



ESTABLISHED IN 1985

JECCS

ニュースレター

公益社団法人臨床心臓病学教育研究会

Vol.11 No.2 2011.4

Japanese Educational Clinical Cardiology Society

www.jeccs.org

巻頭言

「癒し」

ジェックス理事 北摂総合病院常勤顧問

吉田 芳子

講演要旨

臨床心臓病研修会 2010年10月16日講演

「虚血性心疾患に対するインターベンション治療の問題点と今後の方向性」

大阪医科大学内科学講座内科学I教室助教

大阪医科大学附属病院循環器内科医長

谷川 淳

臨床心臓病研修会 2010年11月20日講演

「喫煙の健康への悪影響と禁煙外来の実際」

大阪医科大学内科学 総合診療科

浮村 聡

オーストラリア研修レポート

お知らせ

お知らせ

「癒し」

ジェックス理事 (医)仙養会北摂総合病院顧問

吉田 芳子



現在、私たちは様々なメディアで「癒し」という言葉を日常的に見聞きする。

いわく、ペットは癒し効果満点、癒し系タレント何がい、癒しの湯〇〇温泉、歌謡曲「心癒して」などなど。テレビ、ラジオ、新聞、雑誌、本、インターネット上でこの言葉は頻繁に登場している。

だが、「癒し」という言葉がこれほど使われるようになったのはここ20余年間程のことにすぎない。それ以前はキリスト教の新約聖書でイエス・キリストが行った宗教的な奇蹟的治癒を行う動作を、「癒し」と日本語に訳して表現していたくらいしか使用例はなかったというに近いめずらしい言葉であった。

英語では、healingという。その意味は、まず心理的な安心感を与える条件整備のことである。さらに霊的要素としては、心情的、社会的、身体的に様々な苦痛を解放して安泰な状態をつくり、時には避け難い苦痛や、苦痛を待ちながらもあきらめることなく苦痛を耐えうる勇気づけさえ得ることもある環境や関わり方によってその成果として成り立つ心理状態のことである。

「癒し」という言葉を探究するとキリスト教に起源があることが分かる。すなわち、西暦313年にローマ帝国でキリスト教が公認されて以来、エルサレムやベツレヘムといったキリストゆかりの場所を聖地とし、そこをたずねる旅、「聖地巡礼」をして聖書の世界を見聞し、経験することがキリスト教徒の人生の一大目標となった。聖地の周辺地域ではキリスト教徒たちによって巡礼者のための宿泊所

が提供されるようになる。巡礼は時として過酷な試練となり巡礼者の中には病に倒れる者や、また逆にキリストの奇蹟を期待して聖地巡礼を志す傷病者も多数あった。このような人々を対象にキリスト教徒たちによる聖地への巡礼路の保安や治療所を設けるなど慈善活動が活発に行われた。この史実から、信仰者によって信仰に基づき慰め、励まし、安楽を与えるもてなしを行うことを「癒し」というようになったのである。

当時はキリスト教会そのものが「癒し」の役割をしていた。チャペルがホテル(hotel)でありホスピタル(hospital)であり、この二つを合わせてホスピス(hospice)と呼んでいた。現在でも国際ホテル協会の基準の整っているホテルの客室には必ずキリスト教の聖書(バイブル)が置かれているのはこのことに起源がある。旅人を信仰に基づいて「もてなし」、「励まし」、「癒し」している。

また医療機関(hospital)においても「癒し」は単に身体的な苦痛だけではなく、精神的、社会的な、患者個人のかかえる苦難な問題に対して「安楽」に「その人らしく生きる」ために、医療者の様々なかわりを必要とする。

我が国では第二次大戦後この「癒し」がhospitalとして広く理解されるようになった。科学技術の進歩に伴い医療機器の開発には目覚ましいものがあるが、現在の医療機関においてhospiceの語源にある真の「癒し」が医療者に理解されているのだろうか……。

ターミナルケア、尊厳死など様々な表現はあるが、hospitalは単なる治療をするだけでなく「癒し」の場、即ち霊的ケアを行う所でもあることを深く認識しなければならないと強く思う昨今です。

理事紹介

吉田芳子(ヨシダ・ヨシコ)

1947年聖路加女子専門学校本科卒業。職業病の調査研究に従事する一方国立松沢病院にて医療ケースワーカーの研修を受ける。63年より75年まで大阪市立弘済院附属看護専修学校非常勤講師。70年万博フランス館医療コーディネーター。大阪市痴呆性老人相談室長、豊中市社会教育委員や多くの教育機関で教育に従事。また、多くの社会福祉活動にボランティアとして参加、85年より豊中市社会福祉協議会理事。05年より現職、ジェックス理事。

虚血性心疾患に対するインターベンション治療の問題点と今後の方向性

大阪医科大学内科学講座内科学I教室助教
大阪医科大学附属病院循環器内科医長

谷川 淳

虚血性心疾患に対するカテーテル治療（インターベンション治療）は、その技術の進歩や経験の蓄積に伴い、より安全に、より効果的に行うことができるようになってきた。薬剤溶出性ステントの出現は、長年の懸案であったステント再狭窄（局所再発）を劇的に減らしたことから、インターベンション治療のさらなる適応拡大に至った。しかし、虚血性心疾患による死亡率を減少させるまでには至っていない。ステント治療という冠動脈局所治療だけでは限界がある。ステント器具の限界とステントによる局所治療というコンセプトの限界である。まず器具の限界として、ステント再狭窄とステント血栓症がある。冠動脈狭窄に対しバルーン拡張だけ行った場合、その再狭窄率は30-40%であった。ベアメタルステント(Bare metal stent; BMS)といわれるステンレス製の金属ステントが開発され、再狭窄率は20-30%まで改善したが、この高い再発率は長年の問題であった。薬剤溶出性ステント(Drug-eluting stent; DES)はステント再狭窄の原因である真性内膜増殖を抑制することで、ステント再狭窄率7-8%と劇的な改善をもたらした。ただし再狭窄の頻度が減ったとはいえ、やはり一定の頻度で生じる。ステント再狭窄は狭心症症状の再発を起こしうるが致命的合併症に至ることは少ない。いっぽうステント留置後の血管内に血栓を形成するステント血栓症は血管内腔の完全閉塞に至ることも多く、急性心筋梗塞や突然死という致命的な形で発症する。BMSがDESへと進化しても残念ながらステント血栓症の頻度は変わっていない。ステント植え込み直後から数年間追跡調査

を行った多くの臨床研究において、BMSとDESでステント血栓症発生頻度に有意な差は認めなかったものの、BMSの場合ステント留置後1年たってしまうとそれ以降はほとんど生じないのに対し、DESの場合は年間0.5%程度の発生頻度で一定して累積していく。このためステント留置後に行っている2剤抗血小板剤療法の継続期間に対して、日本循環器病学会ガイドラインでは少なくとも1年間継続の必要ありとされているものの、ステント留置1年後に抗血小板剤を中止したところステント血栓症に至ったという報告も散見されており、必要十分な抗血小板治療期間については確固とした裏付けが不足しており、慣習的に1年以降も続けられている場合が多い。ステント血栓症は患者因子、病変因子、手技因子など多様な因子に影響され生じると考えられている。慢性血液透析、糖尿病、急性冠症候群、低心機能症例などがハイリスクと報告されており、抗血小板剤を早期に中止してしまった場合や抗血小板剤に対する不応症も原因であるといわれている。また血栓性病変、分岐部病変などでも危険が上がるとされている。ただしそういった症例、病変であるため、逆にBMSより再狭窄率の低いDESの使用が望ましい場合も多く、ジレンマをきたしている。手技因子などで注目すべきは、ステント不十分拡張、不十分圧着、DESに使われているポリマーに対するアレルギー反応（遷延型炎症）などが原因でステントが遠隔期にも正常血管内皮で覆われずむき出しのままとなった内皮化障害である。それぞれに対応して、拡張・圧着に好ましい金属部分の薄いステント、生体適合性の高いポリ

マー、生体吸収型ポリマーや生体吸収型金属などの開発がすすめられている。

次にステントという治療コンセプトの限界である。不安定狭心症や急性心筋梗塞、いわゆる急性冠症候群に対するステント治療は急性心筋梗塞や突然死の予防として確立されているが、安定型狭心症に対しては薬物療法と比較し、生命予後改善効果が証明されていない。その理由は、そもそも安定型狭心症は予後良好な疾患であるということ、ステント留置術の際にプラークの末梢飛散により小さな心筋梗塞を生じることもあるということ、ステント治療は狭窄局所のみでの治療であり、治療後にそれ以外の部位で心筋梗塞を起こすことがあることなどのためである。では安定型狭心症に対しステント治療は不要かというところではなく、虚血の証明されている責任病変に対するステント治療は予後を改善すると考えられている、つまりは「ちょっと細かいからステント入れておこうか」というの

は駄目だということである。

真の意味での予後改善のためには、急性心筋梗塞や突然死などの致死的血栓性冠動脈閉塞を起こしうる前段階の病変(Vulnerable plaque)を先に見つけて治療してしまうことが理想的である。現段階では有効なスクリーニングツールの確立には至っていないが、冠動脈内イメージングやCTなどによる開発がすすめられている。さらにはそういった病変を見つけ出せたとして、そこにステントを入れることが、はたして生命予後を改善させるのかどうかは現時点では不明である。ステント治療のこういった限界を知らながら治療するという、また冠動脈病変を生じる根本的な原因は動脈硬化の進展であり、冠危険因子の薬物コントロールという二次予防が肝要であることを忘れてはならない。

共催：持田製薬株式会社

臨床心臓病研修会・生活習慣病研修会へのお誘い

●臨床心臓病研修会●

医療者向けの研修会です。ジェックスの会員でない方は1000円お支払いください。

第3あるいは第2土曜日に開いています。講師は各分野での専門医で最新の情報を詳しく解説いたします。共催の製薬会社からの薬の情報提供もございますので、是非ご参加ください。

講演後、30分程度の質問時間を設けておりますので、日頃疑問に思われることをご質問ください。

●生活習慣病研修会●

参加無料です

どなたでも参加していただける一般市民の方向けの講座です。

第3あるいは第2水曜日に開いています。一般向けの講座ですので、講師はわかりやすく、丁寧に話を進めます。講演後は自由に質問していただけますので、ご遠慮なく不安に思われることをお話ください。

喫煙の健康への悪影響と禁煙外来の実際

大阪医科大学内科学 総合診療科
浮 村 聡

以前は日本でも栄養失調や結核などの感染症が重要な死因であった。しかし平均寿命が延びた現代社会においては、喫煙によるがん、動脈硬化性疾患、慢性呼吸器疾患などの増加による健康被害とそれに伴う社会的損失は非常に大きい。経済的には1990年時点の日本でタバコによる収益はタバコ税とタバコ産業とその関連企業の収入合わせて約2兆7,500億円であるが、タバコによる損失はタバコ病に関連した医療費、休業損失、国民所得の損失、消防清掃費用合わせて5兆6,000億円であり、差し引き2兆8,500億円の損失であった。こうした背景から世界中で禁煙推進の気運が高まり、日本でも日本循環器学会を始め各学会では積極的に禁煙を推進してきた。

タバコの三大有害物質はニコチン、タール、一酸化炭素であり、ニコチンは依存性を有する。タールには多くの発がん物質が含まれ、一酸化炭素は組織の酸素欠乏を引き起こす。喫煙は慢性閉塞性肺疾患などの呼吸器疾患の発症を増加させるとともに喫煙により肺癌の発症率は上昇し、喫煙者の非喫煙者に対する肺癌の発症率は4.5倍(男性)である。ただ一般にあまり知られてはいないが喉頭癌の喫煙者の発症率は非喫煙者の32.5倍(男性)と非常に高い。また妊婦の喫煙や受動喫煙による乳幼児の突然死の増加など喫煙の悪影響は非常に幅が広い。さらに喫煙による健康被害が受動喫煙によっても生じることが重大な問題点である。

喫煙の脳心血管障害への影響はフラミンガム研究を代表とする疫学研究により明らかとなってきた。虚血性心疾患発症、脳卒中ともに喫煙

により発症率は約2倍に上昇する。また喫煙者が心筋梗塞発症後に禁煙すると、その後の致死性不整脈による死亡頻度が低くなること、さらには喫煙により各種疾患による腎不全の進行を促進することも報告されている。虚血性心疾患のリスクは男性が女性よりも高いのが通常であるが、高脂血症+高血圧+糖尿病+喫煙、あるいは高脂血症+糖尿病+喫煙の群では女性が男性よりもリスクが高いことがJ-LIT研究で示されている。各年代別の喫煙率でみると女性においては40,50代よりも20,30代の喫煙率が高く、ファーストフードに親しみ、喫煙率の高い若い日本女性が、がんや動脈硬化性疾患の好発年齢になる将来、社会的に大きな問題となると考えられる。

大阪医科大学では敷地内禁煙を実施し、平成22年1月に完全予約制の禁煙外来を開設した。すなわち禁煙が成功しないのは意思が弱いだけでなく、ニコチンのもつ強い依存性が原因であるので健康保険が適用される。ニコチンは脳内報酬系ニューロンのニコチン性アセチルコリン受容体に作用してドパミン放出を促進する。喫煙による急激なニコチン濃度上昇は一過性のドパミン過剰放出を起こす。そのため負のフィードバックが起こり、シナプス前ニューロンのドパミン放出能力が低下し、シナプス後ニューロンのドパミン受容体数が減少する。その結果、ニコチンのない状態では、シナプスの機能不全が起こる。すなわち喫煙は、自分で作った不都合な状態を元に戻すだけのことにすぎない。ニコチンは離脱症状(身体的依存)や急性毒性が他の薬物に比べて強くないので害が過小評

働されているが、依存性(心理的依存)や健康障害の度合いは違法な薬物と同等または同等以上と考えられる。また最近いわゆる弱いタバコを吸う人が多いが、パッケージ表示量の少ないタバコでも、人体が吸収するニコチン量は同じという研究結果がある。表示量はあくまでも機械が喫煙した場合の値で、代償性喫煙によりタバコの種類にかかわらず、人体は一定量(約1mg)のニコチンを吸収するとの報告がある。

健康保険を適用し禁煙治療を行うには、外来患者であること、これまでの喫煙歴としてプリンクマン指数200以上(一日の喫煙本数掛ける年数が200以上)、TDS(図)5点以上のニコチン依存症であること、禁煙を行う意志があり、禁煙を希望し文書で同意を示すことなどの条件を満たすことが必要である。禁煙外来ではCO測定装置にて毎回呼気中のCO濃度を測定する。この濃度測定は実際に禁煙が実行されているかどうかのチェック機能とともに禁煙によるCO濃度の低下を患者が確認することで禁煙続行のモチベーション維持にも貢献する。禁煙外来は筆者の他、循環器内科、呼吸器内科、耳鼻科の医師、担当の看護師、臨床心理士、薬剤師が関与するチーム医療である。禁煙の意欲を維持するために共同作業としてのカウンセリングが非常に重要である。禁煙外来では3ヶ月間に合計5回の受診が健康保険で認められ、途中で中断しないことが非常に大切である。

禁煙成功のためには5つのRへの配慮が重要だとされる。1つめは関連性(Relevance)であり、自分の病気や新婚の方に妊婦に対する危険性などと関連づける。2つめは危険性(Risk)であり、動脈硬化、がん、手術時の危険度などの危険性を理解する。3つめは報酬(Rewards)であり食事がおいしくなることやタバコ代の節約などが利益を得ることを実感してもらう。また禁煙により寿命が延長するだけでなく、健康寿命も延長するとされる。4つめは障害(Roadblock)であり、体重増加(数キロは認容する)やうつ、

周囲の協力不足などである。5つめが反復(Repetition)であり、禁煙の必要性を繰り返し説き、家族や同僚が禁煙に協力することが過去に失敗した人には特に必要である。

禁煙補助薬としてはニコチンパッチ剤と経口のバレニクリンがある。ニコチンパッチは皮膚吸収なので効くまで少し時間がかかる。起床時の一服を減らそうとして夜に貼付すると悪夢を見ることがあるので、起床時に貼付し、治療開始初期の起床時にはニコチンガムで補充するなどの工夫が必要である。またかぶれるなどの皮膚の副作用がある。経口のバレニクリンは $\alpha_4 \beta_2$ ニコチン受容体の部分作動薬である。バレニクリンが少量のドーパミンを放出させ、禁煙に伴う離脱症状やタバコに対する切望感を軽減する。また禁煙中に再喫煙した場合には拮抗薬として作用し、 $\alpha_4 \beta_2$ ニコチン性アセチルコリン受容体へのニコチンの結合を妨げ、その結果、喫煙による満足感を抑制するというのがその作用機序である。こうした補助薬によりプラセボと比較してニコチン製剤で2.1倍、バレニクリンで3.75倍の禁煙達成率が得られるとの報告がある。また心疾患患者の喫煙者におけるバレニクリンの安全性と有効性が最近前向き試験により証明された。

大阪医科大学の禁煙外来にはニコチンパッチなどをすでに試みた禁煙困難症例が集まり、殆どの症例がバレニクリンを使用している。しかし、バレニクリン服用による気分不良が生じた症例、スバズムによる狭心症発作を誘発した症例、腎機能低下があり、バレニクリンの血中濃度が上がりすぎたためと考えられる消化器症状のため減量、中止を余儀なくされた症例など、禁煙外来は決して容易ではない。3ヶ月後の禁煙達成時には手製の表彰状を患者に手渡し、スタッフ全員が拍手で祝福する。禁煙外来は病院という拍手が似合わない場所で自然と拍手が沸き起こる特殊なゾーンである。もちろんその後の経過をみる元の主治医、患者自身、ならびに

家族や職場の同僚が禁煙継続のため患者をサポートし続けることの重要さはいうまでもない。

禁煙外来は自動的に禁煙達成という目的地に連れて行ってくれるバスやタクシーではなく、自動車でもない。強いて言えば電動自転車であり、あくまでもモーター（薬剤やカウンセリング）は補助的役割であり、自分自身の意志を

強く持って努力しないと目的地（禁煙）にたどりつかないものである。そして他の医療よりもさらにチーム医療が（家族、職場も含めて）必要な医療であるということを実感している。今後も禁煙達成者が少しでも増えるように、禁煙達成のためのより良きアシスタントとなれるように活動していきたいと考えている。

図 ニコチン依存症に係るスクリーニングテストTobacco Dependence Screener (TDS)

	はい (1点)	いいえ (0点)
1. 自分が吸うつもりよりも、ずっと多くタバコを吸ってしまうことがありましたか		
2. 禁煙や本数を減らそうと試みてできなかったことがありましたか		
3. 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコがほしくてほしくてたまらなくなることはありませんでしたか		
4. 禁煙したり本数を減らしたときに、次のどれかがありましたか (イライラ、神経質、落ちつかない、集中しにくい、ゆううつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、脈が速い、手のふるえ、食欲または体重増加)		
5. 上の症状を消すために、またタバコを吸い始めることがありましたか		
6. 重い病気にかかって、タバコはよくないとわかっているのに吸うことがありましたか		
7. タバコのために自分に健康問題が起きているとわかっているのに吸うことがありましたか		
8. タバコのために自分に精神的問題が起きているとわかっているのに吸うことがありましたか		
9. 自分はタバコに依存していると感じることがありましたか		
10. タバコが吸えないような仕事やつきあいを避けることが何度かありましたか		

「はい」(1点)、「いいえ」(0点)で回答を求める。
 「該当しない」場合、(質問4で、禁煙したり本数を減らそうとしたことがない等)には0点を与える。
 判定方法:合計点が5点以上の場合、ICD-10診断によるタバコ依存症である可能性が高い(約80%)
 スクリーニング精度等:感度=ICD-10タバコ依存症の95%が5点以上を示す。特異度=ICD-10タバコ依存症でない喫煙者の81%が4点以下を示す。得点が高い者ほど禁煙成功の確率が低い傾向にある。

Kawakami, N. et al., Addict Behav 24(2) : 155, 1999より転載

共催：ファイザー株式会社

第2回オーストラリア研修

昨年同様、バンクシア緩和ケアサービス法人のご協力のもと2011年2月8日より11日までオーストラリアメルボルンのバンクシア緩和ケアサービス法人において研修を行いました。参加した4名の皆さんのレポートを掲載いたします。尚、今回は豪日交流基金の助成を受け実施いたしました。



Australian Government



豪日交流基金

Australia-Japan FOUNDATION

レポ ー ト

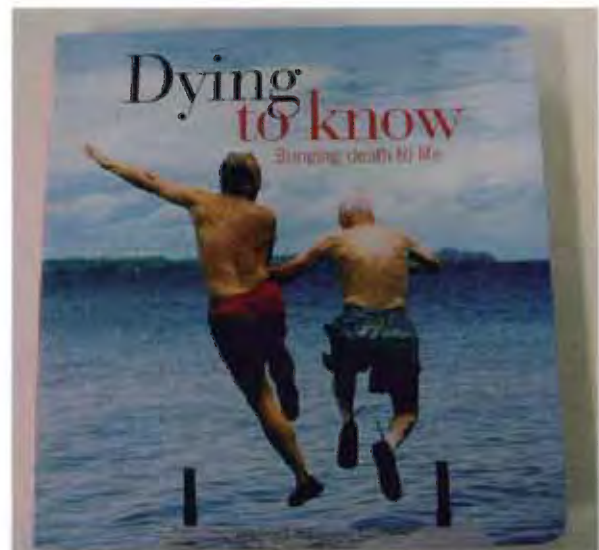
オーストラリアの研修で学んだこと

松田明子

JEECSの第2回オーストラリア緩和ケア研修の目的は「メルボルンにて緩和医療について学び、地域の医療施設での緩和ケアの実態を把握し、訪問看護に参加し緩和医療の実態を経験する」ことであった。研修はオーストラリアのビクトリア州のバンクシア緩和ケアサービス法人にて4日間にわたって行われた。私がこの研修に参加した目的は、特に患者の価値観を尊重したケアを中心に学ぶことであった。社会保障制度や住民の価値観の育成について、緩和ケアにおける患者の価値観を尊重したケアについて、研修で学んだことを述べてみたい。

オーストラリアの社会保障制度は年金、家族手当、生活保護等の「所得保障制度」、メディケアと呼ばれる「医療保障制度」、高齢者ケア、障害者福祉、児童福祉といった「社会福祉制度」に大きく分かれる。所得保障制度および医療保障制度が原則一般財源で賄われ、税財源により介護サービスは提供される。また医療・福祉サービスは全国民を対象とする普遍的なサービスとなっている。政策として在宅医療の推進を目的としているため、クライアントのアセスメント項目の標準化や訪問看護ステーションと病院・介護施設の情報共有がネットワークにて管理され充実していた。この点は、日本の在宅医療体制においても今後の課題であろう。

オーストラリアでは自己の価値観や信念に基づいて死の迎え方を自己決定することが法的に支持されている。5年前に改正された法律によると自分がどのように死を迎えたいかについての書面による意思表示は、18歳より開始され、2年ごとに意志確認され、自分が信頼する家族メンバーの中で自分の意志を伝えるキーパーソンを選び、その意志を伝える。その意志は法的な資料となり、個人が何らかの理由で病院に入院した場合、その資料は入院した個人のカルテに綴じられ、スタッフが確認することができる。例えば、クライアントが一定の条件下で医療処置を拒否している場合、たとえそれが本人の生命を引き延ばす可能性がある処置であっても、キーパーソン



やスタッフはその本人の意志を尊重した支援をするよう支持されている。また、住民が日ごろから「死」や「生」について考えられるように写真のような資料を政府の財源で作成し、市町村の民間福祉団体に配布し、それを専門職が、住民の死生観の育成に関する教育の資料に活用している。このオーストラリアの住民の死の迎え方を自己決定する法改正のことを学び、健康な時に「死」について考える機会があることや「死」について家族と話し合う機会があること、さらに継続して「死」について考えることは、自分自身の日ごろの生活を振り返る機会となり、どのように生きたいか、何を大切に生きたいかを自分自身が確認していく助けになるのではないかと思った。また、誰もが「死」には恐怖や不安をもつからこそ、いろいろな方法で早い段階から教育的に専門職が関わる必要があるであろう。日本においては、義務教育では「性教育」など人が「生まれる」ことについての教育はある程度なされているのに対して人が「死ぬ」ことについての教育はほとんどなされていない。また、医学や看護学・保健学においても「死生観」や「医の倫理」の科目は系統的に軸として教育されていない。また地域差はあるが個人の健康に対する意識や治療を受ける際の自己決定についてもまだまだ医療者にゆだねられている場面も少なくない。このような現状の中、なかなか生きることについても死ぬことについても選択や決定として医療のことを考えにくいのが現状であるが、個人、周囲、地域の人々の「生」や「死」の意識に関心を向けていくことが重要であろう。私自身は、日々どのように生きたいかを考え、周囲の信頼できる家族や友人に出来るだけ意志表明することを心がけていきたい。また、このような考え方を看護学生にも伝えていきたい。さらに看護実践では、患者が迷っていると感じた時、患者の状況やその状態にもよるが、「今何をしたいか」、「生活で大切にしてきたものは何か」、「どのような生活が送

りたいか」、など患者の価値観を尊重し、それに対して対策を提案し、患者自身が自分の生活に関心を向け意識できるように働きかけていきたい。今回の研修は、自分自身の価値観や死生観を再確認する良い機会となった。

オーストラリア保健・高齢化省は2006年にWHOの緩和ケアの定義を導入した(研修会配布資料より)。緩和ケアは、早期診断による苦痛の防止または緩和、行き届いたアセスメント、疼痛その他、身体的または心理的、精神的な苦痛と問題の治療、また生命に関わる病気や高齢化に伴う課題に直面する個人とその家族のQOL(生活の質)の向上へのアプローチである。また、緩和ケアにおける看護の役割は、認知症や心不全、癌といった疾病の軌跡を把握し、患者に応じた緩和ケアを行うことであると学んだ。緩和ケアに携わる看護師は、臨床経験や卒後教育としての緩和ケアに関する研修を積むことにより、クライアントの健康状態や症状、症状からくる生活への影響などを適切に判断し、クライアントの意志に沿った援助を提案し、クライアントや家族が選択した意志に沿って支援する判断能力や実践力が求められる。研修で緩和ケアや疼痛アセスメントの講義を受け、絵画療法や音楽療法の体験や訪問看護の実際を体験して、個人のおかれている状況、その体験から抱く感情は様々であり、それらを表現する機会や環境づくり等がとても大切であると学んだ。さらに緩和ケアには、患者の症状や薬効や心理・社会等のあらゆる観点を考慮した上で判断が必要であることを学んだ。今後、患者が自分の意志を表現できるように環境づくりに努め、患者の意志を尊重した支援をめざし、研鑽していきたい。

最後になりましたが、この度は、豪日交流基金助成金を受けオーストラリアの研修に参加させて頂き、JECSSの皆様から心から感謝申し上げます。

オーストラリア研修に参加して

..... 守 安 つかさ

私は、現在救命救急センターのICUで働いています。当センターは、三次救急患者を担うため、常に緊迫感のある状態下で仕事をしています。ICUでは、ほとんどの患者が鎮静下で、言語的コミュニケーションが困難な状況にあり、私達スタッフも救命を第一に考えているため、リラクゼーションや緩和ケア、リハビリなどといったことはどうしても二の次になってしまいがちです。

その時このオーストラリア研修の存在を知り、何か一つでも吸収することができれば、と思い参加を希望しました。

研修では、たくさんの学びがありましたが、その中でも特に私が印象に残っている、アートセラピーと音楽セラピーについて重きを置いて述べさせていただきたいと思います。

アートセラピーでは、心の中のトラウマや悲しみを画用紙に表現し、その絵から感情を引き出し、自分と向き合うことの重要性があるのだと学びました。癌を抱えた女性の葛藤・孤独感・深い悲しみ・失望が、絵には黒い大きな丸で示されていたり、また、ある家族を病気で失った絵には、家がたくさん描かれているのにも関わらず、自分の家だけがどこの家ともつながっておらず、社会から隔離されていると感じ、喪失による孤独感が伺えました。私も絵を描いたのですが、画用紙一杯に色々な絵を描いたところ、今自分が多忙な状況下であることを指摘されました。アートセラピーの先生いわく、一年に一回は絵を描くことで、自分と向き合う時間を作ることが大切なのだそうです。

音楽セラピーでは、ある6歳の女の子が亡くなった二日後に、その姉を訪問して妹に捧げる歌を一緒に作ったそうです。その歌を彼女の葬式で歌う事により、悲しみの中にもたくさんの素敵な事を思い出し、癒され、心が浄化すると学びました。私の考えでは、ただ音楽には癒しの効果

があるから患者にとってはいいのだという、浅かな知識だけしか持っていなかったのが、患者の家族の心を癒すことができるなんて考えもせず、とても衝撃を受けました。

また、訪問看護でも、在宅で患者が過ごせるために、色々な社会サービスを利用するように勧めたり、患者の家族の話を傾聴し不安緩和に努めたりしていました。

音楽セラピーにもアートセラピーにも共通して言える事は、患者自身もそうですが、家族の心のケアにとっても重点を置いているということです。日本でも、もちろん患者家族の心のケアには重点を置いていますが、オーストラリアではより一層家族の立場に立ち、話を聞き、心に寄り添うことが重要視されているように思えました。患者の死後も家族と向き合い、患者の死を良い意味で浄化していく。それがとても印象に残りました。

全ての講義や実習に共通しているのですが、それぞれのスタッフがその分野のプロフェッショナルとして、活躍しているということです。オーストラリアでは、看護師やスタッフが自分の意思をしっかりと主張し、意見もきっちり発言します。しかし、自己責任能力も非常に高く、自分の仕事に責任とプロ意識、そして何よりもプライドを持って仕事しているように感じました。

日本は、優秀な看護師が多いのに、結婚や子育てを理由に看護師を辞めてしまう事がとても多いのが残念だ、とホスピス病棟で働いている日本の看護師の方が言っていたのがとても印象的でした。文化の違いもありますし、また個々の病院によっても違うため一概にはそう言えませんが、日本はまだまだそういった看護師が働きにくい状況が多いように感じます。もっと体制を整えて、潜在看護師の活躍できる場を与えて欲しいと感じました。

今回の研修を活かし、今後、一人一人の患者の

ニーズに沿った看護を提供していきたいと思
います。この研修に参加する機会を与えて頂き、

感謝しています。

オーストラリアの緩和ケア.....

.....北摂総合病院 矢作 満津恵

はじめに

研修出発前、私は実際働く現場で超高齢化、癌患者の増加を目の当たりにしていた。退院しても行き場ない患者 在宅医療のニーズは高まるが、使えない介護保険の現状。

オーストラリアでは緩和医療をどう浸透させて来たのか知りたいと思い、実際知って自分が看護の現場でどう生かせるのか考えた。

1 オーストラリアの現状

オーストラリアと日本の現状は良く似ていると感じた。2003年から悪性腫瘍が疾患別死亡原因第1位となっており、死亡者の3人に1人は悪性腫瘍が原因である。更に高齢化が進んでおり、認知症も増えている現状がある。老老介護も増えているという。

2 オーストラリア政府による取り組み

オーストラリアでは2000年にNational Palliative Care Strategyが出されWHOが掲げる緩和ケアの定義を取り入れ基本理念をまもりつつ各州で様々な取り組みがされている

- ケアの三角形による適切な時に場所とケアの提供がされている。
- 州に2人のナースプラクティショナーを23人に増やす計画。
- 様々なパンフレットを作成して広報している。

3 緩和ケアの実際

- 過去5年で緩和ケアの定義がより広範囲となっている。早期から介入することにより現状の悪化を防ぐことができる。
- すべての医療関係者はベースに緩和ケア知識が必要であるとの認識があり、スタッフ向けのマニュアルが統一されている。高齢化に伴い、

介護施設向けのマニュアルがあり、清掃、調理スタッフにまで教育される。

- 一般への教育
- 家族への援助:介護給付金・レスパイトケア(デイケアなど)・グリーフケア(悲嘆ケア) 家族指導

4 AD(事前指示:Advanced Directive)の浸透
オーストラリアでは18歳(成人)になったら4つの意思決定を行う:

医療後見人その他の決定(各3人いるため3)
とリビングウィル提示(1)の4つ

オーストラリアも日本同様、死について語らず、避けて通りたいと思っている人が多かった。急な時に本人の意思が尊重されなかったり、家族が決めたりすることもある。家族ではなく自分はどうして欲しいのかを意思決定しておく必要があり、またそれを周りに話しておく必要がある。オーストラリアでも欧米ほどは浸透しておらず患者、医療者共に浸透させることは課題となっているようである。

まとめ

人生最後の1年間に緩和ケアを提供すると30%のコスト削減につながると国際的な研究で結果がでている。オーストラリアの10年前の現状は今の日本と変わらない。しかしオーストラリアでは国が早期に緩和ケアの重要性に気づき、予算を組み医療と密に連携しながらバックアップしていることは、緩和ケアの浸透に大変大きな役割を果たしていると感じた。私は国を動かす力はないが、緩和ケアを学び、意思決定の重要性を話すことはできると考えた。

オーストラリア研修に参加して

..... 県立尼崎病院 越智 恭子

今回この研修で学んだこと感じたこと考えたことを、大阪大学の恒藤先生が出された緩和ケアを理解するキーワードにそって述べたいと思います。

1. Total pain

(患者にみられる苦痛、苦悩を身体的苦痛のみとして一面的にとらえるのではなく、精神的苦痛や社会的苦痛、スピリチュアルペインも含めて総体としてとらえる)

まさしく、オーストラリアではTotal painとしてとらえ対処されていることを強く感じた場面が研修1日目のパリアティブ ケアセンターのケースカンファレンスでした。

緩和ケアナース、ケースマネジャー、ソーシャルワーカー、訪問看護師、セラピストが一同に机を囲んでいました。

豊かな専門家集団からでるサービスの多様な選択、そしてその点が有効に機能出来るような上下関係のない開かれた関係性の中でのカンファレンス、Total painとしてとらえる共通の基盤、そんな中での確に迅速に手だてが講じられていく状況は言葉(英語)という壁はありましたが、実に気持ち良く肌で感じ取ることができました。成熟した大人の集団にふれた思いでした。

2. Quality of Life

希望と現実の差がQOLに反映すると言われていますが緩和ケアの場面では現実をよりよい方向にもっていくことが難しい場合が多々あります。

そんな場合患者さんの希望をより現実に近づける(治らない現実を受け止める)ように働きかけQOL向上につなげていくことが重要となります。

まさしくこの働きかけを研修3日目、訪問

看護場面で立ち会うことができました。

(ケース1)

74歳男性肺癌、化学療法を終了し退院。

1カ月目の訪問。兄が肺癌で手術を繰り返したが数年前に死亡した。

そのため手術は拒否し緩和ケアナースのサポートにより化学療法は受け入れた。

数日前に診察があったがCTの結果など説明が不十分で不安、不満をもたれ混乱されている場面。まず緩和ケアナースは患者・妻の訴えを静かに傾聴している。

そんな中で妻がやや興奮気味に「これからどうなっていくのか分からない」と訴えられる。

ナースはそれに対し「今の状態はお身体の様子や治療の経過をみても落ち着いていますよ」ときっぱりと静かに答えていた。

その後患者家族が落ち着きを取り戻されたのを見てナースは「再度、主治医からの説明を依頼しましょうか」と提案している…受け入れあり。その後妻から静かな口調で「今後どうなるのでしょうか」との問いかけがあった。

ナースは疾患の軌跡を分かりやすく真実を伝えていた。妻、家族は静かに受け止めている様子。訪問時の動的な鋭い空間が静かで穏やかな空間にかわる様、「看護の見事さ」に感動しました。緩和ケアのキーワード、コミュニケーション、人間関係も「生きてる場面」と感じました。

3. 症状マネジメント

訪問の際、緩和ケアナースは常に症状マネジメントが的確に行われているか確認していた。

特にナースプラクティショナーは麻薬をはじめ、緩和ケアに必要な薬を処方することが出来る点からもマネージメントがきめ細かく迅速に行われる結果となっていると思いました。

4. 家族のケア

3ケースの訪問看護に付きそえたが、いずれのケースにおいてもご家族の介護負担はどうか、健康状態はどうか、自然にナースは気遣いの言葉をかけていました。レスパイトサービスを受けてはどうか、他のサービスを入れた方がいいかなど、患者に向けるエネルギーと同等に家族に向ける様子が伺えました。

いずれにしてもこのようなすばらしいケアは政府の支援体制、教育支援の在り方、多様な専門家の育成などすぐれた背景があってこそ実施できると感じました。

さて日本の現状は確かに厳しいがこの研修で得たものを看護師として一つでも前に進めたいと思います。

最後になりましたが、このような貴重な研修に参加させて頂いたこと、オーストラリア政府、バンクシアの皆様、JECCSの皆様、木下先生、そして共に学んだ研修生の皆様に感謝します。本当にありがとうございました。



訪問看護ステーションにて



バンクシア緩和ケア・サービス法人での研修
(左から 木下佳代子理事、矢作満津恵さん、越智恭子さん、松田明子さん、守安つかささん)



国立公園にて
(写真左:左端 Julie Paul バンクシア緩和ケア・サービス法人Executive Officer)



薬剤師のための医学講座 ～3回シリーズ～

今回、ジェックスでは今後訪問看護など患者さんと接する機会が増える薬剤師の方々に身体所見など医師が患者さんを診察する際何をどのようにみているのか、どの様な情報が大切かを理解していただくために3回シリーズで講座を設けました。



第1回 1月29日(土) 午後4時から6時

「SpPinな身体所見 診察でここまでわかる」

講師：須藤 博先生 受講者：24名

テンポよく親しみやすい口調で、眼で良く見ることのできる多くのことがわかるか、をスライドで動画を交えて実際の例を見せていただきました。「『診る』ことまでわかるのか」といった新鮮な驚きが見受けられました。

第2回 2月12日(土) 午後2時から6時 「診て、聴いて、触れて学ぶ心臓病患者のバイタルサイン」

講師：高階経和理事長 受講者：20名

講義の後、心臓病患者シミュレータ「イチロー」を使って実際に脈に触れ、心音を聴く実習を行いました。

実習中は様々な質問が飛び交う熱い4時間でした。



第3回 3月5日(土) 午後4時から6時 「身体所見・バイタルサインの意味を考える」

講師：駒村和雄理事 受講者：19名

最終回は、実際に在宅の患者さんと接する際、「どのような点に気をつけ、主治医もしくは看護師に伝えるか」を解説し受講生同士がペアになり互いに脈をとり、血圧を計り酸素飽和度の測定をしました。また聴診器を使って呼吸音を聞く実習も行いました。



12名の方が3回全て受講され、理事長より修了証をお渡ししました。

第1回の須藤先生の講義後、漢方の勉強をされている薬剤師さんから「東洋医学でも望診と言って目で診る診断を大切にします。患者様が入室してから席につくまでにあらかたの診断をつける方もおられるとか。体はパーツの寄せ集めではなく、全てが互いに協力し合って一人の人を造っているのだと思います。昔分析機器のなかった時代は人の五感が病気の人を診る唯一の手段だったのでしょうから、パソコンの画面じゃなく繊細な観察力を持って患者様を診てくださる先生のようなお医者様が増えてくださる事を切に希望します。」との感想もいただきました。

アリゾナ大学短期留学留学生発表

次の2名に決まりましたのでお知らせします。

三好美美(香川大学医学部医学科4年) 牛場貴則(長崎大学医学部医学科4年)

2011年7月25日から8月19日まで研修を受けて頂きます。

研修会・セミナーのお知らせ

★2011年度夏季セミナー 「日本の食育を考える」

日 時：7月3日(日) 午後1時30分から4時30分

会 場：千里ライフサイエンスセンター「ライフホール」

「～美健賢食のすすめ～ 減塩で美食美生」

講 師：奥村彪生(伝承料理研究家)

石井和子(園田学園女子大学人間健康学部栄養学科准教授)

中村保幸(京都女子大学家政学部生活福祉学科教授)

参加費：ジェックス会員：無料 / 会員でない方：1000円

今回の夏季セミナーは「日本の食育を考える」をテーマに食事と健康の関わりについて開催いたします。また、関西電力株式会社のご協力で奥村彪生先生による調理の実演も行います。食事制限を余儀なくされている方、またそのご家族、健康を気遣う方に有意義なセミナーとなることと思えます。会員の皆様にはご案内をおってお送りいたします。

★「臨床心臓病研修会」時間変更と「生活習慣病研修会」名称変更のお知らせ

臨床心臓病研修会

4月より「臨床心臓病研修会」の開始時間が1時間遅く、3時からとなり終了は4時30分です。

これまで開始時間が早く勤務の都合上ご参加頂けなかった方もご来場頂けるかと思えます。

生活習慣病研修会

「生活習慣病講座」は4月より「生活習慣病研修会」と名称を改めました。開催時間などの変更はございません。従来通り、第2又は第3水曜日の午後2時から3時30分です。



新入会員(敬称略)

B会員：前田沙織 匿名2名 C会員：出口泰孝

寄附者(敬称略)

(平成23年1月1日～2月28日までにご寄附をいただいた方並びに企業)

東村八重子 福田八千代 小西美智子 石津孝子 津田和子 永田 照 松田明子

守安つかさ 越智恭子 矢作満津恵 高階経和

武田薬品工業株式会社

有り難うございました。



理事会報告

1月20日(木) 午後6時から午後7時 理事11名出席、監事2名 事務局2名

研修会・講座案内

◆臨床心臓病研修会：医療者向け ※開始時間が変わりました。

2011年4月16日(土) 午後3時から午後4時30分

「糖尿病治療の新展開～インクレチン製剤・新規混合インスリンを中心に～」

講師：大西峰樹先生(大阪医科大学内科学I糖尿病・代謝内分泌内科助教)

2011年5月21日(土) 午後3時から午後4時30分

「動脈硬化性疾患に対する新たな治療戦略」

講師：林 哲也先生(大阪医科大学内科学III教室准教授 同附属病院臨床
治験センター長)

◆生活習慣病研修会：一般の方向け

2011年4月13日(水) 午後2時から午後3時30分

「炎症性腸疾患の病態と治療」

講師：村野実之先生(大阪医科大学消化器内科講師)

2011年5月11日(水) 午後2時から午後3時30分

「他人事ではない脳卒中と認知症」

講師：越前直樹先生(北大阪けいさつ病院副院長)

★2011年度夏季セミナー

日時：7月3日(日) 午後1時30分から4時30分

会場：千里ライフサイエンスセンター「ライフホール」

「～美健賢食のすすめ～ 減塩で美食美生」

事務局から

◎2011年4月より土曜日に開催している臨床心臓病研修会の開始時間が1時間遅くなり、午後3時から午後4時30分となります。

◎2011年度の会員証は会費を納めて頂いた方から順次お送りしております。住所変更などの御連絡はお早めをお願いいたします。

編集後記

2011年3月11日、東日本を大地震が襲いました。阪神大震災を経験した我々にとっても想像を絶する事態です。現時点では言葉を失っている状況ですが、亡くなられた多くの方々に心より哀悼の意を表し、被災された方々に心よりお見舞い申し上げます。

(文責：加納康至)



発行：公益社団法人臨床心臓病学教育研究会
(略称：ジェックス事務局)

編集人：高階経和

532-0011 大阪市淀川区西中島4丁目6-17新大阪シールビル4階

電話：06-6304-8014 FAX：06-6309-7535

http://www.jeccs.org E-mail:office@jeccs.org