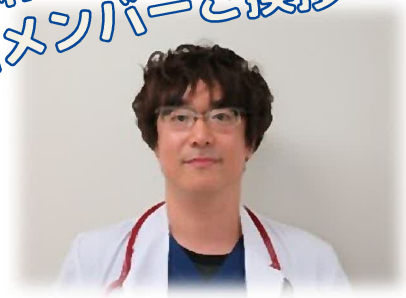
秋田大学医学部附属病院　平成３０年８月２７日発行

緩和ケアだより

緩和ケアチーム 新メンバーご挨拶



初めまして．小玉浩弥といいます．

現在、小児科で血液・腫瘍分野を専門に診療しています．

これまでの診療の中で緩和ケアの重要性を意識するようになり、このたび、緩和ケアチームで勉強させていただくことになりました．普段は小児科医として勤務していますので、成人の患者さんの診療については、まだまだ勉強しなければならないことが多いですが、患者さんにより良い医療と生活を提供できるように頑張りたいと思います．

また、私はがん患者さんの子どものサポートもしたいと考えています．ぜひこの分野にも力を入れていきたいと思っていますので、よろしくお願いいたします．

緩和ケアチームと依頼病棟との合同カンファレンス始めました！！

合同カンファレンスの趣旨につきましては、すでに周知しているところですが、緩和ケアチームに依頼いただきました患者さんの情報を共有し、目標を達成するために一緒に考えていきます。

この度第1回目のカンファレンスを開催しました。お忙しい中3部署の方々からご参加いただきました。ありがとうございます。今後も多職種チームで問題解決していきましょう!!

1－4病棟（脳外科）

2－6病棟（腫瘍内科）

2－2病棟（泌尿器科）

緩和ケア研修会集合研修　受講希望のみなさまへ

当院での開催は11月18日(日)です。その前にe-learning受講お忘れなく!!!
当院開催分の受講申込の受付は、もうすぐ開始予定です。

＜報告：その1＞　緩和ケアセンターＧＭ　伊藤 真弓

この学会は今時の緩和ケアの世界を覗いてみるには、絶好の場であります。参加者は約7,500名とのことでした。

まずは苦痛のスクリーニングについて報告いたします。苦痛のスクリーニングのシンポジウムには、3病院 (大学病院、がんセンター、市立総合病院)が報告していました。神戸大学医学部附属病院では、対象者をがん患者とせず、全入院患者を対象にとし、つらさを聴くきっかけとして全病棟に定着しているそうです。 看護師が中心となり、医師や多職種との情報共有や、必要に応じて緩和ケアチームにつないでいるとのこと。当院は、原則がん患者さんを対象とし外来と入院で導入しています。3部署の病棟では、がん患者とせず、入院患者にスクリーニングを導入しています。施行件数だけでいうと昨年度は、外来約1,800件、入院病棟約8,000件となっています。当院の苦痛のスクリーニングが定着するのかどうかは、苦痛のスクリーニングを業務の一環として行うのか、医療者として患者さんのつらさを聴く道具として使うのか、ここが正念場だと改めて思った次第です。

次は、慢性痛のお話です。「取れない痛みにどう対応するか」のシンポジウムで旭川医科大学病院緩和ケア診療科の阿部泰之先生というケアカフェを立ち上げた方で、絵本作家でもあるという経歴の先生は、痛みは脳で感じる・・・それだけでは説明できないことも多い。ギリシャやリトアニアでは「むち打ち」という概念や言葉が無いから痛みは慢性化しない、社会的背景や健康感、志向性によって痛みの感じ方は違うというお話を構造構成主義という哲学に基づいてお話されました。痛みはその人自身がどうしたいか。「前よりマシ」をゴールにするという、これは、患者さんと対話し、急がず、焦らず、じっくり向き合ってこそ、なせる業ではないかと思う。まさに緩和ケアそのもののように思いました。人それぞれ違う痛みに向き合い、じっくり患者の話を聴き、アセスメントし、患者さんを認め、関わっていくことなのだと思いました。

最後に本の紹介をさせていただきます。構造構成主義に関連して

・阿部泰之先生著：「ナニコレ？痛み×構造構成主義」

・ひじり在宅クリニック院長岡本拓也先生著：「口述絵でわかる信念対立」

疲れた時は、考え方を崇高にして、現実をみてみるのも、良いかなと思い、ご紹介させて頂きました。

第23回日本緩和医療学会学術大会　参加報告

・開催日：平成30年6月15･16日　　・開催場所：神戸

＜報告：その2＞　緩和ケアセンター　緩和ケア認定看護師　遠藤 絵理

シンポジウムの中の一つで今年は「非がん緩和ケア元年」と謳われていました。つまり、今年はこれまでがんの領域を中心に提供されてきた緩和ケアをがん以外の患者さんにも届けられるように取り組み始める年ということです。特に心不全患者に対する緩和ケアへの注目度が高かったのが印象的でした。それは、2017年度に改訂された急性・慢性心不全ガイドラインの中で緩和ケアの重要性が強調されたこと、診療報酬改定で末期心不全患者に対する緩和ケアチームの介入によって診療加算が発生するようになったことが理由だと考えられます。

心不全は比較的ゆっくり、時に急速に病態が変化します。また、治療自体が患者の苦痛緩和に繋がり、治療中止の判断は難しく、がんとは疾患の進展過程、治療の考え方も異なります。しかし、どちらも生命を脅かす疾患です。心不全患者も全人的苦痛を抱えており、その苦痛を緩和し、QOLを改善するアプローチが必要であることから、緩和ケアが重要視されるようになっています。当院でも関連する診療科や部署と連携を図り、心不全患者に対する緩和ケア提供体制の検討が必要だと感じました。ただ、体制を整えていくことは簡単なことではありません。ですので、心不全を含め、生命を脅かす疾患に直面している非がん患者に対する緩和ケアについて考えるところから始め、私なりの「非がん緩和ケア元年」にしたいと思います。そして、普段がん患者を対象としないような診療科・部署の皆様にもぜひ、日常の診療やケアを通して緩和ケアについて考えていただければ幸いです。