い、看護の質を高める効果が期待されている。そこで、2018年から5年間のデスカンファレンスに関する文献から、看取りケアにおける看護師の教育的支援を考察する。

【方法】

検索データベースとして、医学中央雑誌 Web 版と国立情報学研究所学術情報ナビゲータ CiNii および死に関するテーマを扱う学術3誌を用いた。キーワードは「デスカンファレンス」AND「看護」とし、会議録を除き、2018年から2023年の5年間の論文を検索対象とした。

【結果】

検索対象として医中誌 60 件、CiNii 33 件の文献が該当した。重複しているもの、DC の課題に言及していないもの、事例、解説を除外し、34 件を分析対象とした。

対象から看取りケアにおける看護師の教育課題に焦点を当てコードを抽出し、研究者間で類似性を確認しながら内容をまとめたところ、4 つの課題が抽出された。

1. DC 運営に関する要因：効果的な運営方法、開催時間や多職種と時間調整
2. 基礎教育や継続教育に関する要因：看護師に起こる悲嘆の理解、死に関する他者の経験や心構えを聞く機会、包括的死生教育、基礎教育との融合
3. 個人的要因：経験不足による「死」の固定観念、生と死の連続した看護観、看護を振り返り自分のジレンマに向き合う勇氣、感情の表出困難
4. 職場の環境的要因：話しやすいチームづくり、建設的に意見交換できる雰囲気

【考察】

看取りは専門的なケアとして位置付けられているが、その多くは現任教育に任されている。しかし、業務の多様化や基礎教育との連携不足等によって看護の質を高める看取りケアには課題があった。そのため、早期から継続した臨場感ある看取りの教育的支援と DC 運用方法の普及が必要であり、看取りケアにおいて専門看護師との協働は有効であると考えられた。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1～12：筆頭演者 該当なし

フレッシュャーズセッション③

9月28日(土) 13:45~14:25 第4会場(305会議室)

座長：林 一喜(淡海医療センター)

原田 奈津子(ピースホームケアクリニック)

- 1) 滋賀医科大学医学部附属病院 薬剤部、2) 滋賀医科大学医学部附属病院 乳腺・小児・一般外科、
 3) 滋賀医科大学医学部附属病院 看護部、4) 滋賀医科大学医学部附属病院 腫瘍センター、
 5) 滋賀医科大学医学部附属病院 腫瘍内科

○武村 昌俊 (たけむら まさとし)¹⁾、藪田 直希¹⁾、下村 春奈¹⁾、辰巳 征浩²⁾、西川 誠人³⁾、⁴⁾、
 木村 由梨³⁾、⁴⁾、森田 幸代⁴⁾、寺本 晃治⁴⁾、⁵⁾、池田 義人¹⁾、森田 真也¹⁾

【はじめに】

メサドン塩酸塩錠(MD)は、他の強オピオイド鎮痛薬で治療困難な中等度から高度のがん疼痛に使用される。MDは他のオピオイド鎮痛薬との交差耐性が不完全であるため、オピオイドスイッチング(OS)での等鎮痛比は確立しておらず個々に応じて用量を決定する必要がある。今回、乳がん患者における難治性疼痛に対してMDに変更した際、添付文書記載の投与量目安よりも低用量で疼痛コントロールを図ることができた症例を経験したので報告する。

【事例】

30歳台の女性。右乳がんの術後7ヶ月。右胸壁転移によるがん疼痛に対してヒドロモルフォン塩酸塩徐放錠を24 mg/日で服用していたが、疼痛レベルがNumerical Rating Scale (NRS) 10に増強したため、疼痛コントロール目的で入院となった。静脈自己調節鎮痛法(IV-PCA)によるモルヒネ塩酸塩注(MOR)へOSし、144 mg/日に増量したことで疼痛レベルはNRS 5に軽減したが、日中の眠気が強く、時に傾眠であった。MOR 110 mg/日に減量したことで眠気は軽減したが、疼痛レベルがNRS 10に増悪し、頻回のレスキュードーズ (MOR 96 mg/日追加投与)にもかかわらず、疼痛コントロールは不良であった。そこで、MORからMDにOSすることとして、MORを110 mg/日から55 mg/日に減量しMDを15 mg/日で開始、1週間後にMORを中止しMD 30 mg/日に増量したところ、レスキュー使用なく疼痛レベルはNRS 2に低下し、日中の眠気も改善した。

【考察】

本症例ではMORによる眠気の増強がある一方で鎮痛効果が得られておらず、MORに鎮痛耐性を生じている可能性が考えられた。そのため、レスキューを含めたMOR 1日投与量206 mg/日を投与量目安通りMD 45 mg/日に変更すると過量になる可能性があり、少量ずつ段階的にOSした結果MD 30 mg/日で疼痛コントロールが図れた。鎮痛耐性やオピオイドの投与量に見合う鎮痛効果が得られているかを、患者の観察を通して個別に評価することが重要であると考えられた。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当する

研究責任者：森田 真也

利益相反1~12：筆頭演者 該当なし、研究責任者 該当なし

- 1) 社会福祉法人大阪暁明館 大阪暁明館病院 看護部、2) 社会福祉法人大阪暁明館 大阪暁明館病院 耳鼻咽喉科、
3) 社会福祉法人大阪暁明館 大阪暁明館病院 緩和ケア科

○本多 紀子 (ほんだ のりこ)¹⁾、石島 麻穂¹⁾、角丸 知佐¹⁾、曾我部 未裕¹⁾、長谷川 賢作²⁾、
沈沢 欣恵³⁾

【はじめに】

昨今、緩和ケア病棟の入院患者に対する口腔ケアの重要性が周知される傾向にあるが、嚥下困難あるいはセルフケアが難しい患者に対し、十分な口腔ケアが提供されているとはいえない現状がある。本発表では、当院の口腔ケアの実践も交えて報告する。

【事例】

50歳代女性、直腸がん再発、肺転移・肝転移・骨転移・大動脈リンパ節転移。抑うつを合併。独居だが、できる限り自宅で過ごしたい思いを持っていた。

202X年3月Y日直腸がんによる骨盤痛の疼痛コントロール目的で入院。入院後、オピオイドや鎮痛補助薬を導入し、疼痛コントロールを施行。その後内服困難になり、オピオイド・スイッチングおよび投与経路変更を行った。入院の約3週間後、右耳下腺の痛み・腫脹を訴え、耳鼻咽喉科対診となった。疼痛を伴う右耳下腺の腫脹と乾燥を伴う中等度の口腔内汚染あり、ワルトン管から白濁排液を認めた。右急性化膿性耳下腺炎の診断の下、抗生剤投与と口腔内マッサージを開始。また、会話や経口摂取などで咬筋の運動促進効果も期待された。翌日、摂食嚥下による疼痛は軽減し、眉間の皺は消えて微笑まれるようになった。1週間後の再診にて右耳下腺の腫脹や口腔内の排膿は消失。口腔粘膜乾燥は改善がみられた。

【考察】

今回、セルフケアが不十分となって急性化膿性耳下腺炎をきたし、薬物療法（抗生剤）および非薬物療法（口腔内マッサージ）を併用して軽快した症例を経験した。急性化膿性耳下腺炎は高齢者、術後、口腔内衛生不良、唾液分泌低下、唾石症などが誘因になることが多く、通常、抗生剤開始後1～2週間で疼痛や腫脹は軽減する。また適切な口腔ケアは唾液腺感染の予防効果を持つという報告があり、口腔ケアの有用性についての認識を喚起したい。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1～12：筆頭演者 該当なし

1) おおまえホームケアクリニック

○近藤 裕文 (こんどう ひろふみ)¹⁾、大前 隆仁¹⁾

【はじめに】

がん末期患者の在宅医療現場において強オピオイド中等量以上内服している患者は少なくない。当院では難治性がん疼痛ならびに難治性となる可能性のある患者に対してメサドンの在宅での導入を積極的に試みている。今回在宅看取りを希望し病院より紹介された末期がん患者において、メサドン在宅で新規導入した事例を報告する。

【事例】

過去1年間において、当院に疼痛コントロール目的、あるいは在宅看取り目的で紹介となった5例について検討した。年齢は50歳台2例、60歳台1例、80歳台2例。性別は男性3例、女性2例であった。メサドン導入前に使用していたオピオイドはヒドロモルフォン3例で、それぞれ8、12、16mg/day。オキシコドン2例で60、80mg/dayであった。

【考察】

導入した5例について、変更前のオピオイドと比べて疼痛の改善を認め、先行したオピオイドの使用量は減少した。副作用として悪心1例、傾眠1例だった。QTcF>0.5のQT延長を起こした例は認めなかった。メサドン開始後の生存期間はそれぞれ3日、15日、24日、28日、124日で、中央値は38.8日であった。メサドンの内服は5例全てで死亡6日以内までは使用され、うち2例は死亡24時間以内まで使用していた。3例については内服困難のために死亡の2-6日前までに中止となり、持続皮下注射を行った。

状態評価については5例全てで訪問看護ステーションと協力して行った。訪問看護ステーションには事前にメサドンについての基礎知識を伝え、注意すべき副作用について理解を高めた。複数の訪問看護ステーションとメサドンの使用に関してフィードバックを得た。

在宅領域におけるメサドンの使用は、事前の準備と患者とのコミュニケーションを慎重に行うことで安全性を担保し、有効に用いることができると考えられた。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし

1) 株式会社薬國堂 志都美薬局、2) 吉田医院

○松田 唯 (まつだ ゆい)¹⁾、國廣 英一¹⁾、仁尾 馨¹⁾、西川 真理¹⁾、吉田 健志²⁾

【はじめに】

マイクロポンプ搭載の特殊型 PCA ポンプ（患者管理無痛法用輸液ポンプ）は、携帯端末アプリを使って流速や、PCA 流量、ロックアウトタイムを患者の病状に合わせてきめ細かく設定できるデバイスである。本デバイスのプログラム投与機能を用いると、時間帯に応じて異なる投与量の設定が可能となることから、在宅緩和ケア症例にその機能を用いて夜間鎮静を行ったので報告する。

【事例】

80歳台男性、膀胱がん終末期。201X年Y月、BCG 抵抗性膀胱癌に対し膀胱全摘+回腸導管造設術が施行された。術4年後に傍大動脈リンパ節転移が胸椎へ湿潤し、それによる疼痛や下肢放散痛が認められ、ヒドロモルフォン徐放錠やタベンタドール徐放錠が投与されるも疼痛コントロールは不良であった。その後全身状態が急激に悪化して経口摂取不良になり、本人と家族の希望により予後週単位で退院されて在宅療養となった。在宅ではヒドロモルフォン注射液持続皮下注で疼痛コントロールするも不穩が続く為、フェンタニル注射液へスイッチングした。不穩に関して、日中は意思疎通が図れていることを踏まえ、夜間のみ鎮静したいとの家族の要望により、ミダゾラム注射液のプログラム投与による夜間鎮静を開始した。その結果、円滑に入眠導入がなされ、日中は覚醒して家族や友人たちと意思疎通を図ることが可能であった。

【考察】

在宅緩和ケアにおいて、慎重に鎮静薬の至適投与量を見極めることができれば、特殊型 PCA ポンプのプログラム投与による夜間鎮静は介護者や医療者の負担が軽減されるだけでなく、日中は残された時間を患者と患者を愛する人たちが有意義に過ごすことができる手段と考える。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：國廣 英一

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし、研究責任者 該当なし

優秀演題①

9月28日(土) 14:50~15:40 第3会場(207会議室)

座長：荒尾 晴恵(大阪大学大学院医学系研究科)

1) ピースホームケアクリニック京都

○安積 文 (あづみ あや)¹⁾、大屋 清文¹⁾、平本 秀二¹⁾

【はじめに】

治療抵抗性の苦痛に対して緩和的鎮静を行う場合、治療方針の決定は医療チームの合意として行い、多職種が同席するカンファレンスを行うことが理想的である。しかし、職種ごとに事業所が分かれていることので多い在宅医療の現場では、患者の状況に合わせて医療者が速やかに対面で議論し、合意を形成することが困難な場合が多い。近年、患者のケア情報の共有など在宅医療介護連携 ICT システムが整備されつつある。今回、医療介護者用 ICT ツールを活用し、倫理的議論を速やかに多職種で共有し、鎮静開始後も適時性のある多職種連携を実現できた事例を経験したので報告する。

【事例】

80 歳代男性、去勢抵抗性前立腺癌の終末期で、202X 年 Y 月から当院の訪問診療を開始した。Y+2 月、混合型せん妄・倦怠感・呼吸困難といった一連の症状が高度化し、各症状に対する薬物・非薬物療法などを行っても十分な症状緩和に至らず、患者から「しんどいから眠らせてほしい」と訴えがあった。緩和的鎮静の相応性について、医師は訪問看護師や訪問薬剤師と電話でそれぞれ議論した。鎮静を行う意図が苦痛緩和であることを患者・家族と確認し、患者が以前より明確に鎮静を希望していたことから調節型鎮静の開始を決定した。緩和的鎮静に関する倫理の 4 要件の一連の議論を ICT ツールを用いて多職種チーム全体で共有した。同日中にミダゾラムを用いた調節型鎮静を開始し、鎮静の治療目標や、鎮静薬の投与方法についても共有した。鎮静開始 1 時間後には Support Team Assessment Schedule (STAS) 0 となり、その後も STAS 0、Communication Capacity Scale の第 4 項目は 2 以下を維持できた。鎮静開始 2 日後に患者が亡くなった際、同居家族は「穏やかな最期だった」と述べられた。

【考察】

医療者が迅速に対面でカンファレンスを開催しづらい在宅医療においても、ICT ツールを活用することで、多職種で緩和的鎮静の倫理的妥当性を速やかに共有でき、治療目標や治療内容も適時性をもって共有することができた。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし

1) 大阪公立大学大学院 看護学研究科、2) 大阪大学医学部附属病院、3) 大阪大学大学院 医学系研究科 保健学専攻
○高尾 鮎美 (たかお あゆみ)¹⁾、平山 遼²⁾、佐竹 陽子¹⁾、荒尾 晴恵³⁾

【目的】

三次救急医療施設の初療室において看取りを迎える患者の家族ケアに対する看護師の思い、実践内容、困難について明らかにすること

【方法】

本研究は救急領域に従事する看護師の葛藤に関する調査研究で面接調査を行った 11 名の 1 次分析データのうち、初療室で看取りを迎える患者の家族ケアについて語りがあった 5 名のデータを用いた 2 次分析である。逐語録から家族ケアに対する看護師の思い、実践内容、困難を抽出し、質的内容分析を行った。

【結果】

対象者の年齢は平均 40.6±標準偏差 5.6 歳、救急看護師経験年数は平均 11.0±標準偏差 4.5 年であった。家族ケアに対する看護師の思いは 2 つの《カテゴリ》に集約された。危機的状態の家族に対し、《家族の心情に配慮しながら家族を支援したいという思い》と《救命センターの看護チーム全体で家族に介入したいという思い》であった。家族ケアの実践内容は、現実を容易に受容できない《家族の心情に配慮したケア》、《エンゼルケアへの参加や亡くなった患者と過ごす時間をつくることで家族の結びつきを保つケア》、《看護師の連携により意識的に家族と関わる時間をつくり家族が互いに支えあう力を活用するケア》の 3 つのカテゴリに集約された。家族ケア実践上の困難は、《多様な情緒的反応を示す家族に看護師が自信を持ってケアに臨む難しさ》と《制約された資源や救命を最優先しなければならない初療の環境がもたらす難しさ》の 2 つのカテゴリに集約された

【考察】

看護師は、看取りを迎える患者の家族を支えたいという思いを基盤とし、限られた時間の中でも家族の傍にいて辛さを受けとめるケアを行っていた。一方で、実践したケアに対する家族からのフィードバックが得にくい初療室の環境で、自身の家族ケアへの自信を持つ難しさがあると考えられる。今後は、実践したケアや家族の反応を振り返るとともに、個々の看護師のスキルを共有する機会を持つことが重要である

研究報告：IRB 審査を受けた

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：荒尾 晴恵

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし、研究責任者 該当なし

- 1) 社会医療法人生長会 ベルランド総合病院 外来、2) 社会医療法人生長会 ベルランド総合病院 緩和ケア科、
3) 社会医療法人生長会 ベルランド総合病院 外科

○江藤 美和子 (えとう みわこ)¹⁾、山崎 圭一²⁾、松岡 晃子¹⁾、土橋 洋史³⁾

【目的】外来通院中の進行再発がん患者を対象に、Integrated Palliative care Outcomes Scale (IPOS)による苦痛のスクリーニングを行ない、把握に努めている。本研究ではその実態と傾向を分析し、課題について検討した。

【方法】2023年1月から6月までの進行がん外来患者518名のIPOS(患者用7日間版)スクリーニングデータを収集した。また、対象者の年齢、性別、診断名、がん治療・家族・就労の有無は診療録から情報を得た。全てのデータについて記述統計を行った。

【結果】有効データは518件であった。対象者の平均年齢は67.2歳(SD±1.8歳)、52%が女性(n=267)、74.4%が無職、15.7%が独居であった。がん種は消化器がんが最も多く(n=196、37.6%)、次いで乳がん(n=118、23.0%)、肺がん(n=112、21.8%)、泌尿器がん(n=47、9.1%)であった。219名の対象者(42.3%)ががん治療中であった。身体的苦痛では、だるさが最も多く(52.8%)、次いで動きにくさ(44.9%)であり、生活に支障がでたと評価した割合はそれぞれ18%、19%であった。不安、抑うつの有症率はそれぞれ63.7%、57.3%と高率であった。IPOS合計スコアの平均は9(SD±9.39)であった。

【考察】進行再発がんを有する外来患者が苦痛と評価する身体症状は、だるさ、動きにくさであり、がんの進行およびがん治療の影響に因ると考えられる。これらの症状は、日常生活に顕著な影響を及ぼし、強い精神的苦痛につながっていた。医師、外来看護師は、がん治療から緩和ケアへの移行期にある患者の全人的苦痛を理解し、多職種で連携し、包括的なケアを提供することが重要である。

研究報告：IRB 審査を受けた

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし

1) Cicely Saunders Institute of Palliative Care, Policy & Rehabilitation Florence Nightingale Faculty of Nursing, Midwifery & Palliative Care, King's College London、

2) Sussex Community NHS Foundation Trust、3) Wolfson Palliative Care Research Centre, Hull York Medical School

○藤本 実希 (ふじもと みき)¹⁾、Catherine J Evans^{1),2)}、Yuxin Zhou¹⁾、Yihan Mo¹⁾、

Jonathan Koffman³⁾

【目的】

1. 地域に暮らすフレイル高齢者のアドバンス・ケア・プランニング（以下 ACP）のレディネスに関する要因、コンテキスト、プロセス、因果関係およびアウトカムに関する情報を特定、評価し、統合すること

【方法】

研究デザイン：理論的基盤として行動変容モデルの COM-B システムを用い、mixed methods システマティックレビューを実施した。結果の統合には、Braun & Clarke (2021)の Codebook thematic synthesis を用いた。

情報ソース：実験的または観察的デザイン、定性的および定量的な一次研究が含まれる。対象となる研究は、電子データベース、MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, and CINAHL database で特定された。最終検索日は 2023 年 2 月 8 日。

プロトコルと登録：このシステマティックレビューは PROSPERO に登録されている (CRD42023389337)。

【結果】

22 件の論文が選定された。本レビューでは、高齢者の ACP のレディネスに関する要素として、高齢者の限られた身体的・認知的能力、老化に伴う機能低下の受容、現在の生活を維持したいという思い、そして今後の変化に対する恐怖が特定された。高齢者の ACP のレディネスは、家族や医療福祉従事者の ACP に関する態度や行動だけでなく、医療・福祉制度を含めた政策、社会的要因から影響を受け、動的なプロセスを辿ることが示された。また、変化し続ける社会状況や、フレイル高齢者の予測困難な経過に伴い、高齢者の ACP のレディネスは不確実かつ継続的に変化するものであることも明らかになった。

【考察】

高齢者の ACP のレディネスに影響を与えうる、個人から社会レベルまでの様々な外的要因が特定された。したがって、個人に焦点を当てた行動変容モデルは、レディネスを理解するには不十分であることが示された。また、レディネスに影響を与えうる、コンテキストに関する要因を包括的に理解し、地域の特徴や医療福祉資源に応じた、ACP のレディネス向上のための介入を、柔軟に検討する必要性も明らかになった。

※European Geriatric Medicine Society 2024 Congress にて発表予定(2024 年 9 月 18~20 日)

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし

1) 大阪大学医学部附属病院 緩和医療センター

○西尾 敦美 (にしお あつみ)¹⁾、大野 由美子¹⁾、林 みずほ¹⁾

【目的】

喉頭摘出術（以下喉摘）を受ける頭頸部がん患者は、術後に失声や永久気管孔の管理、食事摂取の困難さなど、様々な苦悩を経験する。先行の実践報告では、術後支援として、定期的な面談を行い、その時々不安や困難を表出し介入することが有効であった。しかし失声などの術後の変化を受け入れるのに時間を要する患者も多く、意思決定支援を含めた、術前からの関わりが課題とされている。今回、手術の提案を受けた時点から外来で面談を開始し、個々の患者に応じた不安や困難に対する看護介入を行ったので報告する。

【活動の概要】

2023年4月から翌年3月までの期間に耳鼻咽喉科外来で喉摘を提案された頭頸部がん患者の治療説明に同席した。手術概要の説明後、別室に移り、患者および家族の不安や困難を聴取した。その後、術後の変化（永久気管孔、失声等）について説明を行った。患者の受け止めに応じて入院まで介入を継続し、意思決定に関わった。得られた情報は病棟および外来で共有した。

【成果】

21人の患者に延べ39回の面談を行い、手術の補足説明を実施し、繰り返し患者の語りを聴いた。患者の不安や困難には、失声への諦めや、受け入れ難さも含まれていた。診察後の面談は患者の疑問にタイムリーに答えることができ、また写真や絵を使用し、術後の生活に対する理解の促進ができた。患者は、語ることで徐々に自身の状況を受け入れ、治療選択の意思を固めていった。

【考察】

手術の提案を受けた時点から面談を行うことで、患者の戸惑いに丁寧に対処することができ、患者自身が状況を整理し俯瞰する時間を提供できた。患者の意思決定能力を確認しながら情報提供を行い、家族を巻き込んだ関わりは、患者の価値観を掘り下げ、両者が納得できる決定を促した。この関わりは、患者が喪失を予測する助けとなるだけでなく、不安や困難への介入や、意思決定に関する支援にも効果があったと考える。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし

優秀演題②

9月28日(土) 15:45~16:35 第3会場(207会議室)

座長：所 昭宏(近畿中央呼吸器センター)

- 1) 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 薬剤部、2) 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 支持・緩和療法チーム、
3) 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター

○多方 実彩 (たかた みさ)^{1),2)}、八瀬 恵理子^{1),2)}、小林 早苗¹⁾、岸本 歩¹⁾、松田 能宣²⁾、
所 昭宏²⁾、新井 徹³⁾

【目的】

近年非がん患者の呼吸困難に対する緩和ケアの必要性が認識されつつある。一方で、非がん患者の呼吸困難へのモルヒネの使用状況に関する薬剤師視点での報告はまだ少ない。そこで、当院における非がん患者の呼吸困難に対するモルヒネの使用状況について調査したので報告する。

【方法】

2023年1月から2024年1月までの入院期間中に、呼吸困難に対しモルヒネが開始された非がん患者のうち、投与開始後24時間以内に呼吸困難の評価のあった25名を対象とした。呼吸困難の評価として Numerical Rating Scale (以下NRS、10段階で評価)を用い、電子カルテを用いて、モルヒネの投与量や投与期間、投与後のNRSの変化を後方視的に調査した。

【結果】

年齢中央値は74(34-88)歳であった。モルヒネ投与量の中央値は投与開始時が6(3-12)mg/日、最大投与時は18(3-60)mg/日であった。投与期間の中央値は3(1-305)日であった。NRSが低下した患者を有効例、NRSが低下しなかった患者を無効例としたところ、25名のうち有効例は18例(72%)、無効例は7例(28%)であった。NRSの変化の平均は投与前と比較し投与後では-2であった。モルヒネの開始量や最大投与量、投与期間について有効例と無効例で有意差はなかった。一方で、投与開始2日以内に有効例で6名、無効例で4名が死亡により中止となった。

【考察】

本調査では、約7割の患者でモルヒネ開始後にNRSが低下しており、非がん患者の呼吸困難への効果が示唆された。無効例においては予後の短い患者が多く、有効例と比較し投与量の有意差はなかったことから、予後が数日以内であれば呼吸困難に対するモルヒネの効果は十分でない可能性がある。呼吸困難におけるモルヒネの導入時期については、病状進行も考慮したうえで、より速やかな導入を検討する必要があると考えられた。

研究報告：IRB 審査を受けた

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当する

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反1~12：筆頭演者 該当なし

1) いのうえ在宅診療所

○井上 稔也 (いのうえ としや) ¹⁾

【はじめに】

進行胃癌・膀胱浸潤による出血性貧血に対して、在宅での赤血球輸血と放射線単回照射が有効であった 1 例を経験したので報告する。

【事例】

30 歳台女性。202X 年 Y 月、A 病院で双角子宮妊娠に対して選択的帝王切開術を施行。術中所見と病理検査結果から進行胃癌、腹膜播種、横行結腸・膀胱浸潤、播種性腸閉塞と診断された。急速に全身状態が悪化しており、化学療法導入は困難と判断された。子と少しでも自宅で過ごしたいとの強い希望から、在宅医療導入の運びとなった。術後 9 日目に自宅退院。退院前に経尿道的膀胱止血術を施行されているものの肉眼的血尿が持続しており、尿道カテーテル留置を継続。貧血進行に伴い著明な倦怠感が出現し、適宜在宅での赤血球輸血を施行。経過中に腸閉塞症状の増悪を認め、血性吐物も見られ腫瘍出血も強く疑われた。頻回の輸血を要しており、腸閉塞が増悪していることから胃・膀胱への放射線単回照射と CV ポート造設を目的に地域基幹病院へ紹介。Y+1 月、1 泊 2 日の入院で放射線照射 (8Gy/回) と CV ポート造設術を施行し自宅退院。退院 2 週間ほどで血尿・血性吐物ともに消失し、輸血が不要となり尿道カテーテルも抜去可能となった。一時的な症状の改善を得られたことから、自宅で育児を行うことができた。Y+2 月、自宅で永眠された。

【考察】

在宅緩和ケア、特に在宅看取りまで見据えた状況では、侵襲を伴う治療については一般的に差し控えることが多い。また、進行癌に対しての赤血球輸血についても賛否があるものと思われる。本症例では、子と残された時間を過ごしたいという強い思いが侵襲性やリスクを上回ったことで様々な治療介入に結びつき、結果的に貴重な時間が生まれたものと思われた。また、地域基幹病院の迅速かつ臨機応変な対応は患者だけでなく在宅チームも助けられた。日頃から地域で多機関・多職種での連携を図ることが重要と思われた。

研究報告：IRB 審査が不要

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし

1) 滋賀医科大学医学部附属病院 腫瘍内科、2) 滋賀医科大学医学部附属病院 腫瘍センター・緩和ケアセンター、
3) 滋賀医科大学医学部附属病院 看護部

○寺本 晃治 (てらもと こうじ)^{1),2)}、西川 誠人^{2),3)}、木村 由梨^{2),3)}、森田 幸代²⁾、住本 秀敏^{1),2)}、
醍醐 弥太郎^{1),2)}

【目的】

当院では、終末期のがん患者の療養先として、患者や家族の希望により、近隣の緩和ケア病棟や在宅医療を案内している。本研究では、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行前後におけるがん患者の療養先の選択に変化について、状況調査を行った。

【方法】

2014年4月から2023年3月までの間に、緩和ケアチームが介入したがん患者（n=1142）を対象にして、患者の臨床情報を診療録から収集して、COVID-19流行前（2014年4月～2020年3月，n=716）、流行中（2020年4月～2023年3月，n=314）、5類感染症移行後（2023年4月～，n=112）の期間に分けて解析した。

【結果】

COVID-19流行前では、当院から死亡退院になった患者は313名、緩和ケア病棟に転院になった患者は119名、在宅療養（在宅看取り）になった患者は15名であった。COVID-19流行中は、それぞれ、102名、46名、26名、5類移行後は、38名、28名、15名であった。在宅療養（在宅看取り）になった患者の死亡退院+転院+在宅に占める割合は、COVID-19前で3.4%であったが、COVID-19流行中では14.9%と有意に増加（ $p<0.01$ ）して、5類移行後も増加傾向（18.5%）であった。一方で、緩和ケア病棟への転院の割合は、それぞれの期間で26.6%、26.4%、34.6%と5類移行後に増加の傾向があった。

【考察】

継時的に緩和ケア病棟や在宅での療養を希望する患者が増えているが、COVID-19の流行を契機に、在宅療養を希望する患者が増加した。これには、緩和ケア病棟に関する捉え方の時代的背景やCOVID-19流行中の緩和ケア病棟の受け入れ状況が、療養先の選択に影響した可能性はあるが、一方で、当院の近隣において、在宅療養に向けた地域連携が充実してきたことも一因と考えられた。

研究報告：IRB 審査を受けた

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反1～12：筆頭演者 該当なし

- 1) 国立病院機構舞鶴医療センター 薬剤部、2) 国立病院機構舞鶴医療センター 緩和ケアチーム、
3) 国立病院機構舞鶴医療センター 看護部

○宮部 貴識 (みやべ たかし)^{1),2)}、井出 恭子³⁾、小谷 由美²⁾、森 景子³⁾

【目的】

高齢者のポリファーマシー（以下、PP）による薬物間相互作用や副作用の増大、服薬アドヒアランスの低下などが近年問題視されている。高齢がん患者において服用薬剤を必要最低限にすることが望ましいが、緩和医療においては身体症状や精神症状に対して処方薬剤が増加することもある。高齢がん患者での早期から PP 介入に向け、当院緩和ケア病棟における入院時持参薬状況と早期介入に向けた指標探索について調査した。

【方法】

2022 年 4 月から 2023 年 6 月までに当院緩和ケア病棟に入院し、入院時持参薬のあった 65 歳以上で死亡退院となったがん患者の使用薬剤と PP、および転帰と予後推定栄養指数 (PNI) の関連性について後方視的に調査した。本調査では PP を服用数が 6 剤以上の定期服用とし、薬剤分類はオピオイド鎮痛薬、非オピオイド鎮痛薬、循環器用剤 (利尿剤、降圧剤、血管拡張剤、抗凝固剤、抗不整脈薬)、慢性疾患治療剤 (高尿酸血症治療剤、高脂血症治療剤)、糖尿病治療剤とした。

【結果】

対象患者は 44 例、年齢中央値は 80 (65-98) 歳、PP は 35 名で最大 15 剤の服用であった。ロジスティック回帰分析により PP の薬剤では、循環器用剤で関連性が見られた (オッズ比 : 0.314、95%CI : 0.146-0.672、 $p=0.003$)。転帰と PNI の関連性は生存退院 PNI39.8、死亡退院 30.7 ($p=0.035$) であった。

【考察】

本調査では、循環器用剤を使用されている患者で PP の傾向が高かった。既往歴での複数薬剤使用に加え緩和目的薬剤の併用も考えられた。また入院時の PNI は死亡退院群で低値の傾向が示されたことから、PP の早期介入への指標となる可能性が示された。緩和ケア病棟では症状緩和に向けた薬物療法と服用薬剤の負担を軽減するため薬剤師の PP への早期介入が必要であり、その支援への要因分析をさらに多方面から検討する必要があると考える。

研究報告 : IRB 審査を受けた

個人情報 : プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針 : 日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法 : 該当しない

研究責任者 : 筆頭演者自身

利益相反 1~12 : 筆頭演者 該当なし

1) 淡海医療センター 呼吸器外科、2) 淡海医療センター 看護部、3) 淡海医療センター 薬剤部、
4) 淡海医療センター 消化器内科、5) 淡海医療センター 緩和ケア内科

○林 一喜 (はやし かずき)¹⁾、喜田 裕介¹⁾、城 亜希²⁾、田崎 亜希子²⁾、今堀 智恵子²⁾、
平尾 彩香³⁾、谷 美咲³⁾、小林 遊⁴⁾、堀 泰祐⁵⁾

【目的】

血中アルブミン値とリンパ球数から算出する Prognostic Nutritional Index (PNI) は、消化器がん終末期の予後予測や原発性肺がん周術期および術後長期の予後予測に有用であると報告されている。しかし、原発性肺がん終末期の予後予測における PNI の有用性について報告したものは少ないため、本研究で検討した。

【方法】

2016 年 4 月から 2024 年 3 月の間に当院緩和ケアチームが介入した原発性肺がん患者のうち、死亡日を確認できた 118 例を対象とした。死亡 180 日前までの期間に施行された血液検査結果から、PNI が算出でき、測定間隔が 28 日以上あるものを複数抽出し、その推移や予後との相関を retrospective に解析した。

【結果】

男性 83 例 (70.3%)、年齢平均値 75.0±11.3 歳であった。組織型は腺がん 55 例、扁平上皮がん 13 例、小細胞がん 23 例、その他 9 例、不明 18 例であった。他臓器転移は肺 70 例、リンパ節 104 例、がん性胸膜炎 67 例、骨 73 例、脳 32 例、肝 41 例、副腎 25 例、消化管 2 例に認めた。PNI 平均値は 34.58±8.53 で、予後との間に正の相関を認めた (相関係数 0.517, p<0.01)。28 日以内の死亡について、ROC 曲線より求めた PNI カットオフ値は 34.60, AUC 0.815 (95%信頼区間 0.761-0.868)、感度 0.720、特異度 0.865 であった。また、予後 28 日以内の患者群では小細胞がん、肺転移、肝転移で有意に PNI が低値であった (それぞれ p=0.0358, 0.0186, 0.0390)。

【考察】

がん終末期における予後予測については種々のツールが用いられているが、簡便に求められて客観的評価のできる PNI は原発性肺がんの終末期においても患者の予後予測の一助として有用で、特に 4 週以内死亡の指標として有用である可能性が示唆された。

研究報告：IRB 審査を受けた

個人情報：プライバシーの保護など一般的な倫理配慮を遵守している。

倫理指針：日本医学会連合の学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針の内容を確認し、遵守し演題登録した。

保険適応外投与薬剤・治療法：該当しない

研究責任者：筆頭演者自身

利益相反 1~12：筆頭演者 該当なし

癒しのセッション

9月28日(土) 14:50~15:10 第1会場(ピアザホール)

滋賀医科大学 アカペラサークル Jingle Jangle

こんにちは。滋賀医大アカペラサークル Jingle Jangle です。

私たちは1年生から6年生まで総勢26名で活動しています。

本日は、このような貴重な公演の機会をいただき、ありがとうございます。

本日披露させていただく曲は、Mr.Childrenさんの「HANABI」、Official髭男dismさんの「宿命」、
絢香さんの「三日月」です。

それぞれの曲には、異なるテーマや感情が込められていますが、
共通しているのは「困難を乗り越えながら前に進む」というメッセージです。

「HANABI」は、悲しみや苦しみを抱えながらも、未来に希望を持って生きていく姿を描いています。
人生の現実的な苦悩に触れながらも明日への期待が込められており聴く者に力強い励ましを与える曲です。

「宿命」は、青春や情熱、挑戦に満ちた曲で、特に高校球児たちが自身の限界を超え、
宿命を背負いながら戦い続ける姿を力強く歌い上げています。

彼らの情熱と葛藤が曲全体を通して表現され、聞く人にエネルギーを与えます。

「三日月」は、離れていても同じ空の下で繋がっているというメッセージを通じて、
距離を超えた絆や思いを歌っています。切なくも温かい、心に響くバラードで、
距離に負けない強い感情が伝わります。

それぞれの曲が聴いてくださる方の心に寄り添い、希望や感動を届けられるように心を込めて歌います。

どうぞよろしくお願いいたします。

展示

9月28日(土) 9:00~17:00 3階大会議室前ホワイエ

共催展示

スミスメディカル・ジャパン株式会社

機械式 PCA ポンプ CADD_Solis_PIB_ポンプ

投与ルートを問わない広範囲な調節性に、ポンプ上で容易に確認できる各種履歴機能、麻薬の保護にも適したカセット式の消耗品で持ち運びに優れ、乾電池でも使用可能な携帯型精密輸液ポンプです。

本装置は在宅での使用も考慮した設計がなされており、静電気防止処理、生活防水、3種類のプログラムロックレベル、プログラムメモリ等の様々な安全機構が装備され、アラーム機能も充実した機械式 PCA ポンプとなります。

共催展示

大研医器株式会社

エイミーPCA ポンプ ～スマホ時代の疼痛管理～

アプリを使って痛みをコントロールします。スマホ時代のより安全でより快適な輸液システムを開発いたしました。コントロールや輸液状況の確認は全てスマホのアプリで確認ができます。

従来よりも小型・軽量化に成功し、スマホならではの直感的な操作が可能になっています。

機器展示ブースにて現物もございますので、是非ともお立ち寄りください。

共催展示

クラシエ薬品株式会社

弊社は1日2回の漢方製剤のパイオニアとして、服薬コンプライアンス向上を目指しております。

クラシエの漢方製剤は1日2回タイプに加え、粒が小さい細粒剤で飲みやすさに配慮したスティック包装を採用しており、賦形剤を少なくしエキスの含有率を高めた製剤となっております。また23品目の錠剤製品もあり、漢方独特の味や匂いが苦手な方にお勧めしております。

服用が容易なスティック包装、1日2回服用で服薬コンプライアンスの向上にお役立てください。

トラブル支援

株式会社 ReTaby (リタビー)

～医療スタッフ監修のユニバーサルツーリズム～

医療の進歩と高齢化で、「病」と長くお付き合いする時代になっています。病気と共生しながら「生きる」ことを楽しみたい、そんな方をサポートしたいという思いから生まれました。闘病中に外出することは、体調面の不安もある中で事前の準備が必要になり、なかなかお出かけに踏み切れないことも多いです。私たちは、利用される方の医療度・介護度に応じて、保険が看護/介護サービス、介護タクシーを利用しながら、誰もが外出や旅行をあきらめずに、病気や障がいも関係なく、皆さまが主役として楽しめる外出や旅行を提供します。

書籍展示

株式会社神陵文庫

当日は座長様・演者様の書籍を中心に、緩和医療、緩和ケア、サイコオンコロジー、がん看護、非がん緩和ケア、心身医学など多数の書籍を取り揃えております。クレジットカードもご利用頂けますし、領収書対応も可能です。皆様のご来店をお待ちしております。

TECENTRIQ[®]
atezolizumab

AVASTIN[®]
bevacizumab

ROZLYTREK[®] Capsules
entrectinib

ALECENSA[®]

抗悪性腫瘍剤 / 抗PD-L1^{注1)} ヒト化モノクローナル抗体
生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品^{注※)}

薬価基準収載

テセントリク[®] 点滴静注 1200mg

TECENTRIQ[®]
atezolizumab

アテゾリズマブ (遺伝子組換え) 注
®F. ホフマン・ラ・ロシュ社 (スイス) 登録商標

抗悪性腫瘍剤 抗VEGF^{注2)} ヒト化モノクローナル抗体
生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品^{注※)}

薬価基準収載

アバステイン[®] 点滴静注用 100mg/4mL
400mg/16mL

AVASTIN[®]
bevacizumab

ベバシズマブ (遺伝子組換え) 注

抗悪性腫瘍剤 / ALK^{注3)} 阻害剤
劇薬、処方箋医薬品^{注※)}

薬価基準収載

アレセンサ[®] カプセル 150mg
ALECENSA[®] アレクチニブ塩酸塩カプセル

抗悪性腫瘍剤 / チロシンキナーゼ阻害剤
劇薬、処方箋医薬品^{注※)}

薬価基準収載

ロズリートレク[®] カプセル 100mg, 200mg
エントレクチニブカプセル
ROZLYTREK[®] Capsules
entrectinib
®F. ホフマン・ラ・ロシュ社 (スイス) 登録商標

注1) PD-L1: Programmed Death-Ligand 1 注2) VEGF: Vascular Endothelial Growth Eactor (血管内皮増殖因子)

注3) ALK: Anaplastic Lymphoma Kinase (未分化リンパ腫キナーゼ) 注※) 注意-医師等の処方箋により使用すること

「効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報」については、電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元



中外製薬株式会社

〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1

(文献請求先及び問い合わせ先) メディカルインフォメーション部

TEL.0120-189-706 FAX.0120-189-705

(販売情報提供活動に関する問い合わせ先)

<https://www.chugai-pharm.co.jp/guideline/>

ロシュグループ

What science can do

オンコロジー併用療法

アストラゼネカは、バイオ医薬品と低分子医薬品を併用することで、がん細胞を直接攻撃すると同時に、身体の自己免疫システムを活性化することにより、がん細胞の細胞死を誘発する治療法の開発に取り組んでいます。

免疫細胞への腫瘍の抑制シグナルを阻害することで抗腫瘍免疫を増強する抗体



生薬には、
個性がある。

漢方製剤にとって「良質」とは何か。その答えのひとつが「均質」である、とツムラは考えます。自然由来がゆえに、ひとつひとつに個性がある生薬。漢方製剤にとって、その成分のばらつきを抑え、一定に保つことが「良質」である。そう考える私たちは、栽培から製造にいたるすべてのプロセスで、自然由来の成分のばらつきを抑える技術を追求。これからもあるべき「ツムラ品質」を進化させ続けます。現代を生きる人々の健やかな毎日のために。自然と健康を科学する、漢方のツムラです。

良質。均質。ツムラ品質。



患者様の想いを見つめて、 薬は生まれる。

顕微鏡を覗く日も、薬をお届けする日も、見つめています。
病気とたたかう人の、言葉にできない痛みや不安。生きることへの希望。
私たちは、医師のように普段からお会いすることはできませんが、
そのぶん、患者様の想いにまっすぐ向き合っていたいと思います。
治療を続けるその人を、勇気づける存在であるために。
病気を見つめるだけでなく、想いを見つめて、薬は生まれる。
「ヒューマン・ヘルスケア」。それが、私たちの原点です。

ヒューマン・ヘルスケア企業 エーザイ



たった一度のいのちと歩く。

私たちの志

ここにいる責任と幸福。

私たちの前には、いつもかけがえのないいのちがあり、祝福されて生まれ、いつくしみの中で育ち、夢に胸を膨らませ、しあわせになることを願って生きるいのち。まず、私たちは、この地上でもっとも大切なもののために、胸の奥深くに刻みこもう。

そのために、私たち製薬会社にできることは無数にある。自分たちを信じよう。自分たちの力を、自分たちで使おう。私たちは、決して大きな会社ではない。でも、どこにもない歴史があり、どこにもマネのできない、そしてどこにも真似ない優秀な人材がいる。困難をおそれない勇気を持つよう。常勝を争おう。年功とは、ただの成長ではない。飛躍と成長を争おう。その真は、現状に満足する者には永久につくものではない。私たちが目指すものは、薬だけでは足りない。人がどれほど生きることを選んでいよう。医療に従事する人がどれほどひとりで、人間に与えられた感受性をサビつかせ、世界を救うのは強さだけではなく、人間性、やさしさがなければならない。

最高のチームになろう。どんなに速く、ひとりひとりをサポートし、力をあわせた人間というものが、どんなに速く、どんなに速く、スピードをあげよう。いまここから、私たちが、その闘いがどんなに、私たちが、急ごう。走ってはいけないが、私たちが、そして、どんな時も競争であり、私たちが薬をつくっている。人のいのちを守る。

仕事は、人をしあわせにできる。いつも、私たちはそのことを忘れないでいよう。私たちは、さまざまな場所で生まれ、さまざまな時間を経て、さながら奇蹟のように、この仕事、この会社、この仲間に出会った。そのことを心からよるこぼう。そして、いまここにいる自分に感謝し、その使命に心血をそそぎ、かけがえのないいのちのために働くことを、誇りとしよう。人間の情熱を、人間のために使うしあわせ。私たちは、ひとりひとりが協和キリンです。

たった一度の、いのちと歩く。



私たちの志



口腔粘膜吸収がん疼痛治療剤

劇薬、麻薬、処方箋医薬品 (注意—医師等の処方箋により使用すること)

薬価基準収載



E-fen® バッカル錠 50 μ g・100 μ g・200 μ g
400 μ g・600 μ g・800 μ g

E-fen® buccal tablets フェンタニルクエン酸塩 口腔粘膜吸収製剤

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報等は
電子添文をご参照ください。

販売元



文献請求先及び問い合わせ先

大鵬薬品工業株式会社
〒101-8444 東京都千代田区神田錦町1-27
TEL.0120-20-4527 <https://www.taiho.co.jp/>

製造販売元



帝國製薬株式会社
香川県東かがわ市三本松567番地

提携先



Cephalon® 米国