



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.13 No.2 2013.4

Japanese Educational Clinical Cardiology Society

www.jeccs.org

卷頭言

「大局観」

ジェックス理事 学校法人大阪滋慶学園 大阪保健福祉専門学校

副校长 豊田百合子

講演要旨

生活習慣病研修会 2012年9月12日講演

「安全で適正な薬物治療のために

～病院薬剤師の役割とセルフメディケーション～」

大阪医科大学附属病院薬剤部

西原 雅美

医療事情のウラオモテ

「フラミンガム心臓研究とその業績(3)」

ジェックス会長 北摂総合病院院長

木野 昌也

レポート

「オーストラリア緩和ケア研修を終えて」

伊東 路子 沖浦香緒里 渡邊 香織 知識亜紀子

お知らせ

卷頭言

大局観

ジェックス理事 学校法人大阪滋慶学園 大阪保健福祉専門学校 副校長
豊田 百合子



いつの時代も未来というものは不確実で不定形である。

ところで、道を究めた人の言葉は味わい深い。過日読んだ新聞記事の中に、将棋の羽生善治氏の、直感・読み・大局観という「羽生3原則」が紹介されていた。

「直感」とは、なぜそれを選ばなかったのか、なぜそれを選んだのかをきちんと論理立てて説明できることであるという。そのうえで具体的に先を「読む」プロセスに入るが、ここでの選択肢は数万通りになるため、その一つひとつを確かめることはできない。そこで、「大局観」である。

ここは積極的に動いたほうが良いとわかれば、過去も振り返り積極的な選択はどれかということだけに集中して考えるという。これまでに集積された、あらゆる知恵や経験を動員した「決断」が勝負を決めるというようなことが書いてあった。

国立循環器病センター看護部長時代に日本循環器看護学会の立ち上げにかかわった。あれから10年の月日がたっている。

超高齢社会に突入した我が国において、医療費削減の観点からも心不全患者の増加は重要な課題であり、慢性心不全患者は急性増悪を繰り返し悪化していく病態的特長を持つ。この特徴を踏まえて身体機能や認知、精神機能、増悪因子等を的確に評価し、心不全増悪を回避、予防、身体機能の回復に向け患者の生活を調整し自己管理能力を高める専門的な看護支援が重要になる。

慢性心不全看護認看護師の誕生はこのような内容を検討し重ねてできたものである。

立ち上げから認定看護師誕生までの事を思い浮かべると考え深い。現在全国では認定に合格した者60名である。これから分析を踏まえた研究発表が次から次へと紙面を占めると思うが、増悪回避にはガイドラインで推奨される治療を行うだけではなく、医療資源、社会資源を活用した生活調整も重要になってくる。多角的な視点で専門的介入をし、院内においては、多職種のコンセンサスの場の中心的役割を担いチーム医療の要となって活躍してほしいと願っている。

羽生善治氏の言っている周りを見て決断し勝負を決めないとならない。つまり「大局観」である。

私は、社団法人大阪府看護協会会長として6年の任期を務めた。

大阪府看護協会の存在感をアピールするはどうしたらいいか、看護職を社会的認知として認めてもらうには何をすればいいか、いつも考えていた気がする。

2012年7月より当学校にお世話になっている。建学当初から変わらない3つの教育理念の中に実学教育、人間教育、国際教育がある。命を育み育てることを大事にしている。看護の醍醐味は看護を実践することに尽きる。自らからだを動かし、人を動かし、頭を使う。数多くの体験と経験により人の気持ちが判る人になると学生に言っている。

将来、慢性心不全認定看護師がこの卒業生から誕生するのもそう遠くないと期待している。

理事紹介

豊田百合子（トヨタ・ユリコ）

1983年厚生省（現厚生労働省）幹部看護婦管理研修修了。国立京都病院、兵庫中央病院教官、02年国立循環器病センター（現国立循環器病研究センター）看護部長を経て06年社団法人大阪府看護協会会長。2012年より現職。09年よりジェックス理事。

講演要旨

2012年9月12日(土)
第306回生活習慣病研修会

安全で適正な薬物治療のために ～病院薬剤師の役割とセルフメディケーション～

大阪医科大学附属病院 薬剤部
西 原 雅 美

1) 背景

医療の高度化・複雑化に伴い、医療現場は潜在的にリスクが高い状況にあります。このような状況を背景として、安全確保の観点からも医療に携わる各部門のスペシャリストが専門性を発揮し、患者さんを総合的にサポートする「チーム医療」の推進が不可欠なものとなってきています。かつては調剤を中心だった病院薬剤師の業務も医薬分業の拡大と共に多様化しており、チーム医療の一員としてその業務をオールラウンドにこなすとともに、特定の疾患や領域に対する高い専門性が求められています。

他方、医療保険が整備されている日本では、自己負担が少ないため諸外国と比べて国民一人あたりの受診回数が多いと言われています。医療費は9年連続で増加しており、平成23年度は前年度に比べて約1.1兆円増の37.8兆円で過去最高となりました。今後も更に増大する事が懸念されているため、WHOを中心にセルフメディケーションが提唱されています。セルフメディケーションとは「自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当すること」と定義されており、生活習慣病の予防や体調不良の改善のための自己管理もこれに含まれます。

2) 医薬品とは

医薬品は、飲んだり（内服）、塗ったり（外用）、注射したりすることにより、人や動物の疾病的診断、治療、予防を行うための物で、「医療用医薬品」と、薬局・薬店で誰でも購入できる「一般用医薬品」とに大別されます（図1）。医療用医薬品は先発品（新薬）と後発品（ジェネリック）に分けられ、医療費抑制政策

により後発品の使用促進が図られています。また、一般用医薬品はリスクの程度に応じて3つのグループに分類され、特にリスクの高い医薬品（第1類）については薬剤師による販売に限られています。医療用医薬品として多用されてきた医薬品を一般用医薬品として承認するケース（スイッチOTC）も増えてきており、食品に分類されるサプリメントなども含め、これからはセルフメディケーションの考え方が浸透し、ニーズもより多様化していくことが予想されます。

医薬品の役割としては病気の診断・予防・治療があり、①病気の原因に直接作用し効果を發揮する原因療法（例、感染症に対する抗菌薬）②病気の症状（発熱や痛み）を和らげる対症療法（例、風邪に対する解熱鎮痛薬）③不足した特定の物質を補充する補充療法（例、糖尿病に対するインスリン）④病気の予防や診断、栄養補給（例、ワクチンの予防接種）などに分類することができます。いずれにしても人や動物の身体に使用し、影響を及ぼすものであり最も重要なのは安全性です。

3) 病院薬剤師の役割とセルフメディケーション

医薬分業が進んだため、多くの病院で外来患者さんのお薬を院内で調剤することが少なくなり、病院薬剤師の業務は入院患者さんの薬物治療へ大きくシフトしています。病棟薬剤業務として患者さんの情報を把握し、医薬品の安全性情報などに加えてスタッフに周知・共有することが、薬による副作用の未然防止・重篤化回避のために非常に重要な業務となっています。薬物療法の有効性と安全性を確保するために、医薬品に関する全ての課程に関与してその適正使

用に努めることが求められ、更に、感染対策や栄養管理、がん領域、緩和ケア、糖尿病など多くの医療チームの一員として、医師、看護師などと協働することも必要とされています。また、患者さんが日頃使用しているお薬の確認（持参薬の鑑別）、その副作用や注意事項の説明、薬への疑問・質問に応えるお薬相談も重要な役割です。退院後の自己管理に備えて、様々な剤型のお薬の中から患者さんが使いやすく（服用しやすく）なるように援助・支援を行います。薬物療法に関する医師へのアドバイスやサポートなど、医薬品が安全にかつ適正に使用されるように患者さんとの橋渡しをする役目を担っています。

健康に過ごすためには、自分の健康は自分で守ることを意識し、病気やお薬についての正しい知識を身につけることが必要です。正しい知識があれば、軽い症状を自分で改善することや、生活習慣病の予防や健康維持に役立てるすることができます。かぜや軽いけがなどの体調不良を起こした場合、OTC医薬品を上手に利用し自分で手当するセルフメディケーションが役立つますが、そのために相談できる薬剤師、かか

りつけ薬局を決めておけば、自分の体質に合ったアドバイスを受けられます。また、自分の使用しているお薬を正確に知り副作用などの問題を防ぐためには「お薬の記録」が役立ちます。

4) 最後に

医薬品は正しく使ってこそ、その効果を現わします。①用法・用量は指示通り守る。②自己判断で勝手に中止しない。③自己判断で他のお薬などと併用しない。④症状が同じでも薬のやりとりはしない。⑤正しく保管して使用期限にも注意する。など、作用・効果に影響する因子が多数ありますので、薬剤師に積極的に質問・相談し、正しい情報・知識を身につけてください。自分自身の情報を正しく伝えれば、薬剤師が専門家としてセルフケアのポイントや限界を説明してくれるはずです。

毎日の健康管理の習慣は大切です。セルフメディケーションが一般的になる時代には、医師よりも薬剤師の方が患者さんと接する機会が多くなるかもしれません。お薬や医療の知識を身につけるためのパートナーとして、日頃から薬剤師と上手に付き合いましょう（図2）。

●図1

医療用医薬品と一般用医薬品

医療用医薬品	一般用医薬品
医師もしくは歯科医師によって使用され又はこれらの者の処方せんもしくは指⽰によって使用されることを目的として供給される医薬品。 ①処方せん医薬品 処方せんに基づき投与する医薬品。違反行為には罰則が適用される。 ②③以外の医薬品 行政指導により適正販売が求められている。	医師による処方せんもしくは指⽰などで購入できる医薬品。 大衆薬、市販薬、OTC医薬品、家庭用医薬品などとも呼ばれる。 Over The Counter Drug, OTC薬 医療用医薬品として多用されてきた薬を、大衆薬として認可するケースもある。（スター10、ロキソジンなど）。

●図2

薬剤師と上手く付き合う！



共催：トーアエイヨー株式会社

医療事情のウラオモテ

ニューライフ誌2012年7月号より

コレステロールの影響 フラミンガム心臓研究とその業績(3)

ジェックス会長 北摂総合病院院長

木野 昌也

高血圧の治療を行う意義は何でしょうか？ 例えば頭痛やひどい肩こりがある、あるいは運動時の呼吸困難、身体がだるいといった症状を経験された方であれば、血圧が下がることにより、頭痛がなくなり、肩こりがとれ、身体が軽くなったり爽快感を感じ、高血圧を治療する意義を実感することができます。しかし検診などで高血圧を指摘されて来院される方は、自覚症状がないだけに、なぜ高い医療費を払い、多忙な時間を調整して診察を続けなければならないのか。身体の調子も良いので降圧剤は飲まず、塩分制限と運動で血圧を下げよう。特に若い人たちでそう考える人は少なくありません。また、そのような時に、降圧剤を服用すると認知症になるといった根も葉もない間違った知識を吹き込まれた時、自己判断で治療を中断する人があります。

高血圧の治療を行い、その結果として血圧を目標値にまで下げる意義。それは、血圧を下げることにより、脳卒中や心不全、腎不全を予防することです。治療の効果は、健康状態を維持することであって、何もおこらないことが良いことなのです。高血圧治療を自己判断で中断し、半年や一年後に脳卒中をおこしてしまっては、それまで一生懸命に取り組んだことが、全て無駄になってしまいます。一旦、そのような合併症を起こしてしまえば、誰でも治療の必要性が分かりますが、それでは手遅れです。そのような方が一人でも少なくなるように、我々は医療の現実を伝えなければならぬと思っていました。

ところで、これまで何度もお話をしましたが、動脈硬化は多くの要因が重なって起こってきます。遺伝的な素因、高血圧、高脂血症、糖尿病、喫煙、運動不足、肥満や精神的ストレス、等々。長く生きているというだけで、動脈

硬化は進行します。つまり、高血圧は動脈硬化をすすめる危険因子の一つにすぎません。高血圧の治療が動脈硬化の予防を目的として行われているのであれば、その他の危険因子についても同様の取り組みが必要です。ところが、現実には、なかなかこの事実が理解されず、実行されていません。降圧剤をきっちりと服用し、病院にも眞面目に通院されているのに、タバコを止められない。高血圧は治療しているのに、コレステロールは高いまま。コレステロールを下げようと一生懸命食事療法に取り組んでおられるのに、結果として下がらず、いつまでもコレステロールが高いままの人。コレステロールを下げる薬剤を勧めても飲みたくない拒否される方。

コレステロールは異常値であっても全く自覚症状はありません。その影響は静かに進行し、動脈硬化がある限界点を越えた時に、脳卒中や心臓発作として発症します。患者さんとお話をしていると、一般に流布されている間違った知識を信じてしまい、折角の治療機会を逃しておられる方が沢山おられるのではないかと感じます。

高コレステロール血症

フラミンガム心臓研究は、これまでに数多くの業績をあげてきました。ホームページ上に、歴史的な業績がまとめて掲載されています(表1)。

表1 フラミンガム心臓研究で明らかになった主な事実

1960年	喫煙は心疾患の危・険率を上げる
1961年	高コレステロール血症、高血圧、心電図異常は心疾患の危険率を上げる
1967年	積極的な運動が心疾患の危険率を下げ、肥満は心疾患の危険率を上げる
1970年	高血圧が脳卒中の危険率を上げる 心房細動は脳卒中の危険率を5倍上げる
1976年	女性は閉経後に心疾患の危険率が上がる
1978年	社会生活における精神的ストレスは心疾患の原因となることがある
1988年	HDLコレステロールの増加は死亡率を下げる
1994年	左心室の拡大は脳卒中の危険率を上げる
1996年	高血圧は心不全の原因となる
1998年	心房細動は全ての死亡原因を増やす
2001年	正常高値血圧が心血管疾患の危険率を上げる、正常高値血圧を下げる意義を指摘
2002年	10人のうち9人は中年で高血圧になる 肥満は心不全発症の危険因子
2009年	心房細動と遺伝的素因の関係
2010年	睡眠時無呼吸症候群は脳卒中の危険率を上げる 65歳までに脳卒中を発症した親を持つ人は、3倍の確率で脳卒中を発症する

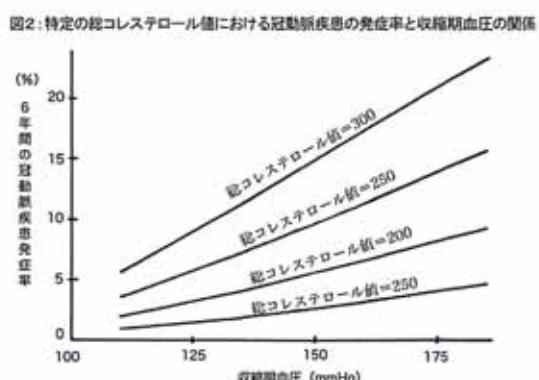
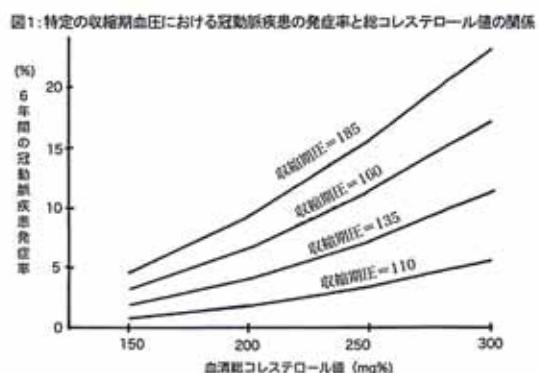
1948年に疫学調査が開始されて以来、早くも1960年頃には、高コレステロール血症や喫煙が心臓疾患の危険因子であることが確認され、医学会誌に報告されています。高コレステロール血症が冠動脈疾患の危険因子であることは、今では誰もが知っている常識ですが、高コレステロール血症が動脈硬化の危険因子として分かるには、多くの人の地道な研究が必要でした。

それでは、1961年にカンネル医師らにより米国内科学会雑誌に報告された記念すべき論文をご紹介しましょう。

フラミンガム研究に参加の意思を示した39歳から59歳の住民4,469名の中、4,393名の人は健診にて冠動脈疾患などの疾患はなく健康と診断されました。そしてボランティアとして参加の

意思を示した740名の中、734名の人は冠動脈疾患などの所見なく健康と診断されました。この健康と診断された住民とボランティア5,127名の人が調査の対象となりました。この方たちに2年毎に定期健診が繰り返し行われました。そしてその6年の経過観察中に、心筋梗塞を発症したのは、男性64名、女性16名。狭心症を発症した人は、男性37名、女性42名、そして冠動脈疾患が原因と思われる突然死は、男性24名、女性3名に起こりました。そして、この人達が健診に参加した時の最初の血圧値と総コレステロール値、そしてそれらの値と冠動脈疾患の発症率との関係を示したのが、図1-2です。どの収縮期血圧のレベルでも、総コレステロール値が増加するにつれ、冠動脈疾患の発症率が増加することが分かります。さらに、収縮期血圧が高い程、冠動脈疾患の発症率が増えることが分かります(図1)。

一方、総コレステロール値がどのような値であっても収縮期血圧が高いほど、冠動脈疾患の発症率は増え、そして総コレステロール値が高いほど、その危険率は増えることが分かります(図2)。



LDLコレステロールとHDLコレステロール

この研究が行われた当時、血液中の脂質成分を測る方法が少なく、総コレステロールやリン脂質くらいしか測定できなかったのですが、その後の検査法の進歩により、リボ蛋白や中性脂肪、遊離脂肪酸が測定されるようになりました。そして血液中のコレステロールは、HDLコレステロールとLDLコレステロールに分類されるようになりました。

1971年、カンネル医師らフラミンガム心臓研究のグループは、総コレステロールの中でも、どの成分が冠動脈疾患を発症する上で重要な要因であるのかを詳細に検討し、遂にLDLコレステロールが冠動脈疾患の進展を予測するという論文を発表します。つづいて1977年にはHDLコレステロールは逆に冠動脈疾患の発症を予防する因子であることを発見しています。

フラミンガム心臓研究は、フラミンガムの住民5,209名の人達に対する疫学調査で、1948年から開始され、全ての参加者に2年毎に健康調査が実施されました。その健康調査の受診率は、80%、そして1970年までに調査から脱落した人の割合は1%以下という高い実施率を誇っています。医学の進歩により、その後、調査項目は追加されていますが、1970年から1972年の健康診断の際にはHDLコレステロールの値が測定されました。そして12年間にわたり追跡調査が行われた結果、1988年、HDLコレステロールが低いと死亡率が増えることを発見し、米国心臓協会の会誌に発表しています。

それでは、その研究成果をご紹介しましょう。1970年から1972年にHDLコレステロール値が測定されたフラミンガムの住民2,748名(男性1,189名、女性1,559名、年齢は50歳から79歳)の方に2年毎の健康診断が行われ、12年間追跡調査されました。

12年間の調査中、男性は1,189名の中、平均6.9年後に402名の死亡がありました。12年間の死亡率は、参加者100名あたり33.8名です。女性については、1,559名の参加者の中、平均7年後に317名の死亡がありました。12年間の死亡

率は、参加者100人当たり20.3人です。死亡時の平均年齢は、男性で73.0歳、女性で74.1歳でした。死亡した人については、病理解剖所見や死亡診断書、カルテの記録、家族からの聞き取り調査などの綿密な調査を行い、全員の人について、その死亡原因が特定されました。死亡原因は、冠動脈疾患によるものが男性84名(女性51名)、心臓血管疾患によるものが男性107名(女性84名)、そして癌による死者数は、男性100名(女性76名)でした。

追跡調査を分析した結果、男性でHDLコレステロール値が低い人(<35mg/dl)は、高い人(>54mg/dl)に比較して死亡率は1.9倍、心臓血管病による死亡率は3.6倍、そして冠動脈疾患を発症する確率は実際に4.1倍になる事実を発見しています。一方、女性では、HDLコレステロール値が低い人(<45mg/dl)は、高い人(>69mg/dl)に比較して、死亡率は1.5倍、心臓血管病による死亡率は1.6倍、そして冠動脈疾患を発症する確率は3.1倍であることが分かったのです。HDLコレステロール値と癌による死亡率との関係はありませんでした。

コレステロールと健康

コレステロールは人の身体の細胞の細胞膜を構成する大切な物質です。さらに副腎皮質ホルモン、男性ホルモンや女性ホルモン、黄体ホルモンや脂肪の消化酵素である胆汁酸などの原料になるなど、身体中に広く分布しています。

様々な生命現象に関わる重要な物質であるコレステロールは、多すぎても、少なすぎても人の身体に影響を与えます。一日の必要量は1~1.5gとされていますが、このコレステロールは、食物から摂取されるものと体内で合成されるものがあり、7~8割は肝臓など体内で合成されます。食物によって摂取するコレステロールが多すぎると、体内で合成されるコレステロールの量は減ります。逆に摂取するコレステロールの量が少ないと体内で合成されるコレステロールの量が増えます。このように身体に必要とされるコレステロールの量を一定に保とうと

するメカニズムが働いているのです。ところが、飽食時代になり、人が摂取するカロリー数やコレステロールの量が多くなってくると、余分なカロリーやコレステロールを身体に溜め込むようになり、これが人体に悪影響を与えてくるのです。

LDLコレステロールは、肝臓から全身の組織に運ばれ、その量が多いと動脈壁に蓄積し、動脈硬化を促進させます。これが「悪玉コレステロール」と呼ばれる由縁です。一方、HDLコレステロールは、余分なコレステロールを全身の組織から肝臓へ回収する働きがあり「善玉コレステロール」とも呼ばれます。LDLコレステロールとHDLコレステロールのバランスが崩れ、LDLコレステロールが過剰な状態になると動脈硬化を促進することになります。

2007年、日本動脈硬化学会は脂質異常症の診断基準を策定し、ホームページ上で公開しています(表2)。

表2 脂質異常症の診断基準(空腹時採血)		
高LDLコレステロール血症	LDLコレステロール	≥140mg/dL
低HDLコレステロール血症	HDLコレステロール	<40mg/dL
高トリグリセライド血症	トリグリセライド	≥150mg/dL

この診断基準は薬物療法の開始基準を記載しているものではない。
薬物療法の選択に関しては他の危険因子も総合して決定されるべきである。(日本動脈硬化学会2007年版)

みなさんに知っていただきたいのは、これらの診断基準を越えると、すぐに薬物治療が必要となるわけではありません。私たち医師は、まず病歴を聴取し、身体所見や血液検査、心電図やレントゲン検査、脈波の伝播速度の測定や超音波検査、CTやMRI、時には血管造影検査等、様々な手段で動脈硬化による疾患の進行度を評価します。その進行度と、高血圧や糖尿病、喫煙や家族歴といった動脈硬化のその他の危険因子を勘案して診断し、薬物療法をおこなうかどうか判断しているのです。コレステロールが高

いと指摘を受けた方は、症状がないからと放置せず、是非、かかりつけの担当医にご相談ください。

参考文献

1. フラミンガム心臓研究ホームページ
<http://www.framinghamheartstudy.org/>
Research Milestones:
<http://www.framinghamheartstudy.org/about/milestones.html>
2. Kannel WB, Dawber TR, Kagan A, Revotskie N and Stokes J III: Factors of risk in the development of coronary heart disease - Six-year follow-up experience. The Framingham Study. Ann Intern Med 1961; 55:33-50
3. Kannel WB, Castelli WP, Gordon T and McNamara PM: Serum cholesterol, lipoproteins and the risk for coronary heart disease. The Framingham Study. Ann Intern Med 1971; 74:1-12
4. Gordon T, Castelli WP, Hjortland MC, Kannel WB and Dawber TR: High density lipoprotein as a protective factor against coronary heart disease. The Framingham Study. Am J Med 1977;62:707-714
4. Wilson PWF, Abbott RD and Castelli WP: High density lipoprotein cholesterol and mortality. The Framingham Heart Study. Arterioscler Thromb Vasc Biol 1988; 8:737-741
5. 日本動脈硬化学会 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2007年版
http://www.j-athero.org/publications/pdf/guideline_summary.pdf

第4回オーストラリア研修 研修レポート



循環器専門ナース研修了生によるオーストラリアでの緩和ケア研修が2013年2月9日から16日まで行われました。

メルボルンのBanksia Palliative Care Inc.での4日間の研修レポートです。また、写真と動画をホームページに載せておりますのでご覧ください。

<http://www.jeccs.org>にアクセスしてください。

なお、本研修は豪日交流基金の助成金により実施されましたことをご報告いたします。



オーストラリア研修

.....伊東路子

今回、オーストラリアでの緩和研修では、メディカルシステムやミュージックセラピー、痛みのアセスメントなど多くの学びを得ることができました。

私が勤める循環器内科病棟でも慢性心不全や肺疾患でEnd Stageをむかえる患者様が多くいます。特に予後予測が難しく何度も入退院を繰り返す慢性心不全患者の緩和ケアを導入する難しさを日々感じています。緩和ケアの概念に関して日本とオーストラリアでは、日本のほうがその受け止め方において遅れているなど感じました。政治的背景、保険システム、国民性、宗教的背景と様々な理由は考えられます。印象としてはオーストラリアの緩和ケアは広義な意味をもち多くの患者、家族が緩和ケアに関して理解を示していました。

そして患者自身が人生の最後まで自身のQOLを重んじ、患者自身によって残された時間の過ごし方を選択し多くの患者様が在宅で亡くなるという点でオーストラリアと日本の緩和ケアの相違を感じました。私の働く病棟においては慢性心不全患者が多く、予後の意思決定への介入のタイミングが難渋している現状があります。在宅で過ごしたいと希望されても、一度も帰ることなく病棟で亡くなるケースも少なくありません。

研修の中で訪問看護に同行する機会がありました。脊髄腫瘍術後のターミナルの患者様です。初回の訪問で、患者様の奥さんが主となり娘と

協力して介護をしていました。患者様にお会いしたときは痛みに耐え表情がさえません。話をよく聞くと痛みを我慢して麻薬も処方通りに内服をされていませんでした。訪問看護師はすぐに状況を判断し麻薬の作用についての指導とレスキュー麻薬を内服させました。しばらくするとすぐに痛みは軽減し表情もすっきりとしました。訪問の中で看護師は奥さまにこのような声かけしました。「Are you happy?」日本ではあまり耳にしないフレーズですが、私にはとても感慨深い言葉でした。

私たちが現場でこのような言葉がけができるだろうか。本来のQOLとは患者のみならず、家族も含めその質を評価することだと思います。患者様は、「妻は全てのことをやってくれる。娘も孫も近くにいてくれて幸せだ」とおっしゃっていました。日本では老々介護が社会的問題になっています。年金問題、医療の発達に伴う延命問題、超高齢化社会のなかで、患者、または介護者側が幸せだといえる人々は果たして何人いるだろうかと考えてしまいました。

このような問題を抱える中で、私たち看護師は何をするべきなのか、我が国における生活の質について考え、家族を含めた包括的なケアについてもう一度模索する必要があります。

患者の疾患はもちろんのこと周囲を取り巻く環境、家族の心理、社会背景など全人的に患者をみるという意味が具体化されました。それらを専門的な目でアセスメントするというとても複雑

で難しい作業ですが、そこに看護の深さといかに看護師はプロフェッショナルであるべきかを痛感しました。それには知識と経験と技術が必要です。緩和ケアの焦点は患者だけにとどまらず、亡くなった患者家族には死後一年もグリーフケアが提供されます。死は誰もが迎えることであり特別なことではありません。残りの人生のQOLを高めいかに患者が納得し有意義な人生を送れるかが緩和ケアにおいて重視されることだと思います。これはオーストラリアにとどまらず日本においても同様なことが言えると思います。

訪問したわずか20分くらいの間で痛みが緩和され、玄関まで歩いて笑顔で私たちを見送ってくれた患者さんが脳裏に焼きついています。これは、看護師の介入によりいかに患者の生活の質が変化するかを意味していました。看護の

力は偉大です。病棟においても私たち看護の力で変化することはたくさんあると思います。

Julieさんから頂いた言葉「Knowledge is power(知識は力である)」。素晴らしい言葉を頂きました。知識を持つことでより専門的なアセスメントができます。バンクシアのスタッフ一人一人が私たちは何をするべきか、その役割が明確になっていました。同時に、看護に誇りとプライドともって働いておりそのプロフェッショナルな意識に刺激をうけました。

日本でもより多くの患者様が納得した治療をうけられ、より満足した人生を送れるように看護し、Keep learning 精神で今後の自分の成長へつなげていきたいと思います。

最後に研修中お世話になりました木下先生 Julieさんはじめ Banksia Palliative care の関係者皆様に感謝申し上げます。

オーストラリア研修に参加して

..... 福山市民病院 沖 浦 香緒里

4日間でバンクシア緩和ケアサービス法人での研修を行いました。

最初に研修前の緩和ケアについて私は、癌患者様への緩和や緩和＝ターミナルという考え方を持つていました。また、緩和ケアは患者様がとてもつらく、しんどい思いをしており暗いイメージを持っていました。

しかし、今回の研修で自分自身が持っている考えが一転して変わりました。研修で学び感じたことを報告します。

オーストラリアでは在宅医療への取り組みを行っていました。入院を短期間にを行い患者様自身が自己管理を行うようにパンフレットを使用したり指導や支援を行っていました。

その背景には、患者様自身のQOL(Quality of Life)を大切に行っていました。18歳以上にアドバンスケアプランを記載するなど、どのように生きたいかなど詳しく書いた書類を使用したり、「死」について向き合うことができるよう話をすることを行っていました。

日本では「死」の言葉から出来れば遠ざけるようにしているのが現状です。そのため、症状など出現したら病院へ受診し患者様のQOLより治療を優先されています。

私も、患者様が病院へ入院を行うと治療を優先しており患者様自身のQOLについて考えたり話をすることはなく看護を行っていると改めて振り返り考え直しました。

オーストラリアでの緩和ケアの対象はすべての疾患で症状の程度、予後には関係ありませんでした。ターミナルより早くから介入を行い、慢性疼痛出現から介入を行っていました(例患者:癌、末期COPD・心疾患・腎疾患・肝疾患・パーキンソン病、認知症など)。

日本より幅広い疾患に対して緩和ケアを行うためには、オーストラリアでは患者様、家族に対しての症状や日常生活へ指導をしっかりと行っていました。疾患によっての症状に対する対応を説明し薬の説明も行い自己コントロールを行えるようにしていました。

指導や支援を行うには医師、看護師だけではなく、ソーシャルワーカーや緩和ケアナース、音楽療法、マッサージ師、美術療法、ボランティアなど多くの支えがあり在宅医療・緩和ケアを行っていました。緩和ケアは身体的疼痛だけではなく精神的・心理的・社会的・文化的・ボディーイメージ・薬の量・検査・治療計画があります。

精神・心理面に対して音楽療法について話を聞

くことができました。患者様や家族がつらく、しんどい思いを内に溜めこんでいる場合に音楽療法を用いることで昔のことを思い出したり、傷みを少しでも忘れることができたり、子どもが音楽を通して思いを表出できたりなどケアを行っていました。

日本でも行われていますが、日本では多くの人が集まって音楽を聴くことは行っていますが、オーストラリアでの音楽療法の様に個人個人に向き合って行われていることは少ないと感じました。

2か所の施設見学や2か所の病院見学で、オーストラリアでは多文化であり沢山の文化に合わせて施設や病院があり、施設ではベッドで過ごさないように援助を行っていました。

日本での看護師でも問題になっている腰痛に対して、オーストラリアではノーリフトで患者様や入所者を持ち上げないと決められリフトで移動を行っていました。介助者も身体に負担なく患者様も安定し安全に行われる方法であると感じました。

また、病院も施設もペインコントロールとコミュニケーションを大切に行っていました。初めての緩和ケアを受ける方の自宅訪問へ行きました。そこでは、疼痛に耐えている患者様がいました。病院からモルヒネを処方されていましたが内服方法を理解されておらず看護師が説明しすぐに内服を行うと徐々に疼痛が緩和され帰るころには表情が穏やかになっていました。看護師からの的確な説明で見てわかるくらいに変化があり自己コントロールの説明をし、患者様と家族が理解しているか確認を行うことが大切であると感じました。

また、患者様・家族へ質問を行うときに「死」につ

いて行ったところ、患者様は話を行っていましたが妻が隣で涙ぐんでいました。

他の質問を終えたときに、看護師が妻を呼び場所を変えて話をっていました。看護師にどのような話を妻と行っていたか聞いたところ、妻が感情的になっていたため場所を変えてゆっくり今後のケアの話をしていたとの事でした。とっさに、状況を判断し場所を変え、妻の感情を読み取ることができる看護師の行動にプロフェショナルを感じました。

患者様に目を向けがちであるなか、家族へのケアを同時にすることで在宅でのケアを行う援助が行えるのだと学びました。

今回の研修で、オーストラリアの緩和ケアは患者様のQOLを大切に行い「死」に向き合うことで一度の人生どのように過ごしたいかを尊重していることがわかりました。

また、家族や地域、医療スタッフなど全体で協力をを行い、連携を図り1人1人の人生を大切に行っていることが分かりました。

オーストラリアで感じたことは自分の人生を大切にし、相手に対して優しく親切であることでした。

今回の学びを日本で行なうことは難しいこともたくさんありますが、身近なことからこの研修で得たことを看護師として行いたいと思います。

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、そして一緒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。

オーストラリア研修を終えて.....

..... 信楽園病院 渡邊香織

日本ではまだ緩和ケア=がん看護と捉えることが多い中、オーストラリアでは幅広い患者を対象に緩和ケアを実践していることを知り、どのようなアプローチしているのかを学びたいと思い、研修に参加させていただきました。

4日間の研修では、オーストラリアでの緩和医療について音楽セラピーなどを学び、その後に緩和ケア施設や訪問看護でのケアを見学させていただきました。

研修に参加し、緩和ケアについての知識を深

めるとともに自分の看護観を再構築するきっかけになったと思います。研修で学んだことを報告します。

＜緩和ケアの定義＞

日本における緩和ケアの対象は、がん患者が大部分を占めています。しかし、オーストラリアでは、慢性疾患、進行性の疾患、高齢のため死を迎える人々、認知症なども対象となります。日本も高齢化社会を迎え、慢性疾患や認知症患者が増えていくと思われます。

広い範囲での緩和ケアを考えていく必要があると感じました。そして、介入の時期ですが、緩和ケア＝ターミナル期のケアととらえる人も多いと思います。しかし、オーストラリアでは病期には関係なく終末期のもっと前からケアが介入されています。大切なのは、命の長さではなく質(QOL)ととらえ、死を迎える人だけではなく、死を受け入れる家族へのサポートもしています。「いかにアクティブ(積極的に)生きているか。ただ生きているだけではない」と話されていました。慢性疾患については、入退院を繰り返しながら少しづつ悪くなっています。そして、予後についてはハッキリしないことが多く、悪化すると一挙に死をもたらすこともあります。慢性疾患と診断されたときから、患者とともに症状コントロールについて考え、指導していくことが必要だと思いました。

<アドバンスケアプラン>

オーストラリアでは、18歳になったら、「こうなったら、こうして欲しい」という意思表示をしています。そして、それに基づき命について家族で話し合う時間を作っています。

政府全体で死に対する教育に取り組んでいるそうです。日本では、まだ死を否定する文化があります。そして、それに加え核家族化が進み、死を受け入れられない(イメージできない)家族が多いのも現状です。終末期にある患者さんに対し、延命治療を希望するのもその一例だと思います。死について早期から考えてもらうことで不必要的延命(終末期の積極的な治療)を減らすことができるのではないかと考えます。穏やかな終末期を送ることができるようなアプローチを考えていきたいと思いました。

<音楽療法>

音楽には、健康や精神的な影響を与えます。認知症患者に音楽を聞かせて昔を思い出してもらうことで表情が穏やかになる、演奏を聞くことに夢中になり痛みが軽減することもあるそうです。そして、感情を上手に表現できない子供には、楽器を使って気持ちを発散することもあるそうです。聞くだけではなく、一緒に歌ったり、演奏したり、自分の思いを曲にしたりと、その対象にあわせアプローチ方法を変えていることに驚きました。音楽を上手に取り入れることにより、心をコントロールし穏やかな生活を送る手助けなることを学びました。

<痛みの定義>

緩和ケアというと疼痛コントロールを思い描く人が多いと思います。私もその中の1人でした。疼痛コントロールの痛みとは何か?痛みというと肉体的な痛みにばかり目が行きがちですが、決してそうではありません。苦痛なことすべてを指し示します。つまり全人的な痛みです。病気に関わる痛みだけではなく、生活を妨げるもののすべてを痛みととらえ、その人らしい人生を過ごせるように関わっていくことが重要です。痛みに関与しているものは不安や人間関係など多くあります。症状がなくても告知されたことにより、不安(痛み)が出てくることもあります。痛みをとらえるときに閾値が高い、低いと考えることができます。しかし、閾値が高い、低いと評価するのではなく、痛み=苦痛があることに着眼しケアしていく必要があります。痛みを全人的な痛みと捉えることからケアが生まれると思いました。

<痛みのアセスメントとコントロール>

人は、「死ぬことに恐怖はないが、痛みによる恐怖はある」と言っています。これは、癌に限ったことではなく、他の疾患でもそうだと思いません。この人の痛みとは何か?それをしっかりとアセスメントをすること、それが私たち看護師の重要な役割となります。

痛みの感じ方が違うのはなぜ?と考えたことがありますか?痛みは、主観的なもので、みんな違います。私は、今まで閾値が違うからだと思ってきました。しかし、閾値が違うのには何が関与しているのかを考えたことがありませんでした。閾値には、これまで経験してきたことや精神的なことも関与しています。痛みは、あらゆる要因によって影響される可能性があります。痛みの評価にもっとも適した人は、本人であり、看護師は、自分の価値観で痛みをとらえてはいけません。傷が大きいと痛みが強い。疼痛と損傷を同等視する傾向にあります。しかし、そうではありません。医療者側がどう痛みをとらえるかで患者のQOLに大きな影響をもたらします。痛みのアセスメントする能力を養っていくことの重要性を感じました。

そして、慢性的な痛みは、いつものことと軽視しがちですが、患者の生活の質を維持するために、この痛みを取り除く努力をしなくてはいけません。薬では取り除けない痛みがあり、傾聴や共感により痛みが軽減することもあります。自分が聞

きたいことだけを聞くのではなく、患者の話の中から、必要な援助を判断していくことが必要です。

痛みは、正しいアセスメントと知識があれば、95%コントロールできると言われています。だから、私たち看護師は、疼痛管理を学ぶ必要があると思いました。

今回、研修に参加し、看護とは何か？という原点に立たされたような感じがしました。学生の頃、患者のQOL、包括的看護と言われ続けてきたにも関わらず、日々の業務に追われ、それを忘れかけていたように思います。

集中治療室で勤務しているとどうしても医療が優先され、知らず知らずに心のケアがおろそかになっていることに気づきました。広い意味

で緩和ケアは、集中治療室でも行われるべき看護です。緩和ケアは、ターミナル期におけるものだと、ホスピスで行われるものだという固定概念でものを見ていたように思います。しかし、そんなことは全くなく、どこの場でも存在すべき看護だと思いました。

10年目の節目のこの時期、この研修に参加できたことは、今後の人生においてプラスになると思います。バンクシアのスタッフが「知識や技術は、パワー」と言っていました。

よりよい看護を提供するために、さらなる技術や知識の向上に努めていきたいと思いました。

このような機会を与えてくれたJECCSの皆様、オーストラリア研修を支えてくれたバンクシアのスタッフのみなさん、ならびに木下さんに心から感謝します。

オーストラリア研修～Palliative Care～…

… 平塚市民病院 知 識 亜紀子

バンクシア緩和ケアサービス法人にて、緩和ケアの学びは看護師としての感性を高められ掛け替えのない経験となった。

緩和ケア＝終末期ではない。緩和ケアの対象は、特定の疾患に限らず、予後も関係せず慢性疾患を含め、患者・家族がいかにactiveに生きているか、Quality of lifeを第一に考える。

オーストラリアでの緩和ケアは、高齢者、癌患者のみならず、非癌疾患を持つ患者をも対象とし、それぞれが有する問題に焦点をあてている。また、家族の悲嘆に対してもケアが行われ、音楽療法やマッサージなどもケアプランに組み込まれていた。

緩和ケアの環境として、オーストラリアの保険システムは、全ての人が医療ケアにアクセスでき、同時に医療サービスの供給と資金調整に民間セクターが携わる事で個人に対しての選択肢を提供している。

急性期から慢性期への移行時に、患者や家族の希望とする治療方法や生活環境の調整、ホームの入所もあるが、ホームの看護師でも緩和ケアの教育を受けており、Quality of lifeを重視し、painコントロールをはじめ、精神的なサポートがあった。

そして、緩和ケアの介入は、専門的な教育を受

けた看護師がトリアージを行い、介入時期、ケアプランの作成していた。急性期から病状の軽快、増悪を繰り返す場合、治療や検査など長期間に体験する患者や家族の身体的、精神的苦痛と不安は計り知れないものであり、医療者側の判断で決める事ではなく軽視してはならない。患者の訴える苦痛に傾聴し、その問題の解決できる方法を医師と共に考え、実行できるスペシャリストな看護師は患者や家族にとって、信頼できる存在であった。

在宅訪問の同行では、肺癌末期の患者の「最後まで、自宅で過ごしたい」と言う思いと、ADLの低下とともに、介護者の負担は身体的にも精神的にも大きくなっていたが、患者のpainに対する、ベースの麻薬の使用とレスキューでの使用を把握すると同時に、介護者への負担を取り除くケアをアセスメントし、丁寧で素早い対応は衝撃的であった。「あなたは、介護者ではなく、妻として過ごして」と言う、看護師から、家族への言葉はとても印象的であった。そして、麻薬に関しても、医師と同等の知識でコントロールをしていた。

また、緩和ケア病棟の見学では、看護師のパワーの強さと、様々な疾患に対するパンフレットが充実している事に驚いた。

「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して疾患の早期により痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな(靈的な、魂の)問題に関して適切な評価をおこない、それが障害にならないよう預防したり、対処したりすることで、Quality of life(生活の質、生命の質)を改善するアプローチである。」とWHOは緩和ケアの定義を定めている。

Quality of lifeを改善するアプローチの方法は、研修の講義でのアセスメントの法則であつた、P・Q・R・S・T、9つのアセスメントの項目は、どのような場面であつても具体的な問題点が考えられ、知識を持つ事で患者中心の医療が成り立つのだと、改めて感じる事ができた。

緩和ケアは、painコントロールを含め、不安や

精神的サポートを考えていこうとする意識が高く、学ぶ事の努力に励む看護師の友人と併に、日本での緩和ケアが幅広い患者に注目できる努力をしていきたい。

バンクシア緩和ケアサービス法人、教育トレーニング部長、Julie、staffの方々に感謝します。Tim、楽しい研修の時間を、ありがとうございました。

JECCS理事の先生方、マネージメントをして下さった若林さん、JECCS参与の木下さんには、通訳や現地での楽しい時間をありがとうございました。一緒に過ごして下さった時間は、大切な思い出です。

そして、一緒に研修に参加した、三人の仲間に感謝します。楽しい時間と、思い出をありがとうございました。

思い出の4日間



2013.2.9 出発を前に
左から知識亜紀子、渡邊香織、伊東路子、沖浦香織里



音楽療法士のAnntoniaさんと楽器をもって記念撮影



通訳のMonicaさん(写真中央)と一緒に。
写真左は木下佳代子参与



Banksia Palliative Care Centre のロゴの前で
Julie Paul (Banksia Palliative Care Inc. CEO)と



研修室でJulie さんと懇談



イタリア系のAssisi Aged Care(1920年の修道院
を改築)を訪問。
Tim さん(Banksia の地域開発部門)と一緒に

アリゾナ大学医学部短期留学

2013年度アリゾナ大学医学部短期留学留学生は下記の2名に決定いたしました。(所属・学年は応募時)
山本 真千子／金沢大学医薬保健学域医学類4年 伊吉 祥平／名古屋大学医学部医学科4年

研修会レポート

★第2回心エコー研修会

日時:2月24日 会場:北摂総合病院多目的ホール
患者様のご協力を頂き、ライブエコーを行いました。講師の指導でプローブを使ってエコーの取り方と画像診断を実習して頂きました。20人の少数で行ったため大変充実した研修で参加者から好評を得ました。



★2012年度冬期循環器専門ナース研修コース終了
3月10日(日)、2ヶ月に亘る研修を終了しました。
全国から集まった修了生42名、一人一人に木野昌也会長から修了証が手渡され、理事長、会長と並んで恒例の記念撮影の後、全員で写真撮影を行いました。



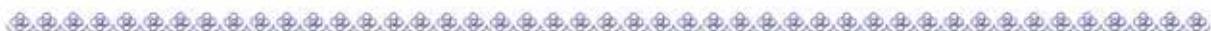
★日本循環器学会でのポスター発表

3月17日日本循環器学会総会に於いて、2011年度の循環器専門ナース研修コース「症例検討」を行ったグループワークに関してポスター発表を行いました。発表者は、「症例検討」で症例提示と解説を担当した越智恭子さん(写真左)、松田明子さん(写真右)でお二人とも循環器専門ナース研修コースの修了生です。



2013年度夏季セミナー ~「高血圧」~

日時:2013年7月7日(日) 午後1時半より 於:ブリーゼプラザ小ホール
第一部では「高血圧」に関する相談会を開きます。相談内容を詳しくお書き頂きお申し込み下さい。



新入会員(敬称略)

A会員 塩義明 B会員 長野忍 相田友季子 渡邊恭子 他1名

寄附者(敬称略)

(平成25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)
前田道子 景山照子 岡田彰子
興和創薬株式会社 帝人ファーマ株式会社 他1社
有り難うございました。



理事会報告

12月1日(土) 午後6時から午後7時30分 企画委員会 出席:理事7名、事務局1名
1月19日(木) 午後6時から午後7時 企画委員会 出席:理事8名、事務局2名

「薬剤師」の会員種別の変更についてお知らせ

現在、「B会員」の薬剤師は、2013年6月開催予定の当法人社員総会での承認を得て、「A会員」となり、会費もこれに準じ変更になります。

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。

2013年4月20日(土) 午後3時から午後4時30分

「狭心症症例に対する冠動脈形成術の現状」

講師：武田義弘先生(大阪医科大学循環器内科助教)

2013年5月18日(土) 午後3時から午後4時30分

「運動療法のススメ」

講師：岡田健一郎先生(済生会千里病院循環器内科副部長)

◆生活習慣病研修会：一般の方向け

2013年4月10日(水) 午後2時から午後3時30分

「大腸ポリープと大腸癌について～最新の話題を含めて～」

講師：李 喬遠先生(医療法人彩樹守口敬任会病院外科副院長)

2013年5月8日(水) 午後2時から午後3時30分

「関節リウマチ最近の話題」

講師：小谷卓也先生(淀川キリスト教病院リウマチ膠原病内科医長)

★夏季セミナー～高血圧～

日 時：2013年7月7日(日) 午後1時30分より(開場午後1時)

会 場：ブリーゼプラザ小ホール

プログラム：第1部(一般の方対象)高血圧相談／第2部基調講演／

第3部パネルディスカッション

共 催：武田薬品工業株式会社

編集後記

事務局から

◎恒例の夏季セミナーは「高血圧」をテーマに3部構成で行います。第1部は一般の方の高血圧に関する相談会を行います。お申し込みの際に相談内容をお書きください。第2部・第3部は医療者向けですが一般の方も聴講していただけます。

環太平洋連携協定(TPP)が話題になって久しい。首相は「日本も交渉に参加」を表明したが、医師会は「医療」を市場化して競争にさらすことは適切でないと考えている。その突破口となりうるTPP参加も反対だ。条約は国内法より上位のものであり一旦結ばれればその解消に莫大な時間と労力が必要であった事を歴史から学ぶべきであろう。

(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：高階經和

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

